



جامعة زيان عاشور
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والفلسفة



الاحتراق النفسي لدى الممرضين وعلاقته بتقدير الذات

دراسة ميدانية بمستشفى مسعد

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د/قيرع فتحي

من اعداد الطالبتين:

- بن الاحرش ميادة

- جودي خلود

لجنة مناقشة:

رئيسا

مناقشا

مشرفا

حساني رشيد

لخذاريمحمد طه

قيرع فتحي

1. د/

2. د/

3. د/

السنة الجامعية: 2026/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر

الحمد لله الذي علم الانسان ما لا يعلم، علمه بالقلم، أحمدته وأشكره على

نعمه ما ظهر منها وما بطن.

من لا يشكر الناس لم يشكر الله وعليه أتقدم بالشكر الخالص الى كل الأساتذة الافاضل اللذين
أشرفوا على تدريسنا وتلقييننا مناهج البحث والمعرفة التي سمحت

لنا بإنجاز هذه المذكرة المتواضعة.

والشكر موصول للأستاذ المشرف قيرع فتحي على مساندته ودعمه وتشجيعه لنا في كل الظروف التي
أثمرت عن إنجاز هذا البحث الأكاديمي.

الاهداء

قال تعالى: ﴿وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ﴾

بسم الله الرحمن الرحيم، الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تحققت هذه الثمرة بعد تعبٍ وصبر.

أتقدم أولاً بخالص الشكر إلى الله عز وجل، الذي أنعم عليّ بالتوفيق وأعانني على إتمام هذا العمل. ثم إلى والديّ الكريمين، أصل الفضل ومصدر العطاء، على دعائهما الدائم وسندهما الذي كان سبباً في وصولي، حفظهما الله وأدامهما نعمةً في حياتي.

إلى إخوتي الأحبة، سندي وفرحي الدائم، حفظكم الله لي وأدام بيننا المحبة والود.

إلى أساتذتي الأفاضل، جزاكم الله خيراً على ما قدمتموه من علمٍ وتوجيه، فلکم مني جزيل الشكر والامتنان.

إلى صديقتي المقربة وزميلتي العزيزة ميادة، شريكة هذا الدرب، التي تقاسمتُ معها عناء الطريق وفرحة الوصول، شكراً لوجودك الدائم إلى جانبي.

إلى صديقتي الوفيات: زينب وحيزية، وكل من شاركني تفاصيل هذه الرحلة، لكنّ مني كل الشكر والوفاء.

الطالبة: جودي خلود

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه

قال تعالى: ﴿فَرِحِينَ بِمَا آتَاهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ﴾

إلى والدي العزيز، الذي حملتُ اسمه فخراً وكان سندي الأول، إلى من تحمل المشاق من أجلي وزرع لي الراحة بدلاً عنها، شكراً لك يا أبي

وإلى أُمي الغالية، التي علمتني الأخلاق والدراسة وكانت دعواتها سبب نجاحي وقوتي، وهي ملهمتي وسندي في الحياة

وإلى إخوتي أشرف، فاطمة، نور، ومحمد. الذين كانوا دائماً السند الحقيقي لي بعد والدي، يقفون معي في لحظات ضعفي قبل فرحي، ويمنحونني القوة والدعم دون مقابل، فوجودهم كان طمأنينة لي ودافعاً للاستمرار والوصول

وإلى صديقتي وزميلتي خلود، رفيقة دربي ولحظات تعبتي وفرحي، التي لم تبخل عليّ يوماً بالدعم والكلمة الطيبة

وإلى روحي صديقتي منى وصونية، رحمهما الله وأسكنهما فسيح جناته

وإلى أساتذتي الكرام وعلى رأسهم الأستاذ المشرف، وكل من ساندني بكلمة طيبة

اللهم اجعل هذا العمل نافعاً ومباركاً.

الطالبة: ميادة بن الأحرش

فهرس المحتويات	
	كلمة شكر
	إهداء
	فهرس الجداول
	فهرس الاشكال
	فهرس الملاحق
	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الاول:الإطار المنهجي والمفاهيمي	
01	1.اشكالية الدراسة
05	2.فرضيات الدراسة
06	3.أهداف الدراسة
07	4.متغيرات الدراسة
07	5.أهمية الدراسة
08	6-مفاهيم الدراسة
11	7.الدراسات السابقة
17	8.ملخص الفصل
الفصل الثاني:الاحتراق النفسي	
20	1.تمهيد
21	2. تعريف الاحتراق النفسي
23	3. اعراض الاحتراق النفسي
24	4.أسباب الاحتراق النفسي
25	5.أبعاد الاحتراق النفسي
36	6.نماذج مفسرة لاحتراق النفسي
37	7.مستويات الاحتراق النفسي
37	8.مراحل حدوث الاحتراق النفسي
41	9.مقاييس الاحتراق النفسي
44	10.اثار الاحتراق النفسي
45	11.إستراتيجيات الوقاية والعلاج من الاحتراق النفسي
47	12.خلاصة الفصل
الفصل الثالث:تقدير الذات	
49	1.تمهيد
50	2. تعريف الذات
51	3.تعريف تقدير الذات
52	4.الفرق بين مفهوم الذات و تقدير الذات
54	5.مستويات تقدير الذات

55	6.العوامل المؤثرة في تقدير الذات
61	7.نظريات تقدير الذات
65	8.قياس تقدير الذات
66	9.أهمية تقدير الذات
69	خلاصة الفصل
	الجانب التطبيقي
	الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية
71	1_الدراسة الاستطلاعية
71	2_أهداف الدراسة الاستطلاعية
71	3_عينة الدراسة الاستطلاعية
72	4_خصائص الدراسة الاستطلاعية
78	5_نتائج الدراسة الاستطلاعية
79	6_التعريف بادوات الدراسة حسب نتائج الدراسة الاستطلاعية
	الفصل الخامس:
83	1_تمهيد
84	2_اجراءات الدراسة الأساسية
84	3_المنهج المستخدم
85	4_مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها
85	5_عينة الدراسة
	6_اساليب المعالجة الاحصائية
86	اولا:توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس
86	ثانيا:توزيع العينة الدراسة تبعا لمتغير السن
87	ثالثا:توزيع عينة الدراسة تبعا لسنوات الخبرة
88	7_عرض ومناقشة النتائج عرض النتائج
88	مناقشة الفرضية الاولى
91	مناقشة الفرضية الثانية
92	مناقشة الفرضية الثالثة
105	8_خاتمة
107	قائمة المراجع والمصادر
112	الملاحق

فهرس الجداول		
1	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير السن	
2	توزيع افراد العينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير الجنس	
3	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير سنوات الخبرة	
4	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير القسم	
5	توزيع افراد العينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير نظام العمل	
6	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس	
7	يمثل توزيع افراد العينة حسب السن	
8	يمثل توزيع أفراد العينة حسب القسم	
9	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الخبرة	
10	يمثل توزيع أفراد العينة حسب نظام العمل	
11	تبيين نتائج اختبارات لعينة واحدة لدراسة الفروق في استجابات افراد العينة على مقياس الاحتراق النفسي	
12	تبيين نتائج اختبارات لعينة واحد لدراسة الفروق في استجابات افراد العينة على مقياس تقدير الذات	

13	تبيين معامل الارتباط بيرسون بين تقدير الذات والاحتراق
14	يبين مستوى الاحتراق النفسي تبعا لمتغير الجنس
15	يبين مستوى الاحتراق النفسي تبعا لمتغير السن
16	يبين مستوى الاحتراق النفسي تبعا لمتغير القسم
17	يبين مستوى الاحتراق النفسي تبعا لمتغير الخبرة
18	يبين مستوى الاحتراق النفسي تبعا لمتغير نظام العمل
19	يبين مستوى تقدير الذات تبعا لمتغير الجنس
20	يبين مستوى تقدير الذات تبعا لمتغير السن
21	يبين مستوى تقدير الذات تبعا لمتغير القسم
22	يبين مستوى تقدير الذات تبعا لمتغير الخبرة
23	يبين مستوى تقدير الذات تبعا لمتغير نظام العمل

	فهرس الأشكال	رقم
	نموذج شيرنس لاحتراق النفسي	1
	شكل نظرية تقدير المعرفي للضغوط	2
	شكل نموذج تفسير الاحتراق	3
	هرم ماسلو في تنظم الحاجات	4
	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير السن	5
	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير الجنس	6
	توزيع افراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير سنوات الخبرة	7
	توزيع أفراد العينة حسب متغير القسم	8
	توزيع افراد العينة حسب متغير نظام العمل	9

	الملاحق	
	مقياس ماسلاش المكيف مع البيئة الجزائرية	1
	مقياس تقدير الذات المكيف مع البيئة الجزائرية	2

مقدمة

يُعدّ موضوع الصحة النفسية في بيئات العمل من القضايا الجوهرية التي استقطبت اهتمام الباحثين والممارسين في مختلف التخصصات، خاصة في علم النفس العمل والتنظيم وعلم النفس الصحي، وذلك نظرًا للتحوّلات العميقة التي شهدتها عالم الشغل في العقود الأخيرة. فقد أصبحت بيئات العمل المعاصرة أكثر تعقيدًا من أي وقت مضى، نتيجة التطور التكنولوجي السريع، وزيادة متطلبات الإنتاجية، وارتفاع مستوى التنافسية بين المؤسسات، الأمر الذي جعل العاملين في مختلف القطاعات يواجهون ضغوطًا مهنية متزايدة ومستمرة. هذه الضغوط لم تعد تقتصر على الجانب الجسدي أو التنظيمي فقط، بل امتدت لتشمل الجانب النفسي والانفعالي بشكل مباشر، مما جعل الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين ضرورة أساسية للحفاظ على التوازن الوظيفي وجودة الأداء.

وفي هذا السياق، برز مفهوم الاحتراق النفسي (**Burnout**) كأحد أهم المفاهيم التي حاولت تفسير الآثار النفسية السلبية الناتجة عن التعرض المزمن للضغوط المهنية. وقد ظهر هذا المفهوم لأول مرة في سبعينيات القرن الماضي، حيث تم استخدامه لوصف حالة من الإنهاك الشامل التي تصيب الأفراد العاملين في المهن التي تتطلب تفاعلًا إنسانيًا مباشرًا، قبل أن يتم توسيعه ليشمل مختلف المهن ذات الضغط العالي. ويُعتبر الاحتراق النفسي اليوم من أكثر الظواهر النفسية انتشارًا في بيئات العمل الحديثة، لما له من تأثيرات عميقة على الفرد والمؤسسة على حد سواء.

عرف كل من ماسلاش وجاكسون الاحتراق النفسي بأنه إحساس الفرد بالإجهاد الانفعالي

وتبلد المشاعر، وانخفاض الجهاز الشخصي، وتعرفان الإجهاد الانفعالي

Émotionnelle Exhaustion بأن فقد طاقة الفرد على العمل والأداء، والإحساس

بزيادة متطلبات العمل، كما تعرفان تبلد المشاعر بأنه شعور الفرد بأنه سلبي وصارم وكذلك

إحساسه باختلال حالته المزاجية. أما انخفاض الأداء بالإنجاز الشخصي. فتعرفانه بأنه

إحساس الفرد بتدني نجاحه، واعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدى.

(بن يحيى، زناد، 2017، ص23)

كما قدمت له كريستينا ماسلاك **Christina Maslach** تعريفًا سنة 1982 وصفته بأنه

مجموعة من الأعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاذ الطاقة الانفعالية والتجرد من

النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز في المجال المهني والتي يمكن أن

تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعًا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع

الناس (عبد الوهاب، 2017، ص 272)

ويعتبر الاحتراق رد فعل وجداني على الضغوط المستمرة التي يواجهها الشخص في بيئة العمل، حيث ينظر الكثير من الباحثين إلى الاحتراق على أنه اضطراب نفسي، حيث يؤدي التعرض للضغوط المستمرة إلى الاستنزاف التدريجي لمواد الطاقة الداخلية لدى الشخص مما يؤدي إلى حدوث الإنهاك الوجداني والتعب البدني والإرهاق المعرفي (البقي، 2021، ص 56)

ولا يُنظر إلى الاحتراق النفسي باعتباره مجرد شعور مؤقت بالتعب أو الإرهاق يمكن تجاوزه بالراحة أو الإجازة، بل هو حالة نفسية معقدة تتطور تدريجيًا نتيجة تراكم الضغوط وعدم القدرة على مواجهتها بشكل فعال. ويتكون هذا المفهوم من ثلاثة أبعاد رئيسية، تتمثل في: الإنهاك العاطفي الذي يعبر عن استنزاف الطاقة النفسية للفرد، والتبليد أو التهكم الانفعالي الذي يتمثل في فقدان الحس الإنساني والتفاعل العاطفي مع الآخرين، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي الذي يعكس شعور الفرد بعدم الكفاءة وفقدان القيمة المهنية. هذه الأبعاد الثلاثة تجعل الفرد في حالة من الانفصال التدريجي عن عمله وعن بيئته المهنية.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الاحتراق النفسي يرتبط بمجموعة من النتائج السلبية على المستوى النفسي والجسدي والاجتماعي. فمن الناحية النفسية، قد يؤدي إلى القلق، الاكتئاب، ضعف التركيز، واضطرابات النوم. ومن الناحية الجسدية، قد يظهر في شكل إرهاق مزمن، صداع مستمر، واضطرابات جسدية مرتبطة بالتوتر. أما من الناحية المهنية، فإنه يؤدي إلى انخفاض الأداء، ضعف الإنتاجية، كثرة الغيابات، وفقدان الرضا الوظيفي، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على فعالية المؤسسات واستقرارها.

وفي هذا الإطار، يُعتبر قطاع الصحة من أكثر القطاعات عرضة لظاهرة الاحتراق النفسي، نظرًا لطبيعة العمل فيه التي تتسم بالضغط المستمر، والمسؤولية الكبيرة المرتبطة بصحة الإنسان وحياته. ويأتي الممرضون في مقدمة الفئات المهنية الأكثر تعرضًا لهذه الظاهرة، نظرًا لدورهم الحيوي داخل المنظومة الصحية، حيث يمثلون العنصر الأساسي في تقديم الرعاية المباشرة للمرضى، ومتابعة حالتهم الصحية، وتنفيذ التعليمات الطبية، والتواصل المستمر مع المرضى وذويهم.

ويواجه الممرض يوميًا مجموعة من المواقف الصعبة التي تتطلب منه جهدًا نفسيًا كبيرًا، مثل التعامل مع الألم والمعاناة، الحالات الحرجة، الإصابات الخطيرة، والوفاة. كما أن طبيعة العمل التمريضي تتسم بالاستمرارية، حيث تشمل ساعات عمل طويلة، مناوبات ليلية متكررة، وضغطًا كبيرًا في عدد الحالات، خاصة في الأقسام الاستعجالية والعناية المركزة. هذه الظروف تجعل الممرض في حالة دائمة من الاستنفار النفسي والجسدي، مما يؤدي مع مرور الوقت إلى استنزاف طاقته النفسية.

إضافة إلى ذلك، فإن بعض العوامل التنظيمية تزيد من حدة هذا الضغط، مثل نقص الموارد البشرية، قلة التجهيزات الطبية، ضعف الاعتراف بالدور التمريضي، إضافة إلى محدودية التحفيز المادي

والمعنوي. كما أن صعوبة التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الشخصية تشكل عامل ضغط إضافي يؤثر على التوازن النفسي للممرض. وكل هذه العوامل مجتمعة قد تؤدي إلى ظهور تدريجي لظاهرة الاحتراق النفسي، التي لا تؤثر فقط على الفرد، بل تمتد آثارها إلى جودة الرعاية الصحية المقدمة وسلامة المرضى.

من أهم المتغيرات النفسية التي تلعب دورًا (Self-Esteem) ومن جهة أخرى، يُعد تقدير الذات محورًا في تحديد كيفية تفاعل الفرد مع الضغوط المهنية. ويُقصد بتقدير الذات التقييم العام الذي يكوّنه الفرد عن نفسه، والذي يعكس مدى شعوره بالقيمة والكفاءة والاستحقاق. فالفرد الذي يتمتع بتقدير ذات مرتفع يكون عادة أكثر ثقة بنفسه، وأكثر قدرة على مواجهة التحديات، وأكثر مرونة في التعامل مع الضغوط النفسية والمهنية، كما يمتلك نظرة إيجابية لذاته وقدراته.

في المقابل، فإن انخفاض تقدير الذات يرتبط غالبًا بمشاعر النقص، وعدم الثقة بالنفس، والخوف من الفشل، والتردد في اتخاذ القرارات، إضافة إلى الحساسية المفرطة تجاه النقد. وفي المجال التمريضي، قد يؤدي ضعف تقدير الذات إلى شعور الممرض بأنه غير كفء أو غير معترف به مهنيًا، مما يزيد من الضغوط النفسية التي يتعرض لها، ويضعف قدرته على التكيف مع متطلبات العمل، وبالتالي يرفع من احتمالية التعرض للاحتراق النفسي.

ومن هذا المنطلق، يمكن اعتبار تقدير الذات بمثابة عامل وقائي نفسي يساعد الفرد على مواجهة الضغوط المهنية بشكل أفضل، حيث يساهم في تعزيز الصلابة النفسية، وتحسين القدرة على التكيف، وزيادة الإحساس بالتحكم في المواقف الصعبة. بينما قد يشكل انخفاض تقدير الذات عامل خطر يزيد من هشاشة الفرد أمام الضغوط، ويجعله أكثر عرضة للإرهاك النفسي والانفعالي.

وانطلاقًا من ذلك، تبرز أهمية دراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، باعتبارها علاقة ذات بعد نفسي ومهني مهم، تجمع بين متغيرين يؤثران بشكل مباشر على جودة الأداء المهني والصحة النفسية للعاملين في القطاع الصحي. ففهم هذه العلاقة يسمح بالكشف عن العوامل النفسية التي تجعل بعض الممرضين أكثر قدرة على التكيف والصمود أمام الضغوط، في حين يصبح آخرون أكثر عرضة للانهاك النفسي.

كما أن هذه الدراسة تسعى إلى تحليل مستوى كل من الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، والكشف عن طبيعة العلاقة بينهما، سواء كانت علاقة ارتباطية سلبية أو إيجابية، وذلك من أجل بناء فهم علمي دقيق لهذه الظاهرة في السياق المهني الصحي. كما تساهم في تسليط الضوء على أهمية العامل النفسي داخل بيئة العمل، الذي غالبًا ما يتم إهماله مقارنة بالجوانب التقنية والتنظيمية.

وتكمن أهمية هذه الدراسة أيضًا في بعدها التطبيقي، حيث يمكن أن تساهم نتائجها في توجيه المؤسسات الصحية نحو تبني استراتيجيات فعالة تهدف إلى تحسين ظروف العمل، وتقليل الضغوط المهنية، وتعزيز الصحة النفسية للعاملين. كما يمكن أن تساعد في تصميم برامج دعم نفسي وتكويني تستهدف تنمية تقدير الذات لدى الممرضين، بما يساهم في الحد من آثار الاحتراق النفسي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

كما تمثل هذه الدراسة إضافة علمية مهمة إلى الأدبيات النفسية العربية، خاصة في مجال علم النفس الصحي، حيث لا يزال موضوع الاحتراق النفسي في البيئة المحلية بحاجة إلى مزيد من البحث والتعمق، نظرًا لاختلاف السياقات الثقافية والتنظيمية والاجتماعية التي قد تؤثر على طبيعة الظاهرة وشدها. ومن ثم، فإن دراسة هذا الموضوع في السياق المحلي تُعد خطوة أساسية نحو فهم أفضل لواقع الممرضين النفسي والمهني، والمساهمة في تطوير المنظومة الصحية من خلال الاهتمام بالعنصر البشري باعتباره الركيزة الأساسية لأي نظام صحي ناجح.

الجانب النظري
الفصل الاول الإطار المنهجي والمفاهيمي

-إشكالية الدراسة-

تُعد مهنة التمريض من المهن الصحية الأساسية التي تقوم على تقديم الرعاية الصحية المباشرة للمرضى، وتحمل مكانة محورية مهمة داخل المنظومة الصحية، باعتبار أن الممرض يمثل حلقة الوصل الدائمة والاساسية بين المريض وبقية أعضاء الفريق العلاجي. وتتطلب هذه المهنة مستوى عاليًا من الالتزام المهني، والدقة في الأداء، والقدرة على تحمل المسؤولية، إضافة إلى التكيف النفسي والانفعالي مع مختلف الحالات المرضية والإنسانية والصبر. فالممرض له عدة أدوار ومهام بين الرعاية الطبية والجانب الإنساني حيث ان الممرض يقدم الطمأنة والدعم النفسي للمرضى ومرافقيه مما يجعل عمله عمل انساني نبيل معقد نوعا ما.

غير أن طبيعة هذه المهنة، وما يرافقها من ضغوطات العمل، وكثرة المسؤوليات، وطول ساعات المناوبة، ونقص الإمكانيات أحياناً، والتعامل المستمر مع الألم والمعاناة والوفاة، تعتبر وسائل ضغط تجعل الممرضين عرضة لمستويات مرتفعة من الإرهاق العاطفي والتوتر والضغط النفسي.

كما أن العمل في الأقسام الاستعجالية واقسام الحالات الحرجة مثل اللانعاش والامراض المزمنة واقسام حفظ الجثث يزيد من حدة العبء النفسي والهشاشة النفسية التي يتحملها الممرض يومي وهذا ما يؤدي الى تراكم هذه الضغوط مع مرور الوقت إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسدية للعامل، خاصة إذا غابت أساليب الدعم النفسي والتقدير المهني.

ومع استمرار هذه الضغوط المهنية لفترات طويلة، قد يجد الممرض نفسه في حالة من الإنهاك النفسي والانفعالي، فينتج عنه ضعف في الأداء وفقدان الحافز، وتبدل المشاعر تجاه المرضى، والشعور بالإرهاق الدائم، وتراجع الإحساس بالكفاءة والإنجاز المهني، وهي الأعراض التي تُعرف بظاهرة الاحتراق النفسي.

ويُعد الاحتراق النفسي من المشكلات النفسية المهنية المعاصرة التي أصبحت تحظى باهتمام واسع، لما لها من آثار سلبية متعددة على الوسط الطبي ككل من ناحية القدرة على أداء المهام ومن الجانب النفسي ومن جانب جودة الرعاية الصحية والتعامل مع المرضى .

وتكمن خطورة هذه الظاهرة في تأثيرها السلبي ليس فقط على الصحة النفسية والجسدية للممرض، بل كذلك على جودة الخدمات الصحية المقدمة، وعلى العلاقة العلاجية بين الممرض والمريض، وعلى فعالية المؤسسة الصحية بصفة عامة. فالممرض الذي يعاني من الاحتراق النفسي قد يصبح أقل صبرًا، وأضعف تركيزًا، وأقل قدرة على التواصل الإيجابي، مما قد ينعكس على مستوى الرعاية الصحية وسلامة المرضى. كما قد يؤدي ذلك إلى زيادة الغيابات المهنية، وانخفاض الرضا الوظيفي، والرغبة في ترك المهنة.

ورغم الأهمية البالغة التي تحظى بها فئة الممرضين داخل المنظومة الصحية، إلا أن الاهتمام بالجوانب النفسية والمهنية التي يعانون منها، خاصة ما تعلق بظاهرة الاحتراق النفسي، لا يزال غير كافٍ وغير مدروس في كثير من المؤسسات الصحية. إذ يتركز الاهتمام غالبًا على الجوانب التقنية والتنظيمية، بينما يتم إهمال الجوانب النفسية التي تؤثر بشكل مباشر في كفاءة العاملين واستقرارهم المهني. وهذا ما يدعو بالقيام ب إجراء دراسات علمية معمقة للكشف عن طبيعة هذه الظاهرة ومستوياتها، والعوامل المرتبطة بها.

ومن بين العوامل النفسية التي يمكن أن ترتبط بالاحتراق النفسي، يظهر عامل تقدير الذات باعتباره أحد المتغيرات الأساسية في شخصية الفرد. فالممرض الذي يتمتع بتقدير ذات مرتفع يكون غالبًا أكثر ثقة بقدراته، وأكثر قدرة على مواجهة الصعوبات المهنية، وأفضل تكيّفًا مع ضغوط العمل. في المقابل، قد يؤدي تدني تقدير الذات إلى الشعور بالعجز وعدم الكفاءة وفقدان الثقة بالنفس، مما يزيد من حدة

الإصابة بالاحترق النفسي. ومن هنا تبرز أهمية دراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، لفهم ما إذا كان تقدير الذات يمثل عامل وقاية نفسي، أو عاملاً مهيج في تفاقم المشكلة. كما أن تزايد متطلبات العمل داخل المؤسسات الاستشفائية، وتنامي التحديات المرتبطة بنقص الموارد البشرية، والضغط المستمر الناتج عن ارتفاع عدد المرضى، يفرض ضرورة البحث في العوامل النفسية والمهنية التي قد تسهم في ظهور الاحتراق النفسي لدى الممرضين. فالكشف عن هذه العوامل يسمح بوضع برامج تدخل وقائية وعلاجية تستهدف تحسين الصحة النفسية للممرضين، ورفع جودة الأداء المهني.

وانطلاقاً من ذلك، تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول محاولة الإجابة عن التساؤل الرئيسي الآتي

- ما مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين؟ وما مدى تأثير طبيعة العمل التمريضي في ظهور هذه الظاهرة؟ وما طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي لدى الممرضين وتقدير الذات، وما العوامل التي قد تؤثر في هذه العلاقة داخل السياق المهني التمريضي؟

وتتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية، تتمثل فيما يلي

هل يؤدي انخفاض تقدير الذات إلى ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين؟

هل يسهم تعزيز تقدير الذات في الوقاية من الاحتراق النفسي والتخفيف من آثاره؟

هل توجد فروق في مستوى الاحتراق النفسي تعزى إلى الجنس أو السن أو سنوات الخبرة المهنية؟

هل تؤثر طبيعة القسم الذي يعمل فيه الممرض في مستوى الاحتراق النفسي؟

هل توجد عوامل وسيطة، مثل الدعم الاجتماعي أو المناخ التنظيمي أو الخبرة المهنية، تؤثر في العلاقة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات؟

ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين أبعاد الاحتراق النفسي المختلفة ومستوى تقدير الذات؟

ومن خلال هذه الإشكالية، تسعى الدراسة الحالية إلى الإسهام في فهم أعمق لواقع الممرضين النفسي والمهني، والكشف عن أهم المتغيرات المرتبطة بالاحتراق النفسي، بما يساعد على اقتراح حلول عملية تدعم هذه الفئة المهنية الحيوية، وتحسن من ظروف عملها وصحتها النفسية، بما ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

2- فرضيات الدراسة

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي لدى الممرضين وتقدير الذات.

الفرضيات:

- مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين مرتفع.
- مستوى تقدير الذات لدى الممرضين منخفض.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، بحيث كلما ارتفع تقدير الذات انخفض الاحتراق النفسي، وكلما انخفض تقدير الذات ارتفع مستوى الاحتراق النفسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد تبعا لمتغير (الجنس، السن، الخبرة، القسم، نظام العمل).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد تبعا لمتغير (الجنس، السن، الخبرة، القسم، نظام العمل).

3- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف العلمية والبحثية، تتمثل فيما يلي:

- التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين
- الكشف عن درجة كل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي لدى الممرضين، والمتمثلة في الإجهاد الانفعالي، وتبليد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.
- تحديد مدى تأثير طبيعة العمل التمريضي في ظهور الاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- الكشف عن وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية، مثل الجنس، وسنوات الخبرة، ونظام العمل.
- الإسهام في إثراء الرصيد العلمي في مجال علم النفس العيادي والصحة النفسية المهنية.
- تقديم معطيات علمية يمكن الاستفادة منها في إعداد برامج وقائية وتدخلات نفسية تهدف إلى الحد من ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين.

4- متغيرات الدراسة

- المتغير المستقل: تقدير الذات.
- المتغير التابع: الاحتراق النفسي.
- المتغيرات الوسيطة/المعدلة: الخبرة المهنية، الدعم الاجتماعي، ظروف العمل التنظيمية.

5- أهمية الدراسة:

- أكاديمية: إنتاج دراسات وابحاث حول موضوع الاحتراق النفسي في المجال الصحي.
- عملية: المساهمة في تطوير برامج دعم نفسي وتدريب مهني تستهدف تعزيز تقدير الذات والحد من آثار الاحتراق النفسي.
- اجتماعية: تحسين جودة الخدمات الصحية ورفع مستوى رضا المرضى من خلال دعم الممرضين نفسيًا ومهنيًا.

6- مفاهيم الدراسة:

1- مفهوم الاحتراق النفسي

في اللغة: يقصد بالاحتراق النفسي على انه عملية استنفاذ، ويستعمل للإشارة على فقدان الطاقة أو الحماس نتيجة ضغوط العمل المستمرة والدائمة التي يقوم بها الشخص في مجال عمله.

في الاصطلاح: قدم ماسلاش (Maslach) وعددا من زملاؤه تعريفا ينص على انه حالة نفسية متكونة من ثلاثة أبعاد: الإنهاك العاطفي، التبدل أو اللامبالاة، ونقص مستوى الاداء الشخصي، وتظهر نتيجة التعرض الشديد والمتزايد لضغوط العمل المنجز.

في الاجراء: في هذه الدراسة، يتم قياس الاحتراق النفسي عند الممرضين باستخدام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، حيث يتم تحديد درجاته حسب الأبعاد المذكورة اعلاه.

2- مفهوم تقدير الذات

في اللغة: يقصد بالتقدير علة انه الحكم أو التقييم، ويقصد بالذات على انها تقييم الفرد لنفسه.

في الاصطلاح: فسره روزنبرغ على أنه الحكم الكلي الذي يصدره الفرد على ذاته ونفسه حيث يتراوح بين الإحساس بالرضا أو الاحساس بالنقص وعدم الكفاءة والقدرة.

في الاجراء: يتم قياس تقدير الذات عند الممرضين باستعمال مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، حيث تُحدد الدرجة الكلية حسب استجابة وردود العينة المبحوثة على نقاط وبنود المقياس.

- مفهوم الممرض (Nurse)

في اللغة يعتبر الممرض الشخص الذي يتكفل ويتولى رعاية المرضى ومتابعة حالتهم الصحية.

في الاصطلاح: يعتبر عنصراً في الفريق الصحي والطبي حيث أنه يقوم بأعمال علاجية، وقائية، وتثقيفية، ويُعتبر حلقة الوصل بين الطبيب والمريض.

في الاجراء: يُقصد بالمرض كل شخص يزاول مهامه في مؤسسة صحية ويقوم بأعمال التمريض المباشر، وهو بمثابة الفئة المستهدفة من العينة.

- العلاقة بين المتغيرين

في اللغة: العلاقة تعني الارتباط أو الصلة بين شيئين.

في الاصطلاح: تمثل التفاعل النفسي بين ظاهرة الاحتراق النفسي وتقدير الذات، حيث أن انخفاض تقدير الذات يرفع ويزيد من احتمالية ظهور الاحتراق النفسي.

في الاجراء: تُدرس العلاقة من خلال التحليل الإحصائي للعلاقة بين درجات الممرضين في مقياس الاحتراق النفسي ومقياس تقدير الذات.

- نظرية ماسلاش للاحتراق النفسي

تعتبر هذه النظرية الأكثر شيوعاً بين النظريات المفسرة للاحتراق النفسي، حيث تبين أن الاحتراق النفسي هو عبارة عن رد فعل واستجابة نفسية للضغوط المزمنة، خاصة في الأعمال التي تقوم على تقديم الخدمات والرعاية لأشخاص آخرين، ومثال على ذلك مهنة التمريض. وتؤكد نظرية ماسلاش على أن تراكم

الضغوط المهنية وعدم توفر الدعم النفسي والتنظيمي يؤدي إلى استنزاف الطاقة النفسية للشخص، والامر الذي يكون له انعكاس سلبي على المجال المهني والصحة النفسية.

- النظرية المعرفية للضغوط النفسية (لازاروس)

تنطلق النظرية المعرفية من أن الاحتراق النفسي هو إدراك الفرد وتقييمه للضغوط المهنية. فحسب لازاروس، ان الاحتراق المهني للمرض ليس راجع لضغوط العمل فقط بل يعود الى طريقة ادراك الفرد لها بطريقة تقييمه لها فعندما يدرك الممرض ان متطلبات العمل تفوق قدرته النفسية فلا يستطيع التأقلم معها يكون اكثر عرضة للاحتراق المهني والجهد الاجهاد النفسي .

- نظرية التوافق بين الفرد والبيئة المهنية

تنص هذه النظرية على أن الاحتراق النفسي هو حوصلة عن عدم التوافق بين خصائص الفرد النفسية وقدراته من جهة، ومتطلبات بيئة العمل وظروفها من جانب اخر. فعندما يشعر الممرض بأن بيئة العمل لا تتوافق مع حاجاته النفسية، ولا تتيح له الدعم والتقدير الكافي، يحدث خلل في التوازن النفسي، مما يؤدي تدريجيًا إلى الشعور بالإحباط والإنهاك النفسي، ومن ثم يظهر الاحتراق النفسي.

- المقاربة السيكودينامية للاحتراق النفسي

تنظر المقاربة السيكودينامية إلى الاحتراق النفسي على أنه نتيجة من الصراعات النفسية الداخلية الغير واعية، التي تتعلق دواخل مهنية والسعي الى مساعدة الاخرين. ففي مهن القطاع الصحي، قد يؤدي التعلق العاطفي الزائد بالمرضى، إلى جانب الكبت المستمر للمشاعر السلبية كالحزن والغضب، إلى استنزاف الطاقة النفسية للفرد، مما ينعكس في شكل أعراض احتراق نفسي.

7- الدراسات السابقة

- دراسات عامة حول الاحتراق النفسي في التمريض

JAMA Network Open (2024)

- مراجعة منهجية أوضحت أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين يرتبط بانخفاض جودة الرعاية، رضا المرضى، وزيادة الأخطاء الطبية. كما أبرزت أن الضغوط التنظيمية مثل عبء العمل ونقص الموارد هي عوامل رئيسية.

BMC Nursing (2025)

- مراجعة شاملة بينت أن معدل انتشار الاحتراق النفسي عالميًا يتراوح بين 11% و56%، وأن العوامل المساهمة تشمل ساعات العمل الطويلة، نقص الدعم الاجتماعي، والضغط المستمر.

-دراسات حول الصحة النفسية والعوامل الوسيطة

PubMed (2026)

- دراسة في وحدات العناية المركزة أوضحت أن الضغط النفسي المرتفع يؤدي إلى الاحتراق النفسي، وأن الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy) تلعب دورًا وسيطًا في تخفيف العلاقة بين الضغط والاحتراق، مما يشير إلى أهمية تقدير الذات كعامل وقائي.

- بحث حول المرونة النفسية أظهر أن تعزيز المرونة وتقدير الذات يقلل من مستويات الاحتراق النفسي ويحسن الصحة النفسية لدى الممرضين.
- 3.دراسات تربط مباشرة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات
- معظم الدراسات بين 2020-2026 أكدت أن العلاقة بين المتغيرين سلبية؛ أي أن انخفاض تقدير الذات يزيد من احتمالية الاحتراق النفسي.
- بعض الأبحاث أشارت إلى أن هذه العلاقة ليست خطية دائمًا، بل تتأثر بعوامل وسيطة مثل الخبرة المهنية،

-دراسة (موساوي بن حمدي، 2018)

ركزت هذه الدراسة على قياس مستوى الاحتراق النفسي وعلاقته بأبعاد الصحة النفسية لدى الأطباء العاملين في بعض المستشفيات الجزائرية. تكونت العينة من (65) طبيبًا وطبيبة، واستخدمت الباحثان أداتين رئيسيتين: مقياس الاحتراق النفسي لماسلاك، ومقياس تم إعداده خصيصًا لتقييم الصحة النفسية أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي وتأثيره على مختلف أبعاد الصحة النفسية، حيث أظهرت البيانات أن الأطباء ذوي الخبرة الأقل يعانون أكثر من الاحتراق النفسي مقارنة بزملائهم الأكثر خبرة. كما تبين أن هناك علاقة بين ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي وتدني بعض مؤشرات الصحة النفسية، مما يؤكد أهمية اتخاذ استراتيجيات للتقليل من الضغوط المهنية وتحسين رفاهية الأطباء النفسية.

-دراسة (عبدي، 2014)

اهتمت هذه الدراسة بدراسة مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات مدينة عين البيضاء بالجزائر. تكونت العينة من (320) ممرضًا وممرضة، واستخدم الباحث مقياس ماسلاك لقياس الاحتراق النفسي.

أظهرت النتائج أن مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين كانت مرتفعة نسبيًا، مع وجود فروق تتعلق ببعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية. كما أبرزت الدراسة أن بعض الممرضين أكثر عرضة للإجهاد النفسي والاحتراق بسبب طبيعة العمل، ضغط المهام اليومية، وطول ساعات العمل، مما يؤثر سلبيًا على الأداء المهني وجودة الرعاية المقدمة للمرضى. وأكدت الدراسة على أهمية التدخلات الوقائية والدعم المهني لتقليل مستويات الاحتراق النفسي بين طاقم التمريض.

-دراسة (عبد الكريم مأمون ويوعافية نبيلة، 2013)

ركزت هذه الدراسة على تقييم الاحتراق النفسي وجودة الحياة لدى العاملين في المناوبة الليلية بمصلحة الاستعجال الطبية. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي وكيف يؤثر على جودة حياة الممرضين والممرضات العاملين في المناوبة الليلية، وذلك نظرًا للطبيعة المجهدة لهذه الخدمة. تكونت عينة الدراسة من (101) ممرضًا وممرضة، واستخدم الباحثان مقياس ماسلاك لقياس الاحتراق النفسي، إضافة إلى أدوات لتقييم جودة الحياة المهنية والشخصية. وأظهرت النتائج أن العاملين في المناوبة الليلية يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي، مما يؤثر سلبيًا على شعورهم بجودة الحياة، خاصة في الجوانب النفسية والجسدية. كما أكدت الدراسة أن وجود ضغوط العمل المستمرة

وطبيعة المناوبات الليلية يعزز من احتمالية تعرض الممرضين للاحتراق النفسي، مشيرة إلى أهمية التدخلات الوقائية والدعم المهني لتحسين رفاهيتهم.

- دراسة (Guerses, 2005)

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين عبء العمل، جودة بيئة العمل، وأثرها على جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة في أقسام العناية المركزة. أجريت الدراسة بطريقة مستعرضة على عينة مكونة من (300) ممرض وممرضة موزعين على 17 قسم عناية مركزة في سبعة مستشفيات

أظهرت النتائج أن التركيز على إعادة تصميم وتنظيم وحدات العناية المركزة يسهم بشكل كبير في تقليل عبء العمل التمريضي وتحسين إدراك الممرضين والممرضات لجودة بيئة العمل. كما أكدت الدراسة أن تحسين بيئة العمل يؤدي إلى رفع جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى، مما يعكس أهمية التنظيم المهني والهيكلية داخل الأقسام الحرجة في الحد من الإجهاد والاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض

مناقشة الدراسات السابقة

دراسة تؤكد دراسة (JAMA Network Open (2024 أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين ليس مجرد مشكلة فردية، بل هو ظاهرة مؤسسية تؤثر على النظام الصحي ككل. ومع ذلك، فإن تقدير الذات يظهر كعامل نفسي مهم يمكن أن يُخفف من حدة هذه الظاهرة، مما يجعل العلاقة بينهما جديرة بالبحث العيادي والتطبيقي.

دراسة (BMC Nursing (2025 تؤكد أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين ظاهرة واسعة الانتشار عالميًا، وأن تقدير الذات يظهر كعامل نفسي مهم يُخفف من حدة هذه الظاهرة. لكنها شددت على أن التدخلات

الفردية وحدها غير كافية، وأن الحل يتطلب معالجة الضغوط التنظيمية بالتوازي مع دعم الممرضين نفسيًا ومهنيًا.

دراسة (2026) PubMed تؤكد أن الضغط النفسي المرتفع يؤدي إلى الاحتراق النفسي، لكن الكفاءة الذاتية (وتقدير الذات ضمنيًا) تُعد عاملاً وسيطًا مهمًا يُخفف من هذه العلاقة. هذا يفتح المجال أمام تدخلات عملية تستهدف تعزيز تقدير الذات كوسيلة وقائية ضد الاحتراق النفسي لدى الممرضين

دراسة (2023) MDPI تؤكد أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين يمكن الحد منه عبر تعزيز المرونة النفسية وتقدير الذات، وأن الجمع بينهما يُشكل استراتيجية فعالة للتكيف مع الضغوط المهنية. هذا يجعلها دراسة تطبيقية مهمة تدعم فكرة أن التدخلات النفسية يجب أن تكون شاملة، تستهدف الفرد والمؤسسة في آن واحد.

وأظهرت دراسة موساوي بن حمدي (2018) أن الأطباء ذوي الخبرة الأقل أكثر عرضة للاحتراق النفسي، مع تأثير سلبي على الصحة النفسية، بينما أكدت دراسة عبيدي (2014) ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي بين الممرضين بسبب ضغط العمل وطول ساعات الخدمة، ما يؤثر على جودة الرعاية. كذلك، بينت دراسة عبد الكريم مأمون وبوعافية نبيلة (2013) أن المناوبات الليلية تزيد من احتمالية الاحتراق النفسي وتؤثر على جودة الحياة الجسدية والنفسية للعاملين.

-من جهة أخرى، تظهر الدراسات المحلية، مثل بن زكري (2018) والغريبي (2020)، أهمية السياق الجزائري، حيث تسلط الضوء على واقع الممرضين في المستشفيات الوطنية، وتبين أن غياب برامج الدعم النفسي والتنظيمي يزيد من احتمالية التعرض للاحتراق النفسي، كما يؤثر على جودة الأداء المهني.

ورغم أهمية هذه الدراسات، إلا أن هناك عدة ثغرات تبرز الحاجة إلى الدراسة الحالية

-معظم الدراسات ركزت على الممرضين في الأقسام الحرجة أو المحددة، بينما يندر الاهتمام بالدراسة

الشاملة لكل أقسام المستشفى

-قليل من الدراسات المحلية استخدم مقاييس قياس معتمدة للبعد النفسي للاحتراق، مما يجعل المقارنة

بين النتائج محدودة.

-هناك نقص في ربط الاحتراق النفسي بالعوامل الديموغرافية والمهنية بطريقة تحليلية شاملة، مثل

سنوات الخبرة، الجنس، وطبيعة العمل، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى سد هذه الفجوة

-معظم الدراسات ركزت على وصف الظاهرة دون تقديم توصيات عملية واضحة للحد من آثارها، وهو ما

تحاول الدراسة الحالية تعزيره من خلال تقديم مقترحات عملية مبنية على النتائج

بناءً على ما سبق، فإن الدراسة الحالية تكتسب أهميتها من كونها تسعى إلى قياس مستوى الاحتراق النفسي

لدى الممرضين على نطاق واسع يشمل مختلف الأقسام والمستويات المهنية.

تحليل العلاقة بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية المهمة

تقديم توصيات عملية للحد من الاحتراق النفسي وتحسين الأداء المهني وجودة الرعاية الصحية

ملخص الفصل الأول

نص هذا الفصل في دراسة ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين من منظور علم النفس العيادي، من خلال الإطار المفاهيمي والمنهجي والمرجعي. حيث وضح فيه من خلال إشكالية الدراسة المرتبطة بالضغوط النفسية والمهنية التي يتعرض لها الممرضون في القطاع الصحي، ومدى تأثير هذه الضغوط على الصحة النفسية وجودة الرعاية الصحية.

كما تم تحديد فرضيات الدراسة، والتي تركزت على قياس مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين وبعض الفروق بين الجنس والعمر والاقسام.....

بالإضافة إلى تحليل العلاقة بين هذه الظاهرة وبعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية، مثل سنوات الخبرة وطبيعة العمل والجنس.

وتمت صياغة أهداف الدراسة، التي هدفت إلى التعرف على مدى مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين، وفهم أبعاده المختلفة، والكشف عن العوامل المؤثرة فيه، مع تقديم معطيات علمية تساعد في إعداد برامج وقائية وتحسين جودة الأداء المهني.

فيما يخص المتغيرات، يُعتبر تقدير الذات المتغير المستقل الذي يعكس تقييم الممرض لذاته وكفاءته، بينما يُمثل الاحتراق النفسي المتغير التابع الذي يظهر كنتيجة للضغوط المهنية المستمرة، مع وجود متغيرات وسيطة مثل الخبرة والدعم الاجتماعي وظروف العمل

أما المفاهيم الأساسية فقد شملت تعريف الاحتراق النفسي والممرض والعمل التمريضي من النواحي اللغوية، الاصطلاحية، والإجرائية، بما يعكس إطار الدراسة النظري.

وقد استعرض الفصل المقاربات السيكولوجية للاحتراق النفسي، من خلال أهم النظريات العلمية، مثل نظرية ماسلاش، النظرية المعرفية للضغوط النفسية، نظرية التوافق بين الفرد وبيئة العمل، والمقاربة السيكودينامية، مع التركيز على تفسير أبعاد الاحتراق النفسي وعوامل ظهوره.

ومنه نجد ان أهمية الدراسة تتمثل في إثراء الأدبيات النفسية العربية، وتقديم حلول عملية لتعزيز الصحة النفسية للمرضين، مما ينعكس إيجابًا على جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى.

كما تناول الفصل الدراسات السابقة على المستوى الدولي والمحلي، حيث أظهرت الدراسات ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي لدى المرضى، مع وجود عوامل مهنية وديموغرافية تؤثر في شدته. وتمت مناقشة الدراسات السابقة بشكل نقدي لتحديد الثغرات البحثية، والتي شملت محدودية الدراسات المحلية الشاملة، وقلة تحليل العلاقة بين الاحتراق النفسي والمتغيرات المهنية والديموغرافية، وغياب توصيات عملية واضحة.

في الختام، أكد الفصل على أهمية دراسة الاحتراق النفسي لدى المرضى، وعلى ضرورة إجراء بحث علمي شامل يساهم في فهم أبعاد الظاهرة، وتقديم معطيات علمية وعملية للحد من آثارها السلبية على المرضى والمؤسسات الصحية.

الفصل الثاني: الاحتراق النفسي

تمهيد

الاحتراق النفسي هو حالة من التعب والإرهاك العاطفي والجسدي الناتج عن ضغوطات العمل المستمرة أو الظروف الصعبة التي يواجهها الأفراد، سواء في بيئة العمل أو في الحياة اليومية. يظهر الاحتراق النفسي بشكل خاص لدى الأشخاص الذين يعملون في مجالات تتطلب مستويات عالية من العناية والرعاية، مثل العاملين في قطاع الصحة. ويهدف هذا الفصل الى تقديم إطار نظري حول الاحتراق النفسي لدى الممرضين.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول تسليط الضوء على التعاريف المتعلقة بالاحتراق النفسي ومعرفة اعراضه وأسبابه التي تؤدي إلى حدوثه وهناك مجموعة من الأبعاد المنتظمة التي من شأنها أن تصل إلى مستوى من الاحتراق النفسي بالإضافة إلى النماذج مفسرة ومراحل ومستوياته وأبرز المقاييس المعتمدة في قياسه الى جانب الآثار السلبية المترتبة عنه.

1- تعريف الاحتراق النفسي

أ_ لغة:

بمعنى أن تقول احترق، احترقا أي بمعنى أن الشيء هلك.

ب_ اصطلاحا:

الإرهاك النفسي الناتج عن بذل المجهود غير الفعال لمواجهة متطلبات التدريب أو المنافسة الشاقة ويتضمن الاحتراق الانسحاب النفسي الانفعالي، وأحيانا البدني من النشاط استجابة للمضغوط الزائدة أو عدم الرضا (بوخالفة، بن الشيخ، 2018.ص63)

وتعرف ماسلاش (Maslash) الإحتراق النفسي بأنه عبارة عن فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل حيث يحس الفرد بالإرهاق والإستشراق العاطفي اللذين يجعلان هذا الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز ويفقد بذلك تعاطفه مع الآخرين، كما أنه خبرة إنفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كإستنزاف الجهد على المستوى البدني والإنفعالي والمعرفي (بييرير، قبرع، 2022.ص491)

يعرف الباحثون الإرهاق بأنه يشمل ثلاثة أبعاد رئيسية. وأوضح بطينش والصغير (2012) أن الاحتراق النفسي هو "متلازمة نفسية" تتمثل في تبدد الشخصية والإرهاق العاطفي وعدم الإنجاز الشخصي الذي قد يحدث بين الأفراد الذين تتطلب وظائفهم العمل المتكرر مع الآخرين. يشير الإرهاق العاطفي إلى حالة "الامتداد والاستنزاف العاطفي". الإرهاق هو متلازمة الإرهاق العاطفي، حيث أن الأشخاص الذين يعملون باستمرار مع أشخاص آخرين قد يعانون من ضغوط طويلة الأمد تؤدي إلى استنزاف (Aldhafri,2016.p106).

يعد فروينبرجر freudnberger أول من استخدم مصطلح الاحتراق النفسي في أوائل السبعينات للإشارة إلى الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية، الذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة واليت تخص مساعدة الآخرين والاحتراق النفسي عبارة عن ظاهرة إرهاق مستمر، فالإرهاق المؤقت يكون نتيجة بذل جهد مكثف حيث يشعر بعدم الراحة في كل وقت (توفيق، 2021.ص143)

عرفه بيرلمان وهارتمان Perlman & Hartman نقلا عن هايس (2006) Hayes, تعاريف متعددة ويلاحظ أنها اشتملت على الأعراض التالية:

1_ الانهك وال فشل والارهاق، ونقص المقدرة على الابداع.

2_ عدم الجدية في العمل.

3_ الانطوائية والعزلة عن المستفيدين وزملاء العمل. الاحساس بالتوتر والضغوطات النفسية.

4_ عدم تقدير ذواتهم أو ذوات غيرهم، ويكون ذلك مصحوباً بأعراض جسدية ونفسية غير مريحة (السوالمه وآخرون، 2021.ص 330)

ويعتبر الاحتراق رد فعل وجداني على الضغوط المستمرة التي يواجهها الشخص في بيئة العمل، حيث ينظر الكثير من الباحثين إلى الاحتراق على أنه اضطراب نفسي، حيث يؤدي التعرض للضغوط المستمرة إلى الاستنزاف التدريجي لمواد الطاقة الداخلية لدى الشخص مما يؤدي إلى حدوث الإنهاك الوجداني والتعب البدني والإرهاق المعرفي (البقي، 2021.ص 56)

- لقد أصبح مفهوم الاحتراق النفسي مصطلحاً واسع الانتشار، وسمة من سمات المجتمع المعاصر. ويعتبر هاربرت فريد نبرجر Herbert Fredenberger أول من استخدم هذا المصطلح في أوائل السبعينات للإشارة إلى الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية، حيث لاحظ الطبيب والمحلل النفسي الأمريكي في عام 1974 أن الشباب المطوعين في مركز مدمني المخدرات الذي كان يسيره يفقدون حماسهم بعد عام من العمل ويظهرون أعراض جسدية مثل الصداع واضطرابات الأمعاء والأرق، التعب والإرهاق . ومن ناحية أخرى ردود فعل عاطفية مثل التهيج الغضب وعرفه على أنه "حالة من الإنهاك تحصل نتيجة للأعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة الملقة على الأفراد على حساب طاقتهم وقوتهم (حمادة، بن صغير، 2023.ص 426)

- وأوضحت كريستينا ماسلاش أن الاحتراق النفسي يشير إلى فقدان الاهتمام بالأفراد الموجودين في محيط العمل، حيث يشعر الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفي، مما يجعله يفقد الإحساس بالإنجاز، ويتراجع تعاطفه نحو الآخرين. كما يعد الاحتراق النفسي خبرة انفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية

- مزمنة من استنزاف الجهد على المستويات البدنية والانفعالية والمعرفية. (طايبي، 2013ص15)

3 - أعراض الاحتراق النفسي

- أعراض سلوكية: وهي مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية مثل الشكوى من العمل والبطء في الأداء وعدم الرضى والإنجاز المتدني والتغيب المستمر عن العمل وترك المهنة والانسحاب من حياة الأشخاص الذين يتعامل معهم
- أعراض مزاجية: وهي الأعراض التي تغلب على الحالة المزاجية للفرد
- أعراض فسيولوجية: وهي الأعراض التي تظهر على شكل أمراض جسمية مرضية مثل: ارتفاع ضغط الدم والألم في الظهر والانهك الشديد بحيث يفقد الفرد حماسه ونشاطه وقد يتحول الشعور بالإنهك إلى مرض حقيقي بالإضافة إلى صداع شديد ومستمر وضعف عام في الجسم.
- أعراض معرفية إدراكية:
عدم القدرة على التركيز والمزاج الساخر والقبولبة أي تكرار النمط الواحد وتظهر هذه الأعراض على شكل تغير في نمط إدراك الفرد حيث يتحول الفرد من كونه شخص متساهل ومتفاهم إلى شخص عنيد ذو تفكير متصلب ومتشدد
- أعراض نفسية:
وهنا يميل الفرد إلى حالة من التغيرات في عواطفه وهذه التغيرات تكون سلبية ومزعجة وأكثرها حدة الشعور بالإحباط وتمتد هذه الأعراض من صدق العاطفة إلى الإرهاق العاطفي والاحساس بالعجز واليأس بالإضافة إلى الشعور بالخوف والقلق والاكتئاب والبلادة والانعزال والنسيان والتذمر (بكري رمضان 2023 ص 6)

4- أسباب الاحتراق النفسي

من بين العوامل التي تساهم في ظهور الاحتراق النفسي عوامل مرتبطة بمجموعة من الظروف المهنية والشخصية التي تؤثر على الفرد داخل بيئة العمل، ومن أبرز هذه الأسباب ما يلي:

1- الاستمرار في أداء العمل لساعات طويلة دون الحصول على قسط من راحة، مما يؤدي إلى الإرهاق البدني والنفسي.

2- غموض الأدوار المهنية وعدم وضوح المهام المطلوبة من الفرد داخل العمل.

3- فقدان الإحساس بالتحكم في نتائج العمل أو ضعف القدرة على التأثير في مخرجاته.

4- الإحساس بالعزلة داخل محيط العمل، إلى جانب ضعف العلاقات المهنية مع الزملاء.

5- تزايد حجم العمل وتعدد المهام الموكلة للفرد بشكل يفوق قدراته.

6- الشعور بالروتين والملل نتيجة تكرار نفس المهام بشكل يومي.

7- ضعف قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط المهنية المختلفة.

8- تأثير الخصائص الشخصية، التي تلعب دورًا مهمًا في مدى قابلية الفرد للإصابة بالاحتراق النفسي.

(طاهر النهاري .2022ص16)

5- أبعاد الاحتراق النفسي

▪ الإنهاك الانفعالي

يُعد الإنهاك الانفعالي من أبرز أبعاد الاحتراق النفسي، حيث يعتبره بعض الباحثين السمة الأساسية لهذه الظاهرة، كما يُنظر إليه على أنه المظهر الجوهري الذي يعكس استنزاف الفرد لموارده النفسية والانفعالية. ويشير هذا البعد إلى شعور الفرد بالإرهاق العاطفي الشديد نتيجة التفاعل المستمر مع الآخرين، خاصة في المهن التي تتطلب تقديم خدمات إنسانية.

كما يُعرف أيضًا بأنه حالة من التشبع الانفعالي وفقدان الطاقة النفسية بسبب الانخراط المكثف في علاقات العمل، مما يؤدي إلى استنزاف قدرات الفرد وعدم قدرته على الاستمرار بنفس الكفاءة وفي نفس السياق، يرى بعض الباحثين أن الفرد في هذه المرحلة يشعر بنفاد طاقته الانفعالية بشكل كامل، مما يدفعه إلى خلق نوع من التباعد أو المسافة بينه وبين الأشخاص الذين يتعامل معهم كآلية دفاعية للتقليل من الضغوط التي يواجهها

وعليه، يمكن القول إن الإنهاك الانفعالي يتمثل في الشعور بالإجهاد النفسي العميق الناتج عن متطلبات العمل، خاصة تلك التي تستلزم تفاعلًا مستمرًا مع الآخرين.

▪ تبدل الشعور

يشير تبدل الشعور إلى نمط من الاستجابات السلبية التي يتبناها الفرد تجاه الآخرين، خاصة في مهن تقديم الخدمات، حيث تتسم هذه الاستجابات بالقسوة واللامبالاة وانخفاض التعاطف. وقد عرفه ماسلاش

وجاكسون بأنه استجابة تتسم بعدم الإحساس والبرود تجاه الأشخاص الذين يتلقى منهم الفرد التفاعل المهني

كما يُعبر تبدل الشعور عن ميل الفرد إلى التعامل مع الآخرين بطريقة سطحية أو آلية، تصل أحياناً إلى معاملتهم كأشياء بدلاً من أشخاص.

ويرتبط هذا البعد أيضاً بتبني اتجاهات سلبية أو حيادية مفرطة ومنفصلة تجاه الآخرين، مما يؤدي إلى ضعف التفاعل الإنساني في بيئة العمل.

وفي نفس السياق، يرى بعض الباحثين أن تبدل الشعور يتضمن مشاعر سلبية وساخرة، إضافة إلى نوع من الاستقلالية المفرطة في التعامل مع الآخرين، وقد يصاحبه الإهمال وقلة الاحترام وتطور اتجاهات سلبية تجاههم.

كما قد يطور الأفراد في هذه المرحلة نظرة متشائمة تجاه الآخرين، ويصبحون أكثر ميلاً لتوقع الأسوأ منهم، مع فقدان الاهتمام بهم أو التعاطف معهم.

ورغم أن هذا التباعد قد يساعد في تقليل شدة التوتر والانفعال، إلا أن الإفراط فيه يؤدي إلى نتائج سلبية على العلاقات المهنية والأداء الوظيفي.

ويقصد بالعلاقة التباعدية تلك السلوكيات والاتجاهات التي يضع من خلالها الفرد مسافة نفسية بينه وبين الأشخاص الذين يتعامل معهم في العمل، كآلية دفاعية للتقليل من الضغط (مزياني،

2010ص152ص153ص154).

▪ نقص الإنجاز الشخصي

يُعد نقص الإنجاز الشخصي أحد الأبعاد الأساسية للاحتراق النفسي، ويعكس انخفاض شعور الفرد بكفاءته وقدرته على تحقيق أداء مهني ناجح. حيث عرفه ماسلاش وجاكسون بأنه تراجع إحساس الفرد بإنجازه وفعاليته في العمل، خاصة في المهن التي تتطلب التعامل مع الآخرين.

كما يشير هذا البعد إلى ميل الفرد لتقييم ذاته بشكل سلبي، مع الشعور بعدم الكفاءة وانخفاض تقدير الذات المهنية، وهو ما يؤدي إلى ضعف الدافعية للعمل.

ويرى بعض الباحثين أن نقص الإنجاز يتمثل في تراجع الإحساس بالإنتاجية والنجاح في العمل، مما يؤثر سلبًا على أداء الفرد واستمراره.

ويرتبط هذا الشعور غالبًا بطريقة تقييم الفرد لأدائه، خاصة في مهن المساعدة، حيث قد يطور صورة سلبية عن ذاته المهنية، ويشعر بعدم قدرته على تلبية متطلبات العمل أو تحقيق نتائج إيجابية، مما يؤدي إلى الإحساس بالإحباط والندم على اختياره المهني.

كما أظهرت دراسات العجز المكتسب أن تكرار الفشل في تحقيق نتائج إيجابية رغم بذل الجهد يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية مثل الضغط والاكتئاب، خاصة عندما يشعر الفرد أن عمله لا يحقق له قيمة حقيقية، مما يزيد من إحساسه بالإرهاق والعجز.

وعليه، فإن الاحتراق النفسي وفق تصور ماسلاش وجاكسون يتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الإنهاك الانفعالي، تبدل الشعور، ونقص الإنجاز الشخصي.

6- نماذج مفسرة للاحتراق النفسي

- نموذج شيرنس (Cherniss) للاحتراق النفسي

يُعد نموذج شيرنس من النماذج التي ركزت على تفسير الاحتراق النفسي من خلال التفاعل بين مجموعة من العوامل الشخصية والمهنية. حيث يرى أن الاحتراق النفسي لا ينتج عن عامل واحد، بل هو نتيجة تداخل عدة متغيرات، من بينها خصائص الفرد الديموغرافية مثل العمر والجنس، إضافة إلى سماته الشخصية واتجاهاته نحو مهنته.

كما يؤكد هذا النموذج على أهمية بيئة العمل، إذ تُعد خصائصها المختلفة من أبرز مصادر الضغوط المهنية، خاصة عندما تكون متطلبات العمل مرتفعة أو غير واضحة، أو في حال ضعف العلاقات المهنية مع الزملاء.

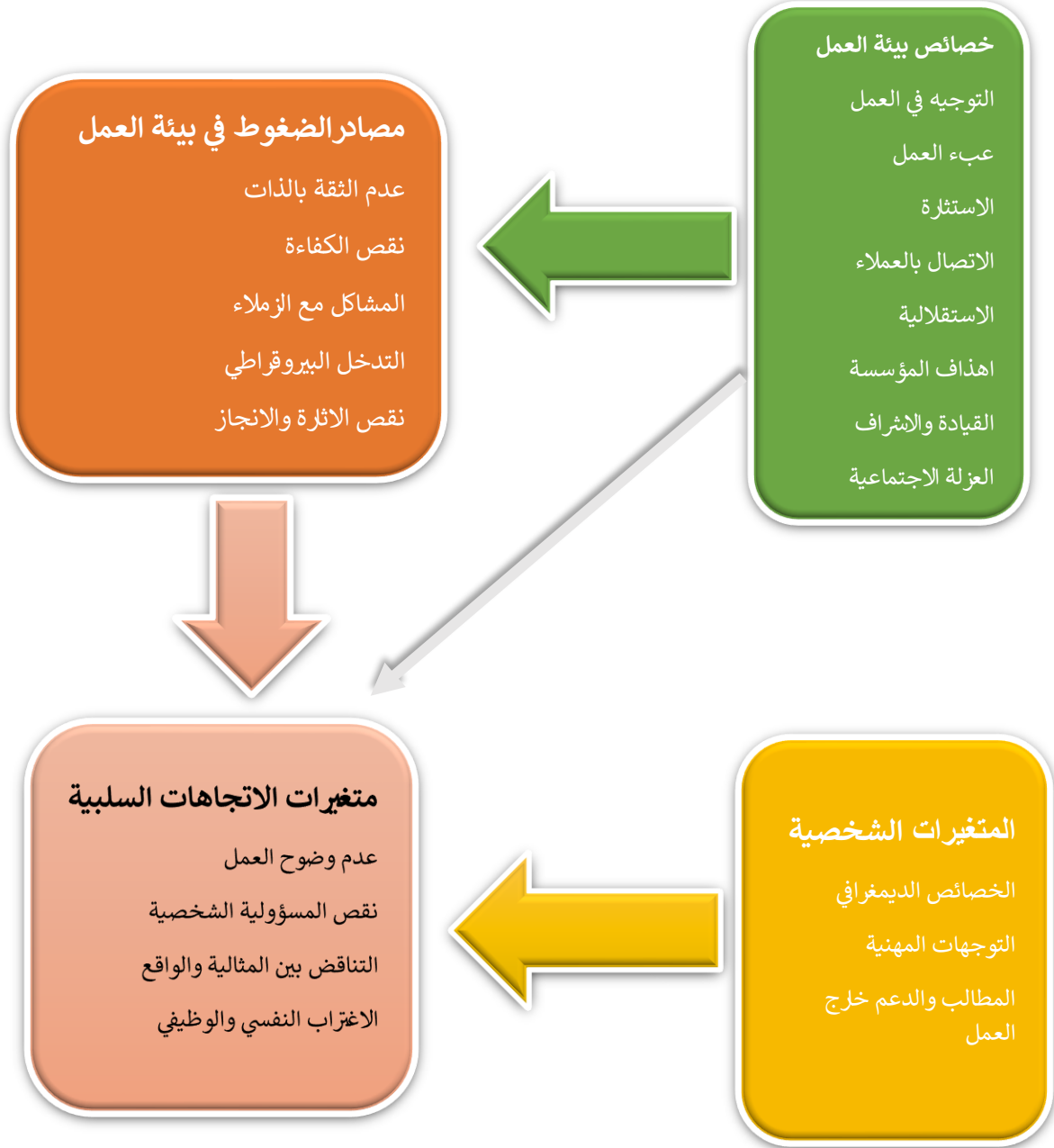
ويرى شيرنس أن قدرة الفرد على التكيف مع بيئة العمل تلعب دورًا حاسمًا، فإذا استطاع تحقيق نوع من التوافق مع ظروف العمل ومتطلباته، فإن ذلك يؤدي إلى نتائج إيجابية. أما في حالة فشل هذا التوافق، فإن الضغوط تتزايد، مما ينعكس سلبيًا على الحالة النفسية للفرد ويؤدي إلى ظهور مؤشرات الاحتراق النفسي.

كما يشير النموذج إلى أن ضعف الشعور بالكفاءة، وانخفاض الثقة بالنفس، ووجود تناقض بين توقعات الفرد وواقع العمل، كلها عوامل تسهم في زيادة الإحساس بالضغط المهني. إضافة إلى ذلك، فإن غموض الأهداف المهنية وقلة الإحساس بالمسؤولية قد يؤديان إلى تبني اتجاهات سلبية نحو العمل.

ويؤكد شيرنس أيضًا أن أساليب مواجهة الضغوط تلعب دورًا مهمًا، حيث إن استخدام استراتيجيات غير فعالة يزيد من حدة المشكلات المهنية، ويُسرّع من ظهور الاحتراق النفسي. وفي المقابل، فإن الأساليب الفعالة في التكيف تساعد على التخفيف من هذه الضغوط.

وبالتالي، يبرز هذا النموذج أن الاحتراق النفسي هو نتيجة تفاعل مستمر بين الفرد وبيئة عمله، خاصة في

ظل الضغوط المهنية وضعف التوافق النفسي والمهني (الشكل رقم 1)



الشكل رقم 01: يمثل نموذج شيرنس للاحتراق النفسي (الحاتمي. 2014. ص 16-17)

- نموذج لازاروس للتقدير المعرفي (Lazarus)

يركز نموذج لازاروس على الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في تفسير الضغوط النفسية، حيث يرى أن استجابة الفرد للمواقف الضاغطة لا تعتمد فقط على طبيعة هذه المواقف، بل على الكيفية التي يدركها ويفسرها بها.

فحسب هذا النموذج، فإن التفكير يمثل العنصر الأساسي الذي يسبق الانفعال، إذ إن الطريقة التي يقيم بها الفرد الموقف تؤثر بشكل مباشر في مشاعره واستجاباته الانفعالية. وبالتالي، فإن العلاقة بين الفرد وبيئته هي علاقة تفاعلية تقوم على الإدراك والتفسير الذهني للمواقف المختلفة.

كما يشير لازاروس إلى وجود عمليتين أساسيتين تتحكمان في استجابة الفرد للضغوط، وهما:

عملية التقدير المعرفي: حيث يقوم الفرد بتقييم الموقف وتحديد ما إذا كان يشكل تهديدًا أو تحديًا له.

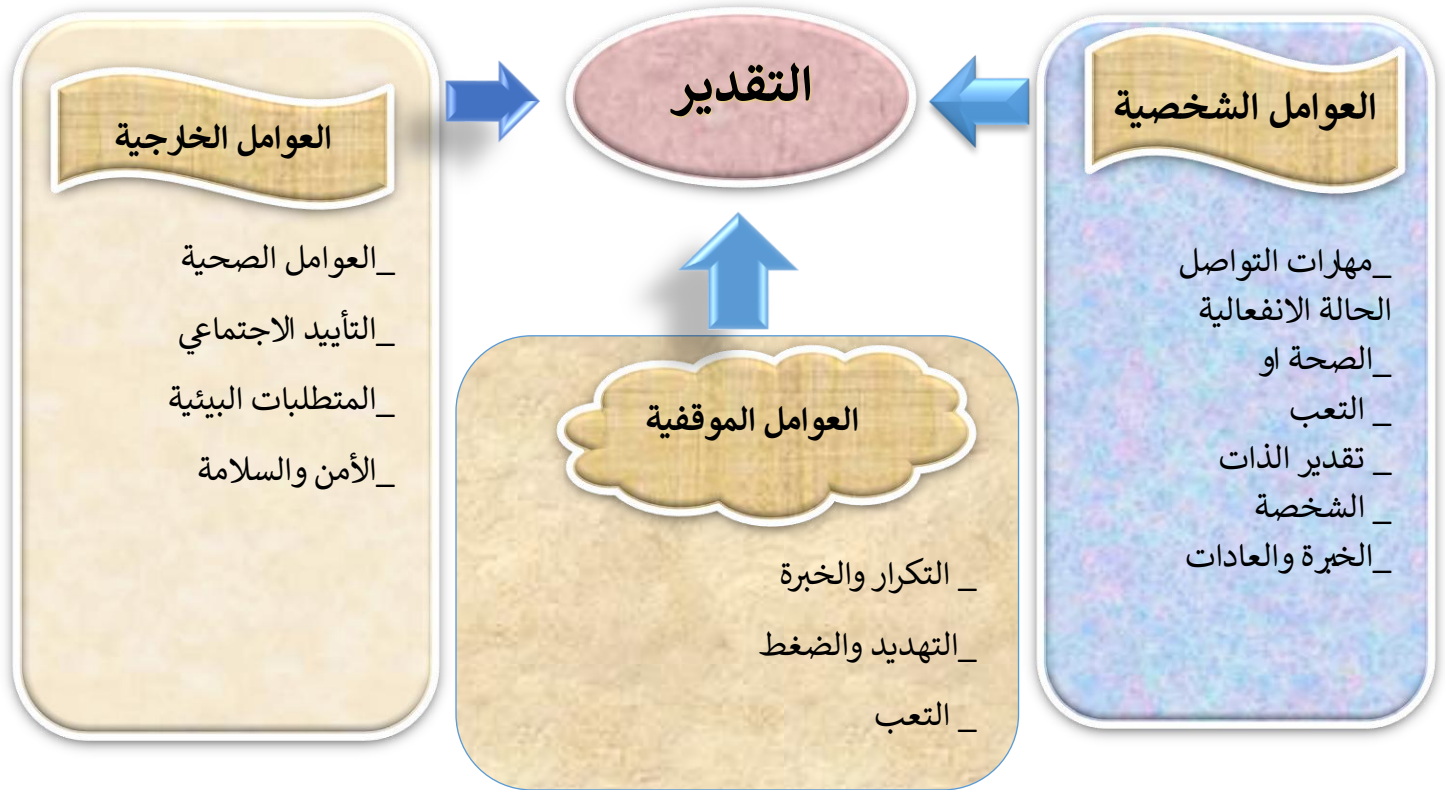
استراتيجيات المواجهة: والتي تتمثل في الأساليب التي يعتمدها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة والتقليل من آثارها.

وعليه، يوضح هذا النموذج أن الاحتراق النفسي يمكن تفسيره من خلال سلسلة من التقييمات المعرفية

التي يقوم بها الفرد، إلى جانب طرق المواجهة التي يعتمدها، حيث يؤدي التقدير السلبي للمواقف مع

ضعف استراتيجيات المواجهة إلى زيادة حدة الضغوط وبالتالي ظهور الاحتراق النفسي.

(Lazarus, 1981)



الشكل رقم 2

يمثل نظرية التقدير المعرفي للضغوط (2015مدوري)

- نموذج Pins وAronson

يركز هذا النموذج على الضغوط النفسية المتكررة وما تخلفه من آثار انفعالية تتطور مع الوقت. وفق Pines & Aronson فإن الاحتراق النفسي ليس مجرد إرهاق عابر؛ بل هو نتيجة تراكم الضغوط التي تقود إلى انخفاض معنويات الفرد، واليأس، وفقدان الهدف من العمل.

كما يشير النموذج إلى أنه في حال عدم قدرة الفرد على التحكم بالضغوط أو إعادة تنظيم طريقة تعامله معها، فإن ذلك يعزز من تطور الاحتراق النفسي، ويقلل من قدرة الفرد على مواجهة المشاكل المهنية

(Pines & Aronson, 198)

- نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية (Prez  et al, 1988)

يُعد نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية من النماذج المهمة في تفسير الاحتراق النفسي المهني، إذ يحاول تحديد مجموعة من المتغيرات التي تتنبأ بحدوث هذا الاحتراق بشكل فعال. يقوم النموذج على تقسيم هذه المتغيرات إلى مجموعتين رئيسيتين:

أولاً، المتغيرات البيئية، والتي تركز على جوانب التنظيم المهني وسياق العمل نفسه. وتتضمن هذه المجموعة خصائص تتعلق ببيئة العمل مثل الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمؤسسة، مدى قدرة الفرد على التحكم في المواقف المهنية، ومدى مشاركة العمال في عملية اتخاذ القرارات داخل بيئة العمل. كما يشمل هذا الجانب دعم المؤسسة من خلال مصادر متعددة مثل الإدارة والزملاء والأصدقاء، حيث يلعب هذا الدعم دورًا مهمًا في تخفيف آثار الضغوط المهنية.

ثانياً، المتغيرات الشخصية، والتي ترتبط بالسمات الفردية للعاملين. وقد شملت هذه المتغيرات الخصائص الديموغرافية مثل الجنس وسنوات الخبرة، إضافة إلى السمات الذاتية مثل الكفاءة المهنية، وتقدير الذات، والمستوى التعليمي.

أظهرت الدراسات التي اعتمدت هذا النموذج أن كلاً من المتغيرات البيئية والشخصية يظهران ارتباطاً دالاً إحصائياً مع مستويات الاحتراق النفسي، مما يؤكد أهمية النظر إلى الظاهرة من منظور شامل يأخذ في الحسبان تأثير البيئة المحيطة بالفرد إلى جانب السمات الذاتية التي يحملها (الزهراني، 2008).

نموذج العلاقات البنائية (Angel et al, 2003)

يقدم نموذج العلاقات البنائية تفسيراً للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الاحتراق النفسي المهني، والتي تتمثل أساساً في الإنجاز الشخصي ومشاعر الإجهاد. يشير النموذج إلى أن مستوى الإنجاز الشخصي للفرد له تأثير مباشر على مشاعر الإجهاد والانفعال، بمعنى أنه كلما ارتفعت مستويات الإنجاز، انخفضت حدة الإجهاد والشعور بتبلد المشاعر.

كما يبرز النموذج دور استراتيجيات المواجهة في التأثير على الاحتراق النفسي، حيث تم تصنيف هذه الاستراتيجيات إلى نوعين: استراتيجيات فعالة واستراتيجيات غير فعالة. أظهرت النتائج أن الاستراتيجيات الفعالة ترتبط بزيادة الإنجاز الشخصي، في حين ترتبط الاستراتيجيات غير الفعالة بارتفاع مشاعر الإجهاد والانفعال.

يعكس هذا النموذج وجود علاقات متبادلة بين استراتيجيات المواجهة بمختلف أنواعها وبين أبعاد الاحتراق النفسي، فضلاً عن العلاقات الداخلية بين أبعاد الاحتراق النفسي نفسها، أي بين تبلد المشاعر

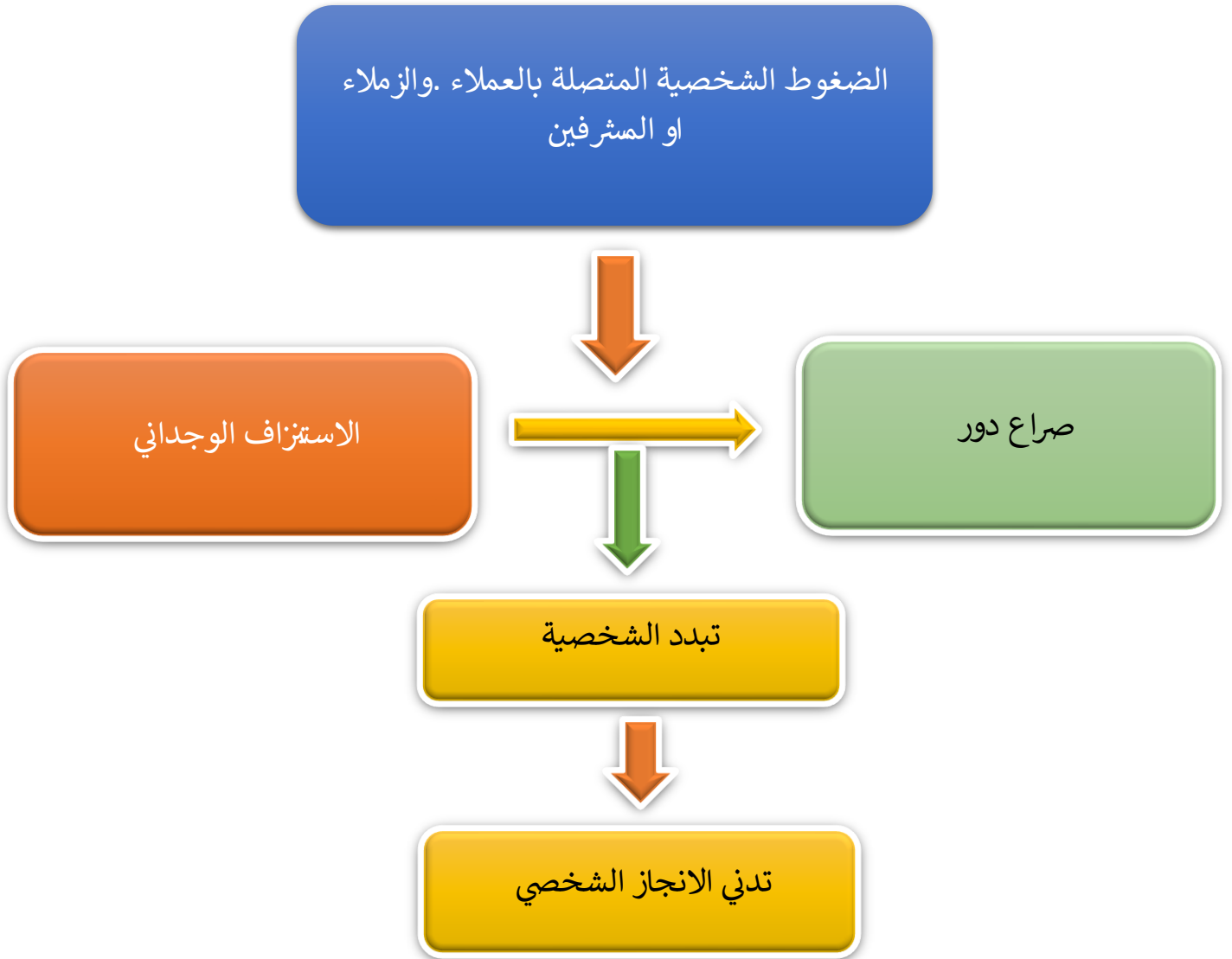
والإجهاد الانفعالي، وبين الإنجاز الشخصي، الذي يمثل بعدًا موازنًا: ارتفاعه يقلل الاحتراق النفسي، بينما انخفاضه يزيد من حدته (نشوة، 2007).

- نموذج (Leiter & Maslach, 1988)

اقترح كل من Maslach & Leiter (1988) أول نموذج يركز على الاحتراق النفسي الناتج عن ضغوط العمل المباشر مع العملاء. وقد اعتُبر هذا النموذج أساسياً في دراسة الاستنزاف الانفعالي كعنصر مركزي في الاحتراق النفسي.

وفي نسخة معدلة من النموذج عام 1993، وصف Leiter الاحتراق النفسي كعملية تطويرية متوازنة، حيث يتطور كل من الإنجاز الشخصي المتدني والاستنزاف الانفعالي بشكل متزامن، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير الموارد المتاحة للفرد مثل الدعم الاجتماعي والمهارات المهنية. ويشير النموذج إلى أن فقدان الشخصية الإيجابية قد يكون نتيجة مباشرة للاستنزاف الانفعالي، بينما يمكن أن يتطور تدني الإنجاز الشخصي بشكل مستقل عن باقي الأبعاد.

هذا النموذج يوضح العلاقة بين الاستنزاف الانفعالي، تدني الإنجاز الشخصي، وتأثير الموارد الفردية في عملية الاحتراق النفسي، ويُعد مرجعًا أساسيًا لفهم كيفية تطور الاحتراق لدى العاملين في المهن الإنسانية.



الشكل رقم 3

نموذج لتفسير الاحتراق .model .Leiter.maslach

7-مستويات الاحتراق النفسي

يمكن تقسيم الاحتراق النفسي إلى مستويات مختلفة تعتمد على شدة الأعراض وتأثيرها على الفرد في بيئة العمل. المستوى الأول يمثل الحالات البسيطة، حيث يشعر الفرد بالقلق أو الإحباط لفترات قصيرة، ويظهر ذلك بشكل محدود في الروتين اليومي للمهام المستوى المتوسط يظهر عند استمرار هذه الأعراض لفترة أطول، تصل إلى أسبوعين تقريباً، ويصاحبها زيادة في الانزعاج النفسي والإرهاق، مما يقلل من الكفاءة اليومية ويؤثر على الأداء. أما المستوى الشديد، فيتميز بمظاهر مستمرة وحادة، مثل الصداع المزمن، وآلام جسدية ونفسية قوية، وقد يحتاج الفرد إلى تدخل متخصص لتقديم الدعم النفسي والعلاج المناسب. يظهر هذا التقسيم أن الاحتراق النفسي ليس حالة واحدة، بل عملية متدرجة تختلف شدتها وفقاً للظروف النفسية والمهنية للفرد (2015، معلوم ص128ص129)

8-مراحل حدوث الاحتراق النفسي

تفترض البراهين الأمبريقية المتراكمة أن الاحتراق النفسي هو عبارة عن سيرورة تتطور تدريجيا عبر الزمن و زملائه (1990) إلى أن مفهوم Wolpin كما يشير وولي Peters 2000 و بيترز Schaufli شوفلي المراحل التطورية قد أيدت من طرف العديد من الباحثين وعليه فإن الاحتراق النفسي يمر بمراحل سنتعرف عليها وذلك من خلال ما توصل إليه الباحثين

مراحل الاحتراق النفسي عند ماسلاش و جاكسون: يتكون الاحتراق النفسي حسب ماسلاش و جاكسون _ من ثلاثة أبعاد يمر تطورها بثلاث مراحل تتبع ترتيبا زمنيا معيناً وهي:

1_ الإنهاك الانفعالي:

2_ تبدل المشاعر

3_ انخفاض الإنجاز الشخصي

فعندما تصبح طلبات الفرد غير محتملة، يشعر هذا الأخير بإنهاك انفعالي الذي يأتي في المرحلة الأولى، ثم تتبدل مشاعره في المرحلة الثانية وهذا من أجل حماية نفسه من هذه الطلبات التي تصبح غير محتملة، ثم ينجم عن ذلك فقدان الإنجاز الشخصي في المرحلة الثالثة والأخيرة مراحل الاحتراق النفسي عند ادلويش Edelwich و برودسكي Brodsky لقد ميز ادلويش و برودسكي أربع مراحل للاحتراق النفسي كما جاء عن شوفولي و بيترز، 2000؛ برونوست و تاب، 1997؛ كرونبيز Crombez ، 1985 و هي كالتالي:

❖ الحماس

❖ الخمود

❖ الإحباط

❖ اللامبالاة

الحماس تترجم هذه المرحلة بقيام الفرد بأعمال كثيرة وبمشاريع طموحة وغير محققة تقريبا، فيشعر الفرد بكل إمكانياته فيصبح العمل لديه كالمخدر ومن فرط ما يقوم به من عمل يجد المحيطون به أنه يقدم الكثير إلا أن مع الوقت يتعب ويصبح أقل فعالية ويدور في الفراغ.

الخمود: في هذه المرحلة يرجع الفرد سبب عدم قدرته على العمل إلى نقص طاقاته غير أنه بالمقابل - يصرف ساعات أكثر في العمل. فنجده يشتهي من التعب والأم السيكوسوماتية مع اضطراب الانتباه والنوم؛ فيلجأ إلى الشرب والأدوية ويصبح الرضا عن حاجاته الخاصة وارتفاع مداخله والتقدم المهني من أولوياته. الإحباط يشعر الفرد في هذه المرحلة بالذنب وبالعجز فيتساءل عن فعاليته وعن قيمته في العمل ومدى ملاءمته لعمله فيخمد ويصبح بالتالي سريع الاستثارة وتبدأ الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية في الظهور لديه.

اللامبالاة: في هذه المرحلة تنخفض معنويات الفرد وينقص أدائه، فيصبح الفرد محبطا تماما فلا يستطيع إتمام عمله، مع ذلك يواصل المقاومة من أجل البقاء، فيحاول أن ينتهي من عمله في أقل وقت ممكن ويتفادى التحديات ويحمي نفسه ممن قد يضعه في خطر.

مراحل الاحتراق النفسي عند اتيزر: Etiezer من جهته يقترح اتيزر ست مراحل لتطور الاحتراق النفسي، إذ يشير إلى استقرار الاكتئاب نتيجة الإحباط غير المعبر عنه من خلال الحلقة المفرغة الآتية:

- ❖ الإحباط
- ❖ الغضب
- ❖ العدوانية
- ❖ النكوص
- ❖ الاكتئاب

_مراحل الاحتراق النفسي عند شوفولي و بيترز:

ميز مؤخرًا كل من شوفولي و بيترز (شوفولي و بيترز، 2000) المرحلة الأولى من اختلال التوازن بين موارد الفرد و الطلبات (الضغط)، بعدها تتطور لدى هذا الأخير

مجموعة من الاتجاهات والسلوكيات السلبية، كالميل إلى معاملة متلقي الخدمة بطريقة ميكانيكية أو باهتمام إستهكامي في إرضاء حاجة الآخرين وتعتبر هذه السلوكيات والاتجاهات كميكانيزمات مقاومة دفاعية تعمل على تقليص الإنهاك الانفعالي، ففي هذه المرحلة يضع الفرد مسافة بينه وبين الآخرين من أجل حماية نفسه ضد المحيط الاجتماعي الضاغط. وهي إستراتيجية مقاومة غير فعالة، إذ أنها تزيد من الضغط بدلا من تخفيفه وتزيد من خطورة المشاكل البينشخصية وكننتيجة لذلك نقل فعالية الفرد في تحقيق أهدافه وبالتالي ينقص إنجاز الشخص

و ديبزكا ديزكا و بالنسبة لبيورنك و Schearer ، و شير Burke مراحل الاحتراق النفسي لدى بيورك-شير و ديزكا (1984) فقد حددوا ثمان مراحل للاحتراق حددت نقطة الانطلاق بدافعية شديدة و معنى: عال بالإنجاز الشخصي، تتبعها النفسي عند رجال الشرطة وهي كما يلي

مشاعر العجز والخجل والذنب التي تحاط بالشعور بالفشل مما يؤدي إلى ظهور اتجاهات السخرية والاحتقار تجاه الأفراد الذين يتلقون منهم المساعدة، تتبعها بدورها حالة اليأس التي تؤدي إلى تبدل الشعور ثم إلى الاحتراق النفسي عن برونوست وتاب من خلال مختلف النماذج الوصفية السابق ذكرها نلاحظ أن هناك نقاط التقاء بينها أهمها تتمثل في كونها عبارة عن سيرورة تتطور عبر الزمن وتنقسم إلى مراحل معينة كل مرحلة تؤدي إلى أخرى إلى أن يحدث الاحتراق النفسي. إلا أن هذه النماذج تختلف في موقع الإنجاز الشخصي والسند الاجتماعي في هذه السيرورات أو المراحل. فأحيانا يظهر الإنجاز الشخصي في بداية مراحل تطور الاحتراق النفسي والذي يجعل الفرد يتورط أكثر في عمله، وأحيانا أخرى يظهر كوسيلة ضرورية للخروج من حالة الاحتراق النفسي. كذلك الأمر بالنسبة للسند الاجتماعي، إذ يظهر في البداية من خلال علاقات المساعدة الكثيرة التي يقيمها الفرد تجاه الآخرين مما يثير لديه الإنهاك الانفعالي، ثم يظهر فيما بعد أي (السند الاجتماعي) كوسيلة ضرورية لمحاربة الاحتراق النفسي. الجدير بالذكر كما يذكر أفري (1985) (عن عسكر، 2000) أنه ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الاحتراق النفسي في كل هذه المراحل، بل وجود أو ظهور عنصرين أو عرضين في كل مرحلة يمكن أخذها كمؤشر على أن الفرد يمر بالمرحلة المعنية من مراحل الاحتراق النفسي. (فتيحة، 2006. ص ص 57- 61)

9-مقاييس الاحتراق النفسي

إنّ الاحتراق النفسي ظاهرة يمكن أن تصيب أي فرد مهما كان مستواه المهني أو نوع عمله، لذلك فإن قياسه يُعد خطوة أساسية لفهمه والوقاية منه وعلاجه، ويتم ذلك من خلال مجموعة من المقاييس النفسية التي تعتمد على تقييم استجابات الفرد السلوكية والانفعالية والمعرفية.

✓ مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

Maslach Burnout Inventory (MBI)

يُعد مقياس ماسلاش من أشهر وأدق الأدوات المستخدمة في قياس الاحتراق النفسي، حيث يتكون من (22) فقرة تعكس شعور الفرد نحو مهنته، وهو موزع على ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في:

- الإجهاد الانفعالي

- تبدل المشاعر

- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي

ويتميز هذا المقياس بخصائص سيكومترية عالية من حيث الصدق والثبات، مما جعله أداة معتمدة في العديد من الدراسات العلمية، كما أنه يُستخدم في مجالات متعددة مثل التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية، ويساعد في تشخيص مستويات الاحتراق النفسي وتحديد شدته.

كما يعتمد هذا المقياس على سلم تدرجي لقياس تكرار المشاعر المرتبطة بالاحتراق النفسي، مما يسمح بتحديد درجة الإصابة بدقة، ويُعتبر مرجعاً أساسياً في أغلب البحوث النفسية الحديثة.

✓ مقياس سيدمان وزاجر للاحتراق النفسي

يستخدم هذا المقياس خاصة في البيئة التربوية لقياس مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين، ويتكون من (21) عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية، تتمثل في:

- عدم الرضا المهني
- انخفاض المساندة الإدارية
- الضغوط المهنية
- الاتجاه السلبي نحو التلاميذ

ويتم الإجابة على بنود المقياس وفق سلم تقديري يتدرج من "لا تنطبق إطلاقاً" إلى "تنطبق تمامًا"، مما يسمح بقياس درجة الاحتراق النفسي بدقة.

ويتميز هذا المقياس بتركيزه على الجوانب التنظيمية والاجتماعية داخل بيئة العمل، خاصة علاقة المعلم بالإدارة والتلاميذ، كما يساعد في الكشف عن مصادر الضغط المهني، مما يجعله مفيداً في الدراسات التربوية وبرامج التدخل النفسي. (1999)

✓ مقياس بوتر للاحتراق النفسي

يهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى الاحتراق النفسي لدى الأفراد من خلال (20) عبارة، يتم الإجابة عليها باستخدام مقياس متدرج من (1 إلى 5) يمثل: (نادراً، أحياناً، غالباً، كثيراً، دائماً).

ويعتمد في تفسير نتائجه على مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد، حيث يتم تصنيفه إلى مستويات مختلفة كما يلي:

من 20 إلى 40: حالة طبيعية ولا يوجد خطر

من 41 إلى 60: مستوى متوسط ويتطلب الانتباه

من 61 إلى 80: معرض للاحتراق النفسي

من 81 إلى 100: يعاني من احتراق نفسي مرتفع

كما يتضمن هذا المقياس مجموعة من العبارات التي تعكس الأعراض النفسية والسلوكية للاحتراق، مثل الشعور بالحزن، والتعب المستمر، وقلة الرضا، وضعف الذاكرة، مما يجعله أداة سهلة التطبيق وسريعة في التشخيص الأولي.

من خلال هذه المقاييس، يتضح أنها تعتمد على تقييم مجموعة من المؤشرات النفسية والسلوكية التي تعكس حالة الفرد، حيث تُمكن الباحث من تحديد مستوى الاحتراق النفسي بدقة، كما تساعد في الكشف عن أسبابه ومظاهره، وهو ما يساهم في وضع استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج. (شبلوع، وعميروش،

2023 ص36 ص37 ص38)

10- آثار الاحتراق النفسي

يُعد الاحتراق النفسي من الظواهر التي تنعكس بشكل مباشر على الحالة النفسية والسلوكية للفرد، حيث يمثل استجابة أو رد فعل للضغوط المهنية المستمرة التي تفوق قدرة الفرد على التكيف معها. وتبدأ هذه الحالة عادة عندما يشعر الفرد بإجهاد وضغط لا يستطيع التحكم فيه أو التخلص منه باستخدام أساليب حل المشكلات، مما يدفعه إلى تبني سلوكيات واتجاهات سلبية كنوع من الهروب النفسي لحماية ذاته من الانهيار الكامل.

وفي هذا الإطار، يمكن حصر أهم الآثار الناتجة عن الاحتراق النفسي فيما يلي:

- ✓ انخفاض الإحساس بالمسؤولية المهنية.
- ✓ اتسام العلاقة مع العملاء أو المستفيدين بنوع من البرود والبعد النفسي.
- ✓ استنزاف الطاقة النفسية والعاطفية للفرد.
- ✓ التخلي عن القيم المثالية وزيادة النزعة السلبية.
- ✓ الميل إلى إلقاء اللوم على الآخرين عند الفشل.
- ✓ تراجع مستوى الأداء والفعالية المهنية.
- ✓ كثرة الغياب عن العمل وعدم الاستقرار الوظيفي. (الخالدي، البرواري، 2013، ص154)

كما تمتد آثار الاحتراق النفسي لتشمل جوانب أعمق من شخصية الفرد، حيث يظهر في صورة تشاؤم مستمر، وضعف الدافعية نحو العمل، واللامبالاة، وسرعة الغضب في التعامل مع الزملاء والعملاء. إضافة إلى ذلك، قد يتجه الفرد نحو الأنانية ومقاومة التغيير، مع فقدان القدرة على الإبداع والابتكار، والشعور بالاغتراب عن بيئة العمل.

وفي الحالات المتقدمة، يؤدي الاحتراق النفسي إلى الإحباط والانسحاب الاجتماعي والانطواء، مع انخفاض الروح المعنوية، مما يؤثر سلبيًا على الأداء المهني ويهدد الاستقرار الوظيفي، وقد يمتد تأثيره ليشمل الحياة الشخصية للفرد، مؤديًا إلى تدهور شامل في جودة حياته (ميهوبي، 2016، ص 65-66)

11- استراتيجيات الوقاية من الاحتراق النفسي وعلاجه

الاتجاه نحو وسائل التسلية والترفيه مثل برامج التسلية وممارسة الهوايات مما

يؤدي إلى تفادي حالات التوتر والقلق التي سببتها ظروف العمل اليومية

2_ ممارسة الأنشطة الرياضية مما يحافظ على حيوية الفرد وتمتعه بصحة جسدية

جيدة والرياضة بحد ذاتها تعتبر طريقة من طرق التفريغ النفسي وبذلك تحافظ على الصحة النفسية للفرد.

3_ استغلال أوقات الفراغ المتمثل بكسر روتين الحياة اليومية مثل الاشتراك في الندوات والدورات وأعمال النقابات والجمعيات الخيرية.

4_ الانسحاب العقلي والجسدي من جو العمل لفترة معينة والتسلية بأي شيء آخر مثل قراءة كتب لالعلاقة لها بالعمل

5_ توضع أهداف واقعية تقع ضمن قدراته وامكاناته

9_ الاستراتيجيات المتعلقة بمجال العالقة مع الاخرين:

وتتمثل في تجنب الانعزال عن الزملاء والأصدقاء مثل ترك الاشتراك بنشاطات جماعية معهم

على أن يكون هؤلاء الزملاء من ذوي الاهتمامات التي تتفق مع اهتمامات الفرد

والاشتراك في اعمال تعاونية مشتركة مع الزملاء فيما يخص العمل

الاستراتيجيات المتعلقة بمجال العمل وتتمثل في تقبل الأساليب والطرق الجديدة واليمان بأهميتها واستخدامها:

- الاشتراك في ندوات والدورات المتخصصة في مجال العمل
- الاشتراك في نشاطات التطور المهني
- البقاء بحالة عقلية متيقظة من الأسباب المهمة لمنع الاحتراق النفسي
- اللجوء الى خلق روح الدعابة والفكاهة أثناء العمل
- تنوع المهام التي يقوم بها الشخص أثناء العمل حتى يصبح عمله بعيدا عن الروتين وهذا من شأنه التأثير في حيوية الفرد ونشاطه وبالتالي التأثير في مستوى أدائه
- الاستراتيجيات المتعلقة بصاحب العمل الاداري أو الجهة المسؤولة عن العمل:
- اختيار النمط الاداري الذي يتناسب مع الموقف
- أن يعمل على إشراك الموظفين في وضع الأهداف وكذلك في صنع القرارات وتنفيذها
- أن يستخدم أساليب التعزيز المادية والمعنوية
- أن يعمل على وضع أفراد جماعات رفاق العمل المنسجمين مع بعضهم البعض ليقوموا بأداء وظيفة معينة
- أن يتيح الفرصة أمام الموظفين للتعبير عن آرائهم وطرح مشكلاتهم للتوصل معهم إلى حلها نهائيا
- أن يعمل على تطوير العاملين معه من الناحية المهنية (بكري رمضان 2023 ص8ص9).

خلاصة الفصل

في الختام، يُعد الاحتراق النفسي ظاهرة معقدة تؤثر على الأفراد بشكل عميق في مختلف مجالات الحياة. إن التعرض المستمر للضغوطات، وانعدام التوازن بين العمل والحياة، وعدم وجود دعم كافٍ، يمكن أن يؤدي إلى تداعيات سلبية تؤثر على الصحة النفسية والجسدية .

من الضروري أن نتبنى استراتيجيات فعالة للتعامل مع هذه الظاهرة، حيث يمكن للتواصل المفتوح وآليات الدعم، بالإضافة إلى تعزيز الوعي الذاتي، أن تلعب دورًا كبيرًا في التخفيف من آثار الاحتراق النفسي .

علاوة على ذلك، يجب على المؤسسات أن تُعزز بيئات عمل صحية وتقدم الدعم اللازم لموظفيها، مما يساهم في تحسين الإنتاجية والرفاهية العامة. لذا، يبقى الاعتناء بالصحة النفسية محورًا أساسيًا لضمان جودة الحياة وتحقيق النجاح بشكل مستدام في العمل والحياة الشخصية.

الفصل الثالث: تقدير الذات

1- تمهيد

يُعد تقدير الذات من المفاهيم التي برزت في نهاية خمسينات القرن الماضي حيث انه اخذ مكانة واضحة في كتابات الباحثين في المجال السيكولوجي. فتمثلت الذات في دلالتها العامة بأنها كينونة الفرد الشاملة مما يحمله من سمات شخصية وعضوية ونفسية وعقلية. حيث يمثل هذا الكيان مجموعة من الخصائص المعرفية وبالإضافة إلى الاساليب استجابته وأنماط توافقه وميوله واتجاهاته واهتماماته وانشغالاته. وتشكل هذه العناصر بُنية الفرد وما يرتبط بها من ظواهر نفسية فتتطور تدريجيًا حسب الخبرات والتجارب الحياتية التي يمر بها مما يعزز شعوره بهويته كذات مستقلة تنمو نمو تدريجيًا عبر الخبرات والتفاعلات الاجتماعية المختلفة.

2-تعريف الذات:

✓ **التعريف اللغوي:** يرى ابن منظور أن كلمة الذات مرادفة لكلمة النفس أو الشيء، تعتبر أن الذات أشمل من الشخص لأن الذات تشير إلى الشخص والآخرين، بينما يشير الشخص إلى الجسد فقط.

✓ **التعريف الاصطلاحي:** هناك عدة تعريفات من بينها:

- يعرفها ليوين LEWIN: يخدم مفهوم الذات كمجال روحي يحدد المعتقدات الحالية عن الذات.
- الوسيلة المثالية لفهم السلوك التي يمكن وصفها من خلال مجموعة من الانفعالات والعمليات التأملية، التي يستدل عليها سلوك يمكن ملاحظته، أو من خلال الإطار الداخلي للفرد.

يتم تعريفها على أنها التصورات والقيم الناشئة عن تفاعل الفرد مع البيئة، وتكون الذات في حالة نمو وتغير نتيجة التفاعل المستمر مع المجال الظاهري، ويكون الفرد أكثر من ذات:

مصطلح يستخدم أحيانا للدلالة على الشخصية أو الأنا، وعادة ما يشير إلى إحساس الفرد ووعيه لهويته ووجوده. (حمزاوي، جلول، 2023/2022)

3-تعريف تقدير الذات

يمكن تعريف تقدير الذات بصورة شاملة على انه تقييم المرء الكلي لذاته اما بطريقة إيجابية واما بطريقة سلبية. انه يشير الى مدى ايمان المرء بنفسه وأهليتها وقدرتها واستحقاقها للحياة، وببساطة تقدير الذات هو في الأساس شعور المرء بكفاءة ذاته وبقيمتها.

كما توجد تعريفات أخرى لتقدير الذات ونذكر على سبيل المثال ما يلي:

- ✓ عرفها ناتانيل برانين على انها اتجاه المرء نحو الشعور بأن ذاته مؤهلة وقادرة على التكيف مع التحديات الأساسية في الحياة والايمان بأنها جديرة بالسعادة.
- ✓ كما عرفها أتش أس سوليفان على انها كل مشاعر المرء بالأهلية والكفاءة لتنمية الشخصية التي تجعله متماسكا.
- ✓ أما دي سي بريجز ففسرها على انها الطريقة التي يشعر بها المرء إزاء ذاته وحكمه العام عليها والى أي مدى يحب ذاته.
- ✓ وذهب جويل بروكنر الى انها سمة تشير الى درجه محبة او كراهية المرء لذاته.
- ✓ اما جيمس باتل فيرى انها الرؤية التي يحملها المرء عن قيمة ذاته. (ريزونر، مالهى، 2005)

4-الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

في ضوء ما سبق أتضح ان مفهوم الذات يشير إلى جملة من الأفكار والتصورات التي يصوغها الفرد عن نفسه، في حين أن تقدير الذات يعبر عن التقييم الذي يضعه الفرد لذاته. وقد ميّز هاشيك بين ثلاثة مفاهيم مترابطة، وهي: الذات باعتبارها الجانب الشعوري من النفس، ومفهوم الذات بوصفه مجموعة الأفكار المنظمة الناتجة عن الخبرات والتجارب المتعلقة بالذات، وتقدير الذات الذي يمثل الجانب الانفعالي أو الوجداني المرتبط بنظرة الفرد إلى نفسه. كما أوضح كليمس أن مفهوم الذات يرتبط بالجانب الإدراكي للشخصية، إذ يتمثل في الصورة التي يدرك بها الفرد ذاته، بينما يرتبط تقدير الذات بالجانب الوجداني، من خلال احساس الفرد بالرضا أو عدم الرضا عن نفسه (حمزاوي، جلول، 2023/2022، ص،32).

5-مستويات تقدير الذات

- المستوى المرتفع: يُطلق عليه أيضًا مصطلح الذات الإيجابية، وهو يشير إلى حالة من قبول الفرد لذاته ورضاه عنها واطمئنانه لها بشكل عام. في هذه الحالة، يمتلك الشخص صورة واضحة وإيجابية عن نفسه فيكون متقبل لذاته ومتصالح معها وهو ما يمكن ملاحظته من طرف الآخرين من خلال طريقة تواصله وتعامله معهم. بمعنى أن الفرد الذي يتمتع بثقة عالية في نفسه واطمئنانه في التعامل، يظهر ذلك في صورة جلية أثناء احتكاكه وتفاعله الاجتماعي، مما يجعل صورته الذاتية مفهومة وبارزة لدى من حوله.

- التطابق التام بين الخبرة ومفهوم الذات:

- يُراد به غياب تضارب بين خبرات الفرد الواقعية وصورته عن ذاته، مما يجعله أقل عرضة للشعور بالتهديد أو القلق، ويقلل من حاجته إلى استخدام آليات الدفاع النفسي. ويرى كوبر سميث أن أصحاب تقدير الذات المرتفع يدركون خبراتهم بوضوح، ويعبرون عنها بصورة واعية دون إنكار أو تشويه، مع امتلاكهم قدرًا من الثقة والاطمئنانه تجاه ما يؤمنون به وما هم مقتنعين به وصحة ادراكهم لذواتهم مع تحمّل المسؤولية بدل تقديم الأعذار أو المماطلة في مواجهة المواقف المختلفة.

- إعادة بناء الاختيارات: ويكون ذلك عن طريق ازاحة الحلول الغير مناسبة بعد اكتشاف الأخطاء، حيث تتكامل مسارات تحقيق الذات مع الوعي بالواقع بشكل منسجم، مما يساعد على إبراز القدرات الكامنة للفرد وكفاءاته الفطرية.

- الشعور بالأهمية: إذا كان الفرد ذا جاذبية وقبول واحتكاك اجتماعي وله القدرة على منح الحب لهم أيضًا، كما يستطيع إشباع حاجته إلى التقدير الإيجابي من خلال بناء علاقات شخصية ناجحة ومتوازنة مع الآخرين

- العيش بحرية والتكامل في كل لحظة: حيث يتفاعل الأفراد بصورة آلية مع خبراتهم وتجاربهم، ستلائم ذواتهم وفقًا لذلك، كما ينظرون إلى المستقبل بإيجابية ويسعون إلى التحكم فيه والتخطيط له بشكل جيد.
- المستوى المنخفض: يمكن الكشف عن الأفراد ذوي التقدير المنخفض بسهولة، إذ ينشغلون بالمحافظة على صورتهم أمام الآخرين أو بتجنب إظهار الفشل أكثر من اهتمامهم بخوض التجارب وتحقيق النجاح. كما يعتمدون إلى استخدام ممارسات دفاعية لإخفاء شعورهم بعدم الكفاءة أو انعدام الأمان والفعالية، ومن بين هذه السلوكيات: الكذب، الغش، الانسحاب، الهروب، المقاومة، التمرد، إضافة إلى تعاطي المسكرات والمخدرات.....
- ويتصف الشخص الذي يعاني من قصور في تقدير الذات، بضعف ثقته في مؤهلاته وخصائصه الفردية، إضافة إلى عجزه عن مواجهة المشكلات وحلها بفعالية، كما يعتقد أن أغلب محاولاته ستؤول إلى الفشل والخذلان والتراجع، مما يجعله يرى نفسه غير قادر إلا على إنجاز أعمال محدودة.
- ومن مؤشرات هذه الفئة: الخجل، التردد، ضعف تقبل الذات، الشعور بعدم الاستحقاق للحب، إلقاء اللوم على الآخرين دائماً، ضعيف في التطلعات المستقبلية، يتميز بالتوجه السلبي، غياب الدفاعية في البدء، الخوف من المنافسة والتحديات، ويتسم بالتردد في اتخاذ القرارات. (حمزاوي، جلول، 2023/2022، ص، 32، 3433).

6-العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هناك عوامل متداخلة تعمل على توضيح مفهوم تقدير الذات عند الفرد وتقديره لها، منها ما هو انتقالي عبر الأجيال كالاستعدادات والقدرات، ومنها ما هو بيئي مكتسب كالقيم التي تسود الثقافة التي ينتمي إليها الفرد.

ولقد شرعت دراسة العوامل المحددة لمفهوم ذات الفرد وتقديرها لها بكتابات "بالدوين" Baldwin (1902) الذي اختار التقليد مفتاحاً للعملية الاجتماعية في تطور الذات، وافترض أن نمو وعي الفرد لذاته وفهمه لها يكون من خلال احتكاكه وتفاعله مع المحيط الاجتماعي، كما أكد أن معرفة الذات تنبع مباشرة من معرفة الآخرين وعليه تعمل العوامل الشخصية والمحيطية، أسرية كانت أم اجتماعية على الرفع أو الخفض من تقدير الذات، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

العوامل الشخصية:

✓ متغيرات نفسية وعقلية:

من الواضح أن تقديرنا لذواتنا يتغير في المواقف المختلفة فنجد قد يكتسب الفرد تعزيزاً لذاته عن طريق احتكاكه في علاقاته الاجتماعية وتفاعلاته مع الآخرين، وقد يقدر نفسه بدرجة متدنية في المواقف التي تحتاج اذكاء والتفكير في حين قد يقدر نفسه بدرجة متوسطة في أداء عمله. وبغض النظر عن تقييم الفرد لذاته فإنه يحاول أن يتصرف بطرق تدعم تقديره لذاته هذا مما يخلق لديه نوع من التضارب الذي لا سيما الخروج منه يكون سوى بالنجاح أو الوقوع في الخطأ أو الإصابة بالضرورة، وتكون الحصيلة عبارة قلق وضعف على المستوى المعرفي. فزعزعة تقدير الذات هو تقويض للذات التي تحاول إحداث توازن بين العمليات المتصارعة لحماية الذات من القلق الذي يحدثه التضارب.

لذلك يرى "وولف" Wolf (دون سنة) أن العوامل الدينامية الداخلية تنجم عنها صعوبة في معرفة الذات وإدراك الفرد لذاته ويكون الحكم عليها انفعاليا. كما ان "ميخائيل أسعد" (1991) قد شاطره الرأي حيث انه يرى أنه كلما كانت صورة الفرد الجسدية مشابهة للآخرين كلما كان تقديره لذاته مرتفعاً، وإذا لاحظ أي انحراف في مظهره فإنه سينتابه الضيق والقلق مما يؤدي به إلى الانطواء والانسحاب استجابة لتقديره المنخفض لذاته (ميخائيل إبراهيم أسعد، 1991،

في حين يساهم النمو العقلي الطبيعي والتفوق وتوليد الأفكار على ظهور تقدير الذات السوي، أما التأخر العقلي فيؤدي إلى الشعور بالنقص ومنه تقدير الذات المتدني وعليه فإذا كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة ساعده ذلك على نموه نمواً طبيعياً ويكون تقديره لذاته مرتفعاً، أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتالي ينخفض تقديره لذاته.

- صورة المرء عن جسمه

تعد الصورة الجسمية من المصادر الحيوية والمؤثرة في تشكيل مفهوم الذات، فمعالم الجسم الجميلة لها تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالباً إلى إجابات تقبلية كالرضا والتقدير والحب والاستحسان.

كما يعد وسيلة داعمة ذاتياً حيث انه يدفع الفرد إلى التجاوب مع قدراته وامكانياته والوسط الاجتماعي بشكل مثمر وفعال، فصورة الجسم لها أثر عملي فعال في تفاعل الفرد الاجتماعي لذلك يرى "جيل" أن صورة الفرد عن جسده تلعب دوراً محورياً كبيراً كما انها تعتبر عامل أساسي رئيسي في تحديد سلوكه من الجانب حياثيه الشخصية والاجتماعية وتعد مكون مهم في بناء مفهوم الذات.

ف نجد ان المرأة كلما تقدمت في السن ظهرت عليها علامات الكبر على جسدها (كالتجاعيد، انقطاع الحيض وغيرها) حتى وإن كانت تتمتع بحسن الخلق، هذا ما قد يؤثر في نفسياتها، وهذا ما ينعكس على تقديرها لذاتها.

كما أن ملامح الكبر عند المرأة في الثقافة الجزائرية عادة ما يوحي بأنها ربة بيت وأم لعدد من الأطفال، فكيف هو حال المرأة التي لا تتناسب ملامح جسمها مع معايير الثقافة السائدة في محيطها الاجتماعي؟ فالفرد يستمد من الثقافة السائدة معلوماته حول النموذج الجيد للجسم ويقارن تلك المعلومات بما هو عليه وينعكس ذلك في مدى رضاه عن صفاته الجسمية.

- يرى "Coe" (1972) ان الملامح الجسدية للمرأة من مقومات وصفات القيم الجمالية وان أي ابتعاد وعدم توافق مع المعايير السائدة للمقومات السائدة حسب الثقافة قد يؤدي الى توليد شعور بالنقص وتدني في تقدير الذات.

✓ العوامل المحيطة:

تساهم الظروف الخارجية في تحديد درجة تقدير الفرد لذاته فكلما كانت البيئة تتيح دعم للإنتاج والابداع فان تقدير الذات يتعزز ويزداد. وعندما تفتقر البيئة الى الدعم وفرص الابداع يتراجع تقدير الذات فيقل تقدير الفرد لذا

✓ متغيرات أسرية:

- يرى الباحث "مارلين" Marlin (1969) أن الجماعة تلعب دور كبير في تقييم تقدير الذات فنجد ان ادراكنا لذواتنا يتحدد من خلال تقييمات الجماعة المرجعية كما ان تقدير الذات يرتبط بكيفية تقييم الناس ونظرتهم لنا.

- ويشير "هولندر" Hollander (1964) أن تأثير الأشخاص كبير حيث ان الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهم تأثير بالغ في سلوكه الاجتماعي وفي تشكيل صورته الذاتية.

وعليه تعتبر الأسرة هي العامل الأساسي المؤثر في شخصية الفرد وتكوين ذاته، إذ تزوده بالتراث البيولوجي والاجتماعي اللذان يعتبران وسيلة قوة. كما أنها أول ملجئ تشبع فيه الحاجات الجسمية والنفسية للفرد. فالنشئة الأسرية تتسم بالقدرة على المسؤوليات في تكوين تقدير الذات لدى أفرادها بما تظهروه من اتجاهات نحوهم وتوفره من تلبية الحاجات النفسية الأساسية، إذ تعمل على مشاعر القبول والرضا الاجتماعي

- متغيرات اجتماعية:

علاوة على تأثير الأسرة في تقدير الذات لدى الفرد، تعمل المتغيرات الاجتماعية هي الأخرى بالتدخل في هذا المفهوم، فمنه لا يتحقق تقدير الذات الإيجابي الا اذا توافق سلوكه مع القيم الاجتماعية دون إعطاء اعتبار لاشباع ذاته.

تنمو صورة الذات من خلال التفاعل البيئي الاجتماعي، وأثناء وضع الفرد في النسق الاجتماعي للدوار، فالمرأة المصابة بالسمنة المفرطة التي تنشأ في وسط يحيطه التقبل والرعاية فإن كل ذلك يكون له الأثر الواضح في تكوين مفهوم إيجابي عن ذاتها وتقبلها لها كما هو وضعها.

تنعكس القيم الاجتماعية الرائجة في المجتمع فتلعب دور في تقدير الفرد لذاته بطرق متعددة، إلى جانب المقارنة الاجتماعية ولعب الأدوار، وفي هذا المضمار توصل كل من "ساندلر" Sandler وآخرون (1989)، "روتر" Rutter (1987)، "هارتر" Harter (1985)، "سيمونز" Simons و"روبرتسن" Robertson وآخرون (1989) إلى أن التجارب الإيجابية تؤدي إلى تقدير ذات مرتفع وبالتالي التكيف الفعال، أما التجارب المعاشة سلباً فتؤدي إلى سلوكات منعدمة وتقدير ذات منخفض

أشار الكثير من الممارسين نفسانيين في تأكيد وجود علاقة بين تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية. فصرح "هورني" Horny (1939) فإن الشخص الذي لا يعتقد أنه محبوب من طرف المحيطين به فإنه عاجز عن حب الآخرين، كما يرى "ماسلو" Maslow (1942) أن عدم حب الفرد لذاته يؤدي به إلى كره الآخرين، ويضيف "فروم" Fromm (1956) أن هذا الكره ناتج عن خوف الفرد من رفض الآخر له وعدم القبول .

كما أن الفرد الذي يحضى بتقدير عالي لذاته ستكون علاقاته الاجتماعية جيدة مع المحيطين به عكس الفرد الذي لا يعطي لنفسه صورة حسنة وقيمة عالية ، هذا ما يؤكد "سوان" Swann و"ريد" Read (1981) اللذان يريان أن الفرد ينتظر تقييماً من الآخرين يوافق تقييمه لذاته.

من محيطه مساوياً للدرجة التي يقيم بها نفسه (Genette, 1990, p14). إلى جانب ذلك تلعب المقارنة دوراً فعالاً على تقدير الذات لدى الفرد؛ فإذا قام الفرد بمقارنة نفسه بجماعة تمتاز بكفاءات أقل منه فإنه سيزيد من تقديره لذاته، أما إذا قارن نفسه بجماعة أعلى منه شأنًا فإنه سيحط من قيمته. كما أن المستوى المادي يؤثر جدا في تقدير الذات، فهذا ما أكدته دراسة "زوكرمان" Zuckerman (1980) أن تقدير الذات يرتبط بالوضع السوسيو - اقتصادي، وهما يؤثران في الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه.

يذهب "هلمز" Helms (1981) بالتصريح إن الأفراد الذين ينتمون الى عائلات ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يتحلون بتقدير ذات عالي من حيث الاحترام والتربية، أما الذين ينحدرون من عائلات مستواها الاقتصادي والاجتماعي منخفض فإن تقيييمهم الذاتي منخفض من حيث احترامهم لذاتهم.

حسب ماسلو يمكننا أن نستخلص أن الوظيفة الاجتماعية للفرد تؤثر في تقدير الذات، إذ تبرز صورة الذات من خلال الديناميات الاجتماعية للفرد وهذا بوصفه في منظومة الأدوار وأثناء تحركه في إطار

النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه، وهذا ما يجعله يتعلم أن يرى نفسه كما يراه رفاقه في المواقف الاجتماعية المختلفة.

7-6 التواصل مع الأصدقاء:

تلعب الصداقات والعلاقات الاجتماعية اسهام فعال حول تقدير المرء لذاته وهكذا ما أكدته بعض البحوث حيث انها

• تمكن الفرد من بناء مكانة وسط نسقه الاجتماعي.

• تسمح للفرد بالانخراط في علاقات اجتماعية بالإضافة الى مبدأ المساواة بين الافراد.

• تعطي الفرد القدرة بالشعور بالكفاءة الذاتية عند تلقي للدعم من الوسط الرفاعي، فهذا ما سيساعده على الاعتماد على الذات.

لذلك يرى "جيل" Gale (1969) أن مفهوم الفرد عن أهمية ذاته يستمد إلى حد بعيد من اتجاهات رفاقه نحوه.

ويضيف "القوسي" (1970) أن التفاعل الرجعي المتبادل بين الفرد وغيره عامل أساسي في جعل تقدير ذاته أقرب من الواقعية.

✓ المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

يلعب المستوى الاجتماعي والاقتصادي دوراً واضح في مستوى تقدير المرء لذاته، مع ان هذه المسألة اثارته الكثير من التساؤلات وأشارت الدراسات إلى أنه من الأكثر احتمالاً أنه توجد علاقة بين تقدير الذات والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. ويرجع بعض الباحثين السبب إلى أن المستوى الاجتماعي له تأثير على المكانة والاعتبار والنجاح، وأن الأشخاص الذين يحتلون مكانة أعلى في النظام

الاجتماعي لهم عادة مكانة أفضل ويحصلون على امتيازات وتسهيلات ومكاسب وفرص أكثر. وينظرون إلى هؤلاء على أنهم أكثر نجاحاً وينظرون إلى أنفسهم على أنهم أكثر أهمية وتميز. وفي سياق الحديث عن المستوى الاجتماعي والاقتصادي نشير إلى أن الاتجاهات والأحكام المسبقة تلعب دوراً في تقدير الذات، حيث تنقل الطبقة المسيطرة أو الأقوى قيمها واتجاهاتها وافكارها نحو الفقراء فيتقمص أبناء الفقراء الدور المعين من قبل الثقافة ويعكسون اتجاهاتهم نحو ذاتهم لا ارادياً بسبب المعتقدات المنبعثة من الطبقة الأعلى ، فالتحيزات والتعصب التي تظهر على شكل أحكام مسبقة تنعكس بدورها على شكل اتجاهات نحو الذات، وتوقعات من الذات ممتزجة بالافتقار إلى التحدي، وهي تقود إلى تقدير ذات متدني (زمور 2014/2015).

7- النظريات المفسرة لتقدير الذات:

لقد فسرت عدة مدارس نفسية مفهوم تقدير الذات فاعطت كل مدرسة مفهوماً له حسب وجهة نظرها فتنبت كل مدرسة نظرية فتكلمت النظريات عن ماهية تقدير الذات، وأثره على سلوك الفرد بشكل عام، وتختلف تلك النظريات باختلاف اتجاهات العالم الذي وضعها ومنهجها في إثبات المتغير الذي يقوم على دراسته.

- نظرية ابراهام ماسلو (Abraham Maslow Theory):

لقد وضع "ماسلو" نظريته في "هرمية الحاجات"، والتي تقوم على أساس أن الحاجات لا تتساوى في أهميتها بالنسبة للإنسان وبالتالي لا تتساوى في قوتها الدافعية وفي إلحاحها طلباً للإشباع. ولكي يصور "ماسلو" هذا التدرج، افترض أن الدوافع يمكن تصنيفها وترتيبها في مستويات تقع على شكل هرم ، فالحاجات في قاعدة الهرم والمنتسبة إلى مستوى أدنى تدل على قوتها وأهميتها وأنها الأولى بالإشباع، بينما الحاجات المنتسبة إلى مستوى أعلى تدل على ضعف إلحاح الحاجة إليها، ولكي يصل

الفرد إلى قمة الهرم (الحاجات العليا) فلا بد أن يكون قد أمن إشباع حاجاته الأولية والتي تقع قبلها في التدرج الهرمي، ومتى ما وصل الفرد إلى إشباع حاجاته العليا في قمة الهرم فهذا دليل على درجة رقيه ومدى تحقيقه لذاتيته.

وتحتل الدوافع الفسيولوجية قاعدة الهرم أو أول ما يوضع في سلم الحاجات والذي يعتبر من اساسيات الحياة (جوع، عطش، جنس...)، ويليه دوافع طلب الأمن والاطمئنان أي تحقيق الاستقرار والسلام وهذه هي الحاجات الأمنية وتجنب كل ما من شأنه أن يهدده، ويليه الحاجة إلى الحب والتعاطف والانتماء التي تدل الحاجات الإنسانية الوجدانية الأساسية، يلي ذلك الحاجة إلى الشعور بالتقدير وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية والنجاح وهو التقدير الشخصي، وأخيراً الحاجة إلى إثبات الذات وتحقيقها وتأكيد مكانتها بين الناس.



الشكل 1

هرم ماسلو في تنظيم الحاجات

نظرية روزنبرج (1965) Rosenberg Theory:

قام روزنبرج عام 1965م بدراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في النسق الاجتماعي الذي يستقر فيه الفرد، وقد اعطى اهتمام بصفة خاصة لمرحلة المراهقة واخذ المراهقين بعين الاعتبار حيث قام بدراسات عن صفاتهم، ثم بعد ذلك درس تطورات صورة الذات الإيجابية في مرحلة المراهقة، حيث انه اهتم بدور التنشئة الاسرية ودورها ك عامل أساسي لتقييم الفرد لذاته مما يعطي انعكاس على سلوك الفرد لاحقا.

كما انه اهتم بشرح الفوارق بين الفئات الاجتماعية في تقدير الذات وقام بتفسيرها، والمتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر.

واعتبر روزنبرج أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، ومن هنا كانت منهجيته التي استخدمها معتمدة على مفهوم الاتجاه كأداة محورية تربط السابق واللاحق من الأحداث والسلوك، فمنه اعتبر تقدير الذات مفهوماً يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وأن الذات ما هي إلا واحدة من الموضوعات الكثيرة التي يكوّن الفرد نحوها اتجاهاً خاصاً، وقد أشار روزنبرج في بداية الأمر إلى أن اتجاه الفرد نحو ذاته لا يختلف كثيراً عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى التي يتعامل معها، إلا أنه عاد ووضح فيما بعد أن اتجاه الفرد نحو ذاته قد يختلف ولو من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى.

نظرية كوبر سميث (1976) Cooper Smith Theory:

حيث يرى كوبر سميث أن الفرد يعبر عن تقديره لذاته يكون بطريقتين:
التعبير الذاتي: هو تمثيل ووعي الفرد لذاته وادراكه وتصوراتها لها

التعبير السلوكي: وهو الممارسات السلوكية التي تبين مدى تقدير الفرد لذاته سلباً أو إيجاباً، وتكون حسب رصدها من طرف الآخرين.

وأظهرت دراسته عام 1967م أن التي الطفل يكون تقدير ذات لنفسه حسب طريقة تعامل الوالدين معه، وبالرغم من صعوبة تحديد أنماط أسرية مميزة بين أصحاب الدرجات المرتفعة وأصحاب الدرجات المتدنية في تقدير الذات من الأطفال، إلا أن هناك ثلاث حالات من حالات الرعاية الوالدية تبدو له مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي:

- مستوى تقبل الأطفال من طرف الإباء

- إدراك الإباء لسلوك الإيجابي لأطفالهم

- احترام الوالدين لرغبة الأطفال.

وما يميز "كوبر سميث" في نظريته بين نوعين من تقدير الذات:

تقدير الذات الحقيقي: ونجده لدى الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو اعتبار وقيمة

تقدير الذات الدفاعي: ويوجد عند الأفراد الذين لا قيمة لهم ولكن ينكرون هذا الشعور، والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين.

واهتم في دراسته بتقدير الذات من الجوانب والأنماط الأسرية والتي يحصل من خلالها تقدير الطفل لذاته واستمرار ذلك في مراحل حياته المقبلة ومدى تأثيرها عليه.

نظرية زيلر (1969) Ziller Theory:

تعتبر نظرية "زيلر" التي وضعها عام 1969م أكثر تحديداً من النظريات السابقة. فهي تفترض أن تقدير الذات ما هو إلا أبناء لهوية اجتماعية ذاتية، حيث يتشكل وينمو داخل وسط اجتماعي الذي ينتمي إليه

الفرد، فيرى زيلر ان الذات هي عبارة عن خبرة اجتماعية تبرز من خلال اللاحتكاك والتفاعلات الاجتماعية.

وافترضت نظرية " زيلر " أن تقدير الذات ماهو إلا البناء الاجتماعي للذات، فتقدير الذات ينشأ و يتطور بلغة الواقع الاجتماعي أي أنها نتيجة التنشئة الاجتماعية ، لذا ينظر " زيلر " إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال حسب الشخصية، و يؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في دائما في الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، و يصف " زيلر " تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد من اجل ذاته و يحتل دور المتغير الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات و العالم الواقعي الحقيقي .

(سعيد، بن صابر، 2014/2013، ص، 43، 50)

8-قياس تقدير الذات:

أوجدت عدة مقاييس واختبارات تقيس مستويات تقدير الذات ومنها:

1-8 مقياس كوبر سميث (Cooper Smith):

صمم هذا المقياس عام 1967 لقياس اتجاه تقييمي نحو الذات في كل من المجالات الأكاديمية، الاجتماعية، العائلية، والشخصية. حيث يبين التقييم الذي يضعه الفرد لذاته، وعندما يكون الفاحص يقوم بعملية قياس مستوى تقدير الذات لدى الفرد يتجنب ذكر المطلحات التالية "تقدير الذات" أو "تقييم الذات"، وهذا من اجل تفادي التحيزات والاحكام المسبقة.

2-8 مقياس روزنبرغ (Rosenberg):

وضع في عام 1965 وكان الهدف منه تطوير تقنية مختصرة غير معقدة تسمح بدراسة صورة الذات بغض النظر عن المسؤوليات الاجتماعية والعادات والتقاليد والأديان والبيانات العائلية، ويستخدم مع الفئة التي تفوق أعمارهم 16 سنة فما فوق. يمكن تقديمه للأطفال لكونه بسيط وسهل الاستعمال.

يتكون مقياس روزنبرغ من 10 عبارات، منها السالبة ومنها الموجبة، كما يمكن تطبيقها فردياً أو جماعياً ولا يتجاوز وقت تطبيقه أكثر من 10 دقائق. والهدف من استخدامه هو معرفة مستوى تقدير الذات لدى كل فرد.

3-8- مقياس هير (HEARE):

هو مقياس يتكون من 30 بنداً يقيس مستوى تقدير الذات لدى الأفراد الذين يبلغ عمرهم من 10 سنوات فما فوق، حيث يشمل هذا السلم 3 مقاييس فرعية ويحتوي كل مقياس على 10 بنود في المجالات التالية (الأقران، المدرسة، والأسرة)، وهي عبارة عن وحدات مختلفة .
- إن الهدف من جميع المقاييس الثلاثة هو الاكتساب الكلي لتقدير الذات، ويمكن تطبيق "مقياس هير" بصفة فردية أو جماعية شفوية أو كتابية. (نوال، عتيقة 2014/2013).

9-أهمية تقدير الذات :

يرى كثير من أصحاب نظريات الشخصية أهمية تكوين الفرد لاتجاه إيجابي نحو ذاته، ويتفقون على تأكيد على هذه الأهمية العديد من الباحثين في المجال السيكولوجي ، وفي هذا السياق أشار " Ruth Wyllie" في كتابه مفهوم الذات (the self concept) أن الأشخاص الذين يحتاجون الى المساعدة النفسية كثيراً ما يصرحون بأنهم يشعرون بعدم القدرة والدونية فهم يعتبرون أنفسهم غير قادرين على تسوية وضعيتهم، وأن لديهم نقص وعجز في الموارد والإمكانيات الداخلية الضرورية لتحمل أو تقليص القلق الناتج عن الأحداث اليومية الضاغطة، كما أظهرت دراسات إكلينيكية بأن إحدى الأسباب الأساسية للقلق وشعور الفرد بالفشل وعدم التوافق بين الإنجازات والتوقعات في حياته راجع إلى تقدير الذات. كما أكدت الكثير من البحوث الميدانية والمخبرية حول موضوع أهمية تقدير الذات في الحياة الشخصية والنسق الاجتماعية أن الأشخاص ذوي تقدير منخفض للذات أقل قدرة على تحمل الضغوط

والصعوبات وغالبا ماتكون ضغوطاتهم مرتبطة بآراء الآخرين، وقليلاً ما يدركون أن لديهم قدرات للتأثير، بينما ذوي التقدير المرتفع للذات لديهم تسهيلات وأهداف الشخصية.

كما أن تقدير الذات مهم جداً في عملية التكيف، وقد تبين أن هناك ارتباطاً عالياً بين الشعور بالنقص والمعاناة من أعراض القلق والتوتر والاضطرابات النفسية والجسدية، كما أن التقبل السلبي للذات يؤدي إلى الصراع والقلق وانخفاض في مستوى تقدير الذات، ويركز علماء النفس مثل Adler على صلة العصاب بالشعور

أي ان كلما كان تقدير ذات منخفض كانت هناك نتيجة سلبية من الناحية التكيفية مع الضغوط والعقبات في جميع المجالات الحياتية على عكس كلما كان تقدير ذات عالي يعزز من الثقة في النفس والقدرة على مواجهة الضغوط.

وقد كشفت دراسة لكوبر سميث Cooper Smith عن الأطفال المصحوبين ب تقدير الذات المرتفع أنهم يحظون بقدر عالٍ من الإنجاز الأكاديمي والاجتماعي، لديهم قدرة في التعبير عن ذواتهم ولكنهم لا يتقبلون النقد كما انهم متفائلون نحو قدراتهم بالمقارنة بالأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض، إذ وجدهم "كوبر" يتميزون بالاكتئاب والقلق، لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم وليس لديهم أي ثقة نحو قدراتهم.

كما اشار Woolfolk إلى أن الإنسان الذي يتحلى بتقدير ذات مرتفع يستطيع مواجهة أزمات الحياة وأما الذي يحمل تقدير ذات متدني فإنه يشعر دائماً بالدونية والنقص، وغالبا يكون عرضة للإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية الناتجة عن ضعف قيمته الذاتية.

ف نجد ان تقدير الذات هو مؤشر للصحة النفسية، فكما يرى روجرز Rogers انه جزء لا يتجزأ من التوافق النفسي حيث انه يعد وظيفة لمفهوم تقدير الذات، فكلما كان الذات مرتفعاً وإيجابياً كان ذلك دليلاً على

سلامة الصحة النفسية، فتقدير الذات يعزز روح التفاؤل والإبداع في الحياة، فيكون الفرد أكثر مرانة ومنتقبلاً للحقائق المتجددة في حياته. ولديه القابلية التعلم، فيصل إلى تقدير أكثر واقعي، وعلى العكس فإن ضعف تقدير الذات ستظهر عليه ملامح القلق والتوتر والعدوانية وقلة الشعور بالرضا عن الحياة، فيعد ذلك سبباً رئيسياً لمعظم المشكلات الاجتماعية والشخصية التي يعاني منها كثير من الأشخاص.

- أن لتقدير الذات أهمية في عدة مجالات وبالأخص في المجال الدراسي والتحصيل العلمي، فقد وجد Purky أن تقدير الذات له علاقة ترابطية في بعض مكونات النجاح سواء في النواحي الأكاديمية أو النواحي الوظيفية، كما وجد كوفمان Kaufman أن تقدير الذات يرتبط إيجابياً ببعض أبعاد الشخصية مثل الدخل والمكانة الاجتماعية والترقيات في مجال العمل والرضا الوظيفي وكلها أبعاد وظيفية بحتة، ولقد وجد كوفمان أيضاً أن فقد الفرد لوظيفته يعتبر أحد الدلائل عن الانخفاض الشديد في تقدير الذات، ولقد توصل إلى نتائجه من خلال دراسته لعينة من المهندسين والباحثين

(بوبة 22012/2011)

خلاصة الفصل

من خلال ما ادرجناه في هذا الفصل يمكننا أن نستخلص أن تقدير الذات هو التقييم والحكم الذي يمنحه الفرد لنفسه وكفائته واستحقاقه سواء كان إيجابياً أو سلبياً، وينعكس هذا التقييم على ثقة الفرد بنفسه وشعوره وقناعاته بقدراته، وتقبل الفرد لذاته ورضاه عنها. ويعتبر إحدى العوامل الأساسية التي تجعل الفرد أكثر قوة على مواجهة مختلف المواقف الصعبة والضغوطات في الحياة، بينما رفض الذات يجعل الفرد أقل ثقة بنفسه وقدراته وأكثر عرضة للهشاشة النفسية.

الجانب التطبيقي

1-الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية المرحلة الأولى التي يلجأ إليها الباحث لمعرفة مدى ملاءمة الظروف المتعلقة بتطبيق الدراسة لميدانية الأساسية، وكذا الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المعدة لجمع المعلومات، والمتمثلة في المقياسين المتعلقين بمتغيرات البحث، كما عمد الباحث إلى التقرب من المجتمع الأصلي للدراسة بغية الاختيار الأنسب للعيينة بطريقة تمكن من الجمع الصحيح للمعلومات، وتيسر عملية حساب الخصائص السيكومترية. كما أن الدراسة الاستطلاعية تمكن الباحث من التعرف على ميدان الدراسة وضبط الشكل النهائي للموضوع وفرضياته، وأدوات البحث وعينة الدراسة، وضبط المقاييس وهذا بعد التأكد من صدقها وثباتها، كل هذه العملية المنهجية تعتبر المرحلة الأولى من العمل الميداني، وتمكن من الوصول إلى نتائج موضوعية

وتتيح هذه المرحلة للباحث فرصة التعرف على ميدان الدراسة بشكل مباشر، وضبط الشكل النهائي للموضوع وفرضياته وأدواته وعينته، إضافة إلى التأكد من صدق المقاييس وثباتها. وبذلك تُعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة منهجية أولى في العمل الميداني، تُمكن الباحث من الوصول إلى نتائج أكثر موضوعية وموثوقية.

1.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

تُعد كل دراسة علمية موجّهة بمجموعة من الأهداف التي تحدّد مسارها وتوجّه خطواتها، والدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها لم تخرج عن هذا الإطار، إذ رُصدت لها أهداف أساسية تمثل مدخلاً منهجياً ضرورياً للانتقال إلى الدراسة الميدانية الأساسية، ويمكن تلخيصها فيما يلي :

التحقق من صدق وكفاية الأدوات المستعملة في جمع البيانات ومدى ملاءمتها لطبيعة الموضوع المساهمة في تحديد موضوع الدراسة وضبط متغيراته بشكل أدق وأكثر تقنياً

- ✓ -اختبار ظروف التطبيق والتأكد من وضوح التعليمات وبنود المقاييس لدى أفراد العينة
- ✓ -الحصول على مواصفات المجتمع الأصلي بما يسمح باختيار عينة ممثلة وملائمة
- ✓ التعرف على ميدان الدراسة عملياً بما يسهّل إجراءات البحث الميداني اللاحق
- ✓ قياس مدى تجاوب أفراد المجتمع مع أدوات البحث وإمكانية تطبيقها

استباق العقبات عبر رصد الصعوبات المحتملة وتذليلها قبل الشروع في الدراسة الأساسية.

2.1 عينة الدراسة الاستطلاعية

لقد تم تحديد عينة استطلاعية تتكون من (50) ممرض وممرضة على مستوى المؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد وتم اختيارهم بطريقة قصدية وطبقت عليهم المقاييس المراد استخدامها في الدراسة الأساسية خلال الأسبوع الأخير من شهر مارس والاسبوع الاول من افريل (2026) حيث وزع استبيان الكروني على الفئة المعنية ويشمل المقياسين كل من

- ❖ مقياس الاحتراق النفسي لمسلاش
- ❖ مقياس تقدير ذات لروزنبرغ

وتمت عملية الإجابة عن كل الاستبيانات في نفس اليوم الذي وزعت فيه، مما يدل على درجة جيدة من التفاعل والتعاون من طرف افراد العينة، وهو ما ساعد وشجع على الانتقال إلى مرحلة الدراسة الاساسية في ظروف مناسبة نتائج الدراسة الاستطلاعية

انطلقت الدراسة الاستطلاعية عبر توزيع استبيان إلكتروني على عينة من الممرضين والممرضات العاملين في المؤسسات الصحية، وذلك بغرض الوقوف على مدى ملاءمة أدوات البحث، والتأكد من استجابة أفراد العينة بشكل فعال. وقد مكّنتنا هذه المرحلة من تحقيق مجموعة من الأهداف والنتائج، يمكن تلخيصها: فيما يلي

تحقيق تواصل إيجابي وفعال مع أفراد العينة عبر الوسيط الإلكتروني، مما ساعد على الحصول على دعم معنوي عزز ثقتنا في إمكانية إنجاز الدراسة الأساسية بسهولة.

الاستفادة من الاستجابات الإيجابية للممرضين والممرضات أثناء تعبئة الاستبيان، وهو ما زاد من حماسنا وتوقعنا لنتائج أفضل عند تطبيق الدراسة الأساسية.

إتاحة فرصة للتفاعل غير مباشر مع أفراد العينة، حيث ساهم شرح الهدف الرئيسي للدراسة في تعزيز روح التعاون لديهم، وغرس الاهتمام بالمشاركة العلمية.

التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة (المقاييس الإلكترونية المعتمدة)، خاصة وأنها سبق وأن استُخدمت في البيئة الجزائرية في دراسات سابقة، وهو ما يمنحها مصداقية إضافية.

3.1 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

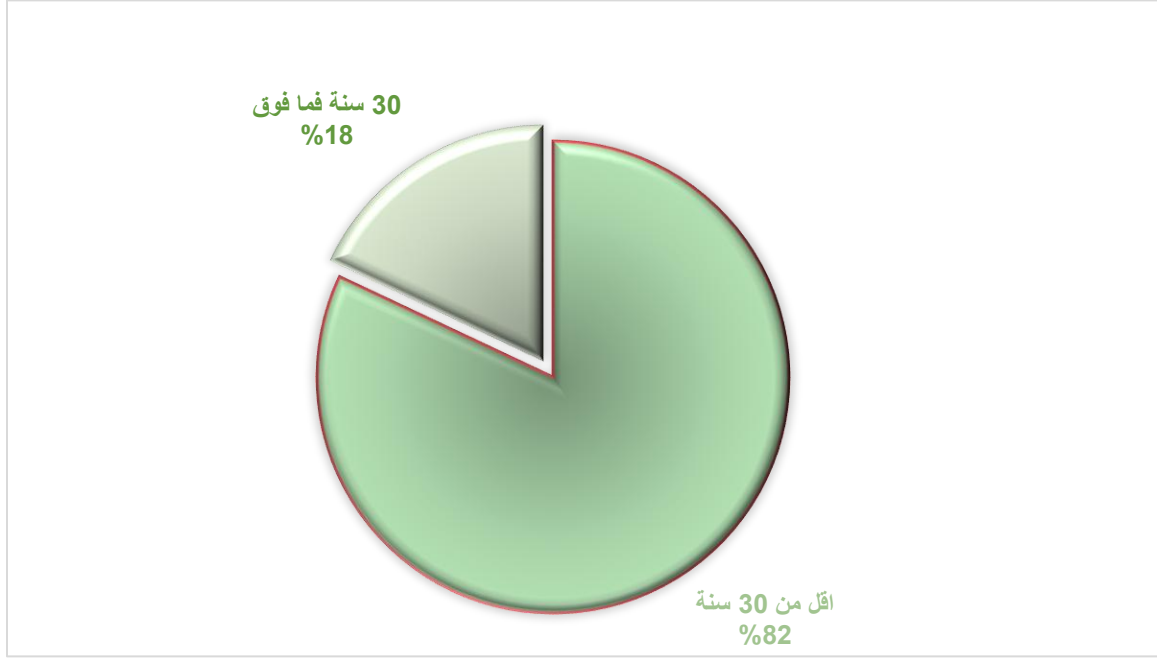
جدول رقم (01): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير السن:

النسبة المئوية%	التكرارات	الفئات العمرية
82%	41	أقل من 30 سنة
18%	9	30 سنة فما فوق
100%	50	المجموع

التحليل:

أفرزت النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول الذي يبين توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير السن، أن هناك تفاوت واضح في الفئات العمرية، حيث قدرت نسبة 82% لصالح فئة أقل من 30 سنة، بينما قدرت نسبة 18% فقط لفئة 30 سنة فما فوق.

وهذا يدل على أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى الفئة العمرية الشابة، وهو ما قد يؤثر على نتائج الدراسة خاصة فيما يتعلق بمتغير الاحتراق النفسي وتقدير الذات.



شكل رقم (01): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير السن

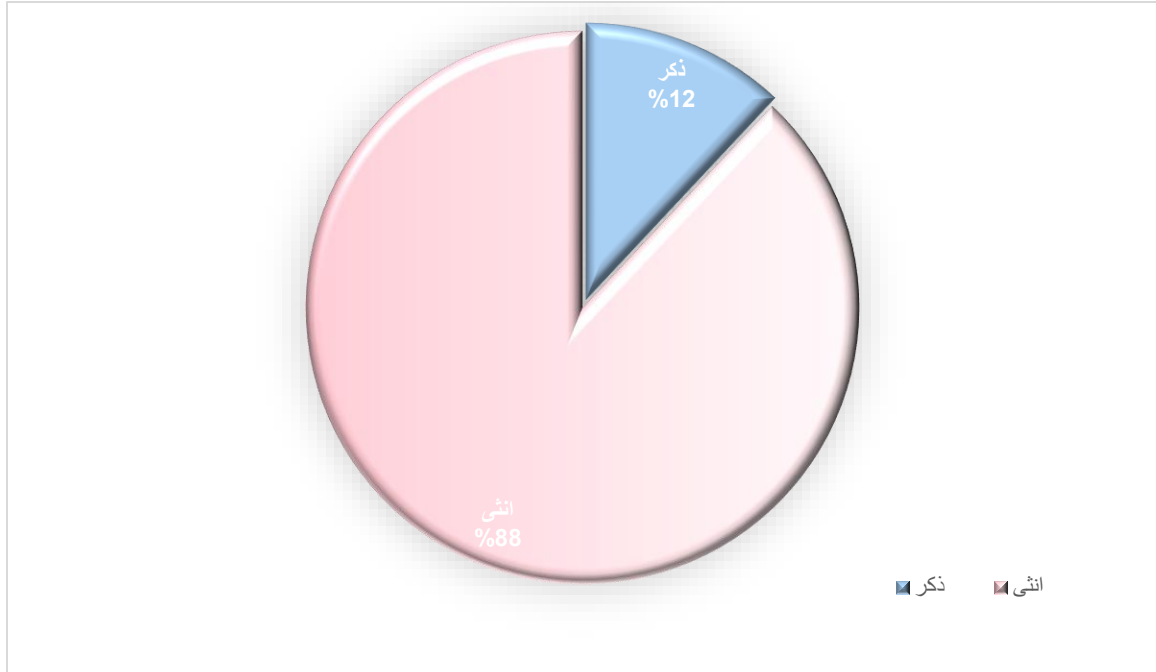
متغير الجنس

جدول رقم (02): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير الجنس

النسبة المئوية %	التكرارات	الجنس
12%	6	ذكر
88%	44	أنثى
100%	50	المجموع

التحليل:

يتضح من خلال الجدول أن توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس يتميز بتفوق واضح للعنصر النسوي، حيث بلغت نسبة الإناث (88%) مقابل (12%) فقط للذكور ويُفسّر هذا التفاوت بكون طبيعة الفئة المدروسة يغلب عليها العنصر النسوي، مما يعكس واقع التمثيل غير المتكافئ بين الجنسين داخل العينة.



شكل رقم (02): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقاً لمتغير الجنس

جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقاً لمتغير سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أقل من 5 سنوات	33	66%
5 سنوات فما فوق	6	12%
غير محدد	11	22%
المجموع	50	100%

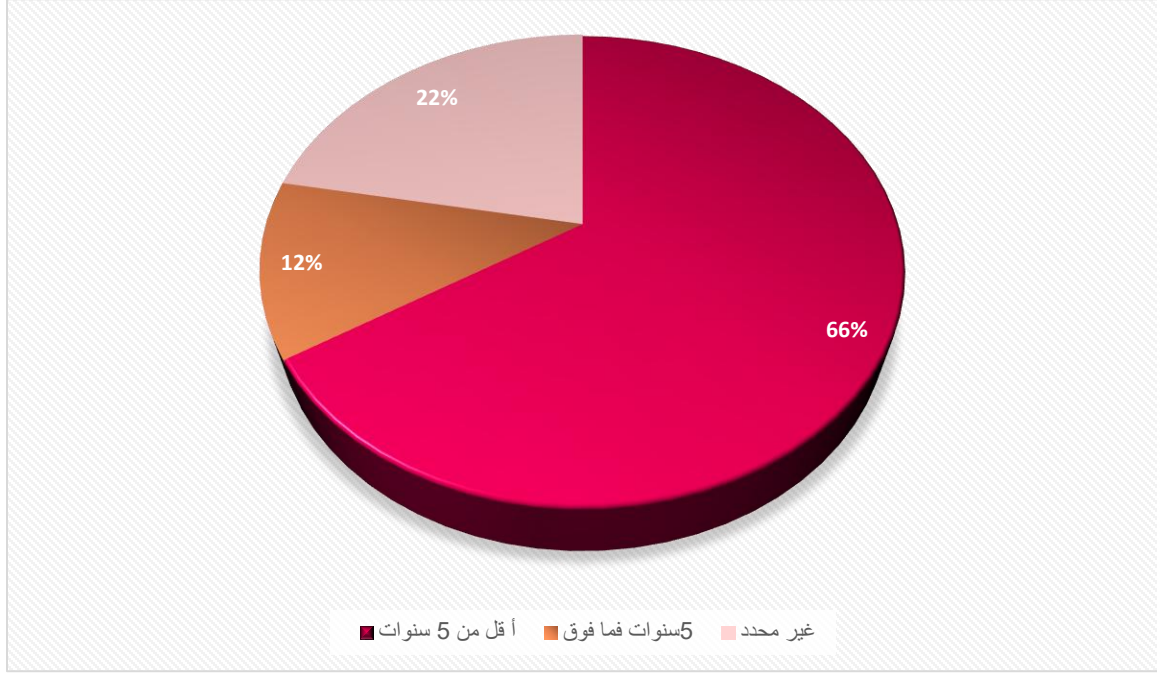
التحليل:

تُبين النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول الذي يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الخبرة أن أغلب أفراد العينة لديهم خبرة مهنية أقل من 5 سنوات، حيث بلغت نسبتهم 66% بتكرار قدره 33 مفردة، مما يدل على أن العينة يغلب عليها الطابع الحديث في الخبرة المهنية.

في حين بلغت نسبة الممرضين الذين لديهم 5 سنوات فما فوق من الخبرة 12% بتكرار قدره 6 أفراد، وهي نسبة أقل مقارنة بالفئة الأولى.

أما فئة غير محدد فقد سجلت نسبة 22% بتكرار قدره 11 مفردة، وتشمل الإجابات غير المصرح بها مثل "غير محدد" بالإضافة إلى القيم غير الواضحة أو غير المنطقية (مثل 16، 18، 25) التي لا يمكن اعتمادها كمؤشر دقيق لسنوات الخبرة.

ويُفهم من هذا التوزيع أن العينة يغلب عليها الطابع الحديث في الخبرة المهنية، وهو ما قد ينعكس على مستوى التعرض للضغط المهني والاحتراق النفسي لدى الممرضين.



شكل رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير سنوات الخبرة
متغير القسم:

جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير القسم:

النسبة المئوية	التكرارات	القسم
58%	29	استعجالات
34%	17	أخرى
6%	3	انعاش
2%	1	جراحة
100%	50	المجموع

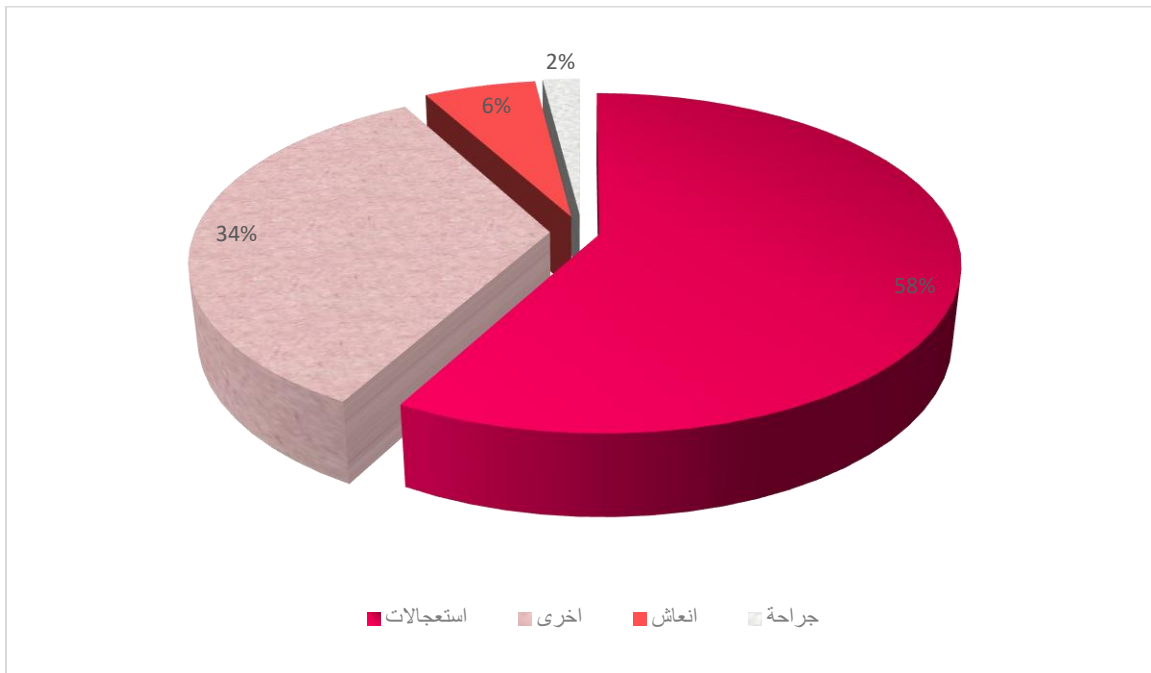
التحليل

تُظهر النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول الذي يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير القسم أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى قسم الاستعجالات بنسبة 58% بتكرار قدره 29 ممرضاً وممرضة، مما يعكس الطابع الغالب لهذا القسم داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

في حين بلغت نسبة العاملين في أقسام أخرى 34% بتكرار قدره 17 فرداً، وهو ما يشير إلى تنوع نسبي في أماكن عمل أفراد العينة.

أما قسم الإنعاش فقد سجل نسبة 6% بتكرار قدره 3 أفراد، في حين جاء قسم الجراحة بنسبة ضعيفة قدرت بـ 2% بتكرار فرد واحد فقط، وهو ما يبين أن هذا القسم ممثل بشكل محدود داخل العينة.

ويُفهم من هذا التوزيع أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى الأقسام ذات الطابع الاستعجالي، وهي أقسام تتسم بضغط مهني مرتفع، مما قد يساهم في زيادة احتمالية التعرض للاحتراق النفسي لدى الممرضين.



الشكل رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب متغير القسم

متغير نظام العمل:

جدول رقم (05): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفقاً لمتغير نظام العمل

النسبة المئوية%	التكرارات	نظام العمل
36%	18	نهاري
40%	20	مختلط
24%	12	مناوبة
100%	50	المجموع

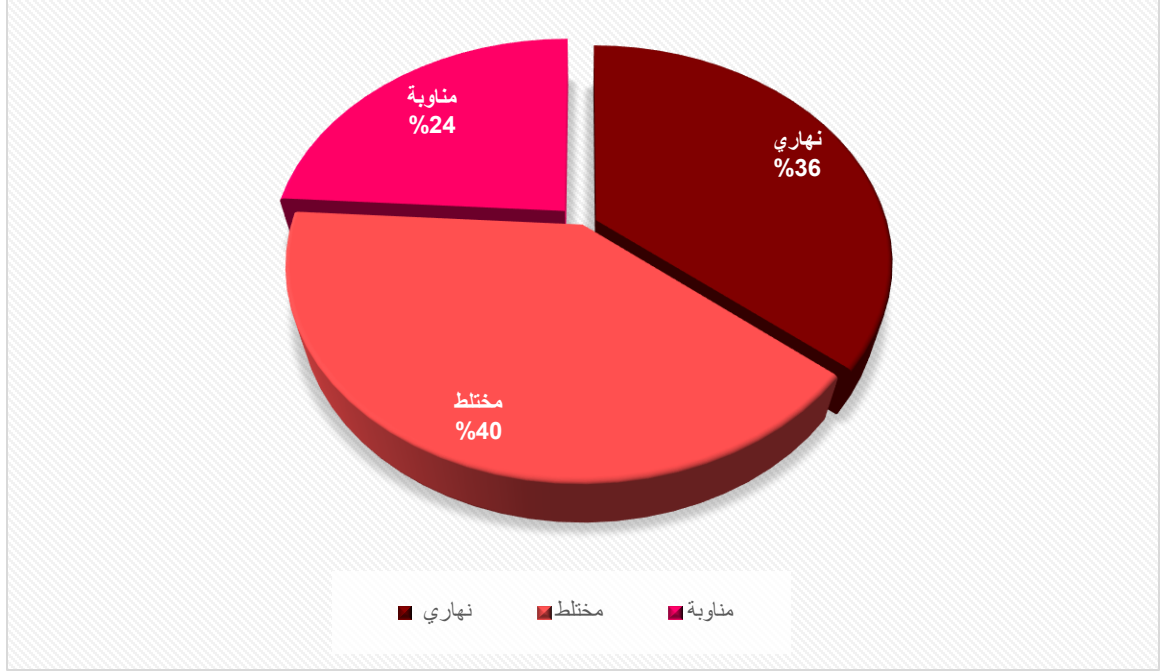
التحليل:

تُبين النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول الذي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نظام العمل أن نسبة 40% من أفراد العينة يعملون بنظام مختلط بتكرار قدره 20 ممرضاً وممرضة، وهي النسبة الأعلى ضمن هذا المتغير.

في حين بلغت نسبة العاملين بنظام نهاري 36% بتكرار قدره 18 فرداً، مما يدل على وجود نسبة معتبرة من الممرضين الذين يعملون في هذا النمط من العمل.

أما نظام المناوبة فقد سجل نسبة 24% بتكرار قدره 12 فرداً، وهو ما يعكس وجود فئة من الممرضين يعملون بنظام يتطلب التناوب في أوقات العمل، والذي قد يكون أكثر ضغطاً مقارنةً بالنظامين الآخرين.

ويُفهم من هذا التوزيع أن أغلب أفراد العينة يعملون ضمن نظامي العمل المختلط والنهاري، وهو ما يعكس طبيعة تنظيم العمل داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، وقد يكون لنظام العمل دور في مستوى التعرض للضغط المهني والاحتراق النفسي.



رقم الشكل (05): توزيع أفراد العينة حسب متغير نظام العمل

4.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة مكوّنة من (50) ممرضًا وممرضة بالمؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد، تم التوصل إلى مجموعة من النتائج التي ساعدت في ضبط إجراءات الدراسة الأساسية والتأكد من صلاحية أدوات البحث، ويمكن تلخيصها فيما يأتي:

- تم تحقيق تواصل إيجابي وفعال مع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، والتأكد من مدى تعاونهم واستجابتهم الجيدة، مما ساهم في تهيئة الظروف المناسبة لإنجاز الدراسة الأساسية بسهولة .
- الاستفادة من الاستجابات الإيجابية للممرضين والممرضات أثناء تطبيق الاستبيان الإلكتروني، الأمر الذي عزز ثقة الباحثة في إمكانية الحصول على نتائج دقيقة وموضوعية خلال الدراسة الأساسية .
- التأكد من وضوح تعليمات المقاييس وسهولة فهم بنودها من طرف أفراد العينة، مما يدل على ملاءمة أدوات الدراسة لطبيعة المجتمع المدروس .
- التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، من خلال التأكد من صدقها وثباتها، بما يسمح بالاعتماد عليها في الدراسة الأساسية .
- التعرف على خصائص المجتمع الأصلي للدراسة من حيث السن، الجنس، سنوات الخبرة، القسم، ونظام العمل، مما ساعد على تكوين تصور أوضح حول طبيعة العينة المستهدفة .

- الوقوف على بعض الصعوبات المحتملة المرتبطة بجمع البيانات والعمل على تجاوزها قبل الشروع في الدراسة الأساسية .

وعليه، فقد مكّنت الدراسة الاستطلاعية من توفير قاعدة منهجية مناسبة للانتقال إلى الدراسة الأساسية، والتأكد من جاهزية أدوات البحث وملاءمتها لتحقيق أهداف الدراسة.

5.1 التعريف بادوات الدراسة حسب نتائج الدراسة الاستطلاعية

مقياس الاحتراق النفسي (Maslach Burnout Inventory)

وصف المقياس

في إطار دراسات علم النفس الاجتماعي، وذلك بعد تم تصميم مقياس الاحتراق النفسي من طرف الباحثة سلسلة من الأبحاث التي تناولت موضوع الاحتراق النفسي في الوسط المهني. وقد كانت النسخة الأولى من المقياس تتكون من (47) فقرة تعبر عن مختلف المشاعر وردود الأفعال التي يبديها الأفراد إزاء مواقف العمل الضاغطة، قبل أن يخضع لعدة تعديلات واختصارات ليصبح في صورته النهائية مكوناً من (22) فقرة فقط.

(Maslach & Jackson, 1981)

وقد صُمم هذا المقياس بهدف قياس مستوى الاحتراق النفسي لدى العاملين في المهن التي تعتمد على التعامل المباشر مع الأفراد، ويقوم على ثلاثة أبعاد أساسية هي: الإنهاك الانفعالي، تبدل الشخصية، ونقص الإنجاز الشخصي، حيث تقيس هذه الأبعاد جوانب مختلفة من الضغط النفسي داخل بيئة العمل.

كما عرفت أداة

Maslach Burnout Inventory (MBI)

عدة تطورات لاحقة، حيث تم توجيهها إلى مختلف الفئات المهنية، فظهرت نسخة المهن إضافة إلى النسخة العامة الخدمية ونسخة قطاع التعليم.

وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على النسخة الموجهة للمهن الاجتماعي باعتبارها الأكثر ملاءمة لطبيعة العينة المدروسة.

كما تم اعتماد النسخة المترجمة والمقننة والمعربة التي تم تكييفها مع البيئة الجزائرية، والتي تمت إعادة تقنينها في دراسات سابقة داخل الوسط الجزائري، بما يضمن ملاءمتها لخصائص العينة المستهدفة.

أبعاد المقياس

يتكون مقياس الاحتراق النفسي من ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي

الإنهاك الانفعالي (EE)

ويقيس الشعور بالإرهاق والتعب النفسي الناتج عن العمل (البنود: 1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16، 20) .

تبلد الشخصية (DP)

ويقيس الاتجاه السلبي واللامبالاة تجاه الآخرين (البنود: 5، 10، 11، 15، 22)

نقص الإنجاز الشخصي (RPA)

ويقيس الإحساس بانخفاض الكفاءة المهنية والإنجاز (البنود: 4، 7، 9، 12، 17، 18، 19، 21).

طريقة تطبيق المقياس

يُطبق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي بطريقة التقويم الذاتي، حيث يُطلب من المبحوث الإجابة على جميع الفقرات وفق سلم تدرج يتراوح من (0 إلى 6)، حسب تكرار الشعور أو شدته، مما يسمح بتحديد مستوى الاحتراق النفسي لدى الفرد داخل بيئة العمل.

طريقة التصحيح

تُحسب الدرجة الكلية لكل بعد من خلال جمع درجات البنود المكونة له، ثم يتم تصنيف النتائج إلى مستويات

(منخفض، متوسط، مرتفع) وفق المعايير التالية:

الإنهاك الانفعالي (EE)

منخفض (أقل من 18) – متوسط (18 إلى 29) – مرتفع (أكثر من 29)

تبلد الشخصية (DP)

منخفض (أقل من 6) – متوسط (6 إلى 11) – مرتفع (أكثر من 11)

نقص الإنجاز الشخصي (RPA)

مرتفع (أقل من 34) – متوسط (34 إلى 39) – منخفض (أكثر من 39)

التكليف في الدراسة الحالية:

تم استخدام مقياس الاحتراق النفسي في صورته المعربة والمقننة بعد الاطلاع على عدة دراسات سابقة تناولت تكيفه في البيئة العربية والجزائرية، حيث تبين أن النسخة المكيفة أكثر ملاءمة لخصائص العينة المستهدفة، وتم الاعتماد على تعديلات وتقنيات سابقة في المجال، بما يضمن صدقه وملاءمته في السياق الجزائري (جبار نبيه، د.م.ل، أطروحة دكتوراه، جامعة مستغانم، 2023/2024).

مقياس تقدير الذات

وصف المقياس

تم تصميم مقياس تقدير الذات من طرف الباحث Rosenberg سنة (1965)، وهو يتكون من (10) بنود، منها (5) بنود إيجابية و(5) بنود سلبية، ويهدف إلى قياس مستوى تقدير الفرد لذاته من خلال تعبيره عن آرائه ومشاعره وردود أفعاله تجاه ذاته. يعكس هذا المقياس الطريقة التي يدرك بها الفرد قيمته الشخصية وقدراته، حيث يُعد من أكثر المقاييس استخدامًا في الدراسات النفسية لقياس تقدير الذات لدى الأفراد.

طريقة تطبيق المقياس

يُطلب من المبحوث قراءة فقرات المقياس والإجابة عنها وفق سلم ربايعي يتراوح من (1) إلى (4)، كما يلي

- لا أوافق تمامًا (1)
- لا أوافق إلى حد ما (2)
- أوافق إلى حد ما (3)
- أوافق تمامًا (4)

وتعتبر إجابات المفحوص عن مستوى تقديره لذاته من خلال الدرجة التي يختارها لكل عبارة.

طريقة التصحيح

تُجمع النقاط المتحصل عليها من جميع الفقرات للحصول على الدرجة الكلية، ثم تتم مقارنتها بالمعايير التالية التي تحدد مستويات تقدير الذات

أقل من (25): تقدير ذات منخفض جدًا
من (25) إلى (39): تقدير ذات متوسط
أكثر من (39): تقدير ذات مرتفع

التكليف في الدراسة الحالية

في هذه الدراسة تم اعتماد مقياس تقدير الذات بعد الاطلاع على عدة مقاييس سابقة، وقد تبين أن النسخة المكيفة في البيئة الجزائرية أكثر ملاءمة لخصائص العينة المستهدفة، حيث تم تعديل بنوده وفق الدراسات السابقة في المجال (جبار نبية، د.م.ل، أطروحة دكتوراه، جامعة مستغانم، 2024/2023).

الفصل الخامس

تمهيد

بعد التطرق في الفصل الرابع إلى الدراسة الاستطلاعية وما تضمنته من تحديد لأدوات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها، إضافة إلى التعرف على ميدان الدراسة وخصائص العينة، يأتي هذا الفصل استكمالاً للجانب الميداني للدراسة، حيث سيتم عرض الإجراءات المنهجية المعتمدة، ثم عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات في ضوء البيانات المتحصل عليها، قصد التحقق من صحة الفرضيات والإجابة عن تساؤلات الدراسة، بما يدعم ما تم التوصل إليه في الجانب النظري.

إجراءات الدراسة الأساسية

المنهج المستخدم

بغرض الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها، والهادفة إلى الكشف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، باعتباره الأنسب لدراسة الظواهر النفسية والاجتماعية كما هي في الواقع دون أي تدخل من طرف الباحث، وإنما يقتصر دوره على الوصف والتحليل والتفسير.

ويُعدّ المنهج الوصفي الارتباطي من المناهج العلمية المهمة في البحوث النفسية، إذ يهدف إلى تحديد طبيعة العلاقات بين المتغيرات المختلفة، وقياس درجة الارتباط بينها، بما يسمح بفهم أعمق للظاهرة المدروسة.

عرفه الخبراء المنهج الوصفي بأكثر من تعريف، وسنوضح أبرزها فيما يلي:

يُعرف المنهج الوصفي كونه :

"طريقة علمية يصف فيها الباحث الظاهرة بشكل كمي أو كمي، ومن ثم طرح مجموعة من التساؤلات، المبهمة، والقيام بعملية اعداد الطالب الباحث محسن التاجر تجميع للبيانات والمعلومات؛ من خلال عرف . "مجموعة من الأفراد التي تتضح فيهم الخصائص، ومن ثم تحليلها لبلوغ النتائج والقيام بالتفسير آخرون المنهج الوصفي على أنه: "وصف للمشكلة أو القضية بدقة، واستخدام أدوات البحث العلمي كما عرف منهجين . "للحصول على المعلومات، واستخراج استنتاجات، وعرضها في صورة رقمية أو نوعية آخرون المنهج الوصفي بأنه: "طريقة للتحليل العلمي المتعلق بظاهرة محددة المعالم ومكررة الحدوث، وبما يساعد في بلوغ نتائج بأسلوب موضوعي، وبما يتواءم مع المعطيات الأولية المتاحة

وبناءً على طبيعة موضوع الدراسة الحالي، تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي لأنه يتناسب مع دراسة العلاقة بين متغيرين نفسيين هما الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين.

التاجر، محسن (2021). اص1ص.

2-مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها:

يشمل مجتمع الدراسة الحالية جميع الممرضين والممرضات العاملين بالمؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد، والذين يمارسون مهامهم المهنية في مختلف الأقسام الطبية خلال الموسم الدراسي 2026/2025، حيث يمثلون المجتمع الأصلي للدراسة، والذي يضم فئات مهنية مختلفة من حيث الجنس، السن، الخبرة المهنية، ونظام العمل.

عينة الدراسة:

إن الغرض من اختيار العينة في أي دراسة علمية هو الحصول على معلومات تتعلق بالمجتمع الأصلي وتمثيله تمثيلاً دقيقاً، مما يوفر على الباحث الوقت والجهد والتكاليف. ويُعد اختيار العينة بطريقة مناسبة من الخطوات الأساسية التي تساهم في ضمان دقة النتائج المتوصل إليها، حيث أن الاختيار السليم للعينة يساعد على تعميم النتائج بصورة أكثر موضوعية.

ونظراً لطبيعة الدراسة الحالية، فقد تم اختيار عينة ممثلة للمجتمع بطريقة قصدية، باعتبارها الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة، حيث تم اختيار الأفراد الذين تتوفر فيهم شروط محددة تتعلق بممارسة مهنة التمريض بشكل فعلي داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة. كما تم استبعاد أفراد الدراسة الاستطلاعية من العينة الأساسية، تفادياً لتداخل البيانات وضماناً لدقة النتائج.

وقد بلغ حجم عينة الدراسة الأساسية (150) ممرضاً وممرضة، تم اختيارهم بشكل مباشر من مختلف الأقسام الطبية بالمؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد، والعدد الإجمالي مبين في الجداول الموالية.

مجالات الدراسة

هناك مجالان تم تناولهما في الدراسة الميدانية، وهما كالتالي:

المجال المكاني:

تمت الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد، حيث شملت مختلف الأقسام الطبية، بما في ذلك قسم الاستعجال، قسم الإنعاش، وبعض الأقسام الطبية الأخرى، والتي تضم عددًا من الممرضين والممرضات العاملين بنظام مهني متنوع.

المجال الزمني:

دام المجال الزمني للدراسة الميدانية قرابة شهر، منذ توزيع استمارات المقاييس إلى غاية جمع البيانات وتفريغها وتبويبها وتحليلها. حيث استمرت عملية التطبيق من تاريخ 26 مارس 2026 إلى غاية 09 أبريل 2026، وذلك بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية، والتأكد من صدق وثبات المقاييس المعتمدة، والانتهاء من تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية.

أساليب المعالجة الإحصائية

بعد مرحلة التطبيق، تم تفرغ بيانات المقاييس الصالحة لغايات الدراسة والمستوفية لشروط التحليل في الحاسوب الآلي، بغرض معالجتها وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (Statistical Package for Social Sciences)، وذلك من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة تسمح بالإجابة عن فرضيات الدراسة.

وقد تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية، تمثلت فيما يلي:

- ❖ اختبار (T-test) لدراسة الفروق بين المتوسطات.
- ❖ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستويات متغيرات الدراسة.
- ❖ تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للإجابة عن الفرضيات المتعلقة بالفروق حسب المتغيرات الديموغرافية.
- ❖ معامل الارتباط بيرسون (R) لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة.

أولاً: توزيع عينة حسب الجنس

جدول رقم (06) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية%	التكرارات	الجنس
12%	18	ذكور
88%	132	إناث
100%	150	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن نسبة الإناث بلغت (88%)، فيما بلغت نسبة الذكور (12%)، وهذا يدل على أن أغلب أفراد العينة من الإناث مقارنة بالذكور.

ثانياً: توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير السن

جدول رقم (07) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن

النسبة المئوية%	التكرارات	السن
82%	123	من 20 سنة إلى 29 سنة
18%	27	من 30 سنة إلى 39 سنة
100%	150	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى الفئة العمرية (20 إلى 29 سنة) بنسبة (82%)، بينما بلغت نسبة الفئة العمرية (30 إلى 39 سنة) (18%)، وهذا يدل على أن العينة يغلب عليها الطابع الشبابي.

ثالثا: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير القسم

جدول رقم (08) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب القسم

القسم	التكرارات	النسبة المئوية%
الاستعدادات	87	58%
الإنعاش	51	34%
الأقسام الطبية الأخرى	12	8%
المجموع	150	100%

من خلال الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى قسم الاستعدادات بنسبة (58%)، يليه قسم الإنعاش بنسبة (34%)، بينما سجلت الأقسام الطبية الأخرى نسبة (8%)، وهذا يدل على أن العينة تتركز بشكل كبير في الأقسام ذات الطابع الاستعجالي.

رابعا: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الخبرة

جدول رقم (09) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية%
أقل من 5 سنوات	93	62%
من 5 سنوات الى 10 سنوات	18	12%
من 10 سنوات الى 15 سنة	39	26%
المجموع	150	100

من خلال الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة لديهم خبرة أقل من 5 سنوات بنسبة (62%)، بينما بلغت نسبة الذين تتراوح خبرتهم بين 10 و 15 سنة (26%)، في حين سجلت أقل نسبة لدى الفئة التي تتراوح خبرتها بين 5 و 10 سنوات بنسبة (12%). وهذا يدل على أن العينة يغلب عليها الطابع المهني الحديث نسبياً.

خامسا: توزيع عينة الدراسة تبعا بنظام العمل

جدول رقم (10) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نظام العمل

نظام العمل	التكرارات	النسبة المئوية%
النهارى	54	36%
المختلط	60	40%

24%	36	المناوبة
100%	150	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن نظام العمل المختلط جاء في المرتبة الأولى بنسبة (40%)، يليه النظام النهاري بنسبة (36%)، بينما جاء نظام المناوبة في المرتبة الأخيرة بنسبة (24%)، وهذا يدل على تنوع أنظمة العمل لدى أفراد العينة مع هيمنة النظام المختلط.

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى:

نصت الفرضية على ما يلي:

مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد مرتفع

بغرض اختبار نتائج هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس الاحتراق النفسي على أفراد عينة الدراسة المقدر عددهم بـ (150) ممرض وممرضة، العاملين بمستشفى مسعد، وذلك من أجل حساب مستوى الاحتراق النفسي

لديهم ومقارنته بالمتوسط الحسابي الافتراضي باستخدام اختبار (t)

لعينة واحدة، وحساب الفرق بين مستوى الاحتراق النفسي الفعلي المحسوب والمتحصل عليه من خلال استجاباتهم على مقياس الاحتراق النفسي، والمعبر عنه بالمتوسط الحسابي الفعلي للعينة، والمستوى الفرضي (القيمة الاختبارية) للمقياس المحسوب من خلال المعادلة

$$(3 \times 22 = 66)$$

حيث يمثل العدد (3) متوسط درجات المقياس، و(22) عدد بنود المقياس، وبالتالي فإن المستوى الفرضي للمقياس يساوي (66)، وهذا ما توضحه نتائج الجدول أدناه

جدول رقم (11): يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لدراسة الفروق في استجابات أفراد العينة على مقياس الاحتراق النفسي

المقياس	عدد الممرضين	القيمة الاختبارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T-test)	الدلالة (Sig)	درجة الحرية (df)
الاحتراق النفسي	150	66	70.88	6.774	8.823	0.000	149

تحليل النتائج

تبين من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة قد بلغت (70.88) بانحراف معياري قدره (6.774)، في حين بلغ المتوسط الفرضي (66) درجة

وباستخدام اختبار (T)

لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسطات، وجدنا أن قيمة (T) تساوي (8.823) بدلالة معنوية Sig تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على أن النتائج دالة إحصائياً عند مستوى (0.05).

التفسير الإحصائي:

وبناءً على ذلك، نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة (مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين) والمتوسط الفرضي للمقياس، وذلك لصالح المتوسط الحسابي الفعلي.

وبالتالي فإن استجابات أفراد العينة من الممرضين العاملين بمستشفى مسعد تشير إلى أن مستوى الاحتراق النفسي لديهم مرتفع.

ومن ثم يمكن قبول الفرضية البديلة التي تنص على أن

مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد مرتفع.

مناقشة النتائج:

يمكن تفسير ارتفاع مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين في مستشفى مسعد إلى عدة عوامل مهنية وتنظيمية ونفسية، من أهمها

- ✓ ضغط العمل وكثرة المناوبات الليلية
- ✓ نقص عدد الممرضين مقارنة بعدد المرضى.
- ✓ التعامل المستمر مع حالات مرضية حرجة.
- ✓ الإرهاق الجسدي الناتج عن ساعات العمل الطويلة.
- ✓ ضعف التحفيز المعنوي والمادي داخل المؤسسة الصحية.
- ✓ التوتر الناتج عن المسؤولية الكبيرة في تقديم الرعاية الصحية.

كما أن طبيعة العمل في القطاع الصحي بصفة عامة تجعل الممرض عرضة بشكل دائم للضغط النفسي والانفعالي، خاصة في الحالات المستعجلة أو الحرجة.

خلاصة الفرضية الأولى:

من خلال النتائج المتحصل عليها، يمكن القول إن مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد (مرتفع حسب النتائج النهائية)، مما يؤكد ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي للممرضين وتحسين ظروف العمل داخل المؤسسة الصحية.

الفرضية الثانية: مستوى تقدير الذات منخفض لدى الممرضين:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية على ما يلي

- مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد منخفض.

بغرض اختبار نتائج هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس تقدير الذات على أفراد عينة الدراسة المقدر عددهم بـ (150) ممرض وممرضة، العاملين بمستشفى مسعد، وذلك من أجل حساب مستوى تقدير الذات لديهم

ومقارنته بالمتوسط الحسابي الافتراضي باستخدام اختبار (T)

لعينة واحدة، وحساب الفرق بين مستوى تقدير الذات الفعلي المحسوب المتحصل عليه من خلال استجاباتهم على مقياس تقدير الذات، والمعبر عنه بالمتوسط الحسابي الفعلي للعينة، والمستوى الفرضي (القيمة الاختبارية) للمقياس المحسوب من خلال المعادلة

$$(3 \times 10 = 30)$$

حيث يمثل العدد (3) متوسط درجات المقياس، و(10) عدد بنود المقياس، وبالتالي فإن المستوى الفرضي للمقياس يساوي (30)، وهذا ما توضحه نتائج الجدول أدناه.

جدول رقم (12): يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لدراسة الفروق في استجابات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات.

المقياس	عدد الممرضين	القيمة الاختبارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T-test)	الدلالة (Sig)	درجة الحرية (df)
تقدير الذات	150	30	39.92	3.216	37.778	0.000	149

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

الفرضية الثانية:

نصت الفرضية على ما يلي:

مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد منخفض.

بغرض اختبار هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس تقدير الذات على أفراد عينة الدراسة المقدر عددهم بـ (150) ممرضًا وممرضة، العاملين بمستشفى مسعد، وذلك من أجل حساب مستوى تقدير الذات لديهم ومقارنته بالمتوسط الحسابي الافتراضي باستخدام اختبار (T) لعينة واحدة، وحساب الفرق بين مستوى تقدير الذات الفعلي المتحصل عليه من خلال استجاباتهم على المقياس، والمعبر عنه بالمتوسط الحسابي الفعلي للعينة، والمستوى الفرضي (القيمة الاختبارية) للمقياس المحسوب وفق المعادلة:

$$(3 \times 10 = 30)$$

حيث يمثل العدد (3) متوسط درجات المقياس، ويمثل العدد (10) عدد بنود المقياس، وبالتالي فإن المستوى الفرضي للمقياس يساوي (30).

تبين من نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة بلغ (39.92) بانحراف معياري قدره (3.216)، في حين بلغ المتوسط الفرضي للمقياس (30) درجة.

وباستخدام اختبار (T) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسطين، بلغت قيمة $T = 37.778$ ، بدلالة معنوية $Sig = 0.000$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على أن الفروق بين المتوسطين دالة إحصائيًا.

بناءً على النتائج السابقة، نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد العينة والمتوسط الفرضي للمقياس، وذلك لصالح المتوسط الحسابي الفعلي.

وهذا يدل على أن مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد مرتفع.

وبالتالي يتم رفض الفرضية التي تنص على أن مستوى تقدير الذات منخفض، وقبول النتيجة التي تشير إلى أن مستوى تقدير الذات مرتفع لدى أفراد العينة.

مناقشة النتائج:

يمكن تفسير ارتفاع مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد بعدة عوامل، من أهمها:

- شعور الممرض بأهمية دوره في تقديم الرعاية الصحية وخدمة المرضى .
- اكتساب الخبرة المهنية التي تعزز الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة .
- التكيف مع طبيعة العمل والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة .

- الإحساس بالمسؤولية والإنجاز المهني .
- الدعم الاجتماعي من الزملاء والأسرة .
- امتلاك مهارات مهنية تساعد على الشعور بالقدرة والنجاح .

كما أن مهنة التمريض، رغم ما تحمله من ضغوط، قد تمنح للفرد شعورًا قويًا بقيمته وأهميته داخل المجتمع، مما يساهم في رفع مستوى تقدير الذات لديه.

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على ما يلي:

لكما ارتفع مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد انخفض مستوى الاحتراق النفسي لديهم، وكلما انخفض مستوى تقدير الذات ارتفع مستوى الاحتراق النفسي لديهم، أي توجد علاقة ارتباطية عكسية بين تقدير الذات والاحتراق النفسي.

بغرض التحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس العلاقة بين متغيري الدراسة (تقدير الذات والاحتراق النفسي) لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد، والبالغ عددهم (150) ممرض وممرضة، وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي (SPSS).

جدول رقم (13): يبين معامل ارتباط بيرسون بين تقدير الذات والاحتراق النفسي

الحكم	المتغيرات	الأحترق النفسي	تقدير الذات
علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات	الاحتراق النفسي	1	-0.694**
	sig(2-tailed)		0.000
	عدد أفراد العينة	150	150
	تقدير الذات	-0.694	1
	sig(2-tailed)	0.000	
	عدد أفراد العينة	150	150

تحليل النتائج:

من خلال نتائج الجدول الخاص بمعامل ارتباط بيرسون بين متغيري الاحتراق النفسي وتقدير الذات، نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بلغت (-0.694)، وهي قيمة سالبة، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين المتغيرين لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد.

كما بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig = 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يشير إلى أن هذه العلاقة دالة إحصائياً.

بناءً على النتائج المتحصل عليها، نستنتج وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى أفراد العينة، بحيث كلما ارتفع مستوى تقدير الذات لدى الممرضين انخفض مستوى الاحتراق النفسي لديهم، وكلما انخفض تقدير الذات ارتفع مستوى الاحتراق النفسي.

وعليه يتم قبول الفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن تقدير الذات المرتفع يساعد الممرض على مواجهة الضغوط المهنية والتعامل مع التحديات اليومية بثقة وكفاءة، مما يقلل من احتمالية تعرضه للاحتراق النفسي. كما أن الشعور بالكفاءة والرضا عن الذات يعزز القدرة على التكيف النفسي والانفعالي داخل بيئة العمل الاستشفائية.

في المقابل، فإن انخفاض تقدير الذات قد يجعل الممرض أكثر عرضة للتوتر والإجهاد النفسي، ويضعف قدرته على مواجهة الضغوط المهنية، مما يزيد من احتمال شعوره بالإرهاق والانهاك النفسي.

من خلال النتائج المتحصل عليها، يمكن القول إن هناك علاقة ارتباطية عكسية قوية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد، بحيث كلما ارتفع أحد المتغيرين انخفض الآخر.

مناقشة فرضية رابعة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد تبعاً لمتغير (الجنس، السن، الخبرة، القسم، نظام العمل).

أولاً: مستوى الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس

جدول (14): مستوى الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس

القرار	sig	t	الانحراف sd	المتوسط x			الاحتراق النفسي
لاتوجد فروق	0.526	0.070	8.431	71.83	18	ذكور	
			6.544	70.75	132	اناث	

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS، كما هو موضح في الجدول (14)، أن المتوسط الحسابي لمستوى الاحتراق النفسي لدى الذكور بلغ (71.83) بانحراف معياري قدره (8.431)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث (70.75) بانحراف معياري قدره (6.544). كما بلغت قيمة اختبار (ت) (0.070)، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة (Sig = 0.526)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05).

بناءً على هذه النتائج، يمكن القول إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الذكور والإناث تعزى لمتغير الجنس، وعليه فإن هذا الجزء من الفرضية لم يتحقق.

ورغم أن المتوسط الحسابي للذكور كان أعلى قليلاً من المتوسط الحسابي للإناث، إلا أن هذا الفرق لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، مما يدل على أن الجنس لا يمثل عاملاً حاسماً في تحديد مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الممرضين والممرضات داخل المؤسسة الاستشفائية يخضعون تقريباً لنفس ظروف العمل، ويواجهون ضغوطاً مهنية متشابهة، مثل كثافة المهام، وضغط الوقت، والمسؤوليات المرتبطة برعاية المرضى، مما يؤدي إلى تقارب مستويات الاحتراق النفسي بينهم بغض النظر عن اختلاف الجنس.

كما أن الاحتراق النفسي لا يتأثر فقط بالعوامل الديموغرافية، بل يرتبط أيضاً بعوامل أخرى مثل طبيعة بيئة العمل، ومستوى الدعم الاجتماعي داخل المؤسسة، والقدرة الفردية على التكيف مع الضغوط، واستراتيجيات مواجهة التوتر، وهي عوامل قد تكون أكثر تأثيراً من متغير الجنس في تحديد مستوى الاحتراق النفسي.

ثانياً: مستوى الأحتراق النفسي حسب السن

جدول (15) مستوى الأحتراق النفسي حسب السن

sig	قيمة f	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		الاحتراق النفسي
0.006	7.834	343.759	1	343.759	ما بين المجموعات	
توجد		43.879	148	6494.081	داخل المجموعات	
			149	6837.840	المجموع	

من خلال نتائج التحليل الإحصائي المحصل عليها من استخدام نظام spss والمبينة في الجدول أعلاه، تبين أن قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (F) قد قدرت بـ (7.834)، وهي قيمة دالة إحصائية عند

مستوى الدلالة 0.05، لأن قيمة (sig) كانت مقدرة بـ (0.006) وهي أصغر من (0.05) إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير السن.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن السن يعد من العوامل المهمة التي قد تؤثر في مستوى الاحتراق النفسي، حيث تختلف قدرة الأفراد على التكيف مع الضغوط المهنية باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها. فالأفراد الأكبر سنًا قد يمتلكون خبرة أكبر في التعامل مع المواقف الضاغطة، وقدرة أفضل على التحكم في الانفعالات وتنظيم الضغوط النفسية، في حين قد يكون الأفراد الأصغر سنًا أكثر عرضة للتأثر بمتطلبات العمل وضغوطه اليومية.

كما أن التقدم في السن قد يمنح الفرد نضجًا نفسيًا ومهنيًا يساعده على مواجهة الصعوبات بطريقة أكثر فعالية، مما ينعكس على مستوى الاحتراق النفسي لديهم. لذلك يمكن القول إن اختلاف الفئات العمرية يؤدي إلى اختلاف مستوى الاحتراق النفسي بين أفراد العينة.

ثالثا: مستوى الاحتراق النفسي حسب الخبرة

جدول (16): مستوى الاحتراق النفسي الخبرة

sig	قيمة f	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات	
0.059	2.887	129.221	2	258.442	ما بين المجموعات
		44.758	147	6579.398	داخل المجموعات
0.05			149	6837.840	المجموع

من خلال نتائج التحليل الإحصائي المحصل عليها باستخدام برنامج SPSS والمبينة في الجدول أعلاه، تبين أن قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (F) قد بلغت (2.887)، عند مستوى دلالة (sig = 0.059)، وهي قيمة قريبة من مستوى الدلالة المعتمد، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية هامشية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير الخبرة. وعليه يمكن القول إن الخبرة المهنية قد يكون لها تأثير نسبي في مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير الخبرة بأن سنوات العمل والخبرة المهنية تؤثر في قدرة الممرضين على التعامل مع الضغوط النفسية والمهنية. فكلما ازدادت خبرة الممرض، ازدادت

قدرته على التكيف مع متطلبات العمل، واكتساب استراتيجيات فعالة لمواجهة المواقف الضاغطة، مما قد يساهم في التخفيف من مستوى الاحتراق النفسي.

وفي المقابل، قد تؤدي سنوات العمل الطويلة وتراكم المسؤوليات المهنية إلى زيادة الشعور بالإرهاق والانهاك النفسي لدى بعض الممرضين، خاصة في ظل ضغط العمل المستمر، وهو ما قد يفسر وجود فروق بين أفراد العينة حسب سنوات الخبرة.

رابعاً: مستوى الاحتراق النفسي حسب القسم

جدول (17): مستوى الاحتراق النفسي حسب القسم

sig	قيمة f	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		الاحتراق النفسي
0.000	10.745	436.069	2	872.138	ما بين المجموعات	
		40.583	147	5965.702	داخل المجموعات	
			149	6837.840	المجموع	

من خلال نتائج التحليل الإحصائي المحصل عليها من استخدام نظام spss والمبينة في الجدول أعلاه، تبين أن قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (F) قد قدرت بـ (10.745)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 لأن قيمة (sig) كانت مقدرة بـ (0.000) وهي أقل من (0.05)، ولهذا نقول **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير القسم، وبالتالي فإن متغير القسم يؤثر في مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة.**

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن اختلاف الأقسام الدراسية أو المهنية يؤدي إلى اختلاف مستوى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد، حيث تختلف طبيعة العمل من قسم إلى آخر من حيث حجم المسؤوليات، كثافة المهام، وطبيعة التفاعل اليومي مع التلاميذ أو الزملاء. فبعض الأقسام قد تكون أكثر عرضة للضغط المهني مما يزيد من مستوى الاحتراق النفسي، في حين قد تكون أقسام أخرى أقل ضغطاً وبالتالي أقل عرضة للاحتراق النفسي.

كما أن اختلاف بيئة العمل داخل الأقسام، وطبيعة التسيير والتنظيم، بالإضافة إلى مستوى الدعم الإداري، كلها عوامل قد تساهم في رفع أو خفض مستوى الاحتراق النفسي لدى الأفراد، مما يفسر وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة حسب هذا المتغير.

خامسا: مستوى الاحتراق النفسي حسب نظام العمل

جدول (18): مستوى الاحتراق النفسي حسب نظام العمل

sig	f قيمة	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		الاحتراق النفسي
012	4.538	198.828	2	397.657	ما بين المجموعات	
		43.811	147	6440.183	داخل المجموعات	
			149	6837.840	المجموع	

من خلال نتائج التحليل الإحصائي المحصل عليها من استخدام نظام SPSS والمبينة في الجدول أعلاه، تبين أن قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (F) قد قدرت بـ (4.538)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة 0.05 (لأن قيمة (sig) كانت مقدرة بـ (0.012) وهي أقل من (0.05)، ولهذا نقول **توجد فروق ذات دلالة إحصائية** في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير نظام العمل، وبالتالي فإن نظام العمل يؤثر في مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن نظام العمل يعد من العوامل المهمة التي تحدد درجة الضغط المهني الذي يتعرض له الأفراد، حيث تختلف طبيعة الاحتراق النفسي باختلاف نمط العمل (دوام عادي، مناوبات، أو نظام عمل متغير). فأنظمة العمل التي تتطلب مناوبات أو ساعات عمل غير مستقرة قد تزيد من الإرهاق الجسدي والنفسي، وتؤدي إلى ارتفاع مستوى الاحتراق النفسي.

كما أن عدم التوازن بين أوقات العمل والراحة، وكثرة الضغط المهني المرتبط بنظام العمل، قد يساهم في انخفاض القدرة على الاسترخاء والتكيف النفسي، مما يؤدي إلى زيادة الشعور بالإجهاد والانهاك النفسي لدى العاملين، وبالتالي ظهور فروق دالة إحصائية حسب هذا المتغير.

مناقشة فرضية خامسة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمستشفى مسعد تبعا لمتغير (الجنس، السن، الخبرة، القسم، نظام العمل).

أولا: مستوى تقدير الذات حسب الجنس

جدول (19): مستوى تقدير الذات حسب الجنس

القرار	sig	t	الانحراف sd	المتوسط x			تقدير الذات
لا توجد فروق	0.557	-0.589	3.294	39.50	18	ذكور	
			3.214	39.98	132	إناث	

من خلال نتائج التحليل الإحصائي المحصل عليها من استخدام نظام SPSS والمبينة في الجدول أعلاه، يتبين أن المتوسط الحسابي لتقدير الذات لدى الذكور بلغ (39.50) بانحراف معياري (3.294)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث (39.98) بانحراف معياري (3.214). كما بلغت قيمة اختبار (t) المحسوبة (-0.589) عند مستوى دلالة (sig = 0.557)، وهي قيمة أكبر من (0.05) وبناءً على هذه النتائج، فإنها تشير إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الجنس لدى أفراد العينة.

ويعني ذلك أن الذكور والإناث في هذه الدراسة يتمتعون بمستوى متقارب من تقدير الذات، دون وجود تأثير واضح لمتغير الجنس على هذا المتغير.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تقدير الذات يُعد بناءً نفسيًا يرتبط بعوامل متعددة أكثر من ارتباطه بالجنس، مثل الخبرات الشخصية، والتنشئة الاجتماعية، والنجاح الدراسي أو المهني، والدعم الأسري والاجتماعي. كما أن التقارب في الظروف الاجتماعية والتعليمية بين الذكور والإناث قد ساهم في تقليص الفروقات بينهم في هذا الجانب.

وبالتالي يمكن القول إن تقدير الذات في هذه العينة لا يتأثر بالجنس بقدر ما يتأثر بعوامل نفسية واجتماعية فردية مختلفة.

ثانياً: مستوى تقدير الذات حسب السن

جدول (20): مستوى تقدير الذات حسب السن

sig	fقيمة	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		تقدير الذات
0.066	3.440	35.007	1	35.007	ما بين المجموعات	
لا توجد		10.176	148	1506.033	داخل المجموعات	
			149	1541.040	المجموع	

من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) المعالجة ببرنامج SPSS والمبيّنة في الجدول أعلاه، يتضح أن قيمة (F) بلغت (3.440) عند مستوى دلالة (sig = 0.066)، وهي قيمة أكبر من (0.05).

وبناءً على ذلك، فإن النتيجة تشير إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير السن لدى أفراد العينة.

وهذا يعني أن السن لا يؤثر بشكل دال إحصائياً في مستوى تقدير الذات، حيث تبدو درجات تقدير الذات متقاربة بين مختلف الفئات العمرية داخل العينة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تقدير الذات قد يرتبط بعوامل نفسية وشخصية واجتماعية أخرى أكثر من ارتباطه بالعمر، مثل الخبرات الفردية، الدعم الاجتماعي، والرضا المهني، مما يجعل تأثير السن وحده غير كافٍ لإحداث فروق واضحة في مستوى تقدير الذات بين أفراد العينة.

ثالثاً: مستوى تقدير الذات حسب الخبرة

جدول (21): مستوى تقدير الذات حسب الخبرة

sig	fقيمة	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		
0.691	0.371	3.867	2	7.735	ما بين المجموعات	تقدير الذات
		10.431	147	1533.305	داخل المجموعات	
			149	1541.040	المجموع	

من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) المعالجة ببرنامج SPSS والمبيّنة في الجدول أعلاه، يتضح أن قيمة (F) بلغت (0.371) عند مستوى دلالة (sig = 0.691) ، وهي قيمة أكبر من (0.05) وبناءً على ذلك، فإن النتيجة تشير إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الخبرة لدى أفراد العينة.

وهذا يعني أن سنوات الخبرة المهنية لا تؤثر بشكل مباشر في مستوى تقدير الذات لدى المبحوثين، حيث أن الأفراد ذوي الخبرة القليلة أو الكبيرة يتمتعون بمستويات متقاربة من تقدير الذات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تقدير الذات لا يرتبط فقط بعدد سنوات الخبرة، وإنما يتأثر بعوامل نفسية وشخصية مثل الثقة بالنفس، طبيعة الشخصية، الدافعية الداخلية، والدعم الاجتماعي. كما أن بعض الأفراد قد يملكون خبرة طويلة دون أن ينعكس ذلك على تقديرهم لذواتهم، في حين قد يتمتع آخرون ذوو خبرة أقل بتقدير ذات مرتفع نتيجة خصائص شخصية إيجابية أو نجاحات فردية.

وبالتالي يمكن القول إن متغير الخبرة لا يُعد عاملاً حاسماً في تحديد مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة.

رابعاً: مستوى تقدير الذات حسب القسم

جدول (22): مستوى تقدير الذات حسب القسم

	sig	fقيمة	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		تقدير الذات
توجد	0.007	5.195	50.867	2	101.734	ما بين المجموعات	
			9.791	147	1439.306	داخل المجموعات	
				149	1541.040	المجموع	

من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) المعالجة ببرنامج SPSS والمبيّنة في الجدول أعلاه، يتضح أن قيمة (F) بلغت (5.195) عند مستوى دلالة (sig = 0.007) ، وهي قيمة أقل من (0.05) وبناءً على ذلك، فإن النتيجة تشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير القسم لدى أفراد العينة.

وهذا يعني أن مستوى تقدير الذات يختلف باختلاف القسم الذي ينتمي إليه أفراد العينة، حيث يؤثر اختلاف طبيعة العمل والمهام والمسؤوليات بين الأقسام في تشكيل نظرة الفرد لذاته وشعوره بالكفاءة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن بعض الأقسام قد توفر فرصاً أكبر للنجاح وتحقيق الإنجاز والشعور بالتقدير المهني، مما يساهم في رفع مستوى تقدير الذات لدى العاملين فيها، في حين قد تكون أقسام أخرى أقل من حيث فرص التقدير أو التحفيز، مما ينعكس على مستوى تقدير الذات.

وبالتالي فإن متغير القسم يُعد عاملاً مؤثراً في مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة.

خامسا: مستوى تقدير الذات حسب نظام العمل

جدول (23): مستوى تقدير الذات حسب نظام العمل

	sig	fقيمة	متوسط مربعات الانحرافات	درجة الحرية	مربعات الانحرافات		تقدير الذات
توجد	0.043	3.214	32.278	2	64.557	ما بين المجموعات	
			10.044	147	1476.483	داخل المجموعات	
				149	1541.040	المجموع	

من خلال نتائج المعالجة ببرنامج SPSS والمبيّنة في الجدول أعلاه، يتضح أن قيمة (F) بلغت (3.214) عند مستوى دلالة (sig = 0.043) ، وهي قيمة أقل من (0.05).

وبناءً على ذلك، فإن النتيجة تشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير نظام العمل لدى أفراد العينة.

وهذا يعني أن نظام العمل يؤثر في مستوى تقدير الذات، حيث تختلف درجات تقدير الذات باختلاف أنماط العمل لدى أفراد العينة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن اختلاف نظام العمل قد ينعكس على شعور الفرد بالكفاءة والتقدير المهني، فكلما كان نظام العمل أكثر استقرارًا وتنظيمًا ويمنح فرصًا للتقدير، ارتفع مستوى تقدير الذات، بينما قد يؤدي النظام غير المستقر أو المرهق إلى انخفاضه.

نتائج الدراسة:

من خلال ما تم عرضه وتحليله ومناقشته من نتائج الدراسة الميدانية، والتي أجريت على عينة من الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية لصحة الجوارية بمسعد، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين مرتفع، وهو ما يعكس طبيعة العمل الاستشفائي وما يرافقه من ضغوط مهنية ونفسية مستمرة، مثل كثافة المهام، وطول ساعات العمل، وكثرة المناوبات، والتعامل اليومي مع الحالات المرضية الحرجة، مما يزيد من احتمالية تعرض الممرضين للإجهاد والانهاك النفسي .

- أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات لدى الممرضين مرتفع، وهي نتيجة خالفت الفرضية التي افترضت انخفاضه، ويمكن تفسير ذلك بشعور الممرض بأهمية دوره المهني في تقديم الرعاية الصحية، إضافة إلى ما يكتسبه من خبرة وثقة بالنفس وقدرة على التكيف مع مختلف المواقف المهنية، مما يعزز نظرتة الإيجابية تجاه ذاته .
- أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات، حيث تبين أنه كلما ارتفع مستوى تقدير الذات لدى الممرضين انخفض مستوى الاحتراق النفسي لديهم، والعكس صحيح. وتؤكد هذه النتيجة أهمية تقدير الذات كعامل نفسي وقائي يساعد الفرد على مواجهة الضغوط المهنية والتكيف معها بفعالية أكبر .
- لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير الجنس، مما يدل على أن الذكور والإناث داخل المؤسسة يخضعون تقريبًا لنفس ظروف العمل ونفس الضغوط المهنية، وهو ما يجعل مستوى الاحتراق النفسي متقاربًا بينهم .
- أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير السن، وهو ما يشير إلى أن المرحلة العمرية قد تؤثر في قدرة الممرض على التكيف مع ضغوط العمل، حيث قد يكون الأكبر سنًا أكثر قدرة على ضبط الانفعالات والتعامل مع التحديات المهنية بفضل الخبرة والنضج النفسي .
- لم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير الخبرة المهنية، مما يدل على أن عدد سنوات العمل وحده لا يكفي لتحديد مستوى الاحتراق النفسي، بل قد تتداخل معه عوامل أخرى مرتبطة بشخصية الفرد وبيئة العمل .
- بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير القسم، مما يدل على أن طبيعة العمل تختلف من قسم إلى آخر من حيث حجم المسؤوليات والضغوط المهنية، وهو ما ينعكس على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين .
- كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تبعًا لمتغير نظام العمل، حيث تؤثر المناوبات ونمط ساعات العمل بشكل مباشر على الراحة النفسية والجسدية للممرض، مما قد يزيد من احتمالية تعرضه للاحتراق النفسي .
- لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعًا لمتغيرات الجنس، السن، والخبرة المهنية، مما يشير إلى أن تقدير الذات لدى أفراد العينة لا يتحدد بهذه المتغيرات، بل يرتبط بعوامل نفسية وشخصية واجتماعية أخرى .
- أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعًا لمتغير القسم، وهو ما يدل على أن طبيعة المهام المهنية ومستوى التقدير والدعم داخل كل قسم قد تؤثر في نظرة الممرض لذاته وشعوره بالكفاءة .

• كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعًا لمتغير نظام العمل، مما يشير إلى أن ظروف العمل المستقرة والمرنة قد تساهم في تعزيز الثقة بالنفس والرضا المهني لدى الممرضين .

وتؤكد هذه النتائج في مجملها أن الاحتراق النفسي وتقدير الذات متغيران مترابطان بشكل وثيق، وأن تحسين ظروف العمل وتعزيز الدعم النفسي والمهني للممرضين يمكن أن يساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي ورفع مستوى تقدير الذات لديهم.

الخاتمة:

في ضوء ما تم عرضه وتحليله ومناقشته من نتائج الدراسة الميدانية، وبعد التحقق من مختلف الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، أمكن الوصول إلى مجموعة من الاستنتاجات التي تجيب عن تساؤلات الدراسة وتؤكد أو تنفي فرضياتها، بما يدعم ما تم التوصل إليه في الجانب النظري. وقد بينت النتائج أن الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية بمسعد يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، وهو ما أكد الفرضية الأولى، مع تمتعهم في الوقت نفسه بمستوى مرتفع من تقدير الذات، الأمر الذي يرفض الفرضية الثانية.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات، حيث كلما ارتفع مستوى الاحتراق النفسي انخفض مستوى تقدير الذات، وكلما انخفض الاحتراق النفسي ارتفع مستوى تقدير الذات، وهو ما يؤكد الفرضية الثالثة ويبرز أهمية تقدير الذات كعامل نفسي وقائي يساهم في الحد من آثار الضغوط المهنية والتخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدى الممرضين. ومن جهة أخرى، أوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من الاحتراق النفسي وتقدير الذات تعزى لمتغير الجنس، كما لم تظهر فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغير الخبرة، ولا في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيري السن والخبرة. في حين تبين وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى لمتغيرات السن والقسم ونظام العمل، وكذلك وجود فروق في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيري القسم ونظام العمل، مما يدل على تأثير بعض الخصائص المهنية والتنظيمية في تحديد مستويات المتغيرات المدروسة.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن بيئة العمل الاستشفائية وما تتضمنه من ضغوط مهنية وتنظيمية تعد عاملاً أساسياً في ظهور الاحتراق النفسي لدى الممرضين، كما أن تقدير الذات يلعب دوراً مهماً في تعزيز قدرتهم على الصمود النفسي ومواجهة التحديات المهنية بكفاءة. وفي ضوء هذه النتائج، تؤكد الدراسة أهمية الاهتمام بالجانب النفسي للممرضين، والعمل على تحسين ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية، وتعزيز الدعم النفسي والتنظيمي، بما يساهم في الحفاظ على مستوى إيجابي من تقدير الذات والحد من الاحتراق النفسي لديهم. وبذلك تكون الدراسة قد حققت أهدافها وأجابت عن تساؤلاتها، وقدمت تصوراً واضحاً حول طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين، بما يمكن أن يساهم في تطوير برامج تدخلية وإرشادية تهدف إلى تحسين الصحة النفسية والرفع من جودة الأداء المهني داخل الوسط الاستشفائي".

المراجع العربية

- بيير سعد الله، قبرع فتحي، (2022). الاحتراق النفسي في ضوء بعض المتغيرات الفردية دراسة ميدانية على عينة من أساتذة التعليم الابتدائي. مجلة أبحاث. المجلد 7. العدد 1. جامعة البليدة 02 لونيبي علي.
- بكري رمضان. (2023). كتاب الاحتراق النفسي. كلية التربية، جامعة إدلب ص 6
- بوخالفة حمزة، بن الشيخ يوسف، (2018). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية دراسة ميدانية بثانويات بلدية المسيلة. مجلة علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي. العدد الرابع. جامعة العلوم والتكنولوجيا محمد بوضياف وهران
- بوبطة لطفي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تقدير الذات و علاقته بالمشكلات الانفعالية عند المراهقين في مرحلة التعليم الثانوي (2012/2011) ص 73.72 .
- طاهر النهاري مجلة الاداب للدراسات النفسية والتربوية 2022 يونيو العدد الرابع عشر. كلية الاداب ص 16
- طايبي، ن. (2013). علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين (مذكرة جامعية غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا ص 15
- العبدى، إ. ب. (2014). الاحتراق النفسي لدى الممرضين والعمل الليلي [رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي، الجزائر].
- الخالدي، حاجان جمعة، والبار واي، رشيد حسن أحمد (2013)، الاحتراق النفسي لدى المرأة، عمان، دار جرجير للنشر والتوزيع ص 154
- المعلوم، ل. (2015). الضغط المهني وعلاقته بظهور الاحتراق النفسي لدى الصحفيين في المجالين الكتالي والسمعي [رسالة ماجستير، تخصص علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية] ص 128 ص 129.
- مزياني، فتيحة. (2010). مفهوم الاحتراق النفسي: أبعاده ومراحل تكوينه. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر ص 152 ص 153 ص 154
- مأمون، ع. ك. & بوغافية، ن. (2018). الاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمناوبات الليلية في مصلحة الاستعجالات الطبية. مركز جيل للبحث العلمي، 9-27. (38)
- ميهوبي، ف. (2006). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر] ص 65 ص 66.
- ميهوبي، ف. (2008). علاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي لدى الممرضين [رسالة ماجستير غير منشورة، علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر].
- موساوي، ه. & بن حمدي، م. (2018). الاحتراق النفسي وعلاقته بأبعاد الصحة النفسية لدى الأطباء [رسالة ماجستير، جامعة 8 ماي، الجزائر].

- نشوة، د. (2007). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ أو ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم].
- نسيمة، ش. ج. (2003). الإنهاك المهني عند الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة [مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر].
- نوال، الز. (2008). الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى].
- دليلة، ع. (1997). الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين، دراسة تطبيقية تحليلية [رسالة ماجستير، علم النفس العيادي، الجزائر].
- عبد العزيز، ع. الغزالي. (1988). مدخل إلى علم الاجتماع. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- سامر، ج. ر. (2007). الصحة النفسية (ط. 2). عمان: دار المسيرة.
- حمزاوي رفيدة. جلول مروة، مذكرة تخرج لنيل ماستر، جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات، جامعة تيارت 2023/2022، ص 32.33.34
- رانجيت سينج ماهي، روبرت ريزنر (2005)، تعزيز تقدير الذات، المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير، الفصل الأول، ص 2
- سعيدي أمينة، بن صابر فاطمة الزعراء، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس علم النفس الارشاد والتوجيه، تقدير الذات والتحصيل الدراسي لذي الأطفال المطلقون اولياًهم، 2014/2013، ص 50،49،48،47،46،45،44،43
- زهور تنهينان، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة (34-50) سنة دراسة عيادية لخمس حالات، جامعة البويرة.(2014/2015)
- عتيقة عطيس، نوال تريش، مذكرة تخصص لنيل شهادة ليسانس نظام ل.م.د، تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء سرطان الثدي دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي فرانتس فانون البلدية (2013/2014).
- توفيق لبيض، (2021). مستوى الاحتراق النفسي لدى أساتذة الجامعة. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 08. الشهر 12. جامعة باجي مختار عنابة. الجزائر.
- السوالمه محمد علي، (2021). مستويات الاحتراق النفسي لدى معالجي اضطرابات اللغة والكلام العاملين بمراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات التربوية والنفسية. المجلد 12. العدد 34.
- البقمي نجلاء مرزوق صالح، (2021). الاحتراق النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس بفروع جامعة نجران بشرورة. مجلة علمية. العدد التاسع.
- حمادة هدى، بن صغير كريمة، (2023). الاحتراق النفسي لدى معلمي التعليم الابتدائي في ظل جائحة كورونا دراسة أربع حالات من مدينة قسنطينة. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية. المجلد 17. العدد 01. جامعة ماي 1945 - قالمة. الجزائر.

- طايبي نعيمة،(2012).علاقة الإحتراق النفسي ببعض الإضطرابات النفسية و النفسجسدية لدى الممرضين.رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي.كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية . جامعة الجزائر 2
- فتيحة مزياني،(2006).اثر مصادر الضغط المعني و استراتيجيات المقاومة والمعبرية الانفعالية و الدفاعية الانفعالية/ العقلانية على الاحتراق النفسي عند ضباط الشرطة - دراسة ميدانية بالمديرية العامة للأمن الوطني بالجزائر العاصمة .اطروحة مقدمة لنيل حمادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية جامعة الجزائر.

- Caplan, R. D., & Jones, K. W. (1975). Effects of workload, role ambiguity and Type A personality on anxiety, depression, and heart rate. *Journal of Applied Psychology*, 60, 713–719.
- Carter, S. (2001). Teacher stress and burnout. *Children and Youth*, 3, 23.
- Guerses, A. (2005). Performance obstacles and facilitators: Workload, quality of working life, and quality and safety of care among intensive care nurses (Ph.D. dissertation, University of Wisconsin–Madison).
- Kyriacou, C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53(1), 27–35.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In *Applied Social Psychology Annual* (Vol. 5, pp. 133–153).
- Parker, P. A., & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 581–600.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, NY: Free Press.
- Sadeghniaat-Haghighi, K., & Yazdi, Z. (2015). Fatigue management in the workplace. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 12.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job resources and their relationship with burnout and engagement: A multiple-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

الملاحق

البيانات الشخصية:

انثى

ذكر

الجنس:

العمر: سنوات الخبرة:

القسم:

استعجالات

إنعاش

طب داخلي

جراحة

اخرى

نظام العمل:

نهاري

مناوبة

مختلط

الملحق الاول: مقياس ماسلاش المكيف مع البيئة الجزائرية

يرجى قراءة كل بند من البنود ثم اختيار الاجابة التي تتوافق مع درجة شعورك مع العلم أن التدرج يكون كما يلي:

(0) ابدأ — (1) نادراً — (2) أحياناً — (3) أحياناً متكررة — (4) غالباً — (5) دائماً — (6) دائماً جداً

وفي الأخير يتم جمع الدرجات الخاصة بكل قسم للحصول على النتيجة الكلية.

الرقم	البنود	0	1	2	3	4	5	6
1	أشعر بأن عملي أنهكني نفسياً							
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 أنني أتعامل مع بعض المرضى بغير إنسانية، كما لو كانوا أشياء							
6	العمل مع المرضى طوال اليوم يتطلب قدراً كبيراً من الجهد							
7	أتعامل مع مشاكل مرضاي بفعالية							
8	أشعر أن عملي هو من يحطمني							
9	من خلال عملي، أشعر بأن لدي تأثيراً إيجابياً على الناس							
10	أصبحت أكثر قسوة اتجاه الناس منذ أن بدأت هذا العمل							
11	أخشى أن هذا العمل يجعلني شخص غير مكترث							
12	أشعر بأنني مفعم بالحيوية							
13	أشعر أنني محبط بسبب عملي							
14	أشعر أنني أعمل بصعوبة جداً في وظيفتي							
15	حقيقة لا يهمني ما يحدث لبعض مرضاي							
16	العمل في اتصال مباشر مع المرضى يسبب لي ضغطاً كبيراً							
17	أنا قادر بسهولة أن أخلق جو مريح مع مرضاي							
18	أشعر بالانتعاش عندما أكون قريباً من مرضاي							
19	أنجز الكثير من الأشياء القيمة في هذا العمل							
20	أشعر وكأنني أقترب من نهايتي في عملي							
21	أتعامل مع المشاكل الانفعالية بكل هدوء							
22	لدي انطباع بأن بعض مرضاي يحملونني بعض مشاكلهم							

ملاحظة:

يتم تصحيح المقياس بجمع الدرجات المتحصل عليها في كل بند، ثم استخراج النتائج النهائية حسب أبعاد الاحتراق النفسي الثلاثة (الإنهاك الانفعالي - تبدل المشاعر - نقص الإنجاز الشخصي).

الملحق الثاني: مقياس تقدير الذات المكيف مع البيئة الجزائرية

تعليمية التطبيق:

فيما يلي قائمة بالعبارات التي تعبر عن مشاعرك العامة تجاه نفسك، يرجى تحديد مدى صحتها بالنسبة لك من خلال وضع دائرة حول الإجابة المناسبة لكل عبارة

التدرج هو كالتالي:

(1) لا أوافق تماماً

— (2) لا أوافق إلى حد ما — (3) أوافق — (4) أوافق بشدة

رقم البند	البند
1	بشكل عام، أنا راضٍ عن نفسي
2	أعتقد أحياناً أنني لست جيداً على الإطلاق
3	أشعر أن لدي عدداً من الصفات الحميدة
4	أنا قادر على فعل الأشياء مثل معظم الناس الآخرين
5	أشعر أنه ليس لدي الكثير لأفخر به
6	أشعر أنني شخص عديم الفائدة في بعض الأحيان
7	أشعر أنني شخص ذو قيمة، على الأقل على قدم المساواة مع الآخرين
8	أتمنى أن أحظى بمزيد من الاحترام لنفسى
9	بشكل عام، أميل إلى الشعور بأنني فاشل
10	أأخذ موقفاً إيجابياً تجاه نفسي

طريقة التصحيح والتفسير

يتكون المقياس من (10) بنود، منها (5) بنود إيجابية و(5) بنود سلبية لقياس تقدير الذات

يتم حساب الدرجة النهائية بجمع الإجابات وفق سلم ليكرت رباعي

البنود الإيجابية

(3، 4، 7، 110)

البنود السلبية

(5، 6، 8، 29)

• تفسير الدرجات

- من 25 إلى 31 → تقدير ذات منخفض
- من 31 إلى 34 → تقدير ذات متوسط
- من 34 إلى 39 → تقدير ذات مرتفع
- أكثر من 39 → تقدير ذات مرتفع جداً

```
FREQUENCIES VARIABLES= _75_ ; جنس ; 87_ل ; 75_ ; 87_ن ; 80_ل
مل ; 93_ل ; 75_ ; 77_ ; 85_ ; 76_ ; 82_ل ; 75_ م ; 87_لق ; 75_
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes	
Output Created	13-MAY-2026 00:08:34
Comments	
Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
Active Dataset	DataSet0
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data	150
File	
Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Missing Value Handling	FREQUENCIES VARIABLES= الجنس السن القسم الخبرة العمل
Syntax	/ORDER=ANALYSIS.
Processor Time	00:00:00.02
Resources	Elapsed Time 00:00:00.00

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

		Statistics				
		متغير الجنس	متغير السن	متغير القسم	متغير الخبرة	نظام العمل
N	Valid	150	150	150	150	150
	Missin g	0	0	0	0	0

Frequency Table

متغير الجنس

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ذكور	18	12.0	12.0	12.0
Valid إناث	132	88.0	88.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

متغير السن

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
من 20 سنة إلى 29 سنة	123	82.0	82.0	82.0
Valid من 30 سنة إلى 39 سنة	27	18.0	18.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

متغير القسم

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
الاستعدادات	87	58.0	58.0	58.0
الانعاش	51	34.0	34.0	92.0
Valid الأقسام الطبية الأخرى	12	8.0	8.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

متغير الخبرة

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
أقل من 5 سنوات	93	62.0	62.0	62.0
من 5 سنوات إلى 10 سنوات	18	12.0	12.0	74.0
Valid من 10 سنوات إلى 15 سنة	39	26.0	26.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

نظام العمل

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
النهارى	54	36.0	36.0	36.0
المخ	60	40.0	40.0	76.0
Valid تلتط المناو	36	24.0	24.0	100.0
بة				
Total	150	100.0	100.0	

T-TEST

/TESTVAL=30

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=_78;78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق;

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes

Output Created		13-MAY-2026 00:09:32
Comments		
Input	Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing. Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
	Cases Used	
Syntax		T-TEST /TESTVAL=30 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=تقديرالذات /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
تقديرالذات	150	39.92	3.216	.263

One-Sample Test

	Test Value = 30					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تقديرالذات	37.778	149	.000	9.920	9.40	10.44

T-TEST

/TESTVAL=66

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=_75;ي;87_لف;75_ق;75_;85_;78_;81_;75_ل

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes

Output Created	13-MAY-2026 00:09:53
Comments	
Input	
Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
Active Dataset	DataSet0
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	150

Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing. Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	Cases Used	T-TEST /TESTVAL=66 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=الاحترافالنفسي /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الاحترافالنفسي	150	70.88	6.774	.553

One-Sample Test

	Test Value = 66					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الاحترافالنفسي	8.823	149	.000	4.880	3.79	5.97

T-TEST GROUPS=_75;87_ن;80_ل;(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=_78; ;78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق
ي;87_لف;75_ق;75_;85_;78_;81_;75_ل;75_

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes

Output Created		13-MAY-2026 00:10:31
Comments		
Input	Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=الجنس(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=تقديرالذات الاحتراقالنفسي /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

Group Statistics

متغير الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
تقديرالذات ذكور	18	39.50	3.294	.776
تقديرالذات إناث	132	39.98	3.214	.280
الاحتراقالنفسي ذكور	18	71.83	8.431	1.987
الاحتراقالنفسي إناث	132	70.75	6.544	.570

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
تقدير الذات	Equal variances assumed	.193	.661	-.589	148
	Equal variances not assumed			-.578	21.651
الاحتراق النفسي	Equal variances assumed	3.325	.070	.635	148
	Equal variances not assumed			.524	19.891

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
تقدير الذات	Equal variances assumed	.557	-.477	.810
	Equal variances not assumed	.569	-.477	.825
الاحتراق النفسي	Equal variances assumed	.526	1.083	1.706
	Equal variances not assumed	.606	1.083	2.067

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
تقدير الذات	Equal variances assumed	-2.078-	1.123
	Equal variances not assumed	-2.191-	1.236
الاحتراف النفسي	Equal variances assumed	-2.287-	4.454
	Equal variances not assumed	-3.231-	5.397

ONEWAY _78; ;78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق
 ;87_ل;75_ق;75_;85_;78_;81_;75_ل;75_ BY _75;ن;87_ل
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Notes

Output Created	13-MAY-2026 00:10:58
Comments	
Input	Data C:\Users\SDD\Documents\ Untitled1.sav Active Dataset DataSet0 Filter <none> Weight <none> Split File <none> N of Rows in Working Data File 150
Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing.

Oneway

Notes

Output Created		13-MAY-2026 00:11:09
Comments		
Input	Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis.
Syntax		ONEWAY تقديرالذات الخبرة BY الاحترافالنفسي /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
تقديرالذات	Between Groups	7.735	2	3.867	.371	.691
	Within Groups	1533.305	147	10.431		
	Total	1541.040	149			
الاحترافالنفسي	Between Groups	258.442	2	129.221	2.887	.059

Within Groups	6579.398	147	44.758		
Total	6837.840	149			

ONEWAY _78; ;78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق
لِق_87;م;75_ BY _75;ل;75_ل;75_ل;81_;78_;85_;75_ق;لنِف_87;ي
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Notes

Output Created	13-MAY-2026 00:11:20	
Comments		
Input	Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	150
Missing Value Handling	Definition of Missing User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis.	
Syntax	Cases Used ONEWAY تقديرالذات القسم BY الاحتراقالنفسي /MISSING ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
تقدير الذات	Between Groups	101.734	2	50.867	5.195	.007
	Within Groups	1439.306	147	9.791		
	Total	1541.040	149			
الاحتراف النفسي	Between Groups	872.138	2	436.069	10.745	.000
	Within Groups	5965.702	147	40.583		
	Total	6837.840	149			

ONEWAY _78; ;78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق
 ل_93;مل;75_BY_75;ل_75;81_;78_;85_;75_ق;لنف;87;ي
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Notes

Output Created	13-MAY-2026 00:11:30
Comments	
Data	C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav
Active Dataset	DataSet0
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	150
Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing.

	Cases Used	Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis.
Syntax		ONEWAY تقديرالذات العمل BY الاحتراقالنفسي /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

[DataSet0] C:\Users\SDD\Documents\Untitled1.sav

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Between Groups	64.557	2	32.278	3.214	.043
تقديرالذات	Within Groups	1476.483	147	10.044		
	Total	1541.040	149			
	Between Groups	397.657	2	198.828	4.538	.012
الاحتراقالنفسي	Within Groups	6440.183	147	43.811		
	Total	6837.840	149			

GET

FILE='C:\Users\SDD\Desktop\Untitled1.sav'.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

CORRELATIONS

/VARIABLES=_75; ي;87_لف;75_ق;75_;85_;78_;81_;75_ل

78_;75_;84_ل;75_;85_ي;83_ق;78_;

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Notes

Output Created		15-MAY-2026 21:23:42
Comments		
Input	Data	C:\Users\SDD\Desktop\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	150
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES= الاحترقاالنفسي تقديرالذات /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet1] C:\Users\SDD\Desktop\Untitled1.sav

Correlations

		الاحترقاالنفسي	تقديرالذات
الاحترقاالنفسي	Pearson Correlation	1	-.694- **
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	150	150
	Pearson Correlation	-.694- **	1
تقديرالذات	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	150	150

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).