

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض

أ.د. م/ عماد الدين محمد السكري

بقسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

أ/ خالد بن بندر الزهيري الحربي

محاضر بقسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن إمكانية التوصل إلى نموذج سببي ذي مؤشرات جودة مطابقة مناسبة يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة (الاحتراق النفسي، التعاطف، اليقظة العقلية) لدى مقدمي الرعاية الصحية، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن التأثير المباشر للتعاطف على كل من الاحتراق النفسي واليقظة العقلية، وكذلك الكشف عن طبيعة التأثير غير المباشر للتعاطف في الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط، والتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي التي تعزى إلى اختلاف النوع والتخصص والتفاعل بينهما. وتكون مجتمع الدراسة من مقدمي الرعاية الصحية في مستشفيات مدينة الرياض، وقد بلغت عينة الدراسة (275) من مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض تم. وقد اسفرت نتائج الدراسة عن وجود مطابقة جيدة بين النموذج المقترح للعلاقات السببية مع بيانات عينة الدراسة من مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، كما أظهرت النتائج عدم وجود تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، واسفرت النتائج عن وجود تأثير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) للتعاطف على اليقظة العقلية وكان التأثير موجباً، كما أظهرت النتائج وجود تأثير غير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط مما يؤكد على أن اليقظة العقلية تلعب دوراً وسيطاً (وساطة كاملة) في تأثير التعاطف على الاحتراق النفسي.

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي، اليقظة العقلية، التعاطف

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض

أ.د. م/ عماد الدين محمد السكري

بقسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

أ/ خالد بن بندر الزهيري الحربي

محاضر بقسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

مقدمة الدراسة

تقدم بلدان العالم جهوداً كبيرة في مجالات الرعاية الصحية، حيث تتفق ميزانيات عالية للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها للمرضى، ويعتمد ذلك بشكل رئيس على كفاءة العاملين في مجالات الرعاية الصحية من أطباء وممرضين ومسعفين وغيرهم. وللحصول على جودة الخدمات لابد من الاهتمام بالرفاهية النفسية للعاملين على تقديم الخدمة الصحية. ويعتبر الاحتراق النفسي أحد أهم المشكلات التي تواجه منها مقدمي الرعاية الصحية ويعانون منها، حيث أظهرت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أن ٥٤% من الأطباء (Mayo Clinc, 2015)، و ٣٥% من ممرضات المستشفيات (Mchung, Cutney, Cimiotte,)، و ٣٥,٢% من طلاب الطب يعانون من الاحتراق النفسي (Saloone, Aiken, 2011)، كما أن ٣٥,٢% من طلاب الطب يعانون من الاحتراق النفسي (Dyrbye, West, Statele, Boone, Tan, Sloan et al., 2014).

وقد أستخدم مصطلح الاحتراق النفسي لأول مرة من قبل عالم النفس السريبي هيربرت فرويدنبرجر في عام (١٩٧٤م) حيث عرفه بأنه استنزاف ناتج عن الاستغلال المفرط لمخزون الطاقة والقوة لدى الفرد في مكان العمل، مع شعور بالإحباط والضييق والتوتر والقلق وعدم الفعالية (Thomas, 2018). كما أشار فرويدنبرجر إلى أن الاحتراق النفسي يحدث غالباً في سياقات تتطلب درجة عالية من التعاطف والمشاركة الشخصية مع الآخرين.

واهتمت عالمة النفس الاجتماعية كريستينا ماسلاش بعمل فرويدنبرجر وطورت مقياساً للاحتراق النفسي (MBI) يعتبر الأداة الأكثر استخداماً لقياس الاحتراق النفسي حتى يومنا هذا (Rotenstein et al., 2018). وعرفت ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jakson, 1981) الاحتراق النفسي بأنه متلازمة نفسية تشمل الإجهاد الجسدي، ومشاعر

العجز، والمفهوم السلبي للذات، والإرهاق العاطفي والموقف السلبي نحو العمل والحياة الناتج عن الضغوط التي يتعرض لها الشخص في مكان العمل. وتصف ماسلاش -الرائدة في نظرية الاحتراق النفسي- الاحتراق النفسي باعتباره مفهومًا ثلاثي الأبعاد: ١- الإرهاق العاطفي ٢- تراجع الشخصية ٣- انخفاض الإنجاز الشخصي، ويشير الإرهاق العاطفي إلى الإنهاك الانفعالي مما يؤدي إلى استنزاف الطاقة، ويشير بُعد تراجع الشخصية إلى الميل للابتعاد عاطفياً عن الآخرين، بينما يشير انخفاض الإنجاز الشخصي إلى فقدان احترام الذات. ويستلزم الاحتراق النفسي مستويات عالية من الإرهاق العاطفي، وإحساسا ملحوظا بتراجع الشخصية ومستويات منخفضة من الإنجاز الشخصي (Maslach,2001).

ويعد مجال الرعاية الصحية من مجالات المساعدة الاجتماعية التي تحتاج بذل جهد كبير يصل إلى درجة الاحتراق النفسي حيث يظهر على شكل عدم الاهتمام بالعمل، وتبدد المشاعر، وقلة الدافعية، وانخفاض التعاطف مع المرضى. كما يرتبط الاحتراق النفسي لدى العاملين في الرعاية الصحية مع عدد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب (Rath,2015)، والقلق والإدمان (Tsaras,2017)، وغيرها. كما ارتبط الاحتراق النفسي بين مقدمي الرعاية بالأخطاء الطبية لدى الجراحين وسوء المعاملة مع المرضى لدى الممرضات (Shanafelt,2016)، والتهرب من العمل (Williams,2001). وبذلك يتضح أن الاحتراق النفسي بين مقدمي الرعاية الصحية له عواقب شخصية ومهنية تؤثر على جودة رعاية المرضى والسلامة النفسية لمقدمي الخدمة وأنظمة الرعاية الصحية.

ويعرف التعاطف بأنه القدرة على فهم مشاعر الآخر ومشاركتها. وفي مجال الرعاية الصحية فإن التعبير عن التعاطف مع المريض هو العنصر الأساس في تكوين العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض. والسؤال الذي يشغل المهتمين في مجال الرعاية الصحية في الآونة الأخيرة هو: لماذا يتوقف العاملون في مهن الرعاية الصحية عن تقديم الرعاية؟ (Haslam,2015)، ففي تقرير فرانسيس الذي كشف عن قصور كبير في رعاية المرضى بمؤسسة The Mid Staffordshire NHS Foundation ، وجد أن هناك العديد من العوامل المساهمة في ذلك مثل الإرهاق العاطفي والاحتراق النفسي وعدم القدرة على تفهم

موقف المريض مما دعا إلى تغيير ثقافة الرعاية الصحية ليشمل المزيد من الرعاية الوجدانية (Francis,2013).

ويعد التعاطف مفهوماً دينامياً معقداً ومتعدد الجوانب حيث يبدو أنه يشتمل على معاني مختلفة لأشخاص مختلفين، وهناك أربعة أبعاد للتعاطف: الوجداني، المعرفي، السلوكي والأخلاقي، وتتداخل هذه الأبعاد في الممارسة العملية من خلال السياقات المختلفة في مجال الرعاية الصحية بين مقدمي الرعاية بمختلف التخصصات (Jeffrey,2016).

في البعد الوجداني للتعاطف يرى موريس وآخرون (١٩٩٢) أن التعاطف هو القدرة على التجربة الذاتية ومشاركة الآخرين مشاعرهم مما يؤدي إلى القلق الذي يساعد في تحسين السلوك. أما التعاطف المعرفي فهو القدرة على فهم مشاعر شخص آخر في موقف موضوعي، حيث يميز بينه وبين الشفقة أو الرحمة فهو (تعاطف منفصل) أي تفهم تجربة الآخر دون استثارة عاطفية شخصية. وقد تم النظر إلى مفهوم التعاطف المعرفي على أنه مهارة يتم اكتسابها وقابلة للتطوير (In Baron, 2011). ويرى هالبرن (Halpern, 2001) أن التعاطف بدون جانب عملي ليس تعاطفاً. ووفقاً لنموذج إيرفينغ (٢٠٠٤) ثلاثي الأبعاد للتعاطف الذي يؤكد فيه على أن الطبيب يجب أن يفهم عالم المريض (معرفي)، والشعور به مع المريض (وجداني)، وإيصال هذا الفهم مع المريض (سلوكي). ويحدد موريس العنصر الأخلاقي باعتباره البعد الرابع للتعاطف ويعرفه بأنه الدافع الداخلي للقلق والرغبة في العمل على تخفيف معاناة الآخر من خلال القيام بالسلوك الإيثاري. والتعاطف باعتباره -كتوجه سلوكي- يلعب دوراً في تمكين الحكم الأخلاقي وبالتالي فهو أساسي للعمل الأخلاقي، ويرى هيليفر أن الهدف من تعليم الاخلاقيات في الطب يجب أن يكون تعزيز الشعور بالتعاطف (Maxwell,2008).

ازداد الاهتمام بالتأثيرات النفسية للتأمل في العقود الأخيرة، وكان التأمل المبني على زراعة الوعي غير القضائي أو اليقظة العقلية في طليعة هذا الاهتمام (2015) (Khoury,Sharma,Rush,Fournier). اليقظة العقلية هي القدرة على الانتباه إلى اللحظة الحالية بوعي وبدون إصدار الأحكام. وعند مراجعة الأدبيات التي تناولت اليقظة العقلية وُجد أدلة تؤكد على فوائد استخدامها ليس على المستوى الشخصي فقط بل والاحترافي كذلك كاستراتيجية للرعاية الذاتية لدى العاملين في الرعاية الصحية، وتصف اليقظة العقلية طريقة

التعامل مع التجربة، حيث يتم توجيه انتباه الشخص مباشرة إلى الأحاسيس والأفكار والعواطف التي تحدث لحظة تلو الأخرى (James&Rimes2018) ويمكن تحسين قدرة الفرد على الانتباه من خلال الممارسة التأملية ومع مرور الوقت يُعتقد أن هذه الممارسات تعزز طرقاً صحية أكثر فيما يتعلق بالتجارب الداخلية من خلال زيادة الوعي وتنظيم الانتباه وقبول الأفكار والعواطف دون الحاجة إلى تغييرها أو الهروب منها (Chu,2010).

وهناك الكثير من النماذج التي تناولت مفهوم اليقظة العقلية ومكوناته، واتفق معظم الباحثين على نموذج يرى أن اليقظة العقلية تحتوي على بعدين: البعد الأول هو التنظيم الذاتي للانتباه حتى يستمر في التركيز على الخبرات الراهنة، بينما البعد الثاني يتمثل في الالتزام والحفاظ على موقف القبول والانفتاح تجاه الخبرات (Zgierska,Wallce,Burzinski,Cox,Backonja, 2014). وأكد الباحثون على أن ممارسة اليقظة العقلية تعزز من قدرة الفرد على الوعي بالأفكار والمشاعر عند حدوثها، كما أن قبول الخبرة يؤدي إلى عدم السعي لتغييرها مما يسمح للأفكار والمشاعر الحالية أن تحدث كما هي.

مشكلة الدراسة:

تشير الأدبيات المهمة بموضوع الاحتراق النفسي إلى انتشاره بين الأطباء بشكل ملحوظ، حيث يعاني واحد من كل ثلاثة أطباء في أوروبا والولايات المتحدة من الاحتراق النفسي (Brazeau, Schroder, Savi, Boyd,2010). ويعد التفاعل مع المرضى على المستويين الانفعالي والإنساني من أهم مسببات الاحتراق النفسي، ولذا يفضل عدم الانسياق للتفاعل إنسانياً مع الآخرين في العلاقات الاجتماعية المهنية مما قد يؤدي إلى انخفاض في التعاطف بشكل عام، وفي حالة مقدمي الرعاية الصحية فإنهم يفضلون حماية أنفسهم من خلال وضع المرضى على مسافة منهم وعدم التفاعل عاطفياً مع الآمهم. كما تؤكد الدراسات أن الأطباء عندما يكونون على مستوى عالٍ من الاحتراق النفسي، فإنهم يميلون إلى الانسحاب من العلاقات مع المرضى. وتسمح استراتيجية الانسحاب هذه لمقدمي الرعاية الصحية الذين يعانون من الاحتراق النفسي بالتوازن النفسي أو حماية مشاعرهم الداخلية إلا أنها تؤثر بمستوى الخدمة المقدمة.

وقد أظهرت الدراسات أنه على الرغم من أن التعاطف عنصر مهم في توفير الرعاية الفعالة من مقدمي الرعاية الصحية، فإن التعاطف كذلك يخلق نوعاً من الظروف التي تسمح بالتوتر والإجهاد والإرهاق العاطفي المهني (Rothschild,2006). وبما أن الإرهاق العاطفي أحد أبعاد بنية الاحتراق النفسي فليس من المفاجئ وجود علاقات أو روابط بين التعاطف والاحتراق النفسي. ومن خلال تحديد مدى تأثير الاحتراق النفسي على رفاهية العاملين وجودة الخدمات الصحية نستطيع أن نصل إلى الأساس المنطقي لفهم العلاقة بين الاحتراق النفسي والتعاطف. فالتعاطف يعتبر مفتاحاً للتفاعلات بين مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها. ويشير ويلكنسون (Wilkinson, 2016) إلى أن استكشاف العلاقة بين الاحتراق النفسي والتعاطف لدى العاملين في الرعاية الصحية تحمل أهمية تنظيمية ومهنية.

وإذا كانت الأدلة على أن الاحتراق النفسي يعيق التعاطف متوافرة، فإن التأثير العكسي للتعاطف على الإرهاق يكون أقل وضوحاً. توجد فرضية أن المستوى العالي من التعاطف قد يتسبب بما يسمى "الإرهاق العاطفي" والذي يؤدي للاحتراق النفسي. وفقاً لنيلسن وتولينوس (٢٠٠٩) فإن الإرهاق العاطفي يحدث بسبب المقابلات الصعبة المتكررة للمريض المرتبطة بالحاجة إلى العناية الكبيرة والاستماع المتعاطف. فإذا كان هناك نوع معين من التعاطف يؤدي إلى الإجهاد والاحتراق النفسي، فنحن بحاجة إلى التفكير في الموقف التعاطفي المناسب الذي يؤدي إلى العكس من ذلك، أي إلى التخفيف من الاحتراق النفسي.

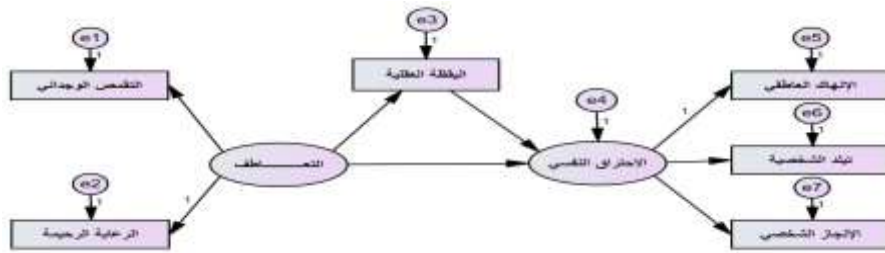
وقد أوصى المعهد الوطني البريطاني للتميز في الرعاية الصحية بالتدخلات القائمة على الوعي (MBIs) للوقاية من الاحتراق النفسي بين مقدمي الرعاية الصحية (Van, 2014) أظهرت العديد من الدراسات والتدخلات القائمة على اليقظة العقلية -على سبيل المثال برنامج (MBS) - أنها فعالة في تعزيز إدارة الإجهاد والأداء الوظيفي. وأشارت بعض الدراسات التي تناولت اليقظة العقلية كصفة شخصية والاحتراق النفسي لدى المهنيين الصحيين إلى ارتفاع مستوى اليقظة المرتبط بمستويات عالية من المرونة بين طلاب التمريض في السنة الثالثة في الولايات المتحدة الأمريكية (chamberlain,2016)، ومستويات منخفضة من التوتر الملحوظ ومستويات عالية من الرفاهية الذاتية لدى متخصصي الرعاية الأولية في البرازيل (Atanes, 2015). ومستويات منخفضة من الاحتراق النفسي بين أطباء الرعاية الأولية في إسبانيا (Montero et al.,2015). كما أن الدراسات الصينية على اليقظة العقلية

والاحتراق النفسي أشارت إلى أن التدخلات المستندة إلى اليقظة العقلية فعالة في الحد من الاحتراق النفسي بين الممرضات العاملات في قسم الطوارئ (Zhang,2016).
وتم تصميم برامج للحد من الاحتراق النفسي على أساس اليقظة العقلية في الأصل من قبل kabat-zinn في أوائل الثمانينيات (kabat-zinn,1982)، ووجه هذا البرنامج للمرضى الذين يعانون من الألم المزمن والأمراض الأخرى، وتتطلب هذه البرامج عادة جلسات أسبوعية تصل إلى ثلاث ساعات على مدى ٨-١٠ أسابيع. ورغم أهمية وفائدة هذه البرامج إلا أنه يصعب غالباً تطبيقها على الأطباء بسبب صعوبة الالتزام بالوقت. واستجابة لذلك قام العديد من الباحثين وأنظمة الرعاية الصحية بتنفيذ برامج اليقظة العقلية المصممة لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على تطوير مهارات الوعي والانتباه لديهم للتخفيف من الإجهاد والإرهاق مع مراعاة الوقت لهؤلاء المهنيين (Forteny, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska,) (Rakel, 2013).

ويشمل التعاطف العمليات المعرفية والعاطفية التي تساند بعضها البعض. كما يشير التعاطف إلى القدرة على التأثير في الحالة العاطفية لشخص آخر ومشاركتها، وتقييم أسباب حالة الآخر والتماهي مع الآخر من خلال تبني وجهة نظره (De waal,2008). ويرتبط التعاطف المعرفي ارتباطاً وثيقاً بنظرية العقل، وهي القدرة على استنتاج الحالات الذهنية التي تقوم عليها سلوكيات الآخرين والتأمل فيها (Ridderinkhof,2017). كما أن أخذ منظور الآخرين إدراكياً يزيد من القلق العاطفي، والذي بدوره يزيد الدافع لمساعدة الآخرين في سلوك إثاري وغير أناني لزيادة رفايتهم. ووفقاً لعدد من الباحثين، فإن اليقظة العقلية تعزز من التعاطف (Block et al.,2007) وقد أكدت بعض دراسات التدخل أن التدريب القائم على اليقظة العقلية يزيد من التعاطف، حيث زاد تدريب (MBSR) لسبع جلسات أسبوعية مع ممارسة منزلية من التعاطف الذاتي لدى طلاب الطب مقارنة بالمجموعة الضابطة (Shapiro,1998). وفي دراسة أخرى، زاد التدريب على اليقظة العقلية لمدة ثلاثة أسابيع، والذي يتكون من جلسات مدتها ١٠ دقائق، من السلوك الاجتماعي الإيجابي مقارنة بالعلاج المعرفي (Lim,2015).

وهناك أليات وطرق متعددة يمكن من خلالها للعقل أن يعزز التعاطف. فعندما ينظر الناس إلى أفكارهم ومشاعرهم على أنها حالات ذهنية غير ضاغطة، يكونون أقل عرضة

للاتغماس فيها، مما يساعد على أن يصبحوا أكثر وعياً باللحظة الحالية (Block,2007). كما أن اليقظة الذهنية تساعد في فهم العمليات العاطفية بشكل عام مما يؤدي لفهم مشاعر الآخرين (Salzberg,2011). ومن ضمن الآليات التي تعزز بها اليقظة الذهنية التعاطف، أن الأشخاص عندما يتعرضون للتوتر فإنهم يعتمدون على الاستجابات التلقائية ذات المستوى البيولوجي على حساب العمليات المعرفية العليا. مما يحبط قدرة الناس على التعاطف مع الآخرين. وبالتالي فإن التدريب القائم على اليقظة العقلية يمكن أن يزيد من التعاطف عن طريق الحد من التوتر والاجهاد (Chiesa,2009). ويرى الباحث أنه محاولة نمذجة العلاقات السببية بين متغيرات الدراسة قد تشكل خطوة في سبيل إحداث نوع من التكامل في الرؤية لكيفية تفاعل هذه المتغيرات مع بعضها البعض. لذلك تسعى الدراسة إلى اختبار النموذج المقترح التالي للعلاقات السببية بين المتغيرات الثلاثة لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض:



شكل (١-١) النموذج المقترح للعلاقات السببية بين المتغيرات الثلاثة لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض

أسئلة الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

ما إمكانية التوصل إلى نموذج سببي يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض؟ ما طبيعة التأثير المباشر للتعاطف على الاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض؟

ما طبيعة التأثير المباشر للتعاطف على اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض؟

ما طبيعة التأثير المباشر لليقظة العقلية على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض؟
ما طبيعة التأثير غير مباشر من التعاطف في الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض؟
ما الفروق في الاحتراق النفسي التي تعزى إلى اختلاف النوع (ذكور- إناث)، والتخصص (طبيب- صيدلي- ممرض- طالب متدرب- أخصائي)، والتفاعل بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

الكشف عن إمكانية التوصل إلى نموذج سببي ذي مؤشرات جودة مطابقة مناسبة يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين التعاطف واليقظة العقلية والاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض.
الكشف عن طبيعة التأثير المباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض.
الكشف عن طبيعة التأثير المباشر لليقظة العقلية على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض.
الكشف عن طبيعة التأثير المباشر لليقظة العقلية على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض.
الكشف عن طبيعة التأثير غير مباشر من التعاطف في الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض.
التعرف على الفروق في الاحتراق النفسي التي تعزى إلى اختلاف النوع (ذكور- إناث)، والتخصص (طبيب- صيدلي- ممرض- طالب متدرب- أخصائي)، والتفاعل بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في مجموعة من الاعتبارات النظرية والتطبيقية والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

الأهمية النظرية:

تتجلى أهمية الدراسة في استخدامها للنموذج البنائي، حيث يتبنى الباحث لإجراء الدراسة الحالية المعادلة البنائية النموذجية نظراً لقدرة هذا الأسلوب الإحصائي، أو بالأحرى مجموعة الأساليب الإحصائية المتضمنة في هذا النموذج، في استقصاء العلاقات السببية بين المتغيرات، كما تتميز المعادلة البنائية بإمكانية اختبار مجموعة من المتغيرات في آن واحد، فالعلاقات في المعادلة البنائية النموذجية سببية.

إلقاء الضوء على الأهمية الكبيرة للاحتراق النفسي والذي يعاني منه الكثير من الأشخاص لا سيما العاملين في تقديم الرعاية الصحية، مما يؤثر على أدائهم العملي وصحتهم النفسية وعلاقاتهم مع المرضى.

يعتبر التعاطف عنصر أساسي في العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، حيث يجب على مقدمي الرعاية الصحية الشعور بنوع من التعاطف مع المرضى، إلا أن هذا التعاطف يعتبر سبباً للإجهاد النفسي والارهاق العاطفي ولذلك فإنه يستحق المزيد من البحث والدراسة. هناك اهتمام كبير بالكشف عن الآثار الإيجابية لليقظة العقلية على الصحة النفسية، وتشير العديد من الدراسات الأجنبية لأهمية ممارسة مقدمي الرعاية الصحية لليقظة العقلية والتمتع الذي يساعد على التمتع بحالة من الوعي والتنظيم الذاتي للانتباه في الموقف دون اصدار احكام.

يعد مجال الرعاية الصحية من أهم مجالات العمل التي تهدف لتقديم الخدمات بجودة عالية بحيث ترضي المستفيد من هذه الخدمات (المرضى) وتحافظ على السلامة النفسية والبدنية للعاملين فيها (مقدمي الرعاية الصحية).

الأهمية التطبيقية

توفير أدوات قياس علمية تتحقق فيها الشروط العلمية اللازمة لقياس المفاهيم المختلفة بما يتفق مع ثقافتنا العربية، واثراء المكتبة العربية بأدوات قياس تساهم في اجراء المزيد من الدراسات حول هذه المفاهيم في البيئة العربية.

من خلال نتائج هذه الدراسة يمكن المساعدة في لفت الانتباه إلى أهمية إعداد البرامج الوقائية (من خلال مراكز التطوير في المستشفيات) لمساعدة مقدمي خدمات الرعاية الصحية على الوعي بهذه المفاهيم (الاحتراق النفسي - التعاطف - اليقظة العقلية) وكيفية التعامل معها والاستفادة منها لتساعدتهم في تطوير قدراتهم للتقليل من الاجهاد العقلي والعاطفي في العمل.

مصطلحات الدراسة

الاحتراق النفسي Psychological Burnout يتبنى الباحث تعريف ماسلاش وجاكسون (١٩٨١م) للاحتراق النفسي بأنه "متلازمة نفسية تشمل الإجهاد الجسدي، ومشاعر العجز، والمفهوم السلبي للذات، والإرهاق العاطفي والموقف السلبي نحو العمل والحياة الناتج عن الضغوط التي يتعرض لها الشخص في مكان العمل" (ص ١٠٩). ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الاحتراق النفسي (MP) MBI-HSS (MP) من إعداد (Christina Maslach, 1981). التعاطف Empathy تبني الباحث في هذه الدراسة مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) من إعداد مركز البحوث في التعليم الطبي والرعاية الصحية في كلية جيفرسون الطبية CRMEHC (٢٠١١م)، وهذا المقياس يستخدم لقياس مستويات التعاطف لدى القائمين بالمهن الصحية (HP-Version)، والذي تم تعريفه من قبل معدي المقياس على أنه "سمة معرفية تتضمن القدرة على فهم ألم المريض ومعاناته ووجهة نظره جنباً إلى جنب مع القدرة على إيصال هذا الفهم ونية المساعدة". ويقاس التعاطف إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) (٢٠١١)،.

اليقظة العقلية Mindfulness وتبنى الباحث لقياس اليقظة العقلية في هذه الدراسة مقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) من إعداد براون وريان (Brown & Ryan, 2003) وهذا المقياس يستخدم لتقييم سمة أساسية من اليقظة العقلية، أي الوعي المنفتح والاهتمام بما يحدث في الوقت الحاضر وتقاس اليقظة العقلية إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اليقظة العقلية .

الاطار النظري والدراسات السابقة

أولاً-الاحتراق النفسي

يعتبر خبرة نفسية سلبية تصيب الفرد، تتعكس على واقعه الشخصي والعملية وتسبب له الكثير من المشاكل مما يؤدي لمجموعة من الظواهر السلبية كالإرهاق البدني والعاطفي والشعور بالعجز وعدم القدرة وفقدان الاهتمام بالآخرين وعدم الرضا عن العمل. وبناءً على ذلك نجد أن هناك ثلاثة جوانب أساسية تبرز ويتكون منها هذا المفهوم وهي: الاجهاد العقلي والعاطفي والجسمي والذي يكون نتيجة للتعرض الدائم للضغط.

مراحل حدوث الاحتراق النفسي

من المعلوم أن الاحتراق النفسي لا يحدث دفعة واحدة بل يمر بعدة مراحل، حتى يصل الفرد إلى أقصى درجات المعاناة من الاحتراق النفسي، وتتخلص هذه المراحل بالتالي:

المرحلة الأولى: تعرف هذه المرحلة بمرحلة الاستتارة الناتجة على عن الضغوط، أو الشدة العصبي الذي يعايشه الفرد في عمله، وترتبط بالأعراض التالية: سرعة الانفعال، والقلق الدائم، فترات من ضغط الدم العالي، والأرق، والنسيان، وصعوبة التركيز والصداع.

المرحلة الثانية: وهي تعرف بمرحلة الحفاظ على الطاقة، وتشمل هذه المرحلة بعض الاستجابات السلوكية مثل: التأخير عن مواعيد العمل، وتأجيل الأمور المتعلقة بالعمل، والزيادة في استخدام المنبهات، والانسحاب الاجتماعي، والشعور بالتعب المستمر.

المرحلة الثالثة: وتعرف بمرحلة الإنهاك أو الاستنزاف، وترتبط بمشكلات بدنية ونفسية مثل: الاكتئاب المتواصل، واضطرابات مستمرة في المعدة، وتعب جسمي مزمن، إجهاد ذهني مستمر، وصداع دائم، والرغبة في الانسحاب النهائي من المجتمع، والرغبة في الابتعاد عن الأصدقاء، وليس من الضروري وجود كل هذه الاعراض مجتمعة في كل مرحلة للحكم بوجود الاحتراق النفسي، ولكن وجود عرضين أو أكثر في كل مرحلة كافي للإشارة على وجود الاحتراق النفسي (دريدير، ٢٠٠٧).

النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

هناك مجموعة من النماذج التي من خلالها حاول أصحابها تفسير الاحتراق النفسي من حيث المصادر والمتغيرات والمصاحبات السلوكية للاحتراق النفسي ومنها:

نموذج تشيرنس للاحتراق النفسي 1985 Chernis

قدم تشيرنس (1985م) نموذج للاحتراق النفسي بعدما قابل ثمانية وعشرون مهنيًا مبتدئًا في أربعة مجالات هي مجال الصحة، والتعليم، والقانون، التمريض، ويركز نموذج تشيرنس على خصائص محيط العمل والتي تسبب ضغوطاً على الفرد مما تسبب الاحتراق النفسي، كما يركز على بعض الاتجاهات السالبة التي توجد لدى الأفراد الأشخاص المعنيين للشعور بالضغط النفسي، ويشير النموذج الى بعض المتغيرات الشخصية وأعطى أهمية لبعض المتغيرات الاجتماعية مثل المساندة الاجتماعية، وأضاف النموذج بعض المتغيرات الأخرى المرتبطة بالعمل مثل: الرضا الوظيفي، وصراع الدور، والصحة الجسمية وغيرها (بدران، 1997م).

نموذج شواب وآخرين للاحتراق النفسي 1986 Schwab

يحدد هذا النموذج مظاهر الاحتراق النفسي ومصادره عوارضه السلوكية، حيث تم تصنيف المصادر وأسباب الاحتراق النفسي عوامل تتعلق بشخصية الفرد وأخرى تتعلق ببيئة العمل، وتتمثل العوامل المتعلقة بشخصية الفرد في توقعات الفرد نحو دوره المهني والمتغيرات الشخصية الخاصة به مثل: النوع والعمر والمستوى التعليمي، وأشار النموذج الى ابعاد الاحتراق النفسي والتي تتمثل في الإرهاق الانفعالي، تبدل المشاعر، النقص في الإنجاز الشخصي، كما وتناول النموذج النواتج السلوكية للاحتراق النفسي والمتمثلة في زيادة معدل الغياب، والتعب السريع، وتدنى الكفاءة المهنية، مما قد يتطور لترك العمل (زيدان، 1998م).

3 نموذج التكيف العام لهانز سيلبي 1956-1976 Seyle

قام سيلبي بصياغة نظريته عام 1956م ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976م وأطلق عليها زملة التكيف العام (S.A.G)، ويرى سيلبي أن التعرض التكرار للاحتراق يترتب عليه تأثيرات سلبية على حياة الفرد، وذلك كون أن الاحتراق النفسي يفرض على الفرد حاجات فسيولوجية واجتماعية ونفسية، قد يبدو أن الاستجابة لها بشكل سليم إلا أن الفرد حين يحشد كل طاقته لمواجهة هذه الضغوط تتعكس عليه في شكل اعراض نفسية وفسولوجية وقد وصفها سيلبي على أساس ثلاثة مراحل هي:
المرحلة الأولى: الإنذار لرد الفعل

ظهور بعض التغيرات بالجسم عند أول مواجهة للاحتراق ومن هنا يبدأ التكيف الحقيقي بمعنى أن هذه المرحلة تصف رد الفعل الطارئ الذي يظهره الكائن الحي عند مواجهته للتهديد أو الخصر في سبيل إعداده للتعامل مع التهديد، سواءً بالمواجهة أو التجنب.
المرحلة الثانية: المقاومة

وهي المرحلة التي تنشأ بوصفها نتيجة المرحلة السابقة، وفيها تختفي التغيرات التي طرأت على الجسم حيث تكون قدرة الجسم غير كافية لمواجهة العوامل الخارجية المسببة للاحتراق، عن طريق إحداث رد فعل تكيفي، ولذا فإن الفرد يبدأ في تنمية مقاومة نوعية تتطلب استخدام كل الموارد الذاتية مما يؤدي إلى نشوء بعض الاضطرابات (السيكوسوماتية).
المرحلة الثالثة: الإنهاك

ويحدث هذا الإنهاك إذا استمرت هذه المواجهة بين الجسم والموقف الضاغط لمدة طويلة، عندها تصبح طاقة التكيف منهكة مما يؤدي إلى ظهور التغيرات الجسمية التي حدثت في المرحلة الأولى بصورة أكثر شدة وصعوبة وقد تؤدي بالفرد إلى المرض النفسي أو الوفاة في حالة معينة (Michael, 2002).

ثانياً - التعاطف

التعاطف هو أبعد من مجرد الشعور بالآخر بشكل تلقائي، بل أنه يصف قدرة الفرد على فهم مشاعر الآخر والاستجابة له بشكل مناسب، بل وقد يذهب التعاطف إلى ما هو أبعد من ذلك في فهم ما وراء مشاعر الآخرين، ولذلك عندما نحاول البقاء على تعاطف مع شخص ما ، يجب علينا فهم ما يدور بداخل ذلك الشخص أو نحاول أن نرى الموقف من زاويته، وعليه نستطيع القول أن التعاطف ليس عبارة عن عملية انفعالية بين الأفراد تتطلب التشابه بل على العكس يقتضي وجود اختلاف بين بينهم، ومن هنا يمكن لنا القول بأن التعاطف هو القدرة على الإحساس بمشاعر الآخر وفهم هذه المشاعر دون فقدان الذات (العاسمي، ٢٠١٤).

مكونات التعاطف

يتكون التعاطف من ثلاثة مكونات:

المكون المعرفي: ويعني الفهم الكلي للحالة العقلية للآخرين من خلال العلاقة التي تربطه معهم.

المكون الديناميكي: ويقصد به الروابط الاجتماعية بالإضافة الى بيولوجيا الاعصاب التي تمت دراستها على نطاق واسع لدى الانسان
المكون الوجداني: ويعني استجابة عاطفية مناسبة عند مواجهة الحالة الانفعالية للشخص الآخر، موضوع التعاطف (Leonardo & Moll,2009,p 460).

النظريات المفسرة للتعاطف:تختلف وجهات النظر في عملية تفسير كيفية حدوث التعاطف ولذلك سوف نعرض بعض هذه النظريات فيمل يلي:

نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد أن التعاطف هو عبارة عن عملية توحد، والتوحد هو نشاط لا شعوري مبني على الغريزة ومشروط بخبرات الطفولة، حيث أن الإنسان لديه حاجة غريزية للتوحد وهذه الحاجة تجعله يدافع عن نفسه، ويرى فرويد أن التعاطف وسيلة للتواصل والفهم، كونه يربط الفهم مع الشعور بالتشابه والتماثل (Pigman, 1995). فالأطفال وحسب ما يرى فرويد لا يكتسبون معاييرهم من التدريب فقط، إنما من التوحد حيث يميلون إلى أن لا يفعلوا ما يقوله لهم ابائهم، بل يقلدون ما يرونه أمامهم، إذ أن الأطفال مقلدون أكثر من التزامهم بتنفيذ ما يؤمرون به (Scotland,1969,p228).

نظرية ثيودور لبس يرى لبس أن التعاطف ناتج عن استجابة تقليدية، فعندما يلاحظ شخص شخصاً آخر وهو واقع تحت تأثير ما، فإنه يقلده تلقائياً بتغيير بسيط في الوضع، وتعابير الوجه التي تعطي علامات تسهم في فهمه لمشاعر الشخص الآخر، فضلاً عن التقويم الذهني الذي يكون ضرورياً لظهور حالة التعاطف (Jahoda, 2005). والتعاطف عند لبس وصف للمشاعر والاتجاهات التي يوقظها ما يحيط بها (فعلياً أو متخيلاً) لموضوع أو عمل ما. ويشير لبس إلى أن التعاطف هو المعرفة بمشاعر شخصية الأفراد الآخرين.

نموذج هوفمان يؤكد هوفمان على أن التعاطف عبارة عن التفاعل القائم بين الحس المعرفي بالآخرين والمشاعر التعاطفية، حيث أن هذا الحس المعرفي بالآخرين يتطور بتقدم العمر، ففي مرحلة الرضاعة يفتقر الأطفال إلى مثل هذا الإحساس، وليس لديهم إدراك بأن للأشياء والآخرين المحيطين بهم وجود منفصل عن ذواتهم بسبب مركزية الذات، والتي تقل تدريجياً بعمر (٧-٨) سنوات حيث يدرك الأطفال بأن للآخرين أوضاعهم الخاصة بهم، ويمثل هذا المستوى من الإدراك بداية القدرة على أخذ الدور عند الأطفال (Hoffman,1978). ويؤكد هوفمان على أن العمليات الادراكية لها دور مهم في ظهور التعاطف لأن الادراك يدخل ما

بين الدلالات وتعبيرات الوجه، ومؤشرات الحالة، وتأثير ذلك في الشخص المقابل، أن الإدراك أساسي للتعاطف، لأن التعاطف استجابة لحالة شخص آخر، فالتعاطف الناضج لا بد أن يتضمن الوعي بحقيقة أن مصدر تأثير شخص ما هو ما يحدث لهذا الشخص فضلاً عن الإحساس بما يشعر به الآخرون (العبيدي، ٢٠١١، ص ١٤٢).

ثالثاً- اليقظة العقلية

تؤثر اليقظة العقلية في العديد من المهارات والاستجابات، ولها تأثير على زيادة الوعي، والتخلي عن ردود الأفعال المسبقة، والمرونة في الاستجابة، والتعامل مع الأحداث الطارئة، مع التقليل من الوقوع في الأخطاء. واتفق معظم الباحثين على نموذج يرى أن اليقظة العقلية تحتوي على بعدين: البعد الأول هو التنظيم الذاتي للانتباه حتى يستمر في التركيز على الخبرات الراهنة، بينما البعد الثاني يتمثل في الالتزام والحفاظ على موقف القبول والانفتاح اتجاه الخبرات (Wallace, 2014). إن اليقظة العقلية تعني دخول الفرد في افتراضات الشخص الآخر، من خلال معرفة أفكاره وانفعالاته، أن الفرد اليقظ عندما يتفاعل مع الآخر يكون على اتصال فكري بحيث يركز على المعطى أكثر من الاتصال في ذاته.

مكونات اليقظة العقلية

هناك العديد من الفرضيات التي تناولت مكونات وأبعاد اليقظة العقلية فهناك جهات نظر ترى البناء من خلال أحادية البعد والأخرى متعددة الأبعاد. وعلى سبيل المثال يقترح بروان (Browen, 2011) مكونين لليقظة العقلية، الأول: يشير إلى حالة الوعي كما هي في اللحظة الراهنة بالإضافة إلى الشعور الواعي القصدي. أما الثاني: فيشير إلى المعالجة المعرفية لليقظة للمعلومات المحيطة.

وأضاف كانج وآخرون (Kang & Oh, 2012) أربع مكونات لليقظة العقلية، وهي الانتباه، والوعي، والتركيز على الخبرة في اللحظة الراهنة، والتعاطف مع الخبرات والأفكار بدون إصدار أحكام.

وبناءً على ما سبق يمكن القول أن الانتباه والوعي مكونان أساسيان لليقظة العقلية، حيث أن الانتباه يعتبر محور أساسي في اليقظة العقلية وأن التدريب على الانتباه في ممارسة اليقظة العقلية يؤدي إلى تعزيز التركيز، كذلك التنظيم المقصود للانتباه لخبرة في اللحظة الحاضرة يسهل المراقبة ما وراء المعرفية لهذه الخبرة (الوليدي، ٢٠١٧م).

النظريات المفسرة لليقظة العقلية: من أبرز النظريات التي تناولت اليقظة العقلية وأشهرها هي: نظرية لانجر

ترى لانجر أن اليقظة العقلية تعني القدرة على خلق فئات جديدة، واستقبال معلومات جديدة، والانفتاح على وجهات النظر المختلفة، والسيطرة على السياق والتأكيد على النتيجة. وبصياغة أخرى، اليقظة العقلية هي القدرة على النظر الى الأشياء بطريقة جديدة ومدرسة. وتفترض هذه النظرية أن جميع القابليات محدودة تكون نتيجة لتقبل وإع لإبداعات المعرفية السابقة لأونها. كما تعد اليقظة العقلية مت المتغيرات التي يعول عليها في نطاق واسع لغرس المهارات العقلية، من خلال ممارسة التأمل، وهي نافعة جداً حيث استخدمت في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية والنفسية، كالإجهاد، والهلع، والاكتئاب، والسلوك الانتحاري (Lau,et.al,2006).

نظرية الوعي الذاتي التألمي

الدراسات السابقة

في محاولة الباحث لمسح الدراسات السابقة في موضوع البحث الحالي أمكن تصنيفها إلى المحاور التالية:

المحور الأول: دراسات تناولت العلاقة بين الاحتراق النفسي والتعاطف

اهتمت فيري (Ferri et al.,2015) بدراسة العلاقة بين التعاطف والاحتراق النفسي لدى طلاب التمريض حيث هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات التعاطف والاحتراق النفسي بين طلاب التمريض والممرضات وكذلك تقييم العلاقة بين مستويات التعاطف والاحتراق النفسي في كلا المجموعتين ، وتم إجراء هذا البحث على عينة من ٢٩٨ ممرضة و ١١٥ طالب تمريض وتشير النتائج أن الطالبات لديهن درجات عالية من التعاطف مقارنة بالطلاب الذكور في جميع أبعاد مقياس التعاطف المتوازن ، كما أشارت النتائج إلى انخفاض التعاطف مع التقدم في العمر والوظيفة كما يمكن لمستويات عالية من التعاطف أن تكون وقائية ضد الاحتراق النفسي.

في حين هدفت دراسة هيلين (Helen,2017) إلى تحديد مدى انتشار متلازمة الاحتراق النفسي والتعاطف بين الممرضات العاملات في المستشفيات العادية، وبين الممرضات العاملات في الخدمات الطبية الطارئة، وكذلك هدفت الدراسة الى تحديد الاختلافات في درجة

متلازمة الاحتراق النفسي والتعاطف في المجموعتين. وللحصول على المعلومات شارك في البحث ١٧٥ من الممرضات، وأوضحت النتائج أن نسبة الإرهاق العاطفي لدى الممرضات في المستشفيات أعلى. في حين أن درجة تراجع الشخصية كانت أعلى بكثير لدى ممرضات الخدمات الطبية الطارئة.

المحور الثاني: دراسات تناولت العلاقة بين الاحتراق النفسي واليقظة العقلية أجرى جودمان وشورلين (Goodman & schorling, 2012) دراسة هدفت إلى تحديد ما إذا كانت دورة التعليم المستمر القائمة على اليقظة الذهنية يمكن أن تقلل من الاحتراق النفسي والاجهاد وتحسين الرفاهية العقلية بين مقدمي الرعاية الصحية من مختلف التخصصات. وقد أجريت الدراسة في مركز طبي حيث شارك ما مجموعه ٩٣ من مقدمي الرعاية الصحية من تخصصات متعددة. وشملت الدورة أربعة أنواع من ممارسات اليقظة الذهنية، وأشارت النتائج إلى ارتباط دورة التعلم المستمر على أساس اليقظة العقلية للحد من التوتر والاجهاد مع تحسينات كبيرة في درجة الاحتراق النفسي والرفاهية العقلية لمجموعة واسعة من مقدمي الرعاية الصحية.

وقد سعت دراسة دي بينديتو وسوادينغ (Di Benedetto & Swadling, 2014) للتحقق من العلاقة بين الاحتراق النفسي لدى علماء النفس الاستراليين ومكان العمل وسنوات الخبرة. تم مسح ١٤٥ من الإناث و ٢٢ من علماء النفس الذكور، بمتوسط عمر ٤٢ سنة والمدى ٢٤-٦٨، تم الإبلاغ عن مستويات عالية من الاحتراق النفسي بين علماء النفس الاستراليين. لم يتم العثور على فرق كبير في الاحتراق لدى العلماء العاملين في العيادات الخاصة وغير الخاصة. كانت هناك علاقة سلبية منخفضة، ولكنها مهمة بين سنوات الخبرة في مجال العمل الحالي ومستويات الاحتراق النفسي. كما كانت هناك علاقة سلبية بين اليقظة العقلية والاحتراق النفسي. ووجدت أن تطوير استراتيجيات لزيادة اليقظة قد تمنع الاحتراق النفسي لدى علماء النفس الاستراليين.

المحور الثالث: دراسات تناولت العلاقة بين اليقظة العقلية والتعاطف

هدفت الدراسة التي قامت بها بادو ومارفي (Beddoe & Murphy, 2004) إلى استكشاف آثار دورة لتخفيف التوتر والاجهاد وتعزيز التعاطف لدى طلاب التمريض، وشاركت عينة من ١٦ طالباً في الدورة التدريبية التي استمرت لمدة ٨ أسابيع. المشاركة في التدخل

قللت إلى حد كبير من قلق الطلاب، وقد لوحظت اتجاهات مواتية في عدد من أبعاد الضغط مثل الوقت والاجهاد الكلي. كما تشير النتائج إلى أن الانتباه واليقظة العقلية تؤدي إلى تقليل الميل لمواجهة مشاعر الآخرين السلبية وتعد المواجهة مع الاجهاد وتعزيز المجال العاطفي من الجوانب المهمة في تعليم التمريض والتي يمكن تسهيلها من خلال تعليم اليقظة الذهنية. كما أجرى باربوسا وزملائه (Barbosa et al., 2013) دراسة عن مدى تأثير التدخل السلوكي القائم على اليقظة العقلية (MBSR) لتعليم مهارات التنظيم الذاتي للحد من التوتر وإدارة العاطفة على الطلاب من خمسة برامج دراسات عليا في الرعاية الصحية. كما ١٣ طالباً برنامج (MBSR) وتمت مقارنتهم مع ١٥ طالباً في مجموعة ضابطة. في نهاية الدورة الأسبوع الثامن لوحظ انخفاض كبير في القلق، كما لوحظ زيادة كبيرة في التعاطف. هذه النتائج تقدم دليلاً داعماً على (MBSR) كتدخل سلوكي للحد من التوتر وزيادة التعاطف. التعليق على الدراسات السابقة

يتضح من العرض السابق للدراسات التي أجريت في هذا السياق النفاط التالية: اتفقت العديد من الدراسات على وجود علاقة ارتباطية بين الاحتراق النفسي والعديد من المتغيرات الأخرى كاليقظة العقلية والتعاطف. تشابهت معظم الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في اختيار العينة حيث كانت عينة دراستهم مقدمي الرعاية الصحية. أشارت بعض نتائج الدراسات إلى أهمية استخدام اليقظة العقلية والتعاطف كأساليب علاجية مساعدة في علاج الأفراد الذين يعانون من الضغوط المختلفة كما في دراسة جودمان (Goodman & schorling, 2012)، بادو ومارفي (Beddoe & Murphy, 2004). يتضح من العرض السابق عدم توافر دراسات بحوث عربية، في حدود ما اطلع عليه الباحث، تناولت متغيرات هذه الدراسة معاً، كما أن اغلب الدراسات الأجنبية التي تناولت المتغيرات لم تهتم بوضع نموذج بنائي للعلاقات السببية لهذه المتغيرات، كما أن هناك ندرة في الاهتمام بمقدمي الرعاية الصحية بالبيئة العربية.

فروض الدراسة

بناء على نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها، تمت صياغة فروض الدراسة، حيث تسعى الدراسة الحالية إلى اختبار صحة الفروض التالية:

يمكن اقتراح نموذج سببي يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. لا يوجد تأثير مباشر دال إحصائيا للتعاطف على الاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. يوجد تأثير مباشر موجب دال إحصائيا للتعاطف على اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. يوجد تأثير مباشر سالب دال إحصائيا لليقظة العقلية على الاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. يوجد تأثير غير مباشر دال إحصائيا من التعاطف في الاحترق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. لا توجد فروق دالة إحصائيا في الاحترق النفسي تعزى إلى اختلاف النوع (ذكور - إناث)، والتخصص (طبيب - صيدلي - ممرض - طالب متدرب - أخصائي)، والتفاعل بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض.

المنهج والإجراءات

منهج الدراسة: استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن) والذي يعرفه فان دالين بأنه طريقة لجمع المعلومات حول الحالة الحاضرة ومحاولة معرفة العلاقات المتبادلة بين الحقائق مما يبسر فهمها وتفسيرها (في عساف، ١٤٠٩).

العينة تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العشوائية الطبقية وفقا لفئات النوع (ذكور - إناث)، والتخصص (طبيب - صيدلي - ممرض - طالب متدرب - أخصائي)، حيث تكونت

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

من (٢٧٥) من مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، والجدول رقم (٣-١) يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث النوع، والتخصص:

جدول (١) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقا لكل من النوع والتخصص

التخصص	النوع			الإجمالي
	ذكور	إناث	العدد	
طبيب	٤٠	٤٢	٨٢	
	%١٤,٥	%١٥,٣	%٢٩,٨	
صيدلي	٢٤	١٨	٤٢	
	%٨,٧	%٦,٥	%١٥,٣	
ممرض	٣٨	٤١	٧٩	
	%١٣,٨	%١٤,٩	%٢٨,٧	
طالب متدرب	١٢	٣٠	٤٢	
	%٤,٤	%١٠,٩	%١٥,٣	
أخصائي	٢٢	٨	٣٠	
	%٨,٠	%٢,٩	%١٠,٩	
الإجمالي	١٣٦	١٣٩	٢٧٥	
	%٤٩,٥	%٥٠,٥	%١٠٠,٠	

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة الحالية ثلاثة مقاييس لتحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها، واختبار مدى صحة فرضياتها، وهي:

مقياس الاحتراق النفسي، إعداد ماسلاش (٢٠١٨م): إعداد ماسلاش Christina Maslach (١٩٨١م)، ترجمة (حمدان الحربي وآخرون ٢٠١٥) وهذا المقياس يستخدم لقياس مستويات

الاحترق النفسي لدى القائمين بالمهنة الإنسانية (تقديم الرعاية الصحية)، ويتكون المقياس من ٢٢ فقرة (١٤ فقرة إيجابية، و ٨ فقرات سلبية)، موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية وهي: الإنهاك العاطفي، وتبدل الشخصية، والإنجاز الشخصي، وتقاس درجته من خلال الإجابة على المقياس الذي يتدرج على (٧) بدائل تقابل كل منها درجات من (٠ إلى ٦)، يتمتع المقياس في صورته الأصلية بخصائص سيكومترية جيدة من صدق وثبات حيث قامت معدة المقياس بحساب معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية كما تم حساب صدق المقاييس ثلاث طرق هي: الاتساق الداخلي وصدق المحكمين والصدق التمييزي

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للصدق والثبات المقياس بالدراسة الحالية للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الاحتراق النفسي قام الباحث بحساب معاملات الارتباط المصححة (Corrected Item–Total Correlation) بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس، ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة الفقرة، وكذلك بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة، أسفرت عنها المعالجة الإحصائية ن جميع قيم معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة الفقرة جاءت جميعها مرتفعة ($> 0,3$)، كما جاءت جميع قيم معاملات المصححة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة مرتفعة أيضاً، بما يشير إلى الاتساق الداخلي لمقياس الاحتراق النفسي وتم التحقق من ثبات مقياس الاحتراق النفسي بحساب معامل ثبات مكدونالد أوميغا (McDonald's Omega)، كما قام الباحث بحساب ثبات التجزئة النصفية (Split–Half Reliability) المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل، وكذلك لكل بُعد من أبعاد المقياس، وجاءت النتائج كما يظهر في الجدول التالي

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

جدول (٢) يبين ثبات مقياس الاحتراق النفسي باستخدام معامل مكدونالد أوميغا والتجزئة النصفية (N=١٥٢)

طريقة حساب الثبات		عدد الفقرات	مقياس الاحتراق النفسي
التجزئة النصفية	مكدونالد أوميغا		
٠,٩٠٤	٠,٩٦١	٩	الإنهاك العاطفي
٠,٨٩٧	٠,٩٢٧	٥	تبدل الشخصية
٠,٨٩٢	٠,٩٢٢	٨	الإنجاز الشخصي
٠,٩١١	٠,٩٦٩	٢٢	المقياس ككل

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الثبات بطريقة مكدونالد أوميغا قد بلغت للمقياس ككل (٠,٩٦٩)، وتراوحت لأبعاد المقياس بين (٠,٩٢٢)، و (٠,٩٦١)، كما بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل (٠,٩١١)، وتراوحت لأبعاد المقياس بين (٠,٨٩٢)، و (٠,٩٠٤)، وجميعها قيم مرتفعة قريبة من الواحد الصحيح، تدل على ثبات مقياس الاحتراق النفسي بما يؤكد إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه في الدراسة الحالية.

مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE)، (٢٠١١)، ترجمة وتقنين الباحث: من إعداد مركز البحوث في التعليم الطبي والرعاية الصحية في كلية جيفرسون الطبية CRMEHC (٢٠١١م)، وهذا المقياس يستخدم لقياس مستويات التعاطف لدى القائمين بالمهن الصحية (HP-Version)، والذي تم تعريفه من قبل معدي المقياس على أنه "سمة معرفية تتضمن القدرة على فهم ألم المريض ومعاناته ووجهة نظره جنباً إلى جنب مع القدرة على إيصال هذا الفهم ونية المساعدة."، وتم منح الإذن باستخدام مقياس جيفرسون للتعاطف في (٨٨) دولة، كما تمت ترجمته إلى (٥٩) لغة.

ويتكون المقياس من ١٩ فقرة (١١ فقرة إيجابية، و ٨ فقرات سلبية)، موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية وهي: التقمص الوجداني (التشاعر)، والرعاية الرحيمة، والسير بحذاء المريض، وتقاس درجته من خلال الإجابة على المقياس الذي يتدرج على (٥) بدائل تقابل كل منها درجات من

(١) إلى (٥)، يتمتع المقياس في صورته الاصلية علي بخصائص سكومترية جيد من ثبات وصدق وقد قام معدو المقياس بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس بحساب ثبات الفا لإبعاد المقياس والتي تراوحت من ٠,٦٥، إلى ٧٦، وتم حساب الصدق عن طريق صدق المحكمين: وقد وصلت نسب الاتفاق بين المحكمين ما بين ٠,٨٠ إلى ٠,٩٠).

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس بتطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (١٥٢) من مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض، قام الباحث بعرض فقرات المقياس في صورتها الأولية، المكوّنة من (١٩) فقرة، ملحق (١)، على عدد (٧) من المحكمين الأكاديميين ذوي الخبرة والاختصاص، من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية، والملحق (٢) يوضح أسماء المحكمين، وجهات عملهم، وقد طُلب منهم إبداء آرائهم في المقياس من حيث: مدى وضوح الفقرات، وحسن صياغتها، وملاءمة بدائلها، وانتمائها إلى المفهوم النظري للمقياس، وأي ملاحظات يرونها مناسبة، وتمت الاستفادة من ملاحظات المحكمين واقتراحاتهم، وأجريت التعديلات في ضوء آرائهم، حيث تم حذف الفقرة رقم (٣) من فقرات المقياس الأصلية، وحذف البعد الثالث من أبعاد المقياس بناء على ذلك، والإبقاء على بعدين فقط (التقمص الوجداني/ التشاعر - والرعاية الرحيمة)، كما تم التعديل على بعض الفقرات بناء على آراء ومقترحات المحكمين، وتم الإبقاء على الفقرات التي حازت نسبة قبول (٨٠%) فأعلى من آراء المحكمين، وبلغ عدد فقرات المقياس في صورتها النهائية (١٨)

كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) قام الباحث بحساب معاملات الارتباط المصححة (Corrected Item-Total Correlation) بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس، ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة الفقرة، وكذلك بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة، والجدول رقم (٣) يتضمن عرضاً للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية لصدق الاتساق الداخلي:

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

جدول (٣) يوضح حساب الاتساق الداخلي لفقرات مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) باستخدام معامل الارتباط المصحح بين درجة كل فقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٥٢)

م	الفقرة	معامل الارتباط بدرجة البعد	معامل الارتباط بدرجة المقياس
البعد الأول- التقمص الوجداني (التشاعر)			
٢	يشعر مرضاي بتحسناً عندما أتفهم مشاعرهم	٠,٦٣٦	٠,٦٢٧
٤	فهمي للغة جسد المريض لا يقل أهمية عن التواصل اللفظي	٠,٧٣٢	٠,٧٠٦
٥	لدي من حس الدعابة ما يساهم في نتائج علاجية أفضل	٠,٦٠٦	٠,٥٨٢
٨	أضع نفسي مكان مرضاي عند تقديم الرعاية لهم	٠,٦٣٩	٠,٥٩٨
٩	يُقدر مرضاي تفهمي لمشاعرهم وهو أمر علاجي بحد ذاته	٠,٨٥٨	٠,٨٦٣
١٢	أحاول تفهم ما يدور في أذهان مرضاي من خلال الانتباه إلى الإشارات غير اللفظية ولغة الجسد	٠,٦٨٢	٠,٦٩٠
١٤	التعاطف مهارة علاجية لا يمكن نجاح العلاج بدونها	٠,٧٤٣	٠,٧٧٨
١٥	أحد المكونات المهمة للعلاقة مع مرضاي هو فهمي لحالتهم العاطفية وكذلك فهم أسرهم	٠,٧٤٤	٠,٧٤٧
١٦	أحاول أن أفكر مثل مرضاي لتقديم رعاية أفضل	٠,٧٢٧	٠,٧٣٥
١٩	أعتقد أن التعاطف عامل مهم في العلاج الطبي والجراحي	٠,٧٧٩	٠,٨٢٠
البعد الثاني- الرعاية الرحيمة			
١	فهمي لما يشعر به مرضاي وعائلاتهم لا يؤثر على العلاج الطبي والجراحي	٠,٥٧٣	٠,٥٢٦
٦	أحاول ألا أهتم بمشاعر مرضاي أو السؤال عن صحتهم أثناء تسجيل التاريخ المرضي	٠,٦٨٢	٠,٧٢٦
٧	أحرص على مشاركة مرضاي تجاربهم الشخصية	٠,٧٤٥	٠,٧٥٣
١٠	يكفي العلاج الطبي والجراحي ولا حاجة لإقامة روابط عاطفية مع المرضى	٠,٨٢٧	٠,٨٤٠
١١	سؤال المرضى عن حياتهم الشخصية لا يفيد في تشخيص حالتهم المرضية	٠,٧٧٠	٠,٨٠٦
١٣	أعتقد أن العاطفة لا مكان لها في علاج الأمراض الطبية	٠,٨٠٩	٠,٨١١
١٧	لتقديم العلاج الأمثل، أقاوم تأثير العلاقات الشخصية القوية بين مرضاي وأفراد أسرهم	٠,٥٠٧	٠,٤٥٤
١٨	لا استمتع بالأدب والفنون	٠,٦١٧	٠,٥٨٨

يتبين من الجدول (٣) أن جميع قيم معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة الفقرة جاءت جميعها مرتفعة ($> 0,3$)، كما جاءت جميع قيم معاملات المصححة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة مرتفعة أيضاً، بما يشير إلى الاتساق الداخلي لمقياس جيفرسون للتعاطف (JSE).

كما تحقق الباحث الحالي من ثبات مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) بحساب معامل ثبات مك دونالد أوميغا (McDonald's Omega)، كما قام الباحث بحساب ثبات التجزئة النصفية (Split-Half Reliability) المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل، وكذلك لكل بُعد من بعدي المقياس، وجاءت النتائج كما يظهر في الجدول التالي

جدول (٤) يبين ثبات مقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) باستخدام معامل مك دونالد أوميغا والتجزئة النصفية (ن=١٥٢)

طريقة حساب الثبات		عدد الفقرات	مقياس التعاطف
التجزئة النصفية	مكدونالد أوميغا		
٠,٨٩١	٠,٩٢٦	١٠	التقصم الوجداني (التشاعر)
٠,٩٤٦	٠,٩٠٧	٨	الرعاية الرحيمة
٠,٩٥٢	٠,٩٥٣	١٨	المقياس ككل

يتبين من الجدول (٤) أن قيمة معامل الثبات بطريقة مك دونالد أوميغا قد بلغت للمقياس ككل (٠,٩٥٣)، وبلغت لبُعدي المقياس (٠,٩٢٦)، و (٠,٩٠٧)، كما بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل (٠,٩٥٢)، وبلغت لبُعدي المقياس (٠,٨٩١)، و (٠,٩٤٦)، وجميعها قيم مرتفعة تدل على الثبات المرتفع لمقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) بما يؤكد إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه في الدراسة الحالية.

مقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS)، ترجمة الباحث: إعداد براون وريان & Brown Ryan (٢٠٠٣م)، وهذا المقياس يستخدم لتقييم سمة أساسية من اليقظة العقلية، أي الوعي

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

المنفتح والاهتمام بما يحدث في الوقت الحاضر، ويتكون المقياس من (١٥) فقرة على (بعد واحد) وجميع الفقرات سالبة (معكوسة)، وتقاس درجته من خلال الإجابة على المقياس الذي يتدرج على (٥) بدائل، تقابل كل منها درجات من (١) إلى (٥)، ويتصف المقياس في صورته الاصلية بخصائص سيكومترية جيدة فقد تم حساب الصدق من قبل معد المقياس عن طريق صدق المحكمين فقد تم عرض المقياس على ستة محكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس الإرشادي. إضافةً إلى ذلك، استخدم أسلوب التحليل العاملي وفقاً لطريقة المكونات الأساسية. وأجري التدوير باستخدام طريقة التدوير المتعامد (Rotation Varimax) بينت نتائج التحليل وجود وقد حُددت من خلال هذا الاختبار ثلاثة عوامل للتدوير تفسر مجتمعة ٨٨,٣٣٪. وتم حساب ثبات المقياس في صورته الاصلية من خلال تطبيقه على (٦٠) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة، وحساب معامل الاتساق الداخلي، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، لبنود المقياس التي تضمنها المقياس.. وبلغت قيم معامل ثبات الفا للمقياس ٠,٧٤.

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس من حيث الصدق قام الباحث بعرض فقرات المقياس في صورتها الأولية، المكوّنة من (١٥) فقرة، ملحق (٤)، على عدد (٧) من المحكمين الأكاديميين ذوي الخبرة والاختصاص، من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية، والملحق (٥) يوضح أسماء المحكمين، وجهات عملهم، وقد طُلب منهم إبداء آرائهم في المقياس من حيث: مدى وضوح الفقرات، وحسن صياغتها، وملاءمة بدائلها، وانتمائها إلى المفهوم النظري للمقياس، وأي ملاحظات يرونها مناسبة، وتمت الاستفادة من ملاحظات المحكمين واقتراحاتهم، وأجريت التعديلات في ضوء آرائهم، حيث تم تعديل صياغة بعض الفقرات بناء على آراء ومقترحات المحكمين، وتم الإبقاء على الفقرات التي حازت نسبة قبول (٨٠%) فأعلى من آراء المحكمين، ولم يتم حذف أي من فقرات المقياس، وبناء على ذلك بلغ عدد فقرات المقياس في صورته النهائية (١٥)

كذلك تم حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) قام الباحث بحساب معاملات الارتباط المصححة (Corrected Item–Total Correlation) بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة، والجدول رقم (٥) يتضمن عرضاً للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية لصدق الاتساق الداخلي:

جدول (٥) يوضح حساب الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) باستخدام معامل الارتباط المصحح بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٥٢)

م	الفقرة	معامل الارتباط بدرجة المقياس
١	لا أدرك بعض مشاعري إلا بعد مرور فترة من الزمن.	٠,٨١١
٢	أُسبب في تكسير الأشياء بسبب عدم الانتباه أو التفكير بشيء ما.	٠,٧٥٨
٣	أجد صعوبة في التركيز على ما يحدث في الوقت الحاضر.	٠,٧٦٤
٤	أميل إلى السير بسرعة للوصول إلى غايتي دون الالتفات إلى ما يعترضني على الطريق.	٠,٦٧٢
٥	لا ألاحظ علامات التعب حتى يتمكن مني.	٠,٧٠٤
٦	لا أتذكر أسماء الأشخاص بمجرد إخباري بها للمرة الأولى.	٠,٦٤٦
٧	أقوم بعمل الأشياء بطريقة آلية وبلا تركيز.	٠,٧١٤
٨	أندفع في أداء المهام دون انتباه كبير.	٠,٨١٢
٩	تركيزي على الهدف الذي أريده يفقدني الوعي بما أقوم به لتحقيقه.	٠,٧٥٠
١٠	أؤدي المهام تلقائياً دون أن أكون على دراية بما أفعله.	٠,٧٦٩
١١	استمع إلى شخص ما بأذن واحدة وأفعل شيئاً آخر في نفس الوقت.	٠,٦٩٢
١٢	أسرح أثناء القيادة لدرجة أنني أذهب لأماكن لا أريدها.	٠,٧٠٠
١٣	أشغل بالماضي والمستقبل.	٠,٥٣٧
١٤	أقوم بعمل الأشياء دون انتباه.	٠,٨٤٧
١٥	أتناول بعض الطعام دون أن أدرك أنني أكل.	٠,٨١٧

يتبين من الجدول () أن جميع قيم معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الفقرة مرتفعة (< حد القطع ٠,٣)، بما يشير إلى الاتساق الداخلي لمقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS).

كما تحقق الباحث الحالي من ثبات مقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) بحساب معامل ثبات ألفا كرونباك (Cronbach's Alpha)، كما قام الباحث بحساب ثبات التجزئة النصفية (Split-Half Reliability) المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل، وجاءت النتائج كما يظهر في

الجدول (٦)

جدول (٦) يبين ثبات مقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) باستخدام معامل ألفا كرونباك والتجزئة النصفية (ن=١٥٢)

طريقة حساب الثبات		عدد الفقرات	مقياس الوعي والانتباه اليقظ
التجزئة النصفية	ألفا كرونباك		
٠,٩٣٢	٠,٩٥١	١٥	المقياس ككل

يتبين من الجدول (٦) أن قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباك قد بلغت للمقياس ككل (٠,٩٥١)، كما بلغت قيمة معامل الثبات باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح باستخدام معادلة سبيرمان براون للمقياس ككل (٠,٩٣٢)، وكلتاهما قيمتان مرتفعتان تدلان على الثبات المرتفع لمقياس الوعي والانتباه اليقظ (MAAS) بما يؤكد إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه في الدراسة الحالية.

الأساليب الإحصائية

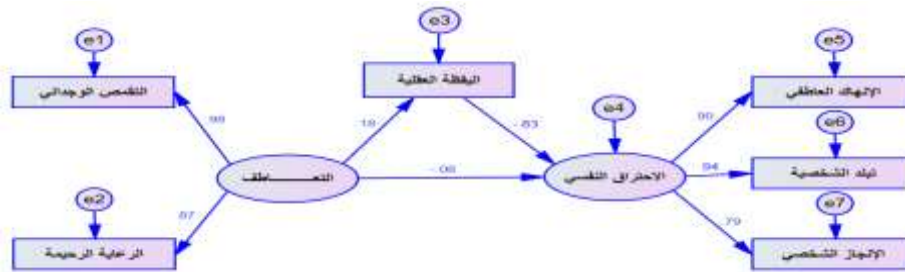
بعدما تم جمع البيانات عن طريق إجابات عينة الدراسة على المقاييس المستخدمة، تم معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) الإصدار الثامن والعشرين (Statistical Package for Social Sciences – Version 28)، وبرنامج أموس الإصدار السابع والعشرين (Amos 27) وتم القيام بمجموعة من الأساليب الإحصائية اختبار مدى تحقق فروض الدراسة،

- نمذجة المعادلة البنائية (Structure Modeling Equation) بأسلوب تحليل المسار (Path Analysis) باستخدام برنامج (AMOS-27)، مؤشرات جودة مطابقة (Goodness of Fit) التالية: (CMIN- CMIN/DF- RMSEA-) (RMR- GFI- AGFI- NFI- CFI- IFI- TLI- ECVI).
- تحليل التباين ثنائي الاتجاه (Two Way ANOVA) اختبار شيفيه (Scheffe' Test)

نتائج الدراسة مناقشتها وتفسيرها

عرض نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول من فروض الدراسة على أنه: "يمكن اقتراح نموذج سببي يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض". ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل المسار (Path Analysis) باستخدام برنامج أموس (Amos 27)، لفحص مدى مطابقة النموذج المقترح للبيانات التي تم الحصول عليها من عينة الدراسة، ولفحص المسارات المباشرة وغير المباشرة في النموذج الذي يفترض وجود تأثيرات مباشرة وغير مباشرة بين متغيرات الدراسة (التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، كما قام الباحث بتقدير مؤشرات جودة مطابقة النموذج المقترح لبيانات عينة الدراسة (Goodness of Fit)، وأسفر الإجراء السابق عن النتائج الموضحة بالشكل التالي، الذي أسفر عن أفضل مطابقة بين النموذج مع بيانات عينة الدراسة:



شكل (١) النموذج النهائي للدراسة الذي يوضح العلاقات السببية بين التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية موضحا عليه التقديرات المعيارية

ويوضح جدول التالي مؤشرات جودة مطابقة النموذج المقترح للعلاقات السببية بين متغيرات الدراسة (التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي) مع بيانات عينة الدراسة من مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض:

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

جدول (٧) مؤشرات جودة المطابقة بين النموذج المقترح للعلاقات السببية بين متغيرات الدراسة (التعاطف واليقظة العقلية والاحتراق النفسي)، وبيانات عينة الدراسة

المؤشر	القيمة	المدى المقبول للمؤشر	الحكم على المؤشر
مربع كاي (Chi-square/CMIN)	٧,٤٠٧	أن تكون غير دالة إحصائياً	مقبول
درجات الحرية (DF)	٧		
مستوى الدلالة	٠,٢٨٥ (غير دالة)		
CMIN/DF	١,٠٥٨	أن تكون > ٥، والأفضل > ٣	مقبول
جذر متوسط مربع خطأ التقريب (RMSEA)	٠,٠٣٩	أن تكون > ٠,٠٠٨، والأفضل > ٠,٠٥	مقبول
جذر متوسط مربعات البواقي (RMR)	٠,٠٤٧	أن تكون > ٠,١٠، والأفضل > ٠,٠٥	مقبول
مؤشر جودة المطابقة (GFI)	٠,٩٨٣	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر جودة المطابقة المصحح (AGFI)	٠,٩٤٢	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠,٩٨٩	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٩٩٨	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر المطابقة التزايدية (IFI)	٠,٩٩٨	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر توكر لويس (TLI)	٠,٩٩٥	أن تكون < ٠,٩٠، ١ مطابقة تامة	مقبول
مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج النهائي (ECVI)	٠,٣٢٧	أن تكون قيمة مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج النهائي (ECVI) أقل من قيمة الصدق الزائف المتوقع للنموذج المشبع (Saturated Model)	مقبول
مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج المشبع (Saturated Model)	٠,٣٥٨		

ويلاحظ من الجدول السابق وجود مطابقة ممتازة للنموذج النهائي مع بيانات عينة

الدراسة؛ وكانت جميع القيم في المدى المثالي، حيث:

- بلغت قيمة مربع كاي (٧,٤٠٧)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجات حرية (٧)، بما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين النموذج المقترح لمسارات العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة (التعاطف واليقظة العقلية والاحتراق النفسي)، وبيانات عينة الدراسة.

- النسبة بين قيمة مربع كاي ودرجات الحرية (CMIN/DF) بلغت (1,058) وهي أقل من (3)، مما يدل على أن النموذج المقترح مطابق مطابقة ممتازة لبيانات عينة الدراسة.
- قيمة مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب (RMSEA) (0,039)، وكذلك قيمة مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي (RMR) (0,047) وكتلتهما تقل عن (0,05)، بما يؤكد أن النموذج المقترح مطابق مطابقة ممتازة لبيانات عينة الدراسة.
- تراوحت قيم مؤشرات جودة المطابقة (GFI- AGFI- NFI- CFI- IFI- TLI) من (0,942) إلى (0,998)، وجميعها (< 0,90)، بما يؤكد أن النموذج المقترح مطابق مطابقة ممتازة لبيانات عينة الدراسة.
- كما بلغت قيمة مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج النهائي (ECVI) (0,327)، وكانت أقل من قيمة الصدق الزائف المتوقع للنموذج المشبع (Saturated Model) الذي بلغت قيمته (0,358)، بما يدل على قبول النموذج البنائي الذي يتطابق مع بيانات عينة الدراسة.
- بناء على ما سبق يتبين وجود نموذج بنائي يفسر العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة (التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وبالتالي تم التحقق من صحة الفرض الأول من فروض الدراسة، حيث تمتع النموذج البنائي المقترح الذي يفسر العلاقات السببية بين التعاطف واليقظة العقلية والاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمؤشرات جودة مطابقة ممتازة مع البيانات التي تم الحصول عليه من خلال عينة الدراسة. **عرض نتائج الفرض الثاني:** نص الفرض الثاني من فروض الدراسة على أنه "لا يوجد تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف على الاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض". ولاختبار مدى صحة الفرض السابق قام الباحث باستخراج الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

للتأثيرات المباشرة من التعاطف إلى الاحتراق النفسي، ومستويات دلالتها، والجدول رقم (٨) يوضح نتائج ذلك الإجراء:

جدول (٨) الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية ومستويات دلالتها للتأثير المباشر من التعاطف إلى الاحتراق النفسي

الأوزان الانحدارية للتأثير المباشر					مسار التأثير		
مستوى الدلالة	النسبة المئوية	الخطأ المعياري	المعيارية	غير المعيارية	إلى	<---	من
٠,١٢١	١,٥٤٧-	٠,١٢٥	٠,٠٨٣-	٠,١٩٤-	الاحتراق النفسي	<---	التعاطف

يتبين من الجدول السابق عدم وجود تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير سالبا ولكنه غير دال إحصائياً؛ حيث بلغت قيمة الوزن الانحداري غير المعياري للتأثير المباشر (-٠,١٩٤)، كما بلغت قيمة الوزن الانحداري المعياري للتأثير المباشر (-٠,٠٨٣)، وبلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,١٢١ < ٠,٠٥)، بما يدل على أن التأثير المباشر غير دال إحصائياً، وعلى تحقق صحة الفرض الثاني من فروض الدراسة.

مناقشة نتائج الفرض الأول والثاني:

أظهرت نتائج الفرضين الأول والثاني من فروض الدراسة عدم وجود تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف (Empathy) على الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التعاطف قد لا يؤثر بالضرورة تأثيراً مباشراً على الاحتراق النفسي. فليس معنى أن يكون الفرد متعاطفاً أنه سيعاني بالضرورة من الاحتراق النفسي، فهناك العديد من العوامل الأخرى التي يمكن أن تسهم في الاحتراق النفسي، كالإجهاد والضغط النفسية، وضغوط العمل، وغيرها من العوامل، ومن ناحية أخرى قد يكون للتعاطف تأثير غير مباشر على الاحتراق النفسي، فالتعاطف وإن لم يكن سبباً مباشراً للاحتراق النفسي، إلا أنه قد يساهم في الاحتراق النفسي من خلال التأثير على عوامل أخرى. على سبيل المثال، قد يؤدي التعاطف إلى زيادة الإجهاد والضغط، مما قد

يؤدي بدوره إلى الاحتراق النفسي. وعلى ذلك يمكننا أن نفسر النتيجة السابقة في ضوء نتيجة الفرض الخامس من فروض الدراسة التي أظهرت وجود تأثير غير مباشر دال إحصائياً للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير سالبا أي أن الزيادة في مستوى التعاطف يصاحبها زيادة في اليقظة العقلية (كما ظهر من نتائج التأثير المباشر من التعاطف في اليقظة العقلية في الفرض الثالث)، بما يؤدي إلى نقص مستوى الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس.

ومن المهم ملاحظة أن نتائج الدراسة لم تستبعد وجود تأثير للتعاطف على الاحتراق النفسي. إنما فقط أظهرت عدم وجود تأثير مباشر دال إحصائياً، إلا أن النتائج قد أظهرت أيضاً أن التعاطف له تأثير غير مباشر على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط.

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث من فروض الدراسة على أنه "يوجد تأثير مباشر موجب دال إحصائياً للتعاطف على اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض". ولاختبار مدى صحة الفرض السابق قام الباحث باستخراج الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية للتأثيرات المباشرة من التعاطف إلى اليقظة العقلية، ومستويات دلالتها، والجدول رقم (٩) يوضح نتائج ذلك الإجراء:

جدول (٩) الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية ومستويات دلالتها للتأثير المباشر من

التعاطف إلى اليقظة العقلية

الأوزان الانحدارية للتأثير المباشر					مسار التأثير		
مستوى الدلالة	النسبة الحرية	الخطأ المعيارية	المعيارية	غير المعيارية	إلى	<---	من
٠,٠١	٢,٢٢٨	٠,١٨٨	٠,١٨٢	٠,٤١٩	اليقظة العقلية	<---	التعاطف

يتبين من الجدول (٩) وجود تأثير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) للتعاطف على اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير موجبا أي أن الزيادة في مستوى التعاطف تؤدي إلى الزيادة في مستوى اليقظة العقلية لدى مقدمي

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس؛ حيث بلغت قيمة الوزن الانحداري غير المعياري للتأثير المباشر (٠,٤١٩)، كما بلغت قيمة الوزن الانحداري المعياري للتأثير المباشر (٠,١٨٢)، وهي دالة إحصائياً مستوى الدلالة (٠,٠١)، بما يدل على أن التأثير المباشر للتعاطف على اليقظة العقلية دال إحصائياً، وعلى تحقق صحة الفرض الثالث من فروض الدراسة.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

أظهرت النتائج الفرض الثالث من فروض الدراسة وجود تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف (Empathy) على اليقظة العقلية (Mindfulness) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير موجبا أي أن الزيادة في مستوى التعاطف تؤدي إلى زيادة في مستوى اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التعاطف يعزز الوعي العقلي واليقظة الذهنية لدى مقدمي الرعاية الصحية، فيمكن أن ينتج التفاعل الإنساني الإيجابي مع المرضى والمراجعين في بيئة الرعاية الصحية عن تعزيز الوعي واليقظة العقلية، حيث يحتاج المقدمون لتركيز عالٍ وتنبه لتلبية الاحتياجات وتقديم الرعاية الفعالة، فقد يؤدي التعاطف إلى زيادة الانتباه والتركيز على المرضى والمهمة الملقاة على عاتقهم. علاوة على ذلك، قد يكون التعاطف عاملاً مهماً في تعزيز ممارسة اليقظة العقلية بواسطة مقدمي الرعاية الصحية. فعندما يكون لدى المقدمين قدرة على التعاطف وفهم تجربة المريض بشكل أفضل، فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى تنمية الوعي العقلي والاستيعاب الأعمق للحاجات العاطفية والجسدية للمرضى وبالتالي يمكن أن يؤدي إلى زيادة اليقظة العقلية.

فالتعاطف هو القدرة على فهم مشاعر الآخرين ومشاركتها. وهو مهارة أساسية للتواصل الفعال وبناء العلاقات القوية، واليقظة العقلية هي حالة من الوعي التي تتميز بالتركيز على اللحظة الحالية دون حكم أو تفسير. وكون النتائج قد أكدت على التأثير الإيجابي للتعاطف على اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وهو ما يعني أن الأشخاص

الذين لديهم مستويات عالية من التعاطف هم أكثر عرضة لامتلاك مستويات عالية من اليقظة العقلية من الأشخاص الذين لديهم مستويات منخفضة من التعاطف؛ فيمكن تفسير ذلك بأن التعاطف يساعد الناس على التركيز على اللحظة الحالية، وتجنب التفكير في الماضي أو المستقبل، وقبول مشاعرهم دون حكم، كما أن التعاطف يساعد على فهم مشاعر الآخرين بشكل أفضل، مما قد يؤدي إلى زيادة الوعي الذاتي لديهم، كما أن التعاطف يمكن أن يساعد الناس على تطوير مهارات التواصل والتفاهم بشكل أفضل، وعلى تطوير الشعور بالهدف والمعنى في حياتهم مما يؤدي إلى زيادة اليقظة العقلية لديهم.

عرض نتائج الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع من فروض الدراسة على أنه "يوجد تأثير مباشر سالب دال إحصائياً لليقظة العقلية على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض". ولاختبار مدى صحة الفرض السابق قام الباحث باستخراج الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية للتأثيرات المباشرة من اليقظة العقلية إلى الاحتراق النفسي، ومستويات دلالتها، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك الإجراء:

جدول (١٠) الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية ومستويات دلالتها للتأثير المباشر من اليقظة العقلية إلى الاحتراق النفسي

الأوزان الانحدارية للتأثير المباشر					مسار التأثير		
مستوى الدلالة	النسبة المئوية	الخطأ المعياري	المعيارية	غير المعيارية	إلى	<---	من
>٠,٠٠١	-١٣,٥٩٥	٠,٠٦٢	-٠,٨٢٦	-٠,٨٤٣	الاحتراق النفسي	<---	اليقظة العقلية

يتبين من الجدول (١٠) وجود تأثير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لليقظة العقلية على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير سالبا أي أن الزيادة في مستوى اليقظة العقلية تؤدي إلى النقص في مستوى الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس؛ حيث بلغت قيمة الوزن الانحداري غير المعيارية للتأثير المباشر (-٠,٨٤٣)، كما بلغت قيمة الوزن الانحداري المعيارية للتأثير

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

المباشر (-0,826)، وبلغت قيمة مستوى الدلالة ($0,01 > 0,000$)، بما يدل على أن التأثير المباشر للتعاطف على اليقظة العقلية دال إحصائياً، وعلى تحقق صحة الفرض الرابع من فروض الدراسة.

مناقشة نتائج الفرض الرابع :

أظهرت نتائج الفرض الرابع من فروض الدراسة وجود تأثير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) لليقظة العقلية (Mindfulness) على الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير سالبا أي أن الزيادة في مستوى اليقظة العقلية يؤدي إلى نقص في مستوى الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس، فالأشخاص الذين لديهم مستويات عالية من اليقظة العقلية هم أقل عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي من الأشخاص الذين لديهم مستويات منخفضة من اليقظة العقلية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن اليقظة العقلية تساعد الأفراد على الحفاظ على صحتهم العقلية والعاطفية، كما تساعد على إدارة الإجهاد، وتحسين النوم، وتحقيق السعادة وتحسين التفاعل مع الضغوط النفسية والتحديات اليومية التي يواجهها مقدمو الرعاية الصحية، وبذلك يكونون أكثر قدرة على التعامل مع المواقف الصعبة، والتعامل مع ضغوط العمل بشكل أكثر فعالية مما يقلل من مستوى الاحتراق النفسي لديهم.

كما يمكن أن تساعد اليقظة العقلية الناس على تطوير مهارات التعاطف والتواصل، مما قد يحسن علاقاتهم مع الآخرين في العمل، وهكذا فإن اليقظة العقلية يمكن أن تساعد في تقليل مستويات التوتر والقلق والاكتئاب بما يؤدي إلى خفض مستوى الاحتراق النفسي.

علاوة على ذلك، فإن اليقظة العقلية يمكن أن تعزز الوعي بالاحتياجات الشخصية والعاطفية للمقدمين للرعاية الصحية، مما يؤدي إلى تعزيز الرفاهية النفسية والتوازن العام. عندما يشعرون بالتوازن والقدرة على التعامل مع الضغوط، فإنهم قد يكونون أكثر مقاومة للإجهاد والاحتراق النفسي.

عرض نتائج الفرض الخامس: ينص الفرض الخامس من فروض الدراسة على أنه " يوجد تأثير غير مباشر دال إحصائياً من التعاطف في الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض". ولاختبار مدى صحة الفرض السابق قام الباحث باستخراج الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية للتأثير غير المباشر من التعاطف إلى الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط، ومستويات دلالتها، والجدول رقم (١١) يوضح نتائج ذلك الإجراء:

جدول (١١) الأوزان الانحدارية المعيارية وغير المعيارية ومستويات دلالتها للتأثير غير المباشر من التعاطف في الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية

الأوزان الانحدارية للتأثير غير المباشر			مسار التأثير		
مستوى الدلالة	المعيارية	غير المعيارية	إلى	<---	من
٠,٠١	٠,١٥١-	٠,٣٥٣-	الاحتراق النفسي	اليقظة العقلية	التعاطف

يتبين من الجدول (١١) وجود تأثير غير مباشر دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وكان هذا التأثير سالبا أي أن الزيادة في مستوى التعاطف يصاحبها زيادة في اليقظة العقلية (كما ظهر من نتائج التأثير المباشر من التعاطف في اليقظة العقلية في الفرض الثالث)، بما يؤدي إلى نقص مستوى الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض والعكس؛ حيث بلغت قيمة الوزن الانحداري غير المعياري للتأثير غير المباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية (-٠,٣٥٣)، كما بلغت قيمة الوزن الانحداري المعياري للتأثير المباشر (-٠,١٥١)، وبلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠١)، بما يدل على أن التأثير غير المباشر للتعاطف على اليقظة العقلية دال إحصائياً، وعلى تحقق صحة الفرض الخامس من فروض الدراسة.

والنتائج السابقة تؤكد أن اليقظة العقلية تلعب دوراً وسيطاً (وساطة كاملة) في تأثير التعاطف على الاحتراق النفسي؛ حيث كان التأثير المباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

غير دال إحصائياً (كما ظهر من نتائج التأثير المباشر من التعاطف في الاحتراق النفسي في الفرض الثاني)، بينما كان التأثير غير المباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية دالاً إحصائياً، بما يدل على أن اليقظة العقلية تنقل تأثير التعاطف إلى الاحتراق النفسي، وأنها تلعب دور المتغير الوسيط وساطة كاملة بينهما.

مناقشة نتائج الفرض الخامس

أظهرت نتائج الفرض الخامس من فروض الدراسة وجود تأثير غير مباشر للتعاطف (Empathy) على الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، حيث لم يكن هناك تأثير مباشر من التعاطف على الاحتراق النفسي، ولكن التعاطف يؤثر تأثيراً إيجابياً على اليقظة العقلية (Mindfulness) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، واليقظة العقلية (Mindfulness) تؤثر بدورها على الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، وبالتالي كان تأثير التعاطف في الاحتراق النفسي تأثيراً غير مباشر من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط. فكيف يمكنني تفسير هذه النتيجة بطريقة علمية

ويشير التأثير غير المباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي من خلال اليقظة العقلية إلى أن اليقظة العقلية تعمل كوسيط بين التعاطف ومستوى الاحتراق النفسي. يعني ذلك أن التعاطف يؤثر في مستوى اليقظة العقلية التي بدورها تؤثر في مستوى الاحتراق النفسي.

وهكذا فإنه على الرغم من عدم وجود تأثير مباشر دال إحصائياً للتعاطف على الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض، إلا أن النتائج أكدت وجود تأثير غير مباشر للتعاطف على الاحتراق النفسي لمقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض من خلال اليقظة العقلية كمتغير وسيط ينقل تأثير التعاطف إلى الاحتراق النفسي، وفي ضوء النتائج السابقة يمكننا الحكم على متغير اليقظة العقلية بأنه متغير وسيط وساطة كاملة، حيث إن تأثير التعاطف على الاحتراق النفسي لا يحدث إلا من خلال المتغير الوسيط وهو اليقظة العقلية نتائج الفرض السادس: ينص الفرض السادس من فروض الدراسة على أنه "لا توجد

فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي تعزى إلى اختلاف النوع (ذكور - إناث)، والتخصص (طبيب - صيدلي - ممرض - طالب متدرب - أخصائي)، والتفاعل بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض". ولاختبار صحة الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين ثنائي الاتجاه (Two Way ANOVA)، وفيما يلي يعرض الباحث للإحصاءات الوصفية (الأعداد - المتوسطات - الانحرافات المعيارية) في الجدول رقم (٤-٦)، ثم نتائج تحليل التباين ثنائي الاتجاه في الجدول رقم (١٢):

جدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية للاحتراق النفسي وفقا لكل من النوع والتخصص والتفاعل بينهما

النوع	التخصص	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ذكر	طبيب	٤٠	٤٧,٨٠	٣١,٦٢
	صيدلي	٢٤	٣٤,٠٨	١٦,٤٨
	ممرض	٣٨	٦٧,٧٤	٣٦,٠٨
	طالب متدرب	١٢	٧٣,١٧	٣١,٠٤
	أخصائي	٢٢	٤١,٥٩	١٢,٠٥
	الإجمالي	١٣٦	٥٢,١٨	٣١,٣٤
أنثى	طبيب	٤٢	٤٤,١٧	٢٩,٠٩
	صيدلي	١٨	٥٩,٠٦	٢٩,٨٦
	ممرض	٤١	٦٩,٣٧	٣٦,٦٦
	طالب متدرب	٣٠	٦٤,٨٣	٢٤,٤١
	أخصائي	٨	٧٣,٢٥	١٦,٩٥
	الإجمالي	١٣٩	٥٩,٦٦	٣١,٧٥
الإجمالي	طبيب	٨٢	٤٥,٩٤	٣٠,٢٢
	صيدلي	٤٢	٤٤,٧٩	٢٦,٠٥
	ممرض	٧٩	٦٨,٥٨	٣٦,١٦
	طالب متدرب	٤٢	٦٧,٢١	٢٦,٣٦
	أخصائي	٣٠	٥٠,٠٣	١٩,٤٢
	الإجمالي	٢٧٥	٥٥,٩٦	٣١,٧٢

يتبين من الجدول (١٢) وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات أفراد العينة في الاحتراق النفسي وفقا للنوع، حيث إن مستوى الاحتراق النفسي أعلى لدى أفراد العينة من

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

الإناث (المتوسط = ٥٩,٦٦) منه لدى الذكور (المتوسط = ٥٢,١٨)، كما يتبين وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات أفراد العينة في الاحتراق النفسي وفقا للتخصص، حيث إن مستوى الاحتراق النفسي يتفاوت باختلاف التخصصات فجدده في أعلى مستوياته لدى الممرضين (المتوسط = ٦٨,٥٨)، والمتدربين (المتوسط = ٦٧,٢١)، بينما نجد أقل مستويات الاحتراق النفسي لدى الصيادلة (المتوسط = ٤٤,٧٩)، والأطباء (المتوسط = ٤٥,٩٤)، كما يتبين وجود أثر ظاهري للتفاعل بين النوع والتخصص على الاحتراق النفسي، فهو أعلى لدى الذكور في فئة المتدربين (المتوسط = ٧٣,١٧)، ولدى الإناث في فئة الأخصائيات (المتوسط = ٧٣,٢٥)، والجدول رقم (٤-٧) يبين دلالات تلك الفروق باستخدام تحليل التباين ثنائي الاتجاه.

جدول (١٣) نتائج تحليل التباين ثنائي الاتجاه (TWO WAY ANOVA) للفروق في الاحتراق النفسي

التي تعزى لاختلاف كل من النوع، والتخصص والتفاعل بينهما

مربع	مستوى	قيمة	متوسط	درجات	مجموع	مصدر التباين
اينتا	الدلالة	(ف)	المربعات	الحرية	المربعات	
٠,١٦٦	> ٠,٠٠١	٥,٨٤٥	٥٠٧٢,٣٤	٩	٤٥٦٥١,٠٩	النموذج المصحح
٠,٧٤٨	> ٠,٠٠١	٧٨٧,٥٠٥	٦٨٣٤٢٥,٤٢	١	٦٨٣٤٢٥,٤٢	التباين المشترك
٠,٠١٩	٠,٠٢٥	٥,١٠٤	٤٤٢٩,١٩	١	٤٤٢٩,١٩	النوع
٠,١١٥	> ٠,٠٠١	٨,٦١٠	٧٤٧٢,٤٣	٤	٢٩٨٨٩,٧١	التخصص
٠,٠٤٨	٠,٠١١	٣,٣٢٦	٢٨٨٦,٧٦	٤	١١٥٤٧,٠٤	النوع × التخصص
			٨٦٧,٨٤	٢٦٥	٢٢٩٩٧٦,٥٤	تباين الخطأ
				٢٧٥	١١٣٦٩٠٨,٠٠	التباين الكلي
				٢٧٤	٢٧٥٦٢٧,٦٤	التباين الكلي المصحح
			٠,١٦٦			معامل التحديد (R ²)

ويتضح من الجدول (١٣) ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات أفراد العينة في الاحتراق النفسي تعزى لاختلاف النوع، وهذه الفروق في اتجاه الإناث، أي أن مستوى

الاحترق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور كما يتبين من الجدول رقم (٤-٦) حيث إن متوسط الإناث في الاحتراق النفسي (٥٩,٦٦) بينما متوسط الذكور (٥٢,١٨)، ويتبين من قيمة مربع إيتا ($= ٠,٠١٩$) أن حجم تأثير النوع في الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية صغير ($> ٠,٠١$ قيمة مربع إيتا $> ٠,٠٦$).

- وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات أفراد العينة في الاحتراق النفسي تعزى لاختلاف التخصص، ويتبين من قيمة مربع إيتا ($= ٠,١١٥$) أن حجم تأثير التخصص في الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية متوسط ($> ٠,٠٦$ قيمة مربع إيتا $> ٠,١٤$)، ولوجود أكثر من مجموعة في التخصص سوف يقوم الباحث بعمل مقارنات بعدية متعددة بين متوسطات تلك المجموعات في الجدول رقم (٤-٨).

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات أفراد العينة في الاحتراق النفسي تعزى للتفاعل بين النوع والتخصص، ويتبين من الجدول رقم (٤-٦) أن مستوى الاحتراق النفسي يتفاوت لدى الذكور والإناث باختلاف التخصص في كل منهما، فهو أعلى لدى الذكور في فئة المتدربين (المتوسط = ٧٣,١٧) يليهم الممرضين (المتوسط = ٦٧,٧٤)، بينما نجد الاحتراق النفسي أعلى لدى الإناث في فئة الأخصائيات (المتوسط = ٧٣,٢٥)، تليهم الممرضات (المتوسط = ٦٩,٣٧)، في حين كان أقل مستويات الاحتراق النفسي لدى الذكور في فئة الصيادلة (المتوسط = ٣٤,٠٨)، وأقل مستويات الاحتراق النفسي لدى الإناث في فئة الطبيبات (المتوسط = ٤٤,١٧)، كما يتبين من قيمة مربع إيتا ($= ٠,٠٤٨$) أن حجم تأثير التفاعل بين النوع والتخصص في الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية صغير ($> ٠,٠١$ قيمة مربع إيتا $> ٠,٠٦$) ولكنه قريب من المتوسط.

- بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) (٠,١٦٦)، بما يشير إلى أن متغيري الجنس والتخصص يفسران (١٦,٦%) من التباين الحادث في مستوى الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض.

النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية

جدول (١٤) يوضح نتائج المقارنات البعدية المتعددة للفروق بين متوسطات مجموعات التخصص (طبيب- صيدلي- ممرض- طالب متدرب- أخصائي) في الاحتراق النفسي باستخدام اختبار شيفيه

التخصص	طبيب	صيدلي	ممرض	طالب متدرب	أخصائي
طبيب	-	١,١٥	**٢٢,٦٤-	**٢١,٢٨-	٤,٠٩-
صيدلي		-	**٢٣,٨٠-	**٢٢,٤٣-	٥,٢٥-
ممرض			-	١,٣٧	**١٨,٥٥
طالب متدرب				-	*١٧,١٨
أخصائي					-

** دالة عند مستوى (٠,٠١). * دالة عند مستوى (٠,٠٥).

ويتبين من الجدول (١٤) ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين الأطباء وكل من الممرضين والطلاب المتدربين في اتجاه الممرضين والطلاب المتدربين، بمعنى أن الاحتراق النفسي أقل لدى الأطباء، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطباء وكل من الصيادلة والأخصائيين.
- وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين الصيادلة وكل من الممرضين والطلاب المتدربين في اتجاه الممرضين والطلاب المتدربين، بمعنى أن الاحتراق النفسي أقل لدى الصيادلة، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الصيادلة والأخصائيين.
- وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين الأخصائيين وكل من الممرضين والطلاب المتدربين في اتجاه الممرضين والطلاب المتدربين، بمعنى أن الاحتراق النفسي أقل لدى الأخصائيين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الممرضين والطلاب المتدربين.
- بشكل عام تظهر النتائج السابقة أن الاحتراق النفسي أعلى لدى كل من الممرضين والطلاب المتدربين.
- وتدل النتائج السابقة على عدم تحقق صحة الفرض السادس الصفري من فروض الدراسة، حيث أكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي تعزى

إلى اختلاف النوع (ذكور - إناث)، والتخصص (طبيب - صيدلي - ممرض - طالب متدرب - أخصائي)، والتفاعل بينهما لدى مقدمي الرعاية الصحية بمدينة الرياض.

مناقشة نتائج الفرض السادس:

تفسير النتائج التي تتعلق بالفروق بين الذكور والإناث في الاحتراق النفسي:

تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض فيما يتعلق بمستوى الاحتراق النفسي، حيث إن مقدمات الرعاية الصحية يعانون من مستوى أعلى من الاحتراق النفسي مقارنة بالذكور. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما يلي:

- ١- الاختلافات بين الجنسين في العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على تجربة الذكور والإناث في بيئة العمل، فعلى سبيل المثال، قد يتعرض الإناث للمزيد من التوتر النفسي نتيجة مواجهتهن لمزيد من الضغوطات الاجتماعية والتوقعات الثقافية، مثل مسؤوليات الأسرة والتوازن بين العمل والحياة الشخصية. مما قد يؤدي إلى شعورهن بمزيد من الإجهاد والضغط. بالإضافة إلى ذلك، قد تواجه النساء المزيد من التمييز في مكان العمل، مما قد يساهم في شعورهن بالإحباط وبالتالي الاحتراق النفسي.
- ٢- الاختلافات في العوامل الشخصية: قد تكون النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكئاب والقلق من الرجال، مما قد يزيد من خطر تعرضهن لخطر الاحتراق النفسي. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون لدى النساء مستويات أعلى من الحساسية والتعاطف، وهذا يمكن أن يزيد من استجابتهن للتحديات العاطفية والنفسية في بيئة العمل فيزيد من مستوى الاحتراق النفسي لديهن عن الذكور.
- ٣- الاختلافات في بيئة العمل: قد تتعرض النساء في مجال الرعاية الصحية لمزيد من الضغوط في مكان العمل من الرجال، وخاصة في مهن الرعاية الصحية التي قد يتعرض الإناث فيها لظروف عمل تتطلب منهن التعامل مع العديد من المشاعر القوية والمواقف الصعبة مثل التعامل مع المرضى المحتضرين أو

المصابين بأمراض خطيرة. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون النساء أقل عرضة لدعم زملائهن في العمل، مما قد يزيد من شعورهن بالوحدة والعزلة، وبالتالي يزيد من احتمالية زيادة مستويات الاحتراق النفسي لديهن.

تفسير النتائج التي تتعلق بالفروق بين التخصصات المختلفة في الاحتراق النفسي:

تشير النتائج إلى وجود فروق في مستويات الاحتراق النفسي بين فئات مقدمي الرعاية الصحية في مدينة الرياض. ووفقاً للنتائج، فإن مقدمي الرعاية الصحية في فئتي الممرضين والطلاب المتدربين يعانون من مستوى أعلى من الاحتراق النفسي مقارنة بالأطباء والصيدالَة والأخصائيين.

هناك عدة عوامل محتملة يمكن أن تفسر هذه النتيجة، منها:

١- الاختلافات في الدور الوظيفي: قد يكون للعوامل الوظيفية دور في ذلك، حيث يتعامل الممرضون مع تحديات يومية تتطلب منهم التعامل مع المرضى والمراجعين مباشرة ومواجهة أوضاع صعبة وطوارئ ويتحملون عبء رعاية المرضى. كما أن الطلاب المتدربين ليس لديهم الخبرة الكافية للتعامل مع الحالات الحرجة، بالإضافة إلى ذلك، فإن الممرضين والطلاب المتدربين هم عادة أقل خبرة وأقل تعليمًا من الأطباء والصيدالَة، مما قد يجعلهم أكثر عرضة للشعور بالإجهاد وزيادة ضغوط العمل التي يمكن أن تتسبب في زيادة فرص زيادة الاحتراق النفسي لدى هاتين الفئتين.

٢- الاختلافات في بيئة العمل: قد يكون بيئة العمل للممرضين والطلاب المتدربين أكثر ضغطاً من بيئة عمل الأطباء والصيدالَة. حيث قد يتعرض الممرضون والطلاب المتدربين لمزيد من المواقف الصعبة والمزعجة، مثل التعامل مع المرضى المحتضرين أو المصابين بأمراض خطيرة. بالإضافة إلى ذلك، قد ينال الممرضون والطلاب المتدربين دعماً أقل من الأطباء والصيدالَة، مما قد يزيد من شعورهم بالوحدة والعزلة والاحتراق النفسي.

٣- اختلاف التقدير الاجتماعي: من ناحية أخرى، قد يكون للعوامل الوظيفية المرتبطة بالأطباء والصيدالَة والأخصائيين تأثير مختلف. قد يعمل الأطباء والصيدالَة

والأخصائيون في بيئة عمل تحظى بمزيد من الاعتراف والدعم، ولديهم مستوى أعلى من السيطرة على بيئة العمل واتخاذ القرارات الطبية. قد يكون لديهم أيضًا مستويات أعلى من التدريب والمهارات المكتسبة، مما يمكن أن يقلل من تأثير الاحتراق النفسي. **توصيات الدراسة** في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، ننتهي إلى بعض التوصيات التي نعرض لها على النحو التالي:

- ١) اهتمام المستشفيات والمراكز الصحية برفع مستويات اليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية.
 - ٢) قياس مستويات الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية وتحديد مدى أثرها السلبي على جودة الخدمات المقدمة.
 - ٣) الحرص على تقديم برامج إرشادية للحد من أثر الاحتراق النفسي على مقدمي الرعاية الصحية.
 - ٤) ضرورة التنقيف النفسي لمقدمي الرعاية النفسية بأهمية التعاطف مع المرضى ودوره في زيادة اليقظة العقلية مما تؤدي لتخفيض مستويات الاحتراق النفسي.
- هذه النقاط وغيرها توضح مدى أهمية الحرص على زيادة التنقيف النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية في المستشفيات بأهمية هذه العوامل ومدى تأثيرها على رفايتهم النفسية وكيف تنعكس على جودة الخدمات التي يقدمونها للمرضى ، كما يعتقد الباحث أن هناك عوامل أخرى تحتاج للدراسة قد يكون لها تأثير على مقدمي الرعاية الصحية مشابهة لأثر العوامل في هذه الدراسة، كما يأمل الباحث في أن يستفيد غيره من الباحثين من هذه الدراسة لتكون نقطة انطلاق في تحديد المشكلات الأخرى التي قد تؤثر على جودة الخدمات التي يقدمها مقدمي الرعاية الصحية ورفايتهم النفسية كذلك.

مقترحات بحثية

بعد مناقشة النتائج والتعرف على دلالاتها النفسية وتأثيرها على مقدمي الرعاية الصحية، نعرض فيما يلي لبعض المقترحات البحثية.

١. فاعلية برنامج إرشادي قائم على تنمية اليقظة العقلية في خفض الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية الصحية.
٢. الاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الصحية.
٣. سمات الشخصية المنبئة باليقظة العقلية لدى مقدمي الرعاية الصحية.

المراجع

- ابوسعود، سماهر. (م ٢٠١٠). ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى الموظفين الاداريين العاملين في وزارة التربية والتعليم العالي بقطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الوليدي، علي. (م ٢٠١٧). اليقظة العقلية وعلاقتها بالسعادة النفسية لدى طلبة جامعة الملك خالد. مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية، (٢٨)، ٤٥-٤٧.
- باتشو، صالح. (م ٢٠١٧). الاحتراق النفسي عند الطبيب المقيم. جامعة العربي، الجزائر.
- بدران، منى محمد. (م ١٩٩٧). الاحتراق النفسي لدى معلمي لمرحلة الثانوية وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة. القاهرة.
- بني أحمد، أحمد محمد (م ٢٠٠٧). الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس. عمان: دار الحامد
- جريدة الاقتصادية السعودية. (٢٠١٨). ٤١% من العاملين في القطاع الصحي الحكومي أجانب.. بلغوا ١٢٦ ألفاً. الرياض: جريدة الاقتصادية
- الحفني، عبدالمنعم. (م ١٩٩٥). علم النفس في حياتنا. القاهرة: مكتبة مدبولي
- دردير، نشوة. (م ٢٠٠٧). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ-ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، القاهرة.
- سلامة، حنان. (٢٠١٨). مستوى الاحتراق النفسي لدى أساتذة التعليم الثانوي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة
- السمادوني، السيد إبراهيم. (م ١٩٩٥). الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة وتبعاته. مجلة التربية المعاصرة، (٢)، ٥٨-١
- العاسمي، رياض. (٢٠١٤). الشفقة بالذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى عينة من طلاب جامعة الملك خالد. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، (١)، ٣٠-١، ٣٥-١.

العبيدي، عفاء. (٢٠١١م). طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك العدواني (دراسة ميدانية لدى من طلبة المرحلة المتوسطة) في مدراس بغداد الرسمية. مجلة جامعة دمشق، ٢٧ (٣)، ٢٠١-٢٠٥.

عسكر، علي. (٢٠٠٠م). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار الكتاب الحديث محمود، عبدالله. (٢٠٠٥م). بعض عوامل الشخصية والمتغيرات الديموغرافية المسهمة في الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين. مجلة كلية التربية بالمنصورة، ع٥٧٤، ٢٠٣-٢٠٥.

مطلبك، فاطمة. (٢٠١٩م). تأثير اليقظة العقلية في التفكير الإيجابي لدى طلبة الجامعة. مجلة الطريق التربوي والعلوم الاجتماعية، ٦، (٨)، ٦٥٢-٦٥٣.

نعيمة، طايبي. (٢٠١٢م). علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى المرضى. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.

Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., ... & Demarzo, M. M. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1), 303.

Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Toomey III, R., & Mitchell III, J. (2013). Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for health*, 26(1), 9.

Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?. *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305-312.

Bilge, F. (2006). Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(9), 1151-1160.

Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern?. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 501-516.

- Brazeau, C. M., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine*, 85(10), S33-S36.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological assessment*, 23(4), 1023
- Chamberlain D, Williams A, Stanley D, Mellor P, Cross W, Siegloff L (2016). Dispositional mindfulness and employment status as predictors of resilience in third year nursing students; A quantitative study. *Nursing Open*. 3 (4) 303-309
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15(5), 593-600.
- Chu, L. C. (2010). The benefits of meditation vis-à-vis emotional intelligence, perceived stress and negative mental health. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(2), 169-180.
- Clarkson, M., Heads, G., Hodgson, D., & Probst, H. (2019). Does the intervention of mindfulness reduce levels of burnout and compassion fatigue and increase resilience in pre-registration students? *A pilot study. Radiography*, 25(1), 4-9.
- De Waal, F. B. (2008). Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 279-300.
- Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, health & medicine*, 19(6), 705-715.
- Dyrbye LN, West CP, Statele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al (2014). Burnout among U.S medical student residents, and early career physicians relative to the general U.S population. *Acad Med*. 89 (3); 443-51
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students.

- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420.
- Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*. Oxford University Press.
- Haslam, D. (2015). More than kindness. *Journal of Compassionate Health Care*, 2(1), 1-3. *schology*, 4(1), 52-60.
- Hassed, C. (2016). Mindful learning: Why attention matters in education. *International Journal of School & Educational Psy*
- Helen W, Richard W, Lorraine P, Catrain E (2017). *Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals; A systematic review*.
- Hoffman, M. L. (1978). Toward a theory of empathic arousal and development. In *The development of affect* (pp. 227-256). Springer, Boston, MA.
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, 86(8), 989-995.
- Jahoda, G. (2005). Theodor Lipps and the shift from "sympathy" to "empathy". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(2), 151-163.
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452.
- Jennings, S. J., & Jennings, J. L. (2013). Peer-directed, brief mindfulness training with adolescents: A pilot study.

- International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 23.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kang, G., & Oh, S. (2012). Effects of mindfulness meditation program on perceived stress, ways of coping, and stress response in breast cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(2), 161-170
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519-528.
- Langer, E. J. (2016). *The power of mindful learning*. Hachette UK.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... & Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.
- Lim D, Condon P, Desteno D (2015). Mindfulness and compassion; An examination of mechanism and scalability. *PLoS One*. 10, 1-8
- Maslach C, Jackson SE (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2; 99-113
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16(5), 607-611.
- Maxwell, B. (2008). Professional ethics education: Studies in compassionate empathy. *Springer Science & Business Media*.
- Mchung MD, Kutney-lee A, Cimiotti JP, Saloone DM, Aiken LH (2011). Nurses widespread job dissatisfaction , burnout and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health AFF (Millwood)*.30 (2) 202-10
- Montero-Marin, J., Tops, M., Manzanera, R., Piva Demarzo, M. M., Alvarez de Mon, M., & García-Campayo, J. (2015). Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: the possible mediating role of positive and negative affect. *Frontiers in psychology*, 6, 1895.
- Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Tsaloglidou, A., & Damigos, D. (2017). Anxiety and depression

- in staff of mental units: the role of burnout. In *GeNeDis* 2016 (pp. 185-197). Springer, Cham.
- Pigman, G. W. (1995). Freud and the history of empathy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 237-256.
- Rath KS, Huffman LB, Phillips GS, Carpenter KN, Fowler JM (2015). Burnout and associated factors among members of the society of gynecologic oncology. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 213 (6) 824-e1-9
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Brummelman, E., & Bögels, S. M. (2017). Does mindfulness meditation increase empathy? An experiment. *Self and Identity*, 16(3), 251-269
- Rosch, E. (1997, January). Mindfulness meditation and the private (?) self. In *Emory Symposia in Cognition* (Vol. 7, pp. 185-202). Cambridge University Press.
- Rotensten LS, Torea M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA (2018). Prevalence of burnout among physicians' systematic review. *JAMA*. 320; 1131-1150
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Statele D, Saloan J, et al (2015). Change in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011-2014. *Mayo Clin Proceedings*. 90 (12); 1600-13
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., ... & Swensen, S. J. (2015, April). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 4, pp. 432-440). Elsevier.
- Shanafelt, T. D., Mungo, M., Schmitgen, J., Storz, K. A., Reeves, D., Hayes, S. N., ... & Buskirk, S. J. (2016, April). Longitudinal study evaluating the association between *Proceedings* (Vol. 91, No. 4, pp. 422-431). Elsevier.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.

- Silver J, Caleshu C, Casson-parkins S, Ormand K (2018). Mindfulness among genetic counselors is associated with increased Empathy and work engagement and decreased burnout and compassion fatigue. *J Genet Couns.* 27 ; 1175-86
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Advances in Experimental Social Psychology*, 4(1), 271-314.
- Thioux, M., & Keysers, C. (2010). Empathy: shared circuits and their dysfunctions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(4), 546.
- Thomas P Reith (2018). Burnout in united state healthcare professionals ; A narrative review. *Medical college of Wisconsin (Milwaukee)*. 10 (12),
- Van Gordon, W., Shonin, E., Sumich, A., Sundin, E. C., & Griffiths, M. D. (2014). Meditation awareness training (MAT) for psychological well-being in a sub-clinical sample of university students: a controlled pilot study. *Mindfulness*, 5(4), 381-391.
- Wang, Q., Wang, L., Shi, M., Li, X., Liu, R., Liu, J., ... & Wu, H. (2019). Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC medical education*, 19(1), 341-345.
- Wilkinson, H. (2016). *Staff Empathy and Burnout in Forensic Mental Health Services: The Impact of Psychological Formulation* (Doctoral dissertation, University of Liverpool).
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18-29.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., ... & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health care management review*, 26(1), 7-19.
- Zhang, C. Q., Si, G., Chung, P. K., & Gucciardi, D. F. (2016). Mindfulness and burnout in elite junior athletes: The mediating role of experiential avoidance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 28(4), 437-451.
- Zgierska, A., Wallace, M. L., Burzinski, C. A., Cox, J., & Backonja, M. (2014). Pharmacological and toxicological profile of opioid-

◆ النموذج البنائي للعلاقات السببية بين الاحتراق النفسي وكل من التعاطف واليقظة العقلية ◆

treated, chronic low back pain patients entering a mindfulness intervention randomized controlled trial. *Journal of opioid management*, 10(5), 323.