

## "فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة"

### The Effectiveness of an Integrative Program to Enhance Psychological Resilience Among a Sample of Nurses at Erada Complex for Mental Health in Jeddah

إعداد الباحثان:

باحث رئيسي/ محمد عبدالله التريكي

باحث مشارك/ أ. د/ عصام عبداللطيف العقاد

Received: 03/06/2026 | Revised: 04/06/2026 | Accepted: 13/06/2026 | Published: 02/07/2026

experimental group. Significant differences were also found between the pretest and posttest measurements within the experimental group, indicating increased psychological resilience. Moreover, the findings showed no statistically significant differences between the posttest and follow-up measurements, suggesting the sustained effectiveness of the program over time. The results also indicated no statistically significant differences attributable to gender, years of experience, or marital status, suggesting that the program's impact was consistent across participants regardless of demographic characteristics. The study recommends adopting multi-component integrative psychological intervention programs within healthcare institutions, particularly in high-stress professional environments, due to their positive role in enhancing resilience and reducing occupational burnout among healthcare practitioners.

**Keywords:** Psychological Resilience, Nurses, Integrative Program, Eradah Mental Health Complex.

#### ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج تدخل تكاملي في تعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات العاملين في أقسام علاج الإدمان بمجمع إرادة

#### Abstract:

This study aimed to examine the effectiveness of an integrative intervention program in enhancing psychological resilience among a sample of nurses working in addiction treatment departments at Eradah Mental Health Complex. The study adopted a quasi-experimental design using a two-group (experimental and control) pretest-posttest-follow-up approach. The study population consisted of nurses working in the addiction treatment departments at Eradah Mental Health Complex in Jeddah. The initial study sample included (81) participants, while the final sample comprised (40) participants who met the study inclusion criteria. Participants were equally assigned into two groups: an experimental group ( $n = 20$ ), which received the integrative intervention program, and a control group ( $n = 20$ ), which did not receive any psychological intervention during the same period.

The study instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), in addition to the integrative intervention program developed by the researcher. The program consisted of 12 sessions and was administered exclusively to the experimental group, while the control group received no intervention throughout the same duration.

The results revealed statistically significant differences between the experimental and control groups in the posttest measurements in favor of the

وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت فروقاً دالة بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في اتجاه: تعزيز المرونة النفسية. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يشير إلى استقرار أثر البرنامج. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية توى لمتغير الجنس، ولا لسنوات الخبرة ولا الحالة الاجتماعية، بما يشير إلى أن أثر البرنامج كان متقرباً بين المشاركين على اختلاف خصائصهم الديموغرافية. وتوصي الواسة بضرورة تبني وامج تدخل نفسية تكاملية متعددة المكونات داخل المؤسسات الصحية، خاصة في البيئات المهنية مرتفعة الضغط، لما لها من أثر إيجابي في تعزيز المرونة النفسية لدى الممرسين في القطاع الصحي.

#### الكلمات المفتاحية: المرونة النفسية، الممرضين

والممرضات، البرنامج التكاملية، مجمع رادة للصحة النفسية

للصحة النفسية. واعتمدت الواسة المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعتين (تجريبية وضابطة) مع القياس القبلي والبعدي والتتبعي. تكون مجتمع الواسة من الممرضين والممرضات العاملين في أقسام علاج الإدمان في مجمع رادة للصحة النفسية بجدة. وقد تكونت عينة الواسة المبدئية من (81) مشرک، في حين بلغ حجم العينة النهائية (40) مشرکاً ممن انطبقت عليهم معايير الواسة، وتم توزيعهم بالتسوي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (20) مشرکاً خضعت للبرنامج التكاملية، ومجموعة ضابطة (20) مشرکاً لم تتعرض لأي تدخل نفسي خلال الفرة نفسها.

وقد تكونت أدوات الواسة من مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية (Conner – Davidson Resistance Scale “CD-RISC”)، إضافة لبرنامج التدخل التكاملية – من إعداد الباحث – والذي تكون من 12 جلسة وتم تطبيقه على المجموعة التجريبية فقط دون المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض لأي تدخل نفسي خلال نفس الفرة.

#### How to Cite This Article

التريكي، م. ع.، والعباد، ع. ع. (2026). فعالية برنامج تكاملية لتعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة. *المجلة العربية للنشر العلمي (AJSP)*، 9(93)، (853-970).

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

#### مقدمة:

يلعب الممارسون الصحيون دوراً مهماً في تقديم الرعاية الصحية. ويبرز بوضوح دور فئة التمريض خصوصاً أولئك الذين يعملون في البيئات ذات الطبيعة الضاغطة مثل مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان. إذ تقع على عاتقهم مسؤوليات عديدة تشمل التقييم المستمر للحالات، ومراقبة استجاباتهم للعلاج، وإدارة المواقف الطارئة والتعامل مع ردود الأفعال العدوانية أو السلوكيات الانتحارية. ومع التعقيد والضغوط المرتبطة بمهام عملهم، فإنهم غالباً ما يكونون عرضة للإجهاد والاحتراق النفسي المهني. إن الضغوط التي يواجهها الممرضون هي ضغوط كبيرة وشبه مستمرة، فهي حتى وإن هدأت وتيرتها أحياناً إلا أنها عرضة وبشكل مستمر للارتفاع، ما يجعلهم - مقارنةً بمهن أخرى - عرضة لضغوط نفسية كبيرة (Pfefferbaum et al., 2020). وهذا الإنهاك يؤثر سلباً على صحتهم النفسية وأداءهم الوظيفي، وهو لا يقتصر تأثيره عليهم فقط، بل يمتد لينعكس سلباً على جودة تقديم الرعاية للمرضى. وتُعد المرونة النفسية من المتغيرات الحاسمة التي تؤثر بشكل كبير على جودة أداء الممارسين الصحيين في بيئات العمل الضاغطة، مثل مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان. ويبرز دور المرونة النفسية بكونها عاملاً وقائياً مهماً يساعد الأفراد على التكيف مع الضغوط اليومية والتحديات المهنية، حيث تُسهم في تحسين قدرة الممارسين الصحيين على مواجهة الإجهاد والاحتفاظ في أداء أدوارهم المهنية على أكمل وجه (Connor & Davidson, 2003). تشير الدراسات إلى فعالية البرامج العلاجية في تعزيز المرونة النفسية لدى الممارسين الصحيين. حيث أظهرت العديد من التدخلات القائمة على العلاج السلوكي المعرفي، وبرامج تقنيات الاسترخاء، ونماذج الدعم الاجتماعي، تأثيراً إيجابياً في تحسين قدرة الأفراد على مواجهة الضغوط. ومع ذلك، فإن معظم هذه البرامج تعتمد على نماذج علاجية مفردة، مما يُحد من شموليتها وفعاليتها (Kunzler et al., 2022; Singh et al., 2022). و استناداً إلى الأدبيات والدراسات التي أظهرت أن النهج التكاملية يمكن أن يحقق نتائج إيجابية ملموسة (Corey, 2020)، تأتي هذه الدراسة بإقتراح برنامج تكاملي مصمم لهدف تعزيز المرونة النفسية لدى ممارسي التمريض العاملين في أقسام علاج الإدمان بجمع إرادة للصحة النفسية بجدة. ويتميز هذا البرنامج التكاملية بدمجه بين تقنيات وأساليب مستمدة من نظريات علاجية متعددة. مما يجعله أكثر شمولية ومرونة في تلبية احتياجات المستفيدين. يُتوقع من هذا البرنامج تحقيق تحسن ملحوظ في قدرة الممرضين والمرمضات على التعامل مع ضغوط العمل، والتكيف مع التحديات والشدائد، ما يسهم بتحسين جودة الرعاية الصحية.

#### مشكلة الدراسة:

يؤدي فريق التمريض في مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان دوراً محورياً في رعاية المرضى، حيث تشمل مهامهم التقييم المستمر للحالة الصحية والنفسية للمرضى، ومتابعة الخطط العلاجية، والتعامل مع الحالات العدوانية أو الانتحارية، الأمر الذي يفرض عليهم التعرض المستمر لمواقف ضاغطة ومشحونة انفعالياً. وقد أشارت دراسة حديثة في المملكة العربية السعودية إلى أن العاملين في تمريض الصحة النفسية يواجهون العديد من التحديات المرتبطة بالأدوار الوظيفية، وضعف الدعم المهني، والشعور بالإجهاد، والخوف على السلامة، وتدني الشعور بالأمان، إضافة إلى بعض صور الوصم المرتبط بالعمل في هذا المجال (Alyousef & Alhamidi, 2023).

وتُعد الضغوط المهنية من أبرز مصادر الضغط النفسي لدى الممارسين الصحيين، إذ إن طبيعة العمل الصحي تجعلهم عرضة لضغوط مستمرة قد تتطور إلى الإجهاد المزمن والإرهاك النفسي ومن ثم الاحتراق النفسي المهني (Pfefferbaum et al., 2020)؛ Rink et al., 2023؛ De Barros et al., 2024) وتشير الأدلة البحثية إلى أن ممارسي التمريض يُعدون من أكثر الفئات الصحية عرضة للاحتراق النفسي، حيث أظهرت مراجعة علمية شملت (11) دراسة أن معدلات انتشاره بينهم بلغت 25% فأكثر. (López-López et al., 2019) كما ترتفع هذه المعدلات في أوقات الأزمات والطوارئ نتيجة زيادة المتطلبات الوظيفية والمخاطر المهنية واختلال التوازن بين العمل والحياة الشخصية. (Bey et al., 2023)

وفي المملكة العربية السعودية، كشفت الدراسات عن انتشار مرتفع للاحتراق النفسي بين الممارسين الصحيين تجاوز 44.8%، كما سُجلت مستويات مرتفعة بين أفراد التمريض في أقسام الطوارئ وفي مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث تراوحت النسب بين 42.7% و 82.3% (Alqahtani et al., 2020)؛ (Alhadi et al., 2022) وتمثل هذه المعدلات مؤشراً مقلماً لما قد يترتب على الاحتراق النفسي من آثار سلبية على الصحة النفسية والجسدية للمرضين، وعلى جودة الرعاية المقدمة للمرضى.

وفي مواجهة الضغوط المهنية والاحتراق النفسي، تشير الأدبيات إلى أهمية التركيز على العوامل الشخصية الوقائية إلى جانب العوامل التنظيمية، ومن أبرزها المرونة النفسية التي تمثل قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الضغوط والتحديات واستعادة التوازن النفسي في الظروف الصعبة. (Yeager, 2015) وقد أثبتت العديد من الدراسات أن ارتفاع مستويات المرونة النفسية يرتبط بانخفاض مستويات الاحتراق النفسي والتوتر والقلق، وتحسن الأداء المهني والقدرة على التعامل مع المواقف الحرجة لدى الممارسين الصحيين (Sull et al., 2015)؛ Shoji et al., 2016؛ (Singh et al., 2022)

كما أوضحت دراسات حديثة متعددة فعالية التدخلات النفسية والبرامج التدريبية في تعزيز المرونة النفسية لدى الممارسين الصحيين وتحسين رفاههم النفسي وخفض مستويات الاحتراق النفسي لديهم (Kunzler et al., 2022)؛ (Han & Yeun, 2023)؛ Wang et al., 2023؛ Yu et al., 2024) وانطلاقاً من هذه النتائج، أوصت العديد من الدراسات، إضافة إلى منظمة الصحة العالمية (2024)، بتطوير وتطبيق مزيد من البرامج والتدخلات النفسية التي تستهدف تعزيز الصحة النفسية والمرونة لدى العاملين في القطاع الصحي.

وبناءً على ما سبق، ومع ارتفاع معدلات الاحتراق النفسي بين الممرضين العاملين في بيئات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، تبرز الحاجة إلى تصميم وتقييم برامج تدخلية تساهم في تعزيز المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي المهني لديهم. كما أن خبرة الباحث المهنية وملاحظاته الميدانية لمعاناة هذه الفئة، خاصة خلال الأزمات الصحية الكبرى مثل جائحة كورونا، تؤكد أهمية إجراء دراسات تطبيقية تستهدف دعم الممرضين نفسياً وتمكينهم من مواجهة الضغوط المهنية المستمرة، وهو ما تسعى إليه الدراسة الحالية من خلال اختبار فاعلية برنامج تدخلية تكاملي لتعزيز المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي المهني لدى الممرضين والمرضات العاملين في مجمع إرادة للصحة النفسية. وبحسب اطلاع الباحث تفقّر الساحة العربية والمحلية في المملكة العربية السعودية لدراسة مماثلة في أهدافها التي يشير إليها عنوان هذه الدراسة. وفي ضوء ما سبق تحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

– ما مدى فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والمرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة؟ ويتفرع منه التساؤلات التالية:

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المرونة النفسية لدى الممرضين والمرضات بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى الممرضين والمرضات في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي؟

- هل يستمر أثر البرنامج في تعزيز المرونة النفسية بعد انتهاء جلساته لفترة شهرين لدى أفراد المجموعة التجريبية؟
- هل يختلف تأثير البرنامج في تعزيز المرونة النفسية لدى عينة المجموعة التجريبية بناءا بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس – سنوات الخبرة – الحالة الإجتماعية)؟

#### أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة لبحث مدى فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات في مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة، حيث تسعى ل:
- 1- تقييم فعالية برنامج التدخل في تعزيز مستوى المرونة النفسية لدى العينة في المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة.
  - 2- تقييم فعالية برنامج التدخل في تعزيز المرونة النفسية في القياس البعدي لدى العينة في المجموعة التجريبية.
  - 3- فحص أثر برنامج التدخل على مستوى المرونة النفسية في القياس التتبعي لدى العينة في المجموعة التجريبية.
  - 3- مقارنة الفروق في تأثير البرنامج في تعزيز المرونة النفسية لدى العينة في المجموعة التجريبية بناءا بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس – سنوات الخبرة – الحالة الإجتماعية).

#### أهمية الدراسة:

##### تكمن أهمية الدراسة من الناحية النظرية:

في أهمية ميدان علم نفس الأزمات الذي تستند إليه هذه الدراسة. فهذا الميدان برغم حداثة إلا أن الحاجة ماسة الى إبراز مواضيعه وأبحاثه لدورها المهم في أوقات الشدائد والطوارئ والأزمات، خصوصا في عصرنا الحديث والذي أمست فيه تلك الظروف العصبية قدرا لا مفر منه قد تطرأ في أي وقت. كذلك تبرز أهميتها في قيمة وأهمية المتغيرات التي تتعرض لها: فالمرونة النفسية والتي تمثل درعا نفسيا واقيا تدعم صمود الأفراد في مواجهة الضغوط والشدائد والأزمات ومعاودة النهوض والإستمرار في النمو وتحقيق الأهداف. وأيضا تكمن أهميتها في العينة التي تستهدفها – وهي فئة التمريض – حيث دورهم الحيوي في النظام الصحي خصوصا في البيئات أو الأوقات والظروف التي تحكمها ضغوط عالية. وكذلك تبرز أهميتها في اعداد برنامج تكاملي يتضمن أساليب وتقنيات تهتم بإحداث تغييرات ايجابية في مواجهة الضغوط وتعزيز الصحة النفسية. بإضافة الى إسهام هذه الدراسة في إثراء المكتبة العربية في مجال علم النفس، اضافة الى أن اجراء هذه الدراسة وما يمكن أن تكشفه من نتائج يمكن يفتح مجالا لبحوث ودراسات أخرى ذات صلة بمتغيرات الدراسة.

##### أما من الناحية التطبيقية: تبرز أهميتها في:

بناء برنامج ارشادي تدريبي للمساعدة في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات والممارسين الصحيين ممن يعملون في البيئات والظروف الضاغطة

التعرف على أثر برنامج التدخل في تعزيز المرونة النفسية لدى الممرضين والممرضات بناء على الجنس.

1- إبراز الدور الوقائي والعلاجي الذي يمكن أن يلعبه علم نفس الأزمات في تقديم الدعم للأفراد والجماعات في مواجهتهم للضغوط والأزمات، حيث يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في توجيه أنظار الجهات المختصة بأهمية دعم ممارسي التمريض والممارسين الصحيين - ممن يعملون في أوقات الشدائد والأزمات أو في ظروف وبائات ضاغطة - ببرامج تهدف لتعزيز المرونة النفسية. كما يمكن أن تكون دافعا لإجراء دراسات أخرى لبرامج تدخلات وقائية أو علاجية تستهدف عينات أخرى تعمل تحت الضغوط العالية والمستمرة وتكون عرضة للإحترق النفسي المهني ومشكلات نفسية أخرى.

### حدود الدراسة:

تتضمن حدود الدراسة القيود المفروضة عليها، والتي قد تؤثر على النتائج والتفسيرات، ومنها:

**الحدود الزمانية:** تم إجراء هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام 2025/2024 الى نهاية الفصل الدراسي الأول من 2026/2025  
**الحدود المكانية:** تم إجراء هذه الدراسة في مجمع إرادة للصحة النفسية بمدينة جدة حيث تتوفر العينة المستهدفة.  
**الحدود البشرية:** اقتصر على ممارسي التمريض في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان ، الذين تتراوح أعمارهم بين 21 - 50 سنة.  
**الحدود الموضوعية:** تتضمن متغيرات الدراسة وأهدافها التي يستعرضها عنوان الدراسة "فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة"

### مصطلحات البحث

**برنامج تكاملي Integrative Program:** هو برنامج تدخل يعتمد المنحى النفسي التكاملي. وهذا المنحى هو على عكس بعض المناهج التي تعتمد على منهجية علاجية واحدة فإنه يعتمد منهجيات علاجية متعددة، حيث يتضمن مجموعة متنوعة من التقنيات والأساليب المستمدة من نظريات ونماذج نفسية متعددة، حيث يمكن للمعالجين الاعتماد على تقنيات متنوعة حسب الحاجة. والهدف من ذلك تحسين فعالية وكفاءة التدخل وتكييفه مع الإحتياجات المحددة للأفراد بطريقة شاملة ومخصصة، مع التركيز على تحقيق الأهداف العلاجية أو التتموية بشكل متكامل ومتناسق (Corey, 2020).

**ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة** بأنه برنامج تدخل تكاملي من اعداد الباحث\*، يتضمن أساليب وفنيات وتقنيات متنوعة تم انتقاؤها من عدة نظريات ونماذج نفسية، ويهدف هذا البرنامج لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي لدى ممارسي التمريض. وقد اعتمد الباحث في تحديد مكونات البرنامج على الأدبيات والدراسات النفسية؛ مثل: (Chmitorz et al., 2017) و (Tarfarosh & Khan Achakzai, 2022) و (Madigan, Kim & Glandorf, 2024) و (Ketelaars et al., 2024). ويتم تطبيقه على عينة الدراسة في المجموعة التجريبية في اثني عشر جلسة.

### المرونة النفسية: (Psychological Resilience)

هي قدرة الفرد على الصمود والتكيف مع الأحداث السلبية والصادمة (Walker et al., 2017)، والقدرة على الشفاء أو الرجوع إلى الحالة السوية بعد التعرض للحدث الضاغط (Davidson et al., 2005). وعرفها سيسو وآخرون (Sisto et al., 2019) بأنها القدرة على التكيف بشكل إيجابي مع ظروف الحياة. وأنها عملية ديناميكية تتطور بمرور الوقت وتتضمن نوعاً من الأداء التكيفي الذي يسمح للفرد على وجه

التحديد بمواجهة الصعوبات من خلال استعادة التوازن الأولي. بمعنى آخر، هي قدرة الفرد على التعافي من الضغوطات والاضطرابات أو التكيف والتعايش معها (Ketelaars et al., 2024).

وتعرف المرونة النفسية في هذه الدراسة اجرائياً بأنها مستوى قدرة الممرض/ة على التكيف الإيجابي مع الضغوط المهنية والمواقف الصعبة في بيئة العمل، من خلال استراتيجيات تُمكنهم من المحافظة على صحتهم النفسية وأدائهم الوظيفي. وتحدد المرونة النفسية بالدرجة التي يحصل عليها الممرض/ة على مقياس كونر - ديفيدسون للمرونة النفسية (Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)، الذي يقيّم أبعاداً مثل الإيمان بالكفاءة الشخصية في التحكم في المواقف، التكيف، والتعامل الفعال مع التحديات.

### الممرضون والمرضات:

ممارسي التمريض - العاملون في الخدمات النفسية وعلاج الإدمان - هم من يقومون برعاية المرضى من خلال ممارسة التمريض في مرافق الصحة النفسية والعقلية والإدمان، ويقومون بأدوار حيوية في المساعدة على التقييم والتشخيص والرعاية وعلاج الاضطرابات النفسية وتعاطي المخدرات (APNA, 2024).

ويعرف الممرضون في هذه الدراسة: بأنهم الممارسين الصحيين المؤهلين في تخصص التمريض النفسي أو العام ممن يمارسون تخصصهم بتقديم الرعاية التمريضية بدوام كامل في أقسام الصحة نفسية وعلاج الإدمان في مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة.

**مجمع إرادة للصحة النفسية:** بحسب دليل خدمات علاج وتأهيل مرضى الإدمان هو أحد مجتمعات و مستشفيات وزارة الصحة، وهو "منشأة طبية متخصصة تقدم خدمات علاجية مجانية أحدها في مجال الأمراض النفسية والآخر في مجال أمراض الإدمان، إضافة للبرامج الوقائية والتأهيلية التي تقدم للمرضى والمراجعين وتوفير جميع ما يحتاجه المريض داخل المنشأة - وفق أحدث الأساليب المتطورة في إطار شمولي متقدم وبواسطة فريق يتكون من أفضل المتخصصين في كافة التخصصات الطبية كذلك التخصصات الصحية المساعدة- ويسهم بعد توفيق الله في عودته إلى المجتمع عضواً نافعاً" (وزارة الصحة، 2023، ص5).

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### مقدمة:

لتحقيق أهداف الدراسة سعى الباحث للإطلاع على بعض الأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة. بهدف توضيح المفاهيم الأساسية والعلاقات بين المتغيرات، وبناء الأساس العلمي الذي تستند إليه الفروض والتفسيرات اللاحقة. وقد تم صياغتها في قسمين؛ القسم الأول يستعرض موجزاً للإطار النظري، والقسم الثاني يستعرض بعض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة. ويشتمل الإطار النظري على عرض متكامل لمجموعة من المباحث، حيث يوضح كل مبحث الإسهامات النظرية والنماذج المفسرة ذات الصلة. أما القسم الثاني من الباب فيتناول مجموعة من الدراسات السابقة التي بحثت هذه المتغيرات أو العلاقات المتبادلة بينها، وذلك لتحليل أوجه الاتفاق والاختلاف في النتائج والمناهج، وتحديد موقع البحث الحالي ضمن المسار العلمي العام.

## القسم الأول: الإطار النظري:

يستعرض هذا القسم الإطار النظري لمتغيرات الدراسة: المرونة النفسية، وبرنامج التدخل (البرنامج التكاملي). وقد بدأ الباحث بالإطار النظري للمرونة النفسية، وتسلط الضوء على العلاقة بين الإحترق النفسي والمرونة النفسية، واختتم بالإطار النظري للبرنامج التكاملي الذي تم اقتراحه للتدخل النفسي لبحث فعاليته في تعزيز المرونة النفسية.

### أولاً: المرونة النفسية (Psychological Resilience)

تعدّ المرونة النفسية من المفاهيم الحديثة التي اكتسبت أهمية متزايدة في علم النفس الإيجابي، بوصفها أحد المرتكزات الأساسية التي تفسّر قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والتحديات اليومية، والتعافي من الأزمات، والحفاظ على مستوى مقبول من الأداء النفسي والمهني في ظل الظروف الصعبة. وقد تزايد الاهتمام بهذا المفهوم خلال العقدين الأخيرين لارتباطه الوثيق بمؤشرات الصحة النفسية الإيجابية، وجودة الحياة، والتوازن الانفعالي، والتكيف المهني، والوقاية من الاضطرابات النفسية. كما تُفهم المرونة النفسية باعتبارها عملية ديناميكية تعكس التفاعل بين العوامل الشخصية والاجتماعية والبيئية، بما يمكن الفرد من مواجهة التهديدات والضغوط بفاعلية وتحويلها إلى فرص للنمو والتطور (Masten, 2016).

وتُعرّف المرونة النفسية بأنها قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والتحديات المختلفة واستعادة التوازن النفسي بعد التعرض لصدمات أو صعوبات حياتية، بما يساهم في تقليل الآثار السلبية للضغوط. ويرى كونر وديفيدسون (Connor & Davidson, 2003) أنها تمثل مجموعة من السمات والقدرات التي تمكن الأفراد من التكيف بنجاح مع التغيرات والضغوط اليومية، مثل الصدمات النفسية أو مشكلات العمل، مع الحفاظ على أداء نفسي ووظيفي إيجابي.

ولم يعد الاهتمام بالمرونة النفسية مقتصرًا على الأفراد الذين يواجهون صدمات حادة أو أحداثًا مأساوية، بل امتد ليشمل الفئات المهنية التي تتعرض لضغوط مزمنة ومستمرة، وعلى رأسها فئة الممارسين الصحيين، خصوصًا العاملين في مهنة التمريض. فالممرضون والمرمضات يمثلون عنصرًا محوريًا في المنظومة الصحية، ويواجهون بحكم طبيعة عملهم ضغوطًا متكررة تتعلق بالتعامل المباشر مع الألم والمعاناة الإنسانية، والعمل في ظروف تتطلب استجابة سريعة، إضافة إلى ضغوط المناوبات الطويلة والمتطلبات الإدارية، مما قد ينعكس سلبيًا على صحتهم النفسية وسلامتهم الانفعالية (Rushton et al., 2015).

وتتضاعف هذه التحديات في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث يواجه الممرضون حالات معقدة نفسيًا وسلوكيًا تتطلب قدرًا عاليًا من التحمل العاطفي وضبط الانفعالات، والتعامل الإنساني مع مرضى يعانون اضطرابات مزاجية وسلوكية شديدة، واحتمالات إيذاء الذات أو الآخرين. وفي هذا السياق، تبرز المرونة النفسية بوصفها عاملًا وقائيًا مهمًا لا يقتصر دوره على الحد من الإنهاك أو الوقاية من الإحترق النفسي المهني، بل يمتد ليعزز قدرة الممرض على أداء دوره بكفاءة مهنية وإنسانية، والحفاظ على الاستقرار النفسي واستدامة العطاء في بيئة عمل تُعد من أكثر البيئات استنزافًا وجدانيًا (Guo et al., 2018; Alzahrani et al., 2022).

وقد أظهرت نتائج دراسات عالمية وعربية حديثة أن الممرضين ذوي المستويات المرتفعة من المرونة النفسية يمتلكون قدرة أكبر على التكيف مع بيئة العمل وتحمل الضغوط المهنية، مع انخفاض احتمالية ظهور أعراض الإحترق النفسي، وارتفاع مستويات الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي لديهم (Hart, Brannan & De Chesnay, 2014; Kim & Windsor, 2015; Al-Otaibi et al., 2024). في المقابل، يرتبط انخفاض المرونة النفسية بارتفاع مستويات القلق والإجهاد والرغبة في ترك المهنة، فضلًا عن تراجع جودة الرعاية الصحية المقدمة (Zhu et al., 2019).

يمكن النظر إلى المرونة النفسية بوصفها موردًا نفسيًا قابلاً للتنمية، إذ لا تمثل سمة ثابتة أو خاصية جامدة، بل عملية تفاعلية يمكن تطويرها عبر التدريب والدعم النفسي والاجتماعي، وتعزيز الكفاءة الذاتية، وبناء التفكير الإيجابي، وتنمية استراتيجيات التكيف الفعالة. ومن هنا تنبع أهمية البحوث التطبيقية وبرامج التدخل التي تستهدف تعزيز المرونة النفسية لدى العاملين في المجالات الحساسة، مثل التمريض في المستشفيات النفسية، لما لذلك من أثر مباشر على صحة الممارسين النفسية وجودة الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى.

وبناءً على ذلك، يسعى هذا الفصل إلى تقديم إطار نظري متكامل حول مفهوم المرونة النفسية، من حيث نشأته وتطوره وتعريفاته وأنواعه ومستوياته، مع استعراض النماذج والنظريات المفسرة له، والعوامل المؤثرة فيه، وأهميته في المجال المهني، والآثار المترتبة على انخفاضه، وصولاً إلى عرض العلاقة بين المرونة النفسية والاحتراق النفسي المهني مدعومة بالدراسات العلمية ذات الصلة.

### - نشأة مفهوم المرونة النفسية وتطوره التاريخي:

انتقل البحث في علم النفس من التركيز على عجز الفرد إلى تركيز أكثر وعياً على نقاط قوة الفرد، ومنها المرونة النفسية. فقد شهد التحول في الاهتمام به أكثر في العقود الأخيرة. وقد تم دراسة هذا المفهوم منذ السبعينات، و تطور المفهوم على مدار عقود من البحث ( Vella & Pai, 2019). يمكن تتبع جذور البحث الحديث في المرونة النفسية إلى دراسات طالبت أطفالاً تعرضوا لظروف اجتماعية ونفسية شديدة الخطورة. كان من أوائل الباحثين الذين أثاروا الانتباه إلى ظاهرة "الأطفال الذين ينجحون بالرغم من الظروف" عالم النفس جارمزي وآخرون (1984) Garmezy et al. الذي قاموا بإجراء أعمالاً تجريبية في السبعينات حول "القدرة على الكفاءة (competence) " لدى الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بأمراض نفسية، وأشار إلى ضرورة دراسة عوامل الوقاية (protective factors) لإستكشاف لماذا ينجو بعض الأطفال بينما يُصاب آخرون. وبحسب فيلا و بي (Vella and Pai (2019) يمكن توصيف تطور البحث في مفهوم المرونة النفسية في أربع موجات موضحة في الجدول التالي:

جدول (1) موجات تطور البحث في مفهوم المرونة النفسية

الموجة	تطور البحث
الأولى	سعت هذه لموجة إلى الإجابة عن سؤال "ما هي العوامل" التي تميّز الأفراد القادرين على الصمود في وجه الشدائد. وقد أسفرت عن قوائم شاملة من العوامل الوقائية والمحفّزة التي ترتبط بالقدرة على التكيف الإيجابي بعد التعرض للشدائد وقد شكّلت هذه المرحل أساساً لأبحاث الموجات اللاحقة، إذ مهدت لفهم أعمق لكيفية تنمية هذه العوامل وتعزيزها في الأفراد والمجتمعات
الثانية	سعت الأبحاث في هذه الموجة إلى فهم الكيفية التي يمكن من خلالها اكتساب العوامل الوقائية التي تم تحديدها في المرحل الأولى بوصفها مرتبطة بالنتائج الصامدة. ومن هنا، تحوّل تركيز الباحثين من سؤال "ما هي العوامل التي تُسهم في المرونة النفسية؟" إلى سؤال "كيف تتكوّن هذه العوامل وتعمل معاً لحماية الفرد من المخاطر والشدائد.
الثالثة	بدأت هذه المرحلة بترجمة نتائج المرحلتين السابقتين إلى استراتيجيات تدخل ووقاية تهدف إلى تعزيز المرونة النفسية لدى الأفراد.

<p>تسعى إلى تحقيق فهم أكثر شمولاً للمرونة عبر مستويات متعددة، من المستوى الجيني إلى المستوى البيئي والاجتماعي، خلال دمج النظريات السابقة وتوسيعها. هذه المرحلة من البحث تهدف إلى النظر إلى المرونة كظاهرة متعددة الأبعاد تعمل عبر أنظمة متداخلة ومتفاعلة، تشمل الفرد والأسرة والمدرسة والمجتمع.</p>	الرابعة (الحالية)
---	----------------------

### - تعريفات المرونة النفسية:

يعود أصل مصطلح المرونة (Resilience) إلى الكلمة اللاتينية *Resilire* التي تعني "الارتداد للخلف" أو "القفز مجدداً" (Online Etymology Dictionary, 2017).

ويُعرفها قاموس أكسفورد بأنها القدرة على التعافي السريع من الصعوبات أو التمتع بالصلابة، كما تُستخدم فيزيائياً للإشارة إلى قدرة المادة على العودة إلى شكلها الأصلي بعد التعرض للضغط أو التشوه (English Oxford Dictionary, 2017). ومن مرادفاتها: المرونة (*flexibility*)، القوة (*strength*)، الليونة (*pliability*)، الطفو (*buoyancy*)، المتانة (*toughness*)، والصلابة (*hardiness*)، في حين تتضمن الأضداد مفاهيم مثل: الجمود (*rigidity*)، والهشاشة (*fragility*)، والضعف (*weakness*)، والقابلية للتأثر (*vulnerability*) (English Oxford Dictionary, 2017).

وقد استُخدم مفهوم المرونة في البداية في عدة مجالات علمية، وكان من أبرز جذوره في علم البيئة (Ecology)، حيث أشار إلى قدرة النظام البيئي على التعافي أو مقاومة الضرر عند التعرض للاضطرابات. ومع تطور البحوث، توسع استخدام المفهوم ليشمل تخصصات متعددة، واكتسب دلالات مختلفة وفقاً للسياق العلمي الذي يُوظف فيه (Vella & Pai, 2019).

ومع مرور الوقت، انتقل المفهوم إلى المجال النفسي ليعبر عن قدرة الفرد على التكيف والتعافي بعد التعرض للأزمات والشدائد. ورغم عدم وجود اتفاق كامل بين الباحثين حول تعريف موحد للمرونة النفسية أو أفضل أساليب قياسها، فإنها تشترك في عناصر تتمثل في قدرة الفرد على الصمود في مواجهة الشدائد، واستعادة توازنه النفسي، وتحقيق نتائج إيجابية رغم الظروف الصاعقة (Fletcher & Sarkar, 2013). وبذلك، تتفق معظم التعريفات على أن المرونة النفسية تقوم على بعدين أساسيين: وجود محنة أو ضغوط من جهة، وتحقيق تكيف أو نمو إيجابي من جهة أخرى، أي القدرة على النهوض مجدداً بعد الأزمات بما يدعم التكيف والفاعلية (Pai & Vella, 2018).

وفي هذا الإطار، تُعرّف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association, APA) المرونة النفسية بأنها عملية ديناميكية تتضمن القدرة على مواجهة الشدائد والصدمات والتهديدات والضغوط، مثل الضغوط الأسرية أو المشكلات الصحية أو ضغوط العمل والأزمات الاقتصادية، إضافة إلى القدرة على التعافي من آثارها والعودة إلى مستوى وظيفي ونفسي متوازن (APA, 2018). كما يشير قاموس علم النفس التابع للجمعية إلى أن المرونة النفسية تتأثر بعدة عوامل، من أهمها طريقة إدراك الفرد للعالم وتفاعله معه، وتوافر الموارد الاجتماعية وجودتها، واستراتيجيات المواجهة التي يعتمدها، كما تشير الأبحاث إلى إمكانية تنمية المهارات المرتبطة بالمرونة عبر التدريب والخبرة (APA, 2018).

ويرى الباحث أن التعريفات السابقة تمثل إطاراً علمياً مهماً لفهم المرونة النفسية، إلا أنه يميل بصورة أكبر إلى تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2018) بوصفه من أكثر التعريفات شمولاً وحدانية، لكونه يؤكد الطبيعة الديناميكية للمرونة النفسية وإمكانية بنائها

وتطويرها عبر الخبرات الحياتية والتدخلات العلاجية والتدريبية. ويتسق هذا التوجه مع سياق الدراسة الحالية التي تعتمد برنامجًا نفسيًا تكامليًا يهدف إلى تعزيز المرونة النفسية لدى الممرضين والممرضات من خلال تدريب متعدد الأساليب (معرفي، سلوكي، انفعالي، واجتماعي).

### - دورة/مراحل المرونة النفسية: Psychological Resilience Cycle

وضع بيرسال (2003) دورة تعبر عن المراحل التي يمر بها الفرد عند التعرض للمحن والأزمات فيما يطلق عليه دورة المرونة النفسية وتتضمن هذه الدورة أربع مراحل أساسية هي:

**مرحلة التدهور Deterioration:** وتبدأ بشعور الفرد ببعض من مشاعر الحزن و الغضب والقلق والتوتر والإحباط، وتظهر هذه الأعراض لديه في إصراره على إتهام غيره وإلقاء اللوم على الآخرين والتقليل من ثقته في نفسه وتقديره لذاته، وسمات شخصية الفرد وقدراته وخبراته السابقة تؤدي مهمًا في إطالة فترة هذه المشاعر السلبية من عدمها .

**مرحلة التأقلم (التعايش) Adaption:** وفيها يتمكن الفرد من تحقيق درجة من التوافق والتعايش مع الازمة أو الحدث الضاغط من خلال إقدامه على الإتيان ببعض السلوكيات التي تمكنه من التعامل بإيجابية مع هذا الحدث. وفي هذه المرحلة قد يرتد الفرد مرة أخرى عكس مسار التدهور بقدر يسمح له بالتكيف من خلال اتخاذ التدابير للتعامل مع عوامل الخطر .

**مرحلة التعافي Recoverin:** وتمثل استمرارًا للمرحلة السابقة من التوافق والتأقلم والتعايش و يحاول الفرد خلالها أن يصل إلى مستوى مناسب من التوافق النفسي وفقا لما كان قبل تعرضه للأزمة أو الحدث الضاغط.

**مرحلة النمو (التطور) Growing:** وفيها تصقل خبرات الفرد بسبب محاولاته الإيجابية التغلب على الأزمات والشدائد والمحن التي يمر بها، وينمو ويتطور أدائه النفسي وقدراته ومهاراته الشخصية بالشكل الذي يسمح له أو يمكنه من استعادة توازنه النفسي والإجتماعي الذي كان عليه قبل هذه الخبرات الصادمة والتجارب المؤلمة التي تعرض لها.

### جدول (2) دورة مراحل المرونة النفسية بحسب بيرسال (2003)

مراحل المرونة النفسية			
مرحلة التدهور	مرحلة التأقلم (التعايش)	مرحلة لتعافي	مرحلة النمو (التطور)

### - أنواع المرونة النفسية:

تعدّ المرونة النفسية مفهومًا متعدد المستويات يتجلى عبر نطاقات مختلفة من حياة الفرد والمجتمع، إذ يُنظر إليها بوصفها عملية ديناميكية تتفاعل من خلال مستويات الفرد، والعلاقات الاجتماعية، والمنظمات، والمجتمع ككل. وقد دفع ذلك عددًا من الباحثين إلى التمييز بين أنماط متعددة للمرونة، تشمل: المرونة الفردية، والبيئشخصية (الاجتماعية)، والتنظيمية، والمجتمعية (Masten & Cicchetti, 2016; Ungar, 2011; Norris et al., 2008).

وتشير المرونة المجتمعية (Community Resilience) إلى قدرة المجتمع على التكيف مع الكوارث أو الأزمات الجماعية من خلال التكافل الاجتماعي وتوافر الأنظمة الداعمة، وتمثل بذلك المستوى الأشمل الذي يحتوي بقية مستويات المرونة النفسية (Norris et al., 2008). أما المرونة التنظيمية (Organizational Resilience) فتعبر عن قدرة المؤسسة على الصمود والتكيف مع الأزمات وضغوط العمل دون فقدان وظائفها الأساسية. (Lengnick–Hall et al., 2011).

أما المرونة البيئشخصية أو الاجتماعية (Interpersonal/Social Resilience) فتشير، بحسب أونجار (Ungar, 2011) إلى قدرة الأفراد على توظيف العلاقات الاجتماعية في دعم قدرتهم على التكيف مع الشدائد، وتشمل الروابط الداعمة، والتعاطف، والتواصل الفعال، وتُعد ذات أهمية خاصة في بيئات العمل الصحية التي تعتمد على التعاون والعمل الجماعي. في حين تُعد المرونة النفسية الفردية (Individual Resilience) أكثر الأنماط تناوُلًا في الأدبيات النفسية، وتشير إلى قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الضغوط والأزمات والمحافظة على مستوى مستقر من الأداء النفسي والمهني رغم التحديات (Connor & Davidson, 2003). كما تُعرّف بأنها قدرة الفرد على التعافي من الشدائد والعودة إلى مستوى الأداء السابق أو تجاوزه نحو نمو نفسي إيجابي (Bonanno, 2004). وقد وصفها راتر (Rutter, 1987) بأنها عملية تفاعل ديناميكية بين الفرد وبيئته تمكّنه من مقاومة الآثار السلبية للمحن والتكيف معها بفاعلية.

وتمثل المرونة النفسية الفردية الأساس الذي يستند إليه البرنامج النفسي التكاملية المقترح في هذه الدراسة، بهدف تعزيز قدرة الممرضين والممرضات على مواجهة الضغوط النفسية والمهنية. حيث تسهم المرونة النفسية الفردية في تعزيز القدرة على التكيف مع متطلبات العمل وضغوطه، كما تؤدي دورًا وقائيًا في الحد من الإحترق النفسي المهني، كذلك ترتبط بارتفاع الرضا المهني والالتزام الوظيفي، حيث أظهرت دراسة هارت وآخرون (Hart et al., 2014) أن الممرضين ذوي المستويات المرتفعة من المرونة النفسية كانوا أقل عرضة للإرهاق العاطفي وأكثر التزامًا مهنيًا. وكما أشار كل من ماستن وتشيكيتي (Masten & Cicchetti, 2016) إلى أن المرونة النفسية ليست سمة فردية معزولة، بل نظامًا ديناميكيًا متعدد المستويات تتفاعل فيه العوامل الفردية والاجتماعية والتنظيمية. ومع ذلك، فإن التدخلات الموجهة لتنمية المهارات الفردية المعرفية والانفعالية والسلوكية تُعد من أكثر الأساليب فاعلية في خفض الضغوط والاحترق النفسي وتحسين جودة الحياة النفسية (Foster et al., 2019).

### جدول (3) أنواع المرونة النفسية

أنواع المرونة النفسية			
المرونة الفردية	المرونة البيئشخصية (الاجتماعية)	المرونة التنظيمية (المؤسسية)	المرونة المجتمعية

### - مكونات المرونة النفسية:

اختلف العلماء في عرض مكونات المرونة النفسية، إلا أن الباحث يتفق مع التصنيف التالي الذي يستعرض أربعة مكونات رئيسية للمرونة النفسية حُددت في شكل عوامل معرفية، وانفعالية، وسلوكية، واجتماعية (Masten, 2001; Garmezy, Masten & Tellegen, 1984; Connor & Davidson, 2003; Southwick & Charney, 2012)، هي التالي:

- 1-العوامل المعرفية (Cognitive Factors) وتشمل إدراك الذات الإيجابي، والإحساس بالكفاءة الذاتية (Self-efficacy)، والقدرة على إعادة تفسير الأحداث المجهدة بطريقة إيجابية. مثال: الممرض الذي يواجه موقفًا صعبًا مع مريض عدواني ويعيد تفسير الموقف باعتباره "تحديًا مهنيًا" لا "تهديدًا شخصيًا".
- 2-العوامل الانفعالية (Emotional Factors) مثل تنظيم الانفعالات، والقدرة على ضبط القلق والغضب، والتعبير الصحي عن المشاعر.
- 3-العوامل السلوكية (Behavioral Factors) كالمرونة في أساليب المواجهة، والمثابرة، والقدرة على اتخاذ قرارات تكيفية، والانخراط في سلوكيات مواجهة الضغوط.

4-العوامل الاجتماعية (Social Factors) مثل الدعم الاجتماعي الفعال من الأسرة والزملاء والإدارة، والذي يسهم في تعزيز قدرة الفرد على التكيف.

#### جدول (4) مكونات المرونة النفسية

مكونات المرونة النفسية			
عوامل اجتماعية	عوامل سلوكية	عوامل انفعالية	عوامل معرفية

#### - المفاهيم المرتبطة بالمرونة النفسية: التشابه والتمايز

رغم شيوع مفهوم المرونة النفسية في علم النفس الإيجابي والإكلينيكي، فإنه يتقاطع مع عدد من المفاهيم القريبة مثل: الصلابة النفسية، والتكيف النفسي، والنمو ما بعد الصدمة، مما أدى إلى نوع من الخلط المفاهيمي في الأدبيات النفسية (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). ورغم وجود أوجه تشابه بينها، فإن لكل مفهوم دلالاته الخاصة.

#### 1- الصلابة النفسية (Psychological Hardiness)

تُشير الصلابة النفسية إلى مجموعة من السمات الشخصية التي تجعل الفرد أكثر قدرة على مواجهة الضغوط، وتتكون من: الالتزام، والتحكم، والتحدى (Kobasa, 1979; Maddi, 2002). ورغم تشابهها مع المرونة النفسية في دورها الوقائي ضد الضغوط، فإن الصلابة تُعد سمة شخصية أكثر ثباتاً، بينما تُعد المرونة النفسية عملية ديناميكية قابلة للتطوير والتعلم. فالصلابة تعكس القوة الداخلية في مواجهة الضغوط، في حين تعبّر المرونة عن القدرة على التكيف والتعافي بعد الشدائد (Maddi, 2002).

#### 2- التكيف النفسي (Psychological Adaptation)

يُقصد بالتكيف النفسي قدرة الفرد على تعديل أفكاره أو سلوكياته أو انفعالاته استجابة للضغوط والمتغيرات البيئية (Lazarus & Folkman, 1984). ويُعد التكيف جزءاً من عملية المرونة النفسية، إلا أن التكيف يشير غالباً إلى النتيجة النهائية، بينما تشير المرونة إلى العمليات والآليات التي تساعد الفرد على الوصول إلى هذا التكيف (Masten & Reed, 2002).

#### 3- النمو ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Growth)

يشير النمو ما بعد الصدمة إلى التغيرات الإيجابية التي قد يحققها الفرد بعد التعرض لأحداث صادمة، مثل زيادة تقدير الحياة أو اكتساب قوة نفسية جديدة (Tedeschi & Calhoun, 1996). ويختلف عن المرونة النفسية في أن المرونة تهدف إلى استعادة التوازن النفسي، بينما يتجاوز النمو ما بعد الصدمة ذلك إلى تحقيق مستوى أعلى من النمو والتطور الشخصي مقارنة بما قبل الأزمة (Wald et al., 2006). لذا يمكن النظر إليه بوصفه إحدى النتائج المحتملة للمرونة النفسية المرتفعة، وليس مرادفاً لها.

#### جدول رقم (5) بعض المفاهيم وطبيعتها وعلاقتها بالمرونة النفسية

فهوم	طبيعة النفسية	ركيز	علاقة بالمرونة النفسية
صلابة النفسية	سمة شخصية	أومة الضغط	أسس المرونة
كيف النفسي	عملية أو نتيجة	ديل السلوك أو المشاعر	نؤن أو مخرج للمرونة
نمو بعد الصدمة	حالة	غير الإيجابي بعد الأزمة	مخرج للمرونة

## - عوامل تعزيز المرونة النفسية:

يتفق الباحثون على أن المرونة النفسية ترتبط بالفروق الفردية في الاستجابة للضغوط والشدائد؛ فبينما يستسلم بعض الأفراد للأزمات، يتمكن آخرون من التكيف والصمود بصورة إيجابية (Rutter, 1987). كما تُعد المرونة النفسية عملية ديناميكية قابلة للتغير والتطور عبر مراحل الحياة، وتتأثر بعوامل معرفية وانفعالية واجتماعية متعددة (Darabos et al., 2021).

خصائص مثل: المشاعر الإيجابية، والتنظيم الانفعالي، والقدرة على الاستفادة من الدعم الاجتماعي، والقدرة على التحمل، تعد من أبرز العوامل المعززة للمرونة النفسية (Pahwa & Khan, 2022). كما يسهم وجود الرعاية والتشجيع، سواء داخل الأسرة أو خارجها، إلى جانب القدرة على وضع أهداف واقعية وحل المشكلات، في دعم استمرارية المرونة النفسية لدى الأفراد (عبدالمعطي، 2017). وفي السياق نفسه، أشار ستين (Stein 2005) إلى ثلاثة مصادر رئيسية للمرونة النفسية، تتمثل في: القوة الذاتية، والدعم الخارجي، ومهارات حل المشكلات.

### أولاً: العوامل الفردية

تشمل العوامل الفردية السمات النفسية والمعرفية التي تساعد الفرد على التكيف مع الضغوط وتجاوز الأزمات (Carver, 1998). ومن تلك العوامل: الثقة بالنفس، والكفاءة الذاتية، والتنظيم الذاتي والانفعالي، والقدرة على التكيف، والمرونة المعرفية، والمهارات الاجتماعية (Rutter, 1987). كما ترتبط المرونة النفسية بسمات مثل الانبساط، والانفتاح على الخبرة، والتفاؤل، والطموح، ومركز التحكم الداخلي، إضافة إلى استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكلات (Ward et al., 2006).

كما أن الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع، والإحساس بالقدرة على التحكم في حياتهم، والقدرات المعرفية الجيدة، يكونون أكثر قدرة على التكيف الإيجابي مع الأزمات (Masten et al., 1999). كما يسهم التفكير الإيجابي وإعادة التقييم المعرفي للأحداث الضاغطة في تعزيز المرونة النفسية من خلال مساعدة الفرد على إدراك المعنى أو الفائدة من التجارب الصعبة (Affleck & Tennen, 1996).

### ثانياً: العوامل البيئية والاجتماعية

تُعد البيئة الداعمة من أهم العوامل المساهمة في بناء المرونة النفسية، وتشمل العلاقات الأسرية الداعمة، والتنشئة الإيجابية، وشبكات الدعم الاجتماعي (Ward et al., 2006). فالأسرة تمثل البيئة الأولى لبناء الشعور بالأمان والانتماء والثقة بالنفس، بينما توفر العلاقات الاجتماعية الإيجابية فرصاً للمساندة الانفعالية والتوجيه والتكيف مع الضغوط (Rutter, 1987).

كما يسهم الدعم الاجتماعي في تعزيز قدرة الفرد على معالجة الخبرات الصادمة وإعادة تفسيرها بصورة أكثر إيجابية، وهو ما يساعد على تنمية المرونة النفسية بصورة غير مباشرة من خلال العمليات المعرفية والانفعالية، حيث حيث يُفسر ذلك أن التفاعل الاجتماعي لا يُعد العامل الأساسي للمرونة بقدر ما يمثل وسيلة تُمكن الأفراد من معالجة الأحداث الصادمة معرفياً ومراجعة تجاربهم الحياتية بصورة تصحيحية، مما يؤدي في النهاية إلى بناء المرونة النفسية. بمعنى آخر، أن الفرص المتاحة للقدرة على التحدث عن الصدمة داخل نظام الدعم الاجتماعي الخاص بالفرد قد تسهل المعالجة المعرفية وتوفر فرصاً للتجارب التصحيحية، مما يؤدي بدوره إلى المرونة. أي أن التأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي قد يكون غير مباشر، ويتم من خلال العمليات المعرفية والانفعالية التي تعيد تشكيل نظرة الفرد لذاته وللحدث المهدد (Ward et al., 2006).

وقد أشار سناپ وميللر (Snape & Miller, 2002) أن هناك مجموعة من العوامل تدعم الفرد على تكوين المرونة النفسية

وعوامل أخرى تعوق استمراريته في الصمود، ويمكن توضيح تلك العوامل في الجدولين التاليين:

## جدول رقم (6) عوامل تدعم الفرد على تكوين المرونة النفسية

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالأسرة	عوامل تتعلق بالبيئة
-نسبة الذكاء المرتفعة -المهارات الاجتماعية -الوعي الشخصي -مركز التحكم الداخلي - الجاذبية والمرح	-دعم الوالدين لأبنائهما -العلاقات الوطيدة بين الآباء والأبناء - الوثام الأسرى بين الوالدين -علاقة الفرد القوية مع أحد الوالدين	-الخبرات والتجارب المدرسية الناجحة -امتلاك القيم الاجتماعية مثل: (مساء الجيران ، العمل التطوعي) -التدين والإيمان القوى

## جدول رقم (7) العوامل المعيقة لإستمرارية المرونة النفسية لدى الفرد

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالأسرة	عوامل تتعلق بالبيئة
-صعوبات التعلم. - العوامل الوراثية والجينات - .تأخر النمو - . الأمراض المزمنة - .مشاكل التواصل الاجتماعي.	-عدم الوثام بين الوالدين - . الصراع بين الآباء والأبناء . -انفصال الوالدين - سوء المعاملة - عدم توافر الإرشاد الأسرى . - .الاضطرابات النفسية لدى الوالدين	-عدم القدرة على السيطرة على الأزمات والمحن التي يمر بها الفرد - .التمييز العنصري - .المستوى الاجتماعي متدني.

ويرى الباحث أنه من خلال ما أشار إليه وارد و آخرون (2006) Ward et al. وغيره من الباحثين حول العوامل الفردية المساهمة في تعزيز المرونة النفسية فإنه يبدو أنها تركز على شبكة معقدة من العوامل الشخصية المتفاعلة، وليست نتيجة لصفة واحدة. فالعوامل المعرفية (مثل الذكاء والتفكير الإيجابي) والسلوكية (مثل مواجهة المشكلات والسعي نحو الأهداف) تعمل مجتمعة لتوليد قدرة الفرد على الصمود والنمو في مواجهة الشدائد. وهي بحسب وارد و آخرون (2006) Ward et al ليست خاصية فردية خالصة ولا ظاهرة بيئية بحتة، بل هي نتيجة تفاعل معقد ومتبادل بين الفرد وبيئته. فالفرد يجلب إلى الموقف سماته النفسية والمعرفية، بينما توفر البيئة فرصاً أو تحديات تعزز أو تضعف من قدرة الفرد على التكيف. ما يعني أخذ ذلك في عين الاعتبار في التدخلات التي تستهدف تعزيز المرونة النفسية.

## - نظريات المرونة النفسية (Theories of Resiliency)

يستعرض هذا الجزء نظرة عامة حول النظريات والنماذج الرئيسية التي سعت إلى تفسير هذا المفهوم. و من أبرز أولئك المنظرين: مايكل راتر (Michael Rutter)، ونورمان جارمزي (Norman Garmezzy)، وإيمي فيرنر (Emmy Werner)، وسونيا لوثار (Suniya Luthar)، وآن ماستن (Ann Masten)، ومايكل أنغار (Michael Ungar).

## 1- نظرية إيمي ويرنر (Werner, 1982; 1989) Emmy Werner

تُعدّ إيمي ويرنر (Emmy E. Werner) من أبرز رواد علم النفس النمائي والمرونة النفسية، وقد ارتبط اسمها بـ«دراسة كاواي الطولية» (*The Kauai Longitudinal Study*) التي تابعت 698 طفلاً في جزيرة كاواي بهاواي لأكثر من أربعين عاماً. مثّلت هذه الدراسة نقطة تحول في فهم المرونة النفسية، إذ أظهرت أن التعرض للشدائد لا يؤدي بالضرورة إلى نتائج سلبية، وأن بعض الأفراد يستطيعون التكيف الإيجابي والنمو السوي رغم ظروف الخطر والحرمان (Shean, 2015). ومن خلال هذه النتائج، أسست ويرنر لفهم المرونة بوصفها قدرة نامية ومتغيرة عبر مراحل الحياة وليست سمة ثابتة. عرّفت ويرنر (1982) المرونة النفسية بأنها قدرة الفرد على التكيف الفعال مع الضغوط الداخلية والخارجية، مثل الحساسية الانفعالية أو المرض أو التفكك الأسري. وقد لخصت هذا المعنى في عبارتها الشهيرة: الأطفال الذين يعملون جيداً، ويلعبون جيداً، ويحبون جيداً، ويتوقعون الخير (Werner, 1982)، في إشارة إلى أن المرونة لا تعني غياب الألم أو الضعف، بل القدرة على مواصلة النمو الإيجابي رغم الصعوبات.

وانطلقت ويرنر (1989) Wener من منظور بيئي يرى أن المرونة نتاج تفاعل مستمر بين الفرد وبيئته، وحددت ثلاثة مستويات رئيسية للعوامل الواقية التي تدعمها:

أولاً: العوامل الواقية الفردية:

وتشمل الخصائص الشخصية التي تساعد على التكيف مع الشدائد، وتمكّنه من توظيف موارده النفسية والاجتماعية بفاعلية في مواجهة التحديات،. مثل:

- الاجتماعية والقدرة على بناء العلاقات. - النشاط والمبادرة. - الكفاءة المعرفية وحل المشكلات.

ثانياً: العوامل الواقية الأسرية:

بنظرها تمثل الأسرة البيئة الأولى لبناء المرونة، فالاهتمام والرعاية يمثلان خط الدفاع الأول ضد الآثار النفسية للشدائد، حتى في البيئات التي تعاني من الفقر أو الصراع الأسري، ومن أهم عواملها:

- الدفء والروابط العاطفية - التماسك الأسري - وجود شخص راشد داعم داخل الأسرة

ثالثاً: العوامل الواقية المجتمعية:

وتشمل مصادر الدعم خارج الأسرة، مثل المدرسة، والمؤسسات الدينية والاجتماعية، ومكان العمل. فهذه الأنظمة لا توفر الدعم للفرد فحسب، بل تعزز قدرة الأسرة نفسها على القيام بوظائفها الداعمة .

وترى ويرنر (1989) Werner أن هذه العوامل تعمل بصورة متشابكة ومتكاملة؛ فكلما ازدادت الضغوط الحياتية، ازدادت الحاجة إلى تفعيل مصادر حماية متعددة تعمل معاً. ومن أبرز مفاهيمها مفهوم «التوازن الذاتي» (Self-Righting) «، الذي يشير إلى الميل الطبيعي لدى الإنسان لاستعادة توازنه النفسي بعد الشدائد ما لم تكن الضغوط شديدة ومستمرة. وانطلاقاً من ذلك، أكدت أن دور المختصين يتمثل في دعم الموارد الطبيعية للنمو وتمكين الأفراد من استثمار قدراتهم وبيئاتهم الداعمة، لا في فرض حلول جاهزة عليهم.

كما أبرزت نتائج دراستها أن المرونة النفسية ليست ثابتة، بل تتغير تبعاً لمراحل النمو وطبيعة المخاطر والعوامل الواقية المتاحة. فقد يكون الفرد مرناً في مواجهة نوع معين من الضغوط وأقل قدرة أمام ضغوط أخرى في مرحلة مختلفة من حياته، الأمر الذي يجعل التدخلات الوقائية والعلاجية مطالبة بمراعاة التوازن المستمر بين عوامل الخطر والحماية، والعمل على تعزيز الموارد الواقية وتقليل مصادر الضغط عبر مراحل الحياة المختلفة (Werner, 1989).

المستويات الرئيسية للعوامل الواقية في بناء المرونة النفسية وفق ويرنر (1989) Werner.

المستوى	أمثلة على العوامل الواقية
الفردى	القابلية الاجتماعية، مستوى النشاط، الكفاءة المعرفية، الإيجابية
الأسري	الروابط العاطفية الدافئة، علاقة داعمة مع أحد أفراد الأسرة، وج إشراف إيجابي
المجتمعي	الدعم المؤسسي (المدرسة، دار العبادة، العمل)، شبكات الد الاجتماعي

## 2- نظرية جارمزي وآخرون (Garmezy et al., 1984)

يُعدّ نورمان جارمزي Norman Garmezy من الرواد المؤسسين لدراسة المرونة النفسية، حيث بدأ اهتمامه البحثي بدراسة الفصام والاضطرابات النفسية الشديدة، ثم اتجه لاحقاً إلى فهم العوامل التي تمكن بعض الأفراد، خاصة الأطفال، من التكيف الإيجابي رغم التعرض للضغوط والمخاطر النفسية والاجتماعية. وقد قاد مشروعاً طويلاً بارزاً في جامعة مينيسوتا عُرف باسم "مشروع الكفاءة (Project Competence)"، ركّز على دراسة العوامل المفسّرة لقدرة الأطفال المعرّضين للمخاطر على تحقيق نتائج نمائية إيجابية.

وقد عرّف جارمزي (Garmezy, 1991) المرونة النفسية بأنها القدرة على التعافي والحفاظ على السلوك التكيفي الفعّال بعد التعرض للضغوط أو فترات الضعف، مؤكداً أنها لا تعني الحصانة الكاملة من التوتر، بل القدرة على استعادة الكفاءة الوظيفية والتوازن النفسي. ويرى أن الأفراد المرنين لا يختلفون عن غيرهم بامتلاكهم قدرات خارقة، وإنما بقدرتهم على استعادة الأداء التكيفي بعد الأزمات. وقد أشار إلى مجموعة من الخصائص المرتبطة بالأفراد المرنين، من أبرزها: الكفاءة في العمل والعلاقات، النظرة الإيجابية للحياة، تقدير الذات، الإحساس بالتحكم الداخلي، الانضباط الذاتي، مهارات حل المشكلات، واستخدام الدعابة كألية تكيف إيجابية.

و قد اقترح نموذجاً تتناول المرونة النفسية من منظور بيئي شامل، إذ يرى أن العوامل الواقية (protective factors) تتفاعل على مستويات متعددة - الفرد، الأسرة، والمجتمع - لتنتج مظاهر المرونة. و لخص هذه العوامل إلى ثلاثة مجالات رئيسية (اعتبرها ثالوث أساسي تعبر عن مفهوم المرونة النفسية):

1- العوامل الفردية (Individual Factors) وتشمل السمات الشخصية والمعرفية، مثل الكفاءة العقلية، والقدرة على حل المشكلات، ومستوى النشاط، وأساليب مواجهة المواقف الجديدة .

2- العوامل الأسرية (Familial Factors) مثل التماسك الأسري، والدفع العاطفي، ووجود شخص بالغ داعم في حياة الفرد يوفر الرعاية والتوجيه .

3- العوامل الداعمة الخارجية (Support Factors) وتشمل شبكات الدعم الاجتماعي خارج الأسرة، كالمدرسة، والمعلمين، والمؤسسات الدينية والمجتمعية التي تعزز الشعور بالانتماء والدعم .

كما طوّر جارمزي وزملاؤه ثلاثة نماذج تفسيرية لفهم آلية عمل المرونة النفسية:

- النموذج التعويضي (Compensatory Model) يفترض أن بعض العوامل الإيجابية تعوّض تأثير المخاطر بشكل مباشر، مثل وجود علاقة داعمة مع شخص مقرب تخفف من آثار البيئة الأسرية المضطربة .

- نموذج الوقاية مقابل الضعف (Protective–Vulnerability Model) يركّز على التفاعل بين عوامل الخطر والعوامل الواقية، بحيث تُضعف العوامل الواقية من تأثير الضغوط، مثل دور الذكاء أو الدعم الأسري في تقليل آثار الفقر أو التوتر .

-نموذج التحدي (Challenge Model) يفترض أن التعرض المعتدل للضغوط قد يسهم في تنمية مهارات التكيف والقدرة على المواجهة، في حين أن الضغوط الشديدة جداً تؤدي إلى نتائج سلبية .

وقد شكّلت أفكار جارمزي Garmezy أساساً مهماً لتطور أبحاث المرونة النفسية لاحقاً، وأسهمت في الانتقال من التركيز على عوامل الخطر والاضطراب إلى دراسة عوامل الحماية والتكيف الإيجابي والنمو رغم الشدائد (Wald et al., 2006).

النماذج النظرية الثلاثة لآلية المرونة النفسية (Garmezy et al., 1984)

النموذج	الوصف	المثال
النموذج التعويضي (Compensatory Model)	العوامل الواقية تعوّض تأثير الضغوط السلبية. أي أن الخصائص الإيجابية للفرد تقلل من أثر المواقف السلبية.	علاقة الطفل الإيجابية بأحد أفراد الأسرة (كالجد) تخفف أثر البيئة المنزلية المتوترة.
نموذج الحماية مقابل القابلية للضعف (Protective–Vulnerability Model)	العلاقة بين الضغوط والنتائج تختلف بحسب قوة العوامل الواقية.	الأسرة المتماسكة تقلل من أثر الفقر أو الحرمان.
نموذج التحدي (Challenge Model)	الضغوط المعتدلة قد تكون محفزة للنمو وبناء الكفاءة، بينما الضغوط المفرطة تُضعف الأداء.	الضغوط البسيطة تُنمّي مهارات المواجهة لدى، لكن الضغوط المفرطة تُؤدي لإنهيارها

### 3- نظرية رتر في المرونة النفسية (Rutter, 1985, 1987, 1990)

تُعدُّ نظرية مايكل رتر Michael Rutter من أبرز النماذج المفسرة للمرونة النفسية، إذ قدّم رتر تصورًا نوعيًا نقل المرونة من كونها سمة ثابتة إلى اعتبارها عملية ديناميكية وآلية تفاعلية تنشأ من تفاعل الفرد مع بيئته (Wald et al., 2006). ويرى رتر (1987) أن استخدام مفهومي "العملية" و"الآلية" أكثر دقة من مفهوم "العامل"، لأن المتغير الواحد قد يمثل عامل خطر في موقف، بينما يعمل كعامل حماية في موقف آخر. وانطلاقًا من هذا التصور، حدّد أربع عمليات رئيسة تفسّر كيفية عمل المرونة النفسية:

#### 1- تقليل أثر عوامل الخطر (Reduction of Risk Impact)

ويتم ذلك من خلال إعادة تفسير المواقف الضاغطة أو الحد من التعرض لها، بحيث يسهم النجاح في مواجهة الضغوط البسيطة في بناء نوع من "التحصين النفسي" ضد الضغوط المستقبلية، وهو ما يرتبط بنظرية التحصين ضد الضغوط.

#### 2- الحد من التفاعلات السلبية المتسلسلة (Reduction of Negative Chain Reactions)

إذ قد تؤدي الأزمات إلى سلسلة من النتائج السلبية المتتالية، إلا أن وجود عوامل حماية مثل الرعاية الداعمة أو العلاقات المستقرة يمكن أن يوقف هذا التدهور ويعيد التوازن النفسي للفرد.

#### 3- تعزيز تقدير الذات والكفاءة الذاتية (Enhancement of Self-Esteem and Self-Efficacy)

يرى رتر Rutter أن الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس من أهم مصادر الحماية النفسية، ويتعززان عبر العلاقات الداعمة والنجاح في أداء المهام ذات المعنى، مما يزيد قدرة الفرد على مواجهة الضغوط.

#### 4- إتاحة فرص جديدة للتعويض والنمو (Opportunities for Compensatory Experiences)

حيث يمكن للخبرات الإيجابية والفرص الجديدة أن تعوض التجارب السلبية السابقة، وتفتح المجال أمام الفرد لبناء مسار أكثر تكيفًا ونموًا.

وفي تطويره اللاحق لهذه النظرية، حدّد رتر (1990) ثلاثة مجالات رئيسة لعوامل الحماية، هي: الاتساق الشخصي (مثل تقدير الذات وضبط الانفعالات)، والتماسك الأسري، والدعم الاجتماعي من الأصدقاء أو المدرسة أو المجتمع. كما أشار إلى أن الأفراد ذوي الشخصية الاجتماعية المنفتحة يمتلكون غالبًا قدرة أكبر على التكيف، نظرًا لاملاكهم شبكات دعم أوسع وأساليب أكثر إيجابية في تفسير المواقف الضاغطة.

وتُعدُّ نظرية رتر Rutter من الأسس الرئيسية للفهم المعاصر للمرونة النفسية، لأنها تنظر إليها كعملية تفاعلية مستمرة تشمل الفرد والبيئة، وتتطور من خلال مواجهة التحديات والاستفادة من عوامل الحماية والدعم الاجتماعي، وليس بوصفها سمة فطرية ثابتة (Ward et al., 2006).

#### 4- نظرية دينستبير Dienstbier في الصلابة الفسيولوجية (Dienstbier, 1989)

تُعدّ نظرية جوزيف دينستبير Joseph Dienstbier من النماذج البيولوجية المهمة في تفسير المرونة النفسية، حيث افترض دينستبير (Dienstbier, 1989) أن التعرض المنتظم لمستويات معتدلة من الضغوط يسهم في "تقوية" الاستجابات العصبية والهرمونية تجاه الضغوط المستقبلية. واستندت هذه الفرضية إلى مراجعة واسعة للدراسات، شملت بدرجة كبيرة أبحاثًا تجريبية على الحيوانات.

ويرى دينستبير أن التعرض المتقطع والمضبوط للضغوط يؤدي إلى تكيفات فسيولوجية تتمثل في:

- انخفاض مستوى التنشيط الأساسي للجهاز العصبي الودي في الظروف العادية .
- استجابة قوية ومنظمة عند التعرض لمواقف ضاغطة عبر تنشيط الجهاز العصبي الودي والغدة الكظرية .
- زيادة مقاومة استنزاف الكاتيكولامينات في الدماغ .
- ضبط استجابات محور الغدة النخامية-الكظرية-القشرية المرتبط بالتوتر .

وقد أطلق دينستبير على هذا النمط مصطلح "الصلابة الفسيولوجية" "Physiological Toughness"، وهي حالة من الكفاءة التكيفية العصبية والهرمونية ترتبط بارتفاع القدرة على الأداء في المهام المعقدة، والاستقرار الانفعالي، وتحسين كفاءة الجهاز المناعي. وبذلك تفترض النظرية أن التعرض المعتدل للضغوط يعمل كنوع من "التدريب النفسي والفسيولوجي"، حيث يهيئ الفرد للاستجابة بصورة أكثر فاعلية للضغوط المستقبلية، ويعزز الأداء المعرفي والانفعالي، ويدعم المناعة النفسية والجسدية. ومن هذا المنطلق، تُعدّ نظرية دينستبير من الأسس البيولوجية المساندة لفهم المرونة النفسية، وقد دعمتها دراسات تجريبية لاحقة أكدت فاعلية التعرض المعتدل للضغوط في تنمية القدرة على التكيف والصمود (Wald et al., 2006).

#### 5- نظرية ريتشاردسون في المرونة النفسية (Richardson, 2002)

قدّم نموذج ريتشاردسون (Richardson, 2002) ما عُرف بـ "ما وراء نظرية المرونة النفسية (The Metatheory of Resilience)، والتي تنظر إلى المرونة بوصفها عملية ديناميكية مستمرة تتضمن التفاعل بين الفرد والضغوط الحياتية والسعي نحو استعادة التوازن النفسي والنمو الشخصي. وقد تطورت هذه النظرية عبر ثلاث موجات بحثية: ركزت الأولى على السمات التي تميز الأفراد المرين، بينما اهتمت الثانية بالعمليات النفسية والاجتماعية المفسرة للمرونة، أما الثالثة فقد أكدت وجود قوة داخلية فطرية تدفع الإنسان نحو النمو والتطور رغم الأزمات.

ويعرّف ريتشاردسون (Richardson 2002) المرونة النفسية بأنها قوة داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق الذات، والحكمة، والتوافق النفسي والروحي. وتتطلب النظرية من افتراض وجود حالة من التوازن النفسي-البيولوجي-الروحي، إلا أن هذا التوازن يتعرض باستمرار للاضطراب نتيجة الضغوط والأحداث الحياتية المختلفة، وهو ما يدفع الفرد إلى محاولة "إعادة الاندماج" أو استعادة التوازن النفسي.

- وترى النظرية أن استجابة الفرد للضغوط تتحدد من خلال تفاعل العوامل الوقائية، مثل التفاؤل والإيمان والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي، مع خبراته السابقة في مواجهة الأزمات. وقد حدد ريتشاردسون أربعة أنماط لإعادة الاندماج بعد التعرض للشدائد:
- إعادة اندماج مرنة (Resilient Reintegration): يصل فيها الفرد إلى مستوى أعلى من النضج والتكيف بعد الأزمة.
  - العودة إلى التوازن السابق (Homeostatic Reintegration): استعادة مستوى التكيف السابق دون نمو إضافي.
  - التعافي مع خسارة (Reintegration with Loss): استعادة جزئية للتوازن مع فقدان بعض الدافعية أو الأمل.
  - إعادة اندماج غير وظيفية (Dysfunctional Reintegration): اللجوء إلى أساليب تكيف سلبية كالانسحاب.

ويؤكد ريتشاردسون (2002) Richardson أن الإضطراب النفسي ليس أمرًا سلبيًا بالضرورة، بل قد يكون مدخلًا للنمو واكتشاف القدرات الكامنة، فالنمو النفسي غالبًا ما يحدث من خلال مواجهة التحديات وليس في ظل الراحة والاستقرار. كما يشير إلى أن المرونة ليست سمة ثابتة، بل عملية متغيرة قد تحدث بصورة متزامنة في مجالات متعددة من حياة الفرد، وتختلف مدتها تبعًا لطبيعة الحدث الضاغط.

ورغم أن نموذج ريتشاردسون Richardson يتميز بطابعه التكاملي الذي يجمع بين الأبعاد النفسية والبيولوجية والروحية، فإن بعض الباحثين أشاروا إلى محدودية الدراسات التجريبية المباشرة التي اختبرت النموذج بصورة شاملة، مع وجود عدد من الدراسات التي دعمت بعض افتراضاته لدى عينات مختلفة مثل طلاب الجامعات والنساء وأبناء المدمنين على الكحول (Wald et al., 2006).

#### 6- نظرية إيبيل وآخرون (Epel et al., 1998): الازدهار الجسدي (Physical Thriving)

تركز نظرية إيبيل وآخرون (Epel et al., 1998) على مفهوم "الازدهار الجسدي (Physical Thriving)" بوصفه أحد الأبعاد البيولوجية للمرونة النفسية، حيث ترى أن المرونة لا تقتصر على التكيف النفسي والسلوكي، بل تشمل أيضًا كفاءة الاستجابات الفسيولوجية للضغوط. وتفترض النظرية أن الازدهار الجسدي يحدث عندما تكون العمليات البنائية في الجسم (Anabolic Processes) المرتبطة بالنمو والتجدد - أكثر نشاطًا من العمليات الهدمية (Catabolic Processes) المصاحبة للتوتر وإفراز الكورتيزول.

وترى النظرية أن نمط الإستجابة للضغوط يتحدد من خلال عاملين رئيسيين: خصائص الموقف الضاغط ذاته، مثل مدته وتكراره وإمكانية التحكم فيه، إضافة إلى العوامل النفسية الوسيطة، خاصة طريقة تقييم الفرد للموقف؛ هل ينظر إليه بوصفه تهديدًا أم تحديًا يمكن التعامل معه. فعندما يُدرك الفرد الضغوط المتقطعة باعتبارها قابلة للسيطرة، تظهر لديه استجابة هرمونية مرنة تتمثل في ارتفاع سريع للكورتيزول أثناء الموقف الضاغط، يتبعه تعافٍ سريع بعد انتهائه، مع حدوث تكيف تدريجي عند تكرار الضغوط المشابهة مستقبلًا. ويُعد هذا النمط من التنظيم الهرموني مؤثرًا على الصحة النفسية والجسدية الجيدة، إذ يرتبط بتحسين المناعة، وكفاءة الأداء، والقدرة على استعادة التوازن بعد الضغوط. لذلك ترى إيبيل وآخرون أن تكيف الكورتيزول مع التوتر يمكن أن يمثل مؤشرًا بيولوجيًا للمرونة النفسية.

ومع ذلك، تشير النظرية إلى أن العلاقة بين الكورتيزول والمرونة ليست خطية دائمًا، إذ أظهرت - مثلاً - دراسات لإضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أن بعض المصابين يمتلكون مستويات منخفضة بصورة غير طبيعية من الكورتيزول، مما يعكس تعقيد النظام الفسيولوجي المرتبط بالضغوط.

وبذلك تؤكد نظرية إيبيل وآخرون. Epel et al. أن المرونة النفسية تتضمن بُعدًا بيولوجيًا إلى جانب أبعادها النفسية والاجتماعية، وأن الفرد المرن يتميز بقدرته على تنظيم استجاباته الهرمونية بكفاءة، والعودة سريعًا إلى حالة التوازن بعد التعرض للضغوط (Ward et al., 2006).

#### 7- سونيا لوثار وآخرون (Sunia Luthar (Luthar et al., 2000; Luthar et al., 2006

تعدّ سونيا لوثار (Sunia Luthar) من الباحثين البارزين في مجال المرونة النفسية، وقد ركزت أبحاثها على فهم كيفية تكيف الأفراد مع الظروف الصعبة رغم التعرض للمخاطر النفسية والاجتماعية. وعرفت لوثار وآخرون (Luthar et al., 2000) المرونة النفسية بأنها: "عملية ديناميكية تتضمن التكيف الإيجابي في سياق التعرض لشدة أو خطر بالغين"، مؤكدة أن المرونة ليست سمة ثابتة، بل عملية متغيرة تتشكل من خلال التفاعل بين الفرد وبيئته.

وترى لوثار Luthar أن تحقق المرونة يتطلب شرطين أساسيين: وجود تهديد أو شدة حقيقية، وتحقيق تكيف إيجابي رغم هذه الظروف. وبناءً على ذلك، لا يمكن وصف الفرد بالمرونة ما لم يواجه صعوبات فعلية ويتمكن من التعامل معها بفاعلية. وقد صنّفت لوثار Luthar العوامل الواقية إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- 1- العوامل الواقية المثبتة (Protective-Stabilizing): التي تحافظ على مستوى التكيف رغم تصاعد المخاطر.
- 2- العوامل الواقية المعززة (Protective-Enhancing): التي تساعد الفرد على تحويل الضغوط إلى فرص للنمو.
- 3- العوامل الواقية التفاعلية (Protective-But-Reactive): وهي عوامل قد تكون وقائية في الظروف العادية، لكنها قد تفقد فعاليتها تحت الضغوط الشديدة.

وأكدت لوثار Luthar أن المرونة متعددة الأبعاد، فلا يمكن افتراض أن الفرد مرن في جميع مجالات حياته؛ فقد يظهر كفاءة أكاديمية عالية مع معاناة انفعالية أو اجتماعية في الوقت نفسه. لذلك ترى أن الهدف الواقعي للمرونة ليس تحقيق النجاح الكامل، بل تقليل الآثار السلبية للضغوط إلى أدنى حد ممكن.

وفي أعمالها اللاحقة، دعت لوثار Luthar إلى مراعاة السياق الاجتماعي والثقافي في دراسة المرونة، والاهتمام بالخبرات الذاتية للأفراد، والتركيز على التدخلات القابلة للتغيير والمستمرة. كما أشارت إلى أهمية دراسة العوامل العصبية والبيولوجية المساهمة في المرونة النفسية.

ورغم اهتمامها بالأبعاد البيولوجية، خلصت لوثار Lutha إلى أن العلاقات الإنسانية الداعمة تمثل الأساس الحقيقي للمرونة النفسية، وأن الحب والدعم العاطفي يسهمان في بناء الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، ويساعدان الفرد على استعادة توازنه النفسي والتوجه نحو النمو الإيجابي (Luthar & Brown, 2007).

## 8- نظرية آن ماستن (Masten, 2011) Ann S. Masten

نظرية آن ماستن تُعد الدكتور آن س. ماستن (Ann S. Masten) من الرائدات في علم النفس الإكلينيكي والنمائي، وتشغل منصب مديرة مشروع الكفاءة (Project Competence) الذي أسسه معلمها نورمان جارمزي Norman Garmezy بجامعة مينسوتا. امتدت أبحاثها على مدى أربعة عقود لتغطي موضوعات الكفاءة الإنسانية (Human Competence)، ومخاطر النمو (Developmental Risks)، وعمليات التكيف والمرونة عبر مراحل العمر. وتعد ماستن من أبرز الشخصيات التي أسست لما يُعرف بـ "المرونة كعملية تنموية طبيعية" (Shean, 2015).

قدمت ماستن تعريفين متطورين للمرونة يعكسان تحولها الفكري عبر الزمن: في عام 2011، عرّفت المرونة النفسية بأنها: "قدرة النظام الديناميكي على الصمود أو التعافي من التغيرات الكبيرة التي تهدد استقراره أو استمراريته أو نموه" (Masten, 2011, p. 494). أما في عام 2014 فقد نَقّحت تعريف المرونة (وألغت كلمة "الصمود" واستبدلتها بـ "التكيف الناجح" وعرفت المرونة أنها: القدرة على التكيف الناجح مع الاضطرابات التي تهدد وظيفة النظام أو استدامته أو نموه) (Masten, 2014). يُظهر هذا التغيير انتقالها من التركيز على مفهوم الصمود السلبي إلى مفهوم التكيف الفعّال، أي أن الأفراد لا "يقاومون" الخطر فقط، بل "يتغيرون" بطرق تكيفية لمواجهة.

تُعد آن ماستن (2011) Ann Masten من أبرز الرائدات في مجال المرونة النفسية، امتدت أبحاثها على مدى أربعة عقود لتغطي موضوعات الكفاءة الإنسانية (Human Competence)، ومخاطر النمو (Developmental Risks)، وعمليات التكيف والمرونة عبر مراحل العمر. وقد طوّرت مفهوم "المرونة كعملية نمائية طبيعية"، ووصفتها بمصطلح "السحر العادي"؛ أي أن المرونة ليست قدرة خارقة، بل نتيجة عمل أنظمة إنسانية طبيعية في بيئات داعمة. (Shean, 2015).

عرّفت ماستن Masten المرونة بأنها "قدرة النظام الديناميكي على الصمود أو التعافي من التغيرات الكبيرة التي تهدد استقراره أو استمراريته أو نموه" (Masten, 2011, p. 494).. وترى أن تحقق المرونة يتطلب شرطين أساسيين:

1- وجود خطر أو تهديد حقيقي . 2- ظهور تكيف إيجابي رغم هذا الخطر .

وتؤكد أن التكيف الإيجابي يظهر من خلال النجاح في المهام النمائية والاجتماعية مثل العلاقات المستقرة، والنجاح الدراسي أو المهني، والتنظيم الانفعالي. وترى أن المرونة تعتمد على مجموعة من "أنظمة التكيف الأساسية"، أهمها: العلاقات الأسرية الآمنة والداعمة، التنظيم الذاتي والانفعالي، الدافعية والإحساس بالكفاءة، المؤسسات الاجتماعية كالتعليم والدين والمجتمع، الأنظمة الثقافية والروحية التي تمنح المعنى والقيم .

و قد أكدت على أهمية فهم المرونة ضمن السياق الثقافي والاجتماعي، لأن معايير النجاح والتكيف تختلف باختلاف الثقافات والبيئات.

تُبرز ماستن Masten (2011) أهمية ما تسميه "توافد الفرص" التي تتزامن مع مراحل النمو والتحويلات التطورية الكبرى لدى الأطفال والمراهقين. فخلال هذه الفترات الحساسة، يكون الأثر الإيجابي للتدخلات أكثر عمقاً واستدامة لأن الطفل يكون في طور إعادة التنظيم أو إعادة البناء النفسي. حيث تُشير إلى أن فهم التسلسلات النمائية يمكن أن يوجّه توقيت التدخلات بحيث تُطبّق في اللحظات الحرجة التي

تُحدث أكبر أثر إيجابي على النتائج النمائية طويلة المدى. على سبيل المثال: التدخل المبكر في الطفولة المبكرة يمكن أن يمنع تراكم المشكلات السلوكية لاحقاً. و أن دعم مهارات التنظيم الذاتي في سن المدرسة يُقلل من فرص الفشل الأكاديمي والاجتماعي مستقبلاً.

و تصنيف ماستن Masten (2011) مبدأً مهماً وهو أن "الكفاءة تولد الكفاءة (Competence begets competence)"، أي أن تطوير مهارة أو قدرة في مجال معين يُسهم في بناء قدرات أخرى لاحقة في مجالات متعددة، ما يعزز النمو المتكامل للفرد. و ترى ماستن Masten (2011) أن التدخلات الفعالة يجب أن تكون متعددة المستويات أي أن تتعامل مع عوامل الخطر والحماية عبر أنظمة متفاعلة (الفرد – الأسرة – المدرسة – المجتمع)، و أن تكون تكرارية وتطويرية بحيث يتم تغذية التدخلات المستقبلية بالبيانات المستخلصة من التدخلات السابقة، ما يسمح بتطوير النماذج بناءً على الأدلة الواقعية، وأن تكون موجهة نحو العوامل الأقوى تأثيراً حيث تؤكد ماستن Masten (2011) على ضرورة استهداف الآليات الوسيطة الأكثر فاعلية مثل: الكفاءة الذاتية (Self-efficacy)، مهارات التنظيم الذاتي (Self-regulation)، مهارات حل المشكلات (Problem-solving skills). لأن تحسين هذه القدرات يُحدث تأثيراً واسع النطاق يمتد إلى نواح معرفية وسلوكية وانفعالية متعددة (Shean, 2015).

يُمكن تلخيص توجهات ماستن Masten التطبيقية في النقاط التالية: (1) الوقاية أسبق من العلاج عبر إزالة مصادر الخطر قبل تراكمها، (2) دعم الموارد الواقعية والمادية والاجتماعية كوسيلة لتعزيز التكيف، (3) واستثمار اللحظات الحساسة في النمو البشري لتكبير الأثر الإيجابي للتدخل، (4) تصميم تدخلات ديناميكية قائمة على التجارب والأدلة (Shean, 2015).

## 9- نظرية مايكل أونغار في المرونة النفسية (Michael Ungar, 2005–2013)

يُعد مايكل أونغار Michael Ungar من أبرز المنظرين المعاصرين في مجال المرونة النفسية الاجتماعية، وقد ركز على العلاقة بين الفرد وبيئته، مؤكداً أن المرونة ليست سمة شخصية فقط، بل عملية اجتماعية-بيئية تتشكل من خلال تفاعل الفرد مع الموارد المتاحة في بيئته. وقد قدم قدم واحدة من أهم النظريات المعاصرة في مجال المرونة، والتي تنقل التركيز من الفرد إلى البيئة، وتؤكد أن المرونة ليست مجرد صفات شخصية، بل هي تفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية-الثقافية.

يُعرّف أونغار Ungar (2005) المرونة بأنها أكثر من مجرد مجموعة خصائص فردية. إنها البُنى المحيطة بالفرد، والخدمات التي يحصل عليها، وطرق توليد المعرفة الصحية، وكل ذلك يتكامل مع خصائص الفرد لتمكينه من التغلب على الشدائد وتجاوز الصعوبات و رسم مسارات نحو التكيف والازدهار. وفي عام 2008، وسّع التعريف حيث عبر أنه: في سياق التعرض لشدائد كبيرة، نفسية أو بيئية، فإن المرونة هي قدرة الأفراد على النفاذ إلى الموارد الداعمة للصحة، وكذلك قدرة الأسرة والمجتمع والثقافة على توفير هذه الموارد بطرق ذات معنى ثقافي (UNGAR, 2008). والنقطة التي يؤكد عليها هي أن المرونة ليست صفة فردية خالصة، بل هي تفاعل ديناميكي بين خصائص الفرد وقدرة البيئة على توفير الدعم (UNGAR, 2013).

عرّف أونغار (2008) UNGAR المرونة بأنها قدرة الفرد على الوصول إلى الموارد الداعمة للصحة والنمو، وقدرة الأسرة والمجتمع والثقافة على توفير هذه الموارد بطرق ذات معنى ثقافي. لذلك يرى أن:

المرونة = قدرة الفرد على الوصول للموارد + قدرة البيئة على توفيرها.

وقد انتقل في تفسيره للمرونة من التركيز على الفرد إلى التركيز على البيئة والسياق الثقافي، مؤكداً أن نجاح الفرد في التكيف لا يعتمد فقط على خصائصه الشخصية، بل على نوعية الدعم والفرص المتاحة حوله. دراسة (Ungar et al., 2007) شملت 14 مجتمعاً دولياً تعرضت لشدائد كالحرب، الفقر، العنف، الإدمان، التفكك الأسري، المرض النفسي. شارك فيها مجموعة تتراوح أعمارهم (12-23 سنة) اعتُبروا "متكيفين جيداً" رغم المخاطر. و باستخدام مفاهيم محلية وثقافية، حدّد سبعة توترات (tensions) تشكل المرونة النفسية، هي :

1. الوصول إلى الموارد المادية (الغذاء، السكن، التعليم، الدخل، الرعاية الصحية)

2. العلاقات (العائلة، الأقران، البالغون الداعمون)

3. الهوية (الإحساس الشخصي والجماعي بالعرض، وتقويم الذات لنقاط القوة والضعف، والطموحات، والمعتقدات والقيم، بما في ذلك الهوية الروحية والدينية)

4. القوة والسيطرة (القدرة على التأثير في الظروف، رعاية الذات والآخرين)

5. العدالة الاجتماعية ( إيجاد دور اجتماعي ذو معنى، والمساواة الاجتماعية)

6. الالتزام الثقافي (الانتماء للممارسات والقيم والمعتقدات الثقافية)

7. التماسك (موازنة المصالح الشخصية مع الشعور بالمسؤولية تجاه الصالح العام، الشعور بالانتماء اجتماعياً وروحياً)

وقد خلصت نتائج الدراسة أن المرونة عملية سياقية متغيرة وليست صفة ثابتة. أن كل ثقافة تمتلك نسختها الخاصة من هذه التوترات. و أن الأفراد يستطيعون حل هذه التوترات فقط إذا توفرت موارد حقيقية. بمعنى آخر، أن المرونة تختلف من ثقافة لأخرى، وأنه لا يوجد نموذج عالمي ثابت للمرونة، بل تتحدد وفق السياق الثقافي والاجتماعي.

كذلك أظهرت نتائج دراسة أجراها على أكثر من 1500 شاب من خمس قارات، أن الشباب يختارون الموارد التي يبدو أنها مفيدة عملياً. و أنه لا وجود لنمط ثابت "عالمي" للمرونة. (Ungar et al., 2008). و حدد معادلة أن:

المرونة = الموارد المتاحة + قرارات الشباب + المعنى الثقافي للموارد

وقد وضع أونغار Ungar (2011) أربعة مبادئ أساسية للمرونة، هي التالي:

1. اللامركزية: نقل التركيز من الفرد وحده إلى البيئة المحيطة به .
2. التعقيد: المرونة ناتجة عن تفاعل عوامل متعددة وليست سبباً واحداً .
3. اللانمطية: بعض أنماط التكيف قد تبدو غير تقليدية لكنها فعّالة في سياقها .

#### 4. النسبية الثقافية: تعريف التكيف والنجاح يختلف باختلاف الثقافة والمجتمع .

ويرى أونغار أن المرونة عملية اجتماعية-بيئية متعددة المستويات، وأن البيئة الداعمة تمثل العنصر الحاسم في تعزيز التكيف. لذلك ركز على أهمية: بناء بيئات داعمة وآمنة، تسهيل الوصول إلى الموارد والخدمات، إشراك المجتمع والشباب في تصميم التدخلات، مراعاة الثقافة المحلية عند بناء البرامج النفسية والاجتماعية .

كما قدّم مفهوم "التنقل نحو الموارد" ويقصد به قدرة الفرد على الوصول إلى مصادر الدعم النفسي والاجتماعي والتعليمي والصحي، مع مسؤولية المجتمع في تسهيل هذا الوصول.

يمكن تلخيص منظور أونغار (Ungar في النقاط التالية: 1) المرونة عملية اجتماعية-بيئية متعددة المستويات، لا سمة فردية. 2) البيئة هي العنصر المحوري الذي يحدد مدى قدرة الفرد على التكيف. 3) الثقافة والسياق المحلي هما الإطار المرجعي لتحديد ما يُعدُّ "تكييفًا ناجحًا". 4) البحث المجتمعي الأصيل شرط لفهم عوامل الخطر والحماية الحقيقية. 5) المشاركة النشطة للشباب في البحث والتدخل تُعدُّ ركيزة أخلاقية وعلمية. 6) التدخلات الفعالة هي تلك التي تُركّز على إعادة توزيع الموارد وبناء بيئات حاضنة للنمو (Shean, 2015).

#### 10- التوجهات الحديثة في دراسات المرونة النفسية:

مؤخرًا توسّعت الاتجاهات الحديثة لترتبط المرونة النفسية بالعمليات العصبية-البيولوجية، وتضعها ضمن نظام متعدد المستويات يتفاعل عبر الفرد والمؤسسات والمجتمع؛ من ضمن تلك التوجهات: المنظور العصبي-البيولوجي (Neurobiological Resilience) حيث اتّجهت أعداد متزايدة من الدراسات إلى ربط المرونة ببنيات ووظائف الدماغ، وأنظمة النواقل العصبية والهرمونات والبنيات الشبكية للدماغ كقشرة الجبهة الأمامية. هذه الأعمال لا تُناقض أن المرونة كذلك نفسية واجتماعية، لكنها تضيف بُعدًا بيولوجيًا مهمًا لفهم لماذا يستجيب البعض بطريقة أفضل (أو أسوأ) لتدخلات بعينها (Faye, et al. 2018). كذلك برز النموذج متعدد الأنظمة (Multisystem Models) وهذا نتاج مراجعات حديثة ترى أن المرونة النفسية هي نتاج تفاعل أنظمة متعددة: عصبي-نفسي-عائلي-مؤسسي-مجتمعي وليس من عامل واحد. لذلك، برز مفهوم المرونة متعددة الأنظمة "Multisystemic Resilience"، هذا التوجه يضع قياسًا متعدد (بيولوجي، سلوكي، اجتماعي) ويشجع تصاميم طويلة لدراسة التأثيرات المتبادلة بين المستويات (Masten et al., 2021)

#### تعقيب حول نظريات المرونة النفسية وربطها بالدراسة الحالية:

يرى الباحث أن الأدبيات النفسية المتعلقة بالمرونة النفسية شهدت تطورًا ملحوظًا منذ سبعينات القرن الماضي، بدءًا من النماذج التي ركزت على الخصائص الفردية، مثل أعمال مايكل رتر Michael Rutter ونورمان جارمزي Norman Garnezy، وصولًا إلى النماذج الحديثة التي تناولت المرونة بوصفها عملية تفاعلية متعددة المستويات تشمل الفرد والبيئة الاجتماعية والتنظيمية والثقافية، مثل أن ماستن Ann Masten و مايكل أونغار Michael Ungar.

ويتفق الباحث مع هذا التوجه التفاعلي الذي يرى أن المرونة النفسية تتشكل من خلال التفاعل بين الفرد وبيئته. إلا أن الباحث يرى أن تطبيق التدخلات على مستوى الأنظمة الكبرى، مثل المؤسسات الصحية، يواجه صعوبات عملية تتعلق بتعدد المتغيرات التنظيمية والإدارية الخارجة عن سيطرة الباحث، كضغوط العمل، ونظام المناوبات، ونقص الكوادر.

لذلك، ترى الدراسة الحالية أن التدخل على المستوى الفردي يُعدُّ أكثر واقعية وقابلية للتطبيق، خاصة أن بعض الأدبيات الحديثة تشير إلى إمكانية تنمية المرونة النفسية من خلال التدريب على مهارات مثل التنظيم الانفعالي، وإعادة التقييم المعرفي، وبناء المعنى، وهي مهارات يمكن تطويرها عبر برامج نفسية تكاملية موجهة للأفراد (Connor & Davidson, 2003; Masten, 2011). ويتسق هذا التوجه مع مفهوم “السحر المألوف” لدى ماستن Masten، الذي ينظر إلى المرونة بوصفها عملية ديناميكية قابلة للنمو، وكذلك مع منظور كونر-ديفيدسون Connor-Davidson الذي ركز على المرونة كقدرة فردية ترتبط بعدد من الأبعاد مثل: الكفاءة الذاتية والتفاوض والصلابة النفسية.

ومن ثم، فإن التدخلات الفردية تبدو أكثر ملاءمة في البيئات المهنية الضاغطة، كقطاع التمريض، نظرًا لإمكانية قياس أثرها المباشر في خفض الاحتراق النفسي المهني وتعزيز التكيف النفسي، حتى مع استمرار الضغوط البيئية والتنظيمية. كما يمكن اعتبار هذا النوع من التدخلات خطوة أولية تمهّد مستقبلًا لتطوير تدخلات أوسع تشمل الجوانب التنظيمية والبيئية.

وبناءً على ذلك، تنطلق الدراسة الحالية من أن تعزيز المرونة النفسية يبدأ من المستوى الفردي، عبر تنمية المهارات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعد الممرضين والممرضات على التكيف الإيجابي مع الضغوط المهنية والحد من الاحتراق النفسي المهني.

#### – أهمية المرونة النفسية لدى ممارسي التمريض وعلاقتها بالاحتراق النفسي المهني:

تُعد مهنة التمريض من أكثر المهن تعرضًا للضغوط النفسية والمهنية، نظرًا لطبيعة العمل التي تتطلب التعامل المستمر مع المرضى، والحالات الحرجة، والمعاناة الإنسانية، إضافة إلى أعباء العمل ونظام المناوبات ونقص الموارد، الأمر الذي يجعل الممرضين أكثر عرضة للقلق والاكتئاب والاحتراق النفسي المهني (Koinis et al., 2015; Clark et al., 2016). وقد أشارت الأدبيات إلى أن الضغوط المهنية المزمنة ترتبط بارتفاع مستويات الإنهاك العاطفي، واضطرابات النوم، وإجهاد الصدمة الثانوية، وانخفاض الرضا الوظيفي (Cooper et al., 2020).

وفي هذا السياق، برزت المرونة النفسية بوصفها أحد أهم العوامل الوقائية التي تساعد الممرضين على التكيف مع الضغوط المهنية واستعادة التوازن النفسي بعد التعرض للمواقف الصعبة. وترتبط المرونة النفسية بالقدرة على تنظيم الانفعالات، والحفاظ على الكفاءة المهنية، والتعامل الإيجابي مع الضغوط والتحديات (Masten, 2014).

وقد بينت العديد من الدراسات أن الممرضين ذوي المرونة النفسية المرتفعة يتمتعون بقدرة أكبر على مواجهة الضغوط المهنية، ومستويات أقل من الاحتراق النفسي المهني (Hart et al., 2014; Mealer et al., 2017).

كما أن المرونة النفسية ترتبط إيجابيًا بالرضا الوظيفي، وجودة الرعاية الصحية، والكفاءة الذاتية، في حين ترتبط سلبًا بالإجهاد النفسي والإرهاق المهني (Goncalves et al., 2022). كما أن الدعم الاجتماعي وبيئة العمل الداعمة يساهمان في تعزيز المرونة النفسية لدى الممرضين، خاصة في الأقسام ذات الضغوط المرتفعة كأقسام الطوارئ والصحة النفسية (Aburn et al., 2016; Sanchez-Zaballos & Mosteiro-Diaz, 2020).

وتشير الأدلة التجريبية إلى فاعلية البرامج التدخلية التي تعتمد على تنمية مهارات التنظيم الانفعالي، وإعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والوعي الذاتي، في تعزيز المرونة النفسية وخفض أعراض الاحتراق النفسي لدى الممارسين الصحيين (Werneburg et al., 2018). كما أظهرت عدة دراسات وجود علاقة عكسية دالة بين المرونة النفسية والاحتراق النفسي المهني، حيث تقل مستويات الاحتراق لدى الأفراد الأكثر مرونة نفسياً (Jose et al., 2020; Rushton et al., 2015; Shatte et al., 2017).

ويرى الباحث أن المرونة النفسية تمثل عاملاً وقائياً أساسياً في حماية ممارسي التمريض من الآثار السلبية للضغوط المهنية، وأن تعزيزها من خلال برامج تدخل نفسية تكاملية يمكن أن يساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي المهني، ودعم التكيف الإيجابي، وتحسين الصحة النفسية وجودة الأداء المهني لممارسي التمريض.

## ثانياً: البرنامج التكاملية (Integrative Program)

### مقدمة

شهدت العقود الأخيرة تطوراً ملحوظاً في مجال العلاج النفسي، حيث لم يعد الاعتماد على مدرسة علاجية واحدة كافياً للتعامل مع التعقيد المتزايد للحالات النفسية. ومع ظهور أكثر من 400 نموذج علاجي مختلف، برز المنحى التكاملية Integrative Approach كأحد المقاربات الأكثر انتشاراً وفاعلية، كونه يجمع بين مدارس مختلفة ويعيد تشكيلها داخل إطار واحد متماسك وقابل للتكيف مع احتياجات كل عميل على حدة (Zarbo et al., 2016).

ولغرض الدراسة الحالية تم اعداد برنامج تدخل قائم على نهج التدخل النفسي التكاملية، و هو نهج يجمع بين عناصر من نظريات وأساليب علاجية متعددة، والذي يهدف إلى اختيار أفضل العناصر من مختلف النماذج، وتصميم نهج علاجي مخصص بناءً على احتياجات الأفراد وظروفهم. وقد تطور هذا النهج نتيجة التوسع في المعرفة النفسية حول طرق العلاج المختلفة، وإدراك أن النهج الواحد لا يمكنه تلبية جميع احتياجات العملاء المتنوعة. وهو ليس عملية عشوائية، يعتمد نجاحها على العلاقة العلاجية والتي تُعد العنصر الأساسي المشترك في جميع النظريات العلاجية. ويتم اختيار التقنيات العلاجية بناءً على الحالة.. وتبرز قيمتها في زيادة الكفاءة العلاجية من خلال مرونة النهج. وقد ثبت أن التدخل بالنهج التكاملية ساهم بتحقيق نتائج أفضل للعملاء مقارنة باستخدام نهج تقليدي واحد (كوري، 2013). بمعنى آخر، هذا النهج يسعى إلى تجاوز القيود المرتبطة بالمدارس العلاجية الفردية. يتمثل هدفه في الجمع بين العناصر المختلفة من النماذج والنظريات لتحقيق نتائج أكثر شمولية. أكثر شمولية وتكيفاً مع احتياجات العملاء المتنوعة. وقد بدأ كحركة مستقلة في أوائل الثمانينيات. وهو الآن معترف به كنهج محترم وفعال يدمج العناصر الأفضل من النظريات المتعددة (Corey, 2020). يسمح باستخدام أفضل الأساليب المستندة إلى الأدلة من مختلف المدارس (Norcross & Beutler, 2011).

هناك أربع طرق شائعة لتحقيق التكامل: (1) التكامل التقني: (Technical Integration) والذي يعتمد على اختيار التقنيات الأكثر فعالية لكل حالة دون الالتزام بإطار نظري محدد، مثل العلاج متعدد الوسائط (Multimodal Therapy) الذي يقدمه لازاروس. (2) التكامل النظري: (Theoretical Integration) وهو يهدف إلى إنشاء إطار نظري موحد يجمع بين أفضل العناصر من نظريتين أو أكثر، مثل: العلاج السلوكي الجدلي (DBT) والعلاج القائم على القبول والالتزام (ACT). (3) التكامل الاستيعابي: (Assimilative Integration) و يتمركز حول مدرسة علاجية معينة مع انفتاح على استيعاب تقنيات وأساليب من مدارس أخرى، و يُعد هذا النهج مرناً ويجمع بين النظام النظري الصارم والمرونة العملية (Norcross & Beutler, 2011) (4) التركيز على العوامل المشتركة: (Common Factors Approach) والذي يسعى هذا إلى تحديد العناصر المشتركة بين النظريات العلاجية المختلفة التي تساهم في نجاح العلاج، مثل بناء علاقة علاجية قوية والدعم والتعاطف (Corey, 2020). و وفقاً لما توضحه كندرا تشيري (Kendra Cherry (2025)، يقوم التدخل النفسي التكاملية على مبدأ

أساسي هو أن لا نموذج واحد قادر على تفسير أو علاج جميع المشكلات النفسية، وأن الأفضلية تكمن في موازنة أساليب متعددة وفق طبيعة الفرد وظروفه وسياقه. فيما يؤكد باحثون آخرون، مثل فينلي (2015) Finlay وجيلبرت وأورلانز (2011) Gilbert & Orlans، أن الإنسان كائن معقد متعدد الأبعاد (معرفية، عاطفية، سياقية، سلوكية، جسدية)، لذلك فإن النهج التكاملي يتيح معالجة هذا التعقيد عبر دمج النظريات بما يخدم العملية العلاجية. وتشير زاريو وآخرون (2016) Zarbo et al. إلى أن العلاج التكاملي يتسم بمرونة وانفتاح تجاه مختلف النماذج العلاجية، ويسعى للاستفادة من كل ما يثبت فاعليته علمياً، دون الالتزام الصارم بمدرسة واحدة.

### 1- تعريف التدخل التكاملي:

يقدم جيلبرت وأورلانز (2011) Gilbert & Orlans أحد أهم التعريفات الحديثة للتدخل التكاملي، باعتباره: "مقاربة علاجية متعددة المستويات تهدف إلى دمج الأنظمة العاطفية والمعرفية والسلوكية والعلاقاتية والجسدية والروحية ضمن إطار موحد قابل للتكيف مع احتياجات الفرد".

بينما يعرفه (2018) Norcross & Wampold بأنه "عملية منهجية تشمل اختيار ودمج عناصر فعّالة من مدارس علاجية متعددة، بهدف الوصول إلى علاج أكثر فاعلية لكل فرد".

ويؤكد جولفريد (2020) Goldfried أن التكامل ليس مزجاً عشوائياً، بل هو عملية تعتمد على علم دقيق يجمع بين الخبرة الإكلينيكية والأدلة البحثية.

### 2- التمييز بين النهج التكاملي والانتقائي في العلاج النفسي

تُشير الأدبيات في العلاج النفسي إلى وجود فرق جوهري بين النهج التكاملي (Integrative Approach) والنهج الانتقائي (Eclectic Approach)، على الرغم من التشابه الظاهري بينهما في استثمار أكثر من نظرية أو تقنية علاجية. يقوم النهج التكاملي على دمج منظم ومتربط لعناصر متنوعة ضمن إطار نظري واحد متماسك، بحيث تصبح هذه العناصر جزءاً من بناء موحد يعتمد على رؤية واضحة للعلاج ومبادئه النظرية. أما النهج الانتقائي، فيعتمد على الاختيار الظرفي لمجموعة من الأساليب من مدارس مختلفة دون الالتزام ببنية نظرية موحدة، وهو ما يمنح الممارس حرية أوسع لاتخاذ ما يراه مناسباً بناءً على خبرته أو تقديره الشخصي أو الاحتياجات الآنية للعميل (Woolfe & Palmer, 2000, p. 55).

ويتميز الممارسون الانتقائيون بأنهم غير مقيد بنظرية واحدة أو منهج محدد، بل ينتقون من الاتجاهات المختلفة ما يعتقدون أنه الأنسب لاحتياجات العميل وللقدرة المهنية للممارس ذاته. في المقابل، يصرّ النهج التكاملي على وجود أساس نظري جامع يوجه عملية الدمج ويضمن الاتساق الداخلي بين التقنيات المستخدمة (Norcross & Goldfried, 2005, p.3)، مما يجعله - بوجهة نظر الباحث - أكثر ملاءمة للتدخلات التي تستهدف ظواهر نفسية معقدة -مثل الاحتراق النفسي المهني- وتتطلب منهج تدخل تكاملي شامل ومتربط.

### 3- مسارات التكامل في العلاج النفسي

أشار نوركروس و قولدريد (2005) Norcross & Goldfried إلى أربعة مسارات رئيسية يُبنى عليها العمل التكاملي، هي: العوامل المشتركة، الانتقائية التقنية، التكامل النظري، والتكامل الاستيعابي. وقد أسهمت هذه المسارات في توضيح الطرق المختلفة التي يمكن من خلالها الجمع بين النظريات العلاجية لبناء منظومة تدخل أكثر شمولية وفاعلية، وهي بالتفصيل التالي:

#### 1- مسار العوامل المشتركة (Common Factors)

يركز هذا المسار على تحديد العناصر الأساسية التي تتشارك فيها معظم مدارس العلاج الفعّالة، مثل: العلاقة العلاجية، الأمل والتوقعات العلاجية، التحالف العلاجي، خبرة المعالج. و هذه العوامل المشتركة حسب العديد من الباحثين تمثل الأساس الفعلي لنجاح معظم العلاجات النفسية بصرف النظر عن اختلاف مدارسها. وتتمثل ميزة هذا النهج في اعتماده على العناصر التي أثبت البحث العلمي دورها المحوري في فعالية العلاج. حيث تكشف بعض الأبحاث أنّ العوامل المشتركة لها فعالية بارزة من نجاح العلاج تمثل 20-30%، بينما تمثل التقنيات الخاصة بكل مدرسة فقط 7-12% (Lambert & Bergin, 1992).

## 2- الانتقائية التقنية (Technical Eclecticism)

يهدف هذا المسار إلى اختيار التقنيات العلاجية الأكثر فاعلية بناءً على الأدلة المتاحة وما أثبت نجاحه مع حالات مشابهة، دون الالتزام بإطار نظري واحد. وتتمثل أهم مزاياه في مرونته واستفادته من طيف واسع من الأدوات العلاجية. أما أبرز تحدياته فهو غياب إطار نظري متماسك يربط التقنيات المختارة ببعضها. ومن أشهر نماذجه: العلاج متعدد الطرق (Multimodal Therapy) لأرنولد لازاروس (Arnold Lazarus (2005)، الذي يدمج بين سبعة أبعاد علاجية (السلوك، الوجدان، الإحساس، التخيل، التفكير، العلاقات، والجسد) وتختصر بـ (BASIC-ID).

## 3- التكامل النظري (Theoretical Integration)

يُعد هذا المسار أحد أكثر أشكال التكامل عمقاً، إذ يسعى إلى دمج نظريتين أو أكثر في إطار واحد متسق، على افتراض أن النظرية المدمجة ستكون أكثر فعالية من كل نظرية على حدة. وتتعدد نماذج التكامل النظري بين ما يركز على عدد محدود من النظريات، وما يحاول بناء رؤية جامعة تفسّر العلاقة بين عدة منظومات علاجية. ومن أبرز أمثله:

- النموذج الدوري-الدينامي السلوكي الذي قدمه باول واتشيل Paul Wachtel ، ويجمع بين التحليل النفسي والسلوكية ونظم الأسرة.
- العلاج التحليلي المعرفي (Cognitive Analytic Therapy) الذي ابتكره أنتوني راييل (Anthony Ryle (2005) ، والذي يدمج أفكاراً من نظرية العلاقات الموضوعية في التحليل النفسي و العلاج النفسي المعرفي.
- العلاج النفسي المتكامل (Integral Psychotherapy) ويقوم على دمج نظريات متنوعة ضمن إطار شامل.
- النموذج عبر النظريات (Transtheoretical Model) وهو من أكثر النماذج شهرة، والذي يصف العلاقة بين العديد من النظريات المختلفة.

## 4- التكامل الاستيعابي (Assimilative Integration)

يعتمد هذا المسار على التمسك بنظرية علاجية أساسية يتبناها المعالج، مع استيعاب ودمج تقنيات ومفاهيم من مدارس أخرى بطريقة تدريجية ومدروسة. ويتميز بأنه يوفر قاعدة نظرية صلبة تمنح الاتساق والبنية للتدخل، مع السماح بالمرونة عند الحاجة لتضمين فنيات إضافية. وقد طُورت نماذج استيعابية انطلاقاً من: الأساس التحليلي، والأساس المعرفي السلوكي. وقد أشار غوفرين (Govrin (2015 إلى شكل آخر من الاستيعاب يسمى "التكامل عبر التحويل (Integration by Conversion) "، وهو إدخال مفاهيم جديدة داخل نظرية قائمة وإعادة تفسيرها بحيث تبدو وكأنها جزء أصيل من البناء الأصلي كما حدث مع إدخال مفهوم التعاطف في التحليل النفسي عند كوهوت (Kohut ، أو التركيز على اليقظة Mindfulness والتقبل Acceptance في الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.

وقد ظهرت نماذج حديثة تمزج بين هذه المسارات الأساسية، ومنها:

- 1- نموذج كلارا هيل (Clara Hill (2014 ثلاثي المراحل، يجمع بين التكامل النظري والانتقائية التقنية عبر ثلاث مراحل علاجية: مرحلة الاستكشاف (مستندة إلى العلاج المتمركز حول العميل)، مرحلة الإستبصار (مستندة إلى التحليل النفسي)، مرحلة العمل (مستندة إلى العلاج السلوكي).

- 2- نموذج جود و بيتمان (2006) Good & Beitman وهو توجه تكاملي يدمج بين العوامل المشتركة والانتقائية التقنية لاستهداف المجالات الأكثر أهمية عند العميل.
- 3- العلاج متعدد النظريات (Multitheoretical Psychotherapy) ويشجع على اختيار وإعٍ ومنهجي للعناصر النظرية والتقنيات المناسبة (Brook-Harris, 2008).
- 4- العلاج النفسي المتكامل (Integral Psychotherapy) و يستند إلى نظرية كين ويلبر (2000) Ken Wilber، وهي رؤية ميتا-نظرية تشمل أربعة أبعاد: الذاتي (Subjective)، التفاعلي (Intersubjective)، الموضوعي (Objective)، البيئي/المنظومات (Interobjective). ويُعد هذا النموذج من أكثر الأطر شمولية، لأنه يجمع بين المقاربات الإدراكية، والانفعالية، والبيولوجية، والنظرية في إطار واحد (Forman, 2010).
- يرى الباحث أن هذه المسارات المتعددة تُظهر أن التكامل في العلاج النفسي ليس اتجاهاً واحداً، بل هو مجموعة من الطرق المنهجية التي تسمح ببناء تدخل مرن وفعال. و إجمالاً يمثل العلاج التكاملي أحد أهم الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي، بفضل طبيعته المرنة والمنفتحة وشموليته التي تضمن تكيفه مع احتياجات كل عميل. كما أنه يستفيد من أفضل ما تقدمه المدارس العلاجية المختلفة عبر دمج مدروس يقوم على البحث العلمي والخبرة الإكلينيكية. حيث يتم تصميم برنامج تدخل تكاملي مناسب، سواء عبر بناء نظرية علاجية موحدة، أو اختيار تقنيات متعددة، أو دمج العوامل المشتركة، أو الاستيعاب لفنيات من مدارس مختلفة.

المسار	الوصف
1 العوامل المشتركة Common Factors	التركيز على العناصر المشتركة بين كل العلاجات، مثل: التحالف العلاجي، التوقعا الإيجابية، التعاطف، والخبرة العلاجية
2 التكامل النظري Theoretical Integration	ويشير الى دمج أكثر من نظرية داخل نموذج واحد متجانس، مثلاً دمج عناصر التحلل النفسي مع تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
3 الانتقائية التقنية Technical Eclecticism	ويعني اختيار التقنيات الفعالة من أي مدرسة دون الالتزام بنظرية محددة
4 التكامل الاستيعابي Assimilative Integration	وهو العمل بشكل رئيسي داخل مدرسة واحدة، مع إدخال تقنيات من مدارس أخرى حسب الحاجة. مثال: معالج يعمل وفق العلاج المعرفي السلوكي لكن يستخدم تقنيات مدرسة نفس أخرى.

المسارات الرئيسية الأربعة التي يُبنى عليها العمل التكاملي بحسب نوركروس و قولدريد (2005) Norcross & Goldfried

وحول المصادر العلاجية التي يعتمد عليها التدخل النفسي التكاملية تشير كندرا تشيري (2025) Kendra Cherry و ساتن (2023) Sutton، إن العلاج التكاملية يستمد أدواته من عدة مدارس، أهمها: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy حيث التركيز على تعديل الأفكار التلقائية غير المنطقية. العلاج الديناميكي Psychodynamic Therapy حيث استكشاف الدوافع اللاواعية والأنماط العلائقية المتكررة. العلاج الإنساني Humanistic Therapy الذي يعمل على تعزيز الوعي بالذات وتحقيق الإمكانات الإنسانية. اليقظة الذهنية Mindfulness الذي يعمل على تنمية الحضور الواعي للجسد والمشاعر اللحظية، خاصة في القلق والاكتئاب. يمكن أن يستخدم المعالج التكامل بين تقنيات معرفية وسلوكية وديناميكية وجسدية وروحية حسب الحاجة (Gilbert & Orlans, 2011).

وتشير دراسات كثيرة إلى فاعلية التدخل التكاملية في اضطرابات متعددة (Masley et al., 2012; Clarke et al., 2013; Zarbo et al., 2016; cherry, 2025)، منها: الاكتئاب، القلق العام، القلق الاجتماعي، الاضطرابات الشخصية، الاضطرابات الانفصالية، الضغوط المزمنة، الإدمان، الحداد، انخفاض تقدير الذات، والصدمات. وتشير دراسة تاسكا وآخرون (2015) Tasca et al. إلى أن 85% من المعالجين يستخدمون فعلياً مناهج تكاملية في عملهم، ويعتمدون في المتوسط على أربعة نماذج علاجية مختلفة. وحول الأسباب التي تكمن وراء فعالية العلاج التكاملية، تقدم البحوث عدة أسباب رئيسية للإجابة على ذلك، أهمها:

- التكيف مع احتياجات الفرد حيث أن العميل ليس غالباً ثابتاً، ولذلك يتغير العلاج معه (Norcross & Goldfried, 2005).
- الاستفادة من العوامل المشتركة المؤثرة مثل التحالف العلاجي والتوقعات الإيجابية (Wampold & Imel, 2015).
- الاستجابة لتعدد أبعاد الإنسان حيث العلاج يمكن أن يشمل البعد المعرفي، الجسدي، والإنفعالي، والعلاقات، والروحاني (يدعم دمج الممارسات الروحية والدينية - فوق رغبة المراجع - تحسناً ملحوظاً في الصحة النفسية) (Captari et al., 2022).
- الجمع بين أفضل التقنيات من عدة مدارس أو نظريات فقد أظهرت تحليلات أن الكثير من المدارس النفسية تمتلك عناصر فعالة مشتركة يسهم دمجها في رفع النتائج العلاجية (Barth et al., 2013).

#### 4- مبررات اقتراح التدخل التكاملية لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني:

إن الاعتماد على مدرسة علاجية واحدة لم يعد كافياً لتفسير ومعالجة التعقيد المتزايد للمشكلات النفسية. ومع تطور علم النفس الإكلينيكي وظهور مئات النماذج العلاجية المتنوعة، برزت الحاجة إلى مقاربات أكثر شمولاً ومرونة، قادرة على استيعاب الجوانب المعرفية والانفعالية والجسدية والاجتماعية والسياقية للفرد. في هذا السياق، حيث نشأ مفهوم التدخل التكاملية كمقاربة متعددة الأبعاد تهدف إلى دمج أفضل ما تقدمه المدارس العلاجية المتنوعة (Norcross & Goldfried, 2019).

تشير الأدبيات في المرونة النفسية في ضوء استعراض نماذجها ونظرياتها المتنوعة، يظهر أنها ليست نتاج سمة واحدة أو ظرف واحد، بل هي تفاعل دينامي بين عوامل داخلية وخارجية. فالعوامل الداخلية تُحدد كيفية إدراك الفرد للضغوط والشدائد واستجابته المعرفية والانفعالية، بينما توّفر العوامل الخارجية شبكة حماية ودعم اجتماعي تُمكنه من استعادة التوازن وتحقيق النمو الإيجابي. ومن خلال تحليل هذه النظريات والمقاربات المختلفة، يتضح أن معظمها يتقاطع في التأكيد على أهمية القدرات الفردية في تمكين الأفراد من مواجهة الضغوط بفعالية. وقد اقترحت أدبيات المرونة النفسية (Fletcher & Sarkar, 2016) أن تعزيزها يتطلب تدخلات متعددة مثل إعادة التقييم المعرفي، والتنظيم الإنفعالي، و بناء المعنى، و مواجهة الضغوط، وهو ما يوقّره النهج التكاملية. خصوصاً وقد أظهرت تحليلات أن الكثير من المدارس النفسية تمتلك عناصر فعالة مشتركة يسهم دمجها في رفع النتائج العلاجية (Barth et al., 2013).

و في الدراسة الحالية اقترح الباحث بناء برنامج تدخل يعتمد المنحى النفسي التكاملي، لكونه على عكس بعض المناهج التي تعتمد على منهجية علاجية واحدة فإنه يعتمد منهجيات علاجية متعددة، حيث يتضمن مجموعة متنوعة من التقنيات والأساليب المستمدة من نظريات ونماذج نفسية متعددة، حيث يمكن للمعالجين الاعتماد على تقنيات متنوعة حسب الحاجة. وقد اعتمد الباحث في تحديد مكونات البرنامج والتي تضمنت أساليب وفنيات وتقنيات متنوعة تم تحديدها من عدة نظريات ونماذج نفسية على الأدبيات والدراسات النفسية حيث أشارت أو أظهرت نتائجها الى فعاليتها في تعزيز المرونة النفسية وإدارة الضغوط المهنية؛ مثل: (Chmitorz et al., 2017) و (Tarfarosh & Khan, 2022) و (Achakzai, 2022) و (Madigan, Kim & Glandorf, 2024) و (Ketelaars et al., 2024). فضلا عن أن أهمية تحديد المنحى التكاملي تكمن انطلاقا من هدفه الأساسي الذي أشار إليه كوري (2020) Corey بدوره في تحسين فعالية وكفاءة التدخل وتكييفه مع الإحتياجات المحددة للأفراد بطريقة شاملة ومخصصة، مع التركيز على تحقيق الأهداف العلاجية أو التنموية بشكل متكامل ومتناسق.

وقد اعتمد الباحث عدد من النظريات والنماذج النفسية لبناء برنامج التدخل في هذه الدراسة، ويبرز بشكل أكبر النموذج المعرفي السلوكي لأرون بيك (1960) Aron Beck وكذلك النماذج القائمة على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية مثل التدريب على التحصين ضد الضغوط لميكنباوم (1977) Meichenbaum، والتقبل والالتزام لستيفن هايز وآخرون (1982) Steven Hayes et al.، والعلاج الجدلي السلوكي لمارشا لينهان (1993) Marsha Linhan. إن النموذج المعرفي السلوكي بحسب ألمين (2021) Almen يقدم رؤية متقدمة للاحتراق النفسي المهني، إذ ينظر إليه كعملية متداخلة تحافظ فيها المعارف والانفعالات والسلوكيات على مستوى عالٍ من الإجهاد المهني المستمر. ومن خلال فهم هذه الحلقة التفاعلية، يصبح من الممكن تطوير برامج تدخل نفسي أكثر فعالية تستهدف تعديل الأفكار الأساسية غير التكيفية، وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتغيير السلوكيات التي تحافظ على استمرارية الاحتراق النفسي، مما يجعل هذا النموذج أساساً مهماً لتطوير برامج علاجية ووقائية في بيئات العمل ذات الضغوط العالية والمستمرة. وحيث يفترض أن المداخل العلاجية المقترحة تتجاوز مجرد تخفيف الأعراض لتصل إلى تفكيك حلقات المحافظة المعرفية والسلوكية والانفعالية للاحتراق النفسي، فإنها تعمل على تعزيز المرونة النفسية عبر بناء قدرات جديدة: التفكير المرن، التقبل، التنظيم الانفعالي، مهارات مواجهة الضغوط، والدعم الاجتماعي، وهي عناصر أساسية للمحافظة على الصحة النفسية في البيئات المهنية عالية الضغوط.

### النموذج المعرفي-السلوكي في مقارنته للمرونة النفسية من خلال علاقتها العكسية للاحتراق النفسي المهني

شهد مفهوم الاحتراق النفسي المهني خلال العقود الأخيرة تطوراً ملحوظاً، إلا أن معظم النماذج التقليدية ركزت أساساً على العوامل البيئية والمهنية كالمطالب المفرطة وضعف الموارد. ومع أهمية هذه العوامل، إلا أن عدداً من الباحثين أشاروا إلى أن فهم الاحتراق المهني يتطلب النظر إليه كعملية تداخلية تعمل على المستوى الفردي والمعرفي والانفعالي، وليس كنتيجة لضغوط خارجية فقط. بناءً على ذلك، اقترح مجموعة من الباحثين نموذجاً معرفياً سلوكياً يوضح كيف يمكن لأفكار الفرد وتفسيراته وسلوكياته أن تحافظ على الاحتراق النفسي أو تزيد حتى بعد زوال الضغوط الأصلية (McEwen, 2011). يرتكز هذا النموذج على فكرة أن التفسير المعرفي للأحداث، والتكيف السلوكي غير الفعال، والعلاقات التفاعلية بينهما، تشكل حلقة مستمرة تعمل على استدامة الاحتراق النفسي بدل "إخماده"، وهو ما يقدم منظوراً مختلفاً لفهم الظاهرة مقارنة بالنماذج التقليدية (Almen, 2021).

يرى النموذج المعرفي السلوكي أن الاحتراق النفسي ليس مجرد استجابة للضغوط، بل هو نتاج عمليات معرفية وانفعالية تصبح مع الوقت أنماطاً دائمة. وتعمل هذه العمليات عندما يواجه الفرد ضغوطاً معينة، فإن تقييمه لهذه الضغوط هو ما يحدد تأثيرها، وليس الضغوط نفسها. يشير لازاروس Lazarus إلى أن التفسير المعرفي هو المحدد الرئيسي للضغط النفسي، وبالتالي قد يُنظر إلى نفس الموقف باعتبارها مرهقاً أو قابلاً للإدارة تبعاً لطريقة التفكير. المعتقدات المركزية غير القابلة للتكيف مثل: "يجب أن أكون مثاليًا"، "إذا طلبت المساعدة فهذا يعني أنني

ضعيف"، "لا يمكنني قول لا"، تؤدي هذه المعتقدات إلى إرهاق نفسي مزمن لأنها تدفع الفرد إلى سلوكيات غير صحية. وتُظهر الأبحاث أن بعض الاستجابات السلوكية تزيد شدة الاحتراق النفسي، و من تلك السلوكيات: الانسحاب، التجنب، الإفراط في العمل، العمل في حالة إنهاك مزمن (Brosschot et al., 2006). مع الإشارة أن تلك السلوكيات ليست مجرد نتيجة للاحتراق النفسي، بل هي عوامل تعمل على تعزيزه والمحافظة عليه. يقدم النموذج المعرفي السلوكي منظورًا ديناميًا يوضح كيف تعمل الأفكار والانفعالات والسلوكيات بشكل دائري يدعم المحافظة على استمرارية الاحتراق النفسي المهني. حيث يعمل من خلال التسلسل التالي: (1) الضغوط الأولية باعتبارها مثيراً (Triggering Stressors) حيث تبدأ العملية عادة بضغط/أو ضغوط حقيقية، مثل: زيادة عبء العمل، نقص الدعم، صراعات بين فريق العمل، أو صدمات مهنية. (2) التقييم المعرفي الأولي للضغط حيث يعيد الفرد تفسير الضغوط وفق معتقداته الأساسية. مثلاً، إذا كان تقييم الفرد: "لا يمكنني مجاراة العمل"، "سأفشل"، "لن يساعدني أحد" فإن الاستجابة الانفعالية تكون قوية ومكثفة. (3) الاستجابة الانفعالية حيث يشعر الفرد بمجموعة من المشاعر مثل: القلق، الإحباط، الانهاك، فقدان الدافعية. (4) السلوكيات غير التكيفية حيث قد يلجأ الفرد إلى: الانسحاب من الفريق، تأجيل المهام، العمل لساعات أطول، تقليل التفاعل الاجتماعي. ووفق النموذج، فإن هذه السلوكيات تعمل كعوامل محافظة (Maintaining Factors) تزيد الاحتراق النفسي وتدعم استمراريته. (5) تغذية راجعة تؤدي إلى حلقة مغلقة حيث تؤدي الإستجابات السابقة إلى: انخفاض الإنجاز، تدهور العلاقات المهنية، زيادة الأخطاء، شعور أكبر بعدم الكفاءة، وهو ما يعزز المعتقدات السلبية ويعيد تشغيل الحلقة (Almen, 2021). و بحسب ألمين (Almen, 2020) فإن عوامل معرفية، سلوكية، انفعالية تحافظ على استمرار الاحتراق النفسي المهني، ومن العوامل المعرفية، التالي:

- 1- التحيز الانتباهي للمواقف السلبية: يميل الأفراد المصابون بالاحتراق النفسي المهني إلى التركيز على الأخطاء، الانتقادات، والضغوط، مع تجاهل الإيجابيات. وقد وصف بيك Beck هذه الظاهرة بـ "الفلتر السلبية".
- 2- التفكير الكارثي: يميل الفرد إلى تضخيم نتائج الأخطاء المهنية، مما يحول التوتر الطبيعي إلى ضغط حاد.
- 3- المعتقدات غير العقلانية: تعمل المعتقدات الغير عقلانية كالإلزاميات مثل "يجب" و"لا بد" على زيادة التوتر.
- 4- ضعف التنظيم الانفعالي: يُظهر النموذج أن عدم القدرة على تهدئة النفس بعد الضغوط يؤدي إلى حلقة مستمرة من الانهاك (Brosschot et al., 2018).

و من العوامل السلوكية التي تحافظ على الاحتراق النفسي المهني، التالي:

- 1- التجنب: حيث أن تجنب المهام الصعبة قد يزيد القلق ويقلل الشعور بالكفاءة.
  - 2- الإفراط في العمل (Overcommitment): ويعتبر أحد أبرز المؤشرات السلوكية التي ترتبط بالاحتراق النفسي، إذ يسعى الفرد لإثبات ذاته من خلال العمل المفرط، فيقع في إنهاك مستمر.
  - 3- الانسحاب الاجتماعي: إذ يفقد الفرد بذلك أحد أهم عوامل الحماية وهي الدعم الاجتماعي.
  - 4- السلوكيات القهرية المرتبطة بالكمالية: تظهر لدى بعض العاملين، و تُصنف كعامل خطر أساسي في الاحتراق النفسي
- أما العوامل الانفعالية والتي تبرز كنتيجة وكعوامل محافظة واستمرارية للاحتراق النفسي المهني، فإن الإحراق يؤدي إلى مشاعر: الإحباط، والعجز، و انخفاض الدافعية، و الانفصال العاطفي. وقد أوضح باندورا Bandura أن الشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية (Self-efficacy) يضعف الأداء، ما يعزز الشعور بالاحتراق النفسي المهني (Zerah & Levin, 2018)

ويرى الباحث أهمية النموذج المعرفي-السلوكي والذي يتميز بأنه: يقدم تفسيرًا دقيقًا لكيفية "استمرار" الاحتراق النفسي المهني والضغوط وليس فقط كيف "تبدأ". حيث يبرز كعملية متداخلة تحافظ فيها عوامل معرفية وانفعالية وسلوكية على مستوى عالٍ من الإجهاد المهني المستمر. ومن

خلال فهم هذه الحلقة التفاعلية، ما يساعد في توفير إطارًا واضحًا لبناء تدخلات فعّالة تهدف لكسر حلقة الإحترق النفسي عبر تعديل الأفكار الأساسية غير التكيفية، وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتغيير السلوكيات التي تحافظ على استمرار الإحترق النفسي. وبذلك يوفر إطارًا فعالًا أيضًا لتعزيز المرونة النفسية لدى العاملين. حيث أن المرونة النفسية ليست غيابةً للضغط بل هي قدرة على التكيف، والتعافي، وإعادة البناء بعد التعرض للإجهاد (Fletcher & Sarkar, 2016). من هذا المنطلق، فإن هدف التدخل وفق النموذج المعرفي السلوكي يصبح ليس فقط تخفيف الأعراض، بل بناء موارد داخلية (مهارات تنظيم انفعالي، أفكار تكيفية، سلوكيات نشطة للتعافي) تزيد من قدرة الفرد على مواجهة مطالب العمل دون الإنزلاق مجددًا إلى حلقة تدعم استمرارية الإحترق النفسي المهني وتحافظ عليه. كما أن التدخل يعمل على تعزيز المرونة النفسية، حيث أن تعديل المعتقدات يزيد من المرونة المعرفية (توسيع الخيارات لتفسير الموقف)، تعزيز الأنشطة السلوكية يقوّي المشاعر الإيجابية ويجنب الانسحاب. ممارسة أساليب مثل الإسترخاء يعمل على التعافي الفسيولوجي ويُعيد قدرة النظام العصبي على مواجهة الضغوط. وبذلك ينتقل التركيز من التفاعل (المؤقت) مع الأعراض إلى تطوير نظام داخلي مستدام لمقاومة الضغوط، وهو جوهر المرونة النفسية. كذلك يعيد هذا النموذج تسليط الضوء على أهمية الفروق الفردية في درجة الإحترق النفسي المهني رغم تعرض العاملين للضغوط نفسها، كذلك يتوافق مع الأبحاث الحديثة التي تؤكد أهمية العوامل النفسية الفردية في تكوين الإحترق النفسي المهني، مثل: (Brown et al., 2018).

واستنادًا إلى النموذج المعرفي السلوكي للإحترق النفسي المهني (Almen, 2021)، والدراسات السابقة في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني التي تم استعراضها، اقترح الباحث تدخل نفسي تكاملي مُستمد من مدارس معرفية سلوكية متنوعة، يهدف بصورة رئيسة إلى تعزيز القدرة على التكيف والمرونة النفسية، وكسر الحلقات التي تحافظ على استمرارية الإحترق النفسي. ويمكن تلخيص مكونات برنامج التدخل التكاملي كما يلي:

#### أولاً: إعادة البناء المعرفي و إعادة التقييم المعرفي (Cognitive Restructuring & Reappraisal)

يؤكد ألمين (Almen 2021) أن إعادة البناء الذهني (المعرفي) تُعد من أهم التقنيات المعرفية لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي، خصوصًا في ظل وجود معتقدات مركزية مشوهة مثل: "يجب أن أؤدي بأعلى مستوى دومًا" أو "طلب المساعدة يعني الفشل"، وهي معتقدات تدفع الفرد إلى الإفراط في العمل وتمنع التعافي. تشمل هذه العملية ما يلي: تحديد وتعديل الأفكار والمعتقدات غير التكيفية التي تتعلق بالكفاءة الذاتية، المثالية، الخوف من الفشل، أو فقدان السيطرة. كذلك التدريب على إعادة التقييم المعرفي: (Cognitive Reappraisal) أي إعادة تفسير الظروف المهنية بطريقة أكثر توازنًا، بحيث يرى الفرد أن التوتر غير دائم، وأن الأخطاء جزء من التعلم، وأن الاستراحة ليست ضعفًا بل ضرورة.

#### ثانياً: تدريب التحصين ضد الضغوط (Stress Inoculation Training – SIT)

إن تدريب التحصين ضد الضغوط يمثل مدخلًا مناسبًا للعاملين الذين يتعرضون لمواقف ضاغطة بشكل متكرر، مثل ممارسي التمريض. ويقوم هذا التدريب على ثلاث مراحل رئيسة:

- 1- مرحلة التثقيف النفسي: فهم طبيعة الاستجابات الانفعالية والفيزيولوجية للضغط، والتعرّف على علاقة السلوكيات غير التكيفية بالعمل المفرط أو التجنب بتفاهم الإحترق النفسي.
- 2- مرحلة اكتساب المهارات: مثل مهارات حل المشكلات، إعادة التقييم المعرفي، الاسترخاء العضلي، والتنفس العميق.
- 3- مرحلة التطبيق التدريجي: تعريض الفرد تدريجيًا لمواقف ضاغطة في بيئة آمنة، وتدريبه على استخدام المهارات الجديدة حتى تترسخ كمنط سلوكي مقاوم للضغط.

ثالثاً: مكونات من العلاج بالقبول والالتزام: (Acceptance Commitment Therapy – ACT) التقبل، القيم، المعنى، والالتزام بالسلوك. حيث دورها في تحرير الفرد من الصراع مع بعض الأعراض، وبدلاً من ذلك، مساعدته على توجيه طاقته نحو ما يهمه ويمنحه المعنى. إدماج هذه المكونات في تدخلات الاحتراق النفسي يعزز المرونة النفسية عبر تعزيز قدرة الفرد على التكيف مع الظروف.

1- التقبل (Acceptance): تعلم تقبل المشاعر السلبية دون محاولات المبالغة في السيطرة عليها أو تجنبها، لأن التجنب يعزز استمرارها.

2- تحديد القيم الشخصية (Values): مساعدة الفرد في تحديد ما يهمه حقاً في حياته المهنية، مثل: العطاء، المساعدة، الجودة، التعلم، أو التوازن. حيث يعمل على تقوية الدافعية الداخلية.

3- إلتزام سلوكي موجّه بالمعنى (Committed Action): تحويل القيم إلى أفعال واقعية عبر خطط سلوكية صغيرة قابلة للتحقيق، وهو ما يساعد على استعادة الشعور بالتحكم والإنجاز.

رابعاً: مكونات من العلاج الجدلي السلوكي: (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) اليقظة الذهنية، التنظيم الانفعالي، وتحمل الضغوط. هذه المهارات تعيد بناء القدرة على الاستجابة المتزنة، وتعتبر من الأدوات المهمة لتعزيز الصلابة والمرونة النفسية لدى المهنيين. حيث تعد اليقظة الذهنية (Mindfulness) إحدى الاستراتيجيات الفاعلة في تحسين التعافي النفسي والجسدي، لأنها تخفّض النشاط المفرط للجهاز العصبي وتعزز القدرة على تنظيم الانتباه وفصل الذات عن الأفكار المجهدّة. ومن مهارة تنظيم الانفعالات (Emotion Regulation) يتعلم الفرد استراتيجيات فعّالة لإدارة القلق، الإحباط، والغضب وهي مشاعر تُعدّ مركزية في الاحتراق النفسي. و يهدف تعلم مهارة تحمل الضيق/الضغوط (Distress Tolerance) إلى تعزيز قدرة الفرد على الصمود أمام المواقف الصعبة دون اللجوء إلى سلوكيات غير تكيفية مثل الانسحاب أو الإفراط في العمل.

#### خامساً: الدعم النفسي والاجتماعي والروحي (Psychosocial and Spiritual Support)

إن نقص أو انعدام الدعم يعدّ أحد المحددات لتطور الاحتراق النفسي المهني واستمراره. ومن هنا تبرز أهمية تعزيز شبكات الدعم النفسي الاجتماعي بكل مستوياته. حيث يؤكد كوهين وويليس (Cohen & Wills, 1985) على أهمية وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية القوية التي تقدم الدعم العاطفي والمادي للفرد، حيث يعد ذلك عاملاً وقائياً في مواجهة التوتر والضغط النفسية. أما الدعم الروحي والذي يركز على دمج الروحانية مع الصحة النفسية يستند إلى أعمال علماء مثل كينيث بارغمنت (Pargament, 2007)، الذي أوضح أن الروحانية تعزز المرونة النفسية من خلال إعطاء معنى وقيمة للحياة، خصوصاً في مواجهة الضغوط.

و قد استمد الباحث تلك المكونات من النظريات والنماذج التالية:

#### أولاً: النظرية المعرفية السلوكية: “Cognitive Behavioral Theory – CBT”

تُعدّ النظرية المعرفية السلوكية (Cognitive Behavioral Theory – CBT) إحدى أكثر المقاربات النفسية فاعلية وانتشاراً في ميادين العلاج النفسي المعاصر، ويعود تطورها إلى جهود كل من آرون بيك (Beck 1960) و ألبرت إليس (Ellis 1962)، إضافة إلى جذورها الممتدة في المدرسة السلوكية الكلاسيكية الحديثة (Beck, 2011). تقوم هذه النظرية على فرضية مركزية مفادها أن الأفكار (العمليات المعرفية) تُسهم بصورة جوهرية في تشكيل المشاعر والسلوك؛ وبالتالي فإن تعديل التفسيرات المعرفية (الذهنية) يساعد على تعديل الاستجابات الانفعالية والسلوكية. يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي أحد أشكال العلاج النفسي التي تهدف إلى خفض أعراض عدد من الاضطرابات النفسية، وعلى وجه الخصوص الاكتئاب واضطرابات القلق واضطراب ما بعد الصدمة، ويرتكز هذا المدخل العلاجي على فحص وتحدي أنماط التفكير السلبية وغير العقلانية، والتي يُشار إليها غالباً بمفهوم الحديث الذاتي السلبي (Self-talk)، والعمل على استبدالها بأنماط تفكير أكثر عقلانية

وإيجابية. ويسهم هذا التعديل في العمليات المعرفية في تقليل مستويات القلق والاكتئاب وتحسين التكيف النفسي لدى الأفراد (Field et al., 2015).

ويركز العلاج المعرفي السلوكي على تعديل التشوهات المعرفية، بما في ذلك الأفكار والمعتقدات والاتجاهات غير التكيفية، إضافة إلى السلوكيات المرتبطة بها، وذلك بهدف تحسين تنظيم الانفعال ومساعدة الفرد على تطوير استراتيجيات فعالة للمواجهة وحل المشكلات (Benjamin et al., 2011). وعلى الرغم من أنه صُمم في الأصل بوصفه مدخلاً علاجياً للاكتئاب، فقد أصبح لاحقاً أحد أكثر الأساليب العلاجية استخداماً في علاج طيف واسع من الاضطرابات النفسية والسلوكية، مثل اضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق المعمم، واضطرابات تعاطي المواد، والمشكلات الزوجية، واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، واضطرابات الأكل. ويشمل العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من التدخلات النفسية المعرفية والسلوكية التي تستهدف اضطرابات نفسية محددة باستخدام تقنيات واستراتيجيات قائمة على الدليل العلمي. ويُعدّ العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أشكال العلاج بالكلام شيوعاً، حيث يستند إلى دمج المبادئ الأساسية لكل من علم النفس السلوكي وعلم النفس المعرفي (Beck, 2011). ويختلف هذا العلاج عن بعض المداخل العلاجية الأخرى، مثل العلاج التحليلي النفسي، الذي يركز على البحث عن المعاني اللاواعية الكامنة وراء السلوك؛ إذ يبتني نهجاً موجّهاً نحو المشكلة ومركّزاً على الفعل، ويُستخدم لعلاج مشكلات محددة مرتبطة بتشخيص نفسي واضح. ويتمثل دور المعالج في هذا الإطار في مساعدة المستفيد على تحديد الأهداف العلاجية، واكتساب مهارات فعالة، وتطبيق استراتيجيات عملية للتعامل مع المشكلات وتخفيف أعراض الاضطراب. كما يحظى هذا المدخل بتوصية مؤسسات مهنية معروفة، مثل الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والجمعية الأمريكية لعلم النفس، وهيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية. وينطلق العلاج المعرفي السلوكي من افتراض أساسي مفاده أن التشوهات المعرفية والسلوكيات غير التكيفية تسهم في نشوء الاضطرابات النفسية واستمرارها، وأن خفض الأعراض والضيق النفسي المصاحب لها يمكن تحقيقه من خلال تعليم الفرد مهارات جديدة لمعالجة المعلومات واستراتيجيات مواجهة أكثر تكيفاً (Brewin, 1996). تشير العديد من الدراسات البحثية إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى تحسن كبير في الأداء ونوعية الحياة. وقد أثبتت العديد من الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي فعال مثل أشكال أخرى من العلاج النفسي أو الأدوية النفسية، أو أكثر فعالية منها. وتجدر الإشارة أن التقدم في العلاج السلوكي المعرفي قد تم إحرازه من خلال البحث والممارسة السريرية. فهو منهج مدعوم بأدلة علمية وافرة، أثبتت الأساليب التي طُورت فيه أنها تُحدث تغييراً بالفعل. وهو بطريقته هذه يختلف عن العديد من أشكال العلاج النفسي الأخرى (APA, 2017). انطلقت الجذور التاريخية للنظرية المعرفية السلوكية وتطورت من اندماج بين المدرسة السلوكية (Behaviorism) التي ركزت على المثير-الاستجابة، والمدرسة المعرفية التي أولت اهتماماً بالبناء المعرفي ومعالجة المعلومات. وقد قدّم آرون بيك نماذج معرفية تُبين أن الاضطرابات الانفعالية ليست ناتجة عن الأحداث بحد ذاتها، بل عن الأفكار السلبية التلقائية (Automatic Thoughts) والمخططات الذهنية الأساسية (Beck et al., 1979). ومع تطور البحث التجريبي، ترسخ العلاج المعرفي السلوكي بكونه "العلاج الذهني" للعديد من الاضطرابات النفسية، وعلى الرغم من وجود بعض الانتقادات التي تشير إلى احتمال المبالغة في فوائد هـ أو إلى وجود تحديات منهجية في بعض الدراسات، مثل ارتفاع معدلات الانسحاب أو تراجع حجم الأثر، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يزال يُعدّ من أكثر المداخل العلاجية استخداماً وانتشاراً، ويُنظر إليه بوصفه تدخلاً آمناً وفعالاً في الممارسة الإكلينيكية (David, Cristea, & Hofmann, 2018).

يمكن للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية أن يتعلموا طرقاً أفضل للتعامل معها، وبالتالي تخفيف أعراضها ويصبحوا أكثر فعالية في حياتهم. تتضمن عملية العلاج السلوكي المعرفي عادةً بذل الجهود لتغيير أنماط التفكير المشوهة. قد تشمل هذه الاستراتيجيات ما يلي:

- تعلم كيفية التعرف على التشوهات في التفكير التي تخلق المشاكل، ومن ثم إعادة تقييمها في ضوء الواقع.

-اكتساب فهم أفضل لسلوك الآخرين ودوافعهم.

-استخدام مهارات حل المشكلات للتعامل مع المواقف الصعبة.

-تعلم كيفية تطوير شعور أكبر بالثقة في قدرات الفرد.

كما تتضمن عملية العلاج أيضًا بذل جهود لتغيير الأنماط السلوكية. قد تشمل هذه الاستراتيجيات ما يلي:

-مواجهة مخاوف المرء بدلاً من تجنبها.

-استخدام لعب الأدوار للتحضير للتفاعلات التي يحتمل أن تكون إشكالية مع الآخرين.

-تعلم كيفية تهدئة العقل واسترخاء الجسم.

وليس بالضرورة أن يستخدم المعالج كل تلك الاستراتيجيات. وبدلاً من ذلك، يعمل المعالج والعمل معاً، بطريقة تعاونية، لتطوير صياغة المشكلة/المشكلات وتطوير استراتيجية العلاج. ويركز العلاج السلوكي المعرفي على مساعدة الأفراد على تعلم كيفية أن يكونوا معالجين لأنفسهم. من خلال التمارين في الجلسة وكذلك التمارين "الواجبات المنزلية" خارج الجلسات، يتم مساعدة العملاء على تطوير مهارات التأقلم، حيث يمكنهم تعلم كيفية تغيير تفكيرهم وانفعالهم وسلوكهم الإشكالي. يركز المعالج السلوكي المعرفي على ما يحدث في حياة الفرد الحالية، بدلاً من التركيز على ما أدى إلى الصعوبات التي يواجهها. هناك حاجة إلى قدر معين من المعلومات حول تاريخ الفرد، ولكن التركيز ينصب في المقام الأول على المضي قدماً في الوقت المناسب لتطوير طرق أكثر فعالية للتعامل مع الحياة (APA, 2017).

انطلقت الجذور التاريخية للنظرية المعرفية السلوكية وتطورت من اندماج بين المدرسة السلوكية (Behaviorism) التي ركزت على المثير-الاستجابة، والمدرسة المعرفية التي أولت اهتماماً بالبناء العقلي ومعالجة المعلومات. وقد قدم آرون بيك Aron Beck خلال الستينيات والسبعينيات نماذج معرفية تبين أن الاضطرابات الانفعالية ليست ناتجة عن الأحداث بحد ذاتها، بل عن الأفكار السلبية التلقائية (Automatic Thoughts) والمخططات الذهنية الأساسية (Beck et al., 1979). ومع تطور البحث التجريبي، ترسخ العلاج المعرفي السلوكي بكونه "العلاج الذهني" للعديد من الاضطرابات النفسية (David, Cristea, & Hofmann, 2018).

تستند النظرية المعرفية السلوكية إلى عدد من المبادئ الأساسية:

أولاً: الترابط بين الأفكار والمشاعر والسلوك: تقترض النظرية أن التغيير في أحد هذه المكونات يقود إلى تغييرات في البقية. لذا تُعدّ عملية التقييم المعرفي نقطة الانطلاق في بناء المشاعر والسلوك (Clark & Beck, 2023).

ثانياً: دور التشوهات المعرفية: تعرف التشوهات المعرفية بأنها أنماط تفكير غير عقلانية تؤدي إلى استنتاجات سلبية غير دقيقة مثل: التعميم المفرط، التفكير الثنائي، قراءة الأفكار، والتفكير الكارثي. هذه التشوهات لا تنشأ فجأة، بل ترتبط بمخططات معرفية (Schemas) راسخة تتكون عبر التجارب (Beck, 2011).

ثالثاً: قابلية الأفكار للاختبار والتعديل: الأفكار السلبية ليست حقائق، بل فرضيات يمكن اختبارها باستخدام أساليب مثل: إعادة البناء المعرفي، سجلات الأفكار، أسئلة سقراطية. وهي آليات تهدف إلى كشف عدم دقة التفسيرات السلبية وتعزيز التفكير الواقعي (Beck, 2011). رابعاً: الدور الحاسم للسلوك: ترى أن السلوكيات التجنبية والانفعالات السالبة تُحافظ على الاضطرابات، لذلك تعتمد تدخلات تستهدف تغيير السلوك مثل: التعريض التدريجي، التنشيط السلوكي، حل المشكلات (Beck, 2011).

## التشوهات الذهنية (Cognitive Distortions)

يستخدم المعالجون في إطار العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من الفنيات لمساعدة الأفراد على فحص أنماط تفكيرهم ومعتقداتهم وتحديدها، والعمل على استبدال أخطاء التفكير – المعروفة باسم التشوهات الذهنية – بأفكار أكثر واقعية وفعالية، بما يساهم في خفض الضيق الانفعالي والحد من السلوكيات اللاتكيفية. وتشير الأدبيات إلى أن التشوهات المعرفية قد تتخذ شكل معتقدات زائفة أو تعميمات مفرطة يتم إسقاطها على المواقف والخبرات المختلفة. كما يمكن توظيف تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لمساعدة الأفراد على تبني موقف أكثر انفتاحًا ووعيًا ويقظة تجاه أفكارهم المشوهة، بما يقلل من تأثيرها السلبي على الخبرة الانفعالية والسلوكية، بدلًا من الانخراط التلقائي فيها أو التعامل معها باعتبارها حقائق مطلقة. ويساعد العلاج المعرفي السلوكي في صورته الأساسية الأفراد على استبدال مهارات المواجهة غير التكيفية، والعمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية غير الفعالة بأنماط أكثر تكيفًا، وذلك من خلال تحدي أساليب التفكير السائدة لدى الفرد، وإعادة النظر في استجاباته المعتادة لبعض العادات أو السلوكيات (Beck, 2011).

## الافتراضات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي

بالإستناد إلى الأدبيات البحثية لـ بيك (1979) Beck، ووالن وويسلر (1980) Walen and Wessler، وبيك وإيمري وغرينبرغ، Beck، (1985) Emery and Greenberg حول الافتراضات الجوهرية للتدخل العلاجي المستخدم ضمن إطار العلاج المعرفي السلوكي فقد تم تلخيصها بالتالي:

- تنشأ الانفعالات الإنسانية أساسًا عن أفكار الأفراد وتصوراتهم، وليس عن الأحداث ذاتها.
- تتفاعل الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية مع بعضها البعض بصورة دينامية.
- تنتج الانفعالات المختلة عادةً عن أفكار غير واقعية، ويستلزم خفض هذه الانفعالات الوعي بالأفكار اللاعقلانية والعمل على تغييرها.
- يمتلك الإنسان استعدادًا فطريًا لتطوير أفكار غير عقلانية، ويعزز هذا الاستعداد تأثير البيئة المحيطة.
- يسهم الأفراد بدرجة كبيرة في استمرار انفعالاتهم المختلة من خلال المحافظة على معتقداتهم وتعزيزها.
- يتطلب تعديل الأفكار والانفعالات والسلوكيات غير التكيفية جهدًا مستمرًا وممنهجًا.
- يؤدي التفكير العقلاني غالبًا إلى خفض تكرار وشدة ومدة الانفعالات المختلة، وليس إلى غياب المشاعر بشكل كامل.
- تُعد العلاقة العلاجية الإيجابية عنصرًا أساسيًا لنجاح العلاج المعرفي.
- يقوم العلاج المعرفي على علاقة تعليمية تشاركية تشبه علاقة المعلم بالمتعلم، حيث يقوم المعالج بدور المُيسّر والمُعَلِّم.
- يعتمد العلاج المعرفي على الحوار السقراطي كأداة رئيسة لتحدي التشوهات الذهنية.
- تُعد الواجبات المنزلية عنصرًا محوريًا في العلاج المعرفي، إذ تُسهم في ترسيخ المهارات المكتسبة خلال الجلسات.
- يتسم المنهج المعرفي بالطابع النشط، والموجّه، والمنظم.
- يُعد العلاج المعرفي عادةً علاجًا قصير المدى نسبيًا.
- يقوم العلاج المعرفي على خطوات متوقعة ومنظمة.

وتتضمن هذه الخطوات، على نحو عام، تعلّم نموذج العلاج المعرفي السلوكي، وربط الأفكار بالانفعالات والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية، والانتباه إلى لحظات ظهور الانفعالات المختلة، وتعلّم مساءلة الأفكار المرتبطة بها، واستبدال الأفكار غير العقلانية بأخرى أكثر

واقعية، وتعديل السلوكيات في ضوء التفسيرات الجديدة للأحداث، وفي بعض الحالات العمل على التعرف إلى المعتقدات الجوهرية والاتجاهات العميقة التي تقف خلف التشوهات المعرفية وتغييرها (Beck, 2011).

ويشير هوفمان وآخرون (Hofmann et al, 2010) أنه تتعدد بروتوكولات تقديم العلاج المعرفي السلوكي، مع وجود تشابهات جوهرية فيما بينها. ويُستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي للإشارة إلى مجموعة متنوعة من التدخلات العلاجية، من بينها: التعليمات الذاتية (مثل الإلهاء، والتخيل، والحوار الذاتي التحفيزي)، وتقنيات الاسترخاء، وتنمية استراتيجيات المواجهة التكيفية (كالتقليل من الأفكار السلبية أو الهدامة للذات)، وتعديل المعتقدات غير التكيفية المرتبطة بالألم أو الضغوط، إضافة إلى تحديد الأهداف. وفي كثير من الأحيان، تُقدّم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي في صورة برامج علاجية مُقننة تتصف بقصر المدة نسبياً، والوضوح، والتحديد الزمني، وتكون موجهة لمعالجة اضطرابات نفسية محددة، اعتماداً على فنيات علاجية واضحة المعالم. ويُطبق العلاج المعرفي السلوكي في سياقات علاجية فردية أو جماعية، كما تُكَيَّف فنياته في بعض الأحيان لتناسب برامج المساعدة الذاتية. ويختلف الممارسون والباحثون في درجة تركيزهم على المكونات المعرفية أو السلوكية؛ فبينما يميل بعضهم إلى التركيز على الجوانب المعرفية مثل إعادة البناء المعرفي، يركز آخرون على الجوانب السلوكية مثل العلاج بالتعرض المباشر، كما تجمع بعض التدخلات بين البعدين المعرفي والسلوكي معاً، كما هو الحال في العلاج بالتعرض التخليبي. و يمكن تقديم العلاج المعرفي السلوكي بالتكامل مع مجموعة من الفنيات والأساليب العلاجية القريبة منه نظرياً وتطبيقياً، مثل العلاج بالتعرض، وتدريب التحصين ضد الضغوط، والعلاج المعرفي لمعالجة الصدمات، والعلاج ما وراء المعرفي، وتدريب الاسترخاء، والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج بالتقبل والالتزام (Kaczurkin & Foa, 2015). وحيث يركز العلاج المعرفي السلوكي على الوعي بالأفكار السلبية أو غير المنطقية وتحديدها واستبدالها بأخرى أكثر إيجابية ومنطقية من خلال العديد من الفنيات والتقنيات المعرفية السلوكية كالتجارب السلوكية وتدريب المهارات الإجتماعية والتعرض التدريجي وغيرها، تعد تقنية "إعادة البناء الذهني" (Cognitive Restructuring) من أبرز الأدوات العلاجية المعرفية (Beck, 1967). وتتشابه مع "إعادة التقييم المعرفي" (Cognitive Reappraisal) بحسب نموذج لازاروس-فولكمان Lazarus (1984) Folkman – في تفسيرهما للضغوط وكيفية مواجهتها. وقد تم اقتراح هذه الفنيات ضمن البرنامج التكاملية بكونهما أدوات نفسية فعالة في مواجهة المواقف والأحداث الصعبة والضغوط حيث دورها في اكساب الأفراد "مرونة معرفية" من خلال إعادة تقييم المواقف الضاغطة ما يجعلهم أكثر قدرة على التكيف مع التحديات.

### التقييم المعرفي وإعادة التقييم المعرفي (Cognitive Appraisal & Reappraisal)

يُعرّف التقييم المعرفي بأنه العملية الذاتية التي من خلالها يقوم الفرد بتفسير المثيرات والأحداث في بيئته، وهو مكون أساسي في عدد من النظريات المرتبطة بالضغوط النفسية، والصحة النفسية، والتكيف، والانفعال. ويُعد هذا المفهوم حجر الزاوية في النموذج التفاعلي للضغوط والتكيف الذي قدمه لازاروس وفولكمان (Lazarus – Folkman, 1984)، حيث يُنظر إلى التقييم المعرفي بوصفه الطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط الحياتية ويستجيب لها. تشير الأدبيات إلى أن أنماطاً غير تكيفية من التقييم المعرفي ترتبط بظهور العديد من الاضطرابات النفسية، كما أن سمات الشخصية تلعب دوراً في كيفية إدراك الأفراد للمواقف الضاغطة وتفسيرها. ويُعد إعادة التقييم المعرفي (Cognitive Reappraisal) أي إعادة صياغة المثيرات والخبرات إحدى أكثر استراتيجيات تنظيم الانفعال فاعلية (Webb et al., 2012).

ويفسر النموذج التفاعلي للضغوط عند لازاروس (Lazarus' Transactional Model of Stress) (Lazarus & Folkman, 1984) استجابات الأفراد للأحداث الضاغطة من خلال عمليتين أساسيتين من التقييم المعرفي:

التقييم الأولي: (Primary Appraisal) حيث يُقيّم الحدث بوصفه مهدداً أو ضاراً أو ذا صلة بأهداف الفرد.

التقييم الثانوي: (Secondary Appraisal) حيث يُقيّم الفرد موارده وقدرته على التكيف والمواجهة.

يرى لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman في نموذجهم أن التقييم المعرفي يمثل العملية المحورية التي تحدد كيفية إدراك الفرد للضغوط واستجابته لها. أي أن الشعور بالضغط النفسي لا ينشأ إلا عند إدراك الحدث على أنه مهدد، مع الاعتقاد بعدم كفاية الموارد المتاحة للتعامل معه. ولاحقاً وسّع شيرر (2009) Scherer نموذج لازاروس بافتراض أربع عمليات تقييمية متتابعة: (أ) مدى صلة الحدث بالفرد، (ب) عواقبه قصيرة وطويلة المدى، (ج) قدرة الفرد على المواجهة، (د) مدى اتساق الحدث مع القيم والهوية الذاتية. ويؤكد هذا النموذج أن التقييم المعرفي لا يحدد فقط الاستجابات النفسية، بل يمتد ليشمل الاستجابات الفسيولوجية أيضاً (Scherer, 2009). و يرى روزمان (1996) Roseman أن الانفعالات الإيجابية تنشأ عندما يُقِيم الحدث على أنه متسق مع دوافع الفرد، بينما تنشأ الانفعالات السلبية عندما يُدرك الحدث على أنه متعارض مع تلك الدوافع، كما تتحدد طبيعة الانفعال وفقاً لمصدر الحدث (الذات، الآخرون، أو عوامل خارجة عن السيطرة).

تشير التحليلات البعدية إلى وجود علاقات دالة إحصائياً بين التقييمات المعرفية والانفعالات في نحو 75% من الدراسات، بما يدعم الفرضية المركزية لنظريات التقييم القائلة بأن تفسير الخبرات هو الأساس في تولّد الانفعال (Yeo et al., 2024). كما أظهرت تحليلات تمييزية أن أنماط التقييم المعرفي يمكنها التنبؤ بنحو 40% من الانفعالات المصاحبة، وأن التقييم الأولي يُعد العملية المحورية التي تربط القيم بالخبرة الانفعالية (Conte et al., 2023).

تُعد إعادة التقييم المعرفي إحدى أكثر آليات تنظيم المشاعر أو التغيير المعرفي دراسةً في الأدبيات النفسية (Buhle et al., 2014)، وتشمل استراتيجيات متعددة مثل: إعادة التقييم الإيجابي (إنشاء جانب إيجابي من المثير والتركيز عليه)، توسيع المنظور أو إزاحة المركزية (إعادة تفسير حدث ما من خلال توسيع منظور الفرد لرؤية "الصورة الأكبر")، إعادة التقييم التخيلي (تبني أو التأكيد على الاعتقاد بأن الحدث ليس حقيقياً، وأنه على سبيل المثال "مجرد فيلم" أو "فقط خيالي"). وتُظهر البحوث أن أسلوب التقييم المعرفي يؤثر بصورة مباشرة في الصحة النفسية، وأن أنماط التفسير السلبية ترتبط باضطرابات مثل الاكتئاب واضطراب الهلع (Gomes et al., 2016). ويُستخدم التقييم المعرفي على نطاق واسع في العلاج المعرفي السلوكي لمساعدة الأفراد على التعرف على المعتقدات غير العقلانية وإعادة بنائها بما يخفف الضغوط والانفعالات السلبية (Gross, 2015). كما تشير الأدلة إلى أن استراتيجيات المواجهة الانفعالية النشطة، مثل إعادة الصياغة الإيجابية والفكاهة، تسهم في خفض مستويات التوتر وتعزيز التكيف النفسي (Ali, 2022)، وهو - من وجهة نظر الباحث - ما يجعل إعادة البناء الذهني (المعرفي) و إعادة التقييم المعرفي مكونات أساسية في برامج التدخل الهادفة إلى تعزيز المرونة النفسية، ويمكن تعريف هذين المكونين بإختصار كالتالي:

أ. إعادة البناء الذهني (المعرفي) (Cognitive Restructuring) أو إعادة الهيكلة المعرفية، وهي عملية علاجية معرفية تعدّ حجر الزاوية في العلاج المعرفي السلوكي ويستهدف تعديل التفسيرات الخاطئة للأحداث (Hollon & Beck, 2013). هي أداة فعالة في إدارة المشاعر، تهدف إلى التعرف على الأفكار غير المنطقية أو السلبية وتعديلها بأفكار أكثر واقعية. وتعتمد هذه العملية على تحديد التشوهات المعرفية (Cognitive Distortions)، مثل التعميم المفرط، والتفكير بالأبيض والأسود، والتفكير الكارثي، وغيرها (والتي يمكن أن تسبب انفعالات سلبية كالقلق والتوتر، والشعور بالضغط النفسي) ثم استبدالها بأنماط تفكير أكثر توازناً وواقعية (Beck, 2011).

ب. إعادة التقييم الذهني (المعرفي) (Cognitive Reappraisal) هي أداة معرفية تهدف لتنظيم المشاعر من خلال إعادة تفسير المواقف الضاغطة بطريقة تقلل من أثرها العاطفي السلبي. وهي استراتيجية فعالة في مواجهة الظروف الموقية الضاغطة. وهذه الأداة

تتشابه مع إعادة البناء المعرفي في كونها تعتمد مبادئ العلاج المعرفي السلوكي. وتعمل هذه الاستراتيجية على: إعادة صياغة الأفكار السلبية، و تغيير وجهة النظر حول الموقف الضاغط (Biggs et al., 2017).

**ثانياً: - تدريب التحصين ضد الضغوط (SIT) Stress Inoculation Training** هي تقنية طورها عالم النفس دونالد ميكنباوم (Meichenbaum, 1977) في نموذج العلاج المعرفي السلوكي. وتقوم على دمج فنيات معرفية وسلوكية، إلى جانب بعض المكونات ذات الطابع الإنساني، بهدف مساعدة الأفراد على التعامل الفعال مع مصادر الضغوط النفسية التي يواجهونها. ويستخدم هذا النوع من التدخلات عادةً لمساعدة الأفراد على التعامل مع القلق والتوتر والضغط كلما ظهرت وأينما ظهرت، من خلال تعليمهم استراتيجيات فعالة للتكيف وبناء "مناعة" نفسية ضد الإجهاد. يهدف إلى تعزيز قدرة الأفراد على التكيف مع الضغوط النفسية والجسدية عبر تدريبهم على كيفية التعرف على مسببات التوتر وإدارتها بفعالية (Meichenbaum, 1996).

وقد أشار ميكنباوم (1985) Meichenbaum إلى أن تقييم الفرد لخطورة الموقف وكيفية تفسيره لإستجاباته الجسدية هي القوى الحقيقية التي تخلق القلق والضغط لديه. ويتضمن تدريب التحصين ضد الضغوط تعلم بعض المهارات، مثل تعلم كيفية الإسترخاء والتقليل من حدة الضغوط عن طريق التنفس العميق وإرخاء العضلات. لكن هناك أكثر من مجرد الإسترخاء، بل ينبغي تعلم الفرد كيف ينشئ مستودعاً خاصاً من أفكار التكيف، والتي تستخدم لإبطال مفعول الأفكار التلقائية الخاصة بالأخطار والكوارث التي تنشأ في مواقف الخوف. ويعتمد تدريب التحصين ضد الضغوط على عملية علاجية تتألف من ثلاث مراحل متتابعة، تهدف إلى تمكين الفرد من توظيف المهارات التي يمتلكها بالفعل، وتطويرها بما يساعده على التكيف الأفضل مع الضغوط الحالية والمستقبلية (Meichenbaum, 1996)، هي كالتالي:

#### المرحلة الأولى: مرحلة التصور المفاهيمي (Conceptualization)

تبدأ هذه المرحلة بإجراء مقابلات إكلينيكية تتضمن استخدام أدوات القياس النفسي، وأساليب المراقبة الذاتية، إضافة إلى تزويد المستفيد بمواد تثقيفية متنوعة. وتتيح هذه المرحلة للمعالج إمكانية تصميم برنامج تدريبي يتلاءم مع خصائص الفرد واحتياجاته الخاصة. كما يتعلم الأفراد في هذه المرحلة كيفية تصنيف المشكلات الضاغطة إلى مشكلات تركز على الانفعال وأخرى تركز على المشكلة ذاتها، بما يساعدهم على اختيار أساليب المواجهة الأكثر ملاءمة. وتهدف هذه المرحلة إلى إعداد الفرد لمواجهة مصادر الضغط، والتأمل في استجاباته الانفعالية والسلوكية الحالية، تمهيداً للعمل على تعديلها.

#### المرحلة الثانية: اكتساب المهارات والتدريب عليها (Skills Acquisition and Rehearsal)

تركز المرحلة الثانية على تعليم الأفراد مجموعة من المهارات التي تساعدهم على التعامل مع الضغوط، ويجري التدريب عليها داخل الجلسات العلاجية. وتشمل هذه المهارات تنظيم الذات، وحل المشكلات، ومهارات التواصل بين الشخصي، وضبط الانفعالات، وغيرها من المهارات التكيفية التي تساهم في تعزيز قدرة الفرد على مواجهة المواقف الضاغطة بفاعلية.

#### المرحلة الثالثة: التطبيق والمتابعة (Application and Follow-through)

في المرحلة الأخيرة، يُتاح للفرد تطبيق المهارات التي اكتسبها على نطاق واسع من المواقف الضاغطة، من خلال أنشطة مثل تمثيل الأدوار، والتخيل، والنمذجة. وتهدف هذه المرحلة إلى ترسيخ المهارات المكتسبة وضمان استمرارية استخدامها في الحياة اليومية. وفي ختام التدريب، يكون الفرد قد اكتسب نمطاً وقائياً في التعامل مع الضغوط، بحيث يصبح قادراً على تحصين نفسه ضد الضغوط الشخصية والمزمنة والمستقبلية، من خلال تفكيكها إلى أهداف مواجهة قصيرة ومتوسطة وطويلة المدى.

وقد تم اقتراح المهارات التالية ضمن البرنامج التكاملي، وهي:

أ. **التدريب على التعليم الذاتي (Self-Instructional Training)** وهي مهارة تركز على تطوير حديث ذاتي بناء وإيجابي، تهدف الى تعزيز التفكير الإيجابي وتقليل القلق والتوتر أثناء المواقف الضاغطة من خلال تعليم الأفراد كيفية إعادة صياغة حديثهم الداخلي للتعامل مع المواقف الصعبة بطريقة أكثر إيجابية وإنتاجية. يعتمد على: -التدريب على مراقبة الأفكار وتعديل الحديث الذاتي السلبي. والتدريب على تكرار عبارات إيجابية.

ب. **التدريب على بعض المهارات الفعالة لإدارة التوتر والضغط:** وهي مهارات تدعم التكيف في المواقف والأحداث الضاغطة وتعزز من المرونة النفسية، مثل:

### مهارات حل المشكلات (Problem-Solving Skills)

يُعدّ الإنسان بطبيعته كائنًا قادرًا على حلّ المشكلات، إذ يمتلك منذ نشأته استعدادًا فطريًا للتعامل مع تحديات الحياة اليومية. وتشير أبحاث علم النفس المعرفي إلى أن الأفراد لا يواجهون فقط مشكلات واضحة المعالم، بل يتعاملون في الغالب مع مشكلات غير محددة أو غامضة البنية، تتطلب مرونة معرفية وتنظيمًا انفعاليًا متقدما. ومع ذلك، قد يعجز بعض الأفراد عن تجاوز مشكلاتهم اليومية أو التعامل بفعالية مع الأزمات الحياتية الضاغطة، الأمر الذي يزيد من احتمالية تطور الاضطرابات النفسية (Sutton, 2021). ويمكن توصيف مهارات حل المشكلات بكونها مجموعة من العمليات الذهنية والاستراتيجيات المستخدمة - من خلال إعادة هيكلة التفكير والتجارب السلوكية - لتحليل المواقف المعقدة، وتحديد الحلول الممكنة، واتخاذ قرارات فعالة (Sutton, 2021). وقد ابتكر دي زوريللا و جولدفرايد (D'Zurilla & Goldfried, 1971) استراتيجية حل المشكلات بإعتبارها جزءا أساسيا من العلاج المعرفي السلوكي الفعال، خصوصا في علاج: القلق والاكتئاب، والتعامل مع التوتر في بيئات العمل والعلاقات الاجتماعية، وتحسين اتخاذ القرار في الحياة اليومية. ويتم التدريب على نموذج حل المشكلات والذي يتضمن خمس خطوات أساسية. وتم تعريف حل المشكلات على أنه عملية سلوكية (أ) توفر مجموعة متنوعة من بدائل الاستجابة للتعامل مع موقف إشكالي، و (ب) تزيد من احتمالية اختيار الاستجابة الأكثر فعالية من بين هذه البدائل. تم تحديد خمس مراحل لحل المشكلات: (أ) التوجه العام، (ب) تعريف المشكلة وصياغتها، (ج) توليد البدائل، (د) اتخاذ القرار، و(هـ) التحقق. تم تصور التدريب على حل المشكلات كشكل من أشكال التدريب على ضبط النفس، أي أن الفرد "يتعلم كيفية حل المشكلات" وبالتالي يكتشف بنفسه الطريقة الأكثر فعالية للاستجابة (D'Zurilla & Goldfried, 1971).

و ينظر باحثون الى مهارات حل المشكلات بكونها علاجا ويشار إليه ب العلاج بحل المشكلات (Problem-Solving Therapy) والذي يهدف إلى خفض معدل حدوث الاضطرابات النفسية والتقليل من آثارها، من خلال مساعدة الأفراد على مواجهة صعوبات الحياة بأساليب تكيفية أكثر فاعلية، بما يساهم في تعزيز الصحة النفسية والرفاه العام (Dobson, 2011). وينطلق مفهوم العلاج بحلّ المشكلات من افتراض أساسي مفاده أن الاضطرابات النفسية والمشكلات تنشأ جزئياً نتيجة استخدام استراتيجيات تكيف غير فعّالة أو غير تكيفية. ومن خلال تبني منظور أكثر واقعية وتفاوضاً في التعامل مع الضغوط، يتمكن الفرد من فهم الدور الوظيفي للانفعالات، وتطوير أفعال مقصودة تقلل من المعاناة النفسية وتحافظ على التوازن النفسي (Nezu & Nezu, 2018). ويُعرّف العلاج بحلّ المشكلات بأنه تدخل نفسي اجتماعي يندرج ضمن المظلة المعرفية السلوكية، يهدف إلى تمكين الأفراد من التعامل بكفاءة مع المشكلات اليومية والأحداث الصادمة، والحد من تأثيرها السلبي على الصحة النفسية والجسدية (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013). وقد أثبتت البحوث السريرية فعالية هذا المدخل عبر مراحل عمرية مختلفة، وفي سياقات علاجية متعددة، تشمل الاكتئاب، واضطرابات القلق، والفضام، والضغط النفسية، مما يعزز مكانته كأحد التدخلات القائمة على الدليل

العلمي (Dobson, 2011). تشير الأدلة البحثية إلى أن العلاج بحلّ المشكلات يُعدّ من المداخل الفعالة بوجه خاص في علاج الاكتئاب. فقد أظهرت مراجعة تحليلية شملت 30 دراسة أن هذا العلاج يحقق فاعلية علاجية مماثلة لغيره من العلاجات النفسية المعتمدة في خفض أعراض الاكتئاب (Cuijpers et al., 2020). كما أكدت دراسات أخرى فاعليته عبر فئات عمرية مختلفة، وإمكانية دمجها مع التدخلات الدوائية لتحقيق نتائج علاجية أفضل (Dobson, 2011). وبحسب دوبسون (2011) يركز العلاج بحلّ المشكلات على نموذجين متداخلين:

1. **نموذج حلّ المشكلات الاجتماعية:** يركز هذا النموذج على معالجة المشكلات كما تظهر في السياق الاجتماعي الطبيعي للفرد، من خلال استراتيجية عامة للتكيف وآليات للضبط الذاتي. ويُعرّف حلّ المشكلات الاجتماعية بوصفه عملية معرفية سلوكية ذاتية التوجيه، يسعى من خلالها الفرد أو الجماعة إلى تحديد حلول فعّالة للمشكلات اليومية.

2. **نموذج حلّ المشكلات العلائقي:** ينظر هذا النموذج إلى الضغوط النفسية بوصفها ناتجة عن التفاعل بين ثلاثة عناصر رئيسية: أحداث الحياة الضاغطة، والضييق الانفعالي أو الرفاه النفسي، واستراتيجيات التكيف القائمة على حلّ المشكلات. وعند حدوث حدث حياتي سلبي شديد، قد يتطلب الأمر إعادة تنظيم شاملة في حياة الفرد للتكيف مع المتغيرات الجديدة.

وقد أشار نيزو وآخرون (Nezu et al., 2013) في العلاج بحلّ المشكلات إلى أن تنمية مهارات التكيف الفعّال تتطلب عملية علاجية منظمة ومنتجة، تهدف إلى تعديل التوجه المعرفي والانفعالي نحو المشكلات، يقترحاً نهجاً مكوناً من 14 خطوة لتحقيق أهداف العلاج التالية: تعزيز التوجه الإيجابي للمشكلة، تقليل التوجه السلبي، تعزيز القدرة على تطبيق مهارات حلّ المشكلات العقلانية، تقليل الميل إلى تجنب حلّ المشكلات، التقليل من الميل إلى الإهمال والاندفاع. ويشمل النموذج خطوات في صورة مراحل تطبيقية مترابطة، تشمل: بناء العلاقة العلاجية، التقييم، تنمية الكفاءة الذاتية، تعريف المشكلة وصياغتها، توليد البدائل، اتخاذ القرار، تنفيذ الحلول، والتعميم الوقائي للمهارات.

ويؤكد دوبسون (Dobson, 2011) أن فاعلية العلاج بحلّ المشكلات تعتمد بدرجة كبيرة على جودة تطبيق هذه المراحل، وملاءمتها لحالة الفرد والسياق الذي يواجهه فيه الضغوط. حيث يُوصى باستخدامه في الحالات التي أثبتت البحوث فاعليته فيها، مثل الاكتئاب والقلق والأمراض المزمنة ودعم مقدمي الرعاية (Nezu et al., 2013) ومن بين التقنيات المستخدمة نموذج الخطوات الخمس – وتختصر بـ (ADAPT) – وهي ذات قيمة عند العمل مع العملاء لمساعدتهم على التعامل مع بيئتهم وإدارتها، وتشمل: التركيز على تبني اتجاه إيجابي، وتعريف المشكلة، وتوليد البدائل، والتنبؤ بالنتائج، وتجربة الحلّ الأنسب (Dobson, 2011). وتُعدّ خطوات حلّ المشكلات الخمس من الأدوات التطبيقية الفعّالة في حلّ المشكلات، إذ تساعد الأفراد على التكيف مع الضغوط وإدارة بيئاتهم الحياتية والمهنية بفاعلية. وقد طُوّرت هذه الخطوات بصيغة إجرائية مختصرة تسهّل استخدامها في مواجهة المشكلات (Sutton, 2021)، وتتلخص هذه الخطوات الخمس (Adapt) بالتالي:

- 1- **الاتجاه (Attitude):** تبدأ عملية حلّ المشكلات بتبني اتجاه إيجابي ومتفائل نحو المشكلة وعملية حلّها، حيث يُنظر إلى المشكلة بوصفها تحدياً قابلاً للإدارة وليس تهديداً، مما يعزز الدافعية ويقلل من الاستجابات الانفعالية السلبية.
- 2- **تعريف المشكلة (Define):** يتم في هذه المرحلة جمع المعلومات والحقائق ذات الصلة بالموقف الضاغط، وتحديد طبيعة المشكلة بدقة، مع التعرف على العوائق المحتملة، بما يسمح بفهم واضح يساعد على اختيار حلول واقعية.
- 3- **توليد البدائل (Alternatives):** يُشجّع الفرد على اقتراح مجموعة متنوعة من الحلول أو الاستجابات الممكنة، دون تقييم فوري، بهدف توسيع نطاق الخيارات المتاحة وزيادة المرونة المعرفية في التعامل مع المشكلة.

- 4- **التنبؤ بالنتائج (Predict)** : تُقيّم البدائل المقترحة من خلال التنبؤ بالنتائج الإيجابية والسلبية لكل خيار، واختيار البديل الأكثر احتمالاً لتحقيق الأهداف المرجوة وتعظيم الفوائد مع تقليل الآثار السلبية.
- 5- **التجربة والتقييم (Try out)** : تُنفذ الخطة المختارة عملياً، مع متابعة فاعليتها وتقييم نتائجها، واستخدام التعزيز الذاتي لدعم السلوك التكيفي. وفي حال عدم الرضا عن النتائج، يمكن العودة إلى الخطوة الأولى وإعادة النظر في الاتجاه أو الحلول المطروحة.

ويؤكد هذا النموذج الطابع الدينامي لعملية حلّ المشكلات، حيث يُسمح بالتعديل المستمر حتى الوصول إلى استجابة أكثر تكيفاً وفاعلية. كما يُستخدم الحوار الذاتي الإيجابي بوصفه أداة معرفية داعمة، تهدف إلى استبدال المعتقدات السلبية بأفكار واقعية داعمة، بما يعزز الشعور بالكفاءة والقدرة على المواجهة (Sutton, 2021). فعند التعامل مع عملاء يعانون من معتقدات سلبية حول الذات، تُعدّ العبارات الذاتية الإيجابية أداة علاجية فعّالة لمساعدتهم على تحدي التفكير السلبي واستبداله بأنماط تفكير أكثر تكيفاً. ويُشجّع العملاء على استخدام هذه العبارات – أو تطوير عبارات مشابهة خاصة بهم – كبديل للأفكار السلبية والمحبطة، بما يسهم في خفض التوتر وتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية (Dobson & Dozois, 2021)، ومن أمثلة العبارات (الحوار الذاتي الإيجابي عند مواجهة مشكلة) التي أشار إليها ساتون Sutton (2021)

- ✓ أستطيع حل هذه المشكلة، فقد واجهت مشكلات مشابهة من قبل ونجحت في التعامل معها.
- ✓ أمتلك القدرة على التكيف مع هذا الموقف.
- ✓ كل ما أحتاجه الآن هو أن أهدأ وأتنفس بعمق.
- ✓ عندما أبدأ، ستصبح الأمور أسهل.
- ✓ من حقي أن أعتني بنفسني وأضع حدوداً صحية.
- ✓ يمكنني طلب المساعدة عندما أحتاج إليها.
- ✓ لست وحدي؛ فهناك آخرون يمرّون بتجارب مشابهة.
- ✓ سأتعامل مع المشكلة خطوة بخطوة.
- ✓ أستطيع التحكم في مخاوفي وعدم السماح لها بالسيطرة عليّ.
- ✓ لست مضطراً لإرضاء الجميع على حساب نفسي.

ويرى الباحث أهمية تدريب مهارات حل المشكلات لممارسي التمريض حيث دورها في المساهمة بتعزيز المرونة النفسية وإدارة الإحترق النفسي المهني، انطلاقاً من كون المرونة النفسية تشير إلى قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الضغوط، والتعافي من الشدائد، والاستمرار في الأداء الفعّال رغم التحديات، فإن مهارات حلّ المشكلات بوصفها أحد المكونات المعرفية السلوكية الأساسية التي تدعم هذه القدرة التكيفية، فإن التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وإدراكها بوصفها تحديات قابلة للإدارة يسهم في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية والسيطرة، وهما عنصران أساسيان في بناء المرونة النفسية. كما أن القدرة على تعريف المشكلة بدقة، وتوليد بدائل متعددة للحل، واتخاذ قرارات مدروسة، تقلل من الإحساس

بالعجز، وتدعم المرونة المعرفية والانفعالية في مواجهة المواقف الضاغطة، وهو ما يعزز قدرة ممارسي التمريض على الصمود النفسي في البيئات عالية الضغط. كذلك يرى الباحث أن مهارات حلّ المشكلات يمكن أن يكون عاملاً مؤثراً في إدارة الإحترق النفسي عبر خفض الإرهاق الانفعالي من خلال مساعدة الممرض على التعامل المنهجي مع مصادر الضغط بدلاً من الاستنزاف الانفعالي المستمر. كما تحدّ من التبدل الانفعالي عبر تعزيز الشعور بالتحكم والمعنى في العمل، وتقليل الميل إلى التجنب أو الانسحاب النفسي. إضافة إلى ذلك، فإن النجاح المتكرر في التعامل مع المشكلات المهنية يعزز الإحساس بالكفاءة المهنية والإنجاز الشخصي. وعليه يرى الباحث أهمية إدماج التدريب على مهارات حلّ المشكلات ضمن برنامج التدخل التكاملية الموجّه للممرضين بكونه يشكل ركيزة أساسية في تعزيز المرونة النفسية والوقاية من الإحترق النفسي المهني من خلال دعم التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وتنمية الكفاءة الذاتية، وتحسين التكيف المعرفي والانفعالي، الأمر الذي يسهم في تحسين الصحة النفسية وجودة الأداء المهني.

### تقنيات الاسترخاء (Relaxation Techniques)

هي مجموعة من الأساليب والتمارين المضادة لتأثير استجابة "الكر أو الفر". تعمل على تقليل التوتر، وتحفيز الاستجابة الفسيولوجية للهدهو، وتعزيز التوازن العصبي والنفسي. و من أمثلتها التنفس العميق، والإسترخاء العضلي التدريجي، والتأمل، والتصور الذهني (Karoly, 1993). وتعود تلك التقنيات الى عدة نظريات، من أبرزها نظرية الاستجابة للاسترخاء – (Relaxation Response Theory) التي طورها هيربرت بنسون (Benson, 1975)، وكذلك نموذج التحكم الذاتي للجهاز العصبي (Autonomic Self-Regulation Model) (McEwen, 2007).

تُعدّ مهارات الاسترخاء من الأدوات العلاجية الفعالة في التعامل مع الضغط النفسي، والقلق، والغضب، إذ تتميز بسهولة تطبيقها، كما أنها من بين القلائد من التقنيات النفسية التي توفّر إحساساً فورياً نسبياً بالارتياح من الأعراض المصاحبة للاضطرابات النفسية والانفعالية (Harvard Medical School, 2016). ومع تراكم الخبرة السريرية، يطور المعالجون النفسيون أساليبهم الخاصة في تعليم مهارات الاسترخاء، من خلال إعداد نصوص إرشادية وتمارين عملية تتلاءم مع احتياجات المستفيدين. وتستند هذه الممارسات إلى مزيج من الخبرة المهنية والأدلة البحثية التجريبية التي أثبتت فاعلية تقنيات الاسترخاء في خفض مستويات التوتر وتنظيم الاستثارة الفسيولوجية والانفعالية (McCallie et al., 2006).

لا يمكن فهم مهارات الاسترخاء أو الاستفادة منها بصورة فعّالة دون امتلاك معرفة أساسية حول استجابة الضغط النفسي. فبدون هذا الإطار المفاهيمي، قد تبدو تقنيات الاسترخاء مجرد ممارسات مريحة مؤقتة، دون إدراك لوظيفتها العلاجية الأعمق. لذلك يُعدّ التنقيف النفسي حول الاستجابة الحادة للضغط، المعروفة باستجابة الكرّ أو الفرّ (Fight-or-Flight Response)، نقطة انطلاق أساسية في تعليم مهارات الاسترخاء، مع مراعاة الخصائص الفردية لكل فرد (Therapistaid, 2025)، ويمكن تلخيص هذه الإستجابة كالتالي:

### استجابة الضغط النفسي (الكرّ أو الفرّ)

تشير استجابة الكرّ أو الفرّ إلى تفاعل فسيولوجي وانفعالي تلقائي يحدث عند إدراك الفرد لوجود تهديد، سواء كان هذا التهديد حقيقياً أو متخيلاً. ولا يقتصر مفهوم "التهديد" هنا على الأخطار الجسدية، بل يشمل أيضاً التهديدات النفسية والاجتماعية، مثل الخوف من الإحراج أو الفشل، كما في حالة إلقاء خطاب أمام الآخرين. تهدف هذه الاستجابة إلى إعداد الجسم لمواجهة الخطر أو الهروب منه، وذلك عبر سلسلة من التغيرات الجسدية التي تشمل: تسارع معدل ضربات القلب، التعرّق، التنفّس السريع والسطحي، صعوبة التركيز والتفكير المنطقي، الارتجاف، شدّ العضلات. وعلى الرغم من أن هذه الأعراض تؤدي وظيفة تكيفية مهمة في حالات الخطر الفعلي، فإن تكرارها المفرط أو ظهورها في مواقف غير مهذّدة (كالامتحانات، أو العروض التقديمية) قد يسهم في زيادة القلق وتقادم الضغوط النفسية.

## استجابة الاسترخاء (The Relaxation Response)

في مقابل استجابة الكرّ أو الفرّ، تظهر استجابة الاسترخاء، والتي تعمل على إعادة الجسم إلى حالة من التوازن والهدوء، من خلال خفض الاستثارة الفسيولوجية المصاحبة للضغط النفسي. وتُستخدم تقنيات الاسترخاء تحديداً من أجل تنشيط هذه الاستجابة، بما يسهم في تقليل أعراض القلق والتوتر.

ورغم أن استجابتي الكرّ أو الفرّ والاسترخاء ليستا نقيضين تامين من الناحية البيولوجية، فإنهما تمثلان عمليتين متعاكستين وظيفياً في سياق القلق مقابل الهدوء، وهو ما يبرّر الاعتماد على تقنيات الاسترخاء كوسيلة علاجية فعّالة في تنظيم الانفعالات. وتُستخدم مهارات الاسترخاء بعد شرح استجابات الضغط والاسترخاء، و مساعدة العميل على ربط هذه المفاهيم بخبرته الشخصية، من خلال تحديد نوع الانفعالات التي يعاني منها (كالقلق أو الغضب أو التوتر)، والأعراض الجسدية والمعرفية المصاحبة لها (McCallie et al., 2006). كلما زادت قدرة الفرد على التعرف المبكر على المثيرات وعلامات الإنذار، زادت احتمالية استخدامه لمهارات الاسترخاء في الوقت المناسب. أما في حال ضعف الوعي بهذه الإشارات، فقد يلجأ إلى مهارات الاسترخاء بعد تصاعد الاستجابة الانفعالية، مما يقلّل من فعاليتها (Harvard Medical School, 2016). ويسهم تحديد مواقف الاستخدام المناسبة (مثل القلق الصباحي قبل العمل، أو التوتر قبيل العروض المهنية، أو الضغط المستمر خلال اليوم) في اختيار تقنيات الاسترخاء الأكثر ملاءمة، وفي تعزيز التزام المستفيد بالممارسة المنتظمة (Therapistaid, 2025).

## ممارسة مهارات الاسترخاء (Practicing Relaxation Skills)

تعدّ الجلسات العلاجية سياقاً مناسباً لتعليم مهارات الاسترخاء، إلا أن الممارسة المحدودة داخل الجلسة وحدها لا تكفي لتحقيق الفوائد العلاجية المرجوة. وتشير الخبرة السريرية والأدلة البحثية إلى أن الاستفادة الحقيقية من مهارات الاسترخاء تتطلب ممارسة منتظمة ومتكررة على مدار عدة جلسات، إضافة إلى التدريب الذاتي اليومي في البيئة المنزلية. ولهذا، يُوصى بأن يعمل المعالج بالتعاون مع العميل على وضع خطة تدريب منزلية واضحة، تتضمن توقيتات محددة وأساليب عملية، مع تزويد المستفيد بالأدوات اللازمة مثل: نصوص إرشادية للاسترخاء العضلي التدريجي، أو تسجيلات صوتية، أو مواد مرئية لتدريب التنفس العميق، بما يضمن استمرارية التطبيق ودقته (Therapistaid, 2025). وفي البرنامج التكاملي لهذه الدراسة تم اقتراح تقنيات الإسترخاء التالية، وهي:

**1- التنفس العميق (Deep Breathing):** وهي تقنية تستخدم لتقليل التوتر وتنظيم الاستجابة الفسيولوجية للضغوط من خلال التدريب على ضبط إيقاع التنفس من خلال التدريب على ممارسته كالتالي: الاستنشاق عبر الأنف لمدة 4 ثوانٍ، ثم حبس النفس لمدة 4 ثوانٍ، ثم الزفير ببطء عبر الفم لمدة 6 ثوانٍ، مع تكرار الدورة التنفسية. تعتمد هذه التقنية على تنظيم التنفس مما يساعد في تنشيط الجهاز العصبي اللاودي (Parasympathetic Nervous System) المسؤول عن الاسترخاء (Weil, 1999).

يُعدّ التنفس العميق - والذي يُعرف أيضاً بالتنفس الحجابي أو التنفس البطني - من أكثر مهارات الاسترخاء سهولة ومرونة في التطبيق. كما يميّز بطبيعته غير المفلتة، مما يجعله مناسباً للاستخدام في مواقف متعددة داخل العمل أو الحياة اليومية.

ويمكن فهم لماذا يُعدّ التنفس العميق فعالاً؟ بالعودة الى فهم ما يحدث في استجابة الكرّ أو الفرّ حيث يترافق معها تنفس سريع وسطحي، وهو ما يسهم في زيادة الاستثارة الفسيولوجية. ويعمل التنفس العميق على عكس هذا النمط من خلال إبطاء معدل التنفس وزيادة عمقه، مما يؤدي إلى تنشيط استجابة الاسترخاء. فسيولوجياً، يُحسّن التنفس العميق من عملية تبادل الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون، الأمر الذي ينعكس في: خفض معدل ضربات القلب، تقليل ضغط الدم، تعزيز الإحساس العام بالهدوء والاسترخاء. إضافة إلى ذلك، يعمل التنفس العميق كوسيلة إلهاء معرفي إيجابي، حيث يحوّل الانتباه مؤقتاً بعيداً عن مصدر الانفعال السلبي، بطريقة مشابهة لأسلوب "العُدّ حتى عشرة"، ولكن مع فوائد فسيولوجية وانفعالية أعمق. وتتم ممارسة التنفس العميق كالتالي:

1. الجلوس في وضعية مريحة، مع إمكانية إغماض العينين لمن يرغب بذلك.  
(يمكن وضع يد على البطن حيث يساعد ذلك على الإحساس بحركة التنفس ويعزز التنفس العميق الصحيح).
2. أخذ شهيق بطيء عبر الأنف لمدة تقارب 4 ثوانٍ.
3. الإحتفاظ بالهواء داخل الرئتين دون إجهاد لمدة 4 ثوانٍ تقريباً.
4. الزفير ببطء عبر الفم مع ضم الشفتين لمدة 6 ثوانٍ. (يمكن التدريب على الزفير عبر "مصاصة" Straw لتسهيل الإبطاء)
5. تكرار الدورة التنفسية لمدة لا تقل عن دقيقتين، ويفضّل الاستمرار من 5 إلى 10 دقائق لتحقيق فوائد أكبر.

تجدر الإشارة أنه يميل كثير من الأفراد إلى التنفس السريع والسطحي، حتى أثناء محاولة ممارسة التنفس العميق. لذلك، من الضروري التأكيد على الالتزام بتوقيت الشهيق والزفير، باستخدام ساعة أو تسجيل صوتي إرشادي. كما يُنصح بممارسة التنفس العميق في فترات الهدوء وليس فقط أثناء القلق، إذ تُظهر الممارسة المنتظمة آثاراً ممتدة تسهم في خفض مستويات القلق حتى بعد ساعات من التطبيق، وتُعزّز إتقان المهارة عند الحاجة الفعلية لها (Therapistaid, 2025).

## 2- الاسترخاء العضلي التدريجي (Progressive Muscle Relaxation – PMR)

العديد من المواقف يمكن أن تجعل الفرد يشعر بالتوتر. يمكن أن تكون ضغوطات محددة، مثل مشاكل العمل، أو قضايا أخرى، مثل القلق أو الاكتئاب. يمكن أن يتسبب ذلك في توتر عضلاتك ويصبح التنفس أسرع وأقل عمقاً. يرتبط توتر العضلات بالتوتر والقلق والخوف. وهو جزء من عملية تساعد الجسم على الاستعداد للمواقف التي يحتمل أن تكون خطيرة. وعلى الرغم من أن بعض هذه المواقف قد لا تكون خطيرة، إلا أن الجسد يستجيب بنفس الطريقة. دون ملاحظة حتى أن العضلات أصبحت متوترة. ويمكن أن يسبب توتر العضلات آلاماً في العضلات ويجعل الفرد يشعر بالإرهاق. وهنا تأتي أهمية الاسترخاء العضلي التدريجي الذي يساعد على تعلم كيفية استرخاء العضلات (Health New Zealand, 2025).

الإسترخاء العضلي التدريجي هي تقنية تهدف إلى تقليل التوتر والقلق من خلال شدّ مجموعات العضلات المختلفة في الجسم ثم إرخائها بشكل متتابع. تعتمد هذه الطريقة على العلاقة بين التوتر الجسدي والقلق النفسي، حيث أن تقليل التوتر العضلي يؤدي إلى انخفاض الاستتارة العصبية وتحقيق حالة من الاسترخاء العميق. وقد ابتكرها الدكتور إدموند جاكوبسون (Edmund Jacobson) منذ 1938 ومازالت معتمدة على نطاق واسع في العلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والتوتر والضغط النفسية، ومازال في بعض البحوث يطلق عليها الإسترخاء العضلي التدريجي لجاكوبسون (Hayes-Skelton et al., 2013).

يتطلب الاسترخاء العضلي التدريجي وقتاً أطول مقارنة بالتنفس العميق، كما أنه أقل ملاءمة للاستخدام في المواقف العامة، إلا أن تأثيره العلاجي غالباً ما يكون قوياً وعميقاً. تعتمد هذه التقنية على شدّ مجموعات عضلية محددة ثم إرخائها بالتتابع، مما يساعد الفرد على التعرف الواعي على التوتر العضلي والتدرّب على تحريره. ويمكن دمج تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي مع تمارين التنفس العميق أو التخيل العقلي الموجّه، بما يعزز من فعاليتها العلاجية. ويُستخدم في ذلك دليل إرشادي صوتي أو لفظي يقود الفرد خلال خطوات التطبيق، بدءاً من عضلات

الرأس أو القدمين، ثم الانتقال تدريجيًا عبر مختلف أجزاء الجسم. ويهدف هذا التسلسل المنظم إلى زيادة الوعي الجسدي بحالات الشد والاسترخاء، وتعزيز القدرة على التفرغ التدريجي للتوتر العضلي (Therapistaid, 2025). تشير الأدبيات النفسية والطبية إلى أن الانتظام في ممارسة تقنيات الاسترخاء، وبخاصة الاسترخاء العضلي التدريجي، قد يرتبط بعدد من الفوائد الصحية والنفسية، من أبرزها: التخفيف من أعراض القلق، خفض مستويات الضغط النفسي المرتبط بالعمل، المساهمة في خفض ضغط الدم، تحسين جودة النوم. وتُظهر الأبحاث وجود علاقة بين الاسترخاء وخفض ضغط الدم، ويُعزى ذلك إلى الدور الذي يلعبه الضغط النفسي المزمن بوصفه عاملاً مساهماً في ارتفاع ضغط الدم (Proctor & Benson, 2010).

و أظهرت نتائج مراجعة منهجية شملت ما مجموعه (46) دراسة منشورة من ست عشرة دولة، تناولت عينات تجاوز عددها (3402) فردًا من البالغين. وأظهرت النتائج أن تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي فعالة في خفض مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى البالغين. كما بيّنت النتائج أن دمج الاسترخاء العضلي التدريجي مع تدخلات نفسية أخرى يؤدي إلى تعزيز ملحوظ في الفاعلية العلاجية، حيث تفوقت التقنيات المدمجة على تطبيق الاسترخاء العضلي التدريجي بشكل منفرد. وتشير هذه النتائج إلى أن فعالية هذه التقنية تبلغ ذروتها عند توظيفها ضمن برامج تدخل متعددة المكونات، مقارنة باستخدامها كإجراء علاجي مستقل (Muhammed et al., 2024).

ويمكن أتلخيص كيف تعمل تقنية الإسترخاء العضلي التدريجي خلال الرجوع الى استجابة الضغط النفسي، حيث يحدث توتر عضلي لا إرادي قد يستمر لفترات طويلة، مما يؤدي إلى آلام جسدية وإجهاد عضلي. وهنا تأتي أهمية ودور الاسترخاء العضلي التدريجي الذي يعمل على: زيادة الوعي بالإشارات الجسدية للتوتر، تدريب الفرد على التفريق بين حالي الشد والاسترخاء، إحداث حالة من الاسترخاء الجسدي والانفعالي المتكامل. ويتم تطبيق الاسترخاء العضلي بالتدرج التالي:

1. الجوس أو الإستلقاء في وضعية مريحة، مع إغماض العينين إن كان ذلك مناسباً.

2. البدء بالقدمين، وملاحظة مستوى التوتر أو الاسترخاء فيهما.

3. شد عضلات القدمين (بثني الأصابع مثلاً) لمدة 10-5 ثوانٍ.

4. إرخاء العضلات ببطء وملاحظة الفرق بين التوتر والاسترخاء.

5. الانتقال تدريجيًا إلى بقية أجزاء الجسم بالترتيب الآتي:

- الساقان - الحوض - البطن - الصدر - الظهر - الذراعان - اليدين - الرقبة - الوجه

6. يُفضّل ممارسة التمرين يوميًا، حتى في غياب التوتر اللحظي.

تُظهر الممارسة المنتظمة لـ إسترخاء العضلي التدريجي آثارًا تراكمية، حيث يمتد الشعور بالاسترخاء إلى ما بعد انتهاء التمرين، ويمكن الإستعانة باستخدام مواد صوتية أو مرئية إرشادية عند التطبيق الفردي (Therapistaid, 2025).

ويرى الباحث أنه في ضوء الفوائد الصحية والنفسية التي تطرقت لها الأدبيات ونتائج الدراسات حول تقنيات الإسترخاء و بشكل أخص تقنية التنفس العميق والإسترخاء العضلي التدريجي، فإن هذه التقنيات مكونًا أساسيًا تكتسب أهمية خاصة في برامج التدخل المعرفية السلوكية الوقائية والعلاجية الموجهة للعاملين في المهن الصحية، مثل الممرضين، الذين يتعرضون لمستويات مرتفعة من الضغط النفسي واضطرابات النوم

وأعراض الاحتراق النفسي المهني. إذ تستهدف خفض التوتر العضلي المزمن، وتنظيم الاستثارة الفسيولوجية. وتزداد فعاليتها عند ممارستها بانتظام.

### ثالثاً: - نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) Acceptance Commitment Therapy

هو نموذج علاج نفسي قائم على مبادئ سلوكية معرفية. وقد طوره ستيفن هايز (Steven Hayes) وآخرون (1999). ويهدف إلى تزويد الأفراد بالمهارات اللازمة للتعامل مع المشاعر والأفكار بطريقة أكثر مرونة. ويركز على تقبل الفرد لتجاربه العاطفية السلبية بدلاً من رفضها، والتصرف بما يتماشى مع قيمه. ولتحقيق ذلك ويركز هذا النموذج على ستة عمليات أساسية، تعمل على إرشاد الأفراد إلى تطوير التسامح تجاه تجاربهم الداخلية وتحديد أهداف تستند إلى القيم والالتزام بتحقيقها. ويهدف إلى تحسين جودة حياة الفرد من خلال التركيز على تعزيز المرونة النفسية والوعي وتطوير مهارات للتعامل مع صعوبات وتحديات الحياة.

يُعدّ العلاج بالتقبل والالتزام أحد المداخل الحديثة الموجهة باليقظة الذهنية، ويستند إلى مقارنة انتقائية ذات طابع إنساني، تهدف إلى مساعدة الأفراد على تقبل الخبرات النفسية المؤلمة بدلاً من مقاومتها، والانخراط في حياة ذات معنى وقيم واضحة. وعلى خلاف بعض الاتجاهات النفسية التقليدية التي تنطلق من مفهوم "السواء النفسي" كمعيار أساسي، ينطلق العلاج بالتقبل والالتزام من افتراض أن ما يُسمّى بـ«اللاسواء» أو المعاناة النفسية هو جزء طبيعي من التجربة الإنسانية، وأن التغيير الحقيقي لا يتحقق من خلال الإلغاء أو القمع، بل عبر التقبّل الواعي والانفتاح النفسي. ويركز على إحداث التغيير من خلال القبول بدل الصراع، بما يعزّز المرونة النفسية ويُسهّم في تحويل المعاناة إلى دافع للفعل الإيجابي. وتؤدي مجموعة التقنيات والتدخلات المستخدمة فيه إلى تنمية المرونة النفسية (Psychological Flexibility)، وهو ما ينعكس في سلوكيات أكثر تكيفاً وخيارات حياتية أكثر اتساقاً مع القيم الشخصية (Chowdhury, 2019). ويُعرّف العلاج بالتقبل والالتزام بوصفه أحد أشكال العلاج النفسي الذي يتمحور حول التكيف والمرونة النفسية الكاملة. ويعكس اسمه جوهر فلسفته العلاجية، حيث يقوم على ركنين أساسيين:

1. **التقبّل (Acceptance):** تقبّل الألم النفسي، والإخفاقات، والاضطرابات، بوصفها خبرات إنسانية طبيعية.

2. **الالتزام (Commitment):** الالتزام بالتغيير الإيجابي، والانخراط في سلوكيات هادفة تُعبّر عن القيم الشخصية.

وفي أبسط صورته، يهدف إلى مساعدة الأفراد على الإقرار بصعوباتهم النفسية دون تجنبها، ثم المضي قدماً في حياتهم دون أن تهيم عليهم الأفكار أو المشاعر السلبية. وغالباً ما يُربط العلاج بممارسات اليقظة الذهنية وإعادة تنظيم العلاقة مع الأفكار، وليس تغيير محتواها بالضرورة، بما يسمح بالإستمرار في السلوك الموجه بالأهداف. حيث يتمحور الهدف العلاجي الأساسي حول تعليم الأفراد مهارات تساعدهم على التعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة دون الوقوع في أسرها، واكتساب وعي أعمق بما هو ذي قيمة حقيقية في حياتهم. ويتسم العلاج بكونه علاجاً موجّهاً بالأهداف، يركّز على الحلول، ويتبع نهجاً منظماً ومتدرجاً لمساعدة العملاء على تحقيق حياة ذات معنى. ويمكن توظيف هذا العلاج مع أفراد من مختلف الأعمار والخلفيات، سواء كعلاج مستقل أو بالدمج مع مداخل علاجية أخرى (Therapistaid, 2025). وقد أثبتت فعاليته لدى حالات مثل: الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والاضطرابات المزاج، أو من مزوا بخبرات حياتية ضاغطة، مثل فقدان العمل أو الطلاق أو فقدان، أو المرضى الذين يعانون من أعراض شديدة مثل الهلوس أو الاضطرابات الوجدانية، أو الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض والشكوك، أو من يعانون من القلق الاجتماعي، والوساوس، والأفكار والمعتقدات، والمهنيين الراغبين في إحداث تحول معرفي وسلوكي وتغيير طريقة تفكيرهم لرفع إنتاجيتهم في العمل، والأزواج الذين يواجهون صعوبات في استعادة التوازن في العلاقة الزوجية (Hayes et al., 1996; Gaudiano & Herbert, 2006; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006; Jacobson & Christensen, 1996). كما

أثبت العلاج بالتقبل والإلتزام فاعلية كبيرة في العلاج الجماعي، حيث يوفر بيئة داعمة تعزز الإلتزام والمساءلة. ويسهم التفاعل الجماعي في التنفيس الإنفعالي، وتبادل الخبرات، واكتساب رؤى جديدة من خلال الإستماع إلى تجارب الآخرين. كما تشير الأدبيات إلى أن الإلتزام العلني بالسلوك يزيد من احتمالية الإستمرار فيه (Gaudiano, 2009). كما أظهرت التدخلات الجماعية القائمة على العلاج بالتقبل والإلتزام قدرتها على خفض أعراض القلق والاكتئاب (Ferreira et al., 2022). ويساعد مكوّن اليقظة الذهنية في العلاج بالتقبل والإلتزام على تجاوز الشكوك والمعتقدات السلبية، مما يسهم في التعافي بشكل أسرع وأكثر استدامة (Hayes, 2005).

### الإطار النظري والعمليات الأساسية في العلاج بالتقبل والإلتزام:

يرتكز الإطار النظري للعلاج بالتقبل والإلتزام على تلبية الحاجة الإنسانية الأساسية للسعادة والمعنى. ويقوم على مساعدة الأفراد في تقبل جوانب القصور والضعف لديهم، وتعلم تجاوز المشاعر غير المرغوبة دون مقاومتها أو إنكارها. ويتمحور العلاج حول تعزيز المرونة النفسية من خلال ست عمليات أساسية مترابطة ومتداخلة، تهدف مجتمعة إلى زيادة الوعي الذاتي وتنمية القدرة على التكيف النفسي (Harris, 2006)، يمكن تلخيصها بالتالي:

- 1- التقبّل (Acceptance)** يشير التقبّل إلى الاعتراف الكامل بالمشاعر والأفكار المؤلمة دون محاولة تغييرها أو الهروب منها. فبدلاً من محاربة الأفكار الوسواسية أو المؤلمة، يتعلم الفرد ملاحظتها كخبرات ذهنية عابرة، حتى وإن كانت مزعجة أو غير منطقية.
- 2- فك الإدماج المعرفي (Cognitive Defusion)** يهدف هذا المكوّن إلى تقليل تأثير الأفكار السلبية من خلال تغيير العلاقة معها، وليس محتواها. ويُشجّع الأفراد على تسمية أفكارهم أو تكرارها بصوت مرتفع أو تصنيفها، مما يحدّ من قوتها الانفعالية. ويرى العلاج بالتقبل والإلتزام أن تغيير كيفية تعاملنا مع معتقداتنا أكثر فاعلية من محاولة تعديلها مباشرة.
- 3- اليقظة الذهنية (Mindfulness)** تُعدّ اليقظة الذهنية حجر الأساس في العلاج بالتقبل والإلتزام، حيث تُعزّز الحضور الواعي في اللحظة الراهنة، وتساعد على مواءمة الأفكار والسلوكيات مع الواقع الحالي بدل الانغماس في الماضي أو القلق بشأن المستقبل.
- 4- الذات كسياق ومفهوم وعملية (Self-as-Context)** ينظر إلى الذات من ثلاثة أبعاد:

- الذات كسياق: الوعي بالذات في علاقتها بالزمان والمكان والآخرين.
- الذات كمفهوم: المعتقدات العميقة حول الهوية.
- الذات كعملية: الإدراك المتغير للذات عبر الزمن.

ويهدف العلاج إلى تحقيق توازن بين هذه الأبعاد، بما يسمح للفرد بالتعامل بمرونة مع الخبرات الانفعالية.

- 5- القيم (Values)** تُعدّ القيم عنصراً محورياً في العلاج بالتقبل والإلتزام، حيث يُساعد الأفراد على تحديد ما هو مهم فعلاً في حياتهم، واختيار أهدافهم بما يتسق مع منظومتهم القيمية.

- 6- الفعل الملتزم (الإلتزام) (Committed Action)** يركّز العلاج على السلوك الموجّه بالقيم، من خلال اكتساب مهارات وسلوكيات جديدة، والإلتزام بتطبيقها بصورة متسقة، بما يحدّ من الأنماط السلوكية غير التكيفية (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012).

ويرى الباحث أهمية دمج مكونات العلاج بالتقبل والالتزام انطلاقاً من مفهومه المركزي الذي يقوم على المرونة النفسية (Psychological Flexibility)، حيث يُعرّفها هاييز وآخرون (Hayes et al., 2006) بأنها قدرة الفرد على التواصل مع اللحظة الراهنة بوعي وانفتاح، واتخاذ سلوكيات متسقة مع القيم الشخصية، رغم وجود أفكار أو مشاعر مؤلمة (Hayes et al., 2006). و يُعد هذا المفهوم ذا أهمية خاصة في البيئات المهنية الضاغطة، مثل المجال التمريضي، التي تتسم بتكرار المواقف الصادمة، وضغط الوقت، وكثافة الأعباء الانفعالية. وفي هذا السياق، لا يسعى هذا العلاج إلى إزالة الضغوط المهنية أو الأفكار السلبية المرتبطة بها، وإنما يركّز على تغيير علاقة الممرض بهذه الخبرات، بما يسمح له بمواصلة الأداء المهني الفعّال دون الوقوع في فخ الاستنزاف النفسي.

### رابعا: العلاج الجدلي السلوكي “DBT” Dialectical Behavior Therapy

إلى جانب العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج القائم على اليقظة الذهنية يُصنّف العلاج الجدلي لسلوكي ضمن الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية. حيث يركّز على مساعدة الأفراد على التكيف مع الضغوط والانفعالات المكتفة بدل السعي فقط إلى التعديل المعرفي. ويولي اهتماماً خاصاً بالاضطرابات التي تتسم بـ: الاندفاعية، و عدم استقرار الانفعالات، والسلوكيات الخطرة أو المؤذية للذات. يساعد الأفراد على تعلم واستخدام مهارات واستراتيجيات جديدة حتى يتمكنوا من بناء حياة يشعرون أنها تستحق العيش (CAMH, 2025). وقد بدأ تطويره في الأصل لعلاج اضطرابات الشخصية، وتحديد اضطراب الشخصية الحدية، إضافة إلى الصعوبات المرتبطة بالعلاقات البيئشخصية والسلوكيات الاندفاعية. وتشير الأدلة البحثية إلى فعاليته في علاج اضطرابات المزاج، والأفكار الانتحارية، وأنماط السلوك المؤذي للذات، واضطرابات التعاطي (Tartakovsky, 2021).

وقد طوّرت هذا المدخل العلاجي الباحثة مارشا م. لينهان (Marsha Linehan, 1991)، والتي عرّفته بأنه: تكامل أو تركيب للأضداد، في إشارة إلى المزج بين استراتيجيات التقبل من جهة، واستراتيجيات التغيير السلوكي والمعرفي من جهة أخرى. ويعكس هذا التوجّه الفلسفة الجدلية التي تقوم على أطروحة ونقيضها، ثم الوصول إلى تركيب توافقي بينهما (Linehan, 1993).

### الأساس النظري للعلاج الجدلي السلوكي:

انبثق العلاج الجدلي السلوكي نتيجة إخفاق المحاولات الأولى لتطبيق بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات المزمنة من السلوك الانتحاري (Linehan & Dimeff, 2001). ومن هنا، برز هذا المدخل ليعالج القصور في تلك النماذج من خلال التركيز على التنظيم الإنفعالي وتحمل الضغوط والعلاقة العلاجية التقبّلية. وقد طوّرت مارشا لينهان Marsha Linehan في ثمانينيات القرن الماضي في الأساس لعلاج الأفراد الذين يعانون من أفكار انتحارية متكررة، وكان كثير منهم مصاباً باضطراب الشخصية الحدية. ويتميّز هذا الاضطراب بعدة سمات، من أبرزها: اضطراب صورة الذات، شدة الانفعالات وعدم استقرارها، الاندفاعية، صعوبات العلاقات البيئشخصية، التفكير الثنائي (الأبيض-الأسود). ويعكس مصطلح "الجدلي" (Dialectical) جوهر هذا العلاج، والمستمد من الفلسفة الجدلية التي تقوم على ثلاث مسلّمات رئيسية: (1) جميع الظواهر مترابطة، (2) التغيير عملية مستمرة وحتمية، (3) يمكن دمج الأضداد للوصول إلى فهم أعمق للحقيقة. وبناءً على ذلك، تفترض فلسفة العلاج أن التقبل والسعي للتغيير ليسا متناقضين؛ بل يمكن أن يكونا حاضرين في الوقت نفسه. فقبول الفرد لذاته ووضعها الحالي لا يتعارض مع العمل على النمو والتطور. وبناءً على الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي، أدخلت تدخلات قائمة على القبول والتنظيم الانفعالي، ما أدى إلى تأسيس علاج جدلي سلوكي قائم على فلسفة جدلية تسعى إلى تحقيق توازن دينامي بين استراتيجيات التغيير واستراتيجيات القبول (Linehan et al., 1991). وبناءً عليه، يُعد علاجاً متمركزاً حول الانفعال، يهدف إلى تقليل أنماط الاستجابة غير الفعّالة المصاحبة للانفعالات غير المنظمة، وتحسين جودة الحياة (Lynch et al., 2006). ويستند العلاج إلى النموذج الحيوي-الاجتماعي، الذي يفسّر نشأة

الاضطرابات النفسية بوصفها نتيجة تفاعل بين: استعدادات بيولوجية (مثل الحساسية الانفعالية المرتفعة)، وبيئات اجتماعية مُبطلة أو غير داعمة، مما يؤدي إلى استمرار الأعراض وتفاقمها (Linehan, 1993).

أثبتت البحوث أنه هو أكثر العلاجات دراسة وفاعلية في علاج اضطراب الشخصية الحدية، حيث أظهرت أول تجربة سريرية عشوائية انخفاض معدلات: السلوكيات الانتحارية، الدخول المتكرر للمستشفيات النفسية، الانسحاب من العلاج، مقارنةً بالعلاج التقليدي (Linehan & Dimeff, 2001; Chapman, 2006). إضافة إلى ذلك، تم تطبيقه بنجاح في علاج: الاكتئاب واضطرابات المزاج، الأفكار الانتحارية والسلوكيات المؤذية للذات، واضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب الأكل، تعاطي المخدرات والكحول، اضطراب ما بعد الصدمة المعقد خاصة فيما يتعلق بصعوبات التنظيم الانفعالي (Tartakovsky, 2021). ويهدف إلى مساعدة الأفراد - خصوصًا أولئك الذين يواجهون تحديات نفسية معقدة - على بناء حياة يشعرون بأنها ذات قيمة ومعنى. يركز العلاج الجدلي السلوكي على مساعدة الفرد في تحديد ملامح الحياة التي يرغب في عيشها، ثم تعلّم المهارات العملية التي تمكنه من تحقيق ذلك. وعلى الرغم من أنه يُستخدم على نحو شائع للتعامل مع اضطرابات نفسية عديدة، إلا أنه يمكن أن يكون مفيدًا لمشكلات وصعوبات عديدة يمكن أن يعاني منها الفرد، حيث يمكن أن يكون مفيدًا للأفراد الذين يعانون من صعوبة في ضبط انفعالاتهم، يختبرون تقلبات مزاجية حادة، يشعرون بالفراغ أو فقدان المعنى، لم يستفيدوا من مداخل علاجية سابقة، يلجؤون إلى استراتيجيات تأقلم عالية الخطورة. وحيث تؤثر الأعراض النفسية سلبًا في جودة الحياة أو الصحة أو العلاقات الاجتماعية، فإن العلاج الجدلي السلوكي يُعد من المداخل العلاجية الموصى بها. ويتمثل الهدف النهائي في مساعدة الفرد على عيش حياة ذات معنى يشعر بالرضا عنها (Tartakovsky, 2021).

### كيف يعمل العلاج الجدلي السلوكي؟

ينطلق العلاج الجدلي السلوكي من الأسس العامة للعلاج المعرفي السلوكي، الذي أثبتت فعاليته مئات الدراسات التحليلية والتجريبية (Hofmann et al., 2012). وفي الوقت الذي يركز فيه العلاج السلوكي المعرفي على مساعدة الأفراد على تغيير أنماط التفكير غير المفيدة، يأخذ العلاج الجدلي السلوكي أفكار العلاج السلوكي المعرفي أو أنماط التفكير غير المفيدة الصعبة، ولكنه يضيف عناصر إضافية مثل اليقظة الذهنية والقبول والتسامح مع الضيق ومهارات التعامل مع الآخرين لتمنح الفرد المزيد من الأدوات للتعامل مع المواقف الصعبة (Safilian-Hanif, 2024).

وكما هو الحال في العلاج المعرفي السلوكي، يركّز العلاج الجدلي السلوكي على: تحديد الأهداف ذات المعنى للفرد، تعلّم مهارات عملية لتجاوز العوائق، وتعديل أنماط التفكير والسلوك غير التكيفية. ويرتكز العلاج الجدلي السلوكي على مبدأ التوازن بين القبول والتغيير:

- **القبول:** أي التحقق من صحة مشاعر الفرد وخبراته دون حكم أو إنكار،
- **التغيير:** أي العمل على تعديل السلوكيات غير التكيفية واستبدالها بسلوكيات صحية.

ويحرص المعالج على بناء علاقة علاجية داعمة، بحيث يُنظر إليه كحليف متفهم لا كناقذ أو خصم، خلافًا لبعض الأساليب العلاجية السابقة التي ركزت فقط على التغيير، مما جعل المرضى يشعرون بالتقليل أو عدم الفهم (Linehan & Dimeff, 2001) ويرتكز على أداء وظائف علاجية أساسية تتمثل في: تنمية القدرات: من خلال تدريب مهارات تنظيم الانفعال، واليقظة الذهنية، والفعالية بينشخصية، وتحمل الضغوط، تعميم المهارات: عبر نقل المهارات المكتسبة إلى الحياة اليومية، تعزيز الدافعية وتقليل السلوكيات غير التكيفية: باستخدام بطاقات المتابعة اليومية وتحديد أولويات التدخل، بناء بيئة داعمة للتغيير: من خلال تعديل العوامل البيئية التي تعزز السلوكيات غير التكيفية (Linehan, 1993).

يتميز العلاج الجدلي السلوكي بتدريب المهارات من خلال أربع وحدات أساسية، هي التالي:

### 1- مهارات اليقظة الذهنية (Mindfulness)

تُعَدُّ اليقظة الذهنية حجر الأساس في العلاج الجدلي السلوكي، وتهدف إلى تعزيز الوعي باللحظة الراهنة دون إصدار أحكام على الذات أو الآخرين. والانتباه للأفكار والمشاعر والإحساسات الجسدية دون محاولة السيطرة عليها (Pederson, 2014). ويُشار إليها حالة العقل الحكيم (Wise Mind) بوصفها نتاج التكامل بين العقل الانفعالي والعقل العقلاني. وتهدف هذه المهارات إلى تعزيز الوعي، والتركيز على خبرة واحدة في كل مرة (Tartakovsky, 2021).

### 2- مهارات تحمّل الضغوط (Distress Tolerance)

تركز هذه المهارات على تعلّم تحمّل الألم النفسي في المواقف الضاغطة دون اللجوء إلى سلوكيات مؤذية، من خلال التقبّل الجذري، والتهنئة الذاتية، والتشتيت الصحي (Pederson, 2015). عند مواجهة مواقف ضاغطة أو مؤلمة، تساعد هذه المهارات على تقبّل الواقع كما هو بدل الانغماس في أفكار غير مفيدة أو ردود فعل اندفاعية. وتشمل بدائل تكتيكية فورية مثل: التشتيت البناء، التهنئة الذاتية، تمارين التنفس والاسترخاء (Tartakovsky, 2021).

### 3- مهارات تنظيم الانفعالات (Emotion Regulation)

تهدف هذه المهارات إلى مساعدة الأفراد على:

- فهم مشاعرهم وتسميتها،
- تقليل القابلية للانفعال،

- تغيير المشاعر غير المرغوبة عبر استراتيجيات مثل الفعل المعاكس، والتحقق من الوقائع، وحل المشكلات (Linhan, 2014). تُساعد هذه المهارات الأفراد على: تسمية مشاعرهم وفهماها دون تقييم سلبي، إدراك العلاقة بين المشاعر والسلوك، تقليل التعرض للمثيرات الانفعالية الشديدة، وتعزيز المشاعر الإيجابية والأنشطة الداعمة للصحة النفسية (Tartakovsky, 2021).

### 4- مهارات الفاعلية البينشخصية (Interpersonal Effectiveness)

تركز على تحقيق التوازن بين احترام الذات، وتلبية الاحتياجات الشخصية، والحفاظ على العلاقات، من خلال مهارات الحزم والتواصل الفعال (Pederson, 2012). تركّز هذه الوحدة على تطوير مهارات التواصل الصحي، وحل النزاعات، والاستماع الفعال، والتعبير الواضح عن الاحتياجات، مع الحفاظ على احترام الذات والعلاقات في آن واحد (Tartakovsky, 2021).

ويمكن أن تتكوّن بنية البرنامج القياسي لجلسات العلاج الجدلي السلوكي عادة من: جلسات علاج فردي أسبوعية، تدريب جماعي للمهارات، تدريب ميداني فوري (coaching) عند الأزمات، ويمكن أن يتطلب العلاج إلزاماً يصل لعام، مع إمكانية تطبيق برامج قصيرة مختصرة بحسب الحاجة تستخدم بعض أساليب العلاج الجدلي السلوكي (CAMH, 2025).

يرى الباحث أن العلاج الجدلي السلوكي يمثل نموذجًا علاجيًا متقدمًا يجمع بين التقبّل والمرونة النفسية من جهة، والتغيير السلوكي المنظم من جهة أخرى، مما يجعله ملائمًا للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية المعقّدة، والضغط المهنية العالية، والسلوكيات عالية الخطورة. وانطلاقًا من فعاليته العلاجية التي أشار إليها تارتاكوفسكي (2021) Tartakovsky وإلى ما أشارت إليه لينهان وآخرون (1991) Linhan et al. أن الهدف النهائي يتمثل في مساعدة الفرد تركيزه على بناء حياة ذات معنى يشعر بالرضا عنها والتقبل مع المرونة في التغيير، خصوصًا في مواجهة المشكلات والضغط والصعوبات والتي يتطور معها أعراض نفسية والتي يمكن أن تؤثر سلبًا في جودة الحياة أو الصحة أو العلاقات الاجتماعية، فإن العلاج الجدلي السلوكي يُعد من المداخل العلاجية الموصى بها، الأمر الذي – بحسب وجهة نظر الباحث – يجعل من دمج مكوناته إضافة ذات قيمة تطبيقية عالية في برنامج التدخل النفسي التكاملية في هذه الدراسة.

### خامسا: الدعم النفسي الاجتماعي والروحي Psychosocial and Spiritual Support

هو نهج يستخدم مجموعة من الاستراتيجيات لتقديم الدعم النفسي الاجتماعي وتعزيز العوامل الروحية لتعزيز الصحة النفسية والمرونة في مواجهة الضغوط. ويرتكز الدعم النفسي الاجتماعي من خلال أهميته التي أشار إليها بعض الباحثين مثل كوهين وويليس (Cohen & Wills, 1985) للذات أكدوا على أهمية وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية القوية التي تقدم الدعم العاطفي والمادي للفرد، حيث يعد ذلك عاملاً وقائيًا في مواجهة التوتر والضغط النفسية. إضافة إلى ذلك ما أشار إليه كينيث بارغمنت (Pargament, 2007)، حول أهمية دمج الروحانية مع الصحة النفسية، حيث أوضح أن الروحانية تعزز المرونة النفسية من خلال إعطاء معنى وقيمة للحياة، خصوصًا في مواجهة الضغوط. وقد تم اقتراح الاستراتيجيات التالية ضمن البرنامج التكاملية:

**مجموعة الدعم الاجتماعي:** وهي استراتيجية تهدف إلى تعزيز شبكات الدعم النفسي من خلال توفير بيئة اجتماعية داعمة تساعد الأفراد في مواجهة التحديات النفسية. تتضمن هذه الاستراتيجية الانضمام إلى مجموعات دعم حيث يتبادل الأفراد تجاربهم ويقدمون الدعم العاطفي والمادي لبعضهم البعض، مما يعزز قدرة الفرد على التعامل مع الضغوط والتوتر.

**تعزيز العوامل الروحية:** يشمل دمج الروحانية كعنصر في العلاج النفسي لدعم الصحة النفسية. يعزز هذا الاستراتيجية الاستفادة من الممارسات الروحية مثل التأمل، الصلاة، أو التأمل الذاتي لتمكين الأفراد من إيجاد معنى وقيمة في الحياة، ما يعزز المرونة النفسية والقدرة على التكيف مع التحديات والضغط.

يُعد الدعم الاجتماعي ظاهرة اجتماعية قائمة على الشبكات الاجتماعية، وقد حظي باهتمام بحثي متزايد خلال العقود الأخيرة، لا سيما في الأدبيات الصحية، حيث تشير المراجعات إلى تصاعد كبير في حجم الدراسات التي تربط بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية والجسدية، بما يعكس إدراكًا متناميًا لدوره الوقائي والعلاجي، خصوصًا في البيئات المهنية عالية الضغط (Song et al., 2011).

### الإطار المفاهيمي للدعم الاجتماعي

رغم شيوع استخدام مفهوم الدعم الاجتماعي، إلا أن الأدبيات تشير إلى استمرار الجدل حول تعريفه نظرًا لتداخله مع مفاهيم شبكية أخرى مثل: الاندماج الاجتماعي (درجة مشاركة الفرد في الأدوار والعلاقات الاجتماعية)، التماسك الاجتماعي (مستوى الثقة والمعايير المشتركة داخل الشبكات)، الشبكات الاجتماعية (وهي بنية العلاقات نفسها)، ورأس المال الاجتماعي (الموارد الكامنة في مواقع أفراد الشبكة الاجتماعية) (House et al., 1988). وبناءً على مراجعة موسعة للأدبيات، يُعرّف سونغ وآخرون (2011) Song et al. الدعم الاجتماعي بأنه: الموارد المادية أو غير المادية التي يحصل عليها الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية. ويُنظر إلى الدعم الاجتماعي باعتباره نتاجًا لاحقًا لتلك العوامل أو المفاهيم السابقة، ومسارًا وسيطًا يربطها بالصحة النفسية والجسدية.

و تشير الأدبيات إلى أن الدعم الاجتماعي بناء متعدد الأبعاد، ويمكن تصنيفه وفق عدة معايير ، هي التالي: (1) من حيث المحتوى: الدعم الانفعالي (التعاطف، القبول، الشعور بالاهتمام)، والدعم الأداةي (الخدمات، المساعدة العملية)، والدعم المعلوماتي (الإرشاد، تبادل المعرفة)، و دعم التقدير (تعزيز القيمة الذاتية). (2) من حيث الإدراك: الدعم المُدرَك، والدعم الفعلي/الملموس. (3) من حيث مصدر الدعم: دعم قائم على القرابة (الأسرة)، و دعم غير قائم على القرابة (الزملاء، الأصدقاء). (4) من حيث السياق: دعم روتيني يومي، أو دعم في الأزمات (House, 1981; Caplan, 1979). و بحسب سونغ وآخرون (Song et al., 2011) تشير النماذج النظرية إلى أن الدعم الاجتماعي يسهم في الصحة النفسية من خلال أثره في تخفيف أو زيادة أثر الضغوط على الصحة النفسية. وتُظهر الأدلة التجريبية أن الدعم الاجتماعي، ولا سيما الدعم المُدرَك والانفعالي، يرتبط بانخفاض الاكتئاب والقلق والضيق النفسي، مع نتائج أكثر وضوحًا في الصحة النفسية مقارنة بالصحة الجسدية.

### الآليات النفسية-الاجتماعية التي تربط العلاقات الاجتماعية بالصحة النفسية والجسدية:

على مدى أكثر من ثلاثين عامًا، دعا الباحثون مرارًا إلى تعميق البحث في الآليات التي من خلالها تسهم العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي في تحسين الصحة الجسدية والنفسية، سواء عبر تأثيرات مباشرة أو من خلال دورها في التخفيف من آثار الضغوط النفسية. ورغم التراكم الكبير للأدلة التجريبية التي تؤكد هذا الارتباط، ظل الفهم النظري الدقيق لكيفية حدوث هذه التأثيرات محدودًا نسبيًا (Thoits, 2011). وتشير الأدبيات إلى وجود سبع آليات نفسية-اجتماعية محتملة تفسر العلاقة بين الروابط الاجتماعية والصحة، وهي: التأثير الاجتماعي والمقارنة الاجتماعية، والضبط الاجتماعي، والمعنى والغاية المستمدة من الأدوار الاجتماعية (الشعور بالأهمية) ، وتقدير الذات، والإحساس بالتحكم أو الكفاءة، والانتماء والمرافقة الاجتماعية، وأخيرًا إدراك توفر الدعم الاجتماعي. وتُعد هذه الآليات فاعلة سواء في التأثير المباشر على الصحة أو في إطار عمليات التخفيف من أثر الضغوط. كما تبين الأدلة المتراكمة أن الروابط الاجتماعية والدعم الاجتماعي يرتبطان ارتباطًا إيجابيًا وسببيًا بالصحة النفسية والجسدية وطول العمر (Thoits, 2011; Cohen & Wills, 1985). وقد أظهرت دراسات عديدة أيضًا الدور الوقائي للدعم الاجتماعي في الحد من الآثار السلبية للتعرض للضغوط النفسية على الصحة (Thoits, 1995).

### كيف تعمل العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي فعليًا على تعزيز الصحة أو حمايتها؟

يشير مفهوم الروابط الاجتماعية إلى علاقات الفرد واتصالاته بالآخرين من خلال عضويته في جماعات أولية وثانوية. تتميز الجماعات الأولية بصغر حجمها، وطابعها غير الرسمي، وعمقها العاطفي، واستمراريتها الزمنية، مثل الأسرة والأقارب والأصدقاء. ويُطلق على أعضاء هذه الجماعات وصف "الآخرين المهمين"، أي الأفراد الذين يرتبط بهم الفرد عاطفيًا ويعدهم ذوي تأثير وأهمية في حياته. أما الجماعات الثانوية، فهي عادة أكبر حجمًا، وتتسم علاقاتها بقدر أكبر من الرسمية، وتحكمها القواعد التنظيمية والتسلسل الهرمي، كما أن المعرفة المتبادلة بين أعضائها أقل حميمية، وقد تكون العضوية فيها مؤقتة أو طويلة الأمد، مثل أماكن العمل، والمنظمات التطوعية، والمؤسسات الدينية. ويتقاطع هذا التمييز مع مفهوم قوة الروابط الاجتماعية، حيث تتحدد قوة العلاقة بمدى التفاعل، وشدته العاطفية، وعمق الإفصاح المتبادل، ومستوى التبادلية في تقديم الدعم. ويمثل نطاق ارتباط الفرد بالجماعات الأولية والثانوية مؤشرًا على درجة اندماجه الاجتماعي. وتُعد الروابط الاجتماعية والاندماج الاجتماعي من الخصائص البنوية للعلاقات، أي أنها تصف كيفية تنظيم هذه العلاقات وتوزيعها داخل الشبكة الاجتماعية (Thoits, 2011).

### آليات التخفيف من أثر الضغوط النفسية: (Stress-Buffering) العمليات والميكانيزمات:

يمثل التخفيف من أثر الضغوط منظومة أكثر تعقيداً من العمليات مقارنة بتأثيرات العلاقات الاجتماعية المباشرة على الصحة النفسية والجسدية، وذلك لأن هذه العملية تقتض وجود ضاغط كبير يتطلب من الفرد التكيف أو المواجهة. وقد يكون هذا الضاغط حدثاً سلبياً حاداً أو تصاعداً في ضغوط مزمنة قائمة، بحيث تتجاوز متطلباته المستوى الاعتيادي لمطالب الحياة، ويُدرَك من قبل الفرد على أنه يفوق قدراته على التكيف - كما وصفه لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) - وعند هذه النقطة تحديداً تبدأ عملية «التخفيف من أثر الضغوط» في العمل.

### أولاً: تحوّل طبيعة الدعم الاجتماعي في سياق الضغوط الكبرى

تقتض هذه المقاربة أنه عند وقوع محنة جسيمة، لا يعود الدعم الاجتماعي غير مرئي وتبادلياً كما هو الحال في الحياة اليومية حيث يكون الدعم الاجتماعي غالباً ضمنياً ومتبادلاً وغير ملحوظ، بل يتحول إلى دعم مرئي، ومقصود، ومباشر. إذ يصبح أعضاء الشبكة الاجتماعية على وعي بالكارثة التي يمر بها الفرد، فتتحول المساندة العاطفية والمادية والمعرفية إلى محاولات واعية تستهدف تغيير الموقف الضاغط أو تخفيف الاستجابات الانفعالية له. وفي هذه الظروف، غالباً ما تُعلَق مؤقتاً توقعات التبادل المتكافئ، إدراكاً لأن طاقة الفرد النفسية والعملية يجب أن تُكْرَس لمواجهة الأزمة.

ويؤدي الدعم المتعمد والمبادر به - لا سيما إذا صدر تلقائياً من الآخرين - إلى تعزيز إدراك الفرد لتوافر الدعم عند الحاجة. وعلى العكس من ذلك، فإن غياب الدعم أو تقديمه ببرود أو تردد قد يقوض إدراك الدعم، خصوصاً إذا صدر هذا القصور من أعضاء الجماعة الأولية (كالزوج أو الأسرة أو الأصدقاء المقربين)، الذين يُفترض اجتماعياً أن يكونوا أول من يُعتمد عليهم في الأزمات. كما أن الاضطرار إلى طلب الدعم منهم قد يولّد مشاعر الاستياء أو الخذلان، خاصة إذا كان الضاغط يُنظر إليه على أنه ناتج عن مسؤولية شخصية، إذ تُظهر الدراسات أن الأفراد الذين يُحمّلون مسؤولية معاناتهم يُنظر إليهم باعتبارهم أقل استحقاقاً للمساعدة (Stroebe & Stroebe, 1996).

### ثانياً: كيف يعمل الدعم الاجتماعي على تخفيف أثر الضغوط؟

أشار ثويتس (Thoits, 2011) أن الدعم الاجتماعي يعمل من خلال ما يمكن تسميته "المساعدة في المواجهة" (Coping Assistance)، أي تزويد الفرد باستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكلة أو الانفعال، شبيهة بتلك التي قد يستخدمها الداعمون أنفسهم لو واجهوا الموقف ذاته. وتشمل هذه المساعدة: إعادة تفسير الموقف، اقتراح حلول عملية، التدخل المباشر في المشكلة (مواجهة متمركزة حول المشكلة)، أو تشجيع التفريغ الانفعالي، وتخفيف الإثارة، وتوفير المشتتات (مواجهة متمركزة حول الانفعال). وتُعد هذه الاستراتيجيات فعالة في تخفيف الضغوط لأنها تقلل المطالب الظرفية أو الاستجابات الانفعالية بصورة مباشرة، كما قد تعزز الإحساس بالسيطرة، مما يخفف الآثار النفسية والجسدية للضغط بصورة غير مباشرة.

ويعزز ذلك التفسير ما أشار إليه غوتليب (Gottlieb (1978) بـ "السلوكيات الداعمة عاطفياً"، أي الدعم العاطفي. فالتعبير عن التعاطف، والاهتمام، والتقدير لا يغيّر الموقف الضاغط مباشرة، لكنه يعمل عبر آليات نفسية اجتماعية غير مباشرة، مثل: الإحساس بالأهمية (mattering)، وتعزيز تقدير الذات، وتقوية الشعور بالانتماء. ومن ثم يمكن التمييز بين فئتين رئيسيتين من الدعم: الدعم العاطفي المُساند، المساعدة النشطة في المواجهة. ولكلٍ منهما مسارات تأثير مختلفة في الصحة النفسية والجسدية. ويمكن هنا التمييز بين مصدرين أساسيين للدعم تم التطرق لهما سابقاً، ولكلٍ أهميته وفعاليته في التخفيف من الضغوط، هما: (1) أعضاء الجماعة الأولية (الآخرون المهمون)، (2) أعضاء الجماعة الثانوية من ذوي الخبرة المماثلة (الآخرون المماثلون).

### – الدعم العاطفي من الجماعة الأولية

يتجلى الدعم العاطفي من الأسرة والأصدقاء المقربين في إظهار التفهم لمعنى الحدث الضاغط، والتعبير عن القلق والرعاية، والاستماع المتعاطف، والمرافقة الوجدانية أو مجرد «الوجود». وتسهم هذه الأشكال في خفض الضيق النفسي والإثارة الفسيولوجية عبر تأكيد شعور الفرد بأنه محل اهتمام وتقدير، وتعزيز تقدير الذات، وترسيخ الانتماء (Cobb, 1976)

### – المساعدة النشطة من الجماعة الأولية

تُعد المساعدة المادية والعملية (الدعم الأداتي) من أكثر أشكال الدعم فعالية عندما تصدر عن الجماعة الأولية، نظرًا لملاءمتها المعيارية. فهي تخفف المطالب الظرفية مباشرة، وفي الوقت ذاته ترسل رسالة رمزية مفادها أن الفرد ذو قيمة وأهمية (Cohen & McKay, 1984). في المقابل، قد يكون النصح أو التشجيع من المقربين أقل فاعلية، بسبب استثمارهم الانفعالي العالي أو افتقارهم للخبرة المباشرة بالضاغط، ما قد يولد مقاومة أو شعورًا بالعزلة (Dakof & Taylor, 1990; Taylor, 2007).

### – الدعم من الآخرين المماثلون

يقدم "الآخرون المماثلون" – ذوي الخبرة المماثلة كزملاء العمل أو الأفراد الذين مروا بتجربة مشابهة – دعمًا يتميز بـ الفهم التعاطفي العميق القائم على الخبرة المباشرة. ويسمح هذا الفهم بتفريغ المشاعر والتحقق من مشروعيتها، مما يخفف الإثارة الانفعالية مباشرة، ويعزز تقدير الذات بصورة غير مباشرة (Thoits, 2011).

كما يقدم هؤلاء دعمًا فعالًا في المواجهة من خلال معلومات وإرشادات دقيقة، وتغذية راجعة واقعية، وتشجيع عملي يعزز الشعور بالسيطرة والكفاءة. (Suitor et al., 1995) وإلى جانب ذلك، يعملون كنماذج يُحتذى بها، بما يتيح المقارنة الاجتماعية الإيجابية، ويولد الأمل، ويساعد الفرد على تصور "الذات الممكنة" في المستقبل (Markus & Nurius, 1986).

### مقارنة بنماذج «المواءمة» في التخفيف من الضغوط:

تختلف هذه المقاربة عن نموذج «المواءمة» الذي قدمه كوهن ومكاي (Cohen & McKay (1984) ونموذج «المواءمة المثلى» لـ كوترونا وراسل (Cutrona & Russell (1990)، واللذين يفترضان ضرورة مواءمة نوع الدعم مع نوع الحاجة الناتجة عن الضاغط. ففي حين تركز تلك النماذج على التوافق بين الحاجة والدعم، تقترح هذه الرؤية أن فعالية الدعم تعتمد بدرجة أكبر على مصدره الاجتماعي (الآخرون المهمون مقابل الآخرون المماثلون (ذوي الخبرة المماثلة) ونوع الدعم المرتبط بهذا المصدر، وهو طرح قد يكون أكثر بساطة وقابلية للاختبار التجريبي (Thoits, 2011).

و لحدوث التأثيرات المُخفِّفة للضغوط التي يوفرها الدعم الاجتماعي، فقد أشارت ثويتس (2011) Thoits الى بعض النقاط التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار، وهي التالي:

1- يتطلب الأخذ في الحسبان ضرورة وعي أفراد الشبكة الاجتماعية بوجود الضاغط النفسي الذي يتعرض له الفرد؛ إذ إن غياب هذا الوعي يحول دون تقديم الدعم أساسًا. أما الأمر الآخر فيمكن في توافر أفراد داعمين داخل الشبكة شرط أن لا يكونون هم أنفسهم مصدر المشكلة أو الضاغط، فالأفراد الذين يجدون أنفسهم في حالة صراع مع مصدر دعمهم الوحيد، غالبًا ما يفتقرون إلى بدائل اجتماعية أخرى يمكنهم اللجوء إليها، ما قد يدفعهم إلى البحث عن المساعدة المهنية كخيار بديل.

2- تجدر الإشارة، أنه على الرغم من الأهمية العلاجية للدعم الأداتي، فإن هذا النوع من المساعدة قد يأتي بنتائج عكسية إذا قُدم بشكل مفرط أو بأساليب توحى بأن مقدم الدعم ينظر إلى الفرد المتضايق على أنه غير كفء أو عاجز عن إدارة شؤونه. في مثل هذه الحالات، قد تُفضي المساعدة العملية إلى توليد مشاعر سلبية لدى المتلقي، من قبيل الشعور بالضعف، أو الاعتماد المفرط، أو الإحساس بالتقليل من القيمة الذاتية، وهو ما يقوض الآثار الإيجابية المتوقعة للدعم

3- يوجد إستثناء مهم يشير الى الحالات التي يكون فيها الآخرون المهومون هم أنفسهم آخرون متشابهون خبرائياً، أي أنهم يجمعون بين القرب العاطفي والخبرة الشخصية السابقة بالضاغط أو الضغوط ذاتها. في مثل هذه الحالات، يُتوقع أن يكون الدعم المقدم أكثر فاعلية، نظراً لقدرة على الجمع بين الإسناد الانفعالي العميق والفهم الخبراتي الدقيق لطبيعة المعاناة.

ويرى الباحث أهمية الدعم من "الآخرون المماثلون" كزملاء العمل أو الأفراد الذين مروا بتجربة مشابهة، حيث فاعلية هذا المصدر في الدعم المعرفي والسلوكي من خلال ما يقدمه من استراتيجيات مواجهة مجربة، ويساهم في إعادة تقييم التهديد، ويعزز الإحساس بالكفاءة والسيطرة، كما يعمل هؤلاء "الآخرون المماثلون" كنماذج يُحتذى بها، الأمر الذي يولد الأمل ويُعزز الكفاءة الذاتية وينشط الذات الممكنة. كما يرى الباحث أهمية الدعم بأشكاله المختلفة التي تعمل عبر آليات نفسية متداخلة، تلعب دوراً في تعزيز تقدير الذات، و تنمية الإحساس بالتحكم والسيطرة، و خفض الاستجابات الانفعالية السلبية، وتقوية الدافعية للمواجهة النشطة. ما يعني أن الدعم النفسي الإجتماعي والروحي لا يعمل فقط كعامل وقائي مباشر للصحة النفسية، بل يؤدي دوراً حيويًا في وفي التخفيف من آثار الضغوط المهنية المزمنة وتعزيز المرونة النفسية.

### التكامل بين المداخل العلاجية في تعزيز المرونة النفسية لدى ممارسي التمريض:

يُعد الاحتراق النفسي المهني من أبرز التحديات النفسية المعاصرة التي تواجه الممارسين الصحيين، وبالأخص ممارسي التمريض في مجالات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث تتسم بيئات عملهم بارتفاع الضغوط الانفعالية، وكثافة التفاعل الإنساني، والتعرض المستمر للمعاناة النفسية للآخرين (Maslach & Leiter, 2016)، وفي المقابل، برزت المرونة النفسية بوصفها متغيراً وقائياً وتدخلًا محورياً، يساهم في تعزيز التكيف الإيجابي مع الضغوط المهنية، والحد من الآثار السلبية للاحتراق النفسي (Southwick et al., 2014). وتشير الأدبيات إلى أن التدخلات النفسية الأكثر فاعلية في هذا المجال هي تلك التي تتبنى منظوراً تكاملياً، يجمع بين مداخل علاجية متعددة تستهدف العمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية في آن واحد (Norcross & Goldfried, 2019). ومن هذا المنطلق، يقوم البرنامج التكاملي في هذه الدراسة على دمج العلاج المعرفي السلوكي، والتحصين ضد الضغوط، والعلاج بالتقبل والإلتزام، والعلاج الجدلي السلوكي، إلى جانب الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، بما يحقق استجابة علاجية شاملة لأبعاد المرونة النفسية.

### - تكامل المكونات في تعزيز المرونة النفسية

#### 1- تعزيز المرونة المعرفية والكفاءة الذاتية

تُعد المرونة المعرفية من الأبعاد الجوهرية للمرونة النفسية، وتشير إلى قدرة الفرد على إعادة تفسير المواقف الضاغطة، وتوليد بدائل فكرية واقعية، والتكيف مع التغييرات. (Connor & Davidson, 2003) ويساهم العلاج المعرفي السلوكي في هذا السياق من خلال استهداف الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات المهنية غير التكيفية، مثل التعميم المفرط، ولوم الذات، والشعور بالعجز، والتي ترتبط مباشرة بالإرهاك المهني (Beck, 2011).

كما يعزز التدريب على حل المشكلات واتخاذ القرار - في إطار التحصين ضد الضغوط - الشعور بالكفاءة الذاتية والسيطرة المدركة، وهما من الموارد النفسية الأساسية الداعمة للمرونة النفسية (Bandura, 1997؛ Meichenbaum, 2007). وتشير الدراسات إلى أن ارتفاع الكفاءة الذاتية يرتبط بانخفاض مستويات الإحترق النفسي وزيادة القدرة على التكيف المهني (Schwarzer & Hallum, 2008).

## 2- تعزيز التنظيم الانفعالي والالتزان النفسي

يمثل التنظيم الانفعالي بعداً محورياً في المرونة النفسية، خاصة لدى العاملين في المهن المساعدة، حيث يرتبط ضعف تنظيم المشاعر بارتفاع مستويات الإنهاك الانفعالي والاضطراب النفسي (Gross, 2015). ويسهم العلاج الجدلي السلوكي في تعزيز هذا البعد من خلال تدريب المشاركين على التعرف على مشاعرهم، وفهم وظائفها، واكتساب مهارات تنظيمها وتحمل الضيق دون اللجوء إلى التجنب أو الإندفاع الانفعالي (Linehan, 2015). كما تدعم فنيات التقبل واليقظة الذهنية – في إطار العلاج بالتقبل والالتزام – القدرة على ملاحظة المشاعر السلبية المرتبطة بالعمل دون مقاومة أو اندماج مفرط، مما يقلل من التوتر والقلق و الاستنزاف الانفعالي ويعزز الإلتزان النفسي (Hayes et al., 2012).

## 3- تعزيز المعنى، القيم، والموارد الروحية

تشير النماذج المعاصرة للمرونة النفسية إلى أن المعنى في الحياة والعمل، والإلتزام بالقيم، يمثلان أحد أقوى العوامل الواقية ضد الاحتراق النفسي (Southwick et al., 2016). ويسهم العلاج بالتقبل والالتزام في تعزيز هذا البعد من خلال توضيح القيم المهنية والإنسانية، وربط السلوك اليومي بها، بما يعيد للممارسة المهنية معناها ويزيد من الدافعية الداخلية (Ruiz et al., 2020). إضافة إلى ذلك، يُعد الدعم النفسي الاجتماعي والروحي مورداً مهماً للمرونة النفسية، خاصة في الثقافات التي تولي بعداً قيمياً وروحياً للعمل الإنساني، حيث يساهم في تعزيز الأمل، والانتماء، والتكيف الإيجابي مع الضغوط (Pargament, 2011).

### القسم الثاني: الدراسات السابقة:

يتضمن هذا القسم استعراض لبعض الدراسات السابقة ذات العلاقة بالدراسة الحالية. وقد تم تصنيفها في ثلاث محاور، هي كالتالي:

المحور الأول: دراسات تعرضت للمرونة النفسية والإحتراق النفسي لدى الممارسين الصحيين/فريق التمريض.

المحور الثاني: دراسات تستعرض جهود اعداد وتقييم برامج تدخلات نفسية متنوعة لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحتراق النفسي.

المحور الثالث: دراسات تعرضت للتدخلات النفسية المعرفية السلوكية لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحتراق النفسي.

### أولاً: دراسات تعرضت للمرونة النفسية لدى الممارسين الصحيين/المرمضين:

دراسة جوس وآخرون (Jose et al., 2020)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الإحتراق النفسي والمرونة النفسية والعوامل المرتبطة بهما بين الممرضين العاملين في الخطوط الأمامية في قسم الطوارئ في مركز رعاية صحية في شمال الهند. تكونت العينة من 120 ممرض/ة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة. جمعت البيانات باستخدام مقياس ماسلاش للإحتراق النفسي ومقياس كورنر-ديفيدسون للمرونة النفسية. وقد أظهرت النتائج معاناة الممرضين في الطوارئ أثناء الجائحة من مستوى احتراق نفسي متوسط إلى مرتفع في الإرهاق العاطفي وتبدل المشاعر، ومستوى خفيف إلى متوسط في انخفاض الإنجاز الشخصي. وأظهروا مستوى متوسط إلى مرتفع من المرونة. وقد كشفت النتائج عن علاقة سلبية واضحة بين الإحتراق النفسي والمرونة النفسية. أشارت الدراسة الى دور المرونة النفسية في التخفيف من الإحتراق النفسي خلال الجائحة، كما سلطت الضوء للحاجة إلى تدخلات فعالة لتحسين المرونة النفسية للتخفيف من الإحتراق النفسي والضغوطات المرتبطة بالعمل لدى فريق التمريض. كما أوصت بضرورة ضمان بيئة عمل صحية وتبني موقف إيجابي وعلاقة متناغمة مع الممرضين العاملين في الخطوط الأمامية.

### دراسة جونكالفيس وآخرون (Goncalves et al., 2022)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين المرونة النفسية ومؤشرات الصحة المهنية، بالإضافة إلى استكشاف الدور الوسيط للمرونة التنظيمية والسمات الاجتماعية الديموغرافية في هذه العلاقة. تكونت العينة من 325 ممارساً في قطاع الرعاية الصحية الإسباني. وقد

أظهرت النتائج أن المرونة ترتبط بشكل كبير بمؤشرات الصحة المهنية، وقد كان هناك تأثير مباشر للمرونة على الرضا الوظيفي. كان هناك علاقة عكسية بين المرونة و إدراك الإرهاق والمعاناة من المرض. كما أظهرت النتائج أن المرونة التنظيمية متغير مهم في الرضا الوظيفي وإدراك الإجهاد. وقد أوصت الدراسة بأهمية مراعاة المرونة الفردية والتنظيمية عند تطبيق برامج التدخل لتحسين الصحة المهنية للممارسين في مجال الرعاية الصحية.

دراسة العنزي وآخرون (Alonazi et al., 2023)

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين المرونة النفسية وجودة الحياة المهنية بين ممرضي الصحة النفسية. جُمعت البيانات من 179 ممرضة صحة نفسية باستخدام: مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة ومقياس جودة الحياة المهنية. وقد أظهرت النتائج ارتباطاً إيجابياً قوياً بين المرونة النفسية والرضا. كذلك أظهرت ارتباطاً سلبياً كبيراً بين المرونة النفسية والإحترق النفسي والإجهاد الناتج عن الصدمة كما كشفت الدراسة أن مستويات المرونة الأعلى ارتبطت بمستويات أعلى من الرضا ومستويات أقل من الإجهاد، بالإضافة إلى ذلك، ارتبطت درجات الإحترق النفسي الأعلى بمستويات أعلى من الإجهاد.

ثانياً: دراسات تستعرض جهود اعداد وتقييم برامج تدخلات نفسية متنوعة لتعزيز المرونة النفسية:

دراسة جانزاريك وآخرون (Janzarik et al., 2022)

أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم برنامج تدخل جماعي لتعزيز المرونة النفسية لدى المتخصصين في التمريض. تم تحديد 72 ممرضة وتوزيعهن عشوائياً على مجموعتين: تجريبية وضابطة. بتصميم شبه تجريبي بعدة قياسات: ما قبل التدخل، بعد التدخل، والمتابعة. استهدف البرنامج الذي استمر ثمانية أسابيع ستة عوامل للمرونة: المرونة المعرفية، والتكيف، والكفاءة الذاتية، واحترام الذات، والرعاية الذاتية، واليقظة. بالمقارنة مع المجموعة الضابطة أظهرت نتائج المجموعة التجريبية تحسناً كبيراً في النتائج في القياس البعدي والمتابعة. وأشار قياس المتابعة إلى أن الآثار النفسية الايجابية استمرت لمدة تصل إلى ستة أشهر بعد التدخل.

دراسة كونزلير وآخرون (Kunzler et al., 2022)

هدفت هذه الدراسة لمراجعة منهجية لـ 24 دراسة لتقييم فعالية التدخلات النفسية والقائمة على برامج تدريب في مرحلة ما قبل الوباء (كوفيد19) لتعزيز المرونة والصحة النفسية لدى فريق التمريض. كما هدفت لتلخيص الأدلة للتأثيرات الإيجابية مع تحديد تقنيات التدخل المهمة والمفيدة لتعزيز المرونة والصحة النفسية. أظهرت النتائج لقياسات مرحلة ما بعد التدخل عن وجود آثار معتدلة لصالح التدريب من أجل المرونة في حين لم يكن هناك دليل على التأثير على أعراض القلق والاكتئاب والتوتر. واستمر تحسن الصحة النفسية على المدى القصير  $\geq$  3 أشهر، مع فوائد إضافية متأخرة للقلق والتوتر. لم يكن هناك دليل على الآثار في المتابعة اللاحقة. وقد أظهرت تسعة برامج أدلة على أحجام إيجابية معتدلة التأثير، تضمنت أساليب التدخل: اليقظة والاسترخاء، والتثقيف النفسي، وتنظيم المشاعر، والاستراتيجيات المعرفية، وحل المشكلات.

### دراسة تارفاروش وأتشاكزاي (Tarfarosh & Achakzai, 2022)

هدفت هذه الدراسة لمراجعة 30 دراسة لغرض التقييم الدقيق للتدخلات التي تهدف الى تعزيز المرونة لدى طلاب الرعاية الصحية. من خلال المراجعة تم تقييم آثار تدخلات تدريبية على المرونة النفسية والقلق والاكتئاب والضغط النفسي والرفاهية النفسية لدى طلاب الرعاية الصحية. أظهرت نتائج المراجعة أن الطلاب الذين تلقوا تدريباً قائماً على المرونة أفادوا بمستويات مرونة أعلى مقارنة بالمجموعات الضابطة، بالإضافة إلى مستويات أقل من القلق والضغط النفسي. ومن المثير للاهتمام عدم وضوح تأثير على الاكتئاب. وخلصت المراجعة إلى وجود أدلة على أن مثل هذه التدخلات مفيدة في تعزيز المرونة والصحة النفسية. حيث تساهم في خفض تأثير الضغوط وتحسين رفاهية الموظفين والحد من الإجازات المرضية.

### دراسة هان و بيون (Han & Yeun, 2023)

هدفت هذه الدراسة لمراجعة منهجية لـ 15 دراسة وتحليلها لتحديد آثار التدخلات النفسية على دعم مرونة الممرضات وتحديد تأثير بعض المتغيرات الوسيطة. و قد أظهرت النتائج أن التدخلات النفسية كانت فعالة في تحسين المرونة النفسية للممرضات مباشرة بعد التدخل، وعلى المدى القصير في غضون ثلاثة أشهر. و كانت التدخلات باستخدام تنظيم المشاعر والاسترخاء والتعاطف مع الذات فعالة بشكل خاص، وكانت فترة التدخل فعالة سواء في فترة قصيرة من يوم واحد أو لفترة طويلة لأكثر من 12 أسبوع. بالإضافة إلى ذلك، كان الوقت الأمثل للجلسة الواحدة هو 120-150 دقيقة، وكانت التدخلات وجها لوجه أكثر فعالية من التدخلات عبر الإنترنت. علاوة على ذلك، فإن حجم فاعلية التأثير يتأثر بوقت التدخل للجلسة، وطريقة التدخل.

### دراسة قولبارفار و بارساكيا (Golparvar & Parsakia, 2023)

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف وتحديد المناهج والتدخلات النفسية الفعالة التي يمكن أن تعزز المرونة وتمنع الإحترق النفسي بين المهنيين الصحيين. و سعت لإختبار التدخلات على المستوى الفردي، مثل التدريب على الذكاء العاطفي وتقنيات إدارة الإجهاد، والمبادرات على مستوى المنظمة، بما في ذلك تحسينات بيئة العمل والتغيير في السياسات. وسعت إلى فهم كيفية دمج تلك الاستراتيجيات الفردية والتنظيمية لدعم الصحة النفسية للعاملين في مجال الرعاية الصحية. تشير النتائج إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على تعزيز الذكاء العاطفي، وتعزيز التوازن بين العمل والحياة، وخلق بيئة عمل داعمة فعالة في التخفيف من الإحترق النفسي. وتخلص المراجعة إلى أن الجمع بين التدخلات الفردية والتنظيمية أمر بالغ الأهمية لبناء المرونة بين المهنيين الصحيين، وأن تنفيذ التدخلات الشاملة القائمة على الأدلة يمكن أن يمنع الإحترق النفسي بشكل كبير.

### دراسة يو إف وآخرون (Yu F et al., 2024)

هدفت هذه الدراسة التي استهدفت مراجعة 18 دراسة لتحديد أنواع التدخلات وتقييم الآثار الفورية (> 3 أشهر) والقصيرة الأجل (3-6 أشهر) والطويلة الأجل (أكثر من 6 أشهر) لهذه التدخلات على المرونة النفسية لدى الممرضات. تضمنت المراجعة الدراسات التي شملت الممرضات اللواتي قدمن رعاية المرضى مباشرة، و استخدمن التدخلات الرقمية أو الحضورية (وجهاً لوجه). لم تلاحظ أي نتائج مهمة في المقارنات بين التدخلات الرقمية أو الحضورية بين المجموعات التجريبية والضابطة. أظهرت الأساليب الرقمية تأثيراً ايجابياً قصير

المدة في غضون 4-5 أشهر، في حين لم يكن للتدخلات الحضورية أي تأثير أثناء المتابعة. وقد أشارت الدراسة إلى أهمية التدخل والدعم المستمر لتعزيز المرونة النفسية لدى الممرضات.

### ثالثاً: دراسات تعرضت للتدخلات النفسية المعرفية السلوكية لتعزيز المرونة النفسية:

#### دراسة ياسمين وآخرون (Yasmin et al., 2022)

كان الغرض من هذه الدراسة هو تقييم تأثير العلاج السلوكي المعرفي القائم على التدخل على المرونة والإحترق النفسي لدى الممرضات العاملات في أقسام الرعاية الحرجة. اعتمدت الدراسة التصميم شبه التجريبي، بقياس قبلي وبعدي. تكونت العينة من 50 ممرضة (تراوحت أعمارهن بين 20-50 عاماً، ولديهن مؤهل دبلوم فأعلى، مع خبرة لا تقل عن عام) ممن يعملون في أقسام الطوارئ ووحدات العناية المركزة في المدينة الطبية في مقاطعة البنجاب في باكستان. وقد تم توزيع العينة على مجموعتين: تجريبية وضابطة. تضمنت أدوات الدراسة: استبانة (لجمع بنود ديموغرافية: العمر، والمؤهل، مجموع سنوات الخدمة، عدد سنوات العمل في الوحدة، الدخل) مدمجة مع مقياس للإحترق النفسي، ومقياس للمرونة النفسية. تم تقديم التدخل بتقنيات علاج معرفي سلوكي في ثمان جلسات، 60 دقيقة لكل جلسة، خلال الفترة الصباحية حضورياً وجهاً لوجه في قاعة للمحاضرات. وقد كشفت النتائج بأن المجموعة التجريبية قد سجلت درجات أفضل بشكل ملحوظ مع تأثيرات إيجابية معتدلة إلى كبيرة على مستوى الإحترق النفسي والمرونة وكذلك سلوكيات نمط الحياة الصحية بعد 8 أسابيع من الجلسات.

#### دراسة إيمي وديرموس (İme & Durmuş, 2023)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي على المرونة النفسية والمرونة العاطفية للمراهقين. اعتمدت استخدام المنهج التجريبي. وقد تضمنت العينة (ن = 28)، تم توزيعهم عشوائياً في مجموعتين تجريبية وضابطة. وتم اعتماد مقياس المرونة النفسية للمراهقين ومقياس المرونة العاطفية كأدوات لجمع البيانات. وقد تكون البرنامج من 12 جلسة تم تطبيقها على المجموعة التجريبية، جلسة واحدة أسبوعياً. في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأي تدخل. وبعد التدخل تم إجراء قياس بعدي، ومتابعة بعد شهرين. وقد أظهرت النتائج أن المراهقين أظهروا تحسناً كبيراً في المرونة النفسية والعاطفية، كما أظهرت قياسات المتابعة أنهم حافظوا على هذا التحسن. وهو ما يشير إلى فعالية التدخلات المعرفية السلوكية في تحسين المرونة النفسية والمرونة العاطفية بين المراهقين.

#### دراسة وانغ وآخرون (wang et al., 2023)

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف آثار تدخل قائم على اليقظة الذهنية موجهة بالمساعدة الذاتية على المرونة النفسية والإحترق الوظيفي بين الممرضين النفسيين. تضمنت عينة الدراسة 118 مشاركاً، تم توزيعهم بشكل عشوائي على مجموعتين: مجموعة التدخل (تجريبية) ومجموعة ضابطة. استخدمت الأدوات التالية: استبانة لليقظة الذهنية، ومقياس كورنر ديفدسون للمرونة النفسية، ومقياس ماسلاش للإحترق النفسي. تلقى الممرضين في المجموعة التجريبية برنامج تدخل (وهو برنامج مطور بالإعتماد على تدخلات معرفية قائمة على اليقظة الذهنية وتدخلات للحد من الضغوط قائمة على اليقظة الذهنية) موجهة بالمساعدة الذاتية لـ 8 أسابيع، بينما تلقى الأفراد في المجموعة الضابطة كتيب تثقيف نفسي. وبعد إجراء التدخل وتطبيق القياس البعدي أظهرت نتائج المقارنة بين المجموعتين فاعلية التدخل في صالح المجموعة التجريبية، حيث كشفت عن مستويات أعلى في اليقظة الذهنية والمرونة النفسية، ومستوى أقل من الإحترق الوظيفي.

### دراسة باقري وآخرون (Bagheri et al., 2023)

أجريت هذه الدراسة للتحقق من فعالية علاج جمعي معرفي سلوكي على الرفاهية النفسية والمرونة لدى الطلاب المصابين بالاكتئاب. اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي. وتألقت العينة من 30 طالبا تم توزيعهم بشكل عشوائي في مجموعتين تجريبية وضابطة. وشملت أدوات جمع البيانات: مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الرفاهية النفسية لرايف، واستبيان المرونة النفسية لكونر وديفيدسون. تلقت المجموعة التجريبية ثماني جلسات من العلاج الجمعي المعرفي السلوكي لمدة 90 دقيقة، بينما لم تتلقى المجموعة الضابطة أي تدخل. أظهرت النتائج زيادة واضحة في مستوى الرفاهية والمرونة النفسية في صالح المجموعة التجريبية.

### التعليق على الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات التي اهتمت بالمرونة النفسية. وكذلك تنوعت التدخلات التي استهدفتها. وتنوعت العينات المستهدفة والتي تفاوتت أحجامها. كذلك تنوعت تصاميمها ما بين قياسات قبلية وبعدية، وأخرى بإضافة قياسات متابعة تراوحت ما بين شهر الى ستة أشهر. تشابهت معظم الدراسات في الأدوات التي استعانت بها لجمع البيانات والتقييم، حيث اعتمد معظمها مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية. وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تحديد نوع الدراسة الحالية ومنهجيتها وتصميمها وبناء برنامج تدخل اعتمادا على الأدبيات النفسية و نتائج بعض الدراسات السابقة مثل: (Chmitorz et al., 2017)، و (Tarfarosh & Khan Achakzai, 2022)، و (Yasmin et al., 2022)، و (Kunzler et al., 2022)، و (Golparvar & Parsakia, 2023)، و (Han & Yeun, 2023)، و (Lee & Cha, 2023)، و (Madigan, Kim & Glandorf, 2024)، و (Ketelaars et al., 2024). حدد الباحث لقياس المرونة النفسية مقياس كونر-ديفيدسون، وهذا يتفق مع اختيار معظم الدراسات السابقة. من جانب آخر، استعرضت الدراسات برامج تدخلات عديدة ومتنوعة، ومنها مثلا: ورشة عمل للتثقيف النفسي (Alenezi, McAndrew & Fallon, 2019)، برنامج قائم على المرونة النفسية (Janzarik et al., 2022)، و (Tarfarosh & Achakzai, 2022)، عدة دراسات متنوعة اعتمدت أساليب مثل: اليقظة والاسترخاء، والتثقيف النفسي، وتنظيم المشاعر، والاستراتيجيات المعرفية، وحل المشكلات (Kunzler et al., 2022)، تنظيم المشاعر والاسترخاء والتعاطف مع الذات (Han & Yeun, 2023)، التدريب على الذكاء العاطفي وتقنيات إدارة الإجهاد (Golparvar & Parsakia, 2023)، الحد من الإجهاد القائمة على اليقظة الذهنية (Lee & Cha, 2023)، اليقظة، والعلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني، والعلاج السلوكي المعرفي (Madigan, Kim & Glandorf, 2024)، العلاج المعرفي السلوكي (Yasmin et al., 2022)، برنامج قائم على اليقظة الذهنية (Abdallah et al., 2022)، برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي (İme & Durmuş, 2023)، برنامج مشترك قائم على اليقظة الذهنية والعلاج المعرفي السلوكي (EI-) (Sayed & Ghoneim, 2023)، علاج جمعي معرفي سلوكي (Bagheri et al., 2023)، العلاج المتكامل (السلوكي المعرفي والقبول والالتزام) (Nabaei & Birjandi, 2024). و قد تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة (Golparvar & Parsakia, 2023)، و (Sayed & Ghoneim, 2023)، و (Nabaei & Birjandi, 2024) حيث اعتمدت التدخل ببرنامج تكاملي، إلا أن الباحث قد اعتمد لهذه الدراسة برنامج تدخل تكاملي يتضمن فنيات وتقنيات متنوعة من عدة نماذج ونظريات علاجية لا تقتصر على تلك التي اعتمدها تلك الدراسات، حيث اعتمد الباحث برنامج تدخل تكاملي من مكونات علاجية متنوعة مستمدة من: العلاج المعرفي السلوكي، والتحصين ضد الضغوط، والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج بالقبول والالتزام، إضافة للدعم النفسي الاجتماعي والروحي، وذلك سعيا من الباحث لتحقيق كفاءة علاجية أكبر. كما أن الدراسة الحالية استهدفت عينة من المرضى والممرضات كمعظم الدراسات السابقة إلا أن الدراسة الحالية حددت فئة التمريض العاملين في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان في مجمع إرادة للصحة النفسية. كما أنه - وبحسب علم الباحث - لم يتم إجراء مثل هذه الدراسة محليا في البيئة السعودية.

## فروض الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها، يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية قبل و بعد تطبيق البرنامج.
- 2- توجد فروق دالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى لسنوات الخبرة.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للحالة الإجتماعية.

## الفصل الثالث

### منهج البحث وإجراءاته

#### مقدمة

يتناول هذا الفصل الأسس المنهجية التي استند إليها الباحث للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها. ونظرًا لأن هذه الدراسة تهدف إلى بحث فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي المهني لدى المرضي والمرضات، فقد كان من الضروري اختيار منهج بحثي وأدوات قياس تتسم بالموضوعية والملاءمة لطبيعة المتغيرات المدروسة. ويتضمن هذا الباب عرضًا للمنهج المستخدم ومبررات اختياره، بالإضافة إلى تحديد مجتمع البحث وخصائصه، ووصف العينة المستهدفة وطريقة اختيارها، والعينة الاستطلاعية، مع بيان أدوات البحث المستخدمة، وآلية تطبيقها، وخصائصها السيكمترية من حيث الصدق والثبات. كما يتطرق الباب إلى الإجراءات الميدانية التي تم اتباعها، والأساليب الإحصائية التي استخدمت لتحليل البيانات بما يتماشى مع أهداف وأسئلة البحث.

#### أولاً: منهج الدراسة وإجراءاتها:

اعتمد الباحث استخدام تصميم المنهج شبه التجريبي بقياسات متعددة (قبلي - وبعدي - وتتبعي)، في مجموعتين متكافئتين: تجريبية وضابطة، وذلك لملاءمته لأهداف الدراسة التي تسعى إلى التعرف على فعالية برنامج تكاملي لتعزيز المرونة النفسية لدى المرضين والمرضات في مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة حيث يتم تطبيق برنامج التدخل النفسي على المجموعة التجريبية فقط، أما المجموعة الضابطة فلا يتم تعريض أفرادها لأي تدخل.

ويُعد المنهج شبه التجريبي من أنسب المناهج البحثية في الدراسات التطبيقية النفسية، لاسيما في البيئات الصحية، حيث يصعب في كثير من الأحيان تحقيق الضبط التجريبي الكامل أو التوزيع العشوائي الصارم لأفراد العينة، مع الحفاظ في الوقت ذاته على القدرة على استنتاج العلاقات السببية بين المتغيرات (Creswell & Creswell, 2018). وقد تم تطبيق البرنامج النفسي التكاملي على أفراد المجموعة التجريبية

فقط، في حين لم تتعرض المجموعة الضابطة لأي نوع من التدخل النفسي خلال فترة تنفيذ البرنامج، وذلك بهدف المقارنة بين المجموعتين في مستويات المرونة النفسية بعد انتهاء التدخل، وكذلك في القياس التتبعي للتحقق من استمرارية أثر البرنامج. ويمثل التدخل النفسي (البرنامج التكاملي) المتغير المستقل في هذه الدراسة، بينما تمثل المرونة النفسية والاحترق النفسي المهني المتغيرين التابعين، حيث تم قياسهما قبل تطبيق البرنامج وبعده، ثم في القياس التتبعي، بما يسهم في تقدير حجم التغير الناتج عن التدخل النفسي وفعاليتها. ويتيح هذا التصميم المنهجي في يتيح فحص الأثر الحقيقي للتدخل النفسي في سياق مهني واقعي، وهو ما يتفق مع التوجهات الحديثة في بحوث التدخلات النفسية الموجهة للعاملين في القطاع الصحي (Kazdin, 2017).

### ثانياً: مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع البحث من جميع الممرضين والمرضات العاملين في مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة - خدمات إرادة في المملكة العربية السعودية . وقد تم جمع البيانات خلال العام الأكاديمي 2025/2024م. وقد بلغ عددهم (211) ممرض وممرضة بعد استبعاد الفئات التي لا تنطبق عليها المعايير؛ مثل أولئك الذين لا يقومون بالرعاية التمريضية بشكل مباشر مع المرضى أو المتخصصون في التمريض إلا أنهم متفرغون لمهام وظيفية أخرى كالإدارة أو الإشراف، أو من هم ليسوا في الفئة العمرية المحددة (21- 50) سنة.

### ثالثاً: عينة الدراسة:

تم اعداد رابط استبانة إلكترونية تضمنت البيانات الديموغرافية و مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية، وقد استجاب عدد (81) ممرض وممرضة ( 35 ممرض + 46 ممرضة). وقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية. وتم تحديد العينة ممن تنطبق عليهم المعايير للانضمام في الدراسة، بعد التأكد من أهليتهم النفسية والمعرفية للمشاركة، واستعدادهم للتعاون الطوعي مع اجراءات الدراسة. تكوّنت العينة النهائية للدراسة من (40) ممرضاً وممرضة من العاملين بدوام كامل في مجمع إرادة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة جدة، تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وفق معايير اشتمال واستبعاد محددة مسبقاً، وبما يتوافق مع طبيعة التصميم شبه التجريبي المستخدم في الدراسة. وقد تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين متكافئتين: المجموعة التجريبية (ن = 20)، والمجموعة الضابطة (ن = 20). أما فيما يخص معايير إختيار العينة فقد كانت التالي:

تمثلت معايير الاشتمال في التالي:

- أن يكون المشارك حاصلًا على درجة كلية متوسطة الى منخفضة في المرونة النفسية (الدرجة التي تبلغ متوسطة فأقل/ الإربعي الأدنى).
- أن يكون ممارسًا فعليًا للرعاية التمريضية بدوام كامل في المجمع. منتظم بفترة عمل في الفترة الصباحية \_ أو الموافقة بإمكانية التثبيت بالدوام الصباحي - بما يضمن المشاركة - خلال فترة تطبيق البرنامج.
- أن يكون ضمن الفئة العمرية (21-50) عاماً.
- أن تكون لديه خبرة لا تقل عن سنة في الرعاية التمريضية داخل المجمع.
- أن يكون على رأس العمل دون إجازة منذ مدة لا يقل عن ستة أشهر.
- الموافقة الطوعية على المشاركة

استبعد من العينة كل من لم تنطبق عليه معايير الاشتمال، وتشمل حالات مثل:

- من لا يمارسون الرعاية التمريضية بصورة كاملة، كمن لديهم مهام إدارية أو إشرافية.

- من هم خارج الفئة العمرية المحددة
- من يعاني من اضطرابات مزاجية أو القلق أو منتظم بعلاجات دوائية نفسية مؤخرًا.
- من خضع لبرنامج تدخل نفسي لإدارة الاحتراق النفسي أو المرونة النفسية خلال الستة أشهر الأخيرة.
- من سيخضع لتدخل نفسي آخر خلال نفس فترة التدخل الحالي ابتداءً من القياس القبلي وحتى الإختتام بالقياس التتبعي.

#### رابعاً: أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات النفسية الملائمة لطبيعتها ومتغيراتها وأهدافها، وذلك لقياس كل من المرونة النفسية، بالإضافة إلى برنامج التدخل النفسي التكاملي الذي أعدّه الباحث، وذلك على النحو الآتي:

- البرنامج التكاملي (برنامج التدخل النفسي) (من إعداد الباحث)
- مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية

(Connor & Davidson, 2003) Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC)

#### 1- البرنامج التكاملي (برنامج التدخل النفسي)

البرنامج التكاملي هو برنامج تدخل نفسي من إعداد الباحث، يهدف إلى تعزيز المرونة النفسية وخفض مستوى الاحتراق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات العاملين في مجمع إرادة للصحة النفسية وعلاج الإدمان. وقد صُمم البرنامج في ضوء الأسس النظرية والدراسات السابقة التي أكدت فاعلية التدخلات النفسية التكاملية في التعامل مع الضغوط المهنية، وتنمية القدرات التكيفية لدى الممارسين الصحيين. يتكون البرنامج في صورته النهائية من اثنتي عشرة جلسة، تتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين 60 إلى 90 دقيقة، بواقع جلسة إلى جلستين أسبوعياً.

#### بناء البرنامج ومحتواه:

يبدأ البرنامج بجلسة أولى تمهيدية تعريفية، تهدف إلى:

- التعريف بالبرنامج وأهدافه العامة والخاصة.
  - تقديم تثقيف نفسي حول مفهوم الاحتراق النفسي المهني، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره السلبية، وأساليب إدارته.
  - تقديم تثقيف نفسي حول مفهوم المرونة النفسية، وأهميتها، والعوامل المساهمة في تعزيزها.
  - توضيح آلية العمل داخل الجلسات، وتحديد الأدوار والواجبات والمسؤوليات المتوقعة من المشاركين.
- أما الجلسات من الثانية إلى الثانية عشرة، فقد تم بناؤها وفق تسلسل منهجي منظم، بحيث تتناول كل جلسة موضوعاً رئيسياً محدداً، يتم تعزيزه من خلال: التدريبات العملية، الواجبات المنزلية، المناقشات الجماعية، والتغذية الراجعة والتلخيص.

#### -الأسس النظرية والفنية للبرنامج

اعتمد البرنامج التكاملي في بنائه على مجموعة مكونات من المداخل والنماذج النفسية التي ثبتت فاعليتها في تعزيز المرونة النفسية، ومن أبرزها:

- العلاج المعرفي السلوكي لآرون بيك “Cognitive Behavioral Therapy “CBT”

- تدريب التحصين ضد الضغوط لميكناوم “SIT” Stress Inoculation Training
- العلاج بالتقبل والالتزام (“ACT” Acceptance Commitment Therapy)
- العلاج الجدلي السلوكي (“DBT” Dialectical Behavioral Therapy)
- الدعم النفسي الاجتماعي والروحي.

وقد تم توظيف المكونات المقترحة من تلك المداخل بصورة تكاملية تتناسب مع طبيعة العينة وخصوصية البيئة المهنية التي يعملون بها.

### أهداف البرنامج

هدف البرنامج بصفة عامة إلى تعزيز المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتفرع عن هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف الخاصة، تمثلت في:

- تنمية الوعي بالضغوط المهنية ومظاهر الاحتراق النفسي.
- تعزيز المرونة المعرفية وتعديل أنماط التفكير غير التكيفية.
- إكساب المشاركين مهارات إدارة الضغوط وتنظيم المشاعر وتحمل الضيق.
- تنمية التقبل لما لا يمكن تغييره بالالتزام مع استمرار التغيير، وربط السلوك بالقيم المهنية والإنسانية.
- تعزيز الدعم النفسي الاجتماعي والروحي بوصفه موردًا وقائيًا للمرونة النفسية.
- تمكين المشاركين من بناء خطة شخصية للوقاية من الانتكاس.

### تحكيم البرنامج وإخراجه في صورته النهائية

تم عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي (ملحق)، حيث أخذت ملاحظاتهم بعين الاعتبار، وأجريت التعديلات اللازمة من حيث: سلامة البناء العلمي للبرنامج، مدى ملاءمة الجلسات والأهداف والفنيات، وضوح الصياغة وتسلسل الجلسات وعددها، ومدة كل جلسة، ومحتواها الفني، إلى أن تم التوصل إلى الصورة النهائية للبرنامج (ملحق). ويوضح الجدول أدناه أبرز التعديلات الهيكلية والفنية على البرنامج:

الصورة الأولية	الصورة النهائية بعد التعديل
عشر جلسات	اثنا عشر جلسة
مدة الجلسة (60) دقيقة	مدة الجلسة تتراوح من 60 – 90 دقيقة
الاعتماد على مدارس معرفية محددة	توسيع المكونات لتشمل مكونات معرفية سلوكية لأرون بيك والتحصين ضد الضغوط لميكناوم، والتقبل والالتزام، الجدلي السلوكي، إضافة للدعم النفسي الاجتماعي والروحي
جدول الجلسات يتضمن: الأسبوع/التاريخ – رقم الجلسة – المدة – العنوان – الأهداف – الفنيات	تعديل الجدول ليشمل: التاريخ – رقم الجلسة – المدة – موضوع الجلسة – الأهداف – الإجراءات (أهداف خاصة) – الفنيات/الأدوات – ملاحظات

أبرز التعديلات الهيكلية والفنية على البرنامج التكاملي

## وصف البرنامج التكاملي وإجراءاته التطبيقية

استخدمت الدراسة برنامج تدخل نفسي تكاملي من إعداد الباحث، يهدف إلى تعزيز المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات العاملين في مجمع إرادة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة جدة.

## الأساس النظري للبرنامج

استند البرنامج إلى مدخل تكاملي يجمع بين عدد من المداخل النفسية التي أثبتت فاعليتها في التعامل مع الضغوط المهنية وتعزيز المرونة النفسية، شملت: العلاج المعرفي السلوكي (Beck, 2011)، التحصين ضد الضغوط (Meichenbaum, 2007)، العلاج بالتقبل والالتزام (Hayes et al., 2012)، العلاج الجدلي السلوكي (Linehan, 2015)، إضافة إلى الدعم النفسي الاجتماعي والروحي (Southwick & Charney, 2012). وقد تم اختيار هذه المداخل لما توفره من أدوات معرفية وافتعالية وسلوكية وقيمة تسهم في تعزيز التكيف الإيجابي مع الضغوط المزمنة.

## بنية البرنامج وإجراءاته

تكون البرنامج من (12) جلسة تدريبية جماعية، تراوحت مدة كل جلسة بين (60-90) دقيقة، وواقع جلسة إلى جلتين أسبوعياً. وقد نُفذت الجلسات بأسلوب تفاعلي يجمع بين التثقيف النفسي، التدريب العملي، المناقشة الجماعية، والواجبات المنزلية. اشتملت الجلسة الأولى على التهيئة وبناء التحالف العلاجي والتثقيف النفسي حول الضغوط المهنية، الاحتراق النفسي، والمرونة النفسية. وتناولت الجلسة الثانية مهارات اليقظة الذهنية. بينما ركزت الجلسات الثالثة والرابعة على تنمية المرونة المعرفية من خلال إعادة البناء المعرفي وإعادة التقييم المعرفي وحديث الذات الإيجابي. وخصصت الجلسة الخامسة لإدارة الضغوط عبر تدريبات التنفس العميق، الاسترخاء العضلي التدريجي، وحل المشكلات. وتناولت الجلسة السادسة مهارات تنظيم المشاعر وتحمل الضيق والفعالية الشخصية، مستندة إلى مبادئ العلاج الجدلي السلوكي. وركزت الجلسة السابعة على الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، بينما خصصت الجلسة الثامنة لتطبيق مهارات تحمل الضغوط المتقدمة واليقظة تحت الضغط. وتناولت الجلسة التاسعة مهارات التقبل وفك الاندماج المعرفي، في حين ركزت الجلسة العاشرة على توضيح القيم المهنية والسلوك الملتمزم وفق نموذج العلاج بالتقبل والالتزام. أما الجلسة الحادية عشرة فقد حُصصت كجلسة دعم نفسي اجتماعي وروحي تطبيقية قائمة على مشاركة التجارب الشخصية ومراجعة للمهارات المكتسبة، واختتم البرنامج بالجلسة الثانية عشرة التي ركزت على الوقاية من الانتكاس، التخطيط المستقبلي، وتطبيق القياس البعدي، مع تحديد موعد القياس التتبعي. ومرفق في الملحق الدليل التفصيلي لجلسات البرنامج (ملحق). تم تطبيق البرنامج على عينة الدراسة ابتداءً من 2025/10/5م (الجلسة الأولى) حتى 2025/12/11م (الجلسة الثانية عشرة "الختامية + القياس البعدي") وبعد انتهاء البرنامج تم إجراء القياس التتبعي بعد شهرين والذي وافق 2026/2/10م، مرفق أدناه ملخص جلسات البرنامج:

التاريخ	الجلسة	موضوع الجلسة	المحور الرئيسي
2025/10/05	1	جلسة تمهيدية وتثقيف نفسي	التعارف، بناء التحالف العلاجي، تثقيف نفسي
2025/10/08	2	اليقظة الذهنية	تنمية الوعي باللحظة الراهنة وتنظيم الانتباه
2025/10/15	3	المرونة المعرفية (1)	التعرف على الأفكار التلقائية وإعادة البناء المعرفي
2025/10/19	4	المرونة المعرفية (2)	إعادة التقييم المعرفي وحديث الذات الإيجابي
2025/10/23	5	إدارة الضغوط المهنية	التنفس العميق، الاسترخاء العضلي التدريجي، وحل المشكلات

مهارات تنظيم الانفعال، تحمل الضغوط، والفعالية الشخصية	تنظيم المشاعر وتحمل الضيق	6	2025/10/30
تعزيز الدعم الاجتماعي والمعنى الروحي	الدعم النفسي الاجتماعي والروحي	7	2025/11/05
تطبيق المهارات تحت الضغط واليقظة أثناء المواقف الضاغطة	تحمل الضغوط المتقدم	8	2025/11/12
التعايش مع ما لا يمكن تغييره، والسلوك الملتزم بالقيم	التقبل وفك الاندماج المعرفي	9	2025/11/19
توضيح القيم المهنية والإنسانية وربطها بالسلوك	القيم والسلوك الملتزم	10	2025/11/27
مشاركة التجارب الشخصية وتكامل المهارات	جلسة دعم تطبيقية	11	2025/12/03
بناء خطة الوقاية من الانتكاس، تطبيق القياس البعدي	الوقاية من الانتكاس	12	2025/12/11
تطبيق قياس تنبئي	قياس أثر البرنامج		2026/2/10

### ملخص اجراء جلسات البرنامج التكاملية لتعزيز المرونة النفسية

#### الفنيات المستخدمة في البرنامج

تضمن البرنامج مجموعة من الفنيات النفسية، من أبرزها: إعادة البناء المعرفي، إعادة التقييم المعرفي، مهارات اليقظة الذهنية، مهارات تنظيم المشاعر، ومهارات تحمل الضيق، التقبل النفسي، فك الاندماج المعرفي، تحديد القيم والسلوك الملتزم، الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، إضافة إلى تدريبات الإسترخاء وحل المشكلات.

#### آلية تقييم فاعلية البرنامج

تم تقييم فاعلية البرنامج باستخدام التصميم شبه التجريبي بقياس قبلي-بعدي-تتبعي، من خلال تطبيق مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية (CD-RISC) وأداة تقييم الاحتراق النفسي (BAT) على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث طبقت القياسات بالنحو التالي: قياس قبلي (قبل التدخل بالبرنامج)، قياس بعدي (بنهاية الجلسة الختامية بعد الانتهاء من البرنامج)، ثم القياس التتبعي (بعد شهرين).

#### 2- مقياس كونر- ديفيدسون للمرونة النفسية "CD-RISC" Connor-Davidson Resilience scale

اعتمدت الدراسة الحالية على نسخة مُكيّفة من مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية (Connor-Davidson Resilience Scale). وقد أعد هذا المقياس في صورته الأصلية كل من كونر وديفيدسون (Connor & Davidson, 2003)، ويُعد من أكثر المقاييس استخدامًا في قياس المرونة النفسية في البيئات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية. ويهدف المقياس إلى قياس قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الضغوط والصدمات والتحديات الحياتية. يتكون المقياس في صورته الأصلية من (25) بندًا، تُجاب جميعها وفق مدرج ليكرت خماسي يتدرج من: ليس صحيحًا على الإطلاق = (0)، نادرًا ما يكون صحيحًا = (1)، أحيانًا يكون صحيحًا = (2)، غالبًا ما يكون صحيحًا = (3)، دائمًا يكون صحيحًا تقريبًا = (4). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0-100) درجة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى أعلى من المرونة النفسية. وقد تم الحصول على نسخة عربية مترجمة من المقياس بعد التواصل مع مؤلفيه، وذلك لغرض استخدامه في الدراسة الحالية. وتشير البيانات الببليوغرافية إلى أن ترجمة المقياس إلى اللغة العربية تمت بواسطة: غزوان توما، ومايكل فترز، وعدنان حمد، ونزار طلعت، وطارق يعقوب (Toma et al., 2017). كما أُشير في بعض الدراسات العربية إلى تقنين المقياس على البيئة السعودية، مثل دراسة أبوبكر والشمرى

عام 2017 حيث بلغ معامل الثبات (0.953)، وتراوحت معاملات الارتباط للإتساق الداخلي بين (0.48 - 0.77) (أبوبكر والرشيدي، 2018).

يتكون المقياس في صورته الأصلية من (25) بنداً تتوزع على سبعة أبعاد رئيسية، تمثل جوانب مختلفة من المرونة النفسية، وهي:  
- الصلابة النفسية (Hardiness): (أي الالتزام / التحدي / السيطرة) ويشير هذا البعد إلى قدرة الفرد على الالتزام بأهدافه، مواجهة التحديات، والشعور بالتحكم في مجريات حياته. ويتضمن البنود التالية: (5 ، 10 ، 11 ، 12 ، 22 ، 23 ، 24).

-التأقلم (Coping): ويقيس كيفية تعامل الفرد مع الضغوط والتحديات، واستخدامه لاستراتيجيات فعالة للتكيف مع المواقف الصعبة، ويتضمن البنود (2، 7، 13، 15، 18).

-القدرة على التكيف/المرونة (Adaptability/Flexibility): ويعكس قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات، والمرونة في التفكير والسلوك، ويتضمن البنود (1 ، 4 ، 8).

-المعنى/الغرض (Meaningfulness/Purpose): ويرتبط بإحساس الفرد بالمعنى والهدف في الحياة ومدى ارتباطه بقيمه ومعتقداته، ويتضمن البنود (3، 9، 20، 21).

-التفاؤل (Optimism): ويقيس نظرة الفرد الإيجابية للمستقبل وتوقعاته الإيجابية للأحداث، ويتضمن البنود (6 ، 16).

-التنظيم الإنفعالي والذهني (Regulation of Emotion and Cognition): ويشير إلى قدرة الفرد على تنظيم مشاعره وأفكاره والحفاظ على التوازن العاطفي والذهني، ويتضمن البنود (14 ، 19).

-الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy): وتعكس ثقة الفرد في قدرته على تحقيق أهدافه والاعتماد على نفسه في مواجهة التحديات، ويتضمن البنود (17، 25).

- تكيف النسخة العربية من مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية بما يتلاءم مع البيئة السعودية:

نظرًا لاختلاف السياق الثقافي والمهني الذي طُوّر فيه مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية عن السياق الذي تُجرى فيه الدراسة الحالية، ولما تتطلبه طبيعة العينة من مواءمة لغوية ومهنية دقيقة، فقد سعى الباحث إلى تكيف النسخة العربية من المقياس بما يتلاءم مع البيئة السعودية وطبيعة العمل التمريضي، مع الحفاظ على الإطار النظري الذي يستند إليه المقياس. وقد شمل تكيف المقياس مراجعة صياغة البنود، وتعديل بعض العبارات لغويًا، وتدعيم بعض الأبعاد التي كانت ممثلة بعدد محدود من البنود، وهي أبعاد: (التفاؤل، والتنظيم العاطفي والذهني، والكفاءة الذاتية)، وذلك بهدف تحقيق تمثيل أكثر توازنًا للأبعاد المختلفة للمرونة النفسية، وتحسين وضوح البنود وسهولة فهمها لدى الفئة المستهدفة.

وتكون المقياس بعد تكيفه من (29) بنداً تتوزع على سبعة أبعاد رئيسية، تمثل جوانب مختلفة من المرونة النفسية، وهي:

- الصلابة النفسية (Hardiness): ويتضمن البنود التالية: (5 ، 10 ، 11 ، 12 ، 22 ، 23 ، 24).

-التأقلم (Coping): ويتضمن البنود (2، 7، 13، 15، 18).

-القدرة على التكيف/المرونة (Adaptability/Flexibility): ويتضمن البنود (1 ، 4 ، 8).

-المعنى/الغرض (Meaningfulness/Purpose): ويتضمن البنود (3 ، 9 ، 20 ، 21).

-التفاؤل (Optimism): ويتضمن البنود (6 ، 16 ، 26 ، 27).

-التنظيم الإنفعالي والذهني (Regulation of Emotion and Cognition): ويتضمن البنود (14 ، 19 ، 28).

-الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy): ويتضمن البنود (17 ، 25 ، 29).

والجدول أدناه يوضح التعديلات والإضافات التي أجراها الباحث:

البُعد	البنود في المقياس الأصلي	البنود بعد التعديل أو الإضافة
الصلابة النفسية	( 5 ، 10 ، 11 ، 12 ، 22 ، 23 ، 24 ) 24- أعمل على تحقيق أهدافي بغض النظر عن العقبات التي تعترض طريقي	( 5 ، 10 ، 11 ، 12 ، 22 ، 23 ، 24 ) 1- 24- أستمر في بذل جهد اضافي لتحقيق أهدافي حتى 2- عندما تزيد الصعوبات.
التأقلم	( 2 ، 7 ، 13 ، 15 ، 18 ) 2- لدي على الأقل علاقة أو قرابة واحدة وثيقة وأمنة تساعدني عندما أكون متوترا. 15- أفضل الأخذ بزمام المبادرة في حل المشاكل بدلاً من ترك الأخريين اتخاذ جميع القرارات.	( 2 ، 7 ، 13 ، 15 ، 18 ) 2- عند التعرض للضغط، لدي شخص واحد على الأقل أشعر معه بالأمان، وأثق بأنه سيدعمني دون تردد. 15- أفضل الأخذ بزمام المبادرة في حل المشاكل بدلاً من ترك الأخريين يتخذون جميع القرارات.
القدرة على التكيف/المرونة	( 1 ، 4 ، 8 ) 8- أميل إلى استعادة توازني بعد مرض أو إصابة، أو غيرها من الصعوبات	( 1 ، 4 ، 8 ) 7- أستعيد توازني بعد مرض أو إصابة، أو غيرها من الصعوبات.
المعنى/الغرض	( 3 ، 9 ، 20 ، 21 ) 9- أعتقد أن معظم الأمور تحدث لسبب ما سواء كانت جيدة أو سيئة.	( 3 ، 9 ، 20 ، 21 ) 9- أعتقد بوجود سبب وراء كل حدث من الأحداث.
التفاؤل	( 6 ، 16 ) 26- أبحث عن فرص جديدة للتطوير حتى في المواقف التي تبدو سلبية. 27- أحافظ على إيماني بإمكانية التحسن حتى عندما تستمر الأزمات لفترات طويلة.	( 6 ، 16 ، 26 ) 26- أبحث عن فرص جديدة للتطوير حتى في المواقف التي تبدو سلبية. 27- أحافظ على إيماني بإمكانية التحسن حتى عندما تستمر الأزمات لفترات طويلة.
التنظيم الإنفعالي والذهني	( 14 ، 19 ) 28- أتحكم في ردود فعلي العاطفية خلال النقاشات الحادة لتجنب التصعيد.	( 14 ، 19 ، 28 ) 28- أتحكم في ردود فعلي العاطفية خلال النقاشات الحادة لتجنب التصعيد.
الكفاءة الذاتية	( 17 ، 25 ، 29 )	( 17 ، 25 ، 29 )

29- أستحضر نجاحاتي السابقة لأتذكر أنني قادر على تخط  
التحديات الحالية.

التعديلات والإضافات التي تم إجراؤها على النسخة العربية لمقياس كونز-ديفدسون للمرونة النفسية لتكييفه على عينة التمريض في  
البيئة السعودية

ولغرض التحقق من ملاءمة المقياس للاستخدام في الدراسة الحالية، قام الباحث بتطبيقه على عينة استطلاعية من ممارسي التمريض  
العاملين في مجمع إرادة للصحة النفسية، وذلك للتحقق من وضوح البنود، وسلامة الصياغة اللغوية، ومدى قابلية المقياس للفهم والتطبيق في  
البيئة السعودية قبل تطبيقه على العينة الأساسية للدراسة.

### العينة الاستطلاعية:

تكوّنت العينة الاستطلاعية من (30) ممرضاً وممرضة، تم اختيارهم بطريقة قصدية من مجتمع الدراسة الأصلي، على ألا يكونوا ضمن أفراد  
العينة الأساسية. وقد روعي في اختيار العينة الاستطلاعية تنوع المشاركين من حيث الجنس، والفئة العمرية، وسنوات الخبرة المهنية، بما يعكس  
الخصائص العامة لمجتمع الدراسة.

### إجراءات التطبيق:

قام الباحث بتطبيق مقياس كونز-ديفدسون للمرونة النفسية في صورته المعدلة إلكترونياً، حيث زُود المشاركون برابط الاستبانة مرفقاً بتعليمات  
واضحة حول كيفية الإجابة، مع التأكيد على أن المشاركة تطوعية وأن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط. وطُلب من أفراد العينة  
الاستطلاعية، إلى جانب الإجابة على بنود المقياس، إبداء ملاحظاتهم حول: مدى وضوح صياغة العبارات، وسهولة فهم مضمون البنود،  
وملاءمة الألفاظ المستخدمة للسياق الثقافي والمهني، وجود أي عبارات غامضة أو تحتمل أكثر من تفسير.

### ولجمع الملاحظات اعتمد الباحث:

- 1- الملاحظات المكتوبة والتي أُدرجت في نهاية الاستبانة من خلال سؤال مفتوح يتيح تسجيل أي ملاحظات أو اقتراحات.
- 2- مقابلات قصيرة غير رسمية مع عدد من المشاركين.

### نتائج التطبيق

أظهرت نتائج التطبيق الاستطلاعي أن غالبية البنود كانت واضحة وسهلة الفهم لدى أفراد العينة، ولم تسجل ملاحظات جوهرية حول صعوبة  
التعليمات أو طول العبارات. كما أشار المشاركون إلى أن محتوى البنود يتسم بملائمته لطبيعة العمل التمريضي، ويعكس خبراتهم الواقعية في  
التعامل مع الضغوط والتحديات المهنية.

وفي ضوء الملاحظات المحدودة التي وردت من بعض المشاركين، قام الباحث بإجراء تعديلات طفيفة على صياغة عدد محدود من البنود،  
تمثلت في تبسيط بعض الألفاظ، أو استبدال كلمات ذات طابع عام بتعابير أكثر شيوعاً في البيئة المهنية، دون المساس بالمضمون النظري  
للبنود أو البعد الذي ينتمي إليه، مثل:

البند	العبارة الأصلية	العبارة المعدلة
3	عندما لا تكون هنالك حلول واضحة لمشاكلي، أحيانا ايماني بالله أو بالقدر يساعدي.	إيماني بالله وبالقدر يساعدي في حل المشكلات المعقدة.
6	أحاول أن أرى الجانب الهزلي من المشاكل عندما أواجهها.	أحاول أن أرى الجانب الإيجابي من المشاكل عندما أواجهها.

التعديلات على بنود مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية بعد عرضه على عينة استطلاعية

وبعد إجراء التعديلات اللازمة في ضوء عملية تكييف المقياس والتطبيق الاستطلاعي، تم عرض المقياس في صورته المعدلة على مجموعة من السادة المحكمين للتحقق من الصدق الظاهري.

#### الصدق الظاهري (صدق المحكمين) لمقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية:

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية في صورته المُكيّفة، قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين الخبراء من ذوي الاختصاص (ملحق)، وذلك بهدف التأكد من مدى وضوح البنود، وسلامة الصياغة اللغوية، وملاءمة البنود ثقافياً ومهنيًا، ومدى تمثيلها للأبعاد النظرية للمرونة النفسية. وقد زوّد الباحث المحكمين بنسخة من المقياس، مرفقة بنموذج تحكيم تضمن مجموعة من المحاور، شملت: مدى وضوح صياغة كل بند، و مدى ملاءمة اللغة المستخدمة للفئة المستهدفة (ممارسو التمريض)، و مدى ارتباط كل بند بالبعد الذي ينتمي إليه، وكفاية عدد البنود الممثلة لكل بعد، و مدى الحاجة إلى تعديل أو حذف أو إضافة بنود جديدة. وطُلب من السادة المحكمين إبداء آرائهم باستخدام مقياس تقدير ثلاثي (مناسب - يحتاج إلى تعديل - غير مناسب)، مع إتاحة المجال لإضافة ملاحظات واقتراحات. وقد أظهرت نتائج التحكيم اتفاقاً مرتفعاً بين المحكمين حول ملاءمة غالبية البنود وصلاحيته لقياس أبعاد المرونة النفسية لدى ممارسي التمريض في البيئة السعودية. وقد تجاوزت نسبة الاتفاق بين المحكمين على معظم البنود نسبة (90%)، وهو ما يُعد مؤشراً مقبولاً للتحقق من الصدق الظاهري.

وفي ضوء ملاحظات المحكمين، قام الباحث بإجراء عدد من التعديلات، تمثلت في: إعادة صياغة بعض البنود لغويًا لزيادة الوضوح والدقة، وتبسيط أو تعديل بعض العبارات التي قد تحتل أكثر من تفسير، مع الإبقاء على البنود التي أشار المحكمون إلى ملاءمتها دون تعديل. ويوضح الجدول أدناه هذه التعديلات:

البند	العبارة الأصلية	العبارة المعدلة
1	أستطيع التأقلم عند ما تحدث تغييرات.	أستطيع التكيف مع التغييرات المفاجئة أو غير المتوقعة في حياتي مثل: (الظروف الصعبة، تغييرات العمل، أو الأزمات).
7	اضطرابي للتعامل مع التوتر قد يجعلني شخص أقوى.	1- اضطرابي للتعامل مع التوتر يجعلني شخصاً أقوى.
18	عند الضرورة، أستطيع اتخاذ قرارات صعبة أو غير محببة قد تؤثر علي الآخرين.	في الظروف الحرجة، أستطيع اتخاذ قرارات صعبة حتى لو كانت تضر بعلاقتي أو مشاعر الآخرين.
20	في التعامل مع مشاكل الحياة، أحيانا نتصرف بناء على الحس الباطني أو الحسد دون معرفة السبب.	في التعامل مع مشاكل الحياة، أحيانا أتصرف بناءً على الحس الباطني دون معرفة الأسباب.
22	أشعر اني مسيطر على مجريات حياتي.	أشعر اني مسيطر على معظم مجريات حياتي.
23	أنا أحب التحديات.	أنا أحب التحديات، وأستطيع النهوض والإستمرار في مواجهة الصعوبات إلتراما بتحقيق أهدافي.

يوضح التعديلات على النسخة العربية المكيفة لمقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية بعد عرضه على المحكمين

اعتماد الصورة النهائية للمقياس:

بعد الأخذ بملاحظات السادة المحكمين وإجراء التعديلات المقترحة، اعتمد الباحث المقياس في صورته النهائية، تمهيداً لإستخدامه في هذه الدراسة (ملحق).

**الخصائص السيكمترية:**

للتحقق من الخصائص السيكمترية سعى الباحث لدراسة ثبات وصدق مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية في صورته المُكيفة، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من ممارسي التمريض في البيئة السعودية. وهي موضحة في التالي:

**الثبات:**

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث تم دراسة معاملات الثبات لأبعاد مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية (الصلابة- التأقلم- القدرة على التكيف/المرونة- المعنى / الغرض- التناؤل- التنظيم العاطفي والذهني والكفاءة الذاتية) في العينة الاستطلاعية، ويوضحها الجدول أدناه:

عدد العبارات	ألفا كرونباخ	
7	0.895	الصلابة
5	0.826	التأقلم
3	0.811	القدرة على التكيف/المرونة
4	0.802	المعنى / الغرض
4	0.918	التناؤل
3	0.863	التنظيم الإنفعالي والذهني
3	0.917	الكفاءة الذاتية
29	0.961	مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية

معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية، إضافة إلى معامل الثبات للمقياس ككل، وذلك على العينة الاستطلاعية.

يتضح من الجدول (21) أن معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد مقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية جاءت مرتفعة، حيث تراوحت قيمها بين (0.802) و(0.918)، مما يشير إلى تمتع أبعاد المقياس بدرجة عالية من الثبات.

كما بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.961)، وهو ما يدل على مستوى مرتفع جداً من الثبات، ويعكس تجانس بنود المقياس واتساقها في قياس مفهوم المرونة النفسية لدى ممارسي التمريض في البيئة السعودية، الأمر الذي يدعم صلاحية استخدام المقياس في تطبيقه على العينة الأساسية للدراسة.

الصدق:

#### - الاتساق الداخلي

للتحقق من الاتساق الداخلي لمقياس كونر-ديفدسون للمرونة النفسية في صورته المُكَيِّفَة، قام الباحث بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، إضافة إلى حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس. ويهدف هذا الإجراء إلى التحقق من مدى اتساق البنود مع البناء النظري الذي يفترض أن تقيسه، بوصفه مؤشراً داعمًا للصدق البنائي للمقياس. وتظهر النتائج في الجداول التالية:

#### - بنود المقياس x المقياس ككل

صدق الاتساق الداخلي		
مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية		
الدالة	ر	
0.000	0.701	1
0.000	0.707	2
0.000	0.779	3
0.000	0.623	4
0.000	0.801	5
0.000	0.779	6
0.000	0.774	7
0.000	0.632	8
0.000	0.711	9
0.000	0.692	10
0.000	0.676	11
0.000	0.705	12
0.000	0.760	13

0.000	0.756	<b>14</b>
0.000	0.652	<b>15</b>
0.000	0.779	<b>16</b>
0.000	0.744	<b>17</b>
0.005	0.754	<b>18</b>
0.000	0.748	<b>19</b>
0.000	0.658	<b>20</b>
0.000	0.792	<b>21</b>
0.000	0.806	<b>22</b>
0.000	0.603	<b>23</b>
0.000	0.740	<b>24</b>
0.000	0.738	<b>25</b>
0.000	0.742	<b>26</b>
0.000	0.790	<b>27</b>
0.000	0.807	<b>28</b>
0.000	0.803	<b>29</b>

معاملات الارتباط بين بنود مقياس كورنر-ديفيسون للمرونة النفسية والدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط بين بنود مقياس كورنر-ديفيسون للمرونة النفسية والدرجة الكلية للمقياس جاءت موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.603) و(0.807). وتشير هذه النتائج إلى وجود درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي بين بنود المقياس، بما يعكس إسهام كل بند في قياس البناء الكلي للمرونة النفسية.

- بُعد الصلابة:

الصلابة		العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.764	<b>5</b>
0.000	0.638	<b>10</b>
0.000	0.907	<b>11</b>
0.000	0.760	<b>12</b>

0.000	0.814	22
0.000	0.803	23
0.000	0.787	24

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبعد الأول (الصلابة): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (الصلابة) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.638) و(0.907). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البعد.

- بُعد التأقلم:

التأقلم		العبارة
الدالة	ر	
0.000	0.679	2
0.000	0.747	7
0.000	0.864	13
0.000	0.763	15
0.000	0.790	18

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبعد الثاني (التأقلم): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (التأقلم) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.679) و(0.864). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البعد.

- بُعد القدرة على التكيف/المرونة:

القدرة على التكيف/المرونة		العبارة
الدالة	ر	
0.000	0.881	1
0.000	0.923	4
0.000	0.752	8

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبعد الثالث (القدرة على التكيف/المرونة): معاملات الارتباط بين كل بند و إجمالي البعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (القدرة على التكيف/المرونة) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.752) و(0.923). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البعد.

#### - بُعد المعنى / الغرض:

المعنى / الغرض		العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.804	3
0.000	0.812	9
0.000	0.742	20
0.000	0.818	21

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبعد الرابع (المعنى / الغرض): معاملات الارتباط بين كل بند واجمالي البعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (المعنى/الغرض) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.742) و(0.818). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البعد.

#### - بُعد التفاؤل:

التفاؤل		العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.863	6
0.000	0.888	16
0.000	0.919	26
0.000	0.925	27

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبعد الخامس (التفاؤل): معاملات الارتباط بين كل بند و إجمالي البعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (التفاؤل) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.863) و(0.925). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البُعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبُعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البُعد.

#### - بُعد التنظيم الإنفعالي والذهني:

التنظيم العاطفي والذهني		العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.873	14
0.000	0.910	19
0.000	0.875	28

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبُعد السادس (التنظيم الإنفعالي والذهني): معاملات الارتباط بين كل بند و إجمالي البُعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (التنظيم الإنفعالي والذهني) والدرجة الكلية لهذا البُعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.873) و(0.875). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البُعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبُعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البُعد.

#### - بُعد الكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية		العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.903	17
0.000	0.927	25
0.000	0.948	29

دراسة صدق الاتساق الداخلي للبُعد السابع (الكفاءة الذاتية): معاملات الارتباط بين كل بند و إجمالي البُعد.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين بنود بُعد (الكفاءة الذاتية) والدرجة الكلية لهذا البعد. وتشير النتائج إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.903) و(0.948). وتدل هذه النتائج على اتساق بنود البُعد مع بعضهما البعض، وتمثيلها الجيد للبُعد الذي تنتمي إليه، مما يدعم الاتساق الداخلي لهذا البُعد.

- الأبعاد x المقياس ككل:

الأبعاد	مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية	
	ر	الدلالة
الصلابة	0.908	0.000
التأقلم	0.859	0.000
القدرة على التكيف/المرونة	0.805	0.000
المعنى / الغرض	0.727	0.000
التفاؤل	0.832	0.000
التنظيم الإنفعالي والذهني	0.781	0.000
الكفاءة الذاتية	0.842	0.000

دراسة صدق الاتساق الداخلي للمقياس ككل (مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية): معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس كونر - ديفدسون للمرونة النفسية والمقياس ككل

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية (الصلابة- التأقلم- القدرة على التكيف/المرونة- المعنى / الغرض- التفاؤل- التنظيم الإنفعالي والذهني والكفاءة الذاتية) والمقياس ككل جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.727) و(0.908). وتشير هذه النتائج إلى أن جميع الأبعاد تسهم بدرجات متفاوتة في تكوين البناء الكلي للمرونة النفسية، بما يدعم الاتساق الداخلي للمقياس وصلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية.

وبناءً على ما سبق، تشير نتائج صدق الاتساق الداخلي إلى أن مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي على مستوى البنود والأبعاد، مما يدعم صلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية.

- الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis CFA)

استكمالاً للتحقق من الصدق البنائي، قام الباحث بإجراء التحليل العاملي التوكيدي، ويوضح الجدول أدناه مؤشرات المطابقة:

المؤشر	القيمة	الحد المقبول
$\chi^2/df$	2.11	$\leq 3$
CFI	0.94	$\geq 0.90$
TLI	0.93	$\geq 0.90$
RMSEA	0.052	$\leq 0.08$
SRMR	0.041	$\leq 0.08$

### مؤشرات جودة مطابقة النموذج العاملي

تشير مؤشرات جودة المطابقة إلى أن النموذج العاملي المكوّن من سبعة عوامل حقق مستويات جيدة من المطابقة، حيث جاءت قيم (CFI) و (TLI) أعلى من (0.90)، وقيم (RMSEA) و (SRMR) ضمن الحدود المقبولة، مما يدل على ملاءمة النموذج العاملي ويدعم الصدق البنائي للمقياس.

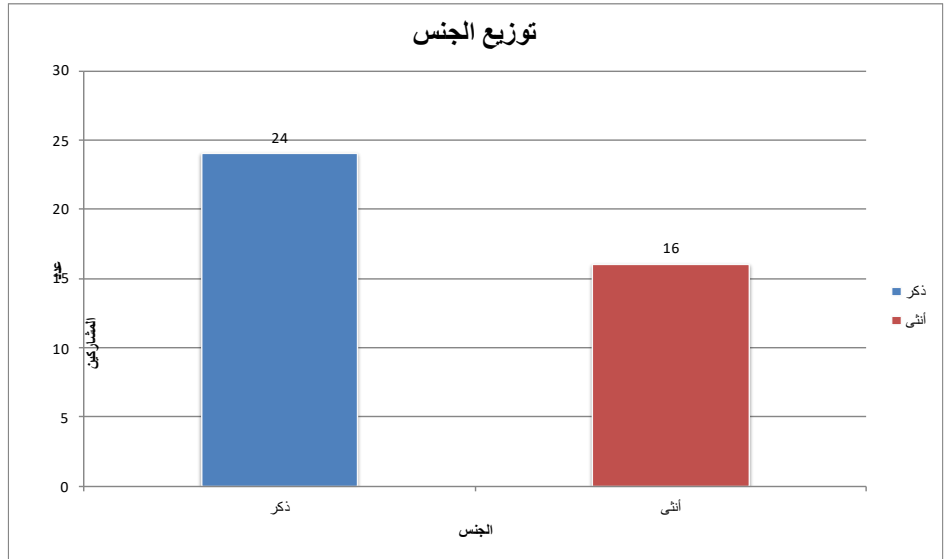
### خامسا: خصائص العينة:

تضمنت استبانة البيانات الديموغرافية في صفحتها الأولى مجموعة من الأسئلة المخصصة لجمع البيانات الديموغرافية الأساسية، والتي تهدف إلى وصف العينة بدقة وفهم الفروق بين الأفراد بناءً على خصائصهم الشخصية. وقد صُممت هذه الفقرة من الاستبانة لتحديد العينة بناءً على شروط محددة للإنضمام، ولتستخدم لاحقاً في التحليل الإحصائي بغرض تفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة في ضوء بعض الخصائص الديموغرافية كالجنس. كذلك تضمنت الاستبانة بعض الأسئلة والتي كان الهدف منها حصر المشاركين ممن تنطبق عليهم محددات الإشتغال والإبعاد لتحديد العينة النهائية. وقد شملت البيانات الديموغرافية ما يلي:

- الجنس
- العمر: ضمن فئات عمرية (من 21 إلى 50 سنة).
- سنوات الخبرة .
- الحالة الاجتماعية.
- القسم

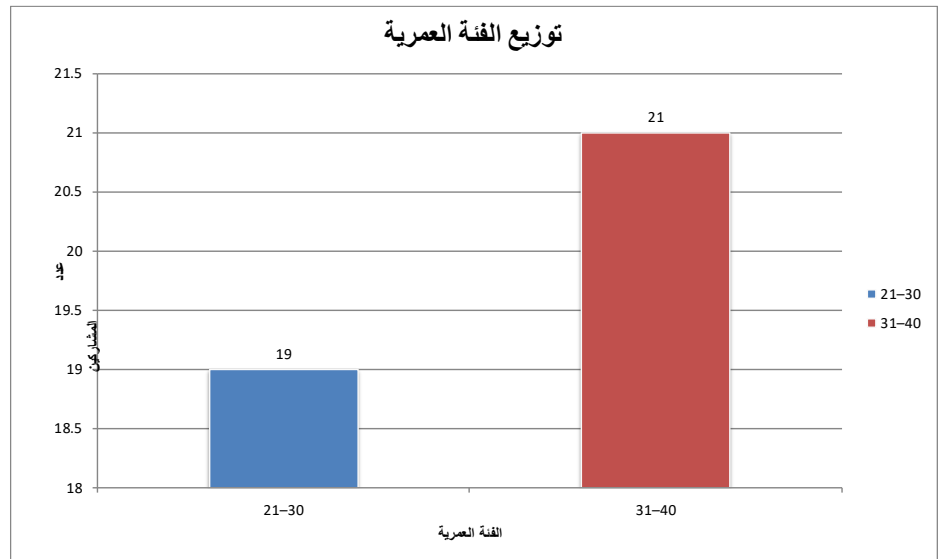
وبناء على ما ذكر، جاءت خصائص العينة على النحو التالي:

أولاً: الجنس: تضمن العينة الجنسين من الذكور (الممرضين) الذين بلغ عددهم (24)، والإناث (الممرضات) الذين بلغ عددهم (16).



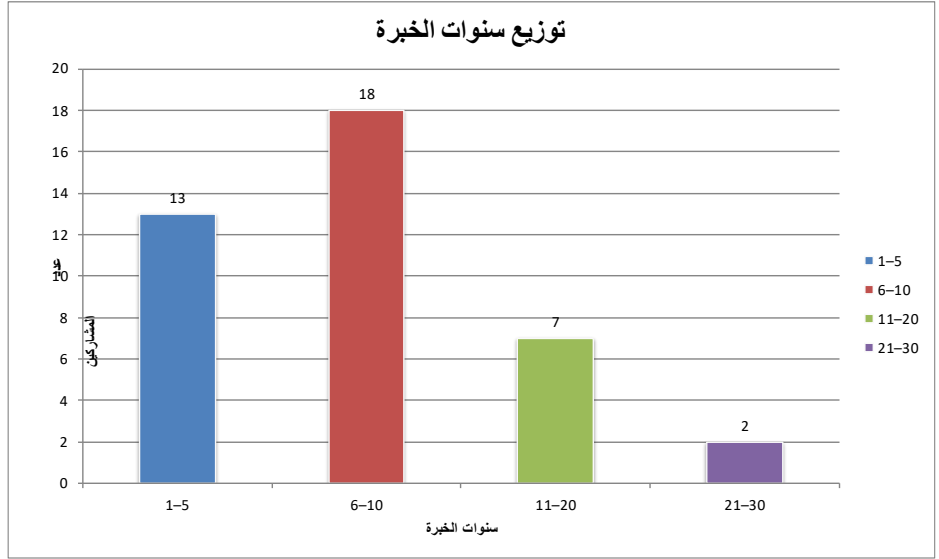
شكل (1) عدد المشاركين من الذكور والإناث في العينة

ثانيا: العمر: تنوعت الفئات العمرية في العينة، إلا أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلا كان للفئة (31 – 40) سنة، تلتها الفئة العمرية (21 – 30) سنة (30)



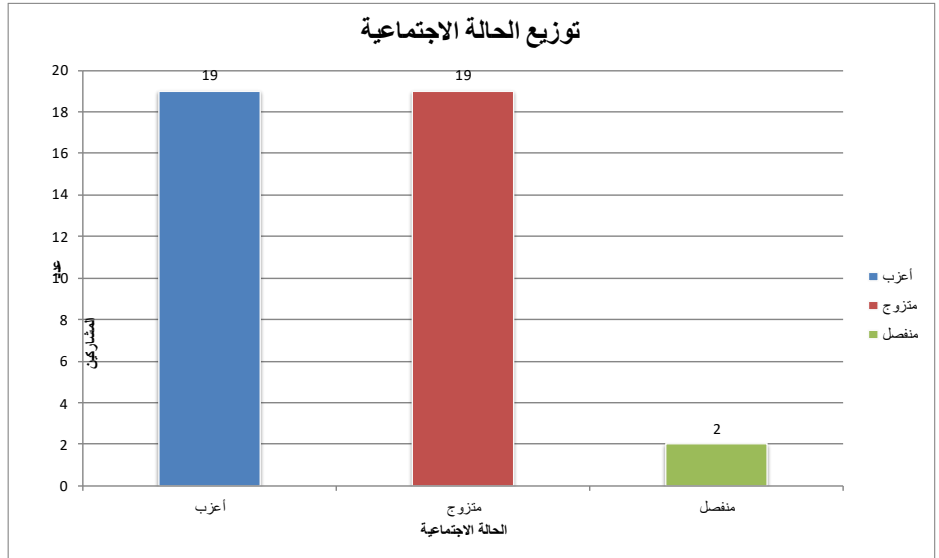
شكل ( ) يوضح الفئات العمرية الأكثر التي توزعت في العينة

ثالثا: سنوات الخبرة: تنوع المشاركون في العينة من حيث سنوات الخبرة والتي تراوحت من سنة فأكثر، وكان النصيب الأكبر للفئة ذات الخبرة المتوسطة والتي تراوحت سنوات الخبرة لديها (6 – 10) سنة، تلتها الفئة ذات الخبرة القصيرة والتي تراوحت سنوات الخبرة لديها بين (1 – 5) سنوات.



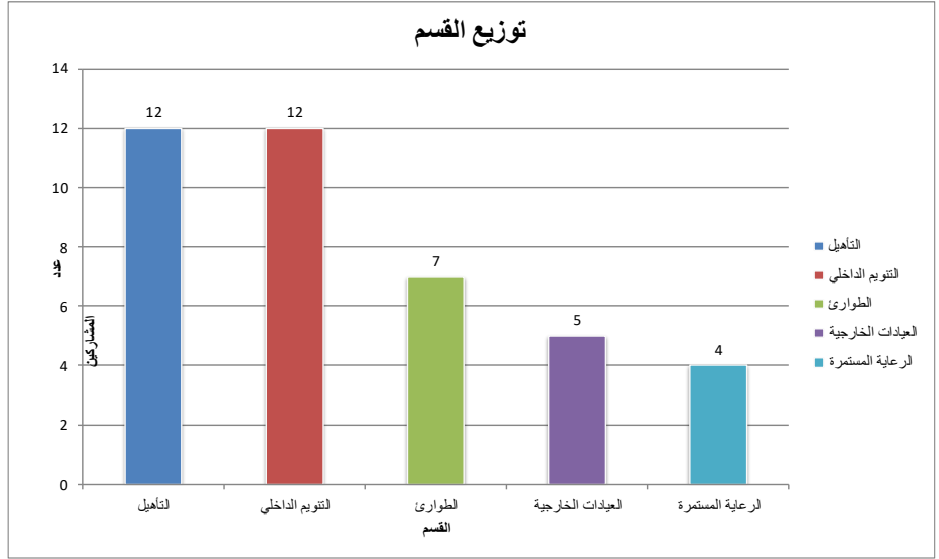
شكل (3) يوضح عدد المشاركين في العينة بناءً على توزيع سنوات الخبرة

رابعاً: الحالة الإجتماعية: تنوع المشاركين في العينة بناءً على الحالة الإجتماعية. وقد كان العدد الأكبر من فئة "أعزب" و فئة "متزوج" بالتساوي، وعدد قليل من فئة "منفصل".



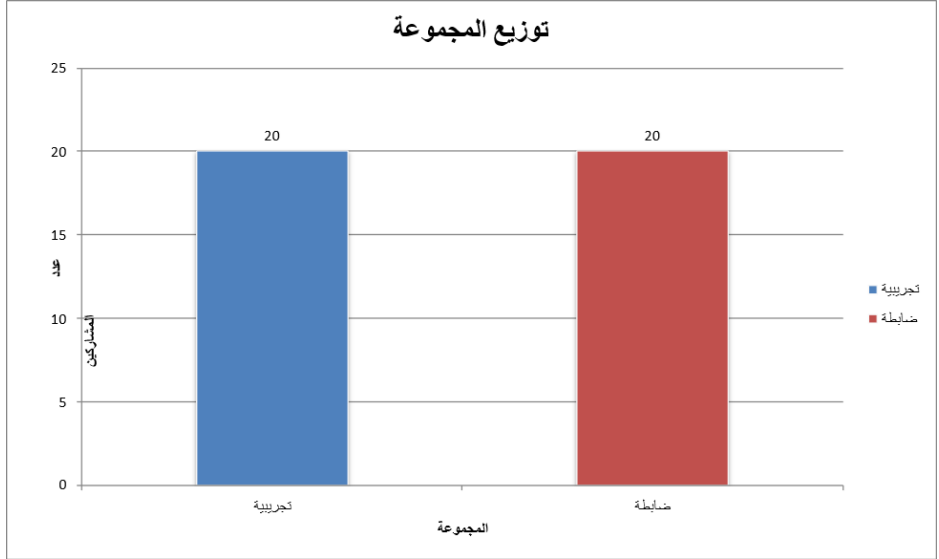
شكل (4) يوضح أعداد المشاركين في العينة بناءً على الحالة الاجتماعية

خامساً: القسم: تنوع المشاركون في العينة بناءً على أقسام متنوعة كان أبرزها قسمي إعادة التأهيل، والتتويج الداخلي حيث تضمنت العدد الأكبر من المشاركين، تلتها أقسام الطوارئ، الرعاية المستمرة، والعيادات الخارجية بالتوالي.



شكل (5) يوضح توزيع المشاركين في العينة بحسب القسم

وقد توزعت العينة والتي تكونت من 40 مشاركا في مجموعتين: تجريبية (ن = 20)، وضابطة (ن = 20)، كما في الشكل التالي:



شكل (6) يوضح توزيع المشاركين في مجموعتين: تجريبية وضابطة

المتغير	الفئة	المجموعة (ن=20)	التجريب	المجموعة الضابطة (ن=0)	المجموع
الجنس	ذكر	12		12	24
	أنثى	8		8	16
الفئة العمرية	30 – 21	11		8	19
	40 – 31	9		12	21
الحالة الإجتماع	أعزب	9		10	19
	متزوج	10		9	19
	منفصل	1		1	2
سنوات الخبرة	5 – 1	7		6	13
	10 – 6	8		10	18
	20 – 11	3		4	7
	30 – 21	2		0	2
القسم	التأهيل	4		8	12
	التنويم الداخلي	6		6	12
	الطوارئ	5		2	7
	الرعاية المستمرة	2		2	4
	العيادات الخارجية	3		2	5

جدول (8) يوضح خصائص عينة الدراسة

يوضح جدول ( ) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، حيث بلغ عدد أفراد العينة النهائية (40) ممرضاً وممرضة تم توزيعهم بالتكافؤ على مجموعتين: تجريبية وضابطة بواقع (20) مشاركاً في كل مجموعة. وفيما يتعلق بالجنس، بلغ عدد الذكور (24) مشاركاً، في حين بلغ عدد الإناث (16)، مع تحقيق توازن بين المجموعتين في التوزيع النوعي. أما من حيث الفئة العمرية، فقد تراوحت أعمار المشاركين بين (21-40) عاماً، حيث بلغ عدد المشاركين في الفئة العمرية (21-30) عاماً (19) مشاركاً، بينما بلغ عدد المشاركين في الفئة العمرية (31-40) عاماً (21) مشاركاً. وبالنسبة للحالة الاجتماعية، توزعت العينة بين الأعزب والمتزوج والمنفصل، مع تقارب واضح في التوزيع بين المجموعتين، حيث كان العدد الأكبر من العزاب والمتزوجين بالتساوي. وفيما يتعلق بسنوات الخبرة المهنية، فقد توزعت خبرات المشاركين بين عدة فئات، وكانت الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة الخبرة (6-10 سنوات)، مما يشير إلى أن غالبية المشاركين يمتلكون خبرة مهنية متوسطة إلى مرتفعة في مجال العمل التمريضي، تليها فئة ذوي الخبرة القليلة (1 - 5) سنوات.

كما توزع المشاركون على عدة أقسام داخل المجمع، أبرزها قسما التأهيل والتتويج الداخلي، ثم الطوارئ والرعاية المستمرة، والعيادات الخارجية بالتوالي.

#### رابعاً: الإجراءات الميدانية لجمع البيانات

حرص الباحث على تنفيذ الإجراءات الميدانية وفقاً للضوابط الأخلاقية والعلمية المعتمدة من اللجنة العلمية للدراسات والبحوث العلمية في مستشفيات ووزارة الصحة السعودية، وذلك لضمان موثوقية البيانات وحماية حقوق المشاركين. وقد مرت هذه الإجراءات بعدة مراحل منهجية ومنظمة على النحو الآتي:

##### 1- الحصول على الموافقات الرسمية:

إلتزم الباحث بجميع متطلبات لجنة أخلاقيات البحث العلمي بصحة جيدة، حيث قام بتجهيز وتقديم ملف متكامل يتضمن:

- نموذج طلب الموافقة الأخلاقية (IRB Approval Application Form)

- مقترح البحث الكامل (Research Proposal)

- شهادة تدريب أخلاقيات البحث العلمي (PHRP) أو ما يعادلها.

- الأدوات المستخدمة في البحث (الاستبيانات والمقاييس ونماذج جمع البيانات).

- السيرة الذاتية للباحث.

- نموذج الموافقة.

- اتفاقية عدم الإفصاح (NDA).

وقد تم إرسال هذه المستندات إلى الإدارة المعنية، وبعد المراجعة حصل الباحث على الموافقة الأخلاقية الرسمية (ملحق)، مما مكنه من البدء في التطبيق الميداني داخل مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة.

##### 2- التنسيق مع الجهة ذات العلاقة لتطبيق البرنامج (مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة):

تم إرسال خطاب تسهيل مهمة للباحث لمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة (ملحق)، ومن ثم التنسيق مع فريق العمل داخل المجمع، تم توجيهه لقسم التدريب الذي قام بدوره بالتوجيه لقسم التمريض، لترتيب مواعيد جمع البيانات، وتحديد الفئة المناسبة التي تتوفر فيهم شروط الدراسة.

##### 3- جمع البيانات ميدانياً:

بعد توجيهه لقسم التمريض تم مقابلة رئيس التمريض في مجمع إرادة للصحة النفسية حيث تم تقديم فكرة عامة عن الدراسة وأهدافها والعينة المطلوبة وبرنامج التدخل والإجراءات، وتم مناقشة سبل التعاون الممكنة وأهمها تشجيع أفراد العينة وتسهيل مشاركتهم في البرنامج، وكذلك توفير قاعة أو فصل دراسي لتقديم البرنامج. وقد قام رئيس التمريض بإيصال فكرة الدراسة لفريق التمريض ووضح أهميته وشرح أهدافه، وتقديم نموذج الموافقة لمن يرغب في المشاركة في الدراسة قبل الشروع في الإجابة على الاستبانة (الأدوات). وقد جرى التأكيد على أن المشاركة تطوعية بالكامل، وأن جميع المعلومات ستُعامل بسرية تامة، ولن تُستخدم إلا في أغراض البحث العلمي. وقد بلغ عدد الراغبين في المشاركة (116) ممرض وممرضة. وقُدِّمت أدوات الدراسة (من خلال استبانة) عبر رابط إلكتروني تم نشره على عينة فريق التمريض الذين أبدوا رغبتهم في الإنضمام. حيث تم جمع بيانات من استجابوا، وقد بلغ عددهم (81) ممرض وممرضة، وتم تحليل بياناتهم لإختيار أفراد العينة التي

ستخضع للتدخل النفسي. وقد تم تحديد 40 ممرض وممرضة ممن تنطبق عليهم معايير الإنضمام للبرنامج ، وتم توزيعهم في مجموعتين متكافئتين تجريبية وضابطة، 20 ممرض وممرضة لكل مجموعة. وبعد أخذ موافقة المشاركين وتحديد رغبتهم الطوعية بالمشاركة، وبعد إجراء برنامج التدخل تم جمع البيانات (باستخدام أدوات الدراسة) بعد إجراء القياس البعدي، وإجراء القياس التتبعي (بعد شهرين).

في إطار الإجراء التحضيري (القياس القبلي)، تم تطبيق معايير الاشتمال الخاصة بالدراسة على الاستجابات لإستخراج العينة النهائية المستهدفة. حيث جرى تحديد المشاركين الذين يُظهرون مستوى أدنى من المرونة النفسية، بما يعكس الفئة الأكثر احتياجًا للتدخل النفسي. وبعد تحديد المؤهلين وفق هذه المعايير، تم اعتماد توزيع متكافئ للمشاركين على مجموعتين (تجريبية وضابطة) بواقع (20) مشاركًا في كل مجموعة، باستخدام العشوائية الطبقيّة بحسب الجنس وذلك لضمان توازن التمثيل النوعي (ذكور/إناث) في كل مجموعة وتقليل التحيز.

### اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات

للتحقق من مدى اتباع بيانات الدراسة للتوزيع الطبيعي تم استخدام: اختبار Shapiro–Wilk، وقد تم اختيار هذا الاختبار نظرًا لملاءمته لأحجام العينات الصغيرة، حيث بلغ حجم كل مجموعة في الدراسة (20) مشاركًا. وقد ساعد هذا الاختبار في تحديد نوع الاختبارات الإحصائية المناسبة (المعلمية أو اللامعلمية) التي سيتم استخدامها في اختبار فروض الدراسة. وقد كانت نتيجة الإختبار في الجدول أدناه:

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	Skewness	Kurtosis	Shapiro–Wilk (W)	قيمة الدلالة (Sig.)	نوع التوزيع
(CD–RISC)	2.36	0.38	-1.08	1.21	0.92	0.005	غير طبيعي

جدول (9) اختبار التوزيع الطبيعي لدرجات القياس القبلي باستخدام اختبار Shapiro–Wilk يتضح من نتائج الجدول (9) من اختبار التوزيع الطبيعي أن قيمة الدلالة في اختبار Shapiro–Wilk للمرونة النفسية كانت أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي. كما أظهرت معاملات الالتواء (Skewness) أن توزيع درجات المرونة النفسية تميل نحو الطرف الأدنى (انحراف سالب)، وهو ما يتماشى مع طبيعة العينة المختارة التي ركزت على الأفراد ذوي المرونة النفسية المنخفضة. وبناءً على هذه النتائج، ومع الأخذ في الاعتبار صغر حجم العينة في كل مجموعة (ن=20)، فقد تم استخدام الاختبارات الإحصائية اللامعلمية المناسبة عند المقارنات القبلية بين المجموعتين، وبخاصة اختبار مان-ويتني (Mann–Whitney U) للتحقق من تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق البرنامج.

### اختبار التكافؤ القبلي بين المجموعتين:

للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمتغيرات الدراسة تم استخدام: اختبار مان-ويتني (Mann–Whitney U Test) وذلك لمقارنة متوسط رتب درجات المجموعتين على متغير الدراسة (المرونة النفسية) قبل تطبيق البرنامج، بهدف التأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين قبليًا، وهو ما يضمن أن أي فروق تظهر لاحقًا يمكن إرجاعها إلى أثر البرنامج التكاملي المستخدم في الدراسة.

مستوى الدلالة	U	Sd	Mean	Group	المتغير
0.665	93.00	0.57	2.53	التجريبية	(CD-
		0.42	2.44	الضابطة	RISC)

جدول (10) يوضح اختبار التكافؤ القبلي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

يوضح جدول ( ) نتائج اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للمرونة النفسية. وتشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس القبلي للمرونة النفسية (Sig = 0.665)، حيث كانت قيم مستوى الدلالة أكبر من (0.05). وعليه تشير النتائج إلى تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الدراسة (المرونة النفسية) قبل إجراء التدخل النفسي بالبرنامج التكاملية، الأمر الذي يسمح بإرجاع أي فروق قد تظهر لاحقاً في القياس البعدي إلى أثر البرنامج التكاملية المستخدم في الدراسة. وبناءً على تحقق التكافؤ القبلي بين المجموعتين، تم البدء في تطبيق البرنامج التكاملية على أفراد المجموعة التجريبية فقط، بينما لم تتعرض المجموعة الضابطة لأي تدخل خلال فترة التطبيق، وذلك بهدف فحص فعالية البرنامج في تعزيز المرونة النفسية لدى أفراد العينة.

#### الأساليب الإحصائية المستخدمة والإجراءات الأخلاقية في الدراسة

اعتمد الباحث في تحليل بيانات الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التصميم شبه التجريبي للدراسة، والذي يعتمد على قياسات قبلية وبعديّة وتتبعية لمجموعتين (تجريبية وضابطة)، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS). وقد تم اختيار الأساليب الإحصائية بما يتلاءم مع طبيعة البيانات وحجم العينة، وكذلك في ضوء نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات.

وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

#### أولاً: الأساليب الإحصائية الوصفية

تم استخدام الإحصاء الوصفي بهدف وصف خصائص عينة الدراسة وبيان توزيعها الديموغرافي، وكذلك وصف درجات أفراد العينة على متغيرات الدراسة، وذلك من خلال:

- التكرارات والنسب المئوية (Frequency & Percentage) لوصف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة مثل: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة، والقسم.
- المتوسطات الحسابية (Mean)
- الانحرافات المعيارية (Standard Deviation)

#### ثانياً: إدخال البيانات وتحليلها:

بعد استكمال جمع البيانات، قام الباحث بمراجعة الاستبانات للتأكد من اكتمالها، ثم أدخلت إلى برنامج (SPSS) للتحليل الإحصائي. وقد استخدمت بعض الأساليب بهدف فحص الخصائص السيكومترية للأدوات (معامل ارتباط بيرسون، ومعامل ألفا كرونباخ Cronbach's

(alpha). و لتنفيذ اختبارات الفرضيات وفقاً لأهداف الدراسة. و بناءاً على طبيعة وحجم عينة الدراسة وتصميمها تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية اللابارامترية:

- اختبار مان-ويتني Mann-Whitney Test
- اختبار ويلكسون Wilcoxon signed-rank test

### ثالثاً: الإعتبارات الأخلاقية:

يُعد الالتزام بالاعتبارات الأخلاقية ركناً أساسياً في إجراء البحوث النفسية. وانطلاقاً من هذا المبدأ، حرص الباحث في هذه الدراسة على مراعاة مجموعة من القيم الأخلاقية التي تضمن حماية حقوق المشاركين وكرامتهم النفسية والإنسانية، وذلك كما يلي:

1- ضمان السرية والخصوصية:  
حرص الباحث على ضمان السرية التامة لكافة البيانات التي تم جمعها من المشاركين، حيث تم استخدام أدوات البحث بطريقة لا تسمح بالكشف عن هوية أي مشارك، وذلك من خلال:

- تخزين البيانات إلكترونياً بطريقة مشفرة وآمنة، تضمن عدم وصول أي فرد غير مخوّل إليها.
  - عدم مشاركة البيانات مع أي جهة خارج نطاق البحث، مع اقتصار الوصول إلى البيانات على الباحث فقط.
  - عرض النتائج بصيغة إحصائية جماعية، دون الإشارة إلى تفاصيل فردية قد تكشف عن هوية أي مشارك أو حالته.
  - وقد تم التنبيه على المشاركين بأن مشاركتهم ستظل سرية تماماً، ولن تُستخدم معلوماتهم في أي سياق غير علمي أو دون إذن منهم.
- 2- الموافقة المستنيرة للمشاركين:  
إلتزم الباحث بمبدأ الرضا الطوعي، وذلك من خلال:

- تقديم شرح شفهي ومكتوب للمشاركين حول أهداف البحث، وأهميتها، وطبيعة الأسئلة المطروحة.
  - توضيح أن المشاركة اختيارية بالكامل، وأن للمشارك الحق في الانسحاب في أي وقت دون أي تبعات علاجية أو قانونية.
  - تزويد كل مشارك ب نموذج موافقة مكتوبة، يتضمن شرحاً موجزاً للبحث و ضمانات السرية وحقوق الانسحاب.
  - التأكد من أن المشاركين قد قرؤوا النموذج وفهموه جيداً، وتمت الإجابة عن جميع استفساراتهم دون ضغط أو إكراه.
- 3- التعامل مع طبيعة وخصوصية المشاركين

نظراً لطبيعة العينة التي تشمل أفراداً كونهم من نفس المنشأة وقد تربط بعضهم روابط زمالة العمل أو صداقة أو حتى قرابة، إضافة للتنوع بين ذكور وإناث وتفاوت الفئة العمرية. الأمر الذي قد يتسبب في التردد في المشاركة أو التفاعل خلال الجلسات. تعهد الباحث كل ذلك وإلتزم مراعاة الخصوصية، والتعامل بمرونة في جلسات التدخل بما يحفظ خصوصيتهم.

### التحديات:

واجه الباحث بعض التحديات، مثل:

- تردد بعض أفراد العينة في المشاركة، أو التأخر بالرد
- صعوبة الإلتزام بمكان أو وقت محدد ل (قاعة أو فصل دراسي) لإجراء جلسات التدخل.
- التردد في المشاركة والتفاعل أثناء تطبيق البرنامج خصوصاً خلال الجلسات الأولى للتدخل النفسي.
- عدم إلتزام بعض أفراد العينة بالوقت المحدد للجلسات.

وقد تعامل الباحث مع هذه التحديات بتفهم وتقبل، وبذل جهداً لتقليل أثرها على البرنامج من خلال المرونة في التعامل والتعويض قدر الإمكان. مع التقيد بضوابط اللجنة الأخلاقية وبروتوكول البحث

## الفصل الرابع

### عرض النتائج وتفسيرها

#### مقدمة:

يهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة وتحليلها إحصائياً في ضوء فروض الدراسة وتساؤلاتها، وذلك من خلال معالجة البيانات التي تم جمعها باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة. وقد تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع طبيعة الدراسة وتصميمها شبه التجريبي، وذلك للكشف عن فاعلية البرنامج التكاملي في تعزيز المرونة النفسية لدى أفراد العينة. ويتضمن هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للنتائج وفق ترتيب فروض الدراسة، حيث يبدأ بوصف العينة، يلي ذلك اختبار فروض الدراسة المتعلقة بتأثير برنامج التدخل التكاملي، مع ربط تفسير النتائج في ضوء الأدبيات والدراسات السابقة.

#### عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها:

##### أولاً: خصائص عينة الدراسة:

يتناول هذا الجزء وصف الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، وذلك بهدف تقديم صورة واضحة عن طبيعة المشاركين في الدراسة. وقد تم استخدام التكرارات والنسب المئوية لوصف هذه الخصائص.

##### 1 - توزيع أفراد العينة وفق الجنس

تم حساب التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة وفق متغير الجنس، كما هو موضح في الجدول أدناه.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	22	%55
إناث	18	%45
المجموع	40	%100

##### توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الذكور بلغت (%55) من أفراد العينة بعدد (22) مشاركاً، في حين بلغت نسبة الإناث (%45) بعدد (18) مشاركة، مما يشير إلى أن عينة الدراسة تضمنت مشاركين من كلا الجنسين مع ميل طفيف لتمثيل الذكور.

## 2- توزيع أفراد العينة وفق العمر:

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
52.5 %	19	21 – 30 سنة
47.5 %	21	31 – 40 سنة

## توزيع أفراد العينة وفق الفئة العمرية

يتضح من الجدول أعلاه أن الفئة العمرية (31 – 40) سنة جاءت في المرتبة الأولى والتي تمثل 52.5 %، تلتها الفئة العمرية (21 – 30) سنة والتي تمثل 47.5 %، تلك النتائج تشير أن جميع أفراد العينة توزعت بين الفئات العمرية الشابة نسبياً بين 21 – 40 سنة.

## 3- توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة:

تم تصنيف سنوات الخبرة إلى ثلاث فئات رئيسية كما هو موضح في الجدول أدناه:

النسبة المئوية	التكرار	سنوات الخبرة
22.5 %	9	أقل من 5 سنوات
50 %	20	5 – 10 سنوات
27.5 %	11	أكثر من 10 سنوات
100 %	40	المجموع

## وزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

يتضح من الجدول أعلاه أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة (5-10 سنوات خبرة) بنسبة 50% من أفراد العينة، تليها فئة أكثر من 10 سنوات بنسبة 27.5 %، بينما جاءت فئة أقل من 5 سنوات بنسبة 22.5%. وتشير هذه النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة هم ممن يمتلكون خبرة مهنية متوسطة، وهذه النتيجة تتعارض نتائج دراسة لوبيز – لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al., 2019) التي أشارت إلى أن أحد عوامل تطور الإحترق النفسي المهني هو الأقدمية المهنية.

## ثانياً: خصائص المرونة النفسية لدى أفراد العينة

### وصف استجابات أفراد العينة على أبعاد مقياس المرونة النفسية

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على أبعاد مقياس المرونة النفسية، وذلك للتعرف على الأبعاد الأكثر حساسية (تأثراً) لدى المشاركين، الجدول أدناه يوضح النتائج مع ترتيب الأبعاد الأكثر تأثر من الأعلى إلى الأقل:

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
1	0.56	2.52	التأقلم
2	0.55	2.52	التنظيم العاطفي والذهني
3	0.53	2.51	الصلابة النفسية
4	0.59	2.49	القدرة على التكيف / المرونة
5	0.57	2.46	التقاؤل
6	0.64	2.46	الكفاءة الذاتية
7	0.57	2.42	المعنى / الغرض

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد المرونة النفسية

#### التفسير :

يتضح من الجدول أعلاه وجود تباين نسبي في مستويات استجابات أفراد العينة على أبعاد المرونة النفسية. حيث جاء بُعد التأقلم في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (2.52)، وهو ما يشير إلى امتلاك أفراد العينة مستوى جيداً نسبياً من القدرة على التكيف مع الظروف والضغوط المهنية المختلفة. كما جاء بُعد التنظيم العاطفي والذهني في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (2.52)، مما يدل على امتلاك المشاركين قدرًا من القدرة على ضبط الانفعالات وإدارة الأفكار في مواجهة الضغوط. وجاء بُعد الصلابة النفسية في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (2.51)، وهو ما يعكس قدرة نسبية لدى أفراد العينة على الصمود النفسي وتحمل الضغوط المرتبطة بالعمل. في حين جاء بُعد القدرة على التكيف / المرونة في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (2.49)، يليه بُعد التقاؤل وبعد الكفاءة الذاتية بمتوسط حسابي بلغ (2.46) لكل منهما. أما بُعد المعنى / الغرض فقد جاء في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.42)، وهو ما قد يشير إلى انخفاض نسبي في إحساس بعض أفراد العينة بالمعنى أو الهدف المرتبط بعملهم في ظل الضغوط المهنية المرتفعة.

تشير هذه النتائج إلى أن أفراد العينة يمتلكون مستوى متوسطاً من المرونة النفسية، حيث تظهر لديهم قدرات معقولة على التأقلم والتنظيم الانفعالي، إلا أن بعض الأبعاد مثل المعنى والغرض والتقاؤل والكفاءة الذاتية تبدو أقل بروزاً. وقد يرتبط ذلك بارتفاع مستويات الاحتراق النفسي المهني لدى العينة، وهو ما أكدته نتائج التحليل السابقة التي أظهرت وجود مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي لدى المشاركين.

#### تحليل المرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس

تم حساب المتوسطات الحسابية للمرونة النفسية لدى الذكور والإناث للمقارنة بينهما، يوضحها الجدول أدناه:

المتوسط الحسابي للمرونة النفسية	الجنس
2.34	الذكور
2.70	الإناث

## المتوسطات الحسابية للمرونة النفسية حسب الجنس

### تفسير النتائج

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق في المتوسطات الحسابية للمرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس، حيث سجلت الإناث متوسطاً أعلى للمرونة النفسية (2.70) مقارنة بالذكور الذين بلغ متوسطهم (2.34). وقد يشير ذلك إلى أن الإناث في عينة الدراسة يمتلكن مستوى أعلى نسبياً من القدرة على التكيف والتعامل مع الضغوط مقارنة بالذكور، رغم تعرضهن لمستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي المهني. وقد يعزى ذلك إلى بعض العوامل النفسية والاجتماعية مثل أساليب المواجهة والتنظيم الانفعالي والدعم الاجتماعي التي قد تسهم في تعزيز المرونة النفسية لدى الإناث.

## الفروق في أبعاد المرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس

للكشف عن الفروق في مستويات المرونة النفسية بين الذكور والإناث، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة للمقارنة بين متوسطات استجابات المجموعتين في أبعاد مقياس كونر-ديفيدسون للمرونة النفسية.

البعد	المتوسط لدى الذكور	المتوسط لدى الإناث	قيمة t	مستوى الدلالة
الصلابة النفسية	2.36	2.72	-2.066	0.049
التأقلم	2.39	2.71	-1.755	0.091
القدرة على التكيف المرونة	2.42	2.60	-0.980	0.335
المعنى / الغرض	2.30	2.61	-1.738	0.091
التقاؤل	2.25	2.78	-3.236	0.003
التنظيم العاطفي والذهني	2.35	2.77	-2.258	0.035
الكفاءة الذاتية	2.31	2.69	-1.838	0.077

## نتائج اختبار (ت) للفروق بين أبعاد المرونة النفسية تبعاً للجنس

### التفسير :

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق بين الذكور والإناث في بعض أبعاد المرونة النفسية، حيث سجلت الإناث متوسطات أعلى من الذكور في جميع الأبعاد. وقد ظهرت فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) في ثلاثة أبعاد هي: (1) التقاؤل حيث بلغ متوسط استجابات الإناث (2.78) مقارنة بمتوسط (2.25) لدى الذكور، وبلغت قيمة الدلالة (0.003)، مما يشير إلى أن الإناث يتمتعن بمستوى أعلى من التقاؤل مقارنة بالذكور. (2) التنظيم العاطفي والذهني: حيث بلغ متوسط استجابات الإناث (2.77) مقارنة بمتوسط (2.35) لدى الذكور، وهو ما يعكس قدرة أكبر لدى الإناث على تنظيم الانفعالات وإدارة الأفكار في مواجهة الضغوط. (3) الصلابة النفسية حيث بلغ متوسط الإناث (2.72) مقارنة بمتوسط (2.36) لدى الذكور، وقد كانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05. أما بقية الأبعاد مثل التأقلم، والمعنى والغرض، والكفاءة الذاتية، والقدرة على التكيف فقد ظهرت فروق في المتوسطات لصالح الإناث، لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

تشير هذه النتائج إلى أن الإناث في عينة الدراسة يتمتعن بمستوى أعلى في بعض أبعاد المرونة النفسية مقارنة بالذكور، وخاصة في الجوانب المرتبطة بالتفاوض والتنظيم الانفعالي والصلابة النفسية. وقد يعزى ذلك إلى أن الإناث قد يمتلكن استراتيجيات مواجهة نفسية وانفعالية أكثر فاعلية في التعامل مع الضغوط المهنية، مما يسهم في تعزيز بعض جوانب المرونة النفسية لديهن.

### ثالثاً: اختبار فرضيات الدراسة:

تم اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية نظراً لطبيعة العينة وحجمها، حيث تم استخدام اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للمقارنة بين

مجموعتين مستقلتين

اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed-Rank Test)

للمقارنات داخل نفس المجموعة

### 1- الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على التالي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج".

لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين، وقد ظهرت النتائج في الجداول أدناه:

### القياس القبلي: اختبار مان-ويتني للفروق في المرونة النفسية

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	20	20.85	93.00	0.43	.665
الضابطة	20	20.15			

جدول (11) اختبار مان-ويتني للفروق في المرونة النفسية (قبلي)

### التفسير

يتضح من الجدول (11) أن قيمة الدلالة (0.665) أكبر من (0.05)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس القبلي، وهو ما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في المرونة النفسية قبل تطبيق البرنامج.

## القياس البعدي

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	متوسط الرتب	العدد	المجموعة
.000	-5.12	5.00	30.75	20	التجريبية
			10.25	20	الضابطة

جدول ( 12 ) اختبار مان-ويتني للفروق في المرونة النفسية (بعدي)

### التفسير:

تشير النتائج في الجدول ( 12 ) إلى وجود فروق - في تعزيز المرونة النفسية - ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) لصالح المجموعة التجريبية، وبناءا عليه تم رفض الفرض الصفري الذي نص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المرونة النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج".

### 2- الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على التالي: "توجد فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي". لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed-Rank Test) للمقارنات داخل نفس المجموعة. الجدول أدناه يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى المرونة النفسية (في المجموعة التجريبية):

الدلالة	Z	الرتب	الحالة
0.000	-3.92	20	الرتب الموجبة
		0	الرتب السالبة

جدول ( 13 ) اختبار ويلكوكسون يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى المرونة النفسية (في المجموعة التجريبية)

### التفسير:

تشير النتائج في الجدول ( 13 ) إلى وجود فروق دالة احصائيا لصالح القياس البعدي في تحسن المرونة النفسية. ما يعني قبول الفرضية التي تنص أنه: "توجد فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي".

### 1-الفرضية الثالثة:

وتتص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية"  
 لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed-Rank Test) للمقارنات داخل نفس المجموعة. الجدول أدناه يوضح الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي في مستوى المرونة النفسية (في المجموعة التجريبية):

الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرتب الموجبة	8	11.25	90.00	-1.74	0.083
الرتب السالبة	12	10.75	129.00		

جدول ( 14 ) اختبار ويلكوكسون للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي في المرونة النفسية

#### التفسير

تشير النتائج في الجدول ( 14 ) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في مستوى المرونة النفسية لدى العينة التجريبية حيث بلغت قيمة الدلالة (0.083) ، وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) . وتدل هذه النتيجة على استمرار أثر البرنامج التخلي بعد فترة المتابعة، حيث لم يحدث تراجع دال في مستوى المرونة النفسية رغم وجود تغيرات طفيفة غير دالة إحصائياً. ما يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية"

### 2-الفرضية الرابعة:

وتتص هذه الفرضية على التالي: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس".  
 لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين، وقد ظهرت النتائج في الجدول أدناه:

المتغير	متوسط الرتب (ذكور)	متوسط الرتب (إناث)	قيمة Z	مستوى الدلالة
المرونة النفسية	20.30	20.70	-0.27	0.786

جدول ( 15 ) اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) لإختبار الفروق في المرونة النفسية بناء على الجنس

### التفسير:

تشير النتائج في الجدول (15) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس، حيث بلغ مستوى الدلالة للجنسين (0786) للمرونة النفسية، وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05)، ما يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس". ما يدل على أن البرنامج كان فعالاً لكلا الجنسين بصورة متقاربة.

وإجمالاً تشير النتائج أعلاه إلى فاعلية البرنامج التكاملي في تعزيز المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي، وعدم تأثر النتائج بمتغير الجنس.

### 3-الفرضية الخامسة:

وتنص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية

تعزى لسنوات الخبرة".

و لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis H Test) لوجود أكثر من فئة لسنوات الخبرة، إضافة لصغر حجم العينة. وقد جاءت النتائج في الجدول أدناه:

جدول (16) اختبار كروسكال-واليس لإختبار الفروق في المرونة النفسية والإحترق النفسي بناء على سنوات الخبرة

المرونة النفسية			N	سنوات الخبرة
Sig.	H	M Rank		
0.306	3.619	9.43	7	1 – 5
		11.88	8	6 – 10
		12.00	3	11 – 20
		10.50	2	21 – 30

### التفسير:

تشير نتائج اختبار كروسكال-واليس إلى أن الفروق في مقدار التغير في المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية ( $p = 0.306$ )، مما يدل على أن التحسن في المرونة النفسية بعد تطبيق البرنامج التكاملي كان متقارباً بين فئات الخبرة المختلفة.

وبناءً عليه يتم قبول الفرض الصفري، أي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى لسنوات الخبرة".

### 3-الفرضية السادسة:

وتنص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للحالة الاجتماعية".

و لإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال-واليس (Kruskal–Wallis H Test). و يوضح الجدول أدناه نتائج الإختبار:

جدول ( 17 ) اختبار كروسكال-واليس لإختبار الفروق في المرونة النفسية بناء على الحالة الاجتماعية

المرونة النفسية			N	الحالة الاجتماعية
ig.	H	Mean Rank		
0.657	0.842	11.29	9	أعزب
		10.67	10	متزوج
		8.00	1	منفصل

التفسير:

تشير النتائج في الجدول ( 17 ) إلى أن الفروق في مقدار التغير في المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية ( $p = 0.657$ ) ، مما يدل على أن برنامج التدخل كان فعالاً في تعزيز المرونة النفسية بدرجة متقاربة لدى المشاركين بغض النظر عن كونهم متزوجين أو عزاباً أو منفصلين. وبناءً عليه يتم قبول الفرض الصفري، أي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تعزيز المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية تعزى للحالة الاجتماعية".

وإجمالاً تشير النتائج أعلاه إلى فاعلية البرنامج التكاملي في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي، وعدم تأثر النتائج بمتغير الجنس. كما أن فاعلية البرنامج في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني متقاربا رغم اختلاف الحالات الاجتماعية للمشاركين، وكذلك مع تنوع سنوات الخبرة لديهم.

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

#### مقدمة

يهدف هذا الفصل إلى مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية في ضوء الإطار النظري، ونتائج الدراسات السابقة. وتكتسب هذه المناقشة أهميتها من كونها لا تقتصر على تقرير وجود فروق أو علاقات إحصائية فحسب، بل تمتد إلى تحليل دلالة هذه النتائج، وبيان ما إذا كانت الدراسة تؤكد ما ذهب إليه الأدبيات السابقة أو تضيف إليها بعدًا تفسيريًا جديدًا، خاصة في البيئة السعودية في سياق التمريض النفسي وعلاج الإدمان، وهو سياق يتسم بكثافة الضغوط المهنية والانفعالية وتعدد مصادر الاستنزاف النفسي والتحديات. وتتبع أهمية مناقشة النتائج كذلك من خصوصية هذه الدراسة على مستويين، الأول يتمثل في المرونة النفسية وأهميتها التي برزت مؤخرًا كونها درعا واقيا في مواجهة الضغوط والشدائد والتحديات، والثاني يتمثل في تبني برنامج تدخل تكاملي يجمع بين فنيات من العلاج المعرفي السلوكي، والتحصين ضد الضغوط، والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج بالتقبل والالتزام، بالإضافة للدعم النفسي الاجتماعي والروحي. وهذا التوجه التكاملي يتسق مع ما تشير إليه الأدبيات الحديثة من أن تعزيز المرونة النفسية لا يتحقق عادة بتقنية أحادية، بل يكون أكثر رسوخًا عندما تُدمج استراتيجيات التنظيم الانفعالي، واليقظة، وإعادة البناء المعرفي، والمهارات السلوكية، والدعم التنظيمي ضمن تصور تدخلية أوسع. كما تشير المراجعات المنهجية الحديثة إلى أن التدخلات النفسية الموجهة للمرضين يمكن أن تحسن المرونة النفسية مباشرة بعد التدخل، وأن بعض آثارها قد تمتد إلى المتابعة قصيرة الأجل، وإن كانت استدامة الأثر لفترة أطول فإن ذلك يتطلب التعزيز تحتاج إلى دعم متكرر أو مكونات تدخل ملائمة للمتابعة .

#### مناقشة النتائج:

##### أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بخصائص المرونة النفسية لدى العينة:

أظهرت النتائج الوصفية لأبعاد المرونة النفسية أن العينة تمتلك مستوى متوسطاً نسبياً من المرونة، مع بروز أوضح لأبعاد مثل التأقلم والتنظيم العاطفي والذهني والصلابة النفسية، مقابل انخفاض نسبي في المعنى/الغرض والكفاءة الذاتية والتفاوض. وهذه البنية الداخلية للمرونة النفسية مهمة من الناحية التفسيرية، لأنها توحى بأن أفراد العينة لم يكونوا فاقدين تماماً للموارد النفسية الواقية، بل كانوا يمتلكون قدرًا من القدرة على التحمل والمواجهة، غير أن تلك القدرة كانت تعمل تحت ضغط مرتفع ومستمر أفقدها جزءًا من فعاليتها، خاصة فيما يتعلق بالإحساس بالمعنى المستدام وبالثقة بالقدرة على التحكم في المسار المهني والانفعالي. وبعبارة أخرى، فإن المشكلة لم تكن انعدام المرونة النفسية بقدر ما كانت عدم كفاية المرونة المتاحة أمام حجم الضغط المزمّن .

##### ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق تبعًا لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس – سنوات الخبرة – الحالة الاجتماعية):

ظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى الجنس في التحسن على المرونة النفسية بعد التدخل، رغم ظهور بعض الفروق الوصفية المحدودة في بعض الأبعاد. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن العبء المهني الضاغط في بيئة التمريض النفسي وعلاج الإدمان قد يعمل بوصفه عاملاً ضاغطاً مشتركاً يفرض آثاراً متقاربة على الذكور والإناث، بحيث تصبح الفروق المرتبطة بالجنس أقل وضوحاً من الفروق المرتبطة بطبيعة العمل ذاته، وساعات العمل، ونوعية الحالات، وتوافر الدعم التنظيمي. كما يمكن تفسيرها من زاوية برنامج التدخل،

هي أن البرنامج التكاملية لم يكن موجّهًا لمحتوى نوعي خاص بجنس دون آخر، بل ركز على مهارات عامة مثل التنظيم المعرفي والانفعالي والمواجهة، وهي مهارات يفترض نظريًا أنها قابلة للتعليم والاستفادة لدى الجنسين بدرجة متقاربة .

وهذه النتيجة ليست بعيدة عن الأدبيات، وإن كانت بعض الدراسات السابقة قد أعطت صورة غير متجانسة حول أثر الجنس، إذ أشارت دراسة فولكر وآخرون (Volker et al., 2010) إلى ارتفاع تبلد المشاعر لدى الذكور، كما أوضحت مراجعة لوبيز-لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al., 2019) أن الجنس قد يسهم ضمن حزمة من العوامل المرتبطة بالاحترق النفسي لدى مرضي الصحة النفسية. إلا أن الاتجاه العام في بعض الأدبيات يميل إلى أن أثر الجنس غالبًا ما يكون ثانويًا مقارنة بعوامل مثل عبء العمل، والدعم الاجتماعي، والبيئة التنظيمية، والتعرض للعنف، وخصائص الدور المهني (Alqahtani & Alharbi, 2020).

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في مقدار التغيير في المرونة لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير سنوات الخبرة. وتُعد هذه النتيجة ذات أهمية؛ لأنها تشير إلى أن فاعلية البرنامج التكاملية كانت متقاربة لدى المرضين والمرمضات على اختلاف مستويات خبرتهم المهنية، مما يعني التأثير الإيجابي للبرنامج بغض النظر عن سنوات الخبرة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من منظورين: الأول يتمثل في أن سنوات الخبرة لا تعني بالضرورة اكتساب الفرد مهارات تكيف فعالة، إذ قد تتراكم الضغوط المهنية عبر الزمن وتؤدي إلى الإستنزاف النفسي تدريجيًا، بحيث لا تصبح الخبرة بالضرورة عامل حماية، بل قد تتحول في بعض السياقات إلى عامل مخاطرة إذا لم يصاحبها دعم تنظيمي وإشراف مهني فعال.

أما المنظور الثاني، فيرتبط بطبيعة البرنامج التكاملية نفسه، إذ إن التدخل ركّز على مهارات عامة في إعادة البناء المعرفي، وتنظيم الانفعال، وتعديل أنماط التفكير، وإدارة الضغوط، وتفعيل الاستراتيجيات الإيجابية للمواجهة. وهذه المهارات تُعد "مهارات نفسية قابلة للتعليم" ولم تكن موجهة خصيصًا لفئة ذات سنوات خبرة معينة. ومن ثم يمكن أن يحقق البرنامج تأثيرًا متقاربًا لدى جميع الفئات بغض النظر عن تفاوت خبراتهم المهنية.

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في مقدار التغيير في المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى للحالة الاجتماعية. وتشير هذه النتيجة إلى أن الحالة الاجتماعية (أعزب/متزوج/منفصل) لم تكن عاملًا فارقًا في مدى استفادة المشاركين من برنامج التدخل، سواء في تعزيز المرونة النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الضغوط المهنية قد تكون من الشدة والتعقيد بحيث تؤثر على الأفراد بصورة تتجاوز الدعم الذي قد توفره الحالة الاجتماعية. بمعنى أن كون الفرد متزوجًا أو أعزبًا لا يضمن بالضرورة توفر دعم اجتماعي فعال، إذ إن الدعم الاجتماعي ليس مجرد وجود أسرة، بل يتعلق بجودة العلاقات، ودرجة التفاهم، ووجود مصادر دعم نفسي حقيقية. وقد يكون بعض المتزوجين أكثر تعرضًا للضغوط بسبب الأعباء الأسرية، في حين قد يكون بعض غير المتزوجين أكثر قدرة على استثمار وقتهم في الراحة والرعاية الذاتية، مما يجعل الاتجاهات متباينة وغير قادرة على إحداث فروق إحصائية واضحة.

ومن ناحية أخرى، قد تشير النتائج إلى أن البرنامج التكاملية ركّز على دعم الفرد من خلال بناء الموارد النفسية الذاتية (مثل الوعي، إدارة الضغوط، مهارات المواجهة، المرونة المعرفية)، وهو ما يقلل اعتماد التحسن على مصادر الدعم الخارجية مثل الأسرة أو الزواج. وهذا يتسق مع التصورات النظرية للمرونة النفسية بوصفها قدرة داخلية ديناميكية يمكن تميمتها من خلال التدريب والتدخلات النفسية، وليست مجرد انعكاس للظروف الاجتماعية.

وعلى مستوى المرونة النفسية، فإن النتائج تتسق مع ما أشارت إليه نتيجة دراسة غونسالفيس وآخرون (Goncalves et al., 2022) التي ركزت على أهمية المرونة الفردية والتنظيمية كمتغيرات مؤثرة في الصحة المهنية، مما يعني أن التحسن في المرونة قد يعتمد أكثر على الموارد النفسية التي يتم تعزيزها عبر التدريب والتدخل، وليس على الخصائص الاجتماعية الأولية للفرد.

وفي ضوء ما سبق، يرى الباحث أن عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى الجنس أو سنوات الخبرة أو الحالة الاجتماعية لا يعني غياب تأثير هذه المتغيرات تمامًا، بل قد يشير إلى فعالية البرنامج التكاملي بدرجة جعلته يتجاوز تلك الفروق. كما يمكن اعتبار هذه النتائج مؤشرًا إيجابيًا من الناحية التطبيقية، كون تلك النتائج قد تعزز قيمة البرنامج التكاملي وقابليته للتعميم بتطبيقه على المرضى والمرمضات بمختلف خصائصهم الديموغرافية دون الحاجة إلى تخصيصه لفئة محددة.

### ثالثًا: مناقشة فاعلية البرنامج التكاملي في تعزيز المرونة النفسية:

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في اتجاه تحسن المرونة النفسية، كما أظهرت فروقًا بعدية دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح التجريبية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن البرنامج التكاملي لم يكتفِ بتقديم تعليمات أو توجيهات نفسية عامة، بل عمل على بناء المرونة من خلال مكونات متعددة المستويات: مستوى معرفي يعيد تنظيم تفسير الضغوط، ومستوى انفعالي يدرّب على التنظيم الإنفعالي والتحمل، ومستوى سلوكي يدعم المواجهة الفاعلة والرعاية الذاتية، ومستوى قيمي/وجودي يعيد ربط الفرد بالمعنى والغرض. ويرى الباحث أن هذه البنية التراكمية على عدة مستويات لها تأثير أكبر في تعزيز المرونة النفسية. وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات المباشرة والمراجعات المنهجية. فقد وجدت دراسة ياسمين وآخرون (Yasmin et al., 2022) أن التدخل القائم على العلاج المعرفي السلوكي لدى ممرضات الرعاية الحرجة أدى إلى تحسن ملحوظ في المرونة النفسية وانخفاض الاحتراق النفسي. كما توصلت دراسة وانغ وآخرون (wang et al., 2023) إلى أن التدخل القائم على اليقظة الذهنية بالمساعدة الذاتية رفع المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي لدى الممرضين النفسيين. وأظهرت دراسة جانزاريك وآخرون (Janzarik et al., 2022) تحسنًا واضحًا في مؤشرات المرونة لدى مجموعة التدخل مع استمرار الأثر في المتابعة. وعلى مستوى الأدلة التراكمية، وجدت المراجعة والتحليل البعدي لمراجعة هان و ييون (Han & Yeun, 2023) التي شملت 15 دراسة أن التدخلات النفسية حسّنت مرونة الممرضات بعد التدخل مباشرة وعلى المدى القصير خلال ثلاثة أشهر، وأن التدخلات التي تضمنت تنظيم المشاعر والاسترخاء والتعاطف مع الذات كانت فعالة بشكل خاص. كما خلصت مراجعة لـ 18 دراسة قام بها يو إف وآخرون (Yu F et al., 2024) إلى أن التدخلات الموجهة لتعزيز المرونة النفسية لدى الممرضات تنتج آثارًا مفيدة، وإن كان الأثر في المتابعة يتأثر بنمط التدخل واستمرارية الدعم.

وفي الدراسة الحالية يرى الباحث إن فعالية البرنامج في تعزيز المرونة النفسية لا تنطلق فقط بكونه يتضمن بعض الفنيات المعرفية السلوكية، بل بسبب طبيعته التكاملية التي تجمع بين خفض الاستثارة الانفعالية وإعادة بناء المعنى وتنشيط الكفاءة الذاتية وتعزيز المرونة المعرفية في التعامل مع الأفكار المجهد. ويرى الباحث أن هذا يفسر أيضًا لماذا ظهرت بعض أبعاد المرونة، مثل التنظيم العاطفي والذهني والتأقلم، بوصفها أكثر الأبعاد قابلية للتحسن، حيث ترتبط هذه الأبعاد مباشرة بالمهارات التي تستهدفها عادة تدخلات العلاج المعرفي السلوكي واليقظة الذهنية والتقبل والالتزام والتحصين ضد الضغوط.

### رابعًا: مناقشة نتائج القياس التتبعي واستمرار الأثر:

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية، في المرونة النفسية، وهو ما يشير إلى استمرار أثر التدخل النفسي بعد شهرين من انتهاء البرنامج. ويرى الباحث أن هذه النتيجة مهمة جدًا، فحجم الأثر للتدخلات النفسية يمكن أن يكون انعكاسًا للقيمة التطبيقية لأي برنامج والذي تكمن في قدرته على الحفاظ على أثره بعد انتهاء الجلسات. ويمكن تفسير استمرار الأثر في الدراسة بأن البرنامج لم يعتمد فقط على خفض الأعراض الآتية، بل ركز على تعلم مهارات يمكن للمشارك أن يعيد استخدامها ذاتيًا

بعد انتهاء البرنامج، مثل مهارات مراقبة الأفكار، والتنظيم الانفعالي، ومهارات التعامل مع الضغوط، وإعادة التوازن بين متطلبات العمل والرعاية الذاتية، وربط الأداء المهني بالقيم والمعنى الشخصي.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جانزاريك وآخرون (Janzarik et al., 2022) التي أظهرت استمرار الآثار النفسية الإيجابية للتدخل حتى ستة أشهر، كما تتفق مع دراسة كونزير وآخرون (Kunzler et al., 2022)، و مراجعة هان و بيون (Han & Yeun, 2023) الذي وجدت أن التحسن في المرونة قد يستمر على المدى القصير خلال ثلاثة أشهر. وهي تتفق كذلك جزئياً مع دراسة ياسمين وآخرون (Yasmin et al., 2022) ودراسة إيمي وديرموس (Ime & Durmus, 2023) التي دعمت استمرار التحسن في المتابعة بعد شهرين. ومع ذلك، فإن هذه النتيجة تختلف عن بعض الأدلة التي أظهرت تضائل الأثر بمرور الوقت، مثل ما ظهر في دراسة العنزي وآخرون (Alenezi et al., 2019)، ودراسة عبدالله وآخرون (Abdallah et al., 2022) عند قياسات المتابعة، أو ما أشارت إليه بعض المراجعات مثل مراجعة يو إف وآخرون (Yu F et al., 2024) إلى أن المتابعة الطويلة قد تكشف تراجعاً في أثر بعض التدخلات الحضرية إذا لم تُدعم بمكونات تحافظ على التحسن مثل الدعم المستمر. وهذا الاختلاف لا يضعف النتيجة الحالية، بل يدعو إلى قراءتها بوصفها مؤشراً على أن طبيعة البرنامج التكاملية، وما يتضمنه من مهارات عملية قابلة للاستعمال الذاتي، ربما جعلت أثره أكثر قابلية للاستمرار خلال فترة المتابعة التي اعتمدها الدراسة.

#### خامساً: الدلالة النظرية والتطبيقية العامة لنتائج الدراسة:

إجمالاً، تدعم نتائج الدراسة تصورًا نظريًا وتطبيقياً مهماً، هو أن المرونة النفسية لدى المرضين في أقسام العلاج النفسي ينبغي أن يُنظر إليها كأحد الموارد المهمة يتفاعل فيها السياق النفسي الفردي، والسياق التنظيمي، وأن المرونة النفسية تمثل أحد أهم المتغيرات الواقية القابلة للتمية والتعزيز. ومن ثم فإن أي تدخل فعال لا بد أن يستهدف هذا التفاعل المركب، لا أن يكتفي بخفض الأعراض أو تقديم معلومات عامة عن الإجهاد. وهذا ما تؤيده الأدبيات الحديثة التي تميل إلى دعم التدخلات متعددة المكونات، وإلى التأكيد على أن بناء المرونة الفردية ينبغي أن يترافق، كلما أمكن، مع اهتمام بالعوامل التنظيمية وبيئة العمل والدعم المؤسسي.

كما يرى الباحث أن نتائج الدراسة تكتسب قيمة خاصة كونها في سياق البيئة المحلية السعودية، إذ إنها تضيف دليلاً تطبيقياً من بيئة عمل ذات خصوصية، وتحديدًا بيئة الرعاية التمريضية في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان، وهي بيئة لم تحظ -بحسب اطلاع الباحث - بنفس القدر من الدراسات التدخلية مقارنة ببيئات تمريضية أخرى. ومن ثم فإن هذه الدراسة لا تقدم فقط دعماً لفعالية برنامج بعينه، بل تقدم أيضاً مسوغاً عملياً لتبني برامج دعم نفسي مهني أكثر منهجية داخل المؤسسات الصحية النفسية، مع التركيز على التدخلات والبرامج الوقائية الدورية وتقديم الدعم المستمر، بدل الاقتصار على التعامل مع المشكلات النفسية بعد تطورها أو تفاقمها.

#### التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج دلت على فعالية البرنامج التكاملية في تعزيز المرونة النفسية مع استمرار الأثر في القياس التتبعي، يمكن صياغة مجموعة من التوصيات على مستويات متعددة: وقائية، وتطبيقية، وتدريبية، وتنظيمية، وبحثية.

#### أولاً: التوصيات على المستوى التطبيقي العلاجي والإرشادي:

توصي الدراسة بتبني برامج تدخل نفسية تكاملية داخل المؤسسات الصحية النفسية، وبخاصة في البيئات المهنية مرتفعة الضغط مثل أقسام الطوارئ النفسية، والأقسام الداخلية، وأقسام علاج الإدمان، وذلك لأن النتائج الحالية دعمت جدوى التدخل الذي يجمع بين مكونات معرفية

وانفعالية وسلوكية وقيمية، بدل الاقتصار على مدخل واحد أو تدخل توعوي قصير المدى. وتنسجم هذه التوصية مع الاتجاه الذي تشير إليه الأدلة التراكمية الحديثة من أن التدخلات النفسية المتعددة المكونات أكثر قدرة على دعم المرونة النفسية وتحسين بعض مؤشرات الرفاه المهني لدى الممرضين، وأن استراتيجيات مثل تنظيم المشاعر، والاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، واليقظة، والتعاطف مع الذات، تُظهر أثرًا مفيدًا مباشرة بعد التدخل وعلى المدى القصير .

كما توصي الدراسة بالألا يُنظر إلى هذه البرامج على أنها تدخلات علاجية إسعافية تقدم بعد تفاقم المشكلة فقط، بل أن تُدمج ضمن برامج وقائية دورية تستهدف الممرضين منذ المراحل الأولى للعمل في الأقسام النفسية وعلاج الإدمان. فارتقاع الضغوط والتحديات التي يواجهها الممارسون في الرعاية الصحية، وارتباطه بعوامل مثل عبء العمل، وضعف الدعم، وطبيعة الحالات المعقدة، يجعل التدخل الوقائي أكثر جدوى من انتظار تشكل مستويات مرتفعة من الاستنزاف والمشكلات النفسية ثم محاولة معالجتها لاحقًا.

وتوصي الدراسة كذلك بضرورة تضمين تدخلات متابعة لاحقه في البرامج الهادفة إلى تعزيز المرونة النفسية، لأن جزءًا من الأدبيات الحديثة يشير إلى أن الأثر قد يضعف مع مرور الوقت إذا لم يصاحبه دعم مستمر أو مراجعات دورية أو تدريب متكرر. وبالرغم من أن الدراسة الحالية أظهرت استمرار الأثر بعد شهرين، فإن الاتجاه العام في الدراسات والمراجعات المنهجية يفيد بأن الحفاظ على النتائج الإيجابية على المدى الأبعد يتطلب غالبًا درجة من الدعم المستمر، خاصة في البيئات المهنية التي لا تتوقف فيها مصادر الضغط .

#### ثانيًا: التوصيات على مستوى التدريب المهني وتطوير المهارات:

توصي الدراسة بإدراج موضوع المرونة النفسية المهنية ضمن برامج التدريب المستمر للممرضين والممرضات، ليس باعتباره موضوعًا ثانويًا متعلقًا بالرفاه العام فقط، بل باعتباره أحد المكونات الأساسية لصحة المهنية وجودة الأداء والاستمرارية الوظيفية. فنتائج الدراسة الحالية، وما يتسق معها في الأدبيات، توضح أن المرونة النفسية ليست سمة ثابتة بالكامل، وإنما يمكن تنميتها عبر التدريب المنظم، وتعلم استراتيجيات المواجهة والتكيف والتنظيم الانفعالي. وقد أكدت التحليلات البعدية الحديثة أن التدخلات النفسية الموجهة للممرضين قادرة على تحسين المرونة النفسية بصورة دالة، خصوصًا عندما تتضمن عناصر تدريبية عملية واضحة .

ومن ثم، يُوصى بتطوير حقائب تدريبية متخصصة للعاملين في الصحة النفسية وعلاج الإدمان تتناول موضوعات مثل: التعرف المبكر إلى مؤشرات الضغوط والاحترق النفسي، ومهارات الرعاية الذاتية، وإدارة الإجهاد، والتنظيم العاطفي، والمرونة المعرفية، والتعامل مع الانتكاسات المهنية، وإعادة بناء المعنى المهني. وتكتسب هذه التوصية أهمية خاصة في ضوء النتائج الحالية التي أظهرت أن بعض أبعاد المرونة النفسية مثل التنظيم العاطفي والذهني والتأقلم كانت أكثر قابلية للتحسن؛ بما يشير إلى أن هذه الأبعاد قد تمثل بوابات تدريبية فعالة لإحداث التغيير الإيجابي في بنية المرونة النفسية لدى الممارسين.

كما توصي الدراسة بتهيئة برامج تدريب متخصصة للمشرفين ورؤساء الأقسام حول كيفية رصد علامات الضغوط والاحترق النفسي المبكرة، وكيفية تقديم دعم مهني وانفعالي للفريق التمريضي، لأن الأدبيات تشير إلى أن أثر المرونة النفسية لا ينحصر في مستواها الفردي، بل يتفاعل مع الدعم التنظيمي، والعدالة المؤسسية، وجودة القيادة، والمناخ المهني العام. وقد دعمت دراسات حديثة أهمية العلاقة بين المرونة النفسية ومؤشرات الصحة المهنية والرضا الوظيفي، مع إبراز دور العوامل التنظيمية في تفسير هذه العلاقة .

#### ثالثًا: التوصيات على المستوى الإداري والتنظيمي:

تشير نتائج الدراسة الحالية، وما يساندها من الأدبيات، إلى أن التعامل مع الضغوط والتحديات والشدائد لا ينبغي أن يُلقى بالكامل على عاتق الفرد من خلال مطالبته بأن يكون أكثر صلابة أو أكثر تكيفًا، بل يجب أن يصاحبه تحسين في الشروط التنظيمية والبيئة المهنية. فالأدلة

الحديثة مثلًا تؤكد أن الاحتراق النفسي يرتبط ارتباطًا وثيقًا بتوازن مطالب العمل والموارد المتاحة، وهو ما تؤكد كذلك الدراسات السيكومترية الحديثة المرتبطة بنموذج المطالب-الموارد الوظيفية .

وعليه، توصي الدراسة بأن تعمل المؤسسات الصحية، وبخاصة المؤسسات النفسية والعلاجية، على تخفيف العوامل التنظيمية المسببة للاستنزاف قدر الإمكان، مثل كثافة العمل غير المتوازنة، وغموض الأدوار، وضعف المشاركة في اتخاذ القرار، ونقص الإشراف الداعم، وقلة فترات الاستراحة، وتكرار التعرض للحالات الشديدة دون مساحات تفريغ نفسي أو إشراف إكلينيكي مناسب. فالبرامج النفسية تكون أكثر فاعلية واستدامة حين تعمل داخل بيئة مؤسسية داعمة لا داخل بيئة تستمر في إعادة إنتاج الضغوط نفسها دون تعديل. وتؤكد المراجعات الحديثة أن التدخلات الفردية تكون أكثر جدوى حين تكملها جهود تنظيمية لتحسين بيئة العمل والدعم المؤسسي .

كما توصي الدراسة بإنشاء وحدات أو مسارات دعم نفسي مهني داخل المؤسسات الصحية، تقدم استشارات سرية، وجلسات تفريغ انفعالي، وإحالة مبكرة للحالات الأكثر تأثرًا، إلى جانب نشر ثقافة مؤسسية تُطبّق العناية بالصحة النفسية للعاملين بدل وصمها أو التعامل معها كإشارة ضعف. وهذا مهم بصورة خاصة في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث يتعرض الممارسون لعوامل ضاغطة متكررة ومركبة قد لا تظهر آثارها كلها في صورة أعراض مباشرة، بل قد تتراكم تدريجيًا حتى تتجسد في الابتعاد العقلي، والضعف الانفعالي، والضيق النفسي، والشكاوى النفسجسمية.

#### مقترحات دراسات مستقبلية:

في ضوء النتائج الحالية وما كشفت عنه الأدبيات من مساحات تحتاج إلى مزيد من البحث، يمكن اقتراح عدد من المسارات البحثية المستقبلية. أولاً، يقترح الباحث إجراء دراسات على عينات أكبر ومتعددة المراكز داخل البيئة السعودية، بحيث تشمل مستشفيات نفسية مختلفة، وأقسامًا متنوعة مثل الطوارئ النفسية، وأقسام التنويم، والعيادات الخارجية، ومراكز علاج الإدمان، بهدف اختبار مدى تعميم النتائج الحالية على بيئات تمريضية أخرى، ومعرفة ما إذا كان نمط الاستجابة للبرنامج يختلف باختلاف نوع القسم أو شدة العبء المهني أو خصائص الفريق. فالأدبيات الحالية، رغم تزايدها، ما تزال تُظهر تباينًا واضحًا بحسب البيئة المهنية وطبيعة المهنة ونمط التدخل .

ثانيًا، يقترح الباحث بإجراء دراسات متابعة ممتدة تتجاوز شهرين إلى ستة أشهر أو سنة كاملة، لأن مسألة استدامة أثر التدخلات النفسية ما تزال من أكثر القضايا أهمية وجدلاً في هذا المجال. فبعض الأدلة تشير إلى استمرار الأثر على المدى القصير، بينما تشير دراسات أخرى إلى تراجع أو تلاشي مع الزمن، خاصة إذا لم تصاحبه جلسات تعزيز أو دعم. ومن ثم فإن الدراسات المستقبلية التي تقارن بين متابعات قصيرة ومتوسطة وطويلة المدى ستكون ذات قيمة كبيرة في تحديد الصيغة المثلى للبرامج الوقائية والعلاجية للمرضين .

ثالثًا، يقترح الباحث إجراء دراسات مقارنة بين نماذج تدخل مختلفة؛ مثل مقارنة برنامج تكاملي متعدد المكونات ببرنامج قائم على اليقظة وحدها، أو ببرنامج معرفي سلوكي خالص، أو ببرنامج قائم على القبول والالتزام، أو ببرنامج رقمي، من أجل تحديد ما إذا كانت الفاعلية الأعلى ترتبط بالتكامل بين الفنيات أم ببعض المكونات النوعية ذاتها. وتكتسب هذه التوصية أهميتها من أن المراجعات الحديثة تشير إلى نتائج مفيدة لعدة أنماط تدخل، لكنها في الوقت نفسه توضح وجود تباين في التأثير بحسب نوع التدخل، ومدة الجلسة، وطريقة التنفيذ، ووجود متابعة من عدمها .

رابعًا، يوصي الباحث بإجراء بحوث تركز على الآليات الوسيطة بين المرونة النفسية وبعض المشكلات النفسية كالإحترق النفسي، آليات مثل: الكفاءة الذاتية، والتعاطف مع الذات، واليقظة الذهنية، والتنظيم العاطفي، والمرونة المعرفية، والدعم الاجتماعي، والمرونة التنظيمية، وذلك بهدف فهم كيف يحدث التأثير، وليس فقط ما إذا كان يحدث. وهذا مهم لأن الأدبيات الحديثة بدأت تميل إلى تحليل العوامل الوسيطة والمعدلة في هذه العلاقة، بما يسمح ببناء تدخلات أكثر استهدافًا وفعالية .

خامساً، يقترح الباحث تنفيذ دراسات نوعية أو مختلطة لفهم الخبرة الذاتية للمرضين مع المرونة النفسية في بيئات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، لأن القياس الكمي وحده -على أهميته- قد لا يلتقط دائماً المعاني العميقة المرتبطة بالصعوبات القيمية والتحديات والضغوط التي قد تتخلل العمل في هذا المجال. ومن شأن الدمج بين المنهج الكمي والنوعي أن يثري فهم الظاهرة، ويدعم تصميم تدخلات أكثر ملائمة. سادساً، يوصي الباحث بإجراء بحوث تقيس أثر التدخلات التنظيمية والمؤسسية بالتوازي مع التدخلات النفسية الفردية، مثل تعديل جداول العمل، وتحسين الإشراف، وتوفير مساحات دعم مهني، وتعزيز العدالة التنظيمية، لأن كثيراً من الأدلة يشير إلى أن تعزيز المرونة النفسية وخفض الضغوط والتحديات بصورة مستدامة يتطلب الجمع بين بناء الموارد الفردية وتقليل المطالب الضاغطة. وهذا المسار البحثي مهم على نحو خاص في المؤسسات الصحية العربية التي ما تزال الدراسات التدخلية التنظيمية فيها محدودة نسبياً.

### خاتمة

تكشف نتائج الدراسة، أن المرونة النفسية ليست مجرد صفة مرغوبة أو متغير ثانوي، بل تمثل مورداً وقائياً ذا قيمة تفسيرية وعملية في خفض أثر الضغوط المهنية والحد من تطور الإحترق النفسي المهني. وقد دعمت النتائج الحالية، وما يساندها من الأدلة الحديثة، هذا الفهم بصورة واضحة، سواء من خلال العلاقة الارتباطية السالبة بين المتغيرين، أو من خلال فاعلية البرنامج التكاملية في تعزيز المرونة النفسية، أو من خلال استمرار هذا الأثر في القياس التتبعي قصير الأجل.

ومن الناحية التطبيقية، تُبرز الدراسة أهمية تبني منظور تكاملي في التدخل مع العاملين في البيئات الصحية عالية الضغط، منظور لا يفصل بين المعرفي والانفعالي والسلوكي والقيمي، ولا يعزل مسؤولية التكيف على الفرد وحده بعيداً عن العوامل التنظيمية. كما تُبرز الحاجة إلى الانتقال من الاستجابات المتأخرة للضغوط والتحديات إلى مقاربة أكثر وقائية واستباقية، عبر التدريب المنظم، والمتابعة، وتقديم الدعم المؤسسي. وبذلك، فإن هذه الدراسة لا تقدم فقط دليلاً على فعالية برنامج تدخل تكاملي في سياق ترميزي نفسي محلي متخصص، بل تسهم أيضاً في تدعيم التوجه البحثي والمهني الذي يرى أن الاستثمار في المرونة النفسية ليس ترفاً مؤسسياً، بل ضرورة ترتبط بجودة الرعاية، واستدامة الأداء، ورفاهية الممارسين الصحيين، واستقرار المؤسسات الصحية.

### المراجع :

- أوبكر، نشوة و الرشيد، لولوة (2018). الحوار الإيجابي والمرونة وإدارة الذات كمنبئات بجودة الحياة الأسرية لدى عينة من طلبة الجامعة. المجلة السعودية للعلوم النفسية العدد (64)، 1-27.
- الإحترق الوظيفي (2024) دليلك الصحي. مجلس الصحة لدول مجلس التعاون. مسترجع من:  
<https://yourhealthguide.ghc.sa/subjects/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AD%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D9%82-%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B8%D9%8A%D9%81%D9%8A-occupational-burnout>
- بهكلي، الولاء علي (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس ماسلاش للاحترق النفسي على عينة من المعلمات بمدينة مكة المكرمة. مجلة البحوث التربوية والنوعية العدد (10)، 37-64.
- الفقي، أمال (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي. المجلد (2) العدد (47).

- السلمي، عبدالتواب و يوسف، محمد (2022). الاحتراق النفسي واستراتيجيات التكيف لدى الممارسين الصحيين في ظل جائحة كورونا بمحافظة الكامل. مجلة العلوم التربوية و النفسية، 6(15)، 117-154. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.B150921>
- كوري، جيرالد (2013). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: الخفش، سامح وديع (ط2). عمان: دار الفكر.
- مغزي، أميمة (2018). المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. المجلد (7) العدد (27). ISSN 2253-0347
- المنصة الوطنية (2023). مستشفى الأمل بجدة. مسترجع من:  
<https://www.my.gov.sa/wps/portal/snp/agencies/agencyDetails/AC372>
- منظمة الصحة العالمية (2022). الصحة النفسية في العمل. مسترجع من: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- منظمة الصحة العالمية (2022). الصحة المهنية: العاملون الصحيون. مسترجع من: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- منظمة الصحة العالمية (2024). اليوم العالمي للصحة النفسية 2024. مسترجع من:  
<https://www.who.int/ar/campaigns/world-mental-health-day/2024>
- الحري، عبدالله محمد (2022) الاحتراق الوظيفي، والمرونة النفسية والدعم الإشرافي في القطاع الصحي بالمملكة، المجلة الدولية للبحوث البيئية والصحة العامة.
- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2022). وصف التخصصات. مسترجع من:  
[https://scfhs.org.sa/ar/Mumares?sector\\_id=74&title](https://scfhs.org.sa/ar/Mumares?sector_id=74&title)
- وزارة الصحة (2022). الدليل الإشرافي للخدمات النفسية وعلاج الإدمان (الإصدار الأول 1444هـ- 2022م). مسترجع من:  
<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Supervision-Manual-of-Mental-Health-and-Addiction-Treatment-Services.pdf>
- Abdallah, Nahla & El-Tawab, Abd & Ghada, & Mourad, Mohamed & Abd El-Fatah, Wafaa & Abd, Osman & Fattah, El. (2022). The Effect of Mindfulness Based Stress Reduction Program on Psychiatric Nurses' Job Stress and Burnout.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Alenezi, A., McAndrew, S., & Fallon, P. (2019). Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. Volume28, Issue5  
1045-1055. <https://doi.org/10.1111/inm.12608>

- Alhadi, Ahmad & Almutlaq, Mohammad & Almohawes, Mohammed & Shadid, Abdulaziz & Alangari, Abdulaziz. (2022). Prevalence and Treatment Preference of Burnout, Depression, and Anxiety among Mental Health Professionals in Saudi Arabia. *Journal of Nature and Science of Medicine*. 5. 57–64. [10.4103/jnsm.jnsm\\_93\\_21](https://doi.org/10.4103/jnsm.jnsm_93_21).
- Almen, N. A Cognitive Behavioral Model Proposing That Clinical Burnout May Maintain Itself. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 3446. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073446>
- Almutairi. AF, Hamdan. NA, Altheyabi. S, Alsaeed. EA, Alammari. FS, BaniMustafa. A. (2024). The Prevalence and Associated Factors of Occupational Stress in Healthcare Providers in Saudi Arabia. *Dovepress*. 17 P816–809 DOI <https://doi.org/10.2147/IJGM.S446410>
- Alonazi, Ohoud & Alshowkan, Amira & Shdaifat, Emad. (2023). The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 22. 1–13. [10.1186/s12912-023-01346-1](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01346-1).
- Alqahtani, M. M., & Alharbi, S. H. (2020). Burnout Among Emergency Nurses in Saudi Arabia: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3), 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.12.005>
- Alqahtani, Rayed & Al-Otaibi, Sultan & Zafar, Mubashir. (2020). Burnout syndrome among nurses in a psychiatric hospital in Dammam, Saudi Arabia. *Nursing and Midwifery Studies*. 9. 110. [10.4103/nms.nms\\_126\\_19](https://doi.org/10.4103/nms.nms_126_19).
- Alwaqadani N, Amer HA, Alwaqadani R, et al. Psychological impact of covid-19 pandemic on healthcare workers in Riyadh, Saudi Arabia: perceived stress scale measures. *J Epidemiol Glob Health*. 2021;11(4):377–388. doi:10.1007/s44197-021-00014-4
- Alyousef, Seham Mansour & Alhamidi, Sami Abdulrahman (2023). Nurse views of obstacles encountered by nurses in Saudi Arabia during the provision of psychiatric care, *Archives of Psychiatric Nursing*. Volume 44, Pages 8–17, ISSN 0883–9417, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.03.005>.
- American Psychological Association. (2006). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- American Psychological Association. (2018). Burnout. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/burnout>
- American Psychiatric Nurses Association APNA (2024). About Psychiatric Nursing. Retrieved from: <https://www.apna.org/about-psychiatric-nursing/>

- Bagheri F., Doost A., Savabi Niri V., Mojez N., & Bourbour Z. (2023). The Efficacy of Cognitive–Behavioral Group Therapy on Psychological Well–being and Resilience of Students with Depressive Syndrome. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 10, 108–124. [10.52547/jcmh.10.1.9](https://doi.org/10.52547/jcmh.10.1.9).
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). *Using the Job Demands–Resources Model to predict burnout and performance*. *Human Resource Management*, 43(1), 83–104.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(11), 2289–2308. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02437.x>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., et al. (2013). *Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for depression*. *PLoS Medicine*, 10, e1001454.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191–198.
- Boland, L. L., Mink, P. J., Kamrud, J. W., Jeruzal, J. N., & Stevens, A. C. (2019). Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. *Workplace Health & Safety*, 67(9), 414–422. <https://doi.org/10.1177/2165079919846994>
- Bryan, C. J., Goodman, T., Chappelle, W., Thompson, W., & Prince, L. (2018). Occupational stressors, burnout, and predictors of suicide ideation among U.S. Air Force remote warriors. *Military Behavioral Health*, 6(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/21635781.2017.1347207>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Beck J.S. (2011), *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*, New York: The Guilford Press, pp. 19–20
- Benjamin CL, Puleo CM, Settapani CA, et al. (2011), "History of cognitive–behavioral therapy in youth", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2): 179–189, [doi:10.1016/j.chc.2011.01.011](https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011), [PMC 3077930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3077930/), [PMID 21440849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21440849/)
- Bey CYT, Koh JU, & Lai CWK (2023). Burnout syndrome and anxiety among healthcare workers during global pandemics: An umbrella review. *World J Meta-Anal*; 11(7): 368–379 [DOI: 10.13105/wjma.v11.i7.368]
- Brewin CR (1996). "Theoretical foundations of cognitive–behavior therapy for anxiety and depression". *Annual Review of Psychology*. 47: 33–57. [doi:10.1146/annurev.psych.47.1.33](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33). [PMID 8624137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8624137/)

- Brooks–Harris, J. E. (2008). *Integrative Multitheoretical Psychotherapy*. Boston: Houghton–Mifflin.
- Linehan, M. M.; Dimeff, L. (2001). [Dialectical Behavior Therapy in a nutshell](#). *The California Psychologist*. 34: 10–13
- Linehan MM. (1993). *Cognitive–Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press
- Linehan, Marsha M. (2014). [DBT Skills Training Manual](#) (2nd ed.). Guilford Press. Retrieved From: <https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462556359>
- dialectical–behavior–therapy
- Canadas–De la Fuente, Guillermo & Albendin–Garcia, Luis & Cañadas, Gustavo & San Luis, Concepcion & Ortega, Elena & Fuente–Solana, E.I.. (2018). Nurse burnout in critical care units and emergency departments: Intensity and associated factors. *Emergencias*. 30. 328–331.
- CAMH (2025). What is Dialectical Behaviour Therapy (DBT)?. Retrieved From: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/dialectical-behaviour-therapy>
- Captari, L. E., Sandage, S. J., & Vandiver, R. A. (2022). Spiritually integrated psychotherapies. *Psychotherapy*, 59(3), 307–320.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., et al. (2015). Research on psychotherapy integration. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382.
- Chapman A. L. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 3(9), 62–68.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Sage Publications.
- Cherniss, C. (1981). Preventing burnout: From theory to practice. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 172–176). London House Press.
- Cherry, K. (2025). *What Is Integrative Therapy?* Verywell Mind.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tuscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical psychology review*, 59, 78–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: A review. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(3), 443–456. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_16\\_03\\_17](https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_17)
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 202, 129–134.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E.
- Costa, B., & Pinto, I. C. (2017). Stress, burnout and coping in health professionals: A literature review. *Journal of Psychology and Brain Studies*, 1(4), 1–8.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. In W. B. Schaufeli, C.
- Corey, G. (2020). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning: Boston
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC). *Depression and Anxiety*, 18\*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G.
- Davidson, J. R. T., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, M. A., & Weisler, R. H. (2005). Trauma, resilience and salionstasis: Effects of treatment in post–treatment stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 43–48. <https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00009>
- De Barros, J.C., Malagris, L.E.N. (2024). Stress and Burnout: Current Cognitive Behavioral Therapy Interventions from the Perspective of Transdiagnostic Approaches. In: Ornelas, A.C. (eds) *Transdiagnostic Approaches in Cognitive Behavioral Therapy*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-63494-9\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-031-63494-9_12)
- Demerouti, E., Mostert, K., and Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *J. Occup. Health Psychol.* 15, 209–222. doi: 10.1037/a0019408
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press.

- Edu–Valsania, S., Laguia, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Van Harrison, R. (1998). Person–environment fit theory. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 28–67). Oxford University Press.
- El–Sayed, A., & Ghoneim, N. (2023). Mindfulness–based stress reduction and CBT to reduce burnout in psychiatric emergency departments. *BMC Nursing*, 22(1), 23–34.
- Emergency Nurses Association ENA (2019). *Emergency Nursing Core Curriculum*. 7th Edition. Elsevier
- Everly, G. S. (1985). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Plenum Press.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of burnout. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 675–689. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200005\)56:5<675::AID-JCLP11>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<675::AID-JCLP11>3.0.CO;2-D)
- Feixas, G., & Botella, L. (2004). Psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 192–222.
- Finlay, L. (2015). *Relational integrative psychotherapy*. Wiley.
- Forman, M. D. (2010). *A Guide to Integral Psychotherapy: Complexity, Integration, and Spirituality in Practice*. Albany, NY: SUNY Press.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness–based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114–125
- Giannis D, Geropoulos G, Matenoglou E, Moris D. Impact of coronavirus disease 2019 on healthcare workers: beyond the risk of exposure (2021). *Postgrad Med J*. 97(1147):326. doi:10.1136/postgradmedj-2020-137988
- Gilbert, M., & Orlandi, V. (2011). *Integrative therapy: 100 key points & techniques*. Routledge.
- Golparvar, M., & Parsakia, K. (2023). Building Resilience: Psychological Approaches to Prevent Burnout in Health Professionals. *KMAN Conseling and Psychology Nexus*, 1(1), 159–166
- Gomes, A. Rui; Faria, Susana; Lopes, Heitor (2016). Stress and Psychological Health. *Western Journal of Nursing Research*. 38 (11): 1448–1468. doi:10.1177/0193945916654666.

- Goncalves, L., Sala, R. & Navarro, JB. (2022). Resilience and occupational health of health care workers: a moderator analysis of organizational resilience and sociodemographic attributes. *Int Arch Occup Environ Health* 95, 223–232. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01725-8>
- Good, G. E. & Beitman, B. D. (2006). *Counseling and Psychotherapy Essentials: Integrating Theories, Skills, and Practices*. New York: W. W. Norton.
- Govrin, A. (2015). Blurring the threat of 'otherness': integration by conversion in psychoanalysis and CBT. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1): 78–90
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gross, James (2015). *Handbook of emotion regulation (2 ed.)*. New York London: The Guilford Press. ISBN 978-1-4625-0350-6.
- Han, S. J., & Yeun, Y. R. (2023). Psychological Intervention to Promote Resilience in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(1), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010073>
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3–38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. Guilford Press
- Ime, Yakup & Ümmet, Durmuş. (2023). The effects of cognitive behavioral psychological group counseling program on the psychological resilience and emotional flexibility of adolescents. *Current Psychology*. 43. 1–11. 10.1007/s12144-023-05051-9.
- Jamal, J., Singh, S., & Patel, R. (2023). Psychological resilience and burnout among healthcare professionals. *Journal of Healthcare Management*, 15(3), 167–178.
- Jose S, Dhandapani M, Cyriac MC. (2020). Burnout and Resilience among Frontline Nurses during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study in the Emergency Department of a Tertiary Care Center, North India. *Indian J Crit Care Med*, 24(11):1081–1088.
- Kazdin, A. E. (2017). *Research design in clinical psychology (5th ed.)*. Pearson

- Ketelaars, E., Gaudin, C., Flandin, S., & Poizat, G. (2024). Resilience training for critical situation management. An umbrella and a systematic literature review. *Safety Science*.
- Kim, J. H., & Lee, S. (2020). The effect of emotional labor on burnout: The role of resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17\*(9), 3336. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093336>
- Kunzler, M., Chmitorz, Andrea., Röthke, Nikolaus., Staginnus, Marlene., Schäfer, Sarah K., Stoffers–Winterling Jutta., and Lieb, Klaus (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta–analyses of pre–pandemic evidence. [International Journal of Nursing Studies](https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8)
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
- Lee, M., Cha, C. (2023). Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta–analysis. *Sci Rep* 13, 10971 <https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8>
- Lee, H. F., Kuo, C. C., Chien, T. W., & Wang, Y. R. (2016). Effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied Nursing Research*, 31, 100–110.
- Liang, Y., et al. (2025). The impact of health emergencies on nurses’ burnout: A systematic review. *BMC Public Health*, 25, 2847.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Lopez–Lopez, I.M., Gómez–Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I., Albendín–García, L. and Cañadas–De la Fuente, G.A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta–analysis. *Int J Mental Health Nurs*, 28: 1035–1044. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
- Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.*, 2: 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding burnout: A review of research and its implications for professional practice. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 702–718. <https://doi.org/10.1002/jclp.22259>

- Madigan, D.J., Kim, L.E. & Glandorf, H.L. (2024). Interventions to reduce burnout in students: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychol Educ* **39**, 931–957 <https://doi.org/10.1007/s10212-023-00731-3>
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed., pp. 497–516). The Guilford Press.
- Meier, S. T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, *36*(10), 899–910.
- Nabaei, Masoumeh & Birjandi, Zahra. (2024). Investigating the Effectiveness of Integrated Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment–Based Therapy (ACT) on Reducing Psychological Distress and Reducing Mental Fatigue in Nurses with Burnout Symptoms in Imam Reza Hospital, Mashhad. *The Journal of Toloobehdasht*. 10.18502/tbj.v23i3.16480.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (2011). Integrative psychotherapy: Principles and methods. In *APA handbook of counseling psychology* (pp. 329–355). APA.
- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001>
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy*. Guilford Press.
- Pederson, Lane (2015). "19 Skills Training". *Dialectical behavior therapy: a contemporary guide for practitioners*. Chichester, West Sussex: Wiley. [ISBN 978-1-118-95788-2](https://doi.org/10.1002/9781118957882).
- Pederson, Lane (2012). "Interpersonal Effectiveness". *The expanded dialectical behavior therapy skills training manual: practical DBT for self-help, and individual and group treatment settings*. Eau Claire, WI: Premier Pub. & Media. [ISBN 978-1-936128-12-9](https://doi.org/10.1002/9781118957882).

- Pedersen, Traci (2023). Your Guide to Supportive Psychotherapy. Retrieved from: <https://www.healthline.com/health/mental-health/supportive-psychotherapy>
- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283–305.
- Penz, M., et al. (2018). Hair cortisol as a biomarker of burnout. *Psychoneuroendocrinology*, 87, 218–221.
- Petitta, L., & Jiang, L. (2020). Emotional contagion and burnout. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 12–24.
- Pines, A. M. (2003). Career and couple burnout. *Journal of Employment Counseling*, 40(2), 50–64.
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout. *Personality and Individual Differences*, 39, 625–635.
- Pfefferbaum B. (2020). Mental health and the Covid–19 pandemic. *N Engl J Med*. 383(6):510–512. doi:10.1056/NEJMp2008017
- Qedair, J. T., Balubaid, R., Almadani, R., Ezzi, S., Qumosani, T., Zahid, R., & Alfayea, T. (2022). Prevalence and factors associated with burnout among nurses in Jeddah: a single–institution cross–sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01070-2>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58\*(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rink, L. C., Oyesanya, T. O., Adair, K. C., Humphreys, J. C., Silva, S. G., & Sexton, J. B. (2023). Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. *Global qualitative nursing research*, 10, 23333936231161127. <https://doi.org/10.1177/23333936231161127>
- Roseman, Ira J. (May 1996). "Appraisal Determinants of Emotions: Constructing a More Accurate and Comprehensive Theory". *Cognition & Emotion*. 10 (3): 241–278. doi:10.1080/026999396380240
- Rössler, W. (2012). Stress and burnout in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(2), 65–69.
- Ruiz, F. J., et al. (2020). Acceptance and commitment therapy for burnout. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 14–23.
- Safilian–Hanif (2024). Overview of DBT. Retrieved From: <https://dialecticalbehaviortherapy.com/>
- Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319–366). John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice*. Taylor & Francis.

- Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. W. (2000). Job stress and burnout. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 19–48.
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 248–267.
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2019). The Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1986.
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT): Development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495.
- Scherer, Klaus R. (2009). The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition & Emotion*. 23 (7): 1307–1351. [doi:10.1080/02699930902928969](https://doi.org/10.1080/02699930902928969)
- Singh, S., Kaur, S., & Gupta, A. (2022). Resilience training and job satisfaction in healthcare. *Journal of Public Health*, 18(2), 89–98.
- Song, L., Son, J., & Lin, N. (2011). Social support. In J. Scott & P. J. Carrington (Eds.), *The SAGE handbook of social network analysis* (pp. 116–128). London: SAGE.
- Southwick, S. M., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338.
- Southwick, S. M., et al. (2016). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Sutton, J. (2023). *Integrative Therapy*. PositivePsychology.com.
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(4), 367–386.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>.
- Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 1–7
- Tarfaroosh, S., & Khan Achakzai, B. (2022). Promoting resilience in healthcare students through psychological interventions. *BJPsych Advances*, 28(4), 209–215. doi:10.1192/bja.2022.29
- Tartakovsky Margarita (2021). What Is Dialectical Behavior Therapy?. Retrieved From: <https://psychcentral.com/lib/an-overview-of->

- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., et al. (2015). What clinicians want. *Psychotherapy*, 52(1), 1–11.
- Taylor, S. E. (2007). Social support. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 145–171). Oxford University Press.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53–79.
- Thoits, P. A. (2011). *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Turkman, F. (2017). Teachers' burnout levels. *Journal of Education and Training Studies*, 5(6), 220–227.
- Walker, F. R., Pflingst, K., Carnevali, L., Sgoifo, A., & Nalivaiko, E. (2017). In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 74(Pt B), 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.003>
- Wang, Qi & Luan, Yue & Liu, Dandan & Dai, Jiali & Wang, Haina & Zhang, Yang & Wang, Shuang & Dong, Xiaomei & Bi, Hongsheng. (2023). Guided self-help mindfulness-based intervention for increasing psychological resilience and reducing job burnout in psychiatric nurses: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. 30. 10.1111/ijn.13204.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate*. Routledge.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281.
- Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Boston: Shambhala.
- WHO (2024). Burn-out an "occupational phenomenon". retrieved from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th ed.)*.
- Woolfe, R. & Palmer, S. (2000). *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*. London; Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yasmin, Khalida & Yaqoob, Adnan & Sarwar, Hajra. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Intervention on Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 16. 295–298. 10.53350/pjmhs22163295.

–Yeager, Kenneth R. (2015). Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research. Oxford University press: New York.

–Volker, R., Bernhard, B., Anna, K., Fabrizio, S., Robin, R., Jessica, P., Rudolf, S., Lucia, D., Jürgen, R., Franz, H., Christine, S. and Norbert, S. (2010), Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts—from Athens to Zurich. *Stress and Health*, 26: 149–159.  
<https://doi.org/10.1002/smi.1276>

–Yu F, Chu G, Yeh T, Fernandez R. (2024). Effects of interventions to promote resilience in nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. Sep;157:104825. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104825. Epub 2024 May 25. PMID: 38901125

–Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021.

**حقوق الطبع والنشر © 2026 محفوظة لـ: المجلة العربية للنشر العلمي (AJSP)**