



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بمستوى الاحتراق النفسي
لدى مرضي الصحة العقلية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس العيادي

* تحت إشراف الأستاذة:

د. ملال خديجة

* من إعداد الطالبة:

مالح فطيمة الزهرة

الموسم الجامعي: 2020-2021

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله

إن فطرة الله التي فطر الناس عليها، تدعوهم إلى التعالي عن كل ما يشينهم، وإلى معانقة كل ما يزينهم.

وما النفس إلا تقاطع بين الروح والجسم، فإذا كان الجسم قد صعب على العلماء والأطباء معرفته معرفة دقيقة، إذ أن أسرارها لن تنقضي وعجائبه لن تنفد، فإن الروح سر محير من أمر الله تعالى، وما أوتينا من العلم إلا قليلاً.

وفي المحصلة الأخيرة غموض في الجانبين يتأرجح بين العمق والحيرة، وبين الإغراء والعجز، فكل أمر يتعلق بالنفس هو أمر يكتنفه الغموض.

وما الغموض فيها وفي خلجاتها وأعماقها إلا قراءة سطحية، ولو اتسمت بالغموض والصرامة في بعض الأحيان.

إلا أن حب الاستطلاع الذي يشع في الإنسان دفعه إلى معرفة ما يجري بين جوانحه بعدما خاض جوانب في الطبيعة التي تحيط به.

الإهداء الإهداء

إلى النور المشع الذي أنار لي درب الحياة ومنبع الحنان الصافي إلى التي أشقت نفسها من أجل سعادتنا إلى التي جعلت الجنة تحت أقدامها إلى من سهرت الليالي ومسحت دموع الحزن والفشل وعلمتني معنى الصبر والتحدي وأنارت لي طريق النجاح أُمي الغالية.

إلى الأب الرائع الذي وهبني إياه الوهاب فأعطاني من دون حدود ولا مقابل.

إلى من كان سندي ولازال زوجي الذي ساير طموحاتي ولم يبخل بعبائه العاطفي.

إلى ابنتي وحيدتي، قرة عيني وقطعة من قلبي.

إلى من يفيض فؤادي بحبهم كل أخواتي.

إلى كل إخوتي الذين يشع منهم كل الافتخار.

إلى رفيقة دربي سمية.

إلى من مدت لي يد العون جهيدة.

إلى زملائي في المصلحة.

إلى كل من مد لي دعاء النجاح والتوفيق أهدي هذا العمل المتواضع عرفانا بالجميل إلى هؤلاء وأولئك أهدي هذه الدراسة البسيطة، بوابة الحقل العلمي والذي أردته مفتوحا على مصراعيه ردا لتحيتهم طواعية لا كرها.

لكم جميعكم

أحبكم.

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

الشكر لله الذي ألهمنا وأنعم علينا بفضلته ووفقنا بعونه وثبت خطانا إلى ما فيه خير وصلاح لإتمام هذه
المذكرة على هذا الوجه.

نتقدم إليكم بفائق الشكر والعرفان إلى الأستاذة المؤطرة المشرفة على هذه الدراسة " الدكتورة ملال خديجة
" التي رسمت ببصماتها مسار البحث في منهجية دقيقة مشفوعة بابتسامات وبعض الاقتراحات
والتوجيهات القيمة وإلى اللجنة المناقشة.

وإلى كل من ساهموا في تكويني.

إلى مدير المؤسسة السيد " حفيظ بن دحمة ".

وأشكر أيضا زملائي في العمل الممرضان اللذان كانا موضوع الدراسة على تعاونهم معي.

في الأخير لا يفوتني شكر كل من ساعدني من بعيد أو قريب وقدم لي يد المساعدة ولو بدعاء صالح أو
ابتسامة مشجعة.

ملخص الدراسة:

استهدفت الدراسة الحالية موضوع استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بمستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية، ولإجراء هذه الدراسة تم طرح التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية؟
- ما هي الاستراتيجيات الأكثر استخداماً لدى مرضي الصحة العقلية؟
- هل تؤثر استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة النفسية؟

وانطلاقاً من هذه التساؤلات صيغت الفرضيات التالية:

- يعاني ممرضو الصحة العقلية من مستوى احتراق نفسي مرتفع.
- الإستراتيجية الأكثر استخداماً لدى مرضي الصحة العقلية هي الإستراتيجية الانفعالية.
- تؤثر استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية.

ولاختبار هذه الفرضيات تم إجراء دراسة أساسية على حالتين (ذكر - أنثى)، وتم استعمال الأدوات التالية:

- الملاحظة
- المقابلة
- مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش (MBI)
- مقياس استراتيجيات المواجهة (CISS)

وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- يعاني ممرضو الصحة العقلية مستوى احتراق نفسي يتراوح بين المنخفض والمتوسط.
- الإستراتيجية الأكثر استخداماً لدى مرضي الصحة العقلية هي الإستراتيجية الانفعالية.
- تتوقف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية على عوامل فردية (سمات الشخصية)، عوامل تنظيمية (خاصة بالمؤسسة).

واختتمت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها:

- تصميم برامج وقائية علاجية تساعد الممرضين على التصدي لظاهرة الاحتراق النفسي من خلال بعض الأنشطة الجماعية التي تخفف من ضغوط العمل بحيث لا ينشغل الممرض طيلة الوقت بأعباء العمل.

الفهرس الفهرس

الصفحة	المحتويات
أ	البسمة
ب	الإهداء
ت	الشكر
ث-ج	ملخص الدراسة
ح-د	محتويات البحث
3-1	مقدمة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
6-4	1. مشكلة الدراسة
6	2. فرضية الدراسة
7-6	3. أهمية وأهداف الدراسة
7	4. تحديد مفاهيم الدراسة
17-7	5. الدراسات السابقة
الفصل الثاني: مفاهيم الدراسة نظريا	
26-18	أولا: ممرضو الصحة العقلية
18	تمهيد
19-18	1. مفهوم التمريض
19	2. تعريف تمريض الصحة النفسية والعقلية
19	3. ممرض الصحة النفسية والعقلية
20	4. أهداف ممرض الصحة النفسية والعقلية
22-21	5. أسس مهنة التمريض
23-22	6. خصائص مهنة التمريض

24-23	7. جوانب العلاقة العلاجية للتمريض النفسي والعقلي
25-24	8. أخلاقيات ممرضي الصحة النفسية والعقلية
26	خلاصة
45-27	ثانياً: الاحتراق النفسي
27	تمهيد
29-27	1. تعريف الاحتراق النفسي
33-29	2. الفرق بين الاحتراق النفسي و مصطلحات أخرى
33	3. نبذة تاريخية عن الاحتراق النفسي
35-33	4. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي
39-35	5. مراحل الاحتراق النفسي
42-39	6. أبعاد الاحتراق النفسي
42	7. أسباب الاحتراق النفسي
43	8. إشكالية التصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي
44	9. قياس الاحتراق النفسي
45-44	10. الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي
45	خلاصة
59-46	ثالثاً: استراتيجيات المواجهة
46	تمهيد
47-46	1. تعريف استراتيجيات المواجهة
50-48	2. نبذة تاريخية عن مصطلح coping وتطوره
52-50	3. النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة
54-53	4. أنواع المواجهة
56-54	5. محددات المواجهة
57-56	6. سيرورة المواجهة
59-57	7. طرق قياس استراتيجيات
59	خلاصة
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	

60	تمهيد
61-60	1. المنهج المستخدم
63-61	2. الأدوات المستخدمة
64-63	3. الدراسة الاستطلاعية
64	4. الدراسة الأساسية
الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج	
76-65	1. عرض الحالات
81-77	2. مناقشة النتائج
82	استنتاج عام
85-83	خاتمة وتوصيات
89-86	قائمة المراجع
99-90	قائمة الملاحق

مقدمة:

يعاني الإنسان في عالم اليوم العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، حتى أصبح كل من القلق، والضغط النفسي، والاحترق النفسي، تمثل ظواهر نفسية تتطلب مزيدا من جهد الباحثين وتفكيرهم، بهدف الكشف عن طبيعة كل منها، وتحديد مسبباتها، وكيفية تفادي آثارها السلبية، فنتيجة لظروف الحياة الصعبة التي يمر بها الأفراد وما يرتبط بها من عقبات تعوق مجرى حياتهم ومشكلات تواجههم، ومواقف ضاغطة تعترضهم. أصبح الأفراد في حالة من عدم الاستقرار النفسي نتيجة لتراكم مثل هذه المشكلات وتعقدتها ويزداد الأمر سوءا إذا لم يكن الفرد مهيبا لمثل هذه الظروف بحيث لا يمتلك الطرق والأساليب المجدية التي تمكنه من التعامل الفعال مع هذه المواقف أو أنه يجهل طبيعة هذه المشكلات التي تورقه، وعندها قد يعجز عن مواجهة المشكلات التي تعوق تحقيق بعض أهدافه، فيصبح عرضة للتأثيرات السلبية وللمواقف الضاغطة، هذا بالإضافة إلى أن بعض الأفراد لديهم سمات شخصية تجعلهم أكثر عرضة للضغط، وأكثر تأثرا بها على العكس من غيرهم، الذين لا يبالون بما قد يعترضهم من مواقف ضاغطة.

وبما أن القطاع الصحي صورة مصغرة من المجتمع الإنساني، فإن الممرضين- إضافة إلى المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعاني منها الأفراد بصفة عامة- لديهم مشكلاتهم الخاصة بطبيعة عملهم، حيث وصفت مهنة التمريض بأنها من أكثر المهن الخدمية معاناة من الضغط، وفي حالة استمرارها، وبمساعدة بعض العوامل الأخرى، قد تؤدي إلى حدوث ما يعرف بالاحترق النفسي، كاستجابة سلبية لضغوط المهنة، وللظروف الصعبة المحيطة بها. فالاحترق النفسي قد يعاني منه بعض الممرضين، بينما لا يعاني منه البعض الآخر، ليس لانتهاك المشكلات والعقبات التي يمرون بها لأنها لا تنتهي، ولكن لما يمكن أن يتسم به هذا البعض من سمات وخصائص نفسية تقيه أو تجنبه المعاناة من الاحترق النفسي، أو لتمكنه من مواجهة المشكلات التي قد تصادفه في عمله، إما بخبرته الشخصية أو بمساندة رؤوسيه وزملائه أو بنمط شخصيته في التعامل مع العقبات والمواقف التي تواجهه ففي هذه الحالة قد يتفادى الإصابة بالاحترق النفسي ولكن إذا ندرت خبرته، وتخلى عنه رؤوسيه، ولم يمتلك السمات والخصائص النفسية الإيجابية في التعامل مع المواقف الضاغطة، فإنه قد يعاني من الاحترق النفسي، ويصبح عرضا ملازما له خلال حياته المهنية. حيث تعتبر هذه الظاهرة -الاحترق النفسي- من الظواهر النفسية التي نالت اهتمام الباحثين، وتركزت اهتماماتهم بكثرة على مهنة التمريض، وذلك لأهمية الدور الذي يمثله الممرض في القطاع الصحي والمجتمع بأكمله، وقد تناوله الباحثون بالدراسة رصدا لأسبابها وتحديدًا لأعراضها، ووصفا لتأثيراتها السلبية.

وقد ظهر مصطلح الاحتراق النفسي باعتباره ظاهرة ملازمة للعاملين في المهن الإنسانية والاجتماعية (كالتدريس، والطب، والتعليم، والتمريض وأفراد الشرطة) منذ منتصف سبعينات القرن العشرين على يد فريدنبرجر (Freudenberger) الذي يعد الرائد الأول الذي قدم هذا المفهوم وقد قصد به الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل، أما في الدول العربية فقد بدأ الاهتمام بدراسة الاحتراق النفسي منذ منتصف ثمانينات القرن العشرين، إذ أن أول دراسة إجرائية منشورة في هذا المجال هي دراسة عسكر وجامع والأنصاري في عام 1986، ومنذ ذلك الحين بدأ الاهتمام بدراسته على مستوى واسع في الدول العربية حيث شملت الدراسات العديد من المهن الإنسانية والاجتماعية، وقد كان للقطاع الصحي نصيب الأسد من تلك الدراسات حيث تتوفر العشرات من الدراسات المنشورة في الدوريات العلمية عن الاحتراق النفسي في المهن الصحية. (الحاتمي، 2014، ص.03).

وتشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد ومنهم الممرضين يلجئون إلى استخدام استراتيجيات وأساليب مختلفة لمواجهة الضغوط المختلفة، وأن هناك اختلافا واضحا في شيوع هذه الأساليب تبعا لمتغيرات متعددة، وكذلك تشير هذه الدراسات إلى أن استخدام نوع معين من الاستراتيجيات لا يتحدد فقط بسمات شخصية الفرد أو جنسه وإنما بطبيعة المشكلة المسببة للضغوط.

ولما كان الاحتراق النفسي مرحلة متقدمة من مراحل الضغط فقد اختارت الطالبة استراتيجيات مواجهة لدراسته كظاهرة يجب التخلص منها أو على الأقل التقليل منها عند الممرضين عن طريق التطبيق المحكم والفعال لهذه الاستراتيجيات.

واستهدفت الدراسة الحالية العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الاحتراق النفسي عند ممرضو الصحة العقلية، حيث تم تقسيم الدراسة إلى الفصول التالية:

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة" وفيه تم التطرق إلى الإشكالية، التساؤلات، الفرضيات، أهمية وأهداف الدراسة، والتعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني: تحديد المفاهيم النظرية، وتم تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء:

أولاً: التمريض: وفيه تم التطرق إلى مفهوم التمريض، تعريف ممرض الصحة العقلية، أهدافهم، أسس مهنة التمريض، خصائصها، جوانب العلاقة العلاجية للتمريض العقلي وأخلاقياتها.

ثانياً: استراتيجيات المواجهة: وفيه تم الإشارة إلى تعريف إستراتيجية المواجهة، نبذة تاريخية عن المصطلح وتطوره، النظريات المفسرة، أنواعها، محددات وسيرورة المواجهة وطرق قياسها.

ثالثاً: الاحتراق النفسي: وفيه تم التطرق إلى تعريف الاحتراق النفسي، الفرق بينه وبين مصطلحات أخرى، نبذة تاريخية عنه والنظريات المفسرة له، مراحل الاحتراق النفسي وأبعاده، أسبابه، إشكالية التصنيف والتشخيص، قياسه وأخيراً الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي.

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية: وتم التطرق فيه إلى ما يلي: المنهج المستخدم، الأدوات المستخدمة (الملاحظة، المقابلة، مقياس الاحتراق النفسي ومقياس استراتيجيات المواجهة)، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية من خلال حالات الدراسة وحدودها.

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج وفق فرضية الدراسة.

وأخيراً عرض استنتاج عام للدراسة ثم الخاتمة ومجموعة توصيات.

الفصل الأول

الفصل الأول

"مدخل إلى الدراسة"

1. مشكلة الدراسة.
2. فرضية الدراسة.
3. أهمية وأهداف الدراسة.
4. تحديد مفاهيم الدراسة.
5. الدراسات السابقة.

1. مشكلة الدراسة:

يعتبر القطاع الصحي من أبرز القطاعات أهمية، نظرا للخدمات الصحية التي يقدمها لأبناء المجتمع، وهي مؤشر أساسي في قياس التنمية الإنسانية والاجتماعية، وعليه تولي المجتمعات أهمية وتبذل مجهودات لتحسين وتطوير القطاع الصحي. والتطوير والتحسين السليم هو الذي يأخذ بعين الاعتبار المورد البشري واليد العاملة في القطاع. والمرضى والمرضات من أهم العناصر التي تتوقف عليها الخدمات الصحية، فهي التي تقدم الرعاية للمرضى، والمساعدة للأطباء وتحرص على متابعة المرضى.

فالتمريض يعد من المهن الصعبة والشاقة، لما تتسم به هذه المهنة من خصائص وما يرتبط بها من واجبات، تفرض على العامل فيها أوضاعا قد تكون مصدر للضغوط، فالعاملين فيها من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط، وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى، وأعباء عمل زائدة، تعرض العاملين بها إلى معاناة العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية.

وبالرغم من ذلك فإن مهنة التمريض، لا تخلوا من عقبات ومشاكل اجتماعية، نفسية، اقتصادية، إدارية ومهنية أصبحت لها تأثير نفسي يجعلهم عرضة للاحتراق النفسي.

ويعتبر الاحتراق النفسي مهما كان مستواه إحدى العوائق الأساسية لكل عملية تغير وتنمية، كما يتعدى ذلك إلى التأثير على الطاقة الكامنة والدافعة، وهذا ما يعرض الفرد إلى الاستنزاف الداخلي والإحساس بالانهيار وعدم القدرة. وهذا ما جعل المختصين النفسانيين يهتمون بتمكين الإنسان من الاستفادة بطاقته الكامنة في إحداث التغيير والوصول إلى تحقيق أهدافه الخاصة والمهنية، والتخلص منها باستمرار حتى لا تتراكم عليه تلك المشكلات وتترايد عليه والتي قد تؤدي إلى حالة الإنهاك والاحتراق النفسي. ويعود مفهوم الاحتراق النفسي إلى "Freudenberger" الذي توصل إلى أن عمال قطاع الخدمات الاجتماعية والإنسانية هم الأكثر عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي. ويعد هذا الأخير من الظواهر النفسية التي نالت اهتمام الباحثين واهتماماتهم بمهنة التمريض، كدراسة Weiner et Cardwell (1981) على مرضي مصالحي العناية المركزة، بينت أن هؤلاء يكونون في حالة نفسية مضطربة، وهذا راجع من جهة لكثافة العمل وصعوبته، ومن جهة أخرى للفشل الدائم أمام علاج المرضى المزمنين والحالات المستعجلة، ومنه كثرة الوفيات. ودراسة "Wilson" و"Tyler"، "Hipwell" (1989) توصلت إلى أن مستوى الضغط لدى مرضي المصالح الغير مختصة كالمصالح الطبية يكون منخفضا مقارنة بمرضى مصالحي العناية المركزة وهو الأكثر عرضة للإنهاك والاحتراق. أيضا دراسة "Col" و"Rodaly" (1993) توصلت إلى أن 20% إلى 40% من المعالجين هم في احتراق

نفسية و25% من ممرضات المستشفيات العامة يعانون في عملهن، 65% منهن يرغبن في التخلي عن مهنتهن، على الرغم من أن 80% منهن لا يزلن متحفزات جدا لما يقمن به. ودراسة "Noelle Lidven-Girault" (1989) التي تعتبر من أهم الدراسات الأولى حول الاحتراق النفسي، تم فيها لأول مرة ترجمت وتكيف مقياس (MBI) في فرنسا، فمن خلال تطبيق المقياس على 52 طبيب و6 ممرضين من مصلحة الاستجالات، تم التوصل إلى أن 41% من العينة تعاني من الاحتراق النفسي. (عكاكزة، 2014، ص.53).

وقد تناولها الباحثون كدراسة لرصد أعراضها ووصف تأثيراتها السلبية فمن الأسباب المؤدية لحدوثه: الضغوط النفسية المهنية المستمرة إلى جانب نقص مساندة المرؤوسين والزملاء، زيادة حجم العمل، مع نقص الدعم المادي والمعنوي، وتبعاً لذلك يؤدي إصابة الممرض بالاحتراق النفسي إلى السلبية في التعامل مع المحيطين به والإحساس بالملل، والإحباط والتعب والإرهاق حتى الإنهاك الانفعالي، وما يصاحبه من نقص الإنجاز الشخصي لذلك فإن تعرضهم للإصابة بالاحتراق النفسي مهما كانت درجته تشكل مشكلاً ينبغي تداركه من خلال تشخيصه والوقوف على أهم أسبابه، ومن ثم إيجاد إستراتيجية فاعلة وهادفة لمواجهة هذه الظاهرة.

وبالرجوع إلى الدراسات التي تناولت بالدراسة كل من استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي عند الممرضين، دراسة كل من مارتين و إيريك (2005) التي توصلت إلى أن استراتيجيات التعامل ليس لها أي تأثير على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين بالمركز الإستشفائي بكندا. أيضاً دراسة سماني مراد (2011)، بعنوان استراتيجيات التعامل Coping عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي Burnout لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهرا، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين ظاهرة الاحتراق النفسي وإستراتيجية التعامل لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهرا، وقد كشفت الدراسة عن عدم وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة. ودراسة بقدر سارة (2014)، بعنوان استراتيجيات المواجهة ومدى فاعليتها في تجاوز الاحتراق النفسي لدى القابلات حيث هدفت الدراسة عن الكشف عن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالاً لدى القابلات ومدى فاعليتها في تجاوز الاحتراق النفسي لديهن.

وانطلاقاً من مفهوم استراتيجيات المواجهة الذي نستخلص منه أن الفرد لا يعتمد آليات الدفاع وإنما يحاول أن يسلك طريقة معينة في التكيف مع الوضع والتي تتمثل في مواجهة الموقف، أو تجنبه بالهروب منه، أو تحمله مع المعاناة.

ولما كان الاحتراق النفسي العملية التي ينسحب فيها المهني المعروف بالتزامه السابق بالعمل من ارتباطه بعمله نتيجة ضغوط العمل التي تعرض لها المهني أثناء أداء هذا العمل (سماني، 2011، ص.10) واستراتيجيات

المواجهة تركز على الاستراتيجيات الواعية التي يستخدمها الأفراد في الوضعيات الضاغطة فقد حاولت الطالبة لشرح الإشكالية طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما هو مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية؟
- 2- ما هي استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضي الصحة العقلية؟
- 3- هل تؤثر الاستراتيجيات المستخدمة على مستوى الاحتراق لدى مرضي الصحة العقلية؟

2. فرضيات الدراسة: وكإجابة مؤقتة لبحثنا جاءت فرضيات البحث كالآتي:

- يعاني ممرضو الصحة العقلية من مستوى احتراق نفسي مرتفع.
- الإستراتيجية الأكثر استخداما لدى مرضي الصحة العقلية هي الإستراتيجية الانفعالية.
- تؤثر استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية.

3. أهمية وأهداف الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال البحث في متلازمة الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية فالكشف عنها ضرورة من ضرورات الاهتمام بالصحة النفسية للمرضين بصفة عامة والتي ستعكس بدورها في الجانب العلائقي والاستثمار المهني بصفة خاصة. وحصر استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف الممرضين الأمر الذي سيسمح لهم بتطوير إستراتيجيتهم في المواجهة مع مختلف المواقف التي ستعرضهم سواء في الحياة المهنية أو الاجتماعية.

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة Coping ومستوى الاحتراق النفسي Burnout لدى مرضي الصحة العقلية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية سيدي الشامي بوهران.

كما تهدف إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين. هدفت أيضا إلى معرفة الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى مرضي الصحة العقلية.

4. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

- **الاحتراق النفسي:** " المرحلة الأخيرة للضغوط النفسية، ويظهر على شكل استجابات انفعالية تشير إلى اتصاف الممرض باستنزاف طاقته النفسية والعقلية والعضوية الناتجة عن صراعات داخلية

وظروف مهنية يعجز الممرض عن حلها بأسلوب سوي وتعرف بأبعادها الثلاث: إنهاك انفعالي، تبلد الشعور، نقص الانجاز الشخصي".

- **استراتيجيات المواجهة:** " هي مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الممرض على بعد استراتيجيات مواجهة الاحتراق النفسي في مقياس استراتيجيات المواجهة (الدرجة التي تحصل عليها الممرض في مقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية) ".
- **مرضو الصحة العقلية:** " هم الأشخاص الحاصلين على شهادة الكفاءة المهنية في التمريض مثل: مساعد ممرض، ممرض رئيسي، ممرض متخصص في الصحة النفسية والعقلية، العاملين بمصالح الطب العقلي والنفسي والذين لديهم مهام خاصة ".

5. الدراسات السابقة:

نظرا لانتشار ظاهرة الاحتراق النفسي في مجال الطب والتمريض وفي المجالات الأخرى، ونظرا لأن استراتيجيات المواجهة تختلف من فرد لآخر، نجد أن هناك العديد من الباحثين الذين تناولوا دراسات حول الموضوع ومن هذه الدراسات:

I. الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي (Burnout) في مجال الطب والتمريض:

1. دراسة فزنتيني وآخرون visintini et al (1996) بإيطاليا :

- **عنوان الدراسة:** الضغوط النفسية وعلاقتها بالعمل مع مرضى الإيدز كمتنبئات لدرجة الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدات العناية بمرضى الإيدز
- **أهداف الدراسة:** التعرف إلى العلاقة بين الضغوط النفسية وعدد من المتغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وطول مدة العمل مع مرضى الإيدز ودرجة الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض
- **عينة الدراسة:** تكونت العينة من (410) من الممرضين والممرضات يعملون في 19مستشفى لمعالجة مرضى الإيدز في إيطاليا
- **أدوات الدراسة :** مقياس أثر الإيدز، مقياس الضغط النفسي، مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي
- **نتائج الدراسة :**

- وجود علاقة ايجابية بين طول مدة العمل مع مرضى الإيدز وتبلد المشاعر

- وجود علاقة بين كل من مصادر الضغوط (العلاقة مع زملاء العمل ، المكافأة الاجتماعية ، الغم والحزن) مع أبعاد مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .(سماني، 2011، ص.59).

2. دراسة شيوك و سويرز cheuk et swearse (1998) بهونغكونغ:

- عنوان الدراسة : مقاومة الضغوط النفسية والاحتراق النفسي عند المرضى
- أهداف الدراسة : تحديد ردود فعل العاملين في مهنة التمريض على الضغوط من خلال دراسة العلاقة بين مقاومة الضغوط والاحتراق النفسي
- عينة الدراسة : تكونت العينة من (171) ممرض وممرضة
- أدوات الدراسة: مقياس مقاومة ضغوط العمل ، مقياس الدعم الاجتماعي، مقياس الاحتراق النفسي (ميكلا و روزن)
- نتائج الدراسة: كشفت الدراسة على النتائج التالية :

- إن الممرضين الذين يتلقون دعماً اجتماعياً من قبل زملائهم في العمل لديهم درجات أقل على الاحتراق النفسي.

- يرتبط عبء العمل الزائد بدرجة مرتفعة من الاحتراق النفسي .(سماني، 2011، ص.59).

3. دراسة ستوردار Stordar (1999) بلجيكا :

- عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي لدى الممرضين في المستشفى الجامعي بلجيكا
- أداة الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة (625) ممرضا ومعالجا
- نتائج الدراسة: كشفت النتائج أن العينة تعاني عموماً من مستوى متوسط من الاحتراق النفسي باختلاف أقسام المستشفى.(ملال، 2010).

4. دراسة البدوي (2000) في الأردن:

- عنوان الدراسة: درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين، وأثر بعض المتغيرات الشخصية في تحديد درجة الاحتراق النفسي
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (566) ممرضا وممرضة من العاملين في مستشفيات عمان

- أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، مقياس مصادر الاحتراق النفسي من إعداد الباحث.
- نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين والممرضات يعانون تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية وشدة حدوثه بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون تكرار وشدة الشعور بتبدل المشاعر بدرجة متوسطة ، وتكرار وشدة نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية .(سماني، 2011،ص.60)

5. دراسة أدلي و برامي ADLI ET PRIAMI (2002) في اليونان:

- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدات العناية المركزة وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي بين العاملين في مهنة التمريض وفي التخصصات التمريضية المختلفة، والكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم
- عينة الدراسة: تكونت العينة من (233) ممرضا وممرضة من مستشفيات أثينا
- أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، ومقياس بيئة العمل ، واستفتاء تضمن معلومات شخصية ومهنية إضافة إلى سؤال مفتوح عن استراتيجيات التكيف الخاصة بهم للتعامل مع الضغوط النفسية في العمل.
- نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الممرضين والممرضات في قسم الإسعاف لديهم مستوى عالي من الإجهاد الانفعالي مقارنة بالممرضين في كل من العناية المشددة وأقسام داخلية ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء العمل الزائدة ، وتوجيه وإشراف) وهذه تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم.(سماني، 2011،ص.62).

6. دراسة ملال خديجة (2010) ببعض المستشفيات بمدينة وهران :

بعنوان تقنيين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش و جاكسون في الوسط الشبه طبي ،تكونت عينة الدراسة من حوالي 504 عامل في الشبه طبي ، وكشفت نتائج الدراسة على أن عمال الوسط الشبه طبي يعانون عموما من مستوى متوسط من الاحتراق النفسي تعود للعوامل التالية (السن : لصالح الأصغر سنا ، الخبرة : لصالح العمال الأقل خبرة) في حين الجنس وأوقات العمل ومصلحة العمل ليس لها تأثير في

تحديد مستوى الاحتراق النفسي ، وقامت الباحثة بتقديم جملة من التوجيهات والاقتراحات أهمها : تصميم برامج وقائية للحد من انتشار الاحتراق النفسي داخل وسط الشبه طبي.(عكاكزة ، 2014،ص.58).

7. دراسة إبراهيمي أسماء 2015 :

وموضوعها الضغوط المهنية وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى المرأة العاملة ،هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط المهنية و التوافق الرواجي لدى الممرضات و المعلمات العاملات بالقطاع العمومي بدائرة طولقة ولاية بسكرة، وقد تكونت عينة الدراسة من 130 امرأة عاملة ،65 ممرضة، 65 معلمة اختيروا بطريقة عشوائية واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لأعراض الدراسة وتأتي هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية للتوافق الزوجي للممرضات والعاملات بدائرة طولقة وللتحقق من فرضية البحث استخدمت الباحثة نظام SPSS لحساب معامل بيرسون ، وخلصت الدراسة إلى أنه توجد علاقة إرتباطية سالبة بين الضغوط الناتجة عن العمل والتوافق الزوجي للممرضات والعاملات .(تلالي، 2016، ص.13).

8. دراسة طيبي نعيمة 2013 :

وموضوعها علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والجسدية لدى الممرضين ، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي التي يخبرها الممرضون وكذا علاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك والأعراض السيكوماتية والاكتئاب كما تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن وجود اختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم ولقد اعتمدت الباحثة عن المنهج الوصفي وعينة عشوائية قاومها 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة كما اعتمدت في دراستها على مقياس إدراك الضغط ل "LEVENSTEIN" ومقياس الاحتراق النفسي لكريستينا ماسلاش ومقياس الاكتئاب ARON BECK ومقياس الأعراض النفسجسدية UBRICHE ET FITGERALD ومقياس إستراتيجية المواجهة ل APAULHAN ومن أهم النتائج التي توصل إليها ما يلي:

- يعاني الممرضون من مستويات عالية من الاحتراق النفسي.

- وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الاحتراق النفسي

- وجود اختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم

- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوماتية لدى الممرضون

- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض الاكتئابية لدى الممرضون.(تلاي، 2016، ص.14).

9. دراسة كارول **carole vannier (1999):**

هدفت هذه الدراسة الى معرفة تأثير العوامل الفردية (السن الجنس الخبرة الحالة الاجتماعية المستوى الدراسي) و العوامل المتعلقة بالمحيط و استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة العقلية تكونت عينة الدراسة من 208 عامل في الصحة العقلية و تم الاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBA) و قد تم التوصل الى:

- إن عمال الصحة العقلية يعانون من مستوى متوسط من الإجهاد الانفعالي و تبدل الشخصية و من مستوى منخفض من نقص للانجاز الشخصي .

- يوجد ارتباط سلبي بين الإجهاد الانفعالي و تبدل الشخصية و بين متغير السن .

- يزداد مستوى الاحتراق النفسي مع استخدام استراتيجيات التجنب و الاستراتيجيات الانفعالية بينما يقل مستوى الاحتراق النفسي مع الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل .

- هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الإجهاد الانفعالي حسب تأثير العوامل المتعلقة بالمحيط.

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا للاحتراق النفسي حسب الخبرة الجنس الحالة الاجتماعية المستوى الدراسي (سماني، 2011، ص 67).

10. دراسة **Jelena Ogresta et All (2008):**

موضوعها **relation between burnout syndrom and job satisfaction among mental health workers** هدفت الدراسة الى التعرف على علاقة الاحتراق النفسي بالرضا الوظيفي لدى عمال الصحة العقلية ، تكونت عينة الدراسة من 147 عامل في الصحة العقلية بكرواتيا فكانت النتيجة إن عمال الصحة العقلية تعرضوا الى درجات معتدلة من الاحتراق النفسي حسب مقياس ماسلاش وإن عامل الاختلاف بين الزملاء و المناخ التنظيمي له دور في تدني الانجاز (تلاي، 2016، ص 29) .

11. دراسة **Benharat Sara Samra (2018):**

موضوعها l'épuisement professionnel du personnel soignant حيث هدفت الدراسة إلى فهم الاحتراق النفسي وكشف خفاياه عبر جميع مراحلہ وبعض المفاهيم التفسيرية، على عينة عشوائية من الفريق الطبي والشبه الطبي للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية سيدي الشامي بوهان.

II. الدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل (COPING) في مجال الطب والتمريض:

1. دراسة وينك WONG (2001) الصين:

- عنوان الدراسة: أدوار صحة الممرضات الصينيات وضغوط التمريض واستراتيجيات التعامل
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:
 - تحديد مصادر الضغوط النفسية لدى الممرضات.
 - تحديد استراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد مع الضغوط التي يتعرضون لها في العمل وأثر ذلك في الصحة النفسية لديهن.
- عينة الدراسة: تكونت العينة من (269) ممرضا وممرضة من مستشفيات هونغ كونغ
- أدوات الدراسة: ثم الاعتماد في هذه الدراسة على المقاييس التالية:
 - مقياس مصادر الضغوط النفسية
 - مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية
 - مقياس الصحة العامة
 - واستبيان معلومات شخصية
- نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى :
 - إن أكثر من ثلث الممرضات يعانون من صحة نفسية سيئة، وذلك بسبب التعرض لمستويات عالية من الضغوط (ضغوط البيئة التنظيمية، متطلبات العمل، العلاقات الاجتماعية بين طاقم التمريض والأطباء)

- هناك فروق بين الممرضات اللاتي يستخدمن أساليب التعامل الايجابية مثل أسلوب حل المشكلة ، التحليل المنطقي ، التفكير الايجابي ، الدعم الاجتماعي . حيث كن أقل ضغوطاً وأكثر توافقاً من الممرضات اللاتي يستخدمن أساليب تعامل تجنبية مثل الإحجام المعرفي، الاستسلام، تعاطي الكحول، التفكير السلبي.(سماني،2011، ص.64).

2. دراسة سويح نصيرة (2005) :

- عنوان الدراسة: أثر العمل الليلي على التوافق العام واستراتيجيات التعامل لدى الأمهات المتزوجات "دراسة ميدانية على المعاملات نهاراً بقطاع الصحة بسبيدي بلعباس"
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- البحث عن استراتيجيات التكيف المطبقة من طرف العاملات مع مختلف الضغوط التي يتعرضن لها من خلال وظيفتهن ، وخاصة العاملات ليلاً.

- إيجاد العلاقة بين طبيعة العمل وإستراتيجية التكيف

- عينة الدراسة: شملت الدراسة (200 عاملة ، 100 من العاملات اللاتي يقمن بعمل تناوبي ، 100 من العاملات في النهار فقط)
- أدوات الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس إستراتيجية التعامل (COPING)
- نتائج الدراسة: من خلال هذه الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية :

- وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل (COPING) بين العاملات ليلاً والعاملات نهاراً من حيث الاستراتيجيات المرتبطة بالفعل ، والاستراتيجيات المرتبطة بالإعلام ، والاستراتيجيات المرتبطة بالانفعال

- أكثر الاستراتيجيات تطبيقاً من طرف العاملات هي الاستراتيجيات المرتبطة بالفعل ، ولكن بفرق كبير بين العاملات ليلاً والعاملات نهاراً لصالح الفئة الأخيرة. (سماني، 2011، ص.66).

3. دراسة آمال عبد الحليم (2006) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة الصحة النفسية للذكاء بأساليب مواجهة الضغوط من خلال المقارنة بين الأطباء والشرطة ،وتكونت عينة الدراسة من (100) فرد (50) من الأطباء و(50) من ضباط الشرطة ،واستخدمت الباحثة مقياس وكسلر للذكاء الراشدين والمراهقين ،ومقياس أساليب مواجهة

الضغوط كوسائل لجمع البيانات ،وكانت أهم النتائج وجود علاقة دالة إحصائيا بين الصحة النفسية للذكاء وأساليب مواجهة الضغوط لدى مجموعة الأطباء ،كما وجدت علاقة دالة إحصائيا بين الصحة النفسية للذكاء وأساليب مواجهة الضغوط لدى ضباط الشرطة .(طاهري، 2013، ص.20،19).

III.الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي BURN OUT واستراتيجيات التعامل COPING في مجال الطب والتمريض :

1. دراسة كارول (1999) CAROLE VANIER:

• أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير العوامل الفردية (السن ، الجنس ، الخبرة ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الدراسي) والعوامل المتعلقة بالمحيط واستراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة العقلية

• عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (208) عامل في الصحة العقلية

• أدوات الدراسة: تم الاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBA)

• نتائج الدراسة: تم التوصل إلى النتائج التالية :

- إن عمال الصحة العقلية يعانون من مستوى متوسط من الإجهاد الانفعالي ، وتلبد الشخصية ، ومن مستوى منخفض من نقص الإنجاز الشخصي

- يوجد ارتباط سلبي بين الإجهاد الانفعالي ، وتلبد الشخصية وبين متغير السن

- يزداد مستوى الاحتراق النفسي مع استخدام استراتيجيات التجنب ، والاستراتيجيات الانفعالية ، بينما يقل مستوى الاحتراق النفسي مع الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل

- هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الإجهاد الانفعالي حسب تأثير العوامل المتعلقة بالمحيط (المهنية ، الخاصة بالمحيط الاجتماعي ، التنظيمية)

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي حسب (الخبرة ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ظن المستوى الدراسي).(سماني، 2011، ص.67).

2. دراسة مارتين واريك (2005)L.MAETAIN ET G.ERIC :

- **أهداف الدراسة :** هدفت هذه الدراسة عن الكشف عن دور استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي
- **عينة الدراسة :** تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (201 منهم 21 ممرض ، و180 ممرضة) بالمركز الإستشفائي بكندا.
- **أدوات الدراسة :** تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBA)، ومقياس استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS)
- **نتائج الدراسة :** تم التوصل من خلال الدراسة إلى النتائج التالية :
 - إن استراتيجيات المواجهة ليس لها أي تأثير على الاحتراق النفسي
 - توجد فروق في مستويات الاحتراق النفسي حسب (الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية ، مكان العمل ، الأقدمية ، المستوى الدراسي)

كما توصل سوسلوويتز CESLOWITZ في دراسة مسحية أجراها على الممرضين بهدف معرفة العلاقة بين مستويات الاحتراق النفسي وبين استراتيجيات التعامل لديهم ، إلى أن الممرضين الذين يعانون من مستوى منخفض من الاحتراق النفسي يعتمدون على استراتيجيات التركيز على حل المشكل ، والبحث عن الدعم الاجتماعي ، أما الممرضين الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي فإنهم يعتمدون على استراتيجيات التجنب والهروب .(سماني، 2011، ص.68).

3. دراسة لازاروس و فولكان (1984) (FOLKMAN ET LAZARUS) بأمریکا : بعنوان : ضغط ، تقييم ومواجهة :

وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها ، والأساليب التي يتبعها في مواجهة الضغوط ، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الإدراك الايجابي والسلبي لضغوط الحياة من المحددات المهمة للصحة النفسية ، وذلك لأن الضغط قد يزيد من ثقة الفرد ومهاراته للتعامل مع الأحداث المستقبلية بالنسبة لشخص ما ، وقد تكون ضاغطة وذات تحد بالنسبة لشخص آخر ، وهذا كله يتوقف على التقييم المعرفي للفرد للموقف الضاغطة.(دوايدي، 2017، ص.13).

4. دراسة سهارون كيجودكين SHARON KAYJUDKINS (2001) : بعنوان : الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغط واستراتيجيات المواجهة لدى مديري التمريض :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين كل من الصلابة النفسية والضغط واستراتيجيات المواجهة لدى مديري التمريض من المستوى المتوسط في المستشفيات ، وافترضت وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الصلابة النفسية بمكوناتها وبين الضغط واستراتيجيات المواجهة وإن كلا من الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة تنبئ بوجود الضغط ، وقد استخدم في تحليل بياناته معامل الارتباط المتعدد لبيرسون والانحدار المتعدد والانحدار الخطي وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- ارتباط الضغط باستراتيجيات مواجهة محددة ، وهي المجابهة ، التحكم الذاتي ، قبول المسؤولية ، وسلوك الهروب والتجنب .

- ارتباط الصلابة النفسية العالية خاصة في بعدي الالتزام والتحكم بمستويات منخفضة من الضغط وباستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكلة ، وعلى العكس من ذلك ارتبطت الصلابة النفسية المنخفضة بمستويات عالية من الضغط وباستخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال

- كما كانت الصلابة النفسية المرتفعة منبئ قوي عن مستويات الضغط المنخفضة، بالإضافة إلى أن سلوك الهروب والتجنب كان منبئ هام عن الضغط النفسي.(دواي ، 2017 ، ص.13).

5. دراسة (إيبورا إيمانوال لي 2015) (OBIOR EMMANUEL LYI 2015):

درست العلاقة بين الضغوط المرتبطة بالعمل والتمريض واستراتيجيات التكيف، وتأثيرها على مستويات الرضا الوظيفي والاضطرابات المزاجية لدى الممرضات، واقترح أن تؤدي المستويات الأعلى من الإجهاد المتصور للعمل واستخدام موانع الإبطال إلى زيادة اضطراب المزاج، تهدف الدراسة أيضا إلى استكشاف "التأثيرات المؤقتة" المحتملة لاستخدام الفكاهة في التعامل مع الإجهاد، وتأثير الرضا الوظيفي على علاقة الإجهاد والمزاج، وكشفت النتائج وجود علاقة ايجابية كبيرة بين الإجهاد التمريضي واضطراب المزاج وعلاقة سلبية كبيرة بين الإجهاد التمريضي والرضا الوظيفي، تم العثور على استخدام التغلب على التكيف والتصور حمل الزائد على العمل لتكون تنبئ كبير من اضطراب المزاج. لم يتم العثور على أي دليل يشير على أن استخدام الفكاهة كان له تأثير معتدل على العلاقة بين الإجهاد والمزاج لكن كان هناك دعم لتأثير الرضا الوظيفي على هذه العلاقة. وقدمت هذه النتائج بعض الدعم لنموذج معاملات الإجهاد، حيث وجد أن العوامل الظرفية تؤثر على تمركز الممرضات وتصوراتها. (جلاب، 2018، ص.14).

الفصل الثاني

الفصل الثاني

"مفاهيم الدراسة نظريا"

أولاً: ممرضو الصحة العقلية

ثانياً : الاحتراق النفسي

ثالثاً: استراتيجيات المواجهة

أولاً: ممرضى الصحة العقلية

تمهيد:

إن التمريض مهنة حية تستجيب لتطورات المجتمع وظروفه الاجتماعية ، الاقتصادية ، السياسية والنفسية، حيث أن رسالة مهنة التمريض هي الاستجابة للاحتياجات الصحية للمواطنين وتمكينهم من الوصول إلى أقصى درجات الاعتماد على النفس في مختلف مراحل العمر ، وخلال جميع المراحل الصحية للفرد ، في مختلف مراحل العمر ، وخلال جميع المراحل الصحية التي يمر بها الفرد والأسرة والجماعات.

ومن الجدير بنا ذكره أن ما يميز مهنة التمريض عن المهن الأخرى، تفاعلها مع استجابات الإنسان لحالته الصحية بشكل يشمل الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية.

1. مفهوم التمريض:

اتفق الباحثون في مجال التمريض على أن هذه المهنة تعني تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد والأسر والمجتمعات في الصحة والمرض ، بهدف تحسين مستوى الصحة والمحافظة عليها من الناحية البدنية ، النفسية والاجتماعية ، والوقاية من الأمراض ورعاية المرضى ومساعدتهم على استرداد صحتهم وتأهيلهم للاعتماد على أنفسهم وتقليل نسبة العجز لديهم وتقديم المشاركة الوجدانية للمريض.

أسست "فلورنس نافتغال" أول مدرسة للتمريض سنة 1860 بمستشفى سانتوماس بلندن بإنجلترا وكان مبدأ التمريض آنذاك قائماً على تطبيق القواعد الضرورية للنظافة لتحقيق الراحة البدنية والنفسية للتمريض، إلا أن التقنيات العلاجية وكيفية تلقينها لم تكن متطورة وذلك لعدم التمكن من تحديد مفهوم الصحة علمياً، ولهذا السبب حصرت المهارات المهنية للممرض في الملاحظة واحترام استقلالية المريض في مجال العلاج.

وتعرف " فلورنس نافتغال " التمريض بأنه عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة حتى تقوم الطيبة بدورها.

بعد ذلك أصبح تعريفها للتمريض التعريف الرسمي للمجلس العالمي للتمريض والذي يعتبر التمريض على أنه في المقام الأول مساعدة المرضى والأصحاء على القيام بالأنشطة التي تساهم في الحفاظ على الصحة واسترداد

العافية. فالتمريض بمعناه الواسع مهنة نبيلة ، تجسد غاية إنسانية ،تهدف إلى العناية بالسليم والمريض على حد سواء ، جسميا ونفسيا اجتماعيا وعاطفيا.(عكاكرة، 2014، ص.10).

2. تعريف تمريض الصحة النفسية والعقلية:

تمريض الصحة النفسية والعقلية بالإنجليزية (Psychiatric and mental health nursing) هي مجموعة الخدمات التمريضية التي يقدمها الممرض للمريض النفسي، والتي تقيده وتساعده على حسن التوافق مع نفسه وبيئته مع الاهتمام الجيد باحتياجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية بهدف جعله يتقبل نفسه ويتقبل الآخرين من حوله. لهذا فإن التمريض النفسي أشد صعوبة من التمريض العادي لأنه يتطلب الكثير من جهد الممرض ووقته، يتلقى الممرضون في هذا المجال تدريباً خاصاً في العلاج النفسي، وبناء تحالف علاجي، والتعامل مع السلوكيات الصعبة، وإدارة الأدوية النفسية.

يجب أن يكون ممرض الطب النفسي قد حصل على درجة البكالوريوس في التمريض ليصبح ممرضاً مسجلاً ومتخصصاً في الصحة النفسية. (wikipedia.org/wiki/cite_note_berg_6,Décembre).(h23,2018).

3. ممرض الصحة النفسية والعقلية:

ممرض صحة نفسية وعقلية ممارس بالإنجليزية (Psychiatric-mental health nurse practitioner) هو ممرض ممارس متقدم تم تدريبه لتقديم مجموعة واسعة من خدمات الصحة العقلية للمرضى وأسرتهم في مجموعة متنوعة من الخدمات. يقوم ممرضو الصحة النفسية والعقلية بتشخيص وإجراء العلاج ووصف الأدوية للمرضى الذين يعانون من أمراض واضطرابات نفسية أو اضطرابات الدماغ العضوية الطبية أو مشاكل تعاطي والإدمان على المخدرات. إنهم مرخصون لتقديم خدمات الطب النفسي الطارئ والتقييم النفسي والبدني لمرضاهم وخطط العلاج وإدارة رعاية المرضى.(مؤرشف من الأصل "PDF American Psychiatric Nurses Association" في 12 ديسمبر 2020. اطلع عليه بتاريخ 08 أكتوبر 2020، 00 سا).

أما الممرض بصفة عامة هو الشخص الذي استوعب البرامج والمتطلبات الأساسية الأخلاقية، العملية والعلمية لعلم التمريض. وأصبح قادراً على القيام بممارسة عملية الرعاية الصحية بعد أن أصبحت لديه المعرفة الكافية لتقديم أقل خدمات صحية للأفراد والوقاية من الأمراض والسهر على راحتهم أثناء المرض.

كما عرفت منظمة الصحة العمومية بما يلي: هو الإنسان أو الفرد الذي أنهى برنامجاً علمياً ونظرياً في دراسة أساسيات التمريض، وأصبح مؤهلاً وقادراً على تقديم خدمات التمريض في المراكز المختصة بغرض رفع مستوى الصحة ومنع حدوث الأمراض المختلفة والعناية بالمريض وصحته. (عكاكزة، 2014، ص.11).

4. أهداف ممرض الصحة النفسية والعقلية:

- الارتقاء بالصحة النفسية وفعاليات الفرد السليمة نحو الأمل والأكمل وكذلك الحال بالنسبة للجماعة والمجتمع العام.

- الوقاية من الأمراض النفسية وتقليل حدوثها.

- تقصير فترة المرض النفسي بتقديم العلاج المناسب، وبالتالي تقليل فترة مكوث المريض في المستشفى.

- متابعة المرضى وتأهيلهم بعد تخريجهم للتأكد من سير الشفاء وعدم النكس. وكثيراً ما تواجه الممرضة في المستشفيات العامة مرضى ذوي ضلالات وهلاوس وأوهام لم يروها من قبل، فعليها أن تتقن حسن التصرف معهم. ولا يمكن أن يتم ذلك ما لم تكن ذات خلفية علمية تمريضية عملية لمواجهة مثل هذه الحالات. (wikipedia.org/wiki/ cite_note_berg_6, Décembre ,2018 ;23h).

5. أسس التمريض:

أداء التمريض على الوجه الأكمل يتطلب من ممارسي هذه المهنة مراعاة عدد من الأسس الهامة المرتبطة ببعضها ارتباطاً وثيقاً والتي ذكرها (العقل، 2003) كما يلي:

- توفر المثل العليا الأخلاقية والصحية وأهمها:

- روح العطف والشفقة.

- الشعور بالمسؤولية ومحاسبة النفس على التقصير.

- العناية والملاحظة أية أعراض طارئة على المريض وتتبيه الطبيب لها.

- روح التعاون وذلك بين الطبيب وممارسي مهنة التمريض وأهل المريض حتى يتم العلاج.

- الجد والمثابرة فيجب أن لا ييأس ممارسو مهنة التمريض أو يملوا من طول مدة التمريض وألا يغضبوا من معاملة أي مريض.

- حفظ الأسرار فبحكم طبيعة العمل يتسنى لممارسي مهنة التمريض معرفة أسرار المرضى وعائلاتهم لذا لا بد أن يأتمنوا على الأسرار وأن يحفظوها.

• علاقة ممارسو مهنة التمريض بالمريض:

إن ممارسي مهنة التمريض يقوموا بأنبال الأعمال الإنسانية، ولذا فإن عليهم القيام بخدمة المريض بطريقة جيدة نظرا لما قد يصيبه من حالات ومؤثرات نفسية نتيجة للمرض، فيكون أكثر حساسية منه في حالاته السليمة وعليهم أن يكونوا صبورين ومثابرين وبشوشين في خدمة المريض، وأن يتعلموا طرق كسب تعاونه في تنفيذ العلاج، ويأتي ذلك من خلال دراسة النواحي المختلفة للمريض سواء الثقافية أو النفسية أو الدينية أو الاجتماعية.

• علاقة ممارسو التمريض بالفريق الشبه طبي:

إن ممارسي مهنة التمريض هم حلقة الاتصال الهامة في جميع الأعمال الطبية، وعليهم أن يساعدوا الطبيب لعلاج المرضى من مبدأ الاحترام والطاعة والتعاون، كما يتضمن ذلك أسلوب عملهم الذي يعتمد على التعاون والمساعدة مع زملائهم في العمل.

• علاقة ممارسو مهنة التمريض بالمجتمع:

يقوم ممارسو مهنة التمريض بالاختلاط بجميع أفراد المجتمع فعليهم التزام الأخلاق الحميدة، والسلوك المؤدب في التعامل مع المرضى، كما يقع على عاتقه رفع المستوى الصحي للمجتمع والحرص على وقايته من الأمراض والأوبئة، كما على ممارسي مهنة التمريض أن يتعرفوا على العادات والتقاليد والسلوك الديني والمستوى الثقافي للمجتمع، حتى يسهل عليهم اختيار الطرق الصحيحة في علاج المرضى. (طاهري، 2013، ص.90،98).

6. خصائص مهنة التمريض:

يهدف دور الممرض في مهنة التمريض إلى تحقيق راحة المريض بواسطة الإصغاء والتوجيه وتقديم النصائح وتدعيمه، حيث تتميز مهنة التمريض بخصائص عديدة أهمها ما يلي:

- 1- **طبيعة الحراك الوظيفي:** من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن الحرة. فالممرض يظل دائما ممرضا والمساعدة تظل مساعدة وذلك لأن لكل منهما درجة معينة تؤهلها لنقلها ونتيجة ذلك يوجد تدرج مهني يثير الكثير من الصراعات. كما توجد قوة كبيرة لا يمكن تخطيها بين ذوي الدرجات العليا في التنظيم الرسمي للمستشفى وهم في نفس الوقت ذوي مكانة اجتماعية مرموقة وهم الصفوة الفنية والإدارية للمستشفى.
- 2- **نظرة الأفراد لمهنة التمريض:** يعتقد عدد من الناس بأن أدوار التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي أدوار هامشية وغير مهمة مقارنة بما يقوم به الأطباء والصيدالة وفنيو المختبر، وقد أدى هذا المعتقد إلى وجود استعلائية عند البعض، الأمر الذي يؤدي إلى خلل في النسق الطبي.
- 3- **ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفى:** يتبع ويخضع الممرضون لرئيسين اثنين مختلفين، أحدهما إداري والآخر طبي، إذ تتعرض الممرضة المشرفة على قسم في المستشفى في عملها إلى مفارقات فهي لا تخضع إلى إشراف رئيس واحد تتلقى أوامره وتعليماته وهو رئيسها الرسمي للمستشفى، لكنها في نفس الوقت يجب أن تخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم الذي تعمل به باعتباره أكثر منها خبرة وعلما وهو المسؤول الأول على علاج المرضى.
- 4- **الصراع في دور الممرض:** يعتبر موقف الممرض مثلا واضحا للخطوط الصراعية للسلطة في المستشفى بين العمال والإداريين والأطباء، فالممرض مثلا شخص في الوسط فهو ممثل لإدارة المستشفى في تنفيذ القواعد والإجراءات من ناحية كما أنه ممثل للطبيب و مسؤول عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى، وإذا كان هذان الخطان لا ينفصلان إلا أنهما يصفان الممرض أمام موقف أشبه باللغز وهو إرضاء جماعة الأطباء وجماعة المرضى وهو ما لا سبيل لتحقيقه، يضاف إلى ذلك أدوارهم الاجتماعية الخاصة فقد تكون الممرضة زوجة وأم وتضطر أحيانا لأن تناوب في المستشفى. (عكاكة، 2014، ص.17).

7. جوانب العلاقة العلاجية للتمريض النفسي:

في عام 1913، كانت جامعة "جونز هوبكنز" أول كلية للتمريض في الولايات المتحدة لتقديم التمريض النفسي كجزء من منهجها العام. أهم واجب لممرضة الطب النفسي هو الحفاظ على علاقة علاجية إيجابية مع المرضى في الإعداد السريري. إن العناصر الأساسية لرعاية الصحة النفسية تدور حول العلاقات الشخصية والتفاعلات التي تنشأ بين المهنيين والعملاء. رعاية الأشخاص المصابين بأمراض عقلية تتطلب تواجد مكثف ورغبة قوية في أن تكون داعمة. يؤكد "دزيوبا" و"أهيرن" أن هناك تسعة جوانب أساسية للصحة العقلية في مجال التمريض النفسي: الفهم والتعاطف، والفردية، وتقديم الدعم، وتعزيز المساواة، وإظهار الاحترام، وإظهار حدود واضحة، وإظهار الوعي الذاتي للمريض.

- **الفهم والتعاطف:** الفهم والتعاطف من قبل الممرضات يعزز التوازن النفسي الإيجابي للمرضى. فهو مهم لأنه يوفر للمرضى شعور بالأهمية وينبغي تشجيع التعبير عن الأفكار والمشاعر دون اللوم أو الحكم أو التقليل..

- **الرعاية الفردية:** تصبح الرعاية الفردية مهمة عندما يحتاج الممرضات إلى التعرف على المريض. ولتأمين هذه المعرفة، يجب على الممرضة النفسية أن ترى المرضى كأفراد لديهم حياة تتجاوز مرضهم العقلي. إن النظر إلى الأشخاص كأفراد لديهم حياة تتجاوز مرضهم العقلي أمر حتمي في جعل المرضى يشعرون بالقدرات والاحترام من أجل قبول المريض كفرد، يجب أن لا يتم التحكم في ممرضة الطب النفسي بقيمه الخاصة، قبل فهم مرضى الصحة النفسية يتم تلبية الاحتياجات الفردية.

- **تقديم الدعم:** العلاقات العلاجية الناجحة بين الممرضات والمرضى بحاجة إلى دعم إيجابي. وتشمل الطرق المختلفة لتقديم الدعم للمرضى فالعديد من الاستجابات الفعالة والأنشطة الصغيرة مثل التسوق، وقراءة الصحيفة معاً، أو تناول الغداء / العشاء، استراحة مع المرضى يمكن أن تحسن نوعية الدعم المقدم. ويمكن أيضاً استخدام الدعم المادي.

- **إظهار حدود واضحة:** الحدود ضرورية لحماية كل من المريض والممرض والحفاظ على علاقة علاجية وظيفية. كما أن وضع الحد يحمي ممرض الصحة النفسية العقلية من "الإرهاق والحفاظ على الاستقرار الشخصي، وبالتالي تعزيز علاقة الجودة.

- **إظهار الوعي الذاتي:** كلما زاد الوعي الذاتي، ازدادت المعرفة حول كيفية التعامل مع التفاعلات.

- **تعزيز المساواة وإظهار الاحترام.** (wikipedia.org/wiki/cite_note_berg_6, Décembre) (2018,23h).

8. أخلاقيات ممرضي الصحة النفسية والعقلية:

بجانب المسؤوليات والواجبات المهنية للممرض هناك واجبات ومسؤوليات أخرى لا تقل أهمية عن الواجبات المهنية ألا وهي الواجبات الأدبية والسلوكية ، ولمهنة التمريض آداب خاصة تحكم وتنظم العمل بها وعلى طالب التمريض أن يفهم ويعي ويقدر قواعد ومبادئ الآداب والسلوكيات فور انتسابه لمهنة التمريض وأن يدرّب نفسه على ممارسة واحترام تلك المبادئ سواء في حياته الخاصة أو العامة.

وقد اهتمت جميع المنظمات التابعة لمهنة التمريض وعلى رأسها المجلس الدولي للممرضين بوضع شعار دولي لمهنة التمريض يتلخص في النقاط الآتية:

- على الممرض تقديم خدمات الرعاية التمريضية مع الأخذ في الاعتبار أدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية أو لون بشرتهم وجنسياتهم وطبيعة حالتهم الصحية.

- على الممرض أن يحفظ أسرار مرضاه ولا يفشي المعلومات الخاصة بهم لأي شخص مهما كان إلا بناء على طلب المريض نفسه أو إذا اقتضى القانون ذلك.

- على الممرض الحفاظ على كيان مرضاه من حدوث ما يهدد سلامتهم نتيجة لأعمال غير أخلاقية أو غير قانونية من قبل بعض أعضاء الفريق الصحي أو غيرهم وعليه يقع عبء التبليغ الفوري إلى الجهات المختصة عند حدوث أي من هذه الأفعال.

- على الممرض المسؤولية التامة عن جميع الأعمال التي يقوم بها سواء للمرضى أو ذويهم أو للمؤسسة التي يعمل بها.

- على الممرض أن يرفع مستواه وكفاءته العلمية في تطبيق الرعاية التمريضية وذلك بالإطلاع المستمر على ما هو جديد وحضور برامج التعليم المستمر.

- على الممرض الابتعاد عن أي عمل يخالف تعاليم المهنة أو يعاقب عليه القانون وأن يقوم بالأعمال التي تناسب مستواه العلمي و قدراته وإمكانياته وعليه أن يستشير رؤسائه في العمل إذا واجه بعض الأعمال التي هي خارج حدود قدراته الذاتية.

- على الممرض أن يشارك في جميع الأنشطة التي تساهم في الارتقاء بمستوى مهنة التمريض مثل قيامه أو اشتراكه في الأبحاث العلمية المتعلقة بالرعاية الصحية.

- على الممرض أن يشارك في الأنشطة الخاصة برفع وتحسين مستوى الأداء للخدمات التمريضية مثل الاختيار الأمثل للمتقدمين للعمل بالمهنة حيث يكون الاختيار على أساس المستوى العلمي والمهارات والخلق الحسن.

- على الممرض المساهمة في تحسين أوضاع المشتغلين بالمهنة وتحسين ظروف ومناخ العمل الذي يساعد، وبالتالي على زيادة الكفاءة الإنتاجية للممرضين.

- على الممرض أن يتعاون مع المواطنين والذين يعملون في المجال الصحي لتنمية جهودهم وسد حاجات المجتمع الصحية.

- على الممرض ألا يستغل وظيفته للإعلان أو لرواج بعض المنتجات التي قد تكون ضارة بالصحة واستخلاص أكبر فائدة من القواعد السالفة الذكر والتي وضعها المجلس الدولي للممرضين يمكن القول بأن على الممرض التزامات ومسؤوليات أدبية وسلوكية تجاه المرضى وذويهم وتجاه نفسها ومهنتها وتجاه المجتمع. (site.google.com/site/sanursing2016/nursing_ethic ,00h).

خلاصة:

يعتبر التمريض بمثابة نظام إنساني مداخلته إنسانية ومخرجاته خدمة تتمثل في رعاية المرضى، وهو عبارة عن معرفة تقنية وأخلاقية وسلوكية تجعل الفرد بعد تكوينه يكتسب كفاءات لممارسة هذه المهنة، العناية بالسليم والمريض على حد سواء جسدياً ونفسياً واجتماعياً وعاطفياً، فلمهنة التمريض هدف جوهرى يلبي حاجة جد ضرورية للفرد والمجتمع، وعلى الرغم مما تشمله مهنة التمريض من مزايا ومبادئ فاضلة وما تقدمه من خدمات إنسانية تدور كلها حول المساعدة، وما تجسده من، إلا أنها في الوقت ذاته تعد مهنة شاقة لما تستلزمه من صفات ومزايا نفسية كثيرة كالتحلي بروح التضحية والشعور بالواجب وحسن المعاملة وحفظ الأسرار.

الأمر الذي يجعل الممرض عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية.

ثانياً: الاحتراق النفسي

تمهيد:

تعددت الدراسات التي تحدثت عن علاقة الفرد بمحيط عمله ، أين تم التطرق إلى الصحة النفسية والعقلية داخل محيط العمل و الاضطرابات النفسية والجسدية التي تتولد عن الضغوطات التي يواجهها المهني في محيط عمله وخاصة بعد تدهور الصحة النفسية للعمال والمهنيين وانخفاض كفاءتهم وأدائهم المهني وتكبد المؤسسات التي ينتمون إليها خسائر مادية، مما فرض على الأخصائيين البحث عن الأسباب ومن هنا جاء الحديث عن مفهوم الاحتراق النفسي الذي يعبر عنه بالنتائج النفسية والسلوكية المترتبة عن تراكم الضغوطات النفسية على الفرد والمرتبطة بمحيط العمل.

إن الدراسة الوصفية لمصطلح الاحتراق النفسي ، تفرض علينا حصر وتحديد طبيعة هذا المفهوم الذي له علاقة مباشرة مع مفهوم الضغط النفسي إضافة إلى معرفة مصادره وكذا النتائج النفسية والعلائقية المترتبة عن هذا الاختلال على الفرد والمؤسسة التي ينتمي إليها.

1.تعريف الاحتراق النفسي:

يعتبر مصطلح الاحتراق النفسي مصطلحا أنغلو ساكسوني استمد مرجعيته من اللغة الإنجليزية To Burn out وظهر في التسعينات في الولايات المتحدة الأمريكية وقد ترجم بذلك إلى عدة لغات حيث يعرف باللغة الفرنسية

:

« Syndrome d'épuisement professionnel » أي "متلازمة الإنهاك المهني" وترجم أيضا إلى اللغة اليابانية وعرف بـ « Karoshi » « Karoshi » « Karo » تعني الموت و « Shi » تعني شدة العمل أي الموت من شدة العمل، كما يطلق عليه الألمان "Spannings klachten" وتعني الإرهاق إلا أن المصطلح الأنسب باللغة العربية هو "الاحتراق النفسي" بالرجوع إلى الأصل في اكتشاف هذا المصطلح لأول مرة باللغة الإنجليزية تحت اسم Burn out syndrom وبذلك أصبح للاحتراق النفسي مصطلحات مختلفة إلا أنها تعبر عن مغزى واحد.

وحسب منظمة الصحة العالمية OMS فهي تعرفه كالتالي : تتميز متلازمة الاحتراق النفسي بشعور بالتعب الشديد، فقدان السيطرة وعدم القدرة على تحقيق نتائج ملموسة في العمل.

بينما عرف Herbert. J. Freudenberger الاحتراق النفسي على أنه " حالة تحدث بسبب استعمال الفرد المفرط لطاقته وموارده مما يخلق إحساسا بالفشل تم الإنهاك الذي يؤدي إلى الإرهاق الكلي "

وقد اهتم الكثير من الباحثين أمثال Cherniss, Pines, Maslach. Jackson و Freudenberger الذي أطلق عليه في كتابه اسم الحريق الداخلي وهو مصطلح يستعمل في صناعة الطيران ويطلق على وضعية الصاروخ الذي بلغ نفاذ الوقود مبلغ الفوران وأل به إلى خطر تحطم الآلة وفي حالة الشخص المعرض للإنهاك، فهو يعبر عن نفاذ طاقته. (بقدور، 2014، 38).

وبذلك يعتبر الاحتراق النفسي على أنه حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني والانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية ويتمثل الاحتراق النفسي في مجموعة من المظاهر السلبية منها على سبيل المثال التعب، الإرهاق، الشعور بالعجز، فقدان الاهتمام بالآخرين، فقدان الاهتمام بالعمل، السخرية من الآخرين، الكآبة، الشك في قيمة الحياة والعلاقات الاجتماعية، والسلبية في مفهوم الذات ، ولا يختلف اثنان على أن هذه المظاهر تساهم بشكل أو بآخر في نوعية أداء الفرد في عمله. (عسكر، 2003، ص122).

يرى هوبرت فرويدنبرجر H. Freudenberger (1974) الذي يعتبر أول من أشار إلى ظاهرة الاحتراق النفسي على أنه حالة من الاستنزاف الانفعالي أو الاستنفاد البدني، بسبب ما يتعرض له الفرد من الضغوط. وعرف كرنس Chernesse (1980) الاحتراق النفسي بأنه العملية التي ينسحب فيها المهني المعروف بالتزامه السابق بالعمل من ارتباطه بعمله نتيجة ضغوط العمل التي تعرض لها أثناء أداء هذا العمل.(معروف، 2012، ص12).

أما LAZARUS فيعرفه " بأنه عبارة عن حالة إجهاد ناجمة عن إعياء ومتطلبات متواصلة زائدة لمقابلة على الأفراد تفوق قدراتهم المهنية، كما يذهب كل من برمان وهارتمان إلى أن الاحتراق النفسي استجابة إلى الإجهاد النفسي والأداء المنخفض في العمل، وكذا أسلوب التعامل مع الآخرين".

بينما يعرفه كل من بينس وارتسون وكافري " بأنه حالة من التعب يتميز بها بصفة أكثر من الأفراد العاملين مع الأشخاص الآخرين. أو مع الجمهور أو العاملين الاجتماعيين وعمال الصحة ". (باتشو، 2016، ص22. 23).

في حين ذهب C. Maslach et Jackson إلى أن الاحتراق النفسي هو إحساس الفرد بالإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر (فقدان التعاطف) وانخفاض الإنجاز الشخصي والذي يظهر على الأفراد المنخرطين في مهن المساعدة. (بقدر، 2014، ص39).

حيث اهتمت Maslach بالاحتراق النفسي عند الممرضين خاصة وقد وصفته بأنه حالة إنهاك جسدي وانفعالي تجعل الفرد يفقد فعاليته، كما يصبح قليل التعاطف والإحساس مع الآخرين، بحيث يفقد شيئاً فشيئاً إنسانيته ليصبح قاسياً في تعامله إلى جانب انخفاض كمية ونوعية العمل المؤدي ويتقلص بذلك إنجازهم بسبب فقدانه لدافعيته ورغبته في العمل وتصف بذلك Maslach ثلاث مستويات أساسية لظاهرة الاحتراق النفسي :

1. الإجهاد الانفعالي.

2. تبدل الشعور.

3. الإنجاز الشخصي في العمل. (Canoui, 2004، ص.02)

2. الفرق بين الاحتراق النفسي ومصطلحات أخرى :

للاحتراق النفسي مجموعة من الأعراض التي يستدل منها على حدوته والتي تميزه عن غيره من المصطلحات التي طالما وقع الخلط والالتباس بين أعراضها، نذكر منها : الملل والضجر، الضغط النفسي، الإجهاد الانفعالي، التعب العصبي، القلق النفسي، الاكتئاب . وكار وتشوي Karoshi.

الملل والضجر:

يرى كافري وباينس A. Kafri .D et pines أن الاحتراق النفسي يتطابق مع الملل والضجر، وتكمن الفروق بين المصطلحين في أن الاحتراق يشير إلى الانعكاس النفسي لضغوط العمل في المهن الإنسانية ويظهر

الضجر استجابة لضغوط العمل في المهن الأخرى، إلا أن هذا الفرق ليس بالجوهري، فلم يعد الاحتراق النفسي اليوم مقصورا على مهن المساعدة فقط، فقد أثبتت عدة دراسات أنه امتد إلى مهن أخرى، كما أن الملل والضجر يمثلان أحد مؤشراتهما، كما يمكن اعتبارهما من الأعراض المصاحبة له.

الضغط النفسي :

إن الضغط النفسي والاحتراق النفسي كلاهما يعبر عن حالة من الإجهاد أو الإنهاك النفسي والبدني، لكن يختلف الاحتراق النفسي عن الضغط، فغالبا ما يعاني الفرد من ضغط مؤقت، ويشعر كما لو كان محترق نفسيا، لكن بمجرد التعامل مع مصدر الضغط ينتهي هذا الشعور، فقد يكون الضغط داخليا أو خارجيا، وقد يكون طويلا أو قصيرا، وإذا طال هذا الضغط فإنه يستهلك أداء الفرد، ويؤدي إلى انهيار في أداء وظائفه،

أما الاحتراق النفسي فهو عرض طويل المدى يرتبط حدوثه بالضغوط النفسية، وبمصادر عوامل أخرى، وبذلك فإن الضغط النفسي يكون سببا في الاحتراق النفسي، إذا ما استمر ولم يستطع الفرد التغلب عليه.

يلاحظ أن الباحثين وضعوا علاقة سببية بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي، كما لمحا إلى علاقة شرطية، فلا يوجد احتراق في غياب شروط معينة من الضغط النفسي، والتي تتمثل في أنها ضغوط مستمرة وغير محتملة من طرف الفرد، وبهذا يكون الاحتراق النفسي نتيجة وأثرا من أثار ونتائج الضغوط. (رحال، 2016، ص49).

الإجهاد النفسي :

الإجهاد عبارة عن عياء انفعالي زائد ناتج عن تعرض الفرد لمطالب زائدة تؤدي بذلك إلى الإنهاك البدني والنفسي ووجب التفريق بين الإجهاد النفسي الذي يزول مع الراحة وبين الإجهاد الانفعالي الذي يعتبر بعدا وعرضا من أعراض الاحتراق النفسي والذي لا يزول مع الراحة، كما يجب الإشارة إلى أن الاحتراق النفسي يحدث كنتيجة لاستمرار الإجهاد الانفعالي والذي يحدث بسبب المتطلبات النفسية والعاطفية المفرطة من قبل المرضى أو المستفيدين من الخدمة. (بقدر، 2014، ص42).

القلق :

إن الشعور بالقلق قد يتكون لدى الفرد منذ الطفولة بعكس الاحتراق النفسي الذي يرتبط بالأداء الوظيفي أو المهني، ويتمكن من الفرد ابتداء من مرحلة الرشد، والقلق هو عبارة عن شعور بالوحدة وقلة الحيلة وعدوان مضاد لبيئة يدركها الفرد على أنها عدائية، ويتكون القلق من مشاعر وأفكار مزعجة قد تصل إلى القلق الحاد، مما يشير إلى وجود صراع انفعالي غير واعي، وقد يتفاقم هذا الصراع فيولد ضغطاً على الفرد لا يتحمله، تم يشتد مع الوقت فيتحول إلى الاحتراق النفسي. (معروف، 2012، ص14).

الاكتئاب :

أظهرت بعض الأبحاث أن الاحتراق النفسي يكون عادة مصحوب بحلقة اكتئابية شديدة كما أشارت أبحاث أخرى إلى أن الاحتراق النفسي هو شكل من أشكال الاكتئاب لاشتراكه في نفس الأعراض الغير مميزة للاحتراق النفسي: اضطرابات النوم، اضطرابات هضمية، آلام عضلية، تهيج، سلوكيات الإدمان..... بينما يؤكد آخرون على ضرورة التفريق بينهما اعتماداً على العناصر التي تسمح بالتشخيص الفارقي وهي كالتالي:

- يرتبط الاحتراق النفسي بالقلق الانفعالي المزمن إلى جانب عوامل خارجية عن الفرد تتعلق بالمهنة أو الوظيفة، أما الاكتئاب فمصدره داخلي وتعتبر عوامل خارجية بمثابة العامل المفجر لذلك.
- في الاحتراق النفسي تنحصر الأعراض المعرفية السلبية عامة في مجال العمل فقط أما بالنسبة للاكتئاب فإن ما يميزه هو الكف الحركي والكف العقلي الذي يمس الجانب المهني والشخصي على حد سواء.

الأدوية النفسية وبعض العلاجات الأخرى تستطيع أن تخفف من حدة الاكتئاب بينما لا تظهر فعالية هذه الأدوية مع الاحتراق النفسي، كما أوضح الباحثون أن الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي لا ينتجون بكثرة هرمون الكورتيزون على عكس الذين يعانون من الاكتئاب، حيث يظهر لديهم إفراز هذا الهرمون بدرجة كبيرة ومع ذلك أظهرت دراسة سنة 1986 وجود مستويات مرتفعة للاحتراق النفسي على مقياس " MBI " إلى جانب وجود نتائج مرتفعة كذلك على مستوى مقياس الاكتئاب لبيك، وقد أشار الباحثون في هذه الدراسة إلى ضرورة توحيد هذين المقياسين من أجل تقصي الاحتراق النفسي وعدم إغفال الاكتئاب إذا كان مرفقاً له، وتشير الدراسات إلى أن التشخيص الذي تعرض للاكتئاب له سوابق عائلية في ذلك هو أكثر عرضة من غيره للاحتراق النفسي (بقدور، 2014، ص.43).

التعب العصبي :

لقد تعددت تعريفات التعب العصبي من قبل عدة باحثين و اختصاصيين حيث يعرفه (كولز، 1977) أنه: " استنفاد الطاقة العصبية وليس مجرد شعور صاحبه أن جسمه متعب، وتظهر حالة التعب في الخلايا العصبية في صورة اضطرابات نفسية بدنية معينة ".

ومن خلال هذا التعريف يمكن تمييز التعب العصبي عن الاحتراق النفسي في كون الأول يظهر في كل مجالات حياة الفرد، لأنه يصيب الخلايا العصبية، في حين يظهر الاحتراق أساسا في العمل، يعني أن أعراضه تزول بالابتعاد عن العمل، كما لا يعاني الأشخاص المحترقون نفسيا أمراضا سيكولوجية كالأشخاص المصابين بالتعب العصبي. (رحال، 2016 ، ص. 50).

الجسدية :

تحتل جسدية المرض مكانة خاصة ضمن المؤشرات العيادية لمتلازمة الاحتراق النفسي، حيث يتكرر ظهورها كثيرا عن الأفراد الذين يعانون من حالة الاستنفاد L'épuisement ، إلا أن مؤشرات الجسدية ليست خاصة بحالة الاحتراق النفسي ولا مميزة لها، فمن الممكن أن تكون حالة الإنهاك المهني خالية من مؤشرات جسدية المرض وأعراضه، كما أنه من المفيد معرفة أن اضطرابات الجسدية كثيرة التكرار والظهور في حالات الاحتراق النفسي.

و جسدية المرض هي مجموع من الاضطرابات تظهر في شكل أعراض جسمية متنوعة ومتغيرة بمرور الوقت، يعاني منها الفرد لعدة سنوات بالرغم من أن الفحوص والكشوف الطبية تشير إلى غياب أي إصابة أو تلف جسدي حقيقي، كما يمكن أن ترتبط مجموع أعراضها بأي جزء أو عضو من الجسم، وتكون عبارة عن أعراض خارجة عن سيطرة الفرد، فأسبابها أساسا لاشعورية، حيث نلاحظ غياب أي إصابة جسدية فعلية. (زاوي، 2010، ص87).

كاروشي Karoshi :

الكاروشي هو لفظ ياباني مكون من قسمين : Karo ويعني الموت و Shi وتعني التعب في العمل، واللفظ Karoshi يعني الموت من شدة العمل أو الموت فجأة جراء الإجهاد العصبي، وهو يشبه بكثير الاحتراق النفسي لكنه مرتبط أكثر بأوقات العمل المبالغ فيها.

ففي سنة 1969 ظهرت أول حالة للكاروتشي في اليابان أين يعمل الفرد النموذجي 24/24 ، وكان شابا عمره 29 سنة، يعمل في قسم الشحن بإحدى الصحف اليابانية الكبرى حيث توفي بسكتة قلبية في مكان عمله، وتعود أسباب وفاته إلى عبئ العمل الزائد (ساعات العمل الطويلة، العمل الفكري المتواصل) ، حيث قام كل من Uehata et Tajiri, Hosokawa وهم ثلاثة أطباء يابانيين قاموا بإعطاء وصف دقيق لهذه المتلازمة، والتي أطلقوا عليها اسم Karoshi، كان ذلك سنة 1982.

وترجع أسباب الموت من شدة العمل إلى : ارتفاع خطير في ضغط الدم الشرياني، نزيف دماغي تحت عنكبوتي، انسداد دماغي وانسداد عضلة القلب، وقد أحصى المجلس الوطني للدفاع عن ضحايا الكاروتشي في اليابان ما يصل إلى 10.000 حالة وفاة في السنة، وبين أبريل 2005 و مارس 2006 ، تم حصر أكثر من 157 حالة وفاة بسبب الانتحار أو الإصابة بأزمة قلبية، و 173 شخص مصابين بأمراض خطيرة، ليكون المجموع 330 ضحية الكاروتشي وهو رقم قياسي. (زاوي، 2010، ص 80).

3. نبذة تاريخية عن الاحتراق النفسي Burn out:

تعود البدايات المبكرة لمصطلح الاحتراق النفسي Burnout إلى العالم " هيربرت فرويدنبرجر (1974) Freudenberger وذلك من خلال دراساته عن الاستجابة للضغوط التي يتعرض لها العاملون بقطاع الخدمات، حيث عرف بأنه حالة من الاستنزاف الانفعالي والاستنفاد البدني بسبب ما تعرض له الفرد من ضغوط ، إضافة إلى عدم القدرة على الوفاء بمتطلبات المهنة، وقد كان Freudenberger أول من ذكر مصطلح الاحتراق النفسي وأدخله إلى حيز الاستخدام، فأورد المعنى الوارد بالقاموس Burnout ومعناه أن الفرد يصاب بالضعف والوهن أو يجهد ويرهق ويصبح منهكا بسبب الإفراط في استخدام الطاقات والقوى، وتوالت مجهوداته بعد ذلك وصفا للمصطلح وإضافة إليه، ويعد المؤتمر الدولي للاحتراق النفسي الذي عقد بمدينة فيلادلفيا " Philadelphia " في نوفمبر 1981 البداية الحقيقية لتطور مصطلح الاحتراق النفسي، حيث شارك فيه الرواد الأوائل للاحتراق النفسي أمثال "Freudenberger" و "Maslach" و "Pines" و "Chernesse" (عكاكزة، 2014، ص39) .

4. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي :

على الرغم من حداثة مصطلح الاحتراق إلا أننا سنحاول ذكر أهم التفسيرات النظرية التي تناولته، انطلاقاً من المدرسة الفيزيولوجية والسلوكية تم نفسر النظرية التحليلية .

1. النظرية الفيزيولوجية :

يعتبر العالم الفيزيولوجي الكندي هانز سيللي أهم من درس الطبيعة الفيزيولوجية للضغوط حيث صنفها وبين أهم المراحل التي يمر بها الفرد للتوافق معها، كما بين أهميتها عندما تكون ضغوط تكيفية تحفز الطاقات الفردية على مواجهة الأخطار والتعامل مع المثيرات المؤلمة إلا أنه نبه من سلبياتها عندما تتطور إلى ضغوط حادة تستنفد الجهود الفردية، فشدة الضغوط والتعرض المتكرر لها يترتب عنها تأثيرات سلبية كالفوضى والارتباك في حياة الفرد والعجز عن اتخاذ القرارات وظهور الأمراض الجسمية ومظاهر اضطرابات عضوية أخرى، مثل تكرار الضغوط اليومية وتزايد شدتها باستمرار تجعل الفرد يعاني من أعراض مرضية فيزيولوجية للضغوط (ارتفاع ضغط الدم، آلام المفاصل) ، فحسب النظرية الفيزيولوجية فإن عجز الفرد عن التعامل السوي مع الضغوط في الموقف ذاته يؤدي إلى تطورها وهذا ما يؤدي إلى وقوعها في متلازمة الاحتراق النفسي كمرحلة نهائية للضغوط الشديدة وبالتالي لا يمكن تصريفها بشكل إيجابي أثناء الموقف الضاغط تكون الضغوط النفسية في البداية إيجابية بحيث تنبه إلى الخطر، وتحفز الجسم على مواجهتها ومقاومة مصدر الضغط أو الإحباط ومع زيادتها تزداد مقاومة الفرد في محاولة منه لتسييرها والتكيف السوي معها، إلا أن تكرارها وتزايد شدتها باستمرار مع الوقت يضعف قدرة الفرد على التعامل معها، ما يجعله مستنزف القوى ومجهد ومصاب بأمراض فيزيولوجية عضوية، وهي قد تكون أعراض متلازمة الاحتراق النفسي على الرغم من تركيز هذه النظرية على العوامل الفيزيولوجية، إلا أن الإنسان تشكله مجموعة مكونات وراثية بيئية تمكنه من تحقيق التوافق دون الإصابة بالأمراض. (باتشو، 2016 ، ص 23، 24).

2. النظرية السلوكية :

تفسر هذه النظرية السلوك تفسيراً جزئياً ميكانيكياً على أساس العلاقة بين المثير والاستجابة وأن الاحتراق النفسي في نظر هذه المدرسة هو أسلوب سلوكي منظم يصبح مع مرور الوقت عادة يلجأ إليها الفرد في التخفيض من القلق والتوتر الذي يصادفه في بيئته، وحسب هذه النظرية فإنه يمكن التنبؤ بالسلوك النهائي للإنسان، إذا ما استطعنا التحكم بالظروف البيئية وحسب "سكينر" فإنه يمكن التحكم بعملية الاحتراق بالدرجة التي نستطيع فيها التحكم بالظروف البيئية المحيطة.

كما يفسر الاحتراق النفسي بأنه سلوك غير سوي تعلمه الفرد نتيجة ظروف بيئية غير مناسبة، ويمكن استخدام بعض فنيات تعديل هذا السلوك لمقابلة أي مشكلة، ومن الفنيات السلوكية المفيدة في التصدي لمشكلة الاحتراق النفسي فنية التعزيز وزيادة الدعم للفرد، والضبط الذاتي من خلال السيطرة الذاتية على الضغط والاسترخاء وأخذ الحمامات الدافئة. (باتشو، 2016، ص 29، 30).

3. نظرية التحليل النفسي:

فسرت نظرية التحليل النفسي الاحتراق الوظيفي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة ، مقابل الاهتمام بالعمل، مما قد يمثل جهدا مستمرا مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة إيجابية سوية، أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها، وحدث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلق به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها وهو ما يحفز ظهور الاحتراق النفسي أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للدرجات الغير مقبولة بل المتعارضة مع مكونات الشخصية عن طريق الأنا، مما يجعل الفرد يعيش صراعا عصبيا مركزا بين مكونات الشخصية ، وعند عدم نجاح الفرد في إيجاد وسيلة لحل هذا الصراع ينتهي به الأمر إلى تطوير أعراض عصبية كإشباع بديل للدرجات المكبوتة وكوسيلة تنفيسية لذلك الصراع، ويصل في أقصى المراحل إلى الاحتراق النفسي. (بقدر، 2014، ص 49).

5. مراحل الاحتراق النفسي :

إن الاحتراق النفسي كغيره من الاضطرابات يمر بعدة مراحل، إلا أن هناك بعض الاختلاف بين الباحثين حول هذه المراحل، حيث يرى فرا زير " T.M.FRASER " ، أن الاحتراق النفسي هو عملية من ثلاثة مراحل :

المرحلة الأولى: وتتمثل بوجود ضغط عمل نتيجة عدم التوازن بين متطلبات العمل، والقدرات الذاتية اللازمة لمواجهة تلك المتطلبات من جانب العامل.

المرحلة الثانية: وهي امتداد للمرحلة الأولى، وفيها تظهر الاستجابة الانفعالية للعامل، أمام حالة عدم التوازن، وتنصف بالقلق والإرهاق.

المرحلة الثالثة: وتتميز بالاضطراب السلوكي، ومن مظاهرها : (الآلية في معاملة المرضى، قلة الالتزام، عدم الالتزام بالمسؤولية) وهو ما أشار إليه أيضا "كاري جرنس" (Cherniss). حيث يرى أن ظاهرة الاحتراق عبارة عن سيرورة (process) تتكون من 3 مراحل.

في حين يرى رواد المقاربة الفيزيوطبية أن الاحتراق هو استجابة تصدر من الفرد لمثيرات البيئة غير مرغوب فيها، وغالبا ما تكون هذه الاستجابة عامة وغير محددة المعالم، وأهم رواد هذه المقاربة هو هانز سيلبي (H.Sely) الذي يرى أن الاحتراق النفسي هو استجابة عامة تمر بثلاثة مراحل أطلق عليها اسم " تناذر التكيف العام " أو "General adaptation syndrome" وهذه المراحل هي :

مرحلة الإنذار بالخطر: في هذه المرحلة يبدي الفرد مجموعة من الاستجابات نتيجة وجود المثيرات (ضغط العمل).

مرحلة المقاومة: في هذه المرحلة يحاول الفرد مقاومة الضغط تم التكيف والتأقلم معه، إلا أن استمرار الضغط يحد من هذه المقاومة.

مرحلة الإنهاك: في هذه المرحلة يؤدي استمرار الضغط فشل جهاز المقاومة لدى الفرد لتبدأ الأعراض بالظهور، إلا أن استمرار هذه المرحلة يؤدي إلى الاحتراق النفسي.

أما " كلاميداس " "Clamidas" فيرى أن تشكل أعراض الاحتراق النفسي لدى العمال يكون وفق مرحلتين متتابعتين هما :

مرحلة الأعراض الأولية: وفيها يحرص الموظفون بفرحة العطل والأعياد، والسرعة في الذهاب إلى البيت مباشرة بعد العمل والتفكير في التقاعد للتخلص من العمل.

مرحلة الأعراض المتقدمة: وفيها يبدأ العمال عدم التركيز في العمل مع الإرهاق الذهني، التمر المستمر والاندفاع نحو العمل بطريقة سلبية، الإحساس بالإجهاد والقلق اليومي، تجنب التعامل مع الزملاء والانطواء على النفس. (ملال، 2010، ص38).

بينما يرى كل من "إيبيلويتش" Ebelwitch و "برودسكي" Brodsky " (1980) أن الاحتراق النفسي يتكون من أربعة عوامل وهي :

الاندفاع : (L'enthousiasme) هي مرحلة أولية، وأثناء هذه المرحلة يبدأ الفرد تجربته باندفاع من خلال الاتجاه إلى الجاهزية المفرطة، مع طاقة كبيرة، وامتلاك توقعات غير واقعية تتعلق بعمله، فالعمل هنا يمثل كل شيء بالنسبة للفرد، وما ينتج في هذه المرحلة : استهلاك الطاقة بطريقة مفرطة وغالبا غير فعالة، كما أن المثالية في العمل تمتد إلى إخفاء الحاجات والاهتمامات الشخصية .

السكون : (La stagnation) وتترجم هذه المرحلة من خلال قلق شديد، سرعة الغضب، الشكاوي السيكوماتية، ويتطور لدى الفرد شعور من السكون يظهر من خلال فقدان الحماسة والاهتمام بعمله ، كما أن توقعاته المهنية تصبح أكثر واقعية، ويحاول الفرد إشباع حاجاته الشخصية وإعطاء اهتمام أكبر بتطوير سيرته المهنية.

الإحباط : (La frustration) في هذه المرحلة تظهر مشاعر من الإحباط مصحوبة بمشاعر الذنب والعجز، كما أن الصعوبات المهنية تظهر متنوعة، ويصبح الفرد سريع الغضب (irritable) لا يحتمل (intolérant) وأقل إصغاء للآخرين، ويحاول مواجهة هذه الوضعية باستخدام إستراتيجيات التجنب، هذا الإحباط يساهم في تطور الاحتراق النفسي، حيث يقود الفرد إلى مرحلة اللامبالاة.

اللامبالاة : (l'apathie) تظهر من خلال حالة من الاكتئاب، واللامبالاة يؤثر على أدائه في مواجهة الإحباطات المتكررة، كما أن هذه المرحلة تستقر بعمق في الفرد، لأنها المرحلة الأكثر صعوبة لتجاوزها والتغلب عليها، من بين باقي المراحل وهذه المرحلة حسب "Brodsky" و "Ebelwitch" تمثل ماهية الاحتراق النفسي. (ملال، 2010، ص39).

ويرى الدكتور " علي عسكر" أن الاحتراق النفسي لا يحدث بشكل مفاجئ وإنما عبر ثلاثة مراحل وهي:

المرحلة الأولى : وتعرف بمرحلة "الاستشارة الناتجة عن الضغط" الذي يعيشه الفرد في عمله ، وتتمثل في الأعراض التالية : سرعة الانفعال، القلق الدائم، الأرق، الصعوبة في التركيز، الصداع، ارتفاع ضغط الدم.... إلخ.

المرحلة الثانية: وتعرف بمرحلة الحفاظ على الطاقة وتشمل استجابات سلوكية مثل : تأجيل الأمور، التأخر عن العمل، التأخر عن إنجاز المهام، زيادة استهلاك المنبهات، اللامبالاة، الانسحاب الاجتماعي، السخرية، الشك، والشعور بالتعب في الصباح.

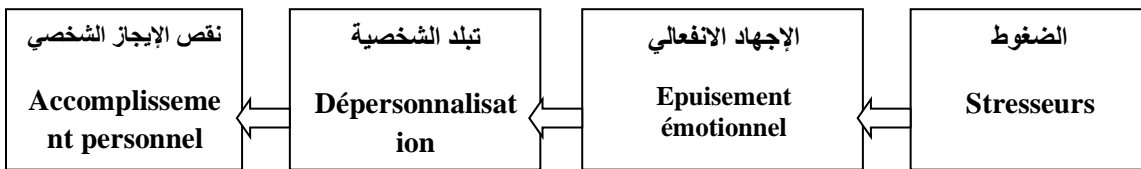
المرحلة الثالثة: وتعرف بمرحلة الإنهاك، وترتبط بمشكلات بدنية ونفسية مثل :الاكتئاب المتواصل، التعب الجنسي المزمن، الصداع الدائم، اضطرابات مستمرة في المعدة، الرغبة في الانسحاب النهائي من المجتمع..... إلخ.

وحسب الدكتور "علي سكر" فإنه ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الاحتراق النفسي في كل من هذه المراحل، بحيث أن ظهور عرضين في كل مرحلة يعتبر مؤشرا على أن الفرد يمر بمرحلة معينة من الاحتراق النفسي. (عسكر، 2003، ص126).

ومن خلال ما سبق نلاحظ اتفاق كل من "علي عسكر"، "H. Selye"، "fraser" على أن سيرورة الاحتراق النفسي تبدأ برود الفعل من طرف العامل اتجاه ضغوط العمل، بحيث أن استمرار هذه الضغوط يؤدي بالتدريج إلى ظهور مجموعة من الأعراض، هي أعراض الاحتراق النفسي، إلا أن المتمعن في هذه السيرورة يلاحظ أنها سطحية نوعا ما وغير دقيقة في وصف مراحل الاحتراق النفسي، بحيث أن هذه السيرورة تعتبر عامة وشائعة في عدة اضطرابات أخرى، لأنها تدور حول رد فعل، تم المقاومة، وأخيرا الاستسلام، أما السيرورة التي ذكرها "كلاميداس" (Clamidas) فهي أكثر سطحية، في حين تبدو السيرورة التي ذكرها كل من "Brodsky" و "Ebelwitch" غير دقيقة ومتداخلة لأن المراحل التي ذكرها تعتبر مجرد أعراض، كما أنها لا تكون بالضرورة بهذا الترتيب.

وبالعودة إلى "Maslach" نجد أنها أوردت ثلاث أعراض أساسية للاحتراق النفسي وهي : الإجهاد الانفعالي، تبدل الشخصية ونقص الإنجاز الشخصي، وقد قام كل من "Dierendonck" (ديريندونك) و "Schafeli" (شوفلي) و "Bunk" (بانك) بدراسة السيرورة السببية بين هذه الأعراض الثلاثة، وانطلاقا من 05 دراسات طولية تقيس الاحتراق النفسي بواسطة مقياس "MBI" وجدوا أن هذا النموذج الثلاثي يشرح فقدان الإنجاز الشخصي من خلال تبدل الشخصية (dépersonnalisation) والذي هو نفسه ناتج عن الإجهاد الانفعالي، ويعتبر هذا النموذج الثلاثي أكثر دقة ووضوح في وصف مراحل الاحتراق النفسي.

لذا يمكن اختصار سيرورة الاحتراق النفسي في المخطط التالي:



مخطط سيرورة الاحتراق النفسي من خلال النموذج الثلاثي لماسلاش وجاكسون

وانطلاقاً من نموذج ماسلاش وجاكسون الثلاثي (Tridimensionnelle) يمكننا اعتبار وجود 3 مراحل أساسية للاحتراق وهي :

المرحلة الأولى: وفيها تؤدي الضغوط الخارجية (stresseurs) إلى حدوث الإجهاد الانفعالي الذي يظهر من خلال : التعب المفرط من العمل، وفقدان الحيوية، استنزاف الطاقات الداخلية...

المرحلة الثانية: وفيها يتطور الإجهاد الانفعالي ويؤدي إلى حالة تبدل الشخصية والمشاعر، والتي تتجسد من خلال : اتجاهات سلبية نحو الآخرين، جفاف علائقي Sécheresse relationnelle ، اللامبالاة، سلوكيات التجنب ...

المرحلة الثالثة: وفيها يؤدي كل من الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر إلى النقص التدريجي للإنجاز الشخصي للفرد الذي يتجسد من خلال : مشاعر فقدان الكفاءات المهنية في العمل نتيجة انخفاض تقدير الذات، كثرة الغيابات، عدم الفعالية في العمل، الإحساس بالفشل الذاتي.....

واجتماع الأعراض الأساسية الثلاثة في هذه المرحلة مع بعضهما البعض وتأثيرها المتبادل يؤدي إلى "الاحتراق النفسي" لتظهر بقية الأعراض الثانوية فيما بعد. (ملال، 2010، ص 40.41).

6. أبعاد الاحتراق النفسي وأعراضه :

توصلت أبحاث Susan Jackson et Christina Maslach إلى أن الاحتراق النفسي هو متلازمة ثلاثية الأبعاد Un syndrome tridimensionnelle كما تمثل أبعاده في نفس الوقت أعراضاً مميزة للاحتراق النفسي، فحسب تعريف Maslach وصفت الاحتراق النفسي بأنه مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعاً من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس، وتتمثل هذه الأعراض في الإجهاد الانفعالي، تبدل الشعور، نقص الإنجاز الشخصي ، كما تظهر هذه الأبعاد تدريجياً إلى جانب أعراض غير مميزة سنتطرق إليها فيما بعد .

الأعراض المميزة (الأبعاد) :

1. الإجهاد الانفعالي : L1'émotionnele epuisent

أو ما يسمى بالإرهاك العاطفي، يترجم بالإرهاق في العمل لا يزول مع الراحة مرفق بإحساس بالهزيمة والفرغ، يجعل الشخص متهيجا، كما يشعر أن موارده الانفعالية والجسدية قد أنهكت و استنزفت فتظهر لدى الفرد صعوبة في مشاركة الآخرين انفعاليا، ومن الأعراض الشائعة للإرهاك العاطفي، شعور الموظف بالرهبة والفرع حين التفكير بالذهاب إلى العمل صباح كل يوم بحيث تقول Maslach " أن العمل مع بعض المرضى يستدعي استقبال انفعالات جديدة بشكل مستمر تجعل العامل غير قادر على مشاركتها " الأمر الذي يحفز ظهور سلوكيات غير مكيفة كفورات الغضب الحادة، نوبات البكاء السريع، التجنب والعوانية مع زملاء العمل كما تعتبر Maslach أن الإجهاد الانفعالي يمثل المكون الرئيسي لمتلازمة الاحتراق النفسي . (سماهر، 2010، ص41).

2. تبدل المشاعر : deshumanisation ou dépersonnalisation :

يشير تبدل المشاعر إلى محاولة ترك مسافة بين العامل والمريض بحيث أن تلبية متطلباتهم يصبح أكثر سهولة إذا ما تم اعتبارهم كأشياء، أي عناصر إنسانية في ميدان العمل.

ويعبر تبدل المشاعر عن تطور المواقف السلبية اتجاه الآخرين من خلال مظاهر اللامبالاة والبلادة والبرودة العاطفية، وأخذ مسافة اتجاه الأفراد محل المساعدة، كما يدل على عدم الموازنة في التوفيق بين المتطلبات الانفعالية للعمل وقدرات الفرد وإمكانياته، بالرغم من أن الأحاسيس الإنسانية تعد جوهر هذه المتطلبات، وينطوي تبدل المشاعر على اتجاهات سلبية حيادية منفصلة ومفرطة اتجاه الآخرين، مصحوبة ببناء الفرد لاعتقادات وضعية عن العملاء ينجم عنها تطوير لمشاعر السخرية والإهمال والقسوة وعدم الاحترام. (عيسو، خرباشي، 2018، ص 481).

3. نقص الإنجاز الشخصي في العمل : perte d'accomplissement personnel au travail :

ويعتبر هذا البعد كنتيجة لما سبقه من أبعاد، ويتميز بشعور فقدان الكفاءة المهنية في العمل وتدني الإنجاز الشخصي، فيصبح تقييم الذات والفاعلية سلويا، فيشعر العامل بالعجز وتأنيب الضمير عند فقدان الالتزام الشخصي في علاقات العمل، مما يؤدي إلى سحب الاستثمار في العمل ويظهر ذلك من خلال سلوك التجنب، التغييب المستمر، الهروب من العمل وصعوبة الالتزام به .

أو على العكس: الاستثمار العالي بدون فعالية ويتجلى في الحضور الدائم وعدم القدرة على ترك مكان العمل دون فائدة.

ولم يحظى بعد الإنجاز الشخصي في العمل بالكثير من البحوث والدراسة، بحيث اعتبر الكثير من الباحثين أن جوهر الاحتراق النفسي يعتمد على بعدي الإجهاد العاطفي وتبدل الشعور، بينما بعد الإنجاز الشخصي هو بعد ثانوي، كما اعتبر آخرون أن الإجهاد الانفعالي يمثل المكون العاطفي، بينما تبدل الشعور ونقص الإنجاز الشخصي في العمل تعتبر مكونات موقفية. (بقدر، 2014 ، ص52).

الأعراض الغير مميزة:

تندرج الأعراض الغير مميزة للاحتراق النفسي ضمن أربعة فئات:

1. الأعراض الجسدية:

وتتمثل في التعب المزمن، اضطرابات في النوم، الاضطرابات الهضمية (فقدان الشهية، الغثيان، القرحة المعدية) آلام الرأس والظهر وارتفاع الضغط وتسارع دقات القلب، الرشح المتكرر والحساسية الجلدية....

2. الأعراض الانفعالية:

وتتمثل في عدم التحكم في الانفعالات ، الإحساس المتكرر بالذنب، القلق المبالغ فيه اتجاه مهام العمل، فقدان حس الفكاهة، فقدان الثقة بالنفس، النظرة السلبية إلى الآخرين وإلى الذات.

3. الأعراض المعرفية:

وتتمثل في الصعوبة في التركيز، اضطرابات الذاكرة، نقص اليقظة، عدم القدرة على اتخاذ القرار، مقاومة التغيير، الملل، عدم القدرة على القيام بأعمال بسيطة كالحساب العقلي مثلا.

4. الأعراض السلوكية:

وتتمثل في تدني مستوى الأداء، الهروب من العمل، التأخر المستمر عن العمل، تجنب الحديث مع الزملاء والمرضى، التغيب عن العمل، إهمال المظهر العام للجسم، الافتقار إلى الليونة وصلابة الأفكار والمعتقدات، سلوكيات الإدمان. (بن فرحات، 2008 ، ص48، 50).

ومع ذلك قد تظهر بعض من هذه الأعراض كإشارة للخطر بحدوث الاحتراق النفسي مثل : فقدان الطاقة، الشعور بالانهزام والملل، التغيب عن العمل، أو العدوانية اتجاه أصدقاء العمل وحتى الأقارب، إلى جانب الاضطرابات الجسدية كالرشح أو آلام الظهر.

7. أسباب الاحتراق النفسي:

تشير البحوث والدراسات النفسية لمصادر الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية كالأطباء، المرضى، أن أسباب الاحتراق النفسي تندرج ضمن مجموعتين من المصادر الضاغطة هما:

- **المجموعة الأولى:** وتتمثل في المصادر الخارجية أو المهنية التي تتعلق بطبيعة العمل وبيئته ودور العاملين فيها.

- **المجموعة الثانية:** وهي المصادر الداخلية أو الشخصية والتي تتعلق بالخصائص الشخصية والنفسية للقائمين بالدور.

• أسباب خارجية:

- ضغط العمل أو زيادة العبء الوظيفي

- محدودية صلاحية العمل

- انعدام الاجتماعية

- غموض وصاع الأدوار.

• أسباب داخلية:

- إنكار خطير للذات: الإيثار والتضحية بالنفس إلى جانب (أنا) تتميز بالصلابة، يؤدي بالإنسان إلى

تجاوز حدود الذات وإلى مقاومة العبء وإنكار التعب.

- الشخصية الاستقلالية: تعود الفرد على اتخاذ القرارات بنفسه، يؤدي به إلى صعوبة التفويض، فيصبح معرضاً لمواقف مولدة لتوترات فكرية وعلائقية معتبرة. (عكاكزة، 2014 ، ص43).

8. إشكالية تصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي:

لا يوجد مبحث للأعراض خاص بالاحتراق النفسي، إذ لم يشخص بشكل رسمي، نظراً لعدم إدراجه ضمن التصنيفات الدولية للأمراض العقلية والنفسية، حيث اعتبره بعض الكتاب على أنه اضطراب في التكيف ومدرج (DSM_IV_TR) (الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية والنفسية 1994). إذ يعتبر رد فعل غير متكيف تتسبب فيه عدوة عوامل ضاغطة نفسية اجتماعية، ويظهر رد الفعل هذا في شكل استجابات تدوم ثلاثة أشهر، تظهر مباشرة بعد تعرض الفرد للعوامل الضاغطة، فيصاب عندها باضطراب في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو يصبح يعيش معاناة كبيرة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن ردود أفعال الفرد هذه لا تتوافق مع العوامل الضاغطة التي تعرض لها، بل تكون استجابات مبالغ فيها.

وبالتالي يظهر أنه من غير المفيد محاولة اعتبار متلازمة الإنهاك المهني كفئة تشخيصية جديدة تنتمي للاضطرابات النفسية، فالدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية (IV_DSM) لم يتناول هذه المتلازمة بشكل رسمي ضمن تصنيفاته، حيث كتب غرابثام (Grabtham.H) سنة 1986 يقول: " عند الحديث والتعامل مع حالة الاحتراق النفسي فإننا سنواجه حقيقتين مختلفتين : فإما أن يتم تشخيص هذه المتلازمة عن طريق الخطأ، فتعتبر أنه حالة احتراق نفسي في حين أنه من الممكن أن تكون الحالة المقدمة أمامنا تعبر عن اضطراب نفسي آخر مثل (تناذر القلق، تناذر قلق اكتئابي، تناذر اكتئابي، اضطرابات الشخصية) ، وإما أن يكون تشخيص حالة الاحتراق النفسي صحيحاً، إلا أننا سنجد صعوبة في تقديم التدخل العلاجي الملائم نظراً لنقص الوسائل والطرق العلاجية الخاصة به".

وعليه فإننا نلاحظ أن هناك الكثير من الأعراض للاحتراق النفسي تدفعنا في نفس الوقت إلى اقتراح تشخيص آخر مختلف، نظراً لأن هذه المتلازمة لا تنتمي لفئة تشخيصية معينة، لكن إذا توجب الأمر إدراج حالة الاحتراق النفسي ضمن فئة تشخيصية معينة فإننا نفضل اعتباره أحد اضطرابات التكيف، ومنه يكون من الممكن التعامل مع هذه المتلازمة كشكل عيادي لاضطراب التكيف.

فمتلازمة الإنهاك المهني لا تعتبر كفئة تشخيصية ولكن تشخيص الحالة العيادية بهدف تفريقها عن الاضطرابات الأخرى، و استبعاد الحالات المشابهة لها عيادياً، فهو بمثابة عملية تتطلب الوصف والتحديد بشكل واضح،

عندها فقط يكون بإمكاننا التعرف على الاضطراب الذي يختفي وراء هذه العملية، فإما أن يكون اضطرابا نفسيا مرضيا أو أن يكون عبارة عن اضطراب في التكيف يعود إلى عوامل متعددة شخصية بين شخصية أو تنظيمية (مرتبطة بسببية العمل). (زاوي، 2010 ، ص79.78).

9. قياس الاحتراق النفسي:

منذ ظهور مفهوم الاحتراق النفسي بدأ الباحثون في تصميم أدوات لقياسه انطلاقا من الأعراض التي تظهر على الفرد في مختلف المهن ومن بين هذه المقاييس نذكر :

- مقياس الاحتراق النفسي ل "فريدنبرجر" (1980).
- مقياس الاحتراق النفسي ل "جونسون" (1980)
- مقياس الاحتراق النفسي ل "ماسلاش" (1981).
- مقياس "فورد ، مورفي ، إدوارد" (1983).
- مقياس "ماير" (1984) .
- مقياس "مايتوس" (1986) .
- مقياس " سيدمان، وزاجر" (1987).
- مقياس "كارفر و شاير" (1997) .
- قياس "بينس ، و أرسون" (1981). (عكاكزة، 2014 ، ص50).

10. الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي :

إن حالة الاحتراق النفسي ليست بدائمة وبالإمكان تغاديتها والوقاية منها، ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حالة متوازنة من حيث التغذية والنشاط الحركي والاسترخاء الذهني من الأمور الحيوية والمكملة للجهود

المؤسسة في تقادي الاحتراق النفسي، ويوصي الخبراء في التعامل مع الاحتراق النفسي من أجل التخلص منه بإتباع منحنيين :

• **المنحى الوقائي:** من أجل الوقاية من الاحتراق النفسي يشترط النقاط التالية:

- الاختيار المناسب للموظفين أو العاملين.
- نشر الوعي والتدريب والتعليم في بيئة العمل.
- استخدام الحوافز المادية والمعنوية.
- تشجيع اللياقة الصحية والبدنية. (معروف، 2012، ص31).

• **المنحى العلاجي:** من أجل العلاج من ظاهرة الاحتراق النفسي يشترط النقاط التالية:

- عدم المبالغة في التوقعات الوظيفية لتجنب الصراعات.
- المساندة المالية للمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع .
- وجود وصف تفصيلي للمهام المطلوب أدائها من قبل المهني.
- تغيير الأدوار والمسؤوليات.
- الاستعانة باختصاصي نفسي للتغلب على المشكلة.
- زيادة المسؤولية والاستقلالية للمهني.
- المعرفة بنتائج الجهود المبذولة سواء على المستوى الفردي أو المستوى الإداري.
- وجود روح التآزر والاستعداد للدعم النفسي للزميل في مواجهة مشاكل العمل اليومية، الأمر الذي يتطلب الحوار المفتوح وطرح المشاكل بطريقة دورية.
- الاهتمام ببرامج التطوير ونمو العاملين نموًا مهنيًا ونفسيًا.
- التعامل الإيجابي مع الضغوط أو التحكم في الضغوط. (حمدي، 2012، ص.185).

خلاصة:

باعتبار أن ظاهرة الاحتراق النفسي ظاهرة متفشية في المجال المهني، ونظرا لخطورتها على صحة العامل بصفة خاصة، وعلى مردوديته بصفة عامة، أصبح لزاما على مسؤولي الهيئات التنظيمية وضع إجراءات وقائية وعلاجية على الموظفين، إلى جانب ضرورة تحسيسهم وتوعيتهم بغرض تفادي الاحتراق النفسي لضمان كمية ونوعية عمل أفضل.

ثالثا : استراتيجيات المواجهة

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته كثيرا من الظروف والخبرات المؤلمة والضاغطة التي تؤثر عليه وتجعله في حالة من عدم التوازن، إلا أن ردة فعله في المواجهة تختلف من شخص لآخر فهناك من يواجه ويقاوم وهناك من يتجنب أو يستسلم. ويرجع ذلك إلى اختلاف الأفراد أنفسهم، فهناك من يتعامل مع هذه المواقف الضاغطة بمرونة وآخر يتعامل معها بقوة واندفاعية .

ونظرا لاختلاف ردود الفعل التكيفية للإنسان إزاء نفس الموقف. خصصنا هذا الفصل كي نتطرق لاستراتيجيات المواجهة محاولين أن نلم بجميع جوانبها.

1. تعريف استراتيجيات المواجهة أو Coping :

لغة : استمد مصطلح coping من اللغة الانجليزية فهو مصطلح أنغلو ساكسوني يعني "To cope with" وهو مصطلح صعب ترجمته إلى اللغة العربية حيث أخذ عدة مصطلحات :

إذ نجده متداول عند الانغلو ساكسونيين (Les anglo-saxons) تحت اسم استراتيجيات المقاومة (-coping strategy) كما له عدة مصطلحات أخرى باللغة العربية من بينها :

استراتيجيات التوافق – استراتيجيات التلاؤم – استراتيجيات التأقلم – استراتيجيات التكيف واستراتيجيات المواجهة ، بينما ترجم إلى اللغة الفرنسية وأخذ عدة مصطلحات من أهمها :

Processus de faire face – processus de maitrise

Stratégie de coping والتي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة 1999.

في حين نجده معروف في الأدب العلمي الفرنسي (La littérature scientifique française) تحت اسم استراتيجيات التوافق (stratégie d'ajustement) .

اصطلاحا : فقد أشار لازاروس ولونيه (LAZARUS et LAUNIER) سنة 1978 أن استراتيجيات المواجهة تحدد مجموعة السيرورات التي يستخدمها الفرد أمام الحدث الذي يراه مهددا لكيانه من أجل التحكم، التأقلم أو التخفيف من أثر هذا الحدث الضاغط على صحته الجسدية والنفسية.

كما أشار أيضا رودولف موس (MOUS) سنة 1982 بأن استراتيجيات التعامل هي الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصادر الضغط..

وحسب لازاروس وفو ليمان (LAZARUS et FOLKMAN) سنة 1984 استراتيجيات المواجهة معرفة حاليا بأنها : "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية ، الموجهة للسيطرة ، النقل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو

الخارجية التي تهدد أو تتعدى قدرات الفرد". (سماني، 2011، ص.39).

أما كوهين و لازاروس فيعرفانها على أنها "أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط".
أما ستيبتو (STEPTOE) 1991 ، فيعرفها على أنها استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الضغوطات.
في حين عرف نور برت سيلامي (NORBERT SILLAMY) استراتيجيات المواجهة على أنها طريقة
تكيفية واضحة لإعادة تقييم المشكل مع الأخذ بالحسبان كيفية تقدير مصادر الشخص المعرفية والانفعالية بين
الشخص والمحيط فهي ليست حالة وإنما سياق أو سيرورة. (SILLAMY,1999,p.68).
بينما يعرفها فريدينبرج (FRYDNBERG) 1997 أن المواجهة هي عبارة عن استجابات (أفكار ، انفعالات،
سلوكيات) يستعملها الفرد لمواجهة الضغوطات أو الأحداث الخاصة للحياة اليومية.
أما (MOUS) فيعرفها على أنها تأهب الفرد المستقر نسبيا للرد على الضغوطات. (بقدر ، 2014، ص.16).
أما في معجم علم النفس والطب النفسي فهي سلسلة من الانفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف
ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف. (سماني، 2011، ص.43).

ومن خلال ما تطرقنا إليه من تعاريف نستخلص أن استراتيجيات المواجهة تعبر عن المجهودات التي يبذلها
الفرد في مواجهة مختلف الضغوطات النفسية للتخفيف من حدتها أو تعديل الموقف إلى الأفضل بغرض
تصريف القلق الناجم عن هذه الأخيرة والذي يهدد راحتهم النفسية والجسدية.

2. نبذة تاريخية عن مصطلح Coping وتطوره :

مصطلح المواجهة هو مفهوم حديث وقد ظهر لأول مرة سنة 1966 في مؤلف تحت عنوان "الضغوط النفسية
و سيرورة المواجهة" " Psychological stras and coping procs " لـ RICHARD LAZARUS ،
أين يعرفها بأنها "مجموعة ردود الأفعال والاستراتيجيات المستعملة من قبل الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة ،
كما أن هذا المصطلح قد تم ظهوره منذ سنة 1975 في الدول الانغلو ساكسونية. كما كان محور مئات الأبحاث
العلمية إلا أنه بدأ بالانتشار بفرنسا منذ سنة 1990 في أعمال COUSSON 1994 ، PAULHAN 1992 ،
DUPAIN 1998 ، GELIE 1996 ، حيث ارتبط مصطلح المواجهة تاريخيا بمفهومين اثنين :
- مصطلح ميكانيزمات الدفاع : وقد ظهر هذا المصطلح مع نهاية القرن التاسع عشر مرتبطا بتطور التحليل
النفسي الدينامي وعلم النفس الأنا كما أنه مصطلح شائع في البيولوجيا ، وعلم السلوك وعلم نفس الحيوان .

فقد لاحظ كل من BREUYER et FREUD أن بعض الأفكار المزعجة والمضطربة يتعذر الوصول إليها على مستوى الشعور، وقد تحدثت كتابات FREUD الأولى عن مختلف الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من قبل الأشخاص لتغيير، تشويه أو إنكار الحقائق والأفكار الغير مقبولة .

فتطور بذلك مفهوم الدفاع ومفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية، كما عرض فرويد في كتابه عام 1926 " الكف والعرض والقلق " أن مصطلح الدفاع هو تحدي الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة معتبرا الكبت واحدا من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية. (بقدر، 2014، ص.17).

حيث يمكن تلخيص أبحاث S.FREUD et A.FREUD والتي كان لها صدى كبير في علوم الاجتماع كالاتي : أن كل فرد يستعمل دليله الخاص المختصر من الميكانيزمات الدفاعية وقد تكون هذه الميكانيزمات وظيفية أو غير وظيفية (PERRY et COOPER) 1989 فهناك ميكانيزمات دفاعية غير ناضجة كالإسقاط، توهم المرض ... وأخرى عصابية كالعقلنة L'intellectualisation، الكبت Le refoulement، التكوين العكسي formation réactionnel... بينما هناك آليات أخرى ناضجة كالتسامي والإعلاء La sublimation، الفكاهة L'humour، الحذف ...La suppression

ومنه ابتداء من سنوات 60-70 بدأت الأبحاث المركزة على آليات الدفاع تستعمل مصطلح المواجهة coping بدل الدفاع ويعتبر مصطلحا تم إدراجه ضمن الكلمات المفتاحية في (الخلاصات النفسية سنة 1967) من أجل إظهار الآليات الدفاعية الأكثر نضجا وتكيفا كالتسامي والفكاهة.

أما الفترة الممتدة بين 1960-1980 لوحظ تداخل كبير بين مصطلح المواجهة ومصطلح ميكانيزم الدفاع حيث سعت بعض المحاولات الفصل بينهما كمحاولة HAAN 1977 وذلك بتلخيص أهم الفروق بين المواجهة والدفاع بالطريقة التالية :

ميكانيزمات الدفاع هي مفهوم يرجع إلى علم النفس التحليلي وهو عبارة عن عمليات دفاعية ، غير واعية تعمل على مستوى اللاشعور يقوم بها الأنا لمحاربة الصراعات البين نفسية Intrapyschique غير قابلة للتغيير وثابتة حسب ما يتطلبه الموقف ، ترتبط بصراعات وبأحداث الحياة القديمة وتعمل على تشويه وتحريف الواقع ، وظيفتها الحد من القلق ، وإبقائه عند مستوى معين (التحمل) .

بينما **استراتيجيات المواجهة** هي مفهوم يرجع إلى علم النفس المعرفي وهو عبارة عن عمليات مرنة ، شعورية ، واستجابات معرفية ، سلوكية وانفعالية تختلف و تتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف المحدد تستعمل من أجل مواجهة الخطر الخارجي . (بقدر، 2014، ص.18).

وبذلك أصبحت استراتيجيات المواجهة تنفصل شيئاً فشيئاً عن ميكانزمات الدفاع بالتحديد لكونها عملية شعورية إرادية لمواجهة المشاكل الحالية (حديثاً).

• المواجهة والتكيف (coping et adaptation) :

مصطلح المواجهة أخذ مرجعيته أيضاً من نظريات التكيف وتطور النوع (L'évolution des espèces). والتي ترى بأن الفرد يمتلك رصيد من الاستجابات وردود الأفعال الفطرية والمكتسبة (الهجوم أو الهروب) تسمح له بالاستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات الخاصة بتعرضه لعدو أو وضعية خطيرة. ما أكده العديد من الباحثين أن عمليات الضغط والواجهة هي جزء لا يتجزأ من عمليات وسيرورات التكيف عند التصدي لصعوبات الحياة.

وحسب 1984 LAZARUS et FOLKMAN التكيف مصطلح واسع يحوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضاً ، إذ أنه يمثل كل ردود أفعال العضوية الحية التي تتفاعل مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك ، الانفعال أو الدفاعية أو التحكم) ويندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال توافقية أوتوماتيكية متكررة على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود وخاص بفئة معينة من هذا التفاعل ورغم أنه يضم مختلف استجابات التوافق عند الأفراد إلا أنه لا يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالاستجابات للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له .

كما أن الفرد يبذل عند المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية شعورية متغيرة وأحياناً أخرى جديدة بالنسبة إليه، وبذلك مصطلح coping لم يترجم لا بالدفاع ولا بالتكيف بل أن الفكرة الأقرب إلى هذا المفهوم هي مصطلح التوافق أو المواجهة .(OLIVE, 2011, p.47).

وعليه العديد من الباحثين يفضل استعمال المصطلح باللغة الانجليزية حتى لا يتم الخلط بين المفاهيم الخاصة به.

3. النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة :

• النظرية التحليلية (فرويد) :

اعتبر فرويد أن الفرد يستخدم آليات دفاعية لمواجهة الصراع النفسي بين بناءات الشخصية " الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى " ودينامية التفاعل بينهما ، فينتج عن ذلك قلق قد يكون عصابي متولد عن الخوف من عدم القدرة على ضبط الرغبات ، أو أخلاقي ناجم عن شعور الفرد بالذنب اتجاه تصرفات غريزية ، أو قلق واقعي ناتج عن الخوف من أخطار العالم الخارجي . ومن أجل خفض شدة الألم المتولد عن الضغط يلجأ الفرد إلى استخدام الآليات الدفاعية العاملة على مواجهة الصراعات الداخلية ومهددات البيئة الخارجية . ومن بين أساليب

الدفاع التي يستخدمها الفرد لتحقيق التوافق بين مكونات الشخصية ، الكبت الذي ينظر إليه وايت WHITE على أنه محاولة نسيان الذكريات المؤلمة أو المهددة ، الإنكار والذي يقصد به رفض إدراك الواقع، الإسقاط والذي يشير إلى توجيه القلق المسيطر على الفرد نحو شخص آخر، التثبيت الذي يستخدمه الفرد على مراحل النمو من أجل خفض توتر المرحلة الموالية ، النكوص الذي يقصد به الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو عند التعرض إلى خبرات صدمية ، السمو الذي يهدف إلى توجيه الطاقة نحو موضوع غير مرغوب إلى موضوع مقبول اجتماعيا ، أما عن التبرير فقد يستخدمه الفرد من أجل تعليل رد فعل معين ، ناهيك عن آليات أخرى يستخدمها الفرد من منظور التحليل النفسي من أجل مواجهة الضغوط الداخلية وخارجية المصدر . ويرى فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوتر والقلق والصراع الداخلي . والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب . ترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة عملية نفسية داخلية تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية. (داودي، 2017، ص.46،45).

• النظرية التفاعلية (لزاروس و فولكمان) :

تعد دراسات لزاروس و فولكمان 1984 الرائدة في هذا الاتجاه بالإضافة إلى أعمال كل من موس 1977 و ميتشينبوم التي تعاملت مع المواجهة على أنها عملية أكثر من كونها سمة . أضف إلى ذلك فإن هذا الاتجاه يرفض النظرة الفاصلة للضغوط على أساس المثير والاستجابة . وإنما يعتبرها نتاج تفاعل بين مطالب البيئة وإمكانات الفرد من خلال عملية التقييم الأولي والثانوي وإعادة التقييم . (حسين طه، سلامة، 2006 ، ص.86). أكدت هذه النظرية أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه . حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية.

إذ يرى كل من لزاروس و فولكمان أن التقييم المعرفي يمر بمرحلتين :

- **مرحلة التقييم الأولي:** وفيها يقدر الفرد الموقف ويفسره إما إيجابيا أو سلبا وهل يشكل خطرا أم لا. وتتأثر هذه المرحلة بعوامل شخصية وأخرى موقفية.

- **مرحلة التقييم الثانوي:** الذي يحدد إمكانات الفرد وقدراته المتاحة من أجل مواجهة الموقف من ثم تحديد أسلوب التكيف معه .

وأضاف لزاروس مرحلة ثالثة وهي :

- **مرحلة إعادة التقييم:** التي يتم فيها تقدير إدراك أسلوب مواجهة الموقف فيطور منه أو يغيره طبقا لما توصل إليه إدراك الفرد بتأثير المعلومات الجديدة. (داودي، 2017، ص.45،44).

• نظرية سمات الشخصية :

تؤكد هذه النظرية على مدى تأثير الفروق الفردية في التعامل مع المواقف المجهدة . فتعرف السمة على أنها استعداد وميل الفرد للاستجابة بأسلوب خاص في المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته. أما عن المواجهة فتعرف من منظور نظريات السمات على أنها ميل واستعداد المواجهة أو معالجة وضعية ضاغطة ومرهقة بأسلوب يميز كل فرد عن الآخر.

مما سبق يتضح أن مفهوم هذا الاتجاه للمواجهة والسمات متقاربين. منطلق أن كلاهما أسلوبان يظهران في تفاعل الفرد مع المؤثرات الداخلية والخارجية. ومن بين أساليب المواجهة المصنفة من قبل النظريات ما يلي:

أ. التجنب مقابل المواجهة : يعتبر هذان الأسلوبان الأكثر استخداما من قبل الأفراد ولكن يعد أسلوب المواجهة الأكثر توافقا لاعتماده على بذل مجهودات معرفية لدراسة المعطيات المستمدة من الموقف ، أما التجنب أو الهروب من الموقف الضاغط يعني عدم بذل أي مجهود لمواجهة المشكلة ولكلا الأسلوبين إيجابيات وسلبيات تحدده المعطيات الموقفية.

ب. الكبت مقابل الحساسية المفرطة : يعرف الكبت على أنه أسلوب يستخدمه الفرد من أجل رفع القدرة على التركيز والانتباه لمصادر الضغط . ويعتبر كل من الكبت والحساسية أسلوبان هدفهما تحقيق التوافق وإذا كان الأول (الكبت) أقل استجابة من الثاني (الحساسية) لاعتماد هذا الأخير على الانفعال أكثر من الكبت ، هذا ما أكد عليه وينبرجر WEINBRGER من خلال دراسته.

• التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي: إن أسلوب التحكم الداخلي هو أسلوب موجه لتحقيق التوافق النفسي مع المشكلات الفردية كالصحية مثلا ، أما عن أسلوب التحكم الخارجي فهو موجه إلى تحقيق التوافق مع المشكلات خارجية المصدر كالمشكلات الاجتماعية مثلا ، وكلاهما يعكسان درجة التوافق.(أحمد الشويخ، 2007، ص.66،67).

• النظرية البيئية الاجتماعية:

يمكن تفسير المواجهة من منظور اجتماعي بيئي (Social Ecological) والذي يؤكد على أهمية تفاعل الفرد مع الظروف المادية والثقافية والاجتماعية للبيئة ،ومفهوم مصادر المواجهة البيئية ينشأ من هذا المنظور. كما أن هناك جانبا آخر هام في هذا الاتجاه هو شبكة العلاقات الاجتماعية التي تساعد الفرد في مقاومة الضغوط .

وفي هذا يشير موس و بيلنج (MOOS et BILLING) 1982 إلى أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم التهديد الذي ينطوي على الموقف الذي يتعرض له الفرد وأيضا على اختبار وفعالية

استجابات المواجهة لأن عملية المواجهة تعتمد على العوامل الموقفية والموارد الداخلية والخارجية للفرد (صندلي، 2012، ص.62،61).

لقد تعددت النظريات التي فسرت استراتيجيات المواجهة فنجد الاتجاه التفاعلي (لازاروس) أكد على أنها عملية تقييم معرفي واعتبرها ناتجة عن تفاعل مطالب البيئة مع تقييم الفرد لهذه المطالب . أما الاتجاه التحليلي (فرويد) فقد أكد على الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات يستخدمها الفرد لاشعوريا للتخفيف من التوتر . أما اتجاه سمات الشخصية فقد أكد على مبدأ الفروق الفردية في التعامل مع المواقف الضاغطة. بينما الاتجاه الاجتماعي البيئي فقد أكد على تأثير مصادر البيئة في تقييم الفرد للموقف الضاغط وأهمية العلاقات الاجتماعية في الحد من شدة الضغوط.

4. أنواع استراتيجيات المواجهة :

1. إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل: أطلق عليها التعامل المركز حول المشكل. ويهدف ليس فقط إلى التخفيض من التوتر الانفعالي بل إلى فهم المشكل وتعديل أو تغيير مصدر الضغط. تقوم هذه الإستراتيجية بالتغيير المباشر لإشكالية الفرد -محيط ، ويتعلق الأمر بإستراتيجية المقاومة الخاصة بالواجهة والتخطيط لحل المشكل ، وهي تسمح للفرد باتخاذ التدابير لتحويل الوضعية التي يعيشها وهذا بدوره يساهم في تعديل الحالة الانفعالية بصفة غير مباشرة.

ويشير 1984 LAZARUS et FOLKMAN في هذا الصدد إلى أن الأشكال المعروفة أو المتوفرة في الكتابات النظرية الخاصة باستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ، يلجأ الأفراد إلى استعمالها إزاء الوضعية الحياتية المختلفة بدرجة أقل إذ ما قورن بعدد الأشكال والاستراتيجيات المركزة على الانفعال ، فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ، تعرف بأنها الجهود التي ترمي إلى التعرف ، التعديل أو القضاء على تأثيرات الضغوط أو النشاط المعرفي.

والفرد من خلال هذه المقاومة يهدف إلى إدخال معطيات الموقف مباشرة بغرض القضاء أو استبدال مصدر التوتر. وكذلك التعامل مع المشكل بشكل مادي و ملموس ومن بين هذه الأساليب المتبعة في هذا النمط من المواجهة نجد ما يلي:

- البحث عن المعلومات أو طلب المساندة: وهو البحث عن أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بالموقف أو الحصول على النصح أو التوجيه ويكون عادة من طرف أحد الأصدقاء أو الأقارب أو أحد الزوجين.

- اتخاذ إجراء حل المشكلة: وهذا يعني إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الوضع الضاغط والتفاوض للتوفيق وإيجاد حل للقضية.

- تطوير مكافآت أو إثباتات بديلة: وهذا بتبديل سلوكيات الفرد والبحث عن مصادر تحدث الرضا، مثل بناء علاقات اجتماعية وتطوير فكرة ذاتية واستقلال ذاتي أكبر. (باشن، 2011، ص.68،67).

2. إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال : (المواجهة المخففة): يعرف LAZARUS et

FOLKMAN 1984 هذا النوع من المواجهة بأنها الجهود التي تعدل الحالات الانفعالية المرافقة للأحداث الانفعالية . وتضم استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال العمليات المعرفية المكروسة لتخفيض الضغط الانفعالي مثل التجنب لمصدر الضغط ويحتوي على نشاطات ذات تعبير معرفي أو سلوكي ، القبول أو الاستسلام ، الإنكار ، أخذ المسافة ، البحث عن السند الاجتماعي وهي عملية معرفية تدرج ضمن كلا الإستراتيجيتين ، ممارسة الرياضة ، التأمل مشاهدة التلفاز ، التحكم في الذات، إعادة التقييم الايجابي وتأييب الذات.

وتؤثر هذه النشاطات المقاومة على الانفعال وأول إمكانية للعمل تمر عبر تغيير درجات الانتباه، كالهروب وكل الطرق التي يتمنى الفرد من خلالها اختفاء مصدر الإزعاج بتغيير الانتباه من مصدر الضغط ، حتى تحدث الراحة المؤقتة إذ أن لها تأثير انتقالي ، وتبدو أقل فعالية.

وهذه الاستراتيجيات مادة جامعة لمشاعر ايجابية وتعتبر فعالة للتخفيض من حدة الانفعال في حالات التجارب الضاغطة القصيرة المدى . وخاصة عندما تكون المقاومة مركزة على المشاكل المستحيلة (مثال: فقدان عزيز، مرض خطير). (بقدر، 2014، ص.29).

5. محددات المواجهة:

يستعمل الفرد مجموعة من الاستراتيجيات لمواجهة الضغوط، إذ أن طبيعة التقييم ونوعه يكون وفق مجموعة من المحددات هي كالتالي :

1. المحددات الفطرية:

حسب العديد من الباحثين، فإن استراتيجيات المواجهة ليست خاصة بل عامة لأنها تتحدد بخصائص الفرد الفطرية (سمات شخصية) أكثر منها بمتغيرات وعوامل الموقف أو الحدث.

2. المحددات المعرفية:

ومن بين المحددات المعرفية للتقييم نجد معتقدات الشخص الدينية أو (نحو الذات ، العالم ، مصادره وقدرته على حل المشكل ...) ودوافعه العامة (القيم ، الأهداف ...) . (جلاب، 2018، ص.36).

3. المحددات الشخصية:

إن العلاقة بين المواجهة والشخصية قوية جدا (COSTA et ALL 1955) . لهذا أكد العديد من الباحثين على أن عملية التقييم واختيار استراتيجيات المواجهة تحددان ولو جزئيا ببعض الخصائص والاستعدادات النفسية والاجتماعية الثابتة وليس فقط خصائص الموقف المتغيرة . الأمر الذي يفسر لماذا استجابات المواجهة تتغير من موقف لآخر .

ومن بين الخصائص الشخصية التي تؤثر في المواجهة نجد:

1- التحمل (L'endurance) : سمة من سمات الشخصية تتميز بقدرة كبيرة لدى الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة بالخصوص. وتترجم باستراتيجيات مواجهة نشطة تركز على قدرة الفرد على التحكم في الأحداث. هذه السمة وصفت من قبل (KOBASA 1979) والتي تشتمل على ثلاثة عوامل:

- الالتزام (L'engagement): يركز حول ما نفعل.

- التحكم: يرتبط باعتقاد الفرد بقدرته فيما يتعلق بما يحدث له.

- التحدي: وهو طريقة لاستقبال الوضعية المنتقدة كفرصة من خلال التغييرات الايجابية التي قد تنتج.

2- التماسك (La cohérence): وهو تعبير شخصي يركز على الإحساس بالثقة في الذات ، انطلاقا من تنظيم ادراكات الفرد للأحداث

توجد الكثير من سمات الشخصية كالعنصرية ، القلق ، الاكتئاب. والتي لها دور سلبي ، وتخلق استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال.

3- المتغيرات الديموغرافية:

العمر الزمني والفروق بين الجنسين :

يؤثر العمر الزمني في أساليب المواجهة للأحداث الضاغطة ، ويشير معظم الباحثين إلى أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر وزيادة مستوى النمو المعرفي للفرد وأن هذه الاستراتيجيات المستخدمة تختلف باختلاف الأعمار الزمنية ، كما بينت الدراسات أن الذكور يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تنصب على المشكل واستراتيجيات المواجهة الإقدامية في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة ، وفي المقابل تميل الإناث إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تنصب على الانفعال. (بقدر، 2014، ص.31).

وقد أضافت PAULHAM et BOURGOIS في مؤلف Stress et Coping لهذه المتغيرات عوامل أخرى تتمثل في:

4. المحددات الموقفية:

الكثير من الباحثين يفكرون في التقييم (الأولي ، الثانوي) والمواجهة كسياقات تقوم على خصائص الفرد والوضعيات المعاشة . وقد تتأثر أيضا عمليات التقييم بخصائص عديدة حقيقية ومدركة من البيئة (طبيعة التهديد ، المدة التي يستغرقها ، القابلية للتحكم في الموقف، توفر الدعم الاجتماعي) كما يمكن أن تتأثر عمليات التقييم والمواجهة ولو جزئيا بخصائص الوضعية اتجاه حدث غير مراقب أو غير محكم فمثلا: الشخص يعمل على التحكم في انفعالاته ولو أن الوضعية محكمة فيستعمل استراتيجيات مركزة على المشكل.(دعو وشنوفي، 2013، ص.63).

نستنتج مما سبق ذكره أن محددات المواجهة لا ترتبط بمحددات الشخص فقط بل إلى محددات البيئة أو المحيط والتفاعلية بين البيئة والفرد. قد يؤدي ذلك إلى تنوع أساليب المواجهة من شخص لآخر فاستعمال أساليب المواجهة سواء كانت ايجابية أو سلبية ترجع إلى عوامل متداخلة تدرك حسب تقييم الفرد لها وإعادة تقييمه للأحداث المعاشة وهذا ما يسمح بتنوع الاستراتيجيات لدى الأشخاص ولدى الفرد نفسه ، قابلية للتحكم في الموقف ، توفر الدعم الاجتماعي ، كما يمكن أن تتأثر عملية التقييم والمواجهة ولو جزئيا بخصائص الوضعية اتجاه حدث غير مراقب أو غير محكم ، فمثلا: الشخص يعمل على التحكم في انفعالاته ولو أن الوضعية محكمة ، فيستعمل استراتيجيات مركزة على المشكل.

6. سيورة المواجهة:

إن اعتبار المقاومة كسيورة ، يجعل منها عملية مرنة ، قابلة للتغيير ، إذ يرى كل من LAZARUS et FOLKMAN 1984 ، في هذا الخصوص أن التحدث عن المقاومة كعملية يعني بالضرورة التحدث عن الاختلاف أو التغيير في الأفكار والسلوكات التي تتضمنها عملية المقاومة من مواجهة لأخرى أو من صدام لآخر إذ يمكن لشخص ما أن يستخدم هذه العملية بأشكال مختلفة لاختلاف الحالات التي يكون عليها ، ومن هنا جاءت فكرة وجود استراتيجيات متعددة لعملية المقاومة وفي نفس السياق دوما، يرى كل من LAZARUS et FOLKMAN 1984 أن عملية المقاومة تجري في سياق مميز أو خاص ، إذ أن الأفكار والنشاطات التي تندرج تحت عملية المقاومة هي دوما موجهة نحو ظروف خاصة ، وتحت شروط معينة ، ولفهم ميكانيزم

المقاومة ولتقييمه كذلك نحتاج إلى معرفة مصدر المقاومة ، بعبارة أدق علينا أن نحدد الإطار الذي تدور فيه عملية المقاومة ، وذلك بأن نصل بين الأفكار والسلوكيات المقاومة وبين الحاجة أو الطلب الذي يفرضه المحيط، ويمكن أن يظهر مدلول أو معنى المقاومة كسيرورة في حالات الحداد والتغيرات الحياتية الكبرى التي تدوم لفترة طويلة بدءاً من الفترة التي وقعت فيها الحادثة ، وقد وصف كل من 1984 LAZARUS et FOLKMAN ، حالة في هذا المعنى تدعم فكرة المقاومة كسيرورة ، إذ يندرج سير عمل المقاومة مرحلة فمرحلة وتتمثل هذه الحالة في حادثة فقدان عزيز ، ففي هذه الحالة مثلاً يتوقع حدوث حالة من الصدمة يتبعها الإنكار وعدم تقبل حادثة الموت تلك، كما يمكن أن يحدث تبعاً لذلك حالة من الهيجان ، البكاء الشديد مع تحمل صعوبة شاقة في ممارسة العمل والنشاطات الاجتماعية وكثيراً ما يحدث أن ينقطع الفرد في هذه الحالة عن العمل في المراحل الموالية ، ولكنه يعود بعد نهاية فترة الحداد تلك إلى حالته العادية ليتقبل حقيقة الأمر المتمثلة في تقبل فكرة فقدان ويعود إلى عمله وإلى البحث عن الارتباط من جديد بأشخاص آخرين .(الزروق، 1997، ص.49).

ويشير 1984 LAZARUS et FOLKMAN تبعاً لهذا المثال إلى أن هذه السيرورة الكاملة من العمليات في عمل المقاومة يمكن أن تدوم لفترة قصيرة، كما يمكن أن تدوم لفترة طويلة تدوم لعدة سنوات وحينها تستعمل عدة أساليب أو أنماط من المقاومة ، كما يتوقع في هذه الحالة حدوث صعوبات انفعالية ، هذا بالإضافة إلى كون عملية المقاومة تظهر بشكل مختلف من مرحلة لأخرى وأنه في كلتا الحالتين سواء في حالة المقاومة ذات المدى البعيد أو المواجهة ذات المدى القصير ، هناك نموذج متغير عن عمليات التقدير المعرفي والمقاومة والعمليات الانفعالية.(بقدر، 2014، ص.34).

7. طرق قياس استراتيجيات المواجهة:

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها ومن أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها:

1- قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (1990) PARKER et ENDLER :وتعرف بـ CISS ، يتكون

من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط :

- استراتيجيات مرتكزة على المشكلة
- استراتيجيات مرتكزة على الانفعال
- استراتيجيات مرتكزة على التجنب

2- مقياس WCC من طرف لازاروس و فولكمان 1988 : يتكون الاستبيان من 66 بند يقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي سيستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، يضم 8 أبعاد أساسية هي :

- التحدي : الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط
- الابتعاد: عن الموقف للتقليل من أهميته
- ضبط الذات : تنظيم الفرد لانفعالاته وسلوكياته
- طلب المساعدة الاجتماعية: سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية، أو اجتماعية في أوقات الضغوط.
- تحمل المسؤولية : إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة
- الهروب: تجنب الموقف الضاغط
- حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكاة
- إعادة التقييم الايجابي : إعطاء معنى ايجابي

3- قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد : 1989 CARVER et SCHEIRER :

تتكون من 53 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكلة
- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال
- ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية.

وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:

- المواجهة الفعالة : يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط
- التخطيط: التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة
- قمع الأنشطة التنافسية: تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى
- طلب المساندة الاجتماعية: الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين
- إعادة التفسير الايجابي : محاولة إيجاد الفرد معنى وتفسير جديد

- التقبل: تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره
- التحول إلى الدين : الإكثار من ممارسة العبادات
- التركيز على الانفعالات : يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط
- الإنكار: يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة
- التبعاد السلوكي: التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة
- التبعاد العقلي: اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون لتجنب التفكير في الموقف الضاغط
- تعاطي الكحول والمخدرات: تشير إلى اللجوء إلى المخدرات أو الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة.(جبالي، 2011، ص.97،96).

خلاصة:

بعد أن تم التطرق في هذا الفصل لاستراتيجيات المواجهة ، تبين أن هناك مجموعة من المحددات التي تساهم في تقييم الفرد للأحداث الضاغطة . كما أنها تتحدد بخصائص الفرد الفطرية (سمات الشخصية) أكثر منها من متغيرات وعوامل الموقف الضاغط.

الفصل الثالث

"الإجراءات المنهجية للدراسة"

تمهيد

1. المنهج المستخدم.
2. الأدوات المستخدمة.
3. الدراسة الاستطلاعية.
4. الدراسة الأساسية.

تمهيد:

يعتبر الجانب الميداني خطوة أساسية للبحث والتحقيق من فرضياته والإجابة على تساؤلاته، وفي هذا الفصل عرض للإجراءات المنهجية لهذا الجانب، بداية بالمنهج المناسب للدراسة والأدوات المستعملة، وصولاً إلى الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

1. المنهج المستخدم:

اختلفت وتعددت مناهج البحث المستخدمة في علم النفس لحل المشكلات التي يواجهها الباحثون أثناء دراستهم وأعمالهم، وذلك لاختلاف المواضيع المطروحة وطبيعة المشكلة التي يعالجها الباحث.

ويعرف المنهج حسب "حسن سعيد" (1992) بأنه "خطوات منظمة يتبعها الباحث في دراسته لموضوع ما، تيسر عليه مهمة الوصول إلى النتائج العلمية" ويتحدد وفقاً للموضوع المراد دراسته وطبيعة البحث والأهداف التي تسعى لتحقيقها.

1. المنهج العيادي:

برز هذا المنهج في بداياته كردة فعل على التجارب المخبرية التي افتتحها فيبر وفشن (Weber et Vishn) وغيرهم، وأن المنهج العيادي مهم في دراسات كثيرة تحاول أن تعالج وتقي من الاضطرابات من خلال جمع البيانات من وحدات أساسية، حيث يعتمد على دراسة الحالات الفردية معتمداً على عدة وسائل وتقنيات أبرزها الملاحظة، المقابلة، والاختبارات النفسية للوصول إلى غايات يحددها هذا المنهج.

وقد استخدم البحث الحالي المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة لأنه الملائم لطبيعة الموضوع الذي يسعى إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى حالات فردية من الممرضين والعوامل المؤدية إليه من خلال الحصول على بيانات واسعة من الحالات من خلال المقابلات.

2. دراسة الحالة:

إن دراسة الحالة هي منهج يكشف لنا عن وقائع حياة الفرد - موضوع الدراسة - وهذه خطوة أساسية لجمع معلومات ذات طبيعة مفصلة عن الممرضين ومشكلاتهم، وللوصول إلى حكم معين. ويقوم السيكولوجي بتجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الفرد.

إن منهج دراسة الحالة يحاول أن يعطينا فهما شاملا عن الفرد والعلاقات، ماضيها وحاضرها في بيئتها الاجتماعية ولتحقيق ذلك يتطلب تكامل المعلومات المستمدة من استجابات الفرد الراهنة، ومن خبراتها السابقة، ومن نتائج الاختبارات، وهذه المعلومات يجب أن تجمع بطريقة متكاملة حتى تقدم لنا صورة واضحة عن شخصية الفرد.

وتعرف بأنها "طريقة إجرائية تحليلية لدراسة الظاهرة من خلال التحليل المعمق للإحاطة بحالة معينة ودراستها دراسة شاملة". (البلاطة، 2019، ص.32).

2. الأدوات المستخدمة:

1. الملاحظة العيادية:

هي طريقة لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك في سياقه الطبيعي وتعرف بأنها أفضل طريقة لجمع المعلومات عن السلوك لأنها لا تتطلب وسيطا كالاختبارات أو الاستبيانات إلا أنها معقدة وتحتاج إلى جهد ووقت وترتيب مكثف. فهي عملية تلتزم الانتباه الإرادي والذكاء الموجه نحو هدف معين لجمع المعلومات. (الدريج، 2003، ص.124).

فالملاحظة بصفة عامة هي مشاهدة الظواهر قصد عزلها وتفكيك مكوناتها الأساسية للوقوف على طبيعتها وعلاقتها والكشف عن التفاعلات بين عناصرها وعواملها، وتعتمد على أسلوب من أساليب جمع البيانات على رؤية الباحث أو سماعه للأشياء. (زررواتي، 2004، ص.24).

2. المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة إحدى الأدوات المهمة لجمع البيانات والمعلومات وتمتاز عن غيرها من الطرق لاعتمادها على الاتصال المباشر والحديث المتبادل بين الطرفين، فمن خلال المقابلة يتمكن الباحث في اللقاء الذي يحدث وجها لوجه من تشجيع الأفراد ومساعدتهم على التوغل بعمق في المشكلة موضوع البحث، وهذا يسمح للباحث بالحصول على معلومات كثيرة مقارنة بالأدوات الأخرى وذلك من خلال تعبيرات الوجه والجسم ونبرات الصوت، وفضلا على ذلك تعتبر المقابلة أداة مناسبة لجمع المعلومات من الأطفال والأميين الذين يتعذر عليهم التعبير عن أفكارهم بالكتابة وتسمى بالاستبانة الشفوية. (البلاطة، 2019، ص.38).

وقد تم استخدام المقابلة نصف الموجهة حيث أنه في هذه النوع من المقابلات يتدخل الفاحص من حين لآخر تاركا للمفحوص الوقت الكافي للتعبير عن أفكاره وشعوره.

وقد تمت صياغة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور بحيث كل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة بهدف التوسع في معرفة جوانب من حياة الحالات وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عنها لا يوفرها المقياس.

3. مقياس الاحتراق النفسي MBI:

وهو مقياس يقيس الاحتراق النفسي في مجال الخدمات الاجتماعية والإنسانية، وهو من إعداد: "Christina Maslach" و "Susan Jackson" من جامعة كاليفورنيا بأمريكا عام 1980 ويتكون المقياس في صورته الأصلية من 25 فقرة موزعة على أربعة "04" أبعاد أساسية، وهي:

الإرهاك الانفعالي (9 فقرات)، تبدل المشاعر (5 فقرات)، الانجاز الشخصي (8 فقرات)، وأخيرا بعد الالتزام (3 فقرات) وهو عبارة عن بعد إضافي تم اعتماده تحسبا لنقص عدد الفقرات فيما بعد. انظر الملحق رقم (2).

• أسباب اختيار هذا المقياس:

من دواعي اختيار مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون (M.B.I) قيمته العلمية، بحيث أنه يعتبر من أول المقاييس وأكثرها استعمالا نظرا لوضوحه وسهولة استخدامه مقارنة بالمقاييس الأخرى، حيث أنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة في الدراسات التي استخدم فيها سواء العربية أو الأجنبية. (ملال، 2010).

4. مقياس استراتيجيات المواجهة Coping (CISS):

يعتبر مقياس استراتيجيات المواجهة (Coping) للمواقف الضاغطة (CISS) جزء من اختبارات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في توازننا الجسمي والنفسي والانفعالي عند مواجهة أحداث أو مواقف محيطة. إن سلم (CISS) يسير بطريقة ذاتية ويعتمد في تطبيقه على الورقة وقلم الرصاص، ويتكون من (48) فقرة تتوزع كالاتي:

• 16 عبارة لقياس بعد المشكل (Tache).

• 16 عبارة لقياس بعد الانفعال (Emotion).

• 16 عبارة لقياس بعد التجنب (Evitement).

وتتوزع الوحدات الخاصة بقياس بعد التجنب إلى سلمين فرعيين.

- الترفيه Distraction يشمل (8) فقرات.

- الدعم الاجتماعي Diversion social يشمل (5) فقرات وللتوضيح أكثر إليكم الفقرات الخاصة بكل بعد:

أ- الفقرات التي تحدد بعد المشكل وهي:

(24،21،15،10،6،2،،1،47،46،43،42،41،39،36،27،26) انظر الملحق رقم (3،4،5).

ب- الفقرات التي تحدد بعد الانفعال وهي:

(45،38،34،33،30،28،25،22،19،17،16،14،13،8،7،5) انظر الملحق رقم (3،4،5).

ت- الفقرات التي تحدد بعد التجنب وهي:

(48،44،18،12،11،9،4،3،40،37،35،32،31،29،23،20) انظر الملحق رقم (3،4،5).

ث- الفقرات التي تحدد البعد الفرعي الأول - الترفيه وهي:

(48،44،40،20،18،12،11،9) انظر الملحق رقم (3،4،5).

الفقرات التي تحدد البعد الفرعي الثاني - الدعم الاجتماعي وهي:

(37،35،31،29،4) انظر الملحق رقم (3،4،5).

ويكون تقييم كل عبارة أو وحدة يكون في سلم تكراري خماسي الدرجات، تتراوح ما بين الدرجة (1) المعبرة عن "أبدا" والدرجة (5) المعبرة عن "كثيرا" وتتخللها الدرجات التالية (2،3،4). (سماني، 2011، ص.77).

3. الدراسة الاستطلاعية:

للقيام بأي بحث علمي ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لا بد على الباحث من إجراء دراسة استطلاعية تساعد على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال الدراسة.

فالدراسة الاستطلاعية هي فرعية يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي يقوم به. (الساعات، 1982، ص.67).

وأجريت الدراسة الاستطلاعية على الممرضين، وذلك بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية سيدي الشامي بوهران.

حيث تم اختيار 15 حالة (ذكور ر-إناث) تتوفر فيهم المعايير التالية:

- لا يشتركون في نفس المصلحة

- تتراوح أعمارهم ما بين 20 - 62 سنة
- اختلاف في الخبرة المهنية.

4. الدراسة الأساسية:

1. أهداف الدراسة الأساسية:

- معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية
- معرفة الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى مرضي الصحة العقلية
- معرفة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي الصحة العقلية

2. حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: من 02 مارس إلى 15 أبريل 2021

الحدود المكانية: بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية سيدي الشامي بوهران.

الحدود البشرية: وأجريت الدراسة الأساسية على الممرضين، وذلك بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية سيدي الشامي بوهران. حيث تم اختيار ممرضين ذكر وأنثى تتراوح أعمارهم بين 27-49 سنة، تتوفر فيهم المعايير التالية:

- لا يشتركان في نفس المصلحة
- تتراوح أعمارهم ما بين 27-49 سنة
- اختلاف في الخبرة المهنية

الفصل الرابع

الفصل الرابع

"عرض النتائج ومناقشتها"

I. عرض الحالات.

1. عرض الحالة الأولى.

2. عرض الحالة الثانية.

II. مناقشة النتائج.

I. عرض الحالات:

التقرير النفسي للحالة الأولى :

1. تقديم الحالة الأولى:

- الإسم : "أ"
- السن : 27 :
- الجنس: ذكر
- الحالة المدنية : أعزب
- المستوى الدراسي : جامعي (بكالوريا +3 سنوات)
- الترتيب بين الإخوة 7 : من بين 4 ذكور و 4 إناث
- الحالة الاقتصادية : متوسطة
- المهنة : ممرض للصحة العمومية
- المصلحة : جناح 4 استقبال
- عدد سنوات الخبرة : 5 سنوات
- السوابق العائلية :

الأب 70:سنة لا يعاني من أي مرض

الأم 64:سنة تعاني ضغط الدم

لا يوجد قرابة بين الأولياء ولا تعدد الزوجات

- السوابق الخاصة بالحالة :

الجراحية: لا يوجد

المرضية: لا يوجد

الإدمان: لا يوجد

- النشاطات الرياضية: لا يقوم بأي نشاط

- نوع الجانب التربوي: متساهل.

2. السيميائية العامة للحالة :

المظهر العام للحالة : الحالة " أ " متوسط البنية والقامة، لباسه مرتب، ذو مظهر لا بأس به، يظهر عليه ملامح الإرهاق والتعب. للحالة نبرة صوت مسموعة ، لغته واضحة وسلسة ، لا يعاني من اضطرابات في الغذاء والنوم. الحالة كان متعاون مما سهل التواصل معنا.

المجال المعرفي : للحالة أفكار مترابطة ومرتبطة ، لكن متصلبة ومقاومة للرأي الآخر . أحيانا له حساسية للنقد ولا يحب التغيير ، أما من حيث الذاكرة فهي نوعا ما ضعيفة (نسيان)، يستطيع التركيز ، عدم قدرته على اتخاذ القرار

المجال الانفعالي : الحالة "أ" تظهر عليه أحيانا برودة انفعالية، لكن مرات يبدي نوعا من التعاطف الوجداني مع بعض المرضى. كما لديه قلق اتجاه مهام العمل فغالبا ما يخاف من موت المرضى أثناء عمله. يقول أنه فقد حس الفكاهة، وكثيرا ما ينتابه الإحساس بالذنب.

المجال السلوكي : سلوك الحالة "أ" يشير بفقدان الطاقة، صعوبة في التواصل بحيث لا يمكنه أن يكون هو المبادر بالحديث، شعوره بالملل إلى جانب تدني مستوى الأداء.

المجال العلائقي : للحالة "أ" علاقات حسنة مع زملائه بالعمل بسبب مساعدة الزملاء لبعضهم البعض ، كما تمتاز علاقاته العائلية بالدعم والمساندة ، كما لا يميل لاكتساب علاقات جديدة.

جدول (1): جدول المقابلات للحالة "أ" :

عدد المقابلات	التاريخ	المدة	الهدف من المقابلات
مقابلة 1	2021/03/02	30 د	التعرف على الحالة
مقابلة 2	2021/03/09	45 د	تاريخ الحالة
مقابلة 3	2012/03/16	45 د	التعرف على الضغوط المؤدية بالحالة إلى الاحتراق النفسي.
مقابلة 4	2012/03/23	60 د	التعرف على استراتيجيات المواجهة المستخدمة
مقابلة 5	2021/03/28	40 د	تطبيق المقاييس

3. التاريخ النفسي الاجتماعي للحالة :

الحالة "أ" يبلغ من العمر 27 سنة، يعتبر الأصغر سناً بين إخوته، من عائلة متوسطة، جميع إخوته وأخواته تلقوا تعليماً عالياً. عاش الحالة طفولة عادية، تلقى تعليمه حيث كان لأمها في دراسته، لم يحب يوماً مهنة التمريض، كانت ميوله متجهة نحو الصحافة والاتصال. بعد حصوله على الشهادة في التمريض، تم تعيينه في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية . كانت بدايته في مشواره العملي (3سنوات الأولى) موفقة ومتكيفة نوعاً ما رغم تعرضه في الأشهر الأولى لحادث قدم من خلاله استقالته (مقتل مريض). لكن سرعان ما تجاوز الأمر وعاد للعمل. لكن في السنتين الأخيرتين تدنى مستوى أدائه الوظيفي، إضافة إلى نظرتة السلبية لذاته، أصبح يشعر بالإحباط والإجهاد في العمل بسبب طبيعة العمل وبيئته وبسبب صراع الأدوار يقول الحالة.

وفي المواقف الضاغطة فإن الحالة لا يعرف كيف يتصرف ويعجز تماماً عن مواجهة مشاكله " في المواقف الضاغطة والمقلقة نتبلوك قاع وألوم نفسي دائماً على عدم معرفة ما أقوم به وأقول في نفسي أنني ناقص وغير كفيء... " ، وفي البعض من المواقف ينشغل بحل المشكلة التي تعترضه، والبحث عن النصائح من أشخاص يثق بهم، كما يلجأ إلى الترفيه عن نفسه بمشاهدة الأفلام والتنزه والاعتناء بنفسه.

4. نتائج تطبيق المقاييس على الحالة :

1.4. ظروف إجراء الاختبارات :

تم إجراء الاختبارات على الحالة "أ" في ظروف ملائمة، وقد أبدى الحالة تعاوناً كبيراً، فقد أجاب عن كل الأسئلة بكل عناية وتركيز وكان مهتماً بموضوع الدراسة.

2.4. نتائج الاختبارات :

أولاً : الاحتراق النفسي :

جدول (2): مستوى الاحتراق النفسي لدى الحالة 1:

المتغيرات (الأبعاد)	الدرجة	المستوى
إنهاك انفعالي	38	مرتفع
نقص الإنجاز	20	متوسط
تبلد المشاعر	14	منخفض
الاحتراق النفسي	72	متوسط

من خلال تطبيق مقياس (MBI) فإن الحالة "أ" تعاني من احتراق نفسي بمستوى متوسط.

ثانيا : إستراتيجيات المواجهة :

جدول(3): مستوى أبعاد استراتيجيات المواجهة لدى الحالة 1 :

مستوى أبعاد استراتيجيات المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة
المركزة نحو المهام	المركزة نحو الترفيه	المركزة نحو التجنب	المركزة نحو الانفعال	المركزة نحو الدعم الاجتماعي	المركزة نحو الدعم الاجتماعي
44	67	53	57	51	51

من خلال تطبيق مقياس (CISS) فإن الإستراتيجية الأكثر استخداما لدى الحالة "أ" هي إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال بمستوى مرتفع.

خلاصة الحالة :

بعد عرض نتائج الحالة "أ" تبين أنه يعاني من احتراق نفسي، بحيث أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الإجهاد الانفعالي، مما يترجم إنهاك الحالة الدائم وشعوره بالإحباط بالنظر إلى ظروف العمل الغير مناسبة،

فقد صرح لي الحالة أنه قدم استقالته مرة من المرات عندما تلقى أمرا من مدير المؤسسة من أجل العمل في خلية العزل الخاصة بالمرضى المصابين بعدوى كورونا ، وهذا لعدم توفر تجهيزات الوقاية في تلك الفترة ، فالحالة في المواقف الضاغطة لا يحسن اتخاذ القرار الأحسن، أيضا توزيع المهام الغير عادل وصراع الأدوار وهو ما يفسر غضبه في تعامله مع المرضى أحيانا وتجنبه الاتصال بالناس حتى يتفادى مشاركتهم انفعاليا، وكانت نتيجة إجابته مرتفعة على مستوى بنود الإجهاد الانفعالي (1،3،4،5،6،7)، حيث تراوحت بين (5) و(6) نقاط وهي نتيجة مرتفعة تبرهن إنهاك الحالة انفعاليا كون أن الحالة عاش إحباطا عندما لم يستطع التكوين في الدراسة التي يحبها، واتجه إلى مهنة التمريض، والدليل على ذلك أنه رغم عمله كمرضى لا يزال يتابع تكوينات أخرى خارج ميدان عمله، واشتغل كمراسل صحفي أثناء توظيفه وهذا كله لتعلقه بالصحافة والاتصال، وإحساسه بالدونية لأنه لم يستطع الوصول إلى هدفه وعدم كفاءته في العمل وتناصبه مع الوظيفة فقد قدم استقالته بعد أشهر قليلة من تاريخ توظيفه نتيجة انتحار مريض.

كما أظهرت النتائج أن الحالة تعاني من مستوى منخفض من تبدل الشعور فقد صرح الحالة أنه يضع مسافة بينه وبين المرضى، ويظهر من خلال رد فعله أحيانا عدم التعاطف الوجداني مع المرضى واللامبالاة.

أما نتيجة بعد الإنجاز الشخصي في العمل فكانت متوسطة، فقد أكد الحالة أنه في السنتين الأخيرتين مرودية عمله في تناقص مستمر بسبب مله وعجزه وتأنيب الضمير الذي يلازمه، ولعمله الذي يعتبره روتيني، لا يتوفر على الظروف المهنية الملائمة من أجل الشعور بالرضا .

أما عن نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة فقد كشفت عن استعمال الحالة لإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال (67) بمستوى مرتفع ، ما يثبت المستوى المرتفع من إجهاده الانفعالي، والمستوى المتوسط من نقص الإنجاز الشخصي لديه، الذي يظهر من خلال عدم رضاه عن عمله، وتأنيب الضمير الذي ينتابه، كما أظهرت النتائج استعمال الحالة لإستراتيجية مواجهة مركزة نحو الترفيه، وإستراتيجية مواجهة مركزة نحو التجنب، والدعم الاجتماعي بنسب متوسطة ، فبالرغم من استعمال الحالة لإستراتيجية مواجهة مركزة نحو الترفيه بشكل متوسط (57)، لم يمنع ذلك وقوعه في الاحتراق النفسي، بسبب استعماله لإستراتيجية مواجهة مركزة نحو التجنب بنفس المستوى تقريبا (53)، وهو ما ظهر في إجاباته المرتفعة عن بنود إستراتيجية التجنب، ومنه إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الترفيه للحالة غير فعالة بسبب استعماله إستراتيجية التجنب بنفس المستوى، والتي ألغت بذلك فعالية الأولى، مما عزز تطور احتراقه النفسي بالنظر إلى مستوى متوسط من إنجاز الشخص في العمل، إلى جانب ظهور الأعراض الغير مميزة للاحتراق النفسي لديه، والمتمثلة في النظرة السلبية إلى الذات ، مقاومة التغيير، تدني مستوى الأداء وتجنب الحديث مع الزملاء والمرضى .

التقرير النفسي للحالة الثانية :

1-تقديم الحالة الثانية :

- الإسم: "ن"
- السن : 49 سنة
- الجنس: أنثى
- الحالة المدنية: متزوجة ، أم لثلاثة ذكور
- المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي + سنتين في التكوين الشبه طبي.

- الترتيب بين الإخوة: الصغرى بين 4 ذكور و3 إناث
- الحالة الاقتصادية: متوسطة
- المهنة: ممرضة للصحة العمومية "إطار شبه طبي"
- المصلحة: جناح 2 (الطب الشرعي)
- أوقات العمل: أثناء النهار + مناوبة ليلية
- عدد سنوات الخبرة 30: سنة
- السوابق العائلية:

الأب: متوفى

الأم: متوفاة عندما كانت الحالة تبلغ 20 سنة

القريبة: لا توجد

- السوابق الخاصة بالحالة:

الجراحية: لا يوجد

المرضية: فقر الدم، اضطراب في الغدة الدرقية، اكتئاب

الإدمان: لا يوجد

- النشاطات الرياضية: تقوم بنشاط رياضي

- نوع الجانب التربوي: مرن

1. السيميائية العامة للحالة:

المظهر العام للحالة: الحالة "ن" متوسطة البنية والقامة، لباسها مرتب، ذات مظهر متألق، محجبة، ملامحها متعبدة ومرهقة، للحالة نبرة صوت مسموعة، لغتها واضحة تستعمل مصطلحات باللغة الفرنسية بكثرة، تعاني اضطرابات في الأكل والنوم. الحالة كانت متعاونة مما سهل التواصل معها.

المجال المعرفي: للحالة "ن" أفكار مرتبة، تمتاز بقدر من الذكاء، تميل إلى التحليل، حيث أنها حذرة جدا في إجاباتها وأحكامها وتترك مجالاً للتفكير، أما عن الذاكرة فهي ضعيفة (نسيان) ولديها صعوبة في التركيز بحيث لا تستطيع الخوض في مناقشة فكرة لمدة طويلة إذ أنها سرعان ما تضجر وتمل.

المجال الانفعالي : الحالة "ن" انفعالية ومتقلبة المزاج تظهر عليها أحيانا حدة في المزاج في تعاملها مع الموظفين ومع المرضى وأحيانا أخرى تبدي نوعا من التعاطف الوجداني والتفهم معهم ، كما تخفي حزنا متعلقا بحياتها الشخصية ، تفقد أحيانا السيطرة على انفعالاتها إذا ما كثرت أعباء العمل أو كانت بمزاج سيء فيما يخص حياتها الشخصية.

المجال السلوكي : سلوك الحالة "ن" يتميز بالتسلط أحيانا والتعاون في بعض المواقف، ناذرا ما لها إقدام على الفعل العدواني اتجاه المرضى كما أنها تشعر بفقدان للطاقة، إذ أنها لا تستطيع إكمال كل فترة دوامها.

المجال العلائقي : للحالة علاقة معتدلة بحكم ترئسها للجناح فهي أحيانا متفهمة وأحيانا متسلطة ما يفسح لها مجالا للراحة النفسية .أما مع الزوج فعلاقتها معه سوية تمتاز بالتفهم والتعاون، علاقتها العائلية جد مضطربة مع إخوتها تسودها خلافات بسبب عدم تفهمهم لها.

جدول(4): جدول المقابلات للحالة "ن" :

عدد المقابلات	التاريخ	المدة	أهداف المقابلات
المقابلة 1	2021/03/25	40 د	التعرف على الحالة
المقابلة 2	2021/04/01	60 د	تاريخ الحالة
المقابلة 3	2021/04/08	45 د	التعرف على الضغوط المؤدية بالحالة إلى الاحتراق النفسي.
المقابلة 4	2021/04/12	45 د	التعرف على استراتيجيات المواجهة المستخدمة

تطبيق المقاييس	40 د	2021/04/15	المقابلة 5
----------------	------	------------	------------

3. التاريخ النفسي للحالة "ن" : الحالة "ن" تبلغ من العمر 49 سنة الصغرى بين إخوتها من عائلة متوسطة ،مرت بطفولة ومراهقة عادية ، ماتت أمها وهي في سن العشرين (20) ، تأثرت كثيرا لموتها لأنها كانت قريبة جدا منها. تكفلت خالتها برعايتهم بعد أمها فلم يتزوج والدها بعد ذلك .

كانت الحالة "ن" ذات مستوى للأبأس به في الدراسة ، أنهت تعليمها وتكونت كمرضة للصحة العمومية في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية ، فقد كانت تحب مهنة التمريض منذ صغرها، وبالخصوص في الصحة النفسية والعقلية. الحالة "ن" متزوجة من موظف بالمؤسسة وأم لثلاثة أولاد، أحدهم مقبل على اجتياز شهادة البكالوريا، والثاني على شهادة التعليم المتوسط ، أما الثالث يدرس بالابتدائي، يعاني من صعوبات في النطق والتعلم . تقول الحالة أن زوجها جد متفهم، وأنه السند الوحيد لها في حياتها، حيث أنها تقول رغم طبيعتها و عطائها الغير محدود فإخوتها وإخوانها لا يبادلونها نفس الشيء، مما خلق بينهم نزاعات وقطيعة . اشتغلت الحالة "ن" في عدة أجنحة بالمؤسسة، فقد كانت رئيسة مصلحة لجناح مكافحة الإدمان، وحاليا رئيسة مصلحة 2 للطب الشرعي ، وفي بعض المرات كانت ظروفها الشخصية تحتم عليها العمل الليلي ، تعرضت الحالة "ن" للتمر الوظيفي تقول من الطبيبة المسؤولة عن مصلحة الإدمان، حيث أنها كانت تفرض عليها أوقات عمل معينة ، حتى ساعات الرضاعة هي من تحددها لها، وبلغ بها الأمر أنه حتى في يوم راحتها تستدعيها للعمل بحكم الحاجة القصوى للمصلحة . لم ترضخ الحالة "ن" لهذا الموقف فقامت بتقديم شكوى لمديرية السكان وإصلاح المستشفيات، إلى أن تم فتح تحقيق وانتهى بها الأمر إلى تغيير المصلحة، بعد أن دخلت في اكتئاب واستلزم الأمر علاجها دوائيا ، كما اهتمتها أيضا طبيبة في مصلحة أخرى بالإساءة إلى مريضة، أين تم تغييرها إلى جناح آخر.

أما عن ظروف العمل، تقول الحالة أنها جد صعبة وغير مناسبة، فهناك مشاكل فيما يخص غموض وصراع الأدوار، تحاول دائما أن تجد وسيلة لتنظيمها ، صرحت الحالة أيضا أنه في المواقف التي تتطلب منها أن تكون صارمة فهي تكون كذلك، وفي بعض المواقف تكون متعاونة ومنقهما ، وصرحت أيضا أنها تخط بين حياتها الشخصية و حياتها المهنية، فكثيرا ما تؤثر ضغوط العمل ومشاكله على حياتها الشخصية، والعكس كذلك. حتى أنها تشعر بتأنيب الضمير حول ابنها الأصغر الذي يعاني من صعوبات في النطق، ما أثر على دراسته، وتحمل نفسها المسؤولية لأن ضغوط و أعباء العمل هو ما جعلها لا تهتم به، فهي تشعر بفقدان الطاقة ويلزمها الكثير لتجديدها.

أما في المواقف الضاغطة، فإن الحالة "ن" لا تتحكم فيها، فهي لا تتوقف عن التفكير في المشكل، وتبحث عن كيفية حله، حتى أنها تهمل حياتها الشخصية، وكثيرا ما يسبب هذا الوضع لها المشاكل مع زوجها وأبنائها، كما تضطرب شهيتها ونومها، وتميل إلى العزلة ولوم ذاتها. والشعور بالقلق والتضايق، حتى أنها لا تميل إلى الترفيه عن نفسها، ولكن تجد دائما الدعم والسند من الزوج.

4. نتائج تطبيق المقاييس على الحالة :

1.4. ظروف إجراء الاختبارات :

تم إجراء الاختبارات على الحالة "ن" في ظروف ملائمة، لكن بين الحين و الآخر كان يأتي المرضى والممرضين لاستشارتها. كما كانت متعاونة كثيرا، أجابت عن كل الأسئلة بكل عناية وتركيز واستشهدت بأراء بعض الممرضين. كما أنها كانت متحمسة لمعرفة النتائج .

2.4 نتائج الاختبارات :

أولا : الاحتراق النفسي :

جدول (5): مستوى الاحتراق النفسي لدى الحالة:2

المتغيرات (الأبعاد)	الدرجة	المستوى
إنهاك انفعالي	29	مرتفع
نقص الإنجاز	6	منخفض
تبدل المشاعر	4	منخفض
الاحتراق النفسي	39	منخفض

من خلال تطبيق مقياس (MBI) فإن الحالة "ن" تعاني من احتراق نفسي بمستوى منخفض.

ثانيا : إستراتيجيات المواجهة :

جدول(6): مستوى أبعاد استراتيجيات المواجهة لدى الحالة 2:

مستوى أبعاد استراتيجيات المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة	إستراتيجية المواجهة
المركزة نحو المهام	المركزة نحو الترفيه	المركزة نحو التجنب	المركزة نحو الانفعال	المركزة نحو الدعم الاجتماعي	
38	39	37	59	44	

من خلال تطبيق مقياس (CISS) فإن الإستراتيجية الأكثر استخداما لدى الحالة "ن" هي إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال بمستوى مرتفع.

خلاصة الحالة :

بعد عرض نتائج الحالة "ن" تبين أنها تعاني من احتراق نفسي، بحيث أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الإجهاد الانفعالي، مما يترجم إرهاب الحالة وشعورها بالتعب، وهو ما يفسر انفعالها الزائد ونوبات الغضب التي تنتابها أحيانا ، حيث صرحت الحالة بأن قواها أنهكت واستنزفت وأنها قدمت الكثير في مشوارها المهني، وكانت نتيجة إجابتها بين مرتفعة ومتوسطة على مستوى بنود الإجهاد الإنفعالي (1،2،3،4،5،6،7)، حيث تراوحت ما بين (3)، (5) و(6) نقاط، وهي نتيجة مرتفعة تبرهن إنهاك الحالة انفعاليا، كون أن الحالة عانت إحباطات على مستوى حياتها الشخصية والمهنية ، بدءا بالتمتر الوظيفي الذي تعرضت له من قبل الأطباء الذين لم يقدرها مجهوداتها رغم تفانيها في العمل والتضحية بكامل وقتها من أجل العمل على حساب عائلتها ، وهذا ما كان يسبب لها المشاكل في حياتها الشخصية ، وخلاقاتها مع إخوتها التي رغم معاملتها الحسنة لهم لا يقدرها ذلك . كما أظهرت النتائج أن الحالة "ن" لديها مستوى منخفض من تبدل الشعور ونقص الانجاز ، وهذا ما يظهر من خلال مطالبها التي لا تنتهي للإدارة من أجل توفير كل الشروط و الإمكانيات لراحة المريض وخدمة المصلحة، كما أن ناذرا ما لها إقدام على الفعل العدواني اتجاه المريض ، لكن يظهر عليها الإرهاق والتعب وفقدان للطاقة، بسبب عملها الذي لا يتوفر على الظروف المهنية الملائمة لأجل الشعور بالرضا في العمل بسبب كثرة الأعباء التي تسبب تحديا يفوق إمكانياتها .

أما عن نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة، فقد كشفت عن استعمال الحالة إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال(59) بمستوى فوق المتوسط ، ما يثبت المستوى المرتفع من إجهادها الانفعالي ، كما أظهرت النتائج استعمال الحالة لإستراتيجية مواجهة مركزة نحو الدعم الاجتماعي بمستوى تحت المتوسط بقليل، فهي تلقى الدعم والمساندة من زوجها سواء في العمل أو في البيت بحكم عمله معها، فهو يتصف برجاحة العقل والحكمة والروية . أما إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الترفيه والمهام والتجنب فهي بمستوى متساوي إلى حد بعيد ، هذا ما يلغي بذلك فعالية الآخر ، إلى جانب ظهور الأعراض الغير مميزة للاحتراق النفسي لديها والمتمثلة في اضطرابات النوم ، فقدان للشهية ، الإحساس بالذنب ، القلق اتجاه مهام العمل ، صعوبة في التركيز ، اضطرابات الذاكرة ، فقدان للطاقة.

II. مناقشة النتائج:

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على: "يعاني ممرضو الصحة العقلية من مستوى احتراق نفسي مرتفع".

ومن خلال عرض حالات الدراسة، يتبين لنا أن الفرضية لم تتحقق، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين بأبعاده الثلاثة بين متوسط ومنخفض.

و تتوافق هذه النتيجة مع ما توصل إليه كل من دراسة Jelena Ogresta et All (2008) حول علاقة الاحتراق النفسي بالرضا الوظيفي لدى عمال الصحة العقلية. ودراسة كارول carole vannier (1999) التي هدفت إلى معرفة تأثير العوامل الفردية (السن، الجنس، الخبرة، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي) والعوامل المتعلقة بالمحيط واستراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة العقلية. أيضا دراسة ملال خديجة (2010) بعنوان تقنين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون في الوسط الشبه طبي. ودراسة ستوردار Stordar (1999) ببليجا بعنوان الاحتراق النفسي لدى الممرضين في المستشفى الجامعي ببليجا.

كما تتوافق مع الدراسات التي توصلت إلى أن عمال القطاع الصحي يعانون من مستوى منخفض من الاحتراق النفسي كدراسة "Ceslowitz" (1999)، ودراسة "Martinez" (ملال، 2010).

بينما لا تتوافق هذه النتيجة مع دراسة طيبي نعيمة (2013)، بعنوان علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والجسدية لدى الممرضين. ودراسة أدلي وبرامي (Adli et Priami: 2002) في اليونان حول الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدات العناية المركزة وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان، حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي بين العاملين في مهنة التمريض والتخصصات التمريضية المختلفة والكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم.

كما تختلف مع دراسة ميهوبي فوزي (2013)، بعنوان المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين، حيث هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي. (عكاكزة، 2014، ص.57)، وقد توصلت هذه الدراسات إلى وجود مستوى احتراق نفسي مرتفع لدى الممرضين.

وتفسر الطالبة أن كل من الحالة "أ" و "ن" لدهما إنهاك انفعالي والذي يمثل المكون الرئيسي لمتلازمة الاحتراق النفسي، ويرجع هذا بالنسبة للحالة "أ" لسمات في الشخصية، بحيث يرى أنه لا يستطيع التأثير في الأحداث

التي تواجهه عن طريق تعامله معها، وأيضا بسبب عدم التزامه فهو لا يميل إلى الانخراط في عدة وضعيات تواجهه، بالإضافة إلى عدم توفره على روح التنافس والدافعية في العمل. وعوامل خارجية كغموض وصراع الأدوار، وضغط العمل الناتج عن عدم التوازن بين متطلبات العمل، القدرات الذاتية اللازمة لمواجهة تلك المتطلبات.

أما بالنسبة للحالة "ن" فتفسر الطالبة مستوى الاحتراق النفسي المنخفض لديها، نظرا لعامل السن الذي يعتبر متغير فعال في الاحتراق النفسي، فالموظفون الشباب هم الأكثر عرضة للاحتراق النفسي وهو ما أوضحتها دراسة Delphine, Bantegnie, Nathalie Roncan حول الاحتراق النفسي لدى الأطباء الليبراليين وأثبتت أن الأطباء الذين يفوق سنهم 50 سنة لديهم مستويات من الاحتراق النفسي منخفضة مقارنة بالأطباء الأصغر سنا. (بقدور، 2014، ص.55). إضافة إلى تميز الحالة بالرغبة والدافعية في العمل وروح التنافس، الطموح والسعي نحو الكمال.

ونلاحظ أن استجابة حالات الدراسة جاءت منصبة على العبارات السلبية في مقياس الاحتراق النفسي بالنسبة لبعد الإجهاد الانفعالي فقد جاءت استجابة حالات الدراسة في المرتبة الأولى على عبارة "أشعر أنني أعمل فوق طاقتي" وفي المرتبة الثانية "أحس بالتعب عندما أستيقظ صباحا لمواجهة يوما آخر من العمل"، مما يعني استنفاد طاقته النفسية والعاطفية وبالتالي الوصول به إلى درجة عالية من الإجهاد الانفعالي فالمستوى المرتفع لبعد الإجهاد الانفعالي يعني أن من الناحية السلبية الممرضين بسبب ما يحيط بهم من ظروف وضغوط مهنية واجتماعية وصلوا إلى درجة عالية من الاحتراق النفسي، وهذا يعود إلى السمات الشخصية كان لها الأثر الأكبر في رفع مشاعر الإجهاد الانفعالي.

أما بالنسبة لبعد تبدل المشاعر، فقد تركزت استجابة حالات الدراسة على العبارات الإيجابية من المقياس، فجاءت في المرتبة الأولى عبارة "أتعامل بفعالية كبيرة مع مشاكل مرضاي"، وفي المرتبة الثانية "أستطيع بسهولة خلق جو مريح مع مرضاي". هذه الاستجابات تعني أن مشاعر حالات الدراسة اتجاه مرضاهم واتجاه من يعملون معهم في المؤسسة إيجابية إلى حد ما، وهذا قد يعود إلى الخبرة العملية التي يمتلكها الممرضون في التعامل مع هذه الشريحة من المرضى. وفيما يتعلق بنقص الشعور بالإنجاز فقد جاءت ما بين متوسطة المستوى إلى منخفضة، حيث تركزت استجابة الحالة 2 على العبارات التي تدل على أنها تشعر بالفعالية الجيدة، وأنها ترغب بتحقيق إنجازات داخل المؤسسة، هذه الاستجابة تدل على أن الممرضة بالمؤسسة تقيم نفسها بطريقة غير سلبية في ضوء ممارستها الصحية مع مرضاها، وأنها تشعر بالرضا عن إنجازاتها إلى حد ما.

2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على: "الإستراتيجية الأكثر استخداما لدى ممرضو

الصحة العقلية هي إستراتيجية المواجهة الانفعالية".

ومن خلال عرض حالات الدراسة تبين لنا أن الفرضية تحققت بحيث أن الحالتين لديهما إستراتيجية مواجهة مركزة نحو الانفعال بمستوى مرتفع.

وهذه النتيجة تعارضت مع ما توصل إليه دراسة كل من وينك (Wong: 2001) بالصين ودراسة كارول (Carol Vannier: 1999).

وتفسر الطالبة هذا بأن الحالتين عند مواجهتهما للمواقف الضاغطة يبذلان مجهودات معرفية وسلوكية، شعورية متغيرة لتخفيف الضغط الانفعالي وتحدث الراحة المؤقتة باستعمالهم لإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال التي تعتبر أقل فعالية مقارنة مع إستراتيجية المواجهة المركزة نحو حل المشكل. هذا إضافة إلى استعمال إستراتيجية مواجهة مركزة نحو الترفيه، التجنب، كذلك الدعم الاجتماعي بالنسبة للحالة "أ"، وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الدعم الاجتماعي بالنسبة للحالة "ن".

وتفسر الطالبة وجود علاقة إرتباطية موجبة بين بعد الإجهاد الانفعالي كبعد من أبعاد الاحتراق النفسي مع بعد الانفعال كبعد من أبعاد استراتيجيات التعامل، وهذا يعني أن إستراتيجية الانفعال تتماشى مع الإجهاد الانفعالي عند الممرضين بطريقة طردية، وأكثر من ذلك فإن إستراتيجية الانفعال حققت علاقة إرتباطية موجبة أيضا مع مقياس الاحتراق النفسي الكلي، وهو ما يبدو بديهيا حسب رأي الطالبة، إذ أن الإنسان الذي ينال منه الإجهاد ذروته، فإن أولى تصرفاته أو ردود أفعاله تكون لا واعية وفوضوية، وتتمثل في الانفعال والانفجار أمام أي موقف ضاغط، ولا ننتظر منه رد فعل أو تعامل ايجابي مع الموقف، الأمر الذي يجعل إستراتيجية الانفعال تبرز بقوة دون غيرها من الاستراتيجيات لمواجهة الإجهاد الانفعالي المرتفع الذي تعاني منه الحالتين، ويمكن إرجاع ذلك إلى تعدد مصادر الضغوط التي يعاني منها الممرضين، والتي تحصرها كل من حيواني وبن زروال في مصادر تنظيمية (العلاقات في العمل، متطلبات الدور في المنظمة، ظروف العمل). (حيواني، بن زروال، ص. 236، 209). إذا فإن إعادة النظر في وضعية الممرضين من كل الجوانب، هي الطريقة الوحيدة في تخفيف الإجهاد الذي يعاني منه. وبحكم ارتفاع نسبة الاحتراق في بعد الإجهاد الانفعالي ومستوى متوسط في نقص الشعور بالإنجاز عند الحالة "أ" وانخفاضه في بعد تبدل الشعور عند الحالتين، فإنه قد يكون السبب الذي أعطى الفرصة لبروز وظهور إستراتيجية الانفعال.

أيضا عند النظر إلى ترتيب استجابات حالات الدراسة لفقرات مقياس أساليب المواجهة، نجد دائما أن الفقرات الغير فعالة تأتي دائما في بداية الترتيب، تم بعدها يليها باقي الفقرات الإيجابية وهذا ينطبق على جميع محاور مقياس أساليب المواجهة، وبالتالي يمكننا القول أن حالات الدراسة يلجأ إلى الأساليب السلبية لمواجهة المشكلات المهنية المحيطة بهم.

3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: تنص هذه الفرضية على: "تؤثر إستراتيجية المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضو الصحة العقلية".

من خلال عرض حالات الدراسة تبين لنا أن الفرضية لم تتحقق كليا، فكلا الحالتين لديهما مستوى احتراق نفسي مختلف رغم اشتراكهما في إستراتيجية المواجهة والإنهاك الانفعالي. وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة كل من مارتن و إيريك (2005) التي توصلت إلى أن استراتيجيات التعامل ليس لها أي تأثير على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين بالمركز الإستشفائي بكندا. وتتوافق أيضا مع دراسة سماني مراد(2011)، بعنوان استراتيجيات التعامل Coping عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي Burnout لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين ظاهرت الاحتراق النفسي وإستراتيجية التعامل لدى الأطباء المقيمون بالمستشفى الجامعي بوهران، وقد كشفت الدراسة عن عدم وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة.

وتعارضت مع العديد من الدراسات منها دراسة سوسلوويتز (Ceslowitz: 1999) في دراسة مسحية أجراها على الممرضين بهدف معرفة العلاقة بين مستويات الاحتراق النفسي وبين استراتيجيات التعامل لديهم وتوصل إلى أن الممرضين الذين يعانون من مستوى منخفض من الاحتراق النفسي يعتمدون على استراتيجيات التركيز على حل المشكلة والبحث عن الدعم الاجتماعي، أما الممرضين الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي فإنهم يعتمدون على استراتيجيات التجنب والهروب.

اختلفت أيضا مع الدراسة التي قام بها أنجل وآخرون (Angel et All: 2003) بعنوان أعراض الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة التي توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية دالة سالبة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة حيث ارتبطت مشاعر الإنهاك سلبيا باستراتيجيات موجهة بالتحكم والدعم الاجتماعي و الإحجام، وكذلك وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الانجاز الشخصي واستراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي والإحجام. (سماني، 2011، ص.100).

وتفسر الطالبة هذه النتيجة بأنه رغم استعمال الحالتين لنفس إستراتيجية المواجهة، إلا أن مستوى الاحتراق النفسي لديهم يختلف من متوسط إلى منخفض، وهذا يرجع إلى عوامل داخلية خاصة بالفرد كالسن، الأقدمية، شخصية الفرد، وعوامل خارجية كغموض وصراع الدور، ومحدودية صلاحيات العمل.

ويمكن أيضا تفسير ذلك بأن الحالتين يستخدمان استراتيجيات المواجهة المركزة نحو الانفعال والتجنب، بحيث أن كل نتائج الدرجات التائية كانت دالة إحصائيا بين بعد الانفعال الذي يندرج ضمن أبعاد استراتيجيات المواجهة وجميع أبعاد الاحتراق، كما كانت دالة أيضا على بعد التجنب الذي يندرج ضمن أبعاد استراتيجيات المواجهة وبعد الإجهاد الانفعالي ونقص الإنجاز الشخصي، والمقياس الكلي للاحتراق النفسي، بمعنى جميع الأبعاد ما عدى تبلد المشاعر.

ولم تكن دالة إحصائيا بين بعد المشكل والإجهاد الانفعالي، وبين بعد المشكل ونقص الإنجاز الشخصي. علما أن الحالتين اللتان أجريت عليهما الدراسة يعانون من الإجهاد الانفعالي، ونقص الإنجاز الشخصي بالنسبة للحالة «أ»، وهذا ما أثر على العلاقة بشكل عام.

الاستنتاج العام:

استهدفت الدراسة الحالية موضوع استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بمستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضى الصحة العقلية من خلال إجراء دراسة ميدانية عيادية على عينة تتكون من ممرضين (ذكر-أنثى)، تم التوصل إلى:

- وجود مستوى احتراق نفسي متوسط عند الحالة الأولى.
- وجود مستوى احتراق نفسي منخفض عند الحالة الثانية.
- الإستراتيجية الأكثر استخداما عند الحالتين هي إستراتيجية الموجهة المركزة نحو الانفعال.
- تتوقف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الاحتراق النفسي على عوامل فردية (سمات شخصية)، وعوامل تنظيمية (خاصة بالمؤسسة).

الخاتمة والتوصيات:

الاحتراق النفسي يحدث عندما يفشل جهد العامل الشخصي في التغلب على العوامل الضاغطة المرتبطة بالعمل، وهو ينشأ عن التوتر الناجم عن العمل لمدة طويلة، والذي ينتج عن عدم ملائمة مصادر تكيف العمال، وغياب المكافآت العادلة، وغيرها من الأسباب التي تصل بالمرضى أو العامل إلى المراحل النهائية للاحتراق النفسي.

كما أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة للأسباب تتعلق ببيئة العمل، وأخرى تتعلق بشخصية الفرد.

وتعتبر استراتيجيات المواجهة مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للسيطرة، أو التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد. (سماني، 2011، ص.39).

وتم إجراء هذه الدراسة بالاعتماد على المنهج العيادي (دراسة حالة)، وذلك باستخدام كل من أدوات الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ومقياس الاحتراق النفسي (MBI) بهدف معرفة مستوى الاحتراق النفسي بكل أبعاده لدى ممرضى الصحة العقلية، ومقياس استراتيجيات المواجهة (CISS) بهدف حصر استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً من طرف الممرضين والتي تتجلى من خلال أبعاده المتمثلة في بعد المشكل، بعد الانفعال، التجنب، الترفيه، و الدعم الاجتماعي.

وتم إجراء دراسة استطلاعية على 15 حالة من المؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية بوهران، والذين تم اختيارهم بالمعينة القصدية، في حين تم إجراء الدراسة الأساسية على حالتين لا يشتركان في المصلحة، تتراوح أعمارهم بين 27-49 سنة مع فارق الجنس و الأقدمية، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى احتراق نفسي متوسط عند الحالة الأولى.

- وجود مستوى احتراق نفسي منخفض عند الحالة الثانية.

أما بالنسبة لأبعاد استراتيجيات المواجهة، فكانت النتائج كما يلي:

- الإستراتيجية الأكثر استخداماً عند الحالتين هي إستراتيجية الموجهة المركزة نحو الانفعال.

- تتوقف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الاحتراق النفسي على عوامل فردية (سمات شخصية)، وعوامل تنظيمية (خاصة بالمؤسسة).

وبالتالي فإن دراسة الاستراتيجيات التي يتعامل بها الممرضين في مواجهة الضغوط من الأمور الحيوية في هذا المجال، بحيث إذا اتسمت شخصية الممرض بسمات سوية، واستخدمت استراتيجيات مواجهة فعالة فإنها تساعده على حل المشكلات والتخلص من الضغوط، وتقادي الإصابة بالاحترق النفسي، وإذا حدث عكس ذلك فإن الممرض يكون أكثر عرضة للاحتراق النفسي، والكشف عن استراتيجيات المواجهة ومستوى الاحتراق النفسي يتم من خلال كل من مقياس استراتيجيات المواجهة (CISS) ومقياس الاحتراق النفسي (MBI).

كما أن تكيف هذه المقاييس وتقنين معاييرها في المجتمع أدى دوماً إلى الوثوق بنتائجها، وكانت هذه الدراسة لاختبار مدى إمكانية الاعتماد على نتائج هذا المقياس في الكشف والتشخيص، وذلك من خلال الاعتماد على هذه النتائج في التنبؤ بمستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضي الصحة العقلية، وحصر استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً، والتي تم الحصول عليها من خلال مقياس تم التأكد من صلاحيته في المجتمع الجزائري.

وعليه في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية توصي الطالبة بما يلي:

- إجراء دراسات حول الاستراتيجيات التي يستخدمها الممرضين في تعاملهم مع المواقف الضاغطة.
- إقامة دورات وبرامج إرشادية تخفف من شدة الاحتراق النفسي، وتساعد الممرضين على استخدام استراتيجيات مواجهة فاعلة للتكيف أفضل مع ظروف العمل.
- تصميم برامج وقائية علاجية تساعد الممرضين على التصدي لظاهرة الاحتراق النفسي من خلال بعض الأنشطة الجماعية التي تخفف من ضغوط العمل بحيث لا ينشغل الممرض طيلة الوقت بأعباء العمل.
- محاولة كشف متلازمة الاحتراق النفسي من خلال أعراضه الأولية، واتخاذ الخطوات اللازمة للوقاية منه.
- العمل على تقليل الضغوط الإدارية والمهنية على الممرضين.
- العمل على إيجاد آلية تساعد على تصفية وانتقاء الأفراد الذين يزاولون مهنة التمريض، حيث يكونون قادرين على التعامل الإيجابي مع ضغوط مهنة التمريض لتقادي الاحتراق النفسي.
- توفير الحوافز المادية والمعنوية للممرضين.
- العمل على إعطاء نظرة إيجابية من قبل المجتمع اتجاه قطاع الصحة عموماً والممرض خصوصاً.

قائمة المراجع:

- أحمد الشويخ هناء ، (2007)، *تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية*، ط1، مصر، القاهرة.

- الحاج عيسى رحال سامية ، (2016)، الاحتراق النفسي لدى موظفي الأمن الوطني في ضوء بعض العوامل الفردية والبيئة التنظيمية، دار جامعة نايف للنشر، الرياض.
- الدريج محمد، (2003)، مدخل إلى علم التدريس، دار الكتاب الجامعي، سلطنة عمان.
- الزروق فاطمة الزهراء،(1997)، الكفاءة النفسية عند المصابين بداء السكري واستراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
- الساعاتي حسن، (1982)، تصميم البحوث الاجتماعية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- باتشو صالح ، (2016)، الاحتراق النفسي عند الطبيب المقيم، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.
- باشن حمزة،(2011)، جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بداء السكري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية تخصص علم النفس العيادي، البليدة.
- بقدر سارة، (2014)، استراتيجيات المواجهة ومدى فعاليتها في تجاوز الاحتراق النفسي لدى القابلات، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم.
- بن فرحات عميروش، (2008)، دراسة متلازمة الاحتراق النفسي عند فئة معرضة للخطر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، وهران.
- تلالى نبيلة،(2016) ، الاحتراق النفسي و علاقته بالتوافق المهني لدى الزوجة العاملة ،دراسة ميدانية على عينة من القابلات ببعض مصالح التوليد لكل من ولايتي باتنة و بسكرة ،أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس العمل و التنظيم ،كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية ،جامعة محمد خيضر ،بسكرة.
- جبالي صباح،(2011)، الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، تخصص علم النفس العيادي، علم نفس الضغط، جامعة فرحات عباس، سطيف.

- جلاب محمد، (2018)، استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالاكتئاب لدى مرضي مصلحة الاستعجال، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- د. حمدي علي ، (2012)، سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل، دار الكتاب الحديث.
- د. عسكر علي ، (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط3، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- دعو سميرة وشنوفي نورة، (2013)، الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، مذكرة لنيل شهادة ماستر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، تخصص علم النفس العيادي.
- دوايدي أسماء ، (2017)، استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى القابلات، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- زاوي آمال، (2010)، *مستوى الاحتراق النفسي عند المحامين الممارسين وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى*، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علم النفس العيادي الجماعات والمؤسسات، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة السانية، وهران.
- زرواني رشيد، (2004)، *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*، دار الكتاب الحديث، مصر.
- سليمان بن علي بن محمد بن راشد الحاتمي، (2014)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات لدى المعلمين العمانيين في محافظة الظاهرة بسلطنة عمان*، رسالة ماجستير، تخصص الإرشاد النفسي، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوي، عمان.
- سماني مراد، (2011)، *استراتيجيات التعامل coping عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي burnout لدى الأطباء المقيمين في المستشفى الجامعي بوهران*، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص الصحة النفسية و التكيف المدرسي، كلية العلوم الاجتماعية، بجاية.
- صندلي ريمة ، (2012)، الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف.

- طاهري ياسين، (2013)، *الضغط النفسي وعلاقته باستراتيجيات التعامل لدى الممرضين*، مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، المسيلة.
- عبد العظيم حسين طه، عبد العظيم سلامة، (2006)، *استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية النفسية*، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- عكاكزة سمية، (2014)، *المهارات الاجتماعية والانفعالية وعلاقتها بمستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين*، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس المرضي والممارسات العيادية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف.
- عيسو عقيلة، خرباشي نائلة، (2018)، *الاحتراق النفسي لدى الأم البديلة في مراكز الطفولة المسعفة*، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة البلدة (2)، الجزائر، (ص.471 إلى 493).
- لبلاطة كميليا، (2019)، *الاحتراق النفسي لدى القابلات المناوبات ليلا*، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة خيضر، بسكرة.
- مسلم أبو مسعود، سماهر (2010)، *ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى الموظفين الإداريين العاملين في وزارة التربية والتعليم العالي بقطاع غزة -أسبابها وكيفية علاجها-* ، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا في الجامعة الإسلامية في غزة، كلية التجارة فلسطين.
- معروف محمد، (2012)، *استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي*، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران.
- ملال خديجة، (2010)، *تقنين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون في الوسط الشبه طبي*، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية، تخصص قياس وتقييم، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

- Benharat Sara Samra, (2018), *l'épuisement professionnel du personnel soignant*, Algérie

- Canoui Pierre, *La souffrance des professionnels médico-sociaux « risque humain et enjeux éthique du burnout syndrome »*, journées d'études APF UNESCO janvier 2004.

- Norbert Sillamy,(1999), *Dictionnaire de psychologie*, Larousse-Paris.
 - Olive Lucie, (2011), *Stress professionnel et stratégies d'ajustement de l'interprète français-langue des signes française*, Lille 3_charles de gaulle.
 - site.google.com/site/sanursing2016/nursing_ethic ,00h.
 - wikipedia.org/wiki/cite_note_berg_6,Décembre ,2018, 23h.
- مؤرشف من الأصل "American Psychiatric Nurses Associatio" PDF في 12 ديسمبر 2020. اطلع عليه بتاريخ 08 أكتوبر 2020، 00سا.

قائمة الملاحق:

الملحق رقم (1): دليل المقابلة:

1. المحور الأول: التعرف على الحالة.

- الإسم؟

- السن؟

- المستوى التعليمي؟

- المستوى المعيشي؟

- الحالة الاجتماعي؟

2. المحور الثاني: تاريخ الحالة.

- السوابق العائلية؟

- السوابق الشخصية؟

- كيف كانت طفولتك؟

- كيف كانت مرحلة المراهقة؟

- كيف هي علاقتك مع العائلة؟

- كيف هي علاقتك مع الأصدقاء؟

3. المحور الثالث: الاحتراق النفسي.

- أخبرني عن اختيارك المهني في ميدان الطب العقلي (تجربتك ومسؤوليتك المهنية)؟

- هل باستطاعتك أن تصف لي مهنتك (شروط العمل، مشاكلك وكيفية تسييرها، وكيف تنظم أمورك المهنية)؟

- كيف تسيير الأمور الخاصة بالمرضى ومحيطهم؟

- كيف تسيير أمورك المهنية بينك وبين الزملاء؟

- كيف تستطيع التوفيق بين حياتك الشخصية وحياتك المهنية؟

- أخبرني عن محيطك وعن حياتك المهنية (الدعم وما تتعرض له من ضغوط)؟

- هل تعاني من الضيق والتوتر في أغلب الأوقات؟

- هل أثر وجود ضغوط مهنية عن النواحي التالية في حياتك (الجانب الصحي، الاجتماعي، المادي، أخرى)؟

- ما هي ردت فعلك الأولى اتجاه المواقف الضاغطة؟
- كيف تدرك الاحتراق النفسي (ما هي جوانبه، على ما يؤثر في حياتك وكيف تسييره)؟

4. المحور الرابع: استراتيجيات المواجهة.

- كيف تتعامل مع الضغوط المهنية؟
- هل حاولت التكيف معها؟
- ما هي أهم الطرق التي تلجأ إليها؟

معلومات عامة :

الجنس: ذكر () أنثى ()

السن:

الوضع العائلي:

التخصص: () radiologie () laboratoire () soins généraux ()

() sage femme () psychiatrie () Secrétariat ()

المصلحة (service): () الجراحة () الاستجالات () الطب () طب الأطفال والأمومة ()

قسم العمل :

سنة الالتحاق بالعمل في المستشفى:

أوقات العمل : أثناء الليل فقط () أثناء النهار فقط ()

عمل تناوبي ()

التعليمة :

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على خبراتك الشخصية من خلال المواقف والأحداث التي تواجهها في ميدان عملك - والمطلوب منك قراءة كل عبارة بعناية ووضع علامة (X) في الخانة التي تناسب رأيك الخاص.

وفي اختبار استراتيجيات المواجهة Coping تكون الإجابة بوضع دائرة على الرقم المناسب.

- لاحظ انه لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة ، لأن إجابتك تعبر عن رأيك الشخصي وستستخدم لخدمة البحث العلمي فقط.
 - لاحظ أنه توجد نسختين من الاستبيان ، واحدة بالفرنسية والأخرى بالعربية ، لذا يمكنك اختيار اللغة التي يسهل عليك فهمها.
 - الرجاء تسجيل الإجابة بوضوح وعدم ترك أي فقرة دون إجابة .
- وشكرا على تعاونكم مسبقا.

الطالبة الباحثة :

مالح ف

الفقرات	كل يوم	مرات قليلة في الأسبوع	كل أسبوع	مرات قليلة في الشهر	كل شهر	مرات قليلة في السنة	أبدا
1- أحس بالتعب عندما استيقظ صباحا لمواجهة يوم آخر من العمل							
2- التعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني بدل الكثير من الجهد							
3- أشعر بالإجهاد بسبب عملي							
4- أشعر بالإحباط بسبب عملي							
5- أشعر بأنني اعمل فوق طاقتي							
6- العمل مع الناس مباشرة يسبب لي الكثير من التوتر							
7- أحس بأن طاقتي استنزفت بالكامل							
8- أستطيع بسهولة فهم ما يشعر به مرضاي حول الأشياء							
9- أتعامل بفعالية كبيرة مع مشاكل مرضاي							
10- أشعر بأنني أؤثر بإيجابية في حياة الآخرين من خلال عملي							
11- أحس بنشاط كبير							
12- أستطيع بسهولة خلق جو مريح مع مرضاي							
13- أشعر بالارتياح لأنني قريب من مرضاي في عملي							
14- أنجزت عدة أشياء مهمة في هذه المهنة							
15- أتعامل بهدوء كبير مع المشاكل النفسية في عملي							
16- أحس بأنني أعامل بعض المرضى بطريقة غير شخصية وكأنهم مجرد أشياء							
17- أصبحت أكثر قسوة على الناس منذ ممارستي لهذه المهنة							
18- أخشى أن تجعلني هذه المهنة قاس انفعاليا							

							19- لا أبالي فعلا بما يحدث لبعض مرضاي
							20- اشعر بأن مرضاي يحملونني مسؤولية بعض مشاكلهم .
							21- أتقاسم مع مرضاي نفس الشعور في حالات كثيرة
							22- أشعر أنني معني شخصيا بمشاكل مرضاي
							23- أشعر بعدم الارتياح نحو طريقة تعاملتي مع بعض المرضى

Items	jamais	Quelques fois	Par an	Chaque mois	Chaque semaine	Par mois	Quelques fois	Chaque semaine	Par semaine	Chaque jour
1-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail										
2-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts										
3-Je me sens épuisé(e) à cause de mon travail										
4-Je me sens frustré(e) par mon travail										
5-Je sens que je travaille <<trop dur>> dans mon travail										
6-Travailler en contact direct avec les gens me stresse beaucoup										
7-Je me sens au bout du rouleau										
8-Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent										
9-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades										
10-J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens										
11-Je me sens plein(e) d'énergie.										

12-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
13-Je me sens réconforté(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
14-J'ai accompli beaucoup de choses qui ont de la valeur dans ce travail							
15-Dans mon travail .je traite les problèmes émotionnels très calmement							
16- Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
17-Je suis devenu(e) plus dure aux gens depuis que j'ai ce travail							
18-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
19-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
20-J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							
21- Je me sens comme mes malades dans certains cas							.
22- Je sens un engagement personnel envers les problèmes de mes malades							
23- Je sens une insatisfaction sur ma méthode aux laquelle je traite certains malades							

ورقة الإجابات. Norman S Endler, PH, D, FRSC et Jemes DA Parker, MA Adapter par JP Rolland CISS

الاسم: الجنس: التاريخ:
 المصنفة: المستوى الدراسي: الحالة العائلية:
 التعليمات: أجبوا على كل من الإقتراحات التالية بوضع دائرة حول الإجابة التي تتناسب طريقة رد فعلك المتعود عليها
 طريقة الإجابة عبارة عن سلم من: 1 إلى 5 حيث أن الإجابة الوسطى (2، 3، 4) تسمح لكم بإعطاء إجابة تقريبية.

كبير	إخلاقا	أنا أكون في حالة ضغط أشعر إلى:			
5	4	3	2	1	01. تنظيم الوقت الذي يجوزني بطريقة أفضل.
5	4	3	2	1	02. التركيز على المشكل والبحث عن كيفية حله.
5	4	3	2	1	03. إعادة التفكير في اللحظات الهينة التي عرفتتها.
5	4	3	2	1	04. محاولة وجودي برفقة أشخاص آخرين.
5	4	3	2	1	05. لوم نفسي على تضيق الوقت.
5	4	3	2	1	06. القيام بما أضن أنه أفضل.
5	4	3	2	1	07. إشغال بالي بمشاكلي.
5	4	3	2	1	08. لوم نفسي على وجودي في هذه الوضعية.
5	4	3	2	1	09. مشاهدة وأجهات المحلات التسويقي.
5	4	3	2	1	10. تعريف تحديد الأولويات.
5	4	3	2	1	11. محاولة النوم.
5	4	3	2	1	12. إرضاء نفسي بإحدى أطباقي أو المأكولات المفضلة.
5	4	3	2	1	13. الشعور بالقلق الشديد لعدم قدرتي على تجاوز الوضعية.
5	4	3	2	1	14. أن أكون جد متوترا أو متقصا.
5	4	3	2	1	15. التفكير في الطريقة التي حللت بها مشاكلي.
5	4	3	2	1	16. مخاطبة نفسي على أن هذا لا يحدث لي حقا.
5	4	3	2	1	17. لوم نفسي على أنني شديد الإحساس/ إنفعالي اتجاه الحالة.
5	4	3	2	1	18. الذهاب إلى المطعم أو أكل شيء ما.
5	4	3	2	1	19. أن أكون أكثر تضايقا.
5	4	3	2	1	20. شراء شيء ما لنفسي.
5	4	3	2	1	21. تحديد طريقة التصرف واتباعها.
5	4	3	2	1	22. لوم نفسي على عدم معرفتي بما أفعل.
5	4	3	2	1	23. الذهاب لشهرة، لتجديد عند الصداقة.
5	4	3	2	1	24. إخبار نفسي على تحليل الوضعية.
5	4	3	2	1	25. تغيير نفسي وعدم معرفة ما أفعل.
5	4	3	2	1	26. أنشروع في تصرفات متكيفة دون تحديد الأجال.
5	4	3	2	1	27. التفكير فيما حدث أو ما تغيرت به.
5	4	3	2	1	28. تمنى إمكانية تغيير ما حدث أو ما شعرت به.
5	4	3	2	1	29. زيارة صديق أو صديقتي.
5	4	3	2	1	30. إشغال بالي بشأن ما سأقوم به.
5	4	3	2	1	31. قضاء وقت مع شخص (خيم).
5	4	3	2	1	32. الذهاب للتتزه.
5	4	3	2	1	33. مخاطبة نفسي على هذا أبدا لن يحدث من جديد.
5	4	3	2	1	34. تكرار الكلام حول نفاصي وعدم تكيفي معها.
5	4	3	2	1	35. التحدث مع شخص أقدر نصالجه.
5	4	3	2	1	36. تحليل المشكل قبل ردة الفعل.
5	4	3	2	1	37. الاتصال هاتفيا بصديق أو صديقتي.
5	4	3	2	1	38. الغضب.
5	4	3	2	1	39. تموية أولوياتي.
5	4	3	2	1	40. مشاهدة فيلم.
5	4	3	2	1	41. التحكم في الوضعية.
5	4	3	2	1	42. القيام بجهد إضافي كي تدير الأمور على ما يرام.
5	4	3	2	1	43. وضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل.
5	4	3	2	1	44. إيجاد وسيلة حتى لا أفكر فيه إطلاقا.
5	4	3	2	1	45. التوجه على أشخاص آخرين.
5	4	3	2	1	46. استغلال الوضعية لأبين ما أستطيع فعله.
5	4	3	2	1	47. محاولة تنظيم نفسي لأتحكم في الوضعية بشكل أفضل.
5	4	3	2	1	48. مشاهدة التلفزيون.

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE GÉNÉRALE »

Norman S. Endler, Ph.D., F.R.S.C. et James D.A. Parkor, M.A.

Nom _____ Age _____ Sexe _____ Date _____

N°	Note T	Tâche		Emotion		Evitement		Distraction		Diversions Sociale		Note T	%tile
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
89	89											89	98
90	88					79-80		36-40				88	99
91	87					78		35				87	99
92	86			80		77						86	99
93	85			79		76		34				85	99
94	84			78		75						84	99
95	83			77		74		33				83	99
96	82			76		73						82	99
97	81			75		72		32	40			81	99
98	80			73-74		71	78-80					80	99
99	79			72		69-70	77	31	39			79	99
00	78			71		68	76		38			78	99
01	77			70		67	75	30				77	99
02	76			69	79-80	66	73-74	29	37			76	99
03	75			68	78	65	72		36			75	99
04	74			67	77	64	71	28				74	99
05	73			66	76	63	70		35			73	99
06	72			65	74-75	62	69	27	34			72	99
07	71			64	73	61	68					71	99
08	70		80	63	72	59-60	66-67	26	33	25		70	98
09	69		78	62	71	58	65		32		24	69	97
10	68	80	77	61	70	57	64	25	31			68	96
11	67	78-79	76	60	68-69	56	63			23		67	96
12	66	77	75	59	67	55	62	24	30		25	66	95
13	65	76	74	58	66	54	61		29	22		65	93
14	64	75	73	57	65	53	59-60	23			24	64	92
15	63	74	72	56	63-64	52	58		28	21		63	90
16	62	73	71	54-55	62	51	57	22	27		23	62	89
17	61	72	70	53	61	49-50	56		26	20		61	86
18	60	71	69	52	60	48	55	21	26		22	60	84
19	59	70	68	51	58-59	47	53-54		25	19		59	82
20	58	69	67	50	57	46	52	20		21		58	79
21	57	68	66	49	56	45	51	19	24	18	20	57	76
22	56	67	65	48	55	44	50		23			56	73
23	55	66	64	47	54	43	49	18		17	19	55	69
24	54	65	62-63	46	52-53	42	48		22			54	66
25	53	64	61	45	51	40-41	46-47	17	21	16	18	53	62
26	52	63	60	44	50	39	45	16				52	58
27	51	62	59	43	49	38	44	16	20	15	17	51	54
28	50	61	58	42	47-48	37	43		19	14	16	50	50
29	49	60	57	41	46	36	42	15				49	46
30	48	59	56	40	45	35	40-41		18	13	15	48	42
31	47	58	55	39	44	34	39	14	17			47	38
32	46	57	54	38	42-43	33	38			12	14	46	35
33	45	56	53	37	41	32	37	13	16			45	31
34	44	55	52	35-36	40	30-31	36		15	11	13	44	27
35	43	54	51	34	39	29	35	12				43	24
36	42	53	50	33	37-38	28	33-34		14	10	12	42	21
37	41	52	49	32	36	27	32	11	13			41	18
38	40	51	48	31	35	26	31			9	11	40	16
39	39	50	47	30	34	25	30	10	12		10	39	14
40	38	49	46	29	33	24	29	9	11	8		38	12
41	37	48	45	28	31-32	23	28			9		37	10
42	36	47	44	27	30	22	26-27	8	10	7		36	8
43	35	46	43	26	29	20-21	25		9	8		35	5
44	34	45	42	25	28	19	24			6	7	34	4
45	33	44	41	24	26-27	18	23		8			33	3
46	32	42-43	40	23	25	17	22			5	6	32	1
47	31	41	39	22	24	16	20-21					31	0
48	30	40	38	21	23	19					5	30	0
49	29	39	37	20	21-22	18						29	0
50	28	38	36	19	20	17						28	0
51	27	37	35	18	19	16						27	0
52	26	36	34	17	18							26	0
53	25	35	33	16	17							25	0
54	24	34	32		16							24	0
55	23	33	31									23	0
56	22	32	29-30									22	0
57	21	31	28									21	0
58	20	30	27									20	0
59	19	29	26									19	0
60	18	28	25									18	0
61	17	27	24									17	0
62	16	26	23									16	0
63	15	25	22									15	0
64	14	24	21									14	0
65	13	23	20									13	0
66	12	22	19									12	0
67	11	21	18									11	0
68	10	20	17									10	0
69	9	19	16									9	0
70	8	18										8	0
71	7	17										7	0
72	6	16										6	0
73	5											5	0
74	4											4	0

Copyright © 1999 by Mind Garden Systems, Inc. Permission is granted to all countries under the Berne Convention and Universal Copyright Conventions. No fee is charged for reproduction in whole or in part, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, photocopying, recording, scanning, etc. All rights reserved by Mind Garden Systems, Inc., 65 Oxford Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, Canada, M1J 1P1. All rights reserved by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 275, rue de la Plume, Trois-Rivières, Québec, Canada, G8Z 4R6.

