

تنمية التمكين النفسي لخفض الاحتراق النفسي لدى ممرضات الأورام

د. ونّام علي مصطفى الشربيني

معالج نفسي بمركز الأورام - جامعة المنصورة

DOI: 10.21608/qarts.2021.94172.1222

مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد ٥٣ (الجزء الأول) يوليو 2021

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X

موقع المجلة الإلكتروني: <https://qarts.journals.ekb.eg>

تنمية التمكين النفسي لخفض الاحتراق النفسي لدى ممرضات الأورام إعداد

د. وئام علي مصطفى الشربيني

معالج نفسي بمركز الأورام - جامعة المنصورة

mostafaweam595@gmail.com

الملخص باللغة العربية:

هدفت الدراسة إلى تنمية التمكين النفسي لخفض الاحتراق النفسي لممرضات مركز الأورام جامعة المنصورة ولتحقيق الهدف، تم تطبيق مقياسين: أحدهما، لقياس التمكين النفسي، والآخر لتشخيص الاحتراق النفسي؛ وذلك على (ن = 99) ممرضة تختلف خصائصهن العمرية، والاجتماعية، وسنوات الخبرة، ونوع القسم، والمستوى التعليمي، وقد أشارت النتائج إلى تباين كل من الاحتراق النفسي، والتمكين النفسي بتباين بعض هذه المتغيرات الديموجرافية، كما قدمت برنامجا إرشاديا بهدف إثراء التمكين النفسي، وخفض الاحتراق لدى (ن = 10) من الممرضات بعد حساب التكافؤ بين أفراد العينة، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين التمكين النفسي، وخفض الاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية.

الكلمات المفتاحية: التمكين النفسي، الاحتراق النفسي، ممرضات مركز الأورام جامعة المنصورة.

المقدمة:

العمل في مهنة (التمريض) Nursing دون تمكين الفرد يصبح مصدرًا من مصادر الاحتراق النفسي Burnout، وما يتضمنه من ضغط نفسي Stress، أو قلق نفسي Anxiety، أو إجهاد جسدي Physical Exhaustion، أو ضغط العمل Work Pressure، وهذه هي توابع طبيعة العمل الذي تقوم به الممرضة سواء مع مريض الأورام، أو مرافق المريض، فضلًا عن ضغط رؤساء العمل. (أيوب، فوزية رمضان، 1985، ص: 88)

ويحدث الاحتراق النفسي الناتج عن الضغوط الوظيفية في مجال التمريض عندما تُدرك الممرضة التناقض بين حدث، أو موقف معين في العمل، وبين قدراتها على حل هذا الموقف، وتختلف المهارات العملية لدى الممرضة باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية (العمر، المؤهل التعليمي، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، نوع القسم).

وبما أن التمريض ركن أساسي في المستشفيات، ونجاح أي مستشفى أو فشله يعتمد على دوره بشكل أساسي؛ ونظرًا لتجاهل المسؤولين لهذا الدور، فإن هذه الفئة تفقد دافعيتها للعمل، وما يترتب على ذلك من نقص إشباع حاجاتها النفسية، فضلًا عما تواجهه من ضغوط سواء من قبل رؤسائها، أو تدنى وضعها المالي والاجتماعي، وما إلى ذلك من ضغوط تتفاقم لتصبح احتراقًا نفسيًا، وفي ضوء ما تقدم، وبناءً على مراجعة التراث السيكولوجي فإن خفض هذه الضغوط والحد من الاحتراق المهني يمكن أن يتم من خلال توظيف التمكين النفسي بوصفه أحد متغيرات علم النفس الإيجابي، وما ينضوي عليه من مكونات ممثلة في الثقة بالنفس Self-Confident، القدرة على

اتخاذ القرار Decision Making Capacity، الفاعلية الذاتية Self- Efficacy، والقيادة الذاتية Self-Driving.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تعد مهنة التمريض من المهن التي تتضمن قدرًا كبيرًا من المشقة؛ وذلك لكثرة المواقف التي لا تستطيع الممرضة فيها تقديم أية خدمة أو مساندة سواء للمريض أو لأقاربه، وأيضًا عجزها، وقصورها في أسرتها، وبيئتها الداخلية، مع عدم القدرة على تقديم ما يُطلب منها سواء من الزوج، أو الأولاد، وكل هذا يشعرها بالعجز (ميساء النيال، 1999، ص: 110)

كما أن التمريض يمثل قطاعًا حيويًا مهمًا حيث إنه يُشكل الفئة العظمى من العاملين في المجال الصحي في القطاعين الحكومية، والخاص. (السباعي، 1995، ص: 123)

وطبيعة العمل في مجال التمريض تتصف بمجموعة من العلاقات المتشابكة التي تؤثر في كفاءة ذاتها وفعاليتها؛ مما يجعل تمكين الذات على مستوى منخفض لدى الممرضة بكل مكوناته، فكلما ارتفع كل من الفاعلية الذاتية، ومستوى الثقة بالنفس والقيادة الذاتية لدى الممرضة أصبح لديها القدرة على اتخاذ القرار، وهذا يؤدي إلى انخفاض الاحتراق النفسي بكل مكوناته؛ ونتيجة لذلك يرتفع الأداء والعطاء في العمل وفي الأسرة. (الكردي، 2001، ص: 313)

وهناك بعض المشكلات التي تواجهها الممرضات منها النظرة الاستعلائية من الآخرين، وعدم الثقة بجهودهن، وأيضًا عدم تقدير الأطباء بالمجهودات التي يقمن بها، وعدم الاعتراف بالمستوى العلمي، والثقافي لهن، وتصور المحيطين أن طبيعة عملهن

تقتصر على تضميد الجروح، وتقديم الطعام، والدواء للمريض فقط. (خزاعلة، 2002، ص: 221).

أشار لانفورد 1999 Lanfored، أن أكثر مجالات العمل إثارة للاحتراق النفسي هي التي فيها مواجهة مباشرة مع الناس والمجتمع، والتي يُكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، مثل: هيئة التمريض Nursing، وهذا ما أكدته بعض الدراسات مثل: دراسة الشافعي 2002، ودراسة شقورة 2002، ودراسة (Algon I Spritzers) Abu- Alrub & Raeda,2004)) &C.A , & Kirvan ,2007 (Jones,2008) & (Chi,et.al,2005) & (, 2014 ,et.al). (Huey -) & (De Coster and Vaughn ,A, and George , Lori , 2011) Lustma ,et.al) & (Kameseh , M ,et.al,2011) & (Mintzeng , 2004 & (Gavard ,et.al ,2013) & (Leedom and Procci , 2012) & (2012 & (Kubiak , et.al , 2014)

ومن العرض السابق تتحدد مشكلة البحث من خلال الإشكاليات الفرعية التالية:

أ- اختلاف التمكين الذاتي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (السن - المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - سنوات الخبرة - نوع القسم) لدى مرضيات الأورام، وقد انبثقت هذه الإشكالية من عدة دراسات نشير لبعض منها.
فقد أشارت دراسة Kameseh, et.al2011 أن التمكين الذاتي لدى الممرضات يرتبط بسنوات الخبرة للممرضة، والتي تساعدها على اتخاذ القرار والقيادة الذاتية في العمل اليومي.

وكذلك دراسة كل من Anderson R & Funnel,M 2004 التي أشارت نتائجها إلى أن متغير العمر، والمستوى التعليمي لهما القدرة على التنبؤ بمستوى التمكين الذاتي، وخاصة مكون الثقة بالنفس.

كما أكدت دراسة Nazil, et .al 2008 أن التمكين الذاتي يرتفع بارتفاع المستوى التعليمي لدى الممرضة، وأن الممرضات المتزوجات لديهن تمكين ذاتي بدرجة عالية مقارنة بالعايزات، والمطلقات، والأرامل، وأنه كلما انخفضت أعمارهن، ارتفعت لديهن القدرة على التمكين الذاتي.

ب- إشكالية اختلاف الاحتراق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (السن - المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - سنوات الخبرة - نوع القسم) لدى ممرضات الأورام:

أشارت العديد من الدراسات أن الممرضات يواجهن الضغط النفسي، والقلق، والإجهاد الجسدي، وهذا من أهم مسببات الاحتراق النفسي التي تتعرض له الممرضة. (Gurses, 2005, p:346)

كما أكدت دراسة Marie,et.al,2007 أن الاحتراق النفسي يرتفع لدى الممرضات أصحاب المستوى التعليمي المنخفض والمتوسط، كما أنه كلما ارتفعت أعمار الممرضات، ارتفع الاحتراق النفسي لديهن.

وكذلك دراسة Embriaco, et.al, 2007 التي أكدت أن الاحتراق النفسي يزداد بدرجة عالية لدى ممرضات الأورام اللاتي يعملن في الأقسام التي بها عمل شاق، مثل: قسم الأطفال، وقسم أمراض الباطنة، أمراض الدم.

ج- الاحتراق النفسي لدى ممرضات الأورام وسبل التحكم فيه:

أجريت العديد من الدراسات التي تهدف إلى خفض الاحتراق النفسي عند الممرضات من خلال تعزيز التمكين الذاتي لديهن، وهذا ما أشارت إليه دراسة Atake,et.al,2008 التي هدفت إلى اختبار أثر برنامج ذاتي مختصر على

ممرضات الأورام اللاتي حصلن على درجات منخفضة في الاحتراق النفسي، وأبعاده، وكان البرنامج له الأثر الإيجابي في خفضه.

كما قام 2011 .al ,et Peyrot بدراسة هدفت التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الاحتراق النفسي لدى ممرضات الأورام، وكانت عينة الدراسة ن=٢٤ تتضمن عينة ضابطة ن=12، وعينة تجريبية ن=12، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين التمكين الذاتي، والثقة بالنفس لدى الممرضات ذوات الأعمار المنخفضة، والمستوى التعليمي المرتفع، كما أثبتت الدراسة فاعلية برنامج التمكين الذاتي في خفض الاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية.

وفى السياق نفسه قام كل من Gravel & Wandell, 2012 بدراسة كان الهدف منها أثر فاعلية برنامج تجريبي على (ن=٣٠) من ممرضات الأورام لخفض الاحتراق النفسي لديهن.

وفى ضوء ما تقدم يمكننا أن نبلور مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

- ١) ما مدى تباين كل من التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي بتباين المتغيرات الديموجرافية (السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة، نوع القسم) لدى ممرضات الأورام؟
- ٢) ما مدى اختلاف كل من التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي، والبعدي؟
- ٣) ما مدى اختلاف كل من التمكين الذاتي والاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين البعدي - التتبعي؟

أهداف الدراسة: وتصاغ بصورة إجرائية على النحو التالي:

- (١) الكشف عن اختلاف كل من التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية.
- (٢) تحديد تباين كل من التمكين النفسي، والاحتراق النفسي بتباين القياسين قبلي-بعدي.
- (٣) تحديد تباين كل من التمكين النفسي، والاحتراق النفسي بتباين القياسين البعدي-التتبعي.

أهمية الدراسة: تستمد هذه الدراسة أهميتها من عدة متغيرات يأتي في صدارتها:
أهمية العينة:

تعد مهنة التمريض ركنًا أساسيًا في المستشفيات، والمراكز الطبية؛ ونظرًا لتجاهل المسؤولين لهذا الدور، فإن هذه الفئة تفقد دافعيتها للعمل؛ ولذلك اهتمت هذه الدراسة بهذه العينة.
الأهمية السيكومترية:

وتتمثل في بناء مقياسين أحدهما لتشخيص التمكين النفسي، والثاني لقياس الاحتراق النفسي.
الأهمية الإرشادية:

إن الاقتراب من هذه الظاهرة يسهم في زيادة الرصيد التشخيصي الذي يمكن أن يُساعد المهتمين بالمستشفيات والمجال الصحي بها، وكذلك الإرشاد النفسي لوضع دعائم برامجهم الإنمائية للممرضات، كما أن اختيار متغير التمكين النفسي لخفض الاحتراق النفسي لديهن يمكن أن يعزز الاتجاه الإيجابي لديهن.

أهمية المجال البحثي:

يُلاحظ أن متغيرات هذه الدراسة تُمثل عدة مجالات بحثية فهي من حيث العينة (ممرضات الأورام) تقع في إطار علم النفس المهني الطبي، ومن حيث (التمكين الذاتي، والاحترق النفسي) فهي تمثل علم النفس الإيجابي، أما فيما يتصل بإعداد مقياسي التمكين النفسي والاحترق النفسي، فهي تقع في مجال القياس النفسي، ولأشك أن تعدد المجال البحثي يعكس أهمية هذه الدراسة، فضلاً عن إعداد برنامج إرشادي مما يجعل الدراسة تقع في إطار الإرشاد النفسي، ودراسة تتعدد مجالاتها البحثية من شأنه أن يجعل عليها أهمية خاصة .

مُحددات الدراسة، وتتمثل في المتغيرات التالية:

عينة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على ن = ٩٩ من ممرضات مرضى الأورام.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقياسي التمكين النفسي، والاحترق النفسي (إعداد الباحثة)، فضلاً عن بناء برنامج لتنمية التمكين الذاتي لدى الممرضات اللواتي حصلن على درجات مرتفعة في مقياس الاحترق النفسي.

الإطار الزمني:

تم تطبيق أدوات الدراسة التشخيصية في الفترة ما بين سبتمبر 2015: يناير 2016، كما تم تطبيق البرنامج الإرشادي في الفترة ما بين شهري يناير: أبريل 2016.

الإطار المكاني:

تم إجراء الدراسة في مركز الأورام - طب المنصورة.

مُصطلحات الدراسة:

تم صياغة التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة الأساسية على النحو التالي:

التمكين النفسي Psychological–Empowerment:

في ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة، وكل النظريات والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم، التي أسفرت عن عدة مفردات، تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً، وتتمثل في: (الثقة بالنفس، القدرة على اتخاذ القرار، الفاعلية الذاتية، القيادة الذاتية)، وهي تمثل مكونات المقياس، ومن ثم يمكن صياغة التعريف الإجرائي: (استجابة المفحوصة لمتغيرات الثقة بالنفس - الفاعلية الذاتية - والقدرة على اتخاذ القرار - القيادة الذاتية)، ويُترجم ذلك للدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على المقياس المُعد لذلك).

الاحتراق النفسي: Psychological Burnout:

في ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة، وكذلك النظريات والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم - قد أسفرت هذه الخطوة عن عدة مفردات تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً، وتتمثل في: (الضغط النفسي، القلق النفسي، الإجهاد الجسمي، ضغط العمل)، وهي تمثل مكونات المقياس، ومن ثم يتم صياغة التعريف الإجرائي على: أنه استجابة المفحوص لمثيرات (الضغط النفسي، القلق النفسي، الإجهاد الجسمي، ضغط العمل)، وتتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

المرضة:

خريجة كلية التمريض التي تقوم بأدوار متابعة الحالة في ضوء إرشادات الطبيب المعالج.

المحور الأول: التمكين النفسي: Psychological-Empowerment :

أولاً: التمكين النفسي، وبعض المفاهيم المتداخلة معه: يرتبط هذا المفهوم بعدة مفاهيم متداخلة معه نوضحها فيما يلي:

(١) التمكين النفسي، ومفهوم الفاعلية الذاتية Self- Efficacy:

فاعلية الذات تعنى قدرة الفرد على التحكم في سلوكه بمرونة، والتعامل مع المواقف المعقدة، مع التحلي بالمثابرة؛ لتحقيق النتائج المرغوبة، وتعد العلاقة بين التمكين النفسي وفاعلية الذات علاقة جدلية، فقبل شعور الفرد بالتمكين، عليه أن يختبر الاحساس بالفاعلية الذاتية، وأنه قادر على البدء بالمهام والواجبات بنفسه، والتحكم في سلوكه بمرونة والتعامل مع المواقف المعقدة، مع التحلي بالمثابرة لتحقيق النتائج المرغوبة، وفي المقابل نجد أن الاستراتيجيات المتبعة لتمكين الأفراد تزيد من إحساسهم بالفاعلية، ووفقاً لباندورا، فإن الأشخاص يندفعون لممارسة الأفعال عندما يحكمون على أنفسهم بأنهم قادرين على تحمل الموقف ونتائجه (Bandura .A, 194 p: 194 , 1997)، وبالتالي يكون التمكين وسيلة لزيادة فاعلية الذات، والفاعلية الذاتية هي أحد أبعاد التمكين النفسي التي يأتي نكرها فيما بعد، ويطلق عليها الكفاءة، وقد عرفها (Bandura .A, 1997 , p: 194) على أنها تعبر عن مدى ثقة الفرد في قدراته على تحريك الدوافع، ومصادر المعرفة، وسلسلة التصرفات اللازمة للوفاء بمتطلبات موقف معين، ونظر إليها كل من (Conger & Kanungo ,1988) على أنها جوهر التمكين النفسي، فعرفا التمكين النفسي بأنه عملية الارتقاء بالأحاسيس الخاصة بالفاعلية الذاتية بين الأفراد عن طريق تحديد الظروف، والأجواء التي تؤدي

إلى تشجيع انعدام القوة وتعزيزها، والعمل على القضاء عليها عن طريق الممارسات التنظيمية الرسمية، والأساليب، والوسائل غير الرسمية التي تزودنا بمعلومات عن الفاعلية الذاتية.

كما أن انخفاض مستوى الفاعلية الذاتية يؤدي إلى تجنب الأفراد للمواقف التي تتطلب مهارات مناسبة، وهذا السلوك المتخاذل يقود إلى منع الفرد من بناء قدرته المدركة وتحسينها، وأكثر من ذلك، فقد توصل آخرون إلى أن الأفراد الذين يعانون من العجز الشخصي لا تقتصر معاناتهم على هذا العجز فقط، بل يعانون أيضًا من انخفاض الشعور باحترام الذات، وعلى النقيض فإن زيادة مستوى الفاعلية الذاتية لدى الفرد يقوده إلى إظهار السلوكيات المبادرة، وزيادة الجهود، والمثابرة، والإصرار على مواجهة الصعاب.

(٢) التمكين النفسي، ومفهوم زيادة الوعي Increase Awareness:

تعددت تعريفات مفهوم زيادة الوعي، فقد تم تعريفها بأنها النشاط الشعوري الذي يقوم به الشخص، باعتبار أن الالتزام الأدبي لا يكفي لتعديل السلوك. (هويدة حنفي، ٢٠١٢، ص: ٥٧٢).

كما ربط (Robert, 2001. p:8) بين مفهومي التمكين النفسي وزيادة الوعي، فهو يرى أن مفهوم التمكين الذي يرتبط بزيادة الوعي لدى الأفراد يتعلق بالخدمات المتّاحة، وأسلوب الوصول إليها.

(٣) التمكين النفسي ومفهوم الذات Self-Concept:

يختلف المفهومان في الآتي:

(أ) التمكين النفسي يهتم بالاعتقادات في القابلية الشخصية، أما مفهوم الذات فهو يحتوي على هذه الأحكام، وأيضًا على المشاعر حول ما تستحقه الذات من تقدير فيما يتعلق بآدائها.

(ب) يعتمد التمكين النفسي على كيفية تقييم الثقافة السائدة في المجتمع للخصائص التي يمتلكها الفرد، وحكمها على مدى ملائمة سلوك هذا الفرد للقواعد السلوكية المسموح بها، أما أحكام مفهوم الذات فهي ترتبط بأحكام الفرد على قدراته الشخصية.

(ج) طريقة قياس التمكين النفسي تختلف عن طريقة قياس مفهوم الذات فالصيغة المثالية لقياس فاعلية الذات كأحد المكونات الرئيسة للتمكين النفسي، قد تكون: "ما مدى ثقتك في نجاحك في الرياضيات؟" أما الصيغة المثالية لقياس مفهوم الذات قد تكون: "الرياضيات تجعلني أشعر بعدم الكفاءة".

(د) أحكام التمكين ترتبط بمهام محددة داخل ميدان محدد، كما أن لديها حساسية عالية للتأثير داخل المهمة الواحدة، فمثلًا "فاعلية ذات قيادة السيارة" القيادة داخل المدينة تختلف عن القيادة على الطريق السريع، أما أحكام مفهوم الذات فهي أكثر عمومية في أنها ترتبط بميدان محدد، وليس بمهمة محددة.
(Pajares & Frank, 2011 , p: 21)

(٤) التمكين النفسي، ومفهوم تقدير الذات Self- Esteem:

يتشابه المفهوم إلى حد كبير، وكثيرًا ما يخلط الباحثون بين التمكين النفسي وتقدير الذات، بوصفهما يعبران عن الظاهرة نفسها، وفي حقيقة الأمر فإن التمكين النفسي يهتم بالأحكام المتعلقة بالإمكانات الشخصية، بينما تقدير الذات يتناول الأحكام المتعلقة بالقيمة الشخصية، ويشير (Cast & Burke, 2002) إلى تقدير الذات على

أنه تقييم الفرد العام الإيجابي لذاته، ويتألف من بعدين متميزين هما: (الكفاءة، والقيمة)، ويشير بُعد الكفاءة إلى أي مدى يرى الأفراد أنفسهم ذوي قدرة، وفاعلية داخل المجتمع؟ أما بُعد القيمة فيشير إلى أي درجة يشعر الأفراد بأنهم ذوو قيمة.

ومما سبق يتضح أن التمكين النفسي هو قدرة الفرد، وفاعليته، أما تقدير الذات فهو يعبر عن إلى أي مدى يرى الأفراد أنفسهم ذوي قدرة وفاعلية وقيمة داخل المجتمع.

(٥) التمكين النفسي، ومفهوم نصره الذات Self- Advocacy:

نصرة الذات هي الجهود المبذولة من الأفراد للتحدث عن أنفسهم، واتخاذ الإجراءات والقرارات التي تؤثر على حياتهم، والوصول إلى أعلى مستوى من الاستقلالية، وهي قدرة الفرد على التواصل بشكل فعال، أو تحقيق مصالحه، ورغباته، واحتياجاته، وحقوقه التي تنطوي على اتخاذ قرارات مستتيرة، وتحمل المسؤولية عن تلك القرارات، في حين يؤكد التمكين النفسي على أن يكون لدى الفرد القدرة على اتخاذ القرارات، وشعوره بالتوجه الذاتي، وترجمة قدراته لأفعال ملموسة تصنفه كشخص إيجابي في المجتمع، ويُلقى مصطلح نصره الذات الضوء على حق الفرد في أن يعيش حياته عمومًا بطريقته؛ لذلك نستشف بأن مفهوم التمكين النفسي يتسع ليشمل مفهوم نصره الذات، وليس العكس، بحيث يساعد التمكين النفسي على أن يعبر الفرد عن نفسه بوضوح، وحرية، ويتخذ بنفسه القرارات بشأن حياته. (Crocker and Major, 1989, 610).

(٦) التمكين النفسي، ومفهوم تحقيق الذات: Self-Realization:

ويعنى تحقيق حاجة تدفع الفرد إلى توظيف إمكاناته لتحقيق واقعه، كما يرتبط بالتحصيل، والإنجاز، والتعبير عن الذات؛ ولذلك فإن تحقيق الفرد لذاته يشعره بالأمن

والفاعلية، وأن عجز الفرد عن تحقيق ذاته باستخدام قدراته، وإمكاناته يشعره بالنقص والدونية، وخيبة الأمل مما يعرضه للقلق، والتشاؤم.

وفى ضوء ما تقدم فإن التمكين النفسي يختلف عن تحقيق الذات، فالأول يُعنى بتقارير الفرد عن نفسه حول إمكاناته، وقدراته، وأن هذا التقرير بمثابة دافع لاجتياز الفرد المهام الصعبة، بينما تحقيق الذات يمثل سعى الفرد نحو تحقيق إمكاناته، ومواجهه في ضوء تفهمه، وتقبله لذاته، وهذا السعي يحدده تمكين الفرد لذاته. (Cast and Burlee, 2002, p: 341).

(٧) التمكين النفسي، ومفهوم مساعدة الذات: Self- Help:

تم تعريف المساعدة الذاتية على أنها تمثل الهدف الأساسي الذي ينطلق منه التمكين، وتهدف إلى زيادة قدرة الأفراد، وتشجيعهم لدراسة أوضاع مجتمعاتهم ومشاكلها، ووضع حلول مناسبة للتغلب عليها. (Robert , 2001, p: 13).

(٨) التمكين النفسي، ومفهوم المطالبة Claim:

تعددت المحاولات حول الربط بين مفهومي التمكين، والمطالبة، فقام (Malcolm , 1997) بإيجاد علاقة بيم مفهومي التمكين، والمطالبة، فوجد أن المطالبة تساعد على تمكين الأفراد والجماعات، حيث تستخدم لتوفير الحلول المناسبة عندما تقوم الجماعات القوية بفرض سيطرتها على الأفراد، فصاحب القرار هو الذي يتصدى لكل ما يجرى تجاه الأفراد داخل المؤسسات التي تعبر عن حقوقهم، ومطالبهم. (Malcolm, 1997, p: 22).

(٩) التمكين النفسي، ومفهوم تعزيز القوى Strengthen Power:

تتمثل العلاقة بين مفهومي التمكين النفسي، ومفهوم تعزيز القوى في أن الهدف من تعزيز القوى هو تحديد القوة التي يتمتع بها الفرد في ضوء الموارد، والإمكانات المتاحة بالمجتمع الذي يعيش فيه ليتمكن الفرد من تحقيق أهدافه. (Longman, 1997, p: 22).

(١٠) التمكين النفسي، ومفهوم الاستقلالية Self- Independency:

يقتضي الاستقلال الذاتي بعض الشروط، مثل: التحرر من الالتزام، الكرامة، حرية الإرادة، التحكم الذاتي، السيادة، ويعد الاستقلال الذاتي سمة شخصية تقترن بزيادة السلطة على حياتنا الخاصة، ويعد الاستقلال الذاتي أحد خصائص التمكين النفسي، وقد اقترح (Ram Charam PG, 1997) أن الاستقلال الذاتي أحد وسائل تقليص الظلم، كما أنه يؤهل للاستفادة الكاملة من حقوق المواطنة، من خلال الوصول إلى الحد الأقصى من الاستقلال الذاتي لتحقيق المستوى الأدنى على الأقل من الرفاهية.

(١١) التمكين النفسي، والثقة بالنفس Self- Confident:

وتتمثل العلاقة بين التمكين النفسي، والثقة بالنفس في أن الهدف من الثقة بالنفس هو إدراك الفرد لكفاءته، ومهاراته، وقدراته في التعامل بفاعلية مع المواقف المختلفة، فشعور الفرد بأنه كفء، وجدير، ومؤثر، وقادر على تصريف أموره يعكس لديه ثقته بنفسه. (Manz and Neck , 2009 , p: 55)

(١٢) التمكين النفسي والقدرة على اتخاذ القرار Decision-making

:Capacity

اتخاذ القرار من المفاهيم المتداخلة، ومن أساسيات التمكين النفسي وأبعاده، وأنه عملية إنسانية واعية، تتضمن جوانب فردية واجتماعية، وتقوم على أسس معرفية

بهدف اختيار بديل سلوكي محدد من بين قرارين، أو أكثر من البدائل المتاحة؛ لتحقيق هدف معين أثناء العمل مع وجود النية نحو التحرك لتحقيق غاية مرغوبة، وفي ضوء تحليل التراث المتاح نرى هناك تداخلاً بينهما، فالفرد القادر على اتخاذ القرار السليم يتحلى بالتمكين النفسي، وتكون لديه القدرة على حل المشكلات، وإدارة الأزمات، وحل الصراعات، في ظل الواجبات المطلوبة منه.

(Harrison, 2004 & Colman, 2006 & Clements and Druckman, 2005).

النظريات المُفسرة للتمكين النفسي: ونُشير لبعض هذه النظريات الأكثر ارتباطاً فيما يلي:

١- التمكين، ونظرية الإدارة العلمية:

وضع فريدريك تيلور (Fredrick Taylor, 1911) قواعد محددة للعامل للقيام بها، وذلك من أجل ضمان نتائج محددة تحديداً مسبقاً. (حسين حريم، ١٩٩٧، ص: ٢٤٥)

أما فيما يخص عملية التمكين ونظرية الإدارة العلمية فهما على طرفي نقيض، ولم يكن مفهوم التمكين معروفاً في ذلك الوقت لذلك كان الفكر السائد في تلك الفترة من الزمن بعيداً عن مفهوم التمكين، أو حتى التفويض؛ وذلك بسبب الظروف التي كانت سائدة في تلك الفترة، وخاصة ضعف المفاهيم ذات العلاقة بالبعد الإنساني، وسيطرة المفاهيم ذات البعد المادي.

٢- التمكين، ونظريات العلاقات الإنسانية:

ظهرت حركة العلاقات الإنسانية ما بين عام ١٩٥٠ - ١٩٦٠، وبدأ التركيز على الجوانب الإنسانية في العمل كرد فعل للنظريات التقليدية السابقة التي لم يحظ فيها الجانب الإنساني بحظ وافر، والتي تعرضت للجوانب الإنسانية بهدف زيادة الإنتاجية، وليس بهدف تلبية رغبات الإنسان وحل مشاكله، وفي هذا المقام قدم هوثورن Hawthorn دراسة عن العوامل المادية مثل (ظروف العمل ومستوى الإضاءة) على إنتاجية العامل التي اتجهت من غير قصد إلى أهمية التعاون، والاهتمام بالعوامل الإنسانية التي تؤدي إلى تحقيق إنتاجية أفضل، كما سهلت ظهور العلاقات الإنسانية ومهدت لدراسة السلوك التنظيمي، وكانت وجهة نظر هذه الحركة تنطلق من أن معاملة العاملين معاملة إنسانية جيدة، تؤدي إلى تحقيق إنتاجية أفضل، وحركة العلاقات الإنسانية هذه مهدت السبيل لما أصبح ما يعرف في وقتنا الحاضر بدراسة السلوك التنظيمي. (رامي جمال أندراوس وآخرون، ٢٠٠٨).

٣- التمكين، والأساليب الحديثة في الإدارة:

ومن أهمها " حركة الجودة والتميز " التي تعني أن يقوم المسؤول بتحسين دائم ومستمر في مختلف نواحي المنظمة من خلال الاستفادة من جودة أداء العمل، وقدرته على المبادرة، وتحمل المسؤولية؛ لأن أي مسؤول لا يستطيع تحقيق قدر من الجودة الشاملة، والمستمرة دون الموظف؛ لأنه العنصر المحوري في تلك العملية، وأن الوصول إلى التمكين يحتاج إلى انتماء الموظف وقناعاته الداخلية ببرامج الجودة وتعاونها مع المنظمة لتحقيقها.

مما سبق نرى أن مراحل تطور الفكر الإداري الحديث تتجه مباشرة نحو مفهوم التمكين، وتوزيع حقوق المشاركة بين مختلف المستويات الإدارية، وخاصة المستويات الدنيا من المنظمة. (يحيى سليم ملحم، ٢٠٠٦، ص: ٣٣).

٤- النظرية السلوكية المعرفية:

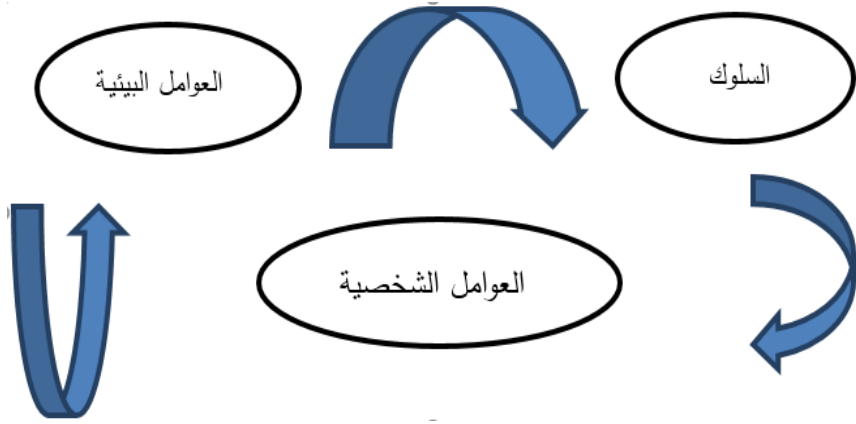
تعد من أكثر النظريات شيوعاً من حيث تناولها المحددات النفسية، والاجتماعية للسلوك الاجتماعي، ووضح فيها أن سلوك الفرد الاجتماعي يحدث وفقاً لتوقعاته الخاصة، أي اعتقاد المرء بأن نتائج هذا السلوك ستعود عليه بفائدة كبيرة، وتدور النظرية حول الفاعلية الذاتية، التي تُعد أحد الأبعاد الرئيسة للتمكين النفسي، ويقصد بها اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين، وقد تعمل فاعلية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه الاجتماعي، وعاداته بطرائق عدة من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاطه في حياته اليومية، ومن خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعانى منه الفرد لدى مواجهته مطالب البيئة الاجتماعية، وتحدياتها، فضلاً عن تأثيرها على طبيعة تفكيره، وتصوراتهِ للواقع، وبعبارة أخرى فإن فاعلية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها قد تزيد من ثقته، وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية؛ لذا فإن ذوى فاعلية الذات المرتفعة يعتقدون بأنهم قادرون على البيئة المحيطة، والذين يفتقدون إلى فاعلية الذات فيتصفون بالعجز، والتشاؤم، وعدم الثقة على ممارسة التحكم والسيطرة على بيئتهم، ويرى باندورا أن كلا من سلوك الفرد، والبيئة والعوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة بتفاعل ثلاثة مؤثرات هي:

أ. العوامل الذاتية Personal Factors

ب. العوامل السلوكية Behavioral Factors

ج. العوامل البيئية Environmental Factors

وأطلق على هذه المؤثرات نموذج الحتمية التبادلية Reciprocal Determinism، ويوضحها شكل (1):



شكل (1): نموذج حديث للحتمية التبادلية كما اقترحها باندورا.

وطبقًا لهذا النموذج فإن الفرد يحتاج إلى عدد من العوامل المتفاعلة، وهي:

أ- **العوامل الشخصية:** وتطلق على معتقدات الفرد حول قدراته، واتجاهاته، وهو ما يطلق عليه فاعلية الذات.

ب- **العوامل السلوكية:** وتتضمن مجموعة الاستجابات الصادرة على الفرد في موقف ما.

ج- **العوامل البيئية:** وتشمل الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الأفراد، ومنهم رؤسائهم، من تقديم التعزيز، والعقاب. (Zimmerman , 1995,p: 330).

هـ - **نظرية القيمة الذاتية للهدف:**

قدمت إسكالونا (Escalona,1940) نظرية القيمة الذاتية للهدف، إذ إنه على أساس القيمة الذاتية للهدف يتقرر الاختيار، وبالإضافة إلى احتمالات النجاح والفشل المتوقعة، يضع الفرد توقعاته في حدود قدراته، وتقوم النظرية على ثلاث حقائق هي ما يلي:

أ- هناك ميل لدى الأفراد لتحقيق ذواتهم، ولا يتم ذلك إلا إذا كان الفرد لديه تمكين نفسي.

ب- كما أن لديهم ميلاً لجعل مستوى طموحهم يصل ارتفاعه إلى حدود معينة.

ج- أن هناك فروقا كبيرة بين الناس، فهناك من يظهرون الخوف الشديد من الفشل فيسيطر عليهم احتمال الفشل، وهذا يقلل من مستوى القيمة الذاتية للهدف وهناك عوامل النجاح والفشل للفرد في المستقبل أهمها: الخبرة السابقة، ورغباته، ومخاوفه، وأهدافه. (نظيمة سرحان، ١٩٩٣، ص: ١١٥).

٦- التمكين، ونظرية الأنماط القيادية، تناول ليكترت Likert أربعة أنماط للقادة والإداريين، وأن ثمة معوقات للتمكين الإداري تتمثل فيما يلي:

(أ) النمط الأول: وفيه يفتقد الرؤساء الثقة بمرؤوسيه، ويتصف القادة بأنهم مركزيون بدرجة عالية، ويحفزون موظفيهم عن طريق الخوف، والإكراه، وتكون الاتصالات من أعلى إلى أسفل مع زيادة في الرقابة والتوجيه على المرؤوسين.

(ب) النمط الثاني: وهو أقل مركزية ويسمح أحياناً ببعض المشاركة من المرؤوسين في اتخاذ القرارات، ولكن تحت رقابة الرئيس، ويوجد تفاعل بين الرئيس والمرؤوسين وقدر الاتصالات الصاعدة، ولكن التأكيد هنا على الاتصالات الهابطة من أعلى لأسفل أكبر؛ لذلك يبقى أن نظام الاتصال يكون معوقاً للتمكين الإداري.

(ج) النمط الثالث: يطلق عليه الاستشاري، وفيه يتميز القادة بتوفير الثقة بين الفرد ومرؤوسيه، وإن كانت الثقة ليست مطلقة، ويتم اتخاذ القرارات الرئيسية في القمة، في حين يتم اتخاذ القرارات غير الرئيسية من خلال المنظمة كلها.

(د) النمط الرابع: ويطلق عليه النمط الجماعي المشارك، وفيه يتوافر للقائد ثقة مطلقة بمرؤوسيه، ولديه طموحات عالية، والشعور بالمسؤولية، وتتم المشاركة في اتخاذ القرارات بشكل كبير حتى في القرارات الرئيسية، ومناخ الاتصال يتصف بالتفاعل في الاتجاهات جميعها، ويتم التعاون بين الرؤساء والمرؤوسين في حل المشاكل التنظيمية، ويعد Likert أن النمط الرابع يحدد أعلى مستوى من الإنتاجية على العكس من النمط الأول، إذ يقوم الرئيس بإشراك المرؤوسين في القرارات، واحاطتهم بمعلومات عن الموقف الحالي، كما يكون على وعى بأخلاقيات المؤسسة، ويعمل على تطوير مرؤوسيه وتدريبهم، والاتصال بهم، كما أن لديه الرغبة والاستعداد للتغيير، وفي دعم مرؤوسيه حتى لو حدثت منهم أخطاء، ويعبر كذلك عن شكره، وتقديره عندما يقوم المرؤوسون بإنجاز أو أداء طيب. (زكية جابر، ٢٠١٢، ص: ٢٣:٢١).

٧- التمكين، ونظرية z عند أوتشى 2008 Ouchi:

تأثر أوتشى بما حققته الإدارة اليابانية في إدارة المؤسسات الاقتصادية وتنظيمها بها، وحددت نظريته عدة خصائص منها: جماعية صناعة القرار، تقاسم العمل، والاستقرار الوظيفي، وشمولية الاهتمام بالأفراد، والمسؤولية الاجتماعية، والشراكة وروح الفريق، ويكون الفريق حرًا في تطوير طرائق العمل، والعلاقات الخاصة، كما يجب أن يكون أعضاؤه ماهرين في عمليات الاتصالات ووسائلها داخل الجماعة، وهي وسيلة من وسائل الاتصال. (رامي جمال أندروس وآخرون، ٢٠٠٨، ١٣٢)

٨- التمكين والمنظمة المتعلمة:

المنظمة المتعلمة هي تلك التي تتغير بشكل مستمر، وتتطور، وتتقدم بشكل دائم؛ وذلك بالتعلم من تجاربها، وخبراتها التي تتكون من خبرات أعضائها، والمنظمة

المتعلمة كما يؤكد بيتر سينغ (Peter Singe, 2004) على مقومات أساسية محورها ثقافة المؤسسة، وقيمها التي تركز على العناصر الآتية:

- (أ) المعلومات، وأهميتها في التعلم.
- (ب) روح الفريق، وأهميته في التعلم الجماعي الذي يضاعف التعلم الفردي.
- (ج) التمكين، وهو الذي يحرر العامل من أية قيود تمنعه من التعلم والمشاركة.
- (د) المشاركة التي هي جوهر عملية التعليم والتعلم.
- (هـ) القيادة التي تحمل الرؤية نحو مؤسسة متعلمة متطورة باستمرار.

وحديث الساعة في أدبيات الإدارة، يدور حول موضوع المنظمة المتعلمة، وهذا من أهم المفاهيم الإدارية المعاصرة التي تعزز موضوع التمكين، وتستثمره، من أجل التطوير المستمر في المنظمة، وقد أصبحت عملية التجديد، والتغيير حتمية، ولا مناص في منظمات القرن الواحد والعشرين.

وهناك مقالات تبدأ بعناوين مثل "إما أن تجدد أو تبدد"، و "إما أن تتجدد أو تتبخر"، وتدل على أن المنظمات التي تتجاهل عملية التغيير، والتجديد، والتطوير، فإن مصيرها الزوال.

التمكين الذاتي لدى ممرضات الأورام دراسات ميدانية: ونشير فيما يلي لبعض

هذه الدراسات:

في دراسة لكل من Rinehar & Sgort سنة ١٩٩٢، بعنوان "علاقة الفاعلية الذاتية بالتمكين الذاتي لدى ممرضات مرضى الأورام" هدفت الدراسة الكشف عن بُعد الفاعلية الذاتية من أبعاد التمكين الذاتي، وهل يوجد علاقة بين الفاعلية الذاتية، والتمكين الذاتي في بعض المتغيرات الديموجرافية؟ ولتحقيق أهداف الدراسة طُبقت

مقاييس الدراسة على مائه مُمرضة، وأسفرت النتائج على وجود علاقة إيجابية دالة بين بُعد الفاعلة الذاتية، والتمكين الذاتي في بعض المتغيرات الديموجرافية كالمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة، ونوع القسم.

ولتحديد بنية تمكين الذات بغرض الآلية التي يعمل بها التمكين الذات كدافع إيجابي أجرى كل من: (Boudrias & Jean, et.al, 2009) دراسة حول بنية التمكين الذاتي، التي تتكون من ثلاثة أبعاد هي: (الثقة بالنفس، القدرة على اتخاذ القرار، القيادة الذاتية)، ولتحقيق هدف الدراسة طُبقت أدوات الدراسة عينة مكونة الذكور = ١٩١، وإناث = ٢٠٠، وقد توصلت النتائج إلى أن بنية تمكين الذات مكونة من ثلاثة أبعاد ثابتة بين الذكور والإناث، وأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في تمكين الذات.

وفي السياق نفسه كانت دراسة Anith & Thomas , 2011 التي هدفت الكشف عن العلاقة بين التمكين الذاتي، وأبعاده الخمسة " المعنى، التأثير، الإدارة الذاتية، الثقة، روح المبادرة" وطُبقت مقاييس الدراسة على ن = ١٨٩ من ممرضات الأورام، وأكد تحليل التباين على وجود علاقة دالة إيجابية بين التمكين الذاتي، وروح المبادرة والثقة، كما توصلت إلى أن بعد المعنى هو أكثر أبعاد التمكين الذاتي قدرة على شرح الاختلاف بين الكفاءة، والتأثير بين أفراد العينة، وأن الحالة الاجتماعية للمُمرضة هي الأضعف في العلاقة بالتمكين الذاتي .

ولمعرفة أثر البرامج السيكلوجية في تنمية مهارات ممرضات الرعاية لمرضى السكري كانت دراسة كل من Roach, D,et.al & Runquist, J, 2010 التي هدفت الكشف عن تنمية دور الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين في رعاية الممرضات لمرضى السكري من خلال التمكين الذاتي للممرضات، وذلك على ن =

٢٨ من ممرضين وممرضات، وأثبت البرنامج فاعليته في إكساب الممرضين المهارات النفسية والاجتماعية لمساعدة مرضى السكري، وأن هذه البرامج قد تحسن جودة الخدمة في المستشفيات وتقلل من تكلفة الرعاية.

وعن تقييم مستوى التمكين الذاتي والرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى الممرضات أجرى Larrabee, J, et.al, 2011 دراسة هدفت الكشف عن علاقة التمكين الذاتي والرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى الممرضات، ولتحقيق ذلك طبقت استبانة مفتوحة على عينة ن = ٢٢٣ ممرضة بمتوسط عمري ٣٧ سنة، ومتوسط سنوات خبرة ٩ سنوات، وأسفرت نتائج الدراسة أن سنوات الخبرة لها علاقة إحصائية طردية مع جودة الحياة، وأن سنوات الخبرة ارتبطت إيجابياً بمستوى التمكين الذاتي، وأن التمكين الذاتي مُنبأ جيداً بالرضا الوظيفي، وكان ذا علاقة إيجابية دالة مع السن والخبرة.

ثانياً، المحور الثاني: الاحتراق النفسي:

ويرتبط الاحتراق النفسي بعدة مفاهيم متداخلة نذكر منها ما يلي:

(أ) الاحتراق النفسي والاكتئاب Depression:

يعد الاكتئاب من المفاهيم المتداخلة مع الاحتراق النفسي، فالإكتئاب يلزمه فقدان الثقة بالنفس، واحتقار الذات، والاحتراق النفسي في أغلب الأحيان ينظر فيه المريض إلى صورة الذات في الذهن، ويلقى اللوم على محيطه، والحالة الاقتصادية، والاجتماعية العامة؛ لذلك ينتج عنه القلق والاكتئاب. (Market Bawdy, 1997,) (p:65).

(ب) الاحتراق النفسي، والضغط النفسي Psychological Stress:

اختلف العلماء والباحثون في التفريق بين هذين المصطلحين، ففريق منهم لا يفرق بينهما، وآخر ويؤكد أنهما مختلفان، وانتهت الإشكالية بأن الضغط النفسي بُعد من أبعاد الاحتراق النفسي؛ لأنه أعم، وأشمل، فالضغط يبقى لفترات قصيرة، ومؤقتة، أما الاحتراق فهو عرض طويل المدى، وهناك صلة وثيقة وعلاقة متبادلة بينهما. (العمرى ٢٠٠٧، الرشيدى ٢٠٠٩).

(ج) الاحتراق النفسي، والقلق النفسي Anxiety:

القلق هنا عبارة عن شعور بالوحدة والعدوان المضاد لبيئة يدركها الفرد على أنها عدائية، ومن أهم مظاهره الاحتراق النفسي الذي ينصب في بعض الأعراض السلبية كفقدان الاهتمام بالآخرين، والسخرية من الآخرين، والشك في قيمة الحياة، فالشعور بالقلق قد يتكون لدى الفرد منذ مرحلة الطفولة بعكس الاحتراق النفسي، فهو مرتبط بالأداء الوظيفي أو المهني، ويكون في مرحلة الرشد.

(د) الاحتراق النفسي، وضغوط العمل Work Pressure:

ضغط العمل من العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي، وخاصة إذا كان الضغط ناتجا عن أحداث عمل يومية متكررة سواء مع الرؤساء والمديرين، أو تنظيم الوقت، وعدم المكافآت التي تتناسب مع المجهود المبذول. (الكيلاني، ٢٠٠٢، ص: ٦٥)

(هـ) الاحتراق النفسي، والإجهاد الجسمي Physical Stress:

الإجهاد عبارة عن عبء انفعالي زائد ناتج عن تعرض الفرد لمطالب زائدة فتؤدي إلى الإنهاك البدني والنفسي، وإذا تطور الإجهاد، فإن الفرد يصل لمرحلة الإجهاد الانفعالي، فالإجهاد الجسمي يمثل أحد مكونات الاحتراق النفسي، وبصورة

عامة يُشير هذا المفهوم إلى المتغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات من الجانب المهني، خاصة في مجال العمل؛ بسبب ما يتعرضون له من ضغوط العمل، سواء في مجال عمله، أو خارجه، وبعبارة أدق فإن الاحتراق النفسي هو الاستنزاف البدني والانفعالي. (Truth, 1996, p: 177)

نظريات الاحتراق النفسي:

حاولت نظريات علم النفس تفسير ظاهرة الاحتراق النفسي بشكل أو بآخر رغم أنها لم تتحدث عنه بشكل مباشر، بل من خلال كونها حالة داخلية نفسية حال القلق والتوتر، وتوصل الباحثون إلى تفسير الاحتراق النفسي من خلال عدة نظريات منها:

(١) أولاً: النظرية السلوكية:

تؤكد على أن الاحتراق النفسي يكون نتيجة لعوامل بيئية، وعليه إذا ما ضبطنا هذه العوامل، فإنه يمكن التحكم في الاحتراق النفسي؛ لذلك ترى هذه النظرية أن سبب الاحتراق النفسي يعود إلى تعامل الموظف مع عملائه، أو الممرضة مع رؤسائها فحسب، بل إلى العوامل البيئية أو الضغوط التي يتعرض لها، أو تتعرض لها أثناء العمل. (الرشدان، ١٩٩٥، ص: ٦٢: ٧٢).

(٢) ثانياً، النظرية المعرفية:

ومفادها أن السلوك الإنساني ليس محددًا بموقف مباشر يحدث فيه، إذ إن المعرفة عامل يتوسط بين الموقف والسلوك، فالنظر إلى الاحتراق النفسي يكون في ضوء آراء هذه النظرية إذا كان إدراكه للموقف سلبيًا كانت دافعيته منخفضة. (Cedoline, 1992, p: 65).

(٣) ثالثاً: نظرية التحليل النفسي:

أكد فرويد على الحتمية البيولوجية في تفسير السلوك وفق قوانين محددة، وإن السلوك الأخلاقي يمر بثلاث مراحل متصلة هي أن حدثاً بيئياً ما (خبرة ما)، يؤدي إلى حالة عقلية داخلية انفعال، أو فكرة أو صراع، ينجم عنها سلوك ظاهر، وعليه فإن مصدر السلوك الظاهري كالتبذل، ونقص الشعور، والإجهاد التي تمثل الاحتراق النفسي هو العمليات النفسية الداخلية كالانفعالات، والقلق، والتوتر، وليست الأحداث البيئية. (Rohwer, et. Al, 1974, p: 66).

وقد حدد كيريako وستكلف Kyriaco & Dsutcliffe, 1997 أربعة مصادر ضاغطة على الممرضات قد تؤدي إلى الاحتراق النفسي، وهي سوء سلوك مرافق المريض، ظروف العمل الرديئة، مثل: ضعف فرص الترقية، وقلة المعدات والأجهزة، وضغط الوقت، وجود أعمال كثيرة في وقت قصير. (Kyriaco & Dsutcliffe 1997, P :99).

ويتم علاج الاحتراق النفسي على مستويين:

أولاً، الجهود الوقائية:

من خلال عدة مقومات يجيدها الفرد ليتجنب هذه الظاهرة، كالتدريب، والتعليم، والتأهيل، الاختيار المناسب لمن يقوم بتجنب هذه الظاهرة، تأسيس البنية النفسية لقيادة أساليب المواجهة ومهارتها، تكثيف الحوافز المادية، والمعنوية، واللياقة، والصحة البدنية.

ثانياً، الجهود العلاجية:

وتتمثل في تعريف الفرد بحقوقه، وواجباته لتجنب الخلافات، وتحسين مناخ العمل من حيث الترقيات، والمكافآت، وفرص الترقيات، وتوفير المناخ التنظيمي الملائم

من حيث المشاركة، والبعد عن التسلط، تنمية العلاقات الاجتماعية في بيئة العمل لتحقيق التكيف، والتعاون، التدريب، والتأهيل المستمر، كما أن توفير البرامج الإرشادية النفسية لبيئة العمل من فترة لأخرى.

١- الاحتراق النفسي للممرضات دراسات ميدانية، ونوضح فيما يلي أكثر الدراسات اتصالاً بمتغيرات الدراسة:

قام كل من أندرسون وإيوانكي Andrson & Euanyky, 2009 بدراسة عنوانها "الاحتراق النفسي، وتأثيره السلبي على الممرضات في حياتهن العملية والأسرية"، ولتحقيق ذلك طُبق مقياس ضغط العمل، ومقياس الإجهاد النفسي على ن = ٣٥٧ ممرضة من أقسام مختلفة في المستشفى، وأشارت النتائج أن ضغط العمل اليومي له تأثير على الحياة الأسرية للممرضة.

وعن الفروق بين الممرضات في المتغيرات الديموجرافية، وعلاقتها بالاحتراق النفسي كانت دراسة مارتن وبالدين Marten & Balwden, 2010 التي هدفت الكشف عن اختلاف الاحتراق النفسي (نوع القسم، سنوات الخبرة للممرضات)، ولتحقق من الهدف طُبقت قائمة بيانات أولية، وقائمة ملاحظة للأطباء المقيمين بالمستشفى، على (ن = ٥٩) ممرضة من الأقسام المختلفة، وتوصلت النتائج إلى أن الممرضات ذوات سنوات الخبرة الكثيرة لديهن القدرة على التكيف مع الضغوط اليومية الناتجة عن العمل، بالإضافة إلى أن درجة الاحتراق النفسي تختلف باختلاف أقسام الرعاية اللاتي يعملن بها.

وفي دراسة جيلدر (Gelidrd, 2010) هدفت إلى الكشف عن ظاهرة الإجهاد النفسي، والإجهاد الانفعالي، وعلاقتها العكسية بمستوى الدافعية لدى الممرضة، وبتطبيق مقياس الاحتراق النفسي على عينة ن = ١١٩ ممرضة من مستشفى دولة

الكويت، توصلت النتائج إلى أن بعدى الإجهاد النفسي، والانفعالي لهما الأثر السلبي على الممرضة في القيام بعملها على أكمل وجه، وعدم القدرة على القيام بالعمل، وعدم الرغبة فيه.

وفى السياق نفسه كانت دراسة عسكر وآخرين ٢٠١٠، التي هدفت إلى الكشف عن علاقة الاحتراق النفسي بالمتغيرات سائلة الذكر، كما هدفت أيضًا الإجابة على السؤال: هل يختلف الضغط النفسي، والقلق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (سنوات الخبرة، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟ وللتحقق من ذلك، طُبقت مقاييس الاحتراق النفسي، والقلق النفسي، والضغط النفسي على عينة قوامها ن = ١٠٩ من الممرضات اللاتي يعملن في أقسام العناية المركزة، والحالات الحرجة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة بين الاحتراق النفسي، وكل من القلق النفسي، والضغط النفسي، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة، والحالة الاجتماعية لدى الممرضة.

٢- التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي لدى الممرضات دراسات ميدانية، ونشير فيما يلي لبعض من هذه الدراسات:

وحول علاقة التمكين الذاتي والاحتراق النفسي للممرضات في مجال الغسيل الكلوي كانت دراسة Janice, G.I and Brien , G.R , 2011، طُبّق مقياسا الدراسة: التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي، على (ن = ٢٣٣) ممرضة، تم اختيارهن بطريقة عشوائية، وأسفرت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الاحتراق النفسي، والشعور بالتمكين الذاتي.

وفى الاتجاه المُعاكس كانت دراسة Shermuly, et .al , 2011 التي هدفت تشخيص العلاقة بين التمكين الذاتي، والرضا الوظيفي، والاحتراق النفسي بين

المُمرضات في جميع الأقسام بمستشفى حكومي، وللتحقق من الهدف طُبقت مقاييس الدراسة: التمكين الذاتي بأبعاده (الكفاءة الذاتية، المعنى، حرية تقرير المصير، القدرة على التأثير في الآخرين)، كما طُبِق مقياس الرضا الوظيفي، والاحتراق النفسي على ن = ١٠٣ من المُمرضات، اللاتي يمثلن أقساما مختلفة، وأكدت النتائج أن التمكين الذاتي يرتبط بالاحتراق النفسي، ونوع القسم الذي تعمل به الممرضة، ومتغيري السن، والحالة الاجتماعية، وبعدي الكفاءة، وحرية تقرير المصير، كل ذلك كان له القدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة .

وعن العلاقة بين الرضا الوظيفي، والتمكين الذاتي أجرى بارك وآخرون Baker, et.al, 2010 دراسة على (ن = ١٣٩) مُمرضة يمثلن متغيرات ديموجرافية مختلفة (المستوى التعليمي، سنوات الخبرة، السن) ، وطُبِق عليهن مقياسا الرضا الوظيفي، والتمكين الذاتي، وقد أشارت النتائج أن الرضا الوظيفي يختلف باختلاف سنوات الخبرة، والسن لدى الممرضة، وأنه لا توجد فروق بين المُمرضات في التمكين الذاتي في المستوى التعليمي، أو الدرجة الأكاديمية لديهن، كما أسفرت النتائج الإحصائية على وجود علاقة إيجابية دالة بين التمكين الذاتي، والرضا الوظيفي.

وللإجابة على السؤال حول ما يحققه تمكين الذات من مرونة نفسية كمهارة إيجابية لمواجهة الاحتراق النفسي كانت دراسة Eula .W. Pines , 2015 التي هدفت الكشف عن اختبار العلاقة بين المرونة النفسية، والاحتراق النفسي، وتمكين الذات، ونمط إدارة الصراع، في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (السن، المستوى الدراسي، سنوات الخبرة)، وطُبقت مقاييس الدراسة على ١٦٦ من طلاب التمريض كان منهم ٨٠ من الإناث بعمر ٢٥ سنة، وتوصلت النتائج إلى أن التمكين الذاتي يحسن من التحصيل الدراسي لطلاب التمريض، فضلا عن التأقلم مع الاحتراق النفسي

والضغوطات، وأن مستوى التمكين الذاتي يرتبط ارتباطاً إيجابياً دال مع مقياس المرونة النفسية في مواجهة الاحتراق النفسي.

التعقيب على الدراسات السابقة، ونجمله فيما يلي:

أولاً: القضايا المتفق عليها:

اتفقت الدراسات السابقة في بعض القضايا ونوضحها فيما يلي:

(١) اعتبار تمكين الذات كواحد من أهم مفاهيم علم النفس الإيجابي، لما له من أثر في زيادة وعي الممرضة بأهداف مهاراتها وتعزيزها في التكيف مع الضغوطات والمشقة أثناء العمل، وهذا يوضح الارتباطات الإيجابية القوية التي ظهرت بين مفهوم تمكين الذات، ومفاهيم إيجابية أخرى تدور في فلك علم النفس الإيجابي، مثل: (الفاعلية الذاتية، الثقة بالنفس، القدرة على اتخاذ القرار، القيادة الذاتية)، وذلك كما في دراسة كل من:

- (Larrabee, et.al, 2011)
- (Boudrias and, et.al, 2011)
- (Sgort and Rinehar, 2009)

(٢) أن تحليل الدراسات السابقة أكدت العلاقة السلبية بين مفهوم الاحتراق النفسي، وكل من ضعف القدرة على الصمود النفسي، وذلك في دراسة كل من:

- (Marten and Balwden, 2010)
- (Andrson and Euanyky, 2009)

ثانياً، أوجه الاستفادة من الدراسة:

إن تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة ساعد على استخلاص العديد من

الفوائد، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

(١) تم اختيار متغيري الدراسة التمكين النفسي، والاحترق النفسي في ضوء ما أكدته نتائج الدراسات السابقة (Edwards, et.al , 2002) & (Gist, M,) (et.al, 2004).

(٢) تم اختيار العينة في ضوء نتائج الدراسات السابقة (Janice And Brien) (2011).

(٣) تمت صياغة التعريف الإجرائي، وتحديد مكونات المقياسين في ضوء تحليل نتائج الدراسات، والمقاييس، والتعريفات الإجرائية السابقة.

(٤) تم تحديد استراتيجيات الإرشاد النفسي في ضوء ما أكدته النظريات، والدراسات السابقة (Kameseh , et. al, 2013) & (Shermuly , et.al , 2011) ثالثاً، الجديد الذي تزعم الدراسة إضافته:

ويتمثل في بناء مقياسي الدراسة، وإعداد فنيات البرنامج واستراتيجياته، وقد تم ذلك في ضوء طبيعة العينة، وتحليل مضمون مقياسي الدراسة.

رابعاً: فروض الدراسة، تمت صياغتها في ضوء أسئلة الدراسة وأهدافها، وتحليل الأطر النظرية وهي كما يلي:

١- يختلف كل من التمكين النفسي، والاحترق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة، نوع القسم).

٢- يختلف كل من التمكين النفسي، والاحترق النفسي لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي والبعدي.

٣- يختلف كل من التمكين النفسي، والاحترق النفسي لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين البعدي، والتتبعي.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

(١) أولاً، بالنسبة للمنهج:

اعتمدت هذه الدراسة على منهجين أولهما: المنهج الوصفي الارتباطي المقارن للتحقق من صحة الفرض الوصفي، كما اعتمدت على المنهج التجريبي للتحقق من صحة الفرض الثاني، والثالث، وقد أُختير هذان المنهجان بوصفهما أكثر المناهج موائمة لأسئلة الدراسة وفروضها.

(٢) ثانياً، خصائص العينة، ومنطق اختيارها:

تتضمن عينة الدراسة ثلاث مجموعات فرعية على النحو التالي:

أ- العينة الاستطلاعية:

وتتكون من (ن = ٣٠) من ممرضات الأورام، والهدف منها جمع البيانات والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة.

ب- عينة الدراسة التشخيصية:

وتتكون من (ن = ٩٩) ممرضة تمثلن الأقسام التالية: (قسم الأطفال ن = ٣٥، قسم العناية المركزة ن = ٢١، قسم الإفاقة ن = ٢٥، قسم العمليات ن = ١٨)، تم اختيارهن من مركز الأورام طب المنصورة، تراوحت أعمارهن ما بين 30 - 55 سنة بمتوسط حسابي 9,87، وانحراف معياري 1,17، وقد روعي في اختيار العينة أن تتضمن المتغيرات الديموجرافية (السن، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، نوع القسم التي تعمل فيه الممرضة)، مما يساعد على التحقق من الفرض الأول للدراسة.

جدول (١): وصف العينة السيكومترية

ع	م	ن	القيم الإحصائية
			المتغير الديموجرافي
			السن :
16.43	73.41	٥٠	(١) ٣٠ : ٤٠
15.22	69.62	49	(٢) ٤١ : ٦٠
			المستوى التعليمي:
16.14	60.14	39	(١) مؤهل متوسط
14.65	36.44	60	(٢) بكالوريوس، دراسات عليا
			الحالة الاجتماعية :
ع	م	ن	(١) متزوجة
18.12	75.21	40	(٢) مُطلقة أو أرملة
17.13	83.11	59	
			سنوات الخبرة:
ع	م	ن	(١) من ٥ : ١٥ سنة
16.42	78.45	42	(٢) من ١٦ : فأكثر
17.35	89.38	57	
			نوع القسم:
ع	م	ن	(١) الأطفال
18.16	38.31	35	(٢) العناية
18.22	87.81	21	(٣) الإفاقة
18.41	76.87	25	(٤) العمليات
17.32	71.63	18	

ج- العينة التجريبية:

تم اختيارها من عينة الدراسة الأساسية، وتضمنت (ن = ١٠) من ممرضات الأورام ممن حصلن على درجات منخفضة في مقياس التمكين الذاتي، ودرجات مرتفعة في مقياس الاحتراق النفسي، وقد روعيت شروط الضبط التجريبي، وتتمثل في تجانس

العينة من خلال (قائمة المستوى الاقتصادي، والاجتماعي)، (ومستوى الذكاء IQ)، وتقاربهن (في السن)، و(المؤهل) وسنوات الخبرة متقاربة، والحالة الاجتماعية (من المُطلقات)؛ وذلك من خلال الاطلاع على البيانات الأولية.

(٣) ثالثاً: مبررات انتقاء العينة في ضوء الخصائص السابقة: وكان ذلك للأسباب الآتية:

- ١- بلغ عدد العينة (٩٩) بهدف جمع البيانات الديموجرافية، والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، والتحقق من الفروض.
- ٢- تضمنت العينة ممرضات الأورام، وتباينت أعمارهن (مرتفعة، منخفضة) (مرتفعي ومنخفضي المستوى التعليمي)، ممن يمثلن أقساماً مختلفة، وسنوات خبرة متباينة؛ وذلك لحسم الجدل بين نتائج الدراسات السابقة فقد توصلت دراسة (Eula, Wpines, 2015) إلى أن التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي يختلفان باختلاف (السن، والمستوى التعليمي، وسنوات الخبرة)، في حين توصلت دراسة (Shcrmuly ,et.al 2011) إلى أن التمكين الذاتي، والرضا الوظيفي، والاحتراق النفسي لا تختلف باختلاف (نوع القسم، والحالة الاجتماعية)، وهذا هو منطق اختيار العينة بهذه الخصائص.

٣- أدوات الدراسة، وتضمنت ما يأتي:

أولاً: الأدوات التشخيصية (السيكومترية): وتتمثل فيما يلي:

١- مقياس التمكين النفسي:

تم إعداده بهدف توفير مقياس يلائم ممرضات الأورام، وخصائصهن المختلفة، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس النفسي بمقاييس جديدة مستمدة من البيئة والثقافة العربية، وتم إعداده وفق المراحل التالية:

- **المرحلة الأولى:** تم استقراء الأدبيات السيكولوجية والأطر النظرية المعنية بالتمكين النفسي وحصرتها بشكل عام؛ وذلك بهدف معرفة وجهات النظر المختلفة في تفسير الظاهرة النفسية، والتوصل إلى فهم عميق لمضمون هذا المفهوم، وذلك للوقوف على تعريف إجرائي خاص به يُمكننا ملاحظته، وقياسه.
- **المرحلة الثانية:** والهدف منها تحديد مكونات المقياس، وتم ذلك عن طريق عدة مصادر تمثلت في تطبيق استبانة مفتوحة على ن=٥ من أساتذة علم النفس وقد طُلب منهم تحديد مضمون مفهوم التمكين النفسي ومكوناته، والسمات والسلوكيات التي يتميز بها الشخص الذي يتصف بالتمكين النفسي، فضلاً على مراجعة مقاييس التمكين النفسي على المستويين العربي والأجنبي لدراسة مكوناتها والاستفادة منها.
- **المرحلة الثالثة:** في ضوء تحليل نتائج المرحلتين السابقتين تم تحديد مكونات المقياس لتصبح أربعة مكونات: (الفاعلية الذاتية، والثقة بالنفس، والقدرة على اتخاذ القرار، والقيادة الذاتية)، وقد تمت صياغة البنود بلغة عربية واضحة، وسهلة، بعيدة عن النفي والإيحاء، وتضمن الصورة الأولية للمقياس (٤٤ بنداً).

تصحيح المقياس:

تمت صياغة العبارات بلغة سهلة وواضحة، كما تمت صياغة بعضها بطريقة سلبية، وأخرى إيجابية، وأن تصحيح المقياس تم وفقاً لبدائل ثلاثة (تتنطبق - أحياناً -

لا تنطبق)، وأن العبارات الإيجابية تحصل على ثلاث درجات - وأحياناً تحصل على درجتين - في حين تحصل (لا تنطبق على درجة واحدة)، أما العبارات السالبة تتبع عكس هذا التدرج، المقياس يتضمن (٣٩) ، والدرجة الكلية الكبرى = ١١٧، أما الدرجة الصغرى فهي = ٣٩.

- **المرحلة الرابعة:** تحديد بدائل الاستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بتقدير التمكين النفسي؛ تم تحديد بدائل الاستجابة في ثلاثة (تنطبق، أحياناً، لا تنطبق) بوصفها الأنسب لعينة الدراسة؛ وذلك لأن الشكل الرباعي، أو الخماسي يؤدي إلى تشتت المفحوص؛ نظراً لكثرة البدائل المفتوحة أمامه، في حين أن الاختيار من بين (نعم، لا) يجعل المفحوص مقيداً باختيار واحدة منهما؛ وذلك على غير رغبته.
- **المرحلة الخامسة:** تحكيم المقياس، تم عرض المقياس على (ن=٥) من خبراء علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة نتائج من أهمها أنه تم الاتفاق على البنود التي أجمع عليها المحكمون، وتعديل بعض البنود وحذف بعضها؛ ليكون المقياس في صورته النهائية من (٣٩) عبارة موزعة على أربعة مكونات.

جدول (٢) مقياس التمكين النفسي وأرقام مكوناته في صورته النهائية

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية										مكونات المقياس
٣٧	٣٣	٢٩	٢٥	٢١	١٧	١٣	٩	٥	١	الفاعلية الذاتية
٣٨	٣٤	٣٠	٢٦	٢٢	١٨	١٤	١٠	٦	٢	الثقة بالنفس
٣٩	٣٥	٣١	٢٧	٢٣	١٩	١٥	١١	٧	٣	القدرة على اتخاذ القرار
	٣٦	٣٢	٢٨	٢٤	٢٠	١٦	١٢	٨	٤	القيادة الذاتية

• المرحلة السادسة: التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس: وسنوضح ذلك

فيما يلي:

أولاً، ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة (ألفا لكرونباخ) ، ونوضح ذلك في جدول (٣):

جدول (٣): طرائق حساب معاملات ثبات مقياس التمكين الذاتي:

الدرجة الكلية للمقياس	الثقة بالنفس	القدرة على اتخاذ القرار	الفاعلية الذاتية	القيادة الذاتية	الدرجة الكلية للمقياس
معامل ألفا لكرونباخ	0.614	0.757	0.756	0.755	0.795

ويلاحظ من الجدول (٣) أن معاملات ثبات المقياس ككل، ومكوناته بطريقة

ألفا لكرونباخ تراوحت ما بين (0,614 - 0,795)، عند مستوى دلالة (0,01)، مما يعنى أن مقياس التمكين النفسي ومكوناته يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانيًا، صدق المقياس: تم التحقق بطريقتين:

١. صدق المُحكِّمين: وسبقت الإشارة إليه في المرحلة الخامسة من مراحل بناء المقياس.

٢. صدق البناء والتكوين: ويقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع المقياس بقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل المقاييس التي أُعدت للتمكين، ودراستها، وكذلك في ضوء توصيف الأطر النظرية، والكتابات السيكولوجية المتعلقة بالمتغير موضوع الدراسة، وقد سبقت الإشارة لها عند صياغة التعريف الإجرائي.

٢- مقياس الاحتراق النفسي:

تم إعداد المقياس وفق المراحل الآتية:

- **المرحلة الأولى:** تم دراسة الأطر النظرية المرتبطة بالاحتراق النفسي وتحليلها؛ وذلك بهدف تفسير الظاهرة، والتوصل لتعريف إجرائي للاحتراق النفسي.
- **المرحلة الثانية:** هدفت هذه المرحلة تحديد مكونات المقياس، ومن ثم تعريف الاحتراق النفسي تعريفًا إجرائيًا - يساعد على صياغة عبارات المقياس ومفرداته - وقد حددت مكونات المقياس في أربعة مكونات هي (الضغط النفسي، القلق النفسي، ضغوط العمل، الإجهاد الجسدي).

أعد هذا المقياس بما يُلائم عينة الدراسة (ممرضات الأورام)، بكل ما تنطوي عليه من خصائص تميزها عن غيرها من عينات، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس

النفسي بمقاييس جديدة مستمدة من الثقافة العربية، ويتكون المقياس من (٣٩) عبارة وزعت على أربعة مكونات فرعية نوضحها في جدول (٤):

جدول (٤): مقياس الاحتراق النفسي وأرقام مفردات كل مكون:

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية										مكونات المقياس
٣٧	٣٣	٢٩	٢٥	٢١	١٧	١٣	٩	٥	١	الضغط النفسي
٣٨	٣٤	٣٠	٢٦	٢٢	١٨	١٤	١٠	٦	٢	القلق النفسي
٣٩	٣٥	٣١	٢٧	٢٣	١٩	١٥	١١	٧	٣	الإجهاد الجسدي
	٣٦	٣٢	٢٨	٢٤	٢٠	١٦	١٢	٨	٤	ضغط العمل

وقد تم تحديد بدائل الاستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بالاحتراق النفسي، وقد تم اختيار بدائل الاستجابة الثلاثية: (تنطبق، وأحياناً، ولا تنطبق) بوصفها الأنسب لعينة الدراسة؛ ولكونها تتجنب عيوب الاستجابة الثنائية (نعم، لا)، وكذلك عيوب الاستجابة الخماسية: (أوافق بشدة، أوافق، إلى حد ما، لا أوافق، لا أوافق مطلقاً).

تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس لتحصل تنطبق على ثلاث درجات، (أحياناً) وتحصل على درجتان، في حين (لا تنطبق) تحصل على درجة واحدة، وأن العبارات السالبة

تحصل على عكس هذا التدرج، ومن ثم فإن الدرجة العظمى = (١١٧) في حين أن الدرجة الدنيا = (٣٩).

(١) أولاً: الثبات، وقد تم حسابه بطريقة ألفا لكرونباخ نوضحها في الجدول (٥) الآتي:

جدول (٥): يوضح معاملات ثبات مقياس الاحتراق النفسي ومكوناته:

ألفا لكرونباخ	معاملات الثبات المقياس ومكوناته
0,763	الضغط النفسي
0,832	القلق النفسي
0,743	الإجهاد الجسدي
0,633	ضغوط العمل
0,843	الدرجة الكلية للمقياس

ومن الجدول (٥) يلاحظ أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ، حيث بلغ (0,843) عند مستوى دلالة (0,01)، مما يعنى أن مقياس الاحتراق النفسي، ومكوناته يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً، صدق المقياس: تم التحقق منه عن طريق:

(أ) صدق المُحكّمين: تم تطبيق المقياس على خمسة من أساتذة علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة ملاحظات تضمنت الموافقة على أغلب فقرات المقياس وقد طلب تعديل صياغة بعض الفقرات، وحذف بعضها، وتعديل بعضها

الآخر، وقد أخذت هذه الملاحظات بعين الاهتمام، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً من وجهة نظر المحكمين.

(ب) **صدق البناء والتكوين:** ويُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع لقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل المقاييس التي أعدت لقياس الاحتراق النفسي ودراساتها، وكذلك في ضوء الأطر النظرية، والكتابات السيكولوجية المتعلقة بالمتغير موضوع الدراسة، وقد سبقت الإشارة إليها عند صياغة التعريف الإجرائي.

ثانياً، البرنامج الإرشادي: والهدف منه تنمية التمكين الذاتي بهدف خفض الاحتراق النفسي. ويعرف هذا البرنامج بأنه خطة إرشادية تقدم على نحو مباشر بصورة جماعية لعينة من ممرضات حالات الأورام؛ وذلك بهدف تنمية التمكين النفسي من أجل خفض الاحتراق النفسي أثناء العمل اليومي.

الأهداف العامة للبرنامج وتتمثل في:

(أ) **هدف إنمائي:** ويتمثل في تنمية التمكين الذاتي لدى عينة الدراسة؛ لما له من قدرة على خفض الاحتراق النفسي لهن، فضلاً عما يترتب عليه من آثار إيجابية تظهر على المستوى النفسي والجسمي والاجتماعي.

(ب) **هدف إرشادي:** ويتمثل في تخفيف حدة اضطراب الاحتراق النفسي بمكوناته، وتنمية التمكين الذاتي.

(ج) **هدف وقائي:** ويتضمن إكساب عينة الدراسة الفنيات، والاستراتيجيات التي تمكنها من التغلب على مخاطر الاحتراق النفسي الذي تتعرض له هذه العينة.

ولإعداد البرنامج تم إتباع الخطوات التالية:

أ. الاطلاع على الأطر النظرية، والبحوث والدراسات السابقة لبناء تصور عام عن خصائص الظاهرة موضوع الدراسة، بالإضافة إلى خصائص العينة، وتكوين قاعدة عريضة يتم في ضوئها انتقاء أنشطة البرنامج. (Peters and Thomes,2004) & (Pajares,2011).

ب. مراجعة الأدبيات السيكولوجية المعنية بالإرشاد النفسي للاستفادة منها في انتقاء فنيات البرنامج، ومادته العملية.

ج. استقراء الدراسات السابقة التي هدفت تنمية التمكين الذاتي وخفض الاحتراق النفسي وتحليلها، وقد توصلت هذه المرحلة إلى عدة نتائج نوجزها فيما يلي:

١. يوجد كم هائل من الدراسات الأجنبية التي اهتمت بمتغيري الدراسة معًا (التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي) بشكل عام، وإن كانت الدراسات المسحية والوصفية تفوق الدراسات الإرشادية بشكل كبير.

٢. لا توجد أية دراسة عربية في حدود ما اطلعت عليه - الباحثة - تناولت تنمية التمكين الذاتي بهدف خفض الاحتراق النفسي لدى ممرضات الأورام، مقارنة بشيوع هذه الدراسات في الثقافة الأجنبية.

٣. أظهرت نتائج الدراسات الأجنبية أهمية تنمية التمكين الذاتي كاستراتيجية فعّالة لخفض الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.

٤. أغلب الدراسات السابقة التي هدفت إلى تنمية التمكين الذاتي، وخفض الاحتراق النفسي اعتمدت على التدخل الجماعي؛ مما يشير إلى فاعليته.

٥. اعتمدت فاعلية الدراسات السابقة في تنميتها التمكين الذاتي على نموذج إينرايت Enright ١٩٩١ - ١٩٩٦ بمراحله الأربع مما يشير إلى فاعلية هذا النموذج في تنمية التمكين الذاتي، وهذا ما دفع إلى الاستعانة به عند إعداد هذا البرنامج.

٦. نُدرّة الدراسات الأجنبية عمومًا، والعربية على وجه الخصوص التي تضطلع بتنمية التمكين الذاتي بهدف خفض الاحتراق النفسي لدى ممرضات حالات الأورام، في ضوء تحليل نتائج المراحل الثلاث السابقة تم بناء البرنامج، وانتقاء فنياته، وأنشطته، وجلساته، وقد تكون في صورته النهائية من (١٢) جلسة) يتم تقديمها بمعدل جلسة أسبوعيًا، بالإضافة إلى (٣) جلسات تطبيقية لمقاييس البحث (القبلي، والبعدي، والتتبعي) خلال تنفيذ البرنامج الإرشادي، كما تتراوح المدة الزمنية للجلسة الواحدة بين (٦٠ : ٩٠) دقيقة، وفقًا لأهداف الجلسة وإجراءاتها، على أن يتم أخذ فترة راحة حسب احتياجات الجماعة الإرشادية.

مكان البرنامج:

تم تنفيذ هذا البرنامج بمركز الأورام طب المنصورة بمدينة المنصورة محافظة الدقهلية في الفترة ما بين شهري يناير: إبريل ٢٠١٦: وتم عرض هذا البرنامج على عدد من المحكمين لإبداء رأيهم في محتواه، ومدى مناسبته لعينة الدراسة وهدفها، وقد أخذت آراء المحكمين بعين الاعتبار للارتقاء بمستوى البرنامج، ونوضح فيما يلي تفاصيل جلسات البرنامج.

جدول (٦): جلسات البرنامج

م	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة
١	تطبيق مقياسي التمكين النفسي، والاحتراق النفسي	(تشخيصي)	في حدود ٦٠ دقيقة
٢	تعريف عام بالبرنامج وبناء العلاقة الإرشادية	التعارف بين أفراد المجموعة والتعرف بالباحثة	٦٠ دقيقة
٣	توقعات المشاركات وبناء الثقة بين الأعضاء	تنمية روح العمل الجماعي وبناء الثقة	٩٠ دقيقة
٤	التواصل الإيجابي ومهارات الممرضات	التعرف على مفهوم التواصل اللفظي وغير اللفظي	٩٠ دقيقة
٥	أنماط التمكين كمدخل للممرضات	توفير قاعدة معرفية للممرضات	٩٠ دقيقة

م	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة
		حول ردود الأفعال	
٦	آليات التمكين كمدخل للممرضات	تبصير الممرضات بالمهارات والخبرات	٩٠ دقيقة
٧	التمكين النفسي من أهم الفنيات النفسية للممرضات	توسيع معرفة الممرضات بفنيات التمكين النفسي	٩٠ دقيقة
٨	تطبيق مقياسي التمكين النفسي، والاحتراق النفسي	إنمائي	في حدود ٦٠ دقيقة
٩	فنيات التمكين النفسي، ومهاراته	تزويد الفنيات الأساسية للتمكين	٩٠ دقيقة
١٠	الاحتراق النفسي، وأسبابه	تزويد الممرضات باستمرار لكتابة أعراض الاحتراق النفسي	٩٠ دقيقة
١١	التنفيس الانفعالي	مساعدة الممرضات على التخلص من الشحنات الانفعالية	٩٠ دقيقة
١٢	تطبيق مقياسي التمكين النفسي، والاحتراق النفسي	ختامي	في حدود ٦٠ دقيقة

٣- تطبيق أدوات الدراسة:

أولاً: تم انتقاء العينة، وتطبيق مقياس التمكين الذاتي، والاحتراق النفسي على العينة التشخيصية في مركز الأورام جامعة المنصورة؛ وذلك بشكل فردي كل (ممرضة على حدة).

ثانياً: تم تطبيق البرنامج الإرشادي على العينة التجريبية، وقد استغرق تطبيق البرنامج ابتداء من شهر يناير، وحتى أبريل 2016، كما تم عمل التقييم التتبعي للبرنامج بعد شهر من انتهاء تطبيقه.

٤- الأساليب الإحصائية: استعانته هذه الدراسة بالإحصاء البارامترى متمثلاً في المتوسطات، والانحرافات المعيارية، واختبار (ت) للعينات المستقلة للتحقق من الكفاءة السيكمومترية للمقياسين؛ وذلك للتحقق من صحة الفرض الأول، كما

استعانت بالإحصاء اللا بارامترى (مان وانتنى) (U)، واختبار ويلكسون (Z) للعينات المرتبطة للتحقق من الفرضين الثاني، والثالث.

نتائج الدراسة، ومناقشتها:

وتتضمن صياغة فروض الدراسة، وسُبل التحقق من كل فرض على حدة، وعرض النتائج كمياً من خلال الجداول، متضمنة الأسلوب الإحصائي الملائم، ثم قراءة محتوى الجدول قراءة كمية متنوعة بالقراءة الكيفية، يلي ذلك مناقشة ما ورد من نتائج فى ضوء الأطر النظرية، والدراسات السابقة، وكذلك السياقات النفسية، والاجتماعية المختلفة، ونوضح ذلك فيما يلي:

(١) الفرض الأول، ونصه: (يختلف كل من التمكين النفسي، والاحترق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية "العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة، ونوع القسم")، وللتحقق من صحة الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة على مقياسي: (التمكين النفسي، الاحترق النفسي) باستخدام الإحصاء البارامترى (T. Test) (F. Test)، ونوضح ذلك فيما يلي:

- أولاً: اختلاف التمكين النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية، ونوضح ذلك في الجدول:

جدول (٧): قيم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين التمكين النفسي والمتغيرات الديموجرافية

مستوى الدلالة	ت	ع	م	ن	تصنيف المتغيرات الديموجرافية	القيم الإحصائية المتغيرات الديموجرافية
٠.٠١	٤.١١	١٦.٤٣	٥٣.٤١	٥٠	من ٣٠ - ٤٥	العمر / السن
		١٥.٢٢	٦٩.٦٢	٤٩	٥٩ - ٤٦	
٠.٠١	٣.١٩	١٨.١٢	٨٣.١٦	٦٥	متزوجة	الحالة الاجتماعية
		١٧.١٣	٧٥.٢١	٣٤	مطلقة - أرمل	
٠.٠١	٣.٧١	١٦.٤٢	٧٨.٤٥	٤٢	من ٥ - ١٥	سنوات الخبرة
		١٧.٣٥	٨٩.٣٨	٥٧	١٦ - فأكثر	
٠.٠١	٦.١١	١٨.١٦	٧٦.٨٢	٤٤	الأطفال والعمليات	نوع القسم
		١٧.٤١	٣٨.١٣	٥٥	العناية المركزة والإفاقة	
٠.٠١	٦.٩١	١٦.١٤	٣٦.٤٤	٣٩	متوسط	المستوى التعليمي
		١٤.٦٥	٦٦.١٤	٦٠	بكالوريوس	

بمراجعة نتائج اختبار ت الواردة في الجدول (٧) والخاصة بالتمكين النفسي لدى عينة الدراسة (ن = ٩٩)، ومدى اختلاف هذا المتغير باختلاف المتغيرات الديموجرافية، وقد أوضحت المعالجة الإحصائية ما يلي:

(١) يختلف التمكين النفسي باختلاف الفئة العمرية للممرضات، فقد بلغت قيمة اختبار ت (٤.١١) عند مستوى دلالة (٠.٠١)، بمتوسط (٥٣.٤١)، وانحراف

(١٦.٤٣) للفئة العمرية الأقل (٣٠ - ٤٥)، ومتوسط (٦٩.٦٢) وانحراف (١٥.٢٢) للفئة العمرية الأكبر (٤٦ - ٥٩)، وكانت الفروق في اتجاه الفئة العمرية الأكبر.

(٢) كما اتضح أن التمكين يختلف باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجة - مطلقة - أرمل) فقد بلغت قيمة اختبار ت (٣.١٩) بمستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط (٦٥) وانحراف (١٨.١٢) للمتزوجات، ومتوسط (٣٤) وانحراف معياري (١٧.١٣) للمطلقات والأرامل، ويتضح من القيم المذكورة أن الفروق في التمكين النفسي كانت في اتجاه المتزوجات فهن أكثر في التمكين النفسي.

(٣) وعن اختلاف التمكين النفسي باختلاف سنوات الخبرة، فقد بلغت قيمة اختبار ت (٣.٧١) عند مستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط (٧٨.٤٥) وانحراف معياري (١٦.٤٢) لسنوات الخبرة القليلة (٥ - ١٥)، ومتوسط (٨٩.٣٨) وانحراف (١٧.٣٥) لفئة سنوات الخبرة الكبيرة، وهذه النتيجة تتفق، بل تؤكد على ما سبق في اختلاف التمكين النفسي باختلاف الفئة العمرية الكبيرة، فزيادة الفئة العمرية تعنى منطقيًا سنوات الخبرة الكبيرة.

(٤) وعن اختلاف التمكين النفسي باختلاف نوع القسم (قسم الأطفال - قسم العناية المركزة - العمليات - والإفاقة) فقد بلغت قيمة (ت) (٦.١١) بمتوسط (٧٦.٨٢) وانحراف معياري (١٨.١٦) للممرضات في قسم الأطفال، ومتوسط (٣٨.١٣) وانحراف معياري (١٧.٤١) للممرضات في قسم العناية المركزة والإفاقة، وذلك في اتجاه ممرضات قسم رعاية الأطفال.

(٥) أما عن اختلاف مستوى التمكين النفسي للممرضات باختلاف (المستوى التعليمي) فقد بلغت قيمة (ت) (٦.٩١) بمستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط

(٣٦.٤٤) وانحراف معياري (١٦.١٤) لفئة التعليم المتوسط، ومتوسط (٦٦.١٤) وانحراف معياري (١٤.٦٥) لفئة التعليم الجامعي، وهذه النتيجة تتفق والمنطق فالممرضات خريجات الجامعة أكثر في التمكين النفسي من الممرضات ذوات التعليم المتوسط.

وتعليقاً على ما ورد في جدول (٧) من أن التمكين النفسي يختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية - الحالة الاجتماعية - سنوات الخبرة - نوع القسم - المستوى التعليمي)، فقد جاءت أغلب النتائج لا تتفق مع نتائج الدراسات الأجنبية، وتفسير ذلك أن طبيعة العمل في مجال التمريض تتصف بمجموعة علاقات متشابكة قد تؤثر في فاعلية الممرضة، مما يجعل تمكين الذات منخفضاً (الكردي: ٢٠١٠، ص ٣١٣)، وعموماً فإن تفسير ما ورد من نتائج قيم (ت) في جدول (٧) من أن التمكين النفسي عند الممرضات الأكبر سناً أعلى من نظيره عند الممرضات الأقل سناً، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (الشافعي: ٢٠٠٠)، (شقوره: ٢٠٠٢)، ودراسة (Algon IC. A & Kievan, 2007).

وأن التمكين النفسي عند الممرضات المتزوجات أعلى من التمكين النفسي للممرضات المطلقات والأرامل، وهذه النتيجة يؤكدها السياق الاجتماعي والنفسي، فالمتزوجات يتمتعن باستقرار نفسي، وما يصاحبه ذلك من استقرار اجتماعي ومهني، في حين أن ظاهرة الطلاق وما تتضمنه من مشكلات من شأنها أن تضعف الثقة بالنفس، وضعف اتخاذ القرار، وما إلى ذلك من مهارات شخصية اجتماعية تجعل الممرضة مستهدفة للضغوط، والاحتراق النفسي، وهذا ما أكدته دراسات (Jones, 2008)، ودراسة (Huey - Mintzeng, 2004)، وعن سنوات الخبرة فقد أكدت

نتائج قيمة اختبار (ت) على زيادة التمكين النفسي للممرضات الأكبر عمراً، والأكثر خبرة، فلا شك أن هناك ارتباطاً منطقياً بين العمر الأكبر والخبرة الأكبر فكلاهما وجهاً عملة لظاهرة التمكين النفسي، فالخبرة الأكبر لا تأتي إلا مع عمر أكبر، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة (Procci, 2012)، ودراسة (Lustina, et. Al, 2012).

أما عن اختلاف التمكين النفسي باختلاف القسم الذى تعمل فيه الممرضة (قسم الأطفال - وقسم العناية المركزة والعمليات والإفاقية)، فقد أشارت قيم (ت) الواردة في جدول (٧) من أن الممرضات العاملات في قسم الأطفال أكثر تمكناً من الممرضات العاملات في قسم العناية المركزة والإفاقية، ويبدو هذه النتيجة منطقية فضغوط العمل ومشكلاته في قسم الأطفال أقل بشكل واضح من ضغوط الممرضات العاملات في قسم الرعاية المركزة والإفاقية ومشكلاتهن، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Anderson,R,and,Funnelm,2004)، وكذلك دراسة (Nazil, etal., 2008).

وفيما يتصل باختلاف التمكين النفسي للممرضات باختلاف المستوى التعليمي، وأن الممرضات خريجات الجامعة أكثر تمكناً من الممرضات الحاصلات على المؤهل المتوسط، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Gurses, 2005)، ودراسة (Marie, et. al, 2007)، ودراسة (Embriaco, et. al, 2007).

- ثانيًا: اختلاف الاحتراق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية، ونوضح ذلك في جدول (٨):

جدول (٨) قيم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الاحتراق النفسي، والمتغيرات

الديموجرافية

مستوى الدلالة	ت	ع	م	ن	تصنيف المتغيرات الديموجرافية	القيم الإحصائية المتغيرات الديموجرافية
٠.٠١	٤.٢٠	١٥.٧٠	٨٢.١٠	٥٠	من ٣٠ - ٤٥	العمر / السن
		١٤.٦١	٩٠.١١	٤٩	٥٩ - ٤٦	
٠.٠١	٣.١٩	١٦.١١	٨١.١٩	٦٥	متزوجة	الحالة الاجتماعية
		١٥.١١	٨٨.٢٠	٣٤	مطلقة - أرمل	
٠.٠١	٣.٩١	١٤.١١	٧٧.٩١	٤٢	من ٥ - ١٥	سنوات الخبرة
		١٥.١١	٨٧.١١	٥٧	١٦ - فأكثر	
٠.٠١	٢.٩١	١٦.١٢	٨٤.١١	٤٤	قسم الأطفال والعمليات	نوع القسم
		١٧.١١	٩١.٤٠	٥٥	العناية المركزة (الإفاقة)	
٠.٠١	٤.٩١	١٥.١٨	٩٠.١١	٣٩	متوسط	المستوى التعليمي
		١٦.١٢	٧٩.٢١	٦٠	بكالوريوس	

بمراجعة قيم اختبار (ت) لدلالة الفروق الواردة في جدول (٨) والخاصة باختلاف الاحتراق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية لـ (٩٩) ممرضة، فقد أكدت قيم (ت) عدة حقائق:

(١) يختلف الاحتراق النفسي باختلاف الفئة العمرية (٣٠ - ٤٥) (٤٦ - ٥٩)، فقد بلغت قيمة (ت) (٤.٢٠) بمستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط (٨٢.١٠) وانحراف معياري (١٥.٧٠) للفئة العمرية (٣٠ - ٤٥) ومتوسط (٩٠.١١) وانحراف معياري (١٤.٦١) للفئة العمرية الأكبر (٤٦ - ٥٩)، فالفئة العمرية الأكبر أكثر

معاناة وشعورا بالاحترق النفسي، وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته نتيجة دراسة (Marten & Bulwden, 2010) وكذلك دراسة (Atake, et. al, 2008)، من أن الاحتراق النفسي يختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية (نوع القسم - سنوات الخبرة)، فقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الممرضات ذات سنوات الخبرة الكثيرة لديهن القدرة على التكيف مع الضغوط، وكذلك دراسة (عسكر وآخرون) بدولة الكويت التي أكدت نتائجها أن الاحتراق النفسي يختلف باختلاف (سنوات الخبرة، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية).

(٢) وبالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوجة - مطلقة - أرمل) ومستوى الاحتراق النفسي فقد بلغت قيمة (ت) (٣.١٩) بمستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط (٨١.١٩) وانحراف معياري (١٦.١١) لفئة المتزوجات، في حين كان متوسط فئة المطلقات والأرامل (٨٨.٢٠) ، وانحراف معياري (١٥.١١)، فالمطلقات والأرامل أكثر معاناة من الاحتراق النفسي، ويبدو أن هذه النتيجة تحتاج لمزيد من البحوث، فثمة دراسات ترى أن المطلقات أكثر معاناة وشعورا بالاحترق (Gelidrd, 2010)، وهذه النتيجة منطقية إذ إن ظاهرة الطلاق، وما تتضمنه من ضغوط يضاف إليها ضغوط العمل مما يجعل هذه الفئة (المطلقات، والأرامل) أكثر معاناة.

(٣) وعن الاحتراق النفسي، وسنوات الخبرة للممرضات، فقد بلغت قيمة (ت) (٣.٩١) بمستوى دلالة (٠.٠١)، بمتوسط (٧٧.٩١) وانحراف معياري (١٤.١١) لفئة (٥ - ١٥)، ومتوسط (٨٧.١١) وانحراف (١٥.١١) للفئة (١٦ - سنة فأكثر)، وكانت الفروق في اتجاه الممرضات ذوات الخبرة الأكبر، وهكذا إن طول سنوات العمل والتقدم في العمر لم يشفع للممرضات لمواجهة الإيجابية للضغوط الحياتية والمهنية، فضلاً عن أن الحياة بألساقها المختلفة قد تصدر أنواعاً أخرى من الضغوط مما يثقل كاهل الممرضة.

(٤) أما بالنسبة للاحتراق النفسي ونوع القسم الذى تعمل فيه الممرضات، فقد بلغت قيمة (ت) (٢.٩١) بمستوى دلالة (٠.٠١) بمتوسط (٨٤.١١) وانحراف معياري (١٦.١٢) للممرضات بقسم رعاية الأطفال، والعمليات، ومتوسط (٩١.٤٠)، وانحراف (١٧.١١) للممرضات بقسم العناية المركزة، والإفاقة، وكانت قيمة (ت) في اتجاه (العناية المركزة والإفاقة)، فالممرضات العاملات بهذا القسم أكثر شعورًا بالاحتراق النفسي، وهذه النتيجة منطقية إذ إن قسم العناية المركزة والإفاقة تحتاج إلى مهارات واستراتيجيات لمواجهة الاحتراق والضغط المهنية، في حين أن ضغوط قسم الأطفال ومشكلاته كانت أقل، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة كدراسة (Gurses, 2005)، ودراسة (Mariem et. al, 2007)، وكذلك دراسة (Embriaco, et. al, 2007).

(٥) وعن اختلاف الاحتراق النفسي والمستوى التعليمي للممرضات (متوسطي التعليم - والتعليم الجامعي)، فقد بلغت قيمة (ت) (٤.٩١) بمستوى دلالة (٠.٠١) ومتوسط (٩٠.١١) وانحراف (١٥.١٨) لذوات التعليم المتوسط، ومتوسط (٧٩.٢١) وانحراف معياري (١٦.١٢) لذوات التعليم الجامعي، فالممرضات ذات التعليم المتوسط أكثر احتراقًا وشعورًا بالضغط من الممرضات ذات التعليم الجامعي، وتبدو هذه النتيجة منطقية فالتعليم الجامعي قد يزود الخريجين بمهارات حياتية وخبرات تساعد الممرضات على النجاح في اختيارهن أساليب المواجهة الناجحة.

(٢) الفرض الثاني، ونصه: (يختلف كل من التمكين النفسي، والاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي - البعدي).

وللتحقق من صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة البحث التجريبية (ن = ١٠) على مقياسي الدراسة (التمكين النفسي - الاحتراق النفسي) قبل تطبيق البرنامج باستخدام الإحصاء اللابارامترى (اختبار ويلكسون Wilcoxon Signed

Ranks – Test للعينات المترابطة للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين باستخدام برنامج SPSS.

- أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (≥ 0.05) بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس التمكين النفسي باختلاف القياسين (القبلي - البعدي) ونوضح ذلك في جدول (٩):

جدول (٩): قيمة اختبار Wilcoxon Signed Ranks – Test Z لدلالة

الفروق بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده، وذلك لمقياس التمكين النفسي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نتائج القياس (قبل- بعد) ن = ١٠	القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
٠.٠٠٠٠١	-٣.١٥	١٥٠.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠	الرتب السالبة	المقياس ككل
				١٠	الرتب الموجبة	
				٠	الرتب المتعادلة	
٠.٠٠٠٠١	-٣.٤١	١٥٠.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠	الرتب السالبة	الثقة بالنفس
				١٠	الرتب الموجبة	
				٠	الرتب المتعادلة	
٠.٠٠٠٠١	-٣.٢١	١٣٠.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠	الرتب السالبة	القدرة على اتخاذ القرار
				١٠	الرتب الموجبة	
				٠	الرتب المتعادلة	
٠.٠٠٠٠١	-٣.٦٠	١١٢.٠٠٠	١.٠٠٠	١	الرتب السالبة	الفاعلية الذاتية
				٨	الرتب الموجبة	
				١	الرتب المتعادلة	
٠.٠٠٠٠١	-٣.٥٥	١١٢.٠٠٠	١.٠٠٠	٠	الرتب السالبة	القيادة الذاتية
				٨	الرتب الموجبة	
				٢	الرتب المتعادلة	

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده، سواء في متغير التمكين النفسي، أو مكوناته.

- ثانيًا: بالنسبة لمتغير الاحتراق (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس الاحتراق النفسي باختلاف القياسين القبلي - البعدي):

وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة البحث التجريبية (ن = 10) باستخدام الإحصاء اللا بارامترى (اختبار ويلكسون Wilcoxon Signed Ranks - Test) للعينات المترابطة للكشف عن الفروق بين القياسين باستخدام برنامج SPSS, 20، ونوضح ذلك في جدول (10).

جدول (10): قيمة اختبار Wilcoxon Signed Ranks - Test (Z) لدلالة الفروق قبل - بعد تطبيق البرنامج لمقياس الاحتراق النفسي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نتائج القياس (قبل - بعد) ن = 10	القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
0.01	-4.54	-13.0	00	0	الرتب السالبة	المقياس ككل
			13	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.01	-4.10	-12.0	00	0	الرتب السالبة	الثقة بالنفس
			12	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.01	-3.90	-12.6	00	0	الرتب السالبة	القدرة على اتخاذ القرار
			14	9	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.01	-3.10	-10.4	00	1	الرتب السالبة	الفاعلية الذاتية
			13	8	الرتب الموجبة	
			00	1	الرتب المتعادلة	
0.01	-4.20	-96.0	00	0	الرتب السالبة	القيادة الذاتية
			12	8	الرتب الموجبة	
			00	2	الرتب المتعادلة	

يتضح من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بمستوى (0.0001) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج

التدريبي وبعده في التمكين النفسي ككل، وفي كل مجالاته (الثقة بالنفس - القدرة على اتخاذ القرار - الفاعلية الذاتية - القيادة الذاتية)؛ وذلك في اتجاه القياس البعدي، مما يؤكد أن الفرض الثاني قد تحقق، ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء النظريات والدراسات المرتبطة بهذا المتغير والمتعلقة بهذه العينة، وذلك على النحو الآتي:

(١) التمكين النفسي، ونظرياته، أكدت النظريات التي تناولت هذا المفهوم سواء

نظرية الإدارة العلمية لـ (Fredrick Taylor, 1911)، أو نظرية العلاقات

الإنسانية لـ (Hawthorn, 1970) أو النظرية السلوكية المعرفية (Kosta,

1981) أن هذا المفهوم من الاتساع والعمق أصبح له حضور في شتى مجالات

السلوك الإنساني، ومن ثم صُممت من أجله برامج توعوية إنمائية ساعدت على

تنشيط السلوك السياسي، والاقتصادي، والاجتماعي، وأن سلوك الفرد يحدث وفقاً

لتوقعاته الخاصة، أي اعتقاد المرء بأن نتائج هذا السلوك ستعود عليه بفائدة كبيرة.

ويلاحظ أن النظرية السلوكية المعرفية تدور حول الفاعلية الذاتية، وهي أحد

مكوناته التمكين النفسي الذي يساعد المرء على تنظيم نشاطه والتحكم في عاداته، كما

أن تنشيط التمكين من أهم الأساليب الحديثة في الإدارة، ومن أهم هذه الأساليب حركة

الجودة والتميز، التي تعنى أن يقوم المسئول بتحسين دائم في مختلف السلوك حيث

الارتقاء بالمبادرة، وتحمل المسؤولية مما يعزز التمكين عند الفرد.

أما عن نظرية القيمة الذاتية التي قدمها (إسكالونا Escalona, 1940) فهي

تهدف إلى تعزيز التمكين لدى الأفراد بما يحقق أهدافهم، ويرتقى بطموحاتهم، ويجنبهم

المخاوف، والشعور بالفشل في ضوء ما تقدم نلاحظ أن النظريات النفسية، والسياسية،

والاجتماعية في مجموعها تناولت إثراء التمكين، وتنشيطه لدى فئات مختلفة في علاقته

بالعديد من المتغيرات الإيجابية: (الأمل، والتفاؤل، والحرية النفسية، وتقرير المصير،

نصرة الذات، وحرية الاختيار) كما وظف التمكين عبر برامج سلوكية لخفض المتغيرات السلبية (الاحتراق النفسي، وضغوطه).

(٢) تنمية التمكين النفسي من منظور الدراسات السابقة، في ضوء النظريات المشار إليها سلفاً أجريت العديد من الدراسات التي استهدفت تنمية التمكين النفسي لدى العديد من الفئات المهنية المختلفة، وهذا ما أكدته نتائج هذه الدراسة، ونسوق في هذا المقام بعض هذه الدراسات كدراسة (Rirehar & Sgort, 1992) عن فاعلية الذات كأحد أبعاد التمكين لدى ممرضات الأورام، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه من خلال فنيات تأدية الدور، والتنفيس الانفعالي تم تنشيط فاعلية الذات وتمكين الذات، وخفض القلق لدى ممرضات الأورام، وكذلك دراسة (Boudrian & Jean, 2009) عن بنية التمكين النفسي ودور ذلك في إثراء الثقة بالنفس، والقدرة على اتخاذ القرار لدى عينة من الهيئة المعاونة للأطباء، ودراسة (Antith & Thomar, 2011) عن التمكين وما يتضمنه من (المعنى - التأثير - الثقة - المبادرة) ، وتأثير ذلك في خفض الضغوط النفسية لدى (ن = ١٨٩) من ممرضات الأورام وما صاحب ذلك من شعور المرضى بالأمل، والمعنى الإيجابي للحياة، وكذلك دراسة (Rouch, D & Rungjust, J, 2020) عن دور الاختصاصي الإكلينيكي في رعاية الممرضات لمرضى السكري من خلال مكونات التمكين الذاتي، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في إكساب الممرضات المهارات النفسية، وأن هذا النوع من البرامج يعمل على تحسين الخدمة في المستشفيات وغيرها، فإن نتائج هذا الفرض تُعزز على ما أشارت إليه النظريات، والدراسات السابقة.

(٣) الفرض الثالث:

- أولاً: الشق الأول من الفرض الثالث، ونصه: (يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس التمكين النفسي باختلاف القياسين: البعدي، والتتبعي)، وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة البحث التجريبية (ن = ١٠) باستخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon Signed Ranks - Test للعينات المرتبطة للكشف عن الفروق بين القياسين، ونوضح ذلك في جدول (١١).

جدول (١١): قيمة اختبار Wilcoxon Signed Ranks - Test (Z) لدلالة الفروق

بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية (بعد - تتبع) لمقياس التمكين النفسي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نتائج القياس (بعد - تتبع) ن = ١٠	القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
٠.٠١	-٣.٠٦	١١٧	٠٠	٠	الرتب السالبة	المقياس ككل
			١٢	٩	الرتب الموجبة	
			٠٠	١	الرتب المتعادلة	
٠.٠١	-٣.٤١	٨٤	٠٠	٠	الرتب السالبة	الثقة بالنفس
			١٢	٧	الرتب الموجبة	
			٠٠	٣	الرتب المتعادلة	
٠.٠١	-٣.١٩	٨٨	٠٠	٠	الرتب السالبة	القدرة على اتخاذ القرار
			١١	٨	الرتب الموجبة	
			٠٠	٢	الرتب المتعادلة	
٠.٠١	-٤.٠٠	٨٠	٠٠	٠	الرتب السالبة	الفاعلية الذاتية
			-١٠-	٨	الرتب الموجبة	
			٠٠	٢	الرتب المتعادلة	
٠.٠١	-٣.١٩	٨٠	٠٠	٠	الرتب السالبة	القيادة الذاتية
			١٠	٨	الرتب الموجبة	
			٠٠	٢	الرتب المتعادلة	

وبقراءة قيم اختبار (Z) الواردة في الجدول (١١) اتضح أن ثمة فروقا دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات العينة التجريبية، سواء في الدرجة الكلية لمقياس التمكين النفسي أو مكوناته (الثقة في النفس، القدرة على اتخاذ القرار، الفاعلية الذاتية، القيادة الذاتية)؛ وذلك في اتجاه القياس التتبعي، وهذا يؤكد صحة هذا الفرض وأن

البرنامج له فاعلية، ويمكن مناقشة هذه النتيجة بعد عرض نتائج الشق الثاني من الفرض.

- ثانيًا: الشق الثاني من الفرض الثالث، ونصه: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس الاحتراق النفسي باختلاف القياسين " البعدي - التتبعي").

وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة البحث التجريبية (ن = 10) باستخدام الإحصاء اللا بارامترى (اختبار ويلكسون Wilcoxon Signed Ranks - Test للعينات المترابطة للكشف عن الفروق بين القياسين، ونوضح ذلك في جدول (12).

جدول (12): قيمة اختبار Wilcoxon Signed Ranks - Test (Z) لدلالة الفروق (البعدي - التتبعي) البرنامج لمقياس الاحتراق

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نتائج القياس (بعد- تتبع) ن = 10	القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
0.0001	-4.18	140	00	0	الرتب السالبة	المقياس ككل
			14	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.0001	-4.30	150	00	0	الرتب السالبة	الضغط النفسي
			15	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.0001	-4.41	150	00	0	الرتب السالبة	القلق
			15	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.0001	-4.81	140	00	0	الرتب السالبة	ضغوط العمل
			14	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	
0.0001	-4.91	140	00	0	الرتب السالبة	الإجهاد الجسمي
			14	10	الرتب الموجبة	
			00	0	الرتب المتعادلة	

وبقراءة قيم اختبار (Z) الواردة في جدول (١٢) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات العينة التجريبية سواءً في الدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي، أو مكوناته (الضغط النفسي، القلق، ضغوط العمل، الإجهاد الجسمي)؛ وذلك في اتجاه القياس التتبعي، ويمكن مناقشة فاعلية البرنامج الإرشادي في ضوء (أنشطة البرنامج، ومحتوياته، والأساس النظري)، وما إلى ذلك من فنيات تم توفيرها بما أدى إلى استمرار فاعلية البرنامج.

إن البرنامج وما يتضمنه من أنشطة وفنيات أثبتت الاستمرار في تحسين التمكين النفسي، إذ إن البرنامج وفر خلال جلساته بيئة معرفية أقرب إلى الواقع؛ مما أدى إلى ثراء التمكين لدى عينة من ممرضات الأورام، بالإضافة إلى الرغبة الصادقة والإقبال من الممرضات على المشاركة في جلسات البرنامج طواعية ورغبة منهن في تعلم مهارات التمكين النفسي.

ويمكن أن يعزى فاعلية البرنامج إلى قصر الفترة الزمنية بين القياسين: (البعدي - التتبعي)، كما أن صغر حجم العينة التجريبية (ن = ١٠) كان له الأثر في استمرار فاعلية أنشطة البرنامج، وهذا ما أكدته كثير من الدراسات، فمن المعلوم أن صغر حجم العينة يزيد من عوامل الألفة بين أفراد العينة من ناحية، والباحثة من ناحية أخرى.

كما أن التعليمات التي أعطيت للعينة قبل تطبيق البرنامج كانت من الوضوح بما أدى إلى التفاعل المثمر مع فنيات البرنامج.

ويمكن أن نفسر نتائج هذا الفرض الذي نص على فاعلية البرنامج، واستمرار تحسن التمكين، وخفض الاحتراق النفسي لعينة الدراسة في ضوء نظريات مرونة السلوك الإنساني وقابليته للتعديل، فعلى الرغم من الثبات النسبي للسلوك إلا أنه يتسم بال نمو، وإمكانية التعديل، وهذا هو الأساس النظري الذي تنطلق منه البرامج العلاجية

والإرشادية، وبناءً على ما تقدم فإن تحسين التمكين النفسي وما لازمه من خفض الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة لهو من الأمور المتوقعة.

إن نجاح البرنامج، واستمرار فاعليته يمكن تفسيره في ضوء القواعد العامة في الموقف التعليمي، ونجملها فيما يلي:

- (أ) التدرج في كل جلسة من السهل إلى الصعب، ومن المعلوم للمجهول.
 - (ب) تشويق أعضاء العينة التجريبية، والاستفادة من رغباتهن وجذب انتباههن.
 - (ج) ربط الجلسات ببعضها، وترتيبها بحيث تؤكد كل جلسة ما قبلها، وتمهد لما بعدها.
 - (د) اختيار الوسائل السمعية المناسبة بوصفها وسيلة وليست غاية.
- ويمكن تفسير فاعلية البرنامج في ضوء الأساس النظري للبرنامج، الذي يعتمد على مداخل علاجية مختلفة هي:

- (أ) العلاج المعرفي الذي يهدف إلى سيطرة الفرد على انفعالاته، كما أن العلاج المعرفي ساعد الممرضات على مقاومة الإدراكات الخطأ.
- (ب) كما أن البرنامج اعتمد على العلاج السلوكي الذي ساعد العينة على التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، مع الاحتفاظ بالسلوكيات المرغوبة، وإعطاء صاحب المشكلة الفرصة لتعلم سلوك جديد.
- (ج) إن نجاح البرنامج يمكن أن يُعزى إلى اعتماده على فنيات سبقت فعاليتها في برامج سابقة، إن الفنيات التي تم توظيفها تتميز بالشمولية والتنوع ما بين (معرفية، ووجدانية، وسلوكية)، فمثلاً وظفت فنية المناقشة والحوار في كثير من الجلسات، وهذه الفنية تساعد على الإدراك النشط للموضوع، كما تساعد على تعلم التفكير العقلاني، والتريث في إصدار الأحكام.

(د) ويعزى نجاح البرنامج إلى تعدد طرائق تقييم البرنامج وتنوعها، فقد تم تقويم البرنامج بواسطة خبراء علم النفس، كما قُيم بواسطة أفراد العينة، واستمر التقويم عبر كل مراحل البرنامج، فكان هناك تقويم عقب كل جلسة، وتقويم فى نهاية جلسات البرنامج، كل ذلك ساعد على توفير تغذية راجعة مستمرة، تم فى ضوئها تعديل البرنامج.

(هـ) إن نشر روح الحب، والمودة بين الباحثة، وأفراد العينة ساعد على تبادل الخبرات، والتقبل غير المشروط للعينة التجريبية رغم اختلاف سماتهم الشخصية، هذا بالإضافة إلى تهيئة المناخ الإيجابي الذي ساعد أفراد العينة التجريبية للتعبير عن آرائهم بوضوح دون خوف، كل ذلك ساعد على زيادة الدافعية للعينة فى الاستمرار فى حضور جلسات البرنامج.

(و) إن اعتماد البرنامج على مراعاة الفروق الفردية ساعد التنوع فيما يقدمه من أنشطة بحيث تتحقق الفائدة لأفراد العينة التجريبية جميعها.

وفى ضوء ما تقدم فإن الفرض الثالث الخاص باستمرار أثر البرنامج، وزيادة فعاليته يكون قد تحقق، حيث استمرار فاعلية أنشطة البرنامج الذي يدور فى فلك التمكين النفسى لدى ممرضات الأورام مما ساعد على خفض مظاهر الاحتراق النفسى.

وخلصه النتائج تتضمن ما يلي:

(١) أن التمكين النفسى، والاحتراق النفسى فى علاقة عكسية إذ إن زيادة التمكين تعنى انخفاض الاحتراق النفسى.

(٢) ثبت صحة الفرض الأول، حيث يختلف كل من التمكين النفسى، والاحتراق باختلاف المتغيرات الديموجرافية.

(٣) ثبت صحة الفرض الثالث حيث استمرت فاعلية البرنامج في إثراء التمكين النفسي وخفض أعراض الاحتراق لدى الممرضات عينة الدراسة.

توصيات وبحوث مقترحة، ونجملها فيما يلي:

(١) أولاً: توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة، ومعايشة الواقع الإمبريقي، والتجريبي يمكن صياغة التوصيات التالية بشكل إجرائي:

١) عقد دورات تدريبية لإثراء التمكين النفسي وتنشيطه لدى الأطباء، والهيئة المعاونة.

٢) عقد دورات تدريبية لخفض الاحتراق النفسي لدى الأطباء في أقسام مختلفة.

(٢) ثانياً: بحوث مقترحة:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة يمكن طرح بعض البحوث المقترحة فيما يلي:

١. فاعلية برنامج لإثراء فاعلية الذات لدى موظفي جامعة المنصورة.

٢. تنمية نصره الذات لدى أطباء مركز الأورام بجامعة المنصورة؛ لتنشيط الاستقلالية، واتخاذ القرار.

٣. نصره الذات والاستقلالية من محددات النجاح المهني لعينة من موظفي الجامعة.

المراجع

أولاً: باللغة العربية:

- ١- إندراوس، رامي جمال، وآخرون (٢٠٠٨): الإدارة بالثقة والتمكين مدخل لتطوير المؤسسات، أريد الأردن، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع.
- ٢- البطاينة والجوازية (٢٠٠٤): ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون والممرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفى محافظة نابلس الفلسطينية، مجلة دراسات والعلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، (٣٠)، (١) ٩٥ . ٧٥.
- ٣- الجمالي وآل مشرف (٢٠٠٢): الإنهاك النفسي لدى العاملين في مهنة التمريض في مجال الخدمات الإنسانية بالرياض، مجلة العلوم التربوية والإسلامية، الرياض العدد (٣٩) (٧)، ٥٣ . ٥٥.
- ٤- حسين حريم (١٩٩٧): السلوك التنظيمي سلوك الأفراد والمنظمات، عمان، دار زهرة للنشر والتوزيع.
- ٥- خزايلة (٢٠٠٢): مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة في دولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية، مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت مجلد (28) a. العدد (١)، ٦٥ : ٩٥.
- ٦- الراشد، وآخرون (١٩٩٥): الضغوط التي يتعرض لها العاملون في مهنة التمريض في وحدات العناية، مجلة الخدمات الطبية الملكية، الأردن (١)، (١)، ٤٤ . ٣٧.

- ٧- زكية عبد الله جابر (٢٠١٢): واقع التمكين الإداري لمديرات المدارس الثانوية بمنظمة جدة التعليمية (رسالة ماجستير)، جامعة أم القرى، جدة، السعودية ص ٢٣ . ٤٧ .
- ٨- السباعي، وآخرون (١٩٩٥): ضغوط العمل لدى الأطباء دراسة ميدانية للأطباء والعاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض رسالة دكتوراه غير منشورة.
- ٩- شقودة الشناوي (٢٠٠٢): محددات الأعباء المهني بين الجنسين، دراسة تطبيقية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية ببعض مدن المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة، الرياض، (٣٩)، (٤)، ٢٥٥ : ٢٦٠ .
- ١٠- عسكر، وآخرون (٢٠١٠): مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية، المجلد (١٦) العدد (٤) ص ص ٦٥ : ٨٥ .
- ١١- عسكر والفرح، وآخرون (٢٠٠٣): مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية، مجلة العلوم الاجتماعية (١٦)، العدد (٤) ص ص ٦٥٤٧ .
- ١٢- العمري، وآخرون (٢٠٠٧): مشكلات وهموم مهنة التمريض، أضواء على واقع مهنة التمريض بالصفة والقطاع، دراسة منشورة، رام الله، فلسطين (٣): (١٥).
- ١٣- الفرح، الشيخ، الزغلول (٢٠٠٣): مدى فاعلية برنامج تدريبي في تحسين فاعلية الذات والمهارات العملية لدى عينة من الممرضات، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية الكويت (13) a.، العدد (٢)، ٤٥ . ٩٥ .

- ١٤- فوزية أيوب رمضان (١٩٨٥): تحليل ظاهرة الإجهاد لدى الممرضات في المستشفيات الحكومية، كلية المهن الطبية، جامعة القدس، فلسطين (٧)، (٢) ٤، ٥٤. ٦٧.
- ١٥- الكردي وآخرون (٢٠٠١): المشكلات التي تواجه تعليم التمريض الجامعي في فلسطين من وجهة نظر مدرسي وطلبة الكليات، دراسة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- ١٦- ماهر الشافعي (٢٠٠٢): التوافق المهني للمرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية - غزة - فلسطين.
- ١٧- مایسة النیال (١٩٩٩): الفرق بین ممرضات العناية المركزة والأقسام الأخرى في كل من فلسفة الموت والعدوانية والانبساطية والعدوانية والاكنتاب، العدد (١٧) الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ص ص (١١٠ : ١١٧).
- ١٨- محسن عقروق الكيلاني (٢٠٠٢): مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين مقارنة بين مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية يرموك، أربد الأردن.
- ١٩- محمود حسن الوادي (٢٠١٢): التمكين الإداري في العصر الحديث، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- ٢٠- مقابلة والراشدان (١٩٩٧): مشكلات التمريض، أضواء علي واقع مهنة التمريض بالصفة الغربية والقطاع، دراسة منشورة، رام الله فلسطين، ٣ . ٥ .
- ٢١- نظيمة سرحان (١٩٩٣): العلاقة بين مستوى الطموح والرضا المهني للإخصائيين الاجتماعيين مجلة علم النفس ٢، ٢٨، ١١٥.

٢٢- هارون الرشيدى (١٩٩٩): الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها برنامج

لمساعدة الذات في علاجها، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة. مصر

٢٣- هويدا حنفي محمود (٢٠١٢): الصلابة النفسية وإدارة الذات وعلاقتها

بالصحة النفسية والنجاح الأكاديمي في ضوء بعض المتغيرات لدي طلاب

الدبلوم المهنية بكلية التربية، دراسات عربية في علم النفس مصر ١١ (٣) ص

٢٧٢ : ٢٨٣.

٢٤- يحيى سليم ملحم (٢٠٠٦): التمكين كمفهوم إداري معاصر، القاهرة، المنظمة

العربية للتنمية الإدارية.

ثانيًا: باللغة الأجنبية:

25- Ab Alrub and Raeda , (2004) : collegial support linked to reduction of job stress , Nursing management 24 (5) p : 52 .

26- Anderson ,R . m and funnel , m m (2004) .

Patient empowerment results of randomized controlled trial Diabetes care , 18 (7) pp 34 – 949 .

27- Andrson , R.m FUNNELL MM (2005) : the Art of Empowerment : stories and strategies for Diabetes Educators 2 nd Alexandria , V / A American Diabetes Association .

28- Andrson, R.M and funnell mm (2009) : Private complementary medicine and older people : service use and user empowerment : nging and society 2009 , 22 : 343 – 368 .

29- Anith and Thomas (2011) : impact of psychological Empowerment on organi zational commit ment : A case study with Reference to an Air conditioning orgain zation in india

Department of management studies , National institute of teehnology , Durgapur - 713209 west Bengal .

- 30- Atake, et. al (2008) : patient empowerment and choice in chronic pain management Nursing standard , 31 – 38 – 41 Date of a cceptan : 16 2010
- 31- Bandura, A (1977): self efficacy toward a unifying theory of behavioral change psx chological Review, 84 pp 194 : 215 .
- 32- Bandura . A (1977): self . efficacy : Towarol a uniyng Theory of behavior change Journal of Psychological review (84 (2) 34 : 54)
- 33- Barker , et al, (2010) : Empowerment and job sat is faction in Associate Degree Nurse Educators , Nurse Educaton perspectives 32 pp 234 – 239.
- 34- Boudrias and jean, et. Al (2009): perception of social support cempowerment and youth risk behaviors the journal of primary prerention , 33 (33- 46) .
- 35- Bourdias iet . al (201) : Rol of psy chological Empowerment in the reduction of burnout in Canadian health care workers Nursing and health sciences , 114 , pp 8 – 17 .
- 36- cast and Burke (2002): Empowerment from philosophy to practice. patient Education and counseling v 261 ssues – 1 – 3 pp : 139 – 144 .
- 37- Cedoline , V , (1992): the Relation of gender and academic a chieivement to career self-efficacy and interests , Gifted child puarerly , (7) 65 – 70 .

- 38- chi M. T. H ET al, (2005): can tutors monitor students , under st and ding accurately? cognition and instruction 22 (3) pp , 363 – 38 ?
- 39- Clements and Druckman (2005): Does psychological empowerment mediate the relationship between psychological climate and job satisfaction? Jon , nal of 13 usiness and psychology , 18 (18) , 405 – 425 .
- 40- Colman, w, (2006): cognitive self-regulation in youth with and without learning disabilities: self – efficacy theories of intelligence, learning VS. performance goal preferences and effort attributions, university of Wyoming , journal of social and clinical psychology, vol. (28) , 7 pp 881 – 889 .
- 41- conger J.A and kanung. R. B (1988): The Empowerment process integrating theory and practice, Academy of management Review 13, (3), pp 471 – 482.
- 42- coster, and Vaughn/A, et al (2011): An Empowerment approach for Elders living with Diabetes: / A pilot study of a community – Based self - Hep Group – the Diabetes Club Educational Geron t logy v3, ng pp 699 – 713.
- 43- Croker Jand major 13 (1989): social stigma and self – esteem: the self – protective properties of stigma. journal of personality and social psy chology (96) pp 610 – 618 .
- 44- De Jones, m (2008): wrok satis faction among hospital Nurses Nursing and Health services Administration, Journal, 33 (1) p 57.
- 45- Edwards, et. al (2002): Empoloyee empowerment : An integrative psychological approach Applied psychology , 50 (1)

151 – 153 .

- 46- Embriaco, et. al (2007) : the relationship between stress and job satisfaction as perceived by seventh day Adventist board a cademy teachers in souther n and western unpublished doctoral dissesrtation (ph Dthesis) Tennessee state university , Tennessee .
- 47- Eula. w. pines (2015): stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaurea the nursing students. journal of Advanced Nusing , 68 (7) , pp 1462 - 1493 .
- 48- Fedrick, et. al (1999): Employee em powerment an apprenticeship model (unpublished master's thesis) . Barney school of business , university of Hart ford west Hart ford , ct .
- 49- Gast , A, and Burke p (2002) : A theory of self – esteem , Article in social forces Retrieved from [htt:// www . researchgate . net / publication 236761671](http://www.researchgate.net/publication/236761671) – A – theory – of – self . Esteem .
- 50- Gavard , s , et .al (2013): prevalence of depression in adult with diatetes , Diabetes care , Vol 16 , pp 1167 – 1178 .
- 51- Gelided , M , (2016): Empowerment in the service in dustry , an empirical study in Taiwan .
- 52- The journal of psychology , 136 (4) , 432 – 441 .
- 53- George and lori (2011): stress in ICN – Nonleu Nurses . Nursing research, vol (34) , 4 ,p,153 – 155 .
- 54- Gist m , et . al (2004) : self – Efficacy implication for organizational Behaiour and Human Rsource Management ,

- Academy of management Review , (121 , pp 323 : 412)
- 55- Gravels and wandell . p (2012) : coping strategies inmen and women with type diabetes in Swedish primary care , Diabetes Research and clinical practice vol 71 , 3 pp 280 , 589 .
- 56- Gureses , A, (2005): performance otstacles and facilitators , workload quality of working life , and quality and safety of care among intensive care nurses . ph. D , The university of wiscons in – medison , p 3281 .
- 57- Herbert and ferunbrgh (1971): Impact of psychological Empowerment on organizational commitment : A case study with Reference to An Air conditioning organization in india Department of management studies , National institute of technology .
- 58- Hermic, M, Eurg, A ans shell man (1) (2010): Correlations between perceived teacher Empowerment and perceived sense of teacher. self – efficacy . AASA journal of scholarship & practice, 7 (1) , 37 – 50 .
- 59- Hungej and Minttezung R (2004): Acorrelational study between junior high school teatcher empowerment and job satisfaction in Kaohsiung Area Taiwan (unpublished Dissertation) . The university of the Incanate word .
- 60- Janice and Brien (2011): Relationships among structural empowerment, psychological empowerment and burnout in registered staff Nurses working in outpatient dialysis centers , jl oi3rien –Nephrology Nursing journal , 38 (6) , 475 – 482.
- 61- Janice, lo (2011) : Relation ships a mong structural empowerment , Psychological empowerment , and burnout in

- registered staff Nurses working in outpatient dialysis centers dl ,
o Brien - Nephrology Nursing journal 38 (6) 475 – 482 .
- 62- Kameseh, et. al (2011) : Empowerment and public policy : An exploration of The Implications of section 115 of the pesonal Resp on sibility and work opportunity Act . J community psycho , 38 , (33) , 127 : 133 .
- 63- Kublak, et. al (2014): The Relationship between psychological Empowerment , trust and Iranian EFL teacher , job satisfaction : the case of secondary school teachers journal of career Assessment , 20 (20) , 3 – 18 .
- 64- Kyriaco and Dsutcliffe (1997): psychological Empowerment as a mediator between teachers and Apos , perceptions of Authentic leadership and their with drawal and citizenship Behaviors Educational Administration Quarterly 50 (4) , 99 – 103 .
- 65- Larrabee , el . al (2011) : the power of Empowerment . Illionis : pride publications , inc , Arlington heights .
- 66- Larrabee j , et . al (2011): the Relationship between psychological Empowerment , trust and Iranian EFL teacher , job satisfaction : The case of secondary school teachers , journal of career Assessment , 20 (20) , 3 – 17 .
- 67- Leedom CL. M and procci w. (2012) : symptoms of depression in patients with type 11 diabetes mellitus , psychosomatics (32) – 3(280 – 286)
- 68- lustman, p , et . al (2012): Anxiety disorders in dulsts with diabetes mellitus , psychiatry clinic North America , vol 11 (2) ,

43 – 551 .

- 69- Mallcom , w (1997): shift work and department type related to job stress work attitudes and behavioral intentions : A study of Nurses , journal of organizational behavior (13) , 39 – 45 .
- 70- Manz and Neck (2009): work satisfaction among hospital Nurses , Nursing and Health services Administration, journal 33 , (1) 36 – 73.
- 71- marie , at . al (2007) : Burmout styndrome in critical care Nursing staff American journal of respiratory and critical care medicine New York at Albany , vol (3) , p : 281 .
- 72- Market and Bawdy (1997): Empowerment from philosophy to practice , patient Education and counseling , (26) , 3 , 65 – 83 .
- 73- Marten and Balwdem (2010) : uncertain identities and health – risking behavior : the case of young people and smking in late modernity . The British journal of sociology v, (52) K (3) , 101 : 111.
- 74- Marten and Balwden (2010): the effects of work enuir on ment on job satisfaction in the Nursing workforce , ph . D state university of new York at Albany 238 .
- 75- Nazil , et . al (2008) : the impact of patient Education on Diabetes Empowerment scale (DES) and Diabetes Attiude scale (D/ AS) in patients with type 2 Diabetes turk d mad scl vol (1) pp 49 – 57 .
- 76- OU Chi , M . (2008) : the relationship between psychological empowerment and organi zational learning , social and Behavioral science (30) , 57 – 58 .

- 77- Pajares and frank (2011): High level of Burnout in/intensivists: Prevalence and Associated factor, American journal of Respiratory and critical care medicine, New York, 177 (7), 21 – 25.
- 78- Peters and thomes (2004): five factor personality domains, self – efficacy, care er – out come expectations, and careerindecision, college student . journal, 43 (4) , 55 – 59 .
- 79- Peyrot, et. al (2011): the effects of work environment on job satisfaction in the Nursing workforce, Ph . D state university of New York at Albany , 252 – 270)
- 80- Ramcharman, P. G (1997): Empowerment, stress and satisfaction: An exploratory study of acall center. leadership & organization development journal , 24 (3) , 131 – 135 .
- 81- Rebert, j (2001) : in praise of paradox asocial policy of empowerment over prevention American , journal of community psychology , 9 , 3 – 25 .
- 82- Roach. D, and Rungist. W. (2010): optimizing the care of the patient with diabetes: Empowering Nurses. the college of st scholastic.
- 83- Robert, et. Al (2001): Patient Empowerment Results of randomized controlled trial. DIABETES Care. v (18), (7) pp 35 .
- 84- Rohwer , et .al (1974): the Empowerment process in targeting theory and practice , Academy of management Review , 13 (3) 66 – 70 .
- 85- Sgort and Rinenar (2009): " stressors and burnout : the Role of employee assistance programs and self-efficacy , chang jung

christian university , Taiwan Roc : Taiwan .

- 86- Shermuly, et. al (2011): Effects of vice–principals, psychological empowerment on job satisfaction and burnout international journal of Educational management 25 (3) , 252 – 265 .
- 87- Spritzer, et. al (2014): psychological Empowerment in the work place: dimensions, measurement and validation " Academy of management journal – (v) 38 (5) 135 – 138 .
- 88- Truth, p (1996): collegial support linked to reduction of job stress Nursing management 24 (5) , 117 – 119 .
- 89- Zimmerman, M. A (1995) : psychological empowerment : issues and illustrations American journal of community psychology , 23 pp 34 : 44 .

Developing Psychological Empowerment to Reduce the Psychological Burnout of Oncology Nurses

Weaam Ali Moustafa

Psychological Therapist at the Oncology Center

Mansoura University

Abstract:

The study aimed to develop the psychological empowerment to reduce the psychological burnout of oncology nurses at Oncology Center, Mansoura University (OCMU). To achieve this goal, the researcher deigned two scales: One for diagnosing the psychological empowerment and the other for measuring the psychological burnout. The scales have been applied on a sample of (n= 99) nurses differ in age characteristics, social characteristics, educational level, years of experience and work department. Results have demonstrated that there is a contrast between both the psychological empowerment and the psychological burnout because of the difference of demographic variables. In addition, the researcher has designed a counseling program with the aim of enriching the psychological empowerment and reducing the psychological burnout of (n=10) nurses after calculating the valence among the sample. Results have also shown the effectiveness of the counseling program in improving the psychological empowerment and reducing the levels of the psychological burnout of the experimental sample.

Keywords: psychological empowerment, psychological burnout, nurses at Oncology Center, Mansoura University (OCMU).