



جامعة الجزائر 2

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



مذكرة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العمل والتنظيم

علاقة التفاؤل والتشاؤم ومركز التحكم بالاحتراق النفسي  
واستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين  
— دراسة ميدانية —

إشراف:

أ.د: بلمان فرحات

إعداد الطالبة:

بوتلجي أمال

لجنة المناقشة

| الاسم واللقب           | الرتبة العلمية       | الجامعة                         | الصفة  |
|------------------------|----------------------|---------------------------------|--------|
| أ.د/ العربي الطيب      | أستاذ التعليم العالي | جامعة الجزائر 2                 | رئيسا  |
| أ.د/ بلمان فرحات       | أستاذ التعليم العالي | جامعة الجزائر 2                 | مشرفا  |
| أ.د/ متوري راضية       | أستاذ التعليم العالي | جامعة الجزائر 2                 | مناقشا |
| د/ عناصري محمد نجيب    | أستاذ محاضر — أ—     | جامعة الجزائر 2                 | مناقشا |
| د/ بادي نورة           | أستاذ محاضر — أ—     | المدرسة العليا للأساتذة بوزريعة | مناقشا |
| د/ ربح الله عبد القادر | أستاذ محاضر — أ—     | جامعة البلدة                    | مناقشا |

السنة الجامعية: 2019-2020

سَمِيعٌ خَبِيرٌ

|                                                                                                                                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>الفهرس</b>                                                                                                                      |                                  |
| فهرس المخططات، الجداول والملاحق                                                                                                    |                                  |
| شكر وتقدير                                                                                                                         |                                  |
| إهداء                                                                                                                              |                                  |
| ملخص البحث باللغة العربية                                                                                                          |                                  |
| ملخص البحث باللغة الفرنسية                                                                                                         |                                  |
| ملخص البحث باللغة الانجليزية                                                                                                       |                                  |
| مقدمة                                                                                                                              |                                  |
| <b>الفصل الأول</b><br><b>الإطار العام للبحث</b>                                                                                    |                                  |
| 5                                                                                                                                  | 1- إشكالية البحث                 |
| 12                                                                                                                                 | 2- فرضيات البحث.                 |
| 13                                                                                                                                 | 3- أهمية وهدف البحث              |
| 14                                                                                                                                 | 4- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث |
| 18                                                                                                                                 | 5- الدراسات السابقة              |
| <b>الجانب النظري</b><br><b>الفصل الثاني</b><br><b>الاحتراق النفسي، التفاؤل والتشاؤم، مركز التحكم، استراتيجيات المواجهة، التمرض</b> |                                  |
| 27                                                                                                                                 | القسم الأول: الاحتراق النفسي     |
| 28                                                                                                                                 | تمهيد.                           |
| 28                                                                                                                                 | 1- أصل الاحتراق النفسي.          |
| 29                                                                                                                                 | 2- تعريف الاحتراق النفسي         |
| 30                                                                                                                                 | 3- أهم رواد الاحتراق النفسي.     |

|           |                                              |
|-----------|----------------------------------------------|
| 31        | 4-النماذج المفسرة للاحتراق النفسي.           |
| 42        | 5-أعراض الاحتراق النفسي.                     |
| 44        | 6-مراحل حدوث الاحتراق النفسي                 |
| 49        | 7-مستويات الاحتراق النفسي                    |
| 55        | 8-الاحتراق النفسي ومهنة التمريض.             |
| 57        | 9-نتائج الاحتراق النفسي                      |
| 58        | 10-كيفية تقادي الاحتراق النفسي.              |
| <b>60</b> | <b>القسم الثاني: التفاؤل والتشاؤم</b>        |
| 61        | تمهيد                                        |
| 611       | 1-الإطار النظري للتفاؤل والتشاؤم.            |
| 67        | 2-تعريف التفاؤل والتشاؤم                     |
| 70        | 3-المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم.        |
| 71        | 4-أنواع التفاؤل والتشاؤم                     |
| 73        | 5-العوامل المؤثرة للتفاؤل والتشاؤم.          |
| 80        | 6-خصائص الأفراد المتفائلين والمتشائمين.      |
| 82        | 7-التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعض المتغيرات. |
| 87        | 8-قياس التفاؤل والتشاؤم                      |
| 92        | خلاصة.                                       |
| <b>93</b> | <b>القسم الثالث: مركز التحكم</b>             |
| 94        | تمهيد                                        |
| 94        | 1-تاريخ مصطلح مركز التحكم                    |
| 95        | 2-الإطار النظري لبروز مركز التحكم.           |
| 98        | 3-تعريف مركز التحكم.                         |
| 100       | 4-الفرق بين مركز التحكم وبعض المتغيرات.      |
| 102       | 5-خصائص الداخليين والخارجيين                 |

|            |                                           |
|------------|-------------------------------------------|
| 104        | 6-محددات مركز التحكم                      |
| 105        | 7-العوامل المؤثرة في مركز التحكم.         |
| 108        | 8-أبعاد مركز التحكم وقياسه                |
| <b>110</b> | <b>القسم الرابع: استراتيجيات المواجهة</b> |
| 110        | تمهيد.                                    |
| 110        | 1-تعريف مفهوم المواجهة                    |
| 111        | 2-نظريات المواجهة.                        |
| 114        | 3-نوعي استراتيجيات المواجهة               |
| 117        | 4-خصائص المواجهة                          |
| 118        | 5-مقاييس استراتيجيات المواجهة.            |
| 121        | خلاصة                                     |
| <b>122</b> | <b>القسم الخامس: التمريض</b>              |
| 123        | تمهيد                                     |
| 123        | 1-تعريف مفهوم التمريض                     |
| 124        | 2-مهام ومسؤوليات الممرض                   |
| 125        | 3-اختصاصات التمريض                        |
| 126        | 4-ميادين ترقية الممرض.                    |
| 127        | 5-طبيعة عمل الممرض                        |
| 128        | 6- أعباء مهنة التمريض                     |
| 130        | 7-خصائص مهنة التمريض                      |
| 132        | خلاصة .                                   |

## الجانب التطبيقي

### الفصل الثالث

#### الإجراءات المنهجية للبحث

|     |                                                      |
|-----|------------------------------------------------------|
| 134 | تمهيد                                                |
| 135 | 1- منهج البحث                                        |
| 135 | 2- تصميم البحث                                       |
| 135 | 3- حدود البحث                                        |
| 135 | 1.3- الحدود المكانية                                 |
| 135 | 2.3- الحدود الزمنية.                                 |
| 136 | 3.3- الحدود البشرية                                  |
| 136 | 4.3- الحدود الموضوعية                                |
| 136 | 4- الدراسة الاستطلاعية                               |
| 136 | 1.4- هدف الدراسة الاستطلاعية                         |
| 136 | 2.4- عينة الدراسة الاستطلاعية                        |
| 137 | 3.4- أدوات الدراسة الاستطلاعية                       |
| 137 | 4.4- نتائج الدراسة الاستطلاعية                       |
| 137 | 5- أدوات البحث                                       |
| 138 | 1.5- أولاً/ مقياس التفاعل والتشاؤم لسيلجمان Seligman |
| 138 | 1.1.5- وصف المقياس                                   |
| 138 | 2.1.5- طريقة تقدير درجات المقياس                     |
| 139 | 3.1.5- الخصائص السيكمترية للمقياس                    |
| 139 | 1.3.1.5- صدق وثبات المقياس                           |
| 139 | 2.5- ثانياً/ مقياس مركز التحكم لروتر Rotter          |
| 139 | 1.2.5- وصف المقياس                                   |
| 140 | 2.2.5- طريقة تقدير درجات المقياس                     |

|                                                                                      |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 140                                                                                  | 3.2.5-الخصائص السيكمترية للمقياس                                |
| 140                                                                                  | 1.3.2.5-صدق وثبات المقياس                                       |
| 141                                                                                  | 3.5-ثالثا/ مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach                |
| 142                                                                                  | 1.3.5-وصف المقياس                                               |
| 142                                                                                  | 2.3.5-طريقة تقدير درجات المقياس                                 |
| 142                                                                                  | 3.3.5-الخصائص السيكمترية للمقياس                                |
| 143                                                                                  | 1.3.3.5-صدق وثبات المقياس                                       |
| 145                                                                                  | 4.5-رابعا/مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون Paulhan & al |
| 145                                                                                  | 1.4.5-وصف المقياس                                               |
| 146                                                                                  | 2.4.5-طريقة تقدير درجات المقياس                                 |
| 146                                                                                  | 3.4.5-الخصائص السيكمترية للمقياس                                |
| 146                                                                                  | 1.3.4.5-صدق وثبات المقياس                                       |
| 148                                                                                  | 6-دراسة صدق وثبات المقاييس في الدراسة الحالية                   |
| 149                                                                                  | 7-عينة البحث.                                                   |
| 149                                                                                  | 1.7-المعاينة                                                    |
| 150                                                                                  | 2.7-العينة                                                      |
| 150                                                                                  | 3.7- طرق اختيار العينة.                                         |
| 150                                                                                  | 4.7-حجم العينة                                                  |
| 150                                                                                  | 8- إجراءات التطبيق                                              |
| 151                                                                                  | 9-الأساليب الإحصائية المستعملة في البحث                         |
| <p style="text-align: center;"><b>الفصل الرابع</b><br/><b>عرض وتحليل النتائج</b></p> |                                                                 |
| 153                                                                                  | تمهيد                                                           |
| 153                                                                                  | 1-عرض وتحليل النتائج                                            |
| 159                                                                                  | 2-مناقشة النتائج.                                               |

|     |                 |
|-----|-----------------|
| 194 | -خاتمة          |
| 195 | -الاقتراحات.    |
| 198 | -قائمة المراجع. |
| 215 | -الملاحق.       |



## -فهرس المخططات والجداول:

### -فهرس المخططات:

| الرقم | عنوان المخططات                                                    | الصفحة |
|-------|-------------------------------------------------------------------|--------|
| 01    | نموذج الاحتراق النفسي لشرنيس Cherniss                             | 35     |
| 02    | أطوار الاستجابة للاحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيللي Seyle | 36     |
| 03    | النموذج الوجودي للاحتراق النفسي                                   | 39     |
| 04    | نموذج ليتر Leiter للاحتراق النفسي                                 | 41     |
| 05    | مصادر ضغوط العمل                                                  | 51     |
| 06    | تأثير المنبه في استجابة الفرد التفاضلية والتشاؤمية                | 66     |
| 07    | عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الابعاد لجرانزفورت         | 114    |
| 08    | نسبة الاحتراق النفسي لدى الممرضين                                 | 154    |
| 09    | نسبة التناول والتشاؤم عند الممرضين                                | 155    |
| 10    | توزيع مركز التحكم عند الممرضين                                    | 156    |

### -فهرس الجداول:

| الرقم | عنوان الجداول                                                  | الصفحة |
|-------|----------------------------------------------------------------|--------|
| 01    | أهم المصطلحات المتداخلة مع التناول والتشاؤم                    | 91     |
| 02    | المفاهيم المتداخلة مع مفهوم مركز التحكم                        | 109    |
| 03    | تقدير درجات مقياس سيلجمان Seligman                             | 138    |
| 04    | تصنيف ابعاد مقياس                                              | 141    |
| 05    | تصنيف ابعاد مقياس ماسلاش Maslach للاحتراق النفسي وكيفية تنقيطه | 143    |
| 06    | معاملات ثبات مقاييس الدراسة حسب ألفا كرونباخ.                  | 148    |
| 07    | معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة                           | 149    |
| 08    | نتائج الفرضية الاولى                                           | 153    |
| 09    | نتائج الفرضية الثانية                                          | 154    |
| 10    | نتائج الفرضية الثالثة                                          | 155    |
| 11    | نتائج الفرضية الرابعة                                          | 156    |
| 12    | نتائج الفرضية الخامسة                                          | 157    |
| 13    | نتائج الفرضية السادسة                                          | 157    |
| 14    | نتائج الفرضية السابعة                                          | 158    |
| 15    | نتائج الفرضية الثامنة                                          | 158    |
| 16    | توزيع متغير الجنس                                              | 159    |

## شكر وتقدير

كل الشكر إلى الأستاذ د/بلمان فرحات الذي ساعدني في انجاز بحوثي منذ رسالة الماجستير، كما أوجه الشكر إلى الأستاذ د/مسيلي رشيد الذي ساعدني أيضا في الإجابة عن بعض تساؤلاتي فيما يخص مذكرة الدكتوراه

وأوجه أيضا كل الشكر إلى الأستاذ د/بلعربي .

كما لا أنسى توجيهه شكري إلى الأستاذتين العزيزتين على قلبي أمزيان بهية وصحراوي نزيهة.

وأشكر كل أساتذة علم النفس بجامعة الجزائر 2.

وإلى كل الأساتذة اللذين ساعدوني بنصائحهم وتوجيهاتهم منذ مشواري الابتدائي إلى الجامعي .

## إهداء

أهدي هذا العمل إلى:

أمي الغالية

ابنتي: ريناد

سندي في الحياة إخوتي: عيسى، محمد نذير ومحمد أنور.

أختاي: نهال وميساء.

جدتي العزيزة أطال الله في عمرها.

خالي العزيز تويلبيني يوسف الذي طالما ساندني في مشواري الدراسي والذي كان

مساندا للعلم والمعرفة.

إلى كل العائلة والأصدقاء.

أمال

## ملخص:

يسعى البحث الحالي إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين والتعرف على السمة الأكثر انتشارا للتقاول أم التشاؤم وكذا التعرف على انتشار مركز الضبط وسط الممرضين دراسة مجموعة من العلاقات نستلها ب:

- علاقة الاحتراق النفسي ومركز الضبط لدى الممرضين.
- علاقة الاحتراق النفسي والتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
- علاقة الاحتراق النفسي باستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين.
- علاقة استراتيجيات المواجهة بمركز الضبط لدى الممرضين.
- علاقة استراتيجيات المواجهة بالتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
- استخدم لجمع البيانات أربع مقاييس أساسية هي:
- مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach.
- مقياس التقاول والتشاؤم لسيلجمان Seligman.
- مقياس مركز الضبط لروتر Rotter.
- مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان Paulhan.

وبعد جمع البيانات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية:

- معاناة الممرضين من ارتفاع شدة الاحتراق النفسي.
  - سمة التقاول هي الأكثر انتشارا بين الممرضين.
  - مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشارا بين الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين الاحتراق النفسي ومركز الضبط لدى الممرضين.
  - توجد علاقة بين الاحتراق النفسي والتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتشاؤم لدى الممرضين.
- الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي، التقاول، مركز التحكم، استراتيجيات المواجهة، الممرضين

## **Résumé**

La recherche actuelle vise à dévoiler les niveaux d'épuisement professionnel que les infirmiers pourraient rencontrer, et à reconnaître quel trait est le plus répandu, l'optimisme ou le pessimisme, et aussi à connaître la propagation du locus de contrôle parmi les infirmiers.

Une étude d'un groupe de relations commençant par:

- La relation entre l'épuisement professionnel et le locus de contrôle chez les infirmiers
- La relation entre l'épuisement professionnel et l'optimisme et le pessimisme chez les infirmiers
- Les relations entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation entre chez infirmiers
- La relation entre les stratégies d'adaptation et le locus de contrôle chez les infirmiers
- La relation entre les stratégies d'adaptation et l'optimisme et le pessimisme chez les infirmiers

Quatre échelles ont été utilisées pour la collecte des données:

- Inventaire de Burnout de Maslach
- Échelle d'optimisme-pessimisme de Seligman
- Échelle de mesure de locus de control de Rotter
- Échelle des stratégies d'adaptation de Paulhan

Après avoir collecté les données et les avoir analysées et traitées statistiquement, voici les résultats obtenus:

- Les infirmiers souffrent de la forte intensité de l'épuisement professionnel
- L'optimisme est le trait le plus répandu chez les infirmiers
- La plupart des infirmiers ont un locus de contrôle externe
- Il n'y a pas de relation entre l'épuisement professionnel et le locus de contrôle chez les infirmiers
- Il existe une relation entre l'épuisement professionnel et l'optimisme et sa prévalence chez les infirmiers
- Il n'y a pas de relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation chez les infirmiers
- Il n'y a pas de relation entre les stratégies d'adaptation et le locus de contrôle chez les infirmiers
- Il n'y a pas de relation entre les stratégies d'adaptation et l'optimisme et sa prévalence chez les infirmiers.

**Mots-clés:** Combustion psychologique, Optimisme, Centre de contrôle, Stratégies d'adaptation, Infirmières et infirmiers

## **Abstract**

The actual research aims to unveil the levels of occupational burnout that nurses might experience, and to recognize which trait is more prevalent, optimism or pessimism, and also to get to know the spread of the locus of control among nurses.

- A study of a group of relationships starting with:
- The relationship between occupational burnout and the locus of control among nurses
- The relationship between occupational burnout and optimism and pessimism among nurses
- The relationships between occupational burnout and coping strategies among nurses
- The relationship between coping strategies and the locus of control among nurses
- The relationship between coping strategies and optimism and pessimism

Four scales have been used in data collection:

- Maslach Burnout Inventory
- Seligman's Optimism-Pessimism Scale
- Rotter's locus of control scale
- Paulhan's coping strategies scale

After collecting the data and analyzing it and statistically treating it, here are the obtained results:

- Nurses suffer from the high intensity of occupational burnout
- Optimism is the most prevalent trait among nurses
- Most nurses have an external locus of control
- There is no relationship between occupational burnout and the locus of control among nurses
- There is a relationship between occupational burnout and optimism and its prevalence among nurses
- There is no relationship between occupational burnout and coping strategies among nurses
- There is no relationship between coping strategies and the locus of control among nurses
- There is no relationship between coping strategies and optimism and its prevalence among nurses.

**Keywords:** Psychological Combustion, Optimism, Control Center, Coping Strategies, Nurses

مقدمتہ

## مقدمة:

تعد صحة الإنسان النفسية والجسدية من أهم الأمور التي بحث فيها العديد من الباحثين لإيجاد حلول لمختلف المشاكل الصحية التي تواجه الإنسان لتحقيق سعادته ورفاهيته. حيث عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة سنة 1998 على أنها حالة من الكمال الجسدي والنفسي والعافية الاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز وأن الصحة النفسية هي حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته، ويمكن أن يتغلب على الإجهادات العادية في الحياة التي تمكنه من العمل بإنتاجية، ويكون قادرا على المساهمة في مجتمعه.

وباعتبار قطاع الصحة الجهاز الأول المسؤول عن صحة الإنسان، نجده هو الذي يتكفل بالمرضى عن طريق الطقم الطبي المتكون من أطباء، ممرضين.....الخ، حيث الطبيب والممرض لهما علاقة مباشرة بالمرضى، فمهمة الطبيب تقوم على التشخيص وإعطاء الأوامر، ليقوم الممرض بالتنفيذ، أي أن الممرض هو العنصر المباشر، مهمته تكون أكثر قربا ومسافة بينه وبين المريض.

ومن بين الملاحظات التي نلاحظها على علاقة الممرض بالمريض في مختلف المستشفيات برودة العلاقة، نشوب صراعات سواء مع المريض أو أهله.

من هنا وجب تسليط الضوء على الحياة النفسية التي يعيشها الممرض، لأنه عنصر جد فعال في عملية التكفل بالمريض، ولأن الضغوط التي يواجهها ليست بالأمر الهين، وأن استمراريتها عبر الزمن تصبح احتراقا نفسيا، حيث أجمع العديد من الباحثين على تعريف الاحتراق النفسي على أنه حالة نفسية تظهر عند المهنيين الذين يعملون في مجال الخدمة الاجتماعية والإنسانية، فكان أول استعمال لهذا المصطلح للطبيب العقلي والمحلل النفسي الأمريكي هاربرت فرويدنبرجر Herbert Freudenberger، الذي أطلقه على مجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه في هياكل العناية الطبية الاجتماعية، حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى، وقد أشار في أول مقال له حول الموضوع أن العاملين في القطاع الصحي يلجؤون إلى الاستعمال المزمن لعدة موارد لمواجهة ظروف عمل انفعالية بدرجة أكبر، وهو ما أطلق عليه آنذاك بالعامية الأمريكية بون اوت (Bunt ou Corten&al,2006) يقصد بظروف العمل الانفعالية إحساس الفرد بالجهد الانفعالي وتبدل المشاعر وانخفاض الانجاز



الشخصي فلدراصة انفعالات الممرضين، وجب تحليل إدراكاتهم، اعتقاداتهم وميولاتهم، أي هؤلاء الممرضين يتميزون بتحكم خارجي أم داخلي، يميلون إلى سمة التفاوض أم التشاؤم، كتحليل لشخصيتهم

حيث يقصد بمفهوم التحكم أو الضبط هو اختلاف اعتقادات الافراد حول العوامل المتحكمة في سلوكهم إذ يعتبر من أهم المفاهيم النفسية المفسرة للسلوك على اعتبار انه يفسر الفروقات في مصدر الضبط والوضع النفسي الناتج عن المصدر الذي يتبناه الأفراد وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن أفراد التحكم الداخلي يتمتعون بصحة نفسية عالية وتحكمهم في الأحداث الضاغطة فحسب دراسة (Tompson and al,1991)، فإن شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة وبالصحة الجسمية النفسية الجيدة، ويغير السلوك بما يساعده على الارتقاء بتحسين الأداء (تايلور، 2008: 425) وهو ما تبينه أيضا دراسة كل من ستيركلاند، دبس وكنشت Strckland,knisht and debst .والتي بينت ما لأهمية التحكم الداخلي فهو يحسن الصحة لأنه متصل بالسلوك التنبؤي(عزوز، 2015: 28)

فالممرض حين مواجهته للإحترق النفسي، يقوم باستعمال ميكانيزمات دفاعية وذلك حسب الفروق الفردية ويتبع استراتيجية معينة لمواجهة مختلف المواقف والضغوط، حيث يقصد باستراتيجيات المواجهة مجموعة من الجهود والعمليات النفسية التي توظف في تسيير الضغوط والتقليل من أثارها السلبية.

من هذا المنطلق جاءت فكرة دراسة الاحترق النفسي عند هذه الشريحة الجد مهمة في المجتمع، والتي لها دور كبير في تحسن الحالة الصحية للمرضى ودراسة بعض سمات الشخصية لدى الممرض(مركز الضبط، التفاوض والتشاؤم) وكذا مدى استعمال استراتيجيات المواجهة ودراسة العلاقات بين هذه المتغيرات . وعليه تم تصور خطة البحث على النحو التالي:

استهل البحث بمقدمة هي عبارة عن لمحة عن الموضوع تلاها

الفصل الأول: الذي يضم الإطار العام للدراسة حيث قمنا من خلاله بتحديد الإشكالية، فرضيات البحث توضيح أهمية الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة وإبراز أهم الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، ثم قسم البحث إلى جانبين.

الجانب النظري: ويتضمن

الفصل الثاني: بدوره ينقسم إلى أربع أقسام

القسم الأول: يخص متغيرا لاحتراق النفسي

القسم الثاني: يخص التناول والتشاور

القسم الثالث: يخص مركز الضبط

القسم الرابع: يخص استراتيجيات المواجهة

الجانب التطبيقي: يتضمن

الفصل الثالث: يضم منهجية البحث

استهل بتمهيد، الدراسة الاستطلاعية، حدود البحث، العينة، أدوات البحث، إجراءات التطبيق

والمعالجة الإحصائية

الفصل الرابع: يضم عرض النتائج ومناقشتها

استهل بتمهيد، عرض وتقديم النتائج مناقشة عامة لينتهي بخاتمة واقتراحات قد تفتح آفاق جديدة

لبحوث قادمة في الموضوع.

# الفصل الأول

## الإطار العام للبحث

- 1- إشكالية البحث
- 2- فرضيات البحث
- 3- أهمية البحث
- 4- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث

### -الإشكالية:

الإحترق النفسي ظاهرة من الظواهر النفسية الحديثة النشأة، نشأت جراء التطورات التي شهدتها العصر من الناحية الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية، حيث بدأت البحوث النفسية الخوض في دراسة الإحترق النفسي، لدى العاملين الذين يشتغلون في مهن خدماتية وإنسانية، مثل الممرضين، الأطباء، الأساتذة الشرطة وغيرهم.

أخذت ظاهرة الإحترق النفسي بعين الاعتبار منذ سنة 1959 في فرنسا، من طرف الطبيب العقلي كلودفيل ClaudVell، حيث لاحظ بعض الحالات المرضية المرتبطة بالمهن، وتشير أولي Hollet إلى أن التطرق لهذه الظاهرة، كان أول مرة من طرف برادلي Bradlely سنة 1969، باعتبارها اكتئاب نفسي ناتج عن الضغط (Hollet,p59,2006)، وكانت الإنطلاقة بعدها لدراسة الإحترق النفسي كمصطلح للطبيب العقلي فرودنبيرقر Herbet 1974. Freudenberger (Corten &al,2006)

وقد عرفت ماسلاش وجاكسون Maslach&Jakson عام 1981 الإحترق النفسي بأنه إحساس الفرد بالجهد الانفعالي، تبدل المشاعر وانخفاض الإنجاز الشخصي. ويقصد بالإجهاد الانفعالي Emotional exhaustion بأنه "فقد طاقة الفرد على العمل والأداء والإحساس بزيادة متطلبات العمل."

بينما يقصد بتبدل المشاعر Depresonalisation بأنه "شعور الفرد بأنه سلبي وصارم، وكذلك إحساسه باختلال حالته المزاجية."

أما انخفاض الإنجاز الشخصي Personal accomplishment lwer فيقصد به: "إحساس الفرد بتدني نجاحه واعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدا." (Maslach,Jakson,1981)

وأضافت ماسلاش وليتر Maslach&Leiter تعريفا آخر سنة 1997 "الإحترق النفسي هو عبارة عن تغيرات في اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل وكذلك تغيرات في حالته البدنية، التي تتمثل في الإجهاد الانفعالي، بل ويصل الأمر إلى انخفاض انجازه الشخصي." (Bildge,2006)

وباعتبار مهنة التمريض من بين المهن الخدماتية الإنسانية والتي اكتشف مصطلح الإحترق النفسي على ضوءها، وجب تعريفها حيث عرفت فلورانس نفتينغال Florece Nektingal على: "أنها عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة ". (فوزي ميهوبي، 2008)

وفي نفس الصدد تشير دراسة بينس وأرونسو Pines&Aronson (1988) إلى أن الإحترق النفسي ليس بضغط مرتفع الشدة وفقط، وإنما تكرر لضغط مزمن في إطار مهني خاصة بالنسبة إلى اللذين يعملون بمصالح الخدمات الإنسانية التي تستوجب من العاملين في قطاعاتها كمية هائلة من الطاقة والمرونة،

وتكرار هذه التدخلات بصفة يومية غالباً ما ينهك الممرض انفعالياً. (يوسف عبد الفتاح، 1999) وقد تتطلب مهنة التمريض من الممرض المختص مستوى متقدم من الخبرة والعطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، ويشارك الممرض الطبيب في تقديم الخدمات، إذ يقوم بمقابلة المرضى ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم اتباع العلاج الموصوف، فوائده، مضاره ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب، من خلال زيارتهم المتكررة، بل ويلعب دوراً هاماً في مساعدتهم على استيعاب مرضهم، مسبباته، طرق تشخيصه وعلاجه، حيث يقدم لهم الإرشادات الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلاً. (شيلي تايلور، 2008)

كما يتوقع دائماً من الممرض التعاطف مع المرضى والتميز بالميل للعمل والاهتمام به وتقديم الرعاية بكل تفاني وموضوعية، كما يساهم الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل الإستشفائي من ضرورة التحرك والسلوك القلق الذي يظهره العاملون في حدوث الإحترق النفسي، لا سيما وأن الممرضون يواجهون أحياناً صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرون به اتجاه مرضاهم وهم يراقبونهم، فالتعامل مع هذه الأحاسيس العاطفية يحرصون على أخذ مسافة بينهم وبين المرضى. (Parker&kulik, 1995)

من بين المتغيرات التي أصبحت محط اهتمام الباحثين في مجال الإحترق النفسي، استراتيجية المواجهة التي يلجأ إليها الممرض من أجل مقاومة الضغط النفسي الذي يتعرض إليه، على اعتبار أن هناك من الأفراد من لديهم قدرة أكبر في مقاومة الموقف الضاغط، ولهم أساليب واستراتيجيات مقاومة أكثر تنوعاً من غيرهم في مواجهة المواقف الضاغطة، وبالتالي هم أقل عرضة للإحترق النفسي، فهم عادة ما يحاولون مواجهة الضغوط بطرق متنوعة. (عبد الله محمد قاسم، 2000)

وفقا لاستراتيجيات مواجهة متمركزة حول حل المشكل، عن طريق توظيف خطط عمل تسمح بتغيير الوضعية المعاشة وحل المشكل السيئ الذي يساهم مباشرة في التغيير من الحالة الانفعالية أو وفقا لاستراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال، والتي تهدف إلى التقليل أو التعديل من حدة الانفعالات والمعاناة التي تسببها الأحداث الضاغطة. حيث تتضمن مختلف المحاولات من طرف الممرض لتعديل التوترات الانفعالية المترتبة عن الوضعية الضاغطة. (Graziani,2005) يعرفها موس Mousse عام 1988 على أنها مجموعة من أنماط السلوك التكيفية المتعلمة والتي تتطلب عادة بذل الجهد، والتي تحددها الحاجة وتستهدف حل المشكلة، كما يمكن السيطرة عليها وكفها أو قمعها، وبالتالي تستخدم بمرونة كافية كلما تطلب الموقف الضاغطة. (أمل الأحمد ورجاء، 2009: 23)

وبالرجوع إلى عدد من السنوات الماضية نجد انه تركز اهتمام علم النفس على المشكلات والاضطرابات النفسية دراسة وتشخيصا وعلاجاً، في حين أهملت الجوانب الايجابية في شخصية الإنسان إلى حد كبير، ولكن مع نهاية القرن العشرين ومطلع الألفية الثالثة، بدأ اهتمام علماء النفس يتوجهون نحو مواطن القوة لا الضعف في الشخصية، لاستثمارها لصالح جودة حياة الفرد وتنمية المجتمعات، وذلك في إطار ما يعرف بعلم النفس الايجابي، وأصبحت سمات الشخصية الايجابية من أهم الموضوعات التي يتم تناولها في دراسة علم النفس. (عبد العزيز، 2011) وفي بحث لدورثي (Dorothy,1994) عن الكفايات الأساسية الاجتماعية التي يحتاجها الفرد، وجد أن هناك تسعة (09) كفايات أساسية من أهمها الحاجة للشعور بالتفاؤل sense of optimism. (بركات زياد، 1998)

وتشير العديد من الدراسات مثل دراسة

(Yates,2000)، (الأنصاري، 2003)، (الحميري، 2005)، (Abdelhak & al,2006)، (الأنصاري وكاظم، 2008)، (السهل وعبدالله، 2009)، (الأفندي، 2012)، (القحطاني، 2013)، (الزيدان، 2014)، إلى أن الكثير من صفات وخصائص الإنسان تتأثر وتشكل نتيجة لحالة التفاؤل والتشاؤم مثل الحالة الصحية النفسية، الأداء الوظيفي، الرضا عن العمل والأسرة، مواجهة الأمراض النفسية والجسمية وضغوط الحياة المختلفة.

في حين يرى سيلجمان (Seligman, 2005) أن التفاؤل يحتل مكانة هامة في جميع نواحي الحياة، إذ يصد حالات العجز، بينما يساعد التشاؤم حالة العجز على الانتشار، ولا يعد التفاؤل دواء يستخدم ليشفي جميع الأمراض، ولكنه يمكن أن يحمي من الضغوطات والاكتئاب ويزيد من مستوى الانجاز ويدعم [التكوين البدني، أيضا يعتبر التفاؤل حالة ذهنية مبهجة إلى حد بعيد تتتاب الشخص المتفائل، وعلى ذلك فالتفاؤل عملية تقييم تتجه نحو المستقبل وما يحمل من أحداث ونتائج.

ومن وجهة النظر المعرفية، نجد أن الإنسان المتفائل يظهر وكأنه يقوم بحماية ذاته من مشاعر الاكتئاب، الحزن الشديد والقلق. (السهل، 2009)

ويذهب مختلف الباحثون إلى اعتبار سمتي التفاؤل والتشاؤم تنتمي إلى (السمات الصغرى) وليس الأبعاد الكبرى للشخصية، ومن غير المقبول أن نذكر أن العلاقة بين الأبعاد والسمات علاقة وثيقة وثابتة، حيث تتكون الأبعاد الكبرى من مثل هذه السمات الصغرى ونظائرها، كما أن السمات هي أحجار البناء بالنسبة للأبعاد، ولكن مارشال وآخرون Marshall and al يوردون أن الدراسات الحديثة لمفهومي التفاؤل والتشاؤم تضيف فهما أعمق وتصورا أدق لأهم بعدين في الشخصية، أولهما الانبساطية والعصابية، ويضيفون أن التفاؤل والتشاؤم قد يكونان وجهين آخرين لبعدي الشخصية من الرتبة الراقية العريضة، مثلهما في ذلك مثل الانبساط والعصابية. (حسن عبد اللطيف ومولود حمادة، 1998: 98)

ورغم تعدد الآراء في هذا المجال إلا أن سمتي التفاؤل والتشاؤم جديرتان بالفحص والنظر إلى العلاقة بينهما، ويمكن أن نعدد على الأقل نظريتين فهناك من يرى بأن التفاؤل والتشاؤم سمة واحدة ولكنها ثنائية القطب Bipolar أي أن متصل هذه السمة له قطبان متقابلان متضادان لكل مركز واحد ونقطة واحدة عليه، بحيث يقع بين التفاؤل المتطرف والتشاؤم الشديد، وهذا ما يذهب إليه شاير وكارفر Sheir & Carver، حيث أن له درجة على متصل (وهو الأمر ذاته في بعد الانبساطية/العصابية، ثنائي القطب)، واعتمادا على هذا المنحنى، فإن هاتين السمتين متضادتان، وتعد إحدهما مقلوبا على للآخر، فدرجة التفاؤل المرتفعة تعني درجة التشاؤم المنخفضة والعكس بالعكس. (أحمد عبد الخالق، 2000: 23)

وقد احتل هذان المفهومان (التقاؤل والتشاؤم) مركز الاهتمام في كثير من الدراسات النفسية منها دراسات (عبد الخالق، 1998)، (عبد اللطيف ولؤلؤة حمادة، 1996)، (مايسة شكري، 1999)، حيث ترى تلك الدراسات أن للتقاؤل دور مهم في الارتقاء بحياة الفرد في تحقيق سعادته ورضائه عن نفسه وعمله وأن التقاؤل يعد حجر الزاوية الذي يساعد الأفراد في تحقيق أهدافهم الحالية والمستقبلية، كما أن الأفراد المتفائلين أكثر تغلبا على الكثير من الصعوبات التي تعترض حياتهم، بينما الشخص المتشائم عكس ذلك، فقد يظهر الكثير من التوقعات السلبية للنتائج. (عبد الخالق، 1998)

تقول إلين فوكس (Iline fox.2012) وهي عالمة ورائدة في علم النفس الأعصاب، أنه يمكن التمييز بين المتفائلين والمتشائمين عبر قدرتهم على حضور ومتابعة الأشياء الممتعة في محيطهم وقدرتهم على التعافي من المحن والنكسات بسهولة أكثر، وكذلك شعورهم بالقدرة على السيطرة والتحكم أكثر بظروفهم المختلفة، وتحدد كل من هذه المزايا إلى حد ما طريقة عمل أدمغتهم وكيفية تعاطيها مع المعلومات الخارجية التي تتلقاها من المحيط، على سبيل المثال عند تعرض المتشائمين والمتفائلين لمؤثرات ممتعة مثل صورة جميلة لمشهد من الطبيعة، فالطرفان سوف يشعران بمشاعر جيدة في لحظة المشاهدة لطن الفرق أن المتفائلين يمكنه أن يحافظون على استدامة تلك المشاعر فترة أطول وبصورة أفضل من المتشائم، وذلك بسبب نشاط المخ الغير متمثل، حيث الجانب الأيسر لديهم هو أكثر نشاطا من الجانب الأيمن، هذا الفرق في نشاط الدماغ يساعد في شرح لماذا المتفائلون أكثر عرضة للمجازفة في الاقتراب من التجارب محتملة المكافأة، بينما المتشائمون يميلون ليكونوا أكثر حذرا، وذلك لأن الجانب الأيمن للدماغ هو الأكثر نشاطا لديهم.

وباعتبار التقاؤل والتشاؤم تسيره سيرورات دماغية يجدر الإشارة إلى إدراك المواقف التي أشار إليها روتر (Rotter,1966) في نظرية التعلم الاجتماعي وسماها بمركز الضبط، حيث يعرف هذا الأخير حسب أورك وجاكسون (Horreks et Jakson,1972): " أن مركز التحكم ظاهرة نفسية تعتمد على إدراك وتفسير ينبعان من الشخص نفسه، ومن أفعاله كنتيجة لتأثره وتحكمه في الظواهر المحيطة به، سواء كانت خارجية أم داخلية وتفسيره لهذه الأفعال يتجه مباشرة إلى كيفية استجابة الشخص. (الدسوقي، 1988)



كما يعرفه لازاروس (Lazarus,1966): " بأن الفرد صاحب التحكم الداخلي يدرك أن كفاءته وقدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص وتكون لديه توقعات إيجابية فيما يتعلق بالثقة في النفس والاعتماد على الآخرين، أما صاحب التحكم الخارجي فلديه توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته على التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقاد أنه يعمل في عالم عدائي ".

وقد كان لجهود روتر Rotter وجارمизи Jarmizi دور رائد في توجيه مسار البحوث إلى التركيز على المتغيرات الشخصية والبيئية التي شأنها المساهمة في وقاية الفرد من الآثار القوية للضغط، حيث يعرف روتر Rotter المتغيرات الواقية بأنها الخصائص الشخصية والبيئية التي يمكن أن تخفف من وقع التأثير السلبي المتتابع للأحداث على الفرد، ووفقا لأفكار روتر وجارمизи فإن المتغيرات الوقائية هي: وجود سمات شخصية (كالصلابة النفسية)، كفاءة المساندة الأسرية وخاصة في مرحلة الطفولة، وجود أنظمة للمساندة الاجتماعية.

ويضيف روتر Rotter أن هذه المتغيرات الواقية تؤثر في الجوانب المعرفية والانفعالية، ومن ثم تؤدي دورا هاما في إدراك تلك الأحداث، ومن ثم طريقة إدارتها ومواجهتها، حيث يتمثل دورها فيما يلي: تأثيرها في مدى إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وتقييمه لها، تأثيرها في مدى تقييم الفرد لفاعلية مصادره النفسية والاجتماعية. (Rotter,1990: 181)

وهناك العديد من الدراسات التي أجريت حول مركز التحكم من طرف الباحثين كدراسة (Lan,1994)، (Night,1995)، (Mouri,2006)، (Johnson Arris,1973)، (Carden,Bryunt,2004)، (عبد الرحمان سليمان وهشام عبد الله، 1996)، (عبد المجيد، 1997)، (ابراهيم وعبد الحميد، 1994)، (حسين، 1995) جاءت للكشف عن مجموعة من العلاقات نذكر منها الطموح، قلق الامتحان، مفهوم الذات، سلوك الموهوبين، العدوانية، جاءت النتائج في معظمها لدلالة أن مركز التحكم الخارجي يؤثر بالإيجاب على مستوى الإدراك عكس مركز التحكم الداخلي .

وعليه فإن مركز الضبط من أهم المتغيرات التي تفسر السلوك الإنساني وتتنبأ به، فتكمن أهميته في بناء وتكوين شخصية الإنسان، حيث يعرفه بأنه الطريقة التي يدرك بها الفرد التدعيمات التي تحدث له في حياته، سواء منها التدعيمات الايجابية أو السلبية. (عماد الدين كفافي، 1982)

ومنه اختلاف الأفراد فيما بينهم في عملية تفسيرهم للوقائع والأحداث التي يمرون بها، وفي عملية إدراكهم للأسباب الكامنة وراء حدوثها، فمنهم من يرد ذلك إلى عوامل وأسباب داخلية كالنشاط الذاتي والجهود المبذولة لتحقيقه والقدرات الخاصة، وهو ما يعرف بمركز الضبط أو الضبط الداخلي (Lieu de control interne)، ومنهم من يرده إلى أسباب وعوامل خارجية كالحظ، الصدفة، قوة ونفوذ أشخاص آخرين، فيوصفون بأنهم من ذوي مركز الضبط الخارجي (Lieu de control externe).

فمركز الضبط إذن هو " مجموعة من الاعتقادات الداخلية أو الخارجية العامة، المتجانسة والثابتة نسبياً، تفصل بين الأفراد في إدراكهم للأحداث والوقائع وتوجه سلوكهم، وهو سمة من سمات الشخصية.

ويرى روتر (Rotter, 1966) صاحب نظرية مركز التحكم أن تجارب الفرد المتعلقة بالنجاح والفشل في أداءه وسلوكاته وملاحظاته لسلوكات الآخرين، ونتائجها تساهم بشكل أساسي في تحديد مركز الضبط أو التحكم لديه. (فاطمة لزروق، 2015)

تعد مهنة التمريض من بين أنبل المهن الاجتماعية الإنسانية، ذات المتطلبات الكثيرة والمهام المتعددة، أين يكون العطاء فيها أكبر من الأخذ، إذ تتجاوز مهام الممرض العناية بالمرضى بتقديم العلاج والعناية بحالتهم الصحية، بالإحساس بمعاناتهم وآلامهم وطمأننتهم بكل عطف وحنان والتعامل أيضاً مع مرافقيهم.

فالممرض هو الذي يقوم بتقديم الخدمات التمريضية، سواء أكان هذا الشخص قد أكمل دراسة التمريض في كلية أو جامعة أو تدرب على تقديم الخدمات التمريضية أثناء عمله في أحد المستشفيات أو المراكز الصحية، وبناءً عليه فإن الممرض هو ذلك الشخص الذي يسمح له بتقديم خدمات تمريضية تهدف إلى إقامة الصحة والعناية بالمريض. (خزاعلة، 1997: 223)

ونظراً لطبيعة مهنة التمريض، اهتم العديد من الباحثين في دراستهم حول الضغط النفسي واختلافه من مهنة لأخرى خاصة في قطاع الصحة، حيث تم اعتبار مهنة التمريض في حد ذاتها مصدر للضغط. (Stora, 1991)

بينت العديد من الدراسات أن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرضين للضغط النفسية وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة وشعور بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء عمل زائدة،

تعرض العاملين في هذه المهنة إلى معانات من العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالضغط النفسية. (Marriana,1984: 292)

وقد توصلت دراسة ديوي Dioui إلى أن هيئة التمريض أكثر من المهنيين تعرضا للإعياء المهني. (عن السيف، 2000: 685)

كما أيدت بعض الدراسات العربية هذه النتائج، فقد أشارت إلى أن الممرضين يشعرون بدرجات عالية من القلق الاكتئاب مقارنة بغيرهم من العاملين في قطاعات أخرى. (النيل، 1991: 110) من هذا الطرح تم الوصول إلى التساؤلات التالية:

### التساؤل العام:

هل توجد علاقة بين التفاؤل، التشاؤم، مركز التحكم، استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين؟

### التساؤلات الجزئية:

- 1- هل يعاني الممرضين من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي؟
- 2- ما هي السمة الأكثر انتشارا التفاؤل أم التشاؤم؟
- 3- هل مركز التحكم الخارجي هو الأكثر انتشارا بين الممرضين؟
- 4- هل توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين؟
- 5- هل توجد علاقة بين التفاؤل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين؟
- 6- هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين؟
- 7- هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم؟
- 8- هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم؟

### 2-فرضيات البحث:

#### الفرضية العامة:

\*توجد علاقة بين التفاؤل والتشاؤم، مركز التحكم، استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

#### الفرضيات الجزئية:

- 1- يعاني الممرضون من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي.

- 2-سمة التشاؤم هي الأكثر انتشارا بين المرضى.
- 3-مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشارا بين المرضى .
- 4-توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى المرضى.
- 5-توجد علاقة بين التفاؤل والتشاؤم والاحتراق ال\*نفسى لدى المرضى.
- 6-توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى المرضى.
- 7-توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم .
- 8-توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم.

### 3-أهمية وهدف البحث:

تطرق البحث إلى تسليط الضوء على شريحة مهمة من المجتمع والذين لهم دور كبير في إنقاذ أرواح البشرية، من هذا المنطلق جاءت فكرة دراسة الحياة النفسية التي يعيشها الممرض، فاخترنا دراسة الاحتراق النفسي كأبرز متغير، لما لاحظناه من ضغط ممارس على هذا الأخير سواء من المريض، أهل المريض، الطبيب أو ظروف العمل، كما تكمن أهمية البحث في التعرف على بعض المتغيرات المتعلقة بالممرض وهي مركز التحكم، التفاؤل، التشاؤم واستراتيجيات المواجهة وهذا انطلاق من النتائج المتحصل عليها من رسالة الماجستير، فجاء هذا البحث استكمالا وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها في رسالة الماجستير.

ومن ثم أردنا التوصل إلى أن هل الممرض يستعمل نفس استراتيجيات المواجهة في مواجهة الاحتراق النفسي وهل سمات الشخصية (التفاؤل، التشاؤم ومركز التحكم) تتماشى بطريقة موازية مع استراتيجيات المواجهة أم أنها تتغير في كل مرة ؟

من هنا فان أهمية البحث في بصفة عامة تكمن في التعرف على شدة الاحتراق النفسي الحاصل بين المرضى.

التعرف على السمة الأكثر انتشارا بين المرضى التفاؤل أم التشاؤم، مركز التحكم الداخلي أم الخارجي.

التعرف على أنواع استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الممرض.

وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها يمكن استثمارها على النحو التالي:

\*دورات إرشادية ووقائية لتدريب ذوي الاحتراق المرتفع عن طريق تنمية القدرات التفاوضية لدى الممرض

\*توعية الممرضين على أن التفاوض الحاصل لديهم بأنه تفاؤل غير واقعي وضرورة تنمية روح التفاؤل الواقعي لديهم

\*تحسين ظروف العمل

\*استغلال النتائج المتوصل إليها لفائدة البحث العلمي وليكون امتدادا لباقي البحوث المستقبلية لدراسة الاحتراق النفسي والتفاوض

#### 4-تحديد المفاهيم الأساسية للبحث

### 1.4-تعريف التفاؤل والتشاؤم Optimism and Pessimism

#### 1.1.4-التعريف اللغوي:

##### 1.1.1.4-التفاؤل Optimism:

يقال فآل بالشيء جعله يتفاءل، افتأل بالشيء تيمن به والفأل هو فعل يستبشر به. (أنيس وآخرون، 1972)

##### 2.1.1.4-التشاؤم Pessimism:

التشاؤم من باب شأم الرجل قومه، أي جر عليهم الشؤم، فهو شائم ومشؤوم وجمعه مشائيم والشؤم الشر ضد اليمن. (إبن منظور، د، ن الجوهرى، 1990)

#### 2.1.4-التعريف الاصطلاحي:

##### 1.2.1.4-التفاؤل Optimism:

عرف سيليجمان Seligman الشخصية المتفائلة: " بأنها الطريقة التي يفسر بها الفرد اتجاهه نحو النجاح والفشل في حياته، فالفرد المتفائل يرى الفشل بأنه عبارة عن مصدر يساعد على التطور والنجاح، لذا فهو يتصرف ويستجيب بفاعلية وسعادة ويستطيع تطوير حياته نحو الأفضل بنفسه، ولا يتطلب المساعدة من الآخرين ". (سيلجمان، 1995)

##### 2.2.1.4-التشاؤم Pessimism:

يعرفه (Schowers, 1992): "أن التشاؤم يحدث عندما يقوم الفرد بتركيز انتباهه وحصر اهتمامه على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة، كما أن التوقع السلبي للأحداث قد يحرك

دوافع الأفراد أو أهدافهم وجهودهم، لكي يصغوا وقوعها ويتسبب ذلك في التهيؤ لمواجهة الأحداث السلبية".

#### 3.1.4-التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها الممرض في مقياس سيلجمان Seligman للتفاؤل والتشاؤم حيث تعبر من 0 الى 24 عن سيكولوجية التشاؤم بينما تعبر الدرجة أكبر من 24 على سيكولوجية التفاؤل.

#### 2.4-تعريف مركز التحكم Locus of control:

##### 1.2.4-التعريف اللغوي:

ترجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بعدة صيغ منها مركز التحكم، محل التبعية، موضع الضبط(حمزة، 89: 1999)، وجهة الضبط، مركز الضبط(أحمد، 209: 2001)، وجهة التحكم. (عبد الرحيم، 128: 1985)

في هذا البحث نترجمه إلى مركز التحكم الذي اعتمدته أغلب الدراسات وهو الأقرب إلى المفهوم

##### 2.2.4-التعريف الاصطلاحي:

يعرفه روتر (Rotter, 1966): "كاعتقاد معمم لدى الفرد في أن مسار الأحداث وسيرورتها تخضع لسلوكه أو لا تخضع"، كما يعرفه بولان وآخرون (Paulhan, 1994: 32): "إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها، فالفرد يعزو سلوكه غالباً في المواقف المختلفة إما إلى أسباب داخلية شخصية، أو يعزوه إلى أسباب خارجية". (الأحمد، 2001: 209)

ويوضح أكثر روتر (Rotter, 1966) هذه الأسباب الداخلية والخارجية ويفرق بينها حيث يقول "عندما يدرك الفرد أن التعزيزات كمجموعة من الأحداث المرتبطة بذاته ليست ناتجة عن حركته ونشاطه، حيث يمكن أن يدركها كنتيجة للحظ، الصدفة والقدر أو أنها تحت تحكم نفوذ الآخرين أو غير متوقعة، لأن قوى كبيرة ومعقدة تحيط وتتحكم فيها، في حين يفسر الفرد الحدث بهذه الطريقة، يمكن تسمية هذا الاعتقاد بالتحكم الخارجي، وإذا أدرك الشخص أن الحدث يتوقف على

سلوكه أو على ميزاته الخاصة نسبيا يمكننا تسمية هذا الاعتقاد بالتحكم الخارجي ".  
(Rotter,1966: 1)

#### 3.2.4-التعريف الإجرائي:

يعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في بنود استبيان مركز التحكم لروتر Rotter المستخدم في هذا البحث.

#### 3.4-تعريف الإحترق النفسي Burnout:

##### 1.3.4-التعريف اللغوي

##### 1.1.3.4-الإحراق:

احترق يحترق احتراقا فهو محترق مصدره احترق، احتراق قلبه، اشتداد ألمه وشدة ألمه وشدة تأثره.(المعجم الوسيط، 1972)

##### 2.1.1.3.4-النفس:

النفس لغويا لها أكثر من تعريف فهي تعني الروح أو الدم أو الجسد .(المعجم الوسيط، 1972)  
2.3.4-اصطلاحا:

عرفه فرويدنبرغ (Feudenberger,1975) الإحترق النفسي بأنه: " حالة من الإنهاك الناتج عن الاختلاف بين متطلبات العمل وبين قدراته وإمكاناته وتطلعاته ".(Feudenberger,1994)  
3.3.4-إجرائيا:

يعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد على كل من الأبعاد التالية، والتي حددها ماسلاش Maslach: الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالانجاز، من ثم يحكم على أن الإحترق النفسي مرتفع معتدل أو منخفض.

#### 4.4-تعريف استراتيجية المواجهة Coping

##### 1.4.4-التعريف اللغوي:

##### 1.1.4.4-إستراتيجية:

تعود كلمة استراتيجية إلى التعبير الإغريقي (استراتيجيوس)، الذي أورده الإغريق في كتاب " تعليمات عسكرية للقادة " والذي قصد به " فن القائد ".المعجم الوسيط، 1972)

#### 2.1.1.4.4-المواجهة:

اختلفت تسميتها من الناحية اللغوية فترجمة من اللغة الانجليزية To cope with إلى الفرنسية بعدة مفاهيم أهمها:

\*Processus d'ajustement

\* Processus de faire face

\* Processus de maitrise

\*Stratégies de coping

والتي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة 1999 بينما استخدمت في اللغة العربية عدة مصطلحات مثل المواجهة.(يوسف زيد، 1993) (عبد المعطي، 1994)

كما استعمل (عبد الباسط وعبد الله هشام، 1994) مفهوم التحمل، في حين استعمل البعض \*كرجب علي \* و \* خليل الشرقاوي \* مفهوم التعامل، وفضل (شعبان محمد، 1990) مفهوم التكيف.(سهام طبي، 2005)

#### 2.4.4-اصطلاحا:

يعرف ستون ونيل Neal and Ston,1984: "المواجهة على أنها مصطلح يتضمن كل الجهود السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الأفراد شعوريا، لتحقيقي أو خفض تأثيرات الموقف الضاغط". (رجب عوض، 2001: 67)

ويعرف معجم علم النفس والطب النفسي استراتيجيات المواجهة بأنها: " سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير، تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في تعديل استجابات الفرد، مثل هذه المواقف واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية واللفظ يطلق على الاستراتيجيات التي تصمم لمعالجة مصدر القلق، عكس الحيل الدفاعية التي تتوجه لمعالجة القلق مباشرة وليس مصدره".(جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي، 1993: 763)



### 3.4.4-إجرائيا:

يعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد على كل من البنود التالية: (حل المشكل، الدعم الاجتماعي، التجنب، إعادة التقييم والتأنيب الذاتي) والتي حددها بولان Paulhan والتي تسمح لنا بالتعرف على نوع الاستراتيجية المتبعة.

### 5-الدراسات السابقة:

#### 1.5-الدراسات التي تناولت التفاؤل والتشاؤم Optimism and Pessimism

##### 1.1.5-الدراسات الأجنبية:

##### \*دراسة سيلجمان (Seligman,1994):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن استجابات السلوك التفاؤي والتشاؤمي وقد استخدمت هذه الدراسة مقياس سيلجمان للتفاؤل والتشاؤم.

توصلت الدراسة إلى أن الطلبة الجدد أظهروا ميلا نحو سمة التفاؤل أفضل من الطلبة القدامى كما خلصت إلى أن سمة التفاؤل تساعد على الانجاز والتحصيل بشكل أفضل من سمة التشاؤم.

##### \*دراسة كولوتكين (Kolotkin,1994)

بهدف التعرف على الفروق بين الطلبة بخصوص عدد من المتغيرات وسمات الشخصية، وقد استخدم مجموعة من الاختبارات النفسية، من بين النتائج التي كشفت عنها هذه الدراسة أن الطالبات أكثر نزوعا نحو سمة التشاؤم مقارنة بالطلبة الذكور.

##### \*دراسة هارجنز وكيلي (Hargens and Kelly,1994)

دراسة مسحية على عينة من طلبة الكليات (المتوسط والجامعي) في أمريكا لتحديد سمات الشخصية الهامة لانجاز الأعمال المدرسية وعملية التكيف الاجتماعي والانفعالي للطلبة، توصل هذا المسح إلى أن تباين المتوسطات الحسابية لاستجابات الطلبة على مقياس التفاؤل والتشاؤم نحو نزوع عينة الدراسة لسمة التفاؤل.

##### \*دراسة كوزمي (Koizumi,1995)

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى توافر سمة التفاؤل والتشاؤم لدى عينة مكونة من (584) طالبا وطالبة من اليابان، عند استخدام مقياس سيلجمان Seligman للتفاؤل والتشاؤم، أسفرت النتائج عن انخفاض متوسط درجات الطلبة في سمة التفاؤل وارتفاع متوسط درجاتهم على سمة التشاؤم

#### \*دراسة كريبييل واخرون (Krypel and al,2010)

هدفت الدراسة إلى اكتشاف المعاني التي يضيفها طلاب المرحلة الجامعية على تعليمهم وعلاقة هذه المعاني بالتفاؤل والضغط النفسية وأساليب التصدي للضغوط النفسية، إضافة إلى اكتشاف العلاقة بين التفاؤل والضغط النفسية، تكونت عينة الدراسة من (309) طالب وطالبة . أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سلبية بين التفاؤل والضغط النفسية حيث كان الطلبة الأكثر تفاؤلا اقل عرضة للضغوط النفسية، مع وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التفاؤل واستراتيجيات التركيز على حل المشكل، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين التفاؤل واستراتيجية التركيز على العواطف ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين التفاؤل واستراتيجيات الانسحاب.

#### 2.1.5-الدراسات العربية:

##### \*دراسة (عبد الخالق، 1998)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم والصحة الجسمية وكانت عينة الدراسة قوامها (281) طالبا وطالبة من جامعة الكويت. أظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل والصحة العامة بينما كانت العلاقة سلبية بين الصحة العامة والتشاؤم.

##### \*دراسة (بركات، 1998)

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات كنوع العمل على عينة متكونة من (254) طالبا من جامعة القدس . أسفرت النتائج على أنه توجد فروق جوهريّة بين متوسطات درجات الطلبة على مقياس التفاؤل والتشاؤم، تعزى لنوع العمل.

### \*دراسة (المشعان، 2000)

هدفت الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين التفاعل والتشاؤم والاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلبة الجامعة، تكونت عينة الدراسة من (320) طالبا وطالبة. كشفت النتائج عن وجود فروق جوهريّة بين التفاعل والاضطرابات الجسدية النفسية.

### \*دراسة (عبد الخالق، 2006)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في التفاعل والتشاؤم والعوامل المرتبطة بها بين طلبة دولة الكويت وطلبة الولايات المتحدة الأمريكية، تكونت العينة من (273) طالب وطالبة من الولايات المتحدة الأمريكية و(460) طالب من الكويت.

أسفرت النتائج أن مستوى التفاعل لدى عينة الطلبة الأمريكيين كان أعلى من طلاب الكويت.

### الدراسات التي تناولت مركز التحكم:

### \*دراسة لان (Lan,1994)

قام بدراسة حول مفهوم الذات ومركز التحكم، من أهم النتائج التي توصل إليها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مفهوم الذات ومركز التحكم.

### \*دراسة موري (Night,1995)

بدراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين مراكز التحكم الداخلي وسلوك الموهوبين، من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الموهوبين مرتفعي التحصيل يتميزون بتحكم داخلي، بينما الموهوبين متدني التحصيل يتميزون بمركز تحكم خارجي.

### الدراسات العربية:

### \*دراسة (عبد الرحمان سليمان وهشام عبد الله، 1996):

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاه العلاقة بين موضع الضبط الداخلي والخارجي، وبين كل من قوة الأنا ومستوى القلق، والفروق في تلك الأبعاد النفسية تبعا لمتغير الجنس على عينة مكونة من (300) طالب، باستعمال مقياس مركز التحكم لروتر Rotter أسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين موضع الضبط الخارجي وقوة الأنا، هذا إلى جانب عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين موضع الضبط الداخلي والخارجي ومستوى القلق.

### \*دراسة (إبراهيم وعبد الحميد، 1994)

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين العدوانية ومتغيرين من متغيرات الشخصية وجهة الضبط وتقدير الذات، تكونت عينة الدراسة من (208) من طلاب جامعة محمد بن سعود الإسلامية، أشارت النتائج إلى ما يلي: أن كل معاملات الارتباط بين وجهة الضبط وتقدير الذات له علاقة مباشرة على نحو مستقل بالعدوانية.

الدراسات السابقة التي تناولت الاحتراق النفسي:

الدراسات الأجنبية:

**\*دراسة دافيل ترني سبيد (Davidt Tarnispeed,1994)**

تحت عنوان تحليل مدى تأثير متغيرات محيط العمل والمتغيرات على الاحتراق النفسي تتطرق هذه الدراسة إلى العلاقة بين العوامل المكونة لمحيط العمل والاحتراق النفسي، كما تفترض أن سن مدة العمل وشدة الاعتقاد الديني تعمل كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين محيط العمل والاحتراق النفسي.

**\*دراسة انجل (Angle,1997)**

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الإجهاد الانفعالي، الجدية في العمل والدعم الاجتماعي لدى معلمي المدارس الثانوية في المدن، حيث قام الباحث بفحص أثر المتغيرات السكانية من ناحية إحصائية واستخدام معامل ارتباط بيرسون، أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين الجدية في العمل والإجهاد والدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي، كما أسفرت على أن قلة انضباط الطلاب وقلة دافعيتهم للتعليم هو المصدر الرئيسي المسبب للإجهاد لدى المعلم.

**\*دراسة منتقومي وديماغسو موغان (Montgomery , Domers and Mori,2010)**

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي عند الأساتذة، حيث بلغت عدد العينة 245 أستاذًا، أسفرت النتائج إلى أن استراتيجيات المواجهة تتماشى بصفة وسيطة بين الضغوط والاحتراق الوظيفي. (Montgomery and al,2010)

**\*دراسة بيرسن وزينب (Birsan Bagceci and Zeyneb Hamamci,2012)**

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى تواجد علاقة بين الاحتراق النفسي وآليات التعامل في وسط الأساتذة الأتراك، على عينة قوامها 159 أستاذًا، أسفرت النتائج إلى أن استراتيجيات التعامل

تلعب دورا واحدا ووحيدا في التنبؤ بالاحتراق النفسي عند الأساتذة. (Birsen and Hamamci, 2012)

الدراسات العربية:

\*دراسة علي بن شويل القرني (2003)

درس درجة الاحتراق النفسي ومستوى الضغوط المهيمنة في المؤسسات الإعلامية في المملكة العربية السعودية، الهدف من الدراسة التعرف على حجم الضغوط المهنية ودرجة الاحتراق النفسي الذي يعاني منه المشتغلون في المؤسسات الإعلامية، وذلك من خلال مسح ميداني وأشارت النتائج إلى وجود درجات متوسطة من الاحتراق النفسي، لدى مجمل أفراد العينة في الأبعاد الثلاث المكونة للمقياس وقد تبين من البحث وجود اختلافات بين فئات العينة حسب المتغيرات المؤسسية والمتغيرات الفردية التي استخدمها هذا البحث، كما أشارت النتائج إلى وجود شعور بضغوط مهنية عند منسوبي المؤسسات الإعلامية نتيجة المنافسة أو الضغوط المؤسسية والمجتمعية .

\*دراسة عدنان فرح (2005)

أجريت الدراسة على عينة عشوائية من العاملين مع أشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، باستخدام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، تبين أن درجة الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة كانت متوسطة وأن الذكور العاملين أكثر نقص بالشعور بالانجاز، أما بالنسبة لغير القطريين العاملين فكانوا أكثر تعرضا كما كشفت النتائج أن المتخصصين في علاج وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة هم أكثر احتراقا من فئتي المعلمين، كما أن العاملين مع ذوي الإعاقات المتعددة يعانون من تباين الشعور أكثر من فئتي العاملين مع الإعاقات العقلية والإعاقات الحسية الحركية.

4.5\* الدراسات السابقة التي تناولت استراتيجية المواجهة:

الدراسات الاجنبية:

\*دراسة كانج King (1991)

الغاية من هذه الدراسة هو الكشف عن العلاقة بين أساليب المواجهة والمواقف الحياتية الضاغطة على عينة شملت 760 طالبا وطالبة من المرحلة الثانوية في هونكونغ، كشفت أن أحداث الحياة الأسرية والمدرسية هي أكثر المصادر المولدة لضغوط وكشفت كذلك على وجود اختلاف بين الذكور والإناث في الاعتماد على أساليب المواجهة، بحيث أن الذكور أكثر ميلا إلى استخدام التخطيط لحل المشكل وتحمل المسؤولية بينما الإناث أكثر ميلا إلى استخدام أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي والهروب والتجنب. (بن عمور جميلة، 2010: 55)

#### \*دراسة توم شان وآخرون (Tomchin and al 1996)

الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات وأساليب التعامل مع الضغوط على عينة دراسة مكونة من 197 مراهق ومراهقة، توصلت النتائج إلى أن المراهقات يفتقرن إلى القدرة على مواجهة الضغوط، وإلى أنه يوجد فرق بين الذكور والإناث في أساليب المواجهة. (يوسف حدة، 2013: 130)

#### \*دراسة لوغا وبروشون (Laugaa and Bruchon 2002)

هدفت الدراسة الى التعرف على آليات التعامل التي يستعملونها المعلمون في مواجهة صعوبات العمل على عينة قوامها 410 معلما، أسفرت النتائج إلى أن آليات التعامل المتمركزة حول المشكل لها علاقة ذات دلالة إحصائية سالبة مع الاحتراق النفسي. (Laugaa and Bruchon, 2005)

#### \*دراسة انجل وآخرون (Angel and Al 2003)

هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة البنائية لأبعاد الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة للتحكم في الضغوط المهنية على عينة قوامها 127 معلم، أسفرت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي عدا بعد تبدل الشعور. (دردير، 2007: 71-72)

#### الدراسات العربية:

#### \*دراسة نجاة زكي مديحة عثمان (1998)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاحتراق النفسي وأساليب المواجهة على عينة قوامها 138 أستاذًا، أسفرت النتائج إلى وجود ارتباط دال موجب بين أساليب المواجهة والاحتراق النفسي

كما توصلت إلى أن تبني المعلم لأساليب مواجهة فعالة يقلل من تعرضه للاحتراق النفسي، كما أن لأساليب المواجهة القدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي. (دردير، 2007: 70)

#### \*دراسة سهيل مقدم (2010)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن نوع استراتيجية التعامل التي يتبناها أساتذة التعليم الثانوي في مواجهة مواقف الضغط المهني عند الذكور والإناث على عين قوامها 392 أستاذ، أسفرت النتائج إلى أن الذكور أكثر استخداماً لإستراتيجية البحث عن المعلومات والدعم الاجتماعي في تعاملهم مع المواقف الضاغطة مقارنة بالإناث. (مقدم، 2010: 111)

#### \*دراسة مقدار وخليفة (2012)

هدفت الدراسة إلى تحديد مظاهر ومصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلمون، وتحديد أنواع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها على عينة قوامها 146 معلم ومعلمة، أسفرت النتائج إلى أن المعلمون يستخدمون استراتيجيات متنوعة. (مقداد وخليفة، 2012: 175)

#### 5.5- تعقيب على الدراسات السابقة:

فيما يخص الدراسات التي تناولت التفاوض والتشاور كانت قليلة جداً مقارنة بباقي الدراسات على اعتبار هذا الموضوع جديد في الحقل العلمي، إلا أن معظم النتائج التي درست هذا الموضوع أسفرت إلى أن التفاوض كان أكثر انتشاراً وإلى وجود علاقة ايجابية بين التفاوض واستراتيجيات التركيز، مع وجود علاقة سلبية بين التفاوض والضغط النفسي أي أن التفاوض كان مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بكل ما هو إيجابي في شخصية الإنسان.

أما عن مركز التحكم فهناك العديد من الباحثين الذين تناولوا هذا الموضوع وتم عزوه إلى عدة متغيرات، قمنا بجمع بعض من تلك الدراسات حيث أسفرت جل النتائج إلى أن مركز التحكم الداخلي يتمشى مع كل ما هو إيجابي في الشخصية، عكس التحكم الخارجي.

وفيما يخص الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة، أسفرت النتائج إلى أن محيط العمل والإجهاد الانفعالي لهما علاقة في تحديد مستويات الاحتراق النفسي، وأنه توجد علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة .

# الجانب النظري



# الفصل الثاني

الاحتراق النفسي، التفاؤل والتشاؤم،  
مركز التحكم، استراتيجيات  
المواجهة، التمريض

## القسم الأول: الاحتراق النفسي

تمهيد

- 1- أصل الاحتراق النفسي
  - 2- تعريف الاحتراق النفسي
  - 3- رواد الاحتراق النفسي
  - 4- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي
  - 5- أعراض الاحتراق النفسي
  - 6- مراحل حدوث الاحتراق النفسي
  - 7- مستويات الاحتراق النفسي
  - 8- الاحتراق النفسي ومهنة التمريض
  - 9- نتائج الاحتراق النفسي
  - 10- كيفية تفادي الاحتراق النفسي
- خلاصة

## تمهيد:

أصبح مفهوم الاحتراق النفسي شائع الاستخدام في العقدين الأخيرين من القرن الماضي، وذلك لوصف الحالة النفسية للمهنيين الذين يعملون في مجال الخدمة الاجتماعية والإنسانية ويقضون وقتاً متواصلاً في العمل المجهد، ويرجع استخدام المصطلح إلى المحلل النفسي، هاربرت فرودنبيرجر Herbert Freudenberger الذي كان أول من استخدم أكاديمياً مصطلح الاحتراق النفسي Burnout سنة 1974 ومن بعده كرستين وماسلاش Maslach التي كان لها الفضل في دراسته وتطويره.

### 1- أصل الاحتراق النفسي:

إن ظاهرة الاحتراق النفسي قد أخذت بعين الاعتبار منذ سنة 1959 في فرنسا، من طرف الطبيب العقلي كلودفيل Claud Vell، حيث لاحظ بعض الحالات المرضية المرتبطة بالمهنة، وتشير هولتي Hollet إلى أن التطرق لهذه الظاهرة كان أول مرة من طرف برادلي Bradely سنة 1969، باعتباره اكتئاب نفسي ناتج عن الضغط. (Hollet,2006: 59)

ويرجع أول استعمال لهذا المصطلح للطبيب العقلي والمحلل النفسي الأمريكي هاربرت فرودنبيرجر Herbert Freudenberger, 1974، الذي أطلقه لوصف حالة مجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه في هياكل العناية الطبية الاجتماعية، حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى وقد أشار فرودنبيرجر Freudenberger في أول مقال له حول الموضوع في السبعينات في إطار فصل المؤسسات الاستشفائية في الولايات المتحدة الأمريكية، أن العاملين في القطاع الصحي العام يلجؤون إلى الاستعمال المزمن لعدة موارد لمواجهة ظروف عمل انفعالية بدرجة أكبر بالنسبة للأوساط الاستشفائية الأخرى، وهو ما أطلق عليه آنذاك بالعامية الأمريكية Butnout. (Corten and al,2006: 130-131)

وقد جاء عن فرودنبيرجر Freudenberge: " أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحياناً حرائق مثلهم مثل البيانات فتحت تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد تلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية وكأنها تحت فعل النيران ولو بدت هياتهم الخارجية سليمة نوعاً ما. (Freudenberger,1994)

وقد أصبح هذا المصطلح شائعاً من خلال جهود مجموعة من الباحثين مثل: ماسلاش وبينس Maslach et Pines وأصبح أكثر شيوعاً في الثمانينات، حيث ركزت معظم الدراسات على وصف الحالة النفسية للمهني الذي يعمل في قطاع الخدمات الاجتماعية والإنسانية واتضح أن أكثر المهنيين تعرضاً للإجهاد والاحتراق النفسي هم العاملون في مهن: الطب، التمريض، الرياضة، الشرطة والتدريس. (النايلي، 1991)

وقد استمدت كلمة Burnout 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 ومرنجيس Canoui et Mauranges, 1988 أن الاحتراق النفسي أشبه بحالة صاروخ ينفذ وقوده، مما يؤدي به إلى التحطيم. (Corten et al, 2006)

## 2- تعريف الاحتراق النفسي:

عرف فرويدنبرجر Freudenberger, 1975 الاحتراق النفسي بأنه حالة من الإنهاك الناتج عن الاختلاف بين متطلبات العمل وبين قدراته وإمكاناته وتطلعاته. (Freudenberger, 1994) كما تعرف كل من ماسلاش وجاكسون Maslach et Jakson الاحتراق النفسي بأنه: "إحساس الفرد بالجهد الانفعالي وتبدل المشاعر وانخفاض الانجاز الشخصي."

ويعرف الإجهاد الانفعالي Emotional exhaustion بأنه: "فقد طاقة الفرد على العمل والأداء والإحساس بزيادة متطلبات العمل."

بينما يعرف تبدل المشاعر Depersonalization بأنه: "شعور الفرد بأنه سلبي وصارم وكذلك إحساسه باختلال حالته المزاجية."

أما انخفاض الانجاز الشخصي Personal accomplishment lower فيعرفه بأنه: "إحساس الفرد بتدني نجاحه واعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدا."

وفي عام 1997 عرفه ماسلاش وليتر Maslach et Leiter: "بأنه تغيرات في اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل وكذلك تغيرات في حالته البدنية وتتمثل في الإجهاد الانفعالي بل ويصل الأمر به إلى انخفاض إنجازه الشخصي." (Bilge, 2006)

ويشير مقابلة إلى أن هناك اتفاقاً بين عدد من الباحثين حول تعريفهم للاحتراق النفسي حيث يعرفه كاننجهام Cunnigha على أنه: "عبارة عن أعراض ناتجة عن الضغوط الجسدية

والانفعالية المتواصلة التي يواجهها العامل." ويتفق معه كل من بك وجارجيلو (Beck et Gargulo) في تعريف الاحتراق النفسي على أنه: " حالة من الإنهاك الانفعالي العاطفي والجسدي والذهني الناتج عن الضغط الزائد عن ضغط العمل." كما يتفق كل من كريكو Kyriacou ودالي Daley في تعريف الاحتراق النفسي: " بأنه رد فعل للضغوط المتراكمة ذات التأثير السلبي على الفرد وتتنوع الاستجابة لهذه الضغوط في طبيعتها من حيث تكرارها ودرجة تعرض الفرد لها." ويشير فريدمان (Fridman, 1991): " إلى أن الاحتراق النفسي ذو نمطين الوهما يرتبط ببروفيل الشخصية والذي يفسر استعداد الفرد للاحتراق والآخر يرتبط بنظام ومناخ العمل وجميع هذه المتغيرات تؤثر في عملية الاحتراق النفسي."

ينظر سارسون Sarson, 1972: " 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 كما أن العامل كلما طال عهده بممارسة مهنته كلما أصبح اقل تأثرا وحيوية واستجابة لما يحيط به من مؤثرات فيما يتعلق بالدور الذي يقوم به وقد ارجع ذلك إلى زيادة الخبرة ربما تؤدي إلى الإحساس بالسأم وبالتالي فان زيادة الخبرة تؤدي إلى زيادة مستوى الضغط لديه." (يار كندي، 1993: 28-31)

### 3- رواد الاحتراق النفسي:

#### 1.3 هيربرت فريدينبرجر H.Freudenberger

المحلل النفسي الأمريكي هيربرت فريدينبرجر H.Freudenberger هو أول من ذكر مصطلح الاحتراق النفسي Burnout عام 1974 وأضافه إلى ميدان البحث السيكولوجي وذلك من واقع تجربته الخاصة على بعض المتطوعين بإحدى العيادات المجانية بنيويورك فأورد المعنى المرادف لمصطلح Burnout ويعني \* يجهد أو يرهق ويصبح منهكا \* . (زيد محمد التبال، 2000: 22-23)

ولأن تعريفه الأول لم يكن بالتعريف الشامل ولكنه كان يحمل معنى مرادف للمصطلح الوارد بالقاموس فعرفه عام 1974: " إفراط الفرد في استخدام طاقته حتى يستطيع تلبية متطلبات العمل

الزائدة عن قدرته وقدم تعريفاً آخر اعتمد فيه على أعراض الاحتراق النفسي والتي تتضمن: الإنهاك، المشاعر السالبة نحو الوظيفة والزملاء." (الديري محمود بن محمد إبراهيم، 2005) كما أضاف عام 1980 قائمة لتشخيص مستوى الاحتراق تضمنت نفس الأبعاد السابقة. (Freudenberger.h,1981: 18)

### 2.3 كريستينا ماسلاش Christina Maslach

جدير بالذكر أن لإسهامات كريستينا ماسلاش Christina Maslach عام 1981 اختصاصية في علم النفس الاجتماعي تأثير واضح في تطور دراسة الاحتراق النفسي، فقد أضافت الدراسات الأولى التي أجرتها مع الآخرين بجامعة بركلي شهرة أكثر لهذا المصطلح، حيث وصفته بأنه مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعاً من الأعمال التي تقتضي للتعامل المباشر مع الناس وتتمثل هذه الأعراض في الإجهاد الانفعالي، تلبد المشاعر، ونقص الانجاز الشخصي. (زيد البتال، 2000: 23)

#### 4- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

#### 1.4- نموذج Cherniss للاحتراق النفسي (1985):

قدم تشرنيس Cherniss النموذج الشامل للاحتراق الوظيفي وقد قابل مع معاونيه ثمانية وعشرون مهنية مبتدئاً في أربعة مجالات هي: في مجال الصحة، مجال القانون، ومجالات التمريض في المستشفيات العامة، ومجال التدريس في المدارس الثانوية وتم مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين في هذا النموذج التفسيري هناك ثلاث مجموعات من المتغيرات التي تساهم في تطور الاحتراق النفسي كما يلي:

#### أولاً: خصائص محيط العمل:

تتفاعل هذه الخصائص مع الأفراد الذين يدخلون الوظيفة لأول مرة ولهم توجهات مستقبلية معينة ومطالب عمل زائدة ويحتاجون إلى مساندات اجتماعية كل هذه العوامل تعتبر مصادر معينة من الضغط الذي يتعرض له الأفراد بدرجات متفاوتة ويتلاءم الأفراد مع هذه العوامل الضاغطة بطرق مختلفة فيلجأ البعض إلى أساليب واستراتيجيات منحرفة بينما يتلاءم آخرون عن طريق اللجوء

إلى الاتجاهات السالبة واعتبر تشرنيس Cherniss خصائص محيط العمل الثمانية منبئات لمتغيرات الاتجاهات السالبة والتي تشكل الاحتراق الوظيفي وهذه الخصائص تتمثل في:

-التوجيه في العمل

-عبء العمل

-الاستثارة

-الاتصال بالعملاء

-الاستقلالية

-أهداف المؤسسة

-القيادة والإشراف

-العزلة الاجتماعية (نوال الزهراني، 2008)

#### ثانياً: المتغيرات الشخصية:

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

#### ثالثاً: مصادر الضغط:

تتجم مصادر الضغط حسب تشرنيس Cherniss عن الصدمة بين " واقع العمل الميداني اليومي والوهم المهني (Professional mystique) وبمعنى آخر التوقعات الأولية المتعلقة بممارسات صلاحياتهم وتلك الخاصة بتعاون الزبائن استقلالية النشاط وتحقيق الذات والمناخ التنظيمي. " وقد وضع تشرنيس Cherniss خمسة مصادر للضغط كمقدمات للاحتراق الوظيفي وهي:

-عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة

-المشاكل مع العملاء

-التدخل البيروقراطي

-نقص الإثارة والانجاز

-عدم مساندة الزملاء

#### متغيرات الاتجاهات السالبة:

حدد تشرنيس Cherniss اتجاهات سالبة تنتج عن الضغوط وتتمثل في:

- عدم وضوح أهداف العمل
- نقص المسؤولية الشخصية
- التناقض بين المثالية والواقعية
- الاغتراب النفسي
- الاغتراب الوظيفي
- نقص الاهتمام بالذات

#### متغيرات إضافية:

أضيفت بعض المتغيرات الأخرى مثل المتغيرات المرتبطة بالعمل وهي:

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

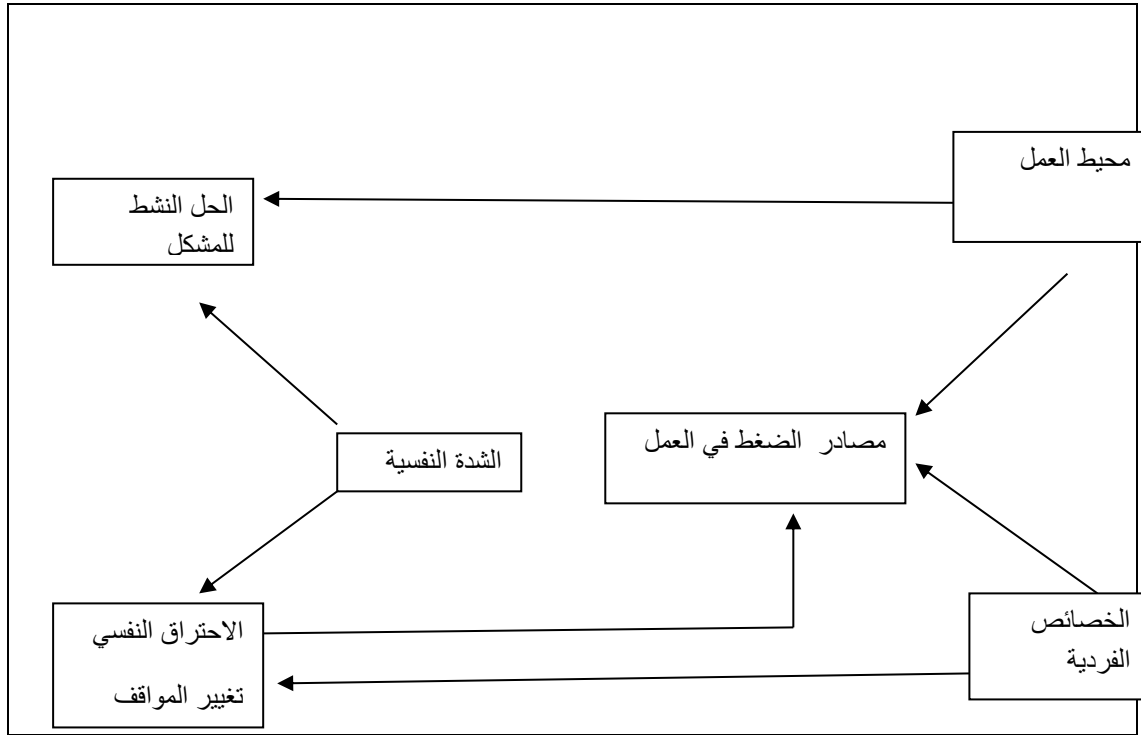
وقد أوضح تشرنيس Cherniss أنه كلما زادت صدمة الواقع وزاد التعرض للضغط كلما زاد الاحتراق النفسي، كما أوضح النموذج أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في الاحتراق الوظيفي هم الذين يتلقون مساندة اجتماعية ضعيفة، ويوضح هذا النموذج أيضا أن العوامل الديمغرافية مثل السن، الجنس وسنوات الخبرة ضعيفة الارتباط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

ويختلف نموذج تشيرنيس Cherniss عن غيره من النماذج فيما يلي:



- تختلف المفاهيم التي اقترحها تشيرنس Cherniss ( عدم وضوح أهداف العمل، نقص الإحساس بالمسؤولية الشخصية، والتعارض بين الواقعية والمثالية، والاغتراب النفسي، والاغتراب عن العمل، ونقص الاهتمام بالذات ) عن تلك التي اقترحها ماسلاش وبينز وآخرون عام 1981
- اتفق تشيرنس Cherniss مع الدراسات السابقة على أهمية الرضا الوظيفي وخصائص محيط العمل مع التأكيد على عدم أهمية الفروق الفردية والخصائص الديمغرافية.
- أكد النموذج على أهمية متغيرات العمل الإضافية مثل المساندة الاجتماعية ومتطلبات الحياة في زيادة فهم ظاهرة الاحتراق الوظيفي الناتج عن العمل.
- اتفقت النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق هذا النموذج مع نتائج قائمة ماسلاش للاحتراق الوظيفي حيث ارتبطتا بمؤشرات صحة ورفاهية الأفراد.(نوال الزهراني، 2008)
- كما أعطى نموذج تشيرنس Cherniss اقتراحات لبعض الاستراتيجيات للتدخل في محيط العمل التي يمكن أن تقلل من الإحساس بالاحتراق الوظيفي وقسها إلى أربع فئات:
- إرشاد وتطوير العاملين
- الإشراف والقيادة والأهداف التنظيمية
- البناء الوظيفي
- الأساليب والمعايير
- ويلاحظ من نموذج تشيرنس Cherniss أنه يركز على خصائص محيط العمل والتي تسبب ضغوطا للفرد، كما أنه يركز على بعض الاتجاهات السالبة التي توجد لدى الأشخاص المستهدفين للشعور بالضغط النفسي، وأشار النموذج أيضا إلى بعض المتغيرات الاجتماعية مثل: مدى الحصول على المساندة الاجتماعية وأضاف النموذج بعض المتغيرات الإضافية الأخرى المرتبطة بالعمل مثل: الرضا الوظيفي، وصراع الدور والصحة الجسمية وغيرها
- فحسب نموذج تشيرنس Cherniss يوافق الاحتراق النفسي تغيرا سلبيا للمواقف المتعلقة بالعمل ضعف الأهداف والشعور بالمسؤولية المهنية، الانفصال والابتعاد الانفعالي عن الزبائن، وفي نفس الوقت إعطاء اهتمام اكبر بالذات حيث أن تطور هذه المواقف السلبية تشبه إلى حد ما تبني أساليب المواجهة (Coping) غير المناسبة.

الشكل رقم(01): نموذج الاحتراق النفسي لشرنيس Cherniss  
(Cherniss,1993)



### 2.3- نموذج التغيرات الشخصية والبيئية لجين بريزي وآخرون (1988):

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

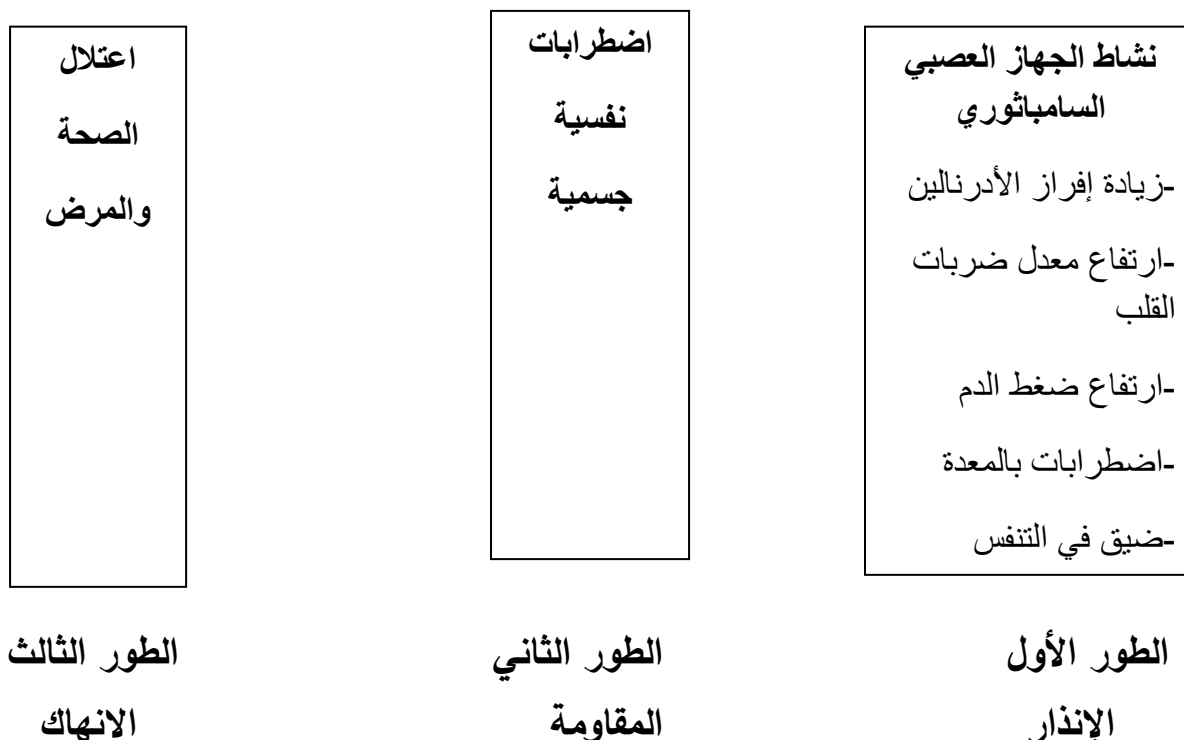
كما ضم النموذج مجموعة من المتغيرات الشخصية ركزت المجموعة الأولى على الخصائص الديمغرافية مثل الجنس وسنوات الخبرة وركزت المجموعة الثانية على متغيرات شخصية مثل الكفاءة المهنية وتقدير الذات والمستوى التعليمي.

وفي كل مراحل النموذج وجد أن المتغيرات البيئية والشخصية ذات ارتباط دال بالاحتراق الوظيفي.  
(نوال الزهراني، 2008)

### 4.3- نموذج زملة التكيف العام عند سيل Seyle:

وذلك في مجال الطب والبيولوجيا STRESS يعتبر هانز سيللي أول من استخدم مصطلح الضغط عام 1926، كان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوماً فيزيولوجياً ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم. (نشوة دردير، 2007: 47)

قدم سيل Seyle نظريته عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976 وأطلق عليها متلازمة التوافق العام General adaptation syndrome وفيها يقرر سيل Seyle أن التعرض المتكرر للاحتراق يترتب عليه تأثيرات سلبية على حياة الفرد، حيث يفرض الاحتراق الوظيفي على الفرد متطلبات قد تكون فيزيولوجية أو اجتماعية أو نفسية أو تجمع بينهما جميعاً، رغم أن الاستجابة لتلك الضغوط قد تبدو ناجحة، فإن حشد الفرد لطاقته لمواجهة تلك الاحتراقات قد يدفع ثمنه في شكل أعراض نفسية وفسيولوجية، وقد وصف سيل Seyle هذه الأعراض على أساس ثلاثة أطوار للاستجابة لتلك الإحتراقات التي تتضح من الشكل التخطيطي التالي: الذي يوضح أطوار الاستجابة للاحتراق الوظيفي ومظاهرها في نظرية سيل Seyle



الشكل رقم (02): أطوار الاستجابة للإحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيللي Seyle (إيمان زيدان، 1998)

كما يلاحظ من الشكل فإن النموذج عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية، وتتم بثلاث مراحل هي:

### المرحلة الأولى: رد فعل الإنذار بالخطر

وتعد استجابة أولية للخطر وفيما يميز الجسم مواقف الخطر ويستعد لمواجهة المواقف ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة نبضات القلب، سرعة التنفس وتوتر النسيج العضلي

### المرحلة الثانية: المقاومة

يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط وعندما لا تستطيع الحيل إعادة توازن الجسم نتيجة الضغط المستمر، تظهر علامات الاستنزاف والتعب الشديدين

### المرحلة الثالثة: الإنهاك

عندما تقشل أساليب المواجهة وتدهور المقاومة مع استمرار الضغوط يحدث الإنهاك وقد تظهر بعض الاضطرابات النفسجسمية، وقد أوضح سيلبي أن تكوين الاضطراب السيكوسوماتي يمر بمراحل حيث يبدأ بمثير حسي يعقبه إدراك وتقدير معرفي للموقف، مما يؤدي إلى استثارة انفعالية وعندئذ يحدث اتصال الجسم بالعقل وينتج عن ذلك استثارة جسمية ثم آثار بدنية تؤدي إلى المرض .

يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج والناتجة عن العجز عن مواجهة الضغوط، تقترب كثيرا من أعراض الاحتراق الوظيفي والتي أطلق عليها سيلبي في نموذج الإنهاك. (نشوة دردير، 2007)

### 5.3- نموذج العلاقات البنائية:

حسب أنجل وآخرون Angel et al, 2003 يقدم هذا النموذج وصفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الاحتراق الوظيفي: الانجاز الشخصي ومشاعر الإجهاد من حيث تأثير كل منها على الآخر، فيشير إلى أن بعد الانجاز الشخصي يؤثر على الإجهاد الانفعالي، بمعنى أنه كلما ارتفع انجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد وكذلك إحساسه بتبلد المشاعر هذا من جانب، ومن جانب آخر يوضح النموذج تأثير استراتيجيات المواجهة على الاحتراق الوظيفي، التي صنفنا إلى إستراتيجية فعالة وأخرى غير فعالة بمشاعر الإجهاد بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين استراتيجيات المواجهة بنوعها وبين الاحتراق الوظيفي، كذلك بين أبعاد الاحتراق الوظيفي ببعضها البعض،

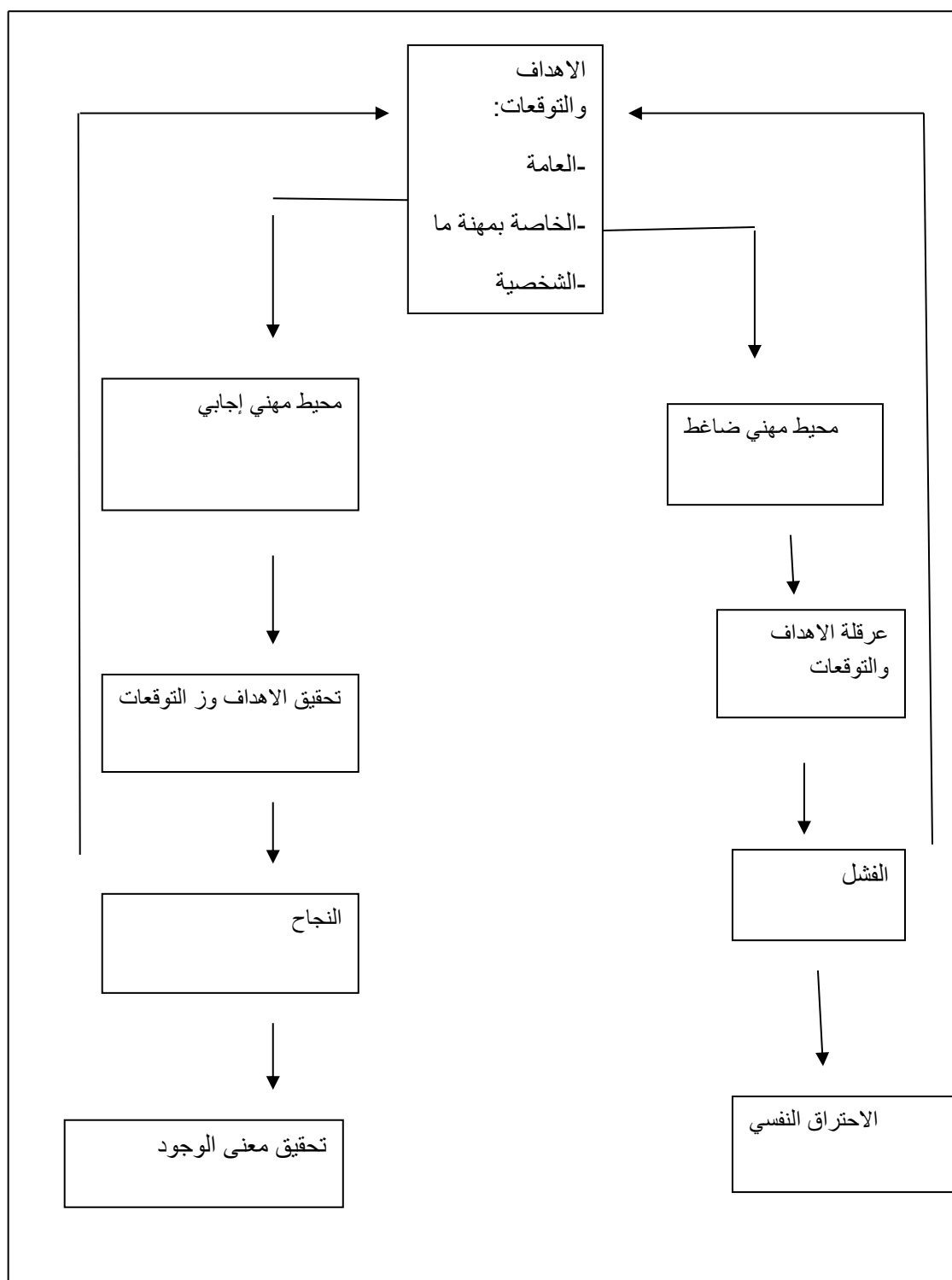
وهما بعدي تبدل المشاعر والإجهاد الانفعالي وبين البعد الثالث للاحتراق والذي يدل ارتفاعه على انخفاض الاحتراق الوظيفي بينما يدل انخفاضه على ارتفاع الاحتراق النفسي وهو بعد الانجاز الشخصي. (نشوة دردير، 2007)

### 6.3- النموذج الوجودي:

يظهر الاحتراق النفسي حسب النموذج الذي تقدمت به Ayala Pines (1993) في مناخ ثقافي أين يصبح العمل بالنسبة لعدد من الأفراد موضوع البحث عن معنى الوجود وهذا ما يفسر بأن الأسباب الأولى للاحتراق النفسي تنبع من حاجة الأفراد للاعتقاد بأن حياتهم لها معنى وأن الأشياء التي يقومون بها ذات فائدة وأهمية. (Trchot,2006,Hallberg,2005)

على عكس ما يقترحه نموذج تشرنيس، ترى Pines (1993) أن الضغوط كعبء العمل والإرغامات التنظيمية، لا تتسبب في حدوث الاحتراق النفسي لأنها تعرقل استعمال الكفاءات والمؤهلات بل لسبب أكثر عمقا، وهو أن استحالة استعمال هذه الكفاءات تحرم الفرد من المعنى الذي يبحث عنه من خلال ممارسة عمله، فبالنسبة لـ Pines (1993) الاحتراق النفسي ليس نتيجة لغياب كلي للمعنى بل يتعلق الأمر بكون الفرد يرى أن مساهمته الشخصية ليست لها معنى أو غير مهمة، مما يؤدي إلى حدوث الاحتراق النفسي، من هذا المنطق كلما بدأ الفرد العامل في ممارسة مهنته بتعلق والتزام كبير، كلما كان احتمال تعرضه للاحتراق النفسي أكبر في ظل شروط عمل غير مناسبة (Truchot,2006 ;Hallberg,2005).

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



الشكل رقم (03): النموذج الوجودي للاحتراق النفسي (Truchot, 2006)

### 7.3- نموذج ليتر للاحتراق النفسي (1993):

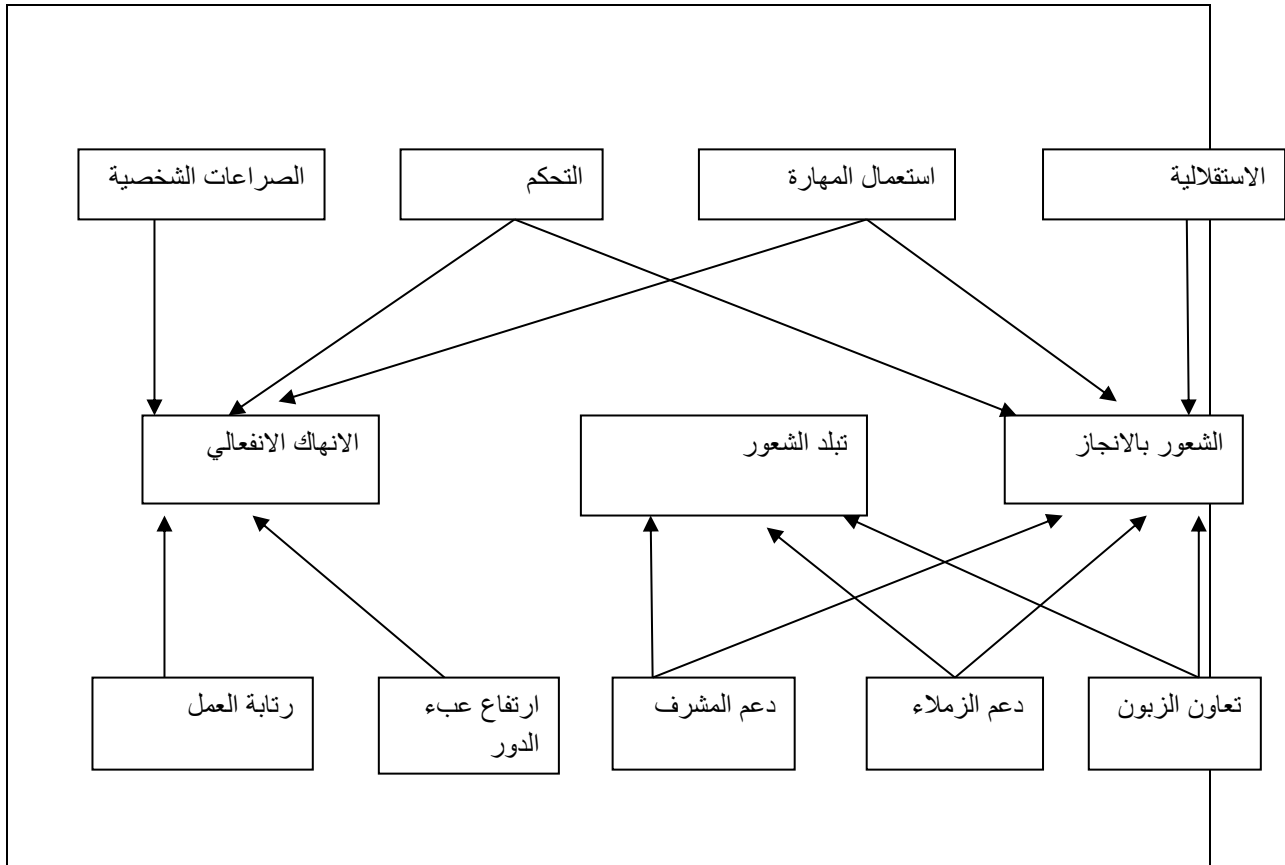
يمثل الشكل (04) نموذج ليتر للاحتراق النفسي (Leiter model of burn out) وينطلق هذا النموذج من منطلقين اثنين:

أ- تؤثر أبعاد الاحتراق النفسي في بعضها البعض من خلال تطورها عبر الوقت.

ب- الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي تختلف علاقتها بالظروف المحيطة والعوامل الفردية.

وقد كان مركز اهتمام ليتر (1993) منذ البداية يخص الإنهاك الانفعالي بحيث يعرفه: " على أنه عبارة عن رد فعل لضغوط العمل، كما يعتبر أيضا الإنهاك الانفعالي كوسيط لأثار الضغوط على عدة مخرجات، مثل اللإنسانية، الالتزام المهني، الولاء التنظيمي والغيابات، لذلك فإن اللإنسانية وتبدل الشعور يعتبر هو العرض الخاص بالاحتراق النفسي. كما يفترض هذا النموذج أيضا بأن الشعور بالانجاز المهني يتطور بصفة مستقلة عن الإنهاك الانفعالي حيث أن الارتباط الذي يوجد بينها يمكن إرجاعه للعلاقة التي يتقاسمها مع متغيرات أخرى.

تتمثل الضغوط التنظيمية (المتطلبات) لهذا النموذج: في ارتفاع عبء الدور الصراعات في العلاقات الشخصية والرتابة (Dull routine)، يكون تأثير هذه الضغوط على تبدل الشعور بطريقة غير مباشرة عبر الإنهاك الانفعالي، كما يؤدي توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل والتعاون من طرف الزبائن، إلى تخفيض أثر الإنهاك الانفعالي على تبدل الشعور، وفي نفس الوقت ارتفاع الشعور بالانجاز المهني ويستمد ليتر هذه العلاقات من سلسلة من الدراسات والبحوث ونظرية المحافظة على الموارد (The conservation of ressource Théry)، هذه الأخيرة تشير إلى أن الأفراد يكونون أكثر تأثرا للمتطلبات بالمقارنة مع نقص الموارد لذلك فإن المتطلبات (الضغوط) ترفع من الإغرامات التي يعبر عنها على شكل إنهاك انفعالي في حين أن متغيرات الموارد (الدعم من قبل المنظمة والتعاون من طرف العملاء) تؤدي إلى خفض الحاجة إلى استعمال استراتيجيات المواجهة الدفاعية coping Défensive، مثل تبدل الشعور كما تؤدي الموارد أيضا إلى رفع الشعور بالانجاز المهني. (عبد الحميد عشوي، 2008)



#### الشكل رقم (04): نموذج ليتر Leiter للاحتراق النفسي (Leiter, 1993)

مما سبق يتضح بأن ظاهرة الاحتراق النفسي استحوذت على اهتمام العديد من الدراسات والبحوث كما فسرت بعض النماذج والتفسيرات حتى وإن اختلفت فإنها تبقى مكملية ومدعمة لبعضها البعض، كما أنها تشترك في نقاط أهمها أن الاحتراق النفسي عبارة عن سيروية تتطور عبر الزمن، تنشأ نتيجة لضغوط العمل المستمرة ويساعد على ظهوره وزيادة تفاقمه كل من بيئة العمل وشخصية الفرد.

#### 6- العوامل المؤدية للاحتراق النفسي:

يرى عسكر وزملائه أن ضغوط العمل تلعب دورا اكبر في حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي، يتوقف ذلك على مجموعة من العوامل التي تتداخل مع بعضها البعض والتي تتمثل في ثلاث جوانب هي:

1.6-العوامل الذاتية: والتي تتمثل في مدى واقعية الفرد في توقعاته وطموحاته ومدى التزامه المهني الذي يجعله أكثر عرضة للاحتراق النفسي خاصة حينما تواجهه عقبات تحول دون تحقيق



أهدافه بأعلى درجة من النجاح، مثل قلة الإمكانيات المتاحة وأيضا مستوى الطموح المهني لدى الفرد في أحداث تغيرات اجتماعية في بيئة العمل، قد يجعله أكثر عرضة للاحتراق بسبب العقبات التي تقف أمام تحقيق أهدافه.

**2.6-العوامل الاجتماعية:** الواقع الوظيفي في ظل المؤسسات البيروقراطية والتي تحول دون تحقيق التوقعات الاجتماعية من جانب الفرد وهذا من شأنه توليد ضغط عصبي عليه، مما يجعله أكثر عرضة للاحتراق النفسي.

**3.6-العوامل الوظيفية:** وهي الأكثر وزنا في إيجابية أو سلبية الفرد المهني نظرا لما يمثله العمل من دور هام في حياة الفرد، فالعمل يحقق للفرد حاجات تتراوح بين حاجات أساسية كالسكن، الصحة وإلى حاجات نسبية لها أهميتها في تكوين الشخصية السوية، مثل التقييم، الاستقلالية، النمو واحترام الذات. (بنت عثمان، 2008، ص9)

إضافة إلى وجود عامل آخر هو قلة التعزيز الإيجابي عندما يبذل الموظف جهدا كبيرا في العمل وما يستلزم ذلك من ساعات إضافية وأعمال إبداعية دون مقابل مادي أو معنوي، يكون ذلك مؤشرا آخر عن المعاناة والاحتراق الذي يعيشه الموظف. (وضاح، 2009، ص14)

## **5-أعراض الاحتراق النفسي:**

يمكننا حصر اغلب الأعراض الخاصة بالاحتراق النفسي في العناصر التالية:

### **1.5-الأعراض السلوكية:**

- \* تدني مستوى الأداء
- \*إهمال المظهر العام للجسم
- \*عدم الاهتمام بالحياة الخاصة
- \*تجنب الحديث مع الزملاء والغرباء
- \*مقاومة التغيير

### **2.5-الأعراض الانفعالية:**

- \*القلق المبالغ فيه اتجاه مهام العمل
- \*عدم التفكير في الانفعالات
- \*الإحساس المتكرر بالذنب

\*الاستعمال المفرط للحيل الدفاعية لتجنب الآخرين

\*النظرة السلبية إلى الآخرين وإلى الذات (بوطالب، 2015، ص28)

### 3.5-الأعراض الفيزيولوجية:

\*اضطرابات الهضم

\*اضطرابات النوم

\*ارتفاع ضغط الدم وتسارع ضربات القلب

\*آلام الرأس والظهر

\*حساسية جلدية. (خليلي وزهاني، 2006، ص26)

### 4.5-الأعراض النفسية:

أهمها الشعور بالإحباط والغضب، الاكتئاب، القلق، الشعور بالإعياء العاطفي، فقدان الحماس وعدم القابلية للعمل، النفور من أنشطة الحياة المعتادة، عدم الانسحاب على المستوى الشخصي أو مع الزملاء في العمل بالإضافة إلى المشاعر السلبية المتمثلة في السخرية، التشاؤم، اللامبالاة، العدوانية، عدم الصبر، سرعة الاستشارة.

5.5-الأعراض الاجتماعية: تتمثل في الانسحاب الاجتماعي، الارتباطات المنفردة، والعزلة الاجتماعية، إعطاء الموظف وقته الكامل لوظيفته على حساب عائلته كونه يجب أن يكون في استعداد دائم. (حشاني، 2015، ص184-185)

6.5-أعراض عضوية: تتمثل في الإعياء والأرق وضغط الدم وكثرة التعرض للصداع والإفراط في التدخين والإحساس بالإرهاك طوال اليوم والإحساس بالتعب بعد العمل مما يؤدي إلى فقدان الطاقة النفسية والمعنوية وضعف الحيوية والنشاط (النوري والصياح، 2011 ص91-11)

7.5-الأعراض الروحية: عندما يصل الاحتراق النفسي لمرحلة نهائية 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 الهروب من الواقع هي الفكرة الرئيسية التي تسيطر على تفكير الشخص، وعندما لا يدرك الموظف سوى خيارات التقاعد وتغيير الوظيفة. (عوض، 2007، ص 17)

## 6-مراحل الاحتراق النفسي:

يمثل الاحتراق النفسي مشكلة نفسية ذاتية وتجربة سلبية يعاني منها الفرد عبر سلسلة من الحلقات المتدرجة التي تبدأ بالضغط النفسية، الشد والتوتر وتتعاظم أثارها مع مرور الوقت، إلا أن الفرد لا يصل إلى حالة الاحتراق النفسي بشكل مفاجئ، بل هي نتيجة لسياق بطيء، إذ يأخذ الاحتراق النفسي مسارا يتطور عبر مراحل مختلفة ومتتابعة يصفها (Cherniss,1980) كالآتي:

1-مرحلة أولية مع تجند مفرط من أجل تحقيق الأهداف نفي الحاجات الشخصية الحد من الاتصال الاجتماعي وأخيرا إنهاك وتعب دائمين.

2-مرحلة تجند منخفض منخفض بصحبه فقدان للأحاسيس الايجابية تجاه الآخر واللجوء للمواد المؤثرة على السلوك كالمهدئات، إضافة إلى فقدان المشاعر الايجابية تجاه العمل والزملاء إلى جانب الإحساس بالاستغلال.

3-مرحلة ردود الأفعال الانفعالية مع عدائية وإلقاء اللوم على الآخرين وعلى النظام.

4-مرحلة انحطاط تتسم بانخفاض في القدرات المعرفية من صعوبة في التركيز واضطراب الذاكرة يصاحبها عجز في إعطاء تعليمات واضحة مع فقدان الإبداع وتنفيذ للخدمة بالمعنى الضيق.

5-مرحلة فقر في الانفعالية تتضمن اضطراب في الحياة الاجتماعية التي تنجم عنها عزلة وكذا الفكرية المرفوقة بالضجر.

6-ردود الأفعال النفسجسدية.

7-مرحلة فقدان لمعنى العمل مما يؤدي على الإدمان والانتحار. (Cherniss,1980)

بينما يرى الباحثان Brodsky و Edelwich (1982) أن المصاب بالاحتراق النفسي يمر عبر أربعة مراحل كالآتي:

1-مرحلة الحماس: يلتحق الممرض بمنصب عمله بآمال عالية وتطلعات وانتظارات غير واقعية، تظهر قدراته المهنية ساطعة وبراقة.

2-مرحلة الركود: يحدث الركود حينما يشعر الممرض أن الحاجيات المادية، المهنية والشخصية لم تشبع، ويستدل على هذه المرحلة بملاحظة ترقية من هم أقل منه كفاءة إلى مناصب إلحاح الأسرة على إشباع المتطلبات المادية المتزايدة، مع غياب الحوافز الداخلية للأداء الجيد للمهمة.

3-مرحلة الإحباط: غياب التعزيز الداخلي والخارجي يدفع بالمرضى إلى مرحلة الإحباط التي تشير إلى أن المريض في حالة توتر واضطراب، وفي مثل هذه الحالات يتساءل المريض عن أهميته وفعاليته وعن دور جهوده المبذولة في مواجهة مختلف العراقيل المتزايدة.

4-مرحلة البلادة: تعد البلادة إنهاكا وهي تشير إلى لامبالاة مزمنة أمام الوضع الراهن يصل المريض في هذه المرحلة إلى حالة قصوى من عدم التوازن والجمود أو الركود، وفي هذه الحالات غالبا ما يصبح العلاج النفسي أمرا ضروريا. (Gilliland et james,1997) كما يشير Everly(1985): " بان المريض لا يصل الى حالة الاحتراق النفسي بشكل مفاجئ وإنما عبر ثلاث مراحل هي:

1-مرحلة الاستثارة: وهي ناتجة عن الضغوط النفسية أو الشد العصبي الذي يعايشه المريض في عمله وترتبط بالأعراض الآتية سرعة الانفعال القلق الدائم فترات من الضغط الدم العالي الأرق اضطكاك الأسنان أثناء النوم النسيان الصعوبة في التركيز الصداع ضربات القلب الغير رتيمة.

2-مرحلة الحفاظ على الطاقة: وتشمل هذه المرحلة استجابات سلوكية مثل التأخر عن الدوام، تأخير الأمور الحاجة لأكثر من يومين، لعطلة نهاية الأسبوع، تأخر في إنجاز المهام، زيادة استهلاك الكحول أو المشروبات المخدرة، اللامبالاة والانسحاب الاجتماعي السخرية والشك والشعور بالتعب عند الاستيقاظ صباحا.

3-مرحلة الاستنزاف أو الإنهاك: ترتبط هذه المرحلة بمشكلات جسدية ونفسية كاضطرابات المعدة التعب الجسدي المزمن، الإجهاد الذهني المستمر، الصداع الدائم، الرغبة في انسحاب نهائي من المجتمع مع الرغبة في هجر الأصدقاء، وربما العائلة.

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

وفي نفس السياق تشير أعمال كل من Golembiewski و Munzenrider(1985) إلى ثلاث مراحل متتابعة للاحتراق النفسي هي كالآتي:

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

وهذا التفاوت بين الطلبات والموارد ينتج عنه ضغط نفسي يترجم بتعب انفعالي وقلق إزاء وضعيات العمل

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

3-المرحلة الثالثة: تتحلى هذه المرحلة في الابتعاد والانسحاب الانفعالي بالتدريج إلى غاية الوصول إلى حالة لا مبالاة معممة، أينما يكون الممرض قد أتلّف كليا ولم يبق منه سوى الرماد (Guillevic: 1991).

أما (1986) Herbert Freudenberger في كتابه \*Womens Brunout\* قسم ظهور الاحتراق النفسي إلى اثنتا عشرة مرحلة مستتدا، إلى الأعراض التي يعانيتها المحترق نفسيا سواء كان ذكرا أو أنثى:

المرحلة الأولى: (la compulsion de se révéler)

تتسم هذه المرحلة بالإلزامات قهرية بالنجاح إضافة إلى الشعور بالعزلة والتوقعات العالية للذات.

المرحلة الثانية: (L' intensité)

الممرض لا يود تفويض المهام أو المسؤوليات للآخرين لأنه يعتقد بأنه بذلك يفقد التحكم وهذا ليس راجع إلى عدم ثقته بالآخرين، وإنما لأنه يعتقد بأن الآخرين لا يهتمون بالتفاصيل مثله وهذا ما يجعله يقوم بالعمل بمفرده دون اقتسام المسؤولية مع الغير.

المرحلة الثالثة: (Deprivation subtile)

تتلخص هذه المرحلة في عدم الاهتمام بالحاجات الشخصية وعدم الرغبة في تلبيتها

المرحلة الرابعة: (le rejet des conflits et des besoins)

الممرض يصبح واع بصراعاته الداخلية وبالاختلال الذي مس سلوكه وانفعالاته فيبدأ بالقلق على حالته الصحية وبتغذيته، وكذا نقص الطاقة الحيوية لديه، إضافة إلى ظهور أعراض تشبه أعراض

الأنفلونزا إلا أن الممرض لا يأخذ هذه الأعراض على محمل الجد ويفضل استدخال انفعالاته، بغرض ألا يظهر بها أمام المحيطين به، وفي هذا المستوى يظهر تغير في السلوك الممرض.

المرحلة الخامسة: (Déformation des valeurs)

الممرض الذي كان يواجه صراعاته يبدأ بالتماس صعوبة في التمييز بين الأمر الأساسي والغير أساسي ويؤجل القيام بالأمر الأساسية ويراعى انتباهه بصورة خاصة للأمور الغير أساسية، بالإضافة إلى أنه ينعزل عن المحيطين به ويفقد توجيهه للوقت.

المرحلة السادسة: (L'augmentation du déni)

ويدرك الإنكار كسمة أساسية دالة على الاحتراق النفسي، إذ أن الفرد يوظف ميكانيزمات دفاعية تعمل على الإدراكات الصدمية للواقع.

المرحلة السابعة (Le désengagement)

ينفصل الفرد عن المحيط ولا يرغب بالتواجد مع الآخرين بل يفضل الانعزال عنهم

المرحلة الثامنة:

ظهور تغييرات ظاهرة وملاحظة الفرد يتسم بالسلبية تجاه نفسه وتجاه الآخرين ويشعر بالدونية كما أنه يصبح غير مرن ومرتاب بالإضافة إلى أن سلوكه يظهر للمحيطين به بشدة اضطرابه.

المرحلة التاسعة: (La dépersonnalisation)

يعاني الفرد من اللأنسنة أي تراجع شعوره وإحساسه إلى درجة شعوره بعدم معرفة ذاته وابتعاده عن الواقع الذي يفقده اتصاله بجسمه وبحاجياته

المرحلة العاشرة (Le vide)

يشعر الفرد بعدم فاعليته فيبحث عن شيء يملأ شعوره بالفراغ فقد يشعر بالانقطاع عن عاداته الغذائية أو تعاطي المواد الكحولية أو المخدرة.

المرحلة الحادية عشر: (La dépression)

يصبح الفرد غير مبال ويفتقد إلى الدافعية والحماس للقيام بأي شيء كما قد يفكر في تنفيذ خطة انتحارية.

المرحلة الثانية عشر: (L'épuisement total)

يظهر في هذا المستوى الأخير خطورة على الصحة الجسدية للفرد، إذ أن الجهاز المناعي إضافة إلى الأجهزة الأخرى البيولوجية يصيبه الاختلال والاضطراب من جراء الإنهاك.

أما Gevrais (1991) فقد أورد 12 مرحلة من مراحل الاحتراق النفسي كما يلي: المرحلة الأولى: يمتلك الممرض في هذه المرحلة إمكانيات وقدرات تسمح له بضبط سلوكه وحل صراعاته ومواجهة المواقف المشحونة انفعاليا.

المرحلة الثانية: تعبر عن استجابة الفرد الذي لم يعد قادرا على حل صراعاته، مما يقود إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي الذي يؤدي به إلى البحث عن حلول تكفل له ارتياح، باستخدام ميكانيزمات دفاعية تسمح له بالتكيف مؤقتا، إلا أن هذا لا يحل المشكل كما أن الضغط النفسي يشتد أكثر مما كان سابقا.

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

المرحلة الرابعة: في هذه المرحلة الممرض أصبح غير قادر على إرضاء وإشباع حاجاته فيشعر تدريجيا بأنه قلق وغير قادر على المواجهة، كما عدة أعراض دالة على الاحتراق النفسي المرحلة الأخيرة: تتسم بحدة الاحتراق النفسي الشديد من الناحية النفسية والجسدية للمرض. (Gervais, 1991)

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

1- الشعور بالإحباط المصحوب بطاقة والتزام عاليين في البداية وقد يطور الشخص بعض الاتجاهات السلبية نحو العمل في هذه المرحلة .

2- سيطرة الشعور بالوهم على النواحي التالية: توهم الشخص نفذ الصبر والتعب والتقييم السلبي لذاته وسهولة الاستسلام للإحباط.

3- انخفاض الطاقة والالتزام بالعمل وخاصة عند التعرض للضغوطات والتدخلات الخارجية في العمل وفي هذه المرحلة يعاني الشخص من نقص الشهية وسلوكيات انسحابية، مثل تناول الكحول الذي يتحول إلى إدمان.

4- فقدان الحماس والسخرية من زملاء العمل حيث يشعر الشخص بأن عمله بلا هدف أو معنى، إذا ما قورن بمشاكل حياته الأخرى فيصبح العمل في أدنى سلم أولوياته.

5- اليأس والاستسلام حيث يشعر الشخص في هذه الحالة بالأعراض التالية:

-شعور هائل بالفشل والتشاؤم والشك بالنفس والفرغ وفي هذه المرحلة أيضا يرغب الشخص بالهروب من العمل وينتج عن هذه الأعراض تأثيرات جسمية وانفعالية تتطور الى عجز مزمن. وعموما يمر الاحتراق بمراحل متتالية من الشعور بالتعب، الإجهاد، اليأس، الإحباط ومن ثم النظرة السلبية المتشائمة اتجاه العمل الوظيفي وبالتالي يؤدي إلى الدافعية والتحفيز وضعف الارتقاء والتطور المهني، مما يؤثر سلبيا على نقص الشعور بالانجاز وكراهية العمل والرغبة في ترك المهنة، حتى وأن اختلف الباحثون في تقسيم مراحل الاحتراق النفسي، إلا أنهم يؤكدون كلهم على أنه لا يمكن اكتشاف نقطة بداية وحدث الاحتراق النفسي الذي يتسم بالثبات فيما يتعلق بالتغيرات السلبية التي تم ذكرها.

إلا أن متلازمة الاحتراق النفسي تصبح جلية حينما ينهك الفرد إلى درجة تدفع به للتفكير في الإقلاع عن العمل مع بروز اضطرابات نفسية -جسدية معتبرة.

### 7-مستويات الاحتراق النفسي:

أشار بدران (1997) إلى أن الاحتراق النفسي مشاعر ارتبطت بروتين العمل وقد حدد له 3 مستويات

1-احتراق نفسي متعادل:

ينتج عن نوبات قصيرة من التعب، القلق، الإحباط والتهيج.

2-احتراق نفسي متوسط:

ينتج عن نفس الأعراض السابقة ولكنها تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

3-احتراق نفسي شديد:

ينتج عنه أعراض جسيمة مثل القرحة، آلام الظهر المزمنة، نوبات الصداع الشديدة، وليس غريبا أن يشعر العاملون بمشاعر احتراق معتدلة ومتوسطة من حين لآخر، لكن عندما تلح هذه المشاعر وتظهر في شكل أمراض جسمية مزمنة عندئذ، يصبح الاحتراق مشكلة خطيرة.



فقد توصلت دراسة البدوي(2000) التي أجريت على الممرضين في مستشفيات عمان الكبرى، إلى أنهم يعانون من تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي، بدرجة عالية ومن شدة حدوثه بدرجة متوسطة ويعانون من تكرار وشدة نقص الشعور بالانجاز بدرجة عالية.

#### 8-الاحتراق النفسي والضغط النفسي:

يعد الاحتراق النفسي شعور عام بالإجهاد ومستوى عال من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة الضغوط الكثيرة في عمله.(هيجان عبد الرحمان، 1998) فالاحتراق النفسي مجموعة من ردود الأفعال مترتبة عن وضعيات مطولة من الضغط المهني، أي أن الاحتراق النفسي ليس بضغط حاد الشدة وإنما تكرار لضغط مزمن في بيئة العمل.(Pines et Aronson,1988)

غير أن الإحتراق النفسي لا يعني بان الفرد يعيش حالة ضغط مهنية فقط، إذ يحدث الضغط كلما توفرت حالة عدم التوازن بين متطلبات المحيط وقدرات الفرد، فالاحتراق النفسي يحدث إذا ما افتقر الفرد لعوامل التخفيف من شدة الموقف الضاغط، وفي مثل هذه الحالات يصاب الفرد في كل أبعاد حياته ويتضح هذا من خلال جملة من أعراض الاحتراق النفسي.( Gilliland et James,1997)

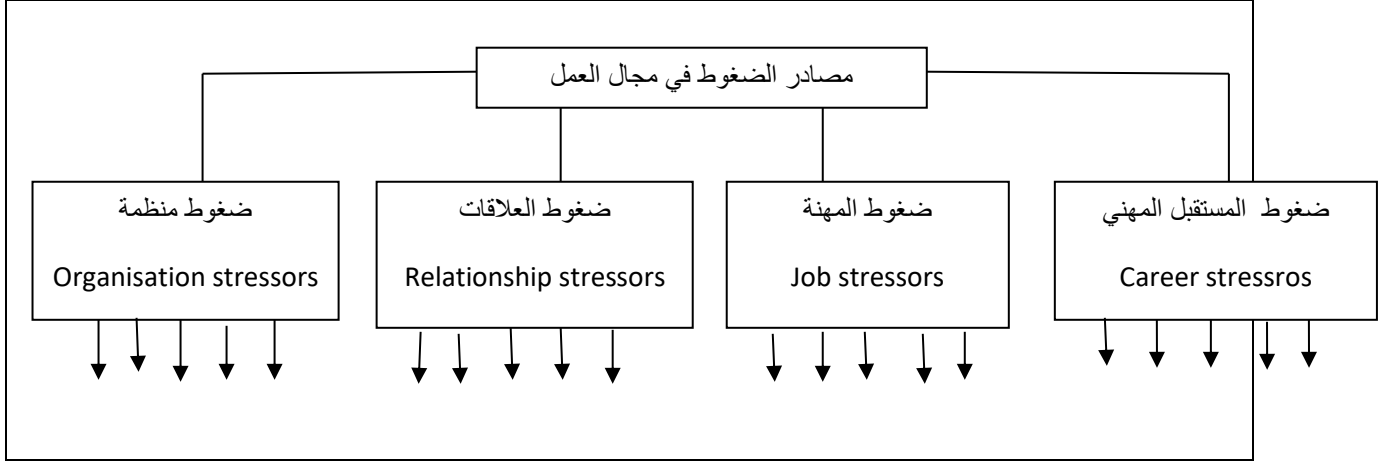
وبالتالي فالتعرض المزمن للضغط المهني شديد ومتكرر يعمل على تكس الضغط عند الفرد وينتج عن ذلك إنهاك موارده وطاقته وقدراته. (Freudenberger,1974)

ومن هذا المنطلق يعتبر الضغط المستمر والشديد في محيط العمل بمثابة أولى مقدمات الاحتراق النفسي هذا الأخير يعبر عن مجموعة من ردود أفعال مترتبة عن وضعيات مستمرة من الضغط المهني.(فوزية سعيد حسن، 2003)

وتبعا لهذا المفهوم وضع Cherniss(1980) العلاقة بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي باعتبار الاحتراق النفسي مجموعة من المراحل، أين يقوم فيها العامل الذي كان سابقا ملتزما بالتخلي عن التزامه اتجاه عمله استجابة للضغوط التي يشعر بها. (Cherniss,1980)

فقد توصلت دراسة Roger(1984) إلى أن ضغوط العمل ونقص الاستقلالية والاعتراف من الأسباب الأساسية للتعرض للاحتراق النفسي، وهي النتيجة التي أكدت عليها بحوث كل من: Muchinsky(1987) وBurke(1988) ونظرا لارتباط الاحتراق النفسي بضغوط العمل المتميزة بالاستمرار والتكرار يعتبر جمعة السيد يوسف(2004) أن المصدر الرئيسي لظاهرة الاحتراق

النفسي لا يرجع للفرد بقدر ما يرجع إلى بيئة العمل، المتسمة بالمستويات المرتفعة من الضغوط والتي لخصها في الشكل الموالي:



الشكل رقم (05): مصادر ضغوط العمل (جمعة سيد يوسف، 2004)

وفي نفس السياق يرى Folkman و Lazarus (1984) أن الضغوطات المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقة، مرهقة وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد، أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل وقدرة الفرد على الاستجابة لها بينما الاحتراق النفسي يمثل المرحلة النهائية في عجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل، بحيث تظهر أعراض جسمية وانفعالية ودافعية وسلوكية مختلفة. (Lazarus et Folkman, 1984)

وقد أشار العديد من الباحثين أمثال: Kyriacou (1987) - Mc.Brid (1988) - Schwarzer Schmitz et Tang (2000) إلى أن الاحتراق النفسي يعد انفعالية سلبية ترتبط بشكل وثيق مع تعرض الفرد المستمر والدائم لمواقف ضاغطة، تجعل من الفرد يفقد قدرته على التعامل معها، أو مع ضغوط نفسية أخرى إضافية، وبالرغم من العلاقة الرابطة بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي إلا أنهما مفهومان متميزان أحدهما عن الآخر، فالاحتراق النفسي يتسم بظهور اتجاهات ومشاعر سلبية اتجاه العملاء والعمل بحد ذاته وأخذ مسافة بين العامل والعملاء، هذا ما لا نجده بالضرورة في حالات التعرض للضغط النفسي في محيط العمل هذا من جهة ومن جهة أخرى الاحتراق النفسي يعتبر كخاصية للأفراد الذين يبذلون كل ما بوسعهم في العمل

منذ بداية مزاولته، على غرار الأفراد المتعرضين للضغط النفسي في محيط العمل والذين لا يحملون هذه الخاصية. (Hombergh and al,1997)

وقد رأى الكثير من الباحثين أن هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما فقد ذكر Farber فاربر أن الضغوط النفسية يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، بالمقابل فإن الاحتراق النفسي يكون دائما وأبدا سلبيا كذلك يرى Farber فاربر أن الاحتراق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية، أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية وإنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تحضا بالاهتمام ولا تجد المساندة الضرورية، على الوجه الذي يؤدي إلى تلطيف أثارها والحد من مضاعفاتها. (هارون توفيق الرشيد، 1999)

### 9- الاحتراق النفسي والاضطرابات الجسمية:

يشير مفهوم الاحتراق النفسي إلى حالة من الإنهاك العقلي والانفعالي الجسدي التي تعتري الفرد نتيجة لتعرضه المستمر للضغط. (Hewen and al,2003) وبما أن الاحتراق النفسي ينشأ من الضغوط النفسية، فمن غير المدهش أن يكون مرتبطا بالتغيرات في الوظائف الفيزيولوجية والعصبية الصماوية، فقد لاحظ (Pruessner and al (1999 بأن الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي يظهرون ارتفاعا في مستويات الكورتيزول بعد الاستيقاظ صباحا. (Pruessner and al,1999) فيما إفراز القشريات الكظرية المتمثلة في الكورتيزول بطريقة متواصلة مما جعل نسبة الكورتيزول في الدم واللعب مرتفعة جدا. (Dantzer and Goodall,1994)

إضافة إلى ذلك فقد تبين ارتباط الاحتراق النفسي في ظهور التلاصق بين الكريات الدموية البيضاء وبالتغيرات العكسية في المناعة. (Lerman and al,1999) ففي دراسة عرضية حول إضعاف استجابات الجهاز المناعي أجريت على الأطباء توصلت نتائج كل من الباحثين Bardieri,Rovesti Vivoli and Bargellini (2000)، إلى أن أولئك الذين يعانون من الاحتراق النفسي تنخفض لديهم نسبة لوكوسيتات Leucocytes مقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من الاحتراق النفسي. (Boudarene,2005)

كما تبين من خلال الدراسة العرضية لـ Yoshida et Ogino (1999) بأن درجة الاحتراق النفسي المرتفعة تترافق بانخفاض النشاط للخلايا للمفاوية السامة (القاتلة NK). (Schweitzer, 2006)

ويعد ارتفاع مستوى الكورتيزول وانخفاض الدفاعات المناعية عند الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي، عاملاً مساعداً على تعرضهم لمختلف الأمراض الجرثومية والفيروسية وهذا ما أكدت عليه دراسات كل من: Schapira, Berliner (2005) و Shirom (1989) ولا تقف الآثار الجسمية والاضطرابات الناجمة عن الاحتراق النفسي عند هذا الحد، وإنما تنعكس أيضاً على إحداث تغيرات في وظائف الأعضاء إذ أن بقاء المستوى المرتفع للاستثارة الفيزيولوجية مرتفعة حتى بعد العمل يتسبب بمرور الوقت في حدوث الأرق، التعب المزمن وارتفاع احتمال التعرض لإصابة القلب والأوعية الدموية عند المهنيين الذين يعانون من الاحتراق النفسي. (Rascale and Schweitzer, 2006)

قد توصل Mulder and Appels (1989) إلى أن الإنهاك الانفعالي يرتبط بوتيرة اضطرابات النوم وبعض أمراض القلب والأوعية الدموية (ارتفاع عدد دقات القلب والانسداد الشرياني) كما توصل Bhgat and al (1995)، إلى أن الإنهاك الانفعالي مرتبط بشكل كبير بظهور الأمراض في مختلف المهن بحيث يضاعف الإنهاك الانفعالي بمرتين خطر التعرض لسكتة قلبية خلال السنوات الأربع الموالية، بغض النظر عن عوامل التعرض الكلاسيكية . ونبأت نتائج القياس الأولى للاحتراق النفسي في دراسة طويلة لكل من: Kushnir and Shirom (2002) بارتفاع نسبة الكولسترول ثلاثي الغليسريد ونسبة حمض البول في الدم إضافة إلى تذبذب في المخطط الكهربائي للقلب .

وفي دراسة طويلة لمدة خمس سنوات قام بها Melamed, Shirom et Froom (2003) توصلوا إلى أن خطر تطور داء السكري الغير مرتبط بحقن الأنسولين خلال المتابعة بنسبة 1.83 عند العمال الذين كانت نتائج قياسهم الأولى للاحتراق النفسي مرتفعة. (Van deweerdt and al, 2003)

وقد ورد عن سامر جميل رضوان (2007) بأن الاحتراق النفسي يشتمل على اضطرابات جسمية عديدة شبيهة بإحساس الإنسان قبل الإصابة بالأنفلونزا، إذ تضم الاضطرابات الجسمية التالية:

صداع وألم في الأعضاء، ارتفاع طفيف في الحرارة، التعب أثناء النهار، نوم سيئ في الليل، ألم في اللوزتين، ألآم في الغدد، وتشير هذه الحالة إلى العمل المكثف جدا لجهاز المناعة التي يقوم بها الجسد إلا أن هذه الاضطرابات الجسدية تعد كحالة دائمة دون أن تظهر الأنفلونزا.(سامر رضوان، 2007)

ومن جهته طه فرج عبد العظيم (2006) أكد على أن الاحتراق النفسي يعمل على زيادة عملية إفراز كمية من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع الضغط الدموي وزيادة نسبة السكر في الدم واضطراب الأوعية الدموية، إضافة إلى زيادة عملية التمثيل الغذائي في الجسم مما يضاعف الشعور بالإرهاق، كما أن ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم يؤدي إلى زيادة احتمال تصلب الشرايين والأوعية القلبية عند الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي.(طه فرج عبد العظيم، 2006)

وقد أوضح كل من Parker et Kulik (1995) بأن الاحتراق النفسي غالبا ما يؤثر على الصحة الجسمية للفرد الذي قد يعاني من الشعور بالغثيان، اضطرابات المعدة، الأمعاء والآلام المتفرقة على مستوى المفاصل والظهر إضافة إلى الإرهاق والتعب المفاجئ، المصحوب بضعف العضلات والآلام العضلية والصداع وألم الرأس.(Parker and kulik,1995)

فقد بين Jones (1975) في دراسته للصحة الجسمية عند الممرضين إن العدد الإجمالي للممرضين الذين أعلنوا عن مرضهم وهم يعانون من الاحتراق النفسي أكثر من أولئك الذين لا يعانون من الاحتراق النفسي.(Caplan and Jones,1975)

وعموما يترافق الاحتراق النفسي بانخفاض في النشاط المناعي مما يجعل صاحبه مستهدفا للعديد من الأمراض الجسدية الجرثومية منها والفيروسية، كما يؤثر على العديد من الأجهزة العضوية للجسم، فيما يلي نماذج لبعض الأمراض والمشكلات الجسمية المرتبطة بالضغط:

-الجهاز القلبي: ويشمل النوبات القلبية، ضغط الدم المرتفع، الذبحة الصدرية، تارع ضربات القلب

الجهاز الهضمي: يضم قرح الفم، الإسهال، الإمساك، القولون

الجهاز التنفسي: الربو، صعوبات التنفس، الإغماء

الجهاز العظمي والهيكلية: تيبس العضلات، ألم الرقبة، التهاب المفاصل، ألم الظهر، الصداع المرتبط بالتوتر، اضطكاك الأسنان  
الجهاز البولي: الاستثارة والرغبة الزائدة في التبول  
الجلد: الإكزيما والصدفية  
الشعر: تساقط الشعر والصلع. (طه فرج عبد العظيم، 2006)

مما سبق نستنتج أن للاحتراق النفسي عواقب خطيرة على الحالة النفسية والجسمية للمصاب لذا وجب وضع برامج وقائية للحد والتخفيف من آثاره على الصحة الجسمية للفرد لأنه يؤدي في الكثير من الأحيان إلى الموت.

### 10- الاحتراق النفسي ومهنة التمريض:

طرحت ظاهرة الاحتراق النفسي في بادئ الأمر عند مهن المساعدة والتي تتضمن الممرضين عمال الرعاية الاجتماعية الأطباء المعلمين..... الخ (نصر يوسف مقابلة، 1994) إذ أن هذه المهن يكون فيها المنح والعطاء أكثر من الأخذ لأنها مهن تقدم مساعدة، عون، علاج، نصيحة، معرفة ودعم للآخرين، فيبذل الأفراد العاملين في هذه الميادين نوع من العلاقة مع الآخر وهذه العلاقة تكون قسم مهم، إن لم نقل أهم شيء في عمله بحيث يمكن اعتبارها مركز نشاطهم المهني ولطبيعة العمل في حد ذاته فإنهم معرضون دائما لحالات من الطوارئ والشدائد المعتبرة. (Pezet, 2003)

ففي مهن المساعدة يمكن الحديث عن الاحتراق النفسي عندما لا يستطيع الأفراد مواجهة إرغامات العمل الانفعالية المقابلة للبذل العلائقي مع المستفيدين من الخدمة، وعلى العموم فإن التراث العلمي يضع في مقدمة المهن الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي عمال الصحة وكل المهن التي تتضمن نوع من المساعدة والاحتكاك مع الجمهور بحيث تشكل مظهرها مهما من طبيعة العمل المنجز. (Borritz and al, 2005)

ويشير كل من Morch et Chestnut- (1979) Maslach- (1984) Schinn, Rosario (1984) بإنهاك مؤشرات ثلاث يستبدل بها على وجود ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرض، وهي الإجهاد الانفعالي والتقليل من شأن العملاء والإحساس بتدني مستوى الأشخاص في العمل، إذ يظهر الممرضون اتجاهات ساخرة ومشاعر قاسية تجاه الأشخاص الذين يقدمون لهم

الخدمات، كما أنهم يحملون نظرة سلبية اتجاه العملاء الذين يتعاملون معهم. (Maslach, 1979, Schinn, Rosario, 1984, Morch and Chestnut, 1984)

ويعد الأثر الذي يتركه الاحتراق النفسي لدى الممرض متعدد الجوانب فهو يرتبط بالتغيب عن العمل دون إعار، وبتغيير العمل باستمرار واخذ فترات طويلة من الراحة أثناء العمل وحتى وعندما يرجع الممرض الذي يعاني احتراقا نفسيا، إلى المنزل غالبا ما يشعر بالتوتر ويتعرض لمشاحنات أكثر مع أفراد العائلة كما أنهم أكثر ميلا للإصابة بالأرق في شرب الكحول وتعاطي المخدرات وأكثر عرضة لتطوير الاضطرابات السيكوسوماتية، لذلك يشكل الاحتراق النفسي عبئا على كل من المؤسسة الإستشفائية والممرض. (Kulik and al, 1993)

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

فلوقت الطويل الذي يتم قضاؤه مع العملاء والتغذية الرجعية البسيطة والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح وصراع الدور وغموض الدور جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الاحتراق النفسي عند فئة الممرضين. (Maslach, 1979)

خصوصا عندما يتوقع من الممرضين التعاطف مع المرضى والاهتمام بهم بكل عطف وتقديم الرعاية والتعامل مع الأحاسيس العاطفية (الألم، الفزع، المعاناة، .....)

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

لا سيما وأن الممرض يقوم بخدمات عديدة في آن واحد إذ يقوم بمراقبة ومقابلة المرضى ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم سبل اتباع العلاج الموصوف، فوائده ومضاره ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى، كما يساعدهم ويلعب دورا مهما في استيعاب مرضهم ومسبباته، طرق تشخيصه وعلاجه ويقدم الإرشادات الضرورية للمساعدة على تقبل المرض. (وسام درويش، 2008)

ولهذا تصنف مهنة التمريض ضمن مهن المساعدة الاجتماعية التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الاحتراق النفسي الذي يظهر على شكل: فقدان الممرض



الاهتمام بعمله ومرضاه إذ ينتابه شعور بالتشاؤم وتبدل المشاعر واللامبالاة نفاذ الصبر والإهمال وقلة الدافعية والحماس بالإضافة إلى فقدان القدرة على الإبداع والابتكار في مجال التمريض وكثرة التغيبات المتكررة والغير مبررة. (Gil and al,2006)

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

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

#### 10- نتائج الاحتراق النفسي:

يشير كنجهام Cunningham (1915) إلى أن تبعات الاحتراق النفسي تتمثل في مجموعة من الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية والتي تنتج عن تعرض الفرد للمستويات المرتفعة من الضغوط، والتي تعتمد بشكل كبير على إدراك الفرد وتفسيره للعالم من حوله والتعامل مع هذا العالم

• الاستجابات الفيزيولوجية: وتتمثل التبعات الفيزيولوجية في:

-ارتفاع ضغط الدم

-ارتفاع معدل ضربات القلب

-اضطرابات في المعدة

-جفاف في الحلق

-ضيق في التنفس

\* الاستجابات النفسية: أما التبعات النفسية فتتمثل في

الاستجابات العقلية:

ومن أمثلة الاستجابات العقلية نقص القدرة على تركيز واضطراب التفكير وضعف القدرة على حل المشكلات وإصدار الأحكام واتخاذ القرارات



### الاستجابات الانفعالية:

والاستجابات الانفعالية تتمثل في القلق، الغضب، الاكتئاب الحزن والوحدة النفسية وفي هذا الصدد يشير كنجهام Cunningham إلى انه إذا ظل الموقف مستمر فان انفعالات الفرد تزداد اضطرابا

الاستجابات السلوكية: أما الاستجابات السلوكية فتتمثل في العدوان، ترك المهنة، زيادة معدلات الغياب والتعب لأقل مجهود (زيدان، 1991)

### 11- كيفية تفادي الاحتراق النفسي:

حالة الاحتراق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تفاديها والوقاية منها ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث التغذية والنشاط الحركي والاسترخاء الذهني من الأمور الحيوية المكمل للجهود المؤسسية في تفادي الاحتراق النفسي، وبصورة عامة يوصي الباحثون باتباع الخطوات التالية:

- 1- إدراك أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الاحتراق النفسي.
- 2- تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الاختبارات التي توضح له الأسباب.
- 3- تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة.
- 4- تطبيق الأساليب أو اتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها:  
تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم فني اجتماعي، إدارة الوقت، تنمية هوايات، مواجهة الحياة كتحدى للقدرات الذاتية، الابتعاد عن جو العمل كلما أمكن ذلك، الاستعانة بالمختصين والاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في مواجهتها
- 5- تقييم الخطوات العملية التي اتبعها الفرد كمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها واتخاذ بدائل إذا أُلزم الأمر. (عسكر، 2003)

### مقاييس الاحتراق النفسي:

\*مقياس الاحتراق النفسي ل "فرويدنبرجر" 1980 (Burnout questionnaire)

\*مقياس الاحتراق ل: "جونس" 1980 (Le staff burnout inventory)

\*مقياس ماسلاك للاحتراق 1980 (Maslach burnout inventory)

- \*مقياس فورد، مورفي وادوارد (le job burnout inventory de Ford)  
(Murphyedwards)
- \*مقياس "ماير" 1984 (Le meier burnout assessment)
- \*مقياس "شيرنس" 1986 (Le cherniss burnout measure)
- \*مقياس "ماتيسوس" (Le mathews burnout scale) 1986 (Clementine 2006 p2)
- \*مقياس سيدمان وزاجر (Leteacher burnout scale de seidman et zager)
- \*مقياس مقياس كوبنهاغن بالدنمارك (CMI) (Le copenhagen burnout iventory)
- \*مقياس كارفر وشاير 1997 (Indice de cope de Carver et Scheier)
- \*مقياس بينس وارنسون 1981 (BM1981) (Le burnout measure) (نبار، 2012، ص64)

## القسم الثاني: التفاؤل والتشاؤم

تمهيد

- 1-الإطار النظري للتفاؤل والتشاؤم
  - 2-تعريف التفاؤل والتشاؤم
  - 3-المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم
  - 4- أنواع التفاؤل والتشاؤم
  - 5- العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم
  - 6-خصائص الأفراد المتفائلين والمتشائمين
  - 7-التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعض المتغيرات
  - 8-قياس التفاؤل والتشاؤم
- خلاصة

### تمهيد:

يعد مفهوم التشاؤم والمقابل له التفاؤل من المفاهيم النفسية الحديثة نسبياً، التي دخلت إطار البحث المكثف في مجال علم النفس، حيث ينظر إليها اليوم على أنها من متغيرات الشخصية ذات الأهمية والتي تتمتع بثبات نسبي وهناك من يراه ثنائي القطب وآخرين يرونه على أنه أحادي القطب، لكن باختلاف تصنيفاته هذا لا يمنع من أن هاتين السمتين تؤثران بشكل مباشر أو غير مباشر على السلوك الإنساني من نواحي عدة حيث يسيطر على سلوك الفرد أحياناً نزعة إلى توقع الخير أو السرور، توصف هذه الحالة بأنها التفاؤل على حين تغلب عليه في أحياناً أخرى نزعة إلى توقع الشر، وسوء الطالع وتوصف هذه الحالة بأنها التشاؤم، هذا يعني أن التفاؤل والتشاؤم لهما تأثير لا يمكن إنكاره أو التقليل من أهميته على السلوك الإنساني، إذ يؤثر كل منهما على الحالة النفسية للفرد وعلى توقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل سواء كانت تفاؤلية أو تشاؤمية.

### 1- الإطار النظري للتفاؤل والتشاؤم:

نظر التراث النفسي الحديث إلى العلاقة بين هذين المفهومين، ويمكن أن نعدد على الأقل نظريتين إلى هذه العلاقة أولهما أن التفاؤل والتشاؤم سمة واحدة ولكنها ثنائية القطب، هذه السمة لها قطبان متقابلان متضادان ولكل فرد واحد نقطة واحدة عليه، ويتضمن أن الفرد الواحد لا يمكن مثلاً أن يكون متفائلاً جداً ومتشائماً جداً إذ أن له درجة واحدة على المتصل، واعتماداً على هذا المنحنى فإن قياس هاتين السمتين يمكن أن يتم بمقياس التفاؤل وحده أو مقياس التشاؤم وحده، إذ أن السمتان متضادتان وتعد درجة إحداهما مقلوباً للآخر فدرجة التفاؤل المرتفعة تعني درجة التشاؤم منخفضة والعكس بالعكس وهناك عدد من الباحثين يناصرون هذا التوجه ثنائي القطب.

على هذا هناك رأي آخر مناقض لسابقه وهو أن التفاؤل والتشاؤم سمتان مستقلتان ولكنهما مترابطتان، كل بعد هنا يشكل بعداً مستقلاً أحادي القطب يبدأ من أقل درجة على التفاؤل وقد تكون ( صفراً ) إلى أقصى درجة والأمر ذاته مستقلاً بالنسبة للتشاؤم، هذا يعني أن التفاؤل ليس بالضرورة عكساً دقيقاً للتشاؤم على الرغم من هذا التصور النظري سمي التفاؤل والتشاؤم فإن هذا الاستقلال نسبي ( عبد الخالق، 1996: 70، 71).

نجد من بين النظريات المفسرة لمفهومي التفاؤل والتشاؤم:

### 1.1 نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد Freud أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة و أن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية وللعقدة النفسية ارتباط وجداني سلبي شديد التعقيد والتماسك اتجاه موضوع ما من الموضوعات الخارجية أو النفسية، فيعتبر الفرد متفائلاً إذا لم يقع في حياته حادث ولو حدث العكس تحولت إلى شخصية متشائمة ومعنى ذلك أن الفرد قد يكون متفائلاً جداً إزاء أحد الموضوعات أو المواقف فتقع حادثة مفاجئة له تجعله متشائماً جداً من هذا الموضوع ذاته كما اعتبر فرويد Freud منشأ التفاؤل والتشاؤم من المرحلة الفمية وذكر أن هناك سمات وأنماطاً شخصية فمية ناتجة عن عملية تثبيت التي ترجع إلى التدليل والإفراط في الإشباع وإلى الإحباط والحرمان (عبد الرحمان، 1998).

وأطلق فرويد Freud مصطلح التفاؤل الفمي للدلالة على التفاؤل الظاهر كسمة طبع فمي فكل اتجاه إيجابي أو سلبي نحو الأخذ والتلقي له أصل فمي وبوجه خاص كلما كان هناك إشباع فمي بارز عادة في الطفولة فالنتائج هي طمأننة الذات والتفاؤل اللذان قد يدومان طوال الحياة ومع هذا يلاحظ أنه إذا أعقب الإحباط هذا الإشباع فيما تكون قد خلقت حالة انتقامية مقترنة بالإلحاح في الطلب (الدسوقي، 1990).

ويرى فرويد Freud أن الشخص المتفائل أو المتشائم بعلاقاته مع الأحداث الخارجية التي أضفى عليها معنى تكون نتيجة دافع لا شعوري نتيجة للوجود ورغبات وميول مكبوتة. (الأنصاري، 1998).

ويتفق ريكسون Rekson مع فرويد Freud في أن المرحلة الفمية الحسية قد تشكل لدى الرضيع الإحساس بالثقة الأساسية أو الإحساس بعدم الثقة والذي بدوره يظل المصدر الذاتي لكل من الأمل والتفاؤل أو اليأس والتشاؤم خلال بقية الحياة، فعندما تستجيب الأم لجوع الطفل بالتغذية المناسبة والعطف يتعلم بعض الارتباطات بين حاجته والعالم الخارجي وهذا الشعور الأولي بالثقة، أما إذا أهملت الأم احتياجات وليدها لأنه يتولد لديه ما اسماه ريكسون Rekson بالشك، وإذا ما كان المعدل السيكولوجي بين هذين المتغيرين (الثقة وعدم الثقة) كبيراً لصالح الشك فمعنى هذا أن الأنا في خطر وقد يؤدي بالطفل إلى عدم التكيف فيما بعد والاتصاف بالتشاؤم، بينما يتحقق العكس إذا كانت درجة الثقة أقوى فإن الطفل يتعلم رؤية العالم بتفاؤل وأمل وتمتع الأنا بهذه الايجابية وتكيفها يساعد على النمو خلال بقية حياته. (عبد الرحمان، 1998).

### 2.1 النظرية السلوكية:

تجارب الفعل المنعكس الشرطي إمكانية تكوين استجابة معينة للرموز أو اكتساب التفاؤل والتشاؤم من الرموز بطريقة تجريبية، متى توفر الدافع أو المنبه الطبيعي أو المثير الصناعي أو الرمز والثواب والعقاب . (هيله سليم، 2006).

يمكن اعتبار التفاؤل والتشاؤم من الرموز المنبهات الداخلية من قبيل الاستجابة المكتسبة الشرطية ويترتب على ذلك ظهور تكرار رمز معين مرتبط بحادث سيء لشخص، يصير هذا الفعل المنعكس الشرطي رمزا بالتشاؤم والعكس بالنسبة للنتيجة السارة. (بدوي، 1986) .

ومن بين الآراء التي قدمها أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات والأهداف والطموحات وفعاليات الذات، حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة والذي يتم على ضوء مفاهيم المنبه والاستجابة والتدعيم، لذلك فإن سلوك الفرد يرتبط بالتدعيم لبعض المواقف وبالتالي تتكون لديهم توقعات بالنجاح أو الفشل إزاء الأحداث المستقبلية.

واهتم بندورا Bandura بمفهوم الفعالية الذاتية الذي يعني توقع الفرد بأن لديه القدرة على أداء السلوك الطي يحقق نتائج مرغوب فيها، وميز بين الفعالية وتوقعات النتيجة، حيث يرى أن توقع نتائج التفاؤل والتشاؤم هو الاعتقاد بأن القيام بسلوك معين سيترتب عليه نتائج مرغوب فيها، فتوقع النتائج يعتبر أحد محددات السلوك. (هيله سليم، 2006).

### 3.1 النظرية المعرفية:

أخذ التوجه نحو التفاؤل والتشاؤم يتغير في الستينيات والسبعينيات، حيث أشار كل من مولتان وستونغ Multin et stang إلى أن اللغة والذاكرة والتفكير تكون أيجابية بشكل انتقائي لدى المتفائلين، إذ يستخدم الأفراد المتفائلون نسبة أعلى من الكلمات الايجابية مقارنة بالكلمات السلبية سواء كانت في الكتابة أو الكلام أو التذكر الحر فهم يتذكرون الأحداث الايجابية قبل السلبية. (اليحفوفي، 2002).

كما بينت مراجع تيلور وبراون (Taylor et Brown, 1988) للأدبيات أن الناس عامة ينزعون باتجاه الإيجابية عدا بعض الاستثناءات المتمثلة في الأفراد الذين يعانون من القلق والاكتئاب ويذكر (Goleman, 1995) أنه عندما طلب من بعض المكتئبين ترتيب جملة تتكون من ستة

كلمات، غير مرتبة لوحظ أنه قد نجح عدد في ترتيب جمل مثيرة للتشاؤم أكثر من ترتيب جمل دالة على التفاؤل.

ذكر (Weiner, et al) أن الفرد إذا عزی فشله لعامل مستقر (داخلي/خارجي) فإن الفشل مستقر وداخلي سيؤثر على توقعات مستقبلية متشائمة لدى الفرد نفسه، أو لدى الآخرين عن أدائه في المستقبل وسيزداد هذا التشاؤم عندما يعتقد الفرد بأن السبب لا يمكن التحكم فيه وتغييره والعكس صحيح (العنزي، 2001).

بينما يرى Snyder أن التفاؤل يحتوي على عنصر يسمى التخطيط ويقوم على حقائق منطقية مجردة تتضمن نوعاً من النشاط المعرفي. (هيله سيلم، 2006).

#### 4.1 النموذج الاسلوب التفسيري:

وجد كل من سيليجمان و أبرامسون وآخرون (Seligman, Abramson et al, 1978)، إن الأفراد ينمو لديهم أساليب تفسيرية explanatory styles، أو طرق للتفسير والشرح methods of syplaning، للأحداث السلبية، فتلك الأساليب تفسر لماذا يستسلم بعض الأفراد لهذه الأحداث والبعض الآخر قد يتغلب على تلك المواقف. (Wealhingto and Hayes, 2007, p567).  
فإن شخصية الفرد وخبراته السابقة وأساليب تعلمه وتفكيره تؤثر على طريقته في معالجة الأحداث والمواقف، ومن الطبيعي أن نجد علاقة واضحة بين أساليب تفكير الفرد وبين سلوكه وطريقة تعامله مع المعرفة والمعلومات واستخدامها في حل ما يواجهه من مشكلات، كما يمكن ملاحظة الفروق بين الأفراد من أساليب في أداء ما يوكل إليهم من مهام وفي مواجهتهم للمشكلات الحياتية. حيث يفضل البعض تناول الأحداث بأساليب عقلانية ويفكرون في الايجابيات واحتمالات النجاح وهم الأفراد الأكثر مرونة في تفكيرهم والأكثر اهتماماً وبذلاً للجهد في سبيل النجاح، بينما البعض الآخر يهتم بحصر السلبيات واحتمالات الفشل وما يصاحب ذلك من مشاعر اليأس والإحباط، مما يقلل من عزيمتهم وجهدهم ويزيد توترهم من توقع الفشل أكثر من النجاح. (صلاح مراد ومحمد عامر احمد، 2001: 11).

بناءً على ذلك فإن التفاؤل في نظرية \* سيلجمان Seligman \* عبارة عن أسلوب تفسيري تحليلي والأشخاص المتفائلين تبعاً لهذه النظرية يصفون الأحداث السلبية على أنها عبارة مؤقتة وحدثت من خلال مواقف نادرة وغير متكررة، في مقابل متشائمين فهم يصفون الأحداث الخبرات

السلبية على أنها دائمة ولا تتغير مما يجعلهم يشعرون بالعجز لأنهم لا يستطيعون السيطرة في حياتهم كما يعتقدون. (جمعة سيد يوسف، 2001: 106)

### 5.1 النموذج الذاتي للسلوكيات:

طور هذا النموذج كل من \* شاير وكارفر Scheier et Carver \* و تمحورت الفكرة الأساسية له حول الأساليب التي يوجه لها الأفراد نشاطاتهم باتجاه الأهداف المسطرة، بمعنى أن سلوكيات الأفراد موجهة بشكل كبير لمعتقدات التي يتبنونها حيث يعتقدون بأن أهدافهم قابلة للتحقيق في الواقع فيستمترون في بذل مجهودات ( حتى وإن كانت محدودة) في سبيل تحقيقها (2002, Schawetzer).

وحسب هذا النموذج فإن التفكير التفاؤلي هام في الحفاظ على الانفعالات الايجابية والمتابعة العملية لتحقيق الأهداف ومواجهة الشدائد (Voblrath, 2006)

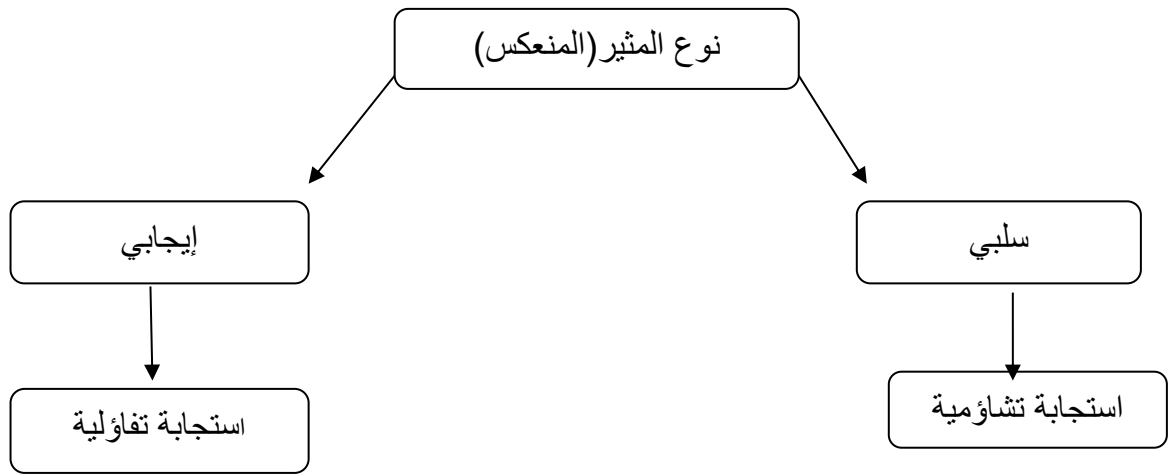
وقد برهن كل من \* شاير وكارفر Scheier et Carver \* أن تأثير التفاؤل على مختلف النتائج المتعلقة بمواقف الحياة يرتبط بصفة مباشرة بطبيعة التنظيم الذاتي للشخص، وأضافا أن كل السلوكيات البشرية يمكن أن توصف على أنها أهداف مسطرة مسبقا، وقد أكد كل منهما بأن الفرد عندما يكون واعيا مسبقا بالتناقض بين أهدافه، وبين وضعه الحالي، يقوم بمعالجة تقديرية للموقف، بحيث إذا أدرك الفرد بأن هذا التناقض أو الفجوة يمكن أن تقلص، وبأن النتائج المرجوة يمكن أن تتحقق فيقرر أن يواصل بذل مجهودات للوصول إلى تلك النتائج المرجوة، أما إذا أدرك الفرد بأن النتائج المرجوة غير قابلة للتحقيق، فسيقلل من الجهود التي يمكن أن تبذل في سبيل تحقيقها، وانطلاقا من الجهود التي يمكن أن تبذل في سبيل تحقيقها، وانطلاقا من هذا التصور يفترض الباحثان بأن الأشخاص المتفائلون يعملون بشكل شاق ويقومون بمواجهة أي مشكلة تواجههم، أما الأشخاص المتشائمون فسيستسلمون بسهولة ولا يواصلون بذل المجهودات في سبيل تحقيق غاياتهم Kluemper, 2009

من خلال النظريات المقدمة يلاحظ أن نظرية التحليل النفسي تؤكد على أن التفاؤل هو جزء من هذه الحياة وأن التفاؤل والتشاؤم يقع في المراحل الحياتية المبكرة، وكذلك نتيجة الإرث التاريخي لذلك المجتمع، بالإضافة إلى العقد النفسية التي قد تنشأ نتيجة الاعتقادات النفسية أو نتيجة التنشئة الاجتماعية التي ربما تكون غير سليمة.



أما فيما يخص النظرية السلوكية فتؤكد على دور التقليد والمحاكاة في التفاؤل والتشاؤم، وبالتالي فإن كان المنبه سلبيا، تكون استجابة الفرد متشائمة، أما إذا كان المنبه إيجابيا، فإن الاستجابة تكون مثيرة للتفاؤل، وعليه يرى الباحث أنه يمكن تفسير هذه العلاقة من خلال الشكل التالي.

مخطط رقم (06): يوضح تأثير المنبه في استجابة الفرد التفاؤلية أو التشاؤمية



أما فيما يخص النظرية المعرفية فهي ترى أن التفاؤل والتشاؤم، وبدرجة كبيرة التفاؤل الذي يساعد الفرد على التخطيط بدقة نحو المستقبل يعتمد على استحضار لكل الخبرات الشخصية التي مرت على الفرد.

وتعتبر كل من نظرية \* شاير وكارفر Scheier et Carver \* و \* سيلجمان Seligman \* ضمن النظريات المعرفية المفسرة للتفاؤل حيث أن الفرد المتفائل هو شخص يمتلك مجموعة من الأفكار والمعارف والمعتقدات والتوقعات الخاصة بالمواقف والأحداث سواء الحالية أو المستقبلية، والتي يستخدمها في تفسير الأحداث ومدى إمكانية تحقيق رغباته المستقبلية.

ويتفق كل من \* شاير وكارفر Scheier et Carver \* و \* سيلجمان Seligman \* في أن التفاؤل والتشاؤم سمة شخصية إلا أن هذا الأمر نراه بشكل واضح وصريح عند كل من \* شاير وكارفر Scheier et Carver \* ، أما عند \* سيلجمان Seligman \* فالأمر قد يختلف بعض الشيء، حيث يرى أن التفاؤل والتشاؤم يعتمد على طريقة التفكير في الأسباب أو ما يسمى أسلوب التفسير

أن الشخص المتفائل عند\* شاير وكارفر Scheier et Carver\* يعتمد بان الأشياء الجيدة ستحدث في المستقبل على الرغم من افتقاره إلى المعارف والمعتقدات الهامة المتعلقة بالطرق والوسائل للوصول لأهدافه المستقبلية، أما الشخص المتشائم يعتقد بأن الأشياء السيئة ستحدث له في المستقبل على الرغم من افتقاره للمعلومات التي تؤكد له بان تلك الأحداث سوف تحدث.

## 2-تعريف التفاؤل والتشاؤم:

تعددت تعريفات التفاؤل والتشاؤم من قبل الباحثين المختصين لما لهاتين سمتين من تأثير على شخصية الفرد، فهناك مجموعة من الباحثين اتفقوا في إطار عام على نفس التعريف وهناك مجموعة أخرى ركزت على جانب وأهملت جانباً آخر في هاتين سمتين إلا أن هذه التعاريف جاءت مكملية لبعضها البعض لتعطينا حوصلة معلوماتية حول التفاؤل والتشاؤم من منظور علماء النفس.

### أولاً: التفاؤل Optimism

عرفه\* شاير، كارفر\* (Scheiers Carvier, 1985) بأنه النظرة الايجابية والإقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانه تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد بإمكانه تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيئ، ويضيف في نص أحدث (Scheiers Carvier, 1987) أن التفاؤل استعدادي من داخل الفرد الواحد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة أو الايجابية، أي توقع النتائج للأحداث القادمة، ويؤثران على وجود الفروق الفردية الثابتة في التفاؤل، بالإضافة إلى أن التفاؤل في رأيهما سمة من سمات الشخصية، تتسم بالثبات النسبي عبر المواقف والأوقات المختلفة ولا تقتصر على بعض المواقف. (Scheiers Carvier, 1985-1987)

عرف\* تايجر\* Tiger 1979 التفاؤل: " بأنه دافع بيولوجي يحافظ على البقاء الإنساني ويعد الأساس الذي يمكن الأفراد من وضع الأهداف، انه الأفعال والسلوكيات التي تجعل أفراد المجتمع يتغلبون على الصعوبات والمحن التي قد تواجههم في معيشتهم"

عرفه(عبد الخالق): " نظرة استبشار نحو المستقبل، تجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير ويرجوا الى النجاح ويبتعد ما خلا ذلك". (عبد الحالق، 1996، ص331)

عرفه بالدوين وآخرون (Baldwin et al, 2007) " بأنه اتجاه يشمل الجانب الايجابي للحياة كما يرتبط بالمزاج الأقل اضطرابا في الاستجابة نحو أحداث الحياة "

عرفه جولمان (Golman, 2000) "التفاؤل يعني أن يتوقع الفرد توقعات قوية الأمور عموما سوف تتحول في الحياة دائما إلى ما هو سليم على الرغم من النكسات والإحباطات، والتفاؤل جانب من الذكاء العاطفي يحمي الإنسان من الوقوع في اللامبالاة لمجريات الحياة القاسية، والتفاؤل مثل الأمل يعطي حصة الإنسان من المكاسب في حياته على أن يكون بطبيعة الحال تفاؤلا واقعيا، أما التفاؤل المفرط في السذاجة قد يسبب الكوارث (دانيال غولمان، 2000 ص30)

عرفه ديمبر (Dember, 1989) " بأنه استعداد شخصي لدى الفرد يجعله يدرك الأشياء من حوله بطريقة ايجابية، ومن ثمة يكون توجهه ايجابيا نحو ذاته وحاضره ومستقبله" (بدر محمد الأنصاري ونجوى الجوفي، 2007، ص314)

يتضح جليا مدى اتفاق الباحثين في أن التفاؤل هو توقع واتجاه للأحداث الايجابية في ضوء إدراك مختلف المواقف وعليه:

تعرف الباحثة التفاؤل في ضوء هذه التعاريف " بأنه توقع واستعداد شخصي بيولوجي كامن لدى الفرد يؤدي به إلى النظرة الايجابية للأشياء ويتم ذلك في ضوء سيرورات معرفية إدراكية التي يتم عن طريقها تصور الأحداث بطريقة ايجابية سواء كانت المواقف سلبية أم ايجابية والتي يتم على ضوءها تفسير السلوك التفاؤلي.

ثانيا: التشاؤم Pessimism:

يعرفه شاورز (Showers, 1992) " إن التشاؤم يحدث عندما يقوم الفرد بتركيز انتباهه، وحصر اهتمامه على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة وكما أن هذا التوقع السلبي للأحداث قد يحرك دوافع الأفراد أو أهدافهم وجهودهم، لكي يصغوا وقوعها، ويتسبب ذلك في التهيؤ لمواجهة الأحداث السلبية المتوقعة"

عرفه (عبدالخالق، 1996): "التوقع السلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوء ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل ويستبعد ما عدا ذلك لحد بعيد" (عبد الخالق، 1996، ص361) يعرفه (أحمد إسماعيل، 2001): " التشاؤم استعداد انفعالي معرفي مصمم ونزعة للاعتقاد أو استجابة انفعالية اتجاه الآخرين، اتجاه المواقف واتجاه الأحداث بطريقة سلبية، وتوقع نتائج

مستقبلية سيئة وضارة ويميل المتشائم إلى الاعتقاد بأن الحاضر والمستقبل سلبيان بأحداثهما، وأن تلك الأحداث السلبية تفوق الايجابية. "

يعرفه كل من (صلاح مراد ومحمد عامر، 2001): " بأنه حالة وجدانية لدى الأفراد التي يسودها الاكتئاب والوسواس والشك والبحث عن السلبيات بغض النظر عن الماضي والحاضر والخوف من المستقبل، لما يحمله من مفاجآت مفعجة وهي حالة وقتية أو مستديمة اعتمادا على الأحداث السابقة والحالية وعلى خبرات الفرد. "

يعرف ديمبر (Dember, 1989): " بأنه استعداد شخصي لدى الفرد يجعله يدرك الأشياء من حوله بطريقة سلبية، ومنه يكون توجهه سلبيا نحو ذاته حاضره ومستقبله. " ( بدر محمد الأنصاري ونجوى اليحوفي، 2007ص315)

من خلال تعاريف الباحثين المقدمة بخصوص التشاؤم يتضح أن معظمها يرتبط بالتوقع للأحداث والمواقف الانفعالية المزاجية لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والوسواس التي تكون مستمدة من الخبرات السابقة والمتكررة للفشل في مواقف مشابهة والمقصود هنا العجز المكتسب أي أنه كلما تكرر الفشل في مواقف متشابهة يحكم الفرد على ذاته بالفشل سواء في الحاضر أو المستقبل مستندا في ذلك على خبراته السابقة .

وعلى ضوء هذه التعاريف تعرف الباحثة التشاؤم " بأنه اعتقاد وتوقع الأفراد للأشياء السلبية وليس بالضرورة أن تكون مسمدة من الخبرات السابقة، بل تعتمد على سيرورات معرفية من تصور، ذاكرة وإدراك والتي على ضوءها يتحدد السلوك التشاؤمي للأحداث القادمة، كما أنه يعتبر وسيلة دفاعية لتحقيق التوازن النفسي الاعتدالي لدى الفرد في وسط ظروف اجتماعية مجهولة. "

### المفاهيم المتصلة بالتفاؤل والتشاؤم:

#### أولا: بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل:

ساهم بروز علم النفس الايجابي كمجال بحثي متكامل في إثارة اهتمام جديد في فهم المجالات الأساسية في الخبرة الذاتية الإيجابية، حيث قام الباحثون بتطوير نظريات حول المفاهيم الأساسية التي تشكل أساس علم النفس الإيجابي بما فيها التفاؤل، الأمل، السعادة والفعالية الذاتية، إلا أنه لوحظ استخدام هذه المصطلحات في الأدبيات

### الشعور بالسعادة:

جاء في معجم علم النفس والطب النفسي أن السعادة حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ من إشباع الدوافع، لكنها تسموا إلى مستوى الرضا النفسي وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات ككل. (جابر وكفافي، 1992)

أشار داينر Diener إلى أن السعادة والتعاسة على ارتباط بالتفاؤل والتشاؤم، وقد أشارت نتائج دراسة تحليلية لشخصية الطلاب السعداء والتعساء إلى صورة الذات المركبة لدى السعداء وكانت على النحو التالي: " عبارة عن شخص دافء وصادق ومخلص ويشعر بالراحة في علاقاته الطيبة ذي ضمير واع ومدرك قادر على مواجهة الأحداث متفائلا غير متشائم. " (الخالدي، 2001: 73)

### الأمّل:

يحمل هذا المصطلح بعض التشابه والاختلاف مع التفاؤل والتشاؤم من النماذج النظرية التي عززت الأبحاث التجريبية للأمّل المفهوم المعرفي إذ يعرف الأمّل: " بأنه مجموعة معرفية موجهة للحصول على هدف ما يتكون من عنصرين، الفعالية (الإصرار والعزيمة)، العنصر الثاني المسارات (الخطط، طرق تحقيق الأهداف). (Synder, 1994: 287)

### ثانيا: المفاهيم المتصلة بالتشاؤم

#### القلق:

قلق الموضوع: هو إدراك موضوعه في الواقع والأحداث التي تتضخم في بعض الأحيان أو تتغير بشكل خاطئ، هذا النوع يتشابه مع التشاؤم من الأحداث الخارجية (الموضوع) التي قد يتعرض لها الفرد في واقع الحياة والتي تنذر بأن المستقبل ينبه بأمور مأساوية

القلق العام أو المعمم: وجود قلق غير واقعي أو زائد أو توقع الأمور السلبية حول مجالات الحياة (عبد الرحمان، 1998)

#### اليأس:

يؤدي الفشل المستمر في التعامل الايجابي مع البيئة الاجتماعية إلى شعور دائم باليأس وما يصاحبه من اختفاء التوقعات الايجابية والآمال في التعبير، وإدراك أن الإنسان نتاج سلبي للبيئة. (الأنصاري، 2002)

وينظر بيك BECK إلى اليأس أو فقدان الأمل هي أنه حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل والتعاسة وتعميم ذلك الفشل، وتعني النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل. (Beck et Streer, 1988)

### العجز المكتسب:

أشار كل من أرامسون وسيلجمان وتستال Seligman et abramson et teasdale في 1978 إلى أن العجز المكتسب ينتج من التجارب المتكررة والمتعلقة بعدم النجاح، ويؤدي إلى التخلي عن الجهود والشعور بالعجز وفقدان الأمل السبب الأساسي له دفاعي ذلك أن الفشل ينتج توقعاً بعدم الضبط وتعميمه في المواقف وخلال الزمن، يتوقف على الإسنادات التي يقوم بها الأشخاص بالنسبة لعد نجاحهم وذلك لأسباب معينة. (Vitkowsky et autres, 1998: 59-60)

### أنواع التفاؤل والتشاؤم:

نظرة الباحثون إلى مصطلح التفاؤل والتشاؤم من زوايا مختلفة، فمن بين المفاهيم التي اشتملت عليها الدراسات النزوع نحو التفاؤل ولا النزوع نحو التشاؤم، الأسلوب التفسيري التفاؤلي أو التشاؤمي، ومن هذه الأنواع أيضاً التفاؤل الغير واقعي والتفاؤل الديناميكي، التشاؤم الدفاعي، التشاؤم غير واقعي

### التفاؤل الديناميكي Dynamic optimism

يذكر مور (More, 1992) أن أحد المبادئ الأساسية للدفاعية هو التفاؤل الديناميكي الذي أشار إليه على أنه اتجاه عقلائي ايجابي نحو إمكانياتنا الفردية أو الجماعية وينظر إلى التفاؤل الديناميكي على أنه يهيئ الظروف للنجاح من خلال التركيز على القدرات والفرص، والذي يغير النتائج بصورة إيجابية (هيله سليم، 2006)

### التفاؤل الغير الواقعي Unrealistic optimism

هو تفاؤل لا يبرره المنطق أو خبرة سابقة ومن الممكن أن يعمي صاحبه عن رؤية المخاطر المحتملة ويؤدي به إلى تجاهل المشاكل الصحية ويؤدي بصاحبه إلى توهم القدرة على أداء بعض المهام والحركات الخطرة. (الخضر، 1999)

عرفه تايلور وبراون (Taylor et Brown, 1988): " بأنه شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية، مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة، وبالتالي يصيح الفرد في قمة الإحباط مما قد يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض." (الأنصاري، 1988: 23)

ويرى عبد الخالق: " أن التفاؤل غير الواقعي يعني التفاؤل المتحفز ويحدث التفاؤل الغير الواقعي عندما يخفض الأفراد تقديراتهم أو توقعاتهم الشخصية أو الذاتية لمواجهة الأحداث السيئة، كما أنه لا يحدث فقط إنما يقلل الأفراد من احتمالات حدوث الأسوء من الأحداث." (عبد الخالق، 1992 )

#### التشاؤم الغير واقعي Unrealistic pessimism :

هو تشاؤم لا يستند أيضا لخبرة سيئة سابقة يمكن أن يرفع من مستوى قلق صاحبه إلى مستويات معنوية كافية ليبذل المزيد من الجهد لمواجهة المهام والأحداث المحيطة به. (الخطيب، 1999: 222)

#### التشاؤم الدفاعي Defensive pessimism

تم استخدام مصطلح التشاؤم الدفاعي في منتصف الثمانينات من قبل نتور ناسي (Ntor Nacy) ويعرف بأنه: " نزعة لدى الأفراد إلى التوقع السيئ للأحداث المستقبلية عليهم، وهؤلاء الأفراد يعترفون بأن أداءهم كان جيدا في مواقف متشابهة في الماضي، كما أن هؤلاء الأفراد يتخذون دائما موقف الشخص المدافع عن التشاؤم، أي الفرد الذي يعتقد التشاؤم مذهباً ومنهجاً في سلوكه ولا يبدو أنهم يعانون من ضعف في قدراتهم أو في مستوى أدائهم نتيجة لاتجاههم السلبي هذا." (الأنصاري، 1998: 17)

كما اختلف الباحثون حول كون التشاؤم الدفاعي يقدم وظائف إيجابية للناس الذين يستخدمونه وهذا الافتراض يناقض الأبحاث التي يرتبط فيها التشاؤم بنتائج سلبية ويختلف التشاؤم الدفاعي عن التفاؤل والتشاؤم على الرغم من أن التشاؤم يرتبط بسمة التفاؤل حتى أنه يقاس باختبار التوجه نحو الحياة الا أن هذه الارتباطات ليست عالية بما يكفي.

وتشير كل من نورم وكونتور (Norem et Cantor, 1986) إلى أن المتشائمين دفاعيا لا يبدو عليهم الضعف في قدراتهم أو في مستوى أدائهم، نتيجة لاتجاههم السلبي، وغالبا ما يكون أداءهم



في الواقع على مستوى جيد ولكن من المحتمل أن ينخفض مستوى أدائهم في بعض الأعمال.  
(هيله سليم، 2006)

### العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في التفاؤل والتشاؤم كغيرها من السمات الأخرى، ومن أهم هذه العوامل المؤثرة نجد ما يلي:

### العوامل البيولوجية:

وهي تتضمن الاستعدادات الموروثة، حيث افترض بعض الباحثون أن لها دورا في اكتساب الفرد التفاؤل والتشاؤم، وإن كانت البيئة فيها مسؤولة على إمكانية تعزيز وجودها أو خفضه لدى الأفراد. وقد أكد علماء الأنثروبولوجيا أن للوراثة أثرا كبيرا في التفاؤل الفمي المتمثل في غزارة الرضاعة والفظام المتأخر والتشاؤم الفمي المتمثل في قلة الرضاعة والفظام المبكر، فالتفاؤل بشكل عام قد ينشأ عن نشاط وقوة الفرد العقلية والعصبية، أما التشاؤم فقد ينشأ من ضعف النشاط وضعف القوة العصبية، وهي في الرقابة العقلية، ومن دراسة لفريق علمي في جامعة ستانفورد الأمريكية قد بينت أن هناك بعض التغيرات في طريقة عمل الدماغ يمكن من خلالها الفصل بين الشخصية المتفائلة والشخصية المتشائمة، وذلك من خلال دراسة لمجموعة من النساء تراوحت أعمارهن بين 19 و42 سنة وقسمت هذه المجموعة إلى مجموعتين المجموعة الأولى تضم النساء المتفائلات والمجموعة الثانية المتشائمات والعصبيات القلقات، وقد عرض العلماء المجموعتين صور لمشاهد مفرحة وصورا لأحداث محزنة وعند العرض قام العلماء بقياس نشاط النساء في عدة أماكن من الدماغ، فلاحظوا عند العرض الأول (الصور المفرحة) أن النشاط والاستجابة عند النساء المتفائلات كانت أقوى مما لدى النساء القلقات والمتشائمات بينما لاحظوا أن في أدمغة النساء المتشائمات نشاطا غير عادي موجود في أدمغة النساء المتفائلات عند عرض الصور المحزنة. (فضيلة عرفات السباعوي، 2009)

وفي دراسة لستولمان "Stoulmen, 1993" تمت الإشارة إلى قابلية توريث التفاؤل والتشاؤم يمكن أن تكون غير مباشرة، أي يمكن للتفاؤل أن يكون مبنيا بشكل جزئي على أسس وراثيا ذات علاقة بسمة الانبساط، وأنه ذو علاقة بالمورثات الخاصة بالعصاب وأشار "زكرمان" (Zakrman, 1991-993) إلى سمات الشخصية كالتفاؤل والتشاؤم يمكن أن تدرس



في مستويات عدة، من مستوى السمة العام إلى مستوى وراثي وبيئي هذين المستويين مستويات أخرى من التعبير السلوكي ومن فيزيولوجيا التعلم، والمعرفة وعلم الأعصاب وحاول "زكرمان" Zakrman في مناقشات حول السمات أن يضع التفاؤل والتشاؤم ضمن السمات الشخصية والانفعالية، واقترح تبعية التشاؤم للسمات البيولوجية التي تتضمنها الأعصاب، ومساهمة الأسس البيولوجية للتفاؤل بسمات الاهتمام بغير الذات والاندفاعية.

انطلق "زكرمان" Zakrman في دراسة مفهومي التفاؤل والتشاؤم من إمكانية تفيد في أن السمات تتشكل تحت السمات الأكثر اتساعاً والأكثر شمولية كالانبساط والانطواء والعصاب التي تشكل مجالات مستقلة وأدى به إلى فحص العلاقة العائلية بين السمات التأثيرية والدفاعية وسمات الشخصية التي تضمنت الانبساط والعصاب والذهان، يذهب إلى القول بأن كل أشكال علم النفس المرضي تتضمن حساسية متأثرة وراثياً، وخبرات الحياة الضاغطة، ويشير إلى أن موضوع العقاقير التي تكون فاعلة في معالجة بعض الاضطرابات، التي يمكن أن تزود بمفاتيح للأسس البيولوجية لتلك الاضطرابات وأعراضها البارزة، فالتفاؤل والتشاؤم هما سمتان معرفيتان مهمتان في كثير من الاضطرابات، وأن هناك قابلية وراثية ذات قيمة للتفاؤل والتشاؤم، قد تكون بعض هذه القابلية بسبب ترابط هذه الخواص المعرفية بخواص الشخصية الأهم التفاؤل بالانبساط والتشاؤم بالانطواء، ويمكن أن تؤثر المورثات نفسها على خواص الشخصية على الجانب الوراثي لقابلية التفاؤل والتشاؤم. (نعيمه غزال، 2008: 30-32)

### العوامل الاجتماعية:

تتمثل في التنشئة الاجتماعية والتي لها دور فعال في تعليم الفرد (اللغة، العادات، القيم والاتجاهات السائدة في المجتمع)، وهذه بدورها لها الأثر في تحديد السمة التفاؤلية أو التشاؤمية للفرد وكذلك المواقف الاجتماعية المفاجئة التي يواجهها الفرد في حياته كالمواقف السارة التي تولد لديه معنوية عالية وأملاً في الحياة فبذلك يميل إلى التفاؤل، أما المواقف الصعبة فتولد حالة من الإحباط واليأس فتجعل منه شخصاً ميالاً إلى التشاؤم. (بدر محمد الأنصاري، 1998: 20)

وهذا ما توصلت إليه دراسة ماكلويد وكونواي (Macleod et Conway, 2005) في أن المتقائلين تزداد شبكاتهم الاجتماعية، كما أن توقع نتائج إيجابية في المستقبل يساعد على تكوين شبكات واسعة النطاق، كما أن التفاؤل يلعب دوراً مهماً في الرفاه الاجتماعي.

في المقابل توصلت دراسة" كارفر وآخرون"(Carver et al,2003) إلى أن التشاؤم يساهم في انسحاب الفرد من الأنشطة الاجتماعية.

إن لنظرة المجتمع أثر فعال في حالة التفاؤل والتشاؤم للفرد، فمثلا نظرة المجتمع وتعامله مع الطفل المضطهد والذي يعاني من التعذيب والتشرد، أصحاب العاهات اللذين يجدوا أنفسهم معزولين من الآخرين ليس بمقدورهم ممارسة نشاطاتهم في المجتمع والأشخاص محدودي الذكاء غير قادرين على مسايرة الآخرين من أقرانهم، غير المتزنين انفعاليا اللذين لا يستطيعون التكيف مع الآخرين، ماذا يكون موقف هؤلاء من المجتمع؟ من الطبيعي أن يكونوا متشائمين وعلى عكس هذه الأمثلة الأشخاص الأصحاء الأذكاء الكبار اللذين يمارسون نشاطاتهم ويلاقون المعاملة الحسنة من الآخرين تزداد الثقة لديهم فيكونوا جميعا متفائلين في الحياة.(فضيلة عرفات السبعوي، 2009: 15)

ومن خلال ذلك يتضح أن تأثير كل من:

#### الأسرة:

تعتبر الأسرة الحضان الرئيسية لإشباع الحاجات البيولوجية والنفسية والاجتماعية للأبناء من ثم التكامل الإشباعي لكل أفرادها، فإذا حدث خلل في البناء الأسري وأسلوب المعاملة مع الوالدين فإن ذلك يترتب عليه زيادة المشكلات الذي يتيح للأبناء الفرصة للبحث عن الحب والقبول خارج نطاق الأسرة، خاصة في مرحلة المراهقة وما تتطلبه هذه المرحلة من تحديات، فأساليب التنشئة المتبعة تنعكس إيجابيا وسلبا وفقا لنمط الأسلوب (حسن المصطفى عبد المعطى، 2006) فالجو العام الذي يسود الأسرة وطريقة تربيتها للأطفال وزرع القيم والأفكار فيهم وبث الطمئينة والأمان والرعاية تتطبع الفرد وتساعد على اكتساب اللغة والعادات والقيم والاتجاهات السائدة.(حمدان، 1999)

وقد أوضحت عدة دراسات وجود ارتباطات بين أساليب معاملة الوالدين لأطفالهم وتعزيز أو إضعاف سمة التفاؤل لديهم منها دراسة "ميستن"(Mesteen,1997)

ويرى "سيلجمان"(Seligman ,1995) أن صراع الأبوين من العوامل التي تساعد على اكتساب الأسلوب التفسيرى التشاؤمي، فالآباء يمكنهم التأثير على الأسلوب التفسيرى لأطفالهم من خلال النمذجة والصفات التي يصفون بها الأحداث في حياتهم، كما اقترح كل من "شاير

وكارفر"(Cheier et Carver) أن تطور النزوع للتفاؤل يتأثر بالخبرة والنجاح والفشل وتفاؤل الآباء وتشاؤمهم، وطرق المواجهة التي يدرسها لهم الآباء وتؤكد دراسة "بروك"(Bruke, 2000)، ودراسة " هاسن وباور"(Hassan et Power, 2002)، ودراسة "كوزينس"(Cousins, 2004)، ودراسة " هيمونن"(Heimonen, 2006)، أن حس التفاؤل عند الأبناء يتأثر بعدة عوامل من أبرزها التنشئة الأسرية، كما يعود التفاؤل لدى الأبناء إلى النظرة التفاؤلية في السنوات الأولى من حياته كما أن إحساس الأم بالتشاؤم يرتبط بحس التشاؤم لدى الطفل إضافة إلى سوء المعاملة العاطفية التي لها آثار سلبية، والتشاؤم الذي يبديه الأبناء ينتج عن عدم مقدرة الوالدين على التكيف مع أوضاعهم الحالية، لأنه يعتبر بمثابة مرآة عاكسة لما يصدر إليها من صور. (حسان منال، 2007)

#### المدرسة:

بما فيها من معلمين ومدرّاء متفائلين ومدى انعكاس ذلك على الطلبة.

#### المجتمع الشعبي:

فكل مجتمع شعبي يحمل طابعا خاصا، إما أن يتسم بالتفاؤل أو التشاؤم بما يتسم به من ملامح وجدانية واجتماعية وخاصة به، يتميز بها من خلال ما تعرض له من أحداث وظروف اقتصادية التي تستحدث القيم التي تتجدد وتتطور

### وسائل الاعلام:

لها تأثير بالغ في تشكيل وجدانية الأفراد وصبغتها بالتفاؤل أو التشاؤم حسب ما توجه إليه من أفكار.

### المواقف الاجتماعية المفاجئة:

إن الشخص الذي يصادف في حياته سلسلة من المواقف العصبية المحبطة أو المفاجئة يميل في الغالب إلى التشاؤم والعكس صحيح على أننا في جميع الحالات يجب أن نؤكد على أن تلك العوامل ما هي إلا عوامل مساعدة لتنشئة التفاؤل والتشاؤم في الشخصية.

### العوامل الاقتصادية:

بين "روسل" (Rosseel, 1989) أن التراجع الاقتصادي يشكل عاملاً مؤثراً سلبياً على الأهداف والتطلعات الحياتية التي يرسمها الشباب لمستقبلهم، فاتجاهات الشباب تكون متأثرة بهذا العامل، فيصبحوا مترددين في التخطيط لمستقبلهم (المجال المعرفي، الاجتماعي والمهنة والعمل)، وهذا بدوره يؤثر على معدلات التفاؤل والتشاؤم لديهم، فالاستقرار الاقتصادي يتأثر بالاستقرار السياسي فعدم الاستقرار السياسي يؤدي إلى اقتصاد هزيل، وهذا بدوره يؤثر على الفرد وطموحاته هذا من ناحية ومن ناحية أخرى له تداعيات كبيرة على المجتمع من عوامل الصراع والاضطرابات النفسية، فكل هذا يؤدي إلى حالة فقدان التوازن النفسي عند الفرد ليجعله عاجزاً ضعيفاً مهدداً لا يجد من يحميه فيكون عرضة للقلق النفسي الذي لا يلبث أن يترسم على سلوكه ليصبح جزءاً من مظاهره السلوكية كالخوف من المستقبل والتشاؤم والشعور بعدم الثقة والتردد والشك. (فضيلة عرفات السباعي، 2009)

### الخبرات اليومية للنجاح والفشل:

تؤثر الحالة المزاجية على التفكير فالناس عموماً يميلون إلى التفكير الإيجابي لما يكونون في حالة نفسية جيدة والمتفائل سواء كان يرسم خطاً أو يتخذ قرارات، هذا يحدث جزئياً لأن الذاكرة التي تحددها الحالة المزاجية تجعلنا ونحن في حالة نفسية جيدة نتذكر أكثر الأحداث فذاكرتنا وقتئذ تتجاوز إلى تقييم الحدث في اتجاه إيجابي، الأمر الذي يجعلنا أكثر رغبة في القيام بعمل ما يتصف مثلاً بالمغامرة أو المخاطرة، كما أن للنجاح والفشل دور لتفاؤلنا أو تشاؤمنا حيث أن الفشل يؤدي بصاحبه إلى التشاؤم وعلى العكس من ذلك فالنجاح المتواصل يدفع به إلى التفكير

بتفاؤل اتجاه صعوبات الحياة، فالنجاح يعزز لدى الفرد الاعتقاد بقدرته على مواجهة ما يقابله من تحديات وهذا يجعل الإنسان أكثر رغبة في السعي إلى المزيد من المغامرات والتجارب وبالتالي تتسع رقعة أهدافه. (غولمان دانيال، 2000)

### العوامل الثقافية والسياسية:

يلعب الوسط الثقافي والسياسي الذي يعيش فيه الفرد دورا في التفاؤل والتشاؤم، فقد أشارت دراسة (بدر الأنصاري ونجوى اليحوفي، 2005) أن الطلبة الكويتيين أكثر تفاؤلا من الطلبة اللبنانيين كما دلت دراسة " أحمد عبد الخالق ولاسير" (Abdelkhalek et lassire, 2007)، أن الطلبة الأمريكيين أكثر تفاؤلا من الكويتيين، كذلك دراسة " بدر الأنصاري وعلي كاظم، 2008" أن الطلبة العمانيين أكثر تفاؤلا من الكويتيين. (يونس سلامة مرعي، 2011)

ومن كل ما ذكر حاول فيه كل من "رونالسفيش وشالمرز" (Chalmers et Ronalsfishe, 2008) التوصل إليه في دراستهما التي هدفت إلى معرفة الفروق في التفاؤل والتشاؤم بين 22 دولة حول العالم، شملت كل القارات الخمس مستنديين في ذلك إلى دراسة متغيرات تمثلت في (الحكم مقابل الائتلاف، المساواة مقابل الطبقة، الجانب الاجتماعي والاقتصادي) وقد استقرت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك ارتباطا ايجابيا بين التفاؤل والدول المصنفة في الاستقلال الذاتي، كما ارتبط التفاؤل ايجابيا مع الدول التي تتسم بالتساوي الاجتماعي، في حين ارتبط التشاؤم سلبيا مع الدول التي تتسم بالتسلط والطبقية، وسوء الأوضاع الاقتصادية (A.Fischer, R.chalmers, 2008)

وتشير هذه النتائج أن كل مجتمع قد يكون له طابعه الخاص فإما أن يتسم بالتفاؤل بوجه عام وإما أن يكون أميل إلى التشاؤم، فلكل مجتمع ظروفه التاريخية، الاقتصادية، الاجتماعية والسياسية التي قد تكون أثرت في تشكيل شخصية أفراده .

### عامل التدين:

أن المتدينين يميلون إلى أن يكونوا أكثر تفاؤلا من غير المتدينين فقد يكون نقص التدين عاملا مساهما في التشاؤم وقد حاولت بعض الدراسات أن تتخذ من درجة تدين الفرد متغيرا هاما في الكشف عن التفاؤل والتشاؤم فقد كشفت نتائج هذه الدراسات عن وجود علاقة دالة ايجابية بين التفاؤل والتدين وسلبية بين التشاؤم والتدين كدراسة (عبدالخالق 2000) و(احمد عبد الخالق

وباسلر، 2000) (abed el khalek et besler) كذلك أظهرت دراسة (بايلي 2005) (baily، أن غير المتدينين أكثر تشاؤما من المتدينين .(يوسف محسن عوض 2012: 61)  
عامل الصدمة النفسية:

تؤثر الصدمة النفسية على الفرد مع الاختلاف في درجة التأثير، فمثلا يشير (بروس وبارتز 1995, Bruce & peters) أن طلبة الجامعة الذين يواجهون صدمة قوية (حالة وفاة قريب، اعتداء جنسي، اعتداء جسدي قوي،.... الخ) في مرحلة الطفولة يتسمون بالتشاؤم بالمقارنة مع الطلبة الذين لم يواجهون مثل هذه الأحداث.

وبشكل خاص يشير (غولد 1986, Gold) إلى أن النساء اللواتي تعرضن للاعتداء الجنسي في الصغر لديهن مستويات عالية من التشاؤم، ونفس النتائج توصل إليها (غريغو 1999, Grego) حول النساء اللواتي تعرضن لمدة عامين على الأقل للإهانات البدنية والانفعالات في مرحلة الطفولة، وهاتان الدراستان تشيران إلى أن هذه النتائج واضحة مقارنة بالنساء اللواتي لم يتعرضن لمثل هذه الاعتداءات، كما تشير (بيتسون وستين 2002, Peterson & Steen) إلى أنه من المؤكد أن الأحداث غير المتحكم بها بشكل مستمر تولد التشاؤم وذلك للنساء والرجال على حد سواء، وهو ما يسبب صعوبات للفرد والتي بدورها تقوي من مقدرة تلك الأحداث السلبية في ظهور الاكتئابية (يونس سلامة مرعي 2011: 88)

من جلال ما ذكر، يعتقد الباحث أن هذه العوامل لها تأثير في إكساب الفرد سمة التفاؤل والتشاؤم، ومن بينها المدرسة، بما فيها من معلمين ومدراء متفائلين أو متشائمين، ومدى انعكاس ذلك على شخصية الطالبة، كما أن التعليقات التي يقدمها مثلا المدرس على أداء وسلوك الطالب يمكن أن تساعد في تعزيز التفاؤل والتشاؤم، وكذلك من بين العوامل التي يعتقد الباحث أن لها دور هي وسائل الإعلام، التي لها تأثير بالغ في تشكيل وجدانيات الأفراد وصبغها بالتفاؤل والتشاؤم، من جلال البرامج التي تقدمها الوسائل المرئية والمسموعة، ولا نستثني كذلك وسائل الإعلام المقروءة، التي ربما تهتم بنشر كل ما هو سلبي وتجاهل كل ما هو ايجابي.

### خصائص الأفراد المتفائلين والمتشائمين:

لكل من المتفائلين والمتشائمين خصائص يمكن من خلالها التنبؤ باتجاهاتهم نحو المستقبل، ولكن هذه الخصائص لا يشترط أن تكون ظاهرة على الفرد في آن واحد كما أن لها درجات مختلفة بحسب الأفراد وهذه الخصائص هي:

### الخصائص المميزة للمتفائلين:

يؤكد مور (More,2005) على أن التفاؤل يعد جزء أساسيا في حياة الإنسان الانفعالية، وأنا إذا أردنا أن نعيش حياة نشطة فعالة فعلينا أن نبتعد عن التشاؤم وأن نضع محله تفاؤلا منطقيا نشطا، ولكي يكون الفرد متفائلا فعلا، فإن ذلك يتطلب أكثر من مجرد توقعه لأفضل النتائج إذ عليه أن يتبين الاتجاهات الايجابية المتفائلة وان يؤمن بقدراتها للتأثير بإيجابية في تفكيره وسلوكه وانجازاته وفي شعوره بسعادة.

ويحدد مور (More,2005) اثني عشر (12) سمة يمكن أن يتميز بها المتفائل وهي:

1. يركز على ما يريد انجازه مؤكدا على أوجه الحياة الايجابية، كما يركز على الأفراد والأحداث والتفسيرات التي تكون سببا في سعادته.
2. لا يشكو أو يتضرر من التحديات ويعتبرها فرصة لتحقيق انجازات بناءة.
3. يستخدم التفكير الإبداعي عند حله المشكلات التي تواجهه ونادرا ما يلجأ إلى الحلول التقليدية.
4. يشعر بقدرته على تحقيق ما يريده وينظر إلى نجاح الآخرين على أنه يزوده بنمط ايجابي يمكنه التعلم منها
5. يتميز بحس الدعابة والابتعاد عن الجمود الفكري
6. يوظف المنطق لإيجاد الطرق المناسبة لتقييم الأهداف والعمل على تحقيقها بدلا أن ينساق للمخاوف والأفكار اللاعقلانية.
7. يجتهد من أجل تحسين صورته الذاتية أمام نفسه وذلك من خلال محاولاته الدائمة للتطور والسعي نحو الأفضل.
8. يميل إلى الخوض في المخاطر محسوبة العواقب بهدف تحقيق ما يصبوا إليه.

9. يثق بذاته وقدراته فالثقة بالذات تشعر الفرد بالقدرة على المثابرة وتدفعه للمحاولة المستمرة لمقاومة العقبات.

10. يشعر بالنجاح والسعادة وهذا ما يدفعه نحو القيام بمحاولات هادفة لتحسين هادفة

11. يتحمل المسؤولية ويدرك أن الأهداف التي يصبوا إليها يمكن تحقيقها من خلال بذل الجهد والاعتماد على النفس.

12. ينجذب إلى الأفراد المتفائلين وذلك في إطار بحثه عن من يشجعه ويدعمه ويبعث في نفسه الثقة

### الخصائص المميزة للمتشائمين:

أكدت دراسة (سيد صبحي، 2001) على أن الشخصية المتشائمة تتصف بأنها:

1. عاجزة عن الاندماج والتفاعل مع الجماعة.

2. تميل إلى تضخيم الأمور أكثر مما ينبغي.

3. لا تستطيع مواجهة المشكلات

4. تحاول دائما استرجاع ما يؤلمها من ذكريات وأحداث

5. لا تتسم بالمرح وتبدو لها أن تحقيق السعادة أمرا بعيد المنال

6. قدراتها على تحمل الإحباط ضعيفة

7. لا تثق بالآخرين وتعاملهم بشك وخوف

8. المستقبل بالنسبة لهم مظلم

وعلى الرغم من الآثار السلبية التي يتركها التشاؤم على شخصية الفرد يرى (بدر الأنصاري،

2002) أن التشاؤم يمكن أن يقوم بالوظائف التالية:

1. يهيئ الفرد ويعدده لمواجهة الأحداث السيئة وبالتالي يعد التشاؤم إستراتيجية تهدف إلى حماية الذات

2. يزيد من جهود الفرد لكي يعزز أدائه الجيد ويدعمه إلى تجنب الأحداث السيئة الناتجة عن تعرضه لخبرة فاشلة.



### التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض المتغيرات:

قامت عدة بحوث بدراسات حول علاقة التفاؤل والتشاؤم بالعديد من العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والجسمية على الفرد من قبل تقدير الذات المساندة الاجتماعية، جودة الحياة وغيرها من العوامل ونكر فيما يلي بعضا منها:

### التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بتقدير الذات:

أكدت دراسة فلاشر وليتبرغ (Flasher et Leitenberg, 1986) عن حالة الترابط الايجابية بين التفاؤل وتقدير الذات والارتباط السلبي بين التشاؤم وتقدير الذات. (بدر محمد الأنصاري، 1998: 53-54)

ويعتبر تقدير الذات من العوامل المهمة والأساسية في بناء الشخصية والأكثر تأثيرا في السلوك الإنساني وله دور فعال في تفاعل الفرد مع المجتمع واستجاباته التي قد تواجهه، وكذلك في تحقيق الصحة النفسية له وقد بين مالهي (Malhi, 2006) أن نسبة 66% من البشر لديهم مستوى متدني من تقدير الذات وهي نسبة عالية فالشخص الذي يتميز بتقدير ايجابي لذاته يكون أكثر تفاؤلا في الحياة واسعد حالا من الذين يكون تقدير ذاتهم متدنيا فالتقدير الذات القدرة على تعديل وتغيير السلوك الفردي نحو الأفضل. (مالهي وآخرون، 2006)

### التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالفعالية الذاتية:

إن الاعتقاد بأن أمور الحياة سوف تتطور نحو الأفضل في طياته حسنات نفسية إلا أنه لا يدفع للتعرف الوقائي إلا إذا كان هذا الاعتقاد يستمد طاقته من الامتلاك الشخصي للموارد الذاتية، تتمثل في توقعات الكفاءة وتوقعات النتيجة.

وقد أثبتت الدراسات في علم نفس الصحة أن لفعالية الذات في التعرف الصحي تأثيرا مركزيا على الدافع الذي يساهم في تحديد أي تصرف يختاره المرء وفي كمية الجهد الموظف وينبغي للفعالية الذاتية ألا تكون غير واقعية جدا وإلا فإن لا واقعيتها سوف تقودها إلى تصرفات خطيرة، يمكن معها أن يصاب بسهولة الفشل ولكن من ناحية أخرى ينبغي للإدراك الذاتي لإمكانية التعرف الخاصة أنه يحتوي على مركب تفاؤلي لأنه بهذا فقط يستطيع المرء أن يندفع إلى مواجهة التحديات الصعبة، ومن هنا فان التفاؤل مفهوم أساسي لفعالية الذات وهذا الأخير

عنصر فعال في التخلي عن أنماط السلوك الخطر والمحافظة على سلوكيات صحية لفترات طويلة. (Dolson Dozois, 2008)

لكن في دراسة أجراها فيرنونديز وآخرون (Ferrnandez et al, 2005) خلصت نتائجها إلى أن لفعالية الذات والتفاؤل تأثيرات ايجابية مختلفة على استراتيجيات التوافق، انطلاقاً من تأثيرهم على الانفعالات فعند مقارنة تأثير كل من التفاؤل وفعالية الذات على الضغط الناجم عن الامتحانات توضح أن فعالية الذات ترتبط بمستويات مرتفعة من الانفعال الايجابي، في حين أن التفاؤل مرتبط بمستويات منخفضة من الانفعالات السلبية، مما يؤكد أن التفاؤل يحول دون الشعور السلبي وأن الكفاءة الذاتية ترتقي بمستوى ذلك الشعور إلى انفعال ايجابي له تأثيرات مختلفة على نواحي الحياة الشخصية. (Castro et Doval, 2009)

#### التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالقلق:

تتوافر الأدلة أن الحالة المزاجية يمكن أن يكون لها تأثير كبير على أحكامنا فقد طلب من المفحوصين في إحدى الدراسات أن يقرأوا أخباراً أو تقارير في صحيفة يومية، تصف سلسلة من الحوادث التي أدت إلى الموت غير متوقع بعد ذلك طلب منهم أن يقدروا خطر احتمال الموت نتيجة مختلف الأسباب (كالنار أو اللوكيميا..... وغيرهما) فقام هؤلاء الأشخاص بتقدير معدل مرتفع للأخطار، بالمقارنة إلى أفراد آخرين لم يقرأوا أخبار الصحيفة اليومية تلك واستنتج من ذلك أن قراءة هذه التقارير قد أنتجت عاطفة سلبية *Négative affect* بحيث أدت هذه الحالة المزاجية إلى أحكام متشائمة بالنسبة لتقدير خطر الموت أو احتمالها وقد افترض أن العاطفة السلبية يصاحبها جملة من المشاعر المختلفة بما في ذلك التوتر والإحساس بالذنب والقلق ومن ثم افترض أن القلق يرتبط بالتشاؤم وسلبيات التفاؤل. وهذا ما أشارت إليه دراسات عديدة من بينها دراسة مايرز (Mayers. 1999) أن منخفضي القلق أكثر تفاؤلاً.

#### التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالاكئاب:

تندرج علاقة التفاؤل والتشاؤم حسب سيلجمان Seligman في الأسلوب التفسيري حيث يرتبط أسلوب التفسيري، حيث يرتبط أسلوب التفسير التشاؤمي للأحداث بأعراض الاكتئاب فالغزو

السلبية للأحداث يقود إلى انزلاق الفرد في حلقة مفرغة من توقع الأحداث السلبية والتشاؤم، قد يسهل حدوث اليأس والاكتئاب. (Dobson and Dozois, 2008)

كما أجرى أبرامسون وآخرون (Abramson et al, 2000) دراسته وتبين أن 17% من طلبة التعليم الأساسي، الذين يستخدمون أسلوب تفسير تشاؤمي طوروا اكتئابا أساسيا في مدة سنتين ونصف من فترة الدراسة وأن 1% فقط من الذين كانوا يستخدمون أسلوب تفسير تفاؤلي تعرض مثلهم للإصابة بالاكتئاب في حين أنهم لم يتعرضوا فيما بعد لنكسة الإصابة مرة ثانية كغيرهم من ذوي التفسير التشاؤمي، وبهذا توصلت هذه الدراسة إلى أن التفاؤل يحمي الأفراد من تطوير الاكتئاب. (Voblarth, 2006)

### التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالمزاج:

هناك أحداث ربما تكون صغيرة وبسيطة لتحدث حالة من التغير في مزاج الشخص سلبا أو إيجابا حسب طبيعة ذلك الحدث، فالإيجابي منها يؤدي إلى الشعور بالتفاؤل وتعديل في المزاج العام للشخص مما يجعله يشعر بأن هذا اليوم هو يوم تفاؤل ومسرّة وسعد، ويكون تصرفه طول هذا اليوم هو الآخر يتجه نحو التفاؤل وقد تتحقق كثير من الأشياء الإيجابية له وفي نفس الوقت يعرف هذا الشخص بقرار نفسه أن هذا الحدث البسيط الذي مر به لم يكن له ارتباط بأي شكل من الأشكال بمزاجه وتفاؤله، بل هناك اقتران قد حدث بين الحدث البسيط والمزاج إن المزاج يتأثر ويتغير سريعا بفعل هذا الحدث سلبا أم إيجابا ولو كانت أشياء بسيطة. (أبراهيم عبد الستار، 1998)

ويرى الباحث أن الذي تغير هنا هو أسلوب التفكير إذ يتغير بطريقة تجعل من رؤيتنا للحاضر القريب والمستقبل نفس النظرة المتولدة لحظة تغيير المزاج بفعل تأثير ذلك الحدث سلبا أم إيجابا، ويكون شعورنا هو شعور تلك اللحظات أن الأحداث الصغيرة المؤثرة هذه ليس لها نفس التأثير عند الأشخاص جميعا فهناك اختلاف من شخص لآخر، فالحدث السار عند شخص قد لا يمثل حدثا سارا عند آخر وكذلك الأحداث السلبية عند البعض تجدها ليس لها نفس التأثير لدى البعض الآخر.

وفي دراسة كل من (سالوفي وبيرنباوم، 1989) توضح هذه العلاقة حيث جعلوا طلاب أصيبوا بتوهم الزكام يمرون بحالة مزاج إما حزينة أو مبتهجة وسألوهم أثناء ذلك مجموعة من التقديرات

الصحية وقد اعتقد الطلاب الذين جعل مزاجهم مبتهجا بأنهم يملكون القدرة على البقاء أصحاء أو كي يصبحوا أصحاء أما الطلاب الذين كان مزاجهم حزينا فقد قاموا بخفض تقديرات الشفاء بعبارات مثل: " لماذا يجب اتباع التعليمات؟" أولا: ذلك يصعب علي كثيرا وقد فسرت تلك في حالة مزرية فإنه يميل إلى تذكر الأحداث السلبية وتوقع حدوثها وعلى عكس الذي يكون في مزاج جيد، فيميل إلى التفاؤل أكثر وتذكر كل الانجازات وتوقع حدوث الأفضل. ( رالف شفارتزر، 1994)

### التفاؤل والتشاؤم والصحة الجسمية:

تشير العديد من الدراسات النفسية بوجه عام إلى أن التفاؤل والتشاؤم لهما تأثيرا على الصحة الجسمية وأن هناك جانبا مهما يمكن أن يميز بين مريض، وآخر ألا وهو توقع الشفاء وتوضح أن للتفاؤل مزايا كثيرة على العكس من التشاؤم تماما.

وهذا ما دلت عليه دراسة فبنزجيرالد وآخرون (Fitzgerald et al,1993) على أفراد مصابين بمرض الشريان التاجي، حيث قاموا بقياس درجة التفاؤل قبل القيام بالعملية الجراحية وثمانية أشهر بعد العملية وتوصل أن المتفائلين، كانوا أقل استغاثة في وقت مبكر كما أظهروا مقاومة للمرض وأكثر رضا على الحياة (بدر الانصاري، 1998) وهذا ما عبر عنه العالم "بيترميذاوار" الحائز على جائزة نوبل في الطب والفيزيولوجيا عام (1960) حيث سئل مرة في إحدى المقابلات عن سبب طبيعته المتفائلة حول نقد العالم فقال " لقد كان علي أن أواجه أزميتين قلوبيتين كبيرتين في حياتي ولم يخطر على بالي ولو للحظة واحدة أنني لن أحسن يوما أو على الأقل لن أكون بحالة تسمح لي بالعمل مرة أخرى." (زياد بركات، 1998) ويضيف "سكستروم وآخرون (Segrstrom et al,1998) في دراسته إلى أن التفاؤل يرتبط بزيادة كفاءة جهاز المناعة في الجسم بفروق جوهرية عن المتشائمين وهذا ما أكدت عليه كريغ (Grig,2005) أن التفاؤل يجعلنا نشعر بدنيا بحال أفضل، فالمتفائلون يعيشون بصحة أفضل من سواهم لأن أجهزة المناعة لديهم تعمل بشكل أفضل لحمايتهم.(أمال جودة وحمدى أبوجراد، 2001)، أما دراسة بيترسون وافيلا (Peterson et avila ,1995) فذهبت إلى أبعد من ذلك وذلك بالقول بأن الأفراد المتشائمين كانوا أكثر ميلا للوفاة المرضية أو الغنيفة.(هيلة سليم عبد الله، 2006) ويذكر مور (More,2005) أن التفاؤل يفيد الصحة بأربع طرق وهي:

1. استبدال شعور العجز بشعور السيطرة وتقوية جهاز المناعة.
2. يسعى المتفائلون للحصول على الاستشارة الطبية والالتزام بالبرامج الصحية أكثر من المتشائمين.
3. المتشائمون أكثر عرضة من المتفائلين للمرض عند مواجهة الأحداث لأنهم لا يتخذون أي إجراء لمنع حدوثها وعندما تحدث فإنهم يجعلونها أكثر سوء من خلال التفكير بسلبية وعجز.
4. أظهرت البحوث وجود ارتباط موجب دال بين مقاومة المرض ودرجة المساندة الاجتماعية.

### تمركز التفاؤل والتشاؤم على مستوى الدماغ:

تقول "فوكس" (Fox) أنه يمكن التمييز بين المتفائلين والمتشائمين عبر قدرتهم على حضور ومتابعة الأشياء الممتعة في محيطهم وقدرتهم على التعافي من المحن والنكسات بسهولة أكثر، وكذلك شعورهم بالقدرة على السيطرة والتحكم أكثر بظروفهم المختلفة، وتحدد كل من هذه المزايا إلى حد ما طريقة عمل أدمغتهم وكيفية تعاطيها مع المعلومات الخارجية التي تتلقاها من المحيط، على سبيل المثال عند تعرض المتشائمين والمتفائلين لمؤثرات ممتعة مثل صورة جميلة لمشهد من الطبيعة فالطرفان سوف يشعران بمشاعر جيدة في لحظة المشاهدة لكن الفرق أن المتفائلين يمكنهم أن يحافظوا على استدامة تلك المشاعر فترة أطول وبصورة أفضل من المتشائم وذلك بسبب نشاط المخ غير المتماثل حيث الجانب الأيسر لديهم هو أكثر نشاطا من الجانب الأيمن، هذا الفرق في نشاط الدماغ يساعد في شرح لماذا المتفائلون أكثر عرضة للمجازفة في الاقتراب من التجارب محتملة المكافأة، بينما المتشائمون يميلون ليكونوا أكثر حذرا، وذلك لان الجانب الأيمن للدماغ هو الأكثر نشاطا لديهم. (Fox,2012)

### تدريب الدماغ على التفاؤل:

لقد بينت الانجازات المذهلة في علم الأعصاب أن عقولنا هي أكثر طواعية ومرونة مما نتخيل، إذ تعرض الدكتورة إلين فوكس Elaine Fox وهي عالمة ورائدة في علم نفس الأعصاب، مجموعة من التقنيات المستمدة من العلاج التقليدي السلوكي المعرفي وتمارين إعادة التدريب المبتكرة المعرفية التي تعمل على تغيير دوائر عمل عقولنا وتقوي عمليات التفكير المحددة، وذلك عبر تدريب الأنظمة العصبية التي تتحكم بتلك الدوائر ولقد كانت الآثار مذهلة، فالمتشائمون مدى الحياة يمكنهم تدريب أنفسهم على التفكير الايجابي وإيجاد السعادة، في حين يمكن لطالبي السعادة

والذين ا ميل للسلوكيات الخطرة والمدمرة أن يسيطروا أكثر على تصرفاتهم وحياتهم وتبين فوكس Fox بالاعتماد على أبحاثها المتطورة كيف يمكننا إعادة تدريب عقولنا وتظهر كيف يمكن للجينات بالتدخل مع العمليات المعرفية للحياة ليشكلوا شخصيتنا الحالية. (Fox,2012)

### قياس سمتي التفاؤل والتشاؤم:

رغم حداثة العهد لسمتي التفاؤل والتشاؤم في الدراسات النفسية والتي لا تزيد عن ثلاث أو أربع عقود الأخيرة إلا أن هناك عدة مقاييس ظهرت تهدف إلى قياس هاتين السمتين وسوف نذكر من بينها:

### مقياس التفاؤل والتشاؤم المشتق من قائمة مينوسوتا:

قام كل من كوليجان وآخرون (Colligen,1994) باشتقاق (298) بند من بنود قائمة مينوسوتا للشخصية بواقع (106) عبارة تصف أحداث الحياة الجيدة ومثال على ذلك "أنا شخص مهم" وبواقع (192) عبارة تصف الأحداث السيئة في الحياة "أخاف عندما أنظر إلى مكان مرتفع" ويجاب على كل عبارة على أساس سبعة اختيارات وقد طبق المقياس على عينة أمريكية قوامها 1408 فرد من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (18 و 99 سنة) وقد استخرج معامل ثبات بطريقة الاتساق الداخلي (0.93) وبطريقة إعادة الاختبار (0.90) أما صدق المقياس فكان عن طريق حساب معاملات الارتباط بمقاييس فرعية أخرى في قائمة مينوسوتا وكشف المقياس الجديد عن الصدق التمييزي، حيث ارتبط بمقياس الاكتئاب (0.64) ومقياس الانطواء الاجتماعي (0.68) وحدد الباحثون المكونات العاملية لهذا المقياس واستخرجت معايير أمريكية له يحدد على ضوءها مستويات للتفاؤل والتشاؤم لدى الراشدين الأمريكيين. (بدر محمد الأنصاري، 1998)

### مقياس التوجه نحو الحياة:

هو مقياس لكل من ميشال شاير وشارل كارفر (CH.carver et M.schier) وهو من أكثر المقاييس استعمالاً لقياس التفاؤل والتشاؤم وقد كان يتكون في صورته الأولى من (11 بنداً)، يعبر عن التوقعات المستقبلية في الحياة سواء كانت إيجابية أم سلبية وذلك بالموافقة على البند أو رفضه على سبيل المثال (في الأوقات العصيبة أتوقع دائماً الحلول الممكنة) (أرى دائماً الجانب الجيد من الأمور)، أما البنود السلبية (نادراً ما أنتظر حدوث أمور جيدة لي) (لا تجري الأمور مثلاً أتمنى على الإطلاق). (Dobson and al,2008)

تم تطوير هذا المقياس عدة مرات حتى وصل إلى أهم صورة له سنة (1998)، فأصبح يتكون من (06) بنود منها (03) بنود ايجابية و(03) بنود سلبية وقد تبين من خلال تطبيق المقياس على عينات مختلفة أنه يتميز بصدق وثبات معتبرين، حيث كشفت نتائج حساب الصدق المتقارب والتمييزي للمقياس مع عدد المقاييس الأخرى أن معامل ارتباطه ضعيف مع كل من مقياس الضعف المدرك والاكتئاب، وكذا القلق وعلى العكس من ذلك فقد سجل ارتباطا عاليا مع كل من مقياس تقدير الذات ومركز الضبط الداخلي. (Schweitzer, 2002)

كما تم تطوير هذا المقياس بعد ذلك من طرف كل من شاينج وادوارد (Chang et Edward, 1997) والذي يتكون من (06) عبارات تقدر التفاؤل و(09) عبارات تقدر التشاؤم وقد سجل هذا الارتباط ارتباطا عاليا، غير أن هذا الأخير يتمتع بخصائص سيكومترية أفضل، مما يعني أنه يتميز بالتجانس الداخلي وعلاقة أكثر وضوحا وتميزا. (Anderson, 2004)

#### المقياس المعدل للتوقعات العامة للنجاح:

قام بوضع هذا المقياس كل من فيدلر وكوشران (Fidler et Cochean, 1992) ويتكون من 35 فقرة تقيس توقعات الفرد إزاء بعض المواقف والأمر الاجتماعية ومن أمثلة بنوده ( أتوقع النجاح في معظم أعمالي الخاصة في المستقبل) ويجب على كل فقرة على أساس خمسة اختيارات أو بدائل للإجابة وقد طبق هذا المقياس على عينة بلغت (199) فردا من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية (79 طالب و120 طالبة) واستخرج معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بعدة ستة أسابيع، وكان معامل الثبات يساوي (0.92)، كما استخرج معامل الصدق التمييزي بحساب الارتباطات بمقاييس أخرى تقيس المفهوم ذاته مثل مقياس التوجه نحو الحياة وكان معامل الارتباط بينهما يساوي (0.74). (بدر محمد الأنصاري، 1998)

#### اختبار التفاؤل والتشاؤم:

صمم من طرف ستيبك ولامب وزيجلر (Zigler, Stipek et lamp, 1981) يهدف إلى قياس التفاؤل والتشاؤم عند الأطفال وهذا عن طريق تحديد التوقعات الايجابية أو السلبية للأحداث ويتكون هذا الاختبار من (20) بندا حيث يتمثل البند الواحد في قصة قصيرة عن الأطفال مثل (تعلم جون العزف على آلة الناي وفي الضد ينوي جون التسابق في العزف مع زملائه، هل تعتقد



أن جون سوف يفوز بالجائزة غدا أو سوف يخسر؟ ) وتتمثل الدرجة الكلية للتفاؤل في مجموع النتائج الايجابية المختارة (Anderson,2004)

#### مقياس التفاؤل والتشاؤم للأطفال:

أعد من طرف ساكاري ليمولا وآخرون Sakari Lemola et al يهدف إلى قياس التوقعات العامة السلبية والايجابية لدى الأطفال ويتكون من (08) عبارات أو بنود منها (04) تعبر عن التفاؤل و(04) أخرى تعبر عن التشاؤم ويجاب عليها بواسطة (04) بدائل للإجابة (معرض، معارض جدا، موافق جدا، موافق) ويتميز هذا المقياس بقصره وسهولة تطبيقه على عينات كبيرة ويعتمد على أجوبة الأولياء عليه ومن الأمثلة على البنود المعبرة عن التفاؤل (إذا بدأ اليوم بسوء الحظ فيتوقع ابني أنه سيتغير نحو الأحسن) أما عن التشاؤم (عندما يكون كل شيء بخير يتوقع إبني بأن شيئاً سيحصل) وقد أظهر هذا المقياس صدقا وثباتا عاليين (Bemola et al,2010)

#### مقياس أحداث الحياة:

قام أندرسون وآخرون (Anderson et al,1992) بوضع هذا المقياس حيث يهدف إلى قياس التفاؤل والتشاؤم بقائمة تحتوي على (52) عبارة للأحداث الايجابية عددها (22) حدثا والأحداث السلبية وعددها (30) حدث ويجاب على كل بند منها على أساس مقياس متدرج من (0+) الى (0-) وقد طبق هذا المقياس على عينة قوامها (68) طالبا في إحدى الجامعات بنيويورك بهدف التنبؤ بأثر الاكتئاب النفسي على توقعات الأحداث المستقبلية حيث لوحظ ان المكتئبين عادة ما يختارون الأحداث السلبية في حين يختار غير المكتئبين الأحداث الإيجابية. (بدر محمد الأنصاري,1998)

#### القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم:

قام (أحمد عبد الخالق، 1996) بتأليف القائمة للتتناسب مع البيئة العربية وتشمل على مقياسين فرعيين منفصلين احدهما للتفاؤل وتتكون من (15) بندا والآخر للتشاؤم وتتكون من (15) بندا ووضعت البنود على شكل عبارات يجاب عنها على أساس مقياس خماسي وتكون الدرجة الدنيا (15) والقصى (75) لكل مقياس وقد طبق مقياس التفاؤل والتشاؤم على عينة من طلاب جامعة الكويت شملت (1025) طالبا حيث استخرج الخصائص السيكومترية للمقياس والتي بدت جيدة حيث بلغ ثبات المقياس



والمحسوبة بطريقة ألفا كرونباخ بين (0.91) و (0.95) أما الصدق فقد حسب بواسطة المحاك في الصيغة العربية وكان مرتفعاً إذ وصل إلى (0.78) و (0.69) لكلا المقياسين. (أحمد عبد الخالق، 2000)

#### مقياس جامعة الكويت للتفاؤل والتشاؤم:

وضع (بدر محمد الأنصاري، 2002) حيث يشمل المقياس على مقياسين فرعيين منفصلين أحدهما للتفاؤل ويتكون من (30) بنداً، وآخر للتشاؤم ويتكون من (30) بنداً، ووضعت البنود على شكل عبارات يجاب عنها على أساس مقياس خماسي وتكون الدرجة الدنيا (30) والعليا (150) لكل مقياس وطبق المقياس على عينة بلغت (910) طالباً بجامعة الكويت وقد أبان المقياس على خصائص سيكومترية جيدة حيث بلغ معامل ثبات المقياس (0.70) وهو معامل مقبول في مقاييس الشخصية (بدر محمد الأنصاري، 2002)

جدول رقم: (01) يوضح أهم المصطلحات المتداخلة مع التفاؤل والتشاؤم:

| المصطلح               | باللغة الانجليزية    | تعريفه                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| السعادة               | HAPPY                | جاء في معجم علم النفس والطب النفسي أن السعادة حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ من إشباع الدوافع لكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات ككل. (جابر وكفافي، 1992)                                        |
| الأمل                 | HOP                  | مجموعة معرفية موجهة للحصول على هدف ما يتكون من عنصرين الفعالية(الإصرار والعزيمة) والمسارات (الخطط وطرق تحقيقها) (الأهداف)(Synder,1994: 287)                                                                                           |
| التفاؤل الديناميكي    | DINAMIC OPTIMISM     | اتجاه عقلائي ايجابي نحو الإمكانات الفردية أو الجماعية الذي يهيئ الظروف للنجاح من خلال التركيز على القدرات والفرص والذي يغير النتائج بصورة إيجابية(هيلة سلين، 2006)                                                                    |
| التفاؤل الغير الواقعي | UNREALISTIC OPTIMISM | عرفه تايلور وبراون Taylor et Brown شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية مما قد يتسبب بحدوث نتائج غير متوقعة بالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما قد يعرضه للإصابة بأمراض(الأنصاري، 1998: 23)                 |
| الفعالية الذاتية      | SELFFICACY           | صاحب المصطلح بندورا Bandura عام 1978 هو عبارة عن توقع للانجاز أو النتيجة                                                                                                                                                              |
| القلق                 | ANAXIETY             | عرفه فرويدFreuid حالة من الخوف الغامض الشديد يتسبب في الضيق والألم والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب يفقد الثقة بنفسه يبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور ويفقد القدرة على التركيز"(فاروق السيد عثمان، 2001) |
| الاكتئاب              | DEPRESSION           | حالة عقلية تتميز بالفشل والإحساس بالتعب تصاحبها خالة من الحصر الظاهر(خالد نور الدين وآخرون، 1998)                                                                                                                                     |
| العجز المكتسب         | IMPOTENCE ACQUIRED   | أشار كل من أبرامسون سيلجمان وتيسدال Teasdale, Seligman Abramson et في عام 1978، إلى أن العجز                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| المكتسب ينتج من التجارب المتكررة والمتعلقة بعدم النجاح ويؤدي إلى التخلي عن الجهود والشعور بالعجز وفقدان الأمل السبب الأساسي له دفاعي ذلك أن الفشل ينتج توقعا بعدم الضبط (Vitkowsky and al,1998: 59-60)                                                                     |                          |                       |
| هو تشاؤم لا يستند إلى خبرة سابقة يمكن أن يرفع صاحبه إلى مستويات معنوية كافية ليبذل المزيد من الجهد لمواجهة المهام والأحداث المحيطة به (الخطيب، 1999: 21)                                                                                                                   | UNREALISTIC<br>PESSIMISM | التشاؤم الغير الواقعي |
| تم استخدامه في منتصف الثمانينات من قبل Cantor Nacy وتشير كل من Norem et Cantor إلى أن المتشائمين دفاعيا لا يبدوا عليهم الضعف في قدراتهم أو في مستوى أدائهم لاتجاههم السلبي هذا وغالبا ما يكون أدائهم جيدا والمحتمل أن ينخفض مستوى أدائهم في بعض الأعمال. (هيلة سليم، 2006) | DEFENSIVE<br>PESSIMISM   | التشاؤم الدفاعي       |

### خلاصة:

من خلال الفصل السابق يتضح جليا تأثير التفاؤل والتشاؤم سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على شخصية الفرد وشخصية المجتمع في شكله العام في الحاضر أو المستقبل كما أبرزت مختلف النظريات والأبحاث في هذا المجال عن العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم والعديد من المتغيرات من بينها الاكتئاب جودة الحياة الصحة النفسية القلق وغيرها كما تمت الإشارة إلى أن التفاؤل والتشاؤم عبارة عن توقع واعتقاد الأفراد في مختلف المواقف على المدى البعيد أو القريب فقبل الحكم عليهما وربطهما بالمتغيرات الموضوعية السالفة الذكر توجب ربطه بالسيرورات الإدراكية المعرفية التي تحدد هذا الاعتقاد والتوقع في المواقف والتي بدورها تحدد مختلف سلوكيات المرضين ومن بين المتغيرات النفسية التي تبرز قدرات الفرد في ضبط مختلف جوانبه النفسية والاجتماعية والبيئية مركز التحكم وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

## القسم الثالث: مركز التحكم

تمهيد

1. تاريخ مصطلح مركز التحكم
  2. الإطار النظري لبروز مركز التحكم
  3. تعريف مركز التحكم
  4. الفرق بين مركز التحكم وبعض المصطلحات النفسية
  5. خصائص الأفراد ذو التحكم الداخلي والخارجي
  6. محددات مركز التحكم
  7. العوامل المؤثرة في مركز التحكم
  8. أبعاد مركز التحكم وقياسه
- خلاصة

### تمهيد:

أجمع علماء النفس، أن كل شخص يبني تصورات ذهنية للواقع الفيزيائي والاجتماعي الذي يعيش فيه ويحاول فهم الظواهر الاجتماعية، كما انه يكون استراتيجية سلوكية لانجاز تفاعل مثير مع بيئته بذلك يصبح شخصا وظيفيا وفعالا ولما تتطور هذه التمثيلات، يختلف إدراك الشخص لأسباب السلوك ويصبح أكثر موضوعية ومنطقية وتتأثر أفعاله تبعا لهذا الإدراك. (مقابلة يعقوب، 1994: 25)

هذا ما سمي عند روتر Rotter بمركز التحكم الذي سنعرض بالتفاصيل مفهومه تاريخه إطاره النظري الفرق بينه وبين بعض المصطلحات النفسية، خصائصه، محدداته، العوامل التي تؤثر فيه وأخيرا أبعاده وقياسه.

### تاريخ مصطلح مركز التحكم:

عند التحدث عن مفهوم مركز التحكم فإن أول ما يتبادر الى الذهن هو اسم روتر Rotter الذي اقترن اسمه بهذا المفهوم، باعتباره صاحب الفضل في اكتشافه كما هو الحال لهايدر Haider في مفهوم الإسناد. (Dubois, 1981: 28-30)

يظهر أن Rotte تأثر كثيرا بكتابات أدلر Adler حيث اطلع على مؤلفاته وكذا كتابات فرويد Freud خلال دراسته الثانوية ثم صار مولعا بأعمالهما كما ساعدته نظرية أدلر Adler على فهم ذاته وفهم الآخرين حيث كتب بان أدلر Adler كان له تأثير كبير ومبكر على تفكيري كنت وسأضل متأثرا بنظرته العميقة وإدراكه لطبيعة الإنسان. (Duane, 1993: 409)

كما كان يحضر ملتقيات شهرية كان ينظمها أدلر Adler في بيته لمناقشة نظامه الخاص بعلم النفس الفردي، وعند التحاقه بالجامعة أين كان جورج كيلي George Kelly مديرا لبرنامج علم النفس العيادي وهناك تم تطوير نظريتين في الشخصية تهتمان بالمعرفة في نفس المعهد، كون روتر Rotter فكرة التعلم الاجتماعي وقام بأبحاث هامة ادمج فيها الكثير من طلبة ما بعد التخرج، حيث توصف بأيام المجد Glory days مع روتر وكيلي Rotter et Kelly خلال تمحيص مواقفهم النظرية وكتابة مؤلفاته وفي سنة 1963 روتر Rotter يغادر جامعته الأصلية، لاللتحاق بالعمل في جامعة Connecticut ويعتبر روتر Rotter أول من قدم مفهوم مركز التحكم وتحدث عنه بشكل نظري متكامل

نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter, 1966 تفسر عملية الإسناد التي تهتم بالبحث عن أسباب السلوك من خلال مفهوم مصطلح مركز التحكم، والذي هو توقعات عامة لدى الفرد مفادها أن مجرى الأحداث ووجهتها يرتبط بسلوك الفرد أم لا وقد استند في ذلك إلى مدرستين رئيسيتين من مدراس علم النفس هما المدرسة السلوكية (التي تركز على التعزيز) والمدرسة المعرفية إضافة إلى الدراسات التي تمت في مجال التعلم المعقد، وخصوصا المرتبط منها بالأداء الناجح والفاشل في المواقف الغامضة.

طور روتر Rotter مفهوم مركز التحكم حيث يرجع الفرد إما إلى عوامل داخلية تتعلق بشخصيته كالمهارة والجهد، أي انه مسؤول عما يحدث له أو يرجعها إلى عوامل الصدفة القدر وقوى الآخرين أي أنه واقع تحت سيطرة قوى خارجية لا قدرة له على التأثير فيها. (احمد عبد اللطيف، 2001: 127-130)

#### الإطار النظري لبروز مفهوم مركز التحكم:

ظهر مفهوم مركز التحكم في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter و الذي استند إلى المدرسة السلوكية المعرفية، وكذا الدراسات التي ارتبطت بالأداء الناجح أو الفاشل في المواقف الغامضة، كما أن مركز التحكم هو أساسي في نظرية الإسناد وأهم المتغيرات التي اعتمد عليها روتر Rotter في صياغة نظريته افتراضا منه أن أنماط السلوك التي يتعلمها الفرد ويتأثر بها هي:

#### قيمة التعزيز (reinforcement value):

يشير التعزيز إلى أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها بمعنى أن حدوث السلوك يؤدي إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية، الشيء الذي يترتب عليه عند حدوثه في المواقف المتماثلة مستقبلا. (الخطيب، 1978: 8-93)

بمعنى ما يكون الشخص معززا لشخص ما قد لا يكون بالضرورة معزز إلى شخص آخر، وأن ما هو إيجابي بالنسبة لفلان في ظروف معينة قد لا يكون كذلك بالنسبة للشخص نفسه، في ظروف ومواقف مغايرة فالمعززات تعتمد على خبرات وتفاعلات الفرد مع محيطه، وهنا تبرز قيمتها بحيث أنها تتجم عن تفضيلات الأشخاص انطلاقا من تجاربهم والتي ترتبط بتوقعاتهم المستقبلية حولها. (الخطيب، 1987: 82-93)

### الطاقة السلوكية والجهد (behavior potential):

يقصد بالطاقة السلوكية أن يكون لدى الفرد القدرة على انجاز سلوك معين فاخياره لسلوك ما دون آخر يرتكز على تصوره الذاتي للوضع، لذا تتأثر طاقته بالموقف المثير وكذا باختياره الواعي لذلك السلوك من حيث سلوكيات أخرى ممكنة واختيارات قابلة للاستعمال، وأشار روتر Rotter في تعريفه للسلوك إلى الأفعال التي يمكن ملاحظتها وقياسها وتلك لا يمكن ملاحظتها أي ضمنية. أضاف بأنه يمكن ملاحظة السيرورات المعرفية الداخلية موضوعيا وقياسها، من خلال أدوات غير مباشرة كملاحظة تصرفات وأفعال الأفراد وهم ينجزون مهمة ما وتقدير الزمن الذي يستغرقونه في طريقة حلهم للمشاكل.

واعتبر روتر Rotter أن المبادئ التي تضغط السلوكيات الضمنية وكذا التي تضغط السلوكيات الملاحظة كلاهما مهمة في تحديد الطاقة السلوكية (Schultz and al, 1987)

### الموقف النفسي (the psychology situation):

افترض روتر Rotter أن الأفراد في حالة نشاط مستمر في محيطهم الداخلي وكذا الخارجي وأن المستويين في تفاعل دائم وأن هؤلاء الأفراد يستجيبون للمثيرات ويقومون بأفعالهم بناء على إدراكهم للوضع أو الموقف الخارجي المؤثر، ويمكن توقع السلوك من خلال معرفة الحالة أو الوضعية النفسية وكذلك تقبل العناصر الثابتة -نسبيا- في الشخصية مثل السمات والدوافع، فالشخص الذي لديه دافع معين أو سمة ما يتوقع بان يتصرف بشكل معين في موقف أو وضعية ما فالسلوك يتنوع حسب إدراك الموقف. (Schultz and al, 1994: 412-414)

### التوقع (expectancy)

اعتمد روتر Rotter على مفهوم التوقع في صياغة نظريته حول التعلم الاجتماعي باعتباره أحد المتغيرات المؤثرة في السلوك ذلك انه أشار إلى كونه اعتقاد بإمكانية التنبؤ بمكافأة ما حين قيام الشخص بسلوك ما في وضعية معينة، وأكد روتر Rotter أن درجة التوتر تتحدد من خلال عمليتين هما:

أ- طبيعة التعزيز الأولي والأساسي للسلوك بطريقة معينة في الوضعية والتساؤل فيما إذا كان التعزيز قد تطلب وقتا كبيرا أو انه وقع في الوقت الحاضر أو الماضي؟

وهل تم التعزيز في المناسبات أم أنه يتم دائماً؟ وبهذا الشكل تؤثر التعزيزات على توقعاتنا المستقبلية

ب-تتوقف درجة التوقع على مدى تعميم الوضعيات المتشابهة وليست المتماثلة، وهنا يجب أن نتساءل فيما إذا كانت نتائج السلوك والتعزيز تظهر في وضعيات أو مواقف أخرى في حياتنا يمثل تعميم التوقعات أمر ذا أهمية كبيرة، خاصة عندما نواجه مواقف جديدة لأننا لا يمكننا التنبؤ بتعزيز ما إثر قيامنا بسلوك ما إذا لم تكن في نفس الوضعية من قبل بالتالي يجب أن نركز توقعاتنا حول نتائج واستجابات الأحداث المتشابهة والاعتماد على الخبرات السابقة. (Schultz et al,1994: 141-412)

### حرية التصرف(freedom of mouvement)

اعتبر روتر Rotter أن حرية التصرف تمثل درجة التوقع لدينا لأننا سوف نحقق تعزيزاً معيناً كنتيجة لسلوك ما، فالتوقع العالي يؤدي إلى حرية كبيرة في الفعل أو التصرف وإلى توقع أهداف الانجاز، بينما تؤدي ضعف حرية التصرف لدى الفرد إلى التنبؤ بالفشل أو العقاب. ترتبط حرية التصرف بعدة عوامل منها: نقص المعرفة حول كيفية إنجاز أو تحقيق هدف ما، كما أن الأشخاص ذوي القدرة الكافية قد يطورون ويظهرون مستوى منخفض للتصرف، لأنهم لا يحسنون تفسير المواقف السابقة، فالأطفال مثلاً قد يعاقبون على سلوكهم فيعممون تجربتهم في الموقف الحاضر، بالتالي يتوقعون عدم استحسان أو استنكار في كل مواقف الحياة ويترجمون ذلك الفشل ويكون توقعهم بالنجاح ضعيف، قد أشار روتر Rotter أن أغلب السلوكيات السيكومترية تشير إلى تجنب صراع بين الأهداف المهمة للفرد والحرية المحدودة في التصرف. (Schultz et al,1994: 15)

### المستوى الأدنى للهدف(the minimal goal level)

يشير المستوى الأدنى للهدف إلى أدنى مستوى أو حد لطاقة التعزيز في وضعية أو موقف معين أو حالة ما، والتي يدرك أنها مرضية وتوجد المعززات على محور متواصل يبدأ بالمعززات الأكثر رغبة إلى غاية التي لا يرغب فيها، ويعد الحد الذي تصبح فيه التعزيزات المرغوبة غير مرغوبة، هو المستوى الأدنى للهدف.



الأفراد يصيغون أدنى مستويات للهدف في عدة مواقف انطلاقاً من الدرجة التي يجدونها أو يعتبرونها مقبولة، لذلك نلاحظ أن الأشخاص قد تكون لديهم قد تكون لديهم مستويات دنيا مختلفة لهدف ما في موقف معين، وكلما كان التعزيز مساوياً للمستوى الأدنى للهدف أو يفوقه كانت حرية الفرد في التصرف أكبر وكان توقعه للنجاح أكبر أيضاً وإذا كان الأمر عكس ذلك تأثرت الصحة النفسية لذلك الفرد ومع ذلك يمكن لهذا الأخير أن يرفع المستوى الأدنى للهدف لديه أو يخفضه عن طريق تعبير قيمته للتعزيز. (Schultz and al,1994: 415-414)

نخلص إلى أن المتغيرات السابقة الذكر في مجملها تشكل إطاراً نظرياً مصاغاً من قبل روتر Rotter ولا يمكن استيعاب مفهوم مركز التحكم ومعناه بدونها.

### تعريف مركز التحكم (locus of control)

حاول السيكولوجيين بعد روتر Rotter وضع مفاهيم لمركز التحكم تتفق في جوهرها كما ابتكرها ومتباينة إلى حد ما فيما يتعلق ببعض جوانبه.

يعرفه لازاروس Lazarus, 1966 "بأن الفرد صاحب التحكم الداخلي يدرك أن كفاءته وقدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص وتكون لديه توقعات ايجابية، فيما يتعلق بالثقة في النفس والاعتماد على الآخرين، أما صاحب التحكم الخارجي فلديه توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته على التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقاد أنه يعمل في عالم عدائي."

عرفه كل من هورك وجاكسون Horreks et Jakson, 1972 "أن مركز التحكم ظاهرة نفسية تعتمد على إدراك وتفسير ينبعان من الشخص نفسه ومن أفعاله كنتيجة لتأثره وتحكمه في الظواهر المحيطة به، سواء كانت خارجية أم داخلية وتفسيره لهذه الأفعال يتجه مباشرة إلى كيفية استجابة الشخص. (الدسوقي، 1988)

يعرفه كرنندال (Crandall, 1973): "مركز التحكم الداخلي يشير إلى تصور الأفراد للأحداث التي تحدث لهم تكون نتيجة الجهد الخاص، بينما الأحداث السلبية تكون نتيجة القدر والحظ والصدفة أما مركز التحكم الخارجي، هو تصور الأفراد على أنهم مسؤولون عن ما يحدث لهم من مآسي أما الأحداث الايجابية فتكون نتيجة لكرم الآخرين القدر أو الصدفة

انطلاقاً من عدة دراسات نظرية لـ "برزهار ونهاري Bar-zhar et Nehari" وبحوث امبريقية لقيفين Guivin وواينر Waner وكوكلا Kukla وآخرون استلهمت دوبا Dubois مختلف الأسباب

التي يشير إليها الأفراد لتفسير تعزيزاتهم، ورتبت عن هذه الأخيرة على محور ثنائي القطب بدايته تشير إلى أقصى حد للتحكم الخارجي ونهايته تعبر عن أقصى حد للتحكم الداخلي ويتمثل المحور فيما يلي:

قامت دوبوا Dubois بتفسير كل عنصر العناصر على النحو التالي:

1- **الاعتقاد في الصدفة:** هو أقصى حد للتحكم الخارجي لأن التعزيزات مدركة بشكل غير ملموس وغيبى كما أنه مستقل عن فعله .

2- **الاعتقاد في الحظ:** أشارت دوبوا Dubois إلى أنه رغم كون الحظ يشير إلى تفسير ذاتي إلا أنه يرتبط بعلاقة غير مباشرة بالتفسير الداخلي ذلك أنه يعتبر كسند يملكه الفرد أو لا يملكه فنقول فلان لديه الحظ أو العكس .

3- **الاعتقاد في القدر:** هو تفسير خارجي في اعتباره لا يدخل في مجال تحكم الشخص، وإنما يشير إلى تفسير يخص القدر ويقال " كان مكتوبا"

4- **قوى أخرى:** تشير إلى أشخاص آخرين بسبب سلطتهم أو قدراتهم أو نفوذهم ويعتبر هؤلاء هم المسؤولون عن التعزيزات ويظهر أن هذا العنصر (السبب) هو من نفس طبيعة الاعتقاد في القدر، لكن هذه القوى ليست غيبية أو إلهية فقد لا أحصل على وظيفة" لأن شكلي لم يعجب المسؤول عند الاختيار."

5- **العراقل الموضوعية:** هي الحد الفاصل بين الضبط الداخلي والخارجي وتشير إلى العقبات الحقيقية التي يستند إليها الشخص، في تفسير التعزيزات مثل التمييز العنصري فالشخص ليس مسؤولاً عن كونه أسوداً.

6- **القدرات والجهود:** تتواجد في القطب المتعلق بالتحكم الداخلي على المحور، إلا أنه يستلزم التمييز بينهما فلقد حدد كولا وواينر Waner et Kukla كلاهما مبرزين أن القدرات تتضمن عنصراً يشبه الموهبة التي لا تدخل إلى حد ما في التحكم بينما ترتبط الجهود مباشرة بالإرادة التي يملكها الفرد. (Dubois, 1985: 216)

إضافة إلى ما ذكر فإن التحكم بشكل عام يمثل المعتقد الذي يحمله الشخص ويستجيب للمثيرات على أساسه وقد كان التساؤل الأساسي حوله يتمثل في: التحكم في ماذا؟ أي في سلوكياتنا أو

في حالتنا الداخلية وبعدها طرحت تساؤلات أخرى كالمعلقة والموقف والزمن. (Wallston and al, 1987: 10)

يمثل مركز التحكم أحد أشكال المعتقدات التي من شأنها تبرير الأحكام المسبقة للأفراد خاصة في تحديد التعزيزات، ويترجم اعتقادات هؤلاء بمحددات المكافأة أو العقاب والميل إلى إسناد الفشل والنجاح إلى مصادر قد تكون داخلية أو خارجية وكذلك القدرة على ضبط الوقائع والتدخل فيها أو عدم القدرة على ذلك. (Goms, 1997: 391)

يعرفه كريش وكريشفيلد: " هي عبارة عن تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الشخص حول شيء محدد. " (عبد اللطيف, 2000: 49)

وعلى ضوء هذه التعاريف تعرف الباحثة مركز التحكم: " بأنه التنظيم المنسق لإدراكات الأفراد التي تتم على المستوى الذهني لتفسير ما يصدر عنه من أفعال ومحصلات هذه الأفعال التي تسبق السلوك، بإرجاع التعزيزات التي تحدث له إما إلى القدرات المهارات والكفاءات الذاتية فيسمى بذلك مركز تحكم داخلي، أو إرجاع التعزيزات إلى أمور خارجية كالحظ أشخاص ذو نفوذ القدر الصدفة وغيرها هذا ما يسمى بالتحكم الخارجي، كما أن هذه التعزيزات هي التي تحدد السلوك المستقبلي فإما أن يلقي مسألة نجاحه أو فشله إلى مركز التحكم الداخلي أو الخارجي "

#### الفرق بين مركز التحكم وبعض المصطلحات:

يعتبر مركز التحكم خاصية من خصائص الفرد ولعل الإشارة إلى الاختلافات الموجودة بينه وبين المصطلحات سيساعد أكثر على استيعاب معناه

#### الفرق بين مركز التحكم وإدراك التحكم:

يشير إدراك التحكم إلى المعتقدات الخاصة بإمكانية الضبط والتوقعات وتقدير فرص واحتمالات التحكم وأكد رودان (Rodin, 1977): " أن إدراك التحكم هو التوقع بامتلاك قوة تسمح بالمشاركة في اتخاذ قرار من أجل الحصول على نتائج مرغوبة في وضعية ما " أما بورغر Burger فيعرف إدراك التحكم على " أنه إدراك إمكانية التغيير الفعلي للأحداث " (Skinner, 1990: 94) وقد أشار باركس فولكمان Folkman et Parkes الى وجود علاقة وطيدة بين مركز التحكم وإدراك وضعية أو موقف ما بأنه يمكن التحكم فيه. (Bruchon, Schweitzer et al, 2003)

يعتبر مركز التحكم استعداد سابق لأنه اعتقاد معمم ينسحب على جميع الوضعيات، فإذا كان الفرد ذو مركز تحكم داخلي فيعتقد في قدرته على التحكم في الوضعية الضاغطة والعكس صحيح مع ذوي مركز التحكم الخارجي حيث أن الوضعية قد لا تؤثر كثيرا على مركز التحكم الذي تبقى اعتقادات الفرد بشأنه أكثر ديمومة ومعممة.

أما التحكم المدرك، فإنه مسار تقييمي لمختلف الموارد الذاتية والاجتماعية والوضعية الضاغطة لتتحدد بعد ذلك لدى الفرد قدرته من عدمها في التحكم في العامل الضاغط.

إذن يعتبر مركز التحكم استعدادا واعتقادا دائم ومعمم أما مركز التحكم، فهو سيرورة تفاعلية مؤقتة وخاصة غير أن العديد من الدراسات التي أجريت حول تأثير التحكم المدرك على الاضطرابات النفسية. (Lundberg and Frandenhauer, 1978)

ولتحديد أكثر يرى وونغ (Wong, 1992): " أن مفهوم التحكم المدرك يستند على المعتقدات المحتملة للتحكم ومركز التحكم والتوقعات وتقييمات الفرص وإمكانات التحكم." (Wong, 1992):

#### الفرق بين مركز التحكم والإسناد:

يعتبر الإسناد السببي عملية معرفية تعمل على تحديد نموذج آخر لإدراك المحيط وهو الميل لبحث أسباب قدرة على تغيير الأحداث.

فحسب هايدير Hayder: " الإسناد هي العملية التي يستعملها الإنسان لفهم الواقع والتحكم فيه " فالإسناد السببي يختلف تماما عن مركز التحكم، فهو يعتبر عملية معرفية إدراكية تنشأ بعد الحدث ترتكز خاصة على الحدث ذاته، لتحديد الأسباب المدركة والعوامل المسؤولة عن الحدث فيكون تعبير الإنسان عليه، في حين أن مركز التحكم هو اعتقاد عام ثابت ينشأ قبل الحدث ولا يتصل بوضعية معينة ويكون تعبير الإنسان عليه، أن ما سيحدث متعلق أو غير متعلق بي. (Nuissier, 1994: 72)

#### الفرق بين مركز التحكم والعجز المكتسب:

أشار كل من أبرامسون سيلجمان وتيستال (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978): " إن العجز المكتسب يعد كنتيجة سلبية لتجارب فاشلة متكررة، مما يؤدي إلى التخلي عن المجهودات والشعور بالعجز وفقدان الأمل." (Vitkowsky et al, 1998: 59-60)

ويمكن أن يكون غياب إدراك التحكم على الأسباب أو نتائج الأحداث غير المرغوبة نتيجة للعجز المكتسب، فحسب بيترسون وسيلجمان Peterson et Seligman تتوقع نظرية العجز المكتسب أن الأشخاص الذين يفسرون الأحداث السالبة بأنها داخلية ثابتة وعامة (أنا مذنب سيدوم هذا مدى الحياة وسيؤثر على كل ما أفعل)، سيكونون أكثر ميلا للإحباط وأن يتصرفوا بعجز حسب الأحداث السالبة التي يواجهونها في حياتهم. (Nuissier, 1994: 74)

الفرق بين مركز التحكم والفعالية الذاتية:

تشير إلى اعتقاد الشخص بأنه قادر على الالتزام في السلوك أي إدراك التحكم فيه، كما انه يملك إمكانيات مكتسبة للنجاح في مهمة معينة، وتختلف الفعالية الذاتية عن مركز التحكم في كون هذا الأخير يتعلق بضبط التعزيزات وتوقع النتائج بينما الفعالية الذاتية هي القناعة بإمكانية إنتاج استجابات متحكم فيها. (Skinner, 1996: 559)

كما أن ذوي التحكم الداخلي يعتقدون بأنهم قادرين على القيام بالسلوكيات بقدر ما يشعرون بمسؤوليتهم عن نتائجها. (Bruchon-Schweitzer and al, 2003: 71)

يمكن أن نلاحظ مما سبق أن إدراك التحكم عامل هام في التفريق بين هذه المصطلحات وغيره يظهر كميزة عامة بالنسبة لمركز التحكم الإسناد السببي، والعجز المكتسب أي إدراك التحكم أو غياب إدراك التحكم يعمم على الأحداث كلها بالنسبة للمصطلحات المذكورة، ويعتبر إدراك التحكم أو غيابه خاص بوضعية محددة في مصطلح الفعالية الذاتية.

يكتسب الفرد هذه السمات خلال نموه ويعمل على ترسيخها بفضل التجارب المتكررة، وبما أن هذه الصفات مكتسبة فبالإمكان إحداث التغيير بما يتلائم والصحة النفسية للأفراد.

### خصائص الداخليين والخارجيين:

أجمع أغلب الباحثين في تمييزهم بين داخلي وخارجي التحكم في التعزيزات على الخصائص التالية:

1- يبذل الأشخاص المسمون بتحكم داخلي جهودا كبيرة لضبط محيطهم ويظهرون تعلما بسرعة ونشاط ويوظفونها بشكل أفضل من الذين يتميزون بتحكم خارجي، كما أن هؤلاء غالبا ما يبحثون عن المعلومات الجديدة بسرعة ونشاط ويوظفونها بشكل أفضل ويهتمون بها أكثر من اهتمامهم

بالمطالبات الاجتماعية للمواقف، وهذا أكثر من الخارجيين ويتفق هذا مع ما توصل إليه فارس Fares في عام 1968

2-يميل ذوي التحكم الداخلي إلى تحقيق النجاح والتطور في ميدان العمل وإلى الحصول على مستويات عالية من الأداء، وذلك أكثر من ذوي التحكم الخارجي ويتفق هذا مع ما توصل إليه. (هايزر 1974, Heiser)

3-يتميز ذوي التحكم الداخلي بالبحث عن التحكم الشخصي ويظهرون توافقا وانسجاما مع محيطهم ويكونون أقل اتجاهًا للتغيير مقارنة بذوي التحكم الخارجي كما أنهم يملكون رغبة كبيرة في برنامج لإثراء العمل

4-استخلص تانج وبومايستر Tang et Baumeister في دراستهما سنة 1984 بأن العمال ذوي التحكم الداخلي يتأخرون أقل من الخارجي التحكم بالتقديرات الخارجية، مثلاً في تقدير الأداء من قبل المسيرين ويمكن أن يكون لديهم تغيير بارز في التزاماتهم في العمل بعد نتائج معينة. (Lihing et al, 1997: 203)

5-يبدل ذوي التحكم الداخلي جهوداً معتبرة في مواقف الانجاز والتحصيل الدراسي لأنهم يعتقدون أن النجاح يعتمد على جهودهم الذاتية عكس ذوي التحكم الخارجي الذين لا يوقعون أن يكون لجهودهم أثر يذكر على النتائج، ويتفق هذا إلى ما توصل إليه ماك كيشي Mckeeachie وآخرون (موسى، 1988: 93)

6-يعرف ذوي التحكم الداخلي بتقدير جيد ودقيق للزمن، كما أنهم يتسمون بانتباه كبير بالمعلومات المثيرة في موقف ما عكس ذوي التحكم الخارجي (Koirula, 1996: 27)

7-أكد لفكورت Lefcourt أن ذوي التحكم الخارجي يتصرفون بشكل غير واقعي عكس الداخليين 8-يتميز ذوي التحكم الداخلي بالقدرة على مقاومة الضغوط والتأثير في الحياة الاجتماعية فهم يتفاعلون مع المواقف التي يتعرضون لها بأسلوب لائق، وليس القدرة على توقع الأحداث عكس ذوي التحكم الخارجي الذين يعوزهم الانسجام مع بيئتهم، نتيجة عجزهم عن تحقيق التوافق بين رغباتهم وأوضاع حياتهم.

9-يتسم ذوي التحكم الداخلي بإدراكهم لأنفسهم على أنهم مستقلون وقادرون على توجيه دوافعهم ورغباتهم، عكس ذوي التحكم الخارجي الذين يدركون أنفسهم على أنهم اعتماديين على عوامل لا

يمكنهم ضبطها أو التحكم فيها، هل هذا ما يجعل ذوي التحكم الداخلي أفضل وعي بذواتهم ويتفق ذلك مع ما توصل إليه كوك-كلامبرت Cooc-Clampert في 1980 وجونز وبارون Baronand et Ganz في عام 1972 وكذا باحثون آخرون. (مقابلة يعقوب، 1994: 21-25)

تجدر الإشارة إلى أنه قد تم حصر أهم الخصائص التي تميز الداخليين عن الخارجييين في التحكم انطلاقاً من عدة دراسات طرحت المفهوم، أي "مركز التحكم" كمتغير مستقل فقد تمت المناظرة الفئتين السالفتين الذكر اعتماداً على مقياس روتر Rotter لسلوكيات أفراد يتواجدون في وضعيات مختلفة مثلاً يتعلق بالأداء اختيار النشاطات والتعبير عن المعلومات وغيرها، كما أنه طرح "مركز التحكم" كمتغير تابع إذ تم التمييز بين عدة أفراد في مجتمعات وفئات وطبقات مختلفة في السن السلالة الجنس. (Ghiglione et autres, 1994: 67)

#### محددات مركز التحكم:

أصبح مفهوم مركز التحكم منتشراً ومستعملاً بكثرة في دراسة الشخصية، واهتم الكثير من الباحثين بالبحث عن محدّداته، حيث اعتبره البعض عنصراً مرتبطاً بسن الفرد ونموه المعرفي، في حين أن البعض الآخر اعتبره مرتبطاً بالتنشئة الاجتماعية وأبرزها ما جاء في هذا الصدد. اعتبر بيالر Bialer أن مركز التحكم يرتبط بالعمر الذهني أو العقلي للفرد وأشار بنك Penk إلى أن اتجاه الفرد نحو الداخلية يزداد بداية من 7 إلى 11 سنة (Agathon et autre, 1982: 64) واعتبر فايسز وستيباك Feisez et Stipek أن التطور التدريجي نحو المعتقدات الداخلية عند الطفل هو نتيجة لنمو القدرات مع السن، كما أن بعض الباحثين حاولوا إيجاد مبرر لذلك في النظرية التطورية ل: بياجي Piaget وأضاف آخرون أن تطور معاني ومفاهيم المحيط لدى الطفل، هي المسؤولة عن تطور سلوكيات الإنسان الداخلي لديه، إلا أن ورغم هذه التبريرات لم يتم التوصل إلى إيجاد علاقة دالة بين الذكاء والتحكم الداخلي إلا نادراً، كما أنه لا يمكن تفسير اتجاه الطفل إلى الداخلية عند كبره بزيادة قدراته على الاستدلال والبرهنة، لأن باحثون كثيرون قد شككوا في هذا التبرير لعدم وجود دليل على أن الاعتقاد في التحكم الداخلي ينتج عن سيرورة معرفية أكثر تعقيداً، من التي تتضمن الاعتقاد في التحكم الخارجي. (Dubois, 1981: 109-110)



على صعيد آخر طرح بوفوا Beauvois مسألة معيار الداخلية والذي يشير إلى التقدير الاجتماعي للوقائع النفسية (التعزيزات والسلوكات)، اعتبر بوفوا Beauvois أن هذا المعيار يرتبط بتحديد المعتقدات الداخلية للتعزيزات، بالتالي الاتجاه المتزايد نحوه باكتسابه عن طريق المسارات التربوية وذلك مع الزمن. (Dubois, 1981: 110)

لقد أشار دوبوا Dubois إلى أن معيار الداخلية يتم نقله في عدة مؤسسات كالمدرسة، مراكز العمل الاجتماعي ويزداد هذا الإدراك أو الوعي بتقدم سنهم فيعتمدون على التحكم الداخلي للواقع في إستراتيجيتهم الخاصة بإظهار ذواتهم. (Dubois, 1981: 110)

بناء على ما ذكر فان توجه الأطفال نحو التحكم الداخلي لا يعود للإمكانيات المعرفية ولا لسن هؤلاء، وإنما لاكتسابهم معيارا علما أن المعيار يشير إلى إسناد قيمة معينة لأمر ما يرى الأفراد أنهم مروجوبين اجتماعيا. (Ghilglione et autres, 1994: 118-189)

ويكتسب هذا الخير عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية التي تشير إلى طبع الفرد ومجموعة من المهارات للتعامل مع المحيط وتسايه عبر أطواره حياته التتامية، باعتبار كل مرحلة عمرية لها متطلباتها من المعلومات ومن أساليب التكيف والتوافق (مختار، 1998: 26)

### العوامل المؤثرة في مركز التحكم:

يرتبط اكتساب الفرد لمركز التحكم عامة (داخلي، خارجي) بعدة عوامل

#### أ- عامل التربية والتعليم:

يمثل تقدير المعلم للطفل الجيد وتفضيله عن غيره من الأطفال أمرا يشجع على ميل هؤلاء (باقي الأطفال) إلى الظهور بأنهم داخلي التحكم، رغبة في إعطاء صورة لائقة لأنفسهم وبالظهور أنهم مجدون إرضاءا لمعلمهم، بالتالي يسعى الأطفال إلى فهم موضوع تقييم مستمر إلى الظهور بالصورة المرغوبة أمام المعلم وهي التحلي بالداخلية في التحكم. (Dubois, 1991: 14-20)

#### ب- العامل الأسري:

باعتبار التحكم الداخلي هو الأكثر تقبلا ورغبة اجتماعيا فان الوالدين هما أكثر الناس مسؤولية في غرسه لدى أطفالهم وذلك بتشجيعهم على الاستقلالية، ويبدو أن أصغر طفل يولد في الأسرة هو الذي يتميز بثقة ضعيفة بنفسه، وهذا يؤثر حتى على معتقداته وغالبا ما يرجع ذلك إلى المعاملة الوالدية. (Schultz and al, 1994: 23)



وصل تولور وجالوفليك Tolor et Jalovic إلى وجود علاقة دالة بين الاتجاه نحو التحكم الخارجي وعوامل الضبط التسلطي والعدائية وكذا الرفض فكان أفراد عينتهما ينظرون إلى مكدونالد McDonald من خلال بحثه، إلى أن الأفراد الذين يتميزون بتحكم داخلي يصفون أمهاتهم بالعطف الكبير وبالنزعة للامومية (Maternites) وللحماية كما لاحظ كرونديل وكاتكوفسكي وجود Gradall, Kotkovsky, Good أن الوالدين غالبا ما يشجعونهم على التحكم الداخلي، عكس الذين يتميزون بالرفض المستمر والاستبداد والتسلط والعقاب.

أضاف ديفيز Davis بأن نقص الاستقرار في الجو الأسري قد يضاعف سعي الطفل إلى المساعدة وبحثه عنها، في محاولته لفهم المحيط وهذا قد يجعله يعتقد بأنه ليس فعالا ولا يمكنه التحكم في التعزيزات. (Agathon et autre, 1982, 66-68)

#### العامل الاجتماعي بشكل عام:

تعددت الدراسات التي أكدت العلاقة بين مركز التحكم والعوامل العرقية والسوسيو اقتصادية فقد أشار روتر Rotter إلى دراسة فرانكلان Franklin، في سنة 1963 توصل فيها إلى أن الأشخاص الأكثر تحكما داخليا ينتمون إلى فئات سوسيو اقتصادية راقية، كما أن وولك Wollk توصل في دراسته إلى أن الوضعية المرغمة والمحيط القاسي يجعل من الفرد خارجي التحكم عكس المحيط الملائم والمريح، لان التحكم الداخلي يرتبط بالتوافق والرضى. (Agathon et autres, 1982: 68)

توصل روتر وباتل Rotter et Battel إلى وجود فروق بين السود والبيض في مركز التحكم ذلك ان السود يتميزون بالتحكم الخارجي، اكثر من المنتمين للطبقة المتوسطة. (Schultz and al, 1994: 427)

أكد يوهي وشو Uhi and Show وكذا لفكورت ولادويف Lefcourt et ladwiv وغيرهم بان السود اكثر من البيض تحكما خارجيا (Agathon et autres, 1982: 68)

لاحظ غرافز Graves فرقا شاسعا بين الأطفال الهنود والإسبانو-أمريكان حيث أن الفئة الأولى أكثر تحكما خارجيا من الفئة الثانية، وفسر الباحث ذلك بان الهنود اكثر فقرا من الاسبانو-أمريكان. (Agathon et autres, 1982: 69)

إلى جانب ما ذكرنا أشار كل من كول وهزيك Coll and hsich إلى الاختلاف بين الذكور والإناث من مختلف البلدان في مركز تحكمهم حيث توصل بارسون Parsons وشنايدر Schneider وهانسن Hanssen في دراستهم التي شملت طلبة اليابان، الهند، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا وكندا على أن الإناث أكثر خارجية من الذكور الطلبة في اليابان والهند أقل خارجية من غيرهم في بلدان أخرى (Agathon et autres, 1982: 68) هذه الفروق بإرجاعها إلى القيم الثقافية فمثلا الاتجاه للتحكم الداخلي ذا قيمة عالية في البلدان الغربية عكس البلدان الأخرى. (Labsand, 1986: 14)

وتمثل أساليب التربية بشكل عام التي تغرس في الفرد شكلا معيناً من المعتقدات التي يتصرف وفقه، فعلى مقدار الخبرة التي يكتسبها الشخص في المواقف الآتية أو السابقة يكون سلوكه وتفسيره للتعزيزات، فمركز التحكم هو موضوع تعلم في مراكز العمل الاجتماعية أيضاً والتي تميل إلى اكتساب الشخص التفسيرات الداخلية وتلعب دوراً فعالاً في التقليل من تصوراته وكذا تفسيره لعلاقته بالمحيط. (Beauvois, 1986: 104-105)

وعلى الرغم من أهمية العمل الاجتماعي في نقل معيار الداخلية للأفراد واكتسابهم إياه، فإنه غالباً ما يتقبل المشرفون والعاملون الاجتماعيون مسؤولية مشروع يهدف إلى جعل المستفيدين داخليين، وذلك بصعوبة نظراً لطابعه المعياري، ومع أن العديد من الباحثين يعتبرون معيار الداخلية صفة تخص الأشخاص المثقفين ويكتسب بشكل كبير في المدارس، إلا أنه يعد من مسؤولية المكونين والعياديين الذين عليهم مساعدة الآخر، خاصة الذين يعانون من مشاكل الاندماج داخل شبكات أو طبقات اجتماعية أو الانخراط في جامعة أو مؤسسة معينة. (Beauvois, 1986: 103-105)

في نفس السياق قام كييلباوخ Kiehlbauch، بدراسة حول المساجين، وتوصل إلى أن هؤلاء يكونون خارجي التحكم في بداية ونهاية مدتهم بالسجن في حين أنهم يكونون أكثر داخلية في منتصفها، وفسر ذلك بكون هؤلاء (المساجين) في بداية مدة سجنهم لا يعرفون قواعد اللعبة في السجن بينما يتكيفون في منتصف مدتهم، أما في نهايتها فينتابهم الشعور بالتردد واللايقينية بالنسبة لمستقبلهم، بالتالي شعورهم بعد قدرتهم على التحكم فيما يحدث لهم، وخلص كييلباوخ Kiehlbauch أن معيار

الداخلية يمكن اكتسابه بفضل عاملين هما: الأمان وتوفير الاستقلالية (Agathon et autres, 1982: 64-69)

إضافة إلى ما سلف ذكره قام ديالانت وأوندلين Delente et Endeline عام 1983 بدراسة التحكم لدى مجموعة من الإطارات ومجموعة أخرى من العمال المنفذين في المؤسسة وتوصل إلى أن المجموعة الأولى تميزت بتحكم داخلي، عكس أفراد المجموعة الثانية. (Beauvois, 1986: 101-102)

تجدر الإشارة إلى أن التحكم الداخلي هو معيار لا يتميز بالقيمة الحقيقية له وإنما بفعالية في العلاقات الاجتماعية، وهذه الفعالية ترتبط بالضمانات المعرفية الإيديولوجية التي تمنحها طابعا هاما لممارسة السلطة وهو تقدير الأشخاص وتوزيع التعزيزات الاجتماعية، لذا فمن غير المدهش أن يتواجد عند ذوي النفوذ والمستويات الراقية اقتصاديا واجتماعيا، وكذا ثقافيا والذين يتميزون بـماض عريق. (Alain Philippe et autres, 1993: 270)

بناء على ما أفرزته بعض البحوث التي أشرنا إليها ودراسات أخرى التي لم يتسنى لنا التطرق إليها، يعد مركز التحكم عنصرا مكتسبا ويتأثر بالمحيط وبكل المؤسسات المسؤولة عن غرس المعتقدات في الفرد

#### أبعاد مركز التحكم وقياسه:

منذ أن برز مفهوم مركز التحكم (L.O.C) مع روتر Rotter أصبح محل اهتمام العديد من الباحثين أمثال لفكورت، فاراس وكرامين Lefcourt, Phares, Krampen ولقد حظي بعدة محاولات لقياسه تبعا لأبعاده

عبر روتر Rotter عن البعد الوحيد لهذا المفهوم والمتمثل في غياب أو وجود السعي في التحكم الشخصي للتعزيز العام كالاتي: " عندما يدرك فرد ما التعزيز الذي يلي أفعاله على أنه مستقل وغير محدد بتصرف من قبله فان هذا التعزيز يدركه على أنه نتيجة للحظ أو للصدفة أو القدر أو كفعل ما نابع من أشخاص ذو نفوذ وقوة، وهذا الإدراك في ثقافتنا نسميه الاعتقاد في التحكم الخارجي وإذا كان إدراك الفرد أن حدثا ما يتوقف على سلوكه الخاص أو خصائصه الشخصية المستقرة نسبيا، فهنا نقول أن هذا الاعتقاد هو في التحكم الداخلي." (Moxovia, 1994: 164)

انطلاقاً من هذا المحتوى صاغ روتر Rotter مقياساً واستخلص دليل أحادي البعد من التحليليين العاملين الذي حققهما في 1966 وكذا فرانكلين Frankline في 1963 على الرغم من كون روتر Rotter صاحب مفهوم مركز التحكم، إلا أنه ظهرت أول محاولة ل: فاراس Phares عام 1957 وهذا لقياس الاختلافات الفردية في التوقع العام أو الاعتقاد في التحكم الخارجي كمتغير نفسي

جدول رقم (02): يعرض أهم المفاهيم المتداخلة مع مفهوم مركز التحكم منسوبة إلى أصحابها.

| المفهوم              | باللغة الفرنسية        | باللغة الانجليزية | مكوناته                                                              | صاحبه     | السنة |
|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| مركز التحكم          | Locus de control       | Locus of control  | التحكم الداخلي<br>التحكم الخارجي                                     | Rotter    | 1966  |
| التحكم الذاتي        | Auto control           | Self control      | الملاحظة الذاتية<br>التقييم الذاتي<br>التعزيز الذاتي                 | Rehin     | 1977  |
| الفعالية الذاتية     | Efficacite personnelle | Self efficacy     | توقع الانجاز<br>توقع النتيجة                                         | Bandura   | 1978  |
| التحكم المدرك        | Control percu          | Perceived control | التحكم الذاتي<br>التحكم الشخصي<br>التحكم الاجتماعي<br>التحكم السياسي | Paulhus   | 1979  |
| الرغبة في التحكم     | Desire control         | Desire of control | تحكم الدافعية                                                        | Burger    | 1979  |
| التحمل أو الصلابة    | Endurance              | Hardness          | التحكم<br>الالتزام<br>التحدي                                         | Kobasa    | 1979  |
| التأهيلية أو التمكين | Capacitation           | Empowerment       | التحكم الشخصي الاستقلالية                                            | Rappaport | 1984  |
| التلاؤومية           | Resilience             | Resiliency        | الوعي بالتقييم الذاتي<br>الوعي بالفعالية الذاتية<br>أساليب المواجهة  | Rotter    | 1985  |
| السلوك المخطط        | Comportement planifie  | Planific behavior | الفعالية الذاتية<br>التحكم المدرك<br>المعيار الاجتماعي               | Adjzen    | 1987  |
| روح التماسك          | Sens de coherence      | Sens of coherence | الالتزام<br>الحاجة الى الفهم                                         | Antonvsky | 1987  |

## القسم الرابع: استراتيجيات المواجهة

### تمهيد:

يتعرض الإنسان منذ ميلاده إلى ضغوطات شتى منها الايجابية والسلبية، أي أن هناك ضغوط تعود على الفرد بالفائدة والأخرى تعود عليه بالسلبية، كالإصابة بالأمراض النفسية والجسدية التي تعوق حياته اليومية، فوجب وجود استراتيجيات لمواجهة تلك الضغوط للحد منها لتحقيق التوازن النفسي للفرد، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل، بدأ بتعريف استراتيجيات المواجهة، النظريات المفسرة لها، أنواعها، فعالية المواجهة على الصحة الجسدية وفي الأخير نتطرق إلى أهم المقاييس التي تقيس استراتيجيات المواجهة .

### 1-تعريف استراتيجية المواجهة:

رغم تعدد التسميات إلا أنها تدل على معنى واحد ونظرا لتعدد الاتجاهات النظرية للباحثين تعددت التعاريف النظرية المتعلقة بهذا المفهوم وفيما يلي أهمها:

تعريف ليتمان Litman,2006 بأنها " الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية المتنوعة التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات التي يواجهونها في حياتهم اليومية للتخفيف من أثارها عليهم." (سعاد منصور غيث وآخرون، 2009، ص254)

كما يعرف موس Moos,1988 استراتيجيات المواجهة بأنها " مجموعة من أنماط السلوك التكيفية المتعلمة والتي تتطلب عادة بذل الجهد، وتحدد الحاجة وتستهدف حل المشكلة كما يمكن السيطرة عليها وكفها أو قمعها وبالتالي تستخدم بمرونة كافية كما تطلب الموقف الضاغط. " (أمل الأحمد ورجاء محمود مريم، 2008، ص23)

ويعرف كل من لازاروس وفولكمان Folkman et Lazarus,1984 المواجهة بأنها " ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية والسلوكية، من أجل إدارة المطالب الداخلية والخارجية التي يعتبرها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته. " (محمد مقداد ومحمد حسن المطوع، 2004، ص261)

نستنتج مما ذكر سابقا انه هناك اختلاف في التعاريف المقدمة حول استراتيجيات المواجهة، إلا أنها تتفق في كونها طريقة أو محاولة من الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط وأن هذه المحاول

إما أن تكون فاعلة تخفف من حدة الضغط النفسي، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي.

## 2- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة:

هناك عدة نظريات نفسية قامت بتقديم إسهاماتها في تفسير استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية التي يستخدمها في مواجهة الضغوط النفسية، وكل نظرية قدمت استراتيجيات مختلفة ترى أن الفرد سيستخدمها في حياته اليومية أو عند تعرضه للضغوط النفسية ونذكر من أهمها:

### 1.2- نموذج دفاعات الأنا:

حسب وجهة النظر الفرويدية عندما تكون الأنا ضعيفة وكمية الطاقة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة الصراعات والضغوطات والتهديدات وأن الضغط النفسي ينتج من فشل الأنا في القيام بوظائفها وعدم تحقيقها التوازن بين مطالب الهو ومتطلبات الواقع الخارجي. (ماجدة عبيد، 2008، ص133)

ويؤكد فيلان Vaillant, 1992 على وجود سياقات معرفية مخصصة للتخفيف من حدة القلق الناتج عن الوضعية الضاغطة والمتضمنة:

النفسي: وهو ميكانيزم دفاعي يجعل الفرد يتذكر بعض عوامل الوضعية المدركة بهدف تحملها العزل: وهو ان ينحصر سياق التفكير في فكرة واحدة مانعا الفرد من فهم حقيقة الوضع العقلنة: أين يبحث الفرد فيه عن شروحات أو تفسيرات متناسقة لما يحدث ويحدد فيلان Vaillant, 1992 المعيار الأساسي لنجاح استراتيجية المواجهة، على أنه نوعية من السياق من حيث المرونة ودرجة تناسيه مع الواقع. (Brochou-Schweitzer, Dantzer and al, 2003, p104)

### 2.2- النموذج الحيواني:

يستند هذا النموذج على نتائج ودراسات مخبرية أقيمت على الحيوانات، إذ يعتبر هذا النموذج للمواجهة استجابات فطرية وسلوكية تهدف للتكيف ولمواجهة مختلف التهديدات الداخلية والخارجية بغرض التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية، الناجمة عن المواقف الضاغطة وترتكز المواجهة في هذا النموذج أساسا على مجموعة من الميكانيزمات، صنفها شويتزر ودانتزر Schewitzer, Mb, Dantzer, R, 1998

إلى مجموعتين هما:

أ- ميكانيزم التجنب أو الهروب: تستعمل في حالة الخوف أو الفرع

ب- ميكانيزم المواجهة والهجوم: تستعمل هذه المواجهة في حالة الغضب ويرى دانترز Dantzer أن معيار نجاح استراتيجية المواجهة يتمثل في خفض أو التحكم الفيزيولوجي الذي يترتب على هذه الوضعية (Bruchou, -Schweitzer, Dantzer and al, 2003)

في هذا الصدد يرى كل من لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman, 1984 أن البحوث التي تستند على النموذج الحيواني تركز أساسا على ما يسمى بالسلوك التجنبي أو سلوك الهروب أو الفرار، وهو الشيء لا يمكن الكشف به عن باقي السلوكات والاستراتيجيات .

### 2.3- نموذج سمات الشخصية:

هو نموذج مستمد من نموذج دفاعات الأنا والذي يعتبر (استراتيجيات المواجهة) سمة من سمات الشخصية، حيث يرى أصحاب هذا النموذج أن بعض الخصائص ثابتة في الشخصية تجعل الفرد لديه استعداد لمواجهة الضغط بطريقة معينة مثال (كبت إحساسه) حسب دراسة بايرن Bayrine, 1961 أو الصلابة النفسية حسب أعمال كوبازا Kobasa، حيث أنها عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في استجاباتهم للألم والمشقة، إلا أن العديد من الدراسات أكدت على أن سمات الشخصية تعد مؤثرا ضعيفا لاستراتيجيات المواجهة، وهذا حسب لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman، وهذا للأسباب التالية: الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة، فالشخص المعرض للضغوط المتعددة في نفس الوقت لا يمكن قياسها بسمة واحدة للشخصية

الطبيعة المتعددة لسياقات المواجهة حسب فولكمان ولزاروس Lazarus et Folkman, 1988 تتأثر المواجهة تأثيرا بليغا بمحيط الموقف، إذ يمكن لنفس الشخص في حالات معينة أن يستخدم استراتيجيات معرفية للمواجهة، تهدف إلى التقليل من الضغط وفي حالات أخرى استراتيجيات سلوكية ترمي إلى حل المشكل. (Bruchon, Schweitzer, Dantzer and al, 2003)

### النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت 1998, Granzvoort

يشير هذا النموذج إلى أن عملية المواجهة ذات طبيعة معقدة وهو يقوم على عدة دعائم أساسية

- هوية الفرد: إحساس الفرد بالاستمرارية والتفرد في تفاعله مع السياق الاجتماعي وتشمل: (الخصائص الشخصية، والشعور بالكفاية الشخصية واتجاهات النوع) وتعد هوية الفرد متغير مستقل يؤثر في عملية المواجهة، كما أن تشكيلها يكون على نحو متواصل وفي تفاعل مستمر مع المواجهة والسياق الاجتماعي.

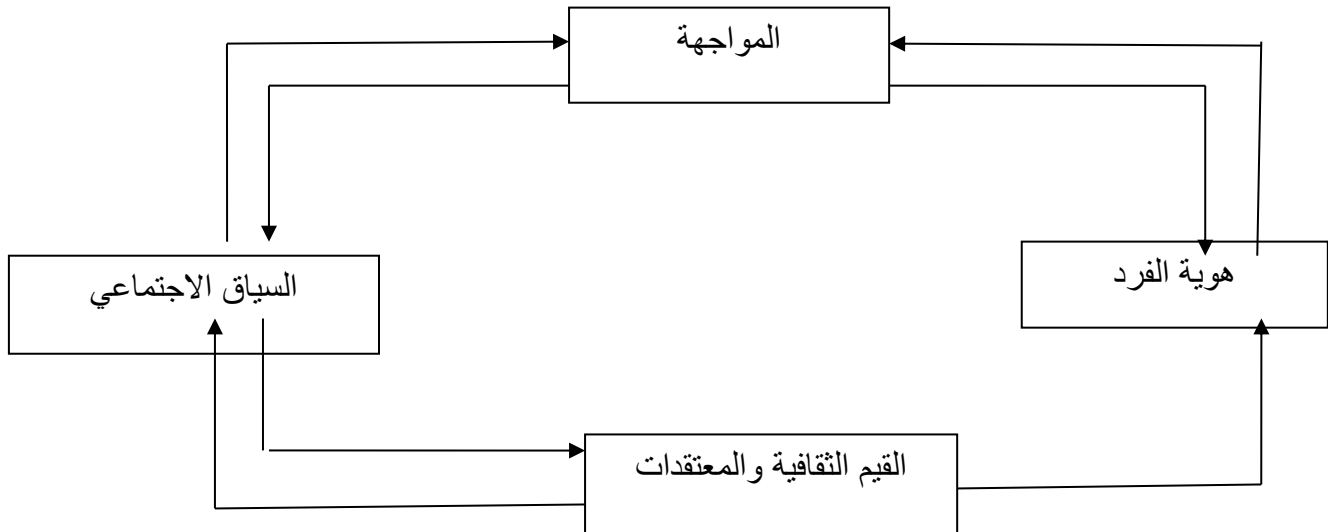
- المواجهة: تتأثر المواجهة بالسياق الاجتماعي الذي يقع فيه تفاعل كل من الهوية والمواجهة ويتم تحديد استراتيجية المواجهة، من خلال القيم الثقافية والمعتقدات -السياق الاجتماعي: متغير لا يتسم بالثبات وهو متغير على نحو متواصل ويتأثر بكل من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية.

-القيم الثقافية والمعتقدات: لها دور في تشكيل فهم الفرد للضغوط وتحديد استراتيجيات المواجهة

كما اهتم النموذج بالعلاقات الاجتماعية، فاختيار الفرد لأساليب مواجهة معينة يمكن أن يجعله مغتربا من السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، أي أن عملية المواجهة تتأثر بالوسط الاجتماعي



الشكل رقم (07): يمثل عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الأبعاد للجرانزفورت Granzvoort



(إيمان محمود القماح، 2002، ص152-151)

### 3-أنواع استراتيجيات المواجهة

حسب مختلف الإمكانيات التي تتوفر للفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة فقد تم تصنيف نوعين من المواجهة الأولى تهتم بتعديل التوتر الوجداني، والثانية خاصة بمعالجة المشكل الذي هو مصدر التوتر

ولقد تطرأ العديد من الباحثين في إطار هذه الرؤية على جرد مختلف أنواع استراتيجيات المواجهة بمنهجية، تضمنت إحصاء من خلال المقابلات لمختلف أنماط الاستجابات التي يبديها الأفراد أمام الوضعيات بما فيها المهنية، العائلية، والاجتماعية... الخ، هذه الدراسات أظهرت أن هناك تنوع كبير في استعمال هذه الاستراتيجيات من فرد لآخر وحتى عند الفرد لذاته، غير انه من خلال التحليل العاملي لعدد كاف من الأفراد ظهرت نوعان من المواجهة، وهما المواجهة المتمركزة على الانفعال والمواجهة المتمركزة على المشكل. (Lazarus and Folkman, 1984)

أ-المواجهة المتمركزة على الانفعال:

أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط بالاحتفاظ بالتوازن الوجداني وتقبل الفرد لمشاعره وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكل، مثلا مواجهة مرض يقضي إلى الموت عادة ما تكون المواجهة مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر وتقبل إرادة الله والاستعداد نفسيا وسلوكيا للموت. (محمد السيد عبد الرحمان، 1999) ومن الأساليب المستخدمة في هذا النوع من المواجهة، نجد كل من التجنب والهروب وإعادة تقييم وضعية ما تقيما ايجابيا والتقليل من الأوجه السلبية للوضع والابتعاد بالتسلية. ويشير لازاروس (1966) في هذا المجال إلى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الانفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحدي عندما يتعلق الأمر بالوضعيات التي تهدد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الاستراتيجيات على مواجهة تلك الوضعيات، ولهذا لازاروس يعتبر هذه الاستراتيجيات ذات دور مرحلي أو انتقالي ليس إلا، مما يجعلها قليلة الفعالية والانجاز.

ب- المواجهة المتمركزة على المشكل:

ومن خلالها يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكل ومن الأساليب المتبعة في هذا النوع من المواجهة ما يلي:

- البحث عن معلومات أو طلب النصيحة أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو الحصول على التوجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر كالزوج أو الزوجة أو الأصدقاء أو الأقارب

- اتخاذ إجراء حل المشكلة وتتضمن إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف وتعلم مهارات جديدة موجهة نحو المشكلة والتفاوض للتوفيق لحل القضية

- تطوير مكافآت بديلة عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا كبناء علاقات اجتماعية وتنمية وجهة ذاتية واستقلالا ذاتيا أكبر. (محمد السيد عبد الرحمان، 1999)

وفي هذا الصدد وحسب لازاروس (1966) فإن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل تقترب من الاستراتيجيات المستعملة لحل المشكل، غير أن المواجهة التي تركز على المشكل

تشمل على فئة واسعة من الاستراتيجيات الخاصة بتوجيه المشكل بالمقارنة مع تلك التي تشمل عليها استراتيجيات حل المشكل

كما أن الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على محيط أو بيئة بينما تضم المواجهة التي تركز على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة واختيار إمكانياته وقدراته في حل المشكل المطروح

وقد بين الباحث كاهن Kahn (1964) أن هناك نوعين من الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل، نوع موجه نحو المحيط ونوع آخر موجه نحو الفرد يشتمل النوع الأول على الاستراتيجيات المخففة من ضغط المحيط بما فيه من عراقيل وأعباء العمل أما النوع الثاني فيشمل على أساليب دفاعية تسمح ببناء وتطور نماذج أو معايير سلوكية جديدة، وغالبا ما تستعمل هذه الاستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه، ويرى انه بإمكانه إحداث تغييرات والوصول إلى حلول مناسبة

ويشير كل من لازاروس وفولكمان (1994) في هذا الصدد إلى أن عدد الأشكال المعروفة أو المتوفرة في الكتابات النظرية والبحوث الخاصة بالواجهة التي تتمركز على المشكل والتي يلجأ الأشخاص إلى استعمالها إزاء الوضعية الحياتية المختلفة قليل، إذا ما قورن بعدد الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال. (Schweitzer et Dantzer, 1994)

#### التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات:

يوجد تفاعل بين الاستراتيجيات المتمركزة على المشكل وتلك المتمركزة على الانفعال إذ أن الانفعال المرتفع وعدم التحكم فيه يؤثر في النشاط المعرفي اللازم للأساليب المتمركزة حول المشكل، فإذا كان الانفعال سلبيا ومرتفعاً مثل القلق والخوف، فإن الفرد يبذل جهداً أكبراً لتعديله حتى لا يؤثر في الأساليب المتمركزة على المشكل ويخلق التقييم الخاطئ للقدرات إحباطاً وغضباً عند الفرد، فيشعر انه لا يستطيع التحكم في الواقع وهذا يبعده على الأساليب المتمركزة على المشكل.

أما الانفعال الإيجابي المرتفع مثل التفاؤل فيدعم ميكانيزمات حل المشكل نذكر من بينها \* تغيير معنى الواقع \* حتى يصل الفرد إلى راحة ويقوم بتحويل أهدافه الأولى بوضع أهداف جديدة مع تحديد معاني جديدة للظروف التي يمكن للفرد ان يتحكم فيها، فالتصورات الايجابية للأشياء وللذات تسمح بتكوين إمكانيات نفسية هامة في سياق المواجهة، إذ تدعم الجهود الدفاعية في

التعامل مع الظروف المهددة وهذا يعني أن اكتساب الفرد لهذه القدرات والإمكانيات يجعله واعيا بها وبذكائه في استعمال طرق جديدة لمواجهة متطلبات الواقع. نستطيع القول أن النمطين يتبادلان التأثير في جميع أنواع الضغوطات التي يواجهها الفرد فكلاهما بإمكانه تسهيل أو إعاقة عمل الآخر، ولكل نمط محاسنه ومساوئه حسب طبيعة الضغوطات في حين لم يتقبل بعض الكتاب تصنيف لازاروس وفولكمان، حيث أن سال وفليتشتر Suls et Litvher (1985) انتهيا إلى تحديد فئات المواجهة التالية:

المواجهة المتجنبة: وتشمل التجنب، الهروب، النفي، الخضوع، الحتمية، العدوانية وهي تسمح مثل المواجهة المركزة على الانفعال للازاروس وفولكمان بتقليل التوتر الانفعالي فهي استراتيجية غير نشطة.

المواجهة اليقظة: وتضم البحث عن (المعلومات، الدعم الاجتماعي، مخطط عمل، البحث عن الوسائل.....) تسمح مثل المواجهة المركزة على المشكل التصدي للمشكل مع جهد معرفي وسلوكي لحل المشكل فهي استراتيجية نشطة.

#### إعادة تقييم المشكل:

وهي استراتيجية ادراكية معرفية موجهة إلى الحد من الفارق المدرك بين التهديدات والقدرات الفردية، وبالتالي جعل الحالة الضاغطة أكثر تحملا هكذا فانه يتبين بأن المواجهة أكثر في استجابة للضغط فهي تمثل استراتيجية متعددة الأبعاد للتحكم تهدف إلى تغيير الحالة المهددة وتغيير الاعتبار الذاتي الذي يحمل الفرد حول الحدث الضاغط أو تغيير التأثيرات النفسية المرتبطة بالحالة المهددة. (Dantche, 1989)

#### 4-فعالية المواجهة على الصحة الجسدية:

يبدو أن دراسة فعالية المواجهة على الصحة الجسدية صعبة التقييم غير أنه وحسب لازاروس وفولكمان (1984) فان المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية على نحو ثلاثة أشكال مختلفة: أ-المواجهة يمكنها أن تؤثر على تواتر شدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي) والعصبية الكيميائية المرتبطتان بحالة ضغط وهذا في المواقف التالية:

-عدم استطاعة الفرد تحسين الظروف المحيطة الضاغطة بسبب عدم وجود استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل أو عدم تلاؤمها (مجهود مفشل أو معاكس)

-أمام حدث غير متحكم فيه الفرد هنا الفرد لا يستطيع تعديل التوتر الانفعالي(استراتيجيات مقاومة مركزة على الانفعال غير مجدية)

-للفرد أسلوب مواجهة أو أسلوب حياة هو في حد ذاته ينطوي على مخاطر وخير مثال هو الفرد ذو النمط(أ) والذي يتميز بالصفات التالية: روح المنافسة، عدم التريث، العدوانية، إدراك الأحداث الضاغطة كتحدى

ب-يمكن أن تؤثر مباشرة وسلبيا على الصحة كتزايد مخاطر الوفاة والمرض وهذا بالاستعمال المفرط للمواد الضارة كالتبغ، الكحول والمخدرات ....الخ عندما تدفع بالفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (كاستعمال السرعة في السياقة) وفي هذا الصدد يرى شيفمان وويلس Shifman et Wills (1985) أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مواجهة سلبية.

ج-أشكال المواجهة المركزة على الانفعال: يمكنها أن تهدد الصحة الجسدية للفرد وهذا لأنها قد تعيق أحداث سلوك متوافق كحالة إنكار أو تجنب اللذان بإمكانهما أن يدفعوا بالفرد إلى عدم إدراك أعراض المرض، أو إلى التأخر في طلب الاستشارة.(Schweitzer et Dantzer,1984)

#### 5-مقاييس استراتيجيات المواجهة:

أ-مقياس المواجهة للمراهقين Adolescent coping:

أعدّه فريدنبر ولويس Fydenber et Lewis,1993 وقد ترجمته إلى العربية \*نجاه زكي موسى ومديحة عثمان، 1998 \* ويتكون من (79) عبارة تعتمد على طريقة ليكرت الخماسية ويقاس ثمانية عشر أسلوب للمواجهة هي:

الدعم الاجتماعي، التركيز على المشكلة، القلق، اللجوء إلى الأصدقاء، التفكير الروائي، العمل الاجتماعي، عدم المواجهة، البحث عن الدعم الروحي، تجاهل المشكلة، الانغلاق على النفس، البحث عن الاسترخاء، تجديد النشاط البدني، العمل بجد وإنجاز، البحث عن الانتماء، خفض التوتر، تأنيب النفس، التركيز على الإيجابيات، البحث عن مساعدة المختصين(نجاه زكي موسى ومديحة عثمان عبد الفضيل، 1998، ص472-473)

ب-مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوطCoping responses inventory:

أعدده رودلف موس Moos,R وترجمه الى العربية وقننه على البيئة المصرية \* رجب شعبان شافعي \* و \* رجب علي شعبان \* (1990) وأعاد \* رجب علي شعبان \* تقنيته عام (2000) يتكون المقياس من (48) عبارة موزعة على ثمانية مقاييس فرعية تقيس نوعين من أساليب المواجهة هي:

-أساليب المواجهة الإقدامية: وتشمل على أربعة مقاييس فرعية هي التحليل المنطقي وإعادة التقييم الايجابي والبحث عن المساعدة والمعلومات واستخدام أسلوب حل المشكلة

- أساليب المواجهة الإحجامية: وتشمل على أربع مقاييس فرعية هي: الإحجام المعرفي والتقليل والاستسلام والبحث عن الإثابة البديلة والتنفس الانفعالي ويصحح المقياس بإعطاء درجات أربعة (0، 1، 2، 3) وتتراوح الدرجة على المقياس الفردي من صفر إلى 18 درجة ويتمتع المقياس بصدق وثبات مرتفعين (رجب علي شعبان، 2004) مقياس المواجهة Coping inventory:

أعد المقياس كارفر وزملائه (1989) ويتكون من (52) عبارة موزعة على 13 بعد فرعي هي:

- 1- التعامل النشط، 2- التخطيط، 3- الكبت، 4- السعي إلى الدعم الاجتماعي، 5- التمهّل، 6- السعي إلى الدعم الاجتماعي لأغراض عاطفية، 7- التركيز على العواطف وإظهارها، 8- الميل إلى التحرر السلوكي، 9- الميل إلى التحرر الذهني، 10- إعادة التقييم الايجابي، 11- الإنكار، 12- التقبل، 13- الرجوع إلى الدين

وقام مصطفى خليل الشرفاوي (1993) بتعديله وإعادة تقنيته للاستخدام العربي واختصره اعتمادا على التحليل العاملي حيث انتقى أكثر العبارات تشبعا على كل عامل ويتكون في صورته النهائية من (11) عبارة وبعد حذف احد الأساليب منها وهو (إعادة التفسير الايجابي) أصبحت تقيس (12) أسلوبا صنفها في ثلاث استراتيجيات هي: استراتيجية المواجهة واستراتيجية التماس العون واستراتيجية السلبية وقد أطلق عليها مقياس استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة (مصطفى خليل الشرفاوي، 1993، 53)

قائمة مصادر المواجهة Coping resources:

قام بإعداد القائمة مارتينغ ومار Marting et Hammer وتتكون هذه القائمة من (60) مفردة تستهدف التعرف على مصادر المواجهة المتاحة للفرد والتي يستخدمها في إدارة الضغوط ويجب

المفحوص على هذه المفردات على مقياس مندرج من أربعة نقاط وهي (مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما) وتقيس هذه القائمة خمسة أساليب أساسية يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وتتضمن خمسة مصادر للمواجهة هي:

-مصادر المواجهة المعرفية: وتقيس إلى أي مدى يبقى الإحساس والشعور الايجابي بتقدير الذات لدى الفرد والنظرة الايجابية نحو الآخرين

-مصادر المواجهة الاجتماعية: وتقيس الدرجة التي من خلالها يكون الفرد قادرا على بناء علاقات اجتماعية ناجحة تسانده وتدعمه اجتماعيا في أوقات الضغوط

-مصادر المواجهة الانفعالية: وتقيس إلى أي مدى يكون الفرد قادرا على التعبير عن مشاعره وأفكاره وهي مبنية على فكرة أن الاستجابة والتعبير عن الانفعالات تساعدني على التخفيف من الآثار والنتائج الانفعالية السلبية الناجمة عن الضغوط على المدى الطويل

-مصادر المواجهة الفلسفية الروحية:

وهي تقيس إلى أي مدى تكون أفعال الفرد وقيمه مشتقة من الإطار الثقافي والأسري والديني أو نابعة من الفلسفة والقيم الشخصية للفرد حيث ذلك يساعد الفرد على تحديد معنى الأحداث وتحديد الاستراتيجيات التي تستخدم في مواجهة تلك الأحداث بفعالية.

-مصادر المواجهة الجسمية: وتقيس ما لدى الفرد من قدرات وإمكانيات جسمية وما لديه من إمكانيات مادية تساعده على التوافق مع المواقف وتعمل على خفض الاستجابة السلبية الناتجة عن الضغوط (عبد المعطى حسن مصطفى، 2006، ص126)

مقياس أندلر وباركو Endler and Parker, 1990

من أهم المقاييس وأكثرها استعمالا كان هدف واضعي هذا المقياس التمييز بين النوعين الرئيسيين للتعامل كما حددها لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman (1984) حيث صمموا مقياسا يحتوي على (70) بندا طبق على (559) طالبا وسمحت نتائج التحليل العاملي بتحديد ثلاثة أنواع من التعامل

-التعامل المتمركز على الانفعال

-التعامل على حل المشكل

-التجنب

اختار اندلر وباركو (1990) ثمانية وأربعين بندا ينقسمون بدورهم إلى ثلاثة عوامل حيث يحتوي كل عامل على ستة بنود كما تميزت هذه القائمة بثباتها مهما اختلف السن، الجنس كما يلاحظ أن واضعي هذا المقياس يعتبران التجنب كجانب معرفي وليس كاستراتيجية من استراتيجيات التعامل الانفصالي (Karmer,V,pp50-51)

#### خلاصة:

من هذا الطرح نستنتج بأن العديد من الباحثين النفسانيين اهتموا باستراتيجيات المواجهة وتوصل وإلى أنه يعد كميكانيزم دفاعي لتخطي العقبات النفسية وتحقيق التوازن النفسي في شخصية الفرد.



## القسم الخامس: التمريض

تمهيد

- 1-تعريف مفهوم التمريض
- 2-مهام ومسؤوليات الممرض
- 3-ترقية الممرض
- 4-طبيعة عمل الممرض
- 5-اعباء مهنة التمريض
- 6-خصائص مهنة التمريض

خلاصة

## تمهيد:

تعد مهنة التمريض من أنبل المهن لأنها تساعد الفرد على الشفاء وإنقاذه من الموت لذا وجب الاهتمام بهذه الشريحة من جانب ظروف العمل، وأهم العقبات التي تواجهه في انجاز مهامه على أكمل وجه، خاصة أنه الواجهة التي يعتمد عليه قطاع الصحة وهذا ما لاحظناه خلال أزمة كوفيد 19 التي اجتاحت العالم .

### 1-تعريف مفهوم التمريض:

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

أسست فلورنس نقتينغال أول مدرسة للتمريض عام 1860 بمستشفى سان توماس بلندن في إنجلترا وكان مبدأ التمريض آنذاك قائما على تطبيق القواعد الضرورية للنظافة، لتحقيق الراحة البدنية والنفسية للمريض إلا أن التقنيات العلاجية وكيفية تلقينها لم تكن متطورة ذلك لعدم التمكن من تحديد مفهوم الصحة علميا ولهذا السبب حصرت المهارات المهنية للمرض في الملاحظة واحترام استقلالية المريض في مجال العلاج وتعرف فلورنس نقتينغال التمريض \* بأنه عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة حتى تقوم الطبيعة بدورها.\*

بعد ذلك أصبح تعريف فرجينيا هندرسون للتمريض التعريف الرسمي للمجلس العالمي للتمريض والذي يعتبر التمريض على أنه في المقام الأول مساعدة المرضى والأصحاء على القيام بالأنشطة التي تساهم في الحفاظ على الصحة واسترداد العافية.(فوزي ميهوبي، 2008)

فالتمريض بمعناه الواسع مهنة نبيلة تجسد غاية إنسانية، تهدف إلى العناية بالسليم والمريض على حد سواء جسميا، نفسيا، اجتماعيا وعاطفيا

## 2- مهام ومسؤوليات الممرض:

يعد الممرض مطالب للمشاركة في اتخاذ التدابير العلاجية والتشخيصية الطبية مما يستلزم عليه التحكم في وصف الأدوية اللازمة واتخاذ الإجراءات العلاجية الملائمة، وإتباع حالة المريض ومراقبة تطورها وذلك من خلال تقديم المعلومات الضرورية واللازمة للأشخاص المعنيين هذا مع الحالات العادية أما الحالات الاستعجالية، فعليه تطبيق الإجراءات الاستعجالية التي تتطلبها الحالة الإكلينيكية وضمان نوعية العلاج واستمراره مع تفادي الهفوات التي من شأنها أن تعرض حياة المريض للخطر، ثم بعد ذلك الحرص على المساهمة في إجراء عملية تقييم لذلك العلاج من حيث نوعيته وكميته وهذا من فائدته أن يجعله يساهم في الحفاظ على الصحة وترقيتها في صالح الأفراد والجماعات عن طريق التدابير والإجراءات الوقائية والتربية الصحية للأفراد.

كما تسند إلى ممرض مسؤوليات أخرى مرتبطة بالتسيير والتنظيم والإدارة وتتعلق بإنشاء مخطط زمني تنظم وفقه نشاطات مجموعات صغيرة من الممرضين آخذاً في الحسبان الضغوطات والطاقات الداخلية بالإضافة إلى تنسيق العمل الجماعي لكل الممرضين، وذلك بتقسيم النشاطات وفقاً لحجمها تبعاً لدرجة تفقد العلاج، علاوة على مؤهلات العمال وهذا كله بهدف تحقيق العناية المثلى للمريض.

زيادة على ذلك تضاف للممرض مسؤولية إنشاء ملفات العلاج والإحصاءات المتعلقة بالمرضى، وكذا العمل جماعياً على بلورة الخيارات العلاجية التي تتلاءم وفلسفة المؤسسة أو التنظيم والحرص على تحقيقها وتقييم نتائجها فعليه التحكم في المعارف الحديثة والاضطلاع على وسائل العلاج، الإعلام، التسيير، التنظيم والتقنيات الجديدة مع التأكد من الاستعمال المناسب للوسائل حفاظاً على البيئة من جهة ومن جهة أخرى لصيانة الوسائل من التلف، فعليه الحرص الشديد على تحاشي النقائص بالجوء دورياً إلى الطلبات وعمليات الجرد اللازمة. (نسيمة شتوحي، 2003) ومم مهام الممرض أيضاً المشاركة الفعالة في تكوين فريق للمرضى بمحاولة إيجاد جو مناسب للعمل الجماعي على طريق وضع حلول مناسبة للصراعات، التي ما تلبث أن تنشأ وسط هذا الفريق وذلك لمختلف الأسباب ككثرة العمل والإرهاق.

كما يتعهد الممرض بمسؤولية استقبال عمال المصلحة الجدد مع ممرضين وطلبة بتولي تأطيرهم ومراقبتهم، إضافة إلى مشاركته في تقييم انجازاتهم وفقاً لمستواهم بناءً على الأهداف المتوخات

في تكوينهم ومن هنا يمكنه المشاركة في تحديد المتطلبات الضرورية لتكوين فريق الممرضين الجدد، ولا يتوقف عمله أعلى، هذا بل عليه تسيير نشاطات الفريق وتنسيقه ومعاينته علاوة على بلورة مخطط الانجازات والعطل وكل هذا عن طريق التفويض.

ويقع على عاتق الممرض انجاز المشاريع وتحقيق الأهداف وإجراء العمليات التنفيذية مع إمكانية تسطير الأولويات مثل تنظيم البرامج وتعديلها وأحكامها في أي من الأوقات وهذا لا يكون إلا بتركيز الانتباه إلى عدة أمور متزامنة وغالبا ما تكون متقطعة.

ومن جهة أخرى عليه اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة وحساسة في نفس الوقت ويتوجب عليه السرعة في العمل وهذا كله ببرودة أعصاب وهدوء، فمع كل هذه الضغوطات يتوجب عليه أن يتردد من طلب يد العون وإقامة علاقات مهنية وتنشيط حوار فردي وترأس لقاءات جماعية وكذا نسج علاقات مع العمال والمسؤولين والتعاون مع طبقات عمالية مختلفة تساعده على تحمل عبء العمل وتعيينه على انجاز الأعمال الفردية، فعليه إذا أن يتصرف بتصرفات مهنية ملائمة لوضعيته (نسيمة شتوحي، 2003).

### 3-اختصاصات التمريض:

تطورت مهنة التمريض بمرور الوقت فأصبح الممرض مساعدا مختصا في العلاج يقوم بدور فعال في الفرقة الصحية والوحدات الوقائية، ويرجع هذا التغير إلى عدة أسباب أهمها التقدم العلمي والتقني في مجال الطب .

توسعت مهنة التمريض وأنشأت لها المدارس والمعاهد وتفرعت في حقول عديدة واختصاصات وتفرعات متنوعة تمنح من خلالها مهنة التمريض إمكانيات الترقية في مناصب عليا تقع في المراتب الآتية:

#### 1.3-ممرض رئيس فرقة:

يشغل تحت إشراف المسؤول المباشر والمكلف بتنظيم وتنسيق ومراقبة عمل الفرقة المعتاد ويسهر على الاستعمال العقلاني للوسائل الموضوعية تحت تصرفه .

#### 2.3-ممرض مراقب المصالح الصحية:

يعمل تحت مسؤولية الطبيب رئيس المصلحة والمراقب الرئيسي وهو مسؤول عن تنظيم وتقييم عمل موظفي المصلحة التي يشرف عليها ويسهر على تنفيذ الوصفة الطبية وينظم الفحص الطبي

للمرضى ويحضرهم ويزود الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها، مع مراقبة نظام التحديث والنظافة وراحة المرضى والسهر على نظافة المرافق .

### 3.3- ممرض مراقب رئيسي للمصالح:

يشتغل تحت رعاية الطبيب رئيس المصلحة مكلف بتنظيم وتوجيه وتنسيق ومراقبة عمل الفرق الشبه طبية ويسهر على الاستعمال العقلاني للعتاد وصيانتته والحفاظ عليه ويراقب وينظم تأطير الطلبة الشبه طبيين ويسهر على نوعية العلاجات .

### 3.4- ممرض منسق للنشاطات شبه الطبية:

ينظم وينسق أعمال المستخدمين الطبيين ويسهر على نوعية أعمالهم الخاصة باستقبال المريض وعلى ضمان النظافة ويساهم في دراسة المشاكل المتعلقة بالتكيف مع التقنيات الجديدة، وهذا بمشاركة رئيس المصلحة المساهم في عملية التعليم والبحث في مجال العلاجات واحترام أخلاقيات المهنة، كما يسهر على تحسين شروط العمل للمستخدمين ومساعدتهم على إقامة علاقات عمل جيدة بين كل الأطراف المعنية من الإدارة، الأطباء، والمستخدمين الشبه طبيين.

وتتعلق أوقات العمل بحجم مصلحة الصحة واختصاصها حيث يقسم العمل على ثلاث فرق ويمكن تنظيم العمل وتوزيعه على فرقتين تشتغلان بالتناوب.(دليلة عيطور، 1997)

### 4- ميادين ترقية الممرض:

يمكن للممرض أن يصبح أستاذا في التكوين الشبه طبي بعد إجراء مسابقة الدخول في مدرسة إطارات الصحة والنجاح فيها، بشرط الخبرة لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات في الميدان.

في هذه المدارس يتلقى الممرض تكوينا نفسيا بيداغوجيا في شعبة تخصصه وفي نهاية السنة الثانية يحضر ويناقش الرسالة بعد الحصول على شهادة أستاذ يدخل في الإطارات الصحية ويشغل في إحدى مراكز التكوين يمكن أن يرتقي في هذا المجال ويتقلد المناصب الآتية:

### 1.4- رئيس قسم:

بالإضافة إلى نشاطات التعليم والتأطير يكلف رئيس القسم بتنسيق التعليم النظري والتطبيقي للأستاذة كما يقوم بأداء المهام الإدارية والبيداغوجية للقسم ويشارك في تخطيط وتقييم التعليم.

### 2.4- مدير الدراسات والتربصات:

يشتغل تحت سلطة مدير مؤسسة التكوين والسهر على تطبيق برامج التكوين بمتبعها وتقييمها وعلى تحسين مستوى الأساتذة وتنفيذ قرارات مجالس المداومة، بتنظيم الامتحانات والمسابقات وبتحضير الحصيلة والأنشطة البيداغوجية.

#### 3.4- مدير الملحة:

يكلف بالتسيير الإداري لمؤسسة التكوين ويقوم بالتنسيق بين مختلف مصالح مؤسسات التكوين الشبه طبي.

#### 4.4- مدير المؤسسة:

يكلف بالإدارة والسير الحسن للمؤسسة ويسهر على تنفيذ برامج التكوين (فوزي ميهوبي، 2008)  
**5- طبيعة عمل الممرض:**

بعد الحصول على الشهادة الوطنية في التمريض يمكن للممرض العمل في جميع مصالح الصحة من مستشفيات وعيادات ومصالح الطب المهني والمدرسي أو عند الخواص يشكل الممرضون الصورة العامة للمؤسسة الصحية، إذ تؤدي الممرضة أو الممرض في النسق الطبي مجموعة من الأدوار الحيوية المتمثلة فيما يلي:

-التكفل بتقديم خدمات اجتماعية وإنسانية للمرضى بغية علاجهم ومآزرتهم فعلى الممرض توفير العلاج للأشخاص على اختلاف أعمارهم وثقافتهم دون أي تمييز ومع شتى الظروف ومع مختلف الأماكن وعليه أن يثبت قدرته على مراجعة نفسه وإعادة النظر في أعماله بعد كل الجهود التي يبذلها.

-يتوجب على الممرض العناية الكاملة بالمريض الغير قادر على الاعتناء بنفسه إذ يسهر الممرضون على تنفيذ الوصفة الطبية وينضمون الفحص الطبي للمرضى ويزيدون الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها مع مراقبة نظام التحديث والنظافة.

-تقديم الإرشادات الضرورية لمساعدة المرضى على تقبل المرض والتعامل والتعايش معه إذ يعتبر الممرض كمصدر للثقة بحيث يساعد المريض على استرداد معنوياته التي فقدتها بفعل المرض بالإضافة إلى استعادة راحته والتخلص من شعوره بالضيق.(شيلي تايلور، 2008)

-يقوم الممرضون بترجمة اللغة الخدمة الصحية التي تقتصر معرفتها على اصطحاب المهنة كالأطباء والممرضين وكذا الإلمام بمختلف المعارف والمهارات المرتبطة بالمجالات المهنية،

الخاصة بالتمريض والعلوم الشبه طبية والإنسانية والتي ستمكنه من تحديد المؤثرات وفك الإشارات مع التحليل الدقيق والربط بين عوامل مختلفة.

-يلعب الممرضون دورا مكملا للأسرة بالمستشفى من خلال الحفاظ على استمرارية العلاقات والسلوكات التي اعتادها المريض قبل مرضه ومساعدته على التخلص من مخاوفه وابتعاده عن أسرته.

-على الممرض أن يتميز بكفاءة فض الصراعات والأزمات ومعالجة الحالات النفسية المترتبة عن الحالات الميؤوس منها وحالات الوفاة والاستمرار في تقديم العلاج للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن أو الذين أوشكوا على الوفاة أو المتأثرون بنوبات صحية جسدية أو عقلية أو مشاكل اجتماعية والاعتناء بالأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الاتصال أو الميالون إلى العدوانية والعنف الجسدي أو اللفظي.

-تعد الممرضة كقائدة قادرة على فهم المرضى على أنهم جماعة اجتماعيين، وأنهم يحتاجون إلى الحفاظ على العلاقات الاجتماعية.

-إضافة إلى ممارسة التمريض يقوم الممرضون بمهنة المعلم في تعاملهم مع المرضى وعائلاتهم بمساعدتهم على فهم الحالة الصحية الراهنة والإجراءات الصحية الواجب الالتزام بها لاسترداد الصحة .

-ينبغي على الممرض التحلي المهارة والتربق والحدس والثقة في العمل والتخطيط كذلك وخصوصا قابليته على التفاوض والمشاركة والاستدلال واتخاذ القرارات والتقييم بهدوء واتزان كاملين .

#### 6-أعباء مهنة التمريض:

تتطلب مهنة التمريض من الممرض المختص مستوى متقدما من الخبرة والعطاء للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، ويشارك الممرض الطبيب في تقديم الخدمات إذ يقوم بمقابلة المرضى ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم اتباع العلاج الموصوف وفوائده وضاره ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب خلال زياراتهم المتكررة، ويلعب دورا هاما في مساعدتهم على استيعاب مرضهم ومسبباته وطرق تشخيصه وعلاجه ويقدم لهم الإرشادات

الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلا. (شيلي تايلور، 2008)

ويؤدي القيام بكل هذه المهام المتعددة إلى شعور أغلبية الممرضون بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة وسط ضغط نفسي أكبر، خصوصا وأن العمل يتطلب تحمل المسؤولية اتجاه الأفراد وليس المواد فالعمل يتركز على قدرة الممرض بانجاز مهام وأعمال كثيرة جدا تتطلب قوة كبيرة تمكنه من التنقل إلى مختلف الأماكن وبأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات، وفي وضعيات مختلفة وأغلبها شاقة ومرات عديدة يتوجب عليه رفع أثقال مختلفة زيادة عن اضطرابات فترات الراحة النوم والغذاء والقدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار وعلى امتداد أيام الأسبوع (Caplan and Jones, 1975).

كما يتوقع دائما من الممرضين والممرضات التعاطف مع المرضى والتميز بالميل للعمل والاهتمام به والدفع وتقديم الرعاية بكل تفان وموضوعية

كما يساهم الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل الاستشفائي من ضرورة التحرك والسلوك القلق الذي يظهره العاملون في حدوث الاحتراق النفسي، لا سيما وأن الممرضون يواجهون أحيانا صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرون به اتجاه مرضاهم وهم يراقبونهم يعانون من الألم ثم يموتون فللتعامل مع هذه الأحاسيس العاطفية يحرصون على اخذ مسافة بينهم وبين المرضى.

ومن بين العوامل المسببة لإحباط المرضى واحتراقهم النفسي تدخل مرافقي المرضى في عمل الممرض، فكثير من المرافقين يجادلون الممرضين في عملهم ويخطئونهم ويشككون في قدراتهم وكفاءاتهم المهنية مما يهز ثقة الممرض في نفسه. (Parker et Kulik, 1995)

فالممرضون غالبا ما يدركون أنهم يقدمون أكثر مما يحصلون عليه من مرضاهم وقد تؤدي حالة عدم التوازن إلى تفاقم حالة الاحتراق النفسي لديهم. (Buunk et Schaufelli, 1993)

فالوقت الطويل الذي يتم قضائه مع العملاء والتغذية الرجعية البسيطة والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح وصراع الدور وغموض الدور، جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الاحتراق النفسي عند فئة الممرضين. (Maslach, 1979)



خصوصا عندما يتوقع من الممرضين التعاطف مع المرضى والاهتمام بهم بكل عطف وتقديم الرعاية والتعامل مع الأحاسيس العاطفية. (الألم، الفزع، المعاناة، .....الخ)

كما أن الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل بالمستشفى من ضرورة التحرك بسرعة . (Parker et Kulik,1995)

لا سيما وأن الممرض يقدم خدمات عديدة في آن واحد إذ يقوم بمراقبة ومقابلة المرضى، ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية له ويشرح لهم سبل اتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى، كما يساعدهم ويلعب دورا مهما في استيعاب مرضهم ومسبباته وطرق تشخيصه وعلاجه ويقدم الإرشادات الضرورية للمساعدة على تقبل المرض. (وسام درويش، 2008)

لهذا يصنف التمريض ضمن مهن المساعدة التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر، يصل إلى حد الاحتراق النفسي يظهر في فقدان الممرض للاهتمام بعمله ومرضاه ينتابه شعور بالتشاؤم وتبدل المشاعر واللامبالاة نفاذ الصبر والإهمال وقلة الدافعية والحماس وفقدان القدرة على الإبداع والابتكار في مجال التمريض وكثرة التغيبات المتكررة والغير المبررة. (Gil and al,2006)

#### 7-خصائص مهنة التمريض:

يهدف دور الممرض في التمريض إلى تحقيق راحة المريض بواسطة الإصغاء والتوجيه وتقديم النصائح وتدعيمه، لذا يتمثل دور الممرض في مساعدة الفرد على التعرف على قدراته الكامنة ومساعدته في تقبلها واستعمالها وفقا لطبيعة المعاناة، وحسب تصرفاته اليومية بغية تدعيم كماله النفسي البدني والمحافظة عليه.

تتميز مهنة التمريض بخصائص عديدة أبرزها مايلي:

#### 1.7-طبيعة الحراك الوظيفي:

من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص أو انعدام الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن فالمرضة تظل دائما ممرضة والمساعدة تظل دائما مساعدة، وذلك لان لكل منهما درجة معينة تؤهلها بشغلها درجة تعليمها أو نوعية تدريبها منذ البداية، ونتيجة ذلك \*يوجد تدرج مهني\* يثير الكثير من الصراعات كما توجد قوة كبيرة، لا يمكن تخطيها بين ذوي الدرجات العليا

في التنظيم الرسمي للمستشفى وهم في نفس الوقت ذوي مكانة اجتماعية مرموقة وهم الصفوة الفنية والإدارية في المستشفى.

#### 2.7- نظرة الأفراد لمهنة التمريض:

يعتقد عدد من الناس أن أدوار التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي أدوار هامشية وغير مهمة، مقارنة بما يقوم به الأطباء والصيادلة وفنيو المختبر وقد أدى هذا الاعتقاد إلى وجود استعلائية عند البعض، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى خلل في النسق الطبي وهناك مشكلات أخرى يمكن أن يواجهها العاملون في مهنة التمريض نذكر منها: النظرة الاستعلائية، وعدم الثقة بجهودهم، ومعرفة الفنية وعدم اعتراف عدد من الأطباء بالمستوى العلمي والثقافي لهم وتصورهم ان طبيعة عمل الممرضين تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام والدواء للمريض .

#### 3.7- ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفى:

يتبع ويخضع الممرضون والممرضات لرئيسين اثنين مختلفين أحدهما إداري والآخر طبي، إذ تتعرض الممرضة المشرفة على قسم في المستشفى في عملها إلى مفارقات، فهي لا تخضع لإشراف رئيس واحد تتلقى أوامره وتعليماته، وهو رئيسها الرسمي للمستشفى لكنها في نفس الوقت يجب أن تخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم الذي تعمل وتشرف على العمل به، باعتباره أكثر منها خبرة وعلمًا وهو المسؤول الأول عن علاج المرض. (عبد العزيز علي الغزالي، 1988)

ويعد الممرضين في نظر المرضى وأسرهم وزائريهم من الناحية التقليدية تابعين للأطباء وهم لقربهم من المرضى يتمتعون بنفوذ ومكانة أقوى من زملائهم العاملين في المستشفى والمساوين لهم من الناحية الإدارية، ومع ذلك فإن هذا الوضع المتميز لأعضاء هيئة التمريض في ظل السلطة المزدوجة في المستشفى قد يضعهم في مواقف صعبة، قد يضطر أحدهم إلى اتخاذ قرار لأداء خدمة ضرورية عاجلة لمريض لا يحتمل حالته الصحية انتظار تعليمات الطبيب المختص ولتعدد الأدوار التي يؤديها العاملين بمهنة التمريض، الأمر الذي يخلق لهم إرباكًا في عملهم بسبب التبعية المزدوجة لإدارة المستشفى والطبيب المعالج وأوامر قد تتعارض مع بعضها البعض.

#### 4.7- الصراع في دور الممرض:

يعتبر موقف الممرض مثالا واضحا للخطوط الصراعية للسلطة في المستشفى بين العمال والإداريين والأطباء فالمررض مثلا شخص في الوسط فهو ممثل لإدارة المستشفى في تنفيذ السياسات والقواعد والإجراءات من ناحية، كما انه ممثل للطبيب ومسؤول عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى وإذ كان هذان الخطان لا ينفصلان إلا أنهما يضعان الممرض أمام موقف أشبه بالغز وهو إرضاء جماعة الأطباء (المعالجون أنفسهم) وجماعة المرضى ويضاف إلى ذلك أدوارهم الاجتماعية الخاصة فقد تكون الممرضة زوجة وأم لأولاد ومسؤولة عنهم وهي تقيم بعيدة عن الوالدين والأقارب وتضطر أحيانا إلى للتأوب في المستشفى. (عبد العزيز علي الغزالي، 1988)

### خلاصة الفصل:

في ظل التطورات التي يشهدها قطاع الشبه طبي والتطور الاجتماعي التكنولوجي الذي انعكس على المجتمع والإمكانيات المادية التي توفرها البلاد في هذا القطاع، فان الممرض يجد نفسه في وسط صراعات مختلفة تنعكس على حياته النفسية ومردوديته .

# الجانب التطبيقي

# الفصل الثالث

## الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

1- منهج البحث

2- تصميم البحث

3- حدود البحث

1.3- الحدود المكانية

2.3- الحدود الزمانية

3.3- الحدود البشرية

4.3- الحدود الموضوعية

4- الدراسة الاستطلاعية

1.4- هدف الدراسة الاستطلاعية

2.4- عينة الدراسة الاستطلاعية

3.4- أدوات الدراسة الاستطلاعية

4.4- نتائج الدراسة الاستطلاعية

5- أدوات البحث

6- دراسة صدق وثبات المقاييس في الدراسة الحالية

7- عينة البحث

1.5- المعاينة

2.5- العينة

8- إجراءات التطبيق

9- الأساليب الإحصائية المستعملة في البحث

### تمهيد:

إن ضبط الإطار المنهجي يعتبر من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسة العلمية، حيث أن قيمة كل بحث لا تكمن إلا في التحكم السليم بالمنهجية المتبعة، كما أن التساؤلات التي تطرح في العلوم من خلال الفكر لا يمكن لها أن تكون بصفة عشوائية، وإنما وفق منهجية منسقة ومنظمة، لهذا الغرض استعملنا المنهج الوصفي تماشياً مع طبيعة هذا البحث.

### 1- منهج البحث:

يندرج هذا البحث في إطار البحوث الوصفية، من التصاميم الارتباطية المقارنة التي تهدف إلى دراسة المواضيع بوصف وتحليل المكونات الخاصة بها، وأيضاً بدراسة العلاقة التي قد تتواجد بين هذه المكونات، فالدراسات الارتباطية أحد تصاميم المنهج الوصفي التي تسمح بدراسة العلاقة الارتباطية بشكل كمي بين متغيرات معينة، لأنه يعتمد أساساً على تحليل بعض العوامل النفسية المتمثلة في الإحترق النفسي، التفاؤل والتشاؤم، مركز التحكم واستراتيجيات المواجهة، ثم دراسة الفروقات بين المتغيرات، باستعمال التصميم المقارن وهو أيضاً من بين تصاميم المنهج الوصفي يهدف إلى المقارنة بين عينتين أو أكثر مختلفة في خصائصها.

### 2- تصميم البحث:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على "التصميم البعدي"، الذي يقوم على أساس فروض معينة، مصاغة بهدف اختبارها والتحقق منها عن طريق قياس المتغيرات والعوامل، وتوزيعها في الحالات التي لا يمكن فيها إخضاع المتغيرات إلى تصميم تجريبي محكم، لذلك أطلق عليه إسم " التجربة البعدية"، حيث يكون الحدث المراد دراسته من طرف الباحث قد وجد منذ سنوات، وما عليه سوى جمع المعطيات حوله لمعرفة تأثير متغيرات الظاهرة صدد الدراسة. (عمار بوحوش، 1999)

### 3- حدود البحث:

#### 1.3- الحدود المكانية:

أجري هذا البحث على كل من مستشفى الثنية، برج منايل، وبومرداس عبر كل مصالحها.

#### 2.3- الحدود الزمانية:

شرع في الدراسة الميدانية منذ سنة 2017 وانتهت شهر جويلية 2019، وعليه تتحدد هذه الدراسة بالفترة الزمنية التي أجريت فيها.

### 3.3- الحدود البشرية:

تم إجراء الدراسة الحالية على عينة من الممرضين الذين يعملون في كل من مستشفى الثنية، برج منايل، وبومرداس.

### 4.3- الحدود الموضوعية:

تحددت نتائج الدراسة الحالية بالأدوات التي استخدمت لجمع البيانات وهي: مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach (1981) \*MBI\* ، مقياس التفاؤل والتشاؤم لسيلجمان Seligman، مقياس مركز التحكم لروتر Rotter ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون Paulhan et al.

### 4- الدراسة الاستطلاعية:

#### 1.4- هدف الدراسة الاستطلاعية:

لقد كانت الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها بمثابة الخطوة الأولى للإلمام بكل جوانب الموضوع من خلال تحديد المتغيرات التي نحن بصدد دراستها وصياغة فرضيات البحث عن ضوئها. وكما يقول موشيلي Muchielli (1982): " إن الهدف منها فحص الفرضيات، فالدراسة الاستطلاعية هي أساس المرحلة التحضيرية من البحث، إنها مرحلة البحث عن الفرضيات الممكنة."

وبالتالي يمكن من خلالها اخذ نظرة أولية عن مستويات الاحتراق النفسي والتفاؤل، التشاؤم مركز التحكم واستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين.

كما أنه ونظرا لكون أدوات القياس التي اعتمدناها في بحثنا (مقياس الاحتراق النفسي، مقياس التفاؤل والتشاؤم، مقياس مركز التحكم ومقياس استراتيجيات المواجهة)، قد ترجموا من الانجليزية إلى العربية، كان من الضروري التأكد من صحة لغة هاته الأدوات في البيئة الجزائرية، على أنها لغة مفهومة وفي متناول أفراد العينة حتى نضمن أكبر مصداقية لنتائج دراستنا.

#### 2.4- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تضمنت عينة الدراسة الاستطلاعية 50 ممرضا وممرضة، حيث تم توزيع المقاييس على الجميع من مختلف المصالح الاستشفائية في مستشفى الثنية، برج منايل، دلس وبومرداس، الأول مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش والثاني مقياس Seligman سيلجمان للتفاؤل والتشاؤم مترجمه بركات،

1998 والثالث مقياس Roter روتر لمركز التحكم مترجمه علاء الدين الكفافي، 1982 والمقياس الرابع والأخير لبولان وآخرون Paulhan et al الخاص باستراتيجيات المواجهة، حيث قمنا بشرح طريقة ملء البيانات الأولية وتفسير الغاية من البحث وليس موضوع البحث لكي لا تكون الإجابات موجهة .

تم استرجاع 47 استبياناً، وبعد تنظيمها اتضح أن 5 لم يكملوا الإجابات ومنهم من لم يراعي شروط الإجابة فتعتبر ملغاة، وعليه تقدر الاستبيانات الصالحة للدراسة الاستطلاعية هي 42 استبياناً.

#### 3.4- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

تم استخدام كل من استبيان السيرة الذاتية بغرض جمع معلومات وبيانات حول أفراد البحث كما تم استخدام 4 مقاييس في الدراسة الاستطلاعية وهم، مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach (1981) \*MBI\* ، مقياس التفاؤل والتشاؤم لسيلجمان Seligman، مقياس مركز التحكم لروتر Rotter ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون Paulhan et al.

#### 4.4- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

النتيجة التي توصلنا إليها من خلال الدراسة الاستطلاعية كانت ايجابية حيث أجاب معظم الطلبة على الأسئلة وبدون استثناء إلا ثمانية منهم، فلم يقع أي أشكال من قبل الممرضين على بعض الملاحظات التي دونا أهمها حيث قمنا بتصحيح ما وجب تصحيحه، ومن ابرز تلك الملاحظات أن أسئلة المقاييس طويلة، عدم فهم معنى بعض العبارات، الخوف من الإجابة على الأسئلة كما ساعدتنا نتائج الدراسة الاستطلاعية على اختيار الفرضيات التي تمت صياغتها في البحث ودراسة صدق وثبات المقاييس التي نجدها مفصلة في عنوان دراسة صدق وثبات المقاييس في الدراسة الحالية.

#### 5- أدوات البحث:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس، بغرض جمع معلومات وبيانات حول أفراد البحث، التي تمثلت في استبيان للسيرة الذاتية بغرض جمع معلومات شخصية ومهنية لأفراد العينة، كما تم استخدام بطارية من المقاييس تمثلت في المقاييس التالية:

##### 1- مقياس التفاؤل والتشاؤم لسيلجمان Seligman.

##### 2- مقياس مركز التحكم لروتر Rotter.



### 3- مقياس الإحترق النفسي لماسلاش Maslach.

### 4- مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان Paulhan.

وسيتم فيما يلي عرض وتقديم كل مقياس على حدا من حيث وصفه، كيفية تصحيحه وصدقه وثباته.

-إستبيان السيرة الذاتية:

استخدمنا في بحثنا الحالي إستبيان للسيرة الذاتية للمرضين والممرضات من أجل الحصول على البيانات الشخصية الاجتماعية المهنية من حيث: الجنس، السن، الحالة العائلية، الخبرة والأقدمية في المنصب ومواقيت العمل. (أنظر الملحق رقم (01)) حيث سمحت لنا هذه المعلومات بالتعرف على خصائص عينة البحث أيضا.

### 1- مقياس التفاؤل والتشاؤم (سيلجمان Seligman):

قمنا باستخدام مقياس سيلجمان Seligman للتفاؤل والتشاؤم، أعد هذا المقياس في أصله الانجليزي ترجمه إلى العربية بركات عام 1998.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من 48 فقرة وتتكون كل فقرة من عبارتين، يختار المفحوص إحداهما بحيث تعبر إحداهما عن السمة المتفائلة، بينما تصف الأخرى السمة المتشائمة.

طريقة تقدير درجات المقياس:

تصل درجة المفحوص على هذا المقياس ما بين (0-24) تشير الدرجة المنخفضة إلى ميل المفحوص لسمة التشاؤم بينما تشير الدرجة (25-48) إلى سمة التفاؤل.

جدول رقم (03): يوضح تقدير درجات مقياس سيلجمان Seligman

| الرقم | أ | ب | الرقم | أ | ب | الرقم | أ | ب | الرقم | أ | ب |
|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|
| 1     | × | 0 | 13    | 0 | × | 25    | 0 | × | 37    | 0 | × |
| 2     | × | 0 | 14    | × | 0 | 26    | 0 | × | 38    | 0 | × |
| 3     | × | 0 | 15    | × | 0 | 27    | × | 0 | 39    | × | 0 |
| 4     | × | 0 | 16    | × | 0 | 28    | × | 0 | 40    | × | 0 |
| 5     | × | 0 | 17    | × | 0 | 29    | × | 0 | 41    | 0 | × |

|   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |
|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|
| × | 0 | 42 | 0 | × | 30 | × | 0 | 18 | × | 0 | 6  |
| 0 | × | 43 | × | × | 31 | × | 0 | 19 | 0 | × | 7  |
| 0 | × | 44 | × | 0 | 32 | 0 | × | 20 | × | 0 | 8  |
| × | 0 | 45 | 0 | 0 | 33 | 0 | × | 21 | × | 0 | 9  |
| × | 0 | 46 | 0 | 0 | 34 | 0 | × | 22 | 0 | × | 10 |
| × | 0 | 47 | × | 0 | 35 | 0 | × | 23 | × | 0 | 11 |
| × | 0 | 48 | 0 | 0 | 36 | 0 | × | 24 | × | 0 | 12 |

× تحصل على درجة

0 تحصل على صفر

ملاحظة: 0 ————— 24 تعبر عن سلوك التشاؤم

25 ————— 48 تعبر عن سلوك التفاؤل

### صدق وثبات المقياس:

يعتبر مقياس سيليجمان Seligman لسيكولوجية التفاؤل والتشاؤم صادق لما وضع لقياسه وذلك من خلال معربه (بركات، 1998)، حيث قام باستخراج الصدق التلازمي بين المقياس ومقياس آيزنك للشخصية، إذ وصل معامل الارتباط بينهما إلى 0.73، وهو جيد لأغراض الدراسة كما تم عرض المقياس على محكمين عرب من جامعات فلسطين .

كما تم تحديد ثباته في البيئة العربية باستخدام (Test-Retest)، حيث قدر معامل الثبات ب: 0.83 وهو جيد لأغراض الدراسة.

### **2-مقياس مركز التحكم لروتر Rotter**

#### **-وصف المقياس:**

قامت الباحثة باستخدام مقياس مركز التحكم الذي يقيس سلم تأثير أحداث الحياة اليومية على معتقدات الأفراد، ولقد أعده روتر Rotter بناءً على نظريته في التعلم الاجتماعي يتكون المقياس الأصلي من 29 بنداً ذات الاختيار الإجباري، حيث يعرض كل بند حالتين أو حادثتين من الأحداث التي تقع عادة في المجتمع ويطلب من المفحوص اختيار (أ) أو (ب) التي يرى أنه تناسب اعتقاده أكثر، وتشير 23 فقرة إلى اتجاهات داخلية-خارجية نحو مصادر التعزيز، وبعد

أن يطلب من أفراد العينة قراءة التعليمات الواردة في المقياس تكون الإجابة على الفقرات ثم يتم تنقيط المقياس.

#### -طريقة تقدير درجات المقياس:

أولاً إلغاء البنود الحيادية الستة التي وضعت خصيصاً للتمويه، حتى لا يكتشف الهدف من القياس وتشمل الفقرات التالية: 1-8-14-19-24-27

ثم إعطاء الدرجة (1) للعبارة (أ) الواردة في الفقرات التالية: 2-6-7-9-16-17-18-20-21-23-25-29.

إعطاء الدرجة (1) للعبارة (ب) الواردة في الفقرات التالية: 3-4-5-10-11-12-13-15-22-26-28.

حيث يعطى المفحوص درجة واحدة إذا اختار الفقرة التي تعبر عن الاتجاه الخارجي بينما يعطي صفراً عن الفقرة التي تعبر عن الاتجاه الداخلي.

ويصنف المستجيبون على هذا المقياس إلى فئتين تضم:

الفئة الأولى: ذوي التحكم الداخلي وهم الذين يحصلون على الدرجات من 0 إلى 6 درجات

الفئة الثانية: ذوي التحكم الخارجي وهم الذين يحصلون على الدرجات من 10 إلى 23 درجة

أما بالنسبة لـ 7 إلى 9 درجات فهم حياديون لا يدخلون في الدراسة. (مقابلة، 1994: 33)

#### صدق وثبات المقياس:

تتوافر للمقياس في صورته الأجنبية معاملات ثبات مقبولة على عينات من الطلاب الأمريكيين،

حيث حصل روتر 1966 Rotter على معاملات ثبات للمقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية

بمعامل أوكيو ريتشاردسون تراوحت من 0.65 إلى 0.79 وبطريقة إعادة التطبيق تراوحت من

0.49 إلى 0.89 وكانت قيم حساب ثبات المقياس على النحو التالي:

الجدول رقم: (04) يبين ثبات المقياس عند روتر Rotter (علاء الدين كفاي، 1982: 9)

| التجزئة النصفية | حجم العينة | الجنس   | معامل الارتباط |
|-----------------|------------|---------|----------------|
| سبيرمان براون   | 50         | ذكور    | 0.65           |
|                 | 50         | إناث    | 0.79           |
|                 | 100        | المجموع | 0.73           |
| كيوردشاردسون    | 50         | ذكور    | 0.70           |
|                 | 50         | إناث    | 0.76           |
|                 | 100        | المجموع | 0.73           |

كما تم تكييف المقياس من طرف علاء الدين كفاي، 1982 مترجمه، حيث قام بحساب الصدق الذاتي للمقياس على عينة عددها (106) طالبا وطالبة وبلغ الصدق الذاتي (0.78)، وتحصل على معامل ثبات المقياس بطريقة تطبيق الاختبار وإعادة التطبيق على عينتين الأولى من الذكور والثانية من الإناث فوجد معامل الثبات يساوي (0.87) عند الذكور و(0.83) عند الإناث (رشيد حساني، 2008)

### 3- مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach 1981 (MBI)

- وصف المقياس:

مقياس الاحتراق النفسي هو سلم اقترحه كل من Maslach et Jackson (1981) لمهن القطاع الصحي ومهن المساعدة (الأستاذة، الشرطة....الخ) يقيس أعراض الاحتراق النفسي ويتكون هذا المقياس من 22 بندا يسمح بعرض المستويات الثلاثة للاحتراق النفسي تتمثل هذه المستويات فيما يلي:

### أ- الإنهاك الانفعالي:

يقيس المشاعر الانفعالية والإنهاك في العمل ويتضمن البنود التالية: (1-2-3-6-8-13-14-16-20)

### ب- تبلد المشاعر:

يقيس المشاعر السلبية اتجاه الزملاء والمرضى ويضم البنود التالية: (5-10-15-22)

### ج- تدني الشعور بالانجاز:

يقيس الرغبة في النجاح والانجاز الشخصي للمرضى في عمله ويشمل البنود التالية: (4-04-07-09-12-17-18-19-21)

وقد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته بحيث يجيب الفرد حسب سلم متدرج من 6 احتمالات تتراوح من (01) \*حيث يحدث الشعور قليلا في السنة\* الى غاية درجة (06) \*حيث يحدث الشعور يوميا\*

### -طريقة تقدير درجات المقياس:

على الممرض أن يجيب على كل بند بالتعبير عن شدة ردود أفعاله وللتنقيط استخدمت أرقام تتراوح ما بين (01) و(06) لتدل على درجة هذه الشدة حيث تنقط كالآتي:

- 1- نقطة واحدة يقابلها يحدث قليلا في السنة
- 2- نقطتان يقابلها يحدث مرة في الشهر على الأقل
- 3- ثلاث نقاط يقابلها يحدث بعض المرات في الشهر
- 4- أربع نقاط يقابلها يحدث مرة في الأسبوع
- 5- خمس نقاط يقابلها يحدث بعض المرات في الأسبوع
- 6- ستة نقاط يقابلها يحدث يوميا

وفقا ل Maslach فإن الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على كل من الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالانجاز، يعانون من ظاهرة الاحتراق النفسي.

والفرد على حسب هذا المقياس لا يصنف على أساس أنه يعاني أو لا يعاني من الاحتراق النفسي، ولكن يصنف على أساس أن درجة الاحتراق عنده تتراوح ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة، مثلما هو موضح في الجدول رقم (05):

الجدول رقم (05): يمثل تصنيف أبعاد مقياس Maslach للاحتراق النفسي وكيفية تنقيطه

| الأبعاد              | مرتفع      | معتدل | منخفض      |
|----------------------|------------|-------|------------|
| الإجهاد الانفعالي    | 30 فما فوق | 18-29 | 0-17       |
| تبلد المشاعر         | 12 فما فوق | 06-11 | 0-05       |
| تدني الشعور بالإنجاز | 0-33       | 34-39 | 40 فما فوق |

فمن أجل الحصول على شدة الاحتراق النفسي، يتم جمع إجابات كل مستوى على حدا وهذا من أجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الثلاث، ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم استخلاص شدة الاحتراق النفسي بحيث أن:

\*الاحتراق النفسي المرتفع بشدة يساوي مستوى إنهاك انفعالي مرتفع (30 فما فوق) مستوى تبلد المشاعر مرتفع (12 فما فوق) ومستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع (0-30)

\*الاحتراق النفسي المعتدل الشدة يساوي مستوى الإنهاك الانفعالي معتدل (19-29) ومستوى تبلد المشاعر معتدل (06-11) ومستوى تدني الشعور بالإنجاز معتدل (34-39)

\*الاحتراق النفسي المنخفض الشدة يساوي مستوى الإنهاك الانفعالي منخفض (0-17) ومستوى تبلد المشاعر منخفض (0-05) ومستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض (40 فما فوق).

(Maslach and Jackson: 1981p99-113)

**صدق وثبات المقياس:**

لقد طبق كل من Maslach et Jakson (1986) المقياس على عينة تتكون من 1316 مهني من القطاع الاجتماعي فتحصلت على معاملات تناسق الداخلي Crombakh بالنسبة للسلاسل التحتية كالآتي:

- الإنهاك الانفعالي:  $a=0.90$

- نقص تبلد المشاعر:  $a=0.79$

- تدني الشعور بالانجاز:  $a=0.81$

وقد كانت معاملات الثبات عن طريق تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه، بعد مرور أسبوعين إلى أربعة أسابيع على المستويات الثلاث للمقياس كالآتي:

-الإنهاك الانفعالي:  $a=0.82$

-تبلد المشاعر:  $a=0.60$

-تدني الشعور بالانجاز:  $a=0.80$

كما كانت معلومات الثبات الزمني بالنسبة للمستويات الثلاثة للمقياس على الترتيب:  $0.61-0.56-0.59$  بعد مرور سنة.

وقد طبق Erik Falkum (2000) مقياس الاحتراق النفسي على عينة من الممرضين يتراوح عددهم 1476 ممرض وممرضة من جنسية أجنبية فكان التناسق الداخلي جيد يتراوح بين  $0.96$  و  $0.61$ .

ويشير الباحث pierre (1996) بأن دراسات عديدة أكدت الصدق الجيد للمقياس والذي يفوق  $0.70$

كما أن مجموعة من الباحثين أمثال: Mickler and Rosen,1994-Rosen and al,1991-Golem Bieruski and al,1983 تحصلوا على درجات عالية لمعاملات الثبات وكانت النتائج كالتالي: ألفا كرونباخ  $\alpha=0.96$  المتوسط الحسابي  $X=46.89$ -الانحراف المعياري  $SD=14.56$

أما النتائج تبعا لكل بعد فقد قدرت كالآتي:

الإنهاك الانفعالي:  $(\alpha=0.82)$ ،  $(X=18.81)$ ،  $(SD=8.82)$

نقص تبلد المشاعر:  $(\alpha=0.59)$ ،  $(X=12.04)$ ،  $(SD=04.92)$

تدني الشعور بالانجاز:  $(\alpha=0.70)$ ،  $(X=32.12)$ ،  $(SD=05.37)$

(السرطاوي، 1998)

أما في دراستنا الحالية أخذنا ترجمة آدم العتيبي (2003) حيث تأكد من صدق المقياس من خلال تجريبه على عينة استطلاعية مكونة من (100) شخص دلت النتائج على صدق المقياس في مضمونه وشكله، كما تم التأكد من صدق المقياس بحساب الاتساق الداخلي لمقاييسه الفرعية،

وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات كل مقياس فرعي على حدا ودرجته الكلية على النحو الاتي:

**الإنهاك العاطفي:** بلغ جميع معاملات الارتباط عند مستوى الدلالة (0.05) وتتراوح بين (0.483 و0.762)

**فقدان التعامل الانساني او الشخصي:** كل معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) وتتراوح بين (0.359 و0.607)

**الانجاز الشخصي:** جميع معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) وتتراوح بين (0.395 و0.707) واستخدم لحساب الثبات معامل الفا كرونباخ لحساب المقاييس الفرعية حيث بلغ معامل الثبات الداخلي لمقياس الانهاك العاطفي (0.80)

معامل الثبات الداخلي لمقياس التعامل الانساني او الشخصي (0.63)

معامل الثبات الداخلي لمقياس الانجاز الشخصي (0.86)

#### 4-مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون(Paulhan et al,1994)

وصف المقياس:

قامت بولان (Paulhan et al,1994) بتكييف النسخة المختصرة ليفيتاليانو وجماعته Vitaliano et al(1985) والمتألفة من 42 بنداً، وكانت النتيجة استبقاء 29 بنداً وكان الهدف من هذا العمل هو البحث عن فعالية المواجهة في دورها المعدل للعلاقة ضغط-توتر، كذلك توضيح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية وقد تضمنت عملية التكييف الخطوات التالية:

ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة بورديو Bordeaux، تم تطبيقه على عينة مكونة من 501 راشداً من طلاب وعاملين من الجنسين، 172 رجلاً و329 امرأة تتراوح أعمارهم ما بين 20 و35 سنة وباستعمال التحليل العاملي مع تدوير الفارماكستيم التوصل إلى نتيجتين:

\* بنود الاختبار تأخذ بعين الاعتبار محورا عاما للمواجهة يضم استراتيجيات مواجهة مركزة حول المشكل وأخرى مركزة حول الانفعال.

\* وجود أبعاد خاصة للمواجهة تتمثل في (05) مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم وهي:

- استراتيجية حل المشكل: تضم (08) بنود وهي[1-4-6-13-16-18-24-27]



- استراتيجية التجنب مع التفكير الايجابي: تضم (07) بنود وهي [7-8-11-17-19-22-25]

- استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي: تضم (05) بنود وهي [3-10-15-21-23]

- استراتيجية إعادة التقييم الايجابي: تحتوي على (05) بنود وهي [14-20-26-29]

- استراتيجية التأنيب الذاتي: تحتوي على (04) بنود وهي [2-5-9-28]

### 2.1.6- طريقة تقدير درجات المقياس:

اشر بعلامة (×) إلى الاستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها أو لم تستعملها في مواجهة هذا الموقف، علما بأن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند 1 إلى البند 29 ينقط المقياس وفقا لسلم متدرج من 01 إلى 04 احتمالات هي (نعم، إلى حد ما نعم، لا، إلى حد ما لا) وفق درجات كالتالي:

1\* نقطة واحدة= لا

2\* نقطتين= إلى حد ما لا

3\* ثلاث نقاط= إلى حد ما نعم

4\* أربع نقاط= نعم

وهو التتقيط المعتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 الذي يكون تتقيطه بعكس ما ذكر أعلاه أي من 04 إلى 01. (Paulhan and al, 1994).  
تفسير النتائج:

لتفسير نتائج اختبار المواجهة لدى أفراد عينة الدراسة، اعتمدنا على المتوسطات الحسابية لكل استراتيجية.

### صدق وثبات المقياس:

أظهر المقياس في صورته المكيفة على المجتمع الفرنسي حسب " بولان وآخرون " Paulhan & al, 1941 بواسطة التحليل العاملي للمكونات الأساسية النتائج التالية:

عامل عم يضم ضمنه استراتيجيات خاصة بالواجهة المركزة على المشكل والواجهة المركزة على الانفعال بنسبة تشبع 12%.

من جهة أخرى أظهر التحليل العاملي بواسطة طريقة فاريماكس وجود خمسة أبعاد نوعية لاستراتيجيات المواجهة تصل نسبة التشبع الى 35% من التباين العام، ويتعلق الأمر بالأبعاد التالية:

\* حل المشكل 9.4%.

\* التجنب 7.5%

\* البحث عن السند الاجتماعي 6.5%

\* إعادة التقييم الايجابي 5.9%

\* لوم الذات 5.7%. (شهرزاد بوشدوب، 2009)

أما في الجزائر فقد قامت الباحثة (زهية خطار، 2001) في إطار إعدادها لرسالة الماجستير وعرض صورة أولية على خمسة محكمين من أساتذة علم النفس وعلوم التربية بجامعة الجزائر 2، بغرض تحديد مدى تكافئ معنى البند في اللغتين، وقد وافق الأساتذة على أن الترجمة صحيحة وسليمة، أما فيما يخص الاتساق الداخلي والخارجي فقد قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لاستراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل ب: (0.80) والارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لاستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال ب(0.82) مما يدل على صدق المقياس.

وقد تم حساب الثبات على عينة قوامها (47) طالب وذلك بطريقة إعادة الاختبار بحيث قدرت قيمة معامل بيرسون بين درجات التطبيق الأول والثاني ب(0.90) مما يعكس ثبات قوي للمقياس. (زهية خطار، 2001: 142)

أما بالنسبة للباحثة "شهرزاد بوشدوب، 2009" في إطار إعدادها لأطروحة الدكتوراه، استعانت في البداية بترجمة "زهية خطار، 2001" لكنها أعادت ترجمة المقياس شملت العديد من البنود رأتها أكثر ملائمة، وقد اعتمدت على صدق المحكمين، حيث تم عرض المقياس على عدد من أساتذة علم النفس وعلوم التربية، وفي ضوء نتائج التحكيم تم تعديل صياغة بندين، (18-19)، أما فيما يتعلق بالثبات فقد حسب عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره أسبوعين على نفس العينة والمقدرة ب(60) طالب وحسب معامل ارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين بلغ

الثبات (0.80)، وهو معامل ثبات مقبول، كما تجدر الإشارة إلى أن الباحث سوف يستخدم النسخة المعدة من الباحثة السابقة الذكر. (بوشدوب شهرزاد، 2009)

### 6-دراسة صدق وثبات المقاييس في الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات بطارية مقاييس البحث الحالي عن طريق استخدام معادلة ألفا كرونباخ وقد دلت النتائج على أن معاملات الثبات المحسوبة بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين 0.80 و 0.87 وبالتالي تتسم المقاييس بثبات عال أي أنها تتوفر على الخصائص السيكمترية للثبات كما هو مبين في الجدول رقم: (06)

### الجدول رقم (06): معاملات ثبات مقاييس الدراسة حسب ألفا كرونباخ.

| المقياس              | عدد البنود      | ألفا كرونباخ |
|----------------------|-----------------|--------------|
| التفاؤل والتشاؤم     | 48              | 0.82         |
| مركز التحكم          | 29              | 0.85         |
| الاحتراق النفسي      | 22              | 0.87         |
| استراتيجيات المواجهة | حل المشكل       | 0.81         |
|                      | الدعم الاجتماعي | 0.83         |
|                      | التجنب          | 0.80         |
|                      | إعادة التقييم   | 0.85         |
|                      | التأنيب الذاتي  | 0.80         |

وبغرض دراسة صدق مقاييس الدراسة الحالية تم تقديم المقاييس لستة (06) أساتذة في قسم علم النفس، وذلك بهدف تحكيم المقاييس من حيث الصياغة اللغوية، ومدى انتماء الفقرات لمجالاتها، ومدى وضوح الفقرات، والتعديل المناسب، وأي ملاحظات يراها المحكم ضرورية، ومدى مناسبة الاختبار للمرضين.

" أصبحت هذه الطريقة تطبق حالياً في أمريكا أكثر من غيرها من الطرق نظراً لسهولة استخدامها وتشمل آراء مجموعة من المختصين حول الموضوع الواحد إضافة إلى تركيزها على صدق المضمون أو المحتوى." (فوزي ميهوبي، 2008)

وقد كانت غالبية الملاحظات ايجابية، وأجمع المحكمون على صلاحيتها في مجال التمريض، وبناء عليه فقد تم الاحتفاظ بالبنود كما هي من حيث العدد والصياغة اللغوية.

كما تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق والثبات وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

الجدول رقم (07): معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة

| المقياس              | عدد البنود      | معامل الصدق الذاتي |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| التفاؤل والتشاؤم     | 48              | 0.90               |
| مركز التحكم          | 29              | 0.92               |
| الاحترق النفسي       | 22              | 0.93               |
| استراتيجيات المواجهة | حل المشكل       | 0.90               |
|                      | الدعم الاجتماعي | 0.91               |
|                      | التجنب          | 0.89               |
|                      | إعادة التقييم   | 0.92               |
|                      | التأنيب الذاتي  | 0.89               |

ويتضح من خلال الجدول رقم (07) أن معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة هي عالية جدا تتراوح بين 0.89 و 0.93.

## 7- عينة البحث:

### 1.7- المعاينة:

هي اختيار جزء من المجتمع الأصلي، لأن استجواب الجزء كاستجواب المجتمع ككل، بهدف الخروج باستنتاجات عن المجتمعات بتعميمات عن نتائج البحوث والفكرة الأساسية هي دراسة مجموعة جزئية من المجتمع الكلي موضوع الدراسة وهذا ما يؤكد كل من كوفي وفوبوناود\*Quivy and Vanpenhoudt\* بقولهما "يكفي اختيار مجموعة أفراد كعينة، والملاحظات التي يتوصل إليها الباحث يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي" (فريدة رجاج بوروبي، 2002: 107)

ويمكن إدراج ستة أسباب لاستخدام العينات بدلا من إخضاع المجتمع كله للدراسة وهذه الأسباب هي: اقتصادية، توفير الوقت، دقة النتائج، الحجم الضخم للعديد من المجتمعات وصعوبة الوصول إلى جميع أفراد المجتمع الأصلي. (شفسكي، 1996: 35)

### 2.7- العينة:

هي المجموعة الجزئية التي يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها وهي تكون ممثلة لخصائص المجتمع الأصلي للدراسة. (حسين منسي، 1999: 92)

### 3.7- طرق اختيار العينة:

تم اختيار عينة بحثنا بالاعتماد على الطريقة القصدية أو العمدية وهي العينة التي يتم اختيارها بطريقة ليست عشوائية وحسب غرض الباحث، تستخدم في الحالات التي يراد منها الحصول على تقديرات لتكوين فكرة سريعة عن مشكلة معينة. (فاتن عبد الحليم أبو علي، 2000: 18)

### 4.7- حجم العينة:

يتكون مجتمع البحث الأصلي من جميع المرضى الذين يعملون بكل من مستشفى الثنية، برج منايل وبومرداس لسنة (2017-2019) ذكورا وإناثا، تضمنت عينة الدراسة (320) ممرض وممرضة في مختلف المصالح تم اختيارهم بالطريقة القصدية، تم استرجاع (250) استبياناً. أورد أوما سيكاران Uma Sekaran، 1992 جدولاً يبين فيه حجم العينة المناسب عند مستويات مختلفة من مجتمع الدراسة الأصلي وفيما يلي بعض المقطعات من ذلك الجدول. (محمد عبيدات وآخرون، 1999: 100)

### 8- إجراءات التطبيق:

قمنا بتحضير نسخ من المقاييس بالعدد الكافي (مقياس الاحتراق النفسي، مقياس التفاؤل والتشاؤم، مقياس مركز التحكم ومقياس استراتيجيات المواجهة) ووزعناها على (320) ممرض وممرضة مروراً على جميع المصالح في كل من مستشفى الثنية، برج منايل وبومرداس، حيث كنا نتأكد في كل مرة من أن تكون العينة من المرضى وليس من اختصاص آخر، حيث كان يتطلب منا الأمر في معظم الأحيان أن ننتظر الممرض حتى يتسنى له الوقت، وعملنا بأن يكون مرتاحاً من ضغط العمل الذي لم يكن ينتهي داخل المستشفى، كما كنا نوصيهم بأن يتحلون بروح الجدية في الإجابة عن البنود، كما كنا نظهر لهم قيمة تعاونهم في إثراء البحث العلمي، وكل ذلك من أجل الحصول على نتائج ذو مصداقية، وأثناء عملية التصحيح قمنا باستبعاد كل الحالات التي وجدناها قد خرجت عن حدود التعليمات، ومنها من لم تسترجع، وكان عددها (70) استبياناً، وبالتالي أصبحت عينة الدراسة المعتمدة تقدر بـ (250) ممرض وممرضة.

## 9- الأساليب الإحصائية المستعملة في البحث:

بغرض تحليل بيانات البحث والتحقق من صحة الفرضيات المقترحة تمت الاستعانة بالحاسب الآلي في المعالجة عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) statistical package for social sciences وذلك بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف وترتيب تصنيف خصائص العينة
- استخراج مقاييس النزعة المركزية والتشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل واعتدال صفات أفراد العينة وكذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة ومدى انسجامها
- استعمال معامل الارتباط بيرسون Pearson لمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف المتغيرات.

# الفصل الرابع

## عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل النتائج

2- مناقشة النتائج

## تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض، تحليل، ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث، وذلك بعد تطبيق أدوات البحث، والتي تم استخدامها بغرض الحصول على بيانات ومعلومات تخص مشكلة البحث، وبغية اختبار صحة فرضيات الدراسة الحالية، قمنا بالتحليلات الإحصائية الضرورية التي سيتم عرضها لاحقاً بالتفصيل في هذا الفصل، والتي ستسمح لنا باختبار كل فرضية على حدة، والإجابة عن التساؤلات المطروحة سلفاً، ومن ثم مناقشة هذه النتائج على ضوء الأبحاث المستجدة والقائمة في هذا المجال منتهجين في ذلك مجموعة من الخطوات.

## 1- عرض وتحليل النتائج:

### 1.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نص الفرضية الجزئية الأولى:

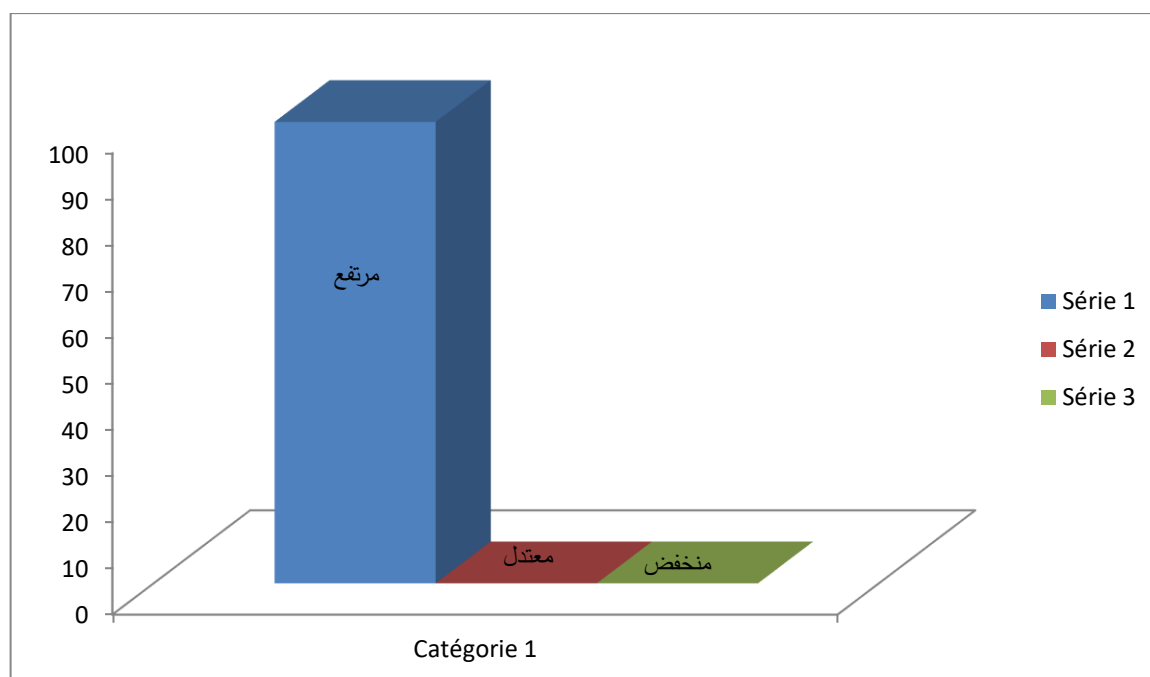
يعاني الممرضون من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي.

الجدول رقم (08): يوضح نتائج الفرضية الأولى

| المتغير         | المستوى | التكرار | النسبة |
|-----------------|---------|---------|--------|
| الاحتراق النفسي | مرتفع   | 250     | 100%   |
|                 | معتدل   | 00      | 00%    |
|                 | منخفض   | 00      | 00%    |
| المجموع         | 250     |         | 100%   |

من خلال الجدول رقم (08) وبعد القيام بعملية جمع البيانات وتبويبها، ورصد التكرار لدى الممرضين، اتضح أن كل أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي بـ 100%





الشكل رقم (08): يمثل نسبة الاحتراق النفسي لدى الممرضين بين منخفض معتدل مرتفع

## 2.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

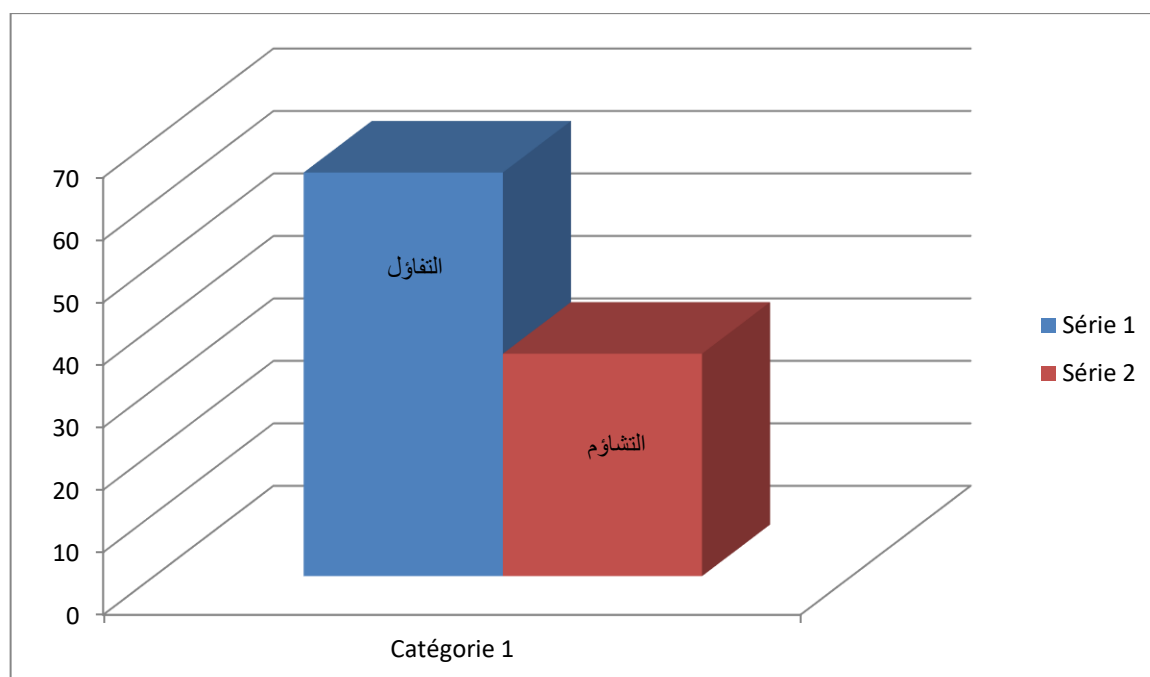
نص الفرضية الجزئية الثانية:

سمة التشاؤم هي الأكثر انتشارا بين الممرضين.

الجدول رقم (09): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية

| المتغير | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| التشاؤم | 161     | 64، 4% |
| التشاؤم | 89      | 35، 6% |
| المجموع | 250     | 100%   |

بعد القيام بعملية جمع البيانات وتبويبها ورصد تكرار نسبة كل من سيكولوجية التفاؤل والتشاؤم لدى الممرضين، اتضح أن أكبر نسبة كانت لسيكولوجية التفاؤل ب: 64، 4% بينما شكلت سيكولوجية التشاؤم نسبة 35، 6%.



الشكل رقم (09): يمثل نسبة التفاؤل والتشاؤم عند الممرضين

### 3.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

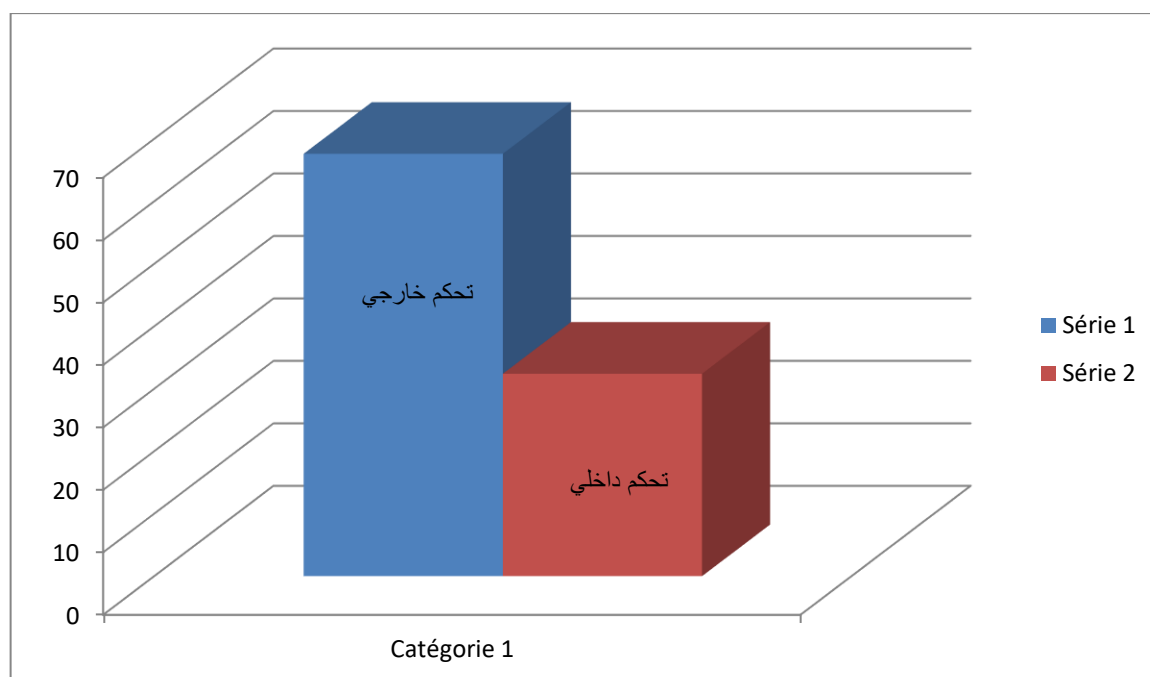
نص الفرضية الجزئية الثالثة:

مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشاراً بين الممرضين.

الجدول رقم (10): يوضح نتائج الفرضية

| النسبة | التكرار | مركز التحكم |
|--------|---------|-------------|
| 32، 4% | 81      | تحكم داخلي  |
| 67، 6% | 169     | تحكم خارجي  |
| 100%   | 250     | المجموعة    |

من خلال الجدول رقم (10) يتضح أن مركز التحكم الخارجي يحتل أعلى نسبة تقدر ب: 67، 6% أما بالنسبة لمركز التحكم الداخلي فكانت نسبته أدنى من نسبة مركز التحكم الخارجي حيث قدرت هي الأخرى ب: 32، 4%



الشكل رقم (10): يمثل توزيع مركز التحكم على الممرضين.

#### 4.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

نص الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

الجدول رقم (11): يوضح نتائج الفرضية

| المتغيرات                      | معامل الارتباط | قيمة الدلالة sig | النتيجة  |
|--------------------------------|----------------|------------------|----------|
| مركز التحكم<br>الاحتراق النفسي | 0.01           | 0.76             | غير دالة |

يتضح من الجدول رقم (11) أنه لا توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين

حيث بلغ معامل الارتباط 0، 01 وقيمة الدلالة sig 0.76

إذن  $0 < 0.76$ ، فهي غير دالة إحصائياً.

#### 5.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

نص الفرضية الجزئية الخامسة:

توجد علاقة بين التفاوض والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

الجدول رقم (12): يوضح نتائج الفرضية

| المتغيرات                           | معامل الارتباط | قيمة الدلالة sig | النتيجة |
|-------------------------------------|----------------|------------------|---------|
| التفاؤل والتشاؤم<br>الاحتراق النفسي | 0.15           | 0.01             | دالة    |

يتضح من الجدول رقم (12) أنه توجد علاقة بين التفاؤل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى المرضى حيث بلغ معامل الارتباط 0، 15 وقيمة الدلالة sig 0.01 اذن  $0.05 > 0.01$  فهي دالة إحصائياً.

### 6.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

نص الفرضية الجزئية السادسة:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى المرضى.

الجدول رقم (13): يوضح نتائج الفرضية

| المتغيرات                                  | معامل الارتباط | قيمة الدلالة sig | النتيجة  |
|--------------------------------------------|----------------|------------------|----------|
| استراتيجيات<br>المواجهة<br>الاحتراق النفسي | -0.02          | 0.74             | غير دالة |

يتضح من الجدول رقم (13) أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى المرضى حيث بلغ معامل الارتباط -0.02 وقيمة الدلالة sig 0.74 اذن  $0.05 < 0.74$  فهي غير دالة إحصائياً.

### 7.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

نص الفرضية الجزئية السابعة:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى الممرضين.

الجدول رقم (14): يوضح نتائج الفرضية

| المتغيرات                           | معامل الارتباط | قيمة الدلالة sig | النتيجة  |
|-------------------------------------|----------------|------------------|----------|
| استراتيجيات المواجهة<br>مركز التحكم | -0.02          | 0.72             | غير دالة |

يتضح من الجدول رقم (14) أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى

الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط -0.02 وقيمة الدلالة sig 0.72

اذن  $0.05 < 0.72$  فهي غير دالة إحصائياً.

### 8.1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

نص الفرضية الجزئية الثامنة:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم لدى الممرضين.

الجدول رقم (15): يوضح نتائج الفرضية الثامنة

| المتغيرات                                | معامل الارتباط | قيمة الدلالة sig | النتيجة  |
|------------------------------------------|----------------|------------------|----------|
| استراتيجيات المواجهة<br>التفاؤل والتشاؤم | -0.07          | 0.22             | غير دالة |

يتضح من الجدول رقم (15) أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى

الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط -0.07 وقيمة الدلالة sig 0.22

اذن  $0.05 < 0.22$  فهي غير دالة إحصائياً.

## 9.1- عرض متغير الجنس:

جدول رقم (16): يمثل توزيع متغير الجنس

| المتغيرات | التكرار | النسب المئوية |
|-----------|---------|---------------|
| ذكور      | 107     | 40.5%         |
| إناث      | 143     | 54.2%         |
| المجموع   | 250     | 100%          |

من خلال الجدول (16) يتضح أن نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور حيث بلغ عدد الذكور 107 ونسبة 40.5% بينما بلغ عدد الإناث 143 ونسبة 54.2%.

## 2- مناقشة النتائج:

انطلاقاً من النتائج المتوصل إليها وبناءاً على الإطار النظري الذي قدم في متن البحث وعلى ضوء ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، سنقوم بمناقشة كل افتراض على حدة، حسب الترتيب المنهجي لفروض الدراسة، لتتبع العملية بمناقشة عامة.

### 1.2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه:

يعاني الممرضون من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي.

من خلال الجدول رقم (08) وبعد القيام بعملية جمع البيانات وتبويبها، ورصد التكرار لدى الممرضين، اتضح أن كل أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي بـ 100% أي كل الممرضين حصلوا على درجة مرتفعة على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبدل المشاعر (30 فما فوق، 12 فما فوق ) على الترتيب، ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالانجاز (من 0 إلى 33) على حسب مقياس ماسلاش Maslach، فلمقياس لا يصنف الممرضين على أنهم يعانون أو لا يعانون من الاحتراق النفسي ولكن يصنف على أساس أن درجة الاحتراق النفسي تتراوح بين مرتفعة، معتدلة أو منخفضة.

وعلى حسب نتائج هاته الدراسة فإن كل العينة تعاني من شدة الاحتراق النفسي على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبدل المشاعر، أي أن الممرض يعاني من إنهاك مهني حاد (استنزاف الموارد الانفعالية) فقد أرهاق نفسه باستغلال طاقته وقوته وموارده بشكل مفرط، فلفرد لا يعاني من شدة

ارتفاع في الاحتراق النفسي، إلا إذا خارت قواه واستنزفت كل موارده وقد شبه (لاكسونير 1984, Laxenaire) استنزاف الموارد بتعطل السيارة عندما يستنفذ وقودها أي أن كل شيء على ما يرام لكن لا شيء يمشي لأن مصدر الطاقة غير متوفر، وأشار ( ماسلاش وجاكسون) إلى أن الفرد يتعرض لاستنزاف انفعالي مفرط نتيجة احتكاكه بالآخرين. (Crobbez, 1985)

ونلاحظ أن الممرض أثناء دوامه فهو يكون محتك وبصفة مباشرة مع المريض وأهل المريض، ضف إلى التعليمات التي يملئها عليه الطبيب ومراقبة رئيس المصلحة، هنا يفقد الممرض طاقته الانفعالية، وليس لديه مصدر للتزويد بالطاقة، فيضع مسافة بينه وبين من هم بحاجة إلى خدماته، فلا يجد الفرد في هذه المرحلة وسيلة للتخفيف عن هذا الشعور، إلا بوضع مسافة بينه وبين من يتعامل معهم، وهذا ما لاحظناه لدى أفراد العينة حيث يتجنبون قدر الإمكان الوقوع في حوارات مع المرضى وأهل المريض، كأنهم آلات تقوم بوضع الأدوية في الوقت المحدد فقط، وإن دخلوا في حوار مع المرضى فتكون إجاباتهم محدودة وصارمة.

أما عن تبدل المشاعر الذي جاء مرتقعا على كل أفراد العينة فهذا يعني حسب ( ماسلاش وجاكسون) أن استجابة الأفراد تكون عديمة الشعور وقاسية اتجاه الأشخاص الذين يتلقون منهم الخدمة والرعاية (Crobbez, 1985)، هذا الشيء الذي اشرنا إليه سابقا على أن الممرض تحسه وكأنه آلة مجردة من الأحاسيس، وحسب (Schute, 2000) أن تبدل المشاعر يشير إلى اتجاهات ومشاعر الفرد السلبية والساخرة والمستقلة والمبنية للمجهول اتجاه الأفراد الآخرين، أي على حسب رأيه تكون لديه أحكام مسبقة في عقله الباطن على أنه يضع في ذهنه مشاعر سلبية اتجاه المريض أو اتجاه الاحتكاك به اجتماعيا وعاطفي، حيث ينتهي هذا الاحتكاك دائما بالفشل.

وخلصت الدراسة إلى انخفاض شديد وبطريقة كلية على بعد تدني الشعور بالانجاز ويقصد به ( ماسلاش وجاكسون) انخفاض شعور الفرد بكفاءته وانجازه المثمر مع الناس (Crobbez, 1985) ويعني لدى (Schute, 2000) انخفاض شعور الفرد بكفاءته وميله إلى التقييم السلبي لذاته خاصة فيما يتعلق بعمله مع الأفراد الآخرين .

وقد أجمعت على هذه النتيجة العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال من بينها دراسة شكالي (Chakali, 2000) التي أسفرت نتيجتها أن 70% من المرضى بمستشفى البلدية

يعانون من إنهاك انفعالي، 30% من تلبد المشاعر، 30% من تدني الشعور بالإنجاز. (وهيبة حاتم، 2005)

وتتفق كذلك مع دراسة نسيمه جلولي (2003) التي بينت أن الممرضون يعانون من مستوى مرتفع من الانهاك الانفعالي ومن مستوى متوسط في كل من بعد تلبد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز. (نسيمه جلولي، 2003)

كما بينت دراسة روداري (Rodary,1993) أن نحو 20% إلى 40% من الممرضين بمستشفى Bicêtre في مصلحة السرطان يعانون من الإنهاك المهني، وقد أقيمت هذه الدراسة على عينة تتكون من 250 ممرض وممرضة، حيث أن 55% من بينهم أظهروا الرغبة في مغادرة العمل، وأن حوالي 25% يعانون من انهاك انفعالي مرتفع، و16% من فقدان الشعور التعاطفي و25% منهم يعانون من نقص الانجاز الشخصي في العمل. (Rodary,1993)

ووجد كناوي (Canaoui,1998) أن هذه النسبة تصل إلى 41% لدى ممرضي مصلحة إنعاش الأطفال.

من جهته وجد ليوبان (Libouban,1985) أن الممرضين في وحدة الحروق يعانون أيضا إنهاكا مهنيا مرتفعا. (Antoine Sylvie,2000)

كما أن هناك باحثون يرون في أن من أهم الأسباب التي تؤدي الى الشعور بالإنهاك المهني هي عوامل نجدها بكثرة في مهنة التمريض، كالعناء الكمي والنوعي للعمل، والعناية بالآخرين، ومواجهة الألم والموت، كما أكدت على ذلك ماسلاش (Maslach,1981) التي ترى أن طبيعة مهنة التمريض نفسها هي مصدر للإنهاك، فقد أكدت دراسة ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jakson,1981) بهدف دراسة وقياس مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة كبيرة متكونة من 1025 فردا يعملون في المهن ذات الصلة بالخدمات الاجتماعية والإنسانية (الممرضون، الأطباء، المحامين، الشرطة، المعلمين)، حيث توصلت إلى أن الممرضون يعانون من درجة مرتفعة من الاحتراق النفسي. (مقابلة يعقوب، 1994)

كما توصلت دراسة (البدوي طلال، 2000) إلى أن الممرضين بمستشفيات عمان، يعانون من تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية، ويعانون من تكرار وشدة نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية.



فلممرض يخضع دوماً لمتطلبات المرضى والتي غالباً ما تفوق قدراته وبالتالي يبدأ بالشعور بعدم الفعالية وقلة مردوده، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، ويصبح جاف في معاملاته مع المرضى وزملاء العمل، ويقيم إنجازاته المهنية تقييماً سلبياً. (البديوي طلال، 2000) وترى ماسلاش (Maslach, 1981) أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدراً للضغط والإنهاك نظراً لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل والعوامل الانفعالية، كمواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة، كما أنه في حالة الوفاة غالباً ما يشعر بالفشل وتآنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط. (Maslach, 1981)

مع كل الضغط والإنهاك الذي يعيشه الممرض إلا أن مكانته الاجتماعية غير مرموقة في أعين مجتمعه وذلك نظر لخلفيات ذهنية، باعتبار بأن أي شخص يستطيع تقديم مساعدة للمرضى وحتى أنهم لا يميزون التسلسل الهرمي في طقم الشبه طبي حيث مثلاً أن مساعد التمريض والممرض ليست بنفس المهام ولا بنفس المستوى حيث أن مساعد التمريض يتحصل يكفي أن تكون له مستوى ثالث ثانوي لإجراء مسابقة أو إجراء تكوين مهني في معاهد للخواص بينما الممرض يجب أن تكون لديه شهادة البكالوريا بمعدلات جيدة للدخول في معاهد تابعة للدولة تسمى معاهد الشبه الطبي تابعة لوزارة الصحة العمومية، من هنا يتضح أن ليس أي أحد يستطيع ممارسة هذه المهنة الحساسة وإنما أشخاص أكفاء تم تكوينهم لمساعدة المرضى، فضغط والإنهاك والشعور بعدم الانجاز لدى الممرضين باعتبارهم العنصر المباشر مع المرضى ليس بالأمر الهين خاصة بعد مرور الزمن يترتب عنه عدة انعكاسات سلبية خاصة وأن أغلبيتهم ينفون إشراكهم في اتخاذ القرار هذا ما يؤدي به إلى تبدل المشاعر.

فحسب لاربا (Larba, 2007) يصل الممرض إلى تبدل المشاعر تدريجياً، وهي أحياناً نتيجة للإجهاد الانفعالي، فهو نوع من حفظ الذات، هذا السلوك يحدث بطريقة لا شعورية عند الممرض، وحتى لو لم يكن راض بذلك فهو يشعر بألم كونه لم يصل إلى الشعور بالانجاز، والذي يظهر في البعد الثالث وهو تدني الشعور بالانجاز ومرجع هذا الموقف السلبي اتجاه هذه المهنة إلى الخلفية التاريخية لنشأة التمريض، ومن ثم عيش الممرض في صراع دائم نتيجة فقدانه للهوية والقيمة وصعوبة تحقيقه لذاته ولطموحاته باعتباره امتداد للطبيب ليس إلا، وبالتالي يعتبر

استصغار لقيمة الفرد الذي يسعى جاهدا لكسب صورة إيجابية وتقدير عالي لذاته، فرغم ترقية الممرضين إلى رتب ومهن أعلى، إلا أن معاملتهم من طرف الكثير من الأطباء خاصة رئيس المصلحة لا تختلف كثيرا عن سائر الممرضين.

وعلى العموم غالبا ما تعتبر العناية بالآخرين كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية للإنهاك فبالإضافة إلى العبء الكمي للعمل فإن طبيعة المهمة غير المرغوب فيها التي تعتبر من مسؤوليات الممرض نحو المريض لضرورة العناية بجسم المريض، إضافة إلى طبيعة علاقة الممرض بعائلات المرضى، زد على ذلك قلة التجهيزات والمعدات الطبية ونقص الأدوية، ومن جهة أخرى طريقة تنظيم أوقات العمل والتي تجعل الممرض في حالة إنهاك انفعالي وفقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين. (Larba,2007)

ففيما يخص الاحتراق النفسي لدى الممرضات فإن أهم صادره هي:

-وطأة العمل نتيجة نقص العدد.

-طبيعة العمل ذاته مزعجة، باعتبار الممرضة تتعامل مع أجساد المرضى من دم وفضلات وقيئ وروائح...

-جو الكآبة الذي يسود مكان العمل.

-ساعات العمل التي تعزلهن عن وتيرة الحياة الاجتماعية.

العمل بنظام الدوريات.

-الأجر الضئيل.

-الافتقار إلى الحياة الخاصة في مركز العمل.

-غموض المواقف الطارئة.

العلاقة بالهيئة الطبية وما يرافقها من كبت وحرمان. (ستورا، 2007)

أي الممرض يحس بعدم كفاءته وعدم انجازه المثمر بالرغم من تقديم خدماته المادية، إلا انه يحس بنقص في مردوديته فيكونون صورة سلبية اتجاه ذواتهم كمهنيين، فتظهر الطريقة التي ينجزون بها عملهم على نقيض ما يجب أن تكون عليه في إطار علاقة المساعدة، لديهم إحساس عام بتعكير الصفو وبأنهم لبسوا بمستوى متطلبات وكفاءات مركزهم، ويظنون أنهم أخطئوا في توجيههم المهني، خاصة وأن مهنة التمريض تقوم أساسا على المساعدة، فالراحة النفسية سواء

عند الممرض أو المريض، لديها دور جد مهم لإتمام عملية المساعدة الطبية التي تقوم على الراحة النفسية، وصولاً إلى الراحة الجسدية.

وهذه النتيجة منسجمة مع الكثير من الدراسات الأجنبية منها العربية والجزائرية، حيث جاءت دراسة مانير ايد (Maynira Ide, 1993) إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى المدرسين، تم استخدام مقياس ماسلاش Maslach، أسفرت النتائج إلى أن المدرسون الأمريكيون يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة كبيرة (احمد محمد عوض، 2007)، كما جاءت دراسة (البدوي، 2000) التي هدفت إلى استقصاء درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة عمان وأثر بعض المتغيرات في ذلك، أسفرت الدراسة إلى أن الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان يعانون من الاحتراق النفسي، كما نجد دراسة (ميهوبي فوزي)، التي هدفت دراسته إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، قام بتطبيق مقياس ماسلاش (MBI)، أسفرت النتائج على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي.

(عمر سعود الخمايسة، 2018) للاحترق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المرشدين التربويين، عن وجود مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي على حسب مقياس ماسلاش Maslach. يتضح من خلال الدراسات السابقة الذكر الأجنبية، العربية والجزائرية كلها اتفقت على نتيجة واحدة، وهي ارتفاع في مستوى الاحتراق النفسي لدى المهن الخدماتية بصفة عامة، وعند الممرضين بصفة خاصة، أي ارتفاع شدة الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر وانخفاض تدني الشعور بالإنجاز، مما يؤدي بالممرضين إلى المعانات من الاحتراق النفسي.

## 2.2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه:

سمة التشاؤم هي الأكثر انتشارا بين المرضى.

بعد القيام بعملية البيانات وتبويبها أفرزت العملية بأن

اتضح أن أكبر نسبة كانت لسيكولوجية التفاؤل ب: 64، 4% وبتكرار 161 ممرض وممرضة بينما شكلت سيكولوجية التشاؤم نسبة 35، 6% وبتكرار 89 ممرض وممرضة .

إذن سيكولوجية التفاؤل هي الأكثر انتشارا بين المرضى

النتيجة المتوصل إليها تتوافق مع نتيجة (اليجوفي والأنصاري، 2005) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الفروق بين اللبنانيين والكويتيين في التفاؤل والتشاؤم، كشفت النتائج أن الكويتيين هم الأكثر تفاؤلا مقارنة باللبنانيين كما نجد نتيجة كل من هارجنز وكيلى (Hargens and Kelly, 1994) حيث قاما بدراسة مسحية في أمريكا لتحديد سمات الشخصية الهامة توصل هذا المسح إلى تباين المتوسطات الحسابية لاستجابات الطلبة على مقياس سيلجمان Seligman للتفاؤل والتشاؤم نحو نزوع عينة الدراسة لسمة التفاؤل كذلك نجد نفس النتيجة المتوصل إليها في دراسة (حمدان، 1999) التي هدفت إلى التعرف على مستوى التفاؤل والتشاؤم في محافظة جنين مع استخدام مقياس سيلجمان Seligman للتفاؤل والتشاؤم توصلت النتيجة إلى أن الطلبة كانوا أكثر تفاؤلا

كما كشفت دراسة قام بها كوزمي (Koizumi, 1995) والتي هدفت إلى التحقق من مدى توافر سمة التفاؤل والتشاؤم على عدد من طلبة اليابان أسفرت النتائج عن انخفاض متوسط درجة الطلبة على سمة التفاؤل وارتفاع متوسط درجاتهم على سمة التشاؤم وهذا يختلف مع نتائج دراستنا . وإذا رجعنا إلى الإطار النظري من خلال الخصائص المميزة نجد أن النظرة التفاؤلية في الحياة تساعد على تحديد الأهداف وتحقيق الذات ولهذا فإن التفاؤل يعتبر أسلوبا وجوديا قويا في التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية، وإيجاد الاستراتيجيات الملائمة، فهو يؤثر على إدراك الفرد واستجاباته نحو معوقات الحياة اليومية ويساهم في خفض أثارهما الجسمية والنفسية، ولهذا ينظر الباحثون إلى فعالية التفاؤل الذي يمكن تصنيفه ضمن النظريات الخاصة بالتوقعات من زاوية تأثير الاعتقاد الشخصي على سلوك الفرد، الذي يعتقد أن لديه الثقة بقدراته على تحقيق الهدف فانه لن يتوانى

في بذل الجهد اتجاه ذلك الهدف، وعلى نحو مماثل إذا اعتقد بأن الهدف خارج إمكانياته فإنه ربما يتوقف عن بذل الجهد، كما أن التفاؤل يتميز بتقييم أفضل للمواقف التي يتعرض لها، وقد أكد شاير وكارفر (Scheier & Carver, 1987) إلى اعتبار أن المتفائلين غالباً ما يحاولون تغيير الظروف المرتبطة بمواقف الضغط. (لورانس برافين، 2010)

وحسب لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) تتم مواجهة الموقف من خلال تقييم الخطر ومواجهته، ويعتمد تقييم الخطر على تقييم الموقف ودراسة المصادر التي يمكن من خلالها مواجهة الموقف، ويرتبط التفاؤل ارتباطاً وثيقاً بقدرة الفرد على المواجهة، بحيث كلما زاد تفاؤله بالحياة زادت إمكانياته لمواجهة متاعبها. (Jrwrquo, 2001)

فالمتفائلون حسب هالسن (Hallsten, 1993) قادرون على تقبل الفشل أكثر من غيرهم مما يقلل من كبت المشاعر السلبية المصاحبة للفشل فيكونون بذلك قادرين على التعامل مع المشكلة بصورة أوسع. (Schabarcq, Winnubst.cooper, 2003)

يمكن أن يعزى هذا الاختلاف في النتائج إلى اختلاف تركيبة كل عينة وظروفها الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية والسياسية ويمكن أن يعزى أيضاً إلى أنه هل فعلاً التفاؤل الحاصل بين المرضى تفاؤلاً واقعياً أو أنه يستعمل كميكانيزم دفاعي لما يهدد الكيان الداخلي ليحميه من الأخطار الخارجية ويمكن أن يرد أيضاً إلى طبيعة وراثية وثقافية في كل مجتمع وإلى وجود فروقات فردية بين الناس في إدراكهم للبيئة المهنية فلممرض يستطيع أن يدرك التفاؤل على أنه تفاؤلاً غير واقعي واستعماله كميكانيزم دفاعي للتخلص من ارتفاع شدة الإجهاد الانفعالي وتباعد المشاعر وانخفاض شدة تدني الشعور بالإنجاز كل ذلك لمواجهة الاحتراق النفسي الذي يمر به وكذلك استعماله كاستراتيجية لمواجهة لمواجهة الأخطار.

وقد برهنت دراسة واينشتاين (Weinstein, 1980) على أن التفاؤل يؤثر على سلوك الفرد، ويذهب شاير وآخرون (Scheier & al, 1990) إلى اعتبار أن الفرد المتفائل يكون أفضل تكيّفاً للانتقالات الحياتية المهمة من الفرد المتشائم الذي يكون في وضعية أكثر معاناة وتعاسة، وتوقع الأسوأ في حياته الحاضرة والمستقبلية، بمعنى آخر أن التوقعات التشاؤمية المبالغ فيها والمفرطة في التعميم يؤدي إلى رؤية المستقبل كامتداد للحاضر، وهو يفترض أنه في حالة ظهور مشكلة

ما مستعصية في الزمن الحاضر تبقى كذلك ولن يكون بمقدوره أن يجد لها حلا. (أحمد حسين الشافعي، 2008)

وفي هذا السياق تشير منظمة الصحة النفسية (2004) إلى أن التفاؤل هو عملية نفسية إرادية تولد أفكارا ومشاعر للرضا والتحمل والثقة بالنفس، وهو عكس التشاؤم الذي يميز الجوانب السلبية للأحداث فقط مما يستنزف طاقة المرء ويشعره بالضعف والنقص في نشاطه، ويضيف (هشام مخيمر وعبد المعطي، 2002) على أن المتفائلين تكون لديهم مشاعر قوية بالبهجة، والشعور بالرضا عن الذات وعن الحياة بوجه عام، فالتفاؤل يرتبط بالمشاعر الايجابية أكثر من ارتباطه بالمشاعر السلبية، كما أن المتفائل في إدراكه للأحداث والمواقف ينصب على الجوانب الايجابية أكثر من السلبية، والعكس صحيح بالنسبة للمتشاؤم، الذي يغلب عليه المبالغة في إدراك جوانب الضعف والقصور والتهوين من المزايا والايجابيات والنجاح، فما يصيبنا من نجاح وما نضطلع به من مهام يعتمد على مدى إحساسنا بالتفاؤل، ويتم ذلك من خلال الاستبشار بالنجاح بشرط التوافق والتوازن بين المطالب، والتأكد من القدرة على انجاز الأعمال المسطرة، فالمتفائل يأخذ من تفاؤله نقطة انطلاق إلى مستقبل أكثر نجاحا وإشرافا.

وفي بحث لدورثي (Dorothy, 1994) عن الكفايات الأساسية الاجتماعية التي يحتاجها الشباب، وجد أن هناك تسعة (09) كفايات أساسية من أهمها الحاجة للشعور بالتفاؤل sense of optimism. (بركات زياد، 1998)

ويذهب مختلف الباحثون إلى اعتبار سمتي التفاؤل والتشاؤم تنتمي إلى (السمات الصغرى) وليس الأبعاد الكبرى للشخصية، ومن غير المقبول أن نذكر أن العلاقة بين الأبعاد والسمات علاقة وثيقة وثابتة، حيث تتكون الأبعاد الكبرى من مثل هذه السمات الصغرى ونظائرها، كما أن السمات هي أحجار البناء بالنسبة للأبعاد، ولكن مارشال وآخرون Marshall and al يوردون أن الدراسات الحديثة لمفهومي التفاؤل والتشاؤم تضيف فهما أعمق وتصورا أدق لأهم بعدين في الشخصية، أولهما الانبساطية والعصابية، ويضيفون أن التفاؤل والتشاؤم قد يكونان وجهين آخرين لبعدي الشخصية من الرتبة الراقية العريضة، مثلهما في ذلك مثل الانبساط والعصابية. (حسن عبد اللطيف ومولود حمادة، 1998: 98) ورغم تعدد الآراء في هذا المجال إلا أن سمتي التفاؤل والتشاؤم جديرتان بالفحص والنظر إلى العلاقة بينهما، ويمكن أن نعدد على الأقل نظريتين فهناك

من يرى بأن التفاوض والتشاور سمة واحدة ولكنها ثنائية القطب Bipolar أي أن متصل هذه السمة له قطبان متقابلان متضادان لكل مركز واحد ونقطة واحدة عليه، بحيث يقع بين التفاوض المتطرف والتشاور الشديد، وهذا ما يذهب اليه شايبير وكارفر Sheir & Carver، حيث أن له درجة على متصل (وهو الأمر ذاته في بعد الانبساطية/ العصابية، ثنائي القطب)، واعتمادا على هذا المنحنى، فإن هاتين السمتين متضادتان، وتعد إحدهما مقلوبا على للآخر، فدرجة التفاوض المرتفعة تعني درجة التشاور المنخفضة والعكس بالعكس. (أحمد عبد الخالق، 2000: 23)

وهناك من يرى عكس ذلك، أن التفاوض والتشاور سمتان مستقلتان، ولكنهما مرتبطتان فكل سمة متصل مستقل استقلالاً نسبياً يجمع بين مختلف الدرجات على السمة الواحدة لكل فرد موقع متصل التفاوض مستقل عن مركزه على متصل التشاور، وكل يعد بشكل مستقل أحادي القطب يبدأ من أقل درجة على التفاوض، وقد تكون درجة الصفر إلى أقصى درجة، والأمر ذاته مستقلاً بالنسبة للتشاور. (بدر محمد الانصاري، 2002)

وإذا اعتبرنا تعريف ديمبر للتفاوض (Dember, 1989): \* بأنه استعداد شخصي لدى الفرد يجعله يدرك الأشياء من حوله بطريقة إيجابية، ومن ثم يكون توجهه إيجابياً نحو ذاته وحاضره ومستقبله \* (بدر محمد الأنصاري ونجوى اليحوفي، 2002)

فعند تمنعنا في تعريف ديمبر Dimber فإنه يرد التفاوض إلى الإدراك وباعتبار الإدراك عملية ذهنية ينبثق عنها سلوك ما فإننا نقوم بإسقاط هاذ الاستنتاج على الممرض نتحصل على أن الممرض يدرك المنبهات بطريقة تفاؤلية ليخرج سلوك ما وذلك باستعمال خبراته السابقة، أي أنه يستعمل التفاوض في الموقف الضاغط للخروج بسلوك إيجابي يحقق له توازنه النفسي معناه يستعمله كاستراتيجية مواجهة لمجابهة المخاطر.

فمثلاً جلب مريض بمرض كورونا Corona وهو بين الحياة والموت إلى مصلحة الاستعجالات هنا يدرك الممرض الموقف الضاغط بطريقة تفاؤلية مثلاً بأنه لديه لباس واقى الذي يحميه وهو بأمان ولديه الأدوية اللازمة وما عليه سوى إنقاذ الروح البشرية التي أمامه الذي يؤجر عليها من طرف الله سبحانه وتعالى، ضف إلى ذلك أن لديه مكافأة مادية في التصدي إلى هذا الوباء. أي أن الممرض نظم إدراكاته بطريقة تفاؤلية ليصدر بعد ذلك سلوك ما.



### 3.2- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تتص الفرضية على أن:

مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشارا

توصلت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن مركز التحكم الخارجي يحتل أعلى نسبة تقدر ب: 67، 6% بتكرار 169 ممرض وممرضة أما بالنسبة لمركز التحكم الداخلي فكانت نسبته أدنى من نسبة مركز التحكم الخارجي حيث قدرت هي الأخرى ب: 32، 4% وبتكرار 81 ممرض وممرضة على مقياس روتر Rotter

هذه النتيجة جاءت بها الدراسة الحالية تتشابه ونتيجة الدراسة التي قام بهام ور (Moor,2006) حول مركز التحكم باستعمال مقياس روتر Rotter أسفرت النتائج على سيطرة مركز الضبط الخارجي وأجرى هاورتن (Howerton,1992) دراسة بعنوان مركز الضبط والتحصيل لدى الطلبة المراهقين السود حيث تم تطبيق مقياس مركز التحكم، دلت النتائج على أن مركز الضبط الخارجي كان أعلى، كما جاءت دراسة معاكسة للدراسة الحالية وهي دراسة (ثائر غباري وآخرون، 2012) قاموا بدراسة ميدانية، أسفرت أن أفراد الدراسة ارجعوا النجاح إلى عوامل داخلية مثل القدرة والجهد .

بما أن نسبة العينة بلغت 67، 6% من ذوو التحكم الخارجي نستطيع الحكم أن الأغلبية من الممرضين يتميزون عن غيرهم بانعدام الثقة بالنفس، كثرة الشكوك نقص في توجيه الذات والتحكم فيها السلبية العامة وقلة المشاركة. (رشاد عبد العزيز موسى، 1993)

ويعتبر روتر (Rotter,1954) مركز الضبط بعدا من أبعاد الشخصية، لأنها تعد من متغيراتها التي تهتم بالمعتقدات التي يحملها الأفراد بخصوص أي العوامل التي تتحكم بالنتائج المهمة في حياته، وقد اشتق روتر هذه النظرية من نظرية التعلم الاجتماعي Social learning وهي النظرية التي تحاول أن تجمع بين نظريتين مختلفتين هما: النظرية السلوكية من ناحية والنظرية العرفية من ناحية أخرى وعليه يعرف روتر (Rotter,1966) مركز الضبط Locus of control بأنه: \* الدرجة التي يدرك عندها الفرد أن المكافأة أو التدعيم يعتمد على سلوكه هو وخصائصه، في مقابل الدرجة التي يدرك عندها الفرد أن المكافأة أو التدعيم محكومة بقوى خارجية، أو ربما تحدث مستقلة عن سلوكه وبين ما ينتج عن هذا السلوك من مكافأة وتدعيم \* وبناءا على سبق



يمكن القول بأن مركز التحكم يشير الى معتقدات الشخص واتجاهاته حول أسباب النتائج الجيدة أو السيئة في حياته، في مجالات الحياة المختلفة مثل الصحة فالأفراد الذين لديهم ضبط داخلي عال يعتقدون بأن الأحداث تكون نتيجة سلوكهم وأعمالهم الخاصة، ومن ثم يمكن الافتراض أن مدى إدراك أو اعتقاد الأفراد بأن لديهم ضبطا على البيئة يؤثر في دوافعهم للإنجاز أو العمل، وبما أن أصحاب الضبط الداخلي مدركون أن لديهم سيطرة أكبر على البيئة من أصحاب الضبط الخارجي فمن المتوقع أن يظهروا دافعية أكبر للإنجاز. (صلاح الدين أبو ناهية، 1994)

وحسب ما سبق وإذا نظرنا إلى فئة الممرضين نجدهم يميلون للاستجابة للضغوط الاجتماعية الحادثة من طرف الآخرين وتباطؤ الأداء والاستسلام بسرعة عند مواجهة المشكلات الخوف والعجز أيضا في مواجهة ما يقابلهم من شذائذ حيث أنهم دائما في حاجة إلى توجيه الآخرين ومن ثم فهم أكثر تقبلا للسيطرة وتأثير الآخرين وكما يتميزون خاصة بالاندفاعية والتصرف بسرعة عند مواجهة المشكلات. (السيد محمود الفرحاتي وصباح قاسم الرفاعي، 2009: 295-296)

وهذا ما يفسر الشجار الذي نلاحظه بكثرة بين الممرضين والمريض وأهل المريض ويمتد حتى إلى الطقم الطبي والطقم الإداري والذي يفسر بأنه عنف اجتماعي دفاعي وينعكس على شكل عنف لفظي، بدني، عن طريق ملامح الوجه والمواقف أيضا.

لكن لا نستطيع الحكم بان مركز التحكم الخارجي يؤثر تأثيرا سلبيا لدى الممرض ولأننا في مجتمع إسلامي ولأن الدراسات التي نشأ فيها مركز التحكم الخارجي لا تعكس البيئة الإسلامية فعند سؤالنا للمرضين ما هي النظرة المستقبلية لحياتك المهنية فمعظمها هي " لا نعلم ما يخبئه القدر، القدر بيد الله، مكتوب، نفوض أمرنا لله، الله كريم....الخ فكانت النزعة الإسلامية ظاهرة جليا بطريقة مباشرة وغير مباشرة ولا نستطيع الحكم عليها بأنها سلبية فعندما ترد الأمور إلى الله سبحانه وتعالى لا تعتبر سلبية بل بالعكس فقد بين سبحانه وتعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم " إلا ما شاء الله، انه يعلم الجهر وما يخفى" (سورة الأعلى، الآية 07) ونظرا للبراهين والأدلة الدينية المتداولة وسط مجتمعنا عامة ووسط الممرضين خاصة والتي تشبعوا بها سواء عن طريق التنشئة الاجتماعية أو عن طريق التعليم والتقاليد أيضا، هذا ما جعلهم يستعملون الدين أو التوكل على الله كمركز تحكم خارجي فمن غير المعقول أن يكون التوكل على الله مصاحبا للفشل والإتكالية بل مصاحبا للعزم والعزيمة والثقة بالنفس.

من هنا يتضح إن مركز التحكم الخارجي بالنسبة للمجتمع الإسلامي لا يستدعي بالضرورة المعنى نفسه بالنسبة للمجتمعات الغير إسلامية فالحظ والقدر عند المسلمين مرتبطان بالله سبحانه وتعالى فالسؤال المطروح هنا، هل معنى التحكم الخارجي الذي يقصدونه في المجتمعات الغربية هو نفسه في المجتمع الإسلامي؟ وله نفس التأثير عند كلا من المجتمعين؟ هذا من جهة صف إلى ذلك تأثير النظرة السياسية على الحالة النفسية للمرض، حيث يرون بأن أصحاب النفوذ هم الذين يحتكرون الترقيات وهم غير معنيون بذلك فهم بحاجة إلى أشخاص آخرين للوصول الى مبتغياتهم وليست قدراتهم الذاتية هي من يحدد ذلك

وإذا أخذنا من المنظور الاقتصادي فان كل ممرض يطمح إلى الترقية في العمل، فانه في هذه الحالة لا يعتمد على نفسه وقدراته الذاتية خاصة إذا كانت لديه تعزيزات حول أن الذين لديهم السلطة والنفوذ هم أصحاب الأمر بالتنفيذ على الترقية أم لا خاصة إذا كانت ضمن خبراته السابقة بان القدرات ليست لها دخل في تحديد المستوى الاقتصادي الذي يعيشه الفرد أو الممرض كحد سواء، فعند خوضه نفس التجربة أو تكون مشابهة لها يحكم عليه بالفشل هذا ما يسمى علم النفس بالعجز المكتسب الذي يؤدي به إلى التخلي عن قدراته والبحث عن أشخاص آخرين لمساعدته على الترقية في العمل مثلاً، كما لا ننسى تأثير الثقافة على نمط التحكم والتي يرثها الفرد أبا عن جد عن طريق التنشئة الاجتماعية، فالممرض عندما يكون الجو مهيباً له بكل الظروف التي تؤدي به إلى التحكم الخارجي فيرث تلك الثقافة ليصبح طبعاً اجتماعياً مثلاً في الصغر يرى الممرض أجداده وآباءه كيف يتصرفون ويتخذون القرارات والمواقف سواء بإرجاع الأمور إلى أشخاص آخرين للمساعدة أو للحظ، مثلاً فينطبع ذلك التصرف على نفسية الممرض وبالتالي على شخصيته مع مرور الزمن، خاصة إذا تكللت تلك التجارب التي مر بها بالنجاح.

من هذا الطرح نتساءل: أين الممرض من مركز التحكم الخارجي أو أين مركز التحكم الخارجي من الممرض في البيئة الجزائرية المسلمة؟

يتضح من هنا أن مركز التحكم الخارجي يستطيع ان يؤثر بالشكل السلبي أو الايجابي في بناء إدراكات الممرض، فيؤثر بالشكل الايجابي عندما يؤول الأمور إلى الله سبحانه وتعالى هذا ما يزيده ثقة في نفسه أو بشكل سلبي عندما يرد الأمور إلى التواكل على الله، الحظ والقدر.....الخ، في معناه الحقيقي ويتحدد ذلك حسب التنشئة الاجتماعية، الخبرات السابقة المكونة للمواقف

والتعليم لان المجتمع لديه خلط بين الدين ومركز التحكم الخارجي كمتغير من متغيرات الشخصية ولقياس فعلا، كما هو وارد في معناه الأصلي يجب أن نفصل بين الدين ومركز التحكم الخارجي (قدر، حظ، أشخاص ذو نفوذ...الخ) وهذا ما لا نستطيع فعله لان الدين الإسلامي جزء لا يتجزأ من شخصيتنا إلا أننا نستطيع توضيح هذا الفرق من خلال التعليم بإبراز الفرق بين القدرات الذهنية الإدراكية التي تسير الأذهان والمعتقدات الدينية ليستطيع الفرد تمييز البنية المكونة لشخصيته.

فمركز التحكم الحاصل لدى الممرضين ليس بالمفهوم السلبي الذي يقصده Rotter، ذلك لأننا في مجتمع إسلامي فان التطابق الأصلي للمقاييس لا تتماشى والبيئة الجزائرية المسلمة.

#### 4.2- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على أن:

توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين كشفت نتائج التحليل الإحصائي على أنه لا توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط 0، 01 وقيمة الدلالة 0.76 sig ف 0، 76 < 0، 05 إذن غير دالة إحصائيا.

توصلت نتائج الدراسة، إلى عدم وجود علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين، أي أنه لا توجد علاقة بين الادراكات والتعزيزات والاحتراق النفسي فقد توصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة يعانون بنسبة 100% من الاحتراق النفسي وذلك بارتفاع في شدة أبعاده الثلاثة هي نتيجة وجب الوقوف عندها .

ففعلا الممرض يعاني من احتراق نفسي شديد، هذا ما هو ملاحظ جليا سواء في من خلال تصرفاته، خدماته ومواقفه، طريقة كلامه، ملامحه والشجار الذي نلاحظه بين الحين والآخر وعبر مختلف المصالح، الغيابات في العمل، الهروب من العمل أي أن الأبعاد الثلاث الذي حددتها ماسلاش Maslach في مقياسها أثبتت كل ما ذكرناه سابقا، فنجد في بعد الإجهاد الانفعالي الممرض قد استنزف جميع موارده النفسية مما يجعله عصبيا شديد القلق شديد الغضب عدم إقامة علاقات اجتماعية مع المرضى البعد الثاني وهو تبدل المشاعر حيث يصبح الممرض لا يحس بالآخرين وغير مبالي بأحاسيسهم، فيؤدي عمله وكأنه آلة وظيفتها وضع الأدوية ومراقبة المريض

والاستماع لتعليمات الطبيب أو الطقم الطبي هذا ما يحوز جدا في نفسه ويؤثر على حياته النفسية الباطنة ويصاب بالإحباط إلى أن نصل بالبعد الثالث وهو التدني بالاعوجاج، إلى أن يجد الممرض نفسه مجردا من الأحاسيس حيث يقوم بواجباته المهنية أليا إلا أنه يكون في دوامة من الصراعات النفسية عن طريق إدراكاته يؤول المواقف إلى أن يصل بأنه مقصر في عمله، وأنه لا يعمل بالشكل اللازم وأنه غير متقن لوظيفته وبأنه إنسان فاشل وأنه لا يدخل السرور للمرضى وأنه مجحف في حقهم كل هذه الصراعات النفسية الذهنية تصنع شخصية الممرض حيث تؤثر على نفسيته ويصاب باحتراق نفسي شديد ومع مرور الزمن يشكل خطرا على حالته الصحية التي تسمى بالأمراض السيكوسوماتية مثل الضغط الدموي، انسداد الشرايين، القلب، داء السكري، السرطان، تلف في الجهاز المعوي وفي بعض الأحيان سكتة قلبية أو دماغية

وصف الاحتراق النفسي على أنه استنزاف جسماني انفعالي وهو عادة ما يبدأ بشعور من عدم اللامبالاة وهناك قائمة من الآثار التي يمكن أن تنتج عن الاحتراق النفسي منها، التعب، الإحباط، الميل إلى كثرة النوم، الشد العصبي، ارتفاع ضغط الدم، تزايد ضربات القلب، سرعة التنفس، انقباض العضلات خلف العنق أو حول الرأس والذي يسبب الصداع، تقلصات المعدة التي غالبا ما تؤدي إلى القرحة، وهناك أعراض أخرى منها زيادة أو فقدان الشهية، التغير في النمط الجنسي، والإفراط في شرب الكحوليات، التقلصات العضلية، الأرق والإسهال، وإذا ما استمر الممرض في التعرض إلى مستويات عالية من الاحتراق في العمل دون أن يأخذ فترات استرخاء فمن الممكن أن تتطور هذه الأعراض البيولوجية لتصبح مرضا.

فما يميز الممرض المحترق نفسيا الشعور الدائم بالتعب، عدم الرضا والإحباط وحالة من التدني الجسماني، كما وجد أن الممرض المحترق نفسيا غالبا ما يعاني من الأمراض جسمانية وتجدر الإشارة إلى أن التعرض لمثل هذه الحالات لفترات طويلة قد ينتج عنها أمراض مثل، سوء التغذية، أمراض القلب، البدانة، الصداع المزمن ومشاكل في التنفس.

وفي هذا الصدد قامت إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، باتخاذ مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل 1999، فاستعانت بعينة تقدر ب 873 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى أن 500 ممرض يعانون من إنهاك مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة، وأن الأشخاص الذين هم أكثر عرضة للإنهاك المهني،

هم الذين يعانون من مشاكل صحية (الصداع الآلام الظهر) أو بالأحرى الذين لا يستنفذون من مساندة حقيقية في مواجهة الآلام التي يعانيها مرضاهم. (Helen Quancard-Miel: 2000) وفي دراسة قام بها غرين غلاس (Greenglass(2001)، Burke et Fiksenbaum(2001) على 1363 ممرضا وممرضة بكندا، تبين زيادة عبء العمل المرتبطة بعمل الممرضين في المستشفى تزيد من حدة الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة إضافة إلى الشكاوي النفسجسمية. (Greenglass: 2001)

إن مجمل أعراض الاحتراق النفسي التي يمكن أن يتعرض لها الممرض سواء كانت عضوية، نفسية، سلوكية أو اجتماعية، فإن كلها تتفاعل مع بعضها البعض، فتشكل عبئا وجهدا ثقيلا على كاهله، مما تنعكس سلبا على صحته وتجعله معرضا للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية، وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات من بينها دراسة Lee et Asshforth(1993), Koeske et Kirk(1993), Brown et Brady(1993), Golembiewski et al(1992), Pines et Aronson(1988), Grouse(1984), Carrol et White(1982), Maslach(1982) إلى أنه كلما زادت شدة الاحتراق النفسي كلما تدهورت الصحة الجسدية والعقلية.

كما تشير دراسة بأول Powell التي أكدت على أن الاحتراق النفسي حالة نفسية بيولوجية ناتجة عن عوامل الضغط النفسي واستمرارها في الزمن، غير أن ظهور أعراض الاحتراق النفسي غالبا ما يؤثر على الصحة النفسية، العقلية والجسمية. (Gilliland et James: 1997) بظهور أعراض اكتئابية وأعراض جسدية مثل، التعب، الصداع، اضطرابات المعدة، اضطرابات النوم والتغذية وغيرها من المشكلات السيكوسوماتية. (Sylvie Antoine: 2000)

ومما لاحظناه في الدراسات السالفة الذكر أن الاحتراق النفسي لديه علاقة جد وثيقة بالأمراض العضوية السيكوسوماتية بينما علاقته بالادراكات التي أشار إليها روتر في نظرية التعلم الاجتماعي تكاد تكون منعدمة أي أن الممرض المحترق نفسيا تتكون لديه أعراض مرضية مثل مرض القلب، السكري، الضغط الدموي وغيرها وأن السيرورات الإدراكية لا تؤثر على المصاب بالاحتراق النفسي حيث أن مركز الضبط وبالمفهوم الدقيق الذي أشار إليه كل من سبرينثال وسبرينثال (Sprinthal & Sprinthall, 1994) عبارة على مفهوم نفسي يتحدد بنمط السيطرة

الشخصية للفرد، فعندما يكون نمط السيطرة الداخلية يرى الأفراد أنهم مسيطرون على أنفسهم والأحداث التي تقع لهم وعندما يكون نمط السيطرة خارجيا يشعر الفرد أن عوامل خارجية هي التي تتحكم بالأحداث وأنها تحدد حركتهم.

في حين يعرفه الجحيشي (2004) بأنه أسلوب وطريقة معرفية يعمم على وفقها الفرد التوقعات والاعتقادات وعمليات الإدراك عبر المواقف الحياتية المختلفة بما يتناسب مع ميله وتوجيهاته في تفسير الأحداث (شهاب، 2010: 11)

وللتوضيح أكثر قدم روتر Rotter مفاهيم أساسية في نظريته للتعلم الاجتماعي، والتي انبثقت منها مفهوم مصدر الضبط الداخلي الخارجي نقلا عن (رشاد علي موسى، 1989، ص 322، 323) وهي: أولا الطاقة السلوكية والتي يقصد بها إمكانية حدوث السلوك في موقف أو مواقف معينة كما هي محسوبة في العلاقة بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات، فالطاقة السلوكية مفهوم نسبي، حيث أن الفرد يحسب إمكانية حدوث أي سلوك بالارتباط مع بدائل أخرى متوفرة للفرد، ثانيا التوقع يقصد به أن احتمالية الفرد بأن تعزيزا معيناً سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة، ويكون التوقع مستقبلا بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز، ثالثا قيمة التعزيز، وهو درجة تفضيل الفرد لحدوث أي تعزيز معين، إذا كانت إمكانات الحدوث لهذه التعزيزات متساوية جميعا، ويؤثر التعزيز على حدوث واتجاه نوع السلوك، رابعا والأخير الموقف السيكولوجي، يشير روتر Rotter إلى أن السلوك لا يحدث من فراغ، فالفرد يتفاعل باستمرار مع مظاهر بيئته الداخلية والخارجية، ويحدث هذا التفاعل لعدد من أنواع المثيرات الداخلية والخارجية بطريقة تتفق مع خبرته الفريدة، والموقف النفسي هو ذلك الموقف الداخلي أو الخارجي الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن الوصول إلى أكبر إشباع في ظروف معينة.

أي أن كل هذه السيرورات الإدراكية التي تصدر موقفا ما لم يتأثر بها الممرض المحترق نفسيا في الدراسة الحالية. (الزواد، 2002، ص 128)

وعلى عكس الدراسة الحالية جاءت دراسة نصر يوسف مقابلة (1995) بعنوان أثر مركز الضبط وبعض المتغيرات الديموجرافية على الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين وجهة الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي

المرحلة الثانوية، تكونت عينة الدراسة من (309) معلم، تم استخدام مقياس وجهة الضبط لروتر Rotter ترجمة برهوم موسى، ومقياس مسلاش Maslach للاحتراق النفسي ترجمة نصر يوسف وآخرون (1991)، أشارت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين ذو وجهة الضبط الخارجي أكثر إحساساً بالإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر ونقص الانجاز الشخصي، على العكس من ذوو وجهة الضبط الداخلي، أي أن المعلمين ذوو وجهة الضبط الخارجية أكثر احتراقاً عند ذوو وجهة الضبط الداخلي، وكذلك نجد دراسة عصام هاشم أحمد (2001) بعنوان دراسة مقارنة بين المحترقين نفسياً وغير المحترقين في بعض خصائص الشخصية ووجهة الضبط، هدفت الدراسة إلى المقارنة بين المحترقين نفسياً وغير المحترقين في وجهة الضبط وبعض خصائص الشخصية، تكونت عينة الدراسة من (210) مبحوث من دولة الكويت من أصحاب المهن الخدماتية، استعمل لذلك كل من مقياس الاحتراق النفسي من إعداد عصام هاشم أحمد (2001)، ومقياس وجهة الضبط لروتر Rotter ترجمة علاء الدين كفاي (1982)، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي، بالإضافة إلى دراسة العقاد، فؤاد محمد عبد المجيد (2016)، بعنوان مركز الضبط وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين في محافظات غزة، هدفت الدراسة إلى التعرف على مركز الضبط (الداخلي/الخارجي) والاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين في قطاع غزة، تكونت عينة الدراسة من (202) مرشد، تم تطبيق كل من مقياس مركز الضبط من إعداد ستيفن نويكي ومارشال، ترجمة عبد العزيز موسى (Nowicki,S.and Duke,M,1974)، مقياس الاحتراق النفسي لديفيد جيدارد ترجمة (نادر الزيود، 1999)، توصلت الدراسة إلى أن معامل ارتباط بيرسون بين مركز الضبط والاحتراق النفسي هو معامل ارتباط طردي. (العقاد فؤاد، 2016)

لكن ما يجدر التنويه إليه هو أن النتائج المتوصل إليها والسالفة الذكر، أنها لا تضم نفس العينة، ألا وهي عينة الممرضين، بالإضافة إلى أنها لم تستعمل نفس المقاييس التي استعملت في الدراسة الحالية.



## 5.2- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

### تنص الفرضية على أن:

توجد علاقة بين التفاعل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

كشفت نتائج التحليل الإحصائي على أنه توجد علاقة بين التفاعل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط 0، 15 وقيمة الدلالة 0.01 sig و  $0.05 > 0.01$  فهي بذلك دالة إحصائياً.

يفسر وجود علاقة بين التفاعل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين على أن الذين يتمتعون بمستوى مرتفع في التفاعل تنقص لديهم الشعور بالضغط، وبالتالي عدم الوصول إلى درجة الاحتراق النفسي أو الوصول بدرجة متدنية منه، وعلى العكس من ذلك فإن الممرضين الذين يتمتعون بشخصية متشائمة حادة ومستمرة إزاء مختلف المواقف، فإن ذلك سيزيد من ضغطهم وبالتالي ارتفاع الإصابة بالاحتراق النفسي، وهذا ما نلاحظه في المستشفيات بان الممرضين المتشائمين يظهر عليهم ذلك من خلال ملامح وجوههم، حيث يلاحظ عليهم القلق التوتر الغضب والاكتئاب حيث كشفت الدراسة التي أجراها فريث وآخرون Frith and al (1988) على 200 ممرض وممرضة، أن الاضطرابات الصحية النفسية بارتفاع وزيادة الصعوبات المهنية، مما يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب وينعكس هذا سلباً على الفرد ويؤدي به إلى التشاؤم في مختلف المواقف التي تواجهه في عمله، وعلى الرغم من التداخل بين أعراض التشاؤم والاحتراق النفسي إلا أنهما مفهومين متميزين ويتضمنان أعراض متباينة حيث أكد فرويدنبرغر Freudenberger (1980) على أن حالة الاحتراق النفسي تكون محدودة في أحد ميادين الحياة وهو الميدان المهني وذلك نظراً لأن مؤشرات وأعراضها تخفي، ولا تظهر على الفرد عندما يكون خارج ميدان العمل إضافة إلى عدم شعور الفرد بشاعر الذنب، والتي عادة ما تكون مصاحبة للتشاؤم، وإنما نلاحظ شعوره بالسخط والغضب ففيمما يخص حالة الإنهاك المهني، نجد أنها تحمل في محتوى أعراضها بعض المؤشرات للتشاؤم، إضافة إلى إمكانية ظهور بعض المؤشرات التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية.

ومن الممكن أن يحصل تشاؤم لدى الفرد في العمل بسبب الضغوط أو التوترات الشديدة، وذلك عندما يحاول الفرد بذل الكثير من الجهد والطاقة لتلبية مطالب العمل، ولكنه لا يستطيع عندئذ



يعمل التشاؤم كنوع من إعطاء الفرصة للجسم والعقل للانصراف قليلا عن التفكير في العمل وإعادة شحن الطاقة إلى الفرد، وخاصة عندما يكون التشاؤم من النوع قصير المدى وغير حاد، إضافة إلى أن التشاؤم قد يحدث نتيجة للضغط وعندما يشعر الفرد أن إنجازَه لا يقوده إلى نتيجة أو لا يعود عليه بالفائدة، كما نلاحظ عند البعض من المرضى ملامح هادئة وبشوشة بالرغم من الضغط الحاصل داخل العمل ندرك بأنه في حالة تفاؤل وراحة نفسية وكأنه وضع تشاؤم لعدل بيه الضغط الحاصل ليتحصل على راحة نفسيا تشعره بالهدوء وأداء مهامه بأريحية بعيدا عن الضغط السلبي الذي يؤدي به حتما إلى الاحتراق النفسي.

يرى الطبيب الإغريقي هيبوقراط (Hippocrate 370-460 ق.م) في تصنيفه، أن اختلاف الأمزجة يعزى إلى اختلافات عضوية كيميائية في الجسم، وهي تقابل الأمزجة الأربعة، إذ يشير إلى أن صاحب المزاج السوداوي متشائم وأن صاحب المزاج الدموي متفائل، فهو يشير إلى أن صاحب المزاج الدموي متفائل، مرح ونشط وممتلئ الجسم وسهل الاستشارة وسريع الاستجابة، ولا يهتم إلا باللحظة الحاضرة ولا يأخذ الأمور بجد، فهو هوائي، أما صاحب المزاج السوداوي فمتأمل وبطيء التفكير، ثابت الاستجابة ويعلق أهمية بالغة على كل ما يتصل به ويجد صعوبة في التعامل مع الناس، وأهم ما يميزه الانطواء، إذ يعتقد (هيبوقراط) أن الناس ينتمون إلى أحد الأنماط المزاجية الأربعة (المتشائم، المتفائل، الخامل والمبتهج). (محمد نعمة حسن، 2007)، فحسب تصنيف هيبوقراط فإن التفاؤل والتشاؤم لديهما علاقة بالاحتراق النفسي بعلاقة طردية، فكلما ارتفع التفاؤل قلت درجة الاحتراق النفسي وانعدمت وكلما ارتفع التشاؤم زاد مستوى الاحتراق النفسي وارتفع.

من هنا ندرك أهمية التفاؤل والتفكير الايجابي بالأحداث فالإنسان يستطيع أن يقرر طريقة تفكيره فإذا اخترت أن تفكر بإيجابية تستطيع أن تزيل الكثير من المشاعر غير المرغوب بها والتي ربما تعيقك من تحقيق الأفضل لنفسك، ويرتبط الاتجاه العقلي الايجابي ارتباطا وثيقا بالنجاح في كل مجال من مجالات الحياة، والتفكير الإيجابي هو التفاؤل بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى، والنظر إلى الجميل في كل شيء وللتفكير الايجابي أثر فعال وقوي في نفسيتنا وأمور حياتنا اليومية المستقبلية. (الرقيب، 2008: 7)

وقد برهن كل من كارفر وشاير Schier & Carver أن تأثير التفاؤل على مختلف النتائج المتعلقة بمواقف الحياة يرتبط بصفة مباشرة بطبيعة التنظيم الذاتي للشخص، وأضافا أن كل السلوكات البشرية يمكن أن توصف على أنها أهداف مسطرة مسبقا، وقد أكد كل منهما بأن الفرد عندما يكون واعيا بالتناقض بين أهدافه، وبين وضعه الحالي، يقوم بمعالجة تقديرية للموقف، بحيث إذا أدرك الفرد بأن هذا التناقض أو الفجوة يمكن أن تتقلص وبأن النتائج المرجوة يمكن أن تتحقق، فيقرر أن يواصل بذل المجهودات للوصول إلى تلك النتائج، أما إذا أدرك الفرد بأن النتائج المرجوة غير قابلة للتحقيق، فسيقلل من الجهود التي يمكن أن تبذل في سبيل تحقيقها، وانطلاقا من الجهود التي يمكن أن تبذل في سبيل تحقيقها، وانطلاقا من هذا التصور يفترض الباحثان بأن الأشخاص المتفائلون يعملون بشكل شاق وبتفان ويقومون بمواجهة أي مشكلة تواجههم، أما الأشخاص المتشائمون فيستسلمون بسهولة ولا يواصلون بذل المجهودات في سبيل تحقيق غاياتهم. (Kluemper, 2009)

وتتمحور الفكرة الأساسية لكل من كارفر وشاير Schier & Carver حول الأساليب التي يوجه لها الأفراد نشاطاتهم باتجاه الأهداف المسطرة، بمعنى أن سلوكات الأفراد موجهة بشكل كبير للمعتقدات التي يتبنونها، حيث يعتقدون بأن أهدافهم قابلة للتحقيق في الواقع فيستمرون في بذل المجهودات (حتى وإن كانت محدودة) في سبيل تحقيقها. (Schawetzer, 2002)

هذا في حين تحدثنا عن التفاؤل والتشاؤم الواقعي، لأن هناك تفاؤل وتشاؤم غير واقعي والذي عرفه ماكينا (Mackenna, 1993): "على أن التفاؤل الغير واقعي يحدث عندما يخفض الأفراد تقديراتهم أو توقعاتهم الشخصية لمواجهة الأحداث السيئة وأيضا عندما يزدون من توقع الايجابية، وهذا يمكن أن يرجع الشعور الزائف بالقدرة".

أما بالنسبة للتشاؤم الغير واقعي فيعرفه كل من دولينسكي وزويزا (Dolinski & Zawisza, 1987): "على أنه اعتقاد الفرد بأن الأحداث السيئة يمكن أن تحدث له بدرجة أكبر من حدوثها للآخرين، ويذكرون أن كل فرد يواجه حتما خطرا في أن يصبح ضحية لحادث أو مرض مستعص غير قابل للشفاء". (بدر محمد الأنصاري، 1998، ص 23)

وهذا ما يفسر تنبؤ المواقف لدى المرضى، فالمرضى مثلا قبل قيامه بسلوك ما لديه خلفية والتي يصدر السلوك المتفائل أو المتشائم على إثرها، وقد تكون الخلفية بحد ذاتها، وذلك حسب

الفروق الفردية، هذا ما يؤدي بالمرضى إلى التعايش مع الضغوطات المهنية التي يمر بها والمكونة للإحترق النفسي .

هذا الشيء الذي أشار إليه نيهاموس حيث يقول أن الإحترق النفسي هو انعكاس للضغوط النفسية الذي يقتصر عليها دون سواها ومن أبرز الخصائص المميزة للإحترق النفسي التي توصل لها نيهاموس أن الإحترق النفسي يحدث نتيجة لضغوط العمل النفسية، المتمثلة في تضارب الأدوار وغموضها وازدياد حجم العمل وظروف العمل وأحواله التي تنطوي على بعض المخاطر، وأن الإحترق النفسي يحدث في معظم الأحيان لدى المهنيين الذين يلتحقون بالمهنة برؤية مثالية، مفادها أنهم لا بد أن ينجحوا في مهنتهم وأن هنالك صلة وثيقة وعلاقة تناسبية متبادلة بين الإحترق النفسي والسعي إلى تحقيق المهام التي يتعذر تحقيقها، وقد رأى الكثير من الباحثين أن هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما، فقد ذكر فاربر أن الضغوط النفسية يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، وبالمقابل فإن الإحترق النفسي يكون دائما وأبدا سلبيا، كذلك يرى بأن الإحترق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية المحضة، أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية وإنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تحظى بالاهتمام ولا تجد المساندة الضرورية على الوجه الذي يؤدي إلى تلطيف آثارها، والحد من مضاعفاتها.

ويشير باينز وأورنسون (Pines & Aronson,1981) إلى أن الإحترق النفسي حالة ذهنية تؤثر في المهني الذي يعمل مع الأشخاص الآخرين، والذي يعطي أكثر مما يحصل عليه من زملائه وأصدقائه والعملاء .

ويتفق كل من بيك وجاجيلو (Beck & Gargoyle,1983) في تعريفهم للإحترق النفسي على أنه: " حالة من الإنهاك الانفعالي والعاطفي والجسدي والذهني، الناتج عن الضغط الزائد على طاقة الفرد ."

أما عن الباحثان جولد وروث (Jold & Roth,1994) فقد أشارا إلى أن الإحترق النفسي هو حالة تتسبب عن شعور الفرد بأن احتياجاته لم تلبى، وتوقعاته لم تتحقق، ويتصف بتطور خيبة الأمل، يرافقها أعراض نفسية وجسدية، والتي تؤدي إلى تدني مفهوم الذات، ويتطور الإحترق النفسي تدريجيا مع مرور الوقت.(الرشيدي، 1999)

## 6.2- مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

### تنص الفرضية على أن:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

كشفت نتائج التحليل الإحصائي على أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط  $-0.02$  وقيمة الدلالة  $0.74 \text{ sig}$  و  $0.74 > 0.05$  فهي بذلك غير دالة إحصائياً.

ربما هناك عوامل أقوى في تحديد الاحتراق النفسي ومؤشراته كالضغط المهني، التشاؤم والتفاؤل، محيط العمل والدعم الاجتماعي، هذا ما أثبتته فعلا كل من دراسة دافيد ترنيسبيد David (1994) Tarnispeed، حيث توصل إلى أنه توجد علاقة بين محيط العمل والاحتراق النفسي، ودراسة انجل Angel (1997)، حيث أظهرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين الجدية في العمل والدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي.

كما أظهرت الدراسات أن هناك عامل آخر لا يقل أهمية عن طبيعة المهنة وهو بدوره يولد الاحتراق النفسي إلا وهو البيئة التنظيمية مثل ضغط العمل، فرص الترقى، الرواتب هي أكثر تأثير على الاحتراق النفسي من العمل (المريض). (فهد السيف، 2000)

وعند التحدث عن الممرضين فإننا نتحدث عن قطاع الصحة في الجزائر، فقد جاء الاهتمام بالصحة العقلية لعمال القطاع الصحي في التعليم الوزاري رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 التي جاء فيها: ".....غالبا ما يواجه مهني الصحة العاملين في المصالح الاستعجالية ومصالح العناية المركزة وضعيات قصوى في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، فهم يخضعون للعبء الكمي للمهنة، لكن أيضا لأعباء فكرية وانفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف نظرا للضغوط التنظيمية والعلائقية، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا، نقص المشاركة في اتخاذ القرارات....الخ، وقد ينجر عن كل هذه الارغامات معانات نفسية خصوصا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة، فتؤدي الى ضغط المهنة وتظاهراته القصوى الاحتراق النفسي. (Institution Ministérielle, 2002, p18)

فحسب بينس وأرسون (Pines & col, 1993) فإن الاحتراق النفسي يعتبر في الخدمة الاجتماعية ظاهرة مرضية تؤثر على فاعلية الممارسة المهنية والعملاء المستفيدين من الخدمة

وعلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية نتيجة التوجه السلبي لدى الأخصائيين الناشئ عن تأثير الاحتراق النفسي، المرتبط بالتوتر الناتج عن طبيعة العمل. (فهد سيف، 2000) معناه هناك متغيرات أقوى وأكثر ارتباطاً بالاحتراق النفسي وأن الممرضين لم يرتبط لديهم الاحتراق النفسي باستراتيجيات المواجهة.

غير أن في الدراسة الحالية تم التوصل إلى أن الممرضين يمتازون بتقاول عال، فقد يستعمل الممرض التقاؤل كتقاول دفاعي هذا ما يفسر بأنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي، أي أن الممرضين المحترقين نفسياً يستعملون التقاؤل كتقاول دفاعي محل استراتيجيات المواجهة التي تطرق لها بولان (Paulhan et al, 1994)، حيث أخذ بعين الاعتبار محورا عاما للمواجهة يضم استراتيجيات مواجهة مركزة حول المشكل وأخرى مركزة حول الانفعال، وهي مقسمة كالتالي:

وجود أبعاد خاصة للمواجهة تتمثل في (05) مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم وهي:

- استراتيجية حل المشكل: تضم (08) بنود وهي [1-4-6-13-16-18-24-27]
- استراتيجية التجنب مع التفكير الايجابي: تضم (07) بنود وهي [7-8-11-17-19-22-25]

- استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي: تضم (05) بنود وهي [3-10-15-21-23]

- استراتيجية إعادة التقييم الايجابي: تحتوي على (05) بنود وهي [14-20-26-29]

- استراتيجية التأنيب الذاتي: تحتوي على (04) بنود وهي [2-5-9-28]

غير أن مقياس استراتيجيات المواجهة الخاص ب بولان (Paulhan et al, 1994) لم تكن لديه علاقة بالاحتراق النفسي لدى الممرضين، حيث استعملوا استراتيجية التقاؤل الدفاعي كاستراتيجية مواجهة، حيث يعتبر التقاؤل الدفاعي على أنه نوع من أنواع التقاؤل، ويذكر مور (More, 2005) أن أحد المبادئ الأساسية للدفاعية هو التقاؤل، الذي أشار إليه على أنه اتجاه عقلاني إيجابي نحو إمكانياتنا الفردية أو الجماعية ونظر إلى التقاؤل الدفاعي، على أنه يهيئ الظروف للنجاح من خلال التركيز على القدرات والفرص، وهو يفسر الخبرات بشكل إيجابي، كما يؤثر على النتائج بصورة إيجابية. (هيلة سليم عبد الله، 2006)، ويرى شويتزر (Schweitzer, 2002) أن التقاؤل الدفاعي يعد استراتيجية فعالة يستخدمها الفرد بغرض التكيف

مع موقف معين، وخاصة في المواقف الصارمة، وأن هذه الاستراتيجية لا يتم استخدامها من قبل المتشائمين فقط، وإنما يستطيع أن يستخدمها أي فرد كوسيلة لحماية الذات عندما يكون النجاح غير مؤكد.

وعلى العكس من ذلك نجد التشاؤم الدفاعي، حيث استخدم هذا المصطلح في منتصف الثمانينات من قبل فرون وكننور (Voren & Gantor, 1968) ويعرفه بأنه: " نزعة لدى الأفراد إلى التوقع السيئ للأحداث المستقبلية عليهم. " ورغم أن هؤلاء الأفراد يعترفون بأن أداءهم كان جيدا في مواقف مشابهة في الماضي، كما أن هؤلاء الأفراد يتخذون دائما موقف الشخص المدافع عن التشاؤم، أي أن الفرد الذي يعتنق التشاؤم مذهباً ومنهجاً في سلوكه لا يبدو وأنهم يعانون من ضعف قدراتهم أو في مستوى أدائهم نتيجة لاتجاههم السلبي هذا. (بدر محمد الأنصاري، 1998)، كما اختلف الباحثون حول كون التشاؤم الدفاعي يقدم وظائف إيجابية للناس الذين يستخدمونها، وهذا الافتراض يناقض الأبحاث التي يرتبط فيها التشاؤم بنتائج سلبية ويختلف التشاؤم الدفاعي عن التفاؤل والتشاؤم على الرغم من أن التشاؤم الدفاعي يرتبط بسمة التفاؤل، حتى أنه يقاس باختبار التوجه نحو الحياة، إلا أن هذه الارتباطات ليست عالية بما يكفي.

وتشير نروم وكننور (Norem & Cantor, 2001) إلى أن المتشائمين دفاعياً لا يبدو عليهم الضعف في قدراتهم، أو في مستوى أدائهم نتيجة لاتجاههم السلبي هذا، وغالبا ما يكون أدائهم في الواقع على مستوى جيد، ولكن من المحتمل أن ينخفض مستوى أدائهم في بعض الأعمال وتزداد حدة ومدة مشاعر القلق نتيجة لنظرتهم المتشائمة إلى الأمور، ومن الناحية النظرية يتحفز التشاؤم الدفاعي بالحاجة إلى إدارة القلق، ومما يؤيد ذلك دراستها التي قامت بها، إذ أظهرت ارتباط التشاؤم الدفاعي سلبياً بعامل الانبساط والوداعة والانفتاح والخبرة والتفاؤل، بينما ارتبط بشكل موجب مع عامل العصابية والقلق وإعاقة الذات.

وهذا ما أكدت عليه كذلك دراسة ياماوكي، فيكند وتشانز (Yamawaki, Feickand & Tschanz, 2004) على أنه وعلى الرغم من أهمية الدور الذي يلعبه التشاؤم الدفاعي للفرد إلا أن الاستخدام الطويل المدى لهذه الإستراتيجية قد يؤثر على أداء الفرد، وذلك لأن التوجهات السلبية المتكررة تنعكس بالسلب على أداء الفرد، وتجعله عرضة للقلق والاكتئاب وعدم الرضا عن الحياة. (سوزان عبد العزيز، 2011: 71)

نعتقد أن التفاؤل والتشاؤم الدفاعيين، يمكن أن يظهر عندما لا يتحقق الهدف، أو عندما يقف أمامه عائق ما لتقادي الضغط المهني أو الأسري، أو أنها تظهر عندما يكون الفرد يسير بتحفظ حتى لا يتفاجئ من انعكاس الاحتراق النفسي على صحته النفسية أو البدنية، وربما هي تظهر حسب طبيعة الهدف المراد تحقيقه، أو نتيجة الخبرات الماضية التي مر بها، أو نتيجة نقص الخبرة، أو نتيجة القدرة أو عدم القدرة، وهذا ما يفسر استعمال الممرضين لاستراتيجية التفاؤل الدفاعي لتقادي منجرات الاحتراق النفسي.

كما تنافت هاته الدراسة مع دراسة كل من منتغومري وآخرون (Montgomery and al, 2010)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الموجودة بين استراتيجية المواجهة والاحتراق النفسي، أسفرت النتائج إلى أن استراتيجيات المواجهة تتماشى بصفة وطيدة بين الضغوط والاحتراق النفسي، وبالمثل أسفرت دراسة انجل وآخرون (Angel and al, 2003)، إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين استراتيجيات المواجهة وأبعاد الاحتراق النفسي عند تبذل المشاعر، ودراسة نجاه زكي مديحة عثمان (1998)

التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الاحتراق النفسي وأساليب المواجهة على عينة قوامها 138 أستاذاً، أسفرت النتائج إلى وجود ارتباط دال موجب بين أساليب المواجهة والاحتراق النفسي، كما توصلت إلى أن تبني الممرض لأساليب مواجهة فعالة يقلل من تعرضه للاحتراق النفسي، كما أن لأساليب المواجهة القدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي. (دردير، 2007: 70) وتجدر الإشارة إلى أن كل تلك الدراسات التي تم التنويه إليها أنها لا تخص الممرض، لأن البحوث في هذا الميدان لم تتناول عينة (الممرض)، إلا بصورة تكاد منعدمة لذا، ارتأينا مقارنتها بنتائج على عينة الأساتذة لأن البحوث فيها متوفرة وعلى التشابه الجزئي بين الضغط الذي يعيشه الأستاذ والممرض.



## 7.2- مناقشة نتائج الفرضية السابعة

### تنص الفرضية على أن:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى الممرضين. من خلال نتائج التحليل الإحصائي تبين أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط  $-0.02$  وقيمة الدلالة  $0.72 \text{ sig}$  و  $0.05 < 0.72$  فهي غير دالة إحصائياً.

تكاد البحوث النفسية منعدمة حول دراسة استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم عند الممرضين فمعظم الدراسات جاءت لدراسة المرضى، وهي بعيدة عن عينتنا إلا أن هناك دراسة مشابهة نوعاً ما، وهي دراسة هيردي عادل (1996) أجراها بهدف معرفة العلاقة بين مركز التحكم وأساليب المواجهة عند الطلبة، حيث أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بين مركز التحكم واستراتيجيات المواجهة، وأن أصحاب وجهة التحكم الخارجي من الذكور، أكثر لجوء لأسلوب الهروب والتمركز على الانفعال، وأن ذوات مركز التحكم الخارجي الإناث أكثر لجوء لأساليب التمرکز على الانفعال مقارنة بذوات الضبط الداخلي، حيث لجأن إلى أساليب مواجهة المشكلات وأساليب الدعم الاجتماعي، إلا أن هاته الدراسة يعيب عليها أنها تناولت عينة الطلبة ولا نستطيع الأخذ بنتائجها بصورة كلية.

كما نجد دراسة كريسون وكيفي (Crisson & keefe, 1988) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين مركز الضبط واستراتيجية المواجهة على عينة من المرضى من الألم المزمن، كشفت النتائج إلى وجود علاقة بين مركز الضبط واستراتيجية المواجهة في تخطي الألم.

ودراسة (هيردي عادل، 1996) بهدف معرفة العلاقة بين استراتيجية المواجهة ومركز الضبط ومعرفة الفروق بين الجنسين في أساليب مواجهة المشكلات على عينة مكونة من 235 طالب، أسفرت النتائج إلى وجود علاقة وهي أن أصحاب وجهة الضبط الخارجي من الذكور أكثر لجوء لأسلوب الهروب والتمركز على الانفعال، وأن ذوات الضبط الخارجي من الإناث أكثر لجوء لأساليب (التقبل، الاستسلام، الهروب، التمرکز على الانفعال) مقارنة بذوات الضبط الداخلي، حيث لجأن إلى أساليب مواجهة المشكلات وأساليب الدعم الاجتماعي. (هيردي، 1996).



كذلك ركزت دراسة إسبانية قام بها كل من أراراس وآخرون (Arrarras & al,2002) حول علاقة أساليب المواجهة، مركز الضبط، إدراك فعالية هذه الاستراتيجية، أظهرت النتائج إلى وجود علاقة بين مركز الضبط الداخلي واستراتيجيات المواجهة، كما اعتبرت استراتيجية التجنب منبأ بقلق عالي، في حين اعتبرت استراتيجية التجنب والمعتقدات الضعيفة في مركز الضبط الداخلي بالدور الايجابي. (Arrarras & al,2002)

ودراسة دركس وآخرون (Derks & al,2005) الخاصة بمجموعة من الفروق والعلاقات بين أساليب المواجهة ومركز الضبط لدى المسنين والشباب، أظهرت النتائج أن المسنون لديهم مواجهة دينية مع ضبط ديني. (Derks & al,2005)

يعرف ليتمان Litman (2006) استراتيجيات المواجهة على أنها الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية المتنوعة التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات التي يواجهونها في حياتهم اليومية للتخفيف من أثارها عليهم. (سعاد منصور غيث وآخرون، 2009) وقد قسمت بولان وآخرون Paulhan and al (1994) استراتيجيات المواجهة إلى استراتيجية حل المشكل، استراتيجية التجنب، استراتيجية الدعم الاجتماعي، إلا أن في دراستنا الحالية تبين بأنه لا توجد علاقة بين هاته الاستراتيجيات ومركز الضبط لدى المرضى، سواء كان داخلي أم خارجي وقد يهتم المريض بمواجهة الضغوط مباشرة دون استعماله لسيرورات إدراكية، سواء كانت داخلية أم خارجية فمثلا قد تكون مشكلة ما في ضغط العمل وهو المريض المناوب الوحيد في تلك الليلة فتكون لديه روح التعاون في أن لو كان أي زميل آخر لقام بإنقاذ الوضع وهنا لا يستعمل أي استراتيجية ولا يعزو ذلك إلى أن المدير مثلا يريده هو فقط من يعمل دون غيره، لأن زملائه لديهم وساطة أو أن قدراته الذاتية تؤهله إلى يعمل بمفرده.

باعتبار أن الأفراد الذين يتبنون مصدر ضبط معين تكون لديهم مجموعة خصائص هي كالتالي: أجمع أغلب الباحثين في تمييزهم بين داخلي وخارجي التحكم في التعزيزات على الخصائص التالية:

الأشخاص المتسمون بتحكم داخلي يبذلون جهودا كبيرة لضبط محيطهم ويظهرون تعلما بسرعة ونشاط ويوظفونها بشكل أفضل من الذين يتميزون بتحكم خارجي، كما أن هؤلاء غالبا ما يبحثون عن المعلومات الجديدة بسرعة ونشاط ويوظفونها بشكل أفضل ويهتمون بها أكثر من اهتمامهم

بالمطالبات الاجتماعية للمواقف، وهذا أكثر من الخارجيين ويتفق هذا مع ما توصل إليه فارس Fares في عام 1968

يميل ذوي التحكم الداخلي إلى تحقيق النجاح والتطور في ميدان العمل وإلى الحصول على مستويات عالية من الأداء، وذلك أكثر من ذوي التحكم الخارجي ويتفق هذا مع ما توصل إليه. (هايزر 1974, Heiser)، كما يتميزون بالبحث عن التحكم الشخصي ويظهرون توافقاً وانسجاماً مع محيطهم ويكونون أقل اتجاهًا للتغيير مقارنةً بذوي التحكم الخارجي كما أنهم يملكون رغبة كبيرة في برنامج لإثراء العمل.

استخلص تانج وبومايستر Tang et Baumeister في دراستهما سنة 1984 بأن العمال ذوي التحكم الداخلي يتأخرون أقل من الخارجي التحكم بالتقديرات الخارجية، مثلاً في تقدير الأداء من قبل المسيرين ويمكن أن يكون لديهم تغيير بارز في التزاماتهم في العمل بعد نتائج معينة. (Lihing et al, 1997: 203)

يبدل ذوي التحكم الداخلي جهوداً معتبرة في مواقف الانجاز والتحصيل الدراسي لأنهم يعتقدون أن النجاح يعتمد على جهودهم الذاتية عكس ذوي التحكم الخارجي الذين لا يوقعون أن يكون لجهودهم أثر يذكر على النتائج، ويتفق هذا إلى ما توصل إليه ماك كيشي Mckeeachie وآخرون (موسى، 1988: 93)

يعرف ذوي التحكم الداخلي بتقدير جيد ودقيق للزمن، كما أنهم يتسمون بانتباه كبير بالمعلومات المثيرة في موقف ما عكس ذوي التحكم الخارجي (Koirula, 1996: 27)

أكد لفكورت Lefcourt أن ذوي التحكم الخارجي يتصرفون بشكل غير واقعي عكس الداخليين يتميز ذوي التحكم الداخلي بالقدرة على مقاومة الضغوط والتأثير في الحياة الاجتماعية فهم يتفاعلون مع المواقف التي يتعرضون لها بأسلوب لائق، وليس القدرة على توقع الأحداث عكس ذوي التحكم الخارجي الذين يعوزهم الانسجام مع بيئتهم، نتيجة عجزهم عن تحقيق التوافق بين رغباتهم وأوضاع حياتهم.

يتسم ذوي التحكم الداخلي بإدراكهم لأنفسهم على أنهم مستقلون وقادرون على توجيه دوافعهم ورغباتهم، عكس ذوي التحكم الخارجي الذين يدركون أنفسهم على أنهم اعتماديين على عوامل لا يمكنهم ضبطها أو التحكم فيها، هل هذا ما يجعل ذوي التحكم الداخلي أفضل وعي بذواتهم ويتفق

ذلك مع ما توصل اليه كوك-كلامبرت Cooc-Clampert في 1980 وجونز وبارون Baronand et Ganz في عام 1972 وكذا باحثون آخرون. (مقابلة يعقوب، 1994: 25-21)

تجدر الإشارة إلى أنه قد تم حصر أهم الخصائص التي تميز الداخليين عن الخارجييين في التحكم انطلاقاً من عدة دراسات طرحت المفهوم، أي "مركز التحكم" كمتغير مستقل، فقد تمت المناظرة بين الفئتين السالفتين الذكر، اعتماداً على مقياس روتر Rotter لسلوكيات أفراد يتواجدون في وضعيات مختلفة، مثلاً يتعلق بالأداء اختيار النشاطات والتعبير عن المعلومات وغيرها، كما أنه طرح "مركز التحكم" كمتغير تابع إذ تم التمييز بين عدة أفراد في مجتمعات وفئات وطبقات مختلفة في السن السلالة الجنس. (Ghiglione et autres, 1994: 67)

تم التنويه إلى تعريف استراتيجيات المواجهة وخصائص الأفراد ذوو التحكم الداخلي والخارجي لمعرفة التداخل الحاصل بينهما، ومعرفة لماذا لم توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى المرضى .

فعند مقابلتنا للمرضى والطقم الطبي، تبين لنا أن الضغط الحاصل هو جراً لظروف عمل صعبة، فعند توزيعنا للاستبيانات كانوا يحدثونا خاصة عن عدم وجود إمكانيات مادية (عتاد طبي)، نقص في الطقم الشبه طبي، أمام ضغط العمل المستمر فمن غير المعقول أن ننقل إلى حاجات نفسية والحاجات المادية غير متوفرة، هذا ما يفسر أن المرضى لم ينتهج استراتيجية معينة لتكون لديها علاقة على مستوى الإدراك وإنما تخمينهم دائماً منصب حول نقص الموارد المادية والبشرية.

## 8.2- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة

تتص الفرضية على أنه:

توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم لدى الممرضين.

من خلال نتائج التحليل الإحصائي تبين أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم لدى الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط 0.02 وقيمة الدلالة 0.22 sig و  $0.05 < 0.22$  فهي غير دالة إحصائياً.

معناه أن التفاؤل لا يؤثر في أي من استراتيجيات المواجهة، سواء كانت استراتيجية التجنب أو الدعم أو غيرها، وبأنه لا توجد علاقة بينهم باعتبار أن استراتيجية المواجهة تواجه كل ما هو ضاغط، وأن الضغط يكون مصاحباً للتشاؤم، إلا أن دراستنا أثبتت عكس ذلك وهذا مرده وكما ذكرنا سابقاً إلى الاحتياجات الأولية للإنسان التي شرحتها نظرية أبراهام ماسلو في ورقة نشرها عام 1943 بعنوان نظرية التحفيز الإنساني، يرى فيها أن الناس عندما يحققون احتياجاتهم الأساسية يسعون إلى تحقيق احتياجات ذات مستوى أعلى، كما يرتبها على شكل هرم وسمية بهرم ماسلو تقول هذه النظرية أن الإنسان يعمل من أجل تحقيق خمس حاجات رئيسية لديه، هي تحقيق الذات، التقدير، الاحتياجات الاجتماعية، الأمن والسلامة والاحتياجات الفيزيولوجية ويتم إشباع هذه الحاجات عبر مراحل بحيث يندفع الفرد لإشباع إحداها فإذا فرغ منها وإشباعها انصرف إلى الثانية وهي مرتبة على النحو التالي:

1\* الحاجات الفيزيولوجية: وهي الحاجات المادية الضرورية مثل مأكل، مسكن حيث أن راتب الممرض لا يكفي لذلك

2\* الحاجة إلى الأمن: يحتاج الإنسان في المرحلة الثانية من حياته العملية الإحساس بالأمن الوظيفي بتلبية جميع حاجاته التي تؤمنه من الخوف كتوفير المعدات الطبية وتحقيق الأمن القانوني وتوفير رجال الأمن داخل المستشفيات وخارجها، لهذا على الإدارة أن تدرك أهمية حاجة الأمن للعامل لخلق روح الإبداع

3\* الحاجات الاجتماعية: يحتاج الإنسان في المرحلة الثالثة أن يكون لديه جماعة مثل الصداقات والرغبة في مساعدة الآخرين، وقد أوضحت الدراسات أن جو العمل الذي لا يستطيع إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى اختلاف التوازن النفسي لدى العاملين ومن ثم إلى مشكلات عمالية

4\* حاجة التقدير: يحتاج الإنسان في المرحلة الرابعة إلى كسب احترام الناس والتقدير والرغبة في الظهور والتميز في العمل لذلك أن المدراء الذين يكزون على حاجات التقدير كمحرك لدوافع العاملين تتحقق أهداف مشاريعهم على عكس من يقلل إمكانية الفرد في المؤسسة.

5\* الحاجة إلى تحقيق الذات: يحتاج الإنسان في المرحلة الخامسة أن يحقق الصورة التي يتخيلها في نفسه ويتمكن الإنسان في هذه المرحلة من مواجهة التحديات دون خوف .

ضف إلى ذلك فقد أشارت النتائج من قبل إلى أن الممرضين لا يستعملون استراتيجيات المواجهة في مجابهة الاحتراق النفسي، بل يستعملون التفاوض كاستراتيجية مقاومة لتخطي الوقوع عن منجرات الاحتراق النفسي من آثار نفسية وعضوية، وهذا ما أشار إليه العديد من الباحثين سواء العرب أو الغرب إلى أن للاحتراق النفسي علاقة وطيدة بالأمراض السيكوسوماتية نذكر على إثرها: القلب، انسداد الشرايين، الضغط الدموي، داء السكري، القلون العصبي، السكتة الدماغية والقلبية وغيرها.

ويرى سيوارد (Seaward,1999) أن أساليب التعامل مع الضغط النفسي، هي الطرائق التي يستخدمها الفرد عندما يعاني من الضغط النفسي في المواقف التي يعتقد أنها تفوق طاقاته وقدراته بهدف التعايش مع الضغط النفسي الذي يتعرض له. (أمل الاحمد، 2009: 14-37) وتختلف أساليب التعامل من فرد لآخر ومن موقف لآخر، وهذا يعتمد على الطاقة الشخصية للفرد والمهارات التي يمتلكها، والتي تمكنه من إصدار الاستجابة الملائمة للموقف الذي يشكل ضغطا، حيث يشير كل من ويتنغتون وكسلر (Wethington & Cassler,1991) الى أن الافراد يختلفون في الاستجابات للمواقف الضاغطة، من حيث أساليب التعامل المستخدمة فهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص وسمات الشخصية المختلفة.(السيد ابراهيم، 2007)

أما فيما يخص العلاقة بين التفاوض والتشاؤم وأساليب المواجهة مع الضغوط النفسية، فقد أشار روثمان وإيزينكو (Rothman & Essenko,1998) إلى أن كل من التفاوض والتشاؤم، يؤثر على خبرات الأفراد عندما يواجهون المشكلات، وكذلك على أساليب المواجهة معها، فعندما يكون الفرد متقائلا في مواجهته للمشكلة، فإن توقعه يكون إيجابيا، وذاك على العكس من المتشائم، كما أن التفاوض يؤدي بالفرد إلى المواجهة الفعالة بعد تعرضه لتغيرات الحياة الرئيسية.(حسين طه، 2006)

وهذا ما أكدته دراسة كل من أرمات وبلدوين (Armat & Baladwin, 2008) على أن الفرد المتفائل له القدرة على التعامل مع الضغوط النفسية، وهذا ما أكدته دراسة (محمد رجب، 2001). (رئيفة رجب، 2001)

وتوافق أيضا مع دراسة كل من (مايسة شكري، 1999). (اسماعيل محمد السيد، 2001)، ودراسة فونتين وآخرون (Fontaine, K & al, 1993) وتؤكد الأدلة من الدراسات الميدانية فكرة أن المتفائلين والمتشائمين يتعاملون مع الضغوط بطرق مختلفة، حيث أن المتفائلين في تعاملهم مع الضغوط النفسية يكثرون من استخدام الأساليب التي تعد تكتيكية وفعالة، كتلك التي تركز على المشكلة وأنهم يبحثون عن الدعم والسند الاجتماعي، وذلك بخلاف المتشائمين الذين يستخدمون أساليب غير تكتيكية مثل التجنب ولوم الذات.

وتلك النتائج جاءت عكس ما توصلت إليه نتائج فرضية الدراسة الحالية، وعلى الأرجح أن استراتيجيات المواجهة لدى عينة الممرضين ليس لها علاقة بالتفاؤل والتشاؤم باعتبار أن الممرضون يستعملون التفاؤل في مواجهة الاحتراق النفسي وعدم الوقوع في الأمراض الجسدية هاته الأخيرة التي أثبتت معظم الدراسات أن لها علاقة باستراتيجيات المواجهة وعلى أن عينتنا لم تظهر بعد لديها أعراض الاحتراق النفسي وهي الأمراض السيكوسوماتية فإن بطبيعة الحال لن تكون هناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم، غير أن دراسة فعالية المواجهة على الصحة الجسدية صعبة التقييم، غير أنه وحسب لازاروس وفولكمان (1984)، فإن المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية على نحو ثلاثة أشكال مختلفة:

أ- المواجهة يمكنها أن تؤثر على تواتر شدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي) والعصبية الكيميائية المرتبطتان بحالة ضغط وهذا في المواقف التالية:

- عدم استطاعة الفرد تحسين الظروف المحيطة الضاغطة بسبب عدم وجود استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل أو عدم تلاؤمها (مجهود مفشل أو معاكس)
- أمام حدث غير متحكم فيه الفرد هنا الفرد لا يستطيع تعديل التوتر الانفعالي (استراتيجيات مقاومة مركزة على الانفعال غير مجدية)

-الفرد أسلوب مواجهة أو أسلوب حياة هو في حد ذاته ينطوي على مخاطر وخير مثال هو الفرد ذو النمط (أ) والذي يتميز بالصفات التالية: روح المنافسة، عدم التريث، العدوانية، إدراك الأحداث الضاغطة كتحدى

ب-يمكن أن تؤثر مباشرة وسلبيا على الصحة كتزايد مخاطر الوفاة والمرض وهذا بالاستعمال المفرط للمواد الضارة كالتبغ، الكحول والمخدرات .... الخ عندما تدفع بالفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (كاستعمال السرعة في السياقة) وفي هذا الصدد يرى شيفمان وويلس Shifman et Wills (1985) أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مواجهة سلبية.

ج-أشكال المواجهة المركزة على الانفعال: يمكنها أن تهدد الصحة الجسدية للفرد وهذا لأنها قد تعيق أحداث سلوك متوافق كحالة إنكار أو تجنب اللذان بإمكانهما أن يدفعوا بالفرد إلى عدم إدراك أعراض المرض، أو إلى التأخر في طلب الاستشارة. (Schweitzer et Dantzer, 1984) ويضيف زكرومان (Zuekeraman, 1991): إن كل أشكال علم النفس المرضي تتضمن حساسية متأثرة وراثيا، وخبرات حياة ضاغطة التي تكون فعالة في ظهور بعض الاضطرابات تكون أعراضها بارزة، فالتقاول والتشاؤم سمتان معرفيتان مهمتان في كثير من الاضطرابات وأن هناك قابلية ذات قيمة للتقاول والتشاؤم، وقد تكون سبب لترابط الخواص المعرفية بخواص الشخصية، كالتقاول بالانبساط والتشاؤم بالانطواء، حيث يرى كوليفان (1994): أن التقاول والتشاؤم سمات تتيح التنبؤ بالصحة النفسية ومستوى فعالية الذات. (أحمد حمزة، 2012: 55) وتشير دراسة (صباحي، 2001): إلى أن الشخصية المتقائلة تتميز بأنها: تقدر الأمور والظروف تقديرا سليما، تتعامل مع الآخرين بمودة وثقة، تقبل على الحياة بأمل وسرور، تتميز بالالتزان الانفعالي، تتعلق بالأمل عند تخطيطها للمستقبل، تواجه المشكلات بمرونة وتعمل على حلها، تتأثر لمواجهة ما يصعب عليها من الأمور والمواقف، تشارك بفعالية في المجالات التي تخدم المجتمع، لا تميل إلى استعادة ما يؤلمها من ذكريات سابقة. (سوزان، 2001: 77) هذا ما يفسر عدم وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتقاول والتشاؤم، على اعتبار أن التقاول لدى المرضى يستعمل كاستراتيجية المواجهة.

خاتمة



## خاتمة:

تناول البحث الحالي الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات ( مركز الضبط، التفاؤل والتشاؤم، استراتيجيات المواجهة) عند الممرضين كونهم الفئة الأكثر عددا داخل المؤسسات الصحية والأقرب للمريض.

سعى البحث الحالي إلى التعرف على مستويات الاحتراق النفسي عند الممرضين ومدى انتشار التفاؤل والتشاؤم وأي مركز الضبط أكثر استعمالا الداخلي أم الخارجي عند الممرضين وكذا علاقة هاته المتغيرات بكل من الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة .

لتحقيق أهداف البحث والإجابة عن التساؤلات والتحقق من الفرضيات تم اختيار عينة قصديه مكونة من 250 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية من ولاية بومرداس.

تم تطبيق كل من مقياس الاحتراق النفسي مقياس التفاؤل والتشاؤم مقياس مركز الضبط مقياس استراتيجيات المواجهة وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

- معاناة الممرضين من مستوى مرتفع في الاحتراق النفسي بنسبة 100%
- سمة التشاؤم هي الأكثر انتشارا بين الممرضين
- مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشارا بين الممرضين
- لا توجد علاقة بين مركز التحكم والاحتراق النفسي لدى الممرضين
- توجد علاقة بين التفاؤل والتشاؤم والاحتراق النفسي لدى الممرضين
- لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي لدى الممرضين
- لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى الممرضين
- لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتفاؤل والتشاؤم لدى الممرضين.
- فمن المتعارف بين الباحثين أن الاحتراق النفسي ينجم جراء ضغوطات نفسية مستمرة عبر الزمن ويساعد على ظهوره وتفاقمه عدة عوامل، كبيئة العمل التنشئة الاجتماعية وشخصية الفرد وغيرها، أما استراتيجيه المواجهة فإنها لم تستعمل لدى الممرض كميكانيزم دفاعي، فقد تكون لديه ميكانيزمات دفاعية أخرى كالنسيان، الاكتئاب، علاقات اجتماعية، انطواء عدوانية وغيرها.

وفي خضم كل هاته الصراعات التي يعيشها الممرض توصلنا إلى أنه توجد علاقة بين التفاعل والتشاؤم والاحتراق النفسي، حيث أن لسمة التفاعل دور هام جدا في تعديل مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين، بينما لا توجد علاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى الممرضين. ومن العرض السابق لنتائج الدراسة يتضح أن طبيعة عمل التمريض في حد ذاته يعد مصدرا للضغط والاحتراق النفسي، نظرا لكون التمريض مهنة شاقة بدنيا ونفسيا تتطلب قوة جسدية وسيكولوجية تؤدي بالمرض أحيانا إلى الإصابة بعدة أمراض نفسية وجسدية، كالاكتئاب والتشاؤم الانطواء الحزن الغير مبرر وإصابات جسدية كالضغط الدموي السكري وأمراض القلب، هذا ما نلاحظه لدى الممرضين خاصة اللذين أحالوا على التقاعد.

مما سبق نصل إلى نتيجة مفادها فعلا توجد علاقة ارتباطية بين التفاعل والتشاؤم والاحتراق النفسي ولا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والاحتراق النفسي ولا توجد علاقة بين المتغيرات الأخرى قد تعود إلى متغيرات أكثر تأثيرا، كعدم توفر الأدوية والعتاد الطبي (الماديات)، هذا ما تحدثوا به لنا أثناء مقابلتنا لهم، سواء الممرضين أو كل الطقم الطبي، كذلك عدم توفر الأمن فمن غير المعقول أن نتجه إلى الحاجات النفسية والحاجات المادية غير متوفرة، كما ذكرها ماسلوا أثناء تقسيمه للحاجات الأولية للفرد هذا من جهة ومن جهة أخرى نتساءل هل فعلا مركز التحكم الخارجي المنتشر وسط الممرضين هو نفسه الذي يقصده روتر Rotter في مجتمعنا الإسلامي؟ لذا بقي أن نشير إلى أن البحث يحتاج إلى تقصي أعمق لإبراز هذه السيرورات المعرفية الإدراكية النفسية وكيفية تناسقها وتناغمها والمكونة لشخصية الممرض والمؤثرة على سلوكه المهني، الذي ينعكس على بيئته المهنية والأسرية، ليشكلوا في الأخير بنية اجتماعية وجب تحليلها لاكتشاف نقصها وحل مشاكلها لا لشيء إلا لتحقيق راحة ورفاهية الإنسان.

### الاقتراحات

- 1- توفير المعدات الطبية البشرية والمادية هذا ما بينته للعيان أزمة كوفيد 19
- 2- توفير الأمن البدني والقانوني للممرض والطقم الطبي
- 3- ضرورة وجود أخصائي نفسي اجتماعي لكل مؤسسة صحية لمتابعة الحالة النفسية للارتفاع الرهيب لظاهرة الاحتراق النفسي
- 4- إجراء بحوث أخرى في مجال الإحتراق النفسي للتعرف عن مسبباته كبيئة العمل

- 5- ضرورة التعرف على نسبة التشاؤم لدى الممرضين والطاقم الطبي ومعرفة مسبباته وإبراز روح التفاؤل لديهم لأنه يعد طاقة كامنة لدى كل فرد وجب إخراجها والاستفادة منه معنويا
- 6- القيام بحملات تحسيسية عن طريق الإعلام وخاصة مع انتشار قنوات تلفزيونية خاصة وذلك لتنمية القدرات التفاوضية الكامنة لدى الفرد لتصبح ثقافة تكون بنية المجتمع
- 7- إعطاء أهمية لتحقيق الراحة النفسية للطعم الطبي والشبه طبي لما له من دور فعال وحساس في إنقاذ البشرية وهذا ما لاحظناه خاصة في الآونة الأخيرة في تفشي مرض الكوفيد 19
- 8- إعادة النظر من طرف الباحثين النفسانيين في مركز التحكم الخارجي الذي يقصد به روتر Rotter في مجتمعاتنا الإسلامية.
- 9- دراسة التفاؤل والتشاؤم في مراحل عمرية مختلفة لدى الفرد الجزائري
- 10- إعادة النظر في المقاييس المستوردة من مجتمعات غير مجتمعنا والمتشعبة بالعامل الثقافي والاجتماعي والإيديولوجي.
- 11- إنشاء دورات إرشادية ووقائية لتدريب ذوي الاحتراق المرتفع عن طريق تنمية القدرات التفاوضية لدى الممرض
- 12- تحسين ظروف العمل
- 13- استغلال النتائج المتوصل إليها لفائدة البحث العلمي وليكون امتدادا لباقي البحوث المستقبلية لدراسة الاحتراق النفسي والتفاؤل

# المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب

1. الأحمد أمل، (2001): مركز الضبط وعلاقته بمتغير الجنس والتخصص العلمي، بحوث ودراسات في علم النفس، الطبعة الأولى، لبنان، بيروت.
2. أحمد حمزة، (2012): دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية، دار النهضة مصر للطباعة والنشر، القاهرة.
3. أحمد محمد عوض بني احمد، (2007): الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس، دار الحامد للنشر والتوزيع، د.ط، عمان، الأردن.
4. أسعد يوسف ميخائيل، (ب.ت)، التفاؤل والتشاؤم، دار نهضة مصر للطباعة والنشر، القاهرة.
5. الأنصاري بدر محمد، (2002): المرجع في مقاييس الشخصية، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجديد، الكويت.
6. ابن منظور، د.ت، (1990): لسان العرب القاهرة، دار المعرفة.
7. إيمان محمود القماح، (2002): علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين المغربيين والإماراتيين، دراسة حضارية، مجلة علم النفس المعاصر للعلوم الإنسانية، المجلد (13)، الجزء (02)، ص ص 125-163.
8. بدر محمد الأنصاري، (1998): التفاؤل والتشاؤم، المفهوم، القياس والمتعلقات، الطبعة الأولى، مجلس النشر العلمي، الكويت.
9. بدر محمد الأنصاري، (1998): التفاؤل والتشاؤم، المفهوم، القياس والمتعلقات، الطبعة الأولى، مجلس النشر العلمي، الكويت.
10. بدوي نجيب يوسف، (1986): التفاؤل والتشاؤم، مصدر دار المعارف.
11. جابر عبد المجيد وكفافي علاء الدين، (1992): معجم علم النفس في الطب النفسي، دار النهضة العربية، مصر.

12. حسين طه عبد العظيم، وحسين سلامة عبد العظيم، (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.
13. الخالدي أديب، (2001): الصحة النفسية، الطبعة الأولى، الدار العربية، ليبيا.
14. الخضر عثمان حمود، (1999): التفاوض والتشاور والأداء الوظيفي لدى طلبة الثانوية العامة في المدارس الحكومية في محافظة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
15. دسوقي كمال، (1990): ذخيرة علم النفس، المجلد 2، القاهرة، مؤسسة الأهرام.
16. رجب علي شعبان، (2004): مقياس أساليب المواجهة الإقدامية والإحجامية للمشكلات، دار العلم الفيوم، مصر.
17. رتيبة رجب عوض، (2001): ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة، مكتبة النهضة المصرية، مصر.
18. الرشدي هارون توفيق، (1999): الضغوط النفسية، طبيعتها، نظرياتها، برامج لمساعدة الذات في علاجها، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
19. زياد أمين بركات، (1998): التفاوض والتشاور وعلاقتهما ببعض المتغيرات المرتبطة بالطالب.
20. سامر رضوان، (2001): الصحة النفسية بين السواء والاضطراب، دار المسيرة، الأردن.
21. سليمان مظهر، (2010): نظرية المواجهة النفسية الاجتماعية، دار النشر الأبيار، الجزائر.
22. سهيل مقدم، (2010): إستراتيجية التعامل مع مواقف الضغط المهني على ضوء متغيرات خلفية الفردية.
23. السيد ابراهيم السمدوني، (2007): الذكاء الوجداني، أسسه، تطبيقاته وتنميته، الطبعة الأولى، دار الفكر، الأردن.
24. شيلي تايلور، (2008): ترجمة وسام درويش، فوزي طعمية، علم النفس الصحي، دار الحامد، الأردن.
25. سوزان، (2001): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الثالثة، دار الكتاب الحديث

26. عبد الخالق أحمد محمد، (1996): دليل تعليمات القائمة العربية للتفاوض والتشاور، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
27. عبد الرحمان محمد السيد، (1998): نظريات الشخصية، القاهرة، دار قباء.
28. عبد العزيز علي الغزالي، (1988): مدخل إلى علم الاجتماع، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة.
29. عبد المعطي وحسين مصطفى، (2006): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
30. عمار بوحوش، محمد محمود الذنابات، (1999): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط2، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر.
31. علاء الدين الكفافي، (1982): مقياس وجهة الضبط مكتب الأنجلو مصرية، القاهرة.
32. علي عسكر، (2003): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط3، دار الكتاب الحديث، الكويت.
33. فاطمة الزهراء الزروق، (2015)، علم النفس الصحي (مجالاته، نظرياته، والمفاهيم المنبثقة عنه)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
34. فوزية عبد الحميد الجمالي، (2003): دراسة عربية في علم النفس، المجلد الثاني، العدد الأول، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
35. ماجدة عبيد، (2008): الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار الصفاء الأردن.
36. محمد أحمد النابلي، (1991): الصدمة النفسية وعلم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
37. اليتال زيد بن محمد، (2000): الاحتراق النفسي، ضغوط العمل النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، ماهيته، أسبابه وعلاجه، الرياض.

المجلات

1. أحمد حسين الشافعي، (2008): التفاوض والتشاؤم واستخدامات الدعابة، دراسة عبر ثقافية لطلبة الجامعة المصريينو الاماراتيين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد(18)، العدد(61)، ص ص86-192
2. الأنصاري بدر محمد، (2004): التفاوض والتشاؤم قياسهما وعلاقتهما ببعض سمات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت.
3. الأحمد أمل ورجاء مريم، (2009): أساليب التعامل مع الضغوط النفسية على الشباب الجامعي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، دمشق سوريا، المجلد (10)، العدد (01) ص ص 14-37.
4. احمد عبد الخالق، (1998): التفاوض والتشاؤم وقلق الموت(دراسة عالمية)، مجلة الدراسات النفسية، العدد(08).
5. أحمد عبد الخالق، (2000): التفاوض والتشاؤم، عرض لدراسات عربية، مجلة علم النفس الصادرة عن الهيئة المصرية للكتاب، العدد(56).
6. أحمد عبد اللطيف وحيد، (2001): علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، دار اليسر للنشر والتوزيع.
7. إسماعيل احمد السيد محمد، (2001): التفاوض والتشاؤم وبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الطلبة، جامعة أم القرى، المجلة التربوية.
8. الأنصاري بدر وكاظم علي، (2007): التفاوض والتشاؤم لدى طلبة الجامعة، دراسة ثقافية مقارنة بين الطلبة الكويتيين والعُمانيين، مجلة العلوم التربوية والنفسية جامعة البحرين.
9. تايلور شيلي، (2008): علم النفس الصحي، ط1، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
10. حدة يوسف، (2013): الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى عينة من طالبات الجامعة، مجلة الدراسات لجامعة الأغواط، العدد(24).
11. حسن عبد اللطيف وحماة، (1998): التفاوض والتشاؤم وعلاقتها ببعدي الشخصية، مجلة العلوم الاجتماعية، مصر، العدد(26)، ص ص83-104



12. حسين راوية محمود، (1995): بعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات والغير متعاطين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، جامعة الأزهر العدد(33).
13. حمزة جمال مختار، (1999): دراسة تجريبية لبعض سمات الشخصية لدى الشباب المدخن، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد49.
14. الحميري عبده فرحان جابر عبد المجيد وكفاي علاء الدين، (2005): معجم علم النفس في الطب النفسي، مجلة مصر، دار النهضة العربية.
15. الدسوقي محمد احمد، (1988): علاقة مركز التحكم بمفهوم الذات، مجلة جامعة الملك عبد العزيز للعلوم التربوية.
16. رشاد عبد العزيز موسى، (1989): البنية العاملية للاكتئاب النفسي بين عينة مصرية وعينة أمريكية، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، العدد(09).
17. سعاد منصور رغيث، سهيلة محمود بنات وحنان محمود طقش، (2009): مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الرياضية للموهوبين والمتفوقين وإستراتيجية التعامل معها، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد(10)، العدد(01)، ص ص248-268.
18. الرقيب سعيد بن صالح، (2008): أسس التفكير الايجابي وتطبيقاته اتجاه الذات والمجتمع في ضوء السنة النبوية، بحث علمي قدم كورقة عمل في المؤتمر الدولي عن تنمية المجتمع، تحديات وآفاق، الجامعة الإسلامية، ماليزيا
19. الزواد، (2002): تقنين مقياس الضبط الداخلي والخارجي في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية العامة للكتاب
20. السهل راشد علي وعبد الله يوسف محمد، (2009): التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من الشباب الجامعي في بعض دول مجلس التعاون الخليجي، المجلة التربوية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
21. شهاب شهرزاد محمد، (2010): موقع الضبط وعلاقته بمتغير الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى، مجلة الدراسات التربوية، ب ع، ب م، ص10

22. صلاح الدين محمد أبو ناهية، (1994): إدراك موضع الضبط وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى التلاميذ في مرحلة التعليم الأساسي بقطاع غزة، مجلة علم النفس، العدد(30)، ص ص 140-148
23. عبد الرحيم وطلعت حسن، (1985): وجهة التحكم وتقبل الآخرين لدى طلاب الجامعة المحرومين من أبائهم، مجلة كلية التربية، العدد السابع، الجزء الأول، مصر.
24. عبد الطيف حسن وحمادة، لولوه، (1996): التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعدي الشخصية الانبساط والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد(62)، (1)، الكويت، ص84-110.
25. عبد العلي مهند عبد السليم، (2003): مفهوم الذات واثربعض المتغيرات الديمغرافية وعلاقته بظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية الحكومية في محافظتي جنين ونابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
26. عبد اللطيف وحمادة لؤلؤة، (1998): التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعدي الشخصية الانبساطية والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية.
27. علي عسكر، جامع حسن والأنصاري محمد، (1997): مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية في دولة الكويت لزيادة الاحتراق النفسي، المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد (10).
28. عمر سعود الخمايسية (2018): الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المرشدين التربويين، محافظة عمان، مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، المجلد(08)، العدد(01).
29. العقاد فؤاد محمد عبد المجيد، (2016): مركز الضبط وعلاقته بإدارة الذات والاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين، محافظة غزة، مجلة جامعة غزة
30. العنزي فريح عويد، (2001): الشعور بالسعادة وعلاقتهما ببعض سمات الشخصية، دراسة ارتباطية مقارنة بين الذكور والإناث، مجلة الدراسات النفسية، العدد03، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة.

31. الغيري ثائر، (2012): استقصاء أنماط العزو لخبرات النجاح والفشل في ضوء متغير الجنس ومدى حرية اختيار التخصص، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد(26).
32. فاروق موسى عبد الفتاح، (1988): علاقة مستويات الذكاء بالتحكم الداخلي لدى المراهقين من الجنسين في المملكة العربية السعودية، مركز النشر، جامعة الملك فهد بن عبد العزيز، السعودية
33. فقيه العيد، (2007): مجلة جامعة دمشق، مجلد(23)، العدد(02).
34. مایسة محمد شکري، (1999): التفاوض والتشاور وعلاقتها بأساليب مواجهة المشقة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد(10).
35. مجدلاوي، ماهر يوسف، (2012): التفاوض والتشاور وعلاقتها بالرضا عن الحياة والأعراض النفس جسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية في قطاع غزة، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، بغزة، المجلد العشرون، (2).
36. مجدي محمد الدسوقي، (2007): التفاوض والتشاور وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة من الجنسين، مجلة كلية التربية، جامعة عين الشمس، العدد(25).
37. محمد مقداد ومحمد حسن المطلوع، (2004): الإجهاد النفسي وإستراتيجية المواجهة والصحة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد(05)، العدد(02)، ص ص 255-275.
38. محي الدين مختار، (1988): التنشئة الاجتماعية المفهوم والأهداف، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة قسنطينة، الجزائر.
39. مخيمر، هشام محمد إبراهيم وعبد المعطي، محمد السيد علي، (2000): التفاوض والتشاور وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد(2)، (4)، ص1 ص41.

40. مرضي حمد عابد، (2004): المشاكل الاجتماعية للطلاب الجامعيين، نشرة الصحة النفسية مركز الإرشاد الجامعي، جامعة الإمارات العربية المتحدة.
41. المشعان عويد سلطان، (2000): التفاوض والتشاور وعلاقتهما بالاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة، دراسة نفسية، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصريين، 10، (4)، 505-531.
42. مصطفى خليل الشرقاوي، (1993): قياس إستراتيجية سلوك التعامل مع المواقف الضاغطة، مجلة التربية، جامعة الأزهر، العدد(41)، ص ص 51-110.
43. المغربيين والإماراتيين، دراسة حضارية، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، المجلد(13)، الجزء(02)، ص ص 125-163.
44. مقابلة نصر يوسف، (1996): العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد39.
45. نجاه زكي يوسف ومديحة عثمان عبد الفضيل، (1998): أساليب مواجهة المشكلات في علاقتها بكل من الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي المدارس الثانوية بمدينة المينا(دراسة تنبؤية)، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، العدد(01)، ص ص 461-491.
46. نجوى اليجوفي، (2002): التفاوض والتشاور وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
47. النيل مایسة، (1991): الفروق بين ممرضات العناية المركزة والاقسام الاخرى في كل من قلق الموت والعدوانية والعصابية والانبساط والاكتئاب، دراسة عاملية مقارنة، مجلة علم النفس، العدد 17، السنة الخامسة، الهيئة المصرية العامة للكتاب
48. نصر يوسف مقابلة وإبراهيم يعقوب، (1994): أثر الجنس ومركز التحكم على مفهوم الذات لدى طلبة جامعة اليرموك، المجلة العربية للتربية والثقافة والعلوم.
49. يار كندي، (1993): مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديمغرافية، المجلة المصرية للدراسات النفسية.

50. الجوفي نجوى، الأنصاري وبدر محمد، (2005): التفاوض والتشاور دراسة ثقافية مقارنة بين اللبنانيين والكويتيين، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
51. يوسف عبد الفتاح محمد (1999): الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الإرشادية، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 8.
52. هشام مخيمر ومحمد السيد عبد المعطي، (2002): التفاوض والتشاور وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية جامعة حلوان، العدد (03)، ص ص 1-41

### المعاجم والقواميس

1. أنيس إبراهيم وآخرون، (1972): المعجم الوسيط، المكتبة العلمية، طهران، إيران.
2. لورانس، أ، برافين، (2010): علم الشخصية، ترجمة: عبد الحليم محمود السيد، أيمن محمد عامر، محمد يحيى الرخاوي، المركز القومي للترجمة، مصر، ط1.

### الرسائل الجامعية

1. البدوي طلال، (2000): درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة الأردن.
2. إيمان زيدان محمد مصطفى، (1998): مدى فاعلية كل من الإرشاد النفسي الموجه وغير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
3. بدران منى محمد علي، (1997): الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
4. بن عمور جميلة، (2010): تقدير الذات وعلاقته بأساليب مواجهة المواقف الضاغطة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية وهران، الجزائر.
5. بوشدوب شهرزاد، (2009): المساندة الاجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي، أطروحة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي،

- غير منشورة، جامعة الجزائر 02 حرب يوسف، (1998): ظاهرة الاحتراق النفسي وعلاقته بضغوط العمل لدى معلمي المدارس الثانوية الحكومية في الضفة الغربية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين.
6. خطار زهية، (2001): التداخل بين استراتيجيات التعامل ومركز التحكم لمواجهة ضغط البكالوريا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 02.
7. خزاعة عبد العزيز، (1997): الرضا الوظيفي للمرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة بالأردن، مركز دراسات المستقبل، جامعة أسيوط، مصر.
8. -حرثاوي هند عبد الله، (1991): مستويات الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
9. حمدان فيصل محمود خليل، (1999): سيكولوجية التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة الثانوية العامة في المدارس الحكومية، محافظة جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية فلسطين.
10. دليلة عيطور، (1997): الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر.
11. الديري محمود بم محمد إبراهيم، (2005): إدراك الضغوط النفسية وعلاقته ببعض سمات الشخصية وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من المعلمين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة البحرين.
12. سهام طبي، (2005): أنماط التفكير وعلاقتها بإستراتيجية مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق، مذكرة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس المعرفي، جامعة العقيد الحاج لخضر، باتنة.
13. طايبي نعيمة، (2013): علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدة لدى الممرضين، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 2.
14. عبد الحميد عشوي، (2008): أبعاد ومصادر الاحتراق النفسي لدى موظفي مصلحة الزبائن، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر.

15. عبد الله محمد قاسم، (2000): مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.
16. عبد المجيد أسامة محمد، (1997): الأساليب المعرفية المميزة للطلاب الموهوبين لغويا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة جنوب الوادي، مصر.
17. عصام هاشم أحمد، (2001): مستويات الاحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعات وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك
18. عزوز اسمهان، (2015): مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.
19. فوزي ميهوبي، (2008): علاقة المناخ التنظيمي بالإحترق النفسي لدى الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
20. نسيم شتوحي جلوي، (2003): الإنهاك المهني عند الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
21. نشوة كرم عمار أبو بكر دريد، (2007): الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي نمط (أ وب) وعلاقته بأساليب المواجهة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الفيوم.
22. نوال الزهراني، (2008): الإحترق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
23. الهادي بلعيد عبد السلام، (2004): التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بمفهوم الذات ومركز التحكم لدى الطلبة، جامعة بن الوليد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المرقب ليبيا.
24. محمد نعمة حسن، (2007): التفاؤل والتشاؤم الرياضي وعلاقته بتحقيق الأهداف والهوية الرياضية والانجاز لدى لاعبي ألعاب القوى، أطروحة دكتوراه بابل، كلية التربية الرياضية
25. هيله سليم عبد الله (2006): التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالعوامل النفسية الكبرى للشخصية لدى فئة من طالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير غير منشورة في الآداب وعلم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
26. هيردي عادل، (1996): علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات، مجلة البحوث الإكلينيكية، جامعة المنوفية، العدد 26.

27. اليعقوب علي، (1988): أثر التحصيل الأكاديمي والجنس في مركز التحكم ومفهوم الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

### المراجع الأجنبية:

1. Arrarras J.I. et al (2002): Coping style, locus of control, psychological distress and pain related behaviors in cancer and others diseases, psychology health and medicine, Vol, N2, Spain.
2. Agathon et salhi L (1982): le roles des facteurs familiaux et sociaux dans les antecedents du lieu de control, iteret de concept pour les psychoterapies, revue de psychologie appliquee.
3. Alain Philips, D (1993): construction d'une echelle pour les personnes agreees revue de psychologie appliquee, n°4, p27.
4. Boman, Peter Yates, gregry-C-R (2001): Optimism, hostility, and adjustment in the first year of high school. British-journal of educational-psychology vol.71(31): 401-411.
5. Bunk, B.P, Doosje ; B, J, Jans, L. J. M & Hopstaken, L. E. M (1993): Perceived reciprocity, social support and stress at work. journal of personality and social psychology, vol65 , p801-881.
6. Beauvois, J, (1986): norme d'interalite et pouvoir social en psychologie quotidienne psychologie francaise, n°31.
7. Brochon, Scheitzer, M. Dantzer, R (2003): Introduction a la psychologie de la sante , Paris, PUF.
8. Bilge, F (2006): examining the burnout of academics in relation to job statisfaction and other factors, social behavior and personality available on line, w.w.w.sbp.journal.com.
9. Beck, A. T & Steer, R. A (1988): Beck hopelessness scale, sana ni torio, TX, the psychological corporation.
10. Borritz, M, Bultmann, u, Regulies, R, Chrstensen, K. B & Kristensen, T (2005): Psychosocial work characteristics as predictors for burn out: prospective findings from three years follow up of the puma study. journal of occupational and envirenemental medicine, vol47, p1015-1025.
11. Cameron Montgomery, Serge Demors, Yvan Morin (2010): Le stresse les strategies d'ataptation et l'epuisement professionnel chez les stagierres froncofones en enseignement primaire et secondaire, Revue canadienne de l'education n°33.
12. Canaoui, P (1998): Le syndrome d'epuisement professionnel des soignants de l'analyse du Burnout aux répense, édition Masson, Paris.



13. Caplan,R.D&Jones,K.W (1975): Effects of work load,Role ambiguity and tupe a personality on anxiety, depression and heart rat, journal of applied psychology,vol60,p713-719.
14. Corten Ph,Brack Elaire (2006): dewell p1 froml hashmic kornreich teirases s,van driette y,verbanek,p .
15. Cherniss,C (1995): Beyond burnout,NewYork: Retledge.
16. Corten PH,Braclaire dewell p1 froml hashemic kornreich teirases s, van driette y verbanek,p (2006): Impact psychopathologique du burnout severite traitements,pronostic avec les troubles de l'umeur.
17. Derks,W et al (2005): Differences in coping style and locus of control between older and younger patents with head and neck cancer,clinical otolaryngol and allied science, Blackwell publishing, Vol30,N2.
18. Dubois,N (1985): une echelle francaise de locus of control,revue de f.psychologie appliquee,vol35,n°4.
19. Dubois,M (1981): larousse francais-anglais,english-french,canada,librairie larousse.
20. Duane Schultz (1993): theories of personality,California,U.S.A ,books/school publishing company,pacifigrance.
21. Elaine Fox (2012),how to retrain your brain to overcome pessimism an achieve a more positive outloole,rainy brain sunny brain,leading psychologist explains the new science of mind,p189.
22. Freudenberger,H.J(1975): The staff burnout syndrome in alternative institutions psychology,theory research and practice.
23. Freudenberger,H (1994): staff burnout ,journal of social issues,vol(30).
24. Freudenberger,E & Lewis,R (1991): Adoscent coping,the diffrent ways in which boys and girls cope,journal of adolescence,n°14,119-133.
25. Friedman,I,A (1991): High and low bernout schools: school culture aspects of teacher burnout,Journal of educational research,vol(84).
26. Grombez,J.Gascon,L.L.Legault,Land al (1985): Le burnout ou syndrome d'epuisement professionnel chez l'union medicale du canada.
27. Gil-Monte.P,Moreno.B,Neuveu.J.P (2006): Violence et epuisement professionnel,in A,El Akremi,S.Guerrero,J.P.Veuveu,comportement organisationne: justice organisationelle, enjeux de carriere et epuisement professionnel,Bruxelles.

28. Graziani,P et Swendsen,J (2005): le stress emotion et straegie d'adaptation,Armand Colin,Paris.
29. Gomes.R (1997),locus of control tupe a behavior pattern as predictors of coping stiles among adolescent,journal of personality and individual diffrences,vol23,n°3,p391.
30. Greenglass,E.R&Burke,R.J&Fiksenbaum,L (2001): Workload and burnout in nurses,journal of community&applied social psychology,vol11,pp211-2215.
31. Ghiglions,R and Richard,J,F (1994), cours de psychologies,ed dunod,France.
32. Greenglass,E.R & Burke,R.J & Fiksenbaum, L (2001): Wprkload and Burnout in nurses,Jour of Community & applied social psychology
33. Helen Quancard-miel (2000): Work and health,NewYork.56
34. Hollet S (2006): une application du model de desequilibre \*effort recompense\* cahier de recherche mars 2006, istitut de recherche engestion universite Paris XII.
35. Horner,K (1996),locus of control nerotism and stressors cobined influences on reposted physicalillness personality and individual difreences,vol21,n°2.
36. Karmer,V (2005): The burnout of persenality, vol22.
37. Kim N,M (2008),health promoting behaviors and influencing factors in middle school students,focus on optimism and pessimism journal of korean academy of child health nurcing, n°14.
38. Kypel,M,N,Henderson-king,D (2010),stress coping styls and optimism are they related to meaning of education in student lives, social psychology of education n°13.
39. Kulik,J,A ,Moore,P.J&Mahler,H.I.M (1993): stress and affiliation,hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction,health psychology,vol12,p118-124.
40. Koula N (1996),estimation of time, effects of control mental arithmetic and length trager,personality and differences,p27.
41. Laraba,A (2007): La gestion du stress , le syndrome d'épuisement ,Institut national pédagogique de la formation paramédicale,Hussein Dey,Alger
42. Lazarus.S.and Folkman.S (1988),ways of coping questionnaire,hind garden,publisher,U.S.A.
43. Lascemaire,M (1984): La depression d epuisement et son traitement,journal psychiat,biol,N°11.
44. Leiter,M,P (1991): The dream denied profitional burnout and the constraints of human service organisations,Canadian Psychology,vol32,pp547-555.

45. Liping,T,and al (1997),personality individual differences,vol22,n°2.
46. Laps,L and al (1986),locus of control and fea el health, journal of consulting and chemical psychology,vol54,n°6.
47. Marilou Bruchon,Schewitzer (2001): Le coping et les strategies d'ajustisement face au stresse,recherche en soin infermierres,n°67.
48. Matteson,M.T & Jancevich,J.H (1987): Controlling works sanfrancisco.
49. Maslach,C (1979): The burnout syndrome and patient care,Garfield, the emotional realities of life,thereatening illness,p110-120.
50. Maslach,C& Jackson,S.E (1981): The mesurment of experienced burnout,journal of occupational behavior,vol2,p99-113.
51. Moscovici,S,(1994),psychologie sociale a autrui, ed nathan,France.
52. Moore M (2006),locus of control and three components of commutment to change in achieving and underachieving gifted non gifted school students.
53. Mrayyan,Majd&Al Faouri,Ibrahim(2008): Career commitment and job performance of jordanian nurses,Journal of research in nursing,V.13,No.1
54. Paulhen,I, Nuissier,j,quintar,B,Coussongelie,F,et Bourgois,M (1994), la mesure de coping traduction et validateur francais de l'echelle de italiano annales medico-psychologiques,vol12,n°5.
55. Parker,P.A&Kulik,J,A (1995): Burnout, self and supervisor-rated job performance, and absentéisme among nursses.journal of behavioral médicale,18,581-600.
56. Pizet-Langevin.v (2003): qu'est-ce que le burn out ?comment les entreprises peuvent-elles y remedier ?in C.levy-leboyer,M.Huteau,C.Louche,J.P.Rolland,la psychologie de travail.2ed,Paris.
57. Schabarcq,M,J.Winnudst.J.A.M. Coopoe,C.C(2003): The handbook of work and health psychology (second edition).England: Wiley éditorial offices.
58. Schultz,D,SE,(1994),theories of personality books cole publishing company,pacific grove,California.
59. Schaufeli,W&Enzamann,D (1998): The burnout companion to study and practice: Acrritical analysis,London.
60. Sheir&Carvier cs (1985),optimism coping and health assessment and implication of generalized outcome expectancies,health psychology.

61. Showers(1992),motivational and emtional consequences of considering positive or negative possibilities for on upcoming event,journal of personality and social psychology63,474.
62. Seligman,M.E(1995), the optimism and pessimism in japnesse student's tradition to junior high school of early adolescence,v15,n°4.
63. Pailhan,L,Nuissier,J,Quintar,B,Coussongelie,F, &Bourgoi,M,(1994), la mesur de coping traduction et validateur francais de l'echelle de Italiano annales medeco-psychologiques,vol12,n°5.
64. Rotter,J.B (1966): Generalized source psuchological mongraphs: general and applied,vol80(1)pp1-28.
65. Rotter ,M(1990), Psychological resilience and protective mechanisms, Risk and protective factord in the development psychology cambridge university press publisher.
66. Schweitzer,M,B and Dantzer,R (1994),introduction a la psychologie de la sante.
67. Schut,N,Toppinen,S,Kalisno,R and Schaufli,W,B (2000): The factorial validity of the maslach burnout inventory-General survey across occupational and organisational psychology,73.
68. Schaufeli,W.B&Bakker,A.B(2004): Job resources and their relationships with burnout and engagement: A multiple-saple study,Journal of organisational behavior,vol25,p293-315.
69. Schweitzer,M.B (2002): Psychologie de la santé (2000), première édition,Paris,France
70. Sylvie Antoine (2000): Manage people at work a praticat guide to effective leadership,2and ED,how to books ltd,london
71. Radary,C & Col (1993): Le stresse des infermierres, IGR info, Paris, p14
72. Truchot,D (2006): Exigences professionnelles et implication au travail/ leur role dans l'emergence du burn out in A.El Akremi,S.Guerrero,J,P,neuveu comportement organisationnel Bruxelles,p313-334.
73. Tiger (1979),optimism the biology of hope,New york,suion&schuster
74. Vitkowsky,K and al(1998), perdormance adicts following failure learned helpness of self esteem protection,British journal of social psychology,n°1.
75. Walscom,K,and al (1987),perceived control and health,current psychological research and reviews,vol6,n°1.

الملاحق

# الملحق رقم (01)

## إستبيان المعلومات الشخصية

## التعليمة:

في إطار التحضير لبحث علمي (رسالة الدكتوراه) في علم النفس العمل والتنظيم، نرجوا منك مساعدتنا بالإجابة على هذه الأسئلة بكل صدق وصراحة، حيث ستمكننا إجابتك من انجاز بحثنا وتحقيق أهدافنا البحثية، مع العلم أن كل المعلومات التي تقدم لنا ستبقى محل السرية التامة ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي، فالرجاء الإجابة على كل الأسئلة والتحقق من عدم نسيان أي سؤال

وشكرا.

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

السن: .....

المستوى التعليمي: .....

الخبرة المهنية: .....

الحالة الاجتماعية: متزوج(ة): ( ) عازب(ة): ( ) مطلق(ة): ( )  
( )

ما هو منصب عملك؟: .....

في أي مصلحة تعمل؟: .....

منذ كم سنة وأنت تعمل في المستشفى: .....

مواقيت عملك الحالي: ليل ( ) نهار ( ) ليل نهار ( )

هل لديك أمراض عضوية: نعم ( ) لا ( )

إن كان نعم ما هي هذه الأمراض:

.....

# الملحق رقم (2)

## مقياس التفاؤل والتشاؤم

(معربه بركات، 1998)



## التعليمية:

يعرض عليك مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك وتصرفاتك في مواقف الحياة المختلفة، اختر كل من الإجابة (أ) أو (ب).

-اقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (+).

- يجب أن تكون إجابتك على كل عبارة وفقا لما تشعر به.

-لا تستغرق وقتا طويلا في التفكير أثناء قراءتك لأي عبارة بل وضح فقط انطباعاتك الأولى تجاه المعنى.

-لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة طالما تعبر إجابتك عن شعورك الحقيقي تجاه معنى العبارات.

-أجب عن جميع الأسئلة لأن عدم جوابك ولو على سؤال واحد سيؤدي إلى إلغاء الورقة.

| الفقرة                                                  | الاختيار | البدايل                                           |
|---------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|
| 1- حصلت على درجة ممتاز في اختبار ما                     | أ        | أنا ذكي                                           |
|                                                         | ب        | أنا جيد في موضوع الاختبار هذا                     |
| 2-فزت في رياضة تنافسية مع أصدقائي                       | أ        | الأشخاص الذين لعبت معهم لم يلعبوا هذه اللعبة جيدا |
|                                                         | ب        | أنا ألعب هذه اللعبة جيدا                          |
| 3-أنت أمضيت ليلة ممتعة في منزل أحد الأصدقاء             | أ        | كان صديقي في تلك الليلة في مزاج جيد               |
|                                                         | ب        | جميع الأشخاص في منزل صديقي كانوا في مزاج جيد      |
| 4- ذهبت مع أصدقائي في رحلة صيفية وأمضيت معهم وقتا مسليا | أ        | كنت أنا في مزاج جيد                               |
|                                                         | ب        | الأشخاص الذين كنت معهم كانوا في مزاج جيد          |
| 5- جميع الزملاء أصيبوا بالبرد(الأنفلونزا) ما عداك       | أ        | أنا أتمتع بصحة جيدة هذه الأيام                    |
|                                                         | ب        | أنا شخص سليم الجسم معافى                          |
| 6-كنت ماشيا في الطريق عندما صدمتك سيارة                 | أ        | أنا لا انتبه جيدا أثناء سيرى على الطريق           |
|                                                         | ب        | السائقين ليسوا حذرين بما فيه الكفاية              |
| 7- علمت بأن بعض الزملاء لا يحبونك                       | أ        | فيما مضى كان الناس يعنون لي شيئا                  |
|                                                         | ب        | أحيانا أعتقد أنني اعني شيئا لبعض الناس            |
| 8-حصلت على درجات عالية في الجامعة                       | أ        | الدراسة كانت بسيطة                                |
|                                                         | ب        | أنا طالب مجتهد                                    |
| 9-قابلت زميل لك فاخبر كان مظهرك اليوم جيد               | أ        | يبدو أن صديقي اليوم يظهر نوعا من المجاملة للآخرين |

## الملاحق

|                                                                       |   |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------|
| عادة ما يمدح صديقي مظاهر الناس                                        | ب |                                                     |
| كان صديقي في مزاج سيئ ذلك اليوم                                       | أ | 10- احد الزملاء المخلصين أخبرك بأنه يكرهك           |
| أنا لم أكن لطيفا مع صديقي يومها                                       | ب |                                                     |
| أنا لا أجيد قول النكت                                                 | أ | 11- قلت نكتة ولم يضحك احد                           |
| النكتة أصبحت معروفة لدى الناس لدرجة أنها لم تعد مضحكة                 | ب |                                                     |
| لم انتبه لشيء في ذلك اليوم                                            | أ | 12- لم تفهم الأوامر التي قدمها الطبيب               |
| لم انتبه للأستاذ حين كان يقدم الدرس في ذلك اليوم                      | ب |                                                     |
| الأستاذ الذي وضع الاختبار أسئلته صعبة                                 | أ | 13- رسبت في اختبار ما                               |
| في هذا الاختبار كانت الأسئلة صعبة                                     | ب |                                                     |
| الأكل الذي أتناوله يزيد السمنة                                        | أ | 14- ازداد وزني وأصبحت تبدو سمينا                    |
| أنا أحب الأكل الذي يزيد السمنة                                        | ب |                                                     |
| هذا الشخص غير أمين                                                    | أ | 15- سرق شخص نقودك                                   |
| الناس اليوم غير أمناء                                                 | ب |                                                     |
| أنا أجيد صناعة الأشياء                                                | أ | 16- صنعت شيئا فامتدحك رئيسك في العمل                |
| والدي يحب الأشياء التي اصنعها                                         | ب |                                                     |
| أنا شخص محظوظ                                                         | أ | 17- شاركت في لعبة تنافسية ففزت بجائزة مالية         |
| أنا كنت محظوظا حين لعبت هذه اللعبة                                    | ب |                                                     |
| أنا شخص غير حذر                                                       | أ | 18- كدت أن أترحل حين كنت ماشيا على الطريق في الشتاء |
| هذه الأيام أنا لم أكن حذرا بما فيه الكفاية                            | ب |                                                     |
| أجد الكثير من الناس يتصرفون اتجاهي بمحبة                              | أ | 19- دعيت إلى حفلة مؤخرا                             |
| أنا اتصف بين الناس بالمحبة                                            | ب |                                                     |
| ذلك الشخص يصرخ على أول شخص يواجهه                                     | أ | 20- صرخ عليك احد الرجال لسبب ما                     |
| ذلك الشخص صرخ على الكثيرين في ذلك اليوم                               | ب |                                                     |
| أنا لم اعمل جيدا مع أفراد المجموعة                                    | أ | 21- عملت مشروع عمل مع الآخرين لكنه فشل              |
| أنا لا اعمل مطلقا بشكل جيد                                            | ب |                                                     |
| أنا شخص لطيف المعشر                                                   | أ | 22- تعرفت على زميل جديد                             |
| الشخص الذي تعرفت عليه لطيف المعشر                                     | ب |                                                     |
| يكون علي من السهل الاستمرار بوقت طويل ممتع مع عائلتي                  | أ | 23- قضيت وقتا طويلا وممتعا مع عائلتك                |
| أحيانا يكون سهلا علي البقاء بشكل ممتع مع عائلتي                       | ب |                                                     |
| الكثير من الأفراد حاولوا أن يبيعوا بعض الأشياء لكن أحدا لم يشتري منهم | أ | 24- حاولت بيع بعض الأشياء لكن احد لم يشتري منك شيئا |
| الناس لا يحبون شراء الأشياء                                           | ب |                                                     |
| فعلت ما بوسعي في هذه اللعبة                                           | أ |                                                     |

## الملاحق

|                                                            |   |                                                            |
|------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------|
| 25-لعبت لعبة معينة وفزت بها                                | ب | فعلت بكل جهد ما استطيع عمله                                |
| 26-حصلت على درجة سيئة في الاختبار                          | أ | أنا شخص غبي                                                |
|                                                            | ب | تقييم الأستاذ غير عادل                                     |
| 27-اصطدمت بالباب فنزف الدم من انفك                         | أ | لم أكن منتبها إلى أين أسير                                 |
|                                                            | ب | مؤخرا أبدوا كأنني لست حذرا                                 |
| 28-لم تلمس الكرة أثناء اللعب فخسر فريقك اللعبة             | أ | لم أحاول بجهد عندما كنت العب بالكرة في ذلك اليوم           |
|                                                            | ب | عادة لا أحاول بجهد عندما العب                              |
| 29-التوى قدمك وأنت تقوم بعملك                              | أ | المهمة التي قمت بها خطيرة                                  |
|                                                            | ب | كنت ثقيل الحركة أثناء تأدية مهامك                          |
| 30-ذهبت في رحلة مع احد الأصدقاء إلى شاطئ البحر             | أ | كل شيء على الشاطئ كان لطيفا ذلك اليوم                      |
|                                                            | ب | الطقس على الشاطئ كان لطيفا وقتها                           |
| 31-ركبت سيارة أجرة فوصلت متأخرا فلم تستطع الذهاب إلى موعدك | أ | مؤخرا أصبح هناك مشاكل في وصول السيارات في مواعيدها المحددة |
|                                                            | ب | السيارات عادة لا تصل في الوقت المحدد                       |
| 32-صنعت أمك وجبتك المفضلة                                  | أ | هناك الكثير من الأشياء التي تصنعها أمي لإرضائي             |
|                                                            | ب | أمي ترغب في إرضائي                                         |
| 33-خسر فريقك لعبة ما                                       | أ | أعضاء الفريق لم يلعبوا بشكل جيد                            |
|                                                            | ب | في ذلك اليوم لم يلعب أعضاء الفريق بشكل جيد                 |
| 34-أنهيت بحوثك بسرعة                                       | أ | أصبحت انهي كل شيء بسرعة                                    |
|                                                            | ب | مؤخرا أصبحت انهي بحوثي بسرعة                               |
| 35-سألك الطبيب فأجبت عليه بسؤال خاطئ                       | أ | أنا أصبحت عصبيا عندما يلحون علي الإجابة عن الأسئلة         |
|                                                            | ب | ذلك اليوم أصبحت عصبيا عندما طلب مني الطبيب الإجابة         |
| 36-ركبت بالغلط في إحدى الحافلات فوصلت متأخرا عن موعدك      | أ | في ذلك اليوم لم أنتبه جيدا لما كان يحدث لي                 |
|                                                            | ب | عادة لا أنتبه لما يجري أو يحدث لي                          |
| 37-ذهبت إلى رحلة وأمضيت وقتا ممتعا                         | أ | عادة ما أرفه عن نفسي بالذهاب في رحلات                      |
|                                                            | ب | عادة ما أرفه عن نفسي                                       |
| 38-شخصا أكبر منك سنا صفحك على وجهك                         | أ | أنا ضايقت أخوه الأصغر                                      |
|                                                            | ب | أخوه الأصغر أخبره أنني ضايقته                              |
| 39-حصلت على جميع الجوائز التي كنت تطمح لها                 | أ | المنظمون عادة ما يعرفون الأشياء التي أتقنها                |
|                                                            | ب | في المسابقات يعرف المنظمون الأشياء التي أحبها              |
| 40-قمت بزيارة مكان واستمتعت بوقتك هناك                     | أ | هذا المكان جميل لقضاء وقت ممتع                             |

## الملاحق

|                                                           |   |                                                        |
|-----------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------|
| الفصل الذي ذهبت فيه عادة ما يكون فيه المكان جميلاً        | ب |                                                        |
| أحياناً يكون الناس في مزاج جيد                            | أ | 41-دعائك جيرانك لتناول الطعام عندهم                    |
| الناس لطفاء عادة                                          | ب |                                                        |
| لأنني تصرفت بشكل جيد في ذلك اليوم                         | أ | 42-جاءكم طبيب جديد فأحبك                               |
| دائماً أتصرف بشكل جيد                                     | ب |                                                        |
| أنا شخص مسلي                                              | أ | 43-جعلت زملائك سعداء اليوم                             |
| أحياناً أكون شخصاً مسلياً                                 | ب |                                                        |
| في ذلك اليوم كنت لطيفاً مع أحد الأصدقاء فدعائك على الغداء | أ | 44-دعيت إلى وجبة غداء                                  |
| صديقي كان يشعر باللطف اتجاهي عندما عزمني على الغداء       | ب |                                                        |
| كان ذلك مجرد صدفة                                         | أ | 45-في موقف ما طلب منك أحد الزملاء المساعدة لعمل شيء ما |
| كنت مهتماً لما يحدث في ذلك الموقف                         | ب |                                                        |
| في ذلك اليوم لم أشعر برغبة بعمل شيء                       | أ | 46-حاول شخص إقناعك للذهاب معه لحفلة فرفضت              |
| في ذلك اليوم لم تكن لي رغبة في الذهاب إلى حفلة            | ب |                                                        |
| من الصعب على الأشخاص الاستمرار بشكل جيد وهم متزوجون       | أ | 47-اختلف والداك على شيء ما                             |
| من الصعب على والدي الاستمرار بالحياة الزوجية بشكل جيد     | ب |                                                        |
| أنا لا أستطيع البقاء مع الناس بشكل لطيف وقت طويل          | أ | 48-حاولت الانضمام إلى فريق عمل ولكنك لم تنجح           |
| لا أستطيع البقاء مع الأشخاص بشكل لطيف في الفريق           | ب |                                                        |

## الملحق رقم (03)

مقياس مركز التحكم لروتر (Rotter)

( معربه علاء الدين الكفافي، 1982 )

## الملاحق

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك، الرجاء أن تحدد تكرار الشدة بوضع دائرة في الخانة المناسبة.

| الرقم | الرمز | العبارة                                                                                        |
|-------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | أ     | إذا كان للأبناء مشاكل، ذلك لأن الآباء يعاقبونهم أكثر من اللازم.                                |
|       | ب     | مشكلة معظم الأبناء تعود إلى التساهل المفرط من طرف الآباء.                                      |
| 2     | أ     | أكثر الأحداث المؤلمة التي تحدث للناس، راجعة إلى سوء الحظ.                                      |
|       | ب     | المصائب التي تحدث للناس، راجعة لأخطائهم.                                                       |
| 3     | أ     | من الأسباب الرئيسية لاندلاع الحروب، هو عدم اهتمام الناس بالأمور السياسية.                      |
|       | ب     | من الأسباب الرئيسية لاندلاع الحروب هي عدم محاولة الناس من وقوعها.                              |
| 4     | أ     | سيحصل الأفراد على الاحترام الذي يستحقونه مع مرور الزمن.                                        |
|       | ب     | ما يؤسف له أن قيمة الأفراد لا يتم الاعتراف بها مهما بذل هؤلاء من جهد.                          |
| 5     | أ     | اعتقاد خاطئ أنا الأساتذة لا يعدلون بين طلبتهم.                                                 |
|       | ب     | أكثر الطلبة لا يعرفون بأن درجاتهم ممكن أن تتأثر بمتغيرات أخرى.                                 |
| 6     | أ     | إذا لم يكن الحظ حليفك، فالوصول إلى منصب قيادي يصبح مستحيل.                                     |
|       | ب     | عدم وصول الكفاءات إلى مناصب قيادية، راجعة إلى أنهم لم يحسنوا استغلال الفرص التي أتاحت لهم.     |
| 7     | أ     | مهما فعل الإنسان فإن هناك دائما أشخاصا لا يكونون له المحبة.                                    |
|       | ب     | الفشل في اكتساب مودة الآخرين راجع إلى النقص في التفاعل والاندماج مع الجماعة.                   |
| 8     | أ     | للوراثة دور كبير في تحديد معالم الشخصية.                                                       |
|       | ب     | خبرة الفرد في الحياة هي التي تحدد السلوك.                                                      |
| 9     | أ     | عندما أترك الأمور تحدث تحت رحمة الظروف، فإن النتائج تكون أسوء مما لو بادرت واتخذت قرارا معينا. |
|       | ب     | صحيح ذلك المثل الشعبي القائل*اللي مكتوب في الجبين ما يحويه اليدين*                             |
| 10    | أ     | نادرا ما يقول الطالب الذي راجع دروسه أن أسئلة الامتحان صعبة.                                   |
|       | ب     | غالبا ما تكون أسئلة الامتحان لا علاقة لها بالبرنامج، لذلك لا داعي للمراجعة.                    |
| 11    | أ     | سر النجاح يكمن في الجهد والعمل ولا دخل للحظ في ذلك.                                            |
|       | ب     | الظفر بمنصب شغل متوقف على الحظ.                                                                |
| 12    | أ     | يستطيع أي أحد أن يكون له الدخل في قرارات الحكومة.                                              |
|       | ب     | العالم يسيره أشخاص لهم السلطة والقوة أما الأشخاص العاديون فلا حول لهم ولا قوة.                 |
| 13    | أ     | عندما اخطط لشيء ما فإنني واثق من انجازه.                                                       |
|       | ب     | ليس من الحكمة التخطيط كثيرا لان الأمور سترتبط بالحظ في الأخير.                                 |
| 14    | أ     | في الحقيقة هناك أشخاص سيؤون في هذا العالم.                                                     |

## الملاحق

|    |   |                                                                                           |
|----|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | ب | الطيبة موجودة في كل واحد منا.                                                             |
| 15 | أ | شخصيا كل ما أريده كثيرا أو قليلا لا دخل للحظ فيه.                                         |
|    | ب | في الغالب عندما أريد اتخاذ قرار ما ألتجأ إلى القرعة.                                      |
| 16 | أ | وصول بعض الناس إلى مناصب قيادية، يمكن أن يفسر بأنهم كانوا في اللحظة والمكان المناسبين فقط |
|    | ب | حسن الإدارة راجع لقدرات المدير ولا دخل للحظ في ذلك.                                       |
| 17 | أ | في هذا العالم نحن ضحايا لقوى لا نفهمها ولا نتحكم فيها .                                   |
|    | ب | التحكم في الأحداث مرتبط بمدى انخراط الناس في الحياة السياسية والاجتماعية.                 |
| 18 | أ | كثيرا من الناس لا يعرفون أن الحظ له دور في توجيه حياتهم.                                  |
|    | ب | في الحقيقة لا يوجد شيء اسمه الحظ أو الصدفة.                                               |
| 19 | أ | يجب على الإنسان أن يكون مستعدا للاعتراف بالخطأ.                                           |
|    | ب | من الأحسن أن يخفي الإنسان أخطائه.                                                         |
| 20 | أ | صعب أن تعرف أن هناك شخص يحبك أم لا.                                                       |
|    | ب | الاحتفاظ بالأصدقاء مرتبط بمدى لطفنا معهم.                                                 |
| 21 | أ | سوء الحظ الذي نشعر به، راجع إلى الخمول وإلى نقص في المعرفة والقدرات.                      |
|    | ب | الإنسان في حياته معرض لأحداث سيئة وأخرى طيبة.                                             |
| 22 | أ | إذا ما تضافرت جهود الإنسان يمكن القضاء على الفساد.                                        |
|    | ب | من الصعب على الأفراد ممارسة الرقابة على أعمال السياسيين.                                  |
| 23 | أ | أحيانا لا نستطيع فهم الكيفية التي يمنح فيها الأساتذة العلامات للطلبة.                     |
|    | ب | هناك علاقة بين الاجتهاد في الدراسة والعلامة التي تمنح للطالب.                             |
| 24 | أ | المدير الناجح هو الذي يترك للمستخدمين حرية اتخاذ القرار الذي يريدونه .                    |
|    | ب | المدير الناجح هو الذي يحدد لكل شخص ما يجب القيام به.                                      |
| 25 | أ | كثير ما اشعر أن لدي تأثير ضعيف على الأحداث التي تقع لي.                                   |
|    | ب | لا اصدق أن يكون للصدفة والحظ دورا مهما في حياتي.                                          |
| 26 | أ | الشعور بالوحدة لدى بعض الناس، يرجع إلى كونهم لم يحسنوا معاملة الآخرين.                    |
|    | ب | لا فائدة أن تتعب نفسك بغية إرضاء الآخرين، في النهاية قد يحبونك وقد لا يحبونك.             |
| 27 | أ | هناك اهتمام مبالغ فيه بالأنشطة الرياضية داخل الثانويات.                                   |
|    | ب | الرياضة الجماعية وسيلة تربوية لبناء الشخصية .                                             |
| 28 | أ | كل ما يحدث لنا هو من صنع أيدينا.                                                          |
|    | ب | أحيانا اشعر انه ليست لي سيطرة كافية على مجرى حياتي.                                       |
| 29 | أ | في كثير من الأحيان لا افهم لماذا يتصرف السياسيون على هذا النحو .                          |
|    | ب | على المدى الطويل يصير الناس مسؤولون عن الفساد الإداري، وذلك على المستوى المحلي أو الوطني. |

**الملحق رقم (04)**  
**مقياس الإحترق النفسي**  
**لماسلاش (Maslach)**  
**معربه آدم العتيبي (2003)**



## التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك، الرجاء أن تحدد تكرار الشدة بوضع دائرة في الخانة المناسبة.

| الفقرة                                                               | يحدث يوميا | مرات في الاسبوع | مرة في الاسبوع | مرات في الشهر | مرة في الشهر | قليل في السنة |
|----------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| 1- أشعر بأني منهار انفعاليا جراء ممارسة مهنتي                        |            |                 |                |               |              |               |
| 2- أشعر أن طاقتي مستنفدة مع نهاية اليوم المهني                       |            |                 |                |               |              |               |
| 3- أشعر بالتعب عندما أستيقظ من نومي وأعرف أن علي مواجهة يوم عمل جديد |            |                 |                |               |              |               |
| 4- أستطيع أن أفهم بسهولة مشاعر المرضى                                |            |                 |                |               |              |               |
| 5- أشعر أنني أتعامل مع بعض المرضى ببرودة                             |            |                 |                |               |              |               |
| 6- إن التعامل مع الناس طوال يوم عمل يتطلب مني جهد كبير               |            |                 |                |               |              |               |
| 7- أحل بفعالية عالية مشكلات المرضى                                   |            |                 |                |               |              |               |
| 8- أشعر بالاحترق النفسي من ممارستي لهذه المهنة                       |            |                 |                |               |              |               |
| 9- يبدو لي أنني أؤثر ايجابيا في الأشخاص الذين أحتك بهم في عملي.      |            |                 |                |               |              |               |
| 10- أصبحت أقل شعورا بالناس منذ التحاقني بهذه المهنة.                 |            |                 |                |               |              |               |
| 11- أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسيا .                                 |            |                 |                |               |              |               |
| 12- أشعر بالحيوية والنشاط.                                           |            |                 |                |               |              |               |
| 13- أشعر بالإحباط من ممارستي لمهنة التمريض.                          |            |                 |                |               |              |               |
| 14- أشعر أنني أعمل في هذه المهنة بإجتهاد كبير.                       |            |                 |                |               |              |               |
| 15- حقيقة لا اهتم بما يحدث لبعض من المرضى.                           |            |                 |                |               |              |               |
| 16- إن العمل بشكل مباشر مع الناس يسبب لي ضغوطا شديدة.                |            |                 |                |               |              |               |
| 17- أستطيع بكل سهولة أن أخلق جوا نفسيا مريحا مع المرضى.              |            |                 |                |               |              |               |
| 18- أشعر بالسعادة بعد العمل مع المرضى عن قرب.                        |            |                 |                |               |              |               |
| 19- لقد أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة في مهنتي.                         |            |                 |                |               |              |               |
| 20- أشعر وكأنني على حافة الهاوية جراء ممارستي لمهنتي.                |            |                 |                |               |              |               |
| 21- أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الانفعالية أثناء ممارستي لمهنتي.      |            |                 |                |               |              |               |
| 22- أشعر أن المرضى يلومونني عن بعض المشاكل التي تواجههم.             |            |                 |                |               |              |               |

# الملحق رقم (05)

مقياس استراتيجيات المواجهة

لبولان (Paulhan)

معرّبه (شهرزاد بوشدوب، 2009)

## الملاحق

### التعليمة:

3- أشر إلى كل من إستراتيجية من استراتيجيات التالية، إن كنت قد استعملتها أو لم تستعملها في مواجهة الموقف، ومن أجل ذلك لا يطلب منك إلا وضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة المبينة في الجدول أدناه:

| لا | إلى حد ما | نعم | إلى حد ما<br>نعم                                                |
|----|-----------|-----|-----------------------------------------------------------------|
|    |           |     | 1- وضعت خطة عمل واتبعتها                                        |
|    |           |     | 2- تمنيت لو كنت أكثر قوة وأكثر تفاؤلا وحسما                     |
|    |           |     | 3- حدثت شخصا عما أحسست به                                       |
|    |           |     | 4- كافحت لتحقيق ما أردته                                        |
|    |           |     | 5- تغيرت إلى الأحسن                                             |
|    |           |     | 6- تناولت الأمور واحدة واحدة                                    |
|    |           |     | 7- تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث                                 |
|    |           |     | 8- تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل                            |
|    |           |     | 9- ركزت على جانب ايجابي يمكن أن يظهر فيما بعد                   |
|    |           |     | 10- تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف                          |
|    |           |     | 11- تمنيت لو حدثت معجزة                                         |
|    |           |     | 12- خرجت أكثر قوة من الوضعية                                    |
|    |           |     | 13- غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام                          |
|    |           |     | 14- أنبت نفسي                                                   |
|    |           |     | 15- احتفظت بمشاعري لنفسي                                        |
|    |           |     | 16- تفاوضت للحصول على شيء ايجابي من الموقف                      |
|    |           |     | 17- جلست أو تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه           |
|    |           |     | 18- حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي            |
|    |           |     | 19- رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا                                |
|    |           |     | 20- أدركت بأنني سبب المشاكل                                     |
|    |           |     | 21- حاولت عدم البقاء لوحدي                                      |
|    |           |     | 22- فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن                  |
|    |           |     | 23- قبلت عطف وتفهم شخص                                          |
|    |           |     | 24- وجدت حلا أو حلين للمشكلة                                    |
|    |           |     | 25- حاولت نسيان كل شيء                                          |
|    |           |     | 26- تمنيت لو استطعت تغيير موقعي                                 |
|    |           |     | 27- عرفت ما ينبغي القيام به وضاعت مجهوداتي وبذلت كل ما<br>بوسعي |
|    |           |     | 28- عدلت شيئا في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل         |
|    |           |     | 29- انتقدت نفسي أو وبختها                                       |

## Table de fréquences

|          |         | SEX       |             |                    |                    |
|----------|---------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
|          |         | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide   | ذكر     | 107       | 40,5        | 42,8               | 42,8               |
|          | أنثى    | 143       | 54,2        | 57,2               | 100,0              |
|          | Total   | 250       | 94,7        | 100,0              |                    |
| Manquant | Système | 14        | 5,3         |                    |                    |
| Total    |         | 264       | 100,0       |                    |                    |

|        |       | OPTIMIST ET PESSIMIS |             |                    |                    |
|--------|-------|----------------------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |       | Fréquence            | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | 1,00  | 89                   | 35,6        | 35,6               | 35,6               |
|        | 2,00  | 161                  | 64,4        | 64,4               | 100,0              |
|        | Total | 250                  | 100,0       | 100,0              |                    |

|        |       | LOCUS OF CONTROL |             |                    |                    |
|--------|-------|------------------|-------------|--------------------|--------------------|
|        |       | Fréquence        | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Valide | 1,00  | 169              | 67,6        | 67,6               | 67,6               |
|        | 2,00  | 81               | 32,4        | 32,4               | 100,0              |
|        | Total | 250              | 100,0       | 100,0              |                    |

### Corrélations

|              |                           | VAR00<br>001 | VAR00<br>002 | VAR00<br>003 | VAR00<br>004 |
|--------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| VAR00<br>001 | Corrélation de<br>Pearson | 1            | -,005        | -,022        | ,019         |
|              | Sig.<br>(bilatérale)      |              | ,941         | ,725         | ,764         |
|              | N                         | 250          | 250          | 250          | 250          |
| VAR00<br>002 | Corrélation de<br>Pearson | -,005        | 1            | -,078        | ,156*        |
|              | Sig.<br>(bilatérale)      | ,941         |              | ,220         | ,013         |
|              | N                         | 250          | 250          | 250          | 250          |
| VAR00<br>003 | Corrélation de<br>Pearson | -,022        | -,078        | 1            | -,021        |
|              | Sig.<br>(bilatérale)      | ,725         | ,220         |              | ,745         |
|              | N                         | 250          | 250          | 250          | 250          |
| VAR00<br>004 | Corrélation de<br>Pearson | ,019         | ,156*        | -,021        | 1            |
|              | Sig.<br>(bilatérale)      | ,764         | ,013         | ,745         |              |
|              | N                         | 250          | 250          | 250          | 250          |

\*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

## ملخص:

يسعى البحث الحالي إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين والتعرف على السمة الأكثر انتشارا للتقاول أم التشاؤم وكذا التعرف على انتشار مركز الضبط وسط الممرضين دراسة مجموعة من العلاقات نستهلها ب:

- علاقة الاحتراق النفسي ومركز الضبط لدى الممرضين.
  - علاقة الاحتراق النفسي والتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
  - علاقة الاحتراق النفسي باستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين.
  - علاقة استراتيجيات المواجهة بمركز الضبط لدى الممرضين.
  - علاقة استراتيجيات المواجهة بالتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
  - استخدم لجمع البيانات أربع مقاييس أساسية هي:
  - مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش Maslach.
  - مقياس التقاول والتشاؤم لسيلجمان Seligman.
  - مقياس مركز الضبط لروتر Rotter.
  - مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان Paulhan.
- وبعد جمع البيانات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية:
- معاناة الممرضين من ارتفاع شدة الاحتراق النفسي.
  - سمة التقاول هي الأكثر انتشارا بين الممرضين.
  - مركز التحكم الخارجي هو المستوى الأكثر انتشارا بين الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين الاحتراق النفسي ومركز الضبط لدى الممرضين.
  - توجد علاقة بين الاحتراق النفسي والتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط لدى الممرضين.
  - لا توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة والتقاول والتشاؤم لدى الممرضين.

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي، التقاول، مركز التحكم، استراتيجيات المواجهة، الممرضين