

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

مذكرة ماجستير

التخصص: علم النفس العيادي

علاقة كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف

الوجداني مع المريض

من طرف

سعدية كريال

أمام اللجنة المشكلة من

رئيساً	أستاذ محاضر (أ)، جامعة البليدة 2	صام نادية
مشرفاً ومقرراً	أستاذ محاضر (أ)، جامعة البليدة 2	نعموني مراد
عضواً مناقشاً	أستاذ محاضر (أ)، جامعة البليدة 2	الزروق فاطمة الزهراء
عضواً مناقشاً	أستاذ التعليم العالي، جامعة الجزائر 3	مصباح عامر

البليدة، مارس 2014

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض.

ولقد اشتملت عينة الدراسة على 112 طبيباً من مختلف التخصصات، تمّ اختيارهم بطريقة قصدية، يتراوح سنهم بين 25 و 54 سنة بمتوسط 33,5 سنة، 58,04% منهم إناث.

طبّق على هؤلاء الأطباء مجموعة من المقاييس تحتوي في جزئها الأول على البيانات الشخصية للطبيب، والمتمثلة في السن، الجنس، الحالة العائلية، المؤهل العلمي، الاختصاص، المصلحة التي يعمل بها ومدة الخبرة. والجزء الثاني يحتوي على مقياس الضغط النفسي الذي يتضمن 40 بنداً، والجزء الثالث يتضمن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي تحتوي على 55 بنداً، أمّا الجزء الرابع فيتضمن مقياس التعاطف الوجداني مع المريض الذي يحتوي على 37 بنداً.

وتمّ استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات وتحليلها، والمتمثلة في معامل ارتباط بيرسون ومعامل الانحدار ومعامل بيتا **Beta**. ولقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي وقدرت بـ -0,31، وعلاقة ارتباطية عكسية دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وسمّة العصابية قدرت بـ -0,25،

وعلاقة ارتباطية موجبة دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وسمة الانبساط قدرت ب 0,41، وعلاقة ارتباطية موجبة دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وسمة الانفتاح على الخبرة قدرت ب 0,43، وعلاقة ارتباطية موجبة دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وسمة الطيبة قدرت ب 0,64، وعلاقة ارتباطية موجبة دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وسمة يقظة الضمير قدرت ب 0,45.

كما أظهرت نتائج الدراسة باستخدام معامل الانحدار أن 52% من التغيرات الملحوظة في التعاطف الوجداني تنسب لكل من الضغط النفسي والعوامل الخمسة للشخصية. وبهدف معرفة نسبة التأثير التي يحدثها كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية تمّ استخدام معامل **Beta**، حيث كانت قيمته غير دالة بين التعاطف الوجداني والضغط النفسي، وبين التعاطف الوجداني وسمة العصائية، وكذلك بين التعاطف الوجداني وسمة يقظة الضمير، في حين كانت قيمة معامل **Beta** دالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني وبقية سمات الشخصية (الانبساط والانفتاح على الخبرة والطيبة)، فكانت نسبة تأثير سمة الطيبة في التعاطف الوجداني أكثر من السمات الأخرى وبلغت 0,51، تليها سمة الانفتاح على الخبرة (0,24)، ثم سمة الانبساط (0,21).

Summary

This study aimed to identify the relationship between psychological stress and personality traits and empathy with patient among doctors.

The study sample included 112 doctors from different specialties, were selected in an intentional manner, between the ages of 25 and 54 years old with an average 33.5 years, 58.04% of them were female.

We are using a package of measures that contained four parts; the first part contains the personal data of the doctor, involving age, sex, marital status, qualification, specialty, service and the experience duration. The second part contains psychological stress measure, which includes 40 items, and the third part contains the big five factors of personality inventory, which contains 55 items, whilst the last part includes emotional empathy scale with the patient, which contains 37 items.

We are using in this research many statistical methods for data processing and analysis, involving Pearson's correlation coefficient and regression coefficient and Beta coefficient. The results showed that there is an

inverse and significant correlation between emotional empathy and psychological stress ($P < 0.01$, $r = 0.31$ –), and there is an inverse and significant correlation between emotional empathy and the neuroticism ($P < 0.01$, $r = -0.25$), and there is a positive and significant correlation between emotional empathy and the extraversion ($P < 0.01$, $r = 0.41$), and there is a positive and significant correlation between emotional empathy and the openness to experience ($P < 0.01$, $r = 0.43$), and a positive and significant correlation between emotional empathy and the agreeableness ($P < 0.01$, $r = 0.64$), and there is a positive and significant correlation between emotional empathy and the conscientiousness ($P < 0.01$, $r = 0.45$).

Also, the results of the study indicated –by using the regression coefficient– that 52% of the observed changes in emotional empathy attributed to each of the psychological stress and the five factors of personality. In order to determine the proportion of impact caused by both of psychological stress and personality traits were used Beta coefficient, where the value is insignificant between emotional empathy and psychological stress, and between emotional empathy and the neuroticism, as well as between emotional empathy and conscientiousness, while the value of the Beta coefficient is significant ($P < 0.01$) between emotional empathy and the other personality traits (extraversion and openness to experience and agreeableness), where the ratio of the impact of agreeableness in emotional empathy more than other traits, amounted to 0.51, followed by openness to experience (0.24) then extraversion (0.21).

شكر

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي أكرمني بنعمه الكثيرة، ووهبني نعمة العقل، ووفقني في أداء هذا العمل وأعانني على إتمامه، وأرجو منه أن يتقبله مني، والله الموفق للخير والهادي إلى سبيل الرشاد.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الذي لم يبخل عليّ بملاحظاته وتوجيهاته الهادفة وتعاونيه طيلة فترة إعداد البحث، إذ كان لجهوده القيمة الأثر العظيم في إنجاز هذا البحث، الأستاذ المشرف مراد نعموني، كما أشكره على قبوله الإشراف على هذا العمل، وعلى صبره عليّ ودعمه لي، وأتمنى أن يكون هذا العمل بالمستوى الذي كان ينتظره.

كما أشكر مثلي الأعلى والنبراس الذي أنار طريقي، وكان دليلي وموجهي والمحفز القوي لي الأستاذة اليازيدي.

وأنتقدم بالشكر أيضاً إلى الأساتذة المحكمين بكل من جامعة البليدة وجامعة الجزائر 2 الذين وافقوا على تحكيم مقاييس البحث، وكذلك أشكر المختصين في اللغة الذين قاموا بالتحكيم اللغوي للمقاييس. وأشكر الأخصائيين النفسيين الذين ساهموا وساعدوا في توزيع مقاييس الدراسة على عينة الأطباء دون أن أنسى تقديم الشكر إلى الأطباء الذين أعطوا جزء من وقتهم للإجابة على استبيان الدراسة.

كما لا أنسى تقديم الشكر لكل من ساعدني على اتمام هذا البحث.

قائمة الجداول

الرقم	الصفحة
01	أنماط الشخصية حسب أبوقراط Hippocrate 110
02	أنماط الشخصية حسب كريتشمر Kretchmer 112
03	أنماط الشخصية حسب شلدون Sheldon 113
04	عوامل الشخصية الستة عشر لدى كاتل Cattell 119
05	السمات النموذجية لكل عامل من العوامل الخمسة الكبرى تبعا لدراسة كوستا وماكري (1992) Costa & McCrae 129
06	الفرق بين التعاطف والعطف 152
07	أسباب الإنهاك المهني حسب دراسة كاثيبرا وآخرون Cathébras et al (2004) 181
08	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب البيانات الشخصية 203
09	البنود المحذوفة من مقياس الضغط النفسي بعد عرضه على المحكمين 212
10	البنود المضافة إلى مقياس الضغط النفسي بعد عرضه على المحكمين 213
11	معامل الاتساق الداخلي لبنود مقياس الضغط النفسي 214

الرقم	الصفحة
12	معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس الضغط النفسي
13	معامل الثبات لمقياس الضغط النفسي عن طريق ألفا كرونباخ
14	معامل الثبات لمقياس الضغط النفسي عن طريق التجزئة النصفية
15	توزيع بنود قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
16	معامل الارتباط بين درجة كل بند من بنود قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه
17	معامل صدق الاتساق الداخلي لأبعاد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
18	معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية للعوامل الخمسة من مقياس الشخصية
19	معامل ثبات كل عامل في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عن طريق ألفا كرونباخ
20	معامل ثبات كل عامل في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عن طريق التجزئة النصفية
21	معامل الاتساق الداخلي لبنود مقياس التعاطف الوجداني
22	معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس التعاطف الوجداني
23	معامل الثبات لمقياس التعاطف الوجداني عن طريق ألفا كرونباخ
24	معامل الثبات لمقياس التعاطف الوجداني عن طريق التجزئة النصفية
25	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الولاية
26	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس
27	توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

الرقم	الصفحة
28	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية
29	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة
30	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الاختصاص
31	توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة
32	نتائج أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي
33	مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة
34	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث في الضغط النفسي
35	اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في الضغط النفسي
36	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب السن
37	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في الضغط النفسي
38	اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في الضغط النفسي
39	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب الخبرة
40	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب الاختصاص
41	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب المصلحة
42	مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء
43	خصائص أفراد العينة حسب العوامل الخمس للشخصية
44	نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الذكور والإناث في العوامل الخمسة للشخصية

الرقم	الصفحة
45	اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في العوامل الخمسة للشخصية 275
46	نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في العوامل الخمسة للشخصية 276
47	اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في العوامل الخمسة للشخصية 276
48	العلاقة بين الضغط النفسي والعصبية 278
49	العلاقة بين الضغط النفسي والانبساط 279
50	العلاقة بين الضغط النفسي والانفتاح على الخبرة 281
51	العلاقة بين الضغط النفسي والطيبة 281
52	العلاقة بين الضغط النفسي ويقظة الضمير 282
53	نتائج أفراد العينة على مقياس التعاطف الوجداني 284
54	مستويات التعاطف الوجداني لدى أفراد العينة 285
55	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث في التعاطف الوجداني 287
56	اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في التعاطف الوجداني 289
57	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب السن 289
58	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في التعاطف الوجداني 291
59	اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في التعاطف الوجداني 291
60	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب الخبرة 292

الرقم	الصفحة
61	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب الاختصاص 293
62	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب المصلحة 295
63	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني والضغط النفسي 296
64	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة العصابية 302
65	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الانبساط 304
66	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الانفتاح على الخبرة 306
67	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الطيبة 309
68	العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة يقظة الضمير 311
69	معامل الانحدار لمعرفة نسبة مساهمة كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية في التغيرات الملحظة في التعاطف الوجداني مع المريض 313
70	الدلالة الإحصائية لقيمة معامل الانحدار 314
71	نسبة تأثير كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية الخمسة على مدى في التغيرات الملحظة في التعاطف الوجداني مع المريض 315

قائمة الأشكال

الرقم	الصفحة
01	المراحل الثلاثة لتناذر التكيف العام SGA حسب سيلبي Selye (1956)
02	آلية الاستجابة للضغط
03	النموذج التفاعلي للضغط
04	النموذج الثلاثي الأبعاد للضغط لـ لانج Lang (1968)
05	التقدير المعرفي للعامل الضاغط حسب لازاروس Lazarus
06	نموذج التقييم المزدوج للضغط
07	النموذج التفاعلي للضغط (فرد- بيئة) حسب اندلر Endler (1993)
08	نموذج كارازك Karasek للإجهاد المهني (1979)
09	الشخصية وترابط السلوكيات
10	التنظيم الهرمي للشخصية
11	البنية التدريجية للانبساط
12	البنية التدريجية للعصابية

الرقم	الصفحة
13	البنية التدريجية للذهانية
14	عمل نظام الشخصية حسب نظرية العوامل الخمسة الكبرى
15	نموذج بسيط لمكونات التعاطف
16	التعاطف والعطف في علاقتهما بالمعرفة والانفعال
17	العلاقة بين المتغيرات الثلاثة للبحث
18	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الولاية
19	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس
20	توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن
21	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية
22	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة
23	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الاختصاص
24	توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة
25	مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة
26	خصائص أفراد العينة حسب العوامل الخمس للشخصية
27	مستويات التعاطف الوجداني لدى أفراد العينة
28	خلاصة الجانب التطبيقي للدراسة

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول والأشكال

الفهرس

22	 مقدمة
26	 1. الإطار العام للدراسة
26	 1.1. تحديد الإشكالية
32	 2.1. صياغة الفرضيات
33	 3.1. أهمية الدراسة
34	 4.1. أهداف الدراسة
35	 5.1. تحديد مفاهيم الدراسة
35	 1.5.1. الضغط النفسي
37	 2.5.1. سمات الشخصية

42	 3.5.1. التعاطف الوجداني
43	 4.5.1. الطبيب
44	 5.5.1. المريض
45	 2. الضغط النفسي
45	 تمهيد
46	 1.2. نبذة تاريخية حول تطور مفهوم الضغط
48	 2.2. تعريف الضغط النفسي
53	 3.2. أنواع الضغط النفسي
54	 4.2. مصادر الضغط النفسي
54	 1.4.2. ضغوط خارجية
56	 2.4.2. ضغوط داخلية
57	 5.2. مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء
59	 6.2. أعراض الضغط النفسي
59	 1.6.2. الأعراض الجسدية
60	 2.6.2. الأعراض المعرفية
60	 3.6.2. الأعراض السلوكية
61	 4.6.2. الأعراض الانفعالية
62	 7.2. مراحل الاستجابة للضغط النفسي
66	 8.2. النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي
67	 1.8.2. النظريات الفسيولوجية أو البيولوجية

70	 2.8.2. النظريات السيكودينامية
71	 3.8.2. النظريات المعرفية
73	 4.8.2. النظرية السلوكية
74	 5.8.2. النظريات النفسية الاجتماعية
76	 6.8.2. النظريات التفاعلية
84	 7.8.2. النظرية البينشخصية
84	 8.8.2. نموذج الإجهاد المهني
86	 9.2. الضغط النفسي وعلاقته بالشخصية
88	 10.2. الاحتراق النفسي ومهن الرعاية الصحية
90	 خلاصة الفصل
92	 3. الشخصية
92	 تمهيد
93	 1.3. تطور مفهوم الشخصية
94	 2.3. تعريف الشخصية
100	 3.3. مكونات الشخصية
101	 4.3. محددات الشخصية
101	 1.4.3. المحددات البيولوجية
103	 2.4.3. المحددات البيئية
104	 5.3. نظريات الشخصية
104	 1.5.3. نظرية التحليل النفسي

107	 2.5.3. النظرية السلوكية
108	 3.5.3. النظرية الإنسانية
108	 4.5.3. نظريات الأنماط
113	 5.5.3. نظريات السمات
122	 6.5.3. نظريات العوامل
137	 خلاصة الفصل
139	 4. التعاطف الوجداني
139	 تمهيد
140	 1.4. التطور التاريخي لمفهوم التعاطف
142	 2.4. تعريف التعاطف
150	 3.4. المقارنة بين التعاطف Empathie والعطف Sympathie
153	 4.4. أنواع التعاطف
155	 5.4. مظاهر التعاطف
157	 6.4. مراحل العلاقة التعاطفية
159	 7.4. النظريات المفسرة للتعاطف
160	 1.7.4. النظريات السيكو دينامية
164	 2.7.4. النظرية السلوكية
165	 3.7.4. النظرية الإنسانية
166	 4.7.4. نظرية هوفمان Hoffman في التعاطف
166	 8.4. أهمية التعاطف الوجداني في العلاقة طبيب - مريض

169	 9.4. واقع الممارسة الطبية
173	 خلاصة الفصل
175	 5. الدراسات السابقة
175	 تمهيد
176	 1.5. الدراسات التي تناولت متغير الضغط النفسي
176	 1.1.5. دراسة كوبر Cooper (1987)
177	 2.1.5. دراسة بيورك وريتشاردسون Burk & Richardson (1990)
178	 3.1.5. دراسة زابنل ودازن Zainal & Dasen (1999)
178	 4.1.5. دراسة بوفيه Bovier (2002)
180	 5.1.5. دراسة كاثيبرا وآخرون Cathébras et al (2004)
182	 6.1.5. دراسة سعاد مخلوف (2006)
182	 7.1.5. دراسة الديبي ورامبل Al-Dubai & Rampal (2007)
183	 8.1.5. دراسة الديبي ورامبل Al-Dubai & Rampal (2008)
185	 9.1.5. دراسة عميروش بن فرحات (2008)
186	 10.1.5. دراسة غزالي Razali (2010)
186	 11.1.5. دراسة ليلاهاناج Leelahanaj (2010)
187	 2.5. الدراسات التي ربطت بين متغير الضغط النفسي وسمات الشخصية
188	 1.2.5. دراسة ماجدالينا Magdalena (2006)
189	 2.2.5. دراسة باردي وريف Bardi & Ryff (2007)
190	 3.2.5. دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009)

190	 3.5. الدراسات التي تناولت متغير التعاطف الوجداني
190	 1.3.5. دراسة هنري تلمان وآخرون Henry–Tillman et al (2002)
191	 2.3.5. دراسة بايلاند وماكول Bylund & Makoul (2002)
191	 3.3.5. دراسة روتر وآخرون Roter et al (2002)
192	 4.3.5. دراسة لماسون وآخرون Lemasson et al (2006)
193	 4.5. الدراسات التي ربطت بين متغير الضغط النفسي والتعاطف الوجداني
193	 1.4.5. دراسة غيتي وآخرون Ghetti et al (2005)
195	 5.5. الدراسات التي ربطت بين المتغيرات الثلاثة
195	 1.5.5. دراسة كراسنر وآخرون Krasner et al (2008)
196	 6.5. تعليق على الدراسات السابقة
198	 خلاصة الجانب النظري
201	 6. الإطار المنهجي للبحث
201	 تمهيد
202	 1.6. الدراسة الاستطلاعية
205	 2.6. منهج الدراسة
206	 3.6. أدوات جمع البيانات
206	 1.3.6. المقابلة
207	 2.3.6. الاستبيان
243	 4.6. حدود الدراسة
245	 5.6. عينة البحث

245	 1.5.6. نوع العينة
246	 2.5.6. طريقة اختيار العينة
247	 3.5.6. خصائص العينة
254	 6.6. أدوات تحليل البيانات
254	 1.6.6. أدوات الإحصاء الوصفي
254	 2.6.6. أدوات الإحصاء الاستدلالي
255	 7.6. إجراءات الدراسة
257	 7. عرض وتحليل النتائج
257	 تمهيد
257	 1.7. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بمتغيرات البحث
257	 1.1.7. الضغط النفسي
271	 2.1.7. سمات الشخصية
277	 3.1.7. العلاقة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية
284	 4.1.7. التعاطف الوجداني
295	 2.7. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات البحث
295	 1.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
302	 2.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
304	 3.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
306	 4.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
308	 5.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

310	 6.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
313	 7.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
318	 الاستنتاج العام
324	 خاتمة
327	 اقتراحات
329	 قائمة المراجع
349	 الملاحق

مقدمة

ازداد انتشار الضغوط لما ازدادت الحياة تعقيداً وتوسعت مطالبها وحاجاتها، مما أدى إلى تراكم الضغوط الواقعة على الفرد لتلبية تلك المطالب، فقد أصبح الضغط النفسي ظاهرة موجودة في كل مجالات الحياة (الأسرة، المدرسة، العمل...)، ويمس جميع المستويات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والمهنية، ومظهراً طبيعياً من مظاهر الحياة اليومية يتعذر على الفرد تجنبه. فالحياة سلسلة من الضغوط والتوترات، وإذا كان لا مناص من معاشة الفرد لهذه الضغوط والتوترات فلا بد أن تكون بقدر ومستوى معين، ولا شك أن قدرًا معيناً من الضغوط مطلوب وضروري ليظل الفرد في حالة من النشاط والانجاز، ويستطيع كل فرد أن يؤدي بشكل جيد ويحقق مستوى ملائماً من التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني في ظل المستويات العادية من الضغوط، ولكن الضغوط الحادة والمزمنة في مستواها تتطوي عليها العديد من النتائج المعرفية والانفعالية والسلوكية -السلبية- والتي من شأنها أن تعوق قدرة الفرد على التوافق داخل العمل [1]، ص 9.

وعلى هذا يمثل الضغط النفسي ظاهرة جديدة بالاهتمام لما لها من خطورة وتأثير على مختلف جوانب حياة الفرد ومستويات أدائه واستقراره النفسي، وذلك بالنظر للآثار النفسية والصحية الوخيمة المترتبة عنها. ونظراً للانتشار الواسع للضغوط، فإنها تحتل مركز الصدارة في مجال البحث في علم

النفس والطب، حيث تُعتبر من المواضيع الحديثة التي شغلت اهتمام العديد من الباحثين، وذلك بهدف الوقوف على طبيعتها ومصادرها وآثارها وكيفية التعامل معها.

ويمس الضغط النفسي كافة المهن وإن كانت بدرجات متفاوتة، بحيث تتأثر بعض المهن دون غيرها بالضغط، وقد أشارت بعض الدراسات إلى صعوبة وجود وظيفة أو مهنة خالية من الضغوط، ولكن تختلف حدة هذه الضغوط من مهنة إلى أخرى ومن شخص لآخر، وذلك لاختلاف مصادر هذه الضغوط في المنظمات والمهن المختلفة، واختلاف كيفية الاستجابة لهذه الضغوط من شخص لآخر؛ نظراً للفروق الفردية فيما بينهم واختلاف ردود أفعالهم تجاه المواقف الضاغطة.

وقد قام العلماء بتحديد الفئات الأكثر عرضة للضغط النفسي، واعتبروا بعض المهن مثل رجال الأمن، رجال الإطفاء، والمعلمين بأنها مهن ضاغطة ومجهدة أكثر من غيرها. كما كان من بين هذه الفئات فئة الأطباء والجراحين والممرضين، فمهنة الطب كغيرها من المهن ليست بمعزلٍ عن هذا كله، إذ يعتبر الأطباء على وجه الخصوص بأنهم من أصحاب المهن ذات المستوى العالي من الضغوط.

لهذا أصبحت الصحة النفسية للأطباء موضوع اهتمام الكثير من الباحثين في علم النفس منذ العقود الأخيرة، فمن الطبيعي أن حياة الطبيب ويوميّاته تتميز بالضغط النفسي، نظراً للأعمال الكثيرة، والمسؤوليات الهامة، فطبيعة عمله تسبب له مستوى معين من الضغط، وبذلك يعتبر الأطباء من بين الفئات التي لديها مستوى مخاطرة عالي للإصابة بالضغط النفسي أكثر من باقي المهن. وقد أظهرت دراسة أوتس وأوتس (Oates et Oates 1995) على 34 طبيب في أستراليا، أن 27% من الأطباء أظهروا أعراض الضغط النفسي [2].

وتعتمد قدرة الأطباء على التحكم والتعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة على كيفية تفسيرهم للحدث الضاغط وكذلك على نمط شخصيتهم. فالحدث الواحد يؤدي إلى ظهور استجابات مختلفة لدى

الأطباء تبعاً لاختلاف وتباين مكونات الشخصية والخصائص النفسية التي تميز كل طبيب عن الآخر، وبهذا تلعب بعض سمات الشخصية دوراً مهماً في التعامل مع الضغط النفسي.

كما أنّ الضغط النفسي لا يؤثر فقط على صحة الأطباء، ولكنه أيضاً يخل بنوعية الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء. لذلك أصبح من الجدير الاهتمام بصحة الأطباء، وأيضاً بنوعية الرعاية الطبية التي تتبعها. كما ينبغي الاهتمام بمعالجة الضغوط التي يواجهها الطبيب حتى لا تنعكس على نوعية العلاقة مع المريض، وتمكنه من تقديم الأحسن له.

وبناءً على هذا يعد التعاطف واحداً من المتغيرات التي لها دوراً مهماً في الحياة الاجتماعية، لا سيما إذا تعلق الأمر بتفاعل الطبيب مع المريض، إذ يعتبر التعاطف مع المريض إحدى العوامل الهامة في مجال الرعاية الصحية، بحيث يحدد التعاطف طبيعة التفاعلات اليومية للطبيب مع المرضى. كما أصبح البعد التعاطفي في علاقة الرعاية الطبية من بين الأبعاد الأكثر أهمية لممارسته في مهنة الطب في العصر الحديث، ويعتبر مهارة أساسية يجب أن يتقنها الطبيب.

ولقد أشارت الدراسات إلى ضرورة توفر التعاطف لدى الطبيب حتى يستطيع القيام بدوره وأن يقدم رعاية صحية جيدة، حيث يؤثر نقص التعاطف على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وعلى امتثال المرضى للعلاج، كما يؤثر على رضاهم وتحسنهم وسرعة شفائهم. وعلى هذا يعتبر التعاطف وفهم مشاعر المريض أساساً قوياً للعلاج، فهو يوفر للمريض مساندة ودعم تساعد على التخفيف من معاناته.

وأصبح التعاطف عاملاً مهماً في العلاقة طبيب-مريض، إذ يرجع اهتمام الباحثين بدراسة التعاطف الوجداني في المجال الصحي نتيجة لتأثيره على قدرة الطبيب على التفاعل مع المرضى وقدرته على مواجهة الضغوط الحياتية اليومية التي يتعرض لها.

وعلى الرغم من أنَّ القدرة التعاطفية ترتبط بدرجة كبيرة بسمات الشخصية، وأنَّه ليس من السهل على الطبيب الشعور بالتعاطف، إلَّا أنَّ هذا الأخير (التعاطف) من الممكن اكتسابه وتكوين الأطباء فيه [3]. وفي هذا الصدد، يقول هوجات (Hojat 2002) أنَّ هناك حاجة إلى نقلة نوعية في التعليم الطبي، وهو ضرورة التركيز على تدريب أطباء المستقبل لتعزيز مهارات التعاطف، وتعلم التعامل مع المرضى كأشخاص، وليس فقط كحالات [4]، ذلك لأنَّ مؤسسات التعليم العالي تهتم بتنمية الجانب المعرفي والطبي لدى طلاب الطب في العلاج الطبي، ولكن قلَّما تعطي اهتماماً بشكل مباشر ومنظم لتنمية المهارات المتعلقة بالجوانب الاجتماعية في شخصية الطبيب عبر برامج تدريبية تجعلهم قادرين على التفاعل بشكل سوي مع المرضى. لذلك نجد أنَّ مؤسسات العلاج كثيراً ما تفتقد إلى مهارات التواصل الاجتماعي، وهو أمر شائع يؤدي غالباً لسوء فهم الطبيب للمرضى وعدم التعاطف معهم.

وتجدر الإشارة إلى أنَّه إذا كان العلم الواسع بأمور الطب والخبرة الكبيرة والكفاءة تأتي في مقدمة صفات الطبيب الجيد، فإنَّ صفات التواصل الفعال ومهارة التعاطف الوجداني هي جزء لا يتجزأ من شخصية الطبيب.

ونظراً لأهمية الضغوط التي يتعرض لها الطبيب، جاءت فكرة البحث لدراسة الضغط النفسي وأثرها على أداء الأطباء، حيث يؤثر الضغط النفسي ويتأثر بطبيعة علاقة الطبيب مع المرضى، وبالتحديد بالتعاطف الوجداني للطبيب مع مرضاه، كما يتأثر هذا الأخير بطبيعة الحال بسمات الشخصية.

ولهذا ارتأت الباحثة دراسة علاقة الضغط النفسي وسمات الشخصية مع التعاطف الوجداني مع المريض لدى فئة الأطباء، وذلك لمعرفة إذا كان الضغط النفسي له علاقة بالتعاطف الوجداني، وكذلك التعرف على أهم السمات التي قد تكون لها إسهام في شعور الأطباء بالتعاطف والتي تنعكس على أدائهم لمهامهم وتحسين نوعية علاقتهم بمرضاهم.

الفصل 1

الإطار العام للدراسة

1.1. تحديد الإشكالية

أصبح الإنسان يعيش في عصرٍ تكثر فيه الصراعات وتزداد فيه مطالب الحياة وتتسارع فيه التغيرات التكنولوجية والاجتماعية والثقافية، مما يجعله عرضةً لمثيرات داخلية وخارجية تؤثر على توازنه النفسي. وتتمثل هذه المثيرات في ضغوطات الحياة اليومية التي يصطدم بها الشخص محاولاً التوافق معها باستخدام أساليب معينة، فالفرد يتعرض -في جميع مراحل حياته- إلى ضغوط مستمرة تأتيه من مصادر مختلفة، كالعائلة والعمل والمجتمع، إلى درجة أنه أطلق على هذا العصر اسم عصر الضغوط النفسية، نتيجةً لتعدد أساليب الحياة، والمواقف الأسرية الضاغطة وكذلك بيئة العمل، إضافةً إلى طموحات الفرد وتطلعاته التي تعترضها العديد من الإحباطات والعوائق، وتتعكس هذه الضغوط على سلوك الفرد.

وعلى الرغم من أن الضغوط النفسية يتعرض لها جميع الشرائح في المجتمع، إلا أنه يظهر لدى بعض الفئات أكثر من الأخرى، كقطاع التعليم، والأمن، وكذلك قطاع الصحة، ويشتمل هذا الأخير على الأطباء والممرضين. وفي هذا الإطار أوضحت الدراسة التي قام بها سميث وآخرون Smith et al (2002) وشيروم Shirom (2003) أن الآثار السلبية للمهن الضاغطة منتشرة بدرجة كبيرة في قطاع

الصحة، ولهذا أصبحت المهن الخاصة بالخدمات الصحية تلقى اهتماماً كبيراً، وذلك نتيجة الانعكاسات الهامة لهذه المهنة على صحتهم النفسية والجسدية. وقد أشارت إيفا فاروزا وآخرون (Eva Garrosa et al (2006) أنّ المهن المرتبطة بالرعاية الصحية -وعلى الخصوص الطب والتمريض- هي من بين المهن التي نجد فيها درجة عالية من خطر التعرض للاحتراق النفسي، نتيجة الضغوط المزمنة. وكذلك أشار باترووث وآخرون (Butterwoth et al (1999) وبوربوني وآخرون (Bourbonnais et al (1998) أنّ من بين مختلف المهن المتعلقة بالصحة، تعتبر فئة الطب والتمريض أكثر فئات مهياً للتعرض إلى الضغط [5]. كما أثبتت العديد من الدراسات التي اختصت بالاهتمام بالصحة النفسية للأطباء، وجود مستويات عالية من الضغط النفسي لدى الأطباء مقارنة بعامّة السكان، حيث أشارت دراسة فيرث كوزنس Firth-Cozens أنّ نسبة الأطباء الذين لديهم مستويات ضغط عالية هي 28% [6].

ولقد تمّ تناول الضغط النفسي على أساس أنّه خبرة انفعالية سلبية، يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات فسيولوجية، معرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها [7]، ص343، وتخلق هذه التغيرات عند الفرد حالة من اختلال التوازن واضطرابات السلوك [1]، ص22؛ فهو بذلك الحالة التي يدركها الفرد الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة، بأنّها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة تكيف [8]، ص13. ومن خلال هذا يظهر التأكيد على الكيفية التي يدرك بها الفرد الحدث أو الموقف الضاغط، وبالتالي تلعب سمات الشخصية دوراً هاماً في كيفية تعامل الفرد مع الضغط النفسي.

وتتطلب بعض المهن سمات شخصية معينة، نظراً لطبيعة الضغوط التي تصاحب كل مهنة، فقد أظهرت العديد من الدراسات أنّ النجاح في أداء مهام أي وظيفة يعتمد إلى حدٍ كبير على سمات الشخصية التي يتسم بها من يقوم بهذه الوظيفة، ومدى اتفاقها ومتطلبات تلك الوظيفة. ويظهر ذلك

بوضوح في وظائف العاملين في مجال الطب والتمريض، حيث بينت الدراسات في هذا الصدد، أنَّ الانفتاح على الخبرة ويقظة الضمير عاملان لهما علاقة دالة بالموافقة على الطلبة المتقدمين في الطب والتمريض [9]، ذلك أنَّ مهنة الطب لها خصوصيتها، حيث تتطلب هذه المهنة من الأطباء أن يُكرّسوا أنفسهم جسدياً ومعرفياً وانفعالياً خلال تأدية مهامهم. ويتفاوت الأطباء في قدرتهم على تحمل الضغوط النفسية والمهنية، وبهذا تختلف استجاباتهم للضغوط (الكيفية التي يديرون بها ضغوطهم النفسية)، باختلاف طبيعة الأطباء أنفسهم من حيث خصائصهم النفسية، والاجتماعية، والانفعالية، فكلّ طريقته في التعامل مع الضغوط وذلك تبعاً لعوامل كثيرة من بينها سمات الشخصية. وفي هذا الصدد توصلت دراسة ماك فيكار McVicar (2003) حول ضغط العاملين في القطاع الصحي ومن بينهم الأطباء إلى أنَّ من بين الأسباب لوجود الاختلاف الكبير في مستوى الضغط لديهم هو اختلاف سمات شخصياتهم [5].

وتشير سمات الشخصية إلى ملامح ثابتة لسلوك الفرد، تتكرر في المواقف المختلفة، وتحدّد للفرد طريقته الخاصة في الاستجابة للمثيرات التي يواجهها وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة. وتتسم سمات الشخصية على الدوام بتباين درجة بروزها في الأشخاص المختلفين في المواقف المختلفة [10]، ص221.

وبناءً على هذا فإنّ السمات الشخصية التي يتميز بها الطبيب تجعله يواجه ضغوطه بطريقة معينة، وتتمثل في طريقته المعتادة للاستجابة لمختلف المواقف أو طريقته المميزة لمواجهة الضغط. وهذا ما أسفرت عنه أعمال بيرن Byrne (1961)، ووايتن Wheaton (1984)، وكاباس Kabass، ومادي Madi، وكاهن Kahen (1982)، والتي ترمي إلى أنَّ سمات الشخصية تؤهل الفرد لمواجهة الضغط بأسلوب معين [11]، ص5. وهذا يعني وجود فروق فردية ومتغيرات نفسية اجتماعية تدعم قدرة الفرد على مواجهة الفعالة للضغوط، وبالتالي يرتبط الضغط النفسي بتنظيم الشخصية واستعداداتها. ولهذا تعتبر

شخصية الفرد وسماتها عاملاً وسيطاً تُخفف أو تزيد من وطأة الموقف الضاغط على الفرد، ومن هذه السمات يمكن أن نذكر سمات الشخصية الخمسة، والمتمثلة في العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة، وبقطة الضمير.

كما يُعد التعاطف واحداً من المتغيرات النفسية الاجتماعية التي تلعب دوراً مهماً في التفاعلات الاجتماعية، فهو يمثل قدرة الفرد على اكتشاف ومعرفة وفهم انفعالات الآخرين الظاهرة والدفينة، وفهم وجهات نظرهم، ومساعدتهم في حل مشاكلهم، والحساسية تجاه متطلباتهم وتدعيم وتحفيز قدراتهم [12]، ص32. وتمارس هذه القدرة في جميع ميادين الحياة ومجالاتها، إلا أنها تلعب دوراً حاسماً في مهنة الطب، إذ أصبح البعد التعاطفي واحداً من بين الأبعاد الأكثر أهمية في الممارسة الطبية في العصر الحديث، ويعتبر مهارة أساسية من بين المهارات التي يجب أن يتقنها الطبيب. ويشير التعاطف في المجال الطبي إلى قدرة الطبيب على العمل بفعالية على الانفعالات، فهو بذلك يشكّل المسافة العاطفية المثلى بين الطبيب والمريض. ويسمح التعاطف للطبيب بتفهم الخبرات الداخلية للمرضى، وتفهم انشغالاتهم ووجهات نظرهم، ويمنحه القدرة على إيصال هذا الفهم، ووجود نية للمساعدة [13]. كما يسمح له بالاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية للمريض، والإصغاء له، والتركيز أكثر على التفاني، والرغبة في تحمل المسؤوليات؛ فالتعاطف أساسي للعناية والاهتمام بالمرضى، ويعتبر أساس قوي للعلاج، وهو يوفر للمريض مساندة ودعم تساعد على التخفيف من معاناته. ويمكن القول أن هناك جزءاً من الفعالية الطبية سواء في مجال الوقاية أو العلاج يمكن توفيره بعلاج حالة المرضى الانفعالية، بجانب حالتهم الجسمية.

وعلى الرغم من تزايد المعلومات عن الفائدة العلاجية للاهتمام بالاحتياجات العاطفية للمرضى، وتأكيد الباحثين على أهمية التعاطف في المجال الطبي، وكذلك توصل دراسة هنري تلمان وآخرون

Henry-Tillman et al (2002) إلى أن 70% من طلبة الطب أكدوا على أنهم يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم [14]، إلا أن الرعاية الطبية الحديثة في الواقع تقتقد غالباً إلى الرعاية النفسية، وينقصها التعاطف الوجداني في معظم الأحيان، لأنه كثيراً ما يتجاهل الأطباء رد الفعل العاطفي للمرضى، وقد تكون ضغوط العمل هي التي تجعل الأطباء لا يفعلون شيئاً من أجل مرضاهم، مع واقع النظام الطبي الذي يحاسب فيه الطبيب وفقاً لعدد الساعات التي يعملها [15]، ص 238. وبالنظر إلى الصعوبة التي يواجهها الطبيب في أداء مختلف المهام (وضع التشخيص المناسب، الاستجابة لحالات الطوارئ...)، يظهر التعاطف كأنه شيء غير طبيعي وسط هذه الأعباء والضغوطات [16]. ويقول محمود بودران في هذا الصدد أن الطب حالياً أصبح يتضمن العديد من الضغوطات ولهذا فقد معنى التواصل، وأصبح يغلب على العلاقة طبيب-مريض الممارسة النظامية لعدد كبير من الاختبارات البيولوجية والصور الإشعاعية، ولا يأخذ الطبيب الوقت للإصغاء وفهم معاناة المريض وإعطائها معنى، وإنما يهتم مباشرة بالتشخيص وإصلاح العضو المريض، المسؤول عن المرض [17]. وبناءً على هذا فإنه قد تتأثر قدرة الطبيب على أن يكون متعاطفاً بمستوى الضغط النفسي لديه.

ويرى آخرون أن العلاقة مع المريض هي التي تتسبب في ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب، وفي هذا الصدد، أشارت بعض الدراسات أن الاحتراق النفسي -الذي يرتبط بالضغوط المزمنة في العمل- له علاقة ببذل الأطباء قصارى جهودهم تجاه مرضاهم، وكذلك له علاقة مع كثافة المطالب العاطفية للمرضى. وقد أكد شوفلي Schaufeli وماسلاش Maslach (1993) أن الضغط المهني المزمّن في مهن الخدمات الاجتماعية هو نتيجة تحمل العلاقات العاطفية بين القائم على الرعاية وبين الأشخاص الذين هم موضوع اهتمامهم، كما هو الحال بالنسبة لعلاقة الطبيب بالمريض [5].

وهناك شبه اتفاق بين الباحثين على أنّ الفرد الأكثر التزاماً وإخلاصاً في عمله يكون أكثر عرضةً من غيره للضغط النفسي، فالطبيب المتعاطف مع المريض يقع بالإضافة لظروف العمل الضاغطة تحت ضغط داخلي للعطاء.

وعلى الرغم من كل هذا فإن التعاطف مع المريض قد يكون وسيلة هامة للتخفيف من حدة الضغط النفسي لدى الأطباء. وتشير الدراسات إلى أنّ الاهتمام بالتعاطف الوجداني يرجع لتأثيره على قدرة الطبيب على التفاعل مع المرضى وقدرته على مواجهة الضغوط الحياتية اليومية التي يتعرض لها.

بالإضافة إلى العلاقة التبادلية بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الطبيب، تجدر الإشارة إلى أنّه تلعب سمات الشخصية أيضاً دوراً كبيراً في التعاطف الوجداني، بحيث تحدد سمات الشخصية طبيعة التفاعلات اليومية للطبيب مع المرضى، ذلك لأنّ الأنظمة الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تشملها الشخصية، تتفاعل فيما بينها، وتميز الفرد عن غيره، وتنعكس على سلوكه وتعامله وعلاقاته الاجتماعية في المواقف المختلفة.

وبالرغم من وفرة الدراسات حول العلاقة بين سمات شخصية الأطباء والضغط النفسي، إلّا أنّه يوجد عدد قليل جداً من الدراسات التي توصلت إلى أثر سمات شخصية الأطباء على التعاطف الوجداني مع المريض، وبالأخص استعمال العوامل الخمس الكبرى للشخصية. ومع هذا توصلت دراسة كراسنر وآخرون Krasner et al (2008) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التعاطف الوجداني وسمّة العصابية، وعلاقة ارتباطية موجبة بين التعاطف الوجداني وسمّة يقظة الضمير [18].

وفي الأخير يمكن القول أنّه لقي مفهوم التعاطف اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين، وتزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تبرز أهمية التعاطف في العلاقة بين الطبيب والمريض، وحاولت إظهار علاقته مع كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء.

ومن أجل معرفة العلاقة بين كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف الوجداني

مع المريض، تمّ طرح التساؤلات التالية:

- 1- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض ومستوى الضغط النفسي لدى الأطباء؟
- 2- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء؟
- 3- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء؟
- 4- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء؟
- 5- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء؟
- 6- هل هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الأطباء؟
- 7- هل تتسبب التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني للضغط النفسي أكثر ممّا تتسبب لسمات الشخصية الخمسة (العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير)؟

2.1. صياغة الفرضيات

- الفرضية الأولى: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض ومستوى الضغط النفسي لدى الأطباء.
- الفرضية الثانية: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء.
- الفرضية الثالثة: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء.

• الفرضية الرابعة: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء.

• الفرضية الخامسة: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء.

• الفرضية السادسة: هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الأطباء.

• الفرضية السابعة: التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني تنسب للضغط النفسي أكثر مما تنسب لسمات الشخصية الخمسة (العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير).

3.1. أهمية الدراسة

تبرز أهمية دراسة موضوع البحث الحالي فيما يلي:

- استهداف هذه الدراسة لشريحة مهمة من المجتمع وهي فئة الأطباء.
- أصبح الاهتمام بنوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى حديث العهد، حيث هناك العديد من الاجتهادات والاهتمامات بطبيعة العلاقة مع المريض وذلك من أجل تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. وعلى الرغم من دور الوساطة الذي يمكن أن يلعبه التعاطف مع المريض في تحسين النتائج العلاجية، ودورها الكبير في الامتثال للعلاج والشفاء، إلا أنه توجد ندرة في الدراسات الميدانية التي تناولت هذا الموضوع خصوصاً في البيئات العربية، وأحد أسباب هذه الندرة هو عدم وجود مقياس عملي للتعاطف مخصص للعلاقة بين الطبيب والمريض.

- هذه الدراسة هي خطوة نحو قياس تعاطف الطبيب مع المريض، فقياس التعاطف يستحق الاهتمام لأنّ هذا الجانب الإنساني الأساسي في الطب يستعصي على مقاييس الأداء التي يشيع استخدامها في التعليم الطبي.

- حداثة موضوع التعاطف مع المريض في الدراسات الأجنبية بصفة عامة، وفي الدراسات العربية بصفة خاصة، يجعل منه موضوع أصيل ينبغي توجيه الاهتمام إليه.

- إغفال الدراسات خصوصاً في البيئات العربية عن الاهتمام بالجانب النفسي الاجتماعي في رعاية المرضى، لا سيما الاهتمام بالتعاطف، فرغم أهمية هذا المتغير في التأثير على الصحة النفسية للأطباء وعلى نوعية الرعاية الصحية التي يقدمها للمريض، إلّا أنّ الدراسات التي تبحث في علاقة الضغط النفسي بالتعاطف الوجداني لدى الأطباء هي قليلة جداً.

- لا توجد أي دراسات جزائرية ولا عربية تناولت موضوع هذه الدراسة على هذا النحو، إذ تعتبر أولى الدراسات في الجزائر -على حد علم الباحث- التي تناولت موضوع تعاطف الطبيب مع المريض وربط هذا المتغير مع كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية في علم النفس العيادي.

- يمكن أن يكون لمثل هذه الأبحاث آثار هامة في اختيار وتعليم طلاب الطب وفي توجيه المهني.

- يمكن أن يوفر مقياس التعاطف الوجداني مع المريض الذي تم استخدامه في هذه الدراسة، أداة سليمة للبحث في المستقبل على التعاطف لدى الأطباء.

4.1. أهداف الدراسة

يَمَسُّ الضغط النفسي جميع شرائح المجتمع، وتعتبر فئة الأطباء من الفئات التي تُفرض عليها ضغوط من نوع خاص، ترجع في بعض الأحيان إلى طبيعة عملهم، وكذلك إلى العلاقة بينهم وبين

مرضاها. ويرتبط متغير الضغط النفسي بالعديد من المتغيرات النفسية الأخرى من بينها التعاطف الوجداني وسمات الشخصية، التي ترتبط هي الأخرى فيما بينها. ولهذا تهدف هذه الدراسة إلى:

* التعرف على مستويات الضغط النفسي لدى فئة الأطباء.

* التعرف على السمات الشخصية المميزة لفئة الأطباء وارتباطها بمستوى الضغط النفسي.

* الوقوف على واقع التعاطف الوجداني مع المرضى في القطاع الصحي وبصفة خاصة عند الأطباء، والتي تعتبر فئة على درجة عالية من الأهمية، والتعرف على مستوى التعاطف مع المرضى لدى هذه الفئة.

* معرفة العلاقة بين التعاطف الوجداني مع المريض ومستوى الضغط النفسي لدى الأطباء.

* التعرف على العلاقة بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمات شخصية الأطباء، والتعرف على الفروق في درجة التعاطف مع المريض والتي تعزى لسمات الشخصية.

* كما تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية والتعاطف مع المريض، وما إذا كانت التغيرات الملحوظة في التعاطف مع المريض تنسب إلى الضغط النفسي أم لسمات الشخصية.

5.1. تحديد مفاهيم الدراسة

1.5.1. الضغط النفسي

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي من جانب المهتمين بالصحة النفسية والجسدية، إلا أن مفهوم الضغط لديه معاني مختلفة لديهم، لأن أبعاده متعددة والزوايا التي ينظر

إليها تختلف باختلاف الاتجاهات النظرية، إذ تتعدد تعريفات الضغط النفسي بتعدد وجهات نظر العلماء حوله. ولهذا كان من الصعب صياغة مفهوم موحد ودقيق متفق عليه من قبل العلماء.

مصطلح الضغط يشير أحياناً إلى رد فعل الجسم عند مواجهة مطلب يتجاوز قدراته، وهو بذلك يمثل استجابة الضغط Réponse de stress، وأحياناً أخرى إلى الحدث المثير الذي يحدث هذه الاستجابة، ويتمثل في حوادث الحياة والضغوطات البيئية، فهو إذاً موقف ضاغط situation stressante [19]، ص 293. ثم طُوِّر بعد ذلك اصطلاح تفاعلي للضغط، والذي يعتبر الضغط بأنه هو مجموع التفاعلات بين الفرد والبيئة [20]، ص 222.

ومع أنه اختلفت اتجاهات العلماء في تعريف الضغط النفسي، إلا أن الباحث يختار التعريف الأكثر ملائمة لطبيعة وهدف البحث، والذي يرى الضغط النفسي على أساس أنه عبارة عن ردود فعل الفرد الفيزيولوجية والانفعالية والمعرفية والسلوكية تجاه العامل الضاغط.

ويرى سيلي Selye في هذا الصدد -نقلاً عن طه حسين- بأن الضغوط هي "مجموعة أعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط" [1]، ص 19.

ويعرّف كروك Crocq الضغط بأنه "استجابة بيولوجية، فيزيولوجية ونفسية من إنذار، نشاط ودفاع عن اعتداء أو تهديد" [21]، ص 12.

كما عرّف تايلور Taylor الضغط على أنه: "خبرة انفعالية سلبية، يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، فسيولوجية، معرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن يؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط أو إلى التكيف مع آثاره" [7]، ص 343.

ويرى الباحث أنّ الضغط النفسي هو مختلف الاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية والمعرفية والسلوكية التي تظهر لدى الطبيب نتيجة تعرضه لعوامل ضاغطة -تفرضها طبيعة العمل الذي يؤديه والمسؤوليات الملقاة على عاتقه-، وتكون هذه العوامل تتجاوز قدراته وإمكاناته على مواجهتها والتعامل معها، مما يؤدي إلى فقدانه لتوازنه الداخلي.

ولقد استعمل الباحث الاتجاه القائل بأنّ الضغط النفسي هو عبارة عن ردود فعل الفرد تجاه العامل الضاغط حتّى يتمكن من قياس مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب من خلال مختلف الاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية والمعرفية والسلوكية.

أمّا التعريف الإجرائي للضغط النفسي فهو الدرجة التي يتحصل عليها الطبيب في مقياس الضغط النفسي الذي تمّ تعديله حسب أغراض الدراسة -المدرج في الملحق رقم 03-.

2.5.1. سمات الشخصية

1.2.5.1. السمة

تتعدد تعاريف علماء النفس للسمات تبعاً لاختلاف نظرياتهم ونظرياتهم في الشخصية. ولقد تناول مفهوم السمة العديد من العلماء أشهرهم جوردن ألبورت Gordon Allport، ريموند كاتل Raymond Cattel وهانز أيزنك Hans Eysenck.

من وجهة نظر ألبورت Allport السمة "نظام نفسي عصبي - خاص بالفرد - له القدرة على جعل المنبهات المتعددة متساوية وظيفياً، كما يعمل على توجيه الاستجابات والسلوكات التكيفية بصفة متسقة في المواقف المختلفة" [22]، ص72.

ويعرفها جيلفورد Guilford بأنها "أي جانب يمكن تمييزه وذو دوام نسبي، وعلى أساسه يختلف الفرد عن غيره" [23]، ص 67.

ويرى سيلامي Silamy أن السمة هي "عنصر مميز يمكنه تحديد هوية شخص" [24]، ص 1359.

ويصف جان لوك برنو Jean-Luc Bernaud السمات بأنها "صفة ثابتة نسبياً تعكس الطريقة التي يكون عليها الشخص في نمط استجابته للمواقف" [25]، ص 11.

ويقترح الباحث أن السمة هي صفة ثابتة تميز الأفراد عن بعضهم البعض، وهي تضم مجمل المميزات الجسمية، والمعرفية، والوجدانية والاجتماعية.

2.2.5.1. الشخصية

تعتبر الشخصية من أكثر الظواهر النفسية تعقيداً ومن أكثر المفاهيم تداخلاً وتركيباً، وبالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تناولت الشخصية إلا أنها مازال يكتنفها كثير من الغموض. ولقد اختلف علماء النفس والباحثون حول تعريفهم للشخصية تبعاً لاختلاف وجهات نظرهم نحوها، وعلى هذا تتعدد تعريفات الشخصية وتختلف بتنوع الخلفيات النظرية التي تناولتها. نذكر من بين هذه التعاريف ما له صلة بموضوع البحث.

يعرف ألبرت Allport الشخصية بأنها مجموعة من السمات أو الأبعاد الأساسية التي تسمح بتمييز الفرد [26]، ص 1.

بينما يرى جيلفورد Guilford أن "الشخصية هي ذلك النمط المميز للسمات" [27]، ص 60.

ويذكر ساندر و تشيرر Sander & Scherer أنّ مصطلح الشخصية يشير إلى "المميزات أو الخصائص الأكثر ظهوراً والأكثر هيمنة لدى شخص ما، وترتكز هذه السمات التي تصف الخبرة الانفعالية للأفراد على الافتراضات الضمنية المتعلقة بالشخصية" [19]، ص361.

ويعرّف الباحث الشخصية بأنها الوحدة الثابتة والمميزة لسلوكات الفرد، وتتضمن مجموعة من السمات المتفاعلة فيما بينها، تميز الفرد عن غيره، وتحدد طريقته الخاصة في الاستجابة للمثيرات التي يتعرض لها وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة.

3.2.5.1. سمات الشخصية

سمات الشخصية هي ملامح ثابتة لسلوك الفرد، تتكرر في المواقف المختلفة، وتتسم السمات الشخصية على الدوام بتباين درجة بروزها في الأشخاص المختلفين في المواقف المختلفة [10]، ص221.

أمّا التعريف الإجرائي لسمات الشخصية هي مجموع السمات التي يتضمنها نموذج العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، والذي يعد من أهم النماذج التي فسرت سمات الشخصية وأحدثها. ويتكون هذا النموذج من خمسة عوامل رئيسية هي العصابية Neuroticism، الانبساط Extraversion، الانفتاح على الخبرة Openness، الطيبة Agreeableness، وبقظة الضمير Conscientiousness.

1.3.2.5.1. العصابية

ترتبط العصابية بأفكار لاعقلانية، وتقدير منخفض للذات، وشكاوي جسدية كثيرة، ولا ترتبط هذه الشكاوي بأعراض موضوعية للصحة الجسدية. يتميز الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة على هذا العامل بـ: اختبار مزمن لمشاعر سلبية مهما يكن المستوى الواقعي للتهديد الذي يمثلته موقف ما. وتطغى على

العصابي مشاعر القلق، وكذلك يظهرون ضغط عصبي شديد، وهم مكتئبين، يشعرون بسهولة بالذنب، يميلون كثيراً للشعور بانفعالات سلبية تنعكس على عمليات معالجة المعلومات [28]، ص172.

أما إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود سمة العصابية في مقياس العوامل الخمسة للشخصية المعتمد عليه في البحث الحالي -المدرج في الملحق رقم 03-.

2.3.2.5.1. الانبساط

الميزة الجوهرية لهذه السمة هي الاجتماعية والتي تعبر عن الرغبة في التواجد برفقة أشخاص آخرين.

وفي اصطلاحات أخرى تعتبر القدرة على الشعور بانفعالات إيجابية على أنها الميزة الرئيسية للانبساط [28]، ص172.

ويعرّف إيوان Ewen الانبساط بأنه "الاهتمام الشديد بالآخرين وبالأحداث الخارجية والشروع في المخاطرة والثقة في المجهول" [29].

ويرى كوستا وماكري Costa et McCrae أنّ الانبساط يمثل في نفس الوقت الاجتماعية والنشاط والقابلية للشعور بانفعالات إيجابية.

أما إجرائياً فهو الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود سمة الانبساط في مقياس العوامل الخمسة للشخصية المعتمد عليه في هذا البحث -المدرج في الملحق رقم 03-.

3.3.2.5.1. الانفتاح على الخبرة

هناك العديد من الاختلافات بين العلماء حول تعريف هذه السمة.

يرى البعض أنّ الانفتاح على الخبرة يعبر عن الذكاء والابتكار الفكري، وفي هذه الحالة تتعلق الصفات المرتبطة بهذه السمة أساساً بالأفكار والقيم.

ومن جهة أخرى يرى آخرون أنّ الانفتاح على الخبرة يرتبط بالخيال والجمال، ويتضمن صفات الإحساس بالجمال، وتذوق القيم الخارجة عن المألوف، والاهتمام بالمظاهر الكونية العاطفية، والميل إلى النشاطات الخيالية [28]، ص173.

أمّا إجرائياً فهو الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود سمة الانفتاح على الخبرة في مقياس العوامل الخمسة للشخصية المعتمد عليه في هذا البحث -المدرج في الملحق رقم 03-.

4.3.2.5.1. الطبية

ترتبط هذه السمة بطريقة التفاعل مع الآخرين (العلاقات البينشخصية)، وتشير إلى الثقة في الآخرين واحترامهم. يتميز الأفراد الذين يظهرون درجة مرتفعة على هذا العامل ب: الإيثار، والقدرة على تزويد الآخرين بسند عاطفي [28]، ص173، ويتميزون بالود والتعاون ويحترمون مشاعر وعادات الآخرين، وكذلك يتميزون بالتعاطف والتواضع [12]، ص168.

أمّا إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود سمة الطبية في مقياس العوامل الخمسة للشخصية المعتمد عليه في البحث الحالي -المدرج في الملحق رقم 03-.

5.3.2.5.1. يقظة الضمير

تعكس هذه السمة المثابرة والتنظيم لتحقيق الأهداف، بمعنى أن يصل الأفراد إلى الأهداف التي سطورها ويواظبون على أداء مهامهم. وترتبط الدرجة المرتفعة على هذا العامل بالنجاح، والإتقان المهني، والجدارة بالثقة، والنظام، وتأدية الواجبات بإخلاص، والجدية [28]، ص174.

أما إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود سمة يقظة الضمير في مقياس العوامل الخمسة للشخصية المعتمد عليه في البحث الحالي -المدرج في الملحق رقم 03-.

3.5.1. التعاطف الوجداني

توجد صعوبة في تحديد مفهوم التعاطف، نظراً لأنّ هذا المفهوم يعترضه بعض الغموض، وكذلك يختلط مع العديد من المفاهيم النفسية الأخرى. ويتمحور عدم اتفاق العلماء في تعريف مصطلح التعاطف حول ما إذا كان التعاطف هو نتيجة للعمليات المعرفية أم للخبرات الوجدانية؟ لكن يتفق معظم علماء النفس على أنّ التعاطف يتضمن كلا العنصرين (العمليات المعرفية والخبرات الوجدانية) في نفس الوقت.

يعرّف كوسني Cosnier التعاطف بأنّه "قدرة الفرد على أن يضع نفسه مكان الآخر، وعلى إدراك انفعالاته (تعاطف وجداني)، وعلى تقاسم تصوراته (تعاطف معرفي)، وعلى مشاركة سلوكاته واستجاباته (تعاطف سلوكي)". ويمكن أن تكون هذه الأوجه الثلاث مختلطة مع بعضها في بعض الأحيان [30].

ويرى جولمان Goleman أنّ التعاطف الوجداني هو قدرة تتأسس على الوعي بانفعالات الآخر، حيث يدفع التعاطف الوجداني الإنسان إلى الإيثار والغيرة (الاهتمام بالغير) [15]، ص 68.

ويعرّف جويلات Juillet التعاطف بأنّه "القدرة على الشعور بما يشعر به الآخر، ومشاركته في مشاعره" [31].

ويقول عبد المنعم أحمد الدردير أنّ التعاطف يتضمن حساسية الفرد في اكتشاف ومعرفة وفهم انفعالات الآخرين الظاهرة والدفينة ومساعدتهم والفاعلية في حل مشاكلهم والحساسية تجاه متطلباتهم وتدعيم وتحفيز قدراتهم [12]، ص 32.

كما يُعرّف هوجات Hojat التعاطف مع المريض على أنه "سمة معرفية التي تتطوي في الغالب على القدرة على تفهم الخبرات الداخلية للمريض، وانشغالاته، وتفهم وجهة نظره، بالإضافة إلى القدرة على إيصال هذا الفهم، ووجود نية للمساعدة" [13].

وبما أنه لا يمكن عزل الجانب الوجداني للتعاطف عن الجانب المعرفي، فإنّ الباحث يعرف التعاطف الوجداني على أنه قدرة الطبيب على تفهم ظروف المريض واحتياجاته، والتعرف على مشاعره وانفعالاته، وفهم وجهة نظره، والاهتمام به، ومن ثمّ يصبح أكثر قدرةً على تقديم العون له.

أمّا إجرائياً فهو الدرجة التي يحصل عليها الطبيب على بنود التعاطف الوجداني الذي تمّ إعداده لأغراض هذه الدراسة -المدرج في الملحق رقم 03-.

4.5.1. الطبيب

يعرّف المعجم الوسيط الطبيب بأنه: مَنْ حِرَفْتُهُ الطّب أو الطبابة؛ هو الذي يُعالِج المرضى. وجمعه: أطبّة، وأطبّاء [32]، ص 549.

ويرى أحمد فايز النماس أنّ الطبيب هو "السلطة العلمية التي يمكنها تشخيص المرض وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالته، ولكن بجانب هذه المسؤولية فهو إنسان له اتجاهاته الخاصة وميوله وخبراته وفرديته في تشكيل شخصيته كإنسان، وإن تصادف وكان طبيباً، لذا يختلف الأطباء في أسلوب معاملتهم للمرضى وأسرههم، كما قد يختلف الأطباء في تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم، بل قد يختلف أيضاً إيمانهم بقيمة هذا التعاون مع الآخرين [33]، ص 78.

أمّا إجرائياً فهو كل شخص متحصل على شهادة الدكتوراه في الطب ويمارس مهنة الطب، ومؤهل لرعاية وعلاج المرضى، ويشمل جميع التخصصات دون تخصص بعينه، فالطبيب في هذه الدراسة قد

يكون عاماً أو متخصصاً في مجال معين في الطب، بشرط أن يكون عاملاً بالقطاع العام سواءً بالمستشفيات أو بالعيادات المتعددة الخدمات.

5.5.1. المريض

المريض هو أي شخص يتلقى العناية الطبية أو العلاج الطبي، وهذا الشخص غالباً ما يكون عليل أو مجروح وفي حاجة للعلاج بواسطة طبيب عام أو أي مختص طبي آخر.

الفصل 2

الضغط النفسي

تمهيد

أصبح الضغط النفسي ظاهرة موجودة في كل مجالات الحياة (الأسرة، المدرسة، العمل...)، وعلى جميع المستويات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والمهنية، ومظهراً طبيعياً من مظاهر الحياة اليومية يتعذر على الفرد تجنبه. وازداد انتشار الضغوط لما ازدادت الحياة تعقيداً وتوسعت وازدادت مطالبها وحاجاتها، ممّا أدّى إلى تراكم الضغوط الواقعة على الفرد لتلبية تلك المطالب.

وتمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديدة بالاهتمام لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، وذلك بالنظر للآثار النفسية والصحية الوخيمة المترتبة عنها والتي تؤثر في مختلف جوانب حياة الإنسان ومستويات أدائه واستقراره النفسي. ونظراً للانتشار الواسع للضغوط، فإنّها تحتل مركز الصدارة في مجالات البحث في علم النفس والطب، حيث تعتبر من المواضيع الحديثة التي شغلت اهتمام العديد من الباحثين، وذلك بهدف الوقوف على طبيعتها ومصادرها وآثارها وكيفية التعامل معها.

ومن الملاحظ أنه توجد العديد من الظروف البيئية التي يواجهها الفرد وتؤدي إلى الضغط عليه وتجعله يشعر بالتوتر أو الخطر أو عدم الراحة، كما تجعل الفرد يعيش حالة لا استقرار دائمة بحثاً عن التكيف. وقد تفرض البيئة ضغوطاً تفوق قدرة الفرد على الاحتمال ويدركها بأنها مهددة لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، والتي يكون مطالباً بالاستجابة لها ومواجهتها.

إضافة إلى هذا تتفاوت هذه الضغوط في شدتها ومدتها ونوعها، كما أنها تختلف من فرد لآخر ومن مهنة لأخرى (بمعنى تختلف باختلاف الأفراد وباختلاف المهن التي يمارسونها)، لا سيما بعض المهن كالشرطة، رجال الإطفاء، الجراحين، الممرضين، والأطباء فهي مهن مجهدة أكثر من مهن أخرى. ومن المعروف أن الأطباء لديهم مستوى مخاطرة عالية للإصابة بالضغط النفسي من باقي المهن، لهذا ينبغي الاهتمام بمعالجة هذه الضغوط حتى لا تنعكس هذه الضغوط على نوعية العلاقة مع المريض وتمكنه من تقديم الأحسن له.

1.2. نبذة تاريخية حول تطور مفهوم الضغط

عرف مصطلح الضغط استعمالات عديدة، وبدأ الاستخدام الرسمي لهذا المصطلح في أوائل القرن الرابع عشر للدلالة على حالات المشقة Hardship والضيق Straits والحزن أو الأسى Affliction [8]، ص7. وبعد ذلك شاع استخدام مصطلح الضغط في مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس والصحة النفسية وغيرها من المجالات، لكن كلمة ضغط Stress ليست نفسية، بل هو مفهوم تم استعارته من العلوم الفيزيائية الذي يشير إلى الإجهاد والقوة. فقد تأثر استخدام مفهوم الضغط بعمل المهندس روبرت هوك Robert Hooke في أواخر القرن السابع عشر، الذي كان مهتماً بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة وتقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح والزلازل دون أن تنهار، ومن ثم كتب هوك Hooke عن فكرة الحمولة أو العبء Load كقوة خارجية. وطبقاً لوجهة نظره ينشأ الضغط من

تأثير العبء أو الحمل على البناء، وبهذا يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة، ويكون بذلك مماثلاً لاستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن الحي [1].

وبالرغم من أنّ قانون هوك La loi de Hooke عن الضغط -الذي يرى بأنّ لكل آلة درجة معينة من التحمل وأنّ زيادة هذا العبء يؤدي إلى إحداث العديد من الأضرار، أو يسبب إجهاداً [34]، ص10- اشتق لأغراض هندسية، إلا أنّ كان له تأثير في تفسير الضغط على المستوى الفسيولوجي والنفسي. ومنذ ذلك الوقت تجسد مصطلح الضغط في العلوم الفسيولوجية والطبية والاجتماعية. وفي أواخر القرن الثامن عشر، أصبح مصطلح الضغط يشير إلى الإجهاد Strain، والضغط Press، والعبء Load. واستعمل علم النفس هذا المصطلح ليشير إلى المشقة أو الضغط الواقع في الحياة اليومية [1].

ومع أنّ كلمة ضغط كانت مستعملة في اللغة الانجليزية منذ القرن السابع عشر، إلا أنّها لم تكن موجودة في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين [35]، ص3. فأصل كلمة "ضغط" "stress" مأخوذة من الكلمة اللاتينية stringere بمعنى Etreindre التي تعني يشد serrer، يضيق على resserrer [36]، ص53، ومعنى هذا أنّ الضغط يشير إلى مشاعر الضيق والقلق. ولقد اشتق مصطلح الضغط من الكلمة الفرنسية القديمة Destress والتي تعني الضيق أو القمع أو الاضطهاد أو الظلم. وقد تحولت في الإنجليزية إلى Stress والتي أشارت إلى معنى الضيق أو الاضطهاد [1].

ويعتبر الطبيب الكندي هانز سيلبي Hans Selye الأول الذي قدّم مفهوم الضغط النفسي إلى الساحة العلمية (في الصحة النفسية والطب النفسي)، ونقله من مجال العلوم الفيزيائية إلى مجال العلوم الإنسانية، حيث استعمل كلمة الضغط Stress لأول مرة سنة 1936، عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد.

2.2. تعريف الضغط النفسي

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي من جانب المهتمين بالصحة النفسية والجسدية، إلا أنَّ مفهوم الضغط لديه معاني مختلفة لديهم، لأنَّ أبعاده متعددة والزاوية التي ينظر إليها تختلف باختلاف الاتجاهات النظرية، إذ تتعدد تعريفات الضغط النفسي بتعدد وجهات نظر العلماء حوله. ولهذا كان من الصعب صياغة مفهوم موحد ودقيق متفق عليه من قبل العلماء.

تعني كلمة Stress في اللغة الانجليزية: الضغط العالي، الإجهاد [37]، ص329. بينما في اللغة اللاتينية فقد جاءت كلمة stress بلفظ Stringere وترمز للضغط، للضييق، للحصر. أمَّا في اللغة الفرنسية فقد اشتقت من الفعل اللاتيني Stringere كلمتان تدلان على الشدة، الضيق، الحصر، وهما:

■ كلمة Etreindre: وتعني حصر الجسم، والضييق والضغط الشديد على الجسم والنفس.

■ كلمة Détresse: وهي الشعور بالوحدة أو التخلي، تدل على الوحدة، الخطر، المعاناة [35]، ص3.

فكلمة ضغط stress هي كلمة انجليزية مشتقة من الضيق distress (بمعنى الأسى

« affliction »، الشقاء « misère »، الإنهاك « épuisement »)، استعملها هانس سيلبي Hans

Selye (1936) لوصف "استجابة العضوية - غير المحددة- نحو كل مطلب يفرض عليها" [38]، ص651.

ويعرّف سيلبي Selye الضغط بأنّه: "استجابة الجسم من أجل التكيف مع كل متطلبات بيئته"

[39]، ص109.

ويرى سيلبي Selye الضغوط بأنّها "مجموعة أعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط" [1]،

ص19.

ويعرف آرون بيك Aaron Beck (1976) -نقلاً عن طه حسين- الضغط النفسي بأنه "استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته أو مشكلة يصعب حلها وتسبب له إحباطاً وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكاراً عن الشعور بالعجز واليأس" [1]، ص 68.

كما عرّف لازاروس Lazarus (1984) الضغط النفسي -نقلاً عن مصطفى المصري- كما يلي: "هو علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، التي يدركها الفرد على أنها صعبة تتجاوز قدراته ومهددة لصحته وتكامله" [40].

واتضحت بعد ذلك مع ريفولي Rivolier (1989) فكرة أنه يمكن أن يكون هناك عامل ضاغط ذو طبيعة نفسية. ومن هنا بدأت تدرس المكونات الفيزيولوجية، النفسية والسلوكية معاً [19]، ص 293.

ويعرّف جان بنجامان ستورا Jean Benjamin Stora الضغط بأنه "رد فعل الجسم على عوامل هجومية، فيزيولوجية ونفسية وعلى انفعالات (سارة أو مزعجة) تترك في الجسم تأثيراتها" [41]، ص 5.

ويقول إبراهيم عبد الستار (1998) بأنه يشير مفهوم الضغط - في أبسط معانيه- إلى "أي تغير داخلي، أو خارجي، من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة" [42]، ص 106.

ويعرف كروك Crocq الاستجابة للضغط بأنها "استجابة بيولوجية، فيزيولوجية ونفسية من إنذار، نشاط ودفاع عن اعتداء أو تهديد" [21]، ص 12.

واستخدم فاروق السيد عثمان مصطلح الضغوط كرد فعل لتأثيرات مختلفة القوة، وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية، مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد انفعالي، وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر، وتؤدي الضغوط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية [43]، ص 18.

في حين يرى محمود بودران أنّ الضغط يظهر لدى الشخص عندما يشعر بأنّ الحدث الجديد الذي يجب مواجهته يتجاوز إمكانياته، ولهذا يعرف الضغط بأنّه: "حالة تباعد état de décalage بين المتطلبات التي تفرضها وضعية جديدة، كما يدركها الفرد، والفكرة التي يضعها حول قدراته للاستجابة". هذه الوضعية هي المسؤولة عن التغير المصحوب بأعراض نفسية وفيزيولوجية، تعبر عن فقدان التوازن الداخلي [17]، ص8.

كما يعتبر طه وسلامة عبد العظيم حسين الضغط النفسي "حالة من التوتر النفسي الشديد التي تحدث نتيجة لوجود عوامل داخلية أو خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطرابات السلوك [1]، ص22. بمعنى أنّ الضغط يحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد وإمكانياته على مواجهتها والتعامل معها.

ويعرف جمعة سيد يوسف الضغط هو: "الحالة التي يدركها الكائن الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة، بأنها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة تكيف" [8]، ص13.

كما عرف تايلور Taylor الضغط (نقلاً عن A. Baum, 1995) على أنّه: "خبرة انفعالية سلبية، يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، فسيولوجية، معرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن يؤدي إمّا إلى تغيير الحدث الضاغط أو إلى التكيف مع آثاره" [7]، ص343.

ويرى علي عسكر (2009) أنّه تشير كلمة الضغط Stress إلى "رد فعل الجسم للمتطلبات الواقعة عليه" [27]، ص91.

يتضح من خلال التعريفات السابقة للضغط أنّ مصطلح الضغط يشير أحياناً إلى رد فعل الجسم عند مواجهة مطلب يتجاوز قدراته (مصادره)، فهو إذاً استجابة الضغط Réponse de stress، وأحياناً

أخرى إلى الحدث المثير الذي يحدث هذه الاستجابة، فهو إذاً موقف ضاغط situation stressante [19]، ص293. فقد كان يُنظر إلى الضغط على أنه رد فعل العضوية غير المحدد تجاه اعتداء أو صدمة وهذا هو الاصطلاح القديم لـ سيلبي Selye، الذي عرّف الضغط من وجهة نظر فيزيولوجية. كما أنه اعتُبر على أنه مثير ويتمثل في حوادث الحياة والضغطات البيئية، ثم طُوّر بعد ذلك اصطلاح تفاعلي للضغط، حيث اعتبر كل من لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984) أن الضغط هو مجموع التفاعلات بين الفرد والبيئة [20]، ص222.

وبناءً على هذا تنقسم وجهات نظر العلماء في دراسة الضغط وتعريفه إلى ثلاثة اتجاهات مختلفة:

* تعريفات تركز على المثيرات الضاغطة.

* تعريفات تركز على الاستجابة للمواقف الضاغطة.

* تعريفات تركز على التفاعل بين المثير والاستجابة.

• الاتجاه الأول: الذي ينظر إلى الضغط كمثير، ويكون بذلك الضغط هو أي حدث يدركه الفرد على أنه يمثل تهديداً له، وقد تكون هذه المثيرات داخلية تنشأ من داخل الفرد وقد تنشأ من الأحداث الخارجية الموجودة في البيئة المحيطة بالفرد. ولعل من أبرز القائلين بهذا الاتجاه هولمز Holmes وراهي Rahe (1967).

• الاتجاه الثاني: ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ولهذا فهي تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث. ويشار بذلك إلى الضغط على أنه ردود الفعل الانفعالية والфизиولوجية التي تتجم عن التعرض للأحداث الضاغطة. ومن رواد هذا الاتجاه هانز سيلبي Hans Selye وولتر كانون Walter Cannon.

• الاتجاه الثالث: هو الاتجاه التفاعلي Transactionnel، يرى هذا الاتجاه أنّ الضغوط ليست بمثيرات بيئية ولا استجابة للحدث الضاغط، وإنما الضغط هو علاقة بين الشخص والبيئة، وأنه يحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية مصادر الفرد وإمكاناته للمواجهة. ويمثل هذا الاتجاه لازاروس Lazarus وفولكمان Folkman واندلر Endler وباركر Parker. وقد أكدّ الاتجاه التفاعلي على الدور الذي تلعبه المتغيرات الوسيطة مثل خصائص الشخصية والمتغيرات المعرفية بين الحدث الضاغط والاستجابة له [1].

ومع أنّه توجد ثلاثة اتجاهات مختلفة، إلاّ أنّه هناك شبه اتفاق فيما بين تعاريف العلماء على أنّ الضغوط تتمثل في وجود مثيرات بيئية وعوامل خارجية وصراعات وأحداث متباعدة يخبرها الفرد في مواقف وأوقات مختلفة وتسبب له جهدا فسيولوجيا وسيكولوجيا وتولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته أو قد تفقده قدرته على التوازن وتسهم في مختلف الاضطرابات النفسية والجسمية [19]، ص293.

ويمكن تلخيص نقاط الاتفاق بين العلماء في تعريف الضغط كما يلي:

- يتعرض الإنسان للعديد من الضغوط.
- قد تكون هذه الضغوط داخلية أو خارجية.
- تختلف هذه الضغوط في درجة شدتها.
- تختلف كيفية إدراك الفرد لهذه الضغوط.
- يختلف تعامل الفرد مع هذه الضغوط.

واستعمل الباحث الاتجاه القائل بأنّ الضغط النفسي هو عبارة عن ردود فعل الفرد تجاه العامل الضاغط حتّى يتمكن من قياس مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب من خلال مختلف الاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية والمعرفية والسلوكية.

3.2. أنواع الضغط النفسي

أ- يمكن تصنيف الضغوط حسب مصدرها إلى: ضغوط خارجية وضغوط داخلية:

* الضغوط الخارجية: تتمثل في:

- البيئة المادية: الضجيج، الإضاءة، الحرارة...
- أحداث الحياة الرئيسية: موت شخص عزيز، فقدان عمل، الترقية...
- بيئة العمل: قواعد وأنظمة وقوانين العمل، الساعات الأخيرة من العمل...
- ضغوط الحياة اليومية وتغيرات الحياة.

* الضغوط الداخلية: تتمثل في سمات الشخصية مثل النمط أ، نمط الحياة، التفكير اللامنطقي، والتوقعات،... [44]، ص12.

ب- كما أنّ الضغوط ليست بالضرورة ذات تأثير سلبي (على الناحية الصحية وعلى النواحي الانفعالية والمعرفية)، بل تكون في بعض الأحيان دافعاً للإنجاز والأداء والنجاح والتفوق، وعلى هذا يمكن تصنيف الضغوط إلى ضغوط إيجابية وضغوط سلبية:

* الضغوط الإيجابية: هي ضغوط صحية ومفيدة، وهي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد في نمو الفرد وتطوره وتزود الفرد بالطاقة التي يحتاجها حتى يكون أكثر إبداعاً في أدائه، وأكثر قدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات. ومثال هذا النوع من الضغوط استلام منصب جديد أو الترقية إلى درجة أعلى.

* الضغوط السلبية: هي ضغوط غير صحية وغير مفيدة، وهي عبارة عن الأحداث التي يواجهها الفرد في العمل أو المنزل أو في العلاقات الاجتماعية وتؤثر سلباً على الصحة الجسمية والنفسية وعلى أداء الفرد المهني وتعوقه عن الانجاز والإبداع، وتؤدي به إلى سوء التوافق.

ولقد ميز هانز سيلبي Hans Selye بين هذين النوعين من الضغوط، حيث يطلق سيلبي Selye على الضغط النافع Eustress والضغط السلبي Distress، ويرى أنَّ الفرق الرئيسي بينهما يكمن في العمليات المعرفية الوسيطة في استجابة الضغط [1]، ص32.

ج- كما تختلف الضغوط في شدتها والمدة التي تستغرقها، ولذلك يمكن أن تصنف إلى ضغوط مؤقتة وضغوط مزمنة [1]، ص34.

د- وقد ميّز كروك CROCK بين نوعين من الاستجابة للضغط:

* الضغط التكيفي: أين يستجيب الفرد للحدث الضاغط بتبني سلوكيات متكيفة، عن طريق التفريغ مثلاً أو مساعدة الآخرين.

* الضغط المفرط: تكون استجابة الفرد للحدث غير متكيفة، عن طريق التهيج أو الهروب [39]، ص110.

4.2. مصادر الضغط النفسي

هي عبارة عن المثيرات التي تؤدي ظهور استجابة الضغط لدى الفرد [1]، ص36، وقد تكون هذه المثيرات طبيعية أو اجتماعية أو نفسية..

1.4.2. ضغوط خارجية

● ضغوط بيئية: وهي تأتي من البيئة الخارجية، وتتمثل في الضجيج، نقص الإضاءة أو الإفراط فيها، الحرارة أو البرودة الشديدة، التهوية، والكوارث الطبيعية مثل الزلازل والأعاصير والبراكين [1]، ص39.

● ضغوط مهنية (ضغوط تتعلق ببيئة العمل):

- متطلبات العمل.
- التعارض في الأدوار المطلوبة من الفرد.
- عدم وضوح المسؤوليات.
- زيادة العبء الوظيفي.
- قلة العبء الوظيفي.
- المسؤولية عن الآخرين (بقدر ما يكون مستوى المسؤولية كبير، بقدر ما يكون مستوى الضغط أكبر. وهذا الأمر ينطبق على الطبيب، حيث يشعر بأنّ لديه مسؤولية عن حياة المرضى وعن صحتهم، وهذا ما يولّد لديه ضغطاً كبيراً، خصوصاً لدى بعض الأطباء ممن لديهم يقظة ضمير مرتفعة (Conscientieux).
- غياب الدعم الاجتماعي من الآخرين.
- عملية تقويم الأداء إذا أدركها الفرد بأنّها غير عادلة.
- بيئة العمل المادية غير المناسبة (الإضاءة، التهوية، درجة الحرارة، مستوى الضجيج، ...) [27]، ص 92، 93.
- الصراعات مع الزملاء ومع المسؤول عن العمل.
- إنجاز مهام كثيرة في وقت محدد.
- كما نجد الساعات المفرطة والطويلة في العمل.
- المواعيد الأخيرة والساعات الأخيرة من العمل.
- المقاطعات المتكررة.
- الخوف من ارتكاب الأخطاء (خصوصاً لدى الطبيب لما لذلك من عواقب قاسية).
- طبيعة العمل التي تتم على نحو مسرع كما هو الحال بالنسبة لقسم الاستعجالات [44].

● ضغوط أسرية واجتماعية: تتمثل في الخلافات الأسرية والطلاق، مرض أحد أفراد الأسرة، إلى جانب الصراعات، والخلافات الأسرية، وصعوبات العلاقات الاجتماعية.

● ضغوط صحية: تشمل الأمراض الجسمية والعلاج الطبي والأعراض الجانبية لها.

● ضغوط اقتصادية: تتمثل في الظروف الحياتية المعيشية الصعبة، وضغوط البطالة، والمسؤوليات والالتزامات المالية... [1]، ص39.

2.4.2. ضغوط داخلية

تشمل النواحي النفسية للفرد، مثل الشعور بالقلق والوحدة النفسية والخوف وغيرها من الاستجابات التي تختلف بين الأفراد، حيث توجد العديد من العوامل الشخصية التي تحدد قدرة الفرد على تحمل، ومن أهم المتغيرات الشخصية هذه:

- اختلاف درجات تحمل الأفراد لأحداث الحياة المختلفة التي يمر بها، مثل: الزواج، الطلاق، تغيير مكان الإقامة، حالات الوفاة، التقاعد وغيرها.

- الفروق الفردية في درجة التخلص من التوتر أو في مواجهة العامل الضاغط.

- نمط الشخصية: حيث يمكن تصنيف الأفراد إلى نمطين، إحداهما أكثر عرضة للضغوط بسبب رغبته

في إنجاز أكبر المهام في أقصر وقت ممكن والمبالغة في طموحاته، هذا النمط يعرف بنمط (أ)

Type A، وهو عكس النمط (ب) Type B الذي يتميز بالثقة والهدوء ويأخذ الأمور ببساطة أكثر

ويأخذ وقته في التعامل مع الأمور التي تواجهه [27]، ص94، 93.

-سمات الشخصية: النمط المنطوي أكثر تأثراً بالضغط من النمط المنبسط، والنمط المتزن انفعالياً أقل تأثراً بالضغط من النمط العصابي، والنمط العصابي المنطوي أكثر تأثراً بالضغط من النمط المنبسط المتزن انفعالياً [45]، ص360.

-مركز التحكم Locus of control: يتعلق بمدى اعتقاد الفرد في مدى تحكمه وسيطرته على الأحداث المحيطة به، والفرد الذي يتصف بمركز تحكم داخلي يعتقد بأنه أكثر تحكماً فيما حوله، بينما يعتقد الفرد الذي يوصف بأنه ذو مركز تحكم خارجي بأن ما يحدث خارج عن نطاق سيطرته. وقد بينت الدراسات بأن ذوي التحكم الخارجي أكثر عرضة للضغط والإحباط.

-قدرات وحاجات الفرد: ومدى توافقها مع متطلبات المنظمة. التوافق يُشعر الفرد بكفاءته وأهليته للقيام بالعمل المطلوب منه، وهذا بدوره يؤدي إلى تقليل معاناته من الضغط [27]، ص94.

5.2. مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء

ترتبط بعض عوامل الضغط بمهن الرعاية الصحية بصفة خاصة، مثل ضرورة اتخاذ قرارات متعلقة بحياة المرضى وخطر ارتكاب خطأ طبي والتواصل المرهق عاطفياً مع المرضى [46]. وتتنوع مصادر الضغط لدى الأطباء حسب نوع الممارسة الطبية، بمعنى ما إذا كانت خاصة، عمومية، وكذلك حسب التخصص. ويمكن تلخيص هذه الضغوط على النحو التالي:

* المصادر المتعلقة بالعمل:

- عبء العمل وكثافته.

- ضغط الوقت.

- الحرمان من النوم.

- عدم انتظام تناول الوجبات.

- تهديد الممارسات الخاطئة أو السيئة.

* المصادر المتعلقة بالمؤسسة (العيادة أو المستشفى):

- عدم ملاءمة المصادر والعمال.

- الافتقار لأدنى دعم.

- ثقافة وجو المؤسسة.

* المصادر المتعلقة بالطبيب:

- شخصية الطبيب.

- تزايد المتطلبات المفروضة على الذات وعلى الآخرين.

- التعامل مع الموت والفقدان.

- مواجهة معاناة عاطفية وجسدية.

* المصادر المتعلقة بالعلاقة مع الآخرين:

- الصراع مع زملاء العمل.

- توقعات المرضى ومتطلباتهم [6].

- المواقف السلبية للمرضى ونقص الاحترام والانتقادات والاعتداءات [47].

- نقص الدعم من قبل الأصدقاء والعائلة.

* المصادر المتعلقة بالموازنة بين العمل-الحياة Work-life balance:

- انعكاس ضغط العمل على المنزل والعكس.

- نقص نشاطات الترفيه.

- نقص وقت الفراغ.

- متطلبات المنزل.

- اضطرابات الحياة الاجتماعية [6].

وبهذا تتنوع مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء -بصفة خاصة- وذلك لما تتضمنه هذه المهنة من مسؤوليات وأعباء ومتطلبات مما يكون له أثر سلبي في عطائهم للمرضى.

6.2. أعراض الضغط النفسي

إنّ التعرض المفرط للضغط ينجم عنه اضطرابات هرمونية يمكن أن تُحدث مجموعة من الأعراض

[44]، ص18، والتي تمس النواحي الفسيولوجية، المعرفية، السلوكية والانفعالية، وتتمثل فيما يلي:

1.6.2. الأعراض الجسدية

يؤثر الضغط على النواحي الفسيولوجية للفرد، بحيث يحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات

الغدد [1]، ص46، وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

- اضطرابات النوم.

- اضطرابات الهضم.

- اضطرابات التنفس (ضيق التنفس).

- خفقان القلب.

- التوتر والشد العضلي.

- الإجهاد (التعب) السريع [42]، ص110.

- الشعور بالغثيان والقيء والإسهال.

- فقدان الدافع الجنسي.

- آلام الرأس.

- آلام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم.

- كثرة التعرق، والارتعاش.

- نبضات قلب غير منتظمة [44]، ص18.

- جفاف الفم.

2.6.2. الأعراض المعرفية

تعتمد على الطريقة التي يدرك بها الفرد العامل الضاغط، وتؤثر على بنائه المعرفي، ومن ثمّ

تصبح العديد من الوظائف العقلية غير فعالة، وتظهر في الأعراض التالية:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.

- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء وتزداد الأخطاء.

- صعوبة في اتخاذ القرارات.

- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات [1]، ص44.

- التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم [42]، ص110.

3.6.2. الأعراض السلوكية

تضمن الاستجابة السلوكية للضغط التكيف العلائقي تجاه متطلبات البيئة، حيث يستجيب الفرد

بمجموعة من السلوكيات التوافقية يكون الهدف منها تقليل الآثار السلبية أو الشعور الإيجابي نحو الذات

[48]، وتظهر في الأعراض التالية:

- تغيرات في الشهية (الأكل كثيراً أو قليلاً).
- زيادة في تناول الكحول وتناول العقاقير المهدئة.
- الإفراط في التدخين.
- قضم الأظافر.
- الانسحاب عن الآخرين والميل إلى العزلة.
- انخفاض أو تراجع الفعالية في الأداء.

4.6.2. الأعراض الانفعالية

تشمل الأحاسيس السلبية، التي تظهر في الأعراض التالية:

- الشعور بالاكتئاب والحزن.
- نفاذ الصبر والنزق (سرعة الاستثارة) أو حدة الطبع.
- نوبات غضب شديد [44]، ص 19.
- ازدياد التوتر النفسي.
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك.
- زيادة الاندفاعية.
- ضعف الثقة بالنفس [1]، ص 45.
- الخوف والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك.
- الغضب لأتفه الأسباب [42]، ص 110.

وتجدر الإشارة إلى أنّ هذه الأعراض لا تظهر جميعها بشكل واضح، كما أنّ ظهورها يختلف من فرد لآخر. إذ يمكن لهذه الأعراض أن تظهر معظمها أو جميعها على بعض الأفراد، بينما لا تظهر على أفراد آخرين كل الأعراض، رغم تعرضهم للضغط.

7.2. مراحل الاستجابة للضغط النفسي

لاحظ هانز سيلبي Hans Selye في تجاربه أنّ التعرض المستمر للضغط النفسي يؤدي إلى حدوث اضطرابات في أنحاء الجسم المختلفة ممّا يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض، وأنّ المرضى يشتركون في خصائص عامة متماثلة وأعراض مرضية متشابهة، بالإضافة إلى الأعراض النوعية التي تصف وترتبط بالمرض الخاص بكل منهم. ومن ثمّ افترض سيلبي Selye أنّ الأمراض المختلفة تشترك في إحداث زملة من الأعراض، أطلق عليها زملة الضغط العام Common Stress Syndrome، أو تتأذر التكيف العام (GAS) The General Adaptive syndrome [42]، ص 107.

تعريف تتأذر التكيف العام (GAS) General Adaptation Syndrome

يصف سيلبي Selye تتأذر التكيف العام (GAS) بأنّه استجابة العضوية غير المحددة (غير النوعية) نحو الضواغط والتهديدات التي يواجهها [49]، ص 6. ويقصد بمفهوم تتأذر التكيف العام ما يلي:

- تتأذر: فهي تشير إلى جملة ردود الفعل (أو زملة الأعراض) الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت

واحد.

- التكيف: يعني أنّ المثيرات الدفاعية التي تحدث في الجسم تهدف إلى مساعدة الفرد على التكيف

وإعادة التوازن مع مسببات الضغط.

- العام: يقصد بهذه الكلمة أنّ رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم سواء الجسمية أو النفسية [1]، ص54،55، بمعنى أنّ لديه تأثير معمم على مختلف أجزاء الجسم.

وعلى هذا فقد ركّز سيلبي Selye (1956) في نظريته التناذر العام للتكيف على الصفة غير المحددة لاستجابة العضوية مهما كانت طبيعة العامل الضاغط (فيزيائي، كيميائي، أو نفسي) [50]، ص44. ويقصد بالاستجابة غير المحددة، أنّ كل العوامل الضاغطة تحرض العضوية على استجابة خاصة بها، تختلف من فرد لآخر، وهذه هي الاستجابة المحددة (النوعية)، لكن خارج هذه الاستجابة النوعية فإنّ هذه العوامل المختلفة تعطي للعضوية استجابة أخرى مشتركة لدى الجميع، وهذه هي الاستجابة غير النوعية non-spécifique [49]، ص2.

وبعدما وصف سيلبي Selye في 1936 تناذر التكيف العام Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA)، واصل أبحاثه في السنوات الموالية (1946-1950) حول هذا التناذر وتوصل إلى أنّه مهما كان العامل الضاغط فإن استجابة الضغط تمر بثلاثة مراحل وهي [51]، ص20:

1- مرحلة الإنذار La phase d'alarme: وتسمى أيضاً استجابة الإنذار réaction d'alarme. وتشمل مجموع الظواهر العامة غير المحددة التي تحدث نتيجة تعرض العضوية المفاجئ لعامل ضار، لمثير أو لضغط [52]، ص16. وهذه المرحلة هي جد قصيرة في الظروف العادية، وفيها تنهيا العضوية وتصبح مستعدة لمواجهة التهديد [53]، ص16. فعندما يتعرض الفرد لتهديد تبدأ الإشارات العصبية والهرمونية في الجسم بتعبئة الطاقة اللازمة للطوارئ، وتتميز بإفراز الكاتيكولامين Catécholamines والغلوكوكورتيكويد Glucocorticoïdes وبانخفاض مؤقت لمقاومة العضوية، فنتسارع ضربات القلب

ويرتفع ضغط الدم وتتوتر العضلات [54]، ص30، وعندما يتخلص الفرد من التهديد فإنه يعود إلى التوازن الداخلي.

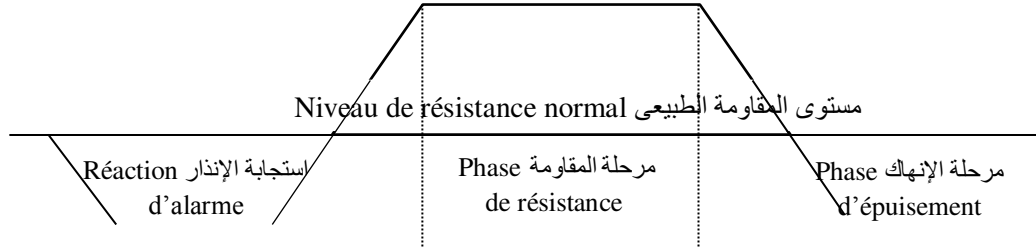
وحسب لو و لو L'ô et L'ô فإن استجابة الإنذار تقسم إلى مرحلتين: صدمة choc ومضاد صدمة contre-choc. صدمة Le choc: تتمثل في حالة الذهول للهجوم المفاجئ، التي تؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب في التوازن الوظيفي، تترجم بـ: خفقان القلب Tachycardie، انخفاض المقاومة العضلية Hypotonie، انخفاض الحرارة Hypothermie، وانخفاض ضغط الدم Hypotension... يمكن أن تدوم هذه المرحلة بضع دقائق أو 24 ساعة. وتتبع هذه المرحلة دائماً بمرحلة مضاد الصدمة contre-choc، والتي تستعيد فيها العضوية السيطرة، بتجنيد وسائل دفاع فعالة، ويقوم الغشاء الكظري Le cortex surrénal بمضاعفة عمله، ويقوم بعكس أغلب الإشارات (الأعراض) التي ظهرت في مرحلة الصدمة، بمعنى إعادة التوازن. وغالباً ما تكون مرحلة choc و contre-choc متداخلتان كثيراً.

وإذا طال المثير الذي يحدث استجابة الإنذار، تدخل العضوية في مرحلة المقاومة [49]، ص7.

2- مرحلة المقاومة La phase de résistance: تشمل مجموع الاستجابات غير المحددة التي تحدث نتيجة تعرض العضوية المطول لمثيرات ضارة [52]، ص16. وفي هذه المرحلة تقوم العضوية ببذل الجهد للتعامل مع التهديد [7]، ص346، إذ تتزايد وتتضاعف ردود الأفعال الدفاعية تجاه العامل الضاغط [54]، ص30. وإذا نجحت المقاومة يعود الجسم إلى حالته الطبيعية، أما إذا استمر تعرض الفرد للعامل الضاغط لمدة طويلة فإنه تضعف وسائل مقاومته ويدخل الفرد في مرحلة الإنهاك [49]، ص7.

3- مرحلة الإنهاك La phase d'épuisement: تشمل مجموع الاستجابات غير المحددة التي تميز اللحظة التي تتوقف فيها قدرة العضوية على التكيف مع المثير الذي يتعرض له [52]، ص16. تحدث هذه المرحلة إذا فشلت العضوية في التخلص من التهديد، واستنفدت جميع مصادرها الفسيولوجية خلال

محاولاتها للتكيف مع الحدث [7]، ص346، إذ تتغلب ظواهر الإنهاك غير الفعالة على مظاهر الدفاع الفعالة ويمكن أن تؤدي إلى غاية الموت [49]، ص7.

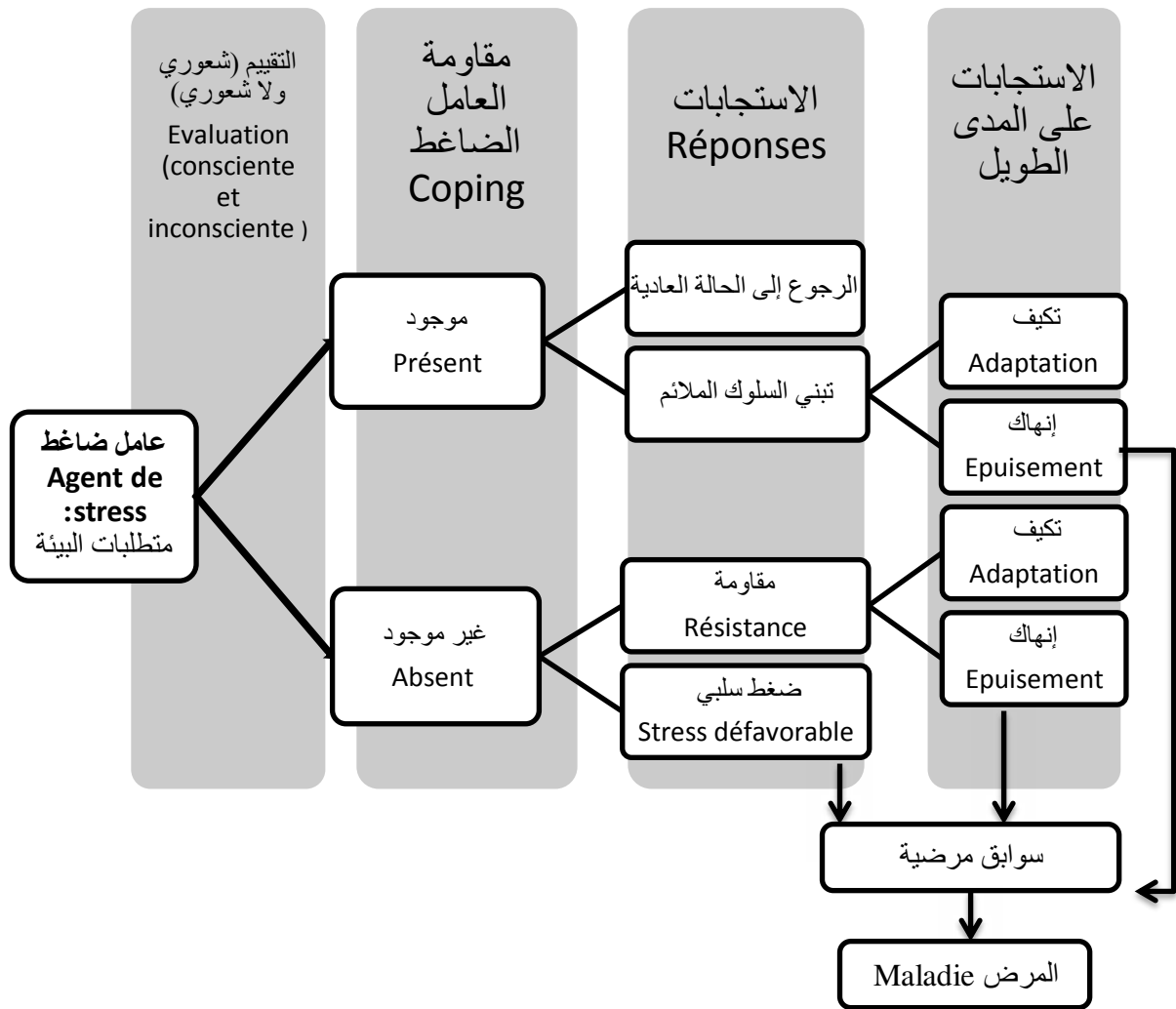


شكل رقم 01: المراحل الثلاثة لتناذر التكيف العام SGA حسب سيلبي Selye (1956) [50]

نلاحظ من الشكل أعلاه أنه في المرحلة الأولى وهي الإنذار يقوم الجسم بالاستجابة للعامل الضاغط، وتكون المقاومة ضعيفة. أما في مرحلة المقاومة فتحدث نتيجة التعرض المستمر للحدث الضاغط وتخفي الإشارات الجسدية المتمثلة في ردود الأفعال التنبيهية والتي تؤدي إلى ارتفاع درجة المقاومة، فتزيد المقاومة عن الحد الطبيعي. إذا طالت المقاومة كثيراً فإن العضوية تضعف وتتدخل بذلك في مرحلة الإنهاك، التي تنشأ عن التعرض الطويل الأمد إلى الأحداث نفسها المسببة للضغط، وتتنخفض المقاومة في هذه المرحلة إلى ما دون الحد الطبيعي مرة ثانية [7]، ص346.

ويوضح الشكل التالي آلية الاستجابة للضغط، منذ التعرض للعامل الضاغط والتعامل معه حتى

ظهور الاستجابات طويلة المدى.



شكل رقم 02: آلية الاستجابة للضغط [53] Mécanisme du réaction de stress

يتّضح من الشكل السابق أنّ الاستجابة للعامل الضاغط تتوقف على التقييمات التي يعطيها الفرد لهذا الضاغط، وكذلك على أساليب المواجهة المتاحة والتي يتبناها الفرد، والتي تجعله إمّا يتكيف مع الحدث الضاغط والعودة إلى الحالة العادية، وإمّا يحدث له إنهاك، وبالتالي يكون مؤهل للوقوع في المرض.

8.2. النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي

توجد العديد من النظريات والنماذج التي حاولت تقديم تفسيرات للضغط النفسي وكيفية حدوثه. وقد اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط طبقاً لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وانطلقت منها،

فهناك نظريات ذات أسس فسيولوجية ونظريات ذات أسس معرفية وأخرى نفسية أو اجتماعية.. وسنحاول فيما يلي عرض أهم النظريات والنماذج:

1.8.2. النظريات الفسيولوجية أو البيولوجية

1.1.8.2. نظرية كانون La théorie de Cannon (المواجهة أو الهروب)

يعتبر وولتر كانون Walter Cannon أحد الرواد الأوائل في بحوث الضغط، كما تعتبر نظريته من أولى المساهمات النظرية التي قدمت في مجال الضغط، حيث قدّم كانون Cannon (1932) مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب Fight or Flight response، والذي أوضح من خلاله أنّه عندما تدرك الكائنات العضوية بأنّها تتعرض للتهديد فإنّه يتم تنبيه الجسم بسرعة ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي Sympathetic Nervous System وجهاز الغدد الصماء Endocrine System، ممّا يؤدي إلى حدوث استجابات فسيولوجية [7]، ص 345 (تتمثل في إفراز الأدرينالين Adrenaline من قبل الغدة الكظرية La glande surrénal) [51]، ص 19 تعمل على تهيئة العضوية لمواجهة مصدر التهديد أو الهروب، ولهذا سميت بـ "استجابة المواجهة أو الهروب Fight or Flight response".

ويرى كانون Cannon أنّ استجابة المواجهة أو الهروب هي استجابة تكيفية Réponse adaptive؛ لأنّها تمكن الفرد من الاستجابة بسرعة عند تعرضه للتهديد. ومن ناحية أخرى، توصل إلى أنّه قد تكون الضغوط ضارة بالكائن، خاصة إذا استمرت الاستثارة الفسيولوجية، لأنّها تزيد من مستوى أداء الفرد الفسيولوجي والانفعالي إذا استمر الضغط، ويمكن أن تسبب مشاكل صحية مع مرور الوقت [7]، ص 345.

وبناءً على هذا وجهت أعمال كانون Cannon نحو دراسة ردود الفعل الفيزيولوجية للعضوية عند مواجهة عامل ضاغط. ووصف من خلال هذه الأعمال نموذج استجابات خاصة سمّاها "تناذر الطوارئ

Le syndrome d'urgence"، الذي يظهر بطريقة نمطية Stéréotypée أمام كل تهديد يواجهه الفرد. فعند مواجهة تهديد تحاول العضوية باستمرار الاحتفاظ بحالة الاتزان Homéostasie، بمعنى قدرة الجسم على مواجهة التغيرات التي تحدث وكذلك تمكّنه من العودة إلى الوضع الفسيولوجي الذي كان عليه قبل الضغط، وإذا فشل الجسم في مواجهة التهديد فإنّه يخلّ بهذا الاتزان [51]، ص19.

وأخذ على نظرية كانون Cannon بأنّها اعتبرت العضوية على أنّها مجموعة من ردود الفعل الآلية عندما تستجيب لوضعية مهددة (حالة طوارئ)، وذلك من خلال المواجهة أو الهروب. وعلى هذا فإنّ نموذج الاتزان Homéostasie لـ كانون Cannon به بعض الثغرات، لأنّه لا يعطي تقدير دقيق لنقطة اللاعودة أو عتبة التحمل Seuil de tolérance للمثير الضاغط [55].

2.1.8.2. نظرية هانز سيلبي Hans Selye

تعد أعمال هانز سيلبي Hans Selye حول تناذر التكيف العام General Adaptation Syndrome (GAS) من المساهمات الأخرى المهمة في ميدان الضغط. ومع أنّ اهتمامه في بادئ الأمر كان منصباً على الكشف عن تأثير الهرمونات الجنسية على الوظائف الفسيولوجية، إلّا أنّه أصبح مهتماً فيما بعد بالآثار الضاغطة التي تظهر نتيجة التدخلات التي أحدثها في تجاربه. وبينّ من خلال تجاربه المتنوعة على مجموعة من الفئران (تعرضها لضغوط مختلفة طويلة الأمد: كالبرد الشديد أو التعب) أنّ جميع مسببات الضغط بصرف النظر عن طبيعتها، أدت إلى حدوث النمط نفسه من ردود الأفعال الفسيولوجية [7]، ص345، والمتمثلة في تمدد القشرة الأدرينالينية وتقلص أو انكماش الغدة الصعترية والغدد اللعابية وتقرح المعدة أو الإثنا عشر [8]، ص8.

ومن هذه الملاحظات قام سيلبي Selye (1956) بتطوير مفهومه المعروف بتناذر التكيف العام (GAS)، إذ أوضح أنّه عند تعرض العضوية لمثير ضاغط، فإنّها تقوم بجمع إمكانياتها، والاستجابة التي

تصدر عنها هي بحد ذاتها غير محددة non spécifique، (غير محددة لأنها لا تتبع طبيعة العامل الضاغط) [51]، ص20. أي أنها لا تختلف باختلاف مسببات الضغط، وهذا يعني أنّ الفرد سيقدم النمط نفسه من ردود الأفعال الفسيولوجية بغض النظر عن سبب التهديد ومع مرور الوقت، ومع تكرار أو استمرار التعرض للضغط سيتعرض الجسم إلى الإجهاد أو الإنهاك [7]، ص346.

الانتقادات الموجهة لنظرية سيلبي Selye

تعرض نموذج سيلبي Selye لانتقادات عديدة، انطلقت من مجموعة الأسس التالية:

1- إنّ نموذج سيلبي Selye لا يأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية في استجابة الضغط، إذ كان جل اهتمامه منصباً على الجوانب الفسيولوجية فقط. في حين يعتقد الباحثون حالياً بأهمية الدور الذي يلعبه التقييم السيكلولوجي للأحداث في تقرير حدوث الضغط.

2- يرى سيلبي Selye أنّ الاستجابة للضغط تتخذ طابعاً موحداً (الميزة غير المحددة للاستجابة الضاغطة)، إلاّ أنّه توجد دلائل تبين أنّ التعرض للأحداث الضاغطة يؤدي إلى ظهور ردود فعل هرمونية متميزة. كما تعتمد الكيفية التي يدرك بها الأفراد الضغط على شخصياتهم، ومدركاتهم وبنيتهم البيولوجية. فنظريته لا تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية في الاستجابة للضغط [7]، ص347.

3- كما تم انتقاده بشدة في تعميم نتائج الدراسات حول الضغط الحيواني على الإنسان، لأنّه يقلل من مستوى المتغيرات النفسية.

4- الضغط عند سيلبي Selye هو استجابة فيزيولوجية ونشاط هرموني (إفراز الأدرينالين أو الكورتيزول أو أعراض أخرى كزيادة ضغط الدم وفي وتيرة القلب) وهذه الأعراض يمكن أن تكون كذلك نتيجة مجهود جسمي غير ضاغط [51]، ص23.

5- لم يدمج نموذج سيلبي Selye أي تقدير معرفي للفرد، وبهذا فإنّ الضغط بالنسبة له هو استجابة فيزيولوجية تتميز بحالة من الاستثارة العالية وبنشاط هرموني مماثل لها، ويستثني أي شكل لنشاط معرفي من قبل الفرد [55].

رغم هذه الانتقادات التي قُدمت لنظرية سيلبي Selye الذي كان متأثراً بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً، حيث ركزت أعماله في البداية على الاستجابة الفيزيولوجية للضغط، لكنّه مع ذلك أشار في كتابه "Stress sans détresse" (1974) إلى الدور المهم للعوامل النفسية في أسباب وآليات ونتائج الضغط [49]، ص 6.

2.8.2. النظريات السيكدينامية

- نظرية فرويد للتحليل النفسي Psychoanalytic Theory

طبقاً لوجهة نظر فرويد Freud فإنّه تتطوي ديناميات الشخصية على التفاعلات المتبادلة بين الجوانب الثلاثة للشخصية وهي: **Id** وهو الجانب البيولوجي للشخصية، و**الأنا Ego** وهو الجانب السيكلوجي للشخصية، و**الأنا الأعلى Super Ego** ويعكس قيم ومعايير المجتمع، فالهو يحاول دائماً السعي نحو إشباع الرغبات الغريزية لكن دفاعات الأنا لا تسمح لهذه الرغبات الصادرة من الهو بالإشباع ما دام هذا الإشباع لا يتسق ولا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم هذا عندما يكون الأنا قوي، ولكن عندما يكون الأنا ضعيف وتكون كمية الطاقة المستثمرة لديه منخفضة فسرعان ما يقع الفرد في صراعات وتوترات وتهديدات، ومن ثمّ لا يستطيع الأنا القيام بوظائفه ولا يستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ورغبات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي، وعلى هذا ينتج الضغط النفسي.

وإنّ الانفعالات السلبية كالقلق والخوف، ما هي إلاّ امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مرّ بها الفرد في الطفولة، ولذلك فإنّ الضيق أو الكرب النفسي Psychological Distress التي يعاني منه الفرد في حياته الحالية هي امتداد للصعوبات والخبرات الماضية والتي حاول التعامل معها من خلال استخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة والتي تبدو غير توافقية وغير ملائمة اجتماعياً للمواقف والخبرات المؤلمة حالياً.

وعلى هذا يؤكد أصحاب التحليل النفسي التقليدي على دور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد كل من السلوك السوي واللاسوي للفرد وأنّ خبرات الطفولة المبكرة هي الأساس في تشكيل شخصية الفرد فيما بعد. فالفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنّه يسعى إلى تفرغ انفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية [1]، ص 62.

3.8.2. النظريات المعرفية

توجد العديد من النظريات المعرفية، وتتشترك جميعها في التركيز على دور التفسيرات الشخصية للأحداث كمحددات رئيسية لميزتها الضاغطة [51]، ص 32، وتُبرز أهمية الدور المعرفي في نشأة الضغوط. وتحدث استجابة الضغط بالنسبة للاتجاه المعرفي عندما يتم تقييم الوضعية بأنّها تتجاوز قدرات الشخص وأنّها مهددة لسلامته وراحته [55].

1.3.8.2. نظرية عزو الانفعالات La théorie de l'attribution des émotions

أنشأ تشاشتر Schachter (1962) نظرية إدارة الانفعالات، وبيّن من خلالها أنّ الإثارة الفيزيولوجية المتمثلة في إفراز الأدرينالين لا يمكن أن يولد لوحده أحاسيس انفعالية مثل الغضب أو الخوف. بل على العكس، إنّ حالة الإثارة الفيزيولوجية دون سبب واضح تدفع الفرد إلى عزو (إرجاعها

إلى) سبب في بيئته من أجل إعطاء معنى للإثارة التي شعر بها. والتفسير الذي يختاره الفرد هو الذي سوف يحدد الاستجابة الانفعالية.

وأخذ تشاشتر Schachter بعين الاعتبار أنّ الانفعال هو جزء ينشأ عن تقييم الفرد للأحداث الداخلية أو الخارجية. ويرى آخرون في هذا الصدد أنّ الميزة الضاغطة للحدث ترتبط بالتقييم الذي يعطيه الفرد له، إلا أنّ تشاشتر Schachter يرى أنّ الانفعال يحدث نتيجة التفاعل بين الإثارة الفيزيولوجية والتقييم المعرفي للحدث [56]، ص 38، 39.

2.3.8.2. نظرية البناءات الشخصية La théorie de constructions personnelles

تعتبر نظرية البناءات الشخصية لـ كيلي Kelly نظرية هامة في فهم الاستجابة للضغط لأنّها تحاول إبراز الطريقة التي يبني بها الفرد معنى لخبرته ويكيف طريقة إدراكه للعالم في ظل التفاعلات المتبادلة مع البيئة، وفي نفس الوقت مع إعطاء المعنى هذا تتكون شخصية الفرد. كما تسمح نظرية كيلي Kelly بفهم المظاهر الكامنة لكل تقييم معرفي.

وبالنسبة لـ كيلي Kelly فإنّ تكوين بناء شخصي يعني إعطاء تفسير ومقارنة الأحداث على أساس أوجه الاختلاف والتشابه فيما بينها. وتقوم نظريته على أنّ لكل فرد القدرة على إعطاء دلالة للأحداث وبناء نظام قادر على توقعها مسبقاً. فالتوقع المسبق هو العملية المحورية في نظرية كيلي Kelly ، الذي يرى أنّه يجب على الفرد توقع الأحداث بتمييز البدائل التي تظهر في مجموع بناءاته العقلية أنّها قادرة على تقديم القاعدة الأكثر ملاءمة لتوقع بقية الأحداث.

وعلى هذا فالمسلمة الأساسية في نموذج كيلي Kelly هو أنّ عمليات الفرد هي موجهة من خلال الطريقة التي يتوقع بها الأحداث. فالفرد يتوقع الأحداث باستمرار مستعملاً مواضيع متكررة في بناءات

متتالية للأحداث، على أن تكون العمليات تم توجيهها من قبل شبكة قواعد وقوانين لا تخضع للصدفة [51]، ص 36، 37.

لم تنكر النظريات الفيزيولوجية للضغط أهمية العوامل النفسية والاجتماعية، إلا أنها ركزت على الآليات البيولوجية للفرد عند مواجهة الضغط. ونفس الشيء مع النظريات المعرفية للضغط هي على دراية بتعدد استجابات الفرد عند مواجهة الضغط، إلا أنها ركزت أكثر على دور الأفكار أو العمليات المعرفية.

4.8.2. النظرية السلوكية

يتزعم هذا الاتجاه أنصار المدرسة السلوكية، ومن بينهم باندورا Bandura. فقد قدّم باندورا Bandura (1978) مفهوم "الحتمية التبادلية" الذي يشير من خلاله إلى العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة. ويرى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث والخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فاعلية الذات Self-Efficacy لديه، وأن فاعلية الذات لدى الفرد تنمو من خلال إدراك الفرد لقدراته وإمكاناته الشخصية ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات على مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه. ويؤكد باندورا Bandura أيضاً أن الشخص عندما يواجه موقف معين فإنه يقيم هذا الموقف من خلال نوعين من التوقعات، وهما: أولاً توقع النتيجة Out-come expectation ويشير إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة، وثانياً توقع الفاعلية Efficacy expectation ويشير ذلك إلى اعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح. وعلى ضوء ذلك صاغ باندورا Bandura نظريته عن فاعلية الذات Self-Efficacy theory، ويرى أن توقعات الفاعلية لدى الفرد عندما تكون في تزايد تكون مصادر الفرد كافية لمواجهة الموقف، وبالتالي يصبح الموقف أقل تهديداً للفرد [1]، ص 66.

5.8.2. النظريات النفسية الاجتماعية

1.5.8.2. نظرية أحداث الحياة الضاغطة لهولمز و راهي (Holmes & Rahe)

Stressfull Life Events Theory

تدخل الدراسات والأعمال التي قام بها كل من هولمز و راهي Holmes & Rahe ضمن التناول النفسي الاجتماعي، الذي يدرس الضغط تبعاً لطبيعة الأحداث الضاغطة التي تعترض الأفراد.

أكد كلٌّ من هولمز و راهي Holmes & Rahe (1967) أنّ أحداث الحياة وتغيرات البيئة الخارجية سواء أكانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تسبب ضغطاً على الفرد، وأعدّ ذلك مقياساً لقياس تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الأفراد، وأشاروا إلى أنّ الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على المقياس هم الذين يتعرضون للإصابة بالأمراض مقارنة بالأفراد ذوي الدرجات المنخفضة فيه [1]، ص53، وأنّ تراكم أحداث الحياة الضاغطة يؤدي إلى ظهور اضطرابات تمس كل من الصحة النفسية والبدنية للفرد، وبميزان بين ثلاثة أنواع من الحوادث:

- 1- الأحداث المفاجئة: كفقدان قريب أو الإصابة بمرض خطير.
- 2- الأحداث المزمّنة: من مميزات الاستمرارية كالصراع العائلي أو صراع الأجيال.
- 3- الأحداث الناتجة عن المراحل الانتقالية في حياة الإنسان كالزواج [50].

2.5.8.2. نظرية مفهوم الحاجة لموراي Need Concept Theory of Murray

اهتم موراي Murray بدراسة البعد الاجتماعي في تفسيره للضغط النفسي، فهو يعتبر أنّ مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أنّ مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، ويعرف الضغط بأنّه صفة

لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز موراي Murray بين نوعين من الضغوط هما :

أ- ضغط بيتا Beta Stress: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

ب- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

ويوضح موراي Murray أنَّ سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول من الضغوط ويؤكد على أنَّ الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أمّا عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشئة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا [43]، ص100.

3.5.8.2. نظرية حفظ المصادر لهوبفول Conservation of resources theory

يرى هوبفول Hobfoll (1989) في نظريته، أنَّ الضغط يحدث عند وجود واحدة من الحالات الثلاثة التالية: أولاً عندما يعاني الفرد من فقدان المصادر، وثانياً عندما تتعرض هذه المصادر للتهديد، وثالثاً عندما يستثمر الفرد هذه المصادر دون أن تتبّعها فائدة أو منفعة (لا يتم تفعيلها). واقترح هوبفول Hobfoll أربعة أصناف من المصادر وهي أولاً: المصادر الموضوعية (أو المحسوسة وهي الأشياء المادية مثل البيت والملابس والحصول على وسائل النقل وغيرها)، وثانياً: المصادر الحالية (الظرفية أو الموقفية مثل الوظيفة والعلاقات الإنسانية)، وثالثاً: المصادر الشخصية (مثل المهارات أو فاعلية الذات)، ورابعاً: مصادر الطاقة (وهي المصادر التي تسهل الحصول على المصادر الأخرى مثل توفر المال والقروض والمعرفة) [57].

ووضع هوبفول Hobfoll وزملاؤه (1996) مجموعة من الفرضيات (المبادئ) التي استمدتها من

نظرية حفظ المصادر وهي:

1- أنّ فقدان المصادر هو المصدر الرئيسي للضغط. ويتعارض هذا المبدأ مع الافتراض الأساسي لنموذج أحداث الحياة لـ هولمز و راهي Holmes & Rahe الذي يرى أنّ الضغط يحدث عندما يجبر الفرد على إعادة تكييف نفسه مع ظروف معينة سواء كانت إيجابية كالزواج أو سلبية كفقدان شخص عزيز. وقد أكد هوبفول و ليلي Hobfoll & Lilly (1993) في اختبار تجريبي لهذا المبدأ أنّ الشعور بالضيق أو القلق يرتبط فقط بفقدان المصادر.

2- تقوم مصادر ما على حفظ وحماية مصادر أخرى. فتقدير الذات مثلاً هو مصدر مهم والذي يمكن أن يكون مفيداً للمصادر الأخرى. ولاحظ هوبفول و ليبيرمان Hobfoll & Leiberman (1987) أنّ النساء اللواتي لديهنّ تقدير ذات مرتفع يستطعن الاستفادة من الدعم الاجتماعي عند مواجهتهن للضغط على عكس النساء اللواتي لديهنّ تقدير ذات منخفض فإنّهن يفسرن الدعم الاجتماعي على أنّه دلالة على عدم الكفاية الشخصية وبذلك فإنّهن لا يستطعن الاستفادة من هذا الدعم.

3- يستنزف الأفراد المصادر المخزنة لمواجهة الضغوط نتيجة التعرض المستمر للمواقف الضاغطة، وهذا الاستنزاف يضعف قدرة الأفراد على مواجهة ضغوط إضافية. وتتطلب عملية استثمار المصادر التركيز على كيفية التفاعل بين المصادر ومتطلبات الظروف المتغيرة باستمرار، باعتبارها تفسر وتبسط وتكشف الضغوط المتعاقبة. وفي الأخير، يؤكد هذا المبدأ على أهمية استثمار ليس فقط أثر المصادر على النتيجة لكن أيضاً استثمار أثر النتيجة على المصادر [58].

6.8.2. النظريات التفاعلية transactionnelles

لا يسمح الاصطلاح التقليدي لتفسير الضغط بالأخذ بعين الاعتبار تعدد استجابات الفرد للعامل الضاغط، فيمكن للأفراد أن يطوروا استجابات مختلفة حتّى عند مواجهتهم لضغوطات مماثلة، إضافةً إلى

أنّ نفس الفرد يمكن أن يستجيب لوضعية ضاغطة بطرق مختلفة في أوقات مختلفة. هذا ما دفع العديد من الباحثين إلى تقديم نموذج وسيطي *modèle médiationnel* للضغط [49]، ص 101.



شكل رقم 03: النموذج التفاعلي للضغط [49]

يرى الاتجاه التفاعلي أنه مثلما تتوقف استجابة الضغط على طبيعة وشدة الضاغط فإنّها تتوقف أيضاً على خصائص الفرد خصوصاً النفسية، التي تلعب دور في كيفية تقييم الفرد للمشكل؟ وما ميكانيزمات الدفاع أو التكيف التي يستخدمها؟ ويتأثر هذا الاتجاه في تفسير الضغط بالتناول المعرفي المرتبط بدراسة سياقات معالجة المعلومة من طرف الفرد. فالعمليات العقلية لتقييم الوضعيات الضاغطة (أي الطريقة التي يدرك بها الفرد الوضعية الضاغطة ويقيم الحلول الممكنة من أجل مواجهتها) تساهم بدرجة كبيرة في تحديد استجابته للضغط.

وعلى هذا أصبح ينظر للضغط على أنه نتاج التفاعل بين الفرد وبيئته، واستجابة الضغط تظهر عند وجود اضطراب في التوازن بين المتطلبات البيئية وقدرات الفرد لمواجهة هذه المتطلبات [49]، ص 101.

1.6.8.2. النموذج الثلاثي الأبعاد لـ "لانج" (1968) Le modèle tridimensionnel

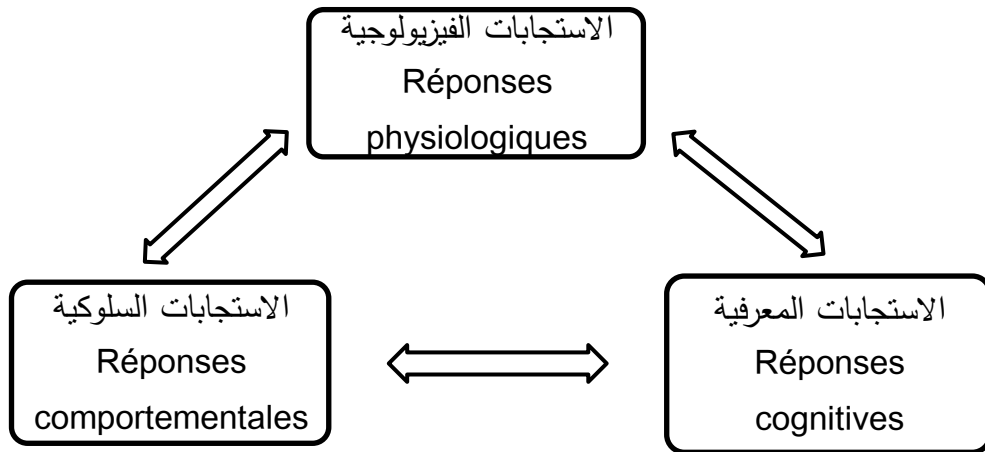
de Lang

تتمحور استجابة الضغط حسب هذا النموذج في ثلاثة مجموعات كبرى التي تتفاعل فيما بينها باستمرار، كما هي موضحة في الشكل رقم (04)، حيث يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار الاستجابات الأساسية الناتجة عن استجابة الضغط، وهي:

- **الاستجابات الفيزيولوجية:** تتمثل في مظهرات تنتج خصوصاً عن إفراز الكاتيكولامين *Catécholamine* والكورتيزول *Cortisol*.

- **الاستجابات السلوكية:** تتمثل في الإثباط، العدوانية،...

- **الاستجابات المعرفية:** تتمثل في اضطرابات التركيز، أخطاء التقييم،... [49]، ص 106.



شكل رقم 04: النموذج الثلاثي الأبعاد للضغط لـ لانج Lang (1968) [49]

2.6.8.2. نظرية التقييم المعرفي Cognitive Appraisal Theory

قدّم هذه النظرية ريتشارد لازاروس Richard Lazarus (1970)، حيث نشأت نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك أو التقييم المعرفي من جانب الفرد للمواقف الضاغطة. والتقدير المعرفي مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إنّ تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة

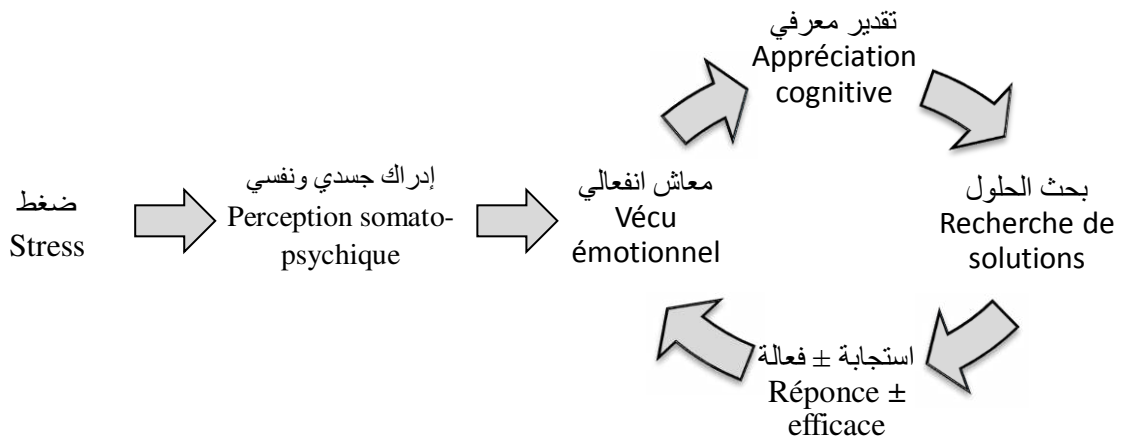
للموقف، ولكنّه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف [43]، ص100.

وتعتمد عملية التقدير المعرفي L'appréciation cognitive على عدة عوامل منها: طبيعة الحدث الضاغط، والنتائج المحتملة لهذا العامل الضاغط، وكذلك مصادر الفرد الشخصية لمواجهته. وحسب هذه النظرية فإنّ الاستجابة للضغط تحدث وفقاً لأربعة ميكانيزمات أساسية وهي:

- البحث عن المعلومات حول خصائص العامل الضاغط.
- وضع ردود الأفعال للمواجهة الفورية للعامل الضاغط.
- تثبيط ردود الأفعال التي يمكن أن تسبب إجهاداً للفرد.
- تنظيم الانفعالات وتعديلها.

وبالتالي تنشأ علاقة دائرية بين الضغط الخارجي والخبرة الانفعالية المعاشة التي تتبعه والتحليل

المعرفي للصراع والبحث عن الحلول الفعالة، كما هي موضحة في الشكل الموالي [56]، ص39.



شكل رقم 05: التقدير المعرفي للعامل الضاغط حسب لازاروس Lazarus [56]

وحسب نظرية التقدير المعرفي، فإنّه تنشأ الضغوط عندما يوجد تناقص بين المتطلبات الشخصية

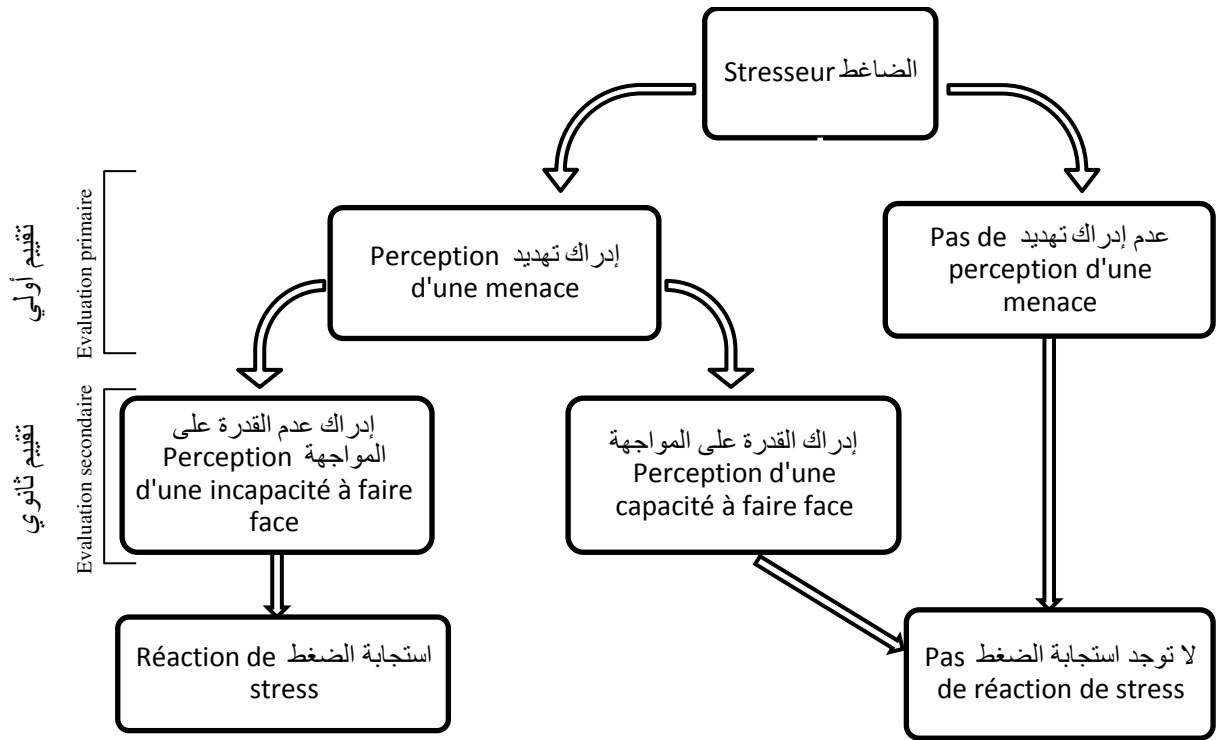
للفرد، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين هما:

- **المرحلة الأولى:** وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أنّ بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط.

- **المرحلة الثانية:** وهي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف.

ويتضح من خلال هذه النظرية أنّه ما يعتبر ضاعطاً بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهارته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه، وأخيراً عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي [43]، ص 101، 100.

وبهذا أعطى لازاروس Lazarus تفسير تفاعلي للضغوط، بحيث يرى وجود نوعين من الضغوط، ضغوط خارجية تتعلق بالبيئة المحيطة بالفرد، وضغوط داخلية تتعلق بالجانب الشخصي والفروق الفردية. واتضح من خلال هذا النموذج أنّه تتحدد استجابة الفرد للأحداث في البيئة بشكل كبير بتفسيرات الفرد لهذه الأحداث، حيث أكد نموذج لازاروس Lazarus وفولكمان Folkman (1984) على أهمية عملية التقييم الأولي والثانوي في نشأة الضغوط.



شكل رقم 06: نموذج التقييم المزدوج للضغط Le modèle de la double évaluation du stress

[49]

أظهر لازاروس Lazarus من خلال هذا النموذج أهمية التقييم الذي يقوم به الفرد عند مواجهة وضعية ضاغطة [49]، ص 107.

3.6.8.2. النموذج البيو نفسي اجتماعي Le modèle biopsychosocial

يبقى هذا النموذج لحد الآن أفضل نموذج لفهم وتفسير الاضطرابات النفسية في مجال الصحة النفسية، فهو يسمح بتجنب كل تناول اختزالي أو ناقص سواء كان بيولوجي، نفسي أو اجتماعي [56]، ص 36. وبفضل الدراسات في علم النفس البيولوجي تم اعتبار الضغط على أنه سيرة متعددة العوامل لديه مكونات عضوية، انفعالية، معرفية وسلوكية تتفاعل مع بعضها البعض. وبذلك أصبح يؤخذ بعين الاعتبار تدخل الانفعالات في الاستجابة للضغط، إذ ليست فقط الاستجابات الهرمونية هي التي تعتبر كردود فعل، وإنما أيضاً الحالة الانفعالية التي تنتج عن العامل الضاغط. ومن هذا المنطلق أيد سارافينو

Sarafino (1990) تعريف لازاروس Lazarus، الذي ينظر فيه إلى الضغط على أنه نتاج تفاعل بين الفرد والبيئة والتي تجعل الفرد يدرك وجود تنافر حقيقي أو متخيل بين متطلبات الموقف ومصادر أنظمتها الخاصة البيولوجية والنفسية والاجتماعية [50]، ص46. وكذلك يوجد نموذج بروشون-شويتزر ودانتزر BRUCHON-SCHWEITZER et DANTZER (1994)، المستوحى من علم النفس الصحة، الذي يأخذ بعين الاعتبار المحددات البيولوجية، النفسية والاجتماعية للفرد، التي تتفاعل فيما بينها، ويقوم الفرد من خلالها بتجديد استراتيجيات معرفية، انفعالية وسلوكية لمواجهة الأحداث الضاغطة [51]، ص59.

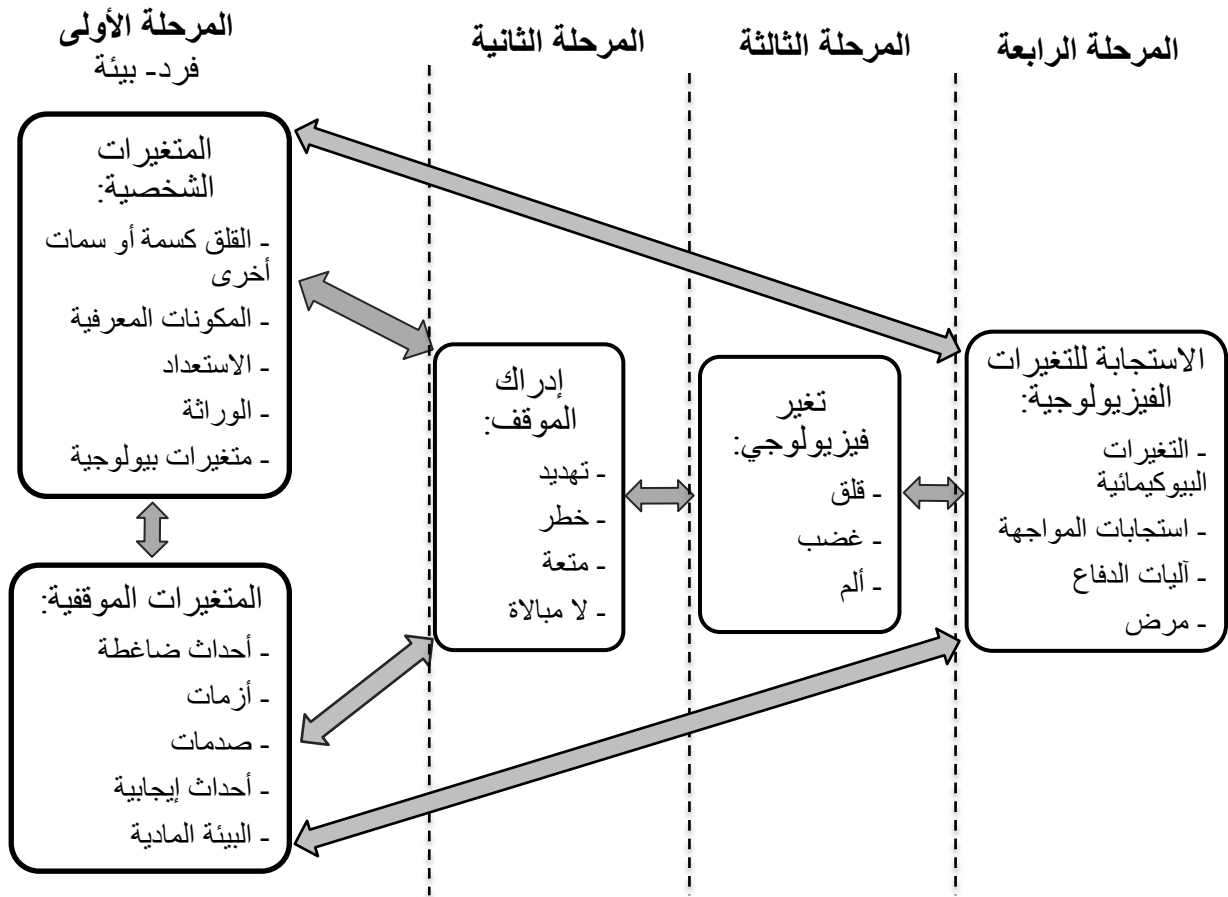
وحسب هذا النموذج فإنّ كل الاستجابات النفسية يجب فهمها وتفسيرها بطريقة متعددة الأبعاد بالأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المستمرة بين العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية التي تؤثر في السيرورة النفسية للفرد وميكانيزماته التكيفية [56]، ص36.

وبالتالي فإنّ التناول البيو نفسي اجتماعي هو تناول شامل، يدمج النماذج التفسيرية البيولوجية والبعد السيكلولوجي والاجتماعي للفرد في آن واحد. ومع ذلك فقد أهمل تدخل العوامل الأخرى، كأنواع المثيرات الضاغطة التي يتعرض لها الفرد.

4.6.8.2. نموذج اندلر Endler

يستخدم اندلر Endler كلمة ضغط لوصف التفاعل بين الشخص والموقف الذي من خلاله يدرك الفرد التهديد أو الخطر [1]، ص60. والنموذج الذي وضعه مشابه لنموذج لازاروس Lazarus، حيث يعتبر أنّ العلاقة الدينامية (التفاعلية) فرد- موقف على أنها سيروية. وتتكون العلاقة المتبادلة الضاغطة (البيئة تؤثر في سلوك الفرد ويتأثر الفرد بالأحداث البيئية) من أربعة مراحل (كما هي موضحة في الشكل رقم (07)).

تتعلق المرحلة الأولى بتفاعل المتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية، هذا يؤدي إلى إدراك الخطر أو التهديد (المرحلة الثانية)، الذي بدوره يمكن أن يؤثر في الموقف و/أو الشخص (المرحلة الأولى)، ومنه يحرض مجموعة من الاستجابات (المرحلة الرابعة) مروراً باستثارة فيزيولوجية (المرحلة الثالثة). ويفسر هذا النموذج استجابة الضغط على أنها سلسلة من التغذية الراجعة بين المراحل الأربعة، من خلال عمليات أو سيرورات متواصلة، حيث يرافق الإدراك المعرفي للتهديد أو الخطر مواجهة الضغوط، ويسبب زيادة الاستثارة الفيزيولوجية (تزايد القلق واستجابات انفعالية أخرى) [51]، ص 67.



شكل رقم 07: النموذج التفاعلي للضغط (فرد - بيئة) حسب اندلر Endler (1993) [51]

7.8.2. النظرية البيئشخصية

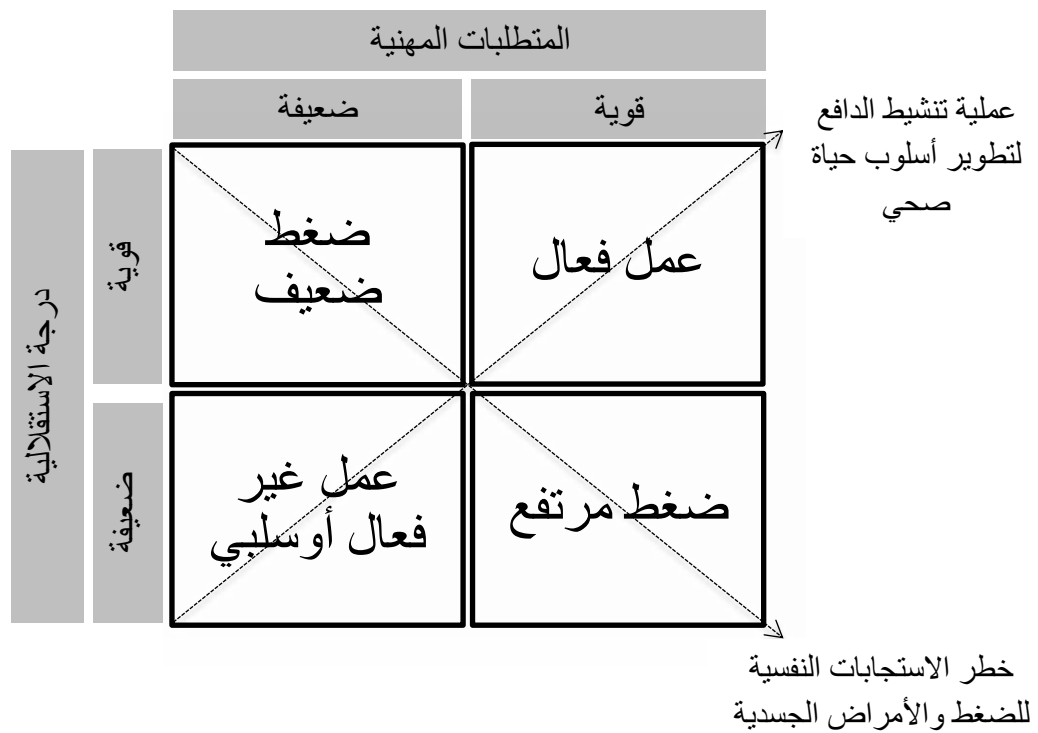
يتأثر سلوك الفرد بطبيعة العلاقات مع الناس. ويشير كارسون وآخرون Carson et al (1996)، إلى أنّ الضغوط النفسية التي يعانيها الفرد تعزو إلى أنماط التفاعل المختلة وظيفياً بين الأفراد. إذ أنّ الضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ من العلاقات الاجتماعية المختلة وظيفياً، وهذا يعني أنّ الضغوط تحدث عندما يكون هناك اضطراب في أنماط العلاقات البيئشخصية كما هو الحال في الصراعات الزوجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين والعلاقات في العمل [1]، ص69.

ويمكن الاستفادة من هذا النموذج في الضغوط المتعلقة ببيئة العمل التي تتطلب علاقات وتفاعلات بيئشخصية، وبالتحديد العلاقة طبيب-مريض والتي يكون فيها التفاعل بينها له تأثير على الصحة النفسية والجسدية للطبيب، كما أنّه قد يؤثر على نوع العلاقة في حد ذاتها.

وأراد الباحث إضافة نموذج الإجهاد المهني لـ كارازك Karasek، حتّى يكون قد أَلَمَ بنظريات ونماذج متنوعة للضغط النفسي ومنها ما هو متعلق بالضغط المهني.

8.8.2. نموذج الإجهاد المهني Le modèle d'astreinte professionnelle

هو من بين النماذج الخاصة بالضغط المهني الذي قدّمه كارازك Karasek (1979).



شكل رقم 08: نموذج كارازك Karasek للإجهاد المهني (1979) [20]

يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار ميزتين أساسيتين للوضع المهنية: عبء العمل Work load من جهة، ودرجة الاستقلالية من جهة أخرى، والتي نجدها في تنوع المهام، والاستفادة من الكفاءات، درجة اتخاذ القرار، فرص تعلم الجديد.

وجسد كارازك Karasek من خلال هاتين الميزتين أربعة أنماط لوضعيات العمل: عمل جد ضاغط (عبء عمل مهم واستقلالية ضعيفة)، عمل قليل الإجهاد (عبء عمل ضعيف واستقلالية مرتفعة)، عمل فعال (عبء عمل واستقلالية مهمتين)، وعمل غير فعال (عبء عمل واستقلالية ضعيفتين).

وكان الهدف من هذا النموذج هو إثبات الآثار الضارة لعمل كثير الإجهاد على الصحة الانفعالية (الاكتئاب والاحتراق النفسي) وعلى الصحة الجسدية (خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية [20]،

فيما سبق تمّ عرض بعض النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي وأهمّها، وما تمّ ملاحظته هو أنّ كل نموذج يتميز عن الآخر، وهذا لأنّه تمّ وضع كل نموذج من هذه النماذج وفق وجهة نظر خاصة أو إطار نظري معين، فمنه ما هو فيزيولوجي، ومنه ما هو معرفي، ومنه ما هو سلوكي ومنه ما هو اجتماعي.

والملاحظ أنّ هذه النظريات كل منها مكملّة للأخرى، ولا يمنع ذلك الأخذ من كل منها بما يتناسب وطبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث بالدراسة دون تحيز لواحدة منها. لذلك لم يجد الباحث سوى الإلمام بكل هذه النماذج حتّى يلمّ بجميع الجوانب التي تناولها في بحثه والتي تتناسب مع أبعاد مقياس الضغط النفسي الذي استعمله.

9.2. الضغط النفسي وعلاقته بالشخصية

تتحدد استجابة الفرد للضغط النفسي بنوع الضغوط التي يواجهها الفرد وطريقة إدراكه وتفسيره للموقف الضاغط ونوع الأساليب والاستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع الموقف الضاغط. والحدث الواحد يستثير استجابات مختلفة لدى الأفراد تبعاً لاختلاف وتباين مكونات الشخصية واختلاف التقييمات المعرفية للحدث لدى الأفراد [1]، ص33. فلا يتعلق الأمر بالضغوط التي يواجهونها في حد ذاتها وإنّما يتعلق بكيفية إدراك الفرد للحدث الضاغط وبمدى صلابة الفرد النفسية وقدرته على مواجهة هذه الأحداث.

والحقيقة أنّ شعور الأفراد بقدرتهم على التحكم في المواقف والأحداث الضاغطة والتعامل معها يعتمد على كيفية تفسيرهم للحدث أو الموقف الضاغط وكذلك على نمط شخصيتهم وكيفية فهمهم وتقديرهم لذواتهم وإمكاناتهم ولمصادرهم الشخصية والاجتماعية [1]، ص10. وعلى هذا تلعب الشخصية دوراً كبيراً في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط. وبناءً على العديد من الأبحاث والدراسات ثبت أنّ حضور أنماط

معينة من الشخصية خلال التعرض لعامل ضاغط هي التي تحدد مدى فاعلية عملية التوافق معه، ومن هذه الأنماط نجد:

*** نمط الشخصية:** لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم طبقاً لنمط الشخصية، فكل فرد سمات أو أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة. ومن هذه الأنماط السلوكية النمط (أ) للسلوك. ولقد أشار فريدمان وروزنمان Friedman & Rosenman (1974) إلى أنّ الأفراد الذين يندرجون تحت هذا النمط من السلوك لهم سمات وخصائص مثل: العدوان والعنف والقابلية للاستثارة والإحساس بضغط الوقت وعدم التحلي بالصبر والنشاط المتعجل ودرجة عالية من الطموح والثقة بالنفس والمثابرة وبذل الجهد وروح التنافس ومحاولة إنجاز أكثر من عمل في وقت أقل. أمّا أصحاب النمط السلوكي (ب) فهم أكثر استرخاءً وصبراً ورضاً عن العمل والحياة وغير عدوانيين. وعلى هذا فإنّ أصحاب نمط السلوك (أ) هم أكثر شعوراً بالضغط حيث تظهر عليهم أعراض الضغوط الجسمية والنفسية بدرجات مرتفعة [1]، ص126، 127. وبناءً على هذا تمّ وصف بعض الشخصيات على أنّها حساسة أكثر لآثار الضغط، بسبب طريقة استجابتها. وذلك بعد إثبات العلاقة بين النمط (أ) والأمراض القلبية الوعائية والنمط (ج) والسرطان، على غرار النمط (ب) الذي يلعب دور وقائي من خلال تكيفه الجيد مع الضغط [54]، ص157، 158.

*** سمات الشخصية:** تشير دراسة بولجر Bolger (1990) إلى أنّ أبعاد وسمات الشخصية ترتبط بأساليب مواجهة الضغوط. فالأفراد العصائبيون يستخدمون استراتيجيات مواجهة أقل فعالية مثل الانسحاب والتجنب ولوم الذات، وبهذا فإنّ استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها تزيد من الشعور بالضيق [1]، ص129. إذ يميل الأفراد ذوو العصابية العالية إلى أن تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغاً فيها، ولديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الانفعالية، وتتكرر الشكوى لديهم من

اضطرابات بدنية مثل الصداع واضطراب الهضم والأرق وآلام الظهر وغيرها. كما يقرّون بأنّ لديهم الكثير من الهموم والقلق وغير ذلك من المشاعر الانفعالية، ويتوفر لديهم الاستعداد للإصابة بالأمراض العصبية عندما تشتد الضغوط عليهم [43]، ص219.

* **La personnalité endurente**: تسمح الشخصية الصلبة التي وصفها كوباسا Kobasa (1979) بالتكيف مع الضغط والحماية ضده [54]، ص157، 158.

* كما أشار كل من كابلان وفرانش Kaplan & French أنّ الأفراد ذوي الشخصيات الأكثر مرونة يقاومون الضغط أكثر من الأفراد الآخرين [35]، ص18.

وعلى هذا بدأت الدراسات في مجال الضغوط تتوجه نحو التركيز على الجوانب الإيجابية في الشخصية وعلى التغيرات التي من شأنها أن تجعل الفرد يظل محتفظاً بصحته الجسمية والنفسية في مواجهة الضغوط.

10.2. الاحتراق النفسي ومهن الرعاية الصحية

غالباً ما تكون الضغوط النفسية متبوعة بالاحتراق النفسي Burnout، ذلك لأنّ الاحتراق هو نتيجة التعرض للضغوط المستمرة والمتكررة. فقد تمّ وصف الاحتراق النفسي (تتأذر الإنهاك المهني) منذ سنوات السبعينات على أنّه شكل خاص من الاستجابة للضغط المزمن في إطار المهن التي تقدم المساعدة مثل الممرضين، الأخصائيين الاجتماعيين، الأطباء... إذ ترتبط بعض مسببات الضغط بصفة خاصة بهذه المهن، مثل ضرورة اتخاذ قرارات متعلقة بالحياة مع توفر مجموعة معلومات فيها التباس وغموض، وكذلك خطر الخطأ له نتائج خطيرة، والاتصال المكثف (والمجهد) عاطفياً مع المرضى والعائلة والزلاء الآخرين [46].

ويرى ستورا Stora أنّ الضغوط التي يتعرض لها الأطباء وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية كثيرة، حيث تعد هذه المهنة من المهن الضاغطة، خاصةً في أقسام الطوارئ (الاستعجالات)، فضلاً عن ساعات العمل الطويلة، وتلك الساعات تعزلهم عن وتيرة الحياة الاجتماعية والافتقار إلى الحياة الخاصة. وكذلك مسؤوليات الطبيب تجاه المرضى وعلاقة الطبيب بالمرضى تزيد من قلقهم، إضافة إلى الضغوط التي تمارسها العائلة والأصدقاء [41]، ص46.

ولهذا تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بظاهرة الاحتراق النفسي في المهن التي تقدم المساعدة والعون للآخرين. وبدأ التركيز على دراسة طبيعة العمل في المهن التي توفر الخدمات الإنسانية، ودور الضغط الوظيفي وتأثيرها على نوعية هذه الخدمات [7]، ص506.

وإذا كان الاحتراق النفسي يصيب جميع الأفراد مهما كانت مهنتهم ، فإنّ المهن الطبية أصبحت أكثر استهدافاً لهذا التناذر [46]. فعلى الرغم من أنّه يشكل أحد المخاطر المهنية التي تتطور لدى الأفراد الذين يعملون مع الفئات التي تحتاج إلى المساعدة، إلّا أنّه يعتبر من المشاكل التي تحدث بشكل خاص مع الأطباء والممرضات، وغيرهم من العاملين مع المرضى [7]، ص506.

وقد أكّدت الدراسات على أنّ الإنهاك نتيجة العمل الزائد ينعكس على طاقة الفرد ومقدرته، ويؤدي إلى تغيرات سلبية في العلاقات، ومن هذه التغيرات: فقدان الاهتمام بالمرضى، حيث يعامل بطريقة آلية وبغير اكتراث [27]، ص105. فالشخص الذي يعاني من الاحتراق لا تكون لديه مشاعر إيجابية أو تفهم عطوف *compréhension empathique* للآخرين [1]، ص27. وهذا ينطبق على فئة الأطباء لأنّهم معرضين لمواقف صعبة ومجهدّة نتيجة لمسؤولياتهم ووتيرة عملهم (ساعات العمل المتزايدة)، ممّا يجعل لديهم سلوك انفصال عاطفي شديد *Détachement émotionnel intense* تجاه المرضى [20]، ص237.

ومع هذا لا يمكن اعتبار أنّ كثافة العمل وطبيعته هو فقط الذي يؤدي إلى الاحتراق النفسي، وإنّما أيضاً خصائص وسمات الأشخاص الممارسين لهذا العمل.

وفي هذا الصدد يقول فرودينبرجر Freidenberger في كتاباته أنّ المخلصين والملتزمين هم أكثر عرضة للاحتراق النفسي. كما يؤكد علي عسكر أنّه وجد في البحوث التي قام بها بأنّ الجماعة المهنية الأكثر عرضة للاحتراق النفسي هي الأكثر مثالية والتزاماً بمهنتها [27]، ص 107. ويقول كاتيبيرا باسكال وآخرون Cathébras Pascal et al أنّ الاحتراق النفسي لا يصيب سوى الأفراد الذين يعملون ضمن مهن تقديم المساعدة بمستوى مرتفع من المثالية، الدافعية وكذا التورط في علاقة مع المرضى [46]. وبطبيعة الحال إذا كان الأمر يتعلق بالأطباء فإنّه يوجد متغير آخر إضافة إلى التزامهم تجاه عملهم وهو التزامهم تجاه المرضى.

خلاصة الفصل

يعتبر الضغط النفسي ظاهرة تلازم الإنسان في جميع مجالات حياته. وعرف هذا المفهوم تطورات عبر مراحل عديدة واستخدم في مجالات مختلفة. وقد اختلفت الاتجاهات والمقاربات التي تناولته، حيث أعطى الباحثون والعلماء قراءات مختلفة لمفهوم الضغط ونماذج الاستجابة له، ويرجع هذا الاختلاف إلى تباين اختصاصاتهم ومقارباتهم.

وتتنوع مصادر وأنواع الضغوط التي يواجهها الفرد، فمنها ما هو داخلي مرتبط بالفرد نفسه ومنها ما هو خارجي مرتبط بالبيئة المحيطة به. ومن المؤكد أنّ الإنسان لا يستطيع أن يكون في معزل عن الضغوط، وإذا كان لا بدّ من معاشة الفرد للضغوط والتوترات فينبغي أن تكون بقدر ومستوى معين. وليس هناك مستوى معين من الضغوط يمثل الحد الأمثل لجميع الأشخاص، إذ يختلف كل فرد في إدراكه للضغوط وتختلف بذلك ردود فعله حيالها. لكن تنبغي الإشارة إلى أنّ قدر معتدل من الضغوط هو

ضروري ليظل الفرد في حالة النشاط والانجاز، فكل فرد يستطيع أن ينجز بشكل جيد ويحقق مستوى ملائماً من التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني في ظل المستويات العادية من الضغوط، ولكن الضغوط الحادة والمزمنة في مستواها تتطوي على العديد من النتائج الجسمية والمعرفية والسلوكية والانفعالية السلبية والتي من شأنها أن تعوق قدرة الفرد على التوافق.

ويعتمد شعور الأفراد بقدرتهم على التحكم في المواقف والأحداث الضاغطة والتعامل معها على كيفية تفسيرهم للحدث الضاغط وكذلك على نمط شخصيتهم، فالحدث الواحد يؤدي إلى ظهور استجابات مختلفة لدى الأفراد تبعاً لاختلاف وتباين مكونات الشخصية والخصائص النفسية التي تميز كل فرد عن الآخر (الفروق الفردية بين الأفراد). وبناءً على هذا تستند التقييمات المعرفية التي يعطيها الفرد للحدث الضاغط حول قدرته على مقاومة الحدث الذي تم إدراكه على أنه مهدد على شخصية الفرد. وفي ضوء هذا يبرز دور الشخصية في فهم الآليات التي تتحكم في إدراك الضغط.

إضافةً إلى ذلك تتأثر بعض المهن دون غيرها بالضغط النفسي، ومثال ذلك مهنة الطبيب. فمسؤوليات الطبيب وطبيعة أعماله تجعله عرضة للضغط، والذي ينعكس بطبيعة الحال على نوعية علاقته بمرضاه، وهذا ما سوف نحاول التطرق إليه بالتفصيل في هذه الدراسة.

الفصل 3

الشخصية

تمهيد

يشترك في دراسة موضوع الشخصية علوم عدّة أهمها علم النفس، وعلم الاجتماع، والطب النفسي، والإرشاد النفسي، فهي من المواضيع الهامة التي تتمحور حولها الكثير من المفاهيم النفسية. ولقد دخلت الشخصية تقريباً كل ميدان من ميادين العلوم الإنسانية، وأصبحت المحور الذي تدور حوله دراساتها وبحوثها، وهي الموضوع الذي تبدأ به البحوث في علم النفس أو تنتهي إليه. ولهذا ازداد الاهتمام بدراسة الشخصية زيادة كبيرة، في العقود الأربعة أو الخمسة الأخيرة، بدءاً بأعمال ألبرت Allport وتبعتها دراسات و أبحاث أخرى.

وقد عرف مفهوم الشخصية تطوراً وتعدّداً لدى علماء النفس، حيث عدّ جوردن ألبرت Gorden Allport أكثر من خمسين تعريفاً للشخصية؛ إذ لم يلق هذا المفهوم كثيراً من الاتفاق حول زاوية التناول وكيفيةها، ممّا أفرز نظريات مختلفة المناحي، حتّى داخل التيار الواحد نجد تبايناً كبيراً. ولذلك تعددت النظريات التي تناولت موضوع الشخصية واختلفت الآراء حول طبيعتها ومكوناتها وفق منظور أصحاب

تلك النظريات، ومن ثم تُعرّف الشخصية حسب المفهوم الذي وضعه صاحب النظرية (يعني عدم وجود اتفاق عام بين واضعي نظريات الشخصية حول استخدام هذا المصطلح).

وتدرس الشخصية من ناحية تركيبها وأبعادها الأساسية ونموها وتطورها، ومحدداتها الوراثية والبيئية وطرق قياسها، وكل ذلك على أساس نظريات متعددة، هدفها جميعاً هو التنبؤ بما سيكون عليه الفرد في موقف معين، حتى يمكن ضبطه والتحكم فيه.

وتعتبر الشخصية بسماتها وأنماطها متغيراً هاماً من الضروري عدم إغفاله في دراسة الضغط النفسي، فهي (الشخصية) من العوامل الوسيطة في سيرورة ودينامية الضغط النفسي. ولهذا جاء هذا الفصل للتعرف أكثر على هذا المفهوم، الذي اختلف العلماء في تعريفه باختلاف اتجاهاتهم ووجهات نظرهم.

1.3. تطور مفهوم الشخصية

مصطلح الشخصية Personality في اللغة الانجليزية هو مصطلح لاتيني مشتق من كلمة "Persona" وهي القناع، ويعود استعمالها إلى زمن الإغريق حيث كان الممثل المسرحي يضع القناع على وجهه عند أدائه لدور شخصيات معينة بغية إيضاح الصفات المميزة التي يتطلبها ذلك الدور على المسرح، أي كان المقصود بمصطلح الشخصية هو المظهر [59]، ص 449.

وأشار جيلفورد Guilford (1959) إلى أنّ الممثل اليوناني كان يضع على وجهه قناعاً يدعى "بيرسونا Persona" يتحدث من خلاله ليضيف على نفسه الدور الذي يمثله، وفي الوقت نفسه ليكون من الصعب التعرف إلى الشخصيات التي تقوم بهذا الدور [23]، ص 37.

ومن خلال كتابات سيسرون Ciceron (106-43 ق.م) ظهر أنّ كلمة بيرسونا بالنسبة لديه تحمل

أربعة معان على الأقل، تعود جذورها كلّها إلى المسرح:

- نظرة الآخرين للفرد (وليس كما هو في الواقع).

- الدور الذي يقوم به الشخص في الحياة.

- الجمع بين الصفات الذاتية التي تجعل الفرد متوائماً مع عمله.

- الصفات المميزة للشخصية وكذلك مرتبته [23]، ص38.

ومع مرور الزمن، أطلق لفظ "بيرسونا" على الممثل نفسه أحياناً وعلى الأشخاص عامة أحياناً

أخرى. وفي تتابع سريع عُرفت سلسلة من التوسعات أو التحولات في استخدام مصطلح بيرسونا حوّل هذا

الاسم المحسوس إلى اسم مجرد متعدد المعاني Personality [23]، ص37.

وبناءً على كلّ ما سبق يمكن اعتبار كلمة الشخصية personnalité بأنّها من المصطلحات

الحديثة.

2.3. تعريف الشخصية

بالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تناولت الشخصية الإنسانية إلّا أنّها مازال يكتنفها كثير من

الغموض. وقد اختلف علماء النفس والباحثون حول تعريفهم للشخصية تبعاً لاختلاف وجهة نظرهم نحوها،

ولاختلاف نظرياتهم حولها.

وبناءً على هذا تتعدد تعريفات الشخصية وتختلف بتنوع الخلفيات النظرية التي تناولتها، ممّا جعل

هوطو Huteau يرى فيها مفهوماً عاماً لا يمكن تناوله تناولاً شاملاً إلّا في ضوء مرجعية إيديولوجية أو

ابستمولوجية معينة [60]، ص534.

وبما أنّ الشخصية من أكثر الظواهر النفسية تعقيداً ومن أكثر المفاهيم تداخلاً وتركيباً، سوف نقدم مجموعة من أهم التعاريف وأشهرها بدءاً بالتعاريف اللغوية إلى الاصطلاح العلمي.

لغة: كلمة شخصية في اللغة العربية من "شخص" وهو: "جماعة شخص الإنسان وغيره، وهو كذلك سواد الإنسان تراه من بعيد، وكل شيء رأيت جسمانه فقد رأيت شخصه".

وانتقل المصطلح من المستوى المادي إلى المستوى المعنوي وهو "كل جسم له ارتفاع وظهور، والمراد به إثبات الذات فاستعير لها لفظ الشخص".

كما ورد في المعجم الوسيط أنّ الشخصية "هي صفات تميز الشخص عن غيره" [59]، ص449.

أمّا في اللغتين الفرنسية والانجليزية، فكلمة شخصية *personnalité* أو *Personality* مشتقة من الكلمة اللاتينية *Personalis* التي ترجع إلى الشخص. ويعني المقطع *Persona* قناع المسرح، ثمّ أصبح يطلق على الشخصية، ثمّ الدور، وأخيراً إلى الشخص [38]، ص508.

وأعدّ جوردن ألبورت Gorden Allport (1937) خمسين تعريفاً للشخصية، تمّ اعتبار الشخصية من خلالها على أنّها مجموعة من السمات أو الأبعاد الأساسية التي تسمح بتمييز الفرد [26]، ص1. وعرف ألبورت Allport الشخصية بأنّها "التنظيم الديناميكي الذي يكمن بداخل الفرد والذي ينظم كل الأجهزة النفسية والجسمية التي تحدد للفرد طابعه الخاص في التكيف مع البيئة" [61]، ص19.

من مميزات هذا التعريف أنّه يسلم بالطبيعة المتغيرة والارتقائية للشخصية (التنظيم الدينامي)، كما يركّز على الجوانب الداخلية أكثر من المظاهر السطحية، أمّا "النفسية الجسمية" فهي تعني أن تنظيم الشخصية يتضمن عمل كل من العقل والجسم، في وحدة لا تتفصم، بينما تشير "الأجهزة" إلى وجود نظام مركب من العناصر التي تتفاعل في تبادل [23]، ص39.

وبهذا فإن تعريف ألبورت Allport يُظهر أهمية البيئة وأثر صفات الفرد في توافقه معها.

ويعرف كيلي Kelly (1955) الشخصية بأنها "مجموع البناءات العقلية الشخصية التي يُنشئها

الفرد من أجل تفسير العالم المحيط به" [62]، ص 9.

بينما يرى جيلفورد Guilford (1959) أن "الشخصية هي ذلك النمط المميز للسمات" [27]،

ص 60. ويركّز هذا التعريف على مبدأ الفروق الفردية ومفهوم السمة.

أما كاتل Cattell فهو يرى أن الشخصية هي "ما يُمكننا من التنبؤ بما سيفعله الشخص في موقف

معين". ويركّز هذا التعريف على القيمة التنبؤية لمفهوم الشخصية [23]، ص 40.

ويعتبر أيزنك Eysenck (1960) الشخصية بأنها هي ذلك "...المجموع الكلي لأنماط السلوك

الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظراً لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة فإنها تتبعث وتتطور من خلال التفاعل

الوظيفي لأربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الأنماط السلوكية: القطاع المعرفي (الذكاء)، القطاع

النزوعي (الخلق)، القطاع الوجداني (المزاج) والقطاع البدني (التكوين)" [63]، ص 19.

وفي تعريف آخر ذكر أيزنك Eysenck أن الشخصية "هي ذلك التنظيم الثابت والدائم نسبياً،

لطباع الفرد ومزاجه وتفكيره وبنيته الجسمية، والذي يحدد توافقه المميز مع بيئته" [64]، ص 15.

في حين يقول نوبار سيلامي Nobert Silamy (1983) أن الشخصية يمكن تعريفها بأنها

"الفردية الواعية" لكنّها لديها العديد من المعاني في علم النفس:

- ترجع كلمة الشخصية إلى المظاهر غير المعرفية للشخص، أي إلى الانفعالات و الإرادة، وليس إلى

الذكاء والاستعدادات.

- خاصة بالسلوكات، أي بما يجعل الشخص يتصرف على هذا النحو أو ذاك.

- لا ترجع إلى التنظيم المتغير نسبياً.

بل مصطلح الشخصية يشمل "التنظيم الدائم نسبياً الذي يميّز سلوك الفرد خلال فترة طويلة" [38]، ص508.

وعرّفت المنظمة العالمية للصحة OMS (1993) الشخصية بأنها "أنماط مركبة من الأفكار، الأحاسيس والسلوكيات التي تميز نمط حياة الفرد ونمط تكيفه. وتنشأ هذه الأنماط عن عوامل تكوينية، نمائية ومن الحياة الاجتماعية".

كما عرّف كوترو وبلارك بورن Cottraux & Blackburn (1995) بأنها "التداخل الثابت والمميز لمجموعة من السلوكيات، الانفعالات والمعارف، التي تعكس أنماط من الاستجابات الانفعالية والسلوكية للبيئة التي تميز كل فرد [62]، ص9.

ويقول جورج خوري (1996) الشخصية "هي بنية دينامية داخلية تنتظم فيها جميع الأجهزة العضوية والنفسية بحيث تحدد ما يميز الفرد من سلوك وأفكار" [65]، ص19. وتعريفه هذا يشبه إلى حد كبير تعريف ألبورت Allport.

ويرى كامل محمد محمد عويضة (1996) الشخصية هي "التنظيم الذي يتميز بدرجة من الثبات والاستقرار لخلق الفرد ومزاجه وعقله وجسمه، والذي يحدد توافقه المميز للبيئة التي يعيش فيها" [66]، ص8. وتعريف عويضة يشبه تعريف أيزنك Eysenck.

إضافة إلى تعريف أحمد محمد عبد الخالق (1996) الذي يرى أنّ الشخصية: "نمط سلوكي مركب، ثابت ودائم إلى حد كبير، يميز الفرد عن غيره من الناس، ويتكون من تنظيم فريد لمجموعة من الوظائف والسمات والأجهزة المتفاعلة معاً، والتي تضم القدرات العقلية، والوجدانية أو الانفعال، والنزوع أو

الإرادة، وتركيب الجسم والوظائف الفيزيولوجية، والتي تحدد طريقة الفرد الخاصة في الاستجابة وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة" [67]، ص 64.

ويعرفها دورون Doron (1998) بأنها "تلك الوحدة الثابتة والفريدة لمجموع السلوكات" [60]، ص 685.

ويذكر ساندر وتشيرر Sander & Scherer (2009) في كتابهما أنّ مصطلح الشخصية يشير إلى "الكاريزما أو مهارة إحداث استجابات إيجابية في الآخرين". والتعريف الأكثر دقة - بالنسبة لكل من ساندر وتشيرر Sander & Scherer - هو بوصف الشخصية على أنّها تعكس "المميزات أو الخصائص الأكثر ظهوراً والأكثر هيمنة لدى شخص ما. وترتكز هذه السمات التي تصف الخبرة الانفعالية للأفراد على الافتراضات الضمنية المتعلقة بالشخصية" [19]، ص 361.

وبناءً على كلّ ما سبق، يمكن تصنيف التعريفات السابقة على الرغم من تعددها إلى عدّة تصنيفات، ومن هذه التصنيفات ما ينظر إلى الشخصية بوصفها مثيراً أو استجابةً أو متغيراً يتوسط ما بين المثير والاستجابة.

أ- الشخصية كمثير: تنظر هذه الفئة إلى الشخصية على أنّها مثير أو منبه أي مؤثر اجتماعي في الآخرين، وهي تركز على المظهر الخارجي للفرد وقدرته على التأثير في الآخرين.

ويشير سيد غنيم (1975) إلى المشكلات التي يثيرها تعريف الشخصية بوصفها مثيراً منها:

- الإشارة إلى جوانب معينة فقط من حياة الفرد.

- الإفضاء إلى تمييز خطير بين درجات أعلى أو أدنى من الشخصية من حيث التأثير الاجتماعي.

- ليس من الضروري أن يقوم الناس بملاحظة الفرد حتى تصبح له شخصية.

إلا أنّ تطبيق مثل هذه التعاريف في البحث العلمي، يجعل لكل شخص عدد غير محدود من الشخصيات [23]، ص42،43.

ب- الشخصية كاستجابة: يهدف هذا النوع من تعريفات الشخصية إلى تجنب الصعوبات التي نشأت عن تعريف الشخصية على أنّها مثير. إذ ينظر مناصرو هذه الفئة إلى الشخصية من حيث هي استجابات الفرد للمثيرات المختلفة ويحاولون وصف الشخصية بأنّها الأنماط السلوكية المتعددة التي يستجيب بها الفرد للمثيرات التي يتعرض لها.

وتعتبر هذه المجموعة من التعاريف أكثر موضوعية من المجموعة الأولى، باعتبار إمكانية استخدامها في البحث العلمي، فإذا ما تمّ الاتفاق على الاستجابات التي تُكوّن الشخصية أمكن دراستها وتصنيفها وتحليلها وقياسها.

ومن النقد الموجه إلى هذه التعريفات أنّ الشخص الواحد حين يواجه بالمثير الواحد، لا يستجيب دائماً بالاستجابة عينها، كما أنّ شخصين مختلفين قد يستجيبان بالاستجابة نفسها ولكن لأسباب مختلفة، كما أنّ هذه المجموعة قد تصل إلى درجة من العمومية والشمول [23]، ص43،44.

ج- الشخصية كمتغير وسيط بين المثير والاستجابة: بعد أن تأكد علماء النفس بأنّ علم النفس لا يمكن أن ينحصر في دراسة المنبهات المحددة بدقة والاستجابات الملاحظة، أصبح ينظر إلى أنّ المنبه يؤدي إلى استجابة تعتمد على خصائص الكائن العضوي، بحيث ينظر إلى خصائص الكائن العضوي على أنّها متغير بيني أو وسيط، أي يتوسط ما بين المنبه والاستجابة، يؤثر تأثيراً كبيراً في نوع السلوك وشدة الاستجابة. ومن أمثلة هذا النوع من التعاريف تعريف ألبورت Allport وتعريف أيزنك Eysenck.

وبهذا ينظر أنصار هذا النوع من التعاريف إلى الشخصية بوصفها وحدة موضوعية، وأنّ الإنسان متصل بالعالم المحيط به، يتأثر به ويؤثر فيه [23]، ص46،47.

ويقصد الباحث بالشخصية في هذه الدراسة سمات الشخصية Personality traits، وتبنى لذلك نموذج العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية الذي يعد من أهم النماذج وأحدثها التي فسرت سمات الشخصية، ومن أكثرها قبولاً في الوقت الحالي. ويتكون هذا النموذج من خمسة عوامل رئيسية هي الانفتاح على الخبرة Openness، يقظة الضمير Conscientiousness، الانبساط Extraversion، الطيبة Agreeableness، العصاوية Neuroticism، وسوف نتطرق لهذه السمات بالتفصيل لاحقاً.

3.3. مكونات الشخصية

تتشترك العوامل المكونة للشخصية في تحديد سلوك الفرد، وتتجه النظرة القائمة على الطب النفسي إلى تحديد العوامل المكونة للشخصية في:

* **الوجدان Affect**: يطبع الوجدان الشخصية بطابعه، فهو يلعب دوراً رئيسياً في عمليات كالتعلم والإدراك، الفضول، المزاج التي ما هي إلا متفرعات للوجدان.

ولنلاحظ في دراسة الحالات الوجدانية، وجود علاقة متشابكة بين العوامل الخارجية كنوع الإثارة، وحدتها وديمومتها... وبين العوامل الداخلية الخاصة بكل فرد، وبحالته المزاجية، حيث يمارس كل عامل تأثيره الخاص ويتحكم بشكل ما في تحديد الحالة المزاجية التي تعقب الإثارة، وبذلك يمكن فهم لماذا يؤدي التعرض لنفس المجهودات إلى استجابات وتأثيرات مختلفة.

* **المعرفة Cognition**: تمثل نفسياً على أنها القدرة على وعي المعلومات التي يحويها الحقل العقلي في لحظة ما، وهي الطريقة التي تنظم وفقها المعلومات بشكل يمكن استخدامها للتكيف مع البيئة، وتعتمد المعرفة على ملكتين أساسيتين هما:

أ- **الفهم**: كناية عن استقبال المعلومات الجديدة، وتحليلها ومقارنتها بالخبرات الأصلية.

ب- **التعلم:** يعتمد على ثلاثة عوامل هي:

- الجهاز العصبي المركزي الذي يحدد مدى إمكانيات التعلم ومدى قابلية التطور.

- البيئة التي ينشأ فيها الطفل من حيث الظروف العائلية والمادية...

- العمر الذي يتم من خلاله التعلم.

* **التصور:** يعتبر بمثابة حالة ذاتية للوعي ويتجسد على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو الأحداث التي شهدها الشخص سابقاً، والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي. ويعتبر بعض العلماء التصور بأنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص على تجديد رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رأوها سابقاً.

* **وظائف توجيه وتكامل السلوك:** يعتمد توجيه وتكامل السلوك على ثلاثة وظائف هي: الانتباه، والذاكرة والخيال.

* **العمليات المؤدية إلى ترابط السلوك:** وهي أربعة تتمثل في: التفكير، واللغة والذكاء والإرادة [68].

4.3. محددات الشخصية

تتكون لدى الفرد بعض سمات الشخصية نتيجة المؤثرات البيئية ومن خلال ما يتلقاه من تربية وتنشئة أسرية واجتماعية، فضلاً عن السمات البيولوجية التي يورثها الفرد عن طريق الجينات الوراثية. ويعتبر المحددان التكويني (البيولوجي) والبيئي هما العاملان الأساسيان في تشكيل الشخصية.

1.4.3. المحددات البيولوجية

تضم هذه المحددات: الوراثة، وبنية الجسم وفيزيولوجيا الجسم.

أ- الوراثة:

يؤثر النمط الوراثي الخاص في شخصية الفرد، وقد ركزت البحوث على وراثة خصائص الشخصية عن طريق التوائم الحقيقية وغير الحقيقية. ورغم أنّ الدراسات تشير إلى أنّ بعض خصائص الشخصية موروثية، فليس هناك دليل على أنّ مثل هذه الخصائص تحددها موروثات معينة [59].

ويشير أيزنك Eysenck (1982) إلى أنّ العوامل الوراثية مسؤولة عن ثلثي الاختلافات المسجلة بين الأبعاد العامة للشخصية [69]، ص 207.

ب- بنية الجسم:

هي التركيب البدني الظاهر لجسم الإنسان، وفكرة الارتباط بين بنية الجسم والشخصية هي فكرة قديمة، بدأ بحثها مع الطبيب اليوناني أبو قراط Hippocrate (400 ق.م) وإسهامات كرتشمير Kretschmer وشلدون Sheldon، حيث ميّز كرتشمير Kretschmer بين أربعة أنواع من تركيب الجسم هي: البدين، الهزيل، الرياضي، المختلط (المضطرب). وكشف كرتشمير Kretschmer عام 1922 عن وجود علاقة بين البنية المكتنزة وذهان الهوس/الاكتئاب، وكذلك البنية النحيلة ومرض الفصام. وأكدت البحوث علاقة بنية الجسم بالذهان وليس بشخصية الأسوياء. وكذلك ربط شلدون Sheldon بين بنية الجسم والشخصية.

ولكن مع هذا فإنّ بنية الجسم لا تحدد شخصية الفرد، وإنّما يمكن أن تتشكّل شخصيته بالتأثير في كيفية معاملة الآخرين له وطبيعة تفاعله مع الآخرين، وأنواع المواقف التي يبحث عنها أو يتجنبها.

ج- فيزيولوجيا الجسم:

لوحظ ارتباط بين كل من الشخصية وفيزيولوجيا الجسم والكيمياء الحيوية له، ويختلف الناس في عدد من المقاييس الفيزيولوجية مثل حجم الغدد الصماء، واستجابة الجهاز العصبي اللاإرادي.

2.4.3. المحددات البيئية

تتشكل الشخصية بالعوامل البيولوجية، ولكن هذه العوامل ليست وحدها المؤثرة في تكوين الشخصية، بل إنّ للعوامل البيئية أثراً كذلك. ونقصد بالعوامل البيئية البيئة الثقافية الاجتماعية في أوسع معنى لها [59]. وتشمل العوامل البيئية مجموعة من البنى المتمثلة في العائلة، والمدرسة، والدين واللغة والنظام السياسي، والاقتصادي والمهنة، والثقافة وكل ما يعايشه الفرد ضمن هذه البنى من مواقف يمكن أن تؤثر على وظائفه السيكلوجية، فهي تؤثر فيما يتعلمه وكيف يتعلمه، وكيف يدرك ويحكم على البيئة والأحداث التي تشملها، وفي اللغة التي يصف بها ويتصور الأحداث، وفي دوافعه والطريقة التي يتوافق بها مع مطالب الحياة، ومشاعره تجاه الآخرين، والطريقة التي يعيش بها الاستجابات الانفعالية ويعبر عنها [70]، ص 177.

وفيما يخص دور الأسرة في تكوين شخصية الطفل، فإنّ أي سلوك أبوي يؤثر على نمو شخصية الطفل وتطورها حيث يؤثر الآباء في سلوك الأطفال من خلال سلوكهم، إذ أنّهم يخلقون مواقف تتطلب من الطفل سلوكاً معيناً، كما أنّهم يشكلون نماذج يمكن للطفل أن يتقمصها، ويثيرون بعض السلوكات في أطفالهم دون سواها.

كما تلعب الخبرات التي يعيشها الطفل خارج الأسرة دور في نمو شخصية الطفل، فهي تعد وسيلة للتنشئة الاجتماعية.

وتساعد الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد في تحديد مركزه ومسؤولياته وامتيازاته، وهذه العوامل تؤثر في إدراك الفرد لذاته و للآخرين، وبالتالي في إدراك المواقف والاستجابة لها.

كما أنّ الشخصية ذات صلة وثيقة بالمحتوى الثقافي الذي ينشأ فيه الفرد، يستمد منه طريقة تحديد حاجاته ووسائل إشباعها، ويؤثر في طريقة تعبيره عن مختلف انفعالاته، وفي علاقاته بالآخرين [69].

وبناءً على كل ما سبق، يتبين أنّ الوراثة والعوامل التكوينية تتفاعل مع البيئة لتشكل شخصية الفرد، وأنّ الكثير من صفات الشخصية تنتج عن مزيج من التأثيرات الوراثية والبيئية، وبالتالي من الصعب تجاهل دور هذين العاملين معاً في التأثير على شخصية الفرد.

5.3. نظريات الشخصية

يتم دراسة الشخصية على أساس نظريات متعددة، كثيراً ما تكون متباينة، ولكن الهدف بينها مشترك وهو التنبؤ بما سيكون عليه سلوك الفرد في موقف معين حتى يمكن ضبطه والتحكم فيه.

وبناءً على هذا التعدد والاختلاف في الخلفيات النظرية التي تناولت موضوع الشخصية، سوف يكتفي الباحث بعرض البعض منها، وهي كما يلي:

1.5.3. نظرية التحليل النفسي

تعتمد هذه النظرية على دراسات وكتابات فرويد Freud الذي يركز على دور العمليات اللاشعورية وتأثيرها على الشخصية والسلوك، وأكد على دور الطفولة المبكرة في شخصية الفرد [66]، ص 74. ويرى فرويد Freud أنّ الشخصية هي نتاج التفاعل بين ثلاثة أنظمة أو قوى:

* **الهو:** هو النظام الموروث من الشخصية والموجود منذ الولادة، وهو يشكل الجزء اللاشعوري الذي تنشأ فيه النزعات الغريزية.

* **الأنا:** وهي الجهاز الخاضع لمبدأ الواقع.

* **الأنا الأعلى:** تشكل البعد الأخلاقي للشخصية الذي يستند على قيم ومعايير المجتمع.

ويبرز دور الأنا كمنظم للصراع بين الهو والأنا الأعلى، وذلك بالتحكم في المطالب الغريزية للهو

مراعياً متطلبات الواقع والظروف الاجتماعية [27]، ص 62.

ويؤكد فرويد Freud أنّ هذه الأنظمة غير منفصلة عن بعضها، بل تتفاعل فيما بينها وتساهم في التفاعل مع البيئة لتحقيق التوافق [66]، ص74.

أنماط الشخصية حسب فرويد Freud

يُقسم فرويد Freud (1931)، في إحدى مقالاته، أنماط الشخصية إلى خمسة هي:

1- النمط الشهواني:

يكون فيه الليبيدو موجهاً نحو الجنس، فنتلخص اهتمامات صاحبه في أن يحب ويحب. يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له، ممّا يجعله متردداً، خائفاً من اتخاذ القرار، خاضعاً وتابعاً للأشخاص الذين يحبهم، فهذا النمط يسيطر لديه "الهو"، بمعنى رغباته ونزواته.

2- النمط النرجسي:

تسيطر الأنا على تصرفاته، هاجسه الوحيد هو الحفاظ على أناه، ولهذا فهو غير خاضع أو تابع للآخرين. وللنرجسي ميول عدوانية متطورة يمكن أن تنفجر إذا أحس بأي خطر أو خسارة تهدد أناه، وهو قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الغير، كما يحسن قيادتهم وأحياناً مساعدتهم، وكثيراً ما تتوجه نرجسيته نحو الانجازات الثقافية وخاصة الشعر.

3- النمط الموسوس:

يتميز بسيطرة الأنا الأعلى، لا يخشى فقدان محبة الآخرين له كالنمط الشهواني، ولكنه يخشى فقدان ضميره، وقيمه وأخلاقه، فهو بذلك يعاني تبعية نحو ذاته ونحو أناه الأعلى، التي تخوض في هذا النمط صراعاً عنيفاً مع الأنا.

4- النمط الشهواني - الموسوس:

يخوض هذا الشخص نوعين من الصراع، فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض أناه الأعلى مع أناه، وصراعاً آخرًا بين الهو والأنا. وهكذا نلاحظ بأنّ الأنا في هذه الحالة تكون معرضة لأقصى الضغوط. ومثل هذا الشخص يتميز بتبعيته للأشخاص الذين يحبهم حالياً (وينسى الذين أحبهم من قبل)، وهو شديد الوفاء لأهله (ممثلي الأنا الأعلى).

5- النمط النرجسي - الموسوس:

يتميز هذا الأخير بنشاطه وبقدرته على حماية أناه من تأثير أناه الأعلى (بسبب نرجسيته)، ولدى هذا الشخص ميل لإخضاع الآخرين لآرائه ومعتقداته الخاصة. ولهذا النمط أشكالاً عديدة، وذلك حسب هيمنة النرجسية أو الوسواس، وكذلك حسب المرحلة الطفولية التي تمّ إليها النكوص [68]، ص 56، 57.

وقد وُجهت العديد من الانتقادات لنظرية فرويد Freud حول كيفية توجيه الليبيدو للسلوك، وكذلك حول الأهمية التي أعطتها هذه النظرية للدوافع البيولوجية متجاهلةً بذلك الأثر والدور الذي تمثله البيئة الخارجية.

أمّا يونغ Jung فإنّ آراءه مخالفة لـ فرويد Freud بحيث عارضه في مبدأ الليبيدو الذي يعتمد عليه في تفسير كل مظاهر السلوك، ويرى يونغ Jung إمكانية اختصار عوامل الشخصية، وذلك تقليلاً من احتمالات الخطأ. وهكذا وضع يونغ Jung تعريفاً للشخصية انطلاقاً من أحد أبعادها وهو التفاعل الاجتماعي، فهذا التفاعل في رأي يونغ Jung هو المحرك الرئيسي المتحكم في سلوك الشخص. وبناءً على هذا يقسم يونغ Jung الشخصية إلى:

1- المنبسط (أو المنفتح اجتماعياً): وهذا الشخص يدخل الحياة الاجتماعية ويقبل على الاختلاط

بآخرين.

2- المنظوي (المنغلق اجتماعياً): وهو المنسحب من الحياة الاجتماعية.

وفيما بعد تمّ إضافة نمط ثالث وهو بمثابة نمط وسيط لهذين النمطين، حيث يتراوح صاحبه بين الانبساط والانطواء الاجتماعيين [68]، ص56، 57.

2.5.3. النظرية السلوكية

يرى السلوكيون أنّ الشخصية عبارة عن أساليب سلوكية متعلمة (مكتسبة) ثابتة نسبياً تميز الفرد عن غيره، أي أنّها ليست سلوكات عارضة، فلا نستطيع أن نصف شخص أنّه انفعالي لمجرد مشاهدته مرة واحدة ولكن إذا تكرر ذلك مرات عديدة حينها يكون السلوك ثابتاً ويمثل جانباً من شخصيته. وكل سلوك ثابت نسبياً هو نتيجة لعملية التعلم من البيئة.

وعلى هذا فإنّ الشخصية لدى السلوكيين تتشكل من خلال تفاعل الفرد المستمر مع البيئة، فهي استجابة لمثيرات البيئة الخارجية، فيتعلم الفرد سلوكات ويعممها ويميز بينها وبين غيرها، ويمحو سلوكاً سابقاً ويتعلم سلوكاً جديداً [61]، ص94.

لكن وُجهت العديد من الانتقادات للنظرية السلوكية، وذلك بأنّها تؤكد على متغير البيئة على حساب متغير الوراثة، وتهمل هذه النظرية الجانب التكويني في بناء وتكوين الشخصية. كما أنّ السلوكية اهتمت بسلوكات معينة أكثر من اهتمامها بالخصائص العامة للشخصية، وأنّها تولي أهمية لقوانين التعلم أكثر من الاهتمام بالفروق الفردية. إضافة إلى ذلك اهتمت السلوكية كثيراً بالمتغيرات الداخلية والخارجية التي تساهم في تحديد السلوك والتحكم فيه [69]، ص330.

3.5.3. النظرية الإنسانية

تركّز النظرية الإنسانية على نمو وتطور الفرد حيث أنّ الإنسان لديه دافع أساسي نحو تحقيق الذات. ولذا محور اهتمام هذه النظرية يشمل الفرد ونظرته إلى الحياة [27]، ص 62.

ومن رواد هذه النظرية كارل روجرز Carl Rogers، الذي طوّر نظريته من خلال عمله مع الأشخاص المضطربين انفعالياً، وقد تأثر بما رأى من إمكانية لدى الفرد وميل داخلي إلى التحرك في اتجاه النمو والتطور، وكذلك النضج والتغير الإيجابي.

وتعتبر الذات المفهوم المركزي في نظرية روجرز Rogers عن الشخصية [59]، ص 469، ولهذا ركزت نظريته على دراسة خبرات الفرد الذاتية ومشاعره ومفاهيمه الخاصة، بالإضافة إلى آرائه الشخصية بالعالم والذات. ويرى روجرز Rogers في هذه النظرية أنّ السلوك يعتمد أساساً على كيفية إدراك الفرد للعالم وهذا يعني أنّ السلوك ناتج عن الخبرة المباشرة كما يدركها الفرد ويفسرها، والنقطة الأكثر أهمية في فهم السلوك هي الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه [61]، ص 113.

وفي الأخير يمكن القول بأنّ النظرية الإنسانية في تفسيرها للشخصية أظهرت موقفها التفاؤلي تجاه الإنسان وإيمانها بقدراته الكامنة وقدرته على النمو النفسي إذا تهيأت له الظروف [27]، ص 62.

4.5.3. نظريات الأنماط

يعتبر تصنيف الناس إلى مجموعة أنماط من أقدم تصنيفات الشخصية، وأوّل من قام بهذا النوع من التصنيف هو أبو قراط Hippocrate (400 ق.م).

يطلق لفظ "النمط" على فئة أو مجموعة من الناس يشتركون في صفة من الصفات مع اختلافهم في درجة اتسامهم بهذه الصفة [61]، ص 39. وتعد لغة الأنماط امتداداً للغة السمات، فإذا أمكن إعطاء

عدة سمات إلى شخص واحد، ويتم القول بأنه يتصف بتلك السمة أو مجموعة السمات فإنّ لغة الأنماط تُمكن من تبني نظام أوسع وأكثر توحداً يسمح لنا بتصنيف مجموعة من الأفراد في نمط واحد على أساس أنهم يشتركون في مجموعة من السمات المتشابهة [70]، ص 62. وبهذا يمكن اعتبار أنّ الأنماط تتطابق مع العوامل من الدرجة الثانية، بينما تتطابق السمات مع العوامل من الدرجة الأولى [71]، ص 91.

وتختلف الأنماط باختلاف النظريات التي انطلقت منها، حيث تتبنى كل نظرية افتراضات خاصة لوصف الشخصية، وأهم هذه النظريات نجد:

1.4.5.3. نظرية أبو قراط Hippocrate

وهي من أقدم نظريات الأنماط عرفها اليونان القدامى عام 400 ق.م، حيث وضع أبو قراط Hippocrate نظام تصنيفي يستعمل افتراضات بيولوجية (الأمزجة، الأخلاط) [62]، ص 32. فبعد أن صاغ أبوقراط Hippocrate نظريته التي مفادها أنّ الجسم يحتوي على نسب معينة من سوائل أو أخلاط وهي أربعة تتمثل في الصفراء، والسوداء، والبلغم والدم، ومن هنا يرى أبو قراط Hippocrate أنّ نمط الشخصية يتوقف على أي الأخلاط تكون نسبته أكثر في الشخص [70]، ص 63، وهذه الأنماط هي أربعة:

أ- النمط الصفراوي Colérique: يتميز بطول اليدين، ونمو مختلف القوالب الجسمية، ومزاج نفس- حركي، أي أنّه فاعل وعلمي.

ب- النمط اللمفاوي أو البلغمي Flegmatique: يتميز بثقل أعطافه وسمنتها، وهو بذلك ذو حيوية محدودة.

ج- النمط العصبي أو السوداوي Mélancolique: يوجد هذا الشخص دائما تحت تأثير ميوله وردود فعله العصبية. ومن الناحية الجسدية فهو يمتاز بهيمنة القسم الأعلى من وجهه (الجبهة والجمجمة) أو حتى على الجسم ككل، إذ أنه يتميز برأس كبير وبجسد هش وهزيل.

د- النمط الدموي Sanguin: تستهوي هذا الشخص الإثارة والانفعالات، بحيث يبحث عنها، وهو كثير الحركة. أما على صعيد الجسد فهو يتميز بالصدر الواسع وبهيمنة الأوسط من وجهه، على باقي أقسام الوجه [68]، ص40.

جدول رقم 01: أنماط الشخصية حسب أبو قراط Hippocrate [62]

المزاج المهيمن	السلوك النموذجي (المميز)	نمط الشخصية
الدم	متقلب، عصبي، مرح	دموي
البلغم	بليد، بطيء (متمهل)، ذو حيوية محدودة	بلغمي
الصفراء	سريع الغضب	الصفراوي
السوداء	متشائم	السوداوي

ويرى أبو قراط Hippocrate في نظريته أنّ الإنسان السوي هو الذي تمتزج عنده هذه الأخلاط الأربعة بنسب متعادلة.

2.4.5.3. نظرية كريتشمر Kretchmer

تتنمي أنماط كريتشمر Kretchmer إلى الاتجاه الذي يربط شكل الجسم بالشخصية (أي أثر العوامل الجسمية في تكوين الشخصية)، فقد قام كريتشمر Kretchmer -أثناء عمله كطبيب- بعدد من الأبحاث والدراسات على عينة من المصابين بالأمراض العقلية، ولاحظ أنّ مرضاه الفصامين لديهم ميول

بأن يكونوا نحيفين وطويلين، في حين أنّ المكتئبين المهووسين Les maniaco-dépressifs يُظهرون عموماً سمّة [62]، ص33.

وبناءً على هذا طوّر كريتشمر Kretschmer نظريته في الشخصية تتضمن أربعة أنماط:

أ- النمط القصير السمين Type pycnique:

يتميز بأنه قصير القامة، ممتلئ الجسم، وجهه عريض، يعلو رقبة قصيرة وغلظّة، وصدر منفتح، وأطراف ذات عضلات وعظام قليلة غير متناسقة حيث تبدو اليدين قصيرتان، وعريضتان ولينتان، والأكتاف صغيرة.

يميل صاحب هذا النمط إلى التطرف في التعبير عن مشاعره الوجدانية سلبية كانت أم إيجابية. فعلى الرغم من مرحه الظاهر، سرعان ما يتجه إلى الإنطواء في حالة شعوره بالضيق. ويعتبر مهياً للإصابة بالذهان الدوري psychose maniaco-dépressive.

ب- النمط الرياضي Type athlétique:

يمتاز بجسم رشيق متناسق الأجزاء والعضلات، يتكون من رأس مستقيم محمول على رقبة مرنة، وصدر قوي، وأكتاف عريضة.

تتميز شخصية هذا النمط بالنشاط والإقدام، ولديه استعداد للإصابة بالصرع.

ج- النمط الواهن Type asthénique:

تبدو عليه النحافة والطول، كتفاه غير عريضتين، جذعه نحيل لا يتناسب مع الطول والوزن.

ويميل صاحب هذا النمط إلى الإنطواء والخجل والتحفّظ مع تفضيل البعد عن الغير، علاقاته الاجتماعية فاترة. وعلى الصعيد المرضي لديه استعداد للإصابة بالفصام.

د - النمط المختلط Type dysplastique :

يشمل الأشخاص الشواذ، والمصابين بالإفراط في السمنة بسبب اختلال في إفراز الغدد النخامية وغيرهما من الشذوذ المورفولوجي (بمعنى في المظهر أو الشكل).

لا يتميز صاحب هذا النمط بسمات أو خصائص معينة [72]، ص 253.

جدول رقم 02: أنماط الشخصية حسب كريتشمر Kretchmer [62]

نمط الشخصية	المميزات الجسمية	السلوك
الواهن Asthénique	نحيف وطويل	متوازن، بارد، مثالي، منطوي
السمين Pycnique	قصير وسمين	انفعالي، متقلب، اجتماعي
الرياضي Athlétique	ذو عضلات، عريض الكتفين وطويل	يتوسط النمطين السابقين
المختلط Dysplastique	شاذ	الشعور بالدونية

3.4.5.3. نظرية شلدون Sheldon

ركّز نموذج شلدون Sheldon على النسب المتعلقة بالنسيج الخلوي الذي ينمو منذ إخصاب

البويضة، والذي يتميز بثلاث طبقات:

- الطبقة الداخلية Endoderme: التي تطوّر الجهاز الهضمي.
- الطبقة الخارجية Ectoderme: التي تطوّر الأعصاب والجلد.
- الطبقة الوسطى Mésoderme: التي تطوّر العضلات [62]، ص 33.

وبذلك يصف شلدون Sheldon ثلاث أنماط للشخصية ترتبط بثلاثة أنماط جسمية، كما هي

موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 03: أنماط الشخصية حسب شلدون Sheldon [62]

النمط الجسمي	المميزات الجسمية	مميزات الشخصية
الحشوي Endomorphe	جسم ذو شكل مقوس في الوسط، عضلات رخوة	- مرح، اجتماعي، متسامح، يحب الرفاهية، انفعالي، لديه حاجة للحنان.
الخارجي التركيب أو الجلدي Ectomorphe	ناعم ومرن، ونحيف	- منطوي، لديه نقص الثقة بالنفس، خجول، منعزل.
المتوسط التركيب أو العضلي Mésomorphe	ذو عضلات، قوي الكتفين، ضخم	- عدواني، مليء بالطاقة، يحب المجازفة، قليل الحساسية.

5.5.3. نظريات السمات

كما تتعدد تعاريف علماء النفس للشخصية، كذلك تتعدد تعاريف السمات تبعاً لاختلاف نظرتهم

ونظرياتهم عن الشخصية. وقد تناول مفهوم السمة العديد من العلماء أشهرهم جوردن ألبورت Gordon

Allport، ريموند كاتل Raymond Cattell وهانز أيزنك Hans Eysenck.

وقبل التطرق إلى النظريات المتعلقة بالسمات ينبغي الإشارة إلى ماهية السمات.

السمة لغةً هي العلامة المميزة، يتأكد وجودها من ثلاثة حقائق هي:

* لشخصية كل فرد درجة عالية من الاتساق، تظهر من خلال إظهار الشخص لنفس الاستجابات

التعودية في عدد كبير من المواقف المتشابهة.

* يمكن إيجاد اختلاف كبير في الدرجة بالنسبة لأي سمة.

* تتميز شخصيات الأفراد بنوع من الاستقرار [23]، ص 66.

وفي علم النفس، السمة هي صفة ثابتة تميز الفرد عن غيره، وهي بهذا المعنى تضم المميزات الجسمية، والحركية، والعقلية والوجدانية والاجتماعية.

ومن وجهة نظر ألبورت Allport السمة "نظام نفسي عصبي - خاص بالفرد - له القدرة على جعل المنبهات المتعددة متساوية وظيفياً، كما يعمل على توجيه الاستجابات والسلوكات التكيفية بصفة متسقة في المواقف المختلفة" [22]، ص 72. بمعنى أن السمات تنمو نتيجة استعدادات نفسية عصبية تُوجه سلوك الفرد وتكيفه الثابت نسبياً مع المنثيرات البيئية.

ويرى كاتل Cattell أن "السمة مجموعة الاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات أن توضع تحت اسم واحد، ومعالجتها بالطريقة ذاتها في معظم الأحوال".

في حين يرى أيزنك Eysenck أن "السمة هي مجموعة من الأفعال السلوكية التي تتغير معا". ويقصد بذلك الاستجابات المحددة التي تحدث تحت نفس الظروف أو في ظروف متشابهة.

ويعرّفها جيلفورد Guilford بأنها "أي جانب يمكن تمييزه وذو دوام نسبي، وعلى أساسه يختلف الفرد عن غيره" [23]، ص 67.

كما يرى كوستا وماكري Costa & McCrae أن السمات "هي أبعاد من الفروق الفردية في الميولات تهدف إلى إظهار أنماط ثابتة من الأفكار، الأحاسيس والأفعال" [73]، ص 25.

ويعرف جان لوك برنو Jean-Luc Bernaud السمات بأنها "ترجع لمجموعة الأنظمة التي تكمن وراء السلوك". وأنها صفة ثابتة نسبياً وعامة تعكس الطريقة التي يكون عليها الشخص في نمط استجابته

للمواقف [25]، ص 11.

ويقترح أحمد محمد عبد الخالق تعريف السمة بأنها "أي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي، يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتتميز بعضهم عن بعض، وقد تكون السمة وراثية أو مكتسبة، ويمكن أن تكون جسمية أو معرفية أو انفعالية، أو متعلقة بمواقف اجتماعية" [23]، ص 67.

وبعد استعراض التعاريف السابقة ينبغي الإشارة إلى أن:

«السمة ليست اتجاهاً باعتبار أن هذا الأخير يشير إلى موضوع معين (سياسي، اقتصادي، ديني)، أما السمة فتبرزها موضوعات شديدة التنوع. السمة أكثر عمومية من الاتجاه، وتشير إلى مستوى أرقى من التكامل. كما أن الاتجاه في العادة ثنائي (مع أو ضد، مفضل أو مكروه...) وليست السمة كذلك.

«السمة ليست عادة لأنها أكثر عمومية من العادة كما أن السمة تتكون من خلال تكامل مجموعة من العادات التي لها دلالة تكيفية عامة بالنسبة للفرد، في حين أن العادات لا تتكامل تلقائياً، بل عندما يتوفر لدى الفرد مفهوم عام من نوع معين يؤدي إلى تكوين السمة في ظل جهاز أرقى من التنظيم [23]، ص 68.

«والسمة تختلف عن الحالة (État) (State)، فالسمة ذات دوام نسبي، أما الحالة مؤقتة سريعة الزوال عابرة. ويهتم علم نفس الشخصية بالدرجة الأولى بخصائص الفرد الثابتة أي بالسمات أكثر من الحالات [59]، ص 458.

وبالرغم من الاختلاف بين العلماء حول طريقة تحديد السمات المكونة لشخصية الفرد، إلا أنهم يتفقون جميعاً على أن السمة هي الوحدة الرئيسية للشخصية [69]، ص 198.

وتعتبر نظريات السمات من بين النظريات التي لها تأثير ودور هام في تحليل الشخصية، إذ يفترض أصحاب هذه النظريات أنّ الأفراد يختلفون في عدد من الخصال أو الصفات، بحيث يمثل كل منها سمة [61]، ص56.

وفيما يلي عرض لأهم نظريات السمات:

1.5.5.3. نظرية جوردن ألبرت Gordon Allport

أكد ألبرت Allport على أنّ السمات هي مصادر السلوك، واعتبرها جانباً مهماً في نظرية الشخصية. وقام ألبرت وأودبارت Allport & Odbert بمهمة جمع الأسماء التي تشير إلى السمات الإنسانية، ثمّ صنّفت قائمة الأسماء إلى أربعة أعمدة [23]، ص85. كما قام ألبرت Allport بتحديد 17953 كلمة ترجع في اللغة إلى الشخصية وتصف أصنافاً مختلفة من السمات [25]، ص22. وصنفت هذه السمات كما يلي:

- **العمود الأول:** يشتمل على الأسماء التي تشير إلى السمات الحقيقية للشخصية وإلى الميول المحددة العامة والأشكال المتسقة والثابتة من توافق الفرد لبيئته. ويحتوي هذا العمود على 25% من القائمة الإجمالية.

- **العمود الثاني:** يحتوي على المصطلحات التي تصف الأنشطة الزاهنة والحالات العقلية والمزاجية الوقئية، ويتضمن ربع القائمة الإجمالية.

- **العمود الثالث:** هو أطول الأقسام الأربعة فهو يحتوي على 29 % من القائمة الإجمالية، يشمل تقويمات للطباع إضافة إلى الأحكام الخلقية، ويتمشى هذا القسم مع تعريفات الشخصية على أساس أنها التأثير الاجتماعي للفرد في الآخرين، أي الشخصية بوصفها منبهاً أو مثيراً.

- **العمود الرابع:** يشتمل على 21% من القائمة الكلية، يسمى عمود المتنوعات حيث وضعت فيه المصطلحات التي يمكن أن تعد ذات قيمة في فهم خصائص الشخصية، ومع ذلك ليس لها مكان في الأعمدة الثلاثة الأولى [23]، ص 86.

ويرى ألبورت Allport أن السمات تتنوع وفقاً لمجال الأثر الذي يحدثه، ولهذا فهو يميز بين ثلاثة أنواع من السمات هي:

■ **السمات الرئيسية Les traits cardinaux:** تشمل الدوافع الرئيسية، وهي تؤثر في كل أفعال الفرد، وهي لا تقيد في تمييز الأفراد.

■ **السمات المركزية Les traits centraux:** تؤثر هذه السمات في مجموعة كبيرة من السلوكيات، ولدى أغلب الأفراد فإن 6 إلى 8 سمات مركزية تلخص المظاهر الرئيسية للشخصية.

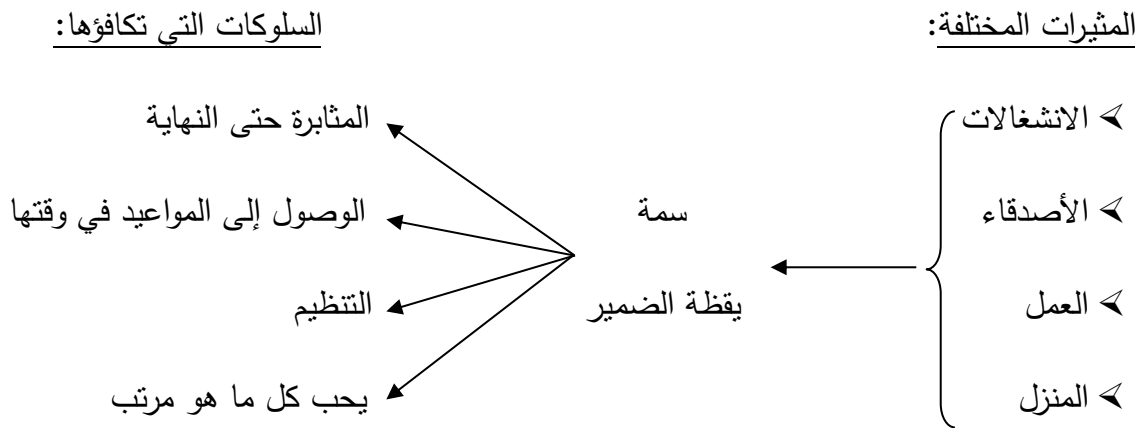
■ **السمات الثانوية Les traits secondaires:** تصف أثر الشخصية في عدد محدود من المواقف الخاصة، والسمات الثانوية ليست متطابقة فيما يخص السلوكيات التي تقع خارج مجالها المحدد [22]، ص 72. وهذه السمات أقل أهمية وأقل ظهوراً لكنها أكثر خصوصية [62]، ص 22.

وعلى الرغم من أن ألبورت Allport حدّد 3 أصناف من السمات، إلا أنه وضع هذه الأصناف على نحو متصل، وليست على أنها 3 مستويات مختلفة. كما أن السمات لا تمثل سوى جزء متصل من المفاهيم الموجهة نحو وصف الشخصية [22]، ص 72.

ويوضح ألبورت Allport أن السمات لا تظهر في كل المواقف، فهناك سمات تظهر غالباً في موقف معين ولا تظهر في موقف آخر، أي أن السمة تنطبق على السلوك المعتاد للفرد في أغلب المواقف وليس كلّها. لذلك من الضروري أن تؤخذ بعين الاعتبار كل من السمة والموقف لفهم سلوك الفرد، فالسمة

ضرورة للدلالة على ثبات السلوك، والموقف يمثل مرجعية يفسر في ضوءها اختلاف السلوك [69]، ص198.

كما يؤكد بأن السمة لا يمكن رؤيتها لكن يتم الاستدلال عليها من خلال السلوكيات المرتبطة بها، كما يوضحه الشكل الموالي:



شكل رقم 09: الشخصية وترابط السلوكيات [62]

2.5.5.3. نظرية ريموند كاتل Raymond Cattell

يعتبر كاتل Cattell الشخصية على أنها نظام له علاقة مع البيئة، وحاول شرح التفاعلات المرافقة للتغيرات والنمو الشخصي. ويشير إلى أن نظرية الشخصية يجب أن تأخذ في الحسبان الدافع والسلوكيات التي تؤدي إلى أهداف محددة. ويرى أن التحليل العاملي هي الطريقة لتقليص تعقيد وتعدد العوامل (السمات) التي تصف الشخصية [62]، ص22.

وقد قام كاتل Cattell ببناء استبيان العوامل الستة عشر للشخصية PF 16 اعتماداً على القائمة التي خرجت بها دراسة ألبورت وأودبارت Allport & Odbert (1936) وعلى التراث السيكولوجي،

بحيث أسفرت نتائج التحليلات العاملية عن "السمات الأساسية الأولية للشخصية" وهي 16 عاملاً ثنائي القطب، يمكن توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم 04: عوامل الشخصية الستة عشر لدى كاتل Cattell [62]

درجة مرتفعة على العامل	العامل	درجة منخفضة على العامل
اجتماعي	A	محافظ
ذكاء مرتفع	B	ذكاء منخفض
الثبات الانفعالي	C	عدم الاتزان الانفعالي
السيطرة	E	الخصوع
متحمس (منبسط)	F	متحفظ
صاحب ضمير	G	انتهازي
المغامرة	H	الخجل
لطيف	I	صلب
مرتاب (قليل الثقة)	L	واثق من الآخرين
خيالي	M	واقعي
مراوغ	N	مستقيم
خائف	O	هادئ
التحرر	Q ₁	المحافظة (مقاوم للتغير)
مستقل	Q ₂	تابع
التحكم في الذات	Q ₃	فقدان السيطرة
متوتر	Q ₄	مرتاح البال

وفيما يلي سوف نتطرق الى العوامل الستة عشر بالتفصيل:

1- الانطلاق Cyclothymia مقابل Schizothymia: يتميز الشخص ذو الدرجة المرتفعة على

السيكلوتيميا بأنه اجتماعي، صريح، سهل المعاشرة، بينما يتميز الشخص ذو الدرجة المرتفعة على قطب الشيزوتيميا يتميز بأنه منعزل، محافظ، متصلب.

2- الذكاء Intelligence: ترتبط الدرجة المرتفعة على هذا العامل بصفات مثل: مثابر، مفكر،

منثقف...

3- الاتزان الانفعالي Stabilité émotionnelle: يحصل على الدرجة المرتفعة الشخص الثابت،

الواقعي، المتحرر من الأعراض العصابية، هادئ، صبور، مثابر...

4- السيطرة Dominance: يمثل هذا العامل السيطرة وحب السيادة والتنافس والزعامة في مقابل

الخضوع، والتواضع، والطاعة...

5- الحماس Enthousiasme: يقابل هذا العامل بين المبتهج، المرح، الاجتماعي، الحيوي، سريع

الحركة، وبين المكتتب، العابس، الجاد، المتشائم، المنعزل، القلق، متقلب المزاج.

6- قوة الأنا الأعلى: يمثل الشخص المثابر، المتحمل للمسؤولية والثابت انفعالياً، في مقابل ضعف

المعايير الأخلاقية وعدم المثابرة.

7- المغامرة Aventure: يمثل الجرأة والمغامرة في مقابل الجبن، الخجل، الانسحاب.

8- الحساسية Sensibilité: تمثل الحساسية الجمالية والخيالية والانتكالية في مقابل الصلابة، الواقعية

والاكتفاء الذاتي.

9- التوجس Méfiance: الميل إلى الشك والارتياب من الآخرين والغيرة منهم، مقابل الثقة فيهم وتقبلهم.

10- الواقعية Réalité: يميز الشخص ذو التفكير الواقعي العملي، مقابل الشخص ذي المزاج الاجتراري، المنطوي وضيق الاهتمامات.

11- الدهاء أو الحنكة Perspicacité: يقابل هذا العامل بين الدهاء والتبصر والفتنة، وعدم الجمود، وبين السذاجة ونقص الاستبصار بالذات.

12- الاستهداف للذنب Appréhension: يميز هذا العامل بين الشعور بالذنب، والمخاوف والقلق والشك، في مقابل الثقة بالنفس.

13- التحرر Libération: وهو عامل يقابل بين التحرر والمحافظة.

14- كفاية الذات Indépendant: الاعتماد على النفس وتقرير الشخص لأمره بنفسه، مقابل مسايرة الجماعة، وتقبل القيم السائدة في المجتمع.

15- التحكم الذاتي في العواطف Autodiscipline: قوة ضبط النفس وتقبل المعايير الخلقية للجماعة، إضافة إلى الطموح، والمثابرة واحترام الغير، في مقابل ضعف ضبط الذات.

16- ضغط الدوافع Tension: التوتر والقلق وسرعة الاستثارة في مقابل الدرجة المنخفضة من ضغط الدوافع [23]، ص 171-173.

ولقد وُجهت العديد من الانتقادات لنظرية كاتل Cattell منها:

◀ عوامل كاتل Cattell ضيقة ومتشابهة، حيث يحتوي كل عامل على عدد قليل من السمات.

◀ كما أنّها متداخلة مكررة يمكن اختزالها (العدد الكبير للعوامل) [59]، ص 462.

◀ لقد كشفت الدراسات عن عدم الوصول إلى هذا الكم من العوامل في عينات مختلفة، وأنّها غير قابلة للتحقق التجريبي، وغير متسقة.

« وهي غير قابلة للتعميم عبر الثقافات المختلفة وتتسم بالشمولية، بحيث تشمل معظم سمات الشخصية [71]، ص 89.

وعموماً ينقد بعض الباحثين نظريات السمات إجمالاً، بأنّ تحديد بعضها في وصف الشخص ليس كافياً، حيث إنّ الشخصية تتسم بالدينامية، أي أنّها متغيرة. ويرى البعض الآخر بأنّ بعض السمات تتصف بالغموض علاوةً على أنّ بعض السمات من الصعب قياسها [27]، ص 61.

6.5.3. نظريات العوامل

تعتبر النظريات العاملية من أهم النظريات التي حاولت فهم الشخصية من خلال افتراض "المكونات". وهذه النظريات قائمة على مبدأ "الاختزال" لمظاهر سلوكية - من خلال أسلوب التحليل العملي - وصولاً إلى العامل الكامن الذي يقف خلفها [74].

والعامل Factor: هو مفهوم رياضي يفسر سيكولوجياً، مستمد من استخدام منهج التحليل العملي لمعاملات الارتباط بين مجموعة من المقاييس السلوكية. ويعرّف في معجم وولمان Wolman (1973) بأنه "التأثير الكامن والمسؤول عن جزء من الفروق الفردية لعدد من المظاهر السلوكية" [23]، ص 158. ويمكن اعتبار العوامل الأساسية بأنها مرادفة تقريباً لمصطلح الأبعاد Dimensions، ويعرف البعد بأنه مكون من جملة من السمات [59]، ص 463.

ومن بين نظريات العوامل سوف نتطرق إلى اثنان من النماذج الأكثر أهمية هما نموذج أيزنك Eysenck ذو ثلاث عوامل Le modèle en trois facteurs، والنموذج الآخر ذو خمس عوامل Le modèle en cinq facteurs لـ كوستا وماكري Costa & McCrae.

1.6.5.3. نظرية أيزنك Eysenck

على الرغم من أن أعمال أيزنك Eysenck ركزت على السمات، إلا أنه يؤكد على العوامل ويوليها أهمية كبيرة، فمن خلال استخدامه للتحليل العاملي، عمل أيزنك Eysenck على استنتاج عدد قليل من العوامل الهامة جداً. وتمكن من عزل عاملين أساسيين هما عامل العصابية وعامل الانبساط- الانطواء، ثم أضاف عاملاً ثالثاً هو عامل الذهانية [69]، ص 203.

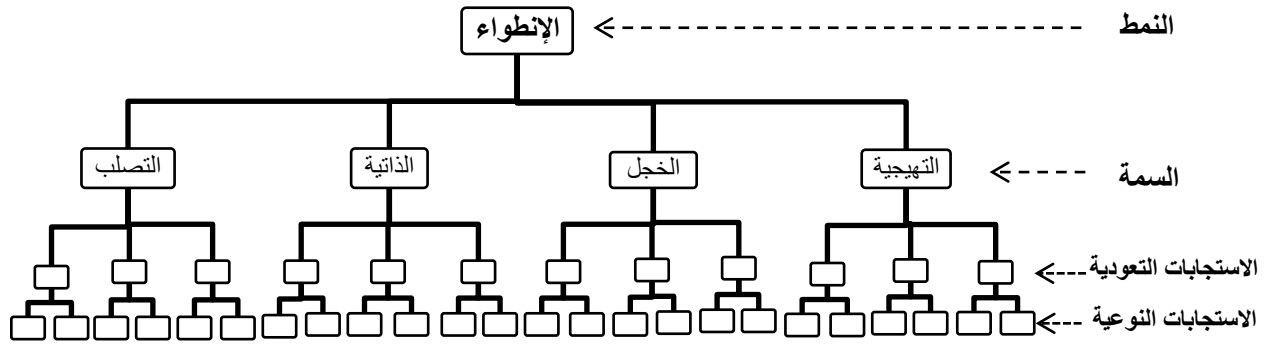
ومن وجهة نظر أيزنك Eysenck، تشتمل الشخصية على جوانب ثابتة تضم الأفعال والاستعدادات المنظمة على شكل تدريجي هرمي Hierarchy. وكما نلاحظ في الشكل رقم (10) أربعة مستويات من التنظيم السلوكي تبدأ من أقلها عمومية إلى أكثرها.

* في المستوى الأول هناك الاستجابات النوعية Specific responses، وهي أفعال نوعية كالاستجابة لاختبار تجريبي أو لخبرة من الحياة اليومية، وهي أمور ملاحظة، وقد تكون مميزة للفرد أو لا تكون.

* وفي المستوى الثاني توجد الاستجابات التعودية Habitual responses، وهي استجابات نوعية تميل إلى أن تتواتر وتكرر في ظل نفس الظروف، بحيث تكون الاستجابة بطريقة متشابهة، إذا تكررت أحد المواقف.

* وفي المستوى الثالث تنتظم الأفعال التعودية في سمات Traits، والسمات هي مفاهيم بنائية نظرية تعتمد على الارتباطات الملاحظة بين عدد من الاستجابات التعودية.

* وفي المستوى الرابع تنتظم السمات في نمط عام Type هو الانطواء مثلاً، ويعتمد هذا التنظيم أيضاً على الارتباطات الملاحظة بين سمات متنوعة هي التي تكوّن مفهوم النمط، بمعنى هناك تجمعات للسمات التي ترتبط فيما بينها، وينتج عنها مفهوم بنائي ذو مستوى أرقى هو النمط [67]، ص 65، 66.



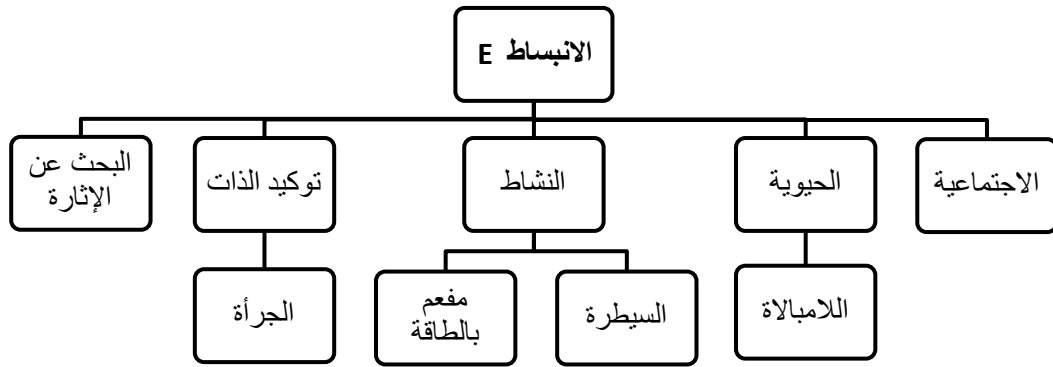
شكل رقم 10: التنظيم الهرمي للشخصية [67]

ونوضح فيما يلي الأبعاد الأساسية للشخصية التي استخلصها أيزنك Eysenck:

أ- بعد الانبساط - الانطواء Extraversion – Introversion:

يشير هذا البعد إلى التوجه الأساسي لدى الفرد تجاه العالم الخارجي أو تجاه الذات [59]، ص463. فالمنبسط Extraverti شخص اجتماعي يحب الحفلات، وله أصدقاء كثيرون، ويحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم، ولا يحب القراءة أو الدراسة منفرداً، ويسعى وراء الإثارة، ويتطوع لعمل أشياء ليس من المفروض أن يقوم بها، ويتصرف بسرعة دون ترو، وهو شخص مندفع على وجه العموم، يحب عمل المقالب، وإجاباته دائماً حاضرة، يحب التغيير عادةً، يأخذ الأمور ببساطة، متفائل غير مكترث، يحب الضحك والمرح، ويفضل أن يكون دائم النشاط والحركة، ويميل إلى العدوان، وينفعل بسرعة. ويمكن القول بصفة عامة بأنه لا يسيطر على انفعالاته بدقة [67]، ص67.

أما المنطوي Introverti فهو شخص هادئ ومترور، متحفظ إلا بالنسبة للأصدقاء المقربين، وهو يميل إلى التخطيط مقدماً، غير مندفع، لا يحب الإثارة، يأخذ الأمور بجدية، يميل إلى التشاؤم، يعطي أهمية كبيرة للمعايير الأخلاقية [59]، ص464.



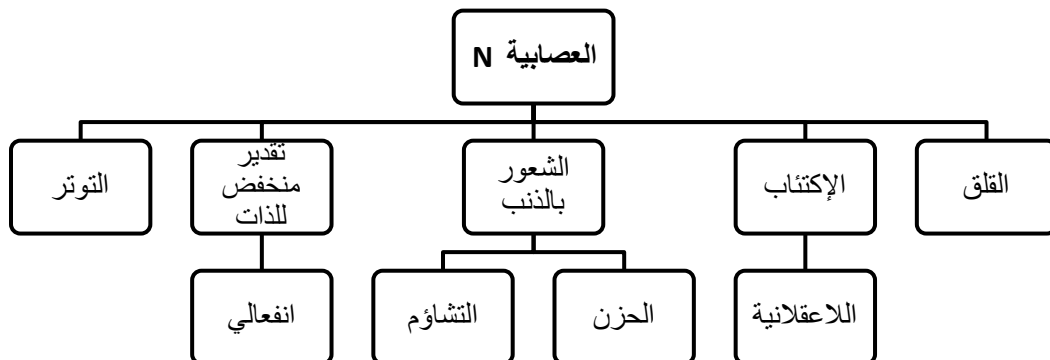
شكل رقم 11: البنية التدريجية للانقباض [75]

ب- بعد العصبية - الإتران - Neuroticisme – Stabilité

يشير إلى الاستعداد للإصابة بالعصاب، وتشير الدرجات المرتفعة على بعد العصبية إلى عدم الثبات الانفعالي، ويميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا البعد إلى أن تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغاً فيها، كما أنّ لديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الانفعالية، لديهم الكثير من المشاعر الانفعالية السلبية، ويعد مثل هؤلاء الأشخاص مهينين للإصابة بالاضطرابات العصبية في ظل المواقف العصبية الضاغطة.

ومن سمات العصبية: القلق والاكتئاب، والشعور بالذنب، وانخفاض تقدير الذات، والتوتر والخجل

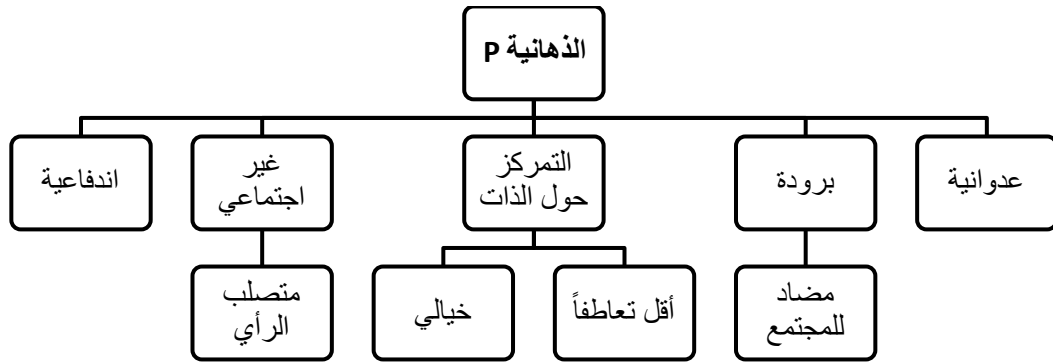
وتقلب المزاج والانفعالية [67]، ص72.



شكل رقم 12: البنية التدريجية للعصبية [75]

ج- بعد الذهان Psychoticisme:

هو نمط في الشخصية يوجد بدرجات متفاوتة لدى جميع الأفراد، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد بأن الفرد منعزل، لا يهتم بالآخرين، ولا ينسجم في أي وضع، ويمكن أن يكون غير إنساني، مفتقراً للمشاعر والتعاطف، وبشكل عام غير حساس، وهو عدواني مع الآخرين، وحتى المقربين لديه، وكذلك عنيف، ويميل إلى الأشياء الغريبة غير المألوفة، ويحب أن يتلاعب بالآخرين ويضايقهم [76].



شكل رقم 13: البنية التدريجية للذهانية [75]

وقد أكد برودي Brody (1972) في كتابه "بحوث الشخصية ونظرياتها" أن أكثر نظرية تؤكد مفهوم الشخصية هي التي تتفق مع نظرية أيزنك Eysenck. كما يؤكد من خلال ما عرضه من بحوث تحليلية عاملية أن أحسن طريقة لوصف الشخصية أو أكثرها صدقاً وثباتاً التي تتم في ضوء عدد محدود من أبعاد الشخصية شديدة العمومية [23]، ص 191.

وعلى الرغم من ذلك واجه وصف أيزنك Eysenck للشخصية نقداً عنيفاً، يمكن تلخيصه في

النقاط التالية:

- ♦ اقتصار نظرية أيزنك Eysenck على ثلاثة عوامل فقط إيجاز مخل، لا يفيد في التنبؤ بالسلوك.
- ♦ عدم اتساق ظهور عامل الذهان في الدراسات الميدانية والامبريقية.

♦ ارتباط استخراج العوامل الأساسية للشخصية بالتحليل العاملي يجعلها مرتبطة بفقرات أو وحدات الاختبارات أو المقاييس، وبالتالي فإنّ العوامل لا يمكن أن تغطي إلاّ جوانب الشخصية التي تمثلها الاختبارات [71]، ص106.

ومع هذا يدافع أيزنك Eysenck عن هذه العوامل لدرجة أنّه يعتبرها عالمية، بمعنى وجودها في أي مجتمع وثقافة.

ومع التباين في تقبل نظرية أيزنك Eysenck إلاّ أنّها أصبحت واسعة الانتشار، لا سيما في الثمانينات من القرن الماضي، ولكن مع بداية التسعينات برزت في مجال الشخصية نظرية العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، التي تعتبر من أكثر النظريات العاملة قبولاً وانتشاراً [74].

2.6.5.3. نظرية العوامل الخمسة الكبرى

وجد علماء النفس والباحثين في مجال الشخصية أنّ هناك حاجة ماسة إلى نموذج وصفي أو تصنيف يشكل الأبعاد الأساسية للشخصية الإنسانية عن طريق تجميع الصفات المرتبطة معاً، وتصنيفها بأبعاد أو عوامل مستقلة يمكن تعميمها عبر الأفراد والثقافات المختلفة [71]. فقد كشفت الدراسات عن تعدد السمات وتنوعها عبر الثقافات حتى وصل عددها إلى آلاف، ولهذا كانت الحاجة ملحة لطريقة يسهل فيها التعامل مع هذا الكم الكبير من السمات، فظهرت فكرة البحث عن السمات الأساسية أو المركزية التي تشكل حجر الزاوية في بناء أي شخصية. ونتيجة ذلك تكررت خمس سمات في عدد كبير من الدراسات أطلق عليها جولدبرج Goldberg (1993) اسم "العوامل الخمس الكبرى The big five factors" [9]، وقد سميت بالكبرى لأنّ كلاً من هذه الأبعاد يشمل سمات كثيرة من نوع معين [69]، ص223.

ولأجل التحقق من وجود العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، قام كوستا وماكري Costa & McCrae بسلسلة من الدراسات الإمبريقية، وأوليا اهتمامهما في البداية ببُعدي الانبساط والعصابية اللذان أكّد عليهما أيزنك Eysenck. وفي سنة 1976 قاما بتحليل عوامل الشخصية الستة عشر (16PF) لـ كاتل Cattell، وتوصلا في 1983 إلى استخراج ثلاثة عوامل كبرى للشخصية وهي الانبساط والعصابية والانفتاح على الخبرة. وبعد ذلك توسع نموذجهما ليشمل عاملي الطيبة ويقظة الضمير، حيث قاما في 1985 ببناء مقياس جديد لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية [77].

ويهدف نموذج العوامل الخمسة الكبرى إلى البحث عن تصنيف علمي محكم لسمات الشخصية. وقد أيدت صدق هذا النموذج وثباته دراسات من دول عديدة في العالم، مثل هولندا، كندا، فنلندا، بولونيا، ألمانيا، روسيا، فرنسا، سويسرا، البرتغال، هنغاريا، إيطاليا وهونج كونج. وأما في البيئة العربية فلم يتحقق صدق هذا النموذج في الكويت في حين تم تأكيد صدقه في ليبيا [9].

ويعرّف ماكري وجون McCrae et John (1992) نموذج العوامل الخمس للشخصية بأنه "تنظيم هرمي لسمات الشخصية يتضمن خمسة أبعاد أساسية: الانبساط Extraversion، والطيبة Agreeableness، يقظة الضمير Conscientiousness، العصابية Neuroticism والانفتاح على الخبرة Openness to experience" [78]. وأجمع العلماء على أنّ هذا النموذج يتضمن الأبعاد المهمة للفروق التي تميز الأفراد [22]، ص 84.

جدول رقم 05: السمات النموذجية لكل عامل من العوامل الخمسة الكبرى تبعاً لدراسة كوستا وماكري

[79] (1992) Costa & McCrae

العوامل	السمات
العصابية (N)	- القلق Anxiété: الخوف، النفرة، سرعة التهيج. - الغضب - العدائية Colère - Hostilité. - الاكتئاب Dépression. - الانسحاب الاجتماعي Timidité Social: الشعور بالإثم والحرص والقلق الاجتماعي. - الاندفاع Impulsivité. - القابلية للانجراح Vulnérabilité: عدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، وبالتالي يشعر الفرد بالعجز أو اليأس.
الانبساط (E)	- الحماسة Chaleur: ودود، لطيف، يميل إلى الصداقة. - الاجتماعية Grégarité: يحب الحفلات، له أصدقاء كثيرون، يحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم. - تأكيد الذات Assertivité. - النشاط Activité: الحيوية وسرعة الحركة وسريع في العمل محب له، وأحياناً يكون مندفعاً. - البحث عن الإثارة Recherche d'excitation: يبحث عن المواقف المثيرة والأماكن المزدحمة أو الصاخبة. - الانفعالات الإيجابية Émotions positives: الشعور بالبهجة، والسعادة، والمتعة

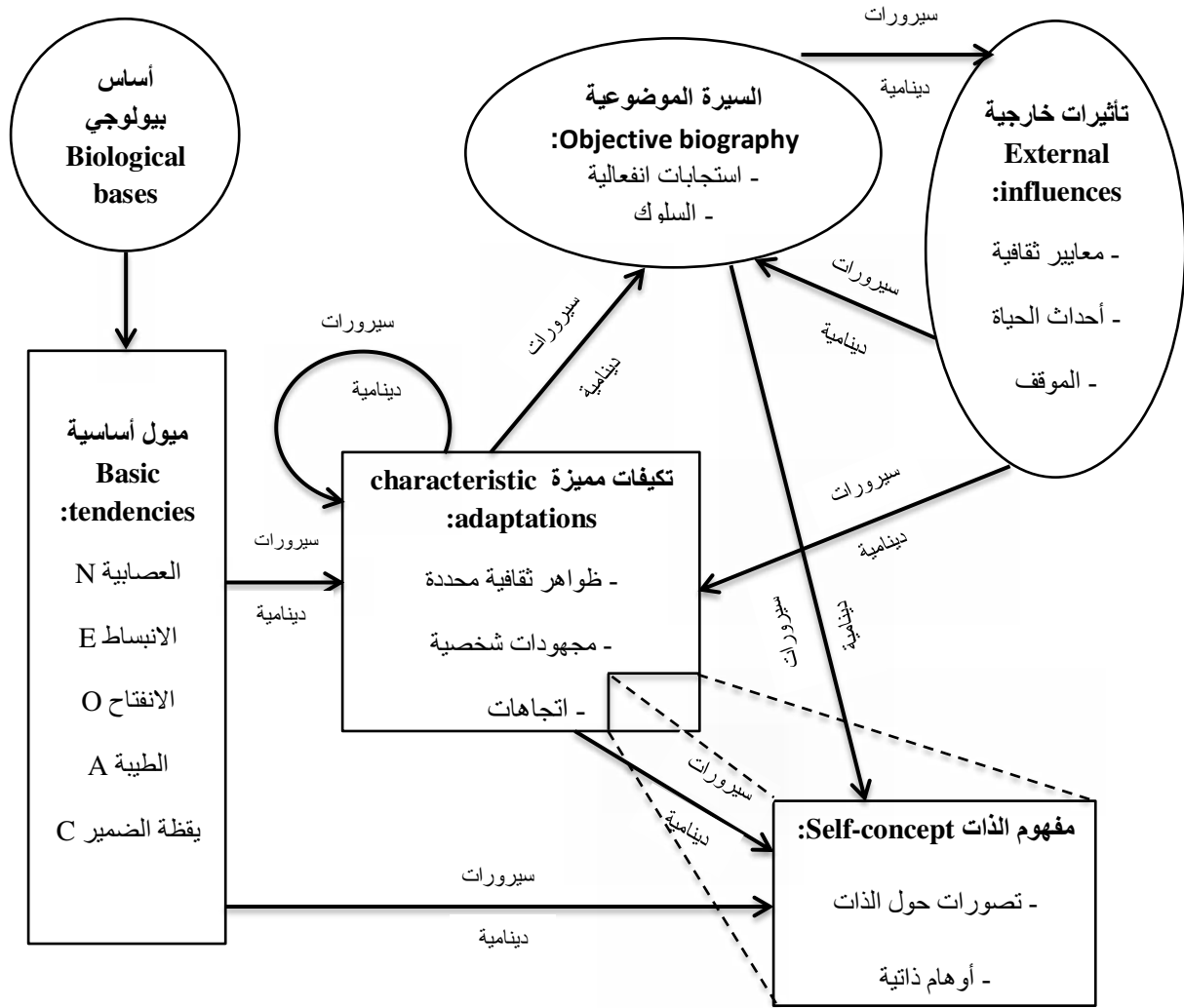
العوامل	السمات
	وسرعة الضحك والتفاؤل.
الانفتاح على الخبرة (O)	- الخيال Fantasme: لديه تصورات وحياة مفعمة بالخيال، عنده أحلام كثيرة وطموحات غريبة، وكثرة أحلام اليقظة. - الجمال Esthétique: حب الفن والأدب... - الأحاسيس Sensations: تشكل العواطف جزء مهم من حياته. - الأفعال Actions: الرغبة في تجديد الأنشطة والاهتمامات وتجريب أمور جديدة. - الأفكار Idées: الانفتاح العقلي والفتنة والتجديد أو الابتكار في الأفكار. - القيم Valeurs: لديه قابلية لإعادة فحص القيم الاجتماعية والسياسية والدينية.
الطيبة (A)	- الثقة Confiance: يشعر بالثقة تجاه الآخرين، ويثق في نوايا الآخرين. - الاستقامة Droiture: مخلص، صريح، مباشر. - الإيثار Altruisme: حب الغير والرغبة في مساعدة الآخرين، متعاون، المشاركة الوجدانية في السراء والضراء مع الآخرين. - الإذعان (التسامح) Complaisance: العفو والنسيان تجاه المعتدين، أو اللطف والتروي في المعاملة مع الغير أثناء الصراعات. - التواضع Modestie: متواضع، غير متكبر. - اعتدال الرأي: متعاطف مع الآخرين ومعين لهم ويدافع عن حقوق الآخرين.
يقظة الضمير (C)	- الكفاءة Compétence. - النظام Ordre: مرتب، يضع الأشياء في مواضعها الصحيحة. - الالتزام بالواجبات Sens des devoirs: ملتزم لما يمليه ضميره ويتقيد بالقيم الأخلاقية

العوامل	السمات
	بصرامة. - مناضل في سبيل الإنجاز: مكافح، مثابر، مجتهد، ذو أهداف محددة في الحياة، مخطط، جاد، ويتميز بالقدرة على بدء عمل ما والاستمرار حتى انجازه. - ضبط الذات Autodiscipline. - التأني أو الروية Délibération : والنزعة الى التفكير قبل القيام بأي فعل ولذلك يتسم بالحدز والحرص واليقظة والتروي قبل اتخاذ القرار أو القيام بأي فعل.

وقد أكد ماكري وكوستا McCrae & Costa (1999) أنّ نموذج العوامل الكبرى للشخصية يتبنى بشكل ضمنى المعتقدات الأساسية لنظريات الشخصية، وأنّ الأفراد يمكن أن توصف شخصياتهم في مصطلحات تعبر عن نماذج ثابتة نسبياً من الأفكار والمشاعر والأحداث، وهو ما يسمح لنا أن نتوقع نماذج متكررة من أنماط السلوك الفردي بما يمكّننا في نهاية الأمر من دراسة الشخصية [80]، ص140.

ويوضح الشكل رقم (14) نموذج العوامل الخمسة الكبرى الذي قدّمه كل من كوستا وماكري

Costa & McCrae.



شكل رقم 14: عمل نظام الشخصية حسب نظرية العوامل الخمسة الكبرى [73]

يبين الشكل السابق مكونات أنظمة الشخصية، إذ تعكس المستطيلات المكونات المركزية بينما تعكس الدوائر المكونات السطحية (المحيطة). ويشكل الأساس البيولوجي والتأثيرات الخارجية مدخلان inputs، بينما تمثل السيرة الموضوعية مخرج Output، وهي تشمل كل ما يقوم بهي الشخص من أفكار وأحاسيس... ويعتبر كوستا وماكري Costa & McCrae أن المداخل تمثل تفاعل شخصية الفرد مع جسمه المادي والبيئة، بينما تمثل المخارج ما ينتج عن هذا التفاعل. كما أوضحا أن الميول الأساسية تشمل قدرات وميولات الفرد، ومن الممكن أن تكون ثابتة، بينما تشمل التكيفات المميزة التركيبات المكتسبة الملموسة التي تتطور من خلال تفاعل الفرد مع البيئة، ومن الممكن أن تكون متغيرة. وتشمل الميول

الأساسية أيضاً المهارة المعرفية، الإدراك... مثلاً القدرة على تعلم لغة ما هو ميل أساسي بينما معرفة لغة الفرنسية مثلاً هي ليست بميل أساسي وإنما هي تكيف مميز. وتتضمن مكونات الشخصية هذه سيرورات دينامية تنظم تفاعل المكونات فيما بينها [73]، ص 187.

ويتضح من الشكل رقم (14) أن كوستا وماكري Costa & McCrae يعتبران العوامل الخمسة الكبرى ميولاً أساسية ذات قاعدة بيولوجية لا تتأثر مباشرة بالبيئة؛ بمعنى أن سمات الشخصية تتأثر بالعوامل البيولوجية للفرد أكثر منه بخبرته، والبيئة تكاد لا تؤثر في نمو هذه الميول الأساسية؛ في حين تؤثر هذه الأخيرة (الميول الأساسية) على حياة الفرد من حيث مفهومه عن ذاته وطريقته الخاصة في التكيف واتجاهاته (الميول الأساسية). كما تحدد كل من طريقة الفرد في التكيف والتأثيرات الخارجية في اختيارات الفرد واستجاباته وسلوكاته [69]، ص 232، 233.

ويمكننا وصف العوامل الخمس الكبرى بشيء من التفصيل فيما يلي:

1- العصابية Le neuroticisme:

يعتبر العامل الوحيد الذي يتفق العلماء في تعريفه. ويتميز الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة على هذا العامل بـ: اختبار مزمن لمشاعر سلبية مهما يكن المستوى الواقعي للتهديد الذي يمثل موقف ما. وتطغى على العصابي مشاعر القلق، وكذلك يظهرون ضغط عصبي شديد، وهم مكتئبين، يشعرون بسهولة بالذنب، يميلون كثيراً للشعور بانفعالات سلبية تنعكس على عمليات معالجة المعلومات، ولهذا ترتبط العصابية بأفكار لاعقلانية، وتقدير منخفض للذات، والشكاوي الجسدية الكثيرة، ولا ترتبط هذه الشكاوي بأعراض موضوعية للصحة مثل قصور في وظيفة المناعة. كما ترتبط العصابية أيضاً ببعض السلوكات الاندفاعية مثل الشراهة، الاستهلاك المفرط للتدخين و الكحول.

2- الانبساط L'extraversion:

يشكل تعريف الانبساط اتفاق أقل بين العلماء، فلدى بعض العلماء، تعتبر الاجتماعية وهي الرغبة في التواجد برفقة أشخاص آخرين الميزة الجوهرية لهذا العامل. وبالنسبة لآخرين يرجع الانبساط أساساً لمفهوم السيطرة. وفي اصطلاحات أخرى تعتبر القدرة على الشعور بانفعالات إيجابية على أنها الميزة الرئيسية للانبساط [28]، ص172. ويعرف إيوان Ewen (1998) الانبساط بأنه "الاهتمام الشديد بالآخرين وبالأحداث الخارجية والشروع في المخاطرة والثقة في المجهول" [29].

ويوضح كوستا وماكري Costa & McCrae في مقياسهما أنّ الانبساط يمثل في نفس الوقت الاجتماعية والنشاط والقابلية للشعور بانفعالات إيجابية. وميّزا ستة مظاهر يمكن أن نصف من خلالها شخص منبسط وهي: الميزة الحماسية، الحاجة إلى الانتماء، تأكيد الذات، مستوى عام من النشاط، البحث عن الإثارة والانفعالات الايجابية.

ويتميز الشخص ذو الدرجة المنخفضة على عامل الانبساط بسلوك متحفظ، صامت، الانطوائية، الانسحاب وتحكم هام في الانفعالات.

3- الانفتاح على الخبرة L'ouverture à l'expérience:

هناك العديد من التضاربات حول تعريف هذا العامل، ويتمحور عدم الاتفاق هذا بين أنّ الانفتاح على الخبرة يعبر عن الذكاء و الابتكار الفكري، وفي هذه الحالة تتعلق الصفات المرتبطة بهذا العامل أساساً بالأفكار والقيم. ومن جهة أخرى يرتبط الانفتاح على الخبرة بالخيال والجمال، ويتضمن صفات الإحساس بالجمال وتذوق القيم غير المعهودة (الخارجة عن المألوف) والاهتمام بالمظاهر الكونية العاطفية والميل إلى النشاطات الخيالية [28]، ص173. كما يشير الانفتاح على الخبرة إلى الميل للقيام بالأنشطة العقلية واكتساب الخبرات الجديدة [29].

وتدل الدرجة المرتفعة على هذا العامل على أنّ الفرد خيالي، ابتكاري، يبحث عن المعلومات الثقافية والتعليمية، وأيضاً يحب الفن والجماليات، و يتميز بالتفوق وحب الاستطلاع وسرعة البديهة والطموح والمنافسة. بينما تدل الدرجة المنخفضة على أنّ الفرد يولي اهتماماً أقل بالفن، وأنه عملي في طبيعته [12]، ص 167.

وفي الأخير من المهم الإشارة إلى أنّه من الخطأ تشبيه الذكاء مع هذا العامل، حتى وإن لوحظت ارتباطات بين هذين المظهرين، لكن التحليلات العملية أثبتت بأنّهما عاملين مستقلين.

4- الطيبة L'Agréabilité:

يرتبط هذا العامل بطريقة التفاعل مع الآخرين (العلاقات البينشخصية)، وتشير إلى الثقة في الآخرين واحترامهم. ويتميز الأفراد الذين يظهرون درجة مرتفعة على هذا العامل ب: الإيثار، والقدرة على تزويد الآخرين بسند عاطفي [28]، ص 173، ويتميزون بالود والتعاون ويحترمون مشاعر وعادات الآخرين، وكذلك يتميزون بالتعاطف و التواضع [12]، ص 168.

بينما يتميز الأفراد الذين لديهم درجة منخفضة بالغيرة، سوء النية فيما يخص أفكارهم تجاه الآخرين، متمركزين حول أنفسهم [28]، ص 173.

5- يقظة الضمير Conscientieux:

يعكس هذا العامل: المثابرة والتنظيم لتحقيق الأهداف، بمعنى أن يصل الأفراد إلى الأهداف التي سطروها ويواظبون على أداء مهامهم. وترتبط الدرجة المرتفعة على هذا العامل بالنجاح والإتقان المهني، والجدارة بالثقة والنظام وتأدية الواجبات بإخلاص، والجدية. بينما يظهر الأفراد ذوي المستوى المنخفض على هذا العامل بأنهم أقل صرامة في الوصول إلى الأهداف، وأقل تشدداً في تطبيق المبادئ الأخلاقية.

وفي الأخير يمكن الإشارة إلى أنه ينبغي فهم دلالة الدرجة المرتفعة على سمة معينة، مقارنة بالدرجات المتحصل عليها في السمات الأخرى. فإذا كان شخص ما لديه درجة مرتفعة على الانبساط مثلاً، هذا لا يعني أنه يفضل دائماً التواجد في المواقف الاجتماعية، وإنما على أنه يفضل غالباً أن يكون في الجماعة أكثر من أن يكون لوحده، ففي بعض المواقف يفضل ممارسة بعض النشاطات بصفة فردية. كما ينبغي أيضاً دائماً اختبار درجة هذا الفرد على العوامل الأخرى، فإذا كان الفرد يتميز أيضاً بدرجة مرتفعة على ميزة يقظة الضمير فإنه يتخلى عن حضور حفلة برفقة صديق، في حالة ما إذا كان ملزم بإنهاء مهام مهم [28]، ص 174.

ولهذا يفضل الباحث عدم تصنيف أفراد عينة بحثه حسب سماتهم، لأن هذه السمات ليست منفصلة عن بعضها وإنما هي موجودة لدى جميع الأفراد لكن بدرجات متفاوتة. ويركّز البحث الحالي على ارتباط سمات الشخصية بالتعاطف الوجداني وليس بتصنيف كل فرد ضمن سمة معينة، فقد تتوفر لدى نفس الشخص أكثر من سمة، شريطة أن لا تكون متناقضة مع بعضها.

وعلى الرغم مما تمتاز به نظرية العوامل الخمس الكبرى من مزايا تتبع من:

- ♦ سهولة لغتها ووضوحها.
- ♦ عددها الذي اختزل الكم الهائل من السمات [69]، ص 233.
- ♦ الميزة الأساسية لنظرية العوامل الخمس الكبرى هي تقديم عوامل جديدة للشخصية وهي الانفتاح، الطيبة ويقظة الضمير [79]، ص 711.
- ♦ كما أنّ نموذج العوامل الخمسة الكبرى يرقى إلى مرتبة النظرية النفسية، حيث تتوفر للنموذج معظم معايير وشروط النظرية الجيدة، يتضمن نوعاً من التصنيف العلمي، قابل للتطبيق العلمي، كما أنّ النموذج يتصف بالعالمية [29].

إلا أنه عارض بعض العلماء نموذج العوامل الخمسة الكبرى، واختلفوا خصوصاً حول عدد العوامل، حيث وُجّهت بعض الانتقادات لهذه العوامل خصوصاً فيما يخص بعدي الانفتاح وبقطة الضمير.

وكخلاصة للنظريات السابقة، يمكن القول أنه رغم اشتراكها في هدف واحد وهو فهم الشخصية الإنسانية، إلا أن هذه النظريات اختلفت اختلافاً كبيراً في مسلماتها، انطلاقاً من نظرية التحليل النفسي التي ركزت على الصراعات الداخلية، إلى النظريات السلوكية التي ترى بأن الشخصية يمكن أن تتغير بفعل قوى (مثيرات) خارجية، والنظريات الإنسانية التي ركزت على مفهوم الفرد لذاته وتصوره حول العالم الذي يعيش فيه، وصولاً إلى نظريات السمات والعوامل التي ركزت على أن الأفراد يختلفون في عدد من الصفات تمثل كل منها سمة، والتي أكدت على ما هو بيولوجي ومقاوم للتغير وتأثير البيئة.

خلاصة الفصل

تعتبر الشخصية من أكثر الظواهر النفسية تعقيداً ومن أكثر المفاهيم تداخلاً وتركيباً، فهي تشكّل بناءً معقداً ومتداخلاً يصعب فيه تحديد بنية رئيسية لتكون المكون الأساسي لبنائها. وبالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تناولت الشخصية الإنسانية إلا أنها ما زال يكتنفها كثير من الغموض، ولهذا تعددت تعاريفها، فمنها ما ينظر إلى الشخصية على أنها مثيراً، ومنها ما يعرفها على أنها استجابةً ومنها ما ينظر إليها بوصفها متغيراً يتوسط ما بين المثير والاستجابة.

وتتأثر الشخصية بالعديد من العوامل، ويعتبر المحددان البيولوجي والبيئي هما العاملان الأساسيان في تشكيلها، حيث تبين أن الوراثة والعوامل التكوينية تتفاعل مع البيئة لتشكّل شخصية الفرد، وأن الكثير من صفات الشخصية تنتج عن مزيج من التأثيرات الوراثية والبيئية، وبالتالي من الصعب تجاهل دور هذين العاملين معاً في التأثير على شخصية الفرد.

كما يتم دراسة الشخصية من ناحية مكوناتها الأساسية وكيفية قياسها على أساس نظريات متعددة، كثيراً ما تكون متباينة، وإن كان الهدف بينها مشتركاً وهو التنبؤ بالسلوك الإنساني في الظروف المتباينة، فلكل شخصية سماتها الرئيسية، والتي تحدد خصائص هذه الشخصية ونقاط ضعفها وقوتها وقدرتها على التوافق مع الآخرين.

وعلى الرغم من تعدد نظريات الشخصية وتباينها في مناحي الرؤية والتناول، والافتراضات التي تنطلق منها، إلا أنّ كثيراً من الدراسات النظرية التي تناولت الشخصية حاولت وضع عوامل يمكن من خلالها فهم هذا المفهوم (الشخصية)، ومن أهم النظريات التي حاولت فهم الشخصية من خلال افتراض المكونات هي النظريات العاملية، والتي تتضمن نظرية أيزنك Eysenck والتي تميزت بقلّة العوامل، وأصبحت واسعة الانتشار لا سيما في الثمانينات من القرن الماضي، ولكن مع بداية التسعينات برزت في مجال الشخصية نظرية العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، وما يعكس مدى تقبل هذه العوامل الخمسة للشخصية وأهميتها هو الاهتمام الذي تلقته والمتمثل في عدد كبير من الدراسات لاختبار عالميتها ووجودها عبر الثقافات. وعلى الرغم من كثرة الدراسات الأجنبية حول هذه النظرية إلا أنّ الدراسات العربية نادرة جداً، ولذلك تمّ استخدام أو تبني هذه العوامل في البحث الحالي لأنها تمثل معالم أساسية في الشخصية ونظراً لأهمية عواملها.

الفصل 4

التعاطف الوجداني

تمهيد

تلعب الانفعالات والظواهر الوجدانية دوراً مهماً في السلوك البشري والتفاعلات الاجتماعية، وتجدر الإشارة إلى أنه ترتبط أغلب سمات الشخصية بالانفعالات. ويعد التعاطف واحداً من المتغيرات التي تؤدي دوراً مهماً في الحياة الاجتماعية، وهو مجال من مجالات الذكاء الوجداني، وعنصر أساسي في الذكاء الاجتماعي، وهو يشير إلى قدرة الفرد على التعرف وقراءة مشاعر الآخرين والاستجابة لها. وهناك علاقة إيجابية بين فهم الفرد لذاته، وتفهم الآخرين ومشاركتهم وجدانياً (إذ يقوم التعاطف على أساس الوعي بالذات)، لذلك تظهر أهمية تقديم الحديث عن الوعي بالذات على الحديث عن التعاطف والتفهم التعاطفي. كما يعتبر التعاطف عنصراً هاماً في النمو الانفعالي للإنسان ونمو إدراكه بنفسه وحالته النفسية، إضافةً إلى أنه يمنحه القدرة على فهم مشاعر وأحاسيس وانفعالات الآخرين وتفسيرها، وبذلك يساعد التفهم التعاطفي الفرد على خلق علاقة ألفة مع الآخرين وعلى الحفاظ عليها.

وتمارس القدرة على التعاطف في جميع ميادين الحياة ومجالاتها، بحيث يلعب التعاطف دوراً حاسماً في العديد من المواقف المختلفة بما فيها التدريس والإدارة والعلاقات العامة، وفي الكثير من مهن

المساعدة الإنسانية وعلى رأسها مهنة الطب. وبما أنّ الرعاية الطبية تعتبر من أهم قطاعات الخدمة الاجتماعية، وباعتبار الموضوع الرئيسي لعلم النفس الطبي هو دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض، وأهمية هذه العلاقة وآثارها في مسار الصحة والمرض، فقد أصبح البعد التعاطفي في علاقة الرعاية الطبية واحداً من بين الأبعاد الأكثر أهمية لممارسته في مهنة الطب في العصر الحديث، ويعتبر مهارة أو أداة من أساسيات المهارات التي يجب أن يتقنها الطبيب أو المعالج. والتعاطف أساسي للعناية والاهتمام بالمرضى، فالطبيب الذي يمتلك قدر من التعاطف لديه اهتمام بمشكلات المرضى ورعايتهم.

ويعتبر التعاطف وفهم مشاعر المريض أساس قوي للعلاج، فهو يوفر للمريض مساندة ودعم تساعد على التخفيف من معاناته، وهذا ما سوف نحاول توضيحه من خلال هذا الفصل.

1.4. التطور التاريخي لمفهوم التعاطف

عرّفت كلمة تعاطف تطورات كثيرة قبل أن يطلق عليها اسم Empathie، كما أنّها استخدمت لتدل على معاني مختلفة، حيث تمّ التعبير عن التعاطف من خلال ظواهر مختلفة كالإسقاط Projection، النقص Identification، والإيثار Altruisme [81].

ولهذا ارتأى الباحث ضرورة التطرق للتطور التاريخي لهذه الكلمة والمعاني المختلفة التي دلت عليها:

كلمة تعاطف empathie مستعارة من اليونانية *empathia* التي كانت قديماً تعني "معاناة مع" "souffrir avec"، والتي -الأكثر شيوعاً- تنسب حالياً للعطف (أو المشاركة الوجدانية) *sympathie* أكثر من كونها تنسب إلى التعاطف *empathie*، وكثيراً ما يتم الخلط بينهما.

ثمّ ظهر مصطلح التعاطف مرة أخرى في القرن التاسع عشر، تحت تسمية *emföhlung* المستخدمة من قبل الرومانسيون الألمان، ويقصد به هنا عملية تواصل حدسي مع العالم، فهو على خلاف المعرفة العقلانية للكون، وسيلة من المعرفة الذاتية [82].

وأشار هنري بيرون Henri Piéron في معجمه في علم النفس إلى أنّ المصطلح الألماني *Einföhlung* تُرجم أولاً على أنّه "intropathie" من قبل سويس فلورنوي Suisse Flournoy، ثم أعيد استخدامه في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين من قبل علماء الجمال الألمان، تعبيراً عن القدرة على الإدراك الحسي للخبرة الذاتية لشخص آخر، واستخدم بصفة خاصة من قبل ليبس Lipps (1903) ليشير إلى: "نوع من المشاركة الوجدانية التي من خلالها نتقمص الآخر وننجح في الإحساس بمشاعره" [83]، ص373، وهو يعني بالنسبة لهذا الباحث، الاستمتاع جمالياً بموضوع حساس ويشعر بالتعاطف معه [82].

ويشير مصطلح التعاطف *emföhlung* بالنسبة لـ بول فولكي Paul Foulquié في قاموسه في اللغة الفلسفية إلى: "معرفة الآخر، من خلال الفحص التأملي للتفاعلات بين الأنا والآخر" [83]، ص373.

وبعد ذلك دخلت كلمة تعاطف إلى اللغتين الفرنسية والإنجليزية، واستخدمت أول مرة من قبل عالم النفس الأمريكي تيتشنر Titchener (1909)، الذي يعتبر أول من أدخل رسمياً مصطلح التعاطف *empathie* إلى علم النفس، كترجمة لكلمة *Einföhlung* إلى *empathy* [82]، ويختلف معناها قليلاً عن الأصل الذي دخل الانجليزية من الكلمة اليونانية *Empatheia* (أي تقمص المشاعر)، لأنّ تيتشنر Titchener يقول: إنّ التعاطف ينبع من محاكاة معاناة الآخرين جسماً، باستحضار مشاعر الآخر نفسها إلى داخل المتعاطف نفسه. وحاول تيتشنر Titchener إيجاد كلمة تتميز عن كلمة عطف

sympathie، التي تعبر عن إحساس شخص ما بما يشعر به شخص آخر، ولكن دون مشاركة أيًا كانت [15]، ص 147.

وفي سنوات الأربعينيات، تم صياغة أول تعريف للتعاطف، من قبل روجرز Rogers. ثم تم تصحيح هذه المحاولة النظرية الأولى فيما بعد في سنوات السبعينيات [83]، ص 373.

2.4. تعريف التعاطف

وُجِدَت صعوبة في تعريف مفهوم التعاطف، ويتمحور عدم اتفاق العلماء على تعريف مصطلح التعاطف حول ما إذا كانت العمليات المعرفية أم الخبرات الوجدانية هي التي تُشكّل الاستجابات التعاطفية؛ بمعنى هل التعاطف أو الاستجابة التعاطفية هو نتيجة للعمليات المعرفية أم للخبرات الوجدانية؟ لكن يتفق معظم علماء النفس على أنّ التعاطف يتضمن كلا العنصرين (العمليات المعرفية والخبرات الوجدانية) في نفس الوقت (أي أنّه يتضمن أبعاد معرفية وأبعاد وجدانية). ونظراً لهذا تتعدد تعريفات التعاطف، باختلاف اتجاهات الباحثين.

وفيما يلي مجموعة من التعاريف التي اختارها الباحث لتوضيح هذا المفهوم، وتجدر الإشارة إلى لأنّ اختيار عدد كبير من التعاريف اللغوية والاصطلاحية لهذا المفهوم نابع من الغموض الذي يعتري مفهوم التعاطف واختلاطه بالعديد من المفاهيم النفسية الأخرى.

لغةً: تعني كلمة تعاطف في المعجم الوسيط، تعاطَفَ القوم: عطفَ بعضهم على بعض [32]، ص 608.

أما اصطلاحاً، عرض روجرز Rogers أول تعريف للتعاطف انطلاقاً من تجاربه، بأنّه: "يتضمن التعاطف أو التفهم التعاطفي الإدراك الدقيق للإطار المرجعي الداخلي للآخر، والمكونات الانفعالية

والدلالات المرتبطة به. والإدراك بأسلوب تعاطفي هو إدراك العالم الذاتي للآخر كما لو كان محل هذا الشخص، لكن بشرط أن لا يغفل أبداً أن هذه الوضعية تشبيهية "كما لو" (وكأن). فالقدرة التعاطفية تعني إذاً الشعور بألم أو متعة الآخر كما يشعر بها، وإدراك سببها كما يدركها الآخر (يعني تفسير مشاعره وإدراكاته كما يفسرها الآخر)، دون أن ينسى الفرد أنها خبرات وإدراكات الآخر، وإذا غاب هذا الشرط الأخير يصبح ليس تعاطف وإنما تقمص "Identification" [84]، ص 197.

تضمن هذا التعريف -إضافة إلى التحذير من عدم تقمص الآخر- الدعوة إلى الإصغاء بانتباه للآخر من خلال إدراك تغيراته الداخلية الانفعالية والعاطفية، من أجل مساعدته -من خلال التأمل الواضح في عواطفه- على إيضاحها له والسيطرة عليها [83]، ص 373.

ويرى روجرز Rogers أن المعالج يشعر بتفهم تعاطفي *compréhension empathique* لعالم مريضه، وكأنه يدركه من الداخل، بمعنى الشعور بالعالم الداخلي الخاص بالمريض وكأنه عالمه الخاص، ولكن لا يُغفل أبداً كلمة "وكأن"، وهذا يعني أن المعالج يشعر بغضب ومخاوف المريض، وكأنها خاصة به لكن بدون ما تنعكس هذه المشاعر (الغضب، المخاوف) على المعالج [85]، ص 192.

ويطلق روجر ميكيلي Roger Mucchielli اسم تعاطف على الفعل الذي يتفهم من خلاله الفرد شخص آخر دون أن يشعر بنفس المشاعر التي يشعر بها الآخر، فهو إذاً نوع من العطف البارد *sympathie froide*، والقدرة على الدخول في العالم الذاتي للآخر مع الحفاظ على البرودة -*sang-froid* وإمكانية أن يكون موضوعي (بمعنى الحذر بما يختبره الآخر لكن دون التورط العاطفي معه) [86]، ص 40.

كما يرى ميكيلي Mucchielli أن التعاطف هو المشاركة في الخبرة الذاتية للآخر، وهو موقف خاص تجاه الآخر، يتضمن:

- وجود اهتمام متمركز حول ما يشعر به الآخر وجدانياً.

- وبذل الجهد من أجل تفهم ما يعبر عنه الآخر دون الانجذاب العاطفي الشخصي.

- إضافة إلى عدم إصدار الحكم [86]، ص77.

عرّف هوفمان Hoffman (1987) التعاطف بأنه "استجابة عاطفية تتناسب الشخص الآخر أكثر

مما تتناسب الشخص نفسه" [87]، بمعنى استجابة الشخص بالطريقة التي يستجيب بها الآخر.

وينظر آيزنبرج وستراير Eisenberg & Strayer (1987) إلى التعاطف على أنه استجابة

انفعالية تتبع من الحالة الانفعالية للآخرين، والتي تكون منسجمة أو متطابقة معها (مع الحالة الانفعالية

للآخرين). فالتعاطف بالنسبة إليهما هو القدرة على مشاركة (تقاسم) الانفعال الذي يشعر به الآخر، وتفهم

وجهة نظره [88]، ص5.

ويعني التعاطف بالنسبة لـ ألين كيرجان Alain Kerjean بأنه "استقطاب الاشارات الانفعالية

للآخرين وإعطائها معنى" [89]، ص10.

ويعرّف كوسني Cosnier (1994) التعاطف بأنه "قدرة الفرد على أن يضع نفسه مكان الآخر،

وعلى إدراك انفعالاته (تعاطف وجداني)، وعلى تقاسم تصوراتها (تعاطف معرفي)، وعلى مشاركة سلوكياته

واستجاباته (تعاطف سلوكي)". ويمكن أن تكون هذه الأوجه الثلاث مختلطة مع بعضها في بعض

الأحيان [30].

التعاطف الوجداني حسب دانييل جولمان Daniel Goleman (2000) هو قدرة تتأسس على

الوعي بانفعالات الآخر، حيث يدفع التعاطف الوجداني الإنسان إلى الإيثار والغيرية (الاهتمام بالغير).

ويكون الأشخاص الذين يتمتعون بملكة التعاطف الوجداني -حسب جولمان Goleman- أكثر قدرة على التقاط الإشارات الاجتماعية التي تدل على أنّ هناك من يحتاج إليهم، وهذا يجعلهم أكثر استعداداً لأن يتولوا الوظائف التي تتطلب رعاية مثل: التعليم، الرعاية الصحية... [15]، ص68.

ويعرّف بيار جويلات Pierre Juillet (2000) التعاطف بأنه "القدرة على الشعور بما يشعر به الآخر، ومشاركته في مشاعره" [31].

ويرى هايكو إيرنست Haycko Ernest أنّ التعاطف Empathy هو أكثر من مجرد العطف (المشاركة الوجدانية) Sympathy، ويقول "إنّ القدرة على الإصغاء والتبصر بهدف التعرف على أفكار ومشاعر الآخر، وتعد هذه القدرة فطرية وليست مكتسبة، ومع ذلك قليلاً ما يتم استخدامها" [90].

ويعرف باحث التعاطف وليم إكس William Ickes القدرة التعاطفية على النحو التالي: "التعاطف ليس أكثر من شكل من قراءة الأفكار الذي يمارسه الفرد في حياته اليومية....إنّه على ما يبدو ثاني أكبر الإنجازات القادر عليها دماغ الفرد، حيث أنّ الوعي نفسه هو الإنجاز الأكبر". ويضيف وليم إكس William Ickes أنّ "التعاطف عبارة عن استنتاج مركب ترتبط فيه الملاحظة والذاكرة، والمعرفة و التفكير من أجل الوصول لاستبصار في مشاعر و أفكار الناس الآخرين" [90].

ويعرّفه عبد المنعم أحمد الدردير (2004) على أنّه الإحساس بمشاعر الآخرين والقدرة على فهمها وعلى إدارة نزاع وانفعالات الآخرين [12]، ص28. ويقول أيضاً أنّ التعاطف يتضمن حساسية الفرد في اكتشاف ومعرفة وفهم انفعالات الآخرين الظاهرة والدفينة ومساعدتهم والفاعلية في حل مشاكلهم والحساسية تجاه متطلباتهم وتدعيم وتحفيز قدراتهم [12]، ص32.

ويرى ستيفن وولف Steven Wolff (2005) أنّ التعاطف هو تفهم أحاسيس الآخرين ووجهات نظرهم، وأخذ اهتماماتهم بعناية فعالة [91]، ص11.

أمّا نوبار سيلامي Nibert Sillamy (2006) فهي ترى بأنّ التعاطف يشير إلى التواصل العاطفي مع الآخرين، وهو أساس التقمص والفهم النفسي للآخرين [92]، ص 97.

وتعرّف سارة فامري Sarah Famery (2007) التعاطف "أن يضع الفرد نفسه مكان الآخر، وفهم وتوقع انفعالاته وردود أفعاله" [89]، ص 10.

سمحت التعاريف السابقة بتقديم شرح لمصطلح التعاطف بصفة عامة، ومن أجل التقرب أكثر من المفهوم الذي ترمي إليه هذه الدراسة، نقدم فيما يلي تعريف أكثر دقة والذي يخص بالتحديد العلاقة طبيب- مريض.

◀ تعريف التعاطف في العلاقة طبيب-مريض:

التعاطف في العلاقة طبيب-مريض يعني موقف عام ومستمر للطبيب، يتميز باهتمام كبير بالعوامل النفسية والاجتماعية للمريض، والتركيز أكثر على التفاني، والرغبة في تحمل المسؤوليات، وموقف إصغاء. ويتميز الأطباء الذين يعتبرون على أنّهم أكثر تعاطفاً من زملائهم بأنّهم أكثر إثارة، وأقلّ اتباعاً للأهداف الشخصية (الراتب، المكانة، ...) من الآخرين [93].

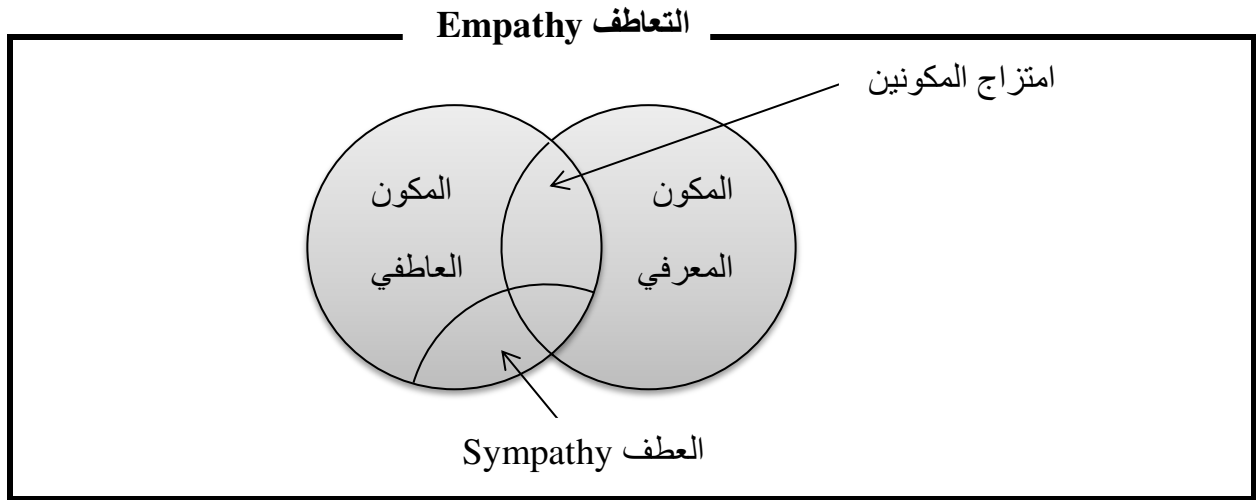
كما يُعرّف التعاطف في إطار الرعاية الصحية للمرضى كما يلي: "هو سمة معرفية التي تنطوي في الغالب على القدرة على تفهم الخبرات الداخلية للمرضى، وانشغالاتهم، وتفهم وجهات نظرهم، بالإضافة إلى القدرة على إيصال هذا الفهم، ووجود نية للمساعدة" [13].

من خلال ما سبق، نلاحظ أنّه تمّ تعريف مصطلح التعاطف في الكثير من الدراسات بطرق مختلفة، وتتمحور الاختلافات الأساسية بين الباحثين في تحديد مصطلح التعاطف من حيث كونه:

✓ استعداد معرفي للطبيب، يتضمن أن يضع نفسه في مكان المريض مع المحافظة على المسافة العاطفية.

✓ استجابة انفعالية لإرادوية.

✓ مجموع لمكون معرفي مع مكون انفعالي [93].



شكل رقم 15: نموذج بسيط لمكونات التعاطف [94]

يتضح من الشكل أعلاه أنّ العطف يمثل جزء صغير مميز من التعاطف، ويفترض بارون كوهن Baron-Cohen أنّ العطف يستوحي من كلّ من العناصر المعرفية والعاطفية للتعاطف، لكنّه يأخذ مساحة خاصة من المكون العاطفي للتعاطف (بمعنى أنّه يطغى الجانب الوجداني في العطف) [94].

وعلى هذا يمكن الاستدلال على وجود ثلاث اتجاهات لدراسة التعاطف:

- **الاتجاه الأول:** يؤكد هذا الاتجاه على أنّه يمكن تعريف التعاطف معرفياً، حيث اصطلح الكثير من العلماء أنّ التعاطف هو من نوع فكري intellectuel أو معرفي cognitive. وحسب هذا الاتجاه النظري، فإنّه يمكن للأشخاص المتعاطفين أن يتصوروا ما يتصوره شخص آخر بالمثل، وهذا ما يمكنهم من فهم والتنبؤ بأفكار ومشاعر وسلوكيات الآخر [95]، ص176. ونذكر من بين هؤلاء العلماء هوجان

Hogan (1969)، الذي وصف التعاطف بأنه "الانشغال الفكري أو التخيلي بظروف الآخر، دون أن يختبر في الواقع مشاعر ذلك الشخص" [96].

وعلى هذا فإنّ التعاطف بالنسبة لهذا الاتجاه يشمل القدرة على فهم الخبرات والمشاعر الداخلية الخاصة بشخص آخر، والقدرة على رؤية العالم من وجهة نظر هذا الشخص.

- **الاتجاه الثاني:** يؤكد هذا الاتجاه على أنّه يمكن تعريف التعاطف أيضاً انفعالياً أو عاطفياً، حيث يرى ألبرت مهربان ونورمان ابشتاين Epstein Albert Mehrabian & Norman (1972) نظرة مختلفة تماماً للاتجاه الأول، إذ أنّهم اصطّلحوا أنّ التعاطف هو "الاستجابة الوجدانية لردود الأفعال (الاستجابات) الانفعالية للآخرين"، فالتعاطف حسب مهربان وابشتاين Mehrabian & Epstein هو ليس فقط القدرة على معرفة انفعالات الآخرين، لكنّه أيضاً القدرة على تقاسم الخبرات الانفعالية للآخرين، بحيث يشعر الأشخاص المتعاطفين أيضاً بالألم عندما يروا شخص ما يعاني [95]، ص 176.

وبهذا ينظر هذا الاتجاه إلى التعاطف بأنّه يتمثل في الاستجابة لمشاعر أو خبرات الآخرين.

وبعد عرض الاتجاهين السابقين يتضح أنّ كلاهما أساسيين في تعريف التعاطف، ويحدثان في وقت واحد، ولا يمكن الفصل بينهما بسهولة، ولهذا ظهر الاتجاه التكاملي.

- **الاتجاه الثالث:** يتمثل في التناول التكاملي الذي يوظف كل من الاتجاه المعرفي والعاطفي على حدٍ سواء لدراسة التعاطف. فقد تمّ وضع تصور جديد للتعاطف على أنّه بناء متعددة الأبعاد، ويمثل هذا التصور كل من ديفيس Davis (1983) وثورنتون وثورنتون Thornton & Thornton (1995). وتتضمن وجهة نظر ديفيس Davis (1983) للتعاطف كل من المكونات المعرفية والعاطفية معاً، ويعتقد بأنّه من الأفضل اعتبار التعاطف على أنّه "مجموعة من التركيبات، المرتبطة بكل ما يتعلق بالتجاوب مع للآخرين" [96].

وبالتالي يأخذ الاتجاه الثالث بعين الاعتبار المكونات الانفعالية والمعرفية على أنها ضرورية لمعرفة الذات والآخر. ويرى داماسيو Damasio (1994) في هذا الصدد أنه لا توجد معرفة دون انفعال ولا انفعال دون معرفة [93].

ونستخلص من الاتجاهات الثلاثة التي تناولت موضوع التعاطف أنه يتمثل الجانب العاطفي للتعاطف في الإحساس *Ressentir*، في حين يتمثل الجانب المعرفي للتعاطف في الفهم *Comprendre*، لكن دون الدخول في التضاربات النظرية والاصطلاحية، يُفترض أن التعاطف هو في نفس الوقت الإحساس بالحالة الانفعالية للآخر وفهمها باستنباط السبب، وهاتين المرحلتين متزامنتين في أغلب الأحيان، حيث أنه إذا كان هناك الإحساس بدون الفهم أو الفهم بدون الإحساس فإنه يفتقد بطبيعة الحال إلى البعد التعاطفي [89]، ص 15.

ولهذا ينبغي الإشارة إلى أنه على الرغم من أن تعريفات التعاطف أوضحت أن هذا المصطلح يستخدم للدلالة على نوعين من القدرات البشرية: فهم وجهة النظر الفكرية للآخر (التعاطف المعرفي) والمشاركة الوجدانية (التعاطف الوجداني أو العاطفي)، إلا أنه يقصد الباحث بالتعاطف الوجداني في هذه الدراسة هو قدرة الطبيب على فهم الحالة الانفعالية للمريض (تفهم انفعالات ومشاعر ووجهات نظر المريض) (جانب معرفي)، ومشاركته وجدانياً (مشاركة انفعالاته ومشاعره) (جانب وجداني)؛ وليس لأن الباحث اختار التعاطف الوجداني معناه مشاركة المريض في انفعالاته ومشاعره فقط، وإنما أيضاً حتى التعاطف الوجداني يشمل تفهم انفعالات ومشاعر المريض، لأنه لا يمكن عزل الجانب الوجداني عن الجانب المعرفي.

كما ميّز العلماء بين قياس التعاطف الظرفي *situational empathy* الذي يعني الاستجابة التعاطفية في موقف معين، وبالتالي فهو حالة يمكن أن تضعف (تتدهور) خلال التعليم الطبي، كما يمكن

كذلك تحسينها من خلال نشاطات تعليمية هادفة، والتعاطف الطبيعي dispositional empathy، أين يكون مفهوم التعاطف كسمة شخصية ثابتة، وبالتالي فهو سمة شخصية لا يمكن تعليمها بسهولة [4].

وتبني الباحث مفهوم التعاطف الظرفي وليس كسمة شخصية من خلال سؤال الطبيب عن تجاربه الخاصة فقط بعلاقته مع المريض.

3.4. المقارنة بين التعاطف Empathie والمشاركة الوجدانية Sympathie

شاع كثيراً الخلط بين التعاطف Empathie والمشاركة الوجدانية Sympathie، إذ لا يميز بعض الباحثين بينهما، لكن يمكن التمييز بينهما كما يلي:

* يتضمن التعاطف أن يضع الفرد نفسه مكان الآخر، والإحساس بما يشعر به الآخر أو بالأحرى تصور ما يمكن أن يشعر به الآخر وليس بالضرورة الشعور بانفعالاته، في حين تتضمن المشاركة الوجدانية الشعور بنفس الانفعالات التي يشعر به الآخر دون يضع الفرد نفسه مكان الآخر [89]، ص24. فالتعاطف لا يعني مشاركة مشاعر أو اعتقاد من خلال ظاهرة العدوى الانفعالية *Contagion émotionnelle*، ولكن تصور مشاعر ورغبات واعتقادات الآخر [81].

* هدف التعاطف هو أن يسمح للفرد بمعرفة وفهم الآخرين، ويجعله يتحملهم، بينما هدف المشاركة الوجدانية هو خلق روابط عاطفية مع الآخرين، ومشاركتهم انفعالاتهم [97].

* يتضمن كلا المصطلحين المشاركة، لكن يتضمن التعاطف مشاركة الفهم، بينما تتضمن المشاركة الوجدانية مشاركة المشاعر، ولهذا فإن العلاقات العاطفية التي تكسوها ردود فعل انفعالية تدل على المشاركة الوجدانية أكثر من التعاطف [4].

ويرى هايكو إيرنست Haycko Ernest بأنه يكمن الاختلاف بين التعاطف والمشاركة الوجدانية

فيما يلي:

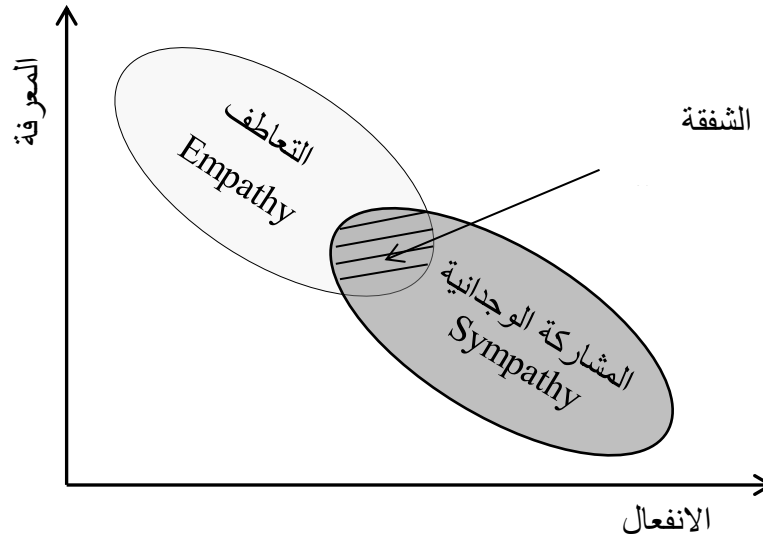
* التعاطف هو أكثر من مجرد الإحساس العفوي بالآخر الذي يستحوذ على الفرد استناداً لمشاعر الآخر. فالمشاركة الوجدانية هو مجرد مرحلة سابقة للتعاطف. فعندما يشارك الفرد شخص آخر وجدانياً، يتذكر مثلاً كيف يكون الحزن أو السعادة إنّه يتقاسم هذه الخبرات مع الآخر، وهكذا ينشأ بين الناس تشارك مصبوغ بالانفعال أو المشاعر، إلا أنّه من حيث المبدأ تشارك سطحي. غير أنّ التعاطف أكثر من مجرد التشارك الوجداني، إنّه يصف القدرة على فهم خبرات الآخر والاستجابة بناءً على هذا الفهم بالشكل المناسب.

* التعاطف ليس مجرد المشاركة في المشاعر فحسب إنّه يحاول فهم ما هو كامن خلف هذه المشاعر. لهذا يشترط التعاطف الإصغاء الدقيق والملاحظة الدقيقة، فإذا أراد الفرد أن يكون متعاطفاً فإنّه يريد أن يتفهم بدقة ما الذي يحدث للآخر، لهذا يحاول أن يرى العالم بعيونه. وهذا التغيير لوجهة النظر (تخلي الفرد المؤقت عن وجهة نظره) يفتح له تفهماً يتجاوز المشاركة الوجدانية للآخر. و بمجرد ما يستطيع "قراءة"، ما الذي يفكر فيه الآخر ويحسه وما هي الدوافع وموقفه نحوه، عندئذٍ يمكنه أن يتعاطف معه، وهذا يعني أنّه يستطيع عندئذٍ مساعدته.

* كما أنّ التعاطف أكثر من مجرد الحساسية تجاه مشاعر الآخر، فعندما يكون الفرد متعاطفاً فإنّه لا يمتص بصورة سلبية المشاعر التي يعيشها الآخر الآن فحسب، وإنّما يسأل المتعاطف: ما الذي يعنيه شعور ما؟ ما الذي يراه من خلال الاستبصار في العالم الداخلي للشخص الآخر؟ [90]

كما يعتقد جيرارد جورلاند Gérard Jorland أنّ التعاطف هو علاقة معرفية أو تواصل معرفي،

في حين أنّ المشاركة الوجدانية هي علاقة عاطفية [97]. ويمكن إيضاح هذا من خلال الشكل الموالي.



شكل رقم 16: التعاطف والعطف في علاقتهما بالمعرفة والانفعال [98]

يوضح الشكل السابق أنّ التعاطف يشمل المساحة التي تتميز بالمعرفة أكثر من الانفعال، في حين تشمل المشاركة الوجدانية المساحة التي تتميز بالانفعال أكثر من المعرفة، وتمثل الشفقة مساحة التقاطع بين التعاطف والمشاركة الوجدانية أين يتم التعبير عن كلتا سمتين بشكل معتدل. وعلى هذا فإنّ السمة الأساسية للتعاطف هو تفوق معالجة المعلومات المعرفي، والتي تختلف عن معالجة المعلومات العاطفي الذي يغلب في المشاركة الوجدانية [98]، ص 11.

وعموماً يمكن تلخيص أهم الاختلافات بين التعاطف والمشاركة الوجدانية في الجدول التالي:

جدول رقم 06: الفرق بين التعاطف والمشاركة الوجدانية [89]

المشاركة الوجدانية Sympathie	التعاطف Empathie
➤ مشاركة الانفعال (العدوى الانفعالية). ➤ تقمص الآخر. ➤ إنشاء رابط عاطفي. ➤ الاستجابة لانفعال بانفعال.	➤ تصور الانفعال. ➤ التمييز بين الذات والآخر. ➤ لا يوجد بالضرورة رابط عاطفي. ➤ الاستجابة لانفعال بسلوك.

4.4. أنواع التعاطف

قبل التطرق إلى أنواع التعاطف والتي تتعلق بصفة خاصة بتعاطف الطبيب مع المريض، كان من الضروري تناول أنواع العلاقة بين الطبيب والمريض بصفة عامة.

قام هولاندر **Hollender** بتمييز ثلاثة نماذج أساسية للعلاقة بين الطبيب والمريض:

أ- النموذج الأول: فعالية الطبيب وسلبية المريض **Activité-Passivité**:

هو من نوع علاقة أم- رضيع، يكون المريض في هذه الوضعية سلبياً وخاضعاً للطبيب الذي يمارس سلطته عليه، وهي حالات نجدها في الإستعجالات، الغيبوبة، أثناء إجراء عملية جراحية.

ب- النموذج الثاني: توجيه الطبيب وتعاون المريض **Direction-Coopération**:

هو من نوع علاقة الآباء- الأطفال، إنّه النموذج الأكثر شيوعاً، إذ يكون المريض قادراً على فعل شيء معين والطبيب يطلب هذه المساعدة وبعد وضع التشخيص يوجّه الطبيب أو أنّه ينصح وينتظر من المريض المعونة والطاعة، إنّها مرحلة الطفولة مثلما يشبهها الأطباء، ونجدها في الأمراض الحادة.

ج- النموذج الثالث: المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض **Participation mutuelle et réciproque**:

نجد هذا النموذج في العلاقة بين الراشدين؛ إنّ هذا النموذج من العلاقة مهم ونافع في حالة الأمراض المزمنة، إذ يطلب الطبيب من المريض أن يتكفل بنفسه ويعالجه المزمّن وهنا يمثل المريض للتعليمات الطبية [99]، ص 345.

إنّ لكلّ نموذج من النماذج الثلاثة السابقة وضعيات خاصة، فلا يمكن للطبيب أن يطلب من مريضه المساعدة إذا كان في حالة غيبوبة، وعلى الطبيب أن يتصرف باستعجال أمام الحالات المستعجلة،

لكن عندما يكون الطبيب متسلطاً وموجهاً مع بعض المرضى يخلق عندهم حالات من التبعية الطفلية ممّا يعيق إعادة تأهيلهم ويجعلهم متمردين لا يتبعون تعليماته؛ إذن على الطبيب أن يكون مرناً في استعمال هذه النماذج.

غير أنّه هناك تصنيف آخر لا يصف فقط نموذج العلاقة بين الطبيب والمريض، وإنّما يخص التعاطف بصفة خاصة. وفي هذا الصدد صنّف ماكس تشيلر Max Scheler التعاطف إلى عدة أصناف، وتتمثل في:

1- التعاطف الاجتماعي L'empathie grégaire: ويتمثل مثلاً في الذهاب إلى حفلة، وشعور الفرد بالسعادة من حوله والشعور بسعادة الآخرين، وليس بالضرورة التواصل معهم.

2- التعاطف الانصهاري (أو الاندماجي) L'empathie fusionnelle: في هذا النوع من التعاطف، يتقمص الطبيب المريض أو الأسوأ من ذلك يتقمص نفسه [16]. فعلى الطبيب أن يكون قادر على استخدام التقمص المزدوج Double identification بطريقة مرنة:

* تقمص هوية المريض Identification au malade: من خلال تعاطف الطبيب الكافي مع المريض، حتّى يتمكن من التخلص من قوقعته، ومحاولة إدراك ما يحدث لدى الغير، وفهم ما يمكن أن تمثله حالة المريض. لكن عندما يكون هذا التقمص أكثر ممّا ينبغي، ومنه فإنّ الرغبة في شفاء المريض يكون مبالغ فيها، هنا لا يمكن للطبيب الحفاظ على موضوعيته الضرورية لاتخاذ القرارات الصعبة التي تخص المريض.

* تقمص هوية الطبيب Identification au médecin: من أجل الحفاظ على الدور المتوقع منه (منصبه كطبيب)، وإيجاد المسافة الضرورية لاتخاذ القرارات [99]، ص334.

وينجم عن هذا النوع من التعاطف، إمّا عدم القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة المتعلقة بالمريض، وإمّا صلابة شديدة في التعامل مع المريض.

3- وفي الأخير يوجد نوع من التعاطف يسمى **التسامي Un dépassement de soi**: ويتمثل في محاولة عدم تفسير الحياة الداخلية للمريض من خلال قيم الطبيب، واحترام وجهة نظره وحساسيته، وفرديته. وهنا يكمن مدى تعقيد التعاطف الذي يعتبر الذروة لبقاء الطبيب متكيفاً مع الواقع دون الوقوع في التعاطف الاجتماعي أو التعاطف الانصهاري. ويعتبر جوليان Jollien في هذا الصدد أنّ التعاطف هو مسألة تكيف: التكيف مع العالم الداخلي للمريض من أجل فهمه ومساعدته [16].

5.4. مظاهر التعاطف

يقوم التعاطف على أساس الوعي الذاتي، فكّلما كان الفرد قادراً على تقبل مشاعره وإدراكها، كلّما كانت لديه القدرة على قراءة مشاعر الآخرين والتفاعل معها. وفي هذا الصدد، يرى ألكسندر جوليان Alexandre Jollien بأنّ ممارسة مهنة مثل مهنة الطب تتطلب من الطبيب ضبط الذات الذي يسمح له بعدم فرض شخصيته على المريض، وبممارسة التعاطف، فمن خلال الوعي الذاتي يتمكن الطبيب من التقرب من مريضه بأقل قدر ممكن من إصدار الأحكام، وإظهار التعاطف له [16].

لقد تمّ تقديم الحديث عن الوعي بالذات على الحديث على التعاطف لأنّ هناك علاقة إيجابية بين فهم الفرد لذاته، وتفهمه الآخرين، ولا يمكن أن يكون الفرد متعاطف إذا لم يكن واعٍ بذاته. ولهذا يعتبر الوعي بالذات معياراً أساسياً للتعاطف.

كما أنّه لا شك في أنّ عواطف الفرد من النادر تجسيدها في كلمات، ذلك لأنّها تترجم في معظم الأحيان من خلال إيماءات أو تلميحات، ولذلك من الممكن معرفة مشاعر الآخرين من خلال قراءة

المشاعر غير المقروءة، إذ يكمن مفتاح التفهم التعاطفي الدقيق لمشاعر الغير في القدرة على قراءة الاتصال غير اللفظي، مثل: نبرة الصوت، حركة الجسم، تعبير الوجه وغيرها [100]، ص54.

وعلى هذا توجد العديد من المظاهر والمعايير التي تدل على التعاطف مع المريض، نذكر منها ما يلي:

■ **الإصغاء الفعال:** يعتبر الإصغاء من مفاتيح التعاطف، وهو يعني أن يكون الطبيب قادراً على استقبال وجمع ما يريد المريض قوله له، وعلى احترام ما قد يريد أن يتستر عليه أو يخفيه أو يحتفظ به (فالإصغاء يسمح بظهور ما هو صعب قوله)، وكذلك يكون قادراً على تلخيص ما أتى المريض ليقوله [101]، ص68.

■ أن يركّز الطبيب إصغائه على احتياجات ومشاعر المريض.

■ محاولة وضع كلمات تعبر عن الانفعال الذي يسيطر على المريض.

■ أن يكون الطبيب قادراً على الشعور واستنباط النوايا والأحاسيس التي تكمن خلف السلوكيات الخارجية للمريض.

■ محاولة التفهم الجيد لوجهة نظر المريض (من خلال إعادة صياغة ما عبّر عنه المريض بكلمات خاصة بالطبيب)، فهذا لا يعني موافقته للمريض وإنما يدل على أنه يفهمه [101].

■ أن يكون الطبيب قادراً على الإحساس بمعاناة المريض، وأن يصغي إلى شكاويه، وأن يصبر أمام شكوكه ومخاوفه.

■ أن يعالج الطبيب مريضه كشخص له كيانه، وليس كشيء يساعده.

■ أن يظهر الطبيب بأنه ملتزم تجاه مريضه ومهتم به.

■ أن يهتم الطبيب بأعراض مريضه ويأخذها بجدية.

- أن يأخذ الطبيب بعين الاعتبار مشاكل المريض الشخصية [93].
 - أن يكون الطبيب قادراً على أن يفهم جيداً مشاعر المريض.
 - أن لا يوجد لدى الطبيب أبداً الشك فيما يقصده المريض بقوله.
 - أن تتفق ملاحظات الطبيب تماماً مع استعدادات واتجاهات المريض.
 - أن تظهر نبرة صوت الطبيب قدرته التامة (المثالية) على تقاسم مشاعر المرضى [85]،
- ص192، 193.

- تقبل الطبيب للمريض كما هو.
- إظهار شعور الاحترام نحو المريض [102]، ص7.

6.4. مراحل العلاقة التعاطفية

يمكن تعريف المقابلة الطبية على أنها نوع من الاتصال بين الطبيب والمريض أين تسود الثقة والإصغاء، والتمركز حول الشخص وليس فقط حول المرض، أو المكاسب والأرباح [101]، ص137. وتعتبر العلاقة التعاطفية هي العملية التي توجّه استجابات الطبيب خلال هذه المقابلة، وتحدث هذه العملية في ستة (6) خطوات:

1- التعرف على لحظات الانفعال: معناه معرفة الطبيب للتمظهرات العيادية التي تمثلها حالة انفعالية ما لدى المريض. فنادرًا ما يعبر المريض لفظياً وبطريقة تلقائية عن حالته الانفعالية، ولذلك يكون من الصعب على الطبيب إدراك الانفعال الذي يشعر به المريض، إلا أنه من خلال الإشارات (الإيماءات) المرسلة من قبل المريض، يمكن للطبيب أن معرفة أن هناك شيء ما يحدث. وهنا يرجع الطبيب إلى أحاسيسه الخاصة، ويستند على عواطفه الخاصة من أجل إدراك الانفعالات التي من الممكن أن لا يدركها المريض أو أنه يعتقد بضرورة إخفائها.

2- الطلب من المريض التعبير عن ما يحدث: يدعو الطبيب مريضه إلى استحضار خبرته الانفعالية، وذلك بتشجيعه على التعبير عما يحدث له. يساعد هذا الطلب على الانتقال من البعد الانفعالي إلى البعد المعرفي، وكذلك تسمح هذه الخطوة بالانتقال من شعور المريض بالوحدة إلى الشعور بالثقة التي تنشأ عن حالة المشاركة. فالمريض يعيش غالباً مطلب ملّح لقول ما يحدث له، يحقّز هذا المطلب الداخلي من خلال الرغبة في التخلص ممّا يضايقه. في مقابل هذا، يبحث الطبيب عن طريقة لتأكيد صحة ما يشعر به؛ وبالنظر إلى كيفية استجابة الطبيب وكيف يجب على المريض، يمكن للمريض أن يصبح أكثر وضوحاً أمام نفسه، وهذا الوضوح ضروري لمواجهة معاناته.

3- تسمية الانفعال: تختلف الانفعالات من شخص لآخر، ولهذا يمكن أن تكون الاستجابة لأحداث متشابهة مختلفة من مريض لآخر، وكذلك يمكن أن تحمل عبارة (تعبير) معينة معاني مختلفة. ولهذا إذا استحضر المريض وضعية أو حدث معين دون تحديد الانفعال المرتبط به، من المهم أن يطلب منه الطبيب التعبير عنه إذا كان بإمكانه ذلك، وإذا لم يقم المريض بذلك، لأنّه ليس لديه الكلمات التي تحدد معاشه الانفعالي، يمكن للطبيب أن يحاول هو نفسه تحديدها. وبالطبع تعتبر مجرد افتراضات يقوم المريض بدحضها أو تأكيدها [93]. ويسمح تسمية الانفعال الملاحظ للمريض بإدراك أنّ الطبيب أخذ بعين الاعتبار خبرته الانفعالية وواعٍ بها [103].

4- تصديق الانفعال: يأتي تصديق الانفعال، الذي يشعر به المريض ويعبر عنه، بعدما يتعرف الطبيب على مشاعر المريض ويتقبلها حتّى ولو كانت سلبية. وبمجرد التعرف على الانفعالات وتحديدها، يمكن للطبيب تأكيدها من خلال إظهاره لصياغات (عبارات) مختلفة تبين أنّه يفهمها ويصدّقها.

5- احترام جهود المريض للمواجهة: من المُجدِّ العمل على مصادر المريض، والاستناد على خبرته التي اكتسبها لمواجهة الصعوبات، أكثر من أن يتم تقديم المساعدة مباشرة؛ فإذا ظهر الانفعال أثناء الفحص

عندما يستحضر المريض صعوبة معينة، حتّى لو ظهر المريض حزين أو قلق، فهذا لا يعني بالضرورة أنّ المريض يفتقد إلى مصادر المواجهة. ومن هنا يتطلب، إلى جانب احترام الأفعال التي يحاول المريض القيام بها، أيضاً التواضع من قبل الطبيب، وأنّه لا يمكنه أن يأمل حل مشاكل مريضه لوحده.

6- تقديم المساعدة والدعم في المستقبل: تشجيع المريض على التركيز على مصادره الخاصة لا يعني أنّ الطبيب يجب أن يبقى محايد أو أنّه يُخلف التزامه. فبتقديم الدعم يبين الطبيب للمريض أنّه موجود، ويقترح تعاونه. ولا تكمن المساعدة فقط في الأفعال التي يبادر بها الطبيب وإنّما أيضاً في كونه يضمن استمراره في التزامه تجاهه في المستقبل [93].

في حين يرى ديفيس Davis (1990) أنّ التعاطف عملية تشتمل على ثلاث مراحل:

- 1- **التغير الذاتي:** وهو الإصغاء بعناية كبيرة، ومحاولة الطبيب وضع نفسه مكان المريض.
- 2- **العبور:** عندما يصبح التفكير وسيلة للشعور، ويتعمق الفهم والوعي بالآخر، حينها يرى الطبيب أنّه شخص واحد مع الشخص الآخر، وينسى بشكل مؤقت أنّهم شخصين منفصلين.
- 3- **العودة إلى الذات:** وتكون هذه المرحلة عندما يسترجع الطبيب ذاته وهويته الشخصية ويقف جنباً إلى جنب مع المريض [104].

إلا أنّ تقسيم مراحل العلاقة التعاطفية إلى 6 مراحل أكثر دقةً وتفصيلاً من تقسيم ديفيس Davis، مع أنّها تتم في وقت واحد وليست منفصلة عن بعضها.

7.4. النظريات المفسرة للتعاطف

سمّيت كلمة التعاطف بعدة أسماء، واستعملت في سياقات مختلفة، وفي فروع مختلفة من العلوم الاجتماعية. وهناك العديد من الاختلافات في وجهات نظر العلماء حول التعاطف، لهذا توجد العديد من

التفسيرات لهذه الظاهرة، لكن على الرغم من تباين هذه التفسيرات والفروق الدقيقة فيما بينها، إلا أنه يتفق العلماء بأن هذه التفسيرات تبعد على أن تتعارض، لكنّها تميل لأن تتكامل.

ويمكن التطرق لبعض التفسيرات التي قدّمها العلماء للتعاطف فيما يلي:

1.7.4. النظريات السيكو دينامية

يصف المنظرون التحليليون والتحليليون الجدد نشأة التعاطف في سياق العلاقة الحميمة العاطفية المشتركة بين الأم والرضيع (أو الطفل).

1.1.7.4. نظرية ليبس Lipps في التعاطف

يرى ثيودور ليبس Theodor Lipps أنّ التعاطف ناتج عن استجابة التقليد Imitation، فعندما يلاحظ شخص ما شخصاً آخرًا وهو واقع تحت تأثير شعور ما، فإنّه يقلّده تلقائياً بتغيير بسيط في الوضعية التي يتخذها وتعبير الوجه الذي يعطي علامات تساهم في فهمه لمشاعر الشخص الآخر، فضلاً عن التقويم الفكري الذي يكون ضرورياً لظهور حالة التعاطف.

ويشير ليبس Lipps إلى أنّ التعاطف هو المعرفة بمشاعر وشخصية الأفراد الآخرين، وتتم هذه المعرفة عن طريق:

- ♦ **المعرفة بالذات:** وتتمثل في معرفة الفرد بذاته واستعداداته وإمكاناته، ويكون مصدرها الإدراك الداخلي.
- ♦ **المعرفة بالآخرين:** وتتمثل في قدرة الفرد على فهم مشاعر الأفراد الآخرين، وهذا المحور يكون مصدره التعاطف.

- ♦ **المعرفة بالأشياء:** وتتمثل في المواقف المختلفة التي يمر بها الفرد، ويكون مصدرها الإدراك الحسي

ويشير ليبس Lipps كذلك أنّ التعاطف وسيلة مميزة للوصول إلى فهم عميق للآخرين.

لكن تمّ انتقاد نظرية ليبس Lipps بشدة من قبل مناصري علم النفس التجريبي والظواهريين

[106]، ص 329.

2.1.7.4. نظرية فرويد Freud في التعاطف

يبدو أنّ وجهة نظر فرويد Freud قريبة من تلك التي قدّمها ليبس Lipps، ذلك أنّه حتّى إذا لم

تكن كلمة *emföhlung* كلمة محددة في معجم التحليل النفسي، إلا أنّها تعد مصطلح تقني في علم

النفس، وغالباً ما يستخدمها فرويد Freud في نفس المعنى الذي استخدمه ليبس Lipps، كما يقتبس

فرويد Freud استعارة "المرأة" لوصف التعاطف، التي لا تعكس للمريض سوى صورته.

وعلى هذا تترك العملية التعاطفية -في نظرية فرويد Freud- أيضاً المجال لمفهوم التقليد

L'imitation. وبالفعل، في حالة دورا Dora (1905)، يسأل فرويد Freud الفتاة "من قمت بنسخه

هنا؟" عندما كشف عن آلام المعدة المماثلة لتلك التي لدى ابن عمّها، ذلك لأنّه يربط التعاطف مع

الشعور بالتشابه والتماثل.

وما يميز التقليد عن التقمص الإسقاطي غير مذكور بوضوح في هذه النظرية، لكن يوضح فرويد

Freud المعنى الذي أعطاه لكلمة تقليد في علم النفس الجماعي وتحليل الأنا، عندما قال في عام

1920: "... بدءاً من التقمص، طريق يقود من خلال التقليد، إلى التعاطف، وهذا يعني، الفهم الذي

يمكننا أن نعطيه لأي موقف تجاه الآخر".

كما تبين لـ فرويد Freud، أنّ التعاطف يساعد على سماع ما لا يسمع الآخر نفسه. ومن خلال

هذا، يوحي الإصرار المجازي على كلمة "سماع" بأنّه يتم التعبير عن التعاطف -حسب فرويد Freud-

أساساً عن طريق الكلام، والإصغاء إلى ما هو لفظي وشبه لفظي، وتسمح الأريكة بملاحظة قليلة للإيماءات والوضعية والحركات ومنه قلة ملاحظة جزء كبير لما هو غير لفظي؛ وعلى هذا يكون التقليد في هذه الحالة فقط للكلمات والأصوات [82].

3.1.7.4. نظرية سوليفان للعلاقات البينشخصية Sullivan's interpersonal theory

يعتبر التعاطف مفهوم محوري في نظرية سوليفان Sullivan للعلاقات البينشخصية (1953)، حيث يرى أنّ الأم والطفل تربطهما علاقة تعاطفية متبادلة. فمن خلال التعاطف البدائي - الذي تمّ وصفه على أنّه تدفق لخبرات بدائية مكتسبة من الإحساس بين الأم والطفل - يصبح قلق الأم محسوس دون مستوى الوعي من قبل الطفل، بمعنى أنّه ينتقل القلق الذي تعبر عنه الأم إلى الطفل وينمو بواسطة عملية التعاطف الوجداني. ويساهم هذا القلق الذي لا مفر منه في نمو ذات الطفل (لتجنب القلق)، ونمو مختلف تصوراته لذاته (ذات جيدة، ذات سيئة، ذات منكرة أو مرفوضة) وتصوره للآخرين (أم جيدة، أم سيئة، إلخ).

وعموماً فإنّ التعاطف بالنسبة لـ سوليفان Sullivan هو أساسي لنمو الإنسان، وهو في تصوره مهم في العلاج، باعتباره علاقة مبنية على الملاحظة بالمشاركة [88]، ص 85.

وبالتالي تأخذ نظرية سوليفان Sullivan بعين الاعتبار العلاقات الشخصية المتبادلة، مؤكدة أهمية العوامل والعلاقات الاجتماعية، ولكنها لم تنكر أهمية العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية التي تساهم في تكوين الشخصية.

4.1.7.4. نظرية كوهت Kohut في التعاطف

أصبح مصطلح التعاطف كلمة مفتاحية بالنسبة لـ هانز كوهت Heinz Kohut وبالنسبة لمدرسته في سيكولوجية الذات، بحيث يرى أنّ التعاطف مهارة إنسانية أساسية تزود الناس بالقدرة على معرفة الحالات النفسية للآخرين، وأنّ هذه القدرة هي فطرية [107].

ويرى كوهت Kohut (1959) أنّ التعاطف هو "الاستبطان عوضاً عن الآخرين" [108]. ووفقاً له، فإنّ الاستجابة التعاطفية للأمهات هي بمثابة مرآة تعكس مظاهر هوس العظمة النرجسي لدى الطفل. وهذه الصورة التي تعكسها المرآة تمكّن الطفل من التعرف عليها، ممّا يسهل استيعاب القبول غير المباشر (ينوب عنه الآخرين) لشعور العظمة، ويؤدي إلى تزايد الثقة بالنفس لدى الطفل.

وفي علاج المرضى، فإنّ الشخصية النرجسية تستجيب لمشاعر المرضى من الضعف والعظمة بالتعاطف. ويشار إلى هذه العملية على أنّها "تحويل المرآة mirror transference"، ويعتقد بأنّها توفر الآلية التي من خلالها يتعلم المريض تقبل الدوافع النرجسية المرفوضة سابقاً، وأنّها تنمي الضوابط الباطنية.

كما يعتقد كوهت Kohut بأنّ التعاطف هو وسيلة علاجية، فهو بالنسبة له شرط أساسي لإقامة علاقة مساعدة أو دعم وكذلك للتدخل العلاجي، مشيراً بذلك إلى الاستجابات العاطفية لمعاناة المرضى. ويقدم كوهت Kohut النموذج التالي: العلاقة معالج- مريض la relation soignant-soigné هي علاقة تبادلية بين مشاركين فعالين. ويعرّف التعاطف على أنّه محتوى من النشاط العقلي يتم على مستويين:

- طريقة لاكتساب المعرفة.

- رابط عاطفي بين شخصين.

يبين كوهت Kohut من خلال هذا النموذج إلى أي درجة هذه العلاقة بين الأشخاص -وبصفة خاصة تلك التي نجدها في علاقة الرعاية- هي عبارة عن مزيج دقيق بين "المعرفة" و"العواطف". ولذلك فإنَّ العلاقة التعاطفية الحقيقية لا يمكن أن تكون سوى توازن بين المعرفة والعواطف. ولهذا، يمكن أن تؤدي علاقة الرعاية دون "معرفة" إلى الكثير من التركيز على العواطف، وبالتالي فإنها يمكن أن تتسبب في علاقة رعاية من نمط التحامي، رفض، أو حتى عدم الاحترام. وعندما تقتقر العلاقة إلى العواطف، وتترك مجال كبير إلى المعرفة، يمكن أن يستخدم التفكير كـ "عازل" ويصبح وسيلة لوضع "مسافة" في العلاقة [107].

2.7.4. النظرية السلوكية

اهتم المنظرون السلوكيون بالظروف والأحداث في مرحلة الطفولة المبكرة؛ ومع أنَّ نظرية باندورا Bandura حول التعلم الاجتماعي هي من بين الأعمال الأكثر حداثة في المجال السلوكي، من خلال تقديم مصطلحي التعلم عن طريق التقليد والنمذجة، إلّا أنَّه لم يعطي لمفهومي العلاقة والتعاطف أهمية ضمن نظريته.

وعلى الرغم من اهتمام النظرية السلوكية القليل بالتعاطف، إلّا أنَّه أعطي بعض الاهتمام لدور التعلم والنمو المعرفي في ظهور التعاطف. فعلى سبيل المثال، يرى أرونفريد Aronfreed (1970) أنَّ التعاطف يتم تعلمه خلال مرحلة الطفولة عن طريق عملية الإشراف. ومن وجهة نظره، ينمو التعاطف عن طريق الاقتران المتكرر لمشاعر الطفل الخاصة من متعة أو ضيق (التي تسببها مثيرات خارجية) مع الإشارات والتعبيرات الانفعالية التي تقابلها لدى الآخرين. ونتيجة لذلك، فإنَّ التعبيرات الانفعالية للآخرين تُكسب الطفل القدرة على إظهار المشاعر التي تقابلها، وعلاوة على ذلك، بما أنَّ الاستجابة العاطفية للطفل تجاه التعبيرات الانفعالية للآخرين أصبحت استجابة شرطية، فإنَّه يتعلم الطفل أنَّ السلوكيات التي

تجعل الآخرين سعداء أو تخفف من معاناتهم هي ممتعة بالنسبة له، وبالتالي تعزز السلوكيات الاجتماعية الإيجابية نفسها [109]، ص17.

وفي الأخير يمكن القول أنّ نظرية أرونفريد Aronfreed تركز على تطور السلوك الاجتماعي الإيجابي أكثر من التركيز على نمو الاهتمام التعاطفي، وكذلك اهتمت النظرية بآلية واحدة فقط ممكن أن تنمي التعاطف.

3.7.4. النظرية الإنسانية

يعتبر مصطلح التعاطف مهم في نظرية كارل روجرز Carl Rogers، فقد جعل روجرز Rogers من التعاطف مفتاح العلاقة العلاجية (في العلاج المتمركز حول العميل). وحسب روجرز Rogers، فإنّ التعاطف أو بالتحديد الإصغاء والتفهم التعاطفي *La compréhension empathique* يسمح للآخر بأن يشعر بأنّه تمّ تقبله ومُرحّب به كما هو، وبالتالي يمكن أن يتقبل هو نفسه ويتطور ويشفى.

كما يسمح التفهم التعاطفي للمعالج بمعرفة الآخر وتقبله كما هو في الواقع بدون إصدار أحكام وبدون تأويل، حيث يرى روجرز Rogers أنّ التعاطف هو واحد من بين ثلاث حالات يضع المعالجين عملائهم فيها خلال جلسات العلاج النفسي، أمّا الحالتين الأخريين فهما الانسجام والوقوف في موقف إيجابي محايد تجاه الطرف الآخر، ويعتبر هذا الأخير أساسي للتعاطف الوجداني مع الآخرين. ففي رأي روجرز Rogers ليس من الممكن أن يتعاطف الفرد مع الآخرين إذا كان يحاول تقييم تجاربهم بشكل سلبي، كذلك لا يمكن للمعالج أن يتعاطف بشكل صادق إذا كان يشعر ببعض العداء أو الغضب تجاه الطرف الآخر. ولكي يتمكن المعالج من أن يكون أسلوب علاجي فعال فإنّه يجب أن يتم في أجواء تعاطفية، يظهر من خلالها قدر كاف من الانسجام [89]، ص14.

4.7.4. نظرية هوفمان Hoffman في التعاطف

تعتبر نظرية مارتن هوفمان Martin Hoffman في التعاطف النظرية المفصلة الوحيدة في الأدبيات التي تتحدث عن الجانب العاطفي للأخلاق، وبعض نقاط القوة والضعف للتعاطف، وتأثيرها على السلوك الأخلاقي [87].

يرى هوفمان Hoffman أنّ جذور الأخلاق يمكن غرسها منذ مرحلة الطفولة، فالأطفال منذ اليوم الأول لولادتهم يشعرون بالتوتر والاضطراب عند سماع طفل آخر يبكي. وعلى هذا فإنّ التعاطف مع الآخرين ينمو بصورة طبيعية منذ السنوات الأولى لمرحلة الطفولة، ويستمر على امتداد العمر. ويعتبر هوفمان Hoffman أنّ القدرة على التعاطف هي سمة تطورية، وهي كباقي السمات الأخرى نجدها لدى بعض الأشخاص أكثر من البعض الآخر [110].

كما يرى هوفمان Hoffman الباحث المختص في التعاطف الوجداني أنّ جذور الأخلاق موجودة في القدرة على إبداء مشاعر التعاطف، بمعنى أن يتصور الشخص نفسه في مكان الآخر، وأنّ هذه القدرة هي نفسها التي تدفع الناس إلى اتباع مبادئ أخلاقية معينة [15]، ص156، حيث أنّ التعاطف مع من يعاني -سواء كان ضحية لألم جسمي أو لخطر أو لحرمان ما- يعني مشاركته في همه واستشعار ما يعانیه وهذا ما يدفع الأفراد إلى مساعدة الغير [100]، ص56.

8.4. أهمية التعاطف الوجداني في العلاقة طبيب -مريض

تجادل علماء النفس في السنوات الأخيرة حول دور التعاطف وأهميته في العلاقات الإنسانية بصفة عامة، وفي الرعاية الصحية بصفة خاصة. ولهذا يوجد مفهومين متعارضين لدور الطبيب:

الأول: مصطلح طبيب متعاطف الذي يهتم ليس فقط بمرض كل مريض، وإنما أيضاً بالطريقة التي يعيش بها المريض مرضه، وبوضعيته الشخصية والاجتماعية.

الثاني: يتعارض مع الأول، وهو الطبيب الفعال، الذي هو بارد، ولديه نظرة موضوعية للمريض ومرضه، ويمكنه أن يتخذ قرارات خبير وينجح بفعالية.

ويرى القائلين بالتناول الموضوعي للمريض ومرضه أنّ الأطباء الذين يشجعون التعاطف يخاطرون بأن يتورطوا عاطفياً مع مرضاهم، ويتأثروا بهم في اتخاذ القرارات التي يفرضونها أحياناً.

وعلى العكس فإنّ المؤيدين للطب الذي يعتبر أكثر إنسانية، يرون أنّه بدون تعاطف لا يعرف الطبيب من هو مريضه، ومنه لا يتمكن من اتخاذ القرارات المناسبة مع المريض.

وفي الواقع تقع الحقيقة بين هذين الاصطلاحين، حيث أنّ التعاطف *l'empathie* هو المسافة العاطفية الصحيحة التي تقع بين البلادة أو اللامبالاة *apathie* والعطف *sympathie* (المعانة مع *souffrir avec*)، فمن خلال التعاطف يشعر المريض بأنّ هناك من يفهمه دون أن يتم تقمصه [111].

وعلى هذا تكمن صعوبة مهنة الطب بالضبط في تحقيق التوازن بين التعاطف والفعالية *Efficacité*، وإيجاد المسافة العلاجية المناسبة، بحيث لا تكون قريبة كثيراً، ولا تكون بعيدة كثيراً حتّى لا يظهر الطبيب على أنّه بارد أو غير مبال، وهذا يعني الحفاظ على المسافة التي تحمي الطبيب وتسمح له بتجنب إقامة علاقات عائلية (حميمية) مع المرضى [112]، ص 91. ومن هنا يشير التعاطف في المجال الطبي إلى قدرة الطبيب على العمل بفعالية على الانفعالات، وهذه تعتبر واحدة من المهام الأكثر تعقيداً في الفحص الطبي [93].

وفي هذا الصدد، يرى بالان *Balint* أنّ الطبيب يخاطر بفقدان هويته إذا أصبح معالج نفسي نظراً لانشطار نشاطه بين الطب الجسدي والطب النفسي، وعدم القدرة على الاهتمام بالطب النفسي على

حساب الطب الجسدي، فالطبيب ليس له وظيفة شبه نفساني وإنما دوره محدد. ومن أجل التصرف بشكل صحيح يجب توحيد المجالين في الطب، وهذا ينتج عنه فهم أفضل للمريض وعلاج أكثر فعالية واهتمام أكثر بالممارسة الطبية [99]، ص 359. وتعرف تقنيته بـ "جماعات بالان Balint Group"، وهي تشير إلى التواصل والتفاعل بين المرضى والطبيب، وقد ساهمت طريقة بالان Balint في توعية الأطباء وتحسيسهم بالمشاكل العلائقية بين الطبيب والمريض في المصالح الطبية [113].

ومن هنا يظهر تخصص علم النفس الطبي الذي يحاول أن يجعل من الطبيب سيكولوجياً يأخذ بعين الاعتبار الخصائص السيكلوجية لمرضاه الذين يشرف على علاجه، ويعتبر أنّ البعد السيكلوجي ضروري عند الطبيب، إذ لا يكفي أن تكون له كفاءة علمية في التشخيص والعلاج.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أنّ نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض لها أهمية كبيرة في العلاج الطبي، إذ يمكن أن يكون للطبيب دور مهدئ من خلال سلوكاته ومواقفه تجاه المريض، ويمكن له أن يخفف من قلق المريض، ويهدئ من مخاوفه، وهذا ما نسميه بـ "تأثير الدواء الوهمي L'effet placebo" للطبيب، كما يسمح له بالتراجع عن التفكير في التخلي عن الحصول على الرعاية الطبية، ويمكنه بالعكس من ذلك أن يزيد من قلق المريض ويجعله مشتت أكثر من خلال أخطائه ولا مبالاته [99]، ص 264.

ويمكن تلخيص أهم الأهداف التي يمكن أن يصل إليها التعاطف ويحققها في الرعاية الطبية من

خلال النقاط التالية:

* يسمح للمريض بأن يشعر أنّه تمّ تفهمه.

* يعطي للمريض إمكانية التصريح والبوح بانشغالاته ومشاعره.

* تقوية علاقة الثقة بين الطبيب والمريض soignant-patient.

* يزيد من التزام المريض l'adhésion بالعلاج، فقد وجدت دراسة كندية أنّ إظهار التعاطف تجاه المرضى قد يعزز ارتياحهم للرعاية، ويحثهم على الالتزام بخطط العلاج، والتقليل من التذمر و الشكاوى.

* يزيد من رضا المريض والطبيب معاً [103]، إذ يعتبر رضا المريض عن موقف الطبيب تجاهه كعنصر أساسي في التزام المريض بالعلاج وبالتالي في تطور المرض [93].

* يعتبر التعاطف وسيلة شفاء من خلال تشجيع المرضى على الوعي بخبراتهم الخاصة، بطريقة تحفز إعادة صياغة مشاكل حياتهم الشخصية من الأعماق [114].

ويتضح في الأخير أنّ القيمة العلاجية لتعاطف الطبيب مع المرضى، وتقوية "الرعاية الصحية المرتكزة على العلاقات الشخصية"، تمثل اعترافاً بأنّ علاقة الطبيب مع المريض هي في حدّ ذاتها عامل له أهميته. ومن الممكن تكريس هذه العلاقة بسهولة أكثر إذا اشتمل التعليم الطبي على بعض أدوات الذكاء الاجتماعي الأساسية، وخاصة الوعي الذاتي، ومهارات التعاطف مع الآخرين والانصات لهم [15]، ص261.

9.4. واقع الممارسة الطبية

كما سبق الإشارة إلى أنّه فضلاً عن الجانب الإنساني في رعاية الأطباء للمرضى، يلزم أن يوضع في الاعتبار -كجزء غير منفصل من العالم الطبي- تقدير واقع المرضى السيكولوجي والاجتماعي. ويمكن القول علمياً أنّ هناك جزءاً من الفعالية الطبية سواءً في مجال الوقاية أو العلاج يمكن توفيره بعلاج حالة المرضى الانفعالية، بجانب حالتهم الجسمية.

لكن كثيراً ما يتجاهل الأطباء رد الفعل العاطفي عند المرضى أثناء عنايتهم بحالتهم البدنية، ويؤدي عدم الاهتمام بالواقع الانفعالي للمريض إلى تجاهل مجموعة متنامية من الأدلة التي تبين إمكانية أن

تلعب الحياة العاطفية دوراً مهماً في سرعة تأثر الناس بالمرض، وفي مسار علاجهم. والواقع أنّ الرعاية الطبية الحديثة ينقصها الذكاء العاطفي في معظم الأحيان، وبالتحديد ينقصها التعاطف الوجداني.

ويقول جولمان Goleman في هذا الصدد: "قد يصدّم الطبيب مريضه حين يحرص على مصارحته بحالته الصحية، وقد لا يكثر بما يصيب المرضى من قلق وأسى، لكننا نرى أنّ المؤسسة العلاجية شاع فيها إغفال الأطباء لما تسببه مصارحتهم من تأثير على المرضى، وقد تكون ضغوط العمل هي التي تجعل الأطباء لا يفعلون شيئاً من أجل مرضاهم، مع واقع النظام الطبي الذي يحاسب فيه الطبيب وفقاً لعدد الساعات التي يعملها" [15]، ص238.

فلكل فرد تجاربه الخاصة مع الأطباء -أولئك الذين يحتلون مكانة مقدسة في المجتمع-، لكن في نفس الوقت لا يمكن إنكار المشاعر المتناقضة التي تنتاب الفرد تجاه الأطباء بسبب ما يشاهده أو يسمعه أو يقرؤه حول بعض التشخيصات الخاطئة، والمعالجات غير الناجحة، وبصفة خاصة حول افتقار بعض الأطباء إلى المشاعر الإنسانية. وتتركز الانتقادات الموجهة للقائمين على الرعاية الصحية -خصوصاً الأطباء- عادةً حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مصطلحات علمية مختصة ومعقدة، بحيث لا يستطيع المرضى فهمها في بعض الأحيان، وكذلك حول عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة [7]، ص531.

وللإطلاع على واقع الممارسة الطبية حالياً، أجريت دراسة على المرضى في غرف الانتظار بعيادات الأطباء، وأوضحت الدراسة أنّ كل مريض لديه ثلاثة أسئلة أو أكثر يفكر في طرحها على الطبيب عندما يحين دوره في الكشف، ولقد وجدت هذه الدراسة أنّ المريض لا يتلقى إجابة إلاّ على سؤال ونصف السؤال في المتوسط. تكشف هذه النتيجة عن أحد أساليب الطب في هذه الأيام التي لا تلبي

احتياجات المرضى العاطفية، ذلك أنّ عدم إجابة الأطباء عن أسئلة المرضى تغذي إحساسهم بالشك والخوف، كما تؤدي أيضاً إلى شعورهم بالحزن وتوقف استمرارهم في نظامهم العلاجي [15]، ص 259.

ومن المؤسف أنّ أسلوب ممارسة الطب هذه الأيام يفنّد غالباً إلى الرعاية النفسية. وعلى الرغم من تزايد المعلومات عن الفائدة العلاجية للاهتمام بالاحتياجات العاطفية للمرضى، ما زال الأطباء لا يتقنون في أهمية العناية بعواطف المرضى. ومع ذلك فمن الطبيعي أن يكون هناك استثناءات بوجود أطباء يتقانون في عملهم ويقدمون لمرضاهم رعاية تشتمل على التعاطف، وتلبي احتياجاتهم النفسية مثلما تلبي احتياجاتهم الجسمية [15]، ص 262.

ويمكن تلخيص أهم أساليب التواصل الخاطئة التي يمارسها الطبيب مع مريضه فيما يلي:

1- عدم الإصغاء:

سلوك الطبيب مهم في الاتصال بين الطبيب والمريض، كأن يهمل مبدأ الإصغاء لمريضه. وقد بينت إحدى الدراسات أنّه في 23% من الإستشارات، لا يستطيع المريض الإنتهاء من طرح أعراضه وبحث شكواه للطبيب، حتّى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه في 69% من الحالات، وبوجه عام، بعد ثمانية عشر ثانية من بداية كلام المريض.

ووفقاً للباحثين فإن سياسة مقاطعة الطبيب لكلام المريض لا تمنع المريض من التعريف بما يشكو من أعراض مرضية فقط، بل وتؤثر في النهاية على التوصل للتشخيص السليم، إذ أنّ الطبيب الذي يعتمد هذه السياسة لا يمنح المريض الفرصة الكافية لتقديم المعلومات التي قد تكون مهمة عن حالته.

2- استخدام المصطلحات العلمية:

وهو عامل مهم آخر في سوء الاتصال بين الطبيب والمريض، ويتمثل في استخدام الطبيب للمصطلحات العلمية والمتخصصة، التي يجهلها المرضى ولا يستطيعون فهمها في كثير من الأحيان

[7]، 541، 542. ولهذا على الطبيب أن يشرح المرض للمريض بعبارات مفهومة، ما هو المرض؟ وما هي نتائجه؟ وهذا الشرح يسمح بتخفيف القلق من المجهول لدى المريض [99]، ص 348.

وبالتالي ينبغي للطبيب أن يكيّف لغته مع لغة المريض، فالكلمات المستخدمة من طرف الطبيب يمكن أن تكون لها هدف وصدى عاطفي كبير لدى المريض [99]، ص 264.

3- عدم التعامل مع المريض كشخص:

يعتبر أسلوب تعامل الطبيب مع المريض كحالة مرضية وليس كشخص من العوامل الرئيسية التي أدت إلى تدني نوعية العلاقة بين المريض والقائم على الرعاية الصحية [7]، ص 543. فالكثير من الأطباء يتجاهلون العوامل النفسية للمرض ويتعامل معه كاضطراب عضوي ميكانيكي.

ويقول محمود بودران أنّه أصبح الطب حالياً يتضمن العديد من الضغوطات، وعلى هذا لقد فقد معنى التواصل، وأصبح يغلب على العلاقة طبيب-مريض الممارسة النظامية لعدد كبير من الاختبارات البيولوجية والإشعاعية. كما أنّ الطبيب لا يأخذ الوقت للإصغاء وفهم معاناة المريض وإعطائها معنى، وإنّما يهتم مباشرة بالتوجه للتشخيص وإصلاح العضو المريض، المسؤول عن المرض [17].

وبهذا يمكن القول أنّه لا ينبغي للقائم على الرعاية الصحية أن يهتم فقط بالمرض الذي يعاني منه المريض، وإنّما أيضاً بالشخص الذي يحمل المرض [97]. ولا يجب على الطبيب أن ينسى أنّ العاطفة تلعب دوراً مهماً في مهنة الطب، وأنّ الطبيب في الأساس إنسان يتفاعل مع مشاكل مرضاه وهمومهم [7]، ص 544.

وفي الأخير يمكن القول بأنّه يعتبر سوء الاتصال أو غيابه بين الأطباء والمرضى من المشاكل الشائعة في مؤسسات العلاج (المستشفيات والعيادات)، فالكثير من المرضى يترددون إلى هذه المؤسسات

ليس فقط من أجل العلاج، وإنما أيضاً من أجل إشباع حاجاتهم العاطفية، وفي غالب الأحيان لا يتم إشباع هذه الحاجات نتيجة غياب التواصل والحوار بينهم وبين معالجهم.

ومع أنّ دور الطبيب وتواصله الجيد مع المريض مهم جداً في الرعاية الطبية، إلاّ أنّه لا ينبغي أن يواجه اللوم فقط للأطباء، ويبرر جوليان Jollien ذلك أنّه بإمكانه ملاحظة الصعوبة التي يواجهها الطبيب في أداء مختلف المهام (وضع التشخيص المناسب، استيعاب المريض، الاستجابة لحالات الطوارئ)، أين يظهر التعاطف أنّه شيء غير طبيعي وسط هذه الأعباء والضغوطات [16].

خلاصة الفصل

يستخدم المختصون في ميدان مهن المساعدة الإنسانية التعاطف كوسيلة أساسية لتكوين علاقة مهنية مع مرضاهم بهدف تخليصهم من المشاعر السلبية وتجنب ما قد يترتب عليها. كما يستخدمونه أيضاً لتخفيف حدة التوترات الشديدة كالشعور بالقلق والشعور بالنقص والشعور بالدونية، وذلك باستخدام استجابات معينة كالاحترام والتقدير وتجنب النقد وعدم التسرع في إصدار الأحكام، فهو بهذا يعتبر مهارة اتصالية تساعد في كسب ثقة الشخص الآخر والتأثير عليه.

ولقد دخل التعاطف بطريقة مهمة في العلاقة طبيب-مريض، حيث أنّ المريض الذي يشعر بأنّه تمّ تفهمه سوف يعاني أقل، وسوف يلتزم (يمتثل) أكثر بالعلاج، والنتائج تكون أحسن.

ومع أنّه ليس من السهل على الطبيب الشعور بالتعاطف، لكن هذا الأخير (التعاطف) من الممكن اكتسابه [3]. ويكون إدراك وتقاسم عواطف الآخرين أكثر سهولة عندما تكون هذه العواطف مقبولة، لكن يمكن أن تظهر صعوبات عندما يكون من الصعب احتمال هذه العواطف (معاناة، يأس...)، وهذه هي الحالة التي يواجهها القائمون على الرعاية الصحية، ومنهم الأطباء في المستشفيات الذين يمكن أن يكونوا

انطباع بضرورة تجنب كل علاقة شخصية مع المرضى لأنَّه من الصعب مشاركتهم عواطف القلق وألم الأمراض الجسمية الخطيرة طيلة اليوم [115].

وفي هذا الصدد، يقول محمدرزا هوجات Mohammadreza Hojat المتخصص في التعليم الطبي في كلية طب جيفرسون أنَّ هناك حاجة إلى نقلة نوعية في التعليم الطبي، وهو ضرورة التركيز على تدريب أطباء المستقبل لتعزيز مهارات التعاطف وتعلم مشاهدة المرضى كأشخاص، وليس فقط حالات [4].

وفي الختام يجدر القول أنَّه إذا كان العلم الواسع بأمور الطب والخبرة الكبيرة والكفاءة تأتي في مقدمة صفات الطبيب الجيد فإن صفات التواصل الفعال والجيد هي جزء لا يتجزأ من شخصية الطبيب الناجح والمطلوب من قبل المرضى.

الفصل 5

الدراسات السابقة

تمهيد

على الرغم من أنَّ موضوع الضغط النفسي من المواضيع المعاصرة التي كثرت الدراسات حوله، وذلك نظراً لآثار السلبية المرتبطة به، على مستوى كافة القطاعات الاقتصادية، الصناعية، الطبية والتربوية، وبالرغم من وفرة الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوع الضغط النفسي في مجال الرعاية الصحية على كل من الأطباء والممرضين، إلا أنَّ الدراسات العربية التي اهتمت بهذا الموضوع هي قليلة، وحتى إن وجدت، فقد تمَّ ربطها بمتغيرات أخرى غير سمات الشخصية (بصفة خاصة العوامل الخمسة الكبرى) والتعاطف الوجداني. فالدراسات التي ربطت متغير الضغط النفسي مع التعاطف لدى الأطباء قليلة جداً لا سيما في البيئات العربية.

ويعتبر موضوع التعاطف الوجداني (مع المريض) لدى الأطباء من بين المواضيع حديثة النشأة على الرغم من أنَّ جذوره قديمة، إذ أنَّ الاهتمام الفعلي بنوعية الرعاية الصحية التي يقدمها الطبيب لم يبدأ إلا حديثاً. وقد بدأت الدراسات الحديثة بالاهتمام أكثر بالعلاقة طبيب-مريض، ثم أصبحت تركز بصفة خاصة على التعاطف الوجداني. فالدراسات الأجنبية التي اختصت بتناول هذا الموضوع (التعاطف لدى

الأطباء) هي كثيرة، ومع هذا فإنّ دراسة هذا الموضوع في البيئات العربية يكاد يكون منعدم، حيث أنّ الدراسات التي وجدها الباحث والتي تناولت الضغط النفسي لدى الأطباء في بعض البيئات العربية لم تلتفت لتناول هذا المتغير مع كل من السمات الشخصية للأطباء وتعاطفهم مع مرضاهم.

ولهذا كان من الجدير الالتفات لدراسة موضوع التعاطف الوجداني مع المريض وعلاقته بكل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء في البيئة الجزائرية والتي تعتبر تقريباً (على حسب علم الباحث) من أولى الدراسات التي تناولت الموضوع على هذا النحو.

وسوف نتطرق في هذا الفصل لبعض الدراسات التي تناولت الضغط النفسي لدى الأطباء وتلك التي حاولت الربط بين هذا المتغير والتعاطف الوجداني مع المريض وكذا الدراسات التي ربطت بين سمات الشخصية والتعاطف الوجداني مع المريض في كل من البيئات الأجنبية والعربية.

1.5. الدراسات التي تناولت متغير الضغط النفسي

توجد الكثير من الدراسات حول موضوع الضغط النفسي لدى الأطباء، سوف نتطرق لأهمها وذلك في كل من البيئتين الأجنبية والجزائرية:

1.1.5. دراسة كوبر Cooper (1987)

الدراسة بعنوان: "مصادر ضغوط العمل لدى أطباء الأسنان". هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المصادر والأسباب التي تزيد من ضغوط العمل لدى أطباء كنديين.

أجرى كاري كوبر Cary Cooper هذه الدراسة على 484 طبيب أسنان، مستخدماً مقياس الإجهاد الذي قام بإعداده.

وجدت الدراسة أنّ من بين المصادر التي تزيد من الضغط لدى الأطباء هي: ضغط الوقت، جداول العمل، عدم القدرة على التكيف مع الدخل المادي ومتطلبات الحياة، النظرة السلبية تجاه الأطباء، المشاكل والعلاقات مع الغير، وكذلك المصاعب التي تواجه الطبيب خلال تعامله مع المرضى. وتختلف هذه المصادر في ترتيبها وفقاً لأهميتها بين الجنسين.

ووجدت الدراسة أيضاً أنّ هناك علاقة بين هذه المصادر ونمط الشخصية أ ومستوى الصحة العقلية لهؤلاء الأطباء [116]، ص 66.

لقد توصلت هذه الدراسة إلى أهم مصادر ضغوط العمل التي نجدها لدى الأطباء لكن نتائجها لا يمكن تعميمها لأنها اقتصرّت على أطباء الأسنان فقط.

2.1.5. دراسة بيورك وريتشاردسون Burk & Richardson (1990)

الدراسة بعنوان: "مصادر الإجهاد المرتبطة بممارسة مهنة الطب". وهي دراسة طولية على عينة شملت 2087 طبيباً في كندا.

تمّ استخدام المنهج الوصفي، واستعمل استبيان تضمن عدة مقاييس منها: مقياس مصادر الإجهاد في العمل، مقياس عام للإجهاد.

توصلت هذه الدراسة إلى أنّ هناك عدداً من العوامل المسببة للإجهاد لدى الأطباء منها: حجم العمل، المشاكل الاقتصادية، المشاكل العائلية، المرضى، تدخل الدولة في عمل الأطباء، الزملاء، المتطلبات المهنية، مدة المناوبات، ساعات العمل، التقارير الكتابية، الإدارة، عدم القدرة على الاطلاع على المستجدات في مجال التخصص، تقديم المشورة للمرضى في أمور غير طبية، عدم الثقة في التشخيص والعلاج، الخوف من المساءلة القانونية [117]، ص 15.

3.1.5. دراسة زاینال ودازن (Zainal & Dasen 1999)

الدراسة بعنوان "الإجهاد والضغط لدى أطباء المستشفى". تم دعوة كل أطباء المستشفى العاملين في المركز الطبي الجامعي لمالاييا بماليزيا (UMMC) للمشاركة في هذه الدراسة. أجاب 68 منهم على استبيان الدراسة.

يحتوي الاستبيان على المعلومات الشخصية، واستبيان أعراض الإجهاد Fatigue Symptoms Questionnaire، واستعمل أيضاً استبيان الصحة العامة The General Health Questionnaire (GHQ-30) من أجل تحديد مستوى الضغط لديهم.

كان عدد الإناث أكثر من الذكور، متوسط أعمارهم 35 سنة، من بينهم 16 (24%) غير متزوج و 52 (76%) متزوج. 6 (9%) يعملون بـ UMMC منذ أقل من 6 أشهر، 31 (46%) ما بين 6 أشهر و 4 سنوات و 31 (46%) لديهم أكثر من 4 سنوات.

وجدت الدراسة أنّ 23 (34%) من الأطباء لديهم مستوى ضغط نفسي دال، وتراجع مستويات الضغط النفسي للأطباء مع التقدم في السن [118].

أوضحت هذه الدراسة أنّ حوالي ثلث الأطباء يعانون من الضغط النفسي، وهذه النسبة هي جد مرتفعة، وربما يرجع ارتفاعها إلى قلة أفراد عينة الدراسة (68 طبيباً فقط). كما بينت الدراسة الدور الذي يلعبه عامل الخبرة والسن في تخفيض درجة الضغط النفسي.

4.1.5. دراسة بوفىي Bovier (2002)

الدراسة بعنوان "صحة أطباء الإسعافات الأولية بسويسرا". أجريت الدراسة من قبل مجموعة من الممارسين بالتعاون مع قسم الطب ومصلحة الإسعافات، حول الحالة الصحية لأطباء الإسعافات الأولية السويسريين.

تم إرسال استمارة تتكون من 158 سؤالاً إلى عينة تتكون من 3000 طبيباً إسعافات أولية، من مختلف التخصصات: طب عام، طب داخلي، طب أطفال، وتضمنت كذلك أطباء ممارسين متربصين. وقد تم استثناء 244 طبيباً من بين 3000 طبيباً لأسباب عديدة.

يضم الاستبيان أسئلة حول الصحة، الإنهاك المهني، أسئلة خاصة بكثافة العمل، عوامل الضغط في الحياة المهنية والخاصة واستراتيجيات مواجهة الضغط.

استرجعت 1784 استمارة، 293 أنثى و1491 ذكر، 805 طبيب عام، 596 طبيب أمراض داخلية، 164 طبيب أطفال و219 أطباء ممارسين متربصين.

وجدت الدراسة بأن مستوى الضغط المهني هو حاد أو جد حاد لدى 44% من الأطباء المشاركين. بالمقابل الضغط المتعلق بالحياة الخاصة (الشخصية) هو أقل ومع هذا فهو جد حاد لدى 16% من الأطباء.

كما وجدت الدراسة بأن شدة الضغط تختلف حسب الجنس: النساء لديهم مستوى ضغط أقل من الرجال بالنسبة للحياة المهنية (36% من الضغط المرتبط بالعمل شديد أو جد شديد لدى النساء و45% بالنسبة للرجال) ونوعاً ما أكثر شدة بالنسبة للحياة الخاصة (17% من الضغط المرتبط بالحياة الخاصة شديد أو جد شديد لدى النساء و16% بالنسبة للرجال).

ومن بين أهم عوامل الضغط لدى الأطباء التي وجدت الدراسة:

* كثافة العمل.

* متطلبات المرضى.

* عدم التأكد أو الشك في التشخيص.

* ضرورة تجديد المعلومات يومياً.

* الخوف من ارتكاب أخطاء مهنية.

* ضغط الوقت [119].

بيّنت هذه الدراسة أنّه يوجد اختلاف في انتشار الضغط بين الأطباء في كل من الحياة المهنية والحياة الخاصة، حيث أنّ نسبة انتشار الضغط المرتبط بالعمل هو مرتفع أكثر من نسبة الضغط المتعلق بالحياة الخاصة.

كما أنّه يوجد فروق بين الجنسين في مستوى الضغوط، حيث تعاني النساء من مستوى ضغوط مرتفعة في الحياة الخاصة أكثر من الرجال، بينما مستوى الضغط المتعلق بالحياة المهنية هو مرتفع لدى الرجال أكثر من النساء.

5.1.5. دراسة كاثيبرا وآخرون Cathébras et al (2004)

الدراسة بعنوان: "الإنهاك المهني لدى الأطباء العامين".

تمّ توزيع استبيان الدراسة على 480 طبيباً عاماً في فرنسا. استرجع منهم 306 استبياناً (208 ذكر و98 أنثى)، متوسط عمرهم $46,4 \pm 7,3$ سنة، 83% منهم متزوج).

خصّص الجزء الأوّل من الاستبيان للمتغيرات الديمغرافية مثل السن، الحالة الاجتماعية... أمّا

الجزء الثاني يخص النسخة الفرنسية من مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي The Maslach Burnout

Inventory (MBI)، بينما تضمن الجزء الثالث النتائج المحتملة للإنهاك مثل تناول المهدئات أو أفكار

الانتحار.

أظهرت نتائج مقياس MBI أنّ 80 طبيباً (26%) لديهم مستوى إنهاك انفعالي مرتفع، في حين أنّ 105 من الأطباء (34%) لديهم مستوى إنهاك انفعالي متوسط. كما أنّ 15 طبيب (5%) لديه مستوى احتراق نفسي مرتفع.

وتوصلت الدراسة إلى تحديد أهم الأسباب الرئيسية للإنهاك المهني -حسب الإجابات المفتوحة للأطباء- ويمكن تلخيصها في الجدول التالي:

جدول رقم 07: أسباب الإنهاك المهني حسب دراسة كاثيبرا وآخرون Cathébras et al (2004) [46]

النسبة المئوية	أسباب الإنهاك المهني
39,2%	* متطلبات المرضى.
28,4%	* العلاقة مع الإدارة.
25,8%	* كثافة العمل الشديدة.
23,2%	* عدد ساعات العمل الكثيفة.
18%	* نقص وقت الفراغ.
16,7%	* نقص المعارف عن المهنة.
13,4%	* مسؤولية المهنة والخوف من ارتكاب خطأ طبي.
9,1%	* المناوبات الليلية.
7,2%	* صعوبات إيجاد بديل (أطباء مستخلفين).
4,6%	* عدوانية المرضى.

رغم أنّ هذه الدراسة تناولت الاحتراق النفسي لدى الأطباء إلا أنّها تعكس الضغوطات التي يواجهها الأطباء ، وأهم الأسباب التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي، والتي تمّ إدراجها في الجدول رقم (07)، وقد ساعدت الباحث في بناء المقياس الخاص بالضغط النفسي.

6.1.5. دراسة سعاد مخلوف (2006)

الدراسة بعنوان: "الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية". أجريت الدراسة على 10 أطباء في ولاية مسيلة. استعملت عدة أدوات لجمع البيانات، من بينها الملاحظة والمقابلة الإكلينيكية واختبار هولمز Holmes. والمنهج المستخدم هو المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة.

وتوصلت نتائج البحث إلى أن أفراد العينة يعانون بدرجة عالية من بعض الأعراض النفسية والسلوكية وحتى الجسمية المرتبطة بالضغط [120].

ورغم أنه اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي الذي يمكن من إعطاء معلومات أكثر من المناهج الأخرى، إلا أنه لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة.

7.1.5. دراسة الديبي ورامبل Al-Dubai & Rampal (2007)

الدراسة بعنوان: "انتشار الاحتراق النفسي والعوامل المرتبطة به لدى الأطباء في اليمن". تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى وأسباب الاحتراق النفسي لدى الأطباء في مدينة صنعاء اليمنية.

أجريت الدراسة على 563 طبيباً (مختصين وغير مختصين)، يعملون في 4 مستشفيات في مدينة صنعاء، منهم 335 ذكور (59,5%)، 169 طبيباً مختص (30%)، 195 أعزب (34,6%)، 352 متزوج (62,6%)، يتراوح عمرهم بين 25 إلى 55 سنة.

تم استعمال استبيان الصحة العامة (GHQ-12) The General Health Questionnaire ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (The Maslach Burnout Inventory (MBI واستبيان مصادر ضغط العمل Sources of Job Stress Scale Questionnaire، وكانت النتائج كالتالي:

66 طبيب (11,7%) أظهروا درجة احتراق نفسي عالية، وهذا يعني أنّ هؤلاء الأطباء اختبروا استنزاف لمصادرهم الانفعالية، السخرية واللامبالاة بمرضاهم والشعور بنقص الكفاءة والنجاح مع مرضاهم.

كما وجدت الدراسة أنّ هناك 13 مصدراً للضغط هي ذات ارتباط دال مع ارتفاع درجة الاحتراق النفسي، ومن بين هذه المصادر والتي تعد من العوامل المنبئة بدرجة احتراق نفسي عالية نجد:

* التعامل مع المشاكل النفسية الاجتماعية للمرضى.

* التعامل مع المشاكل الشخصية للمرضى.

* اضطراب الحياة العائلية بسبب العمل.

* العمل لساعات طويلة.

* تزايد عبء العمل.

* نقص التقدير من قبل المرضى [121].

لقد بينت هذه الدراسة أنّ أهم مصادر الضغط لدى الأطباء هي مصادر متعلقة بالمرضى، حيث ترى الدراسة بأنّ التعامل مع المشاكل النفسية والاجتماعية للمرضى ومع مشاكلهم الشخصية تحتل صدارة عوامل الضغط.

8.1.5. دراسة الديبي ورامبل Al-Dubai & Rampal (2008)

الدراسة بعنوان: "الأمراض النفسية ومصادر ضغط العمل لدى الأطباء في اليمن". وقد أجريت هذه الدراسة لتحديد مدى انتشار الأمراض النفسية والعوامل المساهمة في الإصابة بها بين الأطباء في مدينة صنعاء اليمنية.

تمّ توزيع 500 استبياناً على جميع الأطباء اليمنيين المتاحين (المتخصصين وغير المتخصصين) في ثلاثة مستشفيات حكومية في مدينة صنعاء في الفترة من ديسمبر 2007 إلى يوليو 2008. استرجع 442 استبياناً، من بينهم: 260 (58.8%) من الذكور، و 246 (55.7%) تتراوح أعمارهم بين 30 و 39 عاماً، 140 (31.7%) سنّهم أقل من أو يساوي 29 سنة، 153 أعزب (34.6%)، 278 (62.9%) متزوج ، و 303 (68.6%) غير المتخصصين. وكان متوسط عمر الأطباء 33.3 ± 5.7 سنة (يتراوح عمرهم ما بين 25 إلى 55 عاماً). استثني من هذه الدراسة الأطباء غير اليمنيين وذوي مدة خبرة تقل عن سنة واحدة وأولئك الذين يعملون في القطاع الخاص.

تمّ استخدام أداة مصادر ضغط العمل الذي يحتوي على 37 بنداً.

أظهرت نتائج الدراسة أنّ متوسط ساعات العمل في القطاع العمومي 40 ساعة في الأسبوع، تراوحت بين 24 حتى 70 ساعة (بما في ذلك المناوبة الليلية). يعمل 227 (51.4%) من الأطباء في القطاع العمومي في حين 215 (48.6%) يعملون في القطاع العمومي وعاملين كذلك في القطاع الخاص.

وكانت من بين عوامل الضغط الأكثر أهمية في مجال العمل بالترتيب: نقص الموارد، وعدم وجود غرف مريحة للأطباء، وإجهاد وضغوط الممارسة العامة، الدخول التعسفي للمرضى، وصعوبة العثور على بديل، القلق حول الشؤون المالية، وانعكاس متطلبات العمل على الأسرة والحياة الاجتماعية، وبيئة العمل، وتزايد عبء العمل، ونوعية وكمية الغذاء المقدمة إلى الأطباء والتعرض للأخطار المهنية. وكانت الضغوطات الأدنى مرتبة: فحص المرضى من الجنس الآخر، وعدم ثقة المرضى بالأطباء، وعدم وجود الدعم العاطفي في المنزل والشعور بالعزلة.

كما أظهرت هذه الدراسة أن أكثر من ثلثي من الأطباء اليمينيين (68.1%) لديهم معدلات الاضطراب النفسي. وكان هذا الانتشار أعلى بكثير من تلك الواردة في البلدان المتقدمة والنامية بالنسبة للعاملين في المجالات الطبية العامة حيث انتشر الأمراض النفسية تراوحت بين 21% و 52%.

وتوصلت هذه الدراسة أيضاً إلى أنه هناك فرق كبير بين الجنسين في الأمراض النفسية: فالمرأة لديها نسبة انتشار الأمراض النفسية (75.4%) أعلى بكثير من الرجال (63.9%). وكذلك كشفت هذه الدراسة أن نسبة انتشار الأمراض النفسية بين الأطباء المبتدئين الذكور كان أعلى بكثير مما هي لدى المتخصصين من الذكور [122].

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات الأخرى حول أهم عوامل الضغط لدى الأطباء، لكنّها على عكس دراسة بوفيهي Bovier (2002) أن النساء هم أكثر عرضة للضغط والاضطرابات النفسية من الرجال. كما أكدت الدراسة على أهمية عامل الخبرة في تخفيف الضغط والاضطرابات النفسية.

9.1.5. دراسة عميروش بن فرحات (2008)

الدراسة بعنوان: "دراسة تناذر الاحتراق النفسي لدى مجموعة المخاطرة: حالات أطباء SAMU بالجزائر، البلدية والمدية المتدخلين في إطار الاستعجالات الطبية في حالات الكوارث".

ما يقارب عشرية كاملة وأطباء SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) وهم يتدخلون في إطار الاستعجالات الطبية خارج المستشفيات على نحو مستمر في حالات الكوارث، من أجل إغاثة ضحايا الاعتداءات الإرهابية، فياضانات باب الواد، وكذلك زلزال بومرداس والجزائر.

وأظهرت نتائج الدراسة أن هذه الكوارث المختلفة جعلت الممارسة الطبية الاستعجالية تخضع هؤلاء المتدخلين لضغط مهني مزمن وتراكمي، وجعلتهم أيضاً عرضة لإنهاك مهني مرتفع [123].

10.1.5. دراسة غزالي Razali (2010)

الدراسة بعنوان: "انتشار الضغط والعوامل المرتبطة به لدى أطباء الرعاية الصحية الأولية". هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية والاضطرابات الانفعالية ومصادر الضغط بين أطباء الرعاية الصحية الأولية، ومساعدتي الأطباء والمرضى العاملين في عيادات الرعاية الصحية الحكومية في كيلانتان Kelantan (ماليزيا). كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين العوامل الاجتماعية الديموغرافية (السن، الحالة الاجتماعية،..) ومستوى الضغط النفسي.

أجريت هذه الدراسة على 90 من العاملين في الرعاية الصحية الأولية، تم استرجاع 60 استمارة. 19 (31,7%) ذكور و 41 (68,3%) إناث، 59 (98,3%) متزوج و 1 (1,7%) غير متزوج.

تم استخدام مقياس الاكتئاب، القلق والضغط Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS).

وجدت الدراسة أن معدل انتشار الضغط بين أطباء الرعاية الصحية الأولية هو 5% (في حين أن 57 طبيب (95%) لديهم مستوى ضغط عادي) [124].

أوضحت دراسة غزالي Razali أن نسبة انتشار الضغط النفسي بين الأطباء هي أقل بكثير من النسبة التي توصلت إليها الدراسات الأخرى. وهذا ربما يرجع لصغر حجم العينة في هذه الدراسة.

11.1.5. دراسة ليلاهانا ج Leelahanaaj (2010)

الدراسة بعنوان "المميزات المهنية والضغط النفسي لدى الأطباء في تايلندا". هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين العوامل المسببة لضغط العمل والضغط النفسي لدى الأطباء التايلنديين.

أجريت الدراسة على 439 طبيباً تايلندياً، 253 ذكوراً و186 إناثاً. موزعين على مختلف التخصصات كما يلي: 119 طب عقلي، 77 طب داخلي، 53 طب عام، والباقي من تخصصات مختلفة (جراحة، طب نساء، طب عظام ومفاصل وطب أطفال،...).

استخدم الباحث استبيان يحتوي على جزء خاص بالبيانات الشخصية، وجزء يحتوي على مقياس الضغط النفسي وجزء يتعلق باتجاهات الأطباء نحو العمل.

وأظهرت نتائج الدراسة أنّ الأطباء التايلنديون لديهم مستوى ضغط نفسي عادي. كما توصلت الدراسة إلى أنّ الفئة الأكثر درجة في مستوى الضغط النفسي هم الجراحين، بينما الفئة الأقل درجة في مستوى الضغط النفسي هم الأطباء العقلين وأطباء العيون وأطباء الأذن-الأنف-الحنجرة [125].

وبالرغم ممّا توصلت إليه هذه الدراسة فيما يخص أنّ الضغط النفسي لدى الأطباء هي في مستواه العادي، إلّا أنّها استطاعت تحديد الاختصاص الأكثر عرضة للضغط والمتمثل في الجراحين.

وفي الأخير، تجدر الإشارة إلى أنّه تمّ تناول هذا العدد من الدراسات المتعلقة بمتغير الضغط النفسي وكذلك الاحتراق النفسي من أجل إبراز أهمية موضوع الضغط النفسي لدى فئة الأطباء وكذا الوقوف على أسبابه ومصادره. فقد ساعدت هذه الدراسات كثيراً في التعرف على طبيعة الممارسة الطبية، ممّا ساعدت على وضع بنود خاصة بالضغط النفسي لدى الأطباء وإضافتها إلى مقياس الضغط النفسي الذي استعمله الباحث في دراسته.

2.5. الدراسات التي ربطت بين متغير الضغط النفسي وسمات الشخصية

لقد ركّزت العديد من الدراسات كثيراً على العلاقة بين كل من العصابية والانبساط والضغط النفسي، غير أنّ عوامل الشخصية الأخرى من العوامل الخمسة المتبقية لم يتم دراستها بكثرة. ومع ذلك وجد الباحث بعض الدراسات التي لها صلة بهذه العوامل الخمس للشخصية، نذكر من بينها ما يلي:

1.2.5. دراسة ماجدلينا Magdalena (2006)

الدراسة بعنوان "الشخصية والتعامل مع ضغط العمل لدى الأطباء في بولندا". تهدف الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي تلعبه سمات شخصية الأطباء في التعامل مع ضغط ومتطلبات العمل.

أجريت الدراسة على عينة قوامها 362 طبيباً يعملون في خمس تخصصات مختلفة (74 طبيباً جراحاً، 77 طبيباً عقلياً، 65 طبيب تخدير، 67 طبيب أشعة، 79 Palliative care physicians). تهدف الرعاية الملمطة إلى تخفيف الألم الجسدي والأعراض الأخرى لدى المصابين بالأمراض الخطيرة، ولكن أيضاً تأخذ في الاعتبار المعاناة النفسية والاجتماعية). واستعملت هذه الدراسة المقاييس التالية: قائمة العوامل الخمسة للشخصية، ومقياس الضغط المهني وقائمة أساليب التعامل.

ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في سمات الشخصية بين الأطباء في مختلف التخصصات، وكانت هذه الفروق دالة في سمتين من سمات شخصية الأطباء، وهما العصابية وبقطة الضمير، وكذلك وجود فروق دالة بين التخصصات الخمسة للأطباء في طريقة التعامل مع متطلبات العمل.

كما أظهرت النتائج أن التكرار النسبي لخطر الإصابة بالاحتراق النفسي منتشر أكثر لدى أطباء التخدير (33%)، وأطباء الأشعة (24%)، وأن خطر الإصابة بالإعياء والإجهاد مرتفع أكثر لدى 47% من الأطباء الجراحين.

وأثبتت الدراسة وجود ارتباط دال (عند مستوى دلالة 0,05) بين أساليب التعامل مع الضغوط وأبعاد الشخصية الخمسة -وتحديداً سمة العصابية، والانبساط، وبقطة الضمير- فقد كشفت الدراسة عن وجود ارتباط موجب بين العصابية وكل من خطر الإصابة بالاحتراق النفسي والإجهاد، في حين يرتبط

المستوى العالي من يقظة الضمير إيجابياً مع الأساليب غير التكيفية في التعامل مع ضغوط العمل (خطر الإصابة بالإجهاد). كما وجدت أيضاً علاقة ارتباطية دالة سالبة بين خطر الإصابة بالاحتراق النفسي وكل من الانبساط، والانفتاح وبقظة الضمير [126].

أكدت هذه الدراسة على الدور الذي تلعبه الشخصية في التعامل مع الضغوط اليومية والمهنية التي يتعرض لها الأطباء، كما بينت أن المهارات والخبرات والتجارب المهنية والشخصية لها أيضاً تأثير على قدرة الأطباء على التعامل مع الضغوط اليومية التي يواجهها.

2.2.5. دراسة باردي وريف Bardi & Ryff (2007)

اهتمت هذه الدراسة بمعرفة العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والضغط النفسي.

أكد كل من باردي وريف Bardi & Ryff أنه وجدت علاقة ضعيفة بين الضغط النفسي وعوامل الشخصية المتمثلة في الانفتاح على الخبرة والطيبة وبقظة الضمير.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- * وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين الضغط النفسي والعصابية.
- * وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين الصحة النفسية والانبساط.
- * وجود علاقة ارتباطية سالبة وضعيفة بين الضغط النفسي والطيبة.
- * وجود علاقة ارتباطية سالبة وضعيفة بين الضغط النفسي وبقظة الضمير.
- * عدم وجود علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي والانفتاح [127].

3.2.5. دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009)

الدراسة بعنوان "سمات الشخصية، الفعالية الذاتية، الكفاءة المهنية، الحساسية للضغط، كمنبئات بالكفاءة الأكاديمية في برامج تدريس التمريض".

أجريت الدراسة على 197 طالب تمريض في الولايات المتحدة. طبق عليهم مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية ومقياس الاستجابة للضغط.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وكل من الانبساط (-0,31) والطيبة (-0,32) وبقطة الضمير (-0,32).

كما وجدت علاقة موجبة ودالة عند 0,01 بين العصابية (0,39) والضغط النفسي، بينما لا توجد علاقة بين هذا الأخير والانفتاح على الخبرة [128].

أكدت هذه الدراسات على وجود علاقة بين العوامل الخمسة للشخصية والضغط النفسي، حيث توجد علاقة موجبة بين العصابية والضغط النفسي، وتوجد علاقة سالبة بين الانبساط والطيبة وبقطة الضمير والضغط النفسي.

3.5. الدراسات التي تناولت متغير التعاطف الوجداني

توجد دراسات قليلة حول التعاطف لدى الأطباء، نلخصها فيما يلي:

1.3.5. دراسة هنري تلمان وآخرون Henry-Tillman et al (2002)

أجريت الدراسة على طلبة الطب، أجاب 62 طالب بالطب على البند الخاص بالتعاطف مع المرضى.

توصلت الدراسة إلى أنّ 70% من الطلبة أكدوا على أنهم يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم، في حين أنّ 15% من الطلبة ليسوا متأكدين من شعورهم بالتعاطف، و15% لا يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم [14].

بينت هذه الدراسة أنّ نسبة كبيرة (أكثر من ثلثين) من طلبة كلية الطب يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم، وذلك عندما سئلوا عن ما إذا كانوا يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم. لكن هذه النتيجة يمكن أن تتغير إذا ما تمّ استعمال مقاييس أخرى أكثر موضوعية، وليست بوصف الطبيب لنفسه حول ما إذا كان يشعر بالتعاطف أم لا.

2.3.5. دراسة بايلاند وماكول (2002) Bylund & Makoul

هدفت الدراسة إلى تحديد الفرق بين الجنسين في التواصل التعاطفي. أجريت هذه الدراسة على 20 طبيباً، يتراوح عمرهم بين 30 و48 سنة، 20% منهم إناث.

أظهرت نتائج الدراسة أنّ الإناث يتميزن في تواصلهم بدرجات من التعاطف أعلى من الذكور. وبهذا كشفت الدراسة أنّ الطبيبات لديهنّ استجابات تعاطفية أكثر من الأطباء الذكور [129].

3.3.5. دراسة روتر وآخرون (2002) Roter et al

هدفت هذه الدراسة إلى إعطاء صورة شاملة حول الفروق بين الجنسين في المقابلة الطبية.

توصلت الدراسة إلى أنّ الطبيبات يملن إلى مناقشة الجوانب النفسية الاجتماعية، والحديث الإيجابي أكثر من الأطباء الذكور. إضافة إلى أنّ الإناث يستعملن أكثر من الذكور التواصل الإيجابي غير اللفظي، ويخصّصن وقت أكثر لمرضاهم من الذكور.

كما أكدت الدراسة من ناحية أخرى أنه لا توجد أي فروق بين الذكور والإناث في المعارف الطبية، ونوعية المعلومات المقدمة [129].

4.3.5. دراسة لماسون وآخرون (2006) Lemasson et al

أجريت الدراسة على 21 طبيباً عاماً يعملون بالرعاية الأولية. استعمل معهم مقابلة فردية نصف موجهة.

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

* 6 أطباء من أصل 10 يعتبرون أن الاستجابة للاحتياجات الصحية للمرضى هي من بين أولويات أهداف الفحص الطبي.

* هؤلاء الأطباء يعملون بسرعة أقل من المتوسط بالنسبة للآخرين، حيث لا يتجاوز هؤلاء أربع فحوصات في الساعة. وجدت علاقة بين إعطاء أهمية لحجم نشاط الطبيب وبين التكفل بانشغالات المرضى أثناء الفحص.

* عبّر 3 أطباء من بين 4 عن استعدادهم الكبير للإصغاء لانشغالات المريض.

* كما أرجع الأطباء أن ضيق الوقت هو سبب يجعل من الاهتمام بانشغالات المريض -التي تخرج عن حدود الرعاية الطبية- أمر ثانوي. فوجود العديد من المرضى في اليوم، يجعل الطبيب لا يقوم سوى بالتكفل بالأمر المهمة، لأنه ليس لديه الوقت.

* ويتأسف 28% من الأطباء على نقص تكوينهم في المجال العلائقي والتواصل، ويصرّحون بأنهم يكتسبون معظم معلوماتهم (معارفهم) التواصلية من الممارسة الميدانية.

* وتبين في النهاية أنّ التكفل أو التفهم الحقيقي لانشغالات المريض خلال الفحص الطبي هو أمر صعب بالنسبة لجميع الأطباء المشاركين [130].

سمحت هذه الدراسة بمعرفة واقع الممارسة الطبية، فقد أشارت إلى أنّ ضيق الوقت وكثرة المرضى هي عوامل هامة تجعل من الاهتمام بالانشغالات المريض أمر يستغني عنه العديد من الأطباء. كما أشار بعض الأطباء إلى نقطة هامة وهي نقص التكوين في مجال التعامل مع المرضى.

4.5. الدراسات التي ربطت بين متغير الضغط النفسي والتعاطف الوجداني

1.4.5. دراسة غيتي وآخرون (2005) Ghetti et al

هدفت الدراسة إلى تقييم الاحتراق النفسي، والمهارات السلوكية الطبية، والتعاطف الوجداني لدى أطباء أمراض النساء والتوليد قبل وبعد تطبيق تدريب مجموعة بالان Balint group. تم إدراج تدريب Balint في منهاج تدريس أطباء أمراض النساء والتوليد المقيمين بجامعة بيتسبورغ Pittsburgh. وقد شارك في هذه الدراسة جميع الأطباء المقيمين وعددهم 36 طبيباً مقيماً.

طبق عليهم قائمة الطب النفسي The Psychological Medicine Inventory، ومقياس الاحتراق النفسي The Maslach Burnout Inventory، ومقياس جيفرسون للتعاطف لدى الطبيب The Jefferson Scale of Physician Empathy، وذلك قبل الشروع في التدريب، وبعد 12 شهراً من التدريب. وتجدر الإشارة أنّ سبعة عشر طبيباً مقيماً فقط أكمل الاستبيان قبل التدريب وبعد 12 شهراً. أظهرت النتائج أنّ 70% من الأطباء المقيمين المشاركين يعانون من مستويات عالية من الاحتراق النفسي. وقد بقيت درجات الاحتراق والتعاطف دون تغيير في 12 شهراً. في حين أنّ مهارات الطب النفسي Psychological medicine skills أظهرت تحسناً خلال 12 شهراً.

أظهرت هذه الدراسة أنّ أطباء أمراض النساء والتوليد هم أكثر عرضة للاحتراق النفسي (من متوسط إلى شديد). وتحسن الاهتمام والثقة في التعامل مع الجوانب النفسية لرعاية المرضى في 12 شهرا بعد إجراء تدريب Balint.

وجدت الدراسة أنّ مستوى التعاطف بقي كما هو قبل إجراء تدريب Balint وبعد 12 شهراً. ويمكن تفسير انخفاض درجات التعاطف في هذه الدراسة بأنه يمكن تنمية مهارات التعاطف من خلال الخبرة وتخفض من خلال التدريب. كما قد تتأثر قدرة الطبيب على أن يكون متعاطفا بمستوى الضغط ودرجة الاحتراق النفسي لديه. وقد تعكس درجات التعاطف أيضاً مقدار التأكيد على مهارات التعامل مع الآخرين أثناء التدريب.

وبهذا كشفت هذه الدراسة بشكل واضح على مستوى عال من الاحتراق النفسي. وأشارت أيضاً أنّ درجات التعاطف في المقيمين قد يكون أقل من تلك التي لدى الأطباء الممارسين. يمكن أن يكون تحسين الاتصال بين الطبيب والمريض وسيلة إلى مستويات أدنى من الاحتراق النفسي [131].

مع أنّ هذه الدراسة اقتصررت على أطباء أمراض النساء والتوليد، إلاّ أنّها أوضحت أنّ هناك علاقة بين مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء ودرجة التعاطف الوجداني مع مرضاهم، وأنّه يمكن أن يكون تحسين علاقة الطبيب بالمريض وسيلة لتخفيف مستوى الضغط وبالتالي الاحتراق النفسي. كما بينت الدراسة أنّ تدريب Balint ساهم في تحسين اهتمام الطبيب بالتعامل مع الجوانب النفسية، لكنّه لم يساهم في رفع مستوى التعاطف الوجداني، وهذا يعني أنّ التعاطف الوجداني لا يمكن تنميته من خلال التدريب، وبالتالي توجد عوامل أخرى تلعب دور في تنميته كالمغيرات الشخصية (السن، الخبرة،...)، وكذلك سمات الشخصية.

5.5. الدراسات التي ربطت بين المتغيرات الثلاثة

رغم ندرة الدراسات التي قامت بربط المتغيرات الثلاثة للبحث مع بعضها، إلا أنّ الباحث تمكن من الحصول على واحدة منها، وسيتم عرضها فيما يلي:

1.5.5. دراسة كراسنر وآخرون Krasner et al (2008)

الهدف من الدراسة هو معرفة العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبي في اليقظة Mindfulness، والوعي بالذات، وبين الضغط النفسي والاحتراق النفسي والتعاطف الوجداني مع المرضى. تمّ دعوة كل أطباء الإسعافات الأولية في روشستر بنيويورك (عددهم 871 طبيب)، لكن 70 منهم فقط وافقوا على المشاركة في البحث.

استخدمت المقاييس التالية: مقياس Mindfulness، مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي The Maslach Burnout Inventory (MBI)، مقياس التعاطف The Jefferson Scale of Physician Empathy، وقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية The Big Five Factors of Personality Inventory (FFI). وطُبقت عليهم هذه المقاييس قبل التدخل، ثمّ بعد 8 أسابيع، ثمّ في الشهر الثاني عشر وفي الشهر الخامس عشر.

أظهرت النتائج وجود علاقة بين التحسن في Mindfulness وما يلي:

- تناقص مستوى الضغط والاحتراق النفسي (وجد ارتباط سالب دال عند 0,01 بين Mindfulness والاحتراق النفسي).

- ارتفاع مستوى التعاطف الوجداني. (وجد ارتباط دال عند 0,01 بين Mindfulness والتعاطف الوجداني).

- ارتفاع في مستوى يقظة الضمير والالتزان الانفعالي وبالتالي انخفاض مستوى العصائية (وجد ارتباط دال عند 0,01 بين Mindfulness وكل من يقظة الضمير والالتزان الانفعالي) [18].

وبالتالي وجدت هذه الدراسة علاقة سالبة بين مستوى الضغط النفسي ومستوى التعاطف الوجداني، وعلاقة موجبة بين سمة يقظة الضمير والتعاطف الوجداني وعلاقة سالبة بين سمة العصابية والتعاطف الوجداني.

6.5. تعليق على الدراسات السابقة

من خلال عرض الدراسات السابقة يمكن ملاحظة ما يلي:

اتفقت دراسات كل من كوبر Cooper وبوفي Bovier وكاثييرا Cathébras والديبي ورامبل Al-Dubai & Rampal -المتعلقة بالضغط- حول أهم مصادر الضغط لدى الأطباء والمتمثلة في: ضغط الوقت، صعوبات التعامل مع المرضى، متطلبات الحياة الأسرية، عبء العمل، متطلبات المرضى، الخوف من ارتكاب أخطاء، وساعات العمل الطويلة.

وبالرغم من أنه يمكن اعتبار هذه المصادر بأنها تنطبق كذلك على البيئة الجزائرية، لكن لعل أهم ما يميز الدراسات في البيئة الأجنبية هو أن مصادر الضغوط لدى الأطباء قد تكون بعضها هي أيضاً مصادر للضغط بالنسبة للأطباء الجزائريين، إلا أن بعضها الآخر قد لا يعتبر مسبباً للضغط لدى الأطباء في الجزائر والعكس (بمعنى ما يكون ضاغطاً لدى الطبيب الجزائري قد لا يكون كذلك لدى طبيب في بيئة أجنبية)، وذلك نظراً للاختلاف بين البيئة الجزائرية والأجنبية في بيئة العمل وطبيعة المجتمع ونمط الحياة.

كما اتفقت دراسة كل من غزالي Razali وكاثييرا Cathébras على أن نسبة 5% من الأطباء يعانون من الضغط النفسي والاحتراق النفسي. في حين أظهرت الدراسات الأخرى نسب أكثر من 5%، إلا أن دراسة ليلاهاناج Leelahanaaj (2010) توصلت إلى أن مستوى الضغط لدى الأطباء هو عادي.

ويعود الاختلاف بين الدراسات في نسبة انتشار الضغط النفسي لدى الأطباء إلى عوامل كثيرة، من بينها الاختلاف في بيئات العمل. لكن تجدر الإشارة إلى أن عدد الأطباء المشاركين في هذه الدراسات يلعب دوراً هاماً أيضاً في التأثير على نتائجها.

واتفقت الدراسات حول تراجع مستوى الضغط النفسي مع التقدم في السن، وأن نسبة انتشار الضغط النفسي بين الأطباء المبتدئين أكثر من نسبة انتشارها بين الأطباء الآخرين. كما اتفقت الدراسات على اختلاف مستوى الضغط بين الأطباء حسب اختصاصهم، وبيّنت أن الجراحين هم أكثر عرضة للضغط من الاختصاصيين الآخرين، وأطباء الأشعة والتخدير هم أكثر عرضة للاحتراق النفسي.

وكذلك أكدت الدراسات على أن الضغط النفسي ينعكس على نوعية وطبيعة العلاقة مع المرضى، كما هو الحال بالنسبة لدراسة غيتي وآخرون (Ghetti et al 2005).

إضافة إلى ذلك، ورغم قلة الدراسات حول العلاقة بين سمات الشخصية والتعاطف مع المريض، إلا أنها أكدت على الدور الذي تلعبه سمات الشخصية في التأثير على مستوى التعاطف لدى الأطباء.

وخلاصة ما سبق، وبناءً على الدراسات السابقة التي تمّ عرضها في هذا الفصل، يتضح أن الأطباء هم من الأشخاص الأكثر عرضة للضغط النفسي ومنه الاحتراق النفسي، وهذا ما يؤثر على نوعية الرعاية الصحية التي يقدمونها للمرضى. كما تتأثر هذه الأخيرة (نوعية الرعاية الصحية) كذلك بالسمات الشخصية للأطباء والتي تلعب دوراً هاماً في مدى توظيف الأطباء للجانب الانفعالي (الوجداني) مع المرضى.

ولقد تمت الاستفادة كثيراً من الدراسات السابقة في إعداد المقاييس المستخدمة في هذا البحث وفي

صياغة فرضياتها وتفسير نتائجها.

خلاصة الجانب النظري

بعد عرض إشكالية البحث وإطارها النظري والدراسات السابقة، اتضح أنّ الضغط النفسي يتأثر بسمات شخصية الفرد (وبصفة خاصة الطبيب)، فقد أثبتت العديد من الدراسات أنّ حضور سمات شخصية معينة خلال التعرض لعامل ضاغط هي التي تحدد مدى فاعلية عملية التوافق معه، فلكلّ فرد سمات ثابتة نسبياً تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة. وعلى الرغم من تركيز الكثير من الدراسات على دراسة العلاقة بين الضغط النفسي وسمتي العصائية والانبساط، إلاّ أنّه أكّدت بعض الدراسات على تأثير كل من سمة الانفتاح والطيبة وبقطة الضمير على كيفية مواجهة الفرد للضغوط.

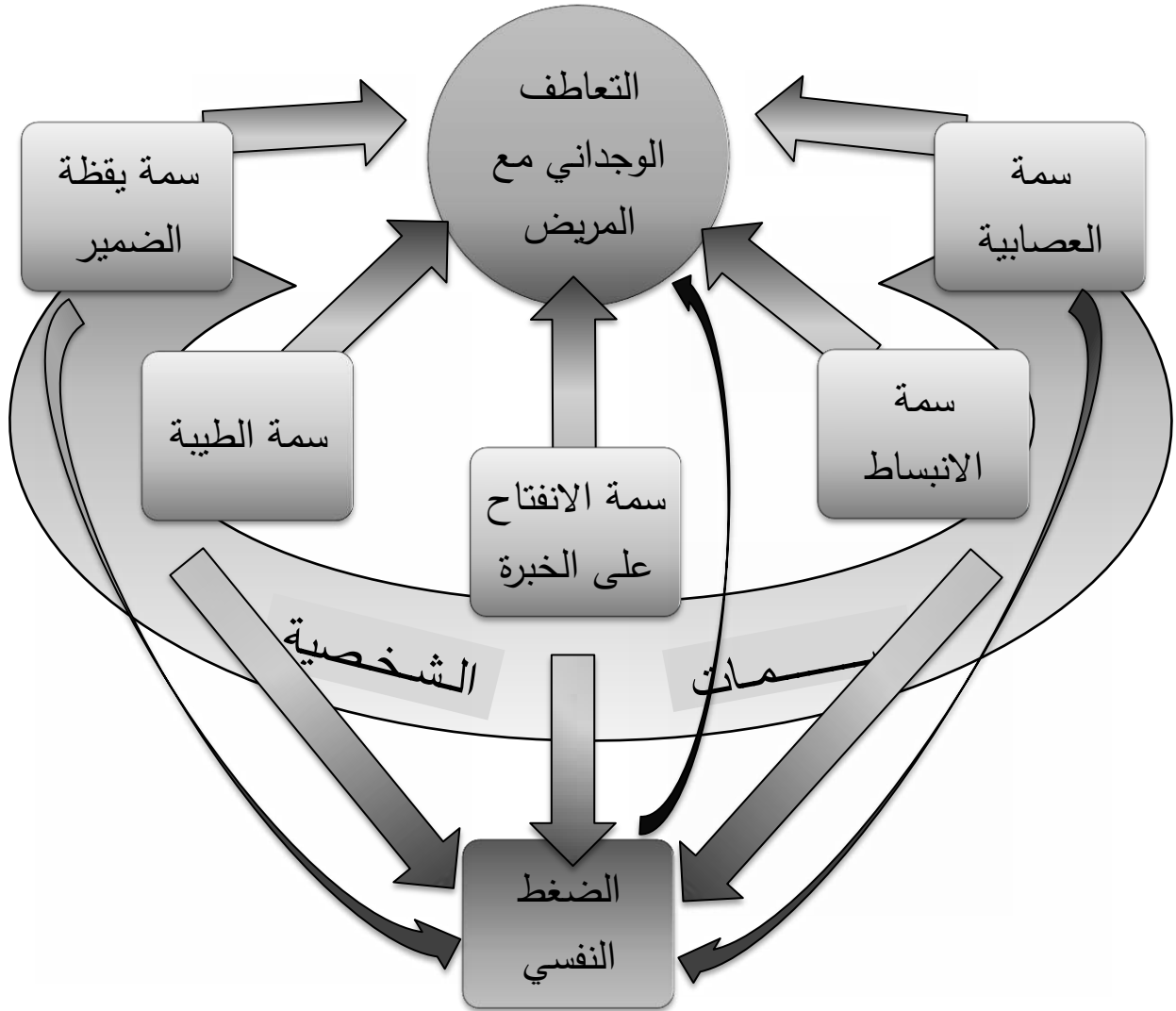
كما يُثبت الواقع الميداني للممارسة الطبية الحديثة أنّها تفتقر إلى التعاطف الوجداني في معظم الأحيان، حيث أنّه كثيراً ما يتجاهل الأطباء رد الفعل الانفعالي عند المرضى أثناء عنايتهم بحالتهم البدنية، ويؤدي ذلك إلى تجاهل إمكانية أن تلعب الحياة العاطفية للمريض دوراً مهماً في سرعة تأثر الناس بالمرض، وفي مسار علاجهم. وقد تكون ضغوط العمل هي التي تجعل الأطباء لا يفعلون شيئاً من أجل مرضاهم، مع واقع النظام الطبي الذي يحاسب فيه الطبيب وفقاً لعدد الساعات التي يعملها. كما أصبح الطب حالياً يتضمن العديد من الضغوطات، ولهذا افتقد لمعنى التواصل، وأصبح يغلب على العلاقة طبيب-مريض الممارسة النظامية لعدد كبير من الاختبارات البيولوجية والإشعاعية. ومع هذا فإنّه نتيجة

للسعوبة التي يواجهها الطبيب في أداء مختلف المهام (وضع التشخيص المناسب، الاستجابة لحالات الطوارئ، وغيرها)، يمكن أن تجعل التعاطف كأنه شيء غير طبيعي وسط هذه الأعباء والضغوطات. ومن هنا تظهر علاقة التأثير المتبادلة بين الضغط النفسي والتعاطف الوجداني مع المريض حيث يمكن للضغط النفسي أن يزيد أو ينقص من درجة التعاطف الوجداني مع المريض، كما يمكن للتعاطف الوجداني أن يكون سبب في زيادة أو خفض مستوى الضغط النفسي.

ويجدر القول أنه إذا كان العلم الواسع بأمور الطب والخبرة الكبيرة والكفاءة تأتي في مقدمة صفات الطبيب فإنّ مهارة التواصل الفعال هي جزء لا يتجزأ من شخصية الطبيب، ولذلك لا يمكن أن يكون الضغط النفسي وحده هو العامل الذي يتحكم في متغير التعاطف الوجداني وإنما تلعب سمات شخصية الأطباء دوراً هاماً في تعاطف الطبيب مع المريض.

ونتيجة لكل ما سبق يمكن القول بأنّ كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء يعملان معاً على التأثير في التعاطف الوجداني مع المريض، وأنّ هناك علاقة تفاعلية بين هذه المتغيرات الثلاثة.

وهذا ما سوف نحاول إثباته والتحقق منه والإجابة عنه من خلال الدراسة الميدانية.



شكل رقم 17: العلاقة بين المتغيرات الثلاثة للبحث

الفصل 6

الإطار المنهجي للبحث

تمهيد

بعد عرض الجانب النظري للدراسة والذي يتضمن كل ما يتعلق بمتغيرات البحث من إطار نظري وكذلك الدراسات التي تطرقت لموضوع البحث، وذلك حتى يتمكن الباحث من الإلمام بكل ما يتعلق بموضوع بحثه، كان من المهم إتمام هذه المعلومات النظرية بحقائق أخرى تطبيقية يكشفها التقرب من الواقع الميداني.

وبهذا جاء الجانب الميداني من هذا البحث لتحديد أهم الأساليب المنهجية التي تم تتبعها، وعرض النتائج التي توصلنا إليها وتحليلها للتأكد من صحة الفرضيات التي يدرسها هذا البحث.

ويضم هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والتي تشمل الدراسة الاستطلاعية ونتائجها والمنهج المتبع وعينة الدراسة وطريقة اختيارها وخصائصها، وأدوات الدراسة وكيفية إعدادها وخصائصها السيكومترية، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فرضيات البحث.

1.6. الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة تسبق الدراسة الميدانية الأساسية للبحث، الهدف منها هو الاختبار المبدئي لفروض معينة أو تعديل الاستبيان المصمم لدراسة موضوع البحث. وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث هو اختبار صدق وثبات المقاييس في البيئة الجزائرية.

تمّ التركيز في الدراسة الاستطلاعية لهذا البحث على اختبار أدوات جمع البيانات، من أجل التحقق من صدق وثبات هذه الأدوات. واعتمدنا في هذه الدراسة الاستطلاعية على تطبيق الاستبيان المدرج في الملحق رقم 01، الذي سبق للباحث تعديله بناءً على آراء وملاحظات المحكمين. فقد تمّ استخدام مقياس الضغط النفسي الذي أعده كل من لُمير لُويز LEMYRE Louise وتسير ريجين TESSIER Réjean، وقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي أعدها كوستا وماكري (1992) Costa et McCrea وترجمه إلى اللغة العربية بدر محمد الأنصاري (1998)، أمّا مقياس التعاطف الوجداني فقد أُعدّ وصُمم من قبل الباحث وذلك بعد الاطلاع على الأدبيات والاستعانة بالمقاييس التي تناولت هذا المتغير.

كما سمحت الدراسة الاستطلاعية بإجراء مقابلات مع 52 طبيباً، والتقرب من واقع الممارسة الطبية من ناحية الضغوطات الواقعة على الأطباء من جهة، وكذا طبيعة العلاقة مع المريض من جهة أخرى. وساعد هذا التقرب على فهم أكثر للواقع العملي للطبيب، والتأكد من وضوح بنود الاستبيان والتعليمات، وإجراء بعض التعديلات على أسئلة الاستبيان وإعادة صياغتها والتخلي عن بعض البنود الأخرى التي ارتأى فيها الأطباء بعض الغموض.

وتوصلت نتائج الدراسة الاستطلاعية إلى أنّ مقاييس الدراسة تتمتع بدرجة صدق وثبات يمكن الوثوق في نتائجها، ولقد أدرجت الخصائص السيكومترية للمقاييس بالتفصيل في أدوات جمع البيانات.

* حدود الدراسة الاستطلاعية

- الحدود الزمانية:

امتدت الدراسة الاستطلاعية من شهر سبتمبر 2011 إلى غاية شهر جانفي 2012، أي أنّها استغرقت حوالي 05 أشهر.

- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على الأطباء العامين والمختصين العاملين بالعيادات المتعددة الخدمات أو المستشفيات في كل من ولايتي المدية والجلفة، ولم يكن اختيار هاتين الولايتين على أساس معين، وإنّما على أساس إمكانية الباحث للتنقل إليها.

- الحدود البشرية:

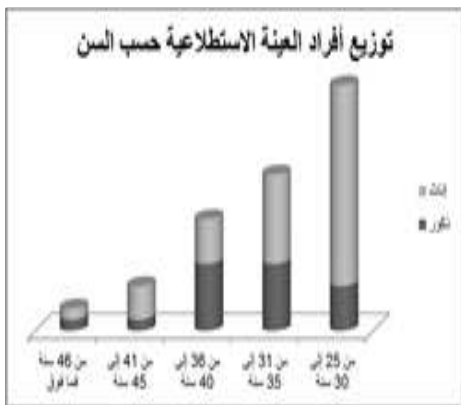
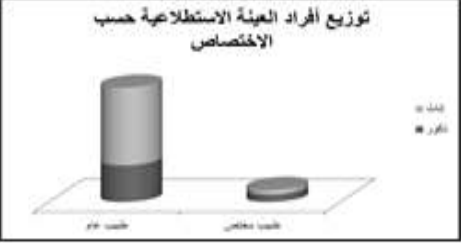
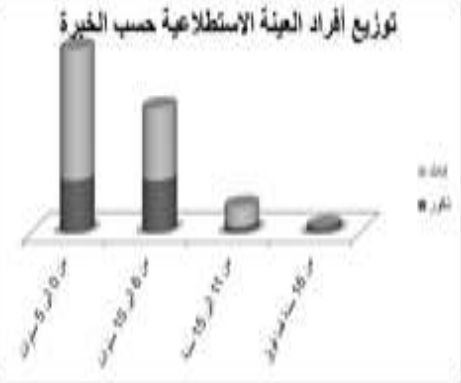
تمّ تطبيق استبيان الدراسة على 52 طبيب عام ومختص، كلّهم عاملين بالقطاع العمومي، سواء بالعيادات المتعددة الخدمات أو المستشفيات. ويوضح الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المتغيرات الشخصية، والمتمثلة في الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الاختصاص والخبرة.

جدول رقم 08: توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب البيانات الشخصية

المتغير	N=52	%
الجنس:		
ذكور	18	34,61%
إناث	34	65,38%

توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس



 توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب السن	السن:	ذكور	إناث	%
	من 25 إلى 30 سنة	4	18	42,30%
	من 31 إلى 35 سنة	6	8	26,92%
	من 36 إلى 40 سنة	6	4	19,23%
	من 41 إلى 45 سنة	1	3	7,69%
	من 46 سنة فما فوق	1	1	3,84%
 توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية:	ذكور	إناث	%
	أعزب	9	14	44,23%
	متزوج	9	19	53,84%
	مطلق	0	1	1,92%
 توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الاختصاص	الاختصاص:	ذكور	إناث	%
	طبيب عام	15	32	90,38%
	طبيب مختص	3	2	9,61%
 توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الخبرة	الخبرة:	ذكور	إناث	%
	من 0 إلى 5 سنوات	8	20	53,84%
	من 6 إلى 10 سنوات	8	11	36,53%
	من 11 إلى 15 سنة	1	3	7,69%
	من 16 سنة فما فوق	1	0	1,92%

يتضح من الجدول أعلاه أنّ نسبة الإناث أكثر من نسبة الذكور، حيث بلغت نسبة الإناث تقريباً

ضعف نسبة الذكور. كما أنّ نسبة كبيرة من أفراد العينة الاستطلاعية يتراوح عمرها بين 25 و 30 سنة،

وهذا ما يفسر ارتفاع نسبة الأطباء الذين لا تتجاوز مدة الخبرة لديهم 5 سنوات، بينما كانت نسبة ضئيلة

من الأطباء يفوق سنهم 46 سنة، بالإضافة إلى أنه لا يوجد فرق كبير في عدد الأطباء بين المتزوجين وغير المتزوجين. ولكن من الملاحظ أنه هناك فرق كبير في نسبة الأطباء العامين والمتخصصين لصالح الأطباء العامين والتي بلغت نسبتهم 90,38%.

2.6. منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملائمته لطبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى إليها والمتمثلة في الكشف عن العلاقة التي تربط بين كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض.

فالمنهج الوصفي التحليلي يقوم على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى نتائج وتعميمات مقبولة، أو هو دراسة وتحليل وتفسير الظاهرة من خلال تحديد خصائصها وأبعادها ووصف العلاقات بينها، بهدف الوصول إلى وصف علمي متكامل لها [132]، ص 100.

ويهتم المنهج الوصفي بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ووصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو تعبيراً كمياً. فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى المختلفة [133]، ص 78.

ويتناسب هذا المنهج مع موضوع هذه الدراسة لأنه لا يقف عند حدود وصف الظاهرة موضوع البحث فقط، ولكنه يذهب إلى أبعد من ذلك [134]، ص 118، فهو لا يقتصر على التعرف على معالم الظاهرة وتحديد أسباب وجودها، وإنما يشمل تحليل البيانات وقياسها وتفسيرها والتوصل إلى وصف دقيق للظاهرة ونتائجها [132]، ص 101.

3.6. أدوات جمع البيانات

1.3.6. المقابلة

تعتبر المقابلة وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، وهي أنواع، غير أنّ أحمد محمد عبد الخالق يرى بأنّه من المفضل أن تكون المقابلة مقننة تُقدم فيها نفس الأسئلة بنفس الترتيب في كل مرة [59]، ص475. لذلك تم استخدام هذا النوع من المقابلات في هذه الدراسة.

ويرجع اختيار المقابلة كإحدى أدوات جمع البيانات في هذا البحث كونها تفيد في التعرف على عدد كبير من صفات الفرد وخصائصه، وأفكاره، ومشاعره، وطلاقته التعبيرية، وحساسيته تجاه مواضيع معينة؛ وهذه الأوجه لا يمكن ملاحظتها مباشرة، كما أنّه قد لا يتم الإفصاح عنها.

لذلك، بعد إعداد استبيان البحث، وحتى يتمكن الباحث من التوسع في بعض جوانب موضوع الدراسة والتدقيق فيها، تم إجراء مقابلة موجهة (مقابلة تتضمن أسئلة الاستبيان) مع 52 طبيباً، بهدف جمع بيانات حول موضوع الدراسة وبهدف استكمال المعلومات الكمية الموجودة في الاستبيان بمعلومات أخرى لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال مقابلة الطبيب، حيث يقوم هذا الأخير بالإدلاء بمعلومات لا تتضمنها أسئلة الاستبيان؛ وكذا التمكن من ملاحظة واقع الممارسة الطبية مباشرة دون أن تتدخل ذاتية الطبيب في وصف ما يعانيه أثناء الممارسة. فقد سمح الاتصال المباشر بالطبيب بالتقرب أكثر من الممارسة الطبية وملاحظة الظروف الفيزيائية التي يعمل فيها الطبيب، كما ساعد على معرفة الأسئلة التي يلقي فيها الطبيب غموض أو إبهام، وكذلك كشف حقيقة العلاقة طبيب-مريض، وهذه الحقيقة لا تعكسها أحياناً الإجابة عن أسئلة الاستبيان، إذ يحاول الأطباء في بعض الأحيان الإجابة بصورة مثالية، بحيث لا تكون إجابته كما هو كائن في الواقع وإنّما كما ينبغي أن يكون.

2.3.6. الاستبيان

استخدم الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات لكونه يتميز بسهولة التطبيق والتصحيح، كما أنه موضوعي أكثر من الاختبارات الإسقاطية.

يحتوي الاستبيان في جزئه الأول على البيانات الشخصية للطبيب، والمتمثلة في السن، الجنس، الحالة العائلية، المؤهل العلمي، الاختصاص، المصلحة التي يعمل بها ومدة الخبرة. كما يتكون جزؤه الثاني من مقياس الضغط النفسي إضافة إلى سؤال مفتوح يترك الحرية للطبيب للتعبير عن الضغوطات الأخرى التي يعاني منها، والجزء الثالث يتضمن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والجزء الرابع يتضمن مقياس التعاطف الوجداني مع المريض.

وتجدر الإشارة إلى أنه تمّ حساب الخصائص السيكمترية للمقاييس الثلاثة للبحث (الصدق والثبات) بناءً على نتائج الدراسة الاستطلاعية -التي تمّ فيها تطبيق الاستبيان على 52 طبيب- وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية Statistical Package for the Social Science.

1.2.3.6. مقياس الضغط النفسي Mesure de stress psychologique

تتنوع طرق قياس الضغط النفسي مع تباين اتجاهات العلماء في تعريف الضغط. ولهذا فإنّ المقاييس التي تقيس الضغط النفسي كثيرة، إذ هناك استبيانات تقيس الضغوط والمثيرات مثل مقياس أحداث الحياة الضاغطة لـ هولمز وراهي Holmes et Rahe، وهناك مقاييس تقيس ردود الفعل الناجمة عن الضغوط، وهذه تكون أسهل في قياسها لأنّ تأثيراتها تظهر على جميع أجهزة الكائن العضوي، فهي تقيس التغيرات التي تحدث على المستوى الفسيولوجي والمعرفي والسلوكي والانفعالي. ويتبنى الباحث هذا النوع من المقاييس مستخدماً مقياس الضغط النفسي لـ لومير لويز وتسير ريجين LEMYRE Louise et

TESSIER Réjean الذي يحتوي في نسخته الأصلية على 49 بنداً، لكن أدخلت عليه بعض التغييرات وإضافة بعض البنود التي لها علاقة بمهنة الطبيب، وذلك بعد استطلاع الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع وكذا الأخذ بآراء المحكمين.

أ- وصف المقياس

يهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب، استناداً على مدى ظهور أعراضه المختلفة (فسيولوجية أو جسدية، انفعالية، معرفية وسلوكية). وكان المنطلق الأساسي لهذا المقياس هو مقياس الضغط النفسي الذي طوّره لومير لويز وتسير ريجين LEMYRE Louise et TESSIER Réjean، الذي يتمتع بدرجة صدق بطريقة تحليل الاتساق الداخلي للبنود بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية على المقياس تتراوح بين 0,35 و0,85، ودرجة ثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ 0,95، أما ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق تتراوح بين 0,68 و0,80 [135].

ولهذا تم اختيار هذا المقياس لتمتعه بدرجة صدق وثبات مقبولتين، وبهذا يمكن الوثوق في نتائجه.

وبعد اختيار الباحث لهذا المقياس قام بتطويره بما يتناسب مع موضوع بحثه وطبيعة العينة. ليصبح هذا المقياس متضمن لـ 47 بنداً، تمثل أساساً أعراض الضغط النفسي لدى الطبيب، موزعة على أربعة أبعاد مختلفة (البعد الجسدي، البعد الانفعالي، البعد المعرفي والبعد السلوكي) على النحو التالي:

1- الأعراض الجسدية: يضم هذا البعد 10 بنود، تدور حول الأعراض الفسيولوجية والجسدية للضغط النفسي. هذه البنود هي: 02، 05، 12، 14، 16، 20، 23، 25، 34، 43.

2- **الأعراض الانفعالية:** تشمل 17 بنداً، وهي تمثل الأعراض التي تعكس الجانب الانفعالي للضغط النفسي. هذه البنود هي: 01، 09، 11، 13، 19، 22، 24، 26، 28، 32، 35، 36، 38، 40، 41، 46، 47.

3- **الأعراض المعرفية:** تضم 07 بنود، وهي تشمل الأعراض التي تمثل الجانب العقلي والمعرفي للطبيب. وهذه البنود هي: 08، 18، 29، 33، 37، 42، 44.

4- **الأعراض السلوكية:** تشمل 13 بنداً، وهي تدور حول ما يظهر على الطبيب من سلوكيات. هذه البنود هي: 03، 04، 06، 07، 10، 15، 17، 21، 27، 30، 31، 39، 45.

وتظهر الصورة الأولى للمقياس في الملحق رقم 01.

ملاحظة

يحتوي مقياس الضغط النفسي الأصلي لـ لومير لويز وتسير ريجين LEMYRE Louise et TESSIER Réjean على 49 بنداً، وبعد إدخال بعض التغييرات وإضافة بعض البنود بما يتناسب مع موضوع البحث وطبيعة العينة أصبح يتضمن 56 بنداً، وبعد عرض المقياس على المحكمين أصبح يشتمل على 47 بنداً، ليصبح في الأخير متضمن لـ 40 بنداً وذلك بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية.

ب- تطبيق المقياس

تعليمية المقياس واضحة، وتكون الإجابة وفق سلم تدريجي (سلم ليكرت) ذو خمسة بدائل: أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً.

تتطلب الإجابة على المقياس 10 دقائق، لكن الباحث لم يقدّر بتحديد مدة زمنية للطبيب للإجابة على المقياس، إذ لم يكن للوقت أي معيار أو دلالة في هذه الدراسة.

ج-تصحيح المقياس

يُصحح المقياس وفقاً لسلم ليكرت الخماسي، وعلى هذا تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 47 كحد أدنى إلى 235 كحد أقصى.

وبما أن سلم الإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس يتكون من خمس مستويات هي: أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً، فإنه يتم تصحيح عبارات المقياس على النحو التالي:

1- بالنسبة للعبارتين رقم 41، 43 هما بندان سالبان (معكوسان) لهذا تعطى كل عبارة:

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ أبداً.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ نادراً.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ أحياناً.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها بـ غالباً.

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها بـ دائماً.

2- أما بالنسبة لبقية البنود فهي بنود موجبة، ولهذا تعطى كل عبارة:

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها بـ أبداً.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها بـ نادراً.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ أحياناً.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ غالباً.

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ دائماً.

3- تحسب الدرجة الكلية للمقياس بجمع الدرجات التي حصل عليها الطبيب على كل عبارة من عبارات

المقياس، ونتحصل في النهاية على درجة تتراوح بين 47 كحد أدنى إلى 235 كحد أقصى.

4- تصنف الدرجة التي تحصل عليها الطبيب على النحو التالي:

أ- من 47 إلى 109: مستوى ضغط منخفض.

ب- من 110 إلى 172: مستوى ضغط متوسط.

ج- من 173 إلى 235: مستوى ضغط مرتفع.

د- صدق المقياس

يقصد بصدق الاختبار مدى صلاحية الاختبار لقياس ما وضع لقياسه [136]، ص 146.

تم التحقق من صدق المقياس -بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عددها 52 طبيباً- باستخدام

ثلاث طرق هي:

1- صدق المحكمين أو صدق المحتوى:

يعبر صدق المحتوى عن مدى تمثيل محتوى الاختبار (مفرداته) للنطاق السلوكي أو السمة المراد

الاستدلال عليها [137]، ص 190.

ويعد صدق المحكمين إحدى الطرق لتقدير هذا النوع من الصدق. لهذا تمّ عرض المقياس في

صورته الأولى على 10 محكمين من الأساتذة الجامعيين المختصين في علم النفس وعلوم التربية

والأرطفونيا يعملون بكل من جامعة البليدة وجامعة الجزائر 2، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول

بنود المقياس، وذلك بهدف التأكد من مدى صدق تمثيل عبارات المقياس ومناسبتها لقياس ما وضعت

لأجله. فقد طلب من هؤلاء المحكمين تقييم كل عبارة من عبارات المقياس بنعم أو لا (بمعنى أنّ العبارة

صالحة أو غير صالحة)، وذلك من ناحية:

أ- مدى وضوح تلك العبارات.

ب- مدى مناسبة تلك العبارات للمحاور أو الأبعاد التي تتضمنها.

ج- مدى ملائمة تلك العبارات لقياس ما وضعت من أجله.

د- إجراء أي تعديلات يراها المحكم ضرورية لتحسين الأداة.

وقام الباحث بتحديد معيار تقبل عبارات المقياس بدرجة سبعة على عشرة فما فوق، بمعنى أنه تم الإبقاء على العبارات التي اتفق عليها أكثر من 70% من المحكمين (والغاء العبارات التي أجمع على عدم ملائمتها للمقياس أكثر من 70% من المحكمين).

على ضوء اتفاق آراء المحكمين تم حذف 12 بنداً وإضافة 03 بنود وتعديل صياغة بعض البنود الأخرى وفقاً لاقتراحاتهم. وبهذا أصبح عدد عبارات مقياس الضغط النفسي هو 47 بنداً -الدرجة في الملحق رقم 01- بعدما كان عددها 56 بنداً، ويوضح الجدول رقم (09) والجدول رقم (10) البنود المحذوفة وتلك التي تمت إضافتها إلى المقياس.

جدول رقم 09: البنود المحذوفة من مقياس الضغط النفسي بعد عرضه على المحكمين*

الرقم	العبرة	ملاحظات
03	أشعر بالإرهاك والإجهاد أثناء الدوام الرسمي لعملي بالمستشفى	بند مكرر (مع البند رقم 20)
09	أعاني من الإسهال أو تشنجات معوية أو أصاب بالإمساك	نسبة الاتفاق 30%
12	أعاني من ضيق التنفس	نسبة الاتفاق 40%
16	أرى الحياة على أنها بسيطة وسهلة (-)	نسبة الاتفاق 20%
18	أشعر بالتوتر بسبب طبيعة عملي	بند مكرر (مع البند رقم 01)

* ترقيم العبارات المذكور في الجدول وفقاً للنسخة التي تم عرضها على المحكمين (أي قبل إعداد الصورة الأولية للمقياس وإجراء الدراسة الاستطلاعية).

24	أشعر بالهدوء وأنا أقوم بفحص المرضى (-)	نسبة الاتفاق 30%
30	لدي تقلبات كبيرة في مزاجي	نسبة الاتفاق 10%
33	أشعر بالراحة عندما ينتهي وقت دوامي (-)	نسبة الاتفاق 50%
39	أسرع دوماً في إنجاز عملي ولدي الرغبة لانجاز المزيد في وقت أقل (-)	نسبة الاتفاق 60%
50	أنا عنيف في سلوكاتي مع المرضى	نسبة الاتفاق 20%
53	أرفع صوتي أثناء العمل على المرضى	نسبة الاتفاق 60% (إعادة صياغة البند)
55	سلوكاتي مع زملائي في العمل يغلب عليها العنف	نسبة الاتفاق 40%

جدول رقم 10: البنود المضافة إلى مقياس الضغط النفسي بعد عرضه على المحكمين^٤

الرقم	العبارة
22	كثرة الأعباء تجعلني عصبي مع المرضى
30	وظيفتي بالمستشفى تؤثر سلباً على حياتي الأسرية
32	أنزعج من تغيير ساعات العمل

وقد ساعد عرض المقياس على المحكمين والأخذ بآرائهم على الاطمئنان إلى الصدق الظاهري للمقياس، حيث اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين على عبارات المقياس معياراً لصدقه.

وبذلك يمكن القول بأن عبارات هذا المقياس تقيس ما وضعت لأجله وأن مقياس الضغط النفسي صادق منطقياً.

^٤ ترقيم العبارات المذكور في الجدول وفقاً للصورة الأولى للمقياس والمدرجة في الملحق رقم 01.

2- صدق الاتساق الداخلي:

لا يمكن الاكتفاء بصدق المحكمين للتأكد من صدق المقياس. لذلك كان من الأجدر التحقق من الصدق البنائي للمقياس، ويقاس الصدق البنائي بالتجانس الداخلي Internal Consistency وذلك لاختبار مدى تماسك مفردات المقياس.

ولقد تمّ التأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الضغط النفسي بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية لاستجابات عينة الدراسة على المقياس. ويوضح الجدول رقم (11) النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم 11: معامل الاتساق الداخلي لبنود مقياس الضغط النفسي

N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Numéro d'item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
01	.418**	.002	52	25	.387**	.005	52
02	.311*	.025	52	26	.381**	.005	52
03	.495**	.000	52	27	.438**	.001	52
04	.305*	.028	52	28	.768**	.000	52
05	.608**	.000	52	29	.508**	.000	52
06	.222	.114	52	30	.642**	.000	52
07	.489**	.000	52	31	.485**	.000	52
08	.240	.087	52	32	.522**	.000	52
09	.547**	.000	52	33	.388**	.005	52
10	.460**	.001	52	34	.275*	.048	52
11	.581**	.000	52	35	.446**	.001	52
12	.416**	.002	52	36	.251	.073	52

N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Numéro d'item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
13	.529**	.000	52	37	.524**	.000	52
14	.388**	.004	52	38	.604**	.000	52
15	.561**	.000	52	39	.364**	.008	52
16	.345*	.012	52	40	.287*	.039	52
17	.394**	.004	52	41	.209	.137	52
18	.612**	.000	52	42	.497**	.000	52
19	.274*	.049	52	43	.112	.427	52
20	.633**	.000	52	44	.375**	.006	52
21	.328*	.018	52	45	.128	.367	52
22	.627**	.000	52	46	.274*	.050	52
23	.243	.082	52	47	.491**	.000	52
24	.647**	.000	52				

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

يلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ قيم معاملات الارتباط للبنود: 01، 03، 05، 07، 09، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 17، 18، 20، 22، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 35، 37، 38، 39، 42، 44، 47 تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، أمّا معاملات الارتباط للبنود 02، 04، 16، 19، 21، 34، 40، 46 فهي تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,05، أمّا فيما يتعلق ببقية البنود وهي البنود رقم 06، 08، 23، 36، 41، 43 والبنود رقم 45 فإنّ معاملات ارتباطها غير دالة إحصائياً، ولهذا تم حذف هذه البنود السبعة (المؤشر عليها باللون الرمادي)، ليصبح بذلك عدد بنود مقياس الضغط النفسي 40 بنوداً، وهي مدرجة في الملحق رقم (03).

وعلى هذا يمكن القول بأن جميع عبارات المقياس متماسكة عدا البنود التي تم حذفها، مما يدل على التجانس الداخلي للمقياس بعد حذف البنود غير الدالة إحصائياً وهذا يعد مؤشراً لصدقه.

3- صدق المقارنة الطرفية:

تمّ حساب هذا النوع من الصدق من خلال ترتيب درجات أفراد العينة الاستطلاعية تنازلياً، وبعد ذلك قُسم الأفراد إلى أقوياء وضعفاء بناءً على درجاتهم الكلية في المقياس، فكانت المجموعة العليا والتي تمثل 27% من أفراد العينة الاستطلاعية، وهي التي تحصلت درجات أعلى في المقياس، والمجموعة الدنيا والتي تمثل أيضاً 27% من أفراد العينة الاستطلاعية وهي التي تحصلت على درجات أدنى في المقياس، وتمّ استبعاد نسبة 46% المتحصلة على درجات وسطى.

وبعد ذلك طبق اختبار T_{test} لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، والذي يعتبر مؤشراً على درجة صدق المقياس، ويوضح الجدول الموالي النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 12: معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس الضغط النفسي

N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
26	131.6154	11.56573	10.892	0,01
26	94.5769	12.91874		

يكشف الجدول رقم (12) عن أنّ قيمة ت دالة إحصائياً عند مستوى 0,01، وهذا يشير إلى دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين، وهذا يعني أنّ المقياس صادق.

بناءً على كلّ ما سبق، فقد أجريت عدّة طرق لفحص مدى صدق المقياس، ووجدت جميع النتائج بأنّ المقياس صادق ويمكن الوثوق في نتائجه.

هـ- ثبات المقياس

يقصد بثبات الاختبار مدى قياس الاختبار للمقدار الحقيقي للسمة التي يهدف لقياسها [137]، ص131. أو مدى اتساق أو استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين [136]، ص152.

ولأجل التأكد من ثبات مقياس الضغط النفسي، الذي يحتوي على 47 عبارة، تم استخدام طريقتين: أولهما طريقة ألفا كرونباخ وثانيهما طريقة التجزئة النصفية.

1- طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ **Cronbach's Alpha** لمقياس الضغط النفسي، وكانت قيمته كما هي موضحة في الجدول رقم (13).

جدول رقم 13: معامل الثبات لمقياس الضغط النفسي عن طريق ألفا كرونباخ

Cronbach's Alpha	N of Items
.897	47

يتبين من الجدول رقم (13) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ هي 0,897، وهي قيمة مرتفعة جداً، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب هذا النوع من الثبات من خلال تقسيم المقياس إلى نصفين متكافئين، يمثل الجزء الأول العبارات ذوات الأرقام الفردية، بينما يمثل الجزء الثاني العبارات ذوات الأرقام الزوجية. وبعد ذلك حسب

معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown ومعادلة جتمان Guttman، والنتائج التي المتحصل عليها موضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم 14: معامل الثبات لمقياس الضغط النفسي عن طريق التجزئة النصفية

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.830
		N of Items	24 ^a
	Part 2	Value	.787
		N of Items	23 ^b
	Total N of Items		47
Correlation Between Forms			.828
Spearman–Brown Coefficient	Equal Length		.906
	Unequal Length		.906
Guttman Split–Half Coefficient			.899

a. The items are: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, and 47.

b. The items are: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, and 46.

يتضح من الجدول أعلاه أنّ قيمة معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown هي 0,906، بينما بلغت قيمة الثبات باستخدام معادلة جتمان Guttman 0,899، وهي قيم

مرتفعة، تدل على أنّ المقياس توفر له درجة عالية من الثبات تناسب أغراض البحث العلمي وتحقق موثوقية في ثبات نتائجه عند تطبيقه، ويدعم هذا التناسق قيم ألفا كرونباخ في الجزأين الأول والثاني اللّتين

قُدِّرَتَا بـ 0,830 و 0,787 على التوالي.

من خلال معاملات الثبات التي تمّ حسابها بطريقتين مختلفتين، تبين أنّ هذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة ويمكن الوثوق بنتائجه.

وبناءً على النتائج السابقة المتعلقة بالصدق والثبات، يتضح أنّ مقياس الضغط النفسي يتمتع بشروط سيكومترية مرضية يمكن الاطمئنان إليها. ولهذا تمّ اعتماد هذا المقياس كأحد أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة.

2.2.3.6. قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية Inventaire des cinq grands

facteurs de la personnalité

توجد العديد من المقاييس والاختبارات التي اهتمت بقياس الشخصية. وتعد قائمة كوستا وماكري Costa et McCrae للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية أول أداة موضوعية تهدف إلى قياس العوامل الأساسية الكبرى للشخصية بواسطة مجموعة بنود (60 بنوداً)، تمّ استخراجها عن طريق التحليل العاملي لعدد من البنود المشتقة من عدد من اختبارات الشخصية [79]، ص 710. وتمّ اختيار هذه القائمة لقياس الشخصية لأنها تتضمن ميزة أساسية هي تقديم عوامل جديدة للشخصية متمثلة في: الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير. ولهذا ارتأى الباحث أنّ هذه القائمة تخدم موضوع بحثه، وقام بإدخال بعض التغييرات عليها وذلك بعد استطلاع الأدبيات والدراسات المرتبطة بهذا الموضوع وكذا الأخذ بآراء المحكمين.

أ- وصف المقياس

تتكون الصيغة الأولى للقائمة والتي ظهرت عام 1989 من 180 بنوداً، أجريت عليها دراسات على عينات سوية تراوحت أعمارهم بين 21 و 65 سنة، ثمّ أدخلت عليها بعض التعديلات بغية اختزال عدد

البند، إلى أن صدرت الصيغة الثانية للقائمة في عام 1992، والتي تتكون من 60 بنداً، وتشتمل على خمسة مقاييس فرعية هي: العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير، وبضم كل مقياس فرعي 12 عبارة.

وكانت هذه القائمة الذي قام بترجمتها إلى اللغة العربية بدر محمد الأنصاري عام 1998 المنطلق الأساسي للقائمة المعتمدة في هذه الدراسة. وتتمتع قائمة بدر محمد الأنصاري بدرجة ثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق: 0,79 لمقياس العصابية، 0,79 لمقياس الانبساط، 0,80 لمقياس الانفتاح على الخبرة، 0,75 لمقياس الطيبة، و 0,80 لمقياس يقظة الضمير. وجميع هذه المعاملات تشير إلى ثبات مرتفع للقائمة. كما أنّ حساب درجة الصدق لهذه القائمة بطريقة التحليل العاملي للبند كشف عن كونها تتمتع بدرجات صدق مقبولة [79]، ص 710.

وبعد اختيار الباحث لهذا المقياس قام بتطويره بما يتناسب مع موضوع بحثه وطبيعة العينة، وكذا بما يتناسب مع البيئة الجزائرية. وتتضمن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي استخدمت في الدراسة 60 بنداً، موزعة بالتساوي على خمسة أبعاد أساسية هي: العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير (يضم كل مقياس فرعي 12 عبارة)، على النحو التالي:

جدول رقم 15: توزيع بنود قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	البندود
1- العصابية	البندود الموجبة: 16، 21، 26، 31، 41، 56 البندود السالبة: 1، 6، 11، 36، 46، 51
2- الانبساط	البندود الموجبة: 2، 7، 12، 32، 47، 52

البنود السالبة: 17، 22، 27، 37، 42، 57	
البنود الموجبة: 3، 8، 28، 38، 53، 58 البنود السالبة: 13، 18، 23، 33، 43، 48	3- الانفتاح على الخبرة
البنود الموجبة: 4، 14، 24، 39، 54، 59 البنود السالبة: 9، 19، 29، 34، 44، 49	4- الطبية
البنود الموجبة: 20، 25، 35، 40، 45، 50 البنود السالبة: 5، 10، 15، 30، 55، 60	5- يقظة الضمير

وتظهر الصورة الأولية للمقياس في الملحق رقم 01.

ب- تطبيق المقياس

تعليمية المقياس الموجودة على ورقة الإجابة واضحة وكافية لتوجيه الطبيب، يقوم الطبيب بتقدير كل عبارة طبقاً لدرجة موافقة العبارة له وفق سلم ذو خمسة بدائل: لا تتطبق إطلاقاً، لا تتطبق، تتطبق نوعاً ما، تتطبق كثيراً، تتطبق تماماً.

تتطلب الإجابة على المقياس من 15 إلى 20 دقيقة، لكن لم تُحدد للطبيب مدة معينة للإجابة

على المقياس.

ج- تصحيح المقياس

يُصحح المقياس وفقاً لسلم ليكرت الخماسي، وعلى هذا تتراوح الدرجة الكلية لكل عامل من العوامل

الخمس بين 12 كحد أدنى إلى 60 كحد أقصى.

وبما أن سلم الإجابة على كل عبارة من عبارات المقياس يتكون من خمس مستويات هي: لا تنطبق إطلاقاً، لا تنطبق، تنطبق نوعاً ما، تنطبق كثيراً، تنطبق تماماً، فإنه يتم تصحيح عبارات المقياس على النحو التالي:

1- بالنسبة للعبارات الموجبة تُعطى كل عبارة:

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها بـ لا تنطبق إطلاقاً.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها بـ لا تنطبق.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق نوعاً ما.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق كثيراً.

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق تماماً.

2- بالنسبة للعبارات السالبة تُعطى كل عبارة:

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ لا تنطبق إطلاقاً.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ لا تنطبق.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق نوعاً ما.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق كثيراً.

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها بـ تنطبق تماماً.

3- تُحسب درجة الطبيب على كل مقياس فرعي (كل بعد من الأبعاد الخمسة للشخصية) بجمع الدرجات

التي حصل عليها في كل عبارة من العبارات المكونة له، ونتحصل في النهاية على درجة كل عامل من

العوامل الخمسة للشخصية، التي تتراوح بين 12 كحد أدنى إلى 60 كحد أقصى.

د-صدق المقياس

تمّ التحقق من صدق المقياس -بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عددها 52 طبيباً- باستخدام ثلاث طرق هي:

1- صدق المحكمين:

تمّ عرض المقياس الذي كان مكون من 80 بنداً (موزعة بالتساوي 16 بنداً لكل عامل من العوامل الخمسة) على 10 محكمين من الأساتذة الجامعيين المختصين في علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا يعملون بكل من جامعة البليدة وجامعة الجزائر 2، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول بنود المقياس، وذلك بهدف التأكد من مدى صدق تمثيل عبارات المقياس ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله. فقد طلب من هؤلاء المحكمين تقييم كل عبارة من عبارات المقياس بنعم أو لا (بمعنى أنّ العبارة صالحة أو غير صالحة)، وذلك من ناحية:

أ- مدى وضوح تلك العبارات.

ب- مدى مناسبة تلك العبارات للمحاور أو الأبعاد التي تتضمنها.

ج- مدى ملائمة تلك العبارات لقياس ما وضعت من أجله.

د- إجراء أي تعديلات يراها المحكم ضرورية لتحسين الأداة.

وقام الباحث بتحديد معيار تقبل عبارات المقياس بدرجة سبعة على عشرة فما فوق، بمعنى أنّه تمّ الإبقاء على العبارات التي أجمع عليها أكثر من 70% من المحكمين.

وبناءً على اتفاق آراء المحكمين بأنّ المقياس طويل جداً يصعب تطبيقه على عينة حساسة تمثل فئة الأطباء، لذلك تمّ اختزال عدد بنود المقياس، وتعديل صياغة بعض البنود منه وفقاً لاقتراحات

المحكمين. وبهذا أصبح عدد عبارات قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية 60 بنداً -المدرجة في الملحق رقم 01- بعدما كان عددها 80 بنداً.

وقد ساعد عرض المقياس على المحكمين والأخذ بآرائهم على الاطمئنان إلى الصدق الظاهري للمقياس، حيث اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين على عبارات المقياس معياراً لصدقه.

2- صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث بالتحقق من الصدق البنائي للمقياس، وذلك من خلال طريقة التجانس الداخلي من أجل اختبار مدى تماسك مفردات المقياس.

تمّ التأكد من صدق الاتساق الداخلي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بـ:

1- حساب معاملات ارتباط درجات 52 طيبب على بنود كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه البنود (معامل الارتباط بين درجة كل بند ودرجة البعد المنتمية إليه)، والجدول رقم (16) يوضح ذلك.

جدول رقم 16: معامل الارتباط بين درجة كل بند من بنود قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

البعد الأول: العصابية				البعد الثاني: الانبساط			
N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
1	.634**	.000	52	2	.703**	.000	52
6	.687**	.000	52	7	.606**	.000	52
11	.670**	.000	52	12	.503**	.000	52

16	.603**	.000	52	17	.498**	.000	52
21	.673**	.000	52	22	.562**	.000	52
26	.624**	.000	52	27	.381**	.005	52
31	.473**	.000	52	32	.458**	.001	52
36	.571**	.000	52	37	.638**	.000	52
41	.651**	.000	52	42	.559**	.000	52
46	.739**	.000	52	47	.203	.149	52
51	.573**	.000	52	52	.544**	.000	52
56	.272	.051	52	57	.494**	.000	52
البعد الثالث: الانفتاح على الخبرة				البعد الرابع: الطيبة			
N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
3	.408**	.003	52	4	.701**	.000	52
8	.279*	.045	52	9	.743**	.000	52
13	.349*	.011	52	14	.467**	.000	52
18	.289*	.038	52	19	.478**	.000	52
23	.433**	.001	52	24	.675**	.000	52
28	.571**	.000	52	29	.800**	.000	52
33	.462**	.001	52	34	.627**	.000	52
38	.553**	.000	52	39	.763**	.000	52
43	.628**	.000	52	44	.521**	.000	52
48	.504**	.000	52	49	.463**	.001	52
53	.431**	.001	52	54	.546**	.000	52
58	.625**	.000	52	59	.574**	.000	52

البعد الخامس: يقطعة الضمير			
N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
05	.391**	.004	52
10	.632**	.000	52
15	.506**	.000	52
20	.499**	.000	52
25	.487**	.000	52
30	.626**	.000	52
35	.535**	.000	52
40	.490**	.000	52
45	.670**	.000	52
50	.602**	.000	52
55	.434**	.001	52
60	.517**	.000	52

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

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

يلاحظ من الجدول السابق أنّ جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات بنود بعد العصابية والدرجة الكلية لهذا البعد تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، عدا البند رقم 56 فهو غير دال إحصائياً ولهذا تمّ حذفه من بعد العصابية، لتصبح بذلك جميع عبارات البعد الأول المتمثل في العصابية مناسكة وتنتمي إلى البعد الذي يتضمنها.

أما فيما يخص البعد الثاني وهو الانبساط، تشير جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات بنود هذا البعد والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، عدا البند رقم 47 فهو غير دال إحصائياً ولهذا تمّ حذفه من بعد الانبساط، لتصبح بذلك جميع عبارات هذا البعد متماسكة وتنتمي إلى البعد الذي يتضمنها.

كما تلاحظ أنّ جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات بنود بعد الانفتاح على الخبرة والدرجة الكلية لهذا البعد تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، عدا البنود رقم 08، 13 و 18 والتي تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,05. وبالرغم من وجود دلالة إحصائية للبند رقم 08 عند 0,05 إلا أنّ معامل ارتباطه ضعيف، ولهذا تمّ حذف هذا البند من البعد الثالث، وذلك حتى تتساوى عدد بنود الأبعاد الخمسة للشخصية. وهذا يدل على أنّ جميع عبارات عامل الانفتاح على الخبرة متماسكة وتنتمي إلى البعد الذي يتضمنها.

وفيما يتعلق بالبعد الرابع وهو الطيبة، تلاحظ أنّ جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات بنود بعد الطيبة والدرجة الكلية لهذا البعد تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، ومع ذلك تم حذف البند رقم 49 من البعد الرابع حتى تتساوى عدد بنوده مع الأبعاد الأخرى للشخصية. وهذا يدل على أنّ جميع عبارات عامل الطيبة متماسكة وتنتمي إلى البعد الذي يتضمنها.

وأخيراً نلاحظ أنّ جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الخامس وهو يقظة الضمير والدرجة الكلية لهذا البعد تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01، ومع ذلك تم حذف البند رقم 55 من هذا البعد، وذلك حتى تتساوى عدد بنوده مع الأبعاد الأخرى للشخصية. وهذا يدل على أنّ جميع عبارات عامل يقظة الضمير متماسكة وتنتمي إلى البعد الذي يتضمنها.

وعلى ضوء كل ما سبق، فقد تم حذف 05 بنود من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، لتصبح عدد البنود الإجمالي للمقياس 55 بنداً موزعة بالتساوي على الأبعاد الخمسة بمعدل 11 بنداً لكل عامل من العوامل الخمس (وتظهر الصورة النهائية للمقياس في الملحق رقم 03).

وعلى هذا يمكن القول بأن جميع عبارات المقياس تتمتع باتساق داخلي مع الأبعاد المنتمية إليها، وهذا يعد مؤشراً لصدقه.

2- حساب معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية للأبعاد الخمسة، وكذلك بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم 17: معامل صدق الاتساق الداخلي لأبعاد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

		العصائية	الانبساط	الانفتاح الخبرة على	الطيبة	يقظة الضمير	الدرجة الكلية
العصائية	Pearson Correlation	1	.962**	.982**	.982**	.985**	.994**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	52	52	52	52	52	52
الانبساط	Pearson Correlation	.962**	1	.950**	.973**	.955**	.980**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	52	52	52	52	52	52
الانفتاح على الخبرة	Pearson Correlation	.982**	.950**	1	.964**	.991**	.988**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	52	52	52	52	52	52

الطبية	Pearson Correlation	.982**	.973**	.964**	1	.973**	.990**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	52	52	52	52	52	52
يقظة الضمير	Pearson Correlation	.985**	.955**	.991**	.973**	1	.991**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	52	52	52	52	52	52
الدرجة الكلية	Pearson Correlation	.994**	.980**	.988**	.990**	.991**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	52	52	52	52	52	52

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

يكشف الجدول رقم (17) عن أنَّ قيمة معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس نفسها تراوحت بين 0.950 في حدها الأدنى بين بعدي الانبساط والانفتاح على الخبرة، و0.991 في حدها الأعلى بين بعدي الانفتاح على الخبرة ويقظة الضمير. وأنَّ معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لجميع أبعاد المقياس تراوحت بين 0.980 في حدها الأدنى بين بعد الانبساط والدرجة الكلية وبين 0.994 في حدها الأعلى بين بعد العصابية والدرجة الكلية للمقياس. وكذلك جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01. وهذا يشير إلى أنَّ أبعاد المقياس متناسقة وأنَّ مفرداته متماسكة، ممَّا يدل على التجانس الداخلي بين أبعاد المقياس فيما بينها من جهة وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى.

3- صدق المقارنة الطرفية:

تمّ حساب هذا النوع من الصدق من خلال ترتيب درجات أفراد العينة الاستطلاعية تنازلياً، وبعد ذلك قُسم الأفراد إلى أقوياء وضعفاء بناءً على درجاتهم الكلية على كل بعد من الأبعاد الخمسة لمقياس الشخصية، فكانت المجموعة العليا والتي تمثل 27% من أفراد العينة الاستطلاعية، وهي التي تحصلت درجات أعلى في كل بعد من أبعاد مقياس الشخصية، والمجموعة الدنيا والتي تمثل أيضاً 27% من أفراد العينة الاستطلاعية وهي التي تحصلت على درجات أدنى في كل بعد من أبعاد مقياس الشخصية، وتمّ استبعاد نسبة 46% المتحصلة على درجات وسطى.

وبعد ذلك طبق اختبار T_{test} لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين في كل بعد من الأبعاد الخمسة، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 18: معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية للعوامل الخمسة من مقياس الشخصية

العامل الأول: العصائية					
	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	26	40.5385	3.34940	9.493	0,01
	26	29.1154	5.14064		
العامل الثاني: الانبساط					
	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	26	45.6538	3.61045	7.150	0,01
	26	36.4615	5.47161		

العامل الثالث: الانفتاح على الخبرة					
مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	N	
0,01	10.359	3.25813	45.8462	26	المجموعة العليا
		3.43287	36.2308	26	المجموعة الدنيا
العامل الرابع: الطيبة					
مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	N	
0,01	7.863	3.27813	52.1154	26	المجموعة العليا
		5.91114	41.6923	26	المجموعة الدنيا
العامل الخامس: يقظة الضمير					
مستوى الدلالة	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	N	
0,01	10.056	2.97296	53.9615	26	المجموعة العليا
		3.66543	44.6538	26	المجموعة الدنيا

يكشف الجدول رقم (18) عن أنّ قيمة ت دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 في كل عامل من العوامل الخمسة، وهذا يشير إلى دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين في كل بعد من أبعاد الشخصية، وهذا يعتبر مؤشراً لصدق المقياس.

بناءً على ما سبق، وبعد أن أجريت عدة طرق لفحص مدى صدق المقياس، وجدت جميع النتائج بأنّ المقياس صادق ويمكن الوثوق في نتائجه.

هـ- ثبات المقياس

لأجل التأكد من ثبات قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، تمّ استخدام طريقتين: أولهما طريقة ألفا كرونباخ وثانيهما طريقة التجزئة النصفية.

1- طريقة ألفا كرونباخ:

تمّ حساب معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لكل عامل من العوامل الخمسة للشخصية، وكانت قيمها كما هي موضحة في الجدول رقم (19).

جدول رقم 19: معامل ثبات كل عامل في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عن طريق ألفا

كرونباخ

ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس
0.827	العصابية
0.741	الانبساط
0.654	الانفتاح على الخبرة
0.847	الطيبة
0.737	يقظة الضمير

من الجدول رقم (19) يتبين أنّ قيم معامل ألفا كرونباخ تتراوح بين 0.654 كأدنى قيمة بالنسبة لعامل الانفتاح و0.847 كأعلى قيمة بالنسبة لبعد الطيبة، وهي قيم تدل على أنّ المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، بالرغم من أنّ عامل الانفتاح على الخبرة معامل ثباته متوسط.

2- طريقة التجزئة النصفية:

تمّ حساب هذا النوع من الثبات من خلال تقسيم كل بعد من أبعاد المقياس إلى نصفين متكافئين، يمثل الجزء الأول العبارات ذوات الأرقام الفردية، بينما يمثل الجزء الثاني العبارات ذوات الأرقام الزوجية. وبعد ذلك حُسب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي.

جدول رقم 20: معامل ثبات كل عامل في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عن طريق

التجزئة النصفية

أبعاد المقياس	معامل الثبات
العصابية	0.789
الانبساط	0.764
الانفتاح على الخبرة	0.529
الطيبة	0.749
يقظة الضمير	0.745

يتضح من الجدول أعلاه أنّ قيم معامل الثبات للأبعاد الخمسة لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown تتراوح بين 0.529 كأدنى قيمة و0.789 كأعلى قيمة، وهي قيم مرتفعة عدا معامل ثبات بعد الانفتاح فهي متوسطة ولكنها دالة عند 0.01، وهذا يدل على أنّ المقياس على درجة عالية من الثبات يمكن الوثوق في نتائجه.

بناءً على معاملات الثبات التي تم حسابها بطريقتين مختلفتين، تبين أنّ هذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة ويمكن الوثوق بنتائجه.

بالنظر إلى النتائج السابقة المتعلقة بالصدق والثبات، يتضح أنّ قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تتمتع بشروط سيكومترية مرضية يمكن الاطمئنان إليها. ولهذا تمّ اعتماد هذه القائمة كأحدى أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة.

3.2.3.6. مقياس التعاطف الوجداني Échelle d'empathie émotionnel

تمّ تطوير هذا المقياس من قبل الباحث، من خلال استخدام بعض البنود من مقياس التعاطف الوجداني المتعدد الأبعاد (*Multi-Dimensional Emotional Empathy Scale*) لـ كاريسو وماير Caruso & Mayer (1998) واستعمله ماير، كاريسو وسالوفي Mayer, Caruso & Salovey (1999) الذي يحتوي على 30 بنداً منها 6 بنود معكوسة [96]. وكذلك استخدم مقياس التعاطف (*The Empathy Scale*) الذي يحتوي على 33 بنداً منها 15 بنداً معكوسة.

وفي الواقع لم يتم تطوير -على وجه التحديد- أيّاً من المقاييس الأنفة الذكر لقياس تعاطف الطبيب مع المريض، إلا أنّ الباحث اعتمد على هذه المقاييس من أجل إعداد مقياس التعاطف الوجداني، وأضاف بعض البنود التي لها صلة بالعلاقة طبيب-مريض، مستفيداً من مقياس التعاطف لـ جيفرسون Jefferson (*The Jefferson Empathy Scale*) الذي يحتوي على 20 بنداً، وأعدّ خصيصاً لقياس التعاطف لدى الطبيب، وكذلك تمّ استطلاع الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع والأخذ بآراء المحكمين. كما تمّ استشارة محمديزا هوجات Mohammadreza Hojat وهو بروفييسور باحث في قسم الأمراض العقلية والسلوك الإنساني Department of Psychiatry and Human Behavior ومدير مركز جيفرسون للدراسات الطولية Director of Jefferson Longitudinal Study at the Center، الذي ساهم في تقديم المساعدة لإعداد المقياس وكذلك في إنجاز البحث. كما تمّ الاتصال بالدكتور محمود

بودران Mahmoud Boudarene للاستفادة من خبرته حول الموضوع كونه اهتم بدراسة التعاطف بين الطبيب والمريض، وكذلك تمّ الأخذ بآراء بعض الأخصائيين النفسيين ذوي الخبرة وبعض الأطباء.

أ- وصف المقياس

يهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى التعاطف الوجداني مع المريض، حيث يعتمد مستوى التعاطف على مدى ظهور سمات التعاطف الوجداني لدى الطبيب، إذ يعكس كل بند سمة معينة أو سلوك معين يتخذه الطبيب تجاه مرضاه.

ويتكون مقياس التعاطف الوجداني الذي قام الباحث بإعداده من 45 بنداً، يصف كل منها سمة من سمات التعاطف والتي تنعكس على سلوك الطبيب وانفعالاته وطريقة تفكيره تجاه مرضاه.

وتظهر الصورة الأولى للمقياس في الملحق رقم 01.

ب- تطبيق المقياس

تعليمية المقياس واضحة، وتتدرج الإجابة حسب الشدة في سلم خماسي: غير موافق تماماً، غير موافق، موافق نوعاً ما، موافق، موافق تماماً. يقوم الطبيب بوضع إشارة (x) أمام كل عبارة في الخانة التي يرى أنها تنطبق عليه.

تتطلب الإجابة على المقياس حوالي 10 دقائق (لكن ليس للوقت أي دلالة في هذه الدراسة).

ج- تصحيح المقياس

يُصحح المقياس وفقاً لسلم ليكرت الخماسي، وعلى هذا تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 45 كحد أدنى إلى 225 كحد أقصى.

وبما أنّ سلم الإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس يتكون من خمس مستويات هي: غير موافق تماماً، غير موافق، موافق نوعاً ما، موافق، موافق تماماً، فإنّه يتم تصحيح عبارات المقياس على النحو التالي:

1- بالنسبة للعبارات رقم 10، 13، 24، 27، 28، 31، 43، هي بنود سالبة (معكوسة) لهذا تعطى كل عبارة:

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب غير موافق تماماً.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب غير موافق.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب موافق نوعاً ما.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها ب موافق.

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها ب موافق تماماً.

2- أما بالنسبة لبقية البنود فهي بنود موجبة، ولهذا تعطى كل عبارة:

* 1 درجة واحدة إذا كانت الإجابة عنها ب غير موافق تماماً.

* 2 درجتان إذا كانت الإجابة عنها ب غير موافق.

* 3 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب موافق نوعاً ما.

* 4 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب موافق.

* 5 درجات إذا كانت الإجابة عنها ب موافق تماماً.

3- تحسب الدرجة الكلية للمقياس بجمع الدرجات التي حصل عليها الطبيب على كل عبارة من عبارات المقياس، ونتحصل في النهاية على درجة تتراوح بين 45 كحد أدنى إلى 225 كحد أقصى.

4- تصنف الدرجة التي تحصل عليها الطبيب على النحو التالي:

أ- من 45 إلى 104: مستوى تعاطف منخفض.

ب- من 105 إلى 165: مستوى تعاطف متوسط.

ج- من 166 إلى 225: مستوى تعاطف مرتفع.

د-صدق المقياس

تمّ التحقق من صدق المقياس -بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عددها 52 طبيباً- باستخدام

ثلاث طرق هي:

1- صدق المحكمين:

تمّ عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة من المحكمين من الأساتذة الجامعيين المختصين في علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، وكذلك عرضه على مجموعة من الأخصائيين النفسيين، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول بنود المقياس، وذلك بهدف التأكد من مدى صدق تمثيل عبارات المقياس ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله. فقد طلب من هؤلاء المحكمين تقييم كل عبارة من عبارات المقياس بنعم أو لا، وذلك من ناحية:

أ- مدى وضوح تلك العبارات.

ب- مدى مناسبة تلك العبارات للمحاور أو الأبعاد التي تتضمنها.

ج- مدى ملائمة تلك العبارات لقياس ما وضعت من أجله.

د- إجراء أي تعديلات يراها المحكم ضرورية لتحسين الأداة.

وقام الباحث بتحديد معيار تقبل عبارات المقياس بدرجة سبعة على عشرة فما فوق، بمعنى أنه تمّ الإبقاء على العبارات التي أجمع عليها أكثر من 70% من المحكمين.

على ضوء اتفاق آراء المحكمين تمّ حذف عدد من البنود وتعديل صياغة بعض البنود الأخرى وفقاً لاقتراحاتهم. وبهذا أصبح عدد عبارات مقياس التعاطف الوجداني مع المريض هو 45 بنداً -المدرجة في الملحق رقم 01- بعدما كان عددها 54 بنداً.

وقد ساعد عرض المقياس على المحكمين والأخذ بآرائهم على الاطمئنان إلى الصدق الظاهري للمقياس، حيث اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين على عبارات المقياس معياراً لصدقه. وبذلك يمكن القول بأنّ عبارات هذا المقياس تقيس ما وضعت لأجله، وأنّ مقياس التعاطف الوجداني مع المريض صادق منطقياً.

2- صدق الاتساق الداخلي:

تمّ التأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس التعاطف الوجداني بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية لاستجابات عينة الدراسة على المقياس. ويوضح الجدول رقم (21) النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم 21: معامل الاتساق الداخلي لبنود مقياس التعاطف الوجداني

N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	N of item	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
01	.572**	.000	52	24	.633**	.000	52
02	.848**	.000	52	25	.665**	.000	52
03	.814**	.000	52	26	.779**	.000	52

04	.765**	.000	52	27	.808**	.000	52
05	.739**	.000	52	28	.794**	.000	52
06	.822**	.000	52	29	.788**	.000	52
07	.846**	.000	52	30	.734**	.000	52
08	.786**	.000	52	31	.603**	.000	52
09	.734**	.000	52	32	.673**	.000	52
10	.653**	.000	52	33	.767**	.000	52
11	.711**	.000	52	34	.829**	.000	52
12	.807**	.000	52	35	.759**	.000	52
13	.424**	.002	52	36	.813**	.000	52
14	.790**	.000	52	37	.844**	.000	52
15	.847**	.000	52	38	.681**	.000	52
16	.878**	.000	52	39	.692**	.000	52
17	.741**	.000	52	40	.827**	.000	52
18	.742**	.000	52	41	.859**	.000	52
19	.832**	.000	52	42	.737**	.000	52
20	.786**	.000	52	43	.842**	.000	52
21	.731**	.000	52	44	.788**	.000	52
22	.728**	.000	52	45	.786**	.000	52
23	.653**	.000	52				

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

يلاحظ من الجدول رقم (21) أنَّ جميع قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس

التعاطف الوجداني وبين الدرجة الكلية للمقياس تشير إلى دلالتها الإحصائية عند مستوى 0,01.

وعلى هذا يمكن القول بأنّ جميع عبارات المقياس متماسكة، ممّا يدل على التجانس الداخلي للمقياس وهذا يعد مؤشراً لصدقه.

3- صدق المقارنة الطرفية:

تمّ حساب هذا النوع من الصدق من خلال ترتيب درجات أفراد العينة الاستطلاعية تنازلياً، وبعد ذلك قُسم الأفراد إلى أقوياء وضعفاء بناءً على درجاتهم الكلية في المقياس، فكانت المجموعة العليا والتي تمثل 27% من أفراد العينة الاستطلاعية، وهي التي تحصلت درجات أعلى في المقياس، والمجموعة الدنيا والتي تمثل أيضاً 27% من أفراد العينة الاستطلاعية وهي التي تحصلت على درجات أدنى في المقياس، وتمّ استبعاد نسبة 46% المتحصلة على درجات وسطى.

وبعد ذلك طبق اختبار T_{test} لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، والذي يعتبر مؤشراً على درجة صدق المقياس، ويوضح الجدول الموالي النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 22: معامل الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس التعاطف الوجداني

N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
26	193.9615	13.35210	8.993	0,01
26	142.8077	25.74804		

يكشف الجدول رقم (22) عن أنّ قيمة ت دالة إحصائياً عند مستوى 0,01، وهذا يشير إلى دلالة

الفرق بين متوسطي المجموعتين، وهذا يعني أنّ المقياس صادق.

بناءً على ما سبق، فقد أجريت عدة طرق لفحص مدى صدق المقياس، ووجدت جميع النتائج بأنّ

المقياس صادق ويمكن الوثوق في نتائجه.

هـ- ثبات المقياس

لأجل التأكد من ثبات المقياس، والذي يحتوي على 45 بنداً، تم استخدام طريقتين: أولهما طريقة ألفا كرونباخ وثانيهما طريقة التجزئة النصفية.

1- طريقة ألفا كرونباخ:

تمّ حساب معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لمقياس التعاطف الوجداني، وكانت قيمته كما هي موضحة في الجدول رقم (23).

جدول رقم 23: معامل الثبات لمقياس التعاطف الوجداني عن طريق ألفا كرونباخ

Cronbach's Alpha	N of Items
.981	45

يتبين من الجدول رقم (23) أنّ قيمة معامل ألفا كرونباخ هي 0.981، وهي قيمة مرتفعة جداً، ممّا يدل على أنّ المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- طريقة التجزئة النصفية:

تمّ حساب هذا النوع من الثبات من خلال تقسيم المقياس إلى نصفين متكافئين، يمثل الجزء الأول 23 بنداً، ويمثل الجزء الثاني 22 بنداً الباقيين. وبعد ذلك حسب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان- براون Spearman-Brown ومعادلة جتمان Guttman، والنتائج التي تمّ التحصل عليها موضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم 24: معامل الثبات لمقياس التعاطف الوجداني عن طريق التجزئة النصفية

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.964
		N of Items	23 ^a
	Part 2	Value	.964
		N of Items	22 ^b
	Total N of Items		45
Correlation Between Forms			.956
Spearman–Brown Coefficient	Equal Length		.977
	Unequal Length		.977
Guttman Split–Half Coefficient			.977

a. The items are: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, and 23.

b. The items are: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, and 45.

يتضح من الجدول أعلاه أنّ قيمة معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-

Brown هي 0,977، وتتساوى هذه القيمة مع قيمة الثبات باستخدام معادلة جتمان Guttman، وهي

قيمة مرتفعة، تدل على أنّ المقياس توفر له درجة عالية من الثبات تناسب أغراض البحث العلمي وتحقق

موثوقية في ثبات نتائجه عند تطبيقه، ويدعم هذا التناسق قيم ألفا كرونباخ في الجزأين الأول والثاني

المتساويتين وقدرت بـ 0.964.

من خلال معاملات الثبات التي تمّ حسابها بطريقتين مختلفتين، تبين أنّ هذا المقياس يتمتع بدرجة

عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة ويمكن الوثوق بنتائجه.

وبناءً على النتائج السابقة المتعلقة بالصدق والثبات، يتضح أنّ مقياس التعاطف الوجداني يتمتع بشروط سيكومترية مرضية يمكن الاطمئنان إليها. ولهذا تم اعتماد هذا المقياس كأحد أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة.

وتجدر الإشارة إلى أنّه تمّ حذف ثمانية بنود من مقياس التعاطف الوجداني، وذلك بعد تطبيق المقياس على الأطباء وإبدائهم ملاحظات حولها، وهذه البنود هي: 07، 09، 17، 32، 33، 37، 38، والبند رقم 44، ليصبح بذلك عدد بنود 37 بنداً، كما أنّه تمّ تعديل صياغة البنود 14، 16 و 40. وعلى هذا يُصبح ترقيم البنود السالبة كما يلي: 08، 11، 21، 24، 25، 28 و 36.

4.2.3.6. ترجمة الاستبيان

قام الباحث بترجمة الاستبيان من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية، حتّى يتمكن الأطباء من اختيار اللغة التي يفضلونها في الإجابة. ثم خضعت هذه الترجمة للعديد من المراجعات من قبل متخصصين في اللغة الفرنسية ممن يتقنون اللغة العربية أيضاً. فقد طلب من هؤلاء المتخصصين أن يقوموا بمراجعة المقاييس التي هي باللغة الفرنسية بحيث يكون أسلوبها مطابق تماماً لتلك المقاييس المصاغة باللغة العربية، ويفهم القارئ لهذه المقاييس سواء كانت باللغة العربية أو الفرنسية نفس الشيء. ولهذا ينبغي أن تكون الصياغة باللغة الفرنسية تؤدي نفس المعنى لتلك التي هي باللغة العربية.

4.6. حدود الدراسة

قبل التطرق على حدود الدراسة ينبغي الإشارة إلى أنّه تمّ الاعتماد في الدراسة الأساسية على تطبيق الاستبيان المدرج في الملحق رقم 03، الذي تمّ تعديله بناءً على نتائج الدراسة الاستطلاعية.

- الحدود الزمانية:

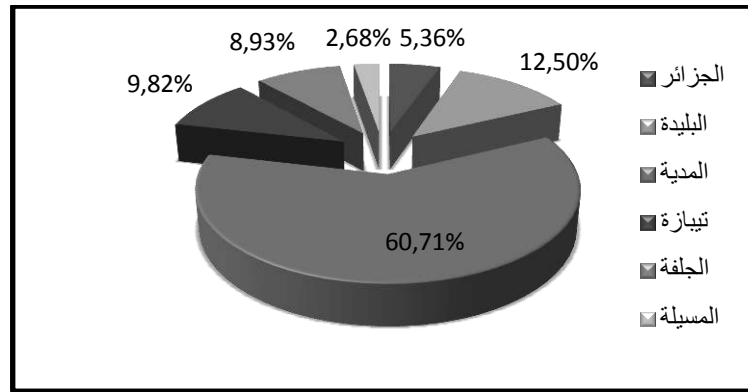
امتدت الدراسة الميدانية لهذا البحث من شهر فيفري 2012 إلى غاية نهاية شهر جوان 2012، أي أنها استغرقت حوالي 05 أشهر.

- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة على الأطباء العامين والمختصين العاملين بالعيادات المتعددة الخدمات أو المؤسسات العمومية الاستشفائية أو المؤسسات الاستشفائية الجامعية، في كل من الولايات التالية: الجزائر، البلدية، المدية، تيبازة، الجلفة والمسيلة، ولم يكن اختيار هذه الولايات على أساس معين، وإنما نظراً لإمكانية الباحث للاتصال بهم مباشرة أو عن طريق الوسطاء.

جدول رقم 25: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الولاية

الولاية	عدد الأطباء	%
الجزائر	6	5,36%
البلدية	14	12,50%
المدية	68	60,71%
تيبازة	11	9,82%
الجلفة	10	8,93%
المسيلة	3	2,68%
المجموع	112	100%



شكل رقم 18: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الولاية

يتضح من الجدول والشكل في الأعلى أنه تتمركز نسبة كبيرة من عينة الدراسة في الوسط (المدينة) بنسبة 60,71%، وتلي هذه النسبة ولايات الشمال (الجزائر، البلدية وتيبازة) حيث تقدر نسبة الأطباء فيهم بـ 27,68%، وتمتد عينة الدراسة قليلاً نحو الجنوب والمتمثلة في ولاية الجلفة بنسبة 8,93%.

- الحدود البشرية:

تم تطبيق استبيان الدراسة على 112 طبيب عام ومختص (من مختلف التخصصات)، كلهم عاملين بالقطاع العمومي، سواء بالعيادات المتعددة الخدمات أو المؤسسات العمومية الاستشفائية أو المؤسسات الاستشفائية الجامعية (CHU، EPH، EPSP)، متوسط عمرهم 33,5 سنة.

سوف نتطرق بالتفصيل لأهم الخصائص المميزة لأفراد العينة لاحقاً.

5.6. عينة البحث

1.5.6. نوع العينة

لم يكن اختيار عينة البحث بطريقة عشوائية نظراً لصعوبة اختيارها بهذه الطريقة مع فئة الأطباء، ذلك لأنه ليس كل الأطباء يرغبون في المشاركة في البحث، إضافة إلى أنه احتمال مقابلة الطبيب الذي

تمّ اختياره بطريقة عشوائية ليس دائماً ممكناً، ويعود عدم إيجاد الطبيب الذي تمّ اختياره لطبيعة عمله (خصوصاً المناوبات الليلية). وكذلك عدد كبير من الأطباء لا يرجعون استمارات البحث، أو لا يملؤون كل الإجابات. كما أنّ البحث عن كل طبيب حتّى يتمّ إيجاده ويوافق على المشاركة في البحث ويعيد الاستبيان يأخذ وقت طويل جداً.

لهذا تمّ اختيار عينة البحث بطريقة قصدية، حيث أنّ احتمال اختيار فرد معين غير معلوم مسبقاً، وبالتالي تعتبر عينة البحث غير عشوائية متاحة، بمعنى مقابلة عدد محدود للحصول على جميع البيانات المطلوبة طبقاً لهدف البحث، أو القيام بمقابلة أي فرد من أفراد المجتمع تتواجد أمامه أو يقع اختياره عليها حتّى يشكل العدد المطلوب [138]، ص 57.

2.5.6. طريقة اختيار العينة

لأنّ اختيار الأطباء لم يكن بطريقة عشوائية، فقد تمّ التوجه إلى العيادات المتعددة الخدمات والمصالح الموجودة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وكذلك بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية، وتمّ البحث عن الأطباء الذين يعملون بهذه المصالح، ومن ثمّ مقابلتهم وتعريفهم بسبب المجيء إليهم وشرح لهم الهدف من البحث، وترك الحرية لهم في قرار المشاركة أو عدم المشاركة في البحث -حسب رغبة كل طبيب- إذ يكفي أن يكون الطبيب عاملاً بالمصالح السابقة، سواء كان عاماً أو مختصاً ليتمّ اعتباره فرداً من أفراد العينة ويناسب أغراض هذا البحث. وكذلك تمّ الحصول على جدول الأطباء المناوبين ليلاً، التابعين لمؤسسة عمومية للصحة الجوارية واحدة والذين يعملون في أماكن مختلفة قصد تسهيل الوصول إليهم دون أن يتمّ التنقل لكل المناطق، في حين يستطيع الباحث الاتصال بهم في العيادات المتعددة الخدمات المجاورة.

لقد تمّ احترام رغبة الأطباء الذين لم يرغبوا في المشاركة في البحث، وتمّ توزيع الاستبيانات على الأطباء الذين رغّبوا في المشاركة. وبعدها شرحت لهم كيفية الإجابة، وإعلامهم بوجود نسختين من الاستبيان واحدة باللغة العربية والأخرى بالفرنسية، وترك الاختيار لهم لاختيار اللغة التي يفضلونها في الإجابة، وترك لهم الاستبيان حسب اللغة المفضلة. وإذا سمح وقت الطبيب وعدم وجود المرضى في قاعة الانتظار يتم انتظار الطبيب حتّى إنهاء الإجابة، أمّا بالنسبة للأطباء الذين لم يسمح وقتهم بالإجابة في ذلك اليوم، تمّ ترك الاستبيان لهم وتحديد موعد لاسترجاعه. ومن المؤكد أنّ هناك عدد كبير من الأطباء لا يعيدون الاستبيان في الوقت المحدد لذلك اضطر الباحث للاتصال بهم عدة مرات، كما أنّه هناك البعض لا يرجعون الاستبيان، والبعض منهم يضيعونه وآخرون لا يكملون الإجابة على جميع عبارات المقياس ممّا اضطر الباحث لإلغائها. ولهذا أخذت المرحلة التطبيقية وقتاً طويلاً من الباحث حيث أنّ عملية استرجاع الاستبيانات من الأطباء استغرقت مدة طويلة.

ولأجل توزيع عدد أكبر من استبيانات الدراسة على الأطباء، تمّ الاستعانة بمجموعة من الزملاء الأخصائيين النفسيين الذين يعملون في مجال الصحة وعددهم 05، ليوزعوا الاستبيان على الأطباء الذين يعملون معهم، وبالتأكيد لم تسترجع جميع الاستبيانات الموزعة إلاّ أنّهم ساهموا نوعاً ما في تسهيل البحث الميداني.

3.5.6. خصائص العينة

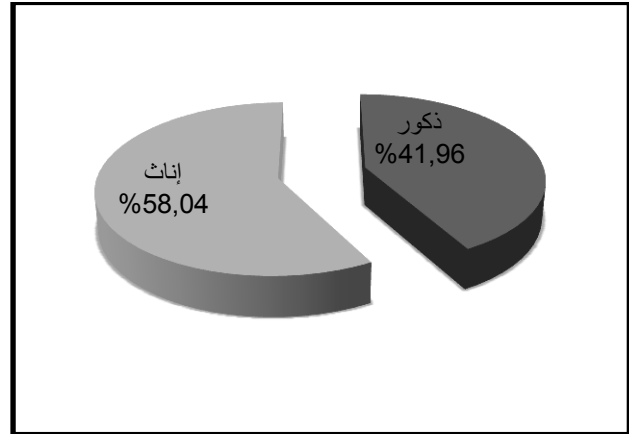
تمّ توزيع الاستبيان على 308 من الأطباء (المتخصصين وغير المتخصصين) الذين يعملون بالقطاع العمومي، نظراً لأنّ المقابلة الفردية تأخذ وقتاً كبيراً ولا يملك جميع الأطباء الوقت لإجراء المقابلة؛ تمّ استرجاع 135 استبياناً، ألغي منها 23 استبياناً لعدم إجابة الأطباء على بعض البنود. وعلى هذا

تكونت عينة الدراسة من 112 طبيباً منهم 45 ذكوراً و64 إناثاً، يتراوح سنّهم ما بين 25 و54 سنة بمتوسط عمري 33,5 سنة، يعملون بالقطاع العمومي.

تتميز خصائص عينة الدراسة حسب متغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الخبرة، الاختصاص والمصلحة على النحو التالي:

جدول رقم 26: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	المجموع	%
ذكور	47	41,96%
إناث	65	58,04%
المجموع	112	100%



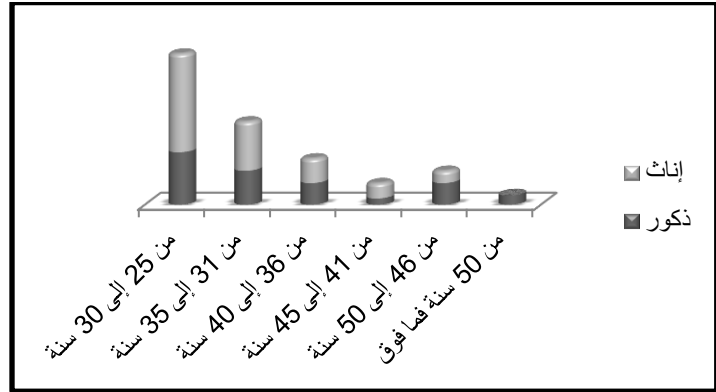
شكل رقم 19: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

يبين الجدول السابق أنّ نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور، لكنّها لا تفوقها بكثير، حيث قدرت

نسبة الذكور بـ 41,96% مقابل نسبة 58,04% من الإناث.

جدول رقم 27: توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

السن	ذكور	إناث	المجموع	%
من 25 إلى 30 سنة	17	32	49	43,75%
من 31 إلى 35 سنة	11	16	27	24,11%
من 36 إلى 40 سنة	7	8	15	13,39%
من 41 إلى 45 سنة	2	5	7	6,25%
من 46 إلى 50 سنة	7	4	11	19,30%
من 50 سنة فما فوق	3	0	3	5,26%
المجموع	47	65	112	100%

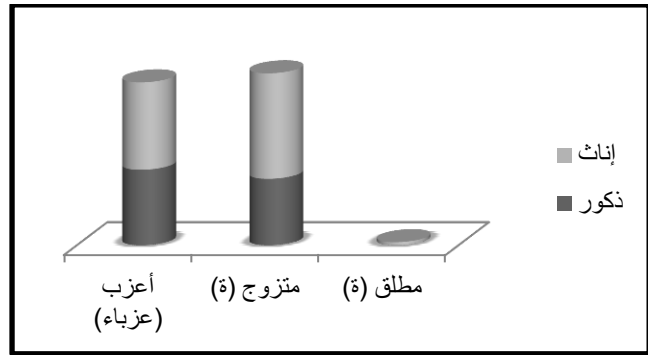


شكل رقم 20: توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

نلاحظ من الجدول والشكل السابقين أنَّ أفراد العينة يتراوح سنهم بين 25 وما فوق 50 سنة بمتوسط عمري 33,5 سنة، وأعلى نسبة منهم في سن يتراوح بين 25 و 30 سنة بنسبة 43,75% والتي تتكون من نسبة إناث تقارب حوالي ثلثين من نسبة الذكور، تليها الفئة ما بين 31 و 35 سنة بنسبة 24,11%، والنسبة الأقل هي التي تفوق 50 سنة بنسبة 5,26% جميعها من الذكور. وهذا يعني أنَّ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة من فئة الشباب.

جدول رقم 28: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	ذكور	إناث	المجموع	%
أعزب (عزباء)	25	29	54	48,21%
متزوج (ة)	22	35	57	50,89%
مطلق (ة)	0	1	1	0,89%
المجموع	47	65	112	100%



شكل رقم 21: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

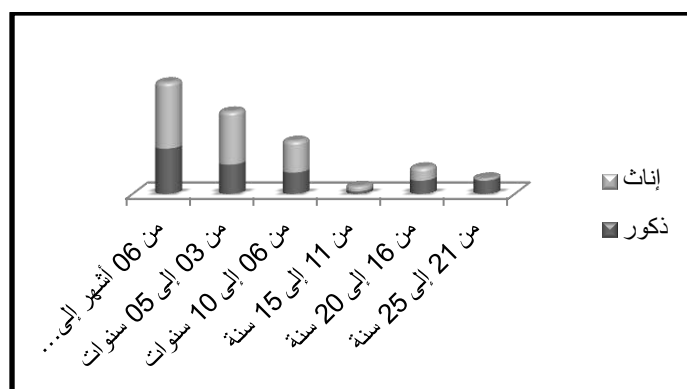
يتضح من الشكل السابق أنه لا يوجد فرق كبير في عدد الأطباء بين المتزوجين وغير المتزوجين،

مع نسبة 0,89% من المطلقين.

جدول رقم 29: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

الخبرة	ذكور	إناث	المجموع	%
من 06 أشهر إلى 02 سنتين	17	25	42	37,50%
من 03 إلى 05 سنوات	11	20	31	27,68%
من 06 إلى 10 سنوات	8	12	20	17,86%
من 11 إلى 15 سنة	1	2	3	2,68%

الخبرة	ذكور	إناث	المجموع	%
من 16 إلى 20 سنة	5	5	10	8,93%
من 21 إلى 25 سنة	5	1	6	5,36%
المجموع	47	65	112	100%

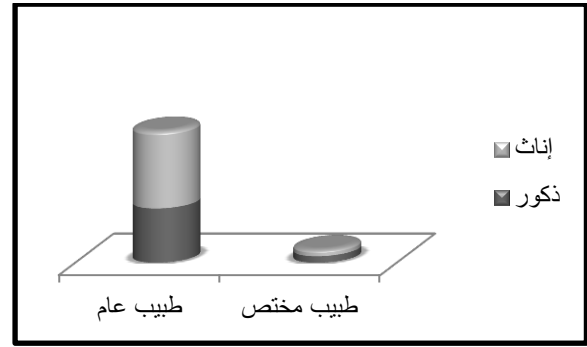


شكل رقم 22: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

نلاحظ من الجدول والشكل السابقين أنّ أفراد العينة تتراوح مدة خبرتهم بين 06 أشهر و25 سنة، وأعلى نسبة منهم هي فئة المبتدئين الذين تتراوح مدة خبرتهم بين 06 أشهر وستين بنسبة 37,50%، تليها الفئة ما بين 03 إلى 05 سنوات بنسبة 27,68%، أمّا النسبة الأقل من حيث مدة الخبرة هي الفئة ما بين 11 إلى 15 سنة بنسبة 2,68% والفئة ما بين 21 إلى 25 سنة بنسبة 5,36%. وهذا يتماشى مع ميزة أفراد العينة التي يعتبر أغلبها من فئة الشباب.

جدول رقم 30: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الاختصاص

الاختصاص	ذكور	إناث	المجموع	%
طبيب عام	42	60	102	91,07%
طبيب مختص	5	5	10	8,93%
المجموع	47	65	112	100%



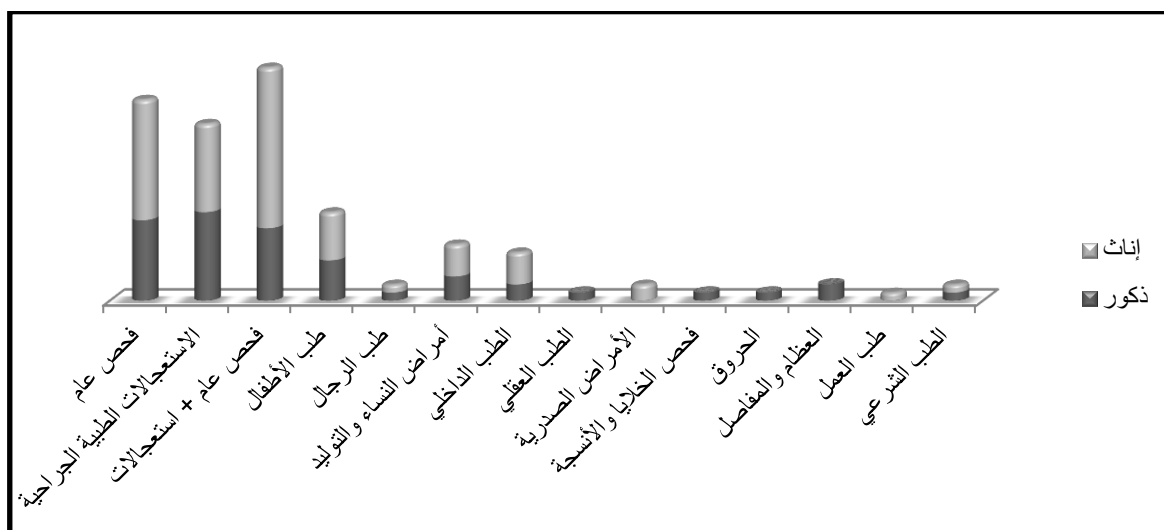
شكل رقم 23: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الاختصاص

يلاحظ من الجدول والشكل السابقين أنّ هناك فرق كبير في نسبة الأطباء العامين والمتخصصين لصالح الأطباء العامين والتي بلغت نسبتهم 90,38%. وتجدر الإشارة أنّ تخصصات الأطباء المختصين تضم ما يلي: علم التشريح والخلايا، الأمراض العقلية، أمراض النساء والتوليد، الأمراض المعدية، الطب الداخلي، طب الأعصاب، والطب الشرعي. ورغم وجود هذا الفرق بين نسبة الأطباء المختصين وغير المختصين إلا أنّ هدف الدراسة لم يكن مرتبط كثيرا بهذا المتغير (الاختصاص).

جدول رقم 31: توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة

المصلحة	ذكور	إناث	المجموع	%
فحص عام	10	15	25	22,32%
الاستعدادات الطبية الجراحية	11	11	22	19,64%
فحص عام + استعدادات	9	20	29	25,89%
طب الأطفال	5	6	11	9,82%
طب الرجال	1	1	2	1,79%
أمراض النساء والتوليد	3	4	7	6,25%
الطب الداخلي	2	4	6	5,36%
الطب العقلي	1	0	1	0,89%

المصلحة	ذكور	إناث	المجموع	%
الأمراض الصدرية	0	2	2	1,79%
فحص الخلايا والأنسجة	1	0	1	0,89%
الحروق	1	0	1	0,89%
العظام والمفاصل	2	0	2	1,79%
طب العمل	0	1	1	0,89%
الطب الشرعي	1	1	2	1,79%
المجموع	47	65	112	100%



شكل رقم 24: توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة

يلاحظ من الجدول والشكل السابقين أنَّ نسبة كبيرة من الأطباء يعملون في مصلحة الفحص الطبي العام، بالإضافة إلى قيامهم بالمناوبة الليلية بمصالح الاستعجالات المفتوحة حالياً على مستوى العيادات المتعددة الخدمات. تليها الأطباء الذين يقومون بالفحص العام بنسبة 22,32%، والأطباء الذين يعملون بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية بنسبة 19,64%، أما باقي المصالح فتشمل نسبة قليلة من الأطباء تتراوح بين 9,82% و 0,89%.

6.6. أدوات تحليل البيانات

بعد تفريغ بيانات الدراسة تمت معالجتها بصورة كمية دقيقة من خلال العديد من الأساليب الإحصائية، وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS الذي يتميز بتسهيل عمليات الحساب وبسرعة إظهار نتائجها ودقتها. وتختلف الأساليب المستعملة باختلاف طبيعة كل فرضية من فرضيات البحث، حيث تفرض كل فرضية أسلوباً معيناً للتحقق من مدى صحتها. وتتمثل الأساليب الإحصائية فيما يلي:

1.6.6. أدوات الإحصاء الوصفي

- النسب المئوية والرسوم البيانية لوصف خصائص عينة البحث.
- المتوسط الحسابي $\bar{X}$ وهو من مقاييس النزعة المركزية، لمعرفة القيمة التي تتمركز حولها جميع القيم.
- الانحراف المعياري SD وهو من مقاييس التشتت، لمعرفة تمركز القيم وتشتتها عن المتوسط.

2.6.6. أدوات الإحصاء الاستدلالي

- معامل ارتباط بيرسون: تم استخدامه للتأكد من صدق الاتساق الداخلي للمقاييس. كما أنه استعمل لدراسة قوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي والتعاطف الوجداني، وبين الضغط النفسي وسمات الشخصية (العوامل الخمسة للشخصية)، وبين التعاطف الوجداني وسمات الشخصية.
- اختبار T_{test} : استخدم لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطين.
- معامل ألفا كرونباخ: استخدم لحساب معامل ثبات مقاييس البحث.
- معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown ومعادلة جتمان Guttman: تم استخدامها لحساب ثبات المقاييس عن طريق التجزئة النصفية.

- **معامل الانحدار المتعدد R:** لمعرفة التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني، والتي نفترض أنّها تتسبب للضغط النفسي أكثر ممّا تتسبب لسمات الشخصية (العوامل الخمسة للشخصية).
- **تحليل التباين F:** استخدم لمعرفة دلالة الفروق بين أكثر من متوسطين.
- **معامل بيتا Beta:** لمعرفة نسبة التغير التي يحدثها الضغط النفسي وكل سمة من السمات الخمس للشخصية في متغير التعاطف الوجداني.

7.6. إجراءات الدراسة

- تم إنجاز هذا البحث بناءً على العديد من الخطوات يمكن تلخيصها فيما يلي:
- الإطلاع على الأدبيات ذات العلاقة بموضوع البحث من إطار نظري ودراسات سابقة والمقاييس التي لها علاقة بمتغيرات البحث، والقيام بجمع هذه الأدبيات وتصنيفها في الدراسة.
- انتقاء المقاييس التي ارتأى الباحث مناسبتها لموضوع بحثه، والقيام بإدخال بعض التعديلات عليها بما يتناسب وموضوع البحث وطبيعة العينة التي سوف تجرى عليها الدراسة. وبناء مقياس التعاطف الوجداني.
- عرض المقاييس على مجموعة من المحكمين لأبداء آرائهم وملاحظاتهم حولها.
- إعداد المقاييس في صورتها الأولية بعد تعديلها وفقاً لآراء وملاحظات المحكمين، وذلك في شكل استبيان الذي يتضمن في البداية موضوع البحث والهدف من إجرائه، وكذلك تعليمات حول كيفية الإجابة على الاستبيان، متبوعة بالمعلومات الشخصية للطبيب دون ذكر الاسم، وبعدها تضمن المقاييس الثلاث التي تقيس متغيرات البحث.
- ترجمة المقاييس إلى اللغة الفرنسية، حتى يتسنى للأطباء اختيار اللغة التي يفضلها في الإجابة.

- عرض المقاييس على مختصين ممن يتقنون كلتا اللغتين العربية والفرنسية، للتحقق من تطابق المقاييس باللغة العربية مع المقاييس المترجمة باللغة الفرنسية.

- تطبيق استبيان الدراسة على مجموعة مكونة من 52 طبيباً في دراسة استطلاعية قام بها الباحث، الهدف منها تعديل أسئلة الاستبيان ودراسة صدق وثبات المقاييس. وكان ذلك بطريقة فردية من خلال إجراء مقابلات مع هؤلاء الأطباء. تضمنت المقابلة أسئلة مغلقة -المدرجة في الملحق رقم 01- وسؤال مفتوح في مقياس الضغط النفسي.

- القيام بتسجيل الملاحظات التي أعطاها الأطباء حول عبارات الاستبيان، والتصريحات التي تم التعبير عنها حول طبيعة عملهم غير الموجودة في الاستبيان.

- تفريغ البيانات المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية، ودراسة الخصائص السيكومترية للاستبيان.

- بعد ذلك حُذفت بعض العبارات من المقاييس لعدم ملاءمتها، وإعداد الاستبيان في صورته النهائية - المدرج في الملحق رقم 03-.

- توزيع الاستبيان على 308 من الأطباء، تم استرجاع 135 استبياناً، ألغي منها 23 استبياناً لعدم الإجابة على بعض البنود، وعلى هذا أجريت الدراسة الأساسية على عينة مكونة من 112 طبيباً.

- القيام بتفريغ بيانات الاستبيان من أجل معالجتها إحصائياً للإجابة عن تساؤلات البحث والتحقق من فروضه.

- معالجة البيانات إحصائياً وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة وتقديم التفسيرات المحتملة للنتائج الكمية، وذلك بالرجوع إلى الدراسات السابقة، وإلى الملاحظات الميدانية.

- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة وتقديم التوصيات والبحوث المقترحة والتي ترتبط بنتائج الدراسة.

الفصل 7

عرض ومناقشة النتائج

تمّ تخصيص الفصل الأخير من هذه الدراسة لعرض نتائج البحث وتحليلها ومناقشتها في ضوء فرضيات البحث للتأكد من مدى صحتها، والقيام بتفسير هذه النتائج اعتماداً على الإطار النظري الذي تمّ تبنيه، والخروج من كل هذه النتائج والتفسيرات باستنتاج عام للدراسة.

ولكن قبل عرض نتائج فرضيات البحث ومناقشتها، سوف يتم عرض وتحليل لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي تتعلق بمتغيرات البحث.

1.7. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بمتغيرات البحث

1.1.7. الضغط النفسي

بعد تفريغ بيانات الدراسة وحساب درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي -المدرج في الملحق رقم 03- يتحصل كلّ فردٍ على درجة تتراوح بين 40 و 200 درجة، وتُلخص النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم 32: نتائج أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي

93,9464286	المتوسط الحسابي
20,7541765	الانحراف المعياري
48	الدرجة الدنيا
144	الدرجة القصوى
57	تكرار الأطباء تحت المتوسط
55	تكرار الأطباء فوق المتوسط
112	N

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ درجات الأطباء على مقياس الضغط النفسي تراوحت بين 48 و144، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي 93,94 بانحراف معياري يقدر بـ 20,75. كما وجدت الدراسة أنّ 57 طبيباً أي ما يعادل 50,89% كانت درجاتهم أقل من المتوسط، بينما 49,11% من الأطباء كانت درجاتهم أكبر من المتوسط.

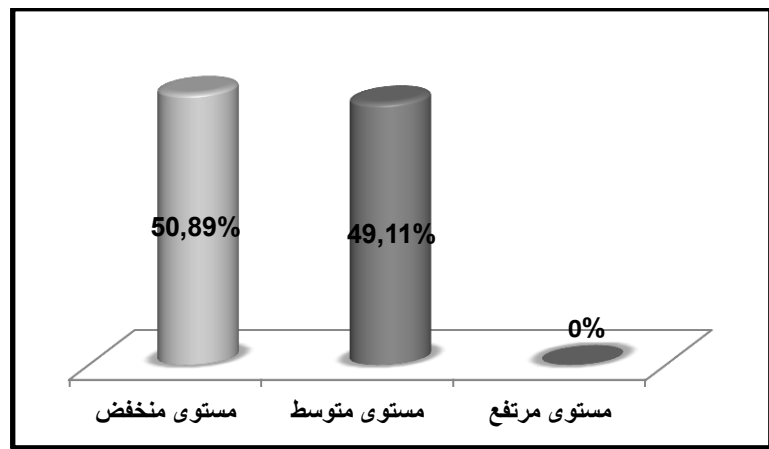
ولأجل التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء، تمّ تصنيف درجات الأطباء على مقياس الضغط النفسي في ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض: من 40 إلى 93.
- مستوى متوسط: من 94 إلى 147.
- مستوى مرتفع: من 148 إلى 200.

ثمّ بعد ذلك تمّ حساب التكرارات والنسب المئوية لكل مستوى من مستويات الضغط النفسي وكانت النتائج المتحصل عليها كما هي ممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم 33: مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة

مستوى الضغط النفسي	التكرار	%
مستوى منخفض	57	50,89%
مستوى متوسط	55	49,11%
مستوى مرتفع	0	0%



شكل رقم 25: مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة

بالرغم من أنه لم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود مستوى ضغط نفسي مرتفع لدى الأطباء، وأن نسبة 50,89% من الأطباء يعانون من مستوى ضغط نفسي منخفض، إلا أنه نلاحظ من خلال الجدول والشكل السابقين أن مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء يميل إلى الارتفاع، فهو يفوق المتوسط لدى نصف الأطباء تقريباً بنسبة قدرت بـ 49,11%، وهي نسبة معتبرة.

وتقترب هذه النتيجة من نتائج الدراسات الأخرى، فقد توصلت الدراسات السابقة إلى أن معدل انتشار الضغط النفسي تراوحت بين 16,9% إلى 52% بين الأطباء في المملكة المتحدة، و 30,7% إلى 41% بين الأطباء في أستراليا. كما توصلت الدراسات في العراق إلى أن 55,7% من الأطباء كان

مستوى الضغط لديهم مرتفع أو متوسط، بينما بلغت نسبة انتشار الضغط النفسي بين الأطباء في اليمن 27% [122].

ويمكن تفسير ارتفاع معدل انتشار الضغط النفسي لدى الأطباء باعتبار أنّ مهنة الطب هي من بين المهن التي تُفرض عليها متطلبات مُجهدة، نذكر منها كثافة العمل وطبيعته، فغالباً ما يكون الطبيب مطالباً بإنجاز مهام كثيرة في وقت محدد، ومعاينة عدد هائل من المرضى يومياً، وعمله لساعات طويلة، وأحياناً إنجاز بعض الأعمال على نحوٍ مسرعٍ كما هو الحال بالنسبة لقسم الاستعجالات. إضافةً إلى ذلك فإنّ المسؤولية عن الآخرين تولّد ضغطاً كبيراً لدى الطبيب، حيث يشعر بأنّ لديه مسؤولية عن حياة المرضى وعن صحتهم، ويكون لديه خوف من ارتكاب أخطاء في عمله، خصوصاً لدى بعض الأطباء ممن لديهم يقظة ضمير مرتفعة Conscientieux.

كما أنّ هناك عوامل أخرى يمكن أن تُفسر من خلالها ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء الجزائريين -على وجه الخصوص- والتي تعود أساساً إلى بيئة العمل غير المناسبة وندرة الموارد مقارنة مع الدول الغربية. وسوف يتم مناقشة هذه العوامل لاحقاً في مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء.

ولمعرفة الفروق بين الذكور والإناث في الضغط النفسي، تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث على مقياس الضغط النفسي، والجدول الموالي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول رقم 34: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث في الضغط النفسي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Masculin	47	108.7872	23.10085	3.36961
Féminin	65	112.4308	22.67293	2.81223

يلاحظ من الجدول رقم (34) أنَّ متوسط الإناث على مقياس الضغط النفسي يقدر بـ 112.43، وهو يفوق متوسط الذكور الذي يساوي 108.78. وهذا ما أكدته الدراسة التي أجريت في المملكة العربية السعودية، أنَّ انتشار الضغط النفسي لدى الأطباء كان أعلى بكثير لدى النساء مقارنة بالرجال [122]. كما أكدت دراسة ج. و. جوزيفين G. W. Josephine، أنَّ الطبيبات الإناث هم أكثر عرضة للضغط النفسي من الذكور [6].

ويمكن تفسير ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى النساء من خلال حقيقة أنه بالإضافة إلى الظروف نفسها التي يواجهها الرجل والمرأة في مكان العمل، فإنَّ النساء لديهنَّ عبء آخر يمثلته واجباتهن الأسرية ورعاية الأطفال، فهنَّ بذلك تواجهن ضغوطاً إضافية من أجل تحقيق التوازن بين أدوارهن الطبية والمنزلية بالمقارنة مع الأطباء الذكور. فقد تغير دور المرأة في المجتمعات العربية، وأصبحت تشارك أسرتها في تحمل المسؤولية، ويقع عليها أيضاً -إضافةً إلى عبء العمل- عبء الحياة سواءً كانت غير متزوجة أو متزوجة، فهي تتحمل أكثر بزيادة مصادر الضغوط الناتجة عن الواجبات المنزلية وتربية الأولاد وتوفير الراحة للعائلة (الضغوط الناتجة عن الدور الأسري).

ومن أجل التأكد من دلالة الفرق بين متوسطي الذكور والإناث على مقياس الضغط النفسي، تمَّ استخدام اختبار ت، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (35):

جدول رقم 35: اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في الضغط النفسي

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	.078	.780	-.833	110	.407	-3.64354	4.37566	-12.31507	5.02800
Equal variances not assumed			-.830	98.167	.408	-3.64354	4.38895	-12.35308	5.06601

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ قيمة t هي غير دالة عند مستوى دلالة 0,05، وهذا يعني

أنّ الفرق الملاحظ بين متوسطي الذكور والإناث على مقياس الضغط النفسي غير دال إحصائياً.

وعليه يمكن القول أنّه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في متغير الضغط النفسي.

وبهدف معرفة الفروق بين مختلف الفئات العمرية في الضغط النفسي، تمّ حساب المتوسط الحسابي

والانحراف المعياري لكل فئة عمرية على مقياس الضغط النفسي، والجدول الموالي يوضح النتائج

المتحصل إليها:

جدول رقم 36: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب السن

السن	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
من 25 إلى 30 سنة	49	94,24	20,88
من 31 إلى 35 سنة	27	100,48	18,49
من 36 إلى 40 سنة	15	86,87	25,08
من 41 إلى 45 سنة	7	89,29	19,37
من 46 سنة فما فوق	14	90,21	19,00
المجموع	112	93,95	20,75

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنّ الفئات الأكثر شباباً والتي تقع بين 25 و 35 سنة لديها مستوى

ضغط نفسي أعلى من المتوسط، بينما كان مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء الذين يفوق سنهم 36

سنة منخفض وأقل من المتوسط.

وبناءً على هذا فإنّ الضغط النفسي ينخفض لدى الأطباء مع التقدم في السن، وهذا ما أكدته دراسة

ج. و. جوزيفين G. W. Josephine، أنّه بالرغم من أنّ درجة الضغط هي مرتفعة لدى جميع الأطباء،

إلاّ أنّ الأطباء الأصغر سناً هم أكثر تعرضاً للضغط النفسي من الأطباء الآخرين [6]. كما تؤكد دراسة زاینال Zainal ودازن Dasen (1999) على أنّ مستويات الضغط النفسي لدى الأطباء تتراجع مع التقدم في السن [118].

وتفسر بعض الدراسات السبب الذي يجعل الأطباء الصغار لديهم مستوى عالي من ضغوط العمل من الأطباء الأكبر سناً إلى أنّهم لديهم خبرة محدودة في مهارات التواصل مع المرضى، وبالأخص عندما يكون هناك عدد المرضى كبير جداً، ممّا يؤدي إلى تزايد ضغط العمل لديهم. كما أنّهم أقلّ نضجاً وتعرضاً للضغوط فهم في بداية حياتهم العملية وتحمل بعض المسؤوليات التي لم يألفوها من قبل، لذلك يتبعون في كثير من الأحيان أساليب سلبية في مواجهتهم للضغوط التي يتعرضون لها. في حين أنّ التقدم في العمر يكسب الفرد خبرة في الحياة والتعامل مع ضغوطها، لأنّه كلما تقدّم الفرد في العمر أصبح أكثر إدراكاً وتكيفاً مع الضغوط، حيث أنّ تعرضه خلال حياته للعديد من المواقف الصعبة والضاغطة يجعله أكثر مقاومة لضغوط الحياة سواء كان في مجال عمله أو خارجه.

وعلى عكس ذلك أثبتت دراسات أخرى أنّ الأطباء الذين لديهم 40 سنة فما فوق يظهرون درجات أعلى من الضغط من أولئك الأطباء الشباب، وأنّ الضغط يتزايد مع تزايد اقتراب عمر التقاعد [125]، ص45، وهذا ما يفسر عودة ارتفاع مستوى الضغط النفسي في هذه الدراسة لدى الأطباء الذين فاق سنهم 46 سنة. ولذلك فإنّ اقتراب سن التقاعد يسبب أيضاً ضغطاً على الأطباء لأنّهم يجهلون كيف ستكون حياتهم، بعدما كانوا أفراد فعالين في المجتمع.

أمّا بالنسبة لمعرفة الفروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في الضغط النفسي، فقد تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المجموعتين على مقياس الضغط النفسي، والجدول الموالي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول رقم 37: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في الضغط

النفسي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Non-marié	55	110.2182	21.79678	2.93908
marié	57	111.5614	23.94340	3.17138

يلاحظ من الجدول رقم (37) أنّ متوسط المتزوجين على مقياس الضغط النفسي يقدر بـ 111.56، وهو يفوق بقليل متوسط غير المتزوجين الذي قدر بـ 110.21.

وعلى الرغم من أنه لم يجد الباحث دراسات أكدت على وجود فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في مستوى الضغط النفسي، وكذلك إنّ طبيعة هذه المهنة هي ضاغطة على كلتا الفئتين، إلاّ أنّه من الطبيعي ارتفاع متوسط الضغط النفسي لدى المتزوجين عن متوسط غير المتزوجين نظراً لزيادة المسؤوليات والأعباء الأسرية لدى الفئة الأولى.

ومن أجل التأكد من دلالة الفرق بين متوسطي المتزوجين وغير المتزوجين على مقياس الضغط النفسي، تمّ استخدام اختبار ت، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (38):

جدول رقم 38: اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في الضغط النفسي

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	.398	.530	-.310	110	.757	-1.34322	4.33117	-9.92659	7.24014
Equal variances not assumed			-.311	109.634	.757	-1.34322	4.32387	-9.91243	7.22599

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ قيمة t هي غير دالة عند مستوى دلالة 0,05، وهذا يعني أنّه لا توجد فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في متغير الضغط النفسي. كما أنّه لم تؤكد الدراسات كثيراً على وجود فرق في مستوى الضغط النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين.

ولأجل معرفة الفرق في الضغط النفسي حسب سنوات الخبرة، تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وتمّ توزيع سنوات الخبرة على 06 فئات كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 39: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب الخبرة

الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
من 0 إلى 02 سنتين	95,1666667	20,378033
من 03 إلى 05 سنوات	94,7096774	19,7284795
من 06 إلى 10 سنوات	96,65	25,4481413
من 11 إلى 15 سنة	79,3333333	17,2143351
من 16 إلى 20 سنة	90,9	19,3932978
من 21 إلى 25 سنة	84,8333333	16,5458958
المجموع	93,95	20,75

يلاحظ من الجدول أعلاه أنّ مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء الذين تقل مدة خبرتهم عن 10 سنوات يزيد عن المتوسط، بينما كان مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء الذين تزيد مدة خبرتهم عن 10 سنوات منخفض ويقل عن المتوسط، وهذا يدل على أنّه يمكن لمستوى الضغط النفسي أن ينخفض مع الأقدمية في العمل وتزايد سنوات الخبرة.

وفي هذا الصدد، يرى سامي الديبي Sami Al-Dubai أنّ الخبرة في العمل ترتبط بشكل كبير وسلبي بمستوى الضغط النفسي. وكذلك وجد كابور وآخرون Kapur et al (1998) أنّ مستويات الضغط

النفسي تتخفف مع تزايد الأقدمية الطبية [122]. وهذا يعني أنه كلما زادت أقدمية الطبيب في عمله، كلما زادت قدرته على تبني استراتيجيات أكثر فعالية للتعامل مع الضغوط التي تواجهه في عمله وفي الحياة بشكل عام. فالخبرة الطويلة تتيح الفرصة للأطباء باكتساب وتراكم العديد من المهارات والاستراتيجيات اللازمة لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها. في حين أنّ الأطباء الجدد وذوي الخبرات الأقل ما زالوا بحاجة إلى المزيد من الخبرة والمهارة لفهم نوعية العمل، واكتساب أساليب مناسبة للتعامل مع ضغوط العمل والمواقف الحياتية الضاغطة ككل، لذلك تكون الأساليب التي يستخدمونها في مواجهة الضغوط غير مناسبة في الكثير من الأحيان، ويظهر عليهم الانفعال كأسلوب للتعامل مع هذه الضغوط. ويعود ذلك إلى عدم تكيفهم مع العمل الجديد الذي يعملون فيه، وأحياناً إلى إحباط توقعاتهم عن العمل الذي كانوا ينتظرونه، وكذلك مواجهتهم للواقع المهني وظروفه بشكل عام.

أمّا فيما يتعلق بمتغير الاختصاص، ولأجل معرفة الفرق في مستوى الضغط النفسي بين تخصصات الأطباء المختلفة في هذه الدراسة، تمّ حساب المتوسط الحسابي لكل من الأطباء المختصين وغير المختصين، ووجدت الدراسة أنّ متوسط الضغط النفسي لدى الأطباء العامين قدر بـ 111.33، بينما بلغ 106.5 لدى الأطباء المختصين، وتوضح النتائج في الجدول الموالي:

جدول رقم 40: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب الاختصاص

الخبرة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
طبيب عام	102	111,333333	22,9421715
طبيب مختص	10	106,5	22,2023522
المجموع	112	93,95	20,75

وعلى الرغم من تأكيد الدراسات لدلالة الفروق بين التخصصات المختلفة في مستوى الضغط النفسي، وأنّ الأطباء العامين هم أكثر عرضة للضغط النفسي من الأطباء المختصين [139]. كما أكدت

الكثير من الدراسات أنّ الجراحين هم الأكثر معاناةً من الضغط النفسي، وأنّ أطباء الأشعة هم أقلّ عرضةً للضغط النفسي [140]، إلاّ أنّه لم يؤكد الباحث كثيراً في هذه الدراسة على الفرق بين الأطباء العامين والأطباء المختصين وعلى أهمية متغير الاختصاص، نظراً للفرق الكبير في العدد بين الأطباء العامين والأطباء المختصين، وكذلك محدودية تنوع الاختصاصات التي تتضمنها هذه الدراسة.

أمّا بالنسبة للفرق بين الأطباء في مستوى الضغط النفسي حسب المصلحة التي يعملون فيها، فقد توصلت الدراسة -من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري- إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم (41).

جدول رقم 41: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير الضغط النفسي حسب المصلحة

المصلحة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
فحص عام	95,36	21,6041663
الاستعجالات الطبية الجراحية	99,4545455	21,2103462
طب الأطفال	93,4	19,2423145
أمراض النساء والتوليد	96,8571429	25,7126984
الطب الداخلي	91,3333333	22,2231111

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنّ مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية تحتل الصدارة من حيث مستوى الضغط النفسي بمتوسط حسابي يقدر بـ 99,45 وانحراف معياري يقدر بـ 21,21، تليها مصلحة أمراض النساء والتوليد والفحص العام، حيث كان متوسط الأطباء على مقياس الضغط النفسي يفوق المتوسط لدى الأطباء الذين يعملون بهاتين المصلحتين بمتوسط 96,85 و 95,36 على التوالي. بينما تحتل مصلحة طب الأطفال ومصلحة الطب الداخلي المرتبة الأخيرة. إلاّ أنّ الدراسة التي أجريت في المملكة العربية السعودية أثبتت عكس ذلك، فقد وجدت أنّ معدل انتشار الضغط النفسي كان مرتفعاً لدى

الأطباء السعوديين الذين يعملون بمصلحة الطب الداخلي بنسبة بلغت 93%، كما كان مرتفعاً لدى الأطباء الذين يعملون بمصلحة طب الأطفال بنسبة بلغت 47% [122].

ولقد حاولت هذه الدراسة أن تُحصي أهم مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء، واتضح أنّ الأطباء يعانون من مصادر عديدة للضغط منها ما هو متعلق بظروف العمل مثل نقص المعدات والأجهزة، ويوجد من هذه المصادر ما يسببها المرضى ومرافقيهم مثل عدم احترام المرضى للأطباء، ومصادر أخرى للضغط تعود إلى العلاقة مع زملاء العمل، كما يعاني الأطباء من ضغوط تنظيمية كسوء التسيير الإداري وسوء العلاقة مع الإدارة.

ويمكن ترتيب أهم مصادر الضغط النفسي التي ذكرها الأطباء، ونسبها المئوية في الجدول التالي:

جدول رقم 42: مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء

أهم مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء	N	%
سوء التسيير الإداري	41	36,61%
نقص في المعدات والأجهزة والأدوية	40	35,71%
عدم الاحترام من قبل الزملاء في العمل	38	33,93%
تدخل أشخاص غريباء عن المهنة في عمل الطبيب	38	33,93%
انعدام النظام	37	33,04%
عدم الاحترام من قبل المرضى	36	32,14%
انعدام النظافة الصحية	34	30,36%
ظروف العمل السيئة	33	29,46%

%	N	أهم مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء
%28,57	32	الفوضى التي يحدثها المرضى في قاعة الانتظار
%27,68	31	تأثير العمل على الحياة الشخصية والأسرية
%25,89	29	فحص عدد كبير من المرضى
%24,11	27	الشعور باللامن (عدم توفر الحماية) (التعرض للإهانة والتهديد)
%24,11	27	بعد مكان العمل عن مكان الإقامة
%24,11	27	دخول أكثر من مريض إلى قاعة الفحص
%22,32	25	دخول عدة مرافقين للمريض
%21,43	24	كثافة عبء العمل
%19,64	22	العنصرية
%18,75	21	العلاقة السيئة مع الإدارة
%18,75	21	انعدام أدنى ظروف الراحة في غرفة الاستراحة
%16,96	19	تدخل الإدارة في القرارات التي يتخذها الطبيب
%16,96	19	تأخر الطبيب المناوب عند انتهاء وقت المداومة واستهتار بالتوقيت
%16,07	18	صعوبة العثور على بديل
%15,18	17	احتقار الأطباء لزملائهم أمام المرضى
%12,50	14	نقص عدد الأطباء
%9,82	11	عدم برمجة أيام دراسية أو ملتقيات تزود الطبيب بما هو جديد في مجال الطب أو أي تكوين يزيد في أداء الطبيب

%	N	أهم مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء
9,82%	11	وجوب إنجاز عمل ينبغي أن يقوم به زميل آخر
8,93%	10	نوعية الأكل السيئة خلال المناوبة
7,14%	8	غياب التواصل والتحاور والتفاهم بين فريق العمل

يتضح من الجدول السابق أنه من بين مصادر الضغط النفسي الأكثر أهمية لدى الأطباء، نجد: سوء التنسيق الإداري، نقص المعدات والأجهزة، عدم الاحترام من قبل زملاء العمل، تدخل أشخاص غريباء عن المهنة في عمل الطبيب، انعدام النظام، وعدم الاحترام من قبل المرضى، وانعدام النظافة الصحية، وظروف العمل السيئة، كما كان من بين هذه المصادر: الفوضى التي يحدثها المرضى في قاعة الانتظار، وتأثير العمل على الحياة الأسرية، وفحص عدد كبير من المرضى. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جليزيس Gleizes الذي درس مسببات الضغط لدى الأطباء، وتوصل إلى أن 70% من الأطباء يعتبرون ضغط النظام الإداري مصدراً هاماً للضغط، ويشكل اضطراب الحياة الخاصة مصدراً للضغط لدى 56,5% منهم. في حين أثبتت دراسات أخرى أن العامل الأساسي المسبب للضغط النفسي هو العلاقة مع المرضى، وهذا العامل هو أكثر أهمية من كثافة عبء العمل [141]، ص 118. وكذلك تتفق هذه الدراسة مع دراسة بوفيه Bovier (2004) -التي أجريت على أطباء سوسريين- كون ظروف العمل السيئة تعد من بين أهم مصادر الضغط لدى الأطباء، فقد وجدت دراسة بوفيه Bovier أن 72% من هؤلاء يعتقدون أن ظروف العمل المتدهورة هي سبب أساسي للضغط لديهم [142]. كما أكدت دراسة بوفيه Bovier على أهمية عامل كثافة العمل في إحداث الضغط النفسي لدى الأطباء، ويُعتبر هذا العامل ضاغطاً بالنسبة لـ 21,43% من الأطباء في هذه الدراسة.

بينما تتمثل عوامل الضغط الأدنى مرتبة لدى الأطباء في: نقص عدد الأطباء، عدم برمجة ملتقيات تزود الطبيب بما هو جديد في مجال الطب أو تزيد في تكوينه، وتعدد الأدوار حيث يقوم الطبيب بإنجاز أعمال ينبغي أن يقوم بها زميل آخر. وعلى الرغم من أهمية التواصل والتفاهم بين فريق العمل إلا أن غياب هذا العامل اعتبره الأطباء بأنه أقل ضغطاً مقارنة بالمصادر الأخرى.

كما أنه بالرغم من أن عدم القدرة على الاطلاع على المستجدات في مجال التخصص تعد من بين أهم العوامل المسببة للضغط في دراسة بيورك Burk وريتشاردسون Richardson (1990) وكذلك في دراسة بوفيه Bovier إلا أنه 9,82% فقط من الأطباء في هذه الدراسة يعتبرون بأنه عاملاً ضاعطاً لديهم.

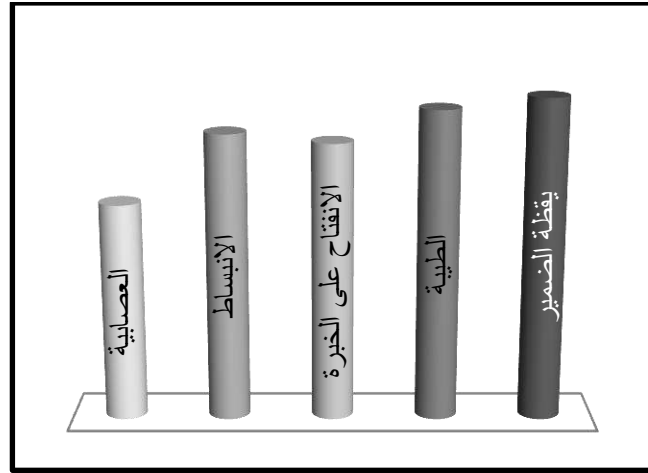
بالإضافة إلى ما سبق، تجدر الإشارة إلى أنه تشترك هذه المصادر أيضاً مع مصادر الإجهاد المهني التي توصلت إليها دراسة كاثييرا وآخرون Cathébras et al (2004)، لكن من الملاحظ أنه بعض المصادر تعتبر ضاغطة فقط لدى الأطباء في البلدان النامية، نذكر منها: بعد مكان العمل عن مكان الإقامة، ونوعية الأكل السيئة خلال المناوبة، وانعدام أدنى ظروف الراحة في غرفة الاستراحة، وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على أن الأطباء في البيئات والبلدان المتقدمة تجاوزوا هذه العوامل من خلال إشباع الحاجات المرتبطة بها، مقارنة بالبلدان غير المتقدمة.

2.1.7. سمات الشخصية

من أجل معرفة سمات الشخصية التي يتميز بها أفراد عينة البحث (الأطباء) أكثر من غيرها من السمات، تم ترتيب العوامل الخمسة للشخصية تنازلياً من السمة الأعلى درجة إلى السمة الأقل درجة، وذلك بعد حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 43: خصائص أفراد العينة حسب العوامل الخمس للشخصية

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	سمات الشخصية
5	6,510553506	29,99107143	العصابية
3	5,542511499	39,53571429	الانبساط
4	5,604389884	38,27678571	الانفتاح على الخبرة
2	6,121510642	42,74107143	الطبية
1	5,576425835	44,35714286	يقظة الضمير



شكل رقم 26: خصائص أفراد العينة حسب العوامل الخمس للشخصية

يتبين من خلال الجدول والشكل السابقين أنّ سمة يقظة الضمير تحتل مقدمة سمات الشخصية الأخرى لدى الأطباء بمتوسط حسابي يقدر بـ 44,35 وانحراف معياري يقدر بـ 5,57، تليها سمة الطبية والتي بلغ متوسطها الحسابي 42,74 وانحرافها المعياري 6,12، ثم نجد سمة الانبساط وسمة الانفتاح على الخبرة بهذا الترتيب، أمّا فيما يتعلق بسمة العصابية فهي تحتل المرتبة الأخيرة في هذه الدراسة، حيث بلغت قيمة متوسطها الحسابي بـ 29,99.

وقد بينت الدراسات في هذا الصدد ارتباط العوامل الخمسة للشخصية بعدد من الوظائف والمهن، وأوضحت أنّ سمتي يقظة الضمير والانفتاح على الخبرة هما عاملان لهما علاقة بالموافقة على المتقدمين في الطب والتمريض [9].

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع النتيجة التي توصل إليها البحث الحالي من حيث أهمية سمة يقظة الضمير وتمركزها بالمرتبة الأولى لدى الأطباء، ذلك لأنّه ينبغي أن يكون الجانب الأخلاقي على مستوى عالي لدى هذه الفئة. أمّا فيما يخص سمة الطيبة فإنّه لم تشر الدراسات إلى ارتباط هذه السمة كثيراً بالأطباء، إلّا أنّه تبين من خلال هذه الدراسة أنّ سمة الطيبة هي ثاني عامل من العوامل الخمسة للشخصية -بعد سمة يقظة الضمير- من ناحية نسبة تواجدها لدى الأطباء، ولعلّ هذه النتيجة تتفق مع الجانب الإنساني لدى الأطباء عند تقديمهم المساعدة للمرضى.

وتعتبر هذه النتائج مؤشرات إيجابية تُبين أنّ الأطباء يتمتعون بمؤشرات واضحة من الصحة النفسية، وبذلك فهم يتمتعون بسمات من شأنها أن تجعلهم أشخاص متوجهين نحو وضع الأهداف وتحقيقها ولديهم الرغبة في الإنجاز والنزعة إلى مصاحبة الآخرين وتوكيد الذات ولديهم الرغبة في تقديم المساعدة ومنح الرعاية والثقة بالآخرين. أمّا عن تمركز سمة العصابية بالمرتبة الأخيرة لدى الأطباء، فقد يعزى ذلك إلى أنّ وصول الأطباء إلى هذا المستوى يجعل شخصياتهم تتسم بحالة من الاستقرار النسبي، فهم يتهيؤون للإقبال على حياة تتسم بمسؤولية أكبر والتزام أكثر بالواجبات وبالواقعية، الأمر الذي من شأنه أن يقلل من مستويات العصابية عندهم.

وبالرغم من النتيجة التي تم التوصل إليها إلّا أنّ الباحث يرى أنّه لا يمكن التنبؤ بسمات الشخصية التي تميز الأطباء عن غيرهم في البيئة الجزائرية، لأنّ هذه الأخيرة لا تعتمد في قبول الطلبة المتقدمين على كلية الطب على أساس سمات شخصيتهم، وأنّه لا يعطى أي اعتبار لهذا المعيار على الرغم من

أهميته، وإنما تعتمد الجهات المعنية بقبول الطلبة في تخصص الطب على معيار معدل البكالوريا وليس على معيار من هم هؤلاء الأشخاص. كما أنه لا يمكن التنبؤ حتى بسمات شخصية الطلبة الذين يميلون إلى دراسة الطب كون أغليبتهم يتوجهون نحو هذا التخصص على أساس معدلاتهم العالية التي يتحصلون عليها في شهادة البكالوريا، وليس لأنهم يتبعون ميولهم من أجل دراسة هذا التخصص.

أما بالنسبة لنتائج متغير سمات الشخصية المتعلقة بالجنس، فقد توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث في كل عامل من العوامل الخمسة للشخصية، وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين متغير الجنس وسمات الشخصية، ويوضح الجدول رقم (44) والجدول رقم (45) النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم 44: نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الذكور والإناث في العوامل

الخمسـة للشخصية

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Névrosisme	Masculin	47	32.3404	7.60800	1.10974
	Féminin	65	34.7538	6.21749	.77119
Extraversion	Masculin	47	42.3617	5.10509	.74465
	Féminin	65	41.3231	6.36423	.78939
Ouverture	Masculin	47	42.4255	6.07827	.88661
	Féminin	65	41.6154	5.83816	.72413
Agréabilité	Masculin	47	46.1702	6.70275	.97770
	Féminin	65	47.7692	6.49945	.80616
Consciencieux	Masculin	47	48.6596	6.59472	.96194
	Féminin	65	48.9231	5.66874	.70312

يلاحظ من خلال الجدول رقم (44) أنّ متوسط الذكور في كل من سمة الانبساط والانفتاح على الخبرة يفوق متوسط الإناث، وأنّ متوسط الإناث في سمتي العصابية والطيبة يفوق متوسط الذكور، في حين أنّه يقترب متوسط كل من الذكور والإناث إلى التساوي في سمة يقظة الضمير.

جدول رقم 45: اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في العوامل الخمسة للشخصية

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Névrosisme	Equal variances assumed	.187	.666	-1.845	110	.068	-2.41342	1.30842	-5.00639	.17955
	Equal variances not assumed			-1.786	86.635	.078	-2.41342	1.35139	-5.09961	.27277
Extraversion	Equal variances assumed	.778	.380	.924	110	.358	1.03863	1.12406	-1.18899	3.26624
	Equal variances not assumed			.957	108.759	.341	1.03863	1.08519	-1.11224	3.18949
Ouverture	Equal variances assumed	.253	.616	.712	110	.478	.81015	1.13729	-1.44370	3.06399
	Equal variances not assumed			.708	96.861	.481	.81015	1.14475	-1.46190	3.08219
Agréabilité	Equal variances assumed	.038	.845	-1.268	110	.207	-1.59902	1.26088	-4.09779	.89975
	Equal variances not assumed			-1.262	97.439	.210	-1.59902	1.26719	-4.11390	.91587
Conscientieux	Equal variances assumed	.051	.822	-.227	110	.821	-.26350	1.16284	-2.56797	2.04097
	Equal variances not assumed			-.221	89.850	.825	-.26350	1.19151	-2.63071	2.10370

يتبين من خلال الجدول رقم (45) أنّ الفروق الملاحظة في سمات الشخصية بين الذكور والإناث غير دالة إحصائياً.

كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة بين المتزوجين وغير المتزوجين في العوامل الخمسة للشخصية، عدا سمة الطيبة التي كانت لدى المتزوجين بمتوسط حسابي قدر بـ 48.73، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدى الأطباء غير المتزوجين 45.40، وكان هذا الفرق بين المتزوجين وغير المتزوجين في سمة الطيبة دالاً إحصائياً، بمعنى أنّ المتزوجين أكثر طيبة من غير المتزوجين، ويمكن

أن يُفسر ذلك بأنّ المتزوجين هم أكثر مراعاة وتفهماً للآخرين، لأنّهم يقدرون أكثر أهمية العلاقات مع الآخرين، ولديهم مهارة وخبرة أكثر في العلاقات البينشخصية. ويوضح الجدول رقم (46) والجدول رقم (47) أهم النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول رقم 46: نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في

العوامل الخمسة للشخصية

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Névrosisme	Non-marié	55	34.2545	7.27303	.98070
	marié	57	33.2456	6.56093	.86902
Extraversion	Non-marié	55	42.4364	6.24430	.84198
	marié	57	41.1053	5.45332	.72231
Ouverture	Non-marié	55	42.8727	5.72213	.77157
	marié	57	41.0702	6.03519	.79938
Agréabilité	Non-marié	55	45.4000	6.94049	.93586
	marié	57	48.7368	5.86614	.77699
Conscientieux	Non-marié	55	48.5455	6.03330	.81353
	marié	57	49.0702	6.10287	.80834

جدول رقم 47: اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في العوامل الخمسة للشخصية

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Névrosisme	Equal variances assumed	.200	.656	.771	110	.442	1.00893	1.30790	-1.58302-	3.60089
	Equal variances not assumed			.770	107.929	.443	1.00893	1.31032	-1.58838-	3.60624
Extraversion	Equal variances assumed	.829	.365	1.203	110	.232	1.33110	1.10666	-.86205-	3.52425
	Equal variances not assumed			1.200	106.899	.233	1.33110	1.10935	-.86809-	3.53029

Ouverture	Equal variances assumed	.005	.944	1.621	110	.108	1.80255	1.11207	-.40131-	4.00642
	Equal variances not assumed			1.622	109.967	.108	1.80255	1.11101	-.39921-	4.00431
Agréabilité	Equal variances assumed	1.115	.293	-2.752-	110	.007	-3.33684-	1.21272	-5.74016-	-.93352-
	Equal variances not assumed			-2.743-	105.682	.007	-3.33684-	1.21636	-5.74848-	-.92520-
Conscientieux	Equal variances assumed	.068	.795	-.457-	110	.648	-.52472-	1.14708	-2.79797-	1.74852
	Equal variances not assumed			-.458-	109.934	.648	-.52472-	1.14684	-2.79751-	1.74807

3.1.7. العلاقة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية

تتحدد استجابة الفرد للضغط النفسي بنوع الضغوط التي يواجهها وطريقة إدراكه وتفسيره للموقف الضاغط ونوع الاستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع هذا الموقف الضاغط. كما أنّ الحدث الواحد يستثير استجابات مختلفة لدى الأفراد تبعاً لاختلاف وتباين مكونات شخصيتهم، ولهذا لا يتعلق الأمر بالضغوط التي يواجهها الأفراد في حد ذاتها وإنما يتعلق بكيفية إدراك الفرد للحدث الضاغط وقدرته على مواجهته، إذ تلعب سمات الشخصية دوراً كبيراً في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط، فقد أثبتت العديد من الأبحاث والدراسات أنّ حضور سمات شخصية معينة هي التي تحدد مدى فاعلية الفرد في التوافق مع العامل الضاغط. ولهذا يمكن القول أنّ الاختلاف الملاحظ في درجات الأطباء على مقياس الضغط النفسي يعود إلى اختلاف شعورهم بالضغط، وكذلك إلى سمات شخصيتهم.

ولأجل معرفة العلاقة بين الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء، تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة الأطباء على مقياس الضغط النفسي ودرجتهم على كل سمة من سمات الشخصية التي تتضمنها قائمة العوامل الخمس للشخصية.

ويوضح الجدول التالي العلاقة بين الضغط النفسي وسمة العصابية باستخدام معامل الارتباط

بيرسون:

جدول رقم 48: العلاقة بين الضغط النفسي والعصبية

		Stress	Névrosisme
Stress	Pearson Correlation	1	.550**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Névrosisme	Pearson Correlation	.550**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يظهر من خلال الجدول أعلاه أنّ هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمية العصبية، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ 0.55.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009) وهو وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين العصبية والضغط النفسي وقدرت بـ 0,39 [128]. كما أكد كل من باردي Bardi وريف Ryff على وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين الضغط النفسي والعصبية [127].

ويمكن تفسير هذه العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي وسمية العصبية باعتبار أنّ العصبية تعد من العوامل التي تساهم في خلق استعداد لدى الطبيب للإصابة ببعض الاضطرابات، خصوصاً مع توفر بيئة عمل ضاغطة كالتي يعايشها الأطباء يومياً في عملهم. وبالتالي فإنّ الأطباء الذين يتميزون بالعصبية لديهم ميل عام نحو إدراك الوضعيات الصعبة على أنّها مهددة، والحساسية الزائدة تجاهها، وصعوبة التكيف معها. كما أنّ ميلهم نحو الشعور بمشاعر سلبية مثل: الغضب، القلق، الخوف، الحزن،

العدوانية، والتشاؤم، يشكل عامل انجراحي يؤهلهم للإصابة بالضغط النفسي. فالعصابية عامل يضعف قدرة الطبيب على مواجهة الضغوط التي يواجهها في عمله وفي حياته بصفة عامة، ممّا يجعلهم أقل مقاومةً أمام الأحداث السلبية والعوامل الضاغطة المهنية والحياتية بصفة عامة.

ويُفسر جان بيار رولاند Jean Pierre Rolland (2004) العلاقة بين الضغط النفسي وسمة العصابية، بأنّ ذوي الدرجات العالية على سمة العصابية في مواجهة المواقف الضاغطة يميلون إلى السلبية، والتشاؤم، والقلق، والتوتر والإحباط، والمبالغة في تقدير الجوانب السلبية للواقع، أي أنّ عتبة الضغط لدى هؤلاء الأفراد منخفضة جداً [143]، ص206. وكذلك يشير بولجر Bolger (1990) إلى أنّ الأفراد العصائبيون يستخدمون استراتيجيات مواجهة أقل فعالية مثل الانسحاب والتجنب ولوم الذات، وبهذا فإنّ استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها تزيد من شعورهم بالضيق [1]، ص129. ولهذا يميل الأفراد ذوو العصابية العالية إلى أن تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغاً فيها.

ولمعرفة العلاقة بين الضغط النفسي وسمة الانبساط، تمّ استخدام معامل الارتباط بيرسون، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 49: العلاقة بين الضغط النفسي والانبساط

		Stress	Extraversion
Stress	Pearson Correlation	1	-.100
	Sig. (2-tailed)		.293
	N	112	112
Extraversion	Pearson Correlation	-.100	1
	Sig. (2-tailed)	.293	
	N	112	112

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنه ليس هناك علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمّة الانبساط، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.10 ، وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائياً. وتتعارض هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009) وهو وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند 0.01 بين الضغط النفسي وسمّة الانبساط وقدرت بـ -0.31 [128].

وعلى الرغم من أنّ الدراسة الحالية أثبتت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين الضغط النفسي وسمّة الانبساط، إلّا أنّه يفسر الباحثون العلاقة الارتباطية السالبة بين الضغط النفسي وسمّة الانبساط والتي أكدتها العديد من الدراسات بأنّ المنبسطين أكثر قدرةً على الشعور بالانفعالات الإيجابية، ويتميزون بمرونة أكثر لهذا فهم يقاومون الضغط أكثر من الأفراد الآخرين، ذلك لأنّ الانفعالات الإيجابية المرتبطة بسمّة الانبساط تجعل الأفراد يواجهون مختلف الأحداث بحماسة، وحيوية، واهتمام، ويختبرون حالات معرفية وانفعالية مقبولة. وبالتالي فهم يواجهون الأحداث والضغوطات بفعالية، ويعتقدون بأنّهم يملكون المصادر اللازمة لمواجهتها، فهم بذلك يلجؤون إلى الاستراتيجيات التكيفية في التعامل مع الضغط النفسي، كما أنّهم يتمتعون بنظرة تفاؤلية في معالجة الضغوطات بإيجابية والتعامل معها، وينظرون إلى الضغوط التي يواجهونها على أنّها خارجية ويمكنهم التعامل معها.

ولهذا يمكن القول بأنّه على الرغم من عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين الضغط النفسي وسمّة الانبساط، إلّا أنّ هذه السمّة تعتبر عامل يساعد على التعامل الإيجابي والفعال مع الضغوط والأحداث الحياتية المختلفة.

أمّا فيما يخص العلاقة بين الضغط النفسي وسمّة الانفتاح على الخبرة، فإنّ النتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 50: العلاقة بين الضغط النفسي والانفتاح على الخبرة

		Stress	Ouverture
Stress	Pearson Correlation	1	-.131
	Sig. (2-tailed)		.169
	N	112	112
Ouverture	Pearson Correlation	-.131	1
	Sig. (2-tailed)	.169	
	N	112	112

يلاحظ من الجدول الموضح أعلاه أنه ليس هناك علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمة الانفتاح على الخبرة، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.13 ، وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائياً. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga ودراسة باردي Bardi وريف Ryff وهو عدم وجود علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمة الانفتاح على الخبرة. ومع ذلك يمكن تفسير الارتباط السلبي بين المتغيرين بأن سمات الشخص المنفتح والمتمثلة في الاهتمام بالفن والخيال والجمال، وكذلك الواقعية والفضول الفكري والانفتاح العقلي، ترتبط عكسياً مع الضغط النفسي.

أما بالنسبة لنتائج العلاقة بين الضغط النفسي وسمة الطيبة، فهي موضحة في الجدول رقم (51):

جدول رقم 51: العلاقة بين الضغط النفسي والطيبة

		Stress	Agréabilité
Stress	Pearson Correlation	1	-.401**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Agréabilité	Pearson Correlation	-.401**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يظهر من خلال الجدول أعلاه أنّ هناك علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمة الطيبة، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.40.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009) وهو وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي والطيبة وقدرت بـ -0,32 [128]. كما أكد كل من باردي Bardi وريف Ryff على وجود علاقة ارتباطية موجبة وضعيفة بين الضغط النفسي والطيبة [127].

وبالرغم من أنّه توجد القليل من الدراسات التي أثبتت وجود علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمة الطيبة، وغالباً ما تكون هذه العلاقة سالبة وضعيفة، إلّا أنّه يمكن تفسير هذه النتيجة بأنّ الأطباء ذوي الدرجات العالية على سمة الطيبة أكثر قدرة على مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة، وأكثر قدرة على التعامل مع الضغوط التي يمارسها المرضى، لأنّهم يتميزون بتقبلهم للمرضى، ولهذا كانت درجات الضغط النفسي لديهم منخفضة، ذلك لأنّ سمة الطيبة تساهم في خلق ظروف حياة مقبولة من قبل الفرد الذي يتميز بهذه السمة، فهو يتقبل الضغوط والمواقف التي تواجهه ويتفاعل معها بفعالية أكبر.

وأخيراً، لمعرفة العلاقة بين الضغط النفسي وسمة يقظة الضمير، استخدم معامل الارتباط بيرسون، والنتائج التي تمّ التوصل إليها موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 52: العلاقة بين الضغط النفسي ويقظة الضمير

		Stress	Conscientieux
Stress	Pearson Correlation	1	-.363**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Conscientieux	Pearson Correlation	-.363**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يظهر من خلال الجدول رقم (52) أنّ هناك علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمة يقظة الضمير، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.36. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة ويلسون سوجا Wilson-Soga (2009) وهو وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي ويقظة الضمير وقدرت بـ -0,32 [128]. كما أكد كل من باردي Bardi وريف Ryff على وجود علاقة ارتباطية سالبة وضعيفة بين الضغط النفسي ويقظة الضمير [127].

غير أنّ دراسة ماجدلينا Magdalena (2006) أثبتت عكس هذه النتيجة، وهو أنّ المستوى العالي من يقظة الضمير يرتبط إيجابياً مع الأساليب غير التكيفية في التعامل مع ضغوط العمل وخطر الإصابة بالإجهاد [126]. وما يفسر ذلك هو قول فرودينبرجر Freidenberger في كتاباته بأنّ المخلصين والملتزمين هم أكثر عرضة للضغط النفسي، وكذلك تأكيد علي عسكر بأنّ الجماعة المهنية الأكثر عرضة للضغط النفسي هي الأكثر مثالية والتزاماً بمهنتها [27]، ص 107.

ومع ذلك غالباً ما ترتبط سمة يقظة الضمير سلبياً مع الضغط النفسي، وهذا ما توصلت إليه هذه الدراسة وكذلك الدراسات الأخرى بأنّ هناك علاقة ارتباطية عكسية بين الضغط النفسي وسمة يقظة الضمير، ويدل هذا على أنّ الأطباء ذوي الدرجات المرتفعة على سمة يقظة الضمير أكثر نجاحاً وكفاءةً في تأدية مهامهم، ولذلك فهم يتميزون بقدرتهم على التعامل بفعالية مع الضغوط التي يواجهونها في عملهم وفي حياتهم بصفة عامة. ذلك لأنّه ترتبط سمة يقظة الضمير بأن يكون الفرد فعال وكفؤ في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة، وكذلك يعتبر هذا الفرد أنّ العمل الشاق والصعب يسهل ويساهم في خلق ظروف حياة تعزز صحته النفسية [127].

ومن خلال ما سبق يتضح أنّ هناك علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وبين سمات الشخصية المتمثلة في سمة العصابية وسمتي الطيبة ويقظة الضمير.

وعلى هذا لا يمكن اعتبار أنّ كثافة عمل الطبيب وطبيعته هو وحده الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي، وإنّما أيضاً خصائص وسمات شخصية الممارسين لمهنة الطب، ولذلك بدأت الدراسات في مجال الضغط النفسي تتوجه نحو التركيز على الجوانب الإيجابية في الشخصية وعلى التغيرات التي من شأنها أن تجعل الفرد يظل محتفظاً بصحته الجسمية والنفسية خلال مواجهة الضغوط.

4.1.7. التعاطف الوجداني

بعد تفريغ درجات الأطباء على مقياس التعاطف الوجداني -المدرج في الملحق رقم 03- تحصل كلّ طبيب على درجة تتراوح بين 37 و 185 درجة، ونُلخص النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم 53: نتائج أفراد العينة على مقياس التعاطف الوجداني

137,116071	المتوسط الحسابي
24,5153916	الانحراف المعياري
46	الدرجة الدنيا
181	الدرجة القصوى
50	تكرار الأطباء تحت المتوسط
62	تكرار الأطباء فوق المتوسط
112	N

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ درجات الأطباء على مقياس التعاطف الوجداني تراوحت بين 46 و 181، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي 137,11 بانحراف معياري 24,51. كما وجدت الدراسة أنّ 50 طبيباً أي ما يعادل 44,64% كانت درجاتهم أقل من المتوسط، بينما 55,35% منهم كانت درجاتهم أكبر من المتوسط.

وبغرض التعرف على مستوى التعاطف الوجداني لدى الأطباء، تمّ تصنيف درجات الأطباء على

مقياس التعاطف الوجداني في ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض: من 37 إلى 86.

- مستوى متوسط: من 87 إلى 136.

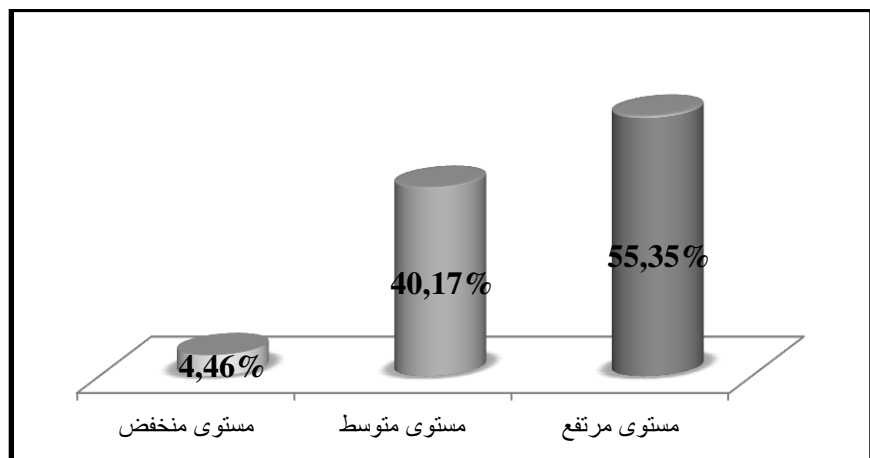
- مستوى مرتفع: من 137 إلى 185.

ثمّ بعد ذلك تمّ حساب التكرارات والنسب المئوية لكل مستوى من مستويات التعاطف الوجداني،

وكانت النتائج المتحصل عليها كما هي ممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم 54: مستويات التعاطف الوجداني لدى أفراد العينة

مستوى التعاطف الوجداني	التكرار	%
مستوى منخفض	5	4,46%
مستوى متوسط	45	40,17%
مستوى مرتفع	62	55,35%



شكل رقم 27: مستويات التعاطف الوجداني لدى أفراد العينة

نلاحظ من خلال الجدول والشكل السابقين أنّ نسبة كبيرة من الأطباء (أكثر من نصف الأطباء) كان لديها مستوى تعاطف مرتفع، في حين كانت نسبة الأطباء الذين لديهم مستوى منخفض من التعاطف صغيرة جداً، وبلغت 4,46%.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة هنري تلمان وآخرون (Henry-Tillman et al 2002) وهو أنّ 70% من الأطباء يشعرون بالتعاطف تجاه مرضاهم [14].

وعلى الرغم من أنّ الواقع الميداني للممارسة الطبية يكشف عكس هذه النتيجة، حيث نجد معظم شكاوى المرضى هي أنّ الطبيب لا يعطي وقتاً كافياً لسماعهم، في حين يكون لدى المريض رغبة للحصول على معلومات أكثر وأفضل عن مشكلته الصحية وتأثيرها على حياته، بحيث يؤثر قلة الوقت الذي يخصصه الطبيب لمقابلة المريض سلباً على رضا المريض عن الخدمة الطبية المقدمة، كما أنّه يركز بعض الأطباء على شفاء الجسم من آلامه وإهمالهم لأهمية المشاعر والانفعالات، ويعتقدون أنّ التعامل مع المشاعر ليس من ضمن مجال تخصصهم، إلا أنّ نتائج هذه الدراسة تبين وجود مستوى مرتفع من التعاطف الوجداني مع المرضى لدى الأطباء الجزائريين.

ويمكن تفسير أسباب ارتفاع نسبة الأطباء ذوي المستوى المرتفع من التعاطف والتي قدرت بـ 55,35%، والذين فاقت درجاتهم المتوسط بأنّ المقاييس الخاصة بالتعاطف يمكن أن تحمل تناقضاً لأنّه لا يمكن إطلاقاً معرفة ما إذا كانت إجابات الأطباء تصف سلوكهم الواقعي أم سلوكهم المثالي، بمعنى أنّ الأطباء يصفون كيف يتصرفون أم كيف ينبغي لهم أن يتصرفوا [97]، وبالتالي فإن مستويات التعاطف الوجداني التي توصلت إليها هذه الدراسة يمكن أن تتغير إذا ما تمّ استعمال مقاييس أخرى، كتصوير فيديو والملاحظة المباشرة.

ومن جهة أخرى، توجد عوامل أخرى يمكن أن تُفسر على أساسها ارتفاع مستوى التعاطف الوجداني لدى الأطباء الجزائريين بالتحديد والتي تعود أساساً إلى أنّ البيئة الجزائرية هي بيئة عربية مسلمة، وبهذا فإنّ دينهم وقيمهم يجعلهم يتبعون المعايير الأخلاقية والإنسانية وترتبط هذه المبادئ بشكل مباشر بالتعاطف الوجداني، أين ينظر الطبيب إلى المريض أثناء المقابلة باحترام واهتمام وكذلك الطبيب يتقبل فيها الطبيب أسئلة المريض لأنّ ذلك يقلل بشكل كبير من قلق المريض، فالاتصال الجيد وخلق جو من التعاطف مع المريض يساعد في سرعة الشفاء ويزيد من رضا المريض عن مستوى الخدمة خاصة. لكن مع هذا لا يمكننا أبداً إنكار المعايير الإنسانية وحتّى الأخلاقية التي يتبناها الأطباء في المجتمع الغربي بالرغم من أنّه مجتمع غير مسلم.

ولمعرفة الفروق بين الذكور والإناث في التعاطف الوجداني، تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث على مقياس التعاطف الوجداني، والجدول الموالي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول رقم 55: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث في التعاطف الوجداني

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Masculin	47	168.8936	29.00392	4.23066
Féminin	65	169.4923	29.46084	3.65417

يلاحظ من الجدول رقم (55) أنّ متوسط الإناث على مقياس التعاطف الوجداني يقدر بـ 169.49، وهو يفوق بقليل فقط متوسط الذكور الذي يساوي 168.89. وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات، من بينها دراسة بايلاند وماكول (2002) Bylund & Makoul التي وجدت أنّ الطبيبات الإناث يعتبرن أكثر تعاطفاً في تواصلهن مع المرضى من الذكور، بمعنى أنّه لديهنّ استجابات تعاطفية أكثر من الأطباء

الذكور. ويفسر روتر وآخرون Roter et al (2002) الاختلاف بين الذكور والإناث في التعاطف الوجداني بأنّ الطبيبات يملن إلى مناقشة الجوانب النفسية الاجتماعية، والحديث الإيجابي أكثر من الأطباء الذكور، إضافة إلى أنّ الإناث يستعملن أكثر من الذكور التواصل الإيجابي غير اللفظي، ويخصصن وقت أكثر لمرضاهم من الذكور [129]. وكذلك أثبتت الدراسة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية (على 56 ممرض و42 طبيب)، أنّ العاملين بالرعاية الصحية النساء أكثر تعاطفاً من الرجال [97]. كما أكد أرجيل Argyle (1991) أنّ النساء لديهم درجات تعاطف أحسن من الرجال [144]، ص100.

ويمكن تفسير أسباب الاختلاف بين الجنسين وارتفاع مستوى التعاطف الوجداني لدى الإناث مقارنة بالذكور من خلال حقيقة أنّ النساء أكثر انفتاحاً وتقبلاً للإشارات الانفعالية من الرجال، وهذا ما يجعلهن يساهمن في تفهم أحسن للمرضى -وبالأصح في علاقة تعاطفية أحسن-، وكذلك فإنّ النساء يخصصن وقت أكثر لمرضاهم، ما يجعلهن يفحصن عدد قليل من المرضى [145].

كما أنّ الإناث أكثر عاطفية من الذكور، إذ أنّ الأنثى بطبيعتها تكون أكثر رقة، وأكثر شفافية، وهي مرهفة الحس، وتميل للتعاطف في المواقف الحياتية أكثر من الذكور، وهي أفضل في قراءة المنبهات الانفعالية غير اللفظية التي تصدر عن الشخص الآخر أو المريض بصفة خاصة بالمقارنة مع الذكور.

ومن أجل التأكد من دلالة الفرق بين متوسطي الذكور والإناث على مقياس التعاطف الوجداني، تمّ استخدام اختبار ت، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (56):

جدول رقم 56: اختبار t للفروق بين كل من الذكور والإناث في التعاطف الوجداني

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	.455	.501	-.107	110	.915	-.59869	5.60448	-11.70546	10.50808
Equal variances not assumed			-.107	100.167	.915	-.59869	5.59030	-11.68945	10.49207

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ قيمة ت هي غير دالة عند مستوى دلالة 0,05، وهذا يعني

أنّ الفرق الملاحظ بين متوسطي الذكور والإناث على مقياس التعاطف الوجداني غير دال إحصائياً.

وعليه يمكن القول أنّه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في متغير التعاطف الوجداني.

ويهدف معرفة الفروق بين مختلف الفئات العمرية في التعاطف الوجداني، تمّ حساب المتوسط

الحسابي والانحراف المعياري لكل فئة عمرية على مقياس التعاطف الوجداني، والجدول الموالي يوضح

النتائج المتحصل إليها:

جدول رقم 57: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب السن

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	السن
20,47	171,31	من 25 إلى 30 سنة
27,48	169,96	من 31 إلى 35 سنة
31,69	161,47	من 36 إلى 40 سنة
28,12	163,43	من 41 إلى 45 سنة
23,42	171,86	من 46 سنة فما فوق
24,51	137,11	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنّ الفئات الأكثر شباباً والتي تقع بين 25 و 35 سنة لديها مستوى تعاطف وجداني مرتفع، وكذلك هو الحال بالنسبة إلى الفئة العمرية التي تفوق 46 سنة، بينما كان مستوى التعاطف الوجداني لدى الأطباء الذين تتراوح أعمارهم بين 36 و 45 سنة أقل من الفئات العمرية الأخرى. غير أنّ دراسة هوجات وآخرون (2010) Hojat et al أكدت على أنّ السن ليس له علاقة دالة بالتعاطف لدى كل من النساء والرجال [145].

ويمكن تفسير ارتفاع التعاطف الوجداني لدى الأطباء الأصغر سناً والأكثر شباباً وكذلك لدى الأطباء المتقدمين في السن والمقبلين على التقاعد إلى أنّه على الرغم من أنّ الأطباء الصغار لديهم خبرة محدودة في مهارات التواصل مع المرضى، إلّا أنّهم يعبرون لفظياً عن مشاعرهم بسهولة أكثر، ويولون اهتمام أكثر لوجهة نظر من يسمعون، ويميلون أكثر إلى فهم وجهة نظر المرضى وتلبية احتياجاتهم العاطفية، ثمّ بعد ذلك مع زيادة عمر الطبيب وزيادة خبرته تنقص درجة تعاطفه مع المريض ويصبح أكثر برودة في علاقته مع المريض، لكن مع اقتراب سن التقاعد يصبح الطبيب أكثر حساسية لذلك نجده يحاول إعطاء أهمية أكثر للعوامل النفسية والاجتماعية للمريض، ويميل إلى معرفة الأسباب النفسية والانفعالية التي تكمن خلف المرض بحكم خبرته الطويلة في مهنة الطب أكثر من تركيز الاهتمام على العوامل الجسدية فقط التي تسبب المرض.

أمّا بالنسبة لمعرفة الفروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في التعاطف الوجداني، فقد تمّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المجموعتين على مقياس التعاطف الوجداني، والجدول الموالي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول رقم 58: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المتزوجين وغير المتزوجين في التعاطف

الوجداني

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Non-marié	55	168.9818	26.46486	3.56852
marié	57	169.4912	31.74290	4.20445

يلاحظ من الجدول رقم (58) أنَّ متوسط المتزوجين على مقياس التعاطف الوجداني يقدر بـ

169.49، وهو يفوق بقليل متوسط غير المتزوجين الذي قدّر بـ 168.98.

ومن أجل التأكد من دلالة الفرق بين متوسطي المتزوجين وغير المتزوجين على مقياس التعاطف

الوجداني، تمّ استخدام اختبار ت، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (59):

جدول رقم 59: اختبار t للفروق بين كل من المتزوجين وغير المتزوجين في التعاطف الوجداني

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	.382	.538	-.092	110	.927	-.50941	5.53259	-11.47370	10.45488
Equal variances not assumed			-.092	107.754	.927	-.50941	5.51468	-11.44075	10.42193

يتضح من خلال الجدول السابق أنَّ قيمة ت هي غير دالة عند مستوى دلالة 0,05، وهذا يعني

أنّه لا توجد فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في متغير التعاطف الوجداني. كما أنّه لم تؤكد

الدراسات على وجود فروق دالة في مستوى التعاطف الوجداني بين المتزوجين وغير المتزوجين.

ولأجل معرفة الفرق في التعاطف الوجداني حسب سنوات الخبرة، تمّ حساب المتوسط الحسابي

والانحراف المعياري، وتمّ توزيع سنوات الخبرة على 06 فئات كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 60: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب الخبرة

الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
من 0 إلى 02 سنتين	173,1428571	22,8083975
من 03 إلى 05 سنوات	167,2903226	25,6868235
من 06 إلى 10 سنوات	163,95	44,601717
من 11 إلى 15 سنة	167,6666667	4,163332
من 16 إلى 20 سنة	169,7	34,5898187
من 21 إلى 25 سنة	169,6666667	25,311394
المجموع	137,11	24,51

يلاحظ من الجدول أعلاه أنّ متوسطات التعاطف الوجداني لدى الأطباء متباينة بين سنوات الخبرة، وهذا يدل على أنّه ليس لعامل الخبرة أي علاقة مع التعاطف الوجداني، وترجع هذه النتيجة إلى التباين الكبير بين درجات التعاطف الوجداني لدى الأطباء في بعض الفئات دون الأخرى (مثال ذلك: التباين الكبير لدى الفئة التي تتراوح سنوات خبرتهم من 06 إلى 10 سنوات، في حين كان التباين صغير لدى الفئة التي تتراوح سنوات خبرتهم من 11 إلى 15 سنة).

وعلى الرغم من أنّه أظهرت دراسة التغييرات في التعاطف مع مرور الوقت بين طلاب الطب والمقيمين بأنّ التعاطف يتناقص مع تزايد التعليم والتدريب [146]، وكذلك أكّدت دراسات أخرى أنّه بالرغم من أنّ التعاطف مرتبط بسمات الشخصية إلّا أنّه توجد علاقة بين الخبرة والتعاطف، وأنّه يمكن تنمية التعاطف من خلال الخبرة [4]، إلّا أنّه هناك اختلافات في آراء الباحثين حول تأثير سنوات الخبرة على التعاطف، إذ يرى لويد Lloyd وماس Maas (1991) أنّ مهارة التعاطف الوجداني لا تتطور خلال الممارسة الطبية، بينما يرى كرامر وآخرون Kramer et al (1989) بأنّ مستويات التعاطف تنخفض

لدى الطلبة مع السنوات في كلية الطب [104]. كما ترى غيتي Ghetti في دراستها بأنه يمكن تنمية مهارات التعاطف من خلال الخبرة وتخفض من خلال التدريب [131].

لكن يمكن القول بأنه تُظهر هذه الدراسة أنّ الأطباء هم أكثر تعاطفًا واهتمامًا في بداية الممارسة الطبية إلا أنّهم يصبحون أقل تعاطفًا مع تقدمهم في سنوات الخبرة والممارسة العملية.

أمّا فيما يتعلق بمتغير الاختصاص، ولأجل معرفة الفرق في مستوى التعاطف الوجداني بين تخصصات الأطباء المختلفة في هذه الدراسة، تمّ حساب المتوسط الحسابي لكل من الأطباء المختصين وغير المختصين، ووجدت الدراسة أنّ متوسط التعاطف الوجداني لدى الأطباء العامين قدر بـ 136,69، بينما بلغ 141,4 لدى الأطباء المختصين، وتُوضح النتائج المتحصل عليها في الجدول الموالي:

جدول رقم 61: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب الاختصاص

الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
طبيب عام	136,6960784	25,02386553
طبيب مختص	141,4	19,04497601
المجموع	137,11	24,51

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ متوسط التعاطف الوجداني لدى الأطباء المختصين أكبر من متوسط الأطباء العامين. وبالرغم من أنّه أكّدت الدراسات على دلالة الفروق بين التخصصات المختلفة في مستوى التعاطف الوجداني، إلا أنّها لم تحدد الفرق بين الأطباء العامين والأطباء المختصين، وإنّما بين مختلف التخصصات فيما بينها. وفي هذا الصدد، وجدت دراسة هوجات وآخرون Hojat et al حول التعاطف لدى الأطباء باختلاف تخصصاتهم، أنّ أعلى درجات التعاطف هي لدى الأطباء العقلين بمتوسط 127.0، يليه المختصين في الطب الداخلي بمتوسط 121.7، ثمّ أطباء الأطفال بمتوسط

121.5، ثم أطباء الاستعجالات بمتوسط 121.0، وأطباء العائلة بمتوسط 120.5. وسُجلت أدنى مستويات التعاطف لدى أطباء التخدير بمتوسط 116.1، وأطباء جراحة العظام بمتوسط 116.5، وأطباء جراحة المخ والأعصاب بمتوسط 117.3، وأطباء الأشعة بمتوسط 117.9، وأطباء جراحة القلب والأوعية الدموية بمتوسط 118.0. بينما تقع درجات أطباء أمراض النساء والتوليد والجراحين العامين بين الفئة العليا والفئة الدنيا بمتوسط 119.2 و 119.3 على التوالي. وكانت هذه الفروق في درجات الأطباء في كل التخصصات دالة إحصائياً.

ويمكن أن يعكس الاختلاف في درجات التعاطف بين الأطباء في مختلف التخصصات مفهوم الفروق الفردية مع اختلاف درجات المهارات البينشخصية -التي تنعكس على درجات تعاطفهم- هو الذي يجذبهم لمختلف التخصصات. وقد تكون هذه الاختلافات أيضاً نتيجة لمقدار التأكيد في التدريب على مهارات التعامل مع الآخرين (المهارات الاجتماعية) في مختلف التخصصات [145]، إذ أننا نلاحظ انخفاض في درجة التعاطف لدى الأطباء الذين يعملون بالتخصصات الحساسة والمتعلقة بالجراحة والتخدير، وكذلك لدى أطباء الأشعة كونهم يتعاملون مع الأجهزة أكثر من تعاملاتهم الإنسانية مع المرضى، وذلك لأنّ فتح المجال لتدخل العواطف في هذه التخصصات سوف تنعكس على صحة وحياة المرضى.

إلاّ أنّه لم يؤكد الباحث كثيراً في هذه الدراسة على الفرق بين الأطباء العامين والأطباء المختصين وعلى أهمية متغير الاختصاص، نظراً للفرق الكبير في العدد بين الأطباء العامين والأطباء المختصين، وكذلك محدودية تنوع الاختصاصات التي تتضمنها هذه الدراسة.

أما بالنسبة للفرق بين الأطباء في مستوى التعاطف الوجداني حسب المصلحة التي يعملون فيها، فقد توصلت الدراسة -من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري- إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم (62).

جدول رقم 62: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغير التعاطف الوجداني حسب المصلحة

المصلحة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
فحص عام	171,061224	25,9422435
الاستعدادات الطبية الجراحية	165,045455	23,9685942
طب الأطفال	161	25,2421605
أمراض النساء والتوليد	170,428571	18,373117
الطب الداخلي	184,666667	15,6641842

يلاحظ من الجدول أعلاه أنّ مصلحة الطب الداخلي تحتل الصدارة من حيث مستوى التعاطف الوجداني بمتوسط حسابي يقدر بـ 184,66 وانحراف معياري يقدر بـ 15,66، تليها مصلحة الفحص الطبي العام بمتوسط حسابي يقدر بـ 171,06 وانحراف معياري يقدر بـ 25,94، ثمّ مصلحة أمراض النساء والتوليد بمتوسط حسابي يقدر بـ 170,42 وانحراف معياري يقدر بـ 18,37. بينما تحتل مصلحة الاستعدادات الجراحية ومصلحة طب الأطفال المرتبة الأخيرة بمتوسط 165,04 و 161 على التوالي.

2.7. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات البحث

1.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

تنص هذه الفرضية على أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الأطباء.

وقد تمّ التحقق من هذه الفرضية بالاعتماد على معامل الارتباط بيرسون، والنتائج المتحصل عليها

موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 63: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني والضغط النفسي

		Empathie	Stress
Empathie	Pearson Correlation	1	-.313**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	112	112
Stress	Pearson Correlation	-.313**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	112	112

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

يلاحظ من خلال الجدول السابق أنّه توجد علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند مستوى 0,01 بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الأطباء، حيث قدّرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بـ -0,31.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات التي أكدت على وجود علاقة عكسية بين التعاطف بصفة عامة والضغط النفسي، ومن بينها دراسة جولي Jolly (2001) التي أجريت في الولايات المتحدة وتوصلت إلى أنّ الأفراد الذين خضعوا لبرنامج التأمل *Meditation* تناقص مستوى الضغط النفسي لديهم وزاد مستوى تعاطفهم [91]، ص35. هذا فيما يخص العلاقة بين التعاطف والضغط النفسي لدى عامة الناس، أمّا فيما يتعلق بفئة الأطباء فقد بينت الدراسات التي أجريت على هذه الفئة وجود علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين، حيث أكدت دراسة كراسنر وآخرون Krasner et al (2008) على وجود علاقة سالبة بين مستوى الضغط النفسي ومستوى التعاطف الوجداني لدى الأطباء، إذ ترتبط مستويات الضغط النفسي

العالية لدى الأطباء بفقر الرعاية المقدمة للمرضى، وكذلك بنقص القدرة على إظهار التعاطف مع المريض [18].

كما تؤكد بعض الدراسات على أنّ انخفاض مستوى الضغط النفسي أو ارتفاعه هو الذي يؤثر على العلاقة مع المرضى ومستوى التعاطف معهم. فحسب الدراسة التي أجريت في *Bourgogne*، والتي وجدت أنّ الضغط النفسي يمس نصف الأطباء البورجونيين *bourguignons*، فقد بينت أنّ الثلث من هؤلاء يظهرون لا إنسانية في علاقتهم مع مرضاهم [141]، ص 118.

وكذلك من بين الدراسات التي أكدت على أنّ الضغط النفسي هو الذي يؤثر في مستوى التعاطف مع المريض نجد دراسة غيتي وآخرون Ghetti et al (2005) التي أظهرت أنّ قدرة الطبيب على أن يكون متعاطفاً تتأثر بمستوى الضغط النفسي لديه، كما أكدت هذه الدراسة على أنّه يمكن أن يكون تحسين علاقة الطبيب مع المريض وسيلة لتخفيف مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب [131].

وقد أكدت الدراسات على أنّ الإنهاك نتيجة العمل الزائد ينعكس على طاقة الطبيب ومقدرته، ويؤدي إلى تغيرات سلبية في العلاقات، ومن هذه التغيرات: فقدان الاهتمام بالمرضى، حيث يعامل بطريقة آلية وبغير اكتراث [27]، ص 105، فالشخص الذي يعاني من الضغط لا تكون لديه مشاعر إيجابية أو تفهم تعاطفي *compréhension empathique* تجاه الآخرين [1]، ص 27، وهذا ينطبق على فئة الأطباء لأنّهم معرضين لمواقف صعبة ومجهدة نتيجةً لمسؤولياتهم ووتيرة عملهم (ساعات العمل المتزايدة)، ممّا يجعل لديهم سلوك انفصال عاطفي شديد *Détachement émotionnel intense* تجاه المرضى [20]، ص 237.

وعلى الرغم من تزايد المعلومات عن الفائدة العلاجية للاهتمام بالاحتياجات العاطفية للمرضى، وتأکید الباحثين على أهمية التعاطف في المجال الطبي، إلا أنّ الرعاية الطبية الحديثة في الواقع تفتقد

غالباً إلى الرعاية النفسية، وينقصها التعاطف الوجداني في معظم الأحيان، لأنه كثيراً ما يتجاهل الأطباء رد الفعل العاطفي للمرضى. وقد تكون ضغوط العمل هي التي تجعل الأطباء لا يفعلون شيئاً من أجل مرضاهم، مع واقع النظام الطبي الذي يحاسب فيه الطبيب وفقاً لعدد الساعات التي يعملها [15]، ص238، أو لعدد المرضى الذين يفحصهم. ويؤكد جولييان Jollien على أنه بالنظر إلى الصعوبة التي يواجهها الطبيب في أداء مختلف المهام (وضع التشخيص المناسب، الاستجابة لحالات الطوارئ...)، يظهر التعاطف كأنه شيء غير طبيعي وسط هذه الأعباء والضغوطات [16].

ويقول محمود بودران في هذا الصدد أن الطب حالياً أصبح يتضمن العديد من الضغوطات ولهذا فقد معنى التواصل، وأصبح يغلب على العلاقة طبيب-مريض الممارسة النظامية لعدد كبير من الاختبارات البيولوجية والصور الإشعاعية، ولا يأخذ الطبيب الوقت للإصغاء وفهم معاناة المريض وإعطائها معنى، وإنما يهتم مباشرة بالتشخيص وإصلاح العضو المريض، المسؤول عن المرض [17]؛ ذلك لأن الطب الحديث والتكنولوجيا المتطورة والتقنيات الكثيرة تجعل الطبيب لا يأخذ الوقت للإصغاء والتحدث إلى المريض، وبالتالي يظهر التعاطف في العلاقة طبيب-مريض شيء مستحيل.

ولقد تمّ الحضور مع طبيب عام خلال قيامه بعملية فحص المرضى في إحدى العيادات المتعددة الخدمات من الساعة التاسعة إلى غاية الساعة الثانية عشر، والتي تقوم بأداء نشاطات طبية على شكل فحوصات عامة وكذلك في شكل تدخلات استعجالية. وخلال هذه الفترة، قام الطبيب بفحص 17 مريضاً، وما لاحظته الباحثة هو تعدد أدوار الطبيب حيث أنه يقوم بعمل الطبيب وكذلك عمل الممرض وعمل عون أمن، ففي أغلب الأحيان يجد الطبيب نفسه يعمل كل هذه الأدوار بنفسه. كان أغلب هؤلاء المرضى من أصحاب الأمراض المزمنة أو السيکوسوماتية كالسكري والضغط والمعدة والقولون والروماتيزم، وهذه الأمراض تحتاج إلى اتباع تعليمات الطبيب بدقة، والالتزام بتناول الدواء، وكذا اتباع حمية غذائية؛ هذا

النوع من الحالات يراها الطبيب يومياً بحيث تتكرر تعليمات الطبيب وفي غالب الأحيان لا تلقى تغذية رجعية من قبل المريض، إضافةً إلى ذلك فإنّ بعض المرضى هم الذين يحدّدون للطبيب نوع الدواء الذي يصفه لهم.

ولهذا فإنّ أداء الطبيب لنفس العمل كل يوم، ومعاينته لعدد هائل من المرضى، وعمله لمدة طويلة يشعره بالروتين والملل فيصبح بذلك شبيه بالآلة التي تؤدي دور محدد ومعين، وبدون طابع إنساني الذي تحتاجه مهنة الطب.

وعلى ذلك يمكن القول أنّه في ظل هذه الظروف ومع زيادة حجم الضغط الممارس على الطبيب سواء من ناحية ظروف العمل (التي تفتقد غالباً لأدنى الشروط وغياب الأجهزة والأدوية)، أو من ناحية الضغوط الممارسة من قبل المرضى تجعل تعاطف الطبيب مع المريض ينخفض.

وبهذا تتنوع مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء -بصفة خاصة- وذلك لما تتضمنه هذه المهنة من مسؤوليات وأعباء ومتطلبات، وهذه المصادر من شأنها أن يكون لها أثر سلبي على العلاقة مع المريض، وفقدان التواصل الجيد معه، ويتضح ذلك خصوصاً في مظاهر من بينها: عدم الإصغاء، عدم تخصيص وقت كافٍ للمريض، وكذلك عدم إعطاء أهمية للعوامل النفسية والاجتماعية للمريض.

وفي نفس السياق أيضاً، أظهرت دراسة لماسون وآخرون (Lemasson et al 2006) أنّ 60% من الأطباء يعتبرون أنّ الاستجابة للاحتياجات الصحية للمرضى هي من بين أولويات أهداف الفحص الطبي، وثلاثة أرباعهم عبّروا عن استعدادهم الكبير للإصغاء لانشغالات المريض، لكن هؤلاء الأطباء يعملون بسرعة أقل من المتوسط بالنسبة للآخرين، حيث لا يتجاوز هؤلاء أربع فحوصات في الساعة. ووجدت دراسة لماسون (Lemasson) علاقة بين إعطاء أهمية لحجم نشاط الطبيب وبين التكفل بالانشغالات المرضى أثناء الفحص. كما صرّح الأطباء أنّ ضيق الوقت هو سبب يجعل من الاهتمام

بانشغالات المريض -التي تخرج عن حدود الرعاية الطبية- أمر ثانوي، فوجود العديد من المرضى في اليوم، يجعل الطبيب لا يقوم سوى بالتكفل بالأمر المهمة، لأنّه ليس لديه الوقت. وتبين من خلال هذه الدراسة أنّ التكفل أو التفهم الحقيقي لانشغالات المريض خلال الفحص الطبي هو أمر صعب بالنسبة لجميع الأطباء [130].

وبناءً على وجهة النظر هذه فإنّه تتأثر قدرة الطبيب على أن يكون متعاطفاً مع مريضه بمستوى الضغط النفسي لديه.

بينما يرى آخرون أنّ التعاطف مع المريض هو الذي يُسبب انخفاض أو ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الطبيب، حيث أثبتت الدراسات أنّ العامل الأساسي المسبب للضغط النفسي هو العلاقة مع المرضى، وأنّ هذا العامل هو أكثر أهمية من كثافة عبء العمل [141]، ص118.

وفي هذا الصدد أيضاً، أشارت بعض الدراسات الأخرى أنّ الضغط النفسي له علاقة ببذل الأطباء قصارى جهودهم تجاه مرضاهم، وكذلك له علاقة مع كثافة المطالب العاطفية للمرضى. وقد أكدّ شوفلي Schaufeli وماسلاش Maslach (1993) أنّ الضغط المهني المزمن في مهن الخدمات الاجتماعية هو نتيجة تحمل العلاقات العاطفية بين القائم على الرعاية وبين الأشخاص الذين هم موضوع اهتمامهم، كما هو الحال بالنسبة لعلاقة الطبيب بالمريض [5].

وهناك شبه اتفاق بين الباحثين على أنّ الفرد الأكثر التزاماً وإخلاصاً في عمله يكون أكثر عرضةً من غيره للضغط النفسي، فالطبيب المتعاطف مع المريض يقع بالإضافة لظروف العمل الضاغطة تحت ضغط داخلي للعتاء.

لذلك يتكلم البعض عن فائدة التجريد من الإنسانية Dehumanization في حل المشكلات، ويرى بأنّه قد تكون مهمة لتقديم الرعاية بكفاءة وفعالية عالية خصوصاً عندما يكون الضغط مرتفعاً، إذ أنّ أنسنة

المرضى يمكن أن تزيد من التوتر. ويستخدم مقدمي الرعاية الطبية التجريد من الإنسانية بشكل عفوي كوسيلة للتعامل مع الإجهاد [146].

لكن مع هذا يمكن اعتبار أنه من المحددات الهامة للحفاظ على علاقة مُرضية خلال فترات الضغط هو إلى أي مدى يمكن للأطباء أن يستجيبوا بتوجه تعاطفي. فعلى الرغم من قلة مقاييس مواجهة الضغوط التي تقيم التعاطف على أنه نمط من أساليب المواجهة بصفة مباشرة، إلا أن المفهوم الذي يستعمله الناس للتعاطف على أنه يدل على إدارة الضغط هو ليس بجديد. وباعتبار الاستجابة التعاطفية هي نمط من أساليب المواجهة فهي تعمل على إدارة الصراعات والوقاية منها، والتقليل من الشعور بالضيق، والتقليل من الإدراكات السلبية، كما أنها تعمل على تعزيز التقارب والعلاقات العاطفية الحميمة وتحسين نوعية العلاقات بين الأشخاص [147]، ص 197، 198.

وعلى هذا يمكن القول بأن تعزيز الوعي الذاتي -الذي يعتبر شرطاً أساسياً لحدوث التعاطف- يمكن أن يحسن بشكل فعال الصحة النفسية للأطباء في الممارسة العيادية، فهو يساعد الممارسين على أن يصبحوا أكثر انتباهاً ووعياً بوجود الضغط لديهم، وبأهم مصادره، وبقدرتهم الشخصية على التخفيف من آثاره.

يتضح من خلال كل ما سبق، أن هناك علاقة تبادلية بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الطبيب. وعلى الرغم من أنه أكدت العديد من الدراسات على أنه من بين أسباب الضغط النفسي لدى الأطباء هو علاقتهم بمرضاهم، وكذلك التعامل مع احتياجات ومتطلبات المرضى، إلا أنه وجود قدر معين من التعاطف والعلاقة الجيدة مع المرضى تساعد الطبيب على التخفيف من مستوى الضغط النفسي لديه، وليس سبباً في زيادته، فالتعاطف هو المسافة العاطفية الصحيحة بين الطبيب والمريض.

ومن خلال النتائج التي تمّ التوصل إليها يتبين أنّ الفرضية الأولى من هذه الدراسة القائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الأطباء قد تحققت، فقد أظهرت هذه الدراسة أنّ هذه العلاقة عكسية، ولم تتعارض هذه النتيجة مع نتائج الدراسات الأخرى.

2.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

تتص هذه الفرضية على أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء. وللتحقق من هذه الفرضية تمّ الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون، وكانت النتائج المتحصل عليها كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 64: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة العصابية

		Empathie	Névrosisme
Empathie	Pearson Correlation	1	-.252 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.007
	N	112	112
Névrosisme	Pearson Correlation	-.252 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.007	
	N	112	112

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

يتبين من الجدول السابق أنّ هناك علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند 0,01 بين التعاطف الوجداني

مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون -0,25.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قام بها كراسنر وآخرون Krasner et al (2008) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الدرجة المنخفضة لسمة العصابية لدى الأطباء وارتفاع مستوى التعاطف الوجداني مع مرضاهم [18].

وعلى الرغم من قلة الدراسات التي حاولت الربط بين سمة العصابية والتعاطف الوجداني، إلا أن الدراسة التي وجدت أكدت على وجود هذه العلاقة، واتفقت مع نتيجة هذا البحث. وتبدو هذه النتيجة منطقية نظراً للارتباط الموجب والقوي بين سمة العصابية والضغط النفسي.

كما ترى دال باريو Del Barrio أنه على الرغم من أن العلاقة بين التعاطف والعصابية لا تزال غير واضحة، إلا أن السلوكيات الاجتماعية الإيجابية والاهتمام بالآخرين ترتبط مع الدرجات المنخفضة لسمة الانفعالية السلبية أو العصابية [148].

ويمكن تفسير العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء بأن السمات السلبية التي تميز الشخص العصبي والمتمثلة في: القلق والتوتر، العدوانية، والاتكالية على الآخرين، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وكذلك عدم تقبل الآخرين، والشك في نوايا الآخرين، والانسحاب الاجتماعي، وسلوكيات التجنب تؤدي به إلى عدم التوافق النفسي والاجتماعي في كل استجاباته وعلاقاته.

وبالتالي فإن هذه السمات التي تظهر لدى الأطباء الذين يتميزون بالعصابية تجعل لديهم ميل عام نحو عدم تحمل العلاقات العاطفية مع المرضى وعدم تقبلهم كأشخاص وفقدان الاهتمام بهم وبحالتهم النفسية والاجتماعية، وعدم القدرة على الإصغاء لانشغالاتهم، وصعوبة التكيف معهم. فالعصابية عامل يضعف قدرة الطبيب على التعامل بفعالية مع مرضاه وعلى اختبار مشاعر إيجابية تجاههم، مما ينعكس

بشكل واضح على مستوى تعاطفه الوجداني مع المريض. ذلك لأنّ التعاطف الوجداني مع المريض يحتاج إلى مهارات اجتماعية وأساليب تواصل جيدة مع المرضى، وهذا الشيء الذي يفقده الشخص العصابي.

وبناءً على هذا فإنّ سمة العصابية لدى الأطباء تعمل على تخفيض مستوى تعاطفهم الوجداني مع المرضى.

ومن خلال هذه النتيجة التي تمّ التوصل إليها فإنّه قد تحققت الفرضية الثانية للبحث القائلة بأنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة العصابية لدى الأطباء، وبينت الدراسة أنّ هذه العلاقة هي علاقة عكسية.

3.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

تنص هذه الفرضية على أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء. وتمّ الاعتماد للتحقق من مدى صحة هذه الفرضية على معامل الارتباط بيرسون، ويظهر الجدول الموالي النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 65: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الانبساط

		Empathie	Extraversion
Empathie	Pearson Correlation	1	.413**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Extraversion	Pearson Correlation	.413**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يتضح من الجدول رقم (65) وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين التعاطف الوجداني

مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء، حيث وُجدت قيمة معامل الارتباط مساوية لـ 0,41.

وبالرغم من عدم وجود دراسات أكدت على العلاقة بين التعاطف وسمة الانبساط، إلا أنه يبدو أنّ مجموع السمات التي يتسم بها الشخص المنبسط والمتمثلة في: الاجتماعية، بحيث يتميز بمرونة عالية في التواصل الاجتماعي، والميل إلى تفضيل المواقف الاجتماعية والتعامل معها، كما يتميز بالاهتمام الكبير بالآخرين ويتمتع بالتوافق الاجتماعي، تجعل (مجموع السمات السابقة) لديه القدرة على تحمل العلاقات مع الآخرين، ومن هنا قد تكون الاجتماعية مؤشراً للقدرة على التعاطف مع الآخرين.

كما تشير سمة الانبساط إلى التفاعلات البينشخصية والتوجه نحو الآخرين والود في التعامل معهم، والقدرة على التفاعل الاجتماعي، والتوافق مع الجماعة، واختبار الانفعالات الايجابية تجاه الآخرين. ولذلك يميل الشخص الانبساطي إلى العمل بالمهن التي لها علاقة مباشرة مع البشر.

وبصفة عامة يمكن اعتبار أنّ مجموع السمات الشخصية التي تميز المنبسط تجعله يركز على أهمية العلاقات والتفاعلات الشخصية والمخالطة الاجتماعية.

ويرى ثورن Thorne (1987) أنّ الأفراد المنبسطين هم أكثر تحمساً وأكثر عطاءً، ويواجهون المواقف الاجتماعية باعتقادهم أنّهم ينبغي الاستماع جيداً للآخرين، وأنهم يستمتعون بذلك [144]، ص100.

وينطبق هذا الأمر على الطبيب المنبسط بحيث تكون لديه القدرة على تحمل العلاقات مع المرضى، والشعور بمشاعر إيجابية نحوهم، وهذا يعد مؤشراً لقدرة على التعاطف الوجداني معهم.

ومن خلال ما سبق يمكن تفسير العلاقة الارتباطية الموجبة بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء، بأنَّ الأطباء المنبسطين هم أكثر قدرةً على الشعور بالانفعالات الإيجابية تجاه مرضاهم، ويتميزون بمرونة في تفاعلهم مع المرضى، وتقبلهم واحترامهم والإصغاء لهم. ذلك لأنَّ عنصر الاجتماعية المرتبط بسمة الانبساط تجعل الأطباء يتفاعلون بإيجابية مع مرضاهم، والميل إلى الاهتمام بهم وتفهمهم والاندماج معهم، وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع مستوى التعاطف الوجداني لديه.

وبناءً على النتيجة المتوصل إليها فإنَّ الفرضية الثالثة للبحث القائلة أنَّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانبساط لدى الأطباء قد تحققت، وأنَّ هذه العلاقة هي علاقة موجبة.

4.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

تفترض وجود علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء. وتمَّ الاعتماد للتحقق من صحة هذه الفرضية على معامل الارتباط بيرسون، والنتائج المتحصل عليها مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم 66: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الانفتاح على الخبرة

		Empathie	Ouverture
Empathie	Pearson Correlation	1	.432**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Ouverture	Pearson Correlation	.432**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يوضح الجدول رقم (66) أنّ هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء، حيث وجدت قيمة معامل الارتباط بيرسون مساوية لـ 0,43.

وبالرغم من عدم وجود دراسات أكدت على العلاقة بين التعاطف وسمة الانفتاح على الخبرة، إلّا أنّه تأكد ارتباط هذه السمة بالموافقة على المتقدمين للعمل في مجال الطب.

ونتيجة فقر الجانب النظري المتعلق بارتباط هذه السمة بمتغير التعاطف حاولت الباحثة القيام ببعض الاجتهادات لتفسير هذه العلاقة الارتباطية. إذ يعتبر حسن موسى الصفار -في هذا الصدد- الانفتاح الفكري بأنّه الخطوة الأولى للانفتاح على الذات، ومن خلاله يتعرف الإنسان على إمكاناته وثرواته، ومن ثمّ يتطلع إلى الإمكانيات الأخرى. فبعد انفتاح الفرد على ذاته يتمكن من الانفتاح على الآخرين، وذلك عن طريق الحوار الذي يساهم في تنشيط حركة المعرفة والثقافة، ويدفع الناس للتفكير والبحث. كما أنّه يؤدي وظيفة مهمة على صعيد تحقيق الاستقرار الاجتماعي، وذلك لأنّ قسماً كبيراً من المشاكل في العلاقات الاجتماعية، تنشأ من جهل الناس ببعضهم البعض.

فالانفتاح حسب الصفار يرتبط بالكثير من المفاهيم المرتبطة بأساليب الحوار وطرقه الصحيحة. وينشأ عن الانفتاح الاحترام المتبادل، ويعني ذلك إبداء الترحيب بالطرف الآخر، ومخاطبته باحترام، والإصغاء لكلامه، وعدم مقاطعته، وعدم تجريح شخصيته، وإهانته. كما يعتبر الصفار أنّ التفوق الذي يميز سمة الانفتاح لا يأتي إلا ببذل الجهد وتحمل العناء. وهنا يأتي دور التشجيع والتقدير في رفع معنويات رواد الإبداع والتفوق، وامتصاص آثار التعب والعناء الذي يواجهونه في طريقهم، مما يجعلهم أكثر عزمًا وتصميماً على الانجاز والتقدم [149].

وبالتالي فإنّ السمات التي تميز الانفتاح على الخبرة -والمتمثلة في: حب الاستطلاع والتعرف على الخبرات والمعلومات الجديدة، والاهتمام بالمشاعر والأفكار والجماليات والفن والابتكار والإبداع، وسعة الخيال- هي التي تجعل الفرد أكثر تفهماً للآخر، وأكثر استيعاباً لاحتياجاته المادية والمعنوية.

ولهذا نجد الطبيب المنفتح على الخبرة والذي يتمتع بروح التجديد والتطور وامتلاكه لصفات تملأ حياته بالحيوية والنشاط، وتدفعه للإبداع والانجاز، وتجعله يتخطى العقبات والحواجز، وترفع درجة الطموح لديه وتجعله يتطلع نحو التقدم والإبداع؛ كل هذا يولد لدى الطبيب طاقة للتواصل مع المريض بفعالية وفهم احتياجاته وانشغالاته، وتعطيه القدرة على الصبر والتحمل للاستماع لكلامه وشكاويه.

وعلى ضوء هذه النتيجة فإنّه يمكن القول أنّ الفرضية الرابعة للبحث الفائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء قد تحققت، وهي علاقة موجبة.

4.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

تنص على أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء. واعتمد الباحث للتحقق من مدى صحة هذه الفرضية على معامل الارتباط بيرسون، وكانت النتائج المتحصل عليها كما يلي:

جدول رقم 67: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة الطيبة

		Empathie	Agréabilité
Empathie	Pearson Correlation	1	.643**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Agréabilité	Pearson Correlation	.643**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

يظهر من الجدول السابق أنّ هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين التعاطف الوجداني

مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ 0,64.

واتفقت هذه النتيجة حول وجود علاقة بين التعاطف وسمة الطيبة مع الدراسة التي حاولت البحث

عن العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية لـ ماكري McCrae ومكونات الذكاء الانفعالي حسب نموذج

كل من بارون Bar-On وجولمان Goleman، وباعتبار أنّ التعاطف هو أحد مكونات الذكاء الانفعالي

فإنّه تمّ التوصل إلى وجود علاقة موجبة بين الطيبة وبالخصوص سمة اعتدال الرأي والتعاطف في نموذج

بارون Bar-On والتفهم التعاطفي في نموذج جولمان Goleman [150].

وكذلك ترى دال باريو Del Barrio أنّ التعاطف يرتبط بشكل رئيسي مع سمة الطيبة. فالطيبة هي

في المقام الأول بعد من أبعاد السلوكيات بين الأشخاص، إذ أنّ الشخص الذي يتميز بسمة الطيبة هو

محب للآخرين ومتعاطف معهم ويسعى لمساعدتهم، كما يكون الشخص المتميز بهذه السمة متفاعل مع

الآخرين ويميل إلى أن يكون متعاوناً وودياً معهم، ويُحسّن معاملتهم، وكذلك يتميز بالإيثار والتعاطف

والتواضع ويحترم مشاعر الآخرين وسلوكياتهم واستجاباتهم. وبصفة عامة قد تكون الطيبة عامل يسمح بالتنبؤ بالسلوكيات الاجتماعية الإيجابية، ويتجلى ذلك في قدرة الشخص الذي يتميز بهذه السمة على الاستجابة بشكل مناسب تجاه مشاعر الآخرين [148].

وهذا ما يُفسر معامل الارتباط القوي بين كل من التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء التي توصلت إليه هذه الدراسة، حيث أنّ مجموع السمات الشخصية التي تميز الأطباء أصحاب الدرجات المرتفعة على سمة الطيبة والتي تركز على نوعية العلاقات البينشخصية مثل التعاطف والمودة والتعاون والإيثار، وعلى مهارات الطبيب في التعامل مع المرضى، تنعكس بشكل مباشر على درجات التعاطف لدى الأطباء. ولهذا نجد المتميزون بهذه السمة يميلون إلى مراعاة مشاعر المرضى والاهتمام بتقديم يد العون لهم والاهتمام بانشغالاتهم، وتقبل وجه نظرهم، والتعامل مع احتياجاتهم. كما أنهم يتقبلون المرضى على الرغم من اختلافهم، ويبادلونهم مشاعر الاحترام.

ومن خلال النتائج التي تمّ التوصل إليها يتبين أنّ الفرضية الخامسة للبحث القائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة الطيبة لدى الأطباء قد تحققت، وهي علاقة موجبة. ولم تتعارض هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة.

6.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة

تنص هذه الفرضية على أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الأطباء. ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية، استعمل معامل الارتباط بيرسون، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 68: العلاقة الارتباطية بين التعاطف الوجداني وسمة يقظة الضمير

		Empathie	Conscientieux
Empathie	Pearson Correlation	1	.453**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
Conscientieux	Pearson Correlation	.453**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

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

توضح نتائج الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين التعاطف الوجداني

مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الأطباء، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بـ 0,45.

ومع أنه لا توجد دراسات كثيرة حول علاقة التعاطف بيقظة الضمير إلا أن الدراسة التي وجدها

الباحث استطاعت تأكيد نفس النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة، حيث دعمت هذه النتيجة دراسة

كراسنر وآخرون (Krasner et al 2008) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستوى

التعاطف الوجداني وسمة يقظة الضمير المرتفعة.

ذلك لأن سمة يقظة الضمير تعكس المثابرة والتنظيم لتحقيق الأهداف المرجوة، ويتميز صاحب هذه

السمة بأداء واجباته باستمرار وبإخلاص والتأني وضبط الذات والجدية والوفاء، وكل هذه السمات من

شأنها أن تعزز التزام الطبيب تجاه مريضه والإحساس بالمسؤولية على حياته وصحته.

كما أنّ الطبيب الذي يتميز بيقظة ضمير مرتفعة يتمتع بالنزعة إلى التعامل مع الأمور بجدية وكفاءة، لذلك نجده يستخدم أساليب ومهارات تعامل وتفاعل مع المرضى بكفاءة عالية، مع حفاظه على صحته النفسية والجسدية وذلك من خلال ضبط الذات.

وكذلك فإنّ الإخلاص والالتزام في العمل وفي الحياة بصفة عامة هي من خصال الطبيب اليقظ الضمير، ولذلك فإنّ مثاليته توجهه نحو إعطاء أهمية للمريض، وتخصيص الوقت الكافي له، والانشغال باهتماماته، وبضرورة تقديم المساعدة له، واحترام وجهة نظره، دون أن يشعر باستنزاف طاقاته والوقوع تحت الضغط النفسي، لأنّه يعتقد بأنّ هذا من ضمن واجباته ومهامه، ولا يشعر بالملل أو التذمر من تأديته. كما يتمسك الطبيب اليقظ الضمير أيضاً بمجموعة من القيم والأفكار الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى التعاطف الوجداني لديه.

وعلى ضوء اتفاق هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة كراسنر وآخرون Krasner et al وهو وجود علاقة ارتباطية عكسية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الطبيب، يمكن القول أنّ الأطباء ذوي الدرجات المرتفعة على سمة يقظة الضمير أكثر نجاحاً وكفاءةً في تأدية مهامهم، ولذلك فهم يتميزون بتقديرهم لأهمية العلاقة مع المريض، وينجحون في إقامة علاقة تعاطفية معه. وكذلك ترتبط سمة يقظة الضمير بمستوى مرتفع من المثالية والدافعية، وأن يكون الطبيب فعال وكفؤ في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، ويعتبر أنّ عمله الطبي وخدمة المريض هي من بين أولوياته، ويشعر بالمتعة في تحقيق أهدافه بإتقان وإخلاص، كما يعتبر أنّ هذا العمل الصعب والمجهد يساهم في زيادة اجتهاده ومكافحته في عمله، وكذلك تعزيز هذه السمة لديه.

ومن خلال هذه النتيجة يمكن القول أنّ الفرضية السادسة للبحث القائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية

بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمة يقظة الضمير لدى الأطباء قد تحققت، وهي علاقة موجبة.

7.2.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة

تنص هذه الفرضية على أنّ التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض تتسبب للضغط النفسي أكثر ممّا تتسبب لسمات الشخصية الخمسة (العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة وبقطة الضمير).

فبعد الإشارة إلى أهمية العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي لدى الأطباء والتعاطف الوجداني مع المريض وتأكيد الدراسات لهذه العلاقة، وعلى الرغم من أهمية متغير سمات شخصية الطبيب في تحديد مستوى التعاطف الوجداني، إلا أنّ الباحث افترض أنّ التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض تتسبب للضغط النفسي أكثر ممّا تتسبب لسمات الشخصية الخمسة (العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة وبقطة الضمير).

ولأجل التحقق من صحة هذه الفرضية، استعمل معامل الانحدار الذي يبين مقدار ما يفسره الضغط النفسي مع سمات الشخصية الخمسة (المتغيرات المستقلة) من التغيرات الحادثة في التعاطف الوجداني مع المريض (المتغير التابع)، والجدول الموالي يوضح النتائج التي تمّ التحصل عليها:

جدول رقم 69: معامل الانحدار لمعرفة نسبة مساهمة كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية في

التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.739 ^a	.547	.521	20.16858

a. Predictors (Constant): Stress, Névrosisme, Extraversion, Ouverture, Agréabilité, Consciencieux.

جدول رقم 70: الدلالة الإحصائية لقيمة معامل الانحدار

ANOVA^b

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	51543.471	6	8590.579	21.119	.000 ^a
Residual	42711.020	105	406.772		
Total	94254.491	111			

a. Predictors: (Constant), Stress, Névrosisme, Extraversion, Ouverture, Agréabilité, Conscientieux

b. Dependent Variable: L'empathie

يتضح من خلال الجدول رقم (69) أن قيمة معامل الانحدار $R^2 = 0,52$ ، وتم التأكد من الدلالة الإحصائية لهذه القيمة واتضح من الجدول رقم (70) أنها قيمة دالة عند 0,01. وهذا يعني أن 52% من التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض تنسب لكل من الضغط النفسي وسمات الشخصية الخمسة المتمثلة في: العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير.

ومن أجل معرفة نسبة تأثير كل متغير مستقل (الضغط النفسي، العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) على حدى، تم الاعتماد على معامل بيتا $Beta$ ، والذي يمثل المعامل المعياري للانحدار، وتعكس أثر الفرق في الانحراف المعياري في المتغير المستقل على الانحراف المعياري في المتغير التابع [151]، ص 295. ويوضح الجدول رقم (71) النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 71: نسبة تأثير كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية الخمسة على مدى في التغيرات

الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-49.494	30.153		-1.641	.104
Stress	-.142	.104	-.111	-1.361	.176
Névrosisme	.599	.352	.142	1.704	.091
Extraversion	1.066	.354	.215	3.013	.003
Ouverture	1.178	.353	.240	3.335	.001
Agréabilité	2.256	.402	.511	5.612	.000
Conscientieux	.289	.414	.060	.698	.487

a. Dependent Variable: L'empathie

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ قيمة معامل بيتا *Beta* بين التعاطف الوجداني مع المريض والضغط النفسي لدى الطبيب قدرت بـ -0,11 وهي غير دالة، أمّا قيمة بيتا *Beta* بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة العصابية قدرت بـ 0,14 وهي غير دالة، في حين كانت قيم بيتا *Beta* بين التعاطف الوجداني مع المريض وكل من سمة الانبساط وسمّة الانفتاح على الخبرة وسمّة الطيبة قدرت بـ 0,21 و 0,24 و 0,51 على التوالي، وهي قيم دالة عند 0,01. كما أنّه قدرت قيمة بيتا *Beta* بين التعاطف الوجداني مع المريض ويقظة الضمير بـ 0,06 وهي غير دالة.

وعلى هذا يمكن القول بأنه احتلت سمة الطيبة المرتبة الأولى في التأثير على التعاطف الوجداني، تليها سمة الانفتاح على الخبرة، ثم سمة الانبساط. في حين أنّ بقية سمات الشخصية المتمثلة في العصابية ويقظة الضمير، بالإضافة إلى الضغط النفسي لم تكن نسبة تأثيرها في التعاطف الوجداني ذات دلالة.

وتعني قيمة بيتا *Beta* الموجبة بين التعاطف الوجداني وكل من سمة الانبساط والانفتاح على الخبرة والطيبة أنّ الأطباء الذين يتميزون بهذه السمات الثلاثة نجد لديهم مستوى التعاطف مع المريض مرتفع، وبالتالي يولون اهتماماً لأهمية تحسين نوعية العلاقة مع المريض والتعاطف معه.

وتؤكد هذه النتائج أن السمات الشخصية للأطباء تلعب دوراً في التأثير على نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض بصفة عامة وبالتحديد في التأثير على تعاطفهم مع مرضاهم، فالسمات تحدد السلوكيات التي يتبناها الطبيب في التعامل مع مرضاه أكثر من الدور الذي يلعبه متغير الضغط النفسي. فإذا ما كانت سمات الشخصية لها علاقة بأسلوب مواجهة الطبيب للضغوط الممارسة عليه، فهي بطبيعة الحال سوف تسمح له كذلك بتبني سلوكيات معينة في تعامله وتواصله مع المرضى. غير أنّه توجد سمات ساهمت في التأثير على التعاطف الوجداني أكثر من غيرها، وتتمثل في سمة الطيبة والانفتاح على الخبرة والانبساط. وهذا يعني أنّ هذه السمات تؤثر بصفة جوهرية على أسلوب تعامل الطبيب مع مريضه، وعلى التعاطف معه، لأنها تعكس قدرته على الاستجابة بشكل مناسب مع مشاعر المريض، وأفكاره وسلوكياته، وعلى تقهم وجهة نظره، وهذه المظاهر تدل على التعاطف الوجداني.

بينما تلعب السمات الأخرى المتمثلة في العصابية ويقظة الضمير، وكذلك متغير الضغط النفسي دوراً ثانوياً في التأثير على مستوى التعاطف الوجداني على الرغم من تأكيد الدراسة للعلاقة الارتباطية بين هذه المتغيرات والتعاطف الوجداني.

وبناءً على النتائج السابقة، تبين أنّ سمات شخصية الأطباء المتمثلة في الطيبة والانفتاح على الخبرة والانبساط بالترتيب أكثر تأثيراً في التعاطف الوجداني مع المريض من الضغط النفسي. وهذا يعني عدم تحقق الفرضية السابعة من هذه الدراسة القائلة بأنّ التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني مع المريض تنسب للضغط النفسي أكثر مما تنسب لسمات الشخصية الخمسة. ولم يكن لسمات الشخصية الخمسة جميعها تأثير في التعاطف الوجداني مع المريض، حيث أنّ سمة العصابية وسمة يقظة الضمير لم تساهما في التأثير في التعاطف الوجداني.

الاستنتاج العام

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض.

وبعد اختبار فرضيات البحث تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

* **تحقق الفرضية الأولى:** التي تنص على أنه هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض ومستوى الضغط النفسي لدى الأطباء، وهي علاقة عكسية ودالة عند 0,01 قدرت بـ $-0,313^{**}$.

* **تحقق الفرضية الثانية:** التي تفترض أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة العصائية لدى الأطباء، وهي علاقة عكسية ودالة عند 0,01 قدرت بـ $-0,252^{**}$.

* **تحقق الفرضية الثالثة:** القائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة الانبساط لدى الأطباء، وهي علاقة موجبة ودالة عند 0,01 قدرت بـ $0,413^{**}$.

* **تحقق الفرضية الرابعة:** القائلة أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة الانفتاح على الخبرة لدى الأطباء، وهي علاقة موجبة ودالة عند 0,01 قدرت بـ $0,432^{**}$.

* **تحقق الفرضية الخامسة:** التي تنص على أنه هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة الطيبة لدى الأطباء، وهي علاقة موجبة ودالة عند 0,01 قدرت بـ 0,643^{**}.

* **تحقق الفرضية السادسة:** التي تفترض أنّ هناك علاقة ارتباطية بين التعاطف الوجداني مع المريض وسمّة يقظة الضمير لدى الأطباء، وهي علاقة موجبة ودالة عند 0,01 قدرت بـ 0,453^{**}.

* **عدم تحقق الفرضية السابعة:** القائلة بأنّ التغيرات الملاحظة في التعاطف الوجداني تتسبب للضغط النفسي أكثر مما تتسبب لسمات الشخصية الخمسة، بحيث أظهرت نتائج الدراسة أنّ سمات الشخصية (الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة) أكثر تأثيراً في التعاطف الوجداني من الضغط النفسي، بينما كانت نسبة تأثير سمّتي العصابية ويقظة الضمير وكذلك متغير الضغط النفسي غير دالة إحصائياً.

كما توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج تتعلق بمتغيرات البحث، ويمكن تلخيص أهمها

فيما يلي:

* **كان مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء يفوق المتوسط لدى 49,11% منهم، و50,89% من الأطباء يعانون من ضغط نفسي منخفض، في حين أنه ليس هناك أطباء يعانون من مستوى ضغط نفسي مرتفع.**

* **متوسط الضغط النفسي لدى الإناث أكبر من متوسط الذكور، إلا أنّ الفرق بين متوسط الذكور والإناث لم يكن دالاً إحصائياً.**

* **كان مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء الأكثر شباباً والذين تتراوح أعمارهم بين 25 و35 سنة أعلى من المتوسط، في حين تتناقص مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء مع التقدم في السن.**

* متوسط الضغط النفسي لدى الأطباء المتزوجين أعلى بقليل من متوسط غير المتزوجين، لكن لم تكن هذه الفروق دالة إحصائياً.

* يزيد مستوى الضغط النفسي عن المتوسط لدى الأطباء الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات، وكذلك توصلت الدراسة إلى أنّ مستوى الضغط النفسي ينخفض مع الأقدمية.

* كان متوسط الضغط النفسي لدى الأطباء العامين أعلى منه لدى الأطباء المختصين.

* تحتل مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية الصدارة من حيث مستوى الضغط النفسي، تليها مصلحة أمراض النساء والتوليد، بينما تحتل مصلحة الطب الداخلي المرتبة الأخيرة.

* يشكل سوء التسيير الإداري ونقص المعدات والأجهزة والأدوية أهم مصادر الضغط النفسي لدى الأطباء الجزائريين.

* لم يكن هناك اختلاف كبير في مصادر الضغوط لدى الأطباء بين البيئة الجزائرية والبيئات الأجنبية، وذلك بعد مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة، فبالرغم من اختلاف بيئة العمل بين البيئتين، إلا أنه تبقى طبيعة عمل الطبيب ومسؤولياته هي نفسها باختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية. لكن من الملاحظ أنه بعض المصادر تعتبر ضاغطة فقط لدى الأطباء في البلدان النامية، نذكر منها: بعد مكان العمل عن مكان الإقامة، ونوعية الأكل السيئة خلال المناوبة، وانعدام أدنى ظروف الراحة في غرفة الاستراحة.

* تحتل سمة يقظة الضمير مقدمة سمات الشخصية لدى الأطباء المشاركين في هذه الدراسة، تليها سمة الطبية وسمة الانبساط، في حين أنّ سمة العصائية تحتل المرتبة الأخيرة.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في سمات شخصية الأطباء.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين في سمات شخصية الأطباء، فيما عدا سمة الطيبة، حيث كان الفرق دالاً إحصائياً لصالح المتزوجين.

* وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمة العصابية، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ 0.55**.

* لا توجد علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمة الانبساط، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.10، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

* لا توجد علاقة ارتباطية بين الضغط النفسي وسمة الانفتاح على الخبرة، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.13، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

* وجود علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمة الطيبة، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.40**.

* وجود علاقة ارتباطية عكسية ودالة عند 0,01 بين الضغط النفسي وسمة يقظة الضمير، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ -0.36**.

* كان مستوى التعاطف الوجداني يفوق المتوسط لدى 55,35% من الأطباء، بينما 44,64% منهم كانت درجاتهم أقل من المتوسط.

* كما وجدت الدراسة أنّ نسبة كبيرة من الأطباء (أكثر من نصف الأطباء) لديها مستوى تعاطف مرتفع وبلغت 55,35%، ونسبة 40,17% من الأطباء يشعرون بمستوى متوسط من التعاطف تجاه مرضاهم، في حين كانت نسبة الأطباء الذين لديهم مستوى منخفض من التعاطف ضئيلة جداً وبلغت 4,46%.

* متوسط التعاطف الوجداني لدى الإناث أكبر من متوسط الذكور، إلا أن الفرق بين متوسط الذكور والإناث لم يكن دالاً إحصائياً.

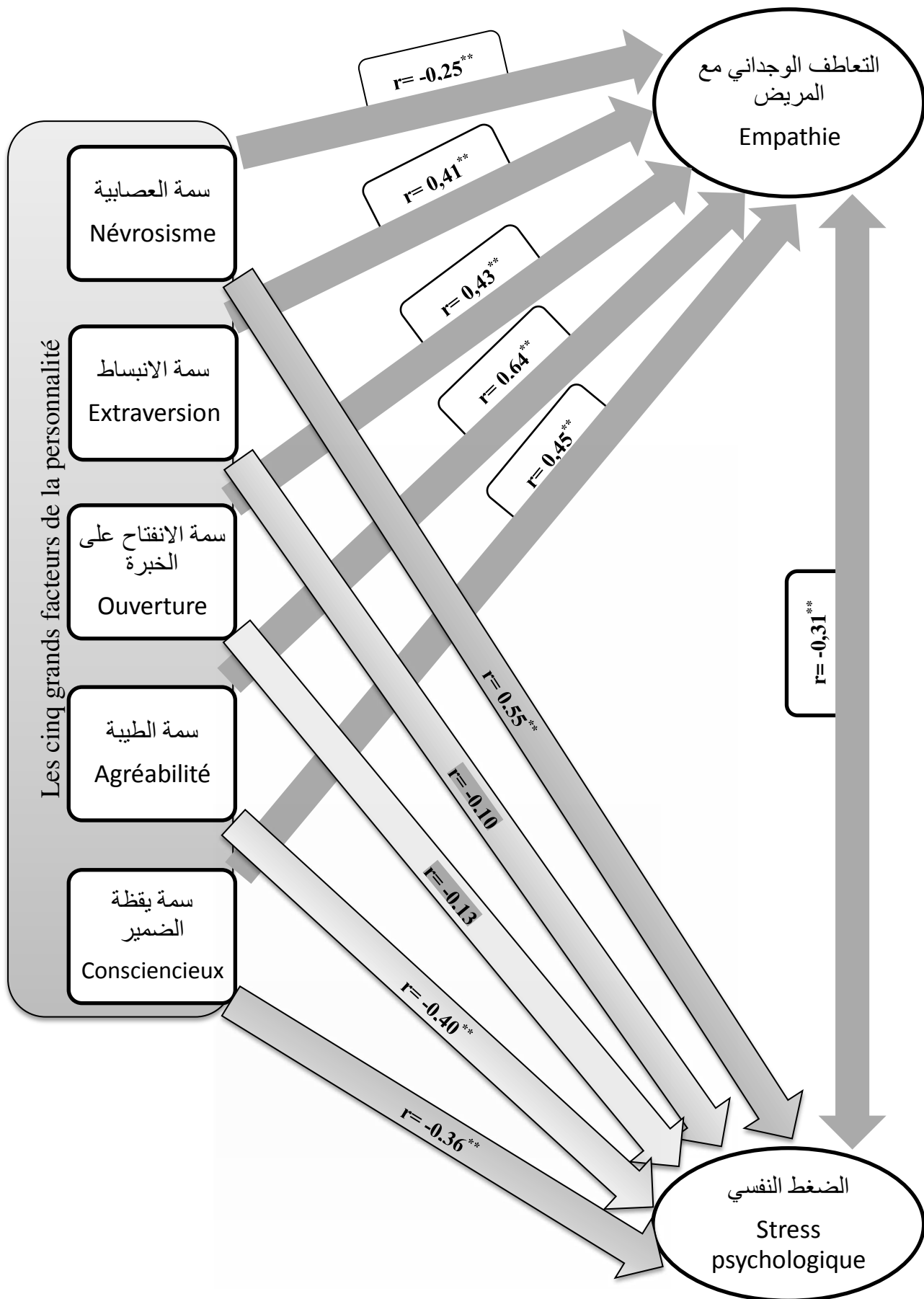
* كان مستوى التعاطف الوجداني لدى الأطباء الأكثر شباباً الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 35 سنة، وكذلك الأطباء المتقدمين في السن الذين تفوق أعمارهم 46 سنة أعلى من متوسط الفئات العمرية الأخرى.

* متوسط التعاطف الوجداني لدى الأطباء المتزوجين أعلى من متوسط غير المتزوجين، لكن لم تكن هذه الفروق دالة إحصائياً.

* كما وجدت هذه الدراسة أنه لم يكن لعامل الخبرة والأقدمية في العمل أي تأثير على مستوى التعاطف الوجداني.

* كان متوسط التعاطف الوجداني لدى الأطباء المختصين أعلى منه لدى الأطباء العاميين.

* تحتل مصلحة الطب الداخلي الصدارة من حيث مستوى التعاطف الوجداني، تليها مصلحة الفحص العام ومصلحة أمراض النساء والتوليد، بينما تحتل مصلحتي الاستعجالات الطبية الجراحية وطب الأطفال المرتبة الأخيرة.



شكل رقم 28: خلاصة الجانب التطبيقي للدراسة

خاتمة

بعد عرض الجانب النظري وتدعيمه بنتائج الجانب الميداني، تبين أنه لكل مهنة صعوبات ومعوقات تختلف عن المهن الأخرى، لا سيما المهن ذات الطابع الإنساني، ونخص بالذكر مهنة الطب. فالصعوبات التي يواجهها الطبيب تحول دون قيامه بدوره المطلوب كما يتوقعه هو ويتوقعه المرضى. وعلى هذا تعتبر ظاهرة الضغط النفسي من أبرز الظواهر التي قد تظهر في مجال العمل مع المرضى وتؤثر على نوعية الرعاية الصحية المقدمة.

وقد يولد تنوع مشكلات المرضى وحدتها أحياناً لدى العديد من العاملين في مجال الرعاية الطبية الشعور بالضغط النفسي والمهني، نظراً لما تقتضيه هذه المهنة من متطلبات مع فئات المرضى المختلفين، حيث يعد كل مريض حالة خاصة، كما أنها تتطلب نمطاً خاصاً من الخدمة والتعليم والتدريب والمساندة.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين كل من الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض، إذ يعتبر التعاطف الوجداني موضوع حديث لفت انتباه العديد من العلماء والباحثين في علم النفس والطب.

ونتيجة لأهمية متغير التعاطف الوجداني في الممارسة الطبية كان من الجدير توجيه الاهتمام لدراسة هذا المتغير، إذ كثيراً ما تهتم مؤسسات التعليم العالي بتنمية الجانب المعرفي والطبي لدى طلاب

الطب في العلاج الطبي، ولكن قلّما تُعطي اهتماماً بشكلٍ مباشرٍ أو منظمٍ لتنمية المهارات المتعلقة بالجوانب الاجتماعية في شخصية الطبيب عبر برامج تدريبية تجعلهم قادرين على التفاعل بشكل صحيح مع المرضى.

ولهذا وُجه الاهتمام من أجل إدخال التعاطف مع المرضى في مناهج التعليم الطبي، نظراً لإثبات العديد من الدراسات للدور الهام الذي يلعبه عامل التعاطف في تحسين العلاقة مع المريض، وتحسين النتائج العلاجية والتزام المريض وتماتله للشفاء، لكنّه لم يدرج إلاّ حديثاً وما زال مقتصر على البلدان المتقدمة، حيث أنّ إدخال برنامج التعاطف في مناهج التدريس الطبي وشبه الطبي لم يشمل كافة البلدان، خصوصاً العالم العربي.

ويعود انخفاض التعاطف لدى الأطباء مع ألم المريض إلى أسباب متعددة، التي من المحتمل أن يكون التدريب الطبي في حد ذاته واحداً منها، فعلى سبيل المثال، يشجع التدريب الطبي أحياناً تنظيم الاستجابات العاطفية السلبية لدى الأطباء بهدف حل المشكل الصحي للمريض بكفاءة، لكن تمت إدانة التجرد من المشاعر الإنسانية في الممارسة الطبية بشدة، والتتويه بضرورة قيام الكليات والمعاهد الطبية ببرامج منتظمة مختلفة للتنوعية بأهمية التعاطف. إذ أنّ استخدام المهارات المعرفية وحدها لحل المشكلات الصحية لا يؤدي بالضرورة إلى أفضل النتائج للمرضى، كما أن مشاعر العطف والشفقة وحدهما لن يؤديا كذلك إلى أفضل النتائج، وإنّما يفيد التعاطف بدرجة معينة وفي سياقات معينة، فعلى سبيل المثال على الجراح أن يبدي تعاطفاً شديداً وهو يناقش الخيارات الجراحية مع مريض مُحَبَط لكن عليه أن يتحكم في تعاطفه أثناء إجراء الجراحة. وبذلك يتعلق الأمر بمعرفة متى يكون التعاطف مطلوباً ومتى يكون ضاراً، فلا ينبغي أن يصبح هدف الأطباء أن يكونوا أكثر تعاطفاً بل عليهم بدلاً من ذلك أن يضعوا نصب أعينهم الوصول إلى التوازن الصحيح الذي يحسّن الرعاية الصحية.

ومن هنا يشير التعاطف في المجال الطبي إلى قدرة الطبيب على العمل بفعالية على الانفعالات، فهو بذلك يشكّل المسافة العاطفية المثلى بين الطبيب والمريض، فوجود قدر معين من التعاطف مطلوب وضروري في الممارسة الطبية. وتعتبر المحافظة على المسافة العاطفية السليمة واحدة من المهام الأكثر تعقيداً في الفحص الطبي.

ونختتم هذا البحث بمجموعة من الصعوبات، فكلّ بحث علمي صعوبات، ومنذ اختيار الباحث لموضوع بحثه وهو يجابه الكثير من الصعوبات منها ما يتوقعها ومنها ما تفاجئه وتحبطه، إلّا أنّ الباحث أراد التطرق إلى الصعوبات المتعلقة فقط بطبيعة موضوع دراسته بالتحديد، ويذكر منها ما يلي:

◀ عدم وجود مقاييس تعاطف خاصة بفئة الأطباء ما عدا مقياس جيفرسون، إلّا أنّ هذا المقياس لم يستعمل على حد علم الباحث في البيئة الجزائرية ولا في أي بيئة عربية أخرى.

◀ عدم وفرة الدراسات التي تناولت موضوع البحث بهذه الطريقة، خصوصاً الدراسات المتعلقة بالتعاطف الوجداني.

◀ صعوبة الاتصال بالأطباء، فعلى الرغم من العدد الهائل للأطباء بالمستشفيات والعيادات المتعددة الخدمات، إلّا أنّ إجراء مقابلات معهم كان أمر مجهد وكلف الكثير من الوقت.

◀ ضيق وقت الأطباء -بسبب طبيعة عملهم-، كما أنّ طول مقاييس الدراسة جعل بعض الأطباء يرفضون المشاركة في البحث، والبعض منهم لا يجيب على المقياس ككل أو يضيعه، والبعض الآخر يأخذ وقت طويل حتّى يرجع استبيان الدراسة أو لا يرجعها في الموعد المتفق عليه مسبقاً.

◀ كما أنّ طبيعة عمل الأطباء وقيامهم بالمناوبات الليلية جعل الباحث لا يستطيع العثور على الطبيب الذي سلّمه الاستبيان، وبذلك فقد الباحث الكثير من الاستبيانات ولم يتمكن من استرجاعها.

اقتراحات

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج توصي الباحثة بما يلي:

✓ تحتاج مهنة الطب اليوم إلى إدماج تدريس التعاطف على نطاق واسع في الممارسة الطبية في جميع المستويات بدءاً من اختيار المرشحين لكلية الطب، إذ هناك أدلة جديدة تُظهر أن التعاطف أداة طبية هامة يمكن تدريسها وإكسابها في الكليات الطبية، وبالتالي إحداث التغيير في سلوك الطبيب الذي يؤثر على معافاة المريض.

✓ تكوين الأطباء ليس فقط في مجال العلاج الطبي وإنما أيضاً في نوعية العناية بالمرضى وأهميتها، من خلال اقتراح برامج التعليم الطبي لإضافة مناهج عن فن الاتصال الذي يفيد الطبيب في علاقته مع المرضى، إذ سجلت بعض الشكاوى من قبل مجموعة من الأطباء حول نقص تكوينهم في المجال العلائقي والتواصل مع المرضى، وصرحوا بأنهم يكتسبون معظم معلوماتهم ومهارتهم التواصلية من الممارسة الميدانية.

✓ دعوة الأطباء إلى أنسنة المستشفيات، وتتمثل في الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الحقيقية للمرضى، ليس فقط المادية لكن كذلك الاحتياجات النفسية وشخصية المرضى، وإعطاء شرح

للمريض عن مرضه وإشراكه في الخطة العلاجية، والسماح بفهم مشترك عن مشكلته الصحية، وبالتالي تنمية علاقة تعاطفية مع المرضى.

✓ توجيه الاهتمام نحو الظروف التي تمارس ضغطاً على الطبيب والاهتمام بكيفية تحسينها من أجل أن تتحسن بعد ذلك نوعية الرعاية التي يقدمها للمريض.

✓ تصميم برامج مهنية تساعد في اختيار العاملين في السلك الطبي وفق معايير مهنية وشخصية.

✓ الاهتمام بالصحة النفسية للأطباء وتوفير لهم بيئة عمل جيدة ومريحة، لأن إرهاق الطبيب وتراكم الضغوطات حوله لا يسمح له بالتركيز بالشكل المطلوب على حالة مريضه، وكذلك لا تسمح له بالاهتمام بالجانب الانفعالي للمرضى.

✓ إقامة دورات و برامج تخفف من شدة الضغط النفسي لدى الأطباء، و تساعد على تحقيق تكيف أفضل مع ظروف وضغوط وصعوبات العمل الذي ينجزونه.

قائمة المراجع

1. طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين، "استراتيجية إدارة الضغوط التربوية والنفسية"، دار الفكر، الطبعة الأولى، الأردن، (2006).
2. DE CÁSSIA FOGAÇA Monalisa, DE CARVALHO Werther Brunow, DE ALBUQUERQUE CÍTERO Vanessa, NOGUEIRA-MARTINS Luiz Antonio; Factors that cause stress for physicians and nurses working in a pediatric and neonatal intensive care unit: bibliographic review, Rev Bras Ter Intensiva, Vol.20, N°3, (2008), 261–266.
3. HAYNAL-REYMOND Véronique; L'empathie, Revue médicale suisse, N°5, (2005).
4. HOJAT Mohammadreza and al; Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty, The American Journal of Psychiatry, Vol.159, N°9, (2002), 1563–1569.

5. GARROSA Eva et al; The relationship between socio-demographic variable, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study, International Journal of Nursing Study, Vol.45, (2006), 418-427.

6. GWS WONG Josephine; Doctors and Stress, Medical Bulletin, Vol.13, N°6, (2008), 4-7.

7. شيلي تايلور، "علم النفس الصحي"، ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكِر داود، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، (2008).

8. جمعة سيد يوسف، "إدارة الضغوط"، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية، الطبعة الأولى، القاهرة، (2007).

9. علي مهدي كاظم، "القيم النفسية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية"، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 2، (2002)، 12-40.

10. أ. ف. بتروفسكي وم. ج. ياروشفسكي، "معجم علم النفس المعاصر"، ترجمة: حمدي عبد الجواد وعبد السلام رضوان، دار العالم الجديد، الطبعة الأولى، القاهرة، (1996).

11. زهية مسعودي، "العلاقة بين أبعاد الشخصية واستراتيجيات المواجهة والتوافق الزواجي"، أطروحة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر، (2008).

12. عبد المنعم أحمد الدردير، "دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي"، الجزء الأول، عالم الكتب، الطبعة الأولى، القاهرة، (2004).

13. HOJAT Mohammadreza; Ten approaches for enhancing empathy in health and human services culture, Journal of health and human services administration, Vol.31, N°4, (2009), 412–450.

14. HENRY–TILLMAN Ronda et al; The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy, The American Journal of Surgery, Vol.183, (2002), 659–662.

15. دانييل جولمان، "الذكاء العاطفي"، ترجمة: ليلى الجبالي، عالم المعرفة، دون طبعة، الكويت، العدد 262، (2000).

16. WIDMER Daniel et JOLLIEN Alexandre; Quand l'empathie va, tout va, Primary Care, Vol.9, N°11, (2009), 213–214.

17. BOUDARENE Mahmoud ; Le stress : entre bien-être et souffrance, BERTI éditions, Alger, (2005).

18. KRASNER Michael S, EPSTEIN Ronald M, BECKMAN Howard et al; Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians, JAMA, Vol.302, N°12, (2009), 1284–1293.

19. SANDER David et SCHERER Klaus R ; Traité de psychologie des émotions, Dunod, Paris, (2009).

20. BRUCHON-SCHWEITZER Marilou et QUINTARD Bruno; Personnalité et maladies: Stress, coping et ajustement, Dunod, Paris, (2001).

21. VILA Gilbert et al ; L'enfant victime d'agression: Etat de stress post – traumatique chez l'enfant et l'adolescent, Masson, Paris, (1999).

22. CLONINGER Susan C; La personnalité, traduire par: TIBI Alice, Flammarion, Paris, (1999).

23. أحمد محمد عبد الخالق، "الأبعاد الأساسية للشخصية"، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الرابعة، الإسكندرية، (1987).

24. نوبير سيلامي، "المعجم الموسوعي في علم النفس"، ترجمة: وجيه أسعد، الجزء الثالث، منشورات وزارة الثقافة، دون طبعة، دمشق، (2001).

25. BERNAUD Jean-Luc; Les méthodes d'évaluation de la personnalité, Dunod, 2^e édition, Paris, (2008).

26. BOUVARD Martine; Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, Masson, 2^e édition, Paris, (2002).

27. علي عسكر، "الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل"، دار الكتاب الحديث، دون طبعة، الكويت، (2009).

28. LUMINET Olivier; Psychologie des émotions : Confrontation et évitement, Éditions De Boeck Université, 1^{er} édition, Bruxelles, (2003).

29. فؤاد حامد الموافي وفوقية محمد راضي، "الخصائص السيكمترية لاستبيان العوامل الخمسة الكبرى للأطفال لدى عينة من الأطفال المصريين في مرحلة الطفولة المتأخرة"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 16، العدد 53، (2006)، 1-25.

30. COSNIER Jacques; Psychologie des émotions et des sentiments, Retz, 3^e édition, Paris, (2006).

31. JUILLET Pierre; Dictionnaire de psychiatrie (français-anglais), Editions CILF (Conseil International de la Langue Française), Paris, (2000).

32. المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، الطبعة الرابعة، القاهرة، (2004).

33. أحمد فايز النماس، "الخدمة الاجتماعية الطبية"، دار النهضة العربية، دون طبعة، بيروت، (2000).

34. محمد حسن غانم، "كيف تواجه الضغوط النفسية"، كتب عربية، دون طبعة، دون مكان، (2005).

35. STORA Jean Benjamin ; Le stress, Éditions Dahlab, 2^e édition, Alger, (1993).

36. MACALUSO Gaëtan; Le stress chez les personnes âgées, Harmattan, Paris, (2008).

37. Larousse; Dictionnaire de poche, VUEF, Paris, (2002).

38. SILAMY Nibert ; Dictionnaire usuel de psychologie, BORDAS, Paris, (1983).

39. DAMIANI Carole ; Les victimes: violences publiques et crimes privés, Bayard éditions, Paris, (1997).

40. ELMASRI Mustapha ; "Prévalence du stress psychologique et des troubles Psychiques": Evénements traumatiques et santé mentale, SARP, Alger, N°9, (2001), 61-72.

41. جان بنجامان ستورا، "الإجهاد: أسبابه وعلاجه"، ترجمة: أنطوان الهاشم، منشورات عويدات، الطبعة الأولى، بيروت، (1997).

42. إبراهيم عبد الستار، "الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث"، عالم المعرفة، دون طبعة، الكويت، العدد 239، (1998).

43. فاروق السيد عثمان، "القلق وإدارة الضغوط النفسية"، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، (2001).

44. سمير شيخاني، "الضغط النفسي"، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، بيروت، (2003).

45. شعبان علي حسين السيسي، "السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق"، المكتب الجامعي الحديث، دون طبعة، الإسكندرية، (2009).

46. CATHÉBRAS Pascal et al ; Épuisement professionnel chez les médecins généralistes, Press Med, N°33, (2004), 1569-1574.

47. GALAAM Eric; Facteurs de stress pour les médecins, Revue Médical Suisse, Editorial, (2008), 83-85.

48. FERRERI Maurice et LÉGERON Patrick; Travail, stress et adaptation, ELSEVIER, Paris, (2002).

49. LÔO Pierre, LÔO Henri et GALINOWSKI André; Le stress permanent, Masson, 3^e édition, Paris, (2003).

50. BRUCHON-SCHWEITZER Marilou et DANTZER Robert ; Introduction à la psychologie de la santé, Press Universitaires de France, 4^e édition, Paris, (2003).

51. GRAZIANI Pierluigi et SWENDSEN Joël ; Le stress: Émotions et stratégies d'adaptation, NATHAN, Paris, (2004).

52. THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole ; Stress, pathologies et immunité, Editions Flammarion, Paris, (2003).

53. SCHWOB Marc ; Le stress, Flammarion, France, (1999).

54. SERVANT Dominique ; Gestion du stress et de l'anxiété, Masson, 2^e édition, Paris, (2007).

55. LOUREL Marcel; Stress et santé: Le rôle de la personnalité, Recherche en soins infirmiers, Vol.85, N°2, (2006), 5-14.

56. FONTAINE Ovide, KULBERTIS Henri et ETIENNE Anne-Marie ; Stress et cardiologie, Masson, Paris, (1996).

57. HOBFOLL, S E; Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress, American Psychologist, Vol. 44, (1989), 513–524.

58. KROHNE H. W; Stress and coping theories, Available online, (2002).

59. أحمد محمد عبد الخالق، "أسس علم النفس"، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثالثة، الإسكندرية، (2000).

60. DORON Roland et PAROT Françoise; Dictionnaire de psychologie, Presse Universitaire de France, 1^{er} édition, Paris, (1991).

61. نبيل سفيان، "المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي"، إيتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، (2004).

62. COTTRAUX Jean et BLACKBURN IVY Marie; Thérapies cognitives des troubles de la personnalité, Masson, Paris, (2001).

63. مجدي أحمد محمد عبد الله، "علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"، دار المعرفة الجامعية، دون طبعة، الإسكندرية، (2000).

64. HANSENNE Michel; Psychologie de la personnalité, Éditions De Boeck Université, 1^{er} édition, Bruxelles, (2003).

65. توما جورج خوري، "الشخصية: مفهوما، سلوكها وعلاقتها بالتعلم"، المؤسسة الجامعية للدراسات، الطبعة الأولى، بيروت، (1996).

66. كامل محمد محمد عويضة، "علم النفس بين الشخصية والفكر"، دار الكتب العلمية، الطبعة الأولى، بيروت، (1996).

67. أحمد محمد عبد الخالق، "قياس الشخصية"، مطبوعات جامعة الكويت، الطبعة الأولى، الكويت، (1996).

68. محمد أحمد النابلسي، "أصول الفحص النفسي ومبادئه"، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، دون طبعة، الإسكندرية، (1997).

69. PERVIN Lawrence A et JOHN Oliver P; La personnalité : De la théorie à la recherche, Éditions De Boeck Université, Bruxelles, (2005).

70. ريتشارد لازاروس، "الشخصية"، ترجمة: سيد محمد غنيم، ديوان المطبوعات الجامعية، دون طبعة، الجزائر، (1985).

71. بدر محمد الأنصاري، "الشخصية من المنظور النفسي"، دار الكتاب الجامعي، الطبعة الأولى، الكويت، (1997).

72. رمضان محمد القذافي، "الشخصية: نظرياتها، واختباراتها، وأساليب قياسها"، المكتب الجامعي الحديث، دون طبعة، الإسكندرية، (2001).

73. McCRAE Robert R and COSTA Paul T; Personality in adulthood, The Guilford Press, 2nd edition, New York, (2003).

74. عبد الله صالح الرويتع، "مقياس العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية: عينة سعودية من الإناث"، المجلة التربوية، الكويت، المجلد 21، العدد 83، (2007)، 99-126.

75. GILLES Pierre-Yves et al; Psychologie différentielle, Bréal éditions, Paris, (1999).

76. عبد الله صالح الرويتع وحمود هزاع الشريفي، "صورة سعودية لمقياس أيزنك المعدل للشخصية"، بحث مقدم للقاء السنوي العاشر للجمعية السعودية للعلوم النفسية والتربوية، مجلد المؤتمر، (2002)، 508-468.

77. JOHN Oliver P and SRIVASTAVA Sanjay; The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In Handbook of personality: Theory and research, Guilford Press, 2nd edition, New York, (1999), 102-138.

78. McCRAE Robert R and JOHN Oliver P; An introduction to the five factor model and its applications, Journal of Personality, Vol.60, (1992), 175-215.

79. بدر محمد الأنصاري، "المرجع في مقاييس الشخصية: تقنين على المجتمع الكويتي"، دار الكتاب الحديث، دون طبعة، الكويت، (2002).

80. McCRAE Robert R & COSTA Paul T; A five-factor theory of personality, In Handbook of personality: Theory and Research, Guilford Press, New York, (1999).

81. BOULANGER C et LANÇON C; L'empathie: réflexions sur un concept, Annales Médico Psychologiques, Vol.164, N°6, (2006), 497-505.

82. BRUNEL Marie-Lise et MARTINY Cynthia; Les conceptions de l'empathie: avant, pendant et après Rogers, CARRIEROLOGIE revue francophone international, Vol.9, N°3, (2004), 1-27.

83. CHAMPY Philippe et ÉTÉVÉ Christiane; Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Editions NATHAN, Paris, (1994).

84. ROGERS Carl R et KINGET Marian G; Psychothérapie et Relations humaines : Théorie et pratique de la thérapie non-directive, Publications Universitaires de Louvain, Paris, Vol.1, (1962).

85. ROGERS Carl R; Le développement de la personne, traduit par : HERBERT Eleonore L, Dunod, Paris, (1998).

86. MUCCHIELLI Roger; L'entretien de face à face dans la relation d'aide, Les éditions ESF (Formation permanente en sciences humaines), 8^e édition, Paris, (1980).

87. HOFFMAN Martin L; The contribution of empathy to justice and moral judgment. In Empathy and its development, Cambridge University Press, Cambridge, (1987), 47-80.

88. EISENBERG Nancy and STRAYER Janet; Empathy and its development, Cambridge University Press, Cambridge, (1987).

89. FAMERY Sarah; Développer son empathie, EYROLLES, Paris, (2007).

90. هايكو إيرنست، "التعاطف: فن الإحساس بالآخر"، ترجمة: سامر جميل رضوان، الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد 14، العدد 55، (2003)، 54-65.

91. WOLFF Steven B; Emotional Competence Inventory (ECI): Technical Manual, McClelland Center for research and Innovation, DBA, (2005).
92. SILLAMY Nobert; Dictionnaire de psychologie, LAROUSSE, Paris, (2006).
93. VANNOTTI Marco; L'empathie dans la relation médecin-patient, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Vol.2, N°29, (2002), 213–237.
94. BARON-COHEN Simon and WHEELWRIGHT Sally; The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol.34, N°2, (2004), 163–175.
95. JANDA Louis; The psychologist's book of personality tests, John Wiley & Sons, New York, (2001).
96. CARUSO David R and MAYER John D; A measure of emotional empathy for adolescents and adults, Unpublished Manuscript, (1998).
97. JORLAND Gérard; Empathie et thérapeutique, Recherche en soins infirmiers, N°84, (2006), 58–65.
98. HOJAT Mohammadreza; Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes, Springer, New York, (2007).

99. JEAMMET Philippe, REYNAUD Michel et CONSOLI Silla; Psychologie médicale, Masson, 2^e édition, Paris, (1996).

100. صفاء الأعسر وعلاء الدين كفاقي، "الذكاء الوجداني"، دار قباء، دون طبعة، القاهرة، (2000).

101. SALOMÉ Jacques; Relation d'aide et formation à l'entretien, Presses Universitaires du Septentrion, Paris, (2003).

102. محمود محمد الزيني، "سيكولوجية الشخصية بين النظرية والتطبيق"، دار المعارف، دون طبعة، الإسكندرية، 1974.

103. JUNOD N et SOMMER J ; Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation, N°31.

104. THOMSON Diane, HASSENKAMP Anne-Marie and MANSBRIDGE Christina; The measurement of empathy in a clinical and a non-clinical setting: Does empathy increase with clinical experience? Physiotherapy, vol.83, N°4, (1997), 173-180.

105. عفراء إبراهيم خليل العبيدي، "طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك العدواني: دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة من مدارس بغداد الرسمية"، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد 4+3، (2011)، 164-131.

106. THINÈS Georges et LEMPEREUR Agnès; Dictionnaire général des sciences humaines, Éditions universitaires, Paris, (1975).

107.KIRSHNER Lewis A; Kohut et la science de l'empathie, Revue française de psychanalyse, Vol.68, N°3, (2004), 801–809.

108.BERES David et ARLOW Jacob A; Fantasme et identification dans l'empathie, Revue française de psychanalyse, Vol. 68, N°3, (2004), 771–790.

109.ASHRAF Shazia; Development and validation of the emotional empathy scale and the dispositional predictor and potential outcomes of emotional empathy, A thesis submitted of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Quaid-i-Azam University, Islamabad, (2004).

110.SMELSER Neil. J and BALTES Paul B; International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, ELSEVIER, 1st edition, United Kingdom, (2001), 12230–12233.

111.PINEUX Lux ; Entre empathie et efficacité, La Revue de Médecine Générale, EDITORIAL, N°237, Novembre 2006, P₄₃₅.

112.MERCUEL Alain et al; Entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles, Masson, Paris, (1999).

113.HAYNAL André, PASINI Willy et ARCHINARD Marc; Médecine psychosomatique: Aperçus psychosociaux, Masson, 3^e édition, Paris, (1997).

114. WARNER Margaret S; Empathie et guérison: une étude théorique de l'empathie, traduction: ROUSSEAU Cécile, Approche centrée sur la personne (ACP), N°1, (2005), 24-44.

115. COSNIER Jacques; Empathie et communication: Partager les émotions d'autrui, Sciences humaines, N°68, (1997), 24-26.

116. محمد صلاح الدين أبو العلا، "ضغوط العمل وأثرها على الولاء التنظيمي (دراسة تطبيقية على المدراء العاملين في وزارة الداخلية في قطاع غزة)"، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، (2009).

117. صابر بحري، "الإجهاد المهني وعلاقته بالاغتراب المهني لدى الأطباء العاملين في المستشفيات العمومية"، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة منتوري، قسنطينة، (2009).

118. ZAINAL Nor Z, DASEN Paul M; Fatigue and stress amongst hospital doctors, Medical Journal of Islamic Academy of Sciences, Malaysia, Vol.12, N°2, (1999), 53-54.

119. BOVIER Patrick, GALLACCHI Martine Bouvier, GOEHRING Catherine et KÜNZI Beat; Santé des médecins de premier recours en Suisse, Primary Care, Vol.4, N°47, (2004), 941-947.

120. سعاد مخلوف، "الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية"، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة منتوري، قسنطينة، (2006).

121.AL-DUBAI Sami Abdo Radman and RAMPAL Krishna Gopal; Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen, Journal of Occupational Health, Vol. 52, (2010), 58–65.

122.AL-DUBAI Sami Abdo Radman and RAMPAL Krishna Gopal; Psychological morbidity and sources of job stress among doctors in Yemen, ASEAN Journal of Psychiatry, Vol. 13, N°1, (2012), 20–30.

123. عميروش بن فرحات، "دراسة تناذر الاحتراق النفسي لدى مجموعة المخاطرة: حالات أطباء SAMU بالجزائر، البلدية والمدينة المتدخلين في إطار الاستعجالات الطبية في حالات الكوارث"، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة سنييا، وهران، (2008).

124.RAZALI Asmah binti; Prevalence and associated factors of stress among primary health care doctors, assistant medical officers and staff nurses in KOTA BHARU, UNIMAS, KELANTAN, (2010).

125.LEELAHANAJ Pinmada; Professional characteristics and psychological stress among physicians in Thailand, A dissertation submitted of the requirements for the degree of doctor of philosophy (Population and Development), National Institute of Development Administration, Thailand, (2010).

126.MUSZALSKA Magdalena; Personality and coping with job stress among hospital physicians in Poland, Department of Psychology and Pedagogy, Staffa1, (2006), 85–867.

127. BARDI Anat and RYFF Carol D; Interactive effects of traits on adjustment to a life transition, *Journal of Personality*, Vol.75, N°5, (2007), 1–29.

128. WILSON–SOGA Nancy; Personality traits, self–efficacy of job performance, and susceptibility to stress as predictors of academic performance in nurse education programs, A dissertation submitted of the requirements for the degree of doctor of philosophy psychology, Walden university, USA, (2009).

129. BYLUND Carma L, MAKOUL Gregory; Empathic communication and gender in the physician–patient encounter, *Patient Education and Counseling*, Vol.48, (2002), 207–216.

130. LEMASSON Arnaud, GAY Bernard, LEMASSON Jean–Louis et DUROUX Gérard; Comment le médecin perçoit–il sa prise en compte des préoccupations du patient?, *Recherche en soins primaires*, (2006), 38–42.

131. GHETTI Chiara, CHANG Judy and GOSMAN Gabriella; Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents, *Journal of Graduate Medical Education*, Vol.1, N°2, (2009), 231–235.

132. ماثيو جيدر، "منهجية البحث"، ترجمة: ملكة أبيض، دون دار نشر، (دون سنة).

133. أمين ساعاتي، "تبسيط كتابة البحث العلمي"، المركز السعودي للدراسات الاستراتيجية، الطبعة الأولى، جدة، (1991).

134. عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات، "مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث"، ديوان المطبوعات الجامعية، دون طبعة، الجزائر، (2001).

135. LEMYRE Louise, TESSIER Réjean et FILLION Lise; Mesure du stress psychologique (MSP): Manuel d'utilisation, Editions Behaviora, Québec, (1990).

136. عبد الحفيظ مقدم، "الإحصاء والقياس النفسي والتربوي"، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، (2011).

137. صلاح الدين محمود علام، "القياس والتقويم التربوي والنفسي: أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة"، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، (2000).

138. محمد عبد الغني سعودي، محسن أحمد الخضير، "الأسس العلمية لكتابة رسائل الماجستير والدكتوراه"، مكتبة الأنجلو المصرية، دون طبعة، القاهرة، (1992).

139. VAQUIN-VILLEMINEY Clémentine; Prévalence du burnout en médecine générale: Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles, Thèse pour le doctorat en médecine, université René Descartes, PARIS 5, (2007).

140. BERNARD-CATINAT Maurice; Le stress des médecins, l'automédication, l'addiction, le burn-out, Conseil National de l'Ordre des Médecins, (2004).

141.GREBOT Élisabeth; Stress et burnout au travail, Paris, Groupe EYROLLES, (2008).

142.KURSNER David, DANUSER Brigitta; La santé psychique des médecins suisses sous la loupe des médecins du travail, Forum Médicale Suisse, Vol. 7, (2007), 7–8.

143.فتيحة بن زروال، "أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر واستراتيجيات المواجهة)"، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة منتوري، قسنطينة، (2008).

144.MOSCOVICI Serge; Psychologie sociale des relations à autrui, NATHAN Université, Paris, (2000).

145.HOJAT Mohammadreza and al; Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance, International Journal of Medical Education, Vol.1, (2010), 83–87.

146.HAQUE Omar Sultan and WAYTZ Adam; Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions, Perspectives on Psychological Science, Vol.7, (2012), 176–186.

147.BAUM Andrew, REVENSON Tracey A and SINGER Jerome; Handbook of health psychology, Psychology Press, 2nd edition, New York, (2012).

148.DEL BARRIO Victoria; Relationship between empathy and the big five personality traits in a sample of Spanish adolescents, Social Behavior and Personality, Vol.7, N°32, (2004), 677–682.

149.حسن موسى الصفار، "الحوار والانفتاح على الآخر"، مركز الحضارة لتنمية الفكر الإسلامي، الطبعة الثانية، بيروت، (2012).

150.STYS Yvonne and BROWN Shelley; A review of the emotional intelligence literature and Implications for corrections, Research Branch, Canada, (2004).

151.مراد نعموني، "الاتساق القيمي وعلاقته بالالتزام التنظيمي في مرحلة التغيير التنظيمي"، أطروحة دكتوراه في علم نفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر، (2007).

الملاحق

الملحق رقم 01: الصورة الأولية لاستبيان الدراسة

أ- الصورة الأولية لاستبيان الدراسة باللغة العربية

جامعة سعد دحلب -البليدة-

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

بهدف إجراء بحث علمي حول موضوع "علاقة كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض"، وذلك للتحضير لرسالة الماجستير في علم النفس العيادي، أقدم لك قائمة تضم مجموعة من العبارات التي تخدم موضوع البحث.

الرجاء قراءة كل عبارة بدقة والإجابة عليها جميعاً دون ترك أي عبارة دون إجابة، بوضع إشارة (×)

أمام الإجابة التي تعبر عن رأيك.

علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن وجهة نظرك بصدق. والمعلومات التي سوف تقدم ستظل سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي، لذا يرجى الإجابة على جميع الفقرات بكل صدق وصراحة.

جزاكم الله خيراً على استجابتكم وتعاونكم في إنجاز هذا البحث

1. البيانات الشخصية

السن:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

الحالة العائلية: أعزب (عزباء) ☐ متزوج (ة) ☐ مطلق (ة) ☐ أرمل (ة) ☐

المؤهل العلمي:

الاختصاص:

المصلحة التي تعمل بها:

مدة الخبرة:

2. مقياس الضغط النفسي

تحتوي القائمة التي بين يديك على مجموعة من العبارات، الرجاء قراءة كل عبارة جيداً، ثم ضع

علامة (x) أمام كل عبارة في الخانة التي تنطبق على شعورك في الفترة الأخيرة الماضية.

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1. أشعر بالتوتر خلال الساعات الأخيرة من الدوام					
2. أشعر بضيق الحلق أو بجفاف الفم					
3. أشعر دوماً أنني في حاجة إلى الوقت					
4. أعاني من فقدان الشهية للطعام					
5. أشكو من الصداع أثناء عملي بالمستشفى					
6. لدي علاقات سطحية مع زملائي بالمستشفى					
7. كثرة الأعباء في عملي تجعلني أرتكب بعض الأخطاء					
8. أنا منشغل بما سوف يحدث في المستقبل أكثر من الحاضر					
9. يزعجني وجود عدد كبير من المرضى في قاعة الانتظار					
10. أتفقد الساعة باستمرار، أنظر غالباً إلى ساعتني أو أسأل عن الساعة					
11. أنا غير صبور تجاه زملائي في العمل					
12. لدي صعوبة في الهضم وآلام في المعدة					
13. أشعر بالحزن والاكتئاب					
14. لدي آلام جسدية مختلفة (آلام في الظهر، آلام في الرأس،					

العبارة	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
آلام في الرقبة، آلام في البطن)					
15. ترهقني كتابة التقارير الطبية بطريقة مستمرة					
16. لدي تغيرات مفاجئة في حرارة جسمي (جد ساخن أو جد بارد)					
17. أقوم بقضم أظفاري أو أكل الجلد المحيط بالأصابع					
18. أنسى بعض المواعيد أو أشياء أو أعمال التي ينبغي أن أقوم بها					
19. أنزعج كثيراً من المقاطعات المتكررة لزملائي أثناء قيامي بعملتي					
20. أشعر بتعب شديد خلال الساعات الأخيرة من الدوام					
21. أعاني من كثرة الخلافات في العمل					
22. كثرة الأعباء تجعلني عصبي مع المرضى					
23. أتعرق كثيراً (تحت الإبطين، القدمان، لدي يدان رطبتان...)					
24. تتتابني نوبات غضب شديدة					
25. أشعر أن قلبي منقبض، ينبض بسرعة أو أنه ينبض بطريقة غير منتظمة					
26. لدي خوف من ارتكاب أخطاء في العمل					
27. أتهدد وتهددات طويلة					

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
28. أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب					
29. لدي نقص في الانتباه وصعوبة في التركيز					
30. وظيفتي بالمستشفى تؤثر سلباً على حياتي الأسرية					
31. أعاني من الأرق					
32. أنزعج من تغيير ساعات العمل					
33. أشعر بأنني أقل فاعلية من زملائي الآخرين					
34. أشعر بانقباض وبتصلب في العضلات					
35. غالباً ما أفقد السيطرة على نفسي					
36. أرفع صوتي على زملائي في العمل					
37. أشعر بتشوش أفكاري عندما أعمل لساعات طويلة					
38. ينفذ صبري عندما أتعامل مع المرضى					
39. أتجنب الاتصالات الاجتماعية أو حضور المناسبات الاجتماعية					
40. أنزعج كثيراً من الفوضى والأصوات العالية الموجودة خارج قاعة الفحص					
41. أتعامل بإيجابية مع ضغوط العمل بالمستشفى (-)					
42. أشعر أن عملي بالمستشفى يحتاج إلى جهد معتبر يفوق طاقتي					

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
43. أشعر بأنه لدي طاقة كبيرة، وأني مليء بالحيوية (-)					
44. تضايقتني الشكاوي المستمرة من طرف زملائي في العمل					
45. ليس لدي الوقت الكافي للأكل خلال الدوام					
46. لا أتحكم في ردود أفعالي وسلوكاتي					
47. أشعر بالضغط عندما أكلف بأعمال تزيد عن الوقت الرسمي للدوام					

هل توجد أمور أخرى تشكل ضغطاً بالنسبة لك لم يتم ذكرها في العبارات السابقة؟

نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، فما هي هذه الأمور؟ وإلى أي درجة هي ضاغطة بالنسبة لك؟

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

3. قائمة العوامل الخمس الكبرى للشخصية

أمامك مجموعة من العبارات تصف كل منها جانباً مهماً من شخصيتك. المطلوب منك قراءة كل عبارة جيداً، ثم حاول اختيار الدرجة التي تنطبق على شعورك وتصرفك، وذلك بوضع إشارة (x) في الخانة المناسبة لرأيك، حيث يوجد سلم متدرج من "لا تنطبق إطلاقاً" إلى "تنطبق تماماً".

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
1. أنا لست شخصاً قلقاً (-)					
2. أميل إلى الاختلاط بالآخرين					
3. لدي خيال واسع					
4. أحاول أن أكون لطيفاً مع جميع من أقابلهم (لست فظاً في التعامل مع الآخرين)					
5. لا أبالي من أن يقوم شخص ما بالاستهتار بحقوق وممتلكات الآخرين (-)					
6. أحافظ على هدوئي حتى في الظروف المتوترة (-)					
7. أنا شخص يحب المرح					
8. أعتبر نفسي شخص سريع الفهم (لدي سرعة البديهة)					
9. يرى بعض الناس بأنني أناني (-)					
10. نادراً ما أحرص على إنجاز أعمالي في وقتها المحدد (-)					
11. نادراً ما أشعر بالوحدة والكآبة (-)					
12. أميل إلى إدخال البهجة على الآخرين					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
13. أتجنب الحديث في القضايا الفلسفية (المناقشات الفلسفية) (-)					
14. أحب مساعدة الآخرين والتعاون معهم					
15. لا يزعجني كون الأشخاص المحيطين بي غير منظمين (-)					
16. غالباً ما أشعر بالتوتر والعصبية					
17. لا أستمع بالتحدث مع الآخرين (-)					
18. لا أستمع بالذهاب إلى المتاحف الفنية أو المواقع الأثرية (-)					
19. أميل إلى الشك في نوايا الآخرين نحوي (-)					
20. أحاول تأدية مهامى على أكمل وجه					
21. غالباً ما يتقلب مزاجى					
22. لا أحب أن أكون في مكان توجد به الحركة والإثارة (-)					
23. لا أميل كثيراً إلى الإبداع والابتكار (-)					
24. لى علاقات طيبة مع الآخرين ويحبني معظم من أعرفهم					
25. أسعى إلى تحقيق أهدافى بطريقة لا تخرج عن حدود القانون					
26. أنا شخص سريع الغضب					
27. لا أستمع بالعمل الجماعي (-)					
28. أدرك الجمال الموجود في الطبيعة والذي لا يلاحظه الكثير من الناس					
29. يعتقد بعض الناس بأننى غير مبال بمشاكل الآخرين (-)					
30. أضيع الكثير من الوقت قبل أن أبدأ بالقيام بعملى (-)					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
31. أشعر بالإحباط والاستسلام عندما لا تسير الأمور بشكلها الصحيح					
32. أعتبر نفسي شخص مليء بالحيوية والنشاط					
33. نادراً ما أهتم بالتأمل في طبيعة الكون (-)					
34. لا أقبل وجهة نظر الآخرين (-)					
35. أعمل باجتهاد وبمجهوداتي الخاصة في أداء واجباتي					
36. نادراً ما أكون حزينا أو مكتئباً دون سبب ظاهر (-)					
37. لا أحب المزمح كثيراً (-)					
38. أحب القراءة والإطلاع (لدي حب الاستطلاع)					
39. أحاول أن أكون يقظاً ومراعٍ لمشاعر الآخرين وأتجنب جرح مشاعرهم					
40. عندما أتعهد بالقيام بشيء ما فإنني ألزم به وأقوم بمتابعته للنهاية					
41. أشعر غالباً بالتعب دون سبب واضح					
42. لست شخصاً متفائلاً (-)					
43. لا أهتم غالباً بالتعامل مع الأفكار المجردة (-)					
44. أعبر عن مشاعري السلبية تجاه شخص ما بشكل مباشر (-)					
45. أثار دائماً على إتمام أعمالي لحد إنهاؤها ولا أتهرب منها					
46. نادراً ما أشعر بالملل (-)					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
47. أنا شخص يتكلم كثيراً (ثرثار)					
48. ليس لدي هوايات كثيرة (-)					
49. أميل إلى انتقاد الآخرين بشكل جارح (-)					
50. أحاول إتقان أي عمل أقوم به					
51. لا أتحسس للنقد الذي يوجهه الآخرين لي (-)					
52. أبادر بتكوين صداقات جديدة بسهولة					
53. أميل إلى طرح الأسئلة العميقة					
54. أنا متسامح كثيراً مع الآخرين					
55. لا أشعر بالندم عندما أتسبب في حدوث سوء أو ضرر للآخرين (-)					
56. ألوم نفسي عند حدوث أمور سيئة					
57. لا أستمتع بحضور المناسبات الاجتماعية (-)					
58. أستمتع بسماع الأفكار الجديدة وأحب أن آتي بها					
59. أتاثر بسرعة عند رؤية أشخاص يتألمون					
60. نادراً ما أنظر إلى عواقب الأمور قبل القيام بها (-)					

4. مقياس التعاطف الوجداني مع المريض

تصف العبارات التالية مشاعرك وردود فعلك تجاه مواقف مختلفة في علاقتك مع المريض، حيث

تختلف هذه المشاعر من طبيب لآخر. الرجاء قراءة كل عبارة بدقة، ثم حدد درجة موافقتك على كل عبارة

بوضع إشارة (x) في الخانة التي تناسب اختيارك.

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
1. أحترم المرضى بمختلف أنماط شخصياتهم					
2. سعادتي تكمن في تقديم المساعدة للمرضى المحتاجين					
3. أستطيع أن أشعر بمعاناة المريض					
4. أنا حساس تجاه مشاعر المرضى وحالتهم النفسية					
5. أمنح وقتاً كافياً للاستماع إلى المريض					
6. آخذ بعين الاعتبار الاحتياجات العاطفية للمرضى					
7. أنا متعاون إلى حد كبير مع المرضى					
8. يصفني زملائي بأنه لدي إحساس مرهف تجاه المرضى					
9. أعامل المريض بالحسنى وأتحدث إليه بلطف					
10. يبالغ الكثير من المرضى في مشاعرهم وحساسيتهم تجاه مرضهم (-)					
11. أشعر بالانفعالات والمشاعر الكامنة التي لا يضطر المريض للتعبير عنها					

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
12. أستمع جيداً إلى شكاوى المريض					
13. أتجنب استخدام العواطف في التعامل مع المرضى (-)					
14. على الطبيب أن يكون متعاطفاً مع المريض					
15. أعطي أهمية كبيرة للعوامل النفسية الاجتماعية - في علاج المرضى-					
16. أقول للمريض بأنني أتفهم معاناته					
17. أشعر برغبة كبيرة في العطاء للمرضى					
18. أنا صبور أمام شكوك المرضى ومخاوفهم المتعلقة بمرضهم					
19. تعكس نبرة صوت الطبيب قدرته على تقاسم مشاعر المريض					
20. أنا قادر على معرفة وقراءة مشاعر المرضى من خلال تعبيرات وجوههم					
21. أغضب بشدة عند معاملة مريض ما بسوء من قبل زميلي في العمل					
22. أنا قادر على أن أفهم جيداً مشاعر المريض وأن أحس بها					
23. أتأثر كثيراً لرؤية مريض يتألم					
24. لدي صعوبة في إدراك دلالة التعبيرات غير اللفظية للمرضى (-)					

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
25. أتقبل المرضى كما هم					
26. تهمني كثيراً راحة المريض في المستشفى الذي أعمل به					
27. مهنتي تتطلب عدم إعطاء عناية كبيرة لمشاعر المرضى (-)					
28. يبدي بعض المرضى ردود فعل مزعجة (كالصراخ أو البكاء) نتيجة مرضهم (-)					
29. أحاول إظهار أكبر قدر من الود مع المرضى					
30. أتأثر كثيراً بما يعانيه المرضى من صعوبات من أجل الحصول على العلاج					
31. يشكو بعض المرضى دون سبب ظاهر (-)					
32. يمكنني أن أدرك تأثير سلوكي على المرضى					
33. أشعر بالارتياح عندما أقدم المساعدة التي يحتاجها المريض					
34. أميل إلى الإصغاء بانتباه لمشاكل المرضى					
35. أنا قادر على تقبل كافة الأوجه التي يظهرها المريض					
36. أحاول مراعاة مشاعر المرضى قدر الإمكان					
37. أتقاسم مع المريض خبراته الخاصة					
38. لدي الرغبة في تحمل المسؤولية تجاه المرضى					
39. أستقصي عن المشكلات التي تواجه المرضى في المستشفى					

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
وأحاول إيجاد حلول لها					
40. أهتم بإقامة علاقة طيبة مع المرضى باختلاف أنماط تفكيرهم					
41. أهتم بالمشاكل النفسية للمريض إضافة إلى الحالة الجسمية (المرض)					
42. أحاول مساعدة المريض على تقبل مرضه					
43. عندما يبدأ مريض ما بالحديث عن مشاكله، أحاول توجيه الحديث نحو شيء آخر (-)					
44. أبذل جهدي من أجل تحسين أسلوب معاملتي للمرضى					
45. أخذ بعين الاعتبار المشاكل الشخصية للمريض					

ب- الصورة الأولى لاستبيان الدراسة باللغة الفرنسية

Université SAAD DAHLAB– Blida

Faculté des lettres et sciences sociales

Département de psychologie et des sciences d'éducation et d'orthophonie

Dans le but de réaliser une recherche scientifique sous le thème : « la relation entre le stress psychologique et les traits de personnalité des médecins avec l'empathie avec le malade » pour préparer une thèse de magistère en psychologie clinique, je mets à votre disposition une liste d'items.

Veuillez, lire minutieusement ces items puis y répondre sans omettre aucun en mettant une croix (×) dans la case qui exprime votre opinion.

Sachant qu'il n'existe pas de réponses justes et d'autres fausses, la réponse juste est celle qui indique sincèrement votre point de vue. Et nous vous promettons que les informations que vous donnerez resteront secrètes et ne seront utilisées que dans la recherche scientifique.

Merci bien pour votre réponse et collaboration dans cette recherche

1. Les informations personnelles

L'âge :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Situation familiale : célibataire ☐ marié (e) ☐ divorcé (e) ☐ veuf (ve) ☐

Qualification scientifique :

La spécialité :

Le service :

Durée d'expérience :

2. Mesure du stress psychologique

Vous avez ici, devant vous, une liste d'items, veuillez lire attentivement chacun d'eux, puis mettez une croix (×) dans la case correspondante à vos sentiments dernièrement.

Les items	Pas du tout	rarement	Parfois	souvent	toujours
1. J'éprouve une tension pendant les dernières heures de la permanence					
2. Je sens la gorge serrée ou la bouche sèche					
3. Je suis toujours dans le besoin de temps (je manque de temps)					
4. Je souffre d'inappétence					
5. Je souffre de céphalée pendant ma permanence à l'hôpital					
6. J'ai des relations superficielles avec mes collègues à l'hôpital					
7. Je commets des erreurs dues à la surcharge de travail					
8. Je suis beaucoup plus préoccupé par ce qui va arriver le lendemain que le présent					
9. Le grand nombre de malades dans la salle d'attente me gêne					
10. Je consulte constamment l'heure, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure					
11. Je suis impatient face à mes collègues de travail					
12. J'ai de la difficulté à digérer et j'ai mal à l'estomac					
13. J'éprouve de la tristesse et de la dépression					

Les items	Pas du tout	rarement	Parfois	souvent	toujours
14. J'ai diverses douleurs physiques : mal au dos, maux à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre					
15. L'écriture des rapports médicaux de façon permanente me fatigue					
16. J'ai des variations subites de température corporelle (très chaude ou très froide)					
17. Je me ronge les ongles ou me mange la peau autour des doigts					
18. J'oublie certains rendez-vous, des choses ou travaux que je dois faire					
19. Les interruptions fréquentes de mes collègues pendant mon service me gênent beaucoup					
20. Je me sens très fatigué durant mes dernières heures de travail					
21. Je souffre beaucoup de brouilles (désaccords) dans le travail					
22. La surcharge du travail me rend nerveux face aux patients					
23. Je transpire beaucoup (je sue des aisselles, les pieds, j'ai les mains moites, etc.)					
24. J'ai des crises intenses de colère					
25. J'ai le cœur qui débat, qui bat vite ou qui bat irrégulièrement					
26. J'ai la peur de commettre des fautes dans le travail					

Les items	Pas du tout	rarement	Parfois	souvent	toujours
27. Je pousse de longs soupirs					
28. Je m'énerve rapidement à la moindre des choses					
29. Je manque d'attention et j'ai la difficulté de concentration					
30. Ma fonction à l'hôpital a un impact négatif sur ma vie familiale					
31. Je souffre d'insomnie					
32. Le changement des horaires de travail me dérange					
33. Je sens que je suis moins efficace que mes collègues					
34. J'ai les muscles tendus, ou je ressens des raideurs musculaires					
35. Je perds souvent le contrôle de moi-même					
36. Je lève ma voix contre mes collègues de travail					
37. Je sens que mes idées sont confuses quand je travaille plusieurs heures					
38. Je perds patience lorsque je traite les malades					
39. J'évite les contacts sociaux ou la présence aux cérémonies sociales					
40. Le bruit et le vacarme au-dehors de la salle de consultation me dérangent beaucoup					
41. Je réagis positivement face aux pressions du travail de l'hôpital (-)					
42. Je sens que mon travail à l'hôpital nécessite un effort considérable qui dépasse mon énergie					

Les items	Pas du tout	rarement	Parfois	souvent	toujours
43. Je sens que j'ai beaucoup d'énergie, et je suis pleine de vitalité (-)					
44. Je suis gêné par les réclamations incessantes de mes collègues de travail					
45. Je n'ai pas le temps suffisant pour manger pendant ma permanence					
46. Je maîtrise mal mes réactions et mes comportements					
47. Je me sens pressé quand on me demande de faire des travaux en dehors de mon horaire officiel de travail					

Existent-ils d'autres pressions qui n'ont pas été mentionnées dans les phrases précédentes?

Oui ☐ Non ☐

Si votre réponse est oui, quelles sont ces pressions ? Et à quel degré vous en souffrez?

-
-
-
-
-
-
-

3. Echelle de cinq grands facteurs de la personnalité

Ci-après vous avez une liste d'items qui indique une importante partie de votre personnalité. Veuillez lire chaque item minutieusement puis essayer de choisir le degré qui correspond à vos sentiments et vos réactions en mettant une croix (×) dans la case qui convient (il y a une échelle graduée du « Ne me décrit pas du tout » jusqu'au « me décrit totalement »).

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
1. Je ne suis pas une personne anxieuse (–)					
2. J'ai tendance à me mêler aux autres					
3. J'ai une imagination étendue					
4. J'essaie d'être gentil avec tous ceux que je rencontre (je ne suis pas grossier dans mes rapports avec les autres)					
5. Je ne m'importe pas lorsque quelqu'un néglige les droits et les biens d'autrui (–)					
6. Je garde mon calme, même dans des situations tendues (–)					
7. Je suis une personne qui aime la gaieté					
8. Je me considère comme étant une personne qui comprend vite (j'ai la célérité de l'évidence)					
9. Certaines personnes voient que je suis égoïste (–)					
10. Il est rare que je veille à achever mes travaux sur le temps (–)					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
11. Rarement j'éprouve de la solitude et de la dépression (-)					
12. J'ai tendance à apporter la joie aux autres					
13. J'évite d'entrer dans des discussions philosophiques (-)					
14. J'aime secourir les autres et s'entraider avec eux					
15. Je ne suis pas dérangé par les personnes qui m'entourent sont désorganisées (-)					
16. Je me sens souvent tendu et nerveux					
17. Je ne me régale pas de la discussion avec les autres (-)					
18. Je ne me réjouis pas des visites aux musées d'art ou aux sites archéologiques (-)					
19. J'ai tendance à douter aux intentions des autres envers moi (-)					
20. J'essaie d'accomplir parfaitement mes tâches					
21. j'ai souvent d'humeur instable					
22. Je n'aime pas me trouver dans un endroit plein de mouvement et d'excitation (-)					
23. Je ne me tends pas beaucoup à la création et à l'invention (-)					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
24. J'ai de bonnes relations avec les autres et je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent					
25. J'essaie de réaliser légalement mes objectifs					
26. Je suis une personne colérique					
27. Je ne me réjouis pas du travail collectif (-)					
28. Je perçois la beauté existante dans la nature et que bon nombre de personnes n'observent pas					
29. Certains gens croient que je suis indifférent (insensible) aux problèmes des autres (-)					
30. Je gaspille beaucoup de temps avant de commencer mon travail (-)					
31. J'éprouve de la frustration et de la soumission quand les choses ne vont pas bien					
32. Je me considère comme une personne pleine de vitalité et d'activité					
33. Il est rare que je m'intéresse à la méditation de l'univers(-)					
34. Je n'accepte pas le point de vue des autres (-)					
35. Je travaille avec assiduité et avec mes propres efforts dans l'exécution de mes devoirs					
36. Il est rare que je sois triste ou déprimé sans motif					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
apparent (-)					
37. Je n'aime pas beaucoup la plaisanterie (-)					
38. J'aime la lecture et la découverte (j'ai l'esprit de curiosité)					
39. J'essaie d'être attentif, conscient des sentiments des autres et j'évite de vexer leur sensibilité					
40. Quand je promets de faire quelque chose, je m'engage à l'effectuer et je fais son suivi jusqu'à terme					
41. Je me sens souvent fatigué sans raison apparente					
42. Je ne suis pas une personne optimiste (-)					
43. Je ne m'intéresse pas souvent à l'échange d'idées abstraites (-)					
44. J'exprime, d'une manière directe, mes sentiments négatifs vis-à-vis d'une quelconque personne (-)					
45. Je persévère toujours à achever mes tâches jusqu'à la fin et je ne l'esquive pas					
46. Rarement j'éprouve de l'ennui (-)					
47. Je suis une personne loquace (bavard)					
48. Je n'ai pas de grandes passions (-)					
49. Je penche vers la critique des autres d'une manière blessante (-)					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
50. J'essaie de perfectionner n'importe quel travail					
51. Je ne suis pas susceptible aux critiques qui me sont adressées (-)					
52. Je m'empresse de créer des nouvelles amitiés facilement					
53. J'ai tendance à poser des questions approfondies					
54. je suis trop tolérant avec les autres					
55. Je n'éprouve aucun regret quand je cause un mal ou un dégât (dommage) aux autres (-)					
56. Je me blâme face aux mauvaises actions					
57. Je ne me réjouis pas des occasions sociales (-)					
58. Je prends plaisir à l'écoute de nouvelles idées et je préfère en fournir					
59. Je suis émotif quand je vois des gens pâtir					
60. Je vois rarement les conséquences des choses avant de les faire (-)					

4. Echelle de l'empathie émotionnelle avec le malade

Les phrases suivantes décrivent vos sentiments et vos réactions aux différentes situations dans votre relation avec le patient. Ces impressions diffèrent d'un médecin à un autre. Veuillez Lire attentivement chaque phrase, puis précisez le degré de votre agrément à chaque phrase en mettant une croix (×) dans la case qui correspond à votre choix.

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
1. Je respecte les malades avec leurs divers types de personnalités					
2. Mon bonheur se manifeste dans la présentation de l'aide aux malades nécessiteux					
3. Je peux sentir la souffrance du malade					
4. Je suis sensible aux sentiments des malades et leurs états psychiques					
5. J'accorde suffisamment de temps à l'écoute du patient					
6. Je prends en considération les besoins affectifs des patients					
7. Je suis énormément coopérant avec les malades					
8. Mes collègues me décrivent que j'ai un sens sensible envers les malades					
9. Je traite les patients avec bonté et je leur parle doucement					
10. Beaucoup de malades exagèrent dans leurs					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
sentiments et leur sensibilité à l'égard de leur maladie (-)					
11. Je sens les émotions et les sentiments sous-jacents du patient qui n'astreint pas de l'exprimer					
12. J'écoute bien à la plainte du malade					
13. J'évite d'utiliser les sentiments en traitant les patients (-)					
14. Le médecin doit être empathique avec le malade					
15. Je donne une grande importance aux facteurs psychosociaux dans le traitement des patients					
16. Je dis au malade que je comprends sa souffrance					
17. J'éprouve un immense désir de don aux patients					
18. Je suis patient devant les doutes et les craintes des malades concernant leur maladie					
19. Le ton de la voix du médecin montre sa capacité à partager les sentiments du malade					
20. Je suis capable de connaître et de lire les sentiments des malades à travers les expressions de leurs visages (ses mimiques)					
21. Je me mets en colère lorsqu'un malade est maltraité par mon collègue de travail					
22. Je suis capable de bien comprendre les sentiments du patient et je les ressens					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
23. Voir un patient en peine me touche beaucoup					
24. J'ai de difficulté à saisir la signification des expressions non verbales des malades (-)					
25. J'accepte les malades tels qu'ils sont					
26. Le bien-être du patient m'est important à l'hôpital où je travaille					
27. Ma profession exige de ne pas donner une grande attention aux sentiments des patients (-)					
28. Certains patients montrent des réactions gênantes (crier ou pleurer) à cause de leur maladie (-)					
29. J'essaie de laisser apparaître une grande sympathie envers les malades					
30. Je suis très touché par ce que les patients endurent comme difficultés pour obtenir des soins					
31. Certains patients se plaignent sans raison apparente (-)					
32. Je peux être conscient de l'influence de mes attitudes sur les malades					
33. Je me sens soulagé en donnant au patient l'aide dont il a besoin					
34. J'ai tendance à écouter attentivement aux problèmes des patients					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
35. Je suis capable d'accepter toutes les facettes que me présente le malade					
36. J'essaie de mon mieux d'être attentionné aux sentiments des patients					
37. Je partage avec le malade son propre vécu					
38. J'ai le désir d'assumer des responsabilités envers les malades					
39. J'enquiers aux problèmes qu'affrontent les patients à l'hôpital et je tente de leur trouver des solutions					
40. Je m'intéresse à créer une bonne relation avec les patients à divers modes de pensée					
41. Je me préoccupe des problèmes psychiques du patient en plus de l'état physique (la maladie)					
42. J'essaie d'aider le patient à accepter sa maladie					
43. Lorsqu'un malade commence à parler de ses problèmes, j'essaie d'orienter la parole à d'autre chose (-)					
44. Je m'efforce à améliorer le style de traitement des patients					
45. Je prends en considération les problèmes personnels du malade					

الملحق رقم 02: قائمة أسماء المحكمين وقائمة أسماء التحكيم اللغوي

قائمة أسماء المحكمين

الاسم واللقب	الوظيفة	التخصص
أحمد دوفة	أستاذ محاضر بجامعة البليدة	علم النفس العام
الطيب ماکور	أستاذ محاضر بجامعة البليدة	علم النفس العيادي
خليدة يعلاوي	أستاذة محاضرة بجامعة البليدة	أرطوفونيا
عبد العزيز بوسالم	أستاذ محاضر بجامعة البليدة	القياس النفسي
فاطمة الزهراء اليازیدی	أستاذة محاضرة بجامعة البليدة	علم النفس التربوي
فتيحة كركوش	أستاذة محاضرة بجامعة البليدة	علم النفس الاجتماعي
محمود بن خليفة	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر	علم النفس العيادي
نبيل بحري	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر	علوم التربية

قائمة أسماء التحكيم اللغوي

الاسم واللقب	الوظيفة	التخصص
خديجة ربود	أستاذة التعليم الثانوي	ليسانس فرنسية
سامية قويدري	أستاذة التعليم الثانوي	ليسانس فرنسية
سهى نسيبة	أستاذة التعليم المتوسط	ليسانس ترجمة
عبد الغني بن شيكو	أستاذ التعليم الثانوي	ليسانس فرنسية
علي بوسكين	مدير متوسطة وأستاذ فرنسية سابقاً	ليسانس فرنسية
محمد بركات	أستاذ التعليم الجامعي	ماجستير فرنسية
محمد سبخي	متقاعد	ماجستير فرنسية

الملحق رقم 03: الصورة النهائية لاستبيان الدراسة

أ- الصورة النهائية لاستبيان الدراسة باللغة العربية

جامعة سعد دحلب -البليدة-

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

بهدف إجراء بحث علمي حول موضوع "علاقة كل من الضغط النفسي وسمات شخصية الأطباء بالتعاطف الوجداني مع المريض"، وذلك للتحضير لرسالة الماجستير في علم النفس العيادي، أقدم لك قائمة تضم مجموعة من العبارات التي تخدم موضوع البحث.

الرجاء قراءة كل عبارة بدقة والإجابة عليها جميعاً دون ترك أي عبارة دون إجابة، بوضع إشارة (x) أمام الإجابة التي تعبر عن رأيك.

علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن وجهة نظرك بصدق. والمعلومات التي سوف تقدم ستظل سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي. لذا يرجى الإجابة على جميع الفقرات بكل صدق وصراحة.

جزاكم الله خيراً على استجابتكم وتعاونكم في إنجاز هذا البحث

1. البيانات الشخصية

السن:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

الحالة العائلية: أعزب (عزباء) ☐ متزوج (ة) ☐ مطلق (ة) ☐ أرمل (ة) ☐

المؤهل العلمي:

الاختصاص:

المصلحة التي تعمل بها:

مدة الخبرة:

2. مقياس الضغط النفسي

تحتوي القائمة التي بين يديك على مجموعة من العبارات، الرجاء قراءة كل عبارة جيداً، ثم ضع

علامة (x) أمام كل عبارة في الخانة التي تنطبق على شعورك في الفترة الأخيرة الماضية.

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1. أشعر بالتوتر خلال الساعات الأخيرة من الدوام					
2. أشعر بضيق الحلق أو بجفاف الفم					
3. أشعر دوماً أنني في حاجة إلى الوقت					
4. أعاني من فقدان الشهية للطعام					
5. أشكو من الصداع أثناء عملي بالمستشفى					
6. كثرة الأعباء في عملي تجعلني أرتكب بعض الأخطاء					
7. يزعجني وجود عدد كبير من المرضى في قاعة الانتظار					
8. أتفقد الساعة باستمرار، أنظر غالباً إلى ساعتني أو أسأل عن الساعة					
9. أنا غير صبور تجاه زملائي في العمل					
10. لدي صعوبة في الهضم وآلام في المعدة					
11. أشعر بالحزن والاكتئاب					
12. لدي آلام جسدية مختلفة (آلام في الظهر، آلام في الرأس، آلام في الرقبة، آلام في البطن)					
13. ترهقني كتابة التقارير الطبية بطريقة مستمرة					
14. لدي تغيرات مفاجئة في حرارة جسمي (جد ساخن أو جد بارد)					

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
15. أقوم بقضم أظفاري أو أكل الجلد المحيط بالأصابع					
16. أنسى بعض المواعيد أو أشياء أو أعمال التي ينبغي أن أقوم بها					
17. أنزعج كثيراً من المقاطعات المتكررة لزملائي أثناء قيامي بعمل					
18. أشعر بتعب شديد خلال الساعات الأخيرة من الدوام					
19. أعاني من كثرة الخلافات في العمل					
20. كثرة الأعباء تجعلني عصبي مع المرضى					
21. تتنابني نوبات غضب شديدة					
22. أشعر أن قلبي منقبض، ينبض بسرعة أو أنه ينبض بطريقة غير منتظمة					
23. لدي خوف من ارتكاب أخطاء في العمل					
24. أتنهد تنهدات طويلة					
25. أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب					
26. لدي نقص في الانتباه وصعوبة في التركيز					
27. وظيفتي بالمستشفى تؤثر سلباً على حياتي الأسرية					
28. أعاني من الأرق					
29. أنزعج من تغيير ساعات العمل					
30. أشعر بأنني أقل فاعلية من زملائي الآخرين					
31. أشعر بانقباض وبتصلب في العضلات					

العبارات	إطلاقاً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
32. غالباً ما أفقد السيطرة على نفسي					
33. أشعر بتشوش أفكارى عندما أعمل لساعات طويلة					
34. ينفذ صبري عندما أتعامل مع المرضى					
35. أتجنب الاتصالات الاجتماعية أو حضور المناسبات الاجتماعية					
36. أنزعج كثيراً من الفوضى والأصوات العالية الموجودة خارج قاعة الفحص					
37. أشعر أن عملي بالمستشفى يحتاج إلى جهد معتبر يفوق طاقتي					
38. تضايقني الشكاوي المستمرة من طرف زملائي في العمل					
39. لا أتحكم في ردود أفعالي وسلوكاتي					
40. أشعر بالضغط عندما أكلف بأعمال تزيد عن الوقت الرسمي للدوام					

هل توجد أمور أخرى تشكل ضغطاً بالنسبة لك لم يتم ذكرها في العبارات السابقة؟

نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك بنعم، فما هي هذه الأمور؟ وإلى أي درجة هي ضاغطة بالنسبة لك؟

.....-

.....-

.....-

.....-

3. قائمة العوامل الخمس الكبرى للشخصية

أمامك مجموعة من العبارات تصف كل منها جانباً مهماً من شخصيتك. المطلوب منك قراءة كل عبارة جيداً، ثم حاول اختيار الدرجة التي تنطبق على شعورك وتصرفك، وذلك بوضع إشارة (x) في الخانة المناسبة لرأيك، حيث يوجد سلم متدرج من "لا تنطبق إطلاقاً" إلى "تنطبق تماماً".

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
1. أنا لست شخصاً قلقاً					
2. أميل إلى الاختلاط بالآخرين					
3. لدي خيال واسع					
4. أحاول أن أكون لطيفاً مع جميع من أقابلهم (لست فظاً في التعامل مع الآخرين)					
5. لا أبالي من أن يقوم شخص ما بالاستهتار بحقوق وممتلكات الآخرين					
6. أحافظ على هدوئي حتى في الظروف المتوترة					
7. أنا شخص يحب المرح					
8. أتجنب الحديث في القضايا الفلسفية (المناقشات الفلسفية)					
9. يرى بعض الناس بأنني أناني					
10. نادراً ما أحرص على إنجاز أعمالي في وقتها المحدد					
11. نادراً ما أشعر بالوحدة والكآبة					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
12. أميل إلى إدخال البهجة على الآخرين					
13. لا أستمع بالذهاب إلى المتاحف الفنية أو المواقع الأثرية					
14. أحب مساعدة الآخرين والتعاون معهم					
15. لا يزعجني كون الأشخاص المحيطين بي غير منظمين					
16. غالباً ما أشعر بالتوتر والعصبية					
17. لا أستمع بالتحدث مع الآخرين					
18. لا أميل كثيراً إلى الإبداع والابتكار					
19. أميل إلى الشك في نوايا الآخرين نحوي					
20. أحاول تأدية مهامي على أكمل وجه					
21. غالباً ما يتقلب مزاجي					
22. لا أحب أن أكون في مكان توجد به الحركة والإثارة					
23. أدرك الجمال الموجود في الطبيعة والذي لا يلاحظه الكثير من الناس					
24. لدي علاقات طيبة مع الآخرين ويحبني معظم من أعرفهم					
25. أسعى إلى تحقيق أهدافي بطريقة لا تخرج عن حدود القانون					
26. أنا شخص سريع الغضب					
27. لا أستمع بالعمل الجماعي					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
28. نادراً ما أهتم بالتأمل في طبيعة الكون					
29. يعتقد بعض الناس بأنني غير مبال بمشاكل الآخرين					
30. أضيع الكثير من الوقت قبل أن أبدأ بالقيام بعمل					
31. أشعر بالإحباط والاستسلام عندما لا تسير الأمور بشكلها الصحيح					
32. أعتبر نفسي شخص مليء بالحيوية والنشاط					
33. أحب القراءة والإطلاع (لدي حب الاستطلاع)					
34. لا أقبل وجهة نظر الآخرين					
35. أعمل باجتهاد وبمجهوداتي الخاصة في أداء واجباتي					
36. نادراً ما أكون حزينا أو مكتئباً دون سبب ظاهر					
37. لا أحب المزح كثيراً					
38. لا أهتم غالباً بالتعامل مع الأفكار المجردة					
39. أحاول أن أكون يقظاً ومراعٍ لمشاعر الآخرين وأتجنب جرح مشاعرهم					
40. عندما أتعهد بالقيام بشيء ما فإنني ألتزم به وأقوم بمتابعته للنهاية					
41. أشعر غالباً بالتعب دون سبب واضح					

العبارات	لا تنطبق إطلاقاً	لا تنطبق	تنطبق نوعاً ما	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً
42. لست شخصاً متفائلاً					
43. ليس لدي هوايات كثيرة					
44. أعبر عن مشاعري السلبية تجاه شخص ما بشكل مباشر					
45. أثار دائماً على إتمام أعمالي لحد إنهاؤها ولا أتهرب منها					
46. نادراً ما أشعر بالملل					
47. أبادر بتكوين صداقات جديدة بسهولة					
48. أميل إلى طرح الأسئلة العميقة					
49. أنا متسامح كثيراً مع الآخرين					
50. أحاول إتقان أي عمل أقوم به					
51. لا أتحسس للنقد الذي يوجهه الآخرون لي					
52. لا أستمتع بحضور المناسبات الاجتماعية					
53. أستمتع بسماع الأفكار الجديدة وأحب أن آتي بها					
54. أثار بسرعة عند رؤية أشخاص يتألمون					
55. نادراً ما أنظر إلى عواقب الأمور قبل القيام بها					

4. مقياس التعاطف الوجداني مع المريض

تصف العبارات التالية مشاعرك وردود فعلك تجاه مواقف مختلفة في علاقتك مع المريض، حيث

تختلف هذه المشاعر من طبيب لآخر. الرجاء قراءة كل عبارة بدقة، ثم حدد درجة موافقتك على كل عبارة

بوضع إشارة (x) في الخانة التي تناسب اختيارك.

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
1. أحترم المرضى بمختلف أنماط شخصياتهم					
2. سعادتي تكمن في تقديم المساعدة للمرضى المحتاجين					
3. أستطيع أن أشعر بمعاناة المريض					
4. أنا حساس تجاه مشاعر المرضى وحالتهم النفسية					
5. أمنح وقتاً كافياً للاستماع إلى المريض					
6. آخذ بعين الاعتبار الاحتياجات العاطفية للمرضى					
7. يصفني زملائي بأنه لدي إحساس مرهف تجاه المرضى					
8. يبالغ الكثير من المرضى في مشاعرهم وحساسيتهم تجاه مرضهم					
9. أشعر بالانفعالات والمشاعر الكامنة التي لا يضطر المريض للتعبير عنها					
10. أستمع جيداً إلى شكاوى المريض					
11. أتجنب استخدام العواطف في التعامل مع المرضى					
12. أعتقد أنّ التعاطف مع المريض عامل مهم في العلاج الطبي					

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
13. أعطي أهمية كبيرة للعوامل النفسية الاجتماعية - في علاج المرضى-					
14. على الطبيب أن يُشعر المريض بأنه يتفهم مشاعره					
15. أنا صبور أمام شكوك المرضى ومخاوفهم المتعلقة بمرضهم					
16. تعكس نبرة صوت الطبيب قدرته على تقاسم مشاعر المريض					
17. أنا قادر على معرفة وقراءة مشاعر المرضى من خلال تعبيرات وجوههم					
18. أغضب بشدة عند معاملة مريض ما بسوء من قبل زميلي في العمل					
19. أنا قادر على أن أفهم جيداً مشاعر المريض وأن أحس بها					
20. تأثر كثيراً لرؤية مريض يتألم					
21. لدي صعوبة في إدراك دلالة التعبيرات غير اللفظية للمرضى					
22. أتقبل المرضى كما هم					
23. تهمني كثيراً راحة المريض في المستشفى الذي أعمل به					
24. مهنتي تتطلب عدم إعطاء عناية كبيرة لمشاعر المرضى					
25. يبدي بعض المرضى ردود فعل مزعجة (كالصرخ أو البكاء) نتيجة مرضهم					
26. أحاول إظهار أكبر قدر من الود مع المرضى					

العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق نوعاً ما	موافق	موافق تماماً
27. أتأثر كثيراً بما يعانيه المرضى من صعوبات من أجل الحصول على العلاج					
28. يشكو بعض المرضى دون سبب ظاهر					
29. أميل إلى الإصغاء بانتباه لمشاكل المرضى					
30. أنا قادر على تقبل كافة الأوجه التي يظهرها المريض					
31. أحاول مراعاة مشاعر المرضى قدر الإمكان					
32. أستقصي عن المشكلات التي تواجه المرضى في المستشفى وأحاول إيجاد حلول لها					
33. أهتم بأن تكون علاقتي طيبة مع المرضى باختلاف أنماط تفكيرهم					
34. أهتم بالمشاكل النفسية للمريض إضافة إلى الحالة الجسمية (المرض)					
35. أحاول مساعدة المريض على تقبل مرضه					
36. عندما يبدأ مريض ما بالحديث عن مشاكله، أحاول توجيه الحديث نحو شيء آخر					
37. أخذ بعين الاعتبار المشاكل الشخصية للمريض					

ب- الصورة النهائية لاستبيان الدراسة باللغة الفرنسية:

Université SAAD DAHLAB– Blida

Faculté des lettres et sciences sociales

Département de psychologie et des sciences d'éducation et d'orthophonie

Dans le but de réaliser une recherche scientifique sous le thème : « la relation entre le stress psychologique et les traits de personnalité des médecins avec l'empathie avec le malade » pour préparer une thèse de magistère en psychologie clinique, je mets à votre disposition une liste d'items.

Veuillez, lire minutieusement ces items puis y répondre sans omettre aucun en mettant une croix (×) dans la case qui exprime votre opinion.

Sachant qu'il n'existe pas de réponses justes et d'autres fausses, la réponse juste est celle qui indique sincèrement votre point de vue. Et nous vous promettons que les informations que vous donnerez resteront secrètes et ne seront utilisées que dans la recherche scientifique.

Merci bien pour votre réponse et collaboration dans cette recherche

1. Les informations personnelles

L'âge :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Situation familiale : célibataire ☐ marié (e) ☐ divorcé (e) ☐ veuf (ve) ☐

Qualification scientifique :

La spécialité :

Le service :

Durée d'expérience :

2. Mesure du stress psychologique

Vous avez ici, devant vous, une liste d'items, veuillez lire attentivement chacun d'eux, puis mettez une croix (×) dans la case correspondante à vos sentiments dernièrement.

Les items	Pas du tout	rarement	parfois	souvent	toujours
1. J'éprouve une tension pendant les dernières heures de la permanence					
2. Je sens la gorge serrée ou la bouche sèche					
3. Je suis toujours dans le besoin de temps (je manque de temps)					
4. Je souffre d'inappétence					
5. Je souffre de céphalée pendant ma permanence à l'hôpital					
6. Je commets des erreurs dues à la surcharge de travail					
7. Le grand nombre de malades dans la salle d'attente me gêne					
8. Je consulte constamment l'heure, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure					
9. Je suis impatient face à mes collègues de travail					
10. J'ai de la difficulté à digérer et j'ai mal à l'estomac					
11. J'éprouve de la tristesse et de la dépression					
12. J'ai diverses douleurs physiques : mal au dos, maux à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre					

Les items	Pas du tout	rarement	parfois	souvent	toujours
13.L'écriture des rapports médicaux de façon permanente me fatigue					
14.J'ai des variations subites de température corporelle (très chaude ou très froide)					
15.Je me ronge les ongles ou me mange la peau autour des doigts					
16.J'oublie certains rendez-vous, des choses ou travaux que je dois faire					
17.Les interruptions fréquentes de mes collègues pendant mon service me gênent beaucoup					
18.Je me sens très fatigué durant mes dernières heures de travail					
19.Je souffre beaucoup de brouilles (désaccords) dans le travail					
20.La surcharge du travail me rend nerveux face aux patients					
21.J'ai des crises intenses de colère					
22.J'ai le cœur qui débat, qui bat vite ou qui bat irrégulièrement					
23.J'ai la peur de commettre des fautes dans le travail					
24.Je pousse de longs soupirs					
25.Je m'énerve rapidement à la moindre des choses					

Les items	Pas du tout	rarement	parfois	souvent	toujours
26.Je manque d'attention et j'ai la difficulté de concentration					
27.Ma fonction à l'hôpital a un impact négatif sur ma vie familiale					
28.Je souffre d'insomnie					
29.Le changement des horaires de travail me dérange					
30.Je sens que je suis moins efficace que mes collègues					
31.J'ai les muscles tendus, ou je ressens des raideurs musculaires					
32.Je perds souvent le contrôle de moi-même					
33.Je sens que mes idées sont confuses quand je travaille plusieurs heures					
34.Je perds patience lorsque je traite les malades					
35.J'évite les contacts sociaux ou la présence aux cérémonies sociales					
36.Le bruit et le vacarme au-dehors de la salle de consultation me dérangent beaucoup					
37.Je sens que mon travail à l'hôpital nécessite un effort considérable qui dépasse mon énergie					
38.Je suis gêné par les réclamations incessantes de mes collègues de travail					
39.Je maîtrise mal mes réactions et mes comportements					

Les items	Pas du tout	rarement	parfois	souvent	toujours
40. Je me sens pressé quand on me demande de faire des travaux en dehors de mon horaire officiel de travail					

Existent-ils d'autres pressions qui n'ont pas été mentionnées dans les phrases précédentes?

Oui ☐ Non ☐

Si votre réponse est oui, quelles sont ces pressions ? Et à quel degré vous en souffrez?

—.....

—.....

—.....

—.....

—.....

—.....

—.....

3. Echelle de cinq grands facteurs de la personnalité

Ci-après vous avez une liste d'items qui indique une importante partie de votre personnalité. Veuillez lire chaque item minutieusement puis essayer de choisir le degré qui correspond à vos sentiments et vos réactions en mettant une croix (×) dans la case qui convient (il y a une échelle graduée du (Ne me décrit pas du tout) jusqu'au (me décrit totalement)).

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
1. Je ne suis pas une personne anxieuse					
2. J'ai tendance à me mêler aux autres					
3. J'ai une imagination étendue					
4. J'essaie d'être gentil avec tous ceux que je rencontre (je ne suis pas grossier dans mes rapports avec les autres)					
5. Je ne m'importe pas lorsque quelqu'un néglige les droits et les biens d'autrui					
6. Je garde mon calme, même dans des situations tendues					
7. Je suis une personne qui aime la gaieté					
8. J'évite d'entrer dans des discussions philosophiques					
9. Certaines personnes voient que je suis égoïste					
10. Il est rare que je veille à achever mes travaux sur le temps					
11. Rarement j'éprouve de la solitude et de la dépression					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
12. J'ai tendance à apporter la joie aux autres					
13. Je ne me réjouis pas des visites aux musées d'art ou aux sites archéologiques					
14. J'aime secourir les autres et s'entraider avec eux					
15. Je ne suis pas dérangé par les personnes qui m'entourent sont désorganisées					
16. Je me sens souvent tendu et nerveux					
17. Je ne me régale pas de la discussion avec les autres					
18. Je ne me tends pas beaucoup à la création et à l'invention					
19. J'ai tendance à douter aux intentions des autres envers moi					
20. J'essaie d'accomplir parfaitement mes tâches					
21. j'ai souvent d'humeur instable					
22. Je n'aime pas me trouver dans un endroit plein de mouvement et d'excitation					
23. Je perçois la beauté existante dans la nature et que bon nombre de personnes n'observent pas					
24. J'ai de bonnes relations avec les autres et je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent					
25. J'essaie de réaliser légalement mes objectifs					
26. Je suis une personne colérique					
27. Je ne me réjouis pas du travail collectif					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
28. Il est rare que je m'intéresse à la méditation de l'univers					
29. Certains gens croient que je suis indifférent (insensible) aux problèmes des autres					
30. Je gaspille beaucoup de temps avant de commencer mon travail					
31. J'éprouve de la frustration et de la soumission quand les choses ne vont pas bien					
32. Je me considère comme une personne pleine de vitalité et d'activité					
33. J'aime la lecture et la découverte (j'ai l'esprit de curiosité)					
34. Je n'accepte pas le point de vue des autres					
35. Je travaille avec assiduité et avec mes propres efforts dans l'exécution de mes devoirs					
36. Il est rare que je sois triste ou déprimé sans motif apparent					
37. Je n'aime pas beaucoup la plaisanterie					
38. Je ne m'intéresse pas souvent à l'échange d'idées abstraites					
39. J'essaie d'être attentif, conscient des sentiments des autres et j'évite de vexer leur sensibilité					
40. Quand je promets de faire quelque chose, je m'engage					

Les items	Ne me décrit pas du tout	Ne me décrit pas	Plutôt me décrit	Me décrit	Me décrit totalement
à l'effectuer et je fais son suivi jusqu'à terme					
41. Je me sens souvent fatigué sans raison apparente					
42. Je ne suis pas une personne optimiste					
43. Je n'ai pas de grandes passions					
44. J'exprime, d'une manière directe, mes sentiments négatifs vis-à-vis d'une quelconque personne					
45. Je persévère toujours à achever mes tâches jusqu'à la fin et je ne l'esquive pas					
46. Rarement j'éprouve de l'ennui					
47. Je m'empresse de créer des nouvelles amitiés facilement					
48. J'ai tendance à poser des questions approfondies					
49. je suis trop tolérant avec les autres					
50. J'essaie de perfectionner n'importe quel travail					
51. Je ne suis pas susceptible aux critiques qui me sont adressées					
52. Je ne me réjouis pas des occasions sociales					
53. Je prends plaisir à l'écoute de nouvelles idées et je préfère en fournir					
54. Je suis émotif quand je vois des gens pâtir					
55. Je vois rarement les conséquences des choses avant de les faire					

4. Echelle de l'empathie émotionnelle avec le malade

Les phrases suivantes décrivent vos sentiments et vos réactions aux différentes situations dans votre relation avec le patient. Ces impressions diffèrent d'un médecin à un autre. Veuillez Lire attentivement chaque phrase, puis précisez le degré de votre agrément à chaque phrase en mettant une croix (×) dans la case qui correspond à votre choix.

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
1. Je respecte les malades avec leurs divers types de personnalités					
2. Mon bonheur se manifeste dans la présentation de l'aide aux malades nécessiteux					
3. Je peux sentir la souffrance du malade					
4. Je suis sensible aux sentiments des malades et leurs états psychiques					
5. J'accorde suffisamment de temps à l'écoute du patient					
6. Je prends en considération les besoins affectifs des patients					
7. Mes collègues me décrivent que j'ai un sens sensible envers les malades					
8. Beaucoup de malades exagèrent dans leurs sentiments et leur sensibilité à l'égard de leur maladie					
9. Je sens les émotions et les sentiments sous-jacents					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
du patient qui n'astreint pas de l'exprimer					
10. J'écoute bien à la plainte du malade					
11. J'évite d'utiliser les sentiments en traitant les patients					
12. Je crois que l'empathie avec le malade est un facteur important dans le traitement médical					
13. Je donne une grande importance aux facteurs psychosociaux dans le traitement des patients					
14. Le médecin doit sensibiliser le malade qu'il a compris ses sentiments					
15. Je suis patient devant les doutes et les craintes des malades concernant leur maladie					
16. Le ton de la voix du médecin montre sa capacité à partager les sentiments du malade					
17. Je suis capable de connaître et de lire les sentiments des malades à travers les expressions de leurs visages (ses mimiques)					
18. Je me mets en colère lorsqu'un malade est maltraité par mon collègue de travail					
19. Je suis capable de bien comprendre les sentiments du patient et je les ressens					
20. Voir un patient en peine me touche beaucoup					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
21. J'ai de difficulté à saisir la signification des expressions non verbales des malades					
22. J'accepte les malades tels qu'ils sont					
23. Le bien-être du patient m'est important à l'hôpital où je travaille					
24. Ma profession exige de ne pas donner une grande attention aux sentiments des patients					
25. Certains patients montrent des réactions gênantes (crier ou pleurer) à cause de leur maladie					
26. J'essaie de laisser apparaître une grande sympathie envers les malades					
27. Je suis très touché par ce que les patients endurent comme difficultés pour obtenir des soins					
28. Certains patients se plaignent sans raison apparente					
29. J'ai tendance à écouter attentivement aux problèmes des patients					
30. Je suis capable d'accepter toutes les facettes que me présente le malade					
31. J'essaie de mon mieux d'être attentionné aux sentiments des patients					
32. J'enquiers aux problèmes qu'affrontent les patients à l'hôpital et je tente de leur trouver des solutions					

Les items	Pas du tout d'accord	N'est pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Toute à fait d'accord
33. Je veille à ce que ma relation soit bonne avec les patients à divers modes de pensée					
34. Je me préoccupe des problèmes psychiques du patient en plus de l'état physique (la maladie)					
35. J'essaie d'aider le patient à accepter sa maladie					
36. Lorsqu'un malade commence à parler de ses problèmes, j'essaie d'orienter la parole à d'autre chose					
37. Je prends en considération les problèmes personnels du malade					