

"فعالية برنامج تكاملي لخفض الإحراق النفسي المهني لدى عينة من الممرضين والممرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة"

"The Effectiveness of an Integrative Program to Reduce Occupational Psychological Burnout Among a Sample of Nurses at Erada Complex for Mental Health in Jeddah"

إعداد:

باحث رئيسي/ محمد عبدالله التريكي

باحث مشارك/ أ.د/ عصام عبداللطيف العقاد

Received: 05/06/2026 | Revised: 06/06/2026 | Accepted: 12/06/2026 | Published: 02/07/2026

within the experimental group, indicating reduced occupational burnout. 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: Occupational Burnout, Nurses, Integrative Program, Eradah Mental Health Complex.

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج تدخل تكاملي في خفض الإحراق النفسي المهني لدى عينة من الممرضين والممرضات العاملين في أقسام علاج الإدمان بمجمع إرادة للصحة النفسية. واعتمدت الدراسة المنهج شبه

Abstract:

reducing occupational burnout 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 Burnout Assessment Tool (BAT), 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 experimental group. Significant differences were also found between the pretest and posttest measurements

لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت فروقاً دالة بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في اتجاه: خفض الإحزاق النفسي المهني. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يشير إلى استوار 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 المشركين على اختلاف خصائصهم الديموغرافية.. وتوصي الدراسة بضرورة تبني برامج تدخل نفسية تكاملية متعددة المكونات داخل المؤسسات الصحية، خاصة في البيئات المهنية مرتفعة الضغط، لما لها من أثر إيجابي في تعزيز المرونة النفسية لدى الممارسين في القطاع الصحي.

الكلمات المفتاحية: الإحزاق النفسي المهني، المرضى والممرضات، البرنامج التكاملية، مجمع رادة للصحة النفسية.

التجريبية باستخدام تصميم المجموعتين (تجريبية وضابطة) مع القياس القبلي والبعدي والتتبعي. تكون مجتمع الدراسة من المرضى والممرضات العاملين في أقسام علاج الإدمان في مجمع رادة للصحة النفسية بجدة. وقد تكونت عينة الدراسة المبدئية من (81) مشرك، في حين بلغ حجم العينة النهائية (40) مشركاً ممن انطبقت عليهم معايير الدراسة، وتم توزيعهم بالتساوي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (20) مشركاً خضعت للبرنامج التكاملية، ومجموعة ضابطة (20) مشركاً لم تتعرض لأي تدخل نفسي خلال الفترة نفسها.

وقد تكونت أدوات الدراسة من مقياس الإحزاق النفسي المهني ("BAT" Burnout Assessment Tool)، 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 الفترة.

وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

How to Cite This Article

التركي، م. ع.، والعقاد، ع. ع. (2026). فعالية برنامج تكاملية لخفض الاحتراق النفسي المهني لدى عينة من المرضى والممرضات بمجمع رادة للصحة النفسية بجدة. *المجلة العربية للنشر العلمي (AJSP)*، 9(93)، (72-194).



المقدمة:

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 والضغط المرتبطة بمهام عملهم، فإنهم غالباً ما يكونون عرضة للإجهاد والاحتراق النفسي المهني. إن الضغوط التي يواجهها

المرضى هي ضغوط كبيرة وشبه مستمرة، فهي حتى وإن هدأت وتيرتها أحيانا إلا أنها عرضة وبشكل مستمر للارتفاع، ما يجعلهم - مقارنة بمهن أخرى - عرضة لضغوط نفسية كبيرة (Pfefferbaum et al., 2020). وهذا الإنهاك يؤثر سلبًا على صحتهم النفسية وأداءهم الوظيفي، وهو لا يقتصر تأثيره عليهم فقط، بل يمتد لينعكس سلبًا على جودة تقديم الرعاية للمرضى. و يُعد الإحترق النفسي المهني من المتغيرات الحاسمة التي تؤثر بشكل كبير على جودة أداء الممارسين الصحيين في بيئات العمل الضاغطة، مثل مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان. فالاحترق النفسي، بوصفه حالة من الإنهاك العاطفي والجسدي وتبلد المشاعر، يُمثل أحد التحديات الشائعة بين ممارسي التمريض، مما ينعكس سلبًا على صحتهم النفسية وأدائهم الوظيفي. وعلى الجانب الآخر. وقد اقترحت الأدبيات نماذج عديدة تقترح تطور الإحترق النفسي المهني - والتي لا تقتصر فقط على عوامل تنظيمية أو بيئية ترتبط بالعمل بل تبرز عوامل شخصية كالتقييم المعرفي والفروق الفردية - استنادًا إلى المبادئ المعرفية والسلوكية وأبحاث الإجهاد ونظريات الضغوط في تفسيرها لتطور الإحترق النفسي واستمراره (Almen, 2021). ولأهمية ذلك فإنه يحتم ضرورة تسليط الضوء على هذه الظاهرة المهمة والسعي لبحث حلول ومعالجات يمكن أن تسهم في احتوائها أو تقليل آثارها. تشير الدراسات إلى فعالية البرامج العلاجية في خفض الإحترق النفسي لدى الممارسين الصحيين. حيث أظهرت العديد من التدخلات القائمة على العلاج السلوكي المعرفي، وبرامج تقنيات الاسترخاء، ونماذج الدعم الاجتماعي، تأثيرًا إيجابيًا 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). واستنادًا إلى الأدبيات والدراسات التي أظهرت أن النهج التكاملية يمكن أن يحقق نتائج إيجابية ملموسة (Corey, 2020)، تأتي هذه الدراسة بإقتراح برنامج تكاملي مصمم لهدف خفض الإحترق النفسي المهني لدى ممارسي التمريض العاملين في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمجمع 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 والممرضات على التعامل مع ضغوط العمل، والحد من مستويات الإحترق النفسي، ما يسهم بتحسين جودة الرعاية الصحية.

مشكلة الدراسة:

يؤدي فريق التمريض في مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان دورًا أساسيًا في تقديم الرعاية الصحية للمرضى النفسيين والمدمنين، حيث تشمل مهامهم التقييم المستمر للحالات، ومتابعة الخطط العلاجية، والتعامل مع المرضى ذوي السلوكيات العدوانية أو الانتحارية، مما يضعهم تحت ضغوط مهنية ونفسية متواصلة. وقد أشارت دراسة حديثة إلى أن مرضى الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية يواجهون تحديات متعددة تتعلق بالأدوار الوظيفية، وضعف الدعم المهني، والشعور بالإجهاد، والخوف على السلامة، وعدم الأمان، إضافة إلى بعض مظاهر الوصم المهني (Alyousef & Alhamidi, 2023).

وتُعد الضغوط المهنية من أكثر الضغوط التي يعاني منها الممارسون الصحيون، وقد يؤدي استمرارها إلى الإجهاد والإنهاك ومن ثم تطور الإحترق النفسي المهني (Pfefferbaum et al., 2020; Rink et al., 2023; De Barros et al., 2024). وتشير الأدلة إلى أن ممارسي التمريض من أكثر الفئات الصحية عرضة للإحترق النفسي، حيث تجاوزت معدلات انتشاره بينهم 25% في العديد من الدراسات (López-López et al., 2019)، وترتفع هذه النسب خلال الأزمات والطوارئ نتيجة زيادة المتطلبات الوظيفية والمخاطر المهنية (Bey et al., 2023).

وفي المملكة العربية السعودية تجاوزت نسبة الاحتراق النفسي بين الممارسين الصحيين 44.8%، بينما تراوحت نسبته بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان بين 42.7% و82.3% (Alhadi et al., Alqahtani et al., 2020). وتؤدي هذه الضغوط وما يصاحبها من احتراق نفسي إلى آثار سلبية على الصحة النفسية والجسدية للمرضين، الأمر الذي يستدعي تطوير تدخلات مناسبة للحد من آثارها. ورغم أهمية تحسين بيئة العمل، فإن ذلك قد لا يكون متاحاً دائماً، مما يجعل الاستثمار في العوامل الشخصية الوقائية أمراً ضرورياً، وفي مقدمتها المرونة النفسية التي تساعد الأفراد على التكيف الإيجابي مع الضغوط والتحديات المهنية (Yeager, 2015). وقد أكدت الدراسات أهمية تعزيز المرونة النفسية لدى الممارسين الصحيين، لما لها من دور في تحسين الأداء المهني وخفض مستويات الاحتراق النفسي والتوتر والقلق (Shoji et al., Sull et al., 2015؛ Foureur et al., 2013؛ Singh et al., 2022).

كما أظهرت العديد من الدراسات الحديثة فاعلية التدخلات النفسية والبرامج التدريبية في الحد من الاحتراق النفسي وتحسين الصحة النفسية للممارسين الصحيين (Kunzler et al., 2022؛ Han & Yeun, 2023؛ Wang et al., 2023؛ Yu et al., 2024). وانطلاقاً من هذه النتائج، ومن توصيات الدراسات السابقة ومنظمة الصحة العالمية (2024) بضرورة تطوير تدخلات داعمة للصحة النفسية في بيئات العمل، تسعى الدراسة الحالية إلى استهداف فئة التمريض بوصفها من أكثر الفئات عرضة للضغوط والاحتراق النفسي. كما تستند هذه الدراسة إلى ملاحظات الباحث المهنية بوصفه أخصائياً نفسياً إكلينيكياً، وما شهده من معاناة المرضى العاملين في الخطوط الأمامية وأقسام الطوارئ، مما يؤكد الحاجة إلى تطوير برامج تدخلية تسهم في الحد من الاحتراق النفسي وتعزيز القدرة على مواجهة ضغوط العمل.

وبحسب اطلاع الباحث تفقر الساحة العربية والمحلية في المملكة العربية السعودية لدراسة مماثلة في أهدافها التي يشير إليها عنوان هذه الدراسة. وفي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

- ما مدى فعالية برنامج تكاملي لخفض الإحترق النفسي المهني لدى عينة من الممرضين والممرضات بمجمع إرادة للصحة النفسية بجدة؟ ويتفرع منه التساؤلات التالية:
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي؟
- هل يستمر أثر البرنامج في خفض الإحترق النفسي المهني بعد انتهاء جلساته لفترة شهرين لدى أفراد المجموعة التجريبية؟
- هل يختلف تأثير البرنامج في خفض الإحترق النفسي المهني لدى عينة المجموعة التجريبية بناء على بعض الخصائص الديموغرافية (الجنس - سنوات الخبرة - الحالة الاجتماعية)؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة لبحث مدى فعالية برنامج تكاملي في خفض الإحترق النفسي المهني لدى عينة من الممرضين والممرضات في مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة، حيث تسعى لـ:

- 1- تقييم فعالية برنامج التدخل في خفض درجة الإحترق النفسي لدى العينة في المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة.
- 2- تقييم فعالية برنامج التدخل في خفض درجة الإحترق النفسي في القياس البعدي لدى العينة في المجموعة التجريبية.

- 3- فحص أثر برنامج التدخل على درجة الإحترق النفسي في القياس التتبعي لدى العينة في المجموعة التجريبية.
- 4- مقارنة الفروق في تأثير البرنامج في خفض الإحترق النفسي لدى العينة في المجموعة التجريبية بناء على بعض الخصائص الديموغرافية (الجنس - سنوات الخبرة - الحالة الإجتماعية).

أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة من الناحية النظرية:

- 1- 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.
- 2- كذلك تبرز أهميتها في قيمة وأهمية المتغيرات التي تتعرض لها:
 - فالإحترق النفسي المهني - والذي ترتفع معدلاته في أوقات الضغوط والأزمات - له آثار سلبية صحية ونفسية تنعكس سلبا على الرفاهية النفسية لفريق التمريض ولأداء دورهم الوظيفي الحيوي، الأمر الذي يتبعه تدني في جودة رعاية المرضى وما قد يتسبب فيه من تطور أزمة في القطاع الصحي.
 - 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.
- 3- بإضافة الى إسهام هذه الدراسة في اثراء المكتبة العربية في مجال علم النفس، اضافة الى أن اجراء هذه الدراسة وما يمكن أن تكشفه من نتائج يمكن يفتح مجالاً لبحوث ودراسات أخرى ذات صلة بمتغيرات الدراسة.

أما من الناحية التطبيقية: تبرز أهميتها في:

- 1- بناء برنامج ارشادي تدريبي للمساعدة في خفض الإحترق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات ممن يعملون في ظروف الضاغطة
- 2- التعرف على أثر برنامج التدخل في خفض الإحترق النفسي المهني لدى الممرضين والممرضات بناء على الجنس.
- 3- 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 وبيئات ضاغطة - ببرامج تهدف للحد من الإحترق النفسي. كما يمكن أن تكون دافعا لإجراء دراسات أخرى لبرامج تدخلات وقائية أو علاجية تستهدف عينات أخرى تعمل تحت الضغوط 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:** سيتم اجراء هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام 2025/2024 الى نهاية الفصل الدراسي الأول من 2026/2025
- الحدود المكانية:** سيتم اجراء هذه الدراسة في مجمع إرادة للصحة النفسية بمدينة جدة حيث تتوفر العينة المستهدفة.

الحدود البشرية: تقتصر 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 لخفض الإحترق النفسي 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، مع التركيز على تحقيق الأهداف العلاجية أو التتموية بشكل متكامل ومتناسق (Corey, 2020).

ويعرف اجرائيا في هذه الدراسة بأنه برنامج تدخل تكاملي من اعداد الباحث، يتضمن أساليب وفنيات وتقنيات متنوعة من عدة نظريات ونماذج نفسية، ويهدف هذا البرنامج لخفض 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,) و (Kim & Glandorf, 2024) و (Ketelaars et al., 2024). ويتم تطبيقه على عينة الدراسة في المجموعة التجريبية في اثني عشر جلسة.

الإحترق النفسي المهني: (Occupational Burnout) هو إرهاق بدني انفعالي أو عقلي مصحوب بانخفاض الدافع وانخفاض الأداء واتخاذ مواقف سلبية تجاه الذات والآخرين. ينتج من استمرار الأداء في عمل مرهق مع مجهود بدني أو عقلي شديد ومطول يصل بالفرد للإجهاد والتوتر (APA, 2018). و وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر (ICD-11) : يصنف كظاهرة مهنية ولا يتم تصنيفه كحالة طبية. يُنظر إليه أنه متلازمة ناتجة عن الإجهاد المزمن -في مكان العمل- الذي لم تتم إدارته بنجاح، ويتميز بثلاثة أبعاد: (1) الشعور بالإرهاق أو استنفاد الطاقة ؛ (2) زيادة المسافة العقلية بين الفرد ووظيفته، أو الشعور بالسلبية، أو السخرية تجاهها؛ (3) انخفاض الكفاءة المهنية (WHO, 2024)

ويعرف الإحترق النفسي المهني اجرائيا في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي تتصف فيه الحالة النفسية للممرض/ة في أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان بالإرهاق البدني والإنفعالي، والتبؤد أو اللامبالاة تجاه الآخرين في بيئة العمل، والشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية أو الإنجاز المهني. ويحدد الإحترق النفسي المهني بالدرجة التي يحصل عليها الممرض/ة على أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool - BAT)، والتي يتضمن اربعة أبعاد هي: الإرهاق، التباعد العقلي، الإختلال او الضعف المعرفي، والإنفعالي.

الممرضون والممرضات: 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 الإضطرابات 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 - في مجمع إرادة - بدوام كامل في أقسام الصحة النفسية 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 اطار 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، ص.5).

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 موجزا 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 المفصلة 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: الإحترق النفسي المهني، المرونة النفسية، و برنامج التدخل (البرنامج التكاملية). وقد بدأ الباحث بالإطار النظري للإحترق النفسي المهني، ثم المرونة النفسية، وتسلط الضوء على العلاقة بين الإحترق النفسي والمرونة النفسية، واختتم بالإطار النظري للبرنامج التكاملية الذي تم اقتراحه للتدخل النفسي لبحث فعاليته في تعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني.

أولاً: الإحترق النفسي المهني: (Occupational Burnout)

يُعد الإحترق النفسي المهني ظاهرة نفسية شائعة لدى العاملين في المهن التي تتطلب تفاعلاً إنسانياً مكثفاً ومستمرًا، كالمجالات الصحية والتعليمية، ويُعرف بأنه متلازمة ناتجة عن التعرض المزمّن لضغوط العمل التي لم تُدار بنجاح (WHO, 2024). ويظهر عادة في صورة إنهاك بدني وانفعالي أو عقلي، مصحوب بانخفاض الدافعية وتراجع الأداء وتبني اتجاهات سلبية نحو الذات والآخرين، نتيجة الاستمرار في أداء مهام مرهقة تتطلب مجهودًا طويلاً ومكثفاً (APA, 2018). وقد قدمت ماسلاش تصورًا كلاسيكيًا للمفهوم بوصفه بناءً ثلاثي الأبعاد يتمثل في الإرهاق العاطفي، وتبدد المشاعر أو التباعد عن الآخرين في العمل، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي نتيجة الضغوط المستمرة (Maslach, 1982). وفي الاتجاه الحديث، يرى شوفلي وآخرون (2019) أن الإحترق النفسي يمثل متلازمة تتضمن الإنهاك المصحوب بضعف القدرة على تنظيم العمليات المعرفية والانفعالية، إضافة إلى التباعد الذهني كاستراتيجية تكيف غير فعالة، وهو ما انعكس على تطوير أداة تقييم الإحترق النفسي (Burnout Assessment Tool – BAT) كبديل أكثر شمولاً

1976	استخدمت كريستينا ماسلاش مصطلح "الاحتراق النفسي" في دراساتها حول الاستنزاف المهني، وقامت بتطويره لاحقاً
1981	قامت ماسلاش وجاكسون بتعريف الاحتراق النفسي بأنه "إحساس الفرد بالإجهاد العاطفي، وتبدل المشاعر، وانخفاض الإنجاز الشخصي".
1982	نشرت كريستينا ماسلاش كتابها "الاحتراق المهني": استنفاد الذات في العمل" والذي يُعتبر مرجعاً مهماً في هذا المجال
2019	أدرجت منظمة الصحة العالمية (WHO) الاحتراق النفسي كمتلازمة مهنية في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض الحادي عشر (ICD-11).

تعريف مفهوم الإحتراق النفسي المهني "Occupational Burnout":

أشار جنر وآخرون (Gnerre et al., 2017) إلى أن مصطلح الاحتراق النفسي المهني من الناحية اللغوية يرتبط بمعاني مثل: "بلا حيوية"، "مستنفد"، أو "منهك"، وقد استخدم في بداياته في المجال الرياضي للدلالة على حالة يفشل فيها الرياضي في تحقيق نتائج إضافية بعد فترة من النجاح أو يعجز عن الحفاظ على مستوى أدائه السابق.

أما اصطلاحاً، فيُعد تعريف ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson, 1981) من أكثر التعريفات شيوعاً، حيث عرّفنا الاحتراق النفسي بأنه متلازمة تنتج عن التعرض المستمر لمطالب انفعالية عالية في بيئة العمل، وخاصة لدى العاملين في المهن التي تتطلب تفاعلاً مباشراً ومكثفاً مع الآخرين. وتتجسد هذه المتلازمة في ثلاثة أبعاد رئيسية: الإرهاق العاطفي (الشعور بالاستنزاف وعدم القدرة على العطاء)، وتبدل المشاعر/اللامبالاة (اتخاذ اتجاهات سلبية أو ساخرة تجاه المستفيدين أو العمل)، وانخفاض الإنجاز الشخصي أو الكفاءة (الشعور بعدم الفاعلية وضعف الإنتاجية). كما أكد ماسلاش وشوفلي ولايتير (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) أن الإحتراق النفسي يمثل استجابة ممتدة لضغوط مزمنة في العمل تتسم بالإرهاق والتشاؤم وتدني الفاعلية المهنية.

وفي تعريف قاموس علم النفس للرابطة الأمريكية لعلم النفس (APA Dictionary of Psychology, 2018)، يُنظر إلى الإحتراق النفسي بوصفه حالة من الإرهاق الجسدي أو الانفعالي أو العقلي، يصاحبها انخفاض الدافعية وتراجع الأداء وظهور اتجاهات سلبية نحو الذات والآخرين، وغالباً ما ترتبط بالعمل طويل الأمد تحت ضغط مرتفع، خاصة في المهن الموجهة لخدمة الآخرين.

كما تم تعريفه في دليل مجلس الصحة الخليجي (2024) بأنه حالة ناتجة عن التعرض المزمّن لضغوط العمل، تبدأ غالباً بأعراض خفيفة ثم تتصاعد تدريجياً لتؤدي إلى فقدان الدافعية والاهتمام، وتراجع الإنتاجية، والشعور بالعجز واليأس والاستياء، مع امتداد تأثيراتها إلى مختلف جوانب الحياة الشخصية والاجتماعية، مما يستدعي الاهتمام بالتعامل معها والحد من آثارها.

وفي التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)، لم يُصنف كحالة طبية، بل عُدّ "ظاهرة مهنية" تنشأ في سياق العمل، ويُعرف بأنه متلازمة تنتج عن الإجهاد المزمّن في بيئة العمل الذي لم تتم إدارته بنجاح، وتتميز بثلاثة أبعاد: الشعور بالإرهاق واستنزاف الطاقة، وزيادة المسافة العقلية عن العمل أو السلبية والسخرية تجاهه، وانخفاض الكفاءة المهنية. (WHO, 2019)

وفي إطار حديث لمفهوم للإحتراق النفسي المهني، قدم شوفلي ودي ويت وديزارت (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020) تعريفاً موسعاً يراه حالة من الإرهاق المرتبط بالعمل تتميز بالتعب الشديد، والابتعاد الذهني، وضعف تنظيم العمليات المعرفية والانفعالية، وقد يصاحبها مزاج اكتئابي والضيق النفسي أعراض نفسجسمية. ويعكس هذا التعريف تصوراً أشمل للاحتراق النفسي بوصفه ظاهرة متعددة الأبعاد تتضمن جوانب معرفية وانفعالية إلى جانب الإرهاق الأساسي.

يرى الباحث أهمية ما تم الإشارة إليه من تعريفات سابقة للإحترق النفسي المهني والتوسع في التعريف خصوصاً ما أضافه شاولي وآخرون (Schaufeli et al., 2020) الذي تميز بمنظوره الحديث وتوسيع المفهوم ليشمل أربعة أبعاد رئيسية و أعراض ثانوية مصاحبة، ويرى الباحث تكاملها مع التعريفات الأخرى بكونها: متلازمة مهنية انفعالية تنشأ نتيجة التعرض المزمن لضغوط العمل والتوتر المستمر، عندما يعجز الفرد عن التكيف مع المطالب المهنية المتزايدة. تظهر هذه المتلازمة في صورة إرهاق جسدي وعقلي وضعف انفعالي ومعرفي، وفقدان الدافعية، واتخاذ مواقف سلبية تجاه العمل، مع شعور متزايد بعدم الكفاءة وتدني الإنجاز. وقد تتطور أعراضه تدريجياً من مظاهر خفيفة (الإجهاد، فقدان التركيز) إلى مظاهر شديدة (العجز، اليأس، والاستنزاف)، مما ينعكس سلباً ليس فقط على الأداء المهني، بل أيضاً على الحياة الشخصية والعلاقات الاجتماعية.

تحديد المصطلح في الدراسة الحالية:

يشير الباحث إلى أن مصطلح Occupational Burnout أو Job Burnout يُستخدم في الأدبيات الأجنبية لوصف المتلازمة الناتجة عن التعرض المزمن لضغوط العمل. وعند ترجمته إلى اللغة العربية ظهرت عدة مسميات لغوية، من أبرزها: الإحترق الوظيفي، والإحترق النفسي الوظيفي، والإحترق النفسي المهني. ورغم شيوع استخدام مصطلح الإحترق الوظيفي في بعض الأدبيات العربية والتقارير التوعوية (مثل مجلس الصحة الخليجي، 2024)، يرى الباحث أن مصطلح الإحترق النفسي المهني أكثر دقة من الناحية الأكاديمية؛ لأنه يعكس الطبيعة النفسية للأعراض من جهة، ومن جهة أخرى يربطها بالسياق المهني بوصفه الإطار الرئيس لظهورها. ويتسق هذا الاستخدام مع تعريف منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) التي صنفته بوصفه ظاهرة مهنية ناتجة عن الإجهاد المزمن في مكان العمل غير المُدار بنجاح (WHO, 2019)، كما يتوافق مع التصورات الحديثة التي تؤكد أن الإحترق النفسي يمثل حالة نفسية مرتبطة بالعمل ذات أبعاد معرفية وانفعالية وسلوكية. (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli, De Witte, & Desart, 2020). وبناءً على ذلك، يعتمد الباحث في الدراسة الحالية مصطلح الإحترق النفسي المهني للإشارة إلى هذه المتلازمة.

أشكال الإحترق النفسي المهني:

يشير فرويندبرجر (Freudenberger, 1974) إلى أن الإحترق النفسي المهني يظهر بصورة خاصة لدى الأفراد المنخرطين في المهن المساعدة بدوافع مثالية وإلتزام أخلاقي مرتفع، إذ تؤدي الفجوة بين الطموحات المهنية الكبيرة وواقع بيئة العمل الضاغطة إلى استنزاف تدريجي للطاقة النفسية والانفعالية. وقد أكد لاحقاً أن هذه المتلازمة لا تنشأ نتيجة عامل واحد، بل تمثل حصيلة تفاعل معقد بين الخصائص الشخصية للفرد ومتطلبات التنظيم المهني وظروف العمل. (Freudenberger & Richelson, 1980) ومع التحولات الاقتصادية والاجتماعية الحديثة، تغيرت القيم المرتبطة بالعمل، فلم يعد الإلتزام الاجتماعي وحده هو المحرك الرئيس للانخراط المهني، بل برزت دوافع الإنجاز الفردي وتحقيق الأمن الوظيفي والاستقرار، وهو ما أسهم في إعادة تشكيل طبيعة الإحترق النفسي المهني ضمن السياقات التنظيمية المعاصرة (Schaufeli & Enzmann, 1998). وفي هذا السياق، قدم فاربر (Farber, 2000) تصوراً أكثر تمايزاً، مؤكداً أن الإحترق النفسي المهني لا يمثل نمطاً واحداً ثابتاً، بل قد يتخذ أشكالاً متعددة تختلف باختلاف طبيعة الضغوط المهنية والسياق الوظيفي. ويرى أن الصورة التقليدية للإحترق النفسي، التي تتمثل في صدام المثالية المهنية مع عوائق بيئة العمل، لم تعد الشكل الوحيد السائد، بل أصبح الإحترق النفسي في العصر الحديث مرتبطاً كذلك بزيادة الإلتزامات المهنية، وارتفاع الضغوط الخارجية، وتقلص فرص المشاركة والدعم، وضعف المكافآت مقارنة بحجم الجهد المبذول. وبناءً على ذلك، صنف فاربر (Farber, 2000) الإحترق النفسي المهني إلى ثلاثة أنماط رئيسية، هي:

- 1- الإحترق النفسي المرتبط بالإجهاد وقلة المكافآت: حيث يواجه الفرد ضغطاً مرتفعةً مقابل عائد مهني محدود، مما قد يدفعه إلى الانسحاب من العمل أو الاستمرار فيه مع الشعور بالإرهاق والاستنزاف .
 - 2- الإحترق التقليدي أو الحاد: حيث يضاعف الفرد جهده تدريجيًا بحثًا عن إنجاز أو مكافأة تعويضية، إلى أن يصل إلى مرحلة الإنهاك الشديد .
 - 3- الإحترق النفسي الناتج عن الرتبة ونقص التحفيز: وهو نمط لا ينتج بالضرورة عن الضغوط المفرطة، بل عن بيئة عمل رتيبة وغير محفزة تؤدي إلى فقدان الدافعية والشعور بالملل والاستنزاف النفسي .
- وتدعم هذه التصورات فكرة أن الإحترق النفسي المهني ليس ظاهرةً أحادية الشكل، بل يتسم بالتنوع في أنماطه ومساراته التطورية تبعاً لطبيعة الدوافع الفردية والضغوط التنظيمية المحيطة.

- الآثار السلبية للإحترق النفسي المهني:

يترتب على الإحترق النفسي المهني طيف واسع من الآثار السلبية التي لا تقتصر على الفرد، بل تمتد لتشمل المؤسسة وبيئة العمل ككل. وغالبًا ما تبدأ هذه الآثار بصورة نفسية ومعرفية، ثم تتطور مع استمرار الضغوط لتنعكس على الصحة الجسدية والسلوك المهني، بما يؤدي في النهاية إلى نتائج تنظيمية غير مرغوبة (Edu-Valsania et al., 2022).

أولاً: العواقب النفسية:

يرتبط الإحترق النفسي باضطرابات نفسية ومعرفية متعددة، مثل ضعف التركيز والذاكرة، وصعوبات اتخاذ القرار، وتراجع القدرة على التكيف مع الضغوط، إضافة إلى القلق والاكتئاب واضطرابات النوم وتدني الرضا عن الحياة وتقدير الذات. كما قد يصاحبه ارتفاع في سرعة الاستثارة والانفعال، وزيادة احتمالات اللجوء إلى سلوكيات ضارة كاستهلاك التبغ أو الكحول (Maslach & Leiter, 2016). وتشير بعض الأدلة إلى أن الإحترق النفسي قد يمثل عامل خطر لزيادة احتمالية التفكير أو السلوك الانتحاري (Bryan et al., 2018).

ثانياً: العواقب الصحية والجسدية:

تؤكد المراجعات المنهجية أن الأفراد الذين يعانون مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي يكونون أكثر عرضة لمشكلات صحية جسدية متنوعة، مثل اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، ومشكلات الجهاز الهضمي، والصداع، واضطرابات النوم، وضعف المناعة وزيادة القابلية للعوى، فضلاً عن أمراض القلب والأوعية الدموية والإرهاق المزمن (Edu-Valsania et al., 2022). كما قد يرتبط الإحترق النفسي بارتفاع مستويات هرمون الكورتيزول، وبزيادة احتمالية الإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل السكري من النوع الثاني (Penz et al., 2018).

ثالثاً: العواقب السلوكية والمهنية:

يرتبط الإحترق النفسي بعدد من المظاهر السلوكية والمهنية السلبية، مثل انخفاض الرضا الوظيفي وتراجع الالتزام التنظيمي، وارتفاع الغياب عن العمل، وزيادة نية ترك الوظيفة، وضعف الأداء المهني (Roosler, 2012). كما قد يؤدي إلى ما يعرف بـ"الحضور الوظيفي الشكلي"، حيث يتواجد الفرد في العمل دون إنتاجية فعلية بسبب تدهور حالته النفسية أو الصحية. وقد تظهر أيضًا سلوكيات مضادة للإنتاجية مثل العدوانية أو إساءة استخدام موارد المؤسسة أو تعاطي المواد الضارة (Edu-Valsania et al., 2022).

رابعًا: العواقب التنظيمية

لا تتوقف آثار الاحتراق النفسي عند الفرد، بل تمتد لتؤثر في فرق العمل والمؤسسة من خلال تراجع جودة الخدمات، وزيادة النزاعات، وتعطيل سير العمل، وانخفاض الإنتاجية (Maslach & Leiter, 2016). كما يمكن أن ينتقل الاحتراق النفسي بين العاملين وفق ما تشير إليه نظرية العدوى الانفعالية، مما يسهم في خلق مناخ تنظيمي سلبي. وينتج عن ذلك خسائر اقتصادية تتمثل في انخفاض الكفاءة وزيادة الغياب وتكاليف الاستبدال الوظيفي. (Edu-Valsania et al., 2022).

- مستويات تطور الاحتراق النفسي:

- تختلف شدة وتطور عواقب الاحتراق النفسي بين الأفراد، وقد تم توصيف أربعة مستويات رئيسية لهذه المتلازمة (Edu-Valsania et al., 2022)، هي التالي:
- **المستوى البسيط:** يتميز بأعراض جسدية بسيطة وغير نوعية (كالصداع وآلام الظهر)، مع شعور بالإرهاق وتراجع نسبي في الكفاءة الوظيفية.
 - **المستوى المتوسط:** تظهر فيه اضطرابات النوم، وضعف الانتباه والتركيز، إلى جانب التباعد الانفعالي، والتهيج، والتشاؤم، والملل، وفقدان الدافعية التدريجي، مع شعور بالإحباط وعدم الكفاءة وتدني تقدير الذات.
 - **المستوى الشديد:** يتسم بارتفاع معدلات الغياب عن العمل، والنفور من أداء المهام، وتزايد مظاهر التبدل أو انفصال الشخصية (Depersonalization)، إضافة إلى إساءة استخدام الكحول أو العقاقير النفسية.
 - **المستوى الحاد/النهائي:** يتجلى في سلوكيات انعزالية وعدوانية شديدة، وأزمات وجودية، واكتئاب مزمن، ومحاولات انتحار.

- أعراض الإحترق النفسي المهني:

متلازمة الإحترق النفسي ليست حدثًا مفاجئًا، بل هي شبكة بطيئة وخفية من الأعراض. إن تجاهل هذه الأعراض قد يؤدي إلى تقدم الحالة وجعلها غير قابلة للإدارة. لهذا السبب، من المهم جدًا معرفة أعراض الإحترق النفسي واتخاذ الاحتياطات اللازمة من خلال التشخيص في الوقت المناسب. على الرغم من أن الأعراض تختلف من فرد لآخر، إلا أنها تُعتبر عمومًا تحت ثلاثة عناوين: الأعراض الجسدية، عاطفية، والسلوكية (Ozturk, 2020). وطبياً تم الإشارة الى الإحترق النفسي المهني في الإصدار العاشر للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 International Classification of Diseases - 10) في فئة: "العوامل المؤثرة على الحالة الصحية أو الاتصال بالخدمات الصحية" والذي يتضمن الأسباب التي تجعل الأفراد يتصلون بالخدمات الصحية ولكنها لا تصنف على أنها أمراض أو حالات صحية (Schaufeli & Enzmann, 1998).

أعراض الإحترق النفسي المهني

لا يُعد الإحترق النفسي المهني حالة تظهر بصورة مفاجئة، بل يتطور تدريجيًا عبر مجموعة من الأعراض المترابطة التي قد تكون خفية في بدايتها، إلا أن تجاهلها قد يؤدي إلى تفاقم الحالة وصعوبة السيطرة عليها. لذلك تبرز أهمية التعرف المبكر إلى أعراض الإحترق النفسي المهني من أجل التشخيص والتدخل في الوقت المناسب. ورغم اختلاف هذه الأعراض من فرد إلى آخر، إلا أنها غالبًا ما تُصنّف ضمن ثلاثة مجالات رئيسية: الأعراض الجسدية، والأعراض الانفعالية، والأعراض السلوكية (Ozturk, 2020).

وقد تمت الإشارة إلى الاحتراق النفسي المهني في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) ضمن فئة "العوامل المؤثرة في الحالة الصحية أو الاتصال بالخدمات الصحية"، وهي الفئة التي تتضمن الحالات التي تدفع الأفراد لطلب الرعاية الصحية دون أن تُصنّف كاضطرابات طبية مباشرة (Schaufeli & Enzmann, 1998). كما استمر إدراجه في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) ضمن الفئة ذاتها بوصفه ظاهرة مهنية مرتبطة بالسياق الوظيفي (WHO, 2019).

ويشير هذا التصنيف إلى مجموعة من المعايير والأعراض التي ترتبط بهذه الحالة، من أبرزها:

- 1- شكاوى مستمرة من الإرهاق تتمثل في الإحساس بالتعب بعد مجهود ذهني بسيط، أو الشعور بالضعف الجسدي بعد مجهود بدني محدود.
 - 2- ظهور عرضين على الأقل من أعراض ضاغطة تشمل: آلام العضلات والمفاصل، الدوار، صداع التوتر، اضطرابات النوم، صعوبة الاسترخاء، أو زيادة التهيج والانفعال.
 - 3- عدم القدرة على التعافي من الأعراض رغم الراحة أو الاسترخاء أو ممارسة الأنشطة الترفيهية.
 - 4- استمرار الأعراض لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.
- مع التأكيد على ضرورة أن تكون هذه الأعراض مرتبطة بشكل واضح بالسياق المهني، وأن يتم استبعاد الأسباب الطبية أو الاضطرابات النفسية الأخرى التي قد تتشابه في مظاهرها. وعليه، يصبح التمييز بين الاحتراق النفسي وغيره من الاضطرابات المتقاربة شرطاً أساسياً لتجنب الخلط التشخيصي وضمان دقة التدخلات العلاجية والوقائية.

- تمايز الاحتراق النفسي المهني عن بعض المفاهيم الأخرى:

يُعد الاحتراق النفسي المهني من المفاهيم التي أثارت جدلاً واسعاً في الأدبيات النفسية، نظراً لتقاطعه مع مفاهيم أخرى مثل الإجهاد النفسي والاكتهاب والقلق. فمنذ طرحه لأول مرة على يد فرويدنبرجر (Freudenberger, 1974)، ثم تطويره بصورة أكثر منهجية في أعمال ماسلاش وآخرون (Maslach et al., 2001)، ظل التساؤل قائماً حول ما إذا كان الاحتراق النفسي يمثل بناءً مهنيًا مستقلاً أم أنه شكل من أشكال الاكتهاب أو الاستجابة المزمنة للضغط النفسي. وقد عززت منظمة الصحة العالمية هذا الاتجاه التفسيري عندما أدرجته في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) بوصفه ظاهرة مهنية مرتبطة بالعمل وليست اضطراباً سريريًا مستقلاً (WHO, 2019). وانطلاقاً من ذلك، تبرز أهمية توضيح الفروق المفاهيمية بين الاحتراق النفسي وغيره من الظواهر المتقاربة.

أولاً: الاحتراق النفسي المهني والإجهاد النفسي (Stress)

يُعرّف الإجهاد النفسي بأنه استجابة نفسية وجسدية تحدث عندما يدرك الفرد أن متطلبات الموقف تتجاوز قدرته على التكيف (Lazarus & Folkman, 1984). ويُعد الإجهاد حالة عامة قد تظهر في مختلف مجالات الحياة، ويمكن أن تكون مؤقتة وتزول بزوال المثير الضاغط.

في المقابل فإن الاحتراق النفسي المهني فيمثل حالة أكثر تعقيداً، ويُنظر إليه بوصفه نتيجة تراكمية مزمنة للإجهاد المهني المستمر داخل بيئة العمل، خاصة عندما تستمر المطالب المرتفعة مع نقص الموارد الداعمة (Maslach & Leiter, 2016). وبذلك، فإن الإجهاد قد يكون مرحلة تمهيدية أو عاملاً سابقاً، بينما يعكس الاحتراق النفسي حالة استنزاف طويلة الأمد تتمثل في الإرهاق والانفصال عن العمل وتراجع الكفاءة المهنية (Schaufeli et al., 2020). وقد أكدت الأدبيات إمكانية التمييز بينهما من حيث طبيعة الإحترق كبناء نفسي مهني خاص مرتبط بأسباب ونتائج تنظيمية واضحة (Chirico, 2016).

ثانياً: هل الإحترق النفسي المهني شكل من أشكال الاكتئاب؟

يمثل التمييز بين الإحترق النفسي المهني والاكتئاب إحدى أكثر القضايا إثارة للجدل، بسبب التشابه النسبي في بعض الأعراض مثل التعب، واضطرابات النوم، وانخفاض الدافعية. غير أن الاكتئاب يُعد اضطراباً سريريًا ذا نطاق شامل، يتأثر بعوامل وراثية ونفسية وبيئية، ويؤثر في جميع مجالات حياة الفرد، ويتميز بالحزن العميق وفقدان المتعة وتراجع الطاقة، وقد يصل إلى أفكار أو سلوكيات انتحارية (APA, 2013).

في المقابل، يُعرّف الإحترق النفسي المهني بوصفه ظاهرة مرتبطة بالعمل حصريًا، تنشأ نتيجة التعرض المزمن لضغوط مهنية لم تتم إدارتها بنجاح، وتتجلى في ثلاثة أبعاد أساسية هي: الإرهاق، وزيادة المسافة النفسية عن العمل أو السلبية تجاهه، وتراجع الكفاءة المهنية (WHO, 2019). وعليه، فإن الاختلاف الجوهرى يتمثل في أن الاكتئاب اضطراب سريري شامل، بينما يظل الإحترق النفسي مرتبطاً بسياق العمل وبيئته.

ومع ذلك، فإن بعض الباحثين شككوا في التمايز المفاهيمي بين الإحترق النفسي والاكتئاب. فقد خلص بيانكي وآخرون (Bianchi et al., 2015) من خلال مراجعة واسعة إلى أن الأدلة المتاحة لم تكن كافية لإثبات استقلال الإحترق النفسي كتصنيف مميز، بل ذهبوا لاحقاً إلى اعتباره حالة اكتئابية مرتبطة بالعمل (Bianchi et al., 2021).

في المقابل، تشير دراسات أخرى إلى أن الإحترق النفسي والاكتئاب يمثلان بنيتين مختلفتين، رغم التقاطع الجزئي في الأعراض. فقد توصلت دراسة كوتسيماني وآخرون (Koutsimani et al., 2019) إلى عدم وجود تداخل كامل بين الإحترق النفسي والاكتئاب أو القلق، مما يدعم فكرة التمييز بينهما. كما تؤكد بعض الأدبيات المهنية أن الإحترق النفسي ليس مجرد "اكتئاب مهني"، بل حالة مهنية تتشكل داخل بيئة العمل وتتمحور حول الإرهاق وفقدان الدافعية والانفصال عن الدور المهني.

يرى الباحث أن التشابه في بعض الأعراض الانفعالية والمعرفية بين الإحترق النفسي المهني وبعض الاضطرابات النفسية لا يعني تطابقها. إذ يظل الإحترق النفسي المهني ظاهرة تتميز بخصوصية واضحة من حيث السياق (العمل)، ومن حيث البنية متعددة الأبعاد، فضلاً عن ارتباطها المباشر بالعوامل التنظيمية مثل عبء العمل والدعم المؤسسي والموارد المهنية.

- الأسباب والعوامل المحفزة للإحترق النفسي المهني:

تشير الأدبيات النفسية إلى أن الإحترق النفسي المهني لا ينتج عن سبب واحد محدد، بل يتطور بوصفه حصيلة تفاعل معقد بين عوامل تنظيمية وبيئية، وأخرى فردية وشخصية، إضافة إلى عوامل اجتماعية وعلاقاتية داخل وخارج بيئة العمل. وقد أشار فرويدنبرجر وريتشلسون (Freudenberger & Richelson, 1980) إلى أن العوامل الفردية تمثل عنصرًا أساسيًا في تطور الإحترق النفسي، خاصة لدى الأفراد ذوي الإلتزام العالي والتوقعات المتألية تجاه الذات والعمل، وهو ما جعلهم يصفون هذه الظاهرة بأنها تصيب غالبًا الأفراد الذين يندفعون بتقاني شديد نحو أهدافهم حتى يصلوا إلى حالة إنهاك نفسي وجسدي.

وفي الاتجاه نفسه، أكدت ماسلاش (Maslach, 1998) أن الضغوط الانفعالية المرتبطة بالأدوار المهنية، وبخاصة في مهن الخدمات، تعد من أبرز العوامل المؤدية للإحترق النفسي، حيث ترتفع احتمالية ظهوره كلما زادت المتطلبات الانفعالية والتعامل المستمر مع الآخرين. وقد دعمت دراسات عديدة وجود علاقة طردية بين العمل الانفعالي ومستويات الإحترق النفسي في مجالات مثل الصحة والتعليم وغيرها (Zapf et al., 2001; Adriaenssens et al., 2015).

كما قدم بينز (Pines, 2013) تفسيرًا وجوديًا للإحترق النفسي، إذ يرى أن الإحترق قد يتطور عندما يفقد الفرد شعوره بالمعنى والقيمة فيما يقوم به، أو عندما تتعرض دوافعه العميقة للإحباط، وهو ما يجعل العمل مصدرًا للفشل النفسي بدلًا من كونه مجالًا لتحقيق الذات.

ومن منظور تنظيمي، يرى شوفلي ودي ويت وديزيرت (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020) أن الإحترق النفسي المهني يرتبط أساسًا بعدم التوازن بين متطلبات العمل المرتفعة والموارد المتاحة غير الكافية، كما أن الضغوط الخارجية والمشكلات الحياتية قد تعمل كعوامل مساعدة تزيد من قابلية الفرد للاستنزاف النفسي، بما يؤدي في النهاية إلى انخفاض الأداء والشعور بالعجز. وبوجه عام، تشير الأدبيات الحديثة إلى أن مسببات الإحترق النفسي يمكن تصنيفها ضمن فئات رئيسة تشمل: العوامل التنظيمية، والعوامل الفردية، والعوامل البيئية (Chirico, 2016; Ozturk, 2020; Edu-Valsania et al., 2022).

أولاً: العوامل التنظيمية والبيئية:

تتضمن العوامل التنظيمية المساهمة في الإحترق النفسي عناصر مثل: عبء العمل المرتفع، وضغط الوقت، وغموض الدور وصراع الأدوار، وضعف المشاركة في اتخاذ القرار، وقلة الدعم التنظيمي، وانعدام العدالة في توزيع المكافآت، إضافة إلى ضعف المناخ المؤسسي وغياب القيادة الداعمة. كما أن ضعف الدعم الاجتماعي داخل العمل، ورداءة ظروف بيئة العمل، وانعدام الأمن الوظيفي، تعد من المحددات التنظيمية التي تزيد من احتمالية الإحترق النفسي (Ozturk, 2020). وقد ركزت ماسلاش وليتر (Maslach & Leiter, 2016) على ستة مجالات تنظيمية رئيسة تؤثر في الإحترق النفسي، هي: عبء العمل، والتحكم، والمكافآت، والانتماء، والعدالة، والقيم. وهي في موضحة في الجدول أدناه:

جدول (2) العوامل التنظيمية/ البيئية التي يمكن أن تؤدي للإحترق النفسي المهني (Maslach & Leiter, 2016)

عبء العمل (Workload)
كلما زاد الضغط وكثرت المهام، ارتفعت احتمالية الإحترق المهني، إذ يُرهق الفرد جسديًا ونفسيًا.
ضعف السيطرة (Control)
غياب سلطة اتخاذ القرار وحل المشكلات يضعف الإحساس بالتحكم، ما يزيد من احتمالية الإحترق النفسي المهني.
نقص المكافآت (Reward)
سواء كانت مالية أو معنوية، فإن غياب التقدير أو الترقيات أو الأمان الوظيفي يؤدي إلى الشعور بالإحباط والإحترق النفسي المهني.
ضعف الالتزام التنظيمي (Commitment)
انخفاض الانتماء للمؤسسة أو ضعف الارتباط بالعمل
غياب العدالة (Justice)
الشعور بعدم الإنصاف في الأجور أو الترقيات أو تقييم الأداء.
تعارض القيم (Values Conflict)
عندما تتعارض القيم الشخصية مع قيم المؤسسة أو العمل، يكون الفرد أكثر عرضة للإحترق النفسي المهني.
عوامل أخرى
غموض الدور، النزاعات التنظيمية، قلة الأمن الوظيفي، ظروف العمل السلبية (مثل بيئة غير صحية أو ضغط الوقت المستمر).

العوامل الاجتماعية

ضعف الدعم الاجتماعي من الزملاء أو الأسرة يزيد من شدة الاحتراق النفسي، بينما العلاقات الإيجابية تقلل من حدته.

ثانيًا: العوامل الفردية والشخصية:

على الرغم من أن الإحترق النفسي قد يصيب أي فرد، إلا أن بعض السمات الشخصية قد تزيد من القابلية للإصابة، مثل الكمالية، وضعف ضبط الانفعالات، والتوقعات المهنية غير الواقعية، ومركز الضبط الخارجي، ونمط السلوك (A)، وضعف الكفاءة الذاتية. كما ترتبط بعض المتغيرات الديموغرافية بمستويات الإحترق النفسي مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية والخبرة المهنية، وإن كانت نتائج الدراسات في هذا المجال غير متسقة بصورة كاملة (Maslach et al., 2001; Chirico, 2016).

وتشير الأدبيات كذلك إلى أن سمات الشخصية الخمس الكبرى تلعب دورًا في تفسير الاختلافات الفردية في الإحترق النفسي، إذ ترتبط العصابية ارتباطًا موجبًا بالإحترق النفسي، في حين ترتبط الانبساطية والضمير الحي والمقبولية ارتباطًا سلبًا به، بوصفها عوامل واقية تساعد في دعم التكيف وتنظيم الضغوط (McCrae & Costa, 1989; Edu-Valsania et al., 2022). ويشار إلى أن العوامل الفردية لا تعمل غالبًا كأسباب مباشرة، بل بوصفها عوامل معدلة (Modulators)، أي أنها قد تضخم أثر الضغوط التنظيمية أو تخفف منه بحسب طبيعة الشخصية واستراتيجيات التكيف (Edu-Valsania et al., 2022).

ثالثًا: استراتيجيات المواجهة والدعم الاجتماعي

تعد استراتيجيات المواجهة من العوامل المهمة في تطور الإحترق النفسي، حيث ترتبط المواجهة الموجهة نحو حل المشكلة عادة بانخفاض مستويات الإحترق النفسي، بينما ترتبط استراتيجيات التجنب أو الإنسحاب بارتفاعه. ومع ذلك، فإن فاعلية أساليب المواجهة تتأثر بطبيعة الموقف ومدى قابليته للتغيير، إذ قد تكون بعض استراتيجيات التنظيم الانفعالي أو التكيف النفسي أكثر ملاءمة في البيئات غير القابلة للسيطرة (Lee et al., 2016; Costa & Pinto, 2017). كما أن الدعم الاجتماعي سواء داخل العمل أو خارجه يعد عاملاً واقياً يحد من آثار الضغوط المهنية ويقلل من احتمال تطور الإحترق النفسي (Boland et al., 2019).

يتضح مما سبق أن الإحترق النفسي المهني يمثل استجابة مزمنة للضغط المهني، تتشكل من خلال التفاعل بين خصائص الفرد وخصائص البيئة التنظيمية. وتؤكد معظم النماذج النظرية هذا التفاعل، ومن أبرزها نموذج التوافق بين الفرد والبيئة، الذي يفترض أن عدم الاتساق بين متطلبات العمل وقدرات الفرد وتوقعاته يمثل مدخلًا أساسيًا لتطور الضغط المهني والإحترق النفسي (Edwards et al., 1998).

جدول رقم (3) يوضح العوامل الفردية التي ترتبط بزيادة احتمالية الإحترق النفسي المهني

سمات شخصية معينة
ضعف الكفاءة الذاتية، انخفاض القدرة على ضبط الانفعال، وتوقعات غير واقعية
متغيرات ديموغرافية
العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، التعليم، الأداء المهني
التفاني المفرط في العمل (Overcommitment)
الأشخاص ذوو الالتزام العالي بقضية أو مهنة معينة يكونون أكثر عرضة للإحترق النفسي عند عدم تحقق توقعاتهم.

ظروف حياتية ضاغطة

مثل الطلاق، فقدان الدعم الأسري، الإدمان، أو ضغوط الحياة اليومية قد تعزز ظهور الاحتراق النفسي.

العوامل النفسية

نقص الحافز، انخفاض الرضا الوظيفي، والشعور بالعجز ترتبط مباشرة بالاحتراق النفسي.

- مراحل تطور الإحتراق النفسي المهني في الحياة المهنية:

إن الاحتراق النفسي المهني لا يظهر بصورة مفاجئة، بل يتطور تدريجياً عبر مراحل متتابعة تتسم بالتراكم والبطء، وقد تتفاقم مع الزمن إذا لم يتم الانتباه إلى مؤشرات المبكرة. ويرى كارسافوران (Karsavuran, 2014) أن الاحتراق النفسي قد يظهر في مراحل مختلفة من الحياة المهنية، وأن تجاهل أعراضه يؤدي إلى تصاعدها تدريجياً حتى تصبح أكثر صعوبة من حيث التدخل أو المعالجة. و يؤكد أوزتورك (Ozturk, 2020) أن الاحتراق النفسي يمثل عملية مستمرة أكثر من كونه انتقالاً جامداً بين مراحل منفصلة، إلا أن تصنيفه إلى مراحل يساعد في فهم تطوره ورصد مؤشرات في وقت مبكر. وقد قدمت الأدبيات عدة نماذج تصف مراحل الاحتراق النفسي، ومن أبرزها ما يأتي:

أولاً: مراحل الاحتراق النفسي وفق نموذج إيدلوويتش وبرودسكي (Edelwich & Brodsky, 1980)

عرّف إيدلوويتش وبرودسكي (Edelwich & Brodsky, 1980) الاحتراق النفسي المهني بأنه فقدان تدريجي للمثالية والطاقة والهدف لدى العاملين في المهن المساعدة نتيجة ظروف العمل، وحددا أربع مراحل رئيسية:

- 1) مرحلة الحماس (Enthusiasm) تتسم هذه المرحلة بارتفاع الدافعية والطاقة المهنية، وتغلب عليها المثالية والتوقعات العالية، حيث يضع الفرد عمله في مقدمة أولوياته ويتعامل مع الصعوبات بروح إيجابية.
- 2) مرحلة الجمود أو الركود (Stagnation) يبدأ الفرد في الشعور بتراجع الحماس والانخفاض التدريجي في الأمل، مع ظهور الإرهاق واضطرابات النوم والانتباه. وغالباً ما يحاول تعويض ذلك بزيادة ساعات العمل رغم انخفاض طاقته.
- 3) مرحلة الإحباط (Frustration) يدرك الفرد محدودية قدرته على تغيير الظروف أو مساعدة الآخرين كما كان يتوقع، مما يولد مشاعر العجز والإحباط والذنب، مع تزايد الاستئثار والانفعالات السلبية وظهور بعض الأعراض النفسجسمية.
- 4) مرحلة اللامبالاة (Apathy) تصل الحالة إلى مستوى من الانفصال العاطفي وفقدان المعنى، حيث يستمر الفرد في العمل بدافع الضرورة فقط، وتراجع الدافعية والالتزام، ويظهر انخفاض واضح في الأداء مع الميل لتجنب التحديات والانسحاب النفسي.

الحماس "Enthusiasm" ← الجمود/الركود "Stagnation" ← الإحباط "Frustration" ← اللامبالاة "Apathy"

مراحل تطور الإحتراق النفسي المهني لدى إيدلوويتش وبرودسكي (Edelwich and Brodsky, 1980)

ثانياً: مراحل الاحتراق النفسي وفق ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson, 1986)

يركز نموذج ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson, 1986) على أن الاحتراق النفسي يتطور عبر ثلاثة أبعاد مترابطة تمثل مراحل متتابعة، هي:

1. الإنهاك الانفعالي (Emotional Exhaustion)

2. التبدل الانفعالي أو انفصال الشخصية (Depersonalization)

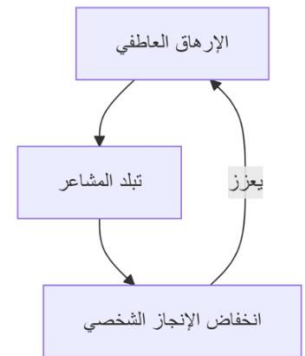
3. تدني الإنجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment)

ويقترض هذا النموذج أن العملية تبدأ عادة باستنزاف الموارد الانفعالية للفرد، مما يؤدي إلى الإنهاك الانفعالي. ثم يظهر التبدل بوصفه آلية دفاعية تقلل من التفاعل الإنساني وتخلق مسافة نفسية مع الآخرين. وفي المرحلة الأخيرة، تتراجع مشاعر الكفاءة المهنية ويزداد الإحساس بالفشل أو عدم الإنجاز (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

الإرهاق الإنفعالي ← تبدل المشاعر/انفصال الشخصية ← تدني الإنجاز الشخصي

مراحل تطور الإحتراق النفسي المهني لدى لدى ماسلاش وجاكسون (Maslach and Jackson, 1986)

كما قد يستمر الاحتراق النفسي في دائرة مفرغة؛ إذ يؤدي الإنهاك إلى ضعف التفاعل الإنساني، ويقلل التبدل المشاعر من فرص النجاح المهني، مما يعزز الشعور بانخفاض الإنجاز، وبالتالي يعيد إنتاج الإنهاك الانفعالي بصورة أكبر، ويمكن ايضاحه في الشكل التالي:



شكل (3) يعرض كيف يتطور الإحتراق النفسي المهني مع زيادة تبدل المشاعر وانخفاض الشعور بالإنجاز ، والذي قد يتفاقم ويستمر في دورة مفرغة

و يوضح الجدول أدناه بشكل مختصر ما تم الإشارة إليه أعلاه حول مراحل الإحتراق النفسي، بالإضافة لتصنيفات لنماذج أخرى:

مراحل الإحتراق النفسي المهني وفقا لعدة نماذج مختلفة بحسب أوزتورك (Ozturk, 2020)

النموذج	عدد المراحل	المراحل / الأبعاد الأساسية	ما يميز النموذج
ماسلاش وجاكسون (1981, 1986)	3	(1) الإنهاك الانفعالي (2) التبدل/التجرد (3) انخفاض الإنجاز الشخصي	شائع بكثرة في البحوث، يشكل أساس مقياس ماسلاش للإحتراق المهني.

إدلويش وبردسكي (1980)	4	الحماس ← الخمود ← الإحباط ← اللامبالاة	يوضح التحول التدريجي من الحماس المفرط إلى اللامبالاة.
إيتزر (1981)	6	إحباط ← غضب ← اكتئاب ← عدوانية ← نكوص ← انسحاب.	يدمج الاحتراق النفسي بالاكتئاب والغضب (يبرز الجانب الانفعالي).
شوفولي وبيترز (2000)	خطوتين أساسيتين	(1) اختلال المطالب-الموارد (2) سلوكيات دفاعية (انفصال/لامبالاة) ← انخفاض الإنجاز	مقاطع مع نموذج المتطلبات – الموارد (يبرز دور البيئة التنظيمية).
بيرك، شيرر وديزكا (1984)	8	دافعية عالية ← مشاعر عجز- خجل- ذنب ← سخرية ← يأس ← تيلد ← احتراق نفسي	مطبق على مهن الشرطة، يوضح التدرج من الدافعية العالية إلى الإحراق النفسي.

بالنظر الى مختلف النماذج أعلاه يُلاحظ أنها تتفق أن الاحتراق النفسي عملية (process) وليست حدثاً مفاجئاً، وأنه يتطور تدريجياً تحت ضغط العمل مع الوقت في شكل مراحل معينة، كل مرحلة تؤدي إلى أخرى إلى أن يحدث الاحتراق النفسي. و الجدير بالذكر أنه ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الاحتراق النفسي في كل هذه المراحل، بل وجود أو ظهور بعض الأعراض في كل مرحلة يمكن أخذها كمؤشر على أن الفرد يمر بمرحلة من مراحل الاحتراق النفسي. بناء على ما تقدم فإن البحث في ظاهرة الاحتراق النفسي لا تختلف عن البحث في ظاهرة الضغط المهني وذلك من منطلق تشابه الظروف والخلفية التي ينمو فيها كل منهما، علماً بأن شعور الفرد بالضغط المهني لا يعني بالضرورة إصابته بالاحتراق النفسي ولكن إصابة الفرد بالاحتراق النفسي هو حتماً نتيجة لمعاناته بالضغوط الناجمة عن العمل. هكذا يمكن القول أن الأصل في الاحتراق النفسي المهني هو ضغوط العمل، التي إذا ما استمرت يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض ومؤشرات الاحتراق النفسي. وبعبارة أخرى، يعتبر الاحتراق النفسي مؤشراً مميزاً لضغوط العمل المتراكمة والطلبات والتوقعات التي لا يستطيع الفرد التكيف معها بنجاح (Everly, 1985).

– لماذا يظهر الاحتراق النفسي المهني وكيف يتطور؟ (النظريات)

منذ ظهور مصطلح الإحراق النفسي المهني في الأدبيات العلمية، برزت مجموعة من المقاربات التي حاولت الإجابة على سؤال سبب ظهور الاحتراق النفسي وكيفية تطوره. في التالي، سيتم التركيز على أهم النظريات التفسيرية الحالية والمدعومة بالأدلة التجريبية للاحتراق النفسي المهني بحسب ما أشار إليه إيدو-فالنسانيا وآخرون (Edu-Valsania et al., 2022) واقترح أن تلك النظريات بدلاً من أن تكون متعارضة مع بعضها البعض، فهي تكمل بعضها وتقدم رؤية أكثر شمولاً لهذه المتلازمة. و من أبرز تلك المقاربات هي التالي:

(1) النظرية المعرفية الاجتماعية؛ (2) نظرية التبادل الاجتماعي؛ (3) النظرية التنظيمية؛ (4) النظرية البنائية؛ (5) نظرية متطلبات – موارد العمل؛ (6) نظرية العدوى الإنفعالية (Edu-Valsania et al., 2022).

1- النظرية المعرفية الاجتماعية (Social Cognitive Theory)

تمنح هذه المقاربة دوراً محورياً للمتغيرات الفردية المعرفية، مثل الكفاءة الذاتية، والثقة بالنفس، ومفهوم الذات، في نشأة الاحتراق النفسي وتطوره (Cherniss, 1993). ووفقاً لهذه النظرية، يظهر الاحتراق النفسي عندما يبدأ الموظف في التشكيك في قدرته الشخصية أو قدرة جماعته المهنية على تحقيق الأهداف الوظيفية. وقد دعمت هذه الفرضية نتائج دراسة ميدانية أجريت في أسبانيا على عينة مكونة من (274) معلماً في التعليم الثانوي، حيث أظهرت النتائج أن الاحتراق النفسي يظهر عقب نشوء أزمات في الإحساس بالكفاءة المهنية. وتُسهّم مجموعة من الظروف في توليد ما يُعرف بأزمات الكفاءة أو توقعات العجز، من أبرزها:

1. الخبرات السابقة المتكررة للفشل،

2. غياب نماذج مرجعية ناجحة مرّت بتجارب مشابهة وتغلّبت عليها،
3. نقص التعزيز الخارجي أو التقدير المهني،
4. غياب التغذية الراجعة حول الأداء أو الإقراط في النقد السلبي،
5. تزايد الصعوبات والعراقيل في بيئة العمل.

وبمرور الوقت، تؤدي أزمات الكفاءة إلى انخفاض الشعور بالإنجاز المهني، وإذا استمرت هذه الحالة، فإنها تُفضي إلى الإنهاك الانفعالي، ثم إلى التبدل/ السخرية (Cynicism/Depersonalization) بوصفه أسلوبًا دفاعيًا للتكيف مع الضغوط المهنية (Edu-Valsania et al., 2022).

أزمة الكفاءة الذاتية ← انخفاض الإنجاز المهني ← إنهاك انفعالي ← تبدل/تشاؤم مهني

شكل (2) تطور الاحتراق النفسي المهني وفق النظرية المعرفية الاجتماعية

2- نظرية التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory)

تتطلب هذه النظرية من افتراض أن الإحترق النفسي ينشأ عندما يُدرك الموظف غياب العدالة أو التكافؤ بين الجهود المبذولة والعوائد من العمل (Schaufeli et al., 2011). ويشمل هذا الإحساس بعدم التكافؤ العلاقات مع المستفيدين من الخدمة، والزملاء، والمشرفين، والمؤسسة ككل. ويؤدي هذا الخلل في مبدأ المعاملة بالمثل إلى استنزاف الموارد الانفعالية للموظف، مما يفضي إلى إنهاك انفعالي مزمن. كما أن المتطلبات التفاعلية العالية في المهن الخدمية (كالتمريض والتعليم) تجعل التفاعل مع الآخرين مصدرًا إضافيًا لاستنزاف الانفعالي. ولتجنب الاحتكاك المستمر بمصدر الضيق، يلجأ الفرد إلى التبدل الانفعالي أو السخرية بوصفه استراتيجية للتكيف مع الضغط، الأمر الذي ينتهي بتراجع الشعور بالإنجاز والرضا المهني (Edu-Valsania et al., 2022).

اختلال العدالة ← إنهاك انفعالي ← تبدل/انسحاب انفعالي ← انخفاض الإنجاز المهني

شكل (3): تطور الاحتراق النفسي وفق نظرية التبادل الاجتماعي

3- النظرية التنظيمية (Organizational Theory)

ترى هذه المقاربة أن الاحتراق النفسي هو نتيجة تفاعل الضغوط التنظيمية والمهنية مع استراتيجيات التكيف الفردية غير الملائمة (Edu-Valsania et al., 2022). وتقرّح هذه النظرية نموذجين تفسيريّين رئيسيين لمسار تطور الاحتراق النفسي:
(أ) نموذج جولمبيوسكي وآخرون (Golembiewski et al., 1983)
يفترض هذا النموذج أن الاحتراق النفسي يبدأ نتيجة الضغوط التنظيمية (كعبء العمل وغموض الدور)، ويستجيب بعض الأفراد لهذه الضغوط بتراجع إلتزامهم التنظيمي، وهو ما يعادل التبدل أو التشاؤم المهني. ثم يتبع ذلك انخفاض الإنجاز المهني، وأخيرًا الإنهاك الانفعالي. أي أن التبدل هو المرحلة الأولى في هذا المسار.

وتعد نظرية لازاروس وفولكمان للضغوط والتكيف (Lazarus and Folkman's Stress and Coping Theory)، قدمها لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) من أبرز المقاربات المعرفية السلوكية في تفسيرها للإحترق النفسي المهني. حيث تُركز هذه النظرية على استراتيجيات التكيف وكيفية تأثيرها على ظهور الاحتراق النفسي. وتعتمد على فكرة أن استراتيجيات التكيف هي التي تحدد مدى تأثير الضغوط على الفرد. ووفقاً لهذه النظرية، فإن الاحتراق النفسي ينشأ عندما يدرك الفرد أن متطلبات العمل تتجاوز قدراته أو موارده للتعامل معها. وتركز المقاربة المعرفية السلوكية على فهم كيفية تأثير الأفكار والمشاعر على سلوكيات الفرد. يتضمن هذا النموذج تدخلات معرفية لتعديل الأنماط الفكرية السلبية التي تساهم في الاحتراق النفسي، مثل الاعتقاد بأن الفرد يجب أن يكون مثاليًا أو أن العمل يجب أن يكون دائماً تحت سيطرته.

متطلبات مرتفعة + موارد منخفضة ← إرهاق ← إنهاك مزمن ← احتراق نفسي

شكل (6): نموذج متطلبات-موارد العمل

5- النظرية البنوية (Structural Theory)

تنظر هذه النظرية إلى الإحترق النفسي بوصفه استجابة للفشل المتكرر في استراتيجيات التكيف مع الضغوط المهنية المزمنة. ففي البداية، يستجيب الفرد للضغوط بمحاولات تكيف مختلفة، غير أن عدم فاعلية هذه الاستراتيجيات يقود إلى الإحساس بالفشل المهني، ثم إلى انخفاض الإنجاز والإرهاق الانفعالي. ومع استمرار هذه الحالة، يلجأ الفرد إلى التبدل الانفعالي كآلية دفاعية جديدة. وقد تم التحقق من هذا النموذج تجريبياً لدى فئات مهنية مختلفة، مثل المعلمين والمرمضين (Edu-Valsania et al., 2022).

ضغوط عمل مزمنة ← فشل التكيف ← إنهاك انفعالي + انخفاض الإنجاز ← تبدل انفعالي ← آثار صحية وتنظيمية

شكل (7): تطور الإحترق النفسي المهني وفق النظرية البنوية

6- نظرية العدوى الانفعالية (Emotional Contagion Theory)

تشير العدوى الانفعالية إلى الميل التلقائي إلى محاكاة الحالات الانفعالية للآخرين والتزامن معها، سواء عبر تعابير الوجه أو النبرة الصوتية أو السلوك (Hatfield et al., 1993). وفي بيئات العمل الجماعي، يتشارك الأفراد مشاعر جماعية كالحزن أو الخوف أو الإنهاك. من هذا المنظور يُعتبر أن الإحترق النفسي يحدث في مجموعات العمل، حيث توجد معتقدات ومشاعر مشتركة تتطور طوال التفاعل الاجتماعي. وقد تم إثبات هذه العدوى المتعلقة بالإحترق النفسي بشكل خاص لدى العاملين في التعليم والصحة (Bakker & Schaufeli, 2000)، وكذلك بين الأزواج (خارج العمل). وبالتالي، فإن العدوى العاطفية تؤثر على تطور الإحترق النفسي سواء داخل مكان العمل أو خارجه (Petitta & Jiang, 2020).

إنهاك فردي ← تفاعل جماعي ← مشاعر جماعية مشتركة ← احتراق نفسي "جماعي"

شكل (8): الإحترق النفسي كعملية عدوى انفعالية

7- مقارنة شوفلي و ويت وديزرت (Schaufeli, De Witte & Desart (2020) لنشوء الإحترق النفسي المهني:

قدّم شوفلي ودي ويت وديزرت (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020) تصورًا حديثًا للاحترق النفسي المهني حيث اعتبروا أن الاحتراق النفسي ليس مجرد سلسلة مراحل زمنية متعاقبة كما تقترض بعض النماذج الكلاسيكية، وإنما هو متلازمة متعددة الأبعاد تعكس حالة نفسية أساسية واحدة تظهر من خلال أربعة مكونات مترابطة.

وقد عرّفوا الاحتراق النفسي المهني بأنه: "حالة من الإرهاق المرتبط بالعمل تحدث بين المهنيين، وتتميز بالتعب الشديد، وانخفاض القدرة على تنظيم العمليات المعرفية والانفعالية، والتباعد الذهني. وترافق هذه الأبعاد الأساسية مزاج مكتئب بالإضافة إلى أعراض غير محددة من المعاناة النفسية والجسدية" (Schaufeli et al., 2020, p. 26).

وبناءً على هذا التصور، يتكون الاحتراق النفسي المهني من أربعة أبعاد أساسية هي:

1- الإرهاق (Exhaustion) ويتمثل في استنزاف الطاقة الجسدية والنفسية الناتج عن الضغوط المهنية المزمنة.

2- التباعد الذهني (Mental Distance) ويعكس الميل إلى الانفصال النفسي عن العمل من خلال اللامبالاة أو السخرية أو فقدان الارتباط المهني .

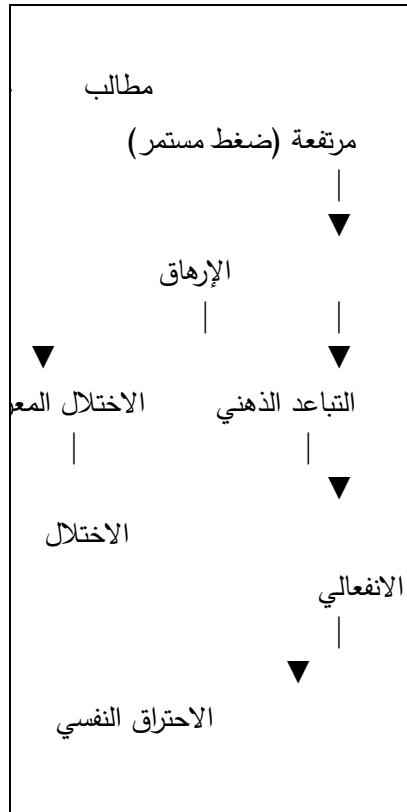
3- الضعف المعرفي (Cognitive Impairment) ويظهر في صورة صعوبات التركيز والانتباه وضعف الذاكرة واتخاذ القرار .

4- الضعف الانفعالي (Emotional Impairment) ويتمثل في تراجع القدرة على ضبط الانفعالات وارتفاع الاستثارة والنقل المزاجي .

ويرى شوفلي وآخرون (Schaufeli et al., 2020) أن هذه الأبعاد لا تعمل بوصفها مراحل متتابعة، بل بوصفها عناصر متفاعلة

ديناميكياً تغذي بعضها بعضاً ضمن حلقة تراكمية. إذ يؤدي الإرهاق المستمر إلى إضعاف قدرة الفرد على التنظيم المعرفي والانفعالي، ومع تزايد الشعور بفقدان السيطرة، يلجأ الفرد إلى التباعد الذهني كآلية دفاعية لحماية الذات من مزيد من الاستنزاف. غير أن هذه الاستراتيجية تكون غالباً غير فعّالة على المدى الطويل؛ لأنها تقلل الدافعية والأداء، وقد تؤدي إلى ردود فعل سلبية من الآخرين وضعف الدعم الاجتماعي، مما يزيد الضغوط ويعمق الإرهاق.

وبذلك يصبح التباعد الذهني جزءاً من بنية الاحتراق النفسي ذاته، بدل أن يكون وسيلة لتخفيفه، وتستمر المتلازمة في دورة مفرغة تتصاعد فيها أعراض الإرهاق والضعف المعرفي والانفعالي، وقد يصاحبها مزاج اكتئابي وأعراض نفسجسمية وضيق نفسي بوصفها أعراضاً ثانوية مرتبطة بالمتلازمة. (Schaufeli et al., 2020)



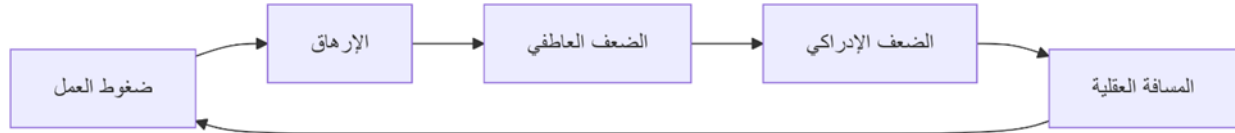
شكل رقم (9) يوضح عملية تطور الإحترق النفسي المهني كما يصفها شوفلي وويت وديزيرت Schaufeli, De Witte & Desart (2020)

مطالب عمل مرتفعة (ضغط مستمر) ← تؤدي إلى إرهاق (Exhaustion) ، الإرهاق يقود إلى تباعد عقلي (Mental Distance) كآلية دفاعية، وإلى اختلال معرفي (Cognitive Impairment) ، كلاهما يتداخل ليؤدي إلى اختلال انفعالي (Emotional Impairment). في النهاية، هذه الأبعاد الأربعة تتكامل وتشكل متلازمة الاحتراق النفسي.

– يمكن فهم الديناميكية الداخلية للإحترق النفسي المهني بحسب شوفلي وآخرون Schaufeli et al. (2020) بالتالي:

عندما يشعر الفرد بالتعب الشديد، فإن الطاقة اللازمة لتنظيم عملياته الإنفعالية والمعرفية بشكل مناسب. بعبارة أخرى، فإن القدرة الوظيفية على تنظيم العمليات الإنفعالية والمعرفية تتأثر سلباً. يتم تجربة هذا بشكل شخصي على أنه ضعف أو فقدان للسيطرة الإنفعالية والمعرفية. ومن خلال حماية النفس ومنع المزيد من استنفاد الطاقة وفقدان السيطرة، يحدث التباعد العقلي. على سبيل المثال، من خلال تطوير موقف منفصل وغير مبالي وساخر تجاه العمل، الذي يعد في النهاية السبب الجذري للإرهاق والضعف الإنفعالي والمعرفي. ومع ذلك، فإن هذا الرد الوقائي الذاتي محكوم عليه بالفشل لأن التباعد العقلي يثير ردود فعل سلبية من الآخرين وتعرض دافع العمل وأداء الوظيفة للخطر، مما يزيد من التوتر بدلاً من تقليله. لذا بدلاً من تقليل الإرهاق وزيادة القدرة الوظيفية للتحكم في المشاعر والإدراكات، يصبح التباعد العقلي جزءاً متأصلاً من متلازمة الإحترق النفسي نفسها. بسبب الشعور بالإرهاق يتعرض التحكم الذاتي الفعال (الإنفعالي والمعرفي) وكذلك التحكم الفعال في وضع العمل (تقليل متطلبات العمل وزيادة موارد العمل) للتقويض. وهذا يتعزز أكثر من خلال التباعد العقلي، والتي تعتبر في الواقع استراتيجية تكيف غير كافية. بدوره، قد يؤدي فقدان السيطرة الذي خبره الفرد إلى إثارة مشاعر الاكتئاب،

ويكون مصحوبًا بضغوط نفسي وشكوى نفسجسدية، والتي تعتبر أعراضًا ثانوية للإحترق النفسي المهني (Schaufeli et al., 2020). وهكذا يمكن أن يستمر الإحترق النفسي المهني في حلقة مفرغة، حيث أن المسافة العقلية (التباعد العقلي) تزيد العزلة وتقلل الدعم الاجتماعي، مما يرفع الضغوط، ويؤدي لتفاقم الإرهاق. كما في الشكل أدناه:



شكل (10) يعرض الحلقة المفرغة للإحترق النفسي المهني التي وصفها شاولي وآخرون (Schaufeli et al., 2020)

– الإحترق النفسي و مهنة التمريض:

يُعد الإحترق النفسي المهني من أبرز الظواهر المهنية المعاصرة وأكثرها تأثيرًا على الصحة النفسية للعاملين وجودة أدائهم، خاصة في القطاعات ذات الطابع الإنساني المكثف مثل القطاع الصحي. وقد تعاطم الاهتمام بهذه الظاهرة عالميًا إلى أن أدرجتها منظمة الصحة العالمية ضمن التصنيف الدولي للأمراض في نسخته الحادية عشرة (ICD-11) بوصفها ظاهرة مهنية تنتج عن التعرض المزمن لضغوط العمل التي لم تتم إدارتها بنجاح، وتتجلى في ثلاثة أبعاد أساسية: الإرهاق، والتباعد الذهني عن العمل، وتراجع الفاعلية المهنية (WHO, 2019). ورغم أنها لا تُصنف كاضطراب نفسي إكلينيكي مستقل، فإن الاعتراف بها يعكس حجم أثرها على استدامة النظم الصحية وسلامة القوى العاملة.

وتشير الأدبيات إلى أن الإحترق النفسي ظاهرة واسعة الانتشار، إلا أن الممارسين الصحيين يُعدون من أكثر الفئات عرضة لها بسبب كثافة الضغوط المهنية والانفعالية والمسؤولية المباشرة عن حياة الآخرين. وقد أوضحت مراجعات شاملة أن معدلات الإحترق النفسي في القطاع الصحي تتراوح غالبًا بين (30%–60%) تبعًا لطبيعة التخصص وظروف بيئة العمل ومستوى الدعم التنظيمي (Maslach & Leiter, 2016). كما تظهر مهنة التمريض بوضوح ضمن الفئات الأكثر تأثرًا، نظرًا لتداخل المتطلبات الجسدية والانفعالية والتنظيمية، إلى جانب الاتصال المباشر والمستمر مع المرضى وأسرتهم (Bria et al., 2012; Gomez–Urquiza et al., 2017).

ويُعد التمريض من المهن المساعدة التي تتجاوز تقديم الرعاية الطبية إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والانفعالي، وهو ما يفرض على الممرضين والممرضات مستوى مرتفعًا من الالتزام المهني والانفعالي المستمر. كما أن طبيعة العمل التمريضي تتسم بتعدد المهام والمسؤوليات، وطول ساعات العمل، ونظام المناوبات، واضطراب النوم، والجهد البدني المرتبط بالحركة المستمرة، والعمل ضمن فرق علاجية تحت ضغط متواصل، الأمر الذي يزيد من احتمالية التعرض للضغط المزمن والاستنزاف النفسي (Maslach et al., 2001; WHO, 2020).

وتزداد شدة هذه الضغوط في البيئات الصحية ذات الإيقاع السريع ونقص الموارد وكثافة الحالات، حيث يُتوقع من الممرض أن يحافظ على التعاطف وضبط الانفعالات وتقديم الرعاية بمهنية حتى في المواقف الحرجة. كما قد يؤدي التعرض المتكرر لمعاناة المرضى أو الوفاة إلى تبني التباعد الانفعالي كآلية دفاعية، وهي وإن كانت تقلل العبء الانفعالي مؤقتًا، إلا أنها قد تضعف جودة الرعاية على المدى البعيد. إضافة إلى ذلك، فإن تدخل مرافقي المرضى والتشكيك في كفاءة الطاقم التمريضي والاحتكاك المستمر حول الإجراءات العلاجية يمثل مصدر ضغط إضافيًا يعزز الشعور بعدم التقدير وعدم العدالة المهنية (Gomez–Urquiza et al., 2017).

وقد كشفت جائحة كوفيد-19 عن مستويات غير مسبقة من الاحتراق النفسي لدى العاملين في الخطوط الأمامية، حيث أظهرت دراسات دولية نسباً مرتفعة من الإرهاق العاطفي بين الممرضين، مثل (71%) في الصين (Woo et al., 2020)، و(53%) في إيران (Jalili et al., 2021)، و(75%) في أقسام العناية المركزة. (Hoseinabadi et al., 2020) كما أكدت مراجعة منهجية شملت أكثر من (45) دولة أن الاحتراق النفسي خلال الجائحة ارتبط بعبء العمل الزائد، ونقص وسائل الحماية، والخوف من العدوى، وضعف الدعم المؤسسي (Ghahramani et al., 2021).

وعلى المستوى المحلي في المملكة العربية السعودية، أشارت دراسات متعددة إلى أن الاحتراق النفسي المهني يمثل تحدياً متزايداً بين الممارسين الصحيين. فقد أظهرت دراسة في مكة وجدة أن نحو (80%) من العاملين الصحيين عانوا درجات متفاوتة من الاحتراق النفسي خلال الجائحة، وكانت النسبة الأعلى بين الممرضين العاملين في الخطوط الأمامية (Alhazmi et al., 2021). كما بينت دراسات وطنية أن زيادة ساعات العمل، ونقص الموارد البشرية، وضعف الدعم الإشرافي والنفسي، وتداخل الأدوار الأسرية والمهنية، كانت من أبرز العوامل المرتبطة بارتفاع مستويات الاحتراق النفسي (Alsulimani et al., 2021). وأكدت دراسة حديثة شملت (1174) ممارساً صحياً أن (77%) منهم يعانون مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي، مع ارتباط ذلك بانخفاض المرونة النفسية وضعف الدعم الإشرافي وارتفاع نية ترك العمل (Siraj et al., 2023).

وتتضح العلاقة بين الاحتراق النفسي وجودة الحياة المهنية لدى التمريض، إذ خلص تحليل شمل (21) دراسة خلال الفترة (2009-2021) إلى أن الاحتراق النفسي يرتبط سلباً بجودة الحياة، وأن مستويات الاحتراق لدى الممرضين تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة، مما يعزز الحاجة إلى تدخلات وقائية وعلاجية لتحسين رفاههم المهني (Khatatbeh et al., 2021). كما دعمت مراجعة منهجية حديثة شملت (35) دراسة خلال عامي (2020-2021) وجود تباين واسع في معدلات الانتشار (14.7%-90.4%)، مع ارتباط الاحتراق النفسي بعوامل ديموغرافية مثل صغر السن، وقلة الخبرة، والحالة غير المتزوجة، وعدم إنجاب الأطفال، وظهور الإرهاق العاطفي بصورة أعلى لدى الإناث (Liang et al., 2025).

وفي ضوء ما سبق، يتضح أن نشوء الاحتراق النفسي لدى ممارسي التمريض يرتبط بتفاعل عوامل تنظيمية وفردية. فعلى المستوى التنظيمي، تسهم عوامل مثل عبء العمل المرتفع، وغموض الدور، وصراع الأدوار، وضعف الرواتب، ونقص التقدير، وساعات العمل الإضافية، وضعف العلاقات المهنية والدعم الاجتماعي، في رفع احتمالية الاحتراق النفسي (Gnerre et al., 2017; Siraj et al., 2023). أما على المستوى الفردي، فتزداد المخاطر لدى الأفراد ذوي المثالية العالية والتوقعات المبالغ فيها وضعف مهارات التكيف، إضافة إلى الأعباء الأسرية والاجتماعية، خاصة لدى الممرضات العاملات في نوبات طويلة أو في بيئات عالية الضغط. كما أن التعرض للعنف اللفظي أو السلوكي من المرضى قد يدفع إلى تبدل المشاعر بوصفه آلية دفاعية على حساب التعاطف وجودة الرعاية (Swider & Zimmerman, 2010).

وتعد أقسام الصحة النفسية وعلاج الإدمان من أكثر البيئات المهنية استنزافاً نفسياً، إذ يتعامل الممرضون فيها مع اضطرابات عقلية وسلوكية معقدة، وانتكاسات متكررة، واحتمالات أعلى للعنف أو السلوكيات العدوانية، إضافة إلى الضغوط المرتبطة بالوصمة الاجتماعية (Paris & Hoge, 2010; Peterson et al., 2008). وقد أظهرت بعض الأدلة أن ممرضي الصحة النفسية يسجلون معدلات أعلى من الإرهاق والتبليد مقارنة بأقسام طبية أخرى (Khatatbeh et al., 2021).

وبناءً على ذلك، يمكن الإشارة أن الاحتراق النفسي المهني لدى ممارسي التمريض يمثل ظاهرة ذات تبعات خطيرة تمتد من المستوى الفردي إلى المؤسسي، لما يرتبط به من انخفاض الأداء، وتراجع جودة الرعاية، وارتفاع الأخطاء المهنية، وزيادة الغياب، وتنامي نية ترك العمل، بما يفرض عبئاً إضافياً على الأنظمة الصحية، خاصة أثناء الأزمات والطوارئ. ومن ثم تبرز الحاجة إلى جعله محوراً أساسياً في استراتيجيات

الصحة المهنية، وتطوير برامج تدخل وقائية وعلاجية تعزز رفاه الممارسين الصحيين، وهو ما يتسق مع التوجهات الحديثة لمنظمة الصحة العالمية الداعية إلى تعزيز الصحة النفسية في بيئات العمل (WHO, 2024).

ثانياً: البرنامج التكاملي (Integrative Program)

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 التكاملي Integrative Approach كأحد المقاربات الأكثر انتشاراً وفعالية، 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 التكاملي، 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 التكاملي 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) ويتمركز حول مدرسة علاجية معينة مع انفتاح على استيعاب تقنيات وأساليب من مدارس أخرى، ويُعد هذا النهج مرناً ودمج 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 التكاملي على مبدأ أساسي هو أن لا نموذج واحد قادر على تفسير أو علاج جميع المشكلات النفسية، وأنّ الأفضلية تكمن في مواءمة أساليب متعددة وفق طبيعة الفرد وظروفه وسياقه. فيما يؤكد باحثون آخرون، مثل فينلي (Finlay 2015) وجيلبرت وأورلانز (Gilbert & Orlans 2011)، 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 زاربو وآخرون (Zarbo et al. 2016) 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 الأنية للعميل (Woolfe & Palmer, 2000, p. 55).

ويتميز الممارسون الانتقائيون بأنهم غير مقيدون بنظرية واحدة أو منهج محدد، بل ينتقون من الاتجاهات المختلفة ما يعتقدون أنه الأنسب لاحتياجات العميل ولقدرات 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 قولدفريد (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. وهذه 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 أثبتت 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 تفسر 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 رايل (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 (Good & Beitman (2006 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 اتجاهًا واحدًا، بل هو مجموعة من الطرق المنهجية التي تسمح ببناء تدخل مرن وفعال. و إجمالاً يمثل العلاج التكامل 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 تقدّمه 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، التوقعات الإيجابية، التعاطف، والخبرة العلاجية
2 التكامل النظري Theoretical Integration	ويشير الى دمج أكثر من نظرية داخل نموذج واحد متجانس، مثلاً دمج عناصر التحليل النفسي مع تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
3 الإنتقائية 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 نفسية أخرى.

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

وحول المصادر العلاجية التي يعتمد عليها التدخل النفسي التكامل تشير كندرا تشيرري (2025) Kendra Cherry و ساتن (2023) Sutton، إن العلاج التكامل 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 الإمكانيات الإنسانية. اليقظة الذهنية Mindfulness الذي يعمل على تنمية الحضور الواعي للجسد والمشاعر للحظة، 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 التكاملي في اضطرابات متعددة (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 (Tasca et al., 2015) إلى أن 85% من المعالجين يستخدمون فعلياً مناهج تكاملية في عملهم، ويعتمدون في المتوسط على أربعة نماذج علاجية مختلفة. وحول الأسباب التي تكمن وراء فاعلية العلاج التكاملي، تقدّم البحوث عدة أسباب رئيسية للإجابة على ذلك، أهمها:

- التكيف مع احتياجات الفرد حيث أن العميل ليس قابلاً 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 التكاملي لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي المهني:

إن الاعتماد على مدرسة علاجية واحدة لم يعد كافياً لتفسير ومعالجة التعقيد المتزايد لمشكلات 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 التكاملي كمقاربة متعددة الأبعاد تهدف إلى دمج أفضل ما تقدمه المدارس العلاجية المتنوعة (Norcross & Goldfried, 2019).

وحيث تشير الأدبيات إلى أن الإحترق النفسي المهني - كظاهرة نفسية حديثة معقدة - تتطور نتيجة ضغوط مهنية وعوامل شخصية (مثل التقييم المعرفي)، وعوامل خارجية (مثل نقص الدعم). يتداخل فيه: عوامل معرفية (مثل التقييم السلبي للذات والوظيفة)، عوامل انفعالية (مثل الاستنزاف العاطفي)، عوامل تنظيمية (مثل ضغط العمل وضعف الدعم)، عوامل سلوكية واجتماعية (مثل الانسحاب والتشتت وضعف الكفاءة). وقد سبق الإشارة إلى نموذج ماسلاش (Maslach) الأكثر شهرة في دراسة الإحترق المهني، والذي يقوم على ثلاثة أبعاد حددها في: (1) الاستنزاف العاطفي Emotional Exhaustion والذي يتمثل في الشعور بالإرهاك المستمر نتيجة ضغوط العمل المتراكمة. (2) التبدل أو اللامبالاة Depersonalization ويمثل رد فعل دفاعي يتضمن الانسحاب العاطفي والابتعاد عن المرضى. (3) انخفاض الشعور بالإنجاز المهني Reduced Personal Accomplishment حيث يشعر الفرد بعدم الكفاءة وعدم تقدير جهوده. وكذلك النموذج الحديث الذي قدّمه شاولفي وآخرون (Schaufeli et al., 2019) حيث حدّدوا أربعة مكونات أساسية للإحترق النفسي المهني: (1) الإرهاق العام Exhaustion والذي يتمثل في الإرهاق العاطفي والجسدي والمعرفي. (2) التباعد العقلي Mental Distance وهو الانسحاب والتباعد المعرفي والسلوكي عن مهام العمل. (3) ضعف الوظائف المعرفية Cognitive Impairment مثل النسيان، التشتت، وصعوبة التركيز.

4) ضعف الوظائف الانفعالية Emotional Impairment ويشمل صعوبة تنظيم الانفعالات وحدة الاستجابات. وبالتالي يحتاج التدخل لإدارة الإحترق النفسي المهني إلى أطر متعددة لمعالجة هذه الأبعاد، وهو ما يحققه ويعمل عليه التدخل بنموذج تكاملي يستهدف التأثير في تلك الأبعاد وما يتبعها من أعراض. وقد أثبتت أبحاث عديدة قدرة البرامج التكاملية على خفض الإحترق النفسي، خاصةً بين الممارسين الصحيين (West et al., 2016; Dall'Ora et al., 2020).

و للدراسة 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 و فنيات وتقنيات متنوعة تم تحديدها من عدة نظريات ونماذج نفسية على الأدبيات والدراسات النفسية حيث أشارت أو أظهرت نتائجها الى فعاليتها في خفض الإحترق النفسي وإدارة الضغوط المهنية ؛ مثل: (Chmitorz et al., 2017) و (Ketelaars et al., 2024). فضلاً عن أن أهمية تحديد المنحى التكاملي تكمن انطلاقاً 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 والإلتزام 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 للاحترق 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 الإحترق 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 للاحترق 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 للاحترق النفسي المهني

شهد مفهوم الإحترق 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 الإحترق 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 الإحترق النفسي أو تزيده 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 للضغط، 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 باعتباره مُرهقاً 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 إنهك 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 منظوراً دينامياً 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 مجارة العمل"، "سأفشل"، "لن يساعدني أحد" فإن الاستجابة الانفعالية تكون قوية ومكثفة. (3) الاستجابة الانفعالية حيث يشعر الفرد بمجموعة من المشاعر مثل: القلق، الإحباط، الإنهك، 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 الاستجابات 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 الإنهك .
- 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 إنهك 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 تُصنّف كعامل خطر أساسي في الاحتراق النفسي

أما العوامل الانفعالية والتي تبرز كنتيجة وكعوامل محافظة واستمرارية للإحترق النفسي المهني، فإن الإحترق 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 بالاحترق النفسي المهني.

ويرى الباحث أهمية النموذج المعرفي-السلوكي والذي يتميز بأنه: يقدم تفسيراً دقيقاً لكيفية "استمرار" الاحترق النفسي المهني وليس فقط كيف "يبدأ". 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 إطاراً واضحاً لبناء تدخلات فعالة تهدف لكسر حلقة الإحترق النفسي عبر تعديل الأفكار الأساسية غير التكيفية، وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتغيير السلوكيات التي تحافظ على استمرار الإحترق النفسي. وبذلك يوفر إطاراً فعالاً أيضاً لتعزيز المرونة النفسية لدى العاملين. حيث أن المرونة النفسية ليست غيابة للضغوط 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، افكار تكيفية، سلوكيات نشطة للتعافي) تزيد من قدرة الفرد على مواجهة مطالب العمل دون الإنزلاق مجدداً 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).

واستناداً إلى النموذج المعرفي السلوكي للاحترق النفسي المهني (Almen, 2021)، والدراسات السابقة في خفض 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، و كسر 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 لعلاج الإحترق النفسي، خصوصاً في ظل وجود معتقدات مركزية مشوهة مثل: "يجب أن أؤدي بأعلى مستوى دوماً" 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 توازناً، بحيث يرى الفرد أن التوتر غير دائم، وأن الأخطاء جزء من التعلم، وأن الاستراحة ليست ضعفاً بل ضرورة.

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

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

- 1- مرحلة التثقيف النفسي: فهم طبيعة الاستجابات الانفعالية والفيزيولوجية للضغط، والتعرف على علاقة السلوكيات غير التكيفية كالمعمل المفرط أو التجنب بتفاقم الاحتراق النفسي.
- 2- مرحلة اكتساب المهارات: مثل مهارات حل المشكلات، إعادة التقييم المعرفي، الاسترخاء العضلي، والتنفس العميق.
- 4- مرحلة التطبيق التدريجي: تعريض الفرد تدريجياً لمواقف ضاغطة في بيئة آمنة، وتدريبه على استخدام المهارات الجديدة حتى تترسخ كمنظ سلوكي مقاوم للضغط.

ثالثاً: مكونات من العلاج بالتقبل 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 موجه 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 تخفف النشاط المفرط للجهاز العصبي وتعزز القدرة على تنظيم الانتباه وفصل الذات عن الأفكار المجردة. ومن مهارة تنظيم الانفعالات (Emotion Regulation) يتعلم الفرد استراتيجيات فعالة لإدارة القلق، الإحباط، والغضب وهي مشاعر تُعد 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 والضغوط 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. وقد استمد الباحث تلك المكونات من النظريات والنماذج التالية:

أولاً: النظرية المعرفية السلوكية: "CBT" Cognitive Behavioral Theory

تُعَدُّ 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. يُعَدُّ 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 فعّالة للمواجهة وحل المشكلات (Benjamin et al., 2011). وعلى الرغم من أنه صُمم في الأصل بوصفه مداخلًا علاجيًا للاكتئاب، فقد أصبح لاحقًا أحد أكثر الأساليب العلاجية استخدامًا 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. ويُعَدُّ العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أشكال العلاج بالكلام شيوعًا، 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 يتبنى نهجًا موجّهًا نحو المشكلة ومركّزًا 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 فعّالة، 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 تكيفًا (Brewin, 1996). تشير العديد من الدراسات البحثية إلى 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 طوّرت فيه أنها تُحدث تغييرًا 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 قدم 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 فوائده أو إلى وجود تحديات منهجية في بعض الدراسات، مثل ارتفاع معدلات الانسحاب أو تراجع حجم الأثر، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يزال يُعد 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. وليس بالضرورة أن يستخدم المعالج كل تلك الاستراتيجيات. وبدلاً من ذلك، يعمل المعالج والعمل معاً، بطريقة تعاونية، لتطوير صياغة المشكلة/المشكلات وتطوير استراتيجيات 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 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 (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 تُعد 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 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 يسهم 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 انفتاحاً ووعياً ويقظة تجاه أفكارهم المشوهة، بما يقلل من تأثيرها السلبي على الخبرة الانفعالية والسلوكية، بدلاً 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 تكيفاً، وذلك من خلال تحدي أساليب التفكير السائدة لدى الفرد، وإعادة النظر في استجاباته المعتادة لبعض العادات أو السلوكيات (Beck, 2011).

الإفتراضات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي

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

1. تنشأ الانفعالات الإنسانية أساساً عن أفكار الأفراد وتصوراتهم، وليس عن الأحداث ذاتها.
2. تتفاعل الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات والاستجابات الفسيولوجية مع بعضها البعض بصورة دينامية.
3. تنتج الانفعالات المختلة عادةً عن أفكار غير واقعية، ويستلزم خفض هذه الانفعالات الوعي بالأفكار اللاعقلانية والعمل على تغييرها.
4. يمتلك الإنسان استعداداً فطرياً لتطوير أفكار غير عقلانية، ويعزز هذا الاستعداد تأثير البيئة المحيطة.
5. يسهم الأفراد بدرجة كبيرة في استمرار انفعالاتهم المختلة من خلال المحافظة على معتقداتهم وتعزيزها.
6. يتطلب تعديل الأفكار والانفعالات والسلوكيات غير التكيفية جهداً مستمراً ومنهجياً.
7. يؤدي التفكير العقلاني غالباً إلى خفض تكرار وشدة ومدى الانفعالات المختلة، وليس إلى غياب المشاعر بشكل كامل.
8. تُعد العلاقة العلاجية الإيجابية عنصراً أساسياً لنجاح العلاج المعرفي.
9. يقوم العلاج المعرفي على علاقة تعليمية تشاركية تشبه علاقة المعلم بالمتعلم، حيث يقوم المعالج بدور المُيسّر والمُعَلِّم.
10. يعتمد العلاج المعرفي على الحوار السقراطي كأداة رئيسة لتحدي التشوهات الذهنية.
11. تُعد الواجبات المنزلية عنصراً محورياً في العلاج المعرفي، إذ تُسهم في ترسيخ المهارات المكتسبة خلال الجلسات.
12. يتسم المنهج المعرفي بالطابع النشط، والموجه، والمنظم.
13. يُعد العلاج المعرفي عادةً علاجاً قصير المدى نسبياً.
14. 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 تُكيّف فنياته في بعض الأحيان لتتناسب مع 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 التخيلي. ويمكن 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 وتحديها واستبدالها بأخرى أكثر إيجابية ومنطقية من خلال العديد من الفنيات والتقنيات المعرفية السلوكية كالتجارب السلوكية وتدريب المهارات الاجتماعية 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 – Folkman, 1984) 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)

يُعرف 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).

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

1. التقييم الأولي: (Primary Appraisal) حيث يُقيّم الحدث بوصفه مهدداً أو ضاراً أو ذا صلة بأهداف الفرد.
2. 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 وسع 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). ويرى 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 وإعادة 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) وإعادة التقييم المعرفي مكونات أساسية في برامج التدخل الهادفة إلى خفض الاحتراق النفسي المهني وتعزيز 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 الموقفية 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 والضغوط 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 والضغوط 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 مستوى 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 التكاملية، وهي:

أ. **التدريب على التعليم الذاتي (Self-Instructional Training)** وهي مهارة تركز على تطوير حديث ذاتي بناءً وإيجابي، تهدف إلى 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 متقدمًا. 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 (1971) D'Zurilla & Goldfried استراتيجية حل المشكلات باعتبارها جزءًا أساسيًا من العلاج المعرفي السلوكي الفعال، خصوصًا 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 إلى مهارات حل المشكلات بكونها علاجًا ويشار إليه بـ 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 جزئيًا نتيجة استخدام استراتيجيات تكيف غير فعالة أو غير تكيفية. ومن خلال تبني منظور أكثر واقعية وتفاوضًا 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 فاعلية هذا المدخل عبر مراحل عمرية مختلفة، وفي سياقات علاجية متعددة، تشمل الاكتئاب، واضطرابات القلق، والفصام، والضغط النفسي، 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 فعالة للمشكلات اليومية.
2. **نموذج حلّ المشكلات العلائقي:** ينظر هذا النموذج إلى الضغوط النفسية بوصفها ناتجة عن التفاعل بين ثلاثة عناصر رئيسية: أحداث الحياة الضاغطة، والضيق 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 (2013) Nezu et al. في العلاج بحلّ المشكلات إلى أن تنمية مهارات التكيف الفعال تتطلب عملية علاجية منظمة ومرتجة، تهدف إلى تعديل التوجه المعرفي والانفعالي نحو المشكلات، ويؤكد دوبسون (2011) (Dobson, 2011) أن فاعلية العلاج بحلّ المشكلات تعتمد بدرجة كبيرة على جودة تطبيق هذه المراحل، وملاءمتها لحالة الفرد والسياق الذي يواجه 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). . و تُعدّ خطوات حلّ المشكلات الخمس من الأدوات التطبيقية الفعالة في حلّ المشكلات، إذ تساعد الأفراد على التكيف مع الضغوط وإدارة بيئاتهم الحياتية والمهنية بفاعلية. وقد طُوّرت هذه الخطوات بصيغة إجرائية مختصرة تسهل استخدامها في مواجهة المشكلات (Sutton, 2021) ، وتتلخص هذه الخطوات الخمس 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) : تُنفَّذ 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 يساهم 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 وأنتفّس بعمق.
- ✓ عندما أبدأ، ستصبح الأمور أسهل.
- ✓ من حقي أن أعطي نفسي وأضع حدوداً صحية.
- ✓ يمكنني طلب المساعدة عندما أحتاج إليها.
- ✓ لست وحدي؛ فهناك آخرون يمرون 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 إدارة الإحترق النفسي المهني. حيث يمكن لمهارات حلّ المشكلات أن تكون 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 الموجه 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 يساهم 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 للهدوء، وتعزيز التوازن العصبي والنفسي. ومن أمثلتها التنفس العميق، والاسترخاء العضلي التدريجي، والتأمل، والتصور الذهني (Karoly, 1993). وتعود تلك التقنيات إلى 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).

تعدّ مهارات الاسترخاء من الأدوات العلاجية الفعّالة في التعامل مع الضغط النفسي، والقلق، والغضب، إذ تتميّز بسهولة تطبيقها، كما أنها من بين القلائد من التقنيات النفسية التي توفر 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 الكر أو الفر (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 (الكر أو الفر)

تشير استجابة الكر أو الفر 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، التنفس 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 مهدّدة (كالاختبارات، أو العروض التقديمية) قد يساهم في زيادة القلق وتقادم الضغوط النفسية.

استجابة الاسترخاء (The Relaxation Response)

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

ورغم أن استجابتي الكرّ أو الفرّ والاسترخاء ليستا نقيضين تامّين 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 التعرّف 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). ويُسهّم 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)

تُعدّ 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 يتميز بطبيعته غير الملفتة، 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 تنفّس 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 "العدّ 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.

تجدد 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، وتُعزز 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 الإسترخاء 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 الاستثارة 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 والضغوط النفسية، ومازال في بعض البحوث يطلق عليها الإسترخاء العضلي التدريجي لجاكوبسون (Jacobson's Progressive Muscle Relaxation) (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 تدريجياً عبر مختلف أجزاء الجسم. ويهدف هذا التسلسل المنظم إلى زيادة الوعي الجسدي بحالات الشدّ 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) فرداً من البالغين. وأظهرت النتائج أن تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي فعّالة 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 أتليخيص 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. الإنتقال تدريجياً إلى بقية أجزاء الجسم بالترتيب الآتي:

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

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

تُظهر الممارسة المنتظمة لـ إسترخاء العضلي التدريجي آثاراً تراكمية، حيث يمتد الشعور بالاسترخاء إلى ما بعد انتهاء التمرين، ويمكن الإستعانة بإستخدام 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 مكوّنًا أساسياً تكتسب أهمية خاصة في برامج التدخل المعرفية والسلوكية 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. و يركز 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. و يهدف 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 "السوء النفسي" كمعيار أساسي، ينطلق العلاج بالتقبل والالتزام من افتراض أن ما يُسمى بـ«اللاسوء» أو المعاناة النفسية هو جزء طبيعي من التجربة الإنسانية، وأن التغيير الحقيقي لا يتحقق من خلال الإلغاء أو القمع، بل عبر التقبل الواعي والانفتاح النفسي. ويركز على إحداث التغيير من خلال القبول بدل الصراع، بما يعزّز المرونة النفسية ويسهم 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. **التقبل (Acceptance):** تقبل الألم النفسي، والإخفاقات، والاضطرابات، بوصفها خبرات إنسانية طبيعية.

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

وفي أبسط صورته، يهدف إلى مساعدة الأفراد على الاعتراف بصعوباتهم النفسية دون تجنبها، ثم المضي قدماً في حياتهم دون أن تهيمن 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 واضطرابات المزاج، أو من مروا 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 والالتزام 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 والالتزام قدرتها على خفض أعراض القلق والاكتئاب. (Ferreira et al., 2022) ويساعد مكوّن اليقظة الذهنية في العلاج بالتقبل والالتزام على تجاوز الشكوك والمعتقدات السلبية، مما يُسهم في التعافي بشكل أسرع وأكثر استدامة (Hayes, 2005).

الإطار النظري والعمليات الأساسية في العلاج بالتقبل والالتزام:

يرتكز الإطار النظري للعلاج بالتقبل والالتزام على تلبية الحاجة الإنسانية الأساسية للسعادة والمعنى. ويقوم على مساعدة الأفراد في تقبل جوانب القصور والضعف لديهم، وتعلّم 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- **التقبل (Acceptance)** يشير التقبل إلى الاعتراف الكامل بالمشاعر والأفكار المؤلمة دون محاولة تغييرها أو الهروب منها. فبدلاً من محاربة الأفكار الوسواسية أو المؤلمة، يتعلّم 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. ويشجّع الأفراد على تسمية أفكارهم أو تكرارها بصوت مرتفع أو تصنيفها، مما يحدّ من قوتها الانفعالية. ويرى العلاج بالتقبل والالتزام أن تغيير كيفية تعاملنا مع معتقداتنا أكثر فاعلية من محاولة تعديلها مباشرة.

4- **اليقظة الذهنية (Mindfulness)** تُعدّ اليقظة الذهنية حجر الأساس في العلاج بالتقبل والالتزام، 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 والالتزام، حيث يُساعد الأفراد على تحديد ما هو مهم فعلاً في حياتهم، واختيار أهدافهم بما يتسق مع منظومتهم القيمية.

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

ويرى الباحث أهمية دمج مكونات العلاج بالتقبل والإلتزام انطلاقاً من مفهومه المركزي الذي يقوم على المرونة النفسية (Psychological Flexibility)، حيث يُعرّفها هايز 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 الفعال دون الوقوع في فخ الاستنزاف النفسي.

رابعاً: العلاج الجدلي السلوكي “DBT” Dialectical Behavior Therapy

إلى جانب العلاج بالتقبل والإلتزام 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 المكتنفة بدل السعي فقط إلى التعديل المعرفي. ويولي اهتماماً خاصاً بالاضطرابات التي تتسم ب: 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 وحنمية، (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 ووضعه الحالي لا يتعارض مع العمل على النمو والتطور. وبناءً على الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي، أُدخلت تدخلات قائمة على القبول والتنظيم الإنفعالي، 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 الفعالة المصاحبة للانفعالات غير المنظمة، وتحسين جودة الحياة (Lynch et al., 2006). ويستند العلاج إلى

النموذج الحيوي-الاجتماعي، الذي يفسر نشأة الاضطرابات النفسية بوصفها نتيجة تفاعل بين: استعدادات بيولوجية (مثل الحساسية الانفعالية المرتفعة)، وبيئات اجتماعية مُبْطِلة 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، مقارنة 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 - خصوصاً 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 تعلم 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 مفيداً لمشكلات وصعوبات عديدة يمكن أن يعاني منها الفرد، حيث يمكن أن يكون مفيداً 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 سلباً 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، يركز العلاج الجدلي السلوكي على: تحديد الأهداف ذات المعنى للفرد، تعلم مهارات عملية لتجاوز العوائق، وتعديل أنماط التفكير والسلوك غير التكيفية. ويرتكز العلاج الجدلي السلوكي على مبدأ التوازن بين التقبل والتغيير:

- **التقبل:** 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، خلافاً لبعض الأساليب العلاجية السابقة التي ركزت فقط على التغيير، مما جعل المرضى يشعرون بالتقليل أو عدم الفهم (Linehan & Dimeff, 2001) و يركز على أداء وظائف علاجية أساسية تتمثل في: تنمية القدرات: من خلال تدريب مهارات تنظيم الانفعال، واليقظة الذهنية، والفعالية البيئية، 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)

تُعَدّ 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)

تركّز هذه المهارات على تعلّم تحمّل الألم النفسي في المواقف الضاغطة دون اللجوء إلى سلوكيات مؤذية، من خلال التقبّل الجذري، والتهدئة 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 تكيفية فورية مثل: التشتيت البناء، التهدئة 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 وفهمها 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)

تركّز 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 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 نموذجاً علاجياً متقدماً يجمع بين التقبل والمرونة النفسية من جهة، والتغيير السلوكي المنظم من جهة أخرى، مما يجعله ملائماً للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية المعقدة، والضغط المهنية العالية، والسلوكيات عالية الخطورة. وانطلاقاً 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، خصوصاً في مواجهة المشكلات والضغط والصعوبات والتي يتطور معها أعراض نفسية والتي يمكن أن تؤثر سلباً 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 التكاملي في هذه الدراسة.

خامساً: 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) اللذان أكداً على أهمية وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية القوية التي تقدم الدعم العاطفي والمادي للفرد، حيث يعد ذلك عاملاً وقائياً في مواجهة التوتر والضغط النفسية. إضافة إلى ذلك ما أشار إليه كينيث بارغمنت (Pargament, 2007)، حول أهمية دمج الروحية مع الصحة النفسية، حيث أوضح أن الروحية تعزز المرونة النفسية من خلال إعطاء معنى وقيمة للحياة، خصوصاً في مواجهة الضغوط.

وقد تم اقتراح الاستراتيجيات التالية ضمن البرنامج التكاملي:

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 الروحية 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 إدراكاً متنامياً لدوره الوقائي والعلاجي، خصوصاً 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 بناءً متعدد الأبعاد، ويمكن تصنيفه وفق عدة معايير، هي التالي: (1) من حيث المحتوى: الدعم الانفعالي (التعاطف، القبول، الشعور بالاهتمام)، والدعم الأداة (الخدمات، المساعدة العملية)، والدعم المعلوماتي (الإرشاد، تبادل المعرفة)، ودعم التقدير (تعزيز القيمة الذاتية). (2) من حيث الإدراك: الدعم المُدرَك، والدعم الفعلي/الملموس. (3) من حيث مصدر الدعم: دعم قائم على القرابة (الأسرة)، ودعم 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 (2011) Song et al. 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 مؤشراً 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).

مفهوم الدعم الاجتماعي ووظائفه

يُستخدم مصطلح الدعم الاجتماعي عادة للإشارة إلى الوظائف التي يؤديها الآخرون المهمون لصالح الفرد، وإن كان من الممكن أن يقدم أعضاء الجماعات الثانوية هذه الوظائف أيضاً. وتشمل الوظائف الأكثر شيوعاً: الدعم الإنفعالي، والدعم المعلوماتي، والدعم الأداةي أو العملي (House & Kahn, 1985). يشير الدعم الإنفعالي إلى مظاهر الحب والإهتمام، والتقدير، والتشجيع، والتعاطف. أما الدعم المعلوماتي فيتضمن تزويد الفرد بالمعلومات أو النصائح التي تساعد على حل المشكلات، ويشمل كذلك دعم التقييم، أي تقديم تغذية راجعة حول تفسير الموقف واقتراح مسارات محتملة للتصرف (Cohen & McKay, 1984). في حين يتمثل الدعم الأداةي في تقديم مساعدة سلوكية أو مادية مباشرة للتعامل مع المهام أو المشكلات العملية. ويعتمد الوصول إلى هذه الأشكال من الدعم على وجود روابط بنوية مع الآخرين داخل الشبكة الاجتماعية (Lin & Westcott, 1991). كما يؤثر حجم الشبكة الاجتماعية وتماسكها وطبيعتها العلاقات داخلها (روابط أولية مقابل ثانوية، قوية مقابل ضعيفة) في نوعية الدعم الذي يتلقاه الفرد (Thoits, 2011).

الآليات التي تربط الروابط الاجتماعية بالصحة:

يرى ثويتس (2011) أنه لا يمكن فهم الدور الوقائي للدعم الاجتماعي في التخفيف من آثار الضغوط النفسية إلا من خلال تحليل المسارات التي تؤثر عبرها الروابط الاجتماعية في الصحة الجسدية والنفسية. فالعلاقات الاجتماعية متعددة الأبعاد، ومن ثم تتعدد الطرق التي يمكن أن تؤثر بها في الرفاه البدني والانفعالي. ويركز هذا الإطار النظري على سبع آليات نفسية-اجتماعية حظيت بالنقاش الأوسع والأكثر حضوراً في الأدبيات العلمية، ومن خلال تحليل دراسات عديدة، لخص ثويتس (2011) هذه الآليات في التالي:

1- التأثير الاجتماعي والمقارنة الاجتماعية:

أن التأثير الاجتماعي والمقارنة الاجتماعية يمثلان مساراً مهماً يربط الاندماج الاجتماعي بالصحة، إلا أنه غالباً ما يتم إغفاله في البحوث. إذ يستمد الأفراد الإرشاد السلوكي والمعياري من خلال مقارنة أنفسهم بالآخرين المشابهين لهم داخل جماعاتهم المرجعية. ومن خلال هذه المقارنات، يقيم الأفراد مدى ملاءمة معتقداتهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم بالقياس إلى المعايير السائدة أو النماذج السلوكية التي يعرضها أعضاء الجماعة المرجعية، وغالباً ما يعدلون سلوكهم ليتوافق مع تلك المعايير، حتى في غياب نقاش مباشر أو محاولات إقناع صريحة. وتكتسب معايير السلوك الصحي عبر هذه العمليات، مثل المعايير المرتبطة باستخدام التبغ أو الكحول أو المواد المخدرة، وممارسة النشاط البدني، والالتزام بالنظام الغذائي، وطلب الرعاية الوقائية أو النفسية، والامتنال للعلاج الطبي. وتجدر الإشارة إلى أن الجماعات المرجعية قد تعزز سلوكيات صحية وقائية أو، على العكس، سلوكيات خطيرة. ما يعني أن التأثير الاجتماعي عبر المقارنة قد يكون ذا نتائج إيجابية أو سلبية على الصحة، تبعاً لطبيعة الجماعة المرجعية السائدة ومعاييرها.

2- الضبط الاجتماعي:

يمثل الضبط الاجتماعي شكلاً أكثر مباشرة ونشاطاً من التأثير الاجتماعي. ويتفق معظم المنظرين المهتمين بالصحة على أن الضبط الاجتماعي يعد آلية مركزية تؤثر من خلالها الشبكات الاجتماعية في الصحة وطول العمر، وذلك أساساً عبر تأثيره في السلوكيات الصحية. ويُقصد بالضبط الاجتماعي محاولات أفراد الشبكة الاجتماعية مراقبة سلوك الفرد أو تشجيعه أو تذكيره أو الضغط عليه لاعتماد ممارسات صحية إيجابية. وعلى الرغم من أن هذه الجهود قد تقلل من السلوكيات الصحية الخطرة، فإنها قد تأتي بنتائج عكسية إذا أُسرت بوصفها تدخلاً مفرطاً أو سيطرة قهرية، مما يثير مشاعر الاستياء والمقاومة. وعلى خلاف الاهتمام الواسع بدور الضبط الاجتماعي في الصحة الجسدية، نادراً ما يتم تناوله بوصفه آلية مؤثرة في الصحة النفسية. غير أن الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات التكيف، غالباً ما تترافق مع تغيرات سلوكية كاضطراب النوم أو الشهية أو زيادة التدخين أو تعاطي الكحول. ومن ثم، قد يسعى أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء إلى التدخل أو توجيه الفرد نحو طلب المساعدة المهنية، بما يساهم في التخفيف من حدة الإضطراب.

3- الإرشاد السلوكي والمعنى والغاية (الإحساس بالأهمية):

تتبع آلية غير مباشرة من حقيقة أن الروابط الاجتماعية تمثل علاقات أدوار اجتماعية. الأدوار هي مواقع داخل البنية الاجتماعية، ترتبط بحقوق وواجبات متبادلة. وتشكل الإلتزامات والمسؤوليات المرتبطة بهذه الأدوار ضغوطاً ضمنية تدفع الأفراد إلى تجنب السلوكيات الخطرة والانخراط في العناية الذاتية. وإن تبني الأفراد لأدوارهم الاجتماعية بوصفها جزءاً من هويتهم يمنحهم إرشاداً سلوكياً واضحاً ويعزز الشعور بالمعنى والغاية في الحياة. ويرتبط بذلك مفهوم الإحساس بالأهمية (mattering)، الذي يشير إلى شعور الفرد بأنه محل اهتمام الآخرين وأن له قيمة لديهم. ويساهم هذا الإحساس في الوقاية من القلق والفراغ الوجودي، بما يعزز الصحة النفسية والعادات الصحية الإيجابية

4- تقدير الذات:

تؤثر الأدوار الاجتماعية كذلك في تقدير الذات، إذ يقوم الأفراد بتقييم أدائهم في أدوارهم المختلفة عبر المقارنة الاجتماعية وتخيل نظرة الآخرين إليهم. ويساهم النجاح في الأدوار ذات القيمة العالية في تعزيز تقدير الذات العام، وهو ما يرتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب والقلق وزيادة الرضا عن الحياة.

5- الإحساس بالتحكم أو الكفاءة:

يعزز النجاح المتكرر في أداء متطلبات الأدوار الاجتماعية شعور الفرد بالتحكم أو الكفاءة في حياته. ويرتبط هذا الإحساس بقدرة أفضل على مواجهة التحديات والضغوط، وبمستويات أقل من القلق والاكتئاب، إضافة إلى انخفاض الاستجابات الفسيولوجية للضغوط.

6- الانتماء والمرافقة الاجتماعية:

تعد الروابط الاجتماعية مصدراً أساسياً للإحساس بالانتماء والقبول داخل الجماعات الأولية أو الثانوية. ويرتبط الانتماء بالمرافقة الاجتماعية، أي وجود أفراد يشاركون الفرد أنشطته الاجتماعية، وهو ما يعزز المشاعر الإيجابية والرفاه النفسي. وعلى النقيض، يرتبط الشعور بالوحدة بالاكتئاب والقلق وتدهور الصحة العامة.

7- الدعم الاجتماعي المدرك:

أخيراً، تمثل الروابط الاجتماعية قنوات للدعم الانفعالي والمعلوماتي والأداتي. وقد اختلف الباحثون حول ما إذا كان الدعم الاجتماعي آلية مستقلة أم مساراً يربط الروابط الاجتماعية بالصحة. وتشير الأدلة الحديثة إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك، ولا سيما الانفعالي، يرتبط إيجابياً بالصحة النفسية والجسدية، سواء في وجود الضغوط أو غيابها. وتبين الدراسات أن الدعم اليومي غير المرئي والتصور العام لتوفر الدعم يلعبان دوراً أكثر استقراراً في تعزيز الرفاه مقارنة بالدعم المقدم في مواقف ضاغطة محددة، والذي قد يكون أحياناً ذا آثار متباينة تبعاً

لطريقة تقديمه وإدراك المتلقي له. ورغم تراكم الأدلة التي تؤكد ارتباط هذه الآليات بالصحة النفسية والجسدية، لا يزال من الضروري الانتقال من إثبات الارتباط إلى اختبار المسارات السببية الفعلية التي توضح كيف تعمل الروابط الاجتماعية على تعزيز الصحة والوقاية من الاضطرابات (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، ويُدرك 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 تُعلّق مؤقتاً توقعات التبادل المتكافئ، إدراكاً لأن طاقة الفرد النفسية والعملية يجب أن تُكرّس لمواجهة الأزمة.

ويؤدي الدعم المتعمد والمباشر 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 يوّلّد 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 وفعالته 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، والمراقبة 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، نظراً 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 شعوراً بالعزلة (Taylor, 2007).

– الدعم من الآخرين المماثلون

يقدم "الآخرون المماثلون" – ذوي الخبرة المماثلة كزملاء العمل أو الأفراد الذين مروا بتجربة مشابهة – دعماً 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 دعماً فعالاً 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 «الموامة» في التخفيف من الضغوط:

تختلف هذه المقاربة عن نموذج «الموامة» الذي قدمه كوهن ومكاي (Cohen & McKay (1984) ونموذج «الموامة المثلى» لـ كوترونا وراسل (Cutrona & Russell (1990)، واللذين يفترضان ضرورة موامة 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 (Thoits (2011) 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 أساساً. 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، غالباً 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 الأداوتي، فإن هذا النوع من المساعدة قد يأتي بنتائج عكسية إذا قُدّم 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 الضعف، أو الاعتماد المفرط، أو الإحساس بالتقليل من القيمة الذاتية، وهو ما يقوض الآثار الإيجابية المتوقعة للدعم
- 3- يوجد إستثناء مهم يشير إلى الحالات التي يكون فيها الآخرون المهمون هم أنفسهم آخرون متشابهون خبراتياً، أي أنهم يجمعون بين القرب العاطفي والخبرة الشخصية السابقة بالضغوط أو الضغوط ذاتها. في مثل هذه الحالات، يُتوقع أن يكون الدعم المقدم أكثر فاعلية، نظراً لقدرته 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 مجرّبة، 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 حيوياً في وفي التخفيف من آثار الضغوط المهنية المزمنة وتعزيز المرونة النفسية.

التكامل بين المداخل العلاجية في خفض الاحتراق النفسي المهني 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 وتدخلياً 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 والالتزام، والعلاج الجدلي السلوكي، إلى جانب الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، بما يحقق استجابة علاجية شاملة لأبعاد الاحتراق النفسي المهني.

- تكامل المكونات في خفض الاحتراق النفسي المهني:

1- خفض الإنهاك والاستنزاف الجسدي والانفعالي

يُعد الإنهاك الجسدي والانفعالي البعد المركزي للاحتراق النفسي المهني (Maslach & Leiter, 2016). ويساهم التكامل بين تدريب التحصين ضد الضغوط ومكونات من العلاج الجدلي السلوكي في خفض هذا البعد من خلال: تقليل الاستئارة الفسيولوجية عبر الاسترخاء والتنفس العميق، و تنمية مهارات تنظيم المشاعر وتحمل الضغوط، وقد أظهرت الدراسات أن هذه التدخلات ترتبط بانخفاض واضح في مستويات الإجهاد المزمن والإنهاك المهني لدى الممارسين الصحيين (West et al., 2016).

2- تقليل اللامبالاة والإبتعاد العقلي (التبؤ أو الانفصال المهني)

يرتبط بُعد اللامبالاة أو الإبتعاد العقلي بمحاولات دفاعية غير واعية لحماية الذات من الضغط المستمر، إلا أنه يؤدي إلى تدهور جودة الأداء المهني (Schaufeli et al., 2019). ويسهم العلاج بالتقبل والالتزام في معالجة هذا البعد من خلال تقليل التجنب النفسي، وتعزيز التواجد الواعي والانخراط القيمي في العمل، مما يساعد الممارس على استعادة الاتصال الإنساني مع مهنتهم دون استنزاف (Hayes et al., 2012).

3- تحسين الشعور بالإنجاز الشخصي والكفاءة المهنية

يرتبط الشعور بانخفاض الإنجاز الشخصي بمعتقدات سلبية حول الذات والكفاءة المهنية. ويساعد العلاج المعرفي السلوكي في تعديل هذه المعتقدات، وتعزيز التقدير الواقعي للجهود المبذولة، بينما تسهم مهارات حل المشكلات والدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الشعور بالنجاح والانتماء المهني (Beck, 2011).

4- خفض الضعف الإنفعالي والمعرفي

تشير النماذج الحديثة للاحتراق النفسي، إلى أن الاحتراق النفسي المهني يشمل أيضًا مظاهر ضعف أو اختلال انفعالي ومعرفي (Schaufeli et al., 2019)، ويسهم التكامل بين المداخل المعرفية السلوكية في تحسين التركيز، وتنظيم التفكير، وتقليل التشتت والاندفاع الإنفعالي، مما يعكس إيجابًا على الأداء الوظيفي والصحة النفسية.

يوضح ما سبق أن التكامل المنهجي بين العلاج المعرفي السلوكي، والتحصين ضد الضغوط، والعلاج بالتقبل والالتزام، والعلاج الجدلي السلوكي، والدعم النفسي الاجتماعي والروحي، يوفر إطارًا تدخليًا شاملاً يعالج الاحتراق النفسي المهني بأبعاده المتعددة، وفي الوقت ذاته يعزز المرونة النفسية من خلال تنمية مواردها المعرفية والانفعالية والسلوكية والقيمية. ويُتوقع أن يسهم هذا التكامل في إحداث تحسن مستدام في الصحة النفسية والقدرة على التكيف المهني لدى الممرضين والمرمضات العاملين في بيئات عالية الضغوط.

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 للإحترق النفسي المهني لدى الممارسين الصحيين/الممرضين:

دراسة فولكر وآخرون (Volker et al., 2010)

هدفت هذه الدراسة الى تقييم مستوى الإحترق النفسي، واستراتيجيات التكيف، والكفاءة الذاتية المتصورة، والرضا الوظيفي بين العاملين في مجال علاج مدمني المخدرات. تمت الدراسة في ستة مراكز شملت أثينا ولندن وبادوا وستوكهولم وزيورخ وإسن. تم جمع البيانات باستخدام الأدوات: مقياس ماسلاش للإحترق النفسي، ومقياس التكيف المختصر، واستبيان الكفاءة الذاتية العام، ومقياس الرضا الوظيفي. وبلغت عينة الدراسة 383 عاملاً في مراكز خدمات علاج ادمان المخدرات. وقد أظهرت النتائج أن ثلث الموظفين (33%) يعاني من الإحترق النفسي الشديد. كما كشفت الدراسة عن ارتباط إيجابي بين الإحترق النفسي واستراتيجيات المواجهة السلبية وارتباطاً سلبياً بالكفاءة الذاتية والرضا الوظيفي. وقد أظهر الذكور ارتفاعاً في بُعد تبدل المشاعر مقارنة بالإناث.

دراسة كانداز-دي وآخرون (Cañadas-De et al., 2018)

هدفت هذه الدراسة لوصف مستوى الإحترق النفسي لدى فريق التمريض في وحدات الرعاية الحرجة وأقسام الطوارئ وتحليل العلاقة بين شدة الإحترق النفسي والعوامل الاجتماعية والديموغرافية ومكان العمل والعوامل النفسية. بلغت عينة الدراسة 337 مشاركاً وهي تقدر بـ (19.5%) من مجتمع الدراسة في الأندلس بأسبانيا. وقد أسفرت النتائج عن مستوى عالٍ من الإحترق النفسي لدى 38.5% من العينة. كان الإرهاق العاطفي موجوداً في 10.5% من العينة، وتبدل المشاعر في 16.8%، ومستوى منخفض من الإنجاز الشخصي في 63.3%.

دراسة القحطاني وآخرون (Alqahtani et al., 2019)

هدفت هذه الدراسة لتحديد مدى انتشار الإحترق النفسي بين ممارسي التمريض وعوامل الخطر المرتبطة به في مجمع الأمل للصحة النفسية في الدمام. بلغت عينة الدراسة 395 مشاركاً، بلغ متوسط أعمارهم 35.43 سنة معظمهم متزوجون (69.1%) سعوديون (74.7%) من الذكور (68.4%) بمتوسط خدمة مهنية في المستشفى بلغت 13 سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة. اعتمدت الدراسة الإستبانة لجمع البيانات الديموغرافية ومقياس ماسلاش للإحترق النفسي. وقد أظهرت النتائج أن معظم المشاركين (82.3%) يعانون من الإحترق النفسي والذي تراوحت درجاته بين المتوسط والمرتفع.

دراسة لوبيز-لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al., 2019)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار الإحترق النفسي بين ممرضين وممرضات الصحة النفسية وتحديد العوامل التي تؤدي إلى ظهوره. تم إجراء مراجعة منهجية للدراسات المنشورة في قواعد بيانات محددة. وقد شملت المراجعة النهائية 11 دراسة بلغ مجموع عيناتها 868 ممرضاً. وأظهرت النتائج في معظم الحالات عن مستويات متوسطة في أبعاد الإحترق النفسي. كما بينت الدراسات أن عوامل مثل زيادة عبء العمل، والضغوط المرتبطة بالعمل، والأقدمية المهنية، والجنس (الذكور)، والحالة الاجتماعية (مثل كون الشخص أعزب)، والتعرض للعنف في العمل، من بين عوامل أخرى، تساهم في تطور الإحترق النفسي. وقد أظهرت تحليل النتائج أن: 25% يعانون من إرهاق عاطفي شديد، و 15% يعانون من تبدل المشاعر، و 22% يعانون من انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.

دراسة جوس وآخرون (Jose et al., 2020)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الإحترق النفسي والمرونة 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. جُمعت البيانات باستخدام مقياس ماسلاش للإحترق النفسي ومقياس كورنر-ديفيدسون للمرونة النفسية. وقد أظهرت النتائج معاناة الممرضين في الطوارئ أثناء الجائحة من مستوى إحترق 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 الإحترق النفسي والمرونة النفسية. أشارت الدراسة إلى دور المرونة النفسية في التخفيف من الإحترق النفسي خلال الجائحة، كما سلطت الضوء على الحاجة إلى تدخلات فعالة لتحسين المرونة النفسية للتخفيف من الإحترق 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 القحطاني والحربي (Alqahtani & Alharbi, 2020)

هدفت هذه الدراسة لتقييم مدى انتشار الإحترق النفسي بين ممرضي الطوارئ في المملكة العربية السعودية وتحليل العوامل المرتبطة به. وقد أجريت هذه الدراسة في مستشفيات حكومية وخاصة في منطقة الرياض. وبلغ حجم العينة 350 ممرض/ة طوارئ، بلغ متوسط أعمارهم بين 25-45 عامًا، بأعوام خبرة تتراوح بين 1-15 عامًا. و لجمع البيانات تم استخدام استبانة للبيانات الديموغرافية ومقياس ماسلاش للإحترق النفسي. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن (40%) من ممرضي الطوارئ يعانون من مستويات عالية من الإحترق النفسي، وأن من بين العوامل المرتبطة به كانت عدد ساعات العمل الطويلة والإفتقار للدعم الإجتماعي.

دراسة الخضير وآخرون (Qedair et al., 2022)

هدفت هذه الدراسة لقياس مستويات الإحترق النفسي بين كادر التمريض في مجمع الملك عبدالله الطبي، وبحث العلاقة بين مستويات الإحترق النفسي وعوامل ديموغرافية. تم جمع البيانات باستخدام استبانة للبيانات الديموغرافية ومقياس ماسلاش للإحترق النفسي. وقد بلغت العينة 250 ممرض وممرضة. وقد كشفت النتائج أن (44.8%) مشاركا يعانون من الإحترق النفسي، وأن (26.4%) مشاركا لديه مستوى مرتفع من الإحترق النفسي. كما أظهرت النتائج أن (99.6%) من المشاركين قد سجلوا درجات عالية في بُعد واحد على الأقل من الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي. وقد كشفت النتائج أن هناك ارتباطا بين مستويات الإحترق النفسي وبعض الخصائص الديموغرافية.

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 كورنر-ديفيدسون للمرونة ومقياس جودة الحياة المهنية. وقد أظهرت النتائج ارتباطا إيجابيا قويا بين المرونة النفسية والرضا. كذلك أظهرت ارتباطا سلبيا كبيرا 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 لخفض الإحترق النفسي:

دراسة العنزي وآخرون (Alenezi, McAndrew & Fallon, 2019)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر برنامج مصمم للحد من الإحترق النفسي بين فريق التمريض العاملين في مجال الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية. تم استخدام تصميم شبه تجريبي. تم توزيع العينة على مجموعتين: تجريبية (ن = 154) وضابطة (ن = 142). كان البرنامج عبارة عن ورشة عمل لمدة يومين. تم استخدام مقياس الإحترق النفسي لماسلاش لقياس تأثير البرنامج على ثلاث فترات: شهر و3 أشهر و6 أشهر بعد الانتهاء من البرنامج. وقد أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في مستويات الإحترق النفسي بعد شهر واحد من التدخل، وخصوصاً في بُعد الإنهاك العاطفي. إلا أنه بعد 6 أشهر ارتفعت مستويات الإحترق النفسي مجدداً، لكن دون عودتها إلى مستويات البداية. هذه الدراسة أشارت إلى أهمية استمرار البرامج والدورات التدريبية على فترات منتظمة للحفاظ على الفعالية على المدى الطويل.

دراسة كونزler 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 لتحخيص 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 ≥ 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، والتعريف النفسي، وتنظيم المشاعر، والاستراتيجيات المعرفية، وحل المشكلات.

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 ليبي و تشا (Lee & Cha, 2023)

هدفت هذه الدراسة لمراجعة وتحليل 24 دراسة لغرض تقييم تدخلات الحد من الإحترق النفسي لدى فريق التمريض والتي أجريت خلال الفترة من 2011 الى 2020. وبحسب النتائج كانت التدخلات الأكثر شيوعاً هي برامج الحد من الإجهاد القائمة على اليقظة الذهنية، من خلال التدخل الجمعي وجهاً لوجه. وتراوحت مدة التدخل بين يوم واحد وثمانية أشهر. بلغ مجموع المشاركين (ن=1935)، معظمهم من النساء. بلغت أعمارهم بين 24-46 سنة. استخدمت بعض الدراسات الدرجة الكلية على المقياس، بينما استخدمت دراسات أخرى الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي. غالباً ما تم اجراء القياس مرتين، قبل التدخل وبعد التدخل مباشرة. في ثلاث دراسات فقط، تم القياس عند خط الأساس والمتابعة فقط، وليس بعد التدخل مباشرة. أظهرت النتائج أن التدخلات يمكن أن تخفف الإحترق النفسي. أما الدراسات التي اعتبرت الإحترق النفسي بكونه ثلاثة أبعاد كشفت أن التدخلات يمكن أن تقلل بشكل ملحوظ من الإرهاق العاطفي وتبذل المشاعر، ولكنها أقل تأثيراً في تحسين الإنجاز الشخصي المنخفض.

دراسة ماديجان و كيم و قلاندورف (Madigan, Kim & Glandorf, 2024)

هدفت هذه الدراسة لمراجعة منهجية للتدخلات التي هدفت إلى تقليل الإحترق النفسي لدى الطلاب. تضمنت المراجعة 17 دراسة شملت 2462 طالباً من مرحلتي التعليم الثانوي والجامعي. استخدمت هذه الدراسات مجموعة من التدخلات؛ مثل: اليقظة، والعلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني، والعلاج السلوكي المعرفي. وقد أظهرت النتائج أن هناك دليل على كفاءتها في خفض الإحترق النفسي الكلي، وإن كانت نتائج بعض الدراسات قد أظهرت تأثيرات متوسطة. وقد كانت أقوى الأدلة على فعالية التدخلات هي تلك القائمة على التجارب العشوائية المضبوطة، والعلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني، والتدخلات القائمة على اليقظة الذهنية.

ثالثاً: دراسات تعرضت للتدخلات النفسية المعرفية السلوكية لتعزيز المرونة النفسية وخفض الإحترق النفسي:

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، ومجموع 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 عبدالله وآخرون (Abdallah et al., 2022)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تأثير برنامج قائم على اليقظة الذهنية للحد من إجهاد العمل والإحترق النفسي لدى فريق التمريض النفسي. وقد اعتمدت الدراسة التصميم شبه التجريبي. وتم إجراء هذه الدراسة في مستشفى العباسية للصحة النفسية والإدمان، على عينة بلغت 30 مشاركاً (من التمريض النفسي ممن تبلغ أعمارهم 18 عاماً وأكثر، ويمارسون عملهم في وحدات التنويم الداخلي بدوام كامل لسنة وأكثر، ولا يعانون من اضطرابات نفسية أو عصبية). وقد كانت أدوات الدراسة هي: استبانة البيانات الديموغرافية، مقياس الإجهاد المهني للمرضيين النفسيين، مقياس ماسلاش للإحترق النفسي، ومقياس الإنتباه الواعي. وقد أظهرت النتائج الرئيسية أن الإحترق النفسي والإجهاد والانتباه الواعي قد تحسنت بشكل كبير في القياس البعدي لدى المرضيين النفسيين بعد تنفيذ البرنامج، بينما لم يظهر تغيراً كبيراً في نتائج قياس المتابعة.

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 المرضيين 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 المرضيين 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 السيد وغنيم (El-Sayed & Ghoneim, 2023)

هدفت هذه الدراسة لتقييم فاعلية برنامج مشترك قائم على اليقظة الذهنية والعلاج المعرفي السلوكي للحد من الإجهاد والإحترق النفسي لدى المرضيين العاملين في أقسام الطوارئ في البحيرة. وقد تم تحديد عينة الدراسة (ن=60) من فريق التمريض العاملين في وحدة العناية المركزة وأقسام الطوارئ النفسية. وتم جمع البيانات باستخدام مقياس ماسلاش للإحترق النفسي ومقياس الضغط المتصور. اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتم توزيع العينة في مجموعتين: مجموعة التدخل مجموعة ضابطة بقياسات قبلية وبعديّة. وقد أظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً في مستويات الإحترق النفسي لدى مجموعة التدخل، خصوصاً في البعدين الإرهاق العاطفي وتبدل المشاعر.

دراسة نبائي وبرجاندي (Nabaei & Birjandi, 2024)

تم إجراء هذه الدراسة لغرض التحقق من فعالية العلاج المتكامل (السلوكي المعرفي والقبول والالتزام) في الحد من الضيق والتعب النفسي لدى المرضيات المصابات بأعراض الإحترق النفسي في مستشفى الرضا في مدينة مشهد بإيران. وهي دراسة بتصميم شبه تجريبي بمجموعتين تجريبية وضابطة، تم تطبيق التدخل العلاجي على المجموعة التجريبية فقط وتم إجراء قياسات قبلية وبعديّة على المجموعتين. تضمن مجتمع الدراسة جميع المرضيات العاملات في المستشفى، وتم تحديد من أظهرت عليهن أعراض الإحترق النفسي، وتم تحديد عينة للدراسة (ن=30 ممرضة) ممن تنطبق عليهم المعايير، و تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين: تجريبية وضابطة. اعتمدت

الدراسة أداتين: مقياس التعب متعدد الأبعاد ومقياس كيسلر للضيق النفسي للقياس القبلي والبعدي. تم تطبيق التدخل العلاجي للمجموعة التجريبية مرتين في الأسبوع لمدة 10 جلسات لمدة 45 دقيقة. وقد أظهرت النتائج أن هناك فرقا كبيرا في التحسن بين المجموعتين في صالح المجموعة التجريبية.

التعليق على الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات التي اهتمت بالإحترق النفسي المهني وبحثت حجم انتشاره. وكذلك تنوعت التدخلات التي استهدفتها. وتنوعت العينات المستهدفة والتي تفاوتت أحجامها. كذلك تنوعت تصاميمها ما بين قياسات قبلية وبعديّة، 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 ماسلاش للإحترق النفسي. 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, 2022)، و (Achakzai, 2022)، و (Yasmin et al., 2022)، و (Kunzler et al., 2022)، و (Golparvar & Parsakia, 2023)، و (Ketelaars et al., 2023)، و (Han & Yeun, 2023)، و (Lee & Cha, 2023)، و (Madigan, Kim & Glandorf, 2024)، و (Janzarik et al., 2024). حدد الباحث لقياس الإحترق النفسي المهني أداة تقييم الإحترق النفسي المهني ("BAT" Burnout Assessment Tool) ولم يحدد مقياس ماسلاش للإحترق النفسي الذي تم اختياره في معظم الدراسات السابقة. وقد حدد الباحث هذا المقياس كونه حديثا ويتجاوز النقد الموجه لمقياس ماسلاش للإحترق النفسي، ويتكون من أربعة أبعاد بدلا من ثلاثة (الأنهك الجسدي والنفسي، التباعد العقلي، الضعف الإنفعالي، الضعف المعرفي) إضافة لأعراض الضيق النفسي والأعراض النفسجسمية المصاحبة. إضافة لموثوقية المقياس الذي تم دراسة خصائصها لسيكومترية أو الإستعانة بها في دراسات كثيرة ومتنوعة عابرة للثقافات (Shaufli et al., 2020). وعليه رأى الباحث ملائمة هذا المقياس كأداة موثوقة يمكن استخدامها في هذه الدراسة. وقد استعرضت الدراسات برامج تدخلات عديدة ومتنوعة، ومنها مثلا: ورشة عمل للتكيف 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، والتكيف 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 (El-Sayed & Ghoneim, 2023)، علاج جمعي معرفي سلوكي (Bagheri et al., 2023)، العلاج المتكامل (السلوكي المعرفي والقبول والالتزام) (Nabaei & Birjandi, 2024). وقد تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة (Golparvar & Parsakia, 2023)، و (El-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 الإجتماعي والروحي، وذلك سعيا من الباحث لتحقيق كفاءة علاجية أكبر. كما أن الدراسة الحالية استهدفت عينة من الممرضين والمرضات 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 الإحترق النفسي قبل و بعد تطبيق البرنامج.
- 2- توجد فروق دالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي في خفض الإحترق النفسي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في خفض الإحترق النفسي بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى لسنوات الخبرة.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى للحالة الإجتماعية.

الفصل الثالث

منهج البحث وإجراءاته

مقدمة:

يتناول هذا الباب الأسس المنهجية التي استند إليها الباحث للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها. ونظراً لأن هذه الدراسة تهدف إلى بحث فعالية برنامج تكاملي لخفض الإحترق النفسي المهني لدى المرضى والمرضات، فقد كان من الضروري اختيار منهج بحثي وأدوات قياس تتسم بالموضوعية والملاءمة لطبيعة المتغيرات المدروسة. ويتضمن هذا الباب عرضاً 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 وإجراءاته:

اعتمد الباحث استخدام تصميم المنهج شبه التجريبي بقياسات متعددة (قبلي - وبعدي - وتتبعي)، في مجموعتين متكافئتين: تجريبية وضابطة، وذلك لملاءمته لأهداف الدراسة التي تسعى الى التعرف على فعالية برنامج تكاملي لخفض الإحترق النفسي لدى المرضى 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 والاحترق النفسي المهني بعد انتهاء التدخل، وكذلك في القياس التتبعي للتحقق من استمرارية أثر البرنامج.

ويمثل التدخل النفسي (البرنامج التكاملي) المتغير المستقل في هذه الدراسة، بينما يمثل الاحترق النفسي المهني المتغير التابع، حيث تم قياسه قبل تطبيق البرنامج وبعده، ثم في القياس التتبعي، بما يسهم في تقدير حجم التغير الناتج عن التدخل النفسي وفاعليته. ويتيح هذا التصميم المنهجي في 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 والممرضات 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 الإحترق النفسي المهني. وقد استجاب عدد (81) ممرض وممرضة (35 ممرض + 46 ممرضة). وقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية. وتم تحديد العينة ممن تنطبق عليهم المعايير للإنضمام 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:

1. أن يكون المشارك حاصلًا على درجة كلية متوسطة الى مرتفعة في الاحترق النفسي (الدرجة التي تبلغ متوسطة فأعلى/الإرباعي الأعلى).
2. 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.
3. أن يكون ضمن الفئة العمرية (21-50) عامًا.
4. أن تكون لديه خبرة لا تقل عن سنة في الرعاية التمريضية داخل المجمع.
5. أن يكون على رأس العمل دون إجازة منذ مدة لا يقل عن ستة أشهر.
6. الموافقة الطوعية على المشاركة

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

1. من لا يمارسون الرعاية التمريضية بصورة كاملة، كمن لديهم مهام إدارية أو إشرافية.
2. من هم خارج الفئة العمرية المحددة
3. من يعاني من اضطرابات مزاجية أو القلق أو منتظم بعلاجات دوائية نفسية مؤخرًا.
4. من خضع لبرنامج تدخل نفسي للإدارة الاحتراق النفسي أو المرونة النفسية خلال الستة أشهر الأخيرة.
5. من سيخضع لتدخل نفسي آخر خلال نفس مرحلة التدخل في الدراسة الحالية 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 الاحتراق النفسي المهني، بالإضافة إلى برنامج التدخل النفسي التكاملي الذي أعده الباحث، وذلك على النحو الآتي:

1. البرنامج التكاملي (برنامج التدخل النفسي) (من إعداد الباحث)
2. أداة تقييم الاحتراق النفسي المهني
(Schaufeli et al., 2019) Burnout Assessment Tool (BAT)

1- البرنامج التكاملي (برنامج التدخل النفسي)

البرنامج التكاملي هو برنامج تدخل نفسي من إعداد الباحث، يهدف إلى خفض 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 والاحتراق النفسي، 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 تعريف نفسي حول مفهوم الاحتراق النفسي المهني، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره السلبية، وأساليب إدارته.
 - 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 خفض الاحتراق النفسي، ومن أبرزها:

1- العلاج المعرفي السلوكي لآرون بيك "CBT" Cognitive Behavioral Therapy

2- تدريب التحصين ضد الضغوط لميكناوم “SIT” Stress Inoculation Training

3- العلاج بالتقبل والالتزام (“ACT” Acceptance Commitment Therapy)

4- العلاج الجدلي السلوكي (“DBT” Dialectical Behavioral Therapy)

5- الدعم النفسي الاجتماعي والروحي.

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

أهداف البرنامج

هدف البرنامج بصفة عامة إلى خفض مستويات الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتفرع عن هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف الخاصة، تمثلت في:

- 1- تنمية الوعي بالضغوط المهنية ومظاهر الاحتراق النفسي.
- 2- إكساب المشاركين مهارات إدارة الضغوط وتنظيم المشاعر وتحمل الضيق.
- 3- تنمية التقبل لما لا يمكن تغييره بالتزامن مع استمرار التغيير، وربط السلوك بالقيم المهنية والإنسانية.
- 4- تعزيز الدعم النفسي الاجتماعي والروحي بوصفه موردًا وقائيًا للمرونة النفسية.
- 5- 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 و عددها، 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 والتحم 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 ال – الأهداف – الإجراءات (أهداف خاصة) – الفنيات/الأدوات – ملاحظ

أبرز التعديلات الهيكلية والفنية على البرنامج التكاملي

وصف البرنامج التكاملي وإجراءاته التطبيقية

استخدمت الدراسة الحالية برنامج تدخل نفسي تكاملي من إعداد الباحث، يهدف إلى خفض 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 وانفعالية وسلوكية وقيمية تساهم في خفض الاستنزاف النفسي، وتساهم 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، وبواقع جلسة إلى جلستين 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. 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 الملتزم وفق نموذج العلاج بالتقبل والالتزام. أما الجلسة الحادية عشرة فقد خُصصت 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 للمستقبلي، 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

2	اليقظة الذهنية	2025/10/08	تنمية الوعي باللحظة الراهنة وتنظيم الانتباه
3	المرونة المعرفية (1)	2025/10/15	التعرف على الأفكار التلقائية وإعادة البناء المعرفي
4	المرونة المعرفية (2)	2025/10/19	إعادة التقييم المعرفي وحديث الذات الإيجابي
5	إدارة الضغوط المهنية	2025/10/23	التنفس العميق، الاسترخاء العضلي التدريجي، وحل المشكلات
6	تنظيم المشاعر وتحمل الضيق	2025/10/30	مهارات تنظيم الانفعال، تحمل الضغوط، والفعالية الشخصية
7	الدعم النفسي الاجتماعي والدعم	2025/11/05	تعزيز الدعم الاجتماعي والمعنى الروحي
8	تحمل الضغوط المتقدم	2025/11/12	تطبيق المهارات تحت الضغط واليقظة أثناء المواقف الضاغطة
9	التقبل وفك الاندماج المعرفي	2025/11/19	التعايش مع ما لا يمكن تغييره، والسلوك الملتزم بالقيم
10	القيم والسلوك الملتزم	2025/11/27	توضيح القيم المهنية والإنسانية وربطها بالسلوك
11	جلسة دعم تطبيقية	2025/12/03	مشاركة التجارب الشخصية وتكامل المهارات
12	الوقاية من الانتكاس	2025/12/11	بناء خطة الوقاية من الانتكاس، تطبيق القياس البعدي
	قياس البرنامج	2026/2/10	تطبيق قياس تنبئي

ملخص اجراء جلسات البرنامج التكاملي لتعزيز المرونة النفسية وخفض الاحتراق النفسي المهني

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-تنبئي، من خلال تطبيق مقياس 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 التنبئي (بعد شهرين).

2- أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool BAT)

أعد هذه الأداة شوفلي و ويت وديزارت (Schaufeli, Witte and Desart (2019) وهي مقياس مخصص لتقييم مستوى الإحترق النفسي في العمل. وقد انطلق معدوا القياس من منظور يرى أن الإرهاق يلعب دورا مركزيا في ديناميكيات الإحترق النفسي، حيث إن نقص الطاقة يعيق القدرة الوظيفية على تنظيم العمليات الذهنية والعاطفية بشكل مناسب، في حين يعمل التباعد العقلي كإستراتيجية غير فعالة للتكيف مع الإرهاق من خلال الانسحاب من العمل. وبناءا على ذلك، يُعرفون الإحترق النفسي على أنه متلازمة

تتميز بالإرهاق وما يصاحبه من انخفاض القدرة على تنظيم العمليات الذهنية والعاطفية، وكذلك عن طريق الإبتعاد العقلي الذي يعمل كاستراتيجية تأقلم غير فعالة وذات نتائج عكسية. وبناء على هذا المفهوم قاموا بإعداد مقياس تقييم الإحترق النفسي (BAT) Burnout Assessment Tool والذي يتماشى مع إعادة تصور الإحترق النفسي من خلال تقييم أربعة أبعاد مترابطة للأعراض الرئيسية للإحترق النفسي: (الإرهاق، الضعف الذهني، والضعف الإنفعالي، والإبتعاد العقلي)، إضافة لتقييم أعراض ثانوية مكملة: (الضيق النفسي، والشكاوي الجسدية النفسية).

تُعد أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool – BAT) من أحدث الأدوات النفسية التي طُوّرت لقياس الإحترق النفسي في سياق العمل، وقد أعدّها شوفلي ودي ودي وديزارت (Schaufeli, De Witte, & Desart, 2019) في إطار مشروع علمي بجامعة لوفان الكاثوليكية (KU Leuven)، وذلك استجابةً للحاجة إلى أداة حديثة تعكس إعادة التصور لمفهوم الإحترق النفسي بعيداً عن الاقتصار على الإرهاق فقط.

وتتعلق الأداة من منظور نظري يرى أن الإحترق النفسي متلازمة متعددة الأبعاد، يلعب فيها الإرهاق دوراً محورياً، حيث يؤدي نقص الطاقة المزمّن إلى إضعاف القدرة الوظيفية على تنظيم العمليات المعرفية والانفعالية، في حين يُعد الإبتعاد العقلي استراتيجية تكيف غير فعالة تتجلى في الانسحاب النفسي من العمل، وما يصاحب ذلك من انخفاض الأداء والفاعلية المهنية. وبناءً على هذا التصور، عرّف شوفلي وآخرون (Schaufeli et al.) الإحترق النفسي المهني بأنه متلازمة تتميز بالإرهاق، وما يصاحبه من ضعف في تنظيم العمليات الذهنية والانفعالية، إضافة إلى الإبتعاد العقلي عن العمل كاستجابة تأقلمية غير فعالة وذات آثار سلبية (Schaufeli et al., 2020). وفي ضوء هذا الإطار المفاهيمي، قام الباحثون بتطوير أداة تقييم الإحترق النفسي (BAT)، والتي تهدف إلى قياس الأعراض الأساسية للإحترق النفسي، إضافة إلى الأعراض الثانوية المصاحبة له، من خلال نموذج بنائي متكامل. ويتكون المقياس من نسختين:

• نسخة عامة (General Version).

• نسخة مخصصة لبيئة العمل (Work-related Version).

كما يتوافر من كل نسخة:

• صورة كاملة (23 بنداً للأعراض الأساسية، و10 بنود للأعراض الثانوية)

• الصورة المختصرة (12 بنداً)

وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة الصورة الكاملة للنسخة الخاصة ببيئة العمل؛ لما توفره من شمولية ودقة في تقييم أبعاد الإحترق النفسي المهني. ويقاس المقياس:

1- أعراض أساسية (Core Symptoms): وتشمل أربعة أبعاد:

البعد الأول: الإرهاق (Exhaustion) ويشير إلى فقدان الطاقة الذي يؤدي إلى الشعور بالإرهاق الجسدي والذهني المرتبط بالعمل. وتمثله البنود التالية: (1-2-3-4-5-6-7-8).

البعد الثاني: الإبتعاد العقلي (Mental Distance) ويشير إلى الإحجام القوي أو النفور من العمل، واللامبالاة والإنفصال النفسي عنه وعدم الإهتمام. وتمثله البنود التالية: (9-10-11-12-13).

البعد الثالث: الضعف الذهني (Cognitive Impairment) ويشير إلى مشاكل الذاكرة، ونقص الانتباه والتركيز، وضعف الكفاءة الإدراكية. وتمثله البنود التالية: (14-15-16-17-18).

البعد الرابع: الضعف الإنفعالي (Emotional Impairment) ويشير إلى فقدان السيطرة على المشاعر، أو ردود الفعل الإنفعالية الشديدة وغير المتوازنة مثل الغضب أو الحزن. وتمثله البنود التالية: (19-20-21-22-23).

2- أعراض ثانوية (Secondary Symptoms): وينظر إليها كمجموعة واحدة وتشمل:

- الضيق النفسي (Psychological Distress): ويتضمن أعراضاً مثل القلق، التوتر، والأرق. وتمثله البنود: (1-2-3-4-5).
- الشكاوى الجسدية النفسية (Psychosomatic Complaints): وتتضمن أعراضاً جسدية مرتبطة بالضغط النفسي. وتمثله البنود: (6-7-8-9-10)

أسلوب التصحيح:

تتم الاستجابة على بنود المقياس وفق مدرج ليكرت الخماسي: (أبداً - نادراً - أحياناً - غالباً - دائماً)، وتُعطى الدرجات من (1) إلى (5) على التوالي، وتشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع مستوى الإحترق النفسي المهني. وبحسب هدف التقييم يتم تحديد مستوى الإحترق النفسي المهني (منخفض - متوسط - مرتفع - مرتفع جداً) بحساب الدرجة الكلية أو درجة كل بُعد. و قد تم اختبار الخصائص السيكومترية للمقياس، و تمت ترجمته وتطبيقه في بلدان أكثر من 40 دولة، منها: هولندا وبلجيكا والنمسا وفنلندا وألمانيا وأيرلندا واليابان والإكوادور وإيطاليا وكوريا والبرازيل والبرتغال، وقد أظهر صدقاً وثباتاً عالياً. حيث كان الاتساق الداخلي الإجمالي ومقاييسه الفرعية جيداً مع معاملات ألفا كرونباخ التي تجاوزت (0.90) للمقياس الكلي، و (0.80) للمقاييس الفرعية. وقد أظهرت دراسة حديثة - عبر البلدان - باستخدام المقياس في الصحة المهنية على عينات متنوعة تميزاً بين العاملين الذين يعانون من الإحترق النفسي (Schaufeli et al., 2020). وتجدر الإشارة إلى أنه، وبحسب اطلاع الباحث وقت إجراء الدراسة لم تتوافر نسخة عربية مقننة من أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool - BAT)، الأمر الذي استدعى قيام الباحث بإعداد النسخة العربية من المقياس من النسخة الإنجليزية الأصلية، بعد الحصول على الموافقة الرسمية من مطوري المقياس، ومن ثم إخضاعه لإجراءات التعريب والتحقق من خصائصه السيكومترية في البيئة السعودية.

إجراءات تعريب وتكييف مقياس تقييم الإحترق النفسي المهني

(Burnout Assessment Tool - BAT)

نظراً لعدم توافر نسخة عربية مقننة من مقياس تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool - BAT)، سعى الباحث في الدراسة الحالية إلى إعداد نسخة عربية مكافئة للمقياس الأصلي، بما يضمن الحفاظ على المعنى النفسي للبنود، وملاءمتها الثقافية واللغوية لبيئة العمل السعودية، وذلك وفق الإجراءات العلمية المتعارف عليها في تعريب وتكييف أدوات القياس النفسي.

وقد تم تنفيذ عملية التعريب والتكييف الثقافي للمقياس عبر مراحل متابعة ومنظمة، استهدفت تحقيق التكافؤ اللغوي والمفاهيمي والدلالي بين النسخة الأصلية والنسخة العربية. حيث قام الباحث بعدة خطوات منهجية، هي:

1- الحصول على إذن الترجمة: قبل البدء في ترجمة المقياس، تم الحصول على إذن من المؤلفين من خلال التواصل مع المنسق عبر البريد الإلكتروني المرفق في موقع الويب الخاص بالمقياس (ملحق).

2- الترجمة الأولية: تم التأكد من المصطلحات النفسية التي تتناسب مع سياق النص الأصلي، بعد ذلك تم ترجمة المقياس من اللغة الأصلية إلى اللغة العربية مع التركيز على الحفاظ على المعاني الدقيقة لكل بند، وذلك بعد عرضها على متخصص في الترجمة.

3- الترجمة العكسية: تمت ترجمة النسخة المترجمة مرة أخرى إلى اللغة الأصلية. بعد ذلك تمت مقارنة النسخة مُعادة الترجمة بالنسخة الأصلية للتأكد من أن المعنى لم يتغير.

إجراءات الترجمة:

لإجراء التعريب استخدم الباحث منهجية الترجمة الأمامية العكسية (forward-backward translation)، وهي كما أوصى بها عدد من الباحثين في هذا المجال إحدى المنهجيات المعيارية المعتمدة في تكييف أدوات القياس النفسي، لما تتيحه من فحص دقيق للمطابقة المفاهيمية واللغوية بين النسخة الأصلية والنسخة المترجمة (Hambleton, 2005).

الترجمة الأمامية (Forward Translation)

في المرحلة الأولى، قام الباحث بترجمة النسخة الإنجليزية الأصلية للمقياس (الصورة الكاملة) الخاص ببيئة العمل إلى اللغة العربية، مع الإلتزام بنقل المعنى النفسي للبنود بدقة، وتجنب الترجمة الحرفية التي قد تُخل بالدلالة المفاهيمية للعبارات، مع مراعاة الخصوصية الثقافية واللغوية للبيئة السعودية. وقد ركز الباحث في هذه المرحلة على استخدام لغة عربية واضحة ومباشرة تتناسب مع مستوى فهم ممارسي التمريض، مع الحفاظ على روح المفهوم الذي يقيسه كل بند.

مراجعة لغوية ومفاهيمية أولية

عقب الانتهاء من الترجمة الأمامية، خضعت النسخة العربية الأولية لمراجعة لغوية ومفاهيمية، هدفت إلى: التأكد من سلامة الصياغة اللغوية، وضوح العبارات وخلوها من اللبس، توافق المصطلحات المستخدمة مع السياق المهني والبيئة الصحية، وأسفرت هذه المراجعة عن إجراء تعديلات طفيفة على بعض العبارات لتحسين الوضوح اللغوي دون المساس بالمضمون النفسي للبند.

الترجمة العكسية (Backward Translation)

في المرحلة التالية، تم إخضاع النسخة العربية الأولية لعملية الترجمة العكسية، حيث عرض الباحث هذه النسخة على مترجم متخصص يجيد اللغتين العربية والإنجليزية - دون اطلاعه على النسخة الأصلية- لترجمة النسخة العربية مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية. وقد هدفت هذه الخطوة إلى التحقق من مدى التكافؤ الدلالي بين النسخة الأصلية والنسخة العربية، والكشف عن أي غموض محتمل في المعنى.

المقارنة بين النسخة الأصلية والنسخة المعاد ترجمتها

قام الباحث بمقارنة بنود النسخة الإنجليزية الأصلية للمقياس مع ما يقابلها من بنود النسخة الإنجليزية الناتجة عن الترجمة العكسية، وذلك للتأكد من: تطابق المعاني النفسية، الحفاظ على المفهوم النظري الذي يقيسه كل بند، عدم وجود تشويه أو اختزال في المعنى. وقد أظهرت عملية المقارنة درجة عالية من التوافق بين النسختين، مع الحاجة إلى إدخال بعض التعديلات الطفيفة على عدد محدود من البنود لتعزيز الدقة والوضوح.

إعداد الصورة العربية الأولية للمقياس

في ضوء نتائج مراحل الترجمة والمراجعة والمقارنة، تم إعداد الصورة العربية الأولية للمقياس، والتي أصبحت جاهزة للانتقال إلى المرحلة التالية، والمتمثلة في التحقق من وضوح البنود وسلامة الصياغة من خلال التطبيق الاستطلاعي، تمهيداً لعرضها على السادة المحكمين للتحقق من الصدق الظاهري.

الدراسة الاستطلاعية للتحقق من وضوح البنود وسلامة الصياغة اللغوية لمقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني (BAT)

عقب الانتهاء من إعداد الصورة العربية الأولية للمقياس، سعى الباحث إلى التحقق من مدى وضوح البنود وسلامة الصياغة اللغوية، ومدى قابلية العبارات للفهم من قبل الفئة المستهدفة، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من ممارسي التمريض في البيئة السعودية، تمهيداً للانتقال إلى مرحلة التحكيم العلمي واختبار الخصائص السيكومترية للمقياس.

إجراءات الدراسة الاستطلاعية

قام الباحث بتطبيق الصورة العربية الأولية لمقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني (BAT) على عينة استطلاعية قوامها (ن = 30) من ممارسي التمريض العاملين في مجالات مختلفة داخل مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة، ممن لا يدخلون ضمن العينة الأساسية للدراسة. وهدفت هذه الخطوة إلى: التأكد من وضوح صياغة البنود، الكشف عن أي غموض لغوي أو دلالي، التحقق من مدى ملاءمة المصطلحات المستخدمة للسياق المهني. وقد طُلب من أفراد العينة الاستطلاعية تدوين ملاحظاتهم حول أي بند يرونه غير واضح، أو يحتوي على صياغة لغوية معقدة، أو يحتمل أكثر من تفسير.

وبناء على الملاحظات الواردة التي تكررت من أفراد العينة، أجرى الباحث بعض التعديلات على بعض البنود لتحسين الوضوح، دون المساس بالبناء النظري الذي يقيسه البند، ومن ضمنها التالي:

البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
1	أشعر بالإستنزاف أثناء عملي اليومي	أشعر بالإرهاق أثناء عملي اليومي
12	أشعر بفتور نفسي تجاه عملي	أشعر باللامبالاة تجاه عملي

جدول (31) التعديلات على بعض بنود مقياس الإحتراق النفسي المهني (BAT) بعد عرضها على العينة الإستطلاعية

في ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية، تبين أن معظم بنود المقياس كانت واضحة ومناسبة للفئة المستهدفة، مع الحاجة إلى إدخال تعديلات لغوية طفيفة على عدد محدود من البنود بهدف تحسين الوضوح والدقة. وقد أسفرت هذه الإجراءات عن إعداد صورة عربية منقحة لمقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني (BAT)، جاهزة للعرض على السادة المحكمين للتحقق من الصدق الظاهري.

الصدق الظاهري (صدق المحكمين) لمقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني (BAT)

عقب الانتهاء من تعريب المقياس ومراجعته لغوياً ومفاهيمياً، والتأكد من وضوح بنوده من خلال الدراسة الاستطلاعية، سعى الباحث إلى التحقق من صدقه الظاهري، وذلك من خلال عرضه على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين (ملحق). وذلك للتأكد من مدى ملاءمة البنود لمقياس أبعاد الاحتراق النفسي المهني، وسلامة الصياغة اللغوية، ووضوح العبارات، وملاءمتها الثقافية للبيئة السعودية. وقد رُوِّد السادة المحكمون بنسخة من المقياس مرفقة بنموذج تحكيم، تضمن تعريفاً إجرائياً لكل بُعد من أبعاد المقياس، وتعليمات واضحة حول كيفية تقييم البنود. حيث طُلب من السادة المحكمين إبداء آرائهم حول كل بند وفق المعايير الآتية: مدى ملاءمة البند للبعد الذي ينتمي إليه، وضوح الصياغة اللغوية وخلوها من الغموض، سلامة الصياغة من حيث اللغة والأسلوب، ملاءمة البند ثقافياً لبيئة العمل السعودية،

جدول دراسة معامل الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الاحتراق النفسي المهني (الإرهاق - الابتعاد العقلي - الضعف الذهني - الضعف الانفعالي - الضيق النفسي و الشكاوى الجسدية النفسية) في العينة الاستطلاعية

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الثبات (ألفا كرونباخ) لجميع أبعاد مقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني جاءت مرتفعة، حيث تراوحت قيمها بين (0.850 - 0.937)، مما يشير إلى تمتع الأداة بدرجة عالية من الثبات. كما بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.969)، وهو معامل مرتفع، يدل على ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق في الدراسة الحالية.

الصدق:

الإتساق الداخلي:

للتحقق من صدق الإتساق الداخلي لمقياس تقييم الاحتراق النفسي المهني (BAT) في صورته العربية، قام الباحث بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، إضافة إلى حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وتوضح الجداول التالية نتائج التحقق من صدق الإتساق الداخلي:

- المقياس ككل: البنود × الدرجة الكلية:

صدق الإتساق الداخلي		
العبارة/البنود	الاحتراق النفسي المهني	
	ر	الدلالة
1	0.804	0.000
2	0.686	0.000
3	0.712	0.000
4	0.741	0.000
5	0.763	0.000
6	0.748	0.000
7	0.848	0.000
8	0.757	0.000
9	0.722	0.000
10	0.643	0.000
11	0.754	0.000

0.000	0.705	12
0.000	0.655	13
0.000	0.797	14
0.000	0.769	15
0.000	0.798	16
0.000	0.720	17
0.000	0.687	18
0.000	0.656	19
0.000	0.737	20
0.000	0.763	21
0.000	0.765	22
0.000	0.795	23
0.000	0.762	24
0.000	0.714	25
0.000	0.823	26
0.000	0.719	27
0.000	0.682	28
0.000	0.680	29
0.000	0.620	30
0.000	0.703	31
0.000	0.642	32
0.000	0.668	33

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي: معاملات الارتباط بين كل عبارة (بند) وإجمالي مقياس الاحتراق النفسي المهني ككل.

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي المهني جاءت موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.620) و(0.848)، مما يشير إلى اتساق داخلي جيد بين بنود المقياس.

بُعد الإرهاق:

الإرهاق		رقم العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.791	1
0.000	0.699	2
0.000	0.878	3
0.000	0.888	4
0.000	0.807	5
0.000	0.866	6
0.000	0.875	7
0.000	0.873	8

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي للمحور الأول (بعد الإرهاق): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البعد (الإرهاق).

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائيًا بين كل بند والدرجة الكلية لبُعد الإرهاق، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.699) و(0.888)، مما يدل على تجانس بنود هذا البُعد واتساقها في قياس مفهوم الإرهاق المرتبط بالعمل.

الإبتعاد العقلي:

الإبتعاد العقلي		رقم العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.843	9
0.000	0.863	10
0.000	0.901	11
0.000	0.900	12
0.000	0.840	13

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي لبُعد الإبتعاد العقلي: معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البُعد.

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائياً بين كل بند والدرجة الكلية لُبعد الإبتعاد العقلي، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.840) و(0.901)، وهي قيم مرتفعة تشير إلى وضوح البُعد وتميُّز بنوده في قياس هذا البعد.

- الضعف الذهني:

الضعف الذهني		رقم العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.918	14
0.000	0.933	15
0.000	0.926	16
0.000	0.903	17
0.000	0.726	18

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي للمحور الثالث (بُعد الضعف الذهني): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البعد.

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائياً بين كل عبارة والدرجة الكلية لُبعد الضعف الذهني، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.726) و(0.933)، وهو يعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي لبند هذا البُعد.

- بُعد الضعف الإنفعالي:

الضعف الإنفعالي		رقم العبارة
الدلالة	ر	
0.000	0.815	19
0.000	0.883	20
0.000	0.894	21
0.000	0.854	22
0.000	0.912	23

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي للمحور الرابع (بُعد الضعف الإنفعالي): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البُعد.

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائيًا بين كل عبارة والدرجة الكلية لبُعد الضعف الإنفعالي، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.815) و(0.912)، وهي قيم تدل على تجانس البنود وقدرتها على تمثيل البُعد الانفعالي للاحتراق النفسي.

- الضيق النفسي:

الضيق النفسي		رقم العبارة
الدالة	ر	
0.000	0.836	24
0.000	0.918	25
0.000	0.931	26
0.000	0.794	27
0.000	0.830	28

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي للمحور الخامس (بُعد الضيق النفسي): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البُعد.

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائيًا بين كل بند والدرجة الكلية لبُعد الضعف الإنفعالي، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.794) و(0.931)، مما يشير إلى قوة العلاقة بين البنود والبُعد.

- الشكاوى الجسدية النفسية:

الشكاوى الجسدية النفسية		رقم العبارة
الدالة	ر	
0.000	0.804	29
0.000	0.726	30
0.000	0.864	31
0.000	0.816	32
0.000	0.773	33

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي للمحور السادس (بُعد الشكاوى الجسدية النفسية): معاملات الارتباط بين كل بند وإجمالي البُعد.

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى وجود معاملات ارتباط موجبة مرتفعة ودالة إحصائيًا بين كل بند والدرجة الكلية لبُعد الشكاوى الجسدية النفسية، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.726) و (0.864)، وهي قيم تعكس اتساقًا داخليًا مرتفعًا بين البنود والبعد التي تنتمي إليه.

- الأبعاد × الدرجة الكلية للمقياس:

الاحترق النفسي المهني		البُعد
الدلالة	ر	
0.000	0.893	الإرهاق
0.000	0.799	الابتعاد العقلي
0.000	0.816	الضعف/ الاختلال الذهني
0.000	0.855	الضعف/ الاختلال الانفعالي
0.000	0.857	الضيق النفسي
0.000	0.762	الشكاوى الجسدية النفسية

جدول دراسة صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقييم الإحترق النفسي المهني ككل: معاملات الارتباط بين كل بُعد وإجمالي المقياس

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات طردية قوية ذات دلالة إحصائية حيث أن جميع قيم الدلالة أقل من مستوى معنوية 0.05 مما يدل على أن عبارات جميع محاور المقياس تصلح للدراسة حيث تتراوح معاملات الارتباط ما بين 0.762 الي 0.893

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط بين درجات أبعاد مقياس الإحترق النفسي المهني والدرجة الكلية للمقياس جاءت موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، حيث تراوحت قيمها بين (0.762) و (0.893)، مما يدل على أن هذه الأبعاد (الإرهاق- الابتعاد العقلي- الضعف الذهني- الضعف الانفعالي- الضيق النفسي والشكاوى الجسدية النفسية) تشترك في قياس بناء كلي واحد هو الإحترق النفسي المهني، مع احتفاظ كل بُعد بخصوصيته.

وبناءً على ما سبق، تشير نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي إلى أن مقياس تقييم الإحترق النفسي المهني (BAT) يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي على مستوى البنود والأبعاد، مما يدعم صلاحيته للإستخدام في الدراسة الحالية.

التحليل العاملي التوكيدي (CFA)

استكمالاً للتحقق من الصدق البنائي لمقياس الاحتراق النفسي المهني (BAT) في صورته العربية، قام الباحث بإجراء التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis – CFA). وقد تم بناء نموذج قياس يتكوّن من ستة عوامل تمثل أبعاد المقياس، وربط كل عامل ببؤده المقابلة له، ثم تقدير النموذج باستخدام أسلوب الاحتمالية العظمى (Maximum Likelihood) ويوضح الجدول أدناه نتائج مؤشرات جودة المطابقة:

المؤشر	القيمة المحسوبة	المعيار المقبول
χ^2 / df	2.41	≤ 3.00
GFI	0.92	≥ 0.90
AGFI	0.90	≥ 0.90
CFI	0.96	≥ 0.90
TLI	0.95	≥ 0.90
RMSEA	0.056	≤ 0.08
SRMR	0.048	≤ 0.08

جدول مؤشرات جودة مطابقة (Goodness of Fit Indices) النموذج العاملي التوكيدي لمقياس الاحتراق النفسي المهني

تشير نتائج الجدول أعلاه لمؤشرات جودة المطابقة إلى أن النموذج العاملي يتمتع بدرجة مطابقة جيدة جداً، حيث جاءت جميع القيم ضمن الحدود المقبولة إحصائياً، مما يدل على صلاحية النموذج البنائي للمقياس. وبناءً على نتائج التحليل العاملي التوكيدي، يمكن التأكيد على أن مقياس الاحتراق النفسي المهني (BAT) في صورته العربية يتمتع بدرجة عالية من الصدق البنائي، وأن بنيته العملية تتسق مع الإطار النظري للمقياس الأصلي، مما يجعله أداة قياس صالحة وموثوقة للاستخدام في البيئة السعودية.

خامساً: خصائص العينة:

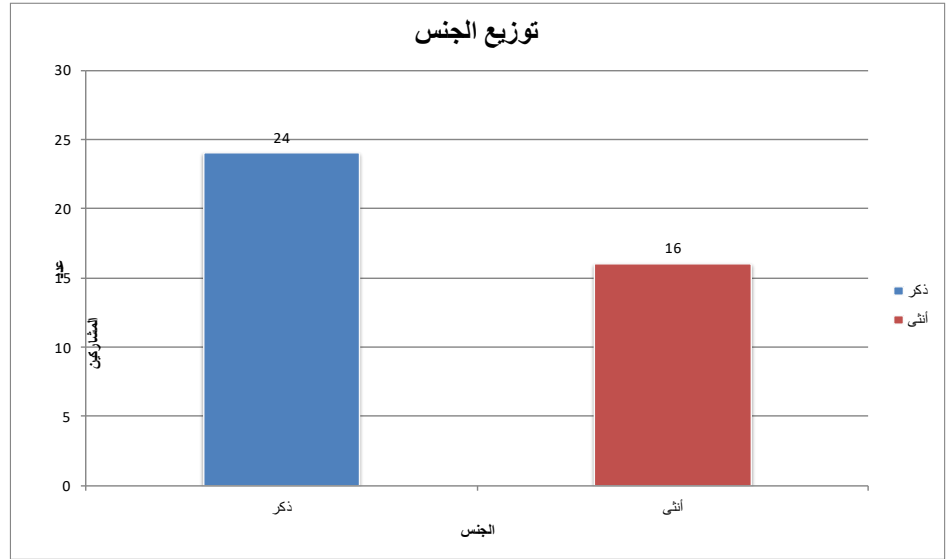
تضمنت استبانة البيانات الديموغرافية في صفحتها الأولى مجموعة من الأسئلة المخصصة لجمع البيانات الديموغرافية الأساسية، والتي تهدف إلى وصف العينة بدقة وفهم الفروق بين الأفراد بناءً على خصائصهم الشخصية. وقد صُممت هذه الفقرة من الاستبانة لتحديد العينة بناءً على شروط محددة للإضمام، ولتستخدم لاحقاً في التحليل 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 الإشمال 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

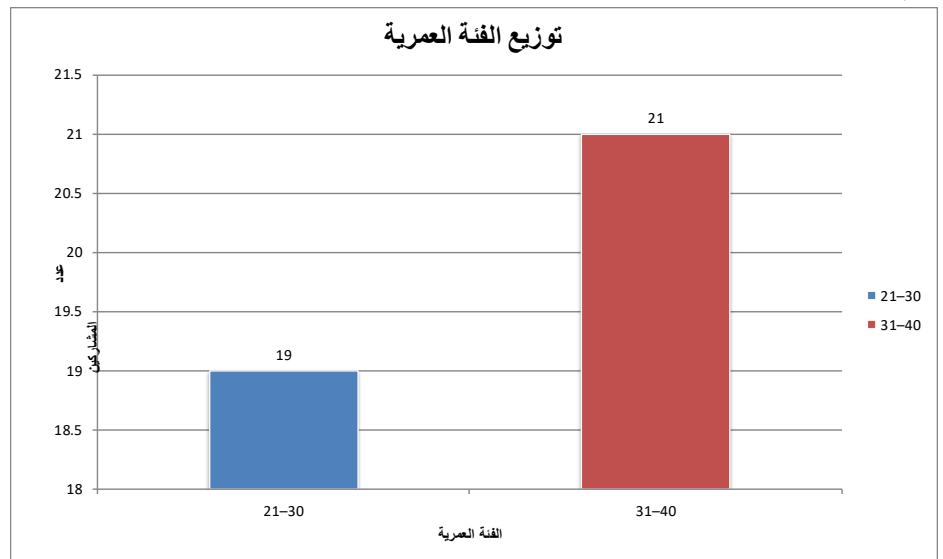
وبناء على ما ذكر، جاءت خصائص العينة على النحو التالي:

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



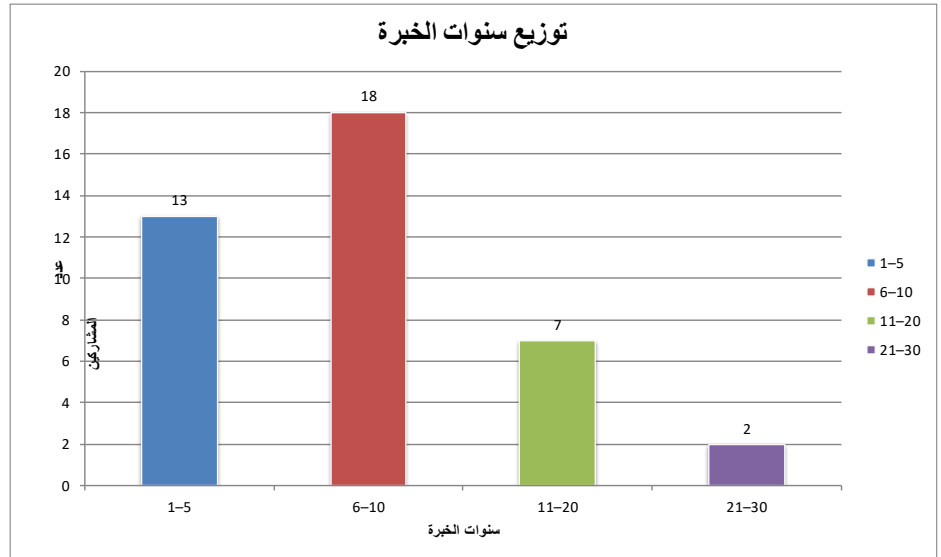
شكل (11) يوضح عدد المشاركين من الذكور والإناث في العينة

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



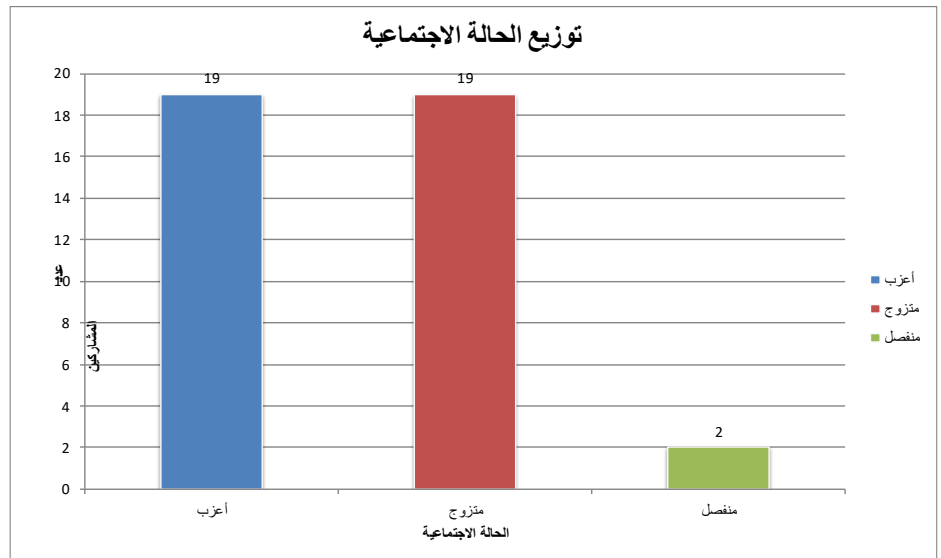
شكل (12) يوضح الفئات العمرية الأكثر التي توزعت في العينة

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.



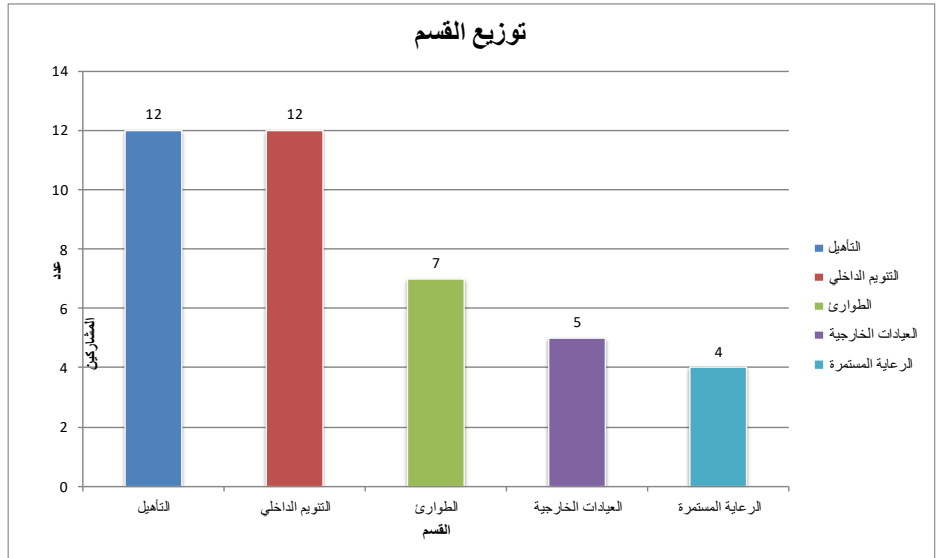
شكل (13) يوضح عدد المشاركين في العينة بناء على توزيع سنوات الخبرة

رابعا: الحالة الإجتماعية: تنوع المشاركون في العينة بناء على الحالة الإجتماعية. وقد كان العدد الأكبر من فئة "أعزب" و فئة "متزوج" بالتساوي، وعدد قليل من فئة "منفصل".



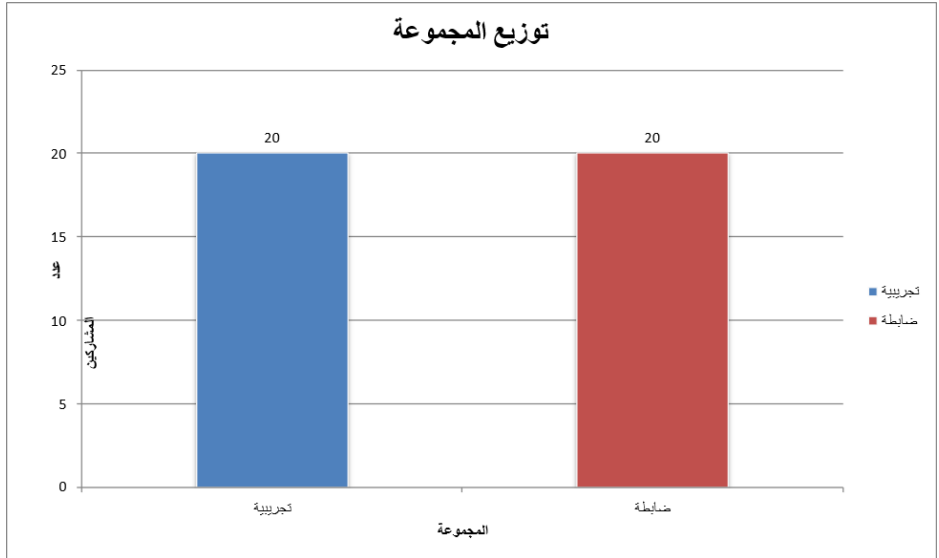
شكل (14) يوضح أعداد المشاركين في العينة بناء على الحالة الاجتماعية

خامسا: القسم: تنوع المشاركون في العينة بناء على أقسام متنوعة كان أبرزها قسماً إعادة التأهيل، والتنويم الداخلي حيث تضمنت العدد الأكبر من المشاركين، تلتها أقسام الطوارئ، الرعاية المستمرة، والعيادات الخارجية بالتوالي.



شكل (15) 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 (16) يوضح توزيع المشاركين في مجموعتين: تجريبية وضابطة

المتغير	الفئة	المجموعة التجريبية (ن=20)	المجموعة الضابطة (ن=20)	المجموع
الجنس	ذكر	12	12	24
	أنثى	8	8	16

19	8	11	30 – 21	الفئة العمرية
21	12	9	40 – 31	
19	10	9	أعزب	الحالة الاجتماعية
19	9	10	متزوج	
2	1	1	منفصل	
13	6	7	5 – 1	سنوات الخبرة
18	10	8	10 – 6	
7	4	3	20 – 11	
2	0	2	30 – 21	
12	8	4	التأهيل	القسم
12	6	6	التنويم الداخلي	
7	2	5	الطوارئ	
4	2	2	الرعاية المستمرة	
5	2	3	العيادات الخارجية	

جدول (4) يوضح خصائص عينة الدراسة

يوضح جدول (4) 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 والتنويم 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:

لتزم الباحث بجميع متطلبات لجنة أخلاقيات البحث العلمي بصحة جدة، 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، مما مكنه من البدء في التطبيق الميداني داخل مجمع إرادة للصحة النفسية بجدة (ملحق).

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 التوجيه 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 أعلى من الاحتراق النفسي المهني بالتزامن مع 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) مشاركاً 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 نظراً لملاءمته لأحجام العينات الصغيرة، حيث بلغ حجم كل مجموعة في الدراسة (20) مشاركاً. وقد ساعد هذا الاختبار في تحديد نوع الاختبارات الإحصائية المناسبة (المعلمية أو اللامعلمية) التي سيتم استخدامها في اختبار فروض الدراسة. وقد كانت نتيجة الاختبار في الجدول أدناه:

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	Skewness	Kurtosis	Shapiro-Wilk (W)	قيمة الدلالة (Sig.)	نوع التوزيع
(BAT)	3.82	0.41	+1.12	1.45	0.91	0.003	غير طبيعي

جدول (5) اختبار التوزيع الطبيعي لدرجات القياس القبلي باستخدام اختبار Shapiro-Wilk

يتضح من نتائج الجدول (5) من اختبار التوزيع الطبيعي أن قيمة الدلالة في اختبار Shapiro-Wilk لمتغير الإحتراق النفسي المهني كانت أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي. كما أظهرت معاملات الالتواء (Skewness) أن توزيع درجات الإحتراق النفسي يميل نحو الطرف الأعلى (انحراف موجب)، وهو ما يتماشى مع طبيعة العينة المختارة التي ركزت على الأفراد ذوي الإحتراق النفسي المرتفع. 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 (الإحتراق النفسي المهني) قبل تطبيق البرنامج، بهدف التأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين قبلياً، وهو ما يضمن أن أي فروق تظهر لاحقاً يمكن إرجاعها إلى أثر البرنامج التكاملية المستخدم في الدراسة.

المتغير	Group	Mean	Sd	U	مستوى الدلالة
(BAT)	التجريبية	4.04	0.42	159.5	.279
	الضابطة	4.18	0.41		

جدول (6) يوضح اختبار التكافؤ القبلي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

يوضح جدول (6) نتائج اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للإحترق النفسي المهني. وتشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس القبلي للإحترق النفسي المهني (Sig = 0.279) ، حيث كانت قيمة مستوى الدلالة أكبر من (0.05). وعليه تشير النتائج الى تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة قبل إجراء التدخل النفسي بالبرنامج التكاملي، الأمر الذي يسمح بإرجاع أي فروق قد تظهر لاحقاً في القياس البعدي إلى أثر البرنامج التكاملي المستخدم في الدراسة. وبناءً على تحقق التكافؤ القبلي بين المجموعتين، تم البدء في تطبيق البرنامج التكاملي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، بينما لم تتعرض المجموعة الضابطة لأي تدخل خلال فترة التطبيق، وذلك بهدف فحص فعالية البرنامج في خفض الإحترق النفسي المهني لدى أفراد العينة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة والإعتبرات 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، و معامل 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:

1- اختبار مان-ويتني **Mann-Whitney Test**

2- 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 مخول 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- موافقة المشاركين:

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 و قد تربط بعضهم روابط زمالة العمل أو صداقة أو حتى قرابة، إضافة للتنوع بين ذكور إناث وتفاوت الفئة العمرية. الأمر الذي قد يتسبب في التردد في المشاركة أو التفاعل خلال الجلسات. تفهم الباحث كل ذلك وإلتزم بمراعاة 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 التكاملية في خفض الاحتراق النفسي المهني وتعزيز 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 التكاملية، 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	التكرار	الفئة العمرية
52.5 %	19	21 – 30 سنة
47.5 %	21	31 – 40 سنة

يوضح 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

توزيع 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: وصف استجابات أفراد العينة على أبعاد مقياس الإحترق النفسي المهني:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس الإحترق النفسي المهني، وذلك بهدف التعرف على مستوى الإحترق النفسي لدى المشاركين. يتكون مقياس الإحترق النفسي المهني من ستة أبعاد، أربعة منها تمثل

الأعراض الأساسية وهي: الإرهاق، والإبتعاد العقلي، والضعف الذهني، والضعف الإنفعالي، بينما يمثل البعدان الآخران الأعراض الثانوية وهما: الضيق النفسي، والشكاوى الجسدية النفسية، وقد كانت النتائج كما في الجدول أدناه مرتبة بالبعد الأكثر تأثيراً.

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البُعد
1	0.96	3.79	الإرهاق
2	0.93	3.70	الضعف الانفعالي
3	0.91	3.66	الضيق النفسي
4	0.97	3.64	الشكاوى الجسدية النفسية
5	0.94	3.61	الابتعاد العقلي
6	0.96	3.49	الضعف الذهني

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد العينة

تفسير النتائج

يتضح من الجدول السابق أن مستويات الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد العينة جاءت مرتفعة نسبياً في معظم الأبعاد. حيث جاء بُعد الإرهاق في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.79)، مما يشير إلى أن الشعور بالإجهاد والتعب المرتبط بالعمل يمثل أكثر مظاهر الاحتراق النفسي بروزاً لدى أفراد العينة.

وجاء في المرتبة الثانية بُعد الضعف الانفعالي بمتوسط حسابي بلغ (3.70)، وهو ما يعكس حالة من الاستنزاف الانفعالي وضعف القدرة على التحكم في الانفعالات المرتبطة ببيئة العمل. أما بُعد الضيق النفسي فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.66)، مما يدل على معاناة بعض أفراد العينة من مشاعر القلق والتوتر المرتبطة بضغط العمل. وجاء بُعد الشكاوى الجسدية النفسية في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.64)، مما يشير إلى ظهور بعض الأعراض الجسدية المرتبطة بالضغط النفسية. في حين جاء بُعد الابتعاد العقلي في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي بلغ (3.61)، وهو ما يعكس ميل بعض الأفراد إلى الانفصال الذهني أو التباعد عن العمل كآلية للتعامل مع الضغوط المهنية. أما بُعد الضعف الذهني فقد جاء في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.49)، ورغم ذلك فإنه ما يزال يشير إلى مستوى ملحوظ من الصعوبات المرتبطة بالتركيز والقدرات الذهنية نتيجة الضغوط المهنية. وتشير هذه النتائج في مجملها إلى أن أفراد العينة يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الإحترق النفسي المهني، وهو ما يدعم مبررات تطبيق برنامج التدخل الهادف إلى خفض الإحترق النفسي وتعزيز المرونة النفسية.

ثالثاً: الفروق في أبعاد الاحتراق النفسي المهني تبعاً لمتغير الجنس

لكشف عن الفروق في مستويات الاحتراق النفسي المهني بين الذكور والإناث، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة للمقارنة بين متوسطات استجابات المجموعتين في أبعاد المقياس.

البعد	المتوسط لدى الذكور	المتوسط لدى الإناث	قيمة t	مستوى الدلالة
الإرهاق	3.72	3.88	-0.906	0.368
الابتعاد العقلي	3.60	3.62	-0.128	0.899
الضعف الذهني	3.47	3.51	-0.237	0.814
الضعف الانفعالي	3.60	3.82	-1.261	0.211
الضيق النفسي	3.65	3.66	-0.114	0.909
الشكاوى الجسدية النفسية	3.63	3.64	-0.089	0.929

نتائج اختبار (ت) للفروق في أبعاد الاحتراق النفسي المهني تبعاً للجنس

تفسير النتائج

يتضح من الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي المهني تبعاً لمتغير الجنس، وهو ما قد يعكس تشابه ظروف العمل والضغوط المهنية التي يتعرض لها العاملون من كلا الجنسين في بيئة العمل. تشير هذه النتائج إلى أن الإرهاق يمثل البعد الأكثر بروزاً في الاحتراق النفسي لدى كلا الجنسين، وهو ما يتفق مع العديد من الدراسات التي تشير إلى أن الإرهاق يعد المؤشر المركزي للإحتراق النفسي المهني، وتلك النتيجة تتفق مع نتائج دراسات كثيرة؛ منها: دراسة لوبيز – لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al., 2019)، ودراسة جوس وآخرون (Jose et al., 2020) والتي أظهرت نتائجها أن بُعد الإرهاق مثل البعد الأكثر تأثيراً من بين الأبعاد الأخرى لدى عينات الدراسة.

في المقابل، أظهرت النتائج وجود ميل نسبي لإرتفاع متوسطات الإحتراق النفسي لدى الإناث في بعض الأبعاد، وهو ما قد يرتبط بطبيعة الأدوار الاجتماعية والمهنية المتعددة التي قد تزيد من مستوى الضغوط والانفعالات المرتبطة بالعمل. حيث سجلت الإناث متوسطات أعلى في معظم أبعاد الاحتراق النفسي مقارنة بالذكور، وهو ما يشير إلى أن الإناث في عينة الدراسة كن أكثر تعرضاً نسبياً لمظاهر الاحتراق النفسي المرتبطة ببيئة العمل.

وقد ظهر هذا الفرق بصورة أوضح في بعدين رئيسيين هما الإرهاق و الضعف الانفعالي: حيث بلغ متوسط بُعد الإرهاق لدى الإناث (3.88) مقارنة بمتوسط (3.72) لدى الذكور، مما يشير إلى أن الإناث يعانون بدرجة أكبر من الشعور بالإجهاد والتعب المرتبط بالعمل. كذلك بُعد الضعف الانفعالي بلغ متوسط الإناث (3.82) مقارنة بمتوسط (3.60) لدى الذكور، وهو ما يعكس ارتفاع مستوى الإستنزاف الانفعالي لدى الإناث مقارنة بالذكور. أما في بقية الأبعاد مثل الإبتعاد العقلي والضعف الذهني والضيق النفسي والشكاوى الجسدية النفسية فقد كانت الفروق محدودة نسبياً بين الجنسين. و في الجدول أدناه ترتيب الأبعاد الأكثر تأثيراً حسب الجنس

الترتيب	الإناث	الذكور
1	الإرهاق (3.88)	الإرهاق (3.72)
2	الضعف الانفعالي (3.82)	الضيق النفسي (3.65)
3	الضيق النفسي (3.66)	الشكاوى الجسدية النفسية (3.63)

4	الشكاوى الجسدية النفسية (3.64)	الابتعاد العقلي (3.60)
5	الإبتعاد العقلي (3.62)	الضعف الانفعالي (3.60)
6	الضعف الذهني (3.51)	الضعف الذهني (3.47)

ترتيب الأبعاد الأكثر تأثراً حسب الجنس على مقياس الإحترق النفسي المهني

ثالثاً: اختبار فرضيات الدراسة:

تم اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية اللابارامتريّة نظراً لطبيعة العينة وحجمها، حيث تم استخدام:

- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين
- اختبار ويلكوسون (Wilcoxon Signed-Rank Test) للمقارنات داخل نفس المجموعة
- اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis H Test) لمقارنة أكثر من مجموعتين

1- الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على التالي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الإحترق النفسي قبل و بعد 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 الإحترق النفسي المهني

الدلالة	Z	U	متوسط الرتب	المجموعة
0.279	-0.28	159.5	20.60	التجريبية
			20.40	الضابطة

جدول (7) اختبار مان-ويتني للفروق في الإحترق النفسي المهني (قبلي)

التفسير

يتضح من الجدول (7) أن قيمة الدلالة (0.279) 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 الإحترق النفسي المهني قبل تطبيق البرنامج.

القياس البعدي:

الدلالة	Z	U	متوسط الرتب	المجموع
0.000	-5.05	5.00	10.10	التجريبية
			30.90	الضابطة

جدول (8) اختبار مان-ويتني للفروق في الإحترق النفسي المهني (بعدي)

التفسير:

تشير النتائج في الجدول (8) إلى وجود فروق - في انخفاض الإحترق النفسي المهني - ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) لصالح المجموعة التجريبية، مما يؤدي إلى رفض الفرض الصفري الذي نص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الإحترق النفسي قبل و بعد تطبيق البرنامج".

3- الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على التالي: "توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في انخفاض الإحترق النفسي 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 الإحترق النفسي (في المجموعة التجريبية):

الدلالة	Z	عدد الرتب	الحالة
0.000	-3.89	20	الرتب السالبة
		0	الرتب الموجبة

جدول (9) اختبار ويلكوكسون يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الإحترق النفسي (في المجموعة التجريبية)

التفسير:

تشير النتائج في الجدول (9) إلى وجود فروق دالة إحصائية لصالح القياس البعدي في خفض الإحترق النفسي المهني. ما يعني قبول الفرضية التي تنص أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في خفض الإحترق النفسي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي".

3- الفرضية الثالثة:

وتتص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض الإحترق النفسي 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 الإحترق النفسي المهني (في المجموعة التجريبية):

الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
لرتب الموجبة	7	10.90	76.30	-1.63	0.102
الرتب السالبة	13	10.20	132.60		

جدول (10) اختبار ويلكوكسون للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي في الإحترق النفسي

التفسير:

تشير النتائج في الجدول (10) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في مستوى الإحترق النفسي لدى المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة الدلالة (0.102)، وهي قيم أكبر من مستوى المعنوية (0.05). وتدل هذه النتيجة على استمرار أثر البرنامج التدخل بعد فترة المتابعة، حيث لم يحدث ارتفاع دال في مستوى الإحترق النفسي، رغم وجود تغيرات طفيفة غير دالة إحصائياً. ما يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في خفض الإحترق النفسي المهني بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية"

4- الفرضية الرابعة:

وتتص هذه الفرضية على التالي: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض الإحترق النفسي المهني 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
الإحترق النفسي المهني	21.10	19.90	-0.86	0.390

جدول (11) اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U) لإختبار الفروق في الإحترق النفسي بناء على الجنس

التفسير:

تشير النتائج في الجدول (11) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى للجنس، حيث بلغ مستوى الدلالة للجنسين (0.390) للإحترق النفسي المهني، وهي قيم أكبر من مستوى المعنوية (0.05)، ما

يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض 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 التكاملية في خفض الإحترق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي، وعدم تأثر النتائج بمتغير الجنس.

5- الفرضية الخامسة:

وتنص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض الإحترق النفسي المهني 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 (12) اختبار كروسكال-واليس لإختبار الفروق في الإحترق النفسي بناء على سنوات الخبرة

الإحترق النفسي المهني			N	سنوات الخبرة
Sig.	H	M Rank		
0.704	1.405	10.14	7	1 – 5
		11.31	8	6 – 10
		9.67	3	11 – 20
		9.50	2	21 – 30

التفسير:

تشير نتائج اختبار كروسكال-واليس إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقدار التغير في درجات الإحترق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير سنوات الخبرة ($p = 0.704$)، مما يعني أن البرنامج التكاملية قد أسهم في خفض الإحترق النفسي بدرجات متقاربة لدى المشاركين بغض النظر عن عدد سنوات الخبرة.

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

6- الفرضية السادسة:

وتنص هذه الفرضية على التالي: " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض الإحترق النفسي المهني 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 (13) اختبار كروسكال-واليس لإختبار الفروق في الإحترق النفسي بناء على الحالة الإجتماعية

الإحترق النفسي المهني			N	الحالة الاجتماعية
Sig.	H	Mean Rank		
0.777	0.504	10.86	9	أعزب
		10.75	10	متزوج
		8.00	1	منفصل

التفسير:

تشير النتائج في الجدول (13) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقدار التغير في درجات الإحترق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ($p = 0.777$)، ما يدل على أن البرنامج ساهم في خفض الإحترق النفسي بشكل متقارب بين المشاركين على اختلاف حالاتهم الاجتماعية. وبناءً عليه يتم قبول الفرض الصفري، أي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعزيز المرونة النفسية وانخفاض الإحترق النفسي المهني لدى المجموعة التجريبية تعزى للحالة الاجتماعية"

وإجمالاً تشير النتائج أعلاه إلى فاعلية البرنامج التكاملي في خفض الإحترق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي، وعدم تأثير النتائج بمتغير الجنس. كما أن فعالية البرنامج في خفض 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 بعداً تفسيرياً جديداً، خاصة في البيئة السعودية في سياق التمرير النفسي وعلاج الإدمان، وهو سياق يتسم بكثافة الضغوط المهنية والانفعالية وتعدد مصادر الاستنزاف النفسي . وتنبع أهمية مناقشة النتائج كذلك من خصوصية هذه الدراسة على مستويين، الأول يتمثل في متغير الإحترق النفسي المهني وطبيعة العينة التي تعاني منه، 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 خفض الاحتراق النفسي لا يتحقق عادةً بتقنية أحادية، بل يكون أكثر رسوخاً عندما تُدمج استراتيجيات التنظيم الانفعالي، واليقظة، وإعادة البناء المعرفي، والمهارات السلوكية، والدعم التنظيمي ضمن تصور تدخلٍ 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.

وفي هذا السياق، نكتسب أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (Burnout Assessment Tool (BAT) التي اعتمدها الدراسة أهمية خاصة، إذ تمثل امتداداً نقدياً وتطويرياً على مقاييس الاحتراق النفسي التقليدية، وبخاصة مقياس ماسلاش. فالأداة صُممت بناءً على تعريف حديث للإحترق النفسي يتضمن أربعة مكونات أساسية هي: الإرهاق، والإبتعاد العقلي، والضعف المعرفي، والضعف الإنفعالي، مع تضمين أعراض ثانوية مثل الضيق النفسي والشكاوى النفسجسمية، وهو ما يمنحها قدرة تفسيرية أوسع لمظاهر الاحتراق النفسي في البيئات المهنية المعقدة.

مناقشة النتائج:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى الإحترق النفسي المهني لدى العينة قبل التدخل:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى الإحترق النفسي المهني لدى أفراد العينة جاء مرتفعاً، بل إن الجزء الأكبر من العينة وقع ضمن المستويين المرتفع والمرتفع جداً قبل تطبيق البرنامج. ويمكن النظر إلى هذه النتيجة بوصفها نتيجة منطقية إلى حد كبير في ضوء طبيعة العمل التمريضي في الصحة النفسية وعلاج الإدمان؛ فهذه البيئة لا تفرض فقط عبئاً مهنيًا متكررًا، بل تُحمّل الممارس الصحي أيضًا مسؤولية انفعالية مزمّنة ناتجة عن التعامل اليومي مع حالات معقدة، وانتكاسات علاجية، وسلوكيات صعبة، وتوقعات مؤسسية وأسرية متقاطعة. ولذلك فإن ارتفاع الإحترق النفسي لدى العينة لا يبدو ظاهرة عرضية، بل يعكس استجابة تراكمية لضغوط مهنية ممتدة ومستمرة. وتتفق هذه النتيجة مع طيف واسع من الدراسات السابقة التي أشارت إلى انتشار متوسط إلى مرتفع للإحترق النفسي بين الممرضين والعاملين في القطاعات الصحية عالية الضغط. مثل دراسة فولكر وآخرون (Volker et al., 2010) التي أظهرت نتائجها أن ثلث العاملين في خدمات علاج الإدمان يعانون من إحترق نفسي شديد، ودراسة كانداز-دي وآخرون (Cañadas-De et al 2018) التي أسفرت نتائجها عن مستوى عالٍ من الإحترق النفسي لدى 38.5% لدى فريق التمريض في وحدات الرعاية الحرجة وأقسام الطوارئ. ودراسة القحطاني وآخرون (Alqahtani et al., 2019) الذي أظهرت نتائجها أن معظم المشاركين من فريق التمريض في مجمع إرادة للصحة النفسية بالدمام (82.3%) يعانون من الإحترق النفسي والذي تراوحت درجاته بين المتوسط والمرتفع. كذلك دراسة القحطاني والحربي (Alqahtani & Alharbi 2020) أظهرت أن (40%) من ممرضي الطوارئ يعانون من مستويات عالية من الإحترق النفسي. كذلك دراسة الخضير وآخرون (Qedair et al., 2022) التي بحثت العلاقة بين مستويات الإحترق النفسي وعوامل ديموغرافية. وقد كشفت النتائج أن (44.8%) من العينة يعانون من الإحترق النفسي، وأن (26.4%) لديه مستوى مرتفع من الإحترق النفسي. مع بروز واضح لبعض الأبعاد لدى نسبة كبيرة من العينة. وقد كشفت النتائج أن هناك ارتباطاً بين مستويات الإحترق النفسي وبعض الخصائص الديموغرافية. وقد دعمت مراجعات كثيرة هذا الاتجاه، إذ خلصت مراجعات منهجية أن بيانات الرعاية التمريضية النفسية المكثفة ترتبط بمخاطر مرتفعة نسبياً للإحترق النفسي. منها دراسة لوبيز-لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al, 2019) التي شملت إجراء مراجعة منهجية لـ 11 دراسة منشورة، وأظهرت النتائج مستويات متوسطة في أبعاد الإحترق النفسي في معظم الحالات بين ممرضين وممرضات الصحة النفسية.

ومن زاوية أكثر تحديداً، فإن بروز الإرهاق والضعف أو الإختلال الانفعالي والضيق النفسي ضمن الأبعاد الأكثر تأثراً في الدراسة الحالية يبدو متسقاً مع الأدبيات التي تشير إلى أن الإرهاق أو الاستنزاف العاطفي يظل عادة المظهر الأكثر مركزية في الاحتراق النفسي لدى الممرضين، مثل دراسة لوبيز-لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al, 2019) حيث أظهر تحليل النتائج أن: 25% يعانون من انهك عاطفي شديد، و 15% يعانون من تبدل المشاعر، و 22% يعانون من انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي. كذلك دراسة جوس وآخرون (Jose et al., 2020) التي أظهرت نتائجها معاناة الممرضين في الطوارئ من مستوى احتراق نفسي متوسط إلى مرتفع في الإنهاك العاطفي وتبدل المشاعر، ومستوى خفيف إلى متوسط في انخفاض الإنجاز الشخصي. تلك النتائج أشارت أن الممرض لا يواجه عبء المهام فقط، بل يواجه أيضاً عبء الاستجابة الانفعالية المستمرة لآلام المرضى وأسرههم، مع ما يصاحب ذلك من استنزاف الموارد الداخلية والتعاطف

ثانياً:

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس - سنوات الخبرة - الحالة الإجتماعية):

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى الجنس في الانخفاض في الاحتراق النفسي بعد التدخل، رغم ظهور بعض الفروق الوصفية المحدودة في بعض الأبعاد. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن العبء المهني الضاغظ في بيئة التمريض النفسي وعلاج الإدمان قد يعمل بوصفه عاملاً ضاغظاً 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 موجّهاً لمحتوى نوعي خاص بجنس دون آخر، بل ركز على مهارات عامة مثل التنظيم المعرفي والانفعالي والمواجهة، وهي مهارات يفترض نظرياً أنها قابلة للتعلم 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 تبدل المشاعر لدى الذكور، كما أوضحت مراجعة لوبيز-لوبيز وآخرون (Lopez-Lopez et al., 2019) أن الجنس قد يسهم ضمن حزمة من العوامل المرتبطة بالاحتراق النفسي لدى ممرضين الصحة النفسية. إلا أن الاتجاه العام في بعض الأدبيات يميل إلى أن أثر الجنس غالباً ما يكون ثانوياً 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 التغير في الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير سنوات الخبرة. وتُعد هذه النتيجة ذات أهمية؛ لأنها تشير إلى أن فاعلية البرنامج التكاملية كانت متقاربة لدى الممرضين والممرضات 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 تدريجياً، 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 ركز على مهارات عامة في إعادة البناء المعرفي، وتنظيم الانفعال، وتعديل أنماط التفكير، وإدارة الضغوط، وتفعيل الاستراتيجيات الإيجابية للمواجهة. وهذه المهارات تُعد "مهارات نفسية قابلة للتعلم" ولم تكن

موجهة خصيصاً لفئة ذات سنوات خبرة معينة. ومن ثم يمكن أن يحقق البرنامج تأثيراً متقارباً لدى جميع الفئات بغض النظر عن تفاوت خبراتهم المهنية.

وتتسق هذه النتيجة مع ما ورد في بعض الدراسات التي أوضحت أن العوامل التنظيمية والمهنية (مثل عبء العمل، الدعم الإداري، المناخ المهني) قد تكون أقوى تفسيراً للاحتراق النفسي من سنوات الخبرة بحد ذاتها. فعلى سبيل المثال، أشارت مراجعة لوبيز وآخرون-Lopez (2019) إلى أن الأقدمية المهنية قد ترتبط بالاحتراق النفسي ضمن مجموعة عوامل متعددة، لكنها ليست العامل الحاسم وحدها، بل تتداخل مع ظروف العمل وخصائص البيئة العلاجية. كما أن بعض الدراسات مثل (Alqahtani et al., 2019) و (Qedair et al., 2022) أوضحت وجود ارتباطات بين الاحتراق وبعض الخصائص الديموغرافية، إلا أنها لم تُظهر دائماً نمطاً ثابتاً فيما يخص سنوات الخبرة، مما يعزز فكرة أن تأثير سنوات الخبرة غير خطي وقد يختلف باختلاف البيئات التنظيمية.

كما أن عدم وجود فروق دالة في نتائج هذه الدراسة يمكن تفسيره أيضاً في ضوء طبيعة العينة المختارة، إذ إن المشاركين تم اختيارهم بناءً على وجود درجات مرتفعة نسبياً في الاحتراق النفسي، ما يعني أنهم يشتركون في مستوى مرتفع من الاستنزاف بغض النظر عن سنوات خبرتهم، مما يجعل تأثير الخبرة أقل قدرة على إحداث تمايز واضح بين الفئات. ويعزز هذا التفسير أن الاحتراق النفسي ليس دائماً مجرد نتيجة للتعرض الطويل للعمل، بل قد يرتبط بتفاعل معقد بين شدة الضغوط وغياب الموارد النفسية والتنظيمية.

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في مقدار التغيير في الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى للحالة الاجتماعية. وتشير هذه النتيجة إلى أن الحالة الاجتماعية (أعزب/متزوج/منفصل) لم تكن عاملاً فارقاً في مدى استفادة المشاركين من برنامج التدخل، في خفض الاحتراق النفسي.

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 متزوجاً أو أعزباً 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 تعرضاً 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 التكاملي ركز 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 تنميتها من خلال التدريب والتدخلات النفسية، وليست مجرد انعكاس للظروف الاجتماعية.

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع ما ورد في بعض الأدبيات التي تشير إلى أن العوامل الاجتماعية والديموغرافية قد تظهر علاقتها بالاحتراق النفسي في بعض الدراسات، لكنها ليست علاقة ثابتة في جميع السياقات، إذ تعتمد على طبيعة المؤسسة ومستوى الدعم التنظيمي، مثل ما أشارت إليه مراجعة لوبيز وآخرون-Lopez (2019) إلى أن الحالة الاجتماعية -مثل كون الشخص أعزب- قد تكون ضمن عوامل الخطورة المحتملة للاحتراق النفسي، إلا أنها تظل عاملاً ثانوياً مقارنة بعوامل بيئة العمل. كذلك دراسة القحطاني والحربي (2020) Alqahtani & Alharbi التي أشارت نتائجها إلى أن ساعات العمل الطويلة وضعف الدعم الاجتماعي والتنظيمي تعد من العوامل الأبرز المرتبطة بالاحتراق النفسي لدى الممرضين، وهو ما يجعل الحالة الاجتماعية أقل تأثيراً مقارنة بهذه العوامل المهنية الضاغطة.

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 تماماً، بل قد يشير إلى فعالية البرنامج التكاملي بدرجة جعلته يتجاوز تلك الفروق، وأن العوامل المهنية

والضغوط التنظيمية كانت أكثر تأثيراً في تطور الإحترق النفسي من المتغيرات الديموغرافية. كما يمكن اعتبار هذه النتائج مؤشراً إيجابياً من الناحية التطبيقية، كون تلك النتائج قد تعزز قيمة البرنامج التكاملية و قابليته للتعميم بتطبيقه على المرضى والممرضات بمختلف خصائصهم الديموغرافية دون الحاجة إلى تخصيصه لفئة محددة.

ثالثاً: مناقشة فاعلية البرنامج التكاملية في خفض الإحترق النفسي المهني:

كذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في اتجاه خفض الإحترق النفسي المهني، مع ظهور فروق بعدية بين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية. وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن مكونات البرنامج قد استهدفت، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، الآليات النفسية التي تطور الإحترق النفسي أو تحافظ على استمراره، مثل التقييمات المعرفية (كالتشويهاة الذهنية الكارثية) للضغط، وصعوبات ضبط أو تنظيم الردود الإنفعالية، واستنزاف التعاطف، وضعف الرعاية الذاتية، والسلوكيات اللاتكيفية في التعامل مع المواقف المهنية كالاستجابات التجنبية. وعندما تتراجع هذه العوامل، فإن الأبعاد المركزية للإحترق النفسي، وفي مقدمتها الإرهاق والضعف الانفعالي والضيق النفسي، تصبح أكثر قابلية للانخفاض والسيطرة .

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة العنزي وآخرون (Alenezi et al., 2019) التي أظهرت انخفاضاً ملحوظاً في الإحترق النفسي لدى عينة من فريق التمريض العاملين في أقسام الصحة النفسية بعد تطبيق برنامج نفسي وقائي، حيث كان التأثير الأبر في خفض الإنهاك العاطفي، وإن كان الأثر قد تراجع جزئياً بعد ستة أشهر. كما تتفق مع دراسة السيد وغنيم (El-Sayed & Ghoneim, 2023) التي بينت أن برنامجاً مشتركاً قائماً على اليقظة والعلاج المعرفي السلوكي خفض الإحترق النفسي، وبخاصة بُعدي الإرهاق العاطفي وتبلد المشاعر. كما أن دراسة ياسمين وآخرون (Yasmin et al., 2022) دعمت بدورها فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الإحترق النفسي لدى ممرضات الرعاية الحرجة. وعلى مستوى المراجعات المنهجية، خلصت مراجعة لبي و تشا (Lee & Cha, 2023) والتي تضمنت مراجعة وتحليل لـ 24 دراسة لغرض تقييم تدخلات الحد من الإحترق النفسي لدى فريق التمريض والتي أجريت خلال الفترة من 2011 إلى 2020. خلصت إلى أن تدخلات خفض الإحترق النفسي لدى المرضى يمكن أن تكون فعالة، وأن البرامج القائمة على اليقظة كانت من أكثرها شيوعاً، وقد كشفت الدراسات التي اعتبرت الإحترق النفسي بكونه ثلاثة أبعاد أن التدخلات يمكن أن تقلل بشكل ملحوظ من الإرهاق العاطفي وتبلد المشاعر، ولكنها أقل تأثيراً في تحسين الإنجاز الشخصي المنخفض.

ويرى الباحث أنه ومن المهم هنا الإشارة إلى أن استخدام أداة تقييم الإحترق النفسي المهني (BAT) في الدراسة الحالية أتاح قراءة أكثر اتساعاً لأثر البرنامج، إذ لم ينحصر الأثر في الإرهاق بوصفه بعداً أساسياً وحيداً، بل أمكن رصده أيضاً في أبعاد مثل الضعف الانفعالي والذهني والابتعاد العقلي والضيق النفسي والشكاوى النفسجسمية. وهذه ميزة تحليلية مهمة، لأن بعض البرامج قد تتجح في تخفيف الشعور بالتعب أو التوتر الآني، لكنها لا تمس بالضرورة البنية الأعمق للإحترق النفسي ما لم تتناول أيضاً التنظيم الانفعالي، والمعالجة المعرفية، والمسافة النفسية غير الصحية عن العمل. ومن هنا يمكن القول إن الدراسة الحالية تضيف قيمة للأدبيات العربية لأنها تناقش أثر برنامج تكاملية على بنية أحدث للإحترق النفسي تتجاوز النماذج التقليدية .

سادساً: مناقشة نتائج القياس التبعي واستمرار الأثر:

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتبعي لدى المجموعة التجريبية، في انخفاض الإحترق النفسي المهني، وهو ما يشير إلى استمرار أثر التدخل النفسي بعد شهرين من انتهاء البرنامج. ويرى الباحث أن هذه النتيجة مهمة جداً، فحجم الأثر للتدخلات النفسية يمكن أن يكون انعكاساً 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 تتسق مع دراسة كونزير وآخرون (Kunzler et al., 2022)، ومراجعة هان وبيون (Han & Yeun, 2023) الذي وجدت أن التحسن في المرونة قد يستمر على المدى القصير خلال ثلاثة أشهر. وهي تتفق كذلك جزئيًا 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 تضاؤل الأثر بمرور الوقت، مثل ما ظهر في دراسة العنزى 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 تراجعًا في أثر بعض التدخلات الحضرورية إذا لم تُدعم بمكونات تحافظ على التحسن مثل الدعم المستمر. وهذا الاختلاف لا يضعف النتيجة الحالية، بل يدعو إلى قراءتها بوصفها مؤشرًا 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 .

سابعًا: الدلالة النظرية والتطبيقية العامة لنتائج الدراسة:

إجمالًا، تدعم نتائج الدراسة تصورًا نظريًا وتطبيقيًا مهمًا، هو أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين في أقسام العلاج النفسي والإدمان لا ينبغي التعامل معه بوصفه مجرد نتيجة مباشرة لعبء العمل، بل بوصفه نتاجًا لتفاعل معقد بين الضغوط المهنية، والموارد النفسية الفردية، والسياق التنظيمي، وأن المرونة النفسية تمثل أحد أهم المتغيرات الواقية القابلة للتنمية 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 دليلًا تطبيقيًا 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 دعمًا لفعالية برنامج بعينه، بل تقدم أيضًا مسوغًا عمليًا 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 الاحتراق النفسي بعد تطوره أو تفاقمه.

التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج دللت على ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي المهني لدى أفراد العينة قبل التدخل، وفاعلية البرنامج التكاملي في خفض الإحترق النفسي المهني 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. وتتسجم 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 أثراً مفيداً مباشرة بعد التدخل وعلى المدى القصير .

كما توصي الدراسة بالألّا 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. فارتفاع الاحتراق النفسي المهني بين العاملين 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 النفسي ثم محاولة معالجتها لاحقاً. كما أن الأدبيات الحديثة حول تدخلات خفض الاحتراق لدى الممرضين تدعم فاعلية البرامج الوقائية الموجهة للفرد، خاصة عندما تتعامل مع الإرهاق والانفعالات السلبية ومهارات المواجهة الفعالة .

وتوصي الدراسة كذلك بضرورة تضمين مكون متابعة أو تعزيز لاحق في البرامج الهادفة إلى خفض الاحتراق النفسي ، لأن جزءاً 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 غالباً درجة من الدعم المستمر، خاصة في البيئات المهنية التي لا تتوقف فيها مصادر الضغط .

ثانياً: التوصيات على مستوى التدريب المهني وتطوير المهارات:

توصي الدراسة بتطوير حقائب تدريبية متخصصة للعاملين في الصحة النفسية وعلاج الإدمان تتناول موضوعات مثل: التعرف المبكر إلى مؤشرات الاحتراق النفسي، ومهارات الرعاية الذاتية، وإدارة الإجهاد، والتنظيم العاطفي، والمرونة المعرفية، والتعامل مع الانتكاسات المهنية، وإعادة بناء المعنى المهني. كما توصي الدراسة بتهيئة برامج تدريب متخصصة للمشرفين ورؤساء الأقسام حول كيفية رصد علامات الإحترق النفسي المبكرة، وكيفية تقديم دعم مهني وانفعالي للفريق التمريضي، لأن الأدبيات تشير إلى أن الأثر لا ينحصر في مستواها الفردي، بل يتفاعل مع الدعم التنظيمي، والعدالة المؤسسية، وجودة القيادة، والمناخ المهني العام .

ثالثاً: التوصيات على المستوى الإداري والتنظيمي:

تشير نتائج الدراسة الحالية، وما يساندها من الأدبيات، إلى أن التعامل مع الاحتراق النفسي لا ينبغي أن يُلقى بالكامل على عاتق الفرد من خلال مطالبته بأن يكون أكثر صلابة أو أكثر تكيفاً، بل يجب أن يصاحبه تحسين في الشروط التنظيمية والبيئة المهنية. فالأدلة الحديثة تؤكد أن الاحتراق النفسي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتوازن مطالب العمل والموارد المتاحة، وهو ما تؤكد كذلك الدراسات السيكمترية 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 سريعة، وجلسات تفريغ انفعالي، وإحالة مبكرة للحالات الأكثر تأثراً، إلى جانب نشر ثقافة مؤسسية تُطبع العناية بالصحة النفسية للعاملين بدل وصمها أو التعامل معها كإشارة ضعف. وهذا مهم بصورة خاصة في أقسام علاج الإدمان والصحة النفسية، حيث يتعرض الممارسون لعوامل ضاغطة متكررة ومركبة قد لا تظهر آثارها كلها في صورة أعراض مباشرة، بل قد تتراكم تدريجياً 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، وأقساماً متنوعة مثل الطوارئ النفسية، وأقسام التنويم، والعيادات الخارجية، ومراكز علاج الإدمان، بهدف اختبار مدى تعميم النتائج الحالية على بيئات ترميزية 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 تبايناً واضحاً بحسب البيئة المهنية وطبيعة المهنة ونمط التدخل .

ثانياً، 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 تراجعها أو تلاشيها مع الزمن، خاصة إذا لم تصاحبه جلسات تعزيز أو دعم تنظيمي. 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 .

ثالثاً، يقترح الباحث إجراء دراسات مقارنة بين نماذج تدخل مختلفة؛ مثل مقارنة برنامج تكاملي متعدد المكونات ببرنامج قائم على اليقظة وحدها، أو ببرنامج معرفي سلوكي، أو ببرنامج قائم على القبول والالتزام، أو ببرنامج رقمي، من أجل تحديد ما إذا كانت الفاعلية الأعلى ترتبط بالتكامل بين الفئات 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 والاحتراق النفسي، 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 .

خامسًا، يقترح الباحث تنفيذ دراسات نوعية أو مختلطة لفهم الخبرة الذاتية للمرضيين مع الاحتراق النفسي والمرونة في بيئات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، لأن القياس الكمي وحده -على أهميته- قد لا يلتقط دائمًا المعاني العميقة المرتبطة بالإرهاق، والوصمة المهنية، وإرهاق التعاطف، والصعوبات القيمية التي قد تتخلل العمل في هذا المجال. ومن شأن الدمج بين المنهج الكمي والنوعي أن يثري فهم الظاهرة، ويدعم تصميم تدخلات أكثر ملائمة.

سادسًا، 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 كثيرًا من الأدلة يشير إلى أن خفض الاحتراق النفسي 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 نسبيًا.

خاتمة

تكشف نتائج الدراسة، أن الاحتراق النفسي المهني لدى الممرضين والمرمضات العاملين في الأقسام النفسية وعلاج الإدمان ليس ظاهرة هامشية أو عابرة، بل يمثل تحديًا مهنيًا ونفسيًا حقيقيًا يتشابك فيه العبء الانفعالي مع الضغوط التنظيمية ومع محدودية الموارد النفسية الواقية. كما تكشف أن المرونة النفسية ليست مجرد صفة مرغوبة أو متغير ثانوي، بل تمثل موردًا وقائيًا ذا قيمة تفسيرية وعملية في خفض أثر الضغوط المهنية والحد من تطور الإحتراق النفسي المهني. وقد دعمت النتائج الحالية، وما يساندها من الأدلة الحديثة، هذا الفهم بصورة واضحة، من خلال فاعلية البرنامج التكاملية في خفض الاحتراق النفسي المهني، 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 بعيدًا عن العوامل التنظيمية. كما تُبرز الحاجة إلى الانتقال من الاستجابات المتأخرة للاحتراق النفسي إلى مقاربة أكثر وقائية، عبر التدريب المنظم، والمتابعة، وتقديم الدعم المؤسسي، وقياس الصحة المهنية بأدوات حديثة أكثر اتساقًا مع البنية المعاصرة للاحتراق النفسي المهني.

وبذلك، فإن هذه الدراسة لا تقدم فقط دليلًا على فعالية برنامج تدخل تكاملي في سياق ترميزي نفسي مهني متخصص، بل تسهم أيضًا في تدعيم التوجه البحثي والمهني الذي يرى أن الاستثمار في خفض الإحتراق النفسي المهني ليس ترفًا مؤسسيًا، بل ضرورة ترتبط بجودة الرعاية، واستدامة الأداء، ورفاهية الممارسين الصحيين، واستقرار المؤسسات الصحية.

المراجع:

- أوبكر، نشوة والرشيد، 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 للاحتراق النفسي على عينة من المعلمات بمدينة مكة المكرمة. مجلة البحوث التربوية والنوعية العدد (10)، 37-64.
- جاد الرب، هشام و الزيد، لؤي (2022). الإحترق النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الإختصاصيين النفسيين بمدارس التعليم العام والنوعي بدولة الكويت. مجلة البحوث العربية التربوية (ASEP) العدد (144)، ج (1).
- الفقي، آمال (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي. المجلد (2) العدد (47).
- السلمي، عبدالنواب و يوسف، محمد (2022). الاحترق 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) الاحترق 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.

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). *What is resilience? An integrative review of the empirical literature*. Journal of Advanced Nursing, 72(5), 980–1000.

-Acker, G. M. (2003). Role conflict and ambiguity: Do they predict burnout among mental health service providers? *Social Work in Mental Health*, 1(3), 63–80. https://doi.org/10.1300/J200v01n03_05

-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.

- Alhazmi, A. A., Alsaedi, S. M., Alsarwani, R. M., Almalki, A. M., Fatani, M. A., & Alhazmi, S. M. (2021). Prevalence of burnout among frontline versus non-frontline health care workers during the COVID-19 pandemic in Makkah and Jeddah, Saudi Arabia. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 5(9), 1–6. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1626715532>

- Almen, N. A (2021). 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.
- 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.
- Alsulimani, L. K., Farhat, A. M., Borah, R. A., AlKhalifah, J. A., Alyaseen, S. M., & Alghamdi, S. M. (2021). Health care worker burnout during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 42(3), 306–314. <https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.3.20200790>
- Alwaqdani N, Amer HA, Alwaqdani 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>.
- Alzahrani, A. A., Alenzi, M. A., Alzahrani, S. S., Alenzi, M. A., & Alasmri, T. A. (2022). Resilience and work-related stress among mental health nurses in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12(10), 38–47. <https://doi.org/10.5430/jnep.v12n10p38>
- 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.
- 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

-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
- 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., & Orlans, 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/10.3390/ijerph17093336)
- 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/10.1037/1434-2909.12.9).
- 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](https://doi.org/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.