الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة – أم البواقي –

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الإجتماعية

الرقم:

العنوان:

الإحتراق النفسي و علاقته بالصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الاحتياجات الخاصة

دراسة ميدانية بولايتي قسنطينة و أم البواقي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل , م, د في
شعبة علم النفس: تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

مارية سقطني

إشراف الأستاذ الدكتور:

أحمد زرزور

لجنة المناقشة

إسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ. د زين الدين مصمودي	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	رئيسا
أ. د أحمد زرزور	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	مشرفا و مقرارا
أ. د أمال بوعايشة	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
أ. د بركو مزوز	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	عضوا مناقشا
أ. د كوكب الزمان بليردوح	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا
د. عبد الرحيم بن عبيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 2022 / 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

{يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ
وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ }

صدق الله العظيم

المجادلة: الآية 1

شكر و تقدير

الشكر والحمد لله عز وجل على نعمة الصبر والقدرة على إنجاز العمل

أتقدم بكامل شكري وتقديري و العرفان بالجميل إلى أستاذي المشرف

"الأستاذ الدكتور زرزور أحمد"

الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث و لما أبداه من جهود علمية و أراء سديدة و توجيهات كثيرة طيلة فترة الإعداد ليظهر البحث بالصورة الحالية فله أسمى عبارات الثناء

الملخص بالعربية:

تسعى الدراسة الحالية للتعرف على ظاهرتي الإحتراق النفسي والصلابة النفسية ومستويات كل منهما، وكذا البحث عن طبيعة العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بمؤسسات المختصة لذوي الاحتياجات الخاصة في كل من ولايتي قسنطينة وأم البواقي.

وللإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها، إعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الإرتباطي بهدف تحليل الإرتباط ومعرفة العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين، وبغرض جمع بيانات الدراسة تم تطبيق مقياس الاحتراق النفسي ل "**كرستينا ماسلاتش**" تقنين "**نصراوي صباح**" على البيئة الجزائرية ومقياس الصلابة النفسية ل "**عماد مخيمر**" والذي قننه "**بشير معمرية**" على البيئة الجزائرية، وتكونت عينة الدراسة من 50 أخصائي نفساني عيادي ممارس بالمؤسسات المختصة لذوي الاحتياجات الخاصة تم إختيارهم بطريقة قصدية.

ولجمع البيانات وتحليلها إحصائيا تم الإعتماد على برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الإجتماعية (SPSS 26)، بإستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحقق من نتائج الدرسة من بينها، معامل الإرتباط بيرسون لمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف المتغيرات والمتوسط والإنحراف المعياري، ومعادلة كاي مربع لدلالة الفروق بين معاملات الإرتباط لمجموعات مستقلة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة

- وجود مستوى منخفض من الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.

- يمتلك الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة صلابة نفسية فوق المتوسط (مرتفعة).

- عدم وجود فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية

– عدم وجود فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المؤسسة التكفل الممارس بها.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها تم مناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وسمات عينة الدراسة، لتليها مجموعة من التوصيات والإقتراحات.

الكلمات المفتاحية:

الإحتراق النفسي، الصلابة النفسية، الأخصائي النفساني، ذوي الإحتياجات الخاصة.

Abstract :

The current study endeavoursat identifying the two phenomena of burnout and psychological hardiness and their levels, as well as searching for the nature of the relationship between them among practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs in both the states of Constantine and Oum El Bouaghi.

To answer the questions of the study and verify its hypotheses, the researcher relied on the descriptive correlative approach with the aim of analyzing the correlation and identifying the relationship between burnout and psychological hardiness among psychologists.In orderto collect the study's data, the burnout inventory MBI of "**Christina Maslach**" was applied and codified by "**Nasraoui Sabah**" on the Algerian environment. Whereas, the psychological hardiness scale of "**Imad Mukhaimer**", codified by "**Bashir Maamaria**" on the Algerian environment. Morever, The study sample consisted of 50 clinical practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs who were chosen intentionally.For data collection and statistical analysis, the Statistical Packages for Social Sciences (SPSS 26) program was used. By using a set of statistical methods to verify the results of the study, including the Pearson correlation coefficient to determine the significance of the relationship between the various variables, the mean and the standard deviation, as well as the chi-square equation to indicate the differences between the correlation coefficients for independent groups

The study results have concluded the following :

- There is no correlation between burnout and psychological hardiness among practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs.

- There is a low level of burnout among practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs.

- Practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs have an above average (high) psychological hardiness.

- There are no differences in the relationship between psychological hardiness and burnout among practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs due to the variable of professional experience.

- There are no differences in the relationship between psychological hardiness and burnout among practicing psychologists in specialized institutions for people with special needs due to the variable of the institution in which they are practiced.

In light of the results reached which were discussed according to the theoretical framework, previous studies and the characteristics of the study sample, followed by a set of recommendations and suggestions.

Key words :

Burnout, psychological hardiness, psychologist, people with special needs.

فهرس الدراسة

الرقم	المحتوى	الصفحة
	الآية	
	الشكر والتقدير	أ
	ملخص الدراسة باللغة العربية	ب-ت
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	ث-ج
	جدول فهرس الدراسة	ح-س
	فهرس الجداول	ش-ص
	فهرس الأشكال	ض
	مقدمة	ط-ظ
	الجانب النظري الفصل التمهيدي: إشكالية الدراسة و منطلقاتها	
1-	إشكالية الدراسة	1
2-	فرضيات الدراسة	5
1-2	الفرضية العامة	5
2-2	الفرضيات الفرعية	6-5
3-	أهداف الدراسة	6

4-	**أهمية الدراسة**	**6**
5-	**أسباب و دوافع إختيار الدراسة**	**7**
6-	**التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة**	**8-7**
7-	**الدراسات السابقة**	**29-8**
	الفصل الأول: الإحتراق النفسي	
	تمهيد	**31**
1-	التطور التاريخي	**31**
2-	مفهوم الاحتراق النفسي	**34**
3-	الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات	**41**
4-	أسباب الاحتراق النفسي	**45**
5-	أعراض الاحتراق النفسي	**50**
6-	النماذج والنظريات المفسرة للاحتراق النفسي	**65-52**
7-	آليات الوقاية و العلاج من الاحتراق النفسي	**66**
	خلاصة	**72**
	الفصل الثاني: الصلابة النفسية	
	تمهيد	**74**
1-	التطور التاريخي	**76-74**

2-	مفهوم الصلابة النفسية	77
3-	الصلابة النفسية والمفاهيم المشابهة لها	79
4-	أهمية الصلابة النفسية	81
5-	أبعاد الصلابة النفسية	84
6-	خصائص الصلابة النفسية	87
7-	نشأة الصلابة النفسية	88
8-	نظريات الصلابة النفسية	98-91
9-	العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي	99
10-	المتغيرات الشخصية المساعدة على الوقاية من الاحتراق النفسي	100
	خلاصة	102
	الفصل الثالث: الأخصائي النفساني	
	تمهيد	104
1-	بدايات الأولى لممارسة في علم النفس الإكلينيكي (النشأة والتطور والممارسة)	104
2-	مفهوم علم النفس الإكلينيكي	109
3-	الأخصائي النفسي	111
4-	سمات الاخصائي النفسي	113

5-	مهام الأخصائي النفسي	114
6-	مهام الأخصائي النفسي في مجال الإعاقة	115
7-	مراسيم تنظيمية حسب الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية	116
	خلاصة	117
	الفصل الرابع: الإعاقة	
	تمهيد	119
1-	**تطور مفهوم الإعاقة**	119
2-	**تصنيفات ذوي الإحتياجات الخاصة**	120
1-2	**التخلف العقلي :**	120
1.1-2	نظرة تاريخية	120
1.2-2	مفهوم التخلف العقلي	121
1.3-2	تصنيف التخلف العقلي	123
1.4-2	أسباب التخلف العقلي	127
1.5-2	أبعاد تشخيص التخلف العقلي	129
2-2	**الاعاقة البصرية :**	131
2.1-2	نظرة تاريخية للاعاقة البصرية	131
2.2-2	مفهوم الاعاقة البصرية	132

2.3-2	اسباب الاعاقة البصرية	133
2.4-2	تصنيف الاعاقة البصرية	134
2.5-2	تشخيص الإعاقة البصرية	136
3-2	**الاعاقة السمعية :**	137
3.1-2	مفهوم الإعاقة السمعية	137
3.2-2	تصنيفات الإعاقة السمعية	138
3.3-2	اعراض ومؤشرات الإعاقة السمعية	141
3.4-2	أسباب الإعاقة السمعية	141
3.5-2	الخصائص والاحتياجات الجسمية والمعرفية والنفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا	143
3.6-2	طرق تشخيص الإعاقة السمعية	144
4-2	**الإعاقة الحركية:**	145
1.4-2	مفهوم الإعاقة الحركية	145
2.4-2	أسباب الإعاقة الحركية	145
3.4-2	أشكال الإعاقة الحركية	146
4.4-2	خصائص ذوي الإعاقة الحركية	147
5.4-2	**مهام الأخصائي النفساني في مجال التكفل بالإعاقة**	148

	الخلاصة	**148**
	الجانب الميداني **الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية**	
	تمهيد	**151**
.1	الدراسة الإستطلاعية	**152**
-1	أهداف الدراسة الإستطلاعية	**152**
-2	الإطار المكاني والزماني للدراسة الإستطلاعية	**-152** **153**
-3	مجتمع وعينة الدراسة الإستطلاعية	**153**
-4	نتائج الدراسة الإستطلاعية	**154**
.2	الدراسة الأساسية	**156**
-1	التذكير بتساؤلات الدراسة	**156**
-2	التذكير بفرضيات الدراسة	**-156** **157**
-3	المجال الزماني والمكاني للدراسة الأساسية	**-157** **159**
-4	مجتمع الدراسة وعينة الدراسة الأساسية	**159**

5-	منهج الدراسة	162
6-	أدوات جمع البيانات	163-169
7-	الخصائص السكوميترية لأدوات الدراسة	169
8-	الأساليب الإحصائية	173
	الخلاصة	174
	الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
	تمهيد	176
1-	عرض بيانات وإحصائيات الدراسة	176
2-	تحليل ومناقشة نتائج الدراسة	182
	الخاتمة	195
	الإقتراحات والتوصيات	197
	قائمة المراجع	198
	قائمة الملاحق	211

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح مجالات مسببة للإحتراق النفسي-Skovholt,and trotter Mathison	46
02	يوضح أعراض الإحتراق النفسي حسب Miller 1991	51
03	يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغوط	58
04	يوضح المراحل الرئيسية لعلم النفس الإكلينيكي	107-105
05	يوضح تصنيف التخلف العقلي حسب الذكاء	124
06	يوضح أبعاد التخلف العقلي	129-130
07	يوضح توزيع عدد أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة بولاية قسنطينة	154
08	يوضح مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة في ولايتي أم البواقي و قسنطينة	159-158
09	يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها	160
10	يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير الخبرة المهنية	161
11	يوضح توزيع فقرات المقياس على أبعاد الإحتراق النفسي الثلاث	165
12	يوضح المعايير التفسيرية الخاصة بكل بعد من أبعاد الإحتراق النفسي	167
13	يوضح توزيع البنود على الأبعاد الثلاثة للإحتراق النفسي	168
14	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية	170
15	ارتباطات المحاور مع المقياس الكلي للصلابة النفسية	170
16	المقارنة الطرفية لمقياس الصلابة النفسية	171
17	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاحتراق النفسي	172
18	ارتباطات المحاور مع المقياس الكلي للاحتراق النفسي	172
19	المقارنة الطرفية لمقياس الاحتراق النفسي	173
20	يوضح معامل الارتباط بيرسون بين متوسطي الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة	176

21	يوضح متوسط الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة	177
22	يوضح متوسط الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.	178
23	يوضح دلالة الفروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة حسب متغير الخبرة المهنية.	180
24	يوضح دلالة الفروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة حسب متغير المؤسسة الممارس بها.	181

فهرس الأشكال:

الرقم	الأشكال	الصفحة
01	يوضح سيرورة الاحتراق النفسي حسب Maslach & Jackson 1981	41
02	يوضح كيفية نشوء الاحتراق النفسي	49
03	يوضح نموذج الاحتراق النفسي حسب Pierre canoui	53
04	يوضح الأعراض الثلاثة للتكيف العامة عند سيلي	56
05	يوضح الأفكار اللاعقلانية ودورها في ظهور الاحتراق النفسي	59
06	يوضح نموذج تشرنيس للإحتراق النفسي	62
07	يوضح أبعاد الاحتراق النفسي حسب ماسلاتش و جاكسون Grebot,2008	63
08	يوضح نموذج ليتر Leiter للإحتراق النفسي	65
09	نموذج الاضطراب الاحتراق أو الاحتراق المرضي حسب Boudoukha,2009	67
10	يوضح مكونات الصلابة النفسية	92
11	يوضح نموذج الصلابة النفسية حسب مادي	96
12	يوضح توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها	161
13	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	162

مقدمة:

تزداد الحاجة يوما بعد يوم لعلم النفس الإكلينيكي نظرا لتعقيدات الحياة العصرية، فمن جهة يهدف لفهم مختلف الأمراض النفسية والعقلية ومختلف الإضطرابات والأزمات والصراعات التي تبدد طاقة الإنسان وتصرفه عن معترك الحياة الإيجابية الفاعلة، التي تمتص طاقته فيقل إبداعه وإنتاجه، ومن جهة أخرى يهدف لتشخيص حالاتهم وتوفير العلاج المناسب والوقاية لهم، ولا يتحقق هذا إلا إذا كانت هناك دعوة لضرورة تواجد الأخصائي النفساني الإكلينيكي في جميع التجمعات البشرية، من مدارس وشركات ومراكز، ومستشفيات ومراكز التأهيل، وكذا في قطاع ذوي الإحتياجات الخاصة، الذي تزايد الإهتمام به، وقد أُعتُبِرَ عدم الإهتمام بهذه الفئة من الناس تخلف ثقافي وحضاري، كما أنّها مشكلة تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية، لذلك كان إلزاميا وضع برامج شاملة من أجل تحقيق ذواتهم وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه، ومن جملة البرامج المقدمة، برامج نفسية والتي تهدف إلى علاج الإضطرابات النفسية، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وتنمية استعداداته للمشاركة والتفاعل الإجتماعي، ومن زاوية تتوقف نجاح البرامج النفسية على نجاعة الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفساني، الذي يبذل مجهودات من أجل الوصول للتشخيص والتكفل النفسي المناسب، ونظرا وأنّه يتعامل مع فئات هشة فسيرورة العمل ونقص إمكانيات قد تُعرض هذا الأخير لجملة من الضغوط المهنية تفرضها طبيعة المهنة، والتي تستنفد طاقته وموارده الفردية قد تصل لحد الإحتراق النفسي، بفعل تراكم الضغوط النفسية وتعارض المجهودات المبذولة والنتائج المحققة، لذلك يحتاج الأخصائي النفساني في مواجهة هذه التحديات تطوير كفاءة معينة معها، وتعتبر الصلابة النفسية إحدى هذه السمات التي ضمنها علم النفس الإيجابي، والتي تعتبر متطلبا أساسيا ومهما للتحكم في تلك الضغوط ومواجهتها وبالتالي إلتزامه في عملية التكفل الجيدة .

لذلك فقد إرتأينا أنَه من المهم دراسة العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، فجاءت دراستنا مقسمة على ستة فصول، حيث تضمن الفصل الأول إشكالية الدراسة ومنطلقاتها والتي تم فيها وضع تساؤلات الدراسة وفرضياته، وتسطير أهداف الدراسة وأهميتها، وتحديد أسباب ودوافع إختيار موضوع الدراسة، كما تم توضيح التعاريف الإجرائية لموضوع الدراسة، وعرض جملة من الدراسات السابقة التي تخدم موضوع الدراسة، أما بالنسبة للجانب النظري الفصل الثاني والذي تضمن التطور التاريخي مفهوم الاحتراق

النفسي، الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات، أسباب الاحتراق النفسي، أعراض الاحتراق النفسي، النماذج والنظريات المفسرة للاحتراق النفسي، آليات الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي.

فيما تناول الفصل الثالث موضوع الصلابة النفسية نظرة عن الصلابة النفسية ومفهومها، والمفاهيم المشابهة لها، أهميتها، أبعادها، خصائصها، نشأة الصلابة النفسية، نظرياتها، ثم العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي، والمتغيرات الشخصية المساعدة على الوقاية من الاحتراق النفسي

أما الفصل الرابع فقد تناول موضوع الأخصائي النفساني حيث تم تناول بدايات الأولى لممارسة في علم النفس الإكلينيكي (النشأة والتطور والممارسة) ، ثم مفهوم علم النفس الإكلينيكي، ثم تعريف الأخصائي النفسي، سماته، مهامه، ثم مهام الأخصائي النفسي في مجال الإعاقة.

فيما تناول الفصل الخامس موضوع الإعاقة ، تطور مفهوم الإعاقة، وتم التركيز فيها على التخلف العقلي، الإعاقة البصرية ، الإعاقة السمعية ، ثم الإعاقة الحركية، حيث تم تناول في كل واحدة منهاعلى نظرة تاريخية، والمفهوم، والتصنيف، والأسباب، وأبعاد التشخيص، وفي الأخير مهام الأخصائي النفساني في مجال التكفل بالإعاقة.

أما بالنسبة للجانب الميداني للدراسة فقد قسم للفصلين الفصل السادس فصل منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية فقد تناول الدراسة الإستطلاعية، الإطار المكاني والزماني، أهداف الدراسة الإستطلاعية ومنهجها، وعينة الدراسة ونتائج الدراسة الاستطلاعية، أما الدراسة الأساسية فقد تم التذكير بتساؤلات وفرضيات الدراسة، المجال المكاني والزماني للدراسة، عينة الدراسة ومنهجها، ثم أدوات جمع البيانات وأخيرا الأساليب الإحصائية.

أما الفصل السابع هو فصل عرض ومناقشة نتائج الدراسة، وفيه عرض بيانات وإحصائيات الدراسة ثم تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل التمهيدي:

إشكالية الدراسة و منطلقاتها

إشكالية الدراسة

فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

أسباب ودوافع إختيار الدراسة

التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة :

تنطوي حياة الإنسان من بدايتها على سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، ويستهدف هذا التفاعل دائما إيجاد التوافق والتوازن في حالته البدنية والنفسية والاجتماعية، وبين ما تتم به ظروف البيئة من صفات تؤثر في صحته ونفسيته وتعاملاته مع الآخرين، ويؤدي هذا التفاعل في أغلب الحالات إلى أقصى ما يرتقيه الإنسان لنفسه من رفاهية ممكنة، وكلما إختل هذا التوافق لسبب من الأسباب بذل الإنسان جهد لمواصلة توافقه مع البيئة من خلال خبراته في الحياة، وأحيانا يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة، مثلما هو حال فئة ذوي الإحتياجات الخاصة، الذي يصعب التعامل معها ومواجهتها وعندئذٍ تحتاج هذه الفئة إلى خدمات من غيره تساعده على إعادة التكيف والتوافق **(القمش،2010،ص 203)**. ولقد حظي مجال ذوي الإحتياجات الخاصة إهتماما بالغا في السنوات الأخيرة ويرجع هذا الإهتمام من خلال إنشاء مؤسسات مختصة في رعايتهم وتدريبهم، وتأهيل المزيد من المختصين لتقديم أفضل الخدمات لهم، وتأخذ البرامج علاجية نصيبا من تنوع حيث يتراوح بين العلاج الطبي والنفسي وكذا العلاج الاجتماعي والتربوي والأرطفوني وعلاج النفسحركي، ويعتبر التكفل النفسي واحد من مجموع خدمات المقدمة لذوي الإحتياجات الخاصة وجزء لا يتجزأ من خدمات المؤسساتية **(القريطي،2005،ص266)**. الذي يقوم بها أخصائي نفساني مؤهل وذو كفاءة، ولا تقتصر مسؤولياته فقط على الإلمام بالإعاقة بكل حالاتها وتشخيصها، وإنّما أيضا الإرشاد والتوعية وتثقيف للحالة وأسرته والمحيطين به والتعرف على الأبعاد النفسية للإعاقة ومساعدته على الإندماج في المجتمع والتغلب على ما في البيئة من صعوبات وعلاج الإضطرابات النفسية والإنفعالية المصاحبة لها، فالعلاج النفسي يهدف قبل كل شيء إلى التوافق النفسي والإندماج ومواقفه العلائقية حسب الظروف التي يعيش فيها ذوي الإحتياجات الخاصة، كذلك تتوجه العلاجات للمحيط العائلي لمساندته وتوجيهه وإرشاده **(معتصم،2005،ص217)**.

ووعيا منا بمكانة الأخصائي النفساني وبدوره المهم في التشخيص وتقديم تدخلات تشخيصية وعلاجية وكذا أهمية تواجده ضمن الفريق الطبي للتكفل بالحالة من كل جوانبها ووضع خطة علاجية المناسبة لها، إلا أن هذا الأخير قد يتعرض لجملة من الصعوبات التي تتراوح أحيانا بين العمل الروتيني، التجاهل لدوره الفعال وعدم إقتناع الفريق العلاجي لمهامه، نقص الإستقلالية فيما يخص مع قواعد المؤسسة التي يعمل بها و غيرها من الصعوبات، فعبء العمل مع ذوي الإحتياجات الخاصة يكون مرتفع عندهم وهذا راجع

إلا أنَ مهنة الأخصائي النفساني تعد من أكثر مهن ثقلا بالضغوط المهنية والتي يمكن أن تخلق مشاعر الإحباط لدى الأخصائيين النفسانيين، كون لهذه الفئة متطلبات كبيرة وكثيرة تختلف بإختلاف الإعاقة : الإعاقة العقلية، الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية، حيث تعتبر كل حالة على حدى وتتطلب تكفل وبرامج متنوعة ومساندة وتكفل خاص، بالإضافة إلى إنخفاض قدرات الأشخاص المصابين بالإعاقة وتنوع مشكلاتهم وحدّتها أحيانا قد يولد لدى العاملين خصوصا الأخصائيين نفسانيين الشعور بالإحباط، فتلك الإحباطات والمجهدات المهنية يترتب عليها آثار سلبية كالفوضى وإرتباك في حياة الفرد، والعجز عن اتخاذ القرارات وتناقص في سلوكه، وعجزه عن التفاعل مع الآخرين وظهور أعراض لأمراض جسمية، وغيرها من الإختلالات الوظيفية **(خلاصي ،2014، ص 24)** ، وبالتالي التعرض المتكرر للضغوطات الداخلية والخارجية تؤدي بالأخصائي النفساني إلى إحتمال وقوعه فريسة الإحتراق النفسي، الذي يعدَ مشكلة توجد في الكثير من المهن، ولكنها تنتشر بصورة خاصة في المهن الإجتماعية والإنسانية التي تكون موجهة لمساعدة الناس ومساندتهم، وقد تحدثت كريستينا ماسلاتش في هذا الصدد أن الإحتراق النفسي يوجد في الكثير من المهن ذات طابع الإنساني والإجتماعي وكل من يقع عليهم عبء زائد ومسؤولية عن رفاهية الآخرين ورعايتهم **(طه ،والسيد،2010،ص 8)** وتوصلت **ماسلاش و جاكسون Maslach & Jackson(1981)** من خلال دراستهما إلى أن الإحتراق النفسي يظهر على شكل مجموعة من الأعراض من خلال ثلاثة أبعاد، وهي: الإنهاك العاطفي، تبلد المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز، وتتجسد من خلال إستنزاف جسمي، وإنفعالي وفقدان الإهتمام الأخصائي بعمله وتبلد المشاعر، ونقص الدافعية والأداء النمطي للعمل، وكما يؤدي إلى إفتقاده إلى الدعم الإجتماعي ومهارات التكيف لمستوى الأحداث من جملة المجهادت **(غباري، وأبو شعيرة،2015 ،ص 186)** فحسب **ماسلاتش (1981)** : يعتبر أحد أهم جوانب الإحتراق النفسي هو زيادة الشعور بالإنهاك العاطفي(الإنهاك العاطفي)، مع استنفاد الموارد العاطفية والذاتية (تبلد المشاعر)، ويشعر العمال على إثرها أنهم لم يعودوا قادرين على أن يكون في المستوى النفسي المطلوب(نقص الشعور بالإنجاز) **.(Maslach,1981,p99)**

ويمثل الإحتراق النفسي الحالة التي يكون عليها الفرد حينما يقع تحت ضغط داخلي لدوافع العطاء والإلتزام وتقف الظروف الخارجية الخارجة عن إرادته ومركز التحكم لديه حائل دون هذا العطاء أو تحقيقه بالمستوى المرغوب، مما يعوقه عن تحقيق ذاته والوصول بأدائهم إلى أعلى مستوى مرغوب من

النجاح(**عكاشة،1999،ص97**)، ففي دراسة لكل من **Dedrick & Raschke (1990)** إلى أن المختصين في التربية الخاصة الذين يعانون من إحتراق نفسي، يكونون دون المستوى في أدائهم وأقل كفاءة من الآخرين، ويرجع هذا إلى أن كل شخص من ذوي الإحتياجات الخاصة يتطلب نمطا خاصا من الخدمة.(**Dedrick & Raschke,1990, p14**)

وبهذا يكون الإحتراق النفسي مؤشر من مؤشرات التفكك بين الفرد ووظيفته حسب **ماسلاش وليتر Leiter & Maslach(1997)** ، فهو الداء الذي ينتشر تدريجيا وبشكل مستمر مع مرور الوقت، حتى يصل بالشخص المحترق إلى مستويات عالية من عدم الاستقرار الوظيفي، والى تشكيل مشاعر سلبية عن العمل والمحيط (**نصراوي ،2015، ص ص 38 – 40**)، وقد يصل آثار الاحتراق النفسي لتشمل حتى الذين يتواصلون معه أيضا، وأشارت **كوبازا Kobasa** و**سميث Smith (1982)** **وممدوحة سلامة (1991)** إلى أن تعرضنا للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، ويلخص سميث القول : " لا حياة بدون ضغوط ، وحيث توجد الحياة توجد الضغوط ". **(مخيمر،2002،ص1)**

والجذير بالذكر أن تيار علم النفس الإيجابي**Positive Psychology** الذي يعتبر بلورة تغيير وإصلاح الأشياء الأسوء في حياة البشر، إلى العمل على تمكين وتأسيس كل ما من شأنه تدشين وتخليق أفضل الخصائص والسجايا الإنسانية في الحياة، هذا الأخير ساهم في إنتشار مصطلحات ومتغيرات التي لها تأثير على نوعية الحياة عامة والعمل كجزء منها، في هذا الصدد يشير **كوهن و روس cohn& Roos(1987)** في حديثهما عن المتغيرات المعدلة أو المخففة التي من شأنها أن تخفف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد لأحداث الحياة الضاغطة، كما عرج كل من زيكا و تشمبرلين **Zika & Chamberlain(1987)** للمتغيرات المخففة **Buffering** أو المعدلة **Moderating** منها : المساندة الإجتماعية **social support** ، والصلابة النفسية **Hardiness**. هذه الأخيرة التي أشارت كوبازا (1979) إليها على أنَها نمط في الشخصية يعرف بالشخصية شديدة الإحتمال **Hardy personality**، وهو الذي شجع على التعامل البناء مع الأحداث الضاغطة. فمفهوم الصلابة النفسية يشير على قدرة تحمل الألم والإحباط الناتج عن تهديد وهذا يعتبر دالة موجبة على تمتع الفرد بصحة نفسيته ومظهرا إيجابيا لنمو الأنا **(النابغة،2016 ،ص 157)**.

فالصلابة النفسية هي إعتقاد عام للفرد في فاعليته وقدرته على إستخدام كل المصادر النفسية والإجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة.**(مخيمر ،2002 ،ص5)**

فالإطار النظري الذي وضعته كوبازا يشير إلى أن الصلابة مركب من ثلاثة أبعاد مستقلة قابلة للقياس وهي :(الإلتزام ،التحكم ، التحدي) فالأفراد الذين يتصفون بالصلابة لا بد أن تتوفر فيهم هذه الخصائص، ففي دراسة أجرتها كوبازا عن مكونات الصلابة النفسية (التحكم،التحدي ، الإلتزام) كمتغيرات سيكولوجية تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية أكدت النتائج أن الصلابة لا تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد ولكنها تمثل مصدر مقاومة وصمود ووقاية من الضغوط **(شويطرة، ويوب مصطفى الزقاي،2015 ،ص49)**

ويبرز مصطفى الحجازي(2012) أن حالة الشدة بالنسبة للأفراد ذو صلابة نفسية هو إدراك لإختلال التوازن ما بين مقدار الأعباء ومقدار السيطرة على الوضعية أي إدراك إختلال، فمن لديه فاعلية ذاتية **Self-efficacy** عالية وصلابة نفسية ينظر إلى إمكاناته وموارده على أنها عالية بدورها ما يؤدي لإدراك الأعباء بأنها أقل شدة وبالتالي السيطرة على الوضعية تكون أكبر في نظره.**(الحجازي،2012، ص 230).**

كما أشار هانتون **Hanton (2004)** إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم التقييم وإستراتيجيات المواجهة بفاعلية، وهذا يعني أن ذلك الفرد لديه مستوى عال من الثقة بالنفس، وهكذا يقدر المواقف الضاغطة على أنها أقل تهديدا ثم يعيد بناءها في صورة أكثر إيجابية.**(علي سويلم،2019،ص537)**

وفي ضوء ما تقدم وعلى إعتبار أن الممارسة النفسية هي مهنة إنسانية قبل كل شيء، من خلالها يتعامل الأخصائي النفساني مع المفحوص من ذوي الإحتياجات الخاصة في بعديه الذاتي والموضوعي وهذا يتطلب من الأخصائي أن يكون من الصفات الإيجابية وصلابة نفسية من إلتزام للأخصائي النفساني بإنسانيته، وتحكما في الأحداث الضاغطة ومواجهتها بفعالية والتحلي بالضبط الإنفعالي مع دافعية للإنجاز والنظرة الشاملة والبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات وتحدي كل تهديد مع إقتحامه للمشكلات وحلها، فهذه السمات تجعله عنصرا ناجحا مع ذاته وفي تعامله مع الآخرين، والتحلي بقدر عال من الإستبصار لدوافعه ومشاعره ورغباته حتى لا تعرقل رغباته من جراء الإنعكاسات السلبية للعمل وبالتالي الإحتراق النفسي الذي له آثار سلبية وخيمة في بعديه الشخصي ذاتي والتنظيمي للمؤسسة.

ومن خلال هذه المنطلقات تبرز أهمية دراسة العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائي النفساني الممارس في المؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة .

ومن هذا التصور لموضوع الدراسة فإن التساؤل الرئيسي لها هو كالتالي:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة ؟

ويندرج تحت التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- هل مستوى الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة منخفض ؟
- هل مستوى الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة مرتفع ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير مؤسسة التكفل الممارس بها ؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة .

الفرضيات الفرعية:

- يعاني الأخصائيين النفسانيين من مستويات منخفضة من الإحتراق نفسي
- يمتلك الأخصائيين النفسانيين صلابة نفسية مرتفعة
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير مؤسسة التكفل الممارس بها.

3- أهداف الدراسة:

يرتكز أي بحث علمي على مبادئ وشروط تحدد أهداف موضوع الدراسة وتكمن أهداف الدراسة الحالية في:

- التعرف على طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بمؤسسات المختصة لذوي الاحتياجات الخاصة .
- التعرف على مستوى الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة والآثار الناجمة عنه لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة
- التعرف على مستوى الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة
- معرفة مدى أهمية عاملي الخبرة المهنية ونوع المؤسسة الممارس بها في إحداث فروق في العلاقة بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى عينة الدراسة.

4- أهمية الدراسة: تتبع أهمية الدراسة من أهمية العينة التي تتناولها وهي الأخصائي النفساني ودوره الجوهري في المؤسسات المختصة لذوي الاحتياجات الخاصة، كما تكمن أهميتها في تركيزها على جانبين مهمين في الشخصية وهي جانب الاضطراب (الاحتراق النفسي) وجانب ايجابي (الصلابة النفسية) في شخصية الأخصائي النفساني، كما يمكن أن تسهم الدراسة الحالية في تقديم فهم نظري لظاهرة الاحتراق النفسي والصلابة النفسية وتأثير كل منهما في سير العمل لدى الأخصائي النفساني العامل في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة كما ويمكن أن تكون الدراسة كمحاولة للتخفيف من أسباب الإحتراق النفسي وتبصير الأخصائيين بعوامل تعزيز الصلابة النفسية.

أما من ناحية التطبيقية : فتحاول الدراسة الحالية الإسهام في ما تقدمه من نتائج المساعدة في وضع برامج العلاجية والوقاية من الإحتراق النفسي وبرامج تعزيز الصلابة النفسية .

5- أسباب ودوافع اختيار الدراسة: هناك جملة من الأسباب التي دفعت الباحثة للقيام بهذه الدراسة :

- أهمية موضوع الدراسة وتناوله موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية الذي يطرح إشكالا جدير بالدراسة وكذا الفائدة علمية بالغة في وصف الظاهرتين وتقديم نتائج يستفيد منها الطلبة والمختصين.
- الميل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة والقائمين على التكفل بهم بغرض الإسهام في الوصول للتكفل النفسي الجيد.
- إلقاء الضوء على فئة الأخصائيين النفسانيين ومعرفة أهم مشاكلهم النفسية والبدنية وبناءًا على النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة، من خلال الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لديهم، قد تمنحهم فرصة لتحاشي الإصابة بالاحتراق النفسي أو التخفيف من حدّته.
- تركيز الدراسة على جانب إيجابي من الشخصية وهي الصلابة النفسية لدى عينة الدراسة بغرض الوقوف على عوامل تعزيز الصلابة النفسية والمحافظة على الصحة النفسية والجسدية، فتنمية هذه السمة القوية والإيجابية من شأنها أن تواجه الضغوط المختلفة بشكل أفضل وفعال .

6- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

6-1-الإحتراق النفسي Burnout :

يعرف Freudenberger 1974 : " الإحتراق النفسي بأنه حالة من الإعياء والضعف تصيب الجسد، وتستنفد طاقته الحيوية نتيجة المتطلبات التي تفوق قدرة الفرد.(طايبي،2013،ص 15)

ويعرفه كل من ماسلاتش وجاكسون Maslash & Jackson أنه يتكون من عناصر ثلاثة (أبعاده) ، المتمثلة في الانهاك العاطفي، تبلد المشاعر في العلاقة مع الآخرين، مع فقدان وقلة الانجاز الشخصي **(Cyrulnik,2016,p22)**

ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الأخصائي النفساني على مقياس الإحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة، الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر ، نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

6-2-الصلابة النفسية Hardiness :

تعرفها Kobasa (1982) :على أنها كوكبة من السمات أو خصائص الشخصية متكوّنة من (الإلتزام، التحكم والتحدي) ،التي تعمل كمصدر للمقاومة و مواجهة الإجهاد و مثرية للحياة الإيجابية.(Kobasa et all,1982,p392)

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يتحصل عليها الأخصائي النفساني على مقياس الصلابة النفسية وأبعادها الثلاثة : الالتزام ، التحكم ،التحدي.

6-3-الأخصائي النفساني Psychologist: هو الحائز على شهادة جامعية تخصص علم النفس، وله خلفية نظرية وتدريب ميداني في مجال التكفل والعلاج النفسي.

6-4-مراكز ذوي الإحتياجات الخاصة : هي مراكز أنشأتها الدولة بغرض التكفل بالأفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة تكفلا متعدد التخصصات للوصول بهم إلى درجات عالية من التكيف النفسي والتوافق الإجتماعي

7- الدراسات السابقة: فيما يلي سيتم عرض بعض الدراسات الأجنبية والعربية ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية:

7-1- الدراسات التي تناولت متغير الإحتراق النفسي:

7-1-1- الدراسات العربية:

- **دراسة "تلالي نبيلة" الإحتراق النفسي وعلاقته بالتوافق المهني لدى الزوجة العاملة دراسة ميدانية على عينة من القابلات ببعض مصالح التوليد لكل من ولاتي باتنة وبسكرة:**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على ظاهرة الاحتراق النفسي والتوافق المهني من خلال البحث عن طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة (الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، نقص الشعور بالانجاز الشخصي) ، والتوافق المهني لدى الزوجة العاملة وبالتحديد القابلات بمختلف مهامهن ببعض مصالح التوليد في كل من ولايتي باتنة وبسكرة.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 96 قابلة متزوجة

أدوات الدراسة: واستخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس التوافق المهني

نتائج الدراسة:

-توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي والتوافق المهني لدى الزوجة العاملة عند مستوى الدلالة **0.01.**

-توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجة الإنهاك الانفعالي و درجة التوافق المهني لدى الزوجة العاملة عند مستوى الدلالة**0,01**

-توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ذات دلالة إحصائية بين تبلد المشاعر و درجة التوافق المهني لدى

الزوجة العاملة عند مستوى الدلالة**0,01**

-توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ذات دلالة إحصائية بين نقص الشعور بالانجاز الشخصي و التوافق المهني لدى الزوجة العاملة عند مستوى الدلالة**0,01**

- **دراسة ل عبد الرحمان خطارة -جامعة غرداية- مستوى الإحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة (2018):**

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة للكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة، بأصنافها الثالثة (إعاقة سمعية، إعاقة بصرية، إعاقة عقلية)، وعلاقته ببعض المتغيرات الوصفية لعينة البحث والمتمثلة في: (السن، و الجنس، و الأقدمية، والحالة العائلية، والمؤهل العلمي) وهذا بالجزائر العاصمة، ضمن مراكز تعليم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة:

أدوات الدراسة: واستخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: وقد أسفرت النتائج عن أنّ مستوى الإحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الحاجات الخاصة بإختلاف أنواع الفئات المتعاملة معهم (إعاقة سمعية، إعاقة بصرية، إعاقة عقلية)، أن هذه الفئة تعاني من احتراق نفسي عالي المستوى، حيث بلغت متوسطات درجات المعلمين (18.36) في بعد الإجهاد الإنفعالي، و (08.12) في بعد تبلد المشاعر، و (76.20) في بعد نقص الشعور بالإنجاز، وبالمقارنة مع المقياس الأصلي، نجد أن الإحتراق النفسي يبلغ مراتبه العليا عند بلوغ الفرد لمستويات مرتفعة على البعدين الأول والثاني، ومستوى منخفض على البعد الثالث، وبالمقارنة مع النتائج المتوصل إليها ، تبين أن معلمي ذوي الحاجات الخاصة يعانون من احتراق نفسي شديد.

أما عن معرفة مستويات الإحتراق النفسي تبعا لإختلاف أنواع الإعاقة ، فقد توصلت الدراسة إلى وجود مستويات مرتفعة في بعدي الإجهاد الإنفعالي ونقص الشعور بالإنجاز، ومتوسطة في بعد تبلد المشاعر، وهذا بالنسبة لمعلمي الإعاقة العقلية، والإعاقة البصرية، بينما كانت مستويات لأبعاد الثالثة مرتفعة عند معلمي ذوي الإعاقات السمعية. وعن إبراز الفروق بين مستوى الإحتراق و السن توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، و كانت الفروق لصالح ذوي الأعمار الكبيرة، كما توصلت نتائج إلى كون الإناث أكثر تعرضا للضغوط من الذكور. إضافة بينت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة

إحصائيا لمتغير الحالة العائلية، و كانت الفروق لصالح المطلقين، .وقد نفت نتائج الدراسة لوجود فروق دالة إحصائيا في متغير المستوى العلمي. أما عن الخبرة، فقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن ذوي الخبرات المهنية القصيرة أكثر تعرضا للإحتراق من غيرهم.

- **دراسة " الدويش, ريم بنت نواف (2017)" بـ جامعة نايف عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي و علاقته بمرونة الانا لدى الاطباء**

أهداف الدراسة:

– التعرف إلى الفروق بين الأطباء والطبيبات في أبعاد الاحتراق النفسي، وهي (الإجهاد، تبلد المشاعر، الشعور بالإنجاز).

– التعرف إلى الفروق بين الأطباء والطبيبات في أبعاد مرونة الأنا، وهي (الرعاية والدعم النفسي، التوقعات العالية للنجاح، المشاركة الفاعلة في المجتمع، تكوين الروابط الاجتماعية، ممارسة الصداقة والصحبة، مهارات التواصل في الحياة

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة من الأساسية (157) طبيباً وطبيبة سعوديين من العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، موزعين على ستة تخصصات طبية

أدوات الدراسة: واستخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، ومقياس الحلو والخطيب لمرونة الأنا

نتائج الدراسة:

1. وجود علاقة عكسية بين الاحتراق النفسي وجميع أبعاده ومرونة الانا وجميع ابعادها .
2. عدم وجود فرق بين الأطباء والطبيبات في الاحتراق النفسي لكل بعد من أبعاده
3. توجد فروق بين الاطباء والطبيبات في بعدي الرعاية والدعم النفسي والتوقعات الحالية للنجاح لصالح الاطباء.
4. يمكن التنبؤ بمرونة الانا من بعد الشعور بالإنجاز من مقياس الاحتراق النفسي

- **دراسة لما ماجد القيسي درجة الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين في مدارس محافظة الطفيلة (2014):**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين وبيان أثر كل من الجنس والخبرة في الإرشاد في درجة الاحتراق النفسي لديهم.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 58 مرشد ومرشدة المدارس من عام 2013/2012

أدوات الدراسة: استخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين كانت بدرجة متوسطة على بعدي الاجهاد الانفعالي.و تبلد المشاعر و بدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالانجاز.

بالاضافة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية وفقا لمتغير الجنس ولصالح الذكور على بعد تبلد المشاعر. بينما تظهر الدراسة وجود فروق ذات احصائية وفقا لمتغير الجنس بالنسبة لبعدي الاجهاد الانفعالي.و نقص الشعور بالانجاز.

- **دراسة ل عمر سعود الخمايسة (2018) الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المرشدين التربويين في محافظة العاصمة عمان:**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة في الكشف عن مستويات الإحتراق النفسي (منخفض،متوسط ،مرتفع) ، في ضوء بعض المتغيرات المستقلة، لدى المرشدين التربويين في محافظة العاصمة عمان، وعلاقته ببعض المتغيرات المستقلة (النوع الإجتماعي، الخبرة في المهنة ، مكان العمل)

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة (100) مرشدا ومرشدة

أدوات الدراسة: واستخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: وأشارت نتائج الدراسة عن وجود مستويات الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين جاءت ضمن المستوى (المتوسط، والمرتفع) ، فقد كان متوسط على بعدي الاجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز و مرتفع على بعد تبلد المشاعر ، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي على ابعاد (الاجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز) ، وذلك تبعا لمتغير النوع الإجتماعي ولصالح المرشدات، ولم تظهر النتائج فروقا دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين على بعد تبلد المشاعر تبعا لمتغير النوع الاجتماعي، كما اشارت النتائج وجود فروق في الاحتراق النفس تبعا لمتغير الخبرة في المهنة ولصالح (أكثر من 5 سنوات) على بعد الإجهاد الانفعالي، مع عدم وجود فروق تعزى لمتغير الخبرة المهنية على أبعاد (تبلد المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز) ،

كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا عند 0.05 لجميع أبعاد مقياس ماسلاتش (Maslach) للاحتراق النفسي تعزى لمتغير مكان العمل ولصالح (مرشدي المدارس الخاصة).

- **دراسة بتول بناري زبيري وايمان سامي طاهر عن اثر الإرشاد بالمعنى في خفض الاحتراق النفسي عند معلمات ذوي الاحتياجات الخاصة 2017:**

الهدف: يهدف البحث الحالي لقياس الاحتراق النفسي عند معلمات ذوي الاحتياجات الخاصة, و التعرف على اثر برنامج إرشادي قائم على نظرية الإرشاد بالمعنى في خفض الاحتراق النفسي عند معلمات ذوي الاحتياجات الخاصة

المنهج: المنهج التجريبي

العينة: 20 معلمة

أدوات الدراسة: مقياس الاحتراق النفسي و البرنامج الإرشادي

النتائج: أثبتت فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الاحتراق النفسي عند معلمات ذوي الاحتياجات الخاصة

- **دراسة جرى الجمالي وحسن (2003) :**

أهداف الدراسة: هدفت إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريبية أثناء الخدمة بسلطنة عمان.

المنهج: المنهج الوصفي

العينة: تكونت عينة الدراسة من 133 معلما ومعلمة

أدوات الدراسة: مقياس الإحتراق النفسي

النتائج: وأشارت النتائج إلى أن معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة معتدلة، كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة على أبعاد المقاييس الثلاثة، في حين أظهرت الدراسة أن المعلمين العمانيين أكثر تعرضا للاحتراق على بعدي تبلد المشاعر، وتدني مستوى الإنجاز، مقارنة بغير العمانيين، والمعلمين الذين يعملون مع ذوي

الإعاقات المختلفة من كبار السن أكثر تعرضا للاحتراق على بعد الإجهاد الانفعالي مقارنة بمعلمي الأفراد ذوي الإعاقات العقلية، والسمعية، والبصرية، والإعاقات المختلفة من الأطفال.

7-1-2- الدراسات الأجنبية:

- **دراسة ackerley et all 1988 عن مستوى الاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين**

"**Burnout among licensed psychologists**"

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة البحث عن مستوى الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين

منهج الدراسة: المنهج الوصفي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 562 أخصائي نفساني

أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي MBI

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن وجود مستويات عالية للاحتراق النفسي، وأنّ 40% من الأخصائيين أظهروا مستويات عالية من إنهاك عاطفي وتبلد المشاعر ،في حين كانت درجات الاحتراق النفسي أقل على بعد الانجاز الشخصي. ويفسر الباحث على أن ظهور الاحتراق النفسي لدى عينة من الأخصائيين النفسانيين وبالأخص (الشباب) وذو دخل منخفض مع شعوره بعدم السيطرة في البيئة العلاجية، وشعوره بالإلتزام الزائد مع المفحوصين لتعرضه لأحداث وظروف مجهدة.

- **دراسة ريبورت و مورغان (2005) عن العلاقة بين الأعداد للعمل والاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين :**

"**Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists**"

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة للبحث عن العلاقة بين الإعداد للعمل والاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين العاملين في المؤسسات العامة وفي العيادات الخاصة.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 571 أخصائي نفساني

أدوات الدراسة: واستخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنّ الأخصائيين الممارسين في عياداتهم الخاصة لديهم شعور اكبر بالانجاز الشخصي مقارنة باللذين يعملون في مؤسسات الاجتماعية، كما عانت النساء من مستويات عالية من الانهاك العاطفي في المؤسسات الاجتماعية مقارنة بالممارسة الفردية مستقلة. في حين عانى الرجال العاملين في عياداتهم الخاصة من تبلد مشاعر. وقد ارتبط إرتفاع الإنهاك العاطفي من خلال تحكم أقل في أنشطة العمل، والعمل لساعات أكثر، وقضاء المزيد من الوقت في المهام الإدارية والأعمال الورقية ، رعاية الكثير من المفحوصين وعدد أقل من عملاء الدفع المباشر، وكما لعبت الحاجة إلى التعامل مع سلوكات المفحوص السلبية دور في ارتفاع الانهاك العاطفي.

7-2- الدراسات التي تناولت متغير الصلابة النفسية:

7-2-1- الدراسات العربية:

- **دراسة ل بن كمشي فوزية ، معمرية بشير (2018) " الفروق بين الأطباء والممرضين من الجنسين ومن ذوي الخبرات المهنية الثلاثة في الصلابة النفسية. بحث ميداني بأقسام الاستعجالات الطبية بولاية باتنة":**

أهداف الدراسة: هدف البحث للتعرف على الفروق بين أطباء وممرضي قسم الاستعجالات وبين الجنسين وبين مستويات الخبرة الثلاثة، في الصلابة النفسية

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة من 110 طبيب وممرض وتراوحت أعمارهم بين 22 _ 56 سنة

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية

نتائج الدراسة : توجد فروق بين الأطباء والممرضين في الصلابة النفسية. توجد فروق بين الجنسين من أطباء وممرضين في الصلابة النفسية. توجد فروق بين ذوي الخبرات المهنية الثلاثة من أطباء وممرضين في الصلابة النفسية.

- **دراسة مريامة حنصالي "2014" إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الإنفعالي:**

أهداف الدراسة: هدف البحث للتعرف لتفسير العلاقة بين الذكاء الوجداني بأبعاده ودرجته الكلية وبين إدارة الضغوط النفسية وسمتي الشخصية المناعية الصلابة النفسية والتوكيدية، تفسير العلاقة بين الضغوط النفسية بأبعادها ودرجتها الكلية وبين سمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية)

،تفسير مدى ودلالة التباينات بين الجنسين على متغير الذكاء الانفعالي، تفسير مدى ودلالة التباينات في التخصص (علمي، أدبي) على متغير الذكاء الانفعالي، إمكانية التنبؤ بدرجات أفراد العينة على مقياس إدارة الضغوط النفسية من خلال درجاتهم على مقياس الذكاء الانفعالي

منهج الدراسة: المنهج الوصفي بالأسلوب الإرتباط والمقارنة

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 140 أستاذ جامعي ممارسين لمهام إدارية

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية ومقياس التوكيدية إعداد الباحثة، مقياس أساليب مواجهة الضغوط Strategies assessing coping من إعداد كارفر وشايير .

نتائج الدراسة : وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:

1- وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين كل من إدارة الضغوط النفسية، والصلابة النفسية، والتوكيدية بالذكاء الانفعالي لدى الأساتذة الجامعيين الممارسين لمهام إدارية.

2- وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 و 0.05 بين كافة أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي والدرجة الكلية لأساليب إدارة الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

3- وجود علاقة ارتباطية موجبة و دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 و 0.05 بين كافة أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي بالدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و بأبعادها) الالتزام ، التحكم و التحدي (لدى الأساتذة الجامعيين الممارسين لمهام إدارية فيما عدا بعد المهارات الاجتماعية ببعد التحكم و الذي جاء ارتباطه غير دال.

4- وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين كافة أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي بالدرجة الكلية لمقياس التوكيدية لدى أفراد العينة

5- وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.05 و 0.01 بين الدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية وبعدى التحكم والتحدي لمقياس الصلابة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

6- وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين الدرجة الكلية لمقياس إدارة الضغوط النفسية والدرجة الكلية لمقياس التوكيدية، في حين لم تحقق الأبعاد ارتباطا دالا بالدرجة الكلية لمقياس إدارة الضغوط النفسية عدا بعد التوكيدية الاجتماعية والذي حقق ارتباطا موجبا ودالا عند مستوى 0.05 بالدرجة الكلية لأساليب إدارة الضغوط النفسية.

7- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الذكاء الانفعالي يعزى فيها الاختلاف لمتغيري(الجنس والتخصص :علمي/أدبي).

8- إمكانية التنبؤ بدرجات الأساتذة الجامعيين الممارسين لمهام إدارية على مقياس إدارة الضغوط النفسية من خلال درجاتهم على مقياس الذكاء الانفعالي.

- **دراسة ل أحمد فتحي علي عن الصلابة النفسية لدى أمهات الأبناء المعاقين عقليا في مصر والسعودية وفقا لبعض المتغيرات " دراسة مقارنة" 2011:**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الأبناء المعاقين عقليا في مصر والسعودية

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة (78) أما موزعين بالتساوي بين البلدين

أدوات الدراسة: استخدم إستمارة البيانات الشخصية و مقياس الصلابة النفسية إعداد الباحث

نتائج الدراسة : وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن مستوى الصلابة النفسية جاء أعلى عند الأمهات الأبناء المعاقين عقليا السعوديات مقارنة بالأمهات المصريات فالأمهات السعوديات كان لهم التحكم أكبر أما الأمهات المصريات كان لهم تحدي أكبر ولم تظهر فروق دالة بينهما في مكون الإلتزام، وأشارت نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق في متغيرات نوع المعاق وعمر وعمل الأمهات ودعم الزوج والمستوى الإقتصادي عند مستوى الدلالة 0.001 ، ولم توجد فروق دالة في متغيري مستوى التعليم والحالة الاجتماعية لأمهات المعاقين

- **دراسة الطاهر محمد الطاهر (2016): السمة العامة للصلابة النفسية لدى العاملين بوزارة الصحة:**

أهداف الدراسة: هدف الدراسة إلى معرفة السمة العامة للصلابة النفسية لدى العاملين بوزارة الصحة ولاية جنوب دارفور، وكذلك معرفة الفروق بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية أيضا معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية وسنوات الخبرة

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 300فرد من العاملين بوزارة الصحة (144) ذكور و (156) إناث تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة

أدوات الدراسة: استخدم استمارة البيانات الأولية و مقياس الصلابة النفسية

نتائج الدراسة : تتسم الصلابة النفسية للعاملين بوزارة الصحة ولاية جنوب دارفور بالارتفاع، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الولاء التنظيمي تعزى للنوع لصالح الذكور .لا توجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وسنوات الخدمة.

- **دراسة يمينة هديل و زليخة طوطاوي العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصلابة النفسية لدى الاستاذ الجامعي الجزائري سنة 2018:**

هدف الدراسة : يهدف البحث الحالي إلى التعرف على استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأستاذ الجامعي لمواجهة الضغوط التي تفرضها عليه المهنة، كما يهدف للبحث عن العلاقة بين هذه الإستراتيجيات وسمة إيجابية من سمات الشخصية و هي الصلابة النفسية لدى عينة الدراسة

منهج الدراسة: تم الإعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 45 أستاذ جامعي

أدوات الدراسة: تم الإعتماد على مقياس استراتيجيات المواجهة مع الضغوط والذي صمم من طرف Folkman و Lazarus ، وإستبيان الصلابة النفسية إعداد لمخيمر سنة 2006.

نتائج الدراسة: جاءت نتائج الدراسة كالتالي:

يلجأ الأستاذ في مواجهته للضغوط التي يتعرض لها إلى استعمال بالتدريج إستراتيجية التخطيط لحل المشكل تليها إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، وتتبع إستراتيجية التصدي وذلك بتحديد المشكل وبالبحث عن الحلول البديلة، ثم اختيار الإستراتيجية المناسبة وتطبيقها، ولا يستعمل إستراتيجية ضبط الذات إلا بمستوى ضئيل جدا أي لا يبذل الأستاذ الجامعي جهودا لضبط انفعالاته عند التعامل مع المواقف الضاغطة.

يمتاز الأستاذ الجامعي بصلابة نفسية عالية وبالأخص الإلتزام، هناك علاقة إرتباطية موجبة ودالة بين الصلابة النفسية وجميع إستراتجيات المواجهة، كما أظهرت علاقة إرتباطية موجبة بين الأبعاد الفرعية للصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة

- **دراسة مروة السيد على الهادي الأمن النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية 2009:**

أهداف الدراسة: الكشف عن علاقة الأمن النفسى بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوى الإعاقة السمعية – الكشف عن بعض أبعاد الأمن النفسى التى تنبئ بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوى الإعاقة السمعية – معرفة ديناميات الشخصية المتميزة بالأمن النفسى من المراهقين المعوقين سمعيًا.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي و المنهج الإكلينيكي.

عينة الدراسة: إستخدمت ثلاث مجموعات المجموعة الأولى تضم عينة قوامها 93 طالبة وطالبة من المراهقين المعوقين سمعيا لحساب صدق وثبات المقياسين والمجوعة الثانية تضم 180 طالب وطالبة من المراهقين المعوقين سمعيا والمجموعة الثالثة تمثل العينة الإكلينيكية تم اختيارها من عينة الدراسة الأساسية وتشمل على حالين طرفيتين على مقياس الأمن النفسي.

أدوات الدراسة: إستخدمت الباحثة: استمارة بيانات عامة – مقياس الأمن النفسي للمراهقين ذوى الإعاقة السمعية (إعداد :الباحثة)– مقياس الصلابة النفسية للمراهقين ذوى الإعاقةالسمعية(إعداد :الباحثة)

–أدوات الدراسة الكلينيكية:

–استمارة دراسة الحالة (إعداد :إيهاب الببلاوى، ١٩٩٥)

–استمارة المقابلة الشخصية (إعداد :حسن مصطفى، ١٩٩٨)

–اختبار تفـهم الموضوع للكبار (ترجمة :محمد نجاتى، أنور حمدى)

نتائج الدراسة:

1– وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى(0.01) بين درجات الشعور بالأمن النفسى ودرجات الصلابة النفسية لدى المراهقين ذوى الإعاقة السمعية.

2 –عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة السمعية فى الأمن النفسى طبقا للجنس فيما عدا وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 فى الأمن الخارجى لصالح الاناث ، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة السمعية فى الأمن النفسى طب قا لنوع الاقامة، بينما وجدت فروق دالة إحصائيا عند مستوى0.01 فى بعد الأمن الخارجى

وعند مستوى0.05 فى بعد الأمن الداخلى والدرجة الكلية للأمن النفسى طبقا لدرجة الإعاقة لصالح ذوى الإعاقة الجزئية.

3 –عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة السمعية في الصلابة النفسية طبقا للجنس فيما عدا وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في بعد الالتزام لصالح الاناث، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة السمعية فى الصلابة النفسية طبقا لدرجة الإعاقة فيما عدا وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.05 فى بعد الالتزام لصالح الإعاقة الجزئية، وعدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة السمعية فى الصلابة النفسية طبقا لنوع الإقامة.

4 –تنبئ أبعاد الأمن النفسى بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوى الإعاقة السمعية.

5 – تتصف شخصية مرتفعي ومنخفضي الأمن النفسي بديناميات شخصية مميزة لهما

- **دراسة مرزوق العبد الهادي العنزي الصلابة النفسية لدى المرأة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية 2018:**

أهداف الدراسة: يهدف إلى الكشف عن الفروق في الصلابة النفسية لدى المرأة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية وتحديدا المرأة الموظفة والمرأة غير الموظفة كمتغير ديموغرافي.

منهج الدراسة: إستخدم الباحث المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن.

عينة الدراسة : تكونت العينة من 150.

أدوات الدراسة:إستُخدم مقياس الصلابة النفسية.

نتائج الدراسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة (المرأة الموظفة وغير الموظفة) طبقا لأبعاد الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية.

وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة(المرأة الموظفة وغير الموظفة) طبقا لبعد المرونة بمقياس الصلابة النفسية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة (المرأة الموظفة وغير الموظفة) طبقا لبعد الالتزام بمقياس الصلابة النفسية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة (المرأة الموظفة وغير الموظفة) طبقا لبعد التحدّي بمقياس الصلابة النفسية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة(المرأة الموظفة وغير الموظفة) طبقا لبعد الضبط بمقياس الصلابة النفسية.

- **دراسة بدر بن عون بن نهير الشمري (2015) : الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى المعلمين بمدارس التربية الخاصة بمنطقة حائل (رسالة ماجستير):**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والرضا الوظيفي والتحقق من الفروق في الصلابة النفسية التي تعزى لمتغيرات (الخبرة – المرحلة الدراسية التي يعمل بها –مقدار الدخل الشهري– التخصص) ، والتعرف على الفروق في الرضا الوظيفي التي تعزى تعزى لمتغيرات (الخبرة – المرحلة الدراسية التي يعمل بها –مقدار الدخل الشهري– التخصص) ، لدى معلمي التربية الخاصة ،وتحديد الفروق بين معلمي التربية الخاصة مرتفعي الصلابة النفسية ومنخفضي الصلابة النفسية في درجة الرضا الوظيفي ، والكشف عن درجة إسهام الصلابة النفسية في التنبؤ بالرضا الوظيفي لدى معلمي المدارس التربية الخاصة.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي المقارن.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 236 معلما من معلمي التربية الخاصة، تم اختيارهم عن طريق عينة عشوائية عنقودية تمثل جميع أفراد مجتمع الدراسة.

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية ل (مخيمر 2002) ، ومقياس الرضا الوظيفي تعريب (موسى 2006) تعديل وتقنين الباحث على البيئة السعودية.

نتائج الدراسة: توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسط درجات معلم مدارس التربية الخاصة بمنطقة حائل على الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية وبعض أبعاده ومتوسط درجاتهم على الدرجة الكلية لمقياس الرضا الوظيفي وبعض أبعاده.

–توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعلمين المتخصص في التربية الخاصة ومتوسطات درجات المعلمين غير المتخصصين في التربية الخاصة في بعد الالتزام فقط، عند مستوى دلالة (0.01)، والفروق كانت في اتجاه المتخصصين، وتعني هذه النتيجة أن المتخصصين يتمتعون بالقدرة على الالتزام أكثر من غيرٌ المتخصصين.

–لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث(من سنة الى أقل من 5 سنوات – من 5 سنوات إلى أقل من10 سنوات – من 10 سنوات فأكثر) في الرضا الوظيفي وأغلب أبعاده لدى معلم التربية الخاصة بمنطقة حائل، عدا بعدي(ظروف العمل – العمل نفسه).

-توجد فروق دالة إحصائيا بين مرتفعي الصلابة النفسية ومنخفضي الصلابة النفسية في الرضا الوظيفي وجميع أبعاده عدا بعد(المرتبات) والفروق في اتجاه مرتفعي الصلابة النفسية أوضحت نتائج الدراسة أن الصلابة النفسية تسهم إسهاما دالا إحصائيا في التنبؤ بالرضا الوظيفي لدى عينة الدراسة .

7-2-2- الدراسات الأجنبية:

- **دراسة كوبازا وآخرون 1982 أثر الصلابة النفسية ومكوناتها كمتغير سيكولوجي في تحقيق وقع الاحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية :**

أهداف الدراسة: هدفت لمعرفة أثر الصلابة النفسية ومكوناتها كمتغير سيكولوجي في تحقيق وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي

عينة الدراسة: تكونت عين الدراسة من 259 من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا كالمحاميين ورجال الأعمال.

أدوات الدراسة: مقياس أحداث الحياة الضاغطة و مقياس الصحة والمرض

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن الصلابة النفسية لا تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة والصمود، والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية، في مقابل الشعور بالاغتراب والتحكم في مقابل القلق، والتحكم في مقابل الشعور بالتهديد، ووجود ارتباط دال بين معدلي الالتزام والتحكم والإدراك الواقعي والإيجابي للأحداث الحياتية الشاقة.

7-3- الدراسة التي تناولت العلاقة بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية:

7-3-1- الدراسات العربية:

- **دراسة ل نورة بنت حمد بن محمد الرئيسي الصلابة النفسية وعلاقتها بالإحتراق النفسي لدى عينة من إلاخصائيين النفسيين في سلطنة عُمان 2016 :**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والاحتراق النفسي لدى عينة من الأخصائيين النفسايين في سلطنة عُمان.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة (100) أخصائي وأخصائية من مدارس سلطنة عمان، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (25-35 سنة) ، بمتوسط عمري قدره (30سنة).

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس الصلابة النفسية إعداد كوبازا (kobasa ، ترجمة عماد مخيمر،2002) و مقياس الاحتراق النفسي.

نتائج الدراسة:

هناك علاقة سلبية عكسية بين الصلابة النفسية والاحتراق النفسي نتائج كما هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من الأخصائيين في الصلابة النفسية، وذلك في إتجاه الذكور ، وتشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرض.

- **دراسة ل عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب (2017): الصلابة النفسية وعلاقتها بالإضطرابات الجسمية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من معلمي ومعلمات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت:**

أهداف الدراسة: الهدف الرئيسي للدراسة هو استكشاف العلاقة بين الصلابة النفسية والإضطرابات الجسمية، وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من المعلمين والمعلمات بدولة الكويت.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 240 معلم ومعلمة.

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية، وقائمة كورنال الجديدة للإضطرابات الجسمية.

نتائج الدراسة :

- توجد فروق بين المعلمين والمعلمات في بعض مكونات الاضطرابات الجسمية وذلك تجاه المعلمين.

-توجد فروق بين المتزوجين والعزاب والمنفصلين في اضطرابات السمع والإبصار وذلك اتجاه العزاب.

-توجد فروق بينهم في اضطرابات الجهازين الهضمي والعظمي وذلك تجاه المتزوجين.

-توجد فروق بين الكويتيين والوافدين في معظم الاضطربات الجسمية ، وذلك اتجاه الوافدين.

-توجد علاقة ايجابية بين الصلابة النفسية ومعظم مكونات الاضطرابات الجسمية، ويعتبر تكرار المرض منبئا قويا بالصلابة النفسية.

- **دراسة فرزاد أميري و رضا ميرزايي راد و سيد سليمان حسيني (2018) العلاقة بين الصلابة النفسية والمرونة مع الارهاق الوظيفي:**

أهداف الدراسة: الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو مقارنة العلاقة بين الصلابة النفسية والمرونة مع الإرهاق بين معلمي المدارس العاديين والاستثنائيين في رفسنجان.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 160 معلما بواقع (80 معلما عاديا و 80 معلما استثنائيا) بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة: استخدم استبانة الصلابة النفسية لأهواز(1376هـ) ومرونة كونور ودافيدسون (2003) والإرهاق الوظيفي المازلاك(1993).

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج أن العلاقة بين المرونة والإرهاق الوظيفي تختلف بين المعلمين العاديين والاستثنائيين، وهي أقوى في مجموعة معلمي المدارس الاستثنائيين.

-وهناك العلاقة بين الصلابة النفسية والإرهاق الوظيفي تختلف بين المجموعتين من المعلمين العاديين والاستثنائيين، وهي أقوى في مجموعة معلمي المدارس الاستثنائيين وتوجد علاقة وثيقة بين المرونة والصلابة النفسية بين المجموعتين من المعلمين لكن هذه العلاقة هي الأقوى هذه المرة في مجموعة معلمي المدارس العاديين.

-تكشف نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود دلالة احصائية لتأثير المدرسة في التحليل متعدد المتغيرات. ونتيجة لذلك:

- لا يوجد فرق بين الإرهاق الوظيفي والمرونة والصعوبة النفسية لدى معلمي المدارس العاديين والاستثنائيين أيضا.

- لم يكن هناك فرق كبير بين مكونات الإرهاق الوظيفي بين المجموعتين فالعلاقة بين الصلابة النفسية والمرونة مع الإرهاق الوظيفي أقوى في مدرسي المدارس الاستثنائيين، لكن تساوي كمية الإرهاق الوظيفي في المجموعتين.

- **دراسة أحمد محمد على اسماعيل (2017) : الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة:**

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة واختلاف كل منهما بإختلاف النوع.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة (50) معلم ومعلمة.

أدوات الدراسة: استخدم مقياسي الصلابة إعداد الباحث ومقياس الاحتراق النفسي (إعداد بوبكر دبابي 2012).

نتائج الدراسة: وقد أسفرت النتائج عن وجود ارتباط سالب ودال بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دال ما أشارت النتائج إلى وجود فروق دال إحصائيا في الصلابة النفسية إتجاه الإناث مقارنة بالذكور المعلمين، ووجود فروق دال إحصائيا في الإحتراق النفسي تجاه الذكور مقارنة بالمعلمات الإناث.

- **دراسة فرح باقر مجيد و حسين عمران موسى وحوراء محسن عبد علي عن الصلابة النفسية وعلاقتها بالعزلة الاجتماعية لدى طالبات الأقسام الداخلية سنة 2017:**

هدف الدراسة : هدفت الدراسة للتعرف على الصلابة النفسية لدى الطاليات الساكنات وغير الساكنات في الأقسام الداخلية، وكذلك التعرف على سلوك العزلة لديهم وكذا معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية وسلوك العزلة لدى عينة الدراسة.

منهج الدراسة: إستخدم الباحثون المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن.

عينة الدراسة: تكونت عينة من 100 طالبة من طالبات جامعة القادسية تم اختيارهم عشوائيا.

أدوات الدراسة: إستخدموا مقياس الصلابة النفسية الذي أعده مخيمر ومقياس أساليب العزلة الذر أعدته المعيني 2009.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصلابة النفسية يشير إلى إرتفاعها لدى الطالبات الساكنات والغير ساكنات، كما أظهرت أم مستوى العزلة الاجتماعية يشير أن درجة العزلة لدى الطالبات الساكنات أقل من درجة العزلة لدى الطالبات غير الساكنات.

- **دراسة العيافي 2012 عن الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة ومحافظة الليث:**

هدف الدراسة : هدفت الدراسة للتعرف على الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الصلابة الأيتام والعاديين.

منهج الدراسة: إستخدم الباحثون المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن.

عينة الدراسة: تكونت عينة من645 طالباً.

أدوات الدراسة: إستخدم مقياس الصلابة النفسية إعداد Yoonkin & Betz ومقياس مواقف الحياة الضاغطة إعداد زينب شقير 2002.

نتائج الدراسة:

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين درجات الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة، وعدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعا لمتغير حالة الطالب والعمر والتخصص والجنسية، ووجود فروق في المرحلة الدراسية، لصالح طلاب المرحلة الثانوية التحصيل الدراسي، لصالح الطلاب ذوي التقدير)ممتاز (ومستوى دخل الأسرة لصالح مستوى الدخل (مرتفع).

كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أحداث الحياة الضاغطة، في اتجاه الأيتام، وعدم وجود فروق في أحداث الحياة الضاغطة تبعا لمتغير العمر والتخصص، ووجود فروق في التحصيل الدراسي، لصالح الطلاب ذوي التحصيل (جيد– مقبول) ووجود فروق في مستوى دخل الأسرة، لصالح مستوى الدخل (المنخفض) وعدم وجود فروق تبعا لمتغير المدينة والجنسية.

7-3-2- الدراسات الأجنبية:

دراسة P. Efremova للكشف عن العوامل التنظيمية والشخصية للاحتراق النفسي لدى الاخصائيين النفسانيين :

"**Organizational and personal factors of burnout in psychologist** "

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لاختبار الفرضية حول الارتباط بين سنوات العمل ومكان العمل وعدد المفحوصين ووجود العطل والأمراض. وزيارات الطبية والاستراتيجيات السلوكية والصلابة مع مستوى الاحتراق النفسي لدى الأخصائي.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 92 أخصائي نفساني.

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية ومقياس الإحتراق النفسي.

نتائج الدراسة : ومن خلال تحليل الارتباط تبين أن هناك علاقة سلبية بين الاحتراق النفسي و الصلابة النفسية.

- وجود علاقة سلبية بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الاخصائيين النفسانيين.

- وجود علاقة ايجابية بين مكونات الاحتراق النفسي و سمات الحالة (القلق الاكتئاب و الغضب).

- وجود علاقة ايجابية بين مكونات الاحتراق النفسي و بعض استراتيجيات المواجهة.

- كما تم الكشف عن فروق ذات دلالة احصائية في التحكم (مقياس الصلابة النفسية) عند المقارنة بين الاخصائيين انطلاقا من سنوات العمل(الخبرة) حيث وجد أن المجموعة التي عملت 4-8 سنوات كانت مستوى التحكم منخفض مقارنة بالمجموعة التي عملت سنوات أقل.

- كما تم الكشف عن فروق ذات دلالة احصائية في عدد المفحوصين في الأسبوع في مقياس "الامراض المزمنة".

-وقد تبين أن الأخصائيين الذين لديهم عدد أكبر من المفحوصين في الاسبوع لديهم أمراض مزمنة أكثر من المختصين الذين لهم مفحوصين اقل في الاسبوع. وعند المقارنة بين الاخصائين من لديهم مستوى عالي أو مخفض من الاحتراق النفسي لم يتم الكشف عن فروق ذات دلالة احصائية في سنوات العمل.

- الدراسة لا تؤكد فرضية حول ارتباط سنوات العمل و عدد المفحوصين بمستوى الاحتراق النفسي.

- كما تم الكشف عن فروق ذات دلالة لعدد من المتغيرات مع الصلابة النفسية ومكوناتها : التحكم التحدي والالتزام .المختصين ذوي مستويات منخفضة من الاحتراق النفسي لديهم مستويات عالية من صلابة نفسية ومكوناتها منه من الأخصائيين ذوي مستويات عالية من الاحتراق النفسي.

- تتيح البيانات إمكانية الإشارة إلى أن العوامل الشخصية ديناميكية بما في ذلك الصلابة النفسية تلعب دورا مهما في تطور متلازمة الاحتراق النفسي.

- **دراسة M.Michelle Rowe (1998) الصلابة والإجهاد بإعتباره عاملا من عوامل المسببة للاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية:**

"**HARDINESS AS A STRESS MEDIATING FACTOR OF BURNOUT AMONG HEALTHCARE PROVIDERS**"

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة للبحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية والاحتراق النفسي والإجهاد والقلق.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 264 من مقدمي الرعاية الصحية

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الصلابة النفسية ومقياس الإحتراق النفسي

نتائج الدراسة : وقد بينت النتائج أن الإحصائية أحادية المتغير أنّ الأفراد الذين يعانون من الإحتراق النفسي أبلغوا عن إجهاد أكبر وصلابة نفسية أقل.

– أشارت الإحصائيات متعددة المتغيرات إلى أن الصلابة النفسية لم تفسر قدرا كبيرا من التباين في الإحتراق النفسي بعد أن دخل الإجهاد والقلق في معادلة الإنحدار.

– بشكل عام كانت أفضل المتغيرات التي تنبأ بالإحتراق النفسي هي الإجهاد والقلق، وليس الصلابة النفسية لدى معظم الأفراد.

- **دراسة جرمياه براين شيمب Jeremiah Brian Schimp (2015) : في دراسة عن السلوكات الصحية والصلابة والاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة العقلية:**

"**Health Behaviors, Hardiness, and Burnout in Mental Health Workers**"

أهداف الدراسة: الغرض من هذه الدراسة هو فحص تأثير السلوكيات الصحية والصلابة بين العاملين في مجال الصحة العقلية على الأبعاد الثلاثة للإرهاق.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة 223

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الإحتراق النفسيMBI–HSS ومقياس الصلابة النفسية

نتائج الدراسة : تضمن التحليل الإحصائي 5 تحليلات انحدار متدرجة أجريت لكل من أبعاد الإحتراق النفسي الثلاثة. أشارت النتائج:

– الصلابة كانت أقوى مؤشر وتم الاحتفاظ بها في النموذج النهائي لجميع مقاييس الإحتراق النفسي.

– الغضب / الإجهاد، وهو سلوك يضر بالصحة، ينبئ بشكل كبير بالإرهاق العاطفي في النموذج النهائي ، ويرتبط العمر في تبدد الشخصية.

– تشير هذه النتائج إلى أن العاملين في مجال الصحة العقلية أكثر قدرة على الحفاظ على طاقتهم العاطفية والتعاطف مع العملاء من خلال تنمية الصلابة النفسية وإدارة الإجهاد. الآثار المترتبة على تطوير المواد التدريبية التي تركز على إدارة الإجهاد والتكيف مع التغيير.

- **دراسة Constance F. Buran (1992) عن العلاقة بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى ممرضات :**

The Relationship Between Hardiness and Burnout in Female Nursing and Liberal A rts/Science Faculty

أهداف الدراسة: هو تحديد العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي في كلية الآداب / العلوم النسائية وكلية التمريض.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي

عينة الدراسة: وقد بلغت عينة الدراسة من 121 أنثى عضو هيئة تدريس بدوام كامل من جامعة حكومية كبيرة.

أدوات الدراسة: استخدم الصلابة النفسية من خلال العرض الشخصية(P V S) و Maslach Burnout Inventory (M B I).

نتائج الدراسة: تشير النتائج إلى (أ) وجود ارتباط سلبي بين الصلابة والاحتراق النفسي ، (ب) باستخدام الانحدار المتعدد، كان مؤشر الصلابة هو أقوى مؤشر على الإحتراق النفسي، (ج) الأشخاص الذين لديهم أفراد فوق سن 25 كانوا أكثر صلابة وأقل إجهادًا من الأفراد الذين لديهم أصغر سنًا، أو لم يكن لديهم أفراد على الإطلاق، (د) أظهر أعضاء هيئة التدريس في التمريض موقعًا خارجيًا للتحكم بشكل متكرر عن كلية الفنون الحرة / العلوم ، و (هـ) لم يكن هناك فرق كبير في درجة الإحتراق النفسي بين أعضاء هيئة التدريس في التمريض وتلك الموجودة في الفنون الحرة / العلوم. على وجه التحديد ، فإن متطلبات وظيفة التمريض الإضافية من الإشراف السريري لا ترتبط بدرجة الإحتراق النفسي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد جاءت الدراسات السابقة التي تم تناولها تتوافق وطبيعة الموضوع من حيث متغيراته كما أن هناك دراسات تناولت متغيرات أخرى مثل: الإجهاد – أحداث الحياة الضاغطة – العزلة الاجتماعية– الرضا الوظيفي– مرونة الأنا.

بالنسبة لعينة الدراسات تم التركيز في مجملها على العينة في مجال الصحة والتعليم في حين أعطت الدراسات الأجنبية اهتماما لعينة البحث.

بالنسبة لمنهج الدراسات السابقة فقد تم التركيز في مجملها على المنهج الوصفي سواء الدراسات العربية أم الأجنبية.

بالنسبة لأهداف الدراسات السابقة فقد ركزت جلها إيجاد العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية ، والبحث عن مستويات الصلابة النفسية والاحتراق النفسي، وإختلاف العلاقة بينهما وإختلاف مستوياتهما وفقا لعدد من المتغيرات، في المقابل لم تهتم الدراسات بالبحث عن عوامل الوقاية من الاحتراق النفسي أو بتعزيز الصلابة النفسية.

الفصل الأول:

الإحتراق النفسي

تمهيد

التطور التاريخي

مفهوم الاحتراق النفسي

الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات

أسباب الاحتراق النفسي

أعراض الاحتراق النفسي

النماذج والنظريات المفسرة للاحتراق النفسي

آليات الوقاية و العلاج من الاحتراق النفسي

خلاصة

تمهيد:

يحتل العمل مكانة مهمة في الحياة فهو يمدّ بفوائد كثيرة لا يمكن إغفالها، بدءا من تلبية حاجيات الفرد المادية والنفسية، إلى الشعور بالمعنى والاستقلالية والحرية الشخصية والحفاظ على الكرامة، وبالرغم من هذا يمكن أن يكون العمل مصدرا للإجهاد والاضطرابات النفسية، من بينها **الإحتراق النفسي**، وسيتم التطرق في هذا الفصل التطور التاريخي لمصطلح الاحتراق النفسي، ومختلف الأسباب والأعراض المؤدية إليه، ومكوناته الأساسية كما سيتم التناول المقاربات النظرية المفسرة له، والحلول العلاجية والوقائية منه.

1. التطور التاريخي :

من المحتمل أن يكون أقدم مثال متعلق " بالإحتراق النفسي" والمرتبط بالإنهاك **Exhaustion**، جاء من قبل شكسبير **Shakspeare** عام(1599) في قصيدته السابعة **The passionate** » « **pilgrim**الذي كتب عن الإحتراق بالحب :

She burn'd with love, as straw with fir flameth

She burn'd out love, as soon as straw out burneth .

العبارة **Burn'd out** "إحترق" إستخدمت لأول مرة بالمعنى النفسي لتصف عملية استنفاذ الطاقة فيما يتعلق بالحب.**(sighard et all,2017,p.111)**

و تجدر الإشارة إلى أن بدايات الإحتراق النفسي كانت على يد طبيب الأمراض العقلية الفرنسي " كلود ويل " **Claude wiel**، وصف في كتاباته عام 1959م في مسابقة الأطباء في مقالة بعنوان **Primum non nocere**، حيث لاحظ بعض الحالات المرضية المرتبطة بالمهنة (مجموعة حالات الإنهاك المهني **Les états d'épuisement**) والتي لا تدخل في إطار التصنيف النزوغرافي الكلاسيكي **Nosographie classique**، وقد بدا له في أول الأمر أن الإحتراق النفسي يرجع إلى دور العمليات الذهنية في فهم وتقييم الموقف وقدرات الفرد في التكيف أو المواجهة أو الإستسلام. وقد كتب بعيد عن ذلك :

" حالة الإنهاك المهني هو نتاج تواجد فرد في وضعية أو موقف معقد، تحت ضغط داخلي وخارجي، وأن الوقاية من هذا الإنهاك يكمن في عدم تبسيط والسخرية من الموقف (التوعية)، أو إردادُها إلى ظروف العمل الغير مرضية(الصحة في العمل). كما حذر من خطر الوقوع شعور بالذنب، أو الشعور بالعجز ورفض الإتصال بالزملاء بالعمل (إتخاذ الإجراءات الاجتماعية)". **(Cyrulink,2016 ,p.20)**

بعدها عام 1969م تم ذكر المصطلح **Staff burnout** إحتراق الموظفين من طرف برادلي **Bradley**، في مقال " **العلاج الإجتماعي للأحداث الجانحين**"، ومع ذلك يعتبر أول ظهور لمتلازمة الإحتراق النفسي على السواحل الشرقية والغربية للولايات المتحدة الأمريكية خلال السبعينات من قبل **Herbet freudenberger 1974م**، الذي يعتبر أخصائي في الأمراض العقلية والتحليل النفسي. **(drozdstoj,2014, p.1)**

ففي كتاباته الأولى فسر يقول : « **Une maladie de l'ame en deuil de son ideal** » مرض الروح التي تكون في حداد عن فقدان مثاليتها. **(Cyrulink,2016 ,p.19)**

وقد اهتم بالدراسات الإكلينيكية، في عيادة مجانية تتكفل بالمرضى المدمنين، وإستخدم فرودنبرغر مصطلح الإحتراق النفسي **Burnout** لوصفه مجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه بهذه العيادة، حيث لاحظ أنَ تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى، فقد بدأ هؤلاء المتطوعين الشباب يفقدون نشاطهم والحافز والإلتزام، ويخبرون إنهاكا واستنزافا إنفعاليا متدرجا وهذا خلال عام واحد الأمر الذي أثر على أدائهم ورافق ذلك مجموعة من الأعراض العقلية والسلوكية والبدنية.**(drozdstoj,2014, p.2)**

وقد وصف الأعراض البدنية (التعب، المرض، الصداع، الأرق، ألام المعدة) والأعراض السلوكية (الغضب السريع، إحباط، السلبية، الإكتئاب، الإنعزال) كما أشار إلى أن طبيعة المحترق نفسيا تميل إلى الإخلاص والإلتزام. **(طه، و السيد مصطفى، 2010 ،ص7)**

فأكثر ما لفت انتباه فرودنبرغر من خلال تجربته الشخصية أثناء العمل في مجال العلاج النفسي، هو أنَ الاحتراق النفسي يظهر بين المهنيين الذين كانوا في البداية متحمسين للغاية والذين يشتكون بعد عام من آلام جسدية، وإرهاق وألم، ويشير إلى أنّ الضغوط والمطالب المهنية المفروضة على الفرد تؤدي في النهاية إلى كثير من الإحباط والتعب، ثم يصبح الموظف (العامل) محترقا محاولة منه الإلتزام في عمله **(boudoukha,2009,p.11)** وفي عام 1974م استخدم فرودنبرغر المصطلح للإشارة للإستجابات

الجسمية والإنفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية الذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة (**غباري،وأبو شعيرة،2015،ص185**)، وعرف الإحتراق النفسي بأنَه الفشل والاستنفاذ ويكون هذا من خلال فرض العمل لمطالب مفرطة على طاقة الفرد وقوته وموارده، وبهذا يصبح الموظف معطل .(**freudenberger,1974,p.160**)

وفي عام 1980م برر مصطلح الإحتراق النفسي بقوله : " لقد أدركت في ممارستي اليومية أن النَاس يقعون أحيانا ضحايا للحرائق مثل المباني، تحت تأثير الضغط الناجم عن عالمنا المعقد، فتلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية وكأنَها تحت اللهب النار، تاركة فراغا هائلا داخلهم حتى لو بدت هيأتهم الخارجية سليمة نوعا ما". (**Cyrulink,2016 ,p.21**) ، وتبع ذلك الجهد لفرودنبرغر الجهد الرائد لكرستينا ماسلاتش **Cristina Maslash**(أخصائية في علم النفس الاجتماعي)، التي أجرت أبحاث ودراسات في الاحتراق النفسي بدءا من عام 1976م، حيث بدأت في تعميم مفهوم الاحتراق النفسي مع من يتعاملون بصورة أساسية مع الأفراد خاصة في مجال المهن الصحية والاجتماعية (**طه، و السيد مصطفى،2010، ص8**)، ففي إطار بحث لها حول تجربة السجن الإفتراضية من خلال إنشاء مجموعتين، مجموعة حراس السجن، ومجموعة السجناء، مع استعمال العنف من الحراس على السجناء، حينها ركزت ماسلاتش على السلوك العدواني للموظفين إتجاه السجناء ودرست الانفعال الناتج عن استثارة انفعالية وكيفية تعامل الأفراد مع هذه الاستثارة، وبعد مقابلات لها مع ممتهني الصحة عرفت الإحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة :

- **الإنهاك العاطفي L'épuisment émotionnel**
- **تبلد الشخصية (المشاعر)La déparsonnalisation désinvestissment**
- **إنخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel**

فحسب ماسلاتش تبدأ ظاهرة الإحتراق النفسي بالبعد الأول وهو الإنهاك العاطفي فتقديم المساعدة للآخرين يؤدي للإحساس بإستنفاذ الطاقة العضوية والعاطفية، ثم البعد الثاني الذي يظهر تبلد المشاعر والذي يكون الآخر هو سبب الإنهاك، أما البعد الثالث هو الإحساس بعدم القدرة على الإنجاز الشخصي، والذي يعبر عن وجود إنفصال عاطفي مع الآخر ، وعدم الكفاءة المهنية أو قلتها وفي هذه المرحلة يمكن أن يطور هذا الإحساس مواقف سلبية أو حتى غير إنسانية (**Boudoukha,2009,p. 13**) لهذا

أطلقت ماسلاتش فرضية بموجبها يصبح العمل الجماعي ولاسيما العلاقات القائمة على مساعدة الآخرين جوهر ظاهرة الإحتراق النفسي، كما إستنتجت أنه يحدث على المستوى الفردي وهو خبرة نفسية داخلية تتضمن مشاعر واتجاهات ودوافع وتوقعات معينة، وقد ركزت على العوامل الخارجية المحيطة بالفرد على عكس فردنبرغر الذي ركز على العوامل الداخلية في تفسيره للإحتراق النفسي.

وفي ثمانينات طورت ماسلاتش في مسار بحوثها عدة سلالم حيث جعلت لمقياسها الإحتراق النفسي ثلاث صور :

- الصورة الاولى : تعنى بالإحتراق النفسي للمعلمين (**Educations survey(M.B.I ,Es**
- الصورة الثانية : التي طورت في التسعينات و تعنى بالاحتراق النفسي لمقدمي الخدمات الانسانية مثل الأطباء و مقدمي الخدمات الاجتماعية و غيرهم. **MBI , Hss**
- الصورة الثالثة : تعنى بالإحتراق النفسي بصورة عامة **.MBI,GS**

(طه، و السيد مصطفى، 2010 ،ص 8)

وقد توالت الدراسات والبحوث التي ساهمت بالتعريف بمفهوم الاحتراق النفسي والعوامل المرتبطة به والمهن المنتشرة بها، وحتى وإن لم أكن قد ذكرت مسار تطوره عبر التاريخ فمن الباحثين من لم يصف المصطلح لكن قدموا وصفا مقارب له أمثال هانس سيلي **Hans seley** 1936م في كتبه عن الاجهاد و برادفور والتر **walter Bradford** 1944م ، كذلك نموذج لمواجهة الإجهاد ل لازاروس و فولكمان **Lazarus& folkman** 1948م والذي إستندت إليه ماسلاتش في إعداد نظريتها.

2. مفهوم الإحتراق النفسي :

يعد مفهوم الاحتراق النفسي من المفاهيم الحديثة نسبيا، ويعتبر **Freudenberger** أول من إستخدم هذا المصطلح في أوائل السبعينات، للإشارة إلى الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية.

أ/ تعريفه وفقا لمجموعة من القواميس :

- يعرف القاموس الفعل **To Burnout** يحترق، إنه يعني الفشل **To fail** أو إتلاف **Wear out** أو الانهاك بسبب ما تفرضه الظروف على الطاقة **Energy** أو القوة **Strength** أو الموارد **Resources**. **(Freudenberger,1977,p.90)**
- يعرف القاموس **oxford(2008)** "**burn yourself out exhaust**" تحرق نفسك بالإنهاك أو تدمر صحتك من خلال العمل الجاد.(**oxford,2008,p.55)**
- أما قاموس **Norbet sillamy (2003)** فيعرفه: " حالة الفرد العامل الذي تقل قوته الجسدية والعصبية نتيجة عبء العمل المفرط، أو الظروف الشاقة". (**Norbet,2003,p.102)**

ب/ اللغة :

و في اللغة الانجليزية : هناك ثلاث مصطلحات استخدمت في اللغة الانجلزية للاحتراق و هي : **Job burnout** – **Burnout** – **Psychological burnout** و يقابلها باللغة العربية على التوالي (الاحتراق النفسي، الاحتراق، الاحتراق الوظيفي، و هذه جميعا تتحدث عن شيء واحد وهو الاحتراق **(التكريتي،و احمد جباري،2014،ص 35)**.

و في اللغة الفرنسية : تبعا ل **Canoui et Maurange** كانوي و مورانج (2004) إستخدموا مصطلح:

« **Syndrome d'épuisement professionnel** »هو مصطلح فرنسي ذو معنى واسع ويشتق منه الاحتراق النفسي للإشارة للآثار السلبية التي يخلفها العمل مع الفرد، ومن الباحثين من يرى أن هذا المصطلح يدخل في التطور التاريخي له، لكن بغض النظر عن هذه الانتقادات فإن مصطلح الذي يشار اليه ب Seps هو المصطلح السائد في اللغة الفرنسية **(Boulakroun,2008,p.68)**

ج/ **و فيما يلي نورد تعريف الاحتراق النفسي لمجموعة من الباحثين :**

عرفه **Freudenberger** (1974) : "بأنه حالة من الإعياء والضعف الجسدي والنفسي التي تستنفذ الفرد وطاقته الحيوية نتيجة المتطلبات المهنية التي تفوق قدرته ".**(Karen et all ,2018,p.74)**

وأمّا **K.Maslach** عرفته على أنّه متلازمة الانهاك العاطفي وتبلد المشاعر وانخفاض الانجاز الشخصي، الذي يحدث بين الأفراد عاملين في مجال الخدمات الاجتماعية (العمل الإنساني)، وبالتّالي

يمكن اعتباره نوعا من ضغوط العمل الذي يحمل بعض الآثار السلبية للإجهاد، و يبقى الاحتراق النفسي فريدا من نوعه لأنه ينشأ نتيجة التفاعل الاجتماعي مع الآخر.**(zimbardo,2015,p.2)**

ويرى كل من **Maslach & freudenberger** : الاحتراق النفسي بمثابة حالة إنهاك للنواحي البدنية والذهنية، تؤدي إلى مفهوم سلبي للشخص نحو نفسه أو ذاته، فضلا عن تكوين إتجاهات سلبية نحو العمل والحياة والناس، وكذلك الافتقاد إلى مثالية وشعور بالغضب.**(العوض والسيد،2019 ،ص175)**

وفي تعريف حديث ل **Maslach & Leiter (2011)** : " أصبح الاحتراق النفسي اليوم كوباء حقيقي منتشر في العديد من بلدان العالم". **(Vanderheyden,2013,p.17)**

ويعرف **Folkman & Lazarus (1984)** الاحتراق النفسي : هو عبارة عن ردة فعل جسدية ونفسية، إذ يعكس حالة من الإنهاك تحدث كنتيجة لأعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة الملقاة على عاتق الأفراد بما يفوق طاقتهم وقدراتهم مع إحساسه بالتهديد".(**جميل رضوان،2007 ،ص283)**

وفقا لتشرنيس Cherniss(1980) : " يعرف الإحتراق النفسي بأنه مجموع التغيرات الشخصية السلبية تساعد المهنيين الذين يعملون في وظائف متطلبة ومحبطة، فالبنسبة له الاحتراق هو عملية التي يقوم فيها المهني الملتزم في البداية بعمله بفك ذلك الالتزام بسبب الإجهاد والتوتر الذي يعاني منه في بيئة عملهم". **(Manzano-García andAyala-Calvo,2013,p.801)**

ووفقا **لتروشوت Truchot (2004)** تشترك ثلاثة خصائص أساسية حسب ماسلاتش وسشوفلي **Maslach& schaufeli (1993)** :

1- تظهر عناصر سلبية على وجه الخصوص، الانهاك العاطفي والعقلي وعلى إثرها تقل كفاءة والأداء العاملين مع إظهار مواقف سلبية تجاه الآخر وتقدير الذات السلبي مع ظهور سلوكات سلبية وحتى معادية للآخرين.

2- **étiologique** المسبب للمرض : جمود العاطفة، زيادة متطلبات العمل التي تفوق القدرة النفسية في احتوائها(خاصة عاطفية).

3- الاحتراق النفسي بسبب العمل ويمس الأفراد العاديين، وليس بسبب مرض جسدي أو نفسي آخر. **(Boulakroune,2008,p.69)**

وتحدد **Kristensen et all(2005)** للتمييز بين الاحتراق النفسي المرتبط بالعمل، والاحتراق النفسي عند المفحوص أو العميل Client والاحتراق النفسي المرتبط بشخصية الفرد **Personnal burnout** : " درجة العياء الجسدي والنفسي والانهاك الذي يعاني منه الشخص"، فمن وجهة نظر العديد من الباحثين قد تحدث ظاهرة الاحتراق النفسي بين الشباب العاطلين عن العمل، والمتقاعدين وربات البيوت **(Maslash,et all,2008,p. 212).**

د/ التعريف المادي للاحتراق النفسي (الفيزيقي) و الرمزي :

ومصطلح الاحتراق النفسي **Burnout** يعرف بالمفاهيم مادية ويرادف حالة توقف الاحتراق Conbustion بسبب استهلاك أو نفاذ الوقود. **(طه ،و السيد مصطفى، 2010 ،ص 10)**

أما **التعريف الرمزي Symbolism** إستخدم الوصف بصورة مجازية مع الأفراد لوصف حالة استنزاف الطاقة النفسية وبدنية للفرد.

فلفهم طبيعة الاحتراق النفسي تم استخدام التعبير المختلط بين المفهومين سابقين: " حين يشير الاحتراق النفسي على اخماد الحريق أو انطفاء الشمعة إنه يعني أن النار كانت مشتعلة، لكن تلك النار لا يمكنها أن تستمر في نشب الحريق ما لم يكن هناك الموارد كافية لإبقائها مشتعلة، و على إثر هذا يفقد الموظفون الذين يعانون من الاحتراق النفسي القدرة على القيام بعملهم على أكمل وجه و في حالة ما استمروا في العمل، تكون النتيجة أشبه بالاحتراق **(Maslash,et all,2008,p. 205).**

وتشير التعاريف السابقة إلى أن الفرد الواقع تحت الإحتراق النفسي الذي تسببه ظروف العمل أو الظروف الخاصة، التي تفوق إحتماله تجعل الفرد كأنه ماكينة حرق محركها من كثرة الاستعمال أو تعرضهما لشيء طارئ.

ر/ تعريف الاحتراق النفسي تبعا لسيرورته (تبعا لمراحل و العوامل مساهمة في تشكيله-مكوناته-) :

يصف كل من **Edelwich and Brodsky (1980)** : من خلال 4 مراحل متميزة :

المرحلة الاولى : **الحماس L'enthousiasme** : في هذه المرحلة يشعر الفرد بحماسة قوية، مع بدل مجهودات قصوى في العمل، والتوقع منه اللاواقعية للعمل (الحاجة للعمل غير مشبعة).

المرحلة الثانية : **الركود La stagnation** : هنا يشعر الموظف بالركود وتصبح توقعات المهنة (الإنتظارات المهنية)، أكثر واقعية مع ظهور الاستياء الشخصي (مثل الاعتقاد أن العمل لا يمكن أن يعوض ويعطي أشياء مفقودة).

المرحلة الثالثة : **الاحباط La frustration** : في هذه المرحلة يبدوا أن الصعوبات المهنية تتضاعف مع الشعور بالملل، وغياب التسامح، مع عدم الاستماع للآخرين والزملاء وتجنبهم.

المرحلة الرابعة : **اللامبالاة L'apathie** : في النهاية يصل إلى مرحلة اللامبالاة حيث تتميز بحالة من الاكتئاب مع استجابة للإحباطات المتكررة التي يواجهها، حيث تمثل هذه المرحلة جوهر ظاهرة الاحتراق النفسي.(**Boudoukha,2009,pp. 15-16**)

ومنه يحدث الاحتراق النفسي على مراحل عديدة بحيث يبدأ الفرد عمله يحدوه الأمل والحماس وبمرور الأيام يذبل الأمل وينطفئ الحماس، وتتوالى على الفرد الضغوط التي تؤدي به في نهاية المطاف إلى اللامبالاة والانهيار.

كما عرف جرانس (1986) ظاهرة الاحتراق النفسي تحدث عبر ثلاثة مراحل ففي المرحلة الأولى : شعور الفرد بضغوط العمل نتيجة لعدم مقدرته على مواجهة متطلبات العمل مقارنة مع قدراته الذاتية، أما المرحلة الثانية :معاناة الفرد من الإجهاد والتوتر كرد فعل طبيعية ومباشرة وعاطفية لضغوط العمل، والمرحلة الثالثة : تغيير في سلوكات واتجاهات الفرد، كالميل إلى معاملة العملاء بطريقة آلية وعدم الاهتمام بالعمل والانشغال بالحاجات الخاصة. (**الجعافرة وآخرون، 2013،ص302**)

س/ تعريف الاحتراق النفسي كحالة :

- ❖ يعرفه كل من **ماسلاتش و ليتر (2005)** بأنه يعتبر حالة مزمنة من عدم الانسجام مع الوظيفة، فهو ليس فقط الشعور بالحزن أو انك ستمر بيوم سيء، إنه أزمة كبيرة في حياتك **A significant crisis in your life** ويفسرانه من خلال 3 نقاط :
- الاحتراق النفسي هو فقدان للطاقة**Energy** من خلال الاحساس بالإرهاق والإنهاك، مع اضطرابات في النوم ومحاولة الابتعاد عن الوضع لفترة لكن عند العودة تظل العلاقة سيئة، مع زيادة المتطلبات أكثر فأكثر بشكل غير معقول.

- الاحتراق النفسي هو فقدان للحماس **Enthusiasm**، يتلاشى روح العمل شيئا فشيئا ويستبدل بالسخرية والسلبية في كل شيء له علاقة بالوظيفة، فالمفحوصين أو الزبائن يمثلون عبئا ورؤساء العمل يشكلون تهديدا.
- الاحتراق النفسي هو فقدان الثقة **Confidence**، فبفقدان الطاقة يفقد الفرد السبب للاستمرار في العمل، بحيث يشعر بفقدان الفعالية، وزيادة الشك في القيمة الذاتية التي تحبط علاقته مع نفسه، وبالتالي يصعب عليه إيجاد حل للخروج من هذه الحالة.

(Maslach, et leiter,2005,pp. 2-3)

❖ أما **ناجي (1984)** فعرفه: على أنه حالة ذهنية تظهر على شكل اكتئاب مرضي، وإنهاك عاطفي وجسدي يصاحبها إحساس باليأس والعجز في مجال العمل. **(الزيود،2002 ،ص 206)**

❖ ويعرفه **سامر جميل رضوان** : " بأنَه حالة جسدية ونفسية من الاحتراق، أو الخمود أو الانطفاء، أيضا حالة من الفراغ الذهني والانهاك الجسدي المطلق. **(جميل رضوان،2007 ،ص604)**

ص/ أما على أساس الأعراض Symptômes :

➢ **فرودنبرغر (1974)**: يتجلى الإحتراق النفسي من خلال أعراض مختلفة وتختلف هذه الأعراض ودرجتها من شخص لآخر، ويحدث هذا عادةً بعد حوالي عام من بدء شخص ما العمل في مؤسسة، وفي هذه المرحلة تقريبًا يبدأ عدد من العوامل في الظهور. **(freudnberger,1974,p.160)**

➢ **حسب فرودنبرغر** : يتضمن الاحتراق النفسي أعراضا كتبلد المشاعر والسلبية وجمود التفكير وبما يسمى ب **closed mind** الانعزال أو الانغلاق الفكري بشأن التغيير والابتكار، وعدم المشاركة وجدانية إلى جانب ذلك قد يظهر شكل جنون العظمة **Form of paranoia**، حيث يشعر العامل على إثرها بأن زملاؤه أو أحد العاملين في إدارة لجعل حياته صعبة **(Freudnberger,1977,p. 90)**

➢ **وعرفته ماسلاتش 1976** : هو عبارة عن مجموعة من الأعراض البدنية والعاطفية والعقلية، المرتبطة بطاقة الفرد في آداء الأعمال التي يقوم بها، وهذه الأعراض تكمن في مفهوم الذات السلبي نحو العمل، فقدان الثقة في النفس، فقدان الشعور بالمسؤولية إتجاه الآخرين.

(السيد عثمان،2001،ص18)

- أما " لاين ل. دينستن **Lain .L. Densten (2005)** فقد عرفه بأنه زملة الأعراض تنبعث من ادراك الفرد لحاجاته وتوقعاته غير مشبعة، وتتميز تلك الزملة بخيبة أمل متزايدة **Disillusion** مرتبطة بأعراض نفسية وبدينة تقلل من تقدير الذات وتزداد تدريجيا عبر فترة من الزمن. **(طه، و السيد مصطفى، 2010 ،ص 14)**
- **أما عسكر (2000)** : "فقد عرف الاحتراق النفسي على انه مجموعة من الظواهر السلبية منها التعب، الإرهاق ، والشعور بالعجز وفقدان الاهتمام بالعمل، والسخرية من الآخرين والكآبة والشك في قيمة الحياة، والعلاقات الاجتماعية، كما تظهر السلبية في مفهوم الذات"**(غباري، وأبو شعيرة،2015 ،ص 185)**

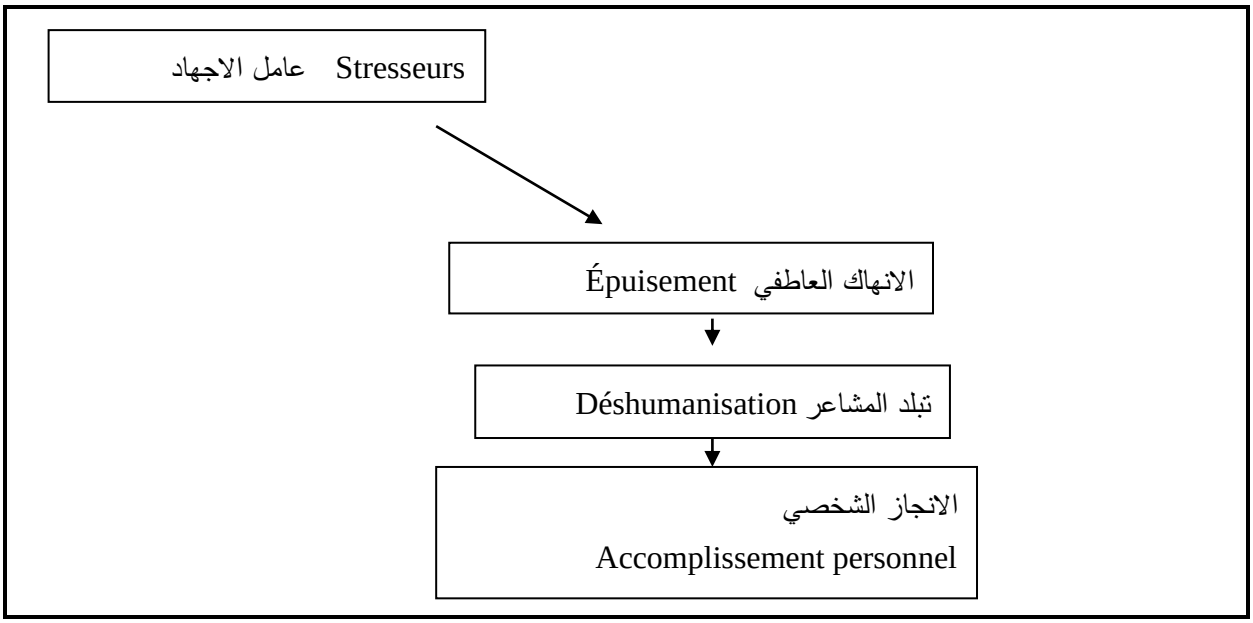
و/ **تعريف للاحتراق النفسي في إطار العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة :** تقول ماسلاتش " الاحتراق النفسي هو متلازمة الانهاك العاطفي وتبلد المشاعر وانخفاض الانجاز الشخصي، الذي يمكن أن يحدث بين الأفراد الذين يعملون مع القدرات الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة). **(Maslash,et all,2008, p 206).**

ولعل أحسن تعريف للاحتراق النفسي ذلك الذي عرفته كل من ماسلاتش وجاكسون **Maslash & Jackson** في تفسير عناصر الثلاثة للاحتراق النفسي(أبعاده)، المتمثلة في الانهاك العاطفي، تبلد المشاعر في العلاقة مع الآخرين، مع فقدان وقلة الانجاز الشخصي **(Cyrulnik,2016,p22)**

وقد توصلت ماسلاتش من خلال هذا المفهوم إلى ثلاثة أبعاد :

1) الانهاك العاطفي **Emotional Exhaustion** : وهو استنفاذ المصادر العاطفية لدى الفرد إلى مستوى الذي يعجز فيه عن العطاء.
2) تبلد المشاعر **Depersonalization** : وهو حالة الشعور السلبي حيث يميل الفرد إلى تطوير اتجاهات سلبية وساخرة تجاه الآخرين، وكذلك إختلال حالته المزاجية.
3) الشعور بنقص الإنجاز **Reduced feeling of Accomplishment** : وهو ميل لتقويم الذات بطريقة سلبية، وأن مجهوداته تذهب سدى. **(التكريتي، و الجباري،2014،ص36)**

وشكل التالي يوضح الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي حسب ماسلاتش وجاكسون :



شكل(01) يوضح سيرورة الاحتراق النفسي حسب Maslach & Jackson 1981

(Delbrouck,2011,p.31)

التعريف الإجرائي : ومن جل التعاريف السابقة يمكن تعريف الاحتراق النفسي :

الاحتراق النفسي هو رد فعل للإجهاد المزمن، الذي يصيب العاملين في مجال الإنساني والاجتماعي، من جراء المحاولات الفاشلة للتكيف مع أعباء وتوترات واضطرابات العمل، التي تؤدي إلى استنزاف طاقات الفرد وجهوده مع استجابات انفعالية وسلوكية، تتدرج ضمن الأبعاد الثلاثة وهي : الانهاك العاطفي (الاستنزاف العاطفي أو الانفعالي) ، تبلد المشاعر (الاتجاهات سلبية نحو العمل والناس والحياة) ، فقدان الانجاز الشخصي (من خلال تطوير مفهوم الذات السلبي).

3. الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات : يوصف الاحتراق النفسي بأنه أزمة منتصف العمر أو أزمة الثمانينات أو حتى داء الحياة العصرية، هذا الأخير له عدد من المفاهيم المشابهة له أو التي تتداخل معه وفيما يلي عرض لمجموعة مصطلحات (أوجه الفروق و التشابه) مع مصطلح الاحتراق النفسي.

3-1- الاحتراق النفسي و الضغط النفسي :

حسب **جينزوجيرمان وماسلاتش (1982-1983)** أنه إذا كان ضغط العمل سببا في أمراض معينة، فمن نافلة القول إن ضغط العمل يسبب الاستقالات والتغيب، فالأفراد الذين يعملون كثيرا لساعات طويلة ويتعرضون دائما لمصادر ضغط العمل متباينة ولفترات طويلة، قد يصبحون ضحايا للعمل ويشعرون بأنهم مستهلكون (محترقون) **Burnout**، وهنا يبدأ إخلاص الفرد لمهنته يقل ويبدأ في الانسحاب من العمل، مع زيادة في مشاعر الإرهاق وزيادة معدلات التغيب وانخفاض مستوى الأداء كماً وكيفاً. **(الداهري،2015،ص97)** .

فالإحتراق النفسي والضغط النفسي كلاهما يعبر عن حالة من الإجهاد أو الانهاك النفسي والبدني، لكن يختلف الاحتراق النفسي عن الضغط، فقد يكون الضغط داخليا وخارجيا وقد يكون طويلا أو قصيرا، وإذا طال هذا الضغط فقد يستهلك أداء الفرد ويؤدي إلى انهيار في أداء وظائفه، أما الاحتراق النفسي فهو عرض طويل المدى ويرتبط حدوثه بالضغوط النفسية وبعوامل أخرى وبذلك فإن الضغط النفسي، قد يؤدي إلى الاحتراق النفسي إذا استمر و لم يستطع الفرد التغلب عليه.**(غباري و اخرون،2015 ،ص186)**

3-2- الاحتراق النفسي والاجهاد النفسي Psychological stress: يرى لازاروس "**Lazarus** " أنّ الإجهاد هو علاقة بين الفرد وبيئة يقيّمها هذا الأخير بأنّها مرهقة، وأنّها تفوق قدراته وتُعرض وجوده للخطر مشيرا بذلك إلى العمليات الوسيطة بين المثير والاستجابة، ويشير برودسكي "**Brodsky**" إلى أن الإجهاد هو تقييم للأحداث، على أنّها مهددة أو قد تسبب ألماً ويشمل أيضاً الاستجابة التي تلي هذا التهديد نفسية كانت أم جسدية، ويشير الإجهاد أيضا إلى التغيرات السلبية التي تطرأ على العلاقات والاتجاهات في المجال المهني بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوطات في العمل أو خارجه، مؤديا إلى الإحساس بالعجز مع استنفاذ الجهد، فحالة من الانهاك والاستنزاف النفسي ثم الدخول في حالة الاحتراق النفسي التي يكون فيها الفرد مستهلكا تماما من الناحية الانفعالية أو الجسمية أو السلوكية أو العقلية أو الروحية. **(لوكيا ،2006،ص ص 12 -13)**

ولهذا يمكن أن نستنتج أنه إذا اعتُبر قريبا من الإجهاد الانفعالي فإنّه يمثل أحد مكونات الاحتراق النفسي وكما يعد عرض من أعراضه.

ويمكن أنْ نعتبر الضغط سابق على الإجهاد النفسي، كما أن الإجهاد يشكل ضغط أيضا فهي علاقة دائرية وقد لا يكون لها نهاية بين الضغوط النفسية والإجهاد النفسي. **(غباري و اخرون،2015 ،ص 187)**

3-3- الاحتراق النفسي والقلق Enxiety : القلق هو حالة من الخوف الغامض والشديد الذي يصيب الشخص، ويسبب له الضيق والألم والكدر، والانزعاج، فالشخص الواقع تحت إثره يتوقع الشر دائما، ومتشائم، متوتر الأعصاب ومضطرب، فاقد الثقة في نفسه مع عجزه في تسيير الأمور وفقدان القدرة على التركيز. (**السيد عثمان،2001،ص18)**

وحسب **شيروم وإيزارشي Shirom and Ezrachi** وجد أن هناك صلة بين القلق والاحتراق النفسي، من خلال بعد الإنهاك العاطفي من خلال دراسة تجريبية أظهر أن القلق يعمل كسمة مستقرة في عملية الإحتراق النفسي.**(Golonka et all, 2019,p.230)**

ويعتبر الاحتراق النفسي أحد القوى الأساسية التي تتأثر بالقلق أو هو نتيجة القلق، فالقلق يتكون من مشاعر وأفكار غير سارة قد تفاقم من حدة القلق (قلق حاد) مما يشير إلى وجود صراع انفعالي غير واعي، وقد يتفاقم هذا الصراع فيولد ضغطا على الفرد لا يتحمله ثم يشتد مع الوقت فيتحول إلى الاحتراق النفسي **(السيد عثمان،2001،ص132)**

ويقول كل من **Middeldrop cath & boumsma (2006)** أن التدخلات بين الاحتراق النفسي والقلق يرتبط و يرجع إلى المستويات العالية من الإنهاك العاطفي، وبالتالي تزيد من مستويات القلق في المواقف العصيبة، وتضعف الشخص وبالتالي تقل قدرتهم على إدارة القلق مما يزيد القلق **(Boudoukha,2009,p26)**

3-4- الاحتراق النفسي وعدم الرضا الوظيفي :

إن عدم الرضا الوظيفي له أبعاد متعددة اغلبها تدور حول مشاعر الفرد ودرجة رضائه عن عمله، وتحدث حالة عدم الرضا عندما لا يجد العامل توافقا بين خصائص عمله ورغباته، أي التناسب بين توقعات الفرد عن وظيفته وبين العائد الذي يمكن أن يحصل عليه من هذه الوظيفة، وهو انعدام المشاعر الايجابية تجاه العمل من حيث الراتب والترقية والرضا عن بيئة العمل بصفة عامة، فهذه الحالة وما يصاحبها من غياب للدافعية في العمل من جانب الفرد لا تعتبر احتراقا نفسيا، ومع ذلك ينبغي أخذها بعين الاعتبار لأن استمرارها يؤدي إلى الاحتراق النفسي **(بهنسي، 2011 ،ص16)**

3-5- الاحتراق النفسي والاكتئاب Depression : يقول سامر جميل رضوان (2002) : " لا بد وأننا قد مررنا بفترات من الحزن في أوقات مختلفة وكلنا يعرف كيف يتأرجح مزاجنا هبوطا أو صعودا،أحيانا دون سبب واضح وأحيانا حسبما نمر به من أحداث يومية ، وهذا من طبيعة الحياة، لكن عندما لا يتمكن الإنسان من تحمل الانقباض والحزن ويصبح حملا ثقيلا عليه، أو عندما تستمر هذه

المشاعر لوقت طويل ويصبح عاجزا عن أداء أبسط الواجبات أو يقوم بجهد مضن، فلا بد له من أن يلجأ للمساعدة العلاجية لأنه مصاب بإكتئاب (**سامر جميل،2002 ،ص267**)

ففي حالة ما إذا أردنا أن نميز بين الاكتئاب والاحتراق النفسي فمن خلال المؤشرات التالية :

- وفقا ل **Freudenberger 1974** عند قيامه بدراسة العاملين في الخدمة التطوعية، لمتعاطي المخدرات أشار أن الفرد المحترق يبدوا مكتئبا.(**Irvin, and Bianchi,2016,p.23**)
- وفقا لهوريتز وويكفيلد **Horwitz and Wakefield** إن مجال أعراض الاكتئاب متعددة المجالات من بينها سياق العمل، وقد يحث تداخل كبير بين الاحتراق النفسي والاكتئاب لأن كلاهما يشتركان في عرض أسايسي واحد على الأقل، وهو الانهاك العاطفي **Exhaustion** ، كما لاحظ فرودنبرغر الارتباط الوثيق بين الاكتئاب والاحتراق النفسي فأعراض الاحتراق النفسي التي تكون في البداية محددة بمجال العمل، كما يمكن أن تنتقل الأعراض المحددة بمجال العمل فقط أن تكون معممة لتمس جوانب أخرى من حياة الشخص بالتالي تؤدي للإكتئاب حقيقي. وهذه النظرية قد دعمت بدراسة إمتدت لسبع سنوات، والتي أظهرت أن مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي تشكل عامل خطير لتطور أعراض الاكتئاب في المستقبل والعكس. (**Sighard et all,2017, pp. 116-117**)
- الاحتراق النفسي يتطور بشكل تدريجي ولا يتميز بتبدلات المزاج كما هو الحال بالنسبة للاكتئاب، ويقول **Suls et Bunde (2005)** : " تجربتنا كأطباء تقودنا إلى الاعتقاد أن إذا لم يتم العلاج النفسي فإن الاحتراق النفسي يتطور إلى اكتئاب. (**Boudoukha,2009,p.26**)
- انخفاض التفكير والتركيز(أعراض المعرفية) في الاحتراق النفسي تكون عموما محدودة في مجال العمل، بينما في حالة الاكتئاب يمتد تأثيره على الحياة المهنية والشخصية.
- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم وكل يوم يكون في الاكتئاب، لكن في الاحتراق النفسي تكون الأعراض متمحورة في مجال العمل.
- الشكاوي الجسمية والمعاناة الجسدية تكون موجودة لدى كل من الاحتراق النفسي والاكتئاب الذي يصاحبان بإضطرابات جسمية، منها مشاكل قلبية، اضطرابات الجهاز الهضمي، آلام المفاصل، والتي تزداد شدتها بإرتفاع الانفعالات سلبية التي نجدها في كل من الاحتراق النفسي والاكتئاب. (**Irvin, and Bianchi,2016,p.23**)

3-6- الاحتراق النفسي وعلاقته بمتلازمة التعب المزمن S.Chronic Fatigue :

مصطلح التعب المزمن هو مصطلح يعرف بأنه ذلك الإحساس المستمر للإرهاق والوهن طويل الأمد، مصحوب بأعراض أخرى مختلفة مثل آلام العضلات والعظام، إضطرابات النوم، ضعف التركيز، كل تلك الأعراض تظهر لدى الفرد في اليوم لدرجة تمنعه من القيام بنشاطاته اليومية الاعتيادية، ولكي نقول متلازمة التعب المزمن يجب أن يعاني الشخص من التعب كان من الضروري استمرار الأعراض لفترة تزيد عن ستة أشهر.

ويمكن تحديد أوجه التشابة والإختلاف بينهما:

- يتشابه كل من الاحتراق النفسي ومتلازمة التعب المزمن في أنّ كلاهما ناتج عن الإجهاد، بالإضافة إلى أنّ كلاهما يحمل أعراض فسيولوجية متشابهة. **(Jameson,2016,p.66)**
- يتفق العديد من العلماء أن الاحتراق النفسي يتكون من إنهاك نفسي وجسدي وعاطفي، فبعض مظاهر الانهاك الجسدي هي التعب ويذكر **سميث Smith** أن هذا التعب يمكن أن يكون مزمنا أو حادا، وبعد التعب المزمن المطول(مدة 6 أشهر) يُظهِر الشخص الانهاك العاطفي **Emotional Exhaustion**. **(Wood and Jeffrey,2007,p31)**
- الاحتراق النفسي مرتبط بالعمل على عكس التعب المزمن الذي قد ينجم عن أسباب عديدة ومختلفة
- التعب المزمن يُسهل ظهور الاحتراق النفسي كعامل محفز له ويحافظ عليه كما يؤثر على الاحتراق النفسي.http://essay.utwente.nl/73769/1/Ruppel_MA_BMS.pdf 19.06/2021/03/15/

4. أسباب الاحتراق النفسي : فيما يتعلق بأسباب الاحتراق النفسي **ماسلاتش وليتر Maslach & leiter (1997)** ، أرجعوها لمناخ العمل الصعب بدلا من تركيزهم على الفرد نفسه (الموظف) ويتعلق الأمر حسبهم " الاحتراق النفسي ليس مشكلة تخص الأفراد أنفسهم، لكن هو مشكلة تخص البيئة الاجتماعية التي يعملون بها ". وقد حددوا ستة مصادر للاحتراق النفسي في بيئة العمل :

- العبئ الزائد في العمل **Work overload** : يشعر الموظف بأن لديه أعباء كثيرة عليه تحقيقها.
- انعدام السيطرة **Lack of control** : يشعر الموظف بأن لديه أعباء كثيرة وعليه تحقيقها في مدة قصيرة ومن خلال مصادر محدودة.
- المكافأة الغير كافية **Insufficient reward**
- غياب العدل (الظلم) عدم الإنصاف **Unfairness**

- محدودية التفاعل الاجتماعي **Breakdown of community** : عزلة إجتماعية مع كثرة الأجهزة والحسابات. يخلق احتراق نفسي لدى الموظف.
- الصراع القيمي Vlue conflect : يكون الفرد أمام خيارات تتعارض ونسقه القيمي.
- وقد اقترح كل من **Skovholt and Trotter-Mathison (2016)** سبعة مجالات مسببة للاحتراق النفسي، مقابل 7 أفراد مَنَاعَة له، موضحة في الجدول التالي :

الوقاية من الاحتراق النفسي		المسببة للاحتراق النفسي
1- تحمل العمل	**مقابل** ←	**1- عبئ العمل الزائد**
2- مشاعر الاختيار و التحكم	**مقابل** ←	**2- إنعدام السيطرة**
3- الاعتراف و المكافأة	**مقابل** ←	**3- المكافأة الغير كافية**
4- الشعور بالأفراد من حوله	**مقابل** ←	**4- عدم الشعور بالأفراد**
5- العدالة و الانصاف و الاحترام	**مقابل** ←	**5- غياب العدل**
6- العمل الهادف و القيم	**مقابل** ←	**6- الصراع القيمي**
7- الشخص المناسب في الوظيفة المناسبة	**مقابل** ←	**7- التناقض بين الشخص و الوظيفة.**

جدول رقم (01) يوضح مجالات مسببة للإحتراق النفسي

(Skovholt,and trotter-Mathison,2016,pp.104-106)

فحسب **Maslach & leiter (1997)** يفترض أن تكون المشاركة في الوظيفة هي النقيض الايجابي للاحتراق النفسي، أو كما قالوا الطاقة والمشاركة والفعالية هي الأضداد المباشرة للأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي، فمن وجهة نظرهم:" الاحتراق النفسي هو تآكل في المشاركة حيث تتحول الطاقة إلى إستنفاذ، وتتحول المشاركة إلى الاستخفاف وتتحول الفعالية إلى عدم الفعالية. **(Schaufeli,2004,p.294)**

تم تحديد الإحتراق النفسي في بداية الأمر في إطار المهنة، وكان من الواضح أن العوامل المتعلقة بالعمل أو الشركة المنظمة ستلعب دورًا مهما في معاناة الموظفين, ومع ذلك فإن وجود شخص يعملان في نفس

الشركة وبنفس الكفاءة ونفس المهام، لن يظهرا بالضرورة إحتراقًا نفسيا، وبالتالي المتغيرات الداخلية والفردية من شأنها أن تعطي مؤشرًا حقيقيا ومحتمل للاحتراق النفسي، ويجب الذكر أن العلاقة مع الآخر التي يتم تقييمها على أنَها مزمنة ومرهقة هي أساس ظهور الاحتراق النفسي، سواء كانت هذه العلاقة تتم في إطار المهنة أو إطار شخصي. **(Boudoukha,2009,p.20)**

وتجدر الإشارة إلى أن هناك 3 عوامل مساهمة و مسببة للاحتراق النفسي وهي : العوامل التنظيمية، الفردية، العلائقية، البيئة، والاجتماعية.

4-1- المتغيرات المهنية و التنظيمية : ينتج الاحتراق النفسي عن النشاط المهني وبيئة العمل حيث تلعب كل من خصائص الوظيفة نفسها والخصائص المرتبطة بالدور المهني دورا أساسيا:

- مطالب العمل والتوقعات المتناقضة والغير متوافقة.
- هيكل المنظمة ومناخ العمل السيئ وقلة المشاركة في صنع القرار يؤدي إلى عدم الرضا الوظيفي .
- السلوكيات الإدارية المسيئة بين خطاب إدارة والواقع
- نقص دعم الموظفين, نقص الموارد المتاحة لتحقيق أهداف كبيرة وغير قابلة للتحقيق بوعي

(Vanderheyden,2013,pp. 67-68)

- عوامل الانهاك هنا متعلقة بمحتوى النشاط المهني منها الساعات الغير محدودة، زيادة العمل المفروض، الضوضاء، الإزعاجات المهنية، الآلية في العمل، العملية الرئيسية المسئولة هي استحالة سيطرة الموظف على نشاطه.
- العوامل المؤدية للاحتراق النفسي الناشئة عن سياق العمل هي: الأدوار المتناقضة والمزعجة، العزلة، نقص الدعم الاجتماعي، الصراع بين الحياة المهنية والأسرية، الأساليب الإدارية ودورها في ظهور العنف في مكان العمل، نظام المكافآت منهم بالنسبة للموظفين ورؤساء العمل، فتعامل رؤساء العمل بنزاهة في صدد المكافأة يعطي للموظف أهمية كبيرة بجودة أدائه.
- كذلك هناك من المهن من تكون معرضة للخطر أكثر من غيرها منها: أنشطة مهنية ذات المتطلبات العقلية والعاطفية والانفعالية ، أو المهن ذات المسؤوليات عالية إتجاه الأشخاص ذات الأهداف الصعبة والمستحيلة، والتي يكون فيها خلل بين المهام المراد إنجازها والوسائل المعتمدة، أو كذلك الغموض وتضارب الأدوار. **(Grebot,2008,pp. 123-124)**

4-2- المتغيرات الداخلية والفردية: تختلف الأسباب التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي من فرد لآخر،من حيث وقعها النفسي عليه، ويعود سبب الاختلاف إلى قدرة التحمل النفسي من فرد لآخر وطريقة التعامل

مع مسببات ومصادر الاحتراق النفسي، الفروق الفردية، والخبرات السابقة، الاستعدادات، طبيعة الشخص، مفهوم الذات، الكم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من البيئة المحيطة به.

يرى **كيت Kieth 1993**، بأن هناك أسباب ترتبط بخصائص الشخصية ونظام الدافعية تؤثر في قابلية حدوث الاحتراق النفسي لدى الشخص، ومنها الأشخاص الذين يتميزون بدرجة عالية في دافع الانجاز، والذين يتميزون بالتوجه نحو الآخرين وتعوزهم مهارات في العلاقات الإنسانية، والاتصال مع الآخرين. **(التكريتي، و الجباري،2014،ص37)**

وقد سبقه **Freudenberger 1974** بنفس الرأي، ويبدوا أن هناك صدق في هذه الادعاءات حيث أن من الأسباب الشخصية والفردية:

- مدى واقعية الفرد في توقعاته وآماله- الإشباع الفردي خارج نطاق العمل، فزيادة حصر الاهتمام بالعمل يزيد من الاحتراق. - الأهداف المهنية، حيث وجد أن المصلحين الاجتماعيين هم أكثر عرضة لهذه الظاهرة.- مهارات التكيف العامة.- النجاح السابق في مهن ذات تحد قدرات الفرد. - درجة تقييم الفرد لنفسه. - الوعي والتبصر بمشكلة الاحتراق النفسي. **(freudenberger,1974,p.160)**

ويعتبر نمط الشخصية من أهم العوامل الفردية المؤثرة للوصول الاحتراق النفسي .وقد بدأت فكرة الاهتمام بتأثير أنماط الشخصية على سلوك الأفراد على يد" **فريدمان وروزمان" Freedman & Rosman** ، ففي عام 1974 بدأ الباحثان بالتمييز بين نمطين من السلوك هما :النمط السلوكي(أ) A Type (، والنمط السلوكي(ب)B Type،

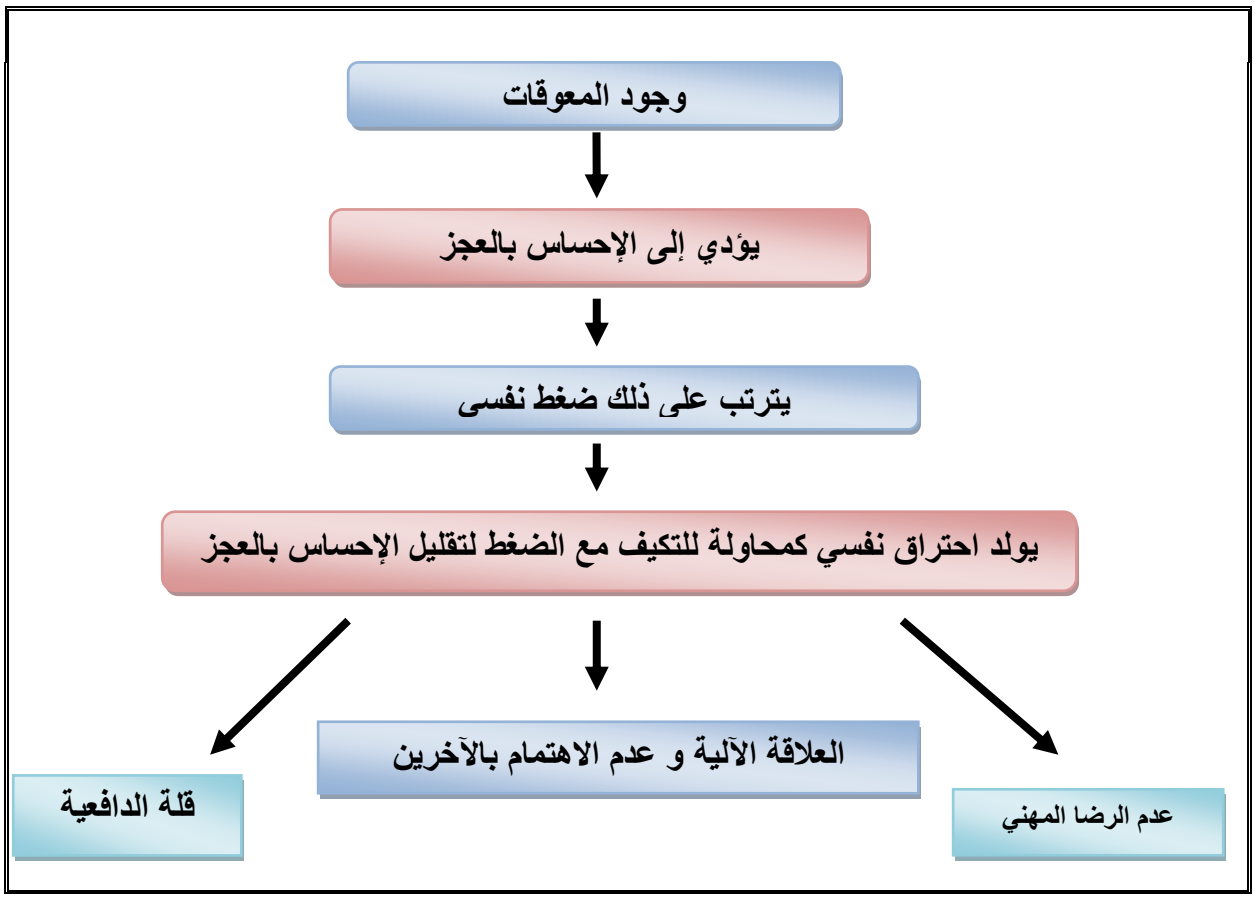
1) الأفراد الذين لديهم النمط السلوكي(أ) يتميزون بأنهم أكثر عدوانية، وأكثر طموحا (حرصا على الإنجاز في أقل وقت)، وكان هذا النمط شديدوا التنافس والتحدي، وقد وجد فريدمان وروزنمان علاقة مباشرة بين نوع السلوك "أ" ومشاكل القلب.
2) أما الأفراد الذين لديهم نمط السلوكي (ب) يتميزون بالهدوء والتروي وسهولة الإنجاز، ونادرا مايصابوا بالأمراض وهو عكس النمط (أ) حيث لديهم مشاكل صحية أقل.
3) ففي حالة تعرضهما لنفس العوامل المجهدة فإن النمط(أ) يكون أكثر تأثرا وإصابة بالإحتراق النفسي، على عكس النمط (ب).
4) كما إقترح **Clouse and Whitaker 1981** أنّ الأشخاص الذين يدخلون إلى عملهم ولديهم توقعات عالية حول ما يأملون في تحقيقه وثقة بأنفسهم وعملهم، كما أنهم يضعون أهدافا عالية جدا لأنفسهم وللآخرين ولديهم سيناريو مثالي للوصول لهذه الاهداف، ولهم نوايا حسنة ورغبة صادقة في

المساعدة، وطاقة ودوافع عالية، كما أن لديهم إلتزام عالي فعلى الأرجح أولئك أكثر ضحايا للإحتراق النفسي، كما يصف **1990 Hall and Wessel** أن المرشحين الأساسين للإصابة بالاحتراق النفسي هو الأفراد الذين يريدون إتقان عملهم، مع دافعية كبيرة للإنجاز.

(wilburn, and leslie,1991,p.53-55)

4-3- المتغيرات العلائقية: هي العلاقات الصعبة أو الصراعات (عدوانية، عنف) أو على العكس من ذلك نقص في العلاقة، وتتجلى ذلك في الانطواء والوحدة، عدم وجود تضامن ، نقص دعم الاجتماعي، كما تلعب التفاعلات المباشرة ومتكررة بين الموظفين والعملاء **clients** في تطور الاحتراق النفسي.

التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في مجتمع، وما ترتب عليه من مشكلات، بالأخص بعض المؤسسات الهامشية التي لا تلقى دعما جيدا من المجتمع، فيصبح العاملون عرضة للاحتراق. **(Grebot,2008,p126)** **ومخطط التالي يوضح كيفية نشوء الاحتراق النفسي :**



شكل (02) يوضح كيفية نشوء الاحتراق النفسي

(الخالدي، و البرواري،2013،ص61)

5. أعراض الاحتراق النفسي: أدت وفرة أعراض الاحتراق النفسي إلى القيام كل من " كوردس ودوجيرتي **Cordes et Dougherty** عام 1993" إلى تجميع الاعراض في خمس فئات وهي : الجسدية، عاطفية، الشخصية، سلوكية، فيزيولوجية، الموقفية.

والتي يمكن دمجها في مؤشرات (موضوعية و ذاتية) ، هذه الأخيرة جعلت **Bibeau et all (1989)** إلى إنشاء التشخيص الفارقي **Un diagnostic différentiel**.

5-1- المؤشرات الموضوعية Des indicateurs objectifs : هذه المؤشرات تضم كل من الأعراض الشخصية **interpersonnel** والسلوكية **Comportementaux** تبعاً ل " كوردس ودو جيرتي (1993)، حيث يلاحظ في هذا المؤشر :إنخفاض كبير في الأداء مع إهمال العامل لعمله ويصاحبها عدم الرضا، الإنسحاب أو تغبير العمل أو مغادرته، ويلاحظ فيه التباعد وسخرية، أو سحب العلاقة مع المستخدمين.

5-2- المؤشرات الذاتية Des indicateurs subjectifs : يعكس هذا المؤشر الأعراض الفيزيولوجية ونفسية والعاطفية، حيث نجد حالة من تعب Un état de fatigue، وأعراض مرتبطة بالدونية والسلبية نحو الذات وفقدان الثقة، مع اليأس والقلق كما يظهر إضطراب الجسدنة في أشكال متعددة (شكاوي جسدية، أو عقلية، مع زيادة سرعة الانفعال **irritabilité** والسلبية **négativisme**. **(Boudoukha,2009,p p. 23-24)**

وعلى العموم قامت **Miller 1991**، بتجميع الأعراض: السلوكية، فيزيولوجية، عاطفية، موقفية، في الجدول التالي والتي من ممكن التعرف على العلامات و تحديدها على المهني:

Cognitive, عاطفية, إنفعالية effective	Behaviourel سلوكية	Physical فيزيولوجية
– الاكتئاب – غياب الرأفة و التعاطف – التشاؤم و الحزن و اليأس – مزاج سيء – عدم المبادرة – جمود العاطفة – الوحدة و النمطية – عدم الثقة و الدونية.	– سرعة الانفعال – قابلية الغضب – الافراط في تعاطي الكحول و المخدرات – مشاكل في العلاقة الزوجية – العجز عن مواجهة المشكلات – الاندفاعية في التصرف – التدمر	– الانهاك الجسدي (تعب مزمن) –إرتفاع ضغط الدم – صداع و آلام الظهر – النعاس – إضطرابات معدية, و معوية(قرحة معدية) – إصابة العضلات الضعيفة) العضو الهش

جدول رقم (02) يوضح أعراض الإحتراق النفسي حسب Miller 1991

(Miller,1991) إستنادا على : -Greer and mo (1986)

- Keinan and Melamed (1987)

-Ullrich and Fitegerald(1990)

-Maelroy(1984)

-Maslach and jackson(1989)

ويرى **Beverly A.Potter (1996)** مجموعة التالية التي أعراض الاحتراق النفسي على النحو التالي:

1/ **المشاعر السلبية Negative Emotins** : المشاعر العرضية من الإحباط والغضب والاكتئاب، عدم الرضا والقلق التي تعد جزءا من الحياة والعمل. لكن عادة ما يعاني الأشخاص الذين وقعوا في دائرة الإحتراق النفسي من هذه الأعراض السلبية للعواطف في كثير من الأحيان حتى تصبح مزمنة. في النهاية، يشكو الشخص من ارهاق عاطفي.

2/ **مشاكل شخصيةInterpersonal Problems:** الشعور بالاستنزاف العاطفي يجعل التفاعل مع الأشخاص في العمل وفي المنزل أكثر صعوبة. عندها تنشأ صراعات حتمية، من المرجح أن يبالغ الضحية في رد فعلها بإنفجار عاطفي أو عداء شديد. هذا يجعل التواصل مع زملاء العمل والأصدقاء والعائلة صعبًا بشكل متزايد، يميل الضحية أيضًا إلى الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية. يكون الميل إلى الانسحاب أكثر وضوحًا بين المهنيين في العمل الإنساني الذين غالبًا ما يصبحون منعزلين ولا يمكن الوصول إليهم من قبل الأشخاص الذين يتوقع منهم مساعدته.

3/ **مشاكل الصحية Health Problems:** مع استنفاد الاحتياطيات العاطفية للشخص وتدهور العلاقات مع الآخرين، تنخفض المرونة الجسدية للضحية المنهكة. تزداد الأمراض البسيطة، مثل الزكام والصداع والأرق وآلام الظهر. كما يكون هناك شعور عام بالتعب والانهيار.

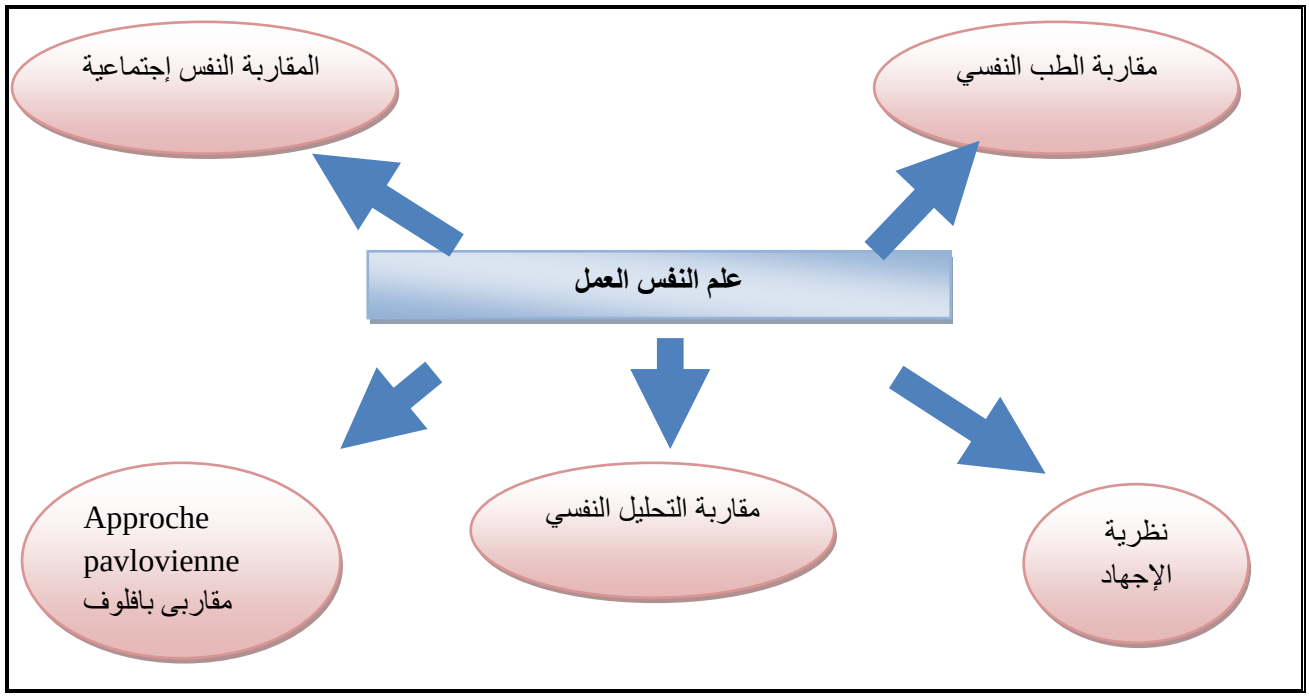
4/ إنخفاض الأداءDeclining Performance: أثناء عملية الإحتراق النفسي، قد يشعر الشخص بالملل وغير قادر على التحمس للمشاريع. في حالات أخرى، قد يكتشف ضحية الإحتراق أن التركيز على المشاريع يزداد صعوبة، كما تتأثر الكفاءة وتتراجع جودة الإنتاج.

5/ **إساءة استخدام المواد المخدرةSubstance abuse:** للتغلب على التوتر المرتبط بالصراع الوظيفي وتدهور الأداء، غالبًا ما يستهلك الشخص المزيد من الكحول، أو يأكل أكثر أو أقل، ويستخدم المزيد من الأدوية (بما في ذلك الوصفات الطبية والعلاجات التي لا تستلزم وصفة طبية)، ويدخن المزيد من السجائر، ويأكل المزيد من الحلويات وشرب المزيد من القهوة. هذه الزيادة في تعاطي المخدرات تُفاقم المشاكل.

6/ **الشعور بانعدام المعنىFeeling of Meaninglessness:** هذا شكل شائع خاصة بين ضحايا الإحتراق النفسي الذين كانوا في يوم من الأيام متحمسين للغاية ومتفانين، والذي تم استبدال الحماس بالسخرية، كما يبدو العمل بلا فائدة.**(Beverly,1996,p.2)**

6. النماذج والنظريات المفسرة للإحتراق النفسي:

حسب Pierre canoui هناك خمس نماذج مفسرة للإحتراق النفسي وهي موضحة في الشكل التالي:



شكل (03) يوضح نموذج الاحتراق النفسي حسب Pierre canoui

6-1- مقاربة التحليل النفسيApproche Psychanalytique: في هذه المقاربة، تفسر السلوك الإنساني على أنه قوى داخلية تسبب الصراع بين الأنا والأنا الأعلى، و هذا الصراع الداخلي هو أصل المعاناة النفسية التي تكون موجودة منذ السنوات الأولى من الحياة ، و يبقى (العصاب الطفلي هو السبب الرئيسي)، إذن فالعمل هو عامل مفجر لهذه المعاناة، وهو المسؤول عن الاضطراب. و يقول: " **C Dejours** ": إن التحليل النفسي يستبعد أو غير مؤهل لعلم النفس المرضي للعمل، ويمكن القول أن فرضية الإحتراق النفسي لا تتعارض مع موقف التحليل النفسي، وأنه يمكن دائما تفسر سلوك الفرد إنطلاقا من هذه المقاربة . **(Pierre et all,2008,pp. 20-21)**

وفي تفسير هذه النظرية للاحتراق النفسي، على أساس أنّ الفرد لديه صراعات لاشعورية وهذه الصراعات تختلف من فرد لآخر حسب حدتها فإذا كانت أكثر حدة وعددا، فهؤلاء يرون ظروف واحداث حياتهم مسببة للضغوط وأساليب المواجهة تكون بكبت تلك الظروف، مع تنويه أن عملية الكبت ميكانزم دفاعي تجاه الضغوط، فجميع الأحداث السلبية تكبت في اللاشعور، وعملية الكبت هذه تحدث في السنوات الأولى من حياة الفرد(مرحلة الطفولة)، ونتيجة تكرار الصراعات والصعوبات المكبوتة يكون العمل هو

العامل المفجر للاحتراق النفسي، الذي يكون هذا الاخير ناتج عن مواقف وسلوك الفرد، وهو عبارة عن صراع بين رغبات يريد الفرد تحقيقها والتي تتعارض مع مكونات الشخصية وكفاءته مما ينشأ صراع بين هذه المكونات وينشأ الاحتراق النفسي.(**النوايسة،2013،ص19)**

6-2- **مقاربة الطب النفسي Approche Psychiatrique :** تؤكد هذه المقاربة على المحددات البيولوجية والشخصية في تطور الأمراض العقلية، وترى أن العمل ليس هو السبب الوحيد في حدوث المرض العقلي، فقد يكون هناك عامل رجعي هو الذي يحرك ويسبب إضطرابات التكيف، أما إذا كان العمل يبدو مصدر عدم التكيف فإنه يمكن إنطلاقا من الطب النفسي إعادة التأهيل والتكيف للنهوض وإعادة تقييم وإسترجاع الذات، وقد يتبين أنه بعد العلاج المطول لكثير من الأمراض العقلية المهمة، تبين أن العمل يمكن أن يكون مصدرا للمعاناة، كما يمكن أن يكون مصدرا للراحة.(**Pierre et all,.2008,pp. 20-21)**

6-3- المقاربة النفس- إجتماعية Approche Sociologique :

ادلر (Adler) : يرى ادلر إن للشعور بالنقص أهمية كبيرة في كل مظاهر عدم التوافق التي تركز على نوع التعويض ودرجة إمكانية القيام به، فالشعور بالنقص أو الدونية يدفع الفرد تلقائيا " للبحث عن التعويض وهذا التعويض قد يكون سلبيا"، وحينها سيستمر توتره وشعوره بالنقص والقلق، مع تأكيد على دور العوامل الاجتماعية في تشكيل حياة الإنسان ونموه، فالبحث عن أسباب الإضطرابات النفسية وعلاجها يعتمد على فهم تلك العوامل .

وبهذا يفسر **أدلر** الاحتراق النفسي بأنه الشعور بالنقص الذي يدفع الفرد للبحث عن تعويضات وعند الفشل في إيجادها يقع فريسة القلق وتوتر ويستمر الشعور بالنقص.

فروم (From): يرى فروم إن الاحتراق النفسي يعد تعبيرا عن الصراع الأساس القائم بين سعي الإنسان المشروع للتمتع بالحرية، وتحقيق الذات، والسعادة والاستقلال، وبين القوانين والنظم المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية القائمة في مجتمعه، والتي تعارض هذا المسعى لإحباطه وعدم تحقيقه، كما أشار فروم إلى وجود حاجات ضرورية للفرد يسعى لإشباعها حتى يشعر بالتوافق ويقلل من التوتر الناجم وهي (الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي، والحاجة إلى الشموخ (التعالي) والحاجة إلى الهوية، والحاجة إلى الانضباط الاجتماعي.

الاحتراق النفسي حسب فروم أنه التعارض القائم بين مسعى الفرد لتحقيق الذات وإبرازها وتحقيق السعادة والانتماء الاجتماعي، ولكن عند الإصطدام بواقع النظم والقوانين المؤسسة التي يعمل بها الفرد والتي تتعارض مع مسعاه وتقف حاجزا على عدم تحقيقه، يقع فريسة الاحتراق النفسي.

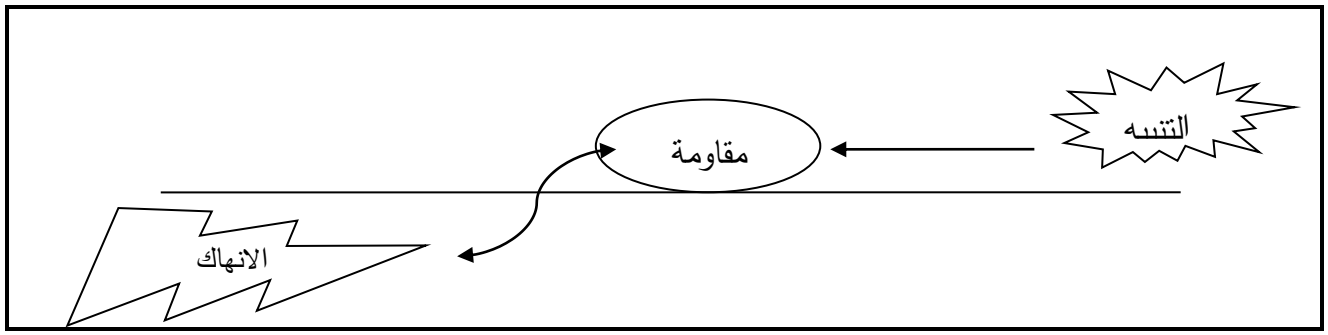
كارين هورني (Horney): ترى هورني إن مجموع الخبرات والصراعات هي جوهر بناء شخصية الفرد وهي المسؤولة عن تأهيله لأن يسلك طرقا معينة، وأكدت على أن الرغبة في التنافس ومتطلبات المجتمع تجعل الفرد بحالة مستمرة من الشدة والحصر والقلق، وتعتقد **هورني** إن الشخص يناضل في الحياة من اجل تحقيق ذاته وترى أن القلق والتوتر ينشأ عن ابتعاد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعي وراء صورة مثالية غير واقعية. **(التكريتي، و الجباري، 2014،ص 43)**

فلو أردنا تفسير نظرية **هورني** لتفسير الاحتراق النفسي فالبنسبة **لهورني** يحدث الاحتراق النفسي عند الشخص الذي يناضل وينافس نفسه وينهكها بطاقة تفوق قدراته من اجل الوصول للمثالية في العمل، وبالتالي يقع ضحية الاحتراق النفسي.

فكل وجهات النظر السالفة الذكر تصب في أن العامل الذي يكون أكثر إلتزاما لمهنته، يجد نفسه عاجز عن تقديم أهدافه وخدماته نتيجة متطلبات المجتمع مما يحدث لديهم حالة من عدم التوازن ويكون عرضة للإحتراق النفسي.

6-4- نظرية هانز سيلي: تعتبر أعمال هانز سيلي 1956-1976 من المساهمات في ميدان الضغط، فمن خلال ملاحظات سيلي 1956م قام بتطوير مفهومه المعروف بأعراض التكيف العامة، **General adaptation syndrome**، وضح أنه عند عرض الفرد لمثير يسبب الضغط، فإنه يقوم بحشد إمكاناته للعمل، والاستجابة التي تصدر عنه بحد ذاته غير محدد، أي أنها لا تختلف بإختلاف مسببات الضغط، وهذا يعني أن الفرد سيقدم نفس النمط من ردود الأفعال الفسيولوجية، بغض النظر عن سبب التهديد. حيث أن تكرار أو استمرار التعرض للضغط يتعرض الجسم إلى عوامل التمزق والاهتراء، وبالتالي الاحتراق النفسي. **(الدوري،2017،ص 16)**

وتتكون أعراض التكيف العامة من ثلاثة مراحل:



شكل(04) يوضح الأعراض الثلاثة للتكيف العامة عند سيلي

- **مرحلة التنبيه The Alarm stage :** وهي مرحلة التنبيه ويقوم الجسم بإستجابة بتغيرات نتيجة لمواجهته للموقف الضاغط من خلال خفقان القلب، نقص الحيوية في العضلات، انخفاض حرارة الجسم.أي يتم فيها تنشيط الجسد من اجل التعامل مع مسببات الاحتراق النفسي.
- **مرحلة المقاومة The Resistance :** تحدث نتيجة استمرار الضغط، وفيها تختفي الأعراض الجسدية التي حدثت مع ردود تنبيهية، حيث تكون قدرة الجسم غير كافية لمواجهة العوامل الخارجية المسببة للاحتراق النفسي، وتزيد المقاومة عن الحد الطبيعي التي تتطلب استخدام كبير لآليات التكيف، مما يؤدي لنشأة الاضطرابات السيكوسوماتية.**(الدوري،2017،ص 17)**
- **مرحلة الانهاك Exhaustion:** وتنشأ نتيجة التعرض الطويل الأمد إلى الأحداث نفسها المسببة للضغط، فعندما تكون المسببات قاسية وعنيدة بدرجة كبيرة يؤدي إلى إستمرار المقاومة بالتالي يُستنفذ كل سبل الممكنة في التعامل مع المطالب الزائدة للفرد، وفي النهاية يتم فقدان التلاؤم المكتسب ودخول في حالة إنهاك، وتلي هذه المرحلة مرحلة الاحتراق النفسي، التي يكون الفرد مستهلكا تماما انفعاليا، جسميا وسلوكيا، عقليا . وبهذا يصبح جسم الإنسان ضحية الافراط في توظيف الآليات دفاعه البيولوجي.**(لوكيا، و زروال،2006،ص55)**

6-5- المقاربة المعرفية:

- **نظرية التقدير المعرفي للإجهاد" لا زاروس وفولكمان Folkman & Lazarus" :**

تعتبر العملية المعرفية الحجر الأساس في هذه النظرية لتفسير الضغوط، حيث يرى كل من لازاروس وفولكمان أن أساليب مواجهة الضغوط تتحدد من تقييم الفرد للموقف، فالفرد يفسر المواقف أو الأحداث التي يتعرض لها، من خلال المكون المعرفي، فعندما يواجه الفرد موقف ما ويتم تقييمه على أنه ضار أو مهدد ويكون متحدي لتوافقه هنا ينشأ الضغط، ويعتمد الفرد لتقييمه على عوامل شخصية وعوامل خارجية

خاصة بالبيئة، وعوامل متصلة بالموقف نفسه، أي تحدث الضغوط عندما تزيد المطالب البيئة عن قدرات الفرد على المواجهة، ولتفسير الحدث الضاغط يركز على مرحلتين:

المرحلة الأولى: تقييم الموقف (تشير هذه المرحلة لطريقة تقيم الفرد للموقف وإدراكه له إذا كان مصدر تهديد أم لا أو إذا كان الحدث ايجابي أم سلبي، فالموقف السلبي يسبب ضرر وتهديد وتحدي يتجاوز امكانات الفرد ومصادر المواجهة، وتتأثر هذه المرحلة بالعوامل الشخصية للفرد: الاعتقادات ومواقف.

المرحلة الثانية: اتخاذ القرار (تحديد الطرق التي يمتلكها الفرد والتي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف الضاغط أي الخيارات المتاحة).

وفي ضوء التفسير المعرفي ينظر للضغوط على أنها عملية تتضمن ثلاثة أبعاد:

البعد الأول: الأحداث البيئية الضاغطة

البعد الثاني: تقييم الفرد أو حكمه المعرفي(التقييم المعرفي للموقف) على هذه الأحداث والمواقف، وما إذا كان الموقف يمثل تهديدا له أم لا، وهل هذا الإدراك يلعب دورا مهما للتعامل مع الأحداث التي يتعرض لها الفرد؟

البعد الثالث: استجابات التعامل مع هذه الضغوط، وما إذا كان لدى الفرد القدرة على التعامل معها أم لا(المصادر المدركة لدى الفرد في المواجهة). **(عبد الحميد،2016،ص ص 145-146)**

فالبعد الأول موقف الضاغط : مشكلات اجتماعية اقتصادية، وظروف العمل، الطلاق، والزواج الفشل في الامتحانات، **أما تقيمه المعرفي للموقف** فيكون من خلال تفسير الفرد للموقف، وهنا يكون الاختلاف فشخص يفسره على أنه ضاغط والآخر يفسره غير ذلك، **واستجابات التعامل** من خلال مصادر الفرد، فشخص يدرك انه ضاغط وليس له إمكانات للتعامل مع الموقف والآخر يعتقد أنّ له من الإمكانات تساعده على التعامل مع الضغط، فكل منهما يستجيب ويتعامل مع الموقف حسب ما لديه من مصادر المواجهة أي تتدخل (الفروق الفردية و الخبرات السابقة) وتنقسم المصادر لنوعين:

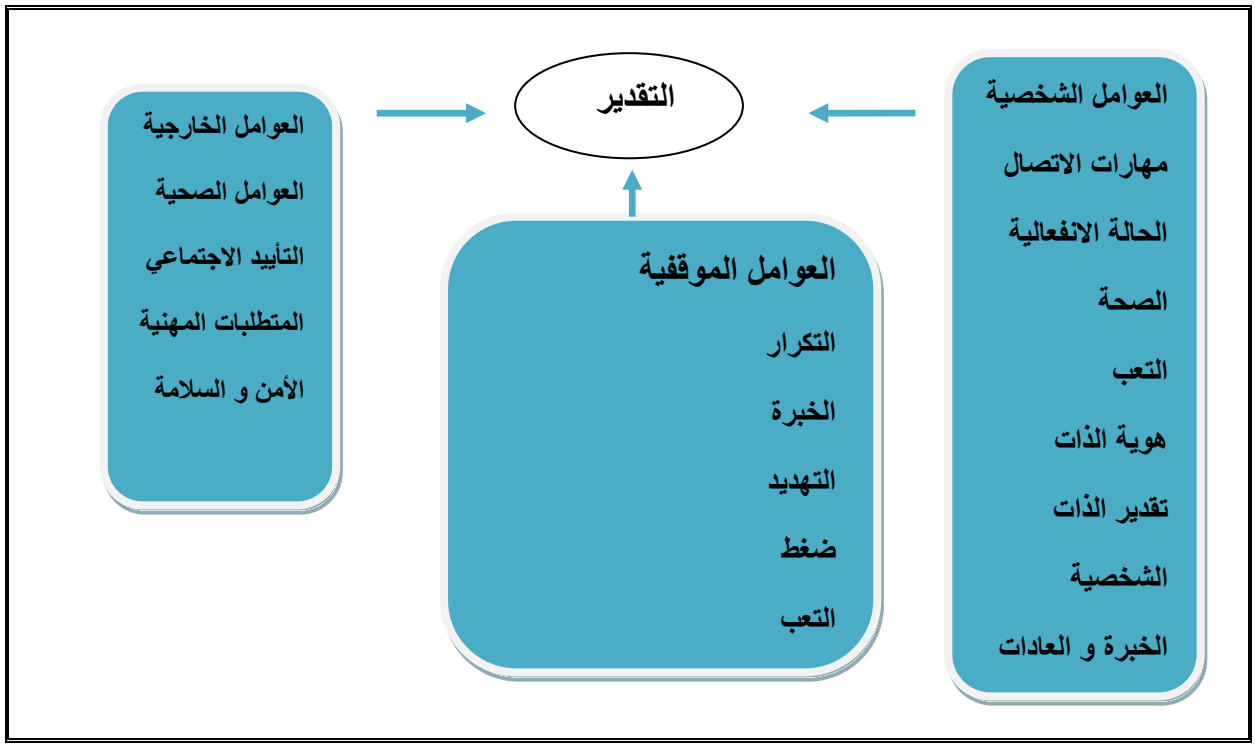
1- مصادر شخصية: تتعلق بخصائص الشخصية والمعرفية للفرد.

2- مصادر البيئية: ترتبط بجوانب البيئة الاجتماعية والمادية (الأسرية والاجتماعية والاقتصادية). **(السيد عبيد،2008، ص ص 130 -131)**

وما يمكن استخلاصه من هذه النظرية أن الاحتراق النفسي يتكوّن من خلال وجود اختلال في الجانب المعرفي، إذ يقل التركيز والانتباه ويختل الإدراك فالتعرض لمصدر الضغط لا يولد الاحتراق النفسي،

وإنما رد فعل وادراكه لذلك الضغط والتصرف نحوه من خلال الفروق الفردية والخبرات السابقة هو الذي يولد الاحتراق النفسي.

و يمكن تمثيل هذه النظرية في الشكل التالي:



جدول رقم (03)

يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغوط . (السيدعثمان،2001، ص101)

يتضح من خلال هذا أن الضغط الذي يواجهه الشخص يختلف من فرد لآخر، ويتوقف هذا على سمات الشخص وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط ومقاومته، وكذا حالته الصحية، ويتحول هذا الضغط إلى احتراق إذا ما كان إدراك الفرد للموقف سلبيا، فتقل مقاومة الفرد سواء الجسمية أو النفسية للفرد ، فينشأ الاحتراق النفسي.

- **نظرية أليس و بيك Beck & Elis :**

تلعب العوامل المعرفية دوراً في تحديد الأنماط السلوكية للفرد عبر المواقف التي يمر بها في حياته، ويرى **ألبرت إليس صاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني** أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد

تتوقف على الطريقة التي يدرك بها هذه الظروف، من خلال الاعتقادات اللاعقلانية التي يكوّنها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة.

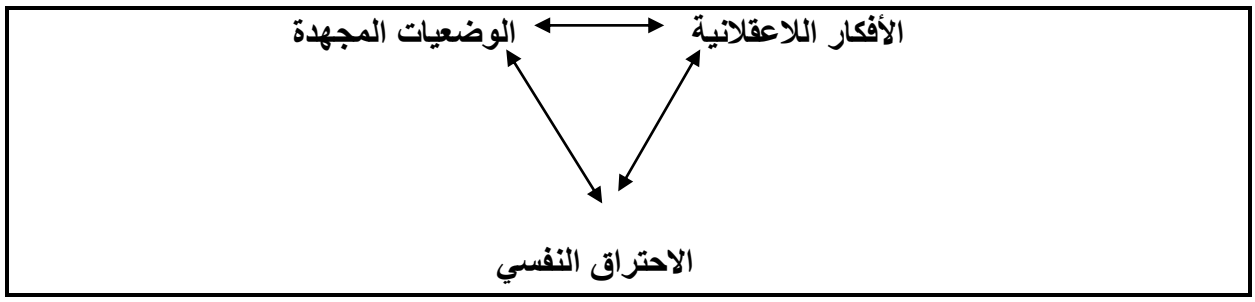
فهذه النظرية ترتكز على الدور الكبير الذي يؤديه المعتقد أو التفكير في نشأة الاضطراب الانفعالي والسلوكي، وصاغ إليس معادلته A B C :

A : الحدث الفعال أو التجربة. B : التفكير أو المعتقد. C: رد الفعل (الاضطراب العاطفي)

A ليس السبب المباشر ل **C** و **C** هي سبب **B** فالتفكير أو المعتقد قد يكون عقلاني أو العكس، فإذا كان التفكير عقلاني و واقعي **B** فرد الفعل سيكون معقول ومنطقي **C** ، أما إذا كان المعتقد والتفكير غير عقلاني **B** فانّ رد الفعل سيكون غير عقلاني **C**.

فالفرد الواقع تحت الإحتراق النفسي إذا شعر بأعراض الإحتراق النفسي، فهي نتيجة للأفكار والمعتقدات B التي يستخدمها الفرد عن تلك المواقف المجهدة، وهكذا فإن نظام معتقدات الفرد وترميزه وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها، وتعريفه لها بأنها محبطة ومجهدة ومضايقة هو المسؤول عن الاحتراق النفسي وليست المواقف المجهدة نفسها. **(البرواري،2013،ص66)**

ونستنتج مما سبق أن هذه النظرية ترى أن مصدر سلوك الإنساني إنطلاقا من العمليات العقلية التي يدرك بها الفرد الموقف، فإذا كان الادراك إيجابيا ينتج عنه الرضا وإذا كان إدراكه للموقف سلبي يؤدي للإحتراق النفسي.



شكل رقم (05) يوضح الأفكار اللاعقلانية ودورها في ظهور الاحتراق النفسي

(إعدا الباحثة)

كما ويقترن العلاج المعرفي السلوكي باسم" **آرون بيك Aaron Beck** "، ويقوم هذا النموذج العلاجي على نفس الأسس السابقة، من حيث كل ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه

ذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأنّ ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعا في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي تعترض حياته ومن حيث أن الإنسان يشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة، وهو الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي، والذي يؤدي إلى الإجهاد وكذا للاحتراق النفسي.

(نصراوي،2015،ص ص 79-80)

وعليه تشير هذه النظرية إلى أن سلوك الإنسان يحدده مصدر داخلي، وهذا يعني أن الانسان عندما يكون في موقف معين فإنه سوف يفكر في هذا الموقف ومن ثم يحاول الاستجابة من اجل الوصول إلى هدف محدد، و إذا استطاع الانسان أن يدرك الموقف إدراكاً " إيجابياً" فإن ذلك سيقوده بالضرورة إلى حالة من الرضا والتوافق الايجابي معه في حين إذا أدرك الإنسان هذا الموقف إدراكاً " سلبيا" فإن النتيجة يؤدي إلى ظهور أعراض الاحتراق النفسي عليه **(التكريتي، و الجباري، 2014،ص43)**

فالاستراتيجيات والطرائق المعرفية تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة ومحاولة الفرد فهم الموقف وتقيمه من جوانبه كلها مما يساعد على الوقاية من التعرض للاحتراق النفسي.

6-6- المقاربة السلوكية: تختلف هذه النظرية عن وجهات نظر المعرفيون، فأصحاب هذه النظرية يرجعون إلى أن السلوك الإنساني يمكن التنبؤ به قبل وقوعه وهذا من خلال التفاعلات المتبادلة لدى الإنسان والبيئة التي يعيش فيها، أي أنّ السلوك هو نتاج الظروف البيئية إلى درجة كبيرة، إلا أن هذه النظرية لم تتجاهل مشاعر الإنسان وأحاسيسه وإدراكاته التي تتأثر بعوامل بيئية، فالاحتراق النفسي حسبهم هو حالة داخلية مثله مثل القلق والغضب، وأيضا ينتج من خلال العوامل بيئية فإذا ما تم ضبط تلك العوامل فإنه من السهولة التحكم بالإحتراق النفسي. وهذا ما تؤكد عليه العديد من الدراسات والنظريات العلمية في أهمية وضرورة تعديل السلوك، لضمان درجة عالية من الأداء والإنتاجية في مجالات العمل المختلفة.**(التكريتي، و الجباري، 2014،ص42)**

6-7 -بعض النماذج المفسرة للاحتراق النفسي :

❖ **نموذج Cherniss 1985 للاحتراق النفسي:**

ظهر النموذج الأول للإحتراق النفسي منذ **Cherniss 1980** ، حيث قام تشرنيس وزملاؤه بإجراء مقابلات مع 28 متخصصا مبتدئا في أربعة مجالات من الخدمة منها: مجال الصحة العقلية، ومجال القانون، ومجال التمريض في الصحة العامة، ومجال التعليم الثانوي، وتم مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين.

من خلال المقابلات والملاحظات التي أجراها هؤلاء المهنيين، حدد **تشرنيس** في هذا النموذج التفسيري المتغيرات التي تساهم في تطور الإحتراق النفسي، من خلال ثلاث مجموعات من المتغيرات التي تساهم في تطور الإحتراق النفسي كما يلي:

أولا :خصائص محيط العمل:

تتفاعل عدد من خصائص محيط العمل مع الأفراد الذين يدخلون الوظيفة لأول مرة ولهم توجهات مهنية معينة، ومطالب عمل زائدة، ويحتاجون إلى مساندات اجتماعية، تؤدي هذه العوامل إلى التعرض لمصادر معينة من التوتر والضغط بدرجات متفاوتة، ويستخدم بعض الأفراد مع هذه العوامل الضاغطة تقنيات واستراتيجيات لحل المشكلات النشطة، بينما يتعامل الآخرون من خلال اللجوء إلى أساليب واستراتيجيات سلبية في المواقف التي حددها تشرنيس، ويحدث الإحتراق النفسي حسب تشيرنيس مع مرور الوقت ويمثل الطريقة الوحيدة للتكيف أو التعامل مع مصادر معينة من الضغوط.

وقد حدد تشرنيس خصائص محيط العمل في ثمانية منبئات لمتغيرات الاتجاهات السالبة، والتي تشكل الاحتراق النفسي، وهذه الخصائص تتمثل في:

–التوجيه في العمل – عبء العمل – التحفيز او الاستثارة في العمل –الإستقلالية – الاتصال بالعملاء – الأداف المؤسساتية – الاشراف –العزلة الاجتماعية.

ثانيا :المتغيرات الشخصية:

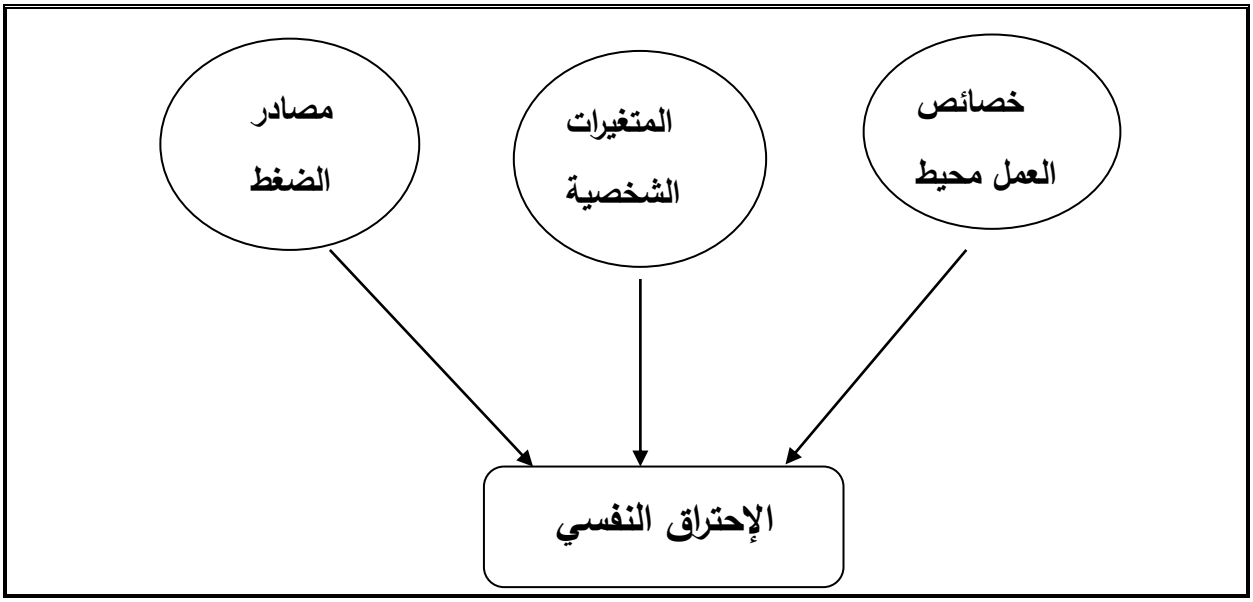
حيث تؤثر بعض المميزات الفردية (عبر مصادر الضغط) على الإحتراق النفسي، وهي تضم الخصائص الدعم الاجتماعي خارج محيط العمل . **(Richardsen and Burke,1995,p.32)**

ثالثا :مصادر الضغط:

تنجم مصادر الضغط حسب تشرنيس عن عدم قدرة العامل على إحتواء حقيقة العمل من خلال الصدمة بين واقع العمل اليومي وبمعنى آخر التوقعات الأولية المتعلقة بالعمل، والوهم المهني بممارسات صلاحياتهم وتلك الخاصة بتعاون الزبائن، إستقلالية النشاط و" تحقيق الذات "والمناخ التنظيمي.**(Brunette et vivlane,2001,p.167)**

قد وضع تشيرنس خمسة مصادر للضغط كمقدمات للاحتراق النفسي وهي:

–عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة – المشاكل مع العملاء –التدخل البيروقراطي – نقص التحفيز والإنجاز –عدم مساندة الزملاء إو الإفتقار للزمالة. **(Richardsen and Burke,1995,p.33)**



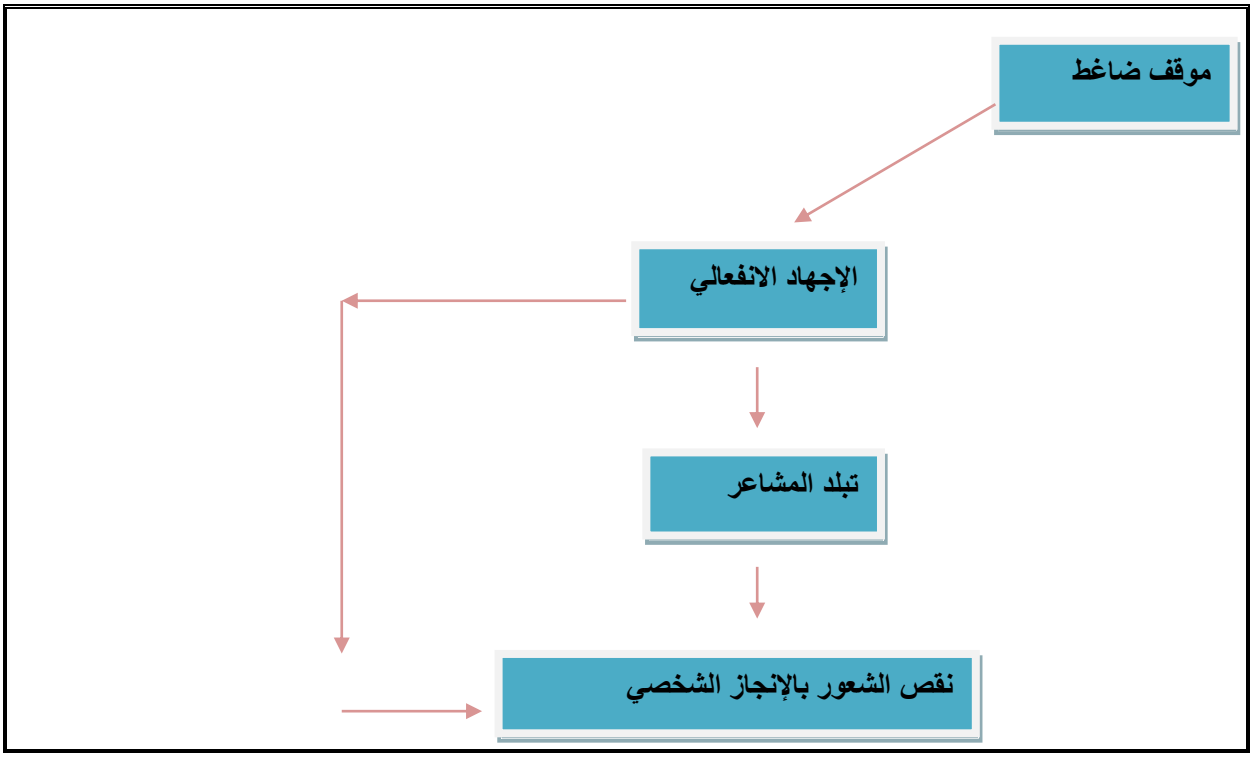
شكل (06) : يوضح نموذج تشرنيس للإحتراق النفسي (إعداد الباحثة)

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

❖ **نموذج ماسلاتش للاحتراق النفسي** : و يتكون من ثلاث أبعاد هي:

1.الإجهاد الانفعالي 2.تبلد الشعور 3.نقص الشعور بالإنجاز الشخصي

وتشير **ILisabeth Grebot (2008)** في شرح أبعاد ماسلاتش بأن الاحتراق النفسي، يبدأ بالإجهاد الانفعالي ثم تبلد المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز، وتبرر بأنه يمكن تقييم هذه الأبعاد الثلاثة بإستخدام إستبيان **Maslach** .



شكل رقم (07) يوضح أبعاد الاحتراق النفسي حسب ماسلاتش و جاكسون

(Grebot,2008,p111)

❖ **نموذج ليتر للاحتراق النفسي(1989):**

وقد إفترض ليتر إفتراضين :

الأول هو أنّ المكونات الثلاثة للاحتراق النفسي تؤثر على بعضها البعض بمرور الوقت.

والثاني هو انّ الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي تختلف علاقتها بظروف البيئية وخصائص الفروق الفردية.

كان مركز إهتمام Leiter(1993) منذ البداية على الانهاك العاطفي، ويعرف هذا نموذج الانهاك العاطفي **Emotional Exhaustion** على أنّه رد فعل للضغوطات المهنية، فحسب هذا النموذج الإنهاك العاطفي هو المكون الأول للاحتراق النفسي وهو الذي يتطور أولاً، لأنه أكثر إستجابة لمتطلبات والضغوط الوظيفية، يحاول العامل التعامل مع مشاعر الإنهاك العاطفي، من خلال تبلد المشاعر (اللانسنة) في علاقتهم مع العملاء، عندما يفقد العام المكون الشخصي في العلاقات مع العملاء وهي (الانسانية) تتضاءل مشاعر الانجاز مما يؤدي إلى حالة الاحتراق النفسي.

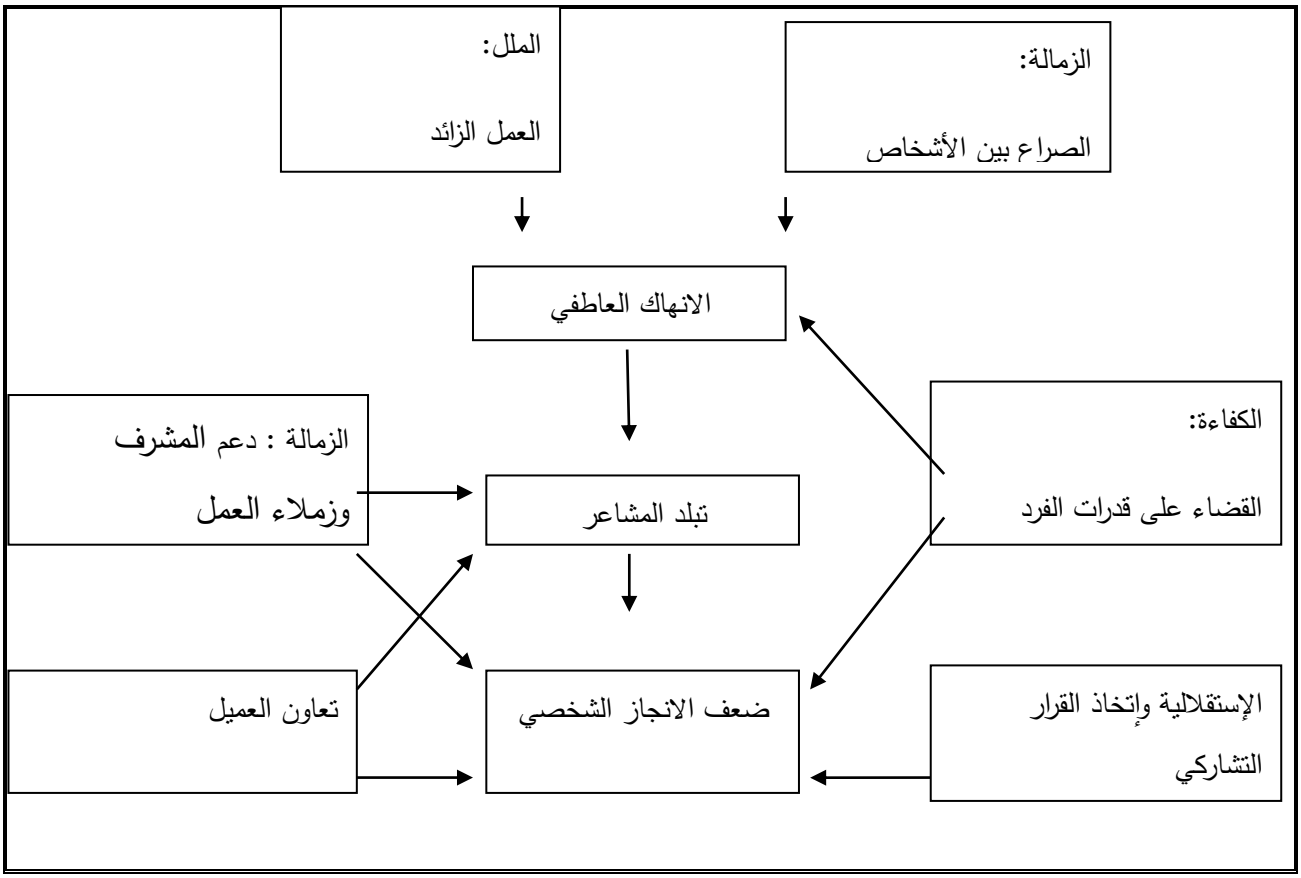
كما يفترض هذا النموذج أيضا بأن الشعور بالإنجاز المهني يتطور بصفة مستقلة عن الإنهاك الإنفعالي، حيث أن الإرتباط الذي يوجد بينها يمكن إرجاعه للعلاقة التي يتقاسمانها مع متغيرات أخرى. **(Richardsen and Burke ,1995,p p. 35-37)**

ويقدم نموذج ليتر دورا مركزيا في الصراع بين تطلعات الفرد الشخصية والقيود التنظيمية في المؤسسة التي يعمل بها، حيث تساهم الضغوط الملازمة للعمل في: زيادة عبء العمل **work overload** والروتين الممل **Dull routine**، الصراع مع زملاء العمل والإداريين، نقص الإستقلالية وغياب القرار، **(Zekeriya and selahiddin,2019,p.93)**

يكون تأثير هذه الضغوط على تبلد الشعور والانجاز الشخصي إلى الحد الذي يكون لها تأثير على الانهاك العاطفي، ويقترح أن توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل والعلاقات الايجابية من طرف الزبائن ودعم المشرف تؤثر على الإنهاك الإنفعالي والشعور بالإنجاز المهني كما تؤثر على الجوانب الأخرى المؤدية للاحتراق النفسي.

ولاقى نموذج ليتر دعما كبيرا من خلال العديد من الدراسات حيث وجدت دراسة **Lee and achforth** أن الانهاك العاطفي كان مقدمة لتبدد الشخصية وكان الانجاز الشخصي كدالة مباشرة للإنهاك العاطفي.

كما وقد لاحظ العلماء أن علاقة الانجاز الشخصي بمكونات الاحتراق النفسي الأخرى تخضع للتأثير جوانب مختلفة من بيئة العمل. **(Richardsen and Burke ,1995,pp. 35-37)**



شكل رقم (08): يوضح نموذج ليتر Leiter للإحتراق النفسي

❖ نموذج Boudoukha إقتراح تقييم وتشخيص اضطراب الاحتراق النفسي أو الاحتراق المرضي:

على الرغم من الاهتمام الذي يثيره هذا النموذج إلا أنه يطرح مشكلتين كبيرتين، إذ أنّه ينظر أولا إلى الاحتراق النفسي بطريقة جدّ صارمة معتبرا أنّه معاناة مهنية، وهو ما يعزل المجالات غير المهنية التي يلاحَظ فيها الاحتراق النفسي، ومن جهة أخرى فإنّ هذا التصنيف لا يميّز بين الاحتراق النفسي والاحتراق المرضي، إذ يبدو أنّه من الضروري أن نميّز بين شكلين من أشكال الاحتراق النفسي:

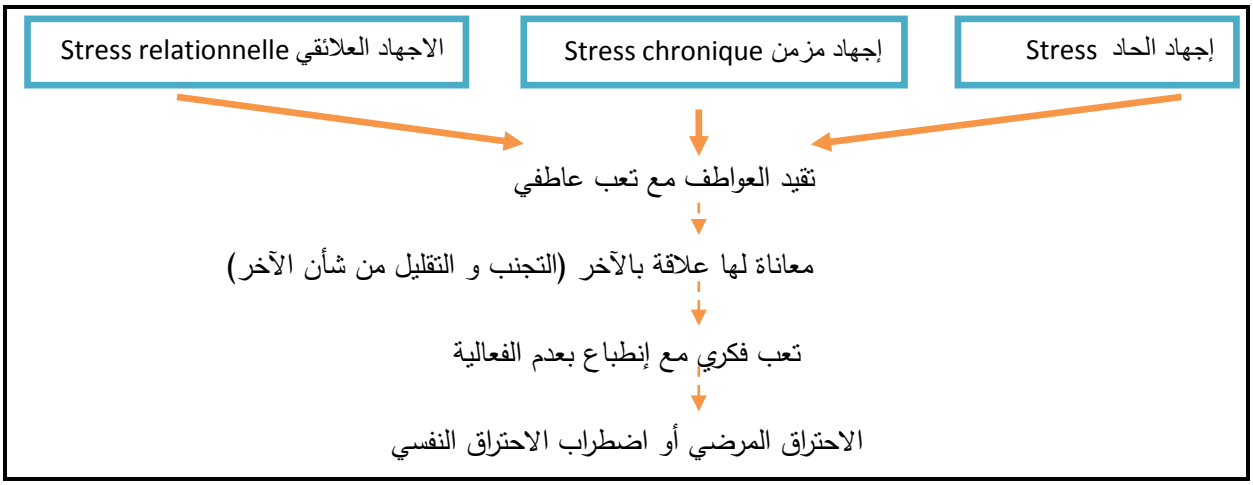
- الاحتراق النفسي كموضوع بحث: يتعلق الأمر هنا بالمعاناة الشديدة التي يعبّر عنها المهنيون، خاصة بسبب المواقف العصيبة المزمنة التي يواجهونها، لذلك سنجد أشخاصا مصابين بالاحتراق النفسي بشكل أو بآخر، كما أنّ هذا الاحتراق راسخ داخل مجال العمل .
- الاحتراق النفسي كمفهوم نفسي مرضي: والذي يحدّد الأشخاص الذين يعانون بكثرة من الضغوطات المزمنة التي يتعرضون لها، لدرجة أنّ حالتهم السريرية السيئة تتطلب تدخلا من أجل العلاج النفسي .

بغرض تمييز هذا النوع الأخير عن السابق، ارتأينا أن نستخدم مصطلحات على شاكلة الاحتراق المرضي **burn out pathologique**، والاحتراق المختل وظيفيا **burn out dysfonctionnel** ، والاحتراق السريري أو اضطراب الاحتراق **burn out clinique** أو **trouble de burn out**.

"أعمالنا السريرية والتجريبية تقودنا إلى الاحتفاظ بنوعين من الاحتراق النفسي" (بودوخا Boudoukha 2006)، وبالتالي فإنّه يمكننا تمييز الاحتراق المرضي من خلال المعاناة المهنية، حيث يتعلق الأمر بمعاناة نفسية ناتجة عن ضغوط علائقية مسببة للأمراض لا يمكن للشخص التأقلم معها، مما يمنحه انطباعا بأنه مسجون، ومحاصَر، ومُقيَّد في هذه العلاقة.

قام بوصف هذه الحالة النهائية من خلال ثلاثة أبعاد (أنظر الشكل)

- ✓ **البعد العاطفي:** لا يستطيع المريض تسيير عواطفه المعتادة، إذ يشعر بعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، خاصة الإيجابية منها، كما يظهر التعب العاطفي، مما يعطي للجدول السريري انطباعا بالبرودة أو الحزن، حيث يعبّر المريض عن أنّ إحساسه وتعبيره عن بعض المشاعر يجعلانه يستنزف الكثير من الطاقة.
- ✓ **البعد العلائقي Une dimension relationnelle** : يشكو المريض من صعوبات علائقية، حيث يصبح الطرف الآخر، الذي كان في السابق مصدرا للراحة، ويصير مصدرا للتوتر والمشاكل أو عدم الارتياح، كما سيتهرّب المريض من العلاقات والتفاعلات أو الانخراط مع الآخرين، الأمر الذي قد يمثّل سلوكيات تنمّ عن الازدراء، والسخرية، والغطرسة، بل حتى عن تصنيف للمواقف.
- ▪ **البعد المعرفي Une dimension cognitive** : نلاحظ شكاوى متعلقة بالتعب الفكري، علاوة على أنّ محتوى الأفكار يدور حول الشعور بعدم الفاعلية الشخصية.



شكل رقم (09) نموذج الاضطراب الاحتراق أو الاحتراق المرضي

(Boudoukha,2009,pp. 24-25)

7. آليات الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي:

تهدف التدخلات الموضوعة إلى التقليل من آثار الإحتراق النفسي أكثر من التركيز على الحد منها، بعبارة أخرى غالبا ما تركز البرامج أو تهدف إلى تعليم الفرد كيفية التعامل مع تلك التوترات وضغوطات والإعتماد على إستراتيجيات مناسبة للتكيف مع الظروف أو تجاهلها.

بالنسبة ل **Trouchot (2004)** ميز بين ثلاثة أنواع من الوقاية:

الوقاية الأولية- الوقاية الثانوية- الوقاية الثالثة.

أ- **الوقاية الأولية:** تهدف إلى منع الاحتراق النفسي عن طرق القضاء أو التقليل من مصادره.

ب- **الوقاية الثانوية:** وتشير إلى التدخلات التي تهدف إلى تخفيف التوترات التي يشعر بها الموظف.

ج- **الوقاية الثالثة:** تتعلق بعلاج الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي.

- وفقا للتجارب التي أجريت على الإجهاد فإن هناك طريقتان لمنع وتقليل الاحتراق النفسي، أو تقليل من آثاره على المؤسسة والفرد

1- تغيير بيئة العمل.

2- قدرة الفرد على التعامل مع الإجهاد. **(Boulakroune,2008,p.107)**

7-1- علاج الاحتراق النفسي:

يقول **Godfrey(1990)** تم استخدام طرائق مختلفة لخفض الاحتراق النفسي في مواقف العمل، أما **Hudson et all (2004)** فقد تحدثت عن تقنيات والوسائل الفعالة في خفض ضغط العمل منها التدريب على صياغة الأهداف، حل المشكلة، إدارة الوقت، الاسترخاء **La relaxation** ، تأكيد الذات **L'affirmation de soi** ، **Technique cognitive** (**ترجمة غباري،2018 ،ص 536**) وتبدأ برامج إدارة الاحتراق النفسي بتقييم مشكلة الاحتراق النفسي كل حالة على حدى، التعرف على أوجه القصور وإمكانات التغلب لدى كل واحد منهم، ووفقا لنتيجة التقييم يتم تعليم الأفراد مجموعة من التقنيات للتغلب عليه. (**جميل رضوان،2007 ،ص297**)

وتكمن فعالية مهارات المواجهة المعرفية السلوكية للتعامل مع مختلف الضغوط المسببة للاحتراق النفسي التي يتعرض لها العامل في البيئة وتعتمد فنيات السلوكية على التدريب على الاسترخاء والاستجابات التوكيدية، واجبات المنزلية، أما المعرفية الاقناع المنطقي وتعلم نموذج ABC ، التدريب على التعليمات الذاتية(أحاديث الذات) **Self-Instructional** ، ونذكر منها:

أ -**الإسترخاء La relaxation** : يعتبر الاسترخاء فنية من فنيات السلوكية التي صممت لتؤثر في الخبرة الفسيولوجية الناجمة عن التعرض للضغط، وذلك عن طريق تقليل الاستثارة، فهو يقلل من التوترات العضلية والنفسية والتخفيف من الاحتراق النفسي، وتغطي هذه التقنية مجموعة متنوعة من الأساليب أو تمارين منها:

- **الاسترخاء العضلي ل إدموند جاكوبسون Jacobson Relaxation** عرف الاسترخاء على أنه عملية إرخاء العضلات، تعتمد طريقته على تناوب بين انقباض العضلات وارتخائها لثلاث عشرة عضلة، يتم تدريب الأفراد على إرخاء العضلات في كل أجزاء الجسم بشكل تقدمي، إلى أن ينعدم التوتر، هذه التقنية فعالة بالأخص مع الأشخاص الذين لا يتكيفون بشكل جيد مع الطرق الأخرى النفسية.
- **التدريب الذاتي ل شولتز Schultz** تتكون من مجموعة من التمارين التي تسمح بالإحساس بالثقل والحرارة وتنظيم القلب والتحكم في التنفس بحيث لا يتنفسون أكثر من 6 إلى 8 مرات في الدقيقة.**(Elisabeth,2008,pp. 197-199)** ويعتبر الإفراط في التنفس، يحث الجسد بشكل

آلي على تنشيط آليات إعادة التنظيم، التي يمكن أن تسبب أعراض الاحتراق النفسي أو تشبهها كالدوران والتنميل ومشاعر البرودة في أطراف الجسم، فشعور بقصور التنفس تؤدي بالفرد إلى الإسراع فيه كوسيلة لإدخال الأكسجين مما يؤدي إلى أحيانا للإصابة بنوبات هلع، لهذا يعتبر تعليم الفرد طريقة تنظيم التنفس بطريقة شعورية من الأمور الضرورية .**(جميل رضوان،2007 ،ص299)**

تجدر الاشارة إلى أنّ التدريب المستمر على الاسترخاء على يد أشخاص ذو خبرة و كفاءة، يؤدي في النهاية إلى إتقانه وممارسته بشكل دوري، يؤدي إلى الإحساس بالتحسن وسلامة أجسادنا نفسيا وجسميا والتقليل من الإجهاد والاحتراق النفسي.

ب- التدريب على العمليات الذاتية : في هذا النمط من علاجات يتم علاج الأحاديث السلبية مع ذات التي تساهم في حدوث المشاعر اللامنطقية التي تزيد من مستوى الاحتراق النفسي، فعندما تكون الأحاديث الذاتية التي يقولها الفرد لنفسه عن نفسه عبر مواقف حياتية التي يتعرض لها سلبية فإنها تسهم في ظهور المشكلات السلوكية لديه وعندما تكون الأحاديث الذاتية موجبة فإنها تحسن من قدرة الفرد على التحكم في سلوكه، وانفعالاته، ويركز التدريب على هذه الفنية على كيفية استخدام التعبيرات الذاتية في تغيير السلوك وحل المشكلات، فهي تساعد الافراد على تكوين تعبيرات ذاتية موجبة بدلا من تعبيرات واحاديث سلبية غير توافقية التي تساهم في حدوث الاحتراق النفسي، وعلى هذا فهذه التقنية تعتبر مكون هام في برامج التدريب على تعديل السلوك التي أعدها ميتشينبوم من خلال فرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا في تحديد الانفعالات والسلوكات التي يسقومون بها، وعليه فلا بد للفرد أن يتوقف عن التعبيرات الذاتية السلبية واستبدالها بتعبيرات ذاتية ايجابية فأفضل طرق للتغلب على الحديث السلبي هو أن يكون الفرد على وعي بالأحاديث السلبية التي يرددها بينه وبين نفسه.

ولقد حظي مفهوم احاديث الذات بإهتمام كبير لدى العديد من علماء النفس المعرفي مثل **(بيك ، Beck1976) و (إليس 1962) و(ماهوني Mahoney 1974). (طه،2008،ص ص295-296)**

فحسب **Elis** الانسان مخلوق عاقل وبإمكانه تجنّب الاضطراب العاطفي وبتعلم التفكير العقلاني ويقوم المعالج على مساعدة المريض بالتخلص من تلك الأفكار اللاعقلانية و تعويضها بأخرى عقلانية من خلال خطوات، ففي الخطوة الأولى يوضح المعالج للمريض بأنه غير منطقي من خلال مساعدته للبحث

لماذا وكيف أصبح هكذا، أما الخطوة الثانية يوضح المعالج فيها للمريض بأن الاضطراب سيستمر إذا ستمر تفكيره غير المنطقي، وتفكير الحاضر اللاعقلاني والأحداث القديمة هي سبب وضعيته، أما الخطوة الثالثة تم فيها تشجيع المريض على تغيير تفكيره وترك الأفكار اللاعقلانية، وهذا بمساعدة المعالج أما الخطوة الأخيرة يتم فيها التعامل مع الأفكار اللامنطقية للمريض، من خلال تجنب الوقوع كضحية لتلك الافكار الغير المنطقية. **(جنادي،2013،ص149)**

بمعنى آخر، الهدف الذي يرمي إليه المعالج على إقناع المفحوص بأن معتقداته غير منطقية، وغير عقلانية، فتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تؤدي لسوء التكيف الذي يعيشه المفحوص، كما يهدف العلاج لتعديل الإدراك المشوه وإبدال طرق للتفكير أكثر ملائمة فلتقويم التفكير لا بدّ أن يكون حديث النفس أكثر منطقية وأكثر ملائمة مما يؤدي على إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المفحوص.

ج- تأكيد الذات L'affirmation de soi : يعدّ أسلوب تأكيد الذات أسلوبا مهما في تحصين ضد الضغوط النفسية بشكل عام، حيث يميل الفرد إلى تأكيد الذات وتحصينها، فالحاجة للتقدير تدفعه إلى السعي دائما لإحراز المكانة والقيمة الاجتماعية.**(السد عثمان،2001،ص145)**

د- الدعم الاجتماعي: بإمكان مساعدة الشخص على التغلب على الاحتراق النفسي عن طريق الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الشخص ممن حوله، فبإمكان أشخاص الذي يحبونه بدعمه بكل ايجابية عن طريق أخذ فترة راحة بعيدا، فإقناعه بأن ذلك الابتعاد هو ليس فشل من طرفه، ولكن هو ما يحتاجه الآن، أيضا إذا كان الاحتراق نتيجة لفقدان المثالية فبتأكيد تعمل كل من التعاطف والدعم على التخفيف من الاحتراق النفسي، أيضا يعمل الاحتراق النفسي عمل" **الحداد**" فالشخص الواقع تحته يكون وكأن شيء ما مات فيه وأنّ هناك خسارة حقيقية وهذه الخسارة تشمل فقدان للمثل العليا لذلك الشخص وستعمل أنظمة الدعم من خلال العثور على أشخاص جدد يحطون بالشخص، وأنشطة جديدة من طرفهم تمنح الإشباع، الدعم الاجتماعي لا يمنع الاحتراق النفسي ولكن يمكن تجنبه عن طريقه من خلال الاعتراف به وطلب المساعدة من الآخرين . **(freudenberger,1974,p.165)**

هـ- حل المشكلات : يعتبر أسلوب حل المشكلة كأسلوب معرفي لتعديل السلوك، يعمل على تزويد الفرد بالمهارات اللازمة لحل مشكلة اجتماعية التي يتعرض لها وإيجاد الحلول المناسبة لها والوقاية منها واكتساب أنماط سلوكية جديدة، حيث يقوم هذا الأسلوب على أساس خطوات حل المشكلات، وعلى

فرضية أن السلوك غير التوافقي أو المضطرب يكون نتيجة لعجز الفرد عن حل مشكلة بطريقة منظمة، حيث يحاول المعالج توجيه الشخص لأسلوب علمي للتعامل مع المشكلات التي تواجهه، فالتدريب على حل المشكلة يجب أن يتسم بالجدة وفاعلية ويعني قدرة على توليد أكار وحلول واستجابات بديلة قيّمة والتنوع في للإجابة على الأسئلة التي تثيرها المشكلة أو الموقف الاجتماعي.

ويعتمد التدريب على حل المشكلة مجموعة من الخطوات التي يُعتمد عليها في حل المواقف الصعبة والغامضة، ففي الخطوة الأولى تبدأ بالإحساس بالمشكلة وتحديدها، ثم جمع المعلومات حولها، ثم وضع فروض خاصة بالحل، ثم التحقق من صحة الفروض، وإعطاء استجابات بديلة، ثم تقييم البدائل، واختيار الأنسب من البدائل، وتجدر الإشارة أن خطوة إعطاء استجابات بديلة تعتمد على أسلوب العصف الذهني، هذا الأخير يشجع أي فكرة تبتعد عن المألوف، مع عدم نقدها أو سخرية منها مهما كانت الفكرة سخيفة، مع تشجيع الأفراد على إعطاء أفكار أكثر وكلما كانت الفكرة نادرة تكون أفضل. **(طه،2008 ،ص ص 302-304)**

على ضوء ما تقدم يعتبر أسلوب حل المشكلة كأسلوب معرفي، في التعامل الفعال مع الأحداث الضاغطة في جميع المواقف المؤلمة، من بينها الاحتراق النفسي، بحيث يهدف هذا الأسلوب لتنمية مهارات حل المشكلة ومساعدة الأفراد المحترقين على توليد أفكار جديدة ومبتكرة تساعدهم في التعامل مع الوضع الضاغط المسبب للانفعالات السلبية التي ينتجها الاحتراق النفسي، وبالتالي تمكنه هذه المهارة من إيجاد الحلول المناسبة للمشكلة التي تعترضه، بحلها بدلا من التصرف، وبذلك تنعكس إيجابا على تقديرهم لدواتهم وتحقيق أهدافهم .

7-2-آليات الوقاية من الاحتراق النفسي: يقول **christopher peterson** : " مثل العديد من الأكاديميين أمضيت سنوات شبابي في تأجيل العديد من الأشياء التي كانت لتسعدني، منها قراءة الروايات وتعلم الطهي وأخذ دروس في التصوير الفوتوغرافي، وممارسة الرياضة، كنت سأفعل كل هذه الأشياء عندما يكون لدي وقت، لكن وعندما أنهيت دراستي وتحصلت على وظيفة أدركت حينها أن لن يكون لدي وقت أبداً إن لم أخصصه أنا بنفسي." **(Wicks2007,pp. 42-43)**

وتحدث **Robert J.wicks (2007)** : "يجب على كل مهني الحرص على عدم الانسياق وراء المهنة إلى الحد الذي يفقد كل شيء له قيمة في الحياة معنى والاهتمام، فعلى الرغم من كون مهنة **clinician**

الاكلينيكي في معانيها جوهر كل عمل الناس، فالفرد يكرس نفسه لرفاهية الآخرين، هذا العمل سيكون جد رائع لما يحافظ الفرد على توازنه في حياته، ولكن إذا حدث عكس ذلك ستصبح حياة المرء ضيقة، ومشوهة، مما يؤدي إلى أثر سلبي على ذاته ويمتد حتى على حياة أسرته وعلاقاته الشخصية بما في ذلك المفحوصين"

أ- عناصر بروتوكول الرعاية الذاتية:

هناك عناصر أساسية للرعاية الذاتية يحتاجها كل الأشخاص لتجديد من أنفسهم بشكل مستمر والتي لا يتطلب العمل بها الابتعاد عن روتين العمل، و منها هذه العناصر ما يلي:

المشي الهادئ بمفردك- أخذ وقت للتأمل ومساحة لنفسك- القراء الترفيهية (سيرة ذاتية لآخرين تحبهم)- التمارين الرياضية الخفيفة- فرصة للاستراحة والضحك والخروج مع الأصدقاء-هواية (مثل البستنة, موسيقى..)- المشاركة في مشاريع وجمعيات- التنزه وزيارة أماكن للترفيه.- وجود العائلة والأصدقاء مرات متفاوتة خلال الأسبوع والشهر لتناول العشاء أو إحتساء القهوة أو ذهاب لنوادي برفقتهم- التسوق لشراء الأشياء و الحصول على المتعة بدون تكليف- الذهاب إلى الحمام- قراء شعر بصوت عالي ، مشاهدة فيلم قديم- البقاء في سرير لوقت متأخر عن المعتاد في العطلة- توطيد العلاقة الزوجية (هدايا، وأخذ وقت كافي برفقة بعضهم)- إصلاح حديقة صغيرة بها زهور- المشي لمسافة قصيرة بعد كل يوم عمل أو قبل العمل.- التفرغ ليوم العطلة للذهاب للمنتزه أو فندق به مساحات واسعة.

القائمة لا تزال طويلة ، فالشيء الأهم هو إدراك الحاجة لوضع هذه العناصر في جدول زمني لكل مهني، بحيث تمثل جزءا مهما من الوقت المتاح كل يوم -أسبوع-شهر. **(wicks,2007, p. 43)**

ب- تعزيز القوة الشخصية: لزيادة القوة الشخصية تعتبر خطوة الأكثر صعوبة هي إتخاد قرار إدارة حياتك و التي تتم عبر ثمانية مسارات:

- إدارة نفسك **Managing your self** : من خلال النظر إلى النجاحات للحفاظ على الحافز الذاتي للإستمرار.
- إدارة الإجهاد **Managing stress** : من المهم معرفة المواقف التي تثير استجابتك للقوة، فقوة الشخصية هنا تكمن في معرفة أنه على الرغم أنك لا تجد المواقف صعبة إلى أنه يمكنك تعامل معها بالمستوى المناسب بدلا من تجنبها.

- بناء الدعم الاجتماعي **Bulding social support**: يساعد النظام الاجتماعي القوي من (العائلة والأصدقاء و زملاء) العمل في حمايتك من التوتر والاجهاد.
- بناء المهارات **Skill Building**: فيها قد تواجه مهارات لم تواجهها من قبل، لذلك كان من ضروري إكتساب الثقة وترتيب نفسك لمواجهة التحديات الجديدة للتعامل مع ما هو غير متوقع.
- إدارة الوظيفة **Tailoring the job**: هنا من الأفضل وجود الشخص في العمل المناسب، هذا ليتناسب أسلوب العمل مع الوظيفة، ومن أجل إتقانها و العمل بشغف.
- تغيير الوظيف **Changing job**: أحيانا يكون الحل الأفضل هو تغيير الوظيفة، وأحيانا يترك الواقع في الاحتراق النفسي وظيفته من دون تحليل مصدر عدم الرضا، وتأتي قوة الشخصية في معرفة ما تحتاجه في الوظيفة وكيفية إدارتها قبل تغييرها.
- التفكير بقوة **Thinking powerfully**: في بعض الأحيان قد تبدوا المشاعر خارج عن السيطرة ولا يستطيع الفرد كبح أفكاره، ويستجيب لكل أمور سلبية أمامه، وتأتي قوة الشخصية في معرفة كيفية تفريغ التفكير من الأحاديث السلبية تركيز على التحديات التي تواجهه.
- الإنفصال عن الأشياء التي تزعج **Detached concern**: هو شكل من أشكال قوة الشخصية عن طريق التخلي عن الأشياء التي تزعج، وهذا الشكل مهم بالنسبة للأشخاص الذين يعملون مع حالات المستعصية الذين يشعرون بالعجز عند تعليق تفكيرهم.**(Beverly,1995,pp. 23-24)**

خلاصة الفصل: في ختام هذا الفصل الذي تم التناول فيه ظاهرة الاحتراق النفسي الذي يعتبر من المواضيع المرتبطة بمجال العمل، فبرغم من تتعدد المفاهيم التي تناولته إلا أنّها التي تصب في مجملها على أنه حالة من الانهاك الجسدي والانفعالي والنفسي تظهر على شكل إعياء شديد وشعور بعدم الجدوى و فقدان الأمل و تطور مفهوم ذات سلبي، واتجاهات سلبية نحو العمل والحياة والناس، وبالتالي فالتدخلات الموضوعة إلى التقليل من آثار الإحتراق النفسي تهدف إلى تعليم الفرد كيفية التعامل مع تلك التوترات وضغوطات والاعتماد على إستراتيجيات مناسبة للتكيف مع الظروف أو تجاهلها.

الفصل الثاني:

الصلابة النفسية

تمهيد

نظرة عن الصلابة النفسية

مفهوم الصلابة النفسية

الصلابة النفسية والمفاهيم المشابهة لها

أهمية الصلابة النفسية

أبعاد الصلابة النفسية

خصائص الصلابة النفسية

نشأة الصلابة النفسية

نظريات الصلابة النفسية

العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي

المتغيرات الشخصية المساعدة على الوقاية من الاحتراق النفسي

خلاصة

تمهيد :

تعتبر الصلابة النفسية طرح لعلم النفس الإيجابي، كما أنّها تعدّ من سمات الشخصية الايجابية التي تحمي وتقي من الضغوطات والمشاكل التي يتعرض لها الفرد خلال حياته، ومن أجل ذلك تناولنا هذه السمة من أجل البحث عن مفهومها وجذورها في شخصية الفرد وظروف ظهورها مؤشراتها، وخصائص الفرد الذي يتحلى بها، ومختلف الوجهات النظرية التي تناولتها بالتفسير.

1. نظرة عن الصلابة النفسية:

يقوم علم النفس الإيجابي على ثلاثة أعمدة: أولها دراسة الانفعالات الايجابية، وثانيها دراسة السمات الايجابية كالقوة والفضيلة، وأما ثالثها فهي دراسة المؤسسات الايجابية التي تدعم بدورها الانفعالات الايجابية وتساندها، كالثقة والأمل والإيمان ليس في يسر الحياة فقط وإنما في عسرها أيضا، ففي أوقات الصعبة يكون لبناء هذه الجوانب الايجابية في الحياة، أهمية تفوقها في يُسر الأوقات، فالأوقات العصيبة هي الأنسب لإظهار الكثير من مظاهر القوة.(**سليجمان،2002 ،ص ص 12-25)**

ومصطلح علم النفس الإيجابي من المصطلحات التي صاغها مارتين إي بي سيلجمان **Martin Seligman** سنة 1998م، فهذا المصطلح يمثل حركة في علم النفس تهتم بكل ما هو إيجابي في شخصية البشر أكثر من ما هو سلبي، ليخلص علم النفس من تركيزه الشديد على الجوانب السلبية للخبرة الإنسانية من قلق، اكتئاب، ضغوط ومن كل ما هو مدرج في الفئات المرضية، في الدليل التشخيصي للطب النفسي للجمعية الأمريكية، وبهذا يعيد علم النفس الايجابي التوازن لعم النفس من خلال الإسهام في دراسة الجوانب الايجابية للحياة وليس فقط الأبعاد والجوانب السلبية .(**أبو حلاوة ،2014 ، ص 13)**

وقد قام مارتن سليجمان وكريستوفر باترسون **Christopher Peterson (2006)** بجامعة ميشنغان **Michigan** في بداياتهم عملوا على نموذج الاكتئاب (**Peterson et all 1993 ,S.Mertin 1978)** ،حيث طوروا نموذج تجريبي للاكتئاب "**العجز المكتسب**"**P'impuissance apprise** ، الذي كان له تأثير كبير على الباحثين في علم النفس وفي تطوير علاجات معرفية سلوكية ،حيث تحول البحث في التشاؤم إلى علم النفس التفاؤل وحياة أفضل، وقد اقترح سليجمان نموذج " **التفاؤل المكتسب** "عام 1990م، ويستند هذا النموذج على اكتشاف الدوافع الايجابية لدى الفرد الذي له دوراً إيجابياً فهو صانع القرار ولديه خيارات وتفضيلات وإمكانات لأن يصبح بارعا لما يتوفر المناخ المناسب لذلك والعكس من

الدوافع السلبية فإذا توفر مناخا سلبيا فإنه يصاب بالعجز واليأس، لهذا أولى أهمية لدوافع إيجابية أكثر من سلبية.**(Cottraux,2012,pp. 3-4)**

وبهذا يكون علم النفس الايجابي كتوجه مضاد لتركيز علم النفس على علم النفس المرضي والاضطرابات النفسية، فعند ظهور علم النفس الايجابي من ثمانينات وتسعينات ارتكزت البحوث على دراسة الجوانب الايجابية في الشخصية، المرتبطة بالصحة النفسية، واتجهت على دراسة العوامل التي تساعد الأفراد على التوافق مع المواقف المختلفة، التي يتعرضون لها في الحياة ومن هذه العوامل "**الصلابة النفسية**" **Psychological Hardiness** أو الصمود **Resilience** عند تلقي الصدمات. **(معمرية،2019 ،ص48)**

فعلى مدار العقد الماضي، حظي الصلابة النفسية **Hardiness** بإهتمام كبير، بإعتباره من متغيرات الشخصية الذي يحتمل أن يخفف من آثار الإجهاد والضغوط على الصحة النفسية والبدنية(**Paula et all,1992,p.238**)، ويعود الفضل في تحويل مسار البحث في مجال الضغوط من مجرد دراسة العلاقة بين إدراك الأحداث الضاغطة إلى التركيز على متغيرات المقاومة، لجهود بعض رواد أمثال كوبازا (**Kobasa,1979,1982**)، **جارميزى** (**Garmezy,1983**)، و **مايكل راتر** (**Rutter,1990**)، وهولاهان وموس (**Holahan& Moos,1985,1986,1987,1990**)، ويشير هؤلاء إلى أن البحوث في مجال الضغوط يجب أن يتحول إلى التركيز على الصحة وليس المرض. (**مخيمر، 2002،ص3)**

في محاولات مبكرة **لكوباسا** (**Kobasa(1979**) لدراسة الصلابة النفسية (المتغير الوقائي) قامت بالبحث عن اصابة المدراء التنفديين، الذين يعملون في المستويات الادارية المتوسطة والعليا، لمعرفة لدى أي منهم تطورت الأمراض بسبب نمط الحياة الضاغط الذي كانوا يتعرضون إليه وتطوره لديهم.**(Kobasa,1982,p.392)** حيث لاحظت إصابة البعض منهم بالمرض والإحباط، في حين بدا البعض الآخر عكس ذلك بكثير، برغم من تعرضهم لنفس الظروف المضطربة، والمرهقة،**(Bartone,and stein,2020,p.10)** قامت في المرحلة الأولى بإستخدام مقياس تقدير إعادة التكيف الاجتماعي (**Social Réajustement Rating Scale**) وبناءا عليه قسمت المجموعة إلى فئتين هما: المديرون الذين تعرضوا لضغوطات كثيرة خلال السنوات الثلاثة الماضية، والمديرون الذين تعرضوا لضغوط أقل، بعدها قامت بمقارنة كلا المجموعتين فوجدت بأنّ الذين تعرضوا إلى ضغوط شديدة ولكنهم يتمتعون بصحة جيدة لديهم نمط شخصية متعدد المظاهر **Multifaceted Personality** اطلقت علية النمط الصلب.**(الدوري،2017 ،ص ص 118-119)**

إقترحت **كوبازا** الشخصية الصلبة **Hardy personality** كمصدر المقاومة الايجابية للآثار السلبية التي تخلفها أحداث الحياة المجهدة على الصحة، وعرفتها **Kobasa(1982)** :على أنها كوكبة من السمات أو خصائص الشخصية متكوّنة من (الإلتزام، التحكم والتحدي)، التي تعمل كمصدر للمقاومة ومواجهة الإجهاد ومُثرِية للحياة الإيجابية.**(Kobasa et all,1982,p.392)**

وعلى ضوء هذا يقول(**Bartone 2000**) أنّ الأفراد ذوو الصلابة المرتفعة يميلون لتفسير الأحداث المجهدة بطرق ايجابية وبناءة، وتفسير الأحداث على أنها تحديات وفرص تعليمية قيمة.(**barton et all ,2014,p.125**)

أما تاريخيا في بدايات عرض مفهوم الصلابة النفسية تأثرت سوزان كوبازا **S.Kobasa** بالعلماء الوجوديين، الذي يعرف بأعمال فرانكل **Frankle(1982)** التي أشار فيها إلى أنّ وجود معنى أو هدف في حياة الفرد يجعله يتحمل الاحباطات والضغوط، فالمواقف السيئة فرصة للنمو أكثر، كما يؤكد على ضرورة إيمان الشخص بالمستقبل وعلى إيجاد معنى للحياة، فدون ذلك لا يوجد معنى للحياة أو ما يسمى بالفراغ الوجودي، فالحياة معاناة والمهم أن نجد معنى لهذه المعاناة، فالعلاج بالمعنى يرتكز على مساعدة الفرد على إيجاد معنى للحياة والخروج من حالة اللامعنى إلى حالة المعنى، وإن لم يكتشف ذلك فإن حياته تصبح ضئيلة القيمة. ويلخص **ساهاكيان Sahakian1995 :**" إن المعنى موجود دائما وفي كل مكان، حتى في المعاناة ، والنوع الوحيد في المعاناة الذي لا يمكن احتماله، هو ذلك الذي يبدوا بلا معنى ، فإذا لم تستطع أن تفهم أسباب معاناتك، لن تتمكن من احتمالها".**(معمرية،2012 ،ص87)**

كما تأثرت كوبازا (1979, 1982) و **(1976 puccetti, and pines)** ، بعلماء النفس الإنسانيين على رأسهم **ماسلو وروجرز**، اللّذين أكدا على أن هناك بعض الأشخاص يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة رغم تعرضهم للضغوط والإحباطات، وبالتالي فإنّ مجال الدراسة يجب أن يركز على الأشخاص الأسوياء، الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم وليس المرضى، كما تأثرت كوبازا أيضا بالمنظور المعرفي **للازاروس(Lazarus,1966)**، الذي أشار إلى التقييم المعرفي **Cognitive appraisal** ، فالخصائص النفسية كالصلابة التي قد تؤثر في تقييمه المعرفي للحدث الضاغط ذاته، وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما يؤثر أيضا التقييم المعرفي لخصائص الفرد النفسية في تقييمه لأساليب مواجهة الضغوط،(مواجهة المشكلات- الهروب-التجنب- بحث عن المساندة).**(مخيمر،2002 ،ص 5)**

وعلى ضوء ما تقدم فالصلابة النفسية هي طرح لعلم النفس الايجابي وهي إحدى السمات الشخصية المناعية، تعدّ في مقدمة الطريق للمقاومة، وهذا للحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، والأداء والزيادة في الإنتاجية.

2. مفهوم الصلابة النفسية:

2-1- المفهوم اللغوي:

يعرف المعجم اللغة العربية المعاصرة صلابة ب : صلُب، صَلْب، صلابة، صفة مشبهة تدل على ثبوت من صُلْبْ، شديد وقوي، رجل صُلْب: ذو صلابة، إرادة صُلبة، هو صلب والصُّلب متين ذو مرونة عالية.(**عمره،2008،ص131)**

أما قاموس النفسي للصلابة النفسية فيعرفها: " الصلابة النفسية تعرف بأنّها القدرة على مقاومة الضغوط .**(الزيدان،2017 ،ص52)**

أما قاموس Oxford (2008): الصلابة **Hardy** قادرة على تحمل الظروف الصعبة والباردة، وما إلى ذلك الصلابة النفسية **Hardiness** . **(oxford,2008,p.202)**

2-2- المفهوم الصلابة النفسية وفقا لمجموعة من الباحثين:

فحسب **كوبازا Kobasa(1979)** :تتكون الصلابة النفسية من الالتزام مقابل الاغتراب **alienation** ، والتحكم Control مقابل العجز **Powerlessness** ، والتحدي مقابل التهديد **Threat** ، فالأشخاص ذو الصلابة النفسية العالية يلزمون أنفسهم في كل ما يفعلونه (الالتزام)، ويؤمنون ويتصرفون كما لو كان بإمكانهم التأثير على الأحداث المعرقلة لحياتهم(التحكم)، ويعتبرون التغيير ليس طبيعيا فحسب بل حاجز للتنمية والتطوير(التحدي). **(Kobasa ana Maddi,zola,1983,p.42)**

وفي تعريف آخر ل Kobasa(1979) : الأشخاص ذو صلابة نفسية هم محميون من الأحداث ومواقف الحياة المجهدة، لأنهم يتشاركون في بعض الاستجابات ، العاطفية، المعرفية، سلوكية، أيضا فالوقاية من الضغوطات يؤدي إلى تحسين الصحة العامة.**(Mund,2016,p.34-35)**

ووفقا لكوبازا، الأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية هم أكثر قدرة على تحمل الآثار السلبية لضغوط الحياة، وبالتالي أقل إحتمالية للإصابة بالمرض من الأفراد منخفضي الصلابة، وحسب كوبازا من المفترض أن مقاومتهم للمرض ناتجة عن إدراك التغيرات الحياتية على أنها أقل إجهادا، أو وجود موارد لدى شخص تمكنه من التعامل مع تلك التغيرات بأقل أضرار ممكنة.

كما عرفت كوبازا وجنتري Kobasa and Gentry(1984):" بأنها مجموعة من خصائص الشخصية والتي تتكون منها الصلابة النفسية ، والتي تساهم في تخفيف من الآثار غير الصحية المحتملة للإجهاد " .**(Allred ,and smith,1989,p.257)**

كما يفترض كل منهما أن الأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية ينخرطون في استراتيجيات تكيفية التي تنطوي على تحويل المواقف العصبية إلى تجارب أكثر ايجابية، على النقيض من الأشخاص منخفضي الصلابة يكونون غير قادرين على التكيف مثل: الإنكار، التجنب.**(Panla et wieb ,1992,p.238)**

وحسب **كوبازا و مادي (1984)**: هي إحساس عام بأن البيئة مُرْضِيَة والتي تقود الشخص إلى التعامل مع المواقف بفضول وحماس وإلتزام.**(Frunk,1992,p.335)**

و ينظر **لايتسي Lightsey** 1994 : "الصلابة النفسية أو المقاومة هي توقع الكفاءة الذاتية عند الفرد، على قدرته في مواجهة الضغوط والمشكلات، ويستعين هنا بمفهوم الكفاءة الذاتية الذي وضعه باندورا الذي يقرر أنّ الأشخاص الذين لديهم مستوى عال من الكفاءة الذاتية يميلون للقيام بسلوك يقودهم إلى نتائج طيبة، مع الإعتقاد بقدرتهم على القيام بذلك" .**(معمرية،2019 ،ص51)**

ويعرفها **مخيمر**: " بأنّها من أهم المتغيرات الوقاية والمقاومة النفسية للآثار السلبية للضغوط، والأزمات والصدمات والاحباطات".**(مخيمر،2002 ،ص5)**

أما **Maddi and khoshaba(2001)** : بأنّها مزيج من التفاعل بين الالتزام والتحكم والتحدي، فهي الشجاعة الوجودية لمواجهة الظروف العصيبة، بشكل مباشر وفعال مع دافع الجاد والبناء للتعامل معها.(**(Maddi and Harvey,2006,p.410**

أما **مادي Maddi 2004**: الصلابة النفسية تعدّ مزيجا من تلك المواقف التي تمدّ الشجاعة والدافعية والقوة اللازمة، لتحويل الظروف الضاغطة من مشكلات محتملة الوقوع إلى فرص للنمو الشخصي.**(Mund,2017,p.154)**

كما عرفاها أيضا : تحافظ الصلابة النفسية على آداء الناس وصحتهم، من خلال مساعدتهم على التفكير والتصرف بشكل بناء عند حدوث ظروف عصيبة.**(Maddi and khoshaba,2005,p.27)**

وأما **Funk**: متغير الصلابة النفسية هي خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة (المعززة) المحيطة بالفرد منذ الصغر.(**حراث ، 2020،ص26)**

أما **بارتون T.Barton (2006)** يرى أن الصلابة أكثر شمولا من مجرد إعتبارها كمواقف، ويتصورها كأسلوب شخصي واسع أو نمط عام يتضمن مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية، والسلوكية،

بالإضافة إلى الالتزام والتحكم والتحدي الذي يؤثر على كيفية رؤية الفرد لنفسه وتفاعله مع العالم من حوله.(**Mund,2017,p.154**)

ويعرفها **الخالدي (2009)** : بأنها" الطاقة المتمثلة في شعور الفرد بالاستقرار والطمأنينة، والإكتفاء الذاتي والسيطرة، والتحمل والالتزام، ولديه القدرة على التحكم الداخلي.**(الخالدي ،2009،ص47)**

أما **الشمري(2020)** فقد أعطى مفهوم عن الصلابة النفسية من خلال مصطلح المناعة النفسية حيث يعرفها يقول:" تعدّ المناعة النفسية نظاما وقائيا يعمل على تقوية الذات بحيث تساعد الفرد على التعامل والتفاعل مع الظروف البيئية الضاغطة، ويفسرها بأنّ لها أبعاد مميزة هي : التفكير الايجابي، الشعور بالضبط، والتحكم، الشعور بالتماسك والترابط، التوجه نحو الهدف، القدرة على حل المشكلات، الفعالية الذاتية ، الضبط الانفعالي، ضبط حدّة الطبع".(**الشمري،2020،ص ص 9-11)**

و**الدوري 2017**: "عرفها بأنّها حالة نفسية ايجابية التي يمكن أن يستخدمها الأفراد في مواقف الضغط، مما يساعد على حمايتهم" .**(الدوري،2017،ص121)**

ومما سبق الصلابة النفسية هي سمة من سمات الشخصية وخصلة إيجابية فيها، ومصدر مقاومة ووقاية ضد المشكلات والظروف العصيبة والضاغطة وتقبلها، وهذا من خلال تفاعل أبعادها الثلاث الالتزام،التحكم والتحدي، على التعامل التي تؤثر معا بشكل مباشر وفعال .

3. الصلابة النفسية والمفاهيم المشابهة لها : تشير كوبازا إلى أن مفهوم الصلابة النفسية يتشابه مع مفاهيم أخرى مثل الفاعلية الذاتية **Self –efficacy** لدى باندورا والتمساك **Coherence** لدى أنتونوفسكي. (**مخيمر،2002،ص5-6)**

وقد ذهب العديد من الباحثين إلى تسمية الصلابة النفسية بعدة تسميات فمنها: "المناعة النفسية" كما جاء بها الشمري، أيضا "المقاومة والوقاية" مثلما جاء بها مخيمر، و"الشجاعة الوجودية" **Maddi and khochaba**، و خالدي "المتانة النفسية".

وبعد الاطلاع تمكنا من إيجاد مصطلحات ذات علاقة مع الصلابة النفسية أو تشبهها ومنها:

3-1- الصلابة النفسية والمرونة النفسية (الرجوعية) الجلد:

ذكر كل من سامية القطان و مصطفى الحجازي وسامر جميل رضوان و ماري لين بول و مايكل ويكفيلد و مادي وخوشابا، مصطلح المرونة **Resilient** كمشابه للصلابة النفسية. وهذا من خلال التعاريف التالية:

فحسب Maddi and Khoshaba (2005) : فلكي تكون مرنا **To be resilient** يجب أن تتحلى بالصلابة النفسية. **(Maddi and khoshaba,2005,p.31)**

كما تتحدث **سامية القطان** عن المرونة **Resilience** وتعرفها من خلال : " تنطوي المرونة على مستويات ثلاثة:

- الاتزان الذي يعدّ بمثابة الأساس الذي لا غنى عنه
- إتخاذ القرار والمضي به إلى حيز التنفيذ في مواجهة المواقف، والثقة بالنفس، قوة الضمير، رغبة في الانجاز وتحقيق الذات.
- الدافعية القوية تبلغ بصاحبها حدود التحدي للمخاطرة في صعاب. **(عبد الواحد ابراهيم،2014،ص69-70)**

من الواضح أنّها تتحدث عن الصلابة النفسية من خلال الأبعاد الثلاث المكونة لها وهي (الالتزام والتحكم في المواقف، والتحدي)

كما عرفها **أبو حلاوة (2014):** المرونة بأنّها قدرة التأقلم أو التوافق أو التصدي أو مواجهة الضغوط، والنكبات أو مقتضيات الحياة ويستخدم المصطلح ليشير إلى كل مقومات المناعة ضد التأثيرات السلبية للأحداث السيئة في المستقبل.**(أبوحلاوة ، 2014، ص76)**

فحسب **Frydenbery (2017):** تعتبر الصلابة منهجا ومقاربة يتم من خلالها الوصول وتحقيق المرونة. **(frydenbery,2017,p.23)**

فمصطلح الصلابة النفسية منذ أن تم تحديده لأول مرة بواسطة **Kobasa (1979)** في دراسة عن الإجهاد والصحة لدى المديرين التنفيذيين عبر الهاتف، أثبت مفهوم صلابة الشخصية أنّه عامل مهم يؤثر على مرونة الإنسان. تشير مجموعة كبيرة من الأدبيات الآن إلى أن صلابة الشخصية يمكن أن تكون مصدرًا قويًا للمرونة، حيث تحمي بعض الأفراد من الآثار السيئة للضغط على الصحة والأداء.
(Barton,2019,p.2)

أما مصطفى الحجازي فيعرفها على أنّها امتصاص للضغوط والإنحاء لها والعودة من ثم إلى الوضع الطبيعي السابق، وهو ما يعني التكيف لحالة الضغط واستعابها والعودة إلى الحالة الطبيعية، أو القدرة على التكيف وصولا إلى امتصاص الصدمة والعودة إلى الحالة الطبيعية.**(حجازي،2014 ،ص 244)**

3-2- الصلابة النفسية وتحمل المشقة: وتتشابه مفهوم المشقة مع مفهوم الصلابة النفسية حيث تعتبر المشقة بأنّها صفة ايجابية لدى الفرد ومظهرا إيجابيا لنمو الأنا، وتعبر عن صحته النفسية من خلال قدرته على تحمل الألم والإحباط الناتج عن تهديد، مع استعداده لتحمل أي موقف ضاغط يتعرض له.(**نابغة ،2016،ص157)**

3-3- الصلابة النفسية والفاعلية الذاتية: يميل الأفراد ذوو الفاعلية الذاتية للتعامل بمرونة وقدرة محكمة على أداء مهام بشكل فعال والتّعامل مع المواقف الصعبة وتحديها، فالفاعلية الذاتية أو الكفاءة الذاتية التي أتى بها باندوا وضعتها كوبازا كمفهوم مشابه للصلابة النفسية " وقد عرفت كوبازا الصلابة النفسية بأنها إعتقاد عام للفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسّر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة".(**السيد عثمان،2001،ص209)**

3-4- الصلابة النفسية والتماسك: أشار **أنتونوفسكي (Antonovesky,1979)** لتماسك **Coherence** على أن الأفراد ذوو التوجه المتماسك تكون حياتهم سهلة الفهم وذات معنى منظم ومنسق وليس بها تشويش، فهم يرون أنّ الأحداث الصعبة يمكن مواجهتها والتعامل معها، وأن للحياة معنى ومطالبها جديرة بالإلتزام، لهذا فأصحاب هذا التوجه يتمتعون بصحة نفسية وجسمية.(**النابغة ،2016،ص158)**

ويرتبط مفهوم الإحساس بالتماسك الذي قدمه (انتوفسكي) ما يسمى بمصادر المقاومة العامة حيث يتطور الإحساس بالتماسك ويزيد كلما توفرت هذه المصادر لدى الفرد وهي موجودة في حياتنا وهي:

1- مصادر جسمية (قوة المناعة، التهيئة الجسمية)

2- مصادر معرفية وعاطفية (الذكاء، المعرفة،الحب)

3- مصادر الثقافة العالية (المعتقدات، الطقوس، القيم، العادات)

4- مصادر الغير شخصية (الدعم الاجتماعي، الالتزام الاجتماعي).(**السميران،والمساعد ،2014،ص38)**

على العموم صحيح أنّ كل مصطلح تم ذكره هو ربما قريب من مفهوم الصلابة النفسية، أو يمكن أن يتداخل معها، أو مع احد من أبعادها، إلا أنّ مصطلح الصلابة النفسية الذي أتت به كوبازا وزملاؤها من باحثين الذين جاؤوا من بعدها، هو الأصح والأجدر استعمالا من هذه المصطلحات.

4. أهمية الصلابة النفسية:

إذا كان تعرضنا للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، فواقع الحياة محفوف بالعقبات والصعوبات والأزمات، والفشل والظروف الصعبة الغير المواتية، وإذا لم يكن في وسعنا تجنب ذلك الكم الهائل من الخبرات السيئة والمحبطة، فإنه بإمكاننا الاهتمام بمصادر المقاومة التي تمدنا بنقاط قوّة وتساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية في مواجهة الضغوطات وتقينا من آثاره السلبية، وإذا اعتبرنا أنّ لهذه المصادر متغيرات نفسية وبيئية فالصلابة النفسية هي إحدى هذه المتغيرات.**(مخيمر،2002،ص14)**

فالصلابة النفسية عامل ايجابي في شخصية الفرد تساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسمية، فهي الوقاية والصمود والازدهار تحت الضغط، وتكمن أهميتها في أن الأفراد مرتفعي الصلابة يدركون الأحداث الايجابية على أنها ذات معنى ويكونون ذوو نمط معرفيا وانفعاليا وسلوكيا فعال في مقاومة الإحباط .

وقد أظهرت كوبازا وزملاؤها 1979-1981-1984 أنّ الأفراد الذين يمتلكون صلابة نفسية يكون لهم دافعية للعمل والحياة، ويظلون أكثر صحة جسدية،لاسيما عند التعرض للضغوط وتغيرات الحياة، كما تعتبرها كوبازا (1979) على أنها كوكبة من ثلاث مكونات مستقرة (التحكم –التحدي – الالتزام)، تعمل كمخزن لمواجهة الضغوط الحياتية. **(Nowack,1985,p.538)**

كما تحدث **Maddi 2006, and Bananno 2004** أنّ المواقف الصلبة **Hardy attitude** المتكوّنة من الشجاعة والحافز للتعامل مع الظروف الصعبة تكون من خلال العمل الجاد لتحويل تلك الظروف من كارثة حتمية إلى فرص ومزايا للنمو، وبالتالي تعزيز الأداء والصحة على هذا النحو فإن الصلابة النفسية تقدم مساهمة في التأكيد على علم النفس الايجابي.**(Maddi,2007,p.67)**

4-1- مجال الإرشاد والتدخلات العلاجية النفسية: تبرز أهمية الصلابة النفسية في هذا المجال من خلال الأهداف التي يرمي إليها علم النفس الايجابي، وهو تغيير بؤرة الاهتمام وتحويلها من الاهتمام بالبحث عن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية والعقلية إلى البحث عن الأسباب التي تؤدي إلى سلامة التفكير ومواجهة الضغوط والاضطرابات بطريقة ايجابية، والتي تعدّ الصلابة النفسية إحدى متغيرات علم النفس الايجابي والتي تساعد الفرد على التحكم والتحدي والالتزام، في وجه تلك الصعوبات والاضطرابات، لذلك فالوصول لشخصية ايجابية وفعالة ومنتجة وتقوية الصلابة النفسية هي من أهم أهداف الإرشاد والتدخل النفسي و العلاجي.

4-2- مجال العلاقات مع الآخرين: أشارت نتائج الدراسة (عماد مخيمر، **kobasa and puccetti 1983.1998**) إنّ الصلابة النفسية عندما تتفاعل مع المساندة الاجتماعية فإنّ الآثار السلبية للضغوط

النفسية تقل كثيرا لدى الفرد، ومن ثم فيجب إعطاء الأبناء الثقة في أنفسهم وفي الآخرين، وتعليمهم طلب العون من الآخرين عند الحاجة، كذلك تقديم العون للآخرين والالتزام الأخلاقي إتجاه الذات والآخرين.**(مخيمر،2002،ص15)**

4-3- الصلابة النفسية والجانب المعرفي: ففي دراسة **Alhed and Smith(1989)** إرتفاع أو إنخفاض الصلابة النفسية تؤثر على استجابات الأفراد المعرفية، أي أنّ هناك اختلافات في الأساليب المعرفية حيث يستجيب الأفراد ذوي مستويات الصلابة النفسية المرتفعة للأحداث بإدراك إيجابي والتعامل بفعالية وأفكار إيجابية، على عكس الأفراد منخفيضي الصلابة الذين يستجيبون لنفس الحدث بإدراك أقل وأفكار سلبية**(Smith, and Allred,1989,p.257)**، كما واقترح "**زانج**" أنّ معلمي المدارس يمكنهم المساعدة في تعزيز التعلم وتدعيمه لدى طلابهم من خلال تنمية الصلابة لديهم، كذلك لأساتذة الجامعات ومرشدي الطلاب، إذ يمكنهم مساعدة الطلاب على تنمية خططهم وأهدافهم التربوية من خلال تعزيز ورفع الصلابة والسمات الشخصية التوافقية.**(هلكا، 2016،ص ص32 -33)**

4-4- الصلابة النفسية في المجال العسكري: أظهر مادي (2007) أنّ للصلابة النفسية دور هام في المجال العسكري فالتدريب على الصلابة النفسية للقوات الخاصة، فكلما ارتفع مستوى الصلابة النفسية لديهم، كان أداء الفرد وقيادته وسلوكه وصحته أفضل، في ظل الظروف العصيبة فالأفراد العسكريين الذين يخضعون لتدريب على الصلابة النفسية، تزيد من الشجاعة والحافز للقيام بالعمل الشاق، كذلك تحويل تلك الظروف المجهدة إلى فرص للتطور وراحة نفسية.

كذلك هناك تدريب آخر هو إعادة التأهيل **Help in rehabilitation** ، فالأفراد العسكريين قد يعانون من إصابات جسدية ونفسية شديدة وينجون منها خاصة في أيام الحروب، والإرهاب، هذه التدريبات(تدريبات صلبة)، لتزويد هؤلاء الأشخاص بالشجاعة والتحفيز ومهارات لتقليل من احتمالية حدوث الإجهاد، والصدمات واضطراب الاكتئاب وكذا التعويض الايجابي في حالة الإعاقات الجسدية.**(Maddi, 2007,p.68)**

4-5- المجال العمل: نشر **Maddi & khoshaba (2001)** أنه يمكن اكتساب الصلابة النفسية، وتعلمها، وأنها ليست فطرية، وقد طور "**مادي**" بناء على الأبحاث التي قام بها في شركة **IBT** برنامج تدريبي لمساعدة الموظفين الذين يعانون من الضغط النفسي، وأطلق على هذا البرنامج **Harditraining**، بحيث يتضمن هذا البرنامج رزنامة: كل من **Hardy coping** المواجهة الفاعلة والصلبة، والتفاعلات من خلال الدعم الاجتماعي "**Socially Supportive interactions** " ،

بالإضافة إلى تمارين الرعاية الذاتية **Self-care exrcises**، بالإضافة إلى استخدام **Feedback** إنطلاقا من هذا البرنامج للحصول على مواقف صلبة.

ففي عدّة دراسات أظهرت أن هذا التدريب لا يزيد فقط من المواقف والأفعال الصلبة **Hardy atitudes and actions**، فقد أدى إلى خفض مستوى القلق والاكتئاب والتوتر لديهم، بالإضافة حسن الأداء والرضا الوظيفي والصحة النفسية لدى العاملين. **(Maddi,2007,p.67)**

4-6- في التنشئة الاجتماعية: وأشارت نتائج الدراسة "إدراك القبول/ الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية " إلى أنّ نمو الصلابة النفسية يتوقف على طبيعة العلاقة بين الوالدين وأبنائهم، فعندما يدرك الأبناء المحبة والدفء والشعور بالقيمة وتشجيع الوالدين لهم على اتخاذ القرارات بأنفسهم وحل المشكلات المناسبة لسنهم وتشجيعهم على التحدي والاقتحام والاستكشاف، فإنّ هذا يجعلهم أكثر صلابة وشعورا بالقيمة والكفاية والفاعلية، وهذا معناه، حتى يكون لدينا نماذج تتسم بالصلابة النفسية والقدرة على التحدي والتحكم فلا بد أن تتضمن أساليب التنشئة إشعار الأبناء بالدفء الذي يمثل قاعدة الأمن والأمان وتحقيق الذات .**(مخيمر،2002،ص15)**

5. أبعاد الصلابة النفسية:

تظهر أهمية الصلابة النفسية من خلال الدراسات التي قامت بها كوبازا، حول تمتع الأفراد بصلابة نفسية عالية تجعل لديهم تأثيرات ايجابية في مجرى الأحداث التي يمرون بها، وهذا من خلال الأبعاد الثلاثة المكوّنة لها وهي: الالتزام والتحكم والتحدي، حيث ترى كوبازا أن هذه المكونات ترتبط بمدى ارتفاع قدرة الفرد على تحدي الضغوط البيئية، وتحويل تلك الأحداث السيئة لفرص للنمو كما أشارت إلى أنّ نقص في الأبعاد الثلاثة يؤدي للإحتراق النفسي. **(غليظ،2019،ص213)**

من الواضح أنّ الصلابة النفسية مكوّن من ثلاث أبعاد، لكن من الباحثين من يرى أنها تتكون من أربعة أبعاد، وذهب البعض لرؤيتها أنّها تتكون من مكوّن واحد، ويرى "**كارفر و تشارلز**" أنّ هناك صعوبة في إدراك مفهوم الصلابة النفسية، فكما يرى "**تونالي**" أنّ العاملين في القياس النفسي يفضلون أسلوب أحادي البعد، والمقاييس التي وضعتها كوبازا وآخرون اختلف عدد مكوناتها من مقياس لآخر الأمر الذي أدى إلى الخلط في تفسير النتائج.(**العاتي،2020 ،ص117)**

ومن أجل هذا كان من المهم توضيح مفهوم الأبعاد الثلاثة المكونة للصلابة النفسية كل على حدى :

1- الالتزام Commitment: تعرف **كوبازا (1979)** الالتزام بأنه إحساس واضح لدى الفرد، بأنّ له قيم وأهداف وقدرات يؤمن بها، وبأهميتها، الالتزام بدلاً من الاغتراب عن الذات، وهي ميل الفرد للمشاركة في الأنشطة بدلاً من الاغتراب.**(kobasa,1979,p.420)**

ويعرفها مخيمر2002:" هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد إتجاه نفسه، وأهدافه وقيمة الآخرين حوله" .(**مخيمر، 2002،ص17)**

ويعرفها **kobasa, maddi, and khan(1982)**: الالتزام هو ميل للمشاركة وايجاد الهدف والمعنى في الأنشطة الحياتية والمواجهة بدلاً من الشعور بالإغتراب. **(Reich et all,2010,p.15)**

أما **الدوري(2017)** : الالتزام هو وجود قابلية لدى الفرد للإنخراط بما يمكن أن يواجهه من مواقف. **(الدوري،2017، ص119)**

الالتزام نحو الذات وتقديرها من الأمور الأساسية التي يتمتع بها الشخص الصلب، فالأشخاص الملتزمون يكون لديهم نظام من قوة الإيمان يجعلهم يدركون حجم التهديد المحيط بهم، ويواجهونه من دون تراجع أو انسحاب عن الأوساط الاجتماعية، في أكثر الأوقات العصيبة، مع الشعور بالاندماج مع الآخرين، مع الحصول على سند إجتماعي كبير.**(عبد المطلب، 2017،ص14)**

أنواع الالتزام : وتوصل كل من كوبازا و بكسيتي **(1985)** إلى أنّ الالتزام يضم كلا من:

أ- الالتزام نحو الذات: هو اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديده لأهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديده لاتجاهاته الايجابية بشكل يميّزه عن الآخرين.

ب- الالتزام نحو العمل: هو اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل، وبكفاءته في انجاز عمله، وضرورة تحمّله مسؤوليات العمل والالتزام بنظمه.**(هلكا،2016،ص28)**

فالالتزام يكمن في أن الفرد له قيمة ذاتية وأهمية فيما يفعل، وفي الآخرين من حوله والاعتقاد أن الحياة لها هدف واضح ومعنى يعيش من اجله.

2- التحكم Control :

ترى **كوبازا وآخرون (1982)** أنّ التحكم أو الضبط هو ميل للشعور والتصرف كما لو كان الفرد مؤثرا بدلا من أن يكون عاجز في مواجهة القوى الخارجية.**(Reich et all,2010,p.115)**

فالتّحكم يعزز مقاومة الفرد للضغوط من خلال زيادة التوقع أن تكون الأحداث نتيجة الخبرة وأنّها طبيعية ومتوقعة نتيجة لأفعال الفرد، وليست خبرة غريبة أو غير متوقعة.(**السعدي ،2015،ص450)**

أما **مخيمر(2002)**: "يشير التحكم على مدى اعتقاد الفرد بأنه بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل المسؤولية الشخصية لما يحدث له".

ويتضمن التحكم ما يلي:

أ- القدرة على اتخاذ القرار واختباره بين بدائل متعددة

ب- التحكم المعرفي في القدرة على تفسير وتقييم الأحداث الضاغطة

ج- القدرة على بدل جهد ودافعية كبيرة للانجاز والمواجهة الفعالة. **(مخيمر ،2002 ،ص18)**

ويعرفها **Boudarene (2005)** : الشعور بالتحكم غالبا هو سمة ثابتة في شخصية، لأنها ترتبط بمجموعة من العمليات الإدراكية والمعرفية، خاصّة بتقييم الموقف أو التوقع له من أجل التحكم به والسيطرة عليه. **(Boudarene,2005,p.16)**

ويعرفها **النابغة (2016)**: التحكم يعكس الإعتقاد بأنّ الفرد ليس عاجز ولكنه يمكن أن يؤثر في الأحداث ويتحكم في الظروف.(**النابغة،216،ص157)**

ويصف مادي 1998 الأشخاص الذين يتمتعون بالتحكم على أنهم ذو سيطرة القوية لما يتعرضون إليه من تغيرات في مختلف جوانب حياتهم، ويمكنهم في الكثير من الأحيان التأثير على مسار الأحداث من حولهم من خلال تعديل هذه الظروف واستكشاف البيئة، ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بدلا من رؤية أنفسهم بشكل سلبي كضحايا لتلك الظروف، وهكذا يسعى إلى التحكم فيما يجري من خلال التحرك نحو الفعل.(**Maddi et all, 1989,p.78)**

ويعتبر عالم النفس **Folkman (1989)** التحكم يتضمن مجموعة من الأنواع وهي:

أ- التحكم المعرفي: القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار

ب- التحكم الانفعالي: توظيف المشاعر الايجابية في التغلب على الانفعالات السلبية

ج- التحكم السلوكي: توظيف الجهود والأنشطة من أجل التحكم أو القيام ببعض السّلوكات من اجل تعديل الموقف وتخفيفه. (**العاتي،2020 ،ص121)**

فالأشخاص الذين يتمتعون بالتحكم والسيطرة القوية يرون أنه يمكنهم التأثير والتحكم على الظروف المحبطة والمجهدة بدلا من رؤية أنفسهم ضحايا تلك الظروف

3- التحدي Challenge: تعرف كوبازا **Kobasa(1979)** التحدي بأنّه قدرة الفرد على التعامل مع ضغوط الحياة الخارجية، والتعامل معها دون اعتبارها بأنّها مهددة له. **(Kobasa,1979,p.420)**

وحسب **Bartone(1989)**: يعتقد الأشخاص الذين يتسمون بالتحدي بأنه يمكنهم العثور على الحكمة من خلال ما يتم تعلمه من التجربة بدلا من الروتين السهل والراحة.**(Maddi et all,1998,p.78)**

وحسب **موند Mund (2016)** : التحدي يجعل الأشخاص محفزين في بيئتهم ومتمرنين على الاستجابة لما هو غير متوقع، فهو الإيمان بالتغيير وليس الاستقرار كما يحثهم على الخوض في تجارب جديدة، ومثيرة ، واعتبارها على أنها فرصا للنمو الشخصي وليس تهديد لأمنه.**(Mund,2016,p.35)**

ويعرفها **erkutlu(2012)** إعتقاد الفرد بأن التغيير في الحياة أمر طبيعي وحتمي، وعلى اعتباره على أنه تهديد لأمنه وسلامته.**(Erkutlu,2012,p.187)**

ويعرفها **الدوري (2017)** هو استعداد للتغيير ومواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو. **(الدوري، 2017 ،ص119)**

ومنه فالفرد يرى المشكلات والتغيرات الحياتية على أنها تحديات وفرص للنمو وليس تهديد له، فالتحكم هو اقتحام الصعاب وعدم الخوف عند مواجهتها.

6. خصائص الصلابة النفسية : تفترض كوبازا أنّ الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية هم أكثر قدرة على تحمل الآثار السلبية لضغوط الحياة، وبالتالي هم أقل عرضة للإصابة بالأمراض.**(Mund,2016,p.35)**

كما توصلت من سلسلة دراستها (1979.1982.1983) وكذلك مادي وآخرون (1998) إلى أنّ أهم **خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة** هي :

- وجود نظام قيمي ديني لديهم يقيهم من الوقوع في الانحراف والأمراض والإدمان
- وجود أهداف في حياتهم ومعاني يتمسكون بها ويرتبطون بها
- يكون أكثر مبادأة ونشاط ومثابرة
- بذل جهد و القدرة على التحمل والعمل تحت الضغوط
- القدرة على الانجاز والإبداع
- الميل للقيادة والسيطرة
- القدرة على اتخاذ القرار وحل المشكلات ومواجهة الأحداث الضاغطة والتكيف معها
- القدرة على الصمود والمقاومة

- قوّة الصبر
- الالتزام بالمبادئ و القيم والتمسك بها
- المعنى والقيمة الايجابية لحياتهم
- التفاؤل والتوجه الايجابي
- الشعور بالرضا عن الذات
- الصلابة حالة نمو مستمرة فهي تزداد مع التقدم في العمر.(**الزيدان،2017 ،ص55)**

ونستخلص من الخصائص السابقة أنّ الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية مرتفعة لهم جل صفات ايجابية التي تجعل منهم يتمتعون بصحة نفسية وجسدية، وصولا لإطلاق طاقات الحياة والعطاء إلى حدودها الفضلى، فالوعي بنقطة الصلابة هو الوعي بالإمكانات ونقاط القوة الذي يشكل نقطة الوعي بأن كل شيء ممكن والقناعة والقدرة عليه .

خصائص ذوي الصلابة المنخفضة: يميل الأشخاص منخفضي الصلابة إلى إعتبار أنفسهم والعالم الخارجي بأنها مملة وعديمة المعنى، حيث تنطوي الأفكار السلبية عن ذواتهم من خلال النقد السلبي للذات، لوم النفس، ضعف الضبط الداخلي وأكثر شعور بالسلبية وتعميم لخبرات الفشل(الخيبة)، الشعور بالعجز عند الوقوع تحت تأثير الأحداث الضاغطة، أما في تفاعلهم مع البيئة فهم أكثر سلبية ولن يكون لديهم سوى القليل من ركائز للتقييم المعرفي المتفائل أو القدرة لتغيير الأحداث وجعلها فرصا للنمو، ونظرا لأن شخصياتهم توفر قدر ضئيل من المواجهة الفعالة أو لا توفرها إطلاقا، لهذا فتلك الأحداث المجهدة تبقى حرة ليكون لها تأثير مدمر على الصحة، من خلال الإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض.(**Kobasa, maddi,and Puccetti ,1982,p.392)**

ويتضح من كل ما سبق أنّ الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة يتصفون بما يلي:

- غياب الصبر وعدم تحمل المسؤولية
- عدم تحمل الصعوبات الحياتية مع قلة المرونة والهروب من مواجهة الضغوطات
- سرعة الغضب والحزن والميل للاكتئاب والقلق
- وجود أفكار سلبية تشاؤمية عن الذات نقد الذات ولومها والعالم والمحيط بتعميم خبرات الفشل

7. نشأة الصلابة النفسية:

يقول **مصطفى الحجازي(2014):** هناك عدة عوامل التي تعزز بناء المرونة، سواء على الصعيد الفردي أو الجماعي، وأنّ أولى هذه العوامل تمكن في متانة الصحة الجسمية والنفسية، ومع أنّ متانة الصحة

الجسمية تجد أسسها في نوعية الرصيد الوراثي المعافى الذي يشكل انطلاقة الحياة" وردف مصطفى الحجازي بالصحة النفسية والجسمية في خلق المتانة والمناعة والمرونة، ويقول أن الطمأنينة القاعدية في الطفولة الأولى هي أساس الصحة النفسية، وهذه الطمأنينة تنشأ من خلال التعلق الآمن بالأم والأسرة وتوفر جو الرعاية النفسية والقبول غير المشروط لكيان الطفل في سنوات عمره الأولى، مع كثافة العلاقة والحوار والتشجيع، وفي الثقة بالنفس وتقدير الذات وروح المبادرة والتجريب كلها تطلق طاقات النماء والكفاية النفسية، كما تحصن ضد الشدائد والمحن.(**الحجازي،2014 ،ص228)**

فالملاحظ أنّ **مصطفى الحجازي** لم يتكلم عن مصطلح الصلابة النفسية بحذافيره إلا أنّ هناك لمحة عنه وبالتالي يلتقي كل من مفهوم المرونة والحصانة والمناعة مع مصطلح الصلابة في كينونة التحصين ضد الشدائد وهذه الأخيرة تكون منشأها في الطفولة الأولى، كما يتوافق مادي و خوشابا و مخيمر أيضا، هذا الأخير الذي برهن عن نشأة الصلابة النفسية في دراسة سابقة **(مخيمر 1996)** أنّ العلاقة التي تتسم بالدفء بين الطفل ووالديه تمثل أهم سند اجتماعي له وتجعله أكثر شعورا بالفاعلية عند مواجهة الضغوط، فإدراك الأبناء للدفء أي اعتقادهم أنهم محبوبين إذا اقترن هذا الاعتقاد بإعطائهم قدراً معقولا من الحرية في اتخاذ القرارات فإنّ هذا يزيد من شعورهم بالثقة والكفاية، ويجعلهم أكثر قدرة على المثابرة والتحدي، مما يجعلهم يعتقدون أنّ الضغوط التي تواجههم ليست تهديداً لهم بقدر ما هي إختبار لمدى صلابتهم النفسية ، وقدرتهم على التحدي. **(مخيمر،2002 ،ص7)**

وتؤكد **كوبازا (1980)** على دور التعلم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع في ظهور هذه السمة وكذلك دور القدوة أو النموذج في تكوين هذه السمة منذ الطفولة، فوجود والدين يتسمان بالثقة بالنفس والصلابة النفسية، تمثل أساس الارتقاء بهذه السمة لدى الأبناء في المراحل العمرية التالية، كما يوضح "**بولبي**" الدور الرئيسي الذي تلعبه المدرسة في تنمية قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي، وذلك من خلال مشاهدته لسلوكات يؤديها المعلم، فيبدأ من خلالها الفرد على محاكاة تلك السلوكات واكتسابها بسهولة بالأخص إذا كانت هذه السلوكات مدعومة من قبل الآخرين ومطابقة لميولاته، واتجاهاته وقدراته ومهاراته الاجتماعية (كالمبادأة والاعتماد على النفس) ومع التقدم في العمر تعتبر هذه السلوكات الأساس في ظهور القدرة على التحدي والالتزام والتحكم لديه.(**حراث،2020،ص ص 29-30)**

وفي الحديث أكثر عن كيفية بناء الصلابة النفسية يقول كوبازا (1979) : إنّ الصلابة النفسية صفة تظهر من معايشة خبرات في مرحلة الطفولة معززة ومثرية ومتنوعة.**(Funk,1992,p.335)**

أكدّ" **ماكوبي " Maccoby "** أن البيئة الأسرية لها دورٌ بالغ في تكوين سمة الصلابة النفسية حيث أشار إلى أن العلاقات الأسرية التي تتسم بالدفء والإحترام والتقدير، والإهتمام بالطفل، والثقة به تنمي لديه الإعتقاد بأن خبرات النجاح والفشل ترجع لعمله، ومجهوده، ومدى مثابرته وتحديه للأحداث الشاقة المحيطة به.**(شويطر،2017،ص94)**

وتبنى الصلابة النفسية من هذا المنظور مع الآباء حيث تناول **(Maddi ,2013)** كل معيار على حدى:

1- الإلتزام :التفاعلات المبكرة الداعمة هي المساهمة لبناء " الإلتزام"، فقد ينجم شعور القوي بالإلتزام رغم كل ما يتعرض له الفرد من معاناة في الرشد يعود إلى الكم الهائل من التفاعلات الداعمة بين الأطفال وآبائهم، فعندما يوفر الآباء التشجيع والقبول وتلبية احتياجات أطفالهم واحترام قدراتهم وأحلامهم بطريقة تظهر التوافق والاهتمام والتشجيع، يشعر هؤلاء الأطفال بالدعم وعلى هذا الأساس تكون نظرتهم لذواتهم والعالم على أنَهما جديران بالاهتمام، لهذا فلتطوير الالتزام يرجع بالدرجة الأولى لدعم الوالدين وتمكنهم من التعامل مع حياتهم الخاصة كشريكين في علاقاتهم من شأنها أن تنتج أطفال طبيعيين سواء في قدراتهم أو إهتماماتهم.

2- التحكم : كما تسمح التنشئة المبكرة بتبني موقف التحكم، حيث ينقسم الأفراد في القدرة على التحكم والسيطرة على الأحداث الجارية ويتصرفون بكفاءة في حين يفشل البعض الآخر ويظن أنفسهم أنهم ضحايا تلك الظروف، ويعود الاختلاف في موقف السيطرة إلى الحياة المبكرة فلما نبني في الطفل تحديد الاحتياجات وقدرات والسعي نحوها وتشجيعه على تحقيق الطموحات، فلما ينجح الطفل يحس بالسيادة، ويجب التأكيد على أن الطفل محب الاكتشاف فإعطائه مهارات جديدة معتدلة الصعوبة للنجاح فيها وجلب الشعور بالانجاز فنحن نبني شعور بالتحكم، فتفاعل الطفل مع البيئة ينطوي على مهام في الغالب لا يمكنه من إتقانها، لأنها معتدلة في الصعوبة وبالتالي يتعلمون الاستعداد للعمل على هذا المعنى.

3- التحدي : يبني التحدي من خلال زرع روح التشجيع وتقدير تجارب الطفل الذي يبعث على التفاعل الايجابي، فإستعمال كلمات التشجيع : (واو وهذا مذهل) في الأوقات التي يخطأ فيها الطفل تعتبر محفزة للتغيير وتقدير تجربته، ولتوضيح أكثر نضرب مثل ذلك الطفل الذي رسم لوحة لأبيه فبرغم من أن الأنف والفم داخل الوجه، إلا أنه رسم العيون خارج الوجه، فيجب التشجيع وعدم التوبيخ (كحد قولنا : عادة ما تكون العيون داخل الرأس لكنك أردت وضعها في الخارج ربما هذا يعني شيئا). إن إتخذت هذا المسار

فأنت تشجع طفلك على إدراك أنه رغم أنه فقط عمل فنَي، إلا أنك تزرع فيه روح التحدي وتحسينها بدلا من إعتبارها مزعجة ومؤلمة، وهذا ما افترضه "**باندورا**" في معتقدات الناس في قدرتهم على إحداث تأثيرات مرغوبة، حيث تعود لنجاحات السابقة في المواقف المشابهة"، يجب على الآباء تعليم أطفالهم الشعور بالتحدي بدلا من إعتباره كتهديد، فالحياة بطبيعتها مرهقة لا تخلوا كل مرحلة منها منذ الولادة وحتى الشيخوخة من التغيرات حيث قد تتفاقم الضغوط تبعا لكل مرحلة عمرية، لذلك كان من المهم أن يبرز الآباء لأبنائهم تلك التغيرات على أنها ذات قيمة تنموية ولا تبنى ما لم يغرس فيهم روح الاحتمال وقبول التغيير. **(Maddi, 2013,pp. 44-46)** فالتحدي يبنى منذ الطفولة مع تكرار تجارب النجاح في اجتياز اختبارات الحياة ، وكل ما يعترض الوالدين خلال عملية تنشئتهم التي تعزز ثقتهم بقدراتهم وتزيد من تقديريهم لذاتهم و تنمي الدافعية لخوض المزيد من تحديات.

(Richard et all. 2016,p.8)

8. نظريات الصلابة النفسية :

نظرية **كوبازا** "**Kobasa**" : تعتبر كوبازا (1979) أوّل من اقترحت نظرية حول نمط الشخصية الصلبة(الصلابة النفسية) كمصدر للمقاومة الايجابية للآثار السلبية لأحداث الحياة المجهدة على الصحة النفسية والجسمية**(Kobasa et all,1982,p.392)** ،وقد ركزت الدراسات المبكرة على الصلابة وعلاقتها بالمرض وغيره من وسائل تخفيف التوتر بما في ذلك نمط الشخصية أ A **(Funk,1992,p.335)** فقد بدأت كوبازا في ورقتها البحثية عن أحداث الحياة المجهدة والشخصية والصحة، في التساؤل عن لماذا الأشخاص لا يمرضون تحت وطأة الضغط؟ وقد قامت بدراسة حول المدراء التنفديين الذين يعملون في المستويات الادراية المتوسطة والعليا، وقد قسمت المجموعتين لفئتين : المدراء الذين تعرضوا لضغوطات كثيرة خلال الثلاث سنوات الماضية، والمدراء الذين تعرضوا لضغوط أقل، وقد ركزت على المجموعة التي تعرضت لضغوط عالية، ثم قارنت بين كلا المجموعتين الذين يعانون من أمراض وأولئك الذين لديهم نسبة ضئيلة من الأمراض ومن أجل تفسير ذلك.**(Kobasa,1979,pp.413-419)** نشرت كوبازا في مجلة **Journal of personality and social** عام 1979 قدمت من خلالها مفهوم الصلابة النفسية، واقترحت أنّ الصلابة النفسية تعمل على تعديل العلاقة بين أحداث الحياة المجهدة والمرض.**(Mund,2017,p152)** **Hardiness pdf pallabi mund** ، كما افترضت أنّ الأشخاص الذين يعانون من الاجهاد الشديد ويظلون بصحة جيدة

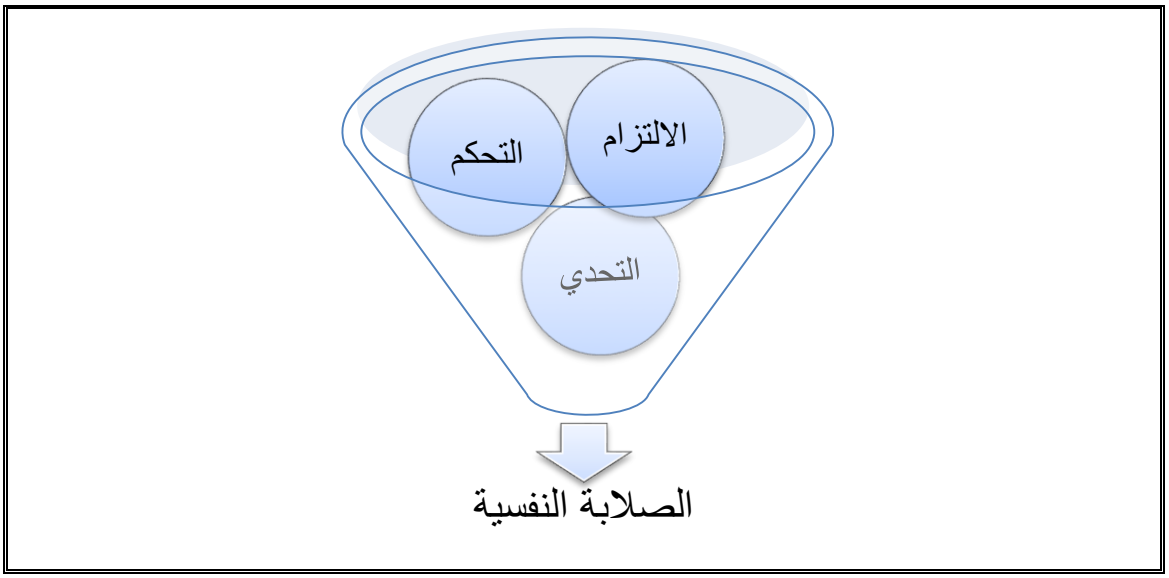
يمتلكون إلى حدّ كبير مجموعة خصائص أكثر من الأشخاص الذين يعانون من الاجهاد الشديد ويمرضون وهذه الخصائص هي:

أ- الاعتقاد بأنهم يستطعون التحكم في الأحداث والتأثير عليها

ب- القدرة على الشعور بالمشاركة العميقة في أنّهم ملتزمون بأنشطة حياتهم

ج- توقع التغيير كتحدي وكفرصة للنمو **(Kobasa,1979,p.414)**

إذن فقد تمكنت كوبازا من استنتاج أن الخصائص الثلاث وهي الالتزام والتحكم والتحدي، هي التي تمكن الفرد بالاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية بالرغم من التعرض للضغوط وأطلقت عليها الصلابة النفسية **.Hardiness**



شكل رقم(10) يوضح مكونات الصلابة النفسية (إعداد الباحثة)

وقد أوردت كوبازا(1979) مجموعة من المتغيرات التي تساعد على ظهور الصلابة النفسية وتعززها، فإلى جانب شخصية الفرد الصلبة والإيجابية تعمل كل من الوراثة والتديّن والدعم النفسي والاجتماعي، والمستوى الاقتصادي المرتفع، والحالة الفيزيزلوجية للفرد والتعلم الاجتماعي، في ظهورها فهذه العوامل تسمح للفرد بالبقاء بصحة جيدة مهما كانت شدة الضغوط، وترى كوبازا أن الصلابة تنشأ وتتعزز منذ الطفولة الأولى، وتتأثر بخبرات التي يتعرض لها الفرد والتجارب المبكرة التي تواجهه.**(kobasa,1979,p.421)**

إرتكزت كوبازا في نظريتها للصلابة النفسية على أعمال بعض العلماء النفسانيين والفلاسفة أمثال: **هايدجر**Heidegger و**فرانكل** Frankl و**بينسواجر** Binswanger **أنتوفسكي** 1974 ولازاروس وماسلوا وروجرز فحسبهم لابد من خلق معنى للحياة حتى لو كانت تلك الحياة مؤلمة فوجود هدف ومعنى في حياة الفرد يجعله يتحمل إحباطات الحياة الصعبة معتمدا على إمكاناته الشخصية من خلال إمتلاك قدر كبير من الشجاعة لعيشها برغم من وجود الآلام والعثرات.**(Barton,2012,p.5)**

فيوازي مفهوم الصلابة النفسية و مفهوم التماسك الذي قدمه " انتوفسكي"**Antonovsky** " كما تمت الاشارة إليه، فالتماسك أو الترابط العام **global orientation** الذي يعبر عن مدى شعور شخص بالثقة والديناميكية، فمن خلالها يمكن أن ينظم الفرد الأحداث في محيطه الداخلي والخارجي في مجرى حياته، وتكون هذه الأحداث قابلة للتنبؤ بها وقابلة للتفسير، وتكون الموارد المتاحة للفرد من اجل تلبية متطلبات الناجمة عن هذه الأحداث، ولكي تكون المتطلبات مثيرة للتحدي، هناك ثلاث مكونات أساسية للتماسك وفقا ل أنتونوفسكي:

أ- القابلية للفهم والاستيعاب وهي العمليات الحياتية المبنية بشكل موضوعي، بحيث يمكن أن تكون قابلة للفهم العقلي أو المنطقي وإمكانية إدارتها.

ب- القابلية للتأثير وذلك أن يكون الفرد قادرا على ضبط أحداث الحياة.

الامتلاء بالمعنى (المعنوية) فالمتطلبات التي يكافح الفرد من اجلها تخلق له الشعور بالمعنى.(**Kejia Hu at all,2020,p.1)**

كارل روجرز آمن بقدرة الفرد على استخدام مصادره الداخلية للتغلب على المتاعب التي تواجهه، وعليها فالعلاج الذي أسسه المتمركز حول العميل ما هو إلا طريقة ليختزل علاج الاضطراب في الارادة الانسانية.(**حنصالي، 2013،ص135)** وبالاضافة قد تأثرت كوبازا بأعمال **ماكوبي (1980)** التي أوضحت البيئة الأسرية ودورها في تكوين سمة الصلابة النفسية.

كما أن كوبازا قد توصلت لمجموعة من النتائج من خلال الطرح التالي:ما هو دور الصلابة النفسية في تعديل الضغط المزمن الذي يؤدي للارهاق؟ ، ومن النتائج التي ساعدتها على صياغة أسس النظرية هي:

- التعرض للضغوط أمر حتمي لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والنفسي والاجتماعي
- الشخصية الصلبة لديها مستوى عال من القدرة على تحمل الآلام والمشاق والصمود والتوافق والتعامل مع الضغوط الحياة المختلفة

- إنّ الصلابة النفسية مكتسبة أكثر منها فطرية بناءا على نتائج الدراسات التي أجرتها والتي تضمنت مقابلات عن تاريخ الحياة المبكرة للموظفين المشاركين. **(هلكا، 2016،ص ص 20-21)**

خلاصة القول أن كوبازا قد صاغت نظرية الصلابة النفسية على أساس أنها مكوّن من ثلاثة أبعاد وهي : الإلتزام والتحكم والتحدي، فالصلابة النفسية تعمل كمورد مقاومة، وكوسيط مهم وعازل في العلاقة بين الإجهاد والصحة، فالأفراد ذو الصلابة العالية هم أكثر قدرة على تحمل الآثار السلبية لضغوط الحياة، وبالتالي هم أقل قدرة على الإصابة بالمرض، فالالتزام يجعل من الفرد يشارك في النشاطات الحياتية بكل اهتمام وفضول، أما التحكم فهو قدرة الفرد على التأثير وتغيير على الأحداث المحيطة به، أما التحدي فيجعل من التغيير أمر طبيعي في الحياة ويشكل فرصا للنمو الشخصي .

نموذج لازاروس Lazarus(1961): يعد نموذج لازاروس من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية حيث إنها نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل وحددها في ثلاثة عوامل رئيسية وهي:

1- البيئة الداخلية للفرد

2- الأسلوب الادراكي المعرفي

3- الشعور بالتهديد والاحباط. **(الزيدان،2017،ص 25)**

ذكر لازاروس أنّ حدوث خبرة الأحداث الضاغطة يحددها مدى إدراك الفرد للحدث، واعتباره موقفا قابلا للتعايش معه، فإدراك هو الذي يجعل الأفراد يختلقون في استجابتهم للأحداث الضاغطة **(Smith,and Allred 1989,p257)**، أما الأساس التجريبي فقد اعتمدت فيه "كوبازا" على نتائج دراستها التي قامت بها خلال السنوات **(1979،1983،1982)** على عينات من المناصب الإدارية المتوسطة، والعليا هدفت من خلالها الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية، والتي من شأنها مساعدة الفرد على صحته النفسية، والجسدية رغم تعرضه للضغوط، وقد توصلت إلى عدد من النتائج ساعدتها في صياغة أسس نظريتها ومن بين أهم هذه النتائج الكشف عن مصدر ايجابي جديد في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية على الرغم من التعرض لضغوط الحياة الشاقة.(**شويطر،2017،ص ص 96-97)**

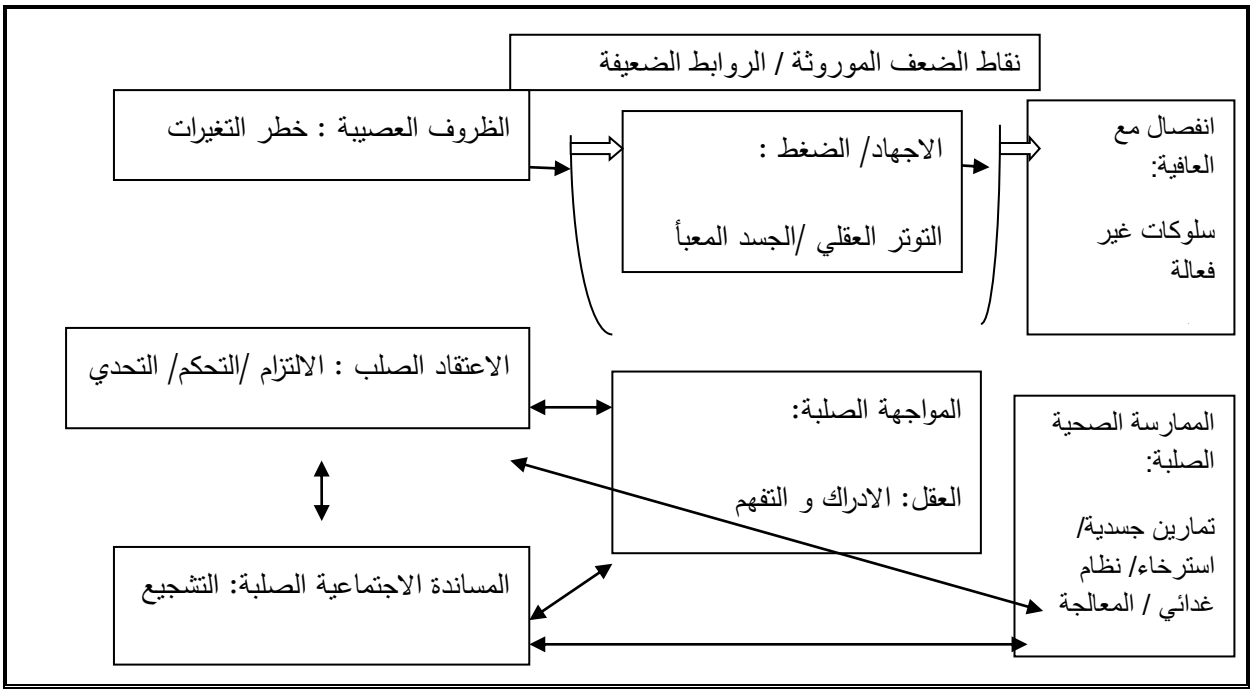
وتتفق كوبازا مع لازاروس على أن الجو الأسري القائم على احترام والتواصل والتقدير والتشجيع، يجعل الطفل يشعر بالأمان والقيمة الذاتية ويجعله أكثر تحملا للمسؤولية وأكثر قدرة على تحقيق أهدافه في مراحل حياته.

وعليه فقد تأثرت كوبازا بهذا الاتجاه " الاتجاه المعرفي" الذي يرى انّ الحياة الضاغطة مهمة في تحديد اسلوب التكيف للانسان، فتقييم الفرد لقدراته بشكل سلبي واعتبارها غير فعالة وضعيفة وغير ملائمة للتعامل مع ضغوط الحياة تجعل منه يقع فريسة الإحباط والاضطرابات والعكس.(**هلكا،2016 ،ص20)**

<u>نظرية مادي "Maddi" :</u> حصل **سالفتور مادي Salvatore R.Maddi** على درجة الدكتوراه من جامعة هارفارد، وبعد ذلك قام بالتدريس إدارة الإجهاد وعلم النفس الصحة وعلم النفس الشخصية وعلم النفس الإكلينيكي، وأسس معهد للصلابة النفسية **Hardiness Institute**. (**maddi et all,1998,p.78)** ،وقد برزت كتاباته عن " الهوية المثالية والشخصية السابقة للمرض" **The ideal identity & premorbid personality**، حين برهن أنّ الحالات المزمنة من فقدان المعنى والاغتراب في الوجود الانساني أصبحت من الملامح النمطية للحياة الحديثة، و التغيرات في الثقافة و المجتمع، و التطور التكنولوجي، حيث أصبح لدى الناس هويات يتم تحديدها بناءا على ادوارهم الاجتماعية.**(هلكا،2016،ص22)**

كانت بدايات مادي في تحديد الصلابة النفسية مع طلابه في جامعة شيكاغو لأول مرة في دراسة طولية مدتها 12 عاما في شركة بيل للهاتف **IBT**، تم اختبار على عينة قدرها 450 من المديرين، وبعد ست سنوات من التصميم الطولي تمت القيام بتغييرات في الشركة وتعطيل العمل فيها بما في ذلك القوى العاملة فيها، وفي ست السنوات التالية أظهرت ثلث العينة علامات تدل على الأداء وانهيار الصحة من نوبات قلبية واكتئاب وتعاطي المخدرات، وفي المقابل ثلث العينة الأخرى لم ينجوا فحسب ازدهروا وحافظوا على صحتهم وآدائهم الجيد.

والدراسات اللاحقة لـ**IBT** استخدم مادي وآخرون نتائج الدراسة لتطوير نموذج للصلابة النفسية الموضح في شكل (10) :



شكل رقم (11) يوضح نموذج الصلابة النفسية حسب مادي

يوضح المخطط أن تراكم الضغوط الحادة (التغيرات التخريبية) والضغوط المزمنة (الصراعات المستمرة) يؤدي إلى تغذية رد فعل إجهاد الكائن الحي (القتال أو الهروب)، والذي إذا لم يتوقف لفترة طويلة، فإنه يستنفد الموارد الجسدية بشكل كافٍ أيضا زيادة مخاطر الانهيار في الأداء والصحة منها الاحتراق النفسي والإصابة بالأمراض. يمكن أن يؤدي وجود نقاط الضعف الجينية إلى تسريع عملية الانهيار هذه. ومع ذلك ، فإن وجود المواقف والمهارات الصلبة النفسية يمكن أن يؤدي إلى وجهات نظر وأفعال عقلية تقلل من إجهاد كما أن ردود الفعل السلوكية كالاسترخاء وإتباع نظام غذائي يؤدي إلى تحسين الأداء والصحة على الرغم من الضغوط الظرفية.**(Maddi et all,2002,p.46)**

ومن أجل هذا تمكن مادي من الحصول على جواب عن الاختلاف بين المجموعتين، فالأفراد الذين استمروا في مواجهة الضغوط وبالرغم من ذلك حافظوا على صحتهم هذا من خلال المواقف الثلاث للصلابة النفسية وهي الالتزام والتحكم والتحدي، فالالتزام قاد هؤلاء الأفراد على الخوض في الأحداث دون اللجوء للعزلة والانسحاب ، أما التحكم فهو يعبر محاولة الفرد التأثير على النتائج، والابتعاد عن السلبية والعجز والاستسلام ، أماّ التحدي فيراه الفرد على انه فرصة للتعلم جديدة من التجارب سواء كانت ايجابية أو سلبية فكله يعبر عن أنّ الفرد ذو حكمة.**(Maddi et all,2002, pp. 45-46)**

ومن اجل ذلك فقد كتب (1984) **Maddi and Kobasa** أن الصلابة هي "إحساس عام بأن البيئة مرضية والتي تقود الشخص إلى التعامل مع المواقف الضاغطة بفضول وحماس أو التزام. وفقًا لمادي وكوباسا، يرى الشخص ذو صلابة نفسية المواقف المجهدة على أنها ذات مغزى ومثيرة للاهتمام (التزام)، ويرى الضغوطات على أنها قابلة للتغيير (تحكم)، ويرى التغيير باعتباره جانبًا طبيعيًا من الحياة بدلاً من كونه تهديدًا فهو كفرصة النمو (التحدي). من خلال امتلاك هذه الخصائص، يكون الشخص القوي قادرًا على البقاء بصحة جيدة تحت الضغط. **(Funk,1992 ,p.335)**

فمادي يرى أنّ الصلابة النفسية بناء مكون من ثلاثة أبعاد متفاعلة فيما بينها،(الالتزام والتحكم والتحدي) التي تزود الشخص بالشجاعة والدافع اللازم للانخراط في الأحداث الضاغطة وتحويلها لفرص للتطور والنمو.

إضافة إلى الأبعاد الثلاثة التحدي والالتزام والسيطرة التي تم وصفها من طرف كوبازا فقد تمت إضافة بُعد رابع من طرف سالفاتور آر **مادي S.Madi** في عام 2005، الذي اقترح بعد "**الاتصال**"**connection** أو التواصل باعتباره "عاملًا حاسمًا" لدى الأفراد الذين يتعافون ولديهم مقاومة فعالة ضدّ الإجهاد. أسس مادي معهد هارديتيس **Hardiness** في شيكاغو والذي يقدم خدمات شخصية مثل التدريب على الصلابة النفسية. فالعمل البحثي الذي قام به حول كيف ولماذا يتحسن الأشخاص في العلاج بصلابة. فوفقا له، فإنّ الانتماء والترابط هو الذي يجعل من الفرد عضوًا في المجتمع وبالتالي يعتبر المكون الفعال لنجاح العلاج. وفقًا لهذه النظرية، يلعب الدعم الاجتماعي دورًا حيويًا في حماية الأشخاص من الآثار الضارة للتوتر وأن أولئك الذين يعانون من الإجهاد الشديد يمكنهم اللجوء إلى الآخرين للحصول على الدعم عندما تكون الأوقات صعبة. **(Mund,2017 ,p.154)**

<u>نموذج بارتون "Barton" :</u>

حصل بول بارتون **Bartone** على درجة دكتوراه في علم النفس والتنمية البشرية من جامعة شيكاغو عام 1984م، عمل كباحث في علم النفس للجيش الأمريكي، أولا في معهد "**والتر ريد**" للجيش للبحوث في واشنطن، ثم شغل منصب مدير الوحدة الميدانية لعلم النفس في ألمانيا، وبعد ذلك كعالم أبحاث في قسم العلوم السلوكية والقيادة الأكاديمية العسكرية الأمريكية، طوال حياته المهنية أجرى العديد من الدراسات حول الاجهاد والصحة والتكيف بين الأفراد العسكريين.**(Bartone,1999,p.72)**

حاول بارتون البحث عن العوامل والظروف التي تجعل من الإنسان يحتفظ بمرونته بالرغم من تعرضه المتكرر للضغط، من أجل هذا فقد اقترح أنّ فهم هذه العوامل والظروف والتي يحافظ الفرد على إثرها بمرونته يمكن من خلالها تطوير هذه المرونة أو حتى الزيادة فيها لدى الأفراد منخفضي المرونة والذين هم عرضة للإجهاد.

وقد بدأ **بارتون** بالبحث عن طبيعة الضغوطات التي تواجهها القوات في العمليات العسكرية من أجلها تم التطرق للصلابة النفسية مستعينا بالخلفية النظرية ل كوبازا، وبعض النتائج التجريبية لها التي توضح أنّ الصلابة النفسية تعمل على تخفيف الآثار السيئة للضغط وتوتر، والتي يكتسبها الفرد ويمكن تعزيزها واقترح أن الآلية الأساسية في الصلابة النفسية تكمن كيفية تفسير التجارب المجهدة وفهمها في سياق ظروف الحياة.

واستند على هذه النظرية في التفسير أنّ القادة العسكرين ذو الصلابة النفسية العالية يسهل عليهم التعامل الايجابي مع الإجهاد من خلال فهم الأحداث والتجارب المجهدة، في اتجاه ايجابي وبنَّاء، فإرتفاع الصلابة النفسية ترتفع قدرة الجنود على خوض المعارك ومواجهة الضغوط القتالية دون ظهور آثار سلبية على الصحة.**(Batone,2006,pp.133-137)**

فالأشخاص ذو الصلابة النفسية يظلون بصحة جيدة تحت الضغط ويفسرون الخبرات الضاغطة على أنها مظهر طبيعي من الوجود وجزء مهم من الحياة فهؤلاء الأفراد لديهم كمية كبيرة من الأمل، والصمود للمواجهة الفعالة والكفاءة العالية مع مطبات الحياة، كما يرى بارتون أنّ هؤلاء الأفراد لهم إحساس قوي بالالتزام اتجاه الحياة والعمل، وشعور أكبر بالسيطرة، وأكثر إنفتاحا على تغيرات وتحديات الحياة، ولأنّ كوبازا تأثرت بإتجاه "معنى الحياة " ل**Frankl** فقد يقول بارتون أن ذو الصلابة العالية تكون الحياة ذات قيمة ومعنى وتستحق أن تعاش، كذلك التحكم في القدرة على اختيار والتأثير في المستقبل، أيضا التحدي الذي هو التغيير في الحياة واللاستمتاع بالمواقف مع الدافع القوي للتحدي والحماسية له، كما يؤكد بارتون على وجود عوامل لدى الفرد تؤثر في الكيفية التي يستجيب بها للمواقف، منعا عوامل فردية كالظروف الاجتماعية والأسرية والشخصية وخبرات سابقة، وعوامل مرتبطة ببرامج التدريب والتربية التي تؤثر في الأفراد بطرق متنوعة، أيضا عوامل مهنية، وقد أطلق بارتون على الصلابة النفسية ب "**نظرة للعالم**"**Worldview** أكثر منها سمة من سمات الشخصية، والذي يعتبر إطار يفسر من خلاله الفرد خبرات حياتهم بأكملها ، كما وإعتبر الصلابة النفسية نمط من الوظائف وأسلوب التي تتضمن السمات

المعرفية والانفعالية والسلوكية والعاطفية، التي تميز الأشخاص الأصحاء والأسوياء تحت وطأة الضغوط.(Barton,2012,pp. 4-5)

ومما سبق يتضح أن بارتون **Barton** يرى الصلابة النفسية أكثر من كونها سمة الشخصية بل تتعدى ذلك ليعتبرها نظرة للعالم.

9. العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي:

حسب **Cole et all (2004)** :الصلابة المرتفعة تعمل على تحويل الأحداث المجهدة إلى فرص للنمو والتنمية. كما تحدث **Madii (1999)** الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية، يميلون لإتخاد إجراءات لحل المشكلة بدلاً من تجنبها وبهذا تكون بيئتهم خالية من الإجهاد.

فالبنسبة ل مادي **Maddi(1999)** فالمواقف الثلاثة للصلابة النفسية " الإلتزام والتحكم والتحدي" التي تؤثر على الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع الظروف المجهدة، وبالتالي فإنّ الأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية يختبرون أنشطة ممتعة ومهمة أي **الالتزام Commitment** بإعتبارها مسألة اختيار شخصي **(التحكم) Control** كمحفزات مهمة للتعلم **(التحدي) Challenge**.

علاوة على ذلك تم العثور على أنّ الأفراد الذين يظهرون صلابة نفسية منخفضة تظهر عليهم علامات متزايدة من الإكتئاب **Depression** واحتراق نفسي عالي للموظفين، إضافة إلى زيادة القلق **Anxiety** والضيق النفسي.

في المواقف المحبطة والغامضة تُعِدُ الصلابة النفسية الأفراد للاستفادة من الإحساس الشخصي بالالتزام والسيطرة لإيجاد معنى في مهامهم وكذلك لصنع قراراتهم.

لذلك من المتوقع أن تعمل الصلابة النفسية للموظف على تعديل العلاقة بين شروط المؤسسة واحتراق الموظف . (Erkutla,2012,p. 187-188)

ففي دراسة أجراها كل من **Thornby ,younger, Grap, Boyle** : الصلابة النفسية ترتبط سلبا بالاحتراق النفسي وترتبط بشكل ايجابي بالدعم الاجتماعي.

ووجد **Judkin** أنّ المستوى العالي من الصلابة النفسية لدى مديري وحدات التمريض، تنبأ بمستوى أقل من التوتر وخلص كل من **Judkin, Reid, furlow** عند تعزيز الصلابة لدى مديري التمريض من خلال برنامج التدريب على الصلابة بمرور الوقت خلص هؤلاء الباحثون أنّ التدريب على الصلابة يؤدي في النهاية للتقليل من الاحتراق النفسي، والمرض مع زيادة الرضا الوظيفي.

تشير هذه النتائج إلى زيادة أهمية الصلابة النفسية في القوى العاملة لدينا، لهذا يجب أن يكون كل عامل مستيقظ للأعراض وأن يتخذوا الخطوات المناسبة لمعالجة التعب، والاحتراق النفسي، منها تكييف العامل في تقنيات الحد من الإجهاد ومهارات التأقلم في بيئات العمل، تخفيف الآثار المدمرة للعمل في مهنته. **(Jodiann ,2011,p.125)**

10. المتغيرات الشخصية المساعدة على الوقاية من الاحتراق النفسي :

- **الاحتراق النفسي والحياة الجيدة (الصلابة النفسية):** في الواقع وضع الباحثين نظرية مفادها أن التدخلات التي تنمي الحياة الجيدة، تدخلات ايجابية تحمي من الاحتراق النفسي من خلال التوجه نحو المشاركة وكذلك البحث عن المعنى، فالمشاركة في الحياة بالإعتماد على السيطرة بمعنى أنَ جميع التوجهات العامة للتدخلات الايجابية المحددة في مكان العمل تستحق تطوير تدخلات ايجابية لمكافحة الاحتراق النفسي، وتعد إحدى طرق للمكافحة هو التركيز على نقاط القوة بدلا من العجز السلبي.

ففي دراسة **Linley and Harrington (2006)** التي أجريت على الأفراد الذين يستخدمون نقاط قوتهم لمساعدة الآخرين، إفترضوا أن هذه التدخلات تساعد الأفراد على زيادة السعادة وتقليل أعراض الاكتئاب.

ويمكن تعزيز هذه نقاط الايجابية من خلال ما أتى به علم النفس الايجابي **Seligman et all Joseph and linley (2005)** الذي يوجب نحو تعزيز وتنمية نقاط القوة الموجودة على قائمة سابقة، التي تسمح للأفراد بالتعرف على مواهبهم وقدراتهم الطبيعية وتطويرها وإعادة هيكلة حياتهم للقيام بالمزيد والأفضل ما يمكنهم فعله من أجل حياة جيدة.

كما قام كل من **Peterson et seligman** (2004) بتضمين 24 معيار للقوة مجمعة تحت 6 فضائل شاملة ومشتركة عبر الثقافة والزمن، وقام الباحثون بتحديد 24 نقطة للقوة أو فئات للقوة هذه من خلال إيجاد المرادفات أو إلتقاط التشابه العائلي لكل قوة أطلق عليها الاستراتيجية (**Strategy of piling on synonyms to**) وتشمل مجلات القوة 6 نقاط مجمعة في مجالات القوة التالية:

1- **الحكمة والمعرفة** التي تشمل 5 نقاط قوة: الإبداع – الفضول- الانفتاح- حب التعلم- الإدراك، وتمثل القوة المعرفية التي تستلزم اكتساب واستخدام المعرفة.

2- **الشجاعة** وتشمل 4 نقاط : النزاهة – الشجاعة- المثابرة-الحماس، والتي تمثل القوة العاطفية التي تنطوي على الارادة لتحقيق الأهداف.

3- **الانسانية** وتشمل 3 نقاط: اللطافة **Kindness** - الحب- والذكاء الاجتماعي، والتي تمثل القوة الشخصية التي تنطوي على رعاية الآخرين ومصادقتهم **Befriending** .

4- **العدالة Justice** والتي تشمل 3 نقاط : العدل **Fairness**-القيادة-العمل الجماعي، والتي تمثل نقاط القوة الحياة اجتماعية صعبة.

5- **الاعتدال Temperance** وتشمل 4 نقاط: التسامح- التواضع- التنظيم الذاتي- الحصانة Prudence وتمثل نقاط التي تحمي ضد الافراط والمبالغة في الأمور.

6- **التعالي والتكبر Transcendence** ويشمل 5 نقاط للقوة: تقدير جمال- الامتنان- الأمل- إحساس بالآخرين- حس الفكاهة والتي تمثل الروابط مع الكون والإحساس بالمعنى.

توفر هذه الاستراتيجيات إطار تكاملي لنقاط القوة والتي إعتبرها الباحثين قدرات موجودة داخل الأفراد والتي يجب تعزيزها وتطويرها تسمح للأفراد بتحقيق آداء أمثل وتقود إلى حياة أفضل، وأكثر إرضاءاً بغض النظر عن ثقافة الفرد واهتماماتهم وجنسهم والعرق والدين الذين ينتمون إليه. **(Schuartzhoffer,2009,pp. 44-47)**

ويمكن تصنيف تمارين التدخل التي قام بها سليجمان وزملاؤه على أنها نهج للتدخلات الايجابية، أو التركيز على ايجابيات البشرية، على النقيض من النهج التقليدي الذي يستهدف الأعراض وتخفيفها، هذا النهج يجد جذوره في النهج الإنساني والوجودي(ماسلو وروجرز..).

على العموم هناك تمارين استخدام القوة الذي يعتمد على العلاج النفسي الايجابي:

تمرين 1 : يطلب من الممارسين تدوين ثلاثة أشياء الجيدة التي حدث أثناء اليوم وهذا في كل مساء من ذلك اليوم، مع إبداء أسباب لحدوث هذه الأشياء.

تمرين 2 : تمرين زيارة الشكل " **Gratitude visit** " يطلب من المشاركين كتابة رسالة تصف إمتنانهم لشخص الذي هم ممتنين لهم، من خلال شكرهم وفي التمرين الثالث: يطلب من المشاركين قراءة الرسالة

للشخص عبر الهاتف أو شخصيا. وقد لوحظ أنه من خلال هذه التمارين قد غيرت وقللت من أعراض الاكتئاب وزيادة السعادة.

وعند ربط هذه التدخلات بمكافحة الاحتراق النفسي فإنه يمكن معرفة فاعليتها من خلال تبني موقف التقدير والامتنان والإقرار بالفضل للمشاركين، حيث يشعر المشاركون بالإمتنان واعتزاز لنقاط قوتهم وما لديهم أو ما يحدث لهم عند التعبير عنه.(**Schuartzhoffer,2009,pp. 49**)

الخلاصة:

تعتبر الصلابة النفسية من أهم المتغيرات الوقائية من الآثار السلبية للضغوط، فهي مزيج من التفاعل بين الالتزام الذي هو ميل للمشاركة وإيجاد الهدف والمعنى في الأنشطة الحياتية والمواجهة بدلاً من الشعور بالإغتراب والتحكم على أنه السيطرة القوية لما يتعرض إليه الأفراد من تغيرات في مختلف جوانب حياتهم والتحدي من خلال امتلاك القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة الخارجية، والتعامل معها دون اعتبارها بأنّها مهددة له.

الفصل الثالث:

الأخصائي النفساني

تمهيد

بدايات الأولى لممارسة في علم النفس الإكلينيكي (النشأة والتطور والممارسة)

مفهوم علم النفس الإكلينيكي

الأخصائي النفسي

سمات الاخصائي النفسي

مهام الأخصائي النفسي

مهام الأخصائي النفسي في مجال الإعاقة

خلاصة

تمهيد :

يعتبر علم النفس الإكلينيكي فرع من فروع علم النفس، الذي يعنى بدراسة مكامن الصراع والمشاكل المختلفة الملقاة على نفسية الفرد، لهذا كان من الضروري توفير سبل الرعاية النفسية للتصدي لمختلف المعوقات التي تصادف الفرد في الحياة المعاصرة، ولا يتحقق ذلك إلا بوجود أخصائي النفساني كفئ ومؤهل في جميع المؤسسات العامة والخاصة، فتنوع وظائفه ومسئولياته داخل مؤسسات الصحة النفسية قد يجعل تحديد دوره بدقة أمراً صعباً ، ولذلك فإن مهمة التشخيص والعلاج تكاد تكون هي المهمة الرئيسة التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مختلف المؤسسات المختلفة منها: مستشفيات مدارس سجون، شركات ومراكز التأهيل، وبالأخص مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة التي تعتبر مركز دراستنا، وعليه سنقوم في هذا الفصل للتطرف لعلم النفس العيادي بين تطوره التاريخي ومفهومه، ثم تناول الأخصائي النفساني العيادي، سماته ومجالات عمله المختلفة مع فئات العادية والخاصة.

1. بدايات الأولى لممارسة في علم النفس الإكلينيكي (النشأة والتطور والممارسة) :

تفرعت أصول علم النفس الإكلينيكي من مجالين من مجالات الدراسة، أحدهما هو دراسة السلوك غير سوي (الشاذ) بما فيه التخلف العقلي أو الضعف العقلي، وقد اهتم الأطباء في أواخر القرن الثامن عشر بالسّلوك غير السوي، واعتبروه مرضا لأول مرة منذ أيام أيقراط وجالينوس، أكثر من نتيجة لتسليط الشياطين أو للسحر، أو لأسباب خفية أخرى، وقد شهد القرن التاسع عشر عدد محاولات لتصنيف هذه الاضطرابات، كما شهد عددا من المحاولات العديدة لعلاجها على الأقل في فرنسا.

وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجين قد تشاركوا في هذه المحاولات التي كانت ترمي إلى وصف المرض العقلي، إلاّ أنّ معظم الذين إشتغلوا بهذه المحاولات كانوا من الأطباء، فقد بدأ بعض الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان **Louis Rostan** ، وجان شاركو **Jean Charcot** ، وإيمل كرابيلن **Emil Kraepelin** وإرنست كريتشمر **Ernest Kretschmer** ، وبعض السيكولوجين مثل **بيار جانيه Pierre Janet** في وصف بعض الاضطرابات على أنّها ظواهر طبيعية، وحاولوا أن يجمعوا العوامل والأسباب التي تؤدي إلى هذا الشذوذ العقلي، وبدأ شاركو **Charcot**، وجانيه **Janet**، و هبيولين بيرنهيم **Hippolyte Bernheim**، في معالجة الهستيرين (الأشخاص الذين يعانون من

شكاوي جسمية خطيرة دون وجود أية أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها)،عن طريق التنويم. **(سالم،2012 ، ص ص 30-32)**

في نهاية القرن 19 ظهر مصطلح علم النفس الإكلينيكي **Psychologie clinique** من طرف كلود مارسيل بريفوست **Claude-Marcel Prevost** .

أيضا في ديسمبر 1896 إلى ديسمبر 1901م قام الطبيبان النفسيان بالمستشفى **Hartenberg et Valentin** هارتنبرغ و **فالنتين** بنشر مجلة علم النفس الإكلينيكي والعلاجي.

ويعتبر الاستخدام الصحيح والفعلي لمصطلح "**علم النفس الإكلينيكي**" في منتصف تسعينات القرن التاسع عشر (1867-1956) وفي الولايات المتحدة حيث إفتتح ليتر ويتمر **Lightner witner** أول عيادة نفسية، اهتم بالأطفال المعاقين جسديا وعقليا، وفي عام 1896م قام بمحاضرة في جمعية علم النفس الأمريكية واستخدم خلالها مصطلح " **علم النفس الإكلينيكي**" واعتبره" كمنهج وطريقة إكلينيكية في علم النفس"، وفي 1908م نشر مجموعة من المقالات في علم النفس الإكلينيكي يشرح فيها طريقته وأسسه.

(Fouques,et Bioy,2016,p p4)

1-1-المراحل الرئيسية لتطور علم النفس الإكلينيكي:

العام	مراحل التطور
1896	ويتمر ينشىء أول عيادة نفسية
1906	ويتمر يؤسس أول مجلة في علم النفس الإكلينيكي بإسم Psychological Clinics
1912	هوليجورث Hollingworth يؤسس الجمعية الأمركية لعلماء النفس الإكلينيكي
1917	جمعية علم النفس الأمريكية تنشىء الشعبة الإكلينيكية لتمثيل علم النفس الإكلينيكي بالجمعية
1919 1921	جيمس كاتل يؤسس المؤسسة النفسية Pschological Corporation الشعبة الإكلينيكية بجمعية علم النفس الأمريكية تضع معايير الممارسة الإكلينيكية والتدريب
1935	أول كتاب دراسي في علم النفس الإكلينيكي مؤلفه لوتيت Louttit
1936	ثورن يؤسس مجلة هلم النفس الإكلينيكي Journal of Clinical Psychology
1945	جمعية علم النفس و الجمعية الأمريكية للطب النفسي تتعاونان معا من خلال لجان مشتركة
1946	إنشاء مجلس للممتحنين الأمريكي في علم النفس المهني ABEPP للسماح للمتخصصين في علم النفس بالممارسة الإكلينيكية
1947	في الولايات المتحدة الأمريكية قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA بالاعتراف بعلم النفس الإكلينيكي كتخصص علمي يخضع لمنهجية سواء في الممارسة العملية أو البحث، ووضع قاعدة من أجل تدريسه.
1947	الجمعية الأمريكية لعلم النفس تنشر الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM1

1952	مؤتمر بوسطنBoston لمراكز الصحة العقلية داخل المجتمع
1965	الجمعية الأمريكية لعلم النفس تنشر الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM2
1970	إنشاء جمعية علم النفس الأمريكية APA على يد (هول Hall و وليم جيمس و كاتل)
1983	جمعية علم النفس توافق في اجتماعها السنوي على دعم التدريب المهني وتدعو إلى إنشاء درجة جديدة للدكتوراه وهي دكتوراه في علم النفس PSY.D بالإضافة إلى دكتوراه فلسفة
1980	الجمعية الأمريكية لعلم النفس تنشر الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM3
1994	الجمعية الأمريكية لعلم النفس تنشر الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM4

(**Plante,2005,p.55**)

-جدول رقم (04) يوضح المراحل الرئيسية لعلم النفس الإكلينيكي-

1-2- إسهامات بعض العلماء في مجال علم النفس الإكلينيكي:

يؤرخ **بريفوست** **Prevost** **إلى أنّ** الإستخدام الحقيقي لمصطلح علم النفس الإكلينيكي كان حتى منتصف القرن التاسع عشر، في هذا الوقت إفتتح **Lightner Witmer (1867-1956)** عيادته النفسية حيث إهتم بالتكفل بالأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين عقليا وجسديا)، ففي عام 1896 حاضر في مؤتمر للجمعية الأمريكية لعلم النفس **APA** وإستخدم خلالها مصطلح " علم النفس الإكلينيكي" والطريقة الاكلينيكية في علم النفس، كما قام عام 1908 بنشر كتاب لعلم النفس الإكلينيكي وجموعة من المقالات تشرح طريقته وأسسه، وعلى الرغم من أن المؤتمر لم يكن له صدى حقيقي، إلا أنه في عام 1919 قامت **APA** بإفتتاح قسم لعلم النفس الإكلينيكي ومع ذلك فإن ويتمر يعتبر من بين أهم العلماء الذي له مكانة مهمة في أصول علم النفس الإكلينيكي كما ويعتبر الكثير أنه ينسب إليه.

بيار جانيت **Pierre Janet (1851-1947)** رغم أنه نادرا ما تطرق لمصطلح " **علم النفس الإكلينيكي**" ومع ذلك يوضح عمله فكرة وطريقة يمكن اعتبارها إكلينيكية، حيث رفض مجال الإحصائي ودراسات المختبرية، ورغِبَ في فهم الدينامية النفسية للفرد وهو نهج قائم على الاستماع والملاحظة.

فليس Fliess 1899 والنمساوي سيغموند فرويد **Sigmund Freud**، الذي يعتبر والد التحليل النفسي فالطريقة التي استخدمها شارك بشكل كبير في ظهور علم النفس الإكلينيكي كتخصص فريد من خلال انتهاجه لطريقة دراسة الحالة التي تسمح بمعرفة الحقائق النفسية، ومن خلال وضوح السلوكات المرضية والطبيعية، وهناك بعد أساسي أخر وهو العلاقة بين الفرد في مقابلة مع محيطه وبالأخص مع الأخصائي النفساني عندما يكون الفرد المعني موضوع للدراسة أو مفحوص (الذي صوره فرويد تحت تسمية التحويل).

في فرنسا يرتبط ولادة علم النفس الإكلينيكي بالمؤتمر الذي قدمه دانيال لاغاتش (1903-1972) **Daniel Lagache**، الفيلسوف والطبيب النفسي والمحلل النفسي، ومن ثم فهو يعرّف موضوع علم النفس الإكلينيكي: "دراسة السلوك البشري الفردي وظروفه (الوراثة، النضج، الحالات الفسيولوجية والمرضية، تاريخ الحياة)، في كلمة واحدة، دراسة الشخص " في حالة ما". ويعتبر مفهوم السلوك مهم بشكل خاص، لأنه الأساس الذي يميز علم النفس الإكلينيكي عن الطب النفسي.

(Fouques et Bioy,2016,pp.4-6)

في كتابه المعنون ب **L'unité de la psychologie** (1949) : يعرف علم النفس الإكلينيكي على أنه تخصص يجعل من الممكن التغلب على الصراع بين علم النفس التجريبي وعلم النفس الإنساني، بتعبير أدق يسمح هذا التخصص الجديد هو إجتماع أو جمع خطوات ملحوظة بين التخصصين(التجريبي والإنساني) والتبادل المشترك بين التخصصين من الصرامة التجريبية والقيم الإنسانية هذه التركيبة تكون من خلال العيادة مسلحة **Clinique armée**، حيث تعتبر الاختبارات هي شعاره الحقيقي مما يجعل تخصص علم النفس العيادي فريد من نوعه ويعطي له وحدته ولمختلف أساليب ولموضوعه ألا هو العنصر البشري وحل مختلف الصراعات التي يتعرض لها".

وقد عملت **Juliette favez- boutonier 1903-1994** لفصل علم النفس الاكينيكي عن الطب النفسي والتحليل النفسي، كما حاولت توسيع مجال علم النفس وجعله أكثر عمومية من مجال

الاضطرابات النفسية إلى مجالات أخرى كالتعليم مثلا، وقد أعطت تركيزا متناقضا ل لاغاش **Lagache** الذي أعطى أهمية للإكلينيكية المسلحة **Clinique armée** ،كما ركزت **على Clinique aux mains nues** إكلينيكية الغير المسلحة (المقابلة العيادية، الملاحظة) ، كما وأطلقت على أول مختبر لعلم النفس العيادي " مختبر علم النفس الفردي والإجتماعي" سنة 1959 ثم علم النفس العيادي سنة 1967.**(Ohayon,2006,p.21)**

ولعبت دورا مهما في الاعتراف بعلم النفس العيادي في الجامعة من خلال إنشاء شهادة في علم النفس الاكلينيكي عام 1966 في جامعة السوربون **Sorbonne**، ثم عملت في عام 1968 على إنشاء وحدة للدراسة والبحث للعلوم الانسانية الاكلينيكية **UER** في جامعة باريس 7 ، أدى ذلك في عام 1971 على الاعتراف بأول شهادة في علم النفس الإكلينيكي. **(Fouques et Bioy,2016,p. 6)**

أمّا المجال العام الآخر الذي غدى علم النفس الإكلينيكي فقد كان دراسة الفروق الفردية، والشخصية الأولى العظيمة في هذا الميدان كان الانجليزي فرانسيس جالتون **Francis Galton** ،الذي إشتملت اهتماماته عدة فروع. وقد اهتم جالتون بدراسة الفروق الفردية التي تمثل أول حركة سيكولوجية نظامية، نحو الاهتمام بدراسة تفرد سلوك بدلا من قصر الاهتمام على السلوك المعمم والذي كان يشكل محور الاهتمام في علم النفس التجريبي، حينذاك وحين ينظر للفروق الفردية بوصفها أخطاء، وقد مهد ذلك الطريق إلى قيام علم النفس الإكلينيكي يسنده إتجاه سيكومتري قوي، وإلى أن يصبح الفرد وحدة مناسبة للدراسة السيكولوجية. **(محمود،2016 ،ص9)**

وتطور علم النفس الإكلينيكي أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية، حيث كان الاهتمام قبلها مقتصرا على دراسة مشكلات الأطفال وانتقل الإهتمام على المصابين باضطرابات نفسية لدى الكبار من جراء الحرب وما تسببت فيه، حيث زاد عدد المصابين وبهذا زاد اهتمام العديد من العلماء النفس والتجائهم لتركيز على علاج المصابين، وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يعنون بالعلاج النفسي للكبار، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصرا من قبل العلاج النفسي للأطفال.**(سالم،2012 ،ص10)**

2. **مفهوم علم النفس الإكلينيكي:** يعتبر التعريف في العلوم الإنسانية مشكلة تثير كثير من الخلافات بين العديد من العلماء، وذلك نظرا لاختلاف الأطر المرجعية التي يحاول كل عالم أن يعرف به

العلم الذي هو بصدد تعريفه أو الظاهرة التي تتم معالجتها. وهذا الإختلاف في العلوم الإنسانية إنما هو ناتج من كثرة المدارس والنظريات ويختلف ذلك عن العلوم الطبيعية التي تكون محدودة ومقننة.

ففي تعريف علم النفس الإكلينيكي من الباحثين من قسم التعاريف إلى تعاريف طبية، سلوكية، مرضي، قياسي، ومن هذه التعاريف مايلي:

كلمة إكلينيكي مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية **Kliné** سرير المريض تشير إلى معنى بجوار سرير المريض"، ثم امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد أي فحص المريض وعلاجه كفرد على أساس أعراضه وليس على أساس آخر.

فقد ظهرت الكلمة على لسان " **Wittmer** 1896" وهو يشير إلى نهج خاص يرتكز على دراسة الحالة الفردية، لكنه فيما بعد توسع لدراسة الأسوياء .**(معتصم ميموني،2005،ص15)**

وقد أشار إنجلش 1957م إلى أنّ لفظ إكلينيكي يرتبط بالعيادة أي مقر العلاج، كما أنّ هذا اللفظ يشير إلى منهج من مناهج الدراسة للفرد ككل أي بصورة كلية وكشخص فريد، وعلى ذلك يتم ملاحظة سلوك معين ونوعي، ويمكن الإستدلال على وجود سمات معينة ونوعية بهدف فهم شخص معين ومساعدته.(**محمود،2016 ، ص 7)**

– وبهذا فموضوع علم النفس الإكلينيكي هو الدراسة المعمقة للفرد كشخص فريد من نوعه وليس كموضوع مجرد، فتصبح دراسة الحالة على أساس تفاعل دينامي بين الفاحص والمفحوص، مع الأخذ بعين الإعتبار: محيط الفرد(الاجتماعي والثقافي والمدرسي)، السن، المستوى الفكري والاجتماعي والنفسي، الظروف الحالية ودور الأشخاص المحيطين به أي البحث عن ما وراء السلوك الظاهر وحسب خصائص الفرد ومحيطه.**(معتصم ميموني،2005 ،ص15)**

– وقد **عرفت اللجنة الإكلينيكية في جمعية علم النفس الأمريكية** ميدان علم النفس الإكلينيكي بأنّه:" صورة من صور تطبيق علم النفس، وهو يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك وخصائصه عند الفرد، عن طريق وسائل القياس والتحليل والملاحظة، والذي يقوم على أساس لكامل النتائج التي يصل إليها، بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي وتاريخ الحالة وإقتراحاته وتوصياته، لتحقيق تكيف توافقي ملائم للفرد" .**(محمود،1981 ، ص ص 66-67)**

- كما يعرفه **قاموس APA (2015):** "علم النفس الإكلينيكي هو فرع من فروع علم النفس المتخصص في البحث والتقييم والتشخيص، والوقاية والعلاج من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية".**(Vandenbos,2015 ,p.193)**

- أما **الرابطة النفسية الأمريكية** فعرفته : "على أنّه ميدان يجمع بين العلم والنظرية والممارسة من أجل فهم مختلف أشكال سوء التكيف والعجز والضيق، والتخفيف منهما أو معالجتهما، والعمل على تعزيز تكيف الفرد ونموه الشخصي، ويركز علم النفس الإكلينيكي على الوظائف العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية–الإجتماعية والسلوكية لدى الأفراد في سائر مراحل حياتهم، وثقافاتهم ومستوياتهم الإجتماعية والاقتصادية المختلفة".**(ترجمة طعيمة داود و زين الدين،2007 ،ص ص 23–24)**

- وفي نفس المنوال نكمل مع "**دانيال لاغاش D.Lagache و H. Piéron وبيغون** " تم تعريف علم الاكلينيكي في عام 1951 في كتابه الشهير " **Vocabulaire de la psychologie** " : هو علم يدرس السلوك الإنساني والذي يرتكز على الملاحظة والتحليل العميق للحالات الفردية ، سواء كانت سوية أو مرضية، وحتى الحالات الجماعية" **(sylvain et all,2012,p p. 6–7)**

- ويعرف **Anzieu Didie** علم النفس الإكلينيكي من خلال ثلاث مسلمات:

أ– مسلمة الديناميكية: مفهوم الصراع الذي يعتبر مركزي في علم النفس الإكلينيكي، فالفرد يكون دائما في صراع مع نفسه والآخرين والمحيطين به، وبالتالي دراسة ميكانيزمات التي يستعملها الفرد في هذا الصراع وشدته وأساليب التعبير عنه والحلول التي يقدمها.

ب– المسلمة التفاعلية: من المهم دراسة تفاعلات الفرد مع بيئته (الأسرة والثقافة السياق العام) فهي التي تعطي معنى للصراع الذي يعيشه الفرد.

ج– المسلمة النشوئية : يجب أن يأخذ علم النفس الإكلينيكي في الإعتبار تاريخ الفرد من أجل فهم سلوكه الحالي. **(Fouques et Bioy,2016,p.6)**

- وتعرف **Juliette Favez Boutonier** علم النفس الإكلينيكي هو جزء العلمي الذي يدرس المشاكل الأساسية للإنسان في جميع المواقف التي يمر بها مع الآخر وشخصيته الخاصة، فقد سمحت لعلم النفس العيادي التفتح على المجالات الأخرى الغير مرضية، وقد أعطت تركيزا متناقضا ل لاغاش **Lagache** الذي أعطى أهمية للإكلينيكية المسلحة **Clinique armée** ،أما جولييت فقد ركزت

على **Clinique aux mains nues** إكلينيكية الغير المسلحة (المقابلة العيادية، الملاحظة)، كما وأطلقت على أول مختبر لعلم النفس العيادي " مختبر علم النفس الفردي والإجتماعي" سنة 1959 ثم علم النفس العيادي سنة 1967.**(Ohayon,2006,p.21)**

وبهذا فعلم النفس العيادي هو فرع من فروع علم النفس، يعنى بدراسة الحالة المعمقة للفرد، وحتى في تفاعلاته مع الجماعة، في الإطار السوي والمرضي، وهذا بإستخدام وسائل القياس المختلفة فكما أطلق عليها لاغاش الإكلينيكية المسلحة **Clinique armée** بإستخدام (اختبارات)، أو الإكلينيكية الغير المسلحة **Clinique aux mains nues** حسب **Favez Boutonier** (المقابلة العيادية والملاحظة).

3. الأخصائي النفساني:

❖ **حسب قاموس APA (2015)**: الأخصائي النفساني الإكلينيكي هو ذلك المختص في علم النفس الإكلينيكي، متحصل علة درجة الدكتوراه والذي تلقى تدريبا في طرق وتقنيات البحث من أجل التشخيص وعلاج مختلف الاضطرابات النفسية، ويعمل في المقام الأول في عيادات الصحة والصحة العقلية، أو في البحث، أو في الأوساط الأكاديمية، وفي الممارسات الجماعية ومستقلة.**(Vandenbos,2015,p.193)**

❖ **وتعرفه نهاد عبد الوهاب (2016)**:" الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الذي يستخدم الأسس والتكتيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية، والذي يتعاون كلما اقتضى الأمر مع غيره من المختصين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، والأخصائي الإجتماعي وغيرهما كل في حدود إعداده وإمكانياته، وفي إطار من التفاعل الايجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص، وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ عن احتمالات تكور حالته ومدى استجابته لمختلف أصناف العلاج، ثم الوصول بالمفحوص إلى أقصى توافق إجتماعي ذاتي ممكن" **(محمود،2016،ص 16)**

❖ وأما **هولمز** فيعرفه **Holmes (1994)**: بأنه ذلك الشخص الحاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس العيادي، وله تدريب كافي في المجال العيادي، بحيث يصبح بمقدوره تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية. **(الحاج و بوحفص،2018 ،ص73)**

❖ **وحسب Marzillier and Hall (1999)**: أخصائي النفسي الإكلينيكي هو مختص في الرعاية الصحية ويعمل في المجال الصحة العقلية والجسدية، ومن بين أنشطته الرئيسية:

أ- التقييم النفسي .

ب- العلاج النفسي **(Knight,2002,p.5)**

❖ **أما Brousoulaux S anderine (2009)**: الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو مختص في الآداء النفسي والمعرفي، والسلوك البشري والشخصية والعلاقات، يُمَكِّنُه اختصاصه من المساعدة في التشخيص والمشاركة في الدعم.**(Brousoulaux,2009,p.31)**

ومما سبق فالأخصائي النفساني هو ذلك الشخص الذي تلقى تعليما وتدريبا في علم النفس وتخصص في علم النفس العيادي، والذي يُمكنه من تشخيص الإضطرابات النفسية وتقديم أنواع العلاجات النفسية المختلفة، هذا من أجل الوصول إلى أقصى درجات التوافق النفسي والاجتماعي للمفحوصين.

4. سمات الأخصائي النفساني : إنّ فعالية الوظيفة العلاجية التي يقوم بها الأخصائي النفساني أثناء القيام بمهامه، تجعل امتلاك عدد مختلف من السّمات الجوهرية أمر مُحَدِد لنجاح العملية العلاجية، فقد ذكر أنتوني ستور **Anthony Stoore** (1987) في كتابه فن العلاج النفسي بعض الخصائص وسمات شخصية المعالج النفسي، حيث هناك سمات شخصية لها جذور عميقة تدفع نحو العلاج النفسي، كما وأصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية سمات الأخصائي الإكلينيكي ويمكن تجميع هذه السمات في النقاط التالية:

- **مهارات بناء العلاقة:** وهو أن يكون للأخصائي قدرة على تفهم مشاعر وحاجات ومعاناة المفحوص، يحس ما يحس به حتى إذا لم يستطع المفحوص وصف أفكاره وأحاسيسه، ويجب على الأخصائي فهم اختيار ومشاعر المفحوص حتى وإذا كانت تلك المشاعر والأفكار لا تتفق مع مشاعر المعالج، فالاتسام بالعطف والمشاركة يتم من خلال تشجيع المفحوص على الحديث بتقبل واهتمام دون نقد، وتفهم وتحديد المسئوليات والحدود.(**الخزامى،2016،ص91)**
- **مهارات الإصغاء** : من خلال قدرة الأخصائي على كشف للحياة الداخلية للمفحوص دوافعه والعوائق التي يمر بها، كما يعتبر أيضا تفسير لطلب المفحوص فكل مهارات الاصغاء لدى الأخصائي تحمل قدرته على التقيم والتفسير والتفهم المفحوص. (**مرداسي، 2009**،ص90)
- المسئولية والإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا من خلال التمتع بالتسامح واحترام الآخرين وأفكارهم والإلتزام بأخلاقيات المهنة.

- اللباقة والمرونة والثقة بالنفس
- القدرة على تكوين علاقات جيدة، إنسانية دافئة واقعية ومهنية.
- القدرة على إتخاذ القرارات الملائمة في المواقف المختلفة.
- إدراك المريض في إطاره الاجتماعي والبيئة التي أتى منها المفحوص.
- القدرة على الضبط الإنفعالي في المواقف المختلفة مع المفحوص.
- العلم مع الفرقة متعددة التخصصات.

أما كارل روجرز صاحب العلاج النفسي المتمركز حول العميل قائمة من السمات :

- أن يكون الأخصائي النفساني شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية.
- أن يتصف بالموضوعية وعدم التحيز في الاتجاهات الانفعالية وتحمل والصبر.
- القدرة على فهم السلوك الإنساني وهذا لن يكون دون أن يكون لدى الأخصائي خلفية علمية ومستوى أكاديمي لائق.
- احترام الآخر وتقبله كما هو والرغبة في المساعدة .
- إدراك نفسه ودوافعه ومكامن القصور والعجز الانفعالي لديه مع القدرة على ضبط الذاتي حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في العمل. **(عسكر،2009،ص40)**

5. مهام الأخصائي النفساني: يقوم الأخصائي النفساني بأدوار مختلفة والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات أساسية من المهارات:

المجال الأول: ويضم هذا المجال قياس الذكاء والقدرات العامة، وبشرط أنّه لا يضم مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتعدى ذلك ليضم تقدير إمكانات وكفاءة الفرد وأثر المشكلات والظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.

المجال الثاني: ويتعلق الأمر بتطبيق الأساليب الإكلينيكية من قياس الشخصية ووصفها وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك الشاذ أو غير التوافقي، وهذا التشخيص التوافقي ليس محاولة من أجل تحديد المرض الذي يشكو منه الفرد، بل إنه وصف للظروف السيكولوجية للفرد وصف تفصيلي ودقيق قدر الإمكان.

المجال الثالث: وهو العلاج النفسي بمختلف طرقه والتي تضمن معالجة المرضى وجها لوجه لفترة من الزمن، وتوجيه التوصيات للأباء والمدرسين أو للمرضى أنفسهم، والقيام بإحداث تغيرات أو من أجل الوصول للتوافق النفسي للفرد.(**روتر،1984،ص ص 25-26)**

❖ كما حدد **شاكوا Schakow** مجالات اهتمام الأخصائي النفساني:

1- إستخدام الاختبارات النفسية والشخصية : من أجل الكشف عن بناء الشخصية ودوافعها وميولها، واهتماماتها وصراعاتها، وأيضا الكشف عن قدرات الفرد العقلية وإستعداداته.

2- الإلمام بالإتجاه الدينامي في دراسة الشخصية من خلال دراسة الحالة والاختبارات يكشف عن قوى الصراع والإشكالات النفسية التي يعاني منها الفرد.

3- الوقوف على السمات والخصائص الدينامية المختلفة التي تنتظم فيها شخصية الفرد.**(عباس،1996 ،ص29)**

❖ وبالنسبة **D.Lagache** فإن وظيفة الأخصائي النفساني، تتجاوز الوظيفة التشخيصية لإضراب ما لتذهب إلى أبعد من ذلك ألا وهو متابعة الفرد **Suivi des individus** ، مثلما هو الحال بالنسبة لعلم النفس العيادي الذي يضم العديد من الإضطرابات العقلية، ولكنه يقترح التركيز على الوقاية من الإضطرابات والنهوض بالفرد.**(Doucet,2011,p.14)**

وتجدر الإشارة أن عمل الأخصائي لا يقتصر داخل العيادات والمؤسسات الاستشفائية والتربوية والاجتماعية ومؤسسات التأهيل الجنائي (الإصلاحية والسجون) فإلى جانب ذلك يقوم بالتدريس وإجراء البحوث ضمن مجال اختصاصهم، كذلك هناك من الأخصائيين من يعمل في المؤسسات الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة والتي تضم مؤسسات فاقدي البصر و المعوقين حركيا، ومتخلفين عقليا، والاعاقة السمعية.

6. مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجال الإعاقة: في هذا المجال "مجال ذوي الاحتياجات الخاصة" يهدف عمل الأخصائي النفساني العيادي إلى" عمل التقبل" **Travail visent l'acceptation** وإلى الدمج النفسي والمهني للشخص المعاق، ويأخذ الأخصائي النفساني بعين الاعتبار النقاط التالية :

- بناء الهوية **L'identité** التي تُزَعزع بمجرد إعلان الإعاقة لدى والدي الطفل المعاق.
- البناء التدريجي لهذه الهوية في النمو النفسي للأطفال والمراهقين.
- الأخذ بعين الاعتبار تأثير التصورات الاجتماعية للإعاقة على تقدير الذات والهوية ومكانة المعاق في المجتمع.

ويختلف دور الأخصائي النفساني مع المعاقين وأسرهم وفقا للعديد من المعايير منها: عمر الطفل أو المراهق ، نوع الإعاقة، وتكوين الأسرة، والتي يأخذها بعين الاعتبار من أجل تكييف العلاج والمساعدة التي يقدمها وفقا واحتياجات الأشخاص المعنيين .

ويتضمن تدخل الأخصائي النفسي اعتمادا على خصوصية الإعاقة بحيث قد يلجأ، إلى علاج بالوساطة (العلاج بالفن والعلاج بالموسيقى) العلاجات الغير اللفظية (السلوكية) ، للتغلب على القيود التي تفرضها الإعاقة بهدف إعادة تواصل وكسر العزلة عن الشخص المعاق وتقديم تجارب إيجابية له للتقليل من معاناة التي تسببها الإعاقة وزيادة المهارات الإجتماعية، من خلال جلسات فردية إلى ورشات عمل علاجية (ألعاب –رمل – الماء) ومع التركيز العمل مع الفريق المعالج من ممرضات وأرطفونيا، تربويين ، نفسي حركي. **(Schauder ,2007,p.330-331)**

7. مراسيم تنظيمية حسب الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية : مرسوم تنفيذي رقم 09- 353 مؤرخ في 20 ذي القعدة عام 1430 الموافق 8 نوفمبر سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

المادة 88: يصم سلك النفسانيين العياديين ثلاث (3) رتب:

- رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الأولى
- رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الثانية
- رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الثالثة

تحديد المهام:

المادة 89: يضم النفسانيون العياديون من الدرجة الأولى كل النشاطات الوقائية والعلاجية، في الميدان النفسي العيادي تجاه الأشخاص المتكفل بهم في المؤسسات أو المصالح المتخصصة التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

ويكلفون بهذه الصفة، على الخصوص بما يأتي:

- تطبيق الروائز النفسية وتفسيرها والقيام بالتشخيص النفسي وإبداء الرأي العيادي، حسب الحالة.
- ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين.
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسسة.
- المشاركة في التكفل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة.
- ضمان الفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول بالمؤسسة.
- ضمان مرفقة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة.

المادة 90: زيادة على المهام المنوطة بالنفسانيين العياديين من الدرجة الأولى، يكلف النفسانيون العياديون من الدرجة الثانية، على الخصوص بما يأتي:

- المشاركة في تحيين برامج المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني وإثرائها.
- المشاركة في تأطير المتربصين وتقييم مذكراتهم.
- المشاركة في كل بحث أو نشاط له علاقة بمهامهم تبادر به المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص أو الإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

المادة 91: زيادة على المهام المنوطة بالنفسانيين العياديين من الدرجة الثانية، يكلف النفسانيون العياديون، من الدرجة الثالثة على الخصوص بما يأتي:

- القيام بالدراسات والتحليلات الرامية إلى تحسين التكفل العيادي بمختلف الفئات المستقبلة بالمؤسسات المتخصصة.
- القيام بتقييم مدى تنفيذ برامج التكفل العيادي وقياس مدى أثرها.
- إعداد الحصائل المتعلقة بالتكفل العيادي في المؤسسات المتخصصة.

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل الذي تم تحديد مهام الأخصائي النفساني العيادي في جميع المجالات وبالأخص في مجال التكفل النفسي بالإعاقات المختلفة، والتي تعد من أصعب المهام التي يقوم بها المختص النفسي في هذا مجال من ذوي الاحتياجات الخاصة التي تتطلب قدرا كبيرا من السمات الإنسانية، وبالتالي فعمل الأخصائي النفساني العيادي كما تم التطرق إليه يهدف قبل كل شيء إلى عمل التقبل" **Travail visent l'acceptation** ، وإلى الدمج النفسي والمهني للشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الرابع:

الإعاقة

تمهيد :

يعتبر موضوع الإعاقة اليوم من المواضيع متعددة الجوانب، وشديدة التعقيد، إذ تتطلب هذه الظاهرة جهود عدد من العلماء في مختلف التخصصات وحتى الأولياء، ولا يقتصر موضوع على عامل واحد مؤثر في نشأتها وتطورها، إنما يتعلق الأمر بوجه خاص بالتفاعل المشترك بين العوامل الوراثية أو العوامل البيئية والتي يعزى إليها سبب حدوثه. وسنتناول في هذا الفصل أهم الإعاقات من إعاقة بصرية وسمعية وحركية وتخلف عقلي وأهم تصنيفاتها وكذا الأسباب المؤدية إليها وتشخصيها.

1. تطور مفهوم الإعاقة :

لقد تطورت التّسميات على مر القرون، ومازال يطلق عليهم الأعمى والأعرج والكسيح والأطرش والأخرس والمجنون، وبدأت تتغير التسميات منذ منتصف القرن العشرين حيث أطلق عليهم المقعدين **Cripples** ، ثم تغيرت التّسمية إلى ذوي العاهات، على أساس أن كلمة الإِقْعَادْ توحي بتحديد المصطلح على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل، أما العاهة **Defornity** فهي أكثر شمولا لمدلول العيوب أو الإصابات، ثم ظهر مصطلح العاجزين **Handicapped** أي تكبيل اليدين، ثم تطورت النظرة وتغير المسمى على أساس أن العجز نسبي وليس مطلق، وجزئي وليس كلي، ثم ظهر مسمى المعوقين **Disabled** أي عدم القدرة وإستُبدل مسمى المعوقين بالمعاقين، لأن المعوقين كمصطلح لغوي يعني تعويق الآخرين وشغلهم، ثم ظهر مصطلح الفئات الخاصة **Special groups** ، ثم ظهر مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة **People with special needs** (**الفيل، والسيد،2016 ،ص15)**

ويعتبر مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة هو المصطلح الأكثر قبولا لما يحمل في طياته مراعاة للجوانب الإنسانية والنفسية، وينظر لهم من جميع الجوانب، ويستغل نقاط قوته للتغلب على نقاط ضعفه.(**الباتع وعلي شهاب،2014 ،ص28)**

ولقد تبنت الباحثة مصطلح " **ذوي الاحتياجات الخاصة**"، نظرا للأسباب سالفة الذكر.

ويعرف قاموس APA (2015) : "الإعاقة هي كل عيب disadvantage أو خاصية characteristic تحد أو تمنع الشخص من أداء مهام جسدية أو معرفية أو إجتماعية مختلفة أو من أداء أدوار معينة داخل المجتمع" **(Gary R Vandenbos,2015,p481)**

ويعرفه الباتع :" بأنه ذلك الفرد الذي ينحرف إنحراف ملحوظ عما نعتبر عاديا سواء أكان ذلك من الناحية العقلية أم الإجتماعية أو الإنفعالية أو الجسدية، بحيث يستدعي هذا الإنحراف الملحوظ تقديم نوع من الخدمات التربوية يختلف عما يقدم للأفراد العاديين" **(باتع وعلي شهاب،2014 ،ص28)**

2. تصنيفات ذوي الاحتياجات الخاصة:

ويندرج تحت هذا المصطلح جميع الأطفال الذين لا يستطعون الاستفادة من برامج التربية العادية في المدارس العادية، وسيقتصر حديثنا على أكثر الأنواع الإعاقات إنتشارا وهي: التخلف العقلي ، الإعاقة البصرية، السمعية .

2-1- التخلف العقلي :

2-1-1- نظرة تاريخية:

في تاريخ البشرية يعتبر موضوع التخلف العقلي مقلق و مخيف في حد ذاته، فالمتخلف العقلي قد تم رفضه على الفور والتخلص منه، وفي بعض الأحيان إعدامهم مع الخوف المتواصل من العدوى أو السحر الذي يمكن أن يؤذيهم.

في العصور القديمة كانت التدابير المتعلقة بالمتخلفين عقليا صارمة ومتطرفة فهم يعتبرون مستودع (**dépositaire**) الشر، حيث تصرفاتهم تثير نوع من النفور منهم مع الخوف، كما أن وجوههم المشوهة وكلماتهم الغير منطوقة جيدا وأفعالهم الغير المتكيفة مع مجتمعهم تعبر عن لعنة ما، في غالب الأحيان يكون مصيرهم الموت كما هو الحال عند اليونانيين .

إلا أن بعض الحضارات التي تبدو أكثر إنسانية كانت تقدسهم ففي مصر مثلا: يعتبرون حاملين للقوى الإلهية أو قوى الجن مؤهلين لها، لهذا فهم محميين.

في أوروبا تحديدا في العصور الوسطى يعتبر المتخلفين عقليا كأشخاص أشرار لا فرق بينهم وبين المجانين والمشعوذين، وغالبا يتهمون بممارسة السحر وكان مصيرهم السجن.

أما في عهد الملك فيليب فقد قام " **Bel** " باقتراح حل لهؤلاء المرضى، حيث اقترح وضعهم في المستشفيات عوض قتلهم.

في القرن 17 أصبح المتخلفون موضوع دراسة واهتمام عدة أطباء، حيث اعتبرت أنها أمراض وراثية أو في الفترة المحيطة بالولادة « **Périnatale** » ، أو مرحلة الولادة « **obstétricales** » أو بسيكولوجية كما أن البعض يزعمون أن الأولياء الذين يدرسون كثيرا و كثيري التفكير ينجبون أولادهم مصابين بالخلل العقلي .

في القرنين 18- 19م بعد النهضة الفرنسية التي وضعت حقوق لجميع الأشخاص من بينهم المتخلفين عقليا، أقيمت أبحاث علمية بيداغوجية و ممنهجة الغاية الكبرى منها هو نزع الالتباس القائم بين مفهوم التخلف و الجنون . **(Epelboum,2002,p.1036)**

أما في بداية الخمسينات القرن العشرين، بدأ تأسيس الجمعيات التي تعنى بالمتخلفين عقليا مثل : الجمعية الوطنية للمعاقين عقليا **THE National Association of Retard Citizens** واللجنة الرئاسية للإعاقة العقلية **Presiden't Commission on Mental Retardation**

وفي عام 1975م أقر الكونغرس الأمريكي قانون التعليم للمعاقين والذي كان من بين بنوده توفير التعليم الملائم لكل الأطفال المعاقين من عمر المدرسة حتى عمر 21 سنة، وقد عدّل هذا القانون في عام 1986 ليتضمن تقديم الخدمات التعيمية للمعاقين من عمر 3- 21 عاما مع تزويد الرعاية الخاصة للرضع الذين تظهر عليهم علامات الإعاقة العقلية **(البطانية وآخرون، 2007 ،ص118)**.

2-1-2- مفهوم التخلف العقلي:

إن الباحث في مجال التخلف العقلي يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي يتداولها المختصون والعاملون قي هذا الميدان، واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة، فقد استخدم الباحثون الانجليز والأمريكان مصطلحات من قبل دون عقل، وصغير العقل، ونقصان العقل، وفي أخر الخمسينات تخلوا عن هذه المصطلحات واستخدموا مصطلح التخلف العقلي، ومصطلح التأخر العقلي.

أما الباحثون العرب فقد استخدموا مصطلحات كثيرة، منها القصور العقلي، النقص العقلي، الضعف العقلي، التأخر العقلي، والإعاقة العقلية، الإعاقة الذهنية.

ويرجع هذا التعدد الى ظروف ترجمة المصطلحات الانجليزية لبعض الباحثين ترجمها ترجمة حرفية والبعض الأخر ترجمها بحسب مضمونها واختلفوا في تحديد هذا المضمون.(**السيد عبيد، 2000، ص ص 20-21)**

ولقد حاول المختصون في ميادين الطب وعلم الاجتماع والتربية وعلم النفس التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها ومسبباتها وطرق الوقاية منها.

أولا الاتجاه الطبي Medical Attitude : يعدّ التعريف الطبي من أقدم التعريفات للتخلف العقلي، وظهرت تعريفات طبية عديدة ترتكز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية والباثولوجية المسببة للإعاقة، والمؤثرة سلبا على الذكاء والقدرات.

ولقد ركز التعريف الطبي على أسباب التخلف العقلي ففي عام 1900 ركز "**إيرلاند Ireland**" على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل وأناء الولادة، أما عام 1908 ركز "**تريد جولد Tred Gold** " على الأسباب المؤدية إلى عدم إكتمال حجم الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها. **(متولي،2015،ص20)**

ثانيا التعريف السيكومتري Psychometical Attitude : إعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I.Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية وأعتُبِر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (70) درجة على إختبارات الذكاء بأنهم معاقين عقليا، وعليه فالإعاقة العقلية هنا هي حالة متأخرة من النمو العقلي تحدد بنسبة ذكاء أدنى من (70) حسب الإختبار المقنن للذكاء **(البطاينية وآخرون،2007،ص121)**

ثالثا الإتجاه الإجتماعي Social Attitude: ظهر هذا الإتجاه على يد "**ميرسر Mercer** " **وجنسن Jensen** " وركز على مدى نجاح أو إخفاق الفرد في الاستجابة لمتطلبات الحياة الإجتماعية، وفق المعايير السائدة في مجتمعه، وبالتالي فإن فشله في تلبية متطلبات الاحتياجات اليومية أو البيئية الاجتماعية المحيطة به يجعله واقعا ضمن فئة المعاقين عقليا.**(الإمام، والجوالدة ،2010 ،ص77)**

رابعا الاتجاه القانوني: فالشخص المعاق عقليا حسب هذا الاتجاه يكون غير قادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة.**(صبحي،2009 ،ص81)**

خامسا الاتجاه التربوي: يشير التعريف التربوي للتخلف العقلي هو أنه ذلك الفرد الذي يعيقه تخلفه من متابعة التحصيل الدراسي في المدارس العادية، ولا تسمح له قدراته بالتعليم والتدريب وفق أساليب خاصة أو هو كل طفل لا يستطيع الإتصال مع أقرانه بواسطة الكتابة أي الذي لا يستطيع أن يعبر عن أفكاره كتابيا، ولا يقرأ الكتابة ولا يفهم ما يقرأ بصورة عادية بينما لا يوجد لديه أي إضطراب بصري أو شلل حركي، يشل عدم إكتسابه اللغة.**(متولي ،2015 ،ص ص 24-25)**

ومن مجملة الاتجاهات السابقة نورد تعريف DSM5 للتخلف العقلي وتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

وضعت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريف له عام 1992 على أنها : " حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد بحيث ينخفض اللأداء العقلي(الذكاء) عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين، يترافق مع خلل واضح في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية : العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية المهارات الاجتماعية، استخدام وقت الفراغ، مهارات العمل، وتظهر هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة. **(القمش، والمعايطة، 2007، ص 42)**

(Intellectuel disability) : " يتميز بعجز القدرات العقلية العامة كالتفكير ،حل المشكلات، التخطيط، التفكير المجرد، الحكم، التعليم الأكاديمي و التعليم عن طريق الخبرة الذي يؤذي إلى عجز العمل التكيفي، حيث أن الفرد يفشل في تلبية المعايير الشخصية، الاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية". **(DSM5،2013،P.69)**

ولهذا فإن أي تعريف مقبول للإعاقة يجب أن يتضمن كل العوامل الطبية والاجتماعية والسيكومترية وقانونية والتربوية.

2-1-3- تصنيف التخلف العقلي : هناك عدة تصنيفات من بينها :

أ- **النوع الأول : حسب الذكاء :** يصنف التخلف العقلي إلى الفئات التالية :

التصنيف	التخلف العقلي الخفيف	التخلف العقلي المتوسط	تخلف عقلي الشديد	التخلف العقلي العميق
الخصائص	لغة متأخرة- استخدام الكلام في الأغراض اليومية- الاستقلالية الكاملة في رعاية أنفسهم- صعوبات في مجال التحصيل الدراسي- امتلاك قدرات على الأداء الأعمال التي تستدعي قدرات تطبيقية أكثر منها أكاديمية-	البطء في تفهم واستخدام اللغة- تأخر اكتساب لرعاية الذات والمهارات الحركية- يحتاج البعض إلى الإشراف مدى الحياة -تقدمهم في الأعمال المدرسية محدودة-	التشابه مع فئة التخلف العقلي المتوسط- وجود سبب عضوي والحالات المصاحبة له- درجة بالغة من الاختلال الحركي- وجود تلف أو عيب بنيوي في الجهاز العصبي المركزي-	يعاني من عجز شديد في فهم الطلبات أو التعليمات و تنفيذها- محدودين بشدة في حركتهم- عدم التحكم في التبرز والتبول- أشكال بدائية من التواصل غير اللفظي
/معامل الذكاء	**يتراوح حاصل الذكاء بين 50 إلى 69**	**يتراوح حاصل الذكاء بين 35إلى 49**	**يتراوح حاصل الذكاء بين 20 إلى 34**	**يقدر حاصل الذكاء هنا بأقل من 20**

-جدول رقم (05) يوضح تصنيف التخلف العقلي حسب الذكاء-

(عكاشة، 1999، ص ص-240-242)

ب- **النوع الثاني : حسب المظهر الخارجي** :ينقسم التخلف العقلي إلى فئات حسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة، ومن هذه الفئات ما يلي :

1) **المنغولية:** تسمى هذه الحالة باسم متلازمة داون نسبة إلى الطبيب الانجليزي (John Down) ، تعود هذه الحالة إلى اضطرابات في الكروموزوم 21 رقم حيث يظهر زوج الكروموزومات هذا ثلاثيا لدى الجنين، وبهذا يصبح عدد الكروموزومات لدى الجنين في حالة المنغولية 47 كروموزوم كما هو الحال في الأجنة العادية، وهناك أسباب أخرى لحدوث حالات المنغولية تعود الى خطأ في موقع الكروموزوم. ولكن نسبة هذه الحالات قليلة جدا ولا ترتبط بعمر الأم كما هو الحال في حالات اضطرابات الكروموزوم رقم 21 والذي يرتبط بعمر الأم.(**الروسان، 1998، ص ص80-81)**

2) **القزامة** : تعتبر القزامة من مظاهر التخلف العقلي، ويقصد بها حالات قصر القامة الملحوظة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، ومن المظاهر الجسمية المميزة لهذه الحالة قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة إلى أكثر من 80 سم ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع.

ترجع أسباب حالات القزامة إلى عوامل وراثية وبيئية، وخاصة النقص الواضح في هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها من الغدة النخامية وكمية الدم التي تصل إليها، ومادة اليود التي تعتبر عاملا أساسيا في نقص هرمون الثيروكسين.

3) **صغر حجم الرأس** : وتبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة والتي تبدو واضحة منذ الميلاد، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد وفي صعوبة التآزر البصري الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة، ويعتقد أن سبب هذه الحالة يبدو في تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل، وتعرض الأم الحامل للإشعاع.(**الخاليدي ، 1975، ص22)**

4) **كبر حجم الدماغ** : تعتبر حالات كبر حجم الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال التخلف العقلي بالرغم من قلة نسب حدوث مثل هذه الحالات مقارنة مع التخلف البسيط، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة 40 سم – 50 سم، مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة، وغالبا ما يكون شكل الرأس في مثل هذه الحالات كبيرا، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحيانا في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة، مقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين.(**السيد عبيد، 2000، ص 113)**

ج- النوع الثالث: حسب البعد التربوي: إن أهم ما يميز فئة التخلف العقلي البسيط أو الخفيف Mild أن أطفال تلك الفئة يتمتعون بالقدرة على التعلم، حيث يطلق عليهم المتخصصون في التربية الخاصة

المتخلفين عقليا القابلين للتعلم (EMR) فالطفل المعاق عقليا القابل للتعلم يكون قادرا عادة على تعلم القراءة بشكل نافع ومفيد، كما أنه يستطيع اكتساب المهارات الاجتماعية والمهنية الملائمة التي تجعل منه شخصا معتمدا على نفسه في سن الرشد.

1) **فئة القابلين للتعلم (Educable)** : تتراوح نسبة الذكاء أفراد هذه الفئة بين 50- 70 ويمكن لأفرادها الوصول الى مستوى الصف الثالث أو الرابع الابتدائي، ويتراوح العمر العقلي للفرد من هذه الفئة بين 6-9 سنوات.

2) **فئة القابلين للتدريب (Trainable)** : وتتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين 25-49، وهؤلاء الأفراد لا يستطعون التعلم الأكاديمي ولكن يمكن تدريبهم على الأعمال اليدوية البسيطة التي تتناسب مع قدراتهم المحدودة، ويتراوح العمر العقلي للفرد في هذه الفئة مابين 3-6 سنوات. **(محمد إبراهيم ، 1999، ص 36)**

3) **حالات العزل** : وهم حالات التخلف الجسيم أو المطبق وأكثر مستوياته تدنيا وتدهورا وتقل معاملات ذكائهم عن 25% ، وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، لهذا فهم يعتمدون كليا على غيرهم طوال حياتهم ويحتاجون إلى رعاية خاصة، أو مستمرة طبيا وصحيا ونفسيا اجتماعيا.**(أحمد رجب ، 2003، ص 16)**

❖ **تصنيف الرابطة الأمريكية للضعف العقلي (AAMR)** : تصنف حالات الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية :

- الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة Mild (50- 70).
- الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate (35- 49).
- الإعاقة العقلية الشديدة أو الحادة Severe (25- 34).
- الإعاقة الأساسية أو المطبقة Profound (20- 24). **(الباتع و رأفت، 2014، ص 40)**

الهدف الجوهري من استخدام نظام للتصنيف في مجال التخلف العقلي، هو المساعدة على التخطيط ووضع برامج ملائمة لقدرات الطفل لضمان تكفل نفسي جيد وملائم لكل حالة قبل وضعها في المراكز النفسية البيداغوجية.

2-1-4- أسباب التخلف العقلي : إن الأسباب التي تؤدي إلى التخلف العقلي عديدة، أهمها خمس مؤثرات حتمية في فروق الذكاء بين الأفراد حددتها " **أنا انستازي** " وغيرها تتمثل في :

الوراثة – العمر الزمني – الذكورة أو الأبوة – البيئة الأسرية والاجتماعية – المستوى العقلي المعرفي.

أ- **الأسباب الوراثية والجينية** :من المشاكل التي تخص هذا السبب تلك المتعلقة زواج القرابة (أي الزواج بين الأقارب، حيث يتم الزواج بدون متابعة طبية ولا وقاية، كما يخص أيضا اضطراب الجينات التي تؤدي إلى أمراض وتخلف عقلي مثل خلل في الهرمونات أو في هدم بروتينات سكريات.

ب- الأسباب الثانوية : تنتج عموما عن قروح (التهابات دماغية، نزيف) توقف نمو الجهاز العصبي وتصحب في كثير من الحالات بأعراض عضوية ونفس حركية ، بعضها يتطور إلى حالة تدهور نهائي وخرف (Démence) وأخرى يتوقف فيها نمو الجهاز العصبي ويبقى على حاله تكمن خطورة اضطرابات التخلف حسب: موقع القروح- تطورية القروح – السن الذي حدثت فيه : كلما كان الخلل مبكرا، كلما عرقل نمو الطفل. حسب الخصائص التكوينية للمصاب.(**ميموني،2005، ص198)**

ج- الخلل الذي قد يحدث أثناء انقسام الخلية الجنسية :الانتقال المرضي يتم عن طريق الموروثات مباشرة ،أو الجينات التي تحمل صبغيات أو عن طريق الكروموزومات في الخلية التناسلية حسب قوانين الوراثة. و قد يكون سبب التخلف العقلي عند الطفل راجع لانتقال المرض عن طريق غير مباشر أيضا، وذلك بأن تحمل الجينات عيوبا تكوينية أو خلل يؤدي إلى تلف الأنسجة المخية. **(عكاشة ،1986،ص ص391-400)**

د- العوامل غير الجينية : تشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي في مرحلة ما قبل الولادة.

وفيما يلي عرض لأبرز هذه العوامل :- **الأشعة - تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل.(علاوي، 1978، ص98)**

و- عوامل بيئية : تسبب العوامل البيئية نوعا من التخلف العقلي، يسمى بالتخلف العقلي الثانوي أو المكتسب أو الذي يرجع في حدوثه إلى عوامل خارجية، ويمكن تصنيف العوامل البيئية إلى ما يلي :

❖ **عوامل تحدث قبل الولادة** :

- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية " **Rubella** " .

- إصابة الأم بالزهري فتنتقل العدوى إلى الجنين .

- تعرض الأم للحوادث والإصابات أو محاولتها الإجهاض أو إصابتها بالحمى الشديدة، أو فقر الدم الشديد أو اضطرابات في إفرازات الغدد، تسبب تشوه الجنين وإعاقة نمو العقلي والجسمي.

- تعرض الأم لاضطرابات نفسية عنيفة، تؤثر في التركيب الكيميائي لغذاء الجنين.

- عدم توفر الأكسجين اللازم للجنين .

❖ **عوامل تحدث أثناء عملية الولادة :**

- نقص أو انقطاع الأكسجين عن المخ.

- فقد يحدث أثناء الولادة الجافة أو المتعسرة أن ينقطع وصول الأكسجين إلى دم الجنين، مما يؤثر على كمية الأكسجين الذي يصل إلى المخ، وبالتالي يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.

- **إصابة الدماغ :** قد تستخدم بعض الأجهزة لإخراج الجنين في حالات الولادة العسيرة، وفي بعض الحالات يؤدي الضغط الشديد لهذه الأجهزة على دماغ الجنين إلى إصابة المخ، فتحدث الإعاقة الشديدة للطفل أثناء عملية الولادة.(**عبد الحميد، 1999، ص ص 22-23)**

❖ **عوامل بعد الولادة :** هناك أسباب محتملة كحصول عطب في الدماغ منها :

- ارتفاع درجة الحرارة (الحمى) يمكنه أن يسبب تلف الدماغ.

- انخفاض درجة حرارة الجسم يمكن أن يؤدي إلى تلف الدماغ، وهذا قد يحدث إذا برد الرضيع كثيرا لعدم ارتدائه ملابس كافية أو إذا ترك طويلا في مياه باردة .

- اليرقان (الصغيرة / الجونديس) هو احد الأسباب الأخرى سواء كان من العدوى أم من اختلاف فئات دم الأبوين.

- التهاب الدماغ يمكن لعدد من الأمراض أن تصيب الدماغ، كالحصبة وبعض أنواع الأنفلونزا.(**مايلز،1994، ص 10)**

❖ **عوامل اجتماعية** : الأطفال المضطربين يأتون بنسبة كبيرة من محيط ذا مستوى معيشي وثقافي ضعيف حيث ترتفع نسب التخلف العقلي في العائلات الفقيرة لان هناك :

– نقص في التغذية. – نقص في النظافة و العناية. – نقص في العناية والإثارة الثقافية والاطمئنان، كثرة الأطفال، إنهاك الآباء (اقتصاديا و جسميا).

❖ **عوامل علائقية** : عدم الاهتمام بالطفل (لامبالاة) أو الاهتمام المزيف (إفراط) أو التعذيب والقمع والضرب كلها عوامل لا تخدم الصحة النفسية، وهذه العوامل تزداد خطورتها عند الطفل الهش وخاصة إذا تراكمت مع اضطرابات عضوية معروفة أو مجهولة.

– تعدد الولادات تطرح إشكالية الرغبة في الطفل إذا كان مرغوبا هذا يزيد في حظوظه في عناية حسنة، لكن حتى الرغبة غامضة لان بعض النساء ترغبن في الحمل لا في الطفل، والشيء الذي يرضيها هو أن تكون حامل وعندما تلد تتخلى عن الطفل (الحمل كتكميل نرجسي).

– تعدد الولادات له معنى أخر في المجتمع التقليدي وتارة المرأة لا ترغب في كل هذه الولادات لكن الضغط العائلي والاجتماعي أرغمها على ذلك. **(ميموني،2005، ص ص 202–203)**

2–1–5– أبعاد التشخيص: يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص التخلف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه متخلف عقليا يعتبر أمرا يغير مستقبل حياته، يوضح الجدول التالي أهم الأبعاد لتشخيص التخلف العقلي :

البعد	التشخيص
الذكاء	وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من (72).
النضج الاجتماعي	وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية.

ملاحظة سلوك الطفل	إن الأسلوب السليم يتطلب إبداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظته عن قرب لمدة أسبوعين وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوين.
الاعتماد على أكثر من دليل أخر للتأكد من تحديد التخلف العقلي	أقل من العاديين في الناحية الأكاديمية، بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة، يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية، إما وراثية أو بيئية أو نفسية اجتماعية، حالته لا تقبل الشفاء، فسوف يثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي.

جدول رقم (06) : يوضح أبعاد التخلف العقلي

وعلى ضوء ذلك فان عملية التشخيص ليست مهمة سهلة، لان البطء في النمو العقلي الذي يعانيه المتخلف عقليا لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة، ومن هذا المنطلق يتطلب تشخيص التخلف العقلي معيارين أساسيين هما: الآداء الوظيفي العقلي من خلال الدرجات المنخفضة على اختبارات الذكاء، والآداء التكيفي للطفل مع عدم القدرة على تلبية متطلبات البيئة فلا يكفي التشخيص بإحداهما دون الآخر، أما المعيار الثاني الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص التخلف العقلي هو ظهور الحالة قبل سن 18 سنة(**السيد أحمد ،وعيسر، 2015 ،ص95)**

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس: هو اضطراب أثناء مرحلة النمو الذي يتضمن عجز في كل من الوظيفة الفكرية الوظيفة توافقية على حد سواء وصعوبات في المجالات : المفاهمية – الاجتماعية والعملية. وعليه يجب توفر المعايير الثلاثة التالية:

أ- عجز أو صعوبة الفكرية مثل: تفكير- حل المشكلات – تخطيط – تفكير المجرد – الحكم – التعلم الأكاديمي – تعلم بالتجربة ، مؤكدة عن طريق التقييم السريري والفردي ، واختبارات الذكاء موحدة.

ب- عجز أو صعوبة في الوظائف التكيفية والتي تنتج عن فشل في تنمية الثقافة والاجتماعية من اجل الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية بدون أن ننكر الحاجة إلى الدعم.

ج- صعوبة في الوظيفة أو مجموعة الوظائف الحياة اليومية مثل: التواصل – مشاركة الاجتماعية – الاستقلالية معيشية – المنزل – المدرسة.

د- بداية صعوبات أو العجز التكيفي أثناء مراحل النمو.**(DSM5،2013،p.33)**

الهدف من تشخيص التخلف العقلي هو التعرف على قدرات الطفل العقلية وذلك لوضعه في المكان المناسب حتى تقدم له الرعاية التربوية والنفسية الملائمة.

2-2- الإعاقة البصرية:

يعتمد الإنسان اعتمادا رئيسيا على حاسة الإبصار التي تعد المنفذ الحقيقي للإنفتاح على عالم المعرفة والخبرات، المتعلقة باللون صورة وتكوين صورة عن بيئة وأشيائها، ويعتبر الجهاز العصبي مسؤولا عن ترجمة المستقبلات البصرية، وعليه فإن الإعاقة البصرية تكون عادة إما بسبب خلل ظاهر في تلك المستقبلات الحسية البصرية أو قصور في الجهاز العصبي ذاته.

2-2-1- نظرة تاريخية للإعاقة البصرية :

قديما عاش المعاق بصريا عيشة بؤس وشقاء حيث يلجأ بعض الآباء لكف بصر بعض أبنائهم ليستدروا عطف الناس عند التسول، كما كان يتم التخلص منهم بالإعدام أو النفي خارج البلاد، وفي روما ظل الناس لفترة طويلة من الزمان يغرقون المعاق بصريا في نهر **التيبر**، ولعل النبذ الذي تعرض لع المعاق بصريا يرجع إلى المعتقدات والخرافات الثقافية التي كانت سائدة عنه تلك الفترة، كالخرافة القائلة بأن لمس المعاق قد ينقل العدوى إلى المُلامِسْ وأنّ يديه خطر على الصحة العامة كان كانت الأمهات لا يسمحن للمعاق بصريا بلمس أطفالهن، كما يعتبر المعاق بصريا في بعض المجتمعات تجسيد للعنة الآلهة ولذلك يلقى ألوانا من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل كما كان يعتبر عالة على المجتمع.

وكانت أول محاولة لرعاية المعاق بصريا على يد "فالنين هوى" في باريس إذ إلتقط كفيف كان في الشارع وأدخله مدرسة أسسها هو بنفسه واطلق عليها اسمه، وسرعان ما إزداد عدد تلاميذه المدرسة وكانت تمولها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس، وقد استخدم "**فالنتين**" مجموعة من الأحرف البارزة التي يمكن

للمعاق بصريا بلمسها بأصابعه ويقرؤها، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاين بصريا في العواصم الأوروبية، وهكذا بدأت رعاية المعاقين بصريا تنمو نتيجة مقالات " فولتير" التي أبرز فيها أن الكفيف لا يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم، في مطلع القرن 19 ظهرت طريقة "لويس برايل" وطريقة "مون" هما طريقتان للكتابة البارزة.**(النوايسة،2013 ،ص ص 138-139)**

2-2-2- مفهوم الإعاقة البصرية:

❖ **من منظور لغوي:** تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعريف بالشخص الذي فقد بصره وهذه الألفاظ هي:

1- **كلمة الأعمى:** وهي مأخوذة من أصل مادتها وهي العماء، والعماء هو الضلالة، والعمى يقال في فقد البصر أصلا، وفقد البصر مجازا، وكلمة أكمه : فمأخوذة من الكمه، والكمه هو العمى قبل الميلاد.

2- **وكلمة الأعمه:** مأخوذة من العمة، والعمة في لسان العرب التحير والتردد، وقيل العمة التردد في ضلالة والتحير في منازعة أو طريق، ويقال العمة في إفتقاد البصر والبصيرة وقيل أن العمة في البصيرة كالعمى في البصر.

3- **كلمة ضرير:** بمعنى الأعمى، لأن الضرارة هي العمى والرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره.**(النوايسة،2013 ،ص ص 135- 136)**

وكلمة العاجز: فهي العجز أي التأخر عن الشيء وصار في المتعارف أسمى للقصور عن فعل الشيء، وهو ضد القدرة.**(البلاوي،2001 ،ص8)**

❖ **الإعاقة البصرية من منظور تربوي:** يعرف الشخص المعاق بصريا من منظور تربوي بأنه ذلك الشخص الذي يتعارض ضعف بصره مع قيامه بالتعلم والتحصيل بشكل جيد، أو تحقيقه لإنجاز أكاديمي بشكل مثالي ما لم يتم إدخال تعديلات مناسبة في تلك الطرق والأساليب، هذا من خلالها إستخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة عن طريق البرايل.**(عبد الله محمد،2011 ،ص ص 238-239)**

❖ **الإعاقة البصرية من منظور قانوني:** يشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية على أن الشخص الكفيف من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 قدم، في أحسن العينين أو حتى في إستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره

على مسافة مائتي قدم يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم، حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفا. **(القمش،2007 ،ص112)**

❖ **الإعاقة البصرية من منظور إجتماعي:** وطبقا لهذا المنظور ينظر للفرد الكفيف على أساس قدرته البصرية الضعيفة أو المعدمة، واحتياجه إلى المساعدة الأدبية والمادية من المجتمع، وتعطى هذه المساعدة لمن يقل بصره عن 60/6 وهذه المساعدة لا ترتبط فحسب بحدة الإبصار، ولكن أيضا بالأخذ في الإعتبار اتساع أو ضيق مجال البصر، والتي على أساسها تتحدد الحاجة إلى المساعدة، أو بالأحرى أن الإعاقة تمنعه من أن يتفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به، وتحد من قيامه بوظائفه السلوكية المختلفة.**(البيلاوى،2001، ص10)**

ومن جل التَعاريف السابقة بمختلف توجهاتها يتضح أنَ الإعاقة البصرية هي فقد أو عجز أو ضعف البصر، ولا تزيد حدة الإبصار ب 200/20، هذا ما يجعل كل من الوظائف السلوكية والتربوية وحتى الإجتماعية للشخص الكفيف محدودة وبحاجة لمساعدة.

2-2-3- أسباب الإعاقة البصرية:

❖ **أسباب ما قبل الولادة:** وهي إما نتيجة عوامل وراثية أو عوامل تتعرض لها الأم الحامل، فتؤثر على الجهاز البصري للجنين

❖ **أسباب أثناء الولادة:** كالولادة المتعسرة ونقص الأوكسجين.

❖ **أسباب بعد الولادة:** وهي زيادة نسبة الأوكسجين المعطى للطفل الخداج، والإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة التي تؤدي إلى انفصال الشبكية أو تلف العصب البصري، والأمراض التي تصيب العين أهمها: التراخوما والرمد والماء الأبيض والأزرق، والسكري والإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة.**(العنزي،2001 ،ص 29)**

2-2-4- أعراض الإعاقة البصرية: من بين الدلائل والمؤشرات التي تكشف لنا عن احتمال وجود اضطرابات أو مشكلات بصرية لدى الطفل، وينبغي على الوالدين والمعلمين ملاحظتها في سلوك الاطفال:

أولا الأعراض السلوكية: تتمثل في قيام الطفل بكل من :

- فرك العينين، ودعكهما بصورة مستمرة

- إغلاق أو حجب إحدى العينين، وفتح الأخرى بشكل متكرر.
- تحريك رأسه ومدها إلى الأمام بطريقة ملفتة للانتباه، كلما أراد النظر كلما أراد النظر الى الأشياء القريبة أو البعيدة.
- مواجهة صعوبات في القراءة، أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب.
- وضع المواد المطبوعة قريبا جدا من العينين لدى محاولة قراءتها.
- فتح العينين وإغماضها بسرعة وبشكل لا إرادي وبصورة مستمرة.
- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.
- تقطيب الحاجبين ثم النظر على الاشياء بعينين شبه مغمضتين.
- كثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي والبصري للطفل.
- البطء والخوف والحذر الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية، كالمشي والجري أو النزول الدرج وصعوده.

ثانيا: أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين وتتمثل:

- وجود حول العين.
- إحمرار الجفنين وانتفاخهما.
- الالتهابات المتكررة للعين.
- إفراز الدموع بكميات غير عادية.

ثالثا: شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلي:

- حرقان شديد ومستمر في العينين يؤدي إلى فركهما.
- صداع ودوار يعقب مباشرة أداء أي عمل يحتاج إلى رؤية عن قرب.
- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح ولو من مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم أو الضباب.
- عدم المقدرة على التمييز البصري بين الأشياء.
- رؤية صور الأشياء مزدوجة.(**القريطي،2005،ص ص 361-362)**

2-2-5- تصنيف الإعاقة البصرية: ليس هناك تصنيف واحد للإعاقة البصرية وذلك نظرا لتعقيد الجهاز البصري:

❖ **التصنيف القانوني:**

أولا:فقدان الحدة البصرية Visual Acuity loss VA : يقصد بحدة البصر القدرة على رؤية الأجسام المرئية، وتمييز الأشكال بكامل تفاصيلها مقارنة بقدرة العين السليمة، وحدة ابصار العين العادية هي (6/6) مترا مقاسه بالنظام المتري، أو 20/20 قدما مقاسه بالنظام الانجليزي، ويتم اختيار حدة البصر تبعا لمسافة وحجم الهدف، فعلى سبيل المثال: فإن الشخص الذي تبلغ حدة بصره 200/20 يرى الهدف من مسافة (20) قدما، بينما يرى الشخص السليم الهدف نفسه من مسافة (200) قدما، ويصنف ضعف البصر وفق هذا المجال إلى:

أ- **الكفيف:** فالطفل الكفيف المصنف قانونيا تكون درجة ابصاره 200/20 او اقل مع وجود انحراف معه، وهذا يعني أن هذا الطفل الكفيف يستطيع أيرى هدفا على مسافة 20 مترا، في حين يستطيع الشخص العادي أن يرى نفس الهدف على مسافة 200 متر، ولا يعني الكفيف من الناحية القانونية بالضرورة أن هذا الطفل لا يرى ولا يبصر على الاطلاق، فقد يستطيع أن يتلمس او يحس بالضوء او الظلمة، او قد يملك بعض القدرات على الرؤى التخيلية، وتبعا للمعهد الفيكتوري الملكي للمكفوفين فإن الفرد يعتبر كفيف من الناحية القانونية **Le gally blind** ، إذا كان غير قادر على رؤية الأجسام من مسافة اكثر من 6 أمتار في حين يرى المبصر هذه الاجسام من مسافة 60 مترا.

ب- فاقد البصر جزئيا: تكون الحدّة البصرية المركزية بين 70/20 و 200/20 في أفضل العينين بعد التصحيح.

الإبصار الضعيف: ينطبق مصطلح الإبصار الضعيف على الأطفال والكبار الذين حصلوا على نتائج في فحص النظر يساوي 70/20 أو أقل، ويستخدم في قراءته مساعدات في القراءة كلغة بريل أو غيرها من الأدوات.

ثانيا: فقدان مجال الإبصار Visual Field Loss : أما من حيث مجال الرؤية فيقصد بت مجال الرؤية في الاتجاهات المختلفة في نفس الوقفة من موقع الثبات دون أن يحرك الشخص المقلتين، أي المنطقة الكلية التي يمكن أن يراها الشخص عندما ينظر بالعين بشكل مستقيم للأمام، فإنه يرى الأشياء التي تقع في زاوية مقدارها 180، أما إذا كان مجال البصر وكانت زاوية رؤية الشخص أقل من ذلك،

فيصنف على أنه مصاب بضعف البصر، وإذا كان مجال الرؤية يساوي20 درجة أو أقل فهو مكفوف من الناحية القانونية.

ثالثا: فقدان المجال والحدّة: وفي هذا التصنيف يكون الفرد فاقدا للمجال البصري وللحدة البصرية بنفس الوقت لكن بدرجات تتفاوت من شخص لآخر.

أ- **التصنيف التربوي للإعاقة البصرية:** وحسب التصنيف التربوي يمكن تقسيم الاعاقة البصرية إلى أربعة مستويات وهي :

ب- **الإعاقة البسيطة:** هو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح، ولكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه

ج- **الإعاقة المتوسطة:** يمكن معالجتها بالكامل تقريبا، بمساعدة الأجهزة البصرية سواء في غرفة الصف العادية أم في غرفة مصادر التعلم.

د- **الإعاقة البصرية الشديدة:** وتعالج من خلال المساعدات البصرية، حيث الرؤيا البصرية ما زالت عند الطفل واحدة من أدوات التعلم، وتعادل هذه الدرجة من الرؤيا المستوى الذي مرّ ذكره وهو الإبصار الجزئي.

هـ- **الإعاقة الشديدة جدا:** إن الطفل الذي يعاني من الإعاقة الشديدة جدا في الرؤيا، لا يستعمل حاسة الرؤيا كوسيلة تعلم، وتصبح حاستي اللمس والسمع هما الوسيلتان الأكثر استخداما في عملية التعلم.**(البطاينة وآخرون ،2007،ص 245-247)**

2-2-6- تشخيص الإعاقة البصرية: يتضمن تشخيص الإعاقة البصرية جانبين أساسيين هما :

- **التشخيص الطبي:** حيث يتم عادة تشخيص الإعاقة البصرية ممن قبل الأطباء والمختصين في فحص النظر عن طريق قياس حدة النظر ومجال الرؤية، وذلك من أجل تحديد درجة الصعوبة.

ولقياس حدة الرؤية، يتم عادة إستخدام لوحة سنلن **(Senllen Chart)**، وهي لوحة تحتوي على عدة أسطر من الحروف، أو الأشكال، تتناقص في حجمها من الأعلى إلى الأسفل، تبعا لنسبة مسافة الفحص وهي عادة (6) متر، ويتم الطلب من الفرد المراد قياس بصره أن يتعرف على الحرف أو الشكل وأي حجم يمكن له قراءته، وعادة يتم غستخدام الحروف ولكن الأفراد الذين لا يستطيعون القراءة يتم استخدام حرف

(E) أو (C) لمعرفة اتجاه الفتحات، أما لقياس مجال الرؤية فيطلب من الفرد الجلوس مقابل تماما ويطلب منه أن يغطي عينا وينظر بالعين الأخرى، فيوجه الفاحص، ويعرض على الفرد مثير جانبي يطلب من الفرد التعرف عليه.(**القمش،2010،ص135**)

وهناك فحوص أخرى أكثر دقة تستخدم أجهزة ومعدات أكثر تطورا مثل : إختبار تيتموس للرؤية **Titmus Vision Tester (Keystone)** الذي طوره تيتموس **(Titmus)**، ويستخدم لفحص النظر عند الأطفال قبل دخولهم المدرسة، وبعد دخولهم المدرسة وعند الكبار أيضا.

فعند إكتشاف حالة مرضية في العين، يتم تشخيصها بشكل أدق بإستخدام برنامج يسمى برنامج تطوير كفاءة عمل العين، ويقوم هذا المقياس بتقييم مستوى الإبصار عند العين عن طريق عرض سلسلة من الكلمات المتفاوتة في الحجم تعرض من الأكبر حتى الأصغر حجما، وربما تكون جملا أو صورا بدلا من الكلمات، والهدف من الاختبار هو تحديد مدى قدرة الطفل على استخدام نظره، حتى ولو كان يعاني من مشكلة في النظر، ويؤكد هذا الاختبار على أن طبيب الاطفال هو اول من يتفحص الطفل بعد الولادة للتأكد من عدم وجود أي إعاقات لديه، وأن المعلم هو المصدر الرئيسي الذي يتفحص الطفل عند دخوله المدرسة، أيضا يجب العودة إلى التاريخ العائلي في حال وجود اعاقة بصرية لدى الطفل و ايضا تاريخ الولادة والتي يؤخذ فيها بعين الاعتبار وزن الطفل عند الولادة ، اصابات عند الولادة مثل التهاب السحايا او الحمى وغيرها، تعرض الطفل لاية صدمة في الرأس عند الولادة او بعدها ، يتم النظر ايضا التاريخ المرضي للطفل، والبحث ما اذا كان الطفل مصاب بمتلازمة داون او الشلل المخي، أو أي اضطراب عصبي او مشاكل سمعية.(**البطانية وآخرون،2007،ص ص 270-271**)

2-3- الإعاقة السمعية Hearing Impairment: يمكن وصف الصوت استنادا إلى درجة الارتفاع أو الشدة intensity، والتردد Frequency الذي يولده الصوت، ويشير الارتفاع إلى شدة الصوت التي تقاس بالديسبل Decible وتعرف اختصارا ب "db" ويمثل صفر ديسبل أدنى درجة صوت يمكن إدراكها.(**القريطي ،2014 ،ص42**)

2-3-1- مفهوم الإعاقة السمعية:

التعريف الطبي: يرتكز هذا التعريف على قياس القصور السمعي من خلال مخطط السمع، الذي يبيّن نقص السمع بواسطة الديسبل (وحدة قياس مستوى التفاوت بين شدة صوتين).**(أحمد يحيى،2006 ،ص119)**

التعريف التربوي: هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع الإعتماد على حاسة السمع لتعلم اللغة أو الاستفادة من برامج التعليم المختلفة، ويكون هذا الشخص بحاجة إلى برامج تعليمية خاصة تعوضه عن فقدان السمع.**(صبحي،2009 ،ص103)**

مما سبق نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى متوسط، وهو ما يسمى بالضعف السمعي **Hard of Hearing** إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم **(Deafness)** ، ومن هنا يعرّف الصمم على أنه درجة من الفقدان السمعي تزيد عن 70 ديسبل للفرد تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام بإستخدام السماعات أو بدونها. أما ضعف السمع فهو درجة فقدان السمع تزيد عن 35 ديسبل وتقل عن 70، تجعل الفرد يعاني من صعوبات ي فهم الكلام بإستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعات أو بدونها.

وتجدر الإشارة إلى أن شدة الاعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى أهمها:

- العمر عند فقدان السمع.
- العمر الذي تم فيه اكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته.
- المدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي.
- نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.
- فاعلية أدوات تضخيم الصوت.
- الخدمات التأهيلية المقدمة.**(القمش،2010 ،ص ص 113-114)**

2-3-2- تصنيفات الاعاقة السمعية:

أ- التصنيف الطبي:

- **فقد السمع التواصلي** : وهو ما ينشأ عن أمراض أو إعاقات في الاذن الخارجية أو الوسطى، ويمكن الحد من آثاره السلبية باستخدام سماعة للأذن.

- **فقد السمع الحس عصبي:** وينشأ عن تلف الخلايا الشعرية العصبية في الأذن الداخلية، أو تلف الأعصاب المرتبطة بها مما يجعلها قد لا تستجيب لاستخدام سماعة الأذن.
- **فقد السمع المختلط أو المركب:** وذلك عندما تحدث المشكلة في كل من الأذن الخارجية أو الوسطى والأذن الداخلية.
- **فقد السمع المركزي:** وينشأ عن حدوث تلف في الأعصاب أو خلايا المخ المسئولة عن السمع.**(عبد الله محمد،2003 ،ص 367)**

ب- التصنيف الفسيولوجي: يركز الفسيولوجيون في تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة الفقدان السمعي لدى الفرد، والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية، أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي تستقبل المفحوص عندها الصوت ، وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية، ويستخدمون ما يسمى بالوحدات الصوتية **Decibels** والهيرتز **Herts** ، أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن للصوت، ويستدل من عدد الوحدات الصوتية على مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه، فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عاليا وقويا والعكس، ومن أمثلة هذه التصنيفات ما أورده كلا من تيلفورد وساورى:

1- **فقدان سمعي خفيف Mild** : تتراوح درجته بين 20 و 30 ديسبل، ويعد من يعانون من هذه الدرجة من القصور السمعي فئة بينية أو فاصلة بين عاديو السمع وثقيلو السمع، ويمكنهم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية.

2- **فقدان سمعي هامشي Marginal:** تتراوح درجته بين 30 و 40 ديسبل، ومع أن أفراد هذه الفئة يعانون بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة مايدور حولهم من أحاديث عادية، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة

3- **فقدان سمعي متوسط Moderate:** تتراوح درجته بين 40 و 60 ديسبل، ويعاني أصحاب هذه الدرجات من الفقدان السمعي من صعوبات أكبر في الاعتماد على آذانهم في تعلم اللغة ما لم يعتمدوا على بصرهم كحاسة مساعدة، وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية Hearnig Aids، المكبرة للصوت كالسماعات ويحصلوا على التدريب السمعي اللازم.

4- **فقدان سمعي شديد Severe** : تتراوح درجته بين 60 و 75 ديسبل، ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة في سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافة قريبة، إضافة إلى عيوب النطق، ويعدون صمّا من وجهة النظر التعليمية.

5- **فقدان سمعي عميق Profound:** تبلغ درجته 75 ديسبل فأكثر، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالإعتماد على آذانهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية.(**القريطي،2005 ، ص 303)**

ج- التصنيف التربوي: يعنى أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجة الإصابة بفقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام، وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو القدرة الكلامية واللغوية لدى الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة، وبرامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات، ويميز التربويون بين فئتين من ذوى الإعاقة السمعية هما الصمم وثقيلو السمع:

1- الصمم: ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعي (70 ديسبل فأكثر) مما لا يمكنهم من الناحية الوظيفية من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية، وبالتالي يعجزون عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية، حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع، ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات وأساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة تمكنهم من الاستيعاب والفهم دون مخاطبة كلامية نظرا إما لعدم مقدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزءا كبيرا منه.

2- ثقيلو السمع: وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حاسة السمع يتراوح ما بين 30 وأقل من 70 ديسبل ، لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية في اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها، ومعظم أفراد هذه الفئة بامكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساسا للأطفال عاديو السمع.

ومنه نرى أن الأصم يعاني عجز يحول دون قدرته على الاستفادة من حاسة السمع لأنها معطلة، ويتعذر عليه الاستجابة للكلام المسموع وعجز عن اكتساب اللغة بطريقة عادية، أما ضعيف السمع فبإمكانه الاستجابة للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، شريطة أن يقع مصدر الصوت في حدود مقدرته السمعية.**(القريطي،2014 ،ص ص 38-39)**

2-3-3- أعراض ومؤشرات الإعاقة السمعية: هناك مجموعة من المؤشرات والتحذيرات التي يمكن أن تظهر على الفرد وهو في عمر مبكر أو في بداية إصابته بفقدان السمع، ومن أهم هذه المؤشرات نذكر بعضها:

- لا يجفل Startle من الأصوات العالية (0-4 شهور).
- لا يردّ على أصوات الناس، وخصوصا الأم (0-4) شهور.
- لا يدير رأسه نحو الصوت أو عندما يذكر اسمه (4-8) شهور.
- لا يستمتع بالخرخاشات Rattles والألعاب التي تخرج أصوات (4-8) شهور.
- لا يثرثر أو يتكلم مع الآخرين عندما يتكلمون معه (8-12) شهور.
- يتعرض للإجهاد وهو يراقب من يتكلم معه.
- لا ينتبه لمن يتكلم معه.
- يعطي أجوبة خاطئة للأسئلة البسيطة.
- يعاني من مشاكل سلوكية.
- يستجيب للصوت بشكل متضارب incosistently.
- كلامه غير واضح ولا يرد عندما ننادي عليه.
- يسيء فهم الموضوع ويصاب بالحرج إذا قيل له أنه فهم الموضوع خطأ.(**البطاينة وآخرون،2007 ،ص 328)**

2-3-4- أسباب الإعاقة السمعية: هنالك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية والتي توصل إليها العلم الحديث وفيما يلي عرض لأهم أسباب الإعاقة السمعية :

أولا : الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية): وأهم هذه الأسباب اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين (RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين ويحدث عندما يكون دم الجنين خالٍ من العامل الرايزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الرايزيسي عن الأب مما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى دم أمه وخاصة أثناء الولادة، مما يجعل دم الأم ينتج أجساما مضادة لأن دم الجنين مختلف عن دمها وهذه الأجسام المضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة، ونتيجة لهذا كله فإنه يحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالاعاقة السمعية.

ثانيا: الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية: والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة، وأثنائها، وبعدها، وأهم هذه الأسباب:

- ❖ الحصبة الألمانية التي تعد مرض معدي يصيب الأم الحامل ويتلف الخلايا في العين والأذن والجهاز العصبي والقلب للجنين.
- ❖ إلتهاب الأذن الوسطى Otitis Media وهو التهاب فيروسي بكتيري يسبب زيادة في افراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى، مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضعفا سمعيا.
- ❖ إلتهاب السحايا الذي قد يؤدي إلى تلف الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.
- ❖ العيوب الخلقية في الأذن الوسطى كتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب، وكذلك تشوهات خلقية في القناة السمعية أو تعرضها للإلتهاب والأورام.
- ❖ الإصابات والحوادث من أمثلتها ثقب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جدا لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى يسبب ضعف السمع.
- ❖ تجمع المادة الصمغية التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، وبالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.
- ❖ سوء تغذية الأم وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل
- ❖ تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير من دون مشورة الطبيب.
- ❖ نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة.

ثالثا: حسب مكان الإصابة:

1-إصابة طرق الإتصال السمعي: وتمثل الإصابة هنا خللا في طرق الإتصال السمعي أو التواصلي وغالبا ما تؤدي الأسابا هنا إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى، مثل الحالة المسماة (Atresia) والتي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الإلتهابات التي تصيب قناة الأذن الخارجية، وكذلك الحالة المسماة (Otitis Media) والتي تبدو في التهاب الأذن الوسطى والتي تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس أو بسبب الحساسية، وغالبا ما تكون الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب أقل من (60) وحدة ديسبل.

2-إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي: وتمثل الإصابة هنا خللا في طرق الإتصال الحسي العصبي، وغالبا ما تؤدي الأسباب هنا إلى اصابة الأذن الخارجية، والتي تشك مشكلة لدى الأطباء والمربيين على حد سواء ، وتمثل الحالة المسماة (Dysacusis) مثالا على اصابة الأذن الداخلية، وتبدو أعراض هذه الحالة في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المنطوقة لدى الفرد، وكذلك الحالة المسماة (Tinnitus) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالبا ما تكون نسبة الخسارة السمعية لهذه الأسباب أكثر من (60) وحدة ديسبل.(**القمش،2007، ص ص83-85)**

2-3-5- الخصائص والاحتياجات الجسمية والمعرفية والنفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا:

ينمو المعاق سمعيا نموا جسميا بطريقة عادية، أما نمو المعرفي والنفسي والاجتماعي فيتأثر بكفاءة حاسة سمعه وفاعليتها.

- **الخصائص والاحتياجات المعرفية للمعوقين سمعيا:** يتأخر تحصيل المعوقين سمعيا عن تحصيل السامعين وقد اتفقت نتائج عدد من الدراسات في أن متوسط تأخر النمو المعرفي للمعوقين سمعيا عن العاديين يتراوح بين ثلاث إلى أربع سنوات، نتيجة صعوبة تعلمهم لغة التفاهم، وذكر (مطاوع 2002) مجموعة من الخصائص المعرفية والاحتياجات التعليمية للمعوقين سمعيا وهي:

1- صعوبة احتفاظهم بالمعلومات والتوجيهات، وحاجتهم إلى تركيز المعلومات وتكرارها وتحديد التوجهات واختصارها.

2- بطء وتباين سرعة تعلمهم، ومن ثم حاجتهم إلى تفريد التعلم، أو تعليمهم في مجموعات صغيرة، وتخفض سرعة عملية التعليم، ووقت أطول لتكرار تعلم المفاهيم وتثبيتها في ذاكرتهم.

3- تشتت الانتباه ونقص التركيز وخطأ وصعوبة في إدراك وتعلم المثيرات اللفظية المجردة والرمزية .

4- انخفاض دافعيتهم لمواصلة التعلم خلال فترات طويلة، فهم بحاجة إلى تنويع الأنشطة القصيرة والتعزيز المستمر.

5- تباين سرعة تعلمهم تبعا لنسبة ذكائهم وعتبة سمعهم وتاريخ إصابتهم وظروفهم الصحية والنفسية والاجتماعية، فهم بحاجة إلى تعديل الأنشطة لتتناسب وحالاتهم.

- **الخصائص والاحتياجات النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا:** استعرض (القريطي 2001) مجموعة من الخصائص النفسية والاجتماعية التي تؤثر في التوافق الشخصي والمدرسي والاجتماعي للمعوق سمعيا كمايلي:

1- كبت المشاعر والانفعالات لعدم القدرة على الكلام والميل إلى الإنسحاب.

2- العجز عن التواصل اللفظي، والعزلة والحيرة وتأخر النمو النفسي والاجتماعي.

3- الاعتماد على الآخرين.

4- سرعة انتشار العصبية والاحباط لكثرة الفشل والخوف من العقاب.

5- العناد والاصرار على تلبية الرغبات والاحتياجات.

6- التمركز حول الذات وعدم القدرة على ضبط الذات والمفهوم السلبي عنها.

7- التشكيك في الذات بالأخص في مرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة.

2-3-6- طرق تشخيص الإعاقة السمعية: تستعمل اختبارات السمع للتقييم الوظيفة السمعية العامة للفرد ومن أمثلة عليها مايلي:

1- مقياس القوة السمعية للنغمة النقية Pure-Tone Audiometry: هو الوسيلة الأكثر استخداما في تحديد فقدان السمع، فهو يستند إلى حدة الصوت المسموع المقاسة بالديسبل.

2- مقياس قوة السمع Audiometry: يستعمل هذا المقياس لتحديد القوة السمعية للفرد بالهيرتز (HZ)

3- مقياس الملاحظة السلوكي السمعي Behavioral Observation Audiomenty: يتم وضع الطفل دون سن 3 سنوا في بيئة غنية بألعاب جذابة، ويقوم مراقب خارجي بملاحظة ردود فعل الطفل عند إدخال الأصوات إلى الغرفة

4- مقياس اللعب السمعي Play Audiomentry: ويتم إجراؤه في بيئة فيها دمى تتحرك وتصدر أصواتا وتستخدم الدمى لحث الاستجابة وتحفيزها.

5- قياس السمعي الانعكاسي: تستخدم مع الأطفال الرضع فمن الطبيعي أن يصدر الطفل الرضيع بعض الانعكاسات السلوكية نحو الأصوات المرتفعة، فمن الانعكاسات السلوكية التي يتم ملاحظتها عند إصدار النغمة تغييرات تعبير الوجه.(**البطاينة وآخرون،2007،ص ص 350-357)**

تجدر الإشارة أن هناك العديد من الاختبارات التي لم يتم التطرق إلا لقليل منها لقياس السمع لمختلف الأعمار.

2-4- الإعاقة الحركية Physical disability:

2-4-1- مفهوم الإعاقة الحركية:

الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية هم الذين لديهم قصور أو مشاكل صحية تمنعهم من الحضور إلى المدرسة أو التعلم، فهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والتدريب. (**النوايسة ،2013،ص 195)**

وفي تعريف آخر ل حسني العزة (2002) أنها حالة يعاني منها المصابون من خلل ما في قدراهم الحركية، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم الإجتماعي والعقلي والإنفعالي، الأمر الذي يستدعي حاجة هؤلاء الأطفال للتربية الخاصة، وتشمل حالات الشلل الدماغي وإضطرابات العمود الفقري وضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع (**حسني العزة ،2002 ،ص 194).**

ويعرفها الفيل والسيد (2016): "الإعاقة الحركية تحدث نتيجة لأسباب وراثية أو بيئية مثل: حالات الشلل المخي أو شلل الأطفال، أو بتر الأطراف أو أكثر نتيجة حادث أو مرض أو تشوه في العظام أو ضمور العضلات."**(الفيل والسيد ،2016 ،ص 19)**

ويمكن تعريف ذوي الإعاقات الجسمية أو الحركية على أنهم أولئك الأفراد الذين يعانون من محددات جسدية أو قصور جسدي لأسباب وراثية أو بيئية تستدعي الحاجة إلى توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية وتجهيزات خاصة.

2-4-2 أسباب الإعاقة الحركية: تتنوع أسباب الإعاقة الجسمية (الحركية) كتنوع الإعاقات ذاتها، فالإعاقة الحركية قد تكون ذات أسباب تالية:

- **أسباب ما قبل الحمل:** قد تكون وراثية **Genetic** فالإعاقة أو الحالة المرضية تكون وراثية إذا كان لدى الأم أو الأب أو كليهما تشوه أو عيب جيني وإنتقل إلى المولود، وتلك التشوهات أو العيوب قد لا تكون ظاهرة لدى الوالدين بل هما يكونا ناقلين لها دون أن تظهر الأعراض المرضية عليهما.**(الخطيب،1998،ص20)**
- **أسباب أثناء الحمل :** ففي مرحلة الحمل قد يتعرض الجنين وهو في الرحم لجملة من العوامل الخارجية المرتبطة ببيئة الرحم، وقد تكون تلك العوامل خطرة وتحدث لدى الجنين عيوبا أو تشوهات مختلفة، ومن أمثلة على تلك العوامل الأشعة السينية، الأمراض لدى الأم، تناول الأم العقاقير الطبية أو التدخين والكحول**(الصفدي،2014،ص20)**.
- **أسباب أثناء الولادة:** ومن بعض العوامل أثناء الولادة تلك المرتبطة باختناق الطفل بسبب نقص شديد في الأكسجين، ولادة مبكرة، وضع الجنين أثناء الولادة ، العقاقير، الولادة المتعددة.
- **أسباب ما بعد الولادة:** هناك حالات تحدث بعد ولادة الطفل وتكون لها آثار سلبية قد تؤدي إلى فقدان حياته ومن هذه الحالات:

أ- العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية

ب- تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصا في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف.(الصفدي،2014،ص21)

2-4-3- أشكال الإعاقة الحركية:

- **الإضطرابات العصبية:**

1- الشلل الدماغي: إعاقة عصبية حركية تنجم عن تلف مراكز التحكم الحركي في الدماغ غالبا ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلي، أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية.

2- العمود الفقري المشقوق: إضطراب ولادي يظهر فيه كيس بارز في أسفل الظهر، ويحتوي هذا الكيس في الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكي والسائل المخي- الشوكي.

3- شلل الأطفال: عدوى فيروسية تؤدي إلى تلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي.

- **الإضطرابات العضلية-العظمية:**

أ- **بتر الأطراف:** عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم وقد يكون السبب ولاديا (الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية) أو مكتسبا (بسبب إصابة خطيرة أو كإجراء جراحي وقائي).

ب- **هشاشة العظام (الجينة السويسرية):** عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الإصابات البسيطة.

ت- **إلتهاب العظام:** إضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الإلتهابات والإصابات.

ج- **التقوس المفصلي:** إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

ح- **إنحناءات العمود الفقري:** وتشمل البرح (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحدب (انحناء العمود الفقري إلى الخلف).

د- **إضطراب لج – كالف- بيرثز:** تلف مركز النمو في الجزء العلوي من عظمة الفخذ ينتج موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم. **(النوايسة،2013 ،ص196-198)**

2-4-4- خصائص ذوي الإعاقة الحركية:

- **الخصائص النفسية:** يتصف هؤلاء الأطفال بالإنسحاب والخجل والإنطواء والعزلة والإكتئاب وعدم الرضا عن الذات، وعن الآخرين والشعور بالذنب والعجز والقصور والإختلاف عن الآخرين، عدم الإنتباه وتشتته والإعتمادية والخوف والقلق وغيرها من الإضطرابات النفسية، عدم توكيد الذات والقدرة على حل المشكلات وضبط الذات، ومشاكل في الاتصال مع الآخرين والشعور بالحرمان، فهم بحاجة إلى الإرشاد الوقائي، والنمائي والعلاجي، للتعامل مع مراحلهم العمرية، ودرجة الاضطراب النفسي.
- **الخصائص التربوية والاجتماعية والتعليمية:** من خصائص هؤلاء الاطفال أن لديهم مشكلات في عادات الطعام Eating Habits وعادات في مشاكل التبول وضبط المثانة والأمعاء والإنطواء الاجتماعي وقلة التفاعل الاجتماعي، والانسحاب المتمثل في عدم مشاركتهم الفاعلة في النشاطات الاجتماعية ويعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي، وتتمحور الخصائص التعليمية في صعوبة التركيز

والتذكر والاسترجاع والحفظ والنسيان ونقص في تآزر حركات الجسم، وصعوبات في مجال التعلم حيث لا يتعلمون بسهولة.

❖ **الخصائص العصبية:** يعاني هؤلاء الفئة من مشاكل تتعلق بتلف الدماغ أو خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية، كما أن لديهم مشاكل خاصة بالحبل الشوكي ومشكلات في مجال الرؤية والسمع ناتجة عن الإصابات العصبية المسببة بأمراض مثل: التهاب السحايا، السل، الحصبة الألمانية والزهري وغيرها مسؤولة عن إحداث تلف في جهازهم العصبي، كما أن لديهم مشكلات خاصة كالصرع والإضطرابات العضلية التي قد تكون أورام الدماغ احد اسبابها. **(حسني عزة،2002،ص195-198)** .

3- مهام الأخصائي النفساني في مجال التكفل بالإعاقة:

يحتاج الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة لقدر كبير من الرعاية النفسية وذلك للعديد من الأسباب، كون الفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة بناءا خاصا نتيجة ما لحق به وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأفراد العاديين، فأول خطوة يقوم بها الأخصائي النفساني هو إقناع الآباء وشرح لهم حاجات الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة النفسية، ويكون هذا الإقناع بعد تقبل الآباء لوضعيتهم المرضية والاعتراف بالأمر الواقع كون إبنهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.**(محمد إبراهيم ، 1999، ص 42)**.

أما العلاج النفسي مع الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة يكون من خلال تكوين علاقة طيبة بين الفرد المعاق والمجتمع ومنحه العطف والحنان، بالإضافة إلى إزالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها، ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمجتمع، ويسعى الأخصائي لتثبيط النزعات العدوانية للمعاق نحو نفسه والناس، وتدريبه على حل المشكلات وتصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وبالآخرين وإدراكه لإمكاناته المحدود وتبصيره بها وكيف يستغلها ويستفيد منها، ويأتي عمل التقبل كخطوة أساسية حتى يتقبل المعاق حالته والتدرب على مواجهة الفشل، والشعور بأهميته في الحياة وبقيمته في البناء الإجتماعي، وتصحيح مفاهيمه عن الأسرة والمجتمع وتكوين علاقة طيبة معهم. **(عربيات،2011،ص17)**

الخلاصة:

نستخلص مما سبق حول موضوع الإعاقات بشكل عام بأن معرفة أسبابها وتصنيفاتها وحتى تشخصيها جد مهمة للمختصين النفسانيين والتربويين وذلك لتحديد قدراتهم العقلية واللغوية والجسمية والحسية

وبالتالي تقديم خدمات علاجية ملائمة لكل حالة، وعليه يجب وضع الأفراد الذين يعانون منها في مراكز متخصصة في هذا المجال قصد التكفل الشامل بهم.

الفصل الخامس:

منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية

تمهيد

الدراسة الإستطلاعية

أهداف الدراسة الإستطلاعية

الإطار المكاني والزماني للدراسة الإستطلاعية

مجتمع وعينة الدراسة الإستطلاعية

نتائج الدراسة الإستطلاعية

الدراسة الأساسية

التذكير بتساؤلات الدراسة

التذكير بفرضيات الدراسة

المجال الزماني والمكاني للدراسة الأساسية

مجتمع الدراسة وعينة الدراسة الأساسية

منهج الدراسة

أدوات جمع البيانات

الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة

الأساليب الإحصائية

الخلاصة

تمهيد:

ولغرض تحقيق أهداف الدراسة كان لابد من تحديد مجتمع البحث وإختيار العينة المقبولة الممثلة له، وكذا توفير أدوات صادقة ثابتة لقياس المتغيرات موضوع الدراسة، ثم إستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات ومعالجتها وسيتم استعراض في هذا الفصل كما يلي:

- ✓ الدراسة الإستطلاعية
- ✓ أهداف الدراسة الإستطلاعية
- ✓ الإطار المكاني والزماني للدراسة الإستطلاعية
- ✓ مجتمع وعينة الدراسة الإستطلاعية
- ✓ نتائج الدراسة الإستطلاعية
- ✓ الدراسة الأساسية
- ✓ التذكير بتساؤلات الدراسة
- ✓ التذكير بفرضيات الدراسة
- ✓ المجال الزماني والمكاني للدراسة الأساسية
- ✓ مجتمع الدراسة وعينة الدراسة الأساسية
- ✓ منهج الدراسة
- ✓ أدوات جمع البيانات
- ✓ الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة
- ✓ الأساليب الإحصائية

1. الدراسة الاستطلاعية:

يطلق على الدراسة الإستطلاعية تسميات عديدة منها: الدراسة التمهيدية أو الدراسة الصياغية أو الدراسة الإبتدائية وتعد هذه الأخيرة خطوة مهمة ومنهجية في أي بحث علمي، فهي تعتبر من أهم خطواته كونها تفيد الباحث في توسيع معلوماته ومعارفه الخاصة بموضوع دراسته، كما تعتبر أساسية في قيامه لدراسته الأساسية، ومن خلال ما تقدم هدفت الدراسة الإستطلاعية التي قمنا بها في البحث الحالي إلى ما يلي :

1) أهداف الدراسة الإستطلاعية: هدفت الدراسة الإستطلاعية:

- أولا: للتعرف على ميدان البحث من خلال التعرف على العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة
- ثانيا: تحديد مجتمع الدراسة وتحديد العينة من حيث عددهم في كل مؤسسة
- ثالثا: الإستطلاع على الظروف التي يعمل بها الأخصائيين النفسانيين وأنواع المهام التي يقومون بها ونظام العمل وكذلك المشكلات التي تصادفهم
- رابعا: إمكانية تطبيق أدوات الدراسة التي تم الإعتماد عليها

2) الإطار المكاني والزماني للدراسة الإستطلاعية:

- **الإطار المكاني:**

أجريت الدراسة الإستطلاعية على عينة من الأخصائيين النفسانيين في ولاية قسنطينة في بعض مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة الموجودة بالولاية **وهي:**

- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا لعمارة لعروبي الدقسي 02
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا الدقسي 01
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا قسنطينة 03
- المركز النفسي البيداغوجي ديدوش مراد
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا علي المنجلي

- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا علي المنجلي 05

- مدرسة المعاقين بصريا بن كحول

- بمدرسة المعاقين سمعيا بشير بوطبة

- **الإطار الزماني:**

تم إجراء الدراسة الإستطلاعية بداية من نوفمبر 2020 ودامت 3 أشهر

3) عينة الدراسة الإستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من30 أخصائي نفساني تم إختيارهم بطريقة عشوائية، من مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة والجدول التالي يوضح خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية:

مؤسسة ذوي الإحتياجات الخاصة	العدد الإجمالي للأخصائيين النفسانيين العياديين	النسبة المئوية
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا لعمارة لعروبي الدقسي 02	**5**	**16.66%**
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا الدقسي 01	**4**	**13.33%**
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا قسنطينة 03	**5**	**16.66%**

المركز النفسي البيداغوجي ديدوش مراد	2	6.66%
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا علي المنجلي	2	6.66%
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا علي المنجلي 05	5	16.66%
مدرسة المعاقين بصريا بن كحول	5	16.66%
بمدرسة المعاقين سمعيا بشير بوطبة	2	6.66%
العدد الإجمالي	30	100%

جدول رقم (07) : يوضح توزيع عدد أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية لمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة بولاية قسنطينة

ومن خلال الجدول رقم (16) يمكن التعليق على عينة الدراسة الإستطلاعية أنّ أفراد العينة المتواجدين في كل مؤسسة هو متقارب و قليل في نفس الوقت.

4) نتائج الدراسة الإستطلاعية: توصلت الباحثة في نهاية الدراسة الإستطلاعية إلى مجموعة من النتائج تذكر منها ما يلي:

- بالنسبة لظروف الأخصائيين النفسانيين العياديين العاملين مع ذوي الإحتياجات الخاصة تبين أنهم يعانون من الصعوبات تواجههم في التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة هي نقص الإمكانيات ونقص

الورشات لتطبيق العلاج ومتابعة الحالات وكذا صعوبات مع الفريق معالج اختلاط المهام وصراعات والحيادية في العمل، عدم فهم وتطبيق نصائح من طرف الأولياء و غيابهم و عدم تقبلهم و غياب متابعتهم لحالة طفلهم.

- نقص عدد الأخصائيين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة فقد بلغ عددهم في بعض المؤسسات ب 2 من الأخصائيين النفسانيين العياديين، كما أن العنصر الذكر ينعدم في معظم المؤسسات.
- قابيلة إستعمال مقياس الإحتراق النفسي ومقياس الصلابة النفسية على عينة الدراسة الأساسية.

2. الدراسة الأساسية:

1) التذكير بتساؤلات الدراسة: للإجابة على تساؤلات الدراسة والمتمثلة في :

التساؤل العام:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة ؟

الأسئلة الفرعية:

- هل مستوى الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة منخفض ؟
- هل مستوى الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة مرتفع ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها ؟

2) التذكير بفرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة .

الفرضيات الفرعية:

- يعاني الأخصائيين النفسانيين من مستويات منخفضة من الإحتراق نفسي.

- يمتلك الأخصائيين النفسانيين صلابة نفسية مرتفعة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها.

3) المجال المكاني والزماني للدراسة الأساسية :

- **المجال المكاني :**

أجريت الدراسة الحالية في جميع مؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة في ولاية قسنطينة وأم البواقي و الجدول التالي يوضح جميع المؤسسات المتواجدة بكل الولايتين:

الولاية	إسم المؤسسة
قسنطينة	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا لعمارة لعروبي الدقسي 02
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا الدقسي 01
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا قسنطينة 03
	المركز النفسي البيداغوجي ديدوش مراد
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين دهنيا علي المنجلي
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا علي المنجلي 05
	مدرسة المعاقين بصريا بن كحول
	بمدرسة المعاقين سمعيا بشير بوطبة
أم البواقي	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا عين مليلة
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا أم البواقي
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا عين البيضاء
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا –زايدي عزالدين– مسكيانة

	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا عين فكرون
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا عين كرشة
	مدرسة المكفوفين الشهيد بعلول الجريدي
	مدرسة الأطفال المعوقين سمعيا أم البواقي

جدول رقم (08): يوضح مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة في ولايتي أم البواقي و قسنطينة

(إعداد الباحثة)

- **المجال الزماني:**

أجريت الدراسة الأساسية بدءا من 17/جانفي/2021 إلى غاية 1/جويلية/ 2021 .

4) مجتمع الدراسة وعينة الدراسة الأساسية :

يتكون المجتمع الكلي للدراسة من كل الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة المتواجدة بكل من ولاية قسنطينة وأم البواقي لعام (2021/2020)، والبالغ عددهم 85.

- **عينة الدراسة:**

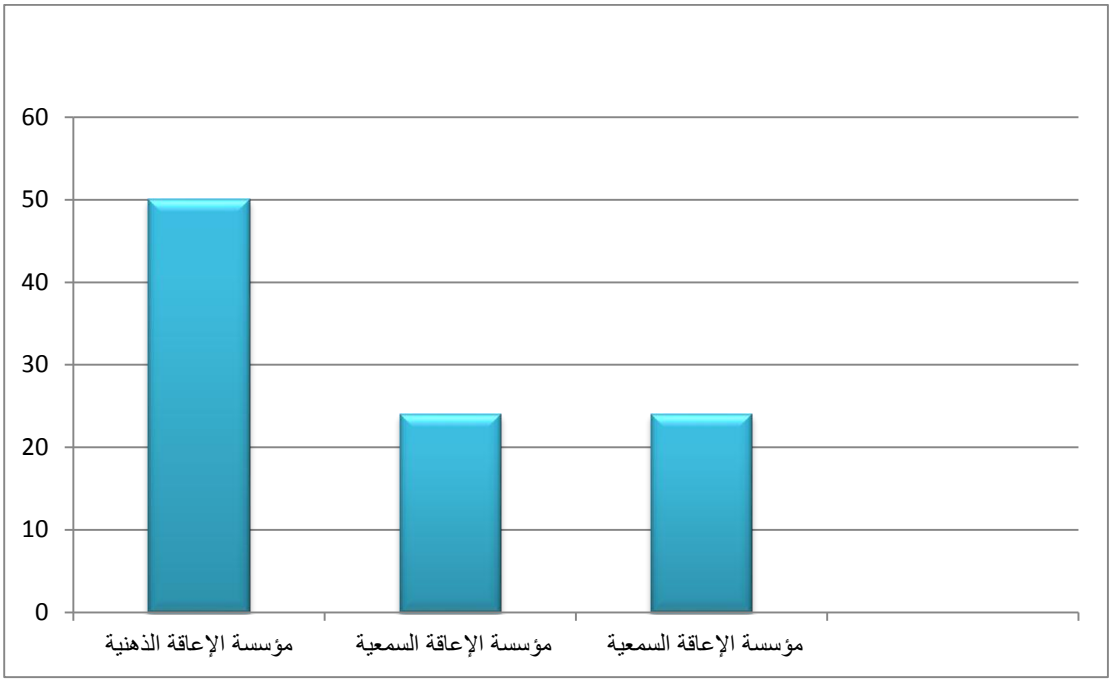
تم تطبيق مقاييس الدراسة على كل أفراد المجتمع الأصلي بطريقة مسحية، والبالغ عددهم **85** الأخصائيين النفسانيين الممارسين في المراكز المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة في كلا الولايتي قسنطينة و أم البواقي، فبعد توزيع **85** إستمارة على أفراد العينة لم نتمكن من جمع إلا **70** إستمارة، وبعد تحليلينا وجدنا أن **20** إستمارة غير صالحة، بسبب عدم إجابة الكاملة عليها، وتجدر الإشارة أنَ الحد الأدنى المفروض لحجم العينة في الدراسات الإرتباطية هو **30** فردا، وبالتالي كان عدد الإستمارات الصالحة التحليل الإحصائي هو **50** إستمارة.

تعريف العينة الغير الإحتمالية: (المقصودة) وهي العينات التي تتدخل في إختيارها رغبة الباحث وأحكامه الشخصية و هي التي ينتقيها الباحث لأنه يعرف مسبقا بأنهم الأقدر على تقديم المعلومات عن مشكلة معينة أكثر من غيرهم لأنهم عاشوا المشكلة أو عاصروها.(**عليان،ص 165)**

وفي ما يلي تقديم توزيع عينة الدراسة حسب مؤسسة التخصص الممارس بها وحسب الخبرة المهنية لديهم:

المتغير	المؤسسة	التكرارات	النسبة المئوية
مؤسسة التخصص الممارس بها	مراكز الإعاقة الذهنية	26	%50
	مدارس المكفوفين	12	% 24
	مدارس الصم البكم	12	% 24

الجدول رقم (09): يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها

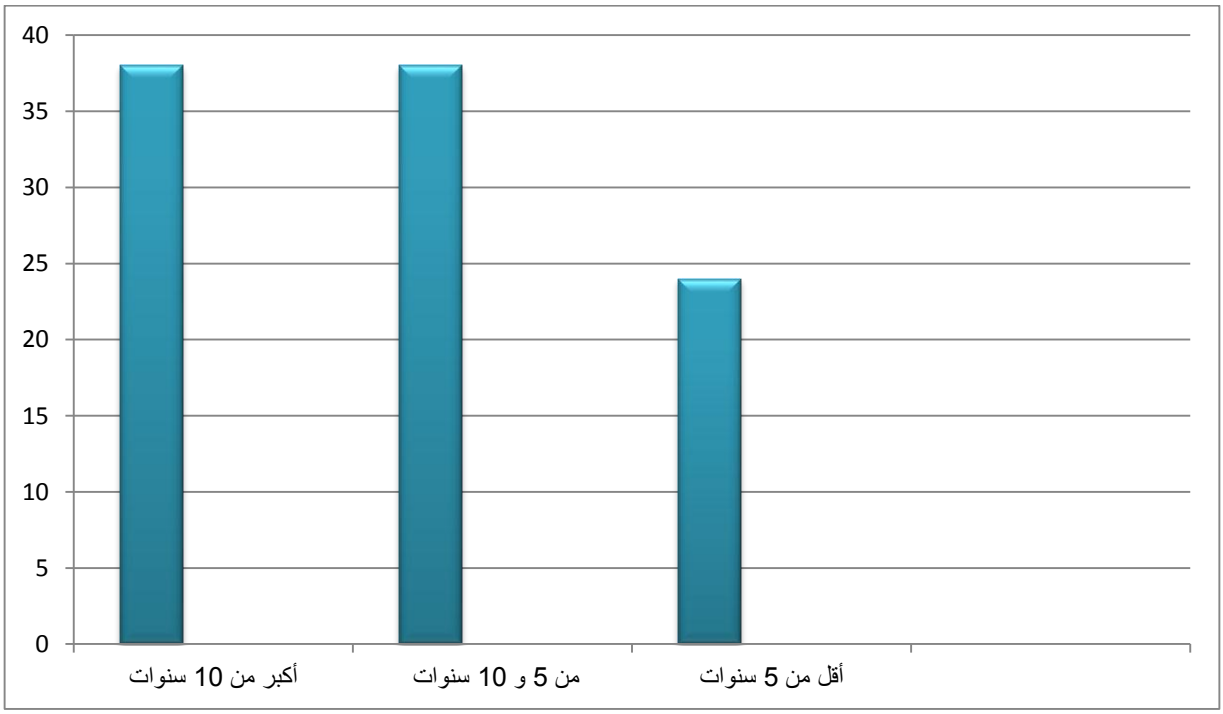


شكل رقم (12): يوضح توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها

يوضح الجدول رقم(18) والشكل رقم (11) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها، حيث بلغت نسبة مؤسسة الإعاقة الذهنية **26** أخصائي أي بنسبة 50% وهي الأغلبية، ثم تليه مؤسسة الإعاقة البصرية ومؤسسة الإعاقة السمعية والتي كانت متسويتان في عدد الأخصائيين ب **12** أخصائي لكل واحد فيها أس بنسبة 24 %، وهنا نلاحظ أن أغلبية أفراد الدراسة هم فئة الأخصائيين الممارسين بمؤسسة الإعاقة الذهنية.

المتغير	الخاصية	التكرارات	النسبة المئوية
الخبرة المهنية	أقل من 5 سنوات	12	% 24
	من 5 و 10 سنوات	19	% 38
	أكبر من10سنوات	19	% 38

الجدول رقم (10): يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير الخبرة المهنية



شكل رقم (13) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الخيرة المهنية

يوضح الجدول رقم(19) والشكل رقم (12) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة المهنية، حيث بلغ عدد أفراد العينة فئة الخبرة أقل من 5 سنوات ب 12 فرد بنسبة 24 %، في حين كانت أغلبية العينة من فئة الخبرة المهنية 5 و 10 سنوات و فئة أكبر من 10 سنوات ب 19 فرد، أي بنسبة 38% في كل فئة.

5) منهج الدراسة:

ولأن الغرض من الدراسة هو البحث عن العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية، إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي، فالمنهج الوصفي ينصب على فهم الظاهرة كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها، وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسية أو إجتماعية أخرى، من خلال وصف الحاضر بتوفير بيانات كافية لتوضيحه وفهمه ثم إجراء المقارنات وتحديد العلاقات بين العوامل وتطوير الاستنتاجات من خلال ما تشير إليه البيانات وذلك بتحليل البيانات والمعلومات التي تم جمعها تحليلا يؤدي إلى إكتشاف العلاقة بين المتغيرات وتقديم تفسير ملائم لها.(**التميمي،2013،ص 21)**

فالبحوث الوصفية الإرتباطية تصف درجة العلاقة بين المتغيرات وصفا كميا، فالغرض من جمع البيانات تحديد الدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية بعضها بالبعض الآخر، ويجب عدم الخلط بين العلاقة الإرتباطية بين المتغيرين والعلاقة السببية (العلة والمعلول) فهذه الأخيرة لا يمكن تحديدها إلا عن طريق البحوث التجريبية، أما الإرتباطية فوظيفتها الأساسية هي الوصول إلى معلومات عن قوة العلاقة بين المتغيرين، إو التنبأ بالعلاقة بين المتغيرات .**(أبو علام،2008،ص ص 245-246)**

6) أدوات جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة إستخدمت الباحثة مقياسا الإحتراق النفسي ومقياس الصلابة النفسية بغرض جمع المعلومات والبيانات حول أفراد الدراسة، وفي ما يلي ستم تقديم كل مقياس على حدا:

- **مقياس الإحتراق النفسي :**

لتحقيق أهداف الدراسة إستخدمت الباحثة مقياس ماسلاتش للإحتراق **النفسي** (**Maslash .MBI Burnout Inventory**)، الذي أنشأته ماسلاتش بإشتراك مع سوزان جاكسون "Susan E.jackson" ، ليقيس الإحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية و الإجتماعية، ويتكون المقياس من 22 بندا موزعين على ثلاث محاور للمقياس تسأل الفرد عن شعوره نحو مجموعة من السلوكيات المتصلة بمهنته، وتنقسم المحاور كالتالي:

- الإنهاك العاطفي يضم (9)
- بنود تبلد المشاعر يضم (5)
- الإنجاز الشخصي و يضم (8)

و تتم الاستجابة لكل عبارة من هذا المقياس من خلال سبعة بدائل، تقابل كل منها درجة معينة كما يلي :

صفر= أبدا.

1= عدة مرات في السنة.

2= مرة في السنة.

3= عدة مرات في الشهر.

4 مرة في الأسبوع.

5 = عدة مرات في الأسبوع.

6 = يوميا.

ويعتبر الاحتراق النفسي منخفضا إذا حصل الفرد على درجات منخفضة على البعدين الأول والثاني، ودرجة مرتفعة على البعد الثالث، ويكون الاحتراق النفسي متوسطا عندما يحصل الفرد على درجات متوسطة على الأبعاد الثلاثة، بينما يكون الاحتراق النفسي مرتفعا إذا حصل الفرد على درجات مرتفعة على البعدين الأول والثاني ومنخفضا على البعد الثالث.

وحسب ماسلاتش يمثل كل بند واجهة من أوجه التقييم التي يمكن للفرد القيام بها في عمله، حيث يشير الشخص الذي يتم سؤاله إلى معدل استجابته للشعور موضع السؤال، ويتم قياس الانهاك العاطفي، و تبلد

الشعور، وتدنى الإنجاز الشخصي كل على حدى، وبعبارة أخرى فإن الفرد لا يسجل نقاطا شاملة للاحتراق النفسي، ولكن يسجل نقاطًا لكل من الأبعاد الثلاثة.

البعد	توزيع الفقرات	المجموع
الإنهاك العاطفي	1،2،3،6،8،13،14،16،20	9 فقرات
تبلد المشاعر	5، 10، 11،15، 22	5 فقرات
الشعور بالإنجاز	4، 7، 9،12،17، 18،19، 21	8 فقرات

جدول(11) يوضح توزيع فقرات المقياس على أبعاد الإحتراق النفسي الثلاث

وقد إعتمدنا على النسخة الجزائرية المعربة التي قامت بترجمتها وتقنينها "نصراوي صباح" وطبقتها على البيئة الجزائرية، ولقد تم تعريب النسخة الأصلية من خلال إتباع الخطوات العلمية للترجمة، وفي ضوء توجيهات المترجمين أجريت تعديلات، تم في ضوئها صياغة النسخة المعربة من مقياس الاحتراق النفسي لمسلاتش (MBI–HSS) جربت هذه الأخيرة على عينة قوامها 8(أساتذة في الأطوار الثلاثة، أستاذ جامعي، أطباء وممرضين) بهدف التأكد من وضوح صياغة البنود ولغتها، وفي ضوء ملاحظاتهم تم التعديل للوصول إلى إخراج النسخة النهائية المعربة من المقياس، ومن أجل تقنينها تم تطبيقها على عينة عنقودية قوامها، 2251 شملت : 924 من أساتذة الأطوار الثلاثة (إبتدائي، متوسط، ثانوي) ، و 423 من أساتذة التعليم الجامعي و 904 من الأطباء والممرضين

فمن أجل تقدير صدق درجات المقياس تم الإعتماد على:

صدق التكوين الفرضي: من خلال تطبيق طريقة التحليل العاملي، حيث تم التوصل أن البنود تتشبع مع بعضها البعض، وبعد تدوير هذه الارتباطات بين بنود المقياس باستخدام التدوير المتعامد (Orthogonat Rotation) طريقة الفاريماكس (Varimax) ، وتم التوصل إلى أن البنود تتشبع على نفس العوامل الثلاثة التي وردت في النسخة الأصلية (الإنهاك العاطفي ، تبلد المشاعر ، الإنجاز الشخصي) .

ومن أجل تقدير ثبات درجات المقياس تم إستخدام:

طريقة التطبيق لمرة واحدة ومن ثم حساب معامل الاتساق الداخلي، الذي كان مرتفعا ودالا (0.84) وكذا التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان Guttman، والتي أفرزت أيضا عن معامل ثبات مقبول قدر ب (0.88 ، 0.87) لجزئي المقياس مع درجات المقياس الكلية ، و 0.95 بين جزئي المقياس .(نصراوي،2015 ، ص ص 208 – 215)

كما تم اشتقاق معايير جديدة للتفسير خاصة بكل بعد وهي كالتالي :

الأبعاد	تفسيرات النسخة الجزائرية
الإنهاك العاطفي	**الإجمالي 11 أو أقل : مستوى منخفض من الإحتراق النفسي**
	الإجمالي ما بين 12 و 17 شامل : مستوى متوسط من الإحتراق النفسي
	الإجمالي أكثر من 18 : مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي
تبلد المشاعر	**الإجمالي 9 أو أقل : مستوى منخفض من الإحتراق النفسي**

	الإجمالي ما بين 10 و 23 شامل : مستوى متوسط من الإحتراق النفسي
	الإجمالي أكثر من 24 : مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي
الإنجاز الشخصي	**الإجمالي 12 أو أقل : مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي**
	الإجمالي ما بين 13 و 35 شامل : مستوى متوسط الإحتراق النفسي
	الإجمالي أكثر من 36 : مستوى منخفض من الإحتراق النفسي

جدول رقم (12): يوضح المعايير التفسيرية الخاصة بكل بعد من أبعاد الإحتراق النفسي

ومن خلال المعايير الجديدة المتوصل إليها فسرت الباحثة على أنّها نابعة من طبيعة خصائص أفراد العينة، هذه الخصائص التي عكستها إستجاباتهم على بنود المقياس، والتي تم من خلالها التوصل إلى المعايير الجديدة. **(نصراوي، 2017 ، ص 224)**

- **مقياس الصلابة النفسية:**

ولجمع بيانات الدراسة ولتحقيق الأهداف التي ترمي إليها, والاجابة عن تساؤلاتها تم استخدام مقياس الصلابة النفسية الذي أعدّ هذه القائمة محمد أحمد مخيمر (2002) تتكون في الأصل من 47 بندا، موزعة على ثلاثة أبعاد هي

:أ- الالتزام ويقيسه 16 بندا.

ب- التحكم وتقيسه 15 بندا، وأضاف د.بشير معمرية إلى هذا البعد بندا واحدا و هو رقم 47 ، فصار عددها 16 بندا.

ج- التحدي وتقيسه 16 بندا.

وصار عدد البنود في القائمة كلها 48 بندا، يجاب عنها بأسلوب تقريري، وتصحح إجابات المفحوصين ضمن أربعة بدائل هي :لا وتنال صفرا، قليلا وتنال درجة واحدة، متوسطا وتنال درجتين، كثيرا وتنال ثلاث درجات .وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين : صفر- 144 وارتفاع الدرجة يعني ارتفاع الصلابة النفسية.

الأبعاد	أرقام العبارات
1- الالتزام	46-43-40-37-34-31-28-25-22-19-16-13-10-7-4-1
2- التحكم	47-44-41-38-35-32-29-26-23-20-17-14-11-8-5-2
3- التحدي	48-45-42-39-36-33-30-27-24-21-18-15-12-9-6-3

جدول رقم (13) : يوضح توزيع البنود على الأبعاد الثلاثة للإحتراق النفسي

وبالنسبة لعينة التقنين فقد تكونت من 392 فردا ، 191 ذكور و 201 إناث، تراوح أعمار عينة الذكور بين 15-50 سنة، بمتوسط حسابي قدره 21.64 سنة وإنحراف معياري قدره 6.14 سنة، وتراوحت أعمار الإناث بين 15- 40 سنة، بمتوسط حسابي قدره 20.73 سنة، وإنحراف معياري قدره 4.78 سنة، وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن

كليات جامعة الحاج لخضر –باتنة وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة.

وقد قام د.بشير معمرية بحساب الخصائص السيكومترية لقائمة الصلابة النفسية من خلال حساب الصدق و الثبات لهذا الاستبيان.

بالنسبة للصدق، تم حسابه بثلاث طرق :

أولا: الصدق التميزي: لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية لعينة الذكور والاناث، وكانت تتمتع بقدر كبير على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الصلابة النفسية، وهو ما أثبت مستوى عال من الصدق لدى العينتين.

ثانيا: حساب الصدق الاتفاقي: من خلال تطبيق قائمة الصلابة النفسية مع مجموعة من الاستبيانات منها استبيان الالتزام الشخصي والمساندة الاجتماعية وسلم العادة والدافع للانجاز والثقة بالنفس والذي تبين له أن قائمة الصلابة النفسية تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

ثالثا: حساب الارتباطات بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية: الدال عند مستوى 0.01، ثم الصدق التعارضي مع استبيان التشاؤم ل (أحمد محمد عبد الخالق 2000) وقائمة بيك/اليأس (بدر الأنصاري 2001) والذي يتبن أنه يتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

بالنسبة للثبات تم حسابه بطريقتين :

أولا عن طريق إعادة تطبيق الاختبار وثانيا مع معامل ألفا، والذي تبين أن قائمة الصلابة تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية مما يجعلها صالحة للإستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي **(معمرية،2019،ص ص 56-60)**

وبالرغم من أن أدوات الدراسة صالحة للتطبيق مباشرة على عينة الدراسة، فالباحِثَين قاما بتقنين أدوات الدراسة على عينة جزائرية، ومع ذلك إرتأت الباحثة إعادة حساب الخصائص السيكومترية لكل آدات على إحدى .

7) الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة:

1.4) صدق وثبات مقياس الصلابة النفسية:

- **ثبات مقياس الصلابة النفسية:**

تعتمد الطريقة على حساب معامل التّناسق الداخلي ألفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس، حيث تعتبر القيم الأكبر من 0.7 دليل على ثبات جيد للمقياس.(Tavakol ,and Reg,2011, p54)

المحاور	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	48	0.970
الإلتزام	16	0.918
التحكم	16	0.909
التحدي	16	0.917

جدول رقم (14): معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية

يتضح من الجدول رقم (10)، أن معامل الثبات الكلي للمقياس هو 0.935 ويعبر عن ثبات عال للمقياس، وتعتبر دليل على الثبات المرتفع لمقياس الصلابة النفسية، وتتراوح قيم ألفا لمحاور المقياس ما بين 0.909 و0.918 وهي قيم عالية للتناسق الداخلي للمقياس.

- **صدق مقياس الصلابة النفسية:**
- **الإتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية:**

المحور	الارتباط	الدلالة الاحصائية	المحور	الارتباط	الدلالة الاحصائية
الإلتزام	0.961**	<0.01	التحدي	0.969**	<0.01
التحكم	0.975**	<0.01			

جدول رقم(15): يوضح ارتباطات المحاور مع المقياس الكلي للصلابة النفسية

من الجدول رقم (11)، يتبين أن معاملات ارتباط المحاور مع المقياس الكلي تتراوح بين 0.961 كأدنى قيمة و0.975كأعلى قيمة، وهي معاملات ارتباط عالية وتدل على اتساق المحاور مع المقياس ككل، وهو دليل على صدق المقياس.

- **صدق التمييز (المقارنة الطرفية) لمقياس الصلابة النفسية:**

تقوم طريقة المقارنة الطرفية على إعطاء الدرجات الكلية لكل فرد ثم ترتيب الدرجات تنازليا، وأخذ 27% من الدرجات العليا و27% من الدرجات الدنيا، ثم نحسب دلالة الفرق بينهما.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	8	135.88	7.68	5.39	اقل من 0.001
الدنيا	8	77.13	30		

جدول رقم (16): يوضح المقارنة الطرفية لمقياس الصلابة النفسية

يتضح من خلال الجدول رقم12، أنّه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الصلابة النفسية بين الفئة العليا (M=135.88, SD=7.68) والفئة الدّنيا (M=77.13, SD=30)،(T(14)=5.39, P<0.001) وهذا ما يدل على أن مقياس له خاصية التمييز بين الأفراد وهو دليل على صدق المقياس.

2.4) صدق وثبات مقياس الإحتراق النفسي:

- **ثبات مقياس الإحتراق النفسي:**

المقياس	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	22	0.672
الإنهاك	9	0.830
التبلد	5	0.741
الانجاز	8	0.872

جدول رقم (17) : يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاحتراق النفسي

يتضح من الجدول رقم(13)، أن معامل الثبات الكلي للمقياس هو 0.672 ويعبر عن ثبات مقبول للمقياس،كما تتراوح قيم ألفا كرونباخ لمحاور المقياس ما بين 0.741 و0.872 وهي قيم جيدة للتناسق الداخلي للمقياس.

- **صدق مقياس الإحتراق النفسي:**

- **الإتساق الداخلي لمقياس الإحتراق النفسي:**

المحور	الارتباط	الدلالة الاحصائية	المحور	الارتباط	الدلالة الاحصائية
الإنهاك	0.790**	<0.01	الانجاز	0.563**	<0.01
التبلد	0.495**	<0.01			

جدول رقم (18): يوضح ارتباطات المحاور مع المقياس الكلي للاحتراق النفسي

من الجدول رقم (14) ، يتبين أن معاملات ارتباط المحاور مع المقياس الكلي تتراوح بين 0.495 كأدنى قيمة و0.790كأعلى قيمة، وهي معاملات ارتباط عالية وتدل على اتساق المحاور مع المقياس ككل، وهو دليل على صدق المقياس.

- **صدق التمييز (المقارنة الطرفية) لمقياس الإحتراق النفسي:**

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	8	73.75	5.17	8.81	اقل من 0.001
الدنيا	8	38.25	10.15		

جدول رقم (19): يوضح المقارنة الطرفية لمقياس الاحتراق النفسي

يتضح من خلال الجدول رقم(15)، أنّه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الامتثال العلاجي بين الفئة العليا (M=73.75, SD=5.17)والفئة الدّنيا (M=38.25, SD=10.15)،(T(14)=8.81, P<0.001) وهذا ما يدل على أن مقياس له خاصية التمييز بين الأفراد وهو دليل على صدق المقياس.

ويظهر جليا من خلال دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المتمثلة في كل من : مقياس الصلابة النفسية و مقياس الإحتراق النفسي، أنها تتميز بدرجات صدق و ثبات عالية ما يجعلها قابلة للإستعمال كأدوات لجمع البينات في هذه الدراسة.

8) الأساليب الإحصائية:

لتعامل مع المعطيات الكمية و النوعية لنتائج الدراسة إستخدمت الباحثة برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الإجتماعية (SPSS 26)، حيث إستخدم مجموعة من الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية إستُخدمت لوصف وتصنيف خصائص العينة.

- معامل الإرتباط بيرسون لمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف المتغيرات والمتوسط والإنحراف المعياري.

- معادلة كاي مربع (Cohen et al., 1983, p. 55) لدلالة الفروق بين معاملات الإرتباط لمجموعات مستقلة $X^2 = \sum_{j=1}^{k}(n_j - 3)z_j^2 - \frac{[\sum_{j=1}^{k}(n_j-3)z_j]^2}{\sum_{j=1}^{k}(n_j-3)}$

K= عدد المجموعات.

J= ترمز للمجموعة.

Nj = عدد الأفراد في مجموعة ج.

ZJ= قيمة معامل الارتباط.

الخلاصة:

تم في هذا الفصل التطرق لمنهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية، بدءاً بالدراسة الإستطلاعية بكل مراحلها ثم الدراسة الأساسية وعينة البحث ومنهج الدراسة وأخيرا الأساليب الإحصائية.

الفصل السادس :

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

عرض بيانات و إحصائيات الدراسة

تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

الخاتمة

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة المتوصل إليها، بغية الحصول على بيانات والمعلومات مشكلة البحث، وكذا بغرض إختبار صحة الفرضيات، ويأتي هذا بعد تطبيق أدوات الدراسة، وتحليل بياناتها تحليلا إحصائيا وإختبار فرضيتها والاجابة على التساؤلات المطروحة ومن ثم مناقشة النتائج.

1) عرض بيانات وإحصائيات الدراسة :

تمت معالجة الدراسة والإجابة على فرضياتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS (حزمة 26) (Statistical package for social science)** وسيتم التطرق بالتفصيل لما تم التوصل إليه:

1.1) عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

من أجل إختبار الفرضية العامة والتي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.

ولتحقق من صحة الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية والجدول التالي يوضح هذه النتيجة:

المتغيرات	عدد العينة (n)	معامل الارتباط بيرسون R	الدلالة الإحصائية P
الإحتراق النفسي	50	0.161	0.264 غير دالة
الصلابة النفسية			

جدول رقم(20) يوضح معامل الارتباط بيرسون بين متوسطي الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.

(برنامج spss26)

يتبين من خلال الجدول رقم (20) أن قيمة معامل الارتباط بين متوسطي درجات الإحتراق النفسي والصلابة النفسية، بلغت0.161، بدلالة إحصائية P=0.264 وعليه فالنتيجة تعتبر غير دالة أي عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، وعليه فإن بيانات الدراسة لا تدعم الفرضية العامة.

2.1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الأولى:

وتنص الفرضية: يعاني الأخصائيين النفسانيين مستويات منخفضة من الإحتراق النفسي.

ولتحقق من صحة الفرضية الإجرائية الأولى تم حساب المتوسط والإنحراف المعياري والجدول التالي يوضح النتيجة:

المتغيرات	عدد العينة (n)	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الإحتراق النفسي
الإحتراق النفسي	50	61.06	8.66	منخفض
الإنهاك العاطفي		19.84	9.23	مرتفع
تبلد المشاعر		5.84	6.66	منخفض
الشعور بالإنجاز		35.38	12.2	منخفض

جدول رقم (21) يوضح متوسط الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.

(برنامج spss26)

يتبين من خلال الجدول رقم(21) أن قيمة متوسط درجات الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، كان 61.06 بانحراف معياري 8.66، وهي تعبر عن مستوى منخفض من الإحتراق النفسي، حيث كانت متوسطات الأبعاد كالتالي:

- 19.84 ±9.23 للإنهاك العاطفي وبالتالي يعتبر الإنهاك العاطفي لدى عينة الدراسة مرتفع

- 6.66 ± 5.84 في تبلد المشاعر وتعبر النتيجة عن وجود درجة منخفضة من تبلد المشاعر لدى عينة الدراسة.

-12.2 ± 35.38 في الشعور بالإنجاز وتعبر النتيجة عن وجود درجة منخفضة من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

وعليه من خلال ما تقدم من عرض بيانات المتحصل عليها فإن بيانات الدراسة تدعم الفرضية الإجرائية الأولى، أي أنّ الأخصائيين النفسانيين العامليين في المؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة يعانون من مستويات منخفضة من الإحتراق النفسي.

3.1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثانية:

وتنص الفرضية : يمتلك الأخصائيين النفسانيين صلابة نفسية مرتفعة.

ولتحقق من صحة الفرضية الإجرائية الثانية تم حساب المتوسط و الإنحراف المعياري والجدول التالي يوضح النتيجة:

المتغيرات	عدد العينة (n)	المتوسط	الانحراف المعياري	الوسيط
الصلابة النفسية	50	114.84	13.11	117

جدول رقم (22) يوضح متوسط الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة.

(برنامج spss26)

يتبين من خلال الجدول رقم (22) أن قيمة متوسط درجات الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة حيث بينت البيانات ما يلي:

- المتوسط كان بنسبة 114.84
- الانحراف معياري بنسبة 13.11

- الوسيط بلغ 117

ومن خلال ما تقدم تبين النتائج أنّ أكثر من 50% تحصلوا على درجات اكبر من المتوسط، وعليه فإن الأخصائيين النفسانيين الممارسين يمتلكون صلابة نفسية فوق المتوسط، وهذا ما يدعم الفرضية الإجرائية الثانية .

4.1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة:

وتنص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

ولتحقق من صحة الفرضية الإجرائية الثالثة تم حساب المتوسط و الإنحراف المعياري ومعامل الإرتباط R بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لكل من الأخصائيين النفسانيين الذي تتراوح خبرتهم أقل من 5 سنوات، والأخصائيين النفسانيين الذي تتروح خبرتهم من 5 إلى 10 سنوات والأخصائيين النفسانيين الذي تتراوح خبرتهم أكبر من 10 سنوات، ثم مقارنة معاملات الإرتباط من خلال إختبار كاب مربع والجدول التالي يوضح النتيجة:

الخبرة المهنية	الإحتراق النفسي		الصلابة النفسية		العينة N	الإرتباطR	اختبار كاي مربع لدلالة الفروق	مستوى الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري				
أقل من 5	64.25	8.67	108.91	17.92	12	0.350	0.720	0.697 غير دالة
من 5 إلى 10	59.84	6.57	113.52	6.04	19	0.025		
أكبر من 10	60.26	10.29	119.89	13.52	19	0.218		

جدول رقم (23) يوضح دلالة الفروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة حسب متغير الخبرة المهنية.

(برنامج spss26)

يتبين من خلال الجدول رقم (23) أن قيمة اختبار كاي مربع لدلالة الفروق بين معاملات الإرتباط حسب متغير الخبرة المهنية حيث بلغت 0.720 بدلالة إحصائية 0.697 وهي غير دالة.

وعلية فإنه لا توجد فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية، وعليه فالفرضية الإجرائية الثالثة غير مدعومة بنتائج الدراسة.

5.1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة:

وتنص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير مؤسسة التخصص الممارس بها.

ولتحقق من صحة الفرضية الإجرائية الرابعة تم حساب المتوسط و الإنحراف المعياري ومعامل الإرتباط R بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لكل المؤسسة الإعاقة البصرية ومؤسسة الإعاقة السمعية ومؤسسة الإعاقة العقلية ثم مقارنة معاملات الإرتباط من خلال إختبار كاب مربع والجدول التالي يوضح النتيجة

متغير المؤسسة الممارس بتا	الإحتراق النفسي		الصلابة النفسية		العينة N	الإرتباط R	اختبار كاي مربع لدلالة الفروق	مستوى الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري				
الإعاقة البصرية	62.91	8.99	109.75	17.05	12	0.218	0.26	0.875 غير دالة
الإعاقة السمعية	59.83	8.78	119.91	12.08	12	0.067		
الإعاقة العقلية	60.76	8.65	114.84	10.95	26	0.264		

جدول رقم (24) يوضح دلالة الفروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة حسب متغير المؤسسة الممارس بها.

(برنامج spss26)

يتبين من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة اختبار كاي مربع لدلالة الفروق بين معاملات الإرتباط حسب متغير المؤسسة الممارس بها بلغت 0.26 بدلالة إحصائية 0.875 وهي غير دالة، وعلية فإنه لا توجد فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المؤسسة الممارس بها، وهذا لا يدعم الفرضية الإجرائية الرابعة.

2) تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

بعد عرض نتائج فرضيات لدراسة سيتم مناقشة النتائج وتفسيرها على النحو التالي:

1.2) مناقشة نتائج الفرضية العامة:

افترضت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، وقد أسفرت النتائج هذه الفرضية كما موضحة في جدول رقم (20) عن أن بيانات الإحصائية لا تدعم فرضية أي عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى عينة الدراسة، وقد أجمعت على هذه النتيجة العديد من الدراسات من بينها:

دراسة "**أحمد محمد اسماعيل** " **(2017)** التي أسفرت نتائجها أن عن وجود ارتباط سالب ودال بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة.

ودراسة **P.Efremova** ودراسة **نورة بنت حمد بن محمد الرئيسي (2016)** عن وجود علاقة سلبية عكسية بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الاخصائيين النفسانيين.

كما إتفقت مع دراسة **M Michelle Rowe (1998)** التي بينت نتائجها أن الصلابة لم تظهر قدرا من تباين في الإحتراق النفسي أي عدم وجود علاقة بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية، كما فسر الباحث أن الأفراد الذين يعانون من إحتراق نفسي أبلغوا عن إجهاد أكبر وصلابة نفسية أقل وان أفضل المتغيرات التي تنبأ بالاحتراق النفسي هي الاجهاد والقلق وليس الصلابة لدى معظم الأفراد.

وكما بينت دراسة **F.Buran (1992)** إرتباط سلبي بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية

أما **دراسة الدروش ريم بنت نواف (2017)** عن ارتباط سلبي بين الإحتراق النفسي بجميع أبعاده ومرونة الأنا وجميع أبعادها.

كما تتفق مع الدراسات المشابهة مع متغيرات الدراسة منها:

دراسة **تلالي نبيلة** عن وجود علاقة إرتباطية عكسية سالبة بين الإحتراق النفسي والتوافق النفسي.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسات التي تناولت العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية منها دراسة **عبد الحميد عبدوني وآخرون** 2013، **مشيرة اليوسفي** 1990، **وعزت عبد الحميد** 1996، **وعباس**

إبراهيم متولي 2000، التي أشارت جميعها إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الضغوط المهني والصحة النفسية.

وإختلفت نتائج الفرضية العامة مع ما توصلت إليه دراسة **عبد المطلب عبد القادر (2017)** حيث بينت نتائج الدراسة أنّ هناك علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية والاضطرابات الجسمية وقد توصل الباحث إلى أنّ تكرار المرض يعتبر منبئا قويا بالصلابة النفسية.

كما اختلفت مع دراسة **العيافي (2012)** الذي بين نتائج دراسته عن وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة بين درجات الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة.

ومن خلال ما قدم من دراسات سابقة ونتائج الفرضية العامة، تستنتج الباحثة أنّ هناك علاقة عكسية بين الصلابة النفسية والاحتراق النفسي، وتعتبر هذه النتيجة منطقية حيث كلما زادت مستوى الصلابة النفسية تقابلها بالنقصان في درجة الاحتراق النفسي والعكس، وهذا ما جاءت به دراسة كل من **Thornby younger, Grap, Boyle,** : أنّ الصلابة النفسية ترتبط سلبا بالاحتراق النفسي.

وهذا راجع :

أولا: لإختلاف المقياس الصلابة النفسية عن مقياس الاحتراق النفسي.

ثانيا: يظهر التناقض بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية أيضا من خلال الصراع القائم بين ما يطلق عليه " قيم المهنية " والقيم الشخصية"، وترتيبها من حيث الأهمية ومن جانب آخر وضع حدود سوية بين العمل ومجالات الحياة الأخرى، فالصلابة النفسية تمثل سلاح الايجابي لمواجهة شدائد العمل وصدماته ومحنه فبدلا من الانهيار يرتقون ويكتسبون مزيدا من القوة والقدرة على المجابهة والتحدي .

ونقلا عن محمد السعيد أبو حلاوة فقد أشار **2015 Gazelle, Liebschutz & Riess** إلى أنّ قدرة العامل على اكتشاف معنى عمله ومعرفة قيمته وأهميته، فضلا عن معرفة قيمه الشخصية في العمل والحياة تعتبر محددا أساسيا من محددات تنمية الحيوية الشخصية والمهنية.

وتفسر الباحثة على أن الأخصائيين النفسانيين يعيشون ضغط وإحتراق نفسي لكن بالرغم من هذا هناك خصائص وعوامل للوقاية من الإحتراق النفسي التي تؤدي بدورها إلى الصلابة النفسية أو تعززها، عوامل الوقاية هذه تحدث عنها **Skovholt,and trotter-Mathison,2016** كالتالي:

1- تحمل العمل

2- مشاعر التحكم.

3- الاعتراف و المكافأة.

4- الشعور بالأفراد من حوله.

5- العدالة و الانصاف والاحترام.

6- العمل الهادف والقيم.

7- الشخص المناسب في الوظيفة المناسبة.

أيضا تحدثت **Maslach & leiter (1997)** أن المشاركة في الوظيفة هي النقيض الايجابي للاحتراق النفسي، أو كما قالوا الطاقة والمشاركة والفعالية هي الأضداد المباشرة للأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي، أيضا تعتبر الشخصية الصلبة **Hardy personality** كمصدر المقاومة الايجابية للآثار السلبية التي تخلفها أحداث الحياة المجهدة على الصحة. وتنشأ الصلابة النفسية في هذا الصدد نتيجة للتفاعل بين عدة عوامل منها:

- التصور الواضح للشخص عن ما يريده وماهو قيمة له على المستوى الشخصي والمهني.
- تنمية الإستبصار والبصيرة الشخصية والمهنية عبر الانفتاح العقلي Mindful awareness
- تلقي المساندة من الآخرين على المستوى المهني والمجتمعي.

ففي ظل الصراع الموجود في أماكن العمل وطبيعة الإعاقة التي يتعامل معها الأخصائي النفساني، فتحليه بخصائص إيجابية واقية من الإحتراق النفسي الأمر الذي يؤدي إلى مواجهته، وبالتالي تحقيق هدفه والقيام بواجبه الإنساني قبل كل شيء دون خوف أو تبلد المشاعر أو شك في نفسه والخوف من التهديد، مما ينمى لديه التحكم في إنفعالاته ومشاعره والتحدي المواقف الضاغطة وعدم تجنبها والإلتزام بقراراته وتحمل مسؤولية وظيفيته.

2.2) مناقشة نتائج الفرضية الإجرائية الأولى:

بينت نتائج الفرضية الإجرائية الأولى عن أنّ الأخصائي النفساني الممارس في المؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة يعاني من مستوى منخفض من الإحتراق نفسي، وقد اتفقت نتيجة الفرضية مع دراسة **ريبورت ومورغان (2005)** والتي أسفرت النتائج عن مستوى منخفض من الإحتراق النفسي لدى

الأخصائيين النفسانيين، وقد جاء مستوى الشعور بالإنجاز الشخصي أكبر لدى الأخصائيين العاملين في عيادتهم الخاصة، مقارنة بالأخصائيين العاملين في مؤسسات العامة وهذا ما تثبته دراسة الحالية حيث جاء مستوى الإنجاز الشخصي أقل لدى عينة الدراسة مقارنة.

كما تتفق مع دراسة **ماجد القيسي (2014)** حيث كان مستوى الإحتراق النفسي منخفض لدى المرشدين التربويين فقد كانت درجة متوسطة على بعدي الإجهاد الإنفعالي وتبلد المشاعر متوسطة و بدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالانجاز.

وتتفق أيضا مع دراسة **الجمالي وحسن (2003)** التي بينت نتائجها أن معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة معتدلة.

وتختلف نتيجة الفرضية مع دراسة **عمر سعود الخمايسة (2018)** حيث أشارت نتائج الدراسة عن وجود مستويات الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين جاءت ضمن المستوى (المتوسط، والمرتفع)، فقد كان متوسط على بعدي الاجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز ومرتفع على بعد تبلد المشاعر

وفي نفس السياق تختلف أيضا مع دراسة **عبد الرحمان خطارة (2018)** فقد أسفرت النتائج عن أنّ مستوى الإحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الحاجات الخاصة بإختلاف أنواع الفئات المتعاملة معهم (إعاقة سمعية، إعاقة بصرية، إعاقة عقلية)، أن هذه الفئة تعاني من احتراق نفسي عالي المستوى.

كما إختلفت أيضا مع دراسة **بتول بناري وإيمان سامي طاهر (2017)** حيث أظهرت النتائج عن وجود مستويات عالية من الإحتراق النفسي لدى معلمات ذوي الإحتياجات الخاصة قبل تطبيق الإرشاد بالمعنى.

و**حسب Ackerley (1988)** حيث أسفرت النتائج عن وجود مستويات عالية للاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين، ويفسر الباحث على أن ظهور الاحتراق النفسي لدى عينة من الأخصائيين النفسانيين وبالأخص (الشباب) وذو دخل منخفض مع شعوره بعدم السيطرة في البيئة العلاجية، وشعوره بالإلتزام الزائد مع المفحوصين لتعرضه لأحداث وظروف مجهدة.

وتفسر الباحثة عن وجود مستوى منخفض من الإحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة أولا كل مهنة تصادف وضعيات مجهدة وعراقيل في العمل مع تطورها تؤدي للإحتراق النفسي فالإحترق النفسي ينتج عن نشاط مهني وبيئة عمل معززة لظهوره منها: العبء الزائد ونقص التدريب الميداني، عدم الاعتراف بالمهنة من طرف المحيطين به من زملاء في التخصصات الأخرى والتهميش، علاقات العمل (صراعات

بين زملاء) ورئيس العمل، نقص الوسائل والامكانيات المادية، طبيعة المهنة أيضا فمهنة الأخصائي النفساني عامة والعمل مع ذوي الإحتياجات الخاصة من المهن ذات المتطلبات العقلية والعاطفية والإنفعالية أو من المهن ذات مسؤوليات عالية التي تجعله يتعامل مع فئات هشة ومضطربة نفسيا تحتاج منه بذل مجهودات مضاعفة مما يزيد الاصابة بضغط المهنة، أيضا أجور العمل، والظروف الفيزيقية (الحرارة، الضوضاء)

كل تلك الظروف والأسباب يمر بها أو ببعض منها جميع العمال عامة والأخصائيين النفسانيين خاصة فقد جاءت كوبازا في قولها : "أن لا حياة بدون ضغوط"، أيضا يتحدث **مجدي (2013)** أنّ أسعد البشر وأكثرهم توافقا مع أعمالهم أو مع أسرهم أو حتى ميسوري الحال يشعرون بإحباطات المتعددة، فخيبات الأمل والصراعات وعوامل الضغوط اليومية المستمرة ومتطلباتنا نحو الأفضل تعرضنا للضغوط، أيضا تقول **Rainer Maria Rilk:** "لا تصدق أن حتى من يسعى إلى مواساتك والتخفيف عنك يعيش بلا قلق وسط الكلمات الهادئة المفيدة، فحياته مليئة بالصعوبات والأحزان، فلو كان الأمر بخلاف ذلك لما كان قادر على العثور هذه الكلمات".

فإنخفاض الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين بالرغم من وجود عوامل الإجهاد الناشئة في بيئة العمل، هو القدرة على التحمل النفسي وإمتلاكهم طريقة للتعامل مع مسببات الاحتراق النفسي، فحسب **التكريتي والجباري (2014)** أنّ الأسباب المؤدية للإحتراق النفسي تختلف من فرد لآخر من حيث وقعها النفسي عليه"، كما وتجدر الإشارة أنَ من سمات الأخصائي النفساني التي تجعل من مستوى الإحتراق النفسي لديهم منخضا حسب "**كارل روجرز**" الإتصاف بالموضوعية وعدم التحيز في الاتجاهات الانفعالية وتحمل والصبر احترام الآخر وتقبله كما هو والرغبة في المساعدة وإدراك نفسه ودوافعه ومكامن القصور والعجز الانفعالي لديه مع القدرة على ضبط الذاتي حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في العمل، وأيضا يتحدث **wicks (2007)** عن الحديث السلبي مع الذات **Negative self talk** كسبب من مسببات تعزيز ظهور الإحتراق النفسي في المقابل يمكن القول أنّ عينة الدراسة بالإضافة على أنّها تمتلك قدرة على التحمل النفسي، وسمات خاصة لديها تفكير إيجابي أو عقلاني الذي جاء به **ألبرت إليس Albert Elis** ، فمعتقدات الفرد وأفكاره هي التي تفسر الموقف والأحداث على أنّها مجهدة وبالتالي الإحتراق النفسي، في حين إذا كانت الأفكار والمعتقدات تدرك الأحداث إدراك إيجابي ينتج عنه الرضا، فحسب **التكريتي والجباري (2014)** عندما يكون الفرد في موقف معين فإنه سوف يفكر في هذا الموقف ومن

ثم يحاول الاستجابة من اجل الوصول إلى هدف محدد، و إذا استطاع الإنسان أن يدرك الموقف إدراكاً " إيجابياً" فإن ذلك سيقوده بالضرورة إلى حالة من الرضا والتوافق الايجابي معه.

ومنه يأتي التفكير الإيجابي في معرفة كيفية تفريغ التفكير من الأحاديث السلبية تركيز على التحديات التي تواجهه.

والحديث عن نقاط القوة وعن الحياة الإيجابية هو أنّ لدى الأفراد قوة موجودة لديهم تسمح لهم بالتعرف على قدراتهم ومواهبهم وبالتالي القيام بالأفضل.

أيضا وجود سمة هامة تعمل على تحويل الأحداث المجهدة إلى فرص للنمو ألا وهي الصلابة النفسية التي لعبت دورا مهما في مواجهة الاحتراق النفسي الذي يعاني منه الأخصائي النفسي، حيث يستطيع التغلب عليه من خلال الصلابة النفسية وما تحتوي عليه من الهدوء الانفعالي والتفاؤل والتعامل الفعال والمباشر مع صعوبات المواقف التي يمرون بها لذلك عملت الصلابة النفسية دورا لدى الأخصائي النفساني على تعديل العلاقة بين شروط المؤسسة واحتراقه نفسيا. فحسب **Cole et all (2004)** :الصلابة المرتفعة تعمل على تحويل الأحداث المجهدة إلى فرص للنمو والتنمية. كما تحدث **Madii (1999)** الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية، يميلون لإتخاد إجراءات لحل المشكلة بدلاً من تجنبها وبهذا تكون بيئتهم خالية من الإجهاد.

3.2) مناقشة نتائج الفرضية الإجرائية الثانية:

توصلت الدراسة الحالية إلى أنّ الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة يمتلكون صلابة نفسية مرتفعة.

وتتفق نتيجة الفرضية مع دراسة **بدر بن عون بن نهير الشمري (2015)** حيث بينت النتائج أنّ المتخصصين من المعلمين العاملين في التربية الخاصة يمتلكون صلابة نفسية أعلى مقارنة بالمعلمين الغير المتخصصين وكان بعد الإلتزام هو أعلى بعد من أبعاد الصلابة النفسية لديهم .

وكما تتفق مع دراسة **جرمياه براين شيمب Jeremiah Brian Schimp (2015)** حيث أظهرت النتائج أن العاملين في مجال الصحة العقلية كان لديهم مستوى عالي من الصلابة النفسية، ويفسر

الباحث أنّ العاملين في مجال الصحة العقلية أكثر قدرة على الحفاظ على طاقتهم العاطفية والتعاطف مع العملاء من خلال تنمية الصلابة النفسية وإدارة الإجهاد.

وتتفق أيضا مع دراسة **هديل يمينة وزليخة طوطاوي (2018)** حيث أثبتت نتائجها أنّ الأستاذ الجامعي يمتاز بصلابة نفسية عالية وبالأخص الإلتزام.

كما تتوافق مع دراسة **Constance F Buran (1992)** حيث بينت أنّ الصلابة النفسية كانت على مستوى عالي لدى الممرضات.

وتتوافق مع دراسة كل من **فرح باقر مجيد وحسين عمران موسى وحوراء محسن (2017)** حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصلابة النفسية يشير إلى إرتفاعها لدى الطالبات الساكنات والغير ساكنات، ودراسة **الطاهر محمد الطاهر (2016)**، حيث كان لدى العاملين في وزارة الصحة مستور مرتفع من الصلابة النفسية.

أيضا مع دراسة **أحمد فتحي علي (2011)** حيث توصلت الدراسة إلى أنّ مستوى الصلابة النفسية جاء أعلى عند الأمهات الأبناء المعاقين عقليا السعوديات مقارنة بالأمهات المصريات فالأمهات السعوديات كان لهم التحكم أكبر أما الأمهات المصريات كان لهم تحدي أكبر ولم تظهر فروق دالة بينهما في مكون الإلتزام

أما بالنسبة لدراسة كوبوزا (1982) فقد أعطت تفسيرا مهما عن أنّ الصلابة النفسية لا تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة والصمود، والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية، في مقابل الشعور بالاغتراب والتحكم في مقابل القلق، والتحكم في مقابل الشعور بالتهديد، ووجود ارتباط دال بين معدلي الالتزام والتحكم والإدراك الواقعي والإيجابي للأحداث الحياتية الشاقة .

وتتعارض الدراسة الحالية مع دراسة **M Michelle Rowe (1998)** الذي أثبتت نتائج دراسته عن مستوى منخفض من الصلابة النفسية لدى مقدمي الرعاية الصحية، وتتعارض.

ويبدوا أنّ النتيجة المتوصل إليها ألا وهي إرتفاع الصلابة النفسية لدى عينة الدراسة ترجع لعدة مفاهيم أولها مفهوم **التقبل** فالصلابة النفسية تشير إلى مفهوم **التقبل** وهو تقبل الأخصائيين النفسانيين للتغيرات

أو الضغوط التي يتعرضون لها، وبالتالي تحدي تلك الظروف ومواجهتها، إلى جانب ذلك مفهوم **الإرادة** حيث يعرج سليجمان (2002) لها ويقول : حين نسعى للانتقال من حالة جيدة ونعبر عنها +3 إلى حالة أفضل ونعبر عنها +8 ،فإن **عامل الإرادة** (Will) يكون له أهمية ودورا أكبر من مجرد إحداث تغيير في عوامل البيئة الخارجية، ويجب التأكيد على أن بناء القوى والفضائل التي تعتبر الصلابة النفسية واحد منها واستخدامها في حياتنا اليومية هو في صميمه مسألة اختيار، وأن الرّغبة في تحقيق حياة طيبة تبدأ من نقطة إكتشاف القوة لديك و توظيفها في الحياة اليومية .

أيضا يعتبر مفهوم **القدرة على التعامل مع الضغوط** و**الوقاية** منها من المفاهيم المرتبطة بالصلابة النفسية حيث يتحدث **Wicks (2007)** : تعتبر الصلابة النفسية من السمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط، ووقايته من الاحتراق النفسي، أيضا يذهب كل من **Kobasa & Maddi & Kahn (1982)** : " إلى أنّ الصلابة النفسية هي كوكبة من السمات الشخصية التي تعمل كمصدر للمقاومة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

فكل نفساني يجب عليه الحرص على عدم الانسياق وراء المهنة إلى الحد الذي يفقد كل شيء له قيمة في الحياة معنى والاهتمام، فعلى الرغم من كون مهنة الإكلينيكي في معانيها جوهر عمل كل الناس، فالفرد هنا يكرس نفسه لرفاهية الآخرين، ويلتزم بسمات جوهرية محددة لنجاح العملية العلاجية هذا العمل سيكون حيوي لما يستطيع الأخصائي الإلتزام بالمسئولية والإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا من خلال التمتع بالتسامح واحترام الآخرين وأفكارهم والإلتزام بأخلاقيات المهنة وأيضا المحافظة على توازنه في حياته من خلال الصلابة النفسية، فإذا حدث عكس ذلك ستصبح حياة الأخصائي النفساني ضيقة، ومشوهة، مما يؤدي إلى أثر سلبي على ذاته ألا وهو الاحتراق النفسي الذي يمتد حتى على حياة أسرته وعلاقاته الشخصية بما في ذلك المفحوصين".

ويعتبره **أديب محمد خالدي (2009)** : " أنّ الصلابة هي الطاقة المتمثلة في شعور الفرد (بالإستقرار والطمأنينة) و (الإكتفاء الذاتي) ، و (السيطرة) ، و (التحمل و الإلتزام) ، ولديه (القدرة على التحكم الداخلي)" . فحسب دراسات أمريكية على المستوى الشخصي، أنّ الخصائص مثل التفاؤل والمرونة والقدرة على التكيف والإستقلالية ومهارات حل المشكلات فعالة على بناء الصلابة النفسية. ويعتبر الشعور القوي بالثقة في الآخرين مفيدًا أيضًا ، جنبًا إلى جنب مع ضبط النفس والقدرة على قمع العواطف والاحتياجات الشخصية. كما أن روح الدعابة وبعض الإبداع من أهم العوامل أيضا. و من المرجح أيضًا

أن يكون لدى كل منا القدرة على النكوص إذا كان لدينا مستويات جيدة من ما يسميه علماء النفس الكفاءة الذاتية والإيمان بقدرتك على النجاح في مواقف معينة. **(Mcewen,2011,p3)**

إلى جانب المفاهيم السابقة مفهوم الصلابة يشير إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة يسهل عليهم **إلزام** أنفسهم بأفعالهم والتحكم في ردود أفعالهم حيال مواقف الضاغطة، فالبنسبة ل مادي Maddi(1999) فالمواقف الثلاثة للصلابة النفسية " الإلتزام و التحكم و التحدي" التي تؤثر على الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع الظروف المجهدة، وبالتالي فإنّ الأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية يختبرون أنشطة ممتعة ومهمة أي الالتزام بإعتبارها مسألة اختيار شخصي التحكم كمحفزات مهمة للتعلم التحدي.

ومن خلال ما سبق يتضح أنّ الأخصائي النفساني لديه من الصفات الإيجابية وصلابة نفسية من إلتزامه واعتقاده أن لحياته هدفا ومعنى يعيش من أجله، و تحكما في الأحداث الضاغطة ومواجهتها بفعالية والتحلي بالضبط الإنفعالي مع دافعية للإنجاز والنظرة الشاملة والبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات تجاه مفحوصيه وتحدي كل تهديد مع إقتحامه للمشكلات وحلها، فهذه السمات هي التي تجعله عنصرا ناجحا مع ذاته وفي تعامله مع مفحوصيه من ذوي الإحتياجات الخاصة، والتحلي بقدر عال من الإستبصار لدوافعه ومشاعره و رغباته حتى لا تعرقل رغباته من جراء الإنعكاسات السلبية للعمل وبالتالي الإحتراق النفسي الذي له آثار سلبية وخيمة في بعديه الشخصي ذاتي والتنظيمي للمؤسسة.

تعدّ السيطرة على عوامل الهزيمة دون اللجوء إلى هذا الضعف أنّهم لديهم القدرة على تحدي مختلف الصراعات ومشكلات بيئة العمل وتعامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة، فلا يصيبهم إلا القليل من الهزيمة و الفشل مستعينا ببصيرتهما في القدرة على التحكم الذاتي و الإلتزام.

كما تتحدد الصلابة النفسية في (الإلتزام التحكم و التحدي) لدى هؤلاء الأخصائيين النفسانيين من خلال شعورهم **بالإلتزام** نحو عملهم مع ذوي الإحتياجات الخاصة وأنّ لديهم قابلية للإنخراط ومواجهة بيئة العمل فيؤكد في هذا الصدد **باتستا و الموند ، Battista & Almond (1973)** : " إلى أنه لكي يكون لدى الفرد معنى في الحياة لا بد من الإلتزام بشيء ما والاعتقاد أن هذا الشيء مطلوب".(**السيد عبيد ، 2008،ص 353**)، أيضا يلزم **الإلتزام** على تحقيق الذات أولا هذا حتى يتمكن ذوي الاحتياجات الخاصة من الاستمرار في الشعور بصورة جيدة حيال أنفسهم، **(شان.جي لوبيز و اخرون،2015 ،ص 252)** ويقول حامد زهران(1994): " أن الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية يكون قادر على تحقيق الذات

وإستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن لبلوغ أهدافه ".**(عبد الواحد إبراهيم،2014 ،ص 100-102)**

إلى جانب ذلك القدرة على **التحكم** في زمام الأمور وكيف لا يحدث هذا فمهنة الأخصائي النفساني من أنبل المهن وتتطلب قدرا كبيرا من الإنسانية فالإحساس بالمسؤولية وأن لديهم من القدرات وفاعلية ذاتية للنهوض ومساعدة المفحوصين على تقبل ذواتهم و توفير الجو الآمن والوجداني لهم وتوفير الاطمئنان والحرية النفسية ومن ثم التكيف مع الذات والآخرين، ويعتبر الاستعداد للتحدي هو استعداد للتغيير ما حولهم من ظروف ويتجسد هذا من خلال دورهم الجوهري في التكفل النفسي وفعالية البرامج والعمل ضمن الفريق المتعدد التخصصات ومواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو والتغيير لهؤلاء الأطفال والأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة، هذا في إطار مستوى الرغبة في **التحدي** الذي يتجسد في قدرة الأخصائي على التكيف مع متطلبات غير العادية الخارجية منها أو الذاتية ، والتعامل معها على مستويين المعرفي والسلوكي بالفاعلية المطلوبة. فالفاعلية الذاتية العالية تجعل الفرد ينظر إلى إمكاناته وموارده على أنها عالية بدورها، والعكس صحيح وهو ما يؤدي إلى إدراك مقدار الأعباء بأنها أقل شدة وبالتالي التحكم والسيطرة على الوضعية

فالتحدي إذا هو روح العزم والتصميم القائم على إرادة الإنجاز، والتفاؤل والإيمان بالقدرة على تحقيق الغايات وأن بإستطاعتهم القيام من خلال قدراتهم ومهارتهم والقناعة و تعبئة الطاقات والموارد وتنسيقها في مواجهة عوائق الإعاقة، إنه الإيمان بما يمكن تحقيقه مما يمثل قناعاتهم بما هم أجدر بإنجازه، فالتحدي هو وليد الثقة بالنفس، وحين يصل الأخصائيين في تجاوز عراقيل العمل وتقبله، يشكل الوقود الدافع لنشاط من أجل المواجهة و المجابهة.

4.2) مناقشة نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة:

توصلت نتيجة الفرضية الإجرائية الثالثة أنه لا توجد فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

وتتفق الدراسة مع دراسة **بوفرة مختار (2012)** التي بينت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الإحتراق النفسي والرضا الوظيفي لدى معلمي مرحلة التعليم الإبتدائي تبعا لمتغير سنوات الخبرة التدريسية.

وكذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسة **P.Efremova** التي بينت نتائجها عند المقارنة بين الاخصائيين النفسانيين من لديهم مستوى عالي أو مخفض من الاحتراق النفسي لم يتم الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في سنوات العمل.

ومن خلال نتائج الفرضية والدراسة السابقة ترى الباحثة أنّ أفراد العينة هم من نفس المجتمع لهم ظروف مشتركة، أي كلتا مجموعتين مجموعة الأخصائيين النفسانيين ذوي الخبرة أو الأخصائيين النفسانيين ذوي خبرة قليلة في مجال الإعاقة لهم صلابة نفسية مرتفعة وإحتراق نفسي منخفض أي أنّ الخبرة لا تلعب دور في إرتفاع الصلابة النفسية أو إنخفاضها.

فالأخصائيين النفسانيين ذوي الخبرة المرتفعة لهم نفس ضغوط العمل والزملاء من الأخصائيين النفسانيين ذوي الخبرة القليلة، إلا أنّ نمط شخصيتهم الصلب هو المسير لجميع الظروف التي يمرون بها هذه الأخيرة لا ترتبط بمقدار السنوات التي مر بها الأخصائي النفساني في عمله.

وبهذا فأفراد العينة لديهم دافعية كبيرة للإنجاز ونقص الإجهاد النفسي والجسمي، والإحساس كبير بالطاقة العضوية والعاطفية من أجل تسير الموقف وبلوغ الهدف، كما يوجد لديهم كفاءة مهنية، والقدرة على إحتواء متطلبات العمل.

كذلك المشاركة الوجدانية والمفهوم الذاتي الإيجابي نحو العمل وزيادة الثقة بالنفس والشعور بالمسؤولية إتجاه الآخرين.

فإمتلاك صلابة نفسية جعل منهم محصنين من تراكمات الضغوط سواء التنظيمية أو السلوكية التي تؤدي إلى الإحتراق النفسي.

5.2) مناقشة الفرضية الإجرائية الرابعة :

توصلت نتيجة الفرضية الإجرائية الرابعة أنه لا توجد فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المؤسسة الممارس بها.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة **F Buran (1992)** التي أوضحت أنه لا توجد فروق في درجة الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى العاملين في هيئة التدريس العلوم و هيئة التدريس تمريض ومدرسين فنون حرة.

وتتعارض النتيجة الحالية مع عدة دراسات منها:

دراسة **فرزاد أميري ورضا ميرزابي راد وسيد سليمان حسيني (2018)** أظهرت النتائج أن العلاقة بين المرونة والإرهاق الوظيفي تختلف بين المعلمين العاديين والاستثنائيين، وهي أقوى في مجموعة معلمي المدارس الاستثنائيين.

ودراسة **أحمد فتحي (2011)** التي أشارت نتائج وجود فروق في متغيرات نوع المعاق وعمر وعمل الأمهات ودعم الزوج والمستوى الإقتصادي عند مستوى الدلالة 0.001 لدى أمهات الأبناء المعاقين عقليا.

وتفسر الباحثة أنّ الأخصائيين النفسانيين الممارسين بمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، بغض النظر الإعاقة التي يتعامل معها بنوعها (إعاقة بصرية أو إعاقة سمعية أو تخلف عقلي) أو فئة الإعاقة (خفيفة أو متوسطة أو شديدة)، وبغض النظر عن المهام المهنية لكل أخصائي نفساني في مختلف مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة، فإنّ ذلك لا يؤثر على سمة الصلابة النفسية التي تضم التحكم في مجريات العمل السلبية والأفكار والسيطرة عليها، وفي الإلتزام والشعور بالهدف والمعنى والتحدي التغيرات ومواجهة التهديدات وإعتبارها كحافز للإنجاز.

فطبيعة مهنة الأخصائي النفساني العامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة بإختلاف نوع الإعاقة تتطلب نفس الأدوار والواجبات والمسؤولية وتسبب نفس الضغوط، أيضا وجود مستوى عالي من الصلابة النفسية

بغض النظر عن نوعية الإعاقة هي خصلة في شخصية الأخصائي النفساني تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة والمعززة المحيطة بالفرد منذ الصغر .

ولهذا يمكن تفسير أن عدم وجود إختلاف في فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المؤسسة الممارس بها.

الخاتمة:

هدفت الدراسة للتعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، كما هدفت للتعرف على الفروق في العلاقة بين الإحتراق النفسي والصلابة تبعا لمتغيري الخبرة المهنية ومؤسسة التخصص الممارس بها.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإحتراق النفسي والصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة، ويشير ذلك إلى أنُ التناقض بين الاحتراق النفسي والصلابة النفسية يظهر من خلال الصراع القائم بين ما يطلق عليه " قيم المهنية " والقيم الشخصية"، وترتيبها من حيث الأهمية ومن جانب آخر وضع حدود سوية بين العمل ومجالات الحياة الأخرى، فالصلابة النفسية تمثل سلاح الايجابي لمواجهة شدائد العمل وصدماته ومحنه فبدلا من الانهيار يرتقون ويكتسبون مزيدا من القوة والقدرة على المجابهة والتحدي.

كما أظهرت النتائج عن وجود مستوى منخفض من الإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين، وإمتلاكهم صلابة نفسية فوق المتوسط ويمكن تفسير ذلك كون مهنة الأخصائي النفساني في معانيها جوهر عمل كل الناس، فالفرد هنا يكرس نفسه لرفاهية الآخرين ومساعدتهم، فإلى جانب طبيعة العمل وإمتلاك الأخصائي النفساني سمات وقيم أخلاقية كالتسامح والإلتزام بأخلاقيات المهنية، الإحساس ما يحس به الآخر، وغيرها من سمات الإيجابية التي تجعل من الصلابة النفسية سمة محافظة على توازنه في حياته، وإذا ما حدث عكس ذلك ستصبح حياة الأخصائي النفساني ضيقة، ومشوهة، مما يؤدي إلى أثر سلبي على ذاته ألا وهو الاحتراق النفسي، كذلك أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق في العلاقة بين الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المختصة لذوي الإحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الخبرة المهنية ومتغير المؤسسة الممارس بها، ونفسر ذلك أنَ الأخصائيين النفسانيين ذوي الخيرة الكبيرة أو القليلة وبغض النظر عن نوعية الإعاقة التي يتعاملون معها لديهم نمط شخصية الصلب هو المسير لجميع الظروف التي يمرون بها، هذه الأخيرة لا ترتبط بمقدار السنوات التي مر بها الأخصائي النفساني في عمله ولا بنوع الإعاقة التي يتعاملون معها.

وهكذا يتضح عدم تحقق فروض الدراسة الأول والرابع والخامس وتحقق الفرض الثاني والثالث.

وإنطلاقا من النتائج التي أسفرت عنها الدراسة تخلص الباحثة عن وجود سمة هامة تعمل على تحويل الأحداث المجهدة إلى فرص للنمو ألا وهي الصلابة النفسية التي لعبت دورا مهما في مواجهة الاحتراق النفسي الذي يعاني منه الأخصائي النفسي، حيث يستطيع التغلب عليه من خلال الصلابة النفسية وما تحتوي عليه من الهدوء الانفعالي والتفاؤل والتعامل الفعال والمباشر مع صعوبات المواقف التي يمرون بها لذلك عملت الصلابة النفسية دورا لدى الأخصائي النفساني على تعديل العلاقة بين شروط المؤسسة واحتراقه نفسيا.

الإقتراحات والتوصيات:

بناءا على ما ورد في هذه الدراسة من نتائج تقترح الباحثة جملة من الإقتراحات وسيتم عرضها فيما يلي:

- القيام بدراسات أخرى حول نفس الموضوع بأخذ عينة أكبر وولايات أخرى.
- ضرورة الإهتمام بالأخصائيين النفسانيين العاملين في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة ،والتوفير لهم الأدوات والوسائل اللازمة للتشخيص والتقييم والتكفل في ظروف أحسن.
- تعزيز و تكثيف البحث العلمي في هذا المجال للوصول إلى نتائج تفيد الجهات المسؤولة.
- ضرورة تعزيز الصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين ذوي الصلابة النفسية المرتفعة وبناء برامج لتنميتها لذوي الصلابة المنخفضة كونها من أهم السمات التي تقاوم و تخفف من الإحتراق النفسي.
- إجراء المزيد من الدراسات حول المتغيرات الإيجابية الأخرى التي تؤثر على الإحتراق النفسي.
- ضرورة بناء برامج ودورات نفسية للحد والوقاية من الإحتراق النفسي وتطبيقها على نطاق واسع على جميع الأخصائيين النفسانيين العاملين في جميع المجالات.
- القيام بدراسات حول متغير الإحتراق النفسي وعلاقته بمتغيرات أخرى لم يتم التطرق إليها سابقا.

قائمة المراجع:

1. أبو حلاوة، محمد(2014).علم النفس الايجابي ماهيته و منطلقاته النظرية و أفاقه المستقبلية. *إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية* .(34)،.
2. أبو علام، رجاء محمود (2008) . *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*، مصر:دار النشر للجامعات.
3. إبراهيم عبد الحميد، محمد (1999) . *تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا* ،القاهرة: دار الفكر العربي
4. أحمد يحي، خولة.(2006) .*البرامج التربوية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة* ،عمان:دار الميسر.
5. أحمد رجب عبد الغفار.(2003).*الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة*.القاهرة:دار الفجر
6. الإمام،صالح والجوالدة ، فؤاد عيد ،(2010).*إضطرابات النمو الشامل*، ط1 ،عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
7. الباتع عبد العاطي،حسن ، رأفت، إسراء (2014) . *تصميم الألعاب التعليمية للمعاقين عقليا(النظرية و التطبيقية)* ،الإسكندرية:دار الجامعة الجديدة .
8. الببلاوي، إيهاب (2001) . *قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه*، مكتبة زهراء الشرق.
9. البرواري، رشيد حسين أحمد،(2013) .*الافكار العقلانية و اللاعقلانية وعلاقتها بالإلتزام الديني وموقع الضبط*، ط1 ،عمان:دار جرير للنشر والتوزيع.
10. البطانية، أسامة محمد وآخرون، (2007) . *علم النفس الطفل غير العادي Exceptional Child Psychology* ،ط1 ،عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
11. التكريتي،واثق عمر موسى و الجباري، جنار عبد القادر أحمد(2014).*السلوك التربوي وعلاقته بالاحتراق النفسي*، دار الكتب و الوثائق القومية.
12. التميمي، محمود كاظم محمود (2013) .*منهجية كتابة البحوث والرسائل في العلوم التربوية والنفسية*،عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
13. الجعافرة، اسمى عبد الحافظ، و آخرون(2013). الاحتراق النفسي لدى الطلبة الجامعيين القاطنين في المنازل الداخلية و علاقته بعدد من المتغيرات، *مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية و*

النفسية،21(1) ،ص295-325 ، ISSN 1726-6807
http://www.iugaza.edu.ps/ar/periodical/

14. الخاليدي، محمد أديب.(1997) .*سيكولوجية المتفوقين عقليا* ، بغداد:مطبعة دار السلام.
15. الخالدي، جاجان جمعة و البرواري، رشيد حسين احمد(2013). *الاحتراق النفسي لدى المرأة*، ط1 ، عمان: دار جرير للنشر و التوزيع.
16. الخزامى، عبد الحكيم أحمد،(2016) .*العلاج النفسي الصحة النفسية أساس نجاح الفرد والمجتمع*،ط1 ،القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
17. الخطيب، جمال(1998) .*مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية*، عمان:دار الشروق للنشر والتوزيع.
18. الحاج ، قدوريو بوحفص، بن كريمة (جوان 2018) ، واقع التكوين الجامعي للأخصائي النفسي في ضوء إصلاح المنظومة الجامعية الجزائرية دراسة إستطلاعية من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين، *مجلة الرواق*، مجلد،(1)4 ،ص 70-85.
19. الداهري، صالح حسن(2015). *أساسيات علم النفس الإداري و نظرياته*،ط1 ،عمان: دار الاعصار العلمي للنشر و التوزيع.
20. الدوري، قاسم محمد(2017) .*فن السيطرة على الضغط و طريقة التعامل*،ط1 ،عمان: دار الحامد للنشر و التوزيع.
21. الروسان، فاروق.(1983) . *مناهج المهارات الاستقلالية للمعوقين عقليا*،ط1،البحرين: مطابع وزارة الإعلام.
22. الزيدان ، أحمد سعيد (2017) . الصلابة النفسية ومستوى الطموح كمنبئات بالأنشطة الإبداعية لدى طلابة المدارس الثانوية(دراسة سيكومترية –اكلينيكية)، *مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد*، ع 22 ،ص44-96.
23. الزيود، نادر فهمي(2002) . الاحتراق النفسي للمرشد النفسي و التربوي في محافظة الزرقاء في الأردن، *مجلة العلوم التربوية*،(1) ،ص 197-262.
24. السعدي ،أمل عبد الله سعيد، وسامي محمود،هبة (2015 ديسمبر) .الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية، *مجلة الإرشاد النفسي*- مصر، ع44،ص445-462 ، الرابط http://search.mandumah.com/Record/717006

25. السميران، تامر حسين والمساعد ،عبد الكريم عبد الله(2014). *سيكولوجية الضغوط النفسية و اساليب التعامل معها*،ط1 ،عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
26. السيد احمد ،خليفة وليد و عيسر ،مراد علي، (2015) . *الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة(تخلف عقلي)* ،ط1،مصر:دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
27. السيد عبيد، ماجدة.(2000).*الإعاقة العقلية*.ط1.عمان:دار الصفاء للنشر والتوزيع
28. السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين(2008) .*الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية* ،ط1 ، عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
29. الشمري، صاحب(2020). *المناعة الفكرية في ضوء النظرية المعرفية*،ط1 ،العراق:دار الرسالة للطباعة والنشر.
30. الصفدي، عصام (2014) . *الاعاقة الحركية والشلل الدماغي*، دار اليازوري العلمية .
31. العاتي، سعاد(2020) . أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى الصلابة النفسية لدى طلبة سنة أولى جامعي، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح –ورقلة.
32. العزة، سعيد حسني (2013). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة المفهوم – التشخيص –أساليب التدريس*،ط1.عمان: دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
33. العوض، منى عبد اللطيف و عوض السيد، سحر عبد الرحيم(2019). الاحتراق النفسي و علاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من عضوات هيئة التدريس في كليات التربية للبنات بجنوب المملكة العربية السعودية –دراسة مقارنة بين جنسيات مختلفة–،المجلة العربية للعلوم ونشر الابحاث– *مجلة العلوم التربوية و النفسية*، المجلد 3 (17) ، ص 171–191– DOI: https://doi.org/10.26389/AJSRP.S301018
34. العنزى، فاطمة بنت قاسم(2011).*إستراتيجية التعامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة*،ط1، دار الراية للنشر و التوزيع.
35. الفيل، حلمي والسيد، حنان سمير ،(2016) . *سيكولوجية الفئات الخاصة*، مكتبة بستان المعرفة.
36. القريطي، عبد المطلب أمين(2005) .*سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم*،ط4،القاهرة: دار الفكر العربي.
37. القريطي، عبد المطلب أمين(2013).*إرشاد دوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم*،عالم الكتب.

38. القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن(2007) . *الإضطرابات السلوكية والإنفعالية*، ط1 ،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.
39. القمش ،مصطفى (2010). *الإعاقة العقلية النظرية و الممارسة* .ط1 . عمان :دار المسير ة للنشر و التوزيع
40. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض/ تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية(ICD/10). (1992).(ترجمة: أحمد عكاشة).منظمة الصحة العالمية.المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
41. النابغة ،فتحي محمد (2016) . *من ضغوط الحياة اليومية إلى الهناء النفسي*،القاهرة:دار غريب للطبع والنشر والتوزيع.
42. النوايسة، فاطمة عبد الرحيم(2013) .*الضغوط و الازمات النفسية و اساليب المساندة*،عمان: دار المناهج للنشر و التوزيع.
43. النوايسة، فاطمة عبد الرحيم(2013). *ذوو الإحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم*،ط1،الأردن:دار المناهج للنشر والتوزيع.
44. بهنسي، فايزه محمد رجب(2011) .*الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية*،ط1 ،الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.
45. ترجمة غباري، ثائر أحمد(2018).علم النفس الايجابي الاستكشافات العلمية و العملية للنقاط القوة البشرية ،ط1 ،عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
46. تيموثي ج. ترول Timothy J.Trull(2005) .Clinical Psychology.(ترجمة :طعيمة داود، فوزي شاكر و زين الدين، حنان لطفي(2007) ، علم النفس الإكلينيكي Clinical Psychology ،الأردن:دار الشروق للنشر والتوزيع.
47. جميل رضوان، سامر(2007) .*الصحة النفسية*، ط2 ،عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
48. جنادي، لمياء(2013).مساهمة في تطبيق برنامج علاجي معرفي للتخفيف من حدّة إضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقة ضحية العدوان الجنسي، رسالة دكتوراه علوم، جامعة منتوري –قسنطينة.
49. حجازي، مصطفى (2012).*إطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الايجابي*. بيروت :التنوير للطباعة و النشر و التوزيع

50. حراث ،علي(2020) .الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة ماستر علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا بجامعة عمار ثليجي–دراسة ميدانية بمدينة الأغواط،رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
51. خالدي، أ(2009).*المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة*.ط3. الأردن : دار وائل النشر.ص 46 إلى 47.
52. خرف الله، علي وآخرون(2019). الاحتراق النفسي لدى العاملين مع بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متغيري(الخبرة المهنية و الفئة المتعامل معها) ، *مجلة العلوم النفسية و التربوية*،5(2) ، ص 156–173.
53. خلاصي ، مراد (2014).*الإحتراق النفسي لدى الإطارات و علاقته بالمجهدات المهنية*.أطروحة دكتوراه ،جامعة قسنطينة 2،قسنطينة .
54. روتر،جوليان،(1984). علم النفس الإكلينيكي، دار الشروق، (ترجمة :عطية محمود هنا، ومحمد عثمان نجاتي.
55. سالم، محمود مندوه محمد،(2012).*علم النفس الإكلينيكي (العيادي) فنياته – وتطبيقاته*،ط1،الرياض:دار الزهراء.
56. سليجمان، مارتن (2002) .*السعادة الحقيقية استخدام الحديث في علم النفس الايجابي لتتبين ما لديك لحياة أكثر إنجاز*ا دار. (ترجمة : صفاء الأعسر و آخرون) .2005.القاهرة : دار العين للنشر.ص من 10– 24 إلى 261.
57. سويلم، كرمن محمد (2019) . الصلابة النفسية وعلاقتها بنمط الإستجابة للضغوط النفسية لدى مرضى القلب،*Route Educational & Social Science Journa*l، 6(4) ،ص536–555.
58. شحاتة، محمد ربيع(2010) .*علم النفس الصناعي*، ط1 ، الاردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
59. شويطر، خيرة (2017) .استراتجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية –دراسة ميدانية على عينة من ولاية وهران–،رسالة دكتوراه،جامعة وهران 2.
60. شويطرة، خيرة ويوب مصطفى الزقاي، نادية (ديسمبر 2015) . الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بوهران، *دراسات نفسية وتربوية*، 15 ،ص47–66.

61. صبحي ،محمد (2009) .*مهارات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة*، ط1 ، الجزائر: دار المواهب.
62. طايبي، نعيمة(2013).علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية و النفسجسدية لدى الممرضين، رسالة الدكتوراه، جامعة الجزائر 2.
63. طه، العظيم حسين (2008). *استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات*،الاسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر
64. طه، فرج عبد القادر و راغب ، السيد مصطفى(2010).*مقياس الاحتراق النفسي المهني*،ط1 ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
65. عباس، فيصل ،(1996) . *الإختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها* ،بيروت: دار الفكر العربي.
66. عبد الحميد، إبراهيم محمد (1999) .*تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا* .القاهرة: دار الفكر العربي
67. عبد الحميد ،عبد اللاه صابر(2016).*الخدمات الاجتماعية و التعامل مع الضغوط الحياتية*،ط1 ،الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.
68. عبد الله محمد، عادل(2003) .*الأطفال الموهوبين ذوو الإعاقات* ،ط1،القاهرة:دار الرشاد.
69. عبد الله محمد، عادل(2011) .*مقدمة في التربية الخاصة*،ط1،القاهرة:دار الرشاد.
70. عبد المطلب، عبد القادر(2017يناير) .الصلابة النفسية وعلاقتها بالإضطرابات الجسمية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من معلمي ومعلمات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، مجلة الطفولة العربية، ع 74 ،ص 10-35.
71. عبد الواحد ابراهيم،سليمان(2014). *الشخصية الإنسانية وإضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي*،ط1،الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
72. عثمان، فاروق السيد(2001) .*القلق وغدارة الضغوط النفسية*،ط1 ، القاهرة: دار الفكر العربي.
73. عربيات، أحمد عبد الحليم (2011) .*إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم*، دار الشروق: عمان.
74. عسكر،رأفت (2009) . *علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية*، مكتبة الأنجلو المصرية.
75. عكاشة، محمود فتحي (1999). *علم النفس الصناعي*، الإسكندرية:مطبعة الجمهورية.

76. علاوي، محمد حسن ، (1978) .*علم النفس الرياضي*،ط3،القاهرة، دار المعارف. مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
77. عليان، ربحي مصطفى، *البحث العلمي أسسه –مناهجه وأساليبه– إجراءاته*،الأردن: بيت الأفكار الدولية.
78. عمره ،أحمد مختار (2008) . معجم *اللغة العربية المعاصرة*، المجلد الأول،ط1 ،القاهرة:عالم الكتب.
79. غباري،ثائر احمد و أبوشعيرة، خالد محمد(2015) .*التكيف مشكلات وحلول*،ط1،عمان:مكتبة المجتمع العربي..
80. غليظ، شافية(2019) ،علاقة الضغط النفسي بالصلابة النفسية لدى أساتذة التعليم الابتدائي، *مجلة العلوم الإنسانية*، المجلد 30 ، العدد(3).
81. لوكيا، الهاشمي و بن زروال، فتيحة(2006).*الإجهاد*، الجزائر: دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع.
82. مايلز، كرستين (1994) . *التربية المختصة(دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا)* ،ط 1، لبنان :ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
83. متولي، فكري لطيف (2015) . *الإعاقة العقلية المدخل – النظريات المفسرة – طرق الرعاية* ،ط 1، الرياض: مكتبة الرشد ناشرون.
84. محمود، نهاد عبد الوهاب،(2016). *علم النفس الاكلينيكي بين النظرية والتطبيق*،ط1 ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
85. محمود، عطوف ياسين (1981). *علم النفس العيادي (الإكلينيكي)* ،ط1،بيروت:دار العلم للملايين.
86. مخيمر ،عماد (2002).*استبيان الصلابة النفسية"دليل الاستبيان"* .القاهرة :مكتبة لأنجلو المصرية.
87. مرداسي،موراد ،(2009) . *الفحص والتشخيص النفسي*،الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
88. معتصم ميموني، بدرة (2005) .*الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق*.ط 2. الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية
89. معمرية، بشير(2012) .*علم النفس الإيجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية سيكولوجية الطيبين والحياة الطيبة*،الجزائر :دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
90. معمرية،بشير (د س) .*علم النفس الايجابي اتجاه جديد لدراسة القوى و الفضائل الإنسانية دراسات نفسية*. ص من 1 إلى 109

91. معمرية،بشير (2019). *تقنين مقياس الصلابة النفسية في المجتمع الجزائري*، *Arab Journal Of Psychology* ،عدد4 ،المجلد1 (4) ،ص 50 إلى 51

92. نصراوي، صباح(2015) .تكييف مقياس ماسلاتش للاحتراق النفسي MBI على البيئة الجزائرية، رسالة دكتوراه، جامعة العربي بم مهيدي أم البواقي.

93. هلكا، عمر (2016) .الصلابة النفسية و علاقتها بكل من تحمل الضيق و الأبعاد الأساسية للشخصية لدى عينة من المراهقين اللبنانيين(رسالة دكتوراه) ،جامعة بيروت العربية. ص 14 إلى 16.

94. Allred , Kennth D and smith, Timothy. (1989), The Hardy Personality : cognitive and physiological Responses to Evaluative Threat, *journal of personality and social psychology*, 56(o 2), p 257-266.
95. Bartone,Paul,(1999). Hardiness protects againt war-related stress in army reserve forces, *consulting psychology journal*, l51(2), p 72-82.
96. Batone,paul,(2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness, *Military psychology journal*, 18(1), https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10
97. Barton,paul,(2012). Social and organizational influences on psychological hardiness: How leaders can increase stress resilience, *Barton security informatics*,1(21), https://doi.org/10.1186/2190-8532-1-21
98. Barton et all ,(2014). Hardiness Profiles. Defining Clusters of the Dispositional Resilience Scale and Their Relation to Soldiers' Health, *Military Behavioal Health*, 2, p 123-128, DOI: 10.1080/21635781.2013.867789
99. Barton,Paul (2019). Development and validation of an improved hardiness tool: The Hardiness Resilience Gauge,21.02/03/01/2021, http://www.iamps.org/papers/2019_BARTONE_paper.pdf
100. Bartone, Paul T and stein, Steven J , (2020). *Hardiness Making Stress work for you to Achieve your Life*,USA:Published by John Wiley & Sons .
101. Beverly, a .potter(1996). *preventing job burnout transforming work pressures into productivity*, janis paris.
102. Boudarene,Mahmoud,(2005).*Le stress Entre bien être et souffrance*,Alger :Berti editions.
103. Boudoukha, abdel halim(2009).*burn-out traumatismes psychologiques*, paris : dunod

104. Boulkroune, nora(2008). le syndrome de burnout chez les enseignants du supérieur,mémoire de magister,université mentouri de constantine.
105. Brousoulaux, Sandrine,(2009).*Troubles « dys » de l'enfant Guide ressources pour les parents*,France :Jeanne Herr.
106. Brunette, Nocole et vivlane, Munroe,(2001). L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel, *Reflets*, l7(1),p165-192.

107. Cottraux , jean(2012). *Psychologie positive et bien –être au travail*, paris :elsevier Masson,
108. Cyrulnik, Boris(2016). *stress, burnout harcélement moral*, paris : Dunod.
109. Dedrick, C. V. L; Raschke, D. B. (1990) . *The Special Educaton and Job Stress*, U. S.A :District of Columbia
110. Delbrouck, michel (2011) .*comment traiter le burnout*,1éd, Belgique : De Boeck
111. Doucet,Caroline,(2011) .*Le Psychologue En Service De Psychiatrie*,paris : Elsevier Masson.
112. DSM-5, (2013) .new school library , fifth edition
113. Drozdstoj st, stoyanov(2014). *New mdel of burnout syndrome : towards early diagnosis and preventio*n,Bulgaria: River publisher
114. Epelboum, M Speranza, (2002). *Concept de déficience mentale*, Le manuel résident psychiatrie ,paris:Edition scientifiques et médicales elsevier SAS.
115. Erkutla, Hakan,(2012). IMPACT OF PSYCHOLOGICAL HARDINESS AND SELF-MONITORING ON TEACHER BURNOUT, *Journal of Education*. 43.
116. Fouques, Damein et Bioy, Antoine,(2016). *Psychologie clinique et psychopathologie*,3e éd,paris : Dunod.
117. Funk,Steven c,(1992). Hardiness: A Review of theory and Research , *Health psychology*,11(5),p 335-345.
118. Freudenberger, Herbert(1977.)Burn-out :occupational hazard of the child care worker,*child care Quarterty*.6(2),p 90-99
119. Freudenberger, Herbert(1974). STAFF Burn-out,*journal of social issues*,30(1),p159-165
120. Frydenbery, Erica ,(2017).*Coping a,d The Challenge of Resilience*, Australia :Springer Nature Publisher.

121. Golonka et all, (2019).Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*,32,(2),p 229-244.

122. Grebot, élisabeth (2008). *stress et burnout au travail : identifier , prévenir, guérir* ,paris : éditions d'organisation groupe eyrolles.

123. Irvin, Sam schonfeld and Bianchi, Renzo,(2016). Burnout and Depression : two Entities or one, *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 72 (1), p22-37.
124. Jameson, David,(2016). Persistent Burnout Theory of Chronic Fatigue Syndrome, *Journal Neuroscience & Medicine*.vol 7,p 66-73, http://dx.doi.org/10.4236/nm.2016.72008
125. Jodiann, Philips (March ,2011). Hardiness as a Defense Against Compassion Fatigue and Burnout,journal of Emergency Nursing37(2) ,doi: 10.1016/j.jen.2010.10.012
126. Karen et all ,(2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants, meta-analyses, 53,p 74-99.
127. Kejia Hu at all,(2020). Sense of coherence and risk of breast cancer, *Epidemiology and global health*, DOI: https://doi.org/10.7554/eLife.61469
128. Kobasa , Suzanne ,(1979). Personality and Resistance to Illness, *American Journal of Community Psychology*, 7(.4).
129. Kobasa, Suzanne ana Maddi salvatire ,and zola Marc,(1983). Type A and Hardiness,*Journal of Behavioral Medicine*, 6 (1), p41-51.

130. Kobasa et all,(1982). Personality and Exercise as Buffers in the Stress-illness Relationship, *journal of Behavioral Medicine*, 5(4),p 391-403.
131. Kobasa et All,(1983). Type A and Hardiness, journal of Behavioral Medicine, 6(1).
132. Knight, Alice,(2002),*How to Become a Clinical Psychologist Getting A foot In The Door*,New York:Taylor and Francis e-Library.
133. Maddi , R Salvatore et all,(1989). The effectiveness of Hardiness Training, *consulting psychology journal*, 50 (2), p 78-86
134. Maddi et all,(1998). The Effectiveness of Hardiness Training ,*consulting psychology journal*, vol 50, No 2, p 78-86.
135. Maddi , Salvatore et all,(2002).Hardiness Training for High-Risk Undergraduates,*NACADA Journal*, 22 (1), p45-55.
136. Maddi ,Salvatore R and khoshaba, Deborah(2005).*Resilience at work*, New york :Printed in the United states of America,
137. Maddi , S R and Harvey, R.H , (2006). Hardiness Considered Across Cultures. In: Wong P.T.P., Wong L.C.J. (eds) Handbook of Multicultural

Perspectives on Stress and Coping. International and Cultural Psychology. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/0-387-26238-5_17
138. Maddi, Salvatore R ,(2007). Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context, *Military psychology*, 19 (1), p 61-70.
139. Maddi,S R(2013).*Hardiness turning stressful Cirumstances into Resilient Growth*, New york :acid –free paper,
140. Manzano-García , Guadalupe and Ayala-Calvo, Y Juan,(2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models, *anales de psicología* ,Vol 29, No 3, p800-809, http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241
141. Maslach.Christina (1981, 2). The measurement of experienced burnout, *Journal of occupational behavior*,2. p 99-113 .
142. Maslach, Christina , and leiter, Michael (2005).Banishing burnout six strategies for improving your relationship with work,united states of america: jossey-bass
143. Maslach, christina et all (2008) .Burnout :35 years of research practice, *journal Career development international*, 14(3), p204-220, www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm
144. Mund, Pallabi ,(January ,2016). Kobasa Concept of Hardiness (A study with Reference to the 3 Cs), *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*, 2(1), p 34-40
145. Mund Pallabi,(2017). Hardiness and Culture: A Study with Reference to 3 Cs of Kobasa, *journal of Management IT& Social science*, 4(2), p 152-159
146. Nowack, Kenneth,(1985).Type A Hardiness and Psychological Distress, *journal of Behavioral Medicine*, 9 (6) , p537-548
147. Norbert sillamy.(2003).*dictionnaire de psychologie*.paris : la rousse vuef
148. Ohayon, Annick,(2006). La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire,Éirés, 1 (85),p9-24, DOI : 10.3917/cnx.085.0009.
149. Oxford learned ‘s pocket dictionary(2008),4éd, Victoria bull.
150. Paula ,G et all ,(1992). Coping Processes as Mediators of the Relatioship Betweeen Hardiness and Health, Journal of Behavioral Medicine, 15(3), p237-255.
151. Pierre, canoui et all(2008) .*Le burnout à l’hopital –le syndrome d’épuisement professionnel*, 4éd,elsevier masson.
152. Plante G, Thomas(2005).*Contemporary clinical Psychology*,2ed,Canada: John Wiley& sons.

153. Richardsen,Astrid and Burke,Ronald J,(1995). Models of burnout : Implications for interventions, *International journal of stress Managemenr*, 2(1),p31-43
154. Richard , Cirrin and Weiss, Alane,(2016). *The Resilience Advantage stop Managing stress and find your Resilience*,New York: Business Expert Press.
155. Reich, John et all,(2010). *Handbook of Adult Resilience*, New york :The Guilford press.
156. Schwartzhoffer, Rachel V ,(2009). *psychology of Burnout: Predictors and Coping Mechanisms*, New york :Nova science Publishers .
157. Schauder ,Silke,(2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprés des enfants et des adolescents*,Paris :Dunod.
158. Schaufeli, wilmarB and bakker, arnold(2004).job demands , job resources, and their relationship with burnout and engagement : a multi-sample study, *journal of organizational behavior*,25,p293-315, DOI: 10.1002/job.248
159. Sighard, neckel et all (2017).*Burnout Fatigue Exhaustion*, Germany :Springer Nature.
160. Skovholt,and trotter-Mathison,(2016). the resilient practitioner burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions ,3rd edition, new York: routedge
161. .Sylvain , Missonnier et all,(2012).Manuel de Psychologie Clinique de la Périnatalité,Paris :Elsevler Masson SAS.
162. Tavakol, Mohsen, and D , Reg (2011). Making sense of Cronbach's Alpha, *International Journal of Medical Education*, 2,p 53-55.
163. Vandenbos, Gary R ,(2015).APA Dictionary of Psychology,2ed,Editor in chief, Washington :American psychological association.
164. Vanderheyden, jean-émile(2013).*Le burnout des Quinquas*,1éd, bruxelles : De Boeck.
165. Wicks,Robert j (2007). the resilient clinician: secondary stress, mindfulness, positive psychology, and enhancing the self-care protocol of the psychotherapist, counselor, and social worker, Oxford University Press, Incorporated.
166. wilburn, clouse R and leslie, McLean ,(December 1991).Stress and Burnout: An organizational synthesis, Information Analyses
167. Wood, Ben D and Jeffrey, B Killion,(2007). Burnout among Healthcare Professionals, *Rdiology Management*,p30-35.

168. Zekeriya,cam and selahiddin, (2019). From work life to school : theoretical Approaches for school Burnout, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry,11 (1), p80-99
169. zimbardo, Philip G (2015). burnout the cost of caring, library of congress cataloging-in – publication data http://essay.utwente.nl/73769/1/Ruppel_MA_BMS.pdf19.06/2021/03/15/

قائمة ملاحق الترخيص للتربصات:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي
Université Larbi Ben M'Hidi, Oum El Bouaghi

العلوم الاجتماعية والإنسانية
نيابة العمادة للدراسات ما بعد التدرج
والبحث العلمي و العلاقات الخارجية
الرقم: ن ع د ب ت ب ع ع خ/2021

أم البواقي :2021/01/17

إلى السيد: مدير مديرية النشاط الاجتماعي و
التضامن لولاية قسنطينة

الموضوع : طلب ترخيص بزيارة ميدانية للطالبة سقطني مارية

سيدي الفاضل،

تحية طيبة وبعد... ،

يشرفني سيدي المحترم أن التمس منكم السماح للطالبة **سقطني مارية** المسجلة في **السنة الثانية** دكتوراه ل م د، جامعة أم البواقي كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية ، تخصص علم النفس العيادي ،بزيارة المصالح التابعة لكم من اجل استكمال الجانب التطبيقي لأطروحة الدكتوراه الموسومة بـ" **الاحتراق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المتصة لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية بولايتي قسنطينة وأم البواقي**" .

وفي الأخير تقبلوا منا فائق عبارات التقدير والاحترام.

نائب العميد

نائب العميد للنيابة بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية
د. خمار زديرة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

ولاية قسنطينة
مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
رقم: 120/م.ن.إ.ت /2021

قسنطينة: .....

السيدة / مديرة النشاط الاجتماعي و التضامن
إلى

السيد / مدير مدرسة الأطفال المعاقين بصريا
- حسان كحول -

ترخيص اجراء تربص

الموضوع: الطلب الوارد إلينا من جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي .

يرخص للطالبة :

- سقطني مارية .

تبعا للطلب الوارد إلينا ، من جامعة جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي سنة الثانية دكتوراه ل م د ، المتضمن إجراء تربص ميداني بمدرستكم حول موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المتخصصة لدوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية بولايتي قسنطينة وأم البواقي. وذلك ابتداءا من يوم 11 فيفري2021 إلى غاية 18 فيفري 2021 ، بهدف التعرف على الوسط المهني وجمع المعلومات و الاستفادة من الملاحظات
و الخبرات الميدانية لديكم

يلزم مدير (ة) المدرسة بضبط برنامج التربص و متابعته مع تقديم نسخة من المذكرة .كما يجب تطبيق الإجراءات و التدابير الوقائية اللازمة حول فيروس كورونا - كوفيد 19 -.

المديرة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

ولاية قسنطينة
مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
رقم: 289/م.ن.إ.ت/2021 قسنطينة:

السيدة / مديرة النشاط الاجتماعي و التضامن
إلى

السادة و السيدات / مدراء المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا
لولاية قسنطينة

ترخيص اجراء تربص

الموضوع: الطلب الوارد إلينا من جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي .

يرخص للطالبة :

- سقطني مارية .

تبعا للطلب الوارد إلينا ، من جامعة جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي سنة الثانية دكتوراه لـ م د ، المتضمن إجراء تربص ميداني بمركزكم حول موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المتخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية بولايتي قسنطينة وأم البواقي، وذلك ابتداءا من يوم 18 فيفري2021 إلى غاية 04 مارس 2021 ، بهدف التعرف على الوسط المهني وجمع المعلومات و الاستفادة من الملاحظات
و الخبرات الميدانية لديكم

يلزم مدير (ة) المدرسة بضبط برنامج التربص و متابعته مع تقديم نسخة من المذكرة .كما يجب تطبيق الإجراءات و التدابير الوقائية اللازمة حول فيروس كورونا - كوفيد 19 -.

المديرة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

ولاية قسنطينة
مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
رقم: م ن . إ . ت /2021

قسنطينة في:

السيدة / مديرة النشاط الاجتماعي و التضامن
إلى

السيدة / مديرة مدرسة الأطفال المعاقين سمعيا
- بشير بوطبة -

ترخيص اجراء تربص

الموضوع: الطلب الوارد إلينا من جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي .

يرخص للطالبة :

- سقطي مارية .

تبعا للطلب الوارد إلينا . من جامعة جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي . سنة الثانية دكتوراه ل م د . المتضمن إجراء تربص ميداني بمدرستكم حول موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسات المتخصصة لدوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية بولايتي قسنطينة وأم البواقي. وذلك ابتداءا من يوم07 فيفري2021 إلى غاية 11 فيفري 2021 . بهدف التعرف على الوسط المهني وجمع المعلومات و الاستفادة من الملاحظات
و الخبرات الميدانية لديكم

يلزم مدير (ة) المدرسة بضبط برنامج التربص و متابعته مع تقديم نسخة من المذكرة .كما يجب تطبيق الإجراءات و التدابير الوقائية اللازمة حول فيروس كورونا - كوفيد 19 - .

المديرة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

جامعة العربي بن مهيدي– أم البواقي–

قسم العلوم الإنسانية و الاجتماعية

سيدتي، سيدي الكريمين، في إطار إنجاز أطروحة دكتوراه في تخصص علم النفس العيادي نرجوا منكم الاستجابة على عبارات هذا الاستبيان من أجل إعانتنا على إجراء بحثنا.
وعليه نرجو منكم الإجابة بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة والتي ترون أنها تعبر عن شعوركم بصدق ، علما أنه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، وتأكدوا أن إجاباتكم ستبقى في سرية تامة لا تستخدم إلا في البحث العلمي.

نشكركم على تفهمكم و مساعدتكم لنا

البيانات الشخصية :

- الجنس : ذكر [....]

أنثى [.....]

- السن :

أقل من 30 سنة [.....]

بين 30 و 40 سنة [.....]

أكثر من 40 سنة [.....]

- الحالة المدنية :

عازب (ة) [.....]

متزوج (ة) [.....]

- الأقدمية المهنية (الخبرة) :

أقل من 5 سنوات .....

بين 6 و 10 سنوات .....

أكبر من 10 سنوات .....

- نوع الاعاقة المتكفل بها :

إعاقة بصرية	.....
إعاقة سمعية	.....
إعاقة حركية	.....
التخلف العقلي	.....

البنود	أبدا	عدة مرات في السنة	مرة في السنة	عدة مرات في الشهر	مرة في الاسبوع	عدة مرات في الاسبوع	يوميا
1- أشعر بأن عملي أنهكني نفسيا							
2- ينفذ صبري في نهاية يوم العمل							
3- أشعر بالتعب عندما أستيقظ في الصباح، وعلي مواجهة يوم آخر في العمل							
4- أقدر بسهولة أن أفهم ما يشعر به مرضاي							

5- أشعر أني أعامل بعض مرضاي بغير إنسانية، كما لو كانوا أشياء							
6- العمل مع مرضاي 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 شخصا غير مكترث.							
12- أشعر بأني مفعم بالحيوية							
13-أشعر اني محبط بسبب عملي.							
14-أشعر أنني أعمل بصعوبة جدا في وظيفتي.							

15- حقيقة لا يهمني ما يحدث للبعض من مرضاي							
16-العمل في اتصال مباشر مع مرضاي يسبب لي ضغطا كبيرا.							
17-أنا قادر بسهولة أن أخلق جو مريح مع مرضاي							
18-أشعر بالانتعاش عندما أكون قريبا من مرضاي في العمل							
19-أنجز الكثير من الأشياء القيمة في هذا العمل							
20- أشعر وكأني أقترب من نهايتي.							
21- في عملي، أتعامل مع المشاكل الانفعالية بكل هدوء							
22- لدي انطباع بأن بعض مرضاي يحملونني مسؤولية البعض من مشاكلهم							

إستبيان الصلابة النفسية :

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1- مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فإني أستطيع تحقيق أهدافي				
2- اتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي				

3- اعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها				
4- قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه				
5- عندما أضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها				
6- أقتحم المشكلات لحلها ولا انتظر حدوثها				
7- معظم أوقاتي استثمرها في أنشطة ذات معنى وفائدة				
8- نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ				
9- لدي حب الاستطلاع ورغبة في معرفة الجديد				
10- اعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من اجله				
11- اعتقد أن الحياة كفاح وعمل وليست حظا وفرصا				
12- اعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على تحديات والعمل على مواجهتها				
13- لدي مبادئ وقيم ألتزم بها وأحافظ عليها				

14- أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته				
15- لدي القدرة على التحدي والمثابرة حتى أنت هي من حل أي مشكلة تواجهني				
16- لدي أهداف أتمسك بها وأدافع عنها				
17- أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة تخطيطي				
18- عندما تواجهني مشكلة أتحداها بكل قواي وقدراتي				
19- أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي				
20- أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح				
21- أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث وتغيرات				
22- أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة				

23- أعتقد أن العمل وبذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي				
24- عندما انجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى				
25- أعتقد أن الاتصال بالآخرين ومشاركتهم انشغالاتهم عمل جيد				
26- أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي				
27- أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي وقدرتي على حلها				
28- اهتمامي بالاعمال والانشطة يفوق بكثير اهتمامي بنفسي				
29- أعتقد أن العمل السيء وغير الناجح يعود إلى سوء التخطيط				
30- لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي				
31- أبادر بعمل أي شيء أعتقد انه يفيد أسرتي أو مجتمعي				

32- أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي				
33- أبادر في مواجهة المشكلات لأني أثق في قدرتي على حلها				
34- أهتم بما يحدث حولي من قضايا وأحداث				
35- أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم وتخطيطهم لأنشطتهم				
36- إن الحياة المتنوعة والمثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي				
37- إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها				
38- إن النجاح الذي أحققه بجهدي هو الذي أشعر معه بالمتعة والاعتزاز وليس الذي أحققه بالصدفة				
39- أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة				
40- أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر إلى مساعدتهم				
41- أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري لي من أحداث				

42- أتوقع التغيرات التي تحدث في الحياة ولا تخيفني لأنها أمور طبيعية				
43- أهتم بقضايا أسرتي ومجتمعي وأشارك فيها كلما أمكن ذلك				
44- اخطط لأمور حياتي ولا اتركها للحظ والصدفة والظروف الخارجية				
45- إن التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح				
46- أبقى ثابتا على مبادئي وقيمي حتى إذا تغيرت الظروف				
47- أشعر أني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث				
48- أشعر أني قوي في مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث				

مخرجات برنامج SPSS 26 لحساب صدق وثبات مقياسي الدراسة:

Reliability

مقياس الصلابة النفسية :Scale

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.970	48

Scale: الالتزام

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	16

Scale: التحكم

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.909	16

Scale: التحدي

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.917	16

مقياس الإحتراق النفسي :Scale

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.672	22

Scale: الانهاك

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	9

Scale: التبلد

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.741	5

Scale: التبلد

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.872	8

Correlations

Correlations

		الصلابة	الالتزام	التحكم	التحدي
الصلابة	Pearson Correlation	1	.961**	.975**	.969**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30

**. Correlationissignificantat the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		الاحتراق	الانهاك	تبلد	الانجاز
الاحتراق	Pearson Correlation	1	.790**	.495**	.563**
	Sig. (2-tailed)		.000	.005	.160
	N	30	30	30	30

**. Correlationissignificantat the 0.01 level (2-tailed).

Test T

Statistiques de groupe

	الفئات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصلابة	عليا	8	135,88	7,680	2,715
	دنيا	8	77,13	30,002	10,607

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
								Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur

الصلابة	Hypothèse de variances égales	8,479	,011	5,366	14	,000	58,750	10,949	35,266	82,234
	Hypothèse de variances inégales			5,366	7,913	,001	58,750	10,949	33,453	84,047

Test T

Statistiques de groupe

	الفئات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاحتراق	عليا	8	73,75	5,175	1,830
	دنيا	8	38,25	10,152	3,589

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الاحتراق	Hypothèse de variances égales	2,324	,150	8,811	14	,000	35,500	4,029	26,859	44,141
	Hypothèse de variances inégales			8,811	10,408	,000	35,500	4,029	26,571	44,429

مخرجات برنامج SPSS 26 لحساب فرضيات الدراسة:

Correlations

		النفسية_الصلابة	النفسي_الإحتراق
النفسية_الصلابة	Pearson Correlation	1	.161
	Sig. (2-tailed)		.264
	N	50	50
النفسي_الإحتراق	Pearson Correlation	.161	1
	Sig. (2-tailed)	.264	
	N	50	50

Statistics

		النفسية_الصلابة	النفسي_الإحتراق
N	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean		114.8400	61.0600
Median		117.0000	60.0000
Mode		93.00[a]	54.00
Std. Deviation		13.11232	8.66240
Minimum		77.00	45.00
Maximum		137.00	83.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	الخبرة	N	Percent	N	Percent	N	Percent
النفسية_الصلابة	5 أقلمن	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	10 إلى 5 من	19	100.0%	0	0.0%	19	100.0%
	10 أكبرمن	19	100.0%	0	0.0%	19	100.0%
النفسي_الإحتراق	5 أقلمن	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	10 إلى 5 من	19	100.0%	0	0.0%	19	100.0%
	10 أكبرمن	19	100.0%	0	0.0%	19	100.0%

Descriptives

	الخبرة		Statistic	Std. Error
النفسية_الصلابة	5 أقلمن	Mean	108.9167	5.17344
		Median	113.0000	
		Std. Deviation	17.92133	
	10 إلى 5 من	Mean	113.5263	1.38785
		Median	115.0000	
		Std. Deviation	6.04950	
	10 أكبرمن	Mean	119.8947	3.10338
		Median	123.0000	
		Std. Deviation	13.52732	
النفسي_الإحتراق	5 أقلمن	Mean	64.2500	2.50492
		Median	63.0000	
		Std. Deviation	8.67730	
	10 إلى 5 من	Mean	59.8421	1.50877
		Median	60.0000	
		Std. Deviation	6.57658	
	10 أكبرمن	Mean	60.2632	2.36178
		Median	60.0000	
		Std. Deviation	10.29478	

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	نوعالإعاقة	N	Percent	N	Percent	N	Percent
النفسية_الصلابة	بصرية	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	سمعية	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	عقلية	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%
النفسي_الإحتراق	بصرية	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	سمعية	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	عقلية	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%

Descriptives

	نوعالإعاقة		Statistic	Std. Error
النفسية_الصلابة	بصرية	Mean	109.7500	4.92231
		Median	114.5000	
		Std. Deviation	17.05139	

	سمعية	Mean	119.9167	3.48907
		Median	120.5000	
		Std. Deviation	12.08649	
	عقلية	Mean	114.8462	2.14812
		Median	115.0000	
		Std. Deviation	10.95333	
النفسي_الإحتراق	بصرية	Mean	62.9167	2.59795
		Median	63.5000	
		Std. Deviation	8.99958	
	سمعية	Mean	59.8333	2.53710
		Median	58.5000	
		Std. Deviation	8.78877	
	عقلية	Mean	60.7692	1.69824
		Median	60.0000	
		Std. Deviation	8.65937	