

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة عبد الحميد بن باديس

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

قسم: علم النفس العيادي والصحة العقلية.

مذكرة تخرج ماستر

الاحتراق النفسي عند الفريق المعالج في مطحة

الأورام السرطانية في المستشفى اليومي ببلدية

مزغران (مستغانم).

(دراسة عيادية لستة حالات)

من إعداد الطالبة:

بن تونسي حورية

تحت إشراف الأستاذة:

- بلعباس نادية ( ماطرة ) .
- عبادية عبد القادر (مناقشا)
- شرقي حورية ( رئيسة اللجنة )

السنة الجامعية: 2014-2015.

# إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح أمي رحمها الله  
إلى أبي أطل الله في عمره  
إلى أخواتي و أختي الفاضلة  
إلى زوجي العزيز و برحمتي خلود  
إلى جميع اساتذة علم النفس  
إلى كل طلاب ماستر m2  
إلى كل أصدقائي وزملائي  
إلى كل صديقتي و زميلاتي  
إلى كل طقم مكتبه القبول بالمستشفى العمومي مستغانم

## شكر وتقدير

اللهم لك الحمد ولك الشكر على فضائك ونعمك بأن بصرتنا بمعرفة العلم ونور الفهم.

فالحمد لله وفقّنتني ومنحتني قوة الإرادة والصبر لتحمل غناء هذا العمل إلى نهايته، وندعه سبحانه وتعالى بأن رضا الله تعالى أولاً ثم أساتذتي الكرام.

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والعرفان وأسمى عبارات الاحترام والتقدير إلى الأستاذة بلعباس نادية لقبولها الإشراف على هذه المذكرة.

كما يشرفني أن أتقدم بالشكر العميق للأستاذ الفاضل بن أحمد قويدر، ولما بذلاه معي من جهد وعلم ما قدماه من مساعدات علمية هامة، وتوجيهات قيمة أضاءت لي دربي بدءاً بالتساؤل وختاماً بهذا العمل المتواضع وكاننا لي نعم العون ونعم المساعد.

كما لا ننسى الشكر الخالص إلى كل من ساهم معي واجتهد للوصول بهذا العمل إلى أعلى الدرجات.

# الفهرس

إهداء..... ١

كلمة شكر..... ١

قائمة المحتويات..... ١

ملخص البحث..... ١

المقدمة..... 1

## الفصل الأول: تحديد المشكل وفرضياته

1- تحديد الإشكالية..... 2

2- الفرضيات..... 4

3- أهمية الدراسة..... 5

4- أهداف الدراسة..... 6

5- التعاريف الإجرائية..... 7

6- الدراسات السابقة..... 11

## الفصل الثاني: الاحتراق النفسي

تمهيد..... 12

1- تعريف الاحتراق النفسي..... 13

2- مراحل الاحتراق النفسي..... 14

3- المظهر العيادي للاحتراق النفسي..... 16

4- التشخيص الفارقي للاحتراق النفسي..... 20

5- 51 إشكالية تصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي..... 26

6- الوقاية و العلاج..... 28

خلاصة..... 30

## الفصل الثالث: علم النفس الأورام

تمهيد..... 31

- 1- تعريف علم نفس الأورام.....32  
2- تاريخ ظهور علم نفس الأورام.....33  
3- العلوم المرتبطة بعلم نفس الأورام.....37  
4- المواضيع المتضمنة في علم نفس الأورام ومنهجيته في البحث.....40  
41.....خلاصة

#### الفصل الرابع: السرطان

- 42.....تمهيد  
1- تعريف السرطان.....43  
2- أسباب السرطان.....44  
3- أعراض السرطان.....46  
4- علاج السرطان.....49  
53.....خلاصة

#### الجانب التطبيقي

#### الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- 1- الدراسات الاستطلاعية.....47  
2- الدراسة الميدانية.....52  
- مكان الدراسة.....52  
- مدة الدراسة.....52  
-منهجية البحث.....53  
- أدوات البحث.....61

#### الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

- 1- تقديم الحالات.....71  
2- مناقشة الفرضيات.....75  
76.....الخاتمة

- 77.....اقتراحات وتوصيات  
قائمة المراجع.

## ملاخص البحث

يهدف هذا البحث إلى التعرف على حجم الضغوطات المهنية ودرجة الاحتراق النفسي الذي يعاني منه الفريق المعالج بمصلحة الأورام السرطانية بمستشفى اليومى ببلدية "مزگران" (مستغانم). كما يهدف إلى التعرف على فرع جديد من فروع علم النفس و هو "علم النفس الأورام" الذي نشأ في الثمانينات استجابة للظواهر النفسية لمرضى السرطان ذوي البروفيل الخاص في جميع مراحل المرض ،إضافة إلى كون عائلاتهم قد تكون بأمزجة مختلفة و بطابع سلوكي و اجتماعي مختلف ،ومقدمي الرعاية الذين يعانون أثر نفسية متعلقة بمرض مهدد للحياة و يكلف جهد مهني كبير. و هذا ما يعيق عمل الفريق المعالج حيث تطرح الإشكالية التالية: هل يعاني الفريق المعالج لمرضى الأورام السرطانية من الاحتراق النفسي؟ لتجيب عنها بالفرضيات الآتية:

يعاني الفريق المعالج من احتراق نفسي كبير.

ولاختبار الفرضية استخدم المنهج العيادي و دراسة لسبع حالات و تطبيق مقياس ماشلاش لتكن نتائج البحث على النحو التالي:

- الطبية المختصة في معالجة الأورام لا تعاني احتراق نفسي.
- الأخصائية النفسية يوجد احتراق نفسي في بعد من ثلاثة و يعتبر هذا متوسط حسب ماسلاش
- ثلاثة ممرضين لديهم احتراق نفسي في بعدين من ثلاثة و هذا يعتبر متوسط
- ممرضين لديهم احتراق نفسي شديد بثلاث أبعاد من أصل ثلاثة

حسب ماسلاش و جاكسن نتيجة مرتفعة في لإنهاك الانفعالي أو نتيجة مرتفعة في التبدل ونتيجة منخفضة في الانجاز الانفعالي يعتبر احتراق نفسي. و هادا ما ينطبق مع ما جاء في المقابلات.

## مقدمة البحث:

تعد دراسة موضوع الاحتراق النفسي و ما تمثله من أعراض و نتائج سلبية تنعكس على الفرق المعالجة في المستشفيات ظاهرة تستحق البحث و الدراسة. و قد احتلت هذه الظاهرة خلال السنوات الأخيرة في قطاع الخدمات و خاصة منها الاستشفائية اهتماما بارزا في الدراسات النفسية و ذلك لما تسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق النفسي و المهني و الاجتماعي لدى العاملين في مختلف المصالح و خاصة مصلحة الأورام السرطانية. حيث يعاني المصاب بالسرطان العديد من الهواجس و منها هاجس الموت و هذا أعظم غموض يواجه الإنسان و يصيبه بالقلق ويرى مسكويه أن الخوف من الموت لانجده إلا عند من يرى الموت حقيقة فقد انحلت داته و بطلت نفسه بطلان عدم و أن العالم سيبقى موجود وهو ليس كما يظنه من يجهل بقاء نفس و كيفية المعاد أو لأنه يظن أن الموت ألم عظيم غير ألم مرض التي يقدمه أدت إليه و كانت سبب حلوله ، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت ( طارق محمد عبد الوهاب و آخرون 2000 : 80) . الذي يزيد من خوف الناس أن كلمة سرطان كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل أطباء في معرفة أسبابه و تفسيره . ومما لاشك فيه أن مرض السرطان ينتج عنه ألام جسدية و نفسية تنعكس على حالة المريض ، و درجة الألم الذي يشعر بها المريض تتحكم فيها عدة عوامل من بينها :

نوع الإصابة و درجتها و مرحلة التطور الذي وصل إليه المرض، و كذلك العوامل النفسية عديدة . فلقد أكدت العديد من الدراسات على و جود علاقة موجبة بين قلق الموت و مرض سرطان . و هذا ما يعكس سلبا على العلاقة العلاجية و يؤثر على الفريق المعالج في مهنته تجاه هذا نوع من المرض لأمر الذي يؤدي إلى ضغوطات نفسية حتى درجة لاحتراق النفسي .

و لقد كان الهدف من هذه الدراسة التقرب ممن يتكلف بالمرض ألا و هو الفريق المعالج

لتعرف على انعكاسات مرض السرطان على حياته النفسية و قد خص بحتنا هذا لدراسة ضغوطات مهنية لدى الفريق المعالج بمصلحة مرض الأورام السرطانية . من أجل ذلك اعتمدنا في الدراسة على عينة تتكون من طاقم المعالج و ذلك اعتمادا على المقابلات العيادية و تطبيق مقياس ماسلاش . و للإجراء هذا البحث أتبعنا المنهجية التالية :

احتوى البحث على جانبين : جانب النظري تضمن أربع فصول تطرقنا في الفصل الأول إلى طرح الإشكالية و التي مفادها أن الظروف العمل تحددت احتراق نفسي عند الفريق المعالج و طرحنا من أجل ذلك فرضيات جزئية كما حددنا كل المفاهيم المتعلقة بالبحث و تناولنا في الفصل الثاني موضوع الاحتراق النفسي بالتعرض إلى التعريف و مراحل و المظهر العيادي للاحتراق النفسي و تشخيص الفارق و إشكالية تصنيفه و تشخيصه و الوقاية و العلاج . أما الفصل الثالث فقد خصص لعلم النفس الأورام بالتعرض إلى تعريفه و تاريخ ظهوره، و العلوم المرتبطة به و المواضيع المتضمنة فيه و منهجيته في البحث . وفي الفصل الرابع تعرضنا إلى مرض السرطان و تعريفه و أعراضه و علاجاته و آثار النفسية التي يخلقها . أما فيما يخص الجانب التطبيقي يتفرع بدوره إلى فصلين: الخامس الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية بما فيها مكان الدراسة ، مدتها ، أدوات البحث و خصائص العينة

أما فصل السادس : خصص لعرض الحالات و تحليل النتائج و اختتمنا عملنا باستنتاج عام شنا من خلاله مدى مطابقة الفرضيات للنتائج المتوصل إليها و أخيرا خاتمة البحث و الاقتراحات .

**تمهيد:**

إن مجموع التغييرات الحاصلة في عالم الشغل خلال السنوات الأخيرة إضافة إلى التطور الإجتماعي، أدى إلى وضع مفاهيم جديدة للعمل، هذا الأخير الذي أصبح مصدرا للتوتر نظرا لإختلاف متطلباته وتزايدها إلى درجة فاقت إمكانيات الفرد الذي أصبح غير قادر على تلبيتها، هذا التغيير في مفهوم العمل ومعناه بالنسبة للفرد تسبب في خلق فجوة كبيرة بين حاجات ورغبات الأفراد من جهة، والحقيقة التي يفرضها عالم الشغل من جهة أخرى فإنعكس سلبا على الصحة النفسية والعقلية للأفراد، ومن أهم مشاكل الصحة النفسية التي تفرض نفسها في يومنا هذا والتي تأتي كنتيجة للضغط والتوتر داخل الوسط المهني نتطرق لمفهوم تناذر الإحترق النفسي (تناذر الإنهاك المهني) والذي يأتي على رأس قائمة الأمراض والإضطرابات المرتبطة بالعمل.

**1- تعريف الإحترق النفسي:**

في سنة (1974) قام "Herbert J.Freudenberg" بإقتراح أول تعريف للإحترق النفسي، ويقوم تعريفه في الأساس على التعريف الذي جاء في قاموس (Webster)، حيث قام كل من (D.Bérard) و (A.Duquette) بتقديم الترجمة الآتية: « الإنهاك المهني هو حالة تظهر نتيجة إفراط الفرد في إستهلاكه لطاقته وقدراته الشيء الذي يؤدي به إلى الشعور بالفشل والإنهاك والضعف ».

ومتابعة لأعمال "Freudenberg" قام كتاب آخرين بالتركيز على جوانب أخرى لهذا المفهوم، ففي سنة (1976) قامت "Maslach" بوصف حالة الإنهاك المهني لدى الأفراد العاملين في ميدان الخدمة والمساعدة الإنسانية على أنه « عدم قدرة الفرد على التكيف مع مستوى الضغط الإنفعالي المتواصل الناتج عن العمل »، وفي سنة (1980) قام كل من "Freudenberg" و "Richelson" بالتركيز على حالة الإنهاك الذي يمس القدرات الداخلية

للفرد ويؤدي إلى انخفاض طاقته وحيويته وكذا قدرته الوظيفية نتيجة بذله لمجهود متواصل يصبوا من خلاله إلى تحقيق أهداف صعبة المنال في مجال عمله وخاصة إذا ما تعلق بالمهن والأعمال التي تتميز بتقديم المساعدة للآخرين. (Canoui. P, Mauranges. A, 2008, p. 10)

أهم المصطلحات المستعملة لوصف الإحترق النفسي:

لقد تم إطلاق العديد من التسميات على ظاهرة الإنهاك في ميدان العمل، كما تنوعت هذه التسميات والمصطلحات باختلاف لغة وثقافة الدول حول العالم، و فيما يلي سنحاول التعرض للتسميات الأكثر شيوعاً :

### 1- تناذر الإحترق النفسي (Burnout syndrome):

إن المصطلح الإنجليزي " To Burnout " يحمل عدة معاني مثل: الفشل، الإنهاك والإجهاد نتيجة إستهلاك طاقة كبيرة، كما يعني الإحترق التام للمادة إلى غاية الاختفاء الكلي للرماد المحترق نتيجة لشدة الإحترق، أما الباحث "canoui" فشبّه هذا المصطلح بما يحدث في ميدان صناعة الآلات الجوية الفضائية، حيث يشير الـ (Burnout) إلى حالة إحترق الكربون عند إنطلاق الصاروخ فتصدر حرارة كبيرة إلى درجة أنها تهدد بتحطم الآلة المصنعة أما، في ميدان العمل فيطلق هذا المصطلح على العامل الذي يستهلك كل طاقته إلى درجة الانفجار مثل ما يحدث في حالة الآلات الصناعية.

### 2- الـ "كاروشي" (Karoshi):

هو تعبير ياباني الأصل يطلق لوصف هذا التناذر ويعطيه بعد ومعنى أكثر عنف وخطورة، فكلمة "Karo" تعني الموت أما "Shi" فتعني التعب في العمل كما يعرف "تناذر الإنهاك المهني" في اللغة اليابانية على أنه حالة من الإجهاد التي بمقدورها أن تؤدي إلى موت الفرد، فضغط العمل المتزايد وتكدسه (la charge) إضافة إلى الضغط النفسي المهني هي أسباب من شأنها أن تؤدي إلى الموت المفاجئ للعامل نتيجة إصابته بأمراض قلبية كارتفاع الضغط الشرياني الخطير، وحوادث السكتة الوعائية الدماغية.

### 3- تناذر الإنهاك المهني (Syndrome d'épuisement professionnel) :

"Syndrome d'épuisement professionnel" هو مصطلح فرنسي ذو معنى واسع ويستعمل لوصف مختلف الآثار السيئة للعمل على حياة الفرد، وإضافة لهذا المصطلح هناك إستعمال لمصطلحات أخرى من مثل "usure au travail" و " usure professionnel"، حيث تركز هذه المصطلحات في معناها على كيفية وآلية التطور التدريجي لهذا التناذر. (Chanlin-chanteau. S, 2006, p.14)

## 2. مراحل الإحترق النفسي:

قام كل من "J.Edelwich" و "A.Brodsky" بوصف أربع مراحل متتابعة تتطور بشكل تدريجي لتنتهي في الأخير بظهور حالة الإحترق النفسي وهي:

1- مرحلة الحماس (L'enthousiasme) :

حيث يبدأ الإحترق النفسي بولوج الفرد لميدان العمل بنوع من الحماس والمثالية المبالغ فيها، مع آمال كبيرة غير واقعية ويكون الفرد مشحون بطاقة هائلة، في هذه المرحلة يحتل العمل مكانة محورية في حياة الفرد، فيرى أنه سيحقق كل رغباته وآماله، حيث يبذل طاقة كبيرة بطريقة مفرطة علما أن هذه الطاقة عادة ما تكون دون فائدة وغير مجدية.

وباستمرار هذه الوضعية غير المتوازنة بين ما يقدمه الفرد من مجهود وطاقة وما ينجر عنه من نتائج غير مرضية وغير مرغوبة، سوف يدخل الفرد في حلقة مفرغة، فمن جهة يجد نفسه يمارس مهنة يعطيها مفهوم مثالي ويتوقع أن تحقق حاجاته وأهدافه الشخصية، ومن جهة أخرى نجد حقيقة عدم رضا الفرد عن حياته الشخصية. إذا عدم الرضا عن الحياة الشخصية يدفع الفرد إلى محاولة التعويض عن ذلك بالانهماك في العمل، فيميل إلى تمجيد مفهوم العمل وإعطائه مفهوم إيجابي مبالغ فيه، وكلما زاد هذا الارتباط والالتزام المتزايد نحو العمل كلما دفع بالفرد إلى إهمال حياته الشخصية وبالتالي الوصول إلى درجة الفشل والإخفاق والقضاء على حياته الشخصية، حيث يصبح العمل بمثابة الهم الوحيد الذي يشغل الشخص لما ينتظره من إشباعات، الشيء الذي يدفع الفرد إلى أن يجد نفسه في حالة هشاشة.

## 2- مرحلة الركود: (La Stagnation) :

بعد المرحلة السابقة يدخل الفرد مباشرة في حالة ركود، حيث تختفي كل آماله المرتبطة بالعمل، لأن هذا الأخير لم يكن على قدر توقعات الفرد الذي يواصل ممارسة مهنته إلا أن هذه المهنة لم تعد تحقق التعويض عن الحياة الشخصية.

## 3- مرحلة الإحباط: (La Frustration) :

في هذه المرحلة يدخل الفرد في حالة إحباط، فيبدأ بالتساؤل حول مدى فعاليته المهنية وحول قيمة المهنة التي يقوم بها، كما يشعر أن حياته المهنية وصلت إلى طريق مسدود، وفي حال استمرار هذه الوضعية من عدم الرضا والإشباع سيكون هناك احتمال لعدم قدرة الفرد على الاستمرار في ممارسة مهنته.

لا يمكن التمييز بين حالة الركود وحالة الإحباط بشكل واضح ، فبالرغم من أن الإحترق النفسي يحدث على أربع مراحل، إلا أنه من المستحيل التمييز وبشكل واضح حدود المرور من مرحلة إلى أخرى، فالاحترق النفسي عبارة عن سيرورة لا يمكن تقسيمها إلى مقاطع زمنية محددة.

أما عن حالة الإحباط هذه فمن الممكن أن يعيشها الفرد بثلاث طرق: -إما أن يجعل من حالة الإحباط كمصدر لطاقة إيجابية تدفعه للانطلاق من جديد.

أو أن يكون هذا الإحباط بمثابة منبع لطاقة سلبية. وإما أن يدفعه إلى الإنعزال وترك مهنته.

فالإحباط دور كبير ومهم في تطور حالة الإحترق النفسي، فالشخص الذي يمر بمرحلة الإحباط يكون مهدد بالدخول في المرحلة الأخيرة وهي حالة الخمول.

## 4- مرحلة الخمول (L'Apathie) :

خلال هذه المرحلة يدخل الفرد في حالة إحباط مزمن اتجاه عمله إضافة إلى شعوره بالملل والضجر، وبالتدريج يحدث نوع من الانفصال الانفعالي عن العمل، فيصبح الفرد

يقدم أقل مجهود ممكن في عمله بهدف الحفاظ على عمله نظرا لأنه في حاجة له لتأمين حياته، كما يحاول حماية نفسه من مختلف الانتقادات التي بإمكانها أن تهدد وضعيته الحالية، وإتباع الفرد لهذه الطريقة في العمل تجعلنا نتصور بأنها قادرة على أن تعوضه عن شعوره بعدم الارتياح، لكنها في واقع الأمر ليست وضعية ملائمة للفرد. إن استقرار هذه المرحلة لدى الفرد يأخذ وقتا طويلا، كما أن اختفائها والخروج منها كذلك يتطلب الكثير من الوقت، تعد مرحلة الخمول أصعب المراحل سابقة الذكر لأنها تتجاوز احتمال الشخص. (Chanlin-chanteau. S, 2006, p.17-18)

### 3. المظهر العيادي للاحتراق النفسي :

يحتل الضغط النفسي مكانة مركزية في حالة الإحترق النفسي التي تدخل ضمن دراسات علم النفس المرضي للعمل، إلا أنه يبدو أن لهذا التناذر خصائص مميزة تجعله يتجاوز ظاهرة الضغط النفسي من حيث شدتها، حيث ظهر " تناذر الإنهاك المهني " أو ما يعرف " بتناذر الإحترق النفسي " من خلال إهتمام الباحثين بموضوع معاناة الفرد داخل ميدان العمل، فأصبح يحتل مكانة واهتمام خاص في مجال الصحة. (Canoui. P, Mauranges. ) (A, 2008, p. 10)

فالمؤشرات العيادية لهذا التناذر تعد ذات خصوصية مع العلم أن هناك عناصر وفروق قليلة فقط تميزها عن الأعراض المرضية لحالة الضغط النفسي، حيث أن قراءتنا للجدول العيادي " لتناذر الإحترق النفسي " من الممكن أن تقودنا وبسهولة إلى التفكير في اضطرابات أخرى مثل حالات القلق (Etat anxieuse)، اضطراب قلق إكتنابي (Trouble anxio-depressif)، أو حالة دخول في إكتئاب (Depressif debutant) بمعنى أن قراءتنا لأعراض هذا التناذر من شأنها أن تجعلنا نفكر في مجموعة من الإضطرابات الشبه عصابية (Pseudo-névrotique)، ومن هنا تظهر أهمية أعمال H.Freudenberger - حيث جذب الانتباه إلى مصطلح الإحترق النفسي ووصفه كحالة عيادية لا يمكن وصفها أو التعبير عنها بأي من المصطلحات أو الحالات النفسية المرضية الكلاسيكية المعروفة.

- كما اعتبر أن هذا التناذر يمس فئة الأشخاص الذين يشتغلون بمهن ذات طابع إنساني وتقوم على تقديم المساعدة للآخرين.

- وأخيرا أظهر أن هذا التناذر هو عبارة عن اضطراب نفسي يتطور بشكل تدريجي قبل ظهوره في شكله المعروف بالاحترق النفسي. (Ibid., p. 13-14)

1.4. أعراض الاحتراق النفسي:

أ. الأعراض المميزة:

قام كل من "C.Maslach" و "S.Jackson" بوصف أعراض هذا التناذر وتوضيحه من خلال تقسيمه إلى ثلاث أبعاد أساسية، تشكل عند اجتماعها ما يعرف "بالاحترق النفسي" أو "الإنهاك المهني" وكانت هذه الأبعاد كما يلي:

1- الإنهاك الانفعالي.

2- صعوبات علائقية.

3- الشعور بالفشل المهني و إنخفاض الإنجاز الشخصي. (Delbrouck. M, 2003, p. 40)

1- الإنهاك الإنفعالي :

يعد الإنهاك الانفعالي ذو تظاهرات جسدية أكثر منه نفسية، فيشعر الفرد داخليا بنوع من الإنهاك والإجهاد وكأنه أصبح فارغا من الداخل، إضافة إلى شعوره بتعب وجداني اتجاه العمل مع صعوبة في تبادل الانفعالات مع الآخرين، وكأن الفرد وصل إلى درجة التشبع الانفعالي ولم يعد بمقدوره استقبال انفعالات جديدة، مع الشعور بتعب شديد غير معتاد لا يمكن التخلص منه بمجرد أخذ فترة راحة. أما على المستوى الخارجي فيظهر على الفرد مجموعة من الانفجارات الانفعالية مثل: أزمات البكاء أو الغضب مع رفضه لإنجاز المهام المطلوبة منه في عمله. فالإنهاك الانفعالي غالبا ما يتضاعف ويزيد تأثيره نتيجة عجز الفرد عن التعبير عن

انفعالاته لاعتقاده بأنه نوع من الضعف، الشيء الذي يؤدي إلى ظهور هذه الانفعالات في شكل تعابير نفسية و/أو سلوكية متنوعة.

وخلافا لما سبق قوله فالإنهاك الانفعالي من الممكن أن يظهر في شكل برود مع إفراط في التحكم في الانفعالات، كما تتميز حالة الإنهاك الانفعالي عادة بإيجاد الفرد لصعوبة في بناء علاقات ناجحة مع الآخرين حيث أنها تخلو من الجانب الإنساني.

2- صعوبات علائقية :

إن مواجهة صعوبات في العلاقة مع الآخرين يعد النواة الأساسية لظهور هذا التناذر، حيث يتميز هذا البعد ببناء الفرد لعلاقات جافة تتميز باللامبالاة مع ميله للإبتعاد عن الأشخاص وفقر في إستعماله للغة حيث تصبح لغته محدودة في بعض الإشارات، كما يتميز الفرد في هذه المرحلة بسوء المزاج الذي يستمر بشكل دائم. ولتفسير هذه التصرفات حسب التوجه التحليلي : نجد أن هذه الحالة تحدث بشكل تدريجي وبطيء، فإبتعاد الفرد عن الآخرين يكون أحيانا نتيجة للإنهاك الانفعالي حيث تعتبر هذه المحاولة للإبتعاد كحماية لذاته ولكليته النفسية وبذلك تكون هذه الطريقة الوحيدة التي تسمح للفرد بالحفاظ على علاقاته داخل العمل دون توطيدها، إلا أن هذا يجعل الفرد يشعر بالألم والمعاناة، حيث يعتبر عدم قدرته على الاقتراب من الآخرين والمحافظة على علاقات جيدة معهم كلها مؤشرات عن فشله الشخصي والذي يظهر جليا في البعد الثالث والأخير.

### 3-إنخفاض الإنجاز الشخصي :

يأتي هذا البعد كنتيجة للبعدين السابقين، حيث يعيشه الفرد بطريقة مؤلمة نتيجة شعوره بعدم فعاليته وأنه لم يعد قادرا على تقديم المساعدة للآخرين إضافة إلى شعوره بالإحباط لاعتقاده بأنه أصبح عاجزا على تحقيق إنجازات في المستوى، وغير قادر على الحفاظ على علاقاته في العمل وعلى مستواه المهني، الشيء الذي يدفعه إلى الشك في نفسه وفي قدراته مما يؤدي به إلى سوء تقدير الذات والشعور بالذنب وعدم التحفز. كل هذه الصعوبات التي يعيشها الفرد تؤدي إلى مجموعة متنوعة ومتغيرة من المشاكل

التي تظهر لاحقا مثل : التغيب عن العمل، ترك العمل، فقدان الصرامة والجدية في العمل، إضافة إلى القيام بأخطاء مهنية، حيث نلاحظ عند أغلبية الأفراد فقدان العمل لمعناه ومكانته بالنسبة لهم مع إيجاد صعوبة في المداومة اليومية لهذا العمل، فيميل سلوك الفرد إلى التهرب من العمل، وبإمكاننا ملاحظة تكرار هذه التصرفات لدى بعض الفئات المعينة من الأشخاص.(Canoui. P, Mauranges. A, 2008, p. 14-15-16)

ب. الأعراض غير المميزة:

إلى جانب الأبعاد الثلاثة المميزة والخاصة بالاحتراق النفسي، نجد هناك عدة أعراض أخرى غير مميزة، تجتمع في أربع فئات، ندرجها التالي:

\*المؤشرات الجسمية:

- التعب المزمن
- اضطرابات النوم
- الآلام العضلية
- اضطرابات هضمية (فقدان الشهية، الغثيان، التهابات المعدة أو قرحة المعدة)
- الشقيقة
- ارتفاع الضغط الشرياني
- اختلال التوازن الهرموني

\*المؤشرات الانفعالية:

- الحزن
- اللامبالاة الوجدانية
- سرعة الغضب
- القلق
- مشاعر العجز والذنب
- مشاعر الفشل

- \*المؤشرات المعرفية:
- صعوبات في التركيز
- -الصلابة وعدم المرونة
- مقاومة التغيير
- كثرة الحذر
- تكرار اجترار الفرد للأفكار المقلقة
- \*المؤشرات السلوكية:

- التهرب من العمل
- التأخر المتكرر في الالتحاق بمنصب العمل
- نقص الاتصال مع الآخرين (الزملاء، العملاء...الخ)
- التصرف بنوع من الوقاحة
- غياب المرونة في التعامل مع الآخرين
- سلوك الإدمان (Chanlin-chanteau. S, 2006, p.16)

#### 4. التشخيص الفارقي للاحتراق النفسي:

هناك دائما احتمال وقوع التباس في التعرف على تناذر الإنهاك المهني، وإمكانية الخلط بينه وبين اضطرابات نفسية أخرى، كالاكتئاب والقلق...الخ.

فهذه الاضطرابات من شأنها أن تأخذ شكلا عياديا مشابه لحالة الإحترق النفسي. وبالتالي عند محاولة تشخيص تناذر الإنهاك المهني يتوجب الأخذ بعين الاعتبار كل الأبعاد بالإضافة إلى مجموع الأعراض الجسمية التي عادة ما تظهر في هذا التناذر. حيث أنه غالبا ما يشكل " تناذر التعب المزمن" بداية لظهور الإحترق النفسي، كما أن مجموع التظاهرات الجسمية لحالات الألام الظهر يمكنها هي الأخرى أن تكون مؤشرات أولية

تسبق ظهور حالة الإحترق النفسي. (Delbrouck. M, 2003, p. 123-124). أ. الإحترق النفسي و الاكتئاب:

بقدر التقارب الذي يشير إليه العديد من الكتاب بين كل من مصطلح الضغط النفسي والإحترق النفسي، هناك كتاب آخريين يصرون على التقارب الكبير والذي يمكن أن يصل إلى درجة الخلط بين كل من مفهوم الإحترق النفسي و الاكتئاب. ففي سنة (1964) قام "Freudenberger" بوصف حالة الإحترق النفسي قائلا " أن الشخص المصاب بهذه الحالة يبدو وكأنه يعاني من حالة اكتئاب، إلا أنه تدارك ذلك في سنة (1980) حيث أكد على أن حالة الإحترق النفسي تختلف كلياً عن اضطرابات الاكتئاب، فهي عادة ما تكون محدودة في أحد ميادين الحياة وهو الميدان المهني (وذلك نظراً لأن مؤشراتها وأعراضها تختفي ولا تظهر على الفرد عندما يكون خارج ميدان عمله)، إضافة إلى عدم شعور الفرد بمشاعر الذنب والتي عادة ما تكون مرافقة لاضطراب الاكتئاب وإنما نلاحظ شعوره بالغضب والسخط، إلا أنه بالإمكان التعقيب على نقطتين مهمتين حول ما جاء به "Freudenberger" :

1- الأولى: هي أن مجمل الملاحظات التي أشار إليها "Freudenberger" تكون مقبولة في حالة ما إذا كان الإحترق النفسي في بدايته (بداية ظهوره)، لكن وبمرور الوقت هذا التناذر سيواصل سيرورته نحو التطور إلى أن يصل إلى شكله النهائي الذي سيؤثر عندها على كل ميادين حياة الفرد ويكون ذلك بظهور أعراض جد مشابهة لأعراض الاكتئاب (العزلة، اللامبالاة، اضطرابات النوم، إنخفاض تقدير الذات، مع محاولات الانتحار عند بعض الحالات).

2- ثانياً: فيما يخص غياب مشاعر الذنب، فإننا لا يمكن أن نركز كثيراً على هذا المعيار، فغيابه لا يعبر بالضرورة عن إمكانية استبعاد الإصابة باضطراب الاكتئاب، هذا لأنه لا يعد معيار أساسي في تشخيص حالة الاكتئاب، وبالتالي فإن التمييز بين كل من الإحترق النفسي و الاكتئاب هو أمر يصعب تحقيقه. (Franceschi-Chaix. C, 1993, p. 37) إذا فيما يخص حالة الإنهاك المهني نجد أنها تحمل في محتوى أعراضها بعض المؤشرات

الاكتئابية، إضافة إلى إمكانية ظهور بعض المؤشرات التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية، هذه الأخيرة التي بإمكاننا ملاحظتها في حالات الاكتئاب، هذا التشابه من شأنه أن يوجهنا إلى وضع تشخيص لحالة "اكتئاب مقنع" أو "اضطراب الاكتئاب"، إضافة إلى ملاحظتنا أن السلاسل المخصصة لقياس وتقييم الإحترق النفسي تحتوي على بعض البنود التي تنتمي إلى سلاسل ومقاييس الاكتئاب، ولهذه الأسباب لم يتم تصنيف الإحترق النفسي كهوية عيادية بالرغم من أنه يحمل مجموعة من الخصائص والمؤشرات العيادية المميزة له. (Pittaco(legay). M, 2009, p. 20) حيث يعتبر بعض الكتاب والباحثين أن الإحترق النفسي هو أحد الأشكال العيادية للاكتئاب، فكل من الإحترق النفسي والاكتئاب يشتركان في عدة أوجه عيادية، خاصة فيما يتعلق بالأعراض غير المميزة للاحترق النفسي (والتي سبق وصفها) : اضطرابات سيكوسوماتية (اضطرابات هضمية، آلام عضلية)، اضطرابات النوم، الإدمان (الكحول، المخدرات)... الخ. حيث أظهرت مجموعة من الدراسات أن الإحترق النفسي غالبا ما يكون مترافق مع اضطرابات الاكتئاب، كما أنه من الممكن أن يسبق أو يعقب ظهور تناذر الاكتئاب. (Chanlin-chanteau. S, 2006, p.18) أما عن أوجه التشابه التي تدفع إلى الوقوع في نوع من اللبس بين كل من الإحترق النفسي والاكتئاب، نذكر :

- وجود مشاعر اكتئابية في حالة الإنهاك الانفعالي، وتظهر بالخصوص في الشعور بإنخفاض الإنجاز الشخصي.

- ظهور الإضطرابات الجسمية عند الفرد من شأنه أن يدفعنا إلى وضع تشخيص لحالة اكتئاب مقنع أو اكتئاب أساسي.

- كما أظهر "Maier" سنة (1984) التشابه الكبير بين سلاسل قياس الإحترق النفسي وسلاسل قياس الاكتئاب.

كل هذه الأسباب دفعت ببعض المختصين في الطب النفسي إلى الاختلاف مع من سبقهم بقولهم أن التعامل مع الإحترق النفسي كشكل عيادي للاكتئاب وأن كل من الإحترق النفسي والضغط النفسي المزمّن بإمكانهما تشكيل قاعدة حقيقية مهيئة لظهور الاكتئاب، هو إثبات

على ضرورة ووجوب التمييز بينهما كحالتين مختلفتين نظرا لأن أحدهما من الممكن أن تسبق ظهور الأخرى أو تعقبها فهذا يعني أنهما لا تعبران عن نفس الحالة. ( Canoui. P, ) (Mauranges. A, 2008, p. 27-28)

فبالنسبة لهؤلاء الباحثين لا يجب الخلط بين الإحترق النفسي والاكنتاب، فحسبهم هناك عناصر ومؤشرات أساسية تسمح بوضع التشخيص الفارقي بين الحالتين :

- فالاحترق النفسي يظهر نتيجة ضغط نفسي انفعالي مزمّن نتيجة ظروف وعوامل مهنية خارجية، أما الاكنتاب فله أصول داخلية بالدرجة الأولى إضافة إلى عوامل خارجية مفجرة لظهوره.

- الإحترق النفسي يتطور بشكل تدريجي ولا يتميز بتبدلات المزاج كما هو الحال بالنسبة للاكنتاب، مع العلم أن الإحترق النفسي يتطور في مدة تتراوح بين السنة وخمس سنوات.

- التظاهرات المعرفية السلبية للاحترق النفسي تكون عموما محدودة في مجال العمل، بينما في حالة الاكنتاب فهناك نوع من التثبيط (الكف) للنشاط والتفكير والذي يمتد تأثيره على الحياة المهنية والشخصية على حد سواء.

- إن محاولة الفرد الابتعاد عن عمله (كأخذ عطلات مرضية) من شأنه أن يخفف من شدة حالة الإحترق النفسي، إلا أن الأمر لا ينطبق مع اضطراب الاكنتاب حيث لا تفيد العطلات وفترات الراحة في التقليل من حدته.

- إن تناول الشخص للأدوية النفسية والعلاجات الدوائية الأخرى من شأنه أن يخفف من حالة الاكنتاب، بعكس حالة الإحترق النفسي، حيث غالبا ما تكون هذه الأدوية قليلة الفعالية. (Chanlin-chanteau. S, 2006, p.18-19)

ب. الاحترق النفسي و اضطرابات القلق:

إن كل من القلق، الضغط النفسي، والإحترق النفسي عبارة عن حالات متشابهة وقريبة من بعضها البعض، إلى درجة إنه غالبا ما تستعمل هذه الكلمات (قلق، ضغط، احترق نفسي)

لوصف نفس الحالة النفسية، إلا أنه من الأكد وجود اختلاف فيما بينها بقدر التشابه الذي أشرنا إليه.

فاضطرابات القلق معرفة كأحد الاضطرابات النفسية، لها أعراضها وتقنياتها العلاجية، وبالرغم من اشتراكها مع الضغط النفسي في بعض العناصر والمناطق إلا أنه يجب التأكيد على أن الضغط النفسي لا يعد اضطراباً نفسياً، فالآليات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية المعروفة لحد الآن والمتعلقة بحالة الضغط النفسي تختلف عن آليات القلق. وأما بالنسبة للاحتراق النفسي فمن شأنه أن يشكل قاعدة مهيئة لظهور اضطراب القلق مثل ما هو الحال بالنسبة للاكتئاب إلا أن الاحتراق النفسي يعتبر في حد ذاته بمثابة سيرورة نفسية أكثر منه اضطراب، وباعتباره كرد فعل لحالة الضغط النفسي المزمن هذا لا يعني بالضرورة تطوره إلى اضطراب قلق، وإنما يتوقف هذا على الأفراد ويختلف باختلاف قدرتهم على التكيف مع الوضعيات التي يواجهونها.

ج. الاحتراق النفسي و الجسدنة (La Somatisation):

تحتل الجسدنة مكانة خاصة ضمن المؤشرات العيادية لهذا التناذر، حيث أن تكرار ظهورها يكون جد مرتفع عند الأفراد الذين يعانون من حالة الإنهاك (L'épuisement)، إلا أن مؤشرات الجسدنة ليست خاصة بحالة الإحترق النفسي ولا مميزة لها، فمن الممكن أن تكون حالة الإنهاك المهني خالية من مؤشرات الجسدنة وأعراضها، إلا أنه من المفيد معرفة أن إضرابات الجسدنة كثيرة التكرار والظهور في حالات الإحترق النفسي. فالجسدنة هي مجموع الإضطرابات التي تظهر في شكل أعراض جسمية متنوعة ومتغيرة بمرور الوقت، يعاني منها الفرد لعدة سنوات، حيث أن كل الفحوص و الكشوف الطبية تشير إلى نتائج سلبية بمعنى غياب أي إصابة أو تلف جسدي حقيقي، كما أن مجموع أعراضها من الممكن أن ترتبط بأي جزء أو عضو من الجسم، وهي عبارة عن أعراض خارجة عن سيطرة الفرد فأسبابها تعد لا شعورية بالدرجة الأولى، حيث نلاحظ غياب أي إصابة جسدية فعلية بعكس الإضطرابات السيكوسوماتية التي يكون فيها الإضطراب الجسدي متوافق مع تلف حقيقي يتطور ويتأثر بالعوامل النفسية.

كما نشير إلى أن حالة الإحترق النفسي تختلف عن حالة تناذر توهم المرض (L'hypochondrie) حيث أن الفرد لا يعاني من مخاوف الإصابة بالمرض. وتختلف عن حالة تناذر التحويل (Syndrome de conversion) ذلك لأن الفرد لا يعاني من إصابات في الوظيفة الجسدية. وبهذا نقول أن المؤشرات أو الأعراض الجسمية لا ترتبط فقط باضطرابات القلق والاكتئاب وإنما من الممكن أن تظهر في اضطرابات أخرى. (Canoui. P, ) (Mauranges. A, 2008, p. 28-30)

#### د. الإحترق النفسي والضغط النفسي:

إن حديثنا عن حالة الإحترق النفسي غالبا ما يقودنا إلى الرجوع إلى حالة الضغط النفسي، فهما مفهومين يصعب التفريق بينهما، فالرجوع إلى العديد من التعاريف نجد أن الإحترق النفسي يعتبر كاستجابة لحالة ضغط نفسي مزمن، لكن ما هي العلاقة بينهما؟ هل هناك استمرارية بين الظاهرتين أو أنه يجب التمييز بينهما؟ النقاط المشتركة بينهما :

في الغالب نجد أن الأسباب المؤدية إلى الإحترق النفسي هي نفسها المتسببة في الضغط النفسي، كما أن التوتر الذي يشعر به الفرد في الحالتين (الضغط النفسي و الإحترق النفسي) يأتي نتيجة لعجز الفرد عن الاستجابة لمتطلبات وضعية معينة وعدم قدرته على تلبيتها. نقاط الاختلاف: يرتبط ظهور الإحترق النفسي بمحيط العمل، بينما الضغط النفسي فيعود إلى التوتر الذي يشعر به الفرد في مختلف ميادين الحياة. كما أن الإحترق النفسي لا ينحصر في التوتر الذي يشعر به الفرد نتيجة لحالة الضغط النفسي (الإنهاك الانفعالي) فقط، لكنه يرتبط أيضا بالعلاقات بين الأشخاص في العمل وكذلك بالتقييم الذاتي للعمل، فهو يتجاوز مفهوم الضغط النفسي ولا يرتبط به فقط وإنما يعود إلى عوامل أخرى مختلفة.

إضافة إلى أن الشعور بالضغط النفسي يرتبط حدوثه بمعايشة وضعيات حادة، بينما ينتج الإحترق النفسي عن انفجار لحالة ضغط نفسي مزمن كما أنه (الإحترق النفسي) يتكون ويستقر حسب سيرورة تدريجية تنحصر مدتها من السنة إلى خمسة سنوات (مرحلة تشكل الإحترق النفسي).

هـ. الاحتراق النفسي و الإعياء النفسي (Neurasthénie) :

في سنة (1868) قام الأمريكي "George Beard" و هو طبيب مختص في علم الأعصاب بوصف ظاهرة جديدة تعرف بـ "Neurasthénie" وهي عبارة عن خلل عصبي يحدث نتيجة ضغوط ناتجة عن الحياة العصرية حيث يصيب بالدرجة الأولى الأشخاص الذين يعملون لساعات طويلة دون الاستفاضة من فترات راحة و يكون هذا الاضطراب أكثر انتشارا لدى الأشخاص الذين ينتمون للطبقات الميسورة، و يتميز بظهور عدة أعراض نفسية و جسمية غير مميزة.

إذا نلاحظ أن هذا الاضطراب يشابه كثيرا حالة الإحترق النفسي إلا أن هذا الأخير لا يعتبر إضطرابا عصبيا. غير أن مفهوم "Neurasthénie" تغير عبر التاريخ، وأصبح لا ينتمي لميدان علم الأعصاب وإنما انضم إلى علم الأمراض العقلية والنفسية، فنجد في يومنا هذا مدرج في تصنيفات الأمراض العقلية والنفسية وبالضبط في التصنيف الدولي للأمراض ((CIM-10 حيث يظهر ضمن الإضطرابات الجسمية (Troubles Somatoformes) تحت الرمز (F45) أو ضمن إضطرابات عصابية أخرى تحت اسم تناذر الإعياء ورمزه (F48). لكننا اليوم نستطيع أن نميزه و بشكل أساسي عن الإحترق النفسي على اعتبار إنه تابع للتشخيصات السيكاترية وأن ظهوره غير مرتبط بميدان العمل. (Mangen. M, 2007, p). (45-44-43

### 5. إشكالية تصنيف وتشخيص الإحترق النفسي:

إن الإحترق النفسي لم يشخص بشكل رسمي نظرا لعدم إدراجه ضمن التصنيفات الدولية للأمراض العقلية والنفسية.

حيث إعتبره بعض الكتاب على أنه إضطراب في التكيف، هذا الأخير المدرج في (DSM-IV-TR) (الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية و النفسية 1994) وهو عبارة عن رد فعل غير متكيف تتسبب فيه عدة عوامل ضاغطة نفسية-اجتماعية، ويظهر رد الفعل في شكل إستجابات تدوم لمدة ثلاثة أشهر تظهر مباشرة بعد تعرض الفرد للعوامل الضاغطة فيصاب

عندها بإضطراب في الوظيفة الإجتماعية أو المهنية (المدرسية) و / أو يصبح يعيش معاناة كبيرة، مع الأخذ بعين الإعتبار أن ردود أفعال الفرد هذه لا تتوافق مع العوامل الضاغطة التي تعرض لها بمعنى أن تكون إستجاباته مبالغ فيها.

غير أن هناك كتاب آخرين ينظرون للإحترق النفسي على أنه شكل من أشكال الإعياء النفسي (Neurasthénie) و ذلك بالإستناد إلى التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) حيث يندرج تحت الرمز (F48.0). (10.10.2010, p.14 www.souffrance-dusoignant.fr). إن عدم إدراج حالة الإحترق النفسي ضمن الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية (DSM-IV) المنشور من طرف الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية (سنة 1994) والذي يعد بمثابة مرجع للإضطرابات النفسية والعقلية جعل الأطباء يبتعدون عن تشخيص هذا التناذر على أنه حالة إحترق نفسي، وإنما يعمدون إلى إقتراح تشخيص لحالات من مثل الإكتئاب، القلق أو إضطرابات التكيف، فالمفهوم العيادي للإحترق النفسي مازال مبهما وغير محدد نظرا لعدم الإتفاق حول طرق قياسه وتقييمه.

ولقياس أبعاد الإحترق النفسي قام كل من "Maslach" و " Jackson" سنة (1981) بتصميم أداة أطلقا عليها إسم " قائمة الإحترق النفسي لـ ماسلاش" Maslach Burnout Inventory (MBI) والتي تستعمل اليوم بشكل واسع في مختلف البحوث والدراسات، حيث تسمح بتصنيف الأشخاص والتعرف على المستوى الذي بلغه الفرد في حال الإحترق النفسي، إلا أنه لا يوجد أي أدوات تساعدنا على تحديد حالة الإحترق وتقييمها في شكلها العيادي. (Coté. L, Edwards. H, Benoit. N, 2005, p. 839).

وبالتالي يظهر أنه من غير المفيد محاولة إعتبار تناذر الإنهاك المهني كفئة تشخيصية جديدة تنتمي للإضطرابات النفسية، فالدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية (DSM-IV) لم يتناول هذا التناذر بشكل رسمي ضمن تصنيفاته، حيث كتب "H.Grabtham" سنة (1986) قائلا «...عند الحديث والتعامل مع حالة الإحترق النفسي فإننا سنواجه حقيقتين مختلفتين :

- فإما أن يتم تشخيص هذا التناذر عن طريق الخطأ فنعتبر أنه حالة إحترق نفسي في حين أنه من الممكن أن تكون الحالة المقدمة أمامنا تعبر عن اضطراب نفسي آخر (مثل تناذر الفلق، تناذر قلق-إكتنابي، تناذر إكتنابي، اضطرابات الشخصية...) تعرفنا عليه يمكننا من توفير العلاج والكفالة المناسبة له.

- وإما أن يكون تشخيص حالة الإحترق النفسي صحيح، إلا أننا سنجد صعوبة في تقديم التدخل العلاجي الملائم نظرا لنقص الوسائل والطرق العلاجية الخاصة به، وبالتالي نلاحظ أن هناك الكثير من أعراض الإحترق النفسي التي تدفعنا في نفس الوقت إلى إقتراح تشخيص آخر مختلف نظرا لأن هذا التناذر لا ينتمي لفئة تشخيصية معينة، لكن إذا توجب الأمر إدراج حالة الإحترق النفسي ضمن فئة تشخيصية معينة فإننا نفضل إعتبره أحد اضطرابات التكيف، ومنه يكون من الممكن التعامل مع هذا التناذر كشكل عيادي لإضطراب التكيف.

فتناذر الإنهاك المهني لا يعتبر كفئة تشخيصية ولكن كتشخيص لحالة عيادية بهدف تفريقها عن الإضطرابات الأخرى وإستبعاد الحالات المشابهة لها عياديا، فهو بمثابة سيرورة تتطلب الوصف والتحديد بشكل واضح، عندها فقط يكون بإمكاننا التعرف على الإضطراب الذي يختفي وراء هذه السيرورة، فإما أن يكون إضطراب نفسي مرضي أو أنه عبارة عن إضطراب تكيف يعود إلى عوامل متعددة: شخصية، بين شخصية و/أو تنظيمية (مرتبطة ببيئة العمل). (Canoui. P, Mauranges. A, 2008, p. 30-31)

## 6. الوقاية و العلاج :

للووقاية من الإحترق النفسي وعلاجه أو التقليل من أثاره السلبية على المنظمة وعلى الفرد يمكن الإعتماد على عدة طرق ونشاطات تنقسم إلى جزأين : الأول هو إتباع مجموعة نشاطات وتقنيات وقائية أو علاجية تتمركز في أثرها حول محيط العمل، أما الجزء الثاني فهو مجموع النشاطات التي تستهدف الفرد و تركز عليه بالدرجة الأولى. فبالنسبة للنشاطات المتمركزة حول محيط العمل نجد أنها تهدف بالدرجة الأولى إلى خفض من تأثير العوامل الضاغطة و يكون ذلك من خلال عدة طرق مثل زيادة عدد العمال في

المنظمة، إعادة النظر في المهمات الموكلة للموظفين، العمل على دعم الفرد بواسطة تعزيز علاقته مع زملاء العمل، إضافة إلى تحسين عملية الإشراف على العمال و تكوين ما يعرف بمجموعات المحادثة (les groupes de paroles).

أما فيما يخص النشاطات المتمركزة حول الفرد فتهدف إلى تحسين قدراته على التكيف مع مختلف الوضعيات ويكون ذلك بإعتماد تقنيات الإسترخاء، إدارة الوقت، و اللجوء إلى مختلف تقنيات العلاج النفسي (العلاج التحليلي، المعرفي السلوكي على وجه الخصوص)، كما ينصح بعض الباحثين باللجوء إلى ممارسة النشاطات الرياضية.

إلا أن معارفنا و معلوماتنا الحالية لا تشير إلى وجود طرق أو تقنيات علاجية خاصة بحالة الإنهاك المهني. (10.10.2010, www.souffrance-dusoignant.fr ,p.20-21 )

### خلاصة :

يعتبر الاحتراق النفسي اضطراب حديث الظهور يهدد كل الأفراد العاملين بالمهن التي تقوم على تقديم المساعدة والخدمات الإنسانية للآخرين، وهو وليد المعاناة التي يفرضها واقع العمل في يومنا هذا، كما أنه يمكن أن يكون بمثابة بوابة يدخل من خلالها الفرد في اضطرابات أخرى من مثل : الاكتئاب، القلق، الأمراض السيكوسوماتية... الخ، إلا أن عدم إدراجه بصفة رسمية ضمن التصنيفات الدولية للأمراض العقلية والنفسية لا يعني عدم وجوده كحالة مرضية ذات جدول عيادي محدد، فمن خلال الممارسة العيادية كثيرا ما نجد صعوبة في تجاهل هذه الحالة المرضية غير المعترف بها، ففي حال ظهور كل الأعراض التي تنتمي إلى جدول الإحترق النفسي لا يكون لدينا أي سبب حقيقي يمنعنا بشكل أو بآخر من اعتماد تصنيف هذه الحالة كحالة إحترق نفسي، فالأخصائي العيادي يعتمد بالدرجة الأولى على الممارسة العيادية كمرجعية تصنيفية

**تمهيد:**

وقد اهتمت المجتمعات الغربية بدراسة أمراض الأورام السرطانية باعتبارها أهم الأمراض المهددة للحياة، وما يصاحبها من تأثيرات نفسية قد تصل إلى درجة الألم النفسي الشديد، وما يوازي درجة الألم العضوي الأمر الذي دفع إلى إحداث نقلة نوعية في التعامل مع هذه الأمراض العضوية السرطانية وخصوصا من الناحية النفسية، ولقد كانت محصلتها قيام ذلك الفرع من علم الأورام السرطانية والذي أطلق عليه (علم نفس الأورام (Psycho-oncologie وهناك الآن بالفعل فرع علمي آخر أعتقد أنه سوف يكون من أهم تخصصات الطب يسمى Psychoneuroimmunologie، يشمل تأثير كل من الحالة النفسية والعصبية للمريض وعلاقتها بكل من جهاز المناعة والغدد الصماء في الجسم البشري .

**(1)- تعريف علم نفس الأورام:**

"- هو علم يهتم بالأورام السرطانية من الناحية النفسية و الاجتماعية و السلوكية والأخلاقية. وهو علم نفسية مريض الأورام لترشد الأطباء و الجراحين بتحسين التعامل مع المريض وإبداء التفهم و التعاطف مع كل حالة. ومردود ذلك على صحة المريض النفسية و العاطفية. وأيضا تعريف الحقيقة المؤلمة للمريض بإصابته دون إخافته وتذكيره بتردي حالته. وفي المقابل تؤيد تقديم حالة المرض بصورة بطيئة غير مباشرة للمريض وذلك لتجنبه وأهله من الذعر

- فهو يتناول بعدين رئيسيين:

**1-** الاستجابات النفسية لمرضى السرطان في جميع مراحل المرض وكذلك أسرهم ومقدمي الرعاية (ردود الفعل النفسية للمرض في جميع مراحل مساره وفهم وإسداء النصح إلى الأشخاص الأصحاء لا سيما بسبب إمكانية الإصابة بسبب عادات وسلوكيات معينة ونمط معيشي معين).

**2-** تحليل العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية التي يمكن أن تؤثر في المرض وتطوره.

- توجد منظمات عديدة تقدم العديد من المساعدات لمرضى السرطان وتتمثل في تقديم الاستشارة والنصيحة والمساعدة المالية وحتى توفير أجهزة فيديو أو أفلام أو وسائل من شأنها التعريف بمرض السرطان, وتكون إما حكومية أو خيرية وعملها هو مساعدة المرضى على تخطي وتحدي المرض

[http:// www.libraryo.com/reference/encyclopedia-aspex](http://www.libraryo.com/reference/encyclopedia-aspex)

**2- تاريخ ظهور علم نفس الأورام:**

- البحوث النفسية الجسمية في دراسة الأورام السرطانية كانت موجودة منذ فترة طويلة. وقد سعى الكثير من المؤلفين إلى الربط بين المشاكل النفسية الجسمية وظهور السرطان, حيث أشارت في البداية إلى أن هناك علاقة بين الصدمات العاطفية وظهور الأورام بعد مهلة معينة وهذا حسب كل من:

(abse1964, bahnsen1969)

- وقاد كل من ( توماس وغرينستريت1973, توماس و دوزنسكي1974, وغريير وموريس1975, و فوكس1972, و غريير و آل1979) بوضع منهجية جديدة للاستنتاجات التي خلصت إليها الدراسات السابقة. وفي بحثه استعان بامر 1981 حوالي 200 من الأعمال.

- أما جالين في القرن الثاني ميلادي يعتقد أن السوداوية أو الميلانخوليا عند المرأة تمهد لسرطان الثدي هذا الموضوع قد تناولته مرة ثانية في القرن 18 م 'جوندرو عام 1701 حيث وجدت أن هناك من المرضى من يعاني من الاكتئاب والقلق وبالتالي إمكانية أكبر لظهور السرطان

- أضاف في1759 بشيء من التفصيل عن طريق الملاحظة و المراقبة أنGuy

الهستيريا عند المرأة تدل على وجودية السرطان خاصة بعد الصدمات أو الحرمان

- في القرن 19 تم التأكيد على أن سوء الأحوال الاجتماعية, الاقتصادية و النفسية للبؤس و الحرمان هي مصدر ظهور الحالات السرطانية و هذا حسب والش 1846م

- في عام 1900 كان هناك تجديد وإصرار على التأثير العاطفي مثل الحرمان, السوداوية

والكآبة في ظهور المرض.

- 1926 كان أول من وضع الأساس النفسي الدينامي للأورام. (1) evans

Patrice guex. « An Introduction to -(1) oncology”.routledge.1994.pp: 1-2  
. psycho

حسبهم بإمكانية الإصابة بالمرض يمكن أن يعود إلى Warshling and al مرحلة الطفولة المبكرة وبالتالي تنشطها الأحداث التي وقعت في حياة البالغين أو الأحداث التي وقعت لهم في عدة سنوات قبل ظهور الأعراض الأولى للمرض . -يميلان إلى البحث في مرحلة قبل حدوث السرطان للتغلب عليه loss and lock

(المعاناة، الحياة العاطفية له مثل: صعوبة في التعبير عن العواطف. قدرة محدودة لتكوين علاقات و صعوبة في الاتصال.)

- وحاول توماس و ديزانسكي 1974 المصادقة على هذه الملاحظات عبر وضعها في إجراء دراسة مستقبلية تتكون من مجموعة من الطلاب الجامعيين في أمريكا نحو تطور الأورام السرطانية في وقت لاحق. واتسمت النتائج بعدم القدرة على التعبير على المشاعر ووصف العلاقات مع آباءهم بالباردة إضافة إلى القمع

و الحرمان من العوامل التي أدت إلى آثار سيئة

- ريزنيكوف و مارتن 1955 – 1957 أشارا إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي لديهن تهيئ نفسي جنسي سيء وكانت تهيمن عليهن أمهاتهن.

- لوشان 1966 درس 500 حالة من مرضى السرطان على مدة 12 سنة اكتشف أن ثلاثة أرباعهم كان لديهم تجربة مؤلمة رمزية أو فعلية في مرحلة الطفولة.

1964-1966 أشارا في دراسة مجموعة من حالات مرضى Iker& Sch male

سرطان الثدي إلى أن أكثر المرضى قد ظهر لديهم الإنكار وعجز عن تغيير مسار حياتهم ووجدوا أن هناك علاقة بين الصعوبة في التواصل وتطور الأورام

- لوحظ أن العديد من العوامل السلوكية قد تعاونت مع ظهور السرطان ويبدو أن هذه العوامل تعمل عن طريق عدة سبل حسب "ليفيا 1985م"

وبذلك حسب "فوكس 1978م" نرى أن مجموعة من السمات والتصدي لبعض الأساليب يمكن أن تسهم في إظهار الشخصية المعرضة للسرطان.

في ما يخص المنهج النفسي الدينامي فقد وصفت الشخصية السرطانية بيانيا من طرف العديد من الباحثين منهم "بانسون 1980م" "أين ذكر أن للمرضى ذكريات سيئة عن طفولتهم ليسوا قادرين على التعبير عن مشاعرهم واحتياجاتهم ومواجهتهم للأهل كانت باردة وسيئة مع غياب المودة. (1) - تأسس علم نفس الأورام في أواخر 1970 - إنشاء جمعية السرطان الأمريكية في 1913

- عام 1984م إنشاء منظمة علم نفس الأورام IPOS

- عام 1955 أنشئت الشبكة الشاملة للسرطان الوطني NCCN

## 1

- حسب بامر فان شخصية المعرضين لخطر السرطان هي

الشعور بالذنب أين يكون لديه الاستعداد لتكون النقد الذاتي و الشعور بالنقص و الميل إلى الاكتئاب والقمع والحرمان والإحساس السلبي و الحزن والغيرة والاستعداد لإهمال المشاعر و السلوك وفقا لما يرغب الآخرون و الشعور بالتضحية والإيثار والقلق.

- وبعض البحوث تؤكد على طريقة السلوك ونوع ونمط الحياة الاجتماعية و الإجهاد والقلق يلعب دورا في بداية ظهور المرض وتطوره. (1) -بدأ علم نفس الأورام في

منتصف التسعينات عندما عادت الطببية النفسية " جيمي هولاند " إلى ممارسة الطب النفسي وهي متزوجة من طبيب مختص في علاج الأورام. ولاحظت أن زملاء زوجها ركزوا على الآثار الفزيولوجية للمخدرات التي كانوا أعطوها لمرضاهم وبالتالي عدم اتخاذ أفكار وعواطف المرضى في الحسبان. والى هذا الحد كان هذا الإشراف من تلك الثقافة الطبية آنذاك أي من الخمسينات والستينات فالمرض كان آنذاك وصمة عار وبالتالي انخفاض معدلات البقاء على قيد الحياة وتشخيص المرض آنذاك كان عند المريض حكما بالإعدام عليه - سنة 1977 بدأت أولى بوادره في الطب النفسي في مركز أبحاث السرطان وقالت جيمي إنها أجرت عددا من الدراسات حول السرطان وتأثيره على المرضى وأسرههم.

في أوائل هذا القرن أصبح علم نفس الأورام

جزءا مقبولا من علاج السرطان (- Christine maguth nezu & d.nezu .ph & Arthur -) - المسائل المتعلقة بنشاط السرطان سواء النفسية منها أو الاجتماعية لم تكن فيها الدراسات إلا في العقدين الماضيين لأنها باتت قيد الدراسة من قبل مجموعات صغيرة من الأطباء في جميع أنحاء العالم (3).

Patrice guex. Opcite .p: 5 - 1

oxford press. New York 1998.p:3. "Psycho oncology". Holland Jimmie c-3

**3- العلوم المرتبطة بعلم نفس الأورام:**

- علم نفس الأورام هو علم متعدد التخصصات تشترك معه تخصصات عديدة رئيسية متعلقة بدراسة الأورام السرطانية بما فيها التخصصات السريرية أو العيادية مثل : الجراحة و الطب الباطني وطب الأطفال والعلاج بالأشعة و أيضا علم المناعة و علم الغدد الصماء وبطبيعة الحال الطب و علم النفس .

**4- المواضيع المتضمنة في علم نفس الأورام ومنهجيته في البحث:**

- مرض السرطان شائع من 1 الى 5 من سكان ارويا و الولايات المتحدة و الدول المتقدمة يموت منها حوالي من 1 الى 3 من السكان لأنها تضع حدا لحياتهم وللأورام السرطانية نسبة مرتفعة مقارنة مع الأمراض الأخرى ( Mary Counselling & Burton « people with cancer Maggie Watson. « Wiley . 2002 . (p: 3

- هناك العديد من الناس يظنون ان السرطان مرض واحد لكن هو الواقع مصطلح يستعمل لوصف أكثر من 200 نوع الأمراض وكل أنواع الأورام السرطانية لها خاصية وميزة واحدة وهي النمو والتراكم الغير الطبيعي للخلايا وبالتالي تنقسم أكثر فأكثر وتنمو في فوضى.

- وجد في عام 1997 أن ما يقارب 1.4 مليون حالة جديدة من السرطان وتم تشخيص السرطان في وم أ عام 1990 ما يقارب 10 مليون حالة سرطان جديدة وتم تشخيص أكثر من 1.500 شخص من المتوقع أن يموت كل يوم من أيام هذا العام و الأورام السرطانية هو السبب الرئيسي الثاني للوفاة في و م ا .

- وجد أن الرجال أكثر إصابة من النساء حيث في عام 1997 وجدت معدلات الإصابة عند

الرجال 785.000 اما عند النساء 596.000 وان سرطان البروستاتا هو الأكثر شيوعا عند الرجال وسرطان الثدي هو الأكثر شيوعا عند النساء.

و معدل الإصابة بالسرطان تختلف على نطاق واسع بين المجموعات العرقية في م ا بين الرجال فالأمريكيون من اصل إفريقي في المقدمة ثم البيض من اصل هندي ثم من اصل اسيائي والإصابة بسرطان الثدي أعلى بين البيض بالمقارنة مع النساء الأمريكيات من أصل إفريقي والنساء من أصل اسيائي وهندي

- هناك عدة عوامل خطورة متعلقة بتطور مرض السرطان كالعوامل الجينية والممثل لتاريخ الأسرة وإيجابيته للسرطان وعلى سبيل المثال بنات النساء اللواتي لديهن سرطان الثدي لها استعداد أقوى لتطوير السرطان الثدي وأيضا الإصابة بالفيروسات يمكن أن يؤدي إلى تطويرة وأيضا التهاب الكبد المزمن له علاقة بسرطان الكبد (2)

ph .d nezu.opcite.ppp:5-6-7& Arthur-(2)

- ظهر علم نفس الأورام في إطار أوسع في مجال الأورام السرطانية وهو يتناول الأبعاد النفسية والاجتماعية والسلوكية للسرطان من منظورين:

1- الاستجابات النفسية لمرضى السرطان في جميع مراحل المرض وكذلك أسرهم ومقدمي الرعاية.

2- تحليل العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية التي يمكن أن تؤثر في المرض وتطوره

لكن هذا الجانب كان مهملًا وكان بطيئًا في نموه وذلك لعدة أسباب منها:

- وصمة العار المرتبطة بالقضايا العاطفية والنفسية والطبية في المرض. وأيضا الأموال المحدودة التي كانت متاحة للبحث والتدريب وقلة عدد الأطباء سواء النفسيين والاجتماعيين في مراكز السرطان في جميع أنحاء العالم وكثيرا ما تفرق إلى الحد الأدنى

في تطوير البحوث وبرامج التدريب وعلى ضرورة تطوير أدوات صالحة لتدقيق البيانات في هذا المجال وأيضا مراقبة الأعراض ونوعية ونمط الحياة وحياة المصابين والآثار الجانبية التي قد تظهر جراء المرض ( القىء وفقدان الشعور نتيجة العلاج الكيميائي).

- ولا تزال العلاقة الدينامية بين أوجه التقدم في العلاج والتشخيص للمشكلات النفسية والاجتماعية التي تتطلب الدراسة. - علم نفس الأورام جلب الانتباه من خلال عدة طرق:

تقديم المشورة والتدريب في مجال مهارات الاتصال وتطوير التدخلات السلوكية والنفسية والاجتماعية لقياس الأعراض الذاتية ( الألم والغثيان والقلق والاكتئاب والهديان) والقياس الكمي للجودة في الحياة المتغيرة. على جانب الحد من مخاطر الإصابة بالسرطان والوفيات. و مساهمات علم نفس الأورام كانت كبيرة أيضا: في فهم العوامل السلوكية لمكافحة السرطان والوقاية وتطوير أساليب التوقف عن التدخين على أساس المبادئ النفسية ودراسة طرق لتغيير السلوكيات المحفوفة بالخطر وإيجاد كادر من الباحثين ذوي الخبرة في تغيير سلوكيات الحياة وأساليبها والعادات الخاطئة وكذلك نوعية وأسلوب الحياة للبحث (1)

(1)- jimmie c holland. 3-4-5: pp .opcite

- على نفس القدر من الأهمية مع أوجه التقدم ووجهات نظر المجتمع والمناخ الاجتماعي إلي ينجم عن المواقف ومعرفة الناس للسرطان وكيفية معالجته وبذلك فان تجربة الفرد من خلال الإصابة بالسرطان قد تؤثر تأثيرا كبيرا في هذه الحقبة التاريخية التي يحدث فيها ويمكن أن نحدد 3 عوامل رئيسية تؤثر على التكيف النفسي والتي تكون مستمدة من المجتمع ومن المعرفة بالمواقف و من المستمدة من المريض وصفات الشخصية للأفراد ومهاراتهم في التعامل وأيضا المستمدة من الأمراض نفسها " في الحقائق الطبية في مرحلة التشخيص والعلاج المتوقع"

- المستمدة من المجتمع:

مثل سرية المناقشة المفتوحة للتشخيص والمعرفة بخيارات العلاج والتشخيص

- المستمدة من المريض:

مثل النضج العاطفي و المعتقدات الدينية أو الروحية التي تؤثر في مواجهة مرحلة تطوير السرطان وأيضا تقليص الأهداف مثل الزواج والإنجاب والاستعداد والدعم الاجتماعي .

-المستمدة من المرض:

مثل موقع الإصابة ومرحلة الإصابة والأعراض خاصة الآلام والتشخيص (1)

(1)-J. holland .p :3-4-5immie .p

**خلاصة:**

وهذا أستنتج أن: يعتبر علم نفس الأورام من العلوم الجديدة نسبيا التي تهتم بالأورام السرطانية من عدة نواحي سواء النفسية أو الاجتماعية أو الأخلاقية وذلك لكي ترشد الأطباء إلى كيفية التعامل مع المريض وأيضا كيفية تعريف المرض للمريض وبالتالي هو علم مهم جدا في مجال الأورام السرطانية.

**تمهيد:**

تقابل كلمة " سرطان " عند كثير من الناس كلمة " الحكم بالإعدام " من مبدأ إمكانية شفاء الشخص المصاب بهذا المرض، هذا الرأي الخاطئ الذي استقر في أذهان الناس في الماضي لعدم توفر إمكانيات العلاج وإهمال الأعراض الأولية للمرض، غير إن تقدم الطلب والتوعية العامة أدى إلى اكتشاف المريض في مرحله الأولية وتقديم إمكانيات جيدة للشفاء منه، فالفكرة الأساسية التي يجب الإصرار عليها هي أن السرطان مرض قابل للشفاء، وهو في مرحله الأولية مرض غير مؤلم، وان انتظار ظهور الألم أو أعراض مزعجة قد تعني إضاعة فرصة الشفاء ومن المعلوم أن (61%) من إصابات السرطان في النساء و (41%) منها في الرجال تنشأ في أماكن من الجسد يسهل جدا الكشف عنها، والحالات التي تشخص في هذه (05%) كما هي الحال في المرحلة الأولية تكون إمكانية الشفاء فيها من بين سرطان الثدي والرحم عند النساء، وهما أكثر الأنواع حدوثا لديهن.

**1. تعريف السرطان:**

**لغة:** في بعض الأحيان يسمى السرطان " الورم الخبيث ( ما يعني حرفيا النمو الجديد السيئ ) إن الكلمة مستمدة من الكلمة اليونانية كارينكوس ( السلطعون البحري ) كما كان يسميه Cancer الإنجليزية الأطباء اليونانيون الأوليين بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط ومخالبه الممتدة التي شكلت تشابها مع أورام سرطان الثدي وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض.

**اصطلاحا:** هو تعبير عام مجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا. أب وأسعد، 200 ص 05

## 2. أسباب السرطان:

الأسباب البيئية والعضوية:

-التدخين :حوالي (41%) من السرطانات عند الرجال و(31%) عند النساء ، .

- نمط التغذية،الكحول، تلوث الهواء

-التعرض لبعض المواد الكيميائية مثل :مواد الزرنيخ، الأوارمين، الفنيل كلواريد

-التعرض للأشعة :مثل أشعة أكس والراديوم (مروان رفاعي، 2113 ص52 )

-تخريب الجزيئات الحرة الضارة لعنصر DNA في الخلية، وهذا العنصر هو مجلس الإدارة في الخلية، فهي جزء طويل جدا يحتوي جميع المعلومات المطلوبة لإعادة البناء من جديد.

لم تتوصل أغلبية الدراسات إلى تحديد العلاقة المباشرة بين العوامل النفسية ونشأة السرطان غير أن البحوث تؤكد أن مواجهة الفرد للأحداث الضاغطة، تحدث تغييرات هامة في الجهاز المناعي، وفي حالة السرطان إدراك الإصابة يصبح في حد ذاته عاملا ضاغطا يساهم في إضعاف الكفاءات المناعية ويعزز التقدم السريع للورم.

وعلى الرغم من أنه يصعب تأكيد العلاقات السببية بين العوامل النفسية والاجتماعية من جهة والمظاهر المختلفة للسرطان من جهة أخرى، إلا أن البحوث القائمة حول الضغط النفسي والجهاز المناعي تقدم مؤشرات حول الآليات التي يمكنها تفسير هذه العلاقة، إذ يمكن للضغط النفسي الحد من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة في القضاء على الأورم السرطانية.

وفي الوقت الذي تؤكد الدراسات على أهمية نشاط هذه الخلايا في المحافظة على بقاء بعض المرضى على قيد الحياة وبشكل خاص مرضى سرطان الثدي المبكر .(لتايلور، 2112 ص 010)

إن أي نوع من الإجهاد النفسي أو الجسدي يمكن أن يؤدي إلى استثارة منطوق ما تحت المهاد، مما يؤدي إلى إفراز العامل المحرر للموجهة القشرية (corticotropin-releasing factor) CRF وهو عديد بيبتيدي مكون من(41) حمضا أمينيا يحفز بدوه إفراز ( ACTH على مستوى الفص الأمامي للغدة النخامية، وهو الآخر عديد بيبتيدي له سلسلة بطول 30 حمضا أمينيا، هذا الهرمون ينشط إفراز الكروتيزول على مستوى منطقة القشرة من الغدة الكظرية.

إن العلاقة بين زيادة إفراز الكروتيزول والإصابة بالأمراض السرطانية تكمن في أثر زيادة إفراز هذا الهرمون في تثبيط عمل الجهاز المناعي، من خلال التقليل من تكوين الخلايا اللمفاوية وبشكل خاص، اللمفاويات التائية، كما يخفض الكروتيزول من تحرير الأنترلوكين الذي يعد مسؤولاً عن دعم وتقوية الجهاز المناعي وتحفيز نمو الكريات البيضاء، ليس هذا فحسب وإنما يقلل الكروتيزول من هجرة الكريات البيضاء إلى المنطقة المصابة، ومن عملية بلعمة الخلايا التالفة، وهذه الميزة التي تجعل الكروتيزول قادر على كبت المناعة، تضعه وسيطاً أساسياً بين التعرض لمختلف الضغوط وعدم القدرة على التحكم بمواجهتها من جهة وبين كون الفرد عرضة لخطر الموت نتيجة لمختلف الأمراض التي كان من السهل التغلب عليها سابقاً، 1102-1161، (منظمة الصحة العالمية، 2010)

في مراجعة لعشر دراسات عام (2010) حول العلاقة بين أثر السلوك والوفيات Ley ويؤكد الناجمة عن مرض السرطان، إذ يرتبط الإحساس بالقدرة على المواجهة الناجحة للأحداث والتحكم بها، المساندة الاجتماعية، الالتزام والتحدي، مشاعر الرضا: بانخفاض مؤشر الإصابة بالأورام السرطانية الناتجة عن الاختلالات الهرمونية لدى النساء، في حين يرتبط الإدراك المنخفض للدعم الاجتماعي، مشاعر العجز، غياب التعبير عن الانفعالات السلبية والاكئاب (Fisher 435) ، والتوقعات السلبية حول المرض والمستقبل الصحي للمريض، بظهور السرطان وتسارع تطوره، والموت المبكر للمريض (تايلور، 010 ص 125 وتشير Eil et coll إلى ارتفاع مؤشر الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي عند استفادتهن دراسة من الدعم العاطفي.

ودراسة كل من (Cohen et Syme 1985) وكذلك (Giesse D'aves et coll 2000) اللتان تؤكدان بأن مرضى السرطان في المرحلة الأخيرة، يقومون غالباً بمحاولة تكيف أكبر عندما يتسنى لهم الاعتماد على أفراد لدعمهم (Fisher 301) ، وتؤكد دراسة أجريت بجامعة ستانفورد الأمريكية حول أثر الدعم العاطفي على القدرة على مواجهة المرض، حيث قدرت فترة حياة المريضات المصابات بسرطان الثدي اللواتي استفدن من مساندة عاطفية بعد الإصابة بالمرض، ضعف المدة التي عاشتها المريضات بمرض مزمن آخر اللواتي لم يستفدن من أي مساندة عاطفية.

( عثمان، 1000 ص 145 )

كما توصل الباحثون إلى أن: تتسارع المرض بدرجة تؤدي إلى الموت المبكر، يزداد عند المرضى الخاضعين وغير العدوانيين، الذين يميلون إلى التجنب وعدم القدرة على مواجهة المرض، بينما يرتبط الأداء المناعي الأفضل، وببطء مسار المرض بدرجة كبيرة، بالميل إلى المواجهة والمقاومة والتعبير عن مشاعر الغضب تجاه المريض والأطباء ( تايلور، 010 ص 132 )

### 3. أعراض السرطان:

- لخص ( مروان الرفاعي) أعراض السرطان إلى العناصر الآتية:
- قرحة أو تشقق الجلد لا يندمل بالمعالجة العادية خلال أسبوعين.
- شامة تغير شكلها أو حجمها أو تغير لونها إلى السواد أو ابتدأت بالحك أو التقرح أو النزف أو الالتهاب.
- بحة أو تبدل في الصوت لا يزول خلال فترة قصيرة.
- سعال مستمر لا يزول رغم العلاج وقد يصاحب بإفرازات من الصدر بشكل بلغم(قشع ) قد يكون مصحوبا بالدم.
- عقد أو ورم في الثدي غالبا ما يكون غير مؤلم، أو ظهور تغير في شكل أو حجم أحد الثديين أو تغير موضعي في جلد الثدي بشكل انخفاض أو غوور في الحلمة أو ظهور نزف دموي منها.
- ظهور ورم في أي مكان من الجسم، أو ظهور ضخامة عقد لمفاوية في الرقبة أو الإبط غير مؤلمة.
- صعوبة بلع الطعام أو قيئ مستمر أو الشكاية من سوء الهضم المستمر مع فقدان الشهية أو الشكاية من أعراض فقر الدم مع الشحوب والوهن أو ظهور تضخم في البطن أو وجود كتلة أو ألم مستمر فيه.
- تبدل في عادات التغوط مع ظهور إمساك أو متناوبة مع إسهال ووجود دم مع الغائط.
- ظهور الدم مع البول في نهاية البول أو مختلطا معه أو شكاية من صعوبة وتعدد البيلات.

-نزف غير طبيعي من الرحم في غير وقت العادة الشهرية أو بعد انقطاعها أو ظهور إفراز غير طبيعي من الرحم.

-أي نزيف غير طبيعي مكن أي مكان من الجسد.

إذا استمرت الأعراض أكثر من أسبوعين على المصاب م ا رجعة الطبيب لتحري سببها ومعالجتها مع العلم أنه لا يعني ظهور هذه الأم ا رض بالضرورة إصابة الشخص بالسرطان.

#### 4- علاج السرطان:

يعتبر مرض السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض، ومن المؤكد أن العلاج من هذا المرض يتضمن مجموعة من العلاجات، والتي تختلف حسب مكان السرطان ودرجته ومرحلته وحالة المريض، وفيما يلي ذكر لأهم العلاجات.

#### أ- العلاج الجراحي:

يستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أقصر الطرق، وأقلها تأثيراً على أنسجة الجسم السليمة ومن ثم التحقق من تسرطن الروم، عبر استخلاص خزعة من أنسجتها وتحليلها، تمهيدا لاستئصال أكبر كم ممكن من النسيج السرطاني وبأقل ضرر ممكنة وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، مع م ا رعاة تأثير ذلك على الأعضاء الحيوية المجاورة، إضافة إلى إزالة مساحة معينة من الأنسجة والأعضاء القريبة خصوصا الغدد اللمفاوية، أو أي مواضع من المعتاد انتقال خلايا الورم موضوع الجراحة إليها (جمعية آدم لسرطان الطفولة)

#### ب - العلاج الكيميائي:

هو نوع من الأدوية التي تحبط نمو الخلايا، وتمنع انقسامها وانتشارها وهو نوع من السمية لخلايا، حيث تصيب الخلايا النامية بالتلف، ومشكلة العلاج الكيميائي أن سميته تطل الخلايا السرطانية وغير السرطانية وبالذات الخلايا ذات النشاط الحيوي والمتجددة مثل:

-الشعر

-الخلايا ذات النشاط الجنسي مثل البويضات والحيوانات المنوية

-الخلايا الدموية مثل خلايا الدم، حيث يثبط العلاج نمو واستبدال الخلايا، ما يحدث نقص في المناعة بسبب هبوط كريات الدم البيضاء، فقر الدم بسبب الأثر على الكريات الحمراء، النزيف بسبب الأثر على الصفائح الدموية.  
وقد يستعمل العلاج الكيميائي تلطيفا لتصغير الأورام ولتخفيف الألم ولتقليل الأعراض كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها(الخطيب)

### ج-العلاج الإشعاعي:

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد دفق إشعاعي عالي الطاقة وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته. (جمعية آدم لسرطان الطفولة)  
في الخلايا السرطانية DNA تكمن فاعلية هذا العلاج في قدرته على تدمير جزيئات ما يؤدي إلى موتهم وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى تدميرها والذي يؤدي بدوره إلى أعراض جانبية، لكن رغم هذا يمكن لهذه الخلايا أن تتجدد لأن لديه القدرة على تصليح نفسها يمكن أن يحدث العلاج الإشعاعي آثار جانبية مثل الغثيان، التقيؤ، إسهال، فقدان الشعر، فقر الدم، يمكن لهذه الآثار الجانبية أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي(NEZU et al, 2003,269) .

### د- العلاج المناعي:

يعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو العلاج المعدل للاستجابة الحيوية، وهو علاج بتوظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الداخلية واثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدل إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بغية دعم وتحفيز جهاز المناعة، بشكل مباشر أو غير مباشر سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى أو لمعاملة الخلايا السرطانية كخلايا عدوة وتدميرها، أو للمساعدة في إدارة التأثيرات الجانبية لعلاج الأورام وذلك باستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعيا.

### هـ-علاجات أخرى:

- العلاج بواسطة زراعة النخاع العظمي: يستهدف هذا العلاج استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحيط بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر ونتاج خلايا الدم. (جمعية آدم لسرطان الطفولة)
- العلاج الهرموني: وذلك لبعض الأورام المتأثرة بالنشاط الهرموني مثل علاج التاموكسفين لسرطان الثدي، علاج البروجسترون (هرمون أنثوي) لسرطان البروستات.
- العلاج الجيني: ويستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي طفرة التحول السرطاني.

**5- الآثار النفسية لمرض السرطان:**

حسب (وليدة مرزاقه، 2011) يحمل تعبير الآثار النفسية لمرض سرطان جانبين: من جهة الآثار النفسية للمرض لحظة اكتشافه، ومن جهة أخرى آثار العلاج، وطرق تكيف المرضى مع العلاجات الشاقة والطويلة المدى.

وفي هذين المستويين فإنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة " ألم " وتقيد سيء بالعلاج الذي يعرض فرص شفاء المريض للخطر يمكن أن تجتمع التظاهرات المتتالية لتهديد مرض السرطان في مجموعات أساسية والمتمثلة في:

**- الخوف من الموت:**

يبدأ من خلال كلمة " سرطان " التي تدعى في الذهنيات بالمرض الخطير القاتل، وفي هذا السياق المعلومات المنقولة وغير المنقولة إلى المريض خلال مختلف مراحل مرضه لها شطرين، يمكن لها أن تساعد على العيش كما هو، أو أن تحمل له معاناة إضافية.

**- الخوف من المعاناة:**

يظهر مرتبطا بمفهوم مرض السرطان هو مرض قاتل " على نار هادئة " ويتدعم هذا الخوف من المعاناة من خلال حقيقة أن اللآلام لا تزال غير هادئة كفاية، مما يولد صعوبات مع المحيط.

إن رؤية المريض لمعاناة أقربائه غير محتملة، وتولد عدة سلوكيات دفاعية، ويعيش المعالجون من جهتهم شعور بالفشل والإخفاق، العجز، الذنب نتيجة عدم التحكم في آلام مرضهم، حيث يظهرون شعور را بالإحباط في العلاقة مع المريض، الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة ثبات واستمرار الآلام.

**- الخوف من البتر أو القطع:**

يتمثل أساسا أثناء القيام بعملية جراحية، تعتمد الآثار النفسية لفقدان عضو على تمثيلاته والاستثمار الوجداني الذي يكون فيه العضو هو الموضوع.

إن فكرة فقدان الطحال، الرئة، الخصية، الثدي، الرحم والإصبع....، تولد نفس صعوبات التكيف ولكن مهما كانت التمثيلات المرتبطة بالعضو واستثمار المريض فيه، فإن كل البثور تبين نقص قيمة الذات الذي سيواجهه مريض السرطان.

### - الخوف من تغير صورة الجسم:

يتأثر المريض بالعبارات أو الكلمات التي توجه إليه، والمتعلقة بتأثير سمية العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة على جسمه، تدرك التغيرات الجسمية على الجسم بالنسبة للمعالجين ظاهرة روتينية، في حين يعيش المحيط العائلي والاجتماعي هذه التغيرات كسمة وأثر لمرض السرطان، ككشف عن مرض خطير ومهدد.

يمكن أن تضرب شخصية المريض بصورة خطيرة بسبب تغيرت صورته الجسمية، وتؤدي إلى رفض العلاج الكيميائي أو الانتحار بسبب فقدان الشعر...يمس السرطان الدور الاجتماعي، لا سيما العائلي والمهني للمريض مثل كل الأم ارض الخطيرة ويدرك المرضى منذ بداية مرضهم النتائج الأكثر إثارة للقلق والمتعلقة بالسرطان.

مثل التراجع في الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض، كأب، ابن، أم..كما يفقد المريض سيطرته على مقدرات حياته، ويصبح جزءا كبير منها خاضع لمقتضيات المرض والعلاج، ويتبع فقدان السيطرة، فقدان الاستقلالية بما يعني تزايد اعتماد المريض على الآخرين

وأیضا فقدان القدرة على ذواتهم وعلى محيطهم، وفي الواقع يجر مرض السرطان غالبا انقطاع في الوضعية الاجتماعية ومشاكل مالية ويؤدي التوقف عن العمل وفقدان الدور العائلي بالمريض، إلى الإحساس بعدم الجدوى والنفع (Salamagne, 1994, 17).

بالإضافة إلى ما يعيشه المريض من إحساس بالفقد، فقد ينتابه إحساس آخر وهو عدم الأمان بسبب الخطر الداهم والمستقبل المجهول، فالعيش في أجواء غياب التيقن وعدم الثقة في المستقبل من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرضى السرطان، كما أن رد فعل المريض على التهديد، وغياب الأمان، يتمثل في الإحساس العام بالقلق المرتبط بالحيرة والارتياب في الحاضر والمستقبل.

وغالبا ما يترافق هذا الإحساس العام بالضيق والتوعدك، مع صعوبة في إيجاد معلومات تسمح له بفهم مرضه (الخطيب).

يمكن أن تحمل محاولات المريض لإيجاد سببية منطقية، إحساسا بالذنب وبالتالي يدرك المريض المرض كعقوبة لخطأ وغالبا ما تكون وجهة الإدراك هذه في السرطانات المرتبطة بالتدخين.

يفسر هذا الإحساس بالقلق، خضوع وانقياد الكثير من المرضى المستعدين لقبول أي شيء في سبيل إيجاد منفذ أو مخرج للمأزق الذي يجدن أنفسهم فيه وكذلك لتهديد الموت الذي يطارددهم.

يترافق مرض السرطان بتغير عميق في الحياة اليومية، حيث يفقد المريض الاهتمام بما كان يجلب له المتعة قبل المرض، أو يمثل أعماله الاعتيادية يظهر المريض مبالاة نحو لا الغير، والتي يفهمها المحيط الأكثر قرابة، فهو لا يهتم إلا بنفسه، مرضه، ألامه يصبح المريض عدوانيا بالنسبة للأقارب والمعالجين.

ومقابل ذلك تثير هذه العدوانية تناقضا وجدانيا في وسط العائلة التي تلعب دورين في آن واحد، العائلة المستسلمة القادرة على تحمل كل شيء، والعائلة القوية التي تدافع وتقاوم من خلال إعطاء أحكام توعيفية، والتي لا تساعد المرضى بشيء خاصة أولئك الذين لديهم غالبا ضيق من قبل ومن هذه الأحكام " عليك أن تأكل عليك أن تكافح عليك أن تبذل جهدا من أجلنا"

**خلاصة:**

نستج أن مرض السرطان على غرار الأمراض المزمن الأخرى يؤثر على نفسية المريض من الناحية السلوكية والمعيشية اليومية كما يؤدي به إلى التخلي عن مشروع الحياة، ذا يكون التكفل به صعب خاص من حيث الوسائل و الإلمام من مختلف النواحي وخاصة الجانب العلائقي.

**1-الدراسة الميدانية****1-1 مكان إجراء البحث**

أجريت دراستي في المستشفى اليومي ببلدية مزگران المتكون من ثلاث مصلحات :

- مصلحة الأورام السرطانية
- مصلحة داء المفاصل.
- مصلحة تدريب العلاج الفيزيائي.

كما يحتوي على مكتب القبول يتم فيها تسجيل المرضى وأخذ ملف الدخول الى المصلحة. وحدة الأشعة ووحدة التحليل الدموي يشرف عليها أطباء رؤساء المصالح الثلاث بالتنسيق مع تقني سامي في التمريض ولها اتصال مع المستشفى المركزي.

**2-1 مدة الدراسة**

في الحقيقة انا باتصال دائم بتلك المصلحة و بالفريق المعالجة و هذا راجع إلى مهنتي "طبيبة" و مسئولة على مكتب القبول. و بصفة رسمية امتدت على 3 شهور من مارس إلى مايو و هذا حسب استعداد و تيسر كل واحد منهم. منهم من كانت لى معه مقابلة واحدة و منهم من كانت معه خمس مقابلات.

**3-1 عينة الدراسة**

تتكون عينة الدراسة من الطقم المعالج في مصلحة الأورام السرطانية .

**4- 1 خصائص العينة**

خاصية العينة هذه تكمن في انها تمثل الطقم المعالج كله و الذي يتشكل من :

-طبيبة رئيسة المصلحة هيا لتي تدرس ملفات المرضى المصابين بالسرطان و-  
تتأكد من صحة المعلومة وفي بعض الأحيان تطلب تحاليل إضافية من المقبلين  
للعلاج و تضبط البروتوكولات العلاجية حسب كل حالة.

- الأخصائية النفسانية المكلفة بالمرضى الأورام السرطانية داخل المصلحة.

-المرض المنسق له دور التنسيق بين الإدارة المركزية و المصلحة كما يتكلف  
ببرمجة المرضى و ضبط المواعيد العلاجية، و الصيدلة .

- المرضيين لهم دور في ا

#### 1-5 منهجية الدراسة

لهذه الدراسة استعمل المنهج العيادي و طريقة دراسة الحالة

#### 1-6 ادوات البحث

-المقابلة

- الملاحظة

- الاختبارات النفسية: اختبار ماسلاش بأبعاده الثلاث **MBI**

### تمهيد

توجد الكثير من التقنيات التي تؤهل الأخصائي النفسي للدخول في الميدان والعمل على المستوى النفسي للتطفل بالحالات ومن بين أهم هذه التقنيات نذكر :

**1-المقابلة :** في حقيقة الأمر المقابلة لا تحوي طرقا مقننة نتعلمها ثم نطبقها ، بل يجب إتباع أسلوب أساسي: معرفة أن أكون و معرفة ماذا أفعل أي Le :  
Savoir Etre et Le Savoir Faire  
فمعرفة ماذا أفعل تعني اكتساب معارف تدل على حجم معين و معلومات أساسية حول ما أريد دراسته .و معرفة ماذا أفعل هي اكتشاف طريقة معينة يتبعها الفاحص مما يسهل عليه اكتشاف الطرق السليمة و الأدوات الملائمة للفحص الجيد .

و معرفة ماذا أكون هنا لا بد من سؤال جوهري من أنا و كيف يمكن أن أصل إلى جعل العميل يثق فينا و لا يكون هذا إلا بمعرفة الفاحص لحدوده و حدود العميل و حدود العلاقة التي تجمعهم مع العميل مع معرفة دقيقة لأبعاد العميل أثناء العلاقة بعيدا عن معرفة و طرقه في التعامل مع المواقف و كيف يستطيع الإصغاء إلى الآخر و كيف يساعد و ما هي المواقف التي تتطلب التشخيص .  
ومن هنا نستشف أن العلاقة التي تبنى مع العميل هي أساس سير الحصوص العلاجية لأن كل شيء يأتي من العلاقة المعبرة عن علاقة إنسانية خاصة جدا حيث يكون الفاحص حاضرا بشخصيته و ذاتيته بعيدا عن أحكامه يسمح للعميل أن يكشف عن نفسيته و عن ماضيه بكل تلقائية و ثقة  
وظيفة الإكلينيكي هو تحضير جو للعلاقة الإنسانية التي تسمح للعميل بالتفريغ و بمعنى أدق أن الإنسان يكون نفسه أمام الغير ، وهو أن يكون مقبولا في العلاقة العلاجية بدون شرط حتى يسمح للعميل أن يكتشف ذاته شيئا فشيئا  
ويتفتح على العالم الخارجي و على عالمه الداخلي

### 1- تعريف المقابلة

تعتبر إحدى التقنيات العلاجية و هي بصورتها البسيطة تقابل فردين وجها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معينة ، كما نعرفها أيضا بأنها علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي و العميل في جو آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين و ذلك لحل مشكلة ما .

و المقابلة هي عبارة عن محادثة بين اثنين هما العميل و المعالج في حالة العلاج النفسي يوجه فيها بعض الأسئلة للعميل و من الممكن أن تكون بعض الأسئلة مضبوطة و مقننة و قد تكون أيضا الأجوبة و الأسئلة المحتملة مضبوطة و قد تكون حرة ، و جدير بالذكر أن المقابلة الحرة هي التي تسير حسب منهاج الإرشاد النفسي غير التوجيهي الذي ابتكره كارل روجرس. كما تعرف المقابلة أيضا بأنها علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر و الذين يتوقعون مساعدة و بناء علاقة ناجحة و من وجهة نظر أخرى تعرف المقابلة أيضا بأنها وضعية مؤقتة حيث يتم تفاعلات و تأثيرات متبادلة خاصة شفوية بين شخصين و بينهما هدف محدد سابقا

وتعني أيضا المقابلة بين شخصين أحدهما يطلب المساعدة و الآخر يسمح للأول بحضوره أن يبحث عن معاشه بصفة أدق و أن يفهم هذا المعاش بصفة أوضح و يأخذ القرارات المناسبة لكي يوجه حياته بصفة أكثر إيجابية و مسؤولة سواء بالنسبة إليه أو إلى محيطه هكذا يبرز أن أغراض المقابلة يتوقف على الهدف الذي يتمثل بها ، ومهما كان الهدف تشخيصيا كان أم إرشاديا ، علاجيا أم استطلاعيا ؛ فإن جمع البيانات و الفهم المتكامل لشخصية العميل هي القاسم المشترك الذي تتصدى شكل المقابلة هدف المقابلة نشاط الإكلينيكي نشاط العميل درجة الحرية التحقيق العرضي معطيات عرضية /جسدية مهم جدا حسب الأسئلة المطروحة

المقابلة الموجهة أو 1 النصف الموجهة لتحقيق الاجتماعي معطيات اجتماعية أو نفس- اجتماعية مهم جدا حسب الأسئلة المطروحة مقابلة موجهة تاريخ الحالة معطيات حول ماضي العميل لا يطرح الأسئلة بكثرة نشاطه مهم جدا من 1/2 موجهة إلى حرة مقابلة تحليلية تحويل و استبطان ضعيف جدا أو محدود مهم جدا بأهمية التفاعل حرة كاملة

## المقابلة العلاجية

مضمون المعاش النفسي

محدود وضعيف مهم جدا حرة

ملاحظة : خصوصية الإكلينيكي هو إتقان العلاقة العلاجية لأن المعارف النظرية ليست

مهمة بقدر أهمية العلاقة الإنسانية التي تربط مع الآخر

توجد تيارات أو مدارس نفسية مختلفة ترفض كلمة أخصائي نفسي أو خبير نفسي في

سياق مدرسة كارل روجرس حيث يرفض أصحاب هذا الرأي أن يكون في علاقة

المساعدة أحد يسمى الخبير أو الأخصائي و الآخر الذي ينتظر كل شيء من الأول لأن

المقابلة هنا علاقة إنسانية محضة

2- أهداف المقابلة و أهميتها : إن الذي يحدد نوع المقابلة هو الهدف والغرض الذي

تقام من أجله المقابلة ، و تهدف المقابلة إلى:

1- إقامة علاقة وطيدة بين العميل و الأخصائي

2- مساعدة العميل على أن يعبر عن نفسه و عن مشاكله

3- نقل المعلومات التي تساعد على حل المشكل

4- مساعدة العميل على الكشف عن حلول لمشكلته و علاجها

5- استرجاع الذكريات السابقة و جمع البيانات (التحقيق العرضي )

و تترتب عن هذه الأهداف أهمية بالغة للمقابلة تتمثل في:

1- كونها أداة أو الوسيلة الأساسية التي يستخدمها الأخصائيون في العلاج و

التشخيص .

2- تهيئ للأخصائي فرصة القيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة مع

المريض و التشخيص ليس هو الغاية أو الغرض و لكن مشكلة المريض هو الهدف

الأساسي و ذلك للتخطيط لحلها بعد معرفة السبب.

3- تكوين صورة واضحة و كاملة لشخصية العميل للمساعدة للوصول إلى التشخيص.

إذن المقابلة هي علاقة مساعدة و التي لا يقصد بها علاقات غيرية إنما علاقات مهنية

تتطلب العديد من المهارات و الكفاءات غير العادية منها الشروط و الظروف التي تساعد

في بناء علاقة علاجية في تكوين مناخ علاجي و الذي يسمح بصيرورة الحركة العلاجية

حيث يمكن للعميل أن ينمي إمكانياته و أن يتطور نحو الأفضل ويحقق النضج و الاستقلالية.

### -3 أنواع المقابلات ( أنظر إلى الجدول)

المقابلة نصف الموجهة المقابلة الإكلينيكية  
المقابلة الموجهة المقابلة الإكلينيكية مع الأطفال  
المقابلة السايكاترية المقابلة النفسية التحليلية

### -4 العوامل التي تؤثر على سير المقابلة

أ- الزمان و المكان : يلزم للعميل أن يكون في جو هادئ و مطمئن و في هدوء تام لا نطبق المقابلة في مكان فيه ضجيج ، مكان يجب أن يكون لا بارد و لا حار ، الجدية التامة من طرف الأخصائي و يجب أن يكون لديه الوقت الكافي و الضروري للإصغاء كما أن العميل لابد أن يعرف أنه حاضر لمدة معينة و أن يشعر أن الأخصائي حاضر من أجله و معه فقط.

ب - بداية المقابلة :يبدأ الأخصائي ببعض كلمات الترحيب بالعمل لبناء جو هادئ و مطمئن قبل المقابلة الإكلينيكي يجب أن يكون واعيا بالتأثيرات التي تؤثر عليه اتجاه العميل (مثل دراسة الملف أو قد يكون قد سمع كلاما عنه أو قد إلتقاه بالمستشفى أو في أي مكان أو قد سمع عنه من أشخاص معينين في بداية المقابلة عناصر أخرى تؤثر على الإكلينيكي مثلا : مظهر العميل اللباس الوضعيات.

وضعية الجسم ، الشعر العمر ، الجنس ، المستوى الاجتماعي ، اللهجة .. لكي يستطيع أن يستقبل كل إنسان و كل الشخصيات بنفس النمط و نفس المعايير و الرؤى . إن الإكلينيكي لكي يدافع عن نفسه ضد هذه التأثيرات من الممكن أن يكتب كل هذه الانطباعات لكي يكون واعيا بكل هذه التأثيرات و لكي يستطيع أن يستقبل كل الأشخاص دون شرط.

ليدخل الإكلينيكي في المقابلة يستعمل عبارة مفتوحة تماما أو سؤال مفتوح مثلا : أريد أن أعرف ماذا يشغل بالك أو هل يمكنني معرفة ما بك ... لأن بداية المقابلة لها أهمية كبيرة لكي يتكيف العميل مع المحيط و المكان الذي يوجد فيه رفقة الإكلينيكي.

- ج - حرية التعبير : حيث يتقبل الإكلينيكي كل ما يقوله له العميل من الأفكار و المشاعر و العواطف حتى الترددات التعليقات ، يتقبل كل هذا باهتمام كبير و بصفة متسامحة ، كما يتجنب إصدار الأحكام سواء بالموافقة أو عدم الموافقة ، و يحترم الحرية الكاملة للعميل مع البقاء في موقف وسط لا حنان و عطف زائد و لا قسوة ، كما يتطلب أيضا من العميل توضيح الهدف من المقابلة و دور الإكلينيكي في المقابلة لا يجيب في مكان العميل و لا يؤول تعبيراته حسب وجهة نظره ، و لا يأخذ القرارات في مكانه بل يجب عليه احترام الحرية الكاملة للعميل في التعبير
- د - التركيز حول معاش العميل : الأخصائي لا تهتمه الأعراض فقط ، و لا يصغي فقط إلى مضمون أقوال العميل و لكن يهتم أيضا المعاش الذاتي النفسي للعميل يعني كيف يشعر تجاه وضعية ما لأن هذا الأخير لا يقدم أعراضا فقط بل آلامه و صراعاته و صعوباته و توتره و يعكس للعميل هذا المعاش فالمقابلة مرحلة من الحياة أين يعيش العميل من خلالها تجربة أساسية شيئا فشيئا يتوقف العميل أن يلعب دورا بحيث يخفي نفسه و راء قناع ، ولكن يبدأ بالعيش بزيه الطبيعي و الحقيقي في علاقاته مع الآخرين و بذلك يظهر الهيكل العميق عن شخصيته.
- هـ - تجنب التفسير : أن التفسير الغير الناضج أو الجارح أو المبكر قد يسد الطريق أمام مزيد من التقدم على سبيل المثال : قد يقتنع المعالج منذ الجلسة الأولى أن صراعات العميل يثيرها نزاعاته مع أمه في السيطرة و حب التملك و لكن إذا بدأ في مثل هذه المرحلة هذا التفسير دون الاهتمام أكثر بالعمل هنا هذا الأخير يرفضه و يصر أن أمه امرأة رائعة . و من الأخطاء الشائعة في عملية التفسير الاعتقاد أن الاستبصار الفعلي لمشاكلنا يقود أوتوماتيكيا لتغيير اتجاهاتنا و انفعالاتنا و سلوكنا و هو ما يدفع بنا إلى تفسير ذلك للعميل . و لكن المطلوب هو أن نجعل العميل يفهم أسباب صراعه حتى يعدل لا إراديا سلوكه . فهناك فرق بين الوعي العقلي المنطقي و بين الحياة الانفعالية و لا ينبغي أن نتعجل المعالم بإعطاء تفسيرات حتى نفسح المجال للعميل أن يكشف تدريجيا هذا الغموض الذي يعيشه و الحلول المناسبة لوضعيته و الخطوات التي تساعده أن يتقدم نحو النضج.
- و - إعادة التشكيل : ينتبه الإكلينيكي إلى كل ما يقوله العميل إلى كل ما يشعر به و

دوره الأساسي يكرر أو يعود يعبر عن أقواله أو يعكس مشاعر العميل بصفة أوضح أو أقصر إذا أمكن.

ز - نهاية المقابلة : في الواقع ليس هناك نهاية المقابلة لأنها مرحلة من مراحل الحياة وهي لا تنتهي حتى لو كان الإكلينيكي لا يرى مرة أخرى العميل ، فالمقابلة تبقى مفتوحة لأنها تعبر عن مرحلة من مراحل الحياة

ت - أخذ النقاط : ليست المقابلة استفتاء أو استجواب ، وليس المهم أن يجمع الإكلينيكي كل المعطيات و لكن هدف المقابلة أن يكتشف العميل نفسه أكثر فأكثر و أخذ النقاط يتعلق بهدف المقابلة و نوعها.

س - مشاكل السكوت : يلزم الإكلينيكي أن يتحمل السكوت ، ويتجنب أن يملأ السكوت بسرعة ، لا بد له أن يفهم معنى السكوت و هل هذا السكوت مثير أم غير مثير و من الممكن في بعض الأحيان السكوت يعبر عن صراع داخلي و شعور داخلي بالألم وهنا على الأخصائي أن يتفهم ذلك و أن يتعلم أن لا يطيل السكوت.

ع - الثرثرة : وراء هذه الثرثرة أيضا مشاكل و صعوبات كالسكوت ، عادة ما تثير القلق لهذا على الإكلينيكي أن يتحمل هذه الثرثرة و يقبل كل ما يقوله العميل و يركز عليه انتباهه حتى يقلل من هذه الثرثرة.

المواقف في علاقة المساعدة : إن مهمة علاقة المساعدة أو العلاج النفسي تتضمن معالجة الفشل في الاتصال . فالشخص أكثر انفعالا و غير متكيف هو في مأزق لأنه قبل كل شيء انقطع الاتصال مع نفسه وكذلك مع الآخر ، كما أن أجزاء الشخصية تتميز بعدم الوعي والرفض والكبت من طرف الوعي ، وقد يحدث لها توقف بصفة تجعلها لا تتصل بالجزء الواعي أو المسير للشخصية.

وبهذا الشكل الذي يعبر به الآخر عن شخصه يكون محل للتغييرات و التبديلات وهكذا فإنه يتألم في قرارة نفسه و في علاقته بالآخر و من . ومن ثمة فإن علاقة المساعدة عبارة عن مساعدة الشخص على الحصول على علاقة طيبة في نفسه وذلك بفضل علاقة خاصة مع المساعد وهو اتصال جيد داخل الشخص وبين الأشخاص "الكتاب الأساسي في علم النفس هو عالمنا الداخلي"

الصعوبات الأساسية في العلاقة الإنسانية : لقد تساءل العديد من العلماء حول هذه

المسألة التي مفادها ما هو العامل الأساسي الذي يعرقل الاتصال مع الآخر ومع الذات أيضا ؟ إن الحاجز الكبير للاتصال المتبادل بين الناس بصفة عامة هو نزعاتنا التلقائية للحكم على الآخر و انطلاقا من هذا يتولد بداخلنا الخوف من الحكم ومن الآخر. كيف نعالج هذه المسألة:

-الإصغاء : لتكوين علاقة جيدة يتجنب الإكلينيكي هذه النزعة للحكم و يكون بذلك مصغيا إلى العميل بامعان و إدراك ، و بعبارة أخرى إذ يدرك الأفكار و التصرفات و الأحاسيس المعبر عنها من طرف العميل حسب وجهة نظره ، لذا يحس الإكلينيكي كيف يشعر أو يحس العميل في أعماقه في إطار مرجعيته ؛ قد يبدو هذا سهل جدا و لكن في حقيقة الأمر المهمة صعبة جدا و الإصغاء العميق هو الوسيلة التي أظهرت أكثر نجاعة في ميدان العلاج النفسي

الإصغاء صعب و يتطلب تضحية عندما أصغي أمتنع أن أتكلم أمتنع أن أفسر أن أفنع أن أبرر ، هدف هذا الإصغاء قبول كل ما يعبر به العميل ، لا يعني ذلك أنني أوافق كل ما يقوله و يفعله العميل و إنما يعني بصورة أدق الخروج من الذات وأن أركز نفسي حول العميل و لا أصغي فقط بأذني لكني أصغي بكل الشخصيات بأعماقي وهذا يتطلب جهد و عمل كبير جدا خاصة إذا علمنا أن الإصغاء يتطلب بعد و قرب أو كما يعبر عنها العلماء بالمسافة الجيدة بين الأخصائي و العميل أي لا قريب جدا من العميل ولا بعيد جدا و هنا لا يقصد به البعد أو القرب الفيزيقي بل البعد أو القرب المعنوي. سيكون الإصغاء على 03 مستويات :

-مستوى الأحداث : الأقوال و مضمون المشكلة

-مستوى المعاش الداخلي : المشاعر و الانفعالات

-مستوى التأثير الداخلي : كيف تؤثر الأحداث

فالإصغاء يتطلب انفصال أو تمييز بين رغباتي و عواطفني و رغبات و عواطف الآخر. كيف يستطيع الإنسان أن يكون هو نفسه أو يتطور في اكتساب هذه المواقف؟ يقول كارل رورجرس: لا يكفي أن ننظر إلى تجارب الآخرين أو إلى نتائج البحوث بل يجب أن نخضع أنفسنا إلى تجربتنا الخاصة و أن نطرح أسئلة على أنفسنا ونجيب عليها بكل صراحة حتى يمكننا أن نصل إلى حقيقة أنفسنا.

2- الواقعية أو الشفافية أو المطابقة : هنا يمكن أن يطرح سؤال جوهري : هل بإمكانني أن أكون بصفة تجعل الآخر يعول علي و يثق بي كشخص أمين و منطقي في تصرفاتي و سلوكي ؟ في هذا الميدان لا تكفي العلامات الخارجية مثلا : الدقة في المواعيد - احترام الطبيعة السرية للمقابلات ... لأن نوع من الانزعاج مثلا أو أي شكل من عدم القبول يظهر دائما في وقت ما من العلاقة ( إذا الآخر أزعجني و لم أقبله و لم أبد له ذلك فإن ذلك سيظهر لاحقا في أي وقت من المقابلة )

فالمطابقة موقف إنساني حيث يوجد تطابق دقيق بين التجربة و الشعور بالوعي و الإظهار أمام الآخر ( تطابق بين الباطن و الخارج ) ما أحسه داخليا كما يستحب أن أظهر أمام الغير كما أنا في الداخل مثال عن عدم التطابق : الابتسامة المهنية

3- التركيز حول معاش العميل : لا يركز الأخصائي على الأعراض فقط ، لا يصغي فقط إلى مضمون أقوال العميل و لكن نهتم أيضا وخصوصا بالمعاش الذاتي للعميل يعني ذلك كيف يشعر العميل أو هل بإمكان الأخصائي أن يصغي إلى كل ما يشعر به و أن يترك له الحرية الكاملة في التعبير عن نفسه دون قيود و لا يقدم له أعراضه فقط بل آلامه و صعوباته و ثرثراته و حتى صراعاته.

لهذا الأخصائي يهتم بالمعاش الداخلي للعميل و يعكسه للعميل كأن يقول له يظهر لي بأنك تتألم كثيرا أو تعيش حالة حزن أو أنك مضطرب (... ) فالمقابلة مرحلة من الحياة حيث يعيش العميل تجربة أساسية و حساسة شيئا فشيئا يتوقف عن إخفاء نفسه خلف القناع و يبدأ في الظهور في شكله الطبيعي مع الأخصائي ثم مع نفسه ثم مع الآخرين ، يعني أثناء المقابلة يسقط قناع العميل و يبدأ يعيش علاقة طبيعية مع اتصال طبيعي مع مختلف جوانبها و هكذا يظهر الهيكل العميق للشخصية

4- تجنب التفسير : إن التفسير غير الناضج أو التفسير الجارح أو المبكر جدا قد يسد الطريق أمام مزيد من التقدم على سبيل المثال قد يفتتخ المعالج من الجلسة الأولى أن صراعات العميل تثيرها نزاعات حب التملك و حب السيطرة ، و لكنه إذا أبدى في هذه المرحلة مثل هذا التفسير فإن الأكثر احتمالا أن يرفضه العميل و أنه يصر أنه ليس كذلك ... فدور الأخصائي ليس تقديم تفسيرات أو شرح و إنما يقدم أضواء فقط و يعس بصورة سليمة صورة العميل الحقيقية.

فهنا فرق بين الوعي العقلي المنطقي و بين الحياة الانفعالية و لا ينبغي أن يتعجل المعالج في إعطاء تفسيرات يصاحب الإكلينيكي العميل في اكتشاف عالمه الداخلي بصفة أكثر فأكثر وضوح حتى يكشف العميل بنفسه الحلول المناسبة أو الخطوات التي تساعده على التقدم نحو التحسن.

5-إعادة التشكيل : ينتبه الإكلينيكي إلى كل ما يقوله العميل و إلى كل ما يشعر به و دوره الأساسي أن يتأكد من أنه لم يدخل شيئا مختلفا أو تفسيرا جديدا في أقوال العميل وحتى مشاعر وهو بذلك يعطي للعميل الدليل بأنه أصغى و فهم كل ما عرض عليه (إعادة تشكيل جيد يعني إصغاء جيد )  
وقد حدد كار روجرس مستويات إعادة التشكيل في:

-إعادة التشكيل الانعكاسي : حيث يعكس الإكلينيكي أو المعالج عبارات أو معاش العميل بمساعدة العميل نفسه في توضيح مشاعره و اتجاهاته و لذا يتطلب ذلك أن يعيد اتجاهات العميل ومشاعره التي عبر عنها و التي يعيشها في الجلسة ، لذا يجب على الإكلينيكي صبورا و يكون مصغي جيد ويعكس فقط ما قاله العميل ، وعندما يتوقف العميل متوقعا من الأخصائي يكتفي هذا الأخير بقول مثلا : أفهم من كلامك ... أو أشعر أنك تريد ... هل فهمتك جيدا ...هل هذا ما قصدت إليه . وهكذا يستطيع العميل أن يقترب شيئا فشيئا من معاشه الحالي و لا يكتفي فقط بالتعبير عن مشاعر الماضي بل يدخل في المشاعر الحالية.

-إعادة التشكيل التوضيحي : معظم جهود الفاحص تتركز حول توضيح مشاعر العميل في أغلب الأحيان كل ما يعبر عنه العميل هو معاش له مضمون مختلط فيه التباس و غموض وتداخل للمشاعر السلبية و الإيجابية فهنا الفاحص يتدخل بأن يوضح هذه المشاعر وهذا المعاش ، مثلا إذا قال العميل أخاف يكون تدخل الفاحص بكيف تخاف وليس لماذا تخاف.

6-قبول الآخر بدون شرط وعدم الحكم : وهنا يسأل الفاحص نفسه هل أستطيع أن أقبل جميع وجهات النظر التي يقدمها الآخر ؟ فعدم القبول يكشف بشكل جلي مخاوف خاصة بالفاحص و بأنه مهدد داخليا وهو ما يعيق سير الحصوص العلاجية . ولا بد أيضا أن يتساءل هل أستطيع أن أحرر الآخر من الخوف لأنه مدان أو في ضيق ما ، و أن أدخل

في علاقة بدون الحكم و بدون تقييم فإن ذلك يسمح للشخص أن يصل إلى اكتشاف أن الحكم ليس عند الآخرين بل في مركز المسؤولية الذاتية .

7- الإيمان بالغير : السؤال الجوهرى الذى يطرح نفسه فى هذا المقام هو هل يمكننى أن أنظر إلى الآخر كشخص قابل للتطور و قابل للتغيير و التحسن ؟ وهل يجب معاملة الآخر كطفل غير ناضج أو كتلميذ جاهل أو كشخصية مرضية ؟ جل هذه الوضعيات ما هى فى الواقع سوى بطاقات الوصم التى تعرقل العلاقة الإنسانية ، ومن جهة أخرى يعد الإيمان بالغير أحد الدعائم الأساسية التى تمكن الآخر من الإيمان بقدراته و الإيجابيات الموجودة فى أعماقه .

#### 6-تطور العميل أثناء المقابلة

عندما يجد العميل أحدا يصغى إليه يقبل مشاعره و انفعالاته و عواطفه المتناقضة و يقبله كما هو بدون شرط ، فإنه يصبح شيئا فشيئا قادرا على الإصغاء لنفسه قدرا على تقبل نفسه ، قادرا على اكتشاف بعض جوانب شخصيته ، يتفتح أكثر فأكثر على عالمه الداخلى ، يصبح قادر على الإصغاء للعواطف والانفعالات التى كان ينكرها أو يكبتها من قبل ، يصبح قادر على أن يعيش فى الحاضر ببعض معطيات الماضى أن يعتمد على جوانبه الإيجابية فى التقدم نحو النضج.

يستطيع العميل من خلال علاقة المساعدة و المقابلة العلاجية أن يجدد و يغير نظريته تجاه نفسه . قد يبتعد فى رؤيته لنفسه مما يجعله غير مقبول فى نظره وغير جدير بالتقدير فينظر إلى نفسه شيئا فشيئا كإنسان ذو قيمة مستقل قادر على تأسيس قيمة لذاته انطلاقا من تجربته الخاصة و ليس على نظرة الآخرين وعلى حكمه هو وليس على حكم الآخرين عليه . فمن خلال المقابلة الجيدة يصبح أقل اندفاعية ومهتم أكثر بمسؤولياته و آراؤه أكثر واقعية و يتقلص الفارق بين الأنا الكامن و الأنا المثالى . بمعنى أدق أصغى إلى الآخر يعنى أن يستطيع هو الإصغاء إلى نفسه و أن أقبله يعنى أن يقبل نفسه كما هى ، أن أومن به يعنى إيمانه بقدراته و طاقاته المعطلة.

#### 7-التذكير:المقابلة الإكلينيكية: "وهي وسيلة منظمة هادفة (تبدأ...لكي تنتهي) تبدأ

بدوافع تحقيق الهدف الذى أجريت من أجله، وتنتهي بتوقعات الأخصائى الإكلينيكى ، وكذلك المريض الذى يطلب التدخل العلاجى وتعتمد المقابلة التشخيصية على أساسين

وهما سؤال المريض وملاحظة سلوكه الحالي، أثناء المقابلة ، وكذا معرفة العوامل المؤثرة في شخصيته"

فالمقابلة في أبسط تعاريفها " محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي الإكلينيكي غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والإسهام في تحقيق توافقه ، وتتضمن التشخيص والعلاج ، وتهيئ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة". والمواجهة (فاحص - مفحوص) تفرض على الفاحص كما يقول أحمد النابلسي الاعتماد على عاملين أساسيين هما:

أ) دراسة المظهر الخارجي للمفحوص: التي تعتمد على دراسة شكل الوجه وتعابيره التي يمكن أن تعكس حالاته النفسية ، ومراقبة حركاته ، مزاجه الذي يمكن أن ينعكس من خلال مظهره وتصرفاته.

ب) الحوار مع المفحوص: والذي يمكن أن يعتمد على النقاط التي يمكن للفاحص استخلاصها من خلال الحوار وهذه النقاط هي:

-اضطراب الحديث لدى المفحوص

-إدراك المفحوص للزمان والمكان إدراكه أيضا لجسده وللعالم الخارجي

-الانتباه ودرجاته لدى المفحوص وأيضا مزاجه واتجاهاته

-الذاكرة وقوة التذكر وكذا قدرة المفحوص على التجريد والحكم على الأشياء

-محتوى أفكار المفحوص

والمقابلة الإكلينيكية أنواع نذكر منها:

-مقابلة الاستقبال: يكون الاهتمام موجها نحو مواضيع مشكلة العميل والخطوات التي

اتخذها سابقا وتوقعاته الحاضرة ، وتعريفه بالإمكانات المتاحة.

-المقابلة المقننة : من المقابلات التي يلاحظ فيها المفحوص في ظروف غير عادية

تستثير الانفعال، إلا أن مثل هذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة في معظم

المواقف الإكلينيكية التي يكون تعاون المريض فيها أمر بالغ الأهمية ، وتكون معلوماتها

وبياناتها في الكثير من الأحيان خاضعة للدراسة الكمية.

-المقابلة الحرة(التشخيصية) : تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه

ممكن، وبأكبر قدر من التلقائية ، ولذلك فهي تستثير قدرا من مقاومة العميل ، وتيسر

الكشف عن خصائصه الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لدينامية شخصيته ، إلا أنها لكي تحقق هذه الأغراض تتطلب خبرة معمقة. وأثناء المقابلة العيادية يستعين الفاحص بدراسة تاريخ الحالة التي تطلب إجراءات دراسية خاصة تتفق مع ظروف الحالة وقدراتها العقلية ، ومكانتها الاجتماعية ، ومستواها الاقتصادي، وعمرها الزمني والتعليمي لتكون ملائمة لها لتحقيق أغراض محددة، تتبلور في رسم صورة واضحة للحالة المدروسة ، بغية اتخاذ القرار بشأنها وتقديم العلاج المناسب لها . ودراسة الحالة يعتبر الطريق المباشر إلى جذور الاضطرابات النفسية ، وتتضمن كل المعلومات التي تجمع عن الحالة والتي يجب فيها تحديد ما يلي:

-تحديد البيانات الأولية عن المفحوص

-تحديد السوابق الوراثية

-تحديد معطيات عن طفولة المفحوص ومواقفه

-تحديد الصدمات النفسية في حياة المفحوص

-الأمراض الجسدية التي يعاني منها المفحوص

إن دراسة الحالة تهدف إلى الإحاطة المعرفية الشاملة بتفاصيل شخصية الحالة من حيث المنظور الدينامي والترابطي والعلائقي والتاريخي، فنجد العديد من العلماء أكدوا على منحى دراسة الحالة من حيث الأهمية والشمولية في عملية التشخيص.

ويؤكد جوليان روتر بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للفاحص جمع أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من المناقشة المباشرة مع المريض ، والمتضمنة طبيعة المشكلة ، ظروفها ، مشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته، وكذا الخبرات المؤلمة التي تعرض لها، والمعلومات عن الأسرة والرفاق والمربين وتساهم الاختبارات النفسية في الكشف عن القدرات والمهارات وكذا الميول المرضية.

وهنا يؤكد روتر على ضرورة الحصول على المعلومات في دراسة الحالة من جميع المصادر المتاحة دون استثناء أو تفضيل مصدر على آخر، لأنها لا تصب كلها في تحقيق الهدف المطلوب ، وهو تكوين صورة إكلينيكية متكاملة عن الحالة كي يتحقق الفهم الشامل لها.

أما عن دور الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة العيادية التشخيصية فيتبلور في مدى

قدرته على تجنب الأخطاء التي باتت تتكرر في العمل التشخيصي ، حتى أطلق عليها "الأخطاء الشائعة" مما يؤثر على دقة التشخيص وقرار العلاج، ومن الأخطاء الشائعة نذكر منها:

- خطأ الإسراف في الحديث وكثرة الكلام
- خطأ محاولة إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد وكذا خطأ التوجيه أسئلة مغلقة
- خطأ قلة الاهتمام بالعلاقة مع الحالة
- خطأ في فنيات التساؤل
- خطأ فهم التخيلات وأحلام اليقظة
- خطأ في مواجهة أو احتواء العجز اللفظي
- خطأ ضعف الاهتمام بتفسير الأحلام
- خطأ في تفسير فترات الصمت

## (2) الملاحظة : ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل

الاجتماعي في اللعب والدراسة والعمل، وفي مواقف الإحباط والمسؤولية الاجتماعية ، وتهدف الملاحظة إلى تتبع الحقائق الخاصة بسلوك المريض وتحديد العوامل التي تحركه وتفسر السلوك الملاحظ.

وللملاحظة خطوات لا بد على الفاحص من تتبعها :

-الإعداد: وذلك بالتخطيط المنظم لها والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظة أبعاده، وتحديد المعلومات المطلوبة ، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل وكذا تحديد المكان والزمان الذي تتم فيه الملاحظة.

-المكان: تتم الملاحظة العلمية في حجرات مجهزة بالأدوات اللازمة ، ويستخدم كذلك غرف بها حواجز للرؤية من جانب واحد حيث يرى الملاحظ المرضى دون أن يروه، وذلك لعد الإحراج ، وحتى يكون السلوك تلقائياً قدر الإمكان.

(3) الاختبارات النفسية : يرى المختصون في القياس النفسي أن الاختبارات هي أدق الوسائل في جمع البيانات والمعلومات حول الفرد لفهمه ، ودراسة سلوكه، وهي تمتاز عن غيرها من وسائل تحليل الأفراد بميزتين أساسيتين هما : درجة كمية ، ودرجة موضوعية. وتعرف الاختبارات بكونها "مجموعة من الظروف المقننة أو المضبوطة، تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك، في ظروف أو متطلبات بيئية معينة، أو في مواجهة تحديات تتطلب بذل أقصى جهد أو طاقة، غالبا ما تأخذ هذه الظروف أو التحديات بشكل أسئلة لفظية"

فالاختبارات " وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار خصائص مميزة تجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجاته ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يتقطن لما يقوم به من تفريغ وجداني."

ويعرف بيشو Pichot الاختبارات النفسية على أنها مجموعة من مواقف تجريبية موحدة تستخدم كمثير للسلوك ، وتقسّم الاختبارات النفسية إلى ثلاث مجموعات: اختبارات الشخصية ، اختبارات إسقاطية ، واختبارات أدائية."

خصائص الاختبارات : تتميز الاختبارات بمجموعة من الخصائص أهمها:

-الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكّل نسبيا وناقص التحديد والانتظام، مما يؤدي إلى التقليل من التحكم الشعوري للسلوك

-غالبا ما تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات، ودلالاتها، ومن ثم فإن استجاباته لن تتأثر بالإرادة إلى حد بعيد.

-يعطي الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون أن تكون هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة تحكم الاستجابة.

-الاختبارات الإسقاطية لا تقيس نواحي جزئية في الشخصية بل ترسم صورة ديناميكية كلية لها.

وجدير بالذكر أن الاختبارات تقدم للأسوياء مثلما تقدم للمرضى ، فبالنسبة للأسوياء فتقدم لهم بهدف استبانة واقع النشاطات السلوكية لديهم وكذا استقرار واقع وطبيعة شخصياتهم ،

أما تقييمها للأفراد المرضى فيهدف من خلالها التعرف على مقدار ما تفكك لديهم من شخصياتهم وما تدهور فعلا من قواهم العقلية ومدى اضطراب ذاكرتهم.

### الاختبار النفسي المستعمل في دراستنا: اختبار ماسلاش

يتكون مقياس الاحتراق النفسي من اثنين وعشرين بندا : تسعة بنود للإنهاك الوجداني، وخمسة لسلب الشخصية، وثمانية للإنجاز الشخصي. ويمثل كل بند واجهة من أوجه التقييم التي يمكن للفرد القيام بها في عمله. ويشير الشخص الذي يتم سؤاله إلى معدل استجابته للشعور موضع السؤال. ويتم قياس الإنهاك، و سلب الشخصية، وتدنى الإنجاز الشخصي كل على حدة. وبعبارة أخرى، فإن الفرد لا يسجل نقاطاً شاملةً للاحتراق النفسي، ولكن يسجل نقاطاً لكل من الأبعاد الثلاثة. ولا يزال مصطلح الاحتراق النفسي يشير، بصفة عامة، إلى هذه الأبعاد الثلاثة على الرغم من تباينها، إلا أنها ترتبط بعضها البعض داخل إطار نظري واحد يقوم بتصنيفها. وقد أكدت الأبحاث الخاصة بدراسة فاعلية مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، أن

تعلمة الاختبار: هذا الاختبار يقيس الحالة النفسية للفريق المعالج يحت 22 بند يقيس كل واحد منه بعد تمنعوا فيه و وضعوا علامة X على الجواب المناسب لكم ساعة من الوقت.

**1 - تقديم الحالات****تقديم الحالة الأولى:**

الحالة (ف) تبلغ 40 سنة طبية أخصائية في معالجة الأورام السرطانية.

ملخص المقابلتين التي أجريت مع الحالة ودامت حوالي 20د : لاحظت أن الحالة تتكلم بجد لكن يبدو عليها بعض التحفض نظرا لكونه رئيسة المصلحة منذ انشائها 2012 وكانت من قبل مندرجة في مصلحة الطب الداخلي بالمستشفى شيغفرا منذ 2008 تحت اشراف مصلحة الطب الداخلي (2008).

عندما سألتها عن المرضى والمصلحة أجابت أن العدد في ازدياد كبير بصورة مذهلة قالت تتحصل على نتائج لابأس بها بعد العلاج وأنها لاتزال في متابعة طبية مع بعض المرضى أصيبوا منذ أكثر من خمس سنوات.

وعن الجو داخل المصلحة قالت أنه عادي ولا تشكوا من أي مشكل.

وعن الوسائل في نظرها موجودة والبروتوكولات الكميائية متبعة كما ينبغي والصيدلية المركزية تمولهم دون انقطاع.

عن الضغوطات في العمل قالت لاتوجد .

العلاقة مع المرضى صعبة نوعا ما لكنه تتحكم في الموقف.

قمت بتطبيق مقياس ماسلاش وتحصلت عن النتائج التالية:

- الاجهاد النفسي: 15.
- التبلىد: 03.
- الانجاز الشخصي: 45.

**تحليل نتائج الاختبار :**

الحالة (ف) لاتعاني من ضغوطات مهنية.

## تقديم الحالة الثانية:

الحالة (ش) تبلغ من العمر 29 سنة أخصائية نفسية عيادية.

أجريت معها مقابلات غير مبرمجة من قبل حول الجو العام في المصلحة ودورها كأخصائية نفسية والبروفيل الخاص بالمرضى والمرضين كلما أتحت لي الفرصة الذهاب في ايطار عملي و لقد أجريت معها مقابلة واحدة دامت 30د في مكتب الممرض المنسق .

وأخبرتني عن المشاكل التي تلقتها خاصة من طرف زوار وعائلات المرضى بتساؤلاتهم المحرجة وبعض العنف اتجهها أما بالنسبة للمرض فهي تعمل ما بوسعها لتخفيف معاناتهم تجري معهم مقابلات خفيفة.

نتلج اختبار ماسلاش:

- الاجهاد النفسي: 32.
- التبليد: 05.
- الانجاز المهني: 45.

لديه احتراق نفسي خفيف بعد واحد مصاب من أصل ثلاث أبعاد.

## تقديم الحالة الثالثة:

الحالة (م) ممرض يبلغ من العمر 40 سنة كان يعمل رئيس مصلحة الشبه الطبي لديه دولة في التمريض.

أجريت معه أكثر من خمسة مقابلات لما كان يعانيه من إنهاك جسدي انفعالي الأمر الذي جعله يعمل كل ما في وسعه للتخلي عن المصلحة والعودة إلى مصلحة الطب الداخلي للمستشفى العمومي متخلياً عن منصبه.

كان في كل مقابلة يشتكي من ضغوطات مهنية مرتبطة بقلّة عدد الممرضين وهذا ما كان يدفعه إلى التخلي عن مهامه والقيام بتجهيز الأدوية وضبط البروتوكولات وهي مهمة غير سهلة لكونها تتطلب تركيز كبير لمدة طويلة لانجاز عمل دقيق متعب ولا يسمح بالأخطاء إضافة إلى التكفل بالمرضى ومواعيدهم والحرص على تجديد الصيدلية وبرمجة مواعيد المرضى.

أما من جانب الوسائل كان يشتكي من العمل بدون حماية خاصة عدم وجود حاضنة hotte يفتح داخلها قنينة الأدوية flacon وتخليطها دون أن تأثر عن الممرض. وهذا ما يترك الممرض بدون حماية يتعرض إلى خطر الأدوية السامة وخاصة la cysplatine وهذا ما يشتكي منه جل الممرضين في المصلحة.

ضغوطات علائقية : سوء تفاهم مع رئيس المصلحة أما مع المرضى علاقة مودة وشفقة عليهم ويسميهم الأموات الأحياء كما نوه بالتأثير بهم إلى غاية المرض والاكنتاب قائلا " billet de salle الأصفر وليت نشوف فيه un mort vivant مرضت نشوف إنسان يجي يمشي و من بعد نشوفه يقودوه ومن بعد chaise roulante وأخيرا نروح نعزي فيه. حتى ما راني نشوف غير la souffrance et la mort نعمل كل ما بوسعي لأخرج منه " وهو يتكلم وملامح الحصرة على وجهه.

نتائج مقياس ماسلاش:

الاجهاد النفسي: 42.

التبلد: 06.

الانجاز النفسي: 22.

لديه احتراق نفسي شديد. ثلاث أبعاد مصابة.

**تقديم الحالة الرابعة:**

أما الممرض (هـ) يبلغ 40 سنة أجريت معه مقابلتين كان منفعلا يتكلم بفوضى ونرفزة يشكو من نفس الضغوطات المهنية وقلة الوسائل والعلاقات المضطربة مع المرضى مكان يعاني منه الممرض (م).

نتائج مقياس ماسلاش:

الاجهاد النفسي: 41.

التبلد: 17.

الانجاز النفسي: 36.

لديه احتراق نفسي شديد. أبعاد الثلاثة مصابة.

**تقديم الحالة الخامسة:**

الحالة (أ) يبلغ من العمر 32 سنة أجريت معه مقابلة يشتكي من ضغوطات مهنية ووسائلية وعلائقية من طرف المريض وأسرته وقلّة عدد الممرضين .

نتائج مقياس ماسلاش:

الاجهاد النفسي: 22.

التبلد: 06.

الانجاز النفسي: 47.

لديه نتائج متوسطة بما أن بعدين من ثلاثة مصابين لكن يوجد احتراق نفسي.

**تقديم الحالة السادسة:**

الحالة (ز) تبلغ من العمر 38 سنة تتكلم بقلق وانفعال وتشير أنها اشمزت من هذه المصلحة وتريد تغيير المصلحة أجريت معها مقابلة واحدة مدتها 45د تعاني من نفس المشاكل ضغوطات مهنية ووسائلية وعلائقية من طرف المريض وأسرته وقلّة عدد الممرضين.

نتائج مقياس ماسلاش:

الاجهاد النفسي 23

التبلد: 06.

الانجاز النفسي: 48.

لديها نتائج متوسطة بما أن بعدين من ثلاثة مصابين لكن يوجد احتراق نفسي.

## 2- مناقشة الفرضيات:

بعد استخدام المقياس المناسب للتحقق من أهداف البحث تم التوصل الى

ا-الهدف الأول :قياس الضغوطات التي يعانيها الفريق المعالج في مصلحة الأورام السرطانية بالمستشفى اليومي بمزگران.و هي مرتبطة بكل من

- محيط العمل :نقص في العدد و الوسائل و كثافة العمل ا و الحرص على الدقة والتركيز في تحضير الأدوية لمختلف البرتوكولات من جهة
- من ناحية اخرى المواجهة الصعبة لمرض مؤلم و صعب و مواجهة الموت
- المواجهة لمرضى ذوى البروفيل الخاص وعايلاتهم دات المزاج الخاص. و لهذه الأسباب كلها يعاني الفريق المعالج من احتراق نفسي و هذا ما أسدرت عليه نتائج المقياس لمسلاش و اكده المقابلات عموما
- النتائج :الطبيبة لا تعاني احتراق نفسي .السبب انها لا تعمل كل يوم
- هي بعيدة عن المرضى
- عندها متوى تتفادى الصراحة نظرا لكونها ممثلة الادارة (رئيسة مصلحة)
- النفسائية تعاني احتراق بسيط نظرا لاتصالها بالمرضى ومعناتهم و مزاجهم.
- اماالباقى من الممرضين كلهم يعاني احتراق نفسي.و بعضهم الى الحد الباتولوجي و هذا ما توصلت اليه جل الدراسات خاصة الاروبية الى حد الانتهار.

## اقتراحات وتوصيات:

- بما أن مرض السرطان هو في تزايد إلى حد المرتبة الثانية عالميا في نسبة الموت ويمس جميع الفئات والأعمار:
  - توفير الوسائل والإمكانيات والصيدلة وعدد المعالجين.
  - توفير عدد وافر من الأخصائيين النفسيين متكونين في علم النفس الأورام.
- وهذا من أجل التخفيف من الاحتراق النفسي في ايطار وضع علاج نفسي جماعي ومجموعة Balint.-

-اقتراح المناوبة لجميع الممرضين في مثل هذه المصالح.

احد بعين لا اعتبار الفرع الجديد الا و هو علم النفس الاورام و ما يقدمه من حلول.



## اقتراحات وتوصيات:

- بما أن مرض السرطان هو في تزايد إلى حد المرتبة الثانية عالميا في نسبة الموت ويمس جميع الفئات والأعمار:
  - توفير الوسائل والإمكانيات والصيدلة وعدد المعالجين.
  - توفير عدد وافر من الأخصائيين النفسيين متكونين في علم النفس الأورام.
- وهذا من أجل التخفيف من الاحتراق النفسي في ايطار وضع علاج نفسي جماعي ومجموعة Balint.-

-اقتراح المناوبة لجميع الممرضين في مثل هذه المصالح.

احد بعين لاعتبار الفرع الجديد الا و هو علم النفس الاورام و ما يقدمه من حلول.

## المراجع العربية

- البطائنة أسامة والجوارنة المعتصم بالله مستويات الاحتراق النفسي – مجلة اتحاد الجامعات العربية المجلد الطبعة الأولى 2004.
- الجمالي فوزية عبد الباقي- مستويات الاحتراق النفسي، دراسات عربية في علم النفس المجلد الطبعة الأولى 2003.
- البتال زيد بن محمد - الاحتراق النفسي اصدرات أكاديمية التربية الخاصة 2000.

## المراجع باللغة الاجنبية

### **Bibliographie Psycho-oncologie**

- BEN SOUSSAN P (2004). Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte. Paris : Editions ERES ;BRUN D. (1989).
- L'enfant donné pour mort : enjeux psychiques de la guérison. Paris : Dunod
- BRUCHON-SCHWEITZER, M.L & QUINTARD B. (2005).
- Psychologie de la santé : modèles,concepts et modèles. Paris : Dunod
- DELAIGUE-COSSET M.F., LANDRY-DATTEE N. (2005),
- Ces enfants qui vivent le cancer d'un parent, , Coll.Espace éthique-Vuibert, Paris, DESCHAMPS D. (2004).
- L'engagement du thérapeute. Paris : éditions Eres DOLBEAUT S. et coll (2007).
- La psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext FRICK E. (2006).
- L'accompagnement des malades cancéreux. Un défi pour la psychothérapie. ETUDES 2006/11, Tome 55, p.485-495.*Disponible en ligne* <http://www.cairn.info/revue-etudes-2006-11-page-485.htm>

FREUD S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In : la vie sexuelle. Paris : PUF 2005

FREUD S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In : l'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris : Gallimard, 1985, collection Folio essais

JOSEPH-JANNENEY B., BRECHOT J.M., RUSZNIEWSKI M (2002). Autour du malade, la famille, le médecin et le psychologue Paris Odile Jacob,

KRISTEVA J. (2002). Guérir. Editions le bord de l'eau RAZAVI D. Et Delvaux N. (2002). Psycho-oncologie .

Le cancer, le malade et sa famille, médecine et psychothérapie. Paris : Masson, RUSZNIEWSKI M. (2004) Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants. Paris : Editions

**إشكالية**

تعد مهنة الممرض من المهن الصعبة و الشاقة بما تتسم به من خصائص، وما يرتبط بها من مواقف استعجاليه و نقص في العدد و الوسائل وصرعة الأداء و واجبات تفرض على الممرض أوضاع قد تكون مصدر لضغوط نفسية . خاصة هؤلاء الذين يعملون في مصلحة الأورام السرطانية مع مرضى السرطان ذوى البروفيل الخاص مما يعانونه من اضطرابات جسمية كثيرة و جنسية و اضطرابات الجهاز العصبي المركزي ، و تغيرات في الوزن، بالاطافة إلى إعراض نفسية . زيادة على عائلاتهم و مرافقهم الذين قد يكونوا بأمزجة مختلفة تزيد ضغوطات للممرض الذي يصبح في حالة من التوتّر و الإجهاد الجسمي الانفعالي. و هنا تطرح الإشكالية: هل هناك علاقة بين ظروف العمل و حدوث الاحتراق النفسي عند الفريق المعالج بمصلحة الأورام السرطانية بالمستشفى اليومي بمزجران؟

**التساؤلات الفرعية:**

هل نقص في عدد العاملين بمصلحة الأورام السرطانية يؤدي إلى الاحتراق النفسي عند الفريق المعالج؟

هل نقص الوسائل والإمكانيات بمصلحة الأورام السرطانية يؤدي إلى الاحتراق النفسي لدى الفريق المعالج؟

هل اضطراب العلاقة مع المريض بمصلحة الأورام السرطانية يؤدي إلى الاحتراق النفسي لدى الفريق المعالج؟

**الفرضية العامة:**

يعاني الفريق المعالج العامل بمصلحة الأورام السرطانية "بالمستشفى اليومي" بمزجران " ضغوطات كبيرة إلى حد الاحتراق النفسي.

**الفرضيات الجزئية:**

تؤدي ظروف العمل الناتجة عن نقص عدد العاملين إلى الاحتراق النفسي لدى الفريق المعالج.

يؤدي ظروف العمل الناتجة عن نقص الوسائل والإمكانيات إلى الاحتراق النفسي لدى الفريق المعالج.

تؤدي ظروف العمل الناتجة عن العلاقة المضطربة مع المريض إلى الاحتراق النفسي لدى الفريق المعالج.

اهمية الدراسة

أهمية الموضوع من أهمية مرض السرطان الذي أصبح شائع و من أهم أسباب الوفيات في جميع أرجاء العالم. فقد تسبب هذا المرض في وفاة 8,2 مليون نسمة في عام 2012 ( world cancer report 2014). فالمريض يمر بعدة مستويات من الضغوطات النفسية والإجهاد العصبي و التقلبات العاطفية والشعورية و القلق و الجزع و التغيرات في نمط الحياة و الاعتبارات الحياتية و هذا ما يخلف اضطرابات علائقية مع عائلتهم ومع الآخرين و خاصة مع الفريق المعالج الذي يتأثر نفسيا و انفعاليا و ينتج عن ذلك أنهاك جسدي انفعالي إلى حد الاحتراق. هذا ما دفع الباحثون في علم النفس والطب العقلي و علم الاجتماع الاخذ بعين الاعتبار تلك الظاهرة و إنشاء فرع جديد من فروع علم النفس و هو "علم النفس الأورام" الذي يهدف إلى إدماج الرعاية النفسية الاجتماعية السلوكية ذات الصلة بحدوث السرطان للتكفل من كل جوانبه ( المريض،عائلته،محيطه،الفريق المعالج و العاملين لاجتماعيين).

اهداف الدراسة

-يهدف هذا البحث إلى - تسليط الضوء على الضرر وف المهنية الصعبة لتي يعانها الفريق المعالج في مصلحة الأورام السرطانية إلى حد الاحتراق النفسي بسبب نقص في العدد و الوسائل و التعامل مع مرضى ذو بروفيل خاص.الأمر الذي انعكس سلبا على الصحة النفسية و العقلية للمعالجين.هذا الضغط و التوتر داخل الوسط المهني يأتي على رأس قائمة الأمراض و الاضطرابات المرتبطة بالعمل .

- العمل على ا دماج فرع علم النفس الأورام إلى العلوم الاجتماعية و علم النفس العيادي للتكفل بمرضى السرطان وبالفريق المعالج من اجل تطوير الجانب المعرفي و وضع وسائل خاصة للوق اية و تحسين التكفل من فريق مختلف التخصصات ( أطباء عامين و متخصصين في مرض الأورام،أخصائيين الاكليككيين نفسانيين ،أطباء العقل،أطباء الأعصاب و الوراثة الإحصائيين الاجتماعيين). من أجل التخفيف من معاناة المريض وكبح الضغوطات النفسية والإنهاك النفسي والجسمي المهني لدى الفريق المعالج.

التعريف الإجرائية

- 1 الاحتراق النفسي: يستعمل مصطلح الاحتراق النفسي في كل الدراسات و الكتب للدلالة على L'épuisement professionnel والمصطلح الانجليزي

.burnout

الاحتراق النفسي هو عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية النفسية والجسمية والعلائية الناتجة عن سلسلة من ردود الأفعال السلبية التي يبديها العامل كمحاولات للتعامل مع الضغوطات التي تواجهه في عمله.

الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي:

- الإجهاد الانفعالي: شعور عام بالتعب ينتاب الفرد نتيجة لأعباء العمل والمسؤوليات الزائدة المطلوبة من الفرد.

- تبدل المشاعر: شعور يتولد لدى الفرد بسبب ضغط العمل الزائد وينطوي على اللامبالاة والتهكم وعدم الشعور بالقيمة الإنسانية للأشخاص الذين يعملون معهم.

- الشعور بالانجاز: ميل الفرد إلى تقييم نفسه بطريقة سلبية لا سيما في مجال العلاقات الاجتماعية. ويتضمن تدني الشعور بالسعادة والرضا عن الذات.

اجرائيا: الاحتراق النفسي هو ما يترتب عن ظروف العمل من إجهاد، تبدل و نقص في الانجاز حيث ان الدرجات المتحصل عليها من خلال مقياس ماسلاش تدل عليها

2 ظروف العمل: -هي الضغط المهني الناجم عن:

- نقص عدد العاملين و كثافة العمل

- نقص الوسائل والإمكانيات

- العلاقة المضطربة مع المريض.

- **3 الفريق المعالج:** هم الأشخاص الذين يهتمون بالمرضى بما فيهم الأطباء والمرضى والأخصائيين النفسانيين العاملين في مصلحة الأورام السرطانية بمستشفى اليومي بمزغران (مستغانم).
- 
- **14 لسرطان:** هو النمو الفوضوي الغير العادي المستمر لخلايا يؤدي الى تكوين ورم تصيب أي عضو من أعضاء الجسم وتؤدي الى الألم الجسدي والاضطراب نفسي وعلائقي اجتماعي لدى المريض.
- **5 علم النفس الأورام:** هو علم جديد النشأة يهتم بمرض السرطان في مختلف زواياه، المريض طبيب مختص في الأورام طبيب عام طبيب العقل الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.

## الدراسات السابقة:

1. دراسة المعهد الوطني للبحث العلمي والسلامة، بينت ان ثلث العمال الأوروبيين يشكون من مشاكل صحية تتعلق بالوظائف المسببة للضغط. أما عن منظمة الصحة العالمية، فهي ترى أن أكثر حالات الاكتئاب المرتبط بالعمل ظهرت، في عام 2010، في ثلاث دول هي : والولايات المتحدة الأمريكية. أوكرانيا. فرنسا.

## دراسات عربية

## 2. (دراسة عبد الرحمن سليمان الطيرري، 1993

حول مصادر الضغط النفسي وعلاقته بخصائص وسمات الشخصية كان هدف الدراسة على لطبيعة مصادر لظغط النفسي لبعض قطعات العمل في المجتمع السعودي، تم إجراء الدراسة على عينة بلغت 84 موظف يعملون في القطاع الحكومي، تبين له ان اهم مصادر الضغط عند العينة تتمثل في ظروف الحياة الخاصة وبالعلاقاتهم مع الاخرين، وكشفت الدراسة بين الأفراد الذين يعملون في قطاع الصحة والتعليم يعتبرون من اكثر الافراد عرضة للضغط، وهذا يؤكد أن طبيعة العمل الذي يزاوله الفرد في هذه المهن يمون لها اثرها على اداء الفرد ورضاه، كما أوضحت الدراسة إن غير المتزوجين كانوا على في متوسط الضغط من المتزوجين، اما فيما يتعلق بالمؤهل العلمي تبين ان ذوي اعلى المؤهلات و اقل المؤهلات حصلوا على متوسطات عالية متقاربة في الشعور بالضغوط النفسية الناجمة عن العمل.

3 -دراسة الهداوي عام 1994 م . ( بعنوان " :استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل في القطاع الصحي ي "وهدفـت الدراسة إلي التعرف على مكونات ومصادر ضغوط العمل والنتائج والآثار المترتبة على تلك الضغوط .والعمل على تحديد الاستراتيجيات العامة المتاحة للتعامل مع مشكلة ضغوط العمل والآثار السلبية المترتبة عليها سواء على المستوى الفردي أو على مستوى المنظمة كك ل . وتمثل مجتمع الدراسة في العاملين بالمجال الصحي بمدينة الرياض، وطبقت الدراسة على عينة قوامها ( 642 مفردة من الأطباء والعاملين في مهنة التمريض

والإداريين .وقد توصلت الدراسة إلى نتيجة هامة مؤداه ا، تعدد مصادر وأشكال ضغط العمل في المجال الصحي، كما ثبت وجود فروق معنوية بين مدي الشعور بمستويات ضغط العمل تختلف باختلاف نوع الوظيفة حيث تبين أن العاملين في قطاع التمريض يشعرون بمستويات أعلي من ضغط العمل بالمقارنة بالعاملين في القطاع الصحي والأطباء.

#### 4.-دراسة عسكر و عبد الله

أجريت بهدف تحديد درجة الضغوط النفسية و مصادر لها لدى العاملين في كل من مهن التمريض و الطب و الخدمة النفسية الاجتماعية.أد تكونت عينة الدراسة من 350 عاملا من كل الجنسين .طبق الباحثين استبيان من إعدادة بعد التأكد من صدقها و ثباتها.أشارت نتائج الدراسة إلى ان مهنة التمريض و الطب هي أكثر المهن تعرضا للضغوط تليها مهنة الخدمة النفسية .كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المهن السابقة . تتميز هذه الدراسة بكون حجم العينة التي استخدمتها بالإضافة إلى استخدام الباحث استبيان من إعدادة ذات صدق و ثبات جيدين و دراستها لمصادر الضغوط النفسية و مقرناتها بعدة مهن و اختلاف شدتها

#### دراسات أجنبية

#### 5- دراسة فرنسية Truchot et Galam

Analyse de burnout chez les internes en médecine générale

Par Didier Truchot maitre de conference en psychologie sociale et docteur Eric Galam coordinateur de l'AAPML

( هذه دراسة تحليلية للاحتراق النفسي لدى الأطباء المتربصين و هي دراسة مقارنة بين أطباء ile de france و languedoc-rousillon.

#### Etudes de l'Épuisement professionnel des Médecins Libéraux et Généralistes selon TRUCHOT en fonction des 3 dimensions

Région	Bourgogne	Champagne-Ardennes	Poitou-Charentes
Année	2001	2003	2004

Population	Libéraux	Libéraux	Généralistes
Effectif	394	408	515
<b>EE élevé</b>	<b>47,2%</b>	<b>42,3%</b>	<b>40,3%</b>
<b>DP élevé</b>	<b>32,8%</b>	<b>44,5%</b>	<b>43,7%</b>
<b>AP bas</b>	<b>29,2%</b>	<b>37,4%</b>	<b>43,9%</b>

## 6- دراسة أوروبية حول الاحتراق النفسي Soler

The  
european general practice research network burnout study

هذه الدراسة اجرية في 2004 من طرف Soler في 12 بلد اوروبي على عينة 3500 طبيب و كانت النتائج متشابهة مع تلك التي اجريت في فرنسا اي 43% اجهاد نفسي 35% تبلىد 39% انخفاض في الانجاز.

مع الاشارة بان 12% يعانون احتراق نفسي خطير(إصابة باتولوجية للابعد الثلاث)

7 - دراسة, سويسرية: دراسات ابيدميولوجية(علم الأوبئة) كشفت في 2004 عند الأطباء العاملين في العيادات الحصة أن طبيب من كل خمسة أطباء يعاني احتراق نفسي الامر الذي دفع فرقة من الباحثين France Evain-Joelle Mekoa et Hiba (Khiri)

إلي. البحث عن السبب. تحت عنوان rapport d'immersion en communauté

Faculte de medecine de geneve semestre 2011

بينت هذه الدراسة إن الأطباء الأكثر تعرض للاحتراق هم هؤلاء الذين يعملون في العيادات و الذين هم في الواجهة الأولى بين المرض و المعانات الاجتماعية على غرار الذين يعملون في المستشفيات. الذين يستفيدون من تشعب الميادين و مختلف التخصصات زيادة عن العزلة يعانون من كثرة ساعات العمل و كثرة المهام الإدارية التي تبعدهم عن التكفل الجاد بالمريض مسببا بذلك إحباط.



## الخاتمة:

عبر هذا البحث حاولت التطرق إلى فئة خاصة هي الفريق المعالج العامل بمصلحة الأورام السرطانية، وما يعيشه من ضغوطات نفسية إلى حد الاحتراق النفسي نظرا إلى التكفل بمرض صعب مؤلم مع مسايرة شبه الموت في كل وقت . هذا التقم المعالج متعرض الي الاحتراق من جانبين 1)يمثل فئة المساعدين في مهنتهم و هذا في حد ذاته يشكل خطر للاحتراق مع 2)عملهم مرضى يعانون من مرض صعب شفاءه .

## اقتراحات وتوصيات:

- بما أن مرض السرطان هو في تزايد إلى حد المرتبة الثانية عالميا في نسبة الموت ويمس جميع الفئات والأعمار:
  - توفير الوسائل والإمكانيات والصيدلة وعدد المعالجين.
  - توفير عدد وافر من الأخصائيين النفسيين متكونين في علم النفس الأورام.
- وهذا من أجل التخفيف من الاحتراق النفسي في ايطار وضع علاج نفسي جماعي ومجموعة Balint.-

-اقتراح المناوبة لجميع الممرضين في مثل هذه المصالح.

احد بعين لاعتبار الفرع الجديد الا و هو علم النفس الاورام و ما يقدمه من حلول.

