

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس
تخصص: تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي

الاستراتيجيات المعرفية المستعملة في التكفل
المعرفي عند حالات الإنهاك المهني

عينة من مستخدمي قاعات التوليد - سبدو

إشراف:

د.ة. بن عصمان برحيل جويده

إعداد الطالب:

شبحا فؤاد

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. فقيه العيد
مشرفا ومقررا	جامعة تلمسان	أستاذة محاضرة (أ)	د.ة. بن عصمان برحيل جويده
عضوا مناقشا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بوغازي طاهر
عضوا مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. ماحي إبراهيم
عضوا مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر (أ)	د. بولجراف بختاوي
عضوا مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذة محاضرة (أ)	د.ة. زروالي لطيفة

السنة الجامعية 2016 - 2017

المقدمة:

يتميز مطلع القرن الحالي بمجموعة كبيرة من المتغيرات المتسارعة والتي تخضع في مجملها إلى عوامل اقتصادية واجتماعية وسياسية، كما أن الظروف الراهنة تفرض على الإنسان مهما كانت توجهاته وقناعاته اندماجا غير مشروط في نظام العولمة الجديد بأدوار مهنية أكثر دقة وأعمق من سابقتها، وتجدر الإشارة إلى أن القطاعات الخدمائية تعتبر الأكثر تعقيدا من قريباتها الأخرى، ويستوفي العامل منظومة معينة من الاستثمار القوي لقدراته البدنية والذهنية، كما ينتج عن هذا الجهد استثمارا عاطفيا أقوى بكثير، ويعتبر قطاع الخدمة الطبية من القطاعات الخدمائية الكبيرة والذي يشغل حيزا كبيرا من التعامل الدقيق مع نفسيات متعددة من المرضى ومواقف متنوعة، تتطلب من المستخدم بذل جهد كبير في الاستثمار العلائقي بينه وبين المريض وبينه وبين أهل المريض وبينه وبين الفريق الطبي المستخدم.

وتتميز المؤسسات الناجحة في هذا الميدان بقدرة قياداتها على التفعيل دور عمالها وتقديم أحسن الخدمات بالحفاظ في نفس الوقت على موردها البشري كطاقة متجددة تدفع بعجلة النمو والاستثمار المادي والمعنوي، إذ يظهر من خلال ما ذكر مجموعة من الاضطرابات الناتجة عن ضغوط مهنية بكل أنواعها، مما يستدعي التدخل العاجل والفوري لتدارك ما يمكن تداركه للحفاظ على المورد البشري للمؤسسة، ويعتبر تناذر الإنهاك المهني أو ما يسمى عند الأنجلوسكسونيين بالاحترق النفسي من بين الاضطرابات الأكثر شيوعا في المؤسسات والمصالح الصحية ذات الخطر العالي.

وتأتي هذه الدراسة كمادة تجريبية لدراسة الأثر الناجم عن التكفل المعرفي السلوكي بحالتين من حالات الإنهاك المهني، وهذا باستخدام استراتيجيات معرفية علاجية خلال الجلسات العلاجية المقدمة للعملاء، وتفسر هذه الاستراتيجيات مدى تجاوب العميل مع البرنامج العلاجي المقترح في فرض العلاج، ومن المعلوم عند الباحثين في ساحة العلاج المعرفي بأن التطبيقات الممكنة والأكثر تداولاً في هذا الاتجاه من العلاج لم تأخذ بعين الاعتبار التكفل الواسع لحالات تناذر الإنهاك المهني بل أخذت الحالات على أساس الأعراض الشاملة لهذا الاضطراب، كعرض القلق أو الإجهاد المصاحب للاضطراب أو سوء التكيف وغيره، إلا بعض الحالات المتطرفة من التكفل على حسب علم الطالب.

وتعتبر هذه الدراسة بمثابة دراسة تطبيقية إكلينيكية على الحالات المشخصة من تناذر الانهك المهني والتي تنتمي إلى أحد المهن الشاقة والمتعبة كمهنة التوليد والتعامل مع قاعات العمليات الجراحية، ومما لا شك فيه فإن أغلب الدراسات تناولت الانهك المهني من الجانب الإحصائي ودراسة العلاقة بينه وبين متغيرات أخرى، و يعتبر القليل منها الذي تناول الموضوع كدراسة تطبيقية علاجية من المنظور المعرفي أو المعرفي السلوكي، وتتيح الدراسة للطالب الباحث تحديد مدى الاستجابات العلاجية للاستراتيجيات المعرفية المستعملة.

فيستعرض الطالب في الدراسة الجوانب النظرية للانهك المهني والإحاطة بالموضوع من منظور المؤلفين بمختلف توجهاتهم، وكان هذا المتناول في الفصل الأول وأما الفصل الثاني فتناوله الطالب من حيث دراسة موضوعية لفنية العلاج المعرفي وأثرها في التطبيقات العلاجية كما ركز على اتجاه "آرون بيك" وزملائه وأعمال مؤسسته الرائدة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي تديرها ابنته "جوديث بيك"، وتناول هذا الفصل الفنيات المختلفة والاتجاهات العلاجية المهمة بهذا الجانب، والخطوات التي يتبناها الممارسون والباحثون في هذا الشأن وتأتي بعدها الدراسة النظرية لمختلف الاستراتيجيات المعرفية المستخدمة في العلاجات المعرفية باتجاهاتها المختلفة، ويركز الطالب في هذا الجانب على الأولوية التي يمنحها المؤلفون للفنيات لمرافقة الضغوط النفسية وحالات القلق وتنمية الاتجاهات نحو المهن والآخرين، كما هو جدير بالإشارة والذكر أن هذا الفصل يشرح التوجه المعرفي السلوكي كعلاج يركز فيه أصحابه على فعل التعلم وإعادة التعلم والبناء المعرفي وإعادة البناء المعرفي، وينتقل الباحث في دراسته إلى الجانب التطبيقي المتمثل في التكفل بحالتين صريحتين من حالات الانهك المهني، ونتساءل لماذا لم يتمكن الباحث من التكفل العلاجي بحالات أخرى؟ فيرجع هذا إلى كون الدراسة تعني بالحالتين المشخصتين كحالة صريحة للانهك المهني، ويتطلب العلاج المعرفي في تطبيقه خلال التكفل بالحالات تركيزا كبيرا مع كل حالة، ولا يمكن في العلاج الفردي أن نكثف الجلسات خلال الأسبوع الواحد نظرا للجهد الذهني الذي يبده المعالج خلال التكفل، ويستعرض هذا الفصل الحالتين في تقديمهما وعرض النتائج الخاصة بالتشخيص والاستجابات العلاجية، وينتقل بذلك إلى مناقشة الفرضيات التي جاءت بها الدراسة في إطار منهج إكلينيكي وتطبيقي لدراسة الحالات والتي يستخدمها الباحثون ويعتبرونها الوسيلة التطبيقية والإجرائية الأكثر نجاعة في العلاجات النفسية إذ يشكل هذا المنهج مصدرا ثريا للمعلومات من خلال اختبار فرضيات الدراسة.

الفصل الأول:

تناذر الإنهاك المهني (الاحتراق النفسي)

1. مفهوم تناذر الإنهاك المهني
2. العلاقة بين الإنهاك المهني وغيره من المصطلحات
3. أهم الرواد والباحثين في مجال الإنهاك المهني
4. النظريات المفسرة لتناذر الإنهاك المهني
5. الأعراض الإكلينيكية للإنهاك المهني
6. الأبعاد الإكلينيكية لتناذر الإنهاك المهني ومراحل تطوره
7. الدراسة السببية لتناذر الإنهاك المهني
8. الإنهاك المهني وعلاقته بالمهن الخدمائية
9. أدوات قياس اضطراب الإنهاك المهني
10. العلاج

تمهيد

اهتم باحثون كثير بالأعراض المهنية الناجمة عن الضغوط النفسية والتوتر المصاحب لظروف المهنة وعلى رأسها المهنة الخدمانية كالتمريض والتطبيب والتعليم وغيرها، ومن بين هذه الاضطرابات حالات الاكتئاب والقلق والإنهاك المهني، ويعتبر الإنهاك المهني من بين الاضطرابات الناجمة عن الضغوط المهنية المختلفة، وسيتعرض الباحث في هذا الفصل إلى أهم الجوانب التي تحيط بالموضوع وتحديد الظاهرة كاضطراب.

1. مفهوم تناذر الإنهاك المهني

يندرج هذا المفهوم تحت قائمة المفاهيم الحديثة نسبيا في علم النفس، حيث يشير هذا المفهوم إلى اضطراب شاع بظهور التغيرات الاجتماعية القوية والتسارع الكبير في تحسين الخدمات الموجهة للناس، ويعتبر فريدينبرجر Freudenberger أول من استخدم هذا المصطلح على شكل "الاحتراق النفسي" وكان هذا في أوائل السبعينات مشيرا إلى الاستجابات البدنية والانفعالية للضغوط الناجمة عن الوظيفة داخل المهنة الخدمانية والانسانية.

وتحدثت ماسلاش "Maslach" في بحوثها عن هذه الظاهرة التي أصبحت شغلا شاغلا للأبحاث المتعلقة بالاضطرابات النفسية والصحة العقلية في العمل، حيث أكدت أن هذه الظاهرة الخطيرة تسبب لأصحابها قصورا وتدني كبير وملحوظ في مهنتهم وأدائهم، مما يستدعي من المؤسسة التدخل العاجل لمعالجة الظاهرة، كما أوردت تعريفا لهذا الاضطراب من حيث أنه فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل، ويشعر الفرد بالارهاق والاستنزاف العاطفي، اللذين يساهمان في فقدان الشعور بالانجاز، ويفقد حماسه وحيويته تجاه زملائه ومن يتعامل معهم من عمال.

واعتبر كلا من جاكسون وماسلاش Maslach et Jackson (1981) تناذر الإنهاك المهني بأنه مفهوما يشمل ثلاث أبعاد أساسية هي:

الأول: الإنهاك الإنفعالي Emotional Exhaustion ويشير المصطلح إلى زيادة في الشعور بالتعب العضلي والعصبي والإرهاق العاطفي.

الثاني: تبدل الشعور Dehumanization وهو بداية العمل والدخول في مجال العمل بتكوين اتجاه سلبي تجاه الآخرين من العمال

الثالث: الشعور بتدني الانجاز Reduced feeling of accomplishment وهو ما يعني ميل العمال لتقييم أنفسهم سلبيا (Elisabeth Gerbot, 2008 :111)

وورد في تعريف موس Moss بأن الاحتراق النفسي هو عبارة عن شعور معمم بالإنهاك والذي قد يتطور خلال معايشة الفرد للكثير من المواقف الضاغطة والقليل من الرضا عن النفس أو العمل (عبد الرحمان هيجان، 1998: 239)

كما جاء باربير Barbier (2004) في مبحثه ومؤلفاته بأن هذا الاضطراب عبارة عن حالة معقدة من الإجهاد النفسي تصيب الأشخاص الذين تتطلب مهنتهم تقديم المساعدة الإنسانية والمهن التي تلتقي مع مصادر المعانات والأمراض كالمصالح الاستشفائية وغيرها (Nicolas and all, 2006: 106)

وورد هذا المفهوم في كتابات تايلور Taylor (1986) بأنه حالة من الإرهاق واستنفاد القوى وهبوط النشاط (أحمد عوض، 2007: 13)

وأوضحت التصنيفات الحديثة للطب النفسي في التصنيف العاشر الخاص بالاضطرابات النفسية والذي يصدر عن المنظمة العالمية للصحة (OMS) في المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة، حالة مرضية أطلق عليها تسمية الاحتراق النفسي (Burn out Syndrome) إذ ورد بأن مميزات هذه الحالة تنحصر حول الشعور بالإجهاد والملل، التعب وعدم القدرة على الاستمتاع بالمهنة والحياة، عدم القابلية بالقيام بالعمل الموجه للفرد، وعدم الرغبة في الإقبال على الحياة (لطفى الشربيني، 2001: 97)

ويجدر بالإشارة إلى أن الإنهاك المهني بشكل عام هو حالة نفسية أو عقلية تؤرق الأفراد الذين يشتغلون بالمهن الخدمائية والتي لها علاقة انسانية أكثر من المهن الأخرى وهؤلاء الأفراد العاملون يعطون أكثر مما يأخذون (إبراهيم القريوتي، 2006: 133)

ويضع أغلب العلماء الباحثين في هذا المجال تناذر الإنهاك المهني ضمن الاضطرابات النفسية المهنية والتي تشير إلى حالة من التعب والإجهاد النفسي والجسدي وكذا الانفعالي والإحساس المستمر بحالة من التعب والاحباطات المتكررة والعجز الواضح عن إتمام الأشغال، ويتضح هذا المفهوم من التعاريف التي تعرضنا لها والتي يتقارب مفهومها من باحث إلى آخر، حسب الفترات الزمنية المختلفة والتي تكاد تكون متقاربة، ومما نلاحظه في هذا المفهوم بأنه يوكد عند صاحبه نوعاً من تنمية الاتجاهات السلبية تجاه الآخرين وتكوين أفكار خاطئة حول موضوع المهنة وإدارة المؤسسة التي ينتمي إليها.

2. العلاقة بين الإنهاك المهني وبعض الاضطرابات

أولاً الإعياء النفسي Neuraesthesia : أو النوريسثينيا يشترك كلا الاضطرابين (الإنهاك المهني والنوريسثينيا) في العديد من الأعراض وخاصة منها الشعور المستمر بالتعب والإعياء، والشعور بالملل والضيق والأرق والضحجر من بعض المواقف وفقدان الشهية للعمل أن الخاصية الوحيدة التي تميز النوريسثينيا هي الشعور المستمر للفرد بالتعب والإعياء دون الإقبال على أي عمل وغياب كل المبررات لذلك، أما الإنهاك المهني فهو مرتبط بدرجة كبيرة بالأداء الوظيفي أو المهني بحيث ينتج عن ضغوط العمل ، وما يميز كذلك النوريسثينيا أنه اضطراب عصبي ناتج عن صراعات نفسية مختلفة (ملال خديجة، 2010: 22)

ثانياً الاجهاد Stress : يستخدم هذا المصطلح للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة. وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد انفعالي، وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر، ويؤدي الضغط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية، وبنية دافعية متحولة للنشاط، وسلوك لفظي وحركي قاصر. (معجم علم النفس: 1996، 203)

والإنهاك المهني هو مترجم لترسب ومعاودة لأحداث خارجية يعجز الفرد على مجابتهها ومواجهتها بشكل جيد، كما يمثل هذا التناذر اخفاق للفرد في احداث التوازن بينه وبين بيئته، وتعتبر هذه الأحداث في شكلها ضعيفة ولكنها متكررة بشكل كبير ومتسارعة يصعب على الفرد معاشتها انفعالياً، فالاجهاد المزمن هو الذي يسبب الإنهاك المهني ويعتبر تناذر الإنهاك المهني ناتجاً بالنسبة لتراكم الضغوط عند نفس الشخص، ونتحدث عن الإنهاك المهني بعد تعرض الفرد إلى اجهادات

مهنية متكررة في فترة زمنية تصل إلى خمس سنوات بالتقريب. (pierre canoui et aline,)
(2008)

كما يعرف الاجهاد بأنه سلسلة من ردود الأفعال الطبيعية والضرورية لحفظ النفس تساعد الأفراد على الاستجابة الجيدة لمختلف المؤثرات الخارجية وكذا الداخلية، اذ تهدف هذه الضغوط والاجهادات إلى خلق نوع من التوازن والتوافق مع مطالب الحياة، ويعد الاجهاد مرحلة سابقة للإنهاك المهني. (ملال خديجة، 2010: 22)

ولضغوط العمل نسبة تساهمية كبيرة في الإنهاك المهني حيث باعتبارها اجهادا مهنيا يعرفها تايلور Taylor على أنها مجموعة من الظروف المتعلقة بطبيعة العمل، يعتبرها الفرد كمواقف تهدد حياته، ويستجيب لها على شكل متغيرات انفعالية ومعرفية وفسولوجية، مما يؤدي تزايد الضغوط المهنية إلى اجهاد مهني (Stress Professionnel) كنتاج ويكون بدوره حسب ماذكرناه سابقا عاملا أساسيا للدخول في حالة من الإنهاك المهني.

ثالثا الاكتئاب Dépression : عرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي

الاحصائي الرابع بأنه " مجموعة من الانحرافات غير ناجمة عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو إلى اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلا لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه، قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصرارا (ياسين، 1981: 209)

وعرفه " برنز وبيك " Burnes et Beck على أنه: " اختلال يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله، ويشتمل على الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل على مشاعر الحزن والتوتر واليأس والشعور بالإثم، وتشمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق وزيادة الوزن أو نقصانه، والإمساك أو الإسهال، والسبات والخمول وعدم النشاط والانعزال عن العمل، وتجنب الأنشطة السارة" (الشناوي، 1991: 1)

ويشغل مصطلح الاكتئاب في الطب النفسي حيزا كبيرا من الاهتمام، ويذكر الباحثون بأن لهذا المفهوم أكثر من معنى ويتجلى في أحد التقلبات المزاجية وهذا استجابة لبعض المواقف المصادفة للفرد في حياته، مما يدعو الى نوع من الشعور بالحزن والأسى على خسارة أو ضياع لموضوع ما، ولكل مدرسة تفسيرها الخاص لهذا الاضطراب، وقد يصاحب الاكتئاب بعض الأمراض المزمنة التي تشكل اهتماما لصاحبها وخوفا من المرض في حد ذاته، مما يشعر المريض بنوع من الكآبة والحزن ويسمى الاكتئاب في هذه المواطن بالثانوي، وأما المفهوم السائد والأهم للاكتئاب فهو ذلك المرض النفسي المعروف والتميز بحضور مجموعة من الأعراض والمظاهر النفسية والبدنية منها. (لظفي الشربيني، 2001: 19)

ويصنف الاكتئاب عند الأخصائيين النفسيين والأطباء حسب الأعراض والشدة والمدة الزمنية، وتتداخل أعراض الإنهاك المهني مع أعراض الاكتئاب مما يلاحظ ويميز بصعوبة حيث تجعله شكلا من أشكال الاكتئاب، وحاولت عدة دراسات تجريبية اثبات هذه العلاقة وعلى رأسها دراسة نشرت في مجلة كينيكال سيكولوجي المعنية بعلم النفس العيادي أجريت الدراسة على عينة تقارب 1400 معلم ومعلمة من المدارس بالولايات المتحدة الأمريكية خلال العام الدراسي 2013/2014 واستنادا الى الردود على الاستقصاء وجدو مجموعة كبيرة من المعلمين تشكو من تناذر الإنهاك المهني ووجدوا من بينهم نسبة 86% أبدو درجة عالية على مقياس الاكتئاب. (2015, egytips.com/html)

والاكتئاب هو اضطراب عيادي عام، يظهر في أي موقف من مواقف حياة الفرد ويعود لأسباب نفسية بالدرجة الأولى، أما الإنهاك المهني فهو خاص بمحيط العمل الاجتماعي، إلا أن هذا لا يمنع وجود بعض الأعراض الاكتئابية من النوع البسيط في حالات تناذر الإنهاك المهني كصعوبة التركيز والتعب ومشاعر الفشل والبطء الذهني والحركي وغيرها. (ملال خديجة، 2010: 22، 23)

رابعا القلق Anxiety: يشيع القلق في عصرنا الحالي نظرا للتغيرات المتسارعة للمنظومة الاجتماعية، وتعقد الأدوار المهنية والاجتماعية والتي تلعب دورا هاما في المحافظة على استقرار الفرد داخل بيئته، كما ينشأ القلق منذ الصغر ويصاحب الفرد ملاصقا لنمو شخصيته كعامل إيجابي محفزا للتعليم ومحفزا للنمو، والقلق كمصطلح شائع بين الباحثين يشجع على تدارك الفرد لإنجازاته، ويرى سيجموند فرويد (1962، ص3، 4) بأن القلق عبارة عن حالة من الخوف الغامض الشديد الذي

يتملك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزاً عن الفصل في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. في حين أنه ترى ماسلاش Maslach (1976، ص16) بأن الإنهاك المهني Burn Out عبارة عن زملة من الأعراض البدنية والعاطفية والعقلية المرتبطة بالطاقة الحيوية للفرد وأدائها في الأعمال التي يقوم بها، وهذه الزملة لها علاقة سلبية بمفهوم الذات والاتجاهات نحو العمل، وفقدان الثقة بالنفس، وفقدان الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين. (السيد عثمان، 2001: 17)

والقلق الايجابي ينشأ من ضغط المواقف المختلفة والذي يشجعه على الاتزان والبحث عن الاستراتيجيات الفعالة والممكنة في مجابهة هذه الضغوط، ومنه ما ينشأ بشكل داخلي ومنه ما ينشأ بشكل خارجي فأما الخارجي المنشأ فهي ضغوط الحياة وعلى رأسها المهن الإنسانية، وهذا بعكس الإنهاك المهني الذي يتعلق بالأداء الوظيفي والمهني أين يكون الفرد في مرحلة الرشد المكتملة النمو، ولا ينشأ مع الفرد منذ الصغر كما أنه لا يمثل علاقة اسهامية في النمو والتعلم، كما أن هذا ليس مانعا بتداخل أعراض القلق مع أعراض الإنهاك المهني كتناذر ناتج عن الضغوط الخارجية. (مفتاح عبد العزيز، 2010: 96)

وفي ما ذكر نجد بأن مجموعة كبيرة من الاضطرابات تصاحب حالات الإنهاك المهني على شكل أعراض فمنها أعراض اكتئابية وأخرى حالات من القلق المعمم وأخرى على شكل إعياء أو تعب نفسي، ومما لا شك فيه فإن الإنهاك المهني كتناذر يحمل مجموعة كبيرة من الأعراض متشابهة ومتداخلة من حيث الشدة والزمن، وهذا ما سنتعرض إليه بالتفصيل لاحقاً.

3. أهم الرواد والباحثين في مجال الإنهاك المهني

كانت البداية الحقيقية لتطور مصطلح الإنهاك المهني في مدينة فيلادلفيا الأمريكية أين أنعقد المؤتمر الدولي للاحتراق النفسي حيث شاركت كوكبة كبيرة من العلماء والباحثين المهتمين بشأن الإنهاك المهني وعلى رأسهم فرودانبرجر (Freudenberger) وماسلاش (Maslach) و بينس (Pines) وكذا شيرنيس (Cherniss). (خالد حمد المهدي، 2015 : al-sharq.com/html).

1.3. هاربرت فرودنبرجر (Herbert Freudenberger) 1927 - 1999: هو المؤلف الأمريكي والمعالج النفسي الأول الذي أدخل مصطلح تناذر الإنهاك المهني على شكل التسمية "الاحتراق النفسي" Burn Out إلى مصاف وحيز الاستخدام الأكاديمي عام 1974 عندما كتب دراسة أعدها لدورية متخصصة (Journal of Social Issues) وناقش فيها تجاربه النفسية التي جاءت نتيجة تعاملاته وعلاجاته مع المترددين على عيادته النفسية في مدينة نيويورك. (علي بن الشويل القرني ، 2010: 9)

ويقول المؤلف في كتابه: " كمحلل نفسي وكممارس كذلك اكتشفت بأن الأشخاص يتعرضون إلى الاحتراق كما تتعرض له الأبنية، تحت ضغوط الحياة في عالمنا المعقد، تتعرض مواردنا الداخلية إلى الاستهلاك كما يفعل الحريق تاركة وراءها فراغا رهيبا، حتى ولو كان يبدو لنا المظهر سليما" (H.j. Freudenberger, 1987 :3)

2.3. كريستينا ماسلاش (Christina Maslach) 1946: ممارسة أخصائية وأستاذة علم النفس الاجتماعي بجامعة بيركلي بالولايات المتحدة الأمريكية وكان لهذه المؤلفة تأثيرا واضحا في النهوض بهذا المجال وتطوير أدوات قياسه لإعطاء مصطلح الاحتراق النفسي شهرة كبيرة، واصفة إياه بمجموعة من الأعراض تميزه عند الشخص المصاب داخل حيز العمل المقتضي التعامل المباشر مع الناس، وحصرت هذه الأعراض في أبعاد ثلاث هي الإجهاد الانفعالي وتبلد الشعور ونقص الانجاز الشخصي.

وتوالى جهودات المؤلفة بعد ذلك، لتصنيف تعريفا أكثر وضوحا، إضافة إلى شهرة الأداة التي أعدتها. (شرقي حورية، 2010: 52)

4. النظريات المفسرة لتناذر الإنهاك المهني

1.4 المقاربة السلوكية: يعتبر السلوكيون بأن كل الاضطرابات الظاهرة كنشاط على الفرد والتي تؤثر على استقراره الاجتماعي وصعوبة تكيفه مع البيئة المحيطة به، هي عبارة عن استجابات خاطئة سبق وأن تعرض من خلالها الفرد المضطرب سلوكيا إلى مؤثرات وتعرف هذه العملية بعملية التعلم الخاطئ، كما أن هذه النظرية لم تتجاهل الأحاسيس والمشاعر الذاتية للفرد والعمليات العقلية من ذكاء وإرادة وغيرها، وينظر السلوكيون إلى الاحتراق النفسي على أنه حالة داخلية كالقلق والإجهاد والغضب

ويرون بأنه حالة ناتجة عن مؤثرات بيئية وعوامل داخلية لم يتحكم الفرد فيها مرجعين ذلك إلى طريقته الخاطئة في التعامل مع هذه المؤثرات والتي تنتج عنها سلوكيات تتمظهر على الفرد بشكل خاطئ. (يوسف حرب، 1998: 27).

2.4 المقاربة التحليلية: يعزي أصحاب نظرية التحليل النفسي الإنهاك المهني إلى الضغط المتواصل على الأنا لمدة كبيرة مع اهتمام مبالغ للفرد تجاهه وظيفته، مما ينجر عنه جهدا كبيرا وغير منظم لقدرات المصاب، كما يشير أصحاب هذه النظرية إلى أنه ناتج عن كبت أو كف مستمر للرغبات المتعارضة وغير المرغوبة داخل الجهاز النفسي كمكان للشخصية، مما ينشأ من خلال هذا، صراعا يقود الى الاحتراق النفسي، مشيرين كذلك إلى أنه نتاج فقدان الأنا لموضوعها وحدوث فجوة كبيرة اضافة الى فقدان الفرد الى بديل عنها أو مساندة كان الفرد ينتظرها، ويستخدم الفينيون في علاج الإنهاك المهني كتناذر تقنيات تستند في أصلها الى مدرسة التحليل النفسي في تيارها الحديث من فنية الاسترخاء والتنفيس الانفعالي وغيرها من الأدوات العلاجية المستخدمة في ذلك. (عمار الفريجات، 2010: 1565).

3.4 المقاربة السوسولوجية: تعتبر المقاربة الاجتماعية الإنهاك المهني وغيره من الضغوط تعبير الفرد على بعض الصراعات الاجتماعية الخارجية الناجمة عن محيطه الاجتماعي، كما أن الصراع الطبقي خلال العمل والعلاقة مع أرباب العمل تعتبر الناتج الرئيسي للاضطراب النفسي والعقلي للفرد، ويرى "ديجور" C. Dejours بأن الاضطرابات النفسية والعقلية تترابط بشكل وثيق مع الثنائية المسببة والتي تبدأ مع الجانب الاجتماعي والسياسي لتنتهي إلى الجانب المرضي. (P.Canoui, 2008: 20)

4.4 المقاربة الوجودية: ينجم الفراغ الوجودي داخل الفرد عن عدم تقدير الفرد لحياته وبعده عن اعطائها المعنى والبعد الوجودي الحقيقي والهدف من تواجده المكاني والزماني، فيفقد الأهمية من العيش مما يتسبب في نشوء حالة من العزلة والتدني الطاقوي، مما يؤدي به إلى الشعور بالركود وعدم الرغبة في مواصلة الحياة، فيجعله في حالة من الاحتراق الداخلي في علاقة متبادلة بين هذا التناذر وفقدان الاحساس بالمعنى (عمار الفريجات، 2010: 1565)

5.4 المقاربة المعرفية: ان نظرة السلوكيين إلى الاضطرابات هي نظرة تركز أساسا على المؤثر والاستجابة وتدرس تحليل السلوك كنشاط ظاهر على صاحبه فأما المعرفيين فيجدون بأن ما ظهر

ونتح من سلوك قد خضع الى عمليات معرفية تجلت في بادئها عن طريق الاكتساب بشكل أفكار ومعتقدات خاطئة وأحكام مسبقة، ومن بين رواد هذا التوجه العلاجي " آرون بيك" الذي وضع أسسا علاجية للمصابين بالاكتئاب وحالات القلق وغيرها، ويؤكد "بيك" بأن نموذجه يتركز بدرجة كبيرة على السيكوبتولوجيا ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبريقية، كما يرتبط البنيان النظري بعلم النفس المعرفي ونظرية تشغيل المعلومات وعلم النفس الاجتماعي. (لويس كامل، 1990: 226، 227)

ومن المنظور الإكلينيكي في جداول متعددة، فإن الانهاك المهني يحمل مجموعة متباينة من العلامات العيادية تتداخل إلى حد كبير مع الإجهاد والقلق وحالات الاكتئاب ويفسر بالشكل المعرفي على أنه مجموعة من التصورات الخاطئة التي يكونها الفرد حول موضوع معين مرتبط بالمهنة مما ينجم عنه أفكار خاطئة تتعب صاحبها، ويرى إبيكور (50 - 130) بأن ما يقلق الأشخاص ليس الأشياء في حد ذاتها ولكن ما يربهم هي الأحكام التي يطبقونها عليها (Dejours C, 1980: 52)

وتتعدد الآراء بمختلف النظريات المفسرة للاضطرابات بشكل عام، ولذلك فلا يمكن بأي حال من الأحوال الاقتصار على رأي معين ولكن يجب الإلمام بجميع النظريات لتمكين من الإحاطة العلمية والفعالية بالموضوع كاضطراب لم تصنفه الجمعية الأمريكية لحد الآن ضمن الدليل الإحصائي للأمراض والاضطرابات العقلية، مع أن منظمة الصحة العالمية جعلتها إحدى الاهتمامات، ومما يلاحظ من خلال تناول هذه المقاربات فإن تناذر الإنهاك المهني هو نتاج عن ضغوط خارجية ترجع لبيئة العمل وطبيعة المهنة وكذلك نتاج التفكير الخاطئ للفرد في المواقف وفقدانه لاستراتيجيات توهله للخروج من مختلف المواقف الضاغطة.

5. الأعراض الإكلينيكية للإنهاك المهني

يتمظهر الانهاك المهني كتناذر من خلال مجموعة من العلامات والأعراض الإكلينيكية صنفها العلماء وعلى رأسهم cedioline (1982) في مؤلفاته حول الانهاك المهني، من خلال دراسة قام بها تحت عنوان "الاحتراق النفسي في التعليم الحكومي، الأعراض والأسباب ومهارات البقاء" عرض تقييمها شاملا لأعراض هذا التناذر مشيرا إلى أنه من النادر جدا أن تجد شخصا خاليا منها وصنفها على أنها:

1.5 أعراض بدنية:

تظهر هنا على شكل تعب بدني يصيب الفرد على شكل إجهاد مع تسجيل لهبوط في الطاقة الجسدية على شكل استنزاف طاقي، تشنجات عضلية وآلام مصاحبة لها يصطحب هذه الأعراض أحيانا ارتفاع في الضغط الدموي واضطرابات قلبية.

2.5 أعراض ذهنية ومعرفية:

نلاحظها في ضعف معالجة المعلومات وحل المشكلات وعدم القدرة على التنظيم الزمني والتفكير المطول أحيانا والمفرط بالشغل، غياب مستوى التركيز وتشتت الانتباه، النمطية في الحركات كما يلاحظ عدم القدرة على صنع القرار (مهند عبد العلي، 2003، 51)

3.5 أعراض نفس - عاطفية:

يسجل المظهر العيادي للانهاك المهني حالات مزدوجة من الاكتئاب والغضب مصاحب لبعض الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها كالتبرير والإنكار ومظاهر أخرى من جنون العظمة والمقاومة الشديدة والاتجاهات المتحجرة والتقليل من الإحساس بالمسؤولية في برودة عاطفية تامة مع لوم الآخرين في حالة الفشل (مهند عبد العلي، 2003: 52)

4.5 أعراض تخص التكيف الاجتماعي:

ويتشكل لدى الفرد المصاب بالانهاك المهني نوع من الارتباط المفرط وغير المشروط بوظيفته على حساب وقته وأسرته وحتى على حساب أقرب الناس إليه، نسجل نوع من الانسحاب الاجتماعي، والفاعلية المنخفضة كما يلجأ الفرد المصاب بالاضطراب إلى تفريغ الضغوط - التي يتلقاها في العمل يوميا- في البيت متجلية في الغضب واستخدام العنف ضد أفراد الأسرة والارتباطات المنفردة والعزلة الاجتماعية، (أحمد عوض، 2007: 17)

ويرى سيدولان Cedoline أنه بالإمكان أن نستدل على الانهاك المهني بواسطة ثلاث مؤشرات وأعراض بارزة وتمثل فيمايلي:

- شعور الفرد بالإنهاك الجسدي والنفسي مما يؤدي إلى شعوره بهبوط الطاقة النفسية والمعنوية وضعف النشاط المهني واليومي وضعف الحيوية مع الميل إلى الإحساس بعدم تقدير الذات
- ينمي المصاب اتجاهها سلبيا نحو المهنة ذاتها ورفقاء العمل وفقدان الدافعية نحو العمل والانجاز
- ينمي كذلك المصاب نظرة سلبية نحو ذاته احساسا باليأس والقنوط والتفكير في وضعيات اكتئابية ونشوء حالة من الملل (محمد الزيودي، 2007: 195)

ويواجه التناذر بعضا من المظاهر العيادية المصاحبة، في تشابه كبير مع حالات الاكتئاب، كفقدان الشهية وغياب الاستمتاع بالخبرات السارة والملذات المتاحة، وتكوين جانب من الحزن، مع فقدان الاهتمام بالميل المعتاد والممارسة سابقا كالانقطاع عن زيارة الأقارب والجلوس للأصدقاء والاهتمام بالرياضات والألعاب المفضلة، ونشوء اضطرابات النوم وغيرها (عبد الرحمان العيسوي، 2006: 240)

ويرى (Cinzia Zanotti, 2007) في (العيسوي، 2006) تصنيفه لأعراض متلازمة الإنهاك

المهني حسب الجدول التالي:

جدول رقم "01" يوضح تصنيف أعراض الإنهاك المهني حسب سينزيا

اضطرابات سلوكية	اضطرابات فكرية	اضطرابات انفعالية	اضطرابات بدنية
التغيب عن العمل	تدني الفاعلية الفكرية	فقدان المتعة	ضغط داخلي
حالة لا استقرار	فقدان الذاكرة الجزئي	الإحساس بالضعف	تعب
عزلة	فقدان مبدأ الأولويات	الإحساس بالوقوع في فخ	اضطرابات معوية
ارتفاع ساعات العمل	عمل غير منظم	وضعية سلبية تجاه نفسه	غثيان
عدم القدرة على الابتعاد على	حالة من الخلط بين الأشياء	(نقص الكفاءة، نقص القدرة، الدنوة)	اضطرابات النوم
الصعوبات المرتبطة بالمهنة	غياب عنصر صنع القرار	فقدان الثقة بالنفس وتقدير الذات	ألم في الراس
استهلاك المواد والأدوية بطريقة تلقائية	نقص التركيز	فقدان الأمل ونقص الشجاعة	ألم في الظهر
ارتباط بنكران الذات	صعوبة في تنفيذ	فقدان الأمل ونقص الشجاعة	ضغط عضلي
		فقدان الصبر	مشاكل جلدية
			انثان فيروسي

السلبية غضب حصر وقلق عدم الرضا عن العمل	الأشغال اليومية	وعدم إعطائها اهتماما
--	-----------------	----------------------

6. الأبعاد الإكلينيكية لتناذر الإنهاك المهني ومراحل تطوره

1.6 أبعاد الانهاك المهني: تعتبر كريستينا ماسلاش (1976-1978) من بين الرواد الكبار والأوائل الذين قاموا بتصنيف ووضع الأبعاد الرئيسية للإنهاك المهني كتناذر واشتغل معها الكثيرون في جامعات الولايات المتحدة الأمريكية، فترى ماسلاش أن الاصطدام الدائم بالمواقف الضاغطة خلال تأدية المهن المرتبطة أكثر بالجانب الإنساني والخدمي، بسبب مشاعر التوتر الشديد مع الناس، يقود الفرد إلى عدم الاهتمام وفقدان الحرص، كما يكسب الفرد نمطا بعيدا عن الالتزام، وتظهر هذه المشاعر من خلال أبعاد ثلاث تعددها ماسلاش كالتالي:

- البعد الأول يركز حول الإنهاك الانفعالي Epuishment Emotionnel عند استنزاف المشاعر يصبح الشخص غير قادر على العطاء كما كان سابقا، وتتمحور هذه المشاعر حول شدة التوتر والإجهاد والشعور بالفراغ الداخلي حتى انه يتصور بأنه لا يملك القدرة على المواصلة مع الآخرين وتبادل العطاء ولا يملك ما يمنحه على المستوى النفسي .

- وأما البعد الثاني فيتمثل في تبدل الشعور Dépersonnalisation ويوضح هذا البعد الاتجاهات السلبية تجاه من يتعامل معهم من زملاء المهنة والمرضى وغيرهم، وإذ لا تمثل هذه الاتجاهات السلبية التهكمية الساخرة خصائص الفرد السلوكية (Delbrouck, 2001 : 125,159)

- وأما فيما يخص البعد الثالث والأخير فهو يتمثل في نقص على مستوى الانجاز الشخصي للفرد Accomplissement Personnel ، حيث يبدأ هذا البعد مع بداية التقييم السلبي للذات مع فقدان الحماس للانجاز وفقدان الثقة بالنفس، وتجلي بعض الأفكار السلبية تجاه نفسه، وبأنه غير كفاء في التعامل مع العملاء وعدم القدرة على الوفاء بالمسئولية (Bigler, 2008 :136)

2.6 مراحل تطور التناذر:

كبقية الاضطرابات المعروفة في حقل المهن الخدمائية والضغط المهنية يعتبر الاحتراق النفسي من بين التناذرات تتطور بشكل متسارع عن طريق مراحل نبيها حسب المؤلفين الذين خاضوا في هذا المجال.

المرحلة الأولى: تعرف هذه المرحلة بمرحلة الاستشارة الناتجة عن الضغوط أو الشد العصبي arousal stress كعاش نفسي للفرد في عمله مرتبطة بمجموعة من الأعراض كسرعة الانفعال والقلق المستمر، ارتفاع في الضغط الدموي على فترات، أرق ليلي واصطكاك الأسنان أثناء النوم Bruxim ، النسيان وصعوبة التركيز في المواضيع المعاشة مع تشتت في الانتباه أثناء أداء المهمة، صداع دائم مع ضربات القلب غير متناسقة (علي عسكر، 2003: 126)

كما ينتج عن هذه المرحلة غياب التوازن وعدم القدرة على تحمل متطلبات العمل والرفاق والضغط اليومية (عمار فريجات، 2010: 1564)

المرحلة الثانية: وهي مرحلة توفير واقتصاد الطاقة Energy conservation وهي تشمل مجموعة من الاستجابات السلوكية كالتأخر عن الدوام وتأجيل الأعمال والاحتياج المستمر للعطل، انخفاض في الرغبة الجنسية، تدهور مستوى الانجاز، الامتعاض والزيادة في استهلاك المسكنات والأدوية المخدرة والمنبهات، اللامبالاة مع الانسحاب الاجتماعي، السخرية والشك والشعور بالتعب صباحا (Marie (Baque,2000 :05)

والملاحظ من هذا أن المرحلة الثانية ناتج للمرحلة الأولى كرد انفعالي لحالة عدم التوازن التي يشعر بها الفرد بالقلق والتعب والإجهاد الناتج عن متطلبات العمل (عمر الخرايشة، 2005: 301)

فأما المرحلة الثالثة فهي مرحلة الاستنزاف والإرهاك البدني والانفعالي Exhaustion مرتبطة بمشكلات معقدة من حيث الجانب الفيزيولوجي والنفسي، كالاكتئاب المتواصل واضطرابات هضمية وأخرى صداعية، تعب جسمي مزمن، اجهاد ذهني مستمر وغير مستقر، الرغبة الدائمة في العزلة والتلذذ بها، مع هجرة مواضيع ذات الاهتمام، كما أنه ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم على الحالة في كل من هذه المراحل، بل اكتشف بأن تجلي عرضين فقط في كل مرحلة يمكن أن يؤخذ كمؤشر على تطور الاضطراب (عسكر، 2003: 126)

7. الدراسة السببية لتناذر الإنهاك المهني

في دراسة ارتكزت على ثلاثية ماسلاش المحددة لأبعاد الاحتراق النفسي، كشفت سنة 2004 بسويسرا على أنه من بين خمسة أطباء يوجد واحد على الأقل يظهر نسبة عالية بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي بصفة عالية. (P.Bovier and all, 2004)

وحسب le Swiss Medical Weekly حيث قام بنشر دراسة ميدانية سنة 2007 على عينة تكونت من 615 طبيب بمختلف التخصصات، كشفت الدراسة على أن نسبة 31.5% يعانون من الاحتراق النفسي كتناذر ذو المستوى المتوسط ومن بينهم 3.7% يعانون من الاضطراب بشدة عالية حسب مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، هذه الدراسة التي بدأت سنة 2002 تكشف كذلك على تطور الاضطراب بشكل مذهل في جميع الاختصاصات على غرار الأطباء العامون الذين يبدوون خلال الدراسة أكثر عرضة لهذا التناذر. (F.Arigom and all, 2010).

وحسب هذه الدراسات فإن تناذر الإنهاك المهني ينتشر بشكل كبير في الأوساط الطبية كمهنة ذات خدمات إنسانية من الدرجة الأولى، و تتجلى الأسباب الرئيسية المؤدية إلى هذا التناذر في ثلاث مستويات رئيسية، إذ تعتبر هذه المستويات من الأسباب المباشرة التي تلعب دورا هاما في تطوير الضغوط المهنية إلى إنهاك انفعالي وبدني، والاحتراق النفسي حسب مجموعة كبيرة من المؤلفين في هذا الحقل يرون بأن الأسباب الفردية والاجتماعية هي عوامل ممهدة لظهور التناذر ولكن العوامل التنظيمية هي العوامل الرئيسية التي تؤدي للاضطراب، إذ تساهم هذه الأخيرة بشكل كبير في تطور التناذر عند المهنيين، ولكي نستطيع دراسة السببية للتناذر اكلينيكيًا فإننا ولا بد علينا إعطاء صورة واضحة عن كل من المستويات المذكورة، انطلاقًا من الأسباب الفردية والمكون النفسي للفرد وخصائصه كعوامل مشجعة إلى الأسباب الاجتماعية البيئية المساهمة في التأثير والتعرض المستمر لضغوط الحياة بتنوعها ونختم بالأسباب التنظيمية المهنية خلال ممارسة الفرد لمهامه الخدمائية وتأثيرها المباشر، كعامل مفعّل للتناذر *facteur déclenchant*، إذ تكشف إحدى الدراسات الميدانية التي أجرتها مجموعة من الباحثين على عينة كبيرة قوامها حوالي 625 ممرض وممرضة من المستشفى الجامعي ببروكسيل بلجيكا تحت موضوع لدراسة العوامل المشجعة على ظهور الإنهاك المهني، على أن العوامل

الأكثر تأثيراً في ظهور الإحترق النفسي عند الممرضات هي العوامل المتعلقة بظغوط العمل حيث سجلت أعلى نسبة في الاختبار المعد لذلك (Recherche en soin infirmier, 1999).

1.7 - العوامل المتعلقة بالفرد

ينفرد كل فرد بمكونات شخصيته الخاصة، ويختلف أحدهم عن الآخر بخصائص متعددة تجعل المكون الرئيسي للجهاز النفسي في استعداد دائم لاستقبال الضغوط الخارجية، ويعتبر رائد الإحترق النفسي الدكتور فريدنبرجر Freudenberger وهو أول من استخدم المصطلح واشتغل على الأبحاث النفسية في هذا المجال أن أصحاب المهن المخلصين في مهنتهم والمتفانين في أداء واجباتهم تجاه الآخرين، هم الأكثر عرضة من غيرهم لتناذر الإحترق النفسي، وهذا لما يشكله اتجاههم نحو الحرص والالتزام والتخوف من الإخفاق في المهمة، ومن الأسباب الفردية الأكثر طرحاً على المستوى البحثي، هي تلك المتعلقة بمدى واقعية الفرد في توقعاته وطموحاته، زيادة على أن عدم الواقعية ينجر عنها جملة من الأوهام والإحترق الداخلي، كما أن درجة الإشباع النفسي للفرد خارج العمل لها دور أساسي في التحكم في درجة الإحترق النفسي للعامل، وأما الأشخاص الذين لهم أهداف مهنية معينة يريدون أن يصلوا إليها - مما قد تتصادم بالواقع - يكونون أكثر عرضة للإحترق النفسي، إضافة إلى مهارات التكيف العامة والنجاح السابق في مهن ذات التحدي للقدرات الفردية، مع حضور لدرجة التقييم الذاتي للفرد، كما أن عدم الوعي والتبصر بمشاكل الإنهاك المهني من الأسباب المشجعة على ظهور الاضطراب (حمدي، 2008: 180)

ويعزى الإحترق النفسي من ناحية أخرى إلى مواضيع فردية تتشابه في خواصه عند الأغلبية ومن بين ما ذكره الباحثون مايلي:

- مطالبة الفرد من نفسه أكثر من قدراته
- توقعاتهم جد عالية قد تصطدم بواقعهم المهني
- غياب التغذية الراجعة خلال الممارسة المهنية
- عدم القدرة على بناء علاقات قوية مع الرئيس والمرؤوس
- ضبابية الدور والهدف من الانجازات، حيث لا يدرك الفرد المطلوب منه
- الأعباء الزائدة خلال الممارسة المهنية والواجبات المتراكمة

- التعامل الضاغط والمستمر لمدة طويلة مع فريق العمل والمقربين في المهنة
- ضعف الراتب والمحفزات الادارية مقارنة بالأداء
- النمطية المتكررة في العمل بدون معنى
- تدني الشعور بالإنتاج ومعنى العمل الذي يؤديه (Jean-Yves and al, 2010 :118)
- إضافة إلى بعض الأسباب الأخرى من بينها الصحة الجسمية والنفسية وتراكم الرغبات والمتطلبات والاستعداد للعمل مقارنة بالسن والمزاج والآمال المتعلقة بالحياة المهنية والمنزلية، وتراكم المتاعب الشعورية والاحباطات المتكررة (صبرة علي، 2004: 329)
- ويلاحظ بعض الباحثين كذلك بأن الاحتراق النفسي ناجم عن تبلور مجموعة من المشاعر المعبرة عن الاحباطات والتفاني في العمل مع الشعور بالمسؤولية الكبيرة والثقيلة تجاه العائلة، وتسجيل الصراعات الدائمة على مستوى اللاشعور والمعاش النفسي المتعلق بالضغط، والعزلة العاطفية مما يصيب الجنسين على حد سواء، والمهن المتعلقة بالتطبيب والتمريض مثل الممرضات هم أكثر عرضة لما ذكره (eurikasanté.fr, 2004)
- وتشير دراسات أخرى إلى أن فعل بعض العوامل المؤثرة يمكنها أن تتلاحم فيما بعضها، في بعض المهن ذات العلاقة بالخدمات (التمريض، التطبيب، الخدمات الاجتماعية، التعليم وغيرها) وبكثافة الانفعالات المتعلقة بالمهن (INRS.fr, 2014)

2.7 - العوامل المتعلقة بالجانب الاجتماعي والتاريخي : يتمحور موضوع العوامل الاجتماعية والتاريخية حول جملة من المسائل المتعلقة بطبيعة المجتمع من عادات وتقاليد وتوجهه الثقافي ونمطه المعيشي وغيرها إذ أن المسببات الرئيسية الأكثر تأثيرا تتضح من خلال ثلاث عناصر هامة في بعدها الاجتماعي والثقافي

أولها متطلبات العصر والحيز الديموغرافي الذي يشغله الفرد من طابع عقلي وأخلاقي وثقافي فالاحتراق النفسي ينتشر في مجالات المهن ذات التوجه الذي لا يلقى الدعم الاجتماعي العام.

أما الثاني فهو الغموض الوظيفي الذي من خلاله لا يمكن للفرد التعرف على دوره بشكل كبير، ويشكل الإدراك للدور وفهم المهام والعمليات المهنية سببا رئيسيا في الحفاظ على الصحة النفسية للعامل (Courtiel and all, 2005 :387)

وأما العامل الاجتماعي الثالث والأخير وهو الاعتماد المتزايد على الخدمات من طرف المؤسسات الرسمية والمتخصصين وأهمهم اللجوء إلى الخدمات المقدمة على الصعيد غير الرسمي من أقارب وجيران، ودور العبادة وغيرها مما يؤثر على التوازن الخدماتي وكثافة الطلب بهذه المؤسسات، كما أن هناك توقعات من طرف المهني أو العامل عند اقباله على المهنة حيث يرى شراكة كبيرة بين أفراد المجتمع في بعض المهن من الناحية الخدمائية وطبيعة المهنة وفرق الخدمات ومنها ما يمس موضوع الكفاية والتأهيل وروح التعاون والتقدير الخاص بمقدم الخدمة العلاجية، وأن المهنة المتميزة تمتاز بالإثارة والتنوع، نشوء علاقة تعاونية وتضامن بين أفراد المهنة الواحدة، يرى كذلك ظاهرة الاستقلالية في القرارات من ناحية نوعية الخدمة التي يقدمونها، كما يتوقع في بعض المهن الخدمائية وعلى رأسها التمريض عند الأغلبية نوع من الإخلاص والالتزام والإنسانية، هذا وأن هناك بعض الحقيقة في هذه التوقعات لكن معظمها خاطئة ومضللة لأعداد متزايدة من المهنيين في المجتمع والذين يعملون في مؤسسات ذات الطابع البيروقراطي الضخم، ونتيجة لذلك فإن معظمهم يبدأ حياته المهنية بتوقعات غير واقعية وسرعان ما يصطدم بالواقع المهني المر وهذا عند تعرضهم لأمر تخالف ما كان في مخيلتهم عكس الصورة التي رسموها للعمل مسبقاً أو الذي سيقبلون عليه مستقبلاً (عسكر، 2005)

ومما نلمسه أن كل هذه الاحباطات الناجمة عن التوقعات الخاطئة غير الواقعية والتصادم بالواقع يولد ضغوطاً غير مألوفة وإجهاداً وظيفياً متكرراً يضاف إلى استعدادات فردية أخرى قد يكون مؤشراً لبوادر الاحتراق النفسي .

3.7 – العوامل المتعلقة بالجانب التنظيمي المهني:

يعتبر التنظيم المهني أو ما يسمى بتنظيم العمل من الأولويات التي تشغل المؤسسات المنتجة والتي تعول على المورد البشري كعمول للربح بما في ذلك المحافظة على سمعتها من خلال حسن تسيير الموارد، وتوفير البيئة الملائمة للصحة النفسية من مهام المسئول عن المؤسسة من حيث اعتبار الظروف المهنية المساعدة من أقوى المسببات، وتجدر الإشارة هنا على تطوير بيئات العمل في كل المؤسسات من ناحية الآلة ووضعياتها والوقت المناسب ومناخ الانتاج، وهذه الظروف التنظيمية عامل أساسي في التخفيف من حدة الضغوط الناجمة عن العمل، ويشير هنا بعض الباحثين إلى العوامل المتعلقة بهذه الجوانب على أنها عوامل أساسية غير ثانوية وعلى رأسهم الأستاذ علي حمدي (2008) حيث يرى

بأن كل البحوث حول الضغط النفسي تشير إلى أن فقدان الإمكانيات والقوى يعتبران من المسببات الرئيسية للضغط النفسي، ونتاجه القلق والكآبة عند الفرد العامل، وتتطور الظاهرة إلى ما يسمى العجز المتعلم أو المكتسب حيث أن الفرد يستخلص بشكل متعلم عجزه عن الأداء والارتقاء بذاته راضخا بنفسه إلى اليأس والقنوط، حيث تشبه هذه الظاهرة إلى حد كبير تناذر الإنهاك المهني.

اذ نعتبر بأن كل بيئة يفتقر فيها الفرد المنتج إلى توجيهات وظروف محسنة قد تساهم الى حد كبير في الإصابة باضطرابات نفسية مهنية أو اجتماعية مهنية، وأن الاستمرار على هذا المنوال يقود الفرد إلى الوقوع في حالات من الاحتراق النفسي.

وأما العامل الثاني الذي يمكن اتخاذه كمسبب يساهم في الاحتراق النفسي وهو نقص المحفز وغياب عامل الإثارة الذي يجعل للفرد دورا هاما في عمله، وأن البيئة التي تركز على الأعمال النمطية المتكررة كل يوم تعيق الفرد على الأداء والارتقاء مما تجعله يعيش في ضغوط متكررة يوما بعد يوم.

وإن العامل الثالث في العوامل التنظيمية هو الفشل الذي يواجهه الأفراد في تحقيق ذواتهم وتحقيق الحاجات الشخصية خلال الممارسة المهنية، مما ينتج عن ذلك حالات من عدم الرضا والاحباطات المتكررة، وهذا يقود بدوره إلى الضغوط المهنية ومنه إلى الاحتراق النفسي، ومن المتوقع لدى الفرد العامل عند قدومه إلى مقر العمل أن يجد مساندة من زملائه ومن رب العمل وتشويقا وإثارة وتحفيزا ماديا ومعنويا من الإدارة ولكن سرعان ما يصطدمون بالواقع الذي تعيشه مؤسساتنا، كما يصابون في حينها غالبا بحجبة أمل (حمدي، 2008: 182)

8. الخصائص الإكلينيكية لمتلازمة الإنهاك المهني في الأوساط الطبية.

يتمركز تناذر الإنهاك المهني في الأوساط المهنية على مختلف أنواعها واتجاهاتها الخدمائية أو الإنتاجية، ويتعرض أغلبية المهنيين إلى مثل هذا الاضطراب نظرا لأسباب متعددة تم التعرض لها سابقا، ويتمحور موضوع الاحتراق النفسي حول درجة الخدمة التي يقدمها العامل لمؤسسته أو للأشخاص الذين يتعامل معهم ويخص Canouii (2004)، لهذا الموضوع أهمية كبيرة من حيث أبحاثه التي أجراها على تناذر الإنهاك المهني عند المعالجين (syndrome d'épuisement professionnel des soignants) ويدرج في الخصائص المميزة لهذا التناذر عند هذه الفئة بعضا من الأعراض

الإكلينيكية، بدنية كانت أو سلوكية أو نفسية ومنها أولاً على المستوى الجسدي، مثل التعب وآلام الرأس والظهر واضطرابات هضمية غير محددة، اضطرابات النوم وآنثان على مستوى الأنف والحنجرة، زكام دائم مع المعاودة، اضطرابات في التغذية تحتل مكانة خاصة في الجدول العيادي وخصوصاً عند فئات الشباب من النساء خاصة، والذي يتمحور حول فقدان الشهية وتذبذب في الحمية الغذائية، يحدث أحياناً فتح واسع للشهية.

كما تتمركز بعض الأعراض على المستوى السلوكي من حيث عادات سلوكية غير معتادة ودخيلة بالنسبة للمهني، مثل الحساسية المفرطة واحباطات ناجمة عن سوء التكيف، مزاج متقلب من الضحك المفرط إلى الدهول ثم إلى البكاء أحياناً ودموع متحجرة وكثيفة تدل على ضغوط انفعالية داخلية، حذر شديد تجاه الآخر مع تصرفات انفعالية قد تؤدي بنفسه أو بالآخر.

وتجدر الإشارة كذلك إلى وضعيات يطلق عليها الوضعيات الدفاعية، والتي تتضح في تصلب شخصي وتعنت مكتسبة ومقاومية للتغيير مع وضعيات سلبية أو تشاؤمية، كما يقضي الفرد معظم أوقاته في العمل بدون نتائج ملموسة والتقهقر في الأداء، ولكي يستعيد الفرد توازنه يلجأ إلى تناول الكحول والمهدئات "يقتنيها من صيدلية المصلحة" وهذه الطريقة في الإستهلاك الذاتي للأدوية جد خطيرة بدون رقابة طبية قد تؤدي إلى تبعية مستدامة للمهدئ.

تتطور نحو حالة من التعب الشديد، ووضعيات شبه اكتئابية أمام الآخرين من الزملاء وعزوف عن أداء مهامه العلاجية نحو المرضى، كما قد تؤدي به هذه المعانات إلى الرضوخ السريري، وفي حينها يحاول الشخص الحفاظ على وظيفته في ظل معاناته بأقل الأضرار، ويشكل مصدر المعاناته خلال العمل، هذا السلوك المرضي الناجم عن معاناته يولد عند الشخص حضوراً غير عادي في مكان العمل، وهذا ينطبق على الإطارات المتقدمة في المهنة بالدرجة الأولى كرؤساء المصالح والوحدات الطبية والجراحية، وهذا الحضور غير العادي يشكل مصدراً لقلق الفريق أثناء المهمة وحالة من اللاتنظيم، في نفس الوقت نجد آخرين من ذوي الاضطراب يلجئون إلى الغياب المستمر والابتعاد كلية عن جو العمل مما يحدث نوعاً من الاستنزاف المهني نظراً لطلبات التغيير من المصلحة مما يشكل خطراً على الآخرين الذين يتضررون من مثل هذه التصرفات ويكمن خطر التناذر في هذه الحالة كونه يؤثر على استقرار العمال في المصالح.

وتشير بعض الإحصائيات إلى أن الممارسين المهنيين في مهنة الطب يعانون بشكل ملحوظ من الاكتئاب مقارنة بعامّة المهنيين بنسبة مضاعفة حيث بلغت نسبة التعويض عن التغيب في العطل المرضية والتأخر 3.8% سنة 2000 وتزايد النسبة إلى ما يحدو 12.4% سنة 2001 لتستقر سنة 2002 بنسبة 6.5% وتشير الإحصاءات في الأوساط الطبية إلى أن الأمراض والاضطرابات النفسية تحتل المرتبة الثانية من حيث الانتشار بنسبة 18% مباشرة بعد الأمراض السرطانية بمختلف أنواعها والتي تشكل ما نسبته 21% وأمراض الضغط والقلب والشرايين بنسبة 12% حيث تكون هذه الاضطرابات سببا مباشرا لسلوكات التغيب والعطل المرضية (P. Canouï, A. mauranges , 2004)

وتشير بعض الدراسات التي اجريت بالمملكة المتحدة في الأوساط الطبية على مستوى الصحة العقلية أن الاحصائيات تكشف عن ما نسبته 40% من المهنيين يعانون من تفاوت في حالات الانهاك الانفعالي Epuisement emotionnel من مستوى الاحتراق النفسي و 15% من تبدل الشعور Dépersonnalisation ويشكل الشعور بعدم الرضا عن العمل ما نسبته 25% وإضافة إلى ما تشكله هذه الاضطرابات إلى نسبة كبيرة من التغيب يلجأ أغلبية الأفراد إلى تعاطي المهدئات والمخدر واحتساء المواد الكحولية. (P.Marie, 2004)

ويبين لنا كلايزس (Gleizes) أن الأطباء الأكثر استعدادا لتغيير المهنة يعدون بنسبة 25% بمنطقتي باريس وهوت جارون الفرنسية وبعضهم بنسبة 23% قرروا الدخول في التقاعد المسبق وعلل ذلك للأسباب المتعلقة بطبيعة العمل الخدماتي وأخرى تنظيمية ومالية وبعضها الآخر متعلق بالتهديدات الخارجية والمشاكل لا أمنية بالمصالح حيث يتعرض بعضهم للتهديدات من طرف مرافقين للمريض أو من المرضى أنفسهم، كما تعد المشاكل الخارجية عاملا آخر لما ذكر، ويحدد كلايزس النسب المئوية بالشكل التالي حسب الجدول:

جدول رقم " 02 " يمثل النسب المئوية حسب كلايزس

النسبة المئوية	الدلائل
تفوق 70%	العمل الكثيف surcharge au travail du soignant
70%	المشاكل الادارية والتنظيمية les problèmes administratifs et organisationnels
82%	الأعباء المالية les charges financières
56%	التهديدات المختلفة (الهاتف) les harcèlements
56.5%	المشاكل الخاصة les problèmes privés

ورغم ما يبدو عليه المعالج في الوسط الطبي من حالة نفسية غير مستقرة فإنه يواصل العمل بانخراط عميق في المهمة وهذا ما يدفعه إلى حالة من الضغط والإجهاد والانهك البدني والنفسي، والتي قد تكون عائقا في حياته المهنية والشخصية على سواء، ويدرج ديار وديكات D. Bédard et A. Duquette في تعريفهم لمتلازمة الانهاك المهني وصفا يختص بالاحتراق النفسي الخاص بالمهني ذات الخدمات المباشرة كالتطبيب والتمريض بأنه خبرة نفسية سلبية عايشها الشخص ومرتبطة أساسا بحالة من الاجهاد الانفعالي المزمع تتسبب فيه الأشغال التي تهدف إلى خدمة الآخرين. حيث يرى كانوي P. Canoui بأن هذا التعريف يعكس الخصائص الاكلينيكية الخاصة بمتلازمة الانهاك المهني عند المعالجين (P. Canoui, 2004)

فمن خلال هذا فإننا يمكننا تلخيص ما ورد في الاشارة إلى أن متلازمة الانهاك المهني عند فئة الأطباء والمرضى المشتغلين في مهنة العلاجات، تتميز بمجموعة من الخصائص تنصدر الجدول العيادي لهذا الاضطراب، متشكلة من طبيعة المهنة التي يمارسها المعالج والتي تتطلب الانخراط القوي والدائم مع المريض، ليس كشيء معين ولكن كإنسان يتعامل معه بحذر ودقة وانفعالات ايجابية تتطلب تركيزا قويا ومعايشة لآلامه وانشغالاته، منطلقا من إنسانيته كمختص.

9. الأدوات والتقنيات المستخدمة في قياس الإنهاك المهني

عكف الباحثون والمؤلفون في ميدان ضغوط العمل والاضطرابات ذات العلاقة بالمهني وعلى رأسها المهنة الخدمائية على تقنين وبناء المقاييس للكشف على مختلف هذه الاضطرابات، ومن بينها الاختبارات والمقاييس التي تكشف عن مستويات متلازمة الانهاك المهني ودراسة شدته بالنسبة للعامل في الوسط المهني، ويندرج تحت ما ذكرناه كلا من العالم فريدينبارجر وجونسن والعالمه ماسلاش كريستينا، ويورد لنا عسكر(2003) بعضا من المجالات التي اعتمدها أغلبهم في قياس المتلازمة والعبارات المستخدمة في هذه الأدوات، وتعتبر هذه الاستجابات مظاهر دالة على مستوى الاحتراق النفسي عند الفرد، ومن بين ما ذكر العبارات التالية:

- مدى الشعور بالتعب أو بالإرهاق
- أسلوب المعاملة تجاه الآخرين
- الشعور بالألم في غياب الأمراض الجسمية

- العزلة أو الاقتراب من الآخرين
- نظرتك تجاه المهنة
- درجات التشاؤم أو التفاؤل للحياة
- الانخراط والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة
- الشعور بأهمية الخدمة التي يقدمها للغير
- مساعدة الآخرين والرغبة في ذلك
- الحالات المزاجية والتحكم في الانفعالات
- طموحه إلى الوظيفة
- مدى غياب أو وضوح الأهداف في الحياة الشخصية للفرد
- الحفاظ على روح الدعابة أو فقدانها

ويعتبر ذلك من باب الاستجابات السلوكية التي تتمظهر على الفرد من خلال المنبهات الموجودة على شكل عبارات وبنود تخدم الأعراض الإكلينيكية للفرد. (علي عسكر، 2003)

كما نلاحظ على المستوى الأبحاث التي نشرت مجموعة من الوسائل والأدوات القياسية من اختبارات ومقاييس تدرس مستويات الاحتراق النفسي ومن بينها مايلي:

1.1 مقياس الاحتراق النفسي لفريدينبرجر (1980) يعتبر هذا المقياس من بين الأدوات الأولى المتخصصة في قياس الاحتراق النفسي وسمي نسبة إلى صاحبه ([Freudenberger, 1974](#)) يستخدم هذا المقياس في قياس مستويات وشدة الاحتراق النفسي مستخدما في ثمانية عشرة (18) بندا باستجابات معيارية تتراوح بين الانطباق التام إلى عدم الانطباق، ويتحصل الفرد من خلال الاستجابات على قيم أو درجات تتراوح بين الصفر والخمس درجات في البند الواحد، حيث يبين الجدول التالي مستويات الاضطراب.

جدول رقم " 03 " يبين مستويات الاحتراق النفسي على مقياس فرويدنبرجر للاحتراق النفسي

متوسط الدرجة المتحصل عليها في المقياس	المستوى المعبر عنه
من 0 إلى 25 درجة	حالة جيدة
من 26 إلى 35 درجة	بداية الشعور بالضغط
من 36 إلى 50 درجة	بداية الارهاصات المتعلقة بالاضطراب
من 51 إلى 65 درجة	دخول الفرد في الاحتراق النفسي
65 إلى ما فوق من الدرجات	حالة الخطر في الاحتراق النفسي

2.1 مقياس ماسلاش وجاكسون للاحتراق النفسي (1981) تعتبر كريستينا ماسلاش من رواد الاحتراق النفسي ومن الباحثين الكبار في هذا المجال وقد أعطت أهمية كبيرة لقياس درجة وشدة الاحتراق النفسي في عدة ميادين مهنية وعلى رأسها عمال السجون، وأعدت ماسلاش المقياس (MBI) سنة 1981 مرتكزة على ثلاث أبعاد رئيسية هي الإنهاك الانفعالي *épuiement émotionnel* وتبلد الشعور *dépersonnalisation* ثم البعد الخاص بالنقص على مستوى الانجاز الشخصي *manque d'accomplissement personnel*، إذ يعرف هذا المقياس من خلال استخدامه الواسع في مجال أبحاث متعددة حول الاحتراق النفسي في الأوساط المهنية، ويتمتع بحساسية جيدة وخصائص سيكومترية قوية، وترجم المقياس إلى لغات متعددة منها الفرنسية والاسبانية والعربية واليابانية وغيرها من اللغات العالمية، وترجم إلى اللغة العربية على يد يوسف نصر سنة ألف وتسعمائة وواحد وتسعون ثم زيد البتال سنة ألفين وبعدها فاروق عثمان في سنة ألفين وواحد. (نشوة عمار، 2007)

كما يعتبر مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي من بين المقاييس الأكثر دقة واستخداما في مجالات الكشف والتشخيص لهذا الاضطراب حيث استخدم فيما يزيد عن مائة وثمانون (180) دراسة منذ تصميمه، ويتداول الباحثون ثلاث نسخ أساسية أصلية ومترجمة.

- الأولى تستخدم في المهن ذات العلاقة الخدمائية الإنسانية مثل مهن الاستشارات الاجتماعية والطب والتمريض وغيرها من المهن المثيلة ويسمى بـ (MBI-HSS) MBI humane services Survey وهذا المقياس هو الذي عمد الباحث لاستخدامه في هذه الدراسة.
 - فأما الثانية وهي النسخة التي تستخدم في المهن التعليمية والأعمال المرتبطة بالجانب الثقافي والتربوي والتي تم تعديلها سنة 1986 (MBI-ES) MBI Educators Survey
 - وتعتبر النسخة الثالثة من النسخ الموجهة للوظائف العامة حيث تقيس العلاقة بين الموظف ومهنته (MBI-GS) MBI General Survey 1996. (ملال خديجة، 2010)
- وإضافة إلى هذا توجد مقاييس أخرى أقل انتشارا مما ذكر وعلى رأسها مقياس الاحتراق النفسي لجونسن (1980) ومقياس فورد موبي وإدوارد (1983) وكذا مقياس كوبنهاجن وغيرها من المقاييس الأخرى.

10. العلاج

يهدف المعالج من خلال العلاج إلى استعادة العميل لوضعه الصحي وإيجاد طريقة للقيام بعمله على نحو مُرضٍ، من دون ضغوط داخلية أو احتراق، والخلود إلى راحة طبية في العمل غالبا ما يكون ضروريا. حيث أن مدة الإجازة المرضية تختلف من حالة إلى أخرى، ولكن عموما لا يمكنها تجاوز مدى فترة معينة لأن طول الإجازة الطبية قد يسبب مشاكل تتعلق بعدم الرغبة في العودة للعمل. كما يسمح لبعض الحالات بالإجازة المرضية كضرورة للمحافظة على احتياطات الطاقة النفسية والبدنية للعميل ضحية الإرهاق. ومع ذلك، فمن غير الكافي معالجة هذه المشكلة بشكل نهائي ومنع الانتكاسات بهذه الطريقة، فيجب على المعالج أيضا التغيير الحقيقي في ديناميكية الفرد لاستعادة الشعور بالسيطرة على حياته، في مكان العمل وفي البيت كذلك.

ولكن قبل الشروع في التغيير، يجب أن نكون على بينة من الأسباب التي أدت إلى الإنهاك والاحتراق النفسي، لأن العلاج العرضي الذي يقوم بالأساس على إزالة العرض والتخفيف من الألم غير كاف، وللقيام بذلك، يجب على العميل استشارة طبيب نفسي أو معالج مدرب يرشده إلى السبل الصحيحة في تبني العلاج.

فأما من حيث العلاج الدوائي فإن أغلب الأطباء وخصوصا في طب العمل ينصحون بتناول بعض المهدئات والرضوخ إلى الراحة على سبيل العلاج العرضي كما أن العلاج النفسي من أنجع السبل لأنه يعاون العميل على التخلص من معاناته حيث أن هناك عدة أنواع من العلاج النفسي. إذ يستخدم العلاج السلوكي المعرفي باعتباره الأكثر شيوعا وتعاملا مع حالات الاحتراق النفسي والضغط، إضافة إلى أنواع أخرى من العلاجات العلاج النظامي والتي تركز في غالبها على التفاعل مع البيئة، ويساعد في التشخيص والعلاج الطب المهني وعلم النفس المهني (علم النفس التنظيمي) أو أخصائي إدارة الموارد البشرية الذي يمكنه المساعدة في إجراء التغييرات الضرورية التي من شأنها أن تجعل بيئة العمل صحية للجميع. (passeportsante.net, 2015)

ويلاحظ جمعة (2006) أن جملة كبيرة من الباحثين في ميدان الاحتراق النفسي والمهتمين بجانب الإرشاد المهني وإدارة الضغوط النفسية، أن علاج تناذر الإنهاك المهني يستدعي جهودا حثيثة على المستويين الوقائي والعلاجي.

على المستوى الوقائي التعليم واعداد التعليم والتدريب المباشر، حسن التعامل واختيار الموظفين في الأماكن المناسبة، الحث على اللياقة الصحية بأنواعها واللياقة البدنية وكذا تأسيس نظام الحوافز وتحفيز الموظفين بالشكل المادي والمعنوي.

وأما على المستوى العلاجي فإن الجهود الممكنة قد انصبت حول تحليل الدور من تعلم للحقوق والواجبات وحدود العمل وتكليف المهمة والتوقعات الممكنة في العمل، كما أن توضيح الصراعات المختلفة بين العمال وصراع المكانة والدور هام جدا في توجيه العلاج، خلق جو ملائم للعمل وتحويل بيئة العمل غير نشطة إلى بيئة نشطة وسليمة، كما أن توفير البيئة داخل فريق العمل تتيح فرص التأقلم والتكيف مع مختلف المواقف الضاغطة، مساعدة المهنيين على التغلب على المشاكل النفسية عن طريق برامج ارشادية وتوجيهية. (جمعة يوسف، 2006: 24)

وانطلاقا مما سبق فإن تناذر الإنهاك المهني من الاضطرابات التي تستدعي التكفل العلاجي والوقائي على جميع المستويات، بتدابير وقائية وعلاجية منها ما هو ارشادي ومنها ما هو دوائي ومنها ما هو علاجي مباشر كتقنيات العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي.

خلاصة الفصل

يعتبر الاحتراق النفسي من بين الاضطرابات المهنية الأكثر انتشارا في الأوساط الخدمائية، وعلى رأسها مهنة التمريض والتطبيب والتعليم، إلا أن الملاحظ أن هذا التناذر لم يتم تصنيفه وإضافته إلى قائمة الأمراض والاضطرابات المهنية، حيث يعتبر عند الغالبية شكلا من أشكال الإجهاد المهني أو حالات اكتئابية خفيفة، ومما لا شك فيه فإن هذا التناذر يؤدي إلى تعقيدات نلتمسها على مستوى التظاهرات النفس جسدية، والحالات الاكتئابية الناجمة عنها، ومنه فإن تناذر الإنهاك المهني لا يمكننا بأي حال من الأحوال أن نتهاون في التكفل بالحالات على المستوى العلاجي أو الوقائي.

الفصل الثاني: العلاج المعرفي

1. النشأة والتطور
2. مفهوم العلاج المعرفي
3. أسس ومبادئ النموذج المعرفي
4. المعالج، العميل والعلاقة العلاجية
5. النظرة الانسانية في العلاج المعرفي
6. التشخيص في العلاج المعرفي
7. التحليل الوظيفي كخطوة لتحديد الفرض في العلاج
8. النموذج المعرفي لبيك " Beck "

تمهيد

تطورت العلاجات النفسية عبر الحقب المختلفة من تاريخ نشأت علم النفس، وظهرت حينها اتجاهات متعددة وكثيرة تحمل خلفيات فكرية ونظرية مختلفة، وعلى رأسها تلك التي قامت على أساس امبريقي منها تجارب بافلوف في المنعكسات الشرطية وبعده واطسون إلى أن وصل العلاج في خياراته المتعددة إلى التيارات المعرفية التي تبحث في كيف؟ ولماذا؟ وما يحدث داخل العلبه السوداء، ساهم إلى جانب ذلك التحليل النفسي في تياره الكلاسيكي والحديث لإدخال متغيرات واستراتيجيات علاجية ساهمت في تطوير العلاج المعرفي والعلاج السلوكي أو ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي (TCC)، ويرجع الفضل الكبير إلى العالم آرون بيك وألبرت إليس وغيرهم من رواد تطوير هذا المنهج والذي حقق نجاحات مبهرة على المستوى العلاج النفسي.

1. النشأة والتطور:

ظهر العلاج النفسي في منظوره المعرفي بعد تطور مناهج عديدة، سبقه في ذلك العلاج السلوكي المرتبط بنظريات التعلم، حيث أن طبيعة هذا الاتجاه (المعرفي) لا يتوجه إلى معالجة السلوك، فكانت أول نشأة له سنة 1970 كأول علاج للحالات السيكوباتية، على يد رواده المعروفين من بينهم "ألبرت إليس" « Albert Ellis الذي اهتم بالعلاج العقلاني الانفعالي إلى جنب أعمال آرون بيك Aaron Beck سنة 1976 والذي اشتهر في عهده بثلاثية بيك المعرفية لعلاج حالات الاكتئاب (Thomas, 2005, 62)

وتعد إلى جنب أعمال إليس وبيك أعمال العالم ميتشنيوم Meichenbaum سنة 1977 وباندورا Bandura (1969-1982) من بين الإضافات والإسهامات التي طورت العلاج المعرفي، بل عمل الجميع على إدماج التيارين العلاجين المعرفي والسلوكي، وهذا نظرا للاهتمام المتزايد بتغيير السلوك إلى جانب التغيير المعرفي، الذي يسهم إلى حد كبير في تغيير الأفكار الخاطئة والمعتقدات المنحرفة، بطريقة علاجية تقوم في أساسها على الحوار ويرى العالم ألبرت إليس (1958) بأن التيار العلاجي

المعرفي عبارة عن مدرسة حكمة وقائية تهدف إلى تمكّن الفرد من القيام بذاته وتقبلها (الحجار، 1998، 32)

ويستمد أسلوب العلاج المعرفي جذوره كما ذكرنا من أعمال بيك في الستينات من القرن الماضي وأعمال إيليس منذ الخمسينات من نفس القرن، فلقي هذا الفن منذ ذلك الوقت تأييدا امبريقيا للجوانب النظرية التي قدمها العالمان في تطبيقاتها المتعددة (عادل عبد الله، 2000، 22).

2. مفهوم العلاج المعرفي

يعد العلاج المعرفي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبيا، وهو يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراتها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويستند هذا النمط العلاجي على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية التي يكونها الفرد حول نفسه والعالم المحيط به، محددة إلى درجة كبيرة، ويمثل العلاج المعرفي في هذا الإطار، شكلا من أشكال العلاج الذي يتسم بالتنظيم والفاعلية، ويتحدد أيضا بوقت معين، وهو عملية تتسم بالتعاون الامبريقي بين المعالج والعميل وهذا لسبيل دراسة المعتقدات الخاصة به والمرتبطة أساسا بسوء التكيف وعدم القدرة على التوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها امبريقيا والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية، ويتم التعامل مع استراتيجيات التفكير والمعتقدات للعميل على أساس فروض تخضى بالدراسة وهذا على سبيل اجرائية سلوكية ولفظية في الفحص الاكلينيكي، كما يستخدم هذا النمط العلاجي في سبيل تحقيق أهداف استراتيجية معرفية وسلوكية، ويتناول التغير الذي يحدث عددا من الجوانب هي الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية حيث يقوم التغير المعرفي باثارة التغير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ويحدث بعدها توسع المنظور ليتدعم بتغيير في الانفعالات وهذا عندما يبدأ الفرد في التفكير الجدي في حلول

بديلة، وتلعب الانفعالات دورا هاما في حدوث التغير الانفعالي ويصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الانفعالات. (عادل عبد الله، 2000: 22)

ويشير (عادل عبد الله، 2000) في هذا الصدد إلى أن العلاج المعرفي في حد ذاته عبارة عن تعلم واكتساب لخبرات واستراتيجيات معرفية سليمة بديلة عن تلك التي اكتسبها العميل عن طريق الخطأ أو تحت تأثير ضغوط معينة، ويعتبر الاضطراب النفسي للمعالج المعرفي أو المعرفي السلوكي اضطرابا في التفكير بتحريف المريض للواقع بشكل مفرط الحساسية، كما تؤثر عملية التفكير الخاطئ في النظرة التي يكونها العميل تجاه (نفسه، العالم المحيط به والمستقبل)، فيستلزم تعديل هذا السلوك التأثير في مجرى التفكير والمعتقد الخاطئ المحرف واختبار مدى صدقها وفعاليتها.

ويعرف بيلاك (1985) العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك الطريقة العلاجية الشاملة التي تعتمد على نوعين من الافتراضات الأساسية وهي:

- أن العوامل المعرفية المختلفة والذكريات والمعتقدات وغيرها تشكل الأساس الهام للعلاقة بالسلوك المحرف أو المختل بالنسبة للاضطراب وظيفيا (السلوك المرضي)
 - وأما الافتراض الثاني فيقوم على أساس تعديل تلك العوامل المرتبطة بالسلوك المرضي ويكون في حد ذاته ميكانيزما هاما لإحداث التغيير المرجو في الفرد. (العقاد، 2001: 33)
- فيوافق هذا التحليل ما جاء به (عادل عبد الله، 2000) سابقا والذي يعد بمثابة المبدأ الرئيسي في ماهية العلاج المعرفي وهو تفعيل العمليات العقلية عن طريق استراتيجيات معرفية جديدة مكتسبة عن طريق التعلم والتدرب يسهم فيها المعالج والعميل وفق اتفاق مبدئي بينهما.
- ويعرفه (الحجار، 1998) على أنه ذلك الأسلوب العلاجي الذي يعتمد في فنياته على تصحيح الأفكار الخاطئة للعميل المتبعة في الأسلوب الذي ألفه في التعامل مع مختلف المواقف وحل المشكلات، فيعتمد المعالج المعرفي السلوكي على العمليات العقلية المختلفة وعلى رأسها

التذكر والتخيل والانتباه والدوافع والادراكات وغيرها إلى جانب الانفعالات والسلوكيات المختلفة، والتي يكتسبها المريض (الحجار حمدي، 1998: 33)

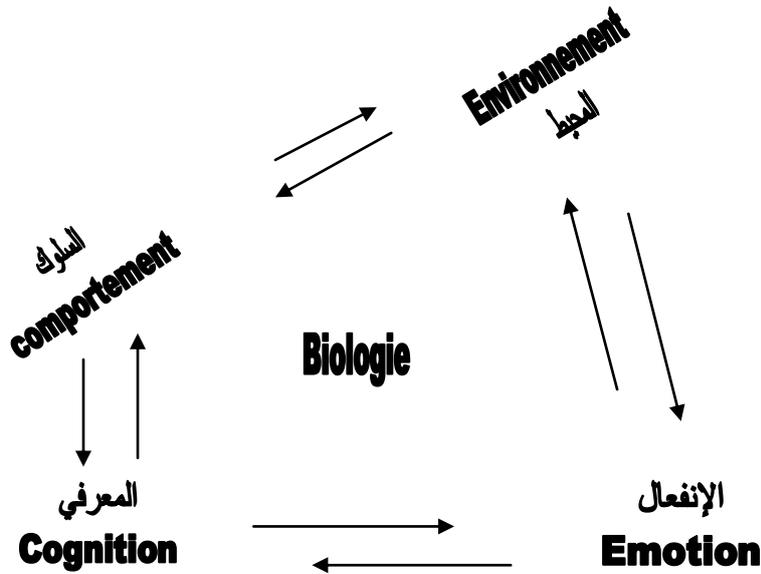
ويقرر بيك (1985) وهو صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، أن منهجه نسق علاجي يقوم على أساس نظرية في السيكوباتولوجيا ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبريقية، ويرتبط البنيان النظري بعلم النفس المعرفي ونظرية تشغيل المعلومات وعلم النفس الاجتماعي، وهو العلاج الذي يتسم بالنشاط ومحدودية البنيان والتوقيت، وقد استخدم بنجاح في علاج عدد كبير ومتنوع من الاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية ومشكلات الألم، كما يقوم هذا الأسلوب أو النمط على أساس نظري عقلاني، وهو أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون، فإذا فسروا موقفاً على أنه خطر، فإنهم يشعرون بالقلق والرغبة في الهرب، وتستمد معارفهم: الأحداث اللفظية أو المصورة في مجرى الشعور، من الاعتقادات والاتجاهات والافتراضات، وقد استخدم مصطلح "العلاج المعرفي" بسبب ما وجد بأن الاضطرابات السيكولوجية تنبع غالباً من أخطاء معينة في عادات التفكير (المعرفة)، فمثلاً قد يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة، أو قد يصدر أحكاماً قاسية على نفسه أو يقفز إلى نتائج خاطئة أو يعجز عن التخطيط الفعال لمواجهة المشكلات الخارجية، وتستخدم الاستراتيجيات العلاجية المعينة في إطار النموذج المعرفي للسيكوباتولوجيا، وتتمثل هذه الاستراتيجيات العامة المعرفية في مزيج من الإجراءات اللفظية وأساليب تعديل السلوك، وهي أساليب صممت بقصد مساعدة العميل على التعرف على التصورات المحرفة والاعتقادات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف واختبار مدى واقعيتها وتصحيحها، وعن طريق التفكير والفعل بواقعية أكبر وبأسلوب توافقي في مواجهة المشكلات السيكولوجية الحالية في الموقف، يتوقع أن يخبر العميل قادراً من التحسن في الأعراض الخاصة بالاضطراب.

ويقرر بيك (1985) كذلك بأن العلاج المعرفي كما صاغه في نظرياته مستمد من مناهج ونظريات أهمها:

- المنهج الفينمينولوجي في علم النفس وهو المنهج الذي يضيف دورا كبيرا ومركزيا على نظرة الفرد لذاته ولعالمه الخاص في تحديد سلوكه وأنشطته وتصرفاته.
- النظرية البنيوية "لكانت" ونظرية الأعماق "الفرويد" وقد أسهم مفهوم فرويد في ديناميكية البناء المعرفي إلى عمليات "أولية" و"ثانوية" في صياغة نظرية العلاج المعرفي.
- اسهامات علم النفس المعرفي وارتباطه بالمعلوماتية وتفسير المدركات وما يرتبط بمفهوم الأبنية المعرفية والتشغيل المعرفي اللاشعوري، وفي مقدمة من أسهمو في هذا المجال "جورج كيللي" في مفهومه عن المركبات الشخصية personal constructs بوصفها محددًا للسلوك، النظريات المعرفية في الانفعالات "لماجدا آرنولد" و"ريتشارد لازاروس".
- ويضيف "بيك" إلى هذا في صياغته لأساليب السؤال والتعمق فيه بأساليب "روجرز" في العلاج المتمركز حول العميل، ولهذا النوع من الأسئلة نمط "سقراطي" معروف في العلاج المعرفي، واستعان من خلال هذا بمناهج التحليل النفسي وبخاصة منهج "ليون سول" في الكشف عن الخيوط المشتركة في الاستجابات الانفعالية للعميل وذكرياته ومفهوم المعرفة القبعشعورية، ويتمثل تأثير تعديل السلوك في بنية المقابلة وتحديد جدول الأعمال وارجاع الأثر وتحديد الأفعال وترجمة المشكلات بصورة اجرائية واختبار الفروض وصياغة واختبار أساليب حل المشكلات وتحديد ما يتعين على العميل القيام به خارج الجلسة (الواجبات والتمارين المنزلية)، ويدين الطابع الامبريقي للعلاج المعرفي بالفضل إلى تأثير المعرفيين وفي مقدمتهم "ألبرت باندورا"، "جيروم فرانك"، "مارفين جولدفريد"، "ميشيل ماهوني"، دونالد ميشنباوم وج" و "تيرنس ويلسون" (لويس كامل، 1990: 227)

ويعرف (cottraux, 2011) العلاجات المعرفية السلوكية (TCC) تطبيقات علم النفس المعرفي في جانبه النظري إلى علم النفس العلاجي والتي تستخدم المنهج الامبريقي لفهم

وتصحيح الاضطرابات السلوكية التي تؤثر على حياة العميل، بمعية معالج متمكن ذو اختصاص في المجال، متمركزة على نماذج نظريات التعلم والاشراط الكلاسيكي والاجرائي والتعلم الاجتماعي والتي تهدف إلى تصحيح السلوكيات الظاهرة والمشوهة سواء كانت لفظية أو حركية، إضافة إلى كون هذا النمط العلاجي يرجع إلى النموذج المعرفي الذي يتأسس في حقيقته على معالجة المعلومات والسيرورات العقلية من التفكير والإدراك والعمليات العقلية بشكل عام، وتصحيح نمط التفكير، كما لا يعتبر السلوك والنموذج المعرفي الوحيدان في تركيب العلاج المعرفي السلوكي ولكن يحدث الفرق في تداخل هذان العاملين عن طريق التفاعل المستمر مع الانفعالات والذي يعكس التجارب الفردية لعوامل اللذة والألم الخاص بالعميل (Cottraux, 2011 :04).



شكل رقم "01" يوضح التفاعل بين المستويات الثلاث في العلاج المعرفي السلوكي حسب

(cottraux,2011)

ومن هذه التعاريف المتعددة يتبين لنا بأن العلاج المعرفي يقوم أساسا على تصحيح الأفكار السلبية الأتوماتيكية والمعتقدات الخاطئة داخل النموذج السيكوباتي للاضطراب واستبداله عن طريق

استراتيجيات معرفية مكتسبة وعن طريق فنيات التعلم والتدريب بتعاون العميل والمعالج لإيجاد طرق وأساليب وأنماط سليمة في التفكير تؤثر بدورها على السلوك الظاهر والانفعالات غير المرغوب فيها. وبالتالي فإن النموذج المعرفي في العلاج يشغل بالدرجة الأولى على الجانب المعرفي كما لا يتجاهل الجانب السلوكي والانفعالي وعليه فإن المتداول حديثا في الأوساط العلاج النفسي هو العلاج المعرفي السلوكي.

3. أسس ومبادئ النموذج المعرفي في العلاج النفسي:

يستند العلاج المعرفي إلى مجموعة من الأسس والمبادئ التي جاء بها بيك (1985: 1432) وهي بالشكل التالي: (لويس كامل، 1990: 229)

أ- الطريقة التي يشكل بها الأفراد بنية الموقف تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون للوصول إلى الحل.

ب- تفسير المواقف التي تحمل في طياتها مكامن الضغط، عملية نشطة مستمرة تشتمل على تقديرات متتابعة للموقف الخارجي وقدرات الشخص على مواجهة الموقف والمخاطر والتكلفة والكسب لمختلف الاستراتيجيات، فحين يقدر الفرد أن مصلحته الحيوية في خطر، فإنه ينزع إلى القيام بتصور متمركز حول الأنا ومنتقى بعناية وبحيث يكون ملائما للخطر أو الخسارة أو التقدم الذاتي، مع تحديد البناء المعرفي للموقف المسئول عن استثارة الوجدان وتعبئة الكائن للفعل (قلق) أو لشل الفعل. ويتوقف توجه التعبئة السلوكية نحو الهرب أو الهجوم أو التقارب أو الانزواء على مضمون البناء المعرفي، كما أن الانفعالات الناتجة هي القلق والغضب والحزن والحزن على التوالي.

ت- ولكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة السيكولوجية، كما أن الحساسية الخاصة بالشخص يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها. ونظرا لأن الناس يختلفون اختلافا كبيرا في حساسياتهم المعينة، فإن ما يشكل ضاغطا لشخص قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر.

ث- تؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، وحين تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة، فإن النظم المعرفية البدائية المميزة للفرد تنشط، وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة وشمولية (معممة) إلى جانب واحد. ويفقد الفرد قدرا كبيرا من التحكم الإرادي في عمليات التفكير، كما تنقص قدرته على التخفيف من التفكير الحاد والشاذ. ويصاحب ذلك نقص في القدرة على التركيز والاستدعاء والاستدلال.

ج- تفسر الفروق في تنظيم الشخصية بعض التباين الكبير في حساسيات الأفراد للضغوط. فمثلا، يختلف الأفراد ذوو النزعة الاستقلالية عن الأفراد ذوي النزعة الاجتماعية في نوع الضغوط التي يتسمون بالحساسية نحوها، ويترتب على ذلك أن حدوث اضطراب سيكياتري يكون مشروطا إلى حد كبير بدرجة الحساسية النوعية التي ترتبط ببيان الشخصية.

ح- تتكون الزمالات مثل اضطرابات القلق والاكتئاب من مخططات schemas (أنماط معقدة تحدد كيف تدرك وتتصور الموضوعات والأفكار) منشطة بقدر زائد وذات مضمون خاص بالزملة المعينة، وتشتمل كل زملة على نسق معرفي معين وحاكم ونزعات سلوكية وانفعالات ناتجة. والمضمون المعرفي لهذه الزمالات هو استمرار للمضمون المعين يستثير الانفعالات والسلوك في الخبرة العادية كما يوضحها الجدول:

جدول رقم " 04" يبين استمرارية الميكانيزمات السوية وغير السوية حسب آرون بيك (1985)

الانفعالات	المضمون المعرفي	الزملة المعطلة وظيفيا	السلوك المعطل وظيفيا
حزن	خسارة، ضياع أو فقدان	اكتئاب	انكماش
سرور	كسب	هوس	امتداد . توسيع
خوف	خطر	قلق	تراجع
غضب	إساءة المعاملة	بارانويدي	هجوم

خ- تحدث تفاعلات المعاونة مع الناس الآخرين في دورة من الاستجابات المعرفية اللاتواؤمية والتي تتبادل التدعيم. وتؤدي ميكانيزمات معينة مثل الطراز المعرفي المتمركز حول الأنا، والتشكيل framing والاستقطاب إلى زيادة تنشيط الميكانيزمات المرتبطة بالاكتئاب والقلق وحالات البارانويا والاضطرابات السيكياترية الأخرى

د- قد يظهر الشخص نفسه الاستجابات البدنية للتهديدات السيكلوجية الاجتماعية أو الرمزية التي يظهرها للتهديدات الفيزيقية. وتتضمن تعبئة مسلسل: " القتال، الهروب، التجمد" نفس النظم المعرفية الحركية، سواء كان مستوى معنى التهديد أو التحدي هو هجوم فيزيقي أو نقد اجتماعي

نلاحظ من خلال هذا بأن العلاج المعرفي السلوكي يبني على مجموعة من المبادئ تشكل طبيعة هذا الاتجاه من حيث نظرة العميل إلى نفسه والعالم المحيط به وإلى المستقبل ، والذي يشكل هذه النظرة البنية المعرفية التي يكتسبها العميل وبنية شخصيته عن طريق المخططات المعرفية التي كونها عن كل موقف، فالاضطراب هو عبارة عن زمالات من المكتسبات الخاطئة التي تلقاها العميل عن طريق التنشئة، ووجود أخطاء في التفكير تؤدي كلها إلى تحريف وتشويه الواقع، وعدم القدرة على تفسير وإدراك الأشياء والمواقف ادراكا سليما، كما أكد بيك على أنه لا يوجد مطلق للفكر السليم ولكن هناك دائما عوائق تحول بيننا وبين الوصول إلى المعتقد أو الفكر السليم، وأن كل خطأ في التفكير منشأه خبرات سابقة ذات مفهومية خاطئة ومقدمات خاطئة، وأنه تبعا لكل موقف معين ينتج استجابات وانفعالات وسلوكات تتفق والفروق الفردية للأفراد والعملاء، ويرى بيك بأن مرونة الفكر البشري تتيح لنا فرصة إعادة البناء والتشكيل حيث تقوده إلى الواقعية والقضاء على الأفكار والمعتقدات الخاطئة.

وعليه فإن العلاج المعرفي السلوكي عند بيك Beck والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إيليس Ellis يشكلان ائتلافا بين المناهج ذات التوجه السلوكي في العلاج ونظيراتها ذات الاتجاه المعرفي إذ أن المعرفي عندهما هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك (النشاط الظاهر على صاحبه أو غير

الظاهر المستتير) لدى العميل من خلال التأثير في عمليات التفكير بحيث يؤدي التغيير في المعارف إلى التغيير في السلوك، وفي الوقت ذاته يعتبر التدريب على السلوكات السليمة والصحيحة خطوة لاكتساب معارف ومهارات واتجاهات جديدة تؤهل العميل لاعادة صياغة استراتيجياته المعرفية بطريقة صحيحة.

وبالتالي فإن العلاج المعرفي عند تأكيده على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك، لم يغفل دور السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير، وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية استناده إلى أساليب تعديل السلوك، ويلاحظ التفاعل المستمر بين الثلاثي في المكون (التفكير، الانفعال، السلوك)، كما يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والاجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك كما ذكرنا، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية، يؤكد العلاج من خلالها على هنا والآن أكثر من التأكيد على الماضي وتشتمل المعارف على المعتقدات ونظم المعتقدات المكتسبة والتفكير والبيئة والذات البيولوجية، وطرق اكتساب وتعلم تلك المعلومات للتغلب على حل المشكلات التي تسبب الاضطراب والتنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها، ويجدر بالذكر إلى أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام، تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بها من استراتيجيات وفنيات علاجية معرفية.

أ. يعمل العميل والمعالج جنبا لجنب لتقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول الممكنة

ب. للمعرفة دورا أساسيا للتعلم والاكتساب

ت. تربط كلا من المعرفة والانفعال والسلوك علاقة سببية متبادلة

ث. ثم إن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في انتاج وفهم كل

من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما

ج. تندمج العمليات المعرفية معا في نماذج سلوكية

وفي عام 1979 عرض بيك في كتابه "العلاج المعرفي للاكتئاب" (Cognitive Therapie of Depression) التداخل والتفاعل بين الاستراتيجيات والفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية بغرض تحقيق الأهداف التالية: (عادل عبد الله، 2000)

- ملاحظة وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية
 - التعرف على العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك
 - التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها أو ضدها
 - وضع تفسيرات للمعارف المنحازة تتسم بتوجهها نحو الواقع
 - تعليم العميل كيف يقوم بتحديد الاعتقادات المختلة وظيفيا والتي تؤدي به إلى تشويه الخبرة.
- وتلخص الدكتورة (Judith s, Beck, 2011) أهم أسس التدخلات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي بأن هذا الفن تطور على يدي بيك Beck في بداية الستينات (1960) وكان يستخدمها على أساس علاج معرفي وبعدها تطور إلى تزاوج النموذجين المعرفي والسلوكي حيث أصبح يعرف بالنموذج المعرفي السلوكي أو السلوكي المعرفي، يستخدم لكل الأفراد على مختلف أعمارهم ومستوياتهم التعليمية وحتى كبار السن وفي مختلف الميادين من برامج التدريب المهني والمؤسسات وعند المساجين ويعتني بمختلف الثقافات بدون تمييز، وكل هذه التدخلات تصب في قالب إعادة بناء الأفكار السلبية التلقائية والمتعلقة بالاضطراب قيد الدراسة، وتتراوح مدة جلساته حسب الوضعيات العلاجية المختلفة من 30 إلى 45 دقيقة أو تتجاوزها قليلا. (Judith Beck, 2011)

4. المعالج، العميل والعلاقة العلاجية:

يعتبر نشأة العلاج النفسي ذو الاتجاه المعرفي من العلاجات الحديثة نسبيا والتي تهتم بالعمل كمحور أساسي في العملية العلاجية، ويركز رواد هذا التيار العلاجي على فاعلية العميل في تقبل

العلاج والاندماج في الخطة العلاجية التي يضعها ويسطرها مع المعالج، كما أن كل علاج نفسي يخضع إلى هذا المبدأ وهو تكوين رابط وتواصل بين المعالج والعميل، وبدونها لا يمكن للنشاط العلاجي أن يتأسس، والعلاج المعرفي السلوكي هو علاج تساهمي، حيث أن العميل يندمج في الخطة ويتقبل عناصرها ويشارك في وضع معالمها حسب الافتراض العلاجي، وأن المعالج يتقن أساليب تمكين وتطوير والمحافظة على العلاقة التساهمية بين المعالج والعميل (Ovide Fontaine, 2006).

تقدم العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل وسطا ملائما لتقدم العملية العلاجية، ويقرر بيك Beck أن المعالج يقوم بالوظائف الجوهرية التالية:

أ. إرشاد المريض لكسب الفهم لمجابهة مشاكله بفعالية كبيرة وهي في حقيقتها أسلوب الاستكشاف المرشد

ب. أن يعمل على خلق عاملا وسيطا لتحسين المكتسبات المتعلمة من خبرات ومهارات لحل المشكلات خارج الحصص العلاجية والتي يمكنها أن تنمي المهارات المتكافئة للعميل، فيحرص المعالج على الحفاظ على مستوى من الصدق في العلاقة والانخراط بتقبل غير مشروط كما هو الشأن بالنسبة للعلاج المتمركز حول الفرد عند "روجرز".

ت. وفي حقيقة الأمر على عكس ما يوجد من علاقة في العلاج الوجودي والتحليلي فإن العلاج المعرفي ، يترك للمعالج المجال الواسع في اختيار التقنيات وتوجيه الخطة لما يخدم العميل واقتراح الحلول الممكنة، إذ يلعب الدور الفعال والنشط في ذلك، فيقترح أساليب واستراتيجيات معرفية بديلة وخطط لتغيير السلوك وهذا كله يجعل من العلاقة العلاجية علاقة تفاعلية مثيرة. (لويس كامل، 1990)

وتعتبر مدة الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي قياسا بالعلاجات الأخرى قياسية والتي تتراوح من 15 إلى 20 جلسة على مدى اثني عشرة أسبوعا مما يشكل ضغطا على كل من العميل والمعالج، وهذا محاولت منهما لاستغلال أقصى قدر من الوقت الممكن بأحسن صورة ممكنة، كما تحت العميل

على التدريب بالبيت على التقنيات والمهارات التي كلف بها، والتي تساهم للتعرف على نقاط قوته وضعفه ومراقبة أفكاره السلبية ومعتقداته الخاطئة، مما يشكل عنده نوعا من النشاط الدائم والمنظم الذي يساهم فيه المعالج والعميل جنبا إلى جنب (Beck.A.T, 1985)

ويرى (Ovide,2006) أن العلاقة التساهمية في العلاج تنطلق من تركيبة ثلاثية تشكل مواصفات جلية عند المعالج وهي: الحيوية والدفء Chaleureux، تقمص عاطفي Empathique، صادق Authentique، هذه المواصفات جاء بها " روجرز " (Rogers, 2003) ولم تفقد هذه المواصفات فعاليتها الى الآن.

- التقمص العاطفي: وهي قدرة المعالج على فهم ما يشعر به ويعيشه العميل، ويلاحظ تكرارا ومرارا بأن بعض المعالجين يهتمون أكثر بتفسير ما يعيشه العملاء على أن يهتموا فعليا بما يعيشه حقيقة العميل ويشعر به خلال الاضطراب
- الصدق: في أغلب الأحيان ونظرا لكثرة العملاء وضغط الجلسات فإن المعالج قد يفقد نوع من الصدق في التعامل مع عملائه ولهذا وجب عليه أن يحافظ على حيويته وصدقه في التعامل مع العملاء في كل حين.
- الحيوية والدفء العاطفي: هي صفة يمتاز بها المعالج الماهر والتي تؤهله إلى كسب ثقة العميل، وعليه فإنه في حالة وجود ممانعة في صدق المشاعر من طرف العميل وأن لا يظهر العميل في بعض الأحيان، الرغبة في التعامل الحقيقي خلال العلاقة العلاجية فإنه يمكن للمعالج أن يوجهه إلى أحد الزملاء ليكمل العلاج.

فهذه الثلاثية من التقمص العاطفي والصدق والحيوية في المشاعر، تعتبر المكون الأساسي للاتجاه الذي يدير الجانب العاطفي في العلاقة ولكنها لا تكفي لوحدها، فيجب على المعالج أن يكون محترفا في إدارة العملية العلاجية مكتسبا لمؤهلات علمية لإدارة العلاقة العلاجية، فالعملاء لا

ينتظرون فقط من المعالجين الدفء العاطفي ولكن ينتظرون حلولاً لمشاكلهم وفكاً للغز معاناتهم (Ovide, 2006 : 81)

كما يبين لنا (عادل عبد الله، 2000) بأن العلاقة العلاجية التي يعتمدها العلاج المعرفي السلوكي تقوم على أساس جوهري بين المعالج والعميل، إذ يشترط فيها في ضوء هذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الارتباطات والتعلقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينشأ بينهما، والأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهة المشكلات النفسية والعمل على التخفيف من حدتها أو التخلص منها، وفي هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاث مكونات أساسية هي:

- الاتفاقات: وهي ما تشير إلى تلك الارتباطات بين الشخصية التي تنشأ ويتم عقدها بين الطرفين
- الأهداف: وتشير إلى ما يصبو إليه الطرفان وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل
- المهام: وتشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية

ومن هذا المنطلق لا يحدث العلاج الفعال للاضطرابات المختلفة إلا إذا قامت بين كل من المعالج والمريض علاقة عمل يتم الاتفاق عليها مسبقاً، إلى جانب حدوث اتفاق متبادل بينهما على الأهداف التي ينتظرون تحقيقها من خلال هذه العملية العلاجية، وموافقته على القيام بها في سبيل تحقيق ما تم التخطيط له من أهداف. ويوضح لنا (عادل عبد الله، 2000) أنه يمكن تناول هذه المكونات الثلاثة على النحو التالي:

1. الاتفاق Bonds يتركز الاهتمام من جانب المعالج خلال هذا المكون على التعهد بإقامة علاقة علاجية مشتركة تشجع المريض على تحقيق المهام المنوطة به والموجهة بالأهداف، وجدير بالذكر أنه ليست هناك صيغة معينة لعلاقة علاجية واحدة يمكن أن تنشأ بين الطرفين (المعالج والعميل) لكن ما يحدث بينهما يعد بمثابة تعهد واتفاق على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذي يتم تحديده والاتفاق عليه في سبيل تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية، ومن ثم فقد تختلف تلك الاتفاقات أو التعهدات من عميل إلى آخر ومن معالج إلى آخر، لكنها جميعا في النهاية تعمل على تحقيق الهدف العلاجي العام والخاص وفقا لظروف كلا الطرفين، وفي ظروف ذلك فقد يتم العمل مع عميل معين بشكل رسمي، بينما قد يتم العمل مع عميل آخر بشكل أكثر حرية، وهكذا على أن يلتزم كل طرف من الطرفين بدوره المحدد إذ يجب على المعالج أن يلبي توقعات المريض فيما يتعلق بالكيفية التي يتوقع أن يعامله بها المعالج لأن هذا يلعب بطبيعة الحال دورا أساسيا في تطور العملية العلاجية وفي قيام المريض بدوره بفعالية لتحقيق الهدف المتفق عليه، ويشمل الاتفاق إضافة للاتفاق على الأهداف الاتفاق على طريقة وأسلوب العمل والعلاج، وبلورة الاستراتيجيات العلاجية الممكنة وفق الاضطراب والفرص العلاجي المتبع.

2. الأهداف Goals وهو ما ينبغي التوصل إليه من خلال العملية العلاجية أو هو المقصد العلاجي في الخطة العلاجية، ويتمثل بشكل عام في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة العلاج، ويتطلب تحقيق ذلك فهما مشتركا لتلك المشكلات التي يفصح عنها المريض على أن يكون مثل هذا الفهم قائما على أساس منطقي يعتمد على التأكد وعدم الانحياز خاصة لتك القيم التي يستدخلها العميل، كما يعتمد ذلك على فتح قناة اتصال بين الطرفين خلال العملية العلاجية تتسم بالصرامة والوضوح، يدعمها ما يحدث بينهما من مناقشات مستمرة يفصح العميل خلالها عن أهدافه التي تم تحديدها كأهداف مبدئية من جانبه يرغب في تحقيقها وذلك دون أن يقوم بإخفاء أي جانب منها أو من تلك الأمور الأخرى التي تتعلق بها عن

المعالج، وهي أمور تعتمد في الجانب الأكبر منها على تلك العلاقات التي يقيمها المريض مع الآخرين، ومن ثم فهي تتأثر بكلا النسقين الفردي والأسري أو حتى النسق الاجتماعي للعميل، وهو الأمر الذي يدفع المعالج إلى تحديد الأثر النسبي لمثل هذه الأمور المتعلقة بمشكلات سلوكية وكذا العلاقات المتعددة مع غيره من أفراد المحيط في حدوث تلك المشكلات التي يعاني منها، وفي تحديده لأهدافه المبدئية. وعلى ذلك تتم مراجعة تلك الأهداف بشكل جيد من جانب المعالج في الأساس على أن يشرك معه المريض في ذلك، وعلى أساس من الصراحة والوضوح والحوار المفتوح بينهما يتم تحديد أهداف أكثر واقعية وقابلة للتحقيق، كما تخدم المريض بشكل فعال فتساعده مثلا في التقليل من حدة ما يعاني منه من مشكلات أو التخلص منها على المدى الطويل، وتجعله يتوقف عن أن يسبب لنفسه الاضطراب من خلال التفكير المشوه أو المعارف المشوهة والاعتقادات الخاطئة، وأن يتخلص من الانفعالات غير السليمة ويستبدلها بأخرى صحية ومنطقية.

3. المهام Tasks وهذا بمجرد الاتفاق المتبادل على أساس أهداف علاجية مسطرة وواضحة وصريحة يقوم المعالج بتحديد العملية العلاجية بما تسير في ضوءه من استراتيجيات علاجية، ويبدأ بتقييم تلك المشكلات السلوكية والتشوهات المعرفية التي يعاني منها المريض، بمساعدته في هذا الإطار، ويترتب على ذلك وبناء على الفروض العلاجية تحديد الاستراتيجيات والفنيات الممكنة والتي تعد أكثر ملاءمة لتحقيق التغير المنشود. ويتم أيضا تحديد وتحليل تلك العقبات التي قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجي والتي يأمل الطرفان (المعالج والعميل) التغلب عليها حتى يتم في النهاية تحقيق ما تم تحديده من أهداف. ويوضح لنا (عادل عبد الله، 2000) إضافة إلى ما سبق تحديده من أساسيات الاتفاق العلاجي ومكوناته الأساسية إلى أن المهام العلاجية التي يسعى المعالج باتفاق مع العميل لتحقيقها تتماشى وفق مراحل معينة تشمل مايلي:

أ. تحديد العملية العلاجية: تقوم على أساس فهم واضح للطرفين لتطور العلاج وتحقيق الأهداف المرجوة، باتفاق شامل ومبدئي بين الطرفين، ويتعين على طرفي العقد أو الاتفاق القيام بدوره وتحديد مسؤولياته من خلال الالتزام بالمهام الموكلة إليه، وترتكز مهمة المعالج على توضيح ذلك للمريض وتحديد المهام والمسئوليات المنوطة به، مع شرح الأعمال والأنشطة والمهام المتفق عليها في إطار الخطة العلاجية، مع مراعاة استعداد العميل للقيام بذلك وميولاته ورغباته، بأسلوب مثير وجذاب يفعل العملية العلاجية.

ب. تحديد المشكلات وتقييمها: توحى المتغيرات المعرفية والسلوكية ذات الصلة بالمشكلة إلى التعرف على جوانب الاضطراب وفهمها وتقييم أثرها وبعدها الصحي على العميل، ومن جهة العقد العلاجي هناك أمران أساسيان يتضحان خلال هذه المرحلة يتمثل أولهما في الوصول إلى تحديد مشترك لتلك المشكلات التي يعاني منها العميل، أما الأساس الثاني فهو إجراء مناقشات ثنائية خلال الجلسات العلاجية والمقابلات، للوصول إلى تصور شامل للمشكلات المعرفية أو السلوكية لبدء التحرك في سبيل تحقيق الهدف العلاجي، مستخدماً - العميل - اللغة الواضحة والسلسلة التي يفهما العميل بشكل جيد، ومن الأفضل أن يترك المعالج للعميل فرصة للمبادرة بتصور للمشكلة لينطلق معه موجهها لأفضل الحلول.

ت. تغيير الفنيات: بعد تحديد المشكلة يبدأ المعالج في تحديد الفنيات الملائمة والتي يمكنها أن تساهم في تحقيق الهدف العلاجي، ثم يبدأ مناقشة ما تم تحديده مع العميل (عادل عبد الله، 2000: 40)

وفيما يخص هذا الأساس يرى (Dryden, 1995) أن إنجاز المهام الموكلة لكل طرف من الاتفاق ينبغي أن تتوفر فيه ظروف بالغة الأهمية يمكن اختصارها في العناصر التالية: - يمكن إدراجها في أغراض معرفية واضحة-

1. الفهم الصحيح للمهام الموكلة من جانب العميل وبيّن المعالج طبيعتها وأبعادها

2. يدرك قيمة الانجاز لهذه المهام
 3. يكون قادرا على تأديتها - المهام-
 4. يدرك بشكل سليم أن حل المشكلات والمآل للشفاء يكون عن طريق هذه المهام
 5. يدرك كذلك العلاقة بين مهامه ومهام المعالج وأن كلا الأدائين لهما أهداف علاجية مشتركة واضحة
 6. يهتم المعالج بالاعداد الجيد للعميل من حيث تقبله وفهمه لأداء الأعمال والأنشطة
 7. يؤدي المعالج ما عليه من مهام وأن يستخدم الفنيات المطلوبة والاستراتيجيات الممكنة بطريقة جيدة وفعالة
 8. يختار المعالج الفنيات الممكنة والتي تتماشى مع كل اضطراب وأساليب كل عميل
 9. أن يعرض على العميل مجموعة من الفنيات التي يمكن استخدامه ليتفق معه على ما يمكن اللجوء إليه
 10. التقدم بإسهام في العملية العلاجية بمراحل وخطى سليمة وواضحة
- فمن خلال ما ذكر تعتبر العلاقة العلاجية من الأسس الهامة والكبيرة التي يعول عليها في العلاج المعرفي السلوكي، إذ يعتبر المعالج المعرفي هذا الأساس مصدر الثقة المتبادلة بينه وبين العميل، كما يجد العميل في عنصر العلاقة الميزة الأساسية التي تميز طبيعة العلاج النفسي بشكل عام والعلاج المعرفي بشكل خاص، وتجدد الإشارة إلى أن العلاج المعرفي يعتمد على العلاقة العلاجية في كونها العامل الأكثر أهمية واللبنة القوية في تأسيس العلاج وتحقيق الأهداف العلاجية.

5. النظرة الإنسانية في العلاج المعرفي

يرى إليس (Ellis, 1994) أن العلاج المعرفي هو أسلوب للعلاج النفسي ذو اتجاه انساني وجودي باحتوائه على الجانب الانساني والجانب الوجود، فيقرر العلاج المعرفي بأن العميل المضطرب لم يضطرب بشكل شرطي، لكنه هو من يتدخل في احداث الاضطراب ثم يعاني من مشاكله، وهذا

بسبب المطالب الكثيرة الدوجماتيكية التي يعاني منها، ويعتبر هذا الأسلوب بنظرته الانسانية والوجودية علاجاً إذا توفرت فيه بعض المبادئ الأساسية يجمل فيها مايلي:

- يكون الفرد قادراً على تحديد انفعالاته وسلوكاته والنظر الى أفكاره السلبية بتروى، بما أنه هو الذي ساهم في بلورتها، فيساهم بشكل فعلي في التخفيف من أثرها.
- يبحث عن الاستقرار واللذة في الحاضر والمستقبل كما يتسم هذا العلاج بالعقلانية والعلمية من ناحية اهتمامه بالفرد
- يفترض غياب كلي بما يسمى بالخارقة عن العادة وبالتالي للفرد قوة في الاعتماد على نفسه والنهوض بها
- يبعد تماماً فكرة الوحشية عند الانسان وأن كل مضطرب يعتبر آدمياً يمكن القيام بعلاجه، فلا بد من الاحترام المطلق لانسانية العميل
- يمنح الفرد العميل الحرية المطلقة في اختيار المعالج وعدم التقيد الخاضع للسيطرة والتوجيه من طرف الآخر، وكل هذا لضمان تحقيق الأفضل له.
- يؤكد العلاج المعرفي على الارادة والاختيار في ما يناسب انسانية العميل بعيداً عن تأثير القوى الأخرى (بيولوجية، وراثية، ..). (Ellis: 1994, 12)

6. التشخيص في العلاج المعرفي

أولاً. المقاربة الطبية والأمراض النفسية:

يعتمد النموذج الطبي في علم الأمراض النفسية على الواقع المتمحور حول الاضطراب وأشكاله العيادية بما فيها الحالة المرضية للعميل، والتي تفسرها مجموع التناذرات أو الأعراض العيادية كالتالي يعتني بها الدليل الاحصائي للأمراض العقلية، ويستبعد النموذج الطبي في غالب الأحيان كل ما يتعلق بالمحيط والعوامل النفسية والتعامل مع المضطرب نفسياً على أساس مرضي ويعتبر العلاج المسبق

والذي يتصدر النموذج هو العلاج الدوائي ثم العلاج النفس اجتماعي والمتعلق بحالات الادمج الاجتماعي، كالذي يحدث مع الحالات الفصامية (Fontaine :2006, 54)

ثانيا. المقاربة التحليلية Psychodynamique

ترتكز هذه المقاربة على التوجه التحليلي والفهم لما يحدث داخل مكون جهاز افتراضي الذي هو الجهاز النفسي وما يتعلق بالصراعات الداخلية، والأسباب تتعلق بالنمو النفسي للفرد والتشوهات الحاصلة في هذا النمو في مرحلة من المراحل، كما يركز النموذج التشخيصي في هذا التوجه على تاريخ الحالة والتفسيرات الرمزية في غياب تام للأسئلة المباشرة حول معانات المريض، كما أن الأعراض ما هي إلا ناتج عن صراعات في الجهاز النفسي موقعها اللاشعور (Fontaine : 2006, 56)

ثالثا. المقاربة المعرفية السلوكية Cognito-Comportementale

يعتمد النموذج التشخيصي في المقاربة المعرفية السلوكية على استخدامه للمنهج التجريبي لتقوية فرضياته لدراسة سلوك الإنسان وتفكيره وانفعالاته، ودراسته بمسبباته وما تعلق بنمو وتطور هذا السلوك وتشكل الأعراض في هذه المقاربة، نتاج التفكير الخاطئ والأخطوطات المعرفية المشوهة التي قادت إلى نتاج سلوكي وانفعالات غير سليمة، ويعتمد بالدرجة الأولى على قياس الأحداث والتي تشكل موضع البحث والملاحظة بما يحدث في "الهنأ" و"الآن"، بدون إهمال ألمان المتعلق بالجانب الوراثي والبيولوجي والاجتماعي. (Fontaine : 2006, 59).

كما يرى Cotreux في تقديمه لكتاب الأخطوطات المعرفية بأن التشخيص والتكفل العلاجي في النموذج المعرفي السلوكي قد لاق ترحابا كبيرا من طرف خبراء العلاج النفسي وشهادات متعددة تؤهله بأن يكون العلاج الرائد والأكثر نجاعة من نظرائه فيما يخص التكفل بالحالات المتعددة في علم

النفس المرضي والطب النفسي، وهذا ما يبينه تقرير الهيئة الدولية INSERM سنة 2004 الخاص بتقييم العلاجات النفسية (Young J E :2006, 18)

7. التحليل الوظيفي كخطوة لتحديد الفرض العلاجي

التحليل الوظيفي أو تحليل السلوك أو إطار المفهوم وغيرها من المصطلحات التي تطلق على هذا المفهوم والتي يراد بها تحليل وفهم الفرد في حالته الشخصية وفرديته، ويعطي التحليل الوظيفي للمعالج نظرة شاملة على الفرد وما يعاني منه عبر طرق مختلفة ومتعددة ندرج منها ما هو أقرب إلى الممارسة الواسعة والأكثر شيوعا واستخداما ومنها ما يلي:

1.7. نموذج كنفر وساسلو Kanfer et Saslow

يرى (Kanfer et Saslow, 1969) بأن هذا النموذج يستهدف ثلاث معطيات هامة هي على التوالي:

- يحدد ما هو السلوك الذي يجب تغييره
 - يحدد في أي ظروف تم اكتساب هذا السلوك
 - ثم يحدد ما هي العوامل الحالية التي تبقي على هذا السلوك
- ويقترح المؤلفان بأخذ المعلومات والمعطيات عن الحالة في سبعة أبعاد أساسية هي:
- أ. فحص المشكل عن قرب وتقصي كل المعلومات المرتبطة بالفرد فيما يخص الشدة والتوزيع ودرجة الازمان أو كل ما يتعلق بالمواقف المساهمة فقي الاضطراب
 - ب. توضيح كل المواقف التي تواجه الفرد وتساهم في الابقاء على الاضطراب والاحاطة به
 - ت. تحليل الدافعية لدى الفرد للمساهمة في توضيح كل الايجابيات التي تسهم في التخفيض من حدة الاضطراب

ث. تحليل الجانب المتعلق بنمو الفرد والبحث في كل ما يتعلق بتاريخ الحالة من ناحية النمو على مختلف اتجاهاته

ج. تحليل الجانب المتعلق بالتحكم في الذات من طرف الفرد العميل على أن نبقي على الجوانب الايجابية في التحكم الذاتي

ح. تحليل وضعيته العلائقية وكل ما يتعلق بتفاعلاته الاجتماعية والبيئية للتأكد من سلامتها أو لا

خ. تحليل الجانب البيئي والثقافي والاجتماعي للعميل لغرض التعرف عن قرب عن كل معتقداته وتنشئته الاجتماعية في وسطه المألوف

ويعتبر نموذج كنفور وساسلو بأن الجانب التاريخي والثقافي للحالة كان يؤخذ به من جانب المعالجين السلوكيين في كل الحالات المتعامل معها. (Fontaine, 2006 :61,62)

2.7. نموذج لازاروس "Lazarus" أو ما يسمى بـ Grille BASIC ID

يستهدف نموذج لازاروس والمسمى BASIC ID العمل العلاجي الرامي إلى تدخل متعدد النماذج حيث تتجمع المعطيات في هذه الشبكة نحو سبعة أبعاد هي كالتالي:

- السلوك المفتوح Comportement ouvert(B)
- الجانب العاطفي Affects(A)
- الاحساسات Sensation(S)
- الصورة الذهنية Imagerie Mentale(I)
- الجانب المعرفي Cognition(C)
- العلاقة مع الآخرين Relation Interpersonnelles ... (I)

- الدواء.Drogues.....(D)

ويقصد بالسلوك المفتوح وهو السلوك الآني النشط الظاهر على صاحبه خلال الملاحظات أو المقابلات، وتتناول الشبكة لنموذج لازاروس الجانب العاطفي الانفعالي الذي يشكل نتاج الاضطراب، كما يصاحب السلوك الآني بعض الاحساسات التي يتميز بها الاضطراب والعلاقة مع الصور الذهنية المتسارعة والمهيمنة على تفكير العميل، وتتفاعل مع كل هذا الأفكار والمعتقدات التي تؤثر على السلوك وتشكل نقطة التعامل الجوهرية خلال العلاج المعرفي والمتمثلة في البعد المعرفي، ويتصل الجانب العلائقي والتفاعلي مع السلوك المراد دراسته، كما أن الجانب الدوائي والمتمثل في المخدر أو المثبطات وغيرها تشكل اهتماما كبيرا لا بد من أخذها بعين الاعتبار خلال التحليل الوظيفي (Lazarus, 1973 :408)

وأضاف كوترو (Cottraux, 1979) إلى السبعة أبعاد المذكورة في نموذج لازاروس بعدين إضافيين هما التوقع Expectation (E) وهو ما يتوقعه العميل مستقبلا، ثم بعد آخر وهو الموقف Attitude (A) أي موقف المعالج من العميل.

ويعتبر نموذج لازاروس من النماذج السببية التي وضعت بشكل واضح استراتيجية علاجية متعددة النماذج وهذا بتطوير الحيز التحليلي الوظيفي (Cottraux, 1979 :37)

3.7. شبكة سيكا La Grille SECCA

يرجع هذا النموذج لصاحبه الدكتور كوترو Cottraux سنة 1985، حيث طوره وفق بعض الاضطرابات كاضطراب الكتابة وحالات القلق والفوبيا والمشاكل الجنسية وغيرها، وتستهدف في تحليلها مايلي:

- المثبر Stimulus.....(S)

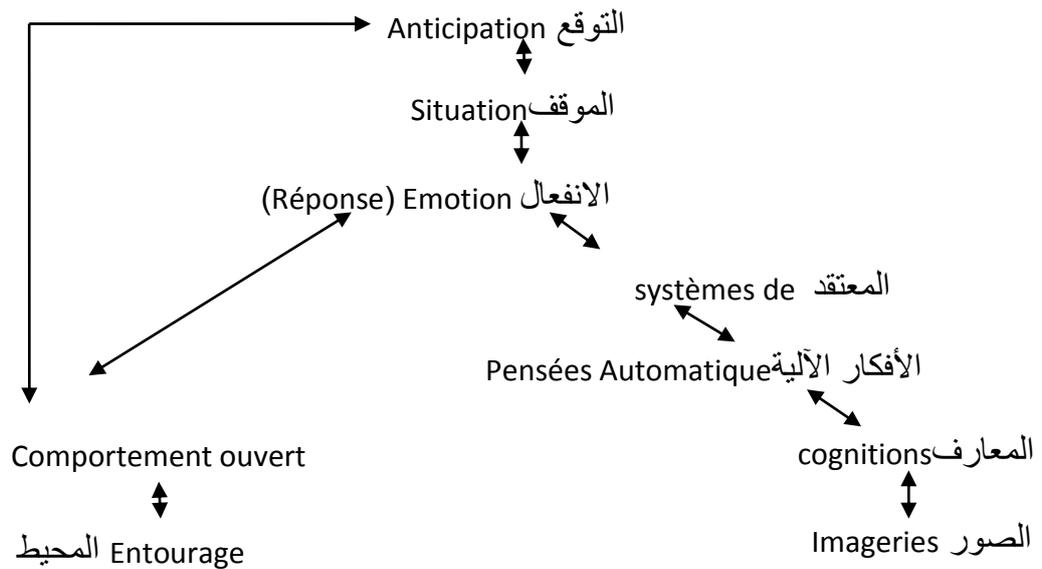
- الانفعال Emotion.....(E)

- الجانب المعرفي Cognition.....(C)

- السلوك Comportement.....(C)

- التوقع Anticipation.....(A)

وهي جد مستعملة على نطاق واسع وعمد كوترو إلى تقسيمها إلى عمودين أساسيين الأول يتزامن مع الاضطراب (Synchronique) والثاني يحلل تاريخ الحالة وكل السوابق (diachronique) فالأول يتيح لنا تحليل كل ما يتعلق بالتفاعلات في إطار جوانب المثيرات - الانفعالات - الأفكار والمعرفي - السلوك، كما تحلل النواتج المتعلقة بالمحيط وأثر الاضطراب على المحيط الاجتماعي للحالة. (Cottraux,2011 : 112)



- شبكة سيكا السوابق (Grille SECCA Diachronique)

■ المعطيات البنيوية الممكنة Données structurales possibles

Genétique - وراثية Personnalité - شخصية

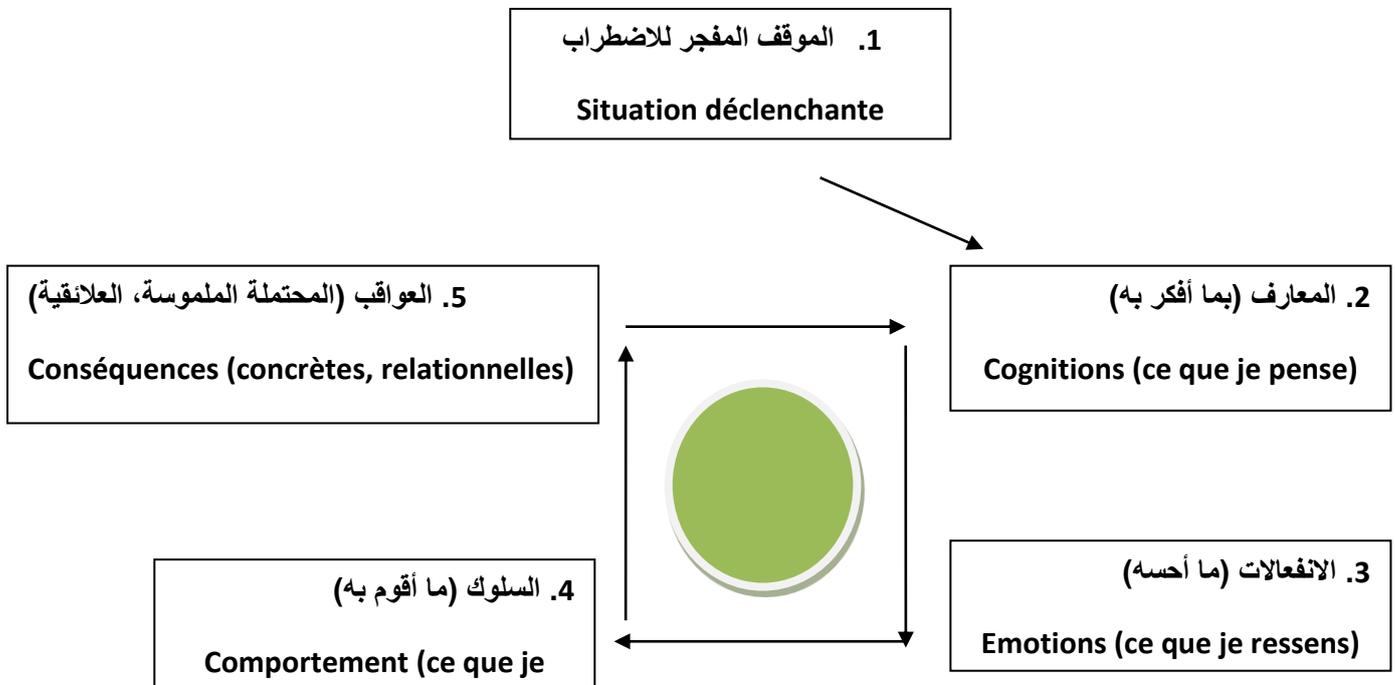
■ العوامل الأولية المفجرة للاضطراب Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- الأحداث المسرعة للاضطراب Evénements précipitant les troubles
- عوامل الاستبقاء التاريخية Facteurs historiques de maintien
- مشاكل أخرى Autres problèmes
- العلاج السابق Traitements précédents
- أمراض عضوية Maladies physiques

الشكل رقم " 02 " يوضح لنا شبكة التحليل الوظيفي سيكا المتزامنة (الحالية) (Grille SECCA)
(Synchronique) (Cottraux, 2011 : 113)

4.7. نموذج كانجي Cungi (الحلقة المفرغة Le Cercle Vicieux) 1996

يستعرض لنا كانجي (Cungi, 1996) نموذجه المتعلق بالتحليل الوظيفي للسلوك، حيث تم تبسيطه بقدر الامكان حتى يكون في متناول كلا من المعالج والعميل، وشبكته الحلقة المفرغة تضع في الحسبان السلسلة المتكونة من: الموقف المثير للسلوك، المعارف، الانفعالات، السلوك وعواقبه.

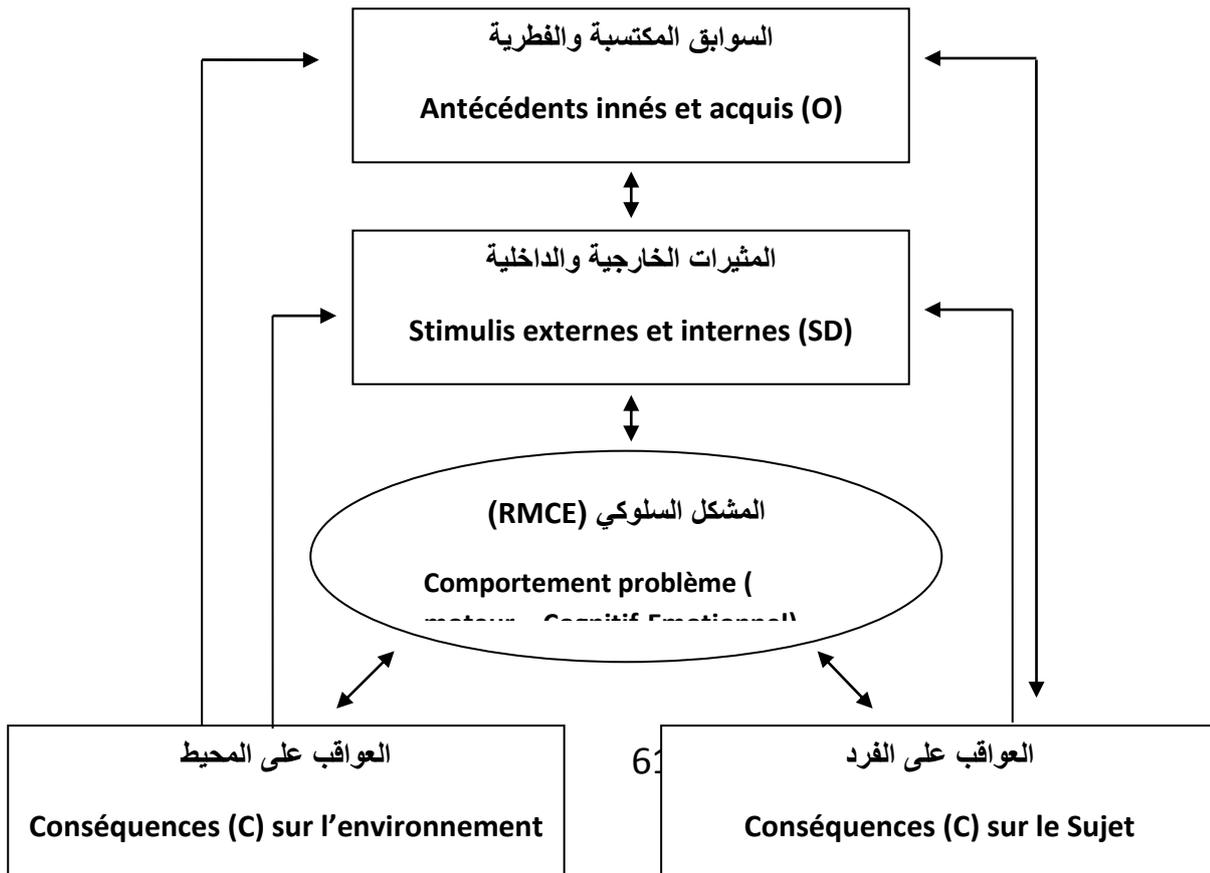


الشكل رقم " 03 " يمثل نموذج الحلقة المفرغة لكانجي (Cungi, 1996)

ومما سبق عرضه من نماذج للتحليل الوظيفي والتي يتم استخدامها بشكل واسع في العلاجات النفسية ذات الاتجاه المعرفي والاتجاه السلوكي أو الاتجاه المعرفي السلوكي، يتضح لنا بأن كل نموذج يربط بين العوامل الثلاث من معارف وسلوك وانفعالات فيما يخص الكشف عن الاضطراب، ويستخدم أغلب رواد العلاج المعرفي السلوكي هذه النماذج للبحث في أسباب الاضطراب أو المواقف المؤدية للمشكل، كما لوحظ أن بعضها يغض النظر عن تاريخ الحالة كالذي هو موضح في نموذج الحلقة المفرغة لكانجي.

5.7. النموذج الرجعي Le modèle rétroactif يعتبر -إضافة إلى ذلك- فونتان ويلياف Fontaine et Ylieff 1981 بأن التفاعل الملاحظ بين مختلف السلوكات تتيح عبر التحليل الوظيفي دراسة العلاقة بين هذه السلوكات والمتغيرات المقترحة من طرف المعالج، حيث يركز هذا النموذج على المخطط (S.R.C) حيث تعتبر (S) دراسة الأحداث السابقة و(R) السلوك المشكل للاضطراب و(C) العواقب المحتملة ويوضح الشكل التالي عوامل التحليل الوظيفي الذي اقترحه فونتان وزميله.

الشكل رقم "04" يوضح النموذج الرجعي لفونتان (Fontaine O et Ylieff M, 1981 : 120)



8. النموذج العلاجي المعرفي لبيك:

يعتبر الدكتور آرون بيك من رواد العلاج المعرفي السلوكي في العصر الحديث، وتستخدم طرقه العلاجية عند غالبية المعالجين المعرفيين، وترتكز هذه الطريقة من خلال نمودجه في علاج الاكتئاب وحالات القلق والإجهاد وبعض الاضطرابات الأخرى على تغيير المعتقدات الخاطئة واستبدال الأفكار السالبة بأخرى أكثر واقعية، ومما لوحظ خلال الدراسات التي تطرقت إلى العلاج المعرفي بأن هذا النموذج يسهم بشكل كبير إلى جانب العلاج الدوائي في خفض أعراض مجمل الاضطرابات التي يتكفل بها هذا النموذج، وعليه فإن هذا النموذج واستخداماته في مجال الاكتئاب وحالات القلق قد يكون الأقرب استخداما لحالات الاحتراق النفسي نظرا للتشابه الكبير بين الأعراض الخاصة بالاضطرابين، ومنه فإن الباحث أراد الاستناد إلى نموذج بيك للعلاج المعرفي كنموذج قد يكون الأكثر أهمية في هذا المجال، حيث يؤكد الدكتور آرون بيك على أن العلاج المعرفي بمحتوياته العلاجية واستراتيجياته المتبعة يشكل عاملا وقائيا أكبر بكثير من المقاربات العلاجية الأخرى لحالات الاكتئاب بأنواعه، حيث يتحسن مستوى الوافدين من العملاء ذوي الحالات الاكتئابية الحادة بشكل سريع ومتباين باستخدام هذا النوع.

1.8. خصائصه العلاجية

باستخدام المنطق والخطوات المترتبة والمنهجية العلمية، ابتداء من طرح مشكل العلاج والفرض العلاج إلى غاية إعطاء التفسيرات المنطقية للاضطراب، يمتاز هذا النموذج بخصائص علاجية تتقارب فيما بينها بين كافة الاضطرابات إلا أن الاختلاف يكمن في الحجم والشدة وعدد الحصص والمخططات المرضية لكل اضطراب والحالات المصاحبة، ويشكل حالة من التكفل المعرفي بالدرجة الأولى والتفويم السلوكي بالدرجة الثانية، ويستخدم آرون بيك في علاج بعض الاضطرابات وعلى رأسها الاكتئاب مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية المعرفية تمتاز بجملة من الخصائص منها مايلي:

- من حيث العدد تتراوح الجلسات العلاجية بين خمسة عشرة وعشرين جلسة حسب الشدة
- يتميز العلاج المعرفي بقصر المدة العلاجية والاختصار الشديد يخضع لاتفاق متبادل بين المعالج والعميل.
- مدة الجلسة العلاجية الواحدة لا يتعدى الساعة الواحدة مع رزنامة زمنية لكل جلسة.
- العلاقات العلاجية تستدعي العمل المشترك بين العميل ومعالجه في كل خطوة علاجية
- للمعالج المعرفي السلوكي دورا كبيرا في توجيه العميل ولكن الدور الرئيسي الذي يخضع له هو تدليل الصعوبات للعميل لمواجهة مشاكله.
- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على الطريقة الامبريقية في العلاج حيث تعتبر السلوكيات السالبة والأفكار الخاطئة والمعتقدات غير العقلانية مجموعة من المعلومات تخضع لفرضيات علاجية يختارها المعالج والعميل للوصول إلى نتائج أكثر فعالية.
- يأخذ العلاج المعرفي السلوكي ماض الحالة بعين الاعتبار ولكنه يركز على الآن والهناء، كما يعتبر كل حالة شكل منفرد عن مثيلاتها في الاضطراب.
- يعتبر المعالج المعرفي السلوكي التعلم وإعادة التعلم من الاستراتيجيات الرئيسية في العلاج ويعتمد على المصطلحات الخاصة بمدرسته المعرفي والسلوكية.
- تسمح استراتيجية الأسئلة السقراطية الموجهة بالكشف عن المشاكل المتعلقة بالتفكير السالب، والعمل على تغيير الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى إيجابية عن طريق الاقناع والحجة.
- يركز العلاج المعرفي على البناء واعادة البناء المعرفي كمسبب رئيسي للسلوكيات الخاطئة ولكنه لا يهمل العمل على تغيير السلوكيات الخاطئة الراجعة لنتاج التفكير الخاطئ وسوء التكيف، فهو إذن علاج يدمج بين النموذج المعرفي والنموذج السلوكي في العلاج.

2.8. الأهداف والبنية العلاجية

تعتبر العلاجات النفسية في اجرائياتها خطوات دقيقة وممنهجة للتعامل مع العميل والوصول إلى التكيف المرغوب فيه، ولهذا فإن تسطير الأهداف في العلاج يعتبر بالنسبة للمعالج حالة من التنظيم الممنهج لتحقيق هذا التوافق النفسي الذي يصل بالعميل إلى درجة السواء، وللعلاج المعرفي عند بيك أهداف يرمي من خلالها إلى تحقيق ما ذكرناه، بدرء الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة وتعويضها بتلك الإيجابية والأكثر واقعية وعقلانية، ومن بين هذه الأهداف مايلي: (برجيل جويده، 2008: 80)

- على المريض أن يعي أفكاره السلبية
- عليه أن يتعرف على العلاقة بين أفكاره وانفعالاته والسلوك الناتج عنها
- عليه أن يتعلم مساءلة أفكاره البديهية وفحص درجة صدقها
- عليه أن يجد بدائل لتفسيرات أكثر واقعية لأفكاره غير الفعالة
- يستعمل المعالج دائما تمارينات منزلية أو خارج الجلسات العلاجية لها علاقة بالصعوبات اليومية.

كما أن العلاج المعرفي يتضمن بنية مترتبة ومتسلسلة خلال الجلسات العلاجية تعتبر تسلسلا منطقيًا وممنهجا وفق خطة مدروسة سابقا، يعتمد فيها المعالج رفقة العميل بشكل تشاركي على تقييم كل خطوة ومدارسة الفاعلية والجدوى منها، ويعتمد البرنامج التالي في كل جلسة علاج كبرنامج تسلسلي:

- تحضير رزنامة أجندة زمنية واضحة
- مراجعة كل التكاليف والتمارين والواجبات المنزلية خلال كل جلسة وتقييمها
- اختبار الصعوبات التي تواجه العميل كي تصبح هدفا للعلاج
- وضع حلول تشاركية للصعوبات المستهدفة

- تحديد النتائج المتوقعة والواقعية الناجمة عن كل صعوبة قد استهدفت سلفاً
- الاعتماد على تكاليف وواجبات منزلية جديدة
- التغذية الراجعة اللازمة والمتبادلة خلال نهاية كل جلسة

ويستعد العميل خلال كل جلسة لتلقي ما هو جديد حيث يشعر بفعالية التحسن والمساعدة التي يقدمها له المعالج، فيلتزم صدق التعاون والنتائج الحتمية للعلاقة العلاجية.

خلاصة الفصل

فمن خلال ما تطرقنا إليه فإن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من التوجهات العلاجية القائمة على عملية معالجة الأفكار المسبقة السالبة عند العميل واستبدالها بأفكار أكثر واقعية ومنطقية، ولهذا التوجه النظري مجموعة كبيرة من الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المعرفية المبنية على أسلوب شائع الاستخدام وهو البناء وإعادة البناء المعرفي، وللتوجه المعرفي كعلاج قائم بذاته مجموعة من الضوابط ركز عليها المؤلفون، من بينها قوامه على هنا والآن وعلى العقد بين المعالج والمريض من حيث كون المريض الحلقة المحورية في العلاج.

الفصل الثالث

الاستراتيجية المعرفية في التكفل المعرفي

1. مفهوم الاستراتيجيات المعرفية في علم النفس المعرفي

2. مفهوم الاستراتيجيات ما وراء المعرفية

3. الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات ما وراء المعرفية

4. الاستراتيجيات العلاجية ذات التوجه المعرفي

1.4 تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها

2.4 الواجبات والأنشطة الخارجية

3.4 الاسئلة السوقراطية

4.4 إجراءات الاسترخاء

تمهيد

يرتبط مفهوم الاستراتيجيات المعرفية بعلم النفس المعرفي، كطريقة لمعالجة المعلومات أو أسلوب الفرد الشخصي للنظر إلى المواقف ومعالجتها، ويرتبط بهذا المفهوم بالبنية العقلية للفرد وخبراته السابقة، فأما خلال العملية العلاجية والتي تعتمد في العلاج المعرفي السلوكي على تغيير الأفكار السالبة بأخرى إيجابية، فإنها تعتمد على فنيات وطرائق تشكل محور الاهتمام في البنية المعرفية للعميل، وتشكل بذاتها هذه الفنيات موضوع الإستراتيجية التي يتبناها المعالج باتفاق متبادل مع العميل، محدثة تغييرا معرفيا من الخاطئ غير الواقعي إلى ما هو إيجابي وواقعي، فيعتبر هذا التحول موضوع تخطيط علاجي ينطلق من موضوع الاضطراب إلى فرض العلاج إلى اختيار الاستراتيجيات الملائمة لإحداث التغيير.

1. مفهوم الاستراتيجيات المعرفية في علم النفس المعرفي

يعتبر من قبل، مصطلح استراتيجية مصطلحا عسكريا كان يستخدم في الحرب على شكل تخطيط محكم يدرس جوانب النجاح وال فشل في المعركة، وانتقل هذا المفهوم من الميدان العسكري إلى ميدان العلوم والأبحاث حيث صار يشكل اهتماما كبيرا لدى الباحثين لبناء المشاريع البحثية والرؤى المستقبلية، ووضع السياسات والمخططات الاقتصادية للبلد الواحد.

فأما في علم النفس المعرفي كما يرى "ميسيك" بأنها قد استخدمت كمصطلح يرمي إلى عملية تربث شعورية أو غير شعورية للقرارات التي يتخذها الفرد حين يكون في موقف للاختيار بديل من بين مجموع من البدائل، مما يجعل الفرد يعدل من الاستراتيجيات المستخدمة كوظيفة لاختلاف وتعدد المواقف التي يتعرض لها. (الشرقاوي، 1989)

ويتفق مع ما سبق ما أكده شيمان (1985) على أن الاستراتيجيات المعرفية يدخل فيها جانب الشعور الواعي المنظم والمخطط في تكوين وتناول المعلومات لاتخاذ القرارات، وبالتالي يعرف ويحدد الفرد حالات الاستجابات السلوكية الصادرة عنه، وبعد ذلك يدرجها تحت تأثير الاستراتيجيات التي سوف يستخدمها. كما تتسق الاستراتيجية المعرفية غالبا مع خصائص المهام التي

يقوم بها الفرد أو المواقف التي يتعرض لها، كما يمكن أن تتعرض الاستراتيجيات المعرفية للتغير بواسطة التدريب تحت تأثير شروط معينة.

ويشير العلماء وعلى رأسهم (Guy، 1992) أن الاستراتيجيات المعرفية هي مجموعة من المعارف يستخدمها الفرد من أجل الوصول إلى الهدف، فأما الاستراتيجيات ما وراء المعرفية (Métacognitives) هي مجموع المعارف التي يستخدمها من أجل مراقبة التقدم الجيد والمتابعة للوصول إلى الهدف.

ومنه فإن الاستراتيجيات المعرفية تعتبر وسيلة يتعرض لها الفرد خلال عملياته العقلية لوضع حلول لمشكلات معينة أو موازنة لموقف معين، ويرتبط الموضوع أساسا بإيجاد الحلول المناسبة والملائمة للمشكلات القائمة في نظر الفرد، ونشاطها يعني العمليات العقلية التي يتبناها الفرد خلال ممارسته والسعي للوصول إلى هدف معين، حيث لم يكن لديه مسار واضح في بداية الأمر فيتطلب منه استخدام استراتيجيات معينة لاكتشاف المسار الملائم وتنفيذه وفق خطة وخطوات محددة، فلقي هذا الموضوع اهتماما بالغا من طرف الباحثين في علم النفس المعرفي، وهو يحتل بذلك المكانة البارزة في المؤلفات والكتابات الخاصة بالموضوع.(الزغول وآخر، 2012).

فيصبح للاستراتيجيات المعرفية على نطاق واسع من العمليات العقلية دورا هاما في ترشيد وبناء السلوك الانساني على عكس ما كان يعتقد السلكيين في بادئ الأمر، ومن الكتابات التي تركت جدلا واسعا في هذا الشأن صدور كتاب خلال المؤتمر الذي عقد عام 1958 بالولايات المتحدة الأمريكية حول معالجة المعلومات، وكان هذا الكتاب نتاجا لحقل تجارب ودراسات عديدة سنة 1960 من تأليف ملر، جالانتز، وبرابرام تحت عنوان الخطط وبنية السلوك، فقد ورد فيه أن حل المشكلات البشري يمكن أن يفهم على أنه نوع من التخطيط، تقود خلاله الخطط والاستراتيجيات السلوك نحو الأهداف المنشودة، إن الخطط العقلية والأهداف والاستراتيجيات أفكار افتراضية لا يمكن ملاحظتها ولكن يمكن أن تحدد بوضوح في برنامج يشغل وفق قواعد واضحة (Asheraft ، 1994).

وتتضمن الاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الفرد خلال العمليات العقلية عدة أنواع من الاستراتيجيات تساعد على الوصول إلى أفضل الطرق لحل المشكلات والتعامل مع المواقف، وتتضمن هذه الأنواع بنية ترابطية مكتسبة من خبرات سابقة، ومن بينها الاستراتيجيات الخاصة بتكرار المعلومات والتجميع، والاستراتيجيات لحل المشكلات بأنواعها، واستراتيجيات البحث عن المعلومات في الذاكرة، واستراتيجيات الفهم وانتاج اللغة الملائمة، واستراتيجيات المحاكمة العقلية واتخاذ القرارات وغيرها كثير ومن مثيلاتها ما هو ضروري جدا لتوليد الفعل السلوكي حركيا كان أو عقليا ، انفعاليا كان أو لغويا بحيث في أغلب الأحيان نكون على وعي تام بحدوثها في الوقت الذي لا نستطيع فيه وصفها وكيفية حدوثها (Anderson ، 1990)

ويشير " جاين " (Gagn'e ، 1977) إلى أن تعلم حل المشكلات يحتل ترتيبا أعلى ضمن كل مستويات الاكتساب المعرفي أو التعلّمات فيكتشف المتعلم من خلال هذا أن مجموع الخبرات السابقة والمتعلمة من قواعد وآليات يمكن استخدامها للوصول إلى حلول فيما يخص المواقف الجديدة، ويعتبر هذا الاستخدام في حد ذاته مكتسبا جديدا بشكل اكتساب لقواعد يعول عليها مستقبلا لمواجهة كل ما هو جديد ومثابه، إضافة إلى ذلك تكسبه تعلّمات جديدة لاستراتيجيات معرفية توجه سلوكه ونمطه التفكيرى مستقبلا رغم كون هذه الاستراتيجيات تفضل ناقصة مقارنة بما يجابه الفرد في حياته اليومية، فالتعلم والتدريب أساس لتجديد هذه الاستراتيجيات.

2. مفهوم الاستراتيجيات ما وراء المعرفة Métacognition.

يعتبر جون فلافل (John Flavell) أول من استخدم هذا المصطلح في علم النفس المعرفي وذلك في نهاية السبعينات اذ تعد الاستراتيجيات ما وراء المعرفة مفهوما حديثا بالنسبة لبعض مفاهيم هذا التوجه كما لاحظ فلافل أن التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات صعوبات التعلم، لا يمكنهم تكوين مفهوم حول ما ينبغي تعلمه وادراجه ليتمكن من الاكتساب، وهم بذلك لا يستخدمون أساليب واستراتيجيات معرفية . (Livingston ، 1997)

كما عرف فلافل الاستراتيجيات ما وراء المعرفة على أنها التفكير بعملية التفكير والوعي بالعمليات المعرفية التي يستخدمها الفرد في معالجة المعلومات، واطاف إلى ذلك (Scruggs and al، 1997) أنه عمد باحثون كثر وازداد الاهتمام بهذا المفهوم من قبل مختصين في ميدان علم النفس المعرفي خلال العقدين الماضيين نظرا لارتباطها الوثيق بالعديد من المواضيع النفسية والعمليات العقلية كالذكاء والنمو وأساليب التعلم والذاكرة، وعمد الباحثون إلى تقصي فاعليتها في العديد من العمليات العقلية كموضوع التعلم والاكساب وحل المشكلات والتذكر وإدارة الذات ومراقبتها أثناء تنفيذ العمليات المعرفية، ونتيجة لذلك برزت وجهات نظر متعددة حول طبيعة العمليات المعرفية من حيث تعريفها ودورها في معالجة المعلومات وعلاقتها بالنضج والقدرات الذكائية. (الزغول ، 2012)

ويرى (Borkowski al ، 1987) بأن الاستراتيجيات المعرفية أو العمليات المعرفية ماورائية تساعد الفرد للوصول إلى أقصى درجات الاكتساب أو التعلم بشكل مبهر، كما تتيح تنفيذ العمليات المعرفية المناسبة للغرض أو الهدف وتحقق الضبط النشط لهذه العمليات، مع التخطيط المتواصل للمهمة والدور المنوط، وتراقب عمليات الفهم والتذكر والقدرات الذكائية وتقيم مدى تحقيق الأهداف.

كما ندرج عدة تعريفات فيما يخص المفهوم ومن بينها تعريف Elaine & Sheila سنة 1990 والذي يرون في الاستراتيجيات المعرفية بأنها هي ذلك التفكير حول التفكير والمعرفة بما نعرف وبما لا نعرف، وتعريف Flavell (1987) بأنها التفكير بعمليات التفكير والمعرفة بالعمليات المعرفية، كما يعرفها أيضا Bruer (1995) على أنها القدرة على التفكير بأساليب التفكير وكيفية تنفيذها، ويرى كذلك Resnik (1987) بأنها نوع من الحديث الذاتي حول العمليات المعرفية المناسبة لحل مشكلة ما وتنفيذها وتقييم نتائجها.

3. الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات ما وراء المعرفية

يرى فلافل (1979) أنه ربما لا يكون هناك فرقا واضحا بين الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات ما وراء المعرفية، وقد يكمن الفرق الوحيد في الكيفية التي يتم فيها استخدام المعلومات والهدف منها وعموما يمكن ابراز الفرق بينهما على النحو التالي:

- تستخدم العمليات المعرفية على نحو مباشر على المهمات (تعلم الخبرة، حل مشكلة، ...)، أي أنها تستخدم لتحقيق هدف معين، في حين تستخدم العمليات ما وراء معرفية للتخطيط للعمليات المعرفية، وكيفية تنفيذها ومراقبة سير عملها وتقييم نتائجها، أي التأكد من تحقيق الهدف.
- العمليات المعرفية ما ورائية قد تسبق أو تأتي بعد العمليات المعرفية.
- العمليات المعرفية ما ورائية تصبح أكثر إلحاحا عندما تفشل العمليات المعرفية في تحقيق هدفها، حيث يعتمد الفرد إلى مراجعة أنشطته المعرفية والحكم على مدى فعاليتها.
- كلاهما قد يستخدم نفس الاستراتيجيات كالتخطيط والتساؤل مثلا، ولكن مع اختلاف الهدف من استخدامها، فالتساؤل في العمليات المعرفية ربما يستخدم كأداة لاكتساب المعرفة، وفي حين أنه يستخدم في العمليات ما وراء المعرفة كأداة للتأكد من تحقق التعلم أو الاكتساب، أو الحكم على فعالية العملية المعرفية في تنفيذ المهمة التعليمية.
- كلاهما يعتمد على بعضهما البعض، فأى محاولة لاختيار احدهما بمعزل عن الآخر قد لا يعطي صورة واضحة عنهما (Livingston، 1997). (الزغول وآخر، 2012)

4. الاستراتيجيات العلاجية ذات التوجه المعرفي

يترتب عن كل برنامج علاجي في فنيات العلاج المعرفي مجموعة من الاستراتيجيات أو الفنيات تتمحور حول البناء المعرفي أو إعادة البناء المعرفي، وتعتبر بالنسبة لهذا الاتجاه الحلقة الكامنة والضرورية لفك الصراع وإيجاد الحلول المناسبة وتقوم الجانب المعرفي في أفكاره ومعتقداته، ومن بين هذه الاستراتيجيات الأكثر استخداما والتي يركز عليها الباحثون مايلي:

1.4. تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها

قد يستخدم العميل في غالب الأحيان استراتيجيات معرفية خاطئة عبارة عن أفكار تلقائية تؤثر عليه من أجل التكيف مع وضعيات معينة وهذا التكيف في حد ذاته ناجم عن استراتيجيات التعامل الخاطئة، ومما يؤدي به إلى إصدار أحكام خاطئة غير صحيحة تجاه أفراد أو نظام معين أو قد لا يحسن التعامل والتكيف مع مواقف ضاغطة فيلقي بكاهله على اختيار استراتيجيات تخلصه من معاناته فلا يجد في قاموسه إلا ما قد اكتسبه من اساليب المواجهة فقد تعتبر خاطئة بالنسبة للموقف، فيتدخل المعالج عن طريق تلقين وتدريب العميل على اختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة لمواجهة الموقف الضاغط وهذا بعد تحديد الأفكار الخاطئة وتصنيفها، كما أن هذه الأفكار الخاطئة تسبق الانفعالات غير السارة والتي تتسارع في صورتها دون أن يلحظها الشخص أحيانا، وتتصف هذه الأفكار التي يتم تحديدها بالسلبية إذ تؤثر على العميل ذهنيا ونفسيا يكون نتاجها السلوكي غير سليم، فيستبدل المعالج هذه الافكار السلبية (بعد تقييمها) بأفكار أكثر عقلانية ووضوحا وإيجابية، فيطلب من العميل خلال الواجب المنزلي اليومي تسجيل هذه الأفكار في كناش ليتذكرها خلال الحصة الموالية من جلسات العلاج، ولهذا الطريق أهمية كبيرة في العلاج المعرفي السلوكي.

ويرى بيك (A. Beck: 2000، 189) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما لهذه الأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوبه ونمطه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد في إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من العميل أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي، وتزداد هذه الأفكار قوة وسلبية كلما كان الاضطراب أقوى وأشد وتضمحل هذه الأفكار لتكون خفية بخفة الاضطراب، فوجب حينها على المعالج التعرف عليها وعلى شدتها ومدى تأثيرها وحصنها وتصنيفها.

ومن خلال ما جاء به الدكتور آرون بيك فإن المعالج تصعب عليه المهمة كلما كان الاضطراب خفيفا، لأنه يجد صعوبة في التعرف على الأفكار التلقائية لعدم وضوحها وعدم مقدرة العميل على تحديدها وتسجيلها، ولتحقيق الهدف الذي وضعه المعالج فإنه يتبع بعض الأساليب أو الفنيات كاستراتيجيات لتعديل الأفكار، كما يشمل التعديل مراقبة الأفكار السلبية بطريقة واقعية، والهدف من وراء ذلك جعل المريض يقود عملية التغيير، فعلى المعالج أن يتعد عن الاتجاه الساخر والعدواني والناقد خوفا من تعزيز النقد الذاتي لدى العميل، والطريقة المناسبة والأوسع هي اتباع أسلوب سقراطي ومتعاون ومتعاطف. ومن هذه الأساليب مايلي: (برحيل جويدة، 2008)

- فحص الحقيقة: وهو أن يطرح المعالج على العميل بعض الأسئلة حول موقف استاء منه ويبحث معه عن صحة الأفكار التي راودته حول الموقف.
- إيزجاد تفسيرات واحتمالات مختلفة: يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يجدد مختلف الإمكانيات ويشير لأكثرها واقعية، هذا الأسلوب فعال كونه لا يفرض أي تفسير وإنما كل فكرة قابلة للمناقشة.
- جمع المعطيات: يصحح في بعض الأحيان بعضا من النتائج الخاطئة، وهذا عندما يحصل المعالج من العميل على بعض المعطيات ويعتبر هذا الأسلوب ضروريا لتصحيح الأفكار العشوائية والتعرف أحسن عن المكونات الحقيقية للمشكلة أو الإضطراب.
- اختبار الحقيقة: يستعمل هذا الأسلوب في التأكد من الانتظار السالبة للمريض وقبل استعمال هذا الاختبار، يقوم المعالج بفحص الحقيقة ووضع المسافات بينه وبين المشكل، بمعنى (كيف يحكم المريض على نفس الفعل لو قام به شخص آخر، ثم يقرر المعالج مع المريض اختبار الفرضية وبصفة عامة تختبر الفروض بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب.
- تحديد المفاهيم وإعادة الإعزاء: من الممكن أن يساعد المعالج العميل على تفسير أفكاره السلبية وذلك بمساعدته على تحديد بدقة المصطلحات والمفاهيم السلبية التي يستعملها لوصف ذاته مثلا أنا كسول أو جبان، وعادة عندما يطلب من المريض إعادة تعريف هذه المصطلحات، يجد أنها لا تطابقه وهذا

ما يسمى إعادة الإعزاء وهو أسلوب مفيد في مساعدة المريض على رفض فكرة لوم الذات غير الملائمة، كأن يستخدم إعادة الإعزاء عندما يقوم بطريقة غير واقعية بعزو الأحداث السلبية لعب شخصي فيه، كما يقوم المعالج والعميل بمراجعة الأحداث مع بعض الوقائع باستخدام المنطق في البيانات المتاحة للتوصل إلى تحديدات أكثر واقعية للمسؤولية الشخصية، وليس الهدف من إعادة الإعزاء حل المريض من كل المسؤوليات، بل فحص العوامل العديدة التي تساهم في الأحداث السيئة، فيكتسب المريض الموضوعية، ويخلص نفسه من عبء تأنيب الذات وعندئذ يستطيع البحث عن طرق لحل المشكلات الواقعية ومنع تكرارها.

- سلام التسجيل الذاتي للأفكار غير الفعالة: ليست مهمة هذه السلام تسجيل المعارف السلبية والانفعالات الأليمة التي ترافقها وإنما استعمال المنطق للإجابة والرد عليها، وهي المحور الذي يدور عليه مسار العلاج المعرفي.

2.4. الواجبات والأنشطة الخارجية

تبدأ كل جلسة بعرض ما تم الاتفاق عليه سابقا وما توصل إليه الطرفان كما تحتتم بتكاليف يتفق عليها المعالج مع العميل، وتعتبر هذه التكاليف من حيث قدرتها على تثبيت ما تم التعرض إليه خلال الجلسة وترويض العميل على السلوكات الايجابية وتسجيل الأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية التي تراود المفحوص، وتتخذ هذه التكاليف عدة أشكال منها الواجبات والتمارين المنزلية أو الأنشطة الخارجية خلال أداء المهمة في العمل أو مع الأصدقاء في عطل نهاية الأسبوع، وعلى رأس هذه التكاليف فنية التفرغ والاسترخاء والابتعاد عن أماكن المصادر الضاغطة، وتقوية الجانب الانفعالي بالتعرض للمواقف التي تعتبر بالنسبة للمفحوص مواقف الصراع.

تزيد هذه التكاليف في صلابة وتقوية البرنامج العلاجي كما تأخذ أبعاد وأشكالا لا متناهية تبقى على عاتق المعالج تحديدها ولما يراه من فائدة ولهذه الواجبات محددات منها مايلي:

○ تتصل هذه التكاليف والواجبات بمشكل المفحوص

- مركزة حول هدف معين، بسيطة، غير مكلفة وغير مرهقة
- يوضح المعالج لعميله الأساس المنطقي كل واجب وتوضيح الهدف
- توضيح إجرائية التمرين مع التأكد الجيد من تقبل العميل لها وتفهمه للواجب
- يراجع المعالج رفقة العميل الواجب في بداية كل جلسة ويحدد زمان معين خلال كل لقاء لتقريرها والبحث في الأسباب الخاصة لعدم اتمام الواجب وهذا من خلال أحد الأسباب التالية:
 - عدم فهم العميل كيفية الاجرائية
 - عدم تناسب الواجب مع قدرات أو ثقافة العميل
 - اعتقاد المفحوص بأن هذه الواجبات اختبار لقدراته الشخصية
 - انحراف الواجب عن أهدافه التي وضع من أجلها

3.4. فنية الأسئلة السocraticية

يستخدم المعالج هذه الفنية لبعدين هامين جدا في البحث، أوله هو عندما العينة قيد العلاج تستجيب بشكل جيد للبرنامج وذات استعداد تام للانخراط في العلاج مع تفاهمها التام مع المعالج (الاتفاق المتبادل) وأما الثاني فهو إذا كانت هذه الفنية تتيح لنا فحص الفروض التي وضعت مسبقا عوض التصدي المباشر للأفكار السلبية والاعتقادات الخاطئة للعميل، وتلازم هذه الأسئلة في استخدامها كل الجلسات تقريبا، كما يضيف المعالج في بعض الأحيان أسئلة مباشرة الغرض منها الكشف والبحث في الشدة والمدة المترتبة عن الإضطراب، كما يركز المعالج خلال التقييم وهذا ما جاء به آرون بيك (A. Beck) على استراتيجيتين هامتين فأما الأولى وهي تقديم وجهة نظر بديلة ومباشرة بالإشارة إلى الخطأ في التفكير أو الاعتقاد أو عدم التناسق، ويشارك العميل في هذا الطرح بـ "هل توافقي الرأي؟" أو "أليس كذلك؟" أو "ربما لو أننا قمنا بهكذا عمل ما رأيك؟"

أما الاستراتيجية الثانية في هذا الإطار وهي تتضمن توجيه المفحوص نحو بعض الجوانب من المشكل ووضعها خارج نطاق الفحص والتدقيق وهذا النوع يمس بالخصوص الاضطرابات الخفيفة للكشف عن الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والمشوهة، تكون بالدرجة الأولى خفية، كما يوجه

العميل إلى اتخاذ القرارات والحلول مع وضع بعض الخيارات اللازمة والتي لم يأخذها بالحسبان سابقاً، ويتيح هذا الأسلوب للعميل فرص التدريب على حسن التفكير واختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة والخبرات الملائمة عوض الاندفاع في الحكم مع أن هذا يعتبر تقويماً للاعتقادات والأفكار والانفعالات والسلوكيات الصادرة عن المفحوص.

4.4. إجرائية الاسترخاء

يرى مارسال روي بان فنية الاسترخاء تستخدم بشكل كبير في الحالات ذات الافكار المثبتة والسلبية والتي تراود اصحابها بشكل دائم، كما أن الفنية تتيح للعميل التحكم الجيد في أعضائه الحيوية وعلى رأسها التنفس (Marcel Rouet :2010، 34)

ويسعى الباحث من وراء هذه الفنية تدريب العميل على التحكم الجيد في درجات القلق والاجهاد وكذا الاعياء النفسي ومحاولات تجاوز الضغوط المهنية لأنها حجر الزاوية في اضطراب متلازمة الانهاك المهني (الاحتراق النفسي)، والهدف من هذه التقنية العلاجية تخفيف مستويات التوتر العضلي ومساعدة العميل على الاسترخاء النفسي والبدني والتحكم الجيد في الأجهزة الحيوية إذ توجد علاقة وطيدة بين الجهاز العضلي والجهاز النفسي، وإذا كنت تشعر بالتوتر والعصبية فهناك مجموعة من العضلات تكون اكثر شدا، فإذا ما تمكن الفرد من إدراك مستوى الشد العضلي وعمل على عملية الانبساط والاسترخاء فغنه يتمكن بالفعل من خفض درجة التوتر النفسي والشعور بالهدوء. (Gautela, Groden : 1978)

وتعتبر فنية الاسترخاء جزء من عملية التريث في التفكير والتروي، والتحكم في المشاعر والانفعالات والاستماع الجيد للآخرين وبالتالي ما يصبو إليه من توافق نفسي مع مختلف المواقف الضاغطة، وصدق رسول الله صلى الله عليه وسلم حين قال " إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضجع " (رواه أبو داود).

خلاصة الفصل

فمن خلال ما تعرضنا إليه فى الفصل فإن الاستراتيجيات المعرفية فى استعمالها كفنفة فى العلاج المعرفى السلوكى، تركز على الجانب المعرفى أكثر منه الجانب السلوكى حيث يعتبر المؤلفون فى العلاج المعرفى السلوكى السلوك غير السوي فى الاضطرابات هو ناتج التفسيرات الخاطئة والحوار الداخلى الخاطئ المبني على معتقدات خاطئة، ويمكن التحكم فى السلوك إذا ما قمنا بتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة إلى تلك السليمة والأكثر منطقية، كما أن الاستراتيجيات أو الفنيات المعرفية هي أسلوب المعالج فى تعويد المريض على اتخاذ القرار واختيار البدائل الأكثر ملاءمة للمشكل.

الفصل الرابع:

الدراسات السابقة ومنهجية الدراسة

أولاً: الدراسات السابقة

1. دراسات اهتمت بتطبيقات في العلاج المعرفي السلوكي لحالات الضغوط
2. الدراسات التي اهتمت بتناذر الإنهاك المهني
3. الدراسات التي اهتمت بالتكفل المعرفي لحالات الانهاك المهني
4. تعقيب على الدراسات السابقة

ثانياً: منهجية الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. الصعوبات البحثية
5. حدود البحث
6. أهداف الدراسة
7. التعاريف الاجرائية
8. الدراسة الاستكشافية
9. منهج الدراسة الأساسية
10. أدوات الدراسة

أولاً: الدراسات السابقة

تمهيد

إن الاهتمام المتزايد والجداد بالفرد البشري كمنتج رئيسي في المؤسسات المنتجة والخدماتية، يستدعي من الباحثين الوقوف على كل المشاكل المتعلقة بالصحة النفسية للفرد، ومن بين الاضطرابات الأكثر شيوعاً في الأوساط المهنية ذات الطابع الخدماتي تناذر الإنهاك المهني الذي يصنف في طب العمل على أساس الضغوط المهنية، وما يمكن ملاحظته بأن هذا الاضطراب على الرغم من كونه من الاضطرابات الأكثر انتشاراً إلا أنه لم يصنف ضمن الأمراض المهنية في القائمة الخاصة بذلك، ولا في الدليل الإحصائي للأمراض العقلية ولا حتى ضمن تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض المهنية، ومما لا شك فيه هو أن بعض الباحثين والعلماء قد أفاضوا في الموضوع .

1. دراسات اهتمت بتطبيقات في العلاج المعرفي السلوكي للضغوط المهنية

يعتبر التطبيق في ميدان العلاجات النفسية ذات التوجه المعرفي السلوكي كبير جداً في دراسات أكثر منها اكلينيكية لمختلف الاضطرابات وعلى رأسها مواضيع الاكتئاب والضغوط النفسية بأنواعها ومن هذه الدراسات دراسة **لعبد الجواد سنة 1994** لدراسة فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج التدريب التحصيلي في خفض مستوى الضغوط لدى المعلمين، على عينة تكونت من (120) معلماً قسمت إلى (8) مجموعات قوام كل مجموعة (15) علماً وذلك وفقاً لمتغير الخبرة في العمل، اعتمدت خلالها على البرنامج التدريبي الذي تألف من (10) جلسات تناولت الجلسات الثلاث الأولى مرحلة إعادة التصور الذهني للتدريب التحصيلي، ومن الجلسة الرابعة إلى الثامنة جرى تدريب أفراد العينة على الاسترخاء العضلي، ومهارات لعب الأدوار، وفي الجلستين التاسعة والعاشره جرى استعراض مشكلات مختلفة ومناقشتها، كاستراتيجيات علاجية ذات توجه معرفي، حيث أسفرت الدراسة على تفوق معلمي المجموعة التجريبية على المجموعات الضابطة في القياس البعدي على مقياس مصادر

الضغوط النفسية، ومقياس الروح المعنوية ماثبت فاعلية البرنامج في خفض الضغوط، وفي دراسة أخرى في نفس الصدد تناولها سلامة سنة 1995 ، تحت عنوان مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين، هدفت إلى تقديم برنامج على غرار التدريب التحصيلي ضد الضغط بهدف خفض الضغط لدى المعلمين. حيث تكونت العينة من مجموعتين إحداهما تجريبية وعددها (22) معلما ومعلمة، وأخرى ضابطة وعددها (24) معلم ومعلمة، مستخدما مقياس الضغوط النفسية للمعلمين، من تعريب (طلعت منصور) وتضمن البرنامج(6) جلسات بواقع جلستين في الأسبوع، ضمت مناقشة مواضيع الضغط، والتدريب على الاسترخاء، والجلستان الرابعة والخامسة المعارف والانفعالات، وفي الجلسة الأخيرة جرى تطبيق ما تم تعلمه، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج من خلال التطبيق البعدي وخلال فترة المتابعة في خفض درجة الضغوط لدى أفراد المجموعة التجريبية ، وفي المقابل تمكن داود سنة 2002 من إنجاز دراسة ميدانية تحت موضوع فاعلية برنامج إرشادي لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة العاملة (عينة من الممرضات) حيث هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي يعتمد في فنياته وأساليبه على طريقة مايكنباوم، وذلك لمساعدة الممرضات على مواجهة مشكلاتهن الأسرية أو المهنية، وشملت عينة الدراسة (85) ممرضة، جرى تقنين أدوات البحث على (50) ممرضة منهن، وقد تكونت عينة البرنامج من (8) ممرضات ممن سجلن درجات مرتفعة على المقاييس المستخدمة في البحث، لتمثل العينة التجريبية، ومن ثم قسمت هذه المجموعة إلى مجموعتين تضم كل مجموعة(4) ممرضات جرى تطبيق البرنامج عليهن في المستشفيات التي يعملن فيها ، وجرى اختيار (8) ممرضات ممن سجلن درجات منخفضة على المقاييس المستخدمة وذلك لتمثل المجموعة الضابطة، استخدم الباحث من خلالها مقياس مصادر ضغوط الممرضة اليمينية، مقياس الاستجابات للمواقف الضاغطة، استمارة بيان الحالة من إعداد الباحثة، مقياس أساليب مواجهة الضغوط من إعداد (رجب شعبان) والبرنامج الإرشادي الذي تضمن (8) جلسات مدة الجلسة ساعة واحدة، وأسفرت الدراسة على أن هناك فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القدرة على مواجهة

مصادر الضغوط المهنية لمصلحة المجموعة التجريبية كما أن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القدرة على ضبط الاستجابات (المعرفية والسلوكية والانفعالية والفسولوجية) تجاه المواقف الضاغطة وذلك لمصلحة القياس الثاني، حيث أثبت البرنامج فاعليته في تطوير القدرة على مواجهة الضغوط بعد انتهاء فترة من تطبيقه على المجموعة التجريبية وذلك بعد شهر من انتهاء البرنامج، كان هذا في عالمنا العربي أما في العالم الغربي فقد اهتم الكنديون والأمريكيون بهذا المفهوم وعلى رأسهم **جيمس ويست Games & West** أمريكا 1984 الذي تناول دراسة تطبيقية حول موضوع، تحليل لعناصر الضغوط المهنية بتطبيق البرنامج التحصيني ضد الضغط على ممرضات العناية المركزة بالمستشفيات، إذ هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير التدريب في مهارات المواجهة، وإيضاح دور النموذج التحصيني في خفض الضغط لدى الممرضات حيث شملت عينة الدراسة (60) ممرضة انتقاها بالطريقة العشوائية، ومن ثم قسمت إلى خمس مجموعات أربعة منها تجريبية، حيث تلقت المجموعة الأولى إطاراً نظرياً حول الضغط ونظرياته، في حين تلقت المجموعة الثانية إطاراً نظرياً حول الضغوط إضافة إلى التدريب على مهارات الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي ومهارات المواجهة، ومهارة توكيد الذات، أما المجموعة الثالثة فقد تلقت إطاراً نظرياً شمل مواضيع الضغط ومفاهيمه ثم عرض لثمان (08) مواقف ضاغطة اشتقت من مصادر ضغوط عمل الممرضات، وتلقت المجموعة الرابعة المراحل الثلاثة السابقة، في حين لم تتلق المجموعة الخامسة أي تدريب، ومن بين أدوات الدراسة مقاييس الضغط النفسي، البرنامج التدريبي وفقاً لنموذج التحصين ضد الضغوط، وجرى تطبيقه على مدى أربع أسابيع، وقد اختلف زمن الجلسة تبع النوع التدريب في كل المجموعات، وقد أشرف على البرنامج إضافة للباحثين ستة مدربين تلقوا تدريباً جماعياً قبل تطبيق البرنامج ومن النتائج التي أظهرتها الدراسة أن نموذج التدريب التحصيني - وهو الذي خضعت له المجموعة الرابعة - كان أكثر فعالية مقارنة بالمجموعات الثلاث، حيث أشارت نتائج التدريب التحصيني إلى انخفاض درجة الضغط النفسي لدى أفراد المجموعة الرابعة مقارنة مع المجموعات الأخرى الأنفة الذكر، وفي دراسة أخرى أجراها **جونسون Johansson** سنة 1991 تحت عنوان فاعلية برنامج

في إدارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض، هدفت الدراسة: إلى محاولة تطوير برنامجا لإدارة الضغوط النفسية وأثره في خفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض. شملت العينة (43) من طلبة التمريض سنة أولى، و (34) من طلبة السنة الثانية، جرى سحبهم بطريقة عشوائية، ومن ثم أخذت منهم مجموعتان الأولى ضابطة والثانية تجريبية، وذلك وفقا لدرجاتهم على المقاييس المستخدمة في البحث، استخدم خلالها مقاييس القلق، ومقاييس الاكتئاب، إضافة إلى البرنامج التدريبي، و أكدت الدراسة فعالية البرنامج المستخدم في خفض درجة القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك من خلال التدريبات على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، كاستراتيجيات معرفية لمواجهة الضغوط.

وفي دراسة أخرى لـ ميرث Merti 1996 تحت عنوان أهمية تطبيق التدريبات المنزلية لخفض الضغط لدى مجموعة الممرضات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج السلوكي، وهدفت الدراسة إلى التعرف على التأثير الخاص بتطبيق الممارسة المنزلية للاسترخاء و إدارة الضغوط بالعلاج السلوكي، مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي، وأثر تلك الممارسات المنزلية (القياس المؤجل) في خفض درجة الضغط، شملت عينة الدراسة (91) ممرضا وممرضة قسمت إلى أربع مجموعات، المجموعة الأولى مارست العلاج بالمنزل خلال فترة المتابعة ممن خضعوا للعلاج السلوكي .والمجموعة الثانية لم تمارس العلاج بالمنزل خلال فترة المتابعة ممن خضعوا للعلاج السلوكي، بينما لم تمارس المجموعة الثالثة بالمنزل خلال فترة المتابعة ممن خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي . أما المجموعة الرابعة فقد مارست العلاج بالمنزل خلال فترة المتابعة ممن خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي، أستخدم خلالها مقياس الضغط، البرنامج تدريب يتضمن تدريبا في العلاج المعرفي السلوكي إضافة إلى برنامج تدريبات في العلاج المعرفي، أسفرت النتائج أن المجموعة التي تدرت بطريقة العلاج المعرفي السلوكي في منازلهم خلال فترة المتابعة قد تابعت التدريب (SIT) كما سجلت فروقا بين المجموعتين في انخفاض درجة الضغط النفسي وذلك لمصلحة المجموعة التي تدرت على (SIT).

وفي دراسة موضوعها المنهج النفسي التربوي لخفض الضغط لدى الممرضات باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي أقيمت بغيت تقويم فاعلية البرنامج التعليمي لتطوير الذات وإدارة الضغط قام بها مور Moore سنة 1999 شملت هذه الدراسة عينة قوامها (67) ممرضة جرى اختيارهن بطريقة عشوائية، وقسمت إلى مجموعتين : ضابطة، وتجريبية وقد قسمت المجموعة التجريبية إلى مجموعات صغيرة جرى تطبيق البرنامج عليهن من خلال تدريبهن على مهارات المواجهة، وإعادة البناء المعرفي، وتوكيد الذات والاسترخاء العضلي والتنفسي، وطبق خلالها مقياس الغضب، ومقياس الإحباط، ومقياس الضغط، ومقياس الاكتئاب، اسفرت الدراسة على انخفاض درجات الممرضات على المقاييس الأربعة المستخدمة في هذه الدراسة والسابقة الذكر، ما يدل على تأثير الفنيات والمهارات المتضمنة في خفض حدة الضغوط النفسية.

ومما سبق التعرض إليه من دراسات شملت تطبيقات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي في الأوساط الطبية، على الضغوط النفسية للممرضات والأطباء، فإن غالبية الدراسات والتي عددها كبير جدا أثبتت نجاح الاستراتيجيات العلاجية ذات التوجه المعرفي واتوجه المعرفي السلوكي كخيار للفنية العلاجية فيما يخص التكفل بحالات الضغوط النفسية، ومما يلاحظ كذلك فإن البعض الآخر من الدراسات الكثيرة في هذا المجال، قد اعنتت بدراسة الاحتراق النفسي، انتشاره وعلاقة الاضطراب بالمتغيرات الأخرى في الأوساط الخدمائية كالتطبيب والتعليم والمهن القائمة على الاحتياجات الخاصة.

2. دراسات اهتمت بالاحتراق النفس في مجال الخدمات الإنسانية

من بين هذه الدراسات ذات الأهمية دراسة عادل عبد الله سنة (1995) والتي موضوعها بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين، هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين. والتعرف على مدى إسهام هذه المتغيرات في التنبؤ بدرجة الاحتراق النفسي للمعلمين، عينة الدراسة :تكونت عينة الدراسة من 184 معلماً من معلمي المرحلة الثانوية بمدينة الرقازيق، ومن

نتائجها أن المعلمون الأقل خبرة أكثر المجموعات إحتراقاً أو أكثرهم من يشمله الاضطراب وكذلك أن المعلمون الأقل في درجة الحرص أكثر احتراقاً من أقرانهم الأكثر منهم حرصاً ثم نتج عنها كذلك بأن المعلمون ذوو الدرجات المرتفعة في بعد العلاقات الشخصية أقل احتراقاً من المعلمين ذوي الدرجات المنخفضة، وفي دراسة أخرى أجراها نصر يوسف مقابلة سنة (1992) تحت موضوعها العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى المعلمين في المرحلة الثانوية. وقد تكونت عينة الدراسة من 309 معلماً ومعلمة أسفرت نتائجها على أن المعلمين ذوو وجهة الضبط الخارجي قد تحصلوا على درجات مرتفعة في بعد الاستنزاف الانفعالي وفقدان الإنية ونقص الإنجاز الشخصي، كما أظهر المعلمون ذوو وجهة الضبط الخارجي تحكماً أقل في سلوكهم، وفي مهن التمريض والتطبيب فقد اهتم الباحثون وعلى رأسهم فيزنتني وآخرون Visintni and al سنة 1996 بايطاليا حيث تناول من خلال الموضوع الموسوم بـ الضغوط النفسية وعلاقتها بالعمل مع مرضى الايدز كمتنبئات لدرجة الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدات العناية بمرضى الايدز، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وعدد من المتغيرات كالجنس، السن، الحالة الاجتماعية وطول مدة العمل مع المرضى ودرجة الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض، وتكونت العينة من (410) من الممرضين والممرضات الذين يعملون في تسعة عشر مستشفى لمعالجة مرضى الايدز في جنوب إيطاليا، مستعملاً خلال الدراسة لجمع البيانات مجموعة من المقياس كمقياس أثر الايدز، مقياس الضغط النفسي، ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI)، كشفت الدراسة على علاقة ايجابية بين طول مدة العمل مع مرضى الايدز وتبلد الشعور، وجود علاقة بين كل من مصادر الضغوط (العلاقة مع زملاء العمل، المكافئات الاجتماعية، الغم والحزن) مع أبعاد مقياس (MBI)، (رجاء مريم، 2006: 18)

وفي بعض من الدراسات كتلك التي قام بها شيوك وسويرز Cheuk and Swears سنة 1998 بهونغ كونغ لدراسة مقاومة الضغوط النفسية والاحتراق النفسي عند الممرضين، هدفت الدراسة

إلى تحديد ردود فعل العاملين في مهنة التمريض على الضغوط من خلال دراسة العلاقة بين مقاومة الضغوط والاحتراق النفسي على عينة تكونت من 171 ممرضا وممرضة مستخدما بذلك مقياس مقاومة ضغوط العمل ومقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الاحتراق النفسي، ومن بين النتائج الهامة التي خلصت إليها الدراسة أن الممرضين الذين يتلقون دعما اجتماعيا من قبل زملائهم في العمل لديهم درجات أقل على مقياس الاحتراق النفسي، كما خلصت النتائج كذلك إلى أن عبء العمل الزائد يرتبط بدرجة مرتفعة من الاحتراق النفسي (رجاء مريم، 2006: 20).

وفي دراسة تناولت الاحتراق النفسي في وسط الممرضين بالمستشفى الجامعي ببلجيكا، قام بها ستوردار Stordar سنة 1999 معتمدا في جمع البيانات على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي بعينة قدرها 625 ممرضا ومعالجا، مما توصل اليه الباحث من خلالها إلى كون العينة تعاني عموما من مستوى متوسط من الاحتراق النفسي باختلاف الأقسام. (ملال خديجة، 2010: 39)

وأما فيما يخص الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي في الوسط العلاجي دائما بالوطن العربي دراسة البدوي سنة 2000 في الأردن حيث تناولت الدراسة موضوع درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، على عينة قوامها 566 ممرضا وممرضة ممن يشغلون مناصب في مستشفيات المحافظة، حيث هدفت الدراسة إلى تحديد درجة الاحتراق النفسي بين الممرضين وأثر بعض المتغيرات الشخصية في تحديد درجة الاحتراق النفسي، واستخدم الباحث كأداة للقياس مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس مصادر الاحتراق النفسي من إعداد الباحث ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن الممرضين والممرضات يعانون تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية وشدة حدوثه بدرجة متوسطة، كما أنهم يعانون تكرار مع شدة الشعور بتبدل المشاعر بدرجة متوسطة، وتكرار نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية (رجاء مريم، 2006: 34)

وفي دراسة ل العطية وعيسوي 2004 هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق

النفسي لدى عينة من العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر، وعلاقته بعض المتغيرات

(الجنسية، السن، الحالة الاجتماعية، المؤهل الدراسي، سنوات الخبرة، نوع العمل، نوع الإعاقة) . وتكونت عينة الدراسة من 138 من العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر (قطريات وغير قطريات) . واستخدمت الدراسة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية والاجتماعية. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :وجود مستوى معتدل من الاحتراق النفسي لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطريات وغير القطريات في الاحتراق النفسي في بعد نقص الشعور بالإنجاز، والدرجة الكلية، لصالح القطريات. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات العمرية المختلفة في الاحتراق النفسي، لصالح الفئة العمرية الأقل من 30 سنة ، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات وغير المتزوجات في الاحتراق النفسي، في بعد نقص الشعور بالإنجاز والإجهاد الانفعالي، والدرجة الكلية لصالح غير المتزوجات. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الخبرة المختلفة في الاحتراق النفسي، لصالح سنوات الخبرة الأقل من 5 سنوات في بعد الإجهاد الانفعالي والدرجة الكلية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الخبرة المختلفة في الاحتراق النفسي، لصالح سنوات الخبرة الأقل من 5 سنوات في بعد الإجهاد الانفعالي والدرجة الكلية. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المؤهلات المختلفة في الاحتراق النفسي لصالح الحاصلات على الثانوية العامة في بعد الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز والدرجة الكلية. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي تبعا لنوع الإعاقة.

وفي دراسة أخرى ل مودة الشيخ محمد عابدين سنة 2001 بالخرطوم تحت عنوان الاحتراق المهني وعلاقته بتقدير الذات للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على السمة العامة للاحتراق النفسي عند المعالجين النفسيين ثم العلاقة بين الاحتراق المهني للمعالجين النفسيين ومتغير العمر، سنوات الخبرة والمؤهل الأكاديمي، وهدفت كذلك الدراسة إلى البحث عن الفرق في الاحتراق المهني في الوسط المذكور وأسبابه التي تعزى إلى النوع والحالة الاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من 75 معالجا مستخدما بذلك أداة قياس الاحتراق

النفسي (MBI) إضافة إلى مقياس تقدير الذات لكوب سميث، نتج عن الدراسة مجموعة من النتائج تمثلت في: يتميز الاحتراق النفسي عند المعالجين في مستشفيات الخرطوم بالانخفاض، كما توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاحتراق النفسي عند أفراد العينة ومتغير العمر، كما لا توجد علاقة ارتباطية بين الاحتراق النفسي ومتغير الخبرة المهنية والمؤهل الأكاديمي. (مودة الشيخ محمد عابدين، 2001: 05)

وفي دراسة أخرى ل أدلي وبرامي **Adali and Priami** سنة 2002 في اليونان تحت عنوان الاحتراق النفسي لدى طاقم العناية المركزة وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان، هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي بين العاملين في مهنة التمريض وفي التخصصات التمريضية المختلفة، وكذا الكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم، اعتمد الباحث على عينة مقدارها 233 ممرضا وممرضة من مستشفيات أثينا، استعمل خلالها لجمع البيانات مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس بيئة العمل، واستفتاء تضمن معلومات شخصية ومهنية إضافة إلى سؤال مفتوح عن استراتيجيات التكيف الخاصة بهم للتعامل مع الضغوط النفسية في العمل، تبين من خلال النتائج أن الممرضين والممرضات لديهم مستوى عالي على بعد الإجهاد الانفعالي مقارنة بالممرضين في كل من العناية المشددة وأقسام الداخلية ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء العمل الزائدة، التوجيه والإشراف) إذ تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم. (رجاء مريم، 2006: 25)

وفي دراسة أخرى في الأوساط الطبية قام لورنت **Laurent** سنة 2007 بإجراء دراسة موضوعها الاحتراق النفسي عند عمال الاستعجال الطبية الجراحية، تكونت عينة الدراسة من 50 متخل طبي تضم 15 من جنس الإناث و31 من جنس الذكور مستخدماً أداة (MBI) لجمع البيانات إلى جانب المقابلات الإكلينيكية، وتوصل الباحث من خلال الدراسة إلى أن العينة لديها مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي نظراً لطبيعة العمل ومخاطره (A.Laurent, 2007.p 570).

وبمستشفى مستغانم توصلت شرقي حرية سنة 2010 من خلال دراسة أجرتها على عينة من أطباء مختلف المصالح تناولت من خلالها موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بدافعية الانجاز لدى الفريق الطبي كدراسة ميدانية، هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الاحتراق النفسي والدافعية للانجاز ودراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية، وكذا الاستبصار بالضغط المهنية التي تتعرض لها بعض الفرق الطبية والتي تؤدي إلى حالة الاحتراق النفسي، استخدمت الباحثة خلالها أداة قياس الاحتراق النفسي لصاحبه ماسلاش وكذا مقياس الدافعية للانجاز لصاحبه "صالح الأزرق"، نتج عن هذه الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية بين الدافعية للانجاز والاحتراق النفسي كما كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة بين الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الجنس والسن، وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة الاحتراق النفسي حسب التخصص. (شرقي حورية، 2010: 117، 120، 118)

في دراسة شملت عينة مكونة من 504 من الأوساط شبه طيبة منها 247 من الإناث و 230 من الذكور، تناولت **ملال خديجة سنة 2010** موضوعا لدراسة ميدانية لتقنين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون في الوسط الشبه طبي، هدفت من خلالها التعرف على مستويات الخصائص السيكومترية التي يتمتع بها المقياس المقنن في البيئة الجزائرية، والتعرف على أبعاد المقياس المنبثقة عن الدراسة السيكومترية بالمجتمع الشبه طبي بالبيئة الجزائرية، ثم هدفت إلى تحديد مستويات الاحتراق النفسي لدى هذه الفئة وكذا تحديد العلاقة ببعض المتغيرات، توصلت الباحثة من خلال الدراسة إلى نتائج تمثلت فيما يلي: ان مستويات الخصائص السيكومترية لمقياس الاحتراق النفسي في صورته الأصلية هي نفسها بعد التقنين في المجتمع الجزائري، كما أسفرت الدراسة على أن أبعاد مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون (MBI) في صورته الأصلية هي نفسها بعد التقنين، ونتج عنها كذلك بأن عمال الوسط شبه طبي يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، مع وجود فروق دالة في مستويات الاحتراق النفسي حسب السن، الخبرة، التخصص، وجود فروق غير دالة في

مستويات الاحتراق النفسي حسب الجنس، المصلحة وأوقات العمل (ملال خديجة، 2010: 9، 89، 71)

3. دراسات اهتمت ببرامج ارشادية وعلاجية للاحتراق النفسي من المنظور المعرفي.

دراسة زيدان 1998 هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية الإرشاد النفسي الموجه (العلاج الانفعالي العقلاني) في تخفيف حدة الاحتراق النفسي، لدى عينة من المعلمات، والتعرف على مدى فاعلية الإرشاد النفسي غير الموجه (العلاج المتمركز على العميل) في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات. وتكونت عينة الدراسة من (29) معلمة بالمرحلة الإعدادية، تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات؛ ضابطة: وتشمل 11 معلمة ومجموعة إرشاد موجه وتشمل 9 معلمات، ومجموعة إرشاد غير موجه وتشمل 9 معلمات. واستخدمت الدراسة مقياس الاحتراق النفسي لعادل عبد الله ومقياس مفهوم الذات لصفوت فرج وسهير كامل، وبرنامج إرشاد موجه وآخر غير موجه من إعداد الباحث. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-فاعلية الإرشاد الموجه من خلال التفكير العقلاني الانفعالي في خفض حدة الاحتراق النفسي تحسین مفهوم الذات، لدى المعلمات بعد البرنامج وبعد فترة المتابعة.

-فاعلية الإرشاد غير الموجه من خلال التمرکز على العميل في خفض حدة الاحتراق النفسي وتحسين مفهوم الذات، لدى المعلمات بعد البرنامج وبعد فترة المتابعة.

-الإرشاد غير الموجه من خلال التمرکز على العميل كان أفضل من الإرشاد الموجه من خلال التفكير العقلاني الانفعالي في خفض حدة الاحتراق النفسي، وتحسين مفهوم الذات، لدى المعلمات.

وفي دراسة شوميت (shumate-1999) حول العلاقة بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي، واستراتيجيات معالجتها لدى مديري المدارس الثانوية في ولاية واشنطن. اجري على (221) مديراً ومديرة في المدارس الثانوية بالولاية من أصل (273) يشكلون مجتمع الدراسة. وكشفت نتائج البحث عن أن المديرين من عينة الدراسة يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة، على بعدي الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر، وبدرجة منخفضة على بعد نقص الشعور بالإنجاز، وان

أفضل طريقة لديهم التعامل مع الضغط النفسي لتجنب الإصابة بالاحتراق النفسي هي الانشغال بالعمل وتناسي أي أمر آخر. (الخرابشة، 2005، 310)

4. تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة أهمية موضوع الدراسة، حيث أن تناذر الإنهاك المهني موضع اهتمام العديد من الدراسات، كما يتضح من العرض السابق للدراسات المرتبطة باختلاف عيناتها باختلاف أهدافها، ولم تكن هناك دراسات كافية اهتمت بالجانب المرتبط بالعلاج المعرفي السلوكي أو العلاج المعرفي للإنهاك المهني، إلا القليلة منها وهذا حسب علم الباحث، كما أن هناك منها ما تعرض بشكل واسع إلى علاج الضغوط المهنية، وبالنسبة للباحث فإن التوافق في التكفل بتناذر الإنهاك المهني وارد، نظرا للتشابه الكبير بين أعراض الضغط المهني وأعراض الاحتراق النفسي، ومما لوحظ كذلك على الدراسات السابقة التي تناولت الاحتراق النفسي بأنها دراسات إحصائية مقارنة وأخرى مسحية وأن التكفل العلاجي في إطار المناهج الإكلينيكية ودراسة الحالات كحالات منفردة منعدمة إلا بعض التطبيقات من طرف بعض الممارسين، حسب علم الطالب، ومما سجل كذلك استخدام واسع لأداة جمع البيانات والمعطيات البحثية والمتمثلة في مقياس الاحتراق النفسي لصاحبه ماسلاش (MBI) وما أكدته هذه الدراسات هو قوة الأداة على تشخيص حالات تناذر الإنهاك المهني.

ثانيا: منهجية الدراسة

1. إشكالية البحث

إن الاهتمام المتزايد بالنمو الاقتصادي وتحسين الخدمات العمومية والخاصة لدى مؤسساتنا، يدفع بالمؤسسة إلى تحسين أداء العاملين وتمكينهم من مهامهم في ظروف أكثر استقرارا، وبالخصوص النفسية منها، مما يستدعي الاهتمام أكثر بالأمراض المهنية والعمل على الوقاية منها، ويعتبر الاحتراق النفسي - ما يسمى عند الفرونكوفونيين بتناذر الإنهاك المهني - من الاضطرابات النفسية المهنية التي تسيل حبر الكثير من الباحثين.

فجد ما بين سنة 1974 وسنة 1989 ما يزيد عن ألفين وخمسمائة (2500) مقال منشور في هذا الموضوع، حيث تشكل نسبة الخمسين ما هو موجه إلى مهن الخدمات والمساعدة والعلاج الصحي، وما يقارب الثلث موجهة إلى دراسات في التربية والتعليم، وتشترك أغلب الدراسات في نفس أداة القياس وغالبا ما يستخدم مقياس (MBI) للكشف عن الاحتراق النفسي أو ما يسمى بتناذر الإنهاك المهني عند الفرنسيين. (07: Pierre Canoui, Aline Mauranges, 2008)

ويستعرض طبيب الأمراض العقلية والمعالج النفسي فرودنبيرجر freudenberg لأول مرة سنة 1974 مفهوم هذا المصطلح حيث ظهر في كتاباته ومؤلفاته على شكل دراسات اكلينيكية، حيث اعتمد رسميا من طرف الباحثين. (futura-sciences, magazine, 12301).

وكما تعتبر القطاعات الخدمانية في أسلاك الصحة، أكثر عرضة لهذا التناذر، لما تكتسيه من استثمار كبير في العلاقات بين المعالج والمريض وبين المعالج وأهل المريض وكذا فريق العمل، ويبدل المعالج - ممرضا كان أو طبيبا - جهدا كبيرا ليستثمر في هذه العلاقات المعقدة ليصل إلى درجة التقبل في العلاج والمداوات، ومن بين هذه الفئة صادف الباحث مجموعة من قسم التوليد من القابلات يعانين من ضغوطات متعددة واضطرابات متنوعة، تفرضها عليهم مواجهتهم خلال طبيعة عملهم داخل قاعات التوليد، والضغوط المتزايدة بكل أنواعها، ونظرا لقلّة الاهتمام بتشخيص مثل هذه

الحالات في طب العمل، وعدم تصنيف الاضطراب ضمن الحالات المعلن عنها في قائمة الأمراض المهنية إلى حد الآن حسب علم الطالب، فإن المصاب بهذا التناذر يضل يتخبط في مشاكل البيروقراطية وضحية للإفراط وعدم الاهتمام واللامبالاة باضطرابه، كما أن هذا المجال في الدول العربية وخصوصا في الجزائر لا يزال قيد الدراسة من طرف الباحثين وبعض الممارسين في العلاج النفسي، ويعتبر العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الحديثة التي استخدمت تقنياتها عند بعض الباحثين وعلى رأسهم "آرون بيك"، وما لفت انتباه الطالب خلال تناوله للدراسات السابقة التي تحصل عليها، هو أن هذا المجال يحتاج إلى اهتمام بالحالات ودراسة الأساليب والاستراتيجيات الممكن اتخاذها ومتابعتها من أجل التخفيف من هذا الاضطراب، وتعرض لنا دراسة فيرت firth وآخرون سنة 1988 والتي أجريت على عينة من الممرضات مكونة من مائتي ممرضة من مختلف المصالح بأن الاضطرابات الصحية النفسية تزداد بارتفاع الصعوبات المهنية، مما يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب وينعكس هذا الأخير سلبا على الفرد حيث يفقد حيويته ورغبته في العمل.

وفي دراسة أخرى قامت بها غربي من جامعة ورقلة سنة 2004 تريد من خلالها الكشف على الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرض والكشف على مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي للتحكم في مجابهة الضغوط النفسية، وتوصلت الباحثة إلى أن الممرضين يعانون من ضغوط نفسية تختلف من فرد إلى آخر، تفوق قدراتهم العقلية والنفسية وكذا البدنية، كما توصلت الدراسة إلى تدريب الفئة على مجموعة من المهارات تمكنهم من مواجهة الضغوط، وتتمثل هذه المهارات في الاسترخاء، التعبير عن المشاعر، الحوار الذاتي الإيجابي، طلب الدعم، التقييم الإيجابي إضافة إلى حل المشكلات، وكل هذه المهارات تؤدي إلى خفض مستوى الضغط المهني عند الممرضين.

أما في دراسة أخرى قام بها مارتن و اريك Martin et Eric سنة 2005 على عينة من الممرضين والممرضات قوامها حوالي مائتي وواحد بمركز استشفائي بكندا، هدف من خلالها إلى الكشف عن دور استراتيجيات المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي، معتمدا على أداة قياس

ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) واستخدم كذلك مقياس استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS)، كما توصل من خلالها الى أن استراتيجيات المواجهة ليس لها تأثير على الاحتراق النفسي وأنه توجد فروق في مستويات الاحتراق النفسي حسب متغيرات الدراسة.

فانطلاقاً من ما سبق ذكره فإن تناذر الإنهاك المهني كبقية الاضطرابات النفسية يجب التكفل بحالاته من خلال تكفل علاجي معرفي يبني على تلقين العميل بعض الاستراتيجيات المعرفية لتدارك بعض الأفكار السلبية وتصحيح المعتقدات الخاطئة التي يكونها حول موضوع العمل وبيئته، فيريد الباحث أن يتعرف على فاعلية هذه الاستراتيجيات التي يمكن أن تكون جزءاً من العلاج ليستخدمها العميل في مختلف المواقف التي تجابهه، كما يدرس أثر هذه الاستراتيجيات المعرفية في خفض الاضطراب عند الحالات وتتبع مآل العلاج ضمن برنامج علاجي معرفي وعليه فإننا نتساءل عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المتضمن للاستراتيجيات المعرفية - من المنظور المعرفي - في التخفيف من الإنهاك المهني عند الحالات من القابلات المستخدمات لقاعات التوليد بالمستشفى.

ولكي نتمكن من دراسة هذه الإشكالية لجأ الباحث إلى وضع مجموعة من التساؤلات تفيده في تصور للفرضيات التي تجيب بشكل مؤقت عن هذا التساؤل.

- هل للتكفل المعرفي فاعلية علاجية عند الحالات التي تعاني من تناذر الإنهاك المهني؟
- ما هو أثر شدة الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل العلاجي المعرفي على مآل الحالات نحو الشفاء؟
- هل للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال العلاج المعرفي فاعلية وقائية ضد الانتكاسة من تناذر الإنهاك المهني؟
- هل لهذه الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل المعرفي أثراً تحصيني مستقبلاً عند الحالات؟

2. فرضيات البحث

1. للعلاج المعرفي فاعلية في اختفاء الأعراض الإكلينيكية الظاهرة على حالات تناذر الإنهاك المهني بنسبة جد معتبرة.
2. للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل العلاجي من المنظور المعرفي السلوكي شدة أثر لا بأس بها على مآل الحالات نحو اختفاء الأعراض.
3. يمكن للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل المعرفي أن تكون لها فعالية ذات اتجاه وقائي من الانتكاسة عند الحالات.
4. تشكل مستقبلا الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة مدخلات تحصينية ضد تناذر الإنهاك المهني إذا ما وجدت العناية الكافية والمتابعة العلاجية.

3. أهمية الدراسة ودواعي اختيار الموضوع

إن من الاعتبارات الكثيرة والمتعددة التي دفعت بالباحث إلى اختيار هذا الموضوع قصد الدراسة مايلي:

1. النقص المسجل حسب اطلاع الباحث على المستوى المحلي والعربي في مثل هذه الدراسات والمواضيع التي تبحث في التكفل المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية المهنية في الأوساط الطبية والشبه طبية وعلى الخصوص تلك المتعلقة بالإنهاك المهني.
 2. البحث عن استراتيجيات في برامج علاجية لغرض التكفل بذوي التناذر.
 3. الحاجة الملحة للكشف عن هذا الاضطراب والحرص على إضافته وتسجيله ضمن قائمة الأمراض النفسية المهنية للتكفل الفعلي بهذه الفئة.
 4. اهتمام الباحث بالموضوع نظرا لاكتشاف التنامي المسجل للظاهرة في وسط مستخدمي قاعات التوليد بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسبدو
- كما تظهر أهمية هذه الدراسة من حيث:

- المساعدة التي تقدمها للمستخدم لتطوير إستراتيجيته المعرفية لمواجهة الضغوط الناجمة عن هذا الاضطراب
- التكيف المستمر مع مختلف المواقف المسببة لحالة الإنهاك خلال ممارسة المهام المهنية لتمكينهم من النجاح والتوازن في علاقاتهم المختلفة
- كما تسهم هذه الدراسة في المساهمة داخل المؤسسة لغرض التخلص من الأعباء التي تثقل كاهل الإدارة كموضوع الغيابات المتكررة والعطل المرضية وغيرها
- تضيف الدراسة إلى الساحة البحثية قيمة علاجية في مجال العلاج المعرفي السلوكي على الصعيد الوقائي والعلاجي
- كما تظهر أهمية هذه الدراسة من ناحية استخدام برامج العلاج المعرفي السلوكي في التكفل بحالات الاحتراق النفسي أو تناذر الإنهاك المهني بتبني الخلفية النظرية للدكتور "آرون بيك" في علاج حالات الاكتئاب.

4. صعوبات الدراسة

يعتبر العلاج النفسي بشكل عام من العلاجات الأقل تداولاً بالنسبة للعلاجات الأخرى كالدوائية على سبيل المثال، وهذا ما يجعل أغلب الحالات ذات الاضطراب النفسي تتجه مباشرة إلى طبيب الأمراض العضوية أو الطب النفسي فيقتنع المريض بالدواء كفعالية مباشرة وملموسة، ويتعد عن العلاج النفسي لأنه في نظره غير فعال، ويرجع أغلب الباحثين هذا السبب إلى قلة وعي الجماهير بضرورة التكفل النفسي، فشكلت هذه النقطة صعوبة بحثية من جانب اقناع الحالات بالعلاج المعرفي السلوكي وهذا بعد عدة تدخلات وخصوصاً عن طريق الفيديو والنماذج المعروضة.

تجلى خلال البحث صعوبة أخرى تمثلت في المجال الزمني للحالات، حيث أن حالتين من الحالات التي اختارها الباحث، أحدهن دخلت في عطلة مرضية والأخرى اختارت الانتداب إلى

مؤسسة أخرى ومفاضلتها للراحة والابتعاد عن جو العمل، مما سبب انقطاعا عن العلاج، وهذا ما أثر على الدراسة من حيث عدد الحالات.

كانت هذه أكثر الصعوبات التي شكلت عائقا خلال البحث، فأما الصعوبات الأخرى لم تؤثر على مجريات البحث حيث قام الباحث بحصرها والتحكم في زمامها.

5. حدود البحث

- الحدود الزمانية: اقتصرت الدراسة الأساسية على الفترة الممتدة من تاريخ 12 مارس 2015 إلى غاية 31 ديسمبر 2015 وهي الفترة المخصصة للبرنامج العلاجي والتكفل بالحالات، وخصصت الفترة من 10 أكتوبر 2015 إلى غاية 21 ديسمبر 2016 للبرنامج التتبعي والذي يشير إلى تنبؤات مستقبلية لمآل الحالات، ونشير إلى أن الطالب قام بدراسة مسحية في الفترة الممتدة من مارس 2014 إلى غاية أوت 2014 لغرض الكشف عن حجم الاضطراب بالمؤسسة العمومية الاستشفائية وتجريب أدوات البحث ومن بينها البرنامج العلاجي.

- الحدود المكانية: اقتصرت الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور بن زرجب بن عودة بسبدو وخصوصا مصلحة الولادة وقاعة العمليات الجراحية حيث تشتغل الحالات، ركز الطالب على الحالات التي تعاني من تناذر الإنهاك المهني وإقصاء بعض الحالات التي تعاني من الاكتئاب وكان عددها أربع حالات في بادئ الأمر وخلال بداية العلاج انسحبت حالتين منهما لظروف خاصة جدا، مما ترك المجال لتطبيق البرنامج العلاجي على حالتين تعانين من الإنهاك المهني.

- الحدود الموضوعية للدراسة: تتحدد هذه الدراسة من حيث تناولها لموضوع تناذر الإنهاك المهني والبحث في الاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي، لغرض التخفيف من شدة الأعراض الخاصة بالتناذر، وهي تهتم بالتكفل بحالتين من حالات الاحتراق النفسي، حيث لا يمكن بأي حال من الأحوال تعميم نتائجها على باقي العينات الأخرى التي تعاني من نفس التناذر، وتم تشخيص الحالات عن طريق المقابلات العيادية والتحليل الوظيفي للسلوك واستخدام

أداة ماسلاش لقياس درجة الاحتراق النفسي عند كل حالة من الحالات، مع الإشارة إلى أن موضوع الدراسة لم يصنف ضمن الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية ولم يصنف ضمن الاضطرابات في طب العمل إلا أنه موجود في أدبياته.

6. أهداف الدراسة

الهدف العام:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن أهم الاستراتيجيات المعرفية ضمن العلاج المعرفي السلوكي والتي تساهم في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي.

الأهداف الجزئية:

كما تعتبر هذه الدراسة من حيث الجانب التطبيقي محاولة لممارسة علاجية في مجال التكفل المعرفي السلوكي إذ تهدف عملياً إلى جانب التعرف والكشف على أهم الاستراتيجيات المعرفية التي يستعملها المعالج خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، لغرض مساعدة العميل على مجابهة مختلف المواقف الضاغطة ضمن تناذر الإنهاك المهني.

- فاعلية البرنامج العلاجي من المنظور المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاحتراق النفسي.
- كما يبحث في قوة وشدة هذه الاستراتيجيات المعرفية، للتخفيف من أعراض هذا التناذر
- كذلك تهدف إلى إيجاد سبل تحصينية من التناذر ودراسة إمكانية هذه الاستراتيجيات المكتسبة في حماية الفرد مستقبلاً من الانتكاسة.
- كما تهدف إلى مساعدة المؤسسة في إيجاد حلول لمشكلات التغيب والعطل المرضية والمناصب المكيفة.

7. التعاريف الاجرائية

1.7. تناذر الإنهاك المهني:

يعرف الطالب تناذر الإنهاك المهني أو ما يسمى بالاحتراق النفسي على أنه حصول القابلة على درجة مرتفعة في مقياس الاحتراق النفسي في أبعاده الثلاث من إجهاد انفعالي ونقص في الانجاز وتبدل في الشعور بقيمة تشير إلى المستوى المتوسط أو المستوى العالي على المقياس.

2.7. التكفل المعرفي:

يعرف الطالب في هذه الدراسة التكفل المعرفي إجرائيا على أنه تلك الإجراءات المترتبة لبرنامج علاجي معرفي على خلفية نظرية "آرون بيك" المتمركز حول استبدال الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة بأخرى إيجابية وسليمة، عن طريق تدريب وتعليم العملاء استراتيجيات معرفية للتخلي عن ما هو سلبي وتبني ما هو ايجابي من الأفكار والمعتقدات ونظرة العميل إلى المواقف والأشياء.

3.7. الاستراتيجيات المعرفية:

والاستراتيجيات المعرفية في هذه الدراسة يعرفها الطالب على أنها تلك المجموعة من القرارات التي يتخذها خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والتي تنعكس في أنماط من التفكير يتدرب عليها العميل في الموقف العلاجي، وتشكل بذلك علاقة جوهرية تخدم الأهداف العلاجية، ويتم اختيار هذه الاستراتيجيات على أساس تناسبها مع تحقيق أهداف العلاج لكل حالة من الحالات المقترحة ومن بينه تصحيح الأفكار وإعادة البناء المعرفي.

4.7. مستخدمى قاعات التوليد

يقصد بهم القابلات والممرضات العاملات بمستشفى الدكتور بن عودة بن زرجب بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بمصلحة الولادة والمترددن خلال عملهم على قاعات توليد النساء، واللواتي

يحدد القانون الأساسي الخاص بالقابلات والقانون الأساسي الخاص بالمرضين والصادر عن الجريدة الرسمية في المرسوم التنفيذي رقم 11-122 بتاريخ 15 ربيع الثاني 1432 هـ الموافق لـ 20 مارس 2011 والمتضمن القانون الخاص بسلك القابلات للصحة العمومية.

5.7. حالات الإنهاك المهني

يعرفها الطالب على أساس التصنيف التشخيصي من مستخدمي قاعات التوليد، واللواتي يبدن على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي درجة متوسطة أو عالية للإنهاك المهني، بعد مجموعة من المقابلات العيادية والتحليل الوظيفي لسلوك الحالات والأعراض المسجلة عليها والخاصة بتناذر الإنهاك المهني.

8. الدراسة الاستكشافية

يعتبر (مروان، 2000: 38) الدراسة الاستكشافية من بين المراحل المقصودة والهامة في مراحل البحث العلمي، لما تعطي للباحث نظرة أولية عن إطار الدراسة، ويعتبرها أداة استطلاع واستكشاف لأدوات البحث وطريقة تطبيقها والتعرف على العينة عن قرب. ويجد الطالب في هذه الدراسة الاستكشافية مجموعة من الدلالات العلمية التي توحى له باختيار العينة وتجريب أداة القياس والبرنامج العلاجي مع المجموعة التي اختارها في بادئ الأمر، ومما يشار إليه أن هذه الدراسة (الاستكشافية) كانت بمثابة الضوء الأخضر للدراسة الأساسية المتمثلة في دراسة الحالات.

1.8. منهج الدراسة الاستكشافية

خلال هذا الجزء من الدراسة اعتمد الطالب على كل من المنهج التجريبي الذي استخدم فيه الطالب مجموعتين أحدها تجريبية وأخرى ضابطة تتكون كل واحدة منها من أربعة أفراد، حيث أن المنهج التجريبي اعتمد عليه الطالب لغرض تجريب استكشافي للبرنامج العلاجي ذو الاتجاه المعرفي والتعرف عن شدة الاستراتيجيات المعرفية المستخدمة خلاله، وأما المنهج الوصفي الذي اعتمد عليه

الطالب فكان لغرض دراسة انتشار تناذر الإنهاك المهني بين المستخدمين في مصلحتي العمليات الجراحية ومصلحة التوليد، واستخراج العينة بالشكل القصدي.

2.8. الهدف من الدراسة الاستكشافية

تهدف الدراسة الاستكشافية من خلال هذا البحث إلى مجموعة من الأغراض هي كالتالي:

- تجريب أدوات البحث
- التعرف على عينة الدراسة
- توضيح الرؤية حول موضوع الدراسة
- توجيه البرنامج العلاجي نحو الاستخدام النهائي والوقوف على السلبيات والنقائص الموجودة

3.8. مراحل الدراسة الاستكشافية

اعتمد الطالب خلال هذه الدراسة على ثلاث مراحل أساسية هي كالتالي:

- مرحلة الإعداد للدراسة
- مرحلة الاستكشاف الوصفي للعينة
- مرحلة تجريب البرنامج العلاجي في صورته الأولية

فأما في المرحلة الأولى فقد قام الطالب بجمع المعلومات الخاصة بمجتمع الدراسة وترتيب الأولويات، وإجراء مقابلات مع مسؤولي المؤسسة والتحدث إلى طب العمل، وكل هذا لإعداد الدراسة الاستكشافية، مع تقريب وجهات النظر ونسج علاقات لتسهيل العملية البحثية، ومنه قام الطالب بالبحث عن أداة تقيس درجة الاحتراق النفسي ومقنن في البيئة الجزائرية في الأوساط الطبية، فتحصل على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) من تقنين ملال خديجة.

وأما المرحلة الثانية فكانت ذو طابع استكشافي يصف الطالب من خلاله العينة التي يحتاجها للبحث وهي تلك العينة القصديّة، وقبل هذا كان لزاماً على الطالب إجراء دراسة مسحية

ووصف العلاقة بين انتشار تناذر الإنهاك المهني في الأوساط الطبية وطبيعة المصالح ذات الخطر العالي كمصلحة التوليد ومصلحة العمليات الجراحية، وهذا حتى يتمكن الطالب من الاختيار الجيد لعينة البحث التي سيطبق عليها البرنامج العلاجي.

وأخيرا المرحلة الثالثة والتي يتم خلالها تجريب البرنامج العلاجي في صورته الأولية والذي قام الطالب بتطبيقه على عينة بحثية مكونة من أربع أفراد ينتمون إلى مصلحة التوليد من مستخدمي العمليات الجراحية كمجموعة علاجية من سلك القابلات، فكان هذا التطبيق لغرض الوقوف على نقائص البرنامج وسليباته.

4.8. عينة الدراسة الاستكشافية

تحتوي العينة الخاصة بالدراسة الاستكشافية على 56 قابلة وممرضة من المستخدمات لقاءات التوليد والعمليات الجراحية القيصرية والمصالح ذات الخطر العالي كمصلحة العمليات الجراحية، بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسبدو، تتراوح سنوات الخدمة من سنتين (02) إلى واحد وثلاثين سنة (31)، قسمهم الطالب إلى فئات عمرية حسب الجدول رقم "05"

جدول رقم "05" يوضح التكرارات حسب الفئات

الفئة "أ" من 2 سنة إلى	الفئة "ب" من 11 س	الفئة "ج" من 22 سنة	
10 س	إلى 21س	إلى 31س	
19	22	15	التكرارات
33.9%	39.2%	26.7%	النسبة
56			المجموع

وبغيت الكشف عن مستويات تناذر الإنهاك المهني عند أفراد العينة قام الطالب بتمرير مقياس الاحتراق النفسي على الأفراد في ظرف أسبوع واحد مع شرح الأهداف الخاصة بالدراسة الاستكشافية، ولتنظيم هذا المسعى قسم الباحث الأفراد إلى مجموعات حسب تواجدهم بالمؤسسة وحسب برنامج العمل، حيث قسمت العينة إلى خمس مجموعات تضم كل مجموعة من عشر إلى اثني

عشرة فرد، مع العلم أن نظام العمل الذي تتواجد ضمنه العينة يحتوي على خمس فرق (أربع فرق ذات نظام 24 سا وفرقة بنظام نهارى فقط).

5.8 الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستكشافية

1.5.8. المقابلة:

استخدم الطالب المقابلة كأداة خلال الدراسة الاستكشافية بغيت التعرف عن قرب على أفراد العينة وشرح أهداف الدراسة، وكذا شرح مفهوم تناذر الإنهاك المهني لتطبيق البرنامج العلاجي وشمل الجلسات الابتدائية حوالي ثلاث مقابلات، والبرنامج العلاجي حوالي أربعة عشرة مقابلة علاجية على شكل جلسات جماعية.

2.5.8. الملاحظة:

تعتبر الملاحظة من الأدوات الهامة التي يستخدمها الباحث خلال الدراسة الاستكشافية والتي تتيح له فرصة التعرف خلال المقابلات على مختلف السلوكات والانفعالات وكذا الاستجابات خلال البرنامج العلاجي.

3.5.8. مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI):

اعتمد الطالب لجمع المعطيات وتشخيص الحالات على النسخة المقننة في الوسط شبه طبي من طرف الباحثة ملال خديجة (2010) حيث أن هذه النسخة لا تختلف بشكل كبير عن النسخة السابقة الأصلية إلا أن الباحثة قامت بحذف البعد الرابع (الالتزام) والذي تشبعت عليه من خلال التحليل العاملي بعد التدوير، فقرتين فقط تتعلقان بالإنهاك الانفعالي، وأشارت أنه يمكن حذفه نظرا لأن محتوى الفقرتين موجودتين في عبارات يتضمنها البعد الأول (الإنهاك الانفعالي).

4.5.8. البرنامج العلاجي

استخدم الطالب البرنامج العلاجي ذو التوجه المعرفي على الخلفية النظرية التي اعتمدها "آرون بيك" (Aaron beck) في علاج حالات الاكتئاب والقلق المعمم وحالات الإجهاد والتعب، ويبين لنا البرنامج في صورته الأولى متابعة العملاء خلال فترة العلاج بشكل جماعي كمجموعة تجريبية واحدة تتكون من أربع حالات، وكان هذا لأجل تأكد الطالب من قوة وشدة البرنامج العلاجي، ومدى استجابات الأفراد لهذا البرنامج، وسجل الطالب خلال الدراسة الاستكشافية بأنه لا بد من إضافة بعض الجوانب للبرنامج وهي كالتالي:

- العمل على توسيع مجال المناقشة والتدخل أكثر للعملاء
- العمل ببطاقات تقنية خلال كل جلسة تضبط الزمان اللازم والأهداف الإجرائية ومساحات التدخل وغيرها من الضوابط الخاصة بكيفية تطبيق الاستراتيجيات العلاجية المعرفية
- اختيار الوقت بمشاوره أفراد العينة والابتعاد على المكان الأصلي (ضوضاء نوعا ما)
- اختيار التوقيت في الفترة الصباحية أحسن بكثير من الفترة المسائية

6.8 حدود الدراسة الاستكشافية

حدد الطالب الدراسة الاستكشافية زمانيا بمدة لا تقل عن أربعة أشهر في سنة 2014 من تاريخ مارس 2014 إلى غاية أوت 2014 بمقر المؤسسة الاستشفائية العمومية ، سبدو بمكتب الطالب ومحدود العينة البشرية التي تتمثل في الممرضات والقابلات المستخدمات لقاعات التوليد وقاعات العمليات الجراحية بالمؤسسة والتي تتراوح أعمارهن بين 22 سنة إلى 47 سنة.

7.8 الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة الاستكشافية

في الدراسة الاستكشافية لجأ الطالب إلى استخدام الأسلوب الاحصائي المتمثل فيما يلي:

- النسب المئوية

- الاحصاء اللابارامتري

- اختبار ويلكوكسون " wilcoxon " لدراسة الفرق بين عينتين صغيرتين مرتبطتين

8.8 عرض نتائج الدراسة الاستكشافية

1.8.8 . عرض النتائج المتعلقة بنسبة انتشار تناذر الإنهاك المهني

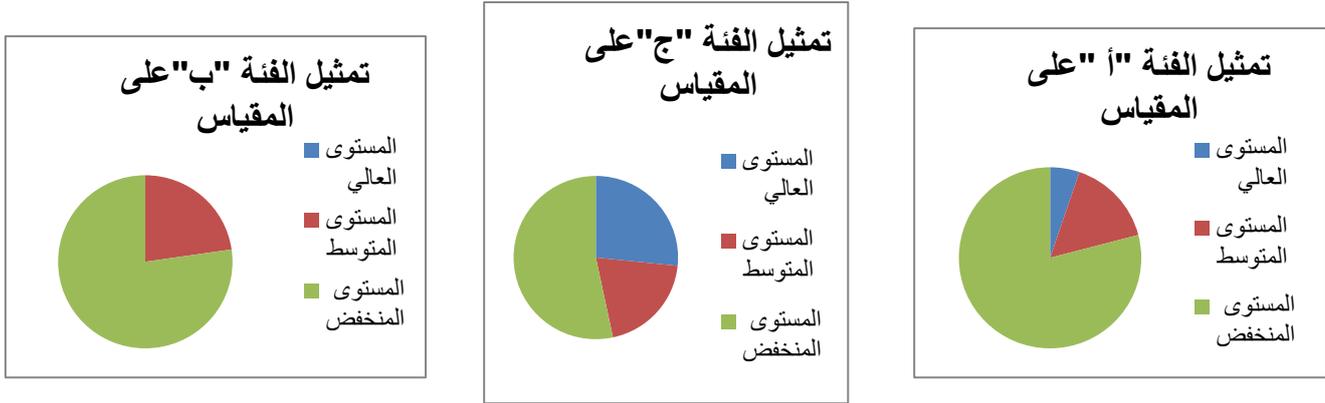
بادئاً بيدء حاول الطالب معرفة مدى انتشار تناذر الإنهاك المهني في الأوساط الشبه طيبة بين

المستخدمين لقاعات التوليد من الإناث، حيث يلخص الجدول رقم " 06 " مدى انتشار التناذر

بين أفراد عينة الدراسة حسب الأقدمية المهنية لكل منهم.

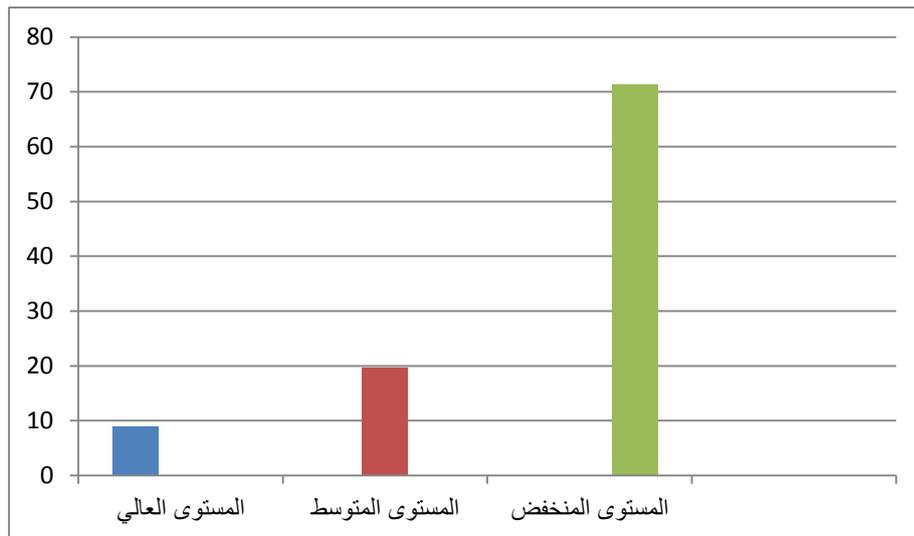
جدول رقم " 06 " يوضح نسبة انتشار التناذر بين المستخدمين بالمؤسسة العمومية

العينة	من 2 سنة إلى 10س		من 11 س إلى 21س		من 22 سنة إلى 31س		النسبة المئوية لمستويات التناذر
	عدد التكرارات	فئة "أ"	عدد التكرارات	فئة "ب"	عدد التكرارات	فئة "ج"	
المستوى المنخفض من 0 إلى 46	15	%78.9	17	%77.2	08	%53.3	40 %71.4
المستوى المتوسط من 47 إلى 92	03	%15.7	05	%22.7	03	%20	11 %19.6
المستوى العالي من 93 إلى 138	01	%5.2	00	00	04	%26.6	05 %08.9



شكل رقم "05" يوضح التوزيع البياني لانتشار التناذر بين الفئات

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول من خلال درجات تناذر الإنهاك المهني التي دل عليها مقياس (MBI) أن الحالات التي تعاني من مستوى تناذر مرتفع تقدر بنسبة 08.9% وهي نسبة تشكل ارتفاعا لدى الفئة الثالثة ذوي الأقدمية المهنية الأكثر من 22 سنة مقارنة بالفئات الأخرى كما يلاحظ غياب تام لحالات التناذر ذو المستوى العالي في الفئة الثانية الأكثر من 11 سنة والأقل من 21 سنة، ومما يلاحظ من خلال الجدول التكراري أن النسب المعوية لانتشار التناذر بين الفئات الأقدم مهنيا عالية مقارنة بالأقل خدمة مهنية.



شكل رقم "06" الأعمدة البيانية لتمثيل النسبة للمستويات على المقياس

2.8.8. عرض النتائج المتعلقة بالتجريب الاستكشافي للبرنامج العلاجي

لتجريب البرنامج العلاجي المقترح من طرف الطالب من المنظور المعرفي، قام الطالب باختيار عينة البحث وهي متمثلة في المجموعة التي تنتمي إلى المستوى العالي من التناذر، والتي عددها أربعة إناث كمجموعة تجريبية تحصلت المجموعة على النتائج الموضحة في الجدول التكراري رقم " 07 " بمستوى عالي من التناذر وهي كالتالي:

جدول رقم " 07 " يوضح نتائج الاختبار القبلي والبعدي لماسلاش على العينة

المستوى	الإجهاد الانفعالي		نقص الانجاز		تبلد الشعور		الدرجة الكلية		المستوى على المقياس الكلي	
	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي
01	29	23	36	15	34	19	99	57	عالي	متوسط
02	31	27	36	13	39	22	106	62	عالي	متوسط
03	29	22	38	09	43	12	110	43	عالي	منخفض
04	34	19	31	08	29	06	94	33	عالي	منخفض

تم اختيار العينة التجريبية من بين العينة التي تم عليها قياس مستويات الاحتراق النفسي فكانت النتائج بالشكل التالي وهذا بعد إجرائية البرنامج العلاجي، ويمثل الجدول رقم " 08 " مستويات الاحتراق النفسي في الاختبار القبلي والبعدي ودراسة الفرق بين الاختبارين لعينتين صغيرتين ومرتبطينتين.

الجدول رقم " 08 " يوضح نتائج معامل ويلكوكسون لدراسة الفرق بين متوسط رتب العينة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي .

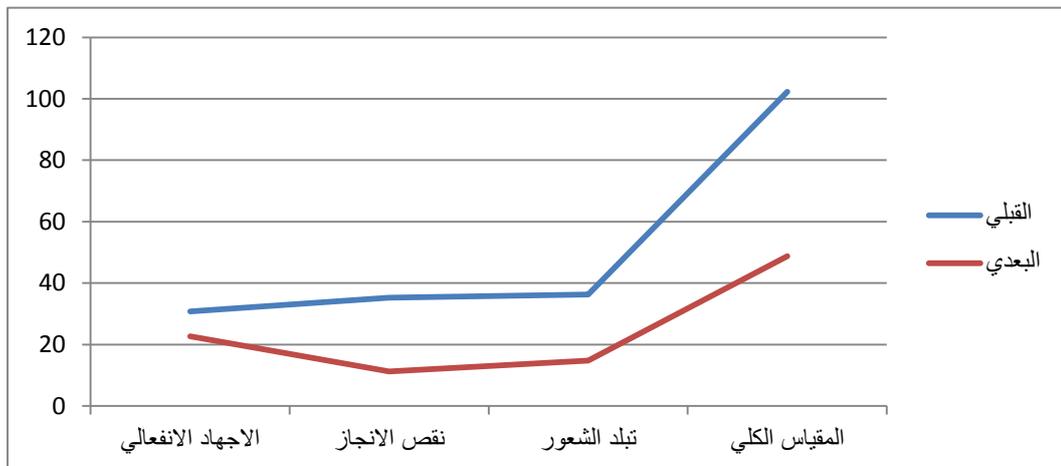
الأبعاد	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة α
الاجهاد الانفعالي	سالبة	4	2.50	10	1.82	Sig=0.06 دالة
	موجبة	0	0			
	متساوية	0	0			

دالة Sig=0.06	-1.84	10	2.5	4	سالبة	نقص الانجاز
			0	0	موجبة	
			0	0	متساوية	
دالة Sig=0.06	-1.82	10	2.5	4	سالبة	تبلد الشعور
			0	0	موجبة	
			0	0	متساوية	
دالة Sig=0.06	-1.82	10	2.5	4	سالبة	الاختبار الكلّي
			0	0	موجبة	
			0	0	متساوية	

Z تشير الى معامل ويلكوكسون wilcoxon

Sig تشير الى مستوى الدلالة حسب ما اظهره نتائج البحث بواسطة spss .17

يظهر الجدول المتعلق بفرز النتائج ودراسة الفرق بين الاختبار القبلي على مقياس ماسلاش والاختبار البعدي على العينة التجريبية المتكونة من أربعة حالات، أن درجة الإنهاك المهني المبينة على الجدول في أبعادها الثلاثة من إنهاك انفعالي ونقص على مستوى الانجاز وتبلد الشعور قد انخفضت بمستوى منخفض كما يوضحه الجدول على المقياس الكلّي للاحتراق النفسي مما يؤكد اختفاء الأعراض، كما كانت جميع الرتب ذات اتجاه سلبي في معامل ويلكوكسون لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين، وهذا ما يعني ان درجات الافراد في كل بعد قد انخفضت بفعل البرنامج العلاجي.



الشكل البياني رقم " 07 " يوضح درجات القياس القبلي والقياس البعدي على العينة التجريبية

9. منهج الدراسة الأساسية :

اعتمد الطالب في دراسته هذه على المنهج الإكلينيكي لدراسة الحالة والذي يعتبر من المناهج الأكثر استخداما وشيوعا في الدراسات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والتكفل العلاجي النفسي، واستخدم الطالب منهج دراسة الحالة على أساس البحث في فرضيات الإشكالية لتحقيق الأهداف الجزئية والعامّة للدراسة، ويستخدم المنهج في الدراسات الإكلينيكية ذات الطابع التجريبي العلاجي الذي من خلاله يسعى الطالب إلى الإجابة عن مدى فعالية برنامجه العلاجي في التخفيف من شدة أثر الأعراض الاضطرابية الخاصة بكل حالة، كما أن دورون (J. Doran, 2001 : 235) يرى بأن منهج دراسة الحالة يعتبر الوسيلة الأكثر تداولاً في الأوساط البحثية الخاصة بالعلاجات النفسية، وهي حسب رأيه الوسيلة المفضلة للباحثين الإكلينيكين.

أما فيما يخص طريقة دراسة الحالة فقد اعتمد الطالب اقتباساً على طريقة بالازولو(2002) لدراسة الحالة مستخدماً كل الوسائل التقنية لجمع البيانات ومنها المقابلة والملاحظة واستخدام أداة القياس "ماسلاش للاحتراق النفسي".

10. أدوات البحث

كباقي الدراسات التجريبية والبحوث الميدانية في علم النفس العلاجي استخدم الطالب خلال هذه الدراسة مجموعة من الأدوات المساهمة في جمع المعطيات البحثية والبيانات التجريبية، فمن هذه الأدوات ما استخدم لغرض التشخيص والتأكد من الاستجابات العلاجية عند الحالات، ومنها ما استخدم لغرض توجيه الخطة العلاجية بجميع جوانبها، ومن هذه الأدوات التي استخدمها الباحث مايلي:

أ. المقابلة العيادية

هي من أدوات البحث العلمي الجدة هامة في المنهج الاكلينيكي والتي يعتمد عليها المختص الاكلينيكي والمعالج النفسي في استقصاء المعلومات والتجريب الفروض العلاجية بشكل مباشر والنظر إلى النتائج عن قرب وتقييم العلاج وتقوم الخطة العلاجية كلما استلزم الأمر، واعتمد الطالب في هذه الدراسة على هذه الأداة كونها تتيح له فرصة تدارك النقائص حيث تم تصنيف المقابلات إلى أربع أصناف رئيسية هي كالتالي:

الصف الأول: المقابلات الأولية ويعتمد في هذا الصف على الجلسات التعارفية بين العميل والطالب حيث قدر عددها ب ثلاث جلسات أولية

الصف الثاني: المقابلات التشخيصية ويعتمد في هذا الصف ترتيب التشخيص والتشخيص الفارقي وأخذ القرار رفقة العميل فيما يخص بدء العلاج ضمن الفروض العلاجية والاتفاق المتبادل في إطار عقد العلاج وكان عددها أربع جلسات سيتم التعرض لها لاحقاً.

الصف الثالث: المقابلات العلاجية ويعتمد في هذا الصف على تهيئة الخطة العلاجية وتنفيذها ضمن رزنامة زمنية متفق عليها مع العميل فتراوحت عدد الجلسات حسب كل حالة بين ثلاثة عشر إلى ستة عشر جلسة تضمنت كلها فنيات واستراتيجيات علاجية من المنظور المعرفي.

الصف الرابع: المقابلات ذات الاتجاه التتبعي لبرنامج العلاج ويعتمد هذا الصف على متابعة العميل ما بعد إنهاء العلاج ودراسة السيرورات المعرفية التي يمكنها أن تسبب الانتكاسة وشمل هذا الصف ما يقارب ستة لقاءات متباعدة زمنياً مع ترك الحرية للعميل لاختيار مجالها الزمني.

واعتمد الباحث خلال تسطير رزنامة المقابلات على نموذج البطاقة الفنية التالية:

- الحالة رقم الجلسة التاريخ التوقيت المكان
- موضوع الجلسة:
- الهدف العام
- الأغراض (معرفية، سلوكية، مهارة) في نهاية الجلسة تكون الحالة قادرة على أن:
-
-
-
- تحديد الواجبات:
- تقييم الجلسة:
- الاستراتيجيات المستعملة:
- شكل رقم "08" نموذج بطاقة فنية لجلسة علاجية

ب. الملاحظة الإكلينيكية.

اعتمد الطالب على هذا النوع من الأدوات لاستخدامه الواسع في علم النفس العلاجي والذي يعطينا أحكاما مباشرة على السلوك المراد دراسته، ويستخدم الإكلينيكيون الملاحظة العيادية المباشرة بتوجيه الحواس والانتباه نحو النشاط الظاهر على العميل، مما يؤكد قدرة الباحث على وضع التشخيص المناسب والخطة العلاجية المناسبة لذلك، إضافة إلى استخدام الملاحظة خلال المقابلات قام الطالب بزيارة عينية إلى مكان النشاط المهني الخاص بالحالات وملاحظة كل ما يتعلق بالسير التنظيمي للعمل وتحليل الدور وملاحظة بيئة العمل والتركيز على التفاعل داخل الفريق، ونظرا لعدم قدرة الطالب المشاركة المباشرة في مواقف مهنية تنظيمية، قام بجمع الملاحظات عن طريق المختصة النفسية الإكلينيكية بالمصلحة والتي تتواجد ضمن الفريق المتواجدة به الحالات بشكل دائم، وقد تعتبر هذه الملاحظة شبه موجهة نظرا لبغية اقتناء نوع خاص من المعلومات عن الحالة ونشاطها السلوكي.

ت.الاختبارات النفسية

- مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (Maslach Burn Out Inventory) (MBI)

الخصائص السيكومترية للأداة:

استخدم الطالب لجمع البيانات وقياس المتغيرات مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) والذي يستخدم في مجال الخدمات الاجتماعية والإنسانية لصاحبه "Christina Maslach" و "Susan Jackson" ويتكون المقياس في صورته الأصلية من خمسة وعشرين (25) فقرة وزعت على أربع أبعاد أساسية وهي:

- الانهك الانفعالي ويشمل تسع (09) فقرات
- بعد خاص بتبلد الشعور ويشمل خمس (05) فقرات
- وبعد ثالث يقيس الانجاز الشخصي ويشمل ثمان (08) فقرات
- وبعد رابع هو الالتزام ويشمل ثلاث (03) فقرات

أما الطالب فقد اعتمد بالدرجة الأولى في جمع البيانات على النسخة المقننة في الوسط شبه طبي من طرف الباحثة ملال خديجة (2010) حيث أن هذه النسخة لا تختلف بشكل كبير عن النسخة السابقة الأصلية إلا أن الباحثة قامت بحذف البعد الرابع (الالتزام) والذي تشبعت عليه من خلال التحليل العاملي بعد التدوير فقرتين فقط تتعلقان بالانهك الانفعالي، وأشارت أنه يمكن حذفه نظراً لأن محتوى الفقرتين موجودتين في عبارات يتضمنها البعد الأول (الانهك الانفعالي) بحيث (سماني مراد: 2012، 74)

أحس بانهاك انفعالي من عملي / أشعر بالإحباط بسبب عملي

اشعر بالتعب نهاية عملي اليومي / أشعر بالإجهاد بسبب عملي

وبهذا يصبح المقياس يتكون من ثلاثة وعشرين (23) فقرة ويقيس الجوانب التي وردت في الدراسات السابقة، وهي الإجهاد الانفعالي(07) فقرات ،الانجاز الشخصي (08) فقرات وتبلد الشعور (08) فقرات مع بعض الاختلاف في عدد من العبارات أو البنود التي تشكل كل عامل من عوامل المقياس (ملال خديجة، 2010: 66).

ث. شبكة سيكا لتحليل الوظيفي (Grille SECCA)

يساعد التحليل الوظيفي في العلاجات النفسية من المنظور السلوكي على تحليل السلوك والبحث في الأسباب التي نشأ ونجم عنها هذا الأخير، ويعتبر كوترو Cottraux, 1985 وزملاؤه من الباحثين في العلاج السلوكي والمعرفي من الرواد الذين طورو نموذجا لتحليل الوظيفي للسلوك، وسمي بالنموذج SECCA حيث تشير الأحرف إلى مايلي:

S : المثير

E : الانفعالات

C : المعارف

C : السلوكات

A : التوقع

مما يعني به التعرف على العوامل المسببة وتحليل السلوك في شقيه الماضي Diachronique والحالي Synchronique ويمثل هذا النموذج الطريقة الإكلينيكية التي يدرس من خلالها السلوك والانفعالات والنتائج عنها، وينتج من خلالها الفرض العلاجي الذي يتبناه المعالج لغرض تغيير المعطيات المرضية أو السلوكات والمعتقدات إلى جانب الأفكار السلبية التي يعاني منها المريض.

فركز الطالب على هذا النموذج لأنه الأكثر شيوعا في الأوساط الإكلينيكية ونظرا لسلاستها وتمكن الطالب من استخدامه للغرض العلاجي في التكفل المعرفي.

ج. العقد العلاجي

يطرح العميل بدوره مجموعة من الأسئلة التي تشغل تفكيره، كيف أستطيع أن أدمج مع هذه الطريقة العلاجية؟ وهل يمكن للمعالج مساعدتي؟ وما ينتظره مني بدوري؟ وهل أنا في المستوى الذي يبحثه المعالج؟ وما هي النتائج الممكنة؟

ثم يطرح المعالج نفس الأسئلة بطريقة ما فيأتي دور العقد العلاجي كاتفاق متبادل ليحل استفسارات كثيرة ويعطي الضوء الأخضر لبداية العلاج والولوج في الجلسات، ويتطلب العقد مجموعة من البنود تشمل مايلي:

- الفرض العلاجي
- الأهداف المسطرة
- الرزنامة الزمنية للجلسات
- الواجبات المنزلية
- الثقة المتبادلة
- الاتصال الدائم
- الإنخراط الصادق في العملية العلاجية
- انتهاء العلاج

ويمكن تغيير العقد كلما دعت الضرورة إلى ذلك باتفاق الطرفين (المعالج والعميل)

أ. البرنامج العلاجي

1. الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي:

اعتمد الطالب على الإطار النظري الذي قدمه "آرون بيك A. Beck وزملائه وبعض البرامج العلاجية التي أجريت في ميدان العلاج المعرفي السلوكي لحالات القلق والاكتئاب والرهاب والبرامج التدريبية لمواجهة ضغوط العمل وطرق التعامل والتكيف السليمة ضد الاحتراق النفسي والقلق المهني، كما ارتكز الباحث على توجيهات دالبروك Delbrouk من بلجيكا في أعماله لعلاج متلازمة الإنهاك المهني والذي تعتبر مؤسسته رائدة في هذا المجال. ويجدر بالإشارة والذكر إلى أن أعمال الدكتور آرون بيك من خلال مؤسسته الرائدة والتي تديرها ابنته "جوديت بيك" تشتغل على حالات متفرقة من اضطرابات الشخصية والسلوكيات الانحرافية إضافة إلى الممارسة الكلاسيكية كالتكفل بحالات الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية (www.beckinstitute.org).

ويشير Canoui (2008) إلى أن تناذر الإنهاك المهني للمعالجين في الوسط الطبي يظهر على شكل تناذر ذو ثلاث أبعاد كنتاج عن إجهاد انفعالي وبدني مزمن ويضم الإنهاك الانفعالي البدني، التديني في الشعور بالمسؤولية تجاه العمل وبرودة في التعامل مع المريض، ويمس بالدرجة الأولى الأشخاص المنخرطين في مهنة خدماتية وإنسانية مثل التمريض (Canoui, 2008: 16).

ومنه فإن الاختيار لمثل هذا النموذج العلاجي واختيار المقاربة المعرفية لآرون بيك، تنطلق من أن الإنهاك المهني في أبعاده الثلاث قد يستجيب للتكفل المعرفي نظرا لتشابه أعراضه بشكل كبير واقتربا من حالات الاكتئاب والإجهاد.

2. أهداف البرنامج:

يهدف هذا البرنامج العلاجي إلى:

- بيان فعالية العلاج المعرفي في علاج حالات الإنهاك المهني

- تدريب العملاء على توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر
 - تدريب العملاء على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى دائرة التفكير والتحليل العقلاني والايجابي.
 - تدريب العملاء على طرق استخدام عملية الاستبدال للمعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية المسببة للمعاناة بالمعتقدات الايجابية
 - تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام عملية البناء المعرفي والتي تركز على احلال الأفكار الايجابية محل الأفكار السلبية عن طريق استراتيجيات معرفية خاصة بمواجهة الضغوط
 - تدريب المجموعة على فنية الاسترخاء للتخلص من الأعباء والتحكم في المشاعر الذاتية
 - التدرب على الواجبات المنزلية لما سبق ذكره قصد تغيير السلوك
3. أهمية هذا البرنامج ودواعي الاختيار:

تكمن أهمية هذا البرنامج في قصر المدة الزمنية ووضوح أهدافه العلاجية ومرونته التامة وترك فسحة كبيرة للمجموعة للتعبير بشكل كبير عن معاناتها والمشاركة القوية في البرنامج، كما أن أهمية هذا البرنامج باعتباره علاجاً معرفياً سلوكياً أثبت نجاعته في السنين الأخيرة وخصوصاً في علاج حالات القلق العام والقلق المهني وحالات الاكتئاب وورد في تقرير « INSERM » لسنة 2003 أن العلاج المعرفي السلوكي من أنجح العلاجات النفسية على الإطلاق (Inserm, 2004 : 189)

4. الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

- 1.4 أسس عامة: من بين هذه الأسس تغيير السلوك الإنساني ومرونته، تقبل المريض للعلاج دون أي قيد أو شرط مع حقه في العلاج النفسي، ضرورة الاستمرار في العلاج والتدريب وتعديل السلوك وتغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة وهذا عن طريق استراتيجيات يستعملها العميل بمعية المعالج لغرض احداث التغيير.
- 2.4 أسس فلسفية: يراعي هذا البرنامج طبيعة الإنسان وأخلاقيات المهنة للمعالج وسرية المعلومات، كما يستمد أصوله من النظرية المعرفية ومن النظرية المعرفية السلوكية

3.4 أسس اجتماعية: التأثير المتبادل للإنسان وبيئته التي يعيش فيها وتفاعله الثقافي والاجتماعي، إذ أن الضغوط المختلفة تؤثر بشكل مباشر على الفرد مما يجعلنا نختار هذا النوع من العلاج الذي يراعي هذه الأسس

4.4 أسس فيزيولوجية وعصبية: يتأكد الباحث من خلو الجسم من أي أمراض مزمنة কিفما كانت والتي من شأنها التأثير على الناحية النفسية وأن التأكيد على فنية الاسترخاء تجعل الجسم يصل إلى أقصى ما يمكن أن يصل إليه من الاسترخاء التام والذي يساعد على التركيز وتنمية الاستجابة للعلاج.

5. عناصر البرنامج العلاجي المعرفي:

من العناصر الأساسية المكونة لهذا البرنامج العلاجي أنه كل جلسة علاجية تتكون من مزيج عناصر علاجية وفتيات رباعية هي كالتالي:

- يقدم الباحث معلومات حول اضطراب الانهك المهني (الاحتراق النفسي) وهذا العنصر يساعد العميل على تفهم حالته ومعاناتها مما يسهل عليه عملية الاندماج في العلاج والانخراط الايجابي في البرنامج .

- تدريب الحالات على مهارات مواجهة مختلف الضغوط المهنية والتعرف على الأفكار السلبية التي تسبب الاضطراب واستخلافها بأفكار إيجابية معقولة

- تدريب العميل على استخدام الفتيات كواجب منزلي أو كتمرين وهذا من خلال تحديد التوقعات مبكراً، ويلعب الباحث المعالج في هذه الحالة دور المدرب الموجه نحو اكتساب مهارات جديدة كمواجهة الضغوط.

- يركز الباحث بشكل كيني وكمي على الهنا والآن وما تعانیه الحالة في الحاضر دون التركيز الكبير على الماض.

6. الفئة المستهدفة من البرنامج: أعد هذا البرنامج خصيصاً لعمال المصالح

الاستشفائية والتي تعاني من تناذر الانهك المهني خلال الفترة الممتدة من تاريخ 15 جانفي 2015 إلى

غاية بداية البرنامج العلاجي بتاريخ 15 مارس 2015، وعددهم حالتين تم تشخيصهم وفق مقياس MBI وبالطريقة التي تم الاشارة إليها سابقا، وهم من مستخدمي قاعات التوليد و قاعات الجراحة القيصرية من سلك القابلات.

7. الأهداف الخدمتية للبرنامج

يهدف هذا البرنامج إلى تقديم خدمة مجانية صحية علاجية ووقائية عند تطبيقه وبعد تطبيقه، وهذا وفق رغبة العينة الملحة.

- **الخدمة العلاجية:** يتيح لنا أسلوب استبدال الأفكار الخاطئة بالأفكار الصحيحة عن طريق الاستراتيجيات المعرفية المتبعة من طرف العميل وبتوجيه من الفاحص ، مساعدة الحالات على تخطي مشاكلها وتخطي معاناتها المعاشة، كما تساهم فنية الاسترخاء في تنمية قدرات الجسم على التحكم في أجهزته الحيوية والعصبية منها، ولهذه الخدمة تأثير إيجابي نفسي، ذهني وبدني.
- **الخدمة الوقائية:** إن الاستراتيجيات والأساليب المعرفية التي تكتسبها الحالات خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للتكيف مع مختلف المواقف الضاغطة وتخطي المشاكل الصحية المسببة من طرف الاضطراب تساعده على مواجهة كل الصعوبات الناجمة عن التناذر في المستقبل القريب، ومنها تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة، إعادة بناء استراتيجيات التفكير الخاطيء في المواقف المؤثرة، ممارسة التخيل والتعريض، صرف الانتباه والتركيز في المشكل عن طريق ذاتية الحوار والاسترخاء وغيرها من الأساليب المعرفية والسلوكية المتبعة خلال البرنامج.
- **خدمة المتابعة:** إضافة إلى الخدمتين السابقتي الذكر يقدم البرنامج خدمة متابعة العلاج مع الحالات الخاضعة للبرنامج وهذا بالاتصال المستمر مع الأفراد والسؤال عن أحوالهم بتبني علاقة معالج عميل وطيدة وبناءة، وتتم هذه المتابعة مباشرة بعد انهاء العلاج في ظرف زمني يقارب الشهر كما يتيح لنا المتابعة عملية التقييم للنظر في فكرة تعميمه على حالات أخرى.

- الخدمة العلمية: يعتبر البرنامج من الخطوات الأساسية الأولى في طريق التكفل بحالات تناذر الانهك المهني حيث يعتبر من البرامج القليلة في ميدان العلاج المعرفي السلوكي الذي يقدم خدمات في هذا الشأن، كما أن تصنيف الأفكار الخاطئة في هذا الاضطراب وإعادة بنائها الاستراتيجي نحو أفكار صحيحة تترك للمعالج في هذا المسار مجالاً حيويًا وثريًا لخدمة الآخرين كما تسهل عليه مراقبة تطور ومآلات المرض.

8. المراحل الأساسية للبرنامج العلاجي:

- المرحلة الأولى: تخص هذه المرحلة عملية الاستماع والانصات من طرف المعالج وتحليل السلوك والأفكار والتعرف على الصور الذهنية للعميل والتي يكونها حول مهنتهم ومعاشهم اليومي، وزاعي من خلال هذا استخراج وتسجيل أكبر قدر من الكلمات المفتاحية والاشارات والوضيعات المستخدمة من طرف الحالات خلال المقابلات، والتي يكررونها من خلال الجلسة الأولى والثانية والتي ترشدنا بدورها إلى تحديد امكانية بناء برنامج علاجي.

- المرحلة الثانية: التوضيح للحالات عن طريق تبادل الآراء والاتفاق المتبادل حول الفرضيات الممكنة والمطروحة في البرنامج العلاجي وكذا العقد المتفق عليه والذي يشمل أهداف البرنامج وسيورته والمشاكل المستهدفة في العلاج ووسائله وتقنياته، تتيح هذه المرحلة من إدماج العميل والتغلب على السلوكات المتكررة وتحاشي إعادتها.

- المرحلة الثالثة: وهي السيورة الممكنة وتنفيذ البرنامج بكل تقنياته وفتياته بالقضاء على الأفكار السلبية وتعويضها بالإيجابية وكذا إطفاء السلوكات السلبية وتعويضها بالسلوكات الإيجابية المرغوب فيها وتعزيزها.

- المرحلة الرابعة: وهي تقييم أهداف البرنامج العلاجي وتهيئة المريض لإنهاء العلاج وبعدها المتابعة عبر برنامج زمني من شهر إلى ستة أشهر إلى سنة، عن طريق العقد التتابعي للحالة وارشادها إلى طرق أكثر استقلالية.

9. مجريات جلسة العلاج المعرفي ضمن البرنامج المقترح

ترتكز الجلسة على نشاط المعالج والجلسات مبنية وفق نموذج بيك وزملائه سنة 1979 :

- تقييم الواجبات والأعمال المنجزة خلال بداية كل لقاء لغرض الوقوف على مجريات العلاج
- الاتفاق على رزنامة الجلسة وتحديد موضوعها مع العميل
- يقوم المعالج حوالي كل عشرة دقائق بتلخيص ما تم التعرض له رفقة العميل باقتراح النقاش حول الموضوع
- طريقة الأسئلة السوقراطية تتيح اكتشاف المعتقدات
- التقنيات السلوكية المعرفية والانفعالية تتيح تغيير المخططات المعرفية والأفكار الآلية التي تسبب سوء التكيف والصعوبات العلائقية للمفحوص
- يجذب تلخيص الجلسة من طرف المعالج عن طريق تحديث المعلومات والمكتسبات من الجلسة الموجودة عند المفحوص وامكانية مناقشة هذا الملخص
- وأخيرا يطلب المعالج من المفحوص تغذية راجعة عن رأيه في كل ما قاله المعالج
- وقبل الانتهاء يتفق المعالج مع المفحوص على بعض الواجبات والأعمال المنزلية على شكل تمارين أو أنشطة يقوم بها خلال حياته اليومية خارج الجلسة.
- تسطير رزنامة تخص نقطة أو مجموع النقاط ذات الأولوية للجلسة القادمة. (Cottraux: 2011،

(12

10. توزيع رزنامة الجلسات العلاجية (نموذج برنامج الحالة)

جدول رقم "09" يوضح برنامج توزيع الجلسات العلاجية

رقم الجلسة	تاريخ الاجرائية	الهدف من الجلسة	المدة الزمنية	الفنية المستخدمة خلال الجلسة
الأولى	15 مارس	التعارف مع الحالة، عرض البرنامج والاتفاق على عقد العمل	45 د	المناقشة وتبادل الأفكار والاسئلة السocraticية والتشويق في البرنامج
الثانية	18 مارس	شرح المفاهيم الأساسية للاحتراق النفسي وتحديد المشكل	45 د	المناقشة وتبادل الأفكار وعرض شريط فيديو حول الاضطراب
الثالثة	22 مارس	شرح فنية الاسترخاء وتدريب الحالات عليها ومراجعة التكاليف المنزلية، شروحات حول الهدف من العلاج، التعرف على الانهاك المهني وعلاقته بالعلاج المعرفي.	50 د	الاسترخاء، المناقشة والواجب المنزلي
الرابعة	25 مارس	مراجعة التكاليف والتدريب على الاسترخاء مع شرح لفنية التخيل، التحليل الوظيفي للسلوك، العقد العلاجي وواجب منزلي لتجميع الأفكار خلال الأسبوع	50 د	الاسترخاء، الأسئلة السocraticية والمناقشة وعرض شريط فيديو للتحفيز
الخامسة	29 مارس	التدريب على الاسترخاء وإشراك التخيل وعرض للتكاليف المنزلية والأنشطة المهنية، الاستنتاج الفرضي	50 د	المناقشة والاسترخاء والواجب المنزلي
السادسة	01 أبريل	تحديد الأفكار السالبة والمعتقدات الخاطئة، مناقشة الواجب والتدريب على الاسترخاء والتحكم الذاتي.	50 د	الاسترخاء، التخيل وعرض النماذج حول الاحتراق النفسي
السابعة	05 أبريل	تدريب الحالة على مواجهة الضغوط والاستراتيجيات المعرفية السليمة للتغلب عليها.	50 د	تحديد الأفكار واستبدالها بالصحيحة، الاسئلة السocraticية، والمناقشة
الثامنة	08 أبريل	تدريب الحالة على مواجهة الضغوط والاستراتيجيات المعرفية السليمة لمواجهتها مع الاسترخاء، مراجعة الواجب	60 د	مراقبة الاستراتيجيات الخاطئة واستبدالها، المناقشة والواجب المنزلي

التاسعة	12 أبريل	مراجعة الواجب والتدرب على المواجهة واستبدال الأفكار السلبية بالاجابية عن طريق الاستراتيجيات المعرفية المستخدمة في هذا الشأن، تقييم الأفكار وشدتها والمعاودة.	50 د	الواجب المنزلي، استبدال الأفكار التلقائية، الاسترخاء
العاشرة	15 أبريل	مراجعة الواجب، تغذية راجعة لما سلف.	50 د	الواجب المنزلي، استبدال الأفكار التلقائية، الاسترخاء
الحادي عشر	19 أبريل	تقوم ما توصل اليه الطرفين، مراقبة الافكار من جديد، تكليف بواجب اثناء العمل	45 د	الاسترخاء، الواجب الخارجي، استمارة المراقبة الذاتية للافكار
الثانية عشر	22 أبريل	عرض نماذج من الحالات الانهاك المهني والذين تغلبوا على معاناتهم مع مناقشة العرض، مناقشة الواجب المنزلي، تقييم	60 د	النمذجة، الواجب المنزلي، المناقشة وتبادل الأفكار، التدعيم الاجتماعي
الثالثة عشر	26 أبريل	البحث عن المواقف الضاغطة واعادة البناء المعرفي، تقييم الجلسة الفارطة واستطلاع البرنامج المستقبلي للجلسات.	60 د	مناقشة وتقييم
الرابعة عشر	29 أبريل	تثبيت الجلسة الفارطة وتغذية راجعة بالنسبة للمكتسبات المعرفية الجديدة.	60 د	الأسئلة السقراطية ومناقشة مفتوحة غير موجهة
الخامس عشر	13 ماي	التدرب على حسن استخدام الكلمات المناسبة للمواقف، ترتيب أولويات النقاش خلال العمل داخل فريق العمل، واجب في المصلحة، الاسترخاء	60 د	اعادة البناء المعرفي، الواجب المنزلي، الاسترخاء
السادس عشر	20 ماي	تثبيت المكتسبات الفارطة وتغذية راجعة، مع مراجعة الواجب المنزلي	50 د	التغذية الراجعة، الاسترخاء، التدعيم الاجتماعي
السابعة عشر	09 جوان	مراجعة وتلخيص ما دار خلال الجلسات وتقييم العلاج، التأكد من حضور الأفكار البديلة	45 د	الأسئلة السقراطية

الثامنة عشر	16 جوان	انهاء العلاج وتطبيق الاختبار البعدي لمقياس MBI وتوصيات فيما يخص البرنامج التتبعي	60د	توزيع البرنامج التتبعي و روابط الاتصال، المقياس.
التاسعة عشر	01 أكتوبر	المتابعة والتأكد من الأعراض من خلال المناقشة	60د	الأسئلة السقراطية
العشرين	08 أكتوبر	تقييم الأفكار ومعاودة قياس الشدة	45د	الأسئلة السقراطية
الواحدة والعشرون	21 ديسمبر	مراجعة الاسترخاء، التأكد من الأعراض على المقياس	60د	الأسئلة السقراطية، الدعم الاجتماعي، السمعي البصري

عدد الجلسات: ثمانية عشرة جلسة علاجية أساسية + ثلاث جلسات تتبعية

الحجم الساعي للجلسات: حوالي اثني عشرة ساعة (12سا)

نسبة الحضور خلال كل الجلسات: 95%

أعذار الغياب: أغلبها شئون البيت

أماكن الجلسات: مكتب الباحث، فضاء المكتبة

11. البرنامج التتبعي .

خلال العقد المبرم مع الحالات اتفق الطرفان (المعالج والحالة) على المتابعة للتأكد من الشفاء

التام والتغلب على الاضطراب وفق الطرق التالية:

- عن طريق التواصل الدوري من طرف الطالب قصد المتابعة
- عن طريق الجلسات الشهرية للتعرف عن قرب على المشاكل التي يواجهها العملاء
- بواسطة قياس شدة الانهك المهني باستخدام نفس الأداة (MBI) بعد ستة أشهر
- إنهاء المتابعة بعد التأكد الفعلي من الشفاء التام للحالات

- يمكن العودة من جديد للبرنامج على حساب المآل الناتج لكل حالة من الحالات.

وبعد الانتهاء من البرنامج قام الطالب بإعادة تطبيق الاختبار للتأكد من نجاعة البرنامج وقوة الاستراتيجيات الجديدة المكتسبة لتعلم أسلوب المواجهة واستبدال الأفكار السلبية بالأفكار العقلانية الايجابية، وهذا عن طريق المقابلات كأداة مباشرة للتعرف على الأعراض، وأداة قياس الإحترق النفسي (MBI) كنتائج دالة على مآل الحالات، ولم يتوقف الطالب عند هذا بل قام بتتبع الحالات في أماكن العمل وهذا عن طريق جمع الملاحظات بمساعدة الأخصائي النفسي بالمصلحة.

الفصل الخامس:

تقديم الحالات وعرض النتائج

أولاً: تقديم الحالة الأولى وعرض نتائجها

1. مقدمة
2. التحليل الوظيفية لسلوك الحالة
3. فرض العلاج
4. الاستراتيجيات المعرفية العلاجية المقترحة
5. تقييم العلاج
6. انهاء العلاج والعقد التتبعي
7. الاستنتاج

ثانياً: تقديم الحالة الثانية وعرض نتائجها

1. مقدمة
2. التحليل الوظيفية لسلوك الحالة
3. فرض العلاج
4. الاستراتيجيات المعرفية العلاجية المقترحة
5. تقييم العلاج
6. انهاء العلاج والعقد التتبعي
7. الاستنتاج

أولاً. تقديم الحالة الأولى وعرض نتائجها

1. مقدمة:

الحالة هي صاحبة الثلاثين ربيعاً غير متزوجة، المدعوة (س) تشغل منصب قابلة بمصلحة الولادة قسم العمليات منذ سنة 2007، تقدمت إلى طب العمل كباقي الحالات اللواتي يشتكين من ضغوط مهنية والتي شخصت حالتها في بادئ الأمر على أساس حالة من القلق المزمن.

(س) قابلة متواضعة تبدل جهداً كبيراً في التكفل بالنساء المقبلات والمتوفدات على المصلحة، تعيش داخل أسرة متزنة متوسطة الدخل بين ثلاث إخوة وأختين تتوسطهما في العائلة وغير متزوجتين، تعتبر الأنسة (س) نفسها أنها وبعد مدة طويلة من العطاء والتفاني في العمل أصبحت اليوم تشك في قدراتها على مواصلة العمل بالوتيرة السابقة، خلال المقابلة الأولى تظهر لنا (س) نوعاً من القلق المعمم والخوف من الإخفاق في مهنتها، تسيطر عليها مشاعر تميل إلى الانهزامية والإعياء النفسي، يعتبرها أحياناً نوع من فقدان الثقة في مهارتها وكفاءتها المهنية لتقديم المساعدة للنساء الحوامل وهذا بعد أن كانت سبابة لإسعادهن وتلبية رغباتهن العلاجية في إطار وظيفتها كقابلة بالمصلحة، تعود كل يوم إلى المنزل منهكة وغير قادرة على إتمام الأشغال إلى جنب أخواتها، حيث ما إن تفتأ تعكف على عمل معين إلا وتركته بنوع من الملل، تميل إلى الرضوخ إلى الراحة في أغلب الأحيان ولا تنام باكراً من قوة تأثير الأفكار التي تراودها كما ذكرت، أصبحت لا ترغب في متابعة البرامج التلفزيونية التي كانت سابقاً تحب متابعتها، كما أنها لا تستطيع النهوض بنشاط وحيوية إلى العمل صباحاً كما كانت في السابق، تذكر لنا الحالة (س) خلال المقابلة أن حياتها المهنية أصبحت كابوساً وتعاودها القلق اليومي والإجهاد النفسي، وتواصل حديثها بأنها دائماً تتحاشى المسؤولين بالمصلحة لأنهم يقلقونها، كما تعتبر دخولها من باب المصلحة صعباً، تظهر على الحالة خلال المقابلة أعراض هامة حيث قام الباحث بتحديدتها وتصنيفها إلى مجموعات.

جدول رقم "10" يوضح لنا جملة الأعراض الظاهرة على الحالة (س) خلال المقابلة

أعراض بدنية	أعراض انفعالية وجدانية	أعراض على مستوى العلاقات
<ul style="list-style-type: none"> - آلام في الرقبة غير مبررة طبييا - مصاحبة لبعض الطفوح الجلدية. - التعب والارهاق البدني الملازم للحالة 	<ul style="list-style-type: none"> استثارة وغضب لاتفه الأسباب سرعان ما تتلاشى في البيت - فراغ وجداني تعبر عنه الحالة، بعدم القدرة على مواصلة العمل " كرهت الخدمة" - ضجر، امتعاض وضيق منذ الدخول من باب المستشفى - حصر مستمر يتلاشى خلال عطل نهاية الأسبوع - هبوط في الطاقة النفسية 	<ul style="list-style-type: none"> - برودة في التعامل مع المرضى والزملاء في العمل - انسجام ضعيف مع فريق العمل - حساسية مفرطة تجاه الأوامر الفوقية، بما فيها النفور تجاه المهارات المعقدة في التوليد

وإضافة إلى ما سبق ذكره في الجدول من أعراض سجل الطالب خلال المقابلة بعض الملاحظات

حول المظاهر السلوكية عند الحالة (س) منها:

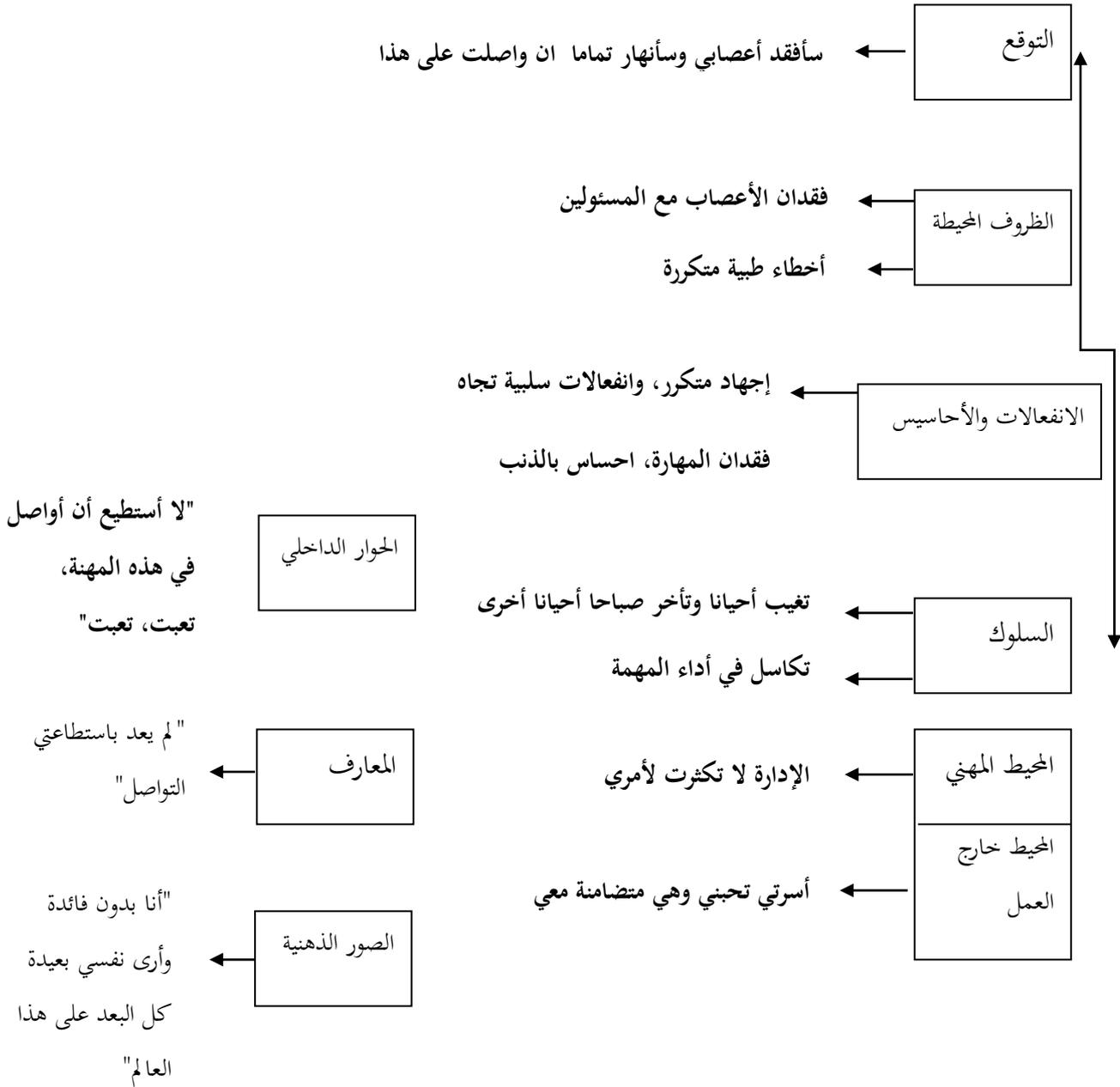
- الزفير الدال على نوع من الضيق (أوووووف)
- تحريك القدمين بنوع من القلق
- كلام غليظ موجه لبعض المسئولين بدون أي سبب.

سجل خلال المقابلة أن جل الأعراض التي ذكرت تتزامن في غالبيتها مع تواجد الحالة في محيط العمل، مع غياب هذه الأعراض بشكل جزئي خلال تواجدها خارج إطار العمل وأن الحالة لا تشتكي من أي مرض مزمن وأنها لا تريد أخذ أي عقار دوائي، مخافة وقوعها في الإدمان (نشير إلى أن الحالة لديها نوع من التخوف بأن تصبح مريضة عقليا حيث تكرر هذه الفكرة في غالب الأحيان).

2. التحليل الوظيفي للحالة (Analyse fonctionnelle):

تعتبر شبكة SECCA لصاحبها جون كوترو (1985) Cottraux.J, M.Légeron من النماذج الأكثر استخداما في التشخيص خلال المقابلات العلاجية من المنظور المعرفي السلوكي، وهذا نظرا لسهولة تطبيقها ومرونتها في جمع المعلومات بشكل تحليلي للسلوك أو الظاهرة المراد دراستها.

نموذج رقم "09" لشبكة secca خاص بالحالة (س)



1.2. التحليل الآني (Synchronie)

- التسييق (Anticipation) ركزت الحالة (س) على مجموعة من الأفكار والمقترحات التي سرعان ما تكون بالنسبة لها معانات ظرفية وآنية تشغلها على مهامها المعتادة، ويطرح المعالج عبر هذا البند مجموعة من الأسئلة التي تثير تفكير الحالة للحصول على استجابات صريحة وواضحة ومنها مايلي:

- أنا لست في المستوى اللائق ولست قادرة تماما على إتمام أعمالي
- أنا جد منهكة ولا أدري ما يحدث لي داخليا
- هذه المهنة تؤرقني والكل ينظر إلي على أنني شيء فقط
- كل الكلمات تهرب مني ولا أملك نفسي

- الانفعالات (Emotions)

- استثارة زائدة وحساسية مفرطة تجاه فريق العمل
- الضجر والاشتمزاز عند الدخول لمحيط المصلحة والشعور بالإعياء والإرهاق المستمر
- عدم القدرة على الاستمرارية في العطاء والتواصل مع المرضى
- التفاعل غير المضي داخل مجموعة العلاج واستجابات غير مترنة

- الحوار الداخلي والجانب المعرفي (Cognitions et Monologue intérieur) تتكرر

لدى الحالة (س) خلال المقابلة مجموعة من الأفكار تعبر عن حوار داخلي صنفها المعالج على أساس سلبيتها بأنها أفكار أوتوماتيكية، غير مقصودة تشكل حيز المعانات المستمر للحالة، وعلى أساس التمييز بين الواقع وما هو بعيد عن الواقع ناقش المعالج الحالة خلال المقابلة في جملة كبيرة من هذه الأفكار والتي عبرت عن بعدها الكبير عن الواقع ولا عقلانيتها المسجلة، كما أنه قد سجل نقص وضعف كبير في استثمار المواقف لصالح الحالة، ومن بينها مايلي:

- أنا غير كفأة ولا أستطيع مواصلة العمل في هذه المصلحة
- الكل ضدي ويكره تصرفاتي وأريد أن أكون بعيدة تماما عن الجميع لأنني أسبب لهم القلق
- لا أستطيع تماما مواصلة الحديث لأنني غير اجتماعية وأريد أن أكون لوحدي
- رئيس المصلحة يرى بأني أشكل خطرا على فريق العمل لارتكابي أخطاء تشخيصية
- طبيب العمل لا يفهمني ولا يريدني أن أغير المصلحة، الكل ضدي ويكرهني.

- الصور الذهنية

تشكل الصورة الذهنية المرتبطة بموضوع الاتجاه السلبي نحو العمل موضوع متكرر وغير مستقر، حيث تتسارع الأفكار بنوع من التشويش، وتؤثر على النشاطات اليومية بشكل ملموس سواء على مستوى العلاقات أو على المستوى الشخصي.

- السلوك (Comportement)

- استشارة وردود أفعال قوية مع الزملاء، يتناقض هذا السلوك بشكل واضح خارج محيط العمل، بالبيت أو خلال العطل.
- استخدام الحركات بالأيدي بشكل منفعل وتكرار بعض الحركات بشكل شبه نمطي
- الميل إلى العزلة وتوجيه بعض الاتهامات للمسئول الأول خلال أداء المهام
- يظهر على الحالة سلوك التحاشي خلال أداء بعض المهام التي تبدو للحالة مهام صعبة.
- الخروج من العمل مبكرا وترك بعض المهام.

- المحيط (Entourage):

المحيط العائلي:

- عائلة متفهمة ومساندة للحالة، ترتبط الحالة بأختها التي تصغرها.

- مستوى معيشي لا بأس به، أب موظف وأم مائتة بالبيت
- محيط سكني صحي وفسيح
- غياب المواقف الأسرية المعقدة للمشاكل

المحيط المهني:

- مصلحة التوليد ذات كثافة علاجية عالية وتعاني من نقص في الموظفين
- فريق عمل لا بأس به ولا يشكل تعقيدا للمشاكل
- غياب المساندة المهنية من طرف الإدارة وتماطلها في منح العطل السنوية والاستعدادات
- غياب الأمن بالمصلحة وظروف المناوبة الليلية غير مشجعة.

2.2 التحليل الماضي (Diachronie)

- المعطيات البنائية الممكنة (Données structurales possibles)

- الوراثة: غياب أي مرض مزمن في العائلة أو بعض الاضطرابات المرتبطة بحالات الاكتئاب أو اضطرابات المزاج بالعائلة وعند والدي الحالة على الخصوص،
- الشخصية: من خلال الملاحظة الموجهة في محيط العمل للحالة (س) فإن المعالج لاحظ أنها لا تستطيع التكيف مع بعض المواقف وتميل في أغلب الأحيان إلى تحاشي بعض المشاهد، ما كان غير موجودا في بداية المشوار المهني حيث كانت (س) مستثمرة في المشاعر مع المرضى ونشطة لدرجة أنها لم تكن تكثرث للوقت وتزيد على ساعات الدوام دائما وترافق المرضى خارج المصلحة، وتريد دائما أداء مهامها على الشكل الأحسن، هذا ما جعل عدم تحقيق ما تريده في مهنتها نافذة لكل الإحباطات المتكررة، تناقضات وجدانية من حب الانجاز مقابل الخوف من الإخفاق، حصر وضجر من بيئة العمل.

- عوامل المساندة السابقة (Facteurs historiques de maintien possibles)

- غياب أي مساندة نفسية على المستوى الرسمي أو غير الرسمي بما فيها العطل المرضية والتي لم تتمكن العميلة من التحصل عليها نظرا لظروف العمل وقلة المستخدمين.
- عزوف الحالة للذهاب إلى مختص نفسي لعدم وجود تشجيعا من طرف الزملاء أو طب العمل.
- قلة المعلومات في ما يخص الأمراض النفسية المهنية وعلى رأسها الضغوط والقلق والإنهاك المهني.

- العناصر المفجرة للاضطراب (Facteurs déclenchant)

- مناخ العمل غير مشجع على المبادرة وروح العمل
- غياب المساندة من حيث التكوين والتحسيس بمخاطر الاضطرابات المهنية النفسية
- عدم تحصيل الحالة (س) على عطلتها السنوية لسنتين متتاليتين.
- رفض الإدارة لطلب الحالة لتغيير نظام العمل من المناوبة إلى نظام ثمان ساعات
- خبر تعرض إحدى الممرضات لطعنة بالسلاح الأبيض من طرف أحد الوافدين على المصلحة بمؤسسة عمومية استشفائية خارج الولاية.

- الأحداث المعجلة للاضطراب (Evènements précipitant les troubles)

- عدم حصول الحالة على عطلتها السنوية أو عطلة مرضية كراحة.
- خصم ثلاث أيام من راتب الحالة لكونها تغيبت لنصف يوم خلال مناوبتها
- مشول بعض الزميلات أمام القضاء كشهود على حالة من الوفاة خلال عملية توليد إحدى النساء
- توجيه كلمات نابية للحالة من طرف المراقب الطبي للمصلحة أمام الزملاء والمرضى

3. فرض العلاج:

يعطينا التحليل الوظيفي في شقيه الحالي والماضي للحالة (س) بعضا من المؤشرات العيادية التي تمكننا من وضع فرضا علاجيا للحالة، وهذا ما تم جمعه من معطيات خلال المقابلات، واستنادا إلى

المعطيات التشخيصية والفحوصات الخاصة بطب العمل، التشابه الكبير لأعراض الحالة مع حالة الاكتئاب والتي لا نجد لها خلال الأوقات الخارجة عن العمل ، واستنادا إلى ما جاء به كانوي Pierre (2008) حول الاحتراق النفسي عند المعالجين في المستشفيات، حيث يعتبر أن تناذر الإنهاك المهني يشابه بشكل كبير حالة الاكتئاب إلا أن حالة الاكتئاب تستمر في جميع المواقف أما الإنهاك المهني أو الاحتراق النفسي فهو مرتبط بالمهنة فقط وهو عبارة عن تطور لاضطراب القلق المزمن، كما أظهرت الحالة خلال اختبار (MBI) لقياس درجة الاحتراق النفسي درجة مرتفعة حسب الجدول رقم " 11 ":

جدول رقم " 11 " يوضح درجة ومستوى الاحتراق النفسي عند الحالة (س) في أبعاده الثلاث على مقياس (MBI)

المستوى	الدرجة	البعد على المقياس
عالي	34	الإرهاك الانفعالي Epuisement Emotionnel
عالي	36	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
متوسط	28	تبدل الشعور Dépersonnalisation
عالي	98	المقياس الكلي MBI

توحي لنا المؤشرات المذكورة آنفا وبناء على البيانات المستقاة من درجة الاحتراق النفسي على مقياس (MBI) بدرجة كلية تقدر بـ 98 درجة والتي تعتبر عالية، فمنه يمكننا القول فرضا بأن الحالة تعاني من اضطراب متلازمة الإنهاك المهني أو ما يسمى عند الانجليزيين بالاحتراق النفسي والذي عزز بالأفكار التلقائية السلبية والمعتقد الخاطئ للحالة التي كونتها حول مهنتها وحول بيئة العمل بصفة عامة بما فيها فريق المهنة، انجر عنه العيش في دوامة من الروتين المهني الذي يقتل كل تحرر من هذه الأفكار، ظلت العميلة حبيسة أفكارها السلبية ومعتقداتها الخاطئ الذي كونته حول حياتها المهنية، والتي حصرها المعالج في مجموعة هامة، تشكل محور الصراع والضغط، تنحصر هذه الأفكار في مايلي:

جدول رقم " 12 " يوضح الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة التي تعاني منها الحالة (س)

الرقم	الفكرة السلبية	الحوار الداخلي	الشدة من 10
01	لا يمكنني القيام بمهامي على أكمل وجه	أنا عديمة الجدوى وغير مؤهلة لهذه المهنة	10/9
02	كل الزملاء يبغضونني على تصرفاتي معهم	لست أهلا لهم ولا يمكنني المواصلة معهم	10/8
03	المسؤولين لا يقدرّون العمل الذي أقوم به	لا يمكنني المواصلة في هذه المهنة إنهم يتصرفاتهم يقتلونني	10/6
04	مهنة القابلة مهنة شاقة لا تناسبني تماما	سأدرس ملف تقاعدي المسبق أو عطلة مرضية طويلة الأمد	10/7
05	كل المرضى يبغضونني لأني لست قادرة على التعامل معهم كما كنت	لا يمكنني الاقتراب منهم وأتحاشاهم خلال العلاج	10/8

4. الإستراتيجية العلاجية المعرفية المقترحة للحالة (Traitement Antérieur)

يركز فرض العلاج على أن الحالة (س) تعاني من اضطراب تناذر الإنهاك المهني، والذي يشير إلى أعراض واضحة تشابه أعراض الاكتئاب متمظها في أفكار الحالة التلقائية والسلبية بدرجة أخف من الاكتئاب، ومن خلال ما ذكر فإنه يمكننا أن نضع كطريقة علاجية من المنظور المعرفي للحالة (س) مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والتي تقارب في مفهومها علاج حالات القلق المزمن والاكتئاب وما جاء به الدكتور آرون بيك في علاج الاكتئاب، كما نركز خلال إكساب العميلة عن طريق الاستراتيجيات العلاجية المعرفية، أفكارا صحيحة تتغلب من خلالها على الأفكار التلقائية والأوتوماتيكية السلبية والمعتقدات الخاطئة، معتمدين على الآن وما يعانيه العميل من آلام نفسية خلال المقابلات العلاجية، إذ توافق هذه الاستراتيجيات الأفكار السلبية والحوار الداخلي للعميلة والتي تم حصرها في الجدول رقم " 12 ":

- إعادة البناء المعرفي، لما يتضمنه من استبدال الأفكار السلبية بالأفكار السليمة والعقلانية
- الاسترخاء يساعد على التركيز في الاستراتيجيات المعرفية

- التدعيم الاجتماعي الايجابي لتنمية الاتجاهات الايجابية نحو فريق العمل
- الأسئلة السocraticية ترشد المعالج إلى تحديد الأفكار ونوعيتها وقياس الشدة
- الواجبات المنزلية للتواصل مع العميل بدون انقطاع عن العلاج، وترويض الذات على تنمية القدرات العلاجية والدفاعية، وتغيير بعض السلوكيات والتحكم في الانفعالات

ومنه فإن هذه الفنيات تهدف من خلال الخطوات المترتبة إلى مايلي:

- تدريب الحالة على توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر
- تدريب الحالة على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى دائرة التفكير والتحليل العقلاني.
- تدريب الحالة على طرق استخدام عملية الاستبدال للمعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية المسببة للمعاناة بالمعتقدات الايجابية.
- تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام عملية البناء المعرفي والتي تركز على إحلال الأفكار الايجابية محل الأفكار السلبية عن طريق استراتيجيات معرفية خاصة بمواجهة الضغوط.
- تدريب الحالة على فنية الاسترخاء للتخلص من الإعياء والتحكم في المشاعر الذاتية.
- التدرب على الواجبات المنزلية لما سبق ذكره قصد إحداث تغيير في السلوك.

1.4- إستراتيجية تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها (إعادة البناء المعرفي)

تستخدم الحالة (س) في غالب الأحيان استراتيجيات معرفية خاطئة عبارة عن أفكار تلقائية تؤثر عليها من أجل التكيف مع وضعيات معينة وهذا التكيف في حد ذاته ناجم عن استراتيجيات التعامل الخاطئة، وهذا ما يؤدي إلى إصدار أحكام خاطئة غير صحيحة تجاه فريق العمل أو نظام معين فيفقددها حسن التعامل مع الآخرين وسوء التكيف مع مختلف المواقف الضاغطة، فتلجأ إلى اختيار استراتيجيات تخلصها من معاناتها فلم تجد إلا ما قد اكتسبته من أساليب المواجهة ومخططات تعتبر خاطئة بالنسبة للموقف وغير توافقية، فيأتي دور المعالج في مساعدة الحالة على اختيار

الاستراتيجيات المعرفية السليمة بالتدريب والتعلم والمناقشة والحجة لمواجهة الأفكار السلبية خلال الموقف الضاغط وهذا بعد تحديد هذه الأفكار الخاطئة وتصنيفها، وتسبق هذه الأفكار الخاطئة الانفعالات غير السارة والتي تتسارع في صورتها دون أن يلحظها الشخص أحيانا، وتتصف هذه الأفكار التي يتم تحديدها بالسلبية إذ تؤثر على العميل ذهنيا ونفسيا يكون نتائجها السلوكي غير سليم، بعد تقييم الأفكار والمعتقدات الخاطئة يستبدلها المعالج بأخرى أكثر عقلانية ووضوحا وإيجابية، فيطلب من العميل خلال الواجب المنزلي اليومي تسجيل هذه الأفكار في كناش ليتذكرها خلال الحصة الموالية من جلسات العلاج، ولهذا الطريق أهمية كبيرة في العلاج المعرفي السلوكي، لما تشكله من محور هام في العملية العلاجية يتفق فيها المعالج مع العميل وفق عقد العلاج.

وكما ذكرنا آنفا فإن بيك (A. Beck: 2000) يشير إلى أن شدة الأفكار تختلف من حالة إلى أخرى وأن هذا الفرد يكون غير مدرك تماما لهذه الأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على حياته، ومدى استمتاعه بخبراته.

إلا أن التدريب والتعلم وعملية إعادة البناء المعرفي تعمل عملها من جراء الفنيات والاستراتيجيات المختلفة إذ يطلب من العميل التركيز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له، و تدفعه إلى نشاط سلبي انهمامي، و حسب بيك فإن الأفكار السلبية الخفية تشكل بالنسبة للعميل نوعا من الصعوبة في التعامل معها لأن كشفها والتأكد منها يستتير وراء أفكار أكثر قوة وشدة، لهذا يجب خلال المقابلات التعرف على كل فكرة على حدا وقياس نسبة الشدة من خلال حجم تكرارها في الحوار، ويبين الجدول رقم "13" مثلا عن البديل عن الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة.

جدول رقم "13" يوضح المواقف والمشاعر والأفكار الأوتوماتيكية وبديلها عند الحالة (س)

الرقم	الموقف أو المشاعر الآتية تصف الحالة الأحداث والأفكار التي تسبب لها المشاعر القاسية:	الأفكار الأوتوماتيكية تسجيل الأفكار التي تسبق أو ترافق أو تأتي بعد المشاعر	البديل عنها الأفكار الأكثر عقلنة بمساعدة المعالج وباتفاق مع العميل
1	أنا عديمة الجدوى وغير مؤهلة لهذه المهنة	لا يمكنني القيام بمهامي على أكمل وجه	- نستطيع أن ننجح فأنت تقدمين الكثير وبمساعدتك تمكنت مريضات كثيرات بالتغلب على مشاكلهن الصحية.
2	لست أهلا لهم ولا يمكنني المواصلة معهم (مع فريق العمل)	كل الزملاء يبغضوني على تصرفاتي معهم، صرت لا أطاق	- أنت تقدمين الكثير لفريق العمل وأنت رقم لا يستهان به فلولا إيجابيتك لاستغنى عنك الفريق، ولكنك بشيء من التفهم تستطيعين التغلب على الضغط الذي يلازمك
3	رئيس المصلحة يجبرني على التغييب بتصرفاته تجاهي	المسؤولين لا يقدرون حجم العمل الذي أقوم به	- مثلا أي نوع من التصرف؟ - يعاملني على أساس أنني جديدة بالمصلحة ولا أتقن عملي - لكن هل صدر منه يوما أنه وجه إليك كلمات نابية أو توبيخ ما؟ - لا - اذن هل هذا التصرف تعبيره ضدك...
4	أنا لا أتحكم في العلاجات التي أقدمها	مهنة القابلة مهنة شاقة لا تناسبني تماما	- ألا ترين أنك تحتاجين إلى راحة وإعادة تنظيم أمورك بالمصلحة - كيف - ألم تكوني في المستوى المطلوب في بادئ الأمر - نعم كنت ما شاء الله، لكن الأمور تغيرت - ربما ليست الظروف، فالظروف تكيفنا ولا تتلفنا... - ولكن حسب رأيي أن الفريق لا يمكنه الاستغناء عنك في تقديم النصح أليس كذلك...

5	<p>لا يمكنني التعامل معهم كما كنت سابقا، أحس ببرودة كبيرة، فقدت احساسا سي تجاههم</p>	<p>كل المرضى يبغضوني لأنه لم يعد باستطاعتي التعامل معهم كما كنت سابقا</p>	<p>- هل كل المرضى كذلك - لا، لا البعض - إذن فانت قادرة على منح البقية نفس الاحساس المتبادل - ممكن، ولكني لا أستطيع - جربي غدا خلال أول كشف - سأحاول</p>
---	--	---	---

يتضح من خلال الجدول رقم " 13 " أنه وعند استخدام البديل عن الفكرة الأوتوماتيكية أو السلبية التي تشغل حيزا معتبرا في ذهن الحالة، يسجل الطالب صراعا ومقاومية من طرف الحالة لأجل الإبقاء على الفكرة كما هي، وكأن هذه الأفكار بالنسبة للحالة جزء منها لا تريد التخلي عنه وهنا يتجلى غموض فكرة تقبل العلاج خلال الجلسات العلاجية الأولى وإذا بالحالة بعد الجلسة الرابعة تبدي نوعا من المرونة في تقبل البديل والذي كان يشار إليه على أنه أكثر عقلنة ومنطقية على ما تحمله هي من تصورات، ويستخدم الطالب هذه الإستراتيجية كنمط بديل عن التفكير الأصلي، حيث يشمل البناء وإعادة البناء المعرفي، وتعتبر هذه الإستراتيجية العلاجية ذات التوجه المعرفي من أقوى الاستراتيجيات التي تكشف عن البناء الخاطئ والمكون السلبي للأفكار التي تدفع إلى أنماط سلوكية خاطئة، وتشير الثلاثية المعرفية لبيك (آرون بيك، 2000) إلى أن المكون الخاطئ هو تلك الفكرة التي يكونها العميل حول نفسه وحول المحيط وحول المستقبل، ويقيس الطالب حجم الأفكار عن طريق شدتها وتكرارها وما تسجله الحالة خلال حضورها بالبيت وحتى خلال العمل تقاس هذه الشدة من واحد إلى عشرة، كما أن التقييم خلال كل جلسة للجلسة التي سبقتها يكون مدلولا حول حجم تأثير الأفكار البديلة على الأفكار الآلية والمعتقدات الخاطئة وفق رزنامة زمنية معينة.

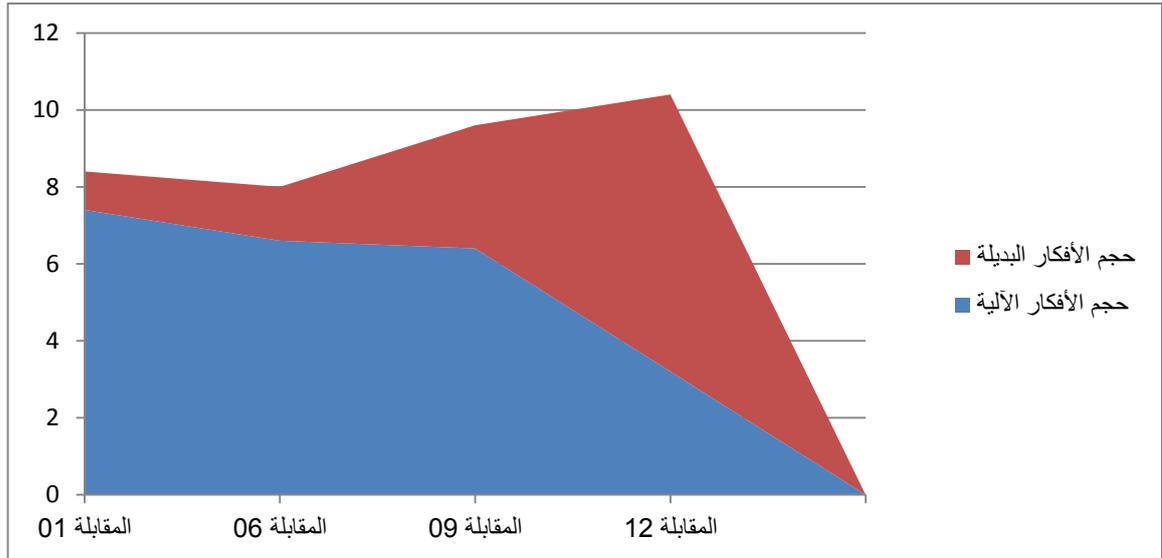
جدول رقم "14" يوضح تراجع الأفكار الأتوماتيكية خلال الجلسات العلاجية أمام البدائل

الأفكار	المقابلة العلاجية الأولى (01)	المقابلة السادسة (06)	المقابلة التاسعة (09)	المقابلة الأثني عشر (12)
الفكرة 01	8	6	6	4
الفكرة 02	8	7	7	3
الفكرة 03	7	7	7	2
الفكرة 04	8	7	7	4
الفكرة 05	6	6	5	3
المتوسط الحسابي	7.4	6.6	6.4	3.2

جدول رقم "15" يوضح البدائل واحلالها محل الأفكار الأتوماتيكية

الأفكار	المقابلة العلاجية الأولى (01)	المقابلة السادسة (06)	المقابلة التاسعة (09)	المقابلة الأثني عشر (12)
الفكرة البديلة 01	1	1	3	8
الفكرة البديلة 02	0	1	3	8
الفكرة البديلة 03	1	1	2	7
الفكرة البديلة 04	2	2	4	6
الفكرة البديلة 05	1	2	4	7
المتوسط الحسابي	1	1.4	3.2	7.2

من خلال الجدول رقم "15" نلاحظ أن الأفكار البديلة تتوضع بوتير جد بطيئة وهذا ما يجعل البناء المعرفي يحتاج إلى عملية بناء واعادة البناء لترسيخ الفكرة الأكثر عقلانية وأكثر منطقية من سابقتها، وتتفاوت الأفكار البديلة في شدتها حسب درجة اقتناع الحالة بفكرتها المقابلة لها من ناحية الفكرة الآلية ويوضح لنا التمثيل البياني في الشكل رقم "10" تراجع حجم الأفكار الآلية أمام الأفكار البديلة.



شكل رقم " 10 " المنحنى البياني يمثل حجم تراجع الأفكار الآلية والمشاعر الآنية أمام الأفكار البديلة

2.4 - إستراتيجية الواجبات والأنشطة الخارجية

إن الواجبات والأنشطة الخارجية (خارج جلسة العلاج)، توهي بشكل من الأشكال إلى حرص العميل على البرنامج العلاجي ودرجة انخراطه في أهداف كل جلسة، وإضافة إلى ما تم ذكره فإن الواجبات الخارجية تعتبر تدريبا على بعض الأنشطة السلوكية الايجابية والتعامل السليم مع بعض المواقف التي تشكل للعميل حلقة الصراع.

وكما ذكرنا كذلك بأن هذه التكاليف المنزلية تزيد في صلابة وتقوية البرنامج العلاجي اذ أخذت أبعادا وأشكالا لا متناهية، ومن بين الواجبات التي كلفت بها المفحوصة مايلي:

جدول رقم "16" يبين بعض الأنشطة المنزلية والمهنية خارج الجلسات الخاصة بالحالة "س"

الرقم	الواجب المنزلي أو خلال المهمة	الهدف	المستهدف
01	تسجيل الأفكار التلقائية والسلبية التي تراودها، في كناش خاص	حصر وتحديد الأفكار والتعرف عليها ليستطيع المعالج تصحيحها رفقة المفحوص	تقوية الرابطة العلاجية
02	مراجعة بعض الصور القديمة مع الأصدقاء وتذكر الأيام الخوالي	استرجاع الثقة بالنفس وتعزيز الثقة في قدرتها على العطاء	تنمية القدرات تجاه المهنة
03	محاولة النوم باكرا والاستيقاظ باكرا	دفع وتيرة التركيز والراحة البدنية	القضاء على الاعياء البدني والكسل
04	رياضة المشي في الهواء الطلق رفقة صديقاتها خارج العمل وعدم الخوض في الحديث عن العمل وجو المهنة	تشتيت الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بالمهنة	تنمية الاتجاهات نحو الأنشطة الرياضية وتقوية روابط الصداقة

3.4 إستراتيجية الأسئلة السقراطية

ومما سبق ذكره فإن الحالة "س"، أظهرت في بادئ الأمر نوعا من التحفظ الذي أخرج الجلسات نوعا ما، وساهمت الأسئلة السقراطية في كشف اهتمامات الحالة من حيث استعدادها للانخراط في العملية العلاجية، كما ساهم الأسلوب السقراطي في الجلسات إلى حد كبير من حيث إظهار الأفكار الخاطئة والأوتوماتيكية ومناقشتها، وساهمت الأسئلة المباشرة في قياس الشدة لهذه الأفكار وتكرارها من حيث المدة ودرجة التأثير، كما ساهمت إلى جانب ما ذكر عند الحالة في توضيح الاستراتيجيات المعرفية الممكنة إتباعها ومناقشتها والتدريب على استخدامها خلال الأنشطة، إضافة إلى توجيه النقاش نحو كيف؟ ولماذا؟، إذ ساعد المستوى العلمي والثقافي للحالة على ترتيب الأولويات الإستراتيجية في العلاج.

كما أن طريقة المجازاة خلال الحديث ساهمت بشكل كبير في كسب ثقة الحالة وتقوية الرابطة العلاجية كمثال على ذلك: هل توافقتيني الرأي؟ أو أليس كذلك؟ أو "نعم نعم لقد تفهمت موقفك"، وهل يمكن أن يكون بالشكل التالي"، وكذلك "لو جربنا مع بعض فكرة كذا وكذا" وغيرها من الأساليب السقراطية التي تولد الأفكار وتتيح للعميل فرصة تجريب الفروض والبدائل كما تتيح للمعالج فرصة التذكير في كل مرة بما ينتظره والعميل من أعمال.

4.4 إجرائية الاسترخاء

وإضافة إلى ما ذكر عن هذه الإستراتيجية فإن الحالة "س" قد تم تدريبها على هذه الفنية لغرض التركيز على بعض الأفكار الايجابية ومناقشتها عن طريق التركيز في أنماطها وكيفية التعامل معها، وسجل لدى الحالة نوع من الاستجابة المباشرة خلال الإجرائية، فإن التريث في التفكير وحسن استخدام الاستجابات واستخدام العمليات ما وراء المعرفة بشكل سليم، يشجع على الوصول إلى نتائج ملموسة في جانب استبدال الأفكار السلبية الخاطئة بالأفكار الايجابية السليمة، قامت الحالة في بادئ الأمر بالتدرب على الفنية خلال الجلسات العلاجية الأولى من المقابلات، وبعدها أصبحت الفنية ضمن بعض الواجبات والأنشطة المنزلية وخلال العمل.

ونستعرض من هذه الإجرائية الفنية المعتمدة على التركيز البصري وهي النقطة ألفا أو ما يسمى بالاسترخاء المنطلق من نقطة معينة يتم التركيز عليها، وتمير بعض المقطوعات الموسيقية الهادئة وكل هذا قد عرض على الحالة من خلال شريط سمعي (MP3).

5.4 إستراتيجية التدعيم الاجتماعي الايجابي

شملت هذه الفنية أساليب ايجابية لترسيخ فكرة "ليس كل ما هو أخضر فهو حشيش" حيث أن الحالة تستخدم عن طريق معتقد خاطئ بأن كل المسؤولين متشابهون فهم يشكلون بالنسبة إليها عاملا ضاغطا، وأن كل الأوامر التي تصدر عنهم تعتبر بالنسبة لها أوامر تصب في مصالحهم وتؤثر عليها بشكل سلبي، فاستخدمت هذه الفنية لدعم الأفكار الايجابية، والتعلم على أن هناك خيرون وهناك شريرون، حتى لا نعمم الحكم على الآخرين، والجدول التالي يعطينا مثلا عن استخدام هذه الإستراتيجية:

جدول رقم "17" مثال عن التدعيم الاجتماعي للحالة "س"

الرقم	المعتقد أو الفكرة الخاطئة	التعميم	التدعيم المستخدم
01	رئيس المصلحة أناني لا يجب إلا نفسه وهو لا يريد الارتقاء بالمصلحة	كل المسؤولين أنانيون لا يهمهم مصلحة المريض ولا مصلحة العامل	ما رأيك في فلان (وهو بالنسبة للحالة نموذج ايجابي) هل هو كذلك تجيب الحالة: لا ليس فلان فهو طيب المعالج: إذن ليس كل المسؤولين...
02	زملائي يتعدون عني ولا يجالسونني	لم أجد أحدا يواسني	المعالج: جيد حسنا هل بحثت عن الأصدقاء الأوفياء قديما، وتواصلت معهم وجالستهم وتقربت اليهم بهدية مثلا.. المفحوص: لم أستطع التقرب منهم الفاحص: لماذا لم تفعلني؟ المفحوص: أخاف من ردود أفعالهم السلبية تجاهي الفاحص: وهل جربت الأمر المفحوص: لا الفاحص: إذن جرّبي على الأقل...

5. تقييم العلاج

تصدر الجدول العيادي عند الحالة "س" مجموعة من الأعراض التي توافقت وأعراض الاحتراق النفسي وحسب ما جاء في أبحاث بعض العلماء وعلى رأسهم فريدنبرغر وكريستينا ماسلاش وغيرهم، ومن حيث الأداة المستخدمة كاختبار مكمل للتشخيص السيكولوجي فإن الحالة "س" سجلت أعلى درجة على المقياس الكلي لتعطي دلالة واضحة على أن التناذر هو تناذر الإنهاك المهني، ومنه وضع الفرض الوحيد لبدء عملية العلاج عن طريق المقابلات والوسائل العيادية الأخرى المستخدمة والفنيات العلاجية المتمثلة في الاستراتيجيات المعرفية العلاجية الهادفة على تغيير واستبدال الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة الموجودة في قاموس الحالة والتي تشكل لها عائقا نفسيا واجتماعيا وتسبب لها المعاناة، من خلال الضغط المسجل خلال العمل.

1.5. أثر الاستراتيجيات على الأعراض:

ومن أجل التعرف عن قرب عن مدى تأثير هذه الاستراتيجيات المعرفية في التخفيف من متلازمة الإنهاك المهني عند الحالة، والتعرف على شدة أثر هذه الاستراتيجيات قام بتطبيق اختبار (MBI) في صورة بعدية وأسفرت النتائج عن مايلي:

جدول رقم "18" يوضح نتائج مقياس (MBI) قبل الجلسات العلاجية وبعدها في الأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي عند الحالة "س".

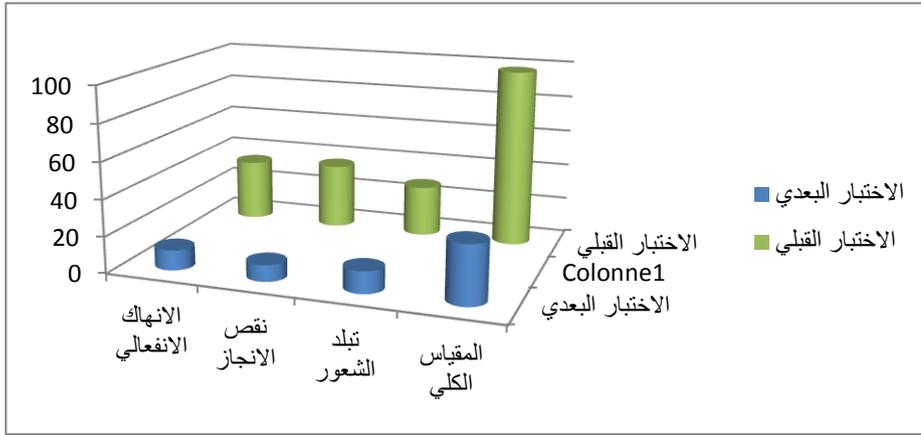
المستوى البعدي	الدرجة البعدية	المستوى القبلي	الدرجة القبليّة	البعء على المقياس
منخفض	11	عالي	34	الإرهاق الانفعالي Epuiselement Emotionnel
منخفض	09	عالي	36	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
منخفض	12	متوسط	28	تبدل الشعور Dépersonnalisation
منخفض	32	عالي	98	المقياس الكلي MBI

2.5. قياس شدة أثر الاستراتيجيات المعرفية العلاجية:

ولقياس شدة أثر البرنامج العلاجي المعرفي ، قام الطالب بتقييم البرنامج من خلال المعادلة التالية:
(عنبر: 1990، 290)

$$\text{فاعلية البرنامج العلاجي} = 100 - \frac{\text{درجة التطبيق البعدي} / \text{درجة التطبيق القبلي} \times 100}{100}$$

فكانت النتيجة بنسبة 68 % وهذه النسبة تدل على أن البرنامج قد أثر في خفض حدة الأعراض المرتبطة بتناذر الإنهاك المهني عند الحالة "س" إذ يفسر من خلاله قوة أثر الاستراتيجيات المعرفية المستعملة في هذا التكفل من المنظور المعرفي.



الشكل رقم " 11 " الأعمدة البيانية الممثلة للقياس القبلي والقياس البعدي لاختبار (MBI)

من خلال الجدول رقم " 18 " الذي يوضح نتائج مقياس (MBI) قبل الجلسات العلاجية وبعدها في الأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي عند الحالة "س" فإنه يتبين لنا بأن معدل الاحتراق النفسي عند الحالة قد انخفض بمعدل 68% وهذا كما ذكرنا يوحي إلى استجابة الحالة للاستراتيجيات والفنيات العلاجية المقترحة من طرف الطالب، وعلى رأسها إستراتيجية إعادة البناء المعرفي التي تم من خلالها استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية ومعتقدات خاطئة بأخرى سليمة، مما دل على تحسن الحالة واختفاء ملحوظ للأعراض المصاحبة للتناذر، بتسجيل عودة تدريجية إلى النشاط النفسي ومحاولة لاستثمار الطاقة النفسية، كما أن الاستفسار عن الحالة عن طريق المختص النفسي بمصلحة الولادة الآنسة "ش" قد أثبتت لنا بأن حالتها قد تحسنت بشكل ملحوظ وأن بعض السلوكيات الانعزالية والانفعالات السلبية قد تقلصت وأن نشاطها داخل المصلحة قد عاد إلى المستوى المرغوب فيه، وأما سلوكها ونشاطها الخارجي بالمنزل فقد أكد لنا شقيق الحالة بأن نشاطها قد تزايد وانخرطها في بعض اهتمامات الأسرة قد تحسن، وأنها تحدثهم عن مشاريعها المستقبلية والتي كانت بالأمس ضمن الاهتمامات، كما أن بعض السلوكيات المتكررة قد اضمحلت بشكل ملموس كالنوم في ساعات متأخرة والنهوض المتأقل صباحاً.

وأما على مستوى الأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي فإن الحالة "س" قد سجلت درجة منخفضة في البعد المتعلق بالإنهاك الانفعالي على سلم القياس البعدي للاضطراب بدرجة 11 وهي

ذات مستوى منخفض، والذي قد تم السيطرة والتحكم في انفعالاتها عن طريق استراتيجية الاسترخاء والتحكم في الذات والتدرب على مجابهة والتكيف مع مختلف المواقف السلبية عن طريق مجموع الأنشطة والواجبات الخارجية المنزلية منها والمهنية، كما أن بعض الانفعالات السلبية ذات المنشأ التفكيري السلبي الخاطئ قد أخذت تضحل إلا أنها بقية بنسبة من الأثر الخفيف غير المؤثر في مجريات الحياة المهنية والخاصة للحالة.

فأما بالنسبة للبعد الثاني والمتعلق بالانجاز الشخصي للحالة والذي سجلت فيه درجة جيدة (09) في مستوى منخفض من نقص الانجاز الشخصي، فإنها استطاعت عبر المدركات المعرفية المكتسبة ذات الاتجاه الايجابي اكتساب مخططات معرفية جديدة تثمن من خلالها كل عمل تقوم به وكل انجاز داخل فريق العمل، مع استرجاع مستوى لائق من الثقة بالنفس وتعزيز أسلوب الثقة في قدراتها المهنية، وهذا راجع إلى الاستراتيجيات المعرفية التي استخدمتها خلال الواجبات التي كلفت بها وانخرطها في العملية العلاجية من فهم العلاقة بين الأفكار السلبية والمدركات المعرفية والانفعالات الناتجة عنها، حيث تمكنت الحالة "س" من تبني أسلوب البناء الذاتي والانخراط في التغيير الايجابي.

كما أظهرت نتائج البعد الثالث في مقياس الاحتراق النفسي وهو البعد المتعلق بتبدل الشعور درجة مقبولة وجيدة (12) وهي ذات مستوى منخفض على المقياس، مما يوحي لنا أن الحالة حسنت من نظرتها نحو الواقع الذي تعيشه واستبدلت حالت عدم الرضا والسلبية نحو الآخرين ونحو مهنتها ونظرتها السلبية للمريض إلى نوع من الرضا والتفاؤل والعمل على ترتيب أمورها المهنية من جديد، وهذا ما جعلها تتبنى أسلوب جديد في حياتها مبني على "ليس كل ما هو أخضر فهو عشب"، وانتقلت من مستوى التعميم العشوائي إلى مستوى الانتقاء الجاد.

6. إنهاء العلاج والعقد التتبعي بين المعالج والحالة "س":

خلال المقابلة النهائية وفي الجلسة الأخيرة، أبدت الحالة نوعاً من التفاؤل والنشاط النفسي المستقر على مستوى أنشطتها اليومية المهنية، وبناءً على ما سبق ذكره من نتائج على مستوى تقييم العلاج فإنه يمكن إنهاء البرنامج العلاجي باتفاق مع العميلة والتي تفاعلت بما اكتسبته من معارف واستراتيجيات تواجه بها الضغوط، وعليه فإن المعالج قد اتفق مع العميلة على متابعة البرنامج وهذا رغم تسجيلنا للاستقرار المعرفي والسلوكي مع تلاشي بعض الأعراض واضمحلال الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات الخاطئة التي كونتها العميلة حول المهنة وحول نفسها وحول الآخرين، وهذا بمعدل لقاء كل شهر لمدة ثلاث أشهر ثم نتقل في حالة التحسن التام إلى معدل لقاء واحد كل ثلاثة أشهر واستخدام قياس تتابعي للأبعاد الثلاث على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، كما يمكن الاتصال بالمختص في حالة أي مشكل أو استفسار، وأبدت الحالة استعداداً جاداً للانخراط في العقد التتبعي لأهميته القصوى.

جدول رقم "19" يوضح نتائج مقياس (MBI) خلال البرنامج التتبعي للحالة "س" بعد ثلاث أشهر من إنهاء العلاج.

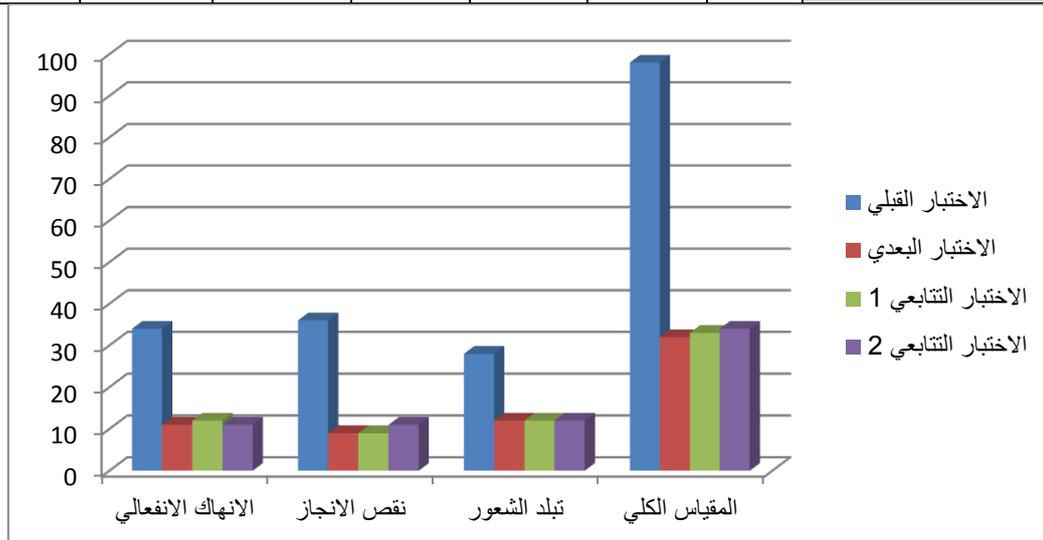
المستوى التتبعي	الدرجة التتبعية	المستوى البعدي	الدرجة البعدي	المستوى القبلي	الدرجة القبلي	البعد على المقياس
منخفض	12	منخفض	11	عالي	34	الإرهاك الانفعالي Epuisement Emotionnel
منخفض	09	منخفض	09	عالي	36	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
منخفض	12	منخفض	12	متوسط	28	تبلد الشعور Dépersonnalisation
منخفض	33	منخفض	32	عالي	98	المقياس الكلي MBI

تشير نتائج مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي في أبعاده الثلاث خلال التطبيق التتبعي في الفترة الزمنية الأولى والثانية بعد ستة أشهر من إنهاء العلاج، إلى استقرار واضح في مستويات الاحتراق النفسي، مما يوحي لنا بأن الحالة "س" قد استجابت للبرنامج العلاجي بشكل جيد واكتسبت مهارات ومعارف وسلوكيات جديدة خلال البرنامج، مكنتها من حسن استخدام الطاقة

النفسية والتحكم السليم في الانفعالات، كما أن استخدام الاستراتيجيات المعرفية خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، مكنتها من انتقاء الأفكار الايجابية ووضعها محل الأفكار الخاطئة وفق استراتيجيات مكتسبة وسليمة.

جدول رقم "20" يوضح نتائج مقياس (MBI) خلال البرنامج التتبعي للحالة "س" بعد ستة أشهر من إنهاء العلاج.

المستوى التتبعي بعد 06 أشهر	الدرجة التتبعية بعد 06 أشهر	المستوى التتبعي بعد 03 أشهر	الدرجة التتبعية بعد 03 أشهر	المستوى البعدي	الدرجة البعدية	المستوى القبلي	الدرجة القبلية	البعد على المقياس
منخفض	11	منخفض	12	منخفض	11	عالي	34	الانهك الانفعالي Epuisement Emotionnel
منخفض	11	منخفض	09	منخفض	09	عالي	36	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
منخفض	12	منخفض	12	منخفض	12	متوسط	28	تبلد الشعور Dépersonnalisation
منخفض	34	منخفض	33	منخفض	32	عالي	98	المقياس الكلي MBI



الشكل رقم "12" الأعمدة البيانية الممثلة لنتائج البرنامج التتبعي مقارنة بالمقياس القبلي والبعدي على مقياس (MBI)

يتضح من خلال الجدول رقم " 20 " أن البرنامج التتبعي للحالة "س" خلال المدة الثانية والتي تقارب الستة أشهر وتطبيق مقياس ماسلاش من أجل التأكد من تلاشي الأعراض الخاصة بتناذر الإنهاك المهني على المستويات الثلاث من الإنهاك الانفعالي والانحاز الشخصي وتبدل الشعور، أن الحالة قد تجاوزت مرحلة الانتكاسة بشكل جزئي حسب أبعاديات الاكلينيكية في الاضطرابات، كحالات الأعراض الاكتئابية وأعراض الإجهاد النفسي وأعراض القلق المعمم، كما يظهر من خلال الشكل رقم " " في الأعمدة البيانية استقرارا وثباتا في أعراض التناذر.

7 . الاستنتاج الخاص بالحالة "س":

التمسنا من خلال البرنامج المقترح في فرض العلاج ذو المنظور والاتجاه المعرفي السلوكي على الخلفية النظرية للدكتور آرون بيك في علاج حالات الاكتئاب والقلق والحصر، تحسن واستجابة الحالة للعلاج سواء عن طريق الملاحظة والمقابلات في الجلسات الأخيرة أو عن طريق التأكد بواسطة مقياس الاحتراق النفسي الذي وضعته ملال خديجة تقينا لاختبار ماسلاش في البيئة الجزائرية وفي الأوساط الطبية، وسجلنا مجهودا وارتفاعا كبيرا في مستوى الطاقة النفسية للحالة والتي حاولت جاهدة تبني الأفكار الأكثر عقلانية وتدارك لاستراتيجيات المواجهة عن طريق تدرجها بنجاح على فنيات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والتقدير الذاتي والتعزيز الايجابي، وهذا ما يؤكد لزاروس (2002) بأن التعزيز مسألة اجتماعية يوجد بشكل تشجيع أو تقدير أو مديح، وما يؤكد جوديث بيك (2008) بأن الأفكار العقلانية والمعتقدات السليمة التي يلقتها المعالج للتعامل تقوم مقام الأفكار السلبية والخاطئة التي تشغل حيز الاضطراب.

وفي دراسة أجراها هشام عبد الله الخولي (2007) تؤكد أن لعملية إعادة البناء المعرفي وفنية الاسترخاء دورا كبيرا في السيطرة على الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، متحكمة في حدة التوتر والإدراك السليم لمشاعر الحالة، مما يجنب الفرد الوقوع في مواجهة الآخرين أو التصادم معهم، ويتيح العلاج المعرفي السلوكي إعادة بناء العلاقات والتفكير فيها بشكل سليم ومنظم. وعليه فإننا نسجل تأكيد فرض العلاج من خلال النتائج الايجابية للبرنامج ضمن فنياته واستراتيجياته العلاجية التي أعطت للحالة فرصة لإعادة بنائه المعرفي ومراجعة سلوكياتها واتجاهاتها تجاه المهنة والأصدقاء والمرضى.

ثانيا: تقديم الحالة الثانية وعرض نتائجها

1. مقدمة :

الحالة (ك) عاملة بالمستشفى كمرضة بمصلحة الولادة، سنها 46 سنة وتشغل هذا المنصب منذ 20 سنة تقدمت إلى الباحث عن طريق طب العمل الذي شخص حالتها في بادئ الأمر على أساس حالة من القلق المزمن، وحسب الحالة فإنها تحتاج إلى دعم نفسي وتكفل علاجي وكان ذلك بطلب منها ومن رغبتها الشخصية.

الحالة (ك) ممرضة ممتازة طويلة مسارها المهني، تعيش داخل أسرة متزنة متوسطة الدخل وأم لثلاث أطفال، زوجها معلم بالابتدائية، توفي الوالدين منذ زمان، الوحيدة ضمن أسرتها الأم، تصف (ك) حالتها على أنها بعد مدة طويلة من العطاء والتفاني في العمل أصبحت اليوم غير قادرة على إتمام مشوارها المهني، سريعة الغضب ومنفعلة حيث لا يروقها الآخرون من الزملاء، تسيطر عليها مشاعر الانهزامية والتعب النفسي، تعثرها أحيانا نفور واشتمزاز من المرضى بعد أن كانت سابقا تبذل كل الجهد من اجل راحتهم، تعود كل يوم إلى المنزل منهكة وغير قادرة على إتمام الأشغال حيث إذا بدأت بشغل ما تتركه ولا تتمه، تميل في أغلب الأحيان إلى النوم والتمدد في الفراش وتقليب البرامج التلفزيونية، لا تستطيع النهوض صباحا لمزاولة النشاط اليومي، ترى الحالة (ك) بأنها أصبحت حياتها المهنية بدون معنى وتبحث دائما عن الأعذار للتغيب عن العمل، وتواصل حديثها بأنها لا تستطيع مواجهة المسئول بالمصلحة وتتحاشاه دائما لأنه يسبب لها الإزعاج على حد قولها، وخلال المقابلات التشخيصية قام الباحث بتحديد مجموعة من الأعراض حسب الجدول رقم "21":

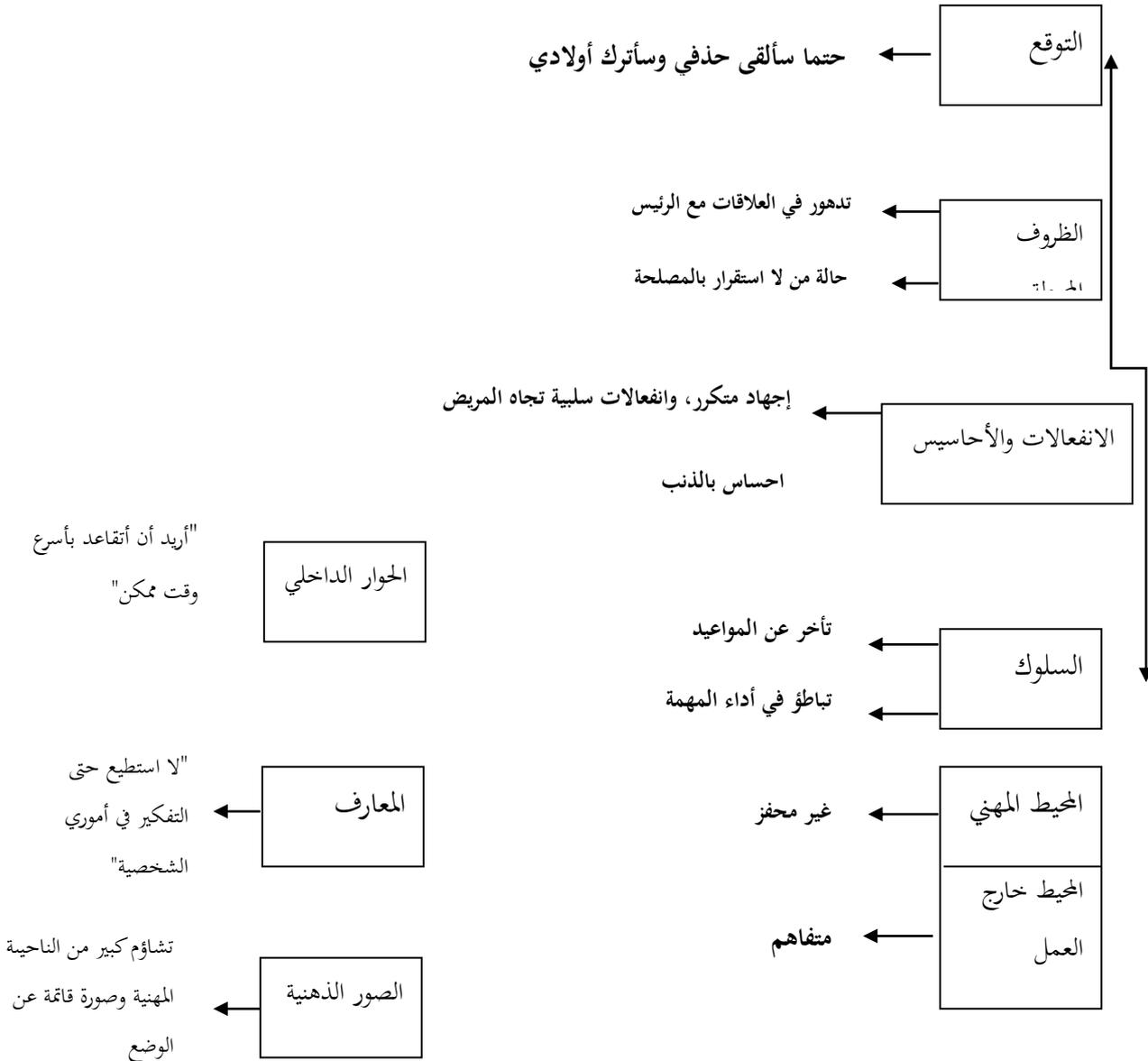
جدول رقم " 21 " يوضح لنا جملة الأعراض الظاهرة على الحالة (ك) خلال المقابلة

أعراض على مستوى العلاقات	أعراض انفعالية وجدانية	أعراض بدنية
<ul style="list-style-type: none"> - برودة في التعامل مع المرضى والزملاء في العمل - عدم القدرة على مواصلة الحديث مع فريق العمل - حساسية مفرطة تجاه الأوامر الفوقية 	<ul style="list-style-type: none"> استثارة زائدة خلال العمل سرعان ما تتلاشى عند العودة إلى البيت - بكاء شديد مع نحب خلال المقابلة - فراغ وجداني تعبر عنه الحالة، بعدم القدرة على مواصلة العطاء " لم يعد لدي ما أقدمه " - ضجر وضيق منذ الدخول من باب المستشفى - حصر مستمر يتلاشى خلال عطل نهاية الأسبوع - هبوط في الطاقة النفسية 	<ul style="list-style-type: none"> كآبة ظاهرة على ملامح الحالة (ك) - أوجاع بالظهر تلازمها منذ مدة بحيث أن كل الكشوف أظهرت سلامة المنطقة الظهرية - مغص معوي كل صباح حين تتوجه إلى العمل - التعب والإرهاق البدني الملازم للحالة

كما سجل الباحث خلال المقابلات الأولية بعض المظاهر السلوكية على الحالة من خلال فرك اليدين مع بعضهما البعض، الزفير المستمر (أوووووف)، قضم الأظافر أحيانا، والابتسام التي تكاد تنعدم، تتلازم كل الأعراض في الفترة الخاصة بالعمل والتواجد في مقر العمل فقط، وما لوحظ غيابها في البيت بشكل جزئي، وارتياح العميل إلى الزملاء خارج المهنة ونفورها من التحدث في جانب التمريض والتطبيب.

2. التحليل الوظيفي للحالة (Analyse fonctionnelle) جون كوترو (Cottraux.J, M.Légeron (1985)

شكل رقم " 13 " نموذج سيكا



1.2 التحليل الآني (Synchronie)

- التسبيق (Anticipation)

- لم لا أستطيع القيام بمهامي كما كنت سابقا
- أرى بأني فارغة من الداخل

- المسئول يعاملني على أساس أنني آلة جامدة فقط.

- الانفعالات (Emotions)

- حساسية مفرطة
- الشعور بالعياء والفراغ النفسي
- الضجر والاشمئزاز عند الدخول للعمل
- الحساسية من خدمة الآخر
- التفاعل الضعيف في المجموعة

- الأفكار والجانب المعرفي (Cognitions et Monologue intérieur)

- لا أستطيع الاستمرار بالعطاء والعمل
- لا يمكنني أبدا البقاء على سجيتي وأن أكون محبوبة من طرف الآخرين
- أحاول أن أنسج علاقات جديدة مع فريق العمل ولكن أظن أنه ليس بمقدوري ذلك
- الكل ضدي، رب العمل والزملاء وحتى المرضى

- الصور الذهنية (Imagerie)

- قليلة ومرتبطة بالأفكار المسبقة من أحكام على مواقف مهنية معينة وتشمل الصورة النمطية حول العمل

- السلوك (Comportement)

- اللامبالاة بحديث الآخرين والانفعال السلبي لتصرفاتهم
- الرد السريع خلال الحديث واستخدام العبارات القاسية
- رفض الأوامر في العمل والمعاملات السلبية للمرضى

- سلوك تحاشي المواقف المهنية التي تظهر فيها بعض الصعوبة بالنسبة للحالة

- المحيط (Entourage)

المحيط العائلي:

- زوج متفهم ومساند
- مستوى دراسي جيد عند الأطفال
- سكن عائلي محترم
- غياب أي موقف تعقيدي للمشكل

المحيط المهني:

- مصلحة التوليد ذات كثافة علاجية عالية
- فريق عمل غير منسجم نظرا لعدم استقرار الأعضاء في برنامج العمل
- غياب المساندة المهنية من طرف الإدارة
- غياب الأمن بالمصلحة وظروف العمل متدنية نوعا ما

2.2 التحليل الماضي (Diachronie)

- المعطيات البنائية الممكنة (Données structurales possibles)

- الوراثة: غياب الأمراض المزمنة في العائلة أو بعض الاضطرابات المرتبطة بحالات

الاكتئاب أو اضطرابات المزاج بالعائلة وعند والدي الحالة

- الشخصية: شخصية (ك) مثابرة وتريد دائما أداء مهامها على الشكل

الأحسن، كما يجعلها عدم تحقيق ما تريده في مهنتها نافذة لكل الاحباطات

المتكررة، تسجيل مجموعة من التناقضات من خلال حب الانجاز والخوف من

النجاح، قلق مزمن يتضح على الحالة من خلال التعاملات اليومية والاحتكاك مع الآخرين.

- عوامل المساندة السابقة (Facteurs historiques de maintien possibles)

غياب أي مساندة نفسية على المستوى الرسمي أو غير الرسمي بما فيها العطل المرضية والتي لم تتمكن العميلة من التحصل عليها نظرا لظروف العمل وقلة المستخدمين، عدا كشف طب العمل التي لم تكن سوى كشف واحد فقط.

- العناصر المفجرة للاضطراب (Facteurs déclenchant)

- مناخ العمل غير مشجع للفئات المبادرة والنشطة
- غياب المساندة من حيث التكوين والتحسيس بمخاطر الاضطرابات المهنية النفسية
- ملازمة العميلة للقلق المهني المزمّن والذي شجع على الدخول في حالة من النمطية
- غياب العطل المرضية وأيام الراحة لنقص العمال

- الأحداث المعجلة للاضطراب (Evènements précipitant les troubles)

- عدم حصول الحالة على عطلتها السنوية وعطلة مرضية
- استفسار مسئول المصلحة حول تأخرها
- حدث موت إحدى المريضاة بالمصلحة
- عدم قبول ملف التقاعد المسبق من طرف الإدارة
- حالة تهجم بعض المرافقين للمرضى في حالة سكر على فريق العمل في إحدى المناوبات

3. فرض العلاج:

من خلال التحليل الوظيفي في شقيه الحالي والماضي للحالة (ك) وما تم التعرض له خلال المقابلة الأولية واستنادا إلى معطيات طب العمل ونظرا للتشابه الكبير لأعراض الحالة مع حالة الاكتئاب إلا

أنها غير مستمرة بل تتلاشى بشكل كبير خلال العودة إلى المنزل، واستنادا إلى ما جاء به كانوي (2008) Pierre Canouii في كتاباته حول الاحتراق النفسي عند المعالجين في المستشفيات والذي يرى بأن تناذر الإنهك المهني يشابه بشكل كبير حالة الاكتئاب إلا أن حالة الاكتئاب تستمر في جميع المواقف أما الإنهك المهني أو الاحتراق النفسي فهو مرتبط بالمهنة فقط وهو عبارة عن تطور لاضطراب القلق المزمن، ويشير اختبار (MBI) لقياس درجة الاحتراق النفسي درجة مرتفعة حسب الجدول التالي:

جدول رقم "22" يوضح درجة ومستوى الاحتراق النفسي عند الحالة في أبعاده الثلاث على مقياس (MBI).

المستوى	الدرجة	البعد على المقياس
عالي	31	الانهك الانفعالي Epuisement Emotionnel
عالي	37	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
متوسط	29	تبلد الشعور Dépersonnalisation
عالي	97	المقياس الكلي MBI

فمنه يمكننا القول فرضا بأن الحالة تعاني من اضطراب متلازمة الانهك المهني أو ما يسمى عند الانجليزيين بالاحتراق النفسي والذي عزز بالأفكار التلقائية السلبية والمعتقد الخاطئ للحالة حول مهنتها، مما انجر عنه العيش في دوامة من الروتين المهني الذي يقتل كل تحرر من هذه الأفكار.

جدول رقم "23" يوضح الأفكار السلبية للعميلة وما يرافقها من حوار داخلي

الرقم	الفكرة السلبية المهيمنة	الحوار الداخلي المتعلق بالفكرة	الشدة
01	أنا فاشلة، لا أستطيع أن أواصل أعمالي	تعبت كثيرا ولا يمكنني أن أواصل في مهنتي هذه	10/7
02	الجميع لا يطيعني وكلهم ضدي	أنا لا أنفع أحدا وقليلة الحظ	10/8
03	لم أعد كما كنت فقد فقدت مهاراتي	لا أنفع لهذه المهنة ولم أعد أطيع نفسي	10/8

4. الإستراتيجية العلاجية المقترحة للحالة (Traitement Antérieur)

من خلال ما ذكر فإنه يمكننا أن نضع كطريقة علاجية من المنظور المعرفي السلوكي لحالة (ك) التي تعاني من الاحتراق النفسي مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية والتي تقارب في مفهومها علاج

حالات القلق المزمن والاكتئاب وما جاء به الدكتور آرون بيك في علاج الاكتئاب، ونركز في الحالة على الآن وما يعانیه العميل من آلام نفسية.

- إعادة البناء المعرفي
- الاسترخاء
- التدعيم الاجتماعي الايجابي
- الأسئلة السocraticية
- تقنية تأكيد الذات
- الواجبات المنزلية

ومنه فإن هذه الفنيات تهدف من خلال الخطوات المترتبة إلى مايلي:

- تنمية القدرات الذهنية نحو التركيز على الحلول
 - تدريب الحالة على توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر
 - تدريب الحالة على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى دائرة التفكير والتحليل العقلائي
 - تدريب الحالة على طرق استخدام عملية الاستبدال للمعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية المسببة للمعاناة بالمعتقدات الايجابية
 - تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام عملية البناء المعرفي والتي تركز على احلال الأفكار الايجابية محل الأفكار السلبية عن طريق استراتيجيات معرفية خاصة بمواجهة الضغوط
 - تدريب الحالة على فنية الاسترخاء للتخلص من الأعياء والتحكم في المشاعر الذاتية
 - التدرب على الواجبات المنزلية لما سبق ذكره قصد تغيير السلوك
 - منح الحالة فرصة مراجعة الحوارات الداخلية
- 1 - تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها (إعادة البناء المعرفي)

قد يستخدم العميل في غالب الأحيان استراتيجيات معرفية خاطئة عبارة عن أفكار تلقائية تؤثر عليه من أجل التكيف مع وضعيات معينة وهذا التكيف في حد ذاته ناجم عن استراتيجيات التعامل الخاطئة، ومما يؤدي به إلى إصدار أحكام خاطئة غير صحيحة تجاه أفراد أو نظام معين أو قد لا يحسن التعامل والتكيف مع مواقف ضاغطة فيلقي بكاهله على اختيار استراتيجيات تخلصه من معاناته فلا يجد في قاموسه إلا ما قد اكتسبه من اساليب المواجهة ومخططات تعتبر خاطئة بالنسبة للموقف، فيتدخل المعالج عن طريق تلقين وتدريب العميل على اختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة لمواجهة الموقف الضاغط وهذا بعد تحديد الأفكار الخاطئة وتصنيفها، كما أن هذه الأفكار الخاطئة تسبق الانفعالات غير السارة والتي تتسارع في صورتها دون أن يلحظها الشخص أحيانا، وتتصف هذه الأفكار التي يتم تحديدها بالسلبية إذ تؤثر على العميل ذهنيا ونفسيا يكون نتاجها السلوكي غير سليم، فيستبدل المعالج هذه الأفكار السلبية (بعد تقييمها) بأفكار أكثر عقلانية ووضوحا وإيجابية، فيطلب من العميل خلال الواجب المنزلي اليومي تسجيل هذه الأفكار في كناش ليتذكرها خلال الحصة الموالية من جلسات العلاج، ولهذا الطريق أهمية كبيرة في العلاج المعرفي.

يرى بيك (A. Beck: 2000) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما لهذه الأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوبه ونمطه وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد في إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من العميل أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقا لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهماجي، وتزداد هذه الأفكار قوة وسلبية كلما كان الاضطراب أقوى وأشد وتضمحل هذه الأفكار لتكون خفية بخفة الاضطراب، فوجب حينها على المعالج التعرف عليها وعلى شدتها ومدى تأثيرها وحصنها وتصنيفها.

ومن خلال ما جاء به الدكتور آرون بيك فإن المعالج تصعب عليه المهمة كلما كان الاضطراب خفيفا، لأنه يجد صعوبة في التعرف على الأفكار التلقائية لعدم وضوحها وعدم مقدرة العميل على

تحديدها وتسجيلها، ونعرض هنا مثالا عن كيفية تسجيل الأفكار التلقائية أثناء الجلسة العلاجية مع تحديد الشدة ومقترح للأفكار البديلة الأكثر عقلانية.

جدول رقم "24" يوضح المواقف والمشاعر والأفكار الأوتوماتيكية ومعالجتها بتدريب العميل على استبدالها بالأفكار الأكثر عقلانية

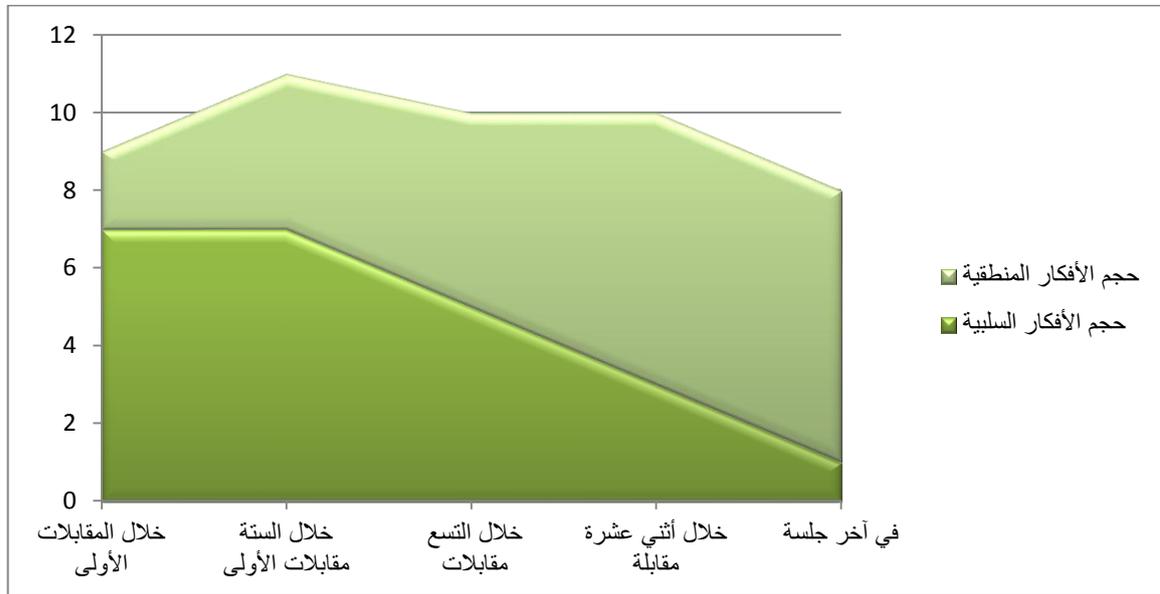
الرقم	الموقف أو المشاعر الآنية	الأفكار الأوتوماتيكية	البديل عنها
01	تصف الحالة الأحداث والأفكار التي تسبب لها المشاعر القاسية: - لم أعد أتحكم في مشاعري وبنفري مني الجميع ويعتبروني غير قادرة على اتمام أعمالي.	تسجيل الأفكار التي تسبق أو ترافق أو تأتي بعد المشاعر - أنا فاشلة، لا أستطيع أن أواصل أعمالي	الأفكار الأكثر عقلنة بمساعدة المعالج - الفشل ظريفي غير مستمر فهو ليس نبت للآخر ولكنه سيعلمنا كيف ننجح ونعود الى المستوى المقبول.
02	- حديثي يسبب للكثير الازعاج، فأنا لست مرتاحة مع زملائي	- الجميع ضدي وصرت لا أطاق	- ولكنك رقم صعب في المعادلة بين زملائك، فهم يحتاجونك باستمرار لا يمكنهم الاستغناء عنك.
03	- فشلت في تحقيق أحلامي ولن أستطيع المواصلة	- لم أعد كما كنت فقد فقدت مهاراتي	- انت تريدني تحقيق أحلامك، ولكنك حققت جزءا كبيرا منها، فلك عائلة ماشاء الله وزوج صالح ومستقرة في مهنتك

من خلال الجدول رقم "24" يتبين لنا بأن الأفكار السلبية الأكثر حضورا في مخيلة الحالة والتي تشكل لها عائقا في إنجازاتها الذاتية، كما أن المشاعر المصاحبة تبدو من خلال الجدول تتحكم فيها الأفكار السلبية الملازمة للحالة، وعليه فغن الباحث استثمر الأفكار البديلة المنطقية والعقلانية بفضل التوافق مع الحالة، فرضا على أنها هي التي يمكن أن تحل محل الأفكار الأوتوماتيكية وبالتالي يستتير وراءها المشاعر والانفعالات التي تؤثر عليها، ومن خلال قياس شدة وقوة هذه الأفكار عن طريق تسجيل تكرارها وحضورها سواء خلال المقابلات عن طريق استراتيجية التفاعل من خلال الأسئلة السقراطية أو من خلال ما تم تسجيله من طرف الحالة في الكناش الخاص بذلك خارج العمل بالبيت، فمن خلال الجدول التالي رقم "25" والذي يوضح لنا شدة هذه الأفكار خلال المقابلات العلاجية

المتباعدة والذي يثبت تراجع الأفكار اليلبية أمام البدائل التي قدمها الباحث بالتوافق مع العميلة.

جدول رقم " 25 " يبين لنا تراجع الأفكار الأوتوماتيكية خلال الجلسات العلاجية

الافكار	المقابلا الثالث الأولى	المقابلة السادسة	المقابلة التاسعة	المقابلة الثانية عشرة
الفكرة 1	7	7	5	1
الفكرة 2	8	7	5	1
الفكرة 3	8	8	6	2
المتوسط الحسابي للشدة	7.66	7.33	5.33	1.33



المنحنى البياني رقم " 14 " يمثل تراجع حجم الأفكار الأوتوماتيكية والمشاعر الآنية أمام الأفكار الأكثر إيجابية ومنطقية

2 - الواجبات والأنشطة الخارجية:

تبدأ كل جلسة بعرض ما تم الاتفاق عليه سابقا وما توصل إليه الطرفان كما تحتتم بتكاليف يتفق عليها المعالج مع العميل، وتعتبر هذه التكاليف من حيث قدرتها على تثبيت ما تم التعرض إليه خلال الجلسة وتعويد العميل على السلوكيات الايجابية وتسجيل الأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية التي تراود المفحوص، واتخذت هذه التكاليف عدة أشكال منها الواجبات والتمارين المنزلية أو الأنشطة الخارجية خلال أداء المهمة في العمل أو مع الأصدقاء في عطل نهاية الأسبوع، وعلى رأس هذه

التكاليف فنية التفريغ والاسترخاء والابتعاد عن أماكن المصادر الضاغطة، وتقوية الجانب الانفعالي بالتعرض للمواقف التي تعتبر بالنسبة للمفحوص مواقف الصراع.

قد تزيد هذه التكاليف في صلابة وتقوية البرنامج العلاجي إذ أخذت أبعادا وأشكالا لا متناهية ووضعت لهذه الواجبات محددات منها مايلي:

- تتصل هذه التكاليف والواجبات بمشكل المفحوص
- تركزت حول هدف العلاج، بسيطة، غير مكلفة وغير مرهقة
- تم التوضيح للعميل الأساس المنطقي لكل واجب وتوضيح الهدف
- توضيح إجرائية التمرين مع التأكد الجيد من تقبل العميل لها وتفهمه للواجب
- يراجع المعالج رفقة العميل الواجب في بداية كل جلسة ويحدد زمان معين خلال كل لقاء لتقريرها والبحث في الأسباب الخاصة لعدم إتمام الواجب وهذا من خلال أحد الأسباب التالية:

- عدم فهم العميل كيفية الإجرائية
- عدم تناسب الواجب مع قدرات أو ثقافة العميل
- اعتقاد المفحوص بأن هذه الواجبات اختبار لقدراته الشخصية
- انحراف الواجب عن أهدافه التي وضع من أجلها

3- فنية الأسئلة السقراطية

استخدم الباحث هذه الفنية لبعدين هامين جدا في علاج الحالة، أولهما هو كون الحالة قيد العلاج تستجيب بشكل جيد للبرنامج وذات استعداد تام للانخراط في العلاج مع تفاهمها التام مع المعالج وأما الثاني فهو أن هذه الفنية تتيح لنا فحص الفروض التي وضعت مسبقا عوض التصدي المباشر للأفكار السلبية والاعتقادات الخاطئة للعميل، وتلازم هذه الأسئلة في استخدامها كل الجلسات تقريبا، كما يضيف المعالج في بعض الأحيان أسئلة مباشرة الغرض منها الكشف والبحث في

الشدّة والمدّة المترتبة عن الاضطراب، كما ركز الباحث على أسلوبين ارتكز فيهما على أعمال آرون بيك (A. Beck) فأما الأسلوب الأول وهو تقديم وجهة نظر بديلة ومباشرة بالإشارة إلى الخطأ في التفكير أو الاعتقاد أو عدم التناسق، ويشترك العميل في هذا الطرح بـ "هل توافقي الرأي؟" أو "أليس كذلك؟" أو "ربما لو أننا قمنا بهذا عمل ما رأيك؟"

أما الأسلوب الثاني في هذا الإطار وهو يتضمن توجيه المفحوص نحو بعض الجوانب من المشكل ووضعها خارج نطاق الفحص والتدقيق وهذا النوع يمس بالخصوص الاضطرابات الخفيفة للكشف عن الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والمشوهة، تكون بالدرجة الأولى خفية، كما يوجه العميل إلى اتخاذ القرارات والحلول مع وضع بعض الخيارات اللازمة والتي لم يأخذها بالحسبان سابقاً، ويتيح هذا الأسلوب للعميل فرص التدريب على حسن التفكير واختيار الاستراتيجيات المعرفية السليمة والخبرات الملائمة عوض الاندفاع في الحكم مع أن هذا يعتبر تقويماً للاعتقادات والأفكار والانفعالات والسلوكيات الصادرة عن المفحوص.

4- إجراءات الاسترخاء

يرى مارسال روي (2010) Marcel Rouet بان فنية الاسترخاء تستخدم بشكل كبير في الحالات ذات الأفكار المثبتة والسلبية والتي تراود أصحابها بشكل دائم، كما أن الفنية تتيح للعميل التحكم الجيد في أعضائه الحيوية وعلى رأسها التنفس. ويسعى الباحث من وراء هذه الفنية تدريب الحالة على التحكم الجيد في درجات القلق والإجهاد وكذا الإعياء النفسي ومحاولات تجاوز الضغوط المهنية لأنها حجر الزاوية في اضطراب متلازمة الإنهاك المهني (الاحتراق النفسي)، والهدف من هذه التقنية العلاجية تخفيف مستويات التوتر العضلي ومساعدة العميل على الاسترخاء النفسي والبدني والتحكم الجيد في الأجهزة الحيوية إذ توجد علاقة وطيدة بين الجهاز العضلي والجهاز النفسي، وإذا كنت تشعر بالتوتر والعصبية فهناك مجموعة من العضلات تكون أكثر شداً، فإذا ما تمكن الفرد من

إدراك مستوى الشد العضلي وعمل على عملية الانبساط والاسترخاء فإنه يتمكن بالفعل من خفض درجة التوتر النفسي والشعور بالهدوء.

وتعتبر فنية الاسترخاء جزء من عملية التريث في التفكير والتروي، والتحكم في المشاعر والانفعالات والاستماع الجيد للآخرين وبالتالي ما يصبو إليه من توافق نفسي مع مختلف المواقف الضاغطة، وصدق رسول الله صلى الله عليه وسلم حين قال " إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضجع " (رواه أبو داود).

5- التدعيم الاجتماعي الايجابي

إن الثقة المتبادلة التي نشأت بين المعالج والحالة أفاضت تركيزا على التفهم للعلاج وتأدية الواجبات المنزلية بدقة، كما أن هذه الثقة المتبادلة والعقد الأولي نتج عنه تقبل الحالة لمختلف طرق الدعم الإيجابي كمعزز للسلوك الصحيح والمآل السليم للعميل، واستخدم المعالج عملية التعريض لبعض النماذج التي تتكلم عنهم الحالة بأنهم يقدمون لها الدعم ويقفون إلى جنبها، مما كان الباحث يركز على المدركات الايجابية للعميل، وصور الدعم الاجتماعي كثيرة جدا، من بين ما استخدم كتدعيم من طرف الباحث كاستراتيجيات معرفية لتقوية الجانب الاجتماعي وإتاحة فرص الاندماج للحالة، حسب الجدول رقم " 26 " .

جدول رقم " 26 " يوضح أمثلة التدعيم الاجتماعي مع الحالة (ك)

الرقم	المعتقد أو الفكرة الخاطئة	التعميم	التدعيم الاجتماعي
01	أنا غير قادرة على المواصلة	أنا فاشلة في كل شيء	- لكنك حققت ما لم يحققه أحد فأنت قمت بمساعدة العديديات من المرضى فهذا يدل على عطائك ووقوفك الى جنب المرضى فهذا دليل على عدم الفشل
02	معاملتي مع المرضى باردة لأنني أحس بمللهم مني	ينبذني الجميع	- هل كل المرضى؟ - لا بعضهم فقط - إذن يوجد من لا يكرهك - أكيد ولكن..

5. تقييم العلاج:

يؤكد فرض العلاج بأن الحالة (ك) تعاني من تناذر الانهاك المهني، كمؤشر يندرج تحت نتائج التشخيص والجدول العيادي الذي تصدره مجموعة كبيرة من الأعراض خاصة بالتناذر، وما أثبتته مجموعة من العلماء وعلى رأسهم كريستينا ماسلاش وفريدينبرجر وغيرهم، كما أن نتائج القياس على مقياس الاحتراق النفسي المقنن في البيئة الجزائرية أعطى قيما تشير إلى المستوى العالي من الإحترق النفسي، ومنه فإنه من المفترض أن يشرع الباحث في التكفل العلاجي من المنظور المعرفي السلوكي للحالة، من الجانب الاهتمام بالهنا والآن، باستخدام الاستراتيجيات المعرفية العلاجية من المنظور المعرفي السلوكي على الخلفية النظرية للدكتور آرون بيك في التكفل بحالات الاكتئاب والقلق المعمم والضغوط، ومما كان لزاما على الباحث أن يعتبر هذا النوع كمقاربة اكلينيكية لدراسة الحالة، ومما لا شك فيه فإن هذا الاضطراب كتناذر يؤثر على التوافق الاجتماعي والمهني للحالة، مما يسبب لها صعوبات تكيفية وأخرى علائقية بينها وبين فريق العمل والطاقم المسير للمؤسسة، ومن خلال

النمقابات الأخيرة تبين للباحث بأن الحالة قد اختفت عليها أعراض التناذر بشكل جلي، وأن التطبيق البعدي لمقياس (MBI) أظهر تراجعاً كبيراً وانخفاضاً ملموساً في درجات المقياس.

1.5. أثر الاستراتيجيات على الأعراض

ومن أجل التعرف عن قرب عن مدى تأثير هذه الاستراتيجيات المعرفية في التخفيف من متلازمة الإنهاك المهني عند الحالة، والتعرف على شدة أثر هذه الاستراتيجيات قام بتطبيق اختبار (MBI) في صورة بعدية وأسفرت النتائج عن مايلي:

جدول رقم "27" يوضح نتائج مقياس (MBI) قبل الجلسات العلاجية وبعدها في الأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي عند الحالة.

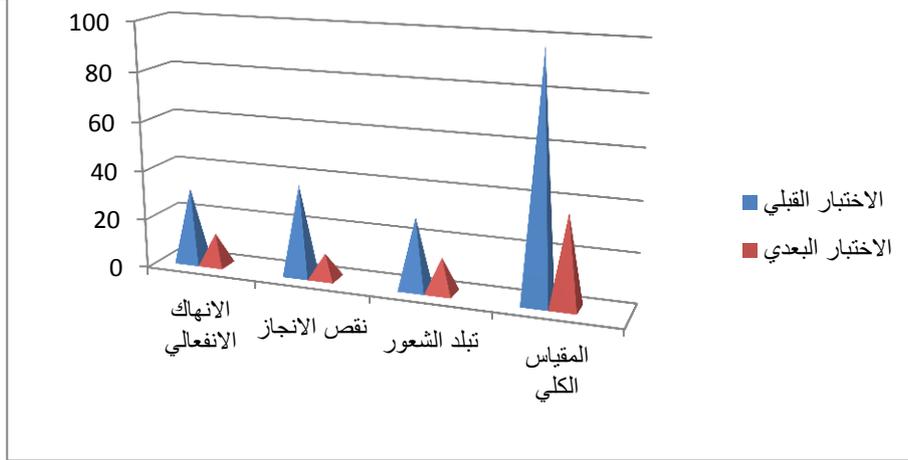
المستوى البعدي	الدرجة البعدية	المستوى القبلي	الدرجة القبليّة	البعاد على المقياس
منخفض	13	عالي	31	Epuisement Emotionnel الانهاك الانفعالي
منخفض	10	عالي	37	Accomplissement Personnel نقص الانجاز الشخصي
منخفض	14	متوسط	29	Dépersonnalisation تبدل الشعور
منخفض	37	عالي	97	المقياس الكلي MBI

2.5 قياس شدة أثر الاستراتيجيات المعرفية العلاجية

ولقياس شدة أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، قام الطالب بتقييم البرنامج من خلال المعادلة التالية: (عنبر: 1990، 290)

$$\text{فاعلية البرنامج العلاجي} = 100 - \frac{\text{درجة التطبيق البعدي} / \text{درجة التطبيق القبلي} \times 100}{100}$$

فكانت النتيجة بنسبة 61.8% وهذه النسبة تدل على أن البرنامج قد أثر في خفض حدة الأعراض المرتبطة بتناذر الإنهاك المهني عند الحالة (ك) إذ يفسر من خلاله قوة أثر الاستراتيجيات المعرفية المستعملة في هذا التكفل من المنظور المعرفي.



شكل رقم "15" الأعمدة البيانية لنتائج مقياس (MBI) فيما يخص نسبة درجات الاختبار القبلي مقارنة بالاختبار البعدي

من خلال الجدول رقم "27" والأعمدة البيانية في الشكل رقم "15" نلاحظ بأن الحالة قد انخفض لديها معدل الاحتراق النفسي في كل من الأبعاد الثلاثة من حيث الإنهاك الانفعالي الذي تم السيطرة عليه والتخفيف من حدته بواسطة طريقة الاسترخاء والتدرب على التكيف مع الوضعيات من خلال التمارين والأنشطة المنزلية، والتي ترسم ملامحه في العلاج خلال الجلسات الأخيرة وأثناء الملاحظات المباشرة وغير المباشرة لانفعالات الحالة (ك) والتي كانت تدل على التحسن من حيث النشاط النفسي وعودة تدريجية للطاقة النفسية، وأن الاستفسار عن حالتها من حيث الاتصال بزوجها عن بعض تصرفاتها ونشاطها بالمنزل أكد للمعالج بأنها تعود تدريجياً إلى ما كانت عليه سابقاً، ويؤكد هذا تحصلها على درجة منخفضة على المقياس ومستوى منخفض من الإنهاك الانفعالي.

كما أن الحالة سجلت قياساً جيداً إيجابياً على مستوى البعد الخاص بالإنجاز الشخصي من حيث تراتبية الاتصال بالزوج والمقابلات والملاحظات التي سجلها المعالج ومن حيث تقييم الجلسات العلاجية كما أن تقييم الحالة خلال ملاحظة أنشطتها المهنية قد تحسنت بشكل كبير مما نتج عنه تجاوب الحالة مع مختلف التمارين والأنشطة التي قدمت لها خلال ممارسة مهامها كمرضة بمصلحة الولادة، وأن الحالة قد اكتسبت نموذجاً للتعامل مع مختلف المواقف الضاغطة ولدحض الأفكار

السلبية والمعتقدات الخاطئة، ويثبت ذلك تحصلها على درجة مقبولة على مقياس MBI بعد نهاية الجلسات بخصوص البعد الخاص بالإنجاز الشخصي.

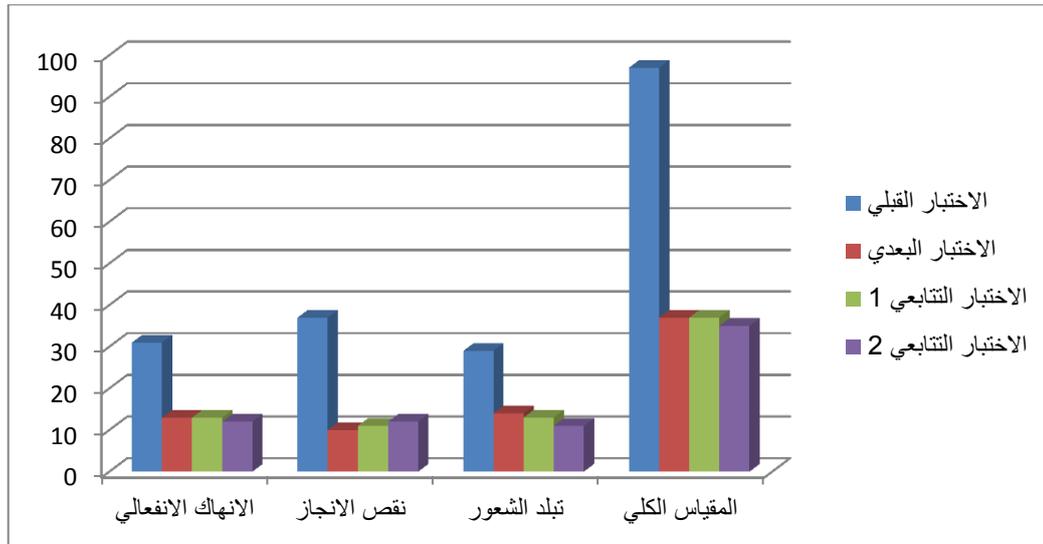
فأما البعد الثالث والأخير فقد أثبتت الحالة على مستوى تبدل الشعور تسجيل نوعا من عودة الثقة وتقدير الذات من حيث ملاحظتها خلال الجلسات الأخيرة وعزمها للعودة بشكل قوي إلى سابق حالتها والابتعاد كليا عن الأفكار السلبية وتعميم الحكم على فريق العمل، حيث تعدت الحالة على مواجهة المواقف التي تسبب لها انخفاض الطاقة النفسية وهبوط تقدير الذات، وعليه قد سجلت على المقياس درجة جد مقبولة على مستوى بعد تبدل الشعور.

6. إنهاء العلاج والعقد التابعي بين المعالج والحالة "ك":

عبرت الحالة على تأثرها بشدة البرنامج واستجابتها الايجابية لفنيات البرنامج العلاجي، وبتشاور بينها وبين المعالج قمنا بإنهاء العلاج، كما أنه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نتغاضى على الجانب التابعي من البرنامج حتى ولو سجلنا استقرارا معرفيا سلوكيا، لهذا قمنا باقتراح على الحالة جلسة كل ثلاث أشهر لتقييم العلاج ومتابعة المآل وترك رابط عن طريق الهاتف الخاص أو الاتصال المباشر في حالة أي مشكل قد يعارض العميلة، ومن خلال تتبع أثر العلاج في المقابلة الخاصة بالتتابع، قام الباحث بفحص الفرض والتحقق من اختفاء الأعراض عن طريق الأسئلة السقراطية وفتح باب النقاش مع الحالة، حيث تأكدت عدم المعاودة، ولكي يتأكد الباحث من هذا قام بتطبيق المقياس لتفحص النتائج وكانت الاستجابات بنتائج مبينة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم " 28" يوضح درجات الحالة في المقياس خلال البرنامج التتبعي

المستوى التتبعي بعد 06 أشهر	الدرجة التتبعية بعد 06 أشهر	المستوى التتبعي بعد 03 أشهر	الدرجة التتبعية بعد 03 أشهر	الدرجة البعديّة	المستوى القبلي	الدرجة القبليّة	البعد على المقياس
منخفض	12	منخفض	13	13	عالي	31	الانهك الانفعالي Epuisement Emotionnel
منخفض	12	منخفض	11	10	عالي	37	نقص الانجاز الشخصي Accomplissement Personnel
منخفض	11	منخفض	13	14	متوسط	29	تبلد الشعور Dépersonnalisation
منخفض	35	منخفض	37	37	عالي	97	المقياس الكلي MBI



الشكل رقم " 16" الأعمدة البيانية الممثلة لنتائج البرنامج التتبعي مقارنة بالمقياس القبلي والبعدي على

مقياس (MBI)

7 . الاستنتاج:

التمسنا من خلال البرنامج المقترح في فرض العلاج ذو المنظور والاتجاه المعرفي السلوكي على الخلفية النظرية للدكتور آرون بيك في علاج حالات الاكتئاب والقلق والحصر، تحسن واستجابة الحالة للعلاج سواء عن طريق الملاحظة والمقابلات في الجلسات الأخيرة أو عن طريق التأكد بواسطة مقياس الاحتراق النفسي الذي وضعته ملال خديجة تقينا لاختبار ماسلاش في البيئة الجزائرية وفي الأوساط الطبية، وسجلنا مجهودا وارتفاعا كبيرا في مستوى الطاقة النفسية للحالة والتي حاولت جاهدة تبني الأفكار الأكثر عقلانية وتدارك لاستراتيجيات المواجهة عن طريق تدرجها بنجاح على فنيات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والتقدير الذاتي والتعزيز الايجابي، وهذا ما يؤكد لزاروس (2002) بأن التعزيز مسألة اجتماعية يوجد بشكل تشجيع أو تقدير أو مديح، وما يؤكد جوديث بيك (2008) بأن الأفكار العقلانية والمعتقدات السليمة التي يلقنها المعالج للتعامل تقوم مقام الأفكار السلبية والخاطئة التي تشغل حيز الاضطراب.

وفي دراسة أجراها هشام عبد الله الخولي (2007) تؤكد أن لعملية إعادة البناء المعرفي وفنية الاسترخاء دورا كبيرا في السيطرة على الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، متحركة في حدة التوتر والإدراك السليم لمشاعر الحالة، مما يجنب الفرد الوقوع في مواجهة الآخرين أو التصادم معهم، ويتيح العلاج المعرفي إعادة بناء العلاقات والتفكير فيها بشكل سليم وممنهج.

وعليه فإننا نسجل تأكيد فرض البحث من خلال النتائج الايجابية للبرنامج ضمن فنياته واستراتيجياته العلاجية التي أعطت للحالة فرصة لإعادة بنائه المعرفي ومراجعة سلوكياتها واتجاهاتها تجاه المهنة والأصدقاء والمرضى.

الفصل السادس

مناقشة الفرضيات على ضوء نتائج الحالات

تمهيد

1. المناقشة الجزئية لنتائج الدراسة

1.1 مناقشة الفرضية الأولى على ضوء نتائج دراسة الحالات

2.1 مناقشة الفرضية الثانية على ضوء نتائج دراسة الحالات

3.1 مناقشة الفرضية الثالثة على ضوء نتائج دراسة الحالات

4.1 مناقشة الفرضية الرابعة على ضوء نتائج دراسة الحالات

2. المناقشة العامة

تمهيد

تعتمد الدراسة على المنهج الاكلينيكي في دراسة اشكالياتها ومناقشة الفرضيات على ضوء النتائج التي توصل إليها الطالب في دراسة الحالتين (س) و(ك)، ومما أثبتته النتائج التي توصل إليها الطالب، قدرة البرنامج العلاجي على التخفيف من حدة الأعراض الخاصة بتناذر الانهك المهني، وهذا باستخدام الاستراتيجيات المعرفية العلاجية خلال البرنامج، حيث سنتناول مناقشة هذه النتائج بشكل جزئي فيما يخص الفرضيات كلا على حدا ثم بشكل عام فيما يخص مجمل الدراسة .

1. المناقشة الجزئية لنتائج الدراسة.

انطلاقاً من اشكالية الدراسة ومن التساؤلات المطروحة لغرض تحليل الإشكالية والإجابة عليها، وضع الباحث مجموعة من الفرضيات على شكل اجابات مؤقتة، تعتبر موضع الدراسة الميدانية في منهجها الاكلينيكي لدراسة الحالة، وتوصل الباحث في نهاية الدراسة إلى مجموعة من النتائج الخاصة بكل حالة من الحالات تستدعي هذه النتائج التفسير ومناقشتها على ضوء السياق السابق الذكر، وتتمحور النتائج السابقة على أساليب واستراتيجيات علاجية ذات اتجاه معرفي، مستنبطة من أعمال وطرق "آرون بيك" في علاج حالات الاكتئاب والقلق والإجهاد، لكون الانهك المهني يتشابه لدرجة كبيرة ويلتقي مع هذه الاضطرابات في الأعراض المصاحبة.

فإلى أي مدى تؤيد هذه النتائج الآنفه الفروض التي وضعها الباحث من حيث البرنامج العلاجي؟ وكيف تتفق هذه النتائج كذلك مع الإطار النظري والتراث العلاجي الشامل؟

ولهذا قام الباحث بمناقشة كل فرضية من فرضيات الدراسة آخذا بعين الاعتبار الاستنتاجات الخاصة بكل حالة بالنسبة لفرض العلاج المقترح، ثم بعد ذلك مناقشة عامة لنتائج الدراسة على ضوء ما سبق ذكره.

1.1 مناقشة الفرضية الأولى على ضوء نتائج دراسة الحالات

تنص الفرضية الأولى على أن للعلاج المعرفي فاعلية في اختفاء الأعراض الإكلينيكية الظاهرة على حالات تناذر الإنهاك المهني بنسبة جد معتبرة.

سجل الباحث خلال الدراسة نتائج متقدمة ولا بأس بها فيما يخص فعالية العلاج، وهذا ما أشار إليه خلال تقييم العلاج من حيث الأثر الظاهر على الحالات، حيث سجل كذلك مقياس الاحتراق النفسي في تطبيقه البعدي نتائج توحى إلى تلاشي الأعراض بشكل كبير وانتقل المستوى المسجل في تطبيقه القبلي من المستوى العالي إلى المستوى المنخفض، وسجل الباحث بالإضافة إلى هذا تراجعاً كبيراً في قوة الأفكار السالبة والمعتقدات الخاطئة غير السليمة، مما يوحي بشكل كبير إلى تراجع واختفاء متباين لمختلف الأعراض الخاصة بالتناذر.

وحسب المقابلات الخاصة بالحالة وتقييم العلاج والنتائج التي توصل إليها الباحث فإن الحالة "س" قد أبدت نوعاً من التحسن الملموس والاختفاء المباشر للأعراض بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي للتأكد من صحتها، وكانت النسبة التي أشارت إليها الجلسات العلاجية في الأخير إلى تطور ملحوظ وهام على مستوى تقبل العلاج والانخراط القوي فيه، وربما كان هذا راجعاً إلى قابلية الحالة واستثمارها للطاقة النفسية والتي جعلتها تتحسن من خلال حسن اكتسابها وإدراكها لمجريات البناء المعرفي وإعادة البناء وتعديل الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، وتتفق هذه النتائج من حيث فاعليتها مع نتائج الدراسة التطبيقية التي باشرها زيدان (1998) على عينة من المعلمين والتي تشير إلى فاعلية الإرشاد العقلائي الانفعالي وهي تقنية ذات توجه معرفي، في خفض درجة الاحتراق النفسي مع تلاشي الأعراض واستخدام من خلاله الإرشاد الموجه وغير الموجه في شكل مقارنة بين التقنيتين، حيث تتفق النتائج التي توصلت إليها الدراسة مع نتائج هذه الدراسة من حيث فعالية العلاج وهذا لكون تقنية الإرشاد تتمركز حول العميل، كخاصية من خصائص العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي.

وأما بالنسبة للحالة "ك" فإن العلاج المعرفي بأبعاده وفتياته واستراتيجياته العلاجية ذات الاتجاه المعرفي، فقد استجابت للعلاج كمثيلتها الحالة "س" وهذا ماثبت في نفس الوقت ذاته قوة وفعالية العلاج المعرفي في اختفاء الأعراض الإكلينيكية من أعراض بدنية وانفعالية وسلوكية، بحيث تستجيب الحالتين لنفس الاستراتيجيات المقترحة خلال العلاج وتعطي تماسكا قويا وذو أثر إيجابي في تحسنها.

2.1. مناقشة الفرضية الثانية على ضوء نتائج دراسة الحالات

كان نص الفرضية الثانية كالتالي: للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل العلاجي ذو الاتجاه المعرفي شدة أثر لا بأس بها على مآل الحالات نحو الشفاء أو نحو اختفاء الأعراض.

تعد الاستراتيجيات المعرفية المقترحة في العلاج من إعادة البناء المعرفي للأفكار والمعتقدات والأسئلة السقراطية المثيرة للتصورات وكذا الدعم الاجتماعي المتمركز حول إعادة الفرد إلى التمسك بالصور والمواقف الايجابية والأكثر تأثيرا في حياته، ودعم البرنامج بالاسترخاء كاستراتيجية متيحة لنسق التفكير الايجابي، والتي تساهم في تحلي الحالة بنوع من التركيز، في استبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية والتمعن في فاعليتها وعقلانيتها، تؤكد لنا النتائج خلال تقييم درجة وقوة الأفكار بعد العملية العلاجية، أن هذه الأفكار قد تلاشت بنسبة كبيرة وأنه عند قياس شدة وقوة أثر البرنامج العلاجي في استراتيجياته المكتسبة لمواجهة الضغوط وإعادة التفكير السليم ظهرت شدة تفوق نسبة الستين بالمائة في كلتا الحالتين، بالنسبة للحالة الأولى والحالة الثانية، وهذا ما يوحي لنا بقوة الأثر والشدة كإطار تكفل معرفي سلوكي بالحالات، وفي بعض الدراسات والتطبيقات كالتي قادها لازاروس على الضغوط ودراسة أثر الاستراتيجيات، تؤكد لنا في توافق كبير أن لهذه الاستراتيجيات شدة معتبرة وأثر إيجابي في فاعلية البرنامج العلاجي في اختفاء الأعراض المسجلة في الاضطراب.

وللاستراتيجيات المعرفية العلاجية أثر كبير في التخفيف من أعراض تناذر الإنهاك المهني كما يكون الأثر واضحا على الاضطرابات المتعلقة بالضغوط وهذا ما وافقته دراسة داود 2002 والتي وتتفق مع نتائج دراستنا هذه من حيث الفاعلية التي يتميز بها البرنامج الإرشادي والذي يعتمد في

فنياته وأساليبه على طريقة ماكينباوم، بمساعدة المرضات على مواجهة مشكلاتهن المهنية، حيث ضببت الاستجابات (المعرفية والسلوكية والانفعالية والسيولوجية) تجاه المواقف الضاغطة باستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي من تدعيم اجتماعي واستراتيجية البناء المعرفي والاسترخاء، وتوافق كذلك هذه الدراسة نتائج ما توصل إليه جيمس ويست Games & West سنة 1984 في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك دراسة مور Moore سنة 1999 ، ومنه فإن الباحث من خلال هذا التجريب على الحالات تبين أن الاستراتيجيات المستخدمة كفنية معرفية حققت الأثر المطلوب على العينة، من حيث التخفيف من أعراض التناذر.

3.1. مناقشة الفرضية الثالثة على ضوء نتائج دراسة الحالات

تنص الفرضية الثالثة على أنه يمكن للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل المعرفي أن تكون ذات فعالية واتجاه وقائي من الانتكاسة عند الحالات.

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي حسب (judith beck, 2011) ذو دورين أساسيين من الناحية العلاجية المباشرة خلال الاضطراب ومن الناحية الوقائية لما بعد مرحلة العلاج، لمنع الانتكاسة، ويفسر علماء العلاج النفسي في مختلف التوجهات أن العلاجات النفسية تقوي الجهاز النفسي ليصبح العميل قادراً مستقبلاً على التكفل الذاتي بمشاكله والتكيف مع مختلف الوضعيات والمواقف السالبة.

فلو حظ من خلال البرنامج التتابعي والذي خصص بعد فترة ثلاث أشهر ثم الثانية بع ستة أشهر من إنهاء العلاج من أجل إعطاء الحالات فرصة لاختبار المدخلات المعرفية، السلوكية والمهارية المكتسبة خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتعتبر هذه الفترة كافية مقارنة بأعراض الاضطراب التي اتخذت خلال نهاية العلاج منحى تنازلي قد أشير إليه في القياس البعدي لحجم وشدة هذه الأعراض المشكلة للتناذر، وعليه فإن الحاليتين قد اكتسبتا من خلال الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة، وعلى رأسها إعادة البناء المعرفي، الذي تم من خلاله تغيير الأفكار السالبة والمعتقدات الخاطئة بأخرى

سليمة وذات اتجاه إيجابي، وطرق التحكم الذاتي في الانفعالات بالتدرب والتمرن على فنيات الاسترخاء كاستراتيجيات علاجية مساعدة، تعلمت جديدة ومخططات معرفية مناسبة لمختلف المواقف الضاغطة ومواجهة لمختلف التظاهرات السالبة على الحالتين.

ويستدعي العلاج المعرفي السلوكي حسب (بيك، 1994) تأكيد حالة الانهاء والدخول في برنامج تنبؤي لمحاولة مرافقة العميل عن بعد من خلال التأكد من الإختفاء الكلي للأعراض أو الإختفاء الجزئي، في حين أن المعالج يتخذ موقفاً تنبؤياً إلى غاية النتائج المرجوة، وفي (برحيل، 2008) يرى shea وآخرون (1992) بأن الانتكاسة تظهر في ستة أشهر بعد شفاء قد يدوم حوالي شهرين بمعاودة للمرض فيما يخص حالات الاكتئاب بعد أكثر من تسعة أشهر، وما يلاحظ من خلال البرنامج العلاج وأثناء تقييم الجلسات العلاجية وخصوصاً الأخيرة منها، خلال المقابلة فإن الملمح العام للحالة يذهب نحو الاستقرار، وأن البرنامج خلال مرحلة المتابعة قد أبدى نوعاً من الوقاية من الانتكاسة لما تميزت به الاستراتيجيات المعرفية كمخطط جديد لمدخلات صحيحة أعادت ترتيب التفكير لدى الحالتين.

4.1. مناقشة الفرضية الرابعة على ضوء نتائج دراسة الحالات

تركز الفرضية الرابعة في نصها على أن الاستراتيجيات المعرفية المستعملة خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي عند الحالات، تشكل مدخلات تحصينية ضد تناذر الإنهاك المهني إذا ما وجدت العناية الكافية والمتابعة العلاجية للحالات.

يستدعي من المعالج النفسي وعلى الخصوص المعالج المعرفي متابعة العملاء والتعرف على درجة الاكتساب المعرفي والتدرب على مواجهة الضغوط بالشكل السليم، كما يتطلب منه التعرف على حالات الانتكاسة الممكنة خلال البرنامج التنبؤي الذي قد يصل إلى سنة كاملة وهذا ما ذهب إليه الباحث خلال المتابعة وما أسفرت عنه النتائج التي أظهرت تحسناً للحالتين بعد البرنامج التنبؤي في خلال الستة أشهر المرجحة، ويوصي (بيك، 1994) بضرورة المتابعة والتأكد من القدرة التحصينية

المباشرة للاستراتيجيات المكتسبة خلال ستة أشهر على الأقل في مختلف الاضطرابات وعلى رأسها الأعراض الاكتئابية.

وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة خلال الستة أشهر الموالية حيث أن مقاومة الضغوط المختلفة خلال العمل راجع إلى المكتسبات المختلفة عن طريق الاستراتيجيات المعرفية التي تلقاها العملاء خلال الجلسات العلاجية، ومما لا شك فيه فإن للعلاج المعرفي السلوكي أثرا على الأعراض المختلفة للتناذر، وتوافق نتائج هذه الدراسة ما توصل إليه، وما التمس به الباحث من خلال هذه الدراسة وخصوصا على المستوى التراثي العلاجي من المنظور المعرفي السلوكي هو الاهتمام الناقص ان لم نقل المنعدم، بالمقاربة العلاجية للأنهك المهني كتناذر قائم بذاته، إلا محاولات ارشادية قليلة جدا حسب علم الباحث.

ويستدعي من المعالج خلال العقد العلاجي أن يكون حريصا على العميل في متابعة العلاج إلى ما بعد الإنهاء، لأن هذا يشكل بالنسبة له عملا وقائيا، كما أن العميل خلال فترة المتابعة يترتب عليه الاتصال المستمر بالمعالج، وهذا ما حدث خلال هذه الدراسة من حيث توطيد العلاقة العلاجية، وتعتبر الاستراتيجيات العلاجية المعرفية مدخلات تحصينية أكسبت العملاء طرقا جديدة في التغلب على مشاكلهم المهنية والخاصة من حيث نظرهم إلى المكون الخاص بالمشكل، وهذا ما قد توصلت إليه الدراسة من خلال نتائج البرنامج التتبعي.

2. المناقشة العامة

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى فعالية البرنامج العلاجي من المنظور المعرفي على الخلفية النظرية "لآرون بيك" في التكفل بحالات الضغط وحالات الاكتئاب، واستخدم الباحث من خلال هذا البرنامج مجموعة من الاستراتيجيات ذات التوجه المعرفي وعلى رأسها إستراتيجية البناء وإعادة البناء المعرفي، وإستراتيجية الدعم الاجتماعي والتحكم في الذات وإستراتيجية الاسترخاء وتركيز الانتباه في

الحلول، وأعطت هذه الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الباحث نتائج لا بأس بها على الحالات، ومما لا شك فيه أن العلاج المعرفي لتناذر الإنهاك المهني من المقاربات العلاجية الأكثر تداولاً بين الأخصائيين، وللإشارة فإن الباحث أراد توسيع دائرة التكفل العلاجي على حالتين أخرويتين لكن إحداهما لم تنخرط في العلاج نظراً لكونها تحججت بعدم التماشي والرزنامة المسطرة وتكتفي بتناول الأدوية والخلود إلى الراحة عن طريق العطلة المرضية طويلة الأمد، وأما الحالة الثانية التي رفضت العلاج كذلك كانت لها نفس الحجة وهي الخوف من عدم التوفيق بين أعباء المنزل وحضور الجلسات وأن تفضل الانتداب والابتعاد كلية على هذه المصلحة، لكن السبب الرئيسي حسب علم الباحث في مجتمع الدراسة هو أن هذه المقاربة تبقى غير معروفة عند الأغلبية من الناس، وأن العوامل الرئيسية في اختيار الفرد لنوع من التكفل العلاجي يرجع إلى مدى ثقته في الفنية ناهيك عن البحث عن النتائج المباشرة والسريعة، وهذا ما يراد من خلاله أن يبين الباحث في هذه الدراسة أن الفاعلية للعلاج المعرفي كمقاربة علاجية لها درجة كبيرة من القوة والشدة والأثر على أعراض هذا التناذر، ويمكن تعميم الفنيات على كل الحالات مع مراعات قوة العرض وشدته وملازمته للعميل، وبأي حال من الأحوال فإن نتائج هذه الدراسة تبقى قيد التجريب المستمر والمقارنة عبر تطبيقات أخرى علاجية مباشرة، وهذا ما تشير إليه نتائج دراسة **جونسون* Johansson** سنة 1991 على فاعلية برنامج في إدارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض، وكانت هذه الدراسة كمحاولة لتطوير برنامجاً لإدارة الضغوط النفسية ودراسة أثره في خفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض حيث أكدت الدراسة فعالية البرنامج المستخدم في خفض درجة القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك من خلال التدريبات على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، كاستراتيجيات معرفية لمواجهة الضغوط، ويعتبر استخدام هذا النوع من الاستراتيجيات في الدراسات التجريبية والإكلينيكية لخفض الضغوط ممراً لتأسيس مقاربة للتكفل المعرفي بأعراض تناذر الإنهاك المهني الذي يشترك في الأعراض الإكلينيكية مع الاكتئاب والضغط النفسية، وفي توافق مع نتائج دراسة أجراها **ميرثي Merti** سنة 1996 تحت عنوان أهمية تطبيق التدريبات المنزلية لخفض الضغط لدى مجموعة

الممرضات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج السلوكي، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على التأثير الخاص بتطبيق الممارسة المنزلية للاسترخاء و إدارة الضغوط بالعلاج السلوكي، مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي، ونتج عن هذه الدراسة نتائج تطبيقية لأبس بها في فعالية الاستراتيجيات المستخدمة كاستراتيجيات معرفية للتخفيف من الضغوط، ويتضح كذلك من خلال الدراسة الحالية أن الاستراتيجيات المستعملة قد أثبتت فعالية علاجية من خلال التكفل المعرفي كمدخلات تحصينية للعملاء من حيث تدريبهم على حسن التعامل مع مختلف المواقف وأن الأفكار التي تلازمهم ما هي إلا أفكار أوتوماتيكية سالبة المعنى، وهي لب المشكل في التوافق مع مختلف المواقف، كما توافق دراستنا هذه دراسة لشوميت (shumate) سنة 1999 حول العلاقة بين الاحتراق النفسي والضغط النفسي، واستراتيجيات معالجتها لدى مديري المدارس الثانوية في ولاية واشنطن والتي كشفت نتائجها عن أن المديرين من عينة الدراسة يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة، على بعدي الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر، وبدرجة منخفضة على بعد نقص الشعور بالإنجاز، وان أفضل طريقة لديهم التعامل مع الضغط النفسي لتجنب الإصابة بالاحتراق النفسي هي الانشغال بالعمل، وتعتبر فنية الانشغال بالعمل من الفنيات الأكثر استخداما في العلاج المعرفي السلوكي أو ما يسمى بالانخراط المنتظم في الأشغال وهذا لعدم ترك حيز فراغي ذهني للانشغال بالأفكار الآلية السالبة والتي توحى إلى الفرد مجموعة من الانفعالات والسلوكيات الخاطئة والأحكام المسبقة.

وعليه فإن هذه الدراسة بنتائجها على حالات البحث تبقى مجرد دراسة لا تنفرد بالتكفل المعرفي لوحده ولكن يمكن إشراك المقاربات العلاجية الأخرى كالدينامية النفسية والمقاربة الطبية الصيدلانية وغيرها من المقاربات التي أثبتت نجاعتها في ميدان التكفل بحالات الضغوط المهنية، ومما يترتب كذلك عن هذه الدراسة من حيث استخدام نتائجها، فإن الدراسات الإكلينيكية هي مجالات تطبيقية تختص بحالات منفردة لا يمكن تعميم نتائجها بأي حال من الأحوال.

الخاتمة:

يظهر من خلال العمل الذي قام به الباحث والمتمثل في دراسة ميدانية لعينة من الحالات التي تعاني من تناذر الإنهاك المهني، أن العلاج المعرفي في اجرائياته والمتمثلة في الفنيات والاستراتيجيات المعرفية المستعملة خلال الجلسات مع مختلف الحالات ، توحى لنا بفاعلية هذه الاستراتيجيات العلاجية في التخفيف من الأعراض الخاصة بالتناذر عند الحالات قيد الدراسة، وقد استند الباحث في تطبيقات هذه الدراسة إلى طريقة وفنيات "آرون بيك" في علاج حالات الاكتئاب والقلق والتكفل المعرفي بالضغط، ومن وجهة نظر الباحث خلال الدراسة فإن هذه الاستراتيجيات العلاجية يمكن أن تساهم إلى حد كبير في التخفيف من حدة الاضطراب.

ومن حيث بدأ الباحث عمله الميدان انطلق من فكرة أن حالات مستخدمي قاعات التوليد كمصلحة ذات خطر عالي قد يستفيدون من برنامج التكفل المعرفي السلوكي بتعديل أفكارهم الخاطئة ومعتقداتهم المنحرفة عن الواقع كما يساهم في التخفيف وتعديل بعض الانفعالات الناجمة عن الأفكار السالبة وتقوم السلوكات الخاطئة حسب المواقف المهنية التي تؤثر في حياة العملاء، وكل الهدف من هذا هو تقديم يد المساعدة للعملاء وتكييف البرامج العلاجية المعرفية والمعرفية السلوكية للتكفل بحالات التناذر.

أما من حيث النتائج فإن الدراسة في أهدافها المسطرة قد أجابت على التساؤلات المطروحة من خلال تحقيق الفرضيات المسطرة، وتعطي لنا الدراسة تصورا امريquia حول تكييف مثل هذه البرامج على حالات الإنهاك المهني، مع تدابير يتخذها الباحث بعد البرنامج العلاجي لكل حالة لمنع الانتكاسة، وتعتبر هذه الدراسة أيضا مجالا للتعرف عن قرب على الاستراتيجيات المعرفية التي يمكن استخدامها للتخفيف من حدة أعراض الإنهاك المهني، ومع كل هذا فلا يمكن أن نعمم نتائج هذه الدراسة لأن كل حالة تعتبر فريدة وكل قطاع وله خصوصياتها كما أن المجال الزمني يختلف من حالة إلى أخرى.

الخاتمة

وعليه مما حققته هذه الدراسة في منهجها الإكلينيكي والمتمثل في دراسة الحالة إلا أن الدراسة المسحية قد تكون ضرورية للتعرف عن قرب على مدى انتشار هذه الظاهرة في الأوساط الطبية ومنه عزل كل الحالات التي تعاني من التناذر، وقد يتساءل البعض عن جدوى العلاج الفردي على حساب العلاج الجماعي، حيث يعتبر العلاج الفردي فعال في التوجه المعرفي لخصوصية كل حالة وتتبع الأثر الممكن تحقيقه خلال العلاج، ويمكن مع ذلك طرح مجموعة من الأسئلة حول هذه الدراسة كحصولها، فهل يمكن للعلاج المعرفي أن يحل محل العلاج الدوائي للتكفل بمختلف حالات الاحتراق النفسي؟

ثم وهل يمكن لهذه الاستراتيجيات المعرفية التي استخدمت خلال هذه الدراسة من استخدامها بشكل موسع في التكفل بمختلف الحالات لتناذر الإنهاك المهني؟

ومع ذلك فإن المشكل يبقى مطروحا فيما يخص التكفل المعرفي بالمؤسسات ذات الخدمات الإنسانية وعلى رأسها المؤسسات الاستشفائية، نظرا لكون هذا الإطار النظري غير واسع الانتشار في بلادنا.

قائمة المراجع

أولا. قائمة المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم عبد الستار، 1994 ، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر، القاهرة.
2. أنور محمد الشرقاوي (2003) علم النفس المعاصر، ط2، القاهرة مكتبة الأنجلو مصرية.
3. جمعة سيد يوسف، 2004، ادارة ضغوط العمل مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.
4. حامد عبد السلام زهران، 1994 ، التوجيه والارشاد النفسي، نظرة شاملة، مجلة الارشاد النفسي، العدد2
5. الزغول رافع النصير، الزغول عماد عبد الرحيم(2012)، علم النفس المعرفي، ط1، الشروق عمان.
6. رياض نايل العاسمي، 2008 ، برامج الإرشاد النفسي , كلية التربية ،دمشق
7. السيد عثمان فاروق(2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر، القاهرة
8. الشناوي محمد محروس وآخرون (1991)، مقياس بيك، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
9. صبرة محمد علي، أشرف محمد عبد الغني شريت (2004)، دار المعرفة الجامعية، ب ط
10. صادق عادل(1988)، الطب النفسي، ط1، دار السعودية للنشر والتوزيع، جدة.
11. عادل عبد الله (2000)، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، ط2 ، دار الرشد القاهرة.
12. عبد الرحمن بن احمد هيجان (1998)، ضغوط العمل، الإدارة العامة الرياض
13. عبد الرحمن محمد العيسوي (2006)، علم النفس في خدمة المجتمع الحديث، الدار الجامعية، ب ط، مصر
14. عسكر عبد الله (1988)، الاكتئاب بين النظرية والتشخيص، ط1، الأنجلو مصرية، القاهرة

15. علي عسكر (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، ط3، الكويت
16. العقاد، عصام عبد اللطيف(2001)، سيكولوجية العدوانية وترويضها، منحى علاجي معرفي جديد، ط2، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة
17. لطفي الشربيني (2001)، الاكتئاب، المرض والعلاج، دار النهضة العربية، ط1، بيروت
18. لويس كامل(1990)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم للنشر، ط1، الكويت
19. مفتاح عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم النفس الصحة، دار وائل، ط1، عمان
20. محمد حمدي الحجار(1998)، مدخل غلى علم النفس المرضي، ط1، دار النهضة، بيروت
21. مروان عبد المجيد إبراهيم، (2000) أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، عمان، المؤسسة الورق للنشر والتوزيع
22. ياسين عطون محمود (1981)، علم النفس العيادي، ط1، دار العلم، بيروت.

- الرسائل والمقالات

23. إبراهيم أيمن القريوتي، فريد مصطفى الخطيب (2006)، الإحترق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، ع 23.
24. بن عصمان برحيل جويده(2008)، أثر السماة والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب، دكتوراة علم النفس العيادي، جامعة تلمسان.
25. رجاء مريم (2006)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، رسالة الدكتوراة، جامعة دمشق.
26. رضا مسعودي (2010) ، بناء برنامج معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين، رسالة دكتوراه، كلية العلوم ، الاجتماعية والإنسانية جامعة الجزائر2

27. مهند عبد سليم عبد العلي، 2003، مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته بظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية الحكومية في محافظتي جنين ونابلس، جامعة النجاح الوطنية، كلية الدراسات العليا
28. وصل الله بن عبد الله حمدان السواط، 2008، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين مستوى النضج المهني وتنمية مهارة اتخاذ القرار المهني لدى طلاب الأول الثانوي، رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة أم القرى 2.
29. سعد مبارك سالم العلوي 2008، ، فاعلية تقنيات الاسترخاء العضلي في تخفيض درجة القلق لدى عينة من المرضى المدمنين في مستشفى الأمل بجدة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
30. عبد الرحمان علي أحمد (1992) مستويات الاحتراق النفسي لدى المشرفين التربويين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد-الأردن.
31. عزت عبد الحميد محمد حسن، 2008، فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض ضغوط العمل لدى معلمي المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 61
32. عفاف شكري حداد و بهجت أبو سليمان 2003، ، فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التدريب على الضبط الذاتي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية، مجلة العلوم التربوية، العدد الثالث
33. عمار الفريجات، وائل الرضي (2010) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في محافظة عجلون، مجلة النجاح للأبحاث، مجلد 24، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.
34. عمر محمد الخرابشة، عبد الحليم عربيات (2005)، الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية، العدد الثاني، الأردن
35. محمد حمزة الزيودي (2007)، مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى ملهي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة دمشق، جامعة مودة، المجلد 23، ع2

36. ملال خديجة، (2010)، تقنين مقياس ماسلاش وجاكسون في الوسط شبه طبي، رسالة ماجستير، جامعة وهران.
37. نشوة كرم عمار (2007)، الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ وب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الفيوم
38. وردة بالحسيني، (2011) اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، كلية العلوم، الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.

ثانيا. قائمة المراجع باللغة الأجنبية

- 39.A. Laurent/ K. Chahraoui (2007), les repercussions psychologiques des interventions médicales urgents sur le personnel SAMU, annales Médicaux psychologiques.
- 40.Anderson, J.R (1990) Cognitive Psychology and it's Implications, 3rd ED, freeman ,NY.
- 41.Ashcraft, M.H (1994) , Human Memory and cognition, Harper Collins Publishers .
- 42.Aude Selly, (2013), quand le travail vous tue (Histoire d'un Burnout et de sa guérison), Ed maxima, Paris
- 43.Beck . A.T Cogniitve therapy in HJ, Kaplan and B.J. Sadok Comprehensive text book of psychiatry new York Williams and wilkins.
- 44.Bor kowski,J ,carr, Mand pressely, M (1987) “ spontaneous strategy use :perspectives from metacognitive theory intelligence ,2: 61-75
- 45.Catherine vasey(2012), Burn-out le détecter et le prévenir, édition jourence, Suisse.
- 46.Christian stok (2014), le Burn-out le détecter et s'en protéger, ED Ixelles, Allemagne.
- 47.Cottraux j(1979),les thérapies comportementales , stratégies de changement, paris, Masson.

48. Cungi. C (1996), savoir s'affirmer, Paris, Retz.
49. Dejours C (1980), Usure Mentale, édition de centurion, paris.
50. DSM 4 (1994), Diagnostic criteria, published by the American psychiatric association, Washington, DC
51. Dryden, Windy (1995) : the therapeutic alliance in rational emotive therapy in W , Dryden (ed), Rational emotive Behavior therapy: reader . London: Sage pub ltd.
52. Elisabeth Grebot (2008), stress et burn-out au travail, Edition d'organisation, paris
53. Ellis Albert (1994), the treatment of borderline personalities with Rational emotive Behavior therapy journal of Rational emotive and cognitive Behavior therapy. 1994, 12, 101-119.
54. Elisabeth Grobot (2008), Stress et burn-out au travail Ed . Eyrolles , paris
55. Fontaine, D et Ylieff, M (1981) ; analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental, journal de thérapie comportementale, N° 111 , 119-130
56. Jean Cottraux (2011), les psychothérapies comportementales et cognitives, 5^{ème} ed, Elsevier masson.
57. Jeffrey. E. young (2006), La Thérapie Des Schémas, approche cognitive des troubles de la personnalité, TRD, Bernard Pascal, Ed, Deboeck, bruxelle, 2^{ème} tirage 2006
58. Judiths. Beck (2011), cognitive behavior therapy (CBT) basics and Beyond 2^{dr} ed the Guilford press, NY, USA.
59. Lazrus A.A (1973), Multimodal Behavior therapy : treating the " Basic ID", journal of Nervous and mentales, Disease , N° 156. (P404-411).
60. Marie F. Baque (2000), sociétés française Burn out chez les soignants en cancérologie.
61. Maslach Christina (1982) Burnout: The cost Of Caring. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice, Hall.- Potter, B. A. (1987), Preventing Job Burnout:

- Transforming Work Pressures into Productivity. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
62. Michel Delbrouk (2011), comment traiter le Burn-out, ED De Boeck, 1^{ère} ED, Bruxelles .
63. Nicolas Cambalbert , Kathrine Riquelme et Sénégalou(2006), le mal être au travail, edition des presses de la renaissance, paris
64. Ovide fontaine et Filipe Fontaine (2006), Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, 1^{er} ed Edition Retz, paris. fr
65. Pascal Marie (2004) , Burn-out élève sur les logiques de l'effondrement professionnel « Réflexion auteur du risque d'effondrement chez les professions ,de la santé mentale, ères 13/N055.
66. Pierre Canoui, Aline Mauranges(2008), le burn-out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4^{ème} ED, Masson
67. Pierre loo, Henri loo, André Galinowaki (2003), Le stress permanent , reaction et adaptation de l'organisme aux aléas existentiels, 3^{ème} Ed, Masson, Paris.
68. Pièrre Lévy.s (1994), Psychiatrie, Edition Estem, Paris
69. Sabine Bataille (2013), Se reconstruire après un Burn-out 2^{ème} ED inter Edition, paris.
70. Isabelle Sauvegrain , Christophe Massin ,(2014), Enjeux ;Soigner sans s'épuiser Ed John libbey Euvotext , paris
71. Thomas G plante (2005), Contemporary clinical psychology, 2d Ed
72. Recherche en soin infirmier (199) n= 59 Burn out du personnel infirmier

المواقع الإلكترونية

1. [www.eurikasante.fr /maladies/psychisme/Burnout-Epuisement-professionnel-htm](http://www.eurikasante.fr/maladies/psychisme/Burnout-Epuisement-professionnel-htm)
2. [www.passeportsante.net /Epuisement professionnel](http://www.passeportsante.net/Epuisement-professionnel)

قائمة المراجع

3. www.endit.org /sante mentale au que bec vol 10 n=°2 1985 p945 950 /manifestations clinique au Burn out chez les Medecins.
4. www.frudomfromfear.org/ video/ Mary Guardino on finding treatment for anxiety and Depressive Disorders
5. www.beckinstitute.org/ video/ Interviou” Judith Beck/ Aaron t. beck/ Beck institute for cognitive Behavior therapy
6. www.beckinstitute.org/ addressing multiple problems in treatment
7. www.guibertdelmarmol.com/ interview/ du Burn out professionnel à l’intelligence inferieure- Guilbert Del Marmol
8. <http://www.hopeeg.com/services-addiction-treatment-units/relapsing/>
9. www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=epuisement_professionnel_pm
10. www.psychologies.com/Travail/Souffrance-au-travail/Burn-out/Articles-et-Dossiers/
11. [www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/ burnout/ art-20046642.](http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/ burnout/ art-20046642)

الملاحق

نموذج الواجب المنزلي والتكاليف خارج الجلسة العلاجية (من إعداد الباحث)

سجل الأفكار الأوتوماتيكية التي تسيطر على ذهنك وتدفعك إلى السلوكيات السالبة

الرقم	الفكرة الأوتوماتيكية	الفترة		عدد التكرارات	ما أحدثته الفكرة في نفسك
		صباحية	مساءية		

نموذج للمواقف الضاغطة (من إعداد الباحث)

سجل أهم المواقف التي تسبب لك ضغطا خلال ممارستك المهنية

الرقم	الموقف الضاغط	نتاجه على الصعيد الذاتي

Grille d'évaluation des activités quotidiennes

	dimanche	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	Samedi
Matin							
Après midi							

Fiche des trois colonnes de Beck

Situations déclenchantes	Emotions	Pensées automatiques

Fiche à quatre colonnes de Beck

Comportements/ situations	Emotions	Pensées automatiques/ négatives	Degré de croyance

MASLACH BURN OUT INVENTORY'S (MBI)

Grade professionnel: Service: , Année de recrutement

homme : femme :

Fonctionnement :Evaluez les affirmations des tableaux à l'aide de l'échelle de numérisation des réponses ci-dessous.

Numérisation des réponses (Veuillez SVP répondre en toute sincérité)

- 1 jamais 4 quelques fois par mois 6 quelque fois par semaine
 2quelques fois par an 5 une fois par semaine 7 tous les jours
 3une fois par mois

N°	Items
	Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent
	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients
	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients
	Je me sens ragaillardi (e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients
	Je me sens plein(e) d'énergie
	J'ai accompli beaucoup de chose qui en valent la peine dans ce travail
	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
	Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
	Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients
	J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes
	Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
	Je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
	Je sens que je craque à cause de mon travail
	Je me sens frustré (e) par mon travail
	Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
	Je me sens au bout du rouleau

مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI)

المصلحة ، الرتبة

الجنس : ذ

عدد سنوات الخدمة نظام العمل : مناوبة ليلية اعانت النهار

السن الحالة العائلية /متزوج (ة) غير متزوج (ة) طلق (ة)

أضع بين يديك استبياناً للإجابة على البنود المرتبة في الجدول بوضع علامة (X) في الخانة التي تناسبك.

الرقم	البنود	مرات قليلة في الأسبوع	كل أسبوع	مرات قليلة في الشهر	كل شهر	مرات قليلة في السنة	أبدا
01	أحس بالتعب عندما استيقظ صباحاً لمواجهة يوم آخر من العمل						
02	التعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني بذل الكثير من الجهد						
03	أشعر بالاجتهاد بسبب عملي						
04	أشعر بالاحباط بسبب عملي						
05	أشعر بأنني أعمل فوق طاقتي						
06	العمل مع الناس مباشرة يسبب لي الكثير من التوتر						
07	أحس بأن طاقتي استنزفت بالكامل						
08	أستطيع بسهولة فهم ما يشعر به مرضاي حول الأشياء						
09	أتعامل بفعالية كبيرة مع مشاكل مرضاي						
10	أشعر بأي أثر إيجابية في حياة الآخرين من خلال عملي						
11	أحس بنشاط كبير						
12	أستطيع بسهولة خلق جو مريح مع مرضاي						
13	أشعر بالارتياح لأني قريب من مرضاي في عملي						
14	أحزرت عدة أشياء مهمة في هذه المهنة						
15	أتعامل بهدوء كبير مع المشاكل النفسية في عملي						

						أحس بأنني أعامل بعض المرضى بطريقة غير شخصية وكأنهم مجرد أشياء	16
						أصبحت أكثر قسوة مع الناس منذ ممارستي لهذه المهنة	17
						أخشى إن تجعلني هذه المهنة قاس انفعاليا	18
						لا أبالي فعلا بما يحدث لبعض مرضاي	19
						أشعر بأن مرضاي يحملوني مسؤولية بعض مشاكلهم	20
						أتقاسم مع مرضاي نفس الشعور في حالات كثيرة	21
						أشعر بأنني معني شخصيا بمشاكل مرضاي	22
						أشعر بالارتياح نحو طريقة تعاملي مع بعض المرضى	23

— إن معلومات هذا المقياس سرية جدا و لا تستخدم إلا لفائدة علمية و نتائج هذا البحث تساهم في المساعدة النفسية و الاجتماعية للحالات المشابهة.

أوزان فقرات المقياس

يتكون هذا المقياس الخاص بصاحبته التي قننته حسب البيئة الجزائرية في الوسط شبه طبي الباحثة ملال خديجة (2010)، من ثلاثة وعشرين فقرة (23) تتعلق بشعور الفرد نحو مهنته من خلال ثلاث أبعاد هي: الاجهاد الانفعالي، نقص الانجاز الشخصي وتبلد الشعور ويحتوي على نوعين من البدائل بدائل سلبية وأخرى إيجابية

فأما السالبة منها فهي الفقرات رقم 1،2،3،4،5،6،7،16،17،18،19،20

0	1	2	3	4	5	6
أبدا	مرات قليلة في السنة	كل شهر	مرات قليلة في الشهر	كل أسبوع	مرات قليلة في الأسبوع	كل يوم

أما النوع الثاني من البدائل فهو إيجابي وهي الفقرات رقم

8،9،10،11،12،13،14،15،21،22،23

6	5	4	3	2	1	0
أبدا	مرات قليلة في السنة	كل شهر	مرات قليلة في الشهر	كل أسبوع	مرات قليلة في الأسبوع	كل يوم

تتراوح أوزان المقياس من 0 إلى 6 ويتكون من 23 فقرة أو بند فإن الدرجة القصوى هي 138 والدرجة الدنيا 0 وهذا بمتوسط نظري قدره 69 وعليه فإن العامل الأول المتعلق بالانهاك الانفعالي والذي يحتوي على 07 فقرات تعتبر درجته القصوى 42 وأما درجته الدنيا فهي 0 بالمتوسط النظري 21، وأما العامل الثاني المتعلق بنقص الانجاز والذي يحتوي على 08 فقرات فإن درجته القصوى 48 وأما درجته الدنيا فهي 0 بالمتوسط النظري 24، وأما العامل الثالث والمتعلق بتبليد الشعور فيحتوي على 08 فقرات بدرجة قصوى تعادل العامل الثاني بـ 48 ودرجة دنيا دائما 0 وهذا بمتوسط نظري قيمته 24 ويأتي الجدول التالي ليوضح التصحيح.

المدى	مستوى الدرجات	المتوسط النظري	البعد
من 0 إلى 14	منخفض	21	الانهاك الانفعالي <i>épuisement émotionnel</i>
من 15 إلى 28	متوسط		
من 29 إلى 48	عالي		
من 0 إلى 16	منخفض	24	نقص الانجاز الشخصي <i>Accomplissement Personnel</i>
من 17 إلى 32	متوسط		
من 33 إلى 48	عالي		
من 0 إلى 16	منخفض	24	تبليد الشعور <i>Dépersonnalisation</i>
من 17 إلى 32	متوسط		
من 33 إلى 48	عالي		
من 0 إلى 46	منخفض	69	المقياس الكلي
من 47 إلى 92	متوسط		
من 93 إلى 138	عالي		

إهداء

إلى الوالدين الكريمين. رمز التضحية والعطاء.

إلى زوجتي العزيزة.

إلى كل عزيز علينا.

وإلى كل مبادرة طيبة أحيت فينا حياة العلم والمعرفة

إلى كل شهيد ضحى بنفسه من أجل هذا الوطن الغالي.

نهدي بكل تواضع هذا العمل

شكر

أوجه خالص عبارات الشكر والتقدير إلى أستاذتي المحترمة السيدة الدكتورة
"بر. عصام. برحيل جويده"، على جهودها وحرصها القوي من أجل إكمال
هذا العمل، وتفانيها في تأطير مدرجات هذه الرسالة، فلها مني خالص الشكر
والتحيات الخالصة على حسن مساعدتها.

إلى الأستاذ الدكتور "فقيه العيد" رئيس المشروع وإلى السادة أعضاء لجنة
المناقشة كل باسمه

وإلى حالات الدراسة اللواتي صبرنا معنا على مراحل العلاج.

كما أتوجه بالشكر العارم إلى السادة رؤساء المصالح الاستشفائية وزملائي وعلى
رأسهم السيد مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية، ببالغ التقدير على فتحهم
المجال من أجل إكمال متطلبات التقدم لهذه الرسالة من خلال استكمال البحث
والدراسة.

إلى كل هؤلاء مني كل التقدير والشكر والتحيات الخالصة، كما أسأل الله العلي
القدير أن يعيننا على البذل والعطاء، وأن يجعل هذا العمل متقبلاً في ميزان
الحسنات.

ملخص الدراسة:

تقوم هذه الدراسة على أساس تطبيقي إكلينيكي لحالتين من حالات الإنهاك المهني، أراد الطالب من خلالها التكفل بهذه الفئة من المنظور المعرفي السلوكي والتأكد من نجاعة الاستراتيجيات العلاجية المعرفية في التخفيف من أعراض هذا الاضطراب عند مستخدمي قاعات التوليد من القابلات، فطبق البرنامج العلاجي الفردي من المنظور المعرفي السلوكي على الحالتين الحالة (س) والحالة (ك)، ومن حيث الإشكالية المتمثلة في أي مدى قد يكون العلاج المعرفي السلوكي عن طريق استراتيجياته المعرفية، فعالاً في التخفيف من حدة الأعراض عند الحالتين، وللإجابة عن التساؤلات التي وضعها الطالب لجأ إلى فرضيات كإجابات تتيح لنا البحث في الإشكالية المطروحة وهي أنه للعلاج المعرفي فاعلية في اختفاء الأعراض الإكلينيكية الظاهرة على حالات تناذر الإنهاك المهني بنسبة جد معتبرة، وأن الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل العلاجي من المنظور المعرفي السلوكي أثر ايجابي على الحالات نحو اختفاء الأعراض، وأما الفرضية الثالثة التي تقول بأنه يمكن للاستراتيجيات المعرفية المكتسبة خلال التكفل المعرفي أن تكون ذات اتجاه وقائي من الانتكاسة عند الحالات، وتنص الفرضية الأخرى على أن الاستراتيجيات المعرفية المكتسبة تشكل مستقبلاً، مدخلات تحصينية ضد تناذر الإنهاك المهني، إذا ما وجدت العناية الكافية والمتابعة العلاجية للحالات، وعليه وبعد البرنامج العلاجي مع كل حالة من الحالات والتي أعطت نتائج واضحة بالنسبة للقياس البعدي، القبلي والتتبعي فإن الفرضيات تحققت من خلال هذا، وتسجيل تحسن جد ملحوظ على الحالتين "س" و "ك" المتمثل في اختفاء الأعراض، بحيث أعطت الاستراتيجيات المعرفية العلاجية نتائج واضحة ولا بأس بها من حيث استعمالها لغرض التكفل المعرفي بحالات الإنهاك المهني.

الكلمات المفتاحية: التكفل المعرفي، الإنهاك المهني، الاستراتيجيات المعرفية

Abstract:

This study is based on the clinical application of two professional exhaustion cases. In the present study, the student wants to focus on this category of people suffering from extreme fatigue, from the cognitive-behavioral perspective, and also ensure the efficaciousness of cognitive therapeutic strategies in relieving the symptoms of this kind of disorder in those working in delivery rooms, such as midwives. He applied the *program* of *individual* therapy from the cognitive-behavioral perspective to case (A) and case (B), and tried to determine the extent to which the cognitive-behavioral therapy, through his cognitive strategies, may be efficacious in alleviating the symptoms in both cases.

In order to respond to the questions he set, the student resorted to hypotheses, such as the responses that allow us to investigate the problem at hand, namely the cognitive treatment, which is efficacious in making the external clinical symptoms related to the *professional exhaustion syndrome*, disappear to a very high extent. The cognitive strategies, acquired during the therapeutic treatment from the cognitive-behavioral point of view, have a positive impact on the disappearance of symptoms of both cases. As for the third hypothesis which states that it is possible for the cognitive strategies, acquired during the therapeutic treatment, to have a preventive trend with respect to the setback of the cases. The other hypothesis indicates that the acquired cognitive strategies constitute the future input against the professional exhaustion syndrome, if it finds adequate *medical care* of these cases. Therefore, after completing the therapeutic program, which gave clear results for the dimensional, tribal and sequential measurements, for each case, one can say that the hypotheses have been achieved through this program. A remarkable improvement, namely disappearance of symptoms, was observed in both cases. Indeed, the therapeutic cognitive strategies gave acceptable results when it comes to using them in cognitive therapy of professional exhaustion cases.

Key words : cognitive thérapie, Burn Out syndrome, cognitive stratégiés

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	إهداء
ب	شكر
ت	ملخص البحث
ج	فهرس المحتويات
ر	فهرس الجداول
س	فهرس الأشكال والمنحنيات
ش	فهرس الملاحق
1	مقدمة
الفصل الأول: تناذر الإنهاك المهني	
7	تمهيد
7	1. مفهوم الانهاك المهني
9	2. العلاقة بين الانهاك المهني وبعض الاضطرابات
13	3. أهم الرواد والباحثين في مجال الانهاك المهني
14	4. النظريات المفسرة لتناذر الانهاك المهني
16	5. الأعراض الاكلينيكية للانهاك المهني
18	6. الأبعاد الاكلينيكية لتناذر الانهاك المهني ومراحل تطوره
20	7. الدراسة السببية لتناذر الانهاك المهني
25	8. الخصائص الاكلينيكية لتناذر الانهاك المهني في الأوساط الطبية
28	9. أدوات قياس اضطراب الانهاك المهني
31	10. العلاج
33	خلاصة

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي	
36	تمهيد
36	1. النشأة والتطور
37	2. مفهوم العلاج المعرفي
42	3. أسس ومبادئ النموذج المعرفي
47	4. المعالج، العميل والعلاقة العلاجية
54	5. النظرة الانسانية في العلاج المعرفي
55	6. التشخيص في العلاج المعرفي
55	أولاً. المقاربة الطبية
55	ثانياً. المقاربة التحليلية
56	ثالثاً. المقاربة المعرفية السلوكية
56	7. التحليل الوظيفي كخطوة لتحديد الفرض في العلاج
56	1.7. نموذج كنفر وساسلو
58	2.7. نموذج لازاروس
59	3.7. شبكة سيكا
61	4.7. نموذج كانجي
62	5.7. النموذج الرجعي
62	8. النموذج المعرفي لبيك "Beck"
63	1.8 خصائصه
64	2.8 الأهداف والبنية العلاجية
66	خلاصة
الفصل الثالث: الاستراتيجيات المعرفية في العلاج المعرفي السلوكي	
69	تمهيد
69	1. مفهوم الاستراتيجيات المعرفية في علم النفس المعرفي

71	2. مفهوم الاستراتيجيات ما وراء المعرفية
73	3. الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات ما وراء المعرفية
73	4. الاستراتيجيات العلاجية ذات التوجه المعرفي
74	1.4 تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها
75	2.4 الواجبات والأنشطة الخارجية
77	3.4 الاسئلة السocraticية
78	4.4 إجرائية الاسترخاء
79	خلاصة
الفصل الرابع: الدراسات السابقة ومنهجية الدراسة	
82	أولاً: الدراسات السابقة
82	1. دراسات اهتمت بتطبيقات في العلاج المعرفي السلوكي لحالات الضغوط
86	2. الدراسات التي اهتمت بتناذر الإنهاك المهني (الاحتراق النفسي)
92	3. الدراسات التي اهتمت ببرامج ارشادية وعلاجية للاحتراق النفسي من المنظور المعرفي
93	4. تعقيب على الدراسات السابقة
94	ثانياً: منهجية الدراسة
94	1. إشكالية الدراسة
97	2. فرضيات الدراسة
97	3. أهمية الدراسة ودواعي اختيار الموضوع
98	4. صعوبات البحث
99	5. حدود البحث
100	6. أهداف الدراسة
101	7. التعاريف الإجرائية
102	8. الدراسة الاستكشافية
103	1.8. منهج الدراسة الاستكشافية

103	2.8. الهدف من الدراسة الاستكشافية
103	3.8. مراحل الدراسة الاستكشافية
104	4.8. عينة الدراسة الاستكشافية
105	5.8. الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستكشافية
107	6.8. حدود الدراسة الاستكشافية
107	7.8. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الاستكشافية
107	8.8. عرض نتائج الدراسة الاستكشافية
112	9. منهج الدراسة الأساسية
112	10. أدوات الدراسة
الفصل الخامس: تقديم الحالات وعرض النتائج	
130	أولاً. تقديم الحالة الأولى وعرض النتائج
130	1. مقدمة عن الحالة
132	2. التحليل الوظيفي للحالة الأولى
137	3. فرض العلاج
138	4. الاستراتيجيات العلاجية المقترحة
147	5. تقييم العلاج
151	6. إنهاء العلاج والعقد التتبعي
153	7. الاستنتاج
154	ثانياً. تقديم الحالة الثانية وعرض النتائج
154	1. مقدمة عن الحالة
156	2. التحليل الوظيفي للحالة الثانية
160	3. فرض العلاج
161	4. الاستراتيجيات العلاجية المقترحة
168	5. تقييم العلاج

171	6. إنهاء العلاج والعقد التتابعي
173	7. الاستنتاج
الفصل السادس: مناقشة الفرضيات على ضوء نتائج الحالات	
176	تمهيد
176	1. المناقشة الجزئية لنتائج الدراسة
177	1.1 مناقشة الفرضية الأولى على ضوء نتائج دراسة الحالات
178	2.1 مناقشة الفرضية الثانية على ضوء نتائج دراسة الحالات
179	3.1 مناقشة الفرضية الثالثة على ضوء نتائج دراسة الحالات
180	4.1 مناقشة الفرضية الرابعة على ضوء نتائج دراسة الحالات
182	2. المناقشة العامة
185	الخاتمة
188	قائمة المراجع
193	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
18	تصنيف أعراض الانهك المهني حسب سينزيا	01
27	النسب المثوية حسب كلايزس	02
30	مستويات الاحتراق النفسي على مقياس فرويدنبرجر للاحتراق النفسي	03
44	استمرارية الميكانيزمات السوية وغير السوية حسب آرون بيك	04
105	تكرارات العينة حسب الفئات	05
108	نسبة انتشار التناذر في أوساط الشبه طبي	06
110	نتائج الاختبار القبلي والبعدي على مقياس (MBI)	07
110	نتائج معامل ويلكوكسون لدراسة الفرق	08
126-124	برنامج توزيع الجلسات العلاجية عل الحالات	09
131	جملة الأعراض الخاصة بالحالة (س)	10
137	درجات الاحتراق النفسي على المقياس الخاصة بالحالة (س)	11
138	الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة الخاصة بالحالة (س)	12
142-141	المواقف والأفكار الأوتوماتيكية للحالة(س)	13
143	تراجع الأفكار الآلية أمام البدائل للحالة (س)	14
143	احلال البدائل محل الأفكار الأوتوماتيكية	15
145	الأنشطة المنزلية والمهنية خارج الجلسات	16
147	مثال عن التدعيم الاجتماعي للحالة (س)	17
148	نتائج مقياس (MBI) قبل الجلسات للحالة (س)	18

151	نتائج المقياس في البرنامج التتبعي مدة 03 أشهر الحالة(س)	19
152	نتائج المقياس في البرنامج التتبعي على مدة 06 أشهر الحالة (س)	20
155	جملة الأعراض الخاصة بالحالة (ك)	21
160	نتائج مقياس (MBI) للحالة (ك)	22
160	الافكار التلقائية والحوار الداخلي للحالة (ك)	23
163	المواقف والمشاعر والأفكار الآلية وبدائلها للحالة (ك)	24
164	نتائج شدة تراجع الأفكار التلقائية أمام الأفكار البديلة للحالة(ك)	25
168	أمثلة عن التدعيم الاجتماعي للحالة (ك)	26
169	نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس (MBI) بالنسبة للحالة (ك)	27
172	نتائج القياس للحالة (ك) في البرنامج التتبعي 03 أشهر و06 أشهر على الانتهاء	28

فهرس الأشكال والمنحنيات

الصفحة	تسمية الجدول	الرقم
41	التفاعل بين المستويات الثلاث في العلاج المعرفي السلوكي	01
60	لنا شبكة التحليل الوظيفي سيكا المتزامنة (الحالية)	02
61	نموذج الحلقة المفرغة لكانجي (Cungi, 1996)	03
62	النموذج الرجعي لفونتان	04
108	التحصيل البياني لانتشار التناذر بين أفراد الفئات	05
109	الاعمدة البيانية لتمثيل نسب مستويات التناذر	06
111	درجات القياس القبلي والبعدي على المقياس	07
114	نموذج البطاقة الفنية للجلسة العلاجية	08
132	نموذج شبكة سيكا للحالة (س)	09
144	المنحنى البياني لحجم الأفكار الآلية أمام البدائل	10
149	الأعمدة البيانية الممثلة للقياس القبلي والبعدي على (MBI)	11
152	الأعمدة البيانية لنتائج البرنامج التتابعي الأول والثاني	12
156	شبكة سيكا للتحليل الوظيفي الحالة (ك)	13
164	تراجع الأفكار الأوتوماتيكية أمام البدائل	14
170	الأعمدة البيانية للقياس القبلي والبعدي على مقياس (MBI)	15
172	الأعمدة البيانية للقياس التتابعي للحالة (ك)	16

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
196	نموزج الواجب المنزلي والتكاليف خارج الجلسة العلاجية (من إعداد الباحث)	01
196	نموزج للمواقف الضاغطة (من اعداد الباحث)	02
197	Grille d'évaluation des activités quotidiennes	03
197	Fiche des trois colonnes de Beck	04
197	Fiche à quatre colonnes de Beck	05
198	MASLACH BURN OUT INVENTORY'S (MBI)	06
199	مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (لصاحبتة ملال خديجة)	07
201	سلم التصحيح لمقياس MBI	08

خلاصة

ترتكز هذه الدراسة على الجانب التطبيقي للعلاج النفسي من المنظور المعرفي ، في دراسة حالتين من حالات الإنهاك المهني من مستخدمي قاعات التوليد بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، وأتيح للباحث استخدام فنيات وتقنيات علاجية واستراتيجيات معرفية أدت إلى نتائج ملموسة فيما يخص التخفيف من الأعراض الإكلينيكية للتناذر، وهذا ضمن برنامج علاجي مستوحى من أعمال "آرون بيك" في علاج حالات الاكتئاب والقلق، حيث أعطى البرنامج سواء بعد إنهاء العلاج أو خلال البرنامج ألتتابعي نتائج ايجابية من الجانب الإكلينيكي للحالات.

الكلمات المفتاحية: التكفل المعرفي ، الإنهاك المهني، الاستراتيجيات المعرفية

Résumé : Cette étude est basée sur une pratique thérapeutique de deux cas du syndrome d'épuisement professionnel (Burn Out), par une prise en charge cognitive. Deux cas sont sélectionnés parmi les utilisateurs des blocs d'accouchement dans l'établissement public hospitalier. L'utilisation d'un ensemble de technique et de stratégies cognitives révèle un niveau bas des symptômes remarqués sur les cas étudiés. L'étudiant a utilisé le programme thérapeutique cognitif et comportemental inspiré des travaux du « Aaron Beck » sur les cas dépressifs et d'anxiété, et il a donné de bons résultats sur le plan clinique.

Mots clés : thérapie cognitive, syndrome d'épuisement professionnel, stratégies cognitives

Abstract: This study is based on a therapeutic practice of two cases of the Burn Out syndrome, by an cognitive discipline, the two cases are selected among the users of the blocks of childbirth in the hospital, the use of a set of technique and cognitive strategies reveal a lowering on the level of the symptom noticed on the cases of study, the use of a therapeutic program cognitive and behavioral inspired of the works of "Aaron Beck" on the depressive cases and anxiety, gives good performances on the clinical level of the cases.

Key Words: cognitive therapy, Burn Out syndrome, cognitive strategies