



جامعة غليزان  
RELIZANE UNIVERSITY

جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه ل. م. د

في علم النفس الصحة

الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات  
( دراسة ميدانية لعينة من الأطباء العاملين بمستشفى مستغانم )

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة: جبار نبيهة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
زقاوة أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة غليزان	رئيسا
جناد عبد الوهاب	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مشرفا ومقرر
المسوس يعقوب	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة غليزان	مناقشا
ربيعي محمد	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة غليزان	مناقشا
بن موسى سمير	أستاذ التعليم العالي	جامعة تيارت	مناقشا
مرزوقي محمد	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة تيارت	مناقشا
بوريشة جميلة	أستاذ محاضر قسم "أ"	جامعة مستغانم	مشرف مساعد

السنة: 2024/2023

## "الاحترق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات "

"دراسة ميدانية لعينة من الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم"

### ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة لمعرفة علاقة الاحترق النفسي بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات، اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي، تكونت عينة البحث من 36 طبيب عام بمستشفى مستغانم ولجمع البيانات، قمنا بتطبيق مقياس الاحترق النفسي (Maslach,1981) ، مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Bruchon-Schweitzer,2001)، مقياس المواجهة (Cousson,1996)، بالإضافة إلى مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965) ولتحليل البيانات، استخدمنا البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

-توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة.

- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وأنواع المساندة الاجتماعية.
- توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل .
- توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال.

- لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وإستراتيجية البحث عن المساندة.
- توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحترق النفسي وتقدير الذات.
- توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات.
- تعمل المساندة الاجتماعية المدركة على خفض مستويات الاحترق النفسي من خلال تعزيز تقدير الذات .

**كلمات مفتاحية:** الاحترق النفسي، الإجهاد، المواجهة، المساندة الاجتماعية المدركة، تقدير الذات الطبيب العام.

## **Burnout et sa relation avec le soutien social perçu et l'estime de soi** **étude de terrain auprès d'un échantillon de médecins généralistes à l'hôpital de** **Mostaganem**

### **Résumé :**

Cette étude visait à découvrir la relation du burnout avec le soutien social perçu et l'estime de soi. Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur la méthode de recherche descriptive. L'échantillon de recherche était composé de 36 médecins généralistes à l'hôpital de Mostaganem. Pour collecter des données, nous avons appliqué l'échelle de burnout (maslach, 1981), l'échelle de soutien social perçu (bruchon-schweitzer, 2001) l'échelle de coping (Cousson, 1996), et l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965), et pour l'analyse des données, le programme statistique pour les sciences sociales (SPSS) a été utilisé, où les résultats suivants ont été obtenus :

- Il existe une corrélation négative statistiquement significative entre le burnout et les dimensions du soutien social perçu.
- Il existe une corrélation négative statistiquement significative entre le burnout et les types de soutien social perçu .
- Il existe une corrélation négative statistiquement significative entre le burnout et le coping centré sur le problème.
- Il existe une corrélation positive avec une signification statistique entre le burnout et le coping centré sur l'émotion.
- Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre le burnout et la stratégie de recherche du soutien.
- Il existe une corrélation négative statistiquement significative entre le burnout et l'estime de soi.
- Il existe une corrélation positive avec une signification statistique entre le soutien social perçu et l'estime de soi.
- Le soutien social perçu réduit les niveaux du burnout en améliorant l'estime de soi.

**Mots-clés :** burnout, stress, coping, soutien social perçu, estime de soi, médecin généraliste

## **Burnout and its relationship with perceived social support and self-esteem field study with a sample of general practitioners at Mostaganem hospital**

### **Abstract :**

This study aimed to know the relationship of burnout with perceived social support and self-esteem. In our study, we relied on the descriptive approach. The research sample consisted of 36 general practitioners at Mostaganem hospital. To collect data, we applied the burnout scale (maslach, 1981), the perceived social support scale (bruchon-schweitzer, 2001), the coping scale (Cousson, 1996), in addition to the self-esteem scale (Rosenberg, 1965), and for data analysis, the Statistical Program for the Social Sciences (SPSS) was used, where the following results were obtained:

- There is a statistically significant negative correlation between burnout and dimensions of perceived social support .
- There is a statistically significant negative correlation between burnout and types of perceived social support.
- There is a statistically significant negative correlation between burnout and Problem -Focused Coping
- There is a positive correlation with statistical significance between burnout and Emotion -Focused Coping
- There is no statistically significant correlation between burnout and seeking social support.
- There is a statistically significant negative correlation between burnout and self-esteem.
- There is a positive correlation with statistical significance between perceived social support and self-esteem.
- Perceived social support reduces levels of burnout by improving self-esteem

**Keywords:** burnout, stress, coping, perceived social support, self-esteem, general practitioner.

## الإهداء

إلى روح والدي الكريمين طيب الله ثراهما وأسكنهما فسيح جناته  
إلى عائلتي الكريمة والتي رافقتني في مشوار الحياة وأبدت افتخارها بي عن كل شيء  
جميل حققته  
إلى أصدقائي الذين منحوني الحب والاحترام والتقدير ولم يبخلوا علي يوماً بالتشجيع  
والمساندة  
إلى زملائي في جهاز الشرطة ورؤسائي في جميع مراحل حياتي المهنية والذين قدموا  
لي كل أنواع الدعم  
إلى كل الأساتذة الذين أشرفوا على تعليمي وتكويني في مختلف أطوار الدراسة ووقفوا  
بجانبي حين أسقط أو أضعف لأعود مرة أخرى وبنفس جديد لأواصل دربي  
إلى كل من فرح لفرحي وتقاسم معي لحظات السعادة وحزن لحزني وأقتسم معي كل  
لحظات الحياة وساندني في أوقات الشدة  
إلى كل من تسعده انجازاتي ويشعر بالفخر والاعتزاز عندما أرتقي أو أحقق أي نجاح  
إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي وعملي لسنوات.

## كلمة شكر

اللهم ما أصبح بي من نعمة أو بأحد من خلقك فمنك وحدك لا شريك لك، فلك الحمد  
ولك الشكر

كما ينبغي لجلال وجهك ولعظيم سلطانك

اللهم إني أسألك علما نافعا و رزقا طيبا وعملا متقبلا

فان الشكر لله من قبل ومن بعد والذي وفقني في عملي هذا وهون علي المصاعب

وأكرمني وعوضني خيرا عن كل شيء فقدته ومن علي بالعلم والتقوى

و بعد الله عز وجل أوجه شكري لكل أساتذتي الذين ساهموا في تكويني طيلة مشواري

الدراسي

كما أوجه شكري وامتناني إلى الأستاذ جناد عبد الوهاب لتفضله بقبول الإشراف على هذه

الدراسة رفقة الأستاذة بوريشة جميلة، المشرف المساعد واللذان قاما بمنحي الكثير من

الجهد و الوقت والمرافقة والتأطير والتوجيه الجيد والذي ساهم في انجاز هذه الدراسة

بالإضافة إلى مختلف أنواع المساندة لتخطي الصعاب.

كما أتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة الذين شاركوا في انجاز هذه الدراسة، أخص بالذكر

الأساتذة المحكمين والخبراء والذين لم يبخلوا علي بأية توجيهات في هذا المجال

كما أخص بالشكر إدارة مستشفى مستغانم وكذا فئة الأطباء العامين الذين ساهموا بالقسط

الكبير في انجاز هذه الدراسة

وأخيرا إلى الأستاذة الدكتوراه علاق كريمة، الأخت والصديقة ورفيقة الدرب ، الجندي

المجهول في مشوار حياتي عامة والتي رافقتني وساندتني في السراء والضراء وساهمت

في نهوضي بعد كل سقطة وخيبة أمل، كما كانت لي السند الذي لا يكل ولا يمل في كل

الأوقات واللحظات

كما لا أنسى كل الأساتذة والطاقم الإداري التابع لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة غليزان

وكذا الأساتذة المشرفين على مناقشة هذه الدراسة

إلى كل هؤلاء، كل الشكر والتبجيل والامتنان

## قائمة المحتويات

الترقيم	الموضوع	الصفحة
•	ملخص الدراسة باللغة العربية	•
•	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	•
•	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	•
أ	الإهداء	
ب	كلمة شكر	
ج	قائمة المحتويات	
ك	قائمة الجداول	
ل	قائمة الأشكال	
2	مقدمة	
<b>الفصل الأول: تقديم الدراسة</b>		
1	إشكالية الدراسة	5
2	فرضيات الدراسة	8
3	دوافع و أسباب اختيار الموضوع	9
4	أهمية الدراسة	11
5	أهداف الدراسة	10
6	المفاهيم الإجرائية	10
<b>الفصل الثاني : الاحتراق النفسي</b>		
	تمهيد	13
1	مفهوم الاحتراق النفسي	14
2	تعريف الاحتراق النفسي	16
1.2	التعريف اللغوي للاحتراق النفسي	16
2.2	التعريف الاصطلاحي للاحتراق النفسي	16
1.2.2	تعريف الاحتراق النفسي كحالة	17
2.2.2	تعريف الاحتراق النفسي كمتلازمة	17
3.2.2	تعريف الاحتراق النفسي كسيرورة	18
3	النماذج المفسرة للاحتراق النفسي	19

19	نموذج(Cherniss,1980) للاحتراق النفسي	1.3
20	نموذج(Maslach,1981) للاحتراق النفسي	2.3
22	نموذج (Karasek&Theorell,1990) للاحتراق النفسي	3.3
23	نموذج (Siegrist,1996) للاحتراق النفسي	4.3
25	نموذج(Bakker ;Demorouti,2007) للاحتراق النفسي	5.3
27	مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء العامين	4
27	المصادر التنظيمية	1.4
27	طبيعة المهنة	1.1.4
27	عبء العمل(workload)	2.1.4
28	الدور(rôle)	3.1.4
29	العلاقة مع الزملاء	4.1.4
29	الاعتراف و المكافئة(recognition and reward)	5.1.4
29	العدالة التنظيمية(organizational justice)	6.1.4
30	المساندة الاجتماعية(social support)	7.1.4
30	الاستقلالية في اتخاذ القرار (job decision latitude)	8.1.4
31	المصادر الشخصية	2.4
31	المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية ( السن ، الجنس )	1.2.4
31	نمط الشخصية (personality type)	2.2.4
32	الصلابة الشخصية (hardiness)	3.2.4
32	مركز التحكم (locus of control)	4.2.4
33	العصابية (neuroticism)	5.2.4
33	إستراتيجية التكيف	6.2.4
34	تصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي	5
34	أعراض الاحتراق النفسي	1.5
35	تصنيف الاحتراق النفسي	2.5
35	الاحتراق النفسي و مفاهيم مشابهة	6
35	الاحتراق النفسي و الضغط النفسي	1.6
36	الاحتراق النفسي و الاكتئاب	2.6
37	قياس الاحتراق النفسي	7



39	الوقاية من الاحتراق النفسي عند الأطباء	8
40	الوقاية الجماعية	1.8
41	الوقاية الفردية	2.8
42	خاتمة	
<b>الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية</b>		
44	تمهيد	
45	مفهوم المساعدة الاجتماعية	1
46	تعريف المساعدة الاجتماعية	2
47	النظريات والنماذج المفسرة للمساعدة الاجتماعية	3
47	المقاربة الاجتماعية	1.3
48	النموذج المعرفي	2.3
49	مقاربة التفاعلات الشخصية	3.3
50	أبعاد المساعدة الاجتماعية	4
51	شبكة المساعدة الاجتماعية (social support network)	1.4
52	المساعدة الاجتماعية المتلقاة (received support)	2.4
53	المساعدة الاجتماعية المدركة (perceived support)	3.4
54	علاقة المساعدة الاجتماعية بالصحة	5
54	نموذج الأثر المباشر (the main effect model)	1.5
55	نموذج الأثر الغير مباشر (buffering model)	2.5
57	نموذج الضغط و المواجهة	3.5
59	نموذج الإدراك الاجتماعي	4.5
60	النموذج التفاعلي الرمزي	5.5
61	نموذج العلاقات الاجتماعية	6.5
63	مصادر المساعدة الاجتماعية	6
64	العلاقات الاجتماعية السلبية	7
66	قياس المساعدة الاجتماعية	8
66	قياس المساعدة الاجتماعية المدركة	1.8
67	قياس المساعدة الاجتماعية المتلقاة	2.8
67	قياس الشبكة الاجتماعية	3.8

67	قياس الاندماج الاجتماعي	4.8
67	قياس النزاعات الاجتماعية	5.8
68	قياس التماسك الاجتماعي	6.8
68	مقاييس متعددة الأبعاد	7.8
69	خاتمة	
<b>الفصل الرابع: المواجهة</b>		
71	تمهيد	
72	مفهوم المواجهة	1
73	تعريف المواجهة	2
73	التعريف اللغوي للمواجهة	1.2
73	التعريف الاصطلاحي للمواجهة	2.2
74	المواجهة و مفاهيم مشابهة	3
74	المواجهة و الدفاع	1.3
75	المواجهة و التكيف	2.3
76	النظريات المفسرة للمواجهة	4
76	النموذج التحليلي	1.4
77	النموذج المعرفي (Lazarus & Folkman,1984)	2.4
79	نموذج علم النفس الصحة (Bruchon-Schweitzer ,2002)	3.4
81	تصنيف استراتيجيات المواجهة	5
81	تصنيف (Lazarus & Launier,1978)	1.5
81	تصنيف (Lazarus & Folkman,1984)	2.5
81	تصنيف (Suls& Fletcher,1985)	3.5
81	تصنيف (Frydenberg& Lewis,2000)	4.5
82	تصنيف (Schwarzer& Knoll,2002)	5.5
83	محددات إستراتيجية المواجهة	6
83	المحددات الفردية	1.6
83	الالتزام (commitment)	1.1.6
83	المعتقدات (beliefs)	2.1.6
84	الكفاءة الذاتية (self-efficacy)	3.1.6

84	المرونة (resilience)	4.1.6
85	الصلابة النفسية (hardiness)	5.1.6
85	العصابية (neuroticism)	6.1.6
86	محددات المحيط	2.6
86	طبيعة الوضعية	1.2.6
86	المساندة الاجتماعية	2.2.6
87	وظائف إستراتيجية المواجهة	7
89	فعالية إستراتيجية المواجهة	8
90	قياس إستراتيجية المواجهة	9
91	خاتمة	
<b>الفصل الخامس : تقدير الذات</b>		
93	تمهيد	
94	مفهوم تقدير الذات	1
95	تعريف تقدير الذات	2
95	تعريف الذات ككفاءة	1.2
96	تعريف الذات كقيمة	2.2
96	تعريف تقدير الذات ككفاءة وقيمة	3.2
97	تقدير الذات والمفاهيم المرتبطة به	3
97	الأنا (Ego)	1.3
97	الذات (self)	2.3
98	الشعور بالذات (self-consciousness)	3.3
98	صورة الذات (self-image)	4.3
99	الكفاءة الذاتية (self-efficacy)	5.3
99	الهوية (identity)	6.3
100	النظريات المفسرة لتقدير الذات	4
100	مقاربة (James,1890)	1.4
101	نظرية التعلم الاجتماعي	2.4
102	التيار المعرفي التجريبي	3.4
103	التيار الوضعي	4.4

104	نظرية المقياس الاجتماعي (sociometer theory)	5.4
105	التيار الإنساني	6.4
106	التيار النمائي	7.4
107	مستويات تقدير الذات	5
107	تقدير الذات المنخفض	1.5
108	تقدير الذات المتوسط	2.5
108	تقدير الذات المرتفع	3.5
109	أشكال تقدير الذات	6
109	تقدير الذات كسمة أو حالة	1.6
110	تقدير الذات كعملية	2.6
110	تقدير الذات كمركب نفسي	3.6
111	تقدير الذات كمركب اجتماعي	4.6
112	العوامل المؤثرة في تقدير الذات	7
112	العوامل العرقية والاثنية	1.7
112	الوراثة	2.7
113	الجنس	3.7
113	الوالدين	4.7
114	الثقافة	5.7
115	وظيفة تقدير الذات	8
117	قياس تقدير الذات	9
119	خاتمة	
<b>الفصل السادس : الدراسات السابقة</b>		
121	عرض الدراسات السابقة	1
121	عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية	1.1
124	عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمواجهة	2.1
128	عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي وتقدير الذات	3.1
131	عرض الدراسات المتعلقة بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات	4.1
132	عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات	5.1

136	مناقشة الدراسات السابقة	2
136	مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية	1.2
137	مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي و المواجهة	2.2
137	مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي وتقدير الذات	3.2
138	مناقشة المتعلقة المساندة الاجتماعية و تقدير الذات	4.2
138	مناقشة المتعلقة بالاحترق النفسي و المساندة الاجتماعية و تقدير الذات	5.2
139	خلاصة عامة	3
<b>الفصل السابع :منهجية الدراسة و إجراءاتها</b>		
142	تمهيد	
142	منهج الدراسة	1
142	مكان و زمان إجراء الدراسة	2
142	مجتمع الدراسة	3
143	عينة الدراسة	4
143	العينة الاستطلاعية	1.4
143	العينة الأساسية	2.4
146	أدوات القياس	5
146	مقياس الاحترق النفسي(Maslach,1981)	1.5
148	مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Bruchon-Schweitzer,2001)	2.5
148	مقياس المواجهة (Cousson,1996)	3.5
149	مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965)	4.5
149	الخصائص السيكومترية لأدوات القياس	6
149	مقياس الاحترق النفسي	1.6
152	مقياس المساندة الاجتماعية المدركة	2.6
153	مقياس المواجهة	3.6
155	مقياس تقدير الذات	4.6
<b>الفصل الثامن : عرض النتائج ومناقشتها</b>		
158	المعالجة الوصفية الأولية	1
158	النتائج المتعلقة بالاحترق النفسي وأبعاده	1.1

161	النتائج المتعلقة بالإرهاك الانفعالي	1.1.1
162	النتائج المتعلقة بتبليد الشخصية	2.1.1
163	النتائج المتعلقة بنقص الانجاز الشخصي	3.1.1
164	النتائج المتعلقة بتقدير الذات	2.1
165	النتائج المتعلقة بالمساندة الاجتماعية المدركة والمواجهة	3.1
167	عرض نتائج الدراسة حسب الفرضيات ومناقشتها	2
167	عرض ومناقشة الفرضية الأولى	1.2
169	عرض ومناقشة الفرضية الثانية	2.2
171	عرض ومناقشة الفرضية الثالثة	3.2
172	عرض ومناقشة الفرضية الرابعة	4.2
172	عرض ومناقشة الفرضية الخامسة	5.2
174	عرض ومناقشة الفرضية السادسة	6.2
176	عرض ومناقشة الفرضية السابعة	7.2
177	عرض ومناقشة الفرضية الثامنة	8.2
182	خاتمة عامة	3
184	قائمة المراجع	
205	قائمة الملاحق	

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
34	أعراض الاحتراق النفسي	1
36	الاحتراق النفسي والاكنتاب	2
50	أبعاد المساندة الاجتماعية	3
63	مصادر المساندة الاجتماعية حسب نظرية (weiss,1974)	4
74	المواجهة والدفاع	5
143	عينة الدراسة الأساسية	6
145	توزيع عينة الدراسة حسب المصالح	7
145	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	8
147	أبعاد الاحتراق النفسي والبنود التي تقيسها	9
147	تصنيف مستويات الاحتراق النفسي	10
149	استراتيجيات المواجهة و البنود التي تقيسها	11
150	صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاحتراق النفسي	12
151	ثبات مقياس الاحتراق النفسي بطريقة التجزئة النصفية	13
151	ثبات مقياس الاحتراق النفسي عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ	14
152	صدق الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية المدركة	15
152	ثبات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة بطريقة التجزئة النصفية	16
153	ثبات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ	17
153	صدق الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة	18
154	ثبات مقياس المواجهة بطريقة التجزئة النصفية	19
154	ثبات مقياس المواجهة عن طريق حساب معامل	20
155	صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات	21
155	ثبات مقياس تقدير الذات بطريقة التجزئة النصفية	22
156	ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ	23
158	تصنيف مستويات الاحتراق النفسي	24
159	مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة	25

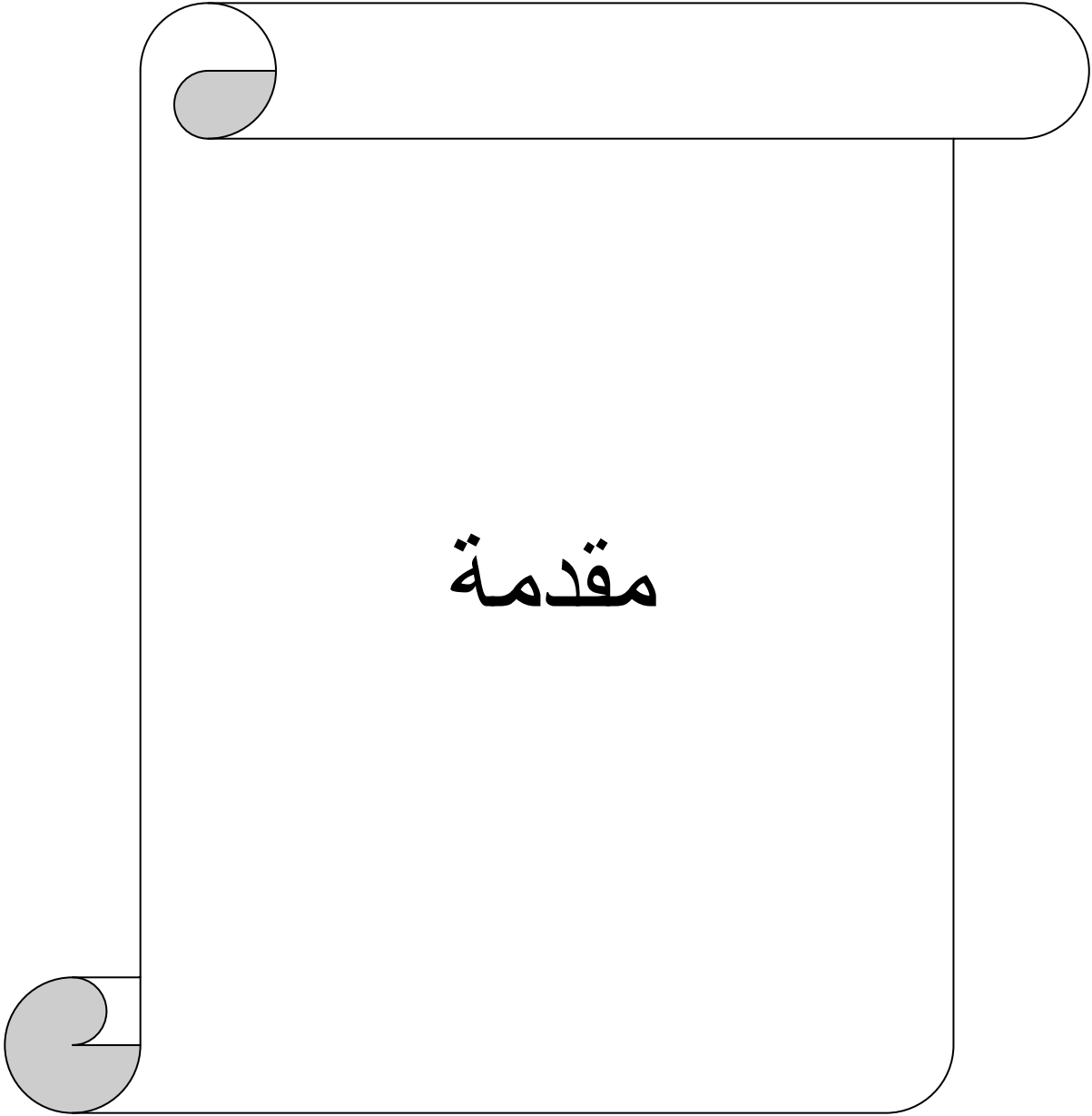
160	النتائج المتعلقة بمستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة	26
161	النتائج المتعلقة بمستويات الإنهاك الانفعالي عند أفراد العينة	27
162	النتائج المتعلقة بمستويات تبدل الشخصية عند أفراد العينة	28
163	النتائج المتعلقة بمستويات نقص الانجاز الشخصي عند أفراد العينة	29
164	النتائج المتعلقة بمستويات تقدير الذات عند أفراد العينة	30
166	النتائج المتعلقة بالمساندة الاجتماعية المدركة وإستراتيجية المواجهة عند أفراد العينة	31
167	نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة	32
169	نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي وأنواع المساندة الاجتماعية المدركة	33
171	نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة	34
174	نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات	35
176	نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات	36
177	نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة و تقدير الذات	37

### قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
20	نموذج (Cherniss,1980) للاحتراق النفسي	1
21	نموذج (Maslach,1981) للاحتراق النفسي	2
22	نموذج (Karasek&Theorell,1990) للاحتراق النفسي	3
24	نموذج (Siegrist,1996) للاحتراق النفسي	4
26	نموذج (Bakker&Demerouti,2007) للاحتراق النفسي	5
55	نموذج الأثر المباشر	6
57	نموذج الأثر الغير مباشر	7
58	نموذج الضغط و المواجهة (المساندة المتلقاة)	8
58	نموذج الضغط و المواجهة (المساندة المدركة )	9
60	نموذج الإدراك الاجتماعي	10
61	النموذج التفاعلي الرمزي	11
62	نموذج العلاقات الاجتماعية	12



65	تأثير العلاقات الاجتماعية الايجابية والسلبية على الصحة	13
79	النموذج المعرفي (Lazarus& Folkman,1984)	14
80	نموذج علم النفس الصحة (Bruchon-Schweitzer,2002)	15
146	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	16
160	النتائج المتعلقة بمستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة	17
161	النتائج المتعلقة بمستويات الإنهاك الانفعالي عند أفراد العينة	18
162	النتائج المتعلقة بمستويات تبدل الشخصية عند أفراد العينة	19
163	النتائج المتعلقة بمستويات نقص الانجاز الشخصي عند أفراد العينة	20
164	النتائج المتعلقة بمستويات تقدير الذات عند أفراد العينة	21
179	نموذج (Gobance,2009)	22
181	نموذج الاحتراق النفسي من إعداد الباحثة	23



## مقدمة:

في إطار تجسيد مبدأ تعزيز الصحة والرفاهية، ومع التوجه الحديث للدراسات العلمية في هذا المجال المعتمد في الأساس على البحث عن العوامل الوقائية من الأمراض والاضطرابات النفسية جاءت هذه الدراسة والتي تناولنا من خلالها موضوع الاحتراق النفسي، والذي يشير إلى حالة من التعب النفسي والجسدي كاستجابة للضغوط المهنية، يظهر على شكل إنهاك انفعالي وتبدل في الشخصية بالإضافة إلى نقص في الكفاءة والأداء، يصيب في كثير من الأحيان أصحاب المهن الاجتماعية والتي تعتمد على التعامل المستمر مع الآخر والالتزام الكبير في أداء المهام .

ومع الانتشار الواسع لهذا الاختلال، توحدت جهود الجميع لتناول هذا المفهوم من خلال البحث عن أسبابه والعوامل التي تعزز ظهوره وسبل الوقاية، منه وقد جاءت دراستنا هذه لتحقيق هذه الأهداف مع التركيز على أهم المتغيرات التي تساهم في الوقاية من هذه المتلازمة من خلال إجراء بحث عن هذا المفهوم وفق المنهج الوصفي والاطلاع على مختلف الدراسات التي أجريت في هذا الصدد وتحليلها بالكيفية التي تسمح لنا بتقديم دراسة جديدة بغرض إثراء الموضوع وتقديم رؤيتنا الخاصة ومساهمتنا المتواضعة المدعمة بالجانب التطبيقي والذي أجري على فئة الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم.

ومن هذا المنطلق، فقد ضمت دراستي جانب نظري، حاولت من خلاله التعريف بماهية متغيرات الدراسة وجانب تطبيقي خصص لفحص فرضيات الدراسة وتحليلها بالكيفية التي نستطيع من خلالها تفسير النتائج المتوصل إليها بما في ذلك العلاقات الارتباطية بين المتغيرات.

حيث خصص الفصل الأول لتقديم الدراسة عامة، أين تم التطرق إلى الإشكالية الرئيسية والفرضيات وكذا التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، بالإضافة إلى أهمية البحث وأهدافه.

أما الفصل الثاني، فقد خصص لمتغير الاحتراق النفسي، أين تم التطرق من خلاله إلى أهم التعاريف والنظريات والنماذج المفسرة لهذه المتلازمة، وكذا كيفية تشخيصها وقياسها في غياب تصنيف واضح لهذا الاضطراب ضمن التصنيف العالمي للأمراض الذي تصدره المنظمة العالمية للصحة والتصنيف العالمي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية لعلم النفس، كما تم استعراض أهم المصادر التنظيمية والشخصية للاحتراق النفسي عند فئة الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم، بالإضافة إلى ذكر أهم الاضطرابات المشابهة للاحتراق النفسي والتي يتم الاعتماد عليها عند التشخيص الفارقي، وكذا سبل الوقاية الفردية والجماعية من هذه المتلازمة.

في نفس السياق، ضم الفصل الثالث من هذه الدراسة تعريف شامل لماهية مفهوم المساندة الاجتماعية، أين تم استعراض أهم النظريات التي تناولت هذا المحدد، بالإضافة إلى التطرق إلى النماذج المفسرة لعلاقة المساندة الاجتماعية بالصحة والإحاطة بهذا الموضوع من كل الزوايا.

وفي سياق آخر، لا يمكن إدراج موضوع الاحتراق النفسي دون الإشارة إلى مفهوم المواجهة والتي تعتبر المرحلة الثانية من سيرورة التكيف العام والتي تحدد ظهور الاحتراق النفسي من عدمه أين تم تناولها ضمن الفصل الرابع، حيث تم التعريف بماهية هذا المحدد والنماذج التي فسرت هذه العملية وكذا أنواع استراتيجيات المواجهة وفعاليتها، لنصل إلى الفصل الأخير في الجانب النظري وهو الفصل الخامس والذي تطرقنا من خلاله إلى مفهوم تقدير الذات والنظريات التي تناولته بالدراسة بالإضافة إلى وظيفته في مجال تعزيز الصحة النفسية والجسدية للأفراد.

وبطبيعة الحال خصص الفصل السادس للدراسات السابقة، أين حرصنا أن يضم الأبحاث التي تناولت جميع متغيرات الدراسة، كما حاولنا التطرق إلى أحدث الدراسات وفي مناطق مختلفة من العالم حتى يتسنى لنا الاطلاع على نتائج هذه البحوث والاعتماد عليها للوصول إلى معرفة علمية جديدة تدعم فرضياتنا وتحقق أهدافنا وتطلعاتنا.

كما خصص الفصل السابع للإجراءات المنهجية للدراسة، والذي تم التطرق من خلاله إلى منهج الدراسة وعملية المعاينة الميدانية واختيار العينة الاستطلاعية والأساسية، بما في ذلك التعريف بأدوات الدراسة والتي تم تقنينها وتكييفها مع البيئة الجزائرية، بالإضافة إلى المعالجة الإحصائية للمعلومات ثم مناقشة النتائج، والتي تم عرضها ضمن الفصل الثامن من هذه الدراسة ومناقشتها بالاستشهاد بالدراسات السابقة ليتم في الأخير تقديم نموذج تفسيري والذي حاولت من خلاله إبراز دور المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات في خفض مستويات الاحتراق النفسي مع التأكيد على اعتبار هذه المتغيرات كعوامل وقائية من هذه المتلازمة.

وفي الأخير تم تقديم خاتمة عامة تضم كل ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة بصفة مختصرة مع استعراض مجموعة من التوصيات والاقتراحات والتي تخدم البحث العلمي عامة و تركز بصفة خاصة على ضرورة مواصلة الدراسات حول موضوع الاحتراق النفسي وتحديد العوامل التي تساهم في الوقاية منه للحفاظ على صحة ورفاهية الأشخاص .

## الفصل الأول: تقديم الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. دوافع وأسباب اختيار الموضوع

4. أهمية الدراسة

5. أهداف الدراسة

6. المفاهيم الإجرائية

## 1. إشكالية الدراسة :

تعددت الدراسات التي تناولت تأثير العمل على الصحة، أين تم الاهتمام كثيرا بموضوع الضغوطات المهنية أو ما أُصطلح على تسميته بعد ذلك بالاحتراق النفسي (Burnout) ، والذي يظهر عند فشل المواجهة في خفض هذه الضغوط ويتوافق مع الاستنزاف الكلي للطاقة والموارد الفردية وبالنظر إلى ما يترتب عن هذه المتلازمة من اضطرابات نفسية وجسدية وعلائقية وهبوط في نوعية الخدمات المقدمة من طرف العمال والموظفين في مختلف المجالات خاصة في المهن الاجتماعية بات من الضروري تناول هذا الموضوع بالدراسة مع البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي والوقاية منه .

ويعتبر (Freudenberger,1974) من أوائل الباحثين الذين اهتموا بدراسة موضوع الاحتراق النفسي والذي وظفه للتعبير عن فقدان الفرد الدافعية للعمل بفعل تراكم الضغوطات المهنية، وعلى خلفية الدراسات التي قام بها (Maslach & Leiter,2008) عن الاحتراق النفسي فقد تم اعتباره من أهم وأخطر العوامل التي تهدد الصحة النفسية والجسدية للعامل وتؤثر سلبا على رفاهيته وأدائه لعمله .

وفي سياق آخر، فقد أثبتت الدراسات الدور الايجابي للمساندة الاجتماعية في الوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية، كما تم اعتبار هذا المتغير كأحد الموارد الأساسية التي تعزز الصحة والرفاهية وتساهم في الوقاية من هذه المتلازمة، أين تم التركيز كثيرا على مفهوم المساندة الاجتماعية المدركة بصفة خاصة، حيث أكدت (Bruchon-Schweitzer & Siksou,2008) أن الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة و ممارسة أدوار مثمرة له آثار وقائية للصحة والرفاهية ، لكن للمساندة الاجتماعية المدركة خاصة آثار وقائية أهم (sarason, levine, basham, & sarason, 1983) .

وفي هذا الإطار، فقد تم تفسير علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة من خلال مقاربتين حيث يؤكد أصحاب مقاربة الأثر المباشر أن المساندة الاجتماعية تضم الشبكة الاجتماعية التي توفر للأفراد الذين ينتمون إليها مجموعة من العلاقات الايجابية التي تعزز تقدير الذات وتعمل على الرفع من الكفاءات الفردية وتحفز على تبني سلوكيات صحية (caron & guay, 2005).

أما الاتجاه الثاني فيفترض أن المساندة الاجتماعية تلعب دور الوسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة من خلال إدراك المساندة المقدمة وإدراك القدرات الفردية لمواجهة الضغوطات والتي تساهم في اختيار إستراتيجية مواجهة فعالة بالإضافة إلى خفض التأثيرات والاستجابات وردود الأفعال النفسية والجسدية الناتجة عن مواجهة مختلف الوضعيات المرهقة (cohen & syme, 1985).

في نفس المجال، توصلت الكثير من الأبحاث أيضا إلى إثبات الدور الإيجابي لتقدير الذات في خفض مستويات الاحتراق النفسي، والذي يعتبر وليد التنشئة الاجتماعية، أين اثبت (Cooley,1902) أن تقدير الذات هو بناء اجتماعي يتشكل من خلال العلاقات الاجتماعية (bolognini & préteur, 1998)، كما أوضح (Stryker,1980) أن هوية الأشخاص مشتقة من الأدوار التي يمارسونها، وأن أداء هذه الأدوار يحقق التفاعل الاجتماعي ويوحد الأهداف والتطلعات ويعزز الشعور بالهوية و تقدير الذات .

وبذلك نصل للقول أن تقدير الذات مركب اجتماعي يرتبط بالأدوار الممارسة ضمن السياق الاجتماعي كما يجمع ما بين الكفاءة الذاتية والتي تعتبر أحد الدوافع والمحفزات التي تدفع بالشخص إلى الإيمان بقدراته والإصرار على النجاح.

في المقابل أوضح مجموعة من الباحثين أن تقدير الذات في العمل يتعلق بالكفاءة والقدرة على النجاح، وأن الأفراد الذين لديهم تدني في تقدير الذات لديهم شعور بانخفاض في الكفاءة الذاتية والمهارات الاجتماعية وضعف في التكيف مع الوضعيات المجهددة،أين تم التوصل إلى أن تقدير الذات هو أحد العوامل التي تخفض من مستويات الاحتراق النفسي (rosse, boss, & johnson, 1991).

وعليه وكون الاحتراق النفسي يظهر على شكل إنهاك انفعالي يؤدي في أغلب الأحيان إلى انقطاع في العلاقة ما بين العامل وكل المحيطين به خاصة من يتلقون منه الخدمة فيطور ضدهم سلوكيات قاسية وهذا ما يسمى بتبئد الشخصية فيحدث هبوط في الانجاز الشخصي أي الكفاءة والأداء المهني ومستويات تقدير الذات، فاني أفترض من خلال دراستي هذه ولمعالجة هذا الاختلال والعودة ثانية إلى الانسجام يجب علينا إعادة تصحيح العلاقات الاجتماعية من خلال توفير كل أنواع الدعم وكذا تعزيز تقدير الذات.

ومن هنا تتضح لنا معالم دراستنا والتي أسعى من خلالها للتعرف على دور المساندة الاجتماعية المدركة في خفض مستويات الاحتراق النفسي عن طريق تعزيز تقدير الذات الذي يفترض أن يكون وسيط مهم وفعال وله دور أساسي في ارتباط هذه المحددات .

في نفس السياق ولكون معظم الأبحاث التي تناولت مفهوم الاحتراق النفسي خاصة الأبحاث التي قامت بها (Maslach) قد أثبتت أن ذوي المهن الاجتماعية هم الأكثر تعرضا لهذه المتلازمة على غرار مهنة الطب، فقد وقع اختيارنا على فئة الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم لتجسيد الجانب التطبيقي لهذه الدراسة.

وفي هذا الصدد يجب التنويه إلى أن مهنة الطب تعتبر مجالاً للاستنزاف الانفعالي والجسدي حيث تعتمد بالإضافة إلى الجهد العضلي والفكري على الاستثمار الكبير للطاقة والموارد والالتزام العميق والكفاءة في أداء المهام كون هذه المهنة تتعلق بصحة وحياة البشر وأي إخلال بهذه الالتزامات قد يؤدي إلى نتائج وخيمة تنعكس سلباً على حياة ومصير المرضى والمسار المهني للطبيب.

في نفس المجال يتواجد الطبيب في مختلف المصالح في علاقة دائمة ومستمرة مع المرضى وأسرههم الذين يصعب في كثير من أحيان تلبية كل مطالبهم بالكيفية التي يريدونها مما يؤدي بالضرورة إلى إنهاك وإرهاق نفسي وجسدي، كما يواجه الطبيب أثناء أدائه لمهامه اليومية الموت والمرض فيستثمر الكثير من المشاعر والانفعالات في تسيير وإدارة هذه الوضعية والتي تؤهله إلى الإصابة بعدة اضطرابات نفسية وجسدية على غرار الاحتراق النفسي.

كما أنه و بالإضافة إلى مهام التشخيص والعلاج يقوم الطبيب بعدة أعمال مرهقة كالمناوبة لساعات طويلة والتدخلات الاستعجالية أثناء الحالات الاستثنائية كحوادث المرور والكوارث الطبيعية والتي تعتمد على السرعة في الأداء والفعالية، وفي ظل نقص الوسائل المادية والبشرية والظروف المهينة ودعم المشرفين والزملاء وكثرة النزاعات وغياب التقدير والاحترام والمكافآت المادية والمعنوية لا يستطيع الطبيب التكيف مع هذه الظروف فيصل إلى مرحلة الإرهاق والاستنزاف الكلي للطاقة والموارد وهو ما يتوافق مع الاحتراق النفسي وبذلك نستطيع صياغة التساؤل الأساسي لهذه الدراسة على النحو الآتي:

- ما علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية المدركة و تقدير الذات عند أفراد عينة الدراسة؟
- و من خلال ما سبق ذكره نطرح الأسئلة التالية:
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وأنواع المساندة الاجتماعية المدركة؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي و إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال؟



- هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية البحث عن المساندة؟

- هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي و تقدير الذات ؟

- هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات ؟

- ما طبيعة العلاقة التي تربط ما بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات ؟

## 2. فرضيات الدراسة:

وللإجابة على التساؤلات المشار إليها أعلاه نقترح الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى :توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة.

- الفرضية الثانية :توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي و أنواع المساندة الاجتماعية.

- الفرضية الثالثة :توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل.

- الفرضية الرابعة:توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال .

- الفرضية الخامسة :لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية البحث عن المساندة.

- الفرضية السادسة :توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات .

- الفرضية السابعة:توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات .

- الفرضية الثامنة: تعمل المساندة الاجتماعية المدركة على خفض مستويات الاحتراق النفسي من خلال تعزيز تقدير الذات .

## 3. دوافع وأسباب اختيار الموضوع:

بعد الاطلاع على الكثير من الدراسات التي تناولت موضوع الاحتراق النفسي خاصة في البيئة العربية ، لاحظت اهتمام الباحثين بتحديد مستويات هذه المتلازمة في صفوف بعض المهن وكيفية ارتباطها بمتغيرات أخرى ، بالإضافة إلى ارتباط أبعاد الاحتراق النفسي فيما بينها بطرق مختلفة ، رغم أن الاحتراق النفسي يعتمد على ارتباط أبعاده الثلاثة وفق ترتيب معين، وقد تم إهمال نوعية هذه العلاقة في كثير من الأبحاث ، مما شجعتني لإجراء هذه الدراسة والتي تهدف إلى إعطاء وصف دقيق لماهية مفهوم الاحتراق النفسي وأبعاده الثلاثة وفصله عن المفاهيم المشابهة.

في نفس السياق، أسعى من خلال هذا البحث لتناول العلاقة الارتباطية التي تجمع ما بين الاحتراق النفسي ومتغيرات الدراسة بكثير من التحليل ولا أعتمد فقط على تحديد نوعية الارتباط، بل أتناول هذه العلاقة بالتفسير بالاستناد على نتائج الدراسة وكذا الأبحاث السابقة لأقدم في الأخير نموذج تفسيري لهذه السيرورة بصفة دقيقة وواضحة .

ومن جهة ثانية أحاول من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على موضوع هام يؤثر سلبا على صحة ورفاهية الأفراد ولم يحظى بعد في البيئة الجزائرية بالاهتمام الكبير رغم كل الأبحاث التي أجريت في هذا المجال.

كما أردت من خلال بحثي هذا تقديم بعض الأساليب الوقائية من الاحتراق النفسي في ظل عدم وجود قراءة صحيحة لهذه الظاهرة على مستوى المصالح الصحية المختصة والانعدام الكلي للبرامج الوقائية التي تقلص من حجم انتشار هذا الاضطراب عكس البيئة الأوروبية ، بالإضافة إلى التشخيصات الخاطئة لهذه المتلازمة نظرا لاقترانها بالكثير من الاضطرابات النفسية المشابهة كالإكتئاب والقلق مما يؤخر من عملية التكفل العاجل بهذه الحالات .

## 4. أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة للمعرفة العلمية حول موضوع لم يحظى بالاهتمام الكبير في البيئة الجزائرية والتي أردت من خلالها ضبط وتحديد ماهية مفهوم الاحتراق النفسي وكذا تناول دور المساندة الاجتماعية المدركة في الوقاية من الاحتراق النفسي ، رغم التطرق إلى هذا الموضوع في دراسات سابقة والاكتفاء بالبحث عن قيمة معامل الارتباط دون الخوض في تفسير هذه العلاقات وتوضيح مهمة كل متغير في هذه السيرورة والبحث أن الأساليب الوقائية من هذه المتلازمة والمحددات التي تعزز الصحة و التوافق النفسي و الاجتماعي .

## 5. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعريف بمفهوم الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة وفصله عن المفاهيم المشابهة مع تقديم دراسة وصفية عن الاحتراق النفسي عند الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم والتعرف على درجة انتشاره والاستراتيجيات المستعملة من طرف هذه الفئة للوقاية من هذه الظاهرة كما سنتطرق إلى الآثار النفسية والجسدية المترتبة عن هذه المتلازمة ، والأهم ما في الموضوع هو التعريف بدور المساندة الاجتماعية المدركة و تقدير الذات في الوقاية من الاحتراق النفسي.

كما أسعى من خلال هذه الدراسة إلى عدم الاكتفاء بتحديد العلاقات الارتباطية بل تقديم تحليل واضح لماهية الموضوع بالاعتماد على الأسس العلمية الدقيقة والمدعمة بالجانب التطبيقي الذي استعملت فيه أدوات قياس أثبتت الدراسات صدقها وثباتها و توافقها مع الموضوع المدروس.

## 6. المفاهيم الإجرائية:

1. الاحتراق النفسي (Burnout): هو الاستنزاف الكلي للطاقة والموارد الفردية كاستجابة للضغوط المهنية ويتوافق مع الدرجات التي يتحصل عليها الطبيب عند تطبيق مقياس (maslach,1981) للاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة (الإرهاك الانفعالي ، تبدل الشخصية ، نقص الانجاز الشخصي).

- الإرهاك الانفعالي (Emotional Exhaustion): هو التعب الذي يمس الجانب الانفعالي عند الأفراد بفعل العلاقة المستمرة مع الآخرين خاصة في المهن التي تعتمد على علاقة الدعم والمساعدة.

- تبدل الشخصية (Dépersonalization): هي الاستجابة القاسية للفرد وتبني مواقف السخرية واللامبالاة تجاه العمل الزملاء و من يتلقون منه الخدمة.

- نقص الانجاز الشخص (Reduced Personal Accomplishment): هو الانخفاض الأداء المهني.

2.المساندة الاجتماعية المدركة (Perceived Social Support): وهي إدراك الشخص للدعم المتوفر ودرجة الرضا عن ذلك والذي يتوافق مع الدرجات التي يتحصل عليها الطبيب عند تطبيق مقياس (bruchon-shweitzer,2001) للمساندة الاجتماعية المدركة والذي يقيس بعدي التوافر والرضا .

- التوافر (Availability):هو وجود مجموعة من الأشخاص يوفرون الدعم والمساندة.

- الرضا (Satisfaction)يشير إلى المشاعر الايجابية الناتجة عن الرضا عن المساندة المقدمة.

3. المواجهة (Coping):هي الجهود النفسية والمعرفية والانفعالية لمواجهة الضغوط والتي تتوافق مع الدرجات التي يتحصل عليها الطبيب عند تطبيق مقياس (Cousson,1996) والذي يقيس ثلاثة استراتيجيات مواجهة ( المركزة نحو المشكل ، المركزة نحو الانفعال ، البحث عن المساندة).

- إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل (Problem-Focused Coping): هي المواجهة التي تهدف إلى محاولة تغيير مصدر الإجهاد أو تعديله من خلال حل المشكل.
- إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال (Emotion-Focused Coping): هي المواجهة التي تهدف إلى خفض حالات التوتر الانفعالي الناجمة عن الوضعية المجهدة.
- إستراتيجية البحث عن المساعدة (Seeking Social Support): تتعلق بالبحث عن تعاطف الآخرين.
- 4. تقدير الذات (Self-Esteem): يشير إلى الشعور بالقيمة والكفاءة الذاتية ويتعلق بالدرجات التي يتحصل عليها الطبيب عند تطبيق مقياس (Rosenberg, 1965) والذي يقيس مستويات هذا المتغير.
- الطبيب العام (General Practitioner): هو الشخص الذي تلقى تكوين في مجال الطب العام.

## الفصل الثاني : الاحتراق النفسي

تمهيد

1. مفهوم الاحتراق النفسي
2. تعريف الاحتراق النفسي
3. النماذج المفسرة للاحتراق النفسي
4. مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء العاميين
5. تصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي
6. الاحتراق النفسي ومفاهيم مشابهة
7. قياس الاحتراق النفسي
8. الوقاية من الاحتراق النفسي

خاتمة

## تمهيد:

لقد أهتم العلماء والمختصين منذ فترة طويلة بموضوع الضغوطات المهنية وأثارها السلبية على صحة ورفاهية العمال دون التركيز على الدراسة المعمقة لهذه الوضعية، إلى غاية أن قام (freudenberger,1974) بتقديم أول بحث عن هذا الاختلال أو ما أُصطلح على تسميته بعد ذلك بالاحتراق النفسي (Burnout)، والذي يشير إلى الإنهاك الكلي للطاقة والموارد بفعل الضغوطات المختلفة المصادر النابعة من المهنة، ومن هنا بدأ الاهتمام بهذا الموضوع خاصة بعد تدهور حالة العمال والموظفين وانخفاض كفاءاتهم وأدائهم المهني وتكبد المؤسسات التي ينتمون إليها خسائر مادية كبيرة، مما فرض على الكثير من المختصين وكذا المنظمات الدولية التي تهتم بالصحة لإجراء دراسات كثيرة حول هذا المفهوم.

حيث أعتمد تناولنا لموضوع الاحتراق النفسي على التطرق إلى ماهية هذا المفهوم باستعراض أهم التعريفات والنماذج المفسرة لهذه المتلازمة وفصله عن المفاهيم المشابهة وفي هذا السياق يجب الإشارة أن الاحتراق النفسي يرتبط ارتباطا وثيقا بمفهوم الإجهاد ويتوافق مع المرحلة الأخيرة من عملية التكيف العام مع الضغوطات النفسية، حيث يظهر على شكل إنهاك انفعالي وتبدل شخصية ونقص في الانجاز الشخصي.

في نفس الإطار، وحسب الأبحاث التي تناولت الاحتراق النفسي فان هذه المتلازمة تظهر بمستويات مرتفعة عند ذوي المهن الاجتماعية، على غرار مهنة الطب، حيث يواجه الأطباء عدة ضغوطات بفعل طبيعة مهنتهم التي تهدف إلى الاهتمام بصحة الأشخاص من خلال تشخيص الأمراض ومعالجتها وتقديم الرعاية والدعم النفسي للمرضى وأسره، بالإضافة إلى العمل لساعات طويلة في كل الظروف، مما يؤهلهم إلى تعب نفسي وجسدي كبير واختلال في علاقاتهم مع الآخرين إلى غاية الوصول إلى مرحلة الاستنفاد الكلي للموارد وظهور الاحتراق النفسي، عليه ارتأينا إجراء هذه الدراسة على فئة الأطباء العاميين من أجل الاطلاع بدقة على ماهية هذه المتلازمة والبحث عن العوامل التي تعزز ظهورها والمتغيرات التي تساهم في الوقاية منها.

## 1. مفهوم الاحتراق النفسي :

لم يحظى موضوع الاحتراق النفسي بالدراسة إلا مع بداية السبعينات، بل تم الاكتفاء قبل ذلك بالإشارة إلى الاضطرابات النفسية والجسدية التي تظهر عند الأفراد بسبب ظروف العمل مع تقديم تفسيرات مختلفة لهذا الاختلال أين تم ربطه في كثير من الأحيان بموضوع الضغط النفسي دون إعطاء تفسيرات علمية دقيقة لهذه العلاقة ، كما أعطي الاهتمام الأكبر خلال تلك الفترة لما نجنيه من الفرد كعامل دون الاكتراث بحالته الصحية وتوافقه النفسي والاجتماعي.

حيث يعتبر الطبيب (Tissot) من الأوائل الذين أشاروا في كتاباتهم إلى علاقة العمل بالصحة وذلك منذ سنة 1768، أين تطرق في إحدى أبحاثه إلى التأثيرات السلبية للأعمال الشاقة على صحة الإنسان والتي شكلت البدايات الأولى لظهور علم النفس المرضي للعمل، ليقوم في الأخير باقتراح مقارنة صحية وقائية لعلاج هذا الاختلال (romain, 2016).

والملاحظ أنه في تلك الفترة بدأ الحديث عن الأعمال الشاقة وكيفية تأثيرها على صحة الإنسان دون الاهتمام بالمهن الأخرى، والتي تم اعتبارها كوظائف عادية توفر للأفراد الاستقرار المادي والاجتماعي.

وفي سنة 1911، تطرق (Schneider) في أحد مؤلفاته إلى الوهن العصبي الذي يصيب بعض الموظفين خاصة فئة المعلمين، بعدها بعدة سنوات أقتراح الطبيب والأخصائي النفساني (Myers) مصطلح قريب من الاحتراق النفسي وهو الإعياء الصناعي (Industrial Exhaustion) والذي يظهر على شكل تعب جسدي ونفسي (caudron, 2016).

لكن البدايات الأولى للدراسات التي اهتمت بموضوع الاحتراق النفسي كانت على يد الطبيب (Selye)، والذي يعود له الفضل في تقديم أبحاث تجريبية دقيقة حول موضوع الضغط النفسي أو الإجهاد والتي كللت بإعطاء صورة وصفية مدعمة بالتجارب العلمية للاستجابات النفسية والجسدية للأفراد تجاه الضغوط إلى غاية الوصول إلى مرحلة الاحتراق النفسي.

حيث أستطاع (Selye) من خلال دراسة مفهوم الضغوط النفسية، التوصل لمعرفة الاستجابات الفيزيولوجية للكائن الحي الذي يواجه أي حدث مرهق ، سواء كان داخلية أو خارجية، أو ما أصطلح على تسميته بمتلازمة التكيف العام، والتي تبدأ بمرحلة الإنذار وهي المرحلة التي ينشط فيها الجسم ويتأهب لرد التهديد، تليها مرحلة المواجهة وهي استجماع الآليات المعرفية والسلوكية للتعامل ثم تأتي مرحلة الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد (baily & clarke, 1989).

وقد أتفق أغلب المختصين المهتمين بهذا الموضوع أن الاحتراق النفسي يتوافق مع المرحلة الأخيرة من متلازمة التكيف العام، والتي تشير إلى الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد بفعل الفشل في إدارة الضغوط .

ليتم استعمال مصطلح الاحتراق النفسي لأول مرة من طرف الطبيب (Veil,1959) من أجل وصف حالات الإجهاد المتعلق بالمهنة، حيث أوضح أن هذه الحالة تنتج عن مواجهة الفرد لوضعية أو موقف، كلاهما يتسمان بالتعقيد ولكون كل شخص يملك احتياطي من الطاقة والموارد الفردية واستراتيجيات تكيف، فمتى تم اجتياح عتبة استغلال هذه الطاقات يصاب هذا الأخير بالاحتراق النفسي .

وقد أيدته (Bradely,1969) في هذا الطرح والتي استعملت مصطلح متلازمة الاحتراق النفسي في إحدى المنشورات والتي تعبر عن الإجهاد المرتبط بالعمل (truchot, 2004)، لكن لا بد من الإشارة أن البداية الحقيقية لتناول موضوع الاحتراق النفسي بكثير من التعمق والتحليل كانت على يد الطبيب والمحلل النفسي (Freudenberger,1974)، الذي قدم أول بحث وصف فيه الاحتراق النفسي من خلال مقاله (Staff Burnout)، أين وظفه للتعبير عن الحالة النفسية لمجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه في عيادته (Free Clinic) للتكفل بالمدمنين حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى واستعمل لأول مرة مصطلح متلازمة الاحتراق النفسي والذي يشير إلى فقدان الفرد الدافعية للعمل، خاصة إذا كان الدافع قوي ولم تتحقق النتائج المرجوة والمنتظرة (p. 159).

وقد كتب (Freudenberger,1980) في إحدى مقالاته " لقد أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحيانا ضحايا حرائق مثلهم مثل البنائيات، فتحت تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد تلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية وكأنها تحت فعل النيران ولا يبقى إلا فراغا شاسعا يحتل دواخل أنفسهم، حتى ولو بدت هيأتهم الخارجية سليمة " (freudenberger, 1987).

في نفس السياق، قامت (Maslach) إبتداءا من سنة 1976 بعدة دراسات حول بعض المهن الاجتماعية، أين تمكنت من تقديم دراسات وصفية وتجريبية دقيقة لهذه المتلازمة والتي اعتبرتها في البداية مشكل اجتماعي يتولد عن وجود خلل في العلاقات المهنية والاجتماعية وليس نفسي، كما توصلت هذه الباحثة إلى تحديد أبعادها الثلاثة و كيفية ارتباطها مع بعضها البعض، ليتم تصميم أول أداة لقياس الاحتراق النفسي سنة 1981، وجهت إلى ذوي المهن الاجتماعية ثم أداة ثانية سنة 1996 تتوافق مع كل المهن الأخرى (maslach & jackson, 1981).



## 2. تعريف الاحتراق النفسي :

## 1.2 التعريف اللغوي للاحتراق النفسي:

حسب قاموس أكسفورد (انجليزي-عربي) ، فان مصطلح (Burnout) ينتمي إلى اللغة الانجليزية مشتق من فعل (to burn) ومعناه أحترق وأشتعل، أما (Burn-out) فيشير إلى حالة الاحتراق حتى نفاذ الوقود (doniach, 1981, p. 167).

كما يعتبر أحد مصطلحات عالم الفضاء والذي يشير إلى الحالة التي يتم فيها استنفاد الوقود في الصاروخ مما ينتج ارتفاع كبير في درجة الحرارة به واحتمال تحطمه (peters & patrick, 2008) . وفي هذا الإطار ، يتم الاعتماد على استعمال مصطلح (Burnout) في معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع لكن أحيانا يتم استعمال بعض المفاهيم الأخرى للتعبير عن نفس المتلازمة فمثلا في الدول الفرونكوفونية يتم استعمال مصطلح Epuisement Professionnel أو Usure Professionnelle .

وفي اليابان يعبر عنه باستعمال مفهوم (Karoshi) ويعني الموت من شدة الإرهاق الناتج عن العمل المستمر والذي يعتبر الشكل الشديد للغاية للاحتراق النفسي، حيث ينشأ كنتيجة لثلاثة عوامل هي العمل الشاق لساعات طويلة مع قلة الإجازات، ظروف العمل الصعبة والاستثمار الانفعالي المفرط المرتبط بالهوس بالعمل بالإضافة إلى قدسية العمل في اليابان والذي يرتبط بثقافة هذا الشعب وانتمائه الروحي ويمثل أحد صور الولاء ومساعدة الآخر (légeron, 2001).

أما في اللغة العربية فتقابله المصطلحات التالية : الاحتراق النفسي، الاحتراق الوظيفي والإرهاق أو الإجهاد المهني والضغط المهنية، لكن في بحثي هذا قد تناولت الموضوع باستعمال مصطلح الاحتراق النفسي والمستمد من الدراسات الأصلية التي تطرقت إلى هذا المفهوم، وجدير بالذكر أنني فضلت استعمال هذا المصطلح بالذات ليتم فصله عن المفاهيم المشابهة على غرار الضغط النفسي والضغطات المهنية.

## 2.2 التعريف الاصطلاحي للاحتراق النفسي :

لقد اختلفت التعريفات التي تناولت مفهوم الاحتراق النفسي، أين حاول المختصين تفسير هذا الاضطراب بناء على مجموعة من المعطيات فالبعض منهم اعتبره حالة تضم مجموعة من الأعراض والبعض الثاني عرفه على أنه متلازمة متعددة الأبعاد، أما الاتجاه الثالث فيرى أنه عملية تضم عدة مراحل .

## 1.2.2 تعريف الاحتراق النفسي كحالة:

يعتبر (Freudenberger,1974) أول من عرف الاحتراق النفسي على أنه " حالة ناتجة عن الاستعمال المفرط والمستمر للفرد لطاقته وموارده الفردية والتي تؤدي إلى الشعور بالفشل، الإنهاك والانطفاء " (p. 159).

كما توصل (Freudenberger & Richelson,1980) للقول أن الاحتراق النفسي هو " حالة من التعب الشديد أو الإحباط تصيب الفرد الذي يبدي الإخلاص لوضعية أو نمط حياة أو علاقة لا تؤدي إلى النتائج المتوقعة، كون مستوى توقعات الشخص تتعارض جذريا مع الواقع (p. 145).

أما (Pines,1982) فترى أن الاحتراق النفسي هو " حالة من التعب الجسدي والانفعالي والفكري، عادة ما يؤدي إلى ضعف جسدي وانطفاء واستنفاد انفعالي وشعور بالعجز من خلال تطور المشاعر السلبية ضد الشخص نفسه وضد الحياة و الناس (munroe & brunette, 2001, p. 169) .  
ليقوم (Schaufeli & Enzmann,1998) بإعطاء تعريف يضم الكثير من المعطيات باعتبار الاحتراق النفسي " حالة ذهنية دائمة وسلبية مرتبطة بالعمل تؤثر على الأفراد العاديين، تظهر في البداية على شكل إرهاق مصحوب بالقلق والتوتر والشعور بنقص في الكفاءة وانخفاض الدافعية وتطور في السلوكيات الغير مناسبة في العمل" (p. 36) .

كما عرفته (American Psychological Association,2015) على أنه "حالة تظهر على شكل إرهاق جسدي أو عقلي مصحوب بانخفاض في الحافز والأداء مع تبني مواقف سلبية نحو الذات والآخرين، ينتج عن الأداء المفرط إلى درجة الإجهاد" (p. 150).

من خلال هذه التعريفات، يتضح لنا اعتماد الهيئات والمختصين على وصف الاحتراق النفسي من خلال مجموعة من الأعراض مع التأكيد على السبب الرئيسي المولد لهذا الاختلال وهو الضغط النفسي المتعلق بالمهنة دون الخوض في تفاصيل الأخرى بل الاكتفاء بالشيء الملاحظ والملموس والمتعلق بالسلوك والانفعالات وردود الأفعال، وبذلك وحسب هذا الاتجاه فان الاحتراق النفسي هو حالة تظهر على شكل مجموعة من السلوكيات وردود الأفعال النفسية والجسدية كاستجابة للضغوطات المهنية.

## 2.2.2 تعريف الاحتراق النفسي كمتلازمة :

يرى (Kahn,1978) أن الاحتراق النفسي هو متلازمة مواقف غير ملائمة تجاه الفرد نفسه والزبائن والتي غالبا ما ترتبط بأعراض جسدية وانفعالية غير سارة .

كما أوضحت (Maslach,1982) أن الاحتراق النفسي هو متلازمة إنهاك انفعالي وتبدل الشخصية وانخفاض الانجاز الشخصي، يحدث عند الأفراد الذين يعملون مع الناس في بعض المهن خاصة الاجتماعية منها .

أما (Organisation Mondiale De La Santé,2019) فقد أكدت و بناء على كل الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن الاحتراق النفسي هو متلازمة إنهاك نتجت عن الإجهاد المزمن في العمل لم يتم إدارته أو مواجهته بنجاح .

وعليه ونظرا لما سبق ذكره فقد تم اعتبار الاحتراق النفسي هذه المرة كمتلازمة تشير إلى مجموعة أعراض تظهر تدريجيا وفق ترتيب معين، كما أضيف محدد مهم مرتبط بهذه المتلازمة وهي إستراتيجية المواجهة أو إدارة وتسيير الضغوط النفسية، حيث سنتطرق إلى هذا المتغير أي المواجهة في الفصول اللاحقة.

### 3.2.2 تعريف الاحتراق النفسي كسيرورة :

لقد أعتبر (Cherniss,1980a) الاحتراق النفسي عبارة عن "عملية أو سيرورة تتغير فيها مواقف وسلوكيات العامل بطريقة سلبية كاستجابة للإجهاد النابع من العمل أو المهنة" (p. 5). أما (Edelwich ;Brodsky,1980) فيرى أن الاحتراق النفسي يشير إلى "عملية من خيبة أمل وال فقدان التدريجي للطاقة والمثالية وتحقيق الأهداف المرجوة من المهن التي تعتمد على علاقة المساعدة بسبب ظروف العمل " (p. 14).

في هذا السياق، تم اعتبار الاحتراق النفسي من خلال هذه التعريفات كسيرورة والتي تشير إلى مجموعة من العمليات العقلية، التي تنشأ وتتطور وفق نظام معقد يتم من خلالها معالجة المعلومة وتحويلها إلى وحدات منظمة، ومن هنا يتضح جليا التقدم الكبير والتعمق في تحديد ماهية الاحتراق النفسية والتي توجت بعد ذلك بإعداد نماذج مفسرة له.

عليه وبالتطرق إلى كل التعريفات التي تناولت هذا المفهوم، يتضح جليا أن الاحتراق النفسي يظهر وفق تسلسل هرمي على شكل استجابات نفسية وسلوكية وانفعالية، وبذلك فهو يشكل متلازمة تتوافق مع آخر مرحلة من متلازمة التكيف العام، كما يرتبط بعمل مجموعة من الأجهزة الحيوية والوظائف العقلية، وبذلك فهو يشكل عملية، ليكون في الأخير حالة تضم مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية وبذلك فان الاختلاف حول تعريف مفهوم الاحتراق النفسي ساهم بايجابية في التوسع في تحديد ماهيته.

## 3. النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

## 3.1 نموذج (Cherniss, 1980) للاحتراق النفسي:

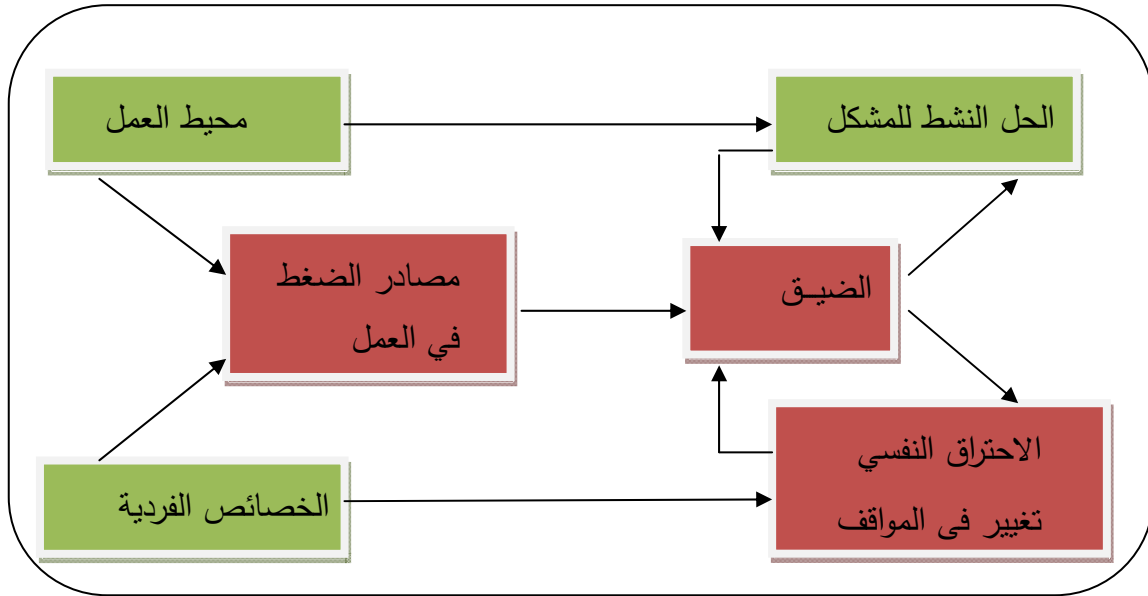
لقد قدم (Cherniss) من خلال نمودجه أول وصف مبسط للاحتراق النفسي والذي يحدث حسب رأيه عند وجود اختلال في التوازن ما بين العوامل الفردية ( تقدير الذات ، الكفاءة ..... الخ ) أو العوامل التنظيمية ( دعم الزملاء ، تقدير الرؤساء في العمل .... الخ ) ومتطلبات العمل . ومن خلال هذا النموذج تم اعتبار أن متطلبات المهنة هي السبب الرئيسي للاحتراق النفسي تعززها إستراتيجية التجنب والانسحاب كمواجهة دفاعية عن الإجهاد، تظهر على شكل ثلاثة مراحل هي :

- المرحلة الأولى : يحدث اختلال ما بين متطلبات العمل (إجهاد) والعوامل الفردية .
- المرحلة الثانية :تؤدي الوضعية الأولى إلى التوتر والتعب والإرهاك.
- المرحلة الثالثة : تنتج عن المراحل السابقة وتتعلق بتغير في مواقف وسلوك العامل الذي يصبح يتعامل مع من يتلقون منه الخدمة بقسوة، كما يطور ضدهم مشاعر السخرية والتهكم كإستراتيجية مواجهة دفاعية (cherniss, 1980b).

وقد ذكر (Cherniss)ثمانية محددات تؤدي إلى الاحتراق النفسي نذكرها فيما يلي:

- غياب برنامج توجيهي للعمال الجدد
- عبء العمل
- غياب التحفيز
- محدودية الاتصال ما بين العملاء أو الزبائن
- انخفاض مستوى الاستقلالية في اتخاذ القرار
- التناقض بين أهداف المؤسسة والقيم الشخصية
- عدم كفاية القيادة والإشراف
- العزلة الاجتماعية (cherniss, 1980a).

وخلاصة القول ، وبموجب هذا النموذج ، فقد ربط (Cherniss) ظهور الاحتراق النفسي بعدم قدرة الموارد الفردية والعوامل التنظيمية على تسيير متطلبات المهنة بالكيفية المثلى فتؤدي هذه الوضعية إلى التعب والإرهاق وتغير في السلوك والمواقف بفعل الاختلال في التوازن بين هذه المتغيرات.



الشكل رقم 1: نموذج (cherniss,1980) للاحتراق النفسي

المصدر: (ruiller,2008 ,p.54)

### 2.3 نموذج (Maslach,1981) للاحتراق النفسي:

لقد سبق التطرق إلى تعريف (Maslach, 1982) للاحتراق النفسي والذي يشير إلى متلازمة إنهاك انفعالي، تبدل شخصية وانخفاض في الانجاز الشخصي، يحدث في كثير من الأحيان عند الأفراد الذين لديهم احتكاك مع الآخرين في بعض المهن الاجتماعية والتي تعتمد على الكثير من الالتزام، حيث عرفت (maslach & jackson, 1984) الأبعاد الثلاثة على النحو التالي :

- الإنهاك الانفعالي (Emotional Exhaustion): هو الاستجابة القاعدية للاحتراق النفسي يظهر على شكل تعب وإرهاق نفسي وانفعال يواستنزف كلي للطاقة والموارد الشخصية.

- تبدل الشخصية (Depersonalization) فيعبر عنه بشعور الفرد بالبرودة في التعامل مع من يتلقون منه الخدمة كما يطور تجاههم مشاعر الإهمال و السخرية و الأمبالاة أو ما يسمى (Cynicism) الذي يظهر من خلال التعامل القاسي والغير الإنساني مع الآخرين .

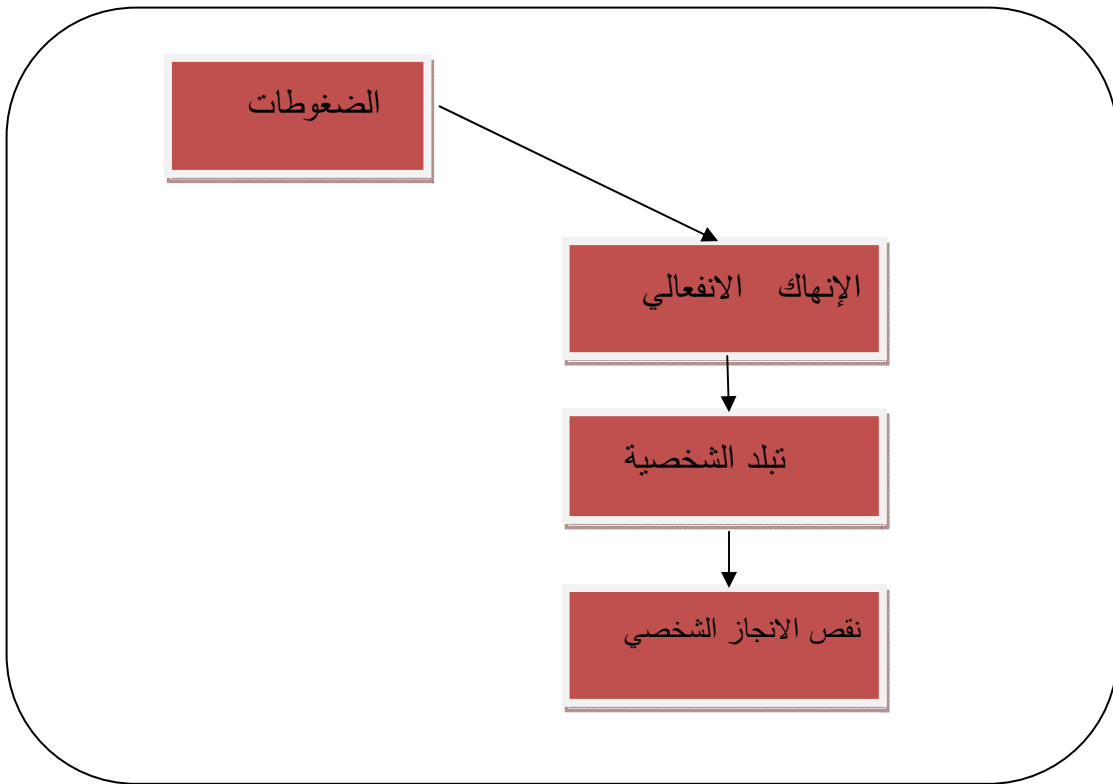
- نقص الانجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment) فيشير إلى شعور الفرد بنقص في كفاءته وأدائه المهني.

وجدير بالذكر، أن هذا النموذج قد أعطى تفسيراً دقيقاً لكيفية حدوث هذه المتلازمة ورغم كل الانتقادات التي وجهت لهذا الطرح ، فإنه أصبح المرجع الأساسي لكل الدراسات المتعلقة بهذا المجال كما اعتمدت عليه أغلب الدراسات في تصميم استبيانات لقياس الاحتراق النفسي.

في نفس الإطار وعن العلاقة بين هذه الأبعاد فقد توصل (Maslach&Leiter,1988) وبعد عدة دراسات للقول أن متلازمة الاحتراق النفسي تظهر على الشكل التالي:

في البداية يظهر الإنهاك الانفعالي كنتيجة للمتطلبات الانفعالية والجسدية المرتفعة النابعة من العمل، وكآلية دفاعية يبتعد الفرد عن من يتلقون منه الخدمة ويحدث انفصال في العلاقة التي تربطهما، من أجل خفض الاستنزاف الانفعالي المفرط المتولد عن العلاقة مع الآخرين وهذا ما يسمى بتبذل الشخصية وبذلك يشعر الفرد بانخفاض في كفاءته وأدائه المهني، والذي يعبر عنه بنقص في الانجاز الشخصي و عليه فان مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي يؤدي إلى ارتفاع في مستوى تبذل الشخصية ، ينتج عنه بالضرورة نقص في الانجاز الشخصي و بذلك ظهور متلازمة الاحتراق النفسي (taris, le blanc, schaufeli, & schreurs, 2005).

ومن هذا المنطلق، يجب اعتبار أن الاحتراق النفسي يعبر عنه بظهور هذه الأبعاد الثلاثة وبمستويات معينة وكذا ترتيب معين، ولا بد من الإشارة أن الكثير من الدراسات قد أهملت هذا الموضوع مما يؤثر على مصداقية نتائج هذه الأبحاث والتي تعتمد في أغلب الأحيان على دراسة ارتفاع مستويات أبعاد الاحتراق النفسي بصفة منفردة.



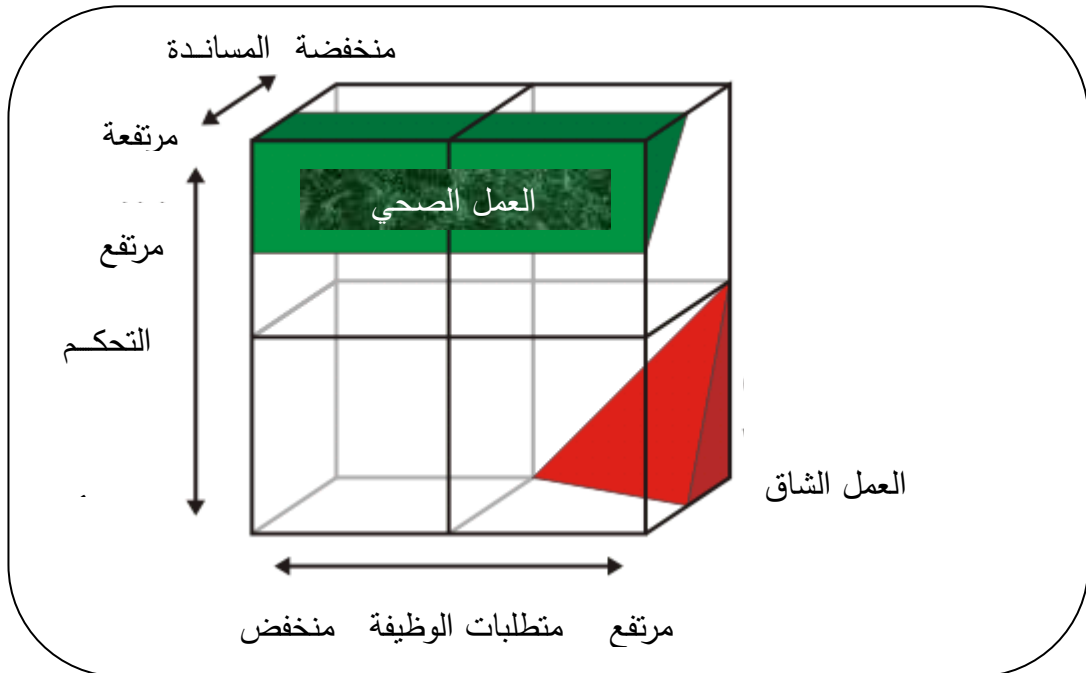
الشكل رقم 2: نموذج (maslach,1981) للاحتراق النفسي

المصدر: (maslach& jackson,1981)

## 3.3 نموذج (karasek&amp;theorell,1990) للاحتراق النفسي:

يعتبر نموذج (Karasek,1979) من أهم النماذج التي فسرت علاقة الضغوط المهنية بالصحة والذي يعتمد على متغيرين أساسيين هما متطلبات الوظيفة (Psychological Demands) والحرية في اتخاذ القرارات (Job Decision Latitude)، أو ما أُصطلح على تسميته أيضا بدرجة التحكم. فقد عرف (Karasek,1979) متطلبات الوظيفة على أنها المتطلبات المتعلقة بعبء العمل وكذا الضغوط النابعة من النزاعات الشخصية في العمل وكل وضعية تضع الفرد في حالة إجهاد، أما حرية اتخاذ القرار أو درجة التحكم فهي تتعلق بتنظيم المهام الموكلة إلى العامل ومدى قدرته على استغلاله لكفاءاته (bakker, demerouti, & schaufeli, 2003).

وقد أوضح (Kaeasek,1979) من خلال هذا النموذج أن تدهور الصحة في مجال العمل لا يرتبط ارتباطا مباشرا بمتطلبات المهنة بل بدرجة تحكم الفرد في الوضعية المهنية، وهذا يعني أن المخاطر النفسية في العمل تكون مرتفعة عندما تكون درجة التحكم منخفضة والعكس صحيح. في نفس الإطار، وبعد سنوات من الأبحاث، قام كل من (Johnson & Hall,1980) من إضافة محدد آخر لهذا النموذج وهو المساندة الاجتماعية والتي تشير إلى الدعم النابع من الرؤساء في العمل وكذا الزملاء، والذي له دور مهم في خفض الضغوط المتعلقة بالمتطلبات المهنية المرتفعة (kristensen, 1996).



الشكل رقم 3: نموذج (karasek et therell,1990) للاحتراق النفسي

المصدر: (wiertz,2012,p30)

وبعد عدة دراسات حول هذا الموضوع ، توصل (karasek et theorell,1990) للقول أن درجة التحكم في أداء المهام والمساندة الاجتماعية قد تلعب دور الوسيط بين متطلبات المهنة والضغطات التي تتولد عنها .

في هذا الإطار، فقد تم الاعتماد على هذا النموذج في أغلبية الدراسات التي ربطت ظهور الأمراض بالضغطات المهنية وكذا حوادث العمل وحوادث المرور وحالات الانتحار بالإضافة إلى تعاطي الكحول والمواد المخدرة ، كما تم تصميم عدة استبيانات لقياس المتغيرات التي تم التطرق إليها أعلاه وفق هذا النموذج والذي فتح آفاق أخرى لتناول موضوع الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية من عدة زوايا مختلفة.

### 4.3 نموذج (Siegrist,1996) للاحتراق النفسي:

يفترض (Siegrist,1996) من خلال هذا النموذج أن العمل يمثل رابط أساسي بين وظائف التنظيم الذاتي ( تقدير الذات ، الكفاءة الذاتية ) والبنية الاجتماعية في العمل، حيث يرتبط الوضع المهني بفرص المساهمة والانجاز والمكافئات والتقدير وكذلك الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة.

ومن هذا المنطلق، فقد تم اعتبار العمل في هذه الحالة وسيلة لإثبات الذات وتقديرها والشعور بالانتماء إلى المجموعة وفي هذا السياق الاجتماعي المحفز يعمل الفرد بتقاني وإخلاص ويستطيع الإبداع والمساهمة بإيجابية في تحقيق أهداف المؤسسة التي ينتمي إليها.

وبذلك، فإن هذا النموذج يعتمد على العلاقة السببية التي تربط الجهود المبذولة من طرف العامل والمكافئات التي يتم الحصول عليها في المقابل، وبالتالي فإن التأثيرات المفيدة في العمل تعتمد على شرط أساسي وهو التبادل والمعاملة بالمثل (Reciprocity) أي العمل مقابل المكافئة حيث يتم بذل مجهود من طرف العامل والمتعلق بالوظيفة كجزء من التبادل الاجتماعي بين العامل والمنظمة التي تتولى التقدير والمكافئة من خلال بعض المحددات الاجتماعية على غرار الاعتراف والتقدير والوظيفية مثل الراتب الشهري والترقية (siegrist, et al., 2004) .

ومن هنا يتضح لنا اعتماد هذا النموذج على التبادل الاجتماعي بين العامل والمنظمة التي ينتمي إليها والتي من المفروض أن توفر له التقدير والمكافئة والدعم النفسي والاجتماعي مقابل الالتزام في العمل وفي حالة وجود اختلال بين المجهودات المبذولة والمكافئة المتلقاة ، يصاب العامل بالإرهاك النفسي والجسدي والذي تتولد عنه اضطرابات نفسية وجسدية على غرار الاحتراق النفسي كرد فعل عن الاختلال في عملية التبادل.

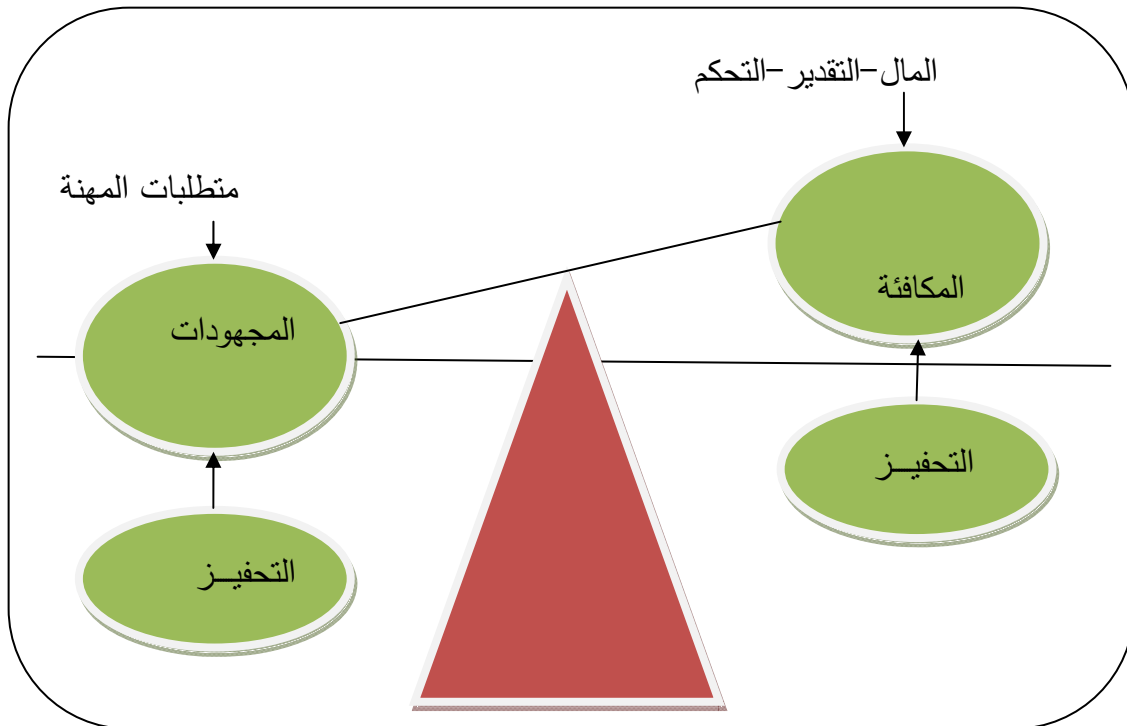


وفي هذا السياق، فقد تم التوصل إلى أنعدم وجود توافق بين الجهود المبذولة والمكافئات المستحقة وأمام متطلبات العمل المرهقة يتولد لدى العامل التزام مفرط في العمل فتظهر لديه اضطرابات نفسية وجسدية " (li, yang, cheng, johannes, & cho, 2005).

حيث أثبتت إحدى الدراسات التي أجريت في 16 بلد أوروبي، وجود ارتباط ايجابي ما بين الضغوط المهنية والعديد من الأمراض النفسية والجسدية خاصة عند ذوي المهن الاجتماعية والاقتصادية التي لا تتوفر البيئة التي ينتمون إليها على التقدير الفعلي والاحترام والمساندة الاجتماعية (Lunau, siegrist, Dragano, & Wahrendorf, 2015).

مما يدعم الفرضية الرئيسية التي أعتمد عليها هذا النموذج والذي أعطى تفسيراً لمتلازمة الاحتراق النفسي بالاعتماد على ضرورة إشباع الحاجيات الأساسية للعامل، وهي التقدير والاحترام والمكافئة والتي تحفز على العمل والمثابرة، حيث تعمل كل هذه المحددات على الوقاية من الإصابة من الاضطرابات النفسية والجسدية التي تظهر كاستجابة للضغوط المهنية .

وكموصلة لما سبق ذكره، فان الاحترام والتقدير وكل المشاعر الايجابية المصاحبة تؤدي إلى تعزيز تقدير الذات لدى العامل مما يحفزه على القدرة على التأقلم مع مختلف الوضعيات المهنية.



الشكل رقم 4: نموذج (siegrist, 1996) للاحتراق النفسي

المصدر: (wiertz, 2012, p. 31)

بعد التطرق إلى نموذج (Siegrist) للاحتراق النفسي، يجب التنويه إلى المحددات الجديدة التي ركز عليها هذا الاتجاه والتي تساهم بفعالية في تعديل الضغوط النفسية ، كما دفعت الكثير من الباحثين للاهتمام أيضا بدراسة تلك المتغيرات، مثل تقدير الذات والمكافئة والمساندة الاجتماعية وارتباطهم الايجابي بخفض مستويات الاحتراق النفسي، وبذلك يتضح جليا وحسب هذا النموذج أن الضغوطات المهنية مرتبطة في أغلب الأحيان بإهمال حقوق العمال والموظفين وعدم توفير بيئة مريحة تتمتع بالتقدير والمساندة.

### 5.3 نموذج (Bakker & Demerouti, 2007) للاحتراق النفسي:

يوضح هذا النموذج أن الاحتراق النفسي يظهر كنتيجة لوجود اختلال بين متطلبات المهنة والموارد المهنية، كما يقدم تفسيراً للعلاقة التفاعلية التي تربط ما بين ظهور المشاكل الصحية وكيفية ارتباط هذه المحاور .

في هذا السياق، فان متطلبات المهنة تتعلق بالجوانب المادية والتنظيمية للوظيفة والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بالمعانة النفسية والجسدية للعمال وتشكل مصدرا من مصادر الضغوط المهنية في أغلب الأحيان، أما الموارد المهنية فهي المحددات التي تساهم في المساعدة على انجاز المهام والحد من متطلبات الوظيفة وما يرتبط بها من آثار وردود أفعال نفسية وجسدية وانفعالية سلبية على العامل (demerouti, bakker, nachreiner, & schaufeli, 2001).

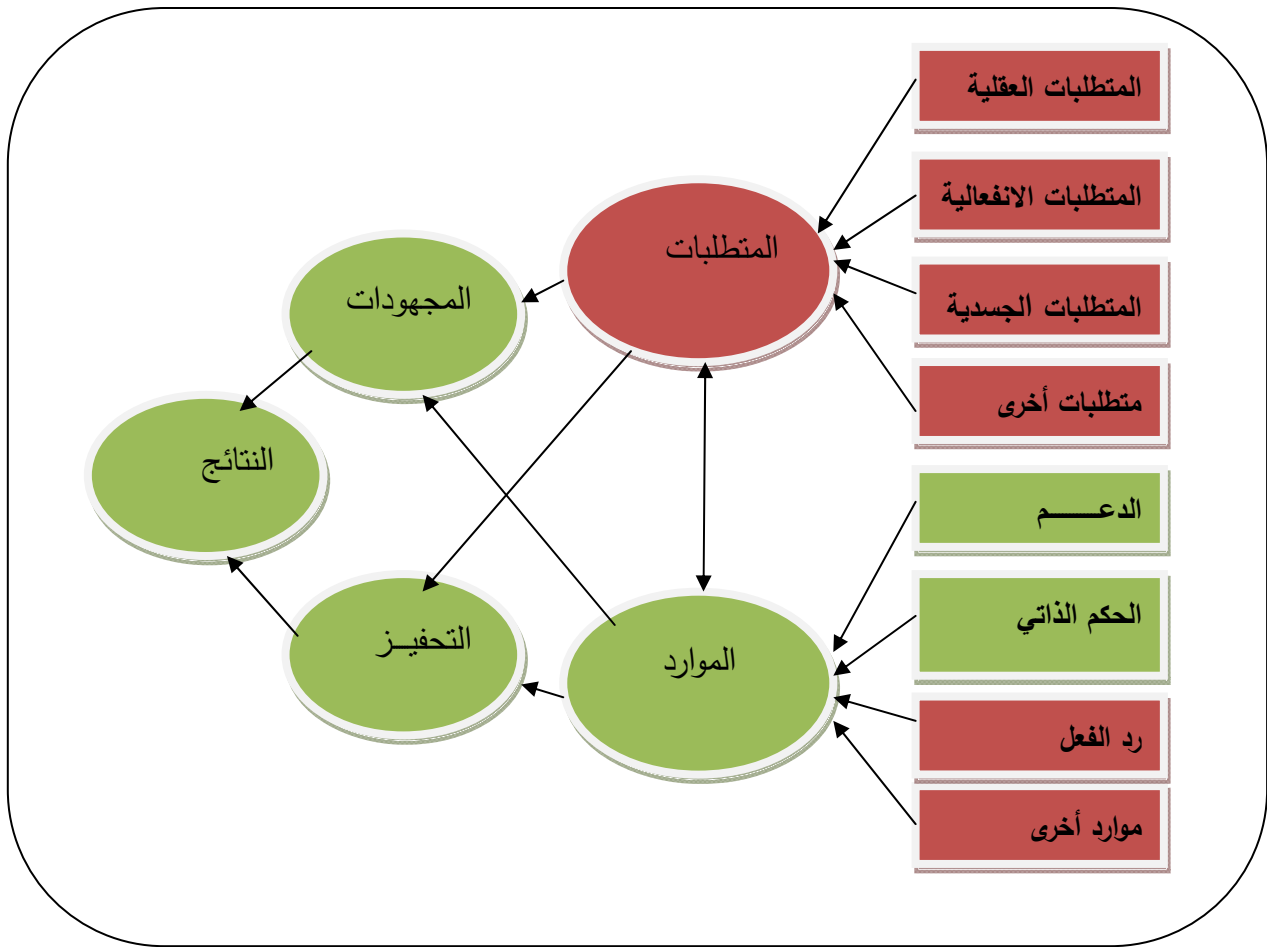
وفي هذا الإطار، ولتوضيح ما سبق ذكره يمكن التطرق إلى بعض العوامل المتعلقة بمتطلبات المهنة على غرار عبء العمل وغموض الدور والعلاقة المتوترة مع الزملاء، أما الموارد المهنية فهي كل المحددات التي تساهم في خفض الضغوطات كالاتقالية في اتخاذ القرارات، الاعتراف والمكافئة والمساندة الاجتماعية، مع الإشارة إلى أن الأمراض والاضطرابات النفسية تنتج عن وجود اختلال في ارتباط هذه العوامل.

في نفس المجال، فقد توصل (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2003) للقول أن متطلبات الوظيفة والموارد المهنية يمكنهما إحداث عمليتين أو سيوريتين على النحو التالي:

- عند تجاوز متطلبات المهنة على غرار كثرة المهام الموارد المهنية، تؤدي هذه الوضعية إلى الإنهاك واستنفاد الموارد الفردية أي الاحتراق النفسي ومشاكل صحية أخرى.
- في حالة وجود موارد مهنية كافية، تتفوق على متطلبات المهنة وتعديل من أثارها مما يرفع من درجة الالتزام والتفاني والإخلاص في العمل والاستمرارية للوصول إلى النتائج المرجوة.

وحسب آخر تعديل لهذا النموذج، فإن التوجه الجديد يركز على وجود عوامل خطر تتعلق بكل مهنة تنتمي إلى متطلبات العمل أو الموارد المهنية، مما يؤكد أن هذا النموذج قد قدم فرضيات مهمة وحلول يتم اللجوء إليها وتطبيقها لإدارة الضغوط في مختلف المجالات المهنية .

كما أعطى هذا النموذج وصفا دقيقا لدور كل متغير في سيرورة التكيف مع الضغوط المهنية وكذا الآثار التفاعلية لكل المتغيرات من أجل تفسير علاقة ظروف العمل بظهور الأمراض والاضطرابات النفسية على غرار الاحتراق النفسي .



الشكل رقم 5: نموذج (bakker&demerouti,2007) للاحتراق النفسي

المصدر: (bakker&demerouti,2007,p313)

ومما لا شك فيه أن هذه النماذج وإن اختلفت في كثير من المعطيات ، إلا أنها ساهمت في إعطاء عدة تفسيرات لسيرورة التكيف مع الضغوطات المهنية وحفزت على تناول هذا الموضوع أكثر والبحث عن العوامل الوقائية والمحددات التي تلعب أدوار محورية في مجال التكيف والتعامل مع الوضعيات المجهدة وكذا الاهتمام أيضا بكيفية تعزيز هذه المحددات المهمة.

## 4. مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء العامين :

## 4.1.4 المصادر التنظيمية :

وهي كل المصادر المتعلقة بطبيعة المهنة والمخاطر المتعلقة بها وكذا الأدوار التي يمارسها الطبيب، بالإضافة إلى محيط العمل بما في ذلك العلاقة مع الرؤساء والزملاء والمرضى وأسرههم وكذا التقدير والاعتراف والمساندة الاجتماعية والتي نستعرضها فيما يلي:

## 4.1.1.4 طبيعة المهنة:

لقد أثبتت الكثير من الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي أن عمال وموظفي المهن الاجتماعية هم الأكثر تعرضاً لهذه المتلازمة على غرار مهنة الطب، كون الاحتراق النفسي يظهر غالباً عند المهن التي يعتمد فيها الأفراد على الالتزام النفسي تجاه عملهم والذي يرهق مواردهم المعرفية والانفعالية والجسدية بفعل العلاقة المستمرة مع الآخر والتي تنتج استنزاف انفعالي الحاد وتوتر وانفصال في العلاقات.

حيث تعتمد مهنة الطب على الاستثمار المستمر للموارد بفعل الاهتمام الكبير بالمرضى ، كما تعتبر هذه المهنة أيضاً مجالاً لمواجهة المرض والموت والمشاعر السلبية ، فيحتاج الأطباء أثناء ممارستهم لمهامهم زيادة على الجهد العضلي والفكري إلى التعاطف الوجداني وحرارة المشاعر مما يؤدي إلى الاستنزاف الكلي للموارد الفردية عند هذه الفئة.

كما تعتبر ظروف العمل عامة والمخاطر الخاصة بمهنة الطب، إحدى المصادر الأساسية للإجهاد فحسب (Mauranges & Canoui, 2001)، فإن الظروف الغير مريحة والخطيرة التي يمارس فيها عمال الصحة مهامهم مثل الحرارة الشديدة، الضوضاء والفوضى، الإضاءة الغير مناسبة والازدحام و سوء تصميم أماكن العمل وكذلك احتمال التعرض للعدوى والأمراض المهنية الخطيرة تؤهلهم إلى الإصابة بالاحتراق النفسي.

## 4.1.2. عبء العمل (workload):

ويقصد به كثرة المهام المسندة للطبيب العام وتعددتها أو ما يسمى بالعبء الكمي، الذي يبدأ باستقبال المريض وفحصه ومنحه وصفة طبية وأحياناً وثائق إدارية أخرى ، ثم توجيهه إلى طبيب مختص إن ادعت الضرورة ، بالمقابل فهو مطالب بالتعامل بكل لباقة وهدوء مع المريض ومرافقيه وتقبل كل انتقاداتهم وردود أفعالهم المختلفة والتي قد تصل إلى الحد العنف اللفظي أو الاعتداء بالإضافة إلى الجمع ما بين السرعة في أداء المهام والفعالية لأن الأمر يتعلق بصحة وحياتة الأفراد.

وفي سياق آخر، يكلف الطبيب في بعض الأحيان بمهام تتعدى إمكانياته كالتشخيص في تخصص غير تخصصه أو التدخل الإستعجالي في بعض الحالات التي تفوق خبرته وتخصصه وهذا ما يسمى بالعبء النوعي .

وقد أثبتت دراسة كل من (Cordes & Dougherty,1993) و (Schaufeli & Enzmann,1998) وكذا (Maslach,2001) الارتباط الايجابي بين عبء العمل وظهور الاحتراق النفسي خاصة بعد الإنهاك الانفعالي (maslach & leiter, 2008).

#### 3.1.4 الدور (Rôle):

إن الدور هو مجموعة المهام والسلوكيات التي تتعلق بمنصب ما، كما تتمثل صعوبة الدور حسب (Katz & Kahn,1978) في شعور الفرد بالتواجد في وضعية صعبة ومعقدة وأنه من المستحيل عليه الوصول إلى تحقيق جميع التوقعات بصورة مرضية بالنسبة له أو بالنسبة لمن يصوغها ويضم حالتين غموض الدور وصراع الدور، حيث يؤدي الغموض والصراعات المتعلقة بالدور إلى صعوبة قيام الطبيب بالمهام المكلف بها بالكيفية المطلوبة وذلك نظرا لانعدام أو قلة المعلومات المتعلقة بمهامه أو تعارضها مع مستوى الأداء المطالب بتحقيقه.

كما أوضح (Perrot,2001) أن غموض الدور يتعلق بعدم يقين الفرد ومعرفته بالأنشطة والسلوكيات المطالب بالقيام بها من طرف المجموعة التفاعلية التي ينتمي إليها، أما صراع الدور فهو عدم التوافق بين نشاطات الفرد وتوقعاته.

وفي هذا الإطار فإن غموض الدور عند الطبيب هو فقدان الوضوح في أدواره وفي الأهداف المطالب بتحقيقها وهذا ما يجعله غير قادر على بناء توقعات صحيحة عن الأداء المطلوب منه وذلك بسبب انعدام أو نقص المعلومات المحددة لأدواره، حدود مسؤولياته والسلطات المخولة له وكذا المعلومات الخاصة بقواعد المؤسسة التي ينتمي إليها بما في ذلك الكيفية التي يتم من خلالها تقييم أدائه أو تحديد مهامه ، كأن يمارس أدوار الإداريين أو الممرضين مثلا.

أما صراع الدور فيقصد به حدوث تعارض في متطلبات الدور الذي يقوم به الطبيب داخل المؤسسة التي ينتمي إليها و مستوى و نوعية الأداء المتوقع منه حيث تصبح هذه التوقعات متضاربة ومبهما يصعب تحقيقها في الواقع.

وفي كثير من الأحيان فإن عدم إلمام بعض الإدارات والمؤسسات الاستشفائية بطبيعة مهنة الطب تدفع بهم إلى التدخل في مهام الطبيب و مسؤولياته بما لا يتوافق مع صلاحياته الأساسية.

**4.1.4 العلاقة مع الزملاء :**

يميل الأطباء في أغلب الأحيان إلى العمل ضمن جماعات من أجل اقتسام المهام وتبادل الخبرة والتجارب بشأن التشخيص والعلاج وكذا الاستفادة من أوقات الراحة بسبب وجود أطباء آخرين كما تحقق هذه الوضعية الابتعاد عن العزلة المهنية لكنها قد تكون في بعض الأحيان مصدرا من مصادر الإجهاد بفعل التقسيم الغير عادل للمهام فتسوء العلاقات وينعدم الاتصال والثقة بين الزملاء ومنها تظهر الصراعات والنزاعات التي تؤدي إلى ظهور الاحتراق النفسي.

**5.1.4 الاعتراف و المكافئة (Recognition And Reward):**

إن الاعتراف هو الاهتمام والتقدير الذي يحظى به الطبيب نظير المجهودات التي يبذلها أما المكافئة فهي الجزاء المادي أو المعنوي والتي تشير أيضا إلى التقييم العادل لقدراته وانجازاته وترقيته مع الحرص على استفادته من برامج التكوين ومنحه المنصب الذي يتوافق مع خبرته حيث يولد التقدير والاحترام مجموعة من المشاعر الايجابية والتي تحفز الطبيب على أداء مهامه بكل تقاني وإخلاص .

ولقد بينت مجموعة الدراسات التي قام بها (Maslach&Leiter,2008) أن عدم وجود الاعتراف والتقدير المادي والاجتماعي للعامل ترفع من نسبة إصابته بالاحتراق النفسي حيث تشكل هذه الوضعية مزيدا من العبء الإضافي وتولد لديه الشعور بالإحباط وانعدام الكفاءة .

**6.1.4 العدالة التنظيمية (Organizational Justice):**

العدالة التنظيمية هي مفهوم مشتق من نظرية العدالة (Adams,1965) والتي تشير إلى مساهمة الفرد في سياسة وتسيير المؤسسة التي ينتمي إليها بالإضافة إلى التساوي في الحقوق والواجبات وكذا المكافئة والتقدير، حيث أوضحت (Colquit,2001) أن العدالة التنظيمية تعزز الثقة بالنفس في التسيير والالتزام في العمل والكفاءة في الأداء، كما تحفز العمال على إتقان المهام والإبداع والعمل المثمر (colquit, conlon, wesson, porter, & ng, 2001) .

وفي سياق آخر، يشير هذا المفهوم إلى تحقيق العدل والمساواة في الحقوق والواجبات ومبدأ تساوي الفرص لجميع العمال، وقد توصل بعض الباحثين للقول أن العدالة التنظيمية مهمة بالنسبة للعمال والمنظمة، حيث تعزز الالتزام في العمل وترفع من الأداء المهني والرضا الوظيفي كما تكون دافع قوي لتحسين المواقف والاتجاهات في العمل وتحد من النزاعات والصراعات فتؤدي إلى التعاون وتوحيد الجهود (cropanzano, bowen, & gilliland, 2007) .

**7.1.4 المساندة الاجتماعية (social support) :**

يشير هذا المفهوم إلى مختلف أشكال المساعدة التي يتلقاها الطبيب من المشرفين ، الزملاء وكذا العائلة والأصدقاء والمرضى الذين يشرف على علاجهم وأسره، و تتعلق أيضا بنوعية العلاقات و كذلك الانتماء إلى شبكة اجتماعية توفر كل أنواع الدعم.

ومن هذا المنطلق فقد أثبت (Cohen & Wills,1985) أن المساندة الاجتماعية تحمي الناس من الأحداث المجهدة في الحياة، أما في محيط العمل فان الأفراد الذين يحاطون بمساندة اجتماعية مرتفعة يتمتعون بصحة أفضل من الأفراد الذين يتلقون مساندة اجتماعية منخفضة.

كما أكد (Demerouti ;Bakker,2007) من خلال بعض الدراسات وكذا نموذجها المفسر للاحتراق النفسي، أن مستوى عالي من الدعم الاجتماعي يساهم في خفض الإجهاد المدرك المتعلق بالمهنة وبذلك يعزز الوقاية من الاحتراق النفسي.

**8.1,4 الاستقلالية في اتخاذ القرار (Job Decision Latitude):**

يشير هذا المفهوم إلى قدرة وحرية الطبيب في اختيار كيفية أدائه لمهامه، من خلال المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بأدواره في المؤسسة التي ينتمي إليها، مما يتيح له إمكانية استغلال وتطوير مهاراته بالكيفية التي يراها مناسبة .

وفي هذا السياق فقد توصل (Karasek,1979) بعد عدة أبحاث للقول أن الاستقلالية في اتخاذ القرار تحسن عدة جوانب من الصحة النفسية للعمال و تحميهم من تأثير الضغوطات النفسية المهنية على صحتهم وأدائهم لمهامهم.

كما توصل (Breugh,1985) للقول أن الاستقلالية في اتخاذ القرار ترفع من قدرة العمال على مواجهة كل الوضعيات المرهقة وان إشباع هذه الحاجة يحفز الشعور بالمسؤولية والرفع من الأداء المهني، كما يعتبر شكل من شكل الاعتراف فيعزز الصورة الايجابية للذات، أما كل من (Terry & Jimmieson,1999) فقد أثبتا أن عدم وجود استقلالية في اتخاذ القرار تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل الاحتراق النفسي (rousseau, aubé, & morin, 2006).

ولا مناص من القول أن الاستقلالية في اتخاذ القرار لدى الأطباء تدفع بهم إلى أداء عملهم بكل ثقة واحترافية وبالطريقة التي يرونها مناسبة لطبيعة مهامهم دون المساس بالسير الحسن للمؤسسات التي ينتمون إليها، كما تحفز هذه الوضعية قدراتهم الفردية على التعامل مع الوضعيات المجهدة بفعالية وتعزز لديهم الشعور بالثقة و ترفع من مستوى الرضا الوظيفي لديهم.

## 2.4 المصادر الشخصية:

## 1.2.4 المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية (السن ، الجنس):

حسب كل من (Mauranges & Canoui, 2001) فإنه لا توجد علاقة مباشرة وواضحة بين المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية كالجنس، الوضعية الاجتماعية وعدد الأطفال والاحتراق النفسي ما عدا عامل السن، فقد أثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص من فئة الشباب هم الأكثر تعرضاً لهذه المتلازمة.

وفي هذا الإطار، أسفرت بعض الأبحاث على إثبات ارتباط الاحتراق النفسي بعامل السن حيث تصيب هذه المتلازمة الأشخاص الذين يتراوح سنهم ما بين 30 و 40 سنة، أما بالنسبة لعامل الجنس فقد أثبتت أغلب الدراسات أن الرجال هم أكثر تعرضاً لمستويات مرتفعة من تبدل الشخصية أما النساء فهم أكثر تعرضاً للإرهاك الانفعالي (maslach, schaufeli, & leiter, 2001).

## 2.2.4 نمط الشخصية (personality type):

يمكن تعريف الشخصية على أنها مجموعة من الأنماط المميزة من السلوكيات والأفكار والعواطف التي تحدد خصوصية الفرد وتحكمه في البيئة التي ينتمي إليها وقد حاول الكثير من الباحثين الربط بين بعض أنماط الشخصية والاستجابة للضغوط النفسية .

حيث قام (Rosenman & Friedman, 1961) بعدة دراسات معمقة حول هذا الموضوع، أين تم التوصل إلى أن الأشخاص أصحاب نمط الشخصية (أ) لهم قابلية للإصابة بالأمراض مقارنة بأنماط الشخصيات الأخرى بسبب عدم قدرتهم على التكيف بالكيفية المطلوبة مع الضغوطات، مع الإشارة أن هذا النوع من الشخصيات يجمع ما بين سمات الطموح والقدرة التنافسية ونفاذ الصبر والعدائية .

وتفسيرا لذلك، فإن أصحاب هذا النمط من الشخصية لديهم استعدادات فطرية للإصابة بمستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي نظرا لاستثمارهم المفرط لمواردهم الفردية أثناء العمل، كما يعانون من الصراعات العلائقية المتعددة ونقص كبير في المساندة من طرف المحيطين بهم مما يعزز من فرص إصابتهم بالاحتراق النفسي.

ورغم ارتباط نمط الشخصية (أ) بالأداء الجيد والرضا الوظيفي إلا أن أغلب الدراسات التي تناولت هذا الموضوع أكدت على ارتباطها الإيجابي بظهور أمراض القلب والأوعية الدموية وكذا الاضطرابات السيكوسوماتية، بما في ذلك الاحتراق النفسي بفعل الالتزام العميق في العمل والاستثمار المفرط للطاقة النفسية والانفعالات (hallberg, johansson, & schaufeli, 2007).



وناهيك عن ذلك، فإن أصحاب هذا النمط من الشخصية يميلون إلى المهن الاجتماعية والتي تؤهلهم رفقة نمط شخصيتهم إلى الاستنزاف الانفعالي الحاد الذي يؤدي إلى الإصابة بالأمراض المختلفة.

#### 3.2.4 الصلابة الشخصية (Hardiness):

هي احدي سمات الشخصية والتي تتلخص في القدرة على مواجهة مختلف وضعيات الحياة ولقد توصلت (Kobasa,1979) للقول أن الصلابة النفسية تعني القدرة على التحمل والمواجهة تضم ثلاثة أبعاد هي:

- التحكم : الاقتناع بالقدرة على التحكم أو التأثير على الأحداث.
- الالتزام : القدرة على الشعور بالانخراط العميق والالتزام فيما يتعلق بكل ظروف الحياة.
- التحدي: هو الاعتقاد بالقدرة على التغيير والتكيف مع مختلف الوضعيات وهذا التحدي يدفع بالأفراد إلى تحقيق الذات والإبداع وحب العمل والتأقلم مع مختلف الظروف.

كما عرفها (Madi,2006)، على أنها تشير إلى مجموعة من المواقف التي تعطي الشجاعة والتحفيز لمواجهة الوضعيات المجهدة ، أين أكد هو الآخر على أن الشخص الذي يملك هذه السمة لديه قدرة عالية من التحكم وثقة كبيرة بنفسه وبقدراته على اتخاذ القرارات، كما يدرك الوضعيات المرهقة على أنها مصدر تحدي وليس تهديد فيطور إستراتيجية مواجهة نشطه تحميه من الضغوطات.

#### 4.2.4 مركز التحكم (Locus Of Control):

أستعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف (Rotter,1966) حيث يشير هذا المفهوم إلى أحد سمات الشخصية والتي تتلخص في اعتقاد الأفراد أن لديهم القدرة على التأثير على العالم الذين يعيشون فيه، حيث ينسبون مسؤولية الأحداث التي تواجههم إلى أنفسهم، وهذا ما يسمى بالتحكم الداخلي وهم الأشخاص الذين يؤمنون بقدراتهم وكفاءاتهم أما الفئة الثانية فهم يرجعون كل ما يحدث لهم في الحياة إلى الصدفة، القدر أو الآخرين وهذا ما يسمى بالتحكم الخارجي .

وبذلك، فإن الأشخاص الذين يملكون سمة التحكم الداخلي لديهم القدرة على مواجهة الضغوطات النفسية وإدارتها بفعالية عكس نظرائهم أصحاب التحكم الخارجي ف لديهم هشاشة في القدرات الفردية وضعف انفعالي وعدم القدرة على التأقلم بسهولة مع ظروف الحياة مما يؤهلهم للإصابة بالاحتراق النفسي واضطرابات نفسية و جسدية أخرى ، كما يشكل مركز التحكم أحد أهم المحددات التي تساهم في عملية التقييم المعرفي للوضعيات المرهقة وإصدار إستراتيجية المواجهة الفعالة.

## 5.2.4 العصبية (Neuroticism):

أهتم المختصون بدراسة هذه السمة وعلاقتها بالصحة و ظهور المرض، حيث ذكر هذا المفهوم في نظرية العوامل الخمسة (Big Five) لـ (Costa & Macrae, 1992)، حيث تم وصف الشخصية من خلال خمسة سمات هي: الانبساط، المودة، الوعي، العصبية والانفتاح، أين أثبتت الكثير من الأبحاث علاقة هذه السمات ببعض الأمراض النفسية والجسدية والاختلالات الاجتماعية.

في هذا الإطار، أوضح (Costa & Macrae, 1992) أن هذه العوامل تمثل الأبعاد الأساسية للشخصية والتي يمكن وصف الأفراد بها من حيث نمط الأفكار والمشاعر والسلوكيات.

في نفس السياق توصل (Schaufeli & Enzmann, 1998) إلى وجود ارتباط إيجابي بين الاحتراق النفسي وسمة العصبية، أين تم اعتبارها كأحد أهم العوامل التي تساهم في ظهور هذه المتلازمة كونها تتوافق مع الاستثمار المفرط للانفعالات.

وجدير بالذكر، أن الكثير من الباحثين أكدوا أن الشخص العصبي يتميز بالمشاعر السلبية المقرونة بالقلق والغضب والعدائية وهبوط في تقدير الذات والتحكم في الأحداث وعدم التكيف مع الضغوطات مما يؤهله للإصابة بمختلف الاضطرابات النفسية والجسمية أهمها الاحتراق النفسي (hartmann & mathieu, 2017).

## 6.2.4 استراتيجية التكيف (Coping):

تختلف الاستجابة للضغوط النفسية باختلاف الأشخاص والوضعيات والبيئة التي ينتمون إليها وقد عرف (Lazarus & Folkman, 1984) المواجهة على أنها " مجموع المجهودات السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار التي يتخذها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها وإدارة مطالب الموقف والتي يتم تقديرها من طرف الفرد على أنها شاقة ومرهقة تتجاوز موارده الفردية (p. 141) .

كما تم تصنيف هذه الاستراتيجيات إلى إستراتيجية مركزة نحو المشكل ، حيث تكمن وظيفتها في التقليل من آثار الوضعية المجهدة والرفع من الموارد لإدارة الموقف وقد أثبتت نجاعتها في مواجهة الضغوط بإيجابية، أما الإستراتيجية المركزة نحو الانفعال فمهمتها خفض الاستجابات الانفعالية المصاحبة للوضعية دون حل المشكل .

وفي هذا المجال، أكد مجموعة من الباحثين أن الأشخاص الذين يستعملون إستراتيجية مواجهة تجنبية أي مركزة نحو الانفعال يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي عكس الذين يستعملون إستراتيجية مواجهة مركزة نحو المشكل مباشرة .

تجدر الإشارة ونظرا لارتباط مفهوم استراتيجيات المواجهة بالاحتراق النفسي وأهمية هذا المفهوم في التعامل مع الضغوطات المهنية ، فقد تم تخصيص فصل كامل لهذا الموضوع للوقوف على ماهية هذه الخاصية ومحدداتها وكذا ارتباطها بالمتغيرات التي تضمنتهم دراستي ، كما يجب التنويه إلى أن استراتيجيات التكيف هي عمليات معقدة ، تجمع ما بين محددات المحيط والوضعية بالإضافة إلى المحددات الفردية و الاجتماعية .

### 5. تصنيف و تشخيص الاحتراق النفسي :

#### 1.5 أعراض الاحتراق النفسي :

تعددت الأعراض التي تميز الاحتراق النفسي والتي تشمل عدة مستويات ندرجها ضمن الجدول

التالي:

الجدول رقم1: أعراض الاحتراق النفسي

فقدان الاهتمام، الملل، الحساسية والهيجان، العدوانية والاكنتاب الشعور بالإحباط، الانطباع بفقدان القدرات المهنية، فقدان الثقة في الذات، انخفاض تقدير الذات	المستوى الانفعالي
فقدان الإحساس بالأولويات، نقص التركيز، اضطرابات في الذاكرة، إختلالات في التفكير، حالة من الارتباك في العمل تؤدي إلى انخفاض في الكفاءة المهنية يجب تعويضها بالعمل أكثر	المستوى الفكري
توتر داخلي واضطرابات في التنفس، آلام موضعية في مختلف أعضاء الجسم، اضطرابات في الهضم والإخراج، صداع في الرأس، رشح ونزلات برد، اضطرابات النوم، تعب عام الحساسية الزائدة	المستوى الجسمي
التغيبات الكثيرة والغير مبررة، زيادة ساعات العمل للتعويض عن فقدان الكفاءة، الإدمان على الأدوية والمشروبات الكحولية الرغبة في تغيير الوظيفة، التأثر بالمشاكل المهنية وتأثيرها على الحياة الخاصة	المستوى السلوكي
تذبذب في العلاقات، فقدان التعاطف، تطوير مواقف السخرية تجاه من الزبائن و متلقي الخدمة ، العزلة الاجتماعية	المستوى العلائقي

المصدر: (vasey, 2007, pp. 117-118)

**2.5 تصنيف الاحتراق النفسي :**

حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض (Cim 10) الذي تصدره المنظمة العالمية للصحة فقد تم تصنيف الاحتراق النفسي ضمن الفصل الفرعي (Z) والذي يضم الاضطرابات التي تتطوي تحت بند ( العوامل المؤثرة على الحالة الصحية وأنماط استخدام الخدمات الصحية) و بالمجموعة (Z73) التي تحمل عنوان ( الاضطرابات المرتبطة بصعوبة إدارة الحياة)، أين تم إدماج الاحتراق النفسي ضمن المجموعة (Z73.0) كنوع من أنواع الإرهاق والإرهاق، حيث تم اعتباره كعرض وليس اضطراب (oms, 2015, p. 855).

أما في التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية الذي يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد تم تصنيفه ضمن اضطرابات التكيف (apa, 2012, p. 369).

وفي آخر مراجعة للتصنيف العالمي للأمراض (Cim11) فقد تم الإبقاء على نفس التصنيف السابق لكن تم اعتبار الاحتراق النفسي كمتلازمة تظهر كاستجابة للضغوطات المهنية التي لم تتم إدارتها بنجاح وتضم الأعراض التالية:

- الشعور بانعدام الطاقة أو الإرهاق.
- الانسحاب من العمل وتطوير المشاعر السلبية والسخرية ضد العمل و الزملاء.
- فقدان الكفاءة المهنية (oms,2019).

**6. الاحتراق النفسي و مفاهيم مشابهة :****1.6 الاحتراق النفسي و الضغط النفسي:**

لقد عرف (Selye,1952) الضغط النفسي على أنه مجموعة من الاستجابات العصبية والهرمونية الموجودة عند كل كائن حي يواجه وضعية مرهقة والتي تهدف إلى الحفاظ على وحدته النفسية والجسدية والعودة إلى الانسجام ثانية، وقد أصطلح على تسمية هذه السيرورة بمتلازمة التكيف العام تتم على ثلاثة مراحل و هي مرحلة الإنذار، المقاومة ثم الاستنفاد .

وقد فسر (Brill,1984) هذه السيرورة، أين أعتبر أن الإجهاد مصطلح شامل يشير إلى سيرورة التكيف المؤقتة التي تترافق بأعراض نفسية وجسدية، ويمكن اعتبار الاحتراق النفسي المرحلة الأخيرة من انهيار عملية التكيف الناتجة عن وجود اختلال بين متطلبات المهنة والموارد الفردية والاجتماعية وتراكم الضغوط المهنية ، حيث يظهر الاحتراق النفسي عند الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد بفعل الفشل في التكيف مع الإجهاد .

أما (Maslach,1993) وبعد الكثير من الدراسات توصلت للقول أن الاحتراق النفسي يرتبط بتطوير السلوكيات والمواقف السلبية تجاه الوظيفة والمنظمة والزملاء وممن يتلقون منا الخدمة، في حين أن الضغوط النفسية في الغالب لا تكون مصحوبة بهذه التصرفات .

## 2.6 الاحتراق النفسي و الاكتئاب :

كما سبق التطرق إليه في السابق فإن الاحتراق النفسي هو متلازمة إنهاك انفعالي وتبدل شخصية ونقص في الانجاز الشخصي، يظهر كاستجابة للضغوط المهنية الحادة، أما الاكتئاب فيظهر في جميع مجالات الحياة و سيتم توضيح الفروقات بالتفصيل بين هذين المتغيرين ضمن الجدول التالي :

الجدول رقم 2 : الاحتراق النفسي والاكتئاب

الاكتئاب	الاحتراق النفسي
- له علاقة بكل نواحي الحياة - الشعور بالضييق بصفة دائمة -عدم القدرة على إعداد أية مشاريع -العطلة (الشعور بالإرهاق والتعب)	- له علاقة بالعمل - شعور بالضييق لبضعة ساعات في اليوم و بضعة أيام في الأسبوع - القدرة على إعداد مشاريع مستقبلية - العطلة (توفر الراحة )

المصدر: (languirand, 2002, pp. 33-34)

في نفس الإطار، يمكن القول أن الاكتئاب لا يؤدي إلى الاحتراق النفسي، بل يمكن للاحتراق النفسي أن يسبب الاكتئاب، حيث أنه عند مقارنة الجدول العيادي أي الأعراض الخاصة بالاكتئاب وكذا أبعاد الاحتراق النفسي نجد أن من أعراض هذه المتلازمة التعب والإنهاك الانفعالي والشعور بالاكتئاب .

كما بين (Leiter&Durup,1994) أوجه التشابه بين الإنهاك الانفعالي الذي يعتبر كأحد أبعاد الاحتراق النفسي وأعراض التعب والحزن العميق التي تميز الاكتئاب والذي يترافق بالضرورة مع الانسحاب الاجتماعي أو العزلة، أين تتشابه هذه الحالة مع بعد تبدل الشخصية في الاحتراق النفسي مع الإشارة أيضا أن انخفاض الكفاءة الذاتية في الاكتئاب يتوافق تماما مع بعد النقص الانجاز الشخصي في الاحتراق النفسي .

## 7. قياس الاحتراق النفسي :

- مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (Maslach Burnout Inventory):

صمم من طرف العالمتين (Maslach&Jackson,1981)، لقياس الاحتراق النفسي، في البداية كان يضم (47)فقرة ثم تم اختصاره إلى (22) تقيس الأبعاد الثلاثة لهذه المتلازمة وهي الإنهاك الانفعالي (09 بنود)، تبلد الشخصية (05 بنود)و نقص الانجاز الشخصي(08) ، كل بند يعبر أن مجموعة من المشاعر أو المواقف أو ردود الأفعال التي يبديها الأفراد عند مواجهتهم لوضعية مرهقة .

وجه هذا المقياس في البداية إلى المهن الاجتماعية (MBI-HSS,1981) ثم صمم مقياس آخر موجه لموظفي التعليم (MBI-ES,1986)، ليتم في الأخير تصميم مقياس يتوافق مع كل المهن وهو (MBI-GS,1996)والذي يضم 16 بند عكس المقاييس الأخرى مع إدخال تغييرات على محتوى بعض البنود (maslach, schaufeli, & leiter, 2001).

ورغم الانتقادات التي قدمت لهذا المقياس فيما يخص اقتصاره على بعض المهن دون الأخرى رغم تصميم مقياس يتوافق مع كل المهن وكذا العلاقة المبهمة التي تربط بين مستويات الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للاحتراق النفسي ، إلا أنه يبقى أحد أهم المقاييس التي صممت لقياس وتشخيص الاحتراق النفسي والتي اعتمدت عليها أغلب الدراسات التي تناولت هذه المتلازمة في كل أنحاء العالم حيث أثبت هذا المقياس صدقه و ثباته وتوافقه مع جميع الثقافات، وفي غياب تشخيص واضح لهذا الاختلال، يبقى مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي الأداة الوحيدة التي تستعمل لتشخيص هذا الاضطراب وقد اشتقت منه المقاييس الأخرى المعدة لنفس الغرض.

- مقياس (pines&aronson,1988):

صمم من طرف (Pines & Aronson,1988)، يتكون من (21) سؤال موجه لقياس ثلاثة أبعاد هي الإرهاق الجسدي والنفسي والانفعالي.

والشيء الملاحظ في هذا المقياس هو قياسه لبعد واحد وهو الإرهاق ، كما أن الاحتراق النفسي لا يتعلق بمجال العمل بل بكل نواحي الحياة و رغم درجة الصدق والثبات التي يتميز بها هذا المقياس إلا أنه يضم أبعاد تتعلق بالتوتر والاكنتاب أكثر من الاحتراق النفسي مما يؤثر سلبا على تفسير النتائج (Qiao & schaufeli, 2011).

تجدر الإشارة أن هذا المقياس يعتبر الاستبيان الثاني بعد مقياس ماسلاش الذي تعتمد عليه الدراسات التي تناولت موضوع الاحتراق النفسي رغم كل التحفظات التي سجلت ضده.

- مقياس (Shirom&Melamed,1989) للاحتراق النفسي:

تم تصميمه وفق نظرية الحفاظ على الموارد (Hobfoll,1989) ليقاس الاحتراق النفسي أو انخفاض الموارد ، يتكون من (14) بند، يقيس ثلاثة أبعاد هي التعب الجسدي، التعب الانفعالي والتعب المعرفي الذي يشير إلى عدم القدرة على الانتباه والتركيز وتعبئة القدرات الفكرية بسرعة(zaweiya & garnieri, 2013) .

ولقد قام كل من (Shirom&Melamed) بتصميم هذا المقياس بهذه المواصفات على خلفية اعتبار الاحتراق النفسي حالة تتوافق مع الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد كنتيجة للتعرض الطويل للضغوطات المهنية وظروف الحياة الأخرى (Qiao&schaufeli, 2011).

وجدير بالذكر مرة أخرى، أنه ورغم تعدد المقاييس التي صممت لقياس الاحتراق النفسي إلا أن مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش يبقى من أكثر الأدوات التي استعملت لقياس مستويات هذه المتلازمة .

## 8. الوقاية من الاحتراق النفسي عند الأطباء :

لقد أوضح (Delbrouk,2017) أن الوقاية من الاحتراق النفسي عند عمال الصحة وبصفة خاصة الأطباء تعتمد على مشاركة كل من مصالح طب العمل، المساعدة الاجتماعية، مسيري الموارد البشرية، النقابات، مؤسسات التأمين والأسرة والأصدقاء، على أن يشمل هذا الموضوع المحور الطبي والنفسي والاجتماعي .

وفي هذا السياق ،لا يمكننا الحديث عن الوقاية من الاحتراق النفسي في جميع الميادين دون حصر الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالعمل (Psychosocial Risks At Work) والتي تشير إلى مجموعة العوامل المرتبطة بالجانب المهني وتؤثر على الصحة النفسية والجسدية والتوافق الاجتماعي للعامل، حيث أجمعت الكثير من الدراسات أن الاحتراق النفسي قد أصبح كأحد أكثر الأخطار النفسية انتشارا وأكبر تهديد لصحة العمال ورفاهيتهم وبذلك فان الوقاية من هذا الاختلال تعتمد على المحاور الأساسية التالية:

- تحديد الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بمهنة الطب.  
- إعداد دراسة وصفية لمدى انتشار الاحتراق النفسي في صفوف الأطباء في المؤسسات المستهدفة مع التأكيد على معرفة الأعراض الجماعية (هبوط الأداء ، الغيابات، النزاعات ) والأعراض الفردية المتعلقة بمتلازمة الاحتراق النفسي.

- البحث عن العوامل المسببة لهذا الاختلال أي مصادر الضغوط المهنية .  
في نفس السياق وبعد إعداد دراسة مفصلة على مدى انتشار الاحتراق النفسي في صفوف الأطباء بالمؤسسات المستهدفة ومعرفة مصادر الضغوط المهنية ، يتم التركيز في البداية على التكفل بالحالات من خلال تسطير برنامج علاجي مكثف يجمع ما بين التكفل الطبي والنفسي للأطباء مع الحرص بعد ذلك على استعادتهم من أيام راحة ، تغيير نمط عملهم أو حتى المصالح التي ينتمون إليها إن ادعت الضرورة مع تفضيل إدماجهم ضمن مجموعات علاجية (العلاج الجماعي ) والتي من شأنها توفير الدعم والمساندة ومختلف المشاعر الايجابية، كما يستطيع الأطباء من خلال هذه المجموعات تبادل الخبرات والتجارب وفهم الوضعية المواجهة مع إيجاد الحلول المناسبة لكل الحالات ومما لاشك فيه أن الاهتمام الذي سوف يحظى به الأطباء والحرص على سلامتهم النفسية والجسدية سيساهم بايجابية في كيفية تعاملهم مع الوضعيات المجهدّة واعتبارها تحديات يجب التعامل معها بفعالية.



في نفس الإطار، وبعد التكفل بالحالات ومرافقتها لإعادة إدماجها في سياق العمل ثانية نتحول مباشرة إلى معالجة الأسباب بعد تحديدها وبضم هذا المحور سبل الوقاية الجماعية والتي تكون على مستوى المؤسسات أي محيط العمل والوقاية الفردية والتي تمس فئة الأطباء والأطعم الشبه طبية العاملة بمعيتهم .

### 1.8 الوقاية الجماعية :

إن الوقاية الجماعية والتي تخص المؤسسات الإستشفائية وكذا محيط العمل تعتمد على معالجة العوامل المعززة لظهور الاحتراق النفسي على غرار كثرة المهام وعدم القدرة على التحكم والتقسيم الغير عادل للأدوار بالإضافة إلى نقص المساندة الاجتماعية النابعة من الزملاء والمشرفين .

وعليه للوقاية من هذه المتلازمة يجب إعادة توزيع المهام والأدوار بالشكل الذي يضمن العدالة والتوازن في المصلحة بالكيفية التي تؤدي إلى تحقيق مبدأ المساواة لجميع الأطباء مما يعطي فرصة للجميع للعمل في بيئة مريحة تتمتع بالتقدير والاعتراف والمكافئة لتحقيق الرضا الوظيفي .

في نفس الإطار، يجب تحديد المسؤوليات والمهام التي يكلف بها الأطباء دون إرغامهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على القيام بمهام الآخرين إلا في الحالات الإستعجالية القصوى مع توفير العدد الكافي من الأطباء والمرضى وكل الأخصائيين للعمل في المناوبة الواحدة، بالإضافة إلى تفعيل الاتصال الداخلي وفتح كل قنوات الاتصال على جميع المستويات والحرص على تنمية الشعور بالانتماء إلى مجموعة مثمرة والذي من شأنه تحفيز الجميع على العمل في جو يتمتع بالمساندة والحد من الصراعات و النزاعات.

كما يجب على مسيري المؤسسة العمل على تحقيق العدالة التنظيمية من خلال ضمان مشاركة الأطباء و بقية الموظفين في تحديد سياسة عمل المصالح التي ينتمون إليها خاصة فيما يخص طريقة العمل وتقسيم المهام وتوقيت العمل وكذا تحديد فترات الراحة، بالإضافة إلى التكفل النفسي والاجتماعي بالأطباء وعمال الصحة الآخرين بما في ذلك الحفاظ على الحياة الشخصية لهؤلاء من خلال التدخل ضد أية ممارسة تمس شخصية وكرامة كل المنتمين إلى تلك المؤسسة .

وفي هذا الموضوع ، أكدت ( Maslach&Leiter,2007 ) أن هذه العدالة تعزز لدى العامل أو الموظف الشعور بالقيمة والمكانة التي أعطيت له بالمؤسسة التي ينتمي إليها كما يمكن أن تؤدي إلى الغضب والعدائية والسخرية من قرارات المؤسسة ومصدرا أساسيا من مصادر الضغوط المهنية وبعض الاختلالات العلائقية الأخرى.

وفي سياق آخر، يجب الحرص على استفادة الأطباء من دورات تكوينية ، فمثلا يساهم التكوين في تحيين المعلومات والرفع من الأداء المهني هو مناسبة أيضا للانتماء إلى مجموعة توفر الدعم والمساندة والخبرة وكذا أنجع الطرق لمواجهة الضغوطات المهنية ، كما يعزز روح الجماعة وتتولد عن هذه التجارب مشاعر ايجابية تؤدي إلى تعزيز تقدير الذات وتحفز على العمل وتحسين العلاقات والحد من النزاعات.

في نفس الموضوع يجب أن يضم التكوين دورات خاصة في مجال الصحة النفسية والتنمية البشرية، أين يتم تلقين الحضور طرق تطوير الذات وكذا كيفية تسيير الضغوط واستعمال أفضل استراتيجيات المواجهة والابتعاد عن بعض السلوكيات التجنبية على غرار تعاطي الأدوية والمسكنات.

**2.8 الوقاية الفردية :**

لا يمكن الوقاية من الاحتراق النفسي دون التركيز على الأفراد، من خلال تعديل بعض الممارسات والسلوكيات التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي مع تعزيز المحددات الفردية التي تخفض من مستوياته من خلال ما يلي:

- تغيير بعض الممارسات المهنية التي تؤدي إلى الإرهاق والاحتراق النفسي كالعامل لساعات طويلة والالتزام الكبير، بل يجب العمل خلال الساعات القانونية مع الاستفادة من فترات الراحة وتجنب الأعمال الإضافية والاستنزاف الانفعالي المفرط من خلال التعاطف الكبير مع المرضى وأسرههم مع الموازنة مع الحياة المهنية و الشخصية.

- تبني سلوكيات صحية للتخفيف من أعباء العمل كممارسة تمارين الاسترخاء وتقنيات تطوير الذات مع الاعتماد على الأكل الصحي والنوم الصحي والابتعاد عن السلوكيات الخطرة مثل الإدمان بأشكاله.

- الاستثمار في الحياة الاجتماعية وعدم الانعزال عن المجموعات التي توفر كل أنواع الدعم على غرار الأسرة، الأصدقاء والزملاء في المؤسسات الاستشفائية الأخرى وممارسة بعض النشاطات البدنية والاجتماعية التي تعزز تقدير الذات والثقة بالنفس مثل الرياضة والأنشطة الترفيهية الأخرى .

## خاتمة :

بعد تطرقنا إلى موضوع الاحتراق النفسي والتعرف على ماهيته وأهم العوامل الفردية والتنظيمية التي تعزز ظهوره و فصله عن المفاهيم المشابهة ، يتضح جليا أن هذا الاضطراب قد أصبح أحد أهم العوامل التي تهدد الصحة النفسية للعمال والموظفين، عليه بات من الضروري تضافر جهود الجميع من باحثين ومختصين وهيئات وطنية ودولية للوقاية من هذه المتلازمة .

كما يجب الإشارة أنه ورغم اعتبار الاحتراق النفسي كأحد أهم المواضيع الهامة التي أثارها المنظمات والهيئات الدولية في جميع المؤتمرات العلمية مما دفع الكثير من الدول إلى سن قوانين وتنظيمات لتهيئة بيئة مهنية مريحة ومحفزة للعمال من خلال إعادة النظر في بعض العوامل التنظيمية التي تعزز ظهور هذه المتلازمة و تحسينها أو البحث عن بدائل لتحقيق السلامة النفسية والجسدية للعمال إلا أن هذا الموضوع تم اختزاله في البيئة الجزائرية على شكل دراسات أغلبها مستهلكة وملتقيات علمية محلية لا تقي بالغرض في غياب تام لاهتمام الهيئات الرسمية.

في هذا الإطار وكأول خطوة مثمرة في برنامج الوقاية من هذه المتلازمة هو إعداد دراسات واضحة مع تقديم إحصائيات تتوافق مع الواقع تخص مدى انتشار هذه المتلازمة في صفوف مختلف المهن وسبل الوقاية من هذا الاختلال لإعداد برامج تدخل إستعجالية .

في نفس المجال يجب الإسراع في تبني وإعداد برامج إرشادية لتدريب الأشخاص على تسيير الضغوط النفسية وإدارتها بالطرق السليمة للحد من أثارها السلبية على الصحة والرفاهية وبصفة عامة ونظرا لكل ما سبق ذكره فان التحدي الأكبر الذي يواجهنا في البيئة الجزائرية في الفترة الحالية هو تصور وإدراك الخسائر المادية والآثار النفسية والجسدية التي يخلفها الاحتراق النفسي دون إهمال الجانب العلائقي وحتى نوعية الخدمات المقدمة والتي يتم ربطها بأسباب أخرى غير الأسباب الحقيقية كون الشعور بحجم المشكلة قد يدفع بنا إلى التصدي لها على جميع المستويات .

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

تمهيد

1. مفهوم المساندة الاجتماعية
2. تعريف المساندة الاجتماعية
3. النظريات و النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية
4. أبعاد المساندة الاجتماعية
5. علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة
6. مصادر المساندة الاجتماعية
7. العلاقات الاجتماعية السلبية
8. قياس المساندة الاجتماعية

خاتمة

**تمهيد :**

لقد اتفقت الدراسات في كل العصور على أن الإنسان كائن اجتماعي، لا يستطيع العيش بمفرده ومواجهة كل أحداث الحياة، بل يحتاج إلى الانتماء إلى جماعة توفر له كل أنواع المساعدة والدعم وتساهم بالقدر الكبير في بناء شخصيته وتحديد اتجاهاته ، كما يستطيع من خلال البيئة التي ينتمي إليها، تنمية مهاراته وممارسة أدواره وتحدي كل الظروف التي تعيق توافقه النفسي والاجتماعي.

وفي هذا الصدد، أنصب اهتمام الباحثين على أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة للفرد وعلاقتها بالصحة والمرض، أين تم اعتبار التوافق الاجتماعي أحد الاحتياجات الأساسية التي يجب إشباعها،ولذلك أضحت المساندة الاجتماعية أحد أهم المتغيرات التي لها دور ايجابي في حياة الأفراد والجماعات .

ورغم أن التطرق إلى مفهوم المساندة الاجتماعية يفرض علينا الإحاطة بهذا الموضوع من عدة اتجاهات بسبب الاختلاف الكبير الحاصل في تحديد مفهومها وأبعادها وأنواعها بدقة، إلا أننا سنحاول تناول هذا المتغير بالتحليل بالاستعانة بكل النظريات والمقاربات وآراء المختصين في هذا المجال مع التركيز على علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة ودورها الفعال في خفض مستويات الضغوطات والاحترق النفسي .

**1. مفهوم المساندة الاجتماعية :**

تعود البدايات الأولى للحديث عن مفهوم المساندة الاجتماعية إلى أعمال وأبحاث دوركايم منذ سنة 1893 والتي تناول فيها موضوع الاندماج الاجتماعي (Social Intégration) وكذا كتابه حول الانتحار، أين تمت إثارة موضوع دور العلاقات الاجتماعية في تعزيز الصحة والرفاهية، وكذا النتائج السلبية التي تترتب عن العزلة وانقطاع هذه العلاقات (caron & guay, 2005).

ولا مناص من الإشارة للدور الكبير لهذا الأخصائي في تناول مفهوم المساندة الاجتماعية والذي دفع بكثير من الباحثين بعد ذلك إلى تركيز اهتمامهم على دراسة هذا الموضوع وعلاقته ببعض الظواهر الاجتماعية وكذا الحالة الصحية للأفراد .

تلتها أبحاث كل من (Znaniecki & Thomas, 1918) عن الآثار النفسية والاجتماعية التي تنتج عن التفكك الاجتماعي (Social Disorganization) والتي توافقت مع أعمال دوركايم وأكدت فاعلية العلاقات الاجتماعية (cohen, gottlieb, & underwood, 2000).

كما قام (Bowlby, 1969)، صاحب نظرية التعلق (Attachment Theory) والذي تركزت دراسته على العلاقة التي تربط بين الأم والطفل بعدة أبحاث في هذا المجال أين توصل للقول أن المساندة الاجتماعية تستمد في البداية من علاقة الأم بطفلها والتي لها دور وقائي من كل أشكال الإحباطات وظهور الاضطرابات النفسية والجسدية مستقبلا، كما أكد على أهمية العلاقات الشخصية وكل أشكال الدعم والعلاقة مع الأم ودورهم الأساسي في التنمية البشرية والقدرة على مواجهة والتكيف مع الأحداث (sarason, levine, basham, & sarason, 1983).

ونظرا لوجود إجماع كبير بين العلماء والمختصين على أهمية ودور المساندة الاجتماعية في التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد، تم توسيع نطاق الأبحاث التي شملت هذا الموضوع ، حيث وجه الاهتمام الأكبر وبالضبط منذ بداية السبعينات إلى دراسة علاقة هذا المفهوم بالصحة والمرض، أين اتفقت أغلب الدراسات على اعتبار المساندة الاجتماعية كأحد أهم العوامل الوقائية من الأمراض والاضطرابات النفسية بصفتها متغير متعدد الأبعاد يؤثر على أداء الوظائف العقلية والإدراكية للأفراد ويساهم في توجيه سلوك الأشخاص ومواقفهم وأساليب مواجهتهم لظروف وتجارب الحياة المختلفة خاصة المجهدة منها، ومع ظهور علم النفس الصحة حظي هذا المفهوم باهتمام غير مسبوق والذي ساهم بقسط كبير في تكثيف الأبحاث حول دور المساندة الاجتماعية في تعزيز الصحة النفسية والجسدية للأفراد ورفاهيتهم .

## 2. تعريف المساندة الاجتماعية :

يعتبر (Cobb,1976) من أوائل الباحثين الذين عرفوا المساندة الاجتماعية على أنها " المعلومة التي تعطينا انطباع أننا محبوبين ومرغوب فينا وننتمي إلى شبكة اجتماعية" (p. 300).  
ليقوم (House,1981) بإعطاء تعريف شامل لمفهوم المساندة الاجتماعية والتي اعتبرها مرادف للمعاملة بين الأشخاص، تضم واحد أو أكثر من الأبعاد التالية، الاهتمام العاطفي، الذي يشير إلى الحب الصداقة والتعاطف، المساعدة المادية وهي كل ما يتعلق بالمواد والخدمات،المساندة المعلوماتية المتعلقة بالبيئة ومساندة التقدير وهي المعلومة المتعلقة بتقدير الذات.

أما بالنسبة لكل من (Sarason,levine ,Basham& Sarason,1983) فان المساندة الاجتماعية تشير إلى " توافر أشخاص يمكن الاعتماد عليهم ويولدوا لدينا الشعور بالحب والتقدير و الاهتمام " (p. 127).

في نفس الإطار عرف (Cohen & Syme,1985)المساندة الاجتماعية على أنها تشير إلى "إدراك الشخص للدعم المقدم له من العائلة الزملاء والأصدقاء لمواجهة الظروف الصعبة ودرجة الارتياح والرضا المحققة من هذا الدعم" (p. 4) .

أما (Rodriguez & Cohen,1998) فقد فسرا المساندة الاجتماعية على أنها " مفهوم متعدد الأبعاد يشير إلى خصائص ووظائف العلاقات الاجتماعية والموارد المادية والنفسية المتاحة للأفراد والمستمدة من علاقاتهم الشخصية" (p. 535).

لتقوم (Bruchon-Schweitzer,2002) بإعطاء تعريف مفصل للمساندة الاجتماعية باعتبارها مركب يضم الشبكة الاجتماعية والتي تتعلق بعدد العلاقات التي يربطها الفرد بالآخرين وقوة ذلك الارتباط والمساندة الاجتماعية المتلقاة والتي تشير إلى الدعم الذي نتلقاه من الغير،بالإضافة إلى إدراك هذا الدعم والشعور بكفايته أي المساندة الاجتماعية المدركة .

بعد الاطلاع على أهم تعريفات المساندة الاجتماعية، يتضح لنا جليا الاختلاف الكبير في تناول هذا المفهوم من طرف المختصين، فالبعض يعرف المساندة الاجتماعية على أنها تشير إلى الانتماء إلى شبكة اجتماعية والشعور بحب وتعاطف الآخرين والبعض الآخر يركز على مختلف أنواع الدعم وفئة أخرى تتحدث عن عدد الأشخاص الذين يقدمون هذه المساندة ودرجة الرضا عن ذلك، أما الفئة الأخيرة فتناولت هذا الموضوع من ناحية العلاقات الاجتماعية ودرجة الترابط بين الأفراد مما يفرض علينا التعمق في الموضوع أكثر لمعرفة وتحديد كل هذه المفاهيم والمتغيرات بدقة.

إلا أن الشيء الايجابي والملفت للانتباه هو الإحاطة الكبيرة والمعمقة التي حظي بها هذا المفهوم والذي يشمل كل المتغيرات التي تم التطرق إليها ولا يمكن في أي حال من الأحوال فهم وتحليل مفهوم المساندة الاجتماعية دون الإلمام بكل هذه الأبعاد والتي تساهم بشكل كبير في تفسير وتحديد نوعية العلاقات والارتباطات مع المتغيرات الأخرى، كما مكننا هذا الاختلاف في تناول هذا الموضوع من الاطلاع على وظائف المساندة الاجتماعية المتعددة والايجابية في مجملها.

### 3. النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية :

#### 1.3 المقاربة الاجتماعية :

يعتبر (دوركايم) من أوائل الباحثين الذين اهتموا بموضوع المساندة الاجتماعية، حيث أكد من خلال دراسته على تأثير انقطاع العلاقة الأسرية والاجتماعية والمهنية بفعل الهجرة على الرفاهية النفسية للإنسان وأن حالات الانتحار تحدث في أغلب الأحيان عند الأشخاص المتواجدين في عزلة اجتماعية (cohen, gottlieb, & underwood, 2000).

وجدير بالذكر، أنه خلال هذه الفترة قد تم ربط مفهوم المساندة الاجتماعية ببعض الظواهر الاجتماعية دون الخوض في ماهية هذا الموضوع بل التركيز على وجود أو انعدام العلاقات الاجتماعية و تأثير ذلك على حياة الإنسان.

أما الدراسات الحديثة في هذا الاتجاه، فقد ركزت على مفهوم الشبكة الاجتماعية والتي تشير إلى عدد الأشخاص الذين يقدمون الدعم للشخص ودرجة الاندماج الاجتماعي والذي يتوافق مع مشاركة الفرد في العلاقات الاجتماعية وإدراك كل المشاعر الايجابية الناتجة عن ذلك والتي بدورها تعزز روح الانتماء والالتزام المتبادل (schwarzer, knoll, & rieckmann, 2003).

ومن هذا المنطلق، فان المساندة الاجتماعية حسب هذه المقاربة تتعلق بمكونات سلوكية والتي تتوافق مع درجة التكامل والمشاركة في المجتمع من خلال العلاقات الاجتماعية المختلفة بالإضافة إلى المكونات المعرفية والتي تنطوي على الشعور بالانتماء إلى المجموعة وممارسة الأدوار الاجتماعية.

في نفس السياق توصل كل من (Brissette, Cohen & Seeman, 2000) بعد عدة دراسات عن موضوع المساندة الاجتماعية للقول أنه يمكننا قياس درجة الاندماج الاجتماعي من خلال تحليل الشبكة الاجتماعية والتي تشير إلى العلاقة التي تربط الأفراد والمجموعات، وإن الخصائص الهيكلية للشبكة الاجتماعية هي من تصف الترابط الاجتماعي والأنماط المستقرة للعلاقات.



وعليه وكخلاصة عامة لتفسير هذه المقاربة ، فقد تم اختصار موضوع المساندة الاجتماعية في الانتماء إلى شبكة اجتماعية توفر كل أنواع الدعم والمساندة وممارسة الأدوار الاجتماعية في نهج تفاعلي تتولد عنه مشاعر ايجابية وروابط عاطفية مستقرة بين أفراد المجموعة والتي تعزز روح الانتماء والمشاركة ونتائج سلبية متعددة على الفرد والمجتمع في حالة وجود خلل أو انقطاع في هذه العلاقات أو بما يسمى بالعزلة الاجتماعية.

### 2.3 النموذج المعرفي :

إن تصور المساندة الاجتماعية من المنظور المعرفي مستمد من الدراسات التي تناولت الإجهاد المدرك أين تم التركيز على عملية التكيف العام مع الضغوط النفسية ودور المساندة الاجتماعية في هذه العملية مع التطرق إلى كل المتغيرات التي تؤثر وتتأثر بهذا المفهوم .

حيث ركز (Cassel,1974) على علاقة المساندة بظهور الأمراض وانتشارها، أين أوضح أن انقطاع الروابط المجدية الناتجة عن الظروف البيئية المجهدة تجعل الفرد في مواجهة مباشرة مع الظروف الاجتماعية المشوشة مما يولد القابلية السريعة للإصابة بالأمراض، كما أثبت أن للمساندة دور وقائي يظهر من خلال التخفيف من التأثيرات النفسية والجسدية للتجارب المجهدة .

كما أكد (Cassel,1976) مرة أخرى من خلال إحدى دراساته أن العمليات النفسية والاجتماعية تلعب دورا هاما في ظهور الأمراض وأن للمساندة الاجتماعية بصفة خاصة دور رئيسي فيما يتعلق بالاضطرابات المرتبطة بالتوتر.

أما (Caplan,1974) فركز على مصطلح نظام الدعم وأهمية التبادل الاجتماعي ومدة العلاقات الاجتماعية والتي لا تقتصر فقط على الأهل والأصدقاء ، بل تشمل مجموعات أخرى، حيث توفر هذه العلاقات الرفاهية للأفراد خاصة أثناء الأزمات والتحويلات الحياتية.

على خلاف ذلك فقد أختصر (Cobb,1976)المفهوم محل الدراسة في المساندة الاجتماعية المدركة والتي تساهم في تعديل الضغوطات عن طريق تفعيل استراتيجيات التكيف والمواجهة مؤكدا أن إدراك المساندة يؤدي وظيفتي إشباع الحاجات الاجتماعية والوقاية من الآثار السلبية للضغوطات النفسية.

واستنادا لما سبق ذكره ، يعتبر النموذج المعرفي أحد أهم النماذج التي أعطت صورة مغايرة لتناول متغير المساندة الاجتماعية أين تم الانتقال من التناول الفلسفي لهذا المفهوم إلى الدراسة التحليلية النفسية والتجريبية لهذا المحدد وربطه بعدة عمليات نفسية أخرى .

كما ركز النموذج المعرفي على متلازمة التكيف العام وعملية مواجهة الضغوطات والتي تجمع عمليات نفسية وفيزيولوجية متشعبة مكنت الباحثين من توضيح علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة والرفاهية ولكن هذه المرة من خلال التجارب والدراسات التحليلية والتي تولدت عنها نظريات مهمة أصبحت مرجعا أساسيا في جميع الأبحاث اللاحقة.

وبذلك يجب التنويه أن أغلب النظريات الحديثة قد اعتمدت بالدرجة الأولى على معظم النتائج التي توصل إليها التيار المعرفي خاصة في مجال ظهور الأمراض والاضطرابات النفسية وتطورها كما فتح المجال لتقديم نماذج تفسيرية لعلاقة المساندة الاجتماعية بمتغيرات أخرى.

### 3.3 مقارنة التفاعلات الشخصية :

أعتمد أصحاب هذه المقاربة لدراسة المساندة الاجتماعية على محور شبكة المساندة وطبيعة الموارد المستغلة في علاقة التبادل الاجتماعي ما بين متلقي الدعم (Recipient Of Support) ومقدم الدعم (Support Provider) وكذا اعتبار المساندة الاجتماعية مفهوم متعدد الأبعاد .

ومن هذا المنظور تمت دراسة مفهوم المساندة الاجتماعية من ثلاثة جوانب هي :

- الشبكة الاجتماعية (Social Network): والمتكونة من مجموعة من الأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم عند الحاجة .

- سلوكيات المساندة (Supportive Behaviors): والتي تشمل مواساة الشخص وتقديم النصائح وتبادل المعلومات .

- التقييم الذاتي للفرد للمساندة (Subjective Assessment Of Support): والذي يشير إلى تقييم نوعية المساندة المقدمة والتي تشتمل لسلوكيات المساندة والأهداف المنتظرة وكذا مستوى الرضا المحقق من الدعم المقدم والإشباع المحقق من الانتماء لهذه الشبكة (ruiller, 2008) .

وتفسيرا لذلك، اقترح كل من (Cohen & Syme, 1985) العديد من الجوانب المهمة في تصور المساندة المقدمة مثل الكفاية من سلوكيات الدعم المقدمة والسلوكيات المتوقعة من طرفي متلقي الدعم والأوقات المعينة لتلقي وقبول أنواع معينة من المساندة ومقارنة التصورات المتعلقة بهذه المساندة من كلا الطرفين و بعلاقة التبادل التي تجمعهما، بالإضافة إلى الجوانب السلبية لهذه العلاقة في حالة عدم المعاملة بالمثل .

وفي هذا الإطار، يتضح جليا أن هذه المقاربة قد ركزت على مفهوم الشبكة الاجتماعية ونوعية العلاقات بالإضافة إلى المساندة المتلقاة والمساندة المدركة .

وتظهر أهمية هذا الطرح من خلال الاعتماد على موضوع الانتماء إلى مجموعة، والذي يشير إلى العالم الذي ينتمي إليه الفرد ويقدم له مختلف أشكال الدعم دون الاهتمام بعدد الأشخاص الذين يكونون تلك المجموعة بقدر المساندة المتوفرة و درجة الإشباع والكفاية التي تقدمها للفرد المنتمي إليها وبذلك نتبنى فكرة ضرورة الانتماء إلى شبكة اجتماعية معينة لتحقيق الاستقرار النفسي والتشبع بقيم تلك المجموعة والتي تحدد أفكارنا، مواقفنا وسلوكياتنا المستقبلية، وهذا ما يعزز الفكرة الأساسية أن الإنسان كائن اجتماعي، قد يستطيع العيش خارج المجموعة ولكن تترتب عن هذه الوضعية آثار سلبية عديدة تمس بتوافقه النفسي والجسدي وتؤهله للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية وتبني سلوكيات غير مقبولة اجتماعيا.

#### 4. أبعاد المساندة الاجتماعية:

لقد أستعمل الباحثين المهتمين بدراسة أبعاد المساندة ، مصطلحات مختلفة للتعبير عن ثلاثة مفاهيم محورية وهي : شبكة المساندة وسلوكيات المساندة (المساندة المتلقاة ) والتقييم الذاتي للمساندة (المساندة المدركة ) والتي سبق التطرق إليها باختصار ضمن مقاربة التفاعلات الشخصية ومن خلال الجدول التالي سنتناول هذه الأبعاد وأكثر المصطلحات المستعملة من طرف أبرز الباحثين في هذا المجال، ثم نتطرق إليها بالتفصيل في الفقرة الموالية.

الجدول رقم 3: أبعاد المساندة الاجتماعية

المصطلح المستعمل	الباحثين	البعد
الاندماج الاجتماعي موارد شبكة المساندة شبكة المساندة	(Barrera,1986) (Franklin& Streeter,1992) (Vaux,1988,1992) (Pierce Sarason& Sarason,1996)	شبكة المساندة Support Network
المساندة الاجتماعية المتلقاة سلوكيات المساندة علاقات المساندة	(Barrera,1986) (Franklin& Streeter,1992) (Vaux,1988,1992) (Pierce Sarason& Sarason,1996)	سلوكات المساندة Supportive Behaviors
إدراك المساندة الاجتماعية تقدير المساندة إدراك المساندة الاجتماعية	(Barrera,1986) (Franklin& Streeter,1992) (Vaux,1988,1992) (Pierce Sarason& Sarason,1996)	التقييم الذاتي للمساندة Subjective Assessment Of Support

المصدر: (beauregard & dumont, 1996, p. 57)

#### 1.4 شبكة المساندة الاجتماعية (Social Support Network) :

تشير شبكة المساندة إلى عدد الأشخاص الذين يقدمون الدعم، أي الوصف الكمي لحجم المساندة وقد عرفها (Barrera,1981) على أنها تشير إلى عدد العلاقات الاجتماعية التي أنشأها الفرد مع الآخرين و تواتر الاتصال الاجتماعي الفعال مع هؤلاء و قوة هذه الروابط .

أما (Vaux,1988) فيرى أن شبكة المساندة هي مجموعة فرعية من الشبكة الاجتماعية والتي يمكن أن يلجأ إليها الفرد لتلقي الدعم ، وبذلك يمكن اعتبار هذا المفهوم هو المجموعة المشكلة من عدة أفراد وروابط مختلفة وهي المصدر الرئيسي لكل أنواع المساندة .

لكن (Bruchon-Schweitzer,2002) ترى أن شبكة المساندة هي البعد الهيكلي الذي يصف درجة اندماج الفرد داخل المجموعة التي ينتمي إليها أو عزلته، كما تضم مصادر الدعم وشبكة المساندة وكذا درجة الاندماج الاجتماعي والعوامل الأساسية لتشكيل شبكة المساندة الاجتماعية.

وبطبيعة الحال، فإن الحديث عن شبكة المساندة يفرض علينا التطرق إلى بنيتها وكذا نوعية العلاقات التي تربط المنتمين إليها، وبذلك يجب علينا تناول مفهوم آخر بالدراسة وهو الاندماج الاجتماعي والذي يرتبط بالشعور بالانتماء إلى المجموعة ومدى مشاركة الفرد في مجموعة واسعة من العلاقات الاجتماعية، وقد تم التطرق إليها بالشرح ضمن المقاربة الاجتماعية، كما تم تعريفه من طرف (Hartmann,2007) على أنه بناء متعدد الأبعاد، يشير إلى درجة الاندماج والمشاركة في المجتمع يضم محددات سلوكية تتعلق بالمشاركة النشطة في العلاقات الاجتماعية وأخرى معرفية والتي تمثل التوافق مع الأدوار الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق، فإن درجة الاندماج الاجتماعي تتعلق بدرجة ارتباط الشخص بالمجتمع الذي ينتمي إليه، ويتضح ذلك من خلال ممارسته للأدوار الاجتماعية والانخراط في العلاقات الإيجابية والمثمرة والتي تعزز لديه الشعور بالانتماء وتحقق لديه الإشباع والرضا وتجنب العزلة والنفور من المجتمع.

وفي هذا المجال، فقد أكد (Thoits,1983) أن هوية الفرد تتشكل من خلال الأدوار التي يمارسها في إطار السياقات الاجتماعية، وهذه الوضعية ترتبط ارتباطا إيجابيا بالصحة والرفاهية .

وبذلك، فإن المشاركة الفعالة في المجتمع تظهر على شكل عملية تفاعل إيجابي تربط ما بين أفراد المجموعة، مما يعزز الشعور بالانتماء والتحفيز على ممارسة الأدوار والعلاقات المثمرة ، أين ينعكس هذا السياق النشط بصفة إيجابية على صحة وتوافق الأفراد.

#### 2.4 المساندة المتلقاة (Received Support) :

وهي تشير إلى الدعم الذي يتلقاه الفرد من المحيطين به ويتعلق الأمر بمساندة نشطة عبارة عن سلوكيات وأفعال تعبر عن المساعدة وقد عرفها (Barerra,1981) على أنها مجموعة الأفعال والسلوكيات التي توفر المساندة للأشخاص .

أما (Tardy,1985) فيرى أن هذا المفهوم يشير إلى "الاستخدام الحالي لموارد المساندة الاجتماعية المتاحة" (p. 187).

إلا أن الكثير من الدراسات تستند في هذا المجال على دراسة (House,1981) والتي أستطاع من خلالها إعطاء تعريف موسع لمفهوم المساندة الاجتماعية مع تحديد أنواعها، حيث توصل للقول أن المساندة الاجتماعية هي معاملة بين الأشخاص تشمل بعدا أو أكثر من الأبعاد التالية:

- الاهتمام العاطفي ( الحب، الصداقة، التعاطف ).
- الدعم المادي ( الخدمات، الأغراض المادية ).
- الدعم المعلوماتي ( معلومات أو نصائح حول المحيط )
- دعم التقدير ( احترام وتقدير الشخص ).

وقد أكد ذلك (Rodriguez &Cohen,1998) والذان عرفا المساندة الاجتماعية المتلقاة على أنها تتعلق بالدعم المعلوماتي والذي يهدف إلى مساعدة الفرد على مواجهة الصعوبات ويكون على شكل توصيات أو مشاورة لآجل معالجة مشكل، الدعم المادي وهو تقديم دعم فعال على شكل مساعدة مالية أو المساعدة في المهام الحياتية وكذا الدعم العاطفي الذي ينطوي على التعبير عن التعاطف والاهتمام بالآخر وغرس الاطمئنان الثقة وهذا ما يسمح بالتعبير عن المشاعر والتفريغ العاطفي.

واستخلاصا لما سبق ذكره، يتضح لنا أن المساندة المتلقاة هي عبارة عن سلوكيات ومواقف تجمع ما بين تقديم النصائح والتوصيات لمواجهة كل ظروف الحياة وأفعال مادية تنطوي على مساعدة الآخر في القيام بالأعمال والمهام المكلف بها أو تدعيمه بالوسائل المادية أو الأموال وفي الأخير مجموعة المشاعر الايجابية المتعلقة بالمساندة العاطفية والتي تظهر من خلال التعاطف و المؤازرة والتي من شأنها أن تساهم في الشعور بالراحة والاستقرار وتعزز تقدير الذات والإصرار على النجاح وتخطي كل صعوبات الحياة بفعالية، كما تسمح للأفراد من تبني سلوكيات معتدلة بفضل الخبرة والدعم المتلقي وكذا مشاعر الحب والاحترام التي تولد علاقات جيدة.

## 3.4 المساندة الاجتماعية المدركة (perceived support):

يشير هذا النوع من المساندة إلى التقدير الذاتي والتقييم المعرفي للمساندة المتلقاة من المحيط والتي تحقق للفرد الإشباع لرغباته واحتياجاته وتطلعاته وقد عرفها (Barerra, 1981) على أنها تتولد عن التقييم المعرفي للشخص للمساندة التي يطمح أن يتلقاها من طرف الآخرين .

وفي هذا الإطار، أوضح (Vaux, 1988) أن المساندة المدركة هي مؤشر على تقدير الدعم المقدم والذي يأخذ أشكالاً مختلفة، مثل التوافر والرضا وشعور الفرد أنه محل اهتمام واحترام من طرف الآخرين .

وقد توصل فريق من الباحثين للقول أن المساندة الاجتماعية المدركة تضم بعد التوافر (Availability) والذي يشير إلى تقدير الفرد لعدد الأشخاص الذين يمكنهم تقديم المساعدة ودرجة الرضا (satisfaction) وهي الكفاية التي يراها الفرد من الدعم الذي يتلقاه ويتوافق مع توقعاته واحتياجاته (sarason, levine, basham, & sarason, 1983).

وفي هذا المجال، أكد بعض المختصين أن الجانب المفيد للدعم الاجتماعي لا يرتبط بطبيعته العاطفية أو المادية أو المعلوماتية فحسب، بل يعتمد أيضا على أصله الاجتماعي ، مثل المحيط المباشر واليومي للشخص (أفراد الأسرة ، الأصدقاء ، زملاء العمل) أو الأشخاص أو المجموعات المتخصصة في المساعدة الاجتماعية والطبية والنفسية والأكثر من ذلك فإن تقييم الفرد للمساندة الممنوحة له هو من يساهم بفعالية في مواجهة الأحداث المجهدة (rascle & irachabal, 2001) .

ومن هنا نستنتج، أن إدراك المساندة المقدمة والذي يضم توافر أشخاص يقدمون كل أنواع الدعم الذي يتوافق مع التطلعات و درجة الرضا عن نوعية هذه المساندة هما البعدين المهمين والذان لهما دور كبير في تعزيز الموارد الفردية والقدرة على التعامل مع مختلف الوضعيات بفعالية، وهذا ما يؤكد أن سلوكيات المساندة لا تؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد بإيجابية، بل كيفية إدراكها هي من تشكل المحدد الرئيسي لتحقيق الإشباع من هذا الدعم.

ولا مناص من القول أن الانتماء إلى عدة مجموعات أو شبكات اجتماعية على غرار الأسرة والأصدقاء والزملاء في العمل توفر لنا كل أنواع الدعم، ولكن لا تساهم أحيانا في تحقيق الرضا بسبب عدم إدراكها من طرف متلقي الدعم أو تقييمها بالصفة التي لا تحقق الطموح، وبذلك فإن المساندة الاجتماعية المدركة هي إدراك توافر أشخاص يقدمون المساندة ودرجة الرضا المحققة من ذلك والتي يجب أن تتوافق مع تطلعات الأفراد.

## 5. علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة :

تلعب المساندة الاجتماعية دوراً مهماً وفعالاً في خفض الضغوطات والتقليل من أثارها السلبية على صحة الأفراد ورفاهيتهم، وعن علاقة المساندة بالصحة فقد تم اقتراح عدة نماذج لتفسير عملية التأثير والتأثر التي تربط بين هذين المفهومين والتي سوف نتطرق إليها فيما يلي:

## 5.1 نموذج الأثر المباشر (The Main Effect Model):

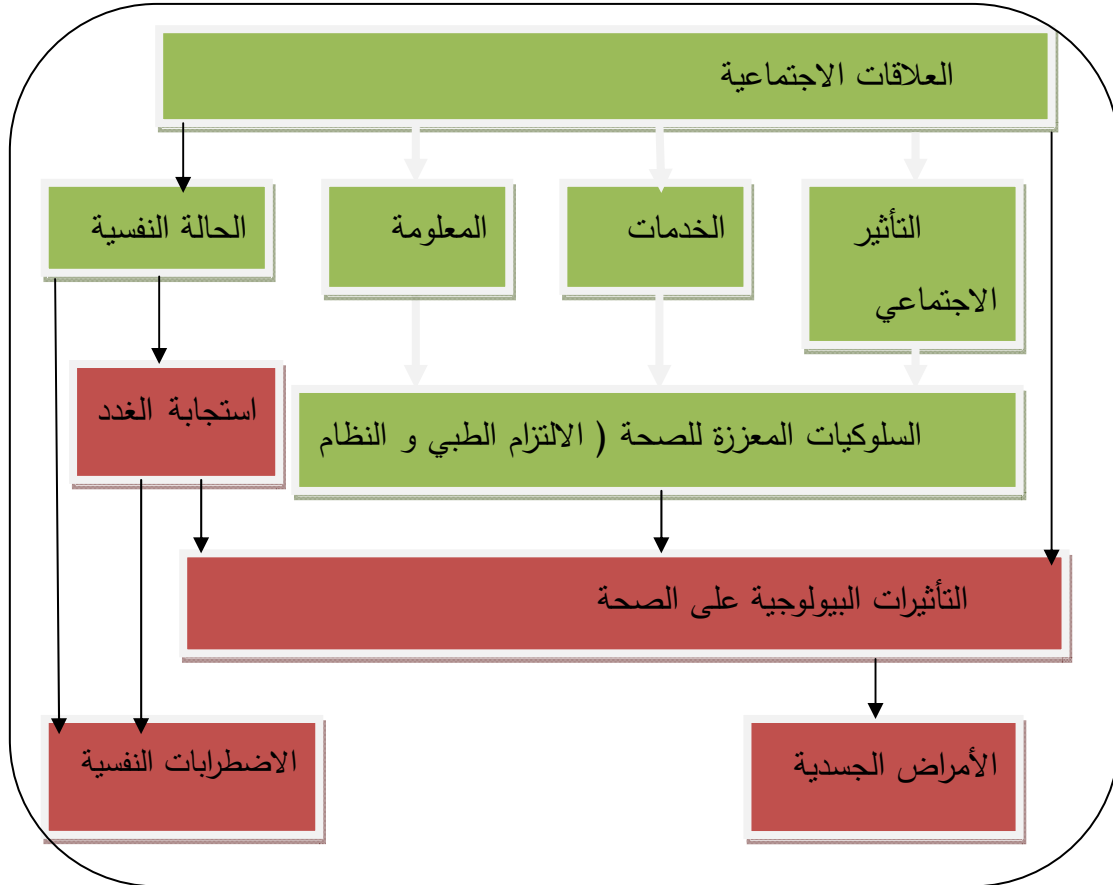
يوضح هذا النموذج أن للمساندة الاجتماعية دور أساسي في رفاهية الأفراد عامة والحفاظ على صحتهم مهما تكون مستويات الضغوط التي يواجهونها، وذلك من خلال إدراك الأشخاص للمساندة الممنوحة إليهم في حالة الضغوط أو بمجرد الانتماء إلى شبكة اجتماعية والتي من شأنها توليد شعور إيجابي ومستوى مرتفع من تقدير الذات ودرجة عالية من التحكم في الوضعيات المجهددة المواجهة (Cohen & Syme, 1985).

وفضلاً على ذلك، فقد أثبتت الكثير من الأبحاث على أن الانتماء إلى شبكة اجتماعية يمكنه توفير الاستقرار للأفراد في ممارسة أدوارهم وتزويدهم بالتجارب الإيجابية والخبرة لتفادي الفشل في مواجهة أحداث الحياة والآثار السلبية للضغوطات النفسية .

في نفس السياق، فإن الانتماء إلى شبكة اجتماعية يعزز تبني الأفراد لسلوكيات متوازنة وصحية، ويوفر الاندماج الاجتماعي مجموعة من المشاعر الإيجابية على غرار السكينة والاستقرار كما تدعم المجموعة الأفراد بكثير من المعلومات والخبرات السابقة التي تدفع بهم إلى تجنب المواقف المسببة لضيق والتوتر (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2001).

استناداً لما سبق ذكره ، يتضح لنا أن معظم المختصين الذين تناولوا وأيدوا نموذج الأثر المباشر للمساندة الاجتماعية على الضغوطات النفسية قد اختصروا هذا المفهوم في محددتين وهما الشبكة الاجتماعية ونوعية العلاقات الاجتماعية التي تربط ما بين أفراد هذه الشبكة ، حيث أن الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة يولد مجموعة من المشاعر الإيجابية والتي تحفز على تبني سلوكيات صحية وكذا تعزز بعض المحددات الفردية التي تساهم في عملية مواجهة الوضعيات المجهددة بنجاح .

ورغم ما قدمه هذا النموذج من شرح لماهية الموضوع المعالج، إلا أننا نؤكد على محدودية هذا الطرح وافتقاره إلى التفسيرات المعمقة للعلاقة المتشعبة التي تربط المساندة الاجتماعية بالصحة والتي تم حصرها في بعدين فقط وإهمال المتغيرات المهمة الأخرى .



الشكل رقم 6 : نموذج الأثر المباشر

المصدر: (cohen, gottlieb, &amp; underwood, 2001, p. 12)

### 2.5 نموذج الأثر الغير مباشر (buffering model) :

حسب هذا النموذج، فإن المساندة الاجتماعية تعمل كمتغير معدل يحمي الأفراد من الآثار السلبية للضغوط، كما تمكن الأفراد من تعزيز قدرتهم على مواجهة مختلف الوضعيات المرهقة، حيث تظهر علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة من خلال عدة أوجه .

في هذا الإطار فإن المساندة الاجتماعية المدركة والتي تجمع ما بين وجود أشخاص يوفررون كل أنواع الدعم والرضا عن المساندة المتاحة تشكل أحد الموارد الهامة التي تساهم في تسيير المطالب المتعلقة بالوضعيات المجهدة، والتي يتم إدراكها على أنها أقل أجهادا (thoits, 1986).

ومن هذا المنطلق، يركز هذا النموذج على دور المساندة الاجتماعية المدركة في التقييم المعرفي للوضعيات المواجهة والتي تساهم بالقدر الأكبر في إدراك الوضعيات على أنها أقل أجهادا أو على أنها تحدي يجب مواجهته بنجاح ، وهذا ما أثبتته الكثير من النماذج المفسرة للضغوطات المهنية والتي أثبتت دور المساندة الاجتماعية المدركة في عملية التكيف العام مع الوضعيات المجهدة.



في نفس السياق ، تعمل المساندة الاجتماعية المدركة على خفض الضغوطات والوقاية من أثارها السلبية، كما تساهم في التخفيف من نشاط الجهاز العصبي والهرموني وبذلك تعديل ردود الأفعال النفسية و الفيزيولوجية وتدفع الأشخاص إلى تغيير الأفكار التي تؤدي إلى سلوكيات غير متكيفة، ليتم في الأخير إصدار استجابات وردود أفعال معتدلة والعودة مجددا إلى الانسجام والتكيف (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2001).

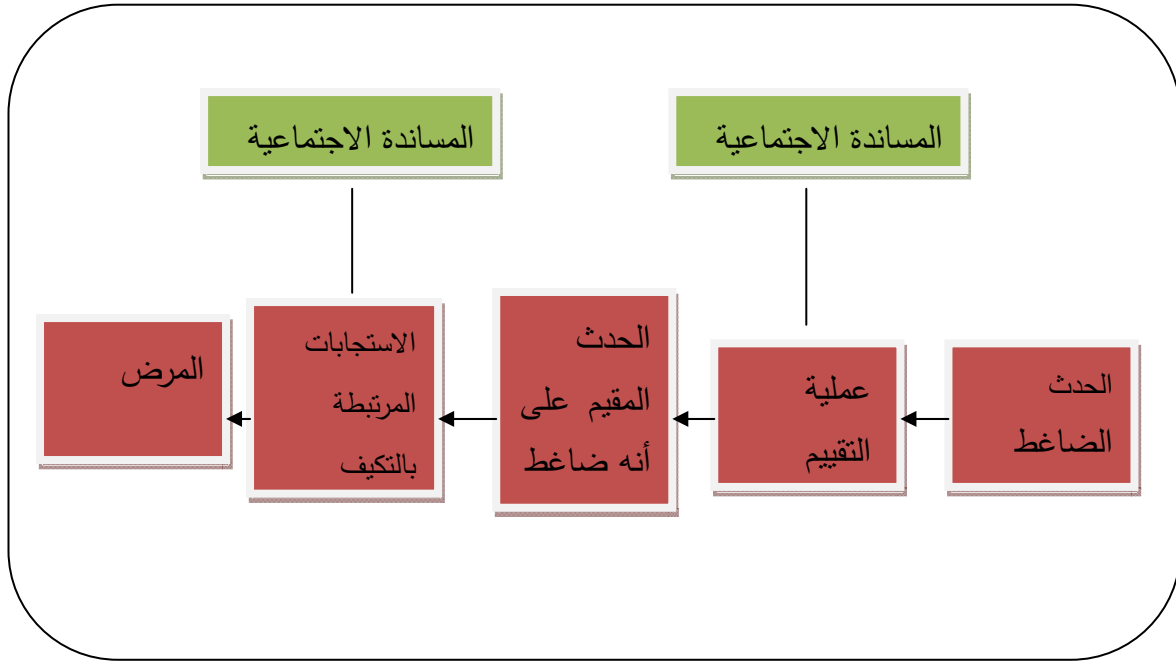
وقد أكد (House, 1981) هذه النتائج حيث توصل للقول أن للمساندة الاجتماعية دورين مهمين في عملية التكيف العام مع الضغوطات و ذلك على النحو التالي :

- تساهم المساندة الاجتماعية في عملية التقييم المعرفي للوضعية، ليتم إدراكها على أنها غير مجهددة ويمكن مواجهتها من خلال تعزيز أساليب المواجهة الفعالة.
- تساهم المساندة الاجتماعية في تعديل ردود الأفعال النفسية والسلوكية والمظاهر البيولوجية التي تؤدي إلى ظهور الأمراض والاضطرابات النفسية.

وفي هذا الإطار وبعد التطرق إلى هذا النموذج ، يتضح لنا أن للمساندة الاجتماعية المدركة دور كبير في عملية التكيف مع الضغوطات، فهي تشكل أحد الموارد التي تساهم في التقييم المعرفي للوضعية وإدراكها على أنها غير مجهددة مما يعزز أساليب التكيف ويتوج بإصدار إستراتيجية مواجهة فعالة .

في نفس الصدد ، فقد أكد هذا الاتجاه أن إدراك المساندة له دور كبير ومهم أيضا في التخفيف من نشاط الجهاز العصبي والهرموني، ليتم في الأخير إصدار انفعالات وسلوكيات معتدلة كما تعمل المساندة الاجتماعية المدركة على الوقاية من الآثار السلبية للضغوطات النفسية على صحة ورفاهية الأفراد .

ولذلك ينبغي الإشادة بما قدمه هذا النموذج من شرح وافي حول علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بالصحة، والذي أكد أن إدراك المساندة هو العامل الرئيسي الذي يؤثر بإيجابية على التقييم المعرفي للوضعية المجهددة ويعدل عمل الجهاز العصبي والهرموني مما يؤدي في الأخير إلى إصدار إستراتيجية المواجهة المناسبة لكل وضعية، كما أوضح هذا النموذج دور المساندة الاجتماعية في جميع مراحل متلازمة التكيف العام والذي يدعم طرحنا في هذه الدراسة والتي افترضنا من خلالها أن للمساندة الاجتماعية أدوار جد مهمة في عملية التعامل مع الضغوطات وهي المحفز والمعزز الرئيسي للقدرات الفردية المساهمة في التحكم في الوضعيات و إدارتها بالكيفية المثلى.



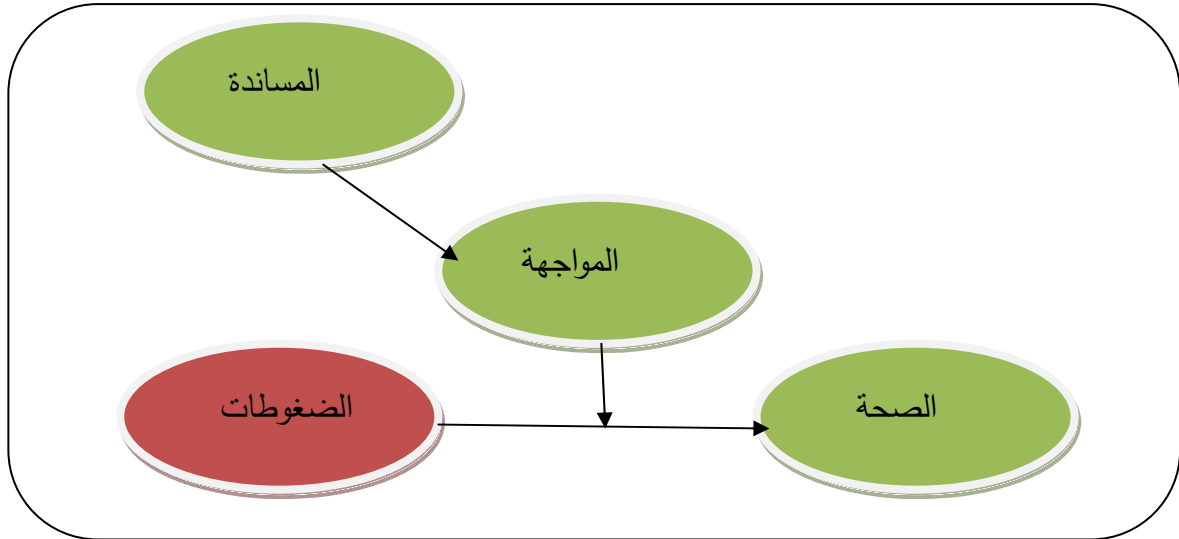
الشكل رقم 7: نموذج الأثر الغير مباشر

المصدر: (Cohen & Wills, 1985, p. 313)

### 3.5 نموذج الضغط و المواجهة :

تتوافق المحاور الأساسية لهذا النموذج مع نموذج الأثر الغير المباشر من خلال اعتماد دور المساندة الاجتماعية في تعزيز الصحة والرفاهية وتحفيز المواجهة من أجل التكيف مع الضغوطات وكذا التقليل من أثارها السلبية على الصحة النفسية والجسدية للأفراد، لكن أعطى رؤية جديدة لهذا الاتجاه من خلال الفصل بين دور المساندة الاجتماعية المتلقاة أي سلوكيات المساندة والمساندة الاجتماعية المدركة.

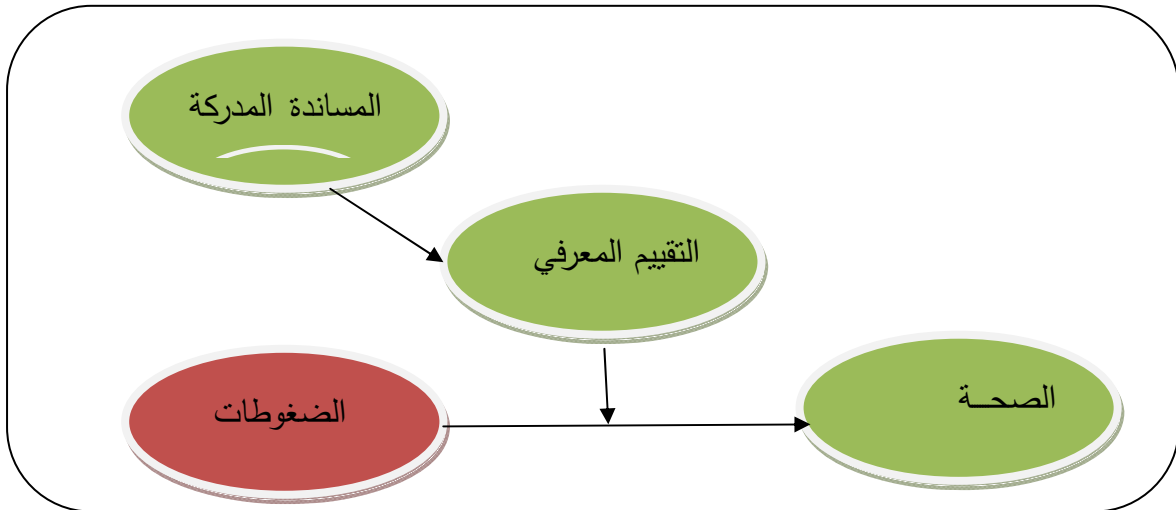
حيث توصل كل من (Cohen & Macky, 1984) بعد عدة دراسات أن للمساندة الاجتماعية دور كبير في تعزيز أساليب التكيف والمواجهة وخفض الآثار السلبية للضغوطات، كما نوه إلى ضرورة توافق نوعية المساندة المطلوبة مع الدعم المتوفر لتحقيق هذه المعادلة، مضيفاً أن المحاور الفاعلة للمساندة الاجتماعية تضم الدعم الملموس والدعم العاطفي وكذا نوعية العلاقات الشخصية . وقد تم تأكيد هذا الطرح من قبل كل من (Lakey & Cohen, 2000) واللدان أوضاً أن المساندة الاجتماعية المتلقاة والمتمثلة في كل أنواع الدعم أو السلوكيات الداعمة تساهم في عملية مواجهة وإدارة الضغوط بفعالية وتقلل من أثارها على صحة ورفاهية الأفراد، مع الإشارة إلى الدور الرئيسي لهذا المحدد في مجال تسيير الضغوطات خاصة في اختيار إستراتيجية المواجهة .



الشكل رقم 8: نموذج الضغط و المواجهة (المواجهة المتلقاة)

المصدر: (lakey &amp; cohen, 2000, p. 31)

في نفس الإطار، فإن إدراك المساندة والتي تعني الشعور بتواجد أشخاص قادرين على توفير كل أنواع الدعم يؤثر على التقييم المعرفي للوضعية المجهدة ويقلل من نتائجها السلبية على صحة ورفاهية الأشخاص (lakey & cohen, 2000).



الشكل رقم 9: نموذج الضغط و المواجهة (المساندة المدركة)

المصدر: (lakey &amp; cohen, 2000, p. 32)

واستنادا لما سبق ذكره يتضح جليا أن فعالية المساندة الاجتماعية ترتبط بتوافر سلوكيات داعمة تحقق الإشباع وتتوافق مع الحاجة وتطلعات الأفراد، بالإضافة إلى إدراك هذه المساندة من طرف متلقي الدعم، مما يحفزه على المواجهة الفعالة للوضعية المجهدة من خلال تعزيز بعض القدرات الفردية والتي تساهم بقدر كبير في عملية التقييم الصحيح للوضعية وإدارتها بالكيفية المثلى.

حيث أوضح (Rodriguez & Al, 1998) أن المساندة الاجتماعية المدركة تلعب دور الوسيط بين الحدث المجهد والاستجابات النفسية والسلوكية المترتبة عن مواجهة هذه الوضعية من خلال دورها في عملية التقييم المعرفي، والتي تضم تقدير الوضعية وإدراك الموارد الفردية والاجتماعية المتوفرة لتعزيز إستراتيجية المواجهة والتقليل من الآثار السلبية المترتبة عن هذه العملية.

#### 4.5 نموذج الإدراك الاجتماعي :

تشتق الأفكار الرئيسية لهذا النموذج من الدراسات التي قام بها (James, 1890) و (Mead, 1934) حول مفهوم الذات واعتباره مركب اجتماعي، يتأثر بآراء وتقييم الآخرين ويرتبط بالأعراف والأدوار الاجتماعية ويتطور ضمن السياقات الاجتماعية .

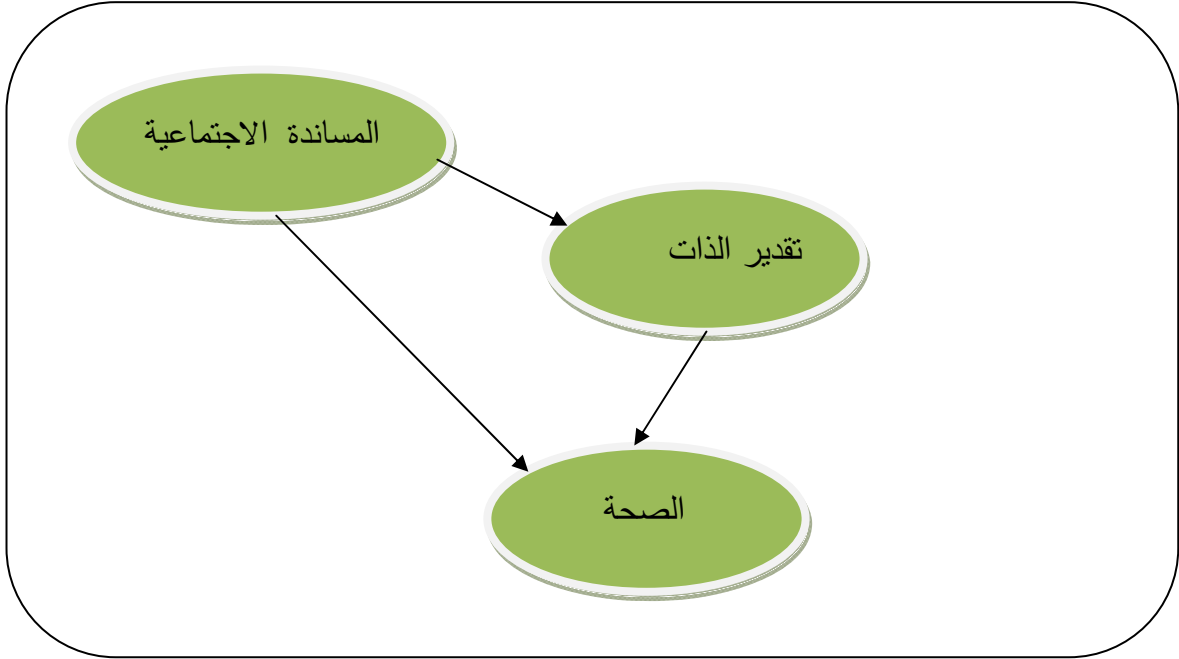
حيث أوضح (Baldwin & Holms, 1987) أن الذات هو بناء اجتماعي، ويستمد الشعور بالذات من العلاقة مع الآخرين، كما لآرائهم دور أساسي في تكوين الذات وتطويرها وتحديد قيم ومعتقدات وسلوكيات وانفعالات الأشخاص، وبذلك فإن التصورات المعرفية للعلاقات الاجتماعية تؤثر أيضا على التقييم الذاتي لأفراد .

ومن هذا المنطلق، فإن المنظور المعرفي الاجتماعي يعتمد على المساندة الاجتماعية المدركة فباشرة بعد تكوين وتطوير الأفراد معتقدات ثابتة بتوفر الدعم، يتم تبني أفكار وسلوكيات مرتبطة بهذه المعتقدات خاصة لدى الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساندة مقارنة بنظرائهم الذين يتمتعون بمستويات أقل (baldwin, 1992).

كما يجب التنويه إلى اعتماد هذا الاتجاه على النماذج المعرفية للاضطرابات النفسية، حيث أوضح (baldwin & sinclair, 1996) أن الأفكار السلبية المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية تؤدي إلى ظهور أفكار سلبية تتعلق بالذات، فتحفز بذلك ظهور الاضطرابات النفسية، في المقابل فإن المساندة الاجتماعية المدركة تعزز تقدير الذات وتحافظ على صحة ورفاهية الأفراد .

وبناء على ذلك، فإن هذا الاتجاه يؤكد على فكرة دور المساندة الاجتماعية المدركة في تعزيز تقدير الذات وهو أحد الموارد الفردية التي تشير إلى الإيمان بالقدرة على المواجهة الفعالة والتحكم في تسيير جميع الوضعيات والإصرار على النجاح وتجنب الفشل والدافع الأساسي للانفعالات والسلوكيات المتكيفة و المعتدلة.

حيث حاول هذا الاتجاه الربط بين المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات بصفته متغير وليد العلاقات الاجتماعية ، يظهر و يتطور ويتم تعزيزه من خلال العلاقات الاجتماعية المثمرة.



الشكل رقم 10: نموذج الإدراك الاجتماعي.

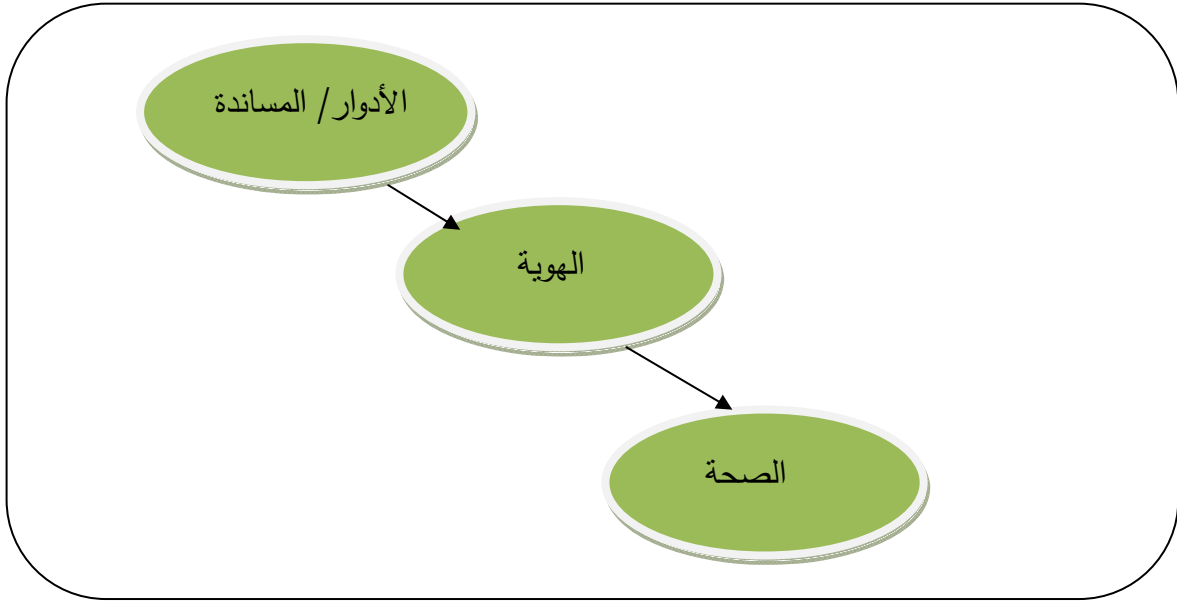
المصدر: (Lakey & Cohen, 2000, p. 37)

### 5.5 النموذج التفاعلي الرمزي :

يعتبر التيار التفاعلي الرمزي أحد النماذج التي ركزت على أهمية العلاقات الاجتماعية في تعزيز الصحة، حيث أهتم هذا الاتجاه بدراسة تنظيم التفاعل الاجتماعي بدل المساندة الاجتماعية . أين أثبت (Stryker,1980) بعد عدة الدراسات، أن هوية الأشخاص مشتقة من الأدوار التي يمارسونها ضمن السياق الاجتماعي، وأن أداء هذه الأدوار يحقق التفاعل الاجتماعي ويوحد الأهداف والتطلعات ويعزز الشعور بالهوية، وبذلك يعتمد تقييم الذات على أداء الأدوار ضمن التفاعلات الاجتماعية.

وجدير بالذكر، أن هذا الاتجاه قد تبنى أراء (Mead,1934) والتي مفادها أن الأشخاص يحرصون على إصدار سلوكيات ومواقف تتوافق مع المعايير التي تتبناها المجموعة التي ينتمون إليها فالنقد الذاتي أصله اجتماعي، والذي يحدد السلوك الفردي النابع في الأصل من السلوك الجماعي الذي له دور محوري في إنتاج المعايير التي يتولد منها السلوك البشري عامة .

خلاصة القول، فإن هذا الاتجاه قد أوضح أن هوية الإنسان تشتق من التفاعل داخل المجتمع الذي ينتمي إليه فيحرص على تبنى سلوكيات لا تتعارض مع مبادئ تلك المجموعة وتتوافق أيضا مع أدواره داخل تلك المنظومة .



الشكل رقم 11: النموذج التفاعلي الرمزي  
المصدر: (lakey & cohen, 2000, p. 40)

### 6.5 نموذج العلاقات الاجتماعية :

يعتمد هذا النموذج على مبادئ نظرية التعلق (Bowlby,1969) والتي تفترض الارتباط العاطفي للإنسان بنموذج من الأنظمة السلوكية والتي تشكلت في الصغر وتتحكم في توجهاته ومواقفه مستقبلاً كما يهتم هذا الاتجاه أيضاً بدور العلاقات الشخصية في الحفاظ على الصحة والرفاهية، حيث تعزز العلاقات المثمرة والايجابية أساليب التكيف مع الضغوطات النفسية، وبذلك فإن أي اختلال قد يصيب هذه العلاقات يؤدي بالأشخاص إلى العزلة والوحدة والقابلية للإصابة بالأمراض النفسية والجسدية وقد تم التركيز على مجموعة من الأبعاد وهي الصداقة والعلاقة الحميمة بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية وقلة الصراعات.

وفي هذا المجال، فإن الصداقة أو الصحبة (Companionship) هي العلاقات التي تنشأ بين شخصين أو أكثر، يستطيع الأفراد من خلالها التشارك في المواقف والاتجاهات والسلوكيات الايجابية وإن الشعور بالانتماء إلى تلك المجموعة يولد الإحساس بالمسؤولية والولاء الذي ينطوي على عدم مخالفة قيم ومبادئ المجموعة بالضرورة، وبذلك فإن الصحبة هي مورد هام للمشاعر الايجابية.

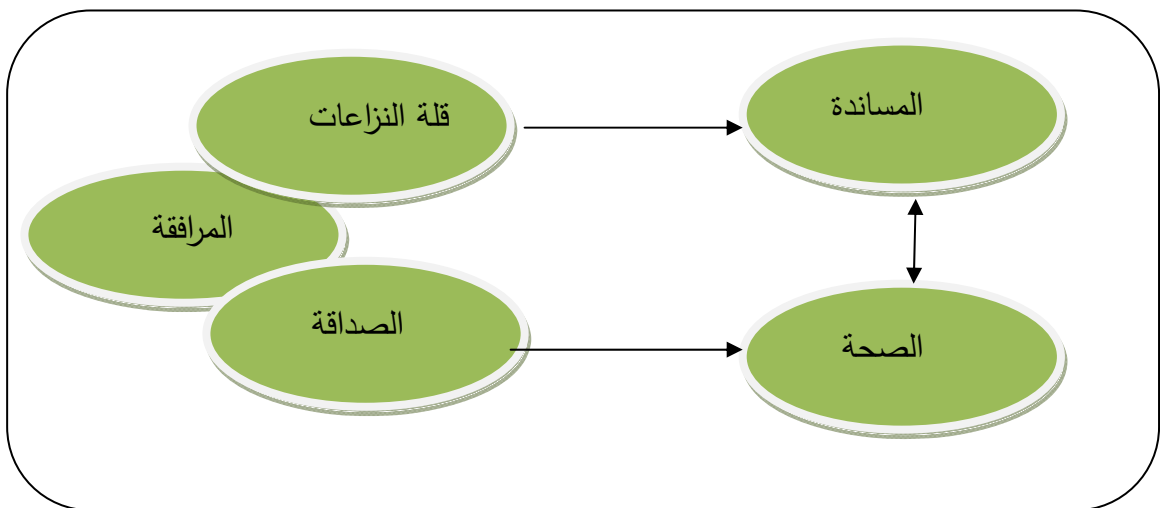
وقد عرفت (Rook,1987) الصحبة أو الصداقة على أنها التشارك والمساهمة في بعض الأنشطة الترفيهية من أجل تحقيق المتعة والإشباع النفسي عامة، وللصحبة دور مهم في كسر العزلة الاجتماعية وتحقيق الرضا عن العلاقات المتوفرة .

أما العلاقات الحميمة (Intimacy)، فهي العلاقات التي تحقق الإشباع العاطفي للأفراد المقدم من طرف المجموعة التي ينتمون إليها، وقد عرفها (Barnes & Strenberg, 1997) على أنها تشير إلى المشاعر الايجابية التي تربط بين الأشخاص والمفعمة بالحب والتفهم والتي تدفع بهم إلى الاعتزاز بالانتماء إلى تلك المجموعة.

في نفس السياق، تشير النزاعات الاجتماعية (Social Conflict) إلى التضارب الحاصل في الآراء ووجهات النظر المختلفة بين الأفراد وكذا النقد اللاذع الذي يسبب الخلافات ، ولقد اثبت بعض المختصين أن الصراعات الاجتماعية هي المؤشر الحقيقي للصحة وليس المساندة الاجتماعية المدركة (lakey & cohen, 2000).

وتماشيا مع تم ذكره ، فقد أكد مجموعة من المختصين على أهمية العلاقات الاجتماعية المثمرة والايجابية على غرار الصداقة والحميمية وقلة النزاعات ودورها الفعال والايجابي في تعزيز الصحة وتقدير الذات (lakey, tardiff, & drew, 1994).

وعليه يمكن القول أن هذا النموذج قد اهتم بمجموعة من المفاهيم الجديدة حول المساندة وأعتبر الصراعات والنزاعات الاجتماعية هي المؤشر الحقيقي للصحة ، وبطبيعة الحال فان هذه المحددات تدفع بالأشخاص إلى النفور من تلك المجموعة والتي يجب أن توفر للأفراد المنتمين إليها الحب والاحترام والتقدير والتشارك في جميع النشاطات مع ممارسة علاقات ايجابية بالإضافة طبعا إلى الابتعاد عن الخلافات.



الشكل رقم 12: نموذج العلاقات الاجتماعية

المصدر: (lakey & cohen, 2000, p. 44)

## 6. مصادر المساندة الاجتماعية :

يشير هذا المفهوم إلى الأشخاص الذين يقدمون الدعم والذين يمكن حصرهم في الأسرة الأصدقاء والزملاء في العمل بالإضافة إلى بعض المجموعات الداعمة مثل المؤسسات والمنظمات والجمعيات .

وفي هذا المجال أوضح (Weiss,1974) أن الأشخاص يحافظون على علاقاتهم مع الآخر من أجل إشباع حاجياتهم المختلفة، كما أضاف أن هذا الإشباع قد يحتاج أحيانا نوع من العلاقات الخاصة، أين قام بتحديد هذه الاحتياجات وأنواع العلاقات التي تحققها، بالإضافة إلى النتائج والآثار النفسية التي تترتب على انعدام هذه المساندة ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم 04 : مصادر المساندة الاجتماعية حسب نظرية (weiss,1974)

الأبعاد	الوصف	نوعية العلاقة	النتائج النفسية في حالة انعدام الدعم
التعلق Attachment	الشعور بالراحة والأمان	العلاقة الزوجية والرومانسية	الشعور بالقلق والوحدة
الاندماج الاجتماعي SocialInegration	اقتسام الخبرة والتجارب	الأشخاص ذوي المصالح المشتركة	الشعور بالحزن وصعوبة الحياة
الاطمئنان على القيمة ReassuranceOf Worth	الاطمئنان على كفاءته في أداء الأدوار الاجتماعية	أفراد الأسرة الزملاء في العمل	-
علاقة الارتباط Reliable Assurance	المساعدة حتى في غياب التبادل	الوالدين والأقارب	الشعور بالضعف الإهمال
التوجيه Guidance	المساندة لحل المشاكل ومواجهة الوضعيات المجهدة	الأشخاص محل ثقة	-

المصدر: (hartmann, 2007, p. 38)

ومما لا شك فيه، فإن الإنسان يحتاج إلى الانتماء إلى بيئة توفر كل أنواع الدعم ، حيث تلعب المساندة أدوار مهمة في حياة الأفراد والتي تتعدى المشاعر الايجابية بل تشكل المحفز الرئيسي للشعور بالكفاءة والقيمة والقدرة على مواجهة كل ظروف الحياة.



## 7. العلاقات الاجتماعية السلبية :

لقد حاول بعض المختصين دراسة العلاقات الاجتماعية لما لها من آثار مختلفة على التوازن النفسي والاجتماعي للأفراد، حيث أنصب اهتمام البعض على نوعية العلاقات التي تربط ما بين الأفراد مثل العلاقات الاجتماعية السلبية أو ما أُصطلح على تسميتها أيضا بالنزاعات الاجتماعية حيث يشير هذا المفهوم إلى التوتر في العلاقات وعدم انتظامها بفعل عوامل مختلفة، أين أقترح البعض تصميم اختبارات لقياس النزاعات الاجتماعية من أجل الفهم الجيد لدور العلاقات الاجتماعية الايجابية والسلبية في حياة الأفراد .

وفي هذا الصدد، أوضح (Lincoln,2000) أن العلاقات الاجتماعية السلبية تشمل النزاعات الاجتماعية والضغطات النابعة من الأشخاص والشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الأفراد بما في ذلك التفاعلات المحببة وغياب التبادل الاجتماعي والعلاقات الغير مرغوب فيها.

في نفس المجال أضاف (Cohen,2004) أن الشعور بالإحباط والعزلة كنتيجة للنزاعات الشخصية والعلاقات الاجتماعية السلبية من شأنه توليد المزيد من الضغوط النفسية والتي تؤثر سلبا على الأشخاص والمجموعة .

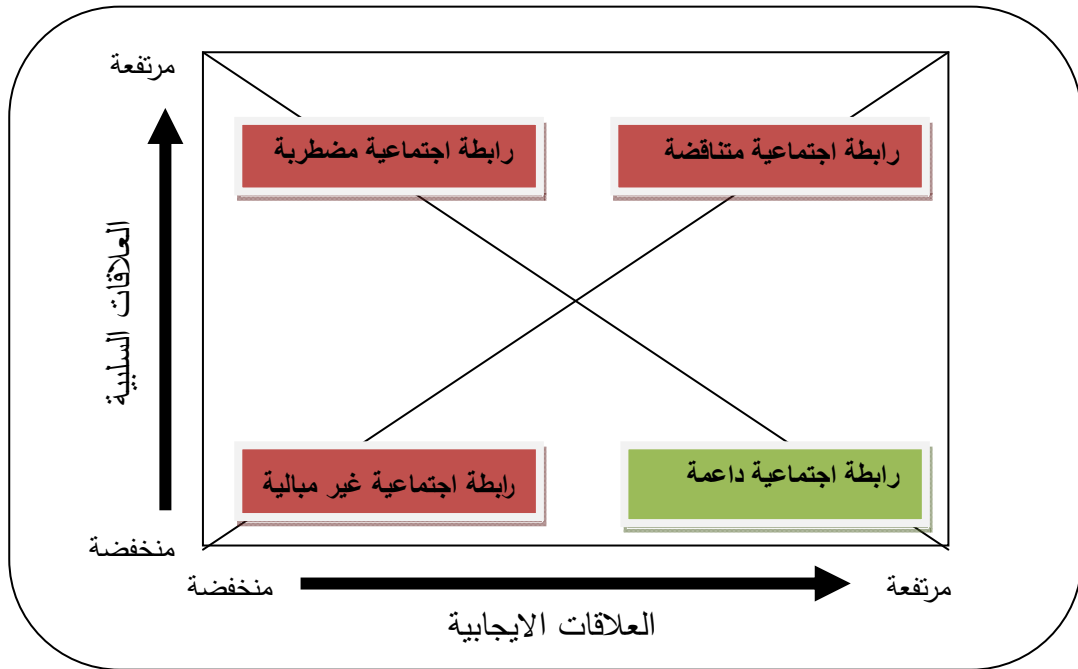
وبطبيعة الحال فان العلاقات السلبية تؤثر على المساندة المقدمة للأفراد وكذا على توازن المجموعة مما يخلق توتر في العلاقات وعدم الشعور بالراحة وانخفاض في الشعور بالانتماء فيتولد عن هذه الوضعية الشك والارتياح وعدم الإحساس بالرضا والكفاية عن الدعم المقدم لينتهي المطاف بالعزلة التي فرضت على أفراد المجموعة كاستجابة دفاعية عن الضغوطات النابعة من الخلافات والنزاعات المستمرة .

كما أكد (Caron & Guay,2005) أن العلاقات الايجابية تستطيع خفض التأثيرات السلبية للوضعية المجهدة على صحة الأشخاص ورفاهيتهم، فيما تستطيع العلاقات الاجتماعية السلبية أن تكون أحد العوامل الرئيسية التي تؤدي للاضطرابات النفسية والجسدية.

وبناء على ذلك، يتضح جليا أن وجود أي اختلال في العلاقات داخل المجموعة التي ينتمي إليها الفرد أو ما يتوافق مع وجود علاقات سلبية وصراعات علائقية يتحول مباشرة إلى مصدر من مصادر الضغوط النفسية ويؤدي إلى اعتلال نفسي وجسدي، وهذا ما يؤكد دور الشبكة الاجتماعية والاندماج الاجتماعي في حياة الأفراد والذي سبق التطرق إليه في هذا الفصل، مع الإشارة إلى أن العلاقات السلبية والغير منسجمة تؤدي حتما إلى الرغبة في الانفصال عن تلك المجموعة.

وقد اقترح (Uchino,2001) ومساعديه، نموذج يجمع ما بين العلاقات الايجابية والسلبية وتأثيرها على صحة ورفاهية الأفراد، أين توصل لوجود أربعة احتمالات كنتيجة لتفاعل هذه العلاقات وذلك على النحو التالي :

- علاقات اجتماعية مرضية أو تتمتع بالدعم ( الجوانب الايجابية مرتفعة والجوانب السلبية منخفضة)
- علاقات اجتماعية مضطربة ( الجوانب الايجابية مرتفعة والجوانب السلبية منخفضة)
- علاقات اجتماعية غير مبالية ( الجوانب الايجابية والجوانب السلبية منخفضة)
- علاقات اجتماعية متناقضة ( الجوانب الايجابية والجوانب السلبية مرتفعة) وتشكل العلاقات الاجتماعية المتناقضة أكثر توليدا للضغوطات النفسية (uchino, holt-lunstad, & uno, 2001).



الشكل رقم 13: تأثير العلاقات الاجتماعية الايجابية والسلبية على الصحة

المصدر: (hartmann, 2007, p. 59)

ومن الضروري الإشادة بهذا التوجه الذي أهتم بدراسات نوعية العلاقات وكيفية تأثيراتها على الصحة والتوافق النفسي، خاصة وأن هذا الموضوع لا يثار كثيرا ولم تهتم به الأبحاث مقارنة بالأبعاد الأخرى، وبذلك نستنتج أن موضوع المساندة الاجتماعية هو مركب متشعب يحتاج إلى كثير من الاهتمام للكشف عن كل المحددات التي تجعل من هذا المفهوم أحد أهم العوامل التي تحمي الأفراد من الأمراض والاضطرابات النفسية.

## 8. قياس المساندة الاجتماعية:

اهتمت الدراسات التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية بإعداد استبيانات لقياس هذا المتغير المتعدد الأبعاد، حيث تم تصميم هذه المقاييس ليتم الاستعانة بها بما يتوافق مع أهداف الدراسة والبعد المطلوب قياسه وسنتطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

## 1.8 قياس المساندة الاجتماعية المدركة :

- استبيان المساندة الاجتماعية ( Sarason & Al, 1983 ):

صمم هذا المقياس بالاعتماد على مبادئ نظرية التعلق (Bowlby, 1969)، يقيس بعدي التوافر (Availability) ودرجة الرضا (Satisfaction)، حيث يطلب من الشخص محل الاختبار ذكر (09) أفراد يفترض أنهم يستطيعوا تقديم الدعم مع الإجابة على (27) سؤال يعبر عن مواقف افتراضية كما يتم تقدير درجة الرضا عن هذا الدعم، والملاحظ أن هذا الاستبيان لا يميز بين أنواع المساعدة ليتم بعد ذلك اختصاره إلى (06) أسئلة تقيس نفس الأبعاد السابقة (sarason, sarason, & pier, 1987).

- مقياس المساندة الاجتماعية المدركة للعائلة والأصدقاء (Procidano & Heller, 1983):

يضم (20) فقرة تقيس المساندة العاطفية والمعلوماتية النابعة من العائلة وهناك نسخة ثانية تقيس نفس الأبعاد لكن النابعة من الأصدقاء .

- المقياس المتعدد الأبعاد لقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Zimet & Al, 1988):

يضم هذا الاستبيان (12) فقرة وفق ثلاثة مقاييس فرعية تقيس درجة المساندة الاجتماعية المدركة النابعة من العائلة والأصدقاء والأشخاص المهمين في حياة الشخص المعني بهذا الاختبار أستعمل هذا المقياس في عدة دراسات حول موضوع علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بظهور الأمراض والاضطرابات النفسية (zimet, dahlem, zimet, & farley, 1988) .

- مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Bruchon-Schweitzer, 2001) :

يضم هذا المقياس أربعة فقرات على شكل أسئلة تقيس أربعة أنواع من المساندة وهي المساندة العاطفية، المادية، المعلوماتية ومساندة التقدير النابعة من أربعة مجموعات هي: العائلة، الأصدقاء الزملاء في نفس التخصص والتخصصات الأخرى، وبذلك فهو يقيس بعد التوافر أي عدد الأشخاص الذين يقدمون الدعم وبعد الرضا أي درجة الإشباع والكفاية المحققة من هذه المساندة، حيث يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس استعمالاً في الدراسات الحديثة كونه يعطي لنا صورة وصفية شاملة لمقدمي الدعم ودرجة الرضا عن المساندة المقدمة.

**2.8 قياس المساندة الاجتماعية المتلقاة :**

- مقياس سلوكيات المساندة الاجتماعية (Barrera, Sandler Et Ramsay, 1981):

يقيس هذا الاستبيان سلوكيات ، المعلوماتية،المادية ودرجة الاندماج من خلال نسختين إحداهما تضم (10) فقرات والأخرى (40) فقرة.

- استبيان الدعم الاجتماعي (Schwartzel,Dunkel-Schetter& Kemeny,1994) :

يتكون من (24)فقرة،صمم لقياس بعض أنواع سلوكيات الدعم ممثلة في المساندة العاطفية والمعلوماتية والمادية .

**3.8 قياس الشبكة الاجتماعية :**

- قائمة الشبكة الاجتماعية (Hirsch,1979):

وهي الطريقة التقليدية لقياس العلاقة بين الشبكة الاجتماعية والصحة من خلال ذكر عدد الأشخاص المنتمين إلى تلك الشبكة ونوعية العلاقات التي تربط بينهم وكذا أثر هذا الانتماء على صحة الأفراد.

- مقياس مؤشر الشبكة الاجتماعية (Berkman & Sym,1979) :

يقيس العلاقات الاجتماعية ونوعيتها داخل أربعة مجموعات هي : العلاقات الزوجية ، العلاقات مع العائلة والأصدقاء، العلاقات في المجموعة الدينية والمشاركة في المجموعات الأخرى، وهو استبيان يهتم كثيرا بدراسة العلاقات داخل مختلف المجموعات ، كما نستطيع بواسطته الكشف عن العزلة الاجتماعية للأفراد.

**4.8 قياس الاندماج الاجتماعي .:**

- مقياس تأثير الاتصال والانغماس (Hanson & Al,1997):

يقيس درجة الانتماء إلى المجموعة أي الشعور بالعضوية من خلال حساب درجة المشاركة الاجتماعية بالإضافة إلى الدعم العاطفي والدعم الفعال(hartmann, 2007).

**5.8 قياس النزاعات الاجتماعية :**

- مقياس (Finch& Al ,1989):

يقيس هذا الاستبيان عدد الأشخاص الذين يقدمون الدعم والأشخاص مصدر العلاقات السلبية والتي تؤثر على الصحة والرفاهية (finch, okun, barrera, zautra, & reich, 1989) .

- اختبار التبادل الاجتماعي السلبي (ruehlman& karoly,1991):

يقيس هذا الاختبار المشاعر السلبية الناتجة عن العلاقات الاجتماعية من خلال أربعة مقاييس فرعية، كما يعتمد هذا المقياس على تحديد أثر التبادل الاجتماعي على التوازن النفسي للأشخاص .

### 6.8 قياس التماسك الاجتماعي :

- مقياس مؤشر التماسك الاجتماعي (Putnam,2000) :

يضم (14) مؤشر عن حياة المجتمع والمنظمات والجمعيات ودرجة الثقة التي يوليها الأفراد إلى تلك المجموعات وكذا المعتقدات التي يكونها الأفراد عن نزاهتها ومصداقيتها.

### 7.8 مقاييس متعددة الأبعاد:

-مقياس العلاقات الشخصية (Cohen & Hoberman,1983):

يتكون من (40) فقرة مقسمة على أربعة مقاييس فرعية، تقيس أربعة أبعاد هي: المساندة العاطفية،المعلوماتية ، الصحة والحفاظ على تقدير الذات من خلال المقارنات الاجتماعية، وقد تم استعمال هذا المقياس في الدراسات التي تناولت موضوع علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة.

- مقياس الدعم الاجتماعي (Sarason& Russell,1987) :

يتكون من (24) فقرة ، تقيس ستة أبعاد من المساندة وهي: التعلق، المساندة المادية، النصائح الاندماج الاجتماعي، تأمين القيمة والحاجة إلى الشعور بالفائدة والضرورة، حيث تم اشتقاق كل هذه الأبعاد من نظرية (Weiss,1974) للمساندة الاجتماعية .

## خاتمة :

بعد تناول موضوع المساندة الاجتماعية والتطرق إلى ماهية هذا المفهوم وعلاقته بالصحة والرفاهية ، تم التوصل إلى أن هذا المتغير المهم يعمل على خفض الضغوطات النفسية ومستويات الاحتراق النفسي وكذا الآثار السلبية لهذه الوضعيات على الصحة النفسية والجسدية والتوافق الاجتماعي للأفراد.

كما أضحت المساندة الاجتماعية أحد الموارد الأساسية لتنمية القدرات الفردية وتطويرها لمواجهة كل أحداث الحياة بنجاح والوقاية من بعض الظواهر الاجتماعية المقلقة والتي تمس باستقرار المجتمعات، عليه بات من الضروري مواصلة الأبحاث التي تهتم بهذا الموضوع وعدم الاكتفاء بالتعرف عن العلاقات الارتباطية فقط وإنما إعداد دراسات حول كيفية تحفيز العلاقات الاجتماعية الايجابية وتشجيع عملية التبادل والتكافل الاجتماعي.

وفي سياق آخر، وفي الوقت الذي تعتبر فيه المساندة الاجتماعية أحد أهم العوامل المعززة للصحة فان للعزلة الاجتماعية أو انعدام الدعم نتائج وخيمة على جميع المستويات، حيث تترتب على هذه الوضعية انتشار واسع لبعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والإدمان والانتحار بالإضافة إلى تنامي الإجرام وكل أنواع السلوكيات المخالفة للقوانين والقيم والأخلاق، ورغم أنني لم أتطرق في دراستي هذه إلى هذا المحور إلا أن الضرورة تفرض علينا تناول كل المحددات المتعلقة بمفهوم المساندة الاجتماعية لإثراء الموضوع من جهة ومن جهة أخرى لاستغلال هذا المتغير في معالجة الكثير من الأمراض والاضطرابات النفسية والوقاية منها.

## الفصل الرابع : المواجهة

تمهيد

1. مفهوم المواجهة
2. تعريف المواجهة
3. المواجهة ومفاهيم مشابهة
4. النظريات المفسرة للمواجهة
5. تصنيف استراتيجيات المواجهة
6. محددات استراتيجيات المواجهة
7. وظائف استراتيجيات المواجهة
8. فعالية إستراتيجية المواجهة
9. قياس إستراتيجية المواجهة

خاتمة

## تمهيد:

يتعرض الإنسان خلال حياته لظروف مجهدة تستدعي مواجهتها وإدارتها بالكيفية التي لا تؤثر على توازنه النفسي والجسدي والاجتماعي، حيث تتكون هذه السيرورة والتي يصطلح على تسميتها بالمواجهة (Coping) من عدة مراحل تبدأ بالتعرف على نوعية الوضعية، ثم تقييم الموارد الفردية والاجتماعية المتوفرة وتنتهي في الأخير بإصدار إستراتيجية المواجهة التي تتوافق مع كل حالة وتختلف باختلاف الظروف أي متطلبات الوضعية وكذا الموارد المتوفرة بالإضافة إلى القدرات المعرفية للأشخاص والتي تساهم في التقييم المعرفي لكل هذه المحددات .

في نفس الإطار، فقد ارتبط مفهوم المواجهة بالضغوطات النفسية أو سيرورة التكيف العام، حيث تعمل المواجهة دور الوسيط بين الوضعيات المجهدة ومختلف الاستجابات الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية التي تتولد عنها .

وعليه، فإننا نسعى من خلال دراستنا هذه إلى التعرف على ماهية مفهوم المواجهة وفصلها عن المتغيرات المشابهة مع التطرق إلى محدداتها وكذا النماذج المفسرة لهذه العملية بالإضافة إلى أنواع استراتيجيات المواجهة ووظائفها .

في نفس السياق، فإن الحديث عن إستراتيجية المواجهة يدفعنا إلى التعمق أكثر في دراسة هذا الموضوع والذي يرتبط مباشرة بالصحة والرفاهية، حيث تحدد الإستراتيجية المستعملة في مواجهة الضغوطات الآثار النفسية والجسدية التي تترتب عن هذه العملية، وبذلك يتحتم علينا تحديد المحددات والمتغيرات والعمليات الإدراكية والنفسية والسلوكية التي تساهم في إصدار هذه الاستراتيجيات حتى نستطيع الوقاية من الآثار السلبية للضغوطات من جهة ومن جهة أخرى نستطيع تعزيز والرفع من بعض القدرات الفردية والاجتماعية والتي تساهم في اختيار إستراتيجية مواجهة فعالة.



**1. مفهوم المواجهة (Coping) :**

لقد أُشير إلى مفهوم المواجهة (Coping) لأول مرة ضمن نظرية التحليل النفسي للتعبير عن دفاعات الأنا ضد الصراعات، كما أُستعمل هذا المفهوم عند المهتمين بعلم الأحياء ودراسة سلوك الحيوان لتفسير عملية التأقلم أو التكيف مع الظروف البيئية المختلفة .

حيث تم اعتبار هذا المصطلح حسب (Anna Freud, 1926) كمرادف لمفهوم الآليات الدفاعية والتي تشير إلى دفاع الأنا ضد النزوات الغريزية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالات المرضية وهي تهدف إلى مواجهة الصراعات الداخلية والحفاظ على الانسجام الذاتي (hartmann, 2007).

ومن هذا المنطلق ولكون إستراتيجية المواجهة تهدف أيضاً إلى التكيف مع الوضعيات فقد أُعتبر بعض المختصين على غرار (Haan, 1969, 1977) و (Vaillant, 1977) أن هذه الإستراتيجية تُعتبر نوع من أنواع الآليات الدفاعية المتكيفة لنا (dumont, 2001).

توالت الدراسات التي اهتمت بإيجاد الفروقات والعوامل المشتركة بين المصطلحين، ليتم في الأخير التوصل إلى أن الآليات الدفاعية هي إستراتيجيات غير واعية موجهة نحو الصراعات النفسية الداخلية أما إستراتيجية المواجهة فهي مجموعة العمليات السلوكية والمعرفية الواعية والإرادية التي تهدف إلى التكيف مع الوضعيات الخارجية (chabrol & callahan, 2013).

ولكن لا بد من التذكير بأن مصطلح (Coping) قد ذكر لأول مرة بالمفهوم المعروف حالياً ضمن كتاب (Psychological Stress And Coping Process)، أين تم التطرق إلى ماهية عملية مواجهة الضغوط النفسية والتي تشير إلى الوضعيات التي تنتج عن علاقة الفرد بالبيئة التي ينتمي إليها وتم تقييمها على أنها مجهدّة وتُفوق موارده الفردية (lazarus, 1966).

وبذلك ارتبط مفهوم المواجهة بالإجهاد أو الضغط النفسي، حيث ينتمي هذين المتغيرين إلى سيرورة التكيف العام، أين تتوسط المواجهة هذه العملية وتتوافق مع المرحلة الثانية وهي مرحلة المقاومة والمتعلقة بإدارة الضغوط وتسييرها .

ومن أشهر العلماء الذين تناولوا مفهوم الإجهاد في دراستهم هو الطبيب (Selye) والذي بين من خلال أبحاثه الاستجابات الفيزيولوجية للكائن الحي أو ما أُصطلح على تسميتها بمتلازمة التكيف العام والتي تبدأ بمرحلة الإنذار وهي المرحلة التي ينشط فيها الجسم ويتأهب لرد التهديد، تليها مرحلة المقاومة أو ما يصطلح على تسميتها بالمواجهة وهي استجماع الآليات المعرفية والسلوكية لتسيير الوضعية، ثم تأتي مرحلة الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد (bailey & clarke, 1989).

ولقد حظي مفهوم المواجهة باهتمام الكثير من الباحثين بعد إدراك أهمية هذه العملية في خفض الضغوطات أو تعديلها وكذا التخفيف من تأثيراتها السلبية على صحة ورفاهية الأفراد .

## 2. تعريف المواجهة :

### 1.2 التعريف اللغوي للمواجهة :

(Coping): هو مصطلح ينتمي إلى اللغة الانجليزية، مشتق من فعل (To Cope) ومعناه مواجهة مشكل أو وضعية صعبة بنجاح (cambridge dictionary).

يترجم هذا اللفظ في اللغة الفرنسية إلى عدة مصطلحات، حيث أقترح (Corraze,1992) مفهوم (Processus De Maitrise) ، فيما تستعمل (Bruchon-Schweitzer,2001) بصفتها أحد أهم الباحثات في علم النفس الصحة مصطلح (Stratégies D'ajustement) وفي كندا يتم استعمال مفهوم (Stratégie D'adaptation) (chabrol & callahan, 2013, p. 16).

أما في اللغة العربية، فيتم استعمال مصطلحات متعددة للتعبير عن مفهوم المواجهة مثل المقاومة أو تسيير الضغوط أو إدارتها أو التعامل مع الضغوط وفي دراستي هذه وللحفاظ على المعنى الصحيح لهذا المفهوم ، اعتمدت على اللفظ الأصلي (Coping) والمصطلح الذي يقابله في العربية وهو المواجهة .

### 2.2 التعريف الاصطلاحي للمواجهة:

لقد عرف (Lazarus &Launier,1978) المواجهة على أنها " مجموعة العمليات النفسية الموجهة لإدارة الوضعيات الخارجية والمعاش النفسي الداخلي من خلال تسيير أو التحكم أو خفض المتطلبات البيئية والداخلية والصراعات التي تهدد أو قد تتجاوز الموارد الفردية (p. 311).

كما عرفها (Lazarus &Folkman,1984) على أنها " مجموع الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار التي يتخذها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها وإدارة مطالب الموقف والتي يتم تقديرها من طرف الفرد على أنها شاقة ومرهقة تتجاوز موارده الفردية (p. 141) .

في نفس الصدد، عرف (Frydenberg &Lewis,1993) المواجهة على أنها تشير إلى مجموعة الاستجابات السلوكية والمعرفية والانفعالية التي يستخدمها الفرد لمواجهة وإدارة وتسيير العلاقة بين الشخص والبيئة (frydenberg & lewis, 2000).

وفي سياق آخر، يرى (Skinner ;Wellborn,1994) أن إستراتيجية المواجهة تتوافق مع " قدرة الأشخاص على تنظيم انفعالاتهم وأفكارهم وسلوكياتهم أثناء الوضعيات المجهدة " (p. 112).

أما (Bruchon-Schweitzer, 2002) فقد عرفت المواجهة على أنها تتعلق بمجموعة الاستجابات وردود الأفعال التي يبديها الفرد لتسيير أو ضبط أو التقليل من خطورة موقف مجهد. ومن هذا المنطلق، وبعد التطرق إلى أهم التعريفات التي تناولت موضوع المواجهة، يتضح جليا اتفاق أغلب الباحثين على أن هذا المفهوم يشير إلى سيرورة تظهر على شكل مجموعة من الاستجابات الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية والتي يلجأ إليها الأفراد لمواجهة أو تسيير الوضعيات المجهدة.

### 3. المواجهة و مفاهيم متشابهة :

#### 1.3 المواجهة و الدفاع :

ظهر مصطلح دفاع (Defense) لأول مرة سنة 1894 بأحد مقالات (Freud)، والذي تناول من خلاله دور الدفاعات في ظهور وتطور بعض العصابات، وقد توصل للقول في مقال ثاني كتبه سنة 1896، أن الدفاعات هي النواة الرئيسية وأهم آلية نفسية في العصابات، كما استعمل هذا المفهوم للتعبير عن الصراعات النفسية ليقوم بعد ذلك باستعماله لوصف دفاع الأنا ضد الأحداث والأفكار الغير مرغوب فيها (ionescu, jacquet, & lhote, 2020).

كما عرفت (A. Freud, 1936) الحيل الدفاعية على أنها تشير إلى دفاعات الأنا ضد النزوات الغريزية والتأثيرات المرتبطة بهذه الدوافع (chabrol & callahan, 2013).

وقد قامت (Haan, 1977) بدراسة معمقة لإيجاد الفروقات والعوامل المشتركة بين المفهومين والتي

ندرجها ضمن الجدول التالي :

الجدول رقم 05: المواجهة و الدفاع

عملية المواجهة	العملية الدفاعية
اختيارية و شعورية، مرنة و هادفة	غير اختيارية و لا شعورية ، جامدة و موجهة
تجذب نحو المستقبل و تهتم بالاحتياجات الحالية	لها امتداد في الماضي
التوجه إلى الواقع و متطلبات الوضع	تشوه جوانب المتطلبات الحالية
تنطوي على عملية تفكير متباينة	تنطوي على تفكير غير متمايز
تعمل على تغيير الوضعيات بشكل مباشر	تخفيف القلق دون حل المشكل
توفر الرضا العاطفي بطريقة منفتحة و منظمة	تحقق الرضا المؤقت

المصدر: (haan, 1977, p. 154)

في نفس السياق فقد أوضح (Lazarus,1993) أن دور الحيل الدفاعية حسب التيار التحليلي يكمن في تسيير التهديدات وأن كل الاضطرابات النفسية مرتبطة بأسلوب دفاعي معين، أما إستراتيجية المواجهة فهي عملية تهدف إلى التعامل مع الأفكار والوضعيات المجهدة، يعتمد نجاحها على الفرد وعلاقة التفاعل التي تجمع هذا الأخير بتلك الوضعية .

توالت بعدها الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع، حيث توصل (Chabrol,2005) للقول أن الحيل الدفاعية والمواجهة هما عمليات متكيفة أو غير متكيفة وليس مرضية أو غير متكيفة كما كان الاعتقاد في السابق ، يتم تنشيطهما معا أو على التوالي لمواجهة مختلف الوضعيات .  
والشيء الملاحظ بعد الاطلاع على كل هذه الفروقات أن الحيل الدفاعية هي ميكانيزمات غير إرادية تهدف إلى خفض التوتر الناجم عن بعض الأفكار والوضعيات المقلقة دون حل المشكل أو تغيير الوضعية، أما المواجهة فهي عبارة عن استراتيجيات إرادية وشعورية واختيارية تهدف إلى إدارة الوضعيات المجهدة للتكيف معها .

### 2.3 المواجهة و التكيف :

يشير التكيف إلى مختلف استجابات الكائن الحي للمتغيرات البيئية وكل الجهود وكذا ردود الأفعال التي يبديها للتأقلم مع المحيط الذي ينتمي إليه، أما المواجهة فتتعلق بتكيف الأشخاص مع الضغوطات فقط من أجل التحكم أو ضبط أو تعديل الوضعيات المجهدة والتقليل من أثارها السلبية .  
في نفس المجال فقد أرتبط مفهوم التكيف بعلم الأحياء ، حيث يشمل جميع التغييرات في حالة الجسم ومختلف أجهزته والتي تؤهله للتكيف مع البيئة التي ينتمي إليها من أجل الحفاظ على القدرات الحيوية والوظيفية أو تحسينها (Lazarus & Folkman, 1984).

كما يضم مفهوم التكيف عدة متغيرات كالإدراك، التعلم، التحفيز، العاطفة وتداخل هذه العوامل في علاقة الفرد بالبيئة التي ينتمي إليها أما المواجهة فتتخصص في إدارة الضغوط وبذلك فإن التكيف هو عملية نفسية عادية موجودة عند كل الكائنات الحية، أما المواجهة فتشير إلى ردود أفعال الأفراد ضد المثيرات التي تم تقييمها على أنها مرهقة (Costa, Somerfield, & McCrae, 1996).

وبذلك نصل إلى القول، أن خاصية التكيف هي مفهوم عام يضم كل العمليات التي يلجأ إليها الكائن الحي للتأقلم مع الحياة، أما المواجهة فتتعلق بالجهود المعرفية والسلوكية التي يبذلها الإنسان في مواجهة الحالات المرهقة بغرض التكيف معها والعودة ثانية إلى الانسجام، كما يجب الإشارة أن فعالية إستراتيجية المواجهة تتحدد وفق نوعيتها .

## 4. النظريات المفسرة للمواجهة:

## 4.1 النموذج التحليلي :

لقد اقترن مفهوم إستراتيجية المواجهة بمفهوم الآليات الدفاعية والتي ترمز إلى دفاع الأنا ضد المشاعر المرتبطة بالدوافع الغريزية حسب (A.Freud,1936)، وقد كان لهذه الأخيرة رفقة والدها (Freud) دور أساسي في التمييز بين نوعين من الآليات الدفاعية المتكيفة والغير متكيفة أي المرضية، كما اقترح (Vaillant,1971) تقسيم الآليات الدفاعية إلى ناضجة أو غير ناضجة والمعيار الرئيسي لإنشاء هذا التقسيم كان بالاعتماد على أهمية التكيف مع الواقع ومرونة هذه الآليات مقابل جمودها (hartmann, 2007).

أما (Haan,1977) فتناولت هذا الموضوع من زاوية أخرى، أين أكدت على أن الدفاعات غير إرادية وغير واعية عكس إستراتيجية المواجهة، حيث أوضحت أن الأفراد أثناء مواجهتهم للوضعيات المرهقة يلجؤون لاستعمال إستراتيجية المواجهة والتي تمثل الأداء الأمثل للأنا، وفي حالة عدم كفاية هذه الإستراتيجية، يتم استعمال الحيل الدفاعية والتي تتوافق مع الأداء الغير أمثل للأنا، كما ركزت على أسبقية المواجهة على الآليات الدفاعية .

وفي سياق آخر، أوضح (Chabrol & Callahan,2013) أنه يتم اللجوء في البداية إلى الحيل الدفاعية ثم إلى إستراتيجية المواجهة، حيث يتم الانخراط في سلوكيات المواجهة بعد تدخل النظام الدفاعي المتكيف أو غير متكيف والأمر الأساسي في هذه السيرورة هو إستراتيجية المواجهة الموائية تكون مبنية على الإدراك الصحيح للدفاعات .

وبناء على ذلك يتضح جليا أن (Haan) قد استطاعت توضيح الفروقات الأساسية بين الآليات الدفاعية واستراتيجيات المواجهة، أين استخلصت أن الأشخاص يلجؤون إلى الآليات الدفاعية عند فشل المواجهة في إدارة الوضعيات الصعبة من خلال ترتيب تسلسلي هرمي.

وكحوصلة لما سبق التطرق إليه، فقد أوضح (Cramer,2010) أن للمواجهة والتكيف وظيفتين

أساسيتين هما :

- تنظيم التأثيرات : عن طريق التقليل من النتائج السلبية الناجمة عن مواجهة أية وضعية خاصة بعد فشل عملية التكيف .

-التوازن : استعادة مستوى معتدل من الأداء على خلفية الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية الناجمة عن أي مثير خارجي أو داخلي (cramer u. , 2010) .

## 2.4 النموذج المعرفي :

لقد قام (Lazarus,1966) بدراسة سيرورة الإجهاد النفسي بالاعتماد على المقاربة المعرفية والتي تعتمد في الأساس على التقييم المعرفي للوضعيات المجهددة ثم مواجهتها، حيث أوضح أن الضغط النفسي لا يتعلق بالشخص أو الوضعية بل ينتج عن التفاعل الحاصل ما بين الشخص والبيئة التي ينتمي إليها، أما التقييم المعرفي فيشمل في هذه الحالة الوضعية والموارد الفردية والاجتماعية واستراتيجيات المواجهة المتاحة لإدارتها .

وفي هذا السياق، عرف (Lazarus & Folkman,1984) الضغط النفسي على أنه " العلاقة الخاصة التي تربط بين الفرد والبيئة التي ينتمي إليها وقد تم تقييم هذه الوضعية على أنها مرهقة وتتجاوز موارده الفردية وتهدد رفايته" (p. 19).

حيث يركز هذا النموذج على التفاعل المتبادل (Transaction) بين العوامل البيئية والعوامل الفردية من خلال مجموعة من العمليات الإدراكية، المعرفية، الانفعالية والسلوكية بالاعتماد على التقدير المعرفي للوضعية والمحيط والموارد الفردية من أجل مواجهة الأحداث الضاغطة أو ما يصطلح على تسميته بمواجهة الضغوط (bruchon-schweitzer & siksou, 2008, p. 30).

وفي هذا الصدد فقد عرف (Lazarus & Folkman,1984) المواجهة على أنها "مجموع الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار التي يتخذها الفرد للتعامل مع الأحداث وإدارة مطالب الموقف والتي يتم تقديرها من طرف الفرد على أنها شاقة ومرهقة تتجاوز موارده لفردية" (p. 141). وبذلك فإن هذه العملية تعتمد بالدرجة الأولى على التقييم المعرفي للوضعية والذي يضم التقييم الأولي والثانوي، ثم مرحلة إعادة التقييم ليتم في الأخير إصدار إستراتيجية المواجهة المناسبة.

وقد أعتبر (Lazarus & Folkman,1984) التقييم المعرفي عملية ضرورية للفهم النفسي للوضعية المواجهة ويشير إلى العلاقة التي تجمع ما بين الفرد (المعتقدات ، أساليب التفكير والإدراك) والبيئة التي يجب توقع خصائصها .

وفي هذا السياق ، يتضح لنا أن لدى الأفراد القدرة على تكوين تصورات تقييمية باستعمال كل الوظائف العقلية، من خلال العمليات المعرفية التي تهدف إلى فهم المحيط والبيئة وتحديد الحلول الممكنة التي تظهر من خلال مجموعة من الاستراتيجيات لتسيير وإدارة الحالات المجهددة مع الحفاظ على الصحة والرفاهية والحرص على العودة إلى الانسجام مرة ثانية، لكن يجب التأكيد أن هناك استراتيجيات قد لا تفي بالغرض وتكتفي فقط بخفض التوتر الناتج عن المواجهة دون حل المشكل.

وفي نفس المجال ، أضاف (Lazarus,2001) أن التقييم المعرفي يتعدى مفهوم معالجة المعلومة وعن طريق هذه الخاصية يستطيع الفرد التعرف على الوضعية من خلال عمليات إدراكية معقدة واعية تضم أحكام وتقديرات .

وحسب هذا النموذج فان عملية التقييم المعرفي للوضعية تمر بثلاثة مراحل هي :

- مرحلة التقييم الأولي (Primary Appraisal):

وهي عملية شاملة لتقييم الوضعية المجهددة المواجهة مقارنة بالمعتقدات والأهداف والقيم التي يملكها الفرد عن نفسه وعن البيئة التي ينتمي إليها (Lazarus, 2001)، حيث يقوم الفرد في هذه المرحلة بتقييم الوضعية من حيث الأسباب، الشدة، المدة والتأثير وقد يدرك الوضعية المرهقة على أنها تحدي أو تهديد ينتج عنهما مكسب أو خسارة محتملة .

- مرحلة التقييم الثانوي (Secondary Appraisal) :

هي عملية معقدة تعتمد على تحديد استراتيجيات المواجهة المتاحة وتوقع فعاليتها بالاعتماد على الكفاءة الذاتية والتي تتلخص في إيمان الشخص بقدرته على تحقيق الأهداف المرجوة بناء على سلوكيات معينة مقابل الموارد الفردية ومتطلبات المحيط (Lazarus & Folkman, 1984). ولا بد من الإشارة، أنه خلال هذه المرحلة يتم إدراك وتقييم الموارد الفردية والاجتماعية المتوفرة ونوعية الإستراتيجية المستعملة ومدى فعاليتها من خلال إدراك درجة التحكم والمساندة الاجتماعية حيث تمثل هذه الأخيرة مورد هام وعنصر مخفض للضغوطات ومعزز لبعض القدرات الفردية على غرار تقدير الذات والكفاءة الذاتية.

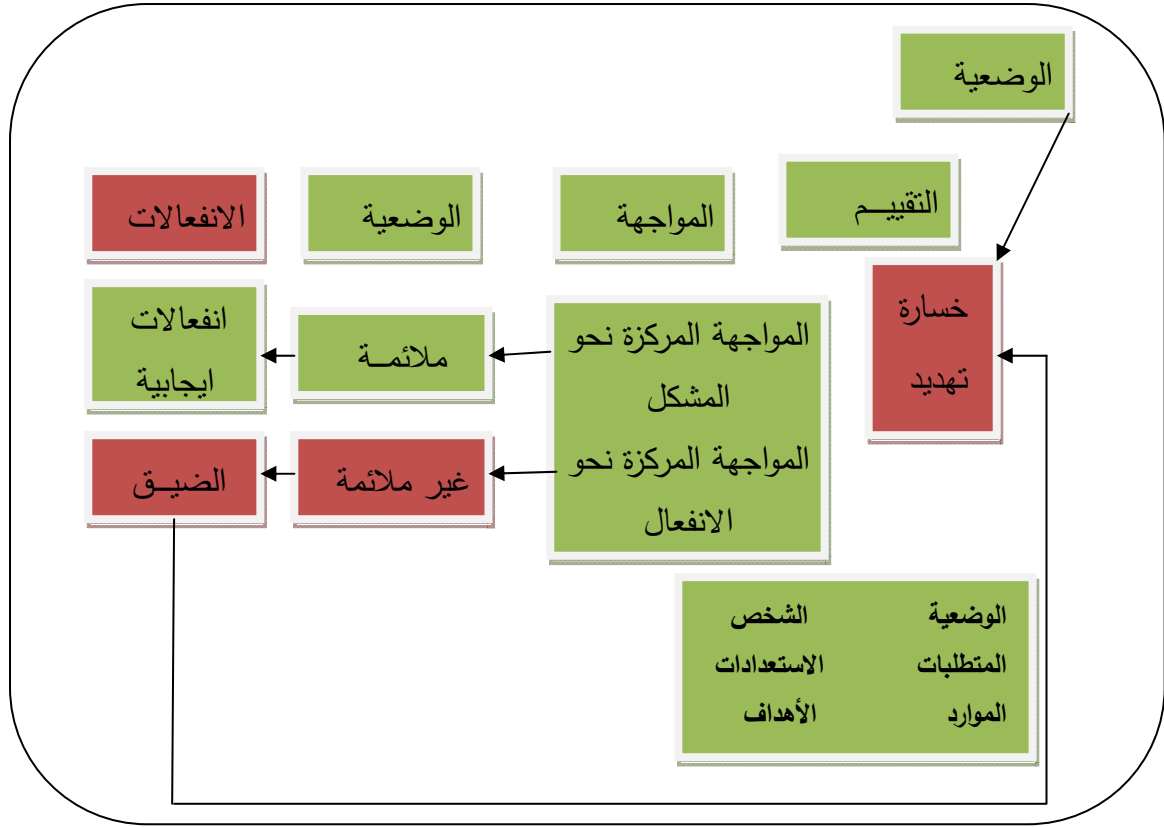
- مرحلة إعادة التقييم (Reappraisal):

تتم هذه العملية في حالة وجود معطيات جديدة تستطيع التأثير على التفاعل بين الفرد والمحددات المتعلقة بالوضعية والبيئة التي ينتمي إليها وتظهر على شكل تغيير في السلوكيات والاستراتيجيات المنتهجة وردود الأفعال (Lazarus & Folkman, 1984).

وفي هذا السياق فقد تم تحديد نوعين من استراتيجيات المواجهة والتي نذكرها فيما يلي:

- إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل (Problem-Focused Coping): تعمل على خفض متطلبات الموقف والرفع من الموارد الفردية لمواجهة الوضعية.

- إستراتيجية المواجهة الموجهة نحو الانفعال (Emotion-Focused Coping): تكمن وظيفتها في خفض أو تعديل الاستجابات الانفعالية الناجمة عن المواجهة دون حل المشكل (Lazarus, 1993).



الشكل رقم 14: النموذج المعرفي (Lazarus & Folkman, 1984)

المصدر: (untas, koleck, rasclé, & bruchon-schweitzer, 2012, p. 100)

ورغم اعتماد الكثير من الدراسات على النموذج المعرفي (Lazarus & Folkman, 1984) إلا أنه أنتقد من طرف بعض الباحثين مثل (Vézina, 2007) والتي ترى أن هذا النموذج أهمل كثيرا دور المصادر التنظيمية والتي تعتبر من أهم مصادر الضغوطات المهنية بل تم التركيز على المحددات الفردية والمتعلقة بالتكيف فقط.

#### 3.4 نموذج علم النفس الصحة (Bruchon-Schweitzer, 2002):

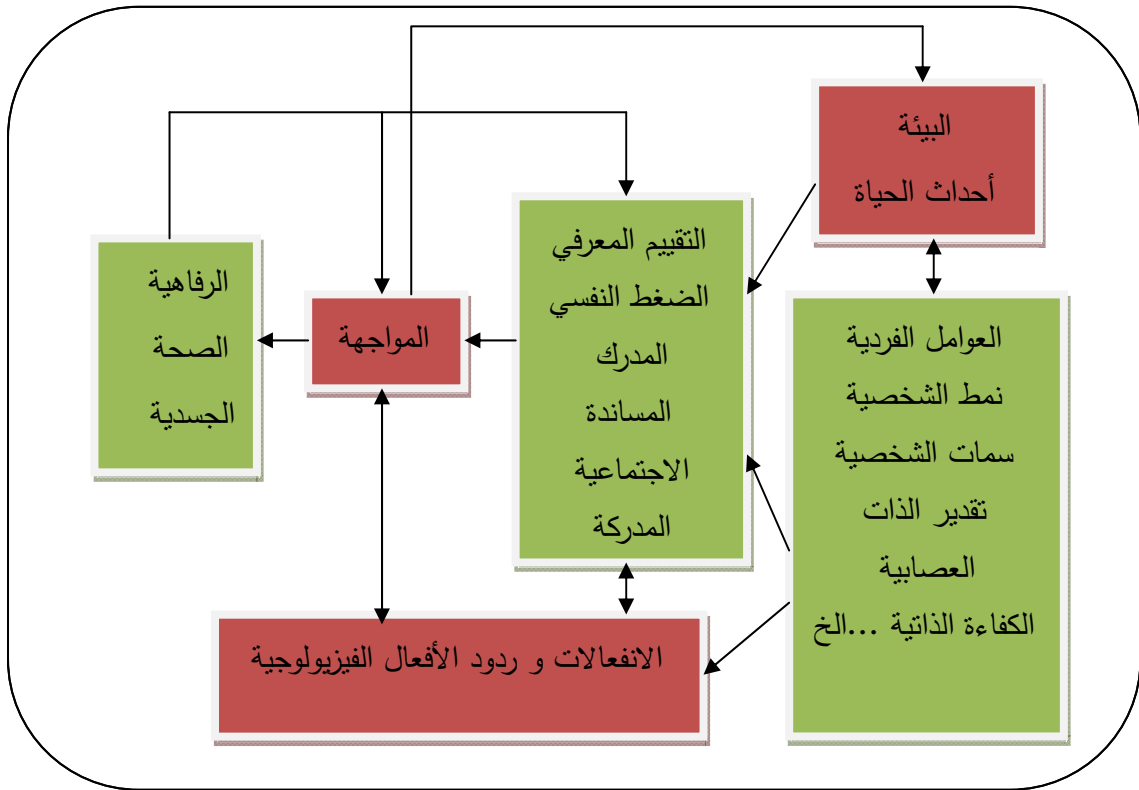
قامت الأخصائية النفسانية (Bruchon-Schweitzer) بدراسة معمقة للنموذج المعرفي (Lazarus & Folkman, 1984)، أين توصلت بعد مجموعة من الأبحاث أن العوامل البيئية المتعلقة بالمحيط والوضعية وكذا العوامل الفردية غير كافية لتفسير مواجهة الأفراد للوضعية المرهقة والتعامل معها، حيث أظهر هذا النموذج العلاقة بين الإجهاد والمواجهة على شكل سيرورة ذات طبيعة نفسية بحتة، رغم أن هذه العملية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالجهاز الفيزيولوجي والكثير من المحددات الاجتماعية والبيئية، أين استطاعت عرض نتائج أبحاثها حول هذا الموضوع وهذه المرة من وجهة نظر علم النفس الصحة.



حيث قدمت هذه الأخصائية، نموذج شامل ومتعدد المحاور، يجمع ما بين العوامل التي تعزز القابلية للإصابة بالأمراض أو تساهم في تطورها ومحددات تساهم في الوقاية منها .

وبناء على ذلك، ضم هذا النموذج المحددات الفردية والاجتماعية المختلفة بما في ذلك الاستعدادات التي تسبب المرض كالقلق والاكتئاب والمحددات التي تعزز الصحة كالتحكم والكفاءة والمساندة بالإضافة إلى استجابات الجهاز العصبي والهرموني، كما تم التوصل إلى أن عملية المواجهة تجمع بين المحددات النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية والبيئية وعلاقة التأثير والتأثر التي تجمع بينهم (bruchon-schweitzer & boujut, 2021).

من هذا المنطلق، ترى (Bruchon-Schweitzer) أنه ومن خلال هذا النموذج نستطيع تحديد العوامل المشكلة للخطر (The Effect Of Risk) والتي تساهم في ظهور المرض وتطوره واختبار تأثيراتها مسبقا على الصحة النفسية والجسدية، مما يتوافق مع أهداف علم النفس الصحة والمتمثلة في البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في ظهور وتطور الأمراض والاضطرابات النفسية وكذا العوامل المعززة للصحة والرفاهية .



الشكل رقم 15: نموذج علم النفس الصحة (bruchon-schweitzer, 2002)

المصدر: (bruchon-schweitzer & siksou, 2008, p. 31)

**5. تصنيف استراتيجيات المواجهة:****1.5 تصنيف (Lazarus & Launier,1978):**

تم الاعتماد في هذا التصنيف على مفهومين أساسيين هما وظيفة ونمط التكيف حيث تعمل هذه الاستراتيجيات على تغيير أو تعديل الوضعيات وكذا تنظيم الانفعالات أما الأنماط فتضم البحث عن المعلومات ، التعامل المباشر ، تثبيط العمل أو عن طريق بعض العمليات النفسية الداخلية .

**2.5 تصنيف (Lazarus & Folkman,1984):**

كما سبق التطرق لذلك، فقد ضم هذا التصنيف إستراتيجيتين أساسيتين هما :

- إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل (Problem-Focused Coping):و هي مجهودات و طاقة مستغلة ومهارات مكتسبة لتغيير الوضع وتبني سلوكيات جديدة .
- إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال (Emotion-Focused Coping): تظهر من خلال الابتعاد والتجنب وكل المحاولات لخفض الاستجابات الانفعالية للشعور بالتحسن دون حل المشكلة.

**3.5 تصنيف (Suls & Fletcher,1985):**

- لقد قام هذين الباحثين بإجراء(43) دراسة حول مفهوم إستراتيجية المواجهة أين أسفرت هذه الأبحاث على التوصل إلى نوعين من استراتيجيات هي:
- الاستراتيجيات التجنبية (المواجهة السلبية ) : والتي تتلخص في تحويل الانتباه عن مصدر الإجهاد من خلال الهروب أو التجنب عن طريق ممارسة نشاطات أخرى لا تتعلق بالوضع المواجهة .
  - الاستراتيجيات اليقظة ( المواجهة النشطة ) : والتي توجه مباشرة نحو المشكل لحله من خلال البحث عن المعلومات (sults & fletcher, 1985).

**4.5 تصنيف (Frydenberg & Lewis,2000) :**

- لقد تم استخدام مصطلح أسلوب المواجهة (Style) وحسب (Frydenberg,1997) فان هذه الأساليب تشير إلى طرق إدارة الضغوط بما يتوافق مع قيم ومعتقدات الأفراد والأهداف الشخصية ولقد تم تقسيم إستراتيجية المواجهة إلى ثلاثة مجموعات هي :
- إستراتيجية المواجهة المنتجة (Produvtive Coping):تتعلق هذه الإستراتيجية بحل المشكل مباشرة عن طريق العمل الجاد والتركيز على الايجابيات والسلوكيات المثمرة .
  - إستراتيجية المواجهة الغير منتجة (Non Productive Coping): يشير هذا النوع من المواجهة إلى تجنب المشكلة بسبب عدم التأقلم معها من خلال ردود أفعال تجنبية مثل تجاهل المشكلة .

- إستراتيجية المواجهة عن طريق الآخر (Reference To Others): وتسعى إلى البحث عن المساندة المتنوعة. (frydenberg & lewis, 2000).

### 5.5 تصنيف (Schwarzer & Knoll, 2002):

حاول هذين الباحثين التعمق أكثر في دراسة مفهوم المواجهة أين تم التوصل إلى التصنيفات التالية:

- إستراتيجية المواجهة المثمرة (Proactive Coping): والتي تعمل على مواجهة كل الأحداث .  
- إستراتيجية المواجهة التفاعلية (Reactive Coping): تهدف إلى محاولة التأقلم مع وضعية مرهقة في الماضي أو الحاضر .

- إستراتيجية المواجهة الإستباقية (Anticipatory Coping): تعمل على تعبئة كل الموارد لمواجهة وضعية منتظرة مستقبلا .

- إستراتيجية المواجهة الوقائية (Preventive Coping): تتركز حول الاستعداد لمواجهة الأحداث المستقبلية على المدى الطويل (schwarzer & knoll, 2002) .

وفي نفس الإطار، قامت (Bruchon-Schweitzer) بمراجعة هذه التصنيفات، أين استطاعت التركيز كثيرا على إستراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية والتي تشير إلى المجهودات التي يبذلها الشخص للحصول على دعم وتعاطف الآخرين .

حيث يتم تصنيف إستراتيجية البحث عن المساندة ضمن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل في حالة طلب مساندة مادية أو معلوماتية أو ضمن الاستراتيجيات المركزة نحو الانفعال إذا تعلق الأمر بالاستماع والتعاطف (segrestan-crouzet, 2010) .

وبطبيعة الحال، فإن الاختلاف في تصنيف استراتيجيات المواجهة قد حفز المختصين على تناول هذا الموضوع والتعرف أكثر على طبيعة هذه السيرورة وتفسيرها والتطرق إلى محدداتها المختلفة لكن الشيء الملاحظ هو وجود ثلاثة أنواع رئيسية من الاستراتيجيات، الأولى تركز على الوضعية من خلال حل المشكل والثانية تعمل على خفض أو تعديل الانفعالات والثالثة تتعلق بالبحث عن دعم الآخرين، وقد ضمت أغلب المقاييس التي صممت لقياس إستراتيجية المواجهة هذه الأنواع المحورية .

ومما لا شك فيه أن الأفراد قد يستعملون نوع أو عدة أنواع من الاستراتيجيات كما تعمل الخبرة والتجربة على تعزيز القدرات الفردية وبذلك يستطيع كل الشخص تطوير اختياراته للحفاظ على توافقه النفسي والاجتماعي .

## 6. محددات إستراتيجية المواجهة :

تشير المواجهة إلى الجهود المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد للتعامل مع وضعية مجهدة وبذلك تجمع هذه السيرورة ما بين المحددات الفردية وخصائص الوضعية، وعلى خلاف ذلك أوضح البعض الآخر أن خاصية المواجهة تضم استراتيجيات عامة تتحدد وفق المحددات الشخصية الثابتة وليس حسب الوضعية (costa, somerfield, & maCrae, 1996)، في الوقت الذي أعتبر فيه (cohen, 1983) وفريق عمله أن الشخص لا يتأثر بخصائص الوضعية بل بتقييمه لها وإدراكها وكذا طريقة تفسيرها (cohen, kamarck, & mermelstein, 1983).

ولا مناص من القول أن المواجهة هي عملية معقدة تضم عدة محددات تجمع ما بين خصائص الوضعية المواجهة والخصائص الفردية والمحددات الاجتماعية المختلفة والمتغيرة حسب الظروف.

### 1.6 المحددات الفردية :

#### 1.1.6 الالتزام (Commitment):

يشير هذا المفهوم إلى العمليات المعرفية والاجتماعية والتي تتعلق بالقيم والاختيارات والأهداف وهو مكون تحفيزي يتلخص في المثابرة والإصرار، حيث أوضح (Lazarus & Folkman, 1984) أن الالتزام يعكس الجانب التحفيزي للسلوك البشري والذي يظهر من خلال إعداد خطة عمل مع تحديد الأهداف مسبقا وكذا مختلف الخيارات المتوفرة والتي تتلاءم مع طبيعة الوضعية المواجهة مع التأكيد على جانب الإصرار على تسيير وإدارة كل الظروف المتوقعة .

وبذلك، فإن الالتزام له دور ايجابي في عملية التقييم المعرفي للوضعية لتحديد خصائصها وماهيتها، كما يمكن للفرد من خلال هذا المحدد التغلب على الضعف النفسي الذي قد يواجهه أين يستطيع تقدير الأمور على أنها تحديات يجب مواجهتها بنجاح وليست تهديدات يجب تجنبها.

#### 2.1.6 المعتقدات (Beliefs):

وهي عبارة أن تصورات و تكوينات معرفية ومفاهيم متصورة مسبقا نستطيع على أساسها إدراك الذات والعالم الذي ننتمي إليه وتقديم تفسيرات لكل الوضعيات التي تواجهنا في الحياة ، كما يتم تغذية هذه المعتقدات طيلة حياة الإنسان من خلال التجارب والخبرات الجديدة .

أين أثبتت (Bruchon-Schweitzer, 2001) أن هذه المعتقدات تتعلق بالتصورات التي نملكها عن الذات من حيث قدرتنا على مواجهة مختلف الوضعيات وكذا مواردنا الفردية بالإضافة إلى تطلعاتنا وأهدافنا المراد تحقيقها.

ومن هذا المنطلق ، يتضح لنا أن المعتقدات المختلفة التي نملكها هي المحفز والعنصر القوي في تعزيز محددات أخرى سيتم التطرق إليها لاحقاً، فمثلا المعتقدات المتعلقة بدرجة التحكم أي قدرة الشخص في تسيير الظروف المختلفة المتعلقة بالبيئة التي ينتمي إليها هي من ستحدد تحكماً في جميع أحداث الحياة والمعتقدات المتعلقة بالكفاءة الذاتية والتي تشير إلى الشعور بالقدرة والإصرار على النجاح هي من تدفع بنا إلى العمل لتجنب الفشل، وهكذا تساهم معتقداتنا في توجيه أفعالنا ومشاعرنا وتحديد أهدافنا المستقبلية.

### 3.1.6 الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy):

يعتبر هذا المفهوم أحد أهم المحددات الذي ينتمي إلى نظرية التعلم الاجتماعي وقد عرفها (Bandura,1977) على أنها تشير إلى اعتقاد الأشخاص بأنهم قادرين على أداء بعض المهام بنجاح وعلى تحقيق الأهداف المسطرة من طرفهم مسبقاً .

كما أكد (Bandura,1982) أن الكفاءة الذاتية تؤثر على التعلم والأداء من خلال الأهداف المسطرة والمراد تحقيقها والجهد المطلوب لانجاز هذه المهام بما في ذلك مواجهة الوضعيات الصعبة التي تحول دون تحقيق تلك الأهداف.

وبذلك فإن الكفاءة الذاتية هي ذلك الاعتقاد الذي يحفز الأشخاص على تحقيق أهدافهم بنجاح دون الاكتراث بالعقبات المحتمل مواجهتها، حيث تعزز الكفاءة الذاتية المدركة التحفيز والإصرار على التعامل ومواجهة المواقف الصعبة على غرار الوضعيات المجهدة وذلك بأسلوب نشط وقد توصل (Bandura,1997) بعد دراسته لهذا المفهوم للقول أن مصادر هذه القدرة هي الأداء الناجح المدعم بنجاح الآخرين والإيمان بالكفاءة .

### 4.1.6 المرونة (Resilience) :

لقد بدأ الاهتمام بدراسة مفهوم المرونة على خلفية ظهور علم النفس الإيجابي والذي يركز على محددات الشخصية التي لها دور إيجابي في رفاهية الأفراد وتمتعهم بالصحة النفسية والجسدية على غرار المرونة النفسية .

فلقد تم اشتقاق مصطلح المرونة من الكلمة اللاتينية (Resilire) وتقابلها في اللغة العربية كلمة (يرتد)، حيث أستعمل هذا المصطلح في مجال الميكانيك للتعبير عن مقاومة الكسر والتي يتم قياسها عن طريق اختبار التأثير، ولقد عرفها (Rutter,1985) على أنها القدرة التي يجب أن يتمتع بها الأفراد لمواجهة الوضعيات بنجاح (Perez & laudadio, 2008).

أما (Windle,2011) فيرى أنها تشير إلى القدرة على مواجهة وتسيير وضعية مجهدة حيث ينشأ هذا المحدد من الموارد الفردية والبيئة التي ينتمي إليها الفرد وتدخل هذه الخاصية في نشاط بمجرد مواجهة وضعية صعبة .

في نفس المجال توصل (Dougherty,2013) للقول أن المرونة تشير إلى التكيف الايجابي أثناء مواجهة الشدائد وقدرة النظام النفسي على المقاومة والقابلية على التعافي من كل التحديات التي تهدد استقرار الفرد وانفتاحه على الحياة وتطوره (wright, masten, & narayan, 2013).

ومن هنا يتضح أن المرونة النفسية هي القدرة على التكيف الايجابي مع الأحداث المرهقة كما تعتبر سمة ثابتة أو عملية متطورة تستطيع التدخل في كل لحظات المواجهة للتعامل مع الوضعيات المختلفة.

#### 5.1.6 الصلابة النفسية (Hardiness):

لقد عرفت (Kobasa,1979) الصلابة النفسية على أنها سمة من سمات الشخصية تتعلق بالقدرة على التحمل والمواجهة ، تضم الاقتناع بالقدرة على التأثير على الأحداث ، الالتزام فيما يتعلق كل الوضعيات المواجهة والتحدي الذي يشير إلى الإصرار على تغيير الأحداث والتكيف مع كل ظروف الحياة.

وقد أكد (Madi, 2002) أن اقتران هذه المحددات الثلاثة يقود الفرد إلى امتلاك صلابة وقدرة على المواجهة ومحفز قوي يدفع بالشخص إلى تحدي كل الظروف الصعبة من خلال الإدراك الصحيح لمعاني الحياة و التي تؤدي به إلى اتخاذ القرارات السليمة .

#### 6.1.6 العصابية (Neuroticism):

ينتمي هذا المفهوم إلى نموذج العوامل الخمسة للشخصية (Five Factor Model) والتي تشير إلى خمسة سمات وهي :الانبساط ، المودة ، الوعي ، العصابية والانفتاح حيث تمثل هذه الصفات الأبعاد الأساسية التي تحدد نوعية الأفكار والمشاعر والسلوكيات.

وقد ثبت من خلال الكثير من الأبحاث أن العصابية تترافق مع استراتيجيات المواجهة الغير مثمرة لأن هذه السمة ترتبط بعدم الاستقرار الذي يمس الجهود المبذولة لمواجهة وضعية مرهقة بحيث يتميز الشخص العصابي بالاستثمار المفرط للانفعالات وعدم القدرة على التحكم في الوضعيات، وفي دراسة لكل من (Costa&Maccrae,1989)توصلا للقول أن العصابية تترافق مع استعمال طرق المواجهة الغير متكيفة على غرار الإنكار والتجنب .

## 2.6 محددات المحيط:

تشمل هذه المحددات البيئة التي ينتمي إليها الشخص، على غرار خصائص الوضعية المواجهة وكذا الموارد الاجتماعية المتوفرة والمتمثلة في الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة توفر كل أنواع الدعم عند الضرورة .

## 1.2.6 طبيعة الوضعية:

يتعلق الأمر بنوعية الوضعية وكيفية إدراكها، شدتها ومدتها أيضا، كون سيرورة المواجهة تتعلق بالتقييم المعرفي للوضعية والذي يحدد بالضرورة كيفية مواجهتها وإدارتها بالكيفية السليمة والتي تتوج بإصدار إستراتيجية مواجهة فعالة، وقد أوضح (Lazarus & Folkman, 1984) أن الوضعية المجهدة قد يتم إدراكها على أنها خسارة أو تهديد يجب تجنبه أو تحدي يتطلب تعبئة كل القدرات لإدارته .

وفي سياق آخر وبعد الاطلاع على الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، يمكن القول أن الإنسان يستطيع مواجهة وإدارة الضغوط بالاعتماد على المحاور التالية:

- معرفة طبيعة الوضعية : كونها تمثل مصدر الإجهاد الرئيسي وذلك حتى يستطيع الأفراد التعامل معها بالكيفية الصحيحة.
- الخبرة : والمتعلقة بالوضعية المشابهة، حيث تمثل الخبرات السابقة موردا هاما للمعتقدات الايجابية عن القدرات الفردية على المواجهة والاستراتيجيات الفعالة التي تتوافق مع كل وضعية.
- إدراك الوضعية : من خلال التقييم المعرفي والإدراك الصحيح للوضعية المواجهة والذي يتوافق مع الواقع فيؤدي مباشرة إلى التعامل الفعال مع المشكل .

## 2.2.6 المساندة الاجتماعية :

تشير المساندة الاجتماعية إلى كل أنواع الدعم الذي يقدم للأشخاص والذي بإمكانه المساهمة في توافقهم النفسي والاجتماعي، حيث عرف (Cohen & Syme, 1985) المساندة الاجتماعية على أنها تشير إلى "إدراك الشخص للدعم المقدم له من العائلة الزملاء والأصدقاء لمواجهة الظروف الصعبة ودرجة الارتياح والرضا المحققة من هذا الدعم" (p. 4) .

حيث تعتبر المساندة الاجتماعية أحد الموارد المهمة فهي تساهم بإيجابية في إصدار إستراتيجية مواجهة فعالة، كما تحمي الأفراد من الآثار السلبية للضغوطات النفسية وتعمل على تعزيز بعض الموارد الفردية مثل تقدير الذات والكفاءة الذاتية، كون الانتماء إلى شبكة اجتماعية من شأنه توليد مستوى عالي من المشاعر الايجابية والإيمان بالقدرات من أجل التحكم في الأحداث .

في نفس المجال فان المساندة الاجتماعية المدركة تلعب دور الوسيط بين الحدث المجهد والاستجابات النفسية والسلوكية المترتبة عند مواجهة هذه الوضعية من خلال دورها في عملية التقييم المعرفي للإجهاد وإدراك الموارد الفردية والاجتماعية والتخفيف من الانفعالات والرفع من استراتيجيات المواجهة (rodriguez & cohen, 1998).

وعليه فان للمساندة الاجتماعية دور مهم في مواجهة الضغوطات وكل ظروف الحياة ، حيث توفر كل أنواع الحب والتعاطف وكذا المساندة المادية والمعلوماتية التي تتيح للأشخاص اكتساب خبرة في التأقلم مع كل الوضعيات كما تساهم في رفع كفاءات الأشخاص وقدراتهم الفردية حيث أوضح (House,1981) أن المساندة الاجتماعية هي المعاملة بين الأشخاص، تضم واحد أو أكثر من الأبعاد التالية، الاهتمام العاطفي، الذي يشير إلى الحب الصداقة والتعاطف، المساعدة المادية وهي كل ما يتعلق بالمواد والخدمات،المساندة المعلوماتية المتعلقة بالبيئة ومساندة التقدير وهي المعلومة المتعلقة بتقدير الذات .

#### 7. وظائف إستراتيجية المواجهة:

تساهم المواجهة في التكيف مع الوضعيات المرهقة والعودة ثانية إلى الانسجام الطبيعي، كما تعمل على المحافظة على الصحة النفسية والجسدية والتوافق الاجتماعي للأفراد وفي هذا السياق فقد أكد (Vaillant,1971) أنه وحسب الاتجاه التحليلي فان الوظيفة الأساسية للمواجهة هي الحفاظ على التوازن النفسي أو استعادته عند اختلال هذا النظام بفعل الوضعيات المجهدة.

كما تساهم إستراتيجية المواجهة في تسيير المخاطر المحتملة وتغيير أو تعديل محددات الوضعية المجهدة (zeidner & saklofske, 1996)، وذلك عن طريق إدراك الوضعية على أنها غير مجهدة فيسهل التعامل معها أو من خلال تعزيز الموارد الفردية والاجتماعية والتي تساهم في التقييم الذاتي للوضعية والإدراك الصحيح لنوعيتها وشدتها حتى يتم تفعيل الوظائف النفسية والسلوكية لرد التهديد وتسييرها دون التأثير السلبي على التوافق النفسي للأفراد، وعليه فان الوظيفة الأساسية للمواجهة هي خفض الضغوطات النفسية والمحافظة على التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد ومساعدتهم على التأقلم والتكيف مع البيئة التي ينتمون إليها.

وقد أوضح (Cohen & Lazarus,1979) أن إستراتيجية المواجهة هي الجهود الموجهة نحو الذات والوضعية من أجل تسيير ( التحكم ، خفض ، التقليل) المتطلبات الداخلية والبيئية والتأثيرات المتبادلة بينهما .



وفي سياق آخر، لا بد من الإشارة أن وظائف إستراتيجية المواجهة تتحدد أيضا وفق نوعيتها حيث تكمن وظيفة إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل في خفض متطلبات الوضعية ورفع الموارد الفردية أو حل المشكل من الأساس من خلال تحديد المشكلة والحلول البديلة وتقييم هذه البدائل ثم اختيار الحل الأمثل والمناسب للوضعية (Lazarus & Folkman, 1984)، كما أكد (Lazarus, 1993) مرة أخرى أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تعمل على خفض متطلبات الموقف والرفع من الموارد الفردية لمواجهة الوضعية أما إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال فوظيفتها تسيير وخفض الاستجابات الانفعالية الناجمة عن مواجهة الموقف.

و أضاف (Compas, 1987) أن المواجهة المركزة نحو المشكل تتمثل وظيفتها الأساسية في حل المشكل أو تعديل العلاقة التي تجمع بين الفرد والبيئة، أما الإستراتيجية المركزة نحو الانفعال فهي تهدف إلى إعادة تنظيم الانفعالات من خلال تجنب الوضعية تماما أو إعادة الصياغة المعرفية للحدث المجهد أي إدراكه بشكل آخر أو الاهتمام بالجوانب الايجابية للذات أو الوضعية .

في نفس الإطار، أضاف (Dumont, 2001) أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تهدف إلى تعديل أو التحكم والسيطرة على مصادر الضغوطات من خلال البحث عن المعلومات أو إعداد خطة مواجهة تتوافق مع الوضعية وكذا تطوير مهارات جديدة وخلق البدائل، أما وظيفة إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال فهي التخفيف من الانفعالات المصاحبة للوضعية .

خلاصة القول، ونظرا لما سبق ذكره ، يتضح جليا أن الوظيفية الأساسية للمواجهة هي خفض الضغوطات والتخفيف من أثارها السلبية على صحة ورفاهية الأفراد وكذا الحفاظ على توازنهم النفسي وقد لا تتحقق هذه النتائج في حالة الفشل في عدم التكيف بفعل عجز أو عدم قدرة الإستراتيجية المستعملة في رد التهديد وذلك نظرا لنوعية الوضعية أو للتقدير المعرفي الغير موافق للحقيقة أو لضعف الموارد الفردية أو الاجتماعية ، مما يفرض علينا مواصلة البحث في هذا المجال للتعرف أكثر على هذه السيرورة المعقدة والعمل على تحديد كل العوامل التي تستطيع تعزيز وظيفتها الايجابية ، كما يجب التنويه أن التقييم المعرفي للوضعية يعتمد على المعتقدات والخبرات السابقة مما يدفع بنا إلى تعلم هذه المهارات و تطويرها قدراتنا في هذا المجال.

## 8.فعالية إستراتيجية المواجهة :

رغم الدراسات التي أجريت لتحديد كفاءة وفعالية استراتيجيات المواجهة، إلا أننا لم نتوصل بعد إلى ذلك، كون هذا المفهوم يضم عدة محددات متغيرة تتعلق بالفرد، الوضعية والبيئة التي ينتمي إليها هذا الأخير، وخلال الوضعية الواحدة قد يلجأ الأفراد لأكثر من إستراتيجية للتعامل مع الظروف المختلفة حيث أوضح الكثير من المختصين أن نجاعة إستراتيجية المواجهة تتعلق أيضا بالمرحلة التي يكون فيها الفرد خلال نفس السيرورة .

وفي نفس المجال نوه(Dumont,2001) إلى أن الشخص قد يستطيع إصدار إستراتيجية مواجهة تكون فعالة في المراحل الأولى، ثم تؤدي إلى الفشل في التكيف في المراحل اللاحقة وقد يتم تعديل الإستراتيجية في المرحلة الأخيرة من هذه العملية أيضا.

وعلى العموم ، تتلخص فعالية إستراتيجية المواجهة في إدارة و تسيير الوضعية المجهددة بنجاح دون ترتب آثار سلبية على صحة ورفاهية الأفراد ،حيث ربط (Pearlin& Schooler,1978) فعالية إستراتيجية المواجهة بالقدرة على التكيف وخفض الضغوطات المترتبة عن الوضعية المواجهة والتقليل من الصراعات والاحباطات ، مضيفا أن فعالية إستراتيجية المواجهة الحقيقية لا تكمن في تسيير وإدارة الضغوطات فحسب بل في الحد من الاستنزاف الانفعالي المصاحب لهذه العملية.

أما (Haan,1982) فترى أن فعالية إستراتيجية المواجهة مبني على الاستنتاج القائم على الطريقة السليمة أو السيئة التي تمت بها إدارة وتسيير الوضعية،ومن زاوية أخرى يرى (Compas,1987) أن فعالية إستراتيجية المواجهة تظهر من خلال خصائص الكفاءة والمرونة والقدرة على التغيير، في حين تترتب على الصلابة المعرفية محدودية القدرة على المواجهة وحل المشكلات.

وفي سياق آخر، يجب التنويه أنه وإضافة إلى مرونة إستراتيجية المواجهة فان نوعية هذه الخاصية تعتبر عامل محفز للتكيف النفسي والاجتماعي، كما أن نجاح هذه العملية يتوافق مع الحل النهائي للمشكل وخفض الآثار النفسية والجسدية الناجمة عن هذه السيرورة مع تعزيز الصحة والرفاهية وبطبيعة الحال، وبعد التطرق إلى آراء الباحثين والمختصين حول فعالية إستراتيجية المواجهة يظهر لنا بوضوح أن هذه الخاصية تتحدد بتحقيق الوظائف الأساسية لهذه الإستراتيجية والمتمثلة في خفض الضغوطات والمحافظة على التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد .

## 9. قياس إستراتيجية المواجهة:

- مقياس التكيف مع الإصابات والمشاكل الصحية (Endler & Parker, 1990):

صمم لقياس إستراتيجية المواجهة الموجهة نحو المشكل ونحو الانفعال، ضم في البداية (70) فقرة تم اختصارها بعد ذلك إلى (48) فقرة تقيس ثلاثة أبعاد هي: الاستراتيجيات الموجهة نحو المهام الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال والاستراتيجيات التجنبية.

- مقياس المواجهة (Cousson & Al, 1996):

تم تصميم مقياس المواجهة في نسخته الأولى من طرف (Lazarus & Folkman, 1984) حيث ضم في البداية (68) فقرة، تم اختصارها إلى (42) فقرة من طرف (Vitaliano & Al, 198) ، ثم (27) فقرة من طرف (Cousson & Al, 1996)، يقيس هذا الاستبيان ثلاثة أنواع من استراتيجيات المواجهة هي : إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل، إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال والبحث عن المساندة (cousson, bruchon-schweitzer, quintard, nuissier, & rasclé, 1996).

- مقياس المواجهة (Carver & Al, 1996):

مشتق هو الآخر من المقياس الأصلي (Lazarus & Folkman, 1984)، يقيس المواجهة كسمة وكحالة والتي تظهر من خلال (14) إستراتيجية تجمع ما بين المتكيفة والغير متكيفة.

- مقياس المواجهة (Muller & Spitz, 2003):

يضم هذا المقياس من (28) إلى (60) سؤال لقياس (14) إستراتيجية مواجهة مختلفة ، تم تصميم هذا المقياس من خلال بعض البنود المتعلقة بمقياس الإجهاد المدرك (Cohen & Al, 1972) ومقياس تقدير الذات (parrocchetti, 2012) (Rosenberg, 1965).

بعد استعراض بعض المقاييس التي تقيس استراتيجيات المواجهة يتضح أن معظمها مشتقة من

المقياس الأصلي لقياس هذه الخاصية والذي تم تصميمه من طرف (Lazarus & Folkman, 1884) وبعد الاطلاع على بعض الدراسات السابقة من مناطق مختلفة من العالم أتضح لنا الاعتماد على نفس المقياس وتكييفه مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، مما يؤكد شمولية وصدق وثبات هذا المقياس من جهة ومن جهة أخرى محدودية الدراسات التي تناولت موضوع المواجهة والتي لا زالت لحد الساعة تستوحي أفكارها الرئيسية من النماذج الأولى التي تطرقت إلى هذا المفهوم .

## خاتمة:

يسعى الإنسان طيلة حياته للتكيف مع الظروف المختلفة خاصة المرهقة منها والتي تؤثر سلبا في كثير من الأحيان على توافقه النفسي والجسدي والاجتماعي، وبذلك فإن التطرق إلى موضوع المواجهة يفرض علينا التعمق في دراسة هذه السيرورة المتعددة المحددات والتي لا تتعلق بالأفراد والوضعيات، بل بالتبادل وعلاقة التأثير التي تجمع بينهما.

في نفس السياق، تكمن أهمية الإحاطة الجيدة بمفهوم المواجهة في التعرف على ميكانيزمات حدوث هذه العملية حتى نستطيع تعزيز بعض المحددات التي تساهم بفعالية في إصدار إستراتيجية مواجهة مناسبة لكل وضعية لتؤدي وظيفتها بفعالية وتحافظ على توازن وانسجام الأشخاص والتكيف مع مختلف الوضعيات، بالإضافة إلى تقادي أية تأثيرات سلبية وغير مرغوب فيها على الصحة والرفاهية.

وفي سياق آخر، فإن الوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية تتركز في الأساس على تبني سلوكيات صحية من جهة ومن جهة أخرى على اكتساب مهارات جديدة لتسيير الضغوط، حيث تعتمد عملية المواجهة على المعتقدات والخبرات المختلفة، مما يحفزنا على تعلم هذه المهارات والعمل على تطويرها من خلال إعداد برامج تعليمية وإرشادية للتنمية البشرية وتعزيز القدرات الفردية على التأقلم السليم مع كل ظروف الحياة.

وكخلاصة لهذا الفصل، وبناء على ما سبق ذكره وبالنظر للانتشار الواسع للأمراض والاضطرابات النفسية التي لها علاقة بالإجهاد بالإضافة إلى بعض الظواهر الاجتماعية الناجمة عن نفس المصدر، بات من الضروري حشد الجهود لمواصلة الدراسات في هذا المجال من أجل تفسير عملية المواجهة ومعرفة خصائصها بدقة حتى يتسنى لنا تعزيز بعض القدرات الفعالة في هذه العملية وكذا إيجاد الكيفية التي نستطيع من خلالها التحكم في إصدار استراتيجيات تتلاءم مع كل وضعية والتي تحمي وتحافظ على السلامة النفسية والجسدية للأفراد.

## الفصل الخامس : تقدير الذات

تمهيد

1. مفهوم تقدير الذات

2. تعريف تقدير الذات

3. تقدير الذات والمفاهيم المرتبطة به

4. النظريات المفسرة لتقدير الذات

5. مستويات تقدير الذات

6. أشكال تقدير الذات

7. العوامل المؤثرة في تقدير الذات

8. وظيفة تقدير الذات

9. قياس تقدير الذات

خاتمة

## تمهيد :

يسعى الإنسان طيلة حياته إلى إشباع حاجياته الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولقد أجمعت الأبحاث في كل العصور أن الاهتمام بالشخص ينبع من إحاطته بكل أشكال الحب والدعم والقبول ضمن المجتمع الذي ينتمي إليه، حيث تنعكس هذه المشاعر الايجابية والعلاقات الاجتماعية المثمرة على البنية النفسية للشخص والتي من خلالها يستطيع الشعور بذاته وتقديرها وتكوين هويته التي تميزه عن الآخرين وتحدد سلوكياته ومواقفه وتوجهاته المستقبلية، كون تقدير الذات مركب اجتماعي ينشأ ويتطور ضمن السياق الاجتماعي .

إلا أنه وبالرغم من الدور المحوري لمفهوم تقدير الذات في حياة الإنسان، لم يحظى بالاهتمام منذ القدم بل تم تناول هذا الموضوع بسطحية من خلال تفسيرات فلسفية لا تتعدى التعريفات العامة ليتم بعد ذلك تحديد ماهية هذا المفهوم في إطار السياق والعلاقات الاجتماعية واعتباره كأحد أهم المحددات التي لها دور محوري في السلوك البشري ومصدرا مهما للمشاعر الايجابية التي تدفع بالأفراد لتنمية قدراتهم وتحقيق أهدافهم وكذا عنصر أساسي في ثبات العلاقات الاجتماعية .

في نفس السياق، يساهم التقدير الذي يحظى به الفرد من طرف المجتمع الذي ينتمي إليه وتلك العلاقات الاجتماعية المستقرة والأدوار التي يمارسها الفرد في تقديره لذاته، ليتولد لديه الشعور بالكفاءة والإصرار على النجاح والابتعاد عن الإحباط والفشل وبذلك يصبح تقدير الذات منبع كل طموح والمسؤول الأول عن السلوك البشري السوي.

وبناء على ما سبق ذكره، سنحاول من خلال هذه الدراسة التعريف بماهية مفهوم تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى والذي يفترض أن يكون له دور أساسي في خفض مستويات الاحتراق النفسي والحفاظ على صحة الأفراد ورفاهيتهم .

## 1. مفهوم تقدير الذات :

تعود البدايات الأولى للاهتمام بمفهوم تقدير الذات إلى أعمال (James,1890) والذي أعتبر تقدير الذات هو إدراك لقيمة الأنا، كما أهتم بالربط بين الذات الحالية والتطلعات، أما (Cooley,1902) فقد أعطى للتفاعلات الاجتماعية وآراء الآخرين مكانة أساسية، حيث تتكون صورة الذات حسب رأيه بناء على التفاعل مع الآخر والتأثر بأحكامه وآرائه ومواقفه وقد أطلق عليها مصطلح المرآة الاجتماعية (bolognini & preteur, 1998).

في سياق آخر فسر (Mead,1934) تأثير الآخرين على بناء الذات من منظور مغاير، حيث يرى أن تطوير الذات يرتبط بالأعراف والأدوار الاجتماعية التي تحددها السياقات الاجتماعية للمجموعة التي ينتمي إليها الفرد (martinot, 1995).

وفي هذا الإطار، ورغم اقتصار هذه الدراسات التي تناولت مفهوم تقدير الذات في هذه المرحلة على تقديم تعريف مبسط لهذا المصطلح والتطرق إلى بعض العوامل التي ترتبط به وتساهم في تكوينه على غرار العلاقات الاجتماعية، إلا أنها مثلت البداية الحقيقية للابتعاد عن التفسيرات الفلسفية وتناول مفهوم تقدير الذات من المنظور النفسي المبني على التحليل النظري القابل للتجربة كما تم التعمق في أصل هذا المحدد والذي أعتبر وليد السياقات الاجتماعية.

في نفس السياق أعتبر (Adler,1927) تقدير الذات كوسيلة للتغلب على الإحساس بالنقص يرتبط بالسلوك البشري سواء من الجانب السلبي أو الايجابي، كما توصلت (Horney, 1937) للقول أن لتقدير الذات في محوره الايجابي علاقة مباشرة بعلاج بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية، أما (White, 1959) فركز على الآثار التنموية لتقدير الذات على الإتيان والكفاءة (mruk, 2013).

وفي سياق آخر، أوضح (Rogers, 1951,1961) أهمية تقدير الذات العلاجي وتأثيره الايجابي على الصحة ليقوم (Coopersmith, 1959,1967) بالإحاطة بهذا الموضوع من منظور نظرية التعلم الاجتماعي، المعتمدة في الأساس على التجريب والمحاكاة، كما أعطى (Rosenberg) رؤية جديدة لهذا المحدد بعد أن قام بتصميم أداة لقياسه، وبذلك مهد لظهور مجموعة من الدراسات والتي اهتمت بمعرفة علاقة مستويات تقدير الذات ببعض العوامل الأخرى (mruk, 2006).

وجدير بالذكر، أن الدراسات التي قام بها (Rosenberg) شكلت اللبنة الأولى للحديث عن قياس تقدير الذات والبحث عن علاقة مستويات هذا المحدد مع متغيرات أخرى والتي شكلت البداية الأولى لتناول هذا المفهوم من زاوية مغايرة تماما .

ومع ظهور علم النفس الايجابي، تم اعتبار تقدير الذات كأحد أهم القدرات النفسية والاجتماعية المهمة والتي تسمح بمزيد من المرونة في توجيه السلوك الإنساني وتساهم بايجابية في تحديد مواقفه وتوجهاته (arsandaux, 2019).

## 2. تعريف تقدير الذات:

لقد أختلف المختصين في إيجاد تعريف محدد لمفهوم تقدير الذات، أين اعتبره البعض ككفاءة والبعض الآخر عرفه على أساس قيمة ، أما الفئة الثالثة فقد جمعت بين الفكرتين وحتى يتسنى لنا تناول هذا المفهوم من جميع النواحي، ارتأينا التطرق إلى كل هذه الاتجاهات .

## 2.1 تعريف تقدير الذات كفاءة (Competence):

لقد عرف (Mruk,2006) الكفاءة على أنها تمثل القدرات الجسدية والنفسية والاجتماعية وهي عملية مستمرة تحتاج إلى الممارسة لتطوير هذه المهارات، ترتبط ارتباطا وثيقا بتقدير الذات لأن الأشخاص يتعاملون مع التحديات المختلفة على أساس الكفاءات المتوفرة .

حيث يعتبر (James,1890) أول من وصف مفهوم تقدير الذات على أنه يتحدد وفق ما نطمح على أن نكون عليه وما يجب فعله للوصول إلى ذلك واختصر مفهوم تقدير الذات في "الشعور بالكفاءة المرتبطة بالتوافق بين النجاح والطموح" (p. 310).

ليقوم بعد ذلك (White ,1959,1963) بإعطاء تعريف مفصل لمفهوم تقدير الذات باعتباره محدد لديه ارتباطا وثيق بالشعور بالفعالية أي الكفاءة الذاتية وحدد تقدير الذات في سياق تنموي مرتبط بثلاثة عمليات وهي الدافع البيولوجي للتكيف بطريقة فعالة مع البيئة التي ينتمي إليها الفرد، المهارات الحركية والمعرفية وتطور الشعور بالذات والهوية (mruk, 2006).

أما (Crocker & Park,2003) فقد اعتبروا تقدير الذات " نظام للتقييم والتنظيم الذاتي، حيث يسعى الفرد للحفاظ على تقديره لذاته وحمايتها وتعزيزها من خلال محاولته لتحقيق النجاح وتجنب الفشل في المجالات التي يعتمد على تقدير الذات " (p. 291).

بعد الاطلاع على أهم التعريفات التي اعتبرت تقدير الذات ككفاءة ، نلاحظ اعتبار (james) تقدير الذات الموجه الرئيسي للسلوك الايجابي ومرادف لمفهوم الكفاءة والتي تشير إلى مهارة القدرات الفردية والطموحات والتي تضم رغبات الفرد وتطلعاته ، كما تم ربط تقدير الذات بالنجاح وبالهوية الفردية المعتمدة في الأساس على الشعور بالذات وتحقيق الأهداف المحددة مسبقا والابتعاد عن الفشل والانتكاسات .



أما (Crocker & Park) فاعتمدا على نفس الفكرة السابقة وهي الموازنة ما بين النجاح والطموح كما أوضحا أن الناس يبحثون عن الأفعال والسلوكيات التي يستطيعون من خلالها تحقيق هويتهم والبحث عن النجاح ونقادي الفشل مع تفضيل الوضعيات التي تحقق لهم ذلك من خلال السعي المستمر لتعزيز تقدير الذات.

## 2.2 تعريف تقدير الذات كقيمة (Worthiness):

لقد تم تعريف القيمة على أنها مفهوم يرتبط ارتباطا وثيقا بنوعية وجوده أفعالنا وهي البعد التقييمي لتقدير الذات ، حيث يولد الأداء الجيد المشاعر الايجابية، فيما تنتج المشاعر السلبية عن الأداء الضعيف (mruk, 2006).

وفي هذا السياق فقد عرف (Rosenberg,1965) تقدير الذات على أنه يشير إلى " الموقف الايجابي أو السلبي تجاه شئ معين وهو الذات " (p. 30) .

أما (Coopersmith , 1967) فيرى أن تقدير الذات هو " التقييم الذاتي الذي يقوم به الفرد ويحافظ عليه عادة والذي يعبر عن مواقف الموافقة أو الرفض ويشير إلى مدى شعور الفرد بالقدرة والأهمية والنجاح بجدارة " (p. 5) .

كما توصل (korman,1970) للقول أن " تقدير الذات يعكس الدرجة التي يرى فيها الفرد نفسه كفؤ وقادر على إشباع حاجياته " (p. 32) .

ومن التعريفات السابقة يتضح لنا أن المختصين الذين عرفوا تقدير الذات على أساس قيمة قد اعتمدوا على صفة التقييم الذاتي الانعكاسي المستمد من ردود أفعال الآخرين تجاه الفرد، كما تم اعتبار تقدير الذات كنوع معين من المواقف المعتمدة على الإدراك والشعور بقيمة الذات، وبذلك فإن تقدير الذات حسب هذا الاتجاه ينتج عن عملية إدراكية بحتة بعيدة عن تفسير السلوك ونتائجه بل أعطي الاهتمام الأكبر للمواقف المنعكسة نحو الذات والناجمة من تقييم الشخص لنفسه أو تقييم الآخرين والذي من شأنه المساهمة في بناء الذات وتطويرها، حيث يساهم الانعكاس الذاتي في تحديد هوية الذات و قيمتها والتي يتم تغذيتها أيضا من وجهات نظر الآخرين والتي تشكل هي الأخرى أحد مكونات تقدير الذات.

## 3.2 تعريف تقدير الذات ككفاءة وقيمة :

لقد عرفت (Branden,1985) تقدير الذات على أنه " مفهوم يتعلق بالمعنى الأساسي للفعالية والشعور بالقيمة و الكفاءة " (p. 4) .

أما (Mruk,2006) فيرى أن تقدير الذات هو " الوضع الذي يتم من خلاله تجسيد كفاءة الفرد للتعامل مع تحديات الحياة بكل جدارة واستحقاق ضمن السياق الزمني " (p. 28) .

واستخلاصا لما سبق ذكره فيما يخص إيجاد تعريف شامل لمفهوم تقدير الذات ، نلاحظ أن أصحاب هذا الاتجاه ربطوا بين الكفاءة والجدارة لوصف هذا المحدد الذي لا يعبر فقط عن السلوك المؤدي إلى النجاح، بل يجب أن يقترن بأفعال قيمة لتحقيق التقدير والاحترام والاستحقاق.

**3. تقدير الذات والمفاهيم المرتبطة به :**

### 1.3 الأنا (Ego):

لقد أوضح (Mead,1934) أن الأنا في حالة ديناميكية دائمة وليس معزول عن العوامل الأخرى فالمجتمع يجمع ما بين "أنا " كل الأفراد في نشاط متبادل ،حيث يختلف الأنا عن الذات فهوية الأنا تنتج عن مواجهة هذا المحدد للمعايير والقيم والنماذج الاجتماعية أما هوية الذات فتتولد عن ارتباط الأنا المثالي بصور الذات المتعلقة بمختلف الأدوار (Edmon, 2005).

أما (L'ecuyer,1978) فيرى أن مفهوم الأنا يتعلق بالعمليات النشطة الخاصة بالأفعال والتكيف أما مفهوم الذات فيتعلق بالجانب الإدراكي، حيث يعبر عن الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته. وتماشيا مع ما سبق ذكره حول التفسيرات التي تتعلق بالأنا والذات ، نلاحظ اعتبار الأنا أحد محددات الجهاز النفسي حسب التحليليين، أما الذات فهي مركب معرفي يضم المواقف والمشاعر والتقييمات التي يكونها الشخص عن نفسه .

### 2.3 الذات (self):

لقد عرف (James ,1890) الذات على أنها تشير إلى مجموع كل المتغيرات التي يعبر عنها الفرد بضمير الملكية " له " "his"، أي كل الأغراض التي ينسبها لنفسه كعائلته ومنزله وممتلكاته.

أما (Mead,1934) فيرى أن الذات هي بنية اجتماعية تنتج من خلال العلاقة مع الأفراد في إطار السياقات الاجتماعية " (Edmon, 2005) .

كما أعتبر (Rosenberg,1979) أن الذات هي بناء افتراضي يسمح بفهم سلوك الفرد والتنبؤ به فهو وصفي وتقييمي يعكس جميع التمثلات التي يمتلكها الفرد عن نفسه ويصبح متمائزا أما تقدير الذات فهو النظرة الايجابية للذات (fortes-bourbousson, 2003).

ومن هذا المنطلق ، يمكن تحديد ماهية الذات وهي بنية معرفية منظمة ، تضم كل التصورات التي يملكها الفرد عن نفسه أما تقدير الذات فيمكن وصفه على أنه التقييم الايجابي للذات .

### 3.3 الشعور بالذات (Self-Consciousness):

إن الشعور بالذات حسب (Mead,1934) هو مركب ينتج عن العلاقات الاجتماعية، يولد وينمو ويتطور خلال السياق الاجتماعي ويعتبر المكون الأساسي للهوية (martinot, 1995).

كما أكد كل من (Duval&Wicklund,1972) من خلال نظريتهما حول الشعور بالذات (Objective Self-Awareness) والتي تفترض أن توجيه الاهتمام نحو الذات هو جوهر التقييم الذاتي وتحديد ماهيتها ، أن الشعور بالذات ينبع من توجيه كل الحواس إلى الذات وإدراكها بكامل جوانبها (bergeron, 2011).

وقد بين (André,2009) أن التجارب المتكررة التي تؤدي إلى الشعور بالذات هي البداية الحقيقية لإدراك الذات وتقديرها وأن النظرة التقييمية التي نصدرها عن أنفسنا لها دور أساسي في التوازن النفسي للأفراد .

وبذلك فإن الفكرة التي يكونها الأشخاص عن أنفسهم والتي جاءت على خلفية اعتبار الذات كموضوع للملاحظة، تؤدي إلى تكوين صورة انعكاسية للذات تجمع كل الموصفات سواء الايجابية أو السلبية والتي تحقق الشعور بالذات وإدراكها من كافة الجوانب.

### 4.3 صورة الذات (Self-Image):

لقد أعطى (L'ecuyer,1978) وصفا دقيقا وشاملا لصورة الذات، حيث أعتبرها بنية متماسكة نوعا ما،تضم مجموعة من السمات والصور والمحددات والقيم التي يدركها الفرد عن ذاته مقارنة بالآخرين وبالأدوار التي يقوم بها .

أما (Codol,1981) فأعتبرها مجموعة منظمة من المعلومات والتي تم بناؤها من طرف الفرد حول سماته وصفاته وخصائصه النفسية وهي تعني شعور الفرد بوحده وهويته واختلافه عن الآخرين .

وفي سياق آخر أوضحت (Harter,1994) أن صورة الذات هي مجموعة التصورات المتعددة الأبعاد التي يملكها الشخص عن نفسه وفي الغالب تكون مشحونة بالعواطف والقيم .

وعليه،يمكن اعتبار صورة الذات هي مجموعة المعلومات المكونة عن الذات والتي تضم خصائصها المختلفة، بما في ذلك تقدير الذات والذي يعتبر جزء مهم من هذه التصورات كونه يتعلق بالجانب التقييمي للذات ويشير أيضا إلى التقدير والاحترام وكل المشاعر الايجابية التي يملكها الفرد عن ذاته .

### 5.3 الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy):

يعتبر هذا المفهوم أحد أهم المتغيرات التي تعتمد عليها النظرية المعرفية الاجتماعية وقد عرفها (Bandura,1977) على أنها تشير إلى اعتقاد الأشخاص بأنهم قادرين على تحقيق الأهداف المسطرة مسبقاً من طرفهم بنجاح .

كما تعتبر الكفاءة الذاتية أحد الدوافع والعوامل التحفيزية التي تقود الناس إلى الاهتمام بقدراتهم وفعاليتهم، كما يرتبط تطور مفهوم الذات بادراك الكفاءة الذاتية (jackson & lassiter, 2001).

وفي هذا السياق، أوضح (Bandura,2010) أن الكفاءة الذاتية تشير إلى التقييمات التي يجريها الفرد لقدراته أما تقدير الذات فهو تقييم الفرد لقيمه الشخصية " (guerrin, 2012, p. 110). واستناداً لما سبق ذكره، يتضح لنا أن الكفاءة الذاتية تعكس إيمان الشخص بقدراته على الأداء بمستوى معين وأن المعتقدات التي نملكها عن كفاءتنا الذاتية هي من ستحدد مستقبلاً شعورنا وطريقة تفكيرنا واتجاهاتنا وتصرفاتنا وكذا إصرارنا على النجاح..

### 6.3 الهوية (Identity) :

بالنسبة (Erikson,1972) فإن مصطلح الهوية يشير إلى الشعور الذاتي والمنشط لوحدة الشخصية وإستمراريتها وهي أيضاً سيرورة ديناميكية تخضع دائماً للتطور والتحول، تجمع ما بين ما هو نفسي مثل الذات، صورة الذات وتقدير الذات، وما هو اجتماعي على غرار الأدوار والمواقف وإن الشعور بالهوية هو الشعور بالذات وإدراك الذات وإدراك صورة الذات (Edmon, 2005).

كما أشار (Rosenberg,1979) أن الهوية هي مجموعة من الاستعدادات والسمات التي تميز الفرد عن الآخرين، أما فيما يخص العلاقة بين تقدير الذات والهوية فالبعد العاطفي للهوية يمثل التعبير عن الذات ويضم تقدير الذات والذي يتعلق بمعرفة قيمة الذات وتعزيزها وتأكيداها .

وبذلك نستنتج أن الهوية وتقدير الذات هما مركبات تضم التصورات التي نملكها عن أنفسنا وإن الشعور بالهوية يحدد وفق مستوى تقدير الذات والذي بدوره يعزز الشعور بالهوية.

في نفس السياق أوضح (Stryker,1968) العلاقة ما بين تقدير الذات والهوية وفق ما يلي:

- هناك علاقة تأثير متبادلة بين البعد العاطفي لتقدير الذات والبعد الإدراكي للهوية .
- الهوية وتقدير الذات هما أحد مكونات الذات ، حيث تضم الهوية التمثلات المعرفية التي يكونها الفرد عن نفسه وما يطمح الوصول إليه، أما تقدير الذات فهو التقييم المعرفي الذي يكونه الشخص عن قيمته ، ففي حالة توافر الإدراك والاستثمار في الهوية يؤدي ذلك إلى تقدير الذات .

## 4. النظريات المفسرة لتقدير الذات :

## 4.1 مقارنة (James, 1890):

لقد أعتمد (James) في مقارنته على مبدأ المحاولة وال فشل والذي نستطيع من خلاله تحديد ما سوف نفعله بالربط ما بين الواقع والإمكانيات المتوفرة والتي تحدد بالضرورة طموحاتنا المستقبلية ، أين أختصر مفهوم تقدير الذات في التوافق بين الطموح والنجاح .

حيث حاول من خلال هذه المقاربة تحديد ماهية مفهوم تقدير الذات والتي تنحصر في البحث عن النجاح من خلال تجسيد الطموحات المرغوب فيها في الواقع، ويستمر الإصرار على ذلك في كل الظروف، أين يعمل الأفراد على تفادي الفشل ومحاولة تحقيق أهدافهم بكل الطرق الممكنة.

كما أعتبر (James) تقدير الذات كبنية واحدة وكحالة وسمة في نفس الوقت، موضحاً أن الأفراد يميلون إلى أن تكون لديهم مستويات متوسطة من تقدير الذات والتي تشكل وسيلة للاكتفاء الذاتي في هذا المجال وقد اصطلح على تسميته بالمستوى النموذجي (crocker & park, 2004).

ولا بد من الإشارة أن هذا الاتجاه قد أعتبر تقدير الذات ككفاءة وأن شعورنا بذاتنا يعتمد كلياً على طموحاتنا المستقبلية، أين يتم تحديد هذه الأهداف من خلال نسبة الوقائع التي لدينا والإمكانيات المتوفرة.

في نفس الإطار، أكد (James) أن الإنسان يولد ليتقمص بعض الأدوار الاجتماعية والتي أنشأتها عوامل مثل الأسرة، الثقافة، التاريخ وعوامل أخرى، ومع مرور الوقت نجد أنفسنا قد قمنا باستثمار هذه العوامل في أحد مجالات الأنا على حساب الأخرى، رغم أن هذه العملية تتركز على الاعتماد على الأولويات لنطور في الأخير شعور عام يسمى تقدير الذات (mruk, 2006).

ومن زاوية أخرى، فإن تقدير الذات حسب هذا الاتجاه يتغير بفعل تنوع المشاريع المستقبلية للأفراد ومدى إصرارهم على تحقيق الأهداف والنجاح في مختلف ظروف الحياة.

في سياق آخر، لا يفوتنا أن ننوه أن (James)، يعتبر من أوائل الباحثين الذين اهتموا بدراسة الذات وقد قدم من خلال كتابه (The Principles Of Psychology) عرض مفصل عن هذا المفهوم كما أعتبر تقدير الذات كمرادف للكفاءة والقدرة على الانجاز ومن من أهم العوامل التحفيزية التي تؤثر على السلوك الإنساني ودافع لإشباع الاحتياجات الأساسية للفرد، كماله دور مهم في ضبط وتوجيه السلوك الإنساني وتحفيز الأفراد على العمل وتطوير الذات مع البحث دائماً عن النجاح وتجنب الشعور بالعجز والفشل .

## 2.4 نظرية التعلم الاجتماعي :

تقتضى هذه النظرية أن تقدير الذات هو مركب اجتماعي ينتج من خلال العلاقات الاجتماعية والتأثير المتبادل بين الفرد والبيئة التي ينتمي إليها، ظهر هذا الاتجاه على يد كل من (Cooley) و (Mead) وتم تطويره من طرف كل من (Rosenberg) و (Coopersmith).

حيث انطلق (Rosenberg) في تفسيره لتقدير الذات من خلال ثلاثة مسلمات هي :

- ضرورة الجمع ما بين نموذج علم النفس الاجتماعي المعرفي والتفاعل الرمزي لتحديد مفهوم تقدير الذات، أين أعتبر الذات ككيان أو عملية.  
- تناول موضوع الذات في السياق الاجتماعي، أي نحاول تفسير الذات باعتبارها مركب اجتماعي ينتج عن تفاعل الفرد وبنية المجتمع .

- دراسة مفهوم تقدير الذات من خلال الدراسات النظرية و التجريبية (laurie & stryker, 2001).

وفي هذه المرحلة، قام (Rosenberg, 1965) ببعض الأعمال التجريبية التي أجريت على مفهوم تقدير الذات أين تم التركيز على العوامل الاجتماعية التي تؤثر على هذا المتغير مع اعتباره مركب وليد السياقات الاجتماعية والثقافية مما رجح فكرة قياسه وافترض أن معظم السلوكيات والانفعالات تتبع من هذا المحدد.

في نفس الموضوع، قام (Coopersmith, 1967) بعدة دراسات حول هذا المفهوم والذي أعتبره قيمة يتم اكتسابها عن طريق التعلم الاجتماعي، ليتوصل للقول في الأخير أن لتقدير الذات أهمية كبرى على المستوى النفسي والاجتماعي .

وبناء على كل هذه الدراسات تم تحديد المحاور الأساسية التي يجب أن تعتمد عليها الأبحاث التي تهتم بموضوع تقدير الذات وهي مستويات هذا المحدد وعلاقتها بمختلف المواقف والسلوكيات والظواهر الاجتماعية وكذا العوامل التي تؤثر على هذه المستويات، وبذلك يعود الفضل الكبير لمجموعة المختصين المشار إليهم أعلاه والذين تناولوا موضوع تقدير الذات من الناحية التجريبية لأول مرة كما أعطوا أبرز المحاور التي يجب الاعتماد عليها مستقبلا لدراسة مفهوم تقدير الذات وفعلا قام الكثير من الباحثين بالاعتماد على كل النقاط المهمة التي أثبتت في هذا السياق والتي أتت بثمارها بعد ذلك من خلال الاهتمام الكبير الذي حظي به مفهوم تقدير الذات من جهة ومن جهة أخرى اكتشاف الدور الرئيسي لهذا المحدد خاصة في مجال تعزيز القدرات الفردية وتوجيه السلوك والإصرار على النجاح بالإضافة إلى دوره المحوري في مجال الحفاظ على الصحة والرفاهية.

## 3.4 التيار المعرفي التجريبي :

تهتم النظريات المعرفية عامة بدراسة المفاهيم المتعلقة بادراك المعلومة ومعالجتها وذلك لتفسير العمليات النفسية والمعرفية المتعلقة بالنظم الذاتية والنظم التي لها علاقة بإصدار السلوك.

حيث تعتبر نظرية الذات (Self Theory) من أهم النظريات المنتمية لهذا التيار والتي قام من خلالها (Epstein) بإعطاء صورة واضحة لماهية تقدير الذات، حيث يستند هذا الطرح على المعلومة المتعلقة بالخبرة والتنظيم المفاهيمي المتعلق بتكوين نظام من الأحداث والتجارب والأنماط مرتب ترتيب هرمي يضم معلومات عن الذات وعن الآخرين (mruk, 2013).

وقد عرف (Epstein, 1985) هذا النظام أو ما أصطلح على تسميته بالنظرية الذاتية على أنه أداة معرفية لفهم الحياة النفسية وضمان التوازن الايجابي للحفاظ على مستوى مقبول من تقدير الذات واستيعاب الواقع مع إنشاء علاقات مستقرة مع الآخرين.

ومن زاوية أخرى، يعتمد هذا التيار على اعتبار تقدير الذات كسمة من سمات الشخصية لها دور كبير في تحديد المواقف والسلوكيات، كما لمستويات تقدير الذات أثر مهم وواضح في التنبؤ بالمواقف المستقبلية الخاصة بالأفراد، حيث عرف (Epstein, 1990) السمة على أنها مجموعة السلوكيات المستقرة نسبياً ضمن مجموعة المواقف والوضعيات المختلفة .

ولابد من الإشارة أن هذا الاتجاه قد قدم فكرة جديدة اعتمدت عليها الكثير من الدراسات وهي ضرورة دراسة تقدير الذات كسمة ثابتة نسبياً وكحالة تتغير حسب تغير بعض المحددات.

وفي هذا المجال، أعتمد هذا التيار على البحث على علاقة مستويات تقدير الذات وعوامل أخرى، كما ركز على دراسة استقرار تقدير الذات والمحافظة عليه والذي يعتبر كمحدد للرفاهية والمشاعر الايجابية، أين تم التوصل إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من تقدير الذات لديهم القدرة والفاعلية في الانجاز والتي تقودهم إلى النجاح أما أصحاب تقدير الذات المتدني فلديهم انخفاض في الكفاءة والأداء ومستوى التوقعات (fortes-bourbousson, 2003) .

ومما لا شك فيه وبعد التطرق إلى هذه النظرية يتضح لنا التقدم الكبير في تناول موضوع تقدير الذات والابتعاد عن التفسيرات الفلسفية والتناول السطحي لهذا المفهوم ، حيث اعتمدت بعض التيارات على دراسات العمليات النفسية التي تؤدي إلى تقدير الذات وتطويرها والبحث عن الأدوار المهمة لتقدير الذات ضمن عمليات أخرى من أجل الوصول إلى التوازن والاستقرار النفسي والاجتماعي و كذا التأقلم مع مختلف ظروف الحياة .

## 4.4 التيار الوضعي :

عكس التيار المعرفي التجريبي فان فأصحاب هذا الاتجاه يعتبرون تقدير الذات مركب غير منظم وغير مستقر ويعتمدون على فرضية اعتبار الفرد والمجتمع وحدتين متصلتين في تفاعل ديناميكي مستمر، كما تساهم البيئة وأراء الآخرين في تكوين تقدير الذات لدى الأفراد وضبط مستوياته بالكيفية التي يستطيع الفرد من خلالها التوافق مع محيطه.

حيث أوضحت(Cawood,2013) والتي أجرت عدة دراسات حول تقدير الذات عند المراهقين أن السلوكيات في الوضعيات الخاصة تتبع من معاش نفسي داخلي وليس من سمة من سمات الشخصية ، أين يتم بناء تقدير الذات والحفاظ عليه اعتمادا على تقييم الآخرين للفرد وكذا الأدوار التي يمارسها في البيئة التي ينتمي إليها الشخص.

وفي هذا الإطار، افترض هذا الاتجاه أن مستويات تقدير الذات لدى الفرد تتأثر بالتقييمات والأحكام التي تصدر عن البيئة التي ينتمي إليها ،وبذلك فان مشاعر القبول أو الرفض في المجتمع تشكل المحور الرئيسي لتحديد مستويات تقدير الذات لدى الأفراد.

وقد سبق لكل من (Sommer& Baumeister,2002)أن أكدا هذه النتائج والتي تفيد أن مستوى تقدير الذات يتأثر بناء على الأحكام الاجتماعية ويتغير باستمرار وفق أراء الآخرين، حيث يرتبط تقدير الذات بمفاهيم القبول أو الرفض أو العزلة الاجتماعية التي تنتج عنها ردود أفعال تنعكس على مستويات تقدير الذات .

أما( andré&lelord,2008) فقد حددا أربعة حالات تضم مستويات وحالات تقدير الذات لتحديد السلوك الإنساني على النحو التالي:

- مستوى تقدير الذات عالي ومستقر:الظروف الخارجية وأحداث الحياة لها تأثير بسيط على تقدير الذات.

- مستوى تقدير الذات عالي وغير مستقر:هذا الشخص يتعرض لصدمات رغم ارتفاع مستويات تقديره لذاته .

- مستوى تقدير الذات منخفض ومستقر:لا يتأثر مستوى تقدير الذات المنخفض بالأحداث الخارجية وحتى الايجابية.

- مستوى تقدير الذات منخفض وغير مستقر:يمر هذا الشخص بفترات حرجة لا يستطيع فيها رفع مستويات تقديره لذاته (badolo, 2016).



## 5.4 نظرية المقياس الاجتماعي (Sociometer Theory):

لقد انطلقت هذه النظرية من فكرة وجود ميول فطرية لدى الفرد للحفاظ على تقديره لذاته وحمايتها، كما ركز هذا الاتجاه على وظيفة وأهمية تقدير الذات في الأداء النفسي للأفراد وكذا العلاقة بين تقدير الذات والبيئة الاجتماعية والثقافية وارتباط الفرد بالمحيط الذي ينتمي إليه.

حيث أكد بعض المختصين أن تقدير الذات هو مقياس اجتماعي لضبط العلاقات الشخصية ودليل قوي للقبول أو الرفض في المجتمع ، فشعور الشخص بتقدير الذات هو مؤشر شخصي للدرجة التي يتم بها رفضه أو قبوله من قبل الآخرين، وإن السعي وراء الاندماج الاجتماعي وتجنب الإقصاء هو المحفز للحفاظ على تقدير الذات (Leary, Tambor, Terdel, & Downs, 1995).

وبناء على ذلك ، أوضح (Leary, 1999) أن الأفراد قد طوروا آلية نفسية لرصد درجة القبول والرفض من طرف الآخر وهذا المقياس النفسي هو تقدير الذات الذي يعتمد على مراقبة البيئة الاجتماعية واستقبال إشارات تتعلق بدرجة القبول أو الرفض.

وكخلاصة عامة فقد توصل (Leary, 2004) للقول أن تقدير الذات هو المركب النفسي الذي يتحكم في الأحداث التي لها صلة بالعلاقات الشخصية وآليات القبول والرفض وبذلك يمثل أداة للقياس الاجتماعي .

بعد التطرق إلى هذه النظرية والتي اعتبرت أيضا أن تقدير الذات مركب اجتماعي ينبع من العلاقات الاجتماعية والأدوار التي يمارسها الفرد، نلاحظ أن أصحاب هذا الاتجاه قد توصلوا إلى تحديد خاصية أخرى ومهمة لتقدير الذات وذلك من خلال اعتباره مقياس اجتماعي لنوعية هذه العلاقات وكمؤشر لحالات القبول أو الرفض الاجتماعي، مما شكل إضافة مهمة للدراسات الحديثة في هذا المجال والتي مهدت أيضا لتناول موضوع تقدير الذات من نواحي جديدة قد تساهم في توضيح هذا المفهوم في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي عند الأفراد.

وفي سياق آخر، حاولت هذه النظرية إيجاد الفروقات عند اعتبار الذات كحالة وكسمة في ظل عدم وجود تفسيرات مقنعة حول هذه الفكرة ، كما أكدت على اعتبار تقدير الذات كمؤشر عن الحالة النفسية للأفراد و وضعيتهم ضمن البيئة التي ينتمون إليها وكذا نوعية العلاقات التي تربطهم بالآخرين.

ومما لا شك فيه فإن نظرية المقياس الاجتماعي قد جعلت من مفهوم تقدير الذات موضوع مهم ورئيسي في حياة الأفراد باعتباره مؤشر على قيمة الذات ونوعية العلاقات ومكانة الفرد في المجتمع.

## 6.4 التيار الإنساني :

كما هو معروف فإن التيار الإنساني يهتم كثيرا بدراسة الدوافع الفطرية للإنسان من أجل تحقيق الذات والتي تتركز على إدراك الذات وتقديرها والتعبير عن قدرات الفرد والإبداع في جميع نواحي الحياة مع تسطير الأهداف مسبقا والسعي الدائم والمستمر لتحقيقها.

ولقد حظي مفهوم تقدير الذات بالاهتمام الكبير من طرف التيار الإنساني ، حيث أعتبره كل من (Maslow) و (Rogers) محفز قوي ودافع لتحقيق الطموحات وينتمي أيضا إلى الاحتياجات الإنسانية التي يجب إشباعها والتي تلعب دور أساسي في تطور السلوك.

وقد أيدت (Branden,1969) هذا الرأي مؤكدة أن تقدير الذات هو أيضا من الحاجات الأساسية يرتبط ارتباطا وثيقا بكفاءتنا وتفكيرنا وكذا اختياراتنا، فلا يوجد أهم من تقدير الفرد لذاته وتكوين صورة ايجابية عن نفسه والتي تولد لديه الثقة والارتياح النابع من التقييم الذاتي الايجابي، أين يساهم هذا التقدير الذي نوليه إلى أنفسنا بفعالية في النمو النفسي السوي.

كما أوضحت نفس عالمة الطبيعة الديناميكية لتقدير الذات والتي تتركز على أربعة محاور أساسية هي درجة الوعي الذاتي أو الشعور بالذات، درجة احترام الذات ، القدرة على تحمل المسؤولية وإصدار القرارات و قبول الذات ، كما أضافت أنه من الضروري العمل على تقدير الذات والذي قد يخضع لمجموعة من التحديات في كل مرة و يكون محل صراع (branden, 1983).

وكخلاصة لما سبق ذكره ، يتضح لنا الاهتمام الكبير الذي يوليه التيار الإنساني لمفهوم تقدير الذات باعتباره أحد الاحتياجات الإنسانية التي يجب إشباعها حتى يتحقق للفرد التوافق النفسي والاجتماعي، لتصبح هذه الفكرة أحد المسلمات التي انطلقت منها أغلب الدراسات والتي ركزت هي الأخرى على أهمية هذا المحدد و دوره الأساسي في تطور السلوك الإنساني، إلا أن الملاحظة السلبية التي تحسب على هذا التيار هو عدم ترافق هذه النظرية بالدراسات التطبيقية والتي تدعم وتؤكد هذه الأفكار الغنية في محتواها .

في نفس الصدد، فقد أثبت هذا الاتجاه أن تقدير الذات مركب يضم عدة محددات على غرار صورة الذات وكذا قبول الذات ولا يمكن في أي حال من الأحوال إهمال هذه الوحدات ، بل يجب التركيز على تنميتها وتطويرها للوصول إلى تشكيل الكل السوي والذي يتوافق مع مفهوم تقدير الذات العام الذي يشكل العامل الرئيسي والمحوري في توجيه السلوك الإنساني وتحقيق الأهداف والطموحات والتوافق النفسي للأفراد.

## 7.4 التيار النمائي :

يعتمد هذا التيار على اعتبار تقدير الذات بناء نفسي اجتماعي، يظهر ويتطور بالاعتماد على العمليات المعرفية والتنشئة الاجتماعية، وقد حاولت (Harter) مراجعة الدراسات التي قام بها كل من (James) و (Cooley) عن تقدير الذات بالتركيز طبعاً على الأدوار والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية التي شكلت محورا مهما في هذه الأبحاث والجمع ما بين علم النفس النمائي ونظريات التعلم الاجتماعي لنتناول هذا الموضوع .

حيث اعتبرت (Harter,1999) تقدير الذات كمرادف لقيمة الذات، مؤكدة أن الدراسات التي قام بها المختصين السالفي الذكر حول هذا المفهوم قد قدمت تفسيراً قوياً للدور الأساسي الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في صقل كفاءة الأفراد ، كما أوضحت أنه مثلما تساهم العلاقات في تطوير تقدير الذات يساهم هذا المحدد في التأثير على العلاقات (harter, 2003).

في نفس الإطار، أكدت (Harter) على أن تقدير الذات يحدد وفق متغير الكفاءة والقبول الاجتماعي الذي بدوره يساهم في تحقيق الشعور بالقيمة لدى الأفراد والذي يظهر في السنوات الأولى من عمر الإنسان ويتطور طيلة حياته، مع ضرورة التركيز على دور التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة والتي تمهد لتكوين الطفل تقييماً شاملاً لذاته وللآخرين.

وبذلك يتضح لنا أن البيئة الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل وكذا المعاملة التي يتلقاها من الأسرة و المحيطين به لها دور أساسي في صقل شخصيته بما في ذلك تقديره لذاته الذي يعتمد على المشاعر الإيجابية أو السلبية والتي تتعلق بمظاهر القبول والرفض في تلك المنظومة.

وقد أشار كل من (Sigelman&Shaffer,1995) إلى النتائج المهمة التي توصلت إليها (Harter) من خلال دراستها التطبيقية لمفهوم تقدير الذات، حيث أكد أن هذه الأخيرة قد أعطت رؤية جديدة لمفهوم تقدير الذات والذي ينشأ من الارتباط الحاصل بين مجموع الكفاءات التي تتعلق بمختلف المجالات والقيم المتولدة عن العلاقات وتفاعلها مع العمليات المعرفية والتطور الاجتماعي.

ولذلك يجب الأخذ بالحسبان أن تقدير الذات هو مركب يظهر ويتطور ضمن التنشئة الاجتماعية، وأن التكفل والاهتمام الذي يحظى به الطفل يشكل حلقة مهمة ورئيسية في تشكيل هذا المركب، وبذلك فإن تعزيز هذا المحدد يبدأ من فترات الطفولة ويستمر طيلة حياة الإنسان ويرتكز على توفير الحب والتقدير والقبول في بيئة اجتماعية متناسقة مما ينعكس إيجاباً على الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه والتي تلعب دوراً أساسياً في إدراكه لذاته وللآخرين وتحفزه على المحافظة عليها.

## 5. مستويات تقدير الذات :

في الوقت الذي تناولت فيه الدراسات مفهوم تقدير الذات كمركب نفسي أحادي البعد أو متعدد الأبعاد، اهتمت أبحاث أخرى بدراسة مستويات تقدير الذات وعلاقتها ببعض المتغيرات على غرار الصحة و ظهور الاضطرابات النفسية والجسدية، وذلك من أجل البحث عن سبل تعزيز هذا المحدد كخطوة أولية لتحقيق التوافق النفسي والجسدي والاجتماعي للأشخاص، وسنستعرض مختلف مستويات تقدير الذات ونتائجها السلبية والايجابية على الصحة النفسية والجسدية للأفراد ووظائف أخرى تعتمد على متغير تقدير الذات .

## 1.5 تقدير الذات المنخفض :

يقترن تقدير الذات المنخفض مع الكثير من الاضطرابات النفسية والظواهر الاجتماعية السلبية وقد أوضحت (Branden,1985) بعد عدة أبحاث أن تقدير الذات المنخفض يترافق مع الشعور بالقلق والاكتئاب وانخفاض الفعالية والشعور بالانعدام القيمة وعدم القدرة على تحقيق أي شيء. كما قدم (Campbell & Lavallee,1993) تفسيراً لاقتران تقدير الذات المنخفض ببعض الاضطرابات النفسية والسلوكية أين أوضحا أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المنخفض يستعملون استراتيجيات الحماية الذاتية المعتمدة على الحذر وعدم المخاطرة وتجنب صفاتهم السيئة مما يؤهلهم إلى الإصابة بالأمراض بسبب هشاشة شخصيتهم وقلة خبرتهم في مواجهة أحداث الحياة وخوفهم من مواجهة أي طارئ.

في نفس السياق أكد هذه المقاربة كل من (Rosenberg & Owens,2001) اللذان توصلا للقول أن الأشخاص الذين يملكون مستويات منخفضة من تقدير الذات يتميزون بفرط الحساسية وعدم الاستقرار النفسي ونقص في الوعي الذاتي والثقة بالنفس والإفراط في الاهتمام بالحماية ضد التهديدات عوض الاستمتاع بالحياة ، كما تظهر لديهم مشاعر الاكتئاب والتشاؤم ويميلون إلى الوحدة والعزلة والتي تعتبر أحد العوامل الرئيسية المولد للاضطرابات النفسية والجسدية (mruk, 2013) .

وفضلا عن ذلك، فقد أكد (Leary & Macdonald, 2003) على وجود ارتباط ايجابي بين تقدير الذات المنخفض عند الأفراد وضعف في العلاقات وبعض الاضطرابات العاطفية والشخصية والسلوكية على غرار الاكتئاب ، إضرابات الأكل، الاضطرابات الجنسية واضطرابات الشخصية.

وبما لا يدع مجالاً للشك، فان تقدير الذات المنخفض يؤثر على التوافق العام للأفراد ويعد أحد أهم العوامل الفردية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية .

**2.5 تقدير الذات المتوسط :**

لم تتطرق كثيرا الأبحاث إلى تقدير الذات المتوسط ، إلا أن (Coopersmith,1967) قد أعطى تفسيراً لهذه الوضعية، أين أوضح أن تقدير الذات المتوسط يظهر نتيجة لعدم التعرض الكافي للعوامل التنموية التي تؤدي إلى ارتفاع مستويات احترام الذات وتقديدها أيضاً لتجنب انخفاض في تقدير الذات، حيث تحدث (Kernis,2003) أيضاً في هذا السياق عن المستوى المقبول لتقدير الذات (Optimal Self-Esteem) وحدد شروطه المتمثلة في النجاح في مواجهة تحديات الحياة والتعامل بالذات الحقيقية والقبول الاجتماعي للأفراد ، لكن لم يتطرق إلى تحديد طبيعة هذا المستوى والذي ربما قد يتوافق مع المستوى المتوسط لتقدير الذات .

وفي هذا الإطار، لا بد من الإشارة أن الكثير من الاستبيانات التي صممت لقياس تقدير الذات قد ضمت ثلاثة مستويات هي منخفضة، متوسطة ومرتفع، إلا أن أغلب الدراسات لم تتناول ماهية تقدير الذات المتوسط وأسبابه وكذا العوامل المرتبطة به والنتائج النفسية والسلوكية وكذا الاختلافات الاجتماعية التي تتولد عنه وهذا ما نراه تقصير في تناول موضوع تقدير الذات عامة والذي ثبتت أهميته في توجيه المواقف والسلوكيات الإنسانية، مما يفرض علينا مواصلة الأبحاث حول كل الجوانب التي تتعلق بهذا المحدد.

**3.5 تقدير الذات المرتفع :**

في أغلب الأحيان فإن تقدير الذات المرتفع مرتبط بكثير من القدرات والخصائص الإيجابية بما في ذلك الصحة والرفاهية وكذا التوافق النفسي والاجتماعي، وقد أوضح (James,1890) أن مستوى تقدير الفرد لذاته يشير إلى تقييمه العام لقيمه والذي ينشأ كانعكاس لتصوراته عن كفاءاته في المجالات المهمة وفي الميادين التي تتوافق مع طموحاته وأهدافه، فإذا كان أداء المرء جيد فسيؤدي ذلك إلى ارتفاع تقدير الذات والعكس صحيح في حالة الأداء الضعيف والذي يؤثر مباشرة على مستويات تقدير الذات.

وفي سياق آخر ركز (Cooley,1902) على المحددات النفسية والاجتماعية خاصة آراء الآخرين والتي لها دور حاسم في تطوير تقدير الذات، ففي حالة تقدير الشخص من طرف الآخرين فسيؤدي ذلك إلى ارتفاع في مستوى تقدير الذات والعكس صحيح (mruk, 2006).

أما (Branden,1985) فترى أن مستوى مرتفع من تقدير الذات يتوافق مع مستوى عالي من السعادة والثقة بالنفس واحترام الذات والسعي إلى التمتع بالحياة والإصرار على النجاح .

كما يساهم تقدير الذات المرتفع في خفض القلق والتوتر ومواجهة الضغوطات والصدمات النفسية ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمشاعر الايجابية والسلوكيات المثمرة والنجاح والسعادة والرضا (baumeister, campbell, krueger, & vohs, 2003).

ومن جهة أخرى أثبت (leary&MacDonald,2003) أن لتقدير الذات المرتفع دور أساسي على المستوى العلائقي ، حيث يرتبط بالسلوك الاجتماعي الايجابي والتمسك بالقيم والمعايير الأخلاقية العالية، وقد أكد (Dubois&Flay,2004) أيضاً على الدور المهم الذي يلعبه تقدير الذات المرتفع في النمو النفسي الاجتماعي للأطفال طيلة فترة حياتهم كما يقلل من معدل الوفيات عند كبار السن. خلاصة القول، ورغم أن مستويات تقدير الذات تختلف من شخص إلى آخر وأحياناً عند الشخص نفسه باختلاف المواقف والوضعيات ، فإن الحديث عن مستوى و استقرار تقدير الذات يبقى أمر نسبي في بعض الأوقات ، لكن لا مناص من القول أن تقدير الذات المرتفع هو مؤشر للسلامة النفسية والجسدية والنجاح والتفوق بالإضافة إلى السعي لتحقيق الأهداف والطموحات .

#### 6. أشكال تقدير الذات :

##### 1.6 تقدير الذات كسمة أو حالة :

لقد اختلفت الآراء حول طبيعة مفهوم تقدير الذات وقد أشار (James,1890) في مجمل أبحاثه أن تقدير الذات هو سمة من سمات الشخصية، مضيفاً أن الأفراد يميلون لامتلاك نسبة متوسطة من تقدير الذات، في نفس الوقت تتأثر هذه النسبة بالنجاح والفشل وعليه ولتفادي هذه الوضعية ، فإن الأفراد ينتقون المجالات التي يوظفون فيها تقدير الذات.

حيث حاول هذا المختص أن يؤكد أن تقدير الذات كسمة يتوافق مع مستوى نموذجي يحاول الأفراد المحافظة عليه والذي قد يتأثر بفعل النجاح أو الفشل ليتم اعتباره كحالة في هذه الوضعية. في نفس المجال، توصلت (Harter,1999) إلى القول أن تقدير الذات يظهر في أغلب الأحيان كسمة ثم يتغير ليصبح كحالة حسب المواقف ونستطيع التمييز بين الوضعيتين عن طريق قياس مستويات تقدير الذات .

كما أوضح (Kerniss& Goldman,2003) أن تقدير الذات هو سمة من سمات الشخصية تتغير مستوياتها باختلاف الأفراد والبيئة ومختلف العوامل المحيطة بالشخص والتي تكون في أغلب الأحيان في تغير مستمر، لكن لوحظ عند البعض أن مستوى تقدير الذات يتغير في نفس الوضعية مما يرجح فكرة اعتبار تقدير الذات كحالة (mruk, 2013).

وعليه ولإنهاء الجدل حول طبيعة تقدير الذات، توصل (Crocker & Park, 2003) للقول أن تقدير الذات هو أصل السلوك الإنساني، يرتبط بالتفكير وبالجانب الانفعالي ولا يمكن حصره في الطموح أو النجاح وإهمال العوامل النفسية والاجتماعية والسياق الثقافي ومحددات أخرى، كما أكد أن للبشر ميل فطري للحفاظ على الذات وحمايتها وبذلك يجب السعي إلى تحقيق الأهداف المرتبطة بتقدير الذات عوض البحث عن طبيعته أو تحديد مستوياته والتي لا تساهم بفعالية في تعزيز وظائفه الايجابية .

### 2.6 تقدير الذات كعملية:

يعتبر (Mead, 1934) من أوائل الباحثين الذين صنفوا الذات كعملية أو سيرورة وأعطى تفسير للفروقات الموجودة بين ضمير المتكلم "أنا" والذي يشير إلى الدوافع المفعمة بالطاقة النفسية التي تساهم في إصدار السلوك، تكون غير منظمة عكس مفهوم "الأنا" والذي يتعلق بالسلوك المنظم والموجه لغاية محددة (gecas, 2001).

كما قام كذلك (Rosenberg, 1988) بدراسة الذات كبنية واحدة وتوصل إلى خاصية الانعكاسية الذاتية (Self-Objectification) والتي تشير إلى كل العمليات التي تنطوي على معرفة الذات لنفسها كما توصل للقول أن هذه العملية تتلخص في قدرة الشخص على إصدار السلوكيات التي تتوافق مع متطلبات البيئة التي ينتمي إليها.

ومن خلال العملية السابقة، يعنى الفرد التفكير في ذاته من ناحية وضعيتها ، سماتها والأدوار التي يشغلها وكذلك أفكاره الحالية والمستقبلية ، حيث تهدف هذه العمليات المعرفية إلى بناء مفهوم الذات والهوية وكذلك تطوير مختلف المعايير التي توجه تصورات الشخص وتؤثر على عواطفه وتحدد تصرفاته ومشاعره وقراراته (leary & tangney, 2012) .

كما توصلت (Harter, 1999) بعد دراستها لتطور تقدير الذات في كل المراحل العمرية للقول أن تقدير الذات هو مركب ينتج عن مختلف القوى التطورية المرتبطة بالسن .

### 3.6 تقدير الذات كمركب نفسي:

من أكثر المواضيع التي اختلف فيها المختصون هي تحديد ماهية تقدير الذات هل هو مركب نفسي أو اجتماعي، حيث اعتبر (James) تقدير الذات مفهوم نفسي محض كونه يتعلق بالذات والمكونات النفسية الداخلية التي تساهم في تطويرها من خلال بعض العمليات النفسية التي تؤدي إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بالكفاءة والإصرار على النجاح .

ولقد عرف (Lekey,1945) الذات على أنها النواة الأساسية في بناء الشخصية وهي المحدد الرئيسي لكل الأفكار والمفاهيم التي تحدد هوية الشخصية أما (Snygg& Combs,1949) فيرون أن تقدير الذات هو نواة مركزية منظمة تحتوي على مجموعة من الخصائص المستقرة للشخصية (epstein, 1973)، كما تم إثبات أن الذات نظام مفاهيمي مستقر نسبيا يضم السلوكيات والمواقف والعواطف، يعمل على الحفاظ على مستوى مناسب من تقدير الذات. (epstein, 1985).

#### 4.6 تقدير كمركب اجتماعي :

من أوائل المختصين الذي أعتبر تقدير الذات مركب اجتماعي هو (Cooley,1902) والذي أكد على أن هذا المفهوم ينبع من آراء وتصور الآخرين للشخص ويتطور ضمن السياق الاجتماعي وقد أيد ذلك (Mead,1934) والذي أكد على فكرة الأدوار والأعراف الاجتماعية التي تضبط الأفراد (martinot, 1995).

كما أضاف (Rosenberg,1981) أنه يمكن اعتبار تقدير الذات كنتيجة للعلاقات الاجتماعية أو كسبب وأصل السلوك البشري (rosenberg & schooler, 1989)، في نفس المجال أثبتت الكثير من الدراسات أن الذات مفهوم اجتماعي ينتج عن التنشئة الاجتماعية ، يتطور خلال كل أطوار الحياة وهو مصدر الدوافع الشخصية التي تؤثر على السلوك الاجتماعي (laurie & stryker, 2001).

أما (Gecas,2001) فأعتبر أيضا تقدير الذات مركب اجتماعي ، أين أوضح أن هذا المحدد ينتج عن التفاعلات الاجتماعية والتي تساهم بدورها في بنية كل أجزاء الذات .

في سياق آخر توصل (Gecas&Schwalbe,1983) للقول أنهما قاما بدراسة تقدير الذات من المنظور الاجتماعي إلا أنهما أدركا بعد ذلك أن للعوامل النفسية دور مهم في بناء وتطوير الذات حيث أن الشعور بالذات لا يستمد من التقييمات المنعكسة بل من نتائج السلوك الذي أصدرته الذات والتفاعل من البيئة التي ينتمي إليها الأفراد ..

وكخلاصة عامة ، فانه يمكن اعتبار تقدير الذات كمركب يضم العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والتي تتغير طيلة حياة الإنسان وتظهر من خلال تطور القدرات والعلاقات الاجتماعية لتصبح أكثر نضجا وتعقيدا وبذلك لا يمكن فصل ما هو نفسي عن ما هو اجتماعي .



## 7. العوامل المؤثرة في تقدير الذات

## 1.7 العوامل العرقية والإثنية :

لقد أجريت عدة أبحاث حول علاقة العوامل العرقية والإثنية وتقدير الذات خاصة عند الأقليات أين تم التوصل إلى أن أغلب هذه الفئات لديها مستوى معيشي متدني وتعاني من الكثير من المضايقات والتممر والعنصرية مما ينعكس سلباً على مستويات تقدير الذات لديهم. حيث أوضح (Rosenberg & Simmons, 1972) واستناداً على نظرية التقدير الذاتي فان بعض الأقليات العرقية تملك صورة سلبية عن نفسها على خلفية المقارنات الاجتماعية والتقييمات السلبية التي تخضع لها، مما يولد لديها الشعور بالتمييز العرقي والنقص والدونية وانخفاض في مستويات تقدير الذات (Jackson & Lassiter, 2001).

في سياق آخر يتولد هذا الشعور السلبي بناء على عدة عوامل تؤثر في العملية النفسية الاجتماعية المعقدة وهي التقييم الذاتي والذي يشير إلى إدراك الأشخاص لنظرة وأراء الآخرين عنهم ومن خلال المقارنات الاجتماعية المتعلقة بمقارنة الذات مع الآخرين (Gecas, 2001) وفي هذا المجال، يظهر لنا بوضوح أن الانتماء إلى مجموعات إثنية متميزة قد يؤثر سلباً على مستويات تقدير الذات خاصة عند الفئات التي تعاني من كل أنواع التفرقة العرقية ولكن في المقابل قد تصبح هذه الميزة أو الاختلاف عنصر معزز لتقدير الذات في حال تمتع هذه الفئات بمكانة مميزة داخل المجتمع الذي ينتمون إليه .

## 2.7 الوراثة :

لقد اهتمت الكثير من الدراسات بعلاقة عامل الوراثة بمستويات تقدير الذات وقد توصل بعض الباحثين في علم الأحياء أن بعض الاستعدادات الوراثية على غرار القدرات العقلية والانفعالية وبعض الخصائص الجسمية قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على تقدير الذات (Mruk, 2006).

كما أكد (Mruk, 2013) أن للوراثة دور كبير في تكوين الشخصية وإصدار السلوكيات والانفعالات مما يؤدي إلى التأثير على تقدير الذات والذي يعتبر جزء من الشخصية و محفز رئيسي للسلوك والمواقف والاتجاهات.

من هذا المنطلق فان الحديث عن الوراثة هو الجمع ما بين الاستعدادات النفسية والجسدية وبعض الخصائص الفيزيولوجية الأخرى والتي تؤثر طبعاً على طبيعة الشخصية ومحدداتها بما في ذلك تقدير الذات وكذا التوافق مع البيئة التي ننتمي إليها.

## 3.7 الجنس :

يختلف تقدير الذات باختلاف الجنس وذلك من ناحية مستويات التقدير وكذا طريقة ارتباطه ببعض المتغيرات والعوامل الأخرى، ومع اعتبار أن هذا المفهوم يجمع ما بين التقييم الذاتي للقيمة والكفاءة فإن طريقة تفكير الجنسين قد تختلف تماما في مختلف الوضعيات، كما أن المعايير المتعلقة بالتعامل مع هذه الفئات متغيرة في بعض الثقافات مما يؤثر على النظرة التي يملكها الفرد عن نفسه والتي تتأثر بالصورة التي يكونها أفراد المجتمع والبيئة المحيطة به عن شخصه وتساهم في تغذية التمثلات المتعلقة بتصوره لذاته.

حيث أوضح (Fiene,1991) أن النساء يحاولن القيام بعملهن بنجاح كما يصرون على إتقان أدوارهن الاجتماعية على غرار الاهتمام بالزوج والأولاد ويحرصن أيضا على احترام عادات وقيم المجتمع اللواتي ينتمين إليه ، حيث تؤثر كل هذه العوامل في عملية التقييم الذاتي وتقدير الذات (gecas, 2001).

كما أضاف (Epstein,1979) أن النساء يربطن تقدير الذات بتجارب القبول والرفض أما بالنسبة للرجال فتقدير الذات عامة يتعلق بتجارب النجاح والفشل ،أما (Harter,1999) فقد أثبتت بعد الدراسات التي أجرتها في هذا المجال أن تقدير الذات ينخفض لدى النساء مقارنة مع الرجال عندما يرتبط بالمظهر الجسدي .

وبطبيعة الحال يمكن القول أن تقدير الذات يتأثر بالجنس وذلك نظرا لاختلاف بعض العوامل بين الجنسين على غرار القدرات الفردية والكفاءات والطموحات وحتى البيئة التي تشكل أحد المتغيرات المهمة التي تساهم في بناء تقدير الذات كمركب يجمع ما بين القدرات النفسية والاجتماعية، ولكن يبقى هذا الاختلاف نسبي يتغير بتغير الظروف والمعطيات المختلفة وثبات الهوية الجنسية عند بعض الحالات الخاصة.

## 4.7 الوالدين :

يعتبر (Rogers,1961) من الأوائل الذي تحدث على أهمية الدعم الوالدي في تكوين تقدير الذات لدى الأبناء والذي يظهر من خلال مختلف أشكال المساندة الايجابية والاعتراف والتقدير والتي تساهم في تكوين صورة ايجابية للطفل عن نفسه فيعمل على تبنيها لتعكس قيمته الحقيقية، كون القبول والنظرة الايجابية هي سمة هامة في تشكيل تقدير الذات، كما أكد التيار الإنساني على العلاقة المثمرة التي تجمع الأطفال بوالديهم ودورها في النمو النفسي السليم .

وفي هذا السياق توصل (Rosenberg,1965) في إحدى دراساته أن الأطفال الذين يحضون باهتمام الوالدين لديهم مستويات تقدير عالية مقارنة بنظرائهم الذين يعانون من العزلة والإهمال الوالدي (elliott, 2001).

كما أكد (Coopersmith,1967) بالإضافة إلى المساندة والتشجيع التي يقدمها الآباء للأبناء على أهمية المعاملة الوالدية الجيدة لأطفالهم وكذا القبول الوالدي، حيث تلعب هذه السلوكيات دورا مهما في تنمية و تطوير تقدير الذات، كما تحدث (kernis,2003) عن القبول الايجابي والذي يشير إلى التكفل بالطفل بالطريقة التي تمكنه من تطوير قدراته واستكشاف العالم والشعور بالذات واكتساب القيم ، أين أوضح أن انعدام القبول يؤثر سلبا على تقدير الذات ويقلل من الشعور بالسعادة . وبناء على ذلك ، يمكن التأكيد أن للوالدين دور أساسي في حياة الأبناء، حيث يعتبر هؤلاء المنبع الأول للاهتمام والحب الذي يحاط به الطفل منذ صغره والمحفز الأساسي الذي يدفع بهذا الأخير للتعرف على العالم الذي ينتمي إليه ، كما يعود لهما الفضل في تنمية شعور الطفل بذاته من خلال قبوله ضمن الأسرة التي ينتمي إليها بكل خصائصه الجسدية والنفسية والعمل على نشر ذلك القبول بين الجميع مع إحاطته بالحماية والاهتمام دون الإفراط في ذلك والسعي الدائم وراء تطوير قدراته ومساعدته على تبني القيم والمبادئ التي تساهم في بناء شخصية سوية يستطيع من خلالها مواجهة كل أحداث الحياة .

### 5.7 الثقافة:

إن الثقافة هي الموروث الشعبي الذي يضم الدين والعادات والتقاليد والأعراف التي تتوارثها الشعوب عبر الأزمان، تعتمد على التعلم واكتساب المعارف والخبرات الجديدة كما تغذي الثقافة السلوك الإنساني وتوجهه في أغلب الأحيان وتحدد نوعية العلاقات التي تجمع الأشخاص بالمجتمع الذي ينتمون إليه وكذا توجهاتهم ومواقفهم وكيفية تأقلمهم مع ظروف الحياة المختلفة وبذلك تعتبر الثقافة جزء مهم في تركيب شخصية الفرد وعامل أساسي في تحديد علاقته مع الآخر .

ولكون الثقافة تشمل الإنتاج الإنساني عبر العصور والذي يحدد القيم والمعايير والمعتقدات الفردية والجماعية التي تساهم بالقدر الكبير في تشكيل شخصية الإنسان وتحدد مواقفه واتجاهاته ورؤيته لذاته وللآخرين، فمن البديهي أن يكون للثقافة دور كبير في تعزيز تقدير الذات، حيث أثبت بعض المختصين أن للسياق الثقافي دور محوري في تشكيل الهوية والثقة في الذات والتي تعتبر هي الأخرى أحد العناصر الأساسية في بنية تقدير الذات (leary & tangney, 2012).

كما تشكل الثقافة مجموعة القيم والمعتقدات التي يتبناها الأشخاص وبذلك فهي تشكل عنصر مهم وأساسي في تشكيل الذات وتصورها لقيمتها أي تقدير الذات، وبذلك فإن الأشخاص يقدرّون أنفسهم ويكونون صورا ايجابية أو سلبية أنفسهم حسب الثقافة التي ينتمون إليها (badolo, 2016).

### 8. وظيفة تقدير الذات :

- تطوير الذات و تعزيزها :

يشير تقدير الذات إلى الصورة الايجابية التي نكونها عن أنفسنا والنتيجة عن التقييم الانعكاسي لأفعالنا وسلوكياتنا وكذا مواقفنا وقد عبر (Maslow,1968) عن ذلك من خلال اعتبار تقدير الذات من الحاجيات الأساسية التي يجب إشباعها من أجل تطوير الذات وتعزيزها ، أين تعتبر الدافع الرئيسي للنمو عامة وهي الموجه الأساسي للسلوكيات والانفعالات وردود الأفعال المختلفة التي تعمل على حماية الذات من كل المؤثرات الداخلية والخارجية.

كما أكد ذلك (Rosenberg,1979)، أين أثبت من خلال دراسته لمفهوم تقدير الذات أن وظيفته الأساسية تكمن في حماية الذات وصيانتها أو ما أصطلح على تسميته بالتوافق أو الاتساق الذاتي (Self-Consistency) والذي يشير إلى التفكير الجيد بالذات (ownes & king, 2001).

وتحدث أيضا (Gecas,1982) عن خاصية أخرى وهي التعديل الذاتي الذي يشمل تعزيز الذات وتطويرها ورفع مستوياتها، أما الحفاظ على الذات فيشير إلى عدم فقدان ما يمتلكه الفرد من طاقة وكفاءات وكلاهما يولد استراتيجيات سلوكية مختلفة .

في نفس الإطار، فقد أثبت (Epstein,1985) أن تقدير الذات يحافظ على استقرار الذات عند مواجهة كل التهديدات، كما يعمل على الحفاظ على الشعور بالقيمة لتحفيز الذات على شحن قدراتها والوصول إلى النجاح وهذه العملية تزيد من مستويات تقدير الذات وتعزز صمودها أمام كل الأحداث والظروف المختلفة.

كما أثبت أصحاب نظرية القياس الاجتماعي أن الوظيفة الأساسية لتقدير الذات هي التنظيم الذاتي (Self-Regulatory) والتي تعني حماية الذات والحفاظ على استقرارها وتجنب التوتر والمشاعر السلبية (leary, tambor, terdel, & downs, 1995).

وتماشيا مع سبق ذكره فقد أكد (Crocker & Park,2004) أن الدور المحوري لتقدير الذات هو حماية الذات، كما أن سعي الإنسان للمحافظة على تقديره لذاته أضحت المحفز الرئيسي لتطوير قدراته وصفاته والبحث عن النجاح وتجنب الفشل.

- توجيه السلوك وتنظيم الانفعالات:

لقد اتفقت الكثير من الدراسات أن تقدير الذات هو أصل السلوك البشري، أين يلعب دور أساسي في إدارة وتسيير حياة الناس وتحديد أفعالهم وتصرفاتهم وسلوكياتهم ونوعية علاقاتهم مع الآخر، كما يشكل المحفز الأول للدوافع واتخاذ القرارات .

حيث توصل (leary,2004) للقول أن تقدير الذات هو مقياس اجتماعي من وظائفه الأساسية هي تنظيم السلوك خاصة في مجال الأداء الاجتماعي، كما أيده (Crocker & Park,2004) في هذا الطرح أين توصل للقول أن تقدير الذات يعمل على تحديد مواقفنا وردود أفعالنا عن مختلف أحداث الحياة وأهدافنا الشخصية، كما يتدخل لتعديل سلوكياتنا للمحافظة على الاتساق الداخلي للأفراد.

- حماية الذات من الوضعيات المجهدة :

استناد على كل وظائف تقدير الذات التي تم التطرق إليها، فإن هذا المحدد أيضا يساهم بإيجابية في مواجهة حالة الفشل والضعوظات النفسية بصفته أحد الموارد الهامة التي تساعد على التكيف مع مختلف الوضعيات (baumeister, campbell, krueger, & vohs, 2003).

كما أعطى (Gecas,2001) تفسير معمق لهذه الخاصية، حيث أوضح أن الوظيفة التنفيذية للذات تتلخص في اتخاذ القرارات والسيطرة على الذات والبيئة ومواجهة كل الوضعيات خاصة المجهدة - التوافق و القبول الاجتماعي :

يلعب تقدير الذات دور مهم في التوافق الاجتماعي ونجاح العلاقات الاجتماعية والتكيف مع البيئة التي ننتمي إليها، كما يعمل كمنظم للعلاقات،لما له من دور أساسي في التحكم في استقرارها حيث أصبح تقدير الذات عامل هام مرتبط بالتوافق الاجتماعي .

وبناء على ذلك فقد بين (Leary,1999) أن تقدير الذات هو مؤشر للقبول الاجتماعي، يهدف إلى بناء علاقات مستقرة ويعمل على الحفاظ عليها ، كما أضاف (Baumeister) أن الأشخاص يحرصون على إظهار المواقف الايجابية في مختلف الأدوار والمواقف الاجتماعية من أجل الحفاظ على استقرار العلاقات الاجتماعية والتأقلم مع كل ظروف الحياة بالإضافة إلى الإصرار على النجاح في جميع الوضعيات (baumeister, campbell, krueger, & vohs, 2003).

في نفس المجال فإن لتقدير الذات دور ايجابي في السعي وراء الاندماج الاجتماعي والانتماء إلى مجموعة لاقتسام الخبرة والتجارب وممارسة علاقات ناجحة تعتمد على التكافل و التبادل الايجابي.

وبناء على ذلك، لا يمكننا القول سوى أن لتقدير الذات دور فعال في حياة الأفراد بصفته متغير أساسي في الشخصية السوية يساعد الأفراد على مواجهة كل ظروف الحياة من خلال تعزيز الموارد الفردية وتحسين العلاقات الاجتماعية والتي تؤدي إلى الصحة والتوافق العام، كما يعمل كمتغير وقائي من الأمراض والاضطرابات النفسية والكثير من الآفات الاجتماعية، وبذلك نؤكد اقتناعنا الشخصي أن هذا المحدد يشكل الموضوع الأكثر تداولاً من طرف المختصين في السنوات القادمة لما له من أدوار مهمة في حياة الأفراد والمجتمعات لم يتم التوصل إليها بعد.

### 9. قياس تقدير الذات :

تعددت المقاييس التي صممت لقياس تقدير الذات والتي تختلف باختلاف الأبعاد المراد قياسها وكذا اعتبار محدد تقدير الذات كمتغير أحادي البعد أو متعدد الأبعاد والتي نذكرها فيما يلي :

- مقياس تقدير الذات (Fitts,1965):

تم تصميمه من طرف (Fitts,1965) ، ليتم تعديله بعد ذلك من طرف (Toulouse,1968) يقيس (05) أبعاد تتعلق بالذات وهي الذات الجسدية، الذات المعنوية، الذات الفردية، الذات الأسرية والذات الاجتماعية (lamothe & tétreau, 1984) .

- مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1979):

يتكون من (10) فقرات، تعبر عن مشاعر أو آراء، (05) فقرات منها خصصت لتقدير الذات الايجابي و (05) فقرات لتقدير الذات السلبي ، يقيس مستويات تقدير الذات الاجتماعية.

- مقياس تقدير الذات (Coopersmith,1984):

يضم (58)فقرة ، تضم عبارات تعبر عن بعض المشاعر والآراء وردود الأفعال، حيث يقوم الشخص محل الاختبار وضع علامة على عبارة (يشبهني) أو (لا يشبهني)، يقيس هذا الاختبار التقويم الذاتي للشخص على مستوى ثلاثة مجالات أساسية للحياة هي الحياة العائلية، المهنية وعلى مستوى المدرسة (vandelle, 2011) .

- مقياس مفهوم الذات (Harter,1982):

هو عبارة عن (36) مجموعة من العبارات تضم أوصاف وصفات أو حالات معينة يختار الشخص محل الاختبار العبارة التي تتلاءم مع وصفه لنفسه على سلم من أربعة درجات موجه لفئة الأطفال والمراهقين، يقيس تقدير الذات العام، بالإضافة إلى خمسة محاور أخرى هي الكفاءة الدراسية، الكفاءة الاجتماعية، الكفاءة الرياضية والمظهر الجسدي والمظهر السلوكي (badolo, 2016).

- مقياس تقدير الذات المتعدد الأبعاد (O'brien&Epstein,1988):  
يتكون من (116) فقرة ، يقيس بعد تقدير الذات العام، الكفاءة، المحبة ، الإعجاب، ضبط النفس ، القوة الشخصية ، الموافقة الذاتية الأخلاقية ، مظهر الجسم ، أداء الجسم ، تكامل الهوية وتعزيز الذات الدفاعية (o'brien & epstein, 1988).
- استبيان وصف الذات(2) (Marsh,1990):  
موجه لفئة المراهقين، يقيس أبعاد الذات التي تتعلق بالمظهر الجسدي والكفاءات البدنية وكذا العلاقة مع الآخر وبعض القدرات الانفعالية مثل الثبات الانفعالي (guérin & famose, 2005).
- مقياس سمة تقدير الذات (Heatherton&Polivy,1991):  
يتكون من (20) عبارة ، يهدف إلى معرفة التغيرات في مستويات تقدير الذات، يقيس ثلاثة أبعاد هي الأداء، التقدير الاجتماعي واحترام الذات (heatherton & polivy, 1991).
- مقياس حب الذات /الكفاءة الذاتية (Tafarodi& Swann,2001) :  
يتكون من(16) فقرة تقيس حب الذات ومعناه التقدير الذي نوليه لأنفسنا والكفاءة الذاتية والتي تتعلق بالإيمان بقدراتنا.
- مقياس الذات للأطفال (Piers-Harris,2002):  
هو استبيان يتكون من (60)وضعية ، يتم خلال تطبيقه تشغيل الرسوم المتحركة مع الصوت المعبر ليتم قياس أبعاد التحرر من القلق، التكيف السلوكي، الحالة الفكرية والأكاديمية والمظهر الجسدي، السعادة والرضا واحترام الذات بصفة عامة (badolo, 2016).
- مقياس تقدير الذات في الحالات الطارئة (Crocker&Park ,2003):  
يتكون من (35) فقرة لتقييم الذات في الحالات الطارئة في المجالات التالية: دعم الأسرة المنافسة، المظهر، محبة الله، الكفاءة الأكاديمية، الفضيلة وقبول الآخرين(dupras, 2012)

## خاتمة :

لقد تم خلال هذا الفصل التعرف على ماهية مفهوم تقدير الذات والنماذج والنظريات التي اهتمت بدراسة هذا المتغير، كما تم التطرق إلى بعض المفاهيم التي ترتبط بهذا المفهوم وكذا بعض العوامل التي تؤثر في تركيبته وفعاليته ، بالإضافة إلى تناول البعض من وظائفه المتعددة والتي لا نستطيع حصرها في دراستنا هذه، ومن هنا يتضح جليا الأهمية الكبيرة التي يمثلها هذا المتغير كسمة من سمات الشخصية والتي تحدد قيمتها ومواقفها وتوجهاتها المستقبلية، كما يمثل تقدير الذات المحفز الأساسي للسلوك الإنساني ويعمل كمتغير وقائي من الأمراض والاضطرابات النفسية والجسدية بالإضافة إلى دوره الفعال في الحفاظ على استقرار العلاقات الاجتماعية التي تؤدي بالضرورة إلى التوافق الاجتماعي للأفراد.

وبما لا يدع مجالاً للشك ، بات من الضروري ونظرا للوظائف الايجابية لتقدير الذات العمل على تكثيف الدراسات للتعلم أكثر في ماهية هذا المحدد ومعرفة العوامل التي تعمل على تعزيزه وذلك لاستغلاله في عده مجالات أهمها الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية للأفراد ومحااربة بعض الآفات الاجتماعية والسلوكيات التي لا تلقى القبول الاجتماعي .

وفي هذا السياق وكون هذا المتغير يتم تعزيزه من خلال مشاعر الحب والتعاطف التي تبديها الأسرة بصفقتها العالم الأول الذي يحتضن الطفل ثم يتطور ويتم تحفيزه من خلال التعلم والاكساب وأراء الآخرين، يجب علينا السعي وراء إعداد برامج تعليمية وإرشادية تتيح للأباء الاطلاع على ماهية هذا المحدد ودوره في تكوين شخصية أبنائهم، مما يدفع بهم إلى إحاطة أبنائهم بمختلف مشاعر الحب والدعم والاحترام والتي من شأنها تكوين أجيال تتمتع بتقدير ذات عالي والذي يتوافق مع الشعور بالقيمة والكفاءة والإيمان بالقدرات للإصرار على النجاح والتأقلم مع كل ظروف الحياة.



## الفصل السادس: الدراسات السابقة

تمهيد

1. عرض الدراسات السابقة
2. مناقشة الدراسات السابقة
3. خلاصة عامة

**1. عرض الدراسات السابقة :**

نظرا لتضمن دراستي لعدة متغيرات، وللاطلاع أكثر على النتائج والنظريات التي أسفرت عليها الدراسات السابقة في هذا المجال، ارتأيت عرض مجموعة من الأبحاث والتي تضم محددين أو أكثر من هذه المحددات وذلك للتعرف أكثر على ماهية الموضوع المعالج بصفة عامة، بما في ذلك نوعية هذه العلاقات التي تجمع ما بين هذه المتغيرات.

**1.1 عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية :**

- دراسة (مايكل سند شنودة، 2011)، مصر.

عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى معلمي المرحلة الابتدائية بالمدارس الحكومية والخاصة.

- أهداف الدراسة: معرفة علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية بمختلف أبعادها.
- عينة الدراسة : 98 معلم بالمرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية والخاصة ببور سعيد (مصر).
- أدوات الدراسة : مقياس الاحتراق النفسي من إعداد الباحث، مقياس المساندة الاجتماعية (vaux,1982) ترجمة وتعريب عزت عبد الحميد (1996) والذي يقيس خمسة أنواع من المساندة هي المساندة العاطفية، الصلبة، المساعدة العملية، المساعدة المالية والنصح والإرشاد.
- نتائج الدراسة :

- وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الاحتراق النفسي وأبعاد المساندة الاجتماعية .

- عنوان دراسة (لنا حسن محمد منصور، 2013)، فلسطين .

- عنوان الدراسة : الاحتراق الوظيفي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى الموظفين الإداريين في مديريات التربية والتعليم بمحافظة الخليل (فلسطين).

- أهداف الدراسة : معرفة درجات الاحتراق الوظيفي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية عند أفراد عينة الدراسة على ضوء متغيرات الجنس، العمر، المؤهل العلمي والخبرة.

- عينة الدراسة : 100 موظف من مديريات التربية والتعليم بمحافظة الخليل (فلسطين).

أدوات الدراسة : استبيان الاحتراق الوظيفي ومقياس المساندة الاجتماعية من تصميم الباحثة.

- نتائج الدراسة :

- وجود درجة متوسطة من الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة.

- وجود علاقة سالبة بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات العمر والخبرة بالنسبة لدرجات الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي بالنسبة لدرجات الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغيرات الجنس والعمر والخبرة والمؤهل العلمي بالنسبة لدرجات المساندة الاجتماعية .
- دراسة (قدور بن عباد هوارية، 2013)، الجزائر .
- عنوان الدراسة : المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما تدركها العاملات المتزوجات : دراسة ميدانية بقطاع الصحة العمومية وهران (الجزائر).
- أهداف الدراسة :معرفة علاقة المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة.
- عينة الدراسة : 242 موظفة (90 ممرضة ، 66 طبيبة و 86 عاملة بالإدارة ) .
- أدوات الدراسة : مقياس الأحداث الضاغطة المصمم من طرف الباحثة ومقياس المساندة الاجتماعية (Sarason& Al,1983)، المعرب والمكيف مع البيئة العربية من طرف محمد الشناوي وسامي أوبويه (1990) .
- نتائج الدراسة :
- تعاني المرأة المتزوجة والعاملة بقطاع الصحة العمومية من ضغوط نفسية مرتفعة نوعا ما.
- تعتمد المرأة المتزوجة والعاملة بقطاع الصحة العمومية على مساندة الأهل، المكونين من الزوج والوالدين، الإخوة والأبناء مع درجة رضا عالية جدا.
- توجد علاقة ارتباطية سالبة ما بين الضغط النفسي والمساندة الاجتماعية .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملات المتزوجات في قطاع الصحة العمومية تبعا لاختلاف المهنة وذلك لصالح الممرضات وعاملات الإدارة مقارنة بالطبيبات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملات المتزوجات في قطاع الصحة العمومية تبعا لاختلاف الخبرة والسن ومستوى المساندة.
- دراسة (نسرین إبراهيم صبان ،2021)،السعودية .
- عنوان الدراسة : الاحتراق الوظيفي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى العاملين بإدارة خدمات المرضى وأحقية العلاج ببرنامج مستشفى قوى الأمن بالرياض.

- أهداف الدراسة : معرفة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي والمساندة الاجتماعية وتحديد مستوى هذين المتغيرين وتأثير بعض المحددات الأخرى إيجاباً أو سلباً على الاحتراق الوظيفي والشعور بالمساندة الاجتماعية.

- أدوات الدراسة :استبيان البيانات الأولية لأفراد عينة الدراسة، استبيان الاحتراق الوظيفي يضم بعد طبيعة العمل والعائد المادي، مصادر ذات علاقة بالعمل ومصادر الضغوط الحياتية والشخصية واستبيان المساندة الاجتماعية من تصميم الباحثة.

- عينة الدراسة: 155 عامل بمستشفى قوى الأمن بالرياض(السعودية).  
نتائج الدراسة :

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق ومستوى متوسط من المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة.

- وجود علاقة عكسية بين الاحتراق الوظيفي وأبعاده الفرعية والمساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة.

• دراسة (Antigonos Sochos & Alexis Bowers,2012)، المملكة المتحدة.

- عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي والضغوط المهنية والمساندة الاجتماعية عند الأطباء العاميين والمختصين في الأمراض العقلية المتربصين.

-أهداف الدراسة :إجراء دراسة مقارنة لمعرفة مستويات الاحتراق النفسي والضغوط المهنية عند أفراد عينة الدراسة بالإضافة إلى دور المساندة الاجتماعية في تعديل الضغوط وخفض مستويات الاحتراق النفسي .

-عينة الدراسة : 112 طبيب متربص متخصص في مجال الأمراض العقلية و72 طبيب متربص في مجال الطب العام، 60% من أفراد العينة إناث.

-أدوات الدراسة : استبيان حول المعلومات العامة، مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش ، مقياس الضغوطات النفسية الخاص بالأطباء المختصين(SDSI) والذي يقيس المسؤولية الطبية ، مطالب الوقت، القيود التنظيمية وعدم الثقة في الذات، مقياس لقياس الرضا عن العمل ونوعية الحياة ومقياس المساندة الاجتماعية (SSS) والذي يقيس المساندة العاطفية والمادية النابع من أربعة مصادر العائلة ، المشرفين ، الزملاء والإدارة.

- نتائج الدراسة :

- يعاني الأطباء المختصين من مستويات أقل من الضغوطات المهنية والاحتراق النفسي من نظرائهم في الطب العام ومستوى عالي من المساندة الاجتماعية .

- يتلقى الأطباء المختصين مستوى عالي من المساندة النابعة من المشرفين ومستوى منخفض من المساندة النابعة من العائلة عكس نظرائهم في الطب العام.
  - تعمل المساندة الاجتماعية على خفض مستويات الاحتراق النفسي .
  - تعتبر المساندة الاجتماعية كعامل معدل للضغوطات.
  - دراسة (Velando-Soriano,Ortiga-Campos & Gomez-Urquiza,2020)، اسبانيا.
  - عنوان الدراسة: أثر المساندة الاجتماعية على متلازمة الاحتراق النفسي عند الممرضين .
  - أهداف الدراسة: إجراء دراسة مسحية حول مجموعة من الأبحاث التي تناولت موضوع الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية عند الممرضين وذلك من أجل تحليل العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة ومتلازمة الاحتراق النفسي عند هذه الفئة وتحديد عوامل الخطر الخاصة بالاحتراق النفسي.
  - أدوات الدراسة: تمت مراجعة 172 دراسة (1990 إلى 2016) على مستوى قواعد المعلومات التالية: (CINAHL, PsycINFO & Proquest Platform) و(Proquest Health&Medical Complete) بالإضافة إلى (Pubmed&Scopus).
  - نتائج الدراسة :
  - اختلاف مستويات الاحتراق النفسي عند الممرضات، والدعم النابع من الزملاء والمشرفين له دور أساسي في خفض الاحتراق النفسي .
  - الاستعمال المتكرر لمقياس الاحتراق النفسي لماسلاش.
  - تعدد المقاييس التي استعملت لقياس المساندة الاجتماعية.
  - وجود علاقة عكسية بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية والبيئة التي تضم المساندة توفر الشعور بالأمان و تعزز تقدير الذات وتعمل على تخفيض مستويات الاحتراق النفسي.
- 2.1 عرض الدراسات المتعلقة بالاحتراق النفسي والمواجهة:**
- دراسة (سميرة حاجي، 2015)، المغرب:
  - عنوان الدراسة: إستراتيجية مواجهة الاحتراق النفسي عند معلمي مرحلة المتوسط.
  - أهداف الدراسة: معرفة علاقة استراتيجيات المواجهة المركزة نحو المشكل والمركزة نحو الانفعال وكذا إستراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية بالاحتراق النفسي.
  - عينة الدراسة: 140 معلم (88 ذكر و52 أنثى) ببعض المتوسطات بمدينة الرباط (المغرب).

- أدوات الدراسة: مقياس إستراتيجية المواجهة الخاص بالمعلمين (Dewe,1985) المترجم إلى اللغة الفرنسية من طرف (Laugaa&Bruchon-Schweitzer,2005) والذي يقيس أربعة استراتيجيات مواجهة هي : إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل، إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال إستراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية والإستراتيجية التقليدية الخاصة بالمعلمين والمتمثلة في التوبيخ أو العقاب، ومقياس (Maslach) للاحتراق النفسي، بالإضافة إلى مقياس الكفاءة الذاتية (Jerusalem& Schwarzer,1992).

- نتائج الدراسة:

- تعمل إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل على خفض مستويات الاحتراق النفسي.
- تعمل إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال على الرفع من مستويات الاحتراق النفسي.
- تعمل إستراتيجية البحث عن المساندة على خفض مستويات الاحتراق النفسي.
- دراسة (سامح، السيد،نصار،2015)، مصر .
- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي والواجهة عند الممرضات العاملات بالوحدة الصحية بالمنصورة.
- أهداف الدراسة: التعرف على استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد عينة الدراسة لمواجهة الاحتراق النفسي،بالإضافة إلى معرفة علاقة هذه المتلازمة مع المواجهة.
- عينة الدراسة: 316 ممرضة بالوحدة الصحية بالمنصورة (مصر).
- أدوات الدراسة: مقياس (Maslach& Al,1996) للاحتراق النفسي ومقياس استراتيجيات المواجهة (Lazarus & Folkman,1985).
- نتائج الدراسة:
- 47,8% من الممرضات التابعات لعينة الدراسة تعانين من مستويات معتدلة من الاحتراق النفسي.
- و45,6% من أفراد العينة تعانين من احتراق نفسي منخفض و 6,6% من احتراق نفسي مرتفع.
- 53,5% من الممرضات التابعات لعينة الدراسة يستعملن إستراتيجية حل المشكل لمواجهة الاحتراق النفسي.
- دراسة (Van Jaarsveld,2015)، جنوب افريقيا.
- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي والواجهة والشعور بالترابط عند عينة من العلماء والمهندسين .

- أهداف الدراسة: معرفة العلاقة بين الاحتراق النفسي والمواجهة والشعور بالترابط عند أفراد عينة الدراسة.
- عينة الدراسة : 272 مهندس وعالم ينتمون إلى مؤسسة بتروكيميائية بجنوب إفريقيا.
- أدوات الدراسة: مقياس (Maslach,1981) للاحتراق النفسي ولقياس استراتيجيات المواجهة تم استعمال استمارة المواجهة (Carver& Al,1989) التي تقيس إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل ونحو الانفعال وبعض الاستراتيجيات الأخرى الغير مصنفة، بالإضافة إلى استمارة لقياس عوامل الشخصية التي تعزز المواجهة والرفاهية (Antonovsky,1983).
- نتائج الدراسة:
- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال
- لدى العينة مستوى مرتفع من الشعور بالترابط.
- دراسة (Lea Faye,2018) ، فرنسا.
- عنوان الدراسة: استراتيجيات المواجهة عند الأطباء العامين المقيمين : دراسة مسحية للأبحاث التي أجريت في هذا المجال من سنة1984إلى 2016 على مستوى 12 دولة .
- أهداف الدراسة : إجراء دراسة مسحية حول الأبحاث التي تناولت موضوع المواجهة والضغط المهنية عند الأطباء العامين من أجل تحديد أنواع استراتيجيات المواجهة المستعملة عند هذه الفئة والعوامل المسببة للضغط المهنية، بالإضافة إلى توضيح علاقة المواجهة بالضغوطات المهنية.
- أدوات الدراسة:تمت مراجعة 36 دراسة (1984 إلى 2016) على مستوى قواعد المعلومات التالية: Pubmed , Cochrane LibraryPsycINFO , .
- نتائج الدراسة:
- عبء العمل هي أحد أهم العوامل المسببة للضغوط المهنية.
- أكثر استراتيجيات المواجهة المستعملة عند الأطباء العامين هي الاستراتيجيات السلبية ( المتجنبة) تليها استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية ثم استراتيجيات المواجهة النشطة والمتمثلة في مواجهة المشكل وحله.

- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الاستراتيجيات السلبية والضغط المهنية فيما توجد علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجيات المواجهة النشطة والبحث عن المساندة والضغط المهنية.
- دراسة (Gathy & Snoeck, 2017) ، بلجيكا.
- عنوان الدراسة :عوامل الضغط والاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة عند معلمي المرحلة الابتدائية والمتوسط بفيدرالية والوني ببروكسل (بلجيكا).
- أهداف الدراسة : التعرف على العوامل المولدة للضغط والاحتراق النفسي عند عينة الدراسة بالإضافة إلى استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف هذه الفئة.
- عينة الدراسة: 152 معلم من مراحل التعليم الابتدائي والمتوسط بفيدرالية والوني ببروكسل (بلجيكا).
- أدوات الدراسة : مقياس عوامل الضغط (Laugaa, Rasclé & Bruchon-Schweitzer, 2008) ومقياس (Maslach, 1981) للاحتراق النفسي واستبيان متعلق باستراتيجيات المواجهة (Laugaa & Bruchon-Schweitzer, 2005).
- نتائج الدراسة:
- معلمي مرحلة الابتدائي من أفراد عينة الدراسة يعانون من ضغوطات مرتفعة مقارنة من نظرائهم من معلمي مرحلة المتوسط.
- تعمل المواجهة المركزة نحو المشكل على خفض مستويات الضغط والاحتراق النفسي عند أفراد العينة في الوقت الذي تعمل المواجهة المركزة نحو الانفعال على رفع هذه المستويات.
- دراسة (Moriera Purificacao, 2019) ، كندا.
- عنوان الدراسة: الاحتراق النفسي عند الممرضين العاملين بمصالح معالجة الجروح وطرق مواجهته.
- أهداف الدراسة: معرفة العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة.
- عينة الدراسة: 23 ممرضة بالمركز الجامعي (كندا).
- أدوات الدراسة: مقياس الاحتراق لماسلاش ومقياس المواجهة (wcc) النسخة الفرنسية.
- نتائج الدراسة:
- تعاني الممرضات المنتميات إلى عينة الدراسة من مستويات منخفضة من الاحتراق النفسي و توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل والبحث عن المساندة وعلاقة ارتباطية موجبة بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال.



### 3.1 عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي وتقدير الذات :

- دراسة (سهير حلوم ،2020) ،سوريا .
- عنوان الدراسة : العلاقة بين تقدير الذات والذكاء الانفعالي والاحترق النفسي لدى عينة من موظفي كلية التربية بجامعة تشرين بسوريا.
- أهداف الدراسة :معرفة علاقة تقدير الذات والذكاء الانفعالي بظهور الاحترق النفسي عند أفراد عينة الدراسة.
- عينة الدراسة : 70 موظف بكلية التربية بجامعة تشرين (سوريا).
- أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحترق النفسي ، مقياس روزنبرغ لقياس تقدير الذات ومقياس (Law & Wong,2002) لقياس الذكاء الانفعالي.
- نتائج الدراسة :
- وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الموظفين على مقياس الاحترق النفسي ودرجاتهم على مقياس تقدير الذات والذكاء الانفعالي .
- وجود علاقة موجبة بين تقدير الذات والذكاء الانفعالي.
- دراسة (بن درف سماعيل ، مكي محمد ، 2019)، الجزائر .
- عنوان الدراسة : علاقة الاحترق النفسي بتقدير الذات :دراسة ميدانية بمؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم.
- أهداف الدراسة :التعرف على مستويات الاحترق النفسي بأبعاده الثلاثة عند أفراد عينة الدراسة وكذا مستويات تقدير الذات، بالإضافة إلى العلاقة الارتباطية التي توجد بين الاحترق النفسي وتقدير الذات.
- عينة الدراسة : 225 ممرض(128 ذكور و97 إناث).
- أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحترق النفسي ومقياس تقدير الذات (Coopersmith,1967).
- نتائج الدراسة :
- للمرضيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية بمستغانم مستوى مرتفع من الاحترق النفسي .
- للمرضيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية بمستغانم مستوى منخفض من تقدير الذات .
- توجد علاقة إرتباطية عكسية بين الاحترق النفسي وتقدير الذات عند للمرضيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية بمستغانم.

- دراسة (Fecilien & Constant, 2018)، الساحل العاج.
- عنوان الدراسة : تأثير تقدير الذات والضغوط المهنية على الحضور في العمل بالنسبة للإطارات العاملين ببنك إيكو بنك بأبيجان .
- أهداف الدراسة : معرفة علاقة الحضور في العمل وتقدير الذات وكذا الضغوطات المهنية عند أفراد عينة الدراسة.
- عينة الدراسة: 138 إطار بايكو بنك بأبيجان (الساحل العاج).
- أدوات الدراسة :مقياس الضغوط النفسية في العمل (Karasek & Al, 1998) ومقياس تقدير الذات روزنبرغ ومقياس الحضور في العمل (Koopman Et Al, 2002).
- نتائج الدراسة :
- الإطارات المنتمين لأفراد العينة الذين يملكون مستويات تقدير الذات مرتفعة لديهم نقص في ظاهرة الحضور في العمل عكس زملائهم الذين يملكون مستويات منخفضة من تقدير الذات.
- الإطارات المنتمين لأفراد العينة الذين لديهم ضغوطات مهنية ايجابية يظهرون مستويات متدنية من الحضور في العمل والعكس صحيح.
- الإطارات المنتمين لأفراد العينة الأقل حضورا في العمل لديهم ضغوطات مهنية ايجابية ومستويات مرتفعة من تقدير الذات.
- دراسة (Lotfi Abadi, 2012)، إيران.
- عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية والتكيف وتقدير الذات وعلاقتها بالعوامل النفسية والاجتماعية دراسة المشاكل الصحية ومشاكل الولادة عند الأمهات العازبات بطهران (إيران).
- أهداف الدراسة : معرفة العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الحمل وصحة الأم العازبة وجنينها على غرار المساندة الاجتماعية وتقدير الذات وكذا الضغوطات النفسية، بالإضافة إلى المشاكل الصحية التي تصاب بها هذه الفئة كاستجابة للضغوط النفسية ومختلف الظروف الأخرى المتعلقة بالبيئة المحيطة .
- عينة الدراسة : 600 أم عازبة ، أنجبت طفلها بمستشفى (Akbarabadi) بطهران (إيران).
- أدوات الدراسة : استبيان المعلومات الديمغرافية والاجتماعية ، مقياس (Sarason & Al, 1983) للمساندة الاجتماعية، مقياس المواجهة (Folkman & Lazarus, 1985) ومقياس تقدير الذات الاجتماعي (Rosenberg, 1965) واستبيان الصحة العامة .

- نتائج الدراسة :
- 26% من أفراد العينة تعرضن للإساءة اللفظية و4,8% منهن تعرضن للإساءة الجسدية و5,5% تعرضن للإساءة الجنسية و 1,3% تعرضن لكل الإساءات.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العنف والرضا عن المساندة الاجتماعية المقدمة.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإساءة بكل أنواعها وضعف الحالة الصحية للأجنة.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الإساءة والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات.
- كلما زاد الرضا عن المساندة تستعمل الحالات إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي كوسيلة للمواجهة.
- كلما زاد تقدير الذات ينقص استعمال التجنب الهروب وإستراتيجية التكيف بالمواجهة .
- دراسة (عوض قاسم محمد بدير ، محمد محمود محمد إبراهيم ، 2017) ، فلسطين.
- عنوان الدراسة : علاقة الاحتراق النفسي بتقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين .
- أهداف الدراسة : التعرف على علاقة الاحتراق النفسي بتقدير الذات لدى عينة الدراسة، إضافة إلى تحديد الفروق تبعاً لمتغيرات صفة الحكم ، المؤهل العلمي ومستوى الحكم.
- عينة الدراسة : 50 حكم لكرة القدم من الضفة الغربية(فلسطين).
- أدوات الدراسة : مقياس الاحتراق النفسي لحكام كرة القدم ومقياس تقدير الذات لحكام كرة القدم
- نتائج الدراسة :
- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين بمعامل ارتباط 0,531.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين تبعاً لمتغير صفة الحكم في الملعب .
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي لدى حكام كرة القدم في فلسطين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، بينما توجد فروق دالة إحصائياً في تقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي .
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين تبعاً لمتغير مستوى الحكم.
- دراسة (Pikoulas,Charila,Ellias,2022)،اليونان .
- عنوان الدراسة : الدور الوقائي لتقدير الذات والاحتراق النفسي والاكتئاب عند ضباط الشرطة .

- أهداف الدراسة : معرفة تأثير تقدير الذات وبعض العوامل الأخرى كالسن والوسط الحضري على أعراض الاحتراق النفسي والاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة من خلال إجراء دراسة مقطعية باستخدام نهج تحليل المسار .

- عينة الدراسة : 396 ضابط شرطة (251 ذكر و 145 أنثى).

- أدوات الدراسة : استبيان الخصائص الديمغرافية والاجتماعية ، مقياس روزنبرغ لتقدير الذات ومقياس (Zung) للاكتئاب، بالإضافة إلى مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .

- نتائج الدراسة :

- تؤثر مستويات الإنهاك الانفعالي ونقص الانجاز الشخصي على ظهور الاكتئاب.

- تؤثر بيئة العمل على ظهور الاكتئاب والاحتراق النفسي.

- يحمي تقدير الذات من الاحتراق النفسي والاكتئاب.

- ترتفع قدرة ضباط الشرطة على مواجهة الضغوط المهنية والاحتراق النفسي مع التقدم في السن.

#### 4.1 عرض الدراسات المتعلقة بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات :

• دراسة (أمانى خليل محمود سمور، 2015) فلسطين .

- عنوان الدراسة : تقدير الذات وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج في محافظات غزة (فلسطين).

-أهداف الدراسة :معرفة العلاقة بين تقدير الذات والضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج في محافظات غزة ومستويات تلك المتغيرات والكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة والمحددات التالية: العمر، الترتيب الأسري، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي والعمل.

-عينة الدراسة : 156 فتاة متأخرة عن الزواج من محافظات غزة(فلسطين).

-أدوات الدراسة :استبيان تقدير الذات، استبيان الضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة .

-نتائج الدراسة:

-وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين تقدير الذات والضغوط النفسية .

-وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والمساندة الاجتماعية .

-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية .

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات تعزى لمتغيرات العمر، الترتيب الأسري والمستوى الاقتصادي والعمل و وجود فروق تعزى للمستوى التعليمي لصالح الفتيات من ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوطات النفسية تعزى إلى العمر والمستوى التعليمي و وجود فروق تعزى للترتيب الأسري والمستوى الاقتصادي والعمل.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى إلى العمر، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي والعمل و وجود فروق تعزى للترتيب الأسري .

• دراسة (ناجي منور السعيدة ، 2017)، الأردن.

- عنوان الدراسة : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقدير الذات والنوع الاجتماعي عند المكفوفين بالأردن .

-أهداف الدراسة : التعرف على مستويات المساندة الاجتماعية وتقدير الذات عند عينة الدراسة بالإضافة إلى علاقة المساندة الاجتماعية بتقدير الذات والنوع الاجتماعي .

-عينة الدراسة : 62 مكفوف ( 30 ذكور و 32 إناث ) .

-أدوات الدراسة : مقياس (الهنداوي، 2011) للمساندة الاجتماعية والذي يقيس المساندة النابعة من الأسرة ، الأصدقاء والمجتمع ومقياس (الحجري، 2011) لتقدير الذات والذي يقيس البعد العقلي الجسمي، الانفعالي، الاجتماعي والأخلاقي .

-نتائج الدراسة :

- تم تسجيل مستويات مختلفة من المساندة الاجتماعية و تقدير الذات عند أفراد عينة الدراسة.

-وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات والمساندة الاجتماعية.

-عدم وجود فروق دالة إحصائية في كل المساندة الاجتماعية المقدمة تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي .

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي باستثناء البعد الجسمي والانفعالي وجاءت الفروق لصالح الذكور .

### 5.1 عرض الدراسات المتعلقة بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات:

• دراسة (Kang, Twigg & Hartzman, 2007)، الولايات الأمريكية المتحدة.

-عنوان الدراسة: اختبار علاقة المساندة الاجتماعية وبعض عوامل الهوية الاجتماعية وعلاقتها بالاحترق النفسي عند فئة الطباقين بمقاطعة (Michigan)(الولايات الأمريكية المتحدة).

- أهداف الدراسة : معرفة العلاقة بين المساعدة التنظيمية المدركة والاحترق النفسي وتقدير الذات .
- عينة الدراسة :295 طباح بمقاطعة (Michigan)(الولايات الأمريكية المتحدة).
- أدوات الدراسة :استمارات من إعداد الباحثين لقياس المساعدة التنظيمية وتقدير الذات، ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .
- نتائج الدراسة :
- تعمل المساعدة التنظيمية المدركة على خفض مستويات الاحتراق النفسي.
- يعمل تقدير الذات على خفض مستويات الاحتراق النفسي.
- يعمل تقدير الذات كوسيط معدل ما بين المساعدة المدركة والاحتراق النفسي.
- دراسة (Beltran&Moreno,2010)،المكسيك.
- عنوان الدراسة : علاقة السن والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في ظهور الاحتراق النفسي .
- أهداف الدراسة :التعرف على دور السن والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في ظهور الاحتراق النفسي عند أفراد عينة الدراسة.
- عينة الدراسة : 875 وكيل عبور (802 ذكر و 73 إناث) .
- أدوات الدراسة : استبيان خاص بالخصائص الديمغرافية ،مقياس ماسلاش الاحتراق النفسي ومقياس (Diaz Veiga) لقياس المساعدة الاجتماعية و مقياس (Igia) لقياس تقدير الذات .
- نتائج الدراسة :
- يعتبر السن والمساندة الاجتماعية المنخفضة وتقدير الذات المنخفض أحد العوامل المعززة لظهور الاحتراق النفسي وتعتبر عوامل خطر.
- يتوافق ظهور الاحتراق النفسي مع وجود مستويات منخفضة من المساعدة الاجتماعية وتقدير الذات.
- دراسة (Nathalie Leroy,2010)، فرنسا.
- عنوان الدراسة : ما هي العوامل المفسرة للاحتراق النفسي والرفاهية المدركة ؟ المحددات النفسية الاجتماعية والتنظيمية لدى الإطارات ذوي المسؤولية .
- أهداف الدراسة : معرفة المحددات والعوامل المؤدية إلى ظهور الاحتراق النفسي عند الإطارات ذوي المسؤولية مع تصميم نموذج تفسيري لهذه السيرورة وتوظيف كل متغيرات الدراسة ضمن هذا النموذج.
- عينة الدراسة :122 إطار في مجالات ومهن مختلفة ( 69ذكر و53أنثى ) .

- أدوات الدراسة : مقياس (Karasek,1979) لقياس العوامل النفسية والاجتماعية المولدة للضغط المهنية،مقياس (Rosenberg,1979) لقياس مستويات تقدير الذات، استبيان (Alter Ego) يقيس المحددات الشخصية والمشتق من نظرية العوامل الكبرى الخمسة (Big Five) ومقياس (Colquitt,2001) لقياس العدالة التنظيمية بأنواعها الأربعة .

كما استعمل في هذه الدراسة مقياس الحاجات الأساسية (Boudriat&Al,2011)، مقياس الرضا عن الحياة (Diener,1984)، مقياس المشاعر الايجابية والسلبية (Watson ,Clarck&Tellgen,1988) مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Bruchon-Shweitzer & Quintar,2001) ، بالإضافة إلى مقياس (Maslach & Pines,2005) للاحتراق النفسي .

-نتائج الدراسة :

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العدالة التنظيمية بأبعادها الأربعة والاحتراق النفسي.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العدالة الشخصية وتقدير الذات .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العدالة المعلوماتية وحرية اتخاذ القرار.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العدالة الإجرائية والشخصية والمعلوماتية والمشاعر الايجابية .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل أبعاد العدالة التنظيمية والحاجات الأساسية مع عدم وجود ارتباط بين عدالة التعويض والحاجة إلى الكفاءة.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية والحاجات الأساسية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية النابعة من الزملاء والمشرفين وحرية اتخاذ القرار وأبعاد العدالة التنظيمية .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المشاعر الايجابية والمساندة الاجتماعية النابعة من الزملاء والمشرفين.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العصائية والاحتراق النفسي.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العصائية وحرية اتخاذ القرار.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مشاعر القبول والاحتراق النفسي.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مشاعر القبول والمساندة الاجتماعية النابعة من الزملاء والمشرفين
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الانطوائية والاحتراق النفسي.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الانفتاح وحرية اتخاذ القرار والمشاعر الايجابية .
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الوعي والاحترق النفسي.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوعي وحرية اتخاذ القرار والمشاعر الايجابية.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات والاحترق النفسي بأبعاده الثلاثة.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات وحرية اتخاذ القرار .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات والمساندة الاجتماعية.
- دراسة (Jurado,Pérez-Fuentes,Linars&Martin,2018)،اسبانيا.
- عنوان الدراسة :الاحترق النفسي عند عمال الصحة مقارنة بتقدير الذات والمساندة الاجتماعية والتعاطف الذي يحظون به.
- أهداف الدراسة :تحديد علاقة طبيعة المهنة بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات ودورها في ظهور وتطور الاحترق النفسي .
- عينة الدراسة : 719 موظف من عمال الصحة :81 طبيب، 52 معالج فيزيائي ،374 مساعدي ممرض و165 موظف من مختلف مجالات الصحة .
- أدوات الدراسة : مقياس (Rosenberg,1965) لتقدير الذات الاجتماعية ، مقياس التعاطف الأساسي(Jolliffe& Farrington,2006)، مقياس (Moreno & Al,1997) للاحترق النفسي ومقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Calvo & Diaz-Palarea,2004).
- نتائج الدراسة : تمت المعالجة الإحصائية من خلال التحليل العنقودي لأربعة مجموعات :
- مج 1: تقدير الذات المتوسط/ المساندة الاجتماعية المدركة والتعاطف المعرفي والعاطفي متوسط والاحترق منخفض
- مج 2: تقدير الذات المرتفع / التعاطف المعرفي مرتفع والمساندة مرتفعة والتعاطف العاطفي مرتفع
- مج 3: تقدير الذات منخفض /التعاطف المعرفي مرتفع والمساندة منخفضة والاحترق النفسي مرتفع.
- مج 4:تقدير الذات منخفض/ مستوى مرتفع من الاحترق النفسي
- دراسة (Jovanoviv,Hinic,Dzamonja&Stamatovic Gajic,2021) ، صربيا.
- عنوان الدراسة :العوامل الفردية وعلاقتها بالاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة .



- أهداف الدراسة: معرفة علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية المدركة عند عينة من المعلمين بالإضافة إلى معرفة مستويات الاحتراق النفسي عند هذه العينة في مختلف أطوار التعليم .
- عينة الدراسة : 317 معلم : 122 معلم تعليم خاص ، 38 معلم تربية خاصة بالمعوقين ذهنيا و157 معلم ابتدائي بمدارس بلغراد (صربيا).
- أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، مقياس روزنبرغ لتقدير الذات ، مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS) النسخة المكيفة والمقننة مع البيئة الصربية ومقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين (TSES).
- نتائج الدراسة :

- العوامل الوقائية من الإنهاك الانفعالي هي : تقدير الذات ، الكفاءة في تسيير القسم والأقدمية.
- العوامل الوقائية من ظهور تبدل الشخصية هي : تقدير الذات ، الكفاءة في تسيير القسم والمساندة الاجتماعية .
- العوامل الوقائية من ظهور الاحتراق النفسي هي : الأمن العاطفي، تقدير الذات المرتفع ، المساندة الاجتماعية المرتفعة و الكفاءة في تسيير الأقسام.

## 2. مناقشة الدراسة السابقة :

### 1.2 مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية :

- من حيث أهداف الدراسة : كل الدراسات التي تم التطرق إليها في بحثي هذا كانت تهدف إلى معرفة علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية وأبعادها، فيما استعملت أبحاث أخرى مفهوم الضغوطات المهنية والتي تشير إلى نفس المعنى السابق، أين تم التركيز على دور المساندة الاجتماعية في خفض الضغوطات ومستويات الاحتراق النفسي .

في نفس السياق، اهتمت بعض الدراسات المشار إليها من قبل بالبحث عن العلاقات الارتباطية بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية مع تحديد الفروق في مستويات هذين المحددين حسب بعض المتغيرات على غرار الجنس ، السن و سنوات الخبرة.....الخ.

- من حيث عينة الدراسة: تنوعت العينات محل الدراسة حيث ضمت موظفي الصحة والوظائف الاجتماعية الأخرى.

- من حيث أدوات الدراسة: تمت الاستعانة في أغلب الدراسات بمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومختلف المقاييس الخاصة بالمساندة الاجتماعية .

كما تم الاعتماد على تصميم استبيانات لقياس المتغيرات السابقة من طرف الباحثين في بعض الدراسات، أما فيما يخص المعالجة الإحصائية فكان الاعتماد في أغلب الأحيان على النظام الإحصائي للعلوم الاجتماعية (Spss).

- من حيث نتائج الدراسة : معظم الدراسات توصلت إلى وجود الاحتراق النفسي وبنسب مرتفعة عند أغلب أفراد عينات الدراسة خاصة عند بعض المهن الاجتماعية على غرار الأطباء والممرضين والمعلمين.

في نفس الإطار، اتفقت كل الدراسات على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية، كما تم اعتبار هذا المتغير كأحد أهم العوامل التي تساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي والوقاية من هذه المتلازمة.

## 2.2 مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحتراق النفسي والمواجهة:

- من حيث أهداف الدراسة: كل الدراسات التي تطرقت إليها في هذا المجال كانت تهدف للبحث عن علاقة الاحتراق النفسي باستراتيجيات المواجهة المختلفة، بالإضافة إلى معرفة علاقة مختلف هذه الاستراتيجيات بأبعاد الاحتراق النفسي .

- من حيث عينة الدراسة: تنوعت ما بين الأطباء، الممرضين والمعلمين ومهن اجتماعية أخرى.  
- من حيث أدوات الدراسة : استعملت معظم الدراسات المقاييس المشتقة من مقياس المواجهة الأصلي (Lazarus & Folkman) والتي تم تكيفها مع البيئة التي تمت فيها الدراسة.  
- من حيث نتائج الدراسة: لقد اتفقت كل الدراسات على أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل والبحث عن المساندة تساهم في خفض الضغوطات ومستويات الاحتراق النفسي، أما إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال فتساهم في رفع مستويات هذه المتلازمة .

## 3.2 مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحتراق النفسي و تقدير الذات:

- من حيث الهدف : أغلب الدراسات كانت تهدف إلى معرفة علاقة الاحتراق النفسي بتقدير الذات ودور هذا المتغير في الوقاية من الاحتراق النفسي من خلال تحفيز إستراتيجية المواجهة .  
- من حيث عينة البحث: شملت مختلف المهن على غرار عمال الصحة بما في ذلك الأطباء والممرضين والمعلمين وضباط الشرطة وبعض المهن الاجتماعية الأخرى.  
- من حيث الأدوات: أغلب الدراسات اعتمدت على استعمال مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات .

- من حيث النتائج: اتفقت كل الدراسات على الدور الايجابي لتقدير الذات في خفض الضغوطات المهنية من خلال تعزيز المواجهة والوقاية من الاضطرابات النفسية مثل الاحتراق النفسي والاكنتاب.

#### 4.2 مناقشة الدراسات المتعلقة بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات.

- من حيث الهدف : كل الدراسات كانت تهدف إلى معرفة علاقة المساندة الاجتماعية بتقدير الذات.  
- من حيث عينة البحث: تنوعت ما بين بعض الفئات الخاصة على غرار الأمهات العازيات ،الفتيات المتأخرات عن الزواج والمكفوفين .

- من حيث الأدوات: معظم أدوات الدراسة تم تصميمها من طرف الباحثين.

- من حيث النتائج: اتفقت كل الدراسات على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات.

#### 5.2 مناقشة الدراسات المتعلقة بالاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات

- من حيث الهدف :اهتمت كل الدراسات بمعرفة علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات والبحث عن علاقة هذه المتغيرات بمحددات أخرى على غرار نمط الشخصية والحرية في اتخاذ القرار والعدالة التنظيمية.....الخ.

- من حيث عينة البحث: تنوعت ما بين عمال الصحة ، التعليم ومهن اجتماعية أخرى.

- من حيث الأدوات: أغلب الدراسات اعتمدت على مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات، كما تم استخدام نسخ من بعض المقاييس الخاصة بتقدير الذات والمساندة الاجتماعية والتي تم تكييفها مع البيئة التي أجريت بها الدراسة.

- من حيث النتائج: اتفقت كل الدراسات على دور المساندة الاجتماعية خاصة المدركة منها وتقدير الذات في خفض مستويات الاحتراق النفسي والوقاية من هذه المتلازمة، كما لمحنا وجود إجماع على اعتبار المساندة الاجتماعية المنخفضة وتقدير الذات المنخفض كأكثر العوامل التي تعزز ظهور الاحتراق النفسي، بالإضافة إلى اتفاق أغلب الدراسات على دور تقدير الذات كوسيط معدل بين المساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي .

## 3. خلاصة عامة :

تعتبر الدراسات السابقة خطوة مهمة في انجاز البحث العلمي، حيث نسعى من خلالها للاطلاع على الأبحاث التي تطرقت إلى المحاور المراد دراستها حتى نتمكن من فهم موضوع البحث جيدا والتعرف على ما توصل إليه المختصين في هذا المجال، كما نتجنب الوقوع في نفس الأخطاء السابقة وبذلك تساعد هذه الدراسات الباحث في تحديد أطر دراسته بالكيفية التي يتفادى فيها تناول المواضيع المستهلكة ليقدّم معرفة جديدة تخدم البحث العلمي، عليه حرصت على تقديم أحدث الأبحاث والتي تتوافق مع موضوع دراستي ومن مناطق مختلفة من العالم حتى نستطيع التعرف أكثر على التوجه العلمي في معالجة موضوع الدراسة.

في نفس السياق، حاولت الأخذ ببعض المحاور الايجابية التي أتت بها هذه الدراسات على غرار استعمال أدوات قياس أثبتت صدقها وثباتها في جميع الثقافات مثل مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ وبذلك تجنبت فكرة إعداد وتصميم استبيانات لقياس متغيرات الدراسة والتي قد لا تتوافق مع البعد المراد قياسه وبذلك يؤثر هذا الموضوع على النتائج .

في نفس المجال، وبعد الاطلاع على معظم الدراسات التي تطرقت إلى موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات لفت انتباهي إجماع كل الباحثين على دور المساندة الاجتماعية في خفض الضغوطات ومستويات الاحتراق النفسي بالأخص المساندة الاجتماعية المدركة والتي تساهم في عملية التقييم المعرفي للوضعية المجهدّة وإدراكها على أنها تحدي يجب مواجهته بنجاح وبذلك تلعب دور رئيسي في إصدار إستراتيجية مواجهة فعالة.

وفي هذا الإطار فقد اتفقت كل الدراسات السابقة على أن المساندة الاجتماعية خاصة المدركة منها هي أحد أهم العوامل التي تعمل على تعزيز بعض المحددات الفردية والتي تساهم بدورها في عملية المواجهة، أين تم التأكيد على أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تساهم بإيجابية في خفض مستويات الاحتراق النفسي بما في ذلك إستراتيجية البحث عن المساندة ، أما إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال فتعمل على رفع مستويات الاحتراق النفسي.

أما تقدير الذات فهو أحد المحددات الفردية التي تلعب دور الوسيط الايجابي في العلاقة التي تربط الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية، وقد تم إثبات دوره الفعال في مواجهة الضغوطات المهنية من خلال اختيار إستراتيجية مواجهة فعالة نستطيع من خلالها إدارة كل الوضعيات المجهدّة بنجاح كما يساهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية للأفراد.

لكن الشيء الملفت للانتباه في كل هذه النتائج هو الاعتماد على معاملات الارتباط دون التعمق في تفسير هذه العلاقات، ومن هذا المنطلق حاولت من خلال دراستي هذه عدم الاكتفاء بالبحث عن العلاقات الارتباطية بين المتغيرات بل تفسير نوعيتها بالاستناد على نتائج الدراسة وكذا الدراسات السابقة مع تقديم نموذج تفسيري أحاول من خلاله توضيح علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات.

## الفصل السابع: منهجية الدراسة و إجراءاتها

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. مكان وزمان إجراء الدراسة
3. مجتمع الدراسة
4. عينة الدراسة
5. أدوات الدراسة
6. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس

**تمهيد :**

بعد التطرق إلى ماهية متغيرات البحث بالفصول النظرية وتقديم الإشكالية الرئيسية للدراسة ومجموعة من الفرضيات المراد التحقق منها ،نحاول من خلال هذا الفصل عرض منهجية الدراسة وإجراءاتها والتي نقدم من خلالها توصيفا شاملا للخطوات المتبعة لإنجاز البحث الميداني لتحقيق أهداف المسطرة من طرف الباحث ، وتضم هذه الإجراءات تحديد المنهج المتبع في الدراسة والذي يجب أن يتناسب مع طبيعة الموضوع المدروس،بالإضافة إلى التطرق إلى مجتمع الدراسة وعينة البحث الاستطلاعية والأساسية وخصائصها وكذا أدوات القياس التي تمت الاستعانة بها لجمع البيانات، كما سوف نستعرض الكيفية التي تمت بها المعالجة الإحصائية لهذه البيانات لاختبار فرضيات الدراسة .

**1.منهج الدراسة :**

إن المنهج هو مجموعة من القواعد والضوابط التي يتم الاعتماد عليها في البحث العلمي من أجل الوصول إلى الحقائق والنتائج المرجوة وهو أيضا أسلوب منظم وفق معايير محددة للوصول إلى المعرفة، وقد استعملت في دراستي هذه المنهج الوصفي والذي يتناسب مع الظاهرة المدروسة وتتحقق من خلاله الأهداف المرجوة .

**2.مكان و زمان إجراء الدراسة :**

لقد أجريت هذه الدراسة على عينة من الأطباء العاميين بالمستشفى الجامعي بولاية مستغانم والذي تم تأسيسه منذ سنة 1963 ويضم عدة مصالح تجمع ما بين مختلف التخصصات، ونظرا لتزامن إجراء البحث الميداني مع الانتشار الواسع لفيروس كورونا فقدتم تجسيد الشق التطبيقي من هذا البحث على مرحلتين، وذلك من 3 جانفي إلى 15 فيفري 2020 ومن 4 جوان 2020 حتى 17 جويلية 2020 .

**3.مجتمع الدراسة :**

يقصد به جميع وحدات الظاهرة المراد دراستها والذي يشمل في بحثنا هذا فئة الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم ،حيث أنه وبالفترة التي أجريت بها المعاينة ، كانت هذه المؤسسة تضم حوالي 63 طبيب عام يعملون بمختلف المصالح وقد شملت عينة الدراسة الأساسية نسبة %57,14من هذا العدد وبذلك نستطيع القول أن حجم هذه العينة يمثل مجتمع الدراسة وأن النتائج المتحصل عليها عالية في الدقة وقابلة للتعميم.

## 4. عينة الدراسة:

هي جزء من مجتمع الدراسة يتم اختيارها وفق قواعد خاصة ، بحيث تكون العينة المسحوبة ممثلة قدر الإمكان لمجتمع الدراسة وتسمى هذه العملية بالمعاينة والتي تشير إلى مجموعة من العمليات التي تهدف إلى بناء عينة تمثيلية لمجتمع البحث المستهدف بالاعتماد على الخطوات التالية:

- تحديد الإشكالية ومختلف التساؤلات المتعلقة بالدراسة.
- تحديد مجتمع الدراسة المراد معاينته.
- تحديد أدوات الدراسة والبيانات المطلوب جمعها في ضوء أهداف الدراسة وفرضياتها، بالإضافة إلى تحديد وسائل المعالجة الإحصائية .
- تحديد نوعية العينة وحجمها.

## 1.4 العينة الاستطلاعية :

ضمت عينة الدراسة الاستطلاعية 31 طبيب عام بمستشفى مستغانم، تم اختيارهم بصفة عشوائية وذلك من أجل اختبار الخصائص السيكومترية لأدوات القياس التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة.

## 2.4 العينة الأساسية :

ضمت عينة الدراسة الأساسية 36 طبيب عام يعملون بمختلف مصالح مستشفى ولاية مستغانم والذين تم اختيارهم بصفة عشوائية حسب الجدول التالي :

الجدول رقم 6: عينة الدراسة الأساسية

المصلحة	السن	الجنس	الحالة
الاستعدادات الجراحية	27 سنة	أنثى	1
	26 سنة	أنثى	2
	28 سنة	أنثى	3
	28 سنة	أنثى	4
	53 سنة	أنثى	5
	50 سنة	أنثى	6
	33 سنة	ذكر	7



المساعدة الطبية المستعجلة	59 سنة	أنثى	8
	47 سنة	ذكر	9
	46 سنة	أنثى	10
أمراض القلب	39 سنة	أنثى	11
	48 سنة	أنثى	12
	46 سنة	ذكر	13
حديثي الولادة	26 سنة	أنثى	14
	32 سنة	أنثى	15
تحليل الدم	49 سنة	ذكر	16
	51 سنة	ذكر	17
تصفية الدم	38 سنة	أنثى	18
	27 سنة	أنثى	19
	51 سنة	أنثى	20
الأعصاب	43 سنة	أنثى	21
الأمومة و الطفولة	42 سنة	ذكر	22
	45 سنة	ذكر	23
	32 سنة	ذكر	24
	33 سنة	أنثى	25
الطب الشرعي	48 سنة	أنثى	26
	50 سنة	أنثى	27
الطب العام	32 سنة	ذكر	28
	37 سنة	ذكر	29
أمراض التنفس	35 سنة	أنثى	30
	46 سنة	أنثى	31
	42 سنة	ذكر	32
الأمراض المعدية	33 سنة	أنثى	33
	44 سنة	ذكر	34
الكوفيد	37 سنة	أنثى	35
	32 سنة	ذكر	36

تجدر الإشارة ، أنه وفي ظل عدم اعتماد دراستي على المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية لأفراد عينة الدراسة ، لم أقوم بوصف هذه العينة إلا من خلال متغير الجنس والمصلحة وذلك للتعريف بخصائص العينة فقط دون التطرق إلى المحددات الأخرى.

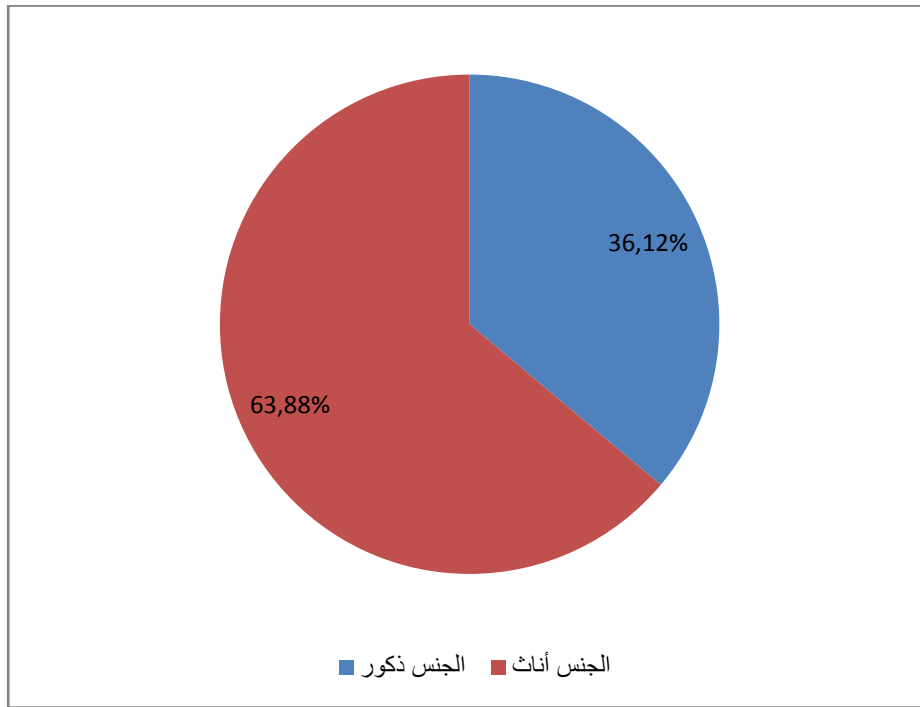
الجدول رقم 7: توزيع عينة الدراسة حسب المصالح

عدد الأفراد	المصلحة
7	مصلحة الاستعجالات الجراحية
3	المساعدة الطبية المستعجلة
3	مصلحة أمراض القلب
2	مصلحة حديثي الولادة
2	مصلحة تحليل الدم
3	مصلحة تصفية الدم
1	مصلحة الأعصاب
4	مصلحة الأمومة و الطفولة
2	مصلحة الطب الشرعي
2	مصلحة الطب العام
3	مصلحة أمراض التنفس
2	مصلحة الأمراض المعدية
2	مصلحة الكوفيد

يشير الجدول المشار إليه أعلاه إلى توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المصالح وذلك للاطلاع أكثر على خصائص عينة الدراسة والتي تم اختيارها بصفة عشوائية كما سبق التطرق إليه في السابق كما يجب التنويه أنني حرصت على أن تضم عينة الدراسة على عدد من الأطباء من مختلف مصالح مستشفى مستغانم وذلك للتعرف أكثر على درجة انتشار الاحتراق النفسي في هذه المؤسسة .

الجدول رقم 8: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسب المئوية	التكرارات	الفئات	المتغير
36,12%	13	ذكور	الجنس
63,88%	23	إناث	



الشكل 16 : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

من الجدول والشكل المشار إليهما أعلاه حاولت عرض بعض خصائص العينة حسب الجنس والتي ضمت 63,88% إناث و 36,12% ذكور، موزعين على مختلف المصالح.

#### 5. أدوات القياس:

تتحدد أدوات القياس وفق موضوع الدراسة والأهداف المراد تحقيقها، وكوني أسعى للكشف عن نوعية العلاقات الارتباطية التي تجمع ما بين بعض المتغيرات ثم أتناول هذه العلاقة بالتحليل والتفسير ارتأيت قياس مستويات هذه المحددات باستعمال أدوات قياس دقيقة ثم معرفة العلاقة التي تربط بينهما من خلال المعالجة الإحصائية بالأدوات المناسبة .

#### 1.5 مقياس الاحتراق النفسي (Maslach, 1981):

-تصميم ووصف المقياس :

تم تصميم مقياس الاحتراق النفسي (Maslach Burnout Inventory) من طرف الأخصائية في علم النفس الاجتماعي (Maslach, 1981) بعد عدة دراسات حول موضوع الاحتراق النفسي، في البداية كان المقياس متكون من (47) فقرة وبعد عدة تعديلات تم اختصاره إلى (22) فقرة تعبر عن مشاعر وردود أفعال وكذلك مواقف الأشخاص إزاء وضعية مجهدة، حيث تم تصنيف هذه العبارات وفق بعدي التردد والشدة (maslach & jackson, 1981).

وفي هذا الإطار، وجهت النسخة الأولى والتي تم تصميمها سنة 1981 إلى المهن الاجتماعية (MBI-HSS) أي (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)، ثم صمم مقياس موجه لموظفي التعليم وهو (MBI-ES) سنة 1986 ، وفي الأخير تم تصميم مقياس آخر موجه لكل المهن (MBI-GS) سنة 1996 (maslach, schaufeli, & leiter, job burnout, 2001).

وفي دراستي هذه تم استعمال النسخة الموجهة لذوي المهن الاجتماعية (MBI-HSS) والمكونة من ثلاثة أبعاد على النحو التالي :

الجدول رقم 9: أبعاد الاحتراق النفسي و البنود التي تقيسها

الأبعاد مقياس الاحتراق النفسي (MBI-HSS)	البنود
الإرهاك الانفعالي (EE)	1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16، 20
تبلد الشخصية (DP)	5، 10، 11، 15، 22
نقص الانجاز الشخص (ARP)	4، 7، 9، 12، 17، 18، 19، 21

ترجم مقياس الاحتراق النفسي إلى عدة لغات، أما في دراستي هذه فقد استعملت مقياس الاحتراق النفسي الذي تم تقنيه وتكييفه مع البيئة الجزائرية والمعد من طرف الباحثة نصراوي صباح سنة 2015 (أنظر الملحق رقم 6).

-كيفية تطبيق المقياس :

مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي هو عبارة عن مسألة للتقويم الذاتي ، تملأ من طرف المعني بهذا الاختبار، حيث تتم قراءة بنود المقياس وتكون الإجابة بالتأشير وفق سلم تردد من 0 إلى 6 ثم تحسب الدرجات المتحصل عليها ويتم تحديد مستويات الأبعاد الثلاثة لهذه المتلازمة وفق الجدول التالي :

الجدول رقم 10: تصنيف مستويات أبعاد الاحتراق النفسي

مرتفع	معتدل	منخفض	المستويات الأبعاد
أكبر من 29	29-18	أصغر من 18	الإرهاك الانفعالي (EE)
أكبر من 11	11-06	أصغر من 06	تبلد الشخصية (DP)
أصغر من 34	39-34	أكبر من 39	نقص الانجاز الشخصي (RPA)

المصدر: (thevenet, 2011, p. 83)

**2.5 مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (Bruchon-Schweitzer,2001):**

- تصميم و وصف المقياس:

تم تصميم هذا المقياس من طرف الأخصائية (Bruchon-Schweitzer,2001) لقياس المساندة الاجتماعية المدركة والتي تضم بعدي التوافر (Availability) والرضا (Satisfaction) المستوحى من مقياس (Sarason,Levine,Basham& Sarason,1983) والذي يقيس نفس الأبعاد السابقة.

يتكون هذا المقياس من (4) بنود وهي عبارة عن أسئلة تقيس أربعة أنواع من المساندة المدركة وهي المساندة العاطفية، المعلوماتية، المادية ومساندة التقدير، كما يقيس الدعم المدرك ودرجة الرضا المحققة من هذه المساندة الصادرة من أربعة مجموعات هي العائلة، الأصدقاء، الزملاء في نفس التخصص ونظرائهم من غير نفس التخصص (fernandez, bonnet, pedinielli, & préreau, 2005).

- كيفية تطبيق المقياس:

ينتمي مقياس المساندة الاجتماعية المدركة إلى مقاييس التقويم الذاتي، حيث يطلب من المعني قراءة البنود الأربعة مع ذكر عدد الأشخاص الذين يقدمون الدعم ودرجة الرضا عن هذه المساندة وفق سلم من 1 إلى 5.

**3.5 مقياس المواجهة (Cousson,1996):**

- تصميم ووصف المقياس :

- تم تصميم هذا المقياس من طرف (Lazarus & Folkman,1985)، حيث ضمت النسخة الأصلية للاستبيان (68) فقرة مكونة من ثمانية مقاييس فرعية، تم اختصارها من طرف كل من (Vitaliano & Al,1985) إلى (42) بند، ثم قام (Paulhan & Al,1994) باختصارها إلى (29) عبارة بعد ترجمتها إلى اللغة الفرنسية، لتضم النسخة الأخيرة (27) عبارة بعد تعديلها من طرف (Cousson,1996)(bruchon-schweitzer, 2001).

- كيفية تطبيق المقياس:

يطلب من المعني بهذا الاختبار قراءة فقرات المقياس التي تضم ردود أفعال مختلفة يديها الأشخاص عند مواجهة وضعية مجهددة، ثم وضع علامة على سلم من أربعة درجات تشير إلى مدى توافق أو عدم توافق رد فعل المعني مع فقرات المقياس، ثم يتم جمع النقاط المتحصل عليها حسب الأبعاد الثلاثة التي يقيسها هذا المقياس والتي تتوافق مع ثلاثة استراتيجيات مواجهة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 11: استراتيجيات المواجهة و البنود التي تقيسها

أرقام البنود	إستراتيجية المواجهة
26 ، 23 ، 20، 17 ، 14، 11، 8، 5، 2	إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل (copp)
27 ، 25 ، 22، 19، 16، 13، 10، 7، 4، 1	إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال (cope)
24، 21 ، 18، 15، 12، 9، 6، 3	البحث عن المساعدة الاجتماعية (copss)

#### 4.5 مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965):

- وصف المقياس وكيفية تطبيقه:

تم تصميمه من طرف (Rosenberg,1965)، متكون من (10) بنود،(5)منها لتقدير الذات الايجابي و (5) لتقدير الذات السلبي ، حيث تعبر كل فقرة عن مشاعر أو آراء أو ردود أفعال نحو الذات، أي الكيفية التي يدرك بها الشخص قيمته و قدراته.

- كيفية تطبيق المقياس:

مقياس تقدير الذات هو أيضا من مقاييس التقدير الذاتي، حيث يطلب من الشخص قراءة فقرات المقياس والتأشير على سلم من أربعة اختيارات هي : لا أوافق تمامًا (1) ، لا أوافق إلى حد ما (2) موافق إلى حد ما (3) ، موافق تمامًا (4).

يتم جمع النقاط المتحصل عليها ومقارنتها بأربعة تصنيفات تعبر عن مستويات تقدير الذات

وهي:

- الدرجة التي 25 و 31 تشير إلى تقدير منخفض للذات.
- الدرجة بين 31 و 34 تشير إلى تقدير متوسط للذات.
- الدرجة بين 34 و 39 تشير إلى تقدير مرتفع للذات.
- الدرجة التي تزيد عن 39 تشير إلى تقدير مرتفع جدا للذات.
- تقل عن 25 تشير إلى تقدير منخفض جدا للذات.

#### 6. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

##### 1.6 مقياس الاحتراق النفسي :

رغم أنني قد استعملت مقياس الاحتراق النفسي للمهن الاجتماعية المترجم والمكيف مع البيئة الجزائرية لكن تمت إعادة حساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس .

- صدق مقياس الاحتراق النفسي :

ترتكز الدراسات العلمية على الاعتماد على أدوات قياس دقيقة وثابتة وتتوافق مع متغيرات الدراسة، وإن صدق المقاييس عامة يشير إلى التقييم والفحص الشامل لأدوات القياس وإثبات توافقها مع السمة التي صممت لقياسها بما يحقق أهداف الدراسة وفرضياتها.

- صدق الاتساق الداخلي :

ويحسب عن طريق حساب معامل الارتباط كل فقرة والدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه وقد جاءت النتائج على النحو التالي :

الجدول رقم 12: صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاحتراق النفسي

نقص الانجاز الشخصي (RPA)			تبدل الشخصية (DP)			الإنهاك الانفعالي (EE)		
رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى
الفقرة	الارتباط	الدلالة	الفقرة	الارتباط	الدلالة	الفقرة	الارتباط	الدلالة
1	0,679	**	5	0,737	**	4	0,580	**
2	0,817	**	10	0,840	**	7	0,772	**
3	0,823	**	11	0,449	**	9	0,570	**
6	0,882	**	15	0,569	**	12	0,552	**
8	0,747	**	22	0,699	**	17	0,606	**
13	0,644	**	-	-	-	18	0,521	**
14	0,815	**	-	-	-	19	0,637	**
16	0,674	**	-	-	-	21	0,447	**
20	0,858	**	-	-	-	-	-	-

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

لقد بينت النتائج أن كل فقرة من هذا المقياس لديها ارتباط قوي مع الدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه عند مستوى دلالة يساوي 0,01، مما يؤكد تمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي ، أي توافقه مع السمة التي صمم لقياسها، مع العلم أن مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش قد أثبت صدقه و ثباته في معظم الثقافات.

- ثبات المقياس:

إن ثبات المقياس يتوافق مع دقته واتساقه أي ضمان الحصول على نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيق الاختبار على نفس الأشخاص أو عينة الدراسة وتظهر هذه الخاصية من خلال العلاقة القوية التي تربط بين وحدات الاختبار والأداء الحقيقي للفرد، كما يعبر معامل الثبات على نوعية هذه العلاقة ودرجتها.

- ثبات مقياس الاحتراق النفسي عن طريق التجزئة النصفية :

لحساب ثبات المقياس من خلال هذه الطريقة ، يتم تطبيق الاختبار مرة واحدة على العينة، ثم يتم تقسيم المقياس إلى نصفين وبعد تطبيق معادلة بيرسون لحساب قيمة الارتباط بين الدرجات المتحصل عليها بين نصفي المقياس وتصحيحه بعد ذلك باستعمال معادلة سبيرمان براون، جاءت النتيجة على النحو التالي:

الجدول رقم 13: ثبات مقياس الاحتراق النفسي بطريقة التجزئة النصفية

N	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان - براون	معامل الارتباط قبل التصحيح
31	0,737	0,583

ومن الجدول التالي نجد معامل الارتباط بعد التصحيح يساوي 0,737 وهو معامل عالي مما يؤكد ثبات المقياس أي دقته في قياس السمة التي صمم لقياسها .  
- ثبات مقياس الاحتراق النفسي عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

يمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار وبطرق مختلفة وبذلك فهو يعبر عن درجة الارتباط بين أجزاء المقياس وبعد حساب ثبات مقياس ماسلاش باستعمال معامل ألفا كرونباخ جاءت النتيجة على النحو التالي :

الجدول رقم 14: ثبات مقياس الاحتراق النفسي عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

معامل الثبات ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
0,813	22

حيث نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ يساوي 0,813 وهو معامل ثبات عالي ومؤشر قوي على ثبات المقياس .



## 2.6 مقياس المساندة الاجتماعية المدركة:

- صدق المقياس:

حتى نستطيع تقنين وتكييف مقياس المساندة الاجتماعية المدركة مع البيئة الجزائرية تمت ترجمة المقياس من لغته الأصلية (الانجليزية) إلى اللغة العربية أين تم عرض النسخة الأولية لهذا الاختبار على أساتذة مختصين في الترجمة واللغة الانجليزية ثم عرضت هذه النسخة على أساتذة مختصين في مجال علم النفس لفحص مدى توافق كل عبارة مع البعد الذي تقيسه وبعد تنفيذ التعديلات المقترحة من طرف السادة المحكمين أصبح المقياس جاهز لاستعماله في الدراسة بعد حساب خصائصه السيكومترية (أنظر الملحق رقم 8).

- صدق الاتساق الداخلي:

لقد سبق التطرق إلى كيفية حساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس ولقد جاءت النتائج على

النحو التالي:

الجدول رقم 15: صدق الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية المدركة

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,801	**	1	0,957	**
2	0,743	**	2	0,931	**
3	0,706	**	3	0,918	**
4	0,811	**	4	0,941	**

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية المدركة نلاحظ ارتباط كل فقرة

بالدرجة الكلية للمقياس بموجب معاملات ارتباط عالية جدا مما يؤكد على دقة وثبات المقياس .

ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق التجزئة النصفية:

الجدول رقم 16: صدق مقياس المساندة الاجتماعية المدركة عن طريق التجزئة النصفية

معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان - براون	N
0,910	0,953	31

بعد حساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية المدركة عن طريق التجزئة النصفية تم الحصول على معامل ارتباط عالي جدا مما يؤكد على دقة وثبات المقياس .

- ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

الجدول 17: ثبات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

عدد الفقرات	معامل الثبات
4	0,916

من الجدول التالي نلاحظ معامل ألفا كرونباخ يساوي 0,916 هو معامل ثبات عالي ومؤشر

قوي على ثبات المقياس .

### 1.6 مقياس المواجهة:

- صدق المقياس:

لحساب صدق مقياس المواجهة ، تمت ترجمته من لغته الأصلية (الفرنسية ) إلى اللغة العربية أين تم إتباع نفس الخطوات السابقة لتقنيته وتكييفه مع البيئة الجزائرية تحت إشراف محكمين مختصين في هذا المجال، ليصبح المقياس في صورته النهائية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة أنظر(أنظر الملحق رقم 10).

- صدق الاتساق الداخلي :

تم حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة بنفس الطريقة الأولى المشار إليها أعلاه

و قد جاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم 18 : صدق الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة

Copp			Cope			CopSS		
رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى
الفقرة	الارتباط	الدلالة	الفقرة	الارتباط	الدلالة	الفقرة	الارتباط	الدلالة
2	0,661	**	1	0,361	*	3	0,580	**
5	0,688	**	4	0,688	**	6	0,545	**
8	0,705	**	7	0,705	**	9	0,787	**

**	0,622	12	**	0,741	10	**	0,663	11
**	0,606	15	**	0,515	13	**	0,747	14
**	0,521	21	**	0,670	16	**	0,623	17
**	0,637	24	**	0,545	19	**	0,753	20
-	-	-	**	0,482	22	**	0,754	23
-	-	-	**	0,430	25	**	0,758	26
-	-	-	**	0,489	27	-	-	-

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة تم الحصول على معاملات ارتباط من مقبولة إلى عالية مما يؤكد تناسق فقرات هذا المقياس وانسجامها و قابليته لقياس السمة التي صمم لأجلها .

- ثبات مقياس المواجهة :

- ثبات مقياس المواجهة عن طريق التجزئة النصفية :

الجدول رقم 19: ثبات مقياس المواجهة عن طريق التجزئة النصفية

N	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان - براون	معامل الارتباط قبل التصحيح
31	0,720	0,600

نلاحظ و وفق الجدول المنوه إليه أعلاه أن معامل الارتباط الذي تم الحصول عليه بعد حساب ثبات مقياس المواجهة عن طريق التجزئة النصفية عالي مما يؤكد دقة وثبات هذا المقياس في جميع مراحل تطبيقه.

- ثبات مقياس المواجهة عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

الجدول رقم 20: ثبات مقياس المواجهة عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

معامل الثبات ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
0,762	27

من الجدول التالي نلاحظ أن معامل كرونباخ يساوي 0,762 وهو مؤشر يدل على ثبات ودقة مقياس المواجهة ، مع التويه دائما إلى أن هذا المقياس قد تم إثبات دقته و ثباته في أغلب الثقافات.

#### 4.6 مقياس تقدير الذات :

تجدر الإشارة أنه وقبل فحص الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات لروزنبرغ ، كان يجب تعريبه وتكييفه مع البيئة الجزائرية من خلال إتباع الخطوات السابقة ليصبح جاهزا في صورته النهائية (أنظر الملحق رقم 12).

- صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات :

يحسب بنفس الطريقة الأولى المشار إليها أعلاه والتي نقوم من خلالها بحساب معامل الارتباط بين كل فقرة و الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم 21 : صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات.

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,768	**	6	0,650	**
2	0,762	**	7	0,614	**
3	0,403	**	8	0,742	**
4	0,681	**	9	0,720	**
5	0,808	**	10	0,663	**

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات تم الحصول على معاملات ارتباط عالية عند مستوى درجة دلالة تساوي 0,05 والذي يشير إلى تناسق فقرات هذا المقياس وتجانسها وتوافقها مع السمة التي صممت لقياسها.

- ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق التجزئة النصفية :

الجدول رقم 22 : ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق التجزئة النصفية.

N	معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان - براون
31	0,755	0,873

بعد حساب ثبات مقياس تقدير الذات بطريقة التجزئة النصفية ، تم الحصول على معامل ارتباط عالي جدا مما يؤكد ثبات و دقة هذا المقياس.

- ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

الجدول رقم 23: ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ.

عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا كرونباخ
10	0,848

بعد حساب ثبات مقياس تقدير الذات عن طريق معادلة ألفا كرونباخ تم الحصول على معامل عالي جدا مما يؤكد على ثبات و دقة هذا المقياس والذي يعتبر من أكثر المقاييس التي اعتمدت عليهم الدراسات التي تناولت موضوع تقدير الذات.

## الفصل الثامن: عرض النتائج ومناقشتها

1. المعالجة الوصفية الأولية

2. عرض نتائج الدراسة حسب الفرضيات ومناقشتها

3. خاتمة عامة

## 1. المعالجة الوصفية الأولية :

يعتمد المستوى الأول من المعالجة على عرض عام لنتائج الدراسة في أبسط صورها دون التركيز على العلاقات بين المتغيرات، حيث سنكتفي بعرض مستويات الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة وتقدير الذات عند أفراد عينة الدراسة وكذا التكرارات والنسب المئوية الخاصة بهذين المتغيرين ، كما سنستعرض استراتيجيات المواجهة المستخدمة ودرجات المساندة المدركة المسجلة لدى أفراد العينة.

## 1.1 النتائج المتعلقة بالاحتراق النفسي وأبعاده:

قبل عرض النتائج المتعلقة بالاحتراق النفسي لدى أفراد العينة، يجب التذكير أن الاحتراق النفسي هو متلازمة تتكون من ثلاثة أبعاد هي:

- الإنهاك الانفعالي (Emotional Exhaustion)، (EE).
- تبدل الشخصية (Depersonalization)، (DP).
- نقص الانجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment)، (RPA).

وفي هذا السياق، فإن مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي يؤدي بالضرورة إلى ارتفاع في مستوى تبدل الشخصية والتي ينتج عنه مباشرة نقص في الانجاز الشخصي وبذلك ظهور الاحتراق النفسي (Golembiewski, 1985) (taris, le blanc, schaufeli, & schreurs, 2005)، ليقوم بعد ذلك بتحديد مستويات الاحتراق النفسي وفق ترتيب معين حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 24: تصنيف مستويات الاحتراق النفسي

الحالات	EE	DP	RPA	درجة الاحتراق النفسي
الحالة 1	منخفض	منخفض	مرتفع	منخفض
الحالة 2	منخفض	مرتفع	مرتفع	منخفض
الحالة 3	منخفض	منخفض	منخفض	منخفض
الحالة 4	منخفض	مرتفع	منخفض	معتدل
الحالة 5	مرتفع	منخفض	مرتفع	معتدل
الحالة 6	مرتفع	مرتفع	مرتفع	مرتفع
الحالة 7	مرتفع	مرتفع	مرتفع	مرتفع
الحالة 8	مرتفع	مرتفع	منخفض	مرتفع

المصدر: (golembiewski & munzenrider, 1988)

ومن هذا المنطلق، وبعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي للمهن الاجتماعية لماسلاش المكيف مع البيئة الجزائرية على أفراد العينة، تم التوصل إلى النتائج الموضحة عبر الجدول أدناه:

الجدول رقم 25: مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة

BO	RPA	DP	EE	المصلحة	السن	الجنس	الحالة
3	14	41	32	الاستعدادات الجراحية	27 سنة	أنثى	1
3	5	43	31		26 سنة	أنثى	2
3	15	37	41		28 سنة	أنثى	3
3	6	38	37		28 سنة	أنثى	4
3	5	41	39		53 سنة	أنثى	5
3	11	30	40		50 سنة	أنثى	6
1	13	29	14		33 سنة	ذكر	7
1	5	28	14	المساعدة	59 سنة	أنثى	8
3	4	40	30	الطبية	47 سنة	ذكر	9
1	29	41	15	المستعجلة	46 سنة	أنثى	10
1	28	37	14	أمراض القلب	39 سنة	أنثى	11
3	14	28	46		48 سنة	أنثى	12
1	27	40	14		46 سنة	ذكر	13
3	05	39	35	حديثي	26 سنة	أنثى	14
3	05	44	30	الولادة	32 سنة	أنثى	15
3	13	37	30	تحليل الدم	49 سنة	ذكر	16
3	16	38	37		51 سنة	ذكر	17
1	28	28	13	تصفية الدم	38 سنة	أنثى	18
3	17	42	40		27 سنة	أنثى	19
3	05	38	40		51 سنة	أنثى	20
1	26	44	14	الأعصاب	43 سنة	أنثى	21
3	06	37	29	الأمومة و الطفولة	42 سنة	ذكر	22
1	05	38	12		45 سنة	ذكر	23
1	05	39	14		32 سنة	ذكر	24
3	13	41	37		33 سنة	أنثى	25
3	13	41	36		الطب	48 سنة	أنثى
3	14	41	37	الشرعي	50 سنة	أنثى	27
1	13	28	16	الطب	32 سنة	ذكر	28
3	5	38	34	العام	37 سنة	ذكر	29

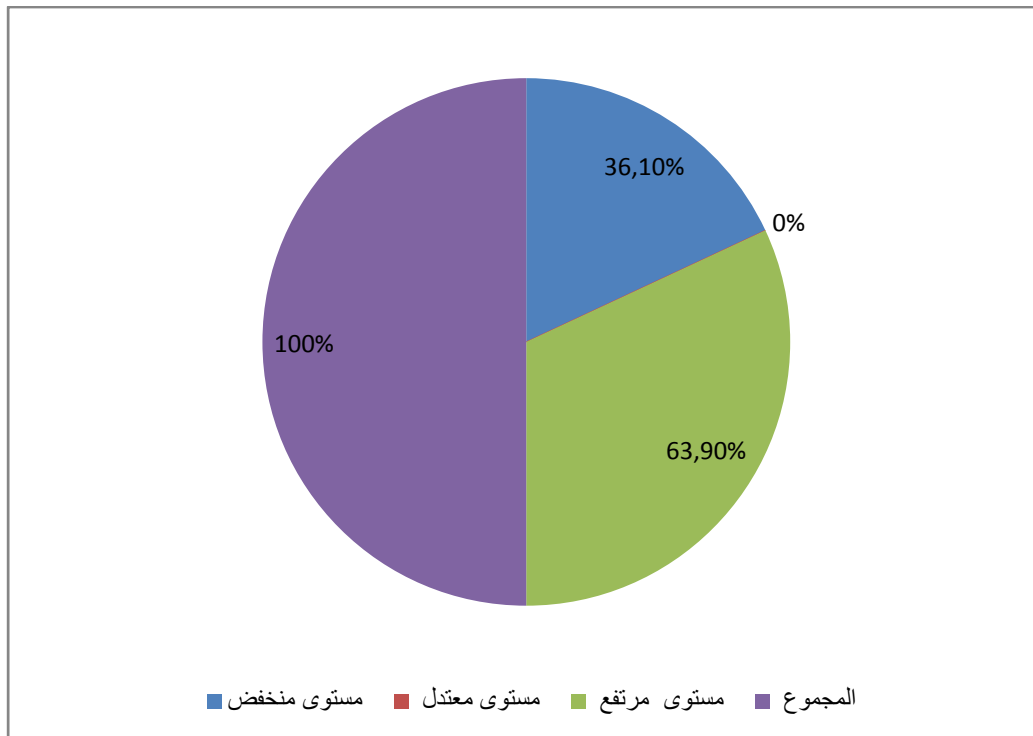


3	4	27	35	أمراض التنفس	35 سنة	أنثى	30
3	5	39	37		46 سنة	أنثى	31
1	4	26	13		42 سنة	ذكر	32
3	14	38	41	الأمراض المعدية	33 سنة	أنثى	33
1	13	38	15		44 سنة	ذكر	34
1	08	39	17	الكوفيد	37 سنة	أنثى	35
3	14	40	41		32 سنة	ذكر	36

في نفس المجال، تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمستويات الاحتراق النفسي والتي نستعرضها ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم 26: النتائج المتعلقة بمستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة.

النسب	التكرارات	مستويات الاحتراق النفسي
36,1%	13	مستوى منخفض
00 %	00	مستوى معتدل
63,9%	23	مستوى مرتفع
100%	36	المجموع



الشكل رقم 17: النتائج المتعلقة بمستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة.

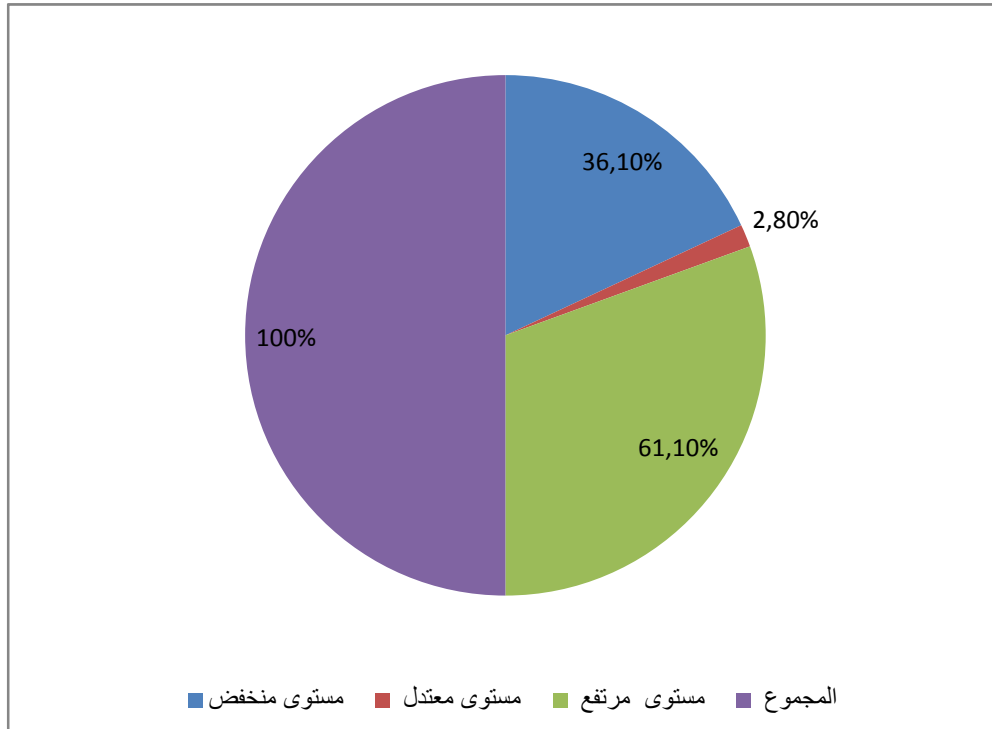
بالاعتماد على النتائج المسجلة بالجدول أعلاه والممثلة ضمن الشكل البياني أيضا يتضح جليا أن 63,9% من الأطباء العاميين المنتميين لأفراد عينة الدراسة يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي و 36,1% منهم يعانون من مستويات منخفضة وقد توافقت هذه النتائج مع أغلب الدراسات التي تناولت هذا الموضوع والتي تؤكد أن الأطباء يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

### 1.1.1 النتائج المتعلقة بالإرهاك الانفعالي:

يعتبر الإرهاك الانفعالي بمثابة الاستجابة القاعدية للاحتراق النفسي والذي يشير إلى الاستنزاف الحاد للموارد والشعور بانعدام الطاقة بفعل الضغوطات المهنية المتعددة المصادر.

الجدول رقم 27: النتائج المتعلقة بمستويات الإرهاك الانفعالي عند أفراد العينة

النسب	التكرارات	مستويات الإرهاك الانفعالي (EE)
36,1%	13	مستوى منخفض
2,8 %	1	مستوى معتدل
61,1%	22	مستوى مرتفع
100%	36	المجموع



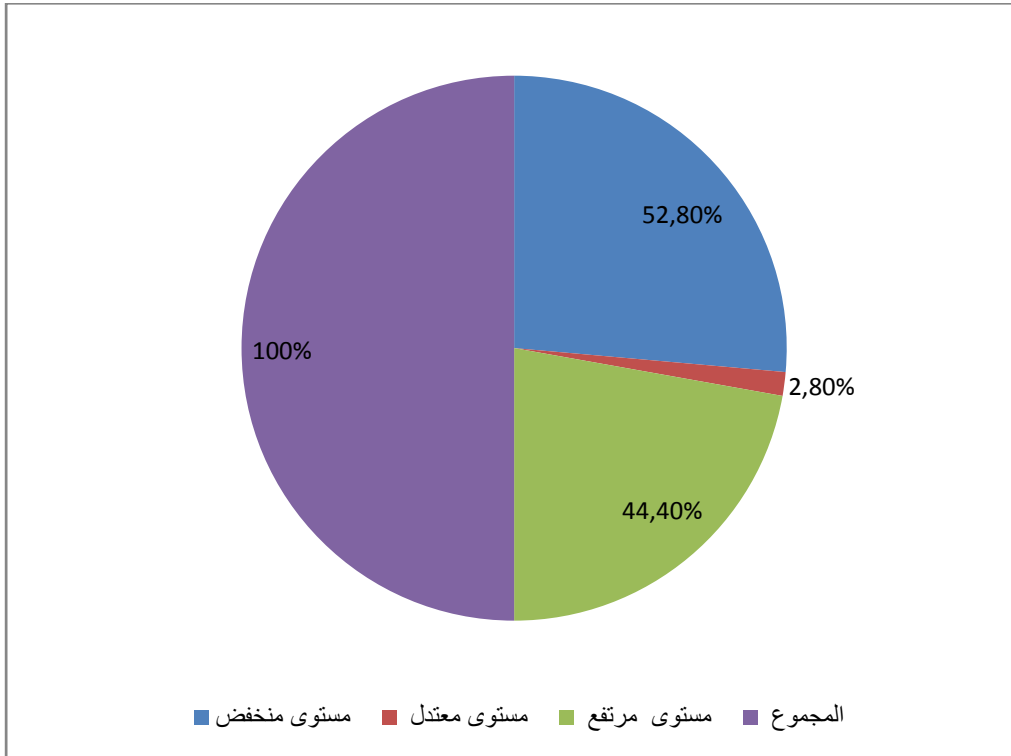
الشكل رقم 18 : النتائج المتعلقة بمستويات الإرهاك الانفعالي عند أفراد العينة.

حسب النتائج المسجلة لدى أفراد العينة والتي أشير إليها ضمن الجدول أعلاه وكما هو موضح بالشكل البياني أيضاً، فإن 61,1% من هذه الفئة لديهم مستويات مرتفعة من الإنهاك الانفعالي و 2,8% لديهم مستويات معتدلة في حين سجلت نسبة 36,1% ممن لديهم مستويات منخفضة من الإنهاك الانفعالي، والشيء الملاحظ هو تقارب هذه النسب من مستويات الاحتراق النفسي المسجلة عند أفراد العينة ، مما يؤكد الارتباط الايجابي بين الإنهاك الانفعالي والدرجة الكلية للاحتراق النفسي.

### 2.1.1 النتائج المتعلقة بتبدل الشخصية :

الجدول رقم 28: النتائج المتعلقة بمستويات تبدل الشخصية عند أفراد العينة

النسب	التكرارات	مستويات تبدل الشخصية (DP)
52,8%	19	مستوى منخفض
2,8 %	1	مستوى معتدل
44,4%	16	مستوى مرتفع
100%	36	المجموع



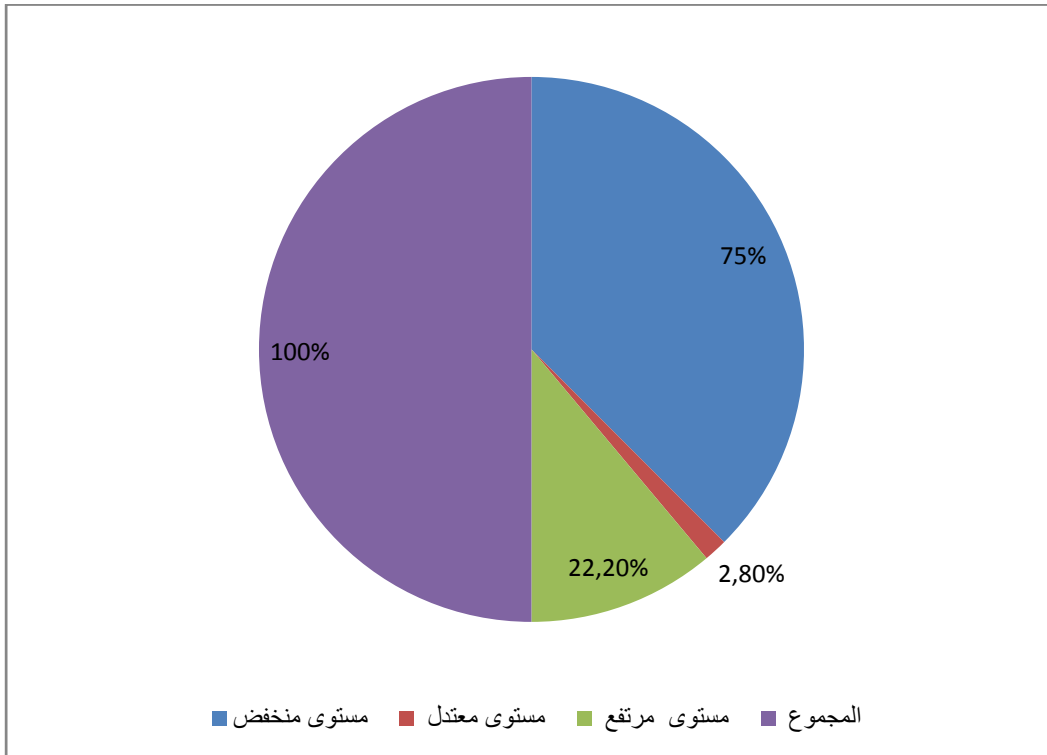
الشكل رقم 19: النتائج المتعلقة بمستويات تبدل الشخصية عند أفراد العينة

إن تبدل الشخصية هو البعد الشخصي في متلازمة الاحتراق النفسي وحسب النتائج المسجلة لدى أفراد العينة المشار إليها ضمن الجدول والشكل البياني أعلاه ، فإن 44,4% منهم يعانون من مستوى عالي من تبدل الشخصية و 2,8% من مستوى معتدل و 52,8% سجلت لديهم مستويات منخفضة، ويشير هذا البعد إلى انفصال العلاقة بين الطبيب ومن يتلقون منه الخدمة وأحيانا الزملاء والمشرفين أيضا، فيطور ضدهم مشاعر السخرية والقسوة واللامبالاة والتعامل الغير إنساني بسبب الإنهاك الانفعالي الحاد .

### 3.1.1 النتائج المتعلقة بنقص الانجاز الشخصي :

الجدول رقم 29: النتائج المتعلقة بمستويات نقص الانجاز الشخصي عند أفراد العينة

النسب	التكرارات	مستويات الانجاز الشخصي (RPA)
75%	27	مستوى منخفض
2,8%	1	مستوى معتدل
22,2%	8	مستوى مرتفع
100%	36	المجموع



الشكل رقم 20: النتائج المتعلقة بمستويات الانجاز الشخصي عند أفراد العينة

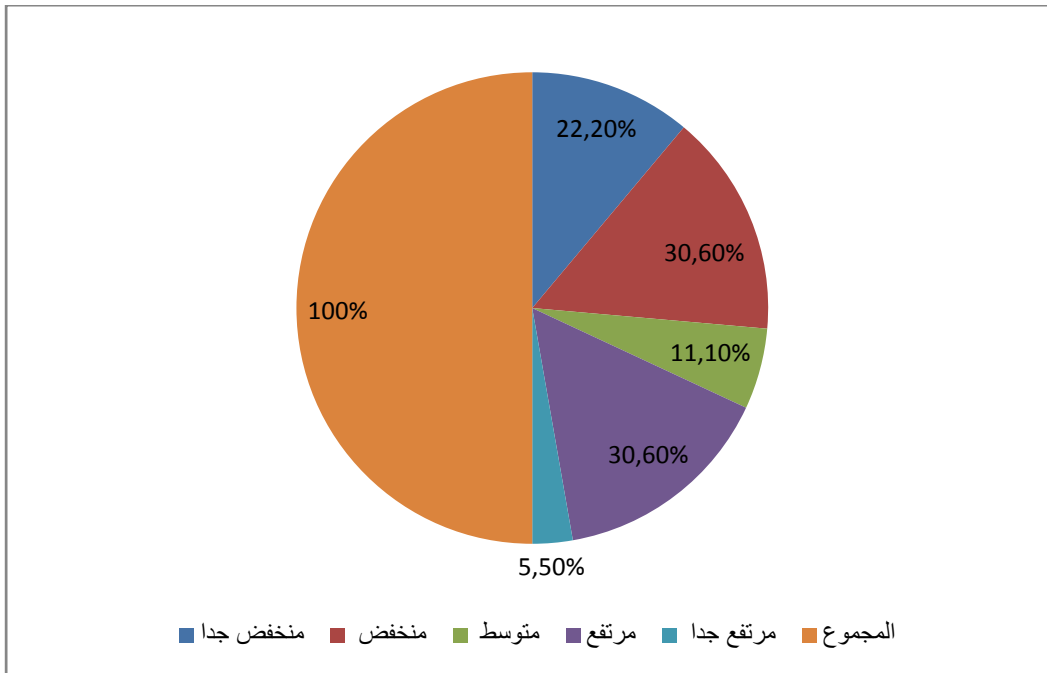
فيما يخص نقص الانجاز الشخصي فهو البعد التقييمي للاحتراق النفسي، يظهر على شكل هبوط في الكفاءة والأداء، حيث أظهرت النتائج حسب الجدول والشكل المشار إليهما أعلاه على تسجيل نسبة 75% من أفراد العينة لديهم مستوى ضعيف و 2,8% لديهم مستوى معتدل و 22,2% يعانون من مستوى مرتفع من نقص الانجاز الشخصي، حيث تتوافق هذه النتائج مع شعور أغلبية أفراد العينة بنقص الكفاءة وعدم القدرة على أداء مهامهم.

### 2.1 النتائج المتعلقة بتقدير الذات :

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات (Rosenberg, 1965) والذي تم تقنيه وتكييفه مع البيئة الجزائرية على أفراد العينة تم التوصل إلى النتائج التي ندرجها ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم 30: النتائج المتعلقة بمستويات تقدير الذات عند أفراد العينة

النسب	التكرارات	مستويات تقدير الذات
22,2%	08	منخفض جدا
30,6%	11	منخفض
11,1%	04	متوسط
30,6%	11	مرتفع
5,5%	2	مرتفع جدا
100%	36	المجموع



الشكل رقم 21: النتائج المتعلقة بمستويات تقدير الذات عند أفراد العينة

بالاعتماد على النتائج المشار إليها ضمن الجدول السابق والشكل البياني، فقد تم تسجيل مستويات مختلفة من تقدير الذات عند أفراد العينة والتي تراوحت ما بين المنخفض جدا بنسبة 22,2% إلى غاية المرتفع جدا بنسبة 5,5%، لكن الشيء الملاحظ هو توافق نسبة تقدير الذات المنخفض والمنخفض جدا مع نسبة أفراد العينة الذين يعانون من احتراق نفسي مرتفع مما يؤكد إحدى فرضيات الدراسة والتي سنتطرق إليها لاحقا.

### 3.1 النتائج المتعلقة بالمساندة الاجتماعية المدركة والمواجهة:

بعد تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية المدركة والمواجهة ، تم التوصل إلى النتائج المدونة بالجدول التالي والذي يضم عدد الأفراد الذين يقدمون الدعم ودرجة الكفاية عن المساندة المقدمة بالإضافة إلى استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد العينة.

الجدول رقم 31: النتائج المتعلقة بالمساندة الاجتماعية المدركة واستراتيجيه المواجهة عند أفراد العينة.

تقدير الذات S-E	إستراتيجية المواجهة (coping)			المساندة الاجتماعية		الحالات
	COPSS	COPE	COPP	الرضا	التوافر	
22	20	30	24	06	05	1
26	24	28	19	07	05	2
24	22	31	24	09	05	3
26	22	32	15	09	04	4
29	22	24	36	11	11	5
28	28	24	24	08	06	6
33	22	26	30	14	10	7
32	23	25	30	14	09	8
26	23	30	22	07	06	9
38	22	17	32	40	17	10
38	19	22	30	43	12	11
26	20	30	22	13	07	12
39	25	24	34	54	18	13
26	24	29	21	18	12	14
25	25	32	22	13	11	15
26	24	30	24	10	08	16
24	23	31	24	11	12	17
40	32	27	40	40	20	18

21	20	28	21	10	05	19
28	32	27	21	13	05	20
40	18	19	30	51	17	21
40	26	30	22	19	08	22
38	24	22	34	57	17	23
35	23	22	30	58	18	24
24	23	30	21	09	07	25
23	22	34	24	07	06	26
22	22	34	21	10	08	27
36	30	27	40	43	16	28
24	24	30	26	14	12	29
23	22	32	17	11	07	30
30	24	30	22	09	08	31
40	32	27	40	58	24	32
21	23	30	21	08	08	33
38	25	24	32	45	18	34
39	18	23	30	54	18	35
24	23	30	21	07	07	36

وفي هذا السياق، ولكون درجات المساندة الاجتماعية المسجلة والتي تضم بعدي التوافر والرضا وكذا استراتيجيات المواجهة التي تبنتها عينة الدراسة غير مصنفة إلى مستويات بل تختلف من فرد لآخر، أكتفينا بتقديم عرض وصفي لهذه النتائج دون حساب النسب المئوية والتكرارات. حيث سيتم إعطاء تفسير لهذه النتائج ضمن مناقشتنا لفرضيات الدراسة والتي سوف نتطرق من خلالها إلى التحليل الكمي والكيفي لدرجات المساندة الاجتماعية المدركة واستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد عينة الدراسة.

## 2. عرض نتائج الدراسة حسب الفرضيات ومناقشتها:

## 1.2 عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة.

حيث أنه وبعد حساب العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للاحتراق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة (التوافر والرضا) باستعمال معامل الارتباط سبيرمان، كون الاحتراق النفسي متغير ترتيبي يمثل ثلاثة مستويات، تحققت الفرضية الأولى وهي وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وبعدي المساندة الاجتماعية المدركة وقد جاءت النتائج حسب الجدول التالي :

الجدول رقم 32: نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي و المساندة الاجتماعية المدركة

الرضا (SA)	التوافر (AV)	
0,807-**	0,772-**	الاحتراق النفسي (BO)
0,836-**	0,795-**	الإرهاك الانفعالي (EE)
0,122	0,190	تبلد الشخصية (DP)
0,265	0,267	نقص الانجاز الشخصي (RPA)

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

ولتفسير هذه العلاقة يجب الانطلاق من التحليل المبني على فرضيات تم التحقق منها في أغلب الدراسات السابقة حيث أوضح (Cobb,1976) أن المساندة الاجتماعية تساهم في خفض الضغوطات النفسية من خلال تحفيز عملية التكيف والمواجهة الفعالة وأكد (cohen&mckay,1984) ذلك ، أين تم اعتبار المساندة الاجتماعية موردا هاما يساهم في المواجهة والتكيف والتقييم المعرفي للوضعية المجهددة وتحفيز القدرات الفردية على الإدارة السليمة للضغوطات .

في نفس السياق، فإن المساندة الاجتماعية المدركة تلعب دور الوسيط بين الحدث المجهد والاستجابات النفسية والسلوكية المترتبة عن مواجهة هذه الوضعية من خلال دورها في عملية التقييم المعرفي الصحيح للإجهاد حيث تساهم في إدراك الضغط والموارد الفردية ، كما تعمل على الرفع من القدرة على المواجهة والتخفيف من النتائج السلبية للضغوطات على السلامة النفسية والجسدية (rodriguez & cohen, 1998).



وقد أكد (Rook,1990) أيضا أن للمساندة الاجتماعية المدركة دور ايجابي في الحفاظ على صحة ورفاهية الأشخاص من خلال الدعم المقدم وكذا المشاركة في العلاقات والتي تعزز التبادل والالتزام والتي تكون في كثير من الأحيان أقوى تأثيرا من المساندة المتلقاة .

بالمقابل فقد أثبت بعض المختصين أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الاحتراق النفسي وانعدام المساندة الاجتماعية المدركة وذلك لسببين ، أولهما أن الأشخاص الذين يواجهون وضعيات مجهدّة لا تكون لديهم قابلية للبحث عن الدعم لاعتقادهم بعدم جدوى ذلك أو بدافع الإحراج أو الخوف من ظهورهم بمظهر الفشل أو انعدام الكفاءة (Dierendonck, schaufeli, & sixma, 1994).

وفضلا عن ذلك، فلقد أوضح (Schwarzer,Knoll& Rieckmann,2003) أن مستوى المساندة الاجتماعية المدركة يتوافق مع مستوى الضغوطات المواجهة وبمجرد إدراك وجود أشخاص يقدمون مختلف أنواع الدعم (availability) يدفع بالفرد إلى الإصرار على مواجهة الوضعية بفعالية وبذلك يتحقق الرضا عن الدعم المقدم (satisfaction).

وتجدر الإشارة أن معظم النماذج التي فسرت الاحتراق النفسي والتي تم التطرق في الفصل النظري قد أكدت النتائج المتوصل إليها ، حيث أعتبر (Cherniss,1980) أن من أهم العوامل التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي هي العزلة الاجتماعية ووجود توتر واختلال في العلاقات، كما أثبت (lazarus& folkman,1984) أن المساندة الاجتماعية تساهم في عملية التقييم المعرفي للوضعية المرهقة وأن توافر كل أنواع الدعم وإدراكه يساهم في اختيار إستراتيجية مواجهة تتوافق مع الموقف.

في نفس المجال فقد بين (karasek& theorell,1990) أن للمساندة الاجتماعية دور ايجابي ووقائي من الضغوطات المهنية، أما (Siegrist,1996) فقد أوضح أن العمل ينتج عن التفاعل بين الوظائف التنظيم الذاتي والعلاقات في العمل، حيث يرتبط الواقع المهني بفرص المساهمة والمكافئات والتقدير وكذلك الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة.

وبذلك فإن الأطباء العاميين المنتميين لعينة الدراسة الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي كاستجابة للضغوطات المهنية لديهم مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية وقد يتم تفسيره على عدة أوجه فربما لعدم انتمائهم لشبكة اجتماعية توفر له كل أنواع الدعم أو لوجود خلل في العلاقات الشخصية سواء مع المرضى أو الزملاء والمشرفين أو أفراد أسرهم أو لوجود صراعات في محيط العمل أو لاجتماع كل هذه العوامل معا وقد تعزى هذه الوضعية أيضا لعدم إدراكهم للمساندة المتوفرة وبذلك يتضح جليا وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية.

في نفس المجال، فقد توافقت نتائج الفرضية الأولى مع الدراسات السابقة التي تناولت نفس الموضوع والمشار إليها في الفصول السابقة، حيث أظهرت دراسة (لنا حسن محمد منصور، 2013) بفلسطين وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية وأكدت نتائجها أيضا دراسة (نسرين إبراهيم صبان، 2021) بالسعودية.

كما تجدر الإشارة إلى أن النتائج المتوصل إليها في دراستي فيما يتعلق بالفرضية الأولى أكدتها كذلك دراسة (Antigonos Sochos & Alexis Bowers, 2012) بالمملكة المتحدة والتي تم من خلالها إثبات وجود علاقة سالبة أي عكسية ما بين الاحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية فيما عملت دراسة (Velando-Soriano, Ortiga-Campos & Gomez-Urquiza, 2020) باسبانيا على تأكيد هذه العلاقة أين تم إجراء دراسة مسحية حول هذا الموضوع من سنة 1990 إلى سنة 2016 ليتم التوصل في الأخير إلى وجود ارتباط عكسي بين المتغيرين السابقين، والملفت للانتباه بعد تصفح العديد من الدراسات التي تطرقت إلى نفس الموضوع التوصل إلى نفس النتائج في مختلف الثقافات والأزمان، مما يؤكد الفرضية العامة لهذه الدراسة التي اعتبرت المساندة الاجتماعية كعامل وقائي من الاحتراق النفسي.

## 2.2 عرض ومناقشة الفرضية الثانية :

نص الفرضية : توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وأنواع المساندة الاجتماعية.

الجدول رقم 33: نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي و أنواع المساندة الاجتماعية

مساندة التقدير		المساندة المعلوماتية		المساندة المادية		المساندة العاطفية		الاحتراق النفسي (BO)
SA	AV	SA	AV	SA	AV	SA	AV	
0,793 - **	0,644 - **	0,734 - **	0,658 - **	0,801 - **	0,739 - **	0,785 - **	0,810 - **	

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للاحتراق النفسي وأنواع المساندة تحققنا الفرضية الثانية وهي وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وأنواع المساندة الاجتماعية المدركة، مما يؤكد دور كل أنواع المساندة في خفض مستويات الاحتراق النفسي حتى ولو بدرجات مختلفة.

وفي هذا المجال، وحسب (Cobb,1976) فإن المساندة الاجتماعية هي المعلومة التي تعطينا الشعور أننا محبوبين ويكن لنا الجميع التقدير، ومن خلال الانتماء إلى شبكة اجتماعية توفر لنا الدعم المتنوع، وبذلك فإن المساندة الاجتماعية هي محدد يضم مجموعة من أنواع المساعدات وهي مساندة التقدير، المساندة المادية والمعلوماتية وكذا المساعدة العاطفية والتي تعزز لدينا القيمة والكفاءة. وهذا ما أكده كذلك (House,1981) حين توصل للقول أن المساندة الاجتماعية هي المعاملة الشخصية التي تعتمد على واحد أو أكثر من هذه الأبعاد، المساندة العاطفية والتي تشير إلى الحب والتعاطف، المساندة المادية والمتعلقة بمختلف الخدمات، المساندة المعلوماتية والتي تركز على تقديم النصائح ومساندة التقدير والتي تؤدي إلى تعزيز واحترام الذات.

في نفس السياق، أوضح (Caron,Guay,2005) أيضاً أن المساندة الاجتماعية هي تبادل الموارد العاطفية والمادية والمعلوماتية النابعة من الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد والتي تظهر من خلال مجموعة العلاقات المثمرة والتي تعزز لديه روح الانتماء والتبادل الإيجابي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن الأطباء العاميين المنتمين لعينة الدراسة يحتاجون إلى كل أنواع المساندة ولكن بدرجات متفاوتة حسب حاجة الفرد فمثلاً الطبيب الذي يباشر المناوبة مع نقص في عدد الممرضين والتخصصات الأخرى يحتاج إلى دعم مادي والذي يتوافق مع تدعيمه بالموارد البشرية وبذلك فهو يحتاج هذا النوع من المساندة أكثر من الأنواع الأخرى، وقد يتوفر العدد اللازم من الممرضين مثلاً لكن يواجه ذلك الطبيب حالة طارئة يصعب التكفل بها فيحتاج إلى الدعم المعلوماتي والذي يتحصل عليه من الزملاء، وبعد إنقاذ الحالة يحتاج إلى الشكر والتقدير والتي تمثل المساندة العاطفية وبذلك نتوصل لنتيجة عامة مفادها أن المساندة الاجتماعية هي مجموعة من سلوكيات الدعم المختلفة مجتمعة والتي يتم إدراكها من طرف الأشخاص فتساهم في توافقه النفسي والاجتماعي.

في نفس الموضوع فقد تم التوصل إلى نفس النتيجة المتعلقة بوجود علاقة سالبة بين الاحتراق النفسي وأبعاد المساندة الاجتماعية ضمن دراسة (مايكل سند شنودة، 2011) بمصر وكذا دراسة (نسرين إبراهيم صبان، 2021) بالسعودية والذين أكدوا على دور أنواع المساندة في خفض أو ضبط مستويات الاحتراق النفسي.

كما يجب التنويه أن أغلب الدراسات السابقة التي ضمتها دراستي اهتمت بالبحث عن موضوع علاقة الاحتراق النفسي بالمساندة الاجتماعية دون التدقيق في علاقة أبعاد المتغيرين باعتبارهما مفهوم شامل يجب الإحاطة بدراسته بصفة عامة لأن العلاقة بين الأبعاد ستكون عكسية بصفة منطقية.

## 3.2 عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل.

الجدول رقم 34: نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجيات المواجهة

COP SS	COP E	COP P	الاحتراق النفسي (BO)
0,045-	0,767**	0,784-**	

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للاحتراق النفسي وإستراتيجيات المواجهة تحققت الفرضية الثالثة والتي مفادها وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل.

ومما لاشك فيه فان هذه النتيجة جد منطقية مقارنة بوظيفة هذه الإستراتيجية والمتمثلة في خفض متطلبات الموقف والرفع من الموارد الفردية لمواجهة الوضعية (Lazarus, 1993)، وقد أجمعت الكثير من الدراسات أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل هي إستراتيجية متكيفة تعمل على خفض الضغوطات أو تسيير التهديدات بفعالية (Zeinder & Saklofske, 1996).

في نفس المجال أوضحت (Bruchon-Schweitzer, 2002)، أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تعمل على خفض متطلبات الوضعية المجهدة والرفع من الموارد الفردية لأجل التعامل الجيد مع الضغوطات، حيث نجد من أكثر إستراتيجيات المستعملة هي حل المشكل والتي تضم البحث عن المعلومات أو إعادة التخطيط أو المواجهة المباشرة للوضعية.

وبذلك يتضح لنا أن فئة الأطباء العاميين المنتمين إلى عينة الدراسة الذين يعانون من مستويات منخفضة من الاحتراق النفسي قد استعملوا إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل أكثر من الإستراتيجيات الأخرى والتي ساهمت بإيجابية في خفض مستويات الاحتراق النفسي، كون إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تعمل على المواجهة المباشرة للوضعية وحلها أو رفع الموارد الفردية لإدارتها بفعالية.

في نفس الإطار، فان الأشخاص الذين يستعملون هذه الإستراتيجية يركزون أكثر على البحث عن المعلومات وإعداد مخطط لمواجهة الظرف المجهد مباشرة كما يطورون سلوكيات ايجابية لمواجهة الوضعية بفعالية.

## 4.2 عرض و مناقشة الفرضية الرابعة :

نص الفرضية :توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة حول الانفعال.

قبل تفسير هذه النتيجة من الضروري التذكير بأن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال هي إستراتيجية غير متكيفة لا تحاول حل المشكل بل تعمل على تجنبه والاهتمام فقط بخفض الانفعالات الناجمة عن مواجهة الوضعيات المرهقة ولذلك فهي تتوافق مع وجود مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

وقد أكد ذلك (Lazarus & Folkman,1984)، أين تم اعتبار إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال عبارة عن عمليات معرفية موجهة لخفض الانفعالات الناجمة عن مواجهة وضعية مجهدة من خلال التقليل من أهمية الوضعية أو تجنبها أو الابتعاد عنها تماما دون حل المشكل. في نفس السياق أوضحت(Cousson-Gélie,1997) أن هذه الإستراتيجية تظهر من خلال تبني عمليات وأنشطة معرفيةتجنبية على غرار الأفكار الخيالية، الفكاهة والدعابة دون مواجهة المشكل وحله.

في سياق آخر، اثبت(Matthews,Zeinder Et Robert,2002) أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال هي إستراتيجية غير متكيفة ولا تهدف إلى حل المشكل نظرا للأسباب التالية:

- لا تعتمد على التقييم الصحيح للوضعية .
  - عدم إدراك حجم الموارد الفردية والاجتماعية المتاحة الذي من شأنه التقليل من فعالية الإستراتيجية.
  - المعلومات الخاطئة والتقييم الغير موافق لطبيعة الوضعية وخصائصها والذي يؤدي إلى الإدراك الغير صحيح للموقف مما يتولد عنه إلى إصدار إستراتيجية غير موافقة للظروف المواجهة.
- ومن هذا المنطلق ، يتضح لنا أن الأطباء المنتمين لأفراد العينة الذين يستعملون الاستراتيجيات التجنبية أي المركزة نحو الانفعال لديهم مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي بسبب اهتمامهم الكبير بإدارة الانفعالات الناجمة عن مواجهة الضغوط النفسية دون المواجهة المباشرة للمشكل وحله أي الاكتفاء بمعالجة التوتر ومختلف الانفعالات الأخرى الناجمة عن المشكل فقط.

## 5.2 عرض و مناقشة الفرضية الخامسة :

نص الفرضية :لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية البحث عن المساندة.

قبل تفسير هذه النتيجة من الضروري التذكير أن إستراتيجية البحث المساندة لم تحظى باهتمام المختصين وتضاربت النتائج حول نوعيتها ووظيفتها الحقيقية ولم تقدم بعد أية دراسات أعطت تصنيفا واضحا لهذه الإستراتيجية .

حيث عرفتها (Bruchon-Schweitzer,2002)على أنها تشير إلى الجهود التي يبذلها الشخص للحصول على دعم وتعاطف الآخرين وقد توصلت للقول أن هذه الإستراتيجية قد تنتمي إلى استراتيجيات المواجهة المركزة نحو المشكل عندما يطلب الفرد مساعدة مادية أو معلوماتية أو إلى الاستراتيجيات المركزة نحو الانفعال عندما يلتمس الفرد دعم عاطفي (segrestan-crouzet, 2010).

كما اعتبرت (Hartmann,2007) أن التقييم المعرفي للوضعية المجهدة يعتمد على إدراك المساندة المتوفرة مما يحفز الأفراد على طلب المساندة أو البحث عنها.

لكن نتيجة دراستي هذه أثبتت أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية البحث عن المساندة والتي أفسرها بالاعتماد على أبعاد الاحتراق النفسي ، حيث أنه وبفعل العلاقة المستمرة للشخص مع الآخرين يصاب بالإرهاك الانفعالي وكإستراتيجية دفاعية يصير انفصال في العلاقة التي تجمع بينه وبين من يتلقون منه الخدمة ومختلف الزملاء وأحيانا أفراد أسرته وهذا ما يسمى بتبذل الشخصية والذي يشير إلى التقييم السلبي للآخرين وتطوير مشاعر التهكم والسخرية ضدهم ثم يظهر بعد ذلك بعد نقص الانجاز الشخصي والذي يتوافق مع الهبوط في الكفاءة والأداء،وبذلك وحسب رأيي لا يمكن للشخص الموجود في هذه الوضعية البحث عن المساندة كونه لا يستطيع التواصل مع الآخر فهو إذن في عزلة اجتماعية تمنعه من البحث عن تعاطف الآخرين.

وقد تم تأكيد ذلك من طرف بعض المختصين الذين أثبتوا أن الأشخاص الذين يواجهون وضعيات مجهدة لا تكون لديهم قابلية للبحث عن الدعم لاعتقادهم بعدم جدوى هذا التصرف أو لرغبتهم بعدم الظهور بمظهر الفشل أو انعدام الكفاءة (Dierendonck, schaufeli, & sixma, 1994). وبذلك فان أفراد عينة الدراسة الذين لديهم مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي يتواجدون في عزلة تامة ولا يمكنهم البحث عن مساندة أو تعاطف الآخرين وقد أثبتت التجربة أن المحيطين بهذه الفئة هم من يبادرون إلى المساعدة .

في نفس الإطار فقد توافقت نتائج الفرضية الثالثة والرابعة مع الدراسات السابقة، حيث توصلت دراسة (Van Jaarsveld,2015) بجنوب إفريقيا إلى إثبات وجود ارتباط ايجابي بين الاحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال و ارتباط سلبي مع إستراتيجية المواجهة نحو المشكل.

في ذات السياق أكدت دراسة (سميرة حاجي، 2015) بالمغرب أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل تساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي و الوقاية منه ، بيد أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال تساهم في رفع هذه مستويات هذه المتلازمة ، فيما أثبتت دراسة (سامح، السيد،نصار،2015) بمصر أن إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل هي الإستراتيجية الوحيدة التي تساهم في تعديل أو خفض الاحتراق النفسي دون الاستراتيجيات الأخرى.

في نفس المجال تم تأكيد النتائج السابقة بموجب دراسة كل من (gathy& snoeck,2017) ببلجيكا ، أما دراسة (Lea Faye,2018) بفرنسا ، فقد تعمقت في إثبات هذه النتائج من خلال الدراسة المسحية التي أجريت من سنة 1984 إلى 2016 والتي طالت 36 دراسة على مستوى 12 دولة ليتم في الأخير التوصل إلى نفس النتائج والمتعلقة بالارتباط الايجابي بين الاحتراق النفسي والاستراتيجيات التجنبية ، فيما ترتبط الاستراتيجيات النشطة أي المركزة نحو المشكل سلبا مع هذه المتلازمة .

كما تجدر الإشارة أن نتيجة الفرضية الخامسة و التي مفادها عدم وجود أي ارتباط بين إستراتيجية البحث عن المساندة و الاحتراق النفسي فلم تتوافق مع أية دراسة سابقة و التي أعتبرت فيها هذه الإستراتيجية كعامل مخفض لمستويات الاحتراق النفسي في بعض الدراسات و كعامل معزز لظهور هذه المتلازمة في دراسات أخرى، و على العموم ، فقد سبق لي التتويه إلى عدم وجود اتفاق بين الباحثين حول تصنيف إستراتيجية البحث عن المساندة والتي لم تحظى حسب رأيي بالاهتمام الكافي من أجل تفسير ماهيتها ووظيفتها بدقة.

## 6.2 عرض و مناقشة الفرضية السادسة:

نص الفرضية :توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات .

الجدول رقم 35: نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي و تقدير الذات

تقدير الذات (S-E)	
0,772-**	الاحتراق النفسي(BO)

(\*\*)دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للاحتراق النفسي ومستويات تقدير الذات تحققت الفرضية السادسة وهي وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات .

ولتحليل هذه النتيجة يجب العودة إلى التعريفات الأولى للاحتراق النفسي والذي يعبر عنه بالاستنفاد الكلي للطاقة والموارد بفعل الفشل في التكيف مع الإجهاد حيث يعتبر النموذج المعرفي (Lazarus&Folkman,1984) من أهم النماذج التي فسرت هذه السيرورة والتي تعتمد في الأساس على التقييم المعرفي لمجموعة من العوامل وتنتهي بإصدار إستراتيجية المواجهة المناسبة لكل موقف وقد أثبتت الأبحاث أن لتقدير الذات دور مهم في مختلف مراحل هذه العملية .

عليه ومع اعتبار تقدير الذات مورد هام من الموارد الفردية ومحفز لبعض العمليات النفسية بصفته أصل السلوك الإنساني فهو يساهم بفعالية في التقييم الصحيح والمتوافق مع الوضعية المجهددة والذي ينتج عنه إصدار إستراتيجية مواجهة فعالة تعمل على خفض مستويات الاحتراق النفسي، في المقابل أوضح (Rosse,1991) أن الأفراد الذين لديهم تدني في تقدير الذات لديهم شعور بانخفاض في الأداء والكفاءة الذاتية والمهارات الاجتماعية وضعف في التكيف والتأقلم مع الوضعيات المجهددة ، كما يطورون مواقف سلبية تجاه الذات والعمل والمحيطين بهم، كما أستنتج بعد عدة دراسات أن تقدير الذات هو أحد العوامل التي تعمل على خفض مستويات الاحتراق النفسي وتأثيراته السلبية (rosse, boss, & johnson, 1991).

وجدير بالذكر أن الانتماء إلى شبكة اجتماعية يعزز تبني الأفراد لسلوكيات متوازنة وصحية كما يوفر الاندماج الاجتماعي مجموعة من المشاعر الايجابية على غرار السكينة والاستقرار والكثير من المعلومات والخبرة والتجارب التي تساعد الأفراد على التكيف الناجح مع مختلف المواقف وتجنب الحالات المسببة لضيق و التوتر (cohen, gottlieb, & underwood, 2001).

وبصفة عامة فان ارتفاع مستويات تقدير الذات عند أفراد العينة يؤدي بالضرورة إلى خفض مستويات الاحتراق النفسي كونه يشكل أحد الموارد الفردية الهامة والتي تشير إلى إيمان الفرد بقدرته وكفاءته على مواجهة كل الظروف .

وجدير بالذكر، فلقد توافقت هذه الفرضية مع نتائج دراسة (سهير حلوم ،2020) بسوريا والتي أثبتت وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي و تقدير الذات و أكدتها أيضا دراسة كل من (عوض قاسم محمد بدير ، محمد محمود محمد إبراهيم ، 2017) بفلسطين و دراسة (بن درف سماعين، مكي محمد ، 2019) بالجزائر، أما دراسة (Fecilien & Constant,2018) بالساحل العاج ، فقد أعطت تفسيراً موسعاً لهذه العلاقة من خلال إثبات أن ارتفاع مستويات الضغوط المهنية يولد مباشرة هبوط في مستويات تقدير الذات و العكس صحيح.



في نفس المجال أكدت دراسة (Pikoulas,Charila,Ellias,2022) باليونان أن تقدير الذات يعتبر كعامل وقائي من الاحتراق النفسي وكلما ارتفعت مستوياته انخفضت مستويات الاحتراق النفسي وبذلك يتضح لنا الدور الفعال لمتغير تقدير الذات في ظهور الاحتراق النفسي من عدمه.

## 7.2 عرض و مناقشة الفرضية السابعة:

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات

الجدول رقم 36: نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية المدركة و تقدير الذات

تقدير الذات (S-E)	
0,684**	التوافق (AV)
0,772**	الرضا (SA)

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

بعد حساب العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية المدركة ومستويات تقدير الذات تحققت الفرضية السابعة وهي وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات .

في هذا الإطار، وكما سبق الإشارة إليه في الفصول النظرية السابقة فإن تقدير الذات هو مركب اجتماعي وقد أكد (Baldwin&Holms,1987) أن الذات هو بناء اجتماعي ويستمد الشعور بالذات من العلاقة مع الآخرين كما لآرائهم دور أساسي في تكوين الذات وتطويرها وتحديد قيم ومعتقدات وسلوكيات وانفعالات الأفراد .

ومن هذا المنطلق نستنتج أن المساندة الاجتماعية المدركة هي أحد العوامل التي تعزز تقدير الذات وقد فسر (Baldwin,1992) هذا من خلال قوله أن الأفراد عندما يكونون ويطورون معتقدات ثابتة بتوفر الدعم يمكنهم تبني أفكار وسلوكيات مرتبطة بهذه المعتقدات خاصة لدى الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساندة المدركة مقارنة بنظرائهم الذين يتمتعون بمستويات أقل .

ولكون تقدير الذات هو وليد التنشئة الاجتماعية وممارسة الأدوار خلال السياق الاجتماعي يتضح جليا أن وظيفة المساندة الاجتماعية تكمن بالدرجة الأولى في الرفع من مستويات تقدير الذات والذي يؤدي بالضرورة إلى إصدار سلوكيات سوية و متكيفة.

كما توصل (Stryker, 1980)، بعد عدة الدراسات للقول أن هوية الأشخاص مشتقة من الأدوار التي يمارسونها ضمن السياق الاجتماعي، وأن أداء هذه الأدوار يحقق التفاعل الاجتماعي ويوحد الأهداف والتطلعات ويعزز الشعور بالهوية وتقدير الذات.

وبصفة عامة، فإن الأشخاص يتبنون السلوكيات الايجابية والصحية أو العكس حسب البيئة التي ينتمون إليها، وقد توصل فريق من الباحثين للقول أن المساندة الاجتماعية المدركة والتي تشير إلى وجود أشخاص يقدمون الدعم وكذا درجة الرضا عن المساندة المقدمة تساهم في تعزيز تقدير الذات والذي يصبح الدافع الرئيسي للتحكم في الوضعية وتسييرها بالكيفية التي يستطيع الأفراد التكيف مع مختلف الوضعيات (sarason, levine, basham, & sarason, 1983).

ومما لا شك فيه أن الأطباء العاميين المنتمين إلى عينة الدراسة الذين سجلت لديهم مستويات مرتفعة من تقدير الذات يتمتعون بمساندة اجتماعية عالية تضم علاقات ايجابية مثمرة توفر لهم كل أنواع الدعم الممكن والذي يفسر من خلال الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة وممارسة علاقات محفزة.

في نفس الصدد فإن العلاقة الايجابية بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات قد توافقت أيضا مع دراسة (أمانى خليل محمود، 2015) بفلسطين ودراسة (ناجي منور السعيدة، 2017) بالأردن.

## 8.2 عرض و مناقشة الفرضية الثامنة :

نص الفرضية : تعمل المساندة الاجتماعية المدركة على خفض مستويات الاحتراق النفسي من خلال تعزيز المواجهة وتقدير الذات

الجدول رقم 37: عرض نتائج العلاقة الارتباطية بين الاحتراق النفسي و المساندة الاجتماعية المدركة و تقدير الذات

BO	COPSS	COPE	COPP	S-E	
0,772-***	0,233	0,578-***	0,762***	0,684***	AV
0,807-***	0,183	0,653-***	0,669***	0,772***	SA

(\*\*) دالة عند مستوى 0,01 (\*) دالة عند مستوى 0,05

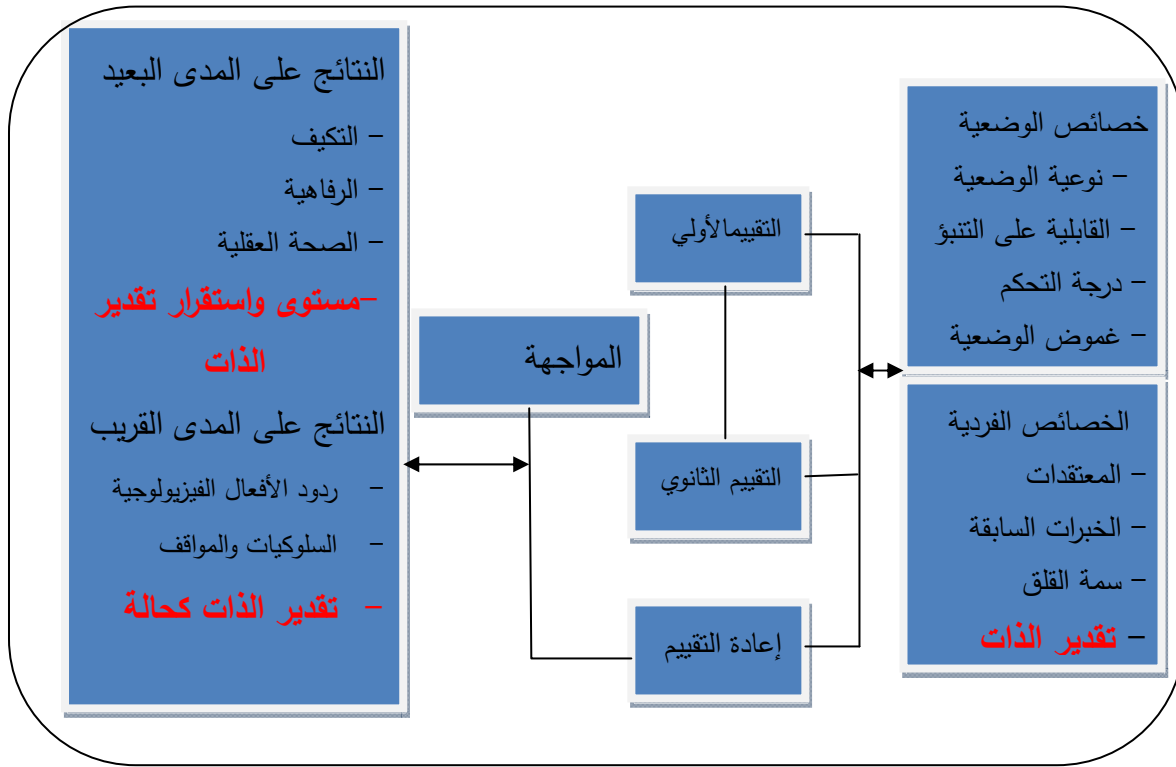
بعد تحليل وتفسير كل العلاقات الارتباطية بين محددات الدراسة ، يتضح جليا أن المساندة الاجتماعية المدركة تعمل على تعزيز تقدير الذات واختيار إستراتيجية مواجهة فعالة تساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي وقد تم شرح هذه النتيجة ضمن الفرضيات السابقة.

ومن أجل التعمق في تحليل هذه العلاقات، وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة أردت من خلال بحثي هذا عدم الاكتفاء بإثبات العلاقات الارتباطية فقط بل أقدم وجهة نظري المدعومة بتفسيرات علمية دقيقة، وللتذكير فقط بمحاور الدراسة فقد تناولت موضوع الاحتراق النفسي والذي يعتبر كمتغير تابع حاولت أن أبحث عن تأثيرات المساندة الاجتماعية المدركة على هذا المحدد بصفحتها متغير مستقل مع إضافة متغير وسيط وهو تقدير الذات والذي يفترض أن يكون له دور مهم في هذه العلاقة. وقد توافقت نتائج الفرضية الثامنة مع دراسة (Kang, Twigg & Hartzman, 2007) بالولايات الأمريكية المتحدة ودراسة (Beltran & Moreno, 2010) بالمكسيك والتي أثبتت على أن المساندة الاجتماعية وتقدير الذات يعملان على خفض مستويات الاحتراق النفسي كما تم اعتبارهما كأحد أهم العوامل الوقائية من الاحتراق النفسي حسب دراسة (Nathalie Leroy, 2010) بفرنسا، فيما أكد دراسة كل من (Jurado, Pérez-Fuentes, Linars & Martin, 2018) بإسبانيا أن تقدير الذات المرتفع و المساندة الاجتماعية المدركة يرتبطان إيجاباً مع مستويات منخفضة من الاحتراق النفسي لتصل دراسة كل من (Jovanovic, Hinic, Dzamonja & Stamatovic Gajic, 2021) بصربيا إلى اعتبار هذين المتغيرين كعوامل وقائية من ظهور الاحتراق النفسي.

ولإعطاء تحليل معمق إلى النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة بعيداً عن معاملات الارتباط ونوعية الارتباطات بين المتغيرات، انطلقت من دراسة (Gobance, 2009) والتي أعطت تفسيراً واضحاً لهذه السيورة والتي قمت بإثرائها وتقديم نموذج تفسيري لهذه العملية بعد الاطلاع على كل النماذج المتعلقة بسيورة التكيف العام مع الضغوطات النفسية إلى غاية الوصول إلى مرحلة الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد أو ما أصطلح على تسميته بالاحتراق النفسي .

وفي هذا السياق فقد تناولت (Gobance, 2009) خلال هذه الدراسة دور تقدير الذات في سيورة التكيف العام ، أين أوضحت أن لتقدير الذات ثلاثة أدوار أساسية في هذه العملية وهي :

- يعتبر تقدير الذات كمتغير معدل للضغوطات ويعمل على خفض أثارها السلبية على الصحة والرفاهية.
- يساهم تقدير الذات في عملية التقييم المعرفي للوضعية المجهدة عامة من خلال إدراكها على أنها تحدي يجب مواجهته، كما يلعب دور محوري في إصدار إستراتيجية مواجهة فعالة بصفته أحد الموارد الهامة.
- تتأثر حالة تقدير الذات و مستوياته بفعل الوضعية المجهدة .



الشكل رقم 22: نموذج (gobance, 2009)

المصدر: (gobance, 2009, p. 57)

بعد الاطلاع على توظيف متغير تقدير الذات في عملية مواجهة الضغوط النفسية كما هو موضح بالنموذج المعد من طرف (Gobance, 2009)، يتضح لنا أن هذه الباحثة قد استطاعت تحديد الأدوار المحورية لتقدير الذات والتي أجمع عليها معظم الباحثين وتم إثباتها ضمن دراستي أيضا لكن السؤال الذي يتبادر لأذهاننا هو كيف يتم تنشيط وتعزيز هذا المحدد؟ والإجابة حسب رأيي تكون من خلال المساندة الاجتماعية المدركة وسأكد هذه الفكرة بالاعتماد على النقاط التالية:

- تقدير الذات مركب اجتماعي: وبذلك تساهم التنشئة الاجتماعية والانتماء إلى شبكة اجتماعية مثمرة وممارسة الأدوار والعلاقات الناجحة والمستقرة في بناء تقدير الذات وتطويره وتغذيته وتعزيزه طيلة حياة الإنسان.
- تقدير الذات يضم الاعتقادات المتعلقة بالقدرات والكفاءات : فمثلا توفر المجموعة كل أنواع المساندة تدعم الفرد بالمبادئ والقيم والخبرة والتجربة التي يستطيع الفرد استغلالها والعودة إليها كلما ادعت الضرورة والتي تشكل مجموعة المعتقدات عن القدرات الفردية والبيئة المحيطة.

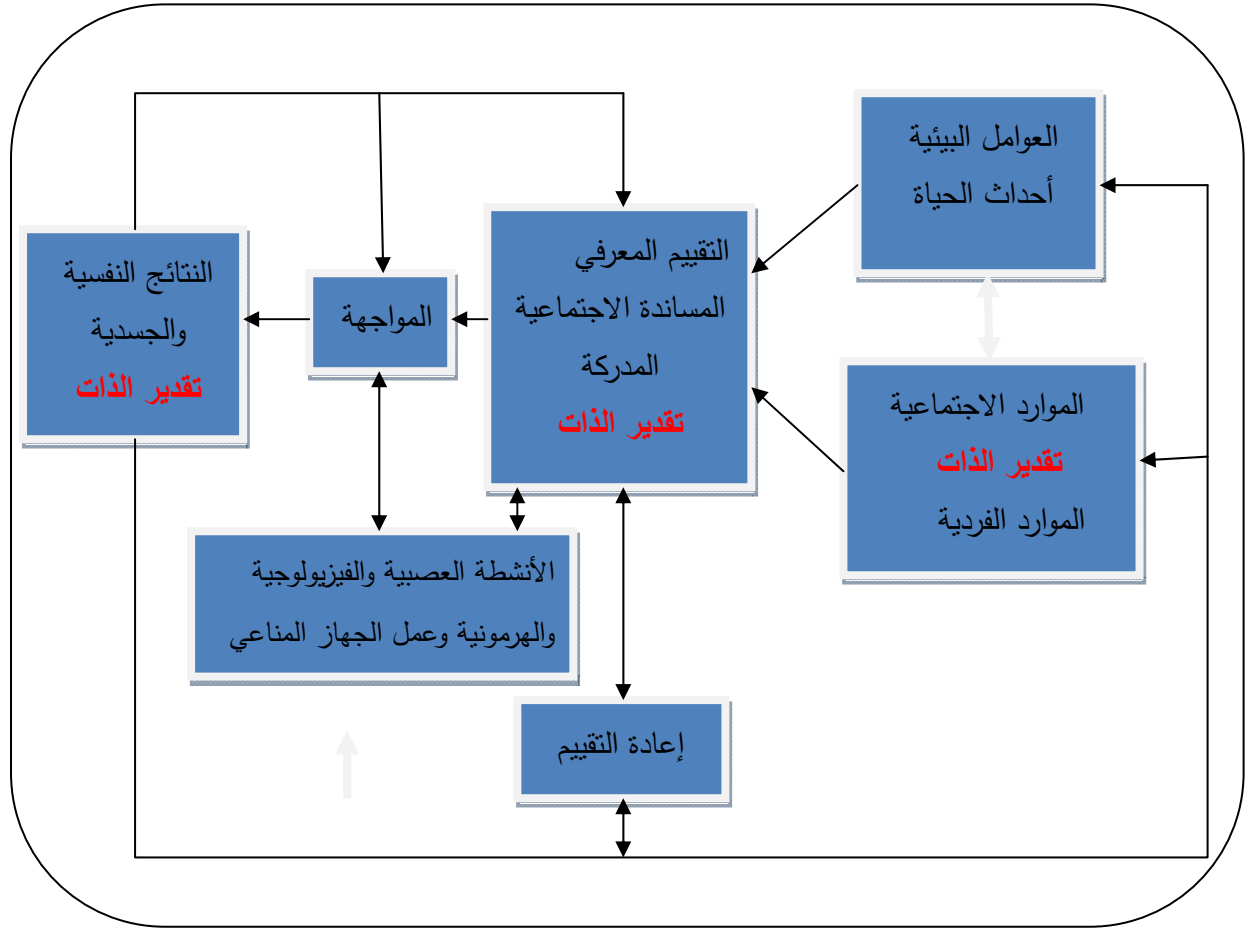
ومن هذا المنطلق يمكن اعتبار تقدير الذات بصفته أحد الموارد الفردية الذي لا يدخل في حالة نشاط إلى بتدخل متغير المساندة الاجتماعية والتي تضم الانتماء إلى شبكة اجتماعية مهمة توفر كل أنواع المساندة وإدراك ذلك الدعم والذي يشكل المحفز الرئيسي للقدرات الفردية على غرار تقدير الذات. في هذا السياق، يجب الإشارة على سبب تركيزي على متغير تقدير الذات وذلك لكونه يشمل الإيمان بالقدرة والفعالية ودرجة التحكم في الأحداث والإصرار على النجاح وتجنب الفشل وهو ما يتوافق مع محددات الصلابة النفسية المرنة والكفاءة الذاتية ودرجة التحكم وبذلك يصبح مركب محوري وأصل السلوك الإنساني والموجه الرئيسي للمواقف والاتجاهات .

وجدير بالذكر، أن تقدير الذات يعتمد على تبني معتقدات المجموعة التي ينتمي إليها وبذلك فان معايير المجموعة هي من تصنع وتوجه تقدير الذات وتساهم في تنشيطه فيعمل على تعبئة الموارد الفردية الأخرى مدعوماً بالموارد الاجتماعية التي تؤدي إلى التقييم الصحيح للوضعية المواجهة وإصدار إستراتيجية المواجهة الفعالة.

في سياق آخر، وكما أثبتت الكثير من الدراسات يتأثر تقدير الذات مع ظهور الاحتراق النفسي فتتخفف مستوياته وبمجرد توفر الدعم يتم تعزيز هذا المتغير ليعود إلى حالة النشاط فيعمل على تعزيز القدرات الفردية الأخرى لمواجهة كل أحداث الحياة .

وبما لا يدع مجالاً للشك ، فان تقدير الذات هو متغير لا يساهم فقط في خفض الضغوطات النفسية والوقاية من الاحتراق النفسي بل يحمي من الأمراض والاضطرابات النفسية ويعزز التوافق الاجتماعي ويجنب الأفراد الانخراط في بعض السلوكيات الغير مقبولة اجتماعياً، كما يعمل على تعزيز الشعور بالقيمة والكفاءة والقدرة على التأقلم مع مختلف الوضعيات وبذلك نستطيع القول أن تقدير الذات هو الوسيط الايجابي في عملية التكيف مع كل الظروف.

وفي نفس الإطار أؤكد مرة أخرى أنه لا يمكن لتقدير الذات المساهمة بايجابية في كل هذه الوظائف دون اقترانه بالمساندة الاجتماعية المدركة والتي تعمل على تنشيطه وتعزيزه وأستدل في ذلك بظاهرة التعافي من المرض والنجاح بعد الفشل والعودة إلى الحياة العادية بعد الانتكاسات بما في ذلك تبني سلوكيات صحية بعد الانخراط في سلوكيات غير متكيفة والتي تعبر في مجملها عن إعادة تعبئة تقدير الذات بفعل دعم الغير في الوقت الذي تتسبب فيه العزلة الاجتماعية في كل هذه الاضطرابات والاختلالات والظواهر الاجتماعية السلبية.



الشكل رقم 23: نموذج الاحتراق النفسي (من إعداد الباحثة)

يشير الشكل المشار إليه أعلاه والمصمم من طرف الباحثة إلى دور تقدير الذات في سيرورة التكيف العام والذي ينتمي إلى الموارد الفردية ويساهم في عملية التقدير المعرفي للوضعية كما تتأثر مستوياته في حالة الاستنفاد الكلي للطاقة والموارد وظهور الاحتراق النفسي بفعل الفشل في عملية التكيف .

## 3. خاتمة عامة:

بعد انجاز هذه الدراسة والتي تطرقت فيها لموضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات، تمكنت من الاطلاع على الكثير من المراجع والأبحاث المهمة حول هذا الموضوع أين استطعت التعرف على آخر النتائج التي توصلت إليها الأبحاث في هذا السياق وفي مناطق مختلفة من العالم مما دفع بي إلى تقديم دراسة محينة تعدت موضوع البحث عن العلاقات الارتباطية بين المتغيرات بل حاولت تحليل هذه العلاقة بالكيفية التي تسمح بفهم سيرورة التكيف العام مع الضغوطات المهنية بالاعتماد على التوظيف الصحيح لمتغيرات الدراسة في هذه العملية مع تقديم نموذج تفسيري أردت من خلاله تحديد وظائف كل من المساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات في هذه السيرورة وفق النتائج المتوصل إليها في دراستي هذه.

وفي هذا الإطار فقد تضمنت دراستي جزء نظري استطعت من خلاله الإحاطة والتعرف على ماهية كل متغيرات الدراسة وجزء تطبيقي لاختبار فرضيات الدراسة، أين تم التوصل إلى إثبات الدور الايجابي للمساندة الاجتماعية المدركة في خفض الضغوطات المهنية التي تؤدي للاحتراق النفسي من خلال تعزيز بعض المحددات الشخصية على غرار تقدير الذات والذي يساهم في التقييم الصحيح للوضعية المواجهة وإدراكها على أنها تحدي يجب مواجهته بفعالية وليس تهديد يجب تجنبه.

وبالعودة إلى ماهية مفهوم المساندة الاجتماعية المدركة نجد أنها تشكل مركبا يضم عدة أبعاد يمكن اختصارها في وجود أشخاص يقدمون كل أنواع الدعم والذين يشكلون الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد ومدى إدراك هذا الأخير لهذه المساندة والشعور بالكفاية والرضا مما يمكنه من التمتع بقدرات معرفية تؤهله للتقييم السليم للوضعية المواجهة وتدفع به إلى الإيمان بقدراته والإصرار على النجاح الذي سوف يظهر من خلال التكيف مع الوضعيات المرهقة عن طريق تبني إستراتيجية مواجهة فعالة تؤدي إلى خفض الضغوطات النفسية بما في ذلك مستويات الاحتراق النفسي وكذا الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية والعودة ثانية إلى الانسجام بعد الإدارة السليمة والفعالة للوضعية المواجهة بكل خصائصها.

في نفس الإطار يجب التنويه إلى العلاقة الارتباطية التي تجمع ما بين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات الذي يعتبر مركب وليد العلاقات الاجتماعية وممارسة الأدوار والشعور بالانتماء إلى شبكة اجتماعية توفر كل أنواع الدعم والتي تعمل بدورها على تعزيز الشعور بتقدير الذات ومواجهة كل الظروف و بذلك يلعب هذين المتغيرين الدور المحوري في خفض مستويات الاحتراق النفسي.

- وعلى هذا الأساس ومن أجل الحفاظ على صحة ورفاهية العمال والموظفين يجب توفير بيئة عمل مريحة تضم كل أنواع المساندة التي تؤدي بالضرورة إلى تعزيز تقدير الذات و كل الموارد الفردية التي تساهم في التكيف مع الضغوطات المهنية مما يتيح الفرصة للأفراد للعمل والإبداع.
- وعلى خلفية هذه الدراسة التي نطمح أن نكون قد قدمنا من خلالها معرفة علمية تساهم في ترقية البحث العلمي في مجال تخصصنا نستطيع تقديم الاقتراحات و التوصيات التالية:
- مواصلة الأبحاث للكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تعزز الصحة والرفاهية.
  - إعداد دراسات مسحية في البيئة الجزائرية عن مدى انتشار الاحتراق النفسي في صفوف مختلف المهن مع تحديد مصادر الضغوطات المهنية المختلفة حتى يتمكن من معالجة كل الأسباب.
  - عرض الدراسات المتعلقة بمدى انتشار الاحتراق النفسي في مختلف المهن والنتائج النفسية والصحية المترتبة عن ذلك على الهيئات الرسمية من أجل تهيئة بيئة مريحة للعمال من خلال توفير الموارد البشرية والمادية الكافية لتسيير المؤسسات وخفض أعباء العمل ومعالجة المصادر الأخرى للضغوطات.
  - إعداد برامج وقائية تستهدف جميع المستويات تتم من خلالها حصر مصادر الضغط وتحديد سبل الوقاية الفردية والجماعية.
  - ضرورة إصدار قوانين تنظيمية بهدف حماية العمال والموظفين من مختلف الضغوطات.
  - إعداد برامج إرشادية في مجال تطوير الذات لتعزيز الكفاءات النفسية والاجتماعية التي تساهم في التأقلم والتكيف مع ظروف الحياة المختلفة.
  - التنسيق ما بين كل الأطراف الفاعلة في حماية الموظفين والعمال من الضغوط المهنية على غرار مصالح طب العمل والهيئات الصحية الأخرى والجهات النقابية وممثلي المؤسسات والعمال لإعداد خطة عمل لحصر مصادر الضغوط ومعالجتها.
  - إعداد برامج تكوينية على مستوى كل المؤسسات في مجال تسيير الضغوطات.
  - تفعيل الاتصال الداخلي على مستوى كل المؤسسات والاعتماد على مبدأ العدالة التنظيمية فيما يخص تقسيم الأدوار والمهام للقضاء على الصراعات والنزاعات المهنية .
  - تحفيز العمال وتشجيعهم من خلال التقدير والاحترام والمكافآت ذات الطابع المادي والمهني .
  - تنظيم نشاطات اجتماعية وترفيهية تجمع العمال والموظفين لتعزيز الاتصال والتبادل الإيجابي بين هذه الفئات.



## قائمة المراجع

## 1. قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- أماني خليل محمود. (2015). تقدير الذات وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج في محافظات غزة (مذكرة ماجستير). كلية التربية، فلسطين: الجامعة الاسلامية غزة.
- 2- بن درف سماعين، ومحمد مكي. (2019). علاقة الاحتراق النفسي بتقدير الذات عند الممرضين. *دراسات نفسية و تربوية* ، 12 (3)، الصفحات 167-184.
- 3- سهير حلوم. (2020). العلاقة بين تقدير الذات والذكاء الانفعالي والاحتراق النفسي لدى عينة من موظفي كلية التربية بجامعة تشرين بسوريا. *مجلة جامعة دمشق*، 36 (02)، الصفحات 339-374.
- 4- شنودة م. س. (2011). الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدي معلمي المرحلة الابتدائية بالمدارس الحكومية والخاصة. *مجلة كلية التربية بور سعيد*، 10(10) ، الصفحات 459-482.
- 5- صباح نصرأوي. (2015). *تكييف مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي MBI على البيئة الجزائرية* (أطروحة دكتوراه). علوم اجتماعية، الجزائر: جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي.
- 6- هوارية قدور عباد. (2013). *المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما تدركها العاملات المتزوجات: دراسة ميدانية بقطاع الصحة العمومية وهران* (مذكرة دكتوراه). قسم النفس و علوم التربية، الجزائر: جامعة وهران.2.
- 7- عوض قاسم محمد بدير، و مهند محمود محمد ابراهيم. (2020). علاقة الاحتراق النفسي بتقدير الذات لدى حكام كرة القدم في فلسطين. *مجلة جامعة الأبحاث للاستقلال* ، 05 (02)، الصفحات 144-170.
- 8- لنا حسن محمد منصور. (2013). *الاحتراق الوظيفي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى الموظفين الإداريين في مديريات التربية والتعليم بمحافظة الخليل (فلسطين)* (مذكرة ماجستير). كلية العلوم التربوية، فلسطين: جامعة القدس.
- 9- ناجي منور السعيدة. (2017). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقدير الذات والنوع الاجتماعي عند المكفوفين بالأردن*. *مجلة كلية التربية بجامعة الاسكندرية* ، 27 (02)، الصفحات 61-85.
- 10- نسرين ابراهيم الصبان. (2021). *الاحتراق الوظيفي و علاقته بالمساندة الاجتماعية لدى العاملين بادرارة خدمات المرضى و أحقية العلاج ببرنامج مستشفى قوى الأمن بالرياض*. *مجلة جامعة بابل للعلوم الانسانية* ، 29 (10)، الصفحات 154-180.

## 2. قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- 1-Abadi, M. N. (s.d.). Social Support, Coping, and Self-Esteem in Relation to Psychosocial Factors: A Study of Health Issues and Birth Weight in Young Mothers in Tehran, Iran. 2012 . department of social work, sweden: umea university. Consulté le 03 05, 2024, sur <https://www.semanticscholar.org/paper/Social-Support%2C-Coping%2C-and-Self-Esteem-in-Relation-Abadi/a3786abc49222a96d880c7bc4ca2e7b0fe2702d4>
- 2-American Psychological Association. (2015). *Apa dictionary of psychology*. 1204. Washington, united states: american psychological association.
- 3- American Psychological Association. (2012). *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 05*. el sevier masson.
- 4-André, c. (2009). *Imparfais, libres et heureux:Pratiques de l'estime de soi*. paris: Odile Jacob.
- 5-Arsандаux, j. (2019). *L'estime de soi chez les étudiants à l'université liens avec les comportements de santé et les problèmes desanté mentale et physique*(these de doctorat). bordeaux, école doctorale societes, politique, sante publique, france: université de bordeaux.
- 6-Badolo, L. B. (2016). *Estime de soi, locus de contrôle et performances scolaires chez des élèves burkinabé de CM2 et de 3ème*( these de doctorat). psychologie, france: aix marseille université.
- 7-Bailey, R., &Clarke, M. (1989). *Stress and Coping in Nursing*. springer.
- 8-Bakker, A., & Demerouti, e. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (3), 309-328.
- 9-Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). The socially induced burnout model. *Advances in Psychology Research*, 25, pp. 13-30.
- 10-Baldwin, M. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112 (3), pp. 461-484.
- 11-Baldwin, M., & Holms, J. (1987). Salient Private Audiences and Awareness of the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), 1087-1098.
- 12-Baldwin, M., & Sinclair, l. (1996). Self-Esteem and "If... Then" Contingencies of Interpersonal Acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1130-1141.
- 13-Beltrán, C. A., & Moreno, M. P. (2010). Age, Burnout Syndrome, Social Support and Self-Esteem in Traffic Agents, Mexico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 39 (03), pp. 510-522.

- 13-Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), pp. 122-147.
- 14-Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. new york: W.H.freeman and company.
- 15-Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory* (éd. 1). Prentice-Hall.
- 16-Barnes, M., & Strenberg, R. (1997). A hierarchical model of love and its prediction of satisfaction in close relationships. Dans r. strenberg, & m. hojjat, *Satisfaction in close relationships* (pp. 79-101). The Guilford Press.
- 17-Barrera, M. (1981). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issues. Dans b. gottlieb, *Social Networks and Social Support* (pp. 69-96). Beverly Hills CA: Sage.
- 18-Barrera, M., Sandler, I., & Ramsay, T. (1981). Preliminary Development of a Scale of Social Support: Studies on College Students. *American Journal of Community Psychology*, 9 (4), 435-447.
- 19-baumeister, r., campbell, j., krueger, j., & vohs, k. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, Or Healthier Lifestyles? *American Psychological Society*, 4 (1).
- 20-Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45 (03), pp. 54-76.
- 21-bergeron, m. (2011). *définition de l'estime de soi et de son phénomène en interaction avec ses concepts associés* (these de doctorat) . psychologie, canada: université du québec à trois-rivières.
- 22-Berkman, L., & Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (02), 186-204.
- 23-Bolognini, M., & Preteur, y. (1998). *éstime de soi perspectives développementales*. lausanne, suisse: delechaux et niestlé.
- 24-Branden, N. (1969). *The Psychology Of Self-Esteem*. New York: Ny: Bantam.
- 25-braden, n. (1983). *Honoring the self* (éd. 1). los angeles: CA: Tarcher.
- 26-branden, n. (1985). *honoring the self : self-esteem and personal transformation*. new york: bantam books.
- 27-Brill, p. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health*, 6 (4), pp. 12-24.
- 28-Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. (2000). Measuring Social Integration and Social Network. Dans s. cohen, l. underwood, & b. gottlieb,

*Measuring and intervening in social support* (pp. 53-85). Oxford University Press.

29-Bruchon-Schweitzer, M. (2001). concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers* (67), pp. 68-83.

30-Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Santé. Modèles, concepts, méthodes*. paris: donod.

31-Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *la psychologie de la santé:concepts,méthodes et modèles*. dunod.

32-Bruchon-Schweitzer, m., & quintard, b. (2001). *Personnalité et maladie : stress, coping et ajustement*. paris: dunod.

33-Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). la psychologie de la santé. *le journal des psychologues*, 7 (260), 28-32.

34-Cambridge dictionary. (s.d.). Consulté le 02 ,19, 2023, sur Translate from English to French - Cambridge Dictionary:

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-french/>

35-campbel, j., paul, t., heine, s., katz, i., lavallee, l., & lehman, d. (1996). self-concept clarity:measurment,personality,correlates , and cultural boundaries. *journal of personality and social psychology*, 70 (1), pp. 141-156.

36-campbell, j., & lavallee, l. (1993). Who am I? The Role of Self-Concept Confusion in Understanding the Behavior of People with Low Self-Esteem. Dans r. baumeister, *The puzzle of low self-regard* (pp. 4-20). new york: plenum.

37-Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. new york: Behavioral Publications.

38-Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), pp. 15-41.

39-Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and « stress »: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 04 (03), 471-482.

40-Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistances. *American Journal of Epidemiology*, 104 (02), 107-123.

41-Caudron, M. (2016). *burnout chez les infirmiers exerçant en psychiathèrie, état des lieux, facteurs de risque et apports du concept de flexibilité psychologiques*( these de doctorat). lille, faculté des médecine henri warembourg, france: université lille 2.

42-cawood, a. (2013). *Les ados ont besoin de limites - Discipline efficace sans punition*. ottawa, canada: broquet.

- 43-Chabrol, H. (2005). Les Mécanismes De Défense. *recherche en soins infirmiers*, 3 (82), pp. 31-42.
- 44-Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *mécanismes de defence et coping* (éd. 2). paris, france: dunod.
- 45-Cherniss, C. (1980b). *professional burnout in human service oraganizations*. new york: praeger.
- 46-Cherniss, C. (1980a). *staff burnout:job stress in the human services*. california, united states: sage.
- 47-Cobb, S. (1976). social support as moderator of life stress. *psychosomatic medicine*, 38 (5), 300-314.
- 48-codol, j.-p. (1981). information sur les sciences sociales. *sage journal*, 20 (1), pp. 11-136.
- 49-Cohen, F., & Lazarus, R. (1979). Coping with the stress of illness. Dans g. stone, f. cohen, & n. adler, *Health psychology: A handbook* (pp. 217-254). San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- 50-Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59 (08), pp. 676-684.
- 51-Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13 (02), 99-125.
- 52-Cohen, S., & Mackay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. Dans s. taylor, j. singer, & a. baum, *Handbook of psychology and health* (éd. 1). Hillsdale, NJ.
- 53-Cohen, S., & Syme, I. (1985). issues in the study and application of social support. Dans s. cohen, & s. leonard, *social support and health* (pp. 3-22). san francisco: academic press.
- 54-Cohen, S., & Wills, T. (1985). stress , social support and the buffering hypothesis. *psychological bulletin*, 98 (2), 310-357.
- 55-Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2001). Social relationships and health. *Mind-Body Medicine*, 17 (2), pp. 129-141.
- 57-Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. Dans s. cohen, I. underwood, & b. gottlieb, *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). oxford university press.
- 58-Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). a global mesure of perceived stress. *journal of health and social behavior*, 24 (04), 385-396.

- 59-Colquit, J., Conlon, D., Wesson, M., Porter, C., & Ng, Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 425-445.
- 60-Compas, B. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *psychological bulletin*, 101 (3), 393-403.
- 61-coopersmith, s. (1967). *the antecedents of self-esteem*. san francisco : freeman.
- 62-Costa, P., & Maccrae, R. (1992). four ways five factors are basic. *personality and individual differences*, 12 (6), 653-665.
- 63-Costa, P., Somerfield, M., & Maccrae, R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. Dans m. zeidner, & n. endler, *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). John Wiley & Sons.
- 64-Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping :validation française de la w.c.c.(ways of coping checklist).*Psychologie Française*, 41 (2), 155-164.
- 65-cousson-gélie, f. (1997). l'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer(these de doctorat). psychologie, france: l'université de bordeaux ii.
- 66-Cramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: what's the difference? second act. *Journal of Psychology and psychotherapy*, 83 (2), 207-221.
- 67-crocker, j., & parck, l. (2003). seeking self-esteem: construction , mintenance , and protection of self worth. Dans m. leary, & j. p. tangney, *handbook of self and identity* (pp. 291-313). new york, united states: guilford press.
- 68-crocker, j., & park, l. (2004). Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. Dans m. leary, & j. p. tangney, *Handbook of Self and Identity* (pp. 291-313). new york: Guilford Press.
- 69-Cropanzano, R., Bowen, D., & Gilliland, S. (2007, november). The Management of Organizational Justice. *Academy of Management Perspectives*, 21 (4), pp. 34-48.
- 70-Delbrouck, M. (2017). Le burn-out du médecin soignant. *Sens-Dessous*, 1 (19), pp. 5-18.
- 71-Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). the job demands-ressources model of burnout. *journal of applied psychology*, 86 (3), 499-512.

- 72-Dierendonck, d. V., schaufeli, w., & sixma, h. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13* (1), 86-100.
- 73-Doniach, N. (1981). *the oxford english-arabic dictionary*. Consulté le 02 13, 2023, sur <https://books-library.net/free-194985325-download>
- 74-dubois, d., & flay, b. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological bulletin, 130* (3), pp. 415-420.
- 75-Dumont, M. (2001). les stratégies adapatives. Dans m. dumont, & b. plancherel, *stress et adapation chez l'enfant* (pp. 53-67). press univesitaire du québec.
- 76-dupras, g. (2012). l'importance des conditions de l'estime de soi à l'adolescence pour le bien-être psychologique des jeunes et le rôle du soutien social perçu(these de doctorat). université du québec à montréal.
- 77-Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *burn-out stage of disillusionment in the helping professions*. new york: human service press.
- 78-Edmon, m. (2005). *psychologie de l'identité soi et le groupe*. paris: dunod.
- 79-elliott, g. (2001). The Self as Social Product and Social Force: Morris Rosenberg and the Elaboration of a Deceptively Simple Effect. Dans t. owens, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory and Research Sociological and Psychological Currents* (pp. 10-28). Cambridge University Press.
- 80-Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping : a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (05), 844-854.
- 81-epstein, s. (1990). Comment on the effects of aggregation across and within occasions on consistency, specificity, and reliability. *Methodika, 4*, pp. 95-100.
- 82-epstein, s. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behavior, 15*, 283-309.
- 83-epstein, s. (1973). The Self-Concept Revisited: Or a Theory of a Theory. *American Psychologist, 28* (05), pp. 404-416.
- 84-Faye, l. (2018). *Les stratégies de coping des internes en Médecine Générale* (these de doctorat). u.f.r. des sciences medicales, france: universite de bordeaux.



- 85-fernandez, l., bonnet, a., pedinielli, j.-l., & préreau, m. (2005). Outils de recueil d'informations sur les co-facteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes. Dans p. verger, m. aulagnier, & v. schwoebel, *Démarches épidémiologiques après une catastrophe*. paris: La Documentation Française.
- 86-Finch, J., Okun, M., Barrera, M., Zautra, A., & Reich, J. (1989). Positive and negative social ties among older adults: Measurement models and the prediction of psychological distress and well-being. *American Journal of Community Psychology*, 17 (05), 585-605.
- 87-fortes-bourbousson, m. (2003). la dynamique de l'estime de soi physique: un regard nouveau sur la variabilité et le fonctionnement des modes hiérarchiques (these de doctorat). sciences et techniques des activités physiques et sportives : université de montpellier.
- 88-Freudenberger, H. (1974). staff burnout. *journal of social issues*, 30 (1), 159-169.
- 89-Freudenberger, H. (1987). *l'épuisement professionnel :brulure interne*. québec, canada: gaétan morin.
- 90-Freudenberger, H., & Richelson, G. (1980). *burn-out : the high cost of high achievement*. new york, united states: anchor press.
- 91-Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Teaching Coping to Adolescents: When and to Whom? *American Educational Research Journal*, 37 (3), pp. 727-745.
- 92-frydenberg, e., & lewis, r. (1993). *The Adolescent Coping Scale:Administrator's Manuel*. melbourne: Australian Council for Educational.
- 93-Gathy, c., & Snoeck, f. (2017). *Facteurs de stress, épuisement professionnel, stratégies de coping, enseignants*( these de master). Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, belgique: université de louvain.
- 94-Gecas, v. (2001). The Self as a Social Force. Dans t. owens, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory* (pp. 85-100). new york: cambridge university press.
- 95-Gecas, v. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, pp. 1-31.
- 96-Gecas, v., & schwalbe, m. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. *Social Psychology Quarterly*, 46 (02), pp. 77-88.

- 97-gobance, I. (2009). Le Stress et l'Estime de Soi des Enfants en Compétition: Vers un modèle prenant en compte l'estime de soi dans le processus transactionnel de stress lors des premières confrontations à des situations d'évaluation sociale (these de doctorat). Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, France: Université de Reims Champagne Ardenne.
- 98-golembiewski, R., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications* (éd. 1). New York: Praeger.
- 99-Guérin, F., & Famose, J.-P. (2005). Le concept de soi physique. *Bulletin de psychologie*, 1 (475), pp. 73-80.
- 100-Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son oeuvre. *recherche en soins infirmiers* (108), pp. 106-116.
- 101-Hadji, S. (2015, juin). stratégies de l'ajustement de l'épuisement professionnel chez les enseignants du secondaire. *revue de la faculté des sciences de l'éducation* (07).
- 102-Hallberg, U., Johansson, G., & Schaufeli, W. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- 103-Haan, N. (1977). *Coping and defending processes of self-environment and organization*. New York: Academic Press.
- 104-Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense and stress. Dans I. Goldberger, & S. Breznitz, *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 254-269). New York: Free Press.
- 105-harter, S. (1994). Comment se forge l'image de soi chez l'adolescent. Dans M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez, & W. Bettschart, *Préadolescence. Théorie, recherche et clinique* (pp. 73-85). Paris: ESF.
- 106-harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective* (éd. 1). New York: The Guilford Press.
- 107-harter, S. (2003). The Development of Self-Representation during Childhood and Adolescence. Dans M. Leary, & J. P. Tangney, *Handbook of self and identity* (éd. 1, pp. 610-642). New York: Guilford.
- 108-Hartmann, A. (2007). *Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent »* (these de doctorat). U. F. R. Sciences Humaines, France: Université De Haute - Bretagne Rennes II.

- 109-Hartmann, E., & Mathieu, C. (2017). Liens entre ergomanie, épuisement professionnel et traits de personnalité associés : une synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 42 (2), 197-218.
- 110-Heatherton, t., & polivy, j. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (06), 895-910.
- 111-Hirsch, B. (1979). Psychological Dimensions of Social Networks. *American Journal of Community Psychology*, 07 (03), 263-277.
- 112-House, J. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley .
- 113-Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2020). *les mecanismes de defense theorie et clinique* (éd. 3). paris: dunod.
- 114-Islam, s., El sayed, n., & Nassar, m. (2015). Burnout And Coping Strategies Among Nursing Staff In Intensive Care Units At Mansoura University Hospitals. *Mansoura Nursing Journal* , 02 (01), 181-191.
- 115-Jaarsveld, J. V. (2015). *The relationship between burnout, coping and sense of coherence amongst engineers and scientists*. South Africa: University of South Africa.
- 116-Jackson, p. p., & lassiter, s. (2001). self-esteem and race. Dans t. owens, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory and Research* (pp. 223-254). new york: cambridge university press.
- 117-James, w. (1890). *the principles of psychology*. new york: henry holt company.
- 118-Jovanović, V., Hinić, D., Džamonja- Ignjatović, T., Stamatović Gajić, B., Gajić, T., & Mihajlović, G. (2021). Individual-psychological factors and perception of social support in burnout syndrome. *Vojnosanitetski pregled* , 78 (09), pp. 944-954.
- 119-Jurado, M. D., Pérez-Fuentes, M. D., Gázquez Linares, J. J., & Barragán Martín, A. B. (2018). Burnout in Health Professionals According to Their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile. *Frontiers in Psychology* , 20 (09), pp. 1-6.
- 120-Kahn, R. L. (1978). job burnout,prévention and remedies. *public welfare*, 36, 61-63.
- 121-Kang, B., Twigg, N., & Hertzman, j. (2010). An examination of social support and social identity factors and their relationship to certified chefs' burnout. *International Journal of Hospitality Management* , 29 (01), pp. 168-196.

- 122-Karasek, R. (1979). Job demands, Job Decision Latitude and mental strain: implications for job design. *Administration Sciences Quaterly*, 24, pp. 285-308.
- 123-Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work:Stress, Productivity,and the Reconstruction of Working Life*. new york, united states: basic books.
- 124-Katz, D., & Kahn, R. (1978). *The social psychology of organizations*. new york: wiley.
- 125-kernis, m. (2003). Optimal Self-Esteem and Authenticity: Separating Fantasy from Reality. *Psychological inquiry*, 14 (1), pp. 83-89.
- 118-Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health:An Inquiry Into Hardiness. *journal of personality and socail psychology*, 37 (1), 1-11.
- 126-Korman, a. (1970). toward and hypothesis of work behavior. *journal of applied psychology*, 54, pp. 31-41.
- 127-Kristensen, T. (1996). Job Stress and Cardiovascular Disease: A Theoretic Critical Review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (3), pp. 246-260.
- 128-Kouame, K. F. (2018). Influence De L'estime De Soi Et Du Stress Au Travail Sur Le Presenteisme Chez Des Cadres Moyens D'ecobank D'abidjan. *La Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie KASA BYA* (38)
- 129-Lakey, B., & Cohen, S. (2000). social support theory and measurement. Dans s. cohen, l. underwood, & b. gottlieb, *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). new york: oxford university press.
- 130-Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support: Theory, Measurement and Intervention. Dans s. cohen, l. underwood, & b. gottlieb, *Measuring and intervening in social support* (pp. 29-52). Oxford University Press.
- 131-Lakey, B., Tardiff, T. A., & Drew, J. B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (1), 42-62.
- 132-lamothe, p., & tétreau, b. (1984). Concept de soi et activités de groupe de l'adolescent et de l'adolescente en milieu scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 10 (01), pp. 70-83.
- 133-Languirand, J. (2002). *Vaincre le burnout : Pour en finir avec l'épuisement professionnel!*Montréal: Stanké.

- 134-laurie, E., & Stryker, S. (2001). Theorizing the Relationship Between Self-Esteem and Identity. Dans t. owens, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory and Research* (pp. 29-55). new york, united states: cambridge university press.
- 135-Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55 (3), pp. 234-247.
- 136-Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress To The Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, pp. 1-21.
- 137-Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and Coping Process*. McGraw-Hill Book Company.
- 138-Lazarus, R. (2001). Relational meaning and discrete emotions. Dans k. scherer, a. schorr, & t. johnstone, *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (éd. 1, pp. 37-67). new york: oxford university press.
- 139-Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *stress ,appraisal and coping*. new york: springer.
- 140-Lazarus, R., & Launier, R. (1978). stress-related transactions between person and environment. Dans p. lawrence, & l. michael, *perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). ney york: springer.
- 141-leary, m. (1999). Making Sense of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8 (1), pp. 32-35.
- 142-leary, m. (2004). The Function of Self-Esteem in Terror Management Theory and Sociometer Theory:Comment on Pyszczynski et al. (2004). *psychological bulletin*, 130 (3), pp. 478-482.
- 143-leary, m., & MacDonald, g. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. Dans m. leary, & j. p. tangney, *Handbook of Self and Identity* (pp. 401-418). new york: The Guilford Press.
- 144-leary, m., & tangney, j. p. (2012). The Self as an Organizing Construct in the Behavioral and Social Sciences. Dans m. leary, & j. p. tangney, *Handbook of Self and Identity* (pp. 1-18). The Guilford Press.
- 145-leary, m., tambor, e., terdel, s., & downs, d. (1995). Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis. *Journal ol"Personality and Social Psychology*, 68 (3), 518-530.
- 146-l'ecuyer, r. (1978). *le concept du soi*. france: presses universitaire de france.
- 147-Légeron, P. (2001). *stress au travail*. france: odile jacob.

- 148-Leiter, M., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *anxiety, stress, and coping*, 7 (4), pp. 357-373.
- 149-Li, J., Yang, W., Cheng, Y., Johannes, S., & Cho, S.-L. (2005). Effort-reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. *international archives of occupational and environmental health*, 78, 198-204.
- 150-Lincoln, K. (2000). Social Support, Negative Social Interactions, and Psychological Well-being. *Social Service Review*, 74 (02), pp. 231-252.
- 151-Lunau, T., Siegrist, J., Dragano, N., & Wahrendorf, M. (2015). The Association between Education and Work Stress: Does the Policy Context Matter? *plos one journal*, 10 (3), 1-17.
- 152-Maddi, S. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 160-168.
- 153-Maddi, S. (2002). The story of Hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *consulting psychology practice and research*, 54 (3), 173-185.
- 154-Martinot, d. (1995). *le soi , les approches psychosociales*. grenoble, france: pu grenoble.
- 155-Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. Dans w. schaufeli, c. maslach, & t. marek, *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Washington: DC: Taylor & Francis.
- 156-Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. Dans W. S. Paine, *Job Stress and Burnout: Research, Theory, and Intervention Perspectives* (pp. 29-40). SAGE Publications, inc.
- 157-maslach, c., & jackson, s. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour.*, 2, 99-113.
- 158-Maslach, C., & Jakson, S. (1984). burnout in organizational setting. Dans s. oskamp, *applied social psychology nnuual: applications in organizational settings* (pp. 133-153). california: sage.
- 159-Maslach, C., & Leiter, M. (2007). burnout. Dans g. fink, *Encyclopedia of Stress* (éd. 2, pp. 358-362). elsevier.
- 160-Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *journal of applied psychology*, 93 (3), 498-512.

- 161-Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). job burnout. *annual review of psychology*, 52, pp. 397-422.
- 162-maslow, a. (1968). *Toward a psychology of being*. new york: Van Nostrand Company.
- 163-matthews, g., zeinder, m., & robert, r. (2002). Emotional intelligence, coping and adaptation. Dans g. matthews, m. zeinder, & r. robert, *Emotional intelligence : science and myth* (pp. 283-316). london: Cambridge:The MIT Press.
- 164-Mauranges, A., & Canoui, P. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse du burn out aux réponses* (éd. 2). paris: elsevier masson.
- 165-mruk, c. (2013). *self esteem and positive psychology :research, theory and paractice* (éd. 4). new york, united states : springer publishing company.
- 166-mruk, c. (2006). *self- esteem research ,theory and parctice* (éd. 316). new york, united states: springer publishing company.
- 167-Munroe, V., & Brunette, N. (2001). l'épuisement professionnel(burn-out) un probleme réel. *reflets*, 7 (1), pp. 165-191.
- 168-O'brien, e., & epstein, s. (1988). *the Multidimensional self-esteem inventory : professional manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- 169-Organisation Mondiale de la santé. (01,01,2004). Consulté le 03, 02, 2023, sur investir dans la santé mentale: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241562579>.
- 170-Organisation Mondiale de la santé. (2015). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Consulté le 19,05, 2023, sur ministère des affaires sociales et de la santé : [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)
- 171-Organisation Mondiale de la santé. (28,05,2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Consulté le 04, 10, 2023, sur organisation mondiale de la santé: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- 172-ownes, t., & king, a. (2001). Measuring Self-Esteem: Race, Ethnicity, and Gender Considered. Dans t. ownes, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory and Research Sociological and Psychological Currents* (p. 56). Cambridge University Press.

- 173-parrocchetti, j.-p. (2012). Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi (these de doctorat). Psychologie et Sciences de l'Education, france: Aix-Marseille Université.
- 174-Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (01), 2-21.
- 175-Perez, J. F., & Laudadio, A. (2008). *Coping in Adolescence: Research and Tools* (éd. 1). i: Universidad Anahuac, Mexico Norte.
- 176-Perrot, S. (2001). *l'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés*. economica.
- 177-peters, s., & patrick, m. (2008). *le burn out:comprendre et vaincre l'épuisement professionnel*. métropolitaine, france: marabout.
- 178-Pikoulas, G., Charila, D., & Elias, t. (2022). The protective role of self-esteem on burnout and depression symptoms among police officers: A path analysis approach. *international journal of police science and management* , 24 (3), 1-12.
- 179-Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout : Causes and Cures* (éd. 2). new york: free press.
- 180-Purificação, i. m. (2019). *évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières oeuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation*( these comme exigence partielle). canada: l'université du québec à trois rivières.
- 181-Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (01), 1-24.
- 182-Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American Community*. new york: Simon and Schuster.
- 183-Qiao, H., & Schaufeli, W. (2011). The Convergent Validity of Four Burnout Measures in a Chinese Sample: A Confirmatory Factor-Analytic Approach. *Applied Psychology*, 60 (1), pp. 87-111.
- 184-Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *le travail humain*, 64, pp. 97-118.
- 185-Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). social support. Dans h. friedman, *Encyclopedia of mental health* (pp. 535-544). new york: academic press.



- 186-Romain, B. (2016). *syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de la réunion*( these de doctorat). bordeaux, france: université de bordeaux.
- 187-Rook, K. (1987). . Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (06), 1132-1147.
- 188-rosenberg, m. (1965). *Self Esteem and the Adolescent: Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- 189-rosenberg, m. (1988). Self-Objectification: Relevance for the Species and Society. *sociological forum*, 3 (4), pp. 548-565.
- 190-rosenberg, m., & ownes, t. (2001). Low self-esteem people. Dans t. owens, s. stryker, & n. goodman, *Extending Self-Esteem Theory and Research* (pp. 400-436). new york.
- 191-rosenberg, m., & schooler, c. (1989). Self-Esteem And Adolescent Problems:Modeling Reciprocal Effects. *american Sociological Review*, 54, pp. 1004-1018.
- 192-Rosenman, R., & Friedman, M. (1961). Association of Specific Behavior Pattern in Women with Blood and Cardiovascular Findings. *circulation*, 24 (5), 1173-1184.
- 193-Rosse, J., Boss, W., & Johnson, A. (1991). Conceptualizing the Role of self-esteem in the burnout process. *Group & Organization Studies*, 16 (4), pp. 428-451.
- 194-Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1), pp. 1-28.
- 195-Rousseau, V., Aubé, C., & Morin, E. (2006). Le contrôle en milieu de travail et la détresse psychologique :le rôle de l'autonomie au travail et du lieu de contrôle. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 2 (1), pp. 18-37.
- 196-Ruehlman, L., & Karoly, P. (1991). With a little flak from my friends: Development and preliminary validation of the Test of Negative Social Exchange. *Psychological Assessment*, 03 (01), 97-104.
- 197-Ruiller, C. (2008). *le soutien social au travail:conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier*(these de doctorat). École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion, france: Universite De Rennes 1.

- 198-Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- 199-Sarason, I., Sarason, B., & Piere, G. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *The Journal of Social and Personal Relationships*, 04 (04), 497-510.
- 200-Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *the burnout companion to study and parctice: a critical analysis* (éd. 1). new york: c r c press.
- 201-Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (04), 243-252.
- 202-Schwarzer, R., & Knoll, N. (2002). Positive coping: mastering demands and searching for meaning. Dans s. lopez, & c. snyder, *Handbook of Positive Psychological Assessment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- 203-Schwarzer, R., Dunkel-Schetter, C., & Kemeney, M. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American Journal of Community Psychology*, 22 (03), 319-339.
- 204-Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). social support. Dans a. kaptein, & j. wienman, *introduction to health psychology*. Oxford, England: Blackwell.
- 205-Segrestan-Crouzet, C. (2010). *evolution et differences dans l'ajustement des couples au cancer du sein role des facteurs psychosociaux et influence reciproque des deux membres de la dyade*(these de doctorat) . psychologie, france: universite victor segalen bordeaux ii.
- 206-Selye, H. (1950). Stress And The General Adaptation Syndrome. *british medical journal*, 1 (4667), 1383-1392.
- 207-Selye, H. (1952). *the story of adaptation syndrome*. montréal: acta .inc medical publishers.
- 208-Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/ Low-Reward Conditions. *journal of occupational health psychology*, 1 (1), 27-41.
- 209-Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Et Al. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work:European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- 210-sigelman, c., & shaffer, d. (1995). *Life-span human development* (éd. 2). Belmont, CA: Brooks/Cole.

- 211-Skinner, E., & Wellborn, J. (1994). coping during childhood and adolescence a motivational perspective. Dans d. featherman, r. lerner, & m. perlmutter, *Life-span development and behavior* (éd. 1, pp. 91-133). new york: Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 212-Sochos, A., & Bowers, a. (2012). Burnout, occupational stressors, and social support in psychiatric and medical trainees. *The European Journal of Psychiatry* , 26 (03), 196-206.
- 213-sommer, k., & baumeister, r. (2002). Self-evaluation, persistence, and performance following implicit rejection: The role of trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (7), pp. 926-938.
- 214-Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural version*. Menlo Park, CA: Benjamin/Cummings Publishing Company.
- 215-Sults, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies :A meta-analysis. *Health Psychology*,, 4 (3), pp. 249-288.
- 216-tafarodi, r., & swann, w. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31 (05), pp. 653-673.
- 217-Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-203.
- 218-Taris, T., Le Blanc, P., Schaufeli, W., & Schreurs, P. (2005, september). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *work and stress*, 19 (3), pp. 238-255.
- 219-thevenet, m. (2011). analyse du burn out chez les internes de medecine générale sur la base d'une étude comparative(these de doctorat). faculté de medecine, france: université pierre et marie curie.
- 220-Thoits, P. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48 (02), pp. 174-187.
- 221-Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical*, 54 (04), 416-423.
- 222-Truchot, D. (2004). *épuisement professionnel, modeles, interventions*. paris: dunod.
- 223-Uchino, B., Holt-Lunstad, J., & Uno, D. (2001). Heterogeneity in the Social Networks of Young and Older Adults: Prediction of Mental Health and

- Cardiovascular Reactivity During Acute Stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (04), 361-382.
- 224-Vaillant, G. (1971). Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24 (02), pp. 107-118.
- 225-vandelle, h. (2011). Estime de soi et sentiment d'efficacité personnelle comme facteurs de réussite scolaire : une étude en lycée professionne (these de doctorat). paris, Sciences de l'éducation, france: université paris 10.
- 226-Vasey, C. (2007). *Burn-out : Le détecter et le prévenir*. Jouvence.
- 227-Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. new york: praeger.
- 228-Veil, C. (1959). les états d'épuisement. *le concour medical*, 23, pp. 2675-2681.
- 229-Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., & Gomez-Urquiza, j. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome: A systematic review. *japan journal of nursing science* , 17 (1).
- 230-Vézina, M. (2007). Stress au travail et santé psychique, rappel des différentes approches. Dans n. michel, & m. vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 47-58). toulouse: Octarès.
- 231-Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. Dans z. rubin, *Doing onto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 232-Wiertz, R. (2012). *Psychiatres Et Burnout ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Epuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais*. france : recherche par Fédération Régionale Recherche en Santé Mentale Nord Pas de Calais.
- 233-Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21 (2), pp. 152-169.
- work related and individual determinant of the three burnout dimensions 1999 *work & stress* 13 174-86
- 234-Wright, M. O., Masten, A., & Narayan, A. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. Dans s. goldstein, & r. brooks, *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). new york: Springer Science+Business Media.
- 235-Zaweija, P., & Garnieri, F. (2013). *Epuisement professionnel: Approches innovantes et pluridisciplinaires*. paris: Armand Colin.

236-Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. Dans m. zeidner, & n. endler, *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 505-531). new york: John Wiley & Sons.

237-Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (01), 30-42.

## قائمة الملاحق

- الملحق رقم 1: قائمة الأساتذة المشرفين على ترجمة وتحكيم أدوات القياس
- الملحق رقم 2: استمارة طلب ترجمة أدوات القياس
- الملحق رقم 3: استمارة طلب تحكيم أدوات القياس
- الملحق رقم 4: استمارة البيانات الأولية
- الملحق رقم 5: مقياس (maslach,1981) للاحتراق النفسي النسخة الأصلية.
- الملحق رقم 6: مقياس الاحتراق النفسي المكيف مع البيئة الجزائرية .
- الملحق رقم 7: (Bruchon-Schweizer, 2001) للمساعدة الاجتماعية المدركة
- الملحق رقم 8: مقياس (Bruchon-Schweizer, 2001) للمساعدة الاجتماعية المدركة المكيف مع البيئة الجزائرية.
- الملحق رقم 9: مقياس (Cousson,1996) للمواجهة النسخة الأصلية
- الملحق رقم 10: مقياس المواجهة (Cousson,1996) المكيف مع البيئة الجزائرية
- الملحق رقم 11: مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965) النسخة الأصلية
- الملحق رقم 12: مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965) النسخة المكيفة مع البيئة الجزائرية.

الملحق رقم 1: قائمة الأساتذة المشرفين على ترجمة وتحكيم أدوات القياس

الجامعة	الاختصاص	الدرجة العلمية	الاسم واللقب	الصفة
عين تموشنت	انجليزية	دكتوراه	حمزاوي شهرزاد	المترجمين
	فرنسية	ماجستير	قورين ميلود	
مستغانم	ترجمة	ماجستير	صابر جمال	المحكمين
	علم النفس	دكتوراه	بوريشة جميلة	
	علم النفس	دكتوراه	بلال لينا	
	علم النفس اللغوي	دكتوراه	عمراني أمال	
	علم النفس	دكتوراه	غاني زينب	

الملحق رقم 2: استمارة طلب ترجمة أدوات القياس

جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

الطالبة : جبار نبية

المشرف :جناد عبد الوهاب

المشرف المساعد: بوريشة جميلة

الموضوع : طلب ترجمة

أساتذتي الكرام، في إطار تحضيرتي لأطروحة الدكتوراه في مجال علم النفس، تخصص علم النفس الصحة حول موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات، نلتمس منكم ترجمة المقاييس المستغلة في هذه الدراسة من اللغة الأصلية (فرنسية- انجليزية) إلى اللغة العربية، مع احتراماتنا المسبقة لسيادتكم عن المجهودات المبذولة في خدمة البحث العلمي.

**-Echelle de soutien social perçu (Bruchon-Schweitzer,2001)**

Consignes	
Ces derniers mois Y a-t-il eu dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en avez besoin:	
items	
1. Vous ont réconforté (e) et écouté (e) (soutien émotionnelle)	
2. Se sent occupées de vous et vous ont aidé (e) matériellement (soutien matériel).	
3. Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions (soutien informatif).	
4. Vous ont redonné confiance en vous-même (soutien d'estime).	



Mode de passation, cotations, scores	
<p>-Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet (en 4 à 6 minutes). Concernant les 4 items relatifs à la disponibilité du soutien social, le sujet doit indiquer le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans ces quatre catégories : famille, amis/camarades collègues, professionnels de santé</p> <p>-Pour les items relatifs à la satisfaction, il est invité à noter son degré de satisfaction selon une échelle de type Likert en 5 points</p> <p>-Le score total de disponibilité s'obtient en faisant la somme des réponses indiquées par le sujet sur les items « combien ».</p> <p>-Pour calculer le score total de satisfaction vis-à-vis du soutien, on fait la somme des réponses (de 1 à 5) indiquées par le sujet sur les items concernant la satisfaction</p>	

**-Echelle de coping(cousson,1996**

Consignes	
<p>-en faisant référence a une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois :situation qui vous a particulièrement contrariée.</p> <p>-Indiquez pour chacun des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face au problème que vous venez de décrire. Pour cela, il vous suffit de cocher la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes qui se situent a droite</p>	

Mode de passation , cotation	
A chaque item,on répond sur une échelle de likert en quatre degrés :	
Non(1),plutôt non(2),plutôt oui(3),oui(4)	
Les dimensions	
- coping centré sur le problème	

1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22,25,27	
- coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20,23, 26	
recherche de soutien social 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24	

Items(coping centré sur le problème)	
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi	
Je me suis battu (e) pour ce que je voulais	
J'ai change positivement	
J'ai pris les choses une par une	
Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	
Je suis sorti plus fort de la situation	
J'ai change des choses pour que tout puisse bien finir	
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	
J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	

Items(coping centré sur l'émotion)	
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	
Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème	
J'ai espéré qu'un miracle se produirait	
Je me suis culpabilisé	
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	
J'ai essayé de tout oublier	

J'ai souhaite pouvoir changer d'attitude	
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	

Items ( recherche de soutien social)	
J'ai parle a quelqu'un de ce que je ressentais	
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseille	
J'ai demandes des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	
J'ai contenu (garder pour moi) mes émotions	
J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème	
J'ai essaye de ne pas m'isoler	
J'ai accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un	

**-Rosenberg Self-Esteem Scale**

Instructions	
Below is a list of statements dealing with your general feelings about yourself. Please indicate how strongly you agree or disagree with each statement.	
Strongly agree, agree, disagree Strongly disagree	
Scoring	
-The score is obtained by adding the scores to questions 1, 3, 4, 7 and 10. For questions 2, 5, 6, 8 and 9, the rating is reversed. Give "Strongly Disagree" 1 point, "Disagree" 2 points, "Agree" 3 points, and "Strongly Agree" 4 points. The score is between 10 and 40. The interpretation of the results is identical for a man or a woman	

Items	
On the whole, I am satisfied with myself.	

At times I think I am no good at all.	
I feel that I have a number of good qualities.	
I am able to do things as well as most other people	
I feel I do not have much to be proud of	
I certainly feel useless at times	
I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others	
I wish I could have more respect for myself	
All in all, I am inclined to feel that I am a failure	
I take a positive attitude toward myself	

Interpretation of the results	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-A score below 25 indicates very low self-esteem.</li> <li>- A score between 25 and 31 indicates low self-esteem</li> <li>-A score between 31 and 34 indicates average self-esteem.</li> <li>-A score between 34 and 39 indicates high self-esteem.</li> <li>-A score above 39 indicates very high self-esteem</li> </ul>	

الملحق رقم 3: استمارة طلب تحكيم أدوات القياس

جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

الطالبة : جبار نبية

المشرف :جناد عبد الوهاب

المشرف المساعد: بوريشة جميلة

الموضوع : طلب تحكيم مقاييس مترجمة

أساتذتي الكرام، في إطار تحضيرتي لأطروحة الدكتوراه في مجال علم النفس ، تخصص علم النفس الصحة حول موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية المدركة وتقدير الذات نلتمس منكم تحكيم المقاييس المترجمة المستغلة في هذه الدراسة ورفع كل التحفظات والالتماسات ليتم تداركها ، مع احتراماتنا المسبقة لسيادتكم عن المجهودات المبذولة في خدمة البحث العلمي.

-Echelle de soutien social perçu (Bruchon-Schweitzer,2001

Consignes	التعليمات
Ces derniers mois Y a-t-il eu dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en avez besoin:	في الشهور الأخيرة ، هل يوجد في محيطك أشخاص ، عندما تحتاج إليهم :

Items	البنود
1. Vous ont réconforté (e) et écouté (e) (soutien émotionnelle).	1.أراحوك واستمعوا إليك (المساندة العاطفية)
2. Se sent occupées de vous et vous ont aidé (e) matériellement (soutien matériel).	2.اهتموا بك وساعدوك ماديا (المساندة المادية)
3. Vous ont donné des conseils, des formations, des suggestions (soutien informatif).	3.أعطوك النصائح،المعلومات والاقتراحات (المساندة المعلوماتية )
4. Vous ont redonné confiance en vous-même (soutien d'estime).	4.أعادوا لك الثقة في نفسك(مساندة التقدير)

Mode de passation, cotations, scores	طريقة تطبيق المقياس وحساب الدرجات
Il s'agit d'un auto questionnaire rempli par le sujet (en 4 à 6 minutes). Concernant les 4 items relatifs à la disponibilité du soutien social, le sujet doit indiquer le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans ces quatre catégories : famille, amis/camarades, collègues, professionnels de santé	يتعلق الأمر بمقياس يطبق بصفة ذاتية من طرف الشخص (من 4 إلى 6 دقائق)، بالنسبة للبنود الأربعة المتعلقة بتوافر المساندة الاجتماعية يجب أن يشير الشخص إلى عدد الأشخاص الذين يمكنه الاعتماد عليهم في هذه الفئات العائلة، الأصدقاء/الرفاق، الزملاء، عمال الصحة
Pour les items relatifs à la satisfaction, il est invité à noter son degré de satisfaction selon une échelle de type Likert en 5 points Le score total de disponibilité s'obtient en faisant la somme des réponses indiquées par le sujet sur les items « combien ». Pour calculer le score total de satisfaction vis-à-vis du soutien, on fait la somme des réponses (de 1 à 5) indiquées par le sujet sur les items concernant la satisfaction	بالنسبة للبنود المتعلقة بالرضا ، يُطلب من الشخص تقييم درجة رضاه بموجب مقياس ليكرت من خمسة درجات. يتم الحصول على مجموع درجات التوافر من خلال جمع الإجابات التي أشار إليها الشخص في البنود " كم العدد " لحساب مجموع درجات الرضا بالنسبة للمساندة نقوم بجمع الردود (من 1 إلى 5) الموضحة من طرف الشخص عن البنود المتعلقة بالرضا

#### -Echelle De Coping(Cousson,1996)

Consignes	التعليمات
-en faisant référence a une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement contrariée)	بالإشارة إلى موقف مرهق مررت به في الأشهر القليلة الماضية (موقف أزعجك بشكل خاص ) وضح لكل ردود الأفعال التالية، ما إذا كنت قد استخدمتها للتعامل مع المشكلة التي وصفتها للتو أم لا للقيام بذلك ، ما عليك سوى تحديد المربع الذي يتوافق مع إجابتك في الأعمدة الموجودة على اليمين
-Indiquez pour chacun des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face au problème que vous venez de décrire. Pour cela, il vous suffit de cocher la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes qui se situent a droite	

Mode de passation , cotation	طريقة تطبيق المقياس و حساب النتيجة
A chaque item,on ré pond sur une echelle de likert en quatre degrés de 1(non) a 4 (oui), Le score total est calculé par sous-échelle de coping.	على كل بند ، نجب على سلم ليكرت من أربعة درجات من 1 (لا) إلى 4 (نعم) ، يتم حساب النتيجة الإجمالية عن طريق المقاييس الفرعية لإستراتيجية المواجهة .
Non(1),plutôt non(2),plutôt oui(3),oui(4)	لا(1) ، بالأحرى لا(2)، بالأحرى نعم (3)، نعم(4)
Les stratégies de coping	إستراتيجيات المواجهة
- coping centré sur le problème items :1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22,25,27	إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل : 1 ، 4، 7 ، 10 ، 13، 16، 19، 22، 25 ، 27
- coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20,23, 26	إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال:
recherche de soutien social: items : 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24	البحث عن المساندة الاجتماعية : 3 ، 6، 9، 12، 15، 18، 21 ، 24

Items(coping centré sur le probleme)	أبعاد إستراتيجية المواجهة المركزة نحو المشكل
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi	وضعت خطة عمل واتبعتها
Je me suis battu (e)pour ce que je voulais	قاتلت من أجل ما أردت
J'ai change positivement	لقد تغيرت بشكل إيجابي
J'ai pris les choses une par une	أخذت الأشياء واحدة تلو الأخرى
Je me suis concentre sur un aspect positif qui pourrait apparaitre après	ركزت على الجانب الايجابي الذي قد يظهر بعد ذلك
Je suis sorti plus fort de la situation	خرجت من الموقف أقوى
J'ai change des choses pour que tout puisse bien finir	لقد غيرت الأشياء حتى ينتهي كل شيء بشكل جيد
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipite ou de suivre la premières idée	حاولت ألا أتسرع أو أتبع الفكرة الأولى

J'ai trouve une ou deux solutions au problème	لقد وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	كنت أعرف ما يجب أن أفعله ، لذلك كثفت من جهودي وبذلت كل ما في وسعي لتحقيق ذلك

Items(coping centré sur l'émotion)	أبعاد إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال
J'ai souhaite que la situation disparaisse ou finisse	تمنيت لو يذهب الوضع أو ينتهي
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	تمنيت لو أستطيع تغيير ما حدث
Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème	شعرت بالسوء لأنني لم أستطيع تجنب المشكلة
J'ai espéré qu'un miracle se produirait	كنت أمل أن تحدث معجزة
Je me suis culpabilisé	أوقعت اللوم على نفسي
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	لقد فكرت في أشياء غير واقعية أو رائعة لأجعل نفسي أشعر بتحسن
J'ai essayé de tout oublier	حاولت أن أنسى كل شيء
J'ai souhaite pouvoir changer d'attitude	أتمنى أن أغير موقفي
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	انتقدت و وبخت نفسي

Items(recherche de soutien social)	أبعاد إستراتيجية البحث عن المساندة
J'ai parle a quelqu'un de ce que je ressentais	تحدثت إلى شخص ما عما كنت أشعر به
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé	طلبت مساعدة مختص وفعلت ما نصحت به
J'ai demandes des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	طلبت النصيحة من شخص جدير بالاحترام و أتبعته نصائحه
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	لقد تحدثت مع أحدهم لمعرفة المزيد عن الموضوع و الوضعية.
J'ai contenu (garder pour moi) mes émotions	احتويت (احتفظت بها نفسي) مشاعري



J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème	تحدثت مع شخص يمكنه اتخاذ إجراءات ملموسة بشأن المشكلة
J'ai essayé de ne pas m'isoler	حاولت ألا أعزل نفسي
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	قبلت تعاطف شخص ما وتفهمه

#### -rosenberg self-esteemscale

Instructions	التعليمات
Below is a list of statements dealing with your general feelings about yourself. Please indicate how strongly you agree or disagree with each statement.	فيما يلي قائمة بالعبارات التي تعبر عن مشاعرك العامة تجاه نفسك ، يرجى توضيح مدى موافقتك أو عدم موافقتك على كل عبارة
Strongly agree, agree, disagree Strongly disagree	أوافق بشدة (1) ، أوافق (2) ، لا موافق (3) لا أوافق بشدة (4)
Scoring	حساب النتيجة
The score is obtained by adding the scores to questions 1, 3, 4, 7 and 10. For questions 2, 5, 6, 8 and 9, the rating is reversed. Give "Strongly Disagree" 1 point, "Disagree" 2 points, "Agree" 3 points, and "Strongly Agree" 4 points. The score is between 10 and 40. The interpretation of the results is identical for a man or a woman	تحتسب النتيجة بجمع نتائج الإجابات عن البنود البنود 1،3،4،7،10 أم البنود 2، 5، 6، 8، 9 النتيجة معكوسة، نعطي " لا أوافق بشدة" نقطة " لا أوافق" نقطتان، " أوافق" 3 نقاط و"أوافق بشدة" 4 نقاط، النتيجة تتراوح ما بين 10 و 40 ، تفسير النتيجة لا يختلف بن الذكور والإناث

Items	البنود
On the whole, I am satisfied with myself.	بشكل عام ، أنا راضي عن نفسي
At times I think I am no good at all.	أعتقد أحيانا ، أنني لست جيدا على الإطلاق
I feel that I have a number of good qualities.	أشعر أنني أملك عددا من الصفات الحميدة
I am able to do things as well as most other people	أنا قادر على فعل الأشياء مثل معظم الناس الآخرين
I feel I do not have much to be proud of	أشعر أنه ليس لدي الكثير لأفخر به

I certainly feel useless at times	بالتأكيد، أشعر أنني عديم الفائدة في بعض الأحيان
I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others	أشعر أنني شخص ذو قيمة ، على الأقل على قدم المساواة مع الآخرين
I wish I could have more respect for myself	أتمنى أن أحظى بمزيد من الاحترام لنفسي
All in all, I am inclined to feel that I am a failure	بشكل عام ، أميل إلى الشعور بأنني فاشل
I take a positive attitude toward myself	اتخذت موقفا إيجابيا تجاه نفسي

The interpretation of the results	تفسير النتائج
-A score below 25 indicates very low self-esteem.	-الدرجة أقل من 25 تشير إلى تقدير الذات منخفض جدا
- A score between 25 and 31 indicates low self-esteem	- الدرجة من 25 إلى 31 تشير إلى تقدير الذات المنخفض
-A score between 31 and 34 indicates average self-esteem.	- الدرجة من 31 إلى 34 تشير إلى تقدير الذات المتوسط
-A score between 34 and 39 indicates high self-esteem.	- الدرجة من 34 إلى 39 تشير إلى تقدير الذات المرتفع
-A score above 39 indicates very high self-esteem	- الدرجة أكبر من 39 تشير إلى تقدير الذات المرتفع جدا

الملحق رقم 4: استمارة البيانات الأولية

-المعلومات الشخصية:

1. الاسم واللقب (ضرورة الاكتفاء بالحروف الأولى):

2.الجنس:

3.السن:

4.الحالة العائلية:

4.عدد الأطفال:

-المعلومات المهنية:

1. المصلحة :

2. عدد سنوات الخبرة:

3. عدد أيام العمل في الأسبوع:

4. متوسط ساعات العمل في الأسبوع:

5. عدد المناوبات الليلية في الشهر:

6. عدد المرضى الذين تشرف على فحصهم في المناوبة الواحدة:

7. متوسط عدد أيام الراحة التي تستفيد منها في السنة:

8. هل تشعر بالراحة بعد كل إجازة ؟

الملحق رقم 5: مقياس (maslach,1981) للاحتراق النفسي النسخة الأصلية.

Indiquez la fréquence a laquelle vous ressentez ce qui est décrit a chaque item, entourez le chiffre correspondant a votre réponse

0 jamais

1 quelques fois par année, au moins

2 une fois par mois, au moins

3 quelques fois par mois

4 une fois par semaine

5 quelques fois par semaine

6 chaque jour

N°	ITEMS	FREQUENCE					
1	je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail						
2	Je me sens à bout a la fin de ma journée de travail						
3	je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail						
4	Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent						
5	Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets						
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort						
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades						
8	Je sens que je craque à cause de mon travail						
9	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens						
10	Je suis devenu (e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail						
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement						
12	Je me sens plein (e) d'énergie						
13	Je me sens frustré (e) par mon travail						
14	Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail						
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades						
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop						
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades						
18	Je me sens ragaillardé (e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades						
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail						
20	Je me sens au bout du rouleau						
21	Dans mon travail, je te traite les problèmes émotionnels très calmement						
22	J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes						

الملحق رقم 6: مقياس الاحتراق النفسي المكيف مع البيئة الجزائرية .

إن كل سؤال يتوافق مع الدرجة التي تتوافق مع إجابتك، قم بجمع درجاتك في كل قسم ومقارنة

النتائج الخاصة بك مع تفسير النتائج الكلية في الجزء السفلي من هذه الوثيقة

الرقم	البنود	0	1	2	3	4	5	6
1	أشعر بأن عملي أنهكني نفسيا							
2	ينفذ صبري في نهاية يوم العمل							
3	أشعر بالتعب عندما استيقظ في الصباح وعلي مواجهة يوم آخر في العمل							
4	أقدر بسهولة أن أفهم ما يشعر به مرضاي							
5	أشعر أنني أعامل بعض المرضى بغير إنسانية ، كما لو كانوا أشياء							
6	العمل مع المرضى طوال اليوم يتطلب قدرا كبيرا من الجهد							
7	أتعامل مع مشاكل مرضاي بفعالية							
8	أشعر أن عملي هو من يحطمني							
9	من خلال عملي ، أشعر بأن لدي تأثيرا إيجابيا على الناس							
10	أصبحت أكثر قسوة اتجاه الناس منذ أن بدأت هذا العمل							
11	أخشى أن هذا العمل يجعلني شخص غير مكترث							
12	أشعر بأنني مفعم بالحيوية							
13	أشعر أنني محبط بسبب عملي							
14	أشعر أنني أعمل بصعوبة جدا في وظيفتي							
15	حقيقة لا يهمني ما يحدث لبعض مرضاي							
16	العمل في اتصال مباشر مع المرضى يسبب لي ضغطا كبيرا							
17	أنا قادر بسهولة أن أخلق جو مريح مع مرضاي							
18	أشعر بالانتعاش عندما أكون قريب من مرضاي							

							19	أنجز الكثير من الأشياء القيمة في هذا العمل
							20	أشعر و كأنني أقترب من نهايتي
							21	في عملي ، أتعامل مع المشاكل الانفعالية بكل هدوء
							22	لدي انطباع بأن بعض مرضاي يحملونني مسؤولية بعض مشاكلهم

-الخيارات :

0.أبدا

1. عدة مرات في السنة

2. مرة في الشهر

3. عدة مرات في الشهر

4. مرة في الأسبوع

5. عدة مرات في الأسبوع

6. يوميا

-الأبعاد:

القسم	البنود
الإرهاك الانفعالي	1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16، 20
تبلد الشخصية	5، 10، 11، 15، 22
نقص في الانجاز الشخصي	4، 7، 9، 12، 17، 18، 19، 21

- التفسير:

مرتفع	معتدل	منخفض	المستويات الأبعاد
أكبر من 29	29-18	أصغر من 18	الإرهاك الانفعالي (EE)
أكبر من 11	11-06	أصغر من 06	تبلد الشخصية (DP)
أصغر من 34	39-34	أكبر من 39	نقص الانجاز الشخصي (RPA)

الملحق رقم 7: مقياس (Bruchon-Schweizer, 2001) للمساندة الاجتماعية المدركة.

Ces derniers mois Y a-t-il eu dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en avez besoin:

1. Vous ont réconforté (e) et écouté (e) (soutien émotionnelle).

	famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien				
En êtes-vous satisfait (de 1 : pas du tous a 5 : tous a fait)				

2. Se sent occupées de vous et vous ont aidé (e) matériellement (soutien matériel).

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien				
En êtes-vous satisfait (de 1 : pas du tout a 5 : tous a fait)				

3. Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions (soutien informatif).

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien				
En êtes-vous satisfait (de 1 : pas du tout a 5 : tous a fait)				

4. Vous ont redonné confiance en vous-même (soutien d'estime).

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien				
En êtes-vous satisfait (de 1 : pas du tout a 5 : tous a fait)				

-Mode de passation, cotations, scores :

Il s'agit d'un autoquestionnaire rempli par le sujet (en 4 à 6 minutes). Concernant les 4 items relatifs à la disponibilité du soutien social, le sujet doit indiquer le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans ces quatre catégories : famille, amis/camarades, collègues, professionnels de santé.

-Pour les items relatifs à la satisfaction, il est invité à noter son degré de satisfaction selon une échelle de type Likert en 5 points.

Le score total de disponibilité s'obtient en faisant la somme des réponses indiquées par le sujet sur les items « combien ».

Pour calculer le score total de satisfaction vis-à-vis du soutien, on fait la somme des réponses (de 1 à 5) indiquées par le sujet sur les items concernant la satisfaction.

الملحق رقم 8 : مقياس (Bruchon-Schweizer, 2001) للمساندة الاجتماعية المدركة المكيف مع البيئة الجزائرية.

في الشهور الأخيرة ، هل يوجد في محيطك أشخاص ، عندما تحتاج إليهم :  
1.أراحوك و استمعوا إليك (المساندة العاطفية )

الطاقم الطبي	الزملاء	الأصدقاء	العائلة	كم العدد
				هل أنت راض عن ذلك
				من : 1 لاشئ إلى 5 كل الرضا

2.أهتموا بك و ساعدوك ماديا (المساندة المادية )

الطاقم الطبي	الزملاء	الأصدقاء	العائلة	كم العدد
				هل أنت راض عن ذلك
				من : 1 لاشئ إلى 5 كل الرضا

3.أعطوك النصائح و المعلومات و الاقتراحات (المساندة المعلوماتية ).

الطاقم الطبي	الزملاء	الأصدقاء	العائلة	كم العدد
				هل أنت راض عن ذلك
				من : 1 لاشئ إلى 5 كل الرضا

4.أعادوا لك الثقة في نفسك ( مساندة التقدير )

الطاقم الطبي	الزملاء	الأصدقاء	العائلة	كم العدد
				هل أنت راض عن ذلك
				من : 1 لاشئ إلى 5 كل الرضا



- طريقة تطبيق المقياس وحساب الدرجات :

- يتعلق الأمر بمقياس يطبق بصفة ذاتية من طرف الشخص ( من 4 إلى 6 دقائق)، بالنسبة للبنود

الأربعة المتعلقة بتوافر المساندة الاجتماعية يجب أن يشير الشخص إلى عدد الأشخاص الذين يمكنه

الاعتماد عليهم في هذه الفئات العائلة، الأصدقاء/الرفاق، الزملاء، عمال الصحة

- بالنسبة للبنود المتعلقة بالرضا ، يُطلب من الشخص تقييم درجة رضاه بموجب مقياس ليكرت من

خمسة درجات.

- يتم الحصول على مجموع درجات التوافر من خلال جمع الإجابات التي أشار إليها الشخص في

البنود " كم العدد "

- لحساب مجموع درجات الرضا بالنسبة للمساندة نقوم بجمع الردود (من 1 إلى 5) الموضحة من

طرف الشخص عن البنود المتعلقة بالرضا.

الملحق رقم 9: مقياس (Cousson,1996) للمواجهة النسخة الأصلية .

Consigne : en faisant référence a une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement contrariée)

Indiquez pour chacun des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face au problème que vous venez de décrire. Pour cela, il vous suffit de cocher la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes qui se situent a droite.

Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	2	3	4

N°	ITEMS	Echelle de likert			
1	J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2	J'ai souhaite que la situation disparaisse ou finisse				
3	J'ai parle a quelqu'un de ce que je ressentais				
4	Je me suis battu (e) pour ce que je voulais				
5	J'ai souhaite pouvoir changer ce qui est arrive				
6	J'ai sollicite l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseille				
7	J'ai change positivement				
8	Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème				
9	J'ai des demandes des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis				
10	J'ai pris les choses une par une				
11	J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
13	Je me suis concentre sur un aspect positif qui pourrait apparaitre après				
14	Je me suis culpabilisé				
15	J'ai contenu (garder pour moi) mes émotions				
16	Je suis sorti plus fort de la situation				
17	J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18	J'ai parle avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème				
19	J'ai change des choses pour que tout puisse bien finir				
20	J'ai essayé de tout oublier				

21	J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22	J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
23	J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25	J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26	Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				
27	Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				

-Les scores aux différentes échelles sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit pour la version à 27 items, les regroupements suivants :

- coping centré sur le problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27 ;

- coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 ;

- recherche de soutien social : items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24.

-Catégorie de réponse : Echelles de Likert

-Mode de passation, cotation, scores : A chaque item, le sujet répond sur une échelle de Likert à 4 degrés. Le score total est calculé par sous-échelle de coping.

الملحق رقم 10 : مقياس المواجهة (Cousson,1996) المكيف مع البيئة الجزائرية .

-التعليمات:

بالرجوع إلى موقف مرهق مررت به خلال الأشهر الماضية (حالة تزعجك بشكل خاص).

أشر إلى كل من ردود الأفعال التي استخدمتها لمواجهة المشكلة التي وصفتها للتو ، للقيام بذلك كل ما عليك فعله هو تحديد المربع الذي يتوافق مع إجابتك في الأعمدة الموجودة على اليسار

لا	بالأحرى لا	بالأحرى نعم	نعم
1	2	3	4

سلم ليكرت	البند
	1 لقد وضعت خطة عمل واتبعتها
	2 تمنيت أن تختفي الوضعية أو تنتهي
	3 لقد تحدثت إلى شخص ما كنت أشعر به.
	4 لقد حاربت من أجل ما كنت أريده.
	5 كنت أرغب في تغيير ما حدث
	6 طلبت المساعدة من أحد المحترفين وفعلت ما نصحتني به
	7 لقد تغيرت بشكل إيجابي.
	8 شعرت بالتعب لعدم قدرتي على تجنب المشكلة.
	9 لقد طلبت نصيحة من شخص محترم و اتبعتها
	10 أخذت الأشياء واحدة تلو الأخرى
	11 كنت أمل أن تحدث معجزة.
	12 لقد تناقشت مع أحد الأشخاص لمعرفة المزيد عن الوضعية
	13 لقد ركزت على الجانب الايجابي الذي يمكن أن يظهر بعد ذلك
	14 أحسست بالذنب
	15 لقد واصلت الاحتفاظ بمشاعري لنفسي
	16 لقد خرجت أقوى من الموقف.
	17 فكرت في أشياء غير حقيقية أو رائعة بالنسبة لي لأشعر أحسن
	18 تحدثت مع شخص يمكنه التصرف بشكل صحيح

				مع موضوع المشكلة.	
				لقد غيرت الأشياء بحيث يمكن أن ينتهي كل شيء بشكل جيد.	19
				حاولت أن أنسى كل شيء.	20
				حاولت عدم الانعزال	21
				لقد حاولت عدم التصرف باستعجال أو متابعة الفكرة الأولى	22
				كنت أرغب في تغيير موقفي	23
				قبلت تعاطف شخص ما وتفهمه.	24
				لقد وجدت حلاً واحدًا أو اثنين للمشكلة	25
				أنتقدت نفسي و وبختها	25
				كنت أعرف ما يجب أن أفعله ، كذلك ضاعفت جهودي و بذلت قصارى جهدي للوصول	27

- طريقة تطبيق المقياس وحساب النتيجة:

على كل بند ، نجيب على سلم ليكرت من أربعة درجات :لا(1) ، بالأحرى لا(2) ، بالأحرى نعم

(3)، نعم(4)، يتم حساب النتيجة الإجمالية عن طريق المقاييس الفرعية لإستراتيجية المواجهة :

- المواجهة الموجهة نحو المشكلة : البنود 1 ، 4 ، 7 ، 10 ، 13 ، 16 ، 19 ، 22 ، 25 ، 27

- المواجهة الموجهة نحو الانفعال : البنود 2 ، 5 ، 8 ، 11 ، 14 ، 17 ، 20 ، 23 ، 26

- طلب الدعم الاجتماعي: البنود: 3 ، 6 ، 9 ، 12 ، 15 ، 18 ، 21 ، 24

الملحق رقم 11: مقياس تقدير الذات (Rosenberg, 1965) النسخة الأصلية .

Instructions :

In this questionnaire, you will find 10 sentences that express feelings, opinions or reactions. Read each of these sentences carefully. For each of the following characteristics or descriptions, indicate how true each is for you by circling the appropriate number: Completely disagree (1), Somewhat disagree (2), Somewhat agree (3), Completely agree (4).  
Try to answer all the sentences.

N°	items
1	On the whole, I am satisfied with myself
2	At times I think I am no good at all.
3	I feel that I have a number of good qualities
4	I am able to do things as well as most other people
5	I feel I do not have much to be proud of
6	I certainly feel useless at times
7	I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others.
8	I wish I could have more respect for myself
9	All in all, I am inclined to feel that I am a failure
10	I take a positive attitude toward myself.

Rating and interpretation :

The questionnaire consists of 10 items, 5 of which assess positive self-esteem and 5 negative self-esteem. Response varies on a four-point Likert-type scale points ranging from "Totally disagree" (1) to "Totally agree" (4).

The score is obtained by adding the scores to questions 1, 3, 4, 7 and 10. For questions 2, 5, 6, 8 and 9, the rating is reversed. The score is between 10 and 40.

The interpretation of the results is identical for a man or a woman.

- A score below 25 indicates very low self-esteem.
- A score between 25 and 31 indicates low self-esteem
- A score between 31 and 34 indicates average self-esteem.
- A score between 34 and 39 indicates high self-esteem.
- A score above 39 indicates very high self-esteem

الملحق رقم 12: مقياس تقدير الذات (Rosenberg,1965) النسخة المكيفة مع البيئة الجزائرية.

-التعليمات :

فيما يلي قائمة بالعبارات التي تعبر عن مشاعرك العامة تجاه نفسك ، يرجى توضيح مدى موافقتك أو عدم موافقتك على كل عبارة ، حدد مدى صحة كل منها بالنسبة لك من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب: لا أوافق تمامًا (1) ، لا أوافق إلى حد ما (2) ، موافق إلى حد ما

الرقم	البند
1	بشكل عام ، أنا راضٍ عن نفسي
2	أعتقد أحياناً أنني لست جيداً على الإطلاق
3	أشعر أن لدي عدداً من الصفات الحميدة
4	أنا قادر على فعل الأشياء مثل معظم الناس الآخرين.
5	أشعر أنه ليس لدي الكثير لأفخر به
6	بالتأكيد ،أشعر أنني عديم الفائدة في بعض الأحيان
7	أشعر أنني شخص ذو قيمة ، على الأقل على قدم المساواة مع الآخرين
8	أتمنى أن أحظى بمزيد من الاحترام لنفسي
9	بشكل عام ، أميل إلى الشعور بأنني فاشل
10	أأخذ موقفاً إيجابياً تجاه نفسي

-حساب الدرجات والتفسير :

يتكون الاستبيان من (10) بنود ،(5) منها للتقييم الإيجابي للذات و (5) للتقدير السلبي للذات. تختلف الاستجابة على نقاط مقياس من نوع ليكرت من أربع نقاط ،أوافق بشدة (1) ، أوافق (2) ، لا موافق (3) لا أوافق بشدة (4)

يتم الحصول على النتيجة النهائية بجمع درجات الأسئلة 1 و 3 و 4 و 7 و 10، بالنسبة للأسئلة 2 و 5 و 6 و 8 و 9 ، يتم الجمع بصفة عكسية ، حيث تتراوح النتيجة ما بين 10 و 40.

-الدرجة أقل من 25 تشير إلى تقدير الذات منخفض جدا

- الدرجة من 25 إلى 31 تشير إلى تقدير الذات المنخفض

- الدرجة من 31 إلى 34 تشير إلى تقدير الذات المتوسط

- الدرجة من 34 إلى 39 تشير إلى تقدير الذات المرتفع

- الدرجة أكبر من 39 تشير إلى تقدير الذات المرتفع جدا.