

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الموضوع

الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى الممرضين.

دراسة ميدانية في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

(مستشفى باب الواد - بني مسوس - مصطفى باشا)

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (L.M.D) تخصص علم النفس العمل والتنظيم

إشراف الأستاذة الدكتورة

بلاش صليحة

إعداد الطالبة:

بومعالي شهيناز

السنة الجامعية: 2018 - 2019

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الموضوع

الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة

والدافعية للإنجاز لدى الممرضين.

دراسة ميدانية في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

(مستشفى باب الواد- بني مسوس- مصطفى باشا)

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (L.M.D) تخصص علم النفس العمل والتنظيم

إشراف الأستاذة الدكتورة

بلاش صليحة

إعداد الطالبة:

بومعالي شهيناز

السنة الجامعية: 2018 - 2019

أَهْدَاءُ

أهدي ثمرة جهدي رمزا للوفاء وعرفانا بالجميل

إلى روح جدتي الغالية، غفر الله لها وأسكنها فسيح جنانه.

إلى الوالدين الكريمين ووالدا زوجي، الذين أحاطوني دوما بالدعاء، أطل الله عز وجل في

عمرهم وأدامهم فوق رؤوسنا.

إلى من أعانني وتحملني وشجعني في مشواري العلمي، إلى سندي ورفيق دربي إلى زوجي

الغالي.

إلى من تقاسمت معهم الدفء والحنان، إلى أختي الحبيبة وإخوتي حفظهم الله.

إلى كل أفراد عائلتي وعائلة زوجي صغيرا وكبيرا، وإلى كل الأهل والأقارب.

إلى كل من ساندي وشجعني.

إلى كل من جمعتني بهم علاقة صداقة أو زمالة في قسم علم النفس، إلى كل من أحبني

وأحبيته في الله.

شكر وتقدير

إن أسمى عبارات الحمد والشكر العطرة أرفعها متواضعة إلى مقام رب العزة
ذي الجلال والإكرام على ما أولاني إياه من النعم المتوالية والتوفيق والخير
العميم.

أخص بالشكر والتقدير الأستاذة المشرفة الدكتورة بلاش صليحة، على قبولها
الإشراف على هذا البحث، وعلى ما بذلته من جهد وتوجيهات ونصائح لإتمام هذا
العمل.

وأقدم بجزيل الشكر إلى لجنة المناقشة، على قبولها وتخصيصها وقت لقراءة
ومناقشة هذا البحث، وتقديم الملاحظات والتصويبات التي تزيد من قيمته.
كما أتقدم بالشكر والعرفان لكل الأساتذة الذين مددوا لي يد العون، بقسم علم
النفس وإلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة.

كما أقدم شكري الجزيل إلى كل ممرضي الاستعجالات الطبية بمستشفيات كل
من باب الواد، بني مسوس ومصطفى باشا، على تقديمهم يد العون والمساعدة.

فهرس المحتويات

أ	الإهداء
ب	الشكر
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الجداول
ط	فهرس الأشكال
1	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1. إشكالية الدراسة
13	2. فرضيات الدراسة
13	3. أهمية الدراسة
15	4. أهداف الدراسة
15	5. تحديد مصطلحات الدراسة
18	6. الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الثاني: الاحتراق النفسي	
36	تمهيد
36	1. ظهور الاحتراق النفسي
38	2. مفهوم الاحتراق النفسي
41	3. علاقة الاحتراق النفسي ببعض المصطلحات الأخرى
46	4. أبعاد الاحتراق النفسي
48	5. مؤشرات الاحتراق النفسي
50	6. أعراض الاحتراق النفسي
55	7. مراحل الاحتراق النفسي
61	8. أسباب الاحتراق النفسي
66	9. بعض النظريات والنماذج المفسرة للاحتراق النفسي
76	10. قياس الاحتراق النفسي
80	11. التعامل مع الاحتراق النفسي
83	خلاصة

الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة

85	تمهيد
85	1. ظهور مصطلح المواجهة (Coping)
89	2. تعريف استراتيجيات المواجهة
92	3. تصنيف استراتيجيات المواجهة
104	4. وظائف استراتيجيات المواجهة
107	5. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة
120	6. التفسيرات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة
125	7. قياس استراتيجيات المواجهة
129	خلاصة

الفصل الرابع: الدافعية للإنجاز

131	تمهيد
131	1. الدافعية
131	1.1. لمحة تاريخية حول دراسة مصطلح الدافعية
137	2.1. مفهوم الدافعية
141	3.1. بعض المفاهيم ذات متصلة بالدافعية
143	4.1. أنواع الدوافع
147	5.1. وظائف الدافعية
148	2. الدافعية للإنجاز
149	1.2. مفهوم الدافعية للإنجاز
151	2.2. مكونات الدافعية للإنجاز
153	3.2. أنواع الدافعية للإنجاز
154	4.2. مؤشرات الدافعية للإنجاز
155	5.2. خصائص ذوي الدرجة العليا من الإنجاز
157	6.2. النظريات المفسرة لدافعية الإنجاز
172	7.2. قياس الدافعية للإنجاز
175	خلاصة

الجانب التطبيقي
الفصل الخامس: منهجية الدراسة

178	تمهيد
178	1. منهج الدراسة
179	2. الحدود المكانية للدراسة
179	3. العينة وخصائصها
182	4. أدوات الدراسة
209	5. المعالجة الإحصائية
209	خاتمة

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

213	تمهيد
213	1. عرض نتائج فرضيات الدراسة
232	2. تفسير نتائج فرضيات الدراسة
249	3. الاستنتاج العام
254	خاتمة
259	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
42	الفرق بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي.	01
44	التشخيص التفريقي بين الاحتراق النفسي والاكتئاب.	02
50	أعراض الاحتراق النفسي عند سامر جميل.	03
55	أعراض الاحتراق النفسي على المستوى الفردي.	04
56	مراحل الاحتراق عند فرودنبورجر	05
58	نموذج ماسلاش وجاكسون (1984) لمراحل الاحتراق النفسي	06
59	مراحل الاحتراق عند بورك وآخرون	07
87	الفرق بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع.	08
88	الفرق بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع حسب بلتشيك (Plutchik, 1995).	09
89	الفرق بين المواجهة والتكيف.	10
128	استراتيجيات اليقظة والتجنب.	11
135	جدول يمثل التطور النظري لدراسة الدافعية.	12
157	المقارنة بين خصائص ذوي الدافعية المرتفعة وذوي الدافعية المنخفضة.	13
164	النمطان الأساسيان من الأفراد في الدافعية للإنجاز.	14
180	توزيع مجتمع الدراسة الدراسة حسب المستشفيات.	15
180	توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس.	16
181	توزيع مجتمع الدراسة حسب السن.	17
182	توزيع مجتمع الدراسة حسب سنوات العمل في مصلحة الاستعجالات.	18
183	توزيع مجتمع الدراسة حسب المناوبة	19
185	توزيع البنود على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي.	20
186	تنقيط استجابات مقياس الاحتراق النفسي.	21
187	تصنيف مستوى درجات أبعاد الاحتراق النفسي.	22
191	معامل ارتباط ألفا كرونباخ لقياس ثبات مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي في الدراسات العربية.	23
192	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (الإنهاك الانفعالي).	24
192	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (تبلد المشاعر).	25

193	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث (تدني الشعور بالإنجاز).	26
194	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي باستخدام طريقة التجزئة النصفية.	27
195	يبين نتائج حساب ثبات مقياس الاحتراق النفسي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ	28
196	توزيع بنود استبيان استراتيجيات المواجهة على الأبعاد.	29
198	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (إستراتيجية التصدي).	30
199	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (إستراتيجية مخططات حل المشكل).	31
200	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث (إستراتيجية اتخاذ مسافة).	32
200	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع (إستراتيجية ضبط الذات).	33
201	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس (إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي).	34
202	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس (إستراتيجية تحمل المسؤولية).	35
202	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السابع (إستراتيجية التهرب - التجنب).	36
203	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثامن (إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي).	37
204	يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس إستراتيجية المواجهة باستخدام طريقة التجزئة النصفية.	38
205	يبين نتائج حساب ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.	39
207	يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي لمقياس دافعية الإنجاز.	40
209	يبين نتائج حساب ثبات مقياس دافعية الإنجاز باستخدام طريقة التجزئة النصفية.	41
210	يبين نتائج حساب ثبات مقياس دافعية الإنجاز باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.	42
214	يبين نتائج تطبيق اختبار (كا ²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).	43

217	يبين نتائج تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في رتب استراتيجيات المواجهة.	44
218	يبين نتائج تطبيق اختبارات المقارنات الثنائية لاختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستويات المعالجة.	45
221	يبين نتائج تطبيق اختبار (ك ²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات دافعية الانجاز (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).	46
223	يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط برسون لدراسة دلالة العلاقة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة	47
226	يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط برسون لدراسة دلالة العلاقة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز.	48
228	يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط أبعاد الاحتراق النفسي يعزي لمتغير الجنس.	49
230	يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة يعزي لمتغير الجنس.	50
232	يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط دافعية الانجاز يعزي لمتغير الجنس	51

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
18	نمذج لدراسة الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى المرضين.	01
65	الإطار العام لأبحاث الاحتراق النفسي حول الأسباب.	02
67	مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها حسب نمذج سيلبي (Selye)	03
70	نمذج ماسلاش وجاكسون للاحتراق النفسي.	04
71	نمذج تشيرنس (Cherniss, 1980) للاحتراق النفسي.	05
72	النمذج الوجودي للاحتراق النفسي.	06
74	نمذج ليتر (Leiter) للاحتراق النفسي.	07
75	نمذج موارد ومتطلبات العمل للمروتي وآخرون.	08
91	عملية المواجهة حسب لازاروس وفولكمان.	09
107	وظيفة إستراتيجيات المواجهة.	10
120	محددات عملية المواجهة.	11
141	سيرورة الدافعية.	12
143	العلاقة بين الحاجة والدافع والباعث.	13
181	التمثيل البياني لمجتمع الدراسة حسب متغير الجنس.	14
182	التمثيل البياني لمجتمع الدراسة حسب السن.	15
183	التمثيل البياني لمجتمع الدراسة حسب سنوات العمل.	16
183	التمثيل البياني لمجتمع الدراسة حسب سنوات العمل.	17
215	توزيع نسب مستويات بند الإنهاك الانفعالي لدى عينة الدراسة.	18
216	توزيع نسب مستويات بند تبدل المشاعر لدى عينة الدراسة.	19
216	توزيع نسب مستويات بند تدني الشعور بالإنجاز لدى عينة الدراسة.	20
222	توزيع نسب مستويات الدافعية للإنجاز لدى عينة الدراسة.	21

مقدمة

يتسم العصر الذي نعيش فيه بعصر الضغوط، نتيجة التطورات والتغيرات التي أصبح الفرد يواجهها، في شتى مجالات الحياة، حيث أصبحت هذه الضغوط تشكل عبئا يفوق طاقة الفرد، مما ينتج عنها سلوكيات سلبية تؤثر على الأفراد والتنظيمات على حد سواء.

وتعتبر المستشفيات إحدى هذه التنظيمات، التي انعكست عليها الضغوط سلبا، من خلال التراجع الحسوس في مستوى الخدمات، والرعاية الصحية التي تقدمها للمرضى خصوصا في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، التي تعد القلب النابض للمستشفى والتي تعاني عجزا كبيرا في الطاقم الشبه طبي، والذي نتج عنه قائمة من الطوابير الطويلة التي تنتظر دورها والقلق يصاحب ألامها.

تشكل مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية في حد ذاتها ضغط على الممرضين الذين يعملون فيها، نظرا للعدد الكبير من المرضى الذين يقصدونها، والتي تتباين فيها الحالات المستعجلة من حرجة إلى خطيرة، تستدعي التدخل السريع ودقة في التشخيص، هذا ما يجعل الممرض منهكا لعدم قدرته التكفل بالمرضى، وذلك بسبب كثرتهم وقلة عدد الممرضين، إضافة إلى بعض المشاكل مثل غموض وصراع الدور، عدم وجود مساندة اجتماعية، عدم المشاركة في اتخاذ القرار، مما يجعل الممرض يشعر باللامبالاة وعدم الاهتمام بالمرضى، فينقص حماسه للعمل وكذا دافعه للإنجاز، وفي النهاية يجد الممرض نفسه يواجه ظاهرة الاحتراق النفسي.

وقد اعتبر الاحتراق النفسي أكبر المخاطر المهنية في القرن الواحد والعشرون، حيث أصبح ظاهرة تتزايد في كل مكان، وتزحف إلى كل ركن من أماكن العمل وتنمو مثل الفيروس (Maslach & Leiter, 2005, p 3)، وتعد متلازمة الاحتراق النفسي هي مرحلة غير مرغوب فيها، بسبب التأثير السلبي على العلاقة والتفاعل بين الممرض والمريض، إضافة إلى الآثار السلبية على علاقة الممرض بزملائه، وارتباط هذا مع انخفاض العمل، وزيادة

معدل الدوران (Elder & al, 2009, p8)، ويوصف الاحتراق النفسي كإجهاد نفسي ناجم عن ضغوط العمل، ويشكل مشكلة عويصة باعتباره موهن للعمال، ومكلف للتنظيمات، ومضر للزبائن (Shinn & al, 1984, pp.864- 874).

إن التعرض لمواقف ووضعية ضاغطة، يتطلب من الفرد التفاعل معها بهدف السيطرة والتحكم فيها، وذلك من خلال استراتيجيات مواجهة يستخدم فيها الفرد كل مكتسباته المعرفية وإدراكه للموقف، من أجل التقليل أو الحد من الضغط والتكيف مع الوضع الجديد، حيث تعتبر استراتيجيات المواجهة على أنها محاولة التقليل من العبء الجسمي، العاطفي والنفسي لحدث ما، والتي تنقسم إلى استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل، واستراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال، ومن تم فإن استخدام إستراتيجية معينة يعتمد على الفرد ومتطلباته (Snyder & Dinoff, 1999, p.10).

وقد حظيت دراسة استراتيجيات المواجهة اهتمام الباحثين، حيث اهتم علم النفس الصحي على التركيز على التدخلات التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة من خلال تحسين المواجهة، باعتبار أن استراتيجيات المواجهة الأكثر فعالية هي الأفضل في إدارة المصاعب، التي تؤدي إلى نواتج صحية أحسن (شويخ، 2012، ص 152).

إن فشل استراتيجيات المواجهة في التقليل أو الحد من الضغوط، يجعل المرضى يعانون داخل المستشفى مما ينعكس سلبا على أدائهم، والمردود المهني وعلى نجاعة وفعالية كل المستشفى، وهذا ما يفسر التراجع الدائم والمستمر في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات، وكثرة الإضرابات والاحتجاجات لدى ممارسي الصحة العمومية، وعليه فإن للدافع الانجاز أهمية كبيرة بالنسبة للفرد، الذي يجعله يقوم بعمله على أكمل وجه ومنه إعطاء صورة حسنة، لمستوى ونوعية الخدمات التي يقدمها المستشفى للمرضى .

وفي هذا الصدد يشير ماكلياند (1998) إلى الدور الذي يقوم به الدافع للانجاز، في رفع مستوى أداء الفرد وإنتاجيته في مختلف المجالات والأنشطة، فالنمو الاقتصادي في أي مجتمع هو محصلة الدافع للانجاز لدى أفراد هذا المجتمع (ماكلياند، 1998).

ويؤكد ماكلياند بأن الدول التي يعاني أفرادها من انخفاض دافع الانجاز، فإنها تعاني من مشكلات اقتصادية تحول دون مواكبتها لمتطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والإدارية، ولإدراك المشكلة لا بد على هذه الدول أن تغرس دافع الانجاز في نفوس مواطنيها (الجوهري، 1980، ص 315).

رغم أن الوزارة الوصية أعطت أهمية كبرى للصحة العقلية، لمهني قطاع الصحة من خلال التعليم الوزاري رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002، والتي جاء فيها الاعتراف بأن هذه المهن تتعرض للضغط والارغامات التي ينتج عنها الاحتراق النفسي، إلا أنها بقيت حبرا على ورق، إذ لم يتم اتخاذ أي إجراءات أو إصدار قوانين تحمي ممارسي الصحة من هذه الظاهرة المستفحلة في مستشفياتنا.

وعليه يجب الاهتمام بظاهرة الاحتراق النفسي، لمعرفة أسبابها والوصول إلى حلول، وقد جاءت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة والدافعية للانجاز، ولإجراء هذه الدراسة تم تقسيمها إلى خمسة فصول كما يلي:

الفصل الأول فصل تمهيدي شمل الإطار العام لمشكلة الدراسة، حيث تم تحديد إشكالية الدراسة وفرضياتها، أهمية وأهداف الدراسة، تم تقديم تعريفا إجرائيا للمصطلحات المستخدمة في الدراسة، وفي الأخير عرض لبعض الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

وقسمت الدراسة إلى جانبين جانب نظري وتطبيقي، وقد اشتمل الجانب النظري على ثلاثة فصول، حيث شمل الفصل الثاني موضوع الاحتراق النفس، حيث تم تحديد بداياته ومفهومه مع التطرق لأبعاده الثلاثة،

ومؤشرات وأعراض الاحتراق النفسي، واستعراض مراحلها حسب الباحثين والأسباب المؤدية له، إضافة لبعض النظريات والنماذج المفسرة للاحتراق النفسي، وأهم مقاييس الاحتراق النفسي والتعامل معه.

أما الفصل الثالث فقد تناول استراتيجيات المواجهة، أين يتم تحديد ظهور المصطلح وتعريفه، ثم التطرق لأشكالها وتناولاتها النظرية، وذكر محدداتها، مع الإشارة إلى أهم مقاييس استراتيجيات المواجهة.

أما الفصل الرابع فخصص للدافعية للإنجاز، في البداية تم عرض لمحة تاريخية حول دراسة مصطلح الدافعية، وتحديد مفهوم الدافعية وعلاقتها ببعض المفاهيم الأخرى، مع الإشارة إلى وظائف الدافعية وأنواعها، ثم تطرقنا إلى موضوع الدافعية للإنجاز، من خلال التطرق إلى تعريفها وعرض مكوناتها وأنواعها، ومؤشرات وخصائص مرتفعي الدافع للإنجاز مع عرض النظريات المفسرة لها، والإشارة إلى مقاييس قياس الدافعية للإنجاز.

وقد شمل الجانب التطبيقي ثلاثة فصول، حيث تناول الفصل الخامس منهجية الدراسة، ويتضمن منهج الدراسة والحدود المكانية لها والعينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكمومترية، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل الخامس تم عرض نتائج الدراسة على ضوء المعالجة الإحصائية، وفي الفصل السادس تم تقديم تفسير النتائج حسب فرضيات الدراسة، إضافة إلى الاستنتاج العام، الخاتمة، وقائمة المصادر والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة

حضي موضوع الاحتراق النفسي باهتمام العديد من الباحثين، في مجال علم النفس الاجتماعي وعلم النفس المهني، باعتباره ظاهرة سيكولوجية وأكبر المخاطر المهنية التي يتعرض لها العمال لاسيما الممرضون، لما له من آثار سلبية على صحة العمال وأدائهم، وعلى فعالية التنظيمات ونجاعتها.

وتعد مهنة التمريض من أنبل المهن في قطاع الخدمات الاجتماعية والإنسانية، ذات المتطلبات العديدة والمهام المتنوعة، حيث يتفانى الممرضون في تقديم المساعدة وإنقاذ الآخرين، مما يجعلها من المهن الضاغطة (Job stressful) التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغط، تجعل بعض الممرضين غير راضين وغير مطمئنين عن مهنتهم، مما تترتب عليه آثار سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي والمهني (جودة، 2003، ص3)، ونتيجة لاستمرار الضغوط وتراكمها يصاب الممرض بالاحتراق النفسي، الذي اعتبرته ماسلاش (Maslach) ظاهرة خطيرة تصيب أصحاب المهن فتسبب لهم القصور والعجز عن تلبية العمل بالمستوى المطلوب (بني أحمد، 2007، ص 13).

حيث يتعرض الممرضون بشكل خاص للاحتراق النفسي، بسبب طبيعة عمل مهنة التمريض، التي تتطلب التعامل عن قرب مع الأشخاص، الذين غالبا ما يكونون في حالات انفعالية، إضافة إلى نقص الاستقلالية، وعبء العمل المرتفع...، وعليه يعتبر الاحتراق النفسي مرحلة مزمنة تلازم الممرض في العمل، وتشكل له أزمة في حياته، يفقد الطاقة، الحماس والثقة بالنفس (Elder, & al, 2009, p.8).

وقد أكدت نتائج الدراسات حول الاحتراق النفسي، عن تفشي الظاهرة في أوساط الممرضين، إذ تشير دراسة (Standant, 1999) أن (60%) من الممرضين في المستشفيات العمومية في إنجلترا منهكين نفسيا، كما يعاني ما يقارب (41%) من ممارسي الصحة العمومية الفرنسية من الإنهاك المهني، كما أظهرت العديد

من الدراسات الأوربية والكندية نتائج متقاربة، إذ يصيب الاحتراق النفسي حوالي ربع ممرضى المستشفيات العامة (Delbrouk, 2008, p.156).

كما أجريت دراسات جزائرية أكدت التأثير السلبي للاحتراق النفسي على الممرضين في المستشفيات العمومية، مثل دراسة جلولي شتوحي (2003)، ميهوبي (2013)، ودراسة طالبي (2013)، وبالتالي تجاوز الممرضون الضغط النفسي، ووصلوا إلى حد الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة: الإنهاك العاطفي، تبدل المشاعر ونقص الانجاز الشخصي، نتيجة الإرغامات التي تفرضها التنظيمات على الممرضين، من عبء العمل، وصعوبة الاتصال والتواصل، وحمل العمل النفسي والعاطفي (Delbrouk, 2008, p.165).

وتظهر تداعيات الاحتراق النفسي من خلال الدراسة التي نشرت في "المجلة الأمريكية لمكافحة العدوى"، قام بها باحثون من كلية التمريض بنسلفانيا، حول تبعات وتداعيات إصابة أفراد طاقم التمريض بحالة «الاحتراق الوظيفي»، وبعد مراجعة حالة أكثر من (7000) ممرض من (161) مستشفى بولاية بنسلفانيا، تبين للباحثين أن معدل متابعة كل ممرض هو (5,7) مريض، وأن كل زيادة بمقدار مريض واحد في عدد المرضى الذين يتوجب على الممرض متابعتهم، يعني زيادة بمقدار إصابة واحد منهم بالتهاب قسطرة مجاري البول في كل (1000) مريض، وهذا يعني زيادة بنحو (1500) التهاب مجاري بول مريض في كل عام في تلك الشريحة من المستشفيات، ليس هذا فقط، بل وأيضا رصدت زيادة بمقدار حالتين من التهابات جروح العمليات لكل (1000) مريض، وذكر الباحثون بأن الكلفة المادية لمعالجة كل حالة من التهاب مجاري البول قد تصل إلى نحو ألف دولار، وأنها قد تصل إلى نحو ثلاثين ألف دولار بالنسبة لالتهابات جروح العمليات (صندقجي، 2012).

وقد اختلف مستوى الاحتراق النفسي للممرض حسب المصلحة التي يعمل فيها، فقد أشار شاكالي خلال الملتقى الفرنسي المغاربي التاسع عشر للطب العقلي، الذي خص بالدراسة (231) معالج من مركز

مكافحة السرطان بالبليدة، فكانت نتائج ظهور الاحتراق النفسي حسب المصالح كالتالي: حيث سجلت مصلحة علاج السرطان أعلى نسبة (20,9%)، أما أدنى نسبة فكانت بمصلحة الأشعة (12,5%) (حاتم وهيبه، 2005، ص 9)، في حين توصلت دراسة أدلي وبريامي (Adali & Priami, 2002) حول الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدات العناية المركزة، وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان، شملت الدراسة (233) ممرض وممرضة، فتوصل إلى أن الممرضين والممرضات في أقسام الإسعاف، لديهم مستوى أعلى من الإجهاد الانفعالي مقارنة بالممرضين في الأقسام الأخرى، ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف (غري صبرينة، 2011، ص 116).

وينظر باردو (Bardo, 1979) إلى ظاهرة الفرد المحترق من خلال خدمته الطويلة، فالعامل الأكثر تفاعلا في عمله وأكثر إخلاصا، هو الذي يعرف بحماسة والتحكم في رغباته، ومرونة تعامله مع ضغوط العمل، ولكن بعد سنوات من الوظيفة قد يفقد حماسه وطموحه، وعدم اهتمامه بالمهنة، وبذلك يتفق باردو مع ساراسون (Sarason, 1976) الذي أوضح أن العامل كلما طال عهده بممارسته مهنته، كلما أصبح أقل تأثرا و حيوية، واستجابة لما يحيط به من مؤثرات، فيما يتعلق بالدور الذي يقوم به، وقد أرجع ذلك إلى أن ازدياد الخبرة ربما تؤدي إلى الإحساس بالسأم، وبالتالي فزيادة الخبرة قد يؤدي إلى انخفاض الدافعية للعمل (ياركندي هانم، 1993، ص 28-44).

ويتطلب العمل في قسم الاستعجال بذل جهد أكبر، والتعامل مع حالات مختلفة ومتنوعة تتطلب سرعة ودقة التدخل، والتواصل مع توجيهات الأطباء، وكذلك التعامل مع أهل المريض وساعات العمل، كل هذه الظروف وغيرها تجعل الممرض تحت الضغط والوصول إلى الاحتراق النفسي، الذي يعتبر مرحلة غير مرغوب فيها، بسبب تأثيرها السلبي على علاقة الممرض بالمريض وكذا زملائه، حيث تنعكس هذه الآثار السلبية على صحتهم النفسية وكذا أدائهم ومستوى الخدمات التي يقدمونها للمرضى (Elder & al, 2009, p8).

يعتبر كل من شوفلي وأنزمان (Schaufeli & Enzmann) الاحتراق النفسي بأنه: "حالة نفسية سلبية في العمل تظهر عند الأفراد الأسوياء، تتسم هذه الحالة بإعياء شديد وإجهاد حاد مع الشعور بتدني المردود أو الإنجاز الشخصي وانخفاض الدافعية، وتنامي سلوكيات مهنية مضطربة اتجاه العمل؛ هذه الحالة النفسية تتطور تدريجياً ويمكن أن تظل خفية لفترة طويلة على الشخص المصاب، وهي نتاج عدم التوازن بين التوقعات المهنية وحقيقة العمل في الميدان، وتزداد عادة من خلال استراتيجيات خاطئة للمواجهة (Coping)".

وتحتل المواجهة أهمية كبيرة في عالم الشغل، حيث يدمج ليدر (1991) مفهوم المواجهة في عملية الاحتراق النفسي، وقد توصلت دراسته بأن المواجهة المركزة على المشكل ترتبط باحتراق نفسي ضعيف، فهي تجعل مستوى الإنهاك النفسي للفرد منخفض، مع زيادة انجازه الشخصي وتأثير ضعيف على تبلد المشاعر (Truchot, 2004, p. 53).

ويعتبر دراسة وتحديد استراتيجيات المواجهة التي تقلل من الضغوط من أهم الخطوات للتقليل من الاحتراق النفسي، وقد توصل شان وزملاءه (Shinn & al, 1984) حول استراتيجيات المواجهة الفردية المستعملة من طرف العمال للتقليل من الضغط المهني والاحتراق النفسي، بأن استراتيجيات المواجهة الأكثر شيوعاً والتي أفاد به (64٪) من المستجيبين، تركيز الاهتمام على العائلة والأصدقاء أو الهوايات بدلاً من الوظيفة (ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، والاسترخاء في عطلات نهاية الأسبوع، والحياة الأسرية) (Shinn & al, 1984, pp.864- 874).

فنتيجة لوجود الفرد في مواقف ووضعية ضاغطة، يلجأ الفرد لاستخدام وسائل وأساليب مختلفة، للتغلب على الارغامات والضغوط بهدف التكيف والتأقلم والعودة إلى حالة الاتزان النفسي والانفعالي، وتختلف أساليب المواجهة باختلاف الوضعيات الضاغطة والفروق الفردية، حيث صنف لازاروس (Lazarus) استراتيجيات المواجهة إلى مجموعتين رئيسيتين: تركز الإستراتيجية الأولى على الانفعال، والإستراتيجية الثانية

ترتكز على حل المشكل، فحسب لازاروس وزملائه فإن اختلاف استخدام الأفراد لهذه الإستراتيجيات، يرجع إلى الاختلافات الفردية في تقييم الحالة ومواجهتها، ومن خلال هذه الدراسة نحاول التعرف على الاستراتيجيات الأكثر استخداما من طرف المرضى.

إذ بينت دراسة بوزي (Pezet, 1994) التي أجريت على (309) عامل اجتماعي، على وجود علاقة بين أنواع المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي لمقياس ماسلاش، فقد وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين التركيز على الانفعال والإرهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، وارتباط التركيز على المهمة بالإنجاز الشخصي.

ونجد عدة دراسات كشفت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي، وارجعوا أحد أسباب الاحتراق النفسي إلى استخدام استراتيجيات غير مناسبة وغير فعالة، فقد ارجع فرودنبورجر الاحتراق النفسي إلى استعمال استراتيجيات مواجهة غير مناسبة (Schaufli & Enzmann, 1998, p. 102)، كما أشارت دراسة أندلر وباركر (1998) أن الأفراد الذين يعانون من احتراق نفسي، يلجؤون عادة إلى استراتيجيات غير فعالة (الانفعال والتجنب) والتي تشمل ردود الأفعال الانفعالية الموجهة نحو الأنا بهدف إنقاص الضغط، لكن هذا يتعذر أحيانا فيطغى على الفرد التوتر الشديد والانطواء والانسحاب الاجتماعي، كما تفتقر لديه أساليب المواجهة الفعالة لحل المشكل والقدرة على التخطيط والتنظيم (رحال، 2015، ص 17)، كما توصلت دراسة زكي وعثمان (1998) أن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل يحمي الفرد من الوقوع في الاحتراق النفسي، عكس تبني استراتيجيات والانفعال.

وتشير الدراسات إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة وظيفية وترتبط بمؤشرات إيجابية للصحة العقلية، ويؤكد سلجمان (Seligman, 2001) مؤسس علم النفس الإيجابي أن استراتيجيات التجنب هي غالبا ضارة، خصوصا إذا كانت الضغوط بشكل مستمر، لذلك فقد تم الاهتمام باستراتيجيات المواجهة من خلال إجراء أبحاث في الصحة النفسية، ووضع برامج لتحسين استراتيجيات المواجهة لإعادة إدماج العمال في

عملهم، إما من خلال التعلم الذاتي أو عن طريق المرافقة المهنية لمواجهة الصعوبات بشكل أفضل، لأن استراتيجيات مواجهة تكون فعالة إذا كان الفرد قادر على السيطرة على الوضع المجهد و/أو الحد من تأثيره على الصحة الجسمية والعقلية (Côté, 2013, pp. 41- 43).

في حين عرفت ماسلاش وليتر (Maslach & Leiter, 1997) الاحتراق النفسي بأنه: " تغيرات في اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل، وكذلك تغيرات في حالته البدنية، وتمثل في الإجهاد الانفعالي، بل يصل الأمر به إلى انخفاض إنجازة الشخصي"، إذ أنهما ربطا الاحتراق النفسي بانخفاض الانجاز الشخصي، أي أن المرض تنقص دافعيته اتجاه العمل، وهذا ما يتبين في البعد الثالث من أبعاد الاحتراق النفسي تدني الشعور بالإنجاز، الذي يرتبط بالإحساس بعدم الفعالية أمام الآخرين، فقدان الطموح، مما ينتج عنه سلوكيات سلبية لدى المرضى مثل: الإهمال، التهاون، اللامبالاة والبرودة في التعامل مع المرضى، وكثرة الأخطاء في العمل وزيادة المضاعفات لدى المرضى.

وتعد الدافعية من العناصر الأساسية التي تؤثر في السلوك وأداء الأفراد، الأمر الذي أعطاها أهمية كبيرة ضمن موضوعات علم النفس، فالإنسان يعيش حياته مدفوعا نحو تحقيق أهدافه التي تبلور معنى الحياة عنده، كما أن التباين في السلوك من الناحية الكمية والكيفية في الموقف الواحد، أو تباين سلوكياته في المواقف المختلفة قد يكون سببه الأساسي هو الدافعية، ومن ثم يمكن تفسير كثير من السلوك الإنساني في ضوء نظريات الدافعية (السيد، 2017، ص ص 492- 539).

يضيف بول (Pall, 1977) أن دافعية الإنجاز العالية تزيد من قدرة الأفراد على ضبط أنفسهم في العمل الدؤوب لحل المشكلة، وأنها تمكنهم من وضع خطط محكمة للسير عليها ومتابعتها للوصول للحل (بن طاعة، 2013، ص 18).

وعليه تعتبر ظاهرة الاحتراق النفسي، إحدى أخطر الظواهر التي يتعرض لها الممرض في قسم الاستعجالات، والتي يكون لها تأثيرا سلبيا على أدائهم، حيث ينخفض مستوى انجازهم، وتساء نوعية الخدمات التي يقدمونها، ولمعرفة علاقة الاحتراق النفسي باستعمال الممرضين لاستراتيجيات مواجهة ومستوى الدافعية للإنجاز لديهم، جاءت الدراسة للإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1 - هل يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى مرتفع للاحتراق النفسي، وفقا لأبعاده الثلاثة (الإرهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تديني الشعور بالإنجاز)؟
- 2 - هل يوجد اختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؟
- 3 - ما هو مستوى الدافعية الانجاز لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؟
- 4 - هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؟
- 6 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الاحتراق النفسي وأبعاده يعزى لمتغير الجنس؟
- 7 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط استراتيجيات المواجهة في أبعاده يعزى لمتغير الجنس؟
- 8 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط دافعية الإنجاز يعزى لمتغير الجنس؟

2. فرضيات الدراسة

انطلاقاً من تساؤلات الدراسة، تمت صياغة الفرضيات التالية:

- 1- يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى مرتفع للاحتراق النفسي، وفقاً لأبعاده الثلاثة (الإرهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تديني الشعور بالإنجاز)؛
- 2- يوجد اختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؛
- 3- يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى منخفض من دافعية الإنجاز؛
- 4- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؛
- 5- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية؛
- 6 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الاحتراق النفسي وأبعاده يعزى لمتغير الجنس؛
- 7 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط استراتيجيات المواجهة في أبعادها يعزى لمتغير الجنس؛
- 8 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط دافعية الإنجاز يعزى لمتغير الجنس؛

3. أهمية الدراسة

أصبحت الضغوط هي السمة الأساسية لهذا العصر وصارت تنتشر في كل التنظيمات، ونظراً لحساسية بعض هذه التنظيمات وطبيعة العمل الموجود فيها، وعدم قدرة الممرضين على التأقلم مع هذه الضغوط، من خلال استخدام استراتيجيات مواجهة غير فعالة، تطورت هذه الضغوط وظهر ما يعرف بالاحتراق النفسي،

الذي ينتج عنه حالة من الإنهاك والإجهاد على الصحة النفسية والاجتماعية والمهنية للعامل، مما يؤثر على دافعيتهم لإنجاز الأعمال والمهام التي يكلفون بها، وهذا ينعكس سلباً على الأفراد والتنظيمات.

وعليه تكمن أهمية هذه الدراسة في الوقوف على ما آلت إليه المستشفيات، من تراجع دائم ومستمر في الخدمات الصحية التي تقدمها، وكثرة الإضرابات والاحتجاجات لدى ممارسي الصحة العمومية، نتيجة الحالة التي يعانيها الممرضون داخل المستشفى والتي تنعكس على أدائهم، ومردودهم المهني وعلى نجاعة وفعالية كل المستشفى.

إضافة إلى الاهتمام بفئة الممرضين التي تعتبر من أكبر الشرائح تعرضاً للاحتراق النفسي، والتركيز على الذين يعملون في مصالح تكون هي في حد ذاتها مصدر ضغط وانفعال مثل مصلحة الاستعجالات، وذلك بتعريفهم بموضوع الاحتراق النفسي وتنبههم لأخطاره وآثاره السلبية على صحتهم وأدائهم.

الاهتمام بالصحة النفسية والجسمية للمرضين، من خلال التعرف على أهم الأساليب المستخدمة لمواجهة المشكلات لدى الممرضين في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، وذلك بوضع أخصائين نفسانيين ومرافقين (Coaching) لمساعدتهم في التغلب على المشاكل التي يواجهها الممرض أثناء العمل، والعمل على تحسين الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الممرض، وذلك بمحاولة تقييم الاستراتيجيات الغير فعالة واقتراح استراتيجيات تمكنهم من التغلب على الضغوط.

إبراز دور الدافع للإنجاز في كل ميادين العمل لما له من أهمية كبيرة بالنسبة للفرد والتنظيمات على حد سواء، وعدم اقتصره على ميدان التعليم فقط، ومنه نلاحظ نقص الدراسات التي تتناول الدافع للإنجاز عند الممرضين أو الأطباء.

وعليه يجب أن نسلط الضوء على الاحتراق النفسي، الذي أصبح واقع لا نستطيع تجنبه أو إهماله، حيث يجب على التنظيمات أن تفهمه وتستوعبه، من أجل إيجاد حلول وقائية لتفادي الوقوع فيه أو التخفيف منه،

وذلك من أجل توفير جو تنظيمي ملائم لتحفيز دافعية إنجاز المرضين وتحقيق الأهداف والغايات الخاصة بالعمال والتنظيمات على حد سواء.

4. أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- التعرف على العلاقة بين مستويات الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- التعرف على العلاقة بين مستوى الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- التعرف على الفروق في متوسط مستويات الاحتراق النفسي لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية حسب متغير الجنس.
- التعرف على الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة لدى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، حسب متغير الجنس.

5. تحديد مصطلحات الدراسة

1.5. الاحتراق النفسي

الاحتراق النفسي هو حالة من الإثناك البدني، العاطفي والعقلي، الناتج عن العمل طويلا في حالات تتطلب التعامل عاطفيا (Schaufeli & Greenglass, 2001, p. 501-510)، حيث تعرف ماسلاش وجاكسون (1986) الاحتراق النفسي على أنه: "متلازمة لإثناك انفعالي وتبدل المشاعر وانخفاض الإنجاز

الشخصي الذي قد يحدث لدى الأفراد الذين يعملون مع العملاء في بعض المهن "، كما اعتبرته ماسلاش بأنه: " فقدان الاهتمام بالأشخاص في محيط العمل، إذ يجس الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفي، للذين يجعلانه يفقد الإحساس بالإنجاز، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين" (Fantaine & Kiely,1997, p. 1).

ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات، التي يتحصل عليها الممرض على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

ويعتبر الاحتراق النفسي بأنه متلازمة تتكون من ثلاثة أبعاد هي: الإنهاك الانفعالي، تبدل المشاعر، وانخفاض الانجاز الشخصي (Xavier & Borteyrou, 2010, p. 4).

1.1.5. الإنهاك الانفعالي: يشير الإنهاك الانفعالي إلى المشاعر الناتجة عن ضغط متطلبات العمل واستنزاف الموارد العاطفية.

ويعرف في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات، التي يتحصل عليها الممرض، على بنود الإنهاك الانفعالي لمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

2.1.5. تبدل المشاعر: يعبر تبدل المشاعر إلى استجابة الأفراد العديمة الشعور، أو وضع مسافة تفصلهم عن الذين يتعاملون معهم.

ويعرف في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات، التي يتحصل عليها الممرض، على بنود تبدل المشاعر لمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

3.1.5. تدني الشعور بالإنجاز: يعني انخفاض شعور الفرد بكفاءته وإنجازه في عمله.

ويعرف في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الممرض، على بنود تدني الشعور بالإنجاز لمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

2.5. استراتيجيات المواجهة

يعرف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) استراتيجيات المواجهة على أنها: "مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار لإدارة المتطلبات الداخلية والخارجية، التي يدركها الفرد كتهديد أو تتجاوز طاقاته" (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).

ونميز ثلاث أنواع من استراتيجيات المواجهة وهي:

- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل: والتي تهدف إلى الحد من متطلبات الموقف، أو زيادة الموارد الذاتية للتعامل بشكل أفضل.

- استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال: محاولة تنظيم التوترات العاطفية الناجمة عن الوضع الضاغط.

- استراتيجيات المواجهة المركزة على الدعم الاجتماعي: ويتمثل في الحصول على تعاطف ومساعدة الآخرين (Côté, 2013, p. 41).

ويعرف في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات، التي يتحصل عليها الممرض، على مستويات استبيان استراتيجيات المواجهة للازاروس وفولكمان.

3.5. الدافعية للإنجاز

تشير الدافعية للإنجاز إلى رغبة الفرد وميله للإنجاز ما يعهد إليه من أعمال ومهام ووجبات بمستوى أحسن ودرجة أعلى ممكنة، حتى يحوز على رضا رؤسائه، فتفتح أمامه سبل زيادة الدخل، ويسهل أمامه سبل الترقية والتقدم (طه، 2003، ص 252).

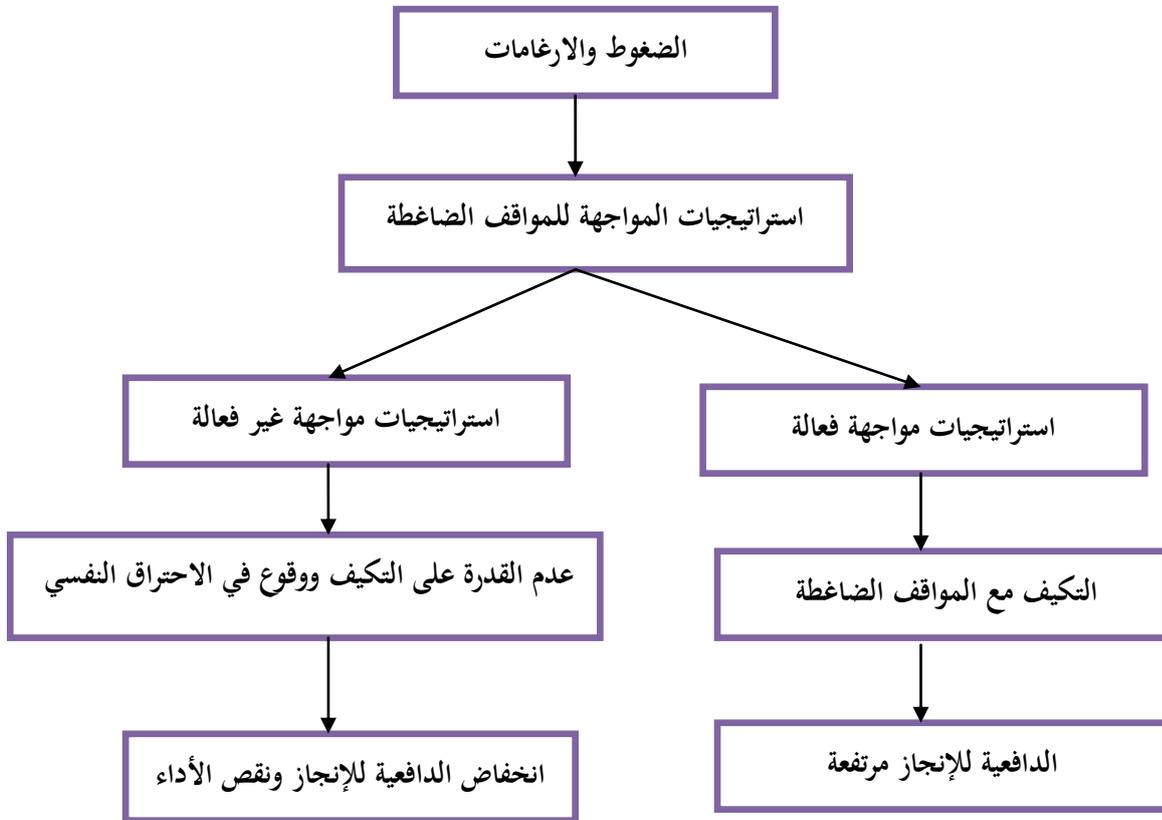
ويعرف الدافع للإنجاز في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات، التي يتحصل عليها الممرض على مقياس

الدافعية للإنجاز.

ويمكن اقتراح نموذج لهذه الدراسة التي جمعت بين ثلاث متغيرات، وهي: الاحتراق النفسي، استراتيجيات

المواجهة، والدافعية للإنجاز، كما يلي:

الشكل رقم (01): نموذج لدراسة الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى الممرضين.



6. الدراسات السابقة

1.6. الدراسات السابقة حول الاحتراق النفسي

1.1.6. الدراسات الأجنبية

– دراسة أدلي وبريامي (Adali & Priami , 2002) اليونان

- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدات العناية المركزة، وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان.
- هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي، بين العاملين في مهنة التمريض في التخصصات التمريضية المختلفة، والكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطوير الاحتراق النفسي لديهم.
- عينة الدراسة: تكونت عينة البحث من (233) ممرضا وممرضة من مستشفيات أثينا.
- أدوات الدراسة: تمثلت أدوات البحث في مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، مقياس بيئة العمل، واستفتاء تضمن معلومات شخصية ومهنية، إضافة إلى سؤال مفتوح عن إستراتيجيات التكيف الخاصة بهم للتعامل مع الضغوط النفسية في العمل.
- نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الممرضين والممرضات في أقسام الإسعاف لديهم مستوى أعلى من الإجهاد الانفعالي، مقارنة بالممرضين في كل من العناية المشددة وأقسام الداخلية، ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء وأعمال زائدة، وتوجيه وإشراف)، وتساهم العوامل السابقة في تطوير الاحتراق النفسي لديهم (صبرينة غربي، 2011، ص 11).
- دراسة لورنت (Laurent, 2007) حول الاحتراق النفسي عند عمال الاستعجالات
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (50) متدخل طبي.
- أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، إضافة للمقابلات الإكلينيكية.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة أن العينة لديها مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي نظرا لطبيعة العمل ومخاطره (سماني، 2012، ص 62).

2.1.6. الدراسات العربية

– دراسة البدوي (2000)

- عنوان الدراسة: درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات الشخصية في تحديد درجة الاحتراق.
- عينة الدراسة: تكونت العينة من (566) ممرضا وممرضة من العاملين في مستشفيات عمان.
- أدوات الدراسة: تمثلت أدوات الدراسة في مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس مصادر الاحتراق النفسي.

- نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الممرضين والممرضات يعانون تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية، وشدة حدوثه بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون تكرار وشدة الشعور بتبلد المشاعر بدرجة متوسطة، وتكرار وشدة نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية، وأن أهم مصادر الاحتراق النفسي تمثلت بعدم إتاحة الفرصة للتحاق بدورات تدريبية، وعدم توفر أمكنة للراحة والترفيه، وإلقاء اللوم الجائر من قبل المسؤولين على الممرضين عند حدوث أخطاء طبية، إضافة إلى قلة الأجور.
- كما أثبتت عدم تأثر درجات أبعاد الاحتراق النفسي بمتغير السن، الخبرة والتصنيف المهني لدى الممرضين، في حين وجد أثر ذو دلالة إحصائية لنوع المستشفى وموقع العمل في بعد تبلد المشاعر (غربي، 2011، ص 123).

– دراسة حاتم وهيبة (2005)

- عنوان الدراسة: الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (300) طبيب وطبيبة.

▪ أدوات الدراسة: استعملت الباحثة في الدراسة مقياس الاحتراق النفسي، مقياس باك للاكتئاب، ومقياس استراتيجيات المقاومة لبول هان.

▪ نتائج الدراسة: وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

يعاني الأطباء العاملون في مصلحة الاستعجالات من ارتفاع مستويات الإنهاك المهني وجود فروق جنسية جوهريّة، في درجات الإنهاك المهني لصالح الإناث، حيث اتضح أن الإناث أكثر معاناة من الاحتراق النفسي بالمقارنة مع الذكور، ووجود فروق جنسية جوهريّة في استعمال أساليب المواجهة، حيث انتهت نتائج الدراسة إلى ميل الطبيبات نحو استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال، في حين يستعمل الذكور أساليب المواجهة المتمركزة حول حل المشكل (حاتم، 2005، ص 108).

– دراسة ميهوبي فوزي (2007)

▪ عنوان الدراسة: المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي

لدى الممرضين.

▪ هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين ببعض

المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

▪ عينة الدراسة: تكونت العينة من (271) ممرض موزعة على (11) مؤسسة صحية.

▪ نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات أبعاد

الاحتراق النفسي الثلاث، وأن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع على أبعاده الثلاث: الإنهاك الانفعالي وتبلد

المشاعر، وتدني الشعور بالإنجاز (ميهوبي، 2007).

– دراسة بن عطية ياسين (2008) بقسنطينة

▪ عنوان الدراسة: الإنهاك المهني لدى ممرضى الاستعجالات.

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تقييم ظاهرة الاحتراق النفسي لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات لولاية قسنطينة، وعلاقتها ببعض الخصائص السوسيو مهنية وظروف العمل.
- **عينة الدراسة:** شملت العينة (526) ممرض وممرضة.
- **أدوات الدراسة:** سلم هامبورغ للاحتراق النفسي (HBI) الذي يتضمن الخصائص السوسيو مهنية.
- **نتائج الدراسة:** تم الحصول على (83%) من المستجوبين حسب معايير (HBI)، حيث أن (33.56%) من الممرضين لديهم احتراق انفعالي، منهم (50%) يعانون من الإحساس بالعجز و (30.80%) يحسون بفراغ داخلي، في حين (35.86%) من الممرضين يعبرون عن اشمئزازهم من العمل، و (28.50%) من الممرضين يظهرون ردود أفعال عدوانية. (بوحارة، 2012، ص 21)

– دراسة جديات عبد الحميد (2012)

- **عنوان الدراسة:** الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى أطباء وممرضى الصحة العمومية.
- **عينة الدراسة:** شملت الدراسة (206) طبيب وممرض يعملون بثلاث مستشفيات جامعية بالعاصمة.
- **أدوات الدراسة:** استخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانيي (Graham Spanier).
- **نتائج الدراسة:** خلصت الدراسة إلى أن ممارسي الصحة العمومية من شدة تناذر الإنهاك النفسي، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة تناذر الإنهاك النفسي باختلاف مدة الأقدمية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة تناذر الإنهاك النفسي باختلاف الجنس لدى فئة المتزوجين لصالح السيدات. (جديات، 2012، ص 297).

2.6. الدراسات السابقة حول علاقة الاحتراق النفسي باستراتيجيات المواجهة

1.2.6. الدراسات الأجنبية

– دراسة فانيي (Vanie, C, 1999)

▪ **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير العوامل الفردية (السن، الجنس، الخبرة، الحالة الاجتماعية، والمستوى الدراسي) والعوامل المتعلقة بالمحيط واستراتيجيات المواجهة، على مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة العقلية.

▪ **عينة الدراسة:** شملت الدراسة (208) عاملا في الصحة العقلية.

▪ **أدوات الدراسة:** تم الاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

▪ **نتائج الدراسة:** تم التوصل إلى النتائج التالية:

– يعاني عمال الصحة العقلية من مستوى متوسط من الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر، ومستوى منخفض في بعد نقص الإنجاز الشخصي.

– يزداد مستوى الاحتراق النفسي مع استخدام استراتيجيات التجنب واستراتيجيات الانفعالية، بينما يقلل مستوى الاحتراق النفسي مع الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل.

– عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي حسب متغير كل من (الخبرة، الجنس، الحالة الاجتماعية، والمستوى الدراسي)(سماني، 2012، ص 67).

– دراسة شوميت (Shemate, 1999)

▪ **عنوان الدراسة:** العلاقة بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي واستراتيجيات معالجتها لدى

مديري المدارس الثانوية بواشنطن.

- عينة الدراسة: شملت الدراسة (211) مديرا ومديرة بالمدارس الثانوية.
- نتائج الدراسة: كشفت الدراسة أن المدراء يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة متوسط، على بعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر، ودرجة منخفضة على بعد نقص الشعور بالإنجاز، وأن أفضل طريقة لديهم للتعامل مع الضغط النفسي لتجنب الإصابة بالاحتراق النفسي هي الانشغال وتناسي أي أمر آخر (بوحارة، 2012، ص 14).

– دراسة أنجل وآخرون (Angel & al, 2003)

- عنوان الدراسة: عرض الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة: نموذج العلاقات البنائية.
- عينة الدراسة: شملت الدراسة (127) معلما.
- أدوات الدراسة: استخدم في الدراسة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس طرق المواجهة (Meelfatrick & al,2000) القائمة على التحكم (التحكم، الدعم) وأخرى قائمة على عدم القدرة على التحكم (دعم المشاعر، الإحجام).
- نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن هناك استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية في مواجهة الضغوط عن غيرها، حيث كانت استراتيجيات التحكم والدعم الاجتماعي أكثر قدرة على التحكم في الضغوط، بينما استراتيجيات دعم المشاعر والإحجام أقل قدرة في التحكم في الضغوط.
- كما توصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الإنجاز الشخصي، وكل من مشاعر الإنهاك وتبلد المشاعر، وقد ارتبطت استراتيجيات المواجهة بعلاقة دالة إحصائيا بأبعاد الاحتراق النفسي حيث:
- ارتبطت مشاعر الإنهاك سلبيا باستراتيجيات المواجهة بالتحكم، والدعم الاجتماعي والإحجام ، بينما ارتبطت إيجابيا بعلاقة دالة بإستراتيجية دعم المشاعر.

- ارتبط الإنجاز الشخصي إيجابياً بعلاقة دالة باستراتيجيات التحكم، والدعم الاجتماعي والإحجام.
- عدم وجود علاقة دالة بين استراتيجيات المواجهة، وبعد تبدل المشاعر.
- ربطت الدراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة، الجديد الذي أضافته أنها أشارت إلى علاقة أبعاد الاحتراق النفسي ببعضها البعض، وكذا استراتيجيات المواجهة، إذ أعطت أهمية إلى بعد الإنجاز الشخصي، ودوره في التأثير على بعد الإنهاك، وبالتالي التقليل من الاحتراق النفسي (دردير، 2007، ص 85).

- دراسة لنزيبي وقوسلين (Lanzier & Gosslin, 2005)

- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي.
- عينة الدراسة: أجريت الدراسة (201) ممرضاً بالمركز الاستشفائي بكندا.
- أدوات الدراسة: تم الاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS).
- نتائج الدراسة: تم التوصل في الدراسة بأن استراتيجيات المواجهة ليس لها تأثير على الاحتراق النفسي، ووجود فروق في مستويات الاحتراق النفسي حسب متغيرات الدراسة (سماني، 2012، ص 68).

2.2.6. الدراسات العربية

- دراسة نجاته زكي ومديحة عثمان (1998)
- عنوان الدراسة: أساليب مواجهة المشكلات وعلاقتها بكل من الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي المداري الثانوية بالمنيا.

▪ **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاحتراق النفسي وأساليب مواجهة المشكلات، والتعرف على مدى إمكانية التنبؤ بالضغوط النفسية والاحتراق النفسي للمعلمين من خلال أساليب مواجهة المشكلات.

▪ **عينة الدراسة:** شملت عينة الدراسة (138) معلم ومعلمة من المدارس الثانوية.

▪ **أدوات الدراسة:** استخدمت الباحثان المقاييس التالية:

- مقياس أساليب المواجهة (1993) لفريدينبورغ ولويس (Frydenberg and Lewis).

- مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين (1983) لسيدمان وزغير (Sidman & Zger).

- مقياس الضغوط النفسية إعداد مغاوري عبد الحميد مرزوق (1989).

▪ **نتائج الدراسة:** أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين أساليب المواجهة غير الفعالة (القلق، خفض التوتر، تجاهل المشكلة، تأنيب النفس) وبين الاحتراق النفسي، ووجود ارتباط دال سالب بين أساليب المواجهة الفعالة (التركيز على حل المشكلة، العمل بجد، البحث عن الدعم) وبين الاحتراق النفسي. وقد أمكن التنبؤ بالاحتراق النفسي من خلال أسلوب القلق والعمل بجد، وقد توصلت الدراسة أن تبني المعلم لأساليب مواجهة فعالة يقلل من التعرض للاحتراق النفسي، عكس الذي يتبنى أساليب مواجهة غير فعالة والتي تجعله عرضة للاحتراق النفسي. وقد كان لأساليب المواجهة قدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي (دردير، 2007، ص 84).

- دراسة جلولي شتوحي نسيم (2003)

▪ **عنوان الدراسة:** الإنهاك المهني لدى الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة.

▪ **عينة الدراسة:** شملت الدراسة (140) ممرض.

▪ نتائج الدراسة: أظهرت النتائج ما يلي:

- يعاني الممرضون من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد تبدل المشاعر وبعد نقص الشعور بالإنبجاز.
- يميل الممرضون إلى استخدام إستراتيجية التجنب كأول إستراتيجية للتقليل من شدة الاحتراق النفسي، ووجود فرق بين ممرضي المصلحات الطبية والعناية المركزة في الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر، وكذلك وجود فرق بين ممرضي المصلحات الطبية والعناية المركزة في استخدام استراتيجيات المقاومة.
- لا يوجد فرق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي وفي استراتيجيات المقاومة (ميهوبي، 2007 ، ص 187).

- دراسة دردير نشوة (2007)

▪ عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات.

▪ هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير نمط الشخصية (أ، ب) على مستوى الاحتراق النفسي للمعلمين، ومدى تأثير أساليب المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي.

▪ عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (240) معلم بالمرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية بمصر.

▪ أدوات الدراسة: تم الاعتماد على المقاييس التالية:

- مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين لسيدمن وزاقر (Seidman & Zager).

- مقياس نمط الشخصية لبورتنز.

- قائمة المواجهة (Carver & al).

▪ **نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة لعدم وجود فروق ذات دلالة في الدرجة الكلية للاحتراق النفسي لذي النمط (أ، ب) تعزى لأساليب مواجهة المشكلات.

- دراسة رحال سامية (2010)

▪ **عنوان الدراسة:** اختبار علاقة الأنماط السلوكية للشخصية واستراتيجيات المواجهة وبعض المتغيرات الديموغرافية بالاحتراق النفسي لدى عينة من رجال الأمن الوطني.

▪ **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة الكشف عن العوامل الشخصية المساهمة في الاحتراق النفسي، بالتركيز على الأنماط السلوكية للشخص واستراتيجيات المواجهة، والتعرف على الفروق في مستوى الاحتراق تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية (السن، المستوى التعليمي، سنوات الأقدمية في الجهاز الأمني).

▪ **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (250) شرطي ينتمون إلى الوحدات الجمهورية للأمن لولاية الجزائر، الشلف ووهران.

▪ **أدوات الدراسة:** استعمل في الدراسة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، مقياس الأنماط السلوكية للشخصية، ومقياس استراتيجيات المواجهة لاندلر وزملائه.

▪ **نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة أنه:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة المركزة على المهمة وتلك المركزة على الانفعال، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي تعزى لاستعمال استراتيجيات التجنب واستراتيجياته الفرعية (التلهي والتسلية الاجتماعية).

- أن الاستراتيجيات الغير فعالة الأكثر استعمالاً هي استراتيجيات التجنب، في حين استعمال استراتيجيات المركزة على المهمة ضئيلة جداً.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير السن، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين بعد تبدل المشاعر وسنوات الخبرة، عكس البعدين الآخرين (رحال، 2010، ص 317).

- دراسة سماني مراد (2014)

▪ عنوان الدراسة: استراتيجيات التعامل (Coping) عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي burn out لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران.

▪ هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات التعامل، ودراسة الفروق في مستوى الاحتراق النفسي حسب أوقات العمل والتخصص، و دراسة الفروق في استراتيجيات المواجهة حسب الجنس.

▪ أدوات الدراسة: تم تطبيق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، مقياس استراتيجيات التعامل (CISS).
 ▪ عينة الدراسة: شملت الدراسة (40) طبيب مقيم.
 ▪ نتائج الدراسة: كشفت الدراسة على النتائج التالية:

- عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين المقياس الكلي للاحتراق النفسي والمقياس الكلي لاستراتيجيات التعامل، مع وجود ارتباطات دالة إحصائياً في بعض الأبعاد.

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاحتراق النفسي حسب أوقات العمل، مع وجود فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي حسب التخصص (سماني، 2012، 71).

- دراسة معروف محمد (2014)

▪ عنوان الدراسة: استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي.
 ▪ عينة الدراسة: شملت الدراسة (305) أستاذ موزعين على إحدى عشر ثانوية.

▪ أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة لأندلر وباركو.

▪ نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي كأحد أبعاد الاحتراق النفسي وبعد حل المشكل كأحد أبعاد استراتيجيات التعامل، ووجود علاقة ارتباطية طردية بين بعد الإجهاد الانفعالي كأحد أبعاد الاحتراق النفسي وبعد الانفعال كأحد أبعاد استراتيجيات المواجهة (معروف، 2014).

3.6. الدراسات السابقة حول علاقة الاحتراق النفسي بالدافعية للإنجاز

1.3.6. الدراسات الأجنبية

– دراسة أندرسون واوانيكى (Anderson & Aonica, 1984)

- عنوان الدراسة: كشف العلاقة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز.
- عينة الدراسة: تكونت العينة من (375) معلم ومعلمة من الأطوار التعليمية الثلاث.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة بأن المعلمين يعانون من مستوى متوسط للاحتراق النفسي، ووجود علاقة قوية بين الاحتراق النفسي ونقص الحاجات وضعف الدافعية. (بن طاطة، 2013، ص 13)

– دراسة يوكي (Yuki, 1995)

- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي وعلاقته بوضوح الهدف من الحياة ومستوى الدافعية.
- عينة الدراسة: أجريت الدراسة على (132) من العاملين في خدمات الصحة النفسية في هونغ كونغ (الأخصائيين النفسيين، مرشدي الصحة النفسية، الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين وممرضى الصحة النفسية).

▪ نتائج الدراسة: بينت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين مستوى الاحتراق النفسي وكل من وضوح الهدف من الحياة ومستوى الدافعية، كما كشفت الدراسة بأن أعلى مستوى من الاحتراق النفسي كن بين ممرضى الصحة النفسية، في حين أن أدنى مستوى من الاحتراق النفسي بين الأطباء النفسيين (بن طاعة، 2013، ص 14).

2.3.6. الدراسات العربية

– دراسة شرقي حورية (2010)

- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي وعلاقته بالدافعية للإنجاز لدى الفريق الطبي، دراسة ميدانية بمستشفى مستغانم.
- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة الاحتراق النفسي، ودراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية.
- عينة الدراسة: شملت الدراسة (50) طبيب من مختلف مصالح المستشفى.
- أدوات الدراسة: طبق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس الدافعية للإنجاز لصالح الأزرق.
- نتائج الدراسة: وقد توصلت النتائج لعدم وجود علاقة ارتباطية دالة سالبة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، مع وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي حسب التخصص (سماني، 2012، ص 62).

– دراسة بن طاعة عبد القادر (2013)

- عنوان الدراسة: علاقة الاحتراق النفسي بالدافعية للإنجاز لدى معلمي التعليم الابتدائي.
- عينة الدراسة: اشتملت الدراسة على (100) معلم ومعلمة.

- أدوات الدراسة: تم الاعتماد في الدراسة على مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين ل (Seidman & Zager, 1986) ، ومقياس دافعية إنجاز الأساتذة لعبد الرحمن صالح الأزرق.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، إذ أنه توجد علاقة سالبة بين الدرجة الكلية للدافعية للإنجاز ومقياس الاحتراق النفسي ككل، وبين كل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي.
- كما توصلت الدراسة لوجود فروق بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس، السن وسنوات العمل.
- دراسة نميش نورة (2017)
- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي وعلاقته بالذات المهنية والدافعية للإنجاز لدى الأخصائيين النفسانيين العاملين في المؤسسات العقابية.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (80) أخصائي نفسي من الممارسين في المؤسسات العقابية.
- أدوات الدراسة: طبق في الدراسة كل من مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، مقياس الدافعية للإنجاز لعبد اللطيف خليفة، ومقياس الذات المهنية من إعداد الباحثة.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة للنتائج التالية:
 - تحصل الأخصائيين النفسانيين على درجة منخفضة على مقياس الاحتراق النفسي.
 - وجود علاقة ارتباطية بين كل من الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز والذات المهنية.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية للإنجاز حسب متغير السن، الجنس والأقدمية.

- وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير السن والأقدمية، مع عدم وجود فروق حسب متغير الجنس.

التعليق على الدراسات السابقة

تم تقديم الدراسات السابقة حسب متغيرات الدراسة، حيث تم عرض الدراسات التي جمعت بين كل من: الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة، والاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، وقد تم الفصل بين الدراسات الأجنبية والعربية والتي قدمت حسب التسلسل الزمني.

نلاحظ من خلال استعراضنا للدراسات السابقة، وفرة الدراسات التي تناولت متغير الاحتراق النفسي لدى المرضين، سواء الدراسات الأجنبية منها أو العربية، والتي استعمل فيها مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، وقد بينت الدراسات أن المقياس يتمتع بصدق وثبات عالي، كما تناولت هذه الدراسات دراسة الاحتراق النفسي حسب بعض المتغيرات الديموغرافية والتنظيمية، إذ لم يكون هناك اتفاق حول الاختلاف في الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس.

نلاحظ قلة الدراسات التي تناولت متغير الدافعية للإنجاز لدى المرضين، وكانت أكثر الدراسات التي استطاعت الطالبة التوصل إليها تهتم بالطلبة والمعلمين والمدراء، وكأنها حكراً على المجال التربوي، غير أن أهميتها كبيرة في كل مجالات الحياة والعمل، لذا يجب الاهتمام بالدافعية للإنجاز في جانب الطي والشبه الطي.

بينت بعض الدراسات التي تناولت بالدراسة علاقة الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة، أن هناك ارتباط دال إحصائياً بين استراتيجيات المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي مثل دراسة أنجل وآخرون (2003)، كما توصلت الدراسات أن الذين يعانون من احتراق نفسي مرتفع، يستعملون استراتيجيات التجنب والهروب، عكس استراتيجيات التركيز على حل المشكل.

الجانب النظري

الفصل الثاني

الاحتراق النفسي

تمهيد

يعتبر الاحتراق النفسي أكبر المخاطر المهنية في القرن الواحد والعشرون، حيث أصبح ظاهرة تتزايد في كل مكان، وتزحف إلى كل ركن من أماكن العمل، وبذلك صار مشكلة عويصة يعاني منها أغلب العمال، خاصة الممرضين في مجال الخدمات الإنسانية، فهو مرحلة غير مرغوب فيها، لما ينتج عنه من سلوكيات سلبية تؤثر على الأفراد والتنظيمات على حد سواء. مما دفع بالعديد من الباحثين في مجال علم النفس الاجتماعي وعلم النفس المهني، الاهتمام بموضوع الاحتراق النفسي.

يتناول هذا الفصل ظاهرة الاحتراق النفسي من خلال التطرق إلى ظهوره وتعريفه، وعلاقته ببعض المصطلحات ذات الصلة به، وللإلمام بالموضوع أكثر تعرضنا إلى أبعاد الاحتراق النفسي، والتعرف على مؤشرات وأعراضه، واختلاف الباحثين في وصف مراحلها، وفهم أسباب حدوث الاحتراق النفسي، وتعدد النظريات والنماذج التي فسرت الظاهرة، مع وجود مقاييس متعددة لقياسه، وفي الأخير التنويه لكيفية التعامل مع الاحتراق النفسي الذي صار ميزة من مميزات العمل في الوقت الراهن.

1. ظهور الاحتراق النفسي

كشف المختص العقلي للعمل فيل (Veil,C, 1959) أن حالة الاحتراق النفسي هي أداة فكرية جيدة، لفهم وعلاج حالات غير متوقعة لا تندرج في إطار التصنيف النوزوغرافي الكلاسيكي (La Nosographie Classique) ، واعتبر حالة الاحتراق النفسي هي نتيجة وجود الفرد في وضعية، حيث يعتبر كلاهما معقد، ولا يجب تبسيط والاستهانة بالوضع. (Canoui & Maurange, 2015, p. 5)

بينما يرى بركلاز (Berclaz, 2013) بأنه تم الإشارة أول مرة إلى مصطلح الاحتراق النفسي من طرف برادلي (Bradley,1969) في مقال Community Based Treatment For Young Adult « offenders » المرتبط بالعمل، وأعاد استعماله الطبيب العقلي و المحلل النفسي فرود نبورجر

(Freudenberger, 1974) الذي يعتبر الأب المؤسس لأعراض الاحتراق النفسي، حيث أدخله إلى حيز الاستخدام الأكاديمي في أولى الدراسات حول أعراض الاحتراق النفسي في مقاله "Staff Burnout"، التي إذ استخدم عبارة Burn-out Syndrom لوصف فقدان الفرد لدافعيته اتجاه عمله، حيث يرى أن الاحتراق النفسي لا يكون بسبب نقص الكفاءة لتحقيق الأهداف، بل ينتج عن عدم توافق النتائج مع التوقعات. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p 102)

استعمل فرودنبورجر مصطلح الاحتراق النفسي في كتاباته لوصف حالة الشباب المتطوعين، الذين يعملون في عيادة معالجة الإدمان، ولاحقا صرح (1980) قائلا: "أدركت من خلال ممارستي اليومية بأن أحيانا يكون الأفراد ضحية حرائق مثل البنائيات، تحت تأثير الضغط الناجم عن عاملنا المعقد، تلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية كأنها تحت فعل النيران، تاركة فراغا داخليا واسعا حتى ولو ظهرت هيأتهم الخارجية سليمة". (Canoui & Maurange, 2015, p. 6)

ثم استطاعت ماسلاش (Maslach) التعمق في دراسة الاحتراق النفسي مع مجموعة من الباحثين: كيلبي (Kelley)، بينز (Pines)، جاكسون (Jackson)، وليتر (Leiter)، حيث أرجعت سبب الاحتراق إلى ظروف العمل ومتطلباته، وتوصلت إلى إعطاء تعريف دقيق وشامل للاحتراق النفسي مع وضع مقياس لقياسه. (Berclaz, 2013, P7)

ويعد المؤتمر الدولي الأول للاحتراق النفسي، الذي عقد بمدينة فيلا ديليفيا في نوفمبر (1981)، البداية الحقيقية لتطور مصطلح الاحتراق النفسي، حيث شارك فيه الرواد الأوائل للاحتراق النفسي أمثال: فرودنبورجر (Freudenberger)، ماسلاش (Maslach)، بينز (Pinez)، بوانز (Poinez)، كرينس (Cherniss). (نبار، 2012، ص 20)

بعدها انتشر مفهوم الاحتراق النفسي وأصبح سمة من سمات المجتمع المعاصر، حيث بينت ماسلاش أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب أصحاب المهن فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب. (بني أحمد، 2007، ص 13)

2. مفهوم الاحتراق النفسي

يعرف في القاموس الفعل " يحترق " بـ "يفشل " وينهار، أو يصبح منهكا نتيجة العمل الزائد على الطاقة والمقدرة، ويشير التعبير أيضا إلى التغيرات السلبية في العلاقات، الاتجاهات والسلوك كرد فعل لضغط العمل. (حمدي وآخرون، 1999، ص 177)

يقدم قاموس **Harraps** عدة معاني لكلمة **Burnout**، والتي لا تختلف في مجملها عن الملاحظة الإكلينيكية التي أشار إليها فرودنبجر، إذ تعبر عن صورة شمعة تضحل أو تحترق ببطء، أو عن مصباح ينطفئ أو بصورة أكثر تعبيرا لإنسان تنطفئ شعلته أو يفرغ كل ما فيه ويسكنه فراغ شاسع بداخله، وباختصار إنسان استهلكت كل موارده الداخلية وإن كان يبدو للعيان في صورته العادية.

وقد استمدت كلمة " **Burn-out** " التي تعبر عن أعراض الإنهاك المهني من ميدان علم الفضاء، حيث تطلق هذه الكلمة على الزمن الذي يقع فيه الصاروخ بعدما يتم استهلاك وقوده بسرعة كبيرة، لذلك يرى كل من كانوي و مورنجيس (Canoui & Mauranges, 2015) أن الاحتراق النفسي أشبه بحالة صاروخ ينفذ وقوده، مما يؤدي به إلى التحطم.

كما اختلف الباحثون في ترجمة مصطلح "**Burnout**"، حيث استخدم في علم النفس مصطلح الاحتراق النفسي، وفي مجال الخدمة الاجتماعية مصطلح الإعياء المهني، كما استعملت مصطلحات: الإنهاك، الإرهاق، الاستنزاف، وبالمثل توجد مصطلحات متباينة في الكتابات الفرنسية للدلالة على هذا المفهوم ومنها: **Usure** , **Brulure interne**, **Epuisement Professionnel**. **Professionnelle** , (بوزازوة، 2003، ص 115)

تم التطرق لتعريف الاحتراق النفسي من طرف العديد من الباحثين، حيث ركز كل باحث على أهم العناصر

بالنسبة إلي، نعرض بعض منها فيما يلي:

عرف **فروود نبورجر** الاحتراق النفسي أنه: "حالة من الاعياء والضعف تصيب الجسد وتستنفذ طاقته الحيوية

نتيجة المتطلبات التي تفوق قدرته".

وعرّفته **ماسلاش** بأنه: "فقدان الاهتمام بالأشخاص في محيط العمل، إذ يحس الفرد بالإرهاق والاستنزاف

العاطفي، للذين يجعلانه يفقد الإحساس بالإنجاز، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين"، كما أنه: "خبرة انفعالية

فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كاستنزاف الجهد على المستوى البدني والانفعالي والمعرفي"

(Fantaine & Kiely, 1997, p 1).

وكان تعريف **ماسلاش** و**جاكسون** للاحتراق النفسي بأنه: "متلازمة لإنهاك انفعالي وتبدل المشاعر وانخفاض

الإنجاز الشخصي، الذي قد يحدث لدى الأفراد الذين يعملون مع العملاء في بعض المهن". (Halbesleben &

Buckley, 2004, p 859-879)

و تعرفه **كرنيس (Cherniss)** على أنه: " العملية التي ينسحب فيها العامل المعروف بالتزامه السابق بالعمل

من ارتباطه بعمله، نتيجة ضغوط العمل التي تعرض لها العامل أثناء أداء هذا العمل".

كما عرفه **كيرياكو (Kyriacou)** بأنه: " الاحتراق النفسي هو مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي

الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة". (بني أحمد، 2007، ص 13)

وعرفت **بينز وأرونسون (Pines & Aronson, 1988)** الاحتراق النفسي على أنه: " حالة من الإنهاك

البدني والعاطفي والنفسي، نتيجة العمل لفترات طويلة في مواقف تحتاج إلى بذل مجهود انفعالي" (Figley, 1998,

p.1).

ويعرف **عسكر** الاحتراق النفسي على أنه: " هو مجموعة من المظاهر السلبية منها على سبيل المثال التعب، الإرهاق، الشعور بالعجز، فقدان الاهتمام بالآخرين وبالعمل، السخرية من الآخرين، الكآبة، الشك في قيمة الحياة والعلاقات الاجتماعية، والسلبية في مفهوم الذات، هذه المظاهر تساهم بشكل أو بآخر في نوعية أداء الفرد في عمله" (عسكر، 2003، ص 192).

كما يعرفه **عبد المعطي** بأنه: " أحد النتائج السلبية في مجال العمل، وهو حالة من الإنهاك والاستنزاف البدني والانفعالي نتيجة التعرض لضغوط الحياة العالية " (عبد المعطي، 2006، ص 91).

واعتبر **جمعة سيد** الاحتراق النفسي بأنه: " حالة من الإنهاك الجسمي، والانفعالي والعقلي، تحدث بسبب التورط طويل المدى في المواقف المشحونة انفعاليا، والضاغطة بشدة، والتي تترافق مع التوقعات الشخصية المرتفعة من الأداء والانجاز " (جمعة سيد، 2004، ص 46).

كما عرفه **بوسنة** بأنه: "ما هو إلا تعبير عن حالة من الاستنزاف البدني والانفعالي الناتج للتعرض لكم هائل من الضغوط في ميدان العمل، وأن هناك مجموعة من المظاهر السلبية للاحتراق النفسي وهي: الإرهاق، الشعور بالعجز، فقدان الاهتمام بالعمل، فقدان الاهتمام بالآخرين والسخرية منهم، الكآبة واليأس " (بوسنة، 2007، ص 11).

وقد وصفه **عشوي** بأنه: " حالة يتصف بها الموظف، تتسم بالإرهاق الجسدي والفكري والانفعالي، تفقده حيويته وتعاطفه واهتمامه بالذين يتعامل معهم " (عشوي، 2008، ص 15).

نلاحظ أن معظم تعاريف الاحتراق النفسي تصف مؤشرات وأعراضه، والتي لا تختلف عن التعريف الذي قدمته **ماسلاش**، كما يرجعون أسبابه إلى الضغوط التي يتعرض لها الفرد في بيئة العمل، مما ينتج عنها تأثيرات انفعالية وسلوكية سلبية اتجاه المحيطين به والعمل.

3. علاقة الاحتراق النفسي ببعض المصطلحات الأخرى

يتداخل الاحتراق النفسي مع مصطلحات أخرى، لحد عدم القدرة على التمييز والتفريق بينها، نتيجة تشابه أعراضها ومظاهرها، لذا نحاول التفريق بينها وإزالة اللبس عنها، ومن بين هذه المصطلحات نذكر: الضغط النفسي، القلق، الاكتئاب

1.3. الاحتراق النفسي والضغط النفسي

استخدم بعض الباحثين مصطلح الاحتراق النفسي للتعبير عن ظاهرة الضغط النفسي، باعتبار أن دوام الضغط وعدم التصدي له يؤدي بالضرورة إلى الاحتراق النفسي، حيث يذكر (Gold & Roth, 1994) بأنه نتيجة تعرض الفرد لمشكلات لفترة طويلة من الزمن يشعر بالضغط، ولعدم الحصول على الدعم الكافي يصل للاحتراق النفسي، لعدم قدرة الفرد على التكيف مع الضغط (الفريجات والريضي، 2010)، ويعتبر الاحتراق النفسي ضغط مهني مزمن، غير أن كلاهما يعبر عن تعب نفسي وجسدي.

ويشير فاربر (Farber, 1983) إلى أن الاحتراق النفسي والضغط مفهومان متشابهين وليس متطابقين، ويمكن التمييز بينهما من خلال عدة جوانب، حيث أوضح الصريفي (2007) الفرق بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي وفقا للجدول الذي وضعه المركز القومي للصحة والأمن الوظيفي الأمريكي (الصريفي، 2007، ص 319).

الجدول رقم (01): الفرق بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي.

الاحتراق النفسي	الضغط النفسي
- يشعر الفرد بالإجهاد المستمر.	- يشعر الفرد بالتعب.
- يعاني الفرد من التوتر الشديد.	- يعاني الفرد من القلق.
- يؤدي لشعور بالملل، والضيق من العمل.	- يؤدي بالشعور بعدم الرضا الوظيفي.
- يؤدي لانتهاؤ الولاء التنظيمي.	- يؤدي إلى لانخفاض الولاء التنظيمي.
- يؤدي لفقدان الصبر وعدم الرغبة في الحديد مع الآخرين.	- يؤدي لتقلب المشاعر.
- يؤدي بالشعور بالإحباط.	- يؤدي للشعور بالذنب.
- يؤدي لعدم شعور الفرد بأنه كثير النسيان.	- يؤدي لصعوبة التركيز ونسيان أمور كثيرة.
- يؤدي للاضطرابات النفسية.	- يؤدي لتزايد التغيرات الفيزيولوجية مثل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم.

2.3. الاحتراق النفسي والإجهاد النفسي

الإجهاد عبارة عن عبء انفعالي زائد، ناتج عن تعرض الفرد لمطالب زائدة، فتؤدي إلى الإنهاك البدني والنفسي (جابر وكفاني، 1995، ص 3745)، وإذا اعتبر قريبا من الإجهاد الانفعالي، فإنه يمثل أحد مكونات الاحتراق النفسي، كما يعتبر عرضا من أعراضه العديدة.

ويمكن أن نعتبر الضغط سابق على الإجهاد النفسي، كما أن الإجهاد يشكل ضغطا أيضا، فهي علاقة دائرية، قد لا تكون لها نهاية بين الضغوط النفسية والإجهاد النفسي (دردير، 2007، ص 32).

3.3. الاحتراق النفسي والقلق

يعتبر الاحتراق النفسي أحد القوى الأساسية التي تتأثر بالقلق أو هي نتيجة للقلق، إذ أن أحد أسباب الاحتراق النفسي هي رتابة العمل اليومي، حيث يرى كوبر ومارشال (Cooper & Marshal, 1976) أن

الاحتراق يحدث نتيجة تكرار العمل اليومي أو القيام بالعمل فترة طويلة دون الحصول على راحة، أو الحصول على أجر منخفض، أو نتيجة صراع الفرد مع زملائه ومرؤوسيه (عثمان، 2001، ص 137).

يصف كارتر (Carter, 2004) القلق بأنه صراع انفعالي غير واعي، يتكون من أعراض جسمية، ومشاعر وأفكار مزعجة ربما تكون متوسطة الدرجة أو قد تصل إلى القلق الحاد، وعندما يصل القلق إلى صفة الحدة يتحول إلى الاحتراق النفسي (بن راشد الحاتمي، 2014، ص 11).

وعليه يعتبر كل من الاحتراق النفسي والقلق من الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد، وقد يكون القلق أحد أسباب ومظاهر الاحتراق النفسي، حيث أثبتت الدراسات ظهور القلق بنسبة (20%) للعمال الذين يعانون احتراق نفسي مرتفع ونسبة (8%) للذين يعانون احتراق نفسي متوسط (Ahola & Hakznm, 2014, p. 12)، غير أن القلق قد يكون ضروريا لسير الحياة ودفع الفرد للقيام بسلوكيات مرغوبة كقلق الامتحان، ويمكن وجوده في أغلب المراحل العمرية للفرد، في حين أن الاحتراق النفسي تكون له دائما آثار سلبية، ويرتبط بالحياة المهنية للفرد.

4.3. الاحتراق النفسي والاكتئاب

ظهر في التصنيفات الحديثة للطب النفسي (التصنيف العاشر للأمراض والاضطرابات النفسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية) تحت عنوان: "المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة"، حالة مرضية أطلق عليها الاحتراق (Burnout Syndrome)، وتعرف أيضا على أنها حالة من الاكتئاب الناتج عن الملل والإجهاد (الشريبي، 2001، ص 91)، وقد أثبتت الدراسات بأن الاكتئاب يعد أحد أعراض الاحتراق النفسي، حيث يعاني (53%) من مجموع الموظفين ذوي احتراق نفسي مرتفع من الاكتئاب، و(20%) من العمال ذوي احتراق نفسي معتدل، كما وجد ارتباط كبير بين أبعاد الاحتراق النفسي الثلاث واضطرابات الاكتئاب (Ahola & Hakznm, 2014, p. 12).

ويشير العديد من الباحثين إلى التقارب بين مصطلح الاحتراق النفسي والاكتئاب، هذا التقارب بينهما يمكن يصل إلى درجة الخلط بينهما، حيث وصف فرودنبورجر الاحتراق النفسي قائلاً: "الشخص المصاب بهذه الحالة يبدو وكأنه يعاني من حالة الاكتئاب"، إلا أنه تدارك ذلك وأكد أن الاحتراق النفسي يختلف كلياً عن اضطرابات الاكتئاب، فهي عادة تكون محدودة في أحد ميادين الحياة وهو الميدان المهني، إضافة لعدم شعور الفرد بمشاعر الذنب التي عادة ما تكون مرافقة لاضطرابات الاكتئاب (بوحارة، 2012، ص 42).

وقد حاولت ناتاشا لابريز (Natacha, 2007) أن تبين وتوضح التشخيص التفريقي بين الاحتراق النفسي والاكتئاب، أين بينت أوجه التشابه والاختلاف بينهما، نلخصه في الجدول التالي: (رحال، 2010، ص 56)

الجدول رقم (02): التشخيص التفريقي بين الاحتراق النفسي والاكتئاب.

الاكتئاب	الاحتراق النفسي
- أسباب الاكتئاب متعددة العوامل وغالبا غير معروفة عند العميل، إلا في حالة الاكتئاب الارتكاسي أين تظهر عوامل مفجرة.	- يأتي الاحتراق النفسي بعد تعرض الفرد لضغوط مستمرة، ولفترة طويلة، ويرجع أساسا لظروف العمل.
- بالابتعاد عن العمل لا تزول أعراض الاكتئاب ولا يبدي المصاب ارتياحا.	- بالابتعاد عن العمل تختفي أعراض الاحتراق النفسي، ويبدي المصاب ارتياحا.
- مزاج مكتئب.	- عدوانية، غضب.
- غياب المتعة والسرور.	- ضعف المتعة والسرور.
- فقدان أو زيادة في الوزن بشكل كبير.	- فقدان أو زيادة في الوزن بشكل طفيف.
- مشاكل في النوم (الاستيقاظ المبكر)	- مشاكل النوم (صعوبة الدخول في النوم).
- أفكار انتحارية.	- عدم وجود أفكار انتحارية.

5.3. الاحتراق النفسي والتعب

يوجد اختلاف بارز بين التعب والاحتراق النفسي، هو أن الأول يمكن التعافي منه بسرعة عكس الاحتراق النفسي، حيث أن الأفراد المحترقين نفسياً يحسون بإرهاك بدني يختلف تماماً عن تجربة التعب والمجهود البدني والتمارين الجسدية الشاقة التي تسبب التعب، إضافة أن التعب يكون عادة تجربة إيجابية مصاحبة للإنجاز والنجاح، في حين يعبر الاحتراق النفسي على تجربة سيئة تصاحب بإحساس عميق بالفشل. (Pines, 1917, p.40).

6.3. الاحتراق النفسي والكاروشي (Karoshi)

الكاروشي كلمة يابانية – تنطق كالوشي (Kaloshi) – تعني الموت من الإفراط في العمل، حيث تجزأ الكلمة إلى جزأين (Karo) تعني الموت و (shi) تعني التعب في العمل (Canoui & al, 2015, p. 9)، إذ يعتبر الكاروشي من الظواهر الحديثة الناتجة عن الضغط، والذي يحدث بسبب عبء العمل الزائد لمدة زمنية طويلة، حيث أنه من المعتاد في الشركات اليابانية أن يعمل الموظفون من (10-12) ساعة يومياً، وهذا الجهد المفرط يؤدي بهم إلى الموت المفاجئ في سن الأربعين أو الخمسين (Rasmussen, 2008, p. 78).

لقد اعتبر الكاروشي سنة (1988) كمرض مهني، إذ قام مجموعة من المحامين بتأسيس مجلس وطني للدفاع عن ضحايا الكاروشي، ووصفته اناتا (Unata, 1989) على أنه مفهوم طبي اجتماعي، أي أن الموت من العمل أو عدم القدرة على العمل ترجع أساساً لأمراض قلبية ووعائية – جلطات دماغية، أزمات قلبية، ضعف قلبي حاد- الذي يمكن للعمل الشاق وضغوط العمل أن يزيد من تفاقم حالتها (رجال، 2015، ص 39).

ونجد أن الضغط هو السبب في الاحتراق النفسي والكاروشي، ويمكن إرجاع الكاروشي لأسباب عضوية، واعتباره النتيجة النهائية للاحتراق النفسي، حيث تستنزف الطاقة ومنها الموت (Schaufeli & Enzmann, 1998, p.2)

4. أبعاد الاحتراق النفسي

تعتبر متلازمة الاحتراق النفسي هي مرحلة غير مرغوب فيها، بسبب التأثير السلبي على العلاقة والتفاعل بين الممرض والمريض، إضافة إلى الآثار السلبية على علاقة الممرض بزملائه، وارتباط هذا مع انخفاض العمل، وزيادة معدل الدوران، وحسب ماسلاش وحاكسون فإن مفهوم الاحتراق النفسي يتكون من ثلاثة أبعاد وهي: (Elder & al, 2009, p8)

1.4. الإنهك العاطفي (Emotional Exhaustion)

يعتبر بعد الإنهك العاطفي المحور الأساسي الذي يركز عليه الاحتراق النفسي والتعبير الأكثر وضوحاً لهذه المتلازمة المعقدة، فعند وصف حالة الاحتراق النفسي للفرد فإننا غالباً ما نصف تجربته مع الإنهك العاطفي، ونظراً لهذا التقارب القوي، جعل العديد من الباحثين إلى اعتبار أن البعدين الآخرين للمتلازمة عرضيين وغير ضروريين، رغم أن بعد الإنهك العاطفي أساسي في الاحتراق النفسي إلا أنه غير كافي للوصف الكامل للظاهرة. (Maslach & al, 2001, pp. 397-422)

ويعني بعد الإنهك العاطفي أن العمال الذين يصابون بالاحتراق النفسي يكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي (بني أحمد، 2007، ص 14)، حيث تعتبر ماسلاش وحاكسون الإنهك الانفعالي هو "فقدان الفرد الطاقة للعمل والأداء، والإحساس بزيادة أعباء العمل" (Maslach & Jackson, 1981, pp 99-113).

ويذكر كاولي (Cowley) أن الفرد في هذه الحالة يشعر باستنفاد واستنزاف موارده الانفعالية، وليس لديه مصدر للتزويد بالطاقة، فيضع مسافة بينه وبين من هم بحاجة إلى خدماته والطلبات التي تغمره، فلا يجد الفرد في هذه المرحلة وسيلة للتخفيف عن هذا الشعور إلا بوضع مسافة بينه وبين من يتعامل معهم. (مزياي، 2007، ص 150-160).

2.4. تبليد المشاعر (Depersonalization/ cynicism)

يعني بعد تبليد المشاعر بدأ العمال ببناء اتجاه سلبي نحو العملاء (بني أحمد، 2007، ص:14)، ويشير هذا البعد عند ماسلاش وجاكسون أنه: "شعور الفرد بالسلبية، والإحساس باختلال حالته المزاجية". (Maslach & Jackson, 1981, p:109)

ويضيف شيبوت وآخرون أن تبليد الشعور يشير إلى: "اتجاهات ومشاعر الفرد السلبية والساخرة والمستقلة والمبنية للمجهول اتجاه الأفراد الآخرين"، ويتضمن أيضا الشعور السلبي والشعور بالقسوة والإهمال وتطور مشاعر السخرية وعدم الاحترام، وعليه يطور هؤلاء اعتقادات وضيعة وحقيرة عن الأشخاص الآخرين ويتوقعون الأسوأ لهم وتتنامى مشاعر الكراهية ضدهم، ففي هذه المرحلة يفقد هؤلاء الأفراد الاهتمام بالغير والتطابق معهم كفرد منهم. (ستاتون - ريش وإيزو - أهولا) (مزياي، 2007، ص ص150-160)، وليس من الصعب تصور حزن المريض الذي يقدم له الرعاية ممرض يتعامل معه ببرودة وبطريقة عديمة الشعور، بدلا من الحماية والرعاية والتعاطف (Elder & al, 2009, p.8).

3.4. تدني الشعور بالانجاز (Reduced Personal Accomplishment)

يعني بعد تدني الشعور بالإنجاز ميل العمال لتقييم أنفسهم سلبيا (بني أحمد، 2007، ص:14)، وتعتبره ماسلاش وجاكسون بأنه: "إحساس الفرد بتدني نجاحه واعتقاده أن مجهوده لا فائدة له" (Maslach & Jackson, 1981, P P 99-113).

كما يعني هذا البعد: "ميل الأفراد إلى تقييم أنفسهم سلبا، خاصة فيما يتعلق عمله مع العملاء"، فالأفراد في مهنة المساعدة لديهم صورة سيئة عن أنفسهم كمهنيين، فالطريقة التي ينجزون بها عملهم تكون عكس ما ينبغي القيام به في إطار علاقة العمل، فيكون لديهم إحساس بتعكر المزاج وبأنهم ليسوا في مستوى متطلبات وكفاءات مناصبهم، ويعتقدون أنهم أخطئوا في توجيههم المهني (Neboit & Vézina, 2007, p.100).

أما شيبوت وآخرون يعتبرونه: "انخفاض شعور الفرد بكفاءته وميله إلى التقييم السلبي لذاته خاصة فيما يتعلق بعمله مع الأفراد الآخرين" (مزياني، 2007، ص ص 150-160).

وأوضحت الدراسات أن هناك علاقة قوية بين بعدي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، فنتائج حوالي (50) دراسة مختلفة لعينة مكونة من (9668) فرد، أثبتت وجود ارتباط بين البعدين قدر ب (0,64)، وبذلك يعتبران النواة الصلبة للاحتراق النفسي (Neboit & Vézina, 2007, P. 105).

ورغم الاعتراف الواسع بالأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي، إلا أن هناك من اقترح بعد رابع يجب قياسه (Iwanick & Schwab, 1981)، بينما أعتبر آخرون أن متلازمة الاحتراق النفسي، تتألف من خمسة عوامل (Densten) يمكن أن تعزى الفروق الملحوظة فيما يتعلق بأبعاد الاحتراق النفسي لمختلف المهن التي يتم تقييمها، حيث أن هيكل المقياس ثلاثي الأبعاد لقي دعم واسع من طرف مهن الخدمات الاجتماعية، غير أن نتائج دوسون ترتبط على عينة من مديري الشرطة (Schaufeli & al, 2002, p.472).

5. مؤشرات الاحتراق النفسي

تشير باربرا براهام (Braham) بأن هناك أربعة مؤشرات أولية ينبغي أن تأخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الاحتراق النفسي:

✓ الانشغال الدائم

ويقصد به الاستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم، فعندما يقع الفرد في إشراك الانشغال الدائم فإنه يضحى بالوقت الحاضر وما يتطلبه من عمل، وهذا يتجسد في تواجده جسدياً وليس ذهنياً، وعادة ما ينجز الممرض في هذه الحالة بصورة ميكانيكية (آلية)، دون أي اتصال عاطفي بالمرضى، حيث أن ما يشغل باله هو السرعة والعدد، وليس الإتقان والاهتمام بما بين يديه.

✓ العيش حسب قاعدة "يجب وينبغي"

تصبح قاعدة يجب وينبغي هي أساس حياة الفرد، حيث يترتب عن هذه القاعدة زيادة حساسية الممرض لما يظنه بالآخرين، فيصبح غير قادر على إرضاء نفسه، حتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين التي تصاحبه هذه القاعدة، فإنه يجد بأن تنفيذ ذلك ليس بالأمر السهل عليه.

✓ تأجيل الأمور السارة والأنشطة الاجتماعية

يتشكل لدى الفرد اقتناع ذاتي بأن هناك وقتا لمثل هذه الأنشطة، ولكن فيما بعد لن يأتي أبدا، ويصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة الفرد.

✓ فقدان الرؤية أو المنظور الذي يصبح كل شيء عنده مهما وعاجلا

وتكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله لدرجة يفقد معها روح المرح، ويجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات، ويرتبط ذلك بما يعرف في الغرب بالشخص المدمن على العمل، حيث يصبح العمل هو الجزء الأساسي في حياته الشخصية بصورة تحل بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والانفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل. (علي عسكر، 2003، ص123)

توصل ديون (Dion) إلى وضع قائمة تضم مؤشرات الاحتراق النفسي، وهي ترتبط بأربع مستويات وهي:

✓ مستوى الشعور: تتمثل في عدم الرضا، سرعة الانفعال، التصلب على مستوى الجسد، آلام الظهر

والصداع.

✓ مستوى الحياة الشخصية: تتمثل في المشاكل العائلية والزوجية، و لإفراط في تناول الكحول والأدوية.

✓ مستوى العلاقات: ويظهر بالانسحاب، جنون العظمة والتنازل.

✓ مستوى العمل: غياب الروح المعنوية، ضعف الإنجاز.

نلاحظ تعدد واختلاف مؤشرات الاحتراق النفسي، والتي تظهر لدى الفرد على المستوى الشخصي والنفسي والاجتماعي والمهني، غير أن هذه المؤشرات غير كافية لتشخيص الاحتراق النفسي لتداخلها ومتداخلة مع اضطرابات أخرى، ومن أجل التعرف أكثر على حالة الاحتراق النفسي نتطرق لأعراضه.

6. أعراض الاحتراق النفسي

متلازمة الاحتراق النفسي عبارة عن صورة مرضية معقدة جدا، تلحق الأذى الشديد لسنوات طويلة بحياة المعنيين ونوعية حياتهم، إذ أن الصورة المرضية معقدة جدا والأعراض الموصوفة يمكن ملاحظتها في أمراض واضطرابات أخرى كثيرة، ومن هنا فإن الأعراض الموصوفة ليست خاصة بمتلازمة الاحتراق وحدها، وعندها يتم في البداية استبعاد كل الأسباب الممكنة والأعراض التفريقية يمكن أن يتم الشك بوجود متلازمة الاحتراق النفسي، وقد حدد الباحثون العديد من الأعراض نحاول تلخيص أهمها فيما يلي :

1.6. أعراض الاحتراق النفسي عند سامر جميل:

قسم سامر جميل أعراض الاحتراق النفسي إلى قسمين، نلخصها في الجدول التالي:(رضوان، 2007، ص 394)

الجدول رقم (03): أعراض الاحتراق النفسي عند سامر جميل.

الأعراض الرئيسية	الأعراض غير النوعية
- انحطاط شديد مع انخفاض للنشاطات المعتادة بحوالي (50%) لمدة لا تقل عن ستة أشهر.	- إتهاك شديد عند بذل الجهد، لم يكن يظهر في السابق، ضعف في العضلات، ألم عضلي، آلام في المفاصل.
- استبعاد كل الأمراض التي يمكن أن تقود إلى النقطة الأولى.	- التهابات في البلعوم، حرارة أو برودة، حساسية العقد الليمفاوية، تشنجات معوية.
	- اضطرابات نوم، أرق أو حاجة شديدة للنوم.
	- شكاوي عصبية نفسية: خوف من الضوء، فقدان مجال الرؤية، نسيان ضعف في التركيز والتفكير، قابلية للإثارة، اكتئابيا، حالات تشتت وضياح...

2.6. أعراض الاحتراق النفسي عند سيدولان (Cedoline,1982)

قدم سيدولان (Cedoline) تقييما شاملا لأعراض الاحتراق النفسي، مشيرا إلى أنه من النادر أن تجد

شخصا خاليا من أي من هذه الأعراض والتي أهمها:

1.2.6. الأعراض الجسمية

وتتمثل في الإجهاد والاستنزاف، وتشنج العضلات والآلام البدنية وابتعاد الفرد عن الآخرين، وارتفاع ضغط

الدم، وتناول الأدوية والكحول، وأمراض القلب والصحة العقلية.

2.2.6. الأعراض العقلية (المعرفية)

تتمثل بضعف مهارات صنع القرار، وغيوب في معالجة المعلومات، ومشكلات (مخاطر) الوقت، والتفكير المفرط

بالعمل.

3.2.6. الأعراض الاجتماعية

وهي إعطاء الموظف وقته كاملا لعمله على حساب نفسه وبيته، وأيضا الانسحاب الاجتماعي، والسخرية

والتذمر والفاعلية المنخفضة والدعابة الساخرة وتفريغ الضغط في البيت، وأيضا الارتباطات المنفردة والعزلة

الاجتماعية.

4.2.6. الأعراض النفس . عاطفية

تتمثل في التبرير أو الإنكار والغضب والاكتئاب وجنون العظمة واللامبالاة (اللاإنسانية)، وانتقاص الذات

(الاستخفاف بها) والاتجاهات المتحجرة والمقاومة الشديدة للتغير.

5.2.6. الأعراض الروحية

عندما يصل الاحتراق النفسي لمرحلته النهائية، فإن الأنا تصبح مهددة من كل شيء تقريبا، وتصبح أعراض

الضغط الجسدية منتظمة وتكون الثقة بالنفس متدنية، وكذلك تصبح فعالية العمل ضعيفة، كما تضع العلاقات

الاجتماعية بشكل كبير وتصبح الحاجة إلى التغيير أو الهرب من الواقع هي الفكرة الرئيسية التي تسيطر على تفكير الشخص، وعندها لا يدرك الموظف سوى خيارات التقاعد، وتغيير الوظيفة، والعلاج النفسي، والحزن، والانتحار في بعض الحالات.

يؤكد سيدولايين (Cedoline) أنه يمكن أن نستدل على وجود الاحتراق النفسي بواسطة ثلاثة مؤشرات أو

أعراض بارزة هي:

✓ شعور الفرد بالإرهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعور الفرد بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية

وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي إلى فقدان الشعور بتقدير الذات.

✓ الاتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي يقدم له الخدمة (طلاب، مرضى، مسترشدين) وفقدان الدافعية نحو

العمل.

✓ النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والشلل. (بني أحمد ، 2007، ص 17)

3.6. أعراض الاحتراق النفسي عند بوتير (Potter, 2008)

وأورد بوتير أكثر الأعراض شيوعاً للاحتراق النفسي وهي:

1.3.6. الانفعالات السلبية

عادة قد يشعر الأفراد أحياناً بالاكنتاب أو القلق أو الاستياء من عملهم، ولكن بوقوع الفرد في دائرة

الاحتراق النفسي تصبح هذه الأعراض أكثر حدوثاً حتى تصبح مزمنة، وفي نهاية المطاف يعاني العاملون من التعب

الانفعالي.

2.3.6. المشكلات في العلاقات مع الآخرين

شعور الأفراد بالاستنزاف الانفعالي يجعل من الصعب عليهم التعامل مع الآخرين بالعمل أو في المنزل، فنجد الأفراد حينما يواجهون بصراعات حتمية وتحت وطأة الإنهاك العاطفي يعبرون بصورة أكثر حدة وأكثر ثورة انفعالية وعدائية، وهو ما من شأنه أن يجعل التواصل مع الزملاء والأصدقاء والأقارب أكثر صعوبة، والبعض من ضحايا الاحتراق النفسي يميلون للانسحاب الجماعي والعزلة وخاصة لدى العاملين بمهن تقدم المساعدة للأفراد.

3.3.4. المشكلات الصحية

ويصاحب الاستنزاف الانفعالي والتراجع في مستوى العلاقات الخدار في اللياقة البدنية، فمن الطبيعي للمحترقين نفسياً معاناتهم من بعض الاعتلالات الخفيفة مثل: نزلات البرد والصداع، الأرق، وآلام الظهر وغالبا يكون الشعور العام لديهم هو الإرهاق البدني.

4.3.6. انخفاض مستوى الأداء

مع مشاعر الاحتراق النفسي يزداد الشعور بالملل من العمل، وفقدان الحماسة لمهام الوظيفة، أو ربما يجد الشخص صعوبات في التركيز في عمله، ويصبح الفرد أقل إنتاجية وتنخفض جودة ما يقدمه من عمل.

5.3.6. إساءة استعمال المواد المخدرة

فقد يلجأ الأفراد لتناول المزيد من المواد الكحولية أو العقاقير النفسية، والسجائر والقهوة أو حتى زيادة كمية الأكل أو التقليل منه ليتلاءم مع مشكلات العمل وضغوطه، وهو ما قد يعزز من تلك المشكلات ويزيد من حدتها.

6.3.6. الشعور بفقدان المعنى للعمل

يغلب على المحترقين نفسياً الشك في جدوى ما يقومون به ومدى فائدته، وينتشر ذلك الشعور بخاصة لدى من كانوا يتمتعون بالحماسة والإخلاص في عملهم، حيث تقلب مشاعر الاحتراق النفسي لديهم الحماسة إلى اللامبالاة ويصبح العمل بالنسبة لهم شيئاً تافهاً بلا قيمة ولا معنى.

ولعل ما يميز ما عرضه بوتير (Potter) من علامات هي أنها تضمنت ما قد يعانيه الفرد داخل عمله أو خارجه، حيث من المتوقع أن تمتد معاناة الفرد من الاحتراق النفسي إلى خارج نطاق أماكن العمل في العلاقات مع الأهل والأصدقاء والنشاطات خارج بيئة العمل (العزير، 2010، ص 58).

وتم وضع تصنيف شائع للأعراض النفسية للاحتراق النفسي، والذي قسم إلى خمس مجموعات هي: الجانب العاطفي، والإدراكي، والبدني، والسلوكي، والتحفيزي على المستوى الفردي، والجدول الموالي يبين هذه الأعراض:

الجدول رقم (04): أعراض الاحتراق النفسي على المستوى الفردي. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 21)

الجانب العاطفي	الجانب الإدراكي	الجانب الجسمية	الجانب السلوكي	الجانب التحفيزي
- تعكر المزاج؛	- العجز؛	- الصداع؛	- فرط النشاط؛	- فقدان الحماس؛
- البكاء؛	- فقدان الأمل؛	- الغثيان و الدوار؛	- الاندفاع؛	- فقدان المثالية؛
- الإنهاك العاطفي؛	- الخوف من الجنون؛	- الأرق؛	- المماطلة؛	- خيبة الأمل؛
- تغير المزاج؛	- الشعور بالعجز	- ألم العضلات؛	- زيادة استهلاك:	- الاستقالة؛
- نقص التحكم	والضعف؛	- مشاكل جنسية؛	الكافيين، الكحول...؛	- الملل؛
العاطفي؛	- الشعور بأنه محاصر؛	- اضطرابات النوم؛	- سلوكيات عالية	- الإحباط؛
- مخاوف غير محددة	- الشعور بالفشل؛	- حساسة أو زيادة	المخاطرة (القفز	
- زيادة التوتر؛	- الشعور بعدم الكفاءة؛	مفاجئة للوزن؛	بالمضلات)؛	
- القلق؛	- عدم احترام الذات؛	- فقدان الشهية؛	- زيادة الحوادث؛	
	- الانشغال الذاتي؛	- ضيق في التنفس؛	- التحلي عن الأنشطة	
	- أفكار انتحارية؛	- انقطاع الدورة	الترفيهية؛	
	- عدم القدرة على	الشهوية؛		
	التركيز؛	- التعب المزمن؛		
	- النسيان؛			
	- الصعوبة في المهام			
	المعقدة؛			

7. مراحل الاحتراق النفسي

لا يحدث الاحتراق النفسي دفعة واحدة، إنما يتطور تدريجياً مع مرور الوقت، وقد اختلف الباحثون في تحديد

مراحل الاحتراق النفسي، حيث قدمت عدة تقسيمات نذكر منها:

1.7. مراحل الاحتراق عند فرودنبورجر

أشار فرودنبورجر أن الاحتراق النفسي له مرحلتان، غير أنه قام لاحقاً بتطوير وتوسيع هذه المراحل مع زميله

نورث (Gail Nort) إلى اثني عشرة (12) مرحلة، والمرور عبر هذه المراحل لا يجب أن يكون حتماً متسلسلاً

وبانتظام، فالعديد من المصابين بالاحترق النفسي يتخطون بعض المراحل، والبعض الآخر يجدون أنفسهم في عدة مراحل في الوقت نفسه، حيث يختلف طول المرحلة من مريض إلى آخر، وتمثل هذه المراحل فيما يلي:

الجدول رقم (05): مراحل الاحتراق عند فرودنبورجر (Freudenberg, 1980).

الرقم	المراحل	شرحها
01	الاندفاع لإثبات الذات	البداية تكون من الطموح المفرط، الذي يجعل الفرد يبذل قصارى جهده، من أجل أن يثبت لنفسه ولآخرين بأنه يقوم بعمل ممتاز من كل النواحي
02	العمل بجهد أكبر	وذلك لتلبية توقعاتهم الشخصية العالية، حيث يهتم الفرد بانجاز العمل بنفسه، لاعتقاده أنه لا أحد يمكن القيام بهذا العمل مثله، كما يضطر إلى تحمل المزيد من العمل .
03	إهمال احتياجاتهم	يصبح الفرد كثير الانشغال بالعمل، حيث يهمل احتياجاته الخاصة كالنوم، الأكل والتواصل مع الأسرة والأصدقاء، لاعتقاده أن هذه التضحيات هي دليل على الأداء الجيد.
04	تجنب الصراعات	يدرك الفرد الاختلالات التي تحدث له، فيبدأ بالقلق على حالته الصحية ونقص الطاقة الحيوية لديه، وينظر إليها على أنها تهديد وغالبا ما تظهر أول الأعراض الجسمية في هذه المرحلة.
05	مراجعة القيم	يراجع الفرد قيمه وأمور أخرى كانت مهمة بالنسبة له، مثل: الأصدقاء والهوايات، كما يجدون صعوبة في التمييز بين ما هو أساسي وغير أساسي، فيصبح المعيار الوحيد لتقييم ذاته هو وظيفته وبذلك ينعزل عن المحيطين به.
06	إنكار المشاكل الناشئة	ينظر الفرد إلى الزملاء على أنهم كسالى وغير منضبطين، ويصعب بذلك التواصل الاجتماعي، وتصبح سمة العدوانية والتشاؤم أكثر وضوحا لديه، ويرى بأن المشاكل التي يتعرض لها نتيجة ضغط العمل وليس نتيجة التغيرات التي طرأت عليه.
07	الانسحاب	يقلل الفرد من التواصل الاجتماعي إلى الحد الأدنى، وبذلك ينعزل إلى حد كبير، فيشعر باستمرار أنه بلا أمل، ويصبح الفرد يعمل حسب القواعد، ويسعى لتخفيف الضغط عن طريق الكحول أو المخدرات.
08	تغيرات سلوكية واضحة	تصبح التغيرات السلوكية واضحة، ولا يمكن تجاهلها من طرف المحيطين به، فيحس الفرد داخليا أنه بلا قيمة.
09	تبلد الشخصية	يعاني الفرد من اللانسانية، حيث يفقد الاتصال مع نفسه، ويتراجع شعوره وإحساسه بذاته والآخرين، إدراكه للوقت يضيق حتى لا يتعدى الحاضر، وتصبح الحياة سلسلة من المهام الميكانيكية.
10	الفراغ الداخلي	يشعر الفرد بفراغ داخلي فيسعى ملته بشتى النشاطات وردود أفعال مفرطة مثل: المبالغة في ممارسة الجنس، الإفراط في تناول الطعام وتعاطي الكحول أو المخدرات.
11	الاكتئاب	يسيطر في هذه المرحلة الاكتئاب على الفرد وتظهر أعراضه من الغضب إلى اللامبالاة فيصبح غير مبالي، يائس، منهك، فاقد للدافعية والحماس للقيام بأي شيء، ويؤمن أن المستقبل لا يحمل له شيئا، ففقد الحياة معناها.
12	متلازمة الاحتراق النفسي	في هذه المرحلة تكون لدى المصابين أفكار انتحارية للتهرب من وضعهم، لكن القليل منهم فقط ينفذها، يعانون الاثمير العقلي والجسدي التام، يحتاج المرضى في هذه المرحلة إلى عناية طبية فورية.

2.7. مراحل الاحتراق النفسي عند إدلوایش وبرود سكي (Brodsky & Edelwich)

يرى كل من إدلوایش وبرود سكي أن المصاب بالاحتراق النفسي يمر بأربعة مراحل هي:

1.2.7. مرحلة الحماس

يلتحق الشخص بمنصب عمله بآمال عالية وتطلعات غير واقعية وتظهر قدراته المهنية ساطعة وبراقة، في مثل هذه الحالات لا بد من تعديل هذه المثالية ببرامج تدريبية وتوجيهية لما يمكن للفرد تحقيقه في هذا المركز تفاديا للركود المحتمل.

2.2.7. مرحلة الركود

يحدث الركود عندما يبدأ الشخص في الشعور أن الحاجات المادية والمهنية والشخصية لم تشبع، ويتم التعرف على هذا عادة بملاحظة ترقية من هم أقل منه كفاءة إلى مناصب عليا، إلى جانب إلحاح العائلة على إشباع المتطلبات المادية المتزايدة، وغياب الحوافز الداخلية للأداء الجيد للمهمة، ونشير هنا إلى أن غياب التعزيز الداخلي والخارجي يدفع بالمهني إلى مرحلة الإحباط.

3.2.7. مرحلة الإحباط

تشير هذه المرحلة إلى أن الشخص في حالة توتر واضطراب وذلك بتساؤله عن أهميته وفعاليتها، وعن تأثير جهوده المبذولة لمواجهة مختلف العراقيل المتزايدة.

4.2.7. مرحلة البلادة

تعد البلادة إنهماكا وهي تشير إلى اللامبالاة المزمنة أمام الوضعية الراهنة، حيث يصل الشخص فيها إلى حالة قصوى من عدم التوازن والجمود أو الركود، ففي هذه الحالات غالبا يصبح العلاج النفسي أمرا ضروريا حسب

(Gilliand & James). (Miller, 2000, p.34)

3.7. مراحل الاحتراق النفسي عند ماسلاش وجاكسون

توصلت كل من ماسلاش وجاكسون من إعطاء تعريف شامل للاحتراق النفسي لوصف تناذر الإرهاق

الملاحظ عند مهني الصحة، والمكون من ثلاثة أبعاد تظهر بالتدرج وهي:

✓ الإنهاك الانفعالي.

✓ تبدل المشاعر .

✓ انخفاض الإنجاز الشخصي .

يصاب الممرض في البداية بإرهاق جسدي واستنفاد القدرة العقلية، فلا تبقى لديهم أي قدرة على تقديم الدعم

النفسي للآخرين، وهذا يكون متبوع بمحاولة الدفاع عن نفسه عن طريق العزلة، وينتج عن ذلك فقدان الإنجاز

الشخصي في المرحلة الأخيرة. (Beckstead, 2002, . Pp. 785–792)

الجدول رقم (06): نموذج ماسلاش وجاكسون (1984) لمراحل الاحتراق النفسي (بوسنة، 2007، ص15)

الخصائص	المراحل
- شعور الفرد باستنزاف موارده الانفعالية	الإنهاك الانفعالي
- الشعور السلبي والقسوة والسخرية من الآخرين	تبدل المشاعر تجاه الغير
- الميل إلى التقييم السلبي للذات وانخفاض مشاعر الكفاءة والإنجاز المتمر في العمل	انخفاض الإنجاز الشخصي

4.5. مراحل الاحتراق النفسي عند بورك وشيرر ودييزكا (Burk, Schearer & Diezca, 1984):

من خلال نموذج بورك و آخرون، تم تحديد ثمان مراحل للاحتراق النفسي وهي:

الشكل رقم (07): مراحل الاحتراق عند بورك وآخرون. (بوسنة، 2007، ص 16)

المراحل الموائية	نقطة الانطلاق
3. مشاعر العجز والحجل والذنب	1. الدافعية
4. الشعور بالفشل	2. معنى عال للإنجاز
5. ظهور اتجاهات السخرية والاحتقار اتجاه الآخرين	الشخصي
6. حالة اليأس	
7. تبدل الشعور	
8. الاحتراق النفسي	

5.7. مراحل الاحتراق النفسي عند ماتيسون وانفاسيفيش (Matteson & Ivancevich, 1987)

يرى ماتيسون وانفاسيفيش أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث فجأة وإنما تتضمن المراحل التالية:

1.5.7. مرحلة الاستغراق

هذه المرحلة يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعاً، ولكن إذا حدث عدم توافق بين ما هو متوقع من العمل

وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الانخفاض.

3.5.7. مرحلة التبدل

هذه المرحلة تنمو ببطء، ينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجياً، وتقل الكفاءة، وينخفض مستوى

الأداء في العمل، ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية، وينقل اهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة، كالهوايات

والاتصالات الاجتماعية وذلك لشغل أوقات الفراغ.

4.5.7. مرحلة الانفصال

يدرك الفرد ما يحدث ويبدأ في الانسحاب النفسي، واعتلال الصحة البدنية والنفسية، مع ارتفاع مستوى

الإرهاك (الإجهاد) النفسي.

5.5.7. المرحلة الحرجة

وهي أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي، وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية سوءاً وخطراً، ويختل تفكير الفرد نتيجة شكوك الذات ويصل الفرد إلى مرحلة الاجتياح، ويفكر في ترك العمل وقد يفكر في الانتحار.

5.7. مراحل الاحتراق النفسي عند عسكر

ويرى عسكر أن الفرد لا يصل إلى الاحتراق فجأة، بل يمر عبر ثلاث مراحل هي:

1.5.7. المرحلة الأولى

تعرف بمرحلة الاستشارة الناتجة عن الضغوط أو الشد العصبي، الذي يعايشه الفرد في عمله وترتبط بالأعراض التالية: سرعة الانفعال، القلق الدائم، فترات من ضغط الدم العالي، الأرق، صرير الأسنان أو اصطكاكهم بشكل ضاغط أثناء النوم، النسيان، الصعوبة في التركيز، الصداع وضربات القلب غير العادية.

2.5.7. المرحلة الثانية

وتعرف بمرحلة توفير أو الحفاظ على الطاقة وتشمل استجابات سلوكية مثل: التأخير عن العمل، تأجيل الأمور، الحاجة لأكثر من يومين لعطلة نهاية الأسبوع، انخفاض الرغبة الجنسية، التأخير في إنجاز المهام، الامتعاض، زيادة في استهلاك المشروبات الكحولية والمخدرة، زيادة استهلاك المنبهات، اللامبالاة، انسحاب اجتماعي، السخرية والشك، الشعور بالتعب في الصباح.

3.5.7. المرحلة الثالثة

ويطلق عليها مرحلة الاستنزاف أو الإنهاك والتي ترتبط بمشكلات بدنية و نفسية مثل: الاكتئاب المتواصل، اضطرابات مستمرة في المعدة، تعب جسمي مزمناً، إجهاد ذهني مستمر، صداع دائم، الرغبة في انسحاب نهائي من المجتمع، والرغبة في هجر الأصدقاء وربما العائلة.

ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الاحتراق النفسي في كل من هذه المراحل، بل وجد أن ظهور عنصرين أو عرضين في كل مرحلة يمكن أخذها كمؤشر على أن الفرد يمر بالمرحلة المعنية من مراحل الاحتراق النفسي (علي عسكر، 2003، ص 126).

8. أسباب الاحتراق النفسي

حاولت العديد من نظريات الاحتراق النفسي شرح تطور هذا الاضطراب من خلال التفاعلات المتعلقة بالعمل (البيئة والعوامل الشخصية)، وقد تبين أن الاحتراق النفسي مرتبط ببعض خصائص بيئة العمل، على سبيل المثال فإن الظروف المجهدة السائدة في مرافق الرعاية الصحية بما في ذلك التعرض للموت، والصراع بين الأفراد والضوضاء والتلوث حيث عشر على أن كل هذه العوامل تساعد على زيادة ظهور الاحتراق النفسي بين الممرضات (Beckstead, 2002, pp. 785–792).

ويصف جمعة أسباب الاحتراق النفسي بأن أغلبها مرتبط ببيئة العمل التي تحتوي على مستويات من الضغوط والإحباط والمشقة لفترات طويلة من الزمن، وفي الوقت نفسه لا تعطي المكافأة والحوافز المناسبة، كما ينتج الاحتراق النفسي عن الظروف المعاكسة التي لا تتيح فرصة التقدم في العمل (جمعة، 2004، ص 46).

كما يرتبط الاحتراق النفسي بأسباب خاصة بالأفراد حيث يرى الباحثين في مجال السلوك التنظيمي، أن الفرد الأكثر التزاماً وإخلاصاً في عمله يكون أكثر عرضة من غيره للاحتراق النفسي، فهو يقع بالإضافة لظروف العمل الضاغطة، تحت ضغط داخلي للعطاء، وفي الوقت نفسه يواجه ظروف ومتغيرات خارجة عن إرادته وتحكمه، حيث تقلل من فعاليته في القيام بعمله بالصورة التي تعكس دافعه الشخصي، فالممرضة التي لا تتمكن من إعطاء اهتمام شخصي لكل مريض بسبب كثرة المرضى في الجناح، تكون معرضة للوصول إلى حالة الاحتراق النفسي (عسكر، 2003، ص 122).

رغم التعرض لضغوط العمل غير أن هذا لا يعني أن جميع الأفراد يتعرضون للاحتراق النفسي، حيث أن الأشخاص الذين يستطيعون مواجهة الضغوط، والذين ليست لديهم طموحات مرتفعة أو توقعات كبيرة لا يعانون من الاحتراق النفسي، بينما أكثر الأشخاص الذين يتعرضون للاحتراق النفسي، هم الذين يختارون مجالاً مهنيًا على خلفية أنه سوف يوفر لهم درجة من تحقيق الذات والانجاز، حيث يتميز هؤلاء الأشخاص بارتفاع الدافعية وشدّة المثالية والالتزام والذكاء، غير أنه بمرور الوقت ومع تعاظم الضغوط يكتشفون أنهم عاجزون عن تحقيق طموحاتهم، وأنهم غير قادرين على التأثير في المنظمة، وعند هذه النقطة يكونون معرضين للاحتراق النفسي (جمعة، 2004، ص46).

في حين ذهب عسكر إلى استعراض العوامل المهنية المسببة للإرهاك نذكر منها:

1.8. صراع / تعارض الدور

يحدث صراع الدور أو الأدوار عندما يكون هناك أكثر من مطلب على الفرد، الاستجابة لأحدهما تصعب عليه الاستجابة للآخر.

2.8. غموض الدور

يتعلق غموض الدور بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية المطلوبة من الفرد، فقد بينت البحوث بأن غموض الدور يرتبط بانخفاض الرضا الوظيفي، تكرار التعبير عن الرغبة في ترك العمل، التوتر في مكان العمل ودرجة منخفضة من الثقة بالنفس.

3.8. طبيعة العمل

من الطبيعي أن تكون الأعمال التي تتضمن مسؤولية الحفاظ على حياة الناس أكثر مساهمة في القلق مقارنة بالأعمال المكتبية، والشيء نفسه يقال عن العمل الذي يتخذ صاحبه القرارات مقارنة بعمل يعتمد صاحبه على الأجهزة لاتخاذ قراراته.

4.8. زيادة الحمل الوظيفي

يشبه البعض هذا العامل بانقطاع التيار الكهربائي عندما يزداد الحمل الاستهلاكي عن طاقة الجهاز المولد للكهرباء، فالشيء نفسه يحدث للفرد عندما تزداد المهام المطلوبة منه سواء من حيث الكمية أو مستوى المهارة، وغالبا ما تؤدي زيادة الحمل هذه إلى مشكلات بدنية وعقلية والتي بدورها تؤثر سلبا على الأداء، وتصنف زيادة الحمل إلى نوعين:

✓ **زيادة كمية:** ويشير هذا النوع إلى إدراك الفرد بأن المطلوب منه أكبر من طاقته.

✓ **زيادة نوعية:** ويشير هذا النوع إلى قدرة ومهارة الفرد للتعامل مع المهام المطلوبة منه.

5.8. المناوبة

يرتبط هذا العنصر بالعمل في أوقات غير تقليدية، فهناك مهن عديدة توفر خدمات للمواطنين على مدى الأربع والعشرين ساعة مثل الشرطة، المطافئ، الأطباء... إلخ، وقد بينت الدراسات بأن المناوبة لها تأثير سلبي على عادات النوم والعلاقات الاجتماعية، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب والنوم المتقطع، اضطرابات الشهية، زيادة حالات الطلاق، مشكلات جنسية، انخفاض عدد اللقاءات مع الأصدقاء... إلخ، ويعود السبب الرئيسي في هذه المشكلات وخاصة العضوية منها إلى التغير الذي يحدث في الساعة البيولوجية للجسم.

6.8. المسؤولية عن الآخرين

بصورة عامة تحمل المسؤولية في ثناياها درجة من الضغط النفسي، ويزيد العبء إذا كانت تلك المسؤولية عن الناس، مقارنة بالمسؤولية عن أجهزة أو أدوات.

7.8. البيئة المادية

تشمل البيئة المادية للعمل عناصر مثل الحرارة، الإضاءة، الضوضاء وتصميم مكان العمل، فالمهن تحتاج إلى هذه العناصر بدرجات متفاوتة، كما أن الغرض من استخدام المكان يحدد العناصر التي ينبغي توفرها وبصورة تسهل الأداء على مستخدم المكان.

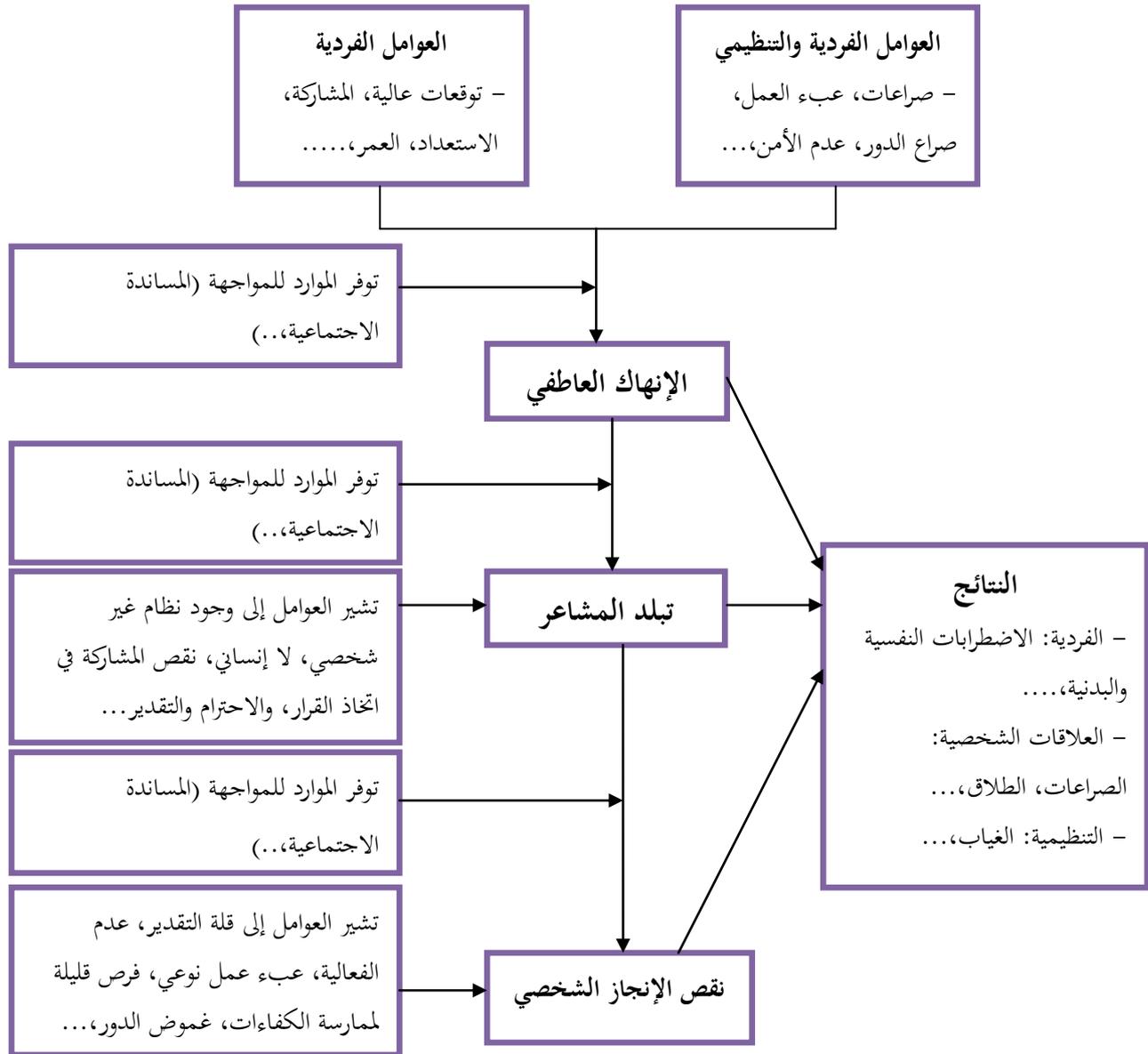
بصورة عامة يمكن تلخيص أسباب الاحتراق النفسي في ثلاث مستويات وهي:

- **المستوى التنظيمي:** والذي يشمل تأثير مهام الوظيفة وظروف ومحيط العمل، مثل: عبء العمل، وتيرة إنجاز المهام، ضغط الوقت...، وقد اهتم الباحثون بظروف العمل خاصة سوء تحديد الأدوار وتعارضها، الانطواء وفقدان الدعم الاجتماعي، الصراع بين الحياة العائلية والمهنية، وعدم الأمن، والتي ترتبط بأحد أبعاد الاحتراق النفسي أو أكثر.

- **المستوى العلائقي:** ويتمثل في تأثير عدم توازن العلاقات، عدم العدالة، الصراعات (العنف، الاعتداء...)، والدعم الاجتماعي.

- **المستوى الشخصي:** تلعب العوامل الشخصية دور أساسي في ظهور رد فعل للضغط، وتقييم الضغوط والتي تختلف من شخص لآخر، حيث تؤثر الخصائص الفردية على القدرة على التعامل مع متطلبات العمل، والموارد التي يسعى الفرد لاستغلالها، إضافة إلى توقعات الأفراد، أو عدم تطابق بين التوقعات وحقيقة العمل.

الشكل رقم (02): الإطار العام لأبحاث الاحترق النفسي حول الأسباب. (Truchot, 2004, p.27)



مهما اختلف سبب الاحترق النفسي يبقى البحث جاري عن العوامل التي تتسبب في بداية حدوث الاحترق

النفسي، وكذا العوامل التي تعيق تطوره، وهذا ما يمثله الشكل أعلاه.

9. بعض النظريات والنماذج المفسرة للاحتراق النفسي

1.9. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي

1.1.9. نظرية الضغط لسيلي (stress theory selye)

يعتبر عالم الفيزيولوجيا سيلي (Selye) أول من قدم مصطلح الضغط في المجال الطبي، حيث يعد الأب الحقيقي لنظرية الضغط النفسي الحديثة، وقد أطلق سيلي على هذه النظرية بعد تعديلها متلازمة التكيف العام (-GAS- General Adaptation Syndrom) (الختاتنة، 2011، ص 83)، حيث وضع الجانب النفسي للمفهوم وميز بين الاستجابة النفسية والجسمية للضغوط، واعتد في هذه النظرية بأن الجسم يتعامل مع الضغط، لكن التعرض المستمر والمتكرر للضغط، قد يؤدي إلى استنفاد موارد التكيف ومنه الضعف البدني، وذلك من خلال ثلاث مراحل تتمثل في: (Baum & al, 1982, p. 16)

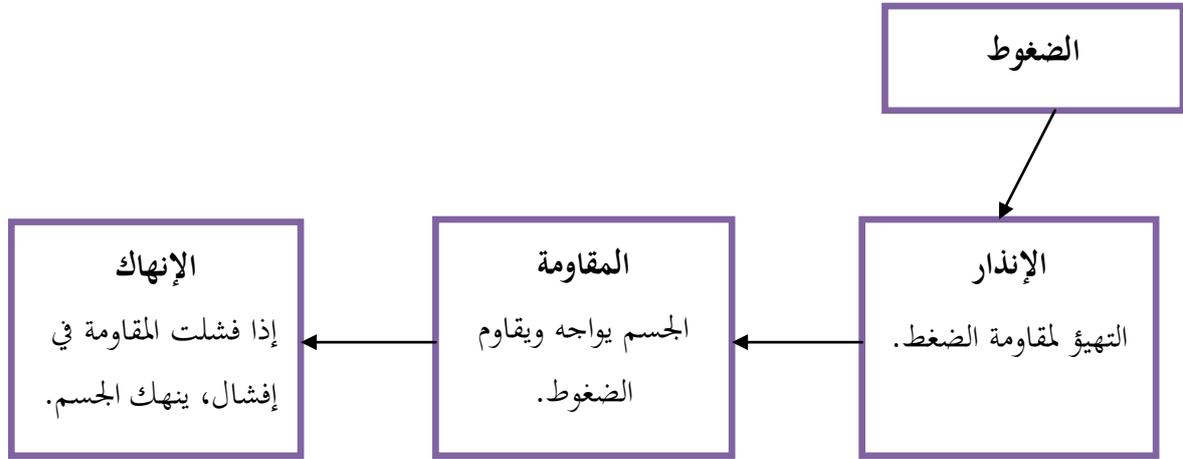
■ **المرحلة الأولى "رد فعل الإنذار"**: تعتبر هذه المرحلة خط الدفاع الأول لضبط الضغط، يتم فيها تنشيط العديد من أنظمة الجسم، في البداية يبدأ عمل الجهاز العصبي ونظام الغدد الصماء، يليه نشاط القلب والأوعية الدموية، إضافة للجهاز التنفسي والعضلي، يتم خلالها وضع كل الحواس في حالة تأهب حتى ينتهي الخطر. (Seaward, 2018, p.13)

■ **المرحلة الثانية "المقاومة"**: هي مرحلة مواجهة مصدر الضغط أين يتم استخدام ميكانزمات مواجهة مختلفة، ونتيجة لاستمرار الضغوط وفشل التكيف في إعادة التوازن، يدخل الجسم في حالة الضعف والإنهاك.

■ **المرحلة الثالثة "الإنهاك"**: تنخفض في هذه المرحلة المقاومة، ويحدث انهيار فيزيولوجي يصبح فيه الجسم أكثر عرضة للأمراض (Baum & al, 1982, p. 16)، ويمكن تلخيص مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في

الشكل التالي:

الشكل رقم (03): مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها حسب نموذج سيلبي (Selye)
(Truchot, 2004, p. 45)



يتفق نموذج سيلبي للضغط المكون من مرحلة الإنذار، المقاومة والإنهاك، مع عملية الاحتراق النفسي الذي اعتبرته ماسلاش وشوفلي (Schaufeli, 1993) بأنه ضغط مهني لفترة طويلة ناتج عن متطلبات العمل التي تفوق الموارد الفردية، في حين بورك ريشاردسن (Burke & Richardsen, 1996) يتطابق مع المرحلة الثالثة المقدمة من طرف سيلبي، التشابه بين مرحلة الإنهاك و فكرة أن الاحتراق النفسي المرحلة الأخيرة فشل التكيف الذي ينتج عن عدم التوازن طويل الأمد بين متطلبات العمل والموارد.

2.1.9. نظرية التحليل النفسي (Psychanalytic Theory)

يعتبر فرويد (Freud) مؤسساً لهذه النظرية، حيث ركز على ثلاث مكونات للشخصية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) وحدد لكل مكون دوره في نمو الشخصية وتفاعلها، لذلك فقد نظر للاضطرابات والمرض الذي يصيب الفرد على ضوء الصراع الذي يحدث بين مكونات الشخصية.

وقد فسرت هذه النظرية الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة، وذلك مقابل الاهتمام بالعمل مما قد يمثل جهداً مستمراً لقدرات الفرد، مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للدرجات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية،

مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحلها إلى الاحتراق النفسي، أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها، وحدوث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلق به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها، كما أنه يمكن استخدام بعض فنيات مدرسة التحليل النفسي لعلاج الاحتراق النفسي كالتنفيس الانفعالي (الفريجات والريضي، 2010، ص ص 1559-1586).

وترى رجوات متولى أن وجهة نظر التحليل النفسي للاحتراق النفسي تتمثل في ثلاث وجهات:

- أن الاحتراق النفسي ينتج عن الإجهاد المتواصل الذي يتعرض له الفرد.
- أنه ناتج عن الكف الذي يحدث للتفاعلات غير الملائمة أو المتعارضة.
- أنه ناتج عن فقدان وظيفة ومثالية الأنا في علاقتها بالآخرين من ذوي الدلالة في حياة الفرد (كاظم ومفتن، 2013، ص ص 40-65).

3.1.9. نظرية حفظ الموارد لهوبفل (Hobfoll,1989) (Conservation of Resources Theory- COR)

Theory- COR)

حسب نموذج هوبفل (Hobfoll) في نظرية حفظ الموارد، يتم تحفيز الموظفين على البحث عن الموارد القيمة والاحتفاظ بها، حيث حدد الموارد كأشياء أو خصائص شخصية أو ظروف أو طاقات يقدرها الفرد (Day & Leiter, 2014, p.60)، ويقترح النموذج أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة التهديدات المستمرة للموارد المتوفرة، حيث أن فقدان الموارد أو حتى الإحساس بتهديد لفقدانها يؤدي إلى تفاقم الاحتراق النفسي (Swayze & Ford, 2018, p.40).

وعليه يعتبر نموذج حفظ على الموارد أن الضغط والاحتراق النفسي يحدث عندما يرى الأفراد تهديداً لمواردهم، فقد يأتي هذا التهديد من متطلبات العمل، وفقدان العمل نفسه (مثل البطالة)، أو عدم كفاية الموارد بعد استثمارها (على سبيل المثال: إذا قضى الموظف قدراً كبيراً من الوقت في مساعدة زميل في العمل دون أي مقابل من ذلك الزميل)، وينظر إلى التهديد الأولي للموارد على أنه ضغوط واستمرار فقدان أو تهديد الموارد، يؤدي إلى

الاحتراق النفسي، وبالتالي تعدى هذا النموذج مفهوم الضغط وساعد في فهم كيفية تطور الضغط المزمن إلى الاحتراق النفسي (Halbesleben & Buckley, 2004, pp. 859–879).

حسب نظرية حفظ الموارد فإن فقدان الموارد أكثر إرهاقاً من نقص المكاسب، وقد استعمل هوبفل وفريدي (Hobfoll & Freedy, 1993) نظرية حفظ الموارد للاحتراق النفسي وافترضوا أن متطلبات العمل تهدد موارد الفرد وتسبب التوتر الذي يؤدي في النهاية إلى الإنهاك البدني والعاطفي، إذ أنهما اعتبرا أن الموارد تساعد على التغلب على الحاجة إلى المواجهة الدفاعية وتعزيز الكفاءة الذاتية التي تعيق الاحتراق النفسي (Janssen & al, 1999, pp. 74-86).

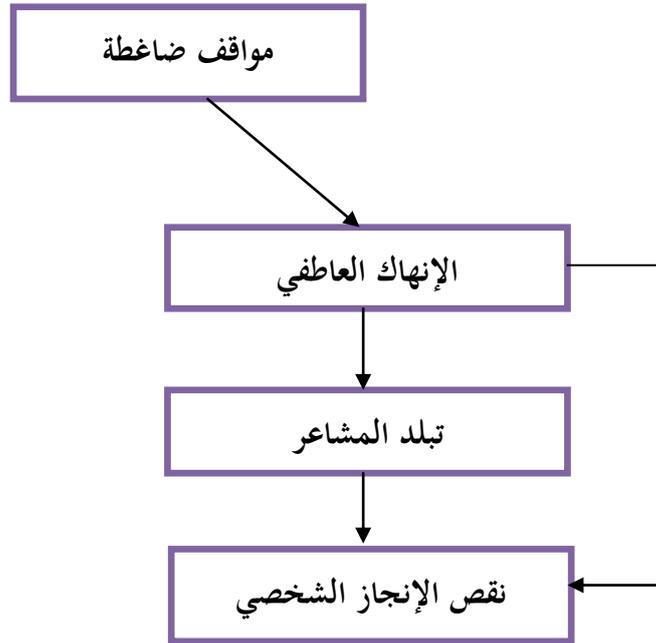
وقد تعددت النظريات المفسرة للاحتراق النفسي، منها النظرية السلوكية والمعرفية، كما أشار ميهوبي إلى نظرية العلاقات الإنسانية ونظرية الحاجات لماسلو لتفسير الاحتراق النفسي.

2.9. النماذج المفسرة للاحتراق النفسي

1.2.9. نموذج ماسلاش للاحتراق النفسي

اقترحت ماسلاش وجاكسون نموذجا ثلاثي الأبعاد والذي لقي رواجاً وانتشاراً كبيراً، حيث عرفا الاحتراق النفسي بأنه: "متلازمة الإنهاك العاطفي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز الشخصي، التي تظهر لدى المهنيين الذين يتعاملون مع العملاء"، حيث كان هناك إجماع بأن الاحتراق النفسي يبدأ بالإنهاك العاطفي الذي يمهّد لتبدل المشاعر ويخفف الشعور بالإنجاز، إما بطريقة مباشرة أو عن طريق تبدل المشاعر، حيث يعتبر بعد الإنهاك العاطفي يمثل المكون العاطفي للاحتراق النفسي، في حين يعبر بعد تبدل المشاعر ونقص الإنجاز الشخصي يشكّلان المكون السلوكي والمعرفي (Truchot, 2004, p.14).

الشكل رقم (04): نموذج ماسلاش وجاكسون للاحتراق النفسي. (Truchot, 2004, .14).

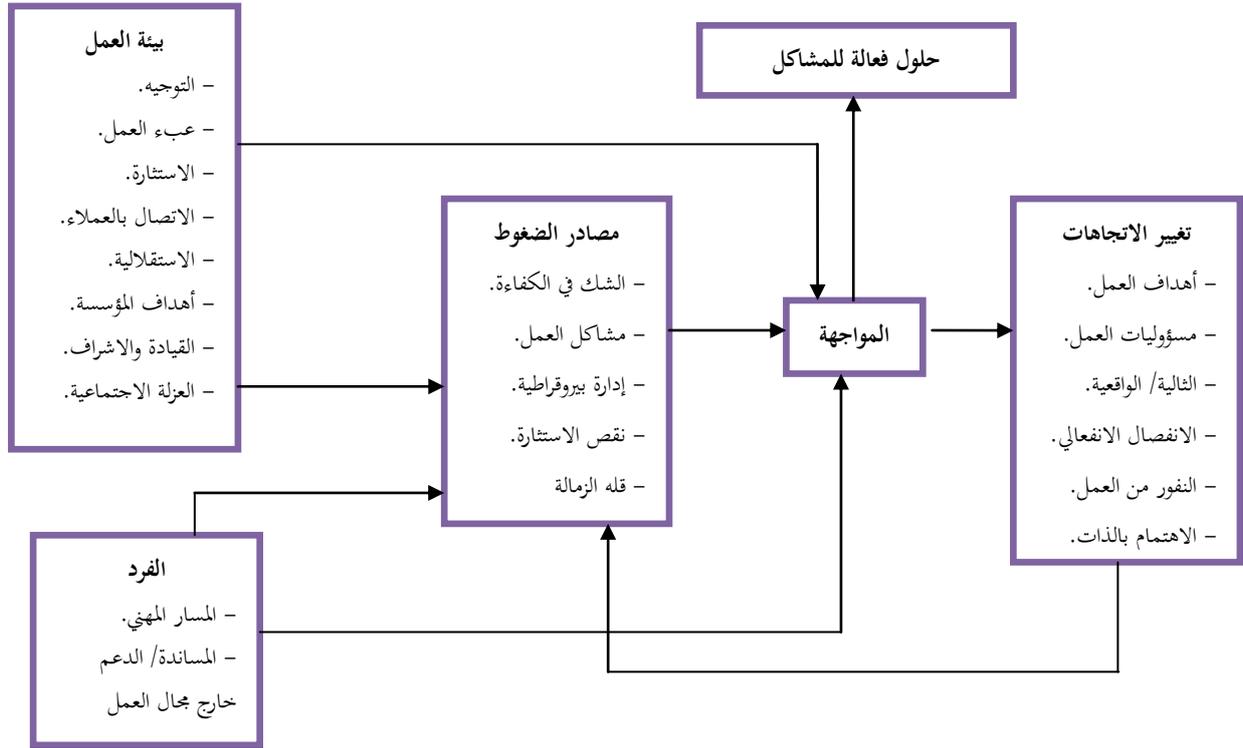


2.2.9. نموذج تشيرنس للاحتراق النفسي (Cherniss, 1980)

يعتبر نموذج تشيرنس من النظريات المبكرة حول تطور الاحتراق النفسي، إذ اقترحت أن بيئة العمل والخصائص الفردية هي مصدر للإجهاد والضغط، لذلك يحاول العامل مواجهة هذه الضغوط بأساليب مختلفة، منها: اتخاذ سلوكيات سلبية اتجاه العمل، تقليص أهداف العمل، ويصبح أقل مثالية ومسؤولية، مما يؤدي به الانفصال عن العملاء والعمل نفسه (Copper & al, 2001, p.85).

توصل تشيرنس لنموذج الاحتراق النفسي من خلال الدراسة التي أجراها على ثمانية وعشرون من المهنيين المبتدئين في مجال الصحة النفسية، القانون، التمريض والتدريس، حيث تمت ملاحظتهم ومقابلتهم خلال السنتين الأولى من عملهم، ويتضح النموذج في الشكل التالي (El Akrami & al, 2006, p.315):

الشكل رقم (05): نموذج تشيرنس (Cherniss, 1980) للاحتراق النفسي (Graham, 1993, p. 7).



نلاحظ من الشكل أن النموذج يركز حول مصادر الضغوط، وبيئة العمل والأفراد واستراتيجيات المواجهة وتغيير الاتجاهات حول الضغط، حيث يمكن أن يكون الضغط سببه الفرد (مثل: الشك في الكفاءة الذاتية)، أو التنظيمات (مثل: البيروقراطية، التدخل في العمل)، أو المحيط (مثل: المشاكل مع العملاء)، بيئة العمل والفرد تساهم في الاختلافات الفردية في مصادر الضغط؛ وحسب استراتيجيات المواجهة يمكن اختيار حلول فعالة للمشاكل أو اختيار اتجاهات ذاتية سلبية، والوصول إلى هذه الاتجاهات جعل تشيرنس اقتراح تعريف الاحتراق النفسي، في حين الحل الفعال للمشاكل هو إستراتيجية مواجهة تقلل من احتمال الوصول للاحتراق النفسي (Graham, 1993, p. 8).

3.2.9. النموذج الوجودي للاحتراق النفسي (Existential Approach)

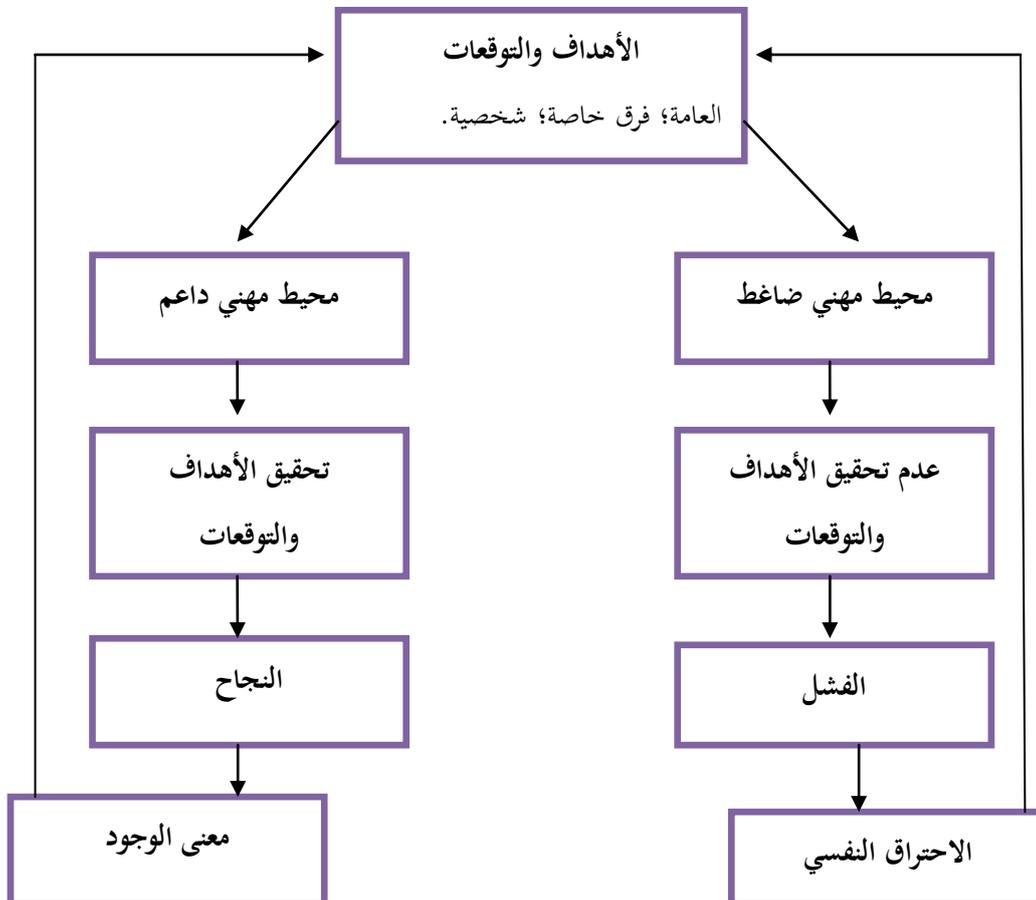
ترى بينز بأن الاحتراق النفسي يمكن تطبيقه في كل مجالات الحياة (Shirom, 2010, p.62)، وأن الاحتراق المهني يحدث نتيجة الفشل في البحث عن قيمة الحياة في العمل، حيث أظهر لانكري وبونللي (Lancry &

(Ponnelle, 2004) أولوية العمل في التنشئة الاجتماعية، وبناء الهوية، وتحقيق الذات، أي أن العمل يعطي معنى الحياة للفرد.

بالنسبة لبينز الاحتراق المهني لا يحدث بشكل منهجي، نتيجة عبء العمل أو متطلبات العمل العالية، إذ يرى بأن عدم قدرة الفرد على استغلال كفاءاته تؤدي لعدم الوصول للإحساس الذي يأمل للوصول إليه من خلال إنجاز العمل (Ntsame Sima, 2012, p.38).

يعتبر النموذج الوجودي للاحتراق النفسي تحفيزي، مبدؤه الأساسي أن الأفراد ذوي الحافز العالي يصابون بالاحتراق النفسي، حيث يشير فاربر (Farber, 1983) أن المستوى العال من الالتزام بعمل الفرد غالباً ما يعتبر شرطاً مسبقاً للاحتراق النفسي، حيث أن الأفراد ذوي الدافع المرتفع، يرتبط التحاقهم بالعمل بأهداف عالية وتوقعات مرتفعة، ويلخص النموذج الوجودي من خلال الشكل التالي (Pines, 2017, p. 41):

الشكل رقم (06): النموذج الوجودي للاحتراق النفسي. (Pines, 2017, p. 42)



يوضح النموذج أن أهداف وتوقعات الأفراد المرتبطة بالعمل يكون عامة ومشتركة بين أغلب الأفراد، وبعضها مشترك بين مجموعة من الأفراد اختارت مهنة معينة، ودوافع شخصية خاصة بالفرد، وبوجود بيئة مرضية يتحقق المعنى الوجودي، حيث تكمن أهمية النجاح و الكفاءة والفعالية المهنية، كونها توفر الشعور بأهمية الأعمال التي يقومون بها، وبذلك إعطاء قيمة لحياتهم.

4.2.9. نموذج ليدر للاحتراق النفسي (Leiter's Model Of Burnout, 1991)

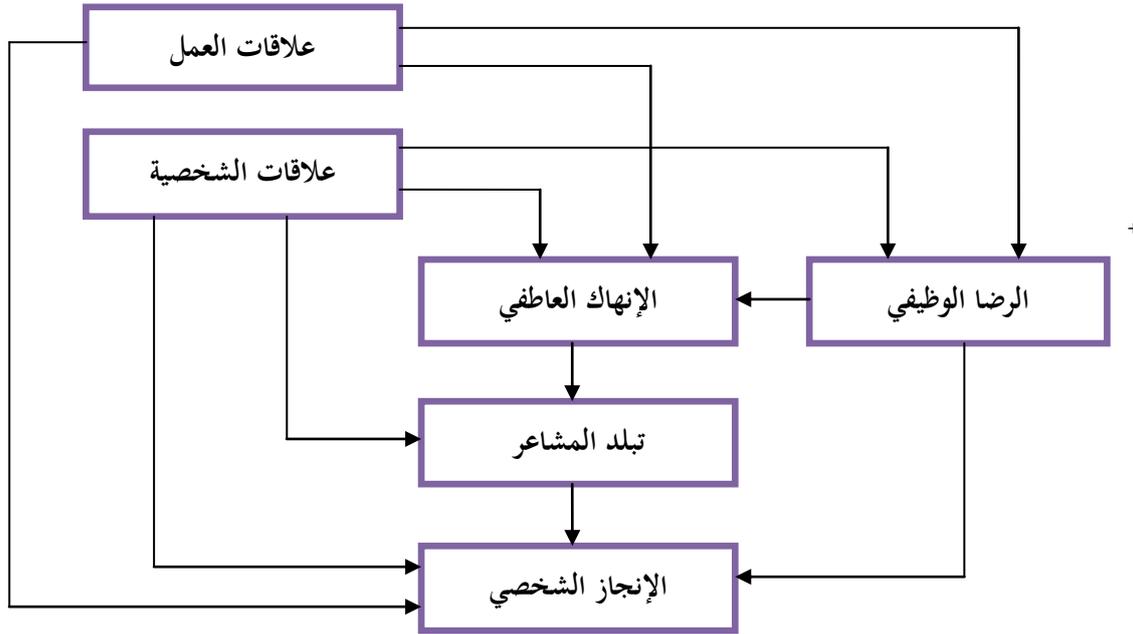
وصف ليدر (Leiter) نموذج الاحتراق النفسي بأنه يركز على منطلقين عامتين هما:

- المكونات الثلاثة للاحتراق النفسي تؤثر في بعضها البعض، خلال تطورها عبر الزمن؛
- كل مكون من مكونات الاحتراق النفسي له علاقة بالظروف المحيطة والعوامل الفردية؛

ركز ليدر في نمودجه على الإنهاك العاطفي ويعتبره رد فعل أساسي ومركزي للضغوط المهنية، ويعتبر وسيط بين هذه الضغوط والنتائج بما في ذلك تبلد المشاعر، في حين أن وجود الموارد بما في ذلك الدعم الاجتماعي والفرص المتاحة لتعزيز المهارات، ويؤثر على الإنجاز الشخصي، إضافة على هذا بعض الظروف مثل أنواع المواجهة تؤثر في الإنهاك وانخفاض الإنجاز.

يتوقع النموذج بأن النتائج المهنية (انخفاض الالتزام المشاكل الصحية، الغياب...) تنشأ مع الإنهاك العاطفي، ويعتبر انخفاض الإنجاز الشخصي من أكثر نتائج الإنهاك العاطفي وتبلد المشاعر، حيث أنه يتطور بالموازاة مع الإنهاك العاطفي، إذ تظهر العلاقة بينهما من خلال ردود الفعل لمختلف ظروف بيئة العمل الصعبة (Miller, 2000, p. 35) وقد لخص هذا النموذج في الشكل التالي:

الشكل رقم (07): نموذج ليتر (Leiter) للاحتراق النفسي.



5.2.9. نموذج موارد ومتطلبات الوظيفة لدمروتي وآخرون (Demerouti & al, 2001)

(Job Demands-Resources Model /JD-R)

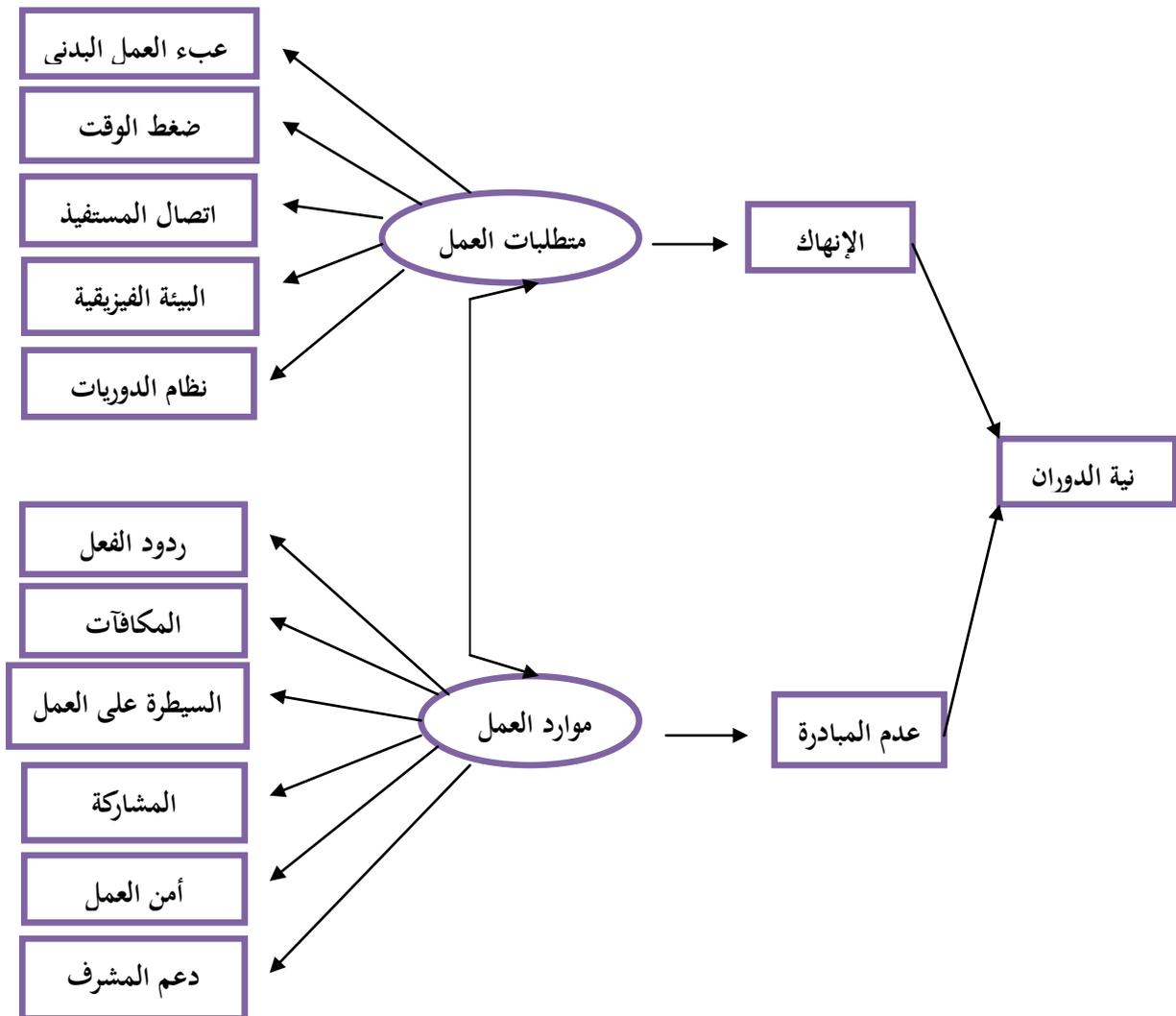
قدم دمروتي وزملائه (Demerouti & al, 2001) نموذج موارد ومتطلبات الوظيفة، اقترح فيه أن الاحتراق النفسي هو عملية يكون فيها الإنهك وعدم المبادرة منفصلين، لكن لهما عوامل مترابطة وثابتة لمجموعات عمل في أنواع مختلفة من المهن، في هذا النموذج يتطور الاحتراق النفسي عندما تكون متطلبات الوظائف عالية وموارد الوظائف محدودة، حيث تشير موارد العمل إلى الجوانب البدنية أو الاجتماعية أو التنظيمية للوظيفة، التي قد تتمثل في نقص متطلبات العمل والتكاليف الفسيولوجية والنفسية المرتبطة بها، وأن تكون عملية في تحقيق أهداف العمل، أو تحفيز التطور الشخصي، والتعلم، والتنمية، وترتبط بشكل سلبي بالاحتراق النفسي، وعليه فإن متطلبات الوظيفة تنبأ بإنهك العمل وموارد الوظيفة تنبأ بعدم المبادرة.

يتكون الاحتراق النفسي في نموذج موارد ومتطلبات العمل من بعدين هما:

✓ **الإرهاك:** الذي يشبه رد فعل الضغط التقليدي الذي يتم دراسته في أبحاث الضغط المهني مثل التعب والضغط المرتبط بالوظيفة والقلق والنتائج الموقفية والسلوكية، مثل نية الدوران والتغيب.

✓ **عدم المبادرة:** والذي يوصف كنوع محدد من الانسحاب أو الابتعاد الذهني عن المستفيد ... الذي قد يعبر عن نفسه بالعزلة أو عدم البادرة أو تبدل المشاعر بشأن الوظيفة العمل (Swayze & Ford, 2018, p. 41)، ويمكن تلخيص النموذج فيما يلي:

الشكل رقم (08): نموذج موارد ومتطلبات العمل لدمروتي وآخرون (Swayze & Ford, 2018, p. 42)



نلاحظ بأن الاحتراق النفسي لقي اهتمام العديد من الباحثين، حيث قدمت العديد من النظريات والنماذج لتفسيره، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، بحيث اشتركت كل النظريات والنماذج اعتبار الاحتراق النفسي بأنه

نتيجة التعرض لضغوط العمل فترة طويلة، نتيجة تفاعل عدة متغيرات متعلقة بشخصية الفرد وبظروف وبيئة العمل التنظيمية، والاشترك في أعراض الاحتراق النفسي التي تظهر من خلال: الإنهاك العاطفي، تبل المشاعر، وتدني الشعور بالإنتاج، مع تركيز كل نظرية أو نموذج على الاتجاه النظري لها.

10. قياس الاحتراق النفسي

1.10. مقياس الاحتراق النفسي لفرودنبرجر (Burnout Questionnaire, 1980)

يهدف المقياس لقياس مستوى الاحتراق النفسي، يتكون من (18) بند، موزعة على خمس اختيارات، تشير الدرجة التي يتحصل عليها الفرد إلى مستوى الاحتراق النفسي، وحسب الدرجات التي يحصل عليها الأفراد يتم تقسيمهم كالتالي:

- (0 - 25) لا يعاني الفرد من مشاكل.

- (26 - 35) بداية الإحساس بالضغط.

- (36 - 50) احتمال وقوع الاحتراق النفسي.

- (51 - 65) حالة الاحتراق النفسي.

- (أكثر من 66) حالة خطيرة

2.10. مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI)

أعدت ماسلاش وزميلاتها جاكسون مقياس ثلاثي الأبعاد لقياس الاحتراق النفسي (1981)، في البداية اهتمت بمهن الخدمات الإنسانية فوجه المقياس لهذه المهن ويعرف (MBI- HSS) (يتم التطرق إليه في الفصل الخامس)، حيث أن أغلب الدراسات التي أجريت حول الاحتراق النفسي توجهت لدراسة مهن الخدمات الإنسانية، غير أن الاحتراق النفسي لا يقتصر على هذه المهن فقط، لأنه مرتبط بمجال العمل بصفة عامة، أي أن أسبابه تعود لوضعية العمل، ويمكن أن نجد هذه الظاهرة أنواع أخرى من المهن (Maslach & Schaufeli, 2017, p.11).

وعليه تم تعديل المقياس الأصلي لاستخدامه في مجالات خارج الخدمات الإنسانية، فصدرت نسختين، نسخة موجهة للعاملين في مجال التعليم (MBI-ES) سنة (1986)، نسخة عامة (MBI-GS) مصممة للاستخدام مع العاملين في المهن الأخرى (b, Maslach & Leiter, 1997, p. 155).

1.2.10. مقياس الاحتراق النفسي (MBI-ES)

خصص مقياس ماسلاش الاحتراق النفسي لقياس مستوى الاحتراق النفسي في مهن المساعدة، غير أن العديد من الدراسات التي أجريت تناولت مهنة التدريس، حيث أنه هناك العديد من الأسباب أدت لارتفاع مستوى الدراسات لهذه المهنة، منها: اعتبار مهنة التدريس من أهم المهن انتشارا وبروزا في الولايات المتحدة الأمريكية، إضافة لزيادة الضغط على هذه المهنة من طرف المجتمع لتصحيح المشاكل الاجتماعية، وبذلك تم إصدار النسخة المخصصة لمهنة التدريس سنة (1986)، والتي تقيس نفس أبعاد الاحتراق النفسي: الإنهاك العاطفي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز الشخصي.

يعتبر مقياس الاحتراق النفسي لمهنة التدريس هو نفسه الموجه لمهن المساعدة، يحتوي على نفس البنود (22)، مع تغيير في بعض البنود كلمة المتلقي بالتلميذ باعتباره هو المقصود من العملية التعليمية، لتسهيل، من أجل فهم ووضوح البنود، كما يتم تطبيق نفس طريقة التصحيح (b. Maslach & al, 1997, p.206).

2.2.10. مقياس الاحتراق النفسي (MBI-GS)

تمت صياغة مقياس الاحتراق النفسي بصيغته العامة (MBI-GS) من المقياس الأصلي للاحتراق النفسي (MBI) من أجل تطبيقه على مجموعات مهنية متنوعة، حيث تم تكييف المقياس مع مهن لا يكون التعامل المباشر في تقديم الخدمة، أو مهن يكون الاتصال فيها عرضي مع الأشخاص، وقد عرف المقياس الاحتراق النفسي كأزمة في العلاقة مع العمل وليس بالضرورة أزمة في العلاقات مع الأفراد في العمل.

يتكون المقياس من (16) بند، موزعة على ثلاث أبعاد وهي: الإتهاك العاطفي، البعد عن العمل، والفعالية

المهنية (b. Maslach & al, 1997, p.208).

3.10. مقياس الاحتراق النفسي لبينز (Pines) وزملائها (MB)

يعتبر مقياس الاحتراق النفسي (MB) لبينز وأرونسون وآخرون (Pines & Aronson, 1988) ثاني أكثر

المقاييس انتشارا لقياس الاحتراق النفسي (MBI)، حيث قدم المقياس على أنه أداة للتشخيص الذاتي للاحتراق

النفسي، إذ استخدمت المعايير المقترحة فيه لتصنيف الأفراد المعرضين لخطر الاحتراق النفسي (Schaufeli & al,

2003, p. 205).

تقدم بينز مقياس الاحتراق النفسي (MB) على أنه أحادي البعد، في حين توصلت الأبحاث الإحصائية إلى

أن هذا المقياس يشمل ثلاث عوامل هي: الشعور بالاكتئاب، والإتهاك، ونقص الحافز؛ وقد ارتبط مقياس

الاحتراق النفسي (MB) بمفاهيم ترتبط به نظريا مثل، الرضا في العمل، الأعراض البدنية، مشاكل النوم، الرغبة في

ترك العمل، عدم الانضباط في مواعيد العمل، واليأس، ويرتبط بخصائص سلبية لمحيط العمل مثل عدم وجود دعم

اجتماعي، فقدان الاستقلالية والرتابة (Truchot, 2004, p. 208).

يتكون مقياس الاحتراق النفسي (MB) من (21) بند، حيث تتدرج الاستجابات إلى سبع خيارات من

"أبدا" إلى "دائما" (Fields, 2013, p. 126)، حيث تقدم بينز مقياس الاحتراق النفسي (MB) على أنه أحادي

البعد، في حين توصلت الأبحاث الإحصائية إلى أن هذا المقياس يشمل ثلاث عوامل هي: الشعور بالاكتئاب،

والإتهاك، ونقص الحافز؛ وقد ارتبط مقياس الاحتراق النفسي (MB) بمفاهيم ترتبط به نظريا مثل، الرضا في

العمل، الأعراض البدنية، مشاكل النوم، الرغبة في ترك العمل، عدم الانضباط في مواعيد العمل، واليأس، ويرتبط

بخصائص سلبية لمحيط العمل مثل عدم وجود دعم اجتماعي، فقدان الاستقلالية والرتابة (Truchot, 2004, p.

208).

ترى بينز وزملائها بأن الاحتراق النفسي في هذا المقياس، هو متلازمة من الأعراض تشمل: العجز، واليأس، وانخفاض الحماس، والشعور بعدم احترام الذات، وقد وصف هذا المقياس كمؤشر لإجهاد نفسي يشمل الإنهاك النفسي، والاكتئاب، والقلق، ونقص احترام الذات (Shirom, 2010, p.62).

4.10. مقياس الاحتراق النفسي لشيروم وملامد (S-MBM) (Shirom & Melamed)

قام شيروم وملامد ببناء مقياس الاحتراق النفسي (S-MBM) اعتماداً على نظرية هوبفول (Hobfoll, 2001) الحفاظ على الموارد، والتي تقوم على مبدأ أساسي بأن الأفراد لديهم دافع أساسي للحصول والحفاظ عليه، وحماية الموارد ذات أهمية؛ حيث يوجد لدى الفرد أنواع متعددة من الموارد المهمة، تشمل الموارد المادية والاجتماعية والحيوية (Shirom & Melamed, 2006, pp. 176- 200).

يتكون مقياس شيروم وملامد (S-MBM) من اثنا عشرة بند، موزعة على ثلاث محاور هي الإنهاك العاطفي، والتعب البدني والمعرفي، مع وجود سبع خيارات تتدرج من: تقريبا أبداً إلى تقريبا دائماً (Truchot, 2004, p.210). يعتبر مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وبينز وشيروم من أكثر المقاييس انتشاراً واستعمالاً، كما نجد الإشارة إليها من طرف الباحثين، كما توجد هناك العديد من المقاييس للاحتراق النفسي نذكر منها:

- مقياس فورد، مورفي وادوارد (Le Burnout Inventory de Ford, Morphy, Edwards, 1983)

- مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين (Burnout Seidman & Zager, 1987)؛

- مقياس بيئة العمل (Work Environment Questionnaire)؛

- قياس كوبنهاغن (Le Copenhaguen Burnout Inventory – CMI) (نبار، 2012، ص 64)؛

11. التعامل مع الاحتراق النفسي

إن منع حدوث الاحتراق النفسي هو إستراتيجية عقلانية وحكيمة أفضل من انتظار علاجه، نظرا لنتائجه السلبية على الأفراد والتنظيمات، وذلك باتخاذ إجراءات إصلاحية على مستوى التنظيمات لأنها تكون أنجع من التدخلات على المستوى الفردي، حيث تعتبر المشاركة في العمل إستراتيجية وقائية مهمة تجعل العمال أكثر قدرة على تحمل التحديات التي يواجهونها والتغلب على الضغوط (Maslach, 2011, p. 44-47).

قامت ماسلاش مع زملائها بإجراء أبحاث لسنوات عديدة، لمحاولة فهم مصادر ونتائج الاحتراق النفسي، حيث تؤكد على ضرورة إعطاء اهتمام أكبر للبيئة الاجتماعية والتنظيمية التي يعمل فيها الأفراد، عوض التركيز على مستوى الفرد الواحد، لأن العمال غالبا ما يعملون في مجموعات وفرق صغيرة، وقد ركزت دراسات ماسلاش مع زملائها على إشكالية العلاقة بين الشخص والبيئة والتي غالبا ما يتم وصفها من حيث عدم التوازن أو الاختلال أو عدم التطابق على سبيل المثال:

مطالب المهنة تتجاوز قدرة الفرد على التعامل بشكل فعال أو عدم تقابل جهود الشخص بمكافآت منصفة، وبذلك ترى ماسلاش أن هناك ثلاث مبادئ للتعامل مع الاحتراق النفسي هي:

- **الوقاية من الاحتراق النفسي:** هي إستراتيجية تجنبنا ارتفاع التكاليف والخسائر الشخصية، الاجتماعية والتنظيمية، والتي يكون لها آثار على الصحة الجسدية والنفسية وأداء العمل، ولمنع الاحتراق النفسي يجب أن نعتمد على عملية من العمليات المعتمدة للكشف المبكر عن مشاكل محتملة من قبل أن تتطور إلى مشكلة حقيقية، وقد توصلت ماسلاش إلى أن مقياس (MBI) و (AWS) القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يحصل بعد سنة، حيث توصلت إلى أن الحصول على نسبة عالية على مستوى أحد أبعاد الاحتراق النفسي هو انذار مبكر لحدوثه.

■ **المشاركة:** هي أفضل حل لمنع الاحتراق النفسي، حيث أن الأفراد الذين يشاركون في عملهم أكثر قدرة على التعامل مع التحديات التي يواجهونها، وبالتالي هم أكثر قدرة لتجاوز الإجهاد، وبذلك علينا بناء قوة عاملة مشاركة، وتحسين علاقات العمل يلعب دورا مهما في تخفيف الاحتراق النفسي.

■ **التقييم:** يجب أن تتزود المؤسسات بالأدوات اللازمة لإجراء تقييمات مؤسسية منتظمة، للحصول على فحص يعمل على تقييم الصحة العامة للمؤسسة، فضلا عن الكشف عن المؤشرات لمراكز القوة ومجالات التحسن المحتملة التي يجب التركيز عليها (Maslach, 2001, P. 44,47).

اعتبرت ماسلاش وليتر الاحتراق النفسي بأنه أكبر من الشعور بالكآبة أو مواجهة يوم سيء، بل إنه مرحلة مزمنة يصبح فيها الفرد غير قادر على الانسجام مع عمله، مما يمكن أن يشكل له أزمة خطيرة في حياته، لأن الاحتراق النفسي يصاحبه فقدان الطاقة والحماس والثقة بالنفس، ونظرا لأن علاقة الفرد بعمله هي مختلفة ومعقدة، لذلك يواجه الجميع مجموعة من التحديات الخاصة عند التعامل معها، لذلك قدمت ماسلاش وليتر ست إستراتيجيات بمثابة مقاربة منهجية لتحسين علاقة الفرد بعمله وتجنب الاحتراق النفسي، وذلك بالتركيز على مجالات أساسية تتمثل في: عبء العمل، المراقبة، المكافآت، الجماعة، العدالة، والقيم.

يجب حل المشاكل المتعلقة بالمجالات السابقة الذكر، حيث تعتبر نقطة البداية لجعل العلاقة بشكل أفضل هي القدرة على تحديد المجال الذي يعاني منه الفرد، فقد يكون هناك عدم الكفاءة بشكل كبير في مجالات متعددة، ويساعد التعرف على الملف الشخصي للفرد في المجالات الستة للإرشاد على الإستراتيجية المناسبة لإيجاد حلول لمشاكله، مع الإشارة إلى أن خطة العمل هي عملية طويلة الأجل وليست حلاً سريعاً، تتطلب العلاقات الجيدة، الوقت والجهد والتفاني.

وبمجرد أن يكون هناك فهم لما يحدث للفرد على مستوى العلاقات، يكون مستعدا للانتقال إلى المرحلة التالية لتطوير خطة عمل مصممة مناسبة للمجالات الإستراتيجية، وذلك بإتباع الخطوات التالية:

- تحديد المشكل؛

- ضبط الأهداف؛

- اتخاذ الإجراءات؛

- تتبع التقدم (Leiter & Maslach, 2005) ؛

للتغلب على الاحتراق النفسي هناك نوعين من الأفعال ينبغي القيام بهما:

الأول: هو النظرة الجادة إلى بيئة العمل ذاتها وما تنطوي عليه من عبء زائد في العمل، وعدم الفرصة للنمو، والبيروقراطية، والتواصل السيء، ونقص المردود والمكافآت وغياب المساندة، وسوء البيئة الفيزيائية الخاصة بالعمل، ومحاولة تعديل هذه الظروف وجعلها ظروف ميسرة للأداء والانجاز.

والثاني: هو النظر إلى استراتيجيات في التعامل مع ضغوط بيئة العمل والتخلص من غير الفعال منها وتنمية

الفعال، وعدم الانتظار حتى تتراكم الضغوط ويحدث الاحتراق النفسي وذلك من خلال القيام بما يلي:

- فهم أساليب العمل وبيئة العمل وما فيها من ضغوط.

- إعادة فحص الفرد لقيمه وأهدافه، وخصاله، مدى واقعيته وقابليتها للتحقيق وعلاقتها بقدراته وإمكاناته.

- تقسيم جوانب الحياة ومحاولة الفصل بينهما بحيث لا تؤثر ضغوط جانب على جانب آخر، فلا تؤثر

ضغوط المنزل على العمل أو العكس.

- بناء شبكة مساندة اجتماعية من الأصدقاء والزملاء، الذين يمكن اللجوء إليهم والاستفادة من خبراتهم

(جمعة، 2004).

خلاصة

يعتبر الاحتراق النفسي ظاهرة انتشرت بين مختلف مجالات العمل، وأثر سلبا على كل من الأفراد والتنظيمات، حيث استقطب هذا الموضوع اهتمام العديد من الباحثين، فنجد تعريفات متعددة ومختلفة منها ما يركز على الأسباب أو الأعراض، ولم يتم التوصل إلى ضبط تعريف موحد وشامل للاحتراق النفسي، ونلاحظ تداخل مظاهر الاحتراق النفسي مع بعض المصطلحات، مثل: القلق، والاكتئاب، والكاروشي...، فقدمت العديد من المؤشرات وأعراض الاحتراق النفسي من طرف الباحثين.

وقد انتشر نموذج ماسلاش ثلاثي الأبعاد، حيث ركزت الدراسات على هذه الأبعاد المتمثلة في الإنهاك العاطفي، وتبلد المشاعر، وتدني الشعور بالإنجاز، ورغم تعدد مقاييس الاحتراق النفسي، يبقى مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي أكثر المقاييس استخداما، وأكثرها صدقا وثباتا.

ونلاحظ تعدد واختلاف النظريات والنماذج في تفسير الاحتراق النفسي، إلا أنها اتفقت على أن الظاهرة تحدث نتيجة تعرض الفرد لضغوط العمل لفترة طويلة، ووقوعه في وضعيات لا يستطيع المواجهة والمقاومة والدخول في حالة إنهاك يقوده إلى تراجع الإنجاز الشخصي، وتعتبر ماسلاش بأن التدخلات التنظيمية هي الأنجع من التدخلات الفردية في التقليل من الاحتراق النفسي، وضرورة وجود برامج وقائية قبل حدوث الظاهرة لما تكلفه من خسائر.

الفصل الثالث

استراتيجيات المواجهة

تمهيد

رغم أهمية دراسة موضوع الضغط النفسي، الذي يشكل خطر على صحة الفرد وتوازنه الجسدي والنفسي، إلا أن الأهمية الأكبر تكمن في دراسة الوسائل والطرق، التي يلجأ إليها الفرد للتغلب على هذه الضغوط والتأقلم معها، من خلال تجنب الموقف الضاغط أو الهروب منه، أو حتى التقليل من شدته للوصول إلى حالة التوازن، وهذا ما أطلق عليه أساليب المواجهة (Coping) والتي لقيت اهتمام الكثير من الباحثين، فعرفت أبحاث المواجهة انتشاراً رهيباً في عدة تخصصات، حيث أصبح موضوع استراتيجيات المواجهة بداية من الثمانينات، أكثر المواضيع دراسة في علم النفس المعاصر.

ونظراً لأهمية الموضوع فقد خصص هذا الفصل لاستراتيجيات المواجهة، حيث تم التطرق في البداية لظهور مصطلح المواجهة، وتعريفه، ثم تصنيف استراتيجيات المواجهة ووظائفها، العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة، التفسيرات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة، وقياس استراتيجيات المواجهة.

1. ظهور مصطلح المواجهة (Coping)

يعتبر مفهوم المواجهة حديث نسبياً، إذ يعود أول استعمال له من طرف لازاروس (Lazarus, 1966) في كتابه "الضغط النفسي والواجهة - Psychological Stress and the coping" (Snyder & Dinoff, 1999, p. 9)، نتيجة لجهود وأعمال لازاروس بدأ البحث في مجال المواجهة كحقل مستقل وبشكل جدي في أوائل السبعينات (Dewe & al, 2010, p. 26).

أخذ مصطلح (Coping) من الكلمة الإنجليزية (To Cope With) والتي تعني (Face avec) أو (Faire face a)، وقد استخدمت مصطلحات مختلفة في اللغة الفرنسية للتعبير عن المصطلح مثل:

(Stratégie d'Ajustement)، (Stratégie d'Adaptation)، (Stratégie de maitrise) في حين هناك من احتفظ بالمصطلح الإنجليزي (Stratégie de Coping) مثل (Bloch & Chemana) (Mariage & Schmitt-Fourrier, 2006, pp. 1- 24)، كما اختلف الترجمات العربية للمصطلح حيث استعمل: أساليب المواجهة، طرق المواجهة، سمات المواجهة، إضافة إلى التوافق، أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط، أو معايشة الضغوط (يوسف، 2000، ص 69). وهذا الاختلاف قد طال حتى اللغة الأم للمصطلح، حيث استخدمت عدة تسميات منها: (Coping Styles)، (Coping Ressources)، و(Coping Efforts) (يوسفي، 2016، ص 70).

في حين تعود الجذور الأولى في علم النفس لاستخدام مصطلح الموجهة (Coping)، إلى النموذج الديناميكي النفسي لفرويد وتلاميذه، أين اعتبر فيه المواجهة كميكانيزمات للدفاع تمكن الفرد من التعامل مع النزاعات الجنسية والعدوانية اللاشعورية، وتفترض بأنها تحمي الممرضين وتمكنهم من العمل في مواقف تتطلب جهدا عاطفيا (Kagan & Evans, 1995, p. 2015).

عليه يربط مصطلح الدفاع ببعض كتابات فرويد الأولى (Neuro-Psychoses of Defence, 1894)، ثم أعاد استخدام مصطلح الدفاع سنة (1920) عندما أكد دوره في تغيير تصور الظروف المجهدة النابعة من البيئة الداخلية.

وقد اختلف فرويد مع ألفرد أدلر (Alfred Alder) أحد طلابه الأساسيين، حيث وصف ألدلر الدفاعات بأنها حماية أو ضمانات، واعتبر استراتيجيات المواجهة تعمل على حماية النفس من تهديدات البيئة الخارجية، بينما اعتبرها فرويد أنها تحمي الأنا من قوى غريزية داخلية.

ومنذ ثلاثينيات القرن العشرين، أصبح تعريف الدفاع يميل إلى تصور أدلر الذي اعتبر هذه الميكانيزمات هي أدوات التكيف، التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع التهديدات الخارجية للذات، غير أن أنا فرويد (Anna

(Freud, 1936) جمعت بين رأي والدها وتلميذه، واعتبرت الدفاع يحمي الفرد من التهديدات الداخلية والخارجية.

رغم هذا التشابه بين ميكانيزمات الدفاع والمواجهة، غير أن هان (Haan) اعتبرت أن هناك اختلاف كبير بين المصطلحين، حيث اعتبرت أن ميكانيزمات الدفاع تتمتع بخصائص سلبية مقارنة بالمواجهة، وهي عمليات صارمة تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتغير حسب ما يتطلبه الموقف، في حين أن المواجهة بناء أوسع من الدفاع، وهي عملية مرنة شعورية تختلف وتتغير تماشياً ومتطلبات الموقف، باستخدام استراتيجيات معرفية وعاطفية وسلوكية تستهدف عوامل الضغط الخارجية والمتطلبات والاحتياجات الداخلية (Snyder & Dinoff, 1999, p.10).

ويمكن تلخيص الاختلاف بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (08): الفرق بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع. (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 68-83).

الميكانيزمات الدفاع	المواجهة
- صلب.	- مرنة.
- لاشعورية.	- شعورية.
- مرتبط بصراعات نفسية، وأحداث الحياة الماضية.	- مرتبطة بعلاقة الفرد بالمحيط.
- تهدف إلى خفض القلق إلى مستوى مقبول.	- موجهة نحو الواقع (داخلي أو خارجي).
	- تهدف إلى سيطرة الفرد على الاضطرابات الناجمة عن الوضعية، أو الحد منها أو الصمود أمامها

أما بـلـتـشـيـك (Plutchik, 1995) فقد عبر عن الاختلاف بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع، في اختلاف الآليات المستخدمة في كل واحدة، والجدول الموالي بين الاختلاف بين المصطلحين فيما يلي (يوسفي، 2016، ص 74):

الجدول رقم (09): الفرق بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع حسب بـلـتـشـيـك (Plutchik, 1995) (Chabrol & Caulhan, 2004, p. 154).

آليات وميكانيزمات الدفاع	آليات المواجهة
العزل.	التجنب.
الإنكار.	التقليل أو التصغير.
الإبدال أو الإزاحة.	التعويض.
النكوس.	البحث عن السند الاجتماعي.
التقمص، التخيل.	التعويض.
التسامي، الإلغاء، التبرير.	البحث عن المعلومات.
الإسقاط.	إلقاء المسؤولية على الآخرين.
التكوين العكسي.	القلب أو الإبدال.

ويشير لازاروس أنه من أن نفرق ونميز بين المواجه والتكيف، حيث يشير بأن مصطلح التكيف واسع جدا يضم علم النفس والبيولوجيا، كما أنه يضم ويشمل كل ردود الفعل للكائنات الحية خلال تفاعلها مع الظروف المتغيرة للمحيط، في حين المواجهة هو مفهوم أكثر دقة لأنه يشير إلى مختلف الاستجابات التوافقية لدى الفرد، فهي لا تعني إلا ردود الفعل إزاء متغيرات المحيط التي تم تقييمها على أنها مهددة أو ضاغطة (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 68- 83).

في حين يتضمن التكيف ردود فعل توافقية متكررة وآلية ثابتة، بينما تتضمن المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية واعية متغيرة، وفي بعض الأحيان جديدة بالنسبة للفرد (يوسفي، 2016، ص 75).

ويمكن توضيح الاختلاف بين المواجهة والتكيف في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): الفرق بين المواجهة والتكيف.

التكيف	المواجهة
<ul style="list-style-type: none"> - مفهوم واسع يشمل البيولوجيا وعلم النفس. - يتعلق بكل الكائنات الحية. - يضم جميع أنماط ردود الفعل للكائنات الحية خلال تفاعلها مع مختلف ظروف المحيط. - يتعلق بردود فعل متكررة وآلية. 	<ul style="list-style-type: none"> - مفهوم ضيق. - يتعلق بالإنسان. - يضم ردود الفعل إزاء وضعيات في المحيط المدرك على أنها مهددة. - يتضمن جهود معرفية وسلوكية واعية.

2. تعريف استراتيجيات المواجهة

تعددت الأطر النظرية للمواجهة إذ يعتبرها بعض الباحثين بأن المواجهة هي حالة الأنا (Vaillant, 1977)، والبعض اعتبرها سمات مستقرة للشخصية (Costa & McMrea, 1989)، وهناك من يركز على أن المواجهة هي عملية تفاعلية (Rexrode & O'tool, 2008, p.262- 280)، لذلك نلاحظ تعدد واختلاف التعريفات نقدم منها مايلي:

عرف وايت (White, 1974) استراتيجيات المواجهة بأنها: "التكيف في ظروف صعبة نسبياً"

(Livneh & Martz, 2007, p. 9).

ويعرف نيومان (Newman, 1981) استراتيجيات المواجهة على أنها: "الجهود التي يبذلها الفرد في

محاولة منه لإزالة الضغوط النفسية، وابتكار أساليب جديدة مجدية في مواجهة مواقف الحياة

المختلفة" (الشخانية، 2008، ص 35).

كما عرف **موس وزملاؤه (Moos & al, 1993)** استراتيجيات المواجهة على أنها: "عامل استقرار يساعد الأفراد في الحفاظ على التكيف النفسي خلال فترات التوتر، ويشمل الجهود المعرفية والسلوكية للحد أو القضاء على الظروف المجهدة، والضيق العاطفي المرتبط بها" (Livneh & Martz, 2007, p. 9).

يعرف **كارفر وشاير (Caever & Scheier, 1994)** استراتيجيات المواجهة بأنها: "كل ما يقوم به لإدارة المشكلات أو الاستجابات الانفعالية" (شويخ، 2012، ص 151).

ويطلق **عبد الباسط (1994)** على أساليب المواجهة "عمليات تحمل الضغوط"، ويرى بأنها: "مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات السلوكية أو المعرفية، التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه" (عبد المعطي، 2006، ص 98).

عرف **الطريري المواجهة على أنها:** "إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه، ومن ثم العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي، وعادة ما تكون هذه الإجراءات نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الذي يمر به أكثر من كونها صفة ثابتة، أو إجراءات روتينية" (طريري، 1994، ص 102).

يعرف **شوايتزر ودانتزر (Schweitzer & Dantzer, 1996)** استراتيجيات المواجهة على أنها: "مجموعة العمليات التي يلجأ إليها الفرد لمواجهة الحدث الذي يُنظر إليه على أنه تهديد، ليكون قادر على التحمل أو التقليل من تأثيره على الحالة الجسمية والنفسية" (Schweitzer & Dantzer, 1996, p. 119).

أما **سنايدر ودنوف (Snyder & Dinoff, 1999)** فيعرفان المواجهة بأنها: "استجابة تهدف إلى التقليل من العبء الجسدي والعاطفي والنفسي، المرتبط بأحداث الحياة المجهدة والمتاعب اليومية" (Livneh & Martz, 2007, p. 9).

ويرى **عسكر** أن أساليب مواجهة الضغوط بأنها: "الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والتي تتوقف مقوماتها الإيجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقاً لقدرات الفرد، وإطاره

المرجعي للسلوك، ومهاراته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة، وطبقا لاستجاباته التكيفية نحو مواجهة الأحداث دون إحداث أية آثار سلبية جسدية أو نفسية عليه" (عسكر، 2000، ص 165).

يعتبر جيرينج (Gurung, 2006) استراتيجيات المواجهة بأنها: "الجهود النفسية والسلوكية المحددة التي

نتخذها لمحاولة التحكم، والتحمل والحد من- أو تقليل الأحداث الشاقة" (شويخ، 2012، ص 152).

وعرف سبيلبرجر (Spillperger) استراتيجيات المواجهة بأنها: "عملية وظيفتها خفض وإبعاد المنبه

الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له" (العزیز وأبو أسعد، 2009، ص 119).

يعرف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) استراتيجيات المواجهة على أنها:

"مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار لإدارة المتطلبات الداخلية والخارجية، التي يدركها الفرد

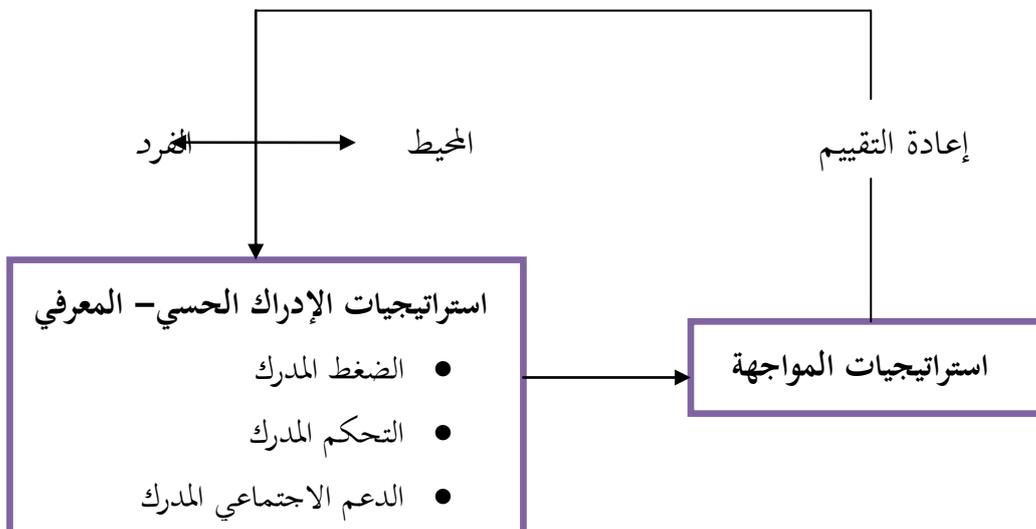
كتهديد أو تتجاوز طاقاته" (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).

يعتبر لازاروس وفولكمان أن المواجهة هي عملية تقييم مستمرة لعلاقة الفرد بمحيطه، حيث تعكس ما

يدركه الشخص وما يواجهه أنيا من الوضعيات الضاغطة المحددة، والتفكير في كيفية تغييرها، ويمكن توضيح

عملية المواجهة في الشكل التالي (Cousson-Gélie, 2001, pp. 99- 106):

الشكل رقم (09): عملية المواجهة حسب لازاروس وفولكمان.



نلاحظ تعدد واختلاف تعاريف استراتيجيات المواجهة المقدمة من طرف الباحثين في محاولاتهم لفهمها وتفسيرها، غير أنهم يتفقون على أنها تهدف إلى محاولة الفرد التصدي للوضعية الضاغطة أو التقليل منها من أجل إعادة التوازن، حيث يمكن اعتبار استراتيجيات المواجهة مجموع الجهود والاستجابات ذات الطبيعة السلوكية، والمعرفية، والعاطفية التي يستخدمها الفرد في وضعية ضغط، من أجل التحكم الوضع الذي يثير الضغط.

3. تصنيف استراتيجيات المواجهة

جذب موضوع تصنيف استراتيجيات المواجهة اهتماما كبيرا، فعادة ما تم تصنيف المواجهة على أساس الوظيفة التي تؤديها (Copper & al, 2001, p. 180)، وقد تم تصنيف استراتيجيات المواجهة بطرق مختلفة، إما انطلاقا من نظرية معينة أو بالاعتماد على أدبيات المواجهة، مما نتج عليه اقتراح تصنيفات مختلفة للمواجهة (Dewe, 2000, p. 19)، وفيما يلي نتطرق لأهم التصنيفات:

1.3. تصنيف بيرلان وسكولر (Pearlin & Schooler, 1978)

يعرف بيرلان وسكولر استراتيجيات المواجهة في مقالهما "بنية المواجهة (Structure of Coping)" على أنها: "مجموعة من النشاطات التي يبحث الأشخاص من خلالها على تجنب الضرر من الضغوط التي يتعرضون لها"، ويقترحان ثلاثة أبعاد وهي:

أ- محاولات لتغيير الموقف بالقضاء على م صادر الضغط.

ب- جهود لتغيير معنى الضغط واختزال مفعول الحدث.

ج- إيجاد طرق للتحكم في مشاعر الضيق أي تسيير الضغط (منصوري، 2017، ص 137).

2.3. تصنيف موس (Moos)

يصنف موس استراتيجيات المواجهة إلى بعدين هما: الاستراتيجيات الإقلامية والاستراتيجيات الإحجامية.

1.2.3. الاستراتيجيات الإقلامية: الاستراتيجيات الإقلامية يتم فيها توظيف أساليب التصدي للموقف

الضاغط وتجاوز آثاره السلبية، وتشتمل أربعة أساليب:

✓ أسلوب التحليل المنطقي: وفيها يتبع الفرد أسلوب التحليل المنطقي للموقف الضاغط بغية فهمه

والتهيؤ الذهني له ولمترباته.

✓ أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للموقف: يحاول الفرد معرفياً استجلاء غموض الموقف الضاغط،

وإعادة بنائه بطريقة إيجابية.

✓ أسلوب البحث عن المعلومات والمساعدة: يحاول الفرد البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف

الضاغط، وطلب المساعدة من الآخرين أو مؤسسات المجتمع المتوقع ارتباطها بالموقف الضاغط.

✓ أسلوب حل المشكلة: من خلال التصدي المباشر للمشكلة وتداعياتها (مشري، 2016، ص 3-

16).

2.2.3. الاستراتيجيات الإحجامية: تشمل الاستراتيجيات الإحجامية الأساليب التي يوظفها الفرد

لتجنب الضغط، والإحجام عن التفكير فيه، وذلك من خلال استخدام أربعة أساليب وهي:

✓ أسلوب الإحجام المعرفي: يلجأ الفرد لأسلوب الإحجام المعرفي لتجنب التفكير الواقعي والممكن مع

الموقف الضاغط أوفيه.

✓ أسلوب التقبل الاستسلامي: يلجأ إليه الفرد لترويض نفسه على تقبل الموقف الضاغط.

✓ أسلوب البحث عن الإثبات أو المكافآت البديلة: يلجأ الفرد لهذا الأسلوب عن طريق الاشتراك في أنشطة بديلة ومحاولة الاندماج فيها، بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيدا عن مواجهة الموقف الضاغط.

✓ أسلوب التنفيس والتفريغ الانفعالي: وذلك بالتعبير اللفظي عن المشاعر السلبية غير السارة، وفعليا عن طريق الجهود الفردية المباشرة لتخفيف التوتر (عكاشة، 1999، ص 93).

3.3. تصنيف سولس وفليتشر (Suls & Fletcher, 1985)

توصلت أعمال كل من سولس وفليتشر إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة وهما:

1.3.3. المواجهة التجنبية: المواجهة التجنبية هي إستراتيجية سلبية وتركز على خفض شدة التوتر العاطفي، مثل: التجنب، والتهرب، والنفي والتقبل الطوعي.

2.3.3. المواجهة اليقظة: المواجهة اليقظة هي إستراتيجية نشطة تسمح بمواجهة الموقف، منها: البحث عن المعلومات، ومخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي.

3.3.3. إعادة تقييم المشكل: هي إستراتيجية معرفية إدراكية نشطة موجهة إلى تقليل الفارق المدرك بين التهديدات والموارد المدركة، لجعل الوضعية أكثر تحملا (De Soir & al, 2012, p. 41).

4.3. تصنيف بينز وأرنسون (Pines & Aronson, 1988)

يصنف بينز وأرنسون أساليب مواجهة الضغوط إلى أساليب مواجهة مباشرة وهي التي تشير إلى أساليب المواجهة التي من خلالها يتعامل الشخص مباشرة مع الموقف الضاغط، وأساليب مواجهة غير فعالة والتي من خلالها يتعامل الشخص مع الانفعالات السلبية الناتجة عن الضغط، وأيضا أساليب مواجهة فعالة أو نشطة وهي تتضمن محاولات يقوم بها الفرد لتغيير مصدر الضغط، أو لتغيير ذاته في مقابل أساليب مواجهة غير

فعالة، وتتضمن التجنب والإنكار للموقف الضاغط، وعلى هذا يكون هناك أربعة أنواع من استراتيجيات المواجهة للضغط، وهي:

1.4.3. إستراتيجيات المواجهة الفعالة والمباشرة: تتضمن إستراتيجيات المواجهة الفعالة والمباشرة تغيير

مصدر الضغط ومواجهته، والابتعاد عن الموقف الضاغط.

2.4.3. إستراتيجيات المواجهة غير الفعالة والمباشرة: تتضمن إستراتيجيات المواجهة غير الفعالة

والمباشرة تجاهل مصدر الضغط، والابتعاد عن الموقف الضاغط.

3.4.3. إستراتيجيات المواجهة الفعالة وغير المباشرة: تتضمن إستراتيجيات المواجهة الفعالة وغير

المباشرة أن يتحدث الفرد عن مشكلته مع الآخرين، وأن يغير من ذاته ليتكيف مع مصدر الضغط، وأن يكون الفرد مندمجاً في أنشطة أخرى.

4.4.3. إستراتيجيات المواجهة غير الفعالة وغير المباشرة: تتضمن إستراتيجيات المواجهة غير الفعالة

وغير المباشرة تعاطي المخدرات والعقاقير وتدخين السجائر (حسين وحسين، 2006، ص 102).

5.3. تصنيف كوهن (Cohen, 1994)

قدم كوهن (Cohen, 1994) مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوط شملت ما يلي:

1.5.3. التفكير العقلاني: التفكير العقلاني إستراتيجية يلجأ من خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي، بحثاً

عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغط.

2.5.3. التخيل: التخيل إستراتيجية يتجه فيها الفرد للتفكير في المستقبل، كما أن لديهم قدرة كبيرة على

تخيل ما قد حدث.

3.5.3. الإنكار: الإنكار عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق وكأنها لم تحدث على الإطلاق.

4.5.3. حل المشكلة: حل المشكلة نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

5.5.3. الفكاهة (الدعابة): الفكاهة إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وروح الفكاهة، وبالتالي قهرها والتغلب عليها، كم أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.

6.5.3. الرجوع إلى الدين: تشير هذه العملية إلى رجوع الأفراد إلى الدين والإخلاص الديني عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي، وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها (الضريبي، 2010، ص ص 669-719).

6.3. تصنيف هيجنز وأندلر (Higgins & Endler, 1995)

أشار هيجنز وأندلر في مقال لهما بعنوان "التعامل مع ضغط الحياة والضيق النفسي والجسدي" إلى ثلاثة أساليب للتعامل مع الضغوط هي:

1.6.3. التوجيه الانفعالي: يتضمن هذا الأسلوب ردود الأفعال الانفعالية (مشاعر التوتر والقلق والانزعاج والغضب والحزن واليأس) التي تتاب الفرد وتنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكل.

2.6.3. التوجه نحو التجنب: يتضمن هذا الأسلوب محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع الضواغط، والاكتفاء بالانسحاب من الموقف.

3.6.3. التوجه نحو الأداء: يتضمن هذا الأسلوب المحاولات السلوكية النشطة، التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكل بشكل واقعي وعقلاني، إذ نجده يسعى لمعرفة الأسباب الحقيقية للمشكل

والاستفادة من خبرته السابقة واقتراح بدائل للتعامل مع المشكل لاختيار أفضلها ووضع خطة فورية لمواجهة المشكل (منصوري، 2017، ص 144).

7.3. تصنيف عبد المعطي (2006)

صنف عبد المعطي إستراتيجيات المواجهة إلى أربعة أنواع تتمثل فيما يلي:

1.7.3. الأساليب البدنية (النفسجسمية):

تشتمل الأساليب البدنية ممارسة التمارين الرياضية، والنشاط الجسمي المنتظم، والتغذية والاسترخاء.

2.7.3. الأساليب النفسية المعرفية السلوكية:

تعتمد هذه الأساليب على التحليل المنطقي للمشكلة، والمحاولات المعرفية لتدبر الفرد للمشكلة وتقييمه للتهديد، والبحث عن المعلومات وسلوك حل المشكلة، وقد وجد أن هذه الأساليب ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالتكيف، كما وجد بيرلين وسكولر (1978) أن الثقة بالذات والتفكير التأملي المضبوط، يخفض من تأثيرات توترات الحياة والمعانات النفسية، ومن أهم هذه الأساليب: التأمل، والوعي الانتقائي، والتطعيم الانفعالي، وإعادة البرمجة العقلية.

3.7.3. إستراتيجيات تغيير أسلوب الحياة:

يقصد باستراتيجيات تغيير أسلوب الحياة تعديل القوالب والأساليب الحياتية التي استقرت نسبياً لدى الفرد، وهي تعتمد على فكرة أننا نستطيع إلى حد ما أن نتحكم في بيئتنا الاجتماعية، ونعيد توجيه الضغوط التي تحتويها، وتوجد عدة أساليب منها: تخطيط الأهداف الحياتية وإدارة الوقت، والتدريب على حل المشكلات، وتنمية الضبط الذاتي، وتنمية شبكة التدعيم الاجتماعي.

4.7.3. الأساليب الوجودية والروحية:

إضافة للإستراتيجية السابقة الذكر والتي يستخدمها الفرد لمواجهة الضغوط، يلجأ الفرد أيضاً إلى الأساليب الوجودية والروحية، مثل: التفكير في معنى الحياة والعودة الدين (عبد المعطي، 2006، ص 100).

8.3. تصنيف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984)

يعد تصنيف لازاروس وفولكمان للمواجهة من أشهر وأكثر التصنيفات انتشاراً، حيث صنف لازاروس وزملائه إستراتيجيات المواجهة إلى فئتين كبيرتين وهما: المواجهة المركزة على المشكل (مركزة على المحيط والبيئة الخارجية)، والمواجهة المركزة على الانفعال (تركز على المجال العاطفي) (Livneh & Martz, 2007, p. 11).

1.8.3. المواجهة المركزة على المشكلة (Problem- Focused Coping)

تشمل المواجهة المركزة على المشكل الجهود الموجهة للتحكم في مصادر الضغط أو تغييرها (تعلم مهارات جديدة، إزالة الحواجز، وضع حلول بديلة،...) (Snyder & Dinoff, 1999, p.10)، أي أنها الاستراتيجيات الموجهة نحو تعديل المشكلة المسببة للضغط، إذ أنها تسعى إلى تغيير البيئة الخارجية لتقليل الضغط (Livneh & Martz, 2007, p. 14).

يعرف لازاروس وفولكمان المواجهة المركزة على المشكل بأنها جهود موجهة إلى تغيير المشكلة المسببة للضغط، وتتضمن الجهود لتغيير اضطراب العلاقة بين الفرد والبيئة، حيث يتم تحديد المشكل ووضع حلول بديلة، وترجيح البدائل من حيث التكاليف والفوائد والاختيار فيما بينها (Lazarus & Folkman, 1984, p. 152).

تعتمد المواجهة المركزة على المشكل على الجانب المعرفي والسلوكي، حيث تجعل الفرد يتقبل الوضع كحدث مفروض عليه يهدده، فيحاول تحليله لتحديد الاستجابات المناسبة لعله يبذل الجهود الممكنة لتعديل مصدر الضغط، وتعتبر المواجهة المركزة على المشكل إجراءات مباشرة لمواجهة للمشكلة والأنشطة التي تهدف إلى تأهيل المشكلة بشكل أفضل، كما تهدف إلى تقليص الفارق بين تفاعل الفرد - بيئة، والحالة المرجوة من هذا التفاعل مما يؤدي إلى خفض الضغط، وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين من أشكال المواجهة المركزة على المشكل وهما (Vraie, 2018, p. 27):

✓ **البحث عن المعلومات:** البحث عن معلومات أكثر حول الموقف الضاغط، من أجل فهمه أكثر لإيجاد حل للخروج من المشكل بهدف تغيير الوضعية.

✓ **حل المشكل:** بعد مرحلة البحث عن المعلومات وتفسير الموقف الضاغط، يلجأ الفرد إلى وضع خطة تكون مناسبة لحل المشكل المتعلق بالموقف الضاغط، يقوم بتنفيذها كما يضع أيضا خطط بديلة، حيث عرف دي زوريلا (D'Zurilla, 1986) أسلوب حل المشكلات بأنه: "عملية معرفية - وجدانية - سلوكية معقدة، سواء كانت ضمنية أو صريحة تستخدم لإنتاج مجموعة متنوعة من الحلول لإحدى المشكلات (فايد، 2001، ص 271).

كما يرى لازاروس وفولكمان بأن المواجهة المركزة على المشكل تشتمل مجموعة واسعة من الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل أكثر من حل المشكل، حيث يعتبر حل المشكل عملية تحليلية موضوعية تركز في المقام الأول على البيئة، كما تشتمل المواجهة المركزة على المشكل على استراتيجيات موجهة نحو الداخل.

وقد تم التطرق للاستراتيجيات الموجهة نحو الداخل من طرف (Kahn & al, 1964)، الذين تطرقوا لمجموعتين رئيسيتين من الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل، هي (Lazarus & Folkman, 1984, p. 152):

✓ **إستراتيجيات موجهة نحو البيئة:** تشمل الاستراتيجيات الموجهة نحو البيئة على استراتيجيات لتغيير الضغوط البيئية والحواجز والموارد والإجراءات (Sheppard & Grohn, 2004, p. 43).

✓ **إستراتيجيات موجهة نحو الذات:** تشتمل الاستراتيجيات الموجهة نحو الذات التحفيز والتغيرات الإدراكية، مثل: تحويل مستوى الطموح، تقليل مشاركة الأنا، وجود فنون بديلة للإشباع، تطوير معايير السلوك، تعلم مهارات وإجراءات جديدة.

يطلق لازاروس وفولكمان على الاستراتيجيات الموجهة نحو الذات باستثناء تطوير سلوك جديد أو تعلم مهارات جديدة، إعادة التقييم المعرفي التي تركز على المشكلة (Lazarus & Folkman, 1984, p. 152).

يشير لازاروس وفولكمان بأن عدد أشكال المواجهة المركزة على المشكلة محدودة نسبياً مقارنة مع الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال، غير أن كارفر وزملائه (Carver & al, 1989) يعارضون هذا وحددوا عدداً من أبعاد الموجهة المركزة على المشكل، وتشتمل على ما يلي:

- ✓ **المواجهة النشطة:** المواجهة النشطة هي عملية اتخاذ إجراءات نشطة للتخلص من الضغوط أو لتحسين التأثيرات، ويشمل ذلك بدأ العمل مباشرة، زيادة الجهود ومحاولة تنفيذ المواجهة.
- ✓ **التخطيط:** يمكن أن يحدث التخطيط تزامناً مع المواجهة النشطة، وهو التفكير في كيفية التعامل مع الضغوط، ويشمل التخطيط الخروج باستراتيجيات عمل للتفكير في الخطوات التي يجب اتخاذها، وأفضل طريقة للتعامل مع المشكلة هو النظر في الموارد المتاحة للمواجهة مع المشكل وفي الطرق البديلة.
- ✓ **قمع الأنشطة المتنافسة:** يهدف قمع الأنشطة المتنافسة وضع مشاريع للتركيز على المشكل بشكل كامل، دون تشتيت الانتباه على مواضيع أخرى.
- ✓ **تقييد المواجهة:** تهدف تقييد المواجهة إلى عدم التصرف قبل الأوان وانتظار الوقت المناسب للتصرف والتدخل (Sheppard & Grohn, 2004, p. 43).

2.8.3. المواجهة المركزة على الانفعال (Emotion- Focused Coping)

استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال هي محاولة إدارة أو التخفيف من شدة الموقف الضاغط، من خلال استجابات عاطفية تكيفية أو غير تكيفية (الاعتزاز بالنفس، البحث عن الدعم،...) (Dumont,

(2001, p. 60)، تعمل المواجهة المركزة على الانفعال على تنظيم العواطف، بعد إجراء تقييم أولي بعدم القدرة

على تعديل الظروف البيئية المهددة (Livneh & Martz, 2007, p. 14).

يعرف لازاروس وفولكمان المواجهة المركزة على الانفعال على أنها موجهة نحو تنظيم الاستجابات العاطفية

للمشكلة، حيث تهدف إلى التقليل أو إدارة الضغط المرتبط به أو الوضعية المسببة له (Sheppard & Grohn,

2004, p. 43).

تشير أدبيات المواجهة لوجود مجموعة كبيرة من العمليات المعرفية الموجهة لتقليل الضيق العاطفي، وتتضمن

استراتيجيات مثل: التجنب، الابتعاد، الانتباه الانتقائي، انتزاع القيم الإيجابية من الأحداث السلبية...، ويتم

توجيه بعض الاستراتيجيات المعرفية لزيادة الاضطراب العاطفي، لأن بعض الأفراد يحتاجون إلى الشعور بالأسى

قبل الشعور بالتحسن.

تعمل بعض الأشكال المعرفية للتعامل مع الانفعال إلى تغيير الطريقة التي يتم بها تفسير المواجهة دون تغيير

الوضع، هذه الإستراتيجية تعرف بإعادة التقييم المعرفي، وهذه المراوغات المعرفية التي تغير معنى أي موقف دون

تغيير الوضع، سواء كان التفسير الذي تم مبنيا على تفسير واقعي أو تغيير للواقع، حيث تعمل هذه المراوغات

للحد من التهديد، مثل: "قررت أن هناك أشياء أكثر أهمية"، "قررت أنني لم أكن في حاجة إليه بقدر ما كنت

أفكر".

في حين الاستراتيجيات الأخرى التي تركز على الانفعال لا تغير معنى الحدث بشكل مباشر، كما هو الحال

في إعادة التقييم المعرفي، أما الاستراتيجيات السلوكية مثل المشاركة في التمرينات الرياضية، لإلهاء العقل والتأمل،

والتنفيس عن الغضب، والبحث عن الدعم العاطفي، تستعمل المواجهة المركزة على الانفعال للحفاظ على

الأمل والتفاؤل (Lazarus & Folkman, 1984, p. 151).

وتندرج عدة إستراتيجيات في المواجهة المركزة على الانفعال، نلخصها فيما يلي:

✓ إستراتيجية التهرب- التجنب: تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والجهود السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه، حيث أن الفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما حدث، ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعاً.

✓ إستراتيجية اتخاذ مسافة: يشير اتخاذ مسافة للجهود المعرفية لتحرير الذات، وذلك من خلال الإنقاص أو التقليل من معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها.

✓ إستراتيجية ضبط الذات: تشير إلى جهود الضبط الذاتي للانفعالات والتصرفات، فهي تركز على التنظيم الوجداني، والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة، وذلك من خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الفرد في مشاعره.

✓ إستراتيجية تحمل المسؤولية: تتضمن إستراتيجية تحمل المسؤولية الواعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل ومحاولات للاستدراك، أي اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب ذلك من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (آيت حمودة، 2006، ص 182).

✓ إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي: يقوم الفرد بإعادة التقييم الإيجابي للمشكلة من خلال الاهتمام بالجوانب الإيجابية للمواقف الضاغطة، حيث تعتبر هذه الإستراتيجية جهود معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى تحويل الموقف الضاغط في إطار إيجابي، وربما يقتضي ذلك تغيير أهدافه أو تعديلها، وقد تبدو هذه العملية موجهة نحو الانفعال إلا أن إعادة التقدير يقود الفرد إلى أن يسترد أفعال نشطة توجه نحو مصدر المشكلة (عبد الباسط، 1994، ص 95-127).

✓ **المساندة الاجتماعية:** يعرف سارسون (Sarson) وآخرون المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، كما يشير إلى الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق (فايد، 2001، ص 138).

إن استخدام إستراتيجية مواجهة معينة تعتمد على الفرد ومتطلبات الموقف (Snyder & Dinoff, 1999, p.10)، كما يعتمد على عملية التقييم، فإذا كانت نتيجة التقييم قدرة الفرد على تغيير الوضع يتم استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، أما إذا خلص التقييم على عدم القدرة على تغيير الوضع يلجأ الفرد إلى الاستراتيجيات المركزة على الانفعال، كما أن هناك استراتيجيات المواجهة أكثر استقراراً من غيرها، رغم أن فعالية أي إستراتيجية تتغير بمرور الوقت وبتغير الظروف المجهدة المختلفة، ونجد استراتيجيات مواجهة أكثر استقراراً من غيرها في مختلف الوضعيات المجهدة، بينما يرتبط غيرها بسياقات مرهقة خاصة، حيث يعتبر التفكير الإيجابي حول الوضع مستقراً نسبياً، ويعتمد بشكل كبير على الشخصية، في حين البحث عن الدعم الاجتماعي غير مستقر، ويعتمد بشكل كبير على السياق الاجتماعي (Lazarus, 1993, pp1-21).

تعتمد فعالية استراتيجيات المواجهة على مدى ملاءمتها للمطالب الداخلية و/أو الخارجية للوضعية الضاغطة، حيث ترتبط فعالية المواجهة على العلاقة بين متطلبات الوضعية الضاغطة والموارد الشخصية، وعلى عمليات التقييم، فلا يمكن الحكم على إستراتيجية بأنها جيدة أو سيئة بطبيعتها، فيمكن لإستراتيجية مواجهة أن تكون فعالة في حالة ما، وتكون غير فعالة في حالة أخرى والعكس صحيح (Lazarus & Folkman, 1984, p. 185)، وعليه لا يمكن الحكم على إستراتيجية بأنها جيدة أو غير جيدة، وإنما تتحدد جودة أي إستراتيجية على مدى قدرتها على التأثير الفعال في تقييم الوضعية الضاغطة، وبمدى استمرار هذه الفعالية أو هذا التأثير على المدى البعيد.

إن تقييم فعالية كل إستراتيجية مواجهة بشكل صحيح، يعتمد على الشخص في حد ذاته، نوع التهديد، ومرحلة المواجهة المهددة، لأن المواجهة تتغير بمرور الوقت ظروف الحياة المختلفة (Lazarus, 1999, p. 111). وقد اقترح النموذج الثلاثي الأبعاد، فئة ثلاثة تركز على التقييم، الذي يسمح بإعادة التقييم الإيجابي للوضع بتغيير معناها (Piquenal-Viev, 2001, pp. 84-98).

4. وظائف استراتيجيات المواجهة

إن السمة الأساسية لتصور فولكمان ولازاروس هي أن المواجهة أوسع من حل المشكلات، وأن المواجهة تخدم وظائف أخرى، حيث لا يمكن الخلط بين وظائف المواجهة ونتائجه، إذ تشير وظيفة المواجهة إلى الغرض الذي تؤديه الإستراتيجية، في حين تشير النتائج إلى تأثير الإستراتيجية، فلا يمكن اعتبار الوظائف أنها نتائج رغم أن هذه الوظائف ستكون لها نتائج.

يعتمد تعريف وظائف المواجهة على الإطار النظري الذي يتم فيه تصور المفاهيم، و/ أو السياق الذي يتم فيه اختبار المواجهة، مثلاً: عندما يتم صياغة المواجهة في عمليات الأنا، فإن وظيفته المواجهة الأساسية هي الحد من التوتر واستعادة التوازن، غير أن جانيس و مان (Janis & Man, 1977) اعتبروا بأن الحفاظ على التوازن ليس مصدر قلق، حيث صاغوا وظائف المواجهة في نموذجهما، بأن الوظائف الأساسية للمواجهة تتعلق بعملية اتخاذ القرار، لاسيما البحث عن المعلومات وتفسيرها.

وقد حدد العديد من الباحثين وظائف متعددة للمواجهة، نتطرق فيما يلي إلى أهم الوظائف التي قدمها

الباحثون:

1.4. وظائف المواجهة حسب ميكانيك (Mechanic, 1974)

يشير ميكانيك (Mechanic, 1974) ذو التوجه الاجتماعي النفسي، بأن استراتيجيات المواجهة لها

ثلاث وظائف هي:

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية.
 - خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
 - الاحتفاظ بحالة التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود والمهارات نحو المتطلبات الخارجية.
- وبهذا يرى ميكانيك أن مواجهة الضغط تستلزم التعامل مع متطلبات البيئة الاجتماعية، وهذا يتوقف على مستوى الدافعية للفرد في مواجهة تلك الوضعية، وهذا يهدف إلى تحقيق توازن سيكولوجي بين المتطلبات الداخلية والخارجية.

2.4. وظائف المواجهة حسب وايت (White, 1974)

يقدم وايت (White, 1974) من خلال العمل في إطار علم النفس الأنا، ثلاث وظائف للمواجهة

تتمثل في:

- ضمان تأمين معلومات كافية حول المحيط.
- الاستقلالية أو حرية التصرف، حرية استخدام رصيد المعلومات بطريقة مرنة.
- الحفاظ على الشروط الأساسية مرضية لعمليتي الأداء، وانتقاء المعلومات.

3.4. وظائف المواجهة حسب بيرلين وسكولر (Pearlin & Schooler, 1978)

حدد بيرلين وسكولر (Pearlin & Schooler, 1978) ثلاث وظائف للمواجهة هي:

- تغيير الوضعية التي تسبب تجارب مؤلمة.

▪ السيطرة على معنى هذه التجارب قبل أن تصبح ضاغطة.

▪ السيطرة على الضغط في حد ذاته بعد حدوثه (Lazarus & Folkman, 1984, p. 149).

4.4. وظائف المواجهة حسب لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984)

يشير كل من لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) إلى وظيفتين رئيسيتين للمواجهة

تتمثل في:

▪ وظيفة تركز على المشكلة أين يحصل الفرد على معلومات حول ما يجب فعله، وتكثيف جهوده

بغرض تغيير العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط، حيث توجه جهود المواجهة إما نحو الفرد أو البيئة.

▪ وظيفة تركز على العاطفة تهدف إلى تنظيم المرتبطة بالوضع المجهد (Lazarus, 1999, p. 114).

وقد أشار إلى هذين الوظيفتين من طرف جورج (George, 1974) ومورفي (Murphy, 1974)

وكاهن وآخرون (Kohn & al, 1964)، كما أنها ضمنية في النموذج المقترح من طرف ميكانيك

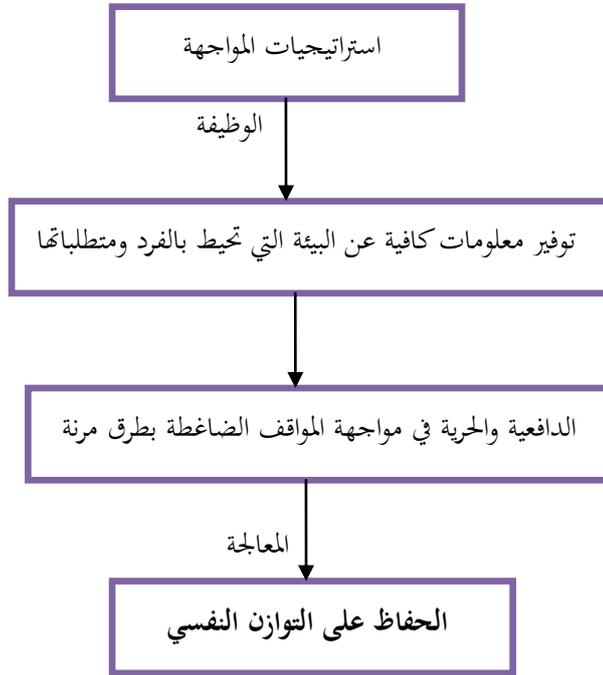
(Mechanic, 1974)، ونموذج بيرلين وسكولور (Pearlin & Schooler, 1978)، ونموذج وايت

(White, 1974)، ومولان (Mullan, 1981) (Lazarus & Folkman, 1984, p. 150).

وتعتبر استراتيجيات المواجهة هي محاولة التقليل من العبء الجسدي والعاطفي والنفسي لحدث ما، ويمكن

توضيح وظائفها من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (10): وظيفة إستراتيجيات المواجهة.



5. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة

يشير ويشنجتون وكاسلر (Wethington & Kessler, 1991) إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة، وأن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار إستراتيجية المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد، وعوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتسهم إلى حد بعيد في تحديد إستراتيجية المواجهة، يمكن تلخيص هذه العوامل فيما يلي (حسين وحسين، 2006، ص 122):

1.5. العوامل الشخصية:

تشير بعض الدراسات أن الشخصية تعد عاملاً وسيطاً يخفف أو يزيد من تأثير الموقف الضاغط على الفرد، وفي ضوء اختلاف الشخصية تختلف ردود أفعال الأفراد إزاء الموقف الضاغط، كما تم التوصل إلى العلاقة بين سمات الشخصية و إستراتيجيات المواجهة لدى الأفراد من الجنسين، معنى ذلك أن سمات

الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع الموقف الضاغط، نتطرق فيما يلي لبعض الخصائص الشخصية (يوسف، 2016، ص 78):

1.1.5. نمط الشخصية

يختلف الأفراد في الاستجابة للأحداث الضاغطة حسب نمط الشخصية، فلكل فرد منا سمات أو أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعامله مع مع المواقف الضاغطة (حسين وحسين، 2006، ص 126)، حيث تم تحديد ووصف ثلاث أنماط للشخصية هي:

- **النمط (أ):** وصف فريدمان روزمان (Friedman & Rosenman, 1974) نمط الشخصية (أ) بأنه يتميز بالمنافسة، العدوانية، الشحن الانفعالي، قلة الصبر، ونشاط حركي وكلامي مفرط، معرض للإصابة بالأمراض القلبية، وهو من بين الأنماط السلوكية الذي له قابلية أكثر للتأثير بالضغوط.
- **النمط (ب):** وصف سيلبي (Selye, 1936) النمط (ب) بأنه أكثر توازنا، وله استجابات متكيفة مع الضغوط.

- **النمط (ج):** يسمي بورن وآخرون (Byrne & al, 1964) وطموشوك (Temoshok, 1987) النمط (ج) بالنمط القامع، وهو نمط يجمع الانفعالات، ومن آثاره يطور ضائقة كامنة (الإنقاص من قيمة الذات، الشعور بالعجز وعدم السيطرة)، كما يشكل عامل خطر في تطور مرض السرطان (Piquenal-Viev, 2001, pp.84- 98)

تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن أبعاد الشخصية التقليدية كالعصابية مثلا والانبساط يعد مؤشر مفيدا في المواجهة، وعلى هذا الأساس يرى كوستا وماكيير (Costa & Makier, 1990) أن أبعاد الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط، وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنونها وفي صحتهم النفسية أيضا (يوسف، 2016، ص 82)، وفي هذا السياق يشير أيضا بولجر (Bolger, 1990) إلى أن أبعاد

وسمات الشخصية ترتبط بأساليب مواجهة الأفراد للضغوط، فالأفراد العصبيون يستخدمون إستراتيجيات مواجهة أقل فعالية، وغير ناضجة مثل: الانسحاب ولوم الذات، كما أكدت دراسة ماككري وكوسطا (Mccrae & Costa, 1986) على أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في قلق السمة يستخدمون استراتيجيات المواجهة الإحجامية (حسين وحسين، 2006، ص 127).

إن سمة القلق هي مكون ثابت للشخصية وهي النزعة للقلق، هذا يعني وجود ميل عام لتصور المواقف المكروهة على أنها تهديد، حسب كل من سبيدبرغر وآخرون (Spielberger & al, 1983)، حيث أن الأفراد الذين يعانون من سمة القلق منخفضة يعتبرون الأحداث المجهدة أقل تهديدا، وأن لهم قدرة أكبر على التحكم، مقارنة من أولئك الذين يعانون من سمة القلق مرتفعة (Paulhan, 1994, p. 108).

إن الطبيعة التفاوضية تقود إلى التعامل بفعالية أكثر مع الضغط، حيث أظهر كارفر وزملائه (Carver & 1, 1993) بأن التفاؤل يرتبط إيجابيا مع المواجهة (إعادة التقييم، التقبل الإيجابي)، وأقل ارتباطا بالواجهة بالإنكار، ويبدو أن العلاقة بين التفاؤل والمواجهة ترتبط بتجربة الضيق (Chabrol & Callahan, 2004, p.139).

وعليه فالتفاؤل يمكن أن يساعد الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة، وذلك عن طريق دفعهم لاستخدام إمكانياتهم بشكل أكثر فعالية، كما تبين أن التشاؤم يرتبط مع حدوث الكآبة (تايلور، 2008، ص 424).

2.1.5. مركز الضبط (Locus of Control)

تم صياغة مفهوم مركز الضبط في نظرية التعلم الاجتماعي من طرف روتر (Rotter, J , 1954)، ويرتبط بقياس مدى التحفيز الذاتي للفرد، أو توجيهه أو التحكم (الإطار المرجعي الداخلي)، ومدى تأثير البيئة (الحظ والصدفة....) (Malipatil, 2016, p.28)، وعليه فمركز الضبط يشير إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهة

الأحداث في حياته، أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة على بيئته، ينقسم الأفراد طبقاً لمفهوم الضبط إلى فئتين:

▪ **فئة الضبط الداخلي:** فئة الضبط الداخلي هم الأشخاص الذين يعتقدون أن لديهم تحكم في الأحداث الحياتية (إسماعيل، 2004، ص 89)، ويرجعون ما يحدث لهم لقدراتهم وسلوكهم بدل الصدفة، وينظرون إلى الوضعية الضاغطة على أنها قابلة للسيطرة وأن مواردهم كافية للسيطرة عليها، وبالتالي يستخدمون أكثر الاستراتيجيات المركزة على المشكل (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 68-83).

▪ **فئة الضبط الخارجي:** فئة الضبط الخارجي فهم يرون أنهم تحت قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها، ويفتقرون إلى القدرة على السيطرة والتحكم في الأحداث ويفشلون في توقعاتهم لها، وبالتالي يتعاملون إزاء الموقف الضاغط بأساليب مواجهة غير ملائمة وغير فعالة (يوسف، 2016، ص 79).

ويعتبر مركز الضبط مؤشراً قوياً على سلوك المواجهة، وفي هذا الصدد يشير لازاروس وفولكمان إلى أن القدرة على التحكم في الحدث أو الموقف الضاغط تشكل وتحدد أسلوب المواجهة لدى الفرد، فلا شك أن معتقدات الفرد بقدرته على التحكم في الأحداث الضاغطة، تؤثر على درجة المحاولات التي يقوم بها لتغيير الظروف الضاغطة، وهكذا فإن مركز الضبط الداخلي يرتبط باستراتيجيات المواجهة المباشرة والفعالة والتوافقية مقارنة بمركز الضبط الخارجي، وعموماً فإن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يميلون إلى استخدام الاستراتيجيات المباشرة والفعالة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ويدركون الموقف الضاغط على أنه قابل للتحكم والسيطرة، ومن ثم يستطيعون السيطرة عليه وتغييره (حسين وحسين، 2006، ص 125).

3.1.5. تقدير الذات (Self-esteem)

يعرف روزنبورغ (Rosenberg) تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد الشاملة سلبية كانت أم إيجابية نحو ذاته، ويرى كوبر سميث (Cooper Smith) أن تقدير الذات هو حكم الفرد على ذاته من حيث الاستحقاق، والذي يتضح من خلال الاتجاهات التي يتمسك بها، ويحافظ عليها نحو هذه الذات، ويعتبر تقدير الذات في الوقت نفسه ناتج البناء النفسي للفرد وإنتاج النشاط المعرفي والاجتماعي، فإن تقدير الذات هو بناء متتالي لا يولد مع الشخص، بل يتطور وفق سيرورة دينامية متواصلة، وهو بعد أساسي في بناء الشخصية. إن تقدير الذات هو نتاج تفاعل وتكامل مجموعة من المعايير والمكونات، نجملها في ثلاثة عناصر أساسية هي: الثقة في الذات، النظرة إلى الذات، وحب الذات، وأن التوافق والانسجام بين هذه العناصر يعطي تقديراً جيداً (سيف، 2018، ص 74).

وقد أوضحت الدراسة التي قام بها بارنهارت (Barnhart, 1982) أن الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع يركزون على إستراتيجيات حل المشكلة في تعاملهم مع الضغوط، في حين يركز الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض على الانفعال في تعاملهم مع ما يواجههم من الضغوط (منصوري، 2017، ص 161). وعليه فإن تقدير الذات يعد مؤشراً هاماً في تحديد نوع إستراتيجيات المواجهة، إذ أن الاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد اتجاه الموقف تعتمد بشكل كبير على تقدير الذات لديه، فإدراك الذات بطريقة إيجابية يمثل مصدراً نفسياً هاماً في عملية المواجهة (يوسفي، 2016، ص 79).

4.1.5. الصلابة النفسية (Psychological Hardiness)

تم استعمال الصلابة لأول مرة من قبل كوباسا (Kobasa, 1979)، التي عرفته كمصدر مقاومة في المواجهة مع المواقف الضاغطة، وتمثل الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط، كما أنها تقي الفرد من آثار الضغوط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً

وهدهوا انفعاليا، ومن خلالها يستطيع الفرد تحويل المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل تهديدا، كما أنها تعمل على حماية الفرد من الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية (القضاة، 2017، ص 36)، وترى كوباسا (1984) أن الصلابة اتجاه متعلم أو مكتسب لمواجهة الضغوط يعتمد على تفسير الأحداث الضاغطة بطريقة توافقية تكيفية (إسماعيل، 2004، ص 89).

توصلت كوباسا بأن الصلابة النفسية تتكون من ثلاث مكونات وهي:

- **الالتزام:** يشير الالتزام إلى الاعتقاد في الثقة والأهمية وقيمة ما يفعله الفرد، وأيضا النزعة إلى اندماج الفرد في العديد من المواقف الحياتية.
 - **التحكم:** يشير التحكم إلى اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يؤثر على الأحداث في حياته، وذلك من خلال ما يقوله وما يفعله مع التأكيد على المسؤولية الشخصية.
 - **التحدي:** يشجع التحدي على الإحساس بالانفتاح والمرونة، وهكذا يتيح للفرد أن يقيم أحداث الحياة الصعبة والضاغطة بشكل فعالة (حسين وحسين، 2006، ص 131).
- تنشئ الصلابة النفسية جدار دفاع نفسي للفرد يعينه على التكيف البناء مع أحداث الحياة الضاغطة، وذلك من خلال التعديل من إدراك الأحداث وجعلها تبدو أقل وطأة، ثم تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة، كما تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي، وتقود إلى التغيير في الممارسات الصحية (الرياضة، الحمية الغذائية،..) (كماش وحسان، 2018، ص 360).
- وقد أظهر الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة كفاءة في استخدام استراتيجيات المواجهة النشطة الفعالة، مثل: استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة، والبحث عن المساندة الاجتماعية، وهم أقل ميلا للتعامل عن طريق التجنب (تايلور، 2008، ص 421).

5.1.5. فاعلية الذات (Self-Efficacy)

قدمت باندورا (Bandura) مفهوم فاعلية الذات في إطار نظرية التعلم الاجتماعي، وتعرفها بأنها: "اعتقاد الفرد في قدرته على تحريك المصادر الأساسية من أجل التحكم في بعض المواقف والنجاح في ذلك"، ويضم هذا المفهوم بعدين، هما:

- **توقع الفاعلية:** يشير توقع الفاعلية إلى اعتقاد يسمح للفرد باستخدام القدرات اللازمة للنجاح في مهمة أو عمل محدد، أو أنه اعتقاد الفرد بأنه يمكن التحكم في الموقف والوصول إلى الأهداف.
- **توقع النتيجة:** يدل توقع النتيجة على احتمالية أن يؤدي السلوك إلى نتائج معينة، وتناسب فاعلية الذات طرديا مع توقع النتائج (يوسفي، 2016، ص 81).

ولقد أظهرت نتائج الدراسة التي جاوزم شويزر (Jerusalem & Schwezer, 1992) أن فاعلية الذات العامة تعد مؤشرا هاما في التقييم المعرفي للمواقف التي يتعرض لها الفرد، وأن الأفراد ذوي فاعلية الذات العامة منخفضة يعانون الفشل في التعامل مع الضغوط، وبالتالي تعتبر فاعلية الذات من المصادر الشخصية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط.

يستخدم الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من فاعلية الذات استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، حيث إنها تؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل وتزيد في قدرتهم على التحكم في الموقف، وعندما يصبح الأفراد لديهم القدرة على التحكم في الموقف الضاغطة فإنهم يشعرون بالتمكن، وهذا يزيد من مصادر المواجهة لديهم ويجعلهم قادرين على مواجهة الضغوط التي تعترض حياتهم في المستقبل، عكس الأفراد الذين يكون لديهم فاعلية الذات منخفضة في مواجهة الأحداث الضاغطة فإنهم يميلون للتجنب والهروب، وبالتالي لا يستطيعون

التحكم في الموقف، وهذا يزيد من قابليتهم للتعرض والتأثر بالأحداث الضاغطة في المستقبل (حسين وحسين، 2006، ص 132).

6.1.5. المعتقدات: يشير بولهان (Paulhan, 1994) إلى المعتقدات الدينية والتي تفسر ما يحدث للفرد بأنها اختبار من الله وعلى الفرد تقبله (Paulhan, 1994, p. 107)، إضافة إلى اعتقادات الفرد حول ذاته وقدراته على حل المشكل، واعتقاداته حول العالم، زيادة على الدوافع العامة والمتمثلة في الأهداف، الاهتمامات وال... (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp.68-83).

7.1.5. المتغيرات الديموغرافية

▪ السن: سعت العديد من الدراسات لتحديد الفروق في استخدام إستراتيجيات المواجهة حسب متغير السن، إلا أن النتائج كانت متباينة نظرا لقلة الدراسات الطولية، فقد توصلت الدراسة التي قام بها كل من بيليجس وموس (Billings & Moos, 1991) إلى عدم وجود اختلافات دالة، كما توصل مكري (Mccrea, 1989) في دراسته الطولية (دامت سبعة سنوات) أن استراتيجيات المواجهة بقيت ثابتة لدى كل فرد، في حين توصل كيهانقن وكيهانقن (Quayhagen & Quayhagen, 1982) أن كبار السن يميلون لاستخدام نهج عاطفي، ومجموعات أخرى انتهجت طريقة حل المشكلات، في حين الفئة الأصغر سنا يبحثون عن المساندة لمواجهة الصعوبات.

أما فولكمان وآخرون (Folkman & al, 1987) وجدوا أن الشباب يميلون إلى البحث عن الدعم الاجتماعي، عكس الأكثر سنا الذين يفضلون النهج القائم على المسؤولية والمنطق مع تقبل الوضع، وأوضح بلانشارد فالدس واريان (Blanchard-Fields & Irion, 1987) أن الشباب يركزون على الانفعال، ومع تقدم السن يستخدمون استراتيجيات أكثر تركيزا على المشكلات.

وعليه نجد أن الباحثين لا يتفقون تماما على تأثير السن على المواجهة، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن الشباب يستخدمون استراتيجيات تركز على العواطف، ودراسات أخرى وجدت أنهم يستخدمون استراتيجيات تركز على المشكلات، ونفس الشيء بالنسبة لكبار السن، وبذلك فإن السن يمكن أن يكون له تأثير إيجابي أو سلبي، وذلك حسب الفرد وتجربته وشخصيته، وما اختار القيام به مع قدراته الخاصة (Chabrol & Callahan, 2004, p.136).

▪ **الجنس:** أوضحت الدراسات وجود فروق بين الجنسين في استخدام استراتيجيات المواجهة، وأن الذكور يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة، واستراتيجيات المواجهة الإقدامية في مواجهة المواقف الضاغطة، وفي المقابل يميل الإناث إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال (حسين وحسين، 2006، ص 141).

كما وجدت لابوفي فياف وآخرون (Labouvie-Vief & al, 1989) أنه في مرحلة الطفولة والمراهقة حتى الشباب، ميل الرجال إلى التركيز على الخارج عندما يتعاملون مع الصراع، في حين تميل النساء أكثر فأكثر على حياتهن الداخلية، من خلال التجنب والبحث عن الدعم الاجتماعي، كما نجد أن النساء يملن للوم أنفسهن أما الرجال يتذرعون بسبب خارجي لشرح المشكل (Chabrol & Callahan, 2004, p.137).

وعليه نجد أن تأثير الجنس على استخدام استراتيجيات المواجهة يظهر جليا، عكس تأثير الجنس الذي عرف جدالا واختلافا بين الباحثين في تأثيره.

2.5. العوامل الموقفية

إن العوامل الموقفية للمواجهة مع المواقف الضاغطة هي تلك المصادر الموجودة في بيئة الفرد ومجتمعه، وهي تلعب دورا هاما في تحديد إستراتيجيات مواجهة الضغوط، من خلال عملية التقييم ومن هذه العوامل نذكر:

1.2.5. طبيعة الموقف وخصائصه

إن الموقف ترتبط بطبيعة الخطر ووقت حدوثه ومدته، وبالتالي فإن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة التي يجب حلها، يجب استخدامها أكثر إذا كان من المحتمل أن يتغير الوضع أو يتطور، في حين يلجأ استعمال الاستراتيجيات الموجهة للانفعال إذا لم يكن بالإمكان تغيير الوضع أو السيطرة عليه (Paulhan, 1994, p. 108)

لقد اقترح لازاروس ولونير (1998) تصنيفاً للأحداث حسب التقييم الأولي الذي يقوم به الأفراد، ولذلك فالأحداث يمكن أن تدرك بأنها مهددة أو تحديات، ففي دراستين مختلفتين لماك كيري (Mccrea, 1984) أوضح بأن التقييم الأولي للموقف الضاغظ يحدد اختيار إستراتيجية مواجهة معينة، فالحدث الذي يدرك على أنه مهدد، يحرك بعض الاستراتيجيات مثل: تهوين الموقف، وإعادة التقييم الإيجابي، وممارسة المعتقدات الدينية، أما الحدث الذي يقيم بأنه تحدي يستطيع الفرد أن يستخدم مختلف الاستراتيجيات مثل: حل المشكل، والتفكير الإيجابي...، لذلك فالعوامل الشخصية والعوامل البيئية تسهم في التقييم الأولي والثانوي وفي اختيار استراتيجيات مواجهة مناسبة (يوسفي، 2016، ص 85).

كلما كانت هذه المواقف الضاغطة تتسم بدرجة مرتفعة من الشدة فإنها تؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية مثل الخوف والقلق، وهذه الانفعالات تتعارض مع قدرة الفرد على حل المشكل، كما أن الأحداث الضاغطة التي تمثل تحدي للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة مختلفة عن الأحداث التي تتسم بالتهديد والفقد (حسين وحسين، 2006، ص 135)، ويرجع هذا لطبيعة الخطر، قربه ومدته، إذ أنه كلما كان الموقف ضاغظاً كلما كان إفراز الهرمونات أعلى من معدلاته الطبيعية، وهو ما يعوق بعض العمليات الحيوية ويؤثر كذلك على الحالة الانفعالية (Cousson-Gélie, 2001, pp. 99- 106).

2.2.5. المساندة الاجتماعية

يعرف جان تري وكوباسا (Gentry & Kobasa, 1984) المساندة الاجتماعية على أنها: "مصدر نفسي يحدد إدراك الفرد لنوعية علاقاته الاجتماعية" (Rasclé, 1994, p.127)، حيث تتعلق المساندة الاجتماعية باعتقاد الفرد بإمكانية وجود أشخاص هامين يمكن أن يثق فيهم، ويعتقد أن في وسعهم أن يقفوا بجانبه في أوقات الضغوط والأزمات، وعلى هذا الأساس تتوقف المساندة الاجتماعية على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين، ومدى عمق العلاقة بين الفرد وبين الآخرين المحيطين به والهامين في حياته (حسين وحسين، 2006، ص 135).

ويشير ليبور (Lepore, 1994) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد، التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد (فايد، 2001، ص 238)، فقد يكون للعلاقات الاجتماعية الداعمة حماية للفرد من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة (Lepore, 1997, p.149).

وقد قدم العديد من الباحثين - كوهن وماكاي وأخرون (Cohen & Mckay, 1984 & al) المساندة الاجتماعية كمفهوم متعدد الأبعاد، وحاولوا توضيح ذلك من خلال بناء التصنيف الوظيفي، حيث توصلوا إلى أربعة أنواع رئيسية، وهي:

- **المساندة العاطفية:** توفر المساندة العاطفية للفرد إحساسا بالحماية، الطمأنينة أو الحب في الأوقات الصعبة، مثل وفاة شخص مقرب أو الفشل في الامتحان.

▪ **مساندة التقدير:** تقوم مساندة التقدير على طمأننة الفرد فيما يخص كفاءاته وقيمه، يهدف هذا التشجيع إلى تأكيد الثقة بالنفس أوقات الضعف، حينما يشعر الفرد أن متطلبات الوضع المجهد تتعدى طاقاته وقدراته، مثل: اختبارات نوع الدراسة أو التغييرات المهنية.

▪ **المساندة المادية أو المالية:** تتضمن هذه المساندة المساعدة المباشرة، مثل: التبرع أو قرض المال، أو خدمة مقدمة لفترة صعبة.

▪ **المساندة بالمعلومات:** تتضمن المساندة بالمعلومات النصائح والاقتراحات والتوجيهات التي تقدم من طرف المحيطين بالفرد في أوقات محددة، وأحسن أمثلة على هذا هي المعلومات والمعارف حول الطرق المختلفة للبحث عن العمل، أو علاج مرض (Rasclé, 1994, p.127).

تعتبر المساندة الاجتماعية من أهم المصادر البيئية التي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط، حيث توصلت الدراسات بأن هناك علاقة بين غياب المساندة وانخفاض القدرة على حل المشكلات الحياتية، إذ أن إدراك المساندة الاجتماعية تخفض التهديدات السلبية، كما لها تأثير مباشر أو غير مباشر على الضغط، فهي تعتبر كمصدر للمواجهة ويعتبرها الباحثون مصدرا رئيسيا لذلك، فالتأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية يمتد إلى اختيار الاستراتيجيات الفعالة في مواجهة المواقف الضاغطة، فقد توصلت الدراسات إلى أن المساندة الاجتماعية ارتبطت إيجابيا بالمواجهة المركزة على المشكلة، وسلبا مع المواجهة المركزة على الانفعال (يوسفي، 2016، ص 83).

إن هذه العوامل البيئية لها تأثير كبير على تقييم الفرد لقدراته على التحكم، وهو ما يحدد اختيار إستراتيجية المواجهة، لهذا فإن المواجهة عملية متغيرة وظرفية، وعليه يصعب النظر إليها على أنها تصرف مستقر للشخصية (Paulhan, 1994, p. 10)

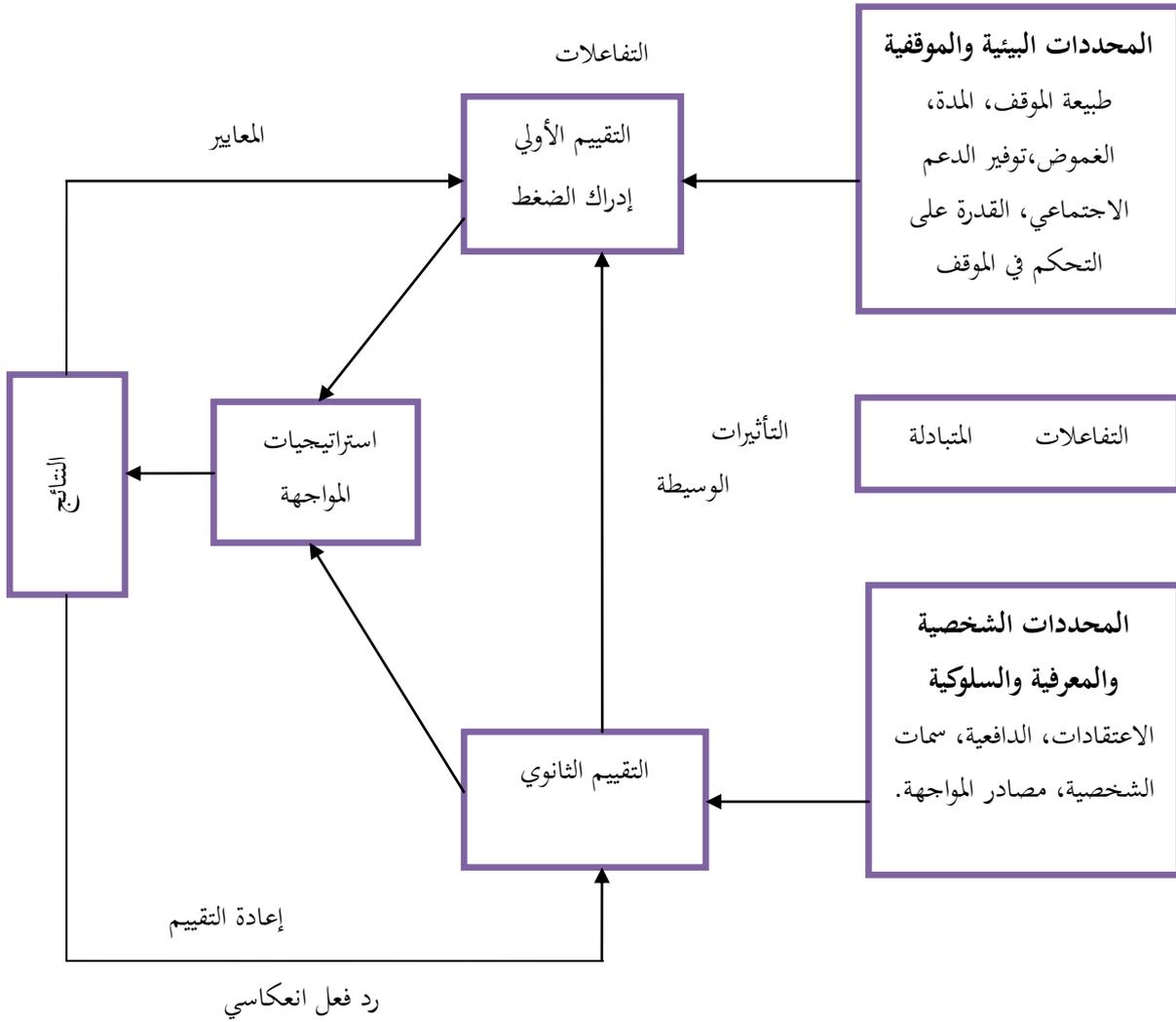
3.2.5. المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي

كشفت بعض الدراسات الارتباط بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي واستخدام بعض استراتيجيات المواجهة، حيث ارتبط المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع مع المواجهة الفعالة، أما المواجهة الغير فعالة ارتبطت بالمستوى الأقل (Piquemal-Vieu, 2001, pp. 84-98)، كما أن الدخل المرتفع والمستوى التعليمي الجيد ارتبطا إيجابيا بالمواجهة السلوكية النشطة، كما المستوى الجيد من التعليم يساعد نوعا ما على استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة (يوسفي، 2016، ص 86).

كما أن سلوك المواجهة يختلف بين الأفراد تبعا لاختلاف المستوى الثقافي، فالأفراد ذوي الثقافات المختلفة يستجيبون للضغوط بشكل مختلف، ويستخدمون استراتيجيات مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة (حسين وحسين، 2006، ص 141)، إذ يجب النظر للاختلافات الثقافية والبيئية التي من شأنها أن يكون لها تأثير على كل جيل، فمثلا الأفراد الذين عايشوا الحرب العالمية يكون لديهم مواقف مختلفة من الأفراد الذين يعايشوا الحرب، لذلك يكون لهذه المواقف بالتأكيد تأثير مهم على استراتيجيات المواجهة (Chabrol & Callahan, 2004, p.137)

ويمكن أن نجمل مراحل عملية المواجهة ومحدداتها من خلال المخطط التالي:

الشكل رقم (11): محددات عملية المواجهة (يوسف، 2016، ص 88).



6. التفسيرات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة

لقد حظي موضوع المواجهة بالاهتمام على نطاق واسع في تخصصات متعددة، حيث استقطب دراسة الموضوع بشكل مستقل اهتمام العديد من الباحثين، لفهم سيورة العملية انطلاقاً من خلفياتهم النظرية المختلفة، وبذلك وضع العلماء والباحثون نماذج ونظريات كثيرة ومختلفة لتفسير استراتيجيات المواجهة، نقدم فيما يلي أهم هذه التفسيرات:

1.6. المقاربات التقليدية

رغم أن الاهتمام البحثي للمواجهة استغرق بعض الوقت للتطوير، إلا أن فكرة المواجهة كانت موجودة منذ زمن، حيث اندرج مفهوم المواجهة في مجالين نظريين مختلفين، يتعلق المجال الأول بالتحريب الحيواني، والثاني بالتحليل النفسي للأنا.

1.1.6. النموذج الحيواني

يرتبط تفسير النموذج الحيواني بشكل كبير بالتفكير الدرويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، حيث تعرف المواجهة دائماً على أنها أفعال تتحكم في الظروف البيئية، بهدف تخفيض الاضطرابات النفسية والجسدية (Lazarus & Folkman, 1984, p. 119).

تعتبر المواجهة في النموذج الحيواني استجابة سلوكية أمام خطر حيوي، مثل سلوك الهروب أو التجنب الناتج عن الخوف أو المواجهة المحجوم الناجم عن الغضب، والمثال على ذلك هو تجربة الفئران التي وضعت في قفص مقسم إلى قسمين، القسم الأول يتلقى الصدمة والقسم الثاني لا يتلقى أي صدمة، تتعلم الفئران بسرعة الهروب من الموقف، وذلك بالملاحظة وتجنب الصدمة بالانتقال إلى القسم الآخر الخالي من الصدمات بمجرد أن تسمع جرس الخطر الذي يحذر من وصول الصدمة، فهذه هدف الحيوان هو البقاء على قيد الحياة (Paulhan, 1992, pp 545- 557).

ويرى ميلر (Miller, 1980) أن المواجهة تتكون من تعلم الاستجابات السلوكية التي تعتبر ناجحة في خفض أسباب الخطر والظروف المتحكمة فيه، كما يعتبر أورسن (Ursin, 1980) المواجهة بأنها تمثل التطور التدريجي للاستجابات لدى كل من الحيوان والإنسان (Lazarus & Folkman, 1984, p. 119).

حسب هذا النموذج فإن استراتيجيات المواجهة تتمثل في التجنب والهجوم، وبهذا يرى لازاروس وفولكمان بأن النموذج الحيواني يعتبر بسيط ويفتقر إلى الثراء والتعقيد المعرفي العاطفي يشكل جزءاً لا يتجزأ من السلوك الإنساني، هذا ما لا يمكننا من التعرف على الاستراتيجيات الهامة لدى الإنسان.

2.1.6. النموذج التحليلي

▪ دفاعات الأنا

ظهر في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، المواجهة كآلية دفاع في علم النفس الديناميكي، حيث استخدم الأفراد تقنيات مختلفة لتعديل معنى الحدث المجهد ليكون قادراً على إدارة الوضع (Dewe & al, 2010, p. 25)، وبذلك يمكن ملاحظة المحاولات الأولى لتصوير المواجهة للأعمال النظرية لرواد مدرسة التحليل النفسي فرويد (Freud) وأدler (Adler) وجونغ (Jung)، الذين كرسوا جانباً كبيراً من أعمالهم في وصف آليات الدفاع التي يلجأ إليها الفرد، للتغلب على المشاعر المؤلمة، إن هذه الميكانيزمات مثل: القمع، والتسامي، والإسقاط، والتبرير لها وظيفتها التي تستعمل لحماية الفرد من النزوات، أو من التهديد الناتج عن الصراعات النفس - داخلية.

أشار فرويد إلى ميكانيزمات الدفاع الخاصة بكل اضطراب نفسي المنشأ، وتابعت أنا (Anna) أعمال والدها فبحثت و في نماذج وأنماط أخرى لميكانيزمات الدفاع، حيث ميزت بين الميكانيزمات الدفاعية الفردية وربطتها بأمراض معينة (Koorosh, 2009, p. 34)، وقد تم التطرق لارتباط المواجهة بميكانيزمات الدفاع في عنصر سابق.

■ سمات الشخصية

اتجهت الدراسات لاحقا للربط بين الشخصية والمواجهة بالتركيز على الخصائص المتشابهة، حيث يشير هذا المنظور إلى وجود قاعدة مشتركة بينهما، ونتيجة لذلك لا يمكن فصل جزء كبير من تاريخ المواجهة عن دراسة الاختلافات الفردية، وبذلك تعتبر هذه المقاربة لفهم المواجهة باعتبار أن الشخصية والمواجهة بنيات متداخلة، وتحدث نقطة التداخل القسوى عندما يحدد نمط السلوك المميز بشكل عام الاستراتيجيات المستخدمة للمواجهة مع المواقف المجهدة، والتي تدل على أن سمات الشخصية مرتبطة ببعض الأنماط المفضلة للمواجهة (Dewe & al, 2010,p.26).

وبهذا يرتبط هذا النهج بمفاهيم الشخصية أو السمات التي تؤثر على أنماط عمل المواجهة المستقرة، مما يؤدي إلى تشكيل نمط ثابت من المواجهة عبر معاملا الفرد ومع مرور الوقت، فيؤدي إلى أنماط يتجاوز إلى حد ما الظروف البيئية التي يواجهها (Lazarus, 1999, 104).

2.6. النظريات الحديثة

1.2.6. التفسير الفيزيولوجي

يركز أنصار الاتجاه الفيزيولوجي ومنهم سيلبي وفرانكن هوزر (Selye & Frankenhouser) في تفسيرهم لكيفية مواجهة الأفراد للضغط، على مجموع الاستجابات والمتغيرات الفيزيولوجية التي تصاحب تعرض الفرد لمواقف ضاغطة أو صادمة، مثل زيادة إفراز الغدد، التعرق، سرعة ضربات القلب، وارتفاع الضغط.. إلخ من المتغيرات الفيزيولوجية، وما يترتب عن ذلك من زيادة نشاط الفرد أثناء مواجهة المواقف الضاغطة، حيث انعكس هذا في العديد من تعاريف الباحثين عند تعريفهم للمواجهة، ومنهم سولس وآخرون (Suls & al) حيث يرون بأنها: "أنماط الاستجابات التي يقوم بها الفرد سواء أكانت مضمرة أو ظاهرة لمنع أو لتخفيف الضغط (يوسفي، 2016، ص 92).

2.2.6. النظرية المعرفية

ظهرت النظرية المعرفية كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، وتعتبر هذه النظرية المواجهة على أنها عملية صحية وطبيعية تمكن الفرد من حل مشاكله، كما أكدت أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد، وتعد عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا لهذه النظرية (حسين وحسين، 2006، ص 89)، إذ أم مواجهة الأفراد للمواقف الضاغطة يعتمد بشكل أساسي على العمليات المعرفية سواء في تفسير الفرد للموقف، أو في تقييمه لمصادر التعامل معها (تقييم أولي/ ثانوي) التي تؤثر بشكل فعال في تحديد طبيعة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال الموقف الضاغط، حيث يشير بعض الباحثين إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى التقييم الإيجابي لقدراته وإمكاناته، وأن الأفراد الذين يفشلون في المواجهة يكون لديهم إعادة تقييم معرفي لقدراتهم وإمكاناتهم، ويدركون أنهم عاجزون وليس لديهم القدرة على التحكم في الموقف (يوسفي، 2016، ص 93).

3.2.6. نظرية التعاملات التقييمية (Transaction Appraisal Processes)

يعتبر كل من لازاروس وفولكمان من أكثر الباحثين نشاطا حول الدراسات المتعلقة بالواجهة، فقدا نظريتهما التفاعلية، والتي تعد المواجهة عامل مهم فيها وتصور كاستجابة للمتطلبات البيئية والنفسية للمواقف الضاغطة (Endler & Parker, 1990, pp. 844- 855).

تطور النموذج التفاعلي للضغط وأساليب المواجهة باعتمادا الباحثين على المبدأ التكاملي بين المقاربتين الشخصية والبيئية في بحوث المواجهة، ويبدو من هذه النظرية الموحدة أن هناك طريقتين للتفكير في الفروق التي تؤثر في عملية المواجهة تبعا للمقاربتين (طي، 2005، ص 120).

إن مصطلح (Transaction) بمعنى تفاعل، يعني أن الضغط لا يرتبط بالفرد أو البيئة، وإنما يرتبط بالعلاقة بينهما، حيث ينشأ الضغط عندما يتم تقييم متطلبات المواجهة من طرف الفرد على أنها تتعدى موارده، مما

يستوجب تغيير الأداء لإدارة الموقف، وحسب المنظور التفاعلي هناك نوعين من التقييم اللذان يعتبران مفتاح عملية الضغط والمواجهة، إذ يبدأ التقييم الأولي بمجرد شعور الفرد بوجود خطر يهدده فيقوم بإعطائه معنى (تهديد، تهديد بالضرر، أو تحدي)، بعدها يبدأ التقييم الثانوي الذي يهتم بتحديد وتوفير موارد المواجهة للتعامل مع هذا التهديد، ويشير التعريف التفاعلي إلى ثلاث موضوعات هامة هي: حالة معرفية دينامية، خلل أو اختلال في الأداء الطبيعي، وحل ذلك الخلل (Copper & al, 2001, p. 12).

7. قياس استراتيجيات المواجهة

عرفت فترة الثمانينات، ظهور جهود كثيرة من طرف الباحثين لقياس أساليب واستراتيجيات المواجهة، وعليه قدمت العديد من المقاييس نذكر منها:

1.7. مقياس ميلر للأسلوب السلوكي (Miller behavioral Style Scale –MBSS)

طور ميلر (Miller, 1987) مقياس تقرير ذاتي، مقياس ميلر للأسلوب السلوكي هو أداة مصممة لقياس تفضيل المعلومات، حيث لم يتم تطوير هذا المقياس في البداية للاستخدام في حالات الرعاية الصحية، يتكون المقياس من أربع مواقف نصية افتراضية ضاغطة تشير إلى التهديد النفسي والجسدي للفرد، لكل موقف من هذه المواقف ثمانية عبارة تصف مختلف الطرق التي قد يستجيب بها الفرد.

يميز مقياس (MBSS) بين طريقتين محتملتين للتعامل مع التهديد، إما البحث عن معلومات حول التهديد أو الابتعاد عنه (Frank-Stromborg & Olsen, 2004, p. 495).

2.7. قائمة طرق استراتيجيات المواجهة (Ways of Coping Checklist, WOC)

قام لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1988) واعتمادا على أفكارهم النظرية حول المواجهة من وضع قائمة طرق المواجهة (Ways of Coping Checklist –WCC)، وسرعان ما أصبح

من أكثر المقاييس استخداما في كل من أمريكا، أوروبا والشرق الأوسط وأسيا بعد ترجمته إلى العديد من اللغات (Lazarus, 1999, p. 114)، اشتملت القائمة على (68) بندا صيغت لتعكس استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والانفعال (Snyder & Dinoff, 1999, p. 10)، ثم تم تقديم نسخة معدلة عرفت باستبيان طرق المواجهة (Ways of Coping Questionnaire) وتقليص البنود إلى (66) بند (Livneh & Martz, 2007, p.18).

يصنف المقياس الأبعاد المتعددة للمقياس، حيث يشتمل على ثمانية مقاييس فرعية تتمثل في: التصدي، اتخاذ مسافة، ضبط الذات، البحث عن الدعم الاجتماعي، تحمل المسؤولية، التهرب- التجنب، مخططات حل المشكل، إعادة التقدير الذاتي (Greenaway & al, 2015, p. 346).

3.7. مقياس المواجهة لكارفر (Cope Inventory, Carver & al, 1989)

أعد كارفر وزملاؤه (Carver & al, 1989) مقياس المواجهة للإشارة إلى مدى استخدام الأفراد لاستراتيجيات المواجهة، عند مواجهة أحداث صعبة أو مرهقة في حياتهم، يتكون المقياس من (52) بند موزعة على (14) مقياسا فرعيا، وتتمثل فيما يلي: المواجهة الفعالة، التخطيط، استبعاد الأنشطة المنافسة، المواجهة المحدودة، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الدعم الاجتماعي لأسباب عاطفية، إعادة التفسير الإيجابي، القبول، العودة للدين، التركيز على العواطف وإظهارها، الإنكار، التحرر الذهني، التحرر السلوكي، التحرر من الكحول والمخدرات.

على الفرد الإجابة على البنود وفق مقياس ليكارت الرباعي حسب الخيارات التالية: عادة لا أفعل هذا على الإطلاق، عادة ما أفعل هذا قليلا، عادة أفعل هذا بشكل متوسط، عادة أفعل هذا كثيرا (Carver & Scheier, 1989, pp. 267-283).

4.7. مقياس استراتيجيات المواجهة للمواقف الضاغطة (Coping Inventory for**Stressful Situations- SICC)**

أعد مقياس استراتيجيات المواجهة للمواقف الضاغطة من طرف أندلر وباركر (Endler & Parker, 1990)، يتكون المقياس من (48) بند تتم الإجابة عليها وفق مقياس ليكارت خماسي الإجابة يتدرج من "على الإطلاق" إلى "كثيرا جدا"، يقيس ثلاث أبعاد هي: المواجهة المركزة على المهمة، الواجهة المركزة على الانفعال، المواجهة المركزة على التجنب.

تم إصدار نسخة مختصرة للمقياس تتكون من (21) بند لتقييم المواجهة في الاستجابة لتحديد المواقف التي تشكل ضغط (Johnson, 2010, p.159).

5.7. مؤشر استراتيجيات المواجهة (Coping Strategy Indicator – CSI)

قام أميركهان (Amirkhan, 1990) ببناء مؤشر استراتيجيات المواجهة (SCI)، عن طريق جمع بنود من الدراسات السابقة وتقديمها للتحليل العاملي الأساسي، حيث يطلب من الأفراد تذكر مشكلة مهمة تسبب لهم القلق، من خلال الإشارة إلى مدى استخدام (33) إستراتيجية للمواجهة للتعامل مع المشكلة، تتوزع البنود على ثلاث أبعاد هي: حل المشكل، البحث عن الدعم الاجتماعي، التجنب (Greenaway & al, 2015, p. 338).

6.7. مقياس مينز للمواجهة (Mainz Coping Inventory – MCI)

تم بناء مقياس مينز للمواجهة من طرف كروهن وزملاؤه (Krohne & al, 2000)، للتمييز بين اليقظة أي التوجه نحو موقف التهديد، والتجنب المعرفي أي الابتعاد عن موقف التهديد، يتضمن مقياس (MCI) ثمانية سيناريوهات تهديد افتراضية، نصفها يصور حالة تهديد جسدي والنصف الآخر يصور تهديد للأنا

(Penwell-Waines & al, 2015, p.160)، وعليه يمكن تقسيم مقياس (MCI) إلى اختبارين فرعيين

للاستجابة للتهديدات الجسدية والأنا.

يشتمل كل سيناريو على (18) إجابة محتملة، منها (9) استراتيجيات لليقظة و(9) استراتيجيات لمواجهة

للتجنب، نوجزها في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): استراتيجيات اليقظة والتجنب.

استراتيجيات اليقظة	استراتيجيات التجنب
- تذكر الأحداث السلبية؛	- التقليل إلى الحد الأدنى؛
- الشفقة على النفس؛	- تعزيز الذات؛
- البحث عن المعلومات؛	- إعادة التفسير؛
- المقارنة بالآخرين؛	- تحويل الانتباه؛
- التخطيط؛	- تراجع اللعب؛
- الميل للهروب؛	- الإنكار؛
- التحكم بواسطة المعلومات؛	- التأكيد على فعالية الفرد؛
- توقع الأحداث السلبية؛	- إبراز الجوانب الإيجابية؛
- التحكم والسيطرة في الوضع؛	- الثقة؛

يستجيب المشاركون على المقياس عن طرق (خطأ- صحيح)، مما يمكن من الحصول على درجات لكل

أسلوب مواجهة (اليقظة - التجنب)، وكل نوع من التهديد ينتج أربع درجات تتمثل في:

- استراتيجيات مواجهة اليقظة في وضعيات التهديد الجسدي.

- استراتيجيات مواجهة اليقظة في وضعيات تهديد الأنا.

- استراتيجيات مواجهة التجنب في وضعيات التهديد الجسدي.

- استراتيجيات مواجهة التجنب في وضعيات تهديد الأنا (Greenaway & al, 2015, p. 328).

خلاصة

يعد مفهوم المواجهة من المفاهيم الحديثة التي استقطبت اهتمام الكثير من الباحثين، بعد أن أصبح مصطلحا قائما بذاته واستقلاله عن دفاعات الأنا وميكانيزمات الدفاع، ورغم تعدد واختلاف تعاريف المواجهة إلا أنها تتفق بأنها تعمل على تخفيف الضغط أو القضاء عليه، وإعادة التوازن النفسي والجسمي.

وتعتبر كل من فولكمان ولازاروس من أوائل الباحثين وأكثرهم نشاطا في دراسة المواجهة، من خلال الأبحاث التي أسفرت بتقديم أداتين لقياس المواجهة (WCC) و(WCQ)، ونظرية التعاملات التقييمية التي تقوم على تفاعل الفرد مع بيئته، فكانت أعمال لازاروس وفولكمان نقطة انطلاق الباحثين الذين قدموا أهداف وتصنيفات وتفسيرات ومقاييس مختلفة وهذا ما تم تبيينه في هذا الفصل.

الفصل الرابع

الدافعية للإنجاز

تمهيد

اهتم العديد من الباحثين والمختصين بدراسة الدافعية لفهم السلوك الإنساني، باعتبارها المحرك الأساسي له، لأن السلوك هو نتيجة لمجموعة من الدوافع، وتعد الدافعية للإنجاز أحد أهم الجوانب في نظام الدوافع الإنسانية، إذ تجاوز الاهتمام بدراستها المجال النفسي إلى مجالات عديدة منها: التربوي والأكاديمي والمجال الاقتصادي وكذلك المجال الإداري باعتبارها عاملاً مهماً في توجيه سلوك الفرد، وسلوك المحيطين به، وعليه فالدافع للإنجاز يحدد أداء العامل وفعاليتته، وبالتالي الوصول إلى تحقيق أهدافه الخاصة وأهداف التنظيم.

وقد جاء هذا الفصل للإلمام ببعض جوانب الدافعية للإنجاز، إذ تم تقسيم الفصل إلى قسمين، القسم الأول خصص لموضوع الدافعية بصفة عامة، وذلك بالتعرض إلى لمحة تاريخية حول تناول مصطلح الدافعية، مفهوم الدافعية، مفاهيم متصلة بالدافعية وظائف الدافعية؛ أما القسم الثاني يتناول الدافعية للإنجاز، بداية بتعريفها والإشارة إلى مكوناتها وأنواعها، مع الإشارة إلى مؤشرات الدافعية للإنجاز، والتعرف على خصائص ذوي الدرجة العليا من الإنجاز، والتطرق إلى النظريات المفسرة للدافعية للإنجاز وقياسها.

1. الدافعية

1.1. لمحة تاريخية حول دراسة مصطلح الدافعية

تعود أولى المحاولات لفهم طبيعة الدافعية إلى الفلاسفة اليونانيين، بالتركيز على مفهوم المتعة كقوة أولية تقود السلوك البشري، الذي يخضع إلى قوتين فقط تحفز الأفراد وهي: "اللذة والألم" (Włodarczyk, 2011, p.13)، حيث اتخذوا موقفين وهما:

- الموقف الأول يرى أن دوافع السلوك الإنساني هي البحث عن اللذة، وتجنب الألم أو عدم الرضا.

- الموقف الثاني يرى أن الفكر (العقل) هو المحدد الأول للسلوك الإنساني (بن غانم، 2007، ص 16)، إذ يعتبر الإنسان كائن منطقي يختار سلوكه عن طريق التفكير العقلاني، وبالتالي هو المسؤول عن كل أفعاله.

وبعد فترة عصر النهضة ظهر التفسير الميكانيكي الطبيعي للفيلسوف الفرنسي ديكارت (-Descartes, 1596-1650)، الذي استمر في ثنائية (جسم- عقل)، اعتبر الجسم كيان مادي وشبهه بالآلة، التي تستجيب بطريقة ميكانيكية للمحيط من خلال حواسه واستجاباته، والعقل الذي اعتبره كيان التفكير الروحي، التي تملك الإرادة النهائية القادرة على مراقبة الجسم وإدارة رغباته، وقد ركز ديكارت على الإرادة التي لا يمكن أن نفهم السلوك إلا إذا فهمناها، لأنها هي التي توجه الحركة، وتحدد طريقة التصرف (Reeve, 2017, p.33).

ثم جاء التفسير الفيزيائي للسلوك على يد هوبز (Hobbes, 1588-1675) الذي اعتبر أن سبب كل سلوك هو البحث عن اللذة أو تجنب الألم (Robert, 2007, p.102)، حيث فسر السلوك من المنظور الفيزيولوجي، فحسب رأيه أن البحث عن اللذة هو ارتفاع جريان الدم والألم هو تباطؤ سير الدم، وبهذا فتح هوبز المجال للتفسير الفيزيولوجي، وقد تأثر به العديد من الباحثين الذين اعتبروا أن الدوافع تحرك العضوية لخفض التوتر والحفاظ على التوازن الحيوي (بن غانم، 2007، ص 16)، أمثال كانون (Cannon, 1929) الذي حاول فهم الدافعية من خلال مفهوم الاتزان الحيوي (Homeostasia)، حيث يعمل الجسم على إعادة التوازن والعودة إلى المستويات المثلى في حالة عدم التوازن، فالدافعية هي الطاقة الناشئة عن اختلال التوازن في الجسم، مما يؤدي إلى تنشيطه للقيام بسلوك معين من أجل إعادة التوازن، وبالتالي الدافع يقوم بوظيفة التنشيط والتوجيه (Wright & Wiediger, 2007, p. 7).

في حين يرى لوك (Lock, 1632-1704) مؤسس المدرسة الترابطية، أن هناك قوانين نفسية تسمح بتحليل ووصف العقل والذي هو نتاج التجارب المعاشة، وحسب هذه النظرية إن الفرد ينتج سلوك يرغب فيه

وفي معرفة نتائجه، حيث تبنت هذه النظرية المقاربة العقلانية وبراهينها من ضمنها علم النفس القدرات والاستعدادات، ونظرية تنظيم العقل حسب كانت (Kant, 1798-1857) الذي يفترض أن الفكر يحتوي على مفاهيم تمكن الإنسان من تفسير التجارب الحسية، وتمكنه من إحساس وإدراك العالم (Laffon, 2004, p.6).

وقد استطاع داروين (Darwin, 1809-1882) من خلال تقديمه نظرية التطور، طرح مفهوم جديد لفهم الدافعية من خلال فهم سلوك الحيوان والإنسان، حيث اعتبر داروين أن سلوك الحيوان غير مكتسب بل هو آلي ووراثي، وأن الحيوانات تتكيف مع محيطها بشكل فطري دون تدخل التجربة في ذلك، ولفهم السلوك أدخل داروين مصطلح الغريزة، وبذلك يكون أول من فتح الطريق لاستخدام الغرائز لفهم السلوك البشري (Reeve, 2017, p.35).

ونجد أن كل من وليام جيمس (William James, 1842-1910) وسيجموند فرويد (Sigmund Freud, 1856- 1939) ووليام ماكدوجال (William McDougal, 1871-1938) تأثروا بأعمال داروين، وتبنوا فكرة الغريزة وجعلوا منها مفهوما تفسيرا هاما في علم النفس (مواري، 1988، ص24)، حيث يعتبر العالم النفسي جيمس (1890) أول من نشر نظرية حول الدافعية مبنية على الغريزة، إذ يرى بأن الغريزة تشير الدافع إلى للحركة إذا وجد حافز مناسب، كما دعم ماكدوجال (1908-1926) نظرية الغريزة بنظرته، التي اعتبر فيها الغريزة كقوة تمييزية لاعقلانية، توجه الفرد نحو هدف محدد (Reeve, 2017, p.35).

في حين فسر فرويد (1915) السلوك الإنساني بأنه مبني على دافعين، هما عبارة عن غريزتين فقط، غريزة الحياة والموت التي أطلق عليهما لفظ "الليبدو (Libido)"، حيث أولى الغريزة الجنسية أهمية خاصة في الهيمنة على سلوك الإنسان (المومني، 2013، ص112).

بعدها استبدل مصطلح الغريزة في دراسة الدافعية بمصطلح جديد هو الباعث أو الدافع (Drive) (Reeve, 2017, p.37)، حيث كانت الإشارة الأولى لهذا المصطلح من طرف واتسون (Watson) ومورقان (Morgan)، حين نشرنا مقالاً عام (1917) في المجلة الأمريكية لعلم النفس بعنوان: "ردود الفعل العاطفية والتجارب النفسية"، أدخلنا مصطلح "الدافع" باعتباره بناء تحفيزي، وحاولاً توفير المنطق والقواعد التجريبية لتحديد مجموعة من ردود الفعل العاطفية باعتبارها تنتمي إلى الطبيعة الأصلية والجوهرية للإنسان، وبذلك عرضنا نظرية أكثر تنظيمًا للدوافع كان فيها "الدافع" مفهومًا مركزيًا، رغم أن معظم مؤرخي علم النفس أعطوا الفضل لظهور الدافع لودوورث (Woodworth, 1918) في كتابه: "علم النفس الديناميكي (Remley, 1980, pp. 314-316).

اتفق هال (Hall, 1943-1952) على مصطلح الدافع، التي أشار إليه وودوورد (Woodword) في نظريته الترابطية، إذ قامت نظرية هال على أن الدافع يحفز السلوك (Klein, 2009, p.17)، واقترح أن العجز الفسيولوجي أو الحاجات، تحرض الجسم للقيام بسلوكيات لتعويض تلك الحاجات، وبالتالي الدوافع هي خاصية تحفيزية تهدف إلى إعادة حالة التوازن (Weiner, 1989, p.92)، وقد توصل هال في نظريته إلى صياغة معادلة رياضية للتعبير عن تفاعل المتغيرات لتحديد شدة الاستجابة، والمتمثلة فيما يلي (Klein, 2009, p.17):

$$\text{جهد الاستجابة} = \text{الدافع} \times \text{محرك الباعث} \times \text{قوة العادة}$$

وقد ظهر مفهوم الدافعية كموضوع للبحث لأول مرة من خلال أعمال عالمي النفس طولمان (Tolman, 1932)، وليفين (Lewin, 1936) (Semuhoza, 2009, p.19)، اللذين أدركا لأول مرة أهمية الإدراك كعوامل مسببة للسلوك (Deci, 1975, p.94)، إذ أصدر طولمان كتاب: "السلوك الغرضي عند الحيوان والإنسان" (المومني، 2013، ص 14)، في حين اهتم ليفين ببناء نظام نظري يمكنه من التنبؤ بالسلوك الدافعي

للفرد (الشرقاوي، 2012، ص 125)، كما ظهر عمل علمي ليونغ (Young,1932) بعنوان: "دافعية السلوك".

ويمكن تلخيص التطور النظري للدافعية من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (12): جدول يمثل التطور النظري لدراسة الدافعية (العلاوي، 2012، ص 83).

المقاربة البيولوجية

الفكرة الرئيسية للنظريات	أصحابها	النظريات
السلوكيات تتبع نموذج معقد، فطري بيولوجيا معقد وأساسي للبقاء.	W.Mc Dougall 1908	الغرائز
الجسم يتجه للإبقاء على الحاجات في نقطة التوازن المنعدم والمعد مسبق.	W. Cannon 1932	التجانس أو الاتزان
التقصيرات الفيزيولوجية (حاجة) تستدعي تعبئة الطاقات الفيزيولوجية (الغرائز) الموجهة لعمل يستهدف الرضا من القصور.	C.Hull, 1943	الغرائز تقليص الجنسية
المستوى الأمثل للاستثمارات الذي يؤدي لنتائج أفضل، يوجد في قمة المنحنى الجرسى المقلوب.	E.Duffy 1950 D.Hebb.1955	التنشيط
المثيرات التي تنتج رد فعل قوي تجلب بعد مرورها، رد فعل معاكس وبنفس الشدة (القوة).	Solomon et Corbit 1974	الصيرورات المتعاكسة (المتضادة)
سلوكيات اجتماعية تكون محددة بيولوجيا وتنتقل وراثيا.	E.Wilson 1975	السوسبيولوجية

المقاربة السيكودينامية

الفكرة الرئيسية للنظرية	أصحابها	النظرية
الفرائز (الحياة والموت) الآتية من اللاشعور والمستجيبة لمبدأ اللذة تدفع إلى الحركة (العمل).	S. Freud 1920	التحليل النفسي

مقاربة التعلم

الفكرة الرئيسية للنظرية	أصحابها	النظريات
المثيرات الخارجية ترى على أنها قادرة على إشباع حاجة مغرية وتسير السلوكات.	C.Hull 1943	المحفزات
السلوكات تنتهج للحصول على مكافأة أو لتجنب عقوبة.	B.F Skinner 1938	الشرطية

المقاربة الإنسانية

الفكرة الرئيسية للنظرية	أصحابها	النظريات
الحاجات تتبع سلم إشباع متتابع يبدأ بالحاجات الفيزيولوجية ليصعد إلى الحاجات الأيمن ثم حاجات الانتماء، بعدها احترام الذات وأخيرا تحقيق الذات.	A. Maslow 1954	التدرج الهرمي للحاجات (سلم الحاجات).

المقاربة السوسيو معرفية

الفكرة الرئيسية للنظرية	أصحابها	النظريات
السلوكات تكون محددة بالمنتظرات من السلوك للوصول إلى هدف والقيمة التي يمثلها هذا الهدف للفرد.	E.Tolman 1932 K. Lewin 1936	توقع - قيم
أحداث الحياة تستند إلى غايات داخلية أو خارجية تؤثر على السلوك.	F. Heider . 1958	الإسناد السببية
في حالة ما المعارف لا تتوافق معا، يؤدي عمل معرفي لتقليص الشذوذ وإعادة الانسجام.	L. Festinger 1957	الشذوذ المعرفية
السلوكات التي تظهر بجرية للمتعة وتجلب إحساس بكفاءة القرار الذاتي تدوم مع الوقت لكن السلوكات القائمة على دافع أو هدف خارجي يحتمل تركها.	Deci Et Ryan 1985	الجوهرية الدافعية والدافعية الخارجية

وقد شهد النصف الثاني من القرن العشرين، ظهور العديد من النظريات التي اهتمت بدراسة الدافعية، نتيجة استمرار اهتمام الكثير من الباحثين بهذا الموضوع، أمثال موراي (Murray, 1938)، ميلار (Miller, 1948)، فاستنجر (Festinger, 1957)، وفروم (Vroom, 1964)، Reeve, 2017، (p.41)، حيث تم إحصاء ما يزيد عن (140) نظرية حول الدافعية (Keller, 2007, p.12)، اختلف تناولهم للموضوع حسب تيارهم العلمي، والخلفية النظرية التي ينطلق منها كل باحث، لذلك نجد تعدد واختلاف في تعريفات الدافعية، وسنقوم في العنصر الموالي استعراض بعض هذه التعريفات.

2.1. مفهوم الدافعية

اكتسب مفهوم الدافعية اهتماما كبيرا، وذلك لارتباط الفرد بدوافع متعددة وكثيرة تحركه وتوجهه في آن واحد نحو اتجاهات محددة، لذا فقد تم استخدامه لتفسير سلوك الإنسان في محاولة للتنبؤ بذلك السلوك والتحكم فيه (خميس، 2010، ص ص 280-296).

وقد يواجه الباحثون التباس في استخدام المصطلحات، لعدم القدرة على التمييز بين كلمة الدافعية والدافع، هل هما مصطلحين مترادفين؟ أم أنهما يختلفان في المعنى؟ لذلك حاول بعض الباحثين - مثل أتكسون- التمييز بين مفهوم "الدافع (Motive)" ومفهوم "الدافعية (Motivation)"، على أساس أن الدافع هو عبارة عن استعداد الفرد لبذل الجهد أو السعي في سبيل تحقيق أو إشباع هدف معين، أما في حالة دخول هذا الاستعداد أو الميل إلى حيز التحقيق الفعلي أو الصريح، فإن ذلك يعني الدافعية باعتبارها عملية نشطة.

وعلى الرغم من محاولة البعض التمييز بين المفهومين، فإنه لا يوجد حتى الآن ما يبرر مسألة الفصل بينهما، ويستخدم مفهوم الدافع كمرادف لمفهوم الدافعية، حيث يعبر كلاهما على الملامح الأساسية للسلوك المدفوع،

وإن كانت الدافعية هي الأكثر عمومية، وقد أظهر هاملتون (Hamilton) في عرض له، استخدام الباحثين لكلمة الدافعية أكثر من الدافع (خليفة، 2000، ص 67).

لغة الدافعية جمعها دوافع وهي تحمل معنى التحريك أو الدفع، بمعنى كل ما يحمل الشيء على الحركة فيجعله يتحرك (بغول، 2007، ص 190)، وقد اشتق لفظ الدافعية (motivation) من الفعل اللاتيني (movere) الذي يعني الدفع و التحريك (Włodarczyk, 2011, p.13).

يعرف الدافع في معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنه: "طاقة داخل الكائن الحي تدفعه للقيام بسلوك أو نشاط معين، تحقيقاً لهدف معين هو إشباع الدافع، فالدافع يستثير السلوك أو النشاط ويوجهه نحو تحقيق هدف معين، حيث تحتل الدوافع أهمية بالغة في بنائه النفسي وفي أوجه نشاطه المختلفة، فهي التي تدفع الفرد للقيام بكافة أنواع السلوك" (طه وآخرون، 1989، ص 191).

وقد تمكنت الباحثان كلينجينا (Kleinginna & Kleinginna, 1981) من تحديد وتصنيف أكثر من (140) تعريف مختلف للدافعية (walker, 2011, p. 107)، ومن هذا الكم استقر رأيهما على أن الدافعية هي: "حالة داخلية - توصف أحياناً كحاجة (need) أو رغبة (desire) أو (want) - تؤدي لتنشيط السلوك وتحديد اتجاهه (علي وحموك، 2014، ص 53)، ويرجع تعدد اختلاف المفاهيم حول الدافعية إلى اختلاف الخلفيات النظرية للعلماء، ولطبيعة عملية الدافعية من حيث التعقيد في مكوناتها وخصائصها، حيث يستخدم مفهوم الدافعية في علم النفس المعاصر في معنيين هما:

✓ **المعنى الأول للدافعية:** عبارة عن منظومة من العوامل المسببة للسلوك.

✓ **المعنى الثاني للدافعية:** يتضمن وصف للعملية التي تعمل على استشارة ومساندة النشاط السلوكي

في مستوى معين (بني يونس، 2007، ص 15).

عرف يونغ (Young) الدافعية من خلال المحددات الداخلية بأنها: "عبارة عن حالة استثارة وتوتر داخلي، تثير السلوك وتدفعه إلى تحقيق هدف معين".

ويرى ماسلو (Maslow,1940) الدافعية بأنها: "خاصية ثابتة ومستمرة ومتغيرة، ومركبة وعمامة، تمارس تأثيراً في كل أحوال الكائن الحي" (خليفة، 2000، ص 69).

عرف فرود وألدنر (Froud & Alder, 1952) الدوافع بأنها: "الحاجات، والرغبات والغرائز الداخلية لدى الفرد، حيث أنها تحركه نحو الهدف المحدد سواء كان ذلك بوعي تام أو لا شعورياً".

ويرى اتكنسون (Atkinson, 1976) أن الدافعية تعني: "استعداد الكائن الحي لبذل أقصى جهد لديه، من أجل تحقيق هدف معين" (غباري، 2008، ص 16).

يعرف ستيرز وبورتر (Steers & portre ,1983) على أنها "عملية مؤلفة من ثلاثة جوانب:

ففي البدء تثير الدافعية السلوك، أي تجعل الناس يقبلون علي التصرف أو العمل بطريقة مخصوصة، ومن جانب ثان توجه الدافعية السلوك نحو الوصول إلى غاية أو هدف معين، أما الجانب الثالث للدافعية، فهو ضمان الاستمرار في بذل الجهد إلى حين بلوغ الهدف" (ريجيو، 1999، ص 228).

يعتبر كل من ستينمتز وتود (Steinmetz & Todd, 1986) الدوافع بأنها: "المسببات الداخلية للسلوك التي تتضمن قيام فرد ما بعمل معين" (لعويسات، 2002، ص 12).

عرف موراي (Murray,1988) الدافعية على أنها: "عبارة عن عامل داخلي يستثير السلوك الإنساني، ويوجهه ويحقق فيه التكامل، وتتأثر الدافعية بعدة عوامل تؤثر في السلوك، مثل: الخبرات السابقة للشخص، القدرات الجسمية، والموقف البيئي" (موراي، 1988، ص 28).

كما عرف مصطفى عشوي الدافعية على أنها: "حالة من التوتر النفسي والفسولوجي الذي قد يكون شعوريا، تدفع الفرد للقيام بأعمال ونشاطات وسلوكيات لإشباع حاجات معينة، للتخفيف من التوتر لإعادة التوازن للسلوك أو النفس بصفة عامة" (عشوي.م، 1990، ص 83).

ووفقا لكانفر (kanfer, 1990) الدافعية هي بناء افتراضي، لا يمكن رؤيته أو الشعور به، ومع ذلك، يمكننا مراقبة التأثيرات أو النتائج التي تدل على اختلاف مستويات الدافعية (Jex & Britt, 2008, p.234).

ويعرف حريم (1997) الدافعية بأنها: "قوة داخلية تستثير حماس الفرد وتحرك وتنشط سلوكه باتجاه معين، لتحقيق هدف أو نتيجة أو منفعة لإشباع حاجة معينة فيزيولوجية أو نفسية" (حريم، 1997).

وتعد الدافعية حسب بايندر (Pinder, 1998) بأنها: "هي التي تحدد شكل واتجاه وشدة ومدة السلوك المرتبط بالعمل" (Jex & Britt, 2008, p.234).

حسب باهي وشلبي الدافعية بأنها: "تكوين نفسي وهي حالة ناشئة في نشاط الكائن الحي بالاستشارة، وبالسلوك الموجه نحو تحقيق الهدف" (باهي وشلبي، 1999، ص 8).

وعرف بني يونس الدافعية على أنها: "قوة ذاتية تعمل على تحريك السلوك وتوجيهه نحو تحقيق هدف معين، حيث تحافظ هذه القوة الذاتية على ديمومة السلوك واستمراريته، مادامت الحاجة قائمة" (بني يونس، 2007، ص15).

نستخلص من تعريفات الدافعية بأنها ظرف أو حال داخلي (يوصف أحيانا كحاجة أو رغبة أو إرادة) تعمل على تفعيل السلوك وتوجيهه:

✓ ظرف أو حال داخلي يعمل على تفعيل سلوك ما ويوجهه؛

✓ رغبة أو إرادة تعمل على تحضير سلوك للوصول إلى الهدف المطلوب؛

✓ تأثير الحاجات والرغبات على شدة واتجاه سلوك ما (أبو رياش وآخرون، 2006، ص 15).
وعليه فالدافعية هي قوة داخلية تستثير حماس الفرد وتحرك وتنشط سلوكه باتجاه معين، لتحقيق هدف أو نتيجة أو منفعة لإشباع حاجة معينة فسيولوجية ونفسية، فالدوافع تعني الرغبة لدى الفرد في بذل أقصى جهود ممكنة لتحقيق الأهداف التنظيمية من أجل زيادة قدرته على تلبية احتياجاته.

ويمكن توضيح سيرورة الدافعية من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (12): سيرورة الدافعية.



3.1. بعض المفاهيم ذات متصلة بالدافعية

إن تعقيد تفسير عملية الدافعية أدى بالكثيرين إلى استعمال بعض المصطلحات كمرادفات للدوافع، وفي الحقيقة ما هي إلا أسباب لها أو نتائج، أو عبارة عن عوامل مساعدة في ديناميكيتها (بن غانم، 2007، ص 16)، حيث ينظر إلى الدافعية على أنها عملية تبدأ بوجود نقص، أو حاجة نفسية تنشيط الدافع أو الباعث في سبيل تحقيق هدف أو حافز، وعليه فالدافعية مرتبطة ببعض المفاهيم نذكر منها:

1.3.1. الحاجة: الحاجة هي عبارة عن نقص تنشأ حينما يكون هناك عدم توازن فيزيولوجي أو نفسي

(بني أحمد، 2007، ص 68)، حيث يعرفها راجح (1986) بأنها: "حالة من العزو والنقص والافتقار تفتقر بنوع من التوتر والضيق، يزول متى قضيت الحاجة وزال النقص، سواء كان النقص ماديا أو معنويا، داخليا أو خارجيا، فالفرد يكون في حاجة إلى الطعام متى أعوز جسمه الطعام، وفي حاجة إلى الأمن متى احتواه

الخوف"، والكثير من علماء النفس يستعمل مصطلح الحاجة على أنها مرادفا لمصطلح الدافع بشكل عام (راجع، 1986، ص 66).

وبناء على ذلك فإن الحاجة هي نقطة البداية لإثارة دافعية الكائن الحي، والتي تحفز طاقته وتدفعه في الاتجاه الذي يحقق إشباعها (خليفة، 2000، ص 78).

2.3.1. الحافز: الحافز هو ما ينشط السلوك ويهيئه للعمل، فيخلق اندفاعا نشيطا نحو تحقيق الأهداف،

فالحافز قوة داخل الكائن الحي تحفزه على القيام بسلوك معين، مسببة له توتر حتى يحقق السلوك هدفه فيهدأ الكائن عند ذلك (طه وآخرون، 1989، ص 174).

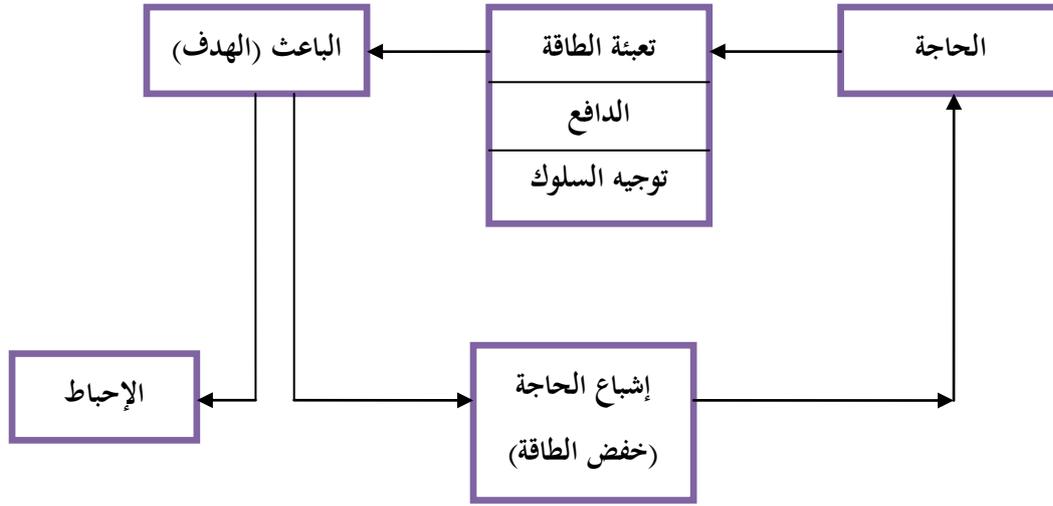
يعتبر البعض أن مفهوم الحافز مرادف لمفهوم الدافع، باعتبار أن كلاهما يعبر عن حالة التوتر العامة نتيجة لشعور الكائن الحي بحاجة معينة، إلا أن هناك فرق بين الاثنين باعتبار أن الدافع يعتبر أكثر عمومية وشمولا من الحافز، كما أن مفهوم الدافع يستخدم للتعبير عن الحاجات الفسيولوجية والسيكولوجية في حين يقتصر مفهوم الحافز للتعبير عن الحاجات الفسيولوجية فقط (جبل، 2001).

3.3.1. الباعث (الهدف): يعرف الباعث بأنه الموضوع الذي يهدف إليه الكائن الحي ويوجه

استجاباته، سواء اتجاهه أو بعيدا عنه، ويعمل بذلك على التخلص من حالة التوتر (زهران، 1984، ص 101)، إذ يوجد في نهاية دورة الدافعية، وهي أي شيء يعمل على تخفيف الحاجة، والتقليل من الحافز فعند تحقيق الأهداف يتم إعادة التوازن النفسي والجسدي ويقلل من الحوافز (بني يونس، 2007، ص 18).

وعليه تنشأ الحاجة لدى الكائن الحي نتيجة حرمانه من شيء معين، ويترب على ذلك أن ينشأ الدافع الذي يعبأ طاقة الكائن الحي، ويوجه سلوكه من أجل الوصول إلى الباعث (الهدف)، وذلك كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (13): العلاقة بين الحاجة والدافع والباعث (خليفة، 2000، ص7).



فضلا عن الحوافز والحاجات والبواعث كمكونات أساسية تدخل في المجال الدافعي، عند الإنسان توجد هناك الرغبات وال ميول، التي تعد بمثابة محفزات أو منشطات للسلوك الإنساني، فالميول عبارة عن حالة دافعية خاصة ذات طابع معرفي، وعموما لا ترتبط مباشرة في لحظة معينة بحاجة هامة مؤقتة، فالميول يمكن تسببها أية مواقف غير متوقعة، أو مثيرات مرئية أو سمعية تلفت الانتباه (بني يونس، 2007، ص 19).

4.1. أنواع الدوافع

توجد صعوبة لتصنيف الدوافع وذلك لتعقد الصلة بين الدافع والسلوك، إذ أن الدافع الواحد قد يؤدي سلوكيات مختلفة لدى الأفراد، كما أن يمكن للدافع أن يؤدي إلى سلوكيات مختلفة، تبعا لوجهة نظر الفرد وإدراكه للموقف الخارجي، في حين يمكن للسلوك الواحد أن يصدر عن دوافع مختلفة، إضافة إلى أن بعض الدوافع تظهر أحيانا في صورة رمزية مقنعة أي بأشكال مستترة، حيث يظهر دافع معين ليخفي وراءه دافعا آخر، في حين يمكن للسلوك أن يصدر عن تضافر عدة دوافع (مجيد، 2016، ص 66).

يمكن تصنيف أنواع الدوافع التي تغطي أشكال السلوك الإنساني بأكثر من طريقة، فهناك العديد من التصنيفات التي قدمها الباحثون عند تقسيمهم لأنواع الدوافع المختلفة، وذلك حسب الطريقة التي درسوا بها هذه الدوافع، قسم موراي الدوافع ومن التصنيفات الأساسية للدوافع ما يلي:

1.4.1. أنواع الدوافع حسب نوعها

1.1.4.1. الدوافع الأولية (Primary Motives)

الدوافع الأولية هي دوافع فطرية أو وراثية مرتبطة بحاجات الجسم الفيزيولوجية، تتمثل في الاستعدادات التي يولد الفرد مزودا بها ولم يكتسبها من بيئته عن طريق الخبرة والتعلم، تتميز هذه الدوافع بمظهرها الوجداني والإدراكي الذي يظهر في ما يقوم به الفرد من نشاط لإشباع الدوافع، من أمثلة هذه الدوافع نذكر دافع الجوع والعطش،... وغيرها (الداهري، 1999، ص 102)، هذه الدوافع يمكن أن تشبع ولكنها لا يمكن أن تستبعد أو تستأصل، فمن السهل أن تعود مرة أخرى للظهور بعد فترة من إشباعها (عبد الرحمن، 1998، ص 591).

2.1.4.1. الدوافع الثانوية (Secondary Motives)

الدوافع الثانوية يطلق عليها أيضا الدوافع المكتسبة أو الاجتماعية، مرتبطة بالتكوين النفسي للفرد، تنشأ نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة والظروف الاجتماعية المختلفة، وتتأثر بشكل كبير بالبيئة المحيطة بها، وما يسيطر عليها من عادات وأنظمة وتقاليد، وبذلك فإن الدوافع الثانوية تختلف باختلاف الأفراد والجماعات (دخل الله، 2015، ص 44).

2.4.1. أنواع الدوافع حسب مصدرها

يذكر سباولدنك (Spaulding) أن الباحثين وواضعي النظريات الدافعية يشيرون إلى نوعين من الدافعية بشكل عام، وهما:

1.2.4.1. الدوافع الداخلية (Intrinsic Motivation)

الدافعية الداخلية توجد عندما يعمل الفرد لأن هناك رغبة داخلية لأداء المهمة بنجاح، إذ يشير ليدر (Lepper, 2005) أن الدافعية الداخلية تتجلى في انخراط الفرد في أي نشاط لذاته، ويكون العمل مدفوعاً بدوافع داخلية، فيقوم الفرد بأداء السلوك للحصول على المتعة، حيث يعرف العلوان الدافعية الداخلية بأنها:

"رغبة داخلية لدى الأفراد لأداء مهمة ما، من أجل الحصول على المتعة والسعادة".

ويشير ستيرنبرغ حول الدافعية الداخلية، بقوله: "من الأفضل أن تكون الدافعية داخلية وليست خارجية، لسبب واحد هو أن المصادر الخارجية للدافعية تبدو دائماً عابرة، ونتيجة لذلك غالباً ما يفقد أولئك الذين يتم تحفيزهم من مصادر خارجية دافعيتهم، إذا ما قلت أو نفذت مصادر المكافأة، أما الذين يتم تحفيزهم داخلياً فهم قادرون على الحفاظ على دافعيتهم، بعيداً عن تقلبات المكافآت الخارجية (علي وحموك، 2014، ص 59).

2.2.4.1. الدوافع الخارجية (Extrinsic Motivation)

الدوافع الخارجية هي الدوافع التي تنشأ نتيجة الفرد بالأشخاص الآخرين، من ثم تدفع الفرد للقيام بأفعال معينة إرضاء للمحيطين به، أو الحصول على تقديرهم أو تحقيق نفع مادي أو معنوي، مثل: دافع الانتماء، ودافع التنافس والسيطرة للحصول على المزايا الاجتماعية والمادية (مجيد، 2016، ص 69).

3.2.4.1. تصنيف الدوافع حسب الشعور كما أن هناك تصنيف للدوافع وهي:

▪ **الدوافع الشعورية:** وهي الدوافع التي تدخل في وعي الشخص، وتكون تحت سيطرته فيكون قادراً على التحكم فيها، وعلى توجيهها وتعديلها أو إيقافها، فهي دوافع تحت سيطرة الشخص لأنها خاضعة لعقله الواعي، مثل اختيار المهنة، وتناول الطعام... الخ (مجيد، 2016، ص 71).

▪ **الدوافع اللاشعورية:** وهي الدوافع التي تنتج السلوك الذي يقوم به الفرد من غير إرادته ودون تفسير منطقي (علي وحموك، 2014، ص 57)، ففي كثير من الأحيان يتصرف الفرد تصرفات لا يدرك لها سبب، وتكون في الحقيقة صادرة لاشعوريا، مثل: التعدي أو الحب أو الكراهية (مجيد، 2016، ص71).

كما أشار بعض العلماء إلى إمكان تقسيم الدوافع إلى إيجابية، وهي التي تدفع الإنسان إلى سلوك معين، وأخرى سلبية وهي التي تمنعه عن تصرفات معينة، وقسمت كذلك الدوافع إلى فعالة وأخرى ساكنة، ودوافع رشيدة وأخرى عاطفية.

ويرى السلمى أنه إذا تأملنا الدوافع السابقة الذكر، يمكن تقسيمها إلى عدة فئات أساسية تضم كل فئة منها مجموعة من تلك الدوافع تتفق في كونها تعمل على إشباع نفس الحاجة، وعليه اقترح تقسيما لهذه الدوافع وهي:

✓ **دوافع متعلقة بالحاجات الأساسية للإنسان:** وتمثل الحاجات الأساسية هي التي لا غنى للفرد عن إشباعها، حتى يبقى على قيد الحياة، مثل: الحاجة إلى الأكل والشرب... وغيرها.

✓ **دوافع تتعلق بالحاجات النفسية للإنسان:** إضافة إلى الحاجات الأساسية، يسعى الفرد إلى تحقيق حاجات نفسية، تتعلق برغبة الفرد في الإنجاز وتحقيق النتائج، والرغبة في الحصول على مركز اجتماعي مرموق.

✓ **دوافع تتعلق بحاجات الإنسان الاجتماعية:** نتيجة تواجد الفرد في بيئة اجتماعية، تنمو لديه مجموعة من الحاجات الاجتماعية التي يسعى لإشباعها بإتباع أنماط معينة للسلوك، تتمثل هذه الحاجات في الحاجة إلى الصداقة، والرغبة في مساعدة الآخرين... وغيرها.

✓ دوافع تتعلق بحاجة الإنسان إلى تأكيد الذات: ترتبط هذه الدوافع بحاجة الإنسان إلى أن يحقق الصورة التي يتخيلها لنفسه، والقوى التي تخلقها تلك الحاجات يمكن أن تحرك السلوك الإنساني في اتجاهات تختلف طبيعتها عن الاتجاهات التي يسلكها الفرد لإشباع حاجاته الأساسية (السلمي، 1998، ص 120).

5.1. وظائف الدافعية

تسهم الدافعية في تسهيل فهم السلوك الإنساني، وتلعب الدور الأهم في مشاركة الإنسان على إنجاز عمل ما، كما تقوم الدافعية بعدة وظائف منها:

1.5.1. التنشيط: تعمل على تعبئة الطاقة لدى الفرد وتحفزه نحو الهدف، وتستمر هذه الطاقة معبأة إلى

أن يشبع الفرد حاجته أو يحقق هدفه، وقد بين علماء النفس أن أفضل مستوى من الدافعية لتحقيق نتائج إيجابية هو المستوى المتوسط، ويحدث ذلك لأن المستوى المنخفض من الدافعية يؤدي إلى الملل وعدم الاهتمام، كما أن المستوى المرتفع عن الحد المعقول يؤدي إلى ارتفاع القلق والتوتر، فهما عاملان سلبيان في السلوك الإنساني (خليفة، 2007، ص 75).

2.5.1. توجيه السلوك: توجه الدافعية سلوك الإنسان نحو وجهة معينة دون أخرى، ونحو تحقيق

الأهداف المنشودة، بمعنى أن الدوافع تعمل على توجيه وتركيز انتباه الفرد نحو مواقف معينة، كما تملي على الفرد أن يستجيب لمواقف معينة.

3.5.1. تنشيط التوقعات: تعمل الدافعية على تنشيط التوقعات المتصلة بتحقيق الأهداف أو إشباعها

(بني يونس، 2007، ص 26).

كما تؤثر الدافعية في نوعية التوقعات التي يحملها الناس، تبعاً لأفعالهم ونشاطاتهم وبالتالي فإنها تؤثر في مستويات الطموح، التي يتميز بها كل واحد منهم والتوقعات بالطبع على علاقة وثيقة بخبرات النجاح، أو الفشل التي كان الإنسان قد تعرض لها.

4.5.1. المحافظة على استدامة السلوك: طالما بقي الإنسان مدفوعاً أو طالما بقيت الحاجة قائمة،

فالدوافع بالإضافة إلى أنها تحرك السلوك، فهي تعمل أيضاً على المحافظة عليه نشيطاً حتى يشبع الحاجة (بني أحمد، 2007، ص 62).

ويمكن تمثيل وظائف الدافعية وفوائدها، في أنها تعمل على:

- ✓ توجيه السلوك الإنساني نحو أهداف معينة؛
- ✓ زيادة الجهود والطاقة المبذولة نحو تحقيق أهداف معينة؛
- ✓ زيادة المبادرة إلى النشاط والاستمرارية؛
- ✓ تحديد التوابع المعززة للسلوك؛
- ✓ المساعدة في تحقيق أداء متطور وجيد؛

فالدافعية هي مولدات ومنشطات ومحركات وموجهات للسلوك الإنساني والتنبؤ به وتفسيره (بني يونس، 2007، ص 26-27).

2. الدافعية للإنجاز

يعتبر الدافع للإنجاز أحد الجوانب المهمة في منظومة الدوافع الإنسانية، والذي اهتم بدراسته الباحثون في ميدان علم النفس الفارق وعلم النفس الاجتماعي وعلم نفس الشخصية، إذ يعد دافع الإنجاز مكوناً أساسياً في سعي الفرد اتجاه تحقيق ذاته وتقديرها، حيث يشعر المرء بتحقيق ذاته من خلال ما ينجزه ويحققه من

أهداف، وما يسعى إليه من أساليب حياة أفضل ومستويات أعظم لوجوده الإنسان (صرداوي، 2011، ص 300-345).

عليه يتناول العنصر الموالي مفهوم الدافعية، وتقديم بعض التعريفات المختلفة للدافعية للإنجاز:

1.2 مفهوم الدافعية للإنجاز

يرجع استخدام مصطلح الدافع للإنجاز في علم النفس إلى أدلر (Adler) الذي أشار إلى أن الحاجة للإنجاز، هي دافع تعويض مستمد من خبرات الطفولة (الرابغي، 2015، ص 155)، وكورث ليفين (Levin) الذي عرض هذا المصطلح في ضوء تناوله لمفهوم الطموح، غير أن أول من قدم مفهوم الحاجة للإنجاز، بشكل دقيق وبوصفه مكونا مهما من مكونات الشخصية، هو عالم النفس الأمريكي هنري موراي (Murray)، حيث أعتبرها واحدة من عدة حاجات نفسية، عرضت في دراسة بعنوان "استكشافات في الشخصية".

واصل ماكلييلاند وأتكسون (Mc.clelland & Atkinson) وزملائه في العمل، غير أنهم استبدلوا مفهوم الحاجة للإنجاز بالدافع للإنجاز، غير أنهما لا يختلفان عن بعضهما في المعنى (خليفة، 2000، ص 88). وقد حظيت دراسة الدافع للإنجاز العديد من الباحثين حيث تعددت التعريفات، ونعرض بعضها فيما يلي:

يعرّف قاموس إدارة الأعمال (Dictionary of Management Science, 1994) الدافع للإنجاز بأنه: "الرغبة في إنجاز شيء صعب وأداء بإتقان وسرعة واستقلالية، والتغلب على العقاب للوصول إلى مستوى أداء ممتاز ومتفوق"، وهو يشير إلى عامل انفعالي وحركي، فطري أو مكتسب، شعوري أو لاشعوري، يشير

نشاط الفرد للأداء والإنجاز تحقيقاً لغاية ما، وأنه كلما ازدادت المسافة بين مستوى الطموح ومستوى الأداء ارتفع الدافع للإنجاز (تشواقت، 2001، ص 12).

ووفقاً لتقرير معهد روتشستر للتكنولوجيا (The Rochester Institute of Technology) فإن الدافعية للإنجاز بأن: "الدافعية تركز على المشاعر، والإنجاز يرتبط بالأهداف، والدافعية للإنجاز تعتمد على الوصول إلى النجاح وتحقيق كل تطلعاتنا للحياة" (Patel, 2016, p. 55).

يعرف موراي (Murray) الدافعية للإنجاز بأنها: "رغبة الفرد و ميله نحو تدليل العقبات لأداء شيء صعب بأقل قدر من الوقت مستخدماً ما لديه من قوة و مثابرة و استقلالية" (شريت، 2003، ص 302).

ويعرف ماكلييلاند (Mc.clelland, 1995) دافعية الإنجاز أنها: " تكوين افتراضي يعني الشعور المرتبط بالأداء التقييمي حيث المنافسة لبلوغ معايير الامتياز، و أن هذا الشعور يعكس مكونين أساسيين هما الرغبة في النجاح و الخوف من الفشل، خلال سعي الفرد لبذل أقصى جهده وكفاحه من أجل النجاح، وبلوغ الأفضل والتفوق على الآخرين " (شواشرة، 2007، ص 3).

عرف أتكينسون (Atkinson, 1964): "الدافعية للإنجاز هي استعداد الفرد للمجاهدة ، أو السعي في سبيل تحقيق هدف معين ، وفقاً لمستوى محدد للامتياز و الجودة " (سالم، 2012، ص ص 81-96).

ويعرف خليفة (1995) الدافعية للإنجاز أنها: " استعداد الفرد لتحمل المسؤولية والسعي نحو التفوق لتحقيق أهداف معينة، والمثابرة والتغلب على العقبات والمشكلات التي تواجهه، والشعور بأهمية الزمن والتخطيط للمستقبل" (خليفة ، 2000، ص 96).

واعتبر الرايغي الدافعية للإنجاز بأنها: "استعداد الفرد لتحمل المسؤولية، والسعي نحو التفوق لتحقيق أهداف معينة، والمثابرة للتغلب على العقبات والمشكلات التي تواجهه والشعور بأهمية الزمن والتخطيط للمستقبل" (الرايغي، 2015، ص 157).

2.2. مكونات الدافعية للإنجاز

يرى أوزيل (Ausubel, 1969) أن هناك ثلاث مكونات على الأقل للدافع إلى الإنجاز هي:

1.2.2. الحافز المعرفي: الذي يشير إلى محاولة الفرد إشباع حاجته لأن يعرف ويفهم، حيث أن المعرفة

الجديدة تعين الأفراد على أداء مهامهم بكفاءة أكثر، فإن ذلك يعد مكافأة له.

2.2.2. توجيه الذات: وتمثله رغبة الفرد في المزيد من السمعة والصيت، والمكانة التي يحرزها عن طريق

أدائه المميز والملتزم، في الوقت نفسه بالتقاليد الأكاديمية المعترف بها، مما يؤدي إلى شعوره بكفاءته واحترامه لذاته.

3.2.2. دافع الانتماء: بمعناه الواسع الذي يتجلى في الرغبة في الحصول على تقبل الآخرين و يتحقق

إشباعه من هذا التقبل، بمعنى أن الفرد يستخدم نجاحه الأكاديمي بوصفه أداة للحصول على الاعتراف والتقدير، من جانب أولئك الذين يعتمد عليهم في تأكيد ثقته بنفسه (شارف خوجة، 2016، ص 121).

كما ذهب عبد المجيد (1985) إلى أن دافع الإنجاز يمكن اعتباره دالة لسبعة عوامل هي:

1 . التطلع للنجاح؛

2 . التفوق عن طريق بذل الجهد والمثابرة.

3 . الإنجاز عن طريق الاستقلال عن الآخرين في مقابل العمل مع الآخرين بنشاط؛

4 . القدرة على إنجاز الأعمال الصعبة بالتحكم فيها والسيطرة على الآخرين؛

5. الانتماء إلى الجماعة والعمل من أجلها؛

6. تنظيم الأعمال وترتيبها بهدف إنجازها بدقة وإتقان؛

7. مراعاة التقاليد والمعايير الاجتماعية المرغوبة، أو مساندة الجماعة والسعي لبلوغ مكانة مرموقة بين الآخرين

(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2003، ص 181)؛

أما عبد القادر فقد قام بتحديد دافع الإنجاز من خلال ثلاثة مكونات هي:

- الطموح العام؛

- النجاح بالمثابرة على بذل الجهد؛

- التحمل من أجل الوصول إلى الهدف؛

لكن جاكسون، أحمد و وهبي (1986) اعتبروا أن الدافع للإنجاز نتاجا لستة عوامل أولية يظهر من خلالها هذا التكوين الكلي و هي: المكانة بين الأفراد، والمكانة بين الخبراء، والتملك، والاستقلالية، التنافسية، والاهتمام بالامتياز.

غير أن عمران (1980) يرى أن دافع الإنجاز نتاجا لثلاثة مكونات أو أبعاد، حيث يفترض أن كل بعد

يغطي منطقة سلوكية مختلفة عن الأخرى، هذه الأبعاد هي:

✓ البعد الشخصي :

يتمثل هذا البعد في محاولة الفرد تحقيق ذاته المثالية من خلال الإنجاز، وأن دافعيته في ذلك دافعية ذاتية إنجاز من أجل الإنجاز، حيث يرى الفرد أن الإنجاز متعة في حد ذاته، وهو يهدف بذلك إلى الإنجاز الخالص الذي يخضع للمقاييس والمعايير الذاتية الشخصية، ويتميز الفرد من أصحاب هذا المستوى العالي في هذا البعد، بارتفاع مستوى كل من الطموح والتحمل والمثابرة، وهذه أهم صفاته الشخصية.

✓ البعد الاجتماعي:

يقصد به الاهتمام بالتفوق في المنافسة على جميع المشاركين في المجالات المختلفة، كما يتضمن هذا البعد أيضا الميل إلى التعاون مع الآخرين، من أجل تحقيق هدف كبير بعيد المنال.

✓ بعد المستوى العالي في الإنجاز:

يقصد بهذا البعد أن أصحاب المستوى العالي في الإنجاز، يهدف إلى المستوى الجيد والممتاز في كل ما يقوم به من عمل (شريت، 2003، ص 312).

من خلال ما سبق، نجد أنه رغم اختلاف الباحثين في تحديد مكونات الدافع للإنجاز، أنها قد استوعبت معظمها الأبعاد الثلاث التي قدمها أوزيل، حيث يرى أن الدافع للإنجاز تنظمه ثلاثة أبعاد تشكله وتحدد سلوك الفرد بناءً عليها.

عرّف أتكنسون النشاط المنجز بأنه النشاط يكون محصلة صراع بين هدفين متعارضين عند الفرد هما:

- الميل نحو تحقيق النجاح، وهو وظيفة لاستعداد ثابت فطري أو مكتسب؛

- الميل نحو تحاشي الفشل؛

وعليه فالدافع إلى الإنجاز يتكون من شقين رئيسيين:

✓ الأول: استعداد ثابت نسبيا عند الفرد لا يكاد يتغير عبر المواقف المختلفة.

✓ الثاني: خاص باحتمالات النجاح أو الفشل و جاذبية الحافز الخارجي الموجب للنجاح أو قيمة الحافز

السالب للفشل (شريت، 2003، ص 312).

3.2. أنواع الدافعية للإنجاز

ميز فيروف و شارلز سميت (Charles Smith) بين نوعين أساسيين من الدافعية للإنجاز وهما:

1.3.2. دافعية الإنجاز الذاتية : ويقصد بها تطبيق المعايير الداخلية أو الشخصية في مواقف الإنجاز.

2.3.2. دافعية الإنجاز الاجتماعية : وتتضمن تطبيق معايير التفوق التي تعتمد على المقارنة الاجتماعية،

أي مقارنة أداء الفرد بالآخرين، ويمكن أن يعمل كل من هذين النوعين في نفس الموقف، ولكن قوتها تختلف وفقا لأيهما أكثر سيادة وسيطرة في الموقف، فإذا كانت دافعية الإنجاز لها وزن أكبر وسيطرة في الموقف، فإنه غالبا ما يتبعها دافعية الإنجاز الاجتماعية والعكس.

كما ميز ماتز وآخرون (Mathis & Al) بين الدافعية للإنجاز والدافعية للكفاءة، على أساس أن الدافعية للكفاءة، تتركز على السرور والبهجة الوقتية التي يحققها الفرد، أما الدافعية للإنجاز فهي تتركز على الإنجازات المستقبلية والنجاح في المستقبل، وأشار ماتز وزملاؤه إلى أهمية كل منهما.

4.2. مؤشرات الدافعية للإنجاز

أوضح أتكينسون أن مؤشرات الدافعية للإنجاز من حيث قوتها أو ضعفها تتمثل في:

1. محاولة الوصول للهدف، و لإصرار عليه؛

2. التنافس مع الآخرين وما يعنيه ذلك من سرعة الوصول للهدف، وبذل الجهد؛

3. أن يتم ذلك وفق لمعيار الجودة في الأداء؛

وهناك مظاهر متباينة للدافعية للإنجاز حددها بعض العلماء: كوهين، هنري، يونغ في نقاط معينة، حيث

حدد هرمانز (Hermans) مظاهر الدافعية للإنجاز في عشرة جوانب هي:

1. مستوى الطموح؛ 6. إدراك الزمن؛

2. سلوك تقبل المخاطرة؛ 7. التوجه للمستقبل؛

3. الحراك الاجتماعي؛ 8. اختيار الرفيق؛

9. سلوك التعرف؛

4. المثابرة؛

10. سلوك الإنجاز (خليفة، 2000، ص 93).

5. توتر العمل؛

5.2. خصائص ذوي الدرجة العليا من الإنجاز

يتميز الأفراد ذوي دافعية إنجاز عالية بالتوجه إلى حل المشاكل التي تكون ذات مستويات معتدلة من التحدي والصعوبة، حيث يرى المنظرين في الدافعية للإنجاز مثل موراي وماكلييلاند واتكسون، أن هؤلاء الأفراد عادة يفضلون المهام والمشاكل متوسطة الصعوبة، إذ أنهم ينجذبون نحو التحدي، لأن قدراتهم وجهودهم تمكنهم من تحقيقها (Patel, 2016, p.63).

وقد توصل ماكلييلاند بعد قيامه بدراسات مكثفة، إلى وصف كامل للشخص الذي يعد على درجة عالية من الإنجاز ومن أهم هذه الصفات نذكر:

1.5.2. درجة المغامرة: تكون درجة المغامرة معتدلة، لأن الفرد ذو الإنجاز المرتفع، يتجنب القيام بالأعمال التي تتصف بالمغامرة والتي يرتبط بنجاحها، وفشلها بعوامل خارجة عن تحكمه، فهو يضع أمامه أهداف متوسطة الصعوبة، وعندما تكون إمكانية النجاح فيها بنسب كبيرة، فإنه يقبل عليها بأقصى جهد ممكن لتحقيق أقصى ما يمكن من إنجاز (قشقوش، 1979).

2.5.2. تحديد المسار في ضوء المعرفة المباشرة للنتائج: يميل الأفراد ذوي الدافع للإنجاز المرتفع، إلى معرفة نتائج أعمالهم بصورة فورية، حيث يساعدهم ذلك في تعديل سلوكهم، وبذلك التعرف على درجة تقدمه للوصول إلى الهدف الذي حدده لنفسه، وهذا ما يمكن تسميته بدرجة النجاح.

3.5.2. يسعى الفرد ذو الإنجاز العالي إلى إنجاز عمله بنجاح وتحقيق الهدف، الذي وضعه فهو شخص متفان، لا يرضى بترك العمل في منتصفه، ولا يقبل أن يبذل أقل من أقصى جهد لديه.

4.5.2. الثقة: يتمتع الفرد ذو الإنجاز المرتفع بقدر كبير من الثقة بالنفس، وتعني الثقة في قدرته الخاصة على حل المشكلات التي يواجهها، وهناك جانب آخر من جوانب الثقة بالنفس وهو الشك في آراء الخبراء، وتكوين رأي خاص به في كثير من الشؤون (عبد الله، 2003، ص180).

5.5.2. يفضل مرتفع الإنجاز المهني التي تحدث فيها، تغييرات دائمة وتحديات مستمرة كما يكره تضييع الوقت، وإذا كان لدى الشخص هذه الصفات مجتمعة مع الذكاء، فليس من السهل أن يفشل في تحقيق النجاح المعقول في الحياة، وعليه أن نلخص الصفات التي يتم الشخص ذا الإنجاز المرتفع في: الطموح، الجدية، حب المنافسة، التحمل، الاستقلال، تفضيل المخاطر، الحرص على تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية (شريت، 2003، ص208).

يهتم الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الإنجاز بما يؤديه من عمل، في حد ذاته أكثر من اهتمامه بأي عائد مادي يعود عليه من إنجاز هذا العمل، وهو دون شك يرغب في الحصول على قدر كبير من المال، لكونه مقياساً لدرجة امتيازه في أداء عمله.

وأوضحت نتائج كثير من الدراسات عدداً من الاختلافات المحددة بين الأشخاص ذوي الدافعية للإنجاز، وبين الآخرين الذين يكونون مدفوعين أكثر بعوامل نفسية مثل الحاجة لتجنب الفشل، ومنها:

✓ إن الأفراد ذوي الدافعية العالية يميلون إلى أن يختاروا المشاكل التي تتحدى قدراتهم، في حين يختار الأفراد ذوو الدافعية المنخفضة المشكلات السهلة أو المشكلات الصعبة.

✓ يميل الأشخاص ذوو الدافعية العالية إلى العمل طويلاً لحل المشكلات الصعبة، ويفضلون العمل مع الأشخاص المثابرين، بينما يميل الأشخاص منخفضي الإنجاز إلى العمل مع أشخاص يحبونهم ويصدقونهم، وفي جماعات الطلاب التي تتقارب معدلات ذكائهم فإن ذوي الدافعية يحصلون على درجات أعلى في المدرسة.

ويمكن تلخيص الاختلاف بين ذوي الدافعية للإنجاز المرتفعة والمنخفضة في الجدول التالي (الريغي، 2015،

ص 162):

الجدول رقم (13): المقارنة بين خصائص ذوي الدافعية المرتفعة وذوي الدافعية المنخفضة.

المعيار	أصحاب الدافعية المرتفعة	أصحاب الدافعية المنخفضة
الدافع	دافع التحصيل والإنجاز.	دافع لتجنب الفشل كالقلق.
الهدف	التعلم، الرضا الذاتي عن تحقيق النجاح والتحسن، اختيار أهداف فيها تحدي.	الاستحسان من الآخرين اختيار أهداف سهلة أو صعبة.
المصدر	دافعية داخلية: الحاجات، الاهتمامات، حب الاستطلاع، الاستمتاع	دافعية خارجية: عوامل بيئية مثل المكافآت، العقاب، التقبل الاجتماعي، الضغوط الاجتماعية
الاهتمام بالمهمة	الاهتمام بالمهمة مرتبط باتقان المهمة ذاتها.	الاهتمام بالذات مرتبط بنظرة الآخرين إليه.
العزو المحتمل	عزو النجاح والفشل إلى عوامل قابلة للسيطرة.	العزو لعوامل غير قابلة للسيطرة مثل: الحظ وصعوبة الأداء.
التوجه للقدرة على الانجاز	اعتقاد بأن القدرة قابلة للتحسين من خلال العمل والمثابرة.	اعتقاد بأن القدرة سمة ثابتة غير قابلة للتحسين.

6.2. النظريات المفسرة لدافعية الإنجاز

تعددت النظريات المتناولة لدافعية الإنجاز، وهذا حسب الأطر النظرية التي أنطلق منها كل باحث لهذا

الموضوع ونذكر منها:

1.6.2. موراي (Murray) ونظريته:

تأثر موراي بعلماء التحليل النفسي، وعلى رأسهم فرويد (Freud) ويونغ (Yung)، كما تأثر بعلماء

الاجتماع والأجناس وحظي بتدريب عميق في الطب البيولوجيا، هذه الخلفية العلمية جعلته ينظر إلى الإنسان

على أنه كائن نشط ونام، من هذا المنطلق يؤكد على أن فهمها للسلوك الإنساني، لا ينبغي أن يكون في ضوء ما لديه من حاجات أو بنية شخصية، ولكن الكائن الحي والوسط الذي يعيش فيه ينبغي أن يوضع معا في الاعتبار.

فالبينة وفق ما يذهب إليه موراي، يمكن أن توفر الدعم اللازم للتعبير عن الحاجات وإشباعها، كما يمكنها أيضا أن تكون مليئة بالحوافز، التي تعوق السلوك الموجه نحو إشباع الحاجات (قشقوش ومنصور، 1979، ص 24).

يعتبر موراي أول من قدم مصطلح الحاجة للإنجاز بشكل دقيق، بوصفه مكونا من مكونات الشخصية، وذلك في دراسة له سنة (1938) بعنوان "استكشافات الشخصية" (خليفة، 2000، ص 58)، وتبلور هذا المفهوم في إطار محاولاته لوصف السلوك وتفسيره، حيث يعترف بأن تصوره للشخصية ولتغيراتها، متحيز نحو الجوانب الدينامية أو الدافعية للشخصية، ومن هنا كان محور تصور موراي للشخصية هو "فكرة التنظيم الهرمي للحاجات أو الدوافع الإنسانية نفسية المنشأ"

تميز نظرية موراي أربعين حاجة تقريبا، منها الحاجة للإنجاز التي يعرفها على أنها: "حرص الفرد على تحقيق الأشياء التي يراها الآخرون صعبة، السيطرة على البيئة الفيزيائية والاجتماعية، التحكم في الأفكار وحسن تناولها وتنظيمها، سرعة الأداء، الاستقلالية والتغلب على العقبات، بلوغ معايير الامتياز، التفوق على الذات ومنافسة الآخرين والتفوق عليهم، والاعتزاز بالذات وتقديرها بالممارسة الناجمة عن القدرة" (باهي وشليبي، 1998، ص 22).

وأوضح موراي في هذا التعريف أن الحاجة للإنجاز لها عدة مظاهر منها:

- سعي الفرد إلى القيام بالأعمال الصعبة؛

- تنظيم الأفكار وإنجازها بسرعة فائقة؛

نتيجة للنقائص ونقاط الضعف التي واجهتها نظرية موراي، مما أدى به إلى تعديل نظريته عدّة مرات وظهور نظرية الحاجات الظاهرة التي تعتبر هذه النظرية أحدث نظريات الحاجات في الدافعية والتي تم تطويرها من قبل موراي، وتدعى نظرية الحاجات الظاهرة.

في هذه النظرية الأفراد يمكن تصنيفهم حسب قوة الحاجات، وأنهم لديهم في نفس الوقت حاجات متعددة ومتباينة، تؤثر على سلوكهم وتدفعهم للعمل، وبهذا فالفرد لديه عدّة حاجات وبأوزان مختلفة، في نفس الوقت فقد يكون لدى الفرد حاجات عالية للإنجاز والاستقلال، وحاجات متدنية للانتماء والسلطة في نفس الوقت. وبالرغم من أن نموذج الحاجات الظاهرة يشتمل على مجموعة كبيرة من الحاجات، فإن معظم الدراسات ركزت على أربع حاجات، ذات أهمية خاصة لفهم سلوك الفرد في العمل وهي:

▪ **الحاجة للإنجاز:** وهي الرغبة في الامتياز أو الدافع للنجاح في أداء العمل، بمعنى أن يكون الفرد مدفوعاً بالرغبة في التفوق والنجاح في إتمام أي عمل يقوم به، ويميل الناس الذين لديهم حاجة قوية للإنجاز إلى أن يكونوا:

- طموحين ولديهم رغبة شديدة لتحقيق النجاح؛

- يحبون التحدي؛

- لديهم رغبة قوية في الاعتماد على الذات؛

- يصغون لأنفسهم أهدافاً طموحة وكبيرة من الممكن تحقيقها؛

- يرغبون في تلقي تغذية راجعة حول مستوى أدائهم وإنجازهم؛

▪ **الحاجة للانتماء:** وهي الرغبة في تكوين صداقات مع الآخرين، وتكوين علاقات شخصية واجتماعية مع الأفراد، ويشعر الأشخاص الذين لديهم حاجة قوية للانتماء بالرغبة القوية للقبول من قبل الآخرين والتواجد مع الغير:

- التفاعل الاجتماعي ومساعدة الآخرين على النمو والتقدم؛
- الشعور بالسرور عندما يكون محبوباً لدى الآخرين؛
- **الحاجة للاستقلال:** وهي الرغبة في حرية التصرف في العمل، والاستقلال من أي قيد، ويميل الأفراد الذين لديهم حاجة للاستقلال إلى:
 - عدم إلزامهم وتقييدهم بقواعد وإجراءات صارمة؛
 - العمل منفردين والرقابة الذاتية على أعمالهم؛
 - عدم الرغبة في إلزامهم بالعمل مع أشخاص محددين وأماكن معينة؛
- **الحاجة للقوة أو السلطة:** وهي الرغبة في التحكم والسيطرة والتأثير على الآخرين، بمعنى رغبة الفرد في أن يكون له مقدرة وقوة في السيطرة، على ما يحيط به من أحداث وأشياء وأشخاص (بني أحمد، 2007، ص 94-96).

على الرغم من أن مفهوم الدافعية للإنجاز يرتبط في الأصل بأعمال موراى إلا أنه من الثابت أن الدراسات المنظمة في هذا المجال ارتبطت بإسهامات كل من ماكلياند وأتكسون ومدرستها، وظهر نظريتين مهمتين هما:

2.6.2. نظرية الحاجات لـ ماكلياند (David.Mc clelland)

ركز ماكلياند (Mc.clelland) على الدراسات النفسية للفرد والمجتمع، واعتبر العوامل النفسية والاجتماعية هي المتغيرات الرئيسة التي تؤثر على النمو الاقتصادي، وقد شرح ذلك في كتابه: (Achieving Society)، ووفقاً له يختلف الأفراد عن بعضهم البعض في قوة الدافع للإنجاز، هذا الاختلاف، وهذا الاختلاف يمكننا من فهم الاختلاف في النمو الاقتصادي للمجتمع.

وقد تطویر نظرية دافعية الإنجاز من طرف ماكيلاند وزملائه عام (1951) في جامعة هارفارد حيث (Patel, 2016, p.53)، عرف ماكيلاند الدافع في إطار نظريات الاستثارة الوجدانية، بأنه: "حالة انفعالية قوية تتميز بوجود استجابة هدف متوقعة، وتقوم على أساس ارتباط بعض الهاديات السابقة بالسرور أو الفيض"، وبهذا فإن توقع السرور أو الضيق الذي يقوم على أساس ما حدث في الماضي، هو المسؤول عن حدوث السلوك المدفوع.

أي أن هذه النظرية تفترض أن الدافع ما هو إلا رابطة انفعالية قوية، تقوم على مدى توقعنا لاستجاباتنا عند التعامل مع أهداف معينة، وذلك على أساس خبراتنا السابقة (غباري، 2008، ص 69).

بنى ماكيلاند نظريته على تعريفه للدافعية للإنجاز الذي يعرفها بأنها: "نظام شبكي من العلاقات المعرفية والانفعالية الموجهة، أو المرتبطة بالسعي من أجل بلوغ مستوى من الامتياز والتفوق"، ويشير إلى أن هناك أربعة صفات تميز الأفراد ذوي دافعية الإنجاز المرتفعة وهي:

- المغامرة المحسوبة؛
- تحمل المسؤولية؛
- استكشاف البيئة؛
- تعديل المسار في ضوء النتائج؛

ورغم تركيز النظرية على حاجة الانجاز، غير أنها ترى أن هناك ثلاث حاجات موجودة لدى كل الأفراد وبدرجات متفاوتة، ولها تأثير كبير في تحريك سلوك العاملين في المنظمة، وهي: (بني أحمد، 2007، ص 88)

✓ الحاجة للقوة :

يقصد به ميل الأشخاص إلى ممارسة الرقابة القوية، والرغبة في التأثير على الآخرين، وممارسة النفوذ والرقابة عليهم والتأثير على سلوكهم، والسعي للوصول إلى مراكز قيادية.

✓ الحاجة للانتماء :

الحاجة للانتماء تمثل ميل الأفراد إلى تحقيق علاقات صداقة، وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي، والعمل و التواجد مع الغير، والسعي ليكونوا محبوبين من طرف الآخر (Maillet, 1995, P.219).

✓ الحاجة للإنجاز:

الحاجة للإنجاز هي سعي الأفراد للنجاح وتجنب الفشل، يبحثون عن فرص لحل مشكلات التحدي والتفوق، وهؤلاء في رأي ماكليانند يتحلون بالعديد من الخصائص والمميزات، التي تؤهلهم لتحمل المسؤولية الشخصية في حل المشكلات واتخاذ القرارات ووضع الأهداف (العديلي، 1995، ص 163).

وبهذا فنظرية ماكليانند تهتم بالفروق الفردية في هذه الحاجات الأساسية أكثر من اهتمامها بأي شيء آخر، فنحن جميعا عند ماكليانند نمتلك مقادير متفاوتة من هذه الحاجات، وإن لكل فرد حاجة واحدة (أو أكثر) طاغية على ما عداها من حاجات، وفي بداية تطوير النظرية كان ماكليانند (1961) يركز على أهمية دور الحاجة إلى الإنجاز في تشكيل دافعية الفرد إلى العمل وحسب، لكنه أضاف - في فترة لاحقة - حاجات السلطة والانتماء (1975) (ريجيو، 1999، ص 233).

وقد أوضح كورمان (Korman, 1974) أن تصور ماكليانند في الدافعية للإنجاز له أهمية كبيرة لسببين

هما:

- **السبب الأول:** أنه قدم أساسا نظريا يمكن من خلاله مناقشة وتفسير الدافعية للإنجاز، لدى بعض الأفراد وانخفاضها لدى البعض الآخر، حيث أنه وانطلاقا من معرفتنا لصفات الشخص عالي الإنجاز، سيمكننا استخدام هذه المعرفة في تنمية أو استشارة بعض هذه الصفات في الأفراد الأقل اتجاهها إلى الإنجاز، عن طريق إعداد برامج تدريبية ملائمة لهم، غايتها الأولى تحسين الدافعية لديهم (باهي وشلي، 1999، ص 29).

■ **السبب الثاني:** يتمثل في استخدام ماكليانند لفروض تجريبية أساسية لفهم وتفسير ازدهار وهبوط النمو الاقتصادي في علاقته بالحاجة للإنجاز في بعض المجتمعات (خليفة، 2000، ص 109).

وهكذا تعتبر نظرية ماكليانند على درجة كبيرة من الأهمية في تحريك سلوك الفرد وتوجيهه قصد الوصول إلى التفوق.

3.6.2. نظرية أتكنسون (Atkinson)

يقدم أتكنسون في كتابيه "مدخل للدافعية" (1964) و"نظرية دافعية الإنجاز" (1966)، نظرية أو نموذجاً للسلوك المدفوع، مستخدماً في ذلك عدد من مبادئ الدافعية التي تمخضت عن البحث المعمق في هذا الميدان (قشقوش ومنصور، 1979، ص 39).

ووضع أتكنسون نظرية الدافعية للإنجاز في إطار منحنى التوقع- القيمة، متبعاً في ذلك توجهات كل من تولمان (Tolman) وليفين (Levin) وأفترض دور الصراع بين الحاجة للإنجاز والخوف من الفشل (خليفة، 2000، ص 113).

كما قام أتكنسون بإلقاء الضوء على العوامل المحددة للإنجاز القائم على المخاطرة، وأشار أن مخاطرة الإنجاز في عمل ما تحددها أربعة عوامل منها:

- عاملان يتعلقان بخصال الفرد؛

- عاملان مرتبطان بخصائص المهمة أو العمل المراد إنجازه؛ وذلك على النحو التالي:

✓ العاملان المتعلقان بخصال الفرد

هناك على حد تعبير أتكنسون نمطان من الأفراد يعملان بطريقة مختلفة في مجال التوجه نحو الإنجاز وهما:

■ **النمط الأول:** الأشخاص الذين يتسمون بارتفاع الحاجة للإنجاز بدرجة أكبر من الخوف من الفشل.

■ النمط الثاني: الأشخاص الذين يتمتعون بارتفاع الخوف من الفشل بالمقارنة بالحاجة للإنجاز. ويتفاعل كل من مستوى الحاجة للإنجاز، ومستوى الخوف أو القلق من الفشل حسب الشكل التالي:

الجدول رقم (14): النمطان الأساسيان من الأفراد في الدافعية للإنجاز.

النمط	مستوى الحاجة للإنجاز	مستوى القلق من الفشل
1. الدافع للإنجاز والنجاح أكبر من الدافع لتحاشي الفشل	مرتفع	منخفض
2. الدافع لتحاشي الفشل أكبر من الدافع للإنجاز والنجاح	منخفض	مرتفع

وقد ركز علماء النفس في دراستهم لدافع الإنجاز، على هذين النمطين المتقابلين، فلا يوجد فرد يتمتع بنفس القدر من النمطين، فالأفراد مرتفعي الحاجة للإنجاز يتوقع أن يظهروا الإنجاز الموجه نحو النشاط، وذلك لأن قلقهم من الفشل محدود للغاية.

أما الأفراد منخفضي الحاجة للإنجاز، فيتوقع أن لا يوجد النشاط المنجز لديهم أو يوجد بدرجة محدودة، وذلك بسبب افتقارهم للحاجة للإنجاز، وسيطرة القلق والخوف من الفشل عليهم (خليفة، 2000، ص 113-115).

✓ العاملان المرتبطان بخصائص المهمة

بالإضافة إلى هذين العاملين للشخصية، هناك أيضا موقفان أو متغيران يتعلقان بالمهمة يجب أخذهما بعين الاعتبار وهما:

■ العامل الأول: احتمالية النجاح وتشير إلى صعوبة إدراك المهمة، وهي أحد محددات المخاطرة.

▪ **العامل الثاني:** الباعث للنجاح في المهمة، ويتأثر الأداء في مهمة ما بالباعث للنجاح في هذه المهمة، ويقصد بالباعث للنجاح: "الاهتمام الداخلي أو الذاتي لأي مهمة بالنسبة للفرد" (خليفة، 2000، ص 115).
 أستطاع أتكسون تقديم معادلات رياضية توضح العلاقة بين العوامل المحددة للدافعية، سواء ما يتعلق منها بالميل لتحقيق النجاح، أو الميل لتجنب الفشل والمعادلات هي:

أولاً: الميل لتحقيق النجاح

يشير إلى دافعية البدء في موقف الإنجاز و يتحدد حسب أتكسون وفق المعادلة التالية:

$$\text{الميل إلى النجاح} = \text{الدافع لبلوغ النجاح} \times \text{احتمالية النجاح} \times \text{قيمة الباعث للنجاح}$$

ومنه فالميل إلى النجاح هو محصلة لعوامل ثلاثة هي (فشقوش ومنصور، 1979، ص 43).

- **الدافع إلى بلوغ النجاح:** يتم تقديره بواسطة درجة الدافعية للإنجاز على اختبار تفهم الموضوع، وهو أحد خصال الشخصية التي تتسم بالثبات النسبي عبر العديد من المواقف.
- **احتمالية النجاح:** تشير إلى اعتقاد الشخص وتوقعه بأنه سوف ينجح، في أداء المهمة ويختلف عن الدافعية، لبلوغ النجاح وأنها تتغير من موقف لآخر.
- **قيمة الباعث للنجاح:** يتم تقديره من خلال طرح احتمالية النجاح من واحد صحيح (خليفة، 2000، ص 117).

ثانياً: تقدير محصلة الدافعية للإنجاز: لحساب الدافعية للإنجاز نكون بحاجة إلى تقدير كل من:

- الميل إلى تحقيق النجاح؛
- الميل إلى تجنب الفشل؛ وذلك بتطبيق المعادلة (FeertChak, 1996, p. 130):

محصلة الدافعية للإنجاز = الميل إلى تحقيق النجاح + الميل إلى تجنب الفشل

رغم الإسهامات التي قدمتها دراسة الدافعية في ظل منحى التوقع القيمة، إلا أن هذا النموذج لم يخلو من أوجه القصور، نذكر منها:

- يقتصر نموذج ماكلياندا على المهام ذات المخاطرة التي تتطلب بذل الجهد والكفاءة، بينما توجد مهام ينجزها الفرد لا تتطلب ذلك؛

- ركزت نظرية ماكلياندا على مواقف المخاطرة في المجال الاقتصادي، في حين أنه توجد مجالات أخرى فيها الإنجاز: كالآدب والفنون وغيرها من المجالات.

- اقتصر نموذج "ماكلياندا - أتكسون" على دراسات أجريت على الذكور، أصبحت توقعات النموذج لا تنطبق على الإناث (خليفة، 2000، ص 124).

4.6.2. التصورات النظرية الجديدة لنموذج اتكسون- ماكلياندا

نتيجة لهذه النقائص والسلبيات ظهرت في فترة الستينات والسبعينات من القرن الحالي تصورات نظرية جديدة لنموذج أتكسون- ماكلياندا في الدافع للإنجاز، وقد انقسم الباحثون في هذا الشأن إلى فريق اقترح ممثلوه تقديم بعض التعديلات في النموذج، بينما اقترح فريق آخر تقديم صياغات نظرية بديلة، والتصورات النظرية الجديدة هي:

1.4.6.2. تصور وينر (Wiener, 1965)

قام وينر بمراجعة الدافع للإنجاز التي صاغها ماكلياندا أتكسون، وافترض أن النجاح يترتب عنه تدعيم الميل نحو الإنجاز على الهدف، وأما الفشل فإنه يحدد الميل أن يستمر في اتجاه واحد، أوضح وينر أن الفرد في مهمة ما يجعله يبذل المزيد من الجهد ويثابر لإنجازها حيث يترتب عن هذا الفشل إثارة الدافع مرة أخرى، وينتج عنه

انخفاض احتمالية النجاح الذي يعتبر نوعاً أولاً من التوافق للميل للنجاح، كما تضاف المحاولة الأولى غير الناجحة في أداء المهمة إلى الميل للنجاح في المحاولة الثانية، وينشأ عنه نوع من المثابرة للتغلب على التوتر الناجم عن عدم الحصول على الهدف، وتسمى وينر الدافع المتبقي من المحاولة الأولى، والدافع المثار في المحاولة الثانية "ميل القصور الذاتي (Inertial Properties Tendency)"، وبإضافة هذا المتغير عدل من معادلة الميل للنجاح، وصيغت المعادلة كالتالي:

$$\text{الميل الناتج أو النهائي} = (\text{الدافع لبلوغ النجاح} - \text{الدافع لتجنب الفشل}) \times \text{احتمالية النجاح} + \text{ميل القصور الذاتي.}$$

في ضوء هذا التصور الذي قدمه وينر من خلال هذه المعادلة، يتوقع أن الأفراد الذين يتزايد لديهم الدافع للنجاح عن الدافع لتجنب الفشل سوف تتزايد الدافعية لديهم بعد الفشل، في حين أن الأفراد الذين يتزايد لديهم الدافع لتجنب الفشل عن الدافع للنجاح فسوف تتناقص الدافعية لديهم مع زيادة عدد مرات الفشل، لأن الميل الناتج عندهم يكون سلبياً دائماً، وهذا يعني أن الميل السلبي بعد النجاح يتوقف بينما يستمر بعد الفشل (خليفة، 2000، ص 122).

2.4.6.2. تصور هورنر (Horner, 1968)

اهتمت هورنر بدراسة الدافعية للإنجاز لدى المرأة، وأوضحت أن كل من مفهوم الدافع لتجنب النجاح والخوف من النجاح، إحدى صفات الشخصية المستقرة لدى الإناث، ذلك أنهن يتعرضن لتهديدات داخلية وخوف كبير من الرفض الاجتماعي إثر نجاحهن.

يمكن تلخيص فرضية هورنر وفق المعادلة التي صاغها كل من أركيس وجراسكي بالنسبة للإناث كما يلي (خليفة، 2000، ص 136):

$$\text{الدافعية للإنجاز} = (\text{الدافع لبلوغ النجاح} - \text{الدافع لتجنب الفشل} - \text{الدافع لتجنب النجاح}) \times (\text{احتمالية النجاح} \times \text{قيمة الباعث للنجاح}).$$

تعد هذه المعادلة في غاية الأهمية عند حساب الدافع للإنجاز لدى الإناث، لأنها تفترض وتضع في الحسبان أن الإناث تعانين من الصراع بين الدافع إلى النجاح وصفات الدور الجنسي المكتسب اجتماعياً، والذي يكف من توجههن نحو السعي للإنجاز.

3.4.6.2. تصور راينور (Raynor, 1969)

حاول راينور الكشف عن بعض الغموض فيما توصل إليه كل من ماكلييلاند وأتكسون في مجال الدافعية للإنجاز، حيث قدم إضافة جديدة لنموذج أتكسون من خلال تأكيده على النتائج المستقبلية المحتملة للنجاح أو الفشل في أنجاز مهمة ما، واحتمالية إدراك الفرد لإمكانية وجود صلة بين أدائه لمهمة في الحاضر على مستقبله، فالأداء على المهام الحالية يعكس حاجة داخلية للإنجاز تؤثر على مستوى انجاز المهام الأخرى المشابهة في المستقبل، كما أوضح راينور أنه في حال ارتفاع الدافع لبلوغ النجاح عن الدافع لتحاشي الفشل، فإن هناك احتمالية لزيادة باعث النجاح وهذا يعني أن محصلة أو نتاج الدافعية سوف يكون على النحو التالي:

$$\text{محصلة الدافع للإنجاز} = (\text{الدافع لبلوغ النجاح} - \text{الدافع لتجنب الفشل}) \times (\text{احتمالية النجاح} \times \text{قيمة الباعث للنجاح}).$$

أوضحت هذه المعالجة النظرية للإنجاز تعد في غاية الأهمية، نظراً لأنها تسمح بتحليل مواقف الحياة الفعلية التي لم تعالج بشكل كاف في النموذج الأصلي لمكلييلاند وأتكسون (خليفة، 2000، ص 139).

4.4.6.2. تصور بيرني وآخرين (Birney & al, 1969)

لم يتفق بيرني وزملاؤه مع اتكنسون في افتراضاته واستنتاجاته التي توصل إليها في نظريته في الدافعية للإنجاز، إذ أثبتت بعض الدراسات عكس ما توصل إليه أتكنسون، حيث أكدت دراسة مولتون (Moulton) أن الأفراد الذين يتزايد لديهم الدافع إلى تحاشي الفشل عن الدافع إلى النجاح، لا يفضلون أداء المهام التي يحتمل فيها النجاح بدرجة كبيرة جدا، كما اعترض بارني وزملائه على افتراض اتكنسون القائل بأن:

$$\text{قيمة الباعث للنجاح} = 1 - \text{احتمالية النجاح}$$

أوضح الباحثون أن أهمية المهمة تؤثر في الباعث، كما تؤثر التدريمات الخارجية على الأداء الناجح، لذلك فإن الأفراد الذين لديهم الدافع للنجاح أكبر من الدافع إلى تحاشي الفشل، لا يتأثرون باحتمالية النجاح التي تقدر من قبل الآخرين، ويستجيبون فقط في ضوء معاييرهم الشخصية، في حين نجد أن الأفراد الذين يتزايد لديهم الدافع إلى تحاشي الفشل عن الدافع إلى النجاح أكثر تأثرا باحتمالية النجاح. توصل بيرني وزملاؤه من قياس الخوف من الفشل، بواسطة اختبار تفهم الموضوع (TAT)، مما مكنهم من الحصول على درجة الضغط أو الدفع العدائي، فكان محور نظريتهم هو افتراض أن الأشخاص الذين تعرض عليهم مثل هذه الصور الخيالية، سوف يظهرون سلوك تحاشي الفشل في موقف الإنجاز (خليفة، 2000، ص 136).

5.4.6.2. تصور أتكنسون وبورش (Atkinson & Birch, 1970)

قدم أتكنسون وبورش تصورا رياضيا نظريا للدافع للإنجاز، والإطار النظري هذا يضع في الحسبان مشكلات التغيير في ميول الفعل (Action Tendency) عبر الوقت والعلاقات القائمة بين العديد من هذه الميول، وتبلور هذا التصور من خلال "نظرية الفعل" أو "النظرية الدينامية للدافع للإنجاز"، التي تقوم على افتراض

التفاعل بين الدافع للنجاح للدافع لتجنب الفشل، فالقوى الدافعية الدينامية الناتجة عن هذا التفاعل تؤثر في اختبارات المهام الصعبة، وفي الميول الموجه نحو الهدف، وتتميز هذه الأخيرة بالقصور الذاتي أي أنها تتغير فقط عندما توجه إليها بعض القوى.

افتراض أتكنسون وبرش عمليتين للقصور الذاتي وهما:

أ- ميل الفعل: يحدد ميل الفعل نشاط الفرد لاختيار، فميل الفعل من أجل النشاط يتزايد كنتيجة لقوى الإثارة التي تستثار بواسطة منبهات، التي قد تشجع على المثابرة وبالتالي سوف تزيد من ميل الفعل لأداء المهمة، إلى درجة سيطرته على الفرد ودفعه لإتهائها.

ب- ميل الرفض: يقوم ميل الرفض بمقاومة وإضعاف أثر ميل الفعل، وافترض أتكنسون وبرش أن أفعال الخوف من الفشل تعمل كميل الرفض، في حين أن أفعال الأمل في النجاح تعمل كميل للأداء والفعل. وعليه تتناقص ميول الفعل فقط عندما ينشغل الفرد أو يرتبط بأداء سلوك معين، بينما يتناقص ميل الرفض عندما يقاوم ميل الفعل (خليفة، 2000، ص 142).

6.4.6.2. نموذج فروم (Vroom)

يقوم نموذج فيكتور فروم على أساس أن سلوك الفرد يسبق بعملية اختيار، بين عدة بدائل حول القيام بالفعل أو عدم القيام به، وأنواع الجهد المختلفة التي يمكن أن يقوم بها الفرد، هذه المفاضلة تتم على أساس قيمة العوائد المتوقعة من بدائل السلوك (Chiffre & Teboul. 1990. P. 2)، ويمكن تلخيص النظرية في الفرض التالي:

$$\text{الدافعية للإنجاز} = \text{قوة الجذب} \times \text{التوقع}$$

قوة الجذب: هي ما يحصل عليه الفرد من فوائد يتيحها له الإنجاز.

التوقع: درجة توقع الفرد لتحقيق هذه العوائد كنتيجة للأداء (العديلي، 1995، ص 166).

5.6.2. نظرية التنافر المعرفي

قدم ليون فستنجر (L, Festinger) نظرية التنافر المعرفي، وتعتبر امتداد لمنحنى التوقع- القيمة، والتي تفترض أن لكل منا عناصر معرفية تتضمن معرفة بذاته (ما نحب، ما نكرهه، أهدافنا وأشكال سلوكنا)، ومعرفته بالطريقة التي يسير بها العالم من حولنا، فإذا تنافر عنصر من هذه العناصر مع عنصر آخر، بحيث يقضي وجود أحدهما منطقياً بغياب الآخر، حدث التوتر الذي يملئ على الفرد ضرورة التخلص منه (ملحم، 2001، ص 89). وأشار فستنجر إلى أن مصادر التنافر تتمثل في آثار قرار أتخذ من دون معرفة لما سيترب عنه، وكذا آثار السلوك المضاد للاتجاهات والمعتقدات، ومن ثم يمثل التنافر المعرفي مصدراً للتوتر يؤثر على أداء الفرد في المواقف الإنجازية (خليفة، 2000، ص 146).

6.6.2. نظرية العزول (Hayder)

يعد فريتز هايدر هو المؤسس لنظرية العزول، ومن أوائل المهتمين بدراسة دوافع الأفراد الكامنة وراء تفسيراتهم السببية، وقد تبين أن الأفراد يغيرون الأحداث إلى القوى الشخصية أو البيئية أو الاثنين معاً، كما أنهم يفسرون عائد السلوك في ضوء هذه الجوانب .

ويعتبر هايدر أن هناك دافعين رئيسيين وراء التفسيرات السببية التي يقدمها الأفراد:

- **الدافع الأول:** حاجة الفرد لتكوين فهم مترابط على العالم المحيط.

- **الدافع الثاني:** حاجة الفرد للتحكم والسيطرة على البيئة، وذلك من خلال التنبؤ بسلوكيات الآخرين،

والسيطرة عليهم (خليفة، 2000، ص 153).

7.2. قياس الدافعية للإنجاز

يتم قياس الدافع للإنجاز بطريقتين: طريقة المقاييس الإسقاطية، والمقاييس الموضوعية.

1.7.2. المقاييس الإسقاطية

1.1.7.2. اختبار تفهم الموضوع (TAT)

يرجع الفضل إلى موراي (Murray) في وضع الأسس الأولى لقياس الدافعية للإنجاز، من خلال اختبار تفهم الموضوع، حيث أنطلق موراي من افتراض أن الحاجات الاجتماعية قد تنعكس في تفكير الأفراد بدقة، فلا يكونوا مضطرين للتفكير في شيء على وجه الخصوص (دافيدوف، 2000، ص 124).

هذا الاختبار يميز بين المستويات المختلفة للحاجة للإنجاز، حيث يواجه الفرد الذي يطبق عليه الاختبار، صور غامضة وغير واضحة، ويطلب منه أن يحكي قصة عنها، أعتقد موراي أن الأفراد وهم ينسجون القصص يسقطون حاجاتهم ومخاوفهم وآمالهم وصراعاتهم على صفات الشخصيات المعروضة عليهم، ومن ثم فإن موراي يفترض أن هذه القصص أو الأوصاف التي يشير إليها الفرد تكشف عن الحاجة للإنجاز إليه.

وقد قام علماء علم النفس ماكلياند، آتكسون، كلارك، لويل بتعديل اختبار تفهم الموضوع لقياس دافع الإنجاز، ووضع ماكلياند ومعاونوه محكات دقيقة لتقديم هذا النوع من التخييل (شريت، 2003، ص 314).

وبذلك فقد كان لأعمال كل من ماكلياند وآتكسون وآخرين ممن أسهموا في فهم أعمق لمفهوم الدافعية للإنجاز، الفضل في توفير درجة من صدق البناء أو التكوين لاختبار تفهم الموضوع (قشقوش ومنصور، 1979، ص 89).

وبهذا يكون مقياس ماكلياند أكثر صلاحية لاكتشاف دوافع الإنجاز، في الجوانب العلمية والعقلية، وتلك الخاصة بالإنجازات الموجهة لتحقيق المهن الخاصة بأفراد الطبقة المتوسطة (عبد الله، 2003، ص 184).

وقد أجريت عدّة محاولات لابتداع تقنيات أخرى قصد مساعدة الباحثين في الدافعية للإنجاز منها:

2.1.7.2. مقياس الاستبصار (F.T.I) فرنش (French)

صممت فرنش (French) مقياس الاستبصار على ضوء الأساس النظري الذي وضعه ماكلياند لتقدير صور و تخيلات الإنجاز، يتكون الاختبار من عدّة بنود يتطلب كل منها استجابة لفظية، من جانب المفحوص في تفسيره لموقف سلوكي تشتمل عليه العبارة أو البند، واستخدمت الباحثة في تقييمها لنتائج المفحوصين النظام نفسه الذي أتبعه ماكلياند وزملاؤه، كما وضعت نظاما مرنا لتصحيحه يمكن من استنساخ مستوى الدافعية للإنجاز، والدافع للانتماء كل على حدا (قشقوش ومنصور، 1979، ص91).

3.1.7.2. مقياس التعبير عن طريق الرسم (A.G.E.T) أرونسون (Aronson)

وضع مقياس التعبير عن طريق الرسم لقياس الدافع للإنجاز لدى الأطفال، حيث توصل أرونسون (Aronson) أن تحليل مضمون الرسوم التي يجري التعبير عنها، تلقائيا يمكن أن تكون دالة على مستوى الدافعية للإنجاز لدى الأفراد، خاصة بعد أن وجد أن نتيجة هذا التحليل من حيث الخط والحيز والشكل ترتبط بصورة دالة مع درجات الدافعية للإنجاز، وبذلك التمييز بين المفحوصين ذوي الدرجات المختلفة لدافع الإنجاز، تعرضت هذه الطرق والأساليب في قياس الدافع للإنجاز للنقد الشديد من جانب العديد من الباحثين، فيرى البعض أن هذه الطرق الإسقاطية:

- ليست مقاييس على الإطلاق، ولكنها تصف انفعالات المبحوثين بصدق مشكوك فيه؛

- طريقة تصحيحها تحتاج إلى وقت كبير، وتتسم بالذاتية؛

- انخفاض ثبات وصدق هذه الطرق (خليفة، 2000، ص 99)؛

ويرى فيرنون (Vernon) أن اختبار تفهم الموضوع لا يستطيع أن نقيس به الدوافع، إلا عند الفرد

المتعلم تعليما جيدا، لكي يتمكن من أن يكتب قصة ويعبر عن ما يراه (موسى، 1994، ص 25).

2.7.2. المقاييس الموضوعية

حول الباحثون تصميم مقاييس أكثر موضوعية، لقياس دافع الإنجاز متجنبين الأخطاء التي احتوتها المقاييس الاسقاطية، فكان بعضها موجه للأطفال والبعض الآخر موجه للراشدين منها:

1.2.7.2. مقياس (راي- لن) للدافع للإنجاز

وضع لن هذا المقياس سنة (1960) وطوره راي في السبعينيات، يتكون من أربع عشرة سؤالاً، يجاب عنها ب(نعم، غير متأكد، لا) وللتحكم في وجهة الاستجابة بالإيجاب تم عكس مفتاح تقدير الدرجات (التصحيح) في نصف عدد الدرجات والدرجة القصوى هي (42)، وللمقياس ثبات يزيد على (0,70) (شريت، 2003، ص310).

2.2.7.2. اختبار الدافع للإنجاز

حاول هرمانس (Hermans) بناء اختبار الدافع للإنجاز، بعيداً عن نظرية أتكنسون وذلك بعد أن حصر جميع المظاهر المتعلقة بهذا التكوين، وقد أنتقى منها الأكثر شيوعاً على أساس ما أكدته البحوث السابقة.

يتكون الاختبار من (29) عبارة متعددة الاختيار، تمت ترجمته و تعديله على عينات عربية.

3.2.7.2. مقياس التوجه نحو الإنجاز

أعدته كل من إيزنك وويلسون (Eysench & Wilson)، ضمن اختبار يتضمن سبعة مقاييس فرعية تقيس المزاج التجريبي المثالي، يتكون المقياس من (30) بنداً، يجاب عنها (نعم، غير متأكد، لا) (عبد الله، 2003، ص 187).

خلاصة

حظيت الدافعية للإنجاز اهتمام الكثير من الباحثين، باعتبارها جزءاً من الدافعية، والتي تؤثر في تقدم المجتمعات، وذلك من خلال محاولة الفرد النجاح والتفوق في عمله، وبلوغ درجة عالية في المجتمع، ليس بمغامرته الكبيرة وإنما بتقديره الجيد للأمور، ومعرفة الأوضاع التي يمكن النجاح والتفوق فيها. ووضعت العديد من النظريات لتفسير الدافعية للإنجاز إيماناً بأن فهمنا لها يمكننا من الاستثمار الأمثل للثروة البشرية، فقامت كل نظرية على انتقادات ما سبقها، محاولة تجنب السلبيات، ووضع إضافات فحاولوا إعطاء معادلات رياضية لقياسها، وإعطائها قيمة كمية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

منهجية الدراسة

تمهيد

يتطلب البحث العلمي من الباحث إتباع عدة خطوات منهجية، لدراسة الظاهرة موضوع البحث، حيث تساعده هذه الخطوات للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية، كما يستعين بأدوات تمكنه من جمع المعلومات التي يحتاجها، فيقوم بمعالجتها واستخلاص النتائج النهائية للدراسة، وتعتبر هذه النتائج كحلول للتساؤلات المطروحة.

وعليه تتطرق الباحثة في هذا الفصل إلى الخطوات المتبعة في الدراسة، والمتمثلة في منهج وعينة الدراسة، وأدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، والتقنيات الإحصائية المستعملة في دراسة فرضيات البحث.

1. منهج الدراسة

يتوقف وصول الدراسات العلمية إلى هدفها بدقة وموضوعية، إلى استخدام مجموعة من القواعد العامة التي يسترشد بها الباحث للوصول إلى هدفه بأسلوب علمي يضمن له دقة النتائج وصحتها، وهذا ما يطلق عليه المنهج، ويعرف المنهج بأنه «عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة، للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك» (عبيدات وآخرون، 1999، ص 35).

استخدمت الطالبة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وهذا ملائمة مع طبيعة الموضوع المتمثل في دراسة " الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للانجاز لدى ممرضين مصلحة الاستعدادات"، حيث يهتم المنهج الوصفي بدراسة واقع الظاهرة، بهدف الحصول على معلومات كافية ودقيقة عنها دون الدخول في أسبابها أو التحكم فيها، أي أنه يهتم بما هو كائن، يفسره ويحلله من أجل الوصول إلى استنتاجات قابلة للتعميم، لتصحيح ذلك الواقع أو تطويره، وهو يمثل فهما للحاضر بهدف توجيه المستقبل (كشود، 2007، ص 227).

2. الحدود المكانية للدراسة

أجريت الدراسة الميدانية بالمراكز الاستشفائية الجامعية التالية:

- المستشفى الجامعي لمين دباغين بباب الوادي؛
- المستشفى الجامعي اسعد حساني ببني مسوس؛
- المستشفى الجامعي مصطفى باشا؛

وقد شملت الدراسة الممرضون والمرضات الذين يعملون في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية،

إضافة إلى مصلحة استعجالات طب الأطفال

وتتكون مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من: قسم الاستعجالات الطبية، قسم الاستعجالات

الجراحية، وقسم العناية المركزة.

يعمل الممرضون في مصالح الاستعجالات بنظام المناوبة، حيث توجد فرقتين نهاريتين وثلاث فرق ليلية،

ويشرف على كل فرقة رئيس للممرضين ومراقب طبي، ونلاحظ بأن لكل مستشفى خصوصيته، فنجد

اختلاف في تنظيم الأقسام وكذا أوقات العمل من مستشفى لآخر.

3. العينة وخصائصها

يتمثل مجتمع الدراسة في ممرضين ومرضات الاستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة استعجالات طب

الأطفال، ولدراسة موضوع البحث تم اختيار عينة عشوائية، مكونة من (221) ممرض وممرضة موزعة على

المستشفيات الثلاثة كالتالي:

الجدول رقم (15): توزيع عينة الدراسة حسب المستشفيات.

عدد المرضى	المستشفى
57	مستشفى لمين دباغين
76	مستشفى اسعد حساني
88	مستشفى مصطفى باشا

1.3. خصائص عينة البحث

يتم توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير: الجنس، السن، سنوات العمل في الاستعدادات والمناوبة و الحالة

الاجتماعية، كما يلي:

✓ توزيع العينة حسب الجنس

الجدول رقم (16): توزيع العينة حسب الجنس.

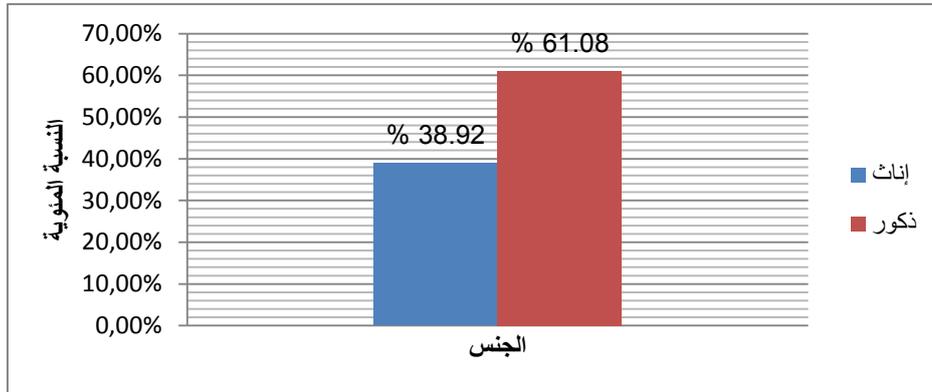
النسبة المئوية	التكرار	الجنس
61.08%	135	الذكور
38.92%	86	الإناث
100%	221	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عمل المرضى الذكور (61.08%) في مصلحة الاستعدادات الطبية

والجراحية، أكبر من نسبة الإناث التي تمثل (38.92%)، ويمكن توضيح توزيع هذه النسب من خلال

الأعمدة البيانية في الشكل رقم (14) التالي:

الشكل رقم (14): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب الجنس.



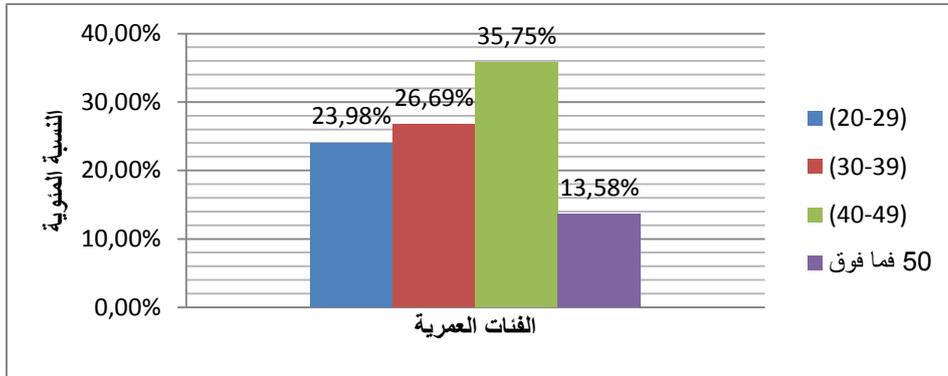
✓ توزيع العينة حسب السن

الجدول رقم (17): توزيع العينة حسب السن.

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
23.98%	53	سنة (29-20)
26.69%	59	سنة (39-30)
35.75%	79	سنة (49-40)
13.58%	30	50 فما فوق
100%	221	المجموع

يتضح من الجدول أن الفئة العمرية بين (40-49) سنة تمثل النسبة الأعلى (35,75%)، ثم تليها الفئة العمرية بين (30-39) سنة التي تمثل (26.69%)، والتي تتقارب مع فئة (20-29) في المرتبة الثالثة بنسبة (23.98%)، أما الفئة العمرية الأكثر من (50) سنة تأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة (13,58%)، ويمكن توضيح بيانات الجدول من خلال الأعمدة البيانية التالية في الشكل رقم (15):

الشكل رقم (15): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب السن.



✓ توزيع العينة حسب سنوات العمل في مصلحة الاستعجالات

الجدول رقم (18): توزيع العينة حسب سنوات العمل في مصلحة الاستعجالات.

عدد السنوات	التكرار	النسبة المئوية
أقل من (09) سنوات	90	40.73%
(10 - 19) سنة	41	18.5%
(20 - 29) سنة	69	31.22%
(30) سنة فما فوق	21	9.50%
المجموع	221	100%

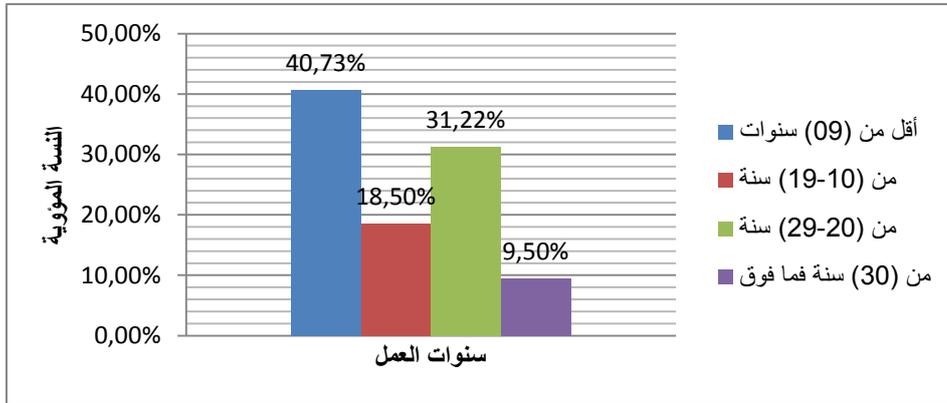
يدل الجدول على أن نسبة الممرضين الذين لديهم خبرة أقل من (09) سنوات تمثل (40.73%) وهي

أكبر نسبة، تليها الفئة بين (20 - 29) سنة في المرتبة الثانية بنسبة (31.22%)، أما المرتبة الثالثة فهي للفئة

بين (10 - 19) سنة بنسبة (18.50%)، في حين احتلت الفئة ذات خبرة أكثر من (30) سنة المرتبة الأخيرة

بنسبة (9.50%)، ونوضح نتائج الجدول من خلال الأعمدة البيانية في الشكل رقم (16):

الشكل رقم (16): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب سنوات العمل.



✓ توزيع العينة حسب المناوبة

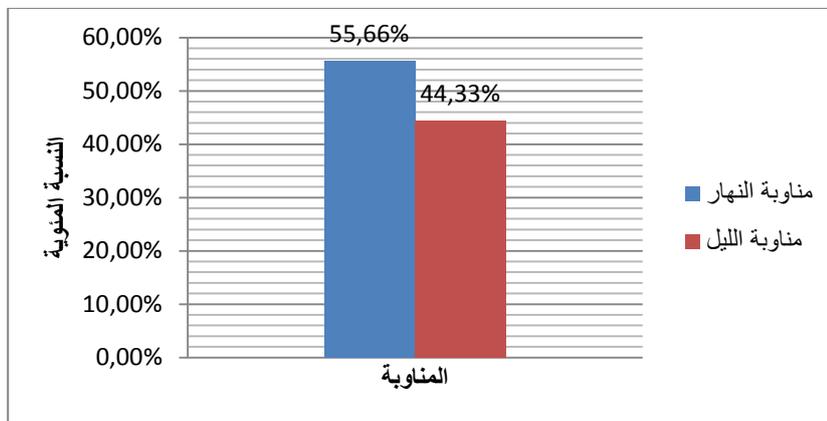
الجدول رقم (20): توزيع العينة حسب المناوبة.

النسبة المئوية	التكرار	المناوبة
%55.66	123	النهار
%44.34	98	الليل
%100	221	المجموع

يبين الجدول أن نسبة المرضين الذين يعملون في النهار (%55.66) أكبر من نسبة المرضين الذين

يعملون في الليل (%44.34)، ونوضح ذلك من خلال التمثيل البياني الممثل في الشكل رقم (17):

الشكل رقم (17): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب المناوبة.



4. أدوات الدراسة

1.4. المقابلة

تعد المقابلة من أهم وسائل جمع البيانات، وهي عملية تتم بين الباحث وشخص آخر أو مجموعة أشخاص تطرح من خلالها أسئلة ويتم تسجيل إجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة (الضامن، 2009، ص 96).

استخدمت المقابلة في الدراسة الاستطلاعية، بغرض التعرف على تنظيم العمل، وتوزيع الفرق وأوقات عملها، وكذا معرفة اتجاه المرضين نحو العمل في هذه المصلحة ومدى الصعوبات التي يواجهونها، إضافة إلى استخدامها في إعطاء التعليمات للإجابة عن المقياسين المستخدميين في الدراسة، والإجابة عن بعض استفسارات المرضين.

2.4. مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI - HSS)

1.2.4. وصف الاختبار

استخدمت الطالبة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (- MBI : Maslach Burnout inventory HSS) لقياس مستوى الاحتراق النفسي لمرضى الاستعمالات الطبية والجراحية، ولقد صمم المقياس من طرف الباحثين ماسلاش و جاكسون في (1981)، وهو المقياس الأصلي المخصص للمهن المعنية بتقديم الخدمات الإنسانية مثل التمريض، وقد تم تعديل المقياس الأصلي لاستخدامه في مجالات خارج الخدمات الإنسانية، فصدرت النسخة الموجهة للعاملين في مجال التعليم (MBT-ES) (1986)، وفي سنة (1996) صدرت النسخة العامة (MBI-GS)، المصممة للاستخدام مع العاملين في المهن الأخرى (Maslach & b, 1997, p. 155).

احتوى المقياس الأصلي في البداية على (47) بند ثم قلص عدد البنود إلى (25)، واستقرت النسخة الأصلية عند (22) بندا، على شكل عبارات تسأل الفرد عن شعوره نحو مجموعة من السلوكيات المتصلة بمهنته، تتوزع بنود الاختبار على الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي وهي (Maslach & al,1997, p. 197):

- البعد الأول: الإنهاك الانفعالي

يقيس مستوى الإجهاد والتوتر الانفعالي الذي يشعر به الشخص، نتيجة تعامله مع الآخرين، ويشمل تسعة بنود.

- البعد الثاني: تبلد المشاعر

يقيس المشاعر السلبية اتجاه من يتعامل معهم، ويشمل خمسة بنود.

- البعد الثالث: تدني الشعور بالإنجاز

يقيس أحاسيس عدم الفعالية المهنية والكفاءة وانخفاض الإنجاز في العمل، ويشمل ثمانية بنود. (Aluja & al, 2005, P. 76)

والجدول التالي يبين توزيع بنود مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، على الأبعاد الثلاثة المكونة له:

الجدول رقم (20): توزيع البنود على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي.

أبعاد الاحتراق	عدد البنود	رقم البنود
الإنهاك الانفعالي	9	20،16،14،13،8،6،3،2،1
تبلد المشاعر	5	22،15،11،10،5
تدني الشعور بالإنجاز	8	21،19،18،17،12،9،7،4

2.2.4. تطبيق وتنقيط الاختبار

يستجيب الممرض لبنود المقياس المقدمة على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، حيث يضع الممرض علامة (X) أمام التكرار المناسب لكل بند ويتكون سلم التكرارات من سبع درجات، بدءاً من "أبداً" إلى "كل يوم"، وعند التصحيح تعطى استجابات الممرضين درجات من "0" إلى "6" درجات (b, Maslach & Leiter, 1997, p. 156)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (21): تنقيط استجابات مقياس الاحتراق النفسي.

التنقيط	الاستجابة
0	أبداً
1	عدة مرات في السنة
2	مرة في الشهر
3	عدة مرات في الشهر
4	مرة في كل أسبوع
5	عدة مرات في الأسبوع
6	يومية

بعد تصحيح المقياس، تجمع درجات بنود كل بعد على حدا، فيحصل كل ممرض على ثلاث درجات لأبعاد الاحتراق النفسي، وعليه تكون أقل درجة يحصل عليها في كل بعد هي صفر درجة، أما أعلى درجة يمكن الحصول عليها هي:

- (45) درجة بالنسبة للإرهاك الانفعالي؛

- (30) درجة بالنسبة لتبليد المشاعر؛

- (48) درجة بالنسبة لتدني الشعور بالإنجاز؛

- يمكن مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي من معرفة مستوى الاحتراق النفسي لكل فرد، والذي يتراوح بين "مرتفع"، "متوسط" و "مرتفع" وفق الدرجات التي يتحصل عليها في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي كالتالي:
- ✓ يكون مستوى الاحتراق النفسي مرتفع عندما يحصل الفرد على مستوى مرتفع في بعد الإتهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، ومستوى منخفض في بعد تدني الشعور بالإنجاز .
- ✓ يكون مستوى الاحتراق النفسي منخفض عندما يحصل الفرد على مستوى منخفض في بعد الإتهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، ومستوى مرتفع في بعد تدني الشعور بالإنجاز .
- ✓ يكون مستوى الاحتراق متوسط عندما يحصل الفرد على مستوى متوسط في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي.

ويمكن تحديد مستويات أبعاد الاحتراق النفسي ودرجاتها حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (22): تصنيف مستوى درجات أبعاد الاحتراق النفسي.

مرتفع	متوسط	منخفض	المستوى الأبعاد
30<	29 - 18	17>	الإتهاك الانفعالي
<12	11 - 6	5>	تبلد المشاعر
<40	39 - 34	33 >	تدني الشعور بالإنجاز

3.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس

يعتبر مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، المقياس الأكثر استخداما على نطاق واسع، لأنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، حيث ترجم إلى العديد من اللغات: الإسبانية، الفرنسية والعربية. وقد أشارت نتائج

معاملات الصدق والثبات لمختلف الدراسات الأجنبية منها والعربية، على أن المقياس يتمتع بدرجات ثبات عالية في كامل أبعاده، وبالتالي ملائمتة وصلاحيته لقياس الاحتراق النفسي.

1.3.2.4. الصدق

يتمتع المقياس بمستوى عال من الصدق، حيث أظهرت النسخة الأجنبية قدرة عالية على التمييز بين فئات مختلفة من العاملين، في مجال الخدمات الاجتماعية، الذين يعانون من احتراق نفسي مرتفع واحتراق نفسي منخفض.

قامت ماسلاش وجاكسون باستخراج دلالات صدق المقياس بصورته الأصلية، وقد أظهرت دلالات صدق المقياس من خلال قدرته على التمييز بين فئات المرضى الذين يعانون من احتراق نفسي عال، وبين الذين يعانون من احتراق نفسي منخفض.

أخضعت المعطيات للتحليل العاملي للتأكد من الصدق الداخلي فقدر بـ (0,86)، ومن بين الدراسات التي أثبتت الصدق العاملي: بلكسترو وآخرون (Belcastro & al, 1983)، وغرين وولكي (Green & Walkey, 1988).

كما أظهرت النسخة المعربة من المقياس على دلالات عالية من الصدق في البيئة العربية، حيث قام عدد من الباحثين أمثال: الدبابسة (1993)، الوابلي (1995)، دراسة السرطاوي (1997)، دراسة البتال (1998)، والزيودي (2007)، وذلك بقياس دلالات صدق المقياس من خلال عرضه على المحكمين للتأكد من صحة تعريبه ومناسبته لأهداف البحث.

- قام العتيبي بالتأكد من صدق وثبات المقياس، حيث كانت نتائج معامل الصدق كما يلي:

- الإنهاك الانفعالي (0,80)؛

- تبلد المشاعر (0,64)؛

- تدني الشعور بالإلحاز (0,72)؛

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس الاحتراق النفسي المستعمل من طرف ميهوبي فوزي سنة (2013)، حيث تأكد من صدق المقياس، وذلك بعرض نسخة مقياس الاحتراق النفسي باللغة العربية لمحمد عبد الرحمن طوالبه (1999)، والنسخة الفرنسية لمارتل (Martel, 1991)، على مجموعة من الأساتذة المتمكنين من اللغة العربية والفرنسية من أجل المراجعة اللغوية، من أجل التأكد من الصدق الظاهري، كما تم حساب معاملات ارتباط بنود مقياس الاحتراق النفسي فيما بينهم، وقد تم التوصل أن معاملات الارتباط تتراوح بين (0.49) و (0.71)، وهي معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

2.3.2.4. الثبات

قامت ماسلاش وجاكسون باستخراج دلالات الثبات باستخدام معامل الاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد المقياس، باستخدام معادلة ألفا كرو نباخ لأبعاد المقياس الثلاثة، فتحصلا على النتائج التالية:

- الإلحاز الانفعالي $\alpha = 0,90$ ؛

- تبلد المشاعر $\alpha = 0,79$ ؛

- تدني الشعور بالإلحاز $\alpha = 0,80$ ؛

وبينت معاملات الثبات الزمني بالنسبة للمستويات الثلاثة للمقياس على الترتيب (0,61)، (0,56)، (0,59) بعد مرور سنة.

اهتم كل من ديون وتيسي (Dion & Tessier) بدراسة صدق وثبات المقياس الخاص بالاحتراق النفسي، على عينتين من (260) مربية في روضة الأطفال و(123) ممرضة، فكانت معاملات التناسق الداخلي والثبات الزمني والصدق العاملي والصدق التناسقي، تؤكد الخصائص السيكومترية للمقياس بعد ترجمته

إلى اللغة الفرنسية أين كانت معاملات ألفا كرونباخ مشابهة لتلك التي تحصلت عليها ماسلاش وجاكسون في

التناسق الداخلي وهي كالتالي:

- الإنهاك الانفعالي $\alpha = 0,90$ ؛

- تبلد المشاعر $\alpha = 0,64$ ؛

- تدني الشعور بالإنجاز $\alpha = 0,74$ ؛

كما تم التأكد من الثبات الزمني بفحص الارتباط بين المعطيات المحصل عليها لعينة مكونة من (110) مربية،

وبعد مرور سنة من التطبيق الأول كانت نتائج معاملات بيرسون كما يلي:

- الإجهاد الانفعالي $r = 0,56$ ؛

- تبلد المشاعر $r = 0,50$ ؛

- تدني الشعور بالإنجاز $r = 0,56$ (ايقارب، 2009، ص 120)؛

وقد استعمل المقياس في الدراسات العربية أين تم التأكد من ثبات المقياس، ومن هؤلاء الباحثين نذكر

الوابلي (1995)، الزيودي (2007)، خطارة (2011)، ميهوي (2013)، الذين قاموا باستخراج معاملات

ثبات جيدة للمقياس في صورته العربية، باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، ونلخص النتائج المتوصل إليها في

الجدول التالي:

الجدول رقم (23): معامل ارتباط ألفا كرونباخ لقياس ثبات مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي في الدراسات العربية.

معامل الارتباط ألفا كرونباخ				أبعاد مقياس الاحتراق النفسي
دراسة ميهوبي (2013)	دراسة خطارة (2011)	دراسة الزيودي (2007)	دراسة الوابلي (1995)	
0,76	0,67	0,84	0,83	الإرهاك النفسي
0,66	0,75	0,63	0,72	تبلد المشاعر
0,77	0,71	0,78	0,86	تدني الشعور بالإنجاز

يبين الجدول أن معاملات الارتباط لألفا كرونباخ في الدراسات العربية الأربعة تتراوح بين (0.63) و (0.86)، وهي معاملات ثبات جيدة للمقياس.

وعليه تشير النتائج السابقة لمعاملات ألفا كرونباخ لمختلف الدراسات الأجنبية منها والعربية، على أن المقياس يتمتع بدرجات ثبات عالية في كامل أبعاده، وبالتالي ملائمته وصلاحيته لقياس الاحتراق النفسي.

3.3.2.4. الصدق والثبات في الدراسة الحالية

أ- صدق المقياس: اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الاحتراق النفسي على أبعاده الثلاثة (الإرهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تدني الشعور بالإنجاز)، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد، يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد و هي على التوالي :

- البعد الأول (الإرهاك الانفعالي): وتتكون من تسعة (9) فقرات هي: (1)، (2)، (3)، (6)، (8)، (13)، (14)، (16)، (20)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.34) و(0.58) وهي قيم موجبة وغير صفيرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الأول:

جدول رقم (24): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول (الإنهاك الانفعالي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.42	دال عند 0.01
2	0.42	دال عند 0.01
3	0.46	دال عند 0.01
6	0.34	دال عند 0.01
8	0.58	دال عند 0.01
13	0.43	دال عند 0.01
14	0.44	دال عند 0.01
16	0.50	دال عند 0.01
20	0.46	دال عند 0.01

■ البعد الثاني (تبلد المشاعر): وتتكون من أربعة (5) فقرات هي: (5)، (10)، (11)، (15)،

(22)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.33) و(0.41) وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة

إحصائية، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثاني:

جدول رقم (25): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد

الثاني (تبلد المشاعر).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
5	0.33	دال عند 0.01
10	0.41	دال عند 0.01
11	0.38	دال عند 0.01
15	0.40	دال عند 0.01
22	0.39	دال عند 0.01

▪ البعد الثالث (تدني الشعور بالإنجاز): وتتكون من ثمانية (8) فقرات هي: (4)، (7)، (9)، (12)، (17)، (18)، (19)، (21)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.29) و(0.56) وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثالث:

جدول رقم (26): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث (تدني الشعور بالإنجاز).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
4	0.42	دال عند 0.01
7	0.52	دال عند 0.01
9	0.37	دال عند 0.01
12	0.29	دال عند 0.01
17	0.56	دال عند 0.01
18	0.46	دال عند 0.01
19	0.37	دال عند 0.01
21	0.28	دال عند 0.01

وهكذا، يتبين من دراسة الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن فقرات مقياس الاحتراق النفسي في بنودها الاثني والعشرون (22) تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع ودال إحصائياً، مما يدل على أن مقياس الاحتراق النفسي صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ب- ثبات مقياس الاحتراق النفسي

لقد استعانت الباحثة لقياس ثبات مقياس الاحتراق النفسي بطريقتين تمثلت فيما يلي:

- طريقة التجزئة النصفية؛

- طريقة ألفا كرونباخ؛

وتوصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ على عينة من المرضى والمرضات مكونة من (ن = 221)، إلى أن معامل ثبات مقياس الاحتراق النفسي مرتفعة، وفيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس الاحتراق النفسي:

ب-1. طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode): قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط

بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية على عينة المرضى مكونة من (221)، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون، حيث تراوحت قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي بين (0.66) و (0.77) و هي قيم دالة إحصائياً عند (0.01)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (27): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
الإرهاك الانفعالي	0.70	دال عند 0.01
تبلد المشاعر	0.66	دال عند 0.01
تدني الشعور بالإنجاز	0.71	دال عند 0.01
المقياس ككل	0.77	دال عند 0.01

ب-2. طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيو درر تشارسون طبقاً لتعديل

كرونباخ، وتبين أن معاملات ثبات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي تتراوح بين (0.60) و (0.77)، وهي معاملات ثبات مرتفعة ودالة إحصائياً عند (0.01)، مما يؤكد ثبات مقياس الاحتراق النفسي، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (28): يبين نتائج حساب ثبات مقياس الاحتراق النفسي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
الإرهاك الانفعالي	0.77	دال عند 0.01
تبلد المشاعر	0.60	دال عند 0.01
تدني الشعور بالإنجاز	0.71	دال عند 0.01
المقياس ككل	0.74	دال عند 0.01

3.4. مقياس استراتيجيات المواجهه (Ways of Coping Questionnaire)

1.3.4. وصف المقياس

صمم الاستبيان من طرف فولكمان ولازاروس (Lazarus & Folkman, 1988) لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق، ويهتم الاستبيان بتقدير الأفكار والسلوكيات التي سيتعلمها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وقد استمدت النظرية المعرفية الظواهرية للضغط والمواجهة (Cognitive-phenomenological theory of stress & coping- Lazarus & Folkman, 1984)، ويركز الاستبيان أيضا على تعريف المواجهة كمجهودات معرفية وسلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة ومرهقة وتتجاوز الموارد الفردية، يهدف الاستبيان لتحديد الأفكار والسلوكيات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها، ويتكون الاستبيان من (50) عبارة تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة (أيت حمودة، 2006، ص 232)، وتم تحديدها من خلال التحليل العاملي، وتتوزع البنود على المقاييس الثمانية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (29): توزيع بنود استبيان استراتيجيات المواجهة على الأبعاد.

رقم البنود	المقاييس
2، 3، 13، 21، 26، 37.	إستراتيجية التصدي
1، 20، 30، 39، 40، 43.	إستراتيجية مخططات حل المشكل
8، 9، 11، 16، 32، 35.	إستراتيجيات اتخاذ مسافة.
6، 10، 27، 34، 44، 49، 50.	إستراتيجيات ضبط الذات.
4، 14، 17، 24، 33، 36.	إستراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي.
5، 19، 22، 42.	إستراتيجيات تحمل المسؤولية.
7، 12، 25، 31، 38، 41، 46، 47.	إستراتيجية التهرب- التجنب.
15، 18، 23، 28، 29، 45، 48.	إستراتيجية إعادة التقدير الذاتي.

2.3.4. طريقة التصحيح

يطلب من المستجيب التفكير في الحدث الأكثر إرهاقا، الذي حدث في الأسبوع الماضي وتحديد

استجابات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الموقف (Rexrode & O'tool, 2008, p.262- 280).

يعتمد التصحيح على طريقة القيم الخام التي تمثل مجموع إجابات الفرد على البنود، حيث يجيب الأفراد على

كل بند وفق سلم بأربعة (4) درجات مشيرة إلى مدى تكرار كل إستراتيجية استعمالها الفرد لمواجهة الحدث

الضاغط الخاص وتمثل في الآتي (Jacque, 1996, p. 16):

0	←	إطلاقا
1	←	إلى حد ما
2	←	كثيرا
3	←	كثيرا جدا

3.3.4. ثبات وصدق المقياس

يعتبر استبيان طرق استراتيجيات المواجهة للازاروس وفولكمان (WCQ) أحد أكثر مقاييس استراتيجيات المواجهة استعمالاً في البحوث، وهذا يدل على أنه يتمتع بصدق وثبات عاليين (Rexrode & O'tool, 2008, p.262- 280).

1.3.3.4. الصدق

لبنود استبيان إستراتيجيات المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الإستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع لتنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها، وتخص المواجهة كسيرورة، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية.

قامت آيت حمودة بحساب صدق استبيان إستراتيجيات المواجهة بطريقة الصدق الظاهري.

2.3.3.4. الثبات

تم قياس ثبات الاستبيان من خلال دراسة التوافق الداخلي للمقاييس الثمانية للاستبيان باستعمال معامل ألفا، وقد أظهر معاملات ثبات مرتفعة في مقاييس المواجهة وتمثل في الآتي: إستراتيجية التصدي (0.70)، ومخططات حل المشكل (0.68)، وضبط الذات (0.70)، والبحث عن سند اجتماعي (0.76)، وتحمل المسؤولية (0.66)، والتهرب- التجنب (0.72)، واتخاذ مسافة (0.81) وإعادة التقدير الإيجابي (0.79).
تمكنت آيت حمودة من التأكد من ثبات المقياس، وذلك من خلال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وذلك بالاعتماد على معامل الارتباط بيرسن، حيث تم التوصل إلى النتائج التالية: إستراتيجية التصدي (0.68)، ومخططات حل المشكل (0.40)،

وضبط الذات (0.45)، والبحث عن سند اجتماعي (0.37)، وتحمل المسؤولية (0.60)، والتهرب-
التجنب (0.71)، واتخاذ مسافة (0.47) وإعادة التقدير الإيجابي (0.56).

وقد جاءت معاملات الارتباط لمقاييس الاستبيان ذات دلالة إحصائية، مما يمكن القول بأن الاستبيان قد استوفى شروط الثبات، وعليه تم التأكد من ثبات الاستبيان (آيت حمودة، 2006، ص 234).

3.3.3.4. صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية

أ- صدق المقياس: اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق الداخلي لفقرات مقياس استراتيجيات المواجهة على أبعاده الثمانية، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد، يتكون المقياس من ثمانية أبعاد وهي على التوالي:

▪ البعد الأول (إستراتيجية التصدي): وتتكون من ستة (6) فقرات هي: (2)، (3)، (13)، (21)، (26)، (37)، قيمة معامل الارتباط البند (26) صفرية مما يستوجب حذفها، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.16) و(0.27) وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الأول:

جدول رقم (30): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد

الأول (إستراتيجية التصدي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
2	0.23	دال عند 0.01
3	0.29	دال عند 0.01
13	0.21	دال عند 0.01
21	0.22	دال عند 0.01
37	0.16	دال عند 0.05

■ البعد الثاني (إستراتيجية مخططات حل المشكل): ويتكون البعد الثاني من ستة (6) فقرات هي: (20)، (30)، (39)، (40)، (43)، (1)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.14) و(0.43)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثاني:

جدول رقم (31): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني (إستراتيجية مخططات حل المشكل).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.14	دال عند 0.05
20	0.36	دال عند 0.01
30	0.34	دال عند 0.01
39	0.26	دال عند 0.01
40	0.43	دال عند 0.01
43	0.38	دال عند 0.01

■ البعد الثالث (إستراتيجية اتخاذ مسافة): يتكون البعد الثالث من ستة (6) فقرات هي: (8)، (9)، (11)، (16)، (32)، (35)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.14) و(0.36)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثالث:

جدول رقم (32): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث (إستراتيجية اتخاذ مسافة).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
8	0.14	دال عند 0.05
9	0.37	دال عند 0.01
11	0.31	دال عند 0.01
16	0.34	دال عند 0.01
32	0.32	دال عند 0.01
35	0.20	دال عند 0.01

▪ البعد الرابع (إستراتيجية ضبط الذات): ويتكون البعد من سبعة (7) فقرات هي: (6)، (10)، (27)، (34)، (44)، (49)، (50)، قيمة معامل الارتباط للبند (6)، (27) صفرية مما يستوجب حذفها، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.14) و(0.48)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائية، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الرابع:

جدول رقم (33): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع (إستراتيجية ضبط الذات).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
10	0.14	دال عند 0.05
34	0.24	دال عند 0.01
44	0.29	دال عند 0.01
49	0.35	دال عند 0.01
50	0.48	دال عند 0.01

■ البعد الخامس (إستراتيجية البحث عن السند): ويتكون البعد من ستة (6) فقرات هي: (4)، (14)، (17)، (24)، (33)، (36)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.20) و(0.41)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائية، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الخامس:

جدول رقم (34): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس (إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
4	0.28	دال عند 0.01
14	0.29	دال عند 0.01
17	0.23	دال عند 0.01
24	0.37	دال عند 0.01
33	0.41	دال عند 0.01
36	0.20	دال عند 0.01

■ البعد السادس (إستراتيجية تحمل المسؤولية): ويتكون البعد السادس من أربعة (4) فقرات هي: (5)، (19)، (22)، (42)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.17) و(0.32)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائية، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد السادس:

جدول رقم (35): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس (إستراتيجية تحمل المسؤولية).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
5	0.17	دال عند 0.05
19	0.32	دال عند 0.01
22	0.28	دال عند 0.01
42	0.18	دال عند 0.01

▪ البعد السابع (إستراتيجية التهرب - التجنب): ويتكون البعد من ثمانية (8) فقرات هي: (7)، (12)، (25)، (31)، (38)، (41)، (46)، (47)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.10) و(0.35)، وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد السابع:

جدول رقم (36): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السابع (إستراتيجية التهرب - التجنب).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
7	0.20	دال عند 0.01
12	0.10	دال عند 0.01
25	0.19	دال عند 0.01
31	0.22	دال عند 0.01
38	0.35	دال عند 0.01
41	0.21	دال عند 0.01
46	0.18	دال عند 0.01
47	0.10	مقبول

▪ البعد الثامن (إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي): ويتكون البعد الثامن من سبعة (7) فقرات هي: (15)، (18)، (23)، (28)، (29)، (45)، (48)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.24) و(0.44) وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائيا، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثامن:

جدول رقم (37): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثامن (إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
15	0.39	دال عند 0.01
18	0.33	دال عند 0.01
23	0.45	دال عند 0.01
28	0.25	دال عند 0.01
29	0.39	دال عند 0.01
45	0.31	دال عند 0.01
48	0.24	دال عند 0.01

وهكذا، يتبين من دراسة الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن فقرات مقياس إستراتيجية المواجهة في بنودها المتبقية السابعة والأربعون (47) تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع دال إحصائيا، مما يدل على أن مقياس إستراتيجية المواجهة صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ب- ثبات المقياس: لقد استعانت الباحثة لقياس ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة بطريقتين تمثلت فيما يلي:

يلي:

- طريقة التجزئة النصفية.

- طريقة ألفا كرونباخ.

وتوصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ على عينة من المرضى والمرضات مكونة من (ن = 221)، إلى أن معامل ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة مقبولة، وفيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة:

ب-1. طريقة التجزئة النصفية (Split-half): قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية على عينة المرضى مكونة من (221)، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون، حيث تراوحت قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة بين (0.35) و(0.58) وهي قيم دالة إحصائياً عند (0.01)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (37): يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس إستراتيجية المواجهة باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
إستراتيجية التصدي.	0.35	دال عند 0.01
إستراتيجية مخططات حل المشكل.	0.56	دال عند 0.01
إستراتيجية اتخاذ مسافة.	0.53	دال عند 0.01
إستراتيجية ضبط الذات.	0.53	دال عند 0.01
إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.	0.55	دال عند 0.01
إستراتيجية تحمل المسؤولية.	0.55	دال عند 0.01
إستراتيجية التهرب - التجنب.	0.39	دال عند 0.01
إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي.	0.58	دال عند 0.01

ب-2. طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيو درر يثارسون طبقاً لتعديل كرونباخ، وتبين أن معاملات ثبات أبعاد مقياس إستراتيجية المواجهة تتراوح بين (0.39) و(0.62)، وهي

معاملات ثبات مرتفعة ودالة إحصائية عند (0.01)، مما يؤكد ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (38): يبين نتائج حساب ثبات مقياس إستراتيجية المواجهة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
إستراتيجية التصدي	0.44	دال عند 0.01
إستراتيجية مخططات حل المشكل	0.58	دال عند 0.01
إستراتيجية اتخاذ مسافة	0.47	دال عند 0.01
إستراتيجية ضبط الذات	0.39	دال عند 0.01
إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	0.48	دال عند 0.01
إستراتيجية تحمل المسؤولية	0.43	دال عند 0.01
إستراتيجية التهرب- التجنب	0.44	دال عند 0.01
إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي	0.62	دال عند 0.01

3.4. مقياس الدافعية للإنجاز

1.2.4. وصف المقياس

استخدمت الطالبة لقياس مستوى الدافعية للإنجاز لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، مقياس الدافعية للإنجاز من إعداد قوراري حنان (2014)، التي اعتمدت في إعدادها على استمارة دافعية الإنجاز لفرورمر، مقياس نيموف ر.س (1999)، ومقياس الدافع للإنجاز لهرمانز (1970)، حيث يحتوي المقياس على (25) بند، موزعة بالتساوي على خمسة محاور هي:

■ المحور الأول: سلوك الإنجاز.

■ المحور الثاني: المثابرة في بذل الجهد.

▪ المحور الثالث: الإقبال على العمل.

▪ المحور الرابع: التوتر في العمل.

▪ المحور الخامس: الطموح.

2.2.4. تطبيق وتنقيط المقياس

يجيب الممرض على عبارات المقياس وفق ثلاث بدائل: (دائما)، (أحيانا)، (نادرا)، بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة، حيث يعطى لكل بديل قيمة عددية كما يلي: (دائما = 03)، (أحيانا = 02)، (نادرا = 01)، ثم تضرب تكرارات كل بديل في القيمة العددية الموافقة له، وتجمع نتائج البدائل المتحصل عليها لمعرفة مستوى الدافعية للإنجاز، الذي يكون كما يلي:

- مستوى منخفض (25).

- مستوى متوسط (26-50).

- مستوى مرتفع (51-75).

3.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس

1.3.2.4. صدق المقياس

استخدمت الباحثة طريقة استشارة الخبراء، حيث عرض مقياس الدافعية للإنجاز على سبعة أساتذة للتحكيم، حيث تم تعديل المقياس بحذف وإضافة بعض البنود، ثم عرض على المشرف وتم تطبيقه على عينة الدراسة.

2.3.2.4. ثبات المقياس

استخدمت الباحثة لقياس ثبات المقياس طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، حيث تم إعادة تطبيق الاختبار بعد عشرون يوم من التطبيق الأول، وحساب معامل الارتباط بيرسون الذي بلغ (0,83) وهو ذو دلالة إحصائية عند (0,01)، وعليه فالمقياس ثابت.

3.3.2.4. الصدق والثبات في الدراسة الحالية

أ- **صدق المقياس:** اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق الداخلي لفقرات مقياس دافعية الانجاز، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس. يتكون مقياس دافعية الانجاز من خمسة وعشرون بند (25) مرقمة من (1) إلى (25)، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين (0.24) و (0.62) وهي قيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً، وسوف نستعرض نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي لبنود مقياس دافعية الانجاز:

جدول رقم (39): يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي لمقياس دافعية الانجاز.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.44	دال عند 0.01
2	0.35	دال عند 0.01
3	0.57	دال عند 0.01
4	0.39	دال عند 0.01
5	0.31	دال عند 0.01
6	0.31	دال عند 0.01
7	0.35	دال عند 0.01
8	0.48	دال عند 0.01
9	0.36	دال عند 0.01
10	0.45	دال عند 0.01

دال عند 0.01	0.38	11
دال عند 0.01	0.41	12
دال عند 0.01	0.51	13
دال عند 0.01	0.56	14
دال عند 0.01	0.36	15
دال عند 0.01	0.45	16
دال عند 0.01	0.39	17
دال عند 0.01	0.39	18
دال عند 0.01	0.48	19
دال عند 0.01	0.28	20
دال عند 0.01	0.42	21
دال عند 0.01	0.34	22
دال عند 0.01	0.23	23
دال عند 0.01	0.37	24
دال عند 0.01	0.40	25

وعليه، يتبين من دراسة الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن فقرات مقياس دافعية الانجاز في

بنوده الخمسة والعشرون (25) تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع ودال إحصائياً، مما يدل على أن

مقياس دافعية الانجاز صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ب- ثبات المقياس

لقد استعانت الباحثة لقياس ثبات مقياس دافعية الانجاز بطريقتين تمثلت فيما يلي:

- طريقة التجزئة النصفية.

- طريقة ألفا كرونباخ.

توصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ على عينة من المرضى مكونة من (ن = 221)، إلى أن معامل ثبات مقياس دافعية الانجاز مرتفعة. وفيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس دافعية الانجاز:

➤ **طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode):** قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ودرجات البنود الزوجية على عينة التقنين مكونة من (221) ممرض وممرضة، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون، حيث تم الحصول على معامل ثبات مقياس دافعية الانجاز يساوي (0.84) وهي قيمة دالة إحصائياً عند (0.01)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (40): يبين نتائج حساب ثبات مقياس دافعية الانجاز باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
دافعية الانجاز	0.84	دال عند 0.01

➤ **طريقة كرونباخ:**

تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيو درر ريتشارسون طبقاً لتعديل كرونباخ ، و تبين أن معاملات الثبات تتراوح يساوي 0.84 و هو معامل ثبات مرتفع ودالة إحصائياً عند (0.01)، مما يؤكد ثبات مقياس دافعية الانجاز، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (41): يبين نتائج حساب ثبات مقياس دافعية الإنجاز باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الإحصائية
دافعية الانجاز	0.90	دال عند 0.01

5. أساليب المعالجة الإحصائية

بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز على عينة البحث، تم جمع

البيانات وتحليلها باستخدام أساليب الإحصاء الاستدلالي، تتمثل فيما يلي:

- تطبيق اختبار (ك²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي ومستويات دافعية

الإنجاز

- تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في رتب استراتيجيات المواجهة.

- معامل ارتباط برسون لدراسة دلالة علاقة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة والدافعية

للإنجاز.

- تطبيق اختبار (ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط أبعاد الاحتراق النفسي وأبعاد استراتيجيات المواجهة

ومتوسط دافعية الإنجاز حسب متغير الجنس.

علما أننا استعنا لتحليل النتائج بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for

.(Social Science - SPSS).

خلاصة

أجريت هذه الدراسة بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية ومصلحة استعجالات طب الأطفال، بثلاث

مستشفيات جامعية بالعاصمة، تمثلت عينة البحث في فئة الممرضين واعتمد على المنهج الوصفي التحليلي،

حيث تم تطبيق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس الدافعية للإنجاز، واستبيان استراتيجيات المواجهة للازاروس وفولكمان، مع عرض خصائصها السيكومترية.

الفصل السادس

عرض وتفسير النتائج

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة المتوصل إليها عرضاً وصفيًا لكل فرضية على حدة، فبعد تطبيق المقاييس الثلاث المستعملة في الدراسة، تم تفرغ النتائج ومعالجتها إحصائيًا باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، عليه يتم عرض وتحليل نتائج المعالجة الإحصائية ثم مناقشة النتائج حسب فرضيات الدراسة.

1. عرض نتائج فرضيات الدراسة

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على أنه: "يعاني ممرضي مصلحة الاستعجال الطيبة والجراحية من مستوى مرتفع للاحتراق النفسي، وفقا لأبعاده الثلاثة (الإنهاك الانفعالي، تلبد المشاعر، تدني الشعور بالإنجاز)"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة باستخدام اختبار (كا²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (43): يبين نتائج تطبيق اختبار (كا²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).

أبعاد الاحتراق النفسي	مستويات	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا ² المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا ² المجدولة	الدلالة الإحصائية
الإنهاك الانفعالي	منخفضة	18	%8.1	169.15	2	9.21	دال عند 0.01
	متوسطة	39	%17.6				
	مرتفعة	164	%74.2				
	المجموع	221	%100				
تبلد المشاعر	منخفضة	55	%24.9	50.53	2	9.21	دال عند 0.01
	متوسطة	43	%19.5				
	مرتفعة	123	%55.7				
	المجموع	221	%100				
تدني الشعور بالإنجاز	منخفضة	96	%43.4	26.45	2	9.21	دال عند 0.01
	متوسطة	38	%17.2				
	مرتفعة	87	%39.4				
	المجموع	221	%100				

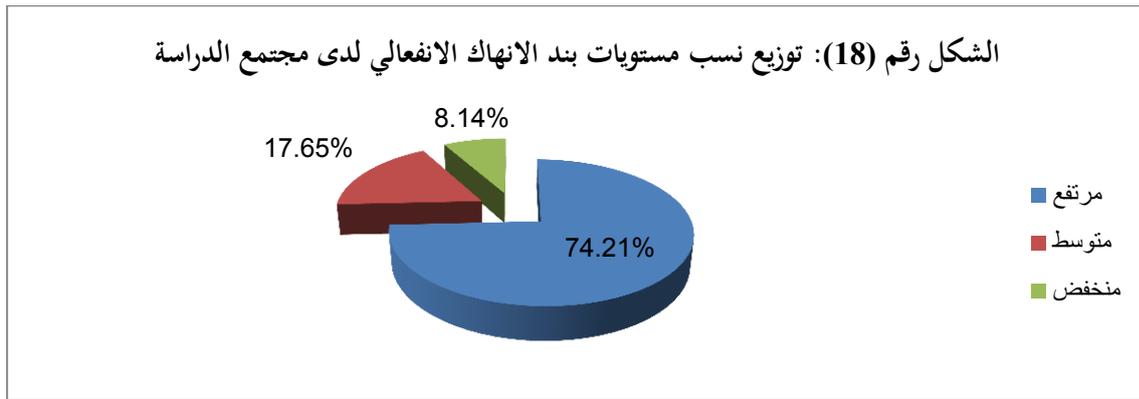
التعليق على الجداول: يتبين من نتائج الجدول رقم (43)، وتطبيق اختبار (كا²) لدراسة دلالة الفروق في

مستويات أبعاد الاحتراق النفسي الثلاثة (الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تدني الشعور بالإنجاز) ما يلي:

أولاً: بعد الإنهاك الانفعالي: يتبين من دراسة دلالة الفروق في مستويات بعد الإنهاك العاطفي

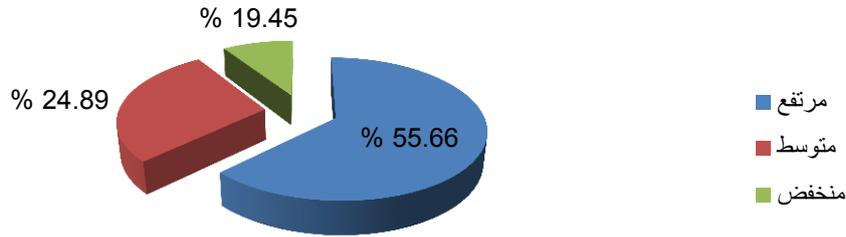
(منخفضة، متوسطة، مرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند (0.01)، حيث أن قيمة (كا²) المحسوبة

والمساوية (169.15) أكبر من قيمة (ك²) الجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن أغلبية مرضي مصلحة الاستعجالات بنسبة (74.2%) يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي، تليها نسبة أقل تساوي (17.6) تعاني من مستوى متوسط من الإنهاك العاطفي، بينما لا تتجاوز نسبة (8.1%) مرضين يعانون من مستوى منخفض من الإنهاك العاطفي، الشكل رقم (18) يوضح مختلف النتائج.



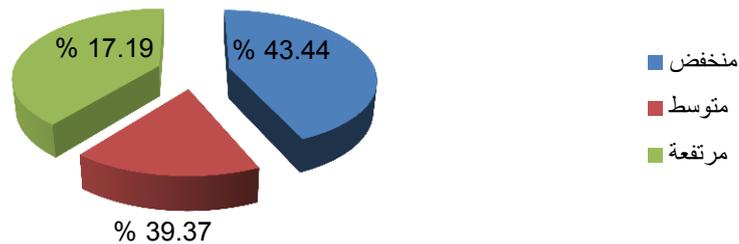
ثانياً: بعد تبلد المشاعر: يتبين من دراسة دلالة الفروق في مستويات بعد تبلد المشاعر (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند (0.01)، حيث أن قيمة (ك²) المحسوبة والمساوية (50.53) أكبر من قيمة (ك²) الجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن أغلبية مرضي مصلحة الاستعجالات بنسبة (55.7%) يعانون من مستوى مرتفع من تبلد المشاعر، تليها نسبة أقل تساوي (24.9) (%) تعاني من مستوى منخفض من تبلد المشاعر، بينما لا تتجاوز نسبة (19.5%) مرضين يعانون من مستوى متوسط من تبلد المشاعر، وذلك حسب ما يوضحه الشكل رقم (19).

الشكل رقم (19): توزيع نسب مستويات بند تبدل المشاعر لدى مجتمع الدراسة



ثالثاً: **تدني الشعور بالإنجاز**: يتبين من دراسة دلالة الفروق في مستويات بعد تدني الشعور بالإنجاز (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند (0.01)، حيث أن قيمة (كا²) المحسوبة والمساوية (26.45) أكبر من قيمة (كا²) الجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن أغلبية مرضي مصلحة الاستعجالات بنسبة (43.4%) يعانون من مستوى منخفض من الشعور بالإنجاز، تليها نسبة أقل تساوي (39.4%) تعاني من مستوى مرتفع من الشعور بالإنجاز، بينما لا تتجاوز نسبة (17.2%) مرضين يعانون من مستوى متوسط من تدني الشعور بالإنجاز، وذلك حسب ما يبينه الشكل رقم (20).

الشكل رقم (20): توزيع نسب مستويات بند تدني الشعور بالإنجاز لدى عينة الدراسة



وعليه نقبل فرضية البحث الأولى وكجواب لها يمكن القول: " يعاني مرضي مصلحة الاستعجالات من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي"، حيث أن أكبر نسبة تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي

بنسبة (74.2%)، وتعاني أكبر نسبة من مستوى مرتفع من تبلد المشاعر (55.7%)، كما أن أكبر نسبة تعاني من مستوى منخفض من تدني الشعور بالإنجاز (43.4%).

2.1. عرض نتائج الفرضية الثانية

الفرضية الثانية مفادها أنه: "يوجد اختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية قامت الباحثة بحساب متوسطات الرتب للإستراتيجيات المواجهة المستخدمة، ثم دراسة دلالة الفروق في الرتب باستخدام اختبار فريدمان، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (44): يبين نتائج تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في رتب استراتيجيات المواجهة.

الدلالة الإحصائية	ك ² الجدولة	درجة الحرية	ك ² المحسوبة	الرتب	معامل فريدمان	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	استراتيجيات المواجهة
دال عند 0.01	18.47	7	566.46	8	2,64	,39	1,15	النصي
				2	6,03	,51	1,84	مخططات حل المشكل
				2	5,71	,55	1,74	اتخاذ المسافة
				6.5	3,01	,43	1,23	ضبط الذات
				4	4,97	,56	1,61	البحث عن السند الاجتماعي
				5	3,99	,60	1,39	تحمل المسؤولية
				6.5	3,25	,466	1,26	التهرب- التجنب
				2	6,40	,53	1,92	إعادة التقدير الايجابي

جدول رقم (45): يبين نتائج تطبيق اختبارات المقارنات الثنائية لاختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستويات المعالجة.

الدلالة الإحصائية	Std statistic	الخطأ المعياري	اختبار إحصائي	المقارنات الثنائية
دال عند 0.01	-14.583	0.233	-3.398	التصدي-مخططات حل المشكل
دال عند 0.01	-13.175	0.233	-3.070	التصدي-اتخاذ المسافة
غير دال عند 0.05	-1.621	0.233	-0.378	التصدي-ضبط الذات
دال عند 0.01	-10.010	0.233	-2.333	التصدي-السند الاجتماعي
دال عند 0.01	-5.806	0.233	-1.353	التصدي-تحمل المسؤولية
دال عند 0.01	2.631	0.233	-0.613	التصدي-التهرب
دال عند 0.01	-16.176	0.233	-3.769	التصدي - التقدير الايجابي
غير دال	1.408	0.233	0.328	حل المشكل-اتخاذ المسافة
دال عند 0.01	12.962	0.233	3.020	حل المشكل-ضبط الذات
دال عند 0.01	4.573	0.233	1.066	حل المشكل-السند الاجتماعي
دال عند 0.01	8.777	0.233	2.045	حل المشكل-تحمل المسؤولية
دال عند 0.01	11.952	0.233	2.785	حل المشكل-التهرب
غير دال	-1.592	0.233	-0.371	حل المشكل-التقدير الايجابي
دال عند 0.01	11.554	0.233	2.692	اتخاذ المسافة-ضبط الذات
دال عند 0.01	3.165	0.233	0.738	اتخاذ المسافة-السند الاجتماعي
دال عند 0.01	1.408	0.233	0.328	اتخاذ المسافة-تحمل المسؤولية
دال عند 0.05	10.544	0.233	2.457	اتخاذ المسافة-التهرب
دال عند 0.01	3.00	0.233	-0.699	اتخاذ المسافة - التقدير الذاتي
دال عند 0.01	-8.389	0.233	-1.955	ضبط الذات - السند الاجتماعي

ضبط الذات - تحمل المسؤولية	-0.975	0.233	-4.185	دال عند 0.01
ضبط الذات - التهرب	-0.235	0.233	-1.010	دال عند 0.01
ضبط الذات - التقدير الذاتي	-3.391	0.233	-14.554	دال عند 0.01
السند الاجتماعي - تحمل المسؤولية	1.717	0.233	7.369	دال عند 0.01
السند الاجتماعي - التهرب	1.719	0.233	7.379	دال عند 0.01
السند الاجتماعي - التقدير الايجابي	-1.437	0.233	-6.165	دال عند 0.01
تحمل المسؤولية - التهرب	0.740	0.233	3.175	دال عند 0.01
تحمل المسؤولية - التقدير الايجابي	-2.416	0.233	-10.369	دال عند 0.01
التهرب - التقدير الايجابي	-3.156	0.233	-13.544	دال عند 0.01

التعليق على الجدولين: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في متوسطات

رتب استراتيجيات المواجهة، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، حيث أن قيمة (ك²)

المحسوبة والمساوية (566.46) أكبر من قيمة (ك²) الجدولة والمساوية (18.47) وهذا يعني حسب المقارنات

الثنائية ما يلي:

■ مجموعة من الاستراتيجيات تحتل الصدارة (المرتبة الأولى) من حيث استخدامها من طرف ممرضي

الاستعجال، حيث أن متوسطاتها متساوية تقريبا وغير دالة إحصائية (حسب المقارنات الثنائية)، وتمثل في:

مخططات حل المشكل، أخذ المسافة، إعادة التقدير الذاتي.

■ مجموعة من الاستراتيجيات تحتل المرتبة الثانية من حيث استخدامها من طرف ممرضي الاستعجال،

حيث أن متوسطاتها متساوية تقريبا وغير دالة إحصائية (حسب المقارنات الثنائية)، وتمثل في: إستراتيجية

البحث عن السند، تليها إستراتيجية تحمل المسؤولية التي تحتل المرتبة الثالثة من حيث الاستخدام، ضبط الذات

والتهرب في المرتبة الرابعة من حيث الاستخدام.

■ بينما يحتل إستراتيجية التصدي المرتبة الخامسة والأخيرة من حيث الاستخدام من طرف ممرضي الاستعجالات.

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية الثانية: "يوجد اختلاف في استخدام إستراتيجية المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات ، حيث تحتل مخططات حل المشكل، أخذ المسافة، إعادة التقدير الذاتي المرتبة الأولى، إستراتيجية البحث عن السند المرتبة الثانية، تحمل المسؤولية المرتبة الثالثة، ضبط الذات والتهرب المرتبة الرابعة وفي الأخير إستراتيجية التصدي المرتبة الخامسة والأخيرة".

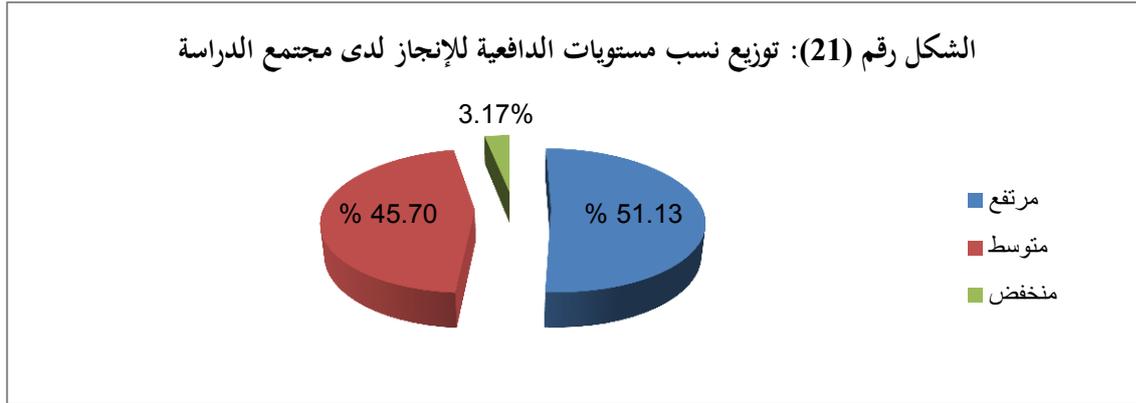
3.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة

الفرضية الثالثة مفادها ما يلي: "يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى منخفض من دافعية الانجاز"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (χ^2) لدراسة دلالة الفروق في مستويات دافعية الانجاز (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (46): يبين نتائج تطبيق اختبار كا² لدراسة دلالة الفروق في مستويات دافعية الانجاز (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).

الدلالة الإحصائية	قيمة كا ² الجدولة	درجة الحرية	قيمة كا ² المحسوبة	النسبة المئوية	التكرار	المستويات
دال عند 0.01	9.21	2	91.475	45.7%	101	منخفضة
				51.1%	113	متوسطة
				3.2%	07	مرتفعة
				100%	221	المجموع

التعليق على الجداول: يتبين من نتائج الجدول رقم (45)، وبتطبيق اختبار (كا²) لدراسة دلالة الفروق في مستويات دافعية الانجاز (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند (0.01)، حيث أن قيمة (كا²) المحسوبة والمساوية (91.475) أكبر من قيمة (كا²) الجدولة والمساوية (9.21)، وهذا يعني أن أغلبية ممرضي مصلحة الاستعجالات بنسبة (51.1%) لديهم مستوى متوسط من دافعية الانجاز، تليها نسبة أقل تساوي (45.7%) لديهم مستوى منخفض من دافعية الانجاز، بينما لا تتجاوز نسبة (3.2%) ممرضين لهم مستوى مرتفع من دافعية الانجاز، الشكل رقم (17) يوضح مختلف النتائج. و عليه يمكن القول كجواب للفرضية الثالثة: " مستوى دافعية الانجاز لممرضي مصلحة الاستعجالات متوسط، حيث أن أكبر نسبة من الممرضين (51.1%) لهم مستوى متوسط ".



4.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة

الفرضية الرابعة مفادها ما يلي: "توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى مرضي مصالحة الاستعدادات الطبية والجراحية"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة بتفريغ نتائج إجابات المرضى على مقياس الاحتراق النفسي وأبعاده ونتائجهم على مقياس استراتيجيات المواجهة، ثم حساب واستخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد عينة البحث.

ولدراسة العلاقة استخدمت الباحثة معامل ارتباط برسون البسيط، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (47): يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط برسون لدراسة دلالة العلاقة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة.

العلاقة	الإنهاك الانفعالي (n= 221)	تبلد المشاعر (n= 221)	تدني الشعور بالانجاز (n= 221)
إستراتيجية التصدي	0.157	0.024	0.094
إستراتيجية مخططات حل المشكل	*0.133	-0.065	**0.253
إستراتيجية اتخاذ القرار	*0.148	*0.167	0.120
إستراتيجية ضبط الذات	0.119	**0.205	0.062
إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	-0.033	-0.058	**0.195
إستراتيجية تحمل المسؤولية	*0.134	**0.195	0.05
إستراتيجية التهرب-التجنب	**0.243	**0.351	-0.112
إستراتيجية إعادة التقدير الذاتي	0.036	-0.047	**0.278

التعليق على الجدول: يتبين من نتائج تطبيق معامل الارتباط برسون لدراسة دلالة العلاقة بين الاحتراق

النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى المرضين ما يلي:

أولاً: العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة والاحتراق النفسي في بعده المرتبط بالإنهاك

الانفعالي

■ توجد علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول التجنب

والتهرب والاحتراق النفسي في بعده المرتبط بالإنهاك الانفعالي، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية

(0.243) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.181)، وهذا يعني المرضين ذوي الإنهاك الانفعالي

يستعملون إستراتيجية التهرب والتجنب.

■ توجد علاقة دالة إحصائية عند (0.05) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل، اتخاذ المسافة، تحمل المسؤولية والاحترق النفسي في بعده المرتبط بالإتهاك الانفعالي، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: (0.133)، (0.148)، (0.134) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138)، و هذا يعني أن المرضى الذين يعانون من إتهاك انفعالي يستعملون الاستراتيجيات التالية:

✓ إستراتيجية حل المشكل.

✓ إستراتيجية اتخاذ المسافة.

✓ إستراتيجية تحمل المسؤولية.

■ لا توجد علاقة دالة إحصائية عند (0.05) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول التصدي، ضبط الذات، السند الاجتماعي، التقدير الايجابي والاحترق النفسي في بعده المرتبط بالإتهاك الانفعالي، حيث أن قيمة (r) المحسوبة و المساوية على التوالي: (0.157)، (0.119)، (0.033)، (0.036) أصغر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138).

ثانيا: العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتبلد

المشاعر

■ توجد علاقة موجبة ودالة إحصائية عند (0.01) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول ضبط الذات، التجنب والتهرب، إعادة التقدير الايجابي والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتبلد المشاعر، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي : (0.205)، (0.195)، (0.351) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.181)، وهذا يعني أن المرضى ذوي تبلد المشاعر يستعملون الاستراتيجيات التالية:

✓ إستراتيجية ضبط الذات.

✓ إستراتيجية التجنب والتهرب.

✓ إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي.

■ توجد علاقة دالة إحصائياً عند (0.05) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول اتخاذ المسافة والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتبلد المشاعر، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية (0.167) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138)، وهذا يعني أن المرضين ذوي تبلد المشاعر يستعملون إستراتيجية اتخاذ المسافة.

■ لا توجد علاقة دالة إحصائياً عند (0.05) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول التصدي، حل المشكل، السند الاجتماعي، إعادة التقدير الايجابي والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتبلد المشاعر، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: (0.024)، (0.065)، (0.058)، (0.047) أصغر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138).

ثالثاً: العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتدني

الشعور بالانجاز

■ توجد علاقة موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل، السند الاجتماعي، إعادة التقدير الايجابي والاحترق النفسي في بعده المرتبط تدني الشعور بالانجاز، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: (0.253)، (0.195)، (0.278) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.181)، وهذا يعني أن المرضين ذوي تدني الشعور بالانجاز يستعملون الاستراتيجيات التالية:

✓ إستراتيجية حل المشكل.

✓ إستراتيجية السند الاجتماعي.

✓ إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي.

■ لا توجد علاقة دالة إحصائية عند (0.05) بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول التصدي، اتخاذ المسافة، ضبط الذات، تحمل المسؤولية، التهرب والتجنب والاحترق النفسي في بعده المرتبط بتبلد المشاعر، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: (0.094)، (0.12)، (0.062)، (0.05)، (0.112) أصغر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138).

5.1. عرض نتائج الفرضية الخامسة

تنص الفرضية الخامسة على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة بتفريغ نتائج إجابات الممرضين على مقياس الاحتراق النفسي وأبعاده ونتائجهم على مقياس دافعية الانجاز، ثم حساب واستخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد عينة البحث.

ولدراسة العلاقة استخدمت الباحثة معامل ارتباط برون البسيط، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (48): يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط برون لدراسة دلالة العلاقة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز.

العلاقة	الإنهك الانفعالي (n= 221)	تبلد المشاعر (n= 221)	تدني الشعور بالانجاز (n= 221)
الدافعية للإنجاز	*0.167	**0.197	** -0.200

التعليق على الجدول: يتبين من نتائج تطبيق معامل الارتباط برون لدراسة دلالة العلاقة بين الاحتراق

النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز لدى الممرضين ما يلي:

- توجد علاقة موجبة ودالة إحصائية عند (0.01) بين الاحتراق النفسي في بعده المرتبط بتبلد المشاعر ودافعية الانجاز، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية (0.197) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.181)، وهذا يعني أن دافعية الانجاز تزيد عند المرضى ذوي تبلد المشاعر.
- توجد علاقة سالبة (عكسية) ودالة إحصائية عند (0.01) بين الاحتراق النفسي في بعده المرتبط تديني الشعور بالانجاز ودافعية الانجاز، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية (0.200) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.181)، وهذا يعني أن دافعية الانجاز تقل عند المرضى ذوي تبلد المشاعر.
- توجد علاقة موجبة ودالة إحصائية عند (0.05) بين الاحتراق النفسي في بعده المرتبط الإنهاك الانفعالي والدافعية للانجاز، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية (0.167) أكبر من قيمة (r) الجدولة والمساوية (0.138)، وهذا يعني أن دافعية الانجاز تزيد عند المرضى ذوي الإنهاك الانفعالي.

6.1. عرض نتائج الفرضية السادسة

تنص الفرضية السادسة على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الاحتراق النفسي وأبعاده يعزى لمتغير الجنس"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(49): يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط أبعاد

الاحترق النفسي يعزي لمتغير الجنس.

الدلالة الإحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة		
غير دال	1.96	219	-0.547	10,50	34,26	86	الذكور	الإنهاك الانفعالي
				11,58	35,11	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	0.207	7,43	11,73	86	الذكور	تبلد المشاعر
				7,54	11,51	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	-1.474	7,74	34,66	86	الذكور	تدني الشعور بالانجاز

التعليق على الجدول: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار (ت) لعيتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق

بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط أبعاد الاحتراق النفسي: الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر و

تدني الشعور بالانجاز ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط

أبعاد الاحتراق النفسي: الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، وتدني الشعور بالانجاز، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة

والمساوية على التوالي: (0.547)، (0.207)، (1.474) أصغر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (1.96)، و

هذا يعني أن متوسط الاحتراق النفسي في أبعاده لدى المرضين الذكور يساوي تقريبا متوسط الاحتراق

النفسي في أبعاده لدى المرضات الإناث.

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضات الإناث والممرضين الذكور في متوسط الاحتراق النفسي في أبعاده الثلاث، حيث أن متوسط الاحتراق النفسي في أبعاده للممرضات الإناث تساوي تقريبا متوسط الاحتراق النفسي في أبعاده للممرضين الذكور.

7.1. عرض نتائج الفرضية السابعة

الفرضية السابعة تنص على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط استراتيجيات المواجهة في أبعادها يعزى لمتغير الجنس"، ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (50): يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة يعزي لمتغير الجنس.

الدلالة الإحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة		
غير دال	1.96	219	-1.69	2,52	7,65	86	الذكور	التصدي
				2,81	8,26	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	-1.75	3,16	10,60	86	الذكور	حل المشكل
				3,03	11,34	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	0.709	3,57	10,62	86	الذكور	اتخاذ المسافة
				3,13	10,30	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	1.07	3,08	8,89	86	الذكور	ضبط الذات
				2,94	8,45	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	-1.065	3,65	9,65	86	الذكور	السند الاجتماعي
				3,21	9,68	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	0.376	2,60	5,65	86	الذكور	تحمل المسؤولية
				2,28	5,52	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	0.152	3,93	10,09	86	الذكور	التهرب - التجنب
				3,60	10,014	135	الإناث	
غير دال	1.96	219	-1.095	3,74	13,08	86	الذكور	إعادة التقدير الايجابي
				3,71	13,64	135	الإناث	

التعليق على الجدول: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق

بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة: التصدي، حل المشكل،

اتخاذ المسافة، ضبط الذات، السند الاجتماعي، تحمل المسؤولية، التهرب والتجنب، إعادة التقدير الايجابي ما

يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة: التصدي، حل المشكل، اتخاذ المسافة، ضبط الذات، السند الاجتماعي، تحمل المسؤولية، التهرب والتجنب، إعادة التقدير الايجابي، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية على التوالي: (1.69)، (1.75)، (0.709)، (1.07)، (0.065)، (0.376)، (0.152)، (1.095) أصغر من قيمة (ت) الجدولة والمساوية (1.96)، وهذا يعني أن متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة لدى المرضين الذكور يساوي تقريبا متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة لدى المرضات الإناث.

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضات الإناث والمرضين الذكور في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة، حيث أن متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضات الإناث تساوي تقريبا متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضين الذكور.

8.1. عرض نتائج الفرضية الثامنة

الفرضية الثامنة مفادها ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط دافعية الانجاز يعزى لمتغير الجنس"، ولدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (51): يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لدراسة دلالة الفروق في متوسط دافعية الانجاز يعزى لمتغير الجنس.

الدلالة الإحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة		
غير دال	1.96	219	-0.461	14,84	83,23	86	الذكور	دافعية الانجاز
				18,18	84,31	135	الإناث	

التعليق على الجدول: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار (ت) لعيتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق

بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط دافعية الانجاز ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين المرضين الذكور والمرضات الإناث في متوسط دافعية الانجاز، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (0.461) أصغر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (1.96)، وهذا يعني أن متوسط دافعية الانجاز لدى المرضين الذكور يساوي تقريبا متوسط دافعية الانجاز لدى المرضات الإناث.

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية السابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضات الإناث والمرضين الذكور في متوسط دافعية الانجاز، حيث أن متوسط الدافعية للإنجاز للمرضات الإناث تساوي تقريبا متوسط الدافعية للإنجاز للمرضين الذكور.

2. تفسير نتائج فرضيات الدراسة

1.2. مناقشة نتائج الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على: "يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى مرتفع للاحتراق النفسي، وفقا لأبعاده الثلاثة (الإرهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تديني الشعور بالانجاز)"، واستنادا

للنتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات، تبين أن المرضى يعانون من مستوى مرتفع على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر ومستوى منخفض على بعد تدني الشعور بالإنجاز، وبذلك فإن مرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، وعليه تأكدت صحة الفرضية.

وقد اتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات، حيث توصلت دراسة حاتم وهيبية (2005) حول الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات، أن الأطباء العاملون في مصلحة الاستعجالات يعانون من ارتفاع مستويات الإنهاك المهني، وأظهرت النتائج دراسة أدلي وبريامي (2002, Adali & Priami) أن المرضى والمرضات في أقسام الإسعاف لديهم مستوى أعلى من الإجهاد الانفعالي، ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء وأعمال زائدة، وتوجيه وإشراف)، وتساهم العوامل السابقة في تطوير الاحتراق النفسي لديهم، كما توصلت دراسة لورنت (Laurent, 2007) حول الاحتراق النفسي عند عمال الاستعجالات، أن العينة لديها مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي نظرا لطبيعة العمل ومخاطره.

وبالتالي تشكل مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية في حد ذاتها ضغط على المرضى الذين يعملون فيها، نظرا للعدد الكبير من المرضى الذين يقصدونها، والتي تتباين فيها الحالات المستعجلة من حرجة إلى خطيرة، تستدعي سرعة ودقة التدخل، هذا ما يجعل المريض منهكا لعدم قدرته التكفل بالمرضى، وذلك بسبب كثرتهم وقلة عدد المرضى، إضافة إلى بعض المشاكل مثل غموض وصراع الدور، عدم وجود مساندة اجتماعية، عدم المشاركة في اتخاذ القرار، مما يجعل المريض يشعر باللامبالاة وعدم الاهتمام بالمرضى، فينقص حماسه للعمل وكذا دافعه للإنجاز، وفي النهاية يجد المريض نفسه يواجه ظاهرة الاحتراق النفسي.

كما تتفق نتائج الدراسة مع كثير من الدراسات التي توصلت بأنه على غرار مهن المساعدة الأخرى، فإن انتشار الاحتراق النفسي المرتفع في مهنة التمريض بشكل خاص بسبب المتطلبات العاطفية والجسدية العالية لهذا العمل كما ارتبط بأعباء العمل الثقيلة، مستويات التوظيف غير الكافية، وعدم الرضا الوظيفي (Heather Laschinger & Fida, 2014, pp.19-28)، حيث يتعرض الممرضون بشكل خاص للاحتراق النفسي بسبب طبيعة عمل مهنة التمريض، التي تتطلب التعامل عن قرب مع الأشخاص، الذين غالباً ما يكونون في حالات انفعالية، إضافة إلى نقص الاستقلالية وعبء العمل المرتفع (Ruth & al, 2009, p.8)، نتيجة الارغامات التي تفرضها التنظيمات على الممرضين، وصعوبة الاتصال والتواصل (Delbrouk, 2008, p.165)، وحمل العمل النفسي والعاطفي، إضافة لإحساس الممرض بعدم التقدير والاحترام من طرف المريض ومرافقيه، مع وجود علاقات سيئة مع الأطباء، وبالتالي يصبحون أكثر عرضة لمخاطر للاحتراق النفسي وآثاره السلبية (Ruth & al, 2009, p.8).

وقد تؤكد نتائج الدراسات حول الاحتراق النفسي عن تفشي الظاهرة في أوساط الممرضين، حيث أكدت دراسة (G.standant, 1999) أن (60%) من الممرضات في المستشفيات العمومية في إنجلترا منهكين نفسياً، كما يعاني ما يقارب (41%) من ممارسي الصحة العمومية الفرنسية من الإنهاك المهني، كما أظهرت العديد من الدراسات الأوربية والكندية نتائج متقاربة، إذ يصيب الاحتراق النفسي حوالي ربع ممرضي المستشفيات العامة (Delbrouk, 2008, p.156).

وتعتبر متلازمة الاحتراق النفسي هي مرحلة غير مرغوب فيها، بسبب التأثير السلبي على العلاقة والتفاعل بين الممرض والمريض، إضافة إلى الآثار السلبية على علاقة الممرض بزملائه وارتباط هذا مع انخفاض العمل، وزيادة معدل الدوران، وتختلف آثار الإنهاك الانفعالي من فرد لآخر، فيشعرون بفقدان الطاقة اللازمة للقيام بعملهم كعادتهم (Montgomry & al, 2015, pp 71-79)، حيث تظهر مشاعر الاكتئاب، سرعة الانفعال،

الشعور بعدم القدرة على تقديم أي شيء، والانشغال عاطفياً بالعمل، كما يرتبط تبدل المشاعر بعدم الارتباط، اللامبالاة، عدم الاهتمام، الاحتجاج، التحقير، والردود المتأخرة للعملاء (Ruth & al, 2009, p8)، ويعتبر هذين البعدين من العناصر الأساسية في الاحتراق النفسي (Heather Laschinger & Fida, 2014, pp.19-28)، أما انخفاض الانجاز الشخصي يرتبط بالشعور بالفشل في كل شيء متعلق بالوظيفة، الشعور بعدم الفاعلية، عدم القدرة، انخفاض الرضا وغياب النجاح في العمل (Ruth & al, 2009, p8).

إن الاستعراض الشامل الذي يغطي (25) سنة الأولى للأبحاث والدراسات حول الاحتراق النفسي، دفعت للانتباه إلى النتائج الصحية للاحتراق النفسي، فهو بالفعل يرتبط بأنواع كثيرة من المشاكل الصحية النفسية والجسدية، بما في ذلك القلق والاكتئاب واضطرابات النوم وضعف الذاكرة وألم الرقبة، وكذا انخفاض القدرة على العمل، وبذلك فإنه يشكل عبئا ثقيلا على كل من الفرد والمجتمع (Ahola & Hakanen, 2014, 13).

2.2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية على أنه: "يوجد اختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية"، وبناء على النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية، توصلنا إلى صحة الفرضية وقبولها، وعليه يكون الجواب على الفرضية الثانية كالتالي: "يوجد اختلاف في استخدام إستراتيجية المواجهة لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات"، وبذلك فإن الممرضين يختلفون في استعمالهم لاستراتيجيات المواجهة، حيث احتلت إستراتيجية مخططات حل المشكل، وإستراتيجية أخذ المسافة، وإستراتيجية إعادة التقدير الذاتي المرتبة الأولى، تلتها إستراتيجية البحث عن السند في المرتبة الثانية، وإستراتيجية تحمل المسؤولية المرتبة الثالثة، أما إستراتيجية ضبط الذات والتهرب فقد احتلت المرتبة الرابعة، وفي

الأخير إستراتيجية التصدي المرتبة الخامسة والأخيرة، وبالتالي فإن الفرضية الثانية قد تحققت فالمرضى يستعملون استراتيجيات مواجهة مختلفة.

وقد جاءت نتائج هذه الدراسة مؤيدة للعديد من الدراسات نذكر منها: دراسة ماهت (Mahat, 1992) التي تهدف إلى التعرف على المصادر الضاغطة وأساليب المواجهة لدى طلبة التمريض في السنة الأولى بجامعة مملكة نيبال، حيث توصلت إلى أن أساليب التعامل المستخدمة من قبل العينة هي أسلوب حل المشكلات في المرتبة الأولى، ثم أسلوب تحمل المسؤولية في المرتبة الثانية، والبحث عن الدعم الاجتماعي في المرتبة الثالثة، ثم أسلوب ضبط الذات في المرتبة الرابعة (غري، 2011، ص 108).

كما اتفقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة وونغ (Wong, 2001) التي تناولت أدوار صحة المرضات الصينيات وضغوط التمريض، واستراتيجيات التعامل، والتي هدفت إلى تحديد استراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في العمل، وأثر ذلك في الصحة النفسية لديهم، وقد أشارت النتائج إلى أن ثلث المرضات يعانين من صحة نفسية سيئة، حيث أن المرضات اللاتي يستخدمن أساليب تعامل إيجابية مثل أسلوب حل المشكلة: والتحليل المنطقي، والتفكير الإيجابي، والدعم الاجتماعي، يشعرن بمستوى ضغط أقل من المرضات اللاتي يستخدمن أساليب تعامل تجنبية، كالأحجام المعرفي، الاستسلام، تعاطي الكحول والتفكير السلبي. (غري، 2011، ص 115).

وقد اتفقت كذلك نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جلولي شتوحي (2003)، حول الإنهاك المهني لدى المرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، حيث توصلت إلى أن المرضين يختلفون في استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة، فيستعملون في المرتبة الأولى إستراتيجية التجنب، ثم تليها إستراتيجية التأييد الذاتي، ثم الدعم الاجتماعي ثم إستراتيجية حل المشكل، وفي الأخير إعادة التقييم الذاتي.

كما توصلت دراسة عريس (2016) المعنونة باستراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية في وضعيات الضغط، إلى أن الأطباء يستعملون استراتيجيات تكيف مختلفة لمواجهة مواقف الضغط النفسي، حيث احتلت إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال المرتبة الأولى، تلتها إستراتيجية التجنب، وفي الأخير إستراتيجية حل المشكل (عريس، 2016، ص 129).

وتوصلت دراسة غربي (2011) حول مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين، اختلاف الممرضين في استخدام إستراتيجيات المواجهة، حيث خلصت الدراسة أن أكثر إستراتيجية استخداما هو أسلوب حل المشكلات، تلاها أسلوب اللوم، أما المرتبة الثالثة فقد استخدمت إستراتيجية التجنب، العدوان، الانشغال الذاتي، العزلة وإعادة تقييم الحدث (غربي، 2011، ص 208).

نستنتج من هذه الدراسات أنها توصلت كلها لنفس النتيجة، وهي الاختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة، ويرجع هذا إلى الاختلافات الفردية للممرضين إذ أن كل ممرض يستجيب للضغوط حسب تقييمه للوضع وحسب خصائصه وسماته الشخصية، كما تختلف استجابة الممرض نفسه حسب اختلاف المواقف الضاغطة.

3.2. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

نصت الفرضية الثالثة على ما يلي: "يعاني ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية من مستوى منخفض من دافعية الانجاز"، واستنادا على النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية، فإن ممرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية لديهم مستوى متوسط من الدافعية للإنجاز، حيث سجلت أعلى للمستوى المتوسط بنسبة تقدر ب(51.1%)، وعليه فإن الفرضية الثالثة لم تتحقق، ونفسر

هذه النتيجة بأن أخلاقيات مهنة التمريض تتطلب من الممرض تقديم العلاج ورعاية المرضى في كل الظروف والأحوال، كما يشعر الممرض بالمسؤولية تجاه المرضى، خاصة في مصلحة حرجة مثل مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، التي يتطلب فيها التدخل الفوري والسريع للحالات.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة بدر العمر (2000) حول علاقة الدافعية نحو العمل ببعض المتغيرات الشخصية والوظيفية لعمال بمختلف الوزارات والهيئات الحكومية والقطاع الخاص، إلى أن العمال لهم مستوى متوسط بشكل عام للدافعية في مختلف القطاعات (بوناب، 2013، ص 17).

وتعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة بن زاهي (2007) حول الشعور بالاغتراب الوظيفي وعلاقته بالدافعية للإنجاز، التي أجريت على عينة من (231) إطار من الإطارات الوسطى العاملة بشركة سوناطراك، حيث توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع للدافعية للإنجاز لدى الإطارات الوسطى لقطاع المحروقات (بن زاهي، 2007، ص 167)، وتوافقت دراسة بن زاهي مع دراسة بوناب (2013) حول الضغط النفسي لدى عمال قطاع المحروقات وعلاقته بالدافعية نحو الإنجاز، والتي توصلت كذلك لارتفاع مستوى الدافعية لدى عمال مركب تكرير البترول، وقد ارجع ارتفاع مستوى الدافعية لدى العمال لمكانة المركب الذي ينتمون إليه، إضافة إلى ارتفاع الأجور وحصولهم على حوافز (بوناب، 2013، ص 151).

أما دراسة قوراري (2014) حول الضغط المهني وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى أطباء الصحة العمومية، فقد توصلت لوجود مستوى منخفض من الدافعية للإنجاز لدى أطباء، كما توصلت دراسة بن زروق (2008) حول الرضا الوظيفي ودافعية الإنجاز لدى أساتذة التعليم الثانوي والجامعي، أن أغلبية الأساتذة لديهم مستوى منخفض للدافعية للإنجاز بنسبة (86%).

4.2. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

نصت الفرضية الرابعة على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى مرضي مصلحة الاستعجال الطبية والجراحية"، وقد بينت النتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات تحقق الفرضية، حيث كانت هناك علاقة دالة بين استراتيجيات المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي وذلك كالتالي:

■ وجود علاقة موجبة ودالة إحصائية بين بعد الإنهاك الانفعالي للاحتراق النفسي وإستراتيجية التجنب والتهرب، هذا يعني أن المرضى الذين يعاونون من إنهاك انفعالي يميلون لاستخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال بالدرجة الأولى، كما وجدت علاقة دالة إحصائية بين بعد الإنهاك الانفعالي من الاحتراق النفسي وكل من استراتيجيات حل المشكل، اتخاذ المسافة، تحمل المسؤولية، وعليه يلجأ المرضى ذوي إنهاك انفعالي لاستخدام هذه الاستراتيجيات لمواجهة الضغوط، بينما لم توجد علاقة دالة إحصائية بين الإنهاك الانفعالي واستراتيجيات التصدي، ضبط الذات، السند الاجتماعي، التقدير الايجابي، أي أن المرضى لا يستعملون هذه الاستراتيجيات.

■ وجد علاقة موجبة ودالة إحصائية بين بعد تبدل المشاعر للاحتراق النفسي واستراتيجيات التجنب-التهرب، ضبط الذات، وإعادة التقدير الايجابي على التوالي، وعليه فإن المرضى الذين يعانون من تبدل المشاعر يميلون بالدرجة الأولى لاستعمال هذه الاستراتيجيات، وهي استراتيجيات مركزة على الانفعال، كما وجدت علاقة دالة إحصائية بين بعد تبدل المشاعر واستراتيجيات اتخاذ المسافة، أي أن المرضى الذين يعانون من تبدل المشاعر يلجؤون لاستعمال إستراتيجية اتخاذ المسافة، بينما لم تسجل أي علاقة بين بعد تبدل المشاعر وكل من

إستراتيجية التصدي، حل المشكل، السند الاجتماعي، وإعادة التقدير الإيجابي، أي أن المرضى لا يستعملون هذه الاستراتيجيات.

ونلاحظ مما سبق بأن إستراتيجية التجنب- التهرب ارتبطت بكل من بعد الإنهاك الانفعالي وبعد تبدل المشاعر، حيث وجدت علاقة موجبة ودالة بين هذه الإستراتيجية وبين بعدي الاحتراق النفسي اللذين سجلت النتائج مستويات مرتفعة لهما، أي أن المرضى يتهربون من مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها ولا يحاولون مواجهتها وإدارتها للتخفيف من أثرها، مما يؤدي بهم إلى حالة من الإنهاك الانفعالي وتبدل المشاعر.

■ وجود علاقة موجبة ودالة بين بعد تدني الشعور بالإنجاز للاحتراق النفسي إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي، حل المشكل، والسند الاجتماعي، مما يدل أن المرضى ذوي تدني الشعور بالإنجاز يستعملون هذه استراتيجيات على التوالي، بينما لم تسجل أي علاقة بين بعد تدني الشعور بالإنجاز وكل من الاستراتيجيات المتبقية والمتمثلة في إستراتيجية التصدي، اتخاذ المسافة، ضبط الذات، تحمل المسؤولية، التهرب- التجنب، أي أن المرضى لا يلجؤون لاستعمال هذه الاستراتيجيات.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع العديد الدراسات، منها نتائج دراسة دراسة نجاة زكي ومديحة عثمان (1998)، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين أساليب المواجهة غير الفعالة (القلق، خفض التوتر، تجاهل المشكلة، تأنيب النفس) وبين الاحتراق النفسي، ووجود ارتباط دال سالب بين أساليب المواجهة الفعالة (التركيز على حل المشكلة، العمل بجد، البحث عن الدعم) وبين الاحتراق النفسي وقد توصلت الدراسة أن تبني المعلم لأساليب مواجهة فعالة يقلل من التعرض للاحتراق النفسي، عكس الذي يتبنى أساليب مواجهة غير فعالة والتي تجعله عرضة للاحتراق النفسي، وقد كان لأساليب المواجهة قدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي.

وقد خلصت دراسة فانبي (Vanie, 1999) مستوى الاحتراق النفسي يزداد مع استخدام استراتيجيات التجنب واستراتيجيات الانفعالية، بينما يقلل مستوى الاحتراق النفسي مع الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل، كما توصلت دراسة أنجل وآخرون (Angel & al, 2003) لارتبطت مشاعر الإنهاك سلبيا باستراتيجيات المواجهة بالتحكم، والدعم الاجتماعي والإحجام، بينما ارتبطت إيجابيا بعلاقة دالة بإستراتيجية دعم المشاعر، وارتباط الإنجاز الشخصي إيجابيا بعلاقة دالة باستراتيجيات التحكم، والدعم الاجتماعي والإحجام، في حين توصل لعدم وجود علاقة دالة بين استراتيجيات المواجهة وبعد تبدل المشاعر، وتوصلت الدراسة المسحية التي أجراها سوسلوبيتز (Ceslowitz) على المرضين بهدف معرفة العلاقة بين مستويات الاحتراق النفسي وبين استراتيجيات التعامل لديهم، إلى أن المرضين الذين لديهم مستوى منخفض من الاحتراق النفسي يعتمدون على استراتيجيات التركيز على حل المشكل، والبحث عن الدعم الاجتماعي، أما المرضون الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، فإنهم يعتمدون على استراتيجيات التجنب والهروب (سماني، 2012، ص 68).

كما توصلت دراسة رحال (2010) لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة المركزة على المهمة وتلك المركزة على الانفعال، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي تعزى لاستعمال استراتيجيات التجنب واستراتيجياته الفرعية (التلهي والتسلية الاجتماعية)، ووجدت أن الاستراتيجيات الغير فعالة الأكثر استعمالا هي استراتيجيات التجنب، في حين استعمال استراتيجيات المركزة على المهمة ضئيلة جدا.

ودراسة معروف (2014) توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي كأحد أبعاد الاحتراق النفسي وبعد حل المشكل كأحد أبعاد استراتيجيات التعامل، ووجود علاقة

ارتباطية طردية بين بعد الإجهاد الانفعالي كأحد أبعاد الاحتراق النفسي وبعده الانفعال كأحد أبعاد استراتيجيات المواجهة.

بينما تعارضت نتائج الدراسة إلى ما توصلت إليه دراسة لنزيبي وقوسلين (Lanzier & Gosslin, 2005) ، إذ تم التوصل في الدراسة بأن استراتيجيات المواجهة ليس لها تأثير على الاحتراق النفسي، كما توصلت دراسة دردير (2007) حول الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، لعدم وجود فروق ذات دلالة في الدرجة الكلية للاحتراق النفسي لذوي النمط (أ، ب) تعزى لأساليب مواجهة المشكلات.

وفي نفس السياق توصلت دراسة مارتين واربيك (Martain & Eric, 2005)، التي هدفت إلى الكشف عن دور استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى المرضين، إلى أن استراتيجيات المواجهة ليس لها أي تأثير على الاحتراق النفسي (سماني، 2012، ص 68).

يرى سيوارد (Seaward) أن إستراتيجيات المواجهة هي الطرق التي يستخدمها الفرد عندما يعاني من الضغط في المواقف التي يعتقد أنها تفوق طاقاته وقدراته بهدف التأقلم والتكيف مع الضغط الذي يتعرض له، وبعض هذه الاستراتيجيات يكون طبيعية كرد فعل عندما يكون العامل الضاغط بسيطاً، ولكن عندما يكون الموقف الضاغط شديداً فإن التكيف الروتيني يصبح غير كافي، ونتيجة لذلك يصبح لدى الفرد إنهاك عاطفي ونفسي، ويبدأ على تطوير وتعديل سلوكه حتى تتكون لديه أساليب وإستراتيجيات جديدة للمواجهة، ولكن هذه الاستراتيجيات قد تكون صحيحة وتعطي نتائج إيجابية، وقد تكون سلبية تزيد من عامل الضغط بسبب عدم ملائمتها للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد (غربي، 2012، ص 81).

في الواقع استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تعتبر الأفضل لمواجهة الضغط والتوتر، غير أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تكون فعالة عندما يدرك الممرض الوضع الضاغط، ويتمكن من

التعامل معه، وتكون له القدرة على إدارة والتحكم في الموقف الضاغط، حيث أن حكم الفرد بوجود موقف مرهق غالبًا ما يبدأ بعملية معقدة، إذ يمكن الحد من آثار أو مشاعر الاضطراب فعليًا من خلال السعي لتغيير الوضع أو ردود فعل الشخص عليه أو كليهما، وتكون المواجهة فعالة عندما يتمكن الفرد من التسامح مع ما لا يمكن إتقانه أو تقليله أو قبوله أو تجاهله (Sogunro, 2012, pp. 664-700).

5.2. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاحتراق النفسي وأبعاده والدافعية للإنجاز لدى مرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية"، واستنادًا للنتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات، تبين أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث والدافعية للإنجاز، وعليه الفرضية الخامسة مقبولة. نلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها وجود علاقة موجبة ودالة بين بعد تبلد المشاعر للاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، مما يدل على أن الدافعية للإنجاز تزيد عند المرضى ذوي تبلد المشاعر، وتوصلنا لوجود علاقة سالبة ودالة إحصائية بين بعد تدني الشعور بالإنجاز للاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، وهذا يعني أن دافعية للإنجاز تنخفض عند المرضى ذوي تدني الشعور بالإنجاز، كما وجدت علاقة موجبة ودالة إحصائية بين بعد الإنهاك الانفعالي للاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، أي أن الدافعية للإنجاز تزيد عند المرضى ذوي الإنهاك العاطفي.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة أنجل وآخرون (Angel & al) التي هدفت إلى معرفة علاقة كل من مشاعر الإنهاك والإنجاز الشخصي لدى الفرد المحترق نفسيًا ومستوى إحساسه بالإنجاز، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائية بين الإنجاز الشخصي وكل من مشاعر الإنهاك وتبلد المشاعر، وارتباط مشاعر

الإرهاك سلبا باستراتيجيات المواجهة، كما توصلت دراسة أندرسون وايبوانيكى (1984) & Aonica, Anderson) بعنوان كشف العلاقة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، على ووجود علاقة قوية بين الاحتراق النفسي ونقص الحاجات وضعف الدافعية، نفس النتيجة توصلت إليها دراسة يوكي (Yuki, 1995) حول الاحتراق النفسي وعلاقته بوضوح الهدف من الحياة ومستوى الدافعية بينت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين مستوى الاحتراق النفسي وكل من وضوح الهدف من الحياة ومستوى الدافعية توصلت دراسة بن طاطة (2013) أيضا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، إذ أنه توجد علاقة سالبة بين الدرجة الكلية للدافعية للإنجاز ومقياس الاحتراق النفسي ككل، وبين كل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي.

بينما تعارضت هذه النتائج مع دراسة عثمان (2010) حول الضغوط المهنية وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى أعوان الحماية المدنية، حيث استعملت مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط المهنية والدافعية للإنجاز، نفس النتائج توصلت لها دراسة شرقي (2010) حول الاحتراق النفسي وعلاقته بالدافعية للإنجاز لدى الفريق الطبي، وقد توصلت النتائج لعدم وجود علاقة ارتباطية دالة سالبة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز.

ويمكن أن نفسر عدم وجود علاقة بين الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز، وبين الدافعية للإنجاز وبعد تبدل المشاعر، إلى طبيعة المهنة الإنسانية التي يقوم بها الممرض، والتي تستوجب عليه التحلي بالأخلاق الإنسانية للتعامل مع المرضى، الذين يكونون في أشد الحاجة إليه، فالممرض أثناء تأديته لعمله يكون همه الوحيد هو التدخل في الوقت المناسب، لتقديم الإسعافات اللازمة للمريض متجاوزا كل الضغوط التي يتعرض لها.

6.2. مناقشة نتائج الفرضية السادسة

نصت الفرضية السادسة على ما يلي: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الاحتراق النفسي وأبعاده يعزى لمتغير الجنس"، وبناء على النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات، مثل دراسة ماسلاش وجاكسون (1985) التي تبين أن الاحتراق النفسي لا يتأثر بمتغير الجنس، وأن أغلبية البحوث المقارنة بين النتائج الكلية للاحتراق النفسي بين الجنسين، قد توصلت إلى نتائج متطابقة وأن الاختلاف بين الجنسين طفيف لا يعبر عن وجود فروق بينهما (Maslach & Jackson, 1985).

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة لعساف (1989)، الذي أراد دراسة العلاقة الموجودة بين الاحتراق النفسي وعدة متغيرات منها: الجنس والخبرة لدى أعضاء هيئة التدريس، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود ارتباط دال مع متغيرات الدراسة بما فيها الجنس والخبرة.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جلولي شتوحي (2003)، حول الإنهاك المهني لدى المرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، ومن النتائج المتوصل إليها، عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي، وتوصلت إلى نفس النتيجة لدراسة فوزية عبد الحميد وعبد الحميد سعيد.

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع النتائج المتوصل إليها في بعض الدراسات مثل دراسة حاتم (2005) ودراسة جديات (2012)، حول الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجال، حيث توصلت إلى وجود فروق جنسية جوهرية في درجات الإنهاك المهني لصالح الإناث.

كما تختلف نتائج الدراسة مع دراسة وسام بريك (2003)، حول دراسة علاقة الجنس والحالة الاجتماعية على الاحتراق النفسي عند المرضى، وتوصلت الدراسة إلى أن إصابة الذكور بالاحتراق النفسي أكثر من الإناث على بعدي تبلد المشاعر.

7.2. مناقشة نتائج الفرضية السابعة

نصت الفرضية الثامنة على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط استراتيجيات المواجهة في أبعادها يعزى لمتغير الجنس"، وقد بينت النتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات عدم تحقق الفرضية، إذ أنه لم تسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضات الإناث ومتوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضين الذكور والتي كانت متقاربة لحد كبير.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة غربي (2011) حول مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين، والتي خلصت لعدم وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس لدى الممرضين العاملين بمصلحة الأورام في أبعاد: التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، العودة إلى الوراء، العودة إلى الله، استراتيجيات شحن الطاقة، استراتيجيات التخطيط، ما عدا بعد إيجاد الحلول للمشاكل، وتماشت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة سماني (2012) المعنونة باستراتيجيات التعامل عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران، التي خلصت أنه توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات تعامل الأطباء المقيمين وفقا لمتغير الجنس. كما اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة عريس (2016) حول استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجال في وضعيات الضغط النفسي، حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق من حيث استعمال استراتيجيات المواجهة من طرف أطباء مصلحة الاستعجال لمواجهة الضغط تعزى لمتغير الجنس.

وتتعارض نتائج الدراسة لما توصلت إليه دراسة حاتم وهيبة (2005) التي توصلت لوجود فروق جنسية جوهرية في استعمال أساليب المواجهة، حيث انتهت نتائج الدراسة إلى ميل الطبيبات نحو استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال، في حين يستعمل الذكور أساليب المواجهة المتمركزة حول حل المشكل.

8.2. مناقشة نتائج الفرضية الثامنة

نصت الفرضية الثامنة على ما يلي: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط دافعية الإنجاز يعزى لمتغير الجنس"، وقد بينت النتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية للبيانات عدم تحقق الفرضية، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية بين الجنسين، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج العديد من الدراسات منها: دراسة ليستر وتشو (Lester & Chu, 1980) اللذان أجريا دراستهما على (68) مديرا و (69) معلما، فتوصلا إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الدافعية للعمل، ودراسة دويدار (1991) حول الدافعية والتي أجريت على عينة مكونة من (535) موظف وموظفة يعملون بمؤسسات مختلفة، بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في الدافعية للإنجاز.

كما أكدت دراسة شارف خوجة (2016) حول مصادر الضغوط المهنية ودافعية الإنجاز لدى المدرسين الجزائريين، عدم وجود اختلاف في مستويات دافعية الإنجاز لدى المدرسين تبعاً لمتغير متغير الجنس، ودعمت هذه النتائج دراسة نميش (2017) المعنونة بالاحترق النفسي وعلاقته بالذات المهنية والدافعية للإنجاز لدى الأخصائيين النفسانيين العاملين في المؤسسات العقابية، والتي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية للإنجاز حسب متغير الجنس.

وتتعارض النتائج المتوصل إليها مع ما توصلت إليه دراسة عبد الفتاح (1991) حول الدافعية للإنجاز وسمات الشخصية لدى معلمي ومعلمات المرحلة التأسيسية، والتي أجريت على (83) معلما، حيث توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في الدافعية للإنجاز لصالح الإناث (عبد الحميد، 2003، ص ص 1-41).

ويمكن تفسير عدم تأثير الجنس على كل من الاحتراق النفسي والدافعية إلى سعي المرأة لتحقيق ذاتها، بالوقوف جنباً إلى جنب مع الرجل والقيام بالأعمال التي يقوم بها وذلك بخلق مكانة لها بالمجتمع، حيث يرجع رشاد موسى وصلاح أبو ناهية عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في الدافعية للإنجاز، إلى أن الفرص التعليمية والمهنية أصبحت الآن متاحة لكل من الجنسين، وتضاءلت النظرة الوالدية التي تميز بين الذكر والأنثى، فكلاهما أصبح يتلقى نفس المعاملة الوالدية الرعاية والاهتمام في غرس مفاهيم الاستقلالية، والاعتماد على النفس والإنجاز (خليفة، 2000، ص 50).

وبذلك أصبحت المرأة تتحمل مثلها مثل الرجل كل ضغوط وأعباء العمل، لكونهما يعملان في نفس المكان، ويقومان بنفس النشاطات ويتعرضان لنفس الظروف، زد على ذلك أن نوع العمل الذي يقومون به: التمريض هو من أنبل المهن، فبرؤيتهم لآلام وحاجة الآخرين لهم يجعلهم يتجاوزون إجهادهم، ويفكرون فقط في كيفية تقديم الإسعافات للمريض، مما جعلهم يتأقلمون مع أوقات العمل، خصوصاً إذا كان هناك اقتناع بالمهنة التي يقومون بها.

3. الاستنتاج العام

تحتل شريحة المرضى مكانة جد هامة في القطاع الصحي، الذي يتوقف نجاحه وفعاليته على مستوى الخدمات التي يقدمها المرضى في المستشفى، وفي المصالح الجد حساسة مثل مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، التي تعتبر القلب النابض لأي مستشفى، كما تعد مرآة تعكس مستوى نجاحه أو فشله.

وتعتبر مهنة التمريض من أكثر المهن تعرضا للاحتراق النفسي، كونها تشكل في حد ذاتها مصدرا للضغط بسبب الارغامات والمتطلبات التنظيمية والفردية المتزايدة، إذ أن الإصابة بالاحتراق النفسي تكون نتيجة التعرض لضغوط العمل المستمرة، ولعل العوامل البيئية والتنظيمية هي أكثر تأثيرا للإصابة بالاحتراق النفسي من العوامل الشخصية، ويرتبط تفاعل العوامل التنظيمية والشخصية عاملا مهما في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الممرض لإدراك ومواجهة المواقف الضاغطة، فرغم الاختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة، فنجد الاستراتيجيات المركزة على المشكل هي أكثر فعالية من استراتيجيات المركزة على انفعال.

نلاحظ أن التأثير السلبي للاحتراق النفسي لا يؤثر على مستوى الأداء الفردي للممرض المحترق نفسيا فقط، وإنما يؤثر على مستوى الأداء الجماعي ومستوى الخدمة المقدمة من فريق العمل، فعدم الاهتمام بالعمل ونقص الدافعية للممرض، يدفع بالمرضى الآخرين للقيام بأعماله مما يؤدي لنقص وانخفاض الأداء الجماعي.

رغم أهمية مهنة التمريض إلا أنها لا تحضا بالمكانة اللائقة بها، سواء من طرف عمال القطاع وحتى من طرف أهل المريض، حيث يعتبرونها مهنة لا تتطلب إمكانيات كبيرة، كما يحس الممرضون بعدم الرضا فرغم الجهود التي يبذلونها في تقديم العلاج للمرضى، إلا أنهم لا يحصلون على الامتنان والتقدير، مما يؤثر على حالتهم النفسية ومستوى آدائهم.

ونظراً لأهمية الموضوع يجب أن نسلط الضوء على الاحتراق النفسي، الذي أصبح واقع لا نستطيع تجنبه أو إهماله، حيث يجب على التنظيمات أن تفهمه وتستوعبه، من أجل إيجاد حلول وقائية دون الوقوع فيه أو التخفيف منه، وذلك من أجل توفير جو تنظيمي ملائم لتحفيز العمال وتحقيق الأهداف والغايات الخاصة بالعمال والتنظيمات على حد سواء، وعلى ضوء الدراسة نقدم الاقتراحات التالية:

الاقتراحات

- الاهتمام بظاهرة الاحتراق النفسي في الوسط الاستشفائي خاصة لدى شريحة ممرضتي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، والنظر للموضوع بمحمل الجد من طرف المسؤولين، باتخاذ الإجراءات والتدابير المناسبة للتخفيف والحد منه، من خلال التعريف بالاحتراق النفسي والتحسيس بأخطاره على الصحة النفسية لممارسي الصحة، وذلك بعقد لقاءات وملتقيات، وتدخل كل من النقابات وطب العمل، حيث نجد أن المرضى يعانون من أعراض الاحتراق النفسي، ويتعرضون لآثاره السلبية إلا أنهم لا يتعرفون عليه.

- الاهتمام بنتائج البحوث العلمية في مجال الصحة العمومية، والأخذ بها من أجل تخطي مشاكل وصعوبات العمل، حيث تبقى هذه البحوث في أدراج المكاتب عوض استغلال نتائجها للتعرف على الضغوط والمشاكل التي يعاني منها الممرضون، واستثمار البرامج التدريبية التي تخفف وتقلل من تأثير الضغوط للحفاظ على السلامة الصحية والنفسية للممرضين، الذين أصبحوا يابون مساعدة الباحثين في أبحاثهم، بحجة أنه رغم البحوث الكثيرة إلا أنهم لم يشهدوا أي تغيير.

- الاهتمام بالصحة النفسية والجسمية للمرضين، من الضغوط التي يواجهها الممرضين في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، وذلك بوضع أخصائيين نفسانيين ومرافقين (Coaching) لمساعدتهم في التغلب على المشاكل التي يواجهها الممرض أثناء العمل، والعمل على تحسين الاستراتيجيات التي يلجأ إليها

المرضى، من خلال تطبيق برامج تدريبية أثبتت فعاليتها في خفض الضغوط، وخاصة أنه في بعض مصالح الاستعجالات يوجد بها أخصائيين نفسانيين إلا أنهم مخصصون للمرضى فقط.

- توفير جو تنظيمي مناسب للحد من الصراعات بين فرق العمل والمصالح المختلفة، من خلال مشاركة المرضين في اتخاذ القرارات، وتقريب المسؤولين والإدارة من المرضى، لتعزيز شعورهم بالدعم من طرف الزملاء والأطباء والمسؤولين.

- توفير العدد الكافي والمؤهل من المرضين في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، من أجل التغلب على عبء العمل الزائد، مع تحسين ظروف العمل ومكان ملائم للراحة، مع مشاركة المرضين في اتخاذ القرارات، والاستماع لمشاكلهم وانشغالهم خاصة من طرف رئيس الفرقة.

- وضع تنظيمات وقوانين لتنظيم العمل داخل مصلحة الاستعجالات، وإعطاء المرضى حق التنقل من العمل في هذه المصلحة لمدة معينة، مما يسمح للمرضين الدوران في العمل واكتساب مهارات جديدة، كي لا يكون هناك مجال لمقارنة بين حجم الجهد والعمل الذي يقوم به المرضى في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، بما يقوم به زميله في مصلحة أخرى.

- وضع نظام حوافز ومكافآت لمرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، من جهة كي يحس المرضى أن لديه مقابل للمجهود الزائد الذي يبذلها في هذه المصلحة، ومن جهة أخرى لاستقطاب المرضين للعمل في مصلحة الاستعجالات، التي تعتبر بالنسبة للمرض الذي يعمل فيها بأنها عقوبة بالنسبة إليه، بسبب رفض المرضين العمل في هذه المصلحة المتعبة والشاقة.

نرجو أن تساهم هذه الدراسة ولو بالقليل في إثراء البحث العلمي، حول موضوع الاحتراق النفسي، واستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز، لدى مرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، كما نرجو الاهتمام بهذا الموضوع وهذه الشريعة الفعالة في المجال الطبي، وذلك بتناول الموضوع من جوانب أخرى، مثل:

- دراسة الاحتراق النفسي وعلاقته بالذكاء الانفعالي لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- دراسة مقارنة بين مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين والأطباء في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- التعرف على الأسباب التنظيمية المسببة للاحتراق النفسي.
- علاقة الاحتراق النفسي بالصحة النفسية.

خاتمة

تمحور موضوع هذه الدراسة حول الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز، لدى شريحة جد مهمة في القطاع الصحي ألا وهي شريحة الممرضين، وقد خصصنا بالدراسة، بهدف التعرف على مدى التأثيرات السلبية التي تنتج عن ظاهرة الاحتراق النفسي التي أصبحت تهدد الممرضين بصفة عامة، بسبب الضغوطات والممارسات التي تسببها لهم مهنة التمريض، وبصفة خاصة فئة الممرضين الذين يعملون بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، التي تعد في حد ذاتها مصدرا للضغط بسبب عبء العمل الزائد ونقص الممرضين، نتيجة للاستقبال المستمر والغير منقطع للمرضى، واضطرارهم لتحمل مرافقيهم الذين تدخلون في عمل المرض وحثه على السرعة في تقديم العلاج، إضافة إلى سوء التنظيم ونقص معدات العمل، مما ينعكس سلبا على فعاليتهم وأدائهم، فيفقد الممرض الطابع الإنساني لهذه المهنة النبيلة، من خلال تديني وسوء الخدمة التي يقدمها للمرضى.

ولدراسة الموضوع شمل مجتمع الدراسة كل ممرض مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية ومصلحة استعجالات طب الأطفال في ثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة (مستشفى باب الواد، بني مسوس ومصطفى باشا) والذي قدر عددهم ب(221) ممرض وممرضة، حيث طبقنا أدوات كل من مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس استراتيجيات المواجهة للازاروس وفولكمان، ومقياس الدافعية للإنجاز بعد التأكد من صدقهم وثباتهم، وتمت معالجة النتائج إحصائيا عن طريق الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والإنسانية (SPSS)، حيث توصلت الدراسة بعد مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات الموضوعية إلى ما يلي:

- يعاني ممرض مصلحة الاستعجالات من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، حيث أن أكبر نسبة تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي بنسبة (74.2%)، وتعاني أكبر نسبة من مستوى مرتفع من

تبلد المشاعر (55.7%)، كما أن أكبر نسبة تعاني من مستوى منخفض من تدني الشعور بالإنجاز (43.4%)، وبذلك تحققت الفرضية الأولى.

- يوجد اختلاف في استخدام إستراتيجية المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعمالات الطبية والجراحية، حيث تحتل مخططات حل المشكل، أخذ المسافة، إعادة التقدير الذاتي المرتبة الأولى، إستراتيجية البحث عن السند المرتبة الثانية، تحمل المسؤولية المرتبة الثالثة، ضبط الذات والتهرب المرتبة الرابعة وفي الأخير إستراتيجية التصدي المرتبة الخامسة والأخيرة، وعليه فقد تحققت الفرضية الثانية.

- مستوى دافعية الإنجاز لممرضي مصلحة الاستعمالات الطبية والجراحية متوسط، حيث أن أكبر نسبة من الممرضين (51.1%) لهم مستوى متوسط، وبذلك عدم تحقق الفرضية الثالثة.

- وجود علاقة دالة بين استراتيجيات المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي، حيث وجدت علاقة بين بعد الإنهاك الانفعالي للاحتراق النفسي وإستراتيجية التجنب والتهرب بالدرجة الأولى، وكذلك بين استراتيجيات حل المشكل، اتخاذ المسافة، تحمل المسؤولية، أما بعد تبلد المشاعر للاحتراق النفسي فقد ارتبط باستراتيجيات التجنب- التهرب، ضبط الذات، وإعادة التقدير الايجابي على التوالي، في حين وجدت علاقة بين وجود علاقة موجبة ودالة بين بعد تدني الشعور بالإنجاز للاحتراق النفسي وإستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي، حل المشكل، والسند الاجتماعي، مما يدل على تحقق الفرضية الرابعة.

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث والدافعية للإنجاز، وبذلك تحققت الفرضية الخامسة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس، أي عدم تحقق الفرضية السادسة.

- عدم تسجيل أي فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضات الإناث ومتوسط أبعاد استراتيجيات المواجهة للممرضين الذكور والتي كانت متقاربة لحد كبير، وهذا لا يتوافق مع الفرضية السابعة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية بين الجنسين، أي عدم تحقق هذه الفرضية، وبذلك عدم تحقق الفرضية الثامنة.

ونستخلص من هذه الدراسة بأن الضغوط أصبحت هي السمة الأساسية لهذا العصر، حيث أصبحت تنتشر في كل التنظيمات بما في ذلك المستشفيات، ونتيجة لتفاقم هذه الضغوط ظهر ما يعرف بالاحتراق النفسي، الذي ينتج عنه حالة من الإنهاك والإجهاد على الصحة النفسية والاجتماعية والمهنية للعامل، مما يؤثر على الأعمال والمهام التي يكلفون بها، وهذا ينعكس سلبا على الأفراد والتنظيمات.

وبذلك يعتبر الاحتراق النفسي أكبر المخاطر المهنية في القرن الواحد والعشرون، حيث أصبح ظاهرة تتزايد في كل مكان، وترحف إلى كل ركن من أماكن العمل وتنمو مثل الفيروس، إذ أن الممرضين من أكثر الفئات تهديدا بمخاطر هذه الظاهرة المستفحلة، خصوصا في المصالح الحساسة مثل مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، التي تتطلب مضاعفة الجهد والتحمل، بسبب العدد الكبير من المرضى الذين يقصدونها، ويؤثر الاحتراق النفسي سلبا على الأفراد والتنظيمات، فيشكل خطرا على الصحة الجسدية والنفسية للممرضين وعلى أدائهم في العمل.

وتشير ماسلاش وليتر إلى أن الاحتراق النفسي هو رد فعل نفسي لضغط العمل المزمن، وبذلك فإن استجابة الممرض لهذه الضغوط تختلف حسب الاستراتيجيات والسلوكات المعرفية المختلفة التي يلجأ إليها للتكيف مع هذه الضغوط، فهناك من يستخدم أساليب تركز حول مصدر الضغط لإيجاد حلول وإعادة التقييم

الإيجابي للموقف، وهناك من يركز على الجانب الانفعالي، وعليه هناك من يستطيع مواجهة الضغوط بفعالية، بينما البعض الآخر يفشل في مواجهة الضغوط بالتجنب والتهرب، وبالتالي الوقوع في الاحتراق النفسي، ونتيجة لاستمرار الضغوط وتراكمها يصاب الممرض بالاحتراق النفسي، الذي يعد ظاهرة خطيرة تصيب أصحاب المهن فتسبب لهم القصور والعجز عن تلبية العمل بالمستوى المطلوب، لذلك وجب الاهتمام أكثر بموضوع استراتيجيات المواجهة، لأن استراتيجيات المواجهة الأكثر فعالية هي الأفضل في إدارة الواقع الضاغطة، وإعادة التوازن النفسي والجسمي مما يؤثر إيجابيا على صحة الممرض.

ويمكن أن نربط الاحتراق النفسي بنقص الانجاز الشخصي أو عدم الكفاءة المهنية، أي أن الممرضين تنقص رغبتهم ودافعيتهم اتجاه العمل، مما ينعكس سلبا على أدائهم ومستوى الخدمات التي يقدمونها للمرضى، لذلك يبرز الاهتمام بالدافع للإنجاز، الذي يساهم في رفع مستوى أداء الفرد وإنتاجيته، كونه جزءا من الدافعية التي تؤثر في سلوك وأداء الأفراد، فوجود دافعية للإنجاز مرتفعة لدى الممرضين جد ضرورية للقيام بواجباتهم على أكمل وجه، لأنها تمكنهم من التخطيط المحكم لحل المشكلات وتجنب العوائق التي يواجهونها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع العربية

الكتب

- 1- بني أحمد، أحمد محمد (2007)، الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان.
- 2- إسماعيل، بشرى (2004)، ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 3- باهي، مصطفى حسين وشلي، أمينة إبراهيم (1999)، الدافعية: النظرية والتطبيق، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
- 4- تايلور، شيلي (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة: بريك، وسام درويش وداود، فوزي شاكرا طعيمة، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان.
- 5- جابر، جابر عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1995)، معجم علم النفس والطب النفسي، ج 7، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 6- جبل، فوزي محمد (2001)، علم النفس العام، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 7- جمعة، سيد يوسف (2004)، إدارة ضغوط العمل، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 8- الجوهري، محمد (1980)، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، دار المعرفة، القاهرة.
- 9- حريم، حسن (1997)، السلوك التنظيمي، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن.
- 10- حسين، طه عبد العظيم، حسين، سلامة عبد العظيم (2006)، إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان.
- 11- حمدي، ياسين وعسكر، علي، والموسوي، حسن (1999)، علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق، دار الكتاب الحديث.

قائمة المراجع

- 12- الحتاتنة، سامي محسن (2011)، علم النفس الإداري، دار ومكتبة الحامد للنشر، عمان.
- 13- خليفة، عبد اللطيف محمد (2000)، دافعية الانجاز، دار الغريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- 14- الداهري، صالح حسن (1999)، علم النفس العام، دار الكندي للنشر، الأردن.
- 15- دافيلوف، ليندا (2000)، الشخصية، ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر، الدار الدولية للاستشارات الثقافية، القاهرة.
- 16- دخل الله، أيوب (2015)، التعلم ونظرياته، دار الكتب العلمية، لبنان.
- 17- الربيعي، خالد بن محمد (2015)، عادات العقل والدافعية للإنجاز، مركز ديونو لتعليم التفكير، جدة.
- 18- راجح، أحمد عزت (1986)، أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 19- رضوان، سامر جميل (2007)، الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط2، عمان.
- 20- أبو رياش، حسين وآخرون (2006)، الدافعية والذكاء العاطفي، دار الفكر، الأردن.
- 21- ريجيو، رونالد. ي (1999)، المدخل إلى علم النفس الصناعي والتنظيمي، ترجمة فارس حلمي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
- 21- السلمى، علي (1998)، السلوك الإنساني في الإدارة، مكتبة غريب، القاهرة.
- 22- سيف، عبد الرحمن أحمد (2018)، تطوير الذات، دار المعتز للنشر والتوزيع، عمان.
- 23- الشخانة، أحمد عيد مطيع (2008)، التكيف مع الضغوط النفسية: دراسة ميدانية، دار الحامد، عمان.
- 24- الشربيني، لطفى (2001)، الاكتئاب: المرض.. والعلاج، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- 25- الشرقاوي، أنور محمد (2012)، التعلم - نظريات وتطبيقات، مكتبة الأجلو المصرية.

- 26- شريت، أشرف محمد عبد الغني(2003)، علم النفس الصناعي،المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 27- شويخ، هناء أحمد محمد (2012)، علم النفس الصحي، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 28- صندقجي، محمد حسن (2012)، الأطباء والممرضون "إرهاق إلى حد الاحتراق"،
- 29- الصيرفي، محمد (2007)، السلوك التنظيمي- العلاقات الإنسانية-، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية.
- 30- الضامن، منذر(2009)، أساسيات البحث العلمي، ط2، دارالميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 31- الطيريري، عبد الرحمان سليمان سعود (1994)، الضغط النفسي مفهومه تشخيصه طرق علاجه ومقاومته، الدار العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 32- طه، فرج عبد الله وآخرون (1989)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 33- عبد الرحمن، محمد السيد (1998)، نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 34- عبد الله، مجدي أحمد محمد (2003)، السلوك الاجتماعي ودينامياته: محاولة تفسيره، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 35- عبد المعطي، حسن مصطفى(2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 36- عبيدات، محمد وآخرون (1999)، منهجية البحث العلمي والقواعد والمراحل والتطبيقات، ط 2، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
- 37- عثمان، فاروق سيد (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 38- العديلي، ناصر محمد (1995)، السلوك الإنساني والتنظيمي، الإدارة العامة للبحوث، الرياض.

قائمة المراجع

- 39- العزيز، أحمد نايل وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2009)، التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
- 40- عسكر، علي (2000)، ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، ط 2، دار الكتاب الحديث.
- 41- عسكر، علي (2003)، ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، ط 3، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 42- عشوي، مصطفى (1990)، مدخل إلى علم النفس المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 43- عكاشة، محمود فتحي (1999)، علم النفس الصناعي، مطبعة الجمهورية، الاسكندرية.
- 44- علي، قيس محمد وحموك، وليد سالم (2014)، الدافعية العقلية: رؤية جديدة، مركز ديونو لتعليم التفكير، الأردن.
- 45- العويسات، جمال الدين (2002)، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، دار هومة، بوزريعة.
- 46- غباري، ثائر أحمد (2008)، الدافعية: النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 47- فايد، حسين علي (2001)، دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- 48- قشقوش، إبراهيم، ومنصور، طلعت (1979)، دافعية الانجاز وقياسها، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 49- القضاة، زينب محمد (2017)، فعالية برنامج إرشادي جمعي في تنمية مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من الأيتام في قرى الأطفال العالمية، زهران للنشر.
- 50- كشرود، عمار الطيب (2007)، البحث العلمي ومناهجه في العلوم الاجتماعية والسلوكية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.
- 51- كماش، يوسف لازم وحسان، عبد الكاظم جليل (2018)، سيكولوجية التعلم والتعليم، دار الخليج للصحافة والنشر، عمان.
- 52- ماكليانند، دافيد (1998)، مجتمع الانجاز، ترجمة الجوهري، عبد الهادي وفرج، محمد سعيد، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.

- 53- مجيد، هوارى أحمد (2016)، الأمراض النفسية، الجنادرية للنشر والتوزيع، عمان.
- 54- ملحم، سامي محمد (2001)، سيكولوجية التعلم والتعليم، دار المسيرة، عمان.
- 55- منصورى، مصطفى (2017)، الضغوط النفسية والمدرسية واستراتيجيات مواجهتها، دار أسامة النشر والتوزيع، عمان.
- 56- موراي، إدوارد. ج (1988)، الدافعية والانفعال، ترجمة أحمد سلامة عبد العزيز، دار الشروق، القاهرة.
- 57- موسى، رشاد علي عبد العزيز (1994)، علم النفس الدافعي، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 58- المومني، محمد علي عكاشة (2013)، دوافع السلوك الإنساني، دار الكتاب الثقافي، الأردن.
- 59- يوسف، جمعة سيد (2000)، دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 60- يوسفى، حدة بلقاسم (2016)، الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
- 61- بني يونس، محمد محمود (2007)، سيكولوجية الدافعية والانفعالات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

المقالات

- 62- بغول، زهير (2007)، الدافعية ونماذجها الإدارية، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد أ، العدد (28).
- 63- بوزازوة، مصطفى (2003)، الاحتراق النفسي وعلاقته بمتغيرات الشخصية لدى مدرسي مادة التربية البدنية والرياضية، مساءلات حول التنظير والممارسات، دار الغرب للنشر والتوزيع، ص ص 113-128.
- 64- بوسنة، محمود (2007)، ماذا عن العلاقة بين الضغط المهني والاحتراق النفسي؟، الملتقى السنوي لمخبر التطبيقات السيكلوجية، جامعة منتوري، قسنطينة.

- 65- خلاصي، مراد (2013)، الاحتراق النفسي لدى الإطارات الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (40)، ص ص 285-319.
- 66- خميس، شيماء علي (2010)، الاستشارة الانفعالية وعلاقتها بدافعية الانجاز لدى لاعبي كرة الطائرة، مجلة علوم التربية الرياضية، العدد (9)، المجلد (1)، ص ص 280-296.
- 67- سالم، هبة الله وقميل، كبشو ركوكو والخليفة، عمر هارون (2012)، علاقة دافعية الانجاز بموضع الضبط، ومستوى الطموح والتحصيل الدراسي لدى طلاب مؤسسات التعليم العالي بالسودان، المجلة العربية لتطوير التفوق، العدد (04)، مجلد (03)، ص ص 81-96.
- 68- السيد، محمود علي أحمد (2017)، التنبؤ بالأداء الأكاديمي من خلال دافعية المتعلم وفعالية الذات الأكاديمية لدى عينة من طلاب الجامعة، العلوم التربوية، العدد (01)، الجزء (01)، ص ص 491-540.
- 69- شواشرة، عاطف حسن (2007)، فاعلية برنامج في الإرشاد التربوي في استشارة دافعية الانجاز لدى طالب يعاني من تدني الدافعية في التحصيل الدراسي، الجامعة العربية المفتوحة، الأردن.. <http://www.ed-uni.net/>
- 70- صرداوي، نزي (2011)، دافع الإنجاز وتقدير الذات وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ التعليم الثانوي، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد (06)، ص ص 300-345.
- 71- الضريبي، عبد الله (2010)، أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، مج (26)، العدد (4)، ص ص 669-719.
- 72- عبد الباسط، لطفي (1994)، عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين، مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، السنة (3)، العدد (5)، ص ص 95-127.
- 73- عبد الحميد، إبراهيم شوقي (2003)، الدافعية للإنجاز وعلاقتها بكل من توكيد الذات وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من شاغلي الوظائف المكتبية، المجلة العربية للإدارة، مج (23)، عدد (1)، ص ص 1-41.

قائمة المراجع

- 74- الفريجات، عمار والريضي، وائل (2010)، مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات الرياض في محافظة عجلون، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، مج (24)، ص ص 1559-1586.
- 75- كاظم، سميرة عبد الحسين ومفتن، ضحى بدر (2013)، الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال الحكومية والأهلية، مجلة كلية التربية للبنات، بغداد(2)، ص ص 40-65.
- 76- مزياي، فتيحة (2007)، مفهوم الاحتراق النفسي أبعاده ومراحل تكوينه، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة، العدد (28)، صص 150-160.
- 77- مشري، سلاف (2016)، الضغط النفسي في المجال المدرسي: المفهوم والمصادر واستراتيجيات المواجهة، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية، العدد (29)، جامعة بابل، ص ص 3-16.
- 78- ياركندي، هانم محمد(1993)، مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ص ص 28-44.

الرسائل الجامعية

- 79- آت حمودة، حكيمة (2006)، دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
- 80- ايقارب، فريدة (2010)، أثر صراع وغموض الدور المهني على الاحتراق النفسي لدى مستشاري التوجيه المدرسي، رسالة ماجستير في علوم التربية، جامعة الجزائر 2.
- 81- بوناب، رضوان إبراهيم (2013)، حول الضغط النفسي لدى عمال قطاع المحروقات وعلاقته بالدافعية نحو الإنجاز، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر.
- 82- تشوافت كريمة (2001)، الدافعية للإنجاز بين التحكم الداخلي والخارجي، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر 2.
- 83- جديات، عبد الحميد (2012)، الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى أطباء وممرضين الصحة العمومية، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر 2.

قائمة المراجع

- 84- جودة، يحيى عبد الجواد(2003)، مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- 85- حاتم، وهيبه (2012)، الإخفاق المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجلات . دراسة مقارنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- 86- بوحارة، هناء (2012)، الاحتراق النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى أعوان الحماية المدنية، رسالة ماجستير قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة سطيف، الجزائر.
- 87- ددير، نشوة كرم عمار أبو بكر (2007)، الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير في التربية تخصص صحة نفسية، جامعة الفيوم، مصر.
- 88- رحال سامية (2010)، اختبار علاقة الأنماط السلوكية للشخصية واستراتيجيات المواجهة وبعض المتغيرات الديموغرافية بالاحتراق النفسي لدى عينة من رجال الأمن الوطني، رسالة ماجستير تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- 89- رحال، سامية (2015)، دراسة مقارنة بين المحترقين وغير المحترقين نفسيا في ظل بعض العوامل الفردية والبيئة التنظيمية لدى عينة من رجال الأمن الوطني، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة، الجزائر.
- 90- بن راشد الحاتمي، سليمان بن علي بن محمد (2014)، الاحتراق النفسي وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات لدى المعلمين العمانيين، رسالة ماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي، جامعة نزوى، عمان.
- 91- سماني، مراد (2012)، استراتيجيات التعامل coping عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي burn out لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران، الجزائر.
- 92- شارف خوجة، مليكة (2016)، مصادر الضغوط المهنية ودافعية الإنجاز لدى المدرسين الجزائريين، رسالة دكتوراه في علم النفس المدرسي، جامعة الجزائر2.

قائمة المراجع

- 93- طي، سهام (2005)، أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، رسالة ماجستير تخصص علم النفس المعرفي، جامعة باتنة، الجزائر.
- 94- بن طاطة، عبد القادر (2013)، علاقة الاحتراق النفسي بالدافعية للإنجاز لدى معلمي التعليم الابتدائي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- 95- عريس، نصر الدين (2016)، استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي، رسالة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة تلمسان، الجزائر.
- 96- العزيز، وردة (2010)، علاقة الالتزام التنظيمي بالاحتراق النفسي عند عمال الدوريات: دراسة ميدانية بمؤسسة تونيك، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
- 97- عشوي، عبد الحميد (2008)، أبعاد ومصادر الاحتراق النفسي لدى موظفي مصلحة الزبائن، رسالة ماجستير قسم علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
- 98- بن غانم، لخضر (2007)، الإشاعات الخارجية وأثرها على دافعية العمال داخل المنظمات، رسالة ماجستير في علم النفس التنظيمي وتسيير الموارد البشرية، جامعة قسنطينة، الجزائر.
- 99- غربي، صبرينة (2011)، مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين، رسالة دكتوراه في علم النفس العمل، جامعة الجزائر2.
- 100- لعلاوي، عماد (2012)، مفهوم العمل لدى العمال وعلاقته بدافعتهم للعمل في العمل الصناعي من خلال إشباع الحوافز المادية، رسالة دكتوراه تخصص علم النفس العمل والتنظيم، جامعة قسنطينة، الجزائر.
- 101- معروف، محمد (2014)، استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي، رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر.
- 102- ميهوبي، فوزي (2007)، المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين، مذكرة ماجستير قسم علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر2.

103- نبار، رقية (2012)، الاحتراق النفسي لدى أساتذة التكوين والتعليم المهنيين، رسالة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية تخصص علم النفس التربوي، جامعة وهران، الجزائر.

المراجع الأجنبية

104 - Ahola, K. Hakanem, J. (2014). **Burnout and Health**. In Leiter, M. P. Bakker, A.B. Maslach, C. BurnoutatWork , A psychological perspective. PsychologyPress. newyork.

105 - Aluja, A. Blanch, A. Garcia, L. F. (2005).**Dimensionalitej of the MaslachBurnoutInventory**. EuropeanJournal of PsychologicalAssessmentHogrefe et Huber Publishers. vol 21. Spain. PP 67-76.

106 - Baum, A. Singer, J. E. Baum, C. S.(1982). **Stress and The Environment**. In Evans, G. W. Environment Stress. Cambridge UniversityPress. U.S.A.

107 - Beckstead, J. W. (2002).**Confirmatory factor analysis of the MaslachBurnoutInventoryamong Florida nurses**. International Journal of Nursing Studies 39. Pp. 785–792.

108 - Berclaz, M. (2013). **Epuisement Professionnel. Genève** em.berclaz@bluewin.ch

109 - Brown, L. V. (2007). **Pshychology of Motivation**. Nova Science Publishers. New York.

110 - Bruchon-Schweitzer, M. (2001). **Le Coping et les Stratégies d’Ajustement Face au Stress**. Recherche en Soins Infirmiers. N° 67. Pp. 68-83.

111 - Bruchon-Schweitzer, M. Dantzer. R. (1994). Introduction à La Psychologie de la Santé. PUF. Paris.

112 - Canoui, P. Mauranges, A. Florentin, A. (2015). **Le Burn-out à L’hospital**. 5éme ed. Elsevier Masson. France.

- 113 - Carver, C. S. Scheier, M. F. (1989). **Assessing Coping Strategies : A Theoretically Based Approach**. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 56. N° 2. Pp.267- 283.
- 114 - Chabrol, H. Callahan, S. (2004). **Mécanismes de Défense et Coping**. Dunod. Paris.
- 115 - Chiffre, J. D. Teboul, J. (1990). **La Motivation et ses Nouveaux outils**. 2^{ème} éd. Entreprise Moderne d'édition. Paris.
- 116 - Copper, C. L. Dewe, P. J. Obriscoll, M. P. (2001). **Organization Stress, A Review and Critique of Theory, Research, and Application**. Library of Congress Catalogue in Publication Data. U.S.A.
- 117 - Côté, L. (2013). **Améliorer ses Stratégie de Coping pour Affronter le Stress au Travail**. Pshycholeio Québec. Vol 30. N° 05.
- 118 - Cousson-Gélie, F. (2001). **Stratégies de Coping Elaborées pour Faire Face à une Maladie Grave : L'Exemple des Cancers**. Recherche en Soins Infirmiers. N° 67. pp. 99- 106.
- 119 - Day, A. Leiter, M. P. (2014). **The Good and Bad of Working Relationships**. In Leiter, M. P. Bakker, A.B. Maslach, C. Burnout at Work , A psychological perspective. Psychology Press. newyork.
- 120 - Deci, E. L. (1975). **Intrinsic Motivation**. Plenum Press. New York.
- 121-Delbrouk, M. (2008). **Le burnout du soignant**. De Boeck Supérieur.
- 122 - De Soir, E. Daubechies, F. Van Den Steene, P. (2012). **Stress et Tauma Dans les Services de Police et de Secours**. Maklu.
- 123 - Dewe, P. L. (2000). Measures of Coping with Stress at Work : A Review and Critique. In Dewe, P. L. Leiter, M. Cox, T. Coping Health and Organisation. Taylor & Francis. London.
- 124 - Dewe, P. J. O'Driscoll, M. P. Cooper, C. L. (2010). **Coping With Work Stress, A Review and Critique**. Wiley-Blackwell. UK.
- 125 - Dumont, M. (2001). **Les Stratégies Adaptatives**. In Dumont, M. Plancherel, B. Stress et Adaptation chez L'Enfant. Press de L'Université De Quebec. Quebec.

- 126 - EL Akkrami, A. Guerrero, S. Neveu, j. P. (2006). **Comportement Organisationnel**. Vol 2. De Boeck &Larcier. Bruxelles.
- 127 - Elder, R. Evans, K. Nizette, D. (2009). **Psychiatric and Mental Health Nursing**. 2nded. Elsevier. Australia.
- 128 - Endler, N. S. Parker, J. M. A. (1990). **MultidimensionalAssessment of Coping**. Journal of Personality and Social Psychology. pp. 844- 855.
- 129 - Feertchak, H. (1996). **Les Motivation et Les Valeurs en Psycho-sociologie**. Armond colin. Paris.
- 130 - Fields, D. L. (2013). **Taking The Measure of Work, A Guide To ValidatedScales For OrganizationalResearch and Diagnosis**. Information Age Publishing. Inc (IAP). U.S.A.
- 131-Figley, C. R. (1998). **Burnout in Families, The SystemicCosts of Caring**. CRC Pess. U.S.A.
- 132 - Fontaine, F. Kiely, M. (1991). **Le Burnout** . Marcil. Marjolaine .ACSM Montréal .
- 133 - Ford, V. Swayze, S. (2018). **Twenty-First Issues Impacting of It Wellbeing**. In **Burnout and Turnover to Workplace Form Professionals** Swayze, S. Ford, V. Innovation Applications of KnowledgeDiscovery and Information Resources Management. IGI Global. U.S.A.
- 134 -Frank-Stromborg, M. Olsen, S. J. (2004). Instruments ClinicalHealth-care Research. 3rd ed. Jones and BatlettPublishers. USA.
- 135-Freudenberger, H. (1980).**The High Cost of High Achievement**.Anchor Press.
- 136 - Graham, S. D.J. (1993). **Staff Burnout and Job Induced Tension**. Greenwood Publishing Group. Canada.
- 137 -Greenaway, K. H. Louis, W. R. Parker, S. L. Kalokerinos, E. K. **Well-** Smith, J. R. Terry, D. J. (2015). **Measures of Coping for Psychological being**. In Boyle, G. J. Saklofske, D. H. Matthews, G. Measures of Personality and Social PsychologicalConstructs. Elsevier. USA.
- 138 - Halbesleben,J. R.B. Buckley,M. R. (2004).**Burnout in Organizational Life**. Journal of Management. 30(6). Pp. 859–879.

- 139 - Jacque, S. (1996). **Traductionet Validation Canadienne-Francaise du « Miller Behavioral Style Scal »**. University Laval. Canada.
- 140 - Janssen, P. P. M. Schaufeli, W. B.Houkes, I. (1999). **Work –relation & Burnout Dimensions. Work Determinants of the Three and Individual Stress**. Vol 13. N° 1. Pp. 74-86.
- 141 - Jex, S. M. Britt. T. W. (2008). **Organizational Psychology, A Scientist-Practitioner Approach**. 2 ed. John Wiley & Sons. New Jersey.
- 142 - Johnson, D. L. (2010). **A Compendium of Psychosocial Measures : Assessment of People with Serious Mental Illnesses**. Springer. New York.
- 143 - Kagan, C. Evans. D. (1995). **Professional Interpersonal Skills for Nurses**. Antony Rowe ltd. Grand Britain.
- 144 - Keller, L. (2007). **Les Clés de la Motivation au Travail**. L’Harmattan. Paris.
- 145 - Klein, S. B. (2009). **Learning Principales and applications**. 5 ed. SAGA. U.S.A.
- 146 - Koorosh, M. (2009). **Le Stress Professionnel**. Peter Lang. Bern.
- 147 - Laffont, P.(2005). **Développer la motivation à apprendre dans les dispositifs d’autoformation guidée**. En Ligne.<http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=848&action=pdf>.
- 148 - Lazarus, R. S. (1993). **From Psychological Stress to the Emotions**. Annal Reviews. Vol 44. Issue 1. Pp1- 24.
- 149 - Lazarus, R. S. (1999). **Stress and Emotion : A New Synthesis**. Springer PublishingCompany. New York.
- 150 - Lazarus, R. S. Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. Springer. New York.
- 151 -Leiter, M. P.Maslach, C. (2005), **Banishingburnout : Six Strategies for Improving Your Relationship withwork**, Jossey-Bas-Inc, California.
- 152 - Lepore, S. J. (1997). Social-Environmental Influences on the Chronic Stress Process. In Gottlieb, B. H. Coping with Chronic Stress. Springer Science+ Business Media. New York.

153 - Livneh, H. Martz. E. (2007). **An Introduction to Coping Theory and Research**. In Martz. E. Livneh. H. CopingwithchronicIllness and Disability : Theorecal, Empirical, and Clinical Aspects. Springer. New York.

154 - Maillet, L. (1995). **Psychologie et Organisation**, 2^e éd, Etudes Vivantes. Paris.

155 - Malipatil, R, P. (2016). **Socio-Psychological Correlation of Sportsperson**. Laxmi Book Publication. India.

156 - Mariage, A. Schmitt-Fourrier, F. (2006). **Role de la Personnalité dans les Stratégies de Coping**. Le Travail Humain. T 69. N°1. pp. 1- 24.

157 - Maslach,C. (2011). **Burnout and Engagement in The Workplace**. The EuropeanHealthPsychologist. Vol 13. Issue 3. Pp.44-47.

158- Maslach,C & Jackson,S.E (1981). **The measurement of experienced burnout**. Journal ofOccupationalBehavior. vol 2. p 99- 113.

159 - Maslach. C, Leiter. M. P (1997), **The truth about burnout**, Jossey-Bas-Inc, California.

160 - Maslach, C. Schaufeli, W. B. (2017). **Historical and ConceptualDevelopment of Burnout**. In .Schaufeli, W. B. Maslach, C. Marek, T. Professional Burnout. Routledge Library Edition. New York.

161 - Maslach, C. Schaufeli, W. B. leiter, M.P. (2001). **Job Burnout**. AnnualReviews. 52. Pp 397-422.

162 - Maslach, C. Jakson, S.E. Leiter, M. P (1997). **MaslachBurnoutInventory**. 3rd ed. PsychologistsPress. Palo Alto.

163 - Miller, D.(2000). **Dying To Care ? Work, Stress and Burnoutin HIV/AIDS**. Routledge. London.

164 - Montgomery, A. Spanu, F. Baban, A. Panagopoulou, E. (2015). **Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-levelanalysis of ORCAB data ivestigating the moderatingeffect of teamwork**. BurnoutResearch. Vol 2. Issues 2-3. Pp. 71-79.

165 - Patel, G. (2016). **An Achievement Motivation And Academic Anxiety of School Going Students**. Redshine International Press. India.

166 - Paulhan, I. (1994). **Les Stratégies D'Ajustement ou « Coping »**. dans Bruchon-Schweitzer, M. Dantzer, R. Introduction à la Psychologie de la Santé. Presses Universitaires de France. PARIS.

167 - Penwell-Waines, L. Larkin, K. T. Goodie, J. L. (2015). **Coping**. In Andrasik, F. Goodie, J. L. Peterson, A. L. Biopsychosocial Assessment in Clinical Health Psychology. The Guilford Press. New York.

168 - Piquemal-Vieu, L. (2001). **Le Coping une Ressource à Identifier dans Le Soin Infirmier**. Recherche en Soins Infirmiers. N° 67. PP.84- 98.

169 - Neboit, M. Vezina, M. (2007). **stress au travail et santé psychologique**. Octare Edition. 3ed. Toulous.

170 - Ntsame Sima, M. (2012). **Pour un Modèle Explicatif de l'Épuisement Professionnel et du bien-être Psychologique au Travail**. Université Charles de Gaulle - Lille III.

171 - Pines, A. M. (2017). **Burnout, An Existential Perspective**. In .Schaufeli, W. B. Maslach, C. Marek, T. (2017). Professional Burnout. Routledge Library Edition. New York.

172 - Rasclé, N. (1994). **Le Soutien Social dans la Relation Stress-Maladie**. Dans Bruchon-Schweitzer, M. Dantzer, R. Introduction à la Psychologie de la Santé. Presses Universitaires de France. Paris.

173 - Rasmussen, P. (2008). **When Work Takes Control, The Psychology and Effects of Work Addiction**. Karnac Book Ltd. London.

174 - Reeve, J. (2017). Psychologie de la Motivation et des Emotions. Traduction Kaelen, R. De Boeck Supérieur. Belgique.

175 - Remley, N. R. (1980). J. B. Watson and J. J. B. Morgan: The Original drive theory of motivation. Bulletin of the Psychonomic Society. Vol 16 (4). Pp 314-316.

176 - Robert, J. (2007). **Organisations et Changement en Entreprises**. Edition de L'Université de Liège. Belgique.

177 - Rexrode, K. R. O'tool. S. (2008). **The Ways of Coping** Scal. A Reliability Generalization Study and Psychological Measurement. Vol 86. N° 2. PP.262- 280.

178 - Schaufeli, W. Enzmann, D. (1998). **The Burnout Companion To Study And practice**. Taylor & Francis. London.

179 - Schaufeli, W. B. Martinez, I. M & al. (2002). Burnout and Engagement in University Students. *journal of cross-cultural Psychology*. Vol 33. Pp. 464 - 481.

180 -Schaufeli, W. B. Enzman, D. Girault, N. (2003). Measurement of Burnout. In Schaufeli, W. B. Maslach, C. Marek, T. **Professional Burnout**. Taylor & Francis. U.S.A.

181- Schaufeli, W. B, Greenglass, E. R. (2001). **Introduction To Special issue on Burnout and health**. *Psychology and health*. Vol 16. pp.501-510.

182 - Seaward, B. L.(2018). **Management Stress**. 9 ed. Jones & Bartlett Learning.

183 - Semuhoza, E. S. (2009). **Théories de la Motivation au Travail**. L'Harmattam. Paris.

184 - Sheppard, M.Grohn, M. (2004). **Pervention and Coping in Child and Family Care**. Jessica Publishers. London.

185 - Shinn, M. Rosario, M. Morch, H. Chestnut, D. E. (1984). **Coping With Job Stress and Burnout in the Human Services**. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 46. N° 4. PP 864- 876.

186 - Shirom, A. Melamed, S. (2006). **A Comparison of The Construct Validity of Two Burnout Measures**. in Two Groups of Professionals. *International Journal of Stress Management*. Vol 13. N° 2. Pp 176-200.

187 - Shirom, A. (2010). **Burnout & Health**. In Houdmont, J. Leka, S. *Contemporary Occupational Health Pshchology*. John Wiley & Sons Ltd. U.k.

188 - Snyder, C. R. Dinoff, B. L. (1999). **Coping, where Have you Been?** In Snyder, C. R. *Coping : the Psychology of whatworks*. Oxford University Press. New York.

189 - Sogunro, O. A (2012). **Stress in School Administration : Coping Tips For Principals**. *Journal of School Leadeship*. Vol 22. Issue 3. Pp. 664-700.

- 190 – Spence Laschinger, H. K. Fida, R. (2014). **New nurses burnout and workplace wellbeing : The influence of authentic leadership and psychological capital**. Burnout Research. Vol 1. Issue 1. Pp. 19-28.
- 191 - Truchot, D. (2004). **Epuisement Professionnel et Burnout**. Dunot. Paris.
- 192 - Truchot, D. Borteyrou, X. (2010). **leBurnout chez les infirmières en oncérologie**. laboratoire de psychologie. p.t.o. vol 16 n°27.
- 193 - Walker, A. (2011). **Organizational Behaviour in Construction**. Wiley- Blachwell. U.K.
- 194 - Vraie, B. (2018). **Stress aigu en Situation de Crise**. De Boeck Superieur. Paris.
- 195 - Wlodarczyk, A. D. (2011). **Work Motivation, A Systemic Framework for a Multilevel Strategy**. Author House. U.S.A.
- 196 - Weiner, B. (1989). **Human Motivation**. Lawrence Erlbaum Associates. New Dersey. U.S.A.
- 197- Wright, J. W. Wiediger, R.V. (2007). **Motiveted Behaviors**. In Brown, L. V. (2007). Pshychology of Motivation. Nova Science Publishers. New York.

الملاحق

الملحق رقم (01): استمارة المعلومات الشخصية.

جامعة الجزائر 2

كلية علم النفس.

في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم، نرجو منكم مساعدتنا بالإجابة على هذه الاستبيانات بكل صدق وصراحة، حيث ستمكننا إجاباتكم من إنجاز بحثنا وتحقيق أهدافنا البحثية. مع العلم أن كل المعلومات التي تقدم تبقى محل سرية تامة، ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي، فالرجاء الإجابة على كل الأسئلة والتحقق من أنها تعبر عن شخصكم، وعدم نسيان أي سؤال لأنه سيؤدي لإلغاء كل إجاباتكم.

مع جزيل شكرنا

الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....).

السن:.....

الحالة الاجتماعية: أعزب (.....) متزوج (.....) مطلق (.....) أرمل (.....).

مؤسسة العمل:

المستشفى الجامعي بباب الوادي (.....).

المستشفى الجامعي بني مسوس (.....).

المستشفى الجامعي مصطفى باشا (.....).

المصلحة:

مصلحة الاستعجالات الطبية (.....).

مصلحة الاستعجالات الجراحية (.....).

مصلحة الإنعاش (.....).

مصلحة استعجالات طب الأطفال (.....).

عدد سنوات الخبرة المهنية:.....

عدد سنوات العمل في مصلحة الاستعجالات:.....

هل عملت من قبل في مصلحة أخرى ؟ نعم (.....) لا (.....).

هل أنت مرتاح بعملك في مصلحة الاستعجالات ؟ نعم (.....) لا (.....).

مواقيت العمل الحالي : ليل (.....) نهار (.....).

الملحق رقم (02): مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

التعليمية: ضع دائرة في الخانة التي تعبر عن مدى تكرار الحالات التي تتعرض لها، الإجابات تعبر عن شخصكم، فلا داعي للتفكير كثيرا عن الإجابة:

دائما	أحيانا خلال الأسبوع	مرة في الأسبوع	أحيانا خلال الشهر	مرة في الشهر	أحيانا خلال السنة	أبداً	إلى أي مدا تتعرض للحالات التالية:
6	5	4	3	2	1	0	1- أشعر أنني مرهق عاطفياً من جراء العمل.
6	5	4	3	2	1	0	2- أشعر أن طاقتي مستنفذة مع نهاية اليوم.
6	5	4	3	2	1	0	3- أشعر بالتعب حين استيقظ من صباحاً وأعرف أن علي مواجهة يوم عمل جديد.
6	5	4	3	2	1	0	4- أستطيع أن أفهم مشاعر المرضى.
6	5	4	3	2	1	0	5- أشعر أنني أتعامل مع بعض المرضى ببرودة.
6	5	4	3	2	1	0	6- إن التعامل مع الناس طول يوم عمل يتطلب مني جهد كبير.
6	5	4	3	2	1	0	7- أحل بكفاءة عالية ونجاح مشاكل المرضى.
6	5	4	3	2	1	0	8- أشعر بالاستنزاف النفسي من ممارستي لهذه المهنة.
6	5	4	3	2	1	0	9- يبدو لي أنني أؤثر إيجابياً في الأشخاص الذين أحتك بهم في عملي.
6	5	4	3	2	1	0	10- أصبحت أقل شعوراً بالناس منذ التحاقني بهذه المهنة.
6	5	4	3	2	1	0	11- أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسياً.
6	5	4	3	2	1	0	12- أشعر بالحياة والنشاط.
6	5	4	3	2	1	0	13- أشعر بالإحباط من ممارستي لهذه المهنة.
6	5	4	3	2	1	0	14- أشعر أنني أعمل في هذه المهنة بإجتهاد كبير.
6	5	4	3	2	1	0	15- حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض المرضى.
6	5	4	3	2	1	0	16- إن العمل مع الناس بشكل مباشر يسبب لي ضغوط شديدة.
6	5	4	3	2	1	0	17- أستطيع بكل سهولة أن أخلق جواً نفسياً مريحاً مع المرضى.
6	5	4	3	2	1	0	18- أشعر بالسعادة بعد العمل مع المرضى عن قرب.
6	5	4	3	2	1	0	19- لقد أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة في مهنتي.
6	5	4	3	2	1	0	20- أشعر وأني على حافة الهاوية جراء ممارستي لمهنتي.
6	5	4	3	2	1	0	21- أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الانفعالية أثناء ممارستي لمهنتي.
6	5	4	3	2	1	0	22- أشعر أن المرضى يلومونني عن بعض المشاكل التي تواجههم.

الملحق رقم (03) : مقياس استراتيجيات المواجهة

دائما	غالبا	أحيانا	إطلاقا	البند
				01- ركزت فقط على ما يجب أن أفعله لاحقا.
				02- قمت بشيء لم أكن أعتقد أنني سأفعله ولكنني على الأقل قمت بشيء.
				03- حاولت إيجاد الشخص المسؤول بهدف تغيير فكره.
				04- تكلمت مع الأشخاص لأتعرّف أكثر على الوضعية .
				05- انتقدت أو وبخت نفسي .
				06- تمنيت لو تحدث معجزة.
				07- سلمت الأمور للقدر وأحيانا كان يخونني الحظ فقط.
				08- واصلت حياتي،وكان شيئا لم يكن .
				09- حاولت أن أحتفظ بمشاعري لنفسي .
				10- نظرت إلى الجانب الإيجابي للأشياء .
				11- نمت أكثر من المعتاد .
				12- عبرت عن غضبي إلى الشخص (أو الأشخاص) المتسبب في المشكل .
				13- تقبلت تعاطف شخص ما وتفهمه .
				14- ألهمت بالقيام بشيء إبداعي .
				15- حاولت أن أنسى كل شيء .
				16- تحصلت على مساعدة من مختص .
				17- تغيرت أو نموت كشخص نحو الإيجابي .
				18- اعتذرت أو قمت بشيء ما لاستدراك نفسي .
				29- وضعت خطة عمل واتبعتها .
				20- أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى .
				21- أدركت أنني المتسبب في المشكل .
				22- خرجت من التجربة أفضل مما كنت عليه عندما دخلت فيها .
				23- تحدثت مع شخص يمكنه فعل شيء ملموس اتجاه المشكلة .
				24- حاولت أن أشعر بتحسن من خلال الأكل أو الشرب أو التدخين أو تعاطي المخدرات والأدوية....

الملحق رقم (03) : مقياس استراتيجيات المواجهة

دائما	غالبا	أحيانا	إطلاقا	البنود
				25- اكتسبت قيم و معارف جديدة.
				26- أعدت اكتشاف ما هو مهم في الحياة .
				27- غيرت بعض الأشياء بغرض أن تصلح الأمور .
				28- تجنبت التواجد مع الناس عموما .
				29- لم أترك المشكلة تسيطر علي ،ورفضت التفكير فيها كثيرا .
				30- طلبت النصيحة من قريب أو صديق أحترمه .
				31- لم أترك الآخرين يعرفون كم كانت الأمور سيئة .
				32- تجاهلت الوضعية ورفضت أن أخذها على محمل الجد .
				33- تكلمت إلى شخص ما عما أشعر به .
				34- صمدت وكافحت من أجل ما أريد .
				35- حملت الآخرين المسؤولية .
				36- استفدت من تجاربي السابقة كنت فيها في وضعية مماثلة .
				37- عرفت ما يجب فعله ،فضاعفت مجهودي لتسيير الأمور .
				38- رفضت الاعتراف بما حدث .
				39- عاهدت نفسي أن الأمور ستكون مختلفة في المرة المقبلة .
				40- خرجت بحلول مختلفة للمشكلة .
				41- حاولت ألا أترك مشاعري تتداخل كثيرا مع أشياء أخرى .
				42- غيرت بعض الأمور في نفسي .
				43- تمنيت لو ينتهي المشكل أو أجد حلا بطريقة أو بأخرى .
				44- تخيلت أو تمنيت أن تتغير الأمور .
				45- صليت ودعوت الله .
				46- فكرت كيف يمكن لشخص أحترمه أن يتعامل مع هذه الوضعية تم اتخذته نموذجا .
				47- حاولت أن أرى الأمور بوجهة نظر شخص آخر .

الملحق رقم (04): مقياس الدافعية للإنجاز

التعليمة: أجب بتلقائية و سرعة عل البنود التالية دون محاولة التأكد من الإجابات، استعمل سلم الخيارات بوضع علامة (×) في الخانة المناسبة.

أبدا	أحيانا	دائما	البنود.
			1- أحس أن عملي ينقصه النظام.
			2- أأجل عمل اليوم إلى الغد.
			3- أحب أن أكمل عملي بسرعة.
			4- أراجع عن إنجاز ما قمت به.
			5- قلما أنجح في إنجازاتي الشخصية.
			6- لا أحاول معالجة الحالات الصعبة التي تصادفني.
			7- أقوم بتوجيه المرضى لزملائي الممرضين .
			8- أجد صعوبة في متابعة العمل بعد الفشل.
			9- تريبني المواقف الجديدة التي تصادفني في العمل .
			10- أجد صعوبة في تحسين أدائي.
			11- أجد صعوبة في النهوض باكرا لممارسة العمل.
			12- أجد صعوبة عند العمل.
			13- أخشى الحالات الصعبة التي تصادفني.
			14- أجد صعوبة التركيز في العمل.
			15- أخشى الوقوع في أخطاء عند انجازي لعملي.
			16- من الصعب ميلي (التفكير في) للتسلية أثناء العمل .
			17- لدي مشاكل داخل العمل توترني.
			18- لا أتقبل نصائح زملائي في العمل.
			19- المنافسة بيني وبين زملائي تجعلني متوتر.
			20- لا أستشير زملائي في الحالات الصعبة التي تصادفني.
			21- لا أحب القيام بدورات تكوينية.
			22- لا أرغب في وضعية مهنية هامة.
			23- ليس لدي مشاريع مهنية أخرى.
			24- ليس لدي رغبة الحصول على شهادة علمية تؤهلني للوصول إلى وضعية مهنية هامة.
			25- لدي صورة غير واضح لمستقبلي.

Fiabilité

الاحترق النفسي
البعء الأول: الإنهك الانفعالي

FiabilitéFiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	31,7647	101,0989	,4168	,7517
VAR00002	30,0498	107,1384	,4235	,7512
VAR00003	30,5113	102,8874	,4591	,7453
VAR00006	29,8778	108,4805	,3364	,7616
VAR00008	31,3484	93,0099	,5812	,7241
VAR00013	31,7511	98,8787	,4356	,7492
VAR00014	30,1810	103,5216	,4372	,7483
VAR00016	30,7059	98,2358	,4998	,7385
VAR00020	32,0724	97,7220	,4573	,7457

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 9

Alpha = ,7682

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases =	221,0	N of Items =	9
Correlation between forms =	,5369	Equal-length Spearman-Brown	
=	,6987		
Guttman Split-half =	,6977	Unequal-length Spearman-Brown	
=	,7007		
5 Items in part 1		4 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	,6704	Alpha for part 2	
=	,6482		

البعد الثاني: تبعد المشاعر

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00005	7,1086	25,0882	,3300	,5685
VAR00010	5,9955	21,0500	,4092	,5109
VAR00015	7,4615	25,0860	,4065	,5200
VAR00022	5,4434	22,0661	,3952	,5213

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 4

Alpha = ,6018

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 4

Correlation between forms = ,4990
= ,6658

Equal-length Spearman-Brown

Guttman Split-half = ,6653
= ,6658

Unequal-length Spearman-Brown

2 Items in part 1

2 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,3273
= ,3871

Alpha for part 2

البعد الثالث : تدني الشعور بالإنجاز

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00004	30,7014	60,2559	,4192	,6824

VAR00007	31,1222	56,7077	,5195	,6606
VAR00009	31,2308	60,2147	,3678	,6922
VAR00012	32,2353	60,0262	,2890	,7128
VAR00017	31,3213	55,0645	,5606	,6504
VAR00018	30,9005	58,1719	,4640	,6725
VAR00019	31,1584	59,7703	,3673	,6925
VAR00021	31,4299	61,2644	,2852	,7110

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0 N of Items = 8

Alpha = ,7130

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0 N of Items = 8

Correlation between forms = ,5487 Equal-length Spearman-Brown
= ,7086

Guttman Split-half = ,7083 Unequal-length Spearman-Brown
= ,7086

4 Items in part 1

4 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,5367 Alpha for part 2
= ,5758

ثبات مقياس الاحتراق النفسي

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 23

Alpha = ,7392

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 23

Correlation between forms = ,6323
= ,7747

Equal-length Spearman-Brown

Guttman Split-half = ,7712
= ,7750

Unequal-length Spearman-Brown

12 Items in part 1

11 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,5897
= ,5511

Alpha for part 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

الاختبار الثاني مقياس استراتيجيات المواجهة

البعد الأول: إستراتيجية التصدي

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00002	7,2398	6,2922	,2622	,3333
VAR00003	7,1041	6,1209	,2700	,3260
VAR00013	7,1584	6,1339	,2607	,3319
VAR00021	7,0543	6,5879	,2038	,3696
VAR00026	8,0136	7,2316	,0849	,4354
VAR00037	6,6425	6,9489	,1152	,4222

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Alpha = ,4160

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
--	-------------------------------------	---	--	-----------------------------

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00020	9,3756	6,9265	,3593	,5115
VAR00030	9,0860	7,1153	,3459	,5183
VAR00039	9,2805	7,5755	,2618	,5540
VAR00040	9,0000	6,8455	,4357	,4799
VAR00043	9,2262	7,0122	,3845	,5019
VAR00001	9,3258	7,8297	,1354	,6152

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Alpha = ,5772

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Correlation between forms = ,3924
= ,5636

Equal-length Spearman-Brown

Guttman Split-half = ,5636
= ,5636

Unequal-length Spearman-Brown

3 Items in part 1

3 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,4334
= ,3989

Alpha for part 2

البعد الثالث: إستراتيجية اتخاذ المسافة

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00008	8,7873	9,0955	,1432	,5515
VAR00009	8,7285	7,7623	,3685	,4429
VAR00011	8,1719	8,3885	,3109	,4747
VAR00016	8,5611	7,8838	,3404	,4574
VAR00032	8,6652	8,2056	,3259	,4667
VAR00035	9,2353	8,6080	,2057	,5251

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Alpha = ,5339

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Correlation between forms = ,3109
= ,4744

Equal-length Spearman-Brown

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00010	6,5701	7,2007	,1379	,5648
VAR00034	7,1946	6,3392	,2452	,5102
VAR00044	6,8235	6,6914	,2882	,4814
VAR00049	6,8914	5,9791	,3531	,4388
VAR00050	7,0362	5,5350	,4832	,3523

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 5

Alpha = ,5313

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 5

Correlation between forms = ,2424
= ,3902

Equal-length Spearman-Brown

Guttman Split-half = ,3894
= ,3963

Unequal-length Spearman-Brown

3 Items in part 1

2 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,3332
= ,7190

Alpha for part 2

البعد الخامس: إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00004	7,8371	8,8370	,2767	,5185
VAR00014	7,7240	8,8280	,2953	,5103
VAR00017	8,2986	8,7740	,2282	,5435
VAR00024	8,1900	8,2092	,3745	,4724
VAR00033	7,9231	7,8986	,4147	,4510
VAR00036	8,3756	9,2810	,1995	,5517

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

Alpha = ,5550

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 6

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases =	221,0	N of Items =	4
Correlation between forms =	,3824	Equal-length Spearman-Brown	
=	,5532		
Guttman Split-half =	,5532	Unequal-length Spearman-Brown	
=	,5532		
2 Items in part 1		2 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	,1433	Alpha for part 2	
=	,1048		

البعد السادس: إستراتيجية التهرب-التجنب-

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00007	8,7828	11,0162	,1988	,4063
VAR00012	8,8371	12,0461	,1029	,4473
VAR00025	9,4389	11,6292	,1852	,4117
VAR00031	8,7602	11,1468	,2236	,3943
VAR00038	9,1493	10,8912	,3484	,3458
VAR00041	8,9412	11,3283	,2162	,3981
VAR00046	8,0633	11,7142	,1839	,4122
VAR00047	8,3439	12,1448	,1008	,4470

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 8

Alpha = ,4415

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 8

Correlation between forms = ,2467
= ,3958

Equal-length Spearman-Brown

Guttman Split-half = ,3955
= ,3958

Unequal-length Spearman-Brown

4 Items in part 1

4 Items in part 2

Alpha for part 1 = ,2757
= ,3542

Alpha for part 2

البعد السابع: إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------

الاختبار الثالث مقياس الدافعية لإنجاز

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	40,4480	63,5030	,4453	,8295
VAR00002	40,8462	65,4671	,3470	,8332
VAR00003	39,8824	68,1497	,0576	,8439
VAR00004	40,7059	64,7722	,3945	,8316
VAR00005	40,4208	65,0448	,3131	,8345
VAR00006	40,6787	65,5190	,3084	,8345
VAR00007	40,4842	64,7963	,3546	,8329
VAR00008	40,5520	63,1757	,4778	,8282
VAR00009	40,5158	64,6691	,3625	,8326
VAR00010	40,6606	64,0252	,4554	,8294
VAR00011	40,3665	63,7241	,3835	,8319
VAR00012	40,4525	63,8580	,4174	,8305
VAR00013	40,5113	62,7237	,5085	,8270
VAR00014	40,6968	62,6577	,5585	,8255
VAR00015	40,3484	64,1008	,3653	,8326
VAR00016	40,5068	63,2693	,4536	,8291
VAR00017	40,3439	63,8176	,3933	,8315
VAR00018	40,7964	64,6356	,3871	,8318
VAR00019	40,9412	64,3193	,4804	,8291
VAR00020	40,8416	65,9975	,2777	,8355
VAR00021	40,7421	63,7559	,4186	,8305
VAR00022	40,5928	64,2152	,3406	,8337
VAR00023	40,6561	65,7812	,2310	,8380
VAR00024	40,7692	64,3510	,3713	,8323
VAR00025	40,6471	63,8021	,4012	,8312

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 25

Alpha = ,8377

Fiabilité

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 221,0

N of Items = 25

Alpha = ,8377

Test du Khi-deux

Fréquences

VAR00009

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
1,00	18	73,7	-55,7
2,00	39	73,7	-34,7
3,00	164	73,7	90,3
Total	221		

Test

	VAR00009
Khi-deux	169,149 ^a
ddl	2
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 73,7.

Test du Khi-deux

Fréquences

VAR00011

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
1,00	55	73,7	-18,7
2,00	43	73,7	-30,7
3,00	123	73,7	49,3
Total	221		

VAR00013

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
1,00	96	73,7	22,3
2,00	38	73,7	-35,7
3,00	87	73,7	13,3
Total	221		

Test

	VAR00011	VAR00013
Khi-deux	50,534 ^a	26,452 ^a
ddl	2	2
Signification asymptotique	,000	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 73,7.

Statistiques

		VAR00009	VAR00011	VAR00013
N	Valide	221	221	221
	Manquante	0	0	0
Centiles	100	3,0000	3,0000	3,0000

Tableau de fréquences

VAR00009

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1,00	18	8,1	8,1	8,1
2,00	39	17,6	17,6	25,8
3,00	164	74,2	74,2	100,0
Total	221	100,0	100,0	

VAR00011

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1,00	55	24,9	24,9	24,9
2,00	43	19,5	19,5	44,3
3,00	123	55,7	55,7	100,0
Total	221	100,0	100,0	

VAR00013

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1,00	96	43,4	43,4	43,4
2,00	38	17,2	17,2	60,6
3,00	87	39,4	39,4	100,0
Total	221	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
tassadi	221	1,1467	,38740	,29	2,14
mutakad	221	1,8431	,51594	,33	3,00
massafa	221	1,7383	,55188	,33	3,00
datee	221	1,2321	,42877	,29	2,14
sanadde	221	1,6116	,56328	,00	3,00
masoli	221	1,3937	,60161	,00	3,00
tahar	221	1,2557	,46600	,25	2,63
takdir	221	1,9179	,53244	,43	3,00

Test de Friedman

Rangs

	Rang moyen
tassadi	2,64
mutakad	6,03
massafa	5,71
datee	3,01
sanadde	4,97
masoli	3,99
tahar	3,25
takdir	6,40

Test^a

N	221
Khi-deux	566,465
ddl	7
Signification asymptotique	,000

a. Test de Friedman

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	Les distributions de tassadi, mutakad, massafa, datee, sanadde, masoli, tahar and takdir sont identiques.	Analyse de la variance par rang d'ordre 2 de Friedman à échantillons associés	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est 0,05.

الدافعية للإنجاز

NPAR

Test du Khi-deux

Fréquences

dafiya

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
1,00	101	73,7	27,3
2,00	113	73,7	39,3
3,00	7	73,7	-66,7
Total	221		

Test

	dafiya
Khi-deux	91,475 ^a
Ddl	2
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 73,7.

Récapitulatif du test d'hypothèse

Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
Les catégories de dafiya 1 surviennent avec des probabilités égales.	Test du Chi-deux à échantillon unique	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de significat est ,05.

Statistiques

dafiya

N	Valide	221
	Manquante	0
Centiles	100	3,0000

dafiya

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	101	45,7	45,7
	2,00	113	51,1	96,8
	3,00	7	3,2	100,0
	Total	221	100,0	100,0

الدافعية و الاحتراق النفسي و أبعاده

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	dafiiya
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,302**
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,000
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,344**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	-,202**
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,002
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,240**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	221	221	221	221	221
dafiiya	Corrélation de Pearson	,302**	,344**	-,202**	,240**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,002	,000	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الاحتراق و استراتيجيات المواجهة

Corrélations

		tasadi
inhak	Corrélation de Pearson	,157
	Sig. (bilatérale)	,020
	N	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,024
	Sig. (bilatérale)	,722
	N	221
injaz	Corrélation de Pearson	,094
	Sig. (bilatérale)	,163
	N	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,156
	Sig. (bilatérale)	,020
	N	221
tasadi	Corrélation de Pearson	1
	N	221

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	mukatata
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,133*
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,048
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	-,065
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,337
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,253**
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,000
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,181**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,007
	N	221	221	221	221	221
mukatata	Corrélation de Pearson	,133*	-,065	,253**	,181**	1
	Sig. (bilatérale)	,048	,337	,000	,007	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	masafa
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,148*
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,028
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,167*
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,013
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,120
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,076
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,224**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,001
	N	221	221	221	221	221
masafa	Corrélation de Pearson	,148*	,167*	,120	,224**	1
	Sig. (bilatérale)	,028	,013	,076	,001	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	date
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,119
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,078
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,205**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,002
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,062
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,357
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,193**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,004
	N	221	221	221	221	221
date	Corrélation de Pearson	,119	,205**	,062	,193**	1
	Sig. (bilatérale)	,078	,002	,357	,004	
	N	221	221	221	221	221

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	sanade
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	-,033
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,625
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	-,058
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,389
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,195**
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,004

	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,050
ihtirak	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,462
	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	-,033	-,058	,195**	,050	1
sanade	Sig. (bilatérale)	,625	,389	,004	,462	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	masoliya
	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,134*
inhak	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,046
	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,195**
tabalod	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,004
	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,005
injaz	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,939
	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,171*
ihtirak	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,011
	N	221	221	221	221	221
	Corrélation de Pearson	,134*	,195**	,005	,171*	1
masoliya	Sig. (bilatérale)	,046	,004	,939	,011	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

	inhak	tabalod	injaz	ihtirak	tajanob
--	-------	---------	-------	---------	---------

inhak	Corrélacion de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,243**
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,000
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélacion de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,351**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélacion de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	-,112
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,097
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélacion de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,249**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	221	221	221	221	221
tajanob	Corrélacion de Pearson	,243**	,351**	-,112	,249**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,097	,000	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	tafsir
inhak	Corrélacion de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,036
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,591
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélacion de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	-,047
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,488
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélacion de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	,278**
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,000
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélacion de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,140*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,038
	N	221	221	221	221	221
tafsir	Corrélacion de Pearson	,036	-,047	,278**	,140*	1
	Sig. (bilatérale)	,591	,488	,000	,038	

N	221	221	221	221	221
---	-----	-----	-----	-----	-----

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		inhak	tabalod	injaz	ihtirak	dafiya
inhak	Corrélation de Pearson	1	,421**	,096	,862**	,167*
	Sig. (bilatérale)		,000	,155	,000	,013
	N	221	221	221	221	221
tabalod	Corrélation de Pearson	,421**	1	-,271**	,561**	,197**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,003
	N	221	221	221	221	221
injaz	Corrélation de Pearson	,096	-,271**	1	,435**	-,200**
	Sig. (bilatérale)	,155	,000		,000	,003
	N	221	221	221	221	221
ihtirak	Corrélation de Pearson	,862**	,561**	,435**	1	,092
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,173
	N	221	221	221	221	221
dafiya	Corrélation de Pearson	,167*	,197**	-,200**	,092	1
	Sig. (bilatérale)	,013	,003	,003	,173	
	N	221	221	221	221	221

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

الفروق بين الجنسين

Statistiques de groupe

	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
inhak	,00	86	34,2674	10,49978	1,13222

	1,00	135	35,1111	11,58400	,99699
tabalod	,00	86	11,7326	7,43825	,80209
	1,00	135	11,5185	7,54178	,64909
injaz	,00	86	34,6628	7,73930	,83455
	1,00	135	36,4074	9,06716	,78038
tasadi	,00	86	7,6512	2,51942	,27168
	1,00	135	8,2667	2,81043	,24188
mukatata	,00	86	10,6047	3,15959	,34071
	1,00	135	11,3481	3,03049	,26082
masafa	,00	86	10,6279	3,57786	,38581
	1,00	135	10,3037	3,13686	,26998
date	,00	86	8,8953	3,08709	,33289
	1,00	135	8,4519	2,94405	,25338
sanade	,00	86	9,6512	3,65181	,39378
	1,00	135	9,6815	3,20832	,27613
masoliya	,00	86	5,6512	2,60211	,28059
	1,00	135	5,5259	2,28176	,19638
tajanob	,00	86	10,0930	3,93066	,42385
	1,00	135	10,0148	3,60759	,31049
tafsir	,00	86	13,0814	3,74233	,40355
	1,00	135	13,6444	3,71457	,31970
dafiiya	,00	86	83,2326	14,84403	1,60067
	1,00	135	84,3111	18,18457	1,56508
ihtirak	,00	86	80,6628	18,25480	1,96847
	1,00	135	83,0370	17,10128	1,47184

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes								
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieur	Supérieur
		e	e							
inhak	Hypothèse de variances égales	,431	,512	-,547	219	,585	-,84367	1,54189	-3,88252	2,19518

