

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم



كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس
تخصص: العمل والصحة العقلية
رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه: ل م د في علم النفس موسومة بـ:

الإحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين

(دراسة تحليلية لممارسي الطب التخصصي في المؤسسات الإستشفائية والعيادات الخاصة لولاية تيارت)

إشراف
د . بن أحمد قويدر

إعداد الطالبة
حابي خيرة

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة الأصلية	الرتبة العلمية	الأعضاء
رئيسا	مستغانم	أستاذ التعليم العالي	أ.د. قماري محمد
مناقشا	وهران	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن شهيدة أحمد
مشرفا و مقرا	مستغانم	أستاذ محاضر "أ"	د.بن حمد قويدر
مناقشا	مستغانم	أستاذ محاضر "أ"	د.حولة محمد
مناقشا	تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بشلاغم يحي

السنة الجامعية: 2015/2016

شكرو وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين – سيدنا محمد و
على آله وصحبه أجمعين:

أتقدم بجزيل الشكر إلى أستاذي الفاضل الدكتور بن حمد قويدر، على قبوله
الإشراف على هذا البحث و أعضاء لجنة المناقشة، دون أن أنسى الأستاذ "عمار
ميلود" و التوجيهات التي قدمها إلينا

كما لا يفوتنا أن نشكر كل الأطباء المختصين لولاية "تيارت" على تعاونهم
معنا

كما نتقدم بالشكر إلى جميع أساتذة قسم علم النفس

إهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقهما

إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلهما

إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي

إلى إخوتي وأختي، وإلى جميع عائلة "حابي" دون أن أنسى عائلتي
الثانية "بومدين"

إلى روح أخي العزيز رحمة الله عليه "ناصر"

إلى من عايش معي تفاصيل هذا العمل بآلامه وآماله

زوجي العزيز

إلى كل من سقط من قلبي سهوا أهدي هذا العمل

الإهداء

شكر و تقدير

- قائمة الجداول

- قائمة الأشكال

- قائمة الملاحق

أ - ملخص الدراسة باللغة العربية.....

ب - ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....

ج - ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....

الجانب التمهيدي: مدخل الدراسة

05 - المقدمة.....

09 - الإشكالية.....

13 - الفرضيات.....

15 - أهداف الدراسة.....

16 - أهمية الدراسة.....

17 - أسباب إختيار موضوع الدراسة.....

17 - التحديد الإصطلاحي و الإجرائي لمفاهيم الدراسة.....

الدراسات السابقة

20 - تمهيد.....

20 - الدراسات العربية التي تناولت موضوع الإحتراق النفسي.....

26 - الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوع الإحتراق النفسي.....

30 - التعقيب على الدراسات السابقة.....

الجانب النظري**الفصل الأول: الضغوط النفسية - المهنية**

37 - تمهيد.....

37 -1- مفهوم الضغط النفسي.....

39 -2- مفهوم الضغط المهني.....

41	.....3- أشكال الضغط النفسي
43	.....4- عناصر الضغوط
45	.....5- نظريات الضغط النفسي - المهني
50	.....6- مراحل الضغط النفسي - المهني
54	.....7- تصنيفات الضغوط
56	.....8- مصادر الضغوط النفسية
57	.....9- مصادر الضغوط المهنية
65	.....10- آثار الضغوط النفسية
66	.....11- آثار الضغوط المهنية
68	.....12- إستراتيجيات التعامل مع الضغوط المهنية
72	.....13- أساليب التعامل مع الضغوط
75	.....- خلاصة الفصل

الفصل الثاني: الإحترق النفسي

77	.....- تمهيد
77	.....1- أصل مفهوم الإحترق النفسي
80	.....2- مفهوم الإحترق النفسي
83	.....3- نموذج و نظريات تفسير الإحترق النفسي
93	.....4- أبعاد الإحترق النفسي
95	.....5- مراحل حدوث الإحترق النفسي
100	.....6- عوامل و مصادر الإحترق النفسي
109	.....7- أعراض الإحترق النفسي
114	.....8- عدوى الإحترق النفسي
115	.....9- مستويات الإحترق النفسي
116	.....10- الإحترق النفسي و علاقته ببعض المفاهيم
121	.....11- إستراتيجيات مواجهة الإحترق النفسي
124	.....- خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الطب المختص

126	..... تمهيد -
126	.....1-تعريف الطب
127	.....2- تطور الطب عبر الثقافات
127	.....3- تعريف الطبيب المختص
131	.....4- العلاقة العلاجية (طبيب، مريض)
133	.....5- أهمية الطبيب المختص
135	.....6- العقبات التي تعيق مهمة الطبيب المختص
137	.....7- الآثار الناتجة عن هذه العقبات
137	.....1.7- آثار الممارسة الطبية الميدانية على الطبيب
137	.....1.1.7-الأطباء و الإحتراق النفسي
139	.....2.1.7-الأطباء و السلوكات الخطرة
140	.....3.1.7- الإنهيار العصبي
140	.....2.7- الآثار السلوكية
141	.....3.7- الآثار المهنية
143	..... خلاصة الفصل -

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية البحث

- 147 تمهيد
- 147 1- منهج البحث
- 147 2- الأطر المكانية
- 148 3- تحديد مجتمع و عينة الدراسة
- 153 4- أداة الدراسة
- 158 5- ثبات و صدق الأداة في الدراسة الحالية
- 163 6- طريقة إجراء البحث
- 163 7- أساليب التحليل و المعالجة الإحصائية

الفصل الخامس: عرض و تحليل نتائج الدراسة

- 165 تمهيد
- 165 1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية
- 172 2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
- 179 3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية
- 185 4- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

الفصل السادس: مناقشة و تفسير الفرضيات

- 194 1- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الرئيسية
- 200 2- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الأولى
- 204 3- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الثانية
- 210 4- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الثالثة
- 216 الخاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الفرق بين نمط الشخصية "أ" و نمط الشخصية "ب".....	60
02	الأثار التي يسببها الإحترق النفسي في أجهزة الجسم.....	112
03	علامات و أعراض الإحترق النفسي.....	114
04	الفرق بين أعراض الإحترق النفسي و أعراض الإكتئاب.....	120
05	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	149
06	توزيع أفراد العينة حسب متغير الأقدمية المهنية.....	150
07	توزيع أفراد العينة حسب القطاع المستخدم.....	151
08	توزيع أفراد العينة حسب التخصص الطبي.....	152
09	تصنيف أبعاد مقياس Maslach للإحترق النفسي و كيفية تقيطه.....	155
10	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة فروق بين متوسطين الثلث الأعلى. و الثلث الأدنى لمقياس الإحترق النفسي (صدق التمييزي).....	159
11	معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد الأول الإنهاك الإنفعالي.....	160
12	معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الثاني مع الدرجة الكلية للبعد الثاني تبليد المشاعر.....	161
13	معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الثالث مع الدرجة الكلية للبعد الثالث نقص الإنجاز الشخصي.....	161
14	معاملات الإرتباط بين درجات أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس.....	162
15	معاملات ألفا لكرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس ماسلاش للإحترق النفسي.....	162
16	الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد الإنهاك الإنفعالي.....	167
17	نتائج إختبار "ت" لعينة واحدة على بعد الإنهاك الإنفعالي.....	168
18	الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد تبليد المشاعر.....	169
19	نتائج إختبار "ت" لعينة واحدة على بعد تبليد المشاعر.....	170
20	الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد نقص الإنجاز الشخصي.....	170

172	نتائج إختبار "ت" لعينة واحدة على بعد نقص الإنجاز الشخصي.....	21
	الخصائص الإحصائية الوصفية لعينة الدراسة حسب متغير الجنس لمقياس الإحتراق النفسي.....	22
173	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد الإنهاك الإنفعالي	23
175	لمتغير الجنس.....	175
	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد تبدل المشاعر لمتغير الجنس.....	24
176	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد نقص الإنجاز الشخصي لمتغير الأقدمية المهنية.....	25
177	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على المقياس الكلي للإحتراق النفسي لمتغير الجنس.....	26
178	نتائج إختبار إعتدالية التوزيع الإحتمالي لدرجات مقياس الإحتراق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لمتغير الأقدمية المهنية بإستخدام إختبار كلومجروف - سيمرنوف.	27
180	نتائج إختبار ليفن لتجانس التباين لمتغير الأقدمية المهنية لمقياس الإحتراق النفسي.....	28
181	نتائج تحليل التباين "ف" على بعد الإنهاك الإنفعالي لمتغير الأقدمية المهنية.....	29
181	نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على بعد تبدل المشاعر لمتغير الأقدمية المهنية..	30
182	نتائج إختبار (scheffe) للمقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر حسب متغير الأقدمية المهنية.....	31
183	نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على بعد نقص الإنجاز الشخصي لمتغير الأقدمية المهنية.....	32
184	نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على مستوى المقياس الكلي للإحتراق النفسي لمتغير الأقدمية المهنية.....	33
184	الخصائص الإحصائية الوصفية لعينة الدراسة حسب متغير القطاع المستخدم لمقياس النفسي.....	34
186	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد الإنهاك الإنفعالي لمتغير القطاع المستخدم.....	35
189		

190	36	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين على بعد تبدل المشاعر لمتغير القطاع المستخدم.....
191	37	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد نقص الإنجاز الشخصي لمتغير القطاع المستخدم.....
192	38	نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على مستوى المقياس الكلي للإحترق النفسي لمتغير القطاع المستخدم.....

الصفحة	العنوان	الرقم
44	عناصر الضغوط النفسية.....	01
46	.....Hans Selye "هانز سيلبي" للتكيف العام للتأثر العام	02
47	..... Hans Selye "هانز سيلبي" النظرية العام للتخطيط	03
49	..... "Mcgrath" الخاص بإختيار إستجابة للضغوط المهنية	04
50	.....Lazarus & Folkman نموذج لازاروس و فولكمان	05
65	..... Cooper مصادر الضغط المهني لكوبر	06
87	.....cherniss نموذج الإحتراق النفسي لشرنيس	07
91	..... Pines النموذج الوجودي لبينس للإحتراق النفسي	08
93	.....Leiter نموذج ليدر للإحتراق النفسي	09
149	..... متغير الجنس الدائرة البيانية لتوزيع العينة حسب	10
150	..... الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع العينة حسب متغير الأقدمية المهنية	11
151	..... المستخدم القطاع المتغير العينة حسب متغير القطاع المستخدم	12
153	..... التخصص الطبي العينة حسب متغير التخصص الطبي	13

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
	إستمارة جمع البيانات الشخصية و المهنية	01
	مقياس الإحتراق النفسي	02
	نتائج الإحصاء الوصفي المحصلة من برنامج spss	03
	الإختصاصات الطبية	04

ملخص الدراسة

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين و كذا الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الإحترق النفسي تبعاً لمتغيرات التالية الجنس الأقدمية المهنية، القطاع المستخدم (القطاع العام و القطاع الخاص).

لتحقيق أهداف البحث و الإجابة على التساؤلات، التحقق من فروضه، تم إختيار عينة عشوائية مكونة من 104 طبيب و طبيبة مختصة من مؤسسات و مراكز إستشفائية عمومية و عيادات خاصة بولاية "تيارت"، حيث تم تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) بعد جمع المعطيات و القيام بمجموعة من التحليلات و المعالجات الإحصائية توصلنا إلى عدد من النتائج كان مفادها :

➤ معاناة الأطباء المختصين من شدة متوسطة للإحترق النفسي و ذلك تبعاً لأبعاد مقياس ماسلاش الثلاث.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس تبعاً لأبعاده الثلاث.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية تبعاً لأبعاده الثلاث.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص) و ذلك تبعاً لأبعاده الثلاث.

Le résumé

Le but de cette recherche c'est de mettre en évidence les différents niveaux du burnout chez les médecins spécialistes ainsi que leurs différences ce variables (sexes, ancienneté professionnelle secteur « privé, public »)pour atteindre les buts de cette recherche , et les réponses concertants les différents questions qu'on se posent et prouver les hypothèses concertants celles- ci- nous avons choisi au hasard un échantillon compose de (104) médecins spécialistes issus d'établissements sanitaires publiques et prives dans la wilaya de Tiaret, nous avons utilisé le test de Maslach ; après avoir regroupé toutes les données , ainsi que plusieurs analyses .et traitements statistiques, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

- Le niveau de burnout chez les médecins spécialistes est moyen et cela suivant les trois dimensions de test de maslach ;
- Il a Ya aucune différence statiquement significatives concernant le niveau de burnout chez les médecins spécialistes, suivant le sexe et cela suivant les trois dimensions de teste de Maslach
- Il a Ya aucune différence statiquement significatives concernant le niveau de burnout chez les médecins spécialistes, suivant l'ancienneté professionnelle et cela suivant les trois dimensions de teste de Maslach
- Il a Ya aucune différence statiquement significatives concernant le niveau de burnout chez les médecins spécialistes, suivant le secteur, et cela suivant les trois dimensions de teste de Maslach

Abstract

The current research seeks to detect burnout levels of specialist doctors, as well as the detection of a difference in burnout levels for different types of variables, such as race, professional seniority and medical sector (the public sector and the private sector).

To achieve the objectives of the research, answer the questions and verify hypotheses a Radom sample of 104 specialist works in hospitals and hospital centers public and private at wilaya of "Tiaret" was selected, where (MBI) Maslach burnout inventory was applied, after data collection and doing a variety of analyzes and statistical treatments .a number of conclusions was reached:

- Specialist doctor suffered from medium intensity of burnout depending on the three dimensions of maslach scale
- No statistically significant differences in the level of burnout among specialist doctors, due to the sex variable depending on the three dimensions of maslach scale.
- No statistically significant differences in the level of burnout among specialist doctors due to the professional seniority variable depending on the three dimensions of maslach scale.
- No statistically significant differences in the level of burnout among specialist doctors, attributed to the medical sector variable (public sector, private sector), depending on the three dimensions of maslach scale

الإطار التمهيدي
مدخل الدراسة

المقدمة

أصبحت الممارسة الميدانية الصحية في حالة تطور و تغير تكنولوجي سريع؛ هذا ما يعكس مسؤولية الممارسين الأخصائيين الطبيين، الذين يجدون أنفسهم أمام عددا من التغيرات و الضغوط المتمثلة في الأحداث الصحية الجارية، التي تسير نحو ضغوط أكثر عمقا مع درجة أكبر من التعقيد، و نحو المزيد من إحتياجات المواطنين المرضى، الذين يعيشون حياة التحضر في مجتمعات صناعية؛ إضافة على ذلك الضغوط المتعايشة مع الحياة اليومية.

بناءا عليه، فقط تطورت المعرفة في العلوم الطبية بصفة عامة و الإختصاصات بشكل خاص، هذا ما أدى إلى تطور العلاقة بين العلوم الطبية و المحافظة على صحة العنصر البشري، حيث أظهرت الخدمات الصحية نتائج ذات قيمة و أهمية سواءا على مستوى الممارسة أو على مستوى تحقيق أهداف علاجية، وكان ذلك نتيجة ما يطرح من أليات و تقنيات، يستند إليها المختص في الممارسة العلاجية، إلا أن ذلك توج بحالة من اللاتوازن بين إمكانيات المختص من جهة و متطلبات المرضى من جهة أخرى.

أمام هذا الوضع يجد المختص نفسه تحت مجموعة هائلة من الضغوطات لتلبية حاجات كل الأطراف سابقة الذكر، و لا يقف الحد عند هذه الضغوطات التي يعاني منها المختص فقط، بل تتعدى لتشمل كل الضغوطات بما فيها النفسية التي يواجهها داخل مكان عمله حيث أنه من الممكن أن يؤدي إستمرار هذه الضغوط إلى إستجابة إنفعالية حادة، مستديمة و مضاعفات صحية، جسدية، نفسية وسلوكية: كالتعب الشديد، القلق وفي غياب الدعم الإجتماعي الأسري فقد يصاب هذا الأخير بإجهاد مهني، إنفعالي و نفسجسماني، هذا ما يجعله ينحرف لا محال عن أداء دوره المهني و الإجتماعي كالمعتاد وذلك عن طريق تدني كفاءته المهنية التي تتجلى في عدم دقة التشخيص، ومنه إلى إختلال المسار العلاجي ككل وصولا به إلى أخطاء طبية و جراحية قد تؤدي بحياة المريض؛ مع العلم أن تأثير هذه الضغوط يتوقف على طبيعة شخصية هذا الممارس وما تتصف به من

قدرة على تحمل فكل هذه الحلقات التي قد يقع فريستها الطبيب المختص أسماها العلماء "بالإحترق النفسي" إذ يعد هذا الأخير حالة إرهاق جسدي و إنفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات مشحونة إنفعاليا، حيث يصاحب هذا الأخير زملة من الأعراض كالتعب الجسدي و النفسي، إضافة على ذلك التشوه الذي قد يمس تمثله أو تصويره الإيجابي الذي كان يحمله هذا المختص عن عمله، ليصبح مصدرا للقلق و الإكتئاب، إلى درجة يصبح هذا الأخير تابع للمؤسسة الصحية و للمريض و بالتالي للمهنة في حد ذاتها، فلا يحتمل الواقع المولد للصراع و القلق، فيؤثر على حالته النفسية، الإجتماعية و خاصة المهنية وصولا به إلى تغيير المهنة أو تركها بصفة دائمة.

من هذ المنطلق، جاء موضوع هذه الدراسة و التي تسعى إلى التعرف على أبعاد ظاهرة الضغوط النفسية- المهنية و الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين وأعراضها النفسية السلوكية و حتى الجسمية و مصادر هذه الضغوط؛ حتى يعالج هذا الموضوع لابد أن نحدد له إطارا نظري يسمح بالإلمام به قدر المستطاع، وعليه ضمت هذه الدراسة مقدمة شرحنا فيها أبعاد الموضوع و حدوده مع التطرق إلى جانب تمهيدي نحدد فيه الإشكالية مع تبيان أهمية و أهداف إجرائها، مما أدى بنا إلى تقسيمه إلى جانبين نظري و الآخر ميداني تطبيقي.

بالنسبة للجانب النظري سيضم ثلاث فصول جاءت على النحو التالي:

الفصل الأول: تناول هذا الفصل مفهوم الضغط النفسي، إبراز أشكاله و عناصره مستعرضين مختلف تناولات الضغط النفسي - المهني، إضافة للتطرق إلى مجمل أعراض الضغط النفسي - المهني؛ وكذا مراحل الضغط النفسي و مصادر هذه الضغوط بالإضافة إلى ذلك الآثار الناتجة عن تلك الضغوط، كما يتضمن هذا الفصل خطوات إدارة الضغوط المهنية و كيفية الحد منها.

الفصل الثاني : خصص هذا الفصل للإحترق النفسي وذلك بالتطرق إلى مفهوم الإحترق النفسي مع إستعراض مختلف مؤشرات و أعراضه؛ تبيان مراحل الإحترق النفسي

أسبابه و أبعاده، كما تم التطرق إلى العلاقة الرابطة بين الإحترق النفسي و الضغط النفسي كذا الإكتئاب، كما تمت الإشارة إلى بعض النماذج و النظريات التي تناولت تفسير الإحترق النفسي و كيفية التغلب على هذا الأخير.

الفصل الثالث : يتعلق بمهنة الطب المختص و ذلك من خلال التعرف على ماهية الطب و مفهوم الطبيب المختص، مروراً بتطور الطب عبر الثقافات، بالإضافة إلى تبيان العلاقة العلاجية بين الطبيب و المريض؛ كما تم في هذا الفصل إستعراض العقبات التي يواجهها الطبيب المختص و أثار هذه الممارسة الميدانية على الطبيب المختص من الناحية النفسية و السلوكية ناهيك عن المهنية لديه .

أما الجانب الميداني أو بالأحرى التطبيقي لهذه الدراسة الذي قسم هو أيضا بدوره إلى ثلاث فصول

الفصل الرابع : يتناول الإجراءات المنهجية للبحث، و تم فيه التطرق إلى منهج البحث و تصميمه، مجتمع البحث، عينة البحث، خصائصها و الأطر المكانية للبحث، بالإضافة إلى أدوات البحث المستعملة من أجل جمع البيانات بعد التأكد من صدقها و ثباتها مع إعطاء لمحة عن كيفية تطبيقها؛ مع تبيان أهم الأساليب التحليلية و المعالجة الإحصائية للبيانات.

الفصل الخامس: يتضمن هذا الفصل عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة الحالية التي خلصنا إليها بعد المعالجة الإحصائية.

الفصل السادس: في هذا الفصل قمنا بمناقشة الفرضيات و تحليلها على ضوء المعطيات النظرية و النتائج الإحصائية للدراسة وذلك على ضوء الدراسات القائمة في مجال دراستنا.

إنتهى البحث بخاتمة لخصت أهم النقاط التي أسفرت عليها الدراسة من نتائج، كما تم إلحاق البحث بمجمل المراجع و الملاحق المستخدمة في الدراسة.

1- الإشكالية

يوصف عصرنا الحالي بعصر الضغوطات المهنية و الأزمات النفسية، ذلك بحكم التغير التكنولوجي السائد الذي تميز به، إضافة إلى تغير جملة شروط العمل وخصائصه حيث إنتقل هذا الأخير من الصورة الإيجابية التي كان يمثلها على أنه الصحة إلى الصورة السلبية التي مثلت لنا الضغوط، من هنا جاءت دراسة ذلك الجانب المتناقض بين ما يحققه العمل، من إعتباره قيمة حياتية إلى مصدر للقلق و الضغط؛ لذلك أصبح على المختص الممارس إبتكار إستراتيجيات لمواجهة هذه الضغوط و التكيف معها.

من بين هذه الضغوطات التي أصبحت محط إهتمام الكثير من الباحثين نجد ظاهرة "الإحتراق النفسي" التي كانت تدرس على مدى ثلاثين عاما ماضية على أنها ضغوط مهنية و هذا حسب ما جاء في تعريف (Beck et Garuilo 1983) على أن الإحتراق النفسي حالة من الإنهاك الإنفعالي، الجسدي و الذهني الناتج عن الضغط النفسي الزائد في العمل الذي يفوق طاقة و قدرة العامل.

أما ماسلاش سنة 1976 وصفت الإحتراق النفسي على أنه عدم القدرة على التكيف مع وسط من مستوى التوتر الإنفعالي المستمر من طرف بيئة العمل (Pierre Canoui 2008) وجاء في تعريف أخر لها سنة 1982: "بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي، إستنفاد الطاقة الإنفعالية و التجرد من النواحي الشخصية مع الإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز في المجال المهني و الذي يمكن أن يحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس" (Maslach,1982)

حسب التعريف الذي قدمته ماسلاش للإحتراق النفسي نجد أنه ينطبق تماما على المهن الإجتماعية بصفة عامة التي تحمل في ممارساتها الكثير من الضغوطات؛ ومن بين هذه المهن نجد مهنة الطب، حيث تعد هذه الأخيرة من أنبل المهن الإجتماعية و أصعبها و ذلك ما تمد به من خدمات إنسانية ذات المتطلبات الكثيرة، الكبيرة و المهام المتعددة حيث أكدت مجموعة من الدراسات التي إهتمت بهذا المجال من الدراسة على إنتشار

الإحترق النفسي بين مهني المصالح الطبية خاصة منهم الأطباء والمختصين الممارسين حيث تكشف الأعداد المتزايدة من الكتابات حول الممارسة الطبية وإنهاك المعالجين، أن من بين هؤلاء الذين تتمثل مهنتهم في تقديم المساعدة فان الأطباء الإستشفائيين هم الفئة الأكثر تعرضا للضغط المزمن و الإحترق النفسي (Bowman et Alen ,1985 ;Greber,1983 ;Hawk et scott,1986)

ما يؤكد ذلك النتائج الإحصائية و الدراسات التي تم القيام بها على المستوى الأجنبي و العربي و حتى المحلي لما لا، فمن بينها نذكر دراسة تم القيام بها من طرف أطباء في بلجيكا و كان ذلك في سنة 2000، حيث أكدت هذه الدراسة على أنه 37% من الأطباء يعانون من الإحترق النفسي المرتفع، كما يعاني ما يقارب 41% من ممارسو الصحة العمومية الفرنسية من فئة الأطباء الإحترق النفسي (Quotidien du médecin ,28 juin 2007)

وهذا ما جاء موافقا لدراسة في المغرب، قام بها ثلاثة (03) أطباء مختصين في أمراض الأعصاب، بلغ حجم عينتها (1169) ممارس في الصحة العمومية المغربية و توصلت النتائج إلى الإنتشار الواسع لظاهرة الإحترق النفسي لدى الأطباء الممارسين (Jacinthe Perruchoud ,2008)

كما كشفت الدراسة التي قام بها (Chakali 2002) على 231 فرد من أطباء و ممرضين بمركز مكافحة السرطان بالبلدية على أن 60% من الأطباء يعانون من الإنهاك الإنفعالي (البعد الأول من الإحترق النفسي) و 40% يعانون من تبدل المشاعر (الذي يمثل بدوره البعد الثاني)، 24% من الأطباء يعانون من نقص الإنجاز الشخصي (البعد الثالث) . ونفس النتائج توصلت إليها كل من (جلولي شتوحي نسيمة 2003)، دراسة (حاتم وهيبة 2005) دراسة (سعاد مخلوف 2011)، دراسة (جديات عبد الحميد 2012)، دراسة (طايبي نعيمة 2013)، كل هذه الدراسات بينت التأثير السلبي للإحترق النفسي لدى فئة ممارسي الصحة من أطباء عامين، مختصين و ممرضين.

تعتبر مهنة الطب المختص من بين الوظائف و المهن التي لا مجال فيها للخطأ كالجراحة، الإنعاش و الإستعجالات الطبية؛ إلا أن كثرة الضغوط المهنية و الإكتظاظ الكبير في المستشفيات و الجهد الذي يبذله الأطباء، إضافة إلى المتغيرات التنظيمية كضعف الراتب ؛ وهذا مقارنة مع وتيرة العمل و كميته، يقع المختص في فخ الأخطاء الطبية المهنية التي قد تؤدي أحيانا بحياة المريض من جهة، و تؤثر بالسلب على الصحة النفسية للطبيب المختص من جهة أخرى.

من كل ما سبق تقديمه، هذا ما دفع بالجهات الوصية إلى الإهتمام أكثر بالصحة النفسية لمهني القطاع الصحي من أطباء، مختصين ، ممرضين و غيرهم، وخير دليل على ذلك التعليم الوزارية التي جاءت تحت رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 الموجهة إلى كل مديري الصحة العمومية و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة التي جاء فيها مايلي: ".....غالبا ما يواجه مهني الصحة خاصة العاملين في المصالح الإستعجالية و مصالح العناية المركزة، وضعيات قصوى في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، فهم يخضعون للعب الكمي للمهنة لكن أيضا لأعباء فكرية و إنفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف نظرا للضغوط التنظيمية و العلائقية أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني، أين يمتزج عدم الرضا نقص المشاركة في إتخاذ القرارات، قد ينجر عن كل هذه الإرغامات معاناة نفسية خصوصا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة فتؤدي الى ضغط المهنة و تظاهرتة القصوى الإحترق النفسي " **Burn out**) **Instruction** (Ministérielle N 18 :2002

مما سبق تقديمه من دراسات حول الموضوع، تبين حجم المعاناة النفسية التي تعاني منها هذه الفئة من وضعية الإحترق النفسي، رغم ذلك تبقى ظاهرة الإحترق النفسي في مجتمعنا ثقافة جديدة في الوسط المهني بصفة عامة و الوسط الصحي بصفة خاصة، هذا ما جعلنا نبحت عن مدى تعرض المختصين الطبيين لولاية تيارت لهذه الظاهرة، إضافة إلى

ذلك محاولة فهم ظروف العمل النفس - الإجتماعية التي يعمل فيها الأطباء المختصين لذلك إرتأينا طرح التساؤل التالي:

الإشكالية الرئيسية

إذا كان الإحتراق النفسي يعرف على أنه حالة نفسية سلبية ناجمة عن ضغوط العمل، هل الأطباء المختصين في المؤسسات الإستشفائية و العيادات الخاصة لولاية تيارت يعانون من الإحتراق النفسي ؟

كما إندرجت تحت هذه الإشكالية مجموعة من التساؤلات الفرعية .

التساؤلات الفرعية:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس؟

- ومنه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الجنس ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الجنس ؟

التساؤل الفرعي الثاني: وينص على ما يلي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية؟

- ومنه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟

التساؤل الفرعي الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام - القطاع الخاص) ؟

- ومنه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير القطاع المستخدم؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير القطاع المستخدم؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير القطاع المستخدم؟

2-الفرضيات

- الفرضية الرئيسية

يعاني الأطباء المختصين في المؤسسات الإستشفائية العمومية و العيادات الخاصة لولاية تيارت من الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث.

ومنه:- يعاني الأطباء المختصين من الإنهاك الإنفعالي.

- يعاني الأطباء المختصين من تبدل المشاعر.

- يعاني أفراد الأطباء المختصين من نقص الإنجاز الشخصي.

- الفرضيات الفرعية

- الفرضية الفرعية الأولى

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس.

ومنه:- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس.

- الفرضية الفرعية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

ومنه:- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

- الفرضية الفرعية الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم. (القطاع العام - القطاع الخاص).

ومنه:- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم.

3-أهداف الدراسة

- التعرف على الأسباب المؤدية إلى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين .
- التعرف على مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين.
- التعرف على أثر كل من المتغيرات (الجنس، الأقدمية المهنية، القطاع المستخدم).
- مقارنة مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين في كل من القطاع العام الخاص.
- الكشف عن أشكال تعبير للإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين.
- التعرف على الفروق في مستويات الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تبعا لمتغيرات الجنس الخبرة المهنية-القطاع المستخدم.
- محاولة التعرف على مدى صدق وثبات إختبار مقياس الإحترق النفسي لماسلاش (MBI) في الكشف عن الضغوطات النفسية لدى الطبيب المختص وإعتمادها في البحوث ذات الطابع الصحي.
- التعرف على الصعوبات التي يواجهها الأطباء المختصين في كل من القطاع العام الخاص.
- محاولة الخروج بنتائج عملية تتمثل في إيجاد إستراتيجيات أو أساليب التكيف يمكن إستثمارها في مجال الصحة النفسية للعامل.

4-أهمية الدراسة

مما لا ريب فيه أن الممارسة الطبية كفضاء مهني، يحتوي على جملة من المتغيرات التي تحدد العمل العلاجي من جهة، و ك مجال للضغوطات النفسية من جهة أخرى، مما تتطلب سلوكا تنظيما محكما، يراعي فيه جملة المتغيرات التي تسمح بإيجاد مناخ يعزز من العمل العلاجي، و يخفف من الضغوطات النفسية و المهنية.

- تتجلى أهمية هذه الدراسة من حيث أن ظاهرة الإحترق النفسي تعتبر ظاهرة حديثة الإهتمام، حيث جلبت أنظار الباحثين و المختصين في هذا المجال، و جعلتهم يحيطونها برصيد نظري لا بأس به من حيث إصدارهم للكتب و المجالات ... إلخ.
- كما إعتبروا أن الإحترق النفسي هو إضطراب العصر المهني، المهدد لصحة الفرد العامل؛ هذا ما دفع الباحثين للتساؤل عن مسبباته ووجوب إبتكار إستراتيجيات تكيفية و طرق علاجية ناجعة للتخلص من هذا الإضطراب.
- كما تكمن أهمية هذه الدراسة في الوقوف على أهم العراقيل أو المشاكل التي تعترض الطبيب المختص داخل المؤسسات الطبية أو العيادات الخاصة، لمحاولة الحد أو التقليل منها سواء تعلقت هذه المشاكل بالطبيب نفسه و طبيعة عمله، أو بنوعية الخدمات الصحية و الإجتماعية المقدمة من طرف المراكز الصحية.
- كما نحاول تسليط الضوء على أهمية الظروف الإجتماعية و النفسية التي يعمل بها الطبيب المختص و مدى تأثيرها على حالته النفسية و السلوكية.
- تقديم المساعدة لدى الأطباء المختصين في القطاع العام للمشكلات التي تعترضهم في العمل، ذلك من خلال الأخذ بنتائج الدراسة في تحسين ظروفهم من قبل وزارة الصحة في تجاوز هذه المشكلات و العوامل التي يتعرضون لها.
- إثارة إهتمام الباحثين بضرورة إجراء المزيد من الدراسات لموضوع الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين.
- تلقي هذه الدراسة الحالية نظرة على واقع الأطباء المختصين في القطاع العام مقارنة بمن هم في القطاع الخاص، كذلك من خلال التعرف مستوى الإحترق النفسي عند كلاهما ومنه إتخاذ الإجراءات الكفيلة للتصدي لهذه المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة للتغلب عليها.

5-أسباب إختيار موضوع الدراسة

إن إختيارنا لموضوع "الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين" يعود إلى الأسباب

التالية:

- وفق ملاحظتنا التي كانت نتيجة عملنا بالمؤسسة الإستشفائية، لاحظت الباحثة الشكاوي المتعددة من طرف الأطباء المختصين حول تعرضهم للضغوطات النفسية الشديدة أثناء أداء مهامهم؛ مما ولد لدي الرغبة الشخصية للخوض في مثل هذا الموضوع الذي يمكن إعتبره على أنه ثقافة جديدة في الوسط المهني الجزائري ألا وهو الإحترق النفسي.
- ندرة الدراسة حول هذا البحث الذي يحوي على مادة علمية مركزة فيها نوع من الغموض التي تحتاج إلى نوع من التسيير و التسهيل الذي بدوره يبسط هذه المادة.
- محاولة إضافة بحث جديد إلى رصيد علم النفس و الصحة النفسية للعامل.
- محاولة فهم التناقض بين المجهودات التي يبذلها الطبيب المختص في القطاع العام و الإرغامات التنظيمية من جهة، و الأجر الذي يتقاضاه مقابل ذلك من جهة أخرى .
- النظرة التي أصبح يتلقاها الطبيب المختص على أنه رمز للصحة فقط، دون مراعاة حالته النفس - الإجتماعية.

6-التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة

- التعريف الإجرائي للضغط المهني

هو حالة عدم الإتزان بين متطلبات المحيط، من جملة الشروط التي يعمل فيها الطبيب المختص، و إلى العدد الهائل من المرضى، و قدرات الشخصية من نوعية التخصص الطبي و المقابل المادي مقارنة بالجهد المبذول .

- التعريف الإجرائي للإحترق النفسي

حالة نفسية سلبية ناجمة عن ضغوط العمل التي يواجهها الأطباء المختصين في بيئة العمل لما تسببه من إنخفاض في الأداء لهذا المختص، وهو ذو 03 أبعاد (الإنهاك الإنفعالي، تبدل الشعور، نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، كما يتحدد التعريف الإجرائي لمستوى الإحترق النفسي بالدرجة التي يحصل عليها الطبيب المختص على مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI)

- التعريف الإجرائي للطبيب المختص

هو الممارس لإختصاص علاجي محدد، في أحد المؤسسات الإستشفائية العمومية و المتخصصة، بالإضافة إلى العيادات الخاصة لولاية تيارت.

الدراسات السابقة

- تمهيد

- 1- الدراسات العربية التي تناولت موضوع الإحترق النفسي.
- 2- الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوع الإحترق النفسي.
- 3- التعقيب عليها.

- تمهيد

تعتبر مراجعة الأدبيات النظرية السابقة، الخطوة الأولى قبل الشروع في إعداد أي موضوع، حيث أن هذه الأخيرة تتطلب منا النظرة، التحميص العلمي؛ لكي تتسم الدراسة بالدقة و الموضوعية؛ كما أن الدراسات السابقة ذات أهمية كبيرة ينطلق منها أي باحث أو دارس بغية التأسيس لموضوع بحثه ، توفر له الوقت و الجهد، مما تجعل جهوده منصبه حول تطوير الجانب الإجرائي و تحقيق أهداف البحث سواء النظرية أو التطبيقية.

في حدود إطلاع الباحثة على الأدبيات التي تناولت موضوع الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين، تبين لنا أن هناك نقص يتمثل في قلة الدراسات التي تناولت ظاهرة لدى هذه الفئة؛ حيث أنه لم تتوفر الكثير من الدراسات العربية وحتى المحلية التي تناولت هذا الموضوع -على حدود علم الباحثة-.

1-الدراسات العربية

دراسة **طلال حيدر البدوي (2000):** "مصادر الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية و الخاصة في محافظة عمان - الأردن"
هدفت هذه الدراسة إلى معرفة درجة، مدى إنتشار ظاهرة الإحترق النفسي و تبين مصادره لدى الممرضين، وأثر بعض المتغيرات في ذلك حيث بلغ عدد العينة الدراسة ن=566 ممرضا و ممرضة؛ كما تم الإعتماد على مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) (Maslach Burnout Inventroy) وتوصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة في درجات أبعاد الإحترق النفسي و ذلك تبعا لمتغيرات (الجنس، الخبرة، التصنيف المهني) كما بلغت درجة الإحترق النفسي الشدة المتوسطة على مستوى الأبعاد الثلاث حسب ماسلاش.

دراسة جلولي شتوحي نسيمة (2003): "الإرهاك المهني عند الممرضين و إستراتيجيات المقاومة المستخدمة - الجزائر"

كان موضوع هذه الدراسة هو الإحترق النفسي لدى الممرضين و الإستراتيجيات المقاومة المستعملة من طرفهم، حيث هدفت إلى المقارنة بين مستويات الإحترق النفسي لدى الممرضين و الممرضات، حيث بلغ حجم العينة ن=140 فردا ما مثله 51 ممرض و 89 ممرضة، تم تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي 1996، جاءت نتائج الدراسة تنص على أن عينة البحث تعاني من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى بعد تبدل المشاعر و نقص الإنجاز الشخصي .

حيث قالت الباحثة: "... (إن فئة الممرضين من المهن الإجتماعية المعرضة للإحترق النفسي، فالممرض الجزائري إذ تحدثنا عن ممرضون مصطفى باشا، فإنهم لا يخرجون عن هذه القاعدة و يعانون نسب متفاوتة من الإحترق النفسي و نقص الإنجاز الشخصي في العمل و تبدل المشاعر (...)) " (شتوحي نسيمة، 2003، ص 165) .
دراسة بوقروط و أخرون (2004)

تم التوصل في هذه الدراسة العرضية التي قام بها مجموعة من الأطباء التابعين لمصلحة طب العمل لمستشفى باب الوادي (الجزائر)، بهدف تقدير معاناة الممارسين بها حيث شارك فيها مجموعة من الأطباء بلغ عددهم ن= 233 طبيب و 224 ممرض من 05 مستشفيات من منطقة الجزائر العاصمة؛ تم تقدير الصحة العقلية بواسطة إستبيان الصحة العامة (GHQ) (General Health Questionnaire) بالصيغة المتألفة من 28 بند، حيث يقوم هذا الإستبيان بتحليل أربع مكونات : حصر الإضطرابات النفس-جسدية، الإكتئاب عدم التكيف الإجتماعي، ومجموع المجاميع المحصل عليه من 28 سؤال يعطي حاصل عام يعبر عن الإصابة النفسية و توصلت الدراسة إلى أن هناك عوامل هي المؤدية إلى أن المعاناة النفسية لدى عينة البحث و تمثلت في أن متغير الجنس له أثر كبير في هذه

المعاناة، حيث وجد أن الإناث هم الأكثر عرضة للمعاناة عن غيرهم من الذكور في حين وجد أن مهنة (التمريض و الطب) أيضا تعتبر من العوامل المسؤولة لهذه المعاناة، حيث قدرت المعاناة النفس- الإجتماعية ب 23.4% عند الممرضين، في حين بلغت نسبة 47.2% لدى الأطباء؛ هذا ما يفسر لنا إرتفاع هذه المعاناة عند فئة الأطباء الممرضين العاملين بمستشفيات الوادي و بني مسوس، كما برزت علامات القلق بقوة حيث فاقت نسبة 70% عند الممرضين و أزيد من 57% لدى الأطباء، وهي تصيب فئة النساء أكثر من الرجال، إضافة إلى ذلك فقد إنتهت الدراسة بالكشف عن الإكتئاب مع حضور علاماته الحادة الذي تميزه الأفكار الإنتحارية عند 14.23% من الممرضين، 22% من الأطباء حيث تم تسجيله عند الإناث بنسبة كبيرة مقارنة بالرجال.

دراسة حاتم وهيبة (2005): "الإرهاك المهني لدى أطباء مصلحة الإستعجالات - الجزائر"

تطرق هذه الدراسة لظاهرة الإحتراق النفسي لدى أطباء مصلحة الإستعجالات لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة، حيث بلغ عدد العينة ن= 300 طبيب بواقع 105 طبيب و 195 طبيبة، تم تطبيق مقياس ماسلاش للإحتراق النفسي، و توصلت النتائج إلى أن أفراد عينة البحث يعانون من مستويات مرتفعة من الإحتراق النفسي هذا تبعا لأبعاده الثلاث حيث سجلت أن نسبة الإناث أكثر تعرضا للإحتراق من الذكور، حيث ذكرت الباحثة أن البعد التنظيمي يعد من أهم العوامل المسببة في ظهور الضغط و الإحتراق النفسي حيث تراوحت نسبته ما بين 20 إلى 82% هذا إذا ما تم مقابلته بمتغير الجنس، السن، الأقدمية، نوعية المهام، فيما كان البعد النفس- العلائقي أقل تأثرا بنسبة 10 إلى 21%.

دراسة اوثن مريم (2005): "مستوى الإحتراق النفسي لدى رجال الإطفاء -قسنطينة -الجزائر"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الإحتراق النفسي لدى رجال الإطفاء، حيث بلغ عدد العينة ن= 433 فردا من فرق التدخل من رجال الحماية المدنية، كما قامت

الباحثة بتطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (1986)، كما سمحت المعالجة الإحصائية للبيانات بتسجيل نسبة الإنهاك الإنفعالي إلى 49.88% في حين بلغت نسبة تبدل المشاعر 23.48%، أما على مستوى نقص الإنجاز الشخصي فبلغت نسبته 32.97%، كما توصلت النتائج إلى أنه توجد فروق دالة في درجات الإحترق النفسي تبعا لمتغيرات: السن الحالة العائلية، الأقدمية و الدافعية للعمل، حيث بينت النتائج أيضا أن عناصر الحماية المدنية الأكثر تعرضا للإحترق هم الذين تجاوزوا سن الأربعين، متزوجين و لديهم خبرة تفوق 03 سنوات إلتحقوا بصفوف الحماية المدنية بدافع الحصول على منصب عمل.

دراسة بولقرون نورة (2008): "متلازمة الإحترق النفسي لدى أساتذة التعليم العالي

قسنطينة - الجزائر"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الإحترق النفسي لدى أساتذة التعليم العالي بجامعة منتوري بقسنطينة، حيث إعتمدت الباحثة في دراستها على وسيلتين هما مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (1981) و إستمارة تتضمن أسئلة حول ظروف العمل بصفة عامة، وزعت على (322) أستاذ دائم بجامعة منتوري -قسنطينة - حيث سمحت المعالجة الإحصائية بجد 40% من الأساتذة يعانون من الإنهاك الإنفعالي المرتفع، كما سجلت نسبة 18% على بعد تبدل المشاعر في حين بلغت 47% من نقص الإنجاز الشخصي، كما قامت النتائج بعكس التأثير السلبي لعدم الرضا المهني لدى الأساتذة و ذلك بالنسبة لظروف عملهم بصفة عامة .

دراسة سعاد مخلوف (2011): "الدعاء وعلاقته بمستوى الإحترق النفسي لدى

الطبيب الجراح مسيلة الجزائر"

كان الهدف من هذه الدراسة هو: إبراز الحاجة إلى العلاج النفسي بالدعاء و بالتالي الإعتراف به وجعله كأسلوب علاجي صحيح قائم بذاته، ومعرفة أن العلاج النفسي بالدعاء يعمل على تخفيف حدة الإضطرابات النفسية ويقرب النفس البشرية من الصحة النفسية السوية، كما هدفت إلى الكشف عن مدى الإرتباط بين ظاهرة الإحترق النفسي بأبعادها

الثلاث وبين المنهج الروحي (الدعاء)، حيث بلغ حجم العينة ن=20 جراح بطريقة عشوائية حيث تم تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) وإستبيان الدعاء صمم من طرف الباحثة، وكشفت الدراسة على أنه توجد علاقة إرتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجة الدعاء و الإحترق النفسي، ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب ماسلاش.

دراسة جديات عبد الحميد (2012): " الإنهاك النفسي و علاقته بالتوافق الزوجي لدى أطباء و ممرضي الصحة العمومية - الجزائر "

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان العلاقة بين الإحترق النفسي و التوافق الزوجي لدى أطباء ممرضي الصحة العمومية، حيث بلغ عدد العينة ن= 206 ممارس منهم 92 ذكور و220 اناث من 03 مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة، حيث تم تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق و توصلت النتائج أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي و ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب ماسلاش، كما قام الباحث بالتوصل إلى أنه توجد هناك فروق دالة في مستوى الإحترق النفسي بإختلاف الحالة العائلية، كما لم توجد هناك فروق دالة في مستوى الإحترق بإختلاف سنوات الأقدمية المهنية في المنصب، بالإضافة إلى وجود علاقة سلبية بين الإحترق النفسي و مستوى التوافق الزوجي كما سجل الباحث أن أفراد العينة المتزوجين يعانون من عدم التوافق الزوجي في حين توصل إلى نهاية المطاف إلى أن أفراد العينة يعانون من الإحترق النفسي بإختلاف الجنس لصالح السيدات المتزوجات.

دراسة طايبي نعيمة (2013): " علاقة الإحترق النفسي ببعض الاضطرابات النفسجسدية لدى الممرضين - الجزائر "

سعت الباحثة إلى الكشف عن مستويات الإحترق النفسي التي يخبرها الممرضون وكذا علاقة الإحترق النفسي بكل من الضغط المدرك، الأعراض السيكوسوماتية و الإكتئاب، كما يسعى البحث إلى الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الإحترق النفسي للممرضين بإختلاف أساليب المواجهة لديهم، تم إختيار عينة عشوائية مكونة من (227) ممرض

ممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة، تم تطبيق مقياس الإحترق النفسي ومقياس الضغط المدرك، مقياس إستراتيجيات المواجهة، مقياس الأعراض السيكوسوماتية، ومقياس الإكتئاب، وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات، المعالجات الإحصائية توصلت الباحثة إلى نتائج تدل على معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي، كما تم التوصل إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين إضافة إلى وجود اختلافات في مستويات الإحترق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم مع وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي و ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين، إضافة إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي و ظهور الأعراض الإكتئابية لدى الممرضين.

2-الدراسات الأجنبية

شانون(1994): "مستوى الإحترق النفسي و الإكتئاب ومدى رضا في الحياة العمل عند أطباء الإستعجالات في كندا"

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى كل من الإحترق النفسي، الإكتئاب، ومعرفة نوعية الحياة والعمل لدى عينة البحث، الذي بلغ عددها ن= 395 طبيب يعمل في مصلحة الإستعجالات، وتم إستخدام مقياس ماسلاش (MBI) بأبعاده الثلاث وسلم الإكتئاب الذاتي سلم الرضا عن الحياة وأداة قياس الرضا المهني لدى الأطباء وبينت النتائج ما يلي أن 46% من الأطباء يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الإنهاك الإنفعالي، 93% من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من تباد المشاعر، في حين بلغت نسبة 79% من متوسطة إلى ضعيف في نقص الإنجاز الشخصي في العمل.

ليود سترينار (2000): "الإحترق النفسي والإكتئاب لدى أطباء كولومبيا أمريكا الجنوبية"

قام الباحث في هذه الدراسة بتطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) على عينة البحث التي قدرت ب 400 طبيب عام في المستشفيات العامة بكولومبيا بهدف تحديد مستوى الإحترق النفسي وقياس درجة الإكتئاب إعتامادا على سلم الإكتئاب الذاتي، فبينت النتائج الدراسة إلى أن 31% من الأطباء المستجوبين يعانون من إكتئاب، محددًا أن 13 % من هذه النسبة يتعاطون مضادات الإكتئاب، أما نتائج مقياس ماسلاش فقد قدرت ب 80 % من الأطباء يعانون من الإنهاك الإنفعالي من خفيف إلى مرتفع في حين قدرت نسبة تبدل المشاعر ب 61 % التي كانت تتراوح بين خفيف إلى مرتفع، أما نقص الإنجاز الشخصي في العمل فوصلت النتيجة إلى 44% .

زابف وسيفر وسكوموت (2001): "العمل العاطفي وضغوطات العمل، الإحترق النفسي و أثرهما على الصحة"

أجريت هذه الدراسة حول العمل العاطفي وضغوطات العمل وأثرهما على الإحترق النفسي الصحة، على عينة متكونة من ن=1241 موظفا من الجنسين العاملين في بيوت الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مؤسسات الخدمة الإجتماعية، البنوك، الحضانات، مراكز الإتصال و المستشفيات في جنوب ألمانيا أظهرت نتائج الدراسة أن العمل العاطفي (هو توزيع المهام على الموظفين لتحقيقها بما يصب في مصلحة المؤسسة وتحقيق أهدافها) يرتبط بعدد من المتغيرات المتعلقة بضغوط العمل، الإرهاق، التجرد الشخصي التي تقود الى الإحترق النفسي؛ بينت الدراسة وجود أثر لكل من عامل الجنس وعدم العامل العاطفي (عند مستوى دلالة 0.01) مع ظروف العمل، مشكلات المؤسسة، ضغوطات الوقت الإنجاز و الضغوط الإجتماعية، كلها تلعب دورا بارزا في ظهور الإحترق لدى العاملين ولها أثر تقاعلي فيما بينها على موضوع الإحترق.

كوهن (2003): "الإحترق النفسي لدى الأطباء العامون في كندا "

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الإحترق النفسي ومدى إنتشاره لدى عينة البحث التي قدرت ب2251 وكانت موزعة على قسمين، 1666 القسم الأول من أعضاء جمعية الأطباء الكنديين والتي قدرت ب 74% ، حيث وصلت نسبة القسم الثاني الأطباء ليسوا من أعضاء جمعية الأطباء الكنديين إلى 585 مثلت 26% و توصلت هذه الدراسة إلى أن 45.7% من الأطباء الكنديين لديهم مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك فروق بين الجنسين في مستوى الإحترق النفسي حيث بلغت نسبة الإناث 47.6% مقارنة بالرجال 44.6% المحترقين نفسياً، حيث أثر متغير الجنس في مستوى الإحترق النفسي في حين لم يكن هناك أثر لمتغير السن في مستوى الإحترق النفسي؛ كما توصل إلى وجود نسبة مرتفعة قدرت ب46.9% من الأطباء الموجودون في الأرياف يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي مقارنة بأطباء المدن التي قدرت ب45.5%

مرندة - لاشونس- فيفرس - مینار(2007): "الصحة النفسية لأطباء العيون بكندا"

هدف الباحثون من هذه الدراسة التي تم تطبيقها، من معرفة مستوى وتحديد نسب الأبعاد الثلاث للإحترق النفسي لدى أطباء العيون، حيث قدر حجم العينة ب ن=133 التي طبق عليها مقياس ماسلاش للإحترق النفسي لماسلاش (MBI) وكانت النتائج المستنتجة من هذه الدراسة إلى أن 45% من الإجابات المقدمة كان فيها مستوى الإنهاك الإنفعالي مرتفع، في حين توصلت 40.3% من الإجابات إلى إرتفاع في مستوى تبدل المشاعر، كما أن 25.4% وهي نسبة ضعيفة من نقص الإنجاز الشخصي في العمل، أما نسبة الضغط المهني فقد وصلت إلى 35.1%.

فاكبين فيليميني(2007): "حاصل الإحترق النفسي للأطباء العامين بفرنسا "

كان الهدف منها تحديدا معرفة مستوى الإحترق النفسي بأبعاده الثلاث، حيث بلغ عدد العينة ن=1367 طبيب وتم تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) وكانت النتائج قد أوجدت أن 221 طبيب أجاب على الإستمارة من مجموع 1367 وقد قدرت النسبة ب 16.1 % وتوصلت النتائج إلى أن ما نسبته 27.1 % يعانون من إرتفاع في بعد الإنهاك الإنفعالي، و 32.6 % تبدل المشاعر في حين وصلت نسبة نقص الإنجاز الشخصي في العمل الى 27.1 %؛ أما الأطباء الذين لا يجدون في حالة إحترق نفسي قدرت ب 51.6 % ،في حين 24.4 % يوجدون في إصابة ضعيفة بالإحترق النفسي، وان 19 % يوجدون في إصابة متفاوتة بالإحترق النفسي، كما أن ما مثلته نسبة 8.14 % تعتبر نسبة حادة من الإصابة بالإحترق النفسي.

سولر وآخرون(2008): "وضعية الإحترق النفسي لدى أطباء العائلة الأوروبية"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الإحترق النفسي لدى عينة البحث التي تمثلت في أطباء العائلة الأوروبية و قدرت ب 12 دولة أوروبية، وكان عدد الإستمارات 1393 مثل نسبة 41% من المجتمع الأصلي، حيث تم إستعمال مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) توصلت النتائج إلى أن مستوى الإنهاك المهني بلغ نسبة 43% ، كانت هذه النسبة مرتفعة في حين وصل مستوى تبدل الشعور إلى 35 % وكانت هذه النسبة مرتفعة أيضا كما توصلت الدراسة أيضا إلى أن 32% لديهم مستوى مرتفع من الإحترق النفسي بأبعاده الثلاث، كما وجد أن أكثر من ثلث العينة لا يوجد لديهم مستوى محدد من هذه الأبعاد الثلاث

أنطوان لوترنار و فاليريان كوملي (2011): "الإحترق النفسي لدى الأطباء (طب داخلي) فرنسا"

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الإحترق النفسي لدى عينة البحث وتبيان الأسباب لظهور الإحترق النفسي لديهم، حيث أرجعوا الأسباب إلى : ضغط العمل، نقص المعارف

الطبية، الترابطات الإستشفائية في مصلحة الإستعدادات، عدم الفصل بين الحياة المهنية عن الشخصية؛ كما تم الإستعانة بمقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) وقد قام الباحثان بتوظيف 4050 إستمارة، وكانت النتائج أن 16 % يعانون من إنهاك إنفعالي مرتفع، 33.8 % تبدل المشاعر مرتفع، 38.9% نقص الإنجاز الشخصي منخفض، كما أن ما يمثله 42 % من الأطباء لا يعانون من الإحترق النفسي، في حين وصلت نسبة ما تمثل 7 % ذلك ما يعادل -نوعا ما- 283 طبيب يعانون من الإحترق النفسي.

3-التعليق على الدراسات السابقة

أ- من حيث الهدف

توجه الهدف الأساسي و المهم لأغلبية الدراسات سالفة الذكر سواءا عربية كانت أم أجنبية، التي تناولت ظاهرة الإحترق النفسي من حيث قياس درجاته، مستوياته أو تحديد مصادره العوامل المسؤولة في ظهوره، كذا دراسة علاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية و المهنية علاقته مع بعض الظواهر النفسية .

فدراسة كل (شانون 1994 Chanon)، دراسة (البدوي 2000)، دراسة (ليود سترينار 2000 Liyod Streiner)، دراسة (كوهن 2003 Cohon)، دراسة (شتوحي 2003)، دراسة (حاتم وهيبة 2005)، دراسة (أوشن مريم 2005)، دراسة (فاكيين فيليميني 2007 vaquine villeminey) دراسة (بولقرون نورة 2008)، دراسة (أنطوان لوترنار و فاليريان كوملي 2011 Antoine Lautner & Valerian Comlie) دراسة (جديات عبد الحميد 2012)، دراسة (طايبى نعيمة 2013)، إشتراك هذه الدراسات من حيث الأهداف التي تمثل في كل واحدة منها إلى الكشف عن مستوى و مدى إنتشار ظاهرة الإحترق النفسي لدى عينات دراساتهما مع تبيان أثر كل من متغيرات: جنس، حالة إجتماعية، السن الأقدمية المهنية المنصب المهني نوعية المهام.

ب- من حيث عينة البحث وحجمها

شملت الدراسات المعروضة سائفا العربية و الأجنبية عينة من المهنيين و العاملين في مجال الخدمات الإجتماعية - الإنسانية و كان أغلبها مهنة الطب، لكن بأحجام متباينة من الذكور و الإناث، في حين خصت دراسة (أوشن مريم 2005) للذكور فقط وهم 433 فردا من فرق التدخل في الحماية المدنية، وقد حظيت مهنة الطب و التمريض بأكبر قدر من الدراسات التي إعتمدت على عينات من أطباء، طبيبات ممرضين وممرضات كدراسة (شتوحي نسيمه 2003) المكونة من ممرضي المستشفيات، كذلك دراسة (حاتم وهيبه 2005) المكونة من أطباء مصلحة الإستعجالات بمستشفيات الجزائر العاصمة، دراسة (جديات عبد الحميد 2012) على ممارسي الصحة العمومية (أطباء- ممرضون) و دراسة (طايبى نعيمة 2013) على الممرضون العاملون في المستشفيات، ودراسة (البدوي 2000) الموجهة للممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية و الخاصة، دراسة (شانون 1994 Chanon) الموجهة لأطباء الإستعجالات بكندا، دراسة (سولر و آخرون Solar & al 2008) الموجهة لأطباء العائلة الأوروبية، ودراسة (كوهن 2003 Cohon) الموجهة لأطباء العاملين العاملين بالمستشفيات بكندا، ودراسة (ليود سترينار 2000 Lioyd Streiner) الموجهة لأطباء كولومبيا ؛ دراسة(فاكيين فيليميني 2007 Vaquine Villeminey) الموجهة للأطباء العاملين بفرنسا، ودراسة (أنطوان لوترنار و فاليريان كوملي Antoine launter & Valerian 2011) الموجهة لأطباء (طب الداخلي) بفرنسا .

كما أولت دراسات الإحتراق النفسي إهتماما في مجال التعليم ، إذ وجهت دراسة (بولقرون نورة 2008) لعينة من أساتذة التعليم العالي بجامعة قسنطينة، كما إعتمدت دراسة (أوشن مريم 2005) على عينة من رجال الإطفاء .

كانت العينة الأقل حجما تلك التي تناولتها (سعاد مخلوف 2011) في دراستها حيث بلغ حجمها ن= 20 جراحا، بينما كانت العينة الأكبر حجما تلك التي إستخدمها

(أنطوان لوترنار و فاليريان كوملي Antoine launter & Valerian 2011) حيث بلغ حجمها ن= 4050 طبيبا من أطباء الطب الداخلي في مستشفيات فرنسا.

ج- من حيث أدوات القياس

لقد تم الإشتراك في معظم الدراسات السابقة العربية و الأجنبية في المقياس المستخدم في دراستهم الذي تمثل في مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) (Maslach Burnout Inventory) لمعرفة درجة مستوى الإحترق النفسي، ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب ماسلاش وهي : الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر و نقص الإنجاز الشخصي كما لاحظت الباحثة إعتقاد (بولقرون نورة 2008) في دراستها على إستمارة تتضمن أسئلة حول ظروف العمل بصفة عامة، كما لم تخلو الدراسات السابقة من مقاييس إستمارات أخرى تلبى أهداف الدراسات حيث إستعمل (شانون 1994 Chanon) في دراسته على 03 مقاييس أخرى غير (MBI) وهما سلم الرضا عن الحياة، أداة القياس الرضا المهني لدى الأطباء و سلم الإكتئاب الذاتي.

كما إستعملت أيضا (سعاد مخلوف 2011) إستمارة الدعاء التي قامت بتصميمها كما قامت أيضا (طايبي نعيمة 2013) في دراستها على 04 مقاييس أخرى وهي مقياس الضغط المدرك، مقياس إستراتيجيات المواجهة، مقياس الأعراض السيكوسوماتية و مقياس الإكتئاب.

د- من حيث النتائج المتوصل إليها

من خلال ما تم تقديمه من دراسات سابقة و على الرغم من إختلاف أنواعها و بيئات تطبيقها، حجم عيناتها سنوات دراستها، إلا أنها أظهرت نتائج، دلالات و فروقات إحصائية ذات قيمة علمية يجب العمل بها مستقبلا، من بين هذه النتائج يمكن حصرها في مجموعة من النقاط التالية :

- أظهرت نتائج دراسة (شتوحي نسيمة 2003) على أن عينة البحث (الممرضين) يعانون من مستويات مرتفعة على بعد الإنهاك الإنفعالي و مستوى متوسط على بعدي تبدل

المشاعر نقص الإنجاز الشخصي في العمل، وهذا ما أكدته نتيجة دراسة (جديات عبد الحميد 2013) التي توصل فيها الى أفراد عينة البحث (أطباء - ممرضون) يخبرون مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي و ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب ماسلاش، وهذا ما إتفق أيضا مع دراسة كل من (ليود ستريمار 2000 Lloyd Streiner) و دراسة (مرندة - لاشونس - فيفري ميار 2007 Maranda - Lachonce - Vivers - 2007) الذين توصلوا في دراستهم إلى أن أفراد عينة البحث يعانون من الإحترق النفسي مرتفع الشدة على مستوى الأبعاد الثلاث حسب مقياس ماسلاش، هذه النتيجة تعكس ما توصل إليه كل من (فاكين فيليميني 2007 Vaquine Villeminey) و دراسة (أنطوان لوترنار فاليريان كوملي 2011 Antoine launter & Valerian) الذين توصلوا في دراستهم إلى أن أفراد عينة بحثهم يعانون من مستوى منخفض للإحترق النفسي .

- كما خلصت دراسة (جديات عبد الحميد 2012) إلى عدم وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية و نوع الوظيفة، أما دراسة (البدوي 2000) فجاءت متوافقة مع نتائج الدراسة السابقة حيث توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية و التصنيف المهني؛
- أشارت دراسة (أوشن مريم 2005) إلى أنه توجد فروق في مستوى الإحترق النفسي بين رجال الحماية المدنية، حيث توصلت إلى أن الأكثر تعرضا للإحترق النفسي هم الذين لديهم خبرة تفوق 03 سنوات .
- فيما يتعلق بنتائج الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإحترق النفسي و متغيرات أخرى فقد توصلت دراسة (سعاد مخلوف 2011) إلى أنه توجد علاقة إرتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجة الدعاء و الإحترق النفسي، ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب ماسلاش، كما توصلت دراسة (جديات عبد الحميد 2012) إلى إثبات وجود علاقة سلبية بين الإحترق النفسي ومستوى التوافق الزوجي، وجود ذات دلالة إحصائية بين

المتزوجات و غير المتزوجات في الإحتراق النفسي و ذلك تبعا لأبعاده الثلاث حسب
مقياس ماسلاش.

الجانب النظري

الفصل الأول : الضغوط النفسية - المهنية

- تمهيد

- 1- مفهوم الضغط النفسي
- 2- مفهوم الضغط المهني
- 3- أشكال الضغط النفسي
- 4- عناصر الضغوط
- 5- النماذج و النظريات التي تناولت موضوع الضغوط
- 6- مراحل الضغط النفسي - المهني
- 7- تصنيف الضغوط
- 8- مصادر الضغوط النفسية
- 9- مصادر الضغوط المهنية
- 10- آثار الضغوط النفسية
- 11- آثار الضغوط المهنية
- 12- إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية
- 13- أساليب التعامل مع الضغوط

- خلاصة الفصل

تمهيد

تبدو حياة الإنسان مليئة بالمتناقضات الإيجابية و السلبية، وهذا أمر طبيعي نتيجة جملة من المتغيرات المتعددة ، والتي أدت إلى ضغوطات أثرت على الصحة النفسية و العقلية للإنسان، محددة بذلك بنية قائمة بذاتها تدعى الضغوطات النفسية، الإجتماعية المهنية و حتى الأسرية، تترتب عليها آثار مرضية تحتاج إلى تكفل طبي أو نفسي و إبتكار إستراتيجيات للتكيف.

بالتالي حاول العديد من الباحثين التعرف على مفهوم الضغط النفسي- المهني و التطورات التي مر بها، أعراضه و آثاره، مصادره مع تبيان النظريات المفسرة له، وصولاً إلى تحديد إستراتيجيات التعامل معه و التغلب عليه؛ هذا ما سوف نقدمه في فصلنا هذا.

1. مفهوم الضغط النفسي

لقد شاع في الأدب النفسي عدة تعاريف للضغط، إلا أنه لا يزال غامضاً رغم شيوع المفهوم، وذلك لوجود إختلافات في تعريفه، و إختلافات في المصطلحات البديلة للضغوط النفسية المستخدمة في المواقف المختلفة، ففي هذا الصدد يشير لازاروس Lazarus (1966) إلى أن عدداً من علماء النفس قد إستخدموا مفهوم الضغط النفسي كمرادف لمعانٍ مختلفة مثل القلق، التوتر، الحصر، أو لبعض الإنفعالات مثل الغضب، الخوف، كما تم إعتبارها أيضاً خبرات مؤلمة تؤثر في مزاج الفرد.

لهذا السبب لم يتفق العلماء لتعدد وجهات نظرهم على تعريف واحد يمكن أن يعكس الناحية الكمية و الكيفية للضغوط نظراً لكونه مفهوم معقد ذو أبعاد مختلفة و متداخلة فيما بينها، نجد منها الإجتماعية، إقتصادية، مهنية وأبعاد ذاتية، جسمية، معرفية و نفسية من شأنها أن تكون المسؤولة عن الضغوط وفي نفس الوقت منبئة بأن الفرد تحت تأثير ضغط ما.

بداية الإهتمام بموضوع دراسة الضغط النفسي يرتبط بدراسة هانز سيلبي Hans Selye (1956) الأب المؤسس لبحوث الضغوط ، فهو أول من إستخدم مفهوم الضغط في المجال البيولوجي، ليشير إلى حالة من التمزق و البلي داخل الجسم، إذ يعرفه بأنه إستجابة غير نوعية للعضوية لأي مطلب خارجي مصدره فيزيولوجية المحيط، كما أنه الطريقة اللإرادية التي تستجيب بها الجسم بإستعداداته العقلية و البدنية لأي مطلب خارجي يقع عليه (Schwob ,1999 ,p 630)

في حين يشير كل من لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman (1984):" إلى أن الضغط علاقة خاصة بين الفرد و البيئة التي يقيمها الفرد على أنها شاقة و مرهقة أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها و تعرض صحته للخطر" (Lazarus & Folkman ,1984, p 103)

إن الفرد أثناء إحتكاكه بالمحيط الخارجي تعترضه مجموعة من الضغوط التي تفرض نفسها عليه و التي يجب التكيف معها، ومن هذه المنطلق يعتبر Cox (1990) أن الضغط ينشأ كنتيجة لأي صراع بين المتطلبات الملقاة على الفرد وقدراته على التعامل معها حيث يفكر الفرد في المتطلبات، ويفكر في قدراته وكفاءته الشخصية، و أن إختلال التوازن بين الطرفين هو السبب في ظهور الضغط، وأن هذا الضغط ينتج من تفاعل الفرد مع بيئته سواء أكانت هذه البيئة داخلية أم خارجية، ويبرز عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد و قدراته على تلبية هذه الحاجات (Cox , 1991, p 07)

إن كانت بعض التعاريف تعتبر الضغط النفسي كحدث خارج عن إرادة الفرد سيطرته ويفرض عليه حاجات معينة، فإن هناك من يرى أن الضغط هو إستجابة الفرد للأحداث التي تواجهه في محيطه الخارجي، فقد عرف غوردن Gordon (1993) الضغوط بأنها الإستجابات النفسية، الإنفعالية و الفيزيولوجية، للجسم إتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية و سعادة الفرد؛ هذه التغيرات تقوم بإعداد و تأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط التي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها (Gordon ,1993 , p 75)

مما سبق تقديمه يتضح أن الضغط لم يعد ظاهرة مجردة وإنما هو حقيقة بيولوجية عضوية قابلة للتشخيص و الفحص؛ فالضغط هو إستجابة واعية أو غير واعية لمصدر توالده و مهما حاولت التخلص منه و من مصادره، فإن أجسامنا في حاجة دائمة إلى كمية من الطاقة الحرارية التي هي ضرورية للحياة و هذا لا يحدث إلا إذا واجه الفرد مواقف ضاغطة، شريطة أن لا تكون هذه المواقف ذات خطر بالغ على الفرد، و في حدوده التكيفية.

2. مفهوم الضغط المهني

يعد الضغط المنتسب إلى المهنة شكلا أكثر إنتشارا التي يتعرض لها الفرد العامل في بيئة العمل، فبرغم من الكتابات الكثيرة في هذا المجال إلا أنه لم يتم التوصل إلى تعريف محدد لمفهوم الضغوط المهنية، ويرجع السبب في ذلك أساسا لإرتباط مفهوم الضغط المهني لعدة علوم أخرى، فهو يمثل أحد الإهتمامات المشتركة بين الباحثين في كل من المجالات الطبية النفسية، الإجتماعية، الإقتصادية و الإدارية.

يعتبر لازاروس و فولكمان Lazarus & folkman (1984): "الضغوط المهنية تحدث

عندما تكون مطالب العمل شاقة و مرهقة، وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد، أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل وقدرة العامل على الإستجابة لها.

(Lazarus et Folkman ,1984 , p 120)

في حين يعرف محسن الخضيري (1991): "الضغط المهني بأنه كل حالة تأثير مادي أو معنوي و يأخذ أشكالا مؤثرة على السلوك متخذ القرار، ويعيق توازنه النفسي العاطفي و يؤدي إلى إحداث توتر عصبي أو قلق نفسي يجعله غير قادر على إتخاذ القرار بشكل جيد (محسن الخضيري، 1991، ص 84)

كما جاء في تعريف كيلي Killy (1994): "الضغط المهني تجربة ذاتية يدركها الفرد نتيجة لعوامل أو مسببات متعلقة بالبيئة التي يعمل فيها بما في ذلك المنظمة حيث يترتب

عن هذه العوامل آثار أو نتائج جسمية، نفسية أو سلوكية على الفرد و تؤثر بدورها على أدائه للعمل " (Killy, 1994, p 23)

من جهته سيد عبد العال (2002) يعرف الضغط المهني : "بأنه مجموعة التغيرات الفيزيولوجية، الجسمية و النفسية التي يعانها العامل، كرد فعل من المثيرات المؤثر عليه في بيئة العمل و التي لم يعد العامل قادرا على تحملها، أو الوفاء بمتطلباتها".

(سيد عبد العال ، 2002 ، ص 25)

في نفس السياق يرى طه فرج عبد العظيم (2006) : " بأن الضغط المهني يعبر عن كافة أنماط السلوك الإنفعالي، التي تدل على بلوغ حالة الإجهاد الجسمي و النفسي كتعبير عن عدم التوافق مع متطلبات، مواقف إنجاز العمل و المهام بالمستوى الذي تعود الفرد عليه لكثرة الأعباء ، المهام و تعددها و تراكمها (طه فرج عبد العظيم ، 2006 ، ص 54)

مما سبق تقديمه من تعاريف للضغط المهني يتضح تمحورها في ثلاث مداخل رئيسية من حيث :

- المسببات، حيث تعد ضغوط العمل عبارة عن مثيرات توجد داخل بيئة العمل التي ينتج عنها سلوك معين للفرد العامل، كرد فعل للمثيرات على الحالة النفسية و الجسدية للعامل.

- وضعية أو حالة الفرد العامل النفسية و الجسمية عند تعرضه لعدد من المسببات التي تحدث له داخل بيئته المهنية.

- النتائج إذ أن الضغوط المهنية هي مجموعة من السلوكيات تنتج عن حالته النفسية الجسمية كرد فعل للمثيرات التي يواجهها الفرد العامل داخل بيئة العمل.

بالتالي فالضغط المهني يعبر عن العوامل و الظروف التي ينتج عنها شعور الفرد العامل بعدم الراحة و الإستقرار في بيئة عمله، مما يؤدي ذلك إلى ظهور اضطرابات ناتجة عن عدم القدرة على التأقلم، التكيف مع كثرة و إستمرار متطلبات، شروط العمل على درجة

أكبر من الكفاءة و القدرة الذاتية للأفراد العاملين بأن يقوموا بها و تفوق إمكانياتهم الخاصة على التأقلم معها، و بالتالي تؤدي إلى إحداث تغييرات في داخلهم و تسبب لهم الضغط تدفعهم إلى الإنحراف عن أدائهم الطبيعي.

3. أشكال الضغط النفسي

تبعاً لإختلاف المواقف الضاغطة فإن الضغط النفسي يظهر بأشكال عديدة لكن هذا لا يعني أن الضغط مرتبط دوماً بالمظاهر السلبية و إنما توجد مستويات إيجابية له، أخرى محايدة بحيث يتخذ شكلاً من الأشكال التالية :

1.3. الضغط الإيجابي

قد يعمل الضغط كحافز يساعد الفرد على المواجهة و التصدي للتحديات اليومية بكل إلهام، بحيث تزود الضغوط الإيجابية الفرد بالطاقة التي يحتاجها حتى يكون أكثر إبداعاً إنجازاً في أدائه، و أكثر قدرة على إتخاذ القرارات حل المشكلات، و لكن إذا زاد الضغط فوق طاقة تحمل الفرد فقد يؤدي ذلك به إلى الإحترق و سوء التوافق النفسي، ظهور الأعراض المرضية (أحمد مطيع الشخانة، 2010، ص 138)

2.3. الضغط السلبي

تؤثر الضغوط السلبية على أداء الفرد الأكاديمي و المهني، وتعيقه عن الإنجاز و الإبداع تؤدي إلى سوء التوافق، القلق و الإكتئاب، و الإحساس بالإحباط، العدوان على الآخرين تظهر آثار هذه الضغوط في مظاهر سلوكية عدة مثل : التغيب عن العمل و كثرة الأخطاء الحوادث، عدم الرضا الوظيفي، الأداء المنخفض، إنتشار اللامبالاة، الفوضى و شعور الأفراد بعدم الولاء للمنظمة.

3.3. الضغط المحايد

ليس الضغط ضاراً أو سيئاً على الدوام، بل أن قدر منه في كثير من الأحيان يكون نافعاً مفيداً للفرد، و يعد المستوى المحايد للضغط دافعاً للإرتقاء في العمل و الأداء

بشكل أفضل بحيث يخلق نوعا من الرضا و الثقة بالنفس (سمير شيخاني، 2003، ص 78)

إن محك التمييز بين الضغط السلبي و الضغط الإيجابي يتحدد بنوع الضغوط التي يواجهها الفرد، طريقة إدراكه، تفسيره للمواقف الضاغطة، نوع الأساليب و الإستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع هذه المواقف الضاغطة. ليست كل الأحداث و الخبرات السلبية وحدها بالضرورة هي المسؤولة عن الضغوط، فمن الممكن أن تكون هناك أحداث إيجابية وقد تنتج عنها ضغوط سلبية بالإضافة إلى هذا فإن الضغوط تختلف في شدتها و المدة التي تستغرقها، بذلك يمكن تصنيف الضغوط وفقا لمدتها إلى :

الضغوط المؤقتة: هي عبارة عن ضغوط تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تنتهي، وهي في أغلبها سوية إلا إذا تجاوزت قدرة الفرد و إمكانياته على تحملها، فإنها عندئذ تتسبب في ظهور الأعراض المرضية.

الضغوط المزمنة: هي ضغوط تحيط بالفرد لفترة طويلة، وتعد ضغوطا سلبية تجعل الفرد يجند كل ما لديه من طاقة و إمكانيات لمواجهتها، و يرتبط حدوث الضغط المستمر دائما بظهور المشكلات الجسمية و النفسية، لدى الفرد الواقع تحت وطأة الضغط المزمن الذي يضعف قدراته.

إذا كانت الضغوط تعد أمرا حتميا لا يمكن تجنبه في الحياة و أن الخلو التام من الضغوط يعني الإضطراب، فإن شدة الضغوط تختلف بين الأفراد حسب الموقف و على هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط وفقا لشدتها إلى :

ضغوط مرتفعة الشدة : عندما تكون الضغوط شديدة المستوى، فإنها تعيق الفرد عن الأداء من ثم يتأثر سلبا تبعا لذلك و تؤدي به أيضا إلى الإرتباك و التردد في إتخاذ القرارات المناسبة، ونقص التفاعل الإجتماعي مع الآخرين و التعرض للإضطرابات

النفسية الجسمية و الإختلالات الوظيفية المعرفية، حيث يشعر الفرد بالقلق و اليأس فقدان الدافعية الكافية لتحسين الأداء. (أحمد مطيع الشخانية ، 2010 ، ص 140)

ضغوط منخفضة الشدة : حينما تكون الضغوط منخفضة لدى الفرد يقل الأداء يحدث الملل يقل التركيز و تنخفض الدافعية للعمل و الإنجاز.

ضغوط معتدلة الشدة : تعد الضغوط المعتدلة في مستواها هي الأمثل بالنسبة للفرد حيث يكون أداء الفرد في ظلها و على مستوى عال من الجودة لأنها تساعد الفرد على الأداء الإنجاز وزيادة الكفاءة و الإتيان (أحمد مطيع الشخانية ، 2010 ، ص 141)

كما يمكن تصنيف الضغوط وفقا لمصادرها إلى:

الضغوط الناتجة عن البيئة المادية: هي تلك الضغوط التي يتعرض لها الفرد نتيجة الظروف المادية الغير ملائمة، كضعف الإضاءة، الضوضاء، إرتفاع أو إنخفاض درجات الحرارة...الخ)

الضغوط الناتجة عن البيئة الإجتماعية : هي الضغوط الناتجة عن التفاعلات الإجتماعية ما بين الأفراد داخل مواقع العمل مثل : الصراعات بين الأفراد، الجماعات و الخلافات مع المسؤول.

الضغوط الناتجة عن النظام الشخصي: تتمثل في الضغوط التي تنتج عن وجود فروق فردية ما بين العمال مثل الإختلاف في السن، الجنس، الديانة...الخ) (فاروق عبده، 2005، ص 88)

مما سبق تقديمه، يتضح لنا بأن الضغوط المهنية أنواع متعددة بتعدد المعايير التي تم الرجوع إليها في التصنيف، فبعض هذه التصنيفات تصنفها على أساس شكلها السلبي الإيجابي، في حين صنفها البعض الأخر تبعا لمدتها، شدتها و مصدرها.

4. عناصر الضغط

يرى Szillagyi et Wallace (1987, page 195) أن خبرة الضغوط النفسية لدى الفرد في مجال العمل تنشأ عنها عدم إتران نفسي أو فيزيولوجي

أو إجتماعي و تتحدد هذه الحالة من خلال 03 ثلاث عناصر للضغوط النفسية في مجال العمل وهي :

الأول : عنصر المثير : يمثل القوى المسببة للضغط و التي تقضي إلى الشعور بالضبط النفسي و قد تأتي من البيئة أو المنظمة أو من الفرد بذاته.

الثاني: عنصر الإستجابة: يتضمن عامل الإستجابة ردود فعل نفسية، أو جسمية أو سلوكية تجاه الموقف الضاغط وهناك على الأقل إستجابتان للضغط تلاحظان كثيرا هما:

- الإحباط الذي يحدث لوجود عائق بين السلوك و الهدف الموجه له.

- القلق (الحصر النفسي) وهو يمثل الإحساس بعدم الإستعداد للإستجابة بصورة ملائمة في بعض المواقف

الثالث: عنصر التفاعل: من العوامل المثيرة للضغط و الإستجابة له وهذا التفاعل مركب من تداخل عوامل البيئة و العوامل التنظيمية بالمؤسسة و المشاعر الشخصية ما يترتب عليها من إستجابات و إنفعالات.



الشكل رقم (01): عناصر الضغط

(محمود فتحي عكاشة، 1999، ص 87)

5. نظريات الضغوط

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط طبقا لإختلاف الأطر النظرية التي تبنتها، و إنطلقت منها على أساس أطر فيزيولوجية، نفسية و إجتماعية، كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناءا على ذلك من مسلمات كل منها؛ فيما يلي عرض لأهم هذه التساؤلات النظرية :

1.5. النظرية الفيزيولوجية لهانز سيلبي Hans selye

لقد عرض هانز سيلبي Hans selye تفسيراً فيزيولوجياً للضغوط، حيث يرى أن الضغوط متغير غير مستقل فهو إستجابة لعامل ضاغط يميز الشخص و يضعه على أساس إستجابته للبيئة الضاغطة، وتهدف الإستجابة الفيزيولوجية للمحافظة على كيان و حياة الفرد. (عبد العزيز محمد، 2005، ص 34-35)

يرى أن هناك أنماط معينة من الإستجابات يمكن الإستدلال منها على أن الفرد يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر سيلبي أن أعراض الإستجابة الفسيولوجية للضغط عامة هدفها المحافظة على الكيان و الحياة. (فاروق عثمان، 2001، ص 89)

كما حددت ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط، ويرى أن هذه المراحل تمثل التناذر العام للتكيف و التي تحدد الميكانيزمات الفسيولوجية للتكيف وهي كمايلي:

➤ إستجابة الإنذار

وفيها يتم إثارة الجهاز العصبي المستقل و الجهاز الغدي، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئي للضاغط، وفي نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة.

إذا كان الضاغط من الشدة بدرجة كافية فإن المقاومة تنهار وتحدث الوفاة.

(فاروق عثمان، 2001، ص 90)

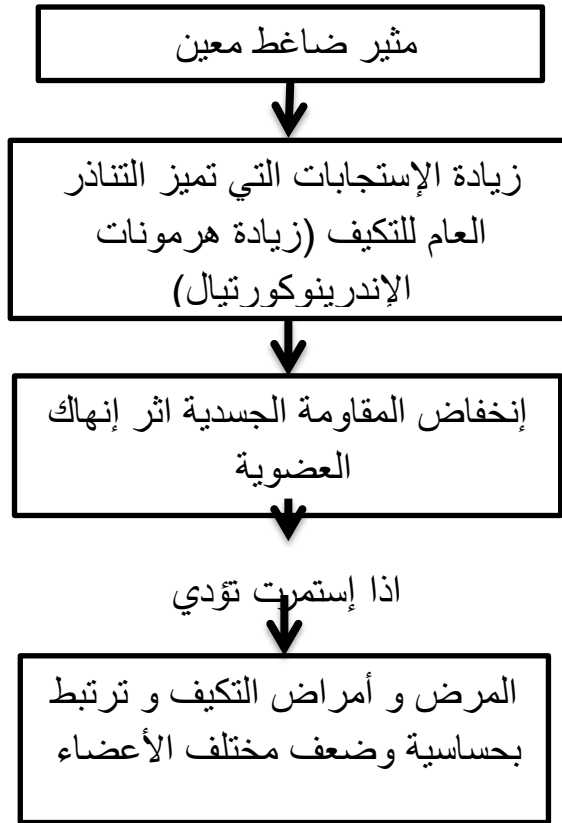
➤ المقاومة

في هذه المرحلة تحاول آليات التكيف في جسم الإنسان المقاومة المستمرة في مواجهة الضغوط، ومحاولة إستعادة التوازن النفسي للفرد، وفي حالة عدم جدوى هذه

العمليات فعندئذ تصبح المقاومة غير فاعلة ويصل الفرد إلى المرحلة الثالثة. (محمد علاوي 1998، ص 20)

➤ - الإنهاك و الإجهاد

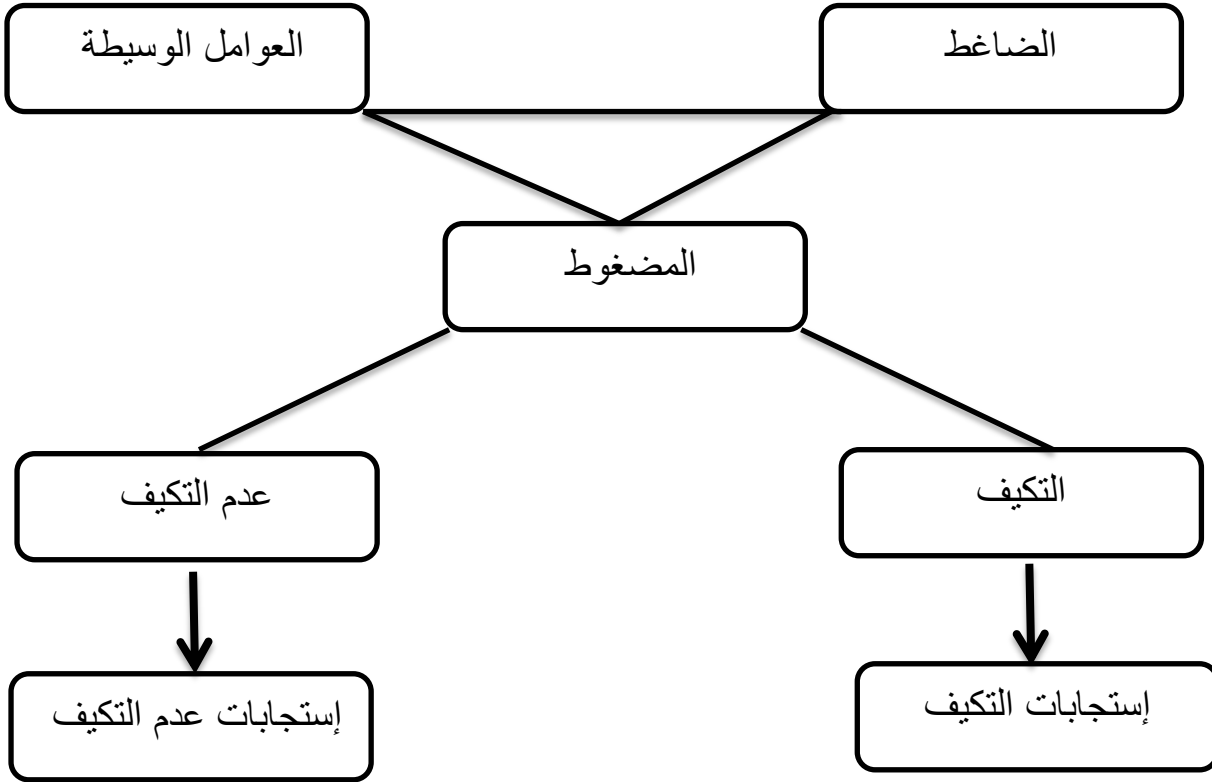
حيث تنهك الطاقة اللازمة للتكيف ويحدث الإنهيار النهائي ويعاني الجسد من قلق أو دمار لا يمكن عودته بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، أي إذا كانت الإستجابة الدفاعية شديدة و مستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف. (عبد الرحمان السيد 2000، ص 298) ويمكن رصد هذه النظرية في الشكل الآتي:



الشكل رقم (02): نموذج التناذر العام للتكيف لسيلي

يضيف سيلي Selye أنه إذا كانت الإستجابة الدفاعية ذاتها شديدة وإمتدت لفترة طويلة، فإنه ينتج عنها حالات مرضية ويطلق عليها أمراض التكيف، ويعتبر المرض في هذه الحالة ثمنا للدفاع عن العوامل الضاغطة، ويحدث ذلك عندما يزيد الدفاع عن الإمكانيات الخاصة بالجهاز الفيزيولوجي أو عندما يكون الدفاع لدرجة عالية جدا.

فيما يلي عرض للتخطيط العام لنظرية "هانز سيلبي Hans selye" التي تفسر تأثير العوامل الضاغطة على الفرد و الإستجابة التكيفية.



الشكل رقم (03): التخطيط العام لنظرية "هانز سيلبي"

2.5. نموذج المواءمة بين الفرد و البيئة

إقترح هذا النموذج كل من الباحثان كوب و روجرز فرانش Cobb & Rogers French (1984) قدما فيه تفسيراً موضوعياً لخصائص الفرد و بيئته، فأشارا إلى نوعين من عدم التوافق بين الفرد و البيئة من المتوقع أن يؤثر سلباً على صحة و رضا الموظفين النوع الأول : تمثل في عدم تطابق حاجات الفرد و تفضيلاته مع مكافئة المنظمة و ما تقدمه من مزايا

النوع الثاني : يعني به عدم التطابق بين المهارات الفرد و قدراته و مكافئات المنظمة شروط الوظيفة، قد يؤدي إلى حدوث الضغط لدى الفرد في العمل (طايبي نعيمة، 2013

ص 111)

إن التوافق بين الفرد و بيئته ليس بالشيء المطلق في جميع الحالات، إنما هو مرتبط بمجموعة الشروط المحددة في العمل مثل : طبيعة العمل و نوعه، الكيفية التي ينجز بها الوقت المخصص لإتمام المهام المسندة إليه، و البعض الآخر مرتبط بالفرد في حد ذاته من حيث الجانب الشخصي و الصحي.

إذ يرى French (1984) أن الضغط المهني ينتج عن فقدان الإنسجام بين قدرات الفرد متطلبات مهمته من جهة، ومن جهة أخرى عدم الإنسجام بين حاجات الفرد و ما يحققه له المحيط، وبصيغة أخرى الضغط المهني حسب هذا النموذج هو تجسيد لنقص التوافق بين الفرد و بيئته، وبذلك ينتج مشاكل فيزيولوجية، نفسية وتنظيمية مختلفة.

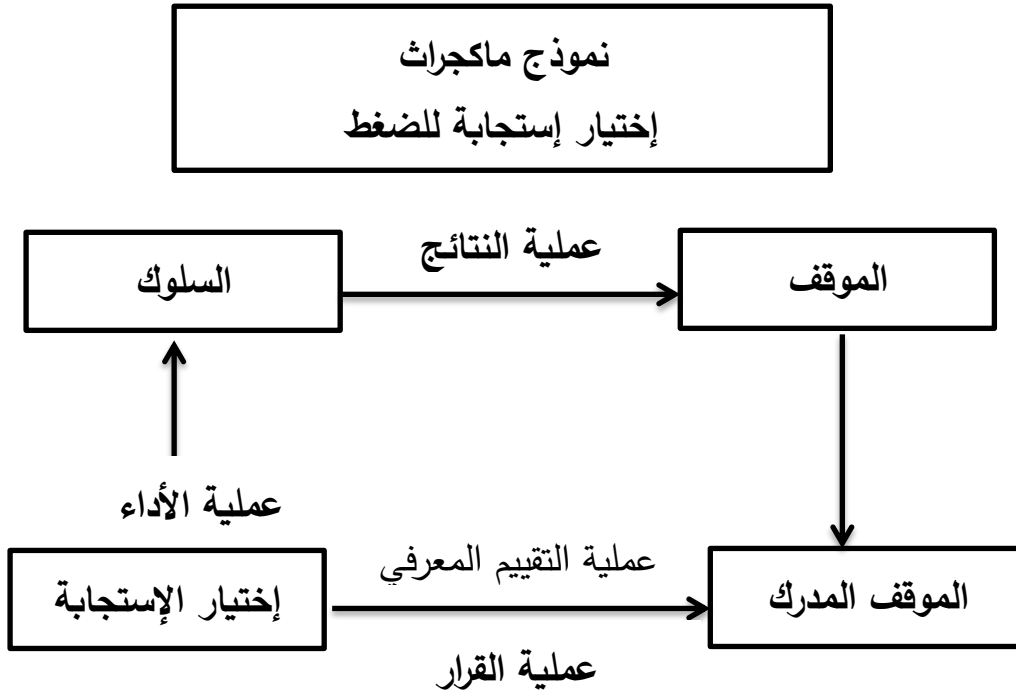
(Fontaine et al , 1996)

3.5. نموذج الضغوط المهنية

إعتبر ماكجراث Mcgrath (1970) الضغط كحالة تتسم بأنها ذات طابع وقتي و تتضمن عدم القدرة على الإستجابة الملائمة لمطالب مدركة بتكلفة معقولة وتكون هذه الحالة مصحوبة بتوقع حدوث نتائج سلبية للإستجابة غير الملائمة حيث يرى هذا النموذج أنه يتم إدراك الموقف من طرف الفرد الذي يتأثر بدوره بالفروق الفردية التي مصدرها طبيعة الإستجابات النفسية و السلوكية، كما يؤكد هذا النموذج على تقييم الموقف في عملية الإدراك.

هذا التقييم من قبل الفرد للموقف، قد يؤدي به إلى القيام بإستجابة محددة إتجاه هذا الموقف كما يركز أيضا على شرح السلوك الإجتماعي الذي يقوم به الفرد في مقر العمل و خاصة أداء المهمة .

فحسب Mcgrath فإن تأثير الأفكار التي يحملها الفرد حول إحساسه بالضغط الذي يراه كحالة عدم الإتزان بين متطلبات الموقف أو الوضعية التي يعيشها، وبين إمكانياته للإستجابة في أوضاع تكون عدم الإستجابة فيها ذو عواقب مهمة. (Martin et al , 1994)



الشكل رقم (04) : نموذج ماكجراث الخاص بإختيار إستجابة للضغوط المهنية

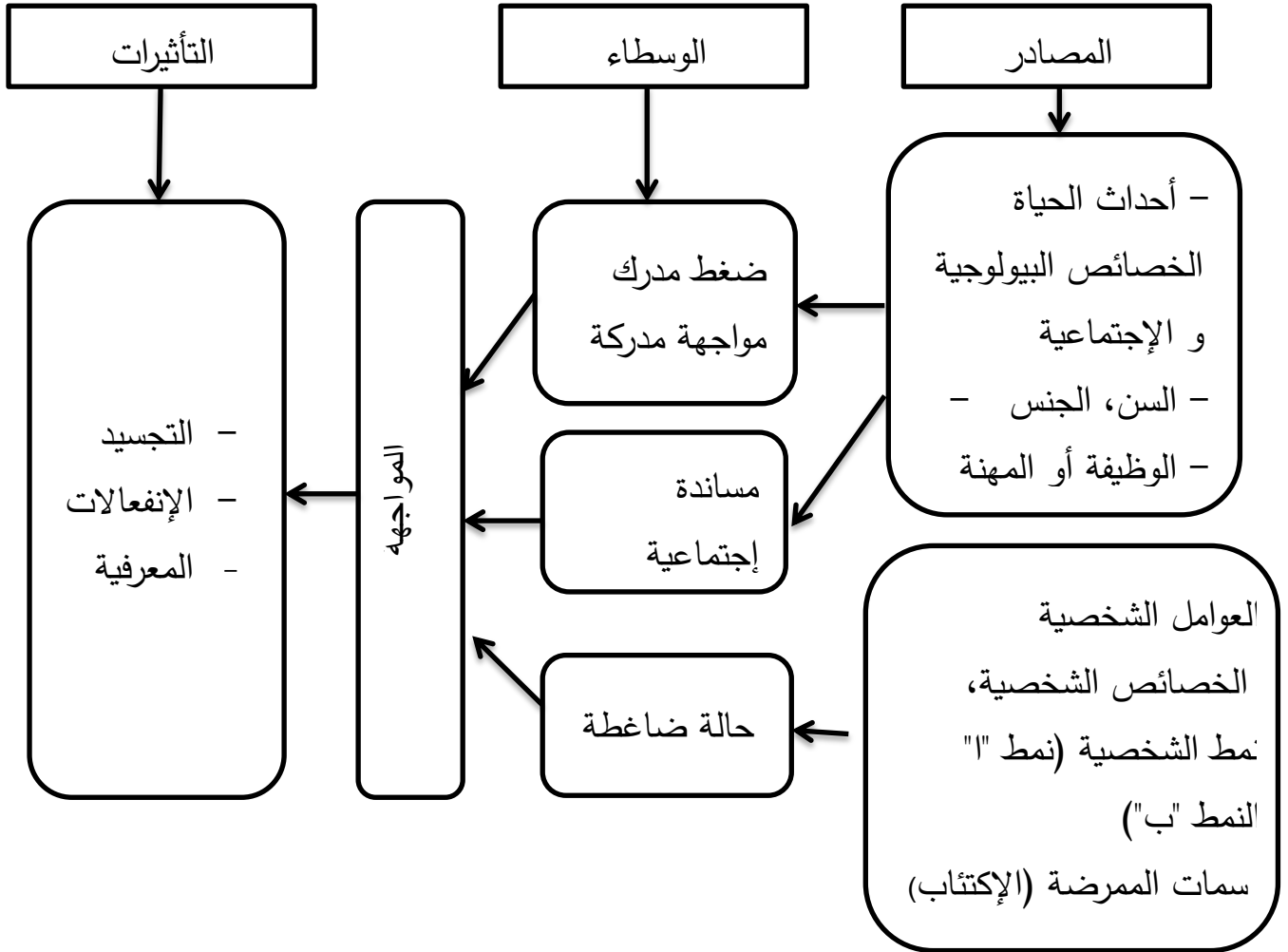
(طايبي نعيمة ، 2013 ، ص 113)

4.5. نموذج الضغط المهني كتفاعل بين الفرد و البيئة

هذا النوع من التصور أتى به كل من لازاروس و فولكمان Lazarus & 1984 Folkman فهما يعتبران بأن "الضغط هو تفاعل بين الفرد و المحيط و الذي عن طريقه يقيم الفرد الموقف كمضرب لقدراته و بإستطاعته وضع ذاته في خطر ، فإدراك الموقف و المعنى الذي يعطيه الفرد (خطر، فقدان ..) هو الذي يجعل الموقف ضاغط أو لا فحسب هذا التصور يجب تمييز الخصوصيات الموضوعية للمحيط (الضغوط) من خصوصيات المحيط المدركة كمهددة للفرد (ضغط مدرك) في الحقيقة إذا كان الضغط هو إستجابة الفرد لتغير المحيط حسب Selye فلقد لوحظ بأن هذه الإستجابة ليست هي نفسها لجميع الأفراد ففي الوقت الذي يتأثر بعض الأفراد ببعض الحوادث (مرض، حادث،...) لا يكثر البعض الآخر لهذا، هذا ما دفع إلى الإهتمام بالعوامل الفردية و الخصائص الشخصية (نمط الشخصية) التي تجعل الفرد يستسلم أمام ضغوط العمل" (Lazarus et

(Folkman ,1988, p 466

حسب Lazarus & Folkman لازاروس و فولكمان (1984) أن الضغط يحدث عبر خمس مراحل أساسية مرحلة الحدث الضاغط، مرحلة التقييم الأولي، مرحلة التقييم الثانوي، مرحلة المواجهة مرحلة نتائج المواجهة.



الشكل رقم (06): نموذج Lazarus et Folkman 1988

(Lazarus et Folkman ,1988, p 450)

6.5 مراحل الضغط النفسي - المهني

إن مراحل حدوث الضغط النفسي تختلف باختلاف الإنتماءات الفكرية و النظرية

للعلماء وسوف نسرد وجهات كل من

1.6. وجهة نظر كل من فونتانا و صلاح (Fontana & Salah,1996)

تحدث ظاهرة الضغط على خمسة مراحل أساسية وهي

- **حالة الإنذار état d'alarme** وجود حادث ضاغط يلفت إنتباه الفرد ويؤثر على نشاطاته الحالية.
 - **مرحلة التقييم: état d'évaluation** ويقوم الفرد بفك وحل الموقف عن خطر جسدي أو حالة فقدان، ويمكن هذا تضخيم الحدث أو تصغيره.
 - **البحث عن إستراتيجية للتوافق adaptative recherche d'une stratégie** تتمثل هذه الإستراتيجيات في مجموعة معقدة من السيرورات النفسية التي يستعملها الفرد ويوظفها بغرض التخفيف من أثر الضغط على توظيف الإنفعالي مثل البحث عن المعلومات و التجنب....الخ".
 - **إستجابات الضغط repense de stress** تظهر هذه الإستجابات على مستوى الفيزيولوجي، الحركي و المعرفي.
- إن شدة هذه الإستجابات قد تأخر عدة مظاهر مثل القلق، الحزن، الألم الجسدية صعوبات الحياة المهنية و صعوبات مدرسية أو عائلية؛ فالضغط يمثل عامل خطر لتفجير إضطرابات القلق و الإكتئاب.
- **إنعكاسات إستجابات الضغط على الصحة retentissement de la réponse de la sante** : يمثل الضغط المزمن عامل خطر لظهور إضطرابات جسدية مثل إضطرابات القلب، إضطرابات معدية ومعوية، كما يؤدي أيضا إلى تفجير تظاهرات القلق والإكتئاب.

2.6. وجهة نظر كل من لازاروس و فولكمان Fulkman & Lazurus

تحدث ظاهرة الضغط النفسي وعملية المواجهة على خمس مراحل أساسية وهي

- **مرحلة الحدث الضاغط:** وفكرة هذه المرحلة مبنية على إن الإنسان يواجه في حياته مواقف أو أحداث ضاغطة، تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها، قد تتطوي عليها صعوبات صحية إذا تم إستعمال إستراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.
 - **مرحلة التقييم الأولي:** في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث، ثم نحاول تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية.
 - **مرحلة التقييم الثانوي:** في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة إمكانياته الشخصية على مواجهة الموقف الضاغط؛ كما تتضمن مرحلة التقييم الثانوي محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف التغلب عليه.
- يقوم الفرد بالتخطيط لكيفية مواجهة هذا الموقف معتمدا على مجموعة من العوامل بما فيها عوامل خارجية (كطبيعية الحدث نفسه) وعوامل داخلية بالفرد نفسه (كذكائه شخصيته وخبراته السابقة).
- **مرحلة المواجهة:** في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى إستعمال إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط .
 - **مرحلة نتائج المواجهة:** في هذه المرحلة يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الإنساني، المعرفي، الفيزيولوجي و السلوكي؛ وتتوقف إستجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في إستعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليه. (Folkman & Lazarus , 1988)

3.6. وجهة نظر هانس سيلبي "Hans Selye"

كان للطبيب "سيلبي" إسهام هام في تفسير الضغط النفسي بفضل أبحاثه وملاحظته المخبرية، وتوصل إلى صياغة ما أسماه تتأذر التكيف العام (général adaptation syndrome) ويضم ثلاث مراحل لعملية الإستجابة للضغط النفسي.

المرحلة الأولى: الإنذار

في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهياً لها مجموعة من التغيرات العضوية الكيماوية، فترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني فيكون الجسم في حالة إستنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد. (عبد الله قاسم، 2001، ص 116)

المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة

تشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات المواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد إكتسب القدرة على التكيف معها، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية. يحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الفرد على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى إضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيداً من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة للإضطرابات العضوية.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإنهاك أو الإجهاد

إذا طال تعرض الفرد لطاقة الضغوط لمدة أطول، فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الإستمرار في المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك، ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل. (عبد الله قاسم، 2001، ص 117)

7. تصنيف الضغوط

1.7.1. حسب **Bensabat** : الذي يركز على مصدر الضغوط

1.1.7. اللاشعورية (تاريخية)

عوامل الضغط ليست دائما معروفة، وإنما يمكن أن تكون غير معروفة ويقال عنها لاشعورية؛ ويتم الكشف عنها بعد المقابلات والتحليل مثل: القلق والوساوس، ومصدرها في القلب لاشعوري وترتبط بصراعات وصددمات جسدية، نفسية و وجدانية.

2.1.7. النفسية - الإنفعالية: (ردود الفعل/وضعية معينة):

- الإحباط أسوأ عوامل الضغط.
- كل عوامل المضايقة والإكراه.
- عدم الرضا، الملل، الخوف والإرهاق.
- خيبة الأمل.
- الخجل والغيرة.
- الإنفعالات القوية الموجبة أو السلبية.
- وفاة أو مرض شخص قريب.
- الفشل، الإفلاس، النجاح المفاجئ وغير المتوقع.
- الهموم و الإنشغالات المادية و المهنية.
- المشاكل العاطفية و الزوجية.

3.1.7. الضغوط الجسدية: (المهنية)

- الجوع و المرض.
- الإرهاق الجسدي، التعب و البرد.
- درجات الحرارة المرتفعة.
- التغيرات المناخية المتكررة.
- التلوث، الضجيج والعمل ليلا. (Bensabat , 1980)

2.7. الضغوط حسب موراي Murray

قدم موراي قائمة للضغوط التي تواجه الفرد في حياته وتشمل ما يلي:

- ضغط نقص التأييد الأسري، ويشمل التنافر الأسري، والتأديب المتقلب، انفصال الوالدين وغياب أو مرض احدهم، عدم الإستقرار المنزلي، وهذا كله يمثل ضغوطا على الفرد.

- ضغط الأخطار والكوارث منها، الزلزال و الحريق.

- ضغط النبذ و عدم الإهتمام والإحتقار، كالشعور بالصراع وعدم الرضا الناتج عن وجود أشخاص، تظهر عدم الإهتمام وقلة تقديرهم للفرد و التأنيب والنقد والصد.

- ضغط الخصوم والأقران المتنافسين، كالشعور بالتوتر، القلق والإحباط الناتج عن وجود ظروف بيئية وأشخاص لا ييسرون الفرد بالنجاح والمنافسة بين الأقران في مجالات الحياة مما يزيد لديهم الشعور بعدم الثقة.

- ضغط ولادة الأشقاء، كالشعور بالإحباط والقلق نتيجة شعور الشخص بالغيرة نتيجة إهتمام الوالدين بالأشقاء الآخرين.

- ضغط الإنتماء والصدقات، كالشعور بالإحباط والصراع والتوتر الناتج عن عدم إشباع الحاجة إلى التواد.

- ضغط الجنس، كالشعور بالإحباط، التوتر والفشل في عدم إشباع الحاجة إلى الجنس.(الرشيدي هارون توفيق، 1999، ص66،67)

3.7. الضغوط حسب لازاروس Lazarus :

قدم لازاروس Lazarus قائمة للضغوط التي تواجه الفرد في حياته اليومية وتضمنت ما يلي:

- المشاكل الصحية كالإصابة بمرض عضوي، القلق حول العلاج الطبي والتأثيرات الجانبية للأدوية.

- هموم شخصية منها الوحدة والخوف من مواجهة المسؤوليات.

- هموم العمل وتتضمن عدم الرضا الوظيفي وإنخفاض الدافعية والعلاقات السلبية مع زملاء العمل.

- المسؤوليات المالية مثل سداد القروض، الديون.

- مشكلات بيئية وتتضمن المشكلات الاجتماعية، الأخلاقية، الضجيج وحركة المرور.

- مشكلة الوقت منها إنجاز أمور أكثر مما يسمح به الوقت المتاح للفرد ومسؤوليات متعددة

وعدم وجود وقت كاف. (علي عسكر، 2000، ص 71)

4.7. الضغوط حسب ديفيد فونتانا David Fontana

تتضمن ضغوط مثل عبء المهنة، غموض الدور، المواجهات المتكررة مع الرؤساء

ساعات العمل الطويلة، الوقت والشعور بالملل؛ ضغوط طبيعة العمل، علاقات الفرد مع

الرؤساء أو الزملاء، المسؤولية المرتبطة بطبيعة العمل، التوقعات العالية الغير الواقعية

للذات وظروف العمل الطبيعية كالضجيج الحرارة والإضاءة (فاروق السيد عثمان، 2001

ص 130)

8. مصادر الضغوط النفسية

1.8. عوامل الضغط النفسية

- القلق.

- الإنهاك.

- المخاوف.

- الأخطار المهددة للحياة.

- الوحدة.

- الإرهاق الفكري.

2.8. عوامل الضغط النفس جسدي

- الأصوات المزعجة.

- الآلام الجسدية.

- الإصابات.

- الجروح و الحوادث.

3.8. عوامل الضغط الإجتماعية

- الصراعات المهنية.

- الظروف الحياتية و المعيشة الصعبة.

- الخلافات العائلية.

- صعوبة العلاقات الإجتماعية الشخصية وكذا العزلة الإجتماعية العائلية. (النابلسي و

أخرون، 1991، ص 257).

9. مصادر الضغوط المهنية

تعد مصادر ضغوط العمل عديدة يرجع بعضها إلى المصادر التنظيمية و طبيعة العمل يتمثل ذلك في متطلبات العمل الزائدة التي تجعل الفرد غير قادر على القيام بأعباء العمل أو متطلبات وغموض الدور وعبء الدور وصراع الدور، وعدم الإستقرار الوظيفي و عدم الترقى المهني و الإحباط الوظيفي و ظروف العمل السيئة و سوء العلاقات في العمل و كذا الإختلاف المهني و تعدد المسؤولية وعدم وضوحها، و المستقبل الوظيفي و الإفتقار إلى المشاركة في إتخاذ القرارات و عدم وضوح الأهداف في البيئة، العمل و غياب المساندة الإجتماعية (Schweitzer, 2002)

كما نجد أيضا مصادر ضغوط المهنية ترجع إلى مجموعة من العوامل الأخرى التي تتمثل في نمط شخصية الفرد العامل، إضافة الى مؤهلاته و إمكانياته على القيام بالمهام الواجب القيام بها، وتحقيق التوافق المهني، حيث نجد أيضا أحداث الحياة اليومية التي يتعرض لها وكذا المشكلات الأسرية التي يعانيتها، كما ترتبط أيضا مصادر الضغوط المهنية إلى البيئة المادية للعمل، و التي تتمثل في عوامل الحرارة و الإضاءة و الضوضاء و المخاطر التي قد يتعرض لها الفرد العامل و التي تؤثر على أمنه و سلامته المهنية و الصحية، ومدى صلاحية المباني و تجهيزاتها المختلفة لراحة الأفراد العاملين بها

و غيرها من المصادر المادية لضغوط العمل، وفيما يلي نستعرض بشكل مفصل مجموعة من مصادر ضغوط المهنة لدى الطبيب المختص.

1.9. مصادر الضغوط المهنية المتعلقة بالفرد

تلعب الخصائص الفردية دورا هاما في تحديد نوعية الإستجابة و ردود الفعل نحو مسببات الضغط و كذا مستوى المعاناة، فالحديث عن مصادر الضغوط المهنية لا يمكن أن يتم بمعزل عن فهم الفرد ذاته و ردود أفعاله تجاه المؤثرات التي يتعرض لها في حياته سواء أكان ذلك في نطاق العمل أو خارجه، فالتكوين الشخصي للفرد و طبيعة الأحداث التي يتعرض لها تعتبر مصدرا هاما من مصادر الضغوط العمل التي تقع عليه (Kahn & Cooper , 1993)

تختلف إستجابة الأفراد للضغوط وذلك بحسب السمات و الخصائص المميزة لكل فرد، فمن الممكن أن يتعرض المختصين إلى نفس الضغوط ومع ذلك لا يكون الأثر واحدا. توضح هذه الدراسة مجموعة من المصادر الفردية و المرتبطة بالفرد وهي على النحو التالي:

1.1.9. مفهوم الذات

هي تكوين معرفي موحد و متعلم للمدركات الشعورية و التصورات و التعميمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد و يعتبره تعريفا نفسيا لذاته؛ و يتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة و المحددة للعناصر المختلفة لكيونته الداخلية و الخارجية و تشتمل على العناصر التالية:

أ- المدركات و التصورات التي تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائيا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "الذات المدركة"

ب- المدركات و التصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتي يمثل الفرد، من خلال التفاعل الإجتماعي مع الآخرين "الذات الإجتماعية"

ج- المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون "الذات المثالية".

إن نظرة الفرد لذاته تحدد بشكل رئيسي إمكانية تعرضه للضغوط من عدمه، وإذا كانت تلك النظرة تمثل شعورا سلبيا إتجاه الذات فهذا يزيد من إحتمال وقوعه تحت تأثير الضغوط بشكل كبير.

أما إذا كانت تلك النظرة تعبر عن شعور إيجابي إتجاه الذات، فإن ذلك يعني تفهم الفرد لذاته وثقته وتقديره لها عالية، ومن ثم يقل إحتمال تعرضه للضغوط. (عبد الحافظ سلامة، 2006، ص 53)

2.1.9. نمط الشخصية

تشير إلى الخصائص و السمات التي تتوافر في تركيب وكيان الشخص ". (عمار كشرود، 1999، ص 266)

يمكن تصنيف الأفراد إلى نمطين من أنماط الشخصية: أحدهما أكثر قابلية للضغوط بسبب رغبته في إنجاز أكبر عدد من المهام في أقصر وقت ممكن و المبالغة في طموحاته وكأنه يسابق الزمن ويعرف بالنمط "أ".

أما النمط الثاني فيكون عكس النمط الأول، يعرف بإسم النمط "ب" الذي يتميز بالثقة الهدوء، وكذا أخذ الأمور ببساطة وأخذ الوقت في التعامل مع الأمور و مواجهتها. (علي حمدي، د ت ، ص 173)

لقد حاول "لوثانس luthans 1985" أن يفرق بين نمط الشخصية "أ" و نمط الشخصية "ب" من خلال وصفه لسلوكيات كل منهما وذلك كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (01): يوضح الفرق بين نمط الشخصية "أ" ونمط الشخصية "ب"

نمط الشخصية "أ"	نمط الشخصية "ب"
- مستعجل دائما	- ليس في عجلة من أمره دائما
- يمشي بسرعة	- متأن في مشيته
- يأكل بسرعة	- يستمتع بوقته دون الإحساس بالذنب
- غير صبور بسبب ضياع الوقت	- صبور ولا يؤنب نفسه كثيرا على ضياع الوقت
- يعمل شيئين في آن واحد	- ليست لديه مواعيد نهائية لإنجاز العمل
- لا يستمتع بوقت الفراغ	- يلعب من أجل المتعة وليس من أجل العكس
- مشغول بالأرقام	- ذو أسلوب لطيف في الحياة
- يقيس النجاح بكمية	- لا يهتم بالوقت
- شديد وعنيف	
- منافس	
- يشعر دائما أنه تحت ضغط	

3.1.9. مركز التحكم في الأحداث

يتعلق بمدى إعتقاد الفرد في مدى تحكمه وسيطرته على الأحداث المحيطة به، والفرد الذي يتصف بأنه داخلي يعتقد أنه أكثر تحملا في الأحداث من حوله، بينما نمط مركز التحكم الخارجي يعتقد بأن ما يحدث له خارج عن نطاق سيطرته. (علي حمدي، ص 174)

يعتبر مركز التحكم أحد أبعاد الشخصية التي وضعها "روتر" roter " 1966 حيث أشار إلى أنه من الممكن أن يتفاوت مركز التحكم لدى الأفراد بين درجة عالية من السيطرة الداخلية ودرجة عالية من السيطرة الخارجية. (عبد الرحمان الهيجان، 1998، ص 13)

تشير نتائج بعض الدراسات، أن الأفراد أصحاب مركز التحكم الداخلي هم أقدر تحملا للتهديدات التي يتعرضون لها في حياتهم، وأنهم أقل قلق وقل معاناة من الضغط المهني، في حين أن الأفراد أصحاب التحكم الخارجي يتميزون بارتفاع في مستوى القلق العدوانية أكثر معاناة من الضغوط؛ في كثير من المواقف التي تحيط بهم لإعتقادهم بأن ما

يحدث لهم هو نتيجة عوامل خارجية لا يمكنهم السيطرة عليها. (عبد الغفار حنفي 2002، ص188)

نستنتج مما سبق بأن إدراك الفرد لذاته وتقديره لها تقديرا إيجابيا يجعل منه أكثر تحملا للضغوط وإذا حدث العكس فهذا سوف يجعل منه فردا أكثر تعرضا للضغوط .

4.1.9. عبء الدور

يقصد به أن الفرد يشكو من عبء عمل أكثر من قدراته أو النطاق المخصص للعمل بحيث يتسبب ذلك في فرض ضغوط عليه أو يكون عبء العمل أقل من قدراته وطاقاته فيتسبب ذلك في الشعور بالملل وعدم الإرتياح؛ فعبء الدور يكون بإحدى الصور التالية زيادة عمل كمي مرتبط بكثرة الأعمال، وآخر نوعي مرتبط بعدم توفر القدرات والمهارات اللازمة لأدائه، أو تحميل الفرد بأقل مما يجب سواء من الناحية الكمية أو من الناحية النوعية، لأن ذلك يعني إستهانة بقدراته و إمكانياته. (جيرلان: تعر محمد رفاعي، 2004 ص 260)

يقسم عبء العمل إلى قسمين:

1-العبء الكمي للعمل

يقصد به عدم إتران كمية العمل الموكل للفرد مع قدراته وإمكانياته، سواء بالزيادة التي لا تمكنه من إنجاز عمله بالشكل المرغوب أو بالنقصان؛ والذي لا يمثل تحديا لقدرات الفرد، وهذا يمثل أحد المؤثرات المؤدية للضغوط والتي تحدث إختلالا نفسيا بداخله وذلك يعود لعدم توافق قدرات الفرد مع مهام عمله من حيث : قلة تأهيله، حدائته أو عدم تناسب مؤهلاته مع طبيعة العمل.

2-العبء النوعي للعمل

يظهر من خلال شعور الفرد بأن المهارات اللازمة لإنجاز العمل، التي تتطلب مستوى معين تفوق إمكانياته وقدراته. (ماك مكمين :تر سلام حبيب، 1996، ص 14)

عدم إتساع الوقت للقيام بالنشاط المنجز، فإذا أراد الفرد وقتاً لإنجاز نشاط معين عليه أن يسرقه من وقت نشاط آخر، وإذا كان يسرق الوقت من ساعات حياته الأسرية فترات الراحة أو إهماله لبعض المسؤوليات الأخرى، فإن هذا يزيد من الضغوط التي يتعرض لها. (إبراهيم البدر، 2006، ص 62)

5.1.9. صراع الدور

يحدث أن هناك تعارض بين متطلبات الدور، فعندما يتعرض الفرد لموقف يفرض عليه متطلبات متعارضة، كأن يتطلب وظيفة للعمل لساعات طويلة أو السفر مسافات بعيدة قد يتعارض ذلك مع دوره بوصفه زوجاً أو أباً، فإنه حينئذ يعاني من صراع الدور الذي يتولد عندما تكون هناك متطلبات متعارضة في آن واحد يقع تحتها الفرد سواء من رئيسه زميله في العمل أو مرؤوسه، بحيث تتعارض مجارات الفرد لمجموعة من التوقعات المتصلة بالعمل من مجارات مجموعة أخرى من التوقعات، مما يؤدي إلى حدوث صراع الدور بالنسبة لهذا الفرد. (محمد حمادات ، 2007 ، ص 167)

تبعاً لهذا قد تتعدد أدوار الفرد إلى:

- دوره كزوج.
- دوره كموظف أو عامل.
- دوره كأب.
- دوره كرجل أسرة؛ وقد يأخذ صراع الدور عدة أشكال، ذلك تبعاً للأدوار التي يمكن للفرد أن يقوم بها داخل المنظمة، وخاصة عندما تتعارض مطالب العمل التي ينبغي للفرد الوفاء بها ومن بينها.

أ- تعارض مطالب العمل من حيث الأولويات

تظهر حين تتداخل مطالب العمل من حيث الأولويات، هذا حينما يجد بعض الموظفين أنفسهم في مأزق نتيجة حاجتهم لإنجاز الأعمال التي تملئها عليهم أدوارهم اليومية مطالب أخرى يكلفهم بها رؤسائهم في العمل، يتوقعون منهم الإنجاز الفوري لها. هذا يتكرر بشكل أكبر أو كثيرا لدى مديري الإدارة الوسطى، فكثيرا ما يجدون حرجا عندما تتعارض مطالب الإدارة العليا مع مطالب الإدارة الاشرافية أو التنفيذية.

ب- تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة

يحدث هذا التعارض خاصة بين الموظفين الجدد، حيث يجدون حرجا في الإبقاء على إلتزامات الأدوار والمسؤوليات المدرجة ضمن الوصف الوظيفي لأعمالهم، التي تتطلب منهم التقيد بالمهام وبين طلبات المساعدة من قبل الزملاء، مما يعني الخروج عن واجباتهم ومسؤولياتهم وفيما يكون الموظفون القدامى قد تعودوا على تقديم المساعدة فيما بينهم. نجد أن الموظف الجديد يكون في حالة من الخوف والتردد في أداء هذه الأعمال لاسيما إذا كانت تتعارض مع توجهات رئيسه المباشر (عبد الرحمان الهيجان، 1998، ص 29)

د- تعارض قيم الفرد مع قيم المنظمة

إن تعارض قيم الفرد والتي يستند عليها في الحكم على الأشياء وقيم المنظمة يعد المشكلة من المشكلات التي يتعرض لها الفرد، والتي تحول دون الإنسجام بين أهدافه أهداف المنظمة التي يعمل بها مما يؤدي إلى العجز في تحقيق تلك الأهداف المزدوجة. (عبد الرحمان الهيجان، 1998، ص 29)

6.1.9. غموض الدور

يقصد به عدم وضوح الدور الذي يقوم به الفرد داخل العمل وذلك عند غياب المعلومات الكافية، أو عندما تقدم له معلومات مغلوبة أو عندما تكون الأهداف المراد تحقيقها غير واضحة، أو عندما لا تتناسب توقعات الدور بالمسؤوليات المرتبطة به؛ وهو ما

يعرف بالتوقعات غير الواقعية تجاه دور معين والتي تولد لدى العامل فكرة غير مطابقة عن ما كان ينتظره أثناء قيامه بهذا الدور. (نوال حمداش، 2004، ص 29)

يمكن أن يوجد الغموض في أي من المجالات التالية: مسؤوليات الفرد، قواعد ومصادر السلطة، تقييم المشرف لأداء الفرد التغييرات التنظيمية وهناك احتمال أكثر لحدوث الغموض في المنظمات المعقدة وكبيرة الحجم، يحدث غموض الدور عندما :

➤ تحدث تغييرات تكنولوجية.

➤ تغيير أحد أفراد العمل.

➤ وجود نقص في المعلومات الواردة من الإدارة العليا.

➤ إخفاء المرؤوسين معلومات عن المشرف كوسيلة للسيطرة على الأحداث أو كأسلوب

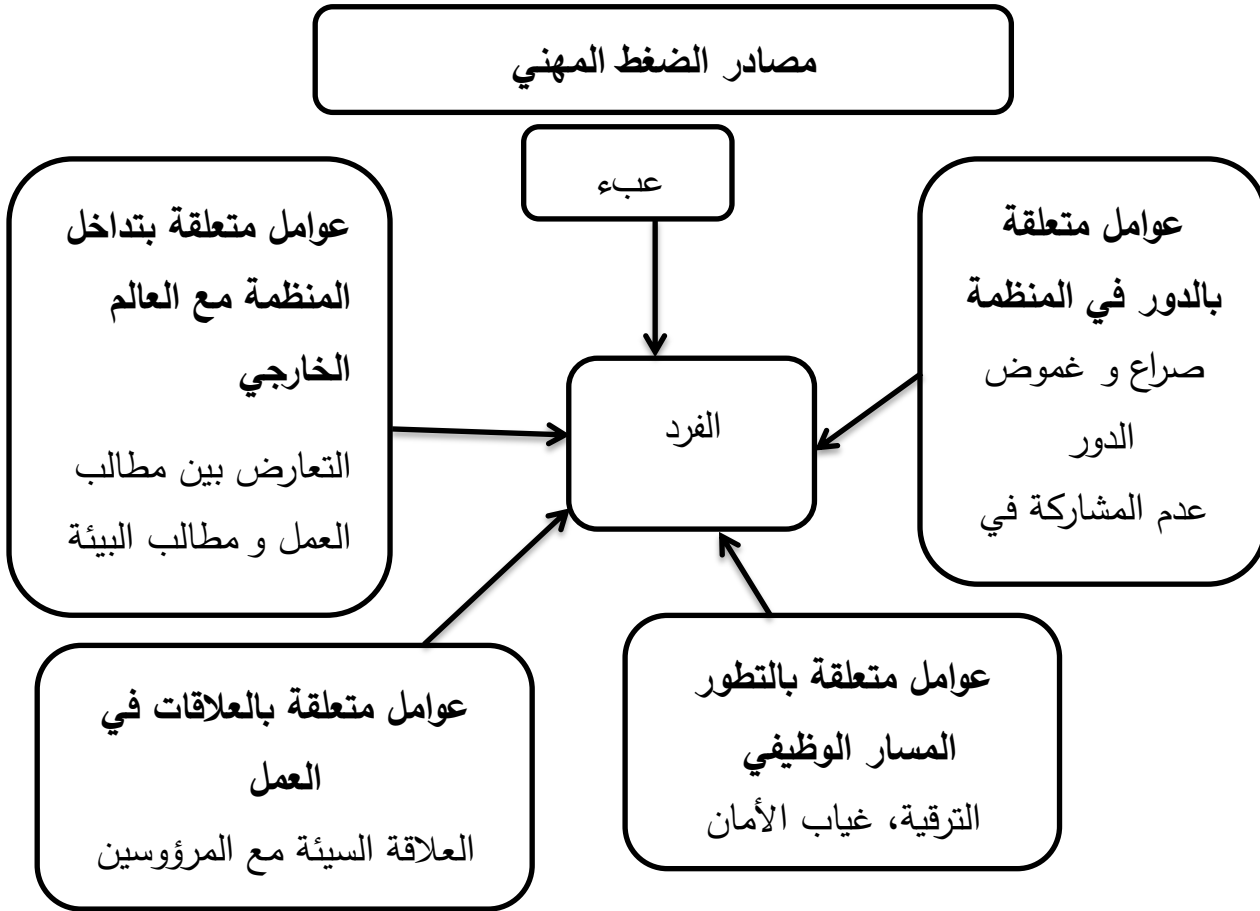
لمضايقة المشرف غير المفضل بالنسبة لهم (راوية حسن، 2003، ص 403)

قد أوضحت إحدى الدراسات أن عدم كفاية المعلومات وغموضها يمثل مصدرا

لضغوط بالنسبة لثلث العاملين فيما عبر 10% فقط من العاملين في نفس الدراسة بأن لديهم

معلومات كافية عن وظائفهم. (عبد الغفار حنفي، 2002، ص 181)

يتضمن الشكل الآتي مختلف مصادر الضغط المهني التي تم التطرق



شكل رقم (10): مصادر الضغط المهني لدى كوبر

(Cooper ; C, 1, 1987)

10. آثار الضغوط النفسية

1.10. آثار نفسية للضغوط

إن البحوث و الدراسات النفسية أجمعت على أن للضغوط آثار نفسية تتمثل في اضطراب الإدراك، عدم وضوح الذات للفرد، كما أن ذاكرته تضعف وتصاب بالشتات يصبح أكثر قابلية للمرض نفسجسدي، وإن تكرار الضغوط يؤدي بالفرد إلى الغضب

الخوف، الحزن، الشعور بالإكتئاب والشعور بالخجل، الغيرة، كراهية الذات وإحتقارها، ضعف الأنا وتصدع الهوية والميل للإغتراب. (محمد الموسوي، 1998، ص 124)

2.10. آثار فيزيولوجية

يعتبر الضغط ضروريا كعامل محفز لتثبيت التوازن الداخلي و الإيقاع البيولوجي للفرد، إلا أن الزيادة في الضغط أو مدة التعرض له والتي تتجاوز طاقات التكيف قد تؤدي إلى نشأة الأمراض وتطورها. (رضا مسعودي، 2003، ص 51)

3.10. آثار سلوكية

يرى أسامة كامل راتب (2004)، أن من العلامات البارزة للضغط النفسي: سرعة الغضب الإنفعال، عدم الصبر، حدة الطبع، فقدان اللذة في العمل وعدم الميل إلى بذل المجهود الجسدي و عدم القدرة على التحكم في أجزاء الجسم كالتحدث بسرعة، قضم الأظافر، مضغ الشفاه، نتف الشعر، عبوس الوجه، فتح العينين وإغماضهما على نحو لا إرادي و الإرتعاش؛ كما للضغوط آثار أخرى تتمثل في إضطراب الأداء وضعفه و الحركات الزائدة كثرة الشكوى.

4.10. آثار معرفية

يتمثل هذا التأثير في بعض المتغيرات مثل: مدى الإنتباه، التركيز، الذاكرة، القدرة العقلية، صعوبة التنبؤ والإستجابة ببطء. (عبد العزيز محمد، 2005، ص 20)

11. آثار الضغوط المهنية

يواجه الطبيب المختص داخل المؤسسة الإستشفائية، العديد من أنواع الضغوط أثناء قيامه بعمله، وإذا إستمرت وزادت عن القدر المعقول تركت أثرا سلبيا على الطبيب في حد ذاته، وعلى المؤسسة وهذا يعيق الطرفين لبلوغ أهدافها المرجوة؛ لكن هذا لا ينفي أن الضغوط يمكن أن تؤدي إلى نتائج فعالة حيث أن المتفق عليه أن وجود قدر معين من الضغوط يمكن أن يسهم في تحسين أداء الفرد وعليه فان للضغوط أثارا سلبية وأخرى إيجابية.

1.11. الآثار الإيجابية للضغوط المهنية

- التعاون والتضافر في الجهود من أجل إيجاد حلول للمشكلات.
- زيادة الرغبة في الدافعية نحو العمل.
- تعزيز الشعور بالرضا الوظيفي والشعور بالإنجاز.
- تنمية الإتصال بين العاملين بالمنظمة سواء كان هذا الإتصال رسميا أو غير رسمي حيث تتطلب الضغوط المهنية زيادة في فترات الإتصال وإستخدامها بشكل فعال من أجل مواجهة هاته الضغوط. (توفيق عبد الرحمان، 1994، ص 24)

2.11. الآثار السلبية للضغوط المهنية

يترتب على الضغوط المهنية آثار سلبية متنوعة تشمل الفرد و المنظمة تتمثل في

أ- إنخفاض الأداء

إن إرتفاع مستوى الضغوط على المقدار المناسب أو انخفاضه عنه، ذو تأثير سلبي على أداء العامل، وقد يؤدي إلى ضعف الأداء وانخفاضه، كما أن مقدار عالي أو منخفض من الضغوط قد لا يكون مثيرا أو مشجعا للأداء في حين أن مقدار مناسب للضغوط يكون مثيرا ونسوق شكلا يصف العلاقة بين الضغوط و الأداء. (أحمد ماهر، 2003، ص 392)

ب- الملل

يقصد به إضطراب الفرد إلى الإستمرار في عمل لا يميل إليه، والضغط يخلق حالة من الملل أو السام لدى الفرد نتيجة الظروف الخارجية للعمل، والوضع الإجتماعي الشخصي مما يقلل انتباهه وإنجذاب الفرد نحو عمله. (عبد المعطي عساف، د ت، ص 366)

ج- التعب

يعرفه " فيرتون" بأنه مجموع نتائج النشاطات التي تظهر في تناقص القدرة على القيام بالعمل، حيث عادة ما يصاحب الشعور بالتعب عدم الثبات وعدم الإستقرار، القلق والضيق الشديد؛ وإضطراب في الحالة الإنفعالية للفرد مما يؤدي إلى إنخفاض أدائه نتيجة لتعرضه

للضغوط الناتجة عن بيئة العمل الخارجية أو الناجمة عن طبيعة الفرد ذاته. (كامل عويضة، 1996، ص 151)

د- التغيب

تعتبر مشكلة التغيب مشكلة هامة، تكون مرتبطة بطبيعة الأعمال و المواقف التي يمر بها الفرد في عمله؛ كما تعتبر نتيجة الإرهاق والملل أو عدم الرضا عن العمل، حيث إذا تعددت حالات الغياب يؤدي إلى التوقف العمل تماما، كما أنها تخلق حالة من حالات دوران العمل. (عبد المعطي عساف ، دت، ص 337)

كما أن الفرد يميل إلى التأخر عن العمل شيئا فشيئا إلى أن يتغيب تماما وصولا به إلى التوقف بشكل نهائي عن عمله (ديفيد فونتانا، 2009، ص 37)

هـ- مشكلات صحية

حيث أن تعرض الفرد إلى إستنفار إنفعالي يزيد عن قدرته على التحمل، قد يصيبه بأمراض صحية خطيرة مثل : الصداع المستمر، الذبحة الصدرية، عدم إنتظام معدلات ضربات القلب، أمراض الكبد، الرئة و أمراض الجهاز العصبي المختلفة، إرتفاع ضغط الدم زيادة نسبة الكوليسترول في الدم. (محمود عكاشة، 1999، ص 91)

12. إستراتيجيات التعامل مع الضغوط

1.12. مفهوم استراتيجيات المواجهة

يشير لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman 1984 بأن المواجهة هي الجهود السلوكية و المعرفية بإستمرار، التي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، حيث تم تقديرها من جانب الفرد على أنها ترهق موارده و تتجاوز مصادره و إمكانياته، وتتعرض هذه الجهود المعرفية و السلوكية التي تغير تبعا لتقييمات و إعادة تقييمات دائمة للعلاقة (الفرد/محيط) و التي تتغير هي الأخرى بإستمرار (Lazarus et Folkman, 1984)

كما يرى كوكس 1991Cox بأن المواجهة هي صورة من سلوك حل المشكلة تتضمن مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية و السلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ومع الخبرات الإنفعالية الناتجة عنها (Cox,1991). كما يعرفها كل من لويس و فريدينبرجر 1991 Lewis et Frydenberg المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية و الوجدانية التي يقوم بها الفرد في الإستجابة للمواقف الضاغطة و ذلك بهدف إستعادة الإتزان للفرد أو محو الإضطراب و التوتر لديه بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط و التكيف معه (Frydenberg & Lewis ,1991)

يضيف كلان 1993 Callan بأن المواجهة في بيئة العمل هي جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدراته على التنبؤ بالموقف و تساعده على ادراك الضغط في التفاعل مع المشكلات التي تحدث في المستقبل (طه عبد العظيم ، 2006، ص 72) إستنادا إلى ما تم تقديمه من تعاريف للمواجهة بأنها الطرق، الأساليب، المجهودات المعرفية السلوكية التي يقوم الفرد بإستخدامها للتعامل مع المواقف الضاغطة و الصعوبات التي تواجهه في حياته، التي تمثل له تهديدا، تحديا لشخصيته و كيانه، وذلك محاولة منه لتفادي تجنب الضغوطات و حدوث الإضطرابات في الوظائف الإجتماعية، الإنفعالية الجسمية العقلية؛ عقب التعرض لمختلف الواقف الضاغطة في حياته.

2.12.نوعي إستراتيجيات المواجهة

إهتمت العديد من البحوث و الدراسات التي قام بها كل من Pearlín & Schooler (1978) Billing & Moos (1981) Folkman & Lazarus (1984) Reker & Wong (1984) Stone et al (1991)، بجدد أنماط المواجهة و ذلك وفقا لنمطين من الإستراتيجيات إحداهما إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول حل المشكل و الثانية إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعال (Graziani , 2005)

فيما يلي سوف نقوم بعرض هذين النوعين من الإستراتيجيات

1.2.12. إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل

يشير لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman (1984) إلى أن إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هي مجموعة الجهود المستعملة لتعريف، تحديد المشكلة و البحث عن المعلومات وضع مخططات عمل، وخلق حلول بديلة للمشكلة الإختيار بين البدائل بغرض تنفيذ البديل المناسب (Dantchev , 1989)

في بعض الأحيان إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل تكون موجهة نحو الذات و ذلك من خلال تنمية و إكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل و تغيير مستوى الطموح لدى الفرد أو يتعلم مهارة جديدة، أما البعض الآخر من إستراتيجيات فيكون موجها نحو البيئة ذلك من خلال البحث عن الدعم الإجتماعي.

عليه تتجه جهود الفرد حسب لازاروس و فولكمان Folkman et Lazarus (1984) إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر الضغط و التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة من خلال:

- التعرف على المشكلة و تحديدها .
- البحث عن الحلول المناسبة.
- تقييم هذه الحلول.
- إختيار الحل المناسب.
- التنفيذ.

- تقييم النتائج (طايبي نعيمة، 2013 ، ص152)

تتمثل هذه الإستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل فيما يلي:

- البحث عن حل المشكل

يضع الفرد خطة عمل و يتبعها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب فيه و ذلك بأن يقبل الحل الذي يوصله إلى الراحة النفسية، و بالتالي يخرج من هذه المواجهة أكثر قوة.

- البحث عن الدعم الاجتماعي

يقوم الفرد بمحاولة جمع معلومات كثيرة تخص الوضعية كما يبحث عن دعم معنوي أو مادي من الأفراد المحيطين به من أجل فهم أعمق للمشكلة
(Sarason et al , 1997)

فالإستراتيجيات المركزة على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، و تضم المقاومة المركزة على المشكل إستراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة و إختيار إمكانياته و قدراته على حل المشكل المطروح (طايبي نعيمة، 2013 ، ص 154)

2.2.12. إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال

تتعلق إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال بالإستجابات الإنفعالية و تهدف إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد من خلال إستخدام عدة إستراتيجيات فرعية مثل : التجنب، إتهام الذات، إعادة التقييم الإيجابي.

- **التجنب** : التجنب هي الإستراتيجية الأكثر إستعمالا و تتمثل في تحويل الإنتباه عن مصدر الضغط و تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي فمثلا الأشخاص يتوجهون نحو الكحول أو المخدرات للتقليل من حدة الإنفعال أو إخفاء المزاج السيء إلا أن هذا النمط لا يتميز فقط بتحويل الإنتباه عن مصدر الضغط أو ردة فعل الشخص أمام الضغط و لكن أيضا صورة الذات الإنفعالية قوية
(لظفي إبراهيم ، 1987، ص 123)

- **إتهام الذات** : يبقى الفرد من خلال هذه الإستراتيجية جامدا أمام كل محاولات التغيير أو التأثير في الموقف الضاغط، فهي تتضمن نوع من التقبل للوضعية إضافة إلى ذلك فإن الفرد يعمد إلى لوم نفسه و يتهمها بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه (حسن عبد المعطي، 1994، ص 203)

- إعادة التقييم الإيجابي: يحاول الفرد أن يظهر قويا أمام الوضعية معتبرا إياها عاملا يساعده في التغيير الى الأحسن أو أن الفرد يعمل على تركيز مجهوداته على الجانب الإيجابي في الوضعية التي قد تساعده على التغلب على الضغط أي الخروج أكثر قوة من التفاعل الضاغط. (Graziani et al , 1998)

13. أساليب التعامل مع الضغوط

يمكن إستخدامها للتعامل مع الضغط، والتي بواسطتها يمكن أن نحد أو نتخلص من العوامل والمؤثرات التي تؤثر على الأداء والحياة بصفة عامة، وتحقق هذه الأساليب أفضل مواجهة للضغوط إعتقادا على الطريقة التي تؤثر بها الضغوط في خبراتنا، فسيولوجيا معرفيا و سلوكيا.

1.13. الأساليب الفسيولوجية

تعد هذه الأساليب من أفضل أساليب إدارة الضغوط من خلال إستخدام تدريبات التنفس و الإسترخاء، حيث يسهل مركز التنفس في المخ العلاقة الوظيفية مع مراكز الإستثارة، ولهذا يعتقد ثبات وإستقرار وراحة النفس الذي يؤدي لتحسن الإسترخاء وتقليل التوتر ويتطلب أسلوب التنفس العميق (الأسلوب الفسيولوجي الأول) ما يلي:

- الجلوس في مكان هادئ و غلق العينين.
- أخذ شهيق عميق مرتين وإخراج الزفير ببطء.
- الإستنشاق بعمق قدر الإمكان، إمساك النفس ثانية بطريقة بطيئة متحكم فيها، يخرج الزفير

- يكرر ذلك حينما يشعر الفرد بأحد أعراض الضغوط ويؤدي الأسلوب قبل النوم في العمل أو في أي مكان آخر. (عبد العزيز محمد ، دت ، ص 47،48)

الأسلوب الثاني يطلق عليه الإسترخاء التقدمي، تقوم فكرته على أهمية أن يتعرف الفرد على الفرق بين الإحساس بالتوتر عند الإنقباض العضلي و الإحساس بالاسترخاء عند إنبساط عضلات الجسم، ويطلق عليه الإسترخاء التعاقبي أو التدريجي، لأنه يشمل التقدم

من مجموعة عضلية إلى أخرى حتى تشمل المجموعات العضلية الرئيسية للجسم ككل.
(أسامة راتب، 2004، ص 654)

لممارسة هذا الأسلوب الإسترخائي نتبع الخطوات التالية :

- يحدد مكان هادئ مظلم ويحسن الممارسة قبل النوم.
- إستلقي وأغمض عينيك وتصور شيء يحقق لك الإسترخاء، خذ تنفس عميق مرات عديدة.
- أحدث إنقباضا لمجموعة عضلية بادئ بالأصابع القدمين ثم إتجه إلى الرأس.
- يكرر الإنقباض ثم الإسترخاء لكل المجموعات العضلية بالجسم مع الإستيقاظ بإسترخاء المجموعات العضلة التي تم إنقباضها وإسترخائها .
- بعد إكمال الإسترخاء لكل المجموعات العضلية بالجسم يكون الوقت مناسباً لإدخال التصور لمحاولة رسم صورة لموقف يكون الفرد فيه معرضاً للضغوط.
- بعد إكمال الإسترخاء والتصور، تصور وجود بداية للحماس والحيوية في كل الجسم ثم يعاد شحن المجموعة العضلية بالطاقة.
- يتم ممارسة هذا الأسلوب في كل وقت تشعر فيه بتوتر المجموعات العضلية. (عبد

العزیز محمد، 2005، ص 49)

التغذية الراجعة الحيوية: هناك 5 أنواع من التغذية الراجعة الحيوية:

أ- التغذية الراجعة الحيوية الحرارية

حيث تشير درجة حرارة الجسم مؤشر للتوتر العام والتعرض للضغوط.

ب- التغذية الراجعة الحيوية الكهربائية

حيث ينتقل التيار الكهربائي من منطقة إلى أخرى بسرعة، عند وجود رطوبة على

سطح الجلد نتيجة لزيادة إفراز العرق عند التعرض للضغوط النفسية.

ج- التغذية الراجعة الحيوية للدورة الدموية

حيث يقاس معدل ضربات القلب وتدفق الدم لإعطاء الفرد معلومات عن ضغط الدم في حالتي الإنقباض و الإنبساط قبل الأداء وخلال الأداء للإستفادة بها في تعلم الإسترخاء.

د- التغذية الراجعة للعضلات

فيها يتم قياس النشاط للعضلة، ثم تعطى للفرد لإستخدامها في خفض التوتر العضلي.

هـ- التغذية الراجعة الحيوية للمخ

حيث يقاس نشاط المخ في كل ثانية لإستخدام هذه المعلومات في التدريب على الإسترخاء. (عبد العزيز محمد، 2005، ص 49، 50)

2.13. الأساليب المعرفية

إن الإكتشافات العلمية لعقل الإنسان تبدو مذهلة، ومن ذلك أن الإنسان يفكر حوالي 45000-60000 ألف فكرة في اليوم، ونوعية الأفكار تزداد أهميتها في العمل حيث يتأثر الأداء بجزء من المائة في الثانية، وأن الأفكار التي تسيطر عليك (5-10 دقائق) قبل العمل يمكن أن تؤثر بدرجة كبيرة في مستوى أدائك إذا كانت جميع الأفكار السلبية قبل العمل فإن النتيجة المتوقعة للأداء تكون سلبية كذلك.

إن مثل الحديث السلبي مع نفسك بصوت مسموع أو صوت خافت أو مجرد أفكار دون التعبير اللفظي يسبب نوعا من الضغوط النفسية السلبية، ننتجتها زيادة درجة القلق التوتر النفسي. (أسامة كامل راتب، 2004، ص 663)

من بين بعض الأساليب الأكثر شيوعا لمواجهة الضغوط :

- أسلوب التأمل.
- أسلوب الإيحاء الذاتي.

3.13. الأساليب السلوكية

- يمكن استخدام الإستراتيجيات السلوكية لصد المواقف الضاغطة التي تتعرض لها بسبب إدراك الكثير من المسؤوليات وعد كفاية الوقت وتتضمن هذه الأساليب :
- وضع الأهداف.
 - إدارة الوقت.
 - تطوير و تحسين النظام اليومي المعتاد.

خلاصة الفصل

يعتبر العنصر البشري مورد ذو فائدة ضرورية، حيث أنه إذا أراد أي مجتمع النهوض بإقتصاده فلا بد له بالإهتمام بموارده البشرية؛ إلا أنه أصبح يهدد كيان و سلامة هذه الأخيرة مجموعة من الإضطرابات في البيئة المهنية؛ التي شكلت خطورة على صحتها النفسية و البدنية، بالتالي نتج عن هذا الإضطراب تدني في المستوى العام و الإقتصاد لهذا المجتمع فالتالي يجب على المجتمعات و المؤسسات التنظيمية أخذ موضوع الضغط النفس- مهني على محمل الجد، و ذلك بغية التخفيف من أثار هذه الضغوط، مع مراعاة إنسانية هذا المورد ضمن أي مشروع إقتصادي في ظل إفرازات العولمة.

الفصل الثاني

الإحتراق النفسي

- تمهيد

- 1- أصل مصطلح الإحتراق النفسي
- 2- مفهوم الإحتراق النفسي
- 3- نماذج و تفسير الإحتراق النفسي
- 4- أبعاد الإحتراق النفسي
- 5- مراحل حدوث الإحتراق النفسي
- 6- عوامل و مصادر الإحتراق النفسي
- 7- أعراض الإحتراق النفسي
- 8- عدوى الإحتراق النفسي
- 9- مستويات الإحتراق النفسي
- 10- الإحتراق النفسي و علاقته ببعض المفاهيم
- 11- إستراتيجيات مواجهة الإحتراق النفسي

- خلاصة الفصل

تمهيد

مع أن العمل يساعد الفرد على الإحتفاظ بحالته الصحية، مادام العمل لا يفوق قدراته الجسدية و العقلية، إلا أن طبيعة العمل و الظروف التي ينجز بها يمكن أن تكون لها إنعكاسات سلبية على صحة العامل، وقد تصل هذه الأخيرة إلى حد الإنهاك و الإستنزاف الذي يعد شعورا عاما بدرجة عالية من الإرهاق الذي يتعرض له الفرد نتيجة للضغوط النفسية الكثيرة التي يعايشها الفرد في عمله

كما جاء عن فريدونبرجر Freudenberger (1978): " أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحيانا ضحايا حرائق مثلهم مثل البنائيات، فتحت تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد، تلتهب طاقاتهم و مواردهم الداخلية، و كأنها تحت فعل النيران و لا يبقى إلا فراغا شاسعا يحتل دواخل أنفسهم، حتى و لو بدت هياتهم الخارجية سليمة نوعا ما (Freudenberger :1987 page 03)

إذن يتضح لنا مما سبق تقديمه أن الفرد العامل قد يتعرض للإحترق الداخلي الناتج عن الضغط الزائد في العمل، فالسؤال الذي يطرح نفسه هنا : ما المقصود بالإحترق النفسي ؟ فالإجابة تكون مفصلة و شاملة عن هذا الموضوع في الفصل الذي سوف نتناوله لاحقا.

1. تطور مصطلح الإحترق النفسي

تشير هولتي HOLLET إلى أن التطرق لهذه الظاهرة كان أول مرة من طرف برادلي BRADELY 1969 بإعتبارها إكتئاب نفسي ناتج عن الضغط.

(Hollet , 2006)

تري إيزابيل قوتيي ISABELLE GAUTIER أن مفهوم الإحترق النفسي مفهوما حديث النشأة، إذ يرجعه العديد من الباحثين إلى السبعينيات و هو مستمد من المصطلحات السكاترية للإشارة إلى مهنيين يحترقون جسديا، إنفعاليا، علائقيا و سلوكيا؛ فهو يعكس فقدان تدريجي للمثالية، الطاقة و التحفز. (Gautier , 1983)

يرجع أول إستعمال هذا المصطلح للطبيب العقلي والمحلل النفساني الأمريكي هاربرت فرودنبيرجر Herbert freudenberger سنة 1974 و الذي أطلقه لوصف حالة من مجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه، في هياكل العناية الطبية الإجتماعية، حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى؛ وقد أشار فرودنبيرجر في أول مقال له حول الموضوع، و بالضبط في السبعينات، في إطار فصل المؤسسات الإستشفائية في الولايات المتحدة الأمريكية، أن العاملين في القطاع الصحي العام يلجؤون إلى الإستعمال المزمّن لعدة موارد مختلفة لمواجهة ظروف عمل إنفعالية بدرجة أكبر بالنسبة للأوساط الإستشفائية الأخرى، وهو ما أطلق عليه آنذاك بالعامية الأمريكية (burn out) .

(Corten et al , 2006)

قد أصبح هذا المصطلح شائعا من طرف مجموعة من الباحثين مثل ماسلاش وبينز Maslach et Pines وأصبح أكثر شيوعا في الثمانينات؛ حيث ركزت معظم الدراسات على وصف الحالة النفسية للمهني الذي يعمل في قطاعات الإجتماعية و الإنسانية. إتضح أن أكثر المهنيين تعرضا للإجهاد و الإحترق النفسي هم العاملون في مهن الطب، التمريض، الرياضة، الشرطة و التدريس.

قد إستمدت كلمة (Burn-out) التي تعبر عن أعراض الإنهاك المهني من ميدان علم الفضاء حيث تطلق هذه على الزمن الذي يقع فيه الصاروخ بعدما يتم إستهلاك وقوده بسرعة كبيرة لذلك يرى كل من كانوي و مورنجس أن الإحترق النفسي أشبه بحالة صاروخ ينفذ قوده مما يؤدي به إلى التحطم (Canoui et Maurnges ,1998) .

يقدم قاموس (Harraps) عدة معاني لكلمة (Burn-out) و التي لا تختلف في مجملها عن الملاحظة الإكلينيكية التي أشار إليها فرودنبيرجر freudenberger إذ تعبر عن صورة شمعة تضحل أو تحترق ببطء أو عن مصباح ينطفئ أو بصورة أكثر تعبيراً لإنسان تنطفئ شعلته أو يفرغ كل ما فيه و يسكنه فراغ شاسع بداخله، وبإختصار إنسان إستهلك كل موارده الداخلية و إن كان يبدو للعيان في صورته العادية.

يرى كريستيان قيليفيك Christian Guillevic (1991) أن الفعل Burn-out

بالإنجليزية يعني أن نتلف و نفنى من الداخل و نخترل تدريجيا إلى حالة الرماد.

لا توجد ترجمة فرنسية مرادفة تماما للمعنى الأصلي لكلمة Burn-out فالأدب الفرنسي كثيرا ما يشير إلى المصطلح بعبارة Bruleur Interne و التي تقترب من المعنى الأصلي للكلمة الإنجليزية إلا أنها تثير مظهرا مؤلما بيد أن هؤلاء الأشخاص يعانون نوعا من التحذير الإنفعالي (Cornet et al , 2006)

ترى أناس بييري Agnès Perry أن المصطلحات المستعملة تختلف حسب الفترة و الوسط الذي يستعمل فيه و تشير إلى أن المصطلح (usure) الذي يستعمل في بعض الأحيان للتعبير عن هذه الظاهرة يعتبر غير مناسب، فإذا ما أطلعنا على أي قاموس للغة الفرنسية سوف نلاحظ أن المعنى الأول لكلمة (usure) يرتبط بإتلاف الشيء نتيجة إستعماله المتواصل؛ صحيح أنه في المعنى المجازي يمكن التكلم عن usure nerveuse و usure des forces لكن المعنى الأول هو الذي يبقى في الذاكرة تتساءل بييري Perry في النهاية: هل البشر مثل الأشياء يمكن الإستغناء عنها عندما تصبح غير قابلة للإستعمال؟ هل يمكن تعويض الأجراء عندما يصبحون غير مفيدين؟ و حتى و إن كانت الإجابة بالنفي، فإن الضغط الممارس حاليا على الأجراء عندما ينتظر المئات من الأفراد فرصة الظفر بمنصب عمل يعيد إلى الذهن المعنى الأول لكلمة usure كيف يمكن في هذه الظروف أن يتعرف الفرد على حالة إنهاكه المهني في حين أن التأكيد على ذلك يعرضه للطرد من العمل؛ لذلك تفضل بييري Perry إستعمال عبارة épusement professionnel حيث تعرف القواميس الفرنسية كلمة épusement بفقدان للقوى الجسمية والذهنية أو نقص قوى الجسم و طاقته الحيوية (Perry , 1998)

غير أن كورتن corten يرى أن هذه التسمية تتجه أكثر إلى التركيز على بعد التعب fatigue وإن كان هذا الأخير موجودا في أغلب الأحيان فإنه لا يميز ظاهرة الإحترق النفسي.

وأخيرا فإن البعض يستعمل كلمة الإنهاك الإنفعالي l'épuisement émotionnel للإشارة إلى الظاهرة.

أما مصطلح le karoshi في اللغة اليابانية، هو المصطلح المعادل للإحترق النفسي يعني " le karoshi الموت نتيجة التعب في العمل mort par la fatigue au travail " هو بذلك يشير إلى أقصى درجة للإحترق النفسي. (Gerbot ; E , 2008) بمراجعة الأدب النفسي العربي، نجد أن هناك ثلاثة تسميات لمصطلح burnout هي الإنهاك النفسي، الإستنزاف الوجداني، الإحترق النفسي .

فمصطلح الإنهاك النفسي يشير إلى حالة من التعب الفيزيولوجي و البدني، ويهمل البعد الإنساني التعاطفي وبعد الكفاءة الإنتاجية الشخصية للعامل في وظيفته، كذلك مصطلح الإستنزاف الوجداني يهمل البعدين السابقين و يركز على إستنفاد الطاقة الوجدانية الإنفعالية، إلا أن أغلب الباحثين تبنا مصطلح الإحترق النفسي على أنه مفهوم ثلاثي الأبعاد، لذلك قامت الباحثة بتبني مصطلح الإحترق النفسي في الدراسة الحالية.

1. مفهوم الإحترق النفسي

يعد مفهوم الإحترق النفسي (Burn-out) من المفاهيم الحديثة نسبيا، ويعتبر فريدونبرجر Freudenberger أول من إستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الإستجابات الجسمية الإنفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية والذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة. (Freudenberger , 1974)

إلا أن ظاهرة الإحترق النفسي قد أخذت بعين الإعتبار منذ سنة (1959) في فرنسا من طرف الطبيب العقلي Claud Veuil حيث لاحظ بعض الحالات المرتبطة بالمهنة التي لم تصنف نوزوغرافيا (Hollet , 2006)

قد صار مفهوم الإحترق النفسي مصطلحا واسع الإنتشار و سمة من سمات المجتمع المعاصر، فقد بينت ماسلاش Maslach (1979) أن هذه الظاهرة تصيب بكثرة

أصحاب المهن الإجتماعية و الإنسانية، فتسبب لهم القصور العجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب. (دواني واخرون، 1989، ص 56)

بالرغم من شيوع هذه الزملة المرضية في الأوساط العلمية، المهنية و البحثية، حيث عرفت الو.م.أ منذ 1990 إصدار أكثر من 2500 كتاب و مقال حول الإحترق النفسي، إلا أنه لا يزال الإحترق النفسي زملة مرضية مهنية لم تحصل على التصنيف العلمي، حيث لم تدخل بعد في التصنيفات العالمية النفسية و العقلية سواء في CIM 10 أو DSM 4، وقد وردت عدة تعريفات للإحترق النفسي نذكر منها ما يلي:

جاء في تعريف فريديونبرجر Freudenberger : بأنه حالة من الإعياء و الضعف تصيب الجسد و تستنفذ طاقته الحيوية نتيجة المتطلبات التي تفوق قدرة الفرد.

(Freudenberger ,1974)

في نفس الصدد يعرف تايلور Taylor الإحترق النفسي أنه عبارة عن الإرهاق و إستنفاد القوة و النشاط لدى الفرد. (Taylor , 1986)

يمثل الإحترق النفسي حسب لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman المرحلة النهائية لعجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل، إذ يعكس الإحترق النفسي حالة من الإنهاك تحدث كنتيجة للإعياء والمتطلبات الزائدة المستمرة على عاتق الأفراد بما يفوق طاقاتهم و قدراتهم يمكن التعرف على هذه الحالة عبر مجموعة من الأعراض النفسية و الجسدية التي تصيب الأفراد بدرجة تختلف من فرد إلى آخر.

(Lazarus & Folkman,1988)

كما أشار kyriacou إلى أن الإحترق النفسي عبارة عن مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة، مما يستنفذ لديه تدريجيا الرضا الوظيفي والحماس ولتحقيق الهدف و تزايد الشعور بالقلق، وهذا بالإضافة إلى شعور الفرد بأنه لا يلقى من التقدير المادي و المعنوي بما يتناسب مع الجهد المبذول من قبله (kyriacou , 2001)

Mc bride من جهته يعرف الإحترق النفسي بأنه ظاهرة إستنزاف جسمي إنفعالي بشكل كامل بسبب الضغط النفسي الزائد عن الحد، و ينتج عنه عدم التوازن بين المتطلبات و القدرات بحيث يشعر الفرد بأنه غير قادر على التعامل مع أي ضغط نفسي إضافي في الوقت الراهن مما يؤدي إلى الإحترق النفسي. (فايزة الفاعوري ، 1990 ، ص 122)

كما ورد عن Gold & Bachlor بأن الإحترق النفسي هو هبوط في القوى الحيوية و النشاط الوظيفي، أو أنه إستنزاف عاطفي، أو شعور باليأس أو فشل في إنجاز العمل المتوقع (الوابلي سليمان، 1995، ص 112)

كما نجد في نفس السياق كل من (Schwarger.R & Renner .B (2000) اعتبروا أن الإحترق النفسي كحالة من الإنهاك و الإستنزاف و التعب الشديدين نتيجة لضغط نفسي داخل الذات ضمن مهن خدماتية إنسانية إذ يتصل الإحترق النفسي إتصالا مباشرا بمشاعر أحاسيس الأفراد الذين تقتضي مهنتهم التعرض المستمر و الدائم لمواقف مجتمعية مشحونة بمشاعر وجدانية (Schwarger et Renner ,2000)

يشير كارتر Carter إلى أن الإحترق النفسي إعياء يصيب الجسم و العواطف لدى الفرد حيث يبدأ بالشعور بعدم الإرتياح و فقدان الحماس لمزاولة العمل (Carter , 2001) قد أوضحت ماسلاش Maslach بأن الإحترق النفسي يشير إلى فقدان الإهتمام بالأفراد الموجودين في محيط العمل، حيث يشعر الفرد بالإرهاق و الإستنزاف العاطفي الذين يجعلان الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين، إذ يعد الإحترق النفسي خبرة إنفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كإستنزاف الجهد على المستوى البدني الإنفعالي و المعرفي.(Maslach , 1998)

تتفق كل التعاريف السابقة على أن الإحترق النفسي :

- ناجم عن ضغوط العمل التي يواجهها الفرد العامل في بيئة العمل التي يعمل بها
- يظهر في جملة أعراض نفسية، جسمية، سلوكية.

- يؤدي إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو الذات، ومفهومها لدى العامل و بالتالي شعوره بالعجز، عدم القدرة على الإنجاز الشخصي و بالتالي تدني كفاءته الإنتاجية.
- عدم التوازن بين المتطلبات الخارجية و القدرات الشخصية للفرد العامل.
- يؤدي إلى فقدان الإهتمام بالأفراد المحيطين بالفرد العامل في بيئة العمل.

إذن من النقاط المشتركة في التعاريف السابقة يمكن لنا فهم أن الإحترق النفسي يتكون من 03 أبعاد وذلك حسب ما أشارت إليه (Jackson & Maslach, 1981)

البعد الأول: الإنهاك العاطفي(الإنفعالي): و يشير إلى أن العمال الذين يصابون بالإحترق النفسي تكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب و الإرهاق العاطفي.

البعد الثاني: تبلد المشاعر: يعني أن العمال يبدؤون في بناء اتجاه سلبي نحو العملاء المستفيدين من الخدمة.

البعد الثالث: الشعور بالنقص في الإنجاز الشخصي(المهني): ويتمثل في ميل العمال إلى تقييم أنفسهم سلبيا والإحساس بإنعدام الفاعلية أمام الآخرين.

2. نماذج تفسير الإحترق النفسي

1.3. نموذج شرنيس cherniss للإحترق النفسي (1985)

قدم شرنيس cherniss النموذج الشامل للإحترق النفسي و قد قابل مع معاونيه ثمانية عشرون مهنيا مبتدئا في أربعة مجالات: مجال الصحة، مجال القانون، مجال التمريض في المستشفيات العامة و مجال التدريس في المدارس الثانوية و ثم مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين.

في هذا النموذج التفسيري هناك ثلاثة مجموعات من المتغيرات التي تساهم في تطور الإحترق النفسي كما يلي:

أولاً: خصائص محيط العمل

تتفاعل هذه الخصائص مع الأفراد الذين يدخلون الوظيفة لأول مرة ولهم توجهات مستقبلية معينة و مطالب عمل زائدة ويحتاجون إلى مساندة إجتماعية، كل هذه العوامل

تعتبر مصادر معينة من الضغط الذي يتعرض له الأفراد بدرجات متفاوتة ويتلاءم الأفراد مع هذه العوامل الضاغطة بطرق مختلفة فيلجأ البعض إلى أساليب و إستراتيجيات منحرفة بينما يتلاءم آخرون عن طريق اللجوء إلى الإتجاهات السالبة، إعتبر شرنيس خصائص محيط العمل الثمانية منبئات لمتغيرات الإتجاهات السالبة و التي تشكل الإحترق النفسي، وهذه الخصائص تتمثل في:

- التوجيه في العمل.
- الإستشارة.
- الإتصال بالعملاء.
- الإستقلالية.
- أهداف المؤسسة.
- القيادة و الإشراف.
- العزلة الاجتماعية. (نوال الزهراني، 2008، ص 140)

ثانياً: المتغيرات الشخصية

تشكل بعض المميزات الفردية هي الأخرى تأثير مباشر وغير مباشر (عبر مصادر الضغط) على الإحترق النفسي وهي تضم الخصائص الديمغرافية بالإضافة إلى التأييد الإجتماعي من خارج محيط العمل.

ثالثاً: مصادر الضغط

تتجم مصادر الضغط حسب (تشرنيس) عن الصدمة بين واقع العمل و الميدان اليومي الوهم المهني، وبمعنى آخر التوقعات الأولية بممارسات صلاحياتهم وتلك الخاصة بتعاون الزبائن، إستقلالية النشاط، تحقيق الذات و المناخ التنظيمي .

قد وضع تشرنيس خمسة مصادر للضغط كمقدمات للإحترق النفسي و هي :

-عدم الثقة بالذات و نقص الكفاءة.

-المشاكل مع العملاء.

-التدخل البيروقراطي .

-نقص الإثارة و الإنجاز.

-عدم مساندة الزملاء.

متغيرات الإتجاهات السالبة

حدد تشرنيس إتجاهات سالبة تنتج عن الضغوط و تتمثل في :

-عدم وضوح أهداف العمل.

-نقص المسؤولية الشخصية.

-التناقض بين المثالية و الواقعية.

-الإغتراب النفسي.

-الإغتراب الوظيفي.

-نقص الإهتمام بالذات.

متغيرات إضافية

أضيفت بعض المتغيرات الأخرى مثل المتغيرات المرتبطة بالعمل و هي:

- الرضا الوظيفي

-الغياب عن العمل.

-الإتجاه نحو ترك المهنة.

-الأعراض السيكوسوماتية.

-صراع الدور.

-الصحة الجسدية.

-إستخدام العقاقير.

قد أوضح تشرنيس أنه كلما زادت صدمة الواقع و زاد التعرض للضغط كلما زاد

الإحترق النفسي، كما أوضح نموذج أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في

الإحترق النفسي هم الذين يتلقون مساندة إجتماعية ضعيفة، و يوضح هذا النموذج أيضا أن العوامل الديمغرافية مثل (السن، الجنس، سنوات الخبرة) ضعيفة الإرتباط بالإحترق النفسي.

بناءا عليه وطبقا للنموذج فإن من يحصلون على درجات إحترق مرتفعة هم العاملون الذين يشعرون بأعراض سيكوسوماتية وهم الذين يستخدمون الأدوية بشكل متزايد يعانون من عدم الرضا الزوجي و من صراع الدور وقلّة الرضا الوظيفي، وترتفع نسب غيابهم كما أنهم يميلون إلى ترك المهنة

ويختلف نموذج تشيرنس عن غيره من النماذج فيمايلي:

-تختلف المفاهيم التي تشرنيس (عدم وضوح أهداف العمل، نقص الإحساس بالمسؤولية الشخصية، التعارض بين الواقعية و المثالية، الإغتراب الوظيفي، الإغتراب النفسي نقص الإهتمام بالذات) عن تلك التي إقترحتها ماسلاش و بينس و آخرون (1981) (نوال الزهراني، 2008، ص 148)

كما أعطى نموذج تشرنيس إقتراحات لبعض الإستراتيجيات للتدخل في محيط العمل التي يمكن أن تقلل من الإحساس بالإحترق النفسي، وقسمها إلى أربع فئات :

-إرشاد وتطوير العاملين.

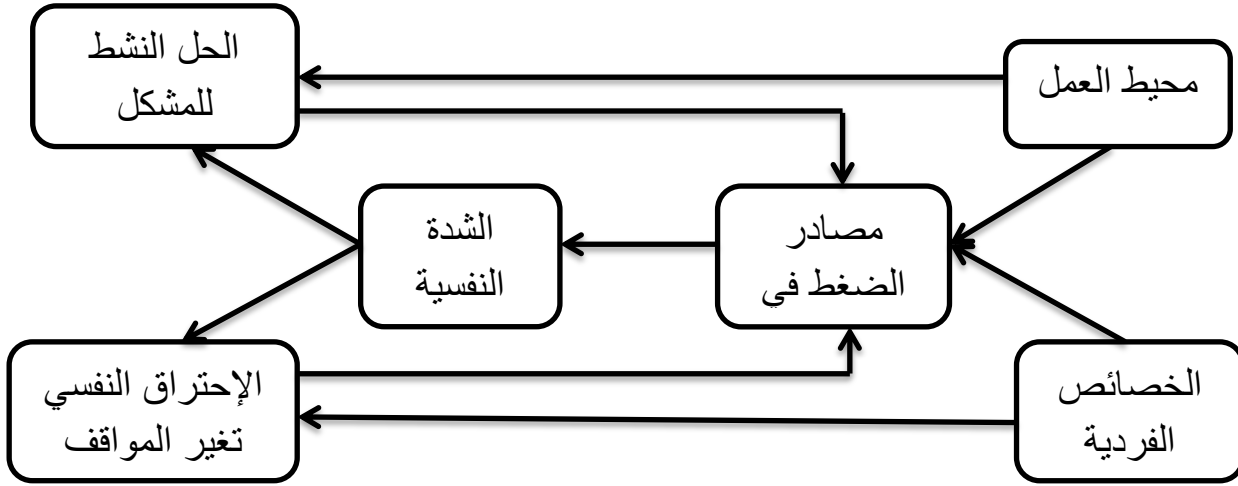
-الإشراف و القيادة و الأهداف التنظيمية.

-البناء الوظيفي.

-الأساليب و المعايير.

نلاحظ من نموذج تشرنيس أنه يركز على خصائص محيط العمل، والتي تسبب ضغوطا للفرد كما أنه يركز على بعض الإتجاهات السالبة التي توجد لدى الأشخاص المستهدفين للشعور بالضغط النفسي، وأشار النموذج أيضا إلى بعض المتغيرات الشخصية التي تتضمن المتغيرات الديمغرافية، وأعطى أهمية لبعض المتغيرات الإجتماعية مثل مدى الحصول على المساندة الإجتماعية، وأضاف النموذج بعض المتغيرات الإضافية الأخرى المرتبطة بالعمل مثل : الرضا الوظيفي، صراع الدور و الصحة الجسدية.

فحسب نموذج تشرنيس يوافق الإحترق النفسي تغيرا سلبيا للمواقف المتعلقة بالعمل ضعف الأهداف و الشعور بالمسؤولية المهنية، الانفصال والإبتعاد الإنفعالي عن الزبائن وفي نفس الوقت إعطاء إهتمام أكبر بالذات، حيث أن تطور هذه المواقف السلبية تشبه إلى حد ما تبني أساليب المواجهة (coping) غير المناسبة (نوال الزهراني، 2008، ص 153)



الشكل رقم 11: نموذج الإحترق النفسي لشرنيس (cherniss) (Truchot ,2006, p 105)

2.3. نموذج شفاف و آخرون للإحترق النفسي (1986)

يشير هذا النموذج إلى المصادر والمظاهر و المصاحبات السلوكية للإحترق النفسي وذلك على النحو التالي:

أولاً : النموذج يشير إلى نوعين من مصادر الإحترق النفسي : أولهما يرتبط بمكان العمل والذي يتمثل في صراع الدور، غموضه وعدم مشاركة الموظف في إتخاذ القرارات التأييد الإجتماعي الرديء، وثانيهما : بالموظف في ذاته مثل توقعاته نحو دوره المهني بالإضافة إلى المتغيرات الشخصية الأخرى الخاصة به مثل : سنه، جنسه و سنوات الخبرة المستوى التعليمي.

ثانيا: أشار النموذج أيضا إلى مظاهر أو مكونات أو أبعاد الإحترق النفسي والتي تتمثل في الإستنزاف الإنفعالي، فقدان الهوية و الشعور بالإنجاز الشخصي المنخفض.

ثالثا: أشار النموذج إلى المصاحبات السلوكية للإحترق النفسي و التي تتمثل في رغبة الموظف ترك المهنة والتعب لأقل مجهود، التمارض وزيادة معدل التغيب عن العمل.

شمل مصادر الإحترق النفسي حسب هذا النموذج ما يلي:

عوامل خاصة

- صراع الدور.
- غموض الدور.
- عدم المشاركة في القرار.
- تأييد إجتماعي رديء.

عوامل ومتغيرات شخصية

- الجنس.
- السن.
- سنوات الخبرة.
- المستوى التعليمي.
- التوقعات المهنية.

مظاهر (الأبعاد)

- إستنزاف إنفعالي.
- فقدان الهوية الشخصية.
- نقص في الإنجاز الشخصي.

المصاحبات السلوكية

- ترك المهنة.
- زيادة معدل الغياب.

-التعب لأقل مجهود. (نوال الزهراني، 2008 ، ص 160)

3.3. نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية لجين بريزي و آخرون

هو نموذج لتحديد أحسن مجموعة من المتغيرات المنبئة بالإحترق النفسي وقد ضم هذا النموذج مجموعتين من المتغيرات البيئية ركزت المجموعة الأولى على الخصائص التنظيمية الهامة مثل : الحالة الإجتماعية الإقتصادية لمكان العمل، مدى فعالية التحكم الشخصي في الموقف المهني، مدى مشاركة الموظفين في إتخاذ القرار ركزت المجموعة الثانية على المساندة من مصادرها المختلفة: الإدارة - الزملاء - الأصدقاء.

كما ضم النموذج مجموعة من المتغيرات الشخصية ركزت المجموعة الأولى على الخصائص الديمغرافية مثل : الجنس، سنوات الخبرة و ركزت المجموعة الثانية على متغيرات شخصية مثل الكفاءة المهنية؛ تقدير الذات و المستوى التعليمي، وفي كل مراحل النموذج وجد أن المتغيرات البيئية و الشخصية ذات إرتباط دال بالإحترق النفسي (نوال الزهراني، 2008 ، ص 156)

4.3. نموذج العلاقات البنائية

حسب Angel & al (2003) يقدم هذا النموذج وصفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الإحترق النفسي، الإنجاز الشخصي، ومشاعر الإجهاد؛ من حيث تأثير كل منهما على الآخر فيشير إلى أن بعد الإنجاز الشخصي يؤثر على الإجهاد الإنفعالي بمعنى أنه كلما إرتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد، وكذلك إحساسه بتباعد المشاعر، هذا من جانب من جانب الآخر يوضح النموذج تأثير استراتيجيات المواجهة فعالة وأخرى غير فعالة.

أوضح إرتباط إستراتيجيات المواجهة الفعالة بالإنجاز الشخصي بينما إرتبطت الإستراتيجيات غير الفعالة بمشاعر الإجهاد، بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين إستراتيجيات المواجهة بنوعها وبين الإحترق والذي يدل إرتفاعه على إنخفاض الإحترق النفسي، بينما يدل إنخفاضه على إرتفاع الإحترق النفسي وهو بعد الإنجاز الشخصي

(نشوة دردير، 2007 ، ص 41)

5.3. النموذج الوجودي لبينس Pines 1993

يظهر الإحترق النفسي حسب النموذج الذي تقدمت به Ayala pines (1993) في مناخ ثقافي أين يصبح العمل بالنسبة لعدد من الأفراد موضوع البحث عن معنى الوجود هذا ما يفسر بأن الأسباب الأولى للإحترق النفسي تتبع من حاجة الأفراد للإعتقاد بأن حياتهم لها معنى و أن الأشياء التي يقومون بها ذات فائدة و أهمية.

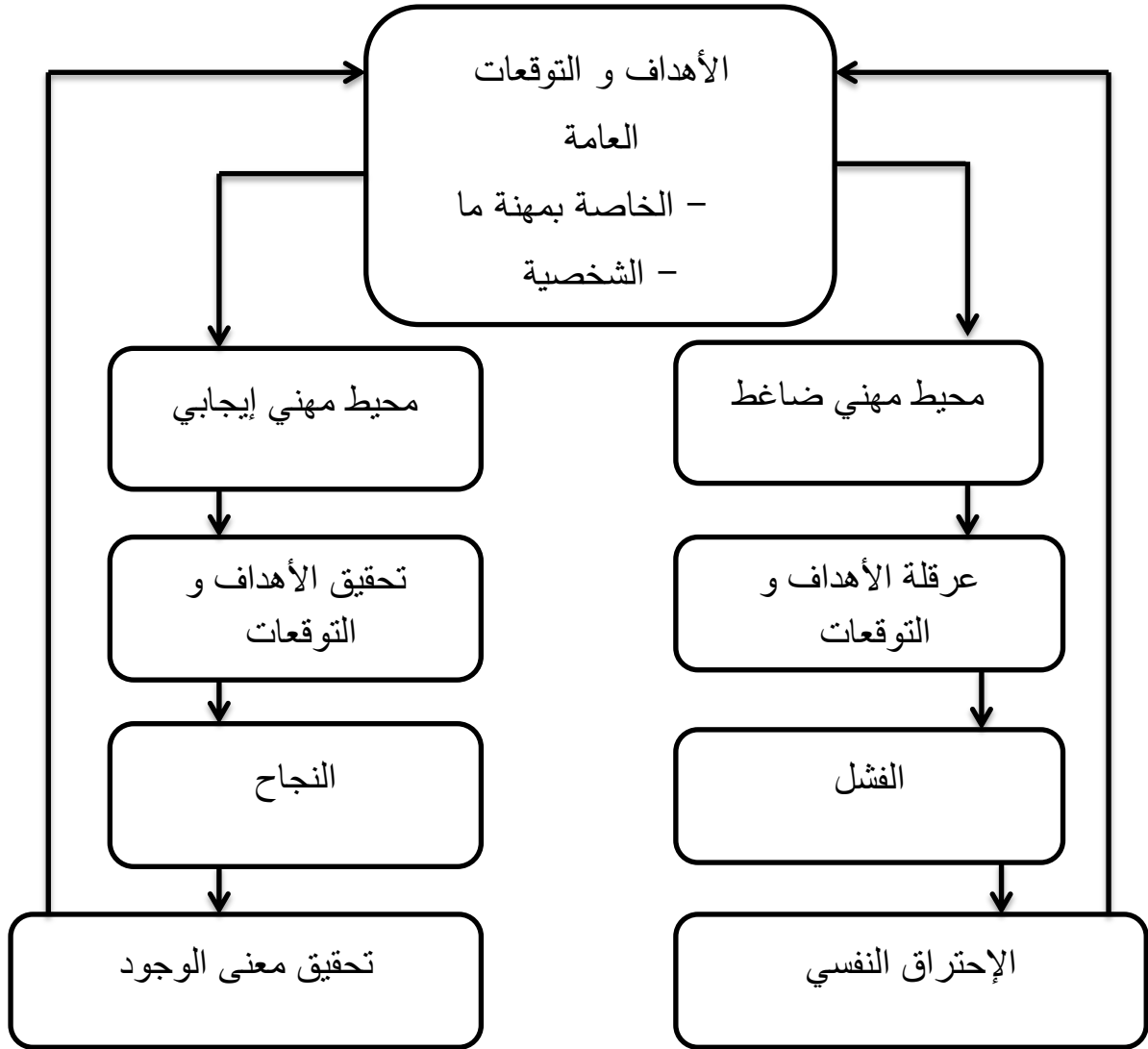
(Truchot ,2006 ; Hallberg , 2005)

على عكس ما يقترحه نموذج تشرنيس، ترى بينس Pines (1993) أن الضغوط كعبء العمل و الإرغامات التنظيمية ...لا تتسبب في حدوث الإحترق النفسي لأنها تعرقل إستعمال الكفاءات و المؤهلات، بل لسبب أكثر عمقا وهو أن إستحالة إستعمال هذه الكفاءات تحرم الفرد من المعنى الذي يبحث عنه من خلال ممارسة عمله. (Pines ,1993) فالنسبة لبينس Pines (1993) الإحترق النفسي ليس نتيجة لغياب كلي للمعنى بل يتعلق الأمر بكون الفرد يرى أن مساهمته الشخصية ليست لها معنى أو غير مهمة مما يؤدي إلى حدوث الإحترق النفسي، ومن هذا المنطلق كلما بدا الفرد العامل في ممارسة مهنته، تعلق و التزم كبير كلما كان إحتمال تعرضه للإحترق النفسي أكبر في ظل عمل غير مناسبة.

في هذا النموذج تتنوع مصادر التوقعات ففي بعض الحالات قد تكون عامة شاملة، أي على الأقل تكون القاسم المشترك بين كل من يدخل إلى الحياة المهنية وعلى العموم، يفترض هذا النموذج

بأن الأشخاص الذين لديهم حافز كبير للعمل هم من يميلون للتعرض للإحترق

النفسي.



الشكل رقم (12): النموذج الوجودي للإحترق النفسي

(Truchot , 2006, P 105)

5.3. نموذج ليتر Leiter للإحترق النفسي (1993)

يمثل الشكل رقم (13) نموذج ليتر leiter للإحترق النفسي

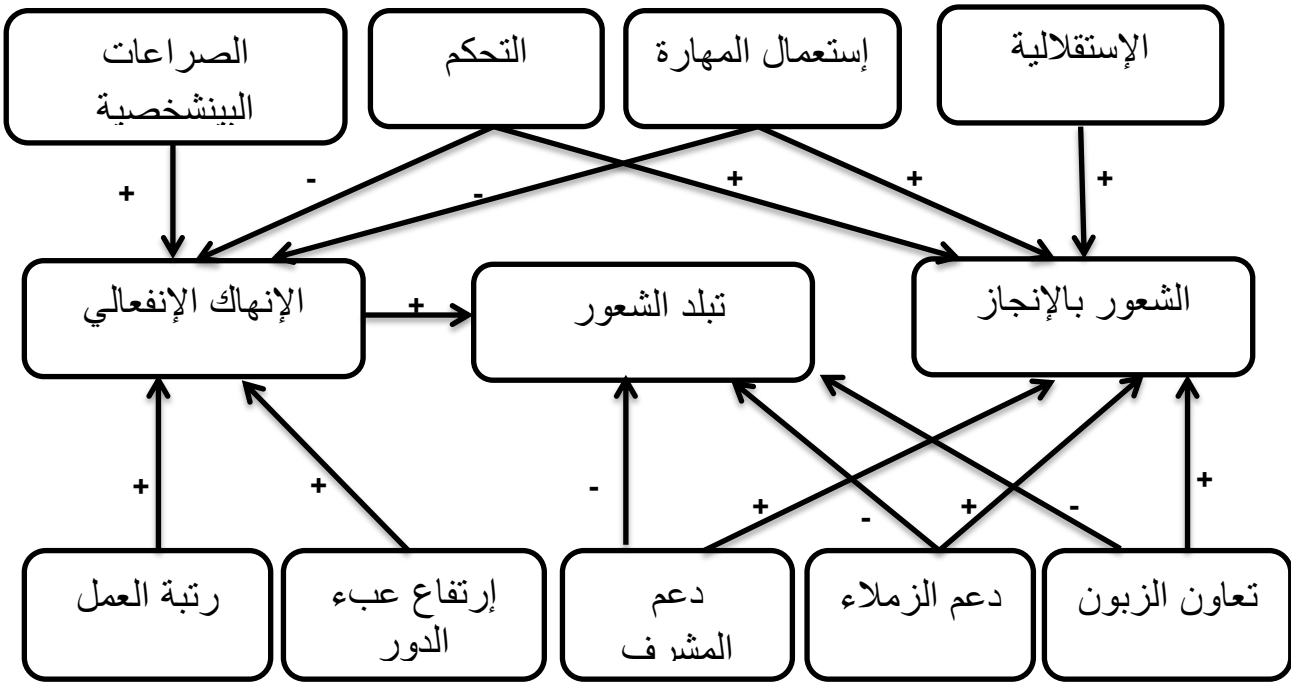
ينطلق هذا النموذج من منطقتين اثنتين:

- 1- تؤثر أبعاد الإحترق النفسي في بعضهما البعض من خلال تطورها عبر الوقت.
- 2- الأبعاد الثلاث للإحترق النفسي تختلف علاقتها بالظروف المحيطة و العوامل الفردية.

قد كان مركز إهتمام leiter (1993) منذ البداية يخص الإنهاك الإنفعالي، يعرفه "على أنه عبارة عن رد فعل لضغوط العمل"؛ كما يعتبر أيضا الإنهاك الإنفعالي كوسيط لآثار الضغوط على عدة مخرجات مثل اللالتزام المهني، الولاء التنظيمي و الغيابات لذلك فإن تبدل الشعور يعتبر هو العرض الخاص بالإحترق النفسي.

كما يفترض هذا النموذج أيضا بأن الشعور بالإنجاز المهني يتطور بصفة مستقلة عن الإنهاك الإنفعالي، حيث أن الارتباط الذي يوجد بينهما يمكن إرجاعه للعلاقة التي يتقاسمها مع متغيرات أخرى.

تتمثل الضغوط التنظيمية (المتطلبات) لهذا النموذج في إرتفاع عبء الدور الصراعات في العلاقات الشخصية، يكون تأثير هذه الضغوط على تبدل الشعور بطريقة غير مباشرة عبر الإنهاك الإنفعالي، كما يؤدي توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل و التعاون من طرف الزبائن إلى تخفيض أثر الإنهاك الإنفعالي على تبدل الشعور في نفس الوقت إرتفاع الشعور بالإنجاز المهني و يستمد leiter هذه العلاقات من سلسلة من الدراسات، البحوث ونظرية المحافظة على الموارد، هذه الأخيرة تشير إلى أن الأفراد يكونون أكثر تأثرا للمتطلبات بالمقارنة مع نقص الموارد لذلك فإن المتطلبات (الضغوط) ترفع من الإرغامات التي يعبر عنها على شكل إنهاك إنفعالي، في حين أن متغيرات الموارد (الدعم من قبل المنظمة و التعاون من طرف العملاء تؤدي إلى خفض الحاجة إلى إستعمال إستراتيجيات المواجهة الدفاعية مثل تبدل الشعور، كما تؤدي الموارد أيضا إلى رفع الشعور بالإنجاز المهني). (Leiter ; M P , 1991)



الشكل رقم 13: نموذج ليتر للإحترق النفسي (leiter 1993)

(Leiter ; M P , 1991, p 555)

3. أبعاد الإحترق النفسي

يعتبر التعريف الذي قدمته Maslach et Jackson التعريف الأكثر تداولاً للإحترق النفسي، بالإستناد إلى أبعاده الثلاثة المختلفة والتي سوف يتم إستعراضها فيمايلي

1.4. البعد الأول: الإنهاء الإنفعالي: l'épuisement émotionnel

يتعلق الإنهاء الإنفعالي بإستنفاد الموارد الإنفعالية لدى الفرد، ويختلف الإنهاء الإنفعالي عن الإنهاء الجسدي أو التعب الذهني بحيث إنه مؤشر من مؤشرات عجز الفرد على مواجهة المتطلبات الإنفعالية للعمل، نظراً لعدم كفاية الموارد الفردية في تلبية متطلبات المهنة. (pezet , 2003)

يعتبر الإنهاء الإنفعالي البعد المركزي للإحترق النفسي، لكنه بعد غير كاف وجوده لوحده في وصف أعراض الظاهرة، فقد أوردت Maslach بأن الإنهاء الإنفعالي

ليست بتجربة عابرة وإنما تجربة تدفع بالفرد إلى أخذ مسافة إنفعالية ومعرفة تبعده عن العمل الذي يزاوله.

يعتبر (schutte & al 2000) الإنهاك الإنفعالي كسمة لتناذر الإحترق النفسي والذي يشير إلى إستنزاف الموارد الإنفعالية (schutte & al , 2000) ونتيجة لذلك شعور الفرد بإستنزاف الموارد الإنفعالية وإفتقاده لمصادر التزويد بالطاقة، يؤدي به إلى إتخاذ مسافة بينه وبين من هم في حاجة إلى خدماته (Stanon & iso aholc , 1998)

2.4. البعد الثاني: تبدل المشاعر: la dépersonnalisation

يعبر تبدل المشاعر عن تطور المواقف السلبية تجاه الآخرين من خلال مظاهر اللامبالاة، البرودة و أخذ مسافة إتجاه الأفراد محل المساعدة، كما يدل على عدم الموازنة في التوفيق بين المتطلبات الإنفعالية للعمل وقدرات الفرد وإمكانيته بالرغم من أن الأحاسيس الإنسانية تعد جوهر هذه المتطلبات. (Pezet , 2003)

ينطوي تبدل المشاعر على إتجاهات سلبية حيادية منفصلة ومفرطة تجاه الآخرين مصحوبة ببناء الفرد لإعتقادات وضعية عن العملاء تتجم عنها تطوير لمشاعر السخرية الإهمال، القسوة وعدم الإحترام (Taris & al , 2003)

3.4. البعد الثالث: الشعور بالنقص في الإنجاز المهني:

La diminution de l'accomplissement personnel ou travail
يعتبر الشعور بالنقص في الإنجاز المهني أو الفعالية المهنية، عن عدم القدرة على البذل النفسي وعدم الشعور بفعالية الجهد المبذول وبالتالي خفض الطاقة المسخرة لإنجاز العمل وحل المشكلات الوظيفية التي يتلقاها الفرد في محيط عمله، إضافة لميله إلى تقييم نفسه بصورة سلبية ترجح شعوره بإنعدام الفعالية أمام المستفيدين من خدماته. (شهاب عبد الرحمان ، 2001 ، ص 140)

فغالبا ما يعود الشعور بالنقص في الإنجاز المهني إلى تقييم الفرد لذاته بصورة سلبية على أنه ليس في المستوى المطلوب لأداء مهامه المهنية بالكفاءة المنشودة. (pezet, 2003)

4. مراحل حدوث الإحترق النفسي

يمثل الإحترق النفسي تجربة سلبية يعاني منها الفرد عبر سلسلة من الحلقات المتدرجة، التي تبدأ بالضغط النفسية، الشد و التوتر، تتعاضم أثارها مع مرور الوقت، إلا أن الفرد لا يصل إلى حالة الإحترق النفسي بشكل مفاجئ بل هي نتيجة لسياق بطيء، إذ يأخذ الإحترق النفسي مسارا بتطور عبر مراحل مختلفة و متتابعة يصفها Cherniss كالأتي

1- مرحلة أولية مع تجند مفرط من أجل تحقيق الأهداف، نفي الحاجات الشخصية، الحد من الإتصال الإجتماعي، أخيرا إنهاك وتعب دائمين.

2- مرحلة تجند منخفض يصحبه فقدان للأحاسيس الإيجابية تجاه الآخر، واللجوء للمواد المؤثرة على السلوك كالمهدئات، إضافة إلى فقدان المشاعر الإيجابية تجاه العمل و الزملاء إضافة إلى الإحساس بالإستغلال.

3- مرحلة ردود الأفعال الإنفعالية مع عدائية وإلقاء اللوم على الآخرين وعلى النظام.

4- مرحلة إنحطاط تتسم بإنخفاض في القدرات المعرفية، من صعوبة في التركيز إضطراب الذاكرة يصاحبها عجز في إعطاء تعليمات، مع فقدان الإبداع و تنفيذ للخدمة بالمعنى الضيق.

5- مرحلة فقر في الإنفعالية تتضمن إضطراب في الحياة الإجتماعية التي تنجم عنها عزلة وكذا الفكرية المرفوقة بالضجر.

6- مرحلة ردود الأفعال النفسجسدية.

7- مرحلة فقدان لمعنى العمل مما يؤدي إلى الإدمان أو الإنتحار (Cherniss , 1995).

بينما يرى الباحثان Brodsky & Edeluich أن المصاب بالإحترق النفسي

يمر عبر 4 مراحل كالأتي:

1- **مرحلة الحماس:** يلتحق العامل بمنصب عمله بآمال عالية، تطلعات و إنتظارات غير واقعية كما تظهر لديه قدرات مهنية ساطعة و براءة.

2- **مرحلة الركود:** يحدث الركود حينها يشعر العامل أن الحاجيات المادية و المهنية الشخصية لم تشبع، ويستدل على هذه المرحلة بملاحظة ترقية من هم أقل منه كفاءة إلى مناصب؛ كما نرى في هذه المرحلة إلاح الأسرة على إشباع المتطلبات المادية المتزايدة غياب الحوافز الداخلية للأداء الجيد للمهمة.

3- **مرحلة الإحباط:** غياب التعزيز الداخلي و الخارجي يدفع بالعامل إلى مرحلة الإحباط التي تشير إلى أن العامل في حالة توتر وإضطراب، في مثل هذه الحالات يتساءل عن أهميته، فعاليته و عن دور جهوده المبذولة في مواجهة مختلف العراقيل المتزايدة.

4- **مرحلة البلادة :** تعد البلادة إنهاكا وهي تشير إلى اللامبالاة المزمنة أمام الوضع الراهن، يصل العامل في هذه المرحلة إلى حالة قصوى من عدم التوازن و الجمود أو الركود، في هذه الحالات غالبا ما يصبح العلاج النفسي أمرا ضروريا. (Gilliland & James , 1997)

كما يشير everly (1985) بأن العامل لا يصل إلى حالة الإحترق النفسي بشكل مفاجئ وإنما عبر 3 مراحل هي:

1- **مرحلة الإستثارة:** وهي ناتجة عن الضغوط النفسية و الشد العصبي الذي يعايشه العامل في عمله وترتبط بالأعراض التالية: سرعة الإنفعال، القلق الدائم، فترات من الضغط الدم العالي، الأرق، الصداع و ضربات القلب غير المنتظمة.

2- **مرحلة الحفاظ على الطاقة:** وتشمل هذه المرحلة إستجابات سلوكية سلبية مثل التأخر عن الدوام، تأخير الأمور، الحاجة لأكثر من يومين لعطلة نهاية الأسبوع، تأخر في إنجاز المهام المطلوبة منه، زيادة إستهلاك الكحول أو المشروبات المخدرة، اللامبالاة الإنسحاب الإجتماعي، الشك و الشعور بالتعب.

3- **مرحلة الإستنزاف أو الإنهاك:** ترتبط هذه المرحلة بمشكلات جسدية ونفسية كإضطرابات المعدة، التعب الجسدي المزمن، الإجهاد الذهني المستمر، الصداع الدائم الرغبة في إنسحاب نهائي من المجتمع مع الرغبة في هجر الأصدقاء وقد تصل به ربما للعائلة.

تؤكد everly (1994): بأن ظهور عرضين في كل مرحلة هو كاف لأخذها كمؤشر على أن العامل يمر بمرحلة معينة من مراحل الإحترق النفسي، إذ أنه ليس من الضروري تواجد جميع أعراض المرحلة للحكم بوجود حالة إحترق نفسي، وفي نفس السياق تشير أعمال كل من Munzenrider & Golembiewski (1985) إلى 3 مراحل متتابعة للإحترق النفسي هي كالتالي:

1- **المرحلة الأولى:** تعبر عن حماس أولي راجع إلى المتطلبات الكثيرة في المهن العلائقية المتسمة بشدة المثالية، ويلي هذا الحماس إحباط تدريجي راجع إلى عدم كفاية الموارد المتوفرة لتلك الطلبات.

هذا التفاوت بين الطلبات و الموارد، ينتج عنه ضغط نفسي يترجم بتعب إنفعالي و قلق إزاء وضعيات العمل.

2- **المرحلة الثانية:** إذا ما إستمر التفاوت بين الطلبات و الموارد فإن القلق قد يقود العامل تدريجيا نحو ردود أفعال المواجهة العدوانية، وبعدها يتبنى السلوك التهكمي نحو الزملاء.

3- **المرحلة الثالثة:** تتصف هذه المرحلة بالإبتعاد و الإنسحاب الإنفعالي بالتدرج إلى غاية الوصول إلى حالة لامبالاة معممة، أينما يكون العامل قد أتلف كلية ولم يتبق منه سوى الرمامد (Guillevic , 1991)

أما (Herbert Freudenberger , 1986, p. 123) في كتابه (women s burnout) قسم ظهور الإحترق النفسي إلى 12 مرحلة مستندا إلى الأعراض التي يعانيتها المحترق نفسيا سواء كان ذكرا أو أنثى:

المرحلة الأولى : la compulsion de se révéler : تتسم هذه المرحلة بإلزامات قهرية بالنجاح، إضافة إلى الشعور بالعزلة و التوقعات العالية للذات.

المرحلة الثانية : l'intensité : العامل لا يود تفويض المهام أو المسؤوليات للآخرين لأنه يعتقد بأن ذلك يفقده التحكم، هذا ليس راجع إلى عدم ثقته بالآخرين وإنما إعتقاده بأن الآخرين لا يهتمون بالتفاصيل مثله، وهذا ما يجعله يقوم بالعمل بمفرده دون إقتسام المسؤولية مع الغير.

المرحلة الثالثة: dépravation subtile : تتلخص هذه المرحلة في عدم الإهتمام بالحاجات الشخصية وعدم الرغبة في تلبيتها.

المرحلة الرابعة : le rejet des conflits et des besoins : العامل يصبح واع بصراعاته الداخلية و بالإختلال الذي مس سلوكه و إنفعالاته، فيبدأ بالقلق على حالته الصحية و على تغذيته وكذا نقص الطاقة الحيوية لديه، إضافة إلى ظهور أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا (la grippe) إلا أن العامل لا يأخذ هذه الأعراض على محمل الجد ويفضل إستدخال إنفعالاته بغرض ألا يظهر بها أمام المحيطين به، وفي هذا المستوى يظهر تغير في السلوك العامل.

المرحلة الخامسة : déformation des valeurs : العامل الذي كان يواجه صراعاته يبدأ بالتماس صعوبة في التمييز بين الأمر الأساسي و الغير أساسي، ويؤجل القيام بالأمر الأساسية ويراعي إنتباهه بصورة خاصة للأمر الغير أساسية إضافة إلى أنه ينعزل عن المحيطين به ويفقد توجهيه للوقت.

المرحلة السادسة : l'augmentation du déni : يدرك الإنكار كسمة أساسية دالة على الإحترق النفسي، إذ أن الفرد يوظف ميكانيزمات دفاعية تعمل على الإدراكات الصدمية للواقع.

المرحلة السابعة: le désengagement : ينفصل الفرد عن المحيط ولا يرغب بالتواجد مع الآخرين، بل يفضل الإنعزال عنهم.

المرحلة الثامنة : ظهور تغيرات ظاهرة وملاحظة، فالفرد يتسم بالسلبية تجاه نفسه و تجاه الآخرين ويشعر بالدونية، كما أنه يصبح غير مرن ومرتاب بالإضافة إلى أن سلوكه يظهر للمحيطين به بأنه شديد الإضطراب .

المرحلة التاسعة : la dépersonnalisation : يعاني الفرد من تبدل الشعور وإحساسه إلى درجة عدم معرفته لذاته، و إبتعاده عن الواقع الذي يفقده إتصاله بجسمه و بحاجياته.

المرحلة العاشرة:le vide: يشعر الفرد بعدم فاعليته، فيبحث عن شيء يملأ شعوره بالفراغ فقد يشرع بالإنتطاع عن عاداته الغذائية أو تعاطي المواد الكحولية أو المخدرة.

المرحلة الحادية عشر : la dépression : يصبح الفرد غير مبال ويفتقد إلى الدافعية الحماس، وعدم الرغبة في القيام بأي شيء، كما قد يفكر في تنفيذ خطة إنتحارية.

المرحلة الثانية عشر: l'épuisement total: يظهر في هذا المستوى الأخير خطورة على الصحة الجسدية للفرد إذ أن الجهاز المناعي، إضافة إلى الأجهزة الأخرى البيولوجية يصيبه الإختلال و الإضطراب من جراء الإنهاك.

أما Gervais : فقد أورد 05 مراحل للإحترق النفسي كمايلي:

المرحلة الأولى : يمتلك الفرد في هذه المرحلة إمكانيات وقدرات تسمح له بضبط سلوكه حل صراعاته ومواجهة المواقف السلبية المشحونة إنفعاليا.

المرحلة الثانية : تعبر عن إستجابة الفرد الذي أصبح غير قادرا على حل صراعاته مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى الضغط النفسي، الذي يصل بدوره للبحث عن حلول تكفل له إرتياح نفسي، بإستخدام ميكانيزمات دفاعية تسمح له بالتكيف المؤقت، إلا أن هذا لا يحل المشكل، كما أن الضغط النفسي يشتد أكثر مما كان سابقا.

المرحلة الثالثة : الفرد يصبح غير قادر على مواجهة الضغط النفسي و التحكم فيه ففي هذه المرحلة يبدأ الإحترق النفسي بالبروز من خلال أعراض عدم التكيف (عدوانية، فقدان التحكم....) التي تصبح جلية واضحة.

المرحلة الرابعة: في هذه المرحلة يصبح الفرد غير قادر على إرضاء وإشباع حاجاته فيشعر تدريجياً بأنه قلق و غير قادر على المواجهة، كما تظهر في هذه المرحلة عدة أعراض تدل على حدوث الإحترق النفسي.

المرحلة الأخيرة: تتسم بحدة الإحترق النفسي الشديد من ناحية النفسية و الجسدية للفرد. (Gervais , 1991)

مما سبق تقديمه يتضح لنا أن الفرد العامل لا يصل إلى الإحترق النفسي فجأة و إنما يمر عبر عدة مراحل تبدأ بالحماس و النشاط الزائد الذي يكون عند الفرد العامل في بداية عمله لكنه بعد فترة وجيزة يلاحظ أن العائد من نشاطه لا يتناسب مع ما قدمه و ما بذله من جهد لا يحقق له أهدافه، و أنه يجب أن يفكر في مستقبله فينسحب نفسياً و تعطل صحته الجسدية و النفسية، حيث يشعر بعدم الكفاءة، عدم الثقة، وتدني تقدير الذات فتضطرب علاقاته في العمل، بل إن ذلك يمتد لباقي مجالات حياته، و تتفاقم المشكلة فيشعر بالإحترق النفسي

من هنا يمر تعرض الفرد للإحترق النفسي بمراحل منها ، حب و الإخلاص في العمل ثم الجمود و يقل حبه للعمل نتيجة عدم وجود مساندة نفسية في العمل، ثم إنفصال الفرد الإنسحاب من العمل، وبذلك يصل الفرد إلى أعلى مراحل الإحترق النفسي و يصل به الحال إلى ترك المهنة أو التفكير في تغيير مكان العمل.

5. عوامل و مصادر الإحترق النفسي

نرى أن العوامل التي تؤثر في الإحترق النفسي متعددة، وتتجمع هذه العوامل وتتفاعل فيما بينها لتحدث ظاهرة الإحترق النفسي؛ فهذه الظاهرة تتميز بالتعقيد التشابك، حيث إختلف الباحثون في تصنيف هذه العوامل وبعد مراجعة عدة دراسات في هذا المجال تم تصنيف تلك المصادر كمايلي :

- 1- المصادر الوظيفية و المؤسسية 2- المصادر الشخصية 3- المصادر الإجتماعية
- 4- المصادر الطبيعية (الفيزيقية) - 5- المصادر الإقتصادية

1.6. المصادر الوظيفية و المؤسسة

إن المؤسسة التي يعمل بها العامل المصاب بالإحترق النفسي لها علاقة مهمة جدا بإصابته بالإحترق، وذلك لأن هذا العمل قد يملك من الضغوط ما يجعل الفرد غير قادر على التكيف معها، فالجانب الوظيفي يؤدي دورا مهما في حدوث الإحترق أو منعه، حيث أن العمل قد يؤثر سلبا أو إيجابا في الفرد وفي أدائه، حيث أنه يؤدي دورا مهما في حياة الفرد فيساعده في تحقيق حاجاته الأساسية، ويمده بالمال إلا أن فشل الفرد في تحقيق حاجاته سوف يشعره بالضغط وعدم الرضا الوظيفي، وينتهي به الأمر للوصول إلى الإحترق

النفسي (الخرابشة و عربيات ، 2005، ص 303)

لذلك فان المصادر الوظيفية المسببة للإحترق يمكن تصنيفها كمايلي:

- علاقات العمل الشخصية.
- نقص المساندة الإجتماعية.
- أعباء العمل، ضغوط الدور، محدودية صلاحيات العمل.
- ثقافة المنظمة أو المؤسسة (شخصية المنظمة).
- أ- ثقافة المنظمة أو المؤسسة (شخصية المنظمة)

إن المؤسسة كيان له طبيعته الخاصة التي تختلف من منظمة لأخرى، فالمدرسة أو المستشفى كمنظمة تختلف في ثقافتها عن مصنع الحديد و الصلب مثلا: فكل منظمة شخصيتها وقيمها الخاصة بها، والتي إن لم يستطع الفرد العامل بها تبنيها فذلك يعني وجود فجوة بينه وبين المؤسسة، مما يشكل ضغطا على الفرد هذا من جانب، ومن جانب آخر فان الزملاء المحيطين بالفرد قد يمثلون - بما يحملونه من قيم و أفكار- ضغطا جديدا على الفرد، مما يزيد من الضغوط الواقعة على كاهل الفرد العامل. (هيجان، 1997، ص 150)

فالفرد قد يصاب بالضغط بل قد يصل للإحترق النفسي عندما لا يقبل الثقافة

التنظيمية للعمل حوله، حيث لا تتسق تلك الثقافة مع ما يحمل الفرد من قيم (Kahn &

(Cooper , 1993)

كما أن ثقافة المنظمة تشمل الأبنية والوسائل الموجودة فيها فمشكلات الأبنية وما بها من أدوات ووسائل تعتبر من الضغوط التي تعرقل الفرد العامل كما يدخل ضمن ثقافة المنظمة طريقة تقييم الأداء، فعملية تقييم الأداء تمثل مصدرا مهما من مصادر الضغوط النفسية الواقعة على الفرد العامل، فالتقييم السلبي وغير الموضوعي للأداء يمكن أن يجعل الفرد العامل، يفقد ويترك وظيفته وذلك يعد من مظاهر الإحترق النفسي فعدم التقييم الموضوعي يؤدي إلى إحباط الأهداف والتوقعات، مما يساعد في الوصول إلى مرحلة الإحترق النفسي. (حمدان، 2002، ص 27)

لهذا فتقافة المؤسسة تشمل جميع ظروف العمل داخل تلك المؤسسة، بل و ما يدور حولها، فالرتابة في العمل، وعدم التجديد يجعل الطبيب المختص يقوم بنفس العمل تقريبا يوميا، مما يجعله يفقد المعنى من ذلك العمل، ويشعر بالملل الذي يفتح الطريق للمعاناة من الإحترق النفسي، و السبب ثقافة المؤسسة الإستشفائية وما تحمله من جهود.

(الزبور ، 2002، ص 203)

ب- صراع القيم : يكون الموظف أحيانا أمام خيارات صعبة، فقد يتطلب منه العمل القيام بشيء ما، الإضطلاع بدور ما و لا يكون ذلك متوافقا مع قيمه ومبادئه، فمثلا قد يضطر عامل المبيعات أن يكذب من أجل أن يمرر منتجا على عميل، أو غير ذلك من الظروف الملائسات .

في حين إستعرض علي عسكر (2003) جملة من العوامل المهنية المسببة للإحترق النفسي نذكر منها:

- 1- صراع وتعارض الدور : يحدث صراع الدور أو الأدوار عندما يكون هناك أكثر من مطلب على العامل، الإستجابة لأحدهما تصعب عليه الإستجابة للآخر.
- 2- غموض الدور : يتعلق غموض الدور بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية المطلوبة من العامل، فقد تبين بأن غموض الدور يرتبط إرتباطا وثيقا بإنخفاض مستوى

الرضا الوظيفي، وتكرار التعبير عن الرغبة في ترك العمل، والتوتر في مكان العمل إنخفاض مستوى الثقة بالنفس لدى العامل.

3- **طبيعة العمل** : من الطبيعي أن تكون الوظائف التي تشمل مسؤولية تقديم لمن هم في حاجة إليها ومحاولة الحفاظ على حياة الناس أكثر مساهمة في إحداث الضغوط النفسية مقارنة بالوظائف المكتسبة.

4- **زيادة الحمل العبء الوظيفي** : يمثل العبء الوظيفي لدى الطبيب المختص وازدياد المهام المطلوبة منه سواء من حيث الكمية أو المستوى المهارة، وغالبا ما تؤدي زيادة العبء الوظيفي إلى مشكلات جسدية وعقلية والتي بدورها تؤثر سلبا على الأداء.

5- **الدوام و المناوبة**: يرتبط هذا العنصر بالعمل في أوقات غير تقليدية، فللمناوبة تأثير سلبي على عادات النوم لدى الطبيب المختص، وكذا علاقاته الإجتماعية، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب و النوم المتقطع.

حدد ليتر leiter مجموعة عوامل تنظيمية مؤسسية إلى إحداث الإحترق

النفسي لدى الموظفين و العاملين في بعض المؤسسات و الهيئات على النحو التالي :

- **ضغط العمل** : يشعر الموظف بأن لديه أعباء كثيرة مناطة به، وعليه تحقيقها في مدة قصيرة جدا ومن خلال مصادر محدودة، وكثير من المؤسسات سعت في العقود الماضية إلى الترشيد من خلال الإستغناء عن أعداد كبيرة من الموظفين مع زيادة الأعباء الوظيفية على الأشخاص الباقين في العمل، ومطالبتهم بتحسين أدائهم وزيادة إنتاجهم.

- **محدودية صلاحيات العمل** : إن أحد المؤشرات التي تؤدي للإحترق النفسي هو عدم وجود صلاحيات لإتخاذ قرارات لحل مشكلات العمل، وتأتي هذه الوضعية من خلال وجود سياسات و أنظمة صارمة لا تعطي مساحة من حرية التصرف و إتخاذ الإجراء المناسب من قبل الموظف.

- **قلة التعزيز الإيجابي:** عندما يبذل الموظف جهدا كبيرا في العمل وما يستلزم ذلك من ساعات إضافية و أعمال إبداعية دون مقابل مادي أو معنوي يكون ذلك مؤشرا آخر عن المعاناة و الإحترق الذي يعيشه الموظف.
- **إنعدام الإجتماعية:** يحتاج الموظف أحيانا إلى مشاركة الآخرين في بعض الهموم الأفرح و التنفيس، لكن بعض الأعمال تتطلب فصلا فيزيقيا في المكان و عزلة إجتماعية عن الآخرين، حيث يكون التعامل أكثر مع الأجهزة، الحاسبات داخل المختبرات، المكاتب المغلقة.
- **عدم الإنصاف و العدل:** يتم أحيانا تحميل الموظف مسؤوليات لا يكون في مقدوره تحملها، وعند إخلاله بها يتم محاسبته، وقد يكون القصور في أداء العمل ليس تقاعسا من الموظف، ولكن بسبب رداءة الأجهزة و تواضع إمكانياتها و محدودية برامجها، إضافة إلى إمكانية عدم وجود كفاءات فنية مقتدرة.

2.6. المصادر الإجتماعية

- تتعدد الضغوط الإجتماعية التي تقع على الموظف في علاقاته المختلفة ومن المصادر الإجتماعية للإحترق النفسي ما يلي:
- التغيرات السلبية في العلاقات الإجتماعية للفرد وعدم اطمئنانه للمحيطين به، وكذلك عدم إحترامهم له كذلك يؤدي للضغط النفسي و الشعور بالإحترق النفسي.
 - تدني النظرة الإجتماعية للموظف تزيد ضغوطه، وبالتالي تعرضه للإحترق النفسي.
 - عدم وفاء المجتمع بحاجات أفراده، حيث أن الفرد الموظف عليه واجبات نحو مجتمعه مقابل إشباع حاجاته، حيث أن المجتمع عليه واجبات نحو الفرد الموظف، لهذا ينبغي على المختصين توفير أكبر قدر ممكن من الرعاية لموظفيهم بما يساعدهم لتحقيق حاجاتهم ووقايتهم من المخاطر التي من الممكن أن يتعرضوا لها.
 - زيادة الحمل العائلي ووجود الأعباء الأسرية للفرد الموظف.
 - إرتفاع مستوى الطموح غير الواقعي.

لهذا يمثل الجانب الإجتماعي بعدا مهما في إصابة الفرد بالاحترق النفسي أو عدمه حيث لا يمكن عزل الفرد عن مجتمعه وما يحيط به من مشكلات، حيث يعيش الفرد في وسط إجتماعي ملئ بالتغيرات الإيجابية و السلبية على حد سواء، وعليه التعايش معها سواء قبل أو رفض، إضافة للنظرة الإجتماعية للفرد ومهنته التي تعمل بها وما يشهده المجتمع من تدني النظرة العامة نحو أفرادها، مما ساهم في زيادة الأعباء على الفرد فهو مسؤول عن الزوجة و الأبناء، جوار ما يتحمل من أعباء حياتية ومهنية، مما يعطله عن التقدم المهني المنشود، كل ذلك يساهم في إنهاك الموظف نفسيا (علي عسكر ، 2003 ص 62،63)

3.6. المصادر الطبيعية (الفيزيائية)

إن الطبيعة بما فيها قد تكون من العوامل المسببة للضغط على الفرد، فالكوارث الطبيعية (الكونية) بما فيها من زلازل ، حروب، وتلوث البيئة التي يعيش فيها الفرد إلى جانب الزحام السكاني و المروري كل ذلك له دور في زيادة الضغط و الإنهاك لذلك نجد أن المعلمين في فلسطين يعانون درجة عالية من الإنهاك، نظرا لظروف الحياة في فلسطين (عبد العال، 2002، ص134)،

يتضح مما سبق أن الفرد قد يتعرض للإحترق النفسي لأسباب طبيعية ترجع لما يوجد في البيئة من ظروف طبيعية كالحالة الجغرافية للجو وارتفاع درجة الحرارة، حدوث الزلازل البراكين، بل تشمل الضوضاء المحيطة بالفرد، وما يجده من رخام وصعوبة في التنقلات.

4.6. المصادر الإقتصادية

يمثل الجانب الإقتصادي جانبا مهما في معاناة الفرد من الإحترق النفسي حيث يمثل دخل الفرد العامل وأجره أحد العوامل الإقتصادية ذات الصلة بالإحترق النفسي، حيث تشير نظم الأجور والحوافز إلى أن الأجر والحوافز التي يحصل عليها الفرد تتساوى مع الجهد المبذول و الخدمات التي يقدمها، فإذا كانت الرواتب ضعيفة أو نظم الحوافز غير

فعالة بحيث تكون أداة غير مناسبة للشواب و العقاب يتولد لدى الفرد شعور بالإحباط ، القلق وعدم الرغبة في بذل الجهد مما يحدث لديه إستنفادا عاطفيا ويحاول إختلاق الأساليب لمحاولة التهرب من أداء المهام المطلوبة حتى لا يقع في المساءلة بالإضافة إلى أنه يزداد شعوره بالعزلة، الأمر الذي يولد عدم الإنسانية وتنتابه حالات من السخط، عدم الإهتمام ويكثر غيابه (نوال هنداوي، 1994، ص120)

كما أن الحصول على الحوافز المادية أو المعنوية احدى الطرق التي من خلالها يستعطي الأفراد قياس مستوى أدائهم ومستوى نظرة الآخرين لهم، إن ضعف وإنعدام الحوافز أثرا كبيرا على فعالية الفرد وحدث الإحترق النفسي بحيث أن عدم حصول الأفراد على الحوافز يجعلهم يشعرون بأن أدائهم لا يكف للحصول على تلك المكافآت، أو أن جهودهم ببساطة لم تصل إلى المعايير اللازمة للحصول عليها، أو أن هناك ضعفا أو إنعدام لتقدير الجهد المبذول. (Jackson, 1984)

5.6. نقص المساندة الإجتماعية

تلعب المساندة الإجتماعية دورا مهما في وقاية الفرد من الوقوع في الإحترق النفسي يشير مفهوم المساندة الإجتماعية إلى " الشعور بالراحة أو المعلومات التي تلقاها الفرد من خلال إتصاله الرسمي، وغير الرسمي بالجماعات و الأفراد".(عسكر ، 2003 ص16)

إن وجودها له أثر كبير على التخفيف من معاناة الفرد من الإحترق النفسي و العوامل المسببة له، تتم المساندة الإجتماعية من خلال إقامة علاقات ود و صداقة حميمة مع مجموعة من الأشخاص الذي يرتاح لهم و يتصفون بالحكمة، الروية و رجاحة العقل يتحدث معهم، يتبادل الآراء ووجهات النظر حول ما يعانیه من إحترق نفسي و مسبباته هذا ما يعرف ب: "التنفيس عن النفس" عند علماء الصحة النفسية الذي يكون له أثر كبير على جوانب عديدة للصحة، الإستقرار النفسي و العاطفي و الشعور بالراحة النفسية بدلا من المعاناة، القلق و الإكتئاب (نوال هنداوي، 1994، ص126)

فقد أوضحت دراسة لاروكو وآخرون (Iarocco et al, 1980) أن هناك علاقة قوية بين المساعدة الإجتماعية و بين الإحترق النفسي بحيث كلما زادت المساعدة الإجتماعية قلت الشكاوى المرتبطة بصحة الأفراد.

لا تقتصر المساعدة الإجتماعية على شكل واحد، بل تتعدد أشكالها و تشمل:

المساندة الإنفعالية: التي تتضمن الرعاية، الثقة، القبول و التعاطف.

المساندة الأدائية : تشمل المساعدة في الأعمال، الأموال.

المساندة الإرشادية: من خلال تقديم المعلومات النصح و الإرشاد اللازم لحل المشكلات.

مساندة الأصدقاء: من خلال تعزيز وتدعيم بعضهم بعضا في وقت الشدة. (عبد الرزاق

1998، ص 90)

6.6. أبعاد الشخصية المشجعة على التعرض للإحترق النفسي

من المعلوم أن هناك مختلف السمات و الأنماط من الشخصية (الإكتئاب،

القلق العصاب العدوانية، الإنفعالية السلبية، النمط (أ، ب)) التي يمكن أن يكون لها تأثير

مرضي على الصحة ورفاهية الأفراد. (Schweitzer , 2002)

غير أنه لم يتم دراسة إلا القليل منها فيما يخص تأثيرها المحتمل على التعرض

للإحترق النفسي، أو تفاعلها مع العوامل المحيطة التي تؤدي إلى تطور أعراض الإحترق

النفسي.

1.6.6. الشخصية مع النمط (أ)

تبين أن الملمح السلوكي للنمط (أ) (عدم الصبر، الإستثارة، الطموح، العدوانية

التنافسية) يرتبط بخطر التعرض للإحترق النفسي وهذا حسب حوالي عشر دراسات أجريت

على مختلف الجماعات المهنية.

• فقد وصلت نتائج دراسة أجريت على 200 طبيب أن سمة عدم الصبر للنمط(أ) ترفع

من شدة الإنهاك الإنفعالي (kolech & al , 2000)

يبدو أن نفاذ الصبر من شأنه خلق تنافر أو عدم إنسجام مع الآخرين، و بالتالي غياب التفاعل الإجتماعي، وهذا بدوره يؤدي إلى غياب الدعم الإجتماعي في بيئة العمل. أما بالنسبة للأفراد ذوي درجة عالية من الإنجاز فإن إندماجهم شبه التام في أعمالهم يكون وراء قلة تفاعلهم الإجتماعي وربما إفتقارهم للمهارات الإجتماعية، كما أن الدرجة العالية من المنافسة تجعلهم غير مستعدين لتقبل الآراء و المقترحات من زملائهم وأقل رغبة في تلقي الدعم.

إن سلوكات النمط(أ) تكون محل تشجيع في بعض المؤسسات، خاصة تلك التي يسود فيها نوع من التطلع نحو الإمتياز، إلا أن هذه السلوكات كثيرا ما تكون مكلفة (التنشيط الفيزيولوجي المتكرر لمختلف الأجهزة ينهك الفرد) ولا يسهل مع الآخر(ضعف الدعم الإجتماعي المتلقى)، كما أن خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية يتضاعف مرتين لدى الأفراد ذوي السلوكات من النمط(أ) (Kolech & al , 2000)

2.6.6. العصاب: هو الميل للشعور بالإنفعالات السلبية (الغضب، القلق، المزاج الإكتئابي الإنفعالية السلبية) والتي تقدم في شكل سلوكات مميزة (التوتر، الإستثارة، تقلب المزاج العدوانية، الخوف) .

حسب بعض الدراسات فإن العصابية تزيد من إحتمال التعرض للإحترق النفسي (خاصة الإنهاك الإنفعالي)

فقد أثبت أن العصابية تعد إحدى عوامل التعرض لعدة مشاكل صحية، جسمية نفسية (عن طريق التقييم الذاتي) حيث أن العصابين يصرحون بدرجة كبيرة عن الإنفعالات السلبية ، فالعلاقة إذن ليست بالمفاجأة، إذ أن الإحترق النفسي يتم قياسه غالبا عن طريق إستبيانات التقييم الذاتي مثل مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (Rascl bruchon & Schweitzer , 2006)

3.6.6. إنفعالية السلبية

توصل واتس وكلاارك Watson et Clark (1984) إلى أن الأفراد ذوي الإنفعالات السلبية المرتفعة (high-NA) يخبرون حالات التوتر وعدم الرضا بشكل أكبر بالمقارنة مع الأفراد ذوي الإنفعالية السلبية المنخفضة (low-NA) ويرجع ذلك إلى أن ذوي الإنفعالات السلبية يركزون على الجانب السلبي للحياة بصفة عامة، كما أنهم ينزعون إلى نظرة سوداوية لأنفسهم و للعالم من حولهم. (Zellars & al , 1999).

خلاصة القول أن الإنفعالات السلبية ترتبط بنوع من الميل المعرفي السلبي الذي يتضمن توجه عاطفي ونمط معرفي، يفسر الفرد من خلالهما تجاربه الماضية، ولهذا فإنه بالرغم من الأحداث السلبية التي تقع في العمل تحدث بنفس الوتيرة وتمس كل العمال إلا أن هذه الأوضاع تؤدي إلى ردود فعل سلبية بشكل أكبر لذوي الإنفعالية السلبية المرتفعة ولذلك فإن مستويات الإحترق النفسي تكون في مستويات أعلى بالنسبة إليهم، في دراسة حول أثر العوامل المحيطة (غموض الدور وصراعه، الفعالية الجماعية) على التخفيف من درجة الإحترق النفسي لدى المختصين ذوي الإنفعالية السلبية، توصل زيلرس وآخرون Zellars et al (1999) إلى أن ادراك صراع الدور يؤدي إلى تقاوم مستوى الإحترق النفسي لاسيما فيما يخص بعد نقص الشعور بالإنجاز، في حين أن الفعالية الجماعية تؤدي إلى خفض مستويات الإنهاك الإنفعالي لدى المختصين ذوي الإنفعالية السلبية.

7. أعراض الإحترق النفسي

هناك عدة أعراض للإحترق النفسي بعضها ظاهرة و البعض منها غير ظاهر تتمثل

الأعراض الظاهرة في:

- الإجهاد الحاد.
- نوبات القلق.
- فقدان الشهية أو العكس.
- فرط الشهية (تبعاً للسمات الشخصية الفردية).

الأعراض الأقل ظهورا

- الإفراط في التدخين.

- الأرق.

- النسيان.

- قلة الإنتاجية.

- عدم القدرة على التركيز.

جميع هذه الأعراض يمكن أن تترك أثارا حادة وخطيرة على صحة العامل.

طبقا للجمعية النفسية الأمريكية (APA) فإن السماح للإحترق النفسي بالتطور ينتج عنه الإكتئاب، القلق، وأمراضا عضوية مستعصية، إضافة إلى مشاكل التعاطي الإدمان، كما أن إمتداد الإحترق النفسي لفترات طويلة دون تدخل يؤدي لإضطرابات عضوية ونفسية عنيفة مثل : الإنتحار، السكتة الدماغية، الذبحة الصدرية.

يحذر فاربر Farber (1983) أنه من الأهمية أن ندرك أننا لانعرف الكثير عن أعراض الإحترق النفسي، تتابع هذه الأعراض و المدة التي يستنفذها لكل عرض أو كافة الأعراض و عما إذا كان الإحترق النفسي يزول من تلقاء نفسه بمرور الوقت أو عن مدى تأثيره على كل فرد، حيث تسلط النماذج الحديثة للضغوط و الإحترق النفسي الضوء على أهمية التقدير المعرفي الفردي لهذه الضغوط وإدراك المسببات المختلفة للضغوط التي تقع على كاهل كل فرد حيث أن هذا الإختلاف في التجارب يؤدي للإختلاف في النتائج.

قد يحدث في كثير من الأحيان ألا تكون أعراض الإحترق واضحة، وقد تعزى إلى ضغوط موقفية أخرى وإلى تغيرات حياتية مختلفة غير أن الفحص الدقيق يكشف عن أن هناك ثلاثة أعراض للإحترق (جمعة يوسف، 2006، ص 38)

1- **الإنهاك الجسدي** : يتميز هذا الجانب بالوهن، توتر العضلات و التغير في عادات الأكل، النوم وإنخفاض مستوى الطاقة بشكل عام أي الشعور بوعكة صحية عامة و السقم بدون سبب ظاهر.

2- **الإنهاك الإنفعالي** : هو شعور بالإحباط، اليأس، العجز، الإكتئاب، الحزن، التبدل إتجاه العمل، ويعبر عنه الأفراد بأن صبرهم قد نفذ، ويظهرون شعور متكرر بالإستثارة الغضب دون سبب محدد، كذلك عدم اللامبالاة بأي جانب من الحياة المهنية والتي كانت فيما سبق مهمة بالنسبة إليهم.

3- **الإنهاك العقلي**: حيث يشكو الأفراد من عدم الرضا عن أنفسهم و مهنتهم و حياتهم بشكل عام ويشعرون بعدم الكفاءة، عدم الفاعلية و الدونية.

يوجد تصنيف آخر للأعراض وضعه كل من Schaufeli et Enzman (1998) حيث صنفت الأعراض الإحترق إلى أربعة نماذج هي أعراض تأثيرية وأعراض إدراكية وأعراض بدنية وأعراض سلوكية، وأمكن للباحثة تصنيفهم إلى ثلاثة أعراض.

1.7. الأعراض النفسية : تتمثل في بزوغ التشاؤم، الحزن، الإحباط؛ على المستوى الشخصي يصف الشخص كسريع الغضب ومفرط الحساسية إلى جانب تصنيفه على أنه هادئ، غير وجداني، وإنخفاض الوجدانية يقلل التعاطف مع العملاء والذي يسمح بإنفجار الغضب كما أن هذه إشارة لتزايد الشعور بعدم الراحة في بيئة العمل وقلة الرضا الوظيفي كما أنه من المحتمل أن الفرد الذي يعاني من الإحترق النفسي تظهر عليه أعراض العجز اليأس الضعف، كما تصبح عملية صنع القرار لديه أكثر تعقيدا وتزايد عزلة الفرد بين نظراته في العمل في الوقت الذي يتزايد الميل إلى عدم التعامل مع الواقع.

2.7. الأعراض الجسمية و الفسيولوجية : يزيد الإحترق النفسي الذي يواجهه الفرد من الإجهاد البدني و الذي يأخذ أشكال عديدة وتتضمن شكاوى و الإجهاد البدني مثل الصداع، الغثيان، الدوار، الإرهاق، التقلصات العصبية و الآلام العضلية خاصة في الرقبة و الجزء الأسفل من الظهر، كذلك جفاف الحلق، خفقان القلب السريع و التعرق الكثير.

(Schaufeli & Enzman , 1998)

الجدول رقم (02) : الآثار التي يسببها الإحترق النفسي في أجهزة الجسم

أجهزة الجسم	الآثار التي يسببها الإحترق النفسي
جهاز الأوعية الدموية و القلب	أمراض الشريان التاجي، اضطرابات القلب، زيادة ضغط الدم
الجهاز الحركي	الروماتيزم، أمراض إلتهاب الأنسجة
الجهاز التنفسي	الربو
الجهاز العضلي	توتر العضلات، ضيق تجويف الصدر، تقلصات في البلعوم الألام الظهر، توتر في الرقبة
الجهاز المناعي	نقص المقاومة، أمراض التسمم
الجلد	الإكزيما، حب الشباب، إلتهاب الأعصاب
الجهاز الهضمي	الأمراض المزمنة الحادة، الإسهال، الإمساك، إلتهاب القولون
الجهاز التناسلي	البرود الجنسي، العجز الجنسي
الجهاز البولي	غزارة البول

(Beech & al , 1982)

إضافة لميل الأفراد ذوي الإحترق النفسي إلى نزلات البرد و الإنفلونزا وزيادة القابلية للعدوى الفيروسية وعودة الأمراض التي كانت موجودة مسبقا مثل: الربو، السكر، الإلتهايات المفصلية.

3.7. الأعراض السلوكية

نتيجة لتزايد الصراع في العمل وفي بعض الأماكن الأخرى فان عملية المساعدة التي يقدمها الفرد تصبح عدوانية ومن ثم يصبح الأفراد منعزلين إجتماعيا و أكثر إنهماكية، على الصعيد التنظيمي فيمكن ملاحظة الإنحدار في الأداء الوظيفي سواء في العمل أو خارجه كما أنه توجد تغيرات جذرية في جودة العمل و أداءه، فمن السهل ملاحظة ضعف الأداء إنخفاض الإنتاجية وإرتكاب الكثير من الأخطاء، التباطؤ في العمل و المغادرة المبكرة لمكان العمل مع تكرار التغيب وتجنب التفاعل مع الزملاء في العمل إضافة للتغيرات في نبرة

أسلوب، طريقة التفاعل، زيادة أنماط الغضب، العداء تجاه العملاء وتجاه الآخرين، إنتقال صراع العمل إلى المنزل كما أن تدهور العلاقات الأسرية و الإجتماعية يعد من الدلالات

على الإصابة بالإحترق النفسي (Cordes & Dougherty , 1993)

كما يبدو الأفراد كما لو أنهم فقدوا المشاعر الحقيقية التي تم وصفها على أنهم موظفون جدد، فقدوا كلا من الحماس، النشاط، الإهتمام، المثالية، ويتصف الفرد بالإنسحابية ضيق الخلق، عدم تقديم المساعدة، الدعم و الرعاية للعملاء، بل قد تنتقل عدوى الإحترق النفسي من الموظفين إلى زملائهم أو من الموظفين إلى عملائهم ويطلق عليها "عدوى فريق

العمل" (Edeluich & Brodsky , 1980)

كما يقترح سبانيول وكوبرتو Spaniol & Cuperto (1987) المراحل التالية لأعراض

الإحترق النفسي :

المرحلة الأولى: تشمل هذه المرحلة على العلامات العارضة و العابرة للضغوط النفسية.

المرحلة الثانية: تتطوي هذه المرحلة على علامات وأعراض أكثر تكرار أو تستمر لفترات طويلة ويصعب التخلص منها.

المرحلة الثالثة: تصل المشكلات البدنية والنفسية إلى مرحلة خطيرة وفي هذه المرحلة لا يمكن التغلب على هذه المشاكل.

تقدم ماسلاش Maslach (1982) تصنيفا آخر يعتمد على وجود دلالات وأعراض

محددة للإحترق النفسي تتماشى مع المفهوم الذي وضعته للإحترق النفسي.

الطور الأول : تتصف هذه المرحلة بالإستنزاف البدني و الوجداني.

الطور الثاني: تزداد التوجهات السلبية نحو الزملاء، العملاء ، نحو النفس وتتصف هذه المرحلة بالعزلة ، الإنسحاب من المواقف وإنخفاض في المهارات الوظيفية.

الطور الثالث: يتسم هذا الطور بالإحترق النفسي؛ والتعافي من هذا الأمر بدون تدخل أمر غير محتمل.

كما قد خلص كلا من كاليمو و مجمان Kalimo & Mejman (1987) من خلال مراجعتهم الشاملة للدراسات إلى تزامن أعراض الإحترق النفسي والتي يمكن أن تتضمن أعراضا إضافية مثل: المعنويات المنخفضة، الموقف السلبي تجاه العملاء، الأنماط المتشابهة للأشخاص في العمل والثقة المفرطة المعبر عنها في السلوك المعلن و التغييب المستمر إضافة إلى التغيرات المتكررة للوظيفة إلى جانب السلوكيات الإنهزامية الأخرى مثل تعاطي المخدرات (Kalimo & Mejman , 1987)

حيث وضع كل من Pines & Aronson (1988) تصنف لبعض العلامات الأعراض للإحترق النفسي و المتمثلة في الجدول التالي

الجدول رقم (03): علامات و أعراض الإحترق النفسي

سلوك العامل	الأعراض النفسية	الأعراض البدنية
- الخلو من المشاعر إتجاه العملاء	- الغضب	- الإجهاد
- وقوع العملاء ضحايا بيده	- الإحباط، الممل، القلق،	- إضطرابات النوم
- البحث عن أخطاء الآخرين و إلقاء اللوم عليهم	- الشك، المزاج السيء	- الألام المعدة
- إتخاذ الموقف الدفاعي و التواصل السلبي مع العملاء	- السخرية، الإستياء	- صداع، غثيان
- إتباع أساليب الإزدراء مع العملاء	- اللامبالاة، الإستسلام	- تقلص في العضلات
- الإبتعاد عن العملاء و الإنسحاب	- التخلي عن العاطفة	- نقص أو زيادة في الوزن
- النظر كثيرا إلى الساعة	- فقدان الثقة بالنفس	- إضطرابات هضمية
	- صعوبة في التركيز و الإنتباه	
	- إنحدار في الجانب الأخلاقي	
	- عدم تقدير الذات	

8- عدوى الإحترق النفسي

شبه كل من اديلويتش وبرودسكي Edeluich & Brodsky (1980) الإحترق النفسي في مؤسسات الخدمات الإنسانية بالعدوى البكتيرية في المستشفيات فهي تنتقل من العملاء إلى

الموظفين ومن أحد الموظفين إلى الآخر ومن الموظفين إلى العملاء وقد أطلق عليها "عدوى الفريق" (Edeluich et Brodsky , 1980).

كما يشير كل من جرينجلاس و بورك Greenglass & Burk (1989) إلى إمكانية إنتقال التأثيرات السلبية للإحترق النفسي من مكان العمل إلى الأفراد في غير مكان العمل إلى جانب التأثير على العلاقات الأسرية و الإجتماعية، فالشخص المشحون بالضغط و التوتر ينقل هذا الإحساس إلى بقية زملاءه في العمل و إلى أفراد أسرته أيضا.

أكد بيكر وآخرون فاعلية عدوى الإحترق النفسي في دراسته التي أثبتت من خلالها أن الإحترق النفسي متمثلا في الإستنزاف الوجداني وتبدل الشعور الشخصي ينتقل من الزوج إلى الزوجة و العكس، كما أكدت النتائج أنه لم تكن عدوى فحسب ولكن إمتدت لدرجة يتساوى فيها الزوجين في درجة الإحترق، كما أنه على النقيض فإن الخبرات الإيجابية في العمل قد تنتقل إلى أعضاء الأسرة (إيمان منصور ، 2007 ، ص 54)

9. مستويات الإحترق النفسي

أشار سبانيول Spaniol (1979) إلى أن الإحترق النفسي ما هو إلا مجموعة مشاعر إرتبطت بروتين العمل، وقد حدد له ثلاثة مستويات هي :

أ- إحترق نفسي متعادل: وهذا النوع من الإحترق يأتي نتيجة عن نوبات قصيرة من التعب القلق، الإحباط والتهيج.

ب- إحترق نفسي متوسط: وهذا يأتي بعد إستمرار الأعراض السابقة لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل.

ج- إحترق نفسي شديد: وهذا ينتج عن أعراض جسمية، كالقرحة، ونوبات الصداع الشديد الآلام الظهر المزمنة.

ليس غريبا أن يشعر العاملون بمشاعر إحترق نفسي معتدلة ومتوسطة من حين لآخر لكن عندما تزداد هذه المشاعر، وتصبح مستمرة، وتبدأ في شكل أمراض جسمية ونفسية مزمنة فهنا يصبح الإحترق النفسي يشكل مشكلة خطيرة. (بدران، 1997 ، ص 58)

10. الإحترق النفسي و علاقته ببعض المفاهيم

إن الإحترق النفسي له صلة ببعض المفاهيم الأخرى، مما قد يجعل بعض الباحثين يخلطون بين تلك المفاهيم، من هنا كان من المهم توضيح الفرق بينه و بين هذه المفاهيم منها:

1.10. الإحترق النفسي و الضغط المهني

يعد الإحترق النفسي شعور عام بالإجهاد و مستوى عال من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة الضغوط الكثيرة في عمله (هيجان عبد الرحمان ، 1998 ، ص 121) فالإحترق النفسي مجموعة من ردود الأفعال المترتبة عن وضعيات مطولة من الضغط المهني أي أن الإحترق النفسي ليس بالضغط حاد الشدة و إنما لتكرار لضغط مزمن في بيئة العمل (Pines & Aronson , 1981)

غير أن الإحترق النفسي لا يعني بأن الفرد يعيش حالة ضغط مهنية فقط، إذ يحدث الضغط كلما توفرت حالة عدم التوازن بين متطلبات المحيط و قدرات الفرد للإستجابة فالإحترق النفسي يحدث إذا ما إفتقر الفرد لعوامل التخفيف من شدة الموقف الضاغط، وفي مثل هذه الحالات يصاب الفرد في كل أبعاد حياته و يتضح هذا من خلال زملة أعراض الإحترق النفسي (Gilliland & James , 1997)

بالتالي فالتعرض المزمن لضغط مهني شديد و متكرر يعمل على تكديس الضغط عند الفرد ينتج عن ذلك إنهاك موارده، طاقته و قدراته (Freudenberger , 1974)

من هذا المنطلق يعتبر الضغط المستمر و الشديد في محيط العمل بمثابة أولى مقدمات الإحترق النفسي، هذا الأخير يعبر عن مجموعة من ردود أفعال مترتبة عن وضعيات مستمرة من الضغط المهني (فوزية حسن ، 2003 ، ص 106)

تبعاً لهذا المفهوم وضح شرنيس Cherniss (1980) العلاقة بين الإحترق النفسي و الضغط بإعتبار الإحترق النفسي مجموعة من المراحل أين يقوم فيها العامل الذي كان سابقاً ملتزماً بالتخلي عن إلتزامه تجاه عمله و الإستجابة للضغوط التي يشعر بها .

كما جاء في نفس السياق يرى كل من لازاروس و فولكمان Folkman & Lazarus (1984) أن الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقة، مرهقة و تتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل و قدرة الفرد على الإستجابة لها؛ بينما الإحترق النفسي يمثل المرحلة النهائية في عجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل بحيث تظهر أعراض جسمية، إنفعالية و سلوكية مختلفة

(Lazarus & Folkman , 1984)

هذا ما أشار إليه العديد من الباحثين أمثال Kyriacou (1987)، Mc.Brid (1988) Shwarzer et Schmitz et Tang (2000)، إلى أن الإحترق النفسي يعد إنفعالية سلبية ترتبط بشكل وثيق مع تعرض الفرد المستمر و الدائم لمواقف ضاغطة تجعل من الفرد يفقد قدرته على التعامل معها أو مع ضغوط نفسية أخرى إضافية.

بالرغم من العلاقة الرابطة بين الإحترق النفسي و الضغط، إلا أنهما مفهومان متمايزان أحدهما عن الآخر، فالإحترق النفسي يتسم بظهور إتجاهات و مشاعر سلبية تجاه العملاء العمل بذاته وأخذ مسافة بين العامل و العملاء، هذا ما لا نجده بالضرورة في حالات التعرض للضغط النفسي في محيط العمل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى الإحترق النفسي يعتبر كخاصية للأفراد الذين يبذلون كل بوسعهم في العمل منذ بداية مزاولته على غرار الأفراد المتعرضين للضغط النفسي في محيط العمل و الذين لا يحملون هذه الخاصية

(Homborgh & al , 1997)

قد رأى الكثير من الباحثين أن هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما فقد ذكر Farber أن الضغوط النفسية يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية بالمقابل فان الإحترق النفسي يكون دائماً و أبداً سلبياً، كذلك يرى Farber أن

الإحترق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية المحضة أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية و إنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تحظى بالإهتمام و لا تجد المساندة الضرورية عل الوجه الذي يؤدي إلى تلطيف أثارها و الحد من مضاعفاتها (هارون الرشيدى، 1999، ص 84)

هذا ما أشار إليه السيد البهاص (2002) إلى أن أول فرق بين الإحترق النفسي الضغط النفسي يتضح من خلال أن الضغط قد يكون مفيدا، وقد يكون ضارا، في حين أن الإحترق النفسي فهو دائما سلبي و ضار، لهذا فالضغط مطلوب و لكن بقدر معين، و إذا زاد عن ذلك القدر و لم يستطع الفرد التعامل معه بطريقة إيجابية، فإنه يمثل جهدا زائدا على الفرد لهذا قد يتعرض للإحترق النفسي.

مما سبق تقديمه يتضح أن هناك إختلاف بين الإحترق النفسي و الضغط، حيث أن الإحترق النفسي مرحلة متقدمة من الضغط، لهذا فالمصطلح الضغط أشمل و أعم من مصطلح الإحترق النفسي، أما مصادرها قد تتشابه، ولكن الإختلاف يمكن في أنه مصادر الإحترق النفسي تستمر دون القدرة على التكيف معها، فيمكننا أن نعتبر أن العلاقة بينهما علاقة العام بالخاص؛ و لهذا فالضغط يمكن أن يصيب العديد من الأفراد، حيث أنه أساس من أساسيات الحياة، كما أنه موجود في جميع مجالات الحياة، أما الإحترق النفسي قد يتعرض له الفرد عندما يجد الضغط و لا يستطيع التعامل معه، ولهذا فعدد الذين يتعرضون للإحترق النفسي أقل من الذين هم معرضون للضغط، ولهذا فالعلاقة بينهما علاقة العام بالخاص، فكل فرد محترق نفسيا هو بالضرورة مضغوط وليس العكس، لذلك فقد إختلط الأمر على بعض الباحثين.

2.10. الإحترق النفسي و الإكتئاب

تتداخل الكثير من أعراض الإكتئاب مع أعراض الإحترق النفسي كإضطرابات المزاج إضطرابات النوم، الشهية، إنخفاض الطاقة، إنخفاض تقدير الذات، لكن هذه الإضطرابات لا يمثل الإكتئاب الكلي كالإنطواء و الظروف الحادة التي تهدد الحياة الإجتماعية و المهنية أو

نوع من المعاناة التي تتطلب الدخول إلى المستشفى فالإحترق النفسي مرتبط أشد الارتباط بالميدان المهني حيث يتمثل في صعوبة الحصول على الموارد و المصادر الكافية لمواجهة متطلبات العمل، أما الإكتئاب فمصدره باثولوجي (مرضي) متعدد الجوانب و مركب من تجارب متعددة للفقدان، الخسارة، العزوف الإنفصال إضافة إلى الميل للتقييم السلبي للذات و المستقبل (Demarouti & al, 2001)

كما أن الإحترق النفسي يشترك مع مقياس الإكتئاب ل Beck خصوصا في البنود المتعلقة بالسلبية و صعوبة مباشرة الأفعال، فالإنهاك الإنفعالي يشبه تعب الإكتئاب و تبدل المشاعر يوافق الإنطواء حول الذات في حالات الإكتئاب، أما نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل فيوافق الشعور بعدم القدرة، فقدان الأمل و إنخفاض الفعالية التي نجدها في حالات الإكتئاب، بالإضافة إلى أن المعاناة الجسدية و الشكاوي الجسمية حاضرة في كل من الإحترق النفسي و الإكتئاب الذين يصاحبان باضطرابات صحية جسمية (مشاكل قلبية اضطرابات الجهاز الهضمي، الألام المفصلية) التي تزداد شدتها بارتفاع حدة الإنفعالية السلبية التي نجدها في كل من الإحترق النفسي و الإكتئاب (Zellars & al , 1999)

حسب تحليل نتائج دراسة تم فيها قياس الإكتئاب و الإحترق النفسي توصل Mcknight & Glass (1995) إلى أن الأعراض الإكتئابية و الإحترق النفسي لها مصادر إثنولوجية مشتركة، كما أن تطورها يتم بتفاعل شديد، إذ أن الإكتئاب و الإحترق النفسي يرتبطان إمبريقيا مع أنهما يختلفان من حيث المفهوم، إلا أنهما يتضمنان جملة من الميكانيزمات المعرفية و الإنفعالية المشتركة (الإنفعالية السلبية، الإنهاك و الإنطواء حول النفس الشعور بعدم فعالية الذات) كما أن العلاقة القائمة بينهما قد تعود إلى المحددات الظرفية إستعدادات المشتركة .

فيما يلي سوف نعرض جدولاً يبين الفروق بين أعراض كل من الإكتئاب و الإحترق النفسي
الجدول رقم (04): الفرق بين أعراض الإحترق النفسي و الإكتئاب

الإحترق النفسي	الإكتئاب
➤ عدوانية و غضب	➤ مزاج مكتئب (حزين ، يأس)
➤ ضعف المتعة و السرور	➤ غياب المتعة و السرور
➤ فقدان أو زيادة الوزن بشكل طفيف	➤ فقدان الوزن
➤ المخاوف قليلة	➤ المخاوف شديدة
➤ مشاكل النوم (صعوبة الدخول في مرحلة النوم)	➤ مشاكل النوم (الإستيقاظ مبكراً)
➤ قلة التفكير بالإنتحار	➤ أفكار إنتحارية
➤ اللاقرار	➤ اللاقرار
➤ الإسناد السببي : العمل	➤ الإسناد السببي : المرض
➤ إكتئاب في العمل فقط	➤ إكتئاب عام في كل المجالات
➤ مستوى الحيوية متوسط	➤ مستوى الحيوية ضعيف

(Demarouti , 2004)

فالإحترق النفسي يكون في الميدان المهني نظيراً لما يمثله الإكتئاب في مجال الحياة بشكل عام، من حيث أنه يعمل على الإضرار الكلي براحة الفرد.

(Schaufeli & Bakker , 2004)

Freudenberger (1964) وصف في البداية الإحترق النفسي بأن الشخص المعرض لهذه الحالة يبدو و كأنه يعاني من حالة الإكتئاب ، إلا أنه تدارك ذلك سنة 1980 حيث أكد أن حالة الإحترق النفسي تختلف كلياً عن إضطراب الإكتئاب، فهي عادة ما تكون محدودة في أحد ميادين الحياة، وهو ميدان المهني (وذلك لأن مؤشراتهما و أعراضهما تختفي و لا تظهر على الفرد عندما يكون خارج ميدان العمل)، إضافة إلى عدم الشعور بالذنب من طرف الفرد و التي عادة ما تكون مرافقة لإضطراب الإكتئاب و إنما نلاحظ فقط الشعور بالغضب و السخط.

11. إستراتيجيات مواجهة الإحترق النفسي

حالة الإحترق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تقاؤها والوقاية منها، ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث التغذية، النشاط الحركي والإسترخاء الذهني من الأمور الحيوية و المكلمة للجهود المؤسسية في تقادي الإحترق النفسي، حيث لا توجد وسيلة أو وصفة سحرية قادرة على التصدي للإحترق النفسي إلا أن الدراسات العديدة التي تناولت الموضوع قدمت حلولاً وإستراتيجيات يمكن توظيفها للتخفيض من حدته وبالتالي مواجهته، هناك وسائل عديدة لمواجهة مسببات الإحترق النفسي في العمل والتي تهدف إلى إحداث التغيير المطلوب، ويمكن تقسيم هذه الوسائل إلى نوعين هما:

1- الوسائل الفردية

2- الوسائل التنظيمية

1.11. الوسائل الفردية

يقصد بها الأساليب الشخصية التي يمكن للفرد أن يتبعها للتخفيف من حدة الإحترق النفسي ومن أهمها الكشف الطبي و الراحة و الإنغماس و المساندة الإجتماعية والعلاج الروحي وفرص العمل البديلة (نوال هنداوي، 1994، ص 125) وهناك وسائل أخرى من أهمها تغيير فلسفة الحياة وإعادة تقويم أسلوب الحياة ، التأييد الإجتماعي من الزملاء و التمارين الرياضية (النمر ، 1994، ص 24)

كما إقترحت طرق لعلاجه من خلال التحدث مع الآخرين، وتفويض السلطة المشاركة، النظرة التفاوضية، الإنتماء على مجموعات ممارسة الرياضة، والتخطيط المسبق لكيفية التصرف مع الإحترق و الإنسحاب من مواجهة الواقع، وتغيير نمط السلوك من خلال التدريب. (النفيعي، 2000، ص 69)

2.11. الوسائل التنظيمية

تتعلق الوسائل التنظيمية لمواجهة مسببات الإحترق النفسي بدور الإدارة في مساعدة العاملين بها على التخلص من الإحترق النفسي والوقاية منه، وللتعامل معه إقترحت بعض الوسائل من أهمها:

- تحسين العلاقة بين كافة العاملين وحسن إستغلال تقويم الأداء وتوضيح معايير الترقية وتغيير نظام الأجر و الحوافز.
- تحليل الأدوار .
- إعادة تصميم الوظيفة.
- الإهتمام بالإثراء الوظيفي، والتقدم المهني.
- المشاركة في إتخاذ القرارات.
- تطوير برامج الإختيار و التعيين.
- إستخدام نظم تدريب متطورة و التشجيع على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- إيجاد برامج لمساعدة العاملين.

مع إستعراض الظروف المحيطة بهذه الظاهرة يوحى بالكأبة ومحدودية فرص التعامل معها، إلا أنه في الواقع هناك ما يمكن عمله لتقليل هذه الظروف وبالطبع تتفاوت مواقع العمل في مدى نجاحها تبعاً للظروف المحيطة بها، ويمكن إعتبار الخطوات التالية كجهود رامية لتقليل أو منع ظهور الإحترق النفسي بين العمال في مجال الخدمات المهنية :

- عدم المبالغة في التوقعات المهنية.
- المساندة المالية للمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع.
- وجود وصف تفصيلي للمهام المطلوب أدائها من قبل المهني.
- تغيير الأدوار والمسؤوليات .
- الإستعانة بأخصائي نفسي للتغلب على المشكلة.

- زيادة المسؤولية و الإستقلالية للمهني.
- وجود روح التآزر والإستعداد للدعم النفسي.
- المعرفة بنتائج الجهود المبذولة سواء على المستوى الفردي أو المستوى الإداري.
- تغيير الأدوار و المسؤوليات .
- طرح المشاكل بطريقة دورية.
- الإهتمام ببرامج التطوير ونمو العاملين نمو مهنيًا ونفسيًا.
- التعامل الإيجابي مع الضغوط أو التحكم في الضغوط. (نوال الزهراني، 2008، ص

(37)

هذا ومن الإستراتيجيات التي يمكن إتخاذها للتعامل مع الإحترق النفسي و محاولة التغلب عليه، وذلك من خلال عدد من الخطوات والتي إذا اتبعها الشخص المعرض للإحترق النفسي فبإمكانه تقاديه و التغلب عليه وهي :

➤ فهم الشخص لعمله، وكذلك أساليب في الإستجابة للضغوط، لأنه فهم الفرد لإستجاباته بشكل كامل سوف يساعده على التعرف على أنماط السلوك غير الفعالة، وبالتالي محاولة تغييرها.

➤ إعادة فحص الفرد لقيمه وأهدافه وأولوياته، فالأهداف غير الواقعية، المثالية للوظائف والأداء ستعرض الفرد للإحباط و الإرتباك، أو بمعنى آخر للتأكد من قابلية أهدافنا للتنفيذ.

➤ تقسيم الحياة إلى مجالات: العمل، المنزل، الحياة الإجتماعية، والتركيز قد الإمكان على كل مجال نعيشه، وإلا نسمح لضغوط مكان أن تؤثر على مكان آخر.

➤ العمل على بناء نظام للمساندة الإجتماعية. (جمعة يوسف، 2006، ص 40، 41) بصورة عامة، يوصى بإتباع الخطوات التالية:

1- إدراك أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الإحترق النفسي.

2- تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الإختبارات التي توضح له الأسباب.

3- تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة.

4- تطبيق الأساليب أو إتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها: تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم فني إجتماعي، إدارة الوقت، تنمية هوايات مواجهة الحياة كتحدي للقدرات الذاتية، الإبتعاد عن جو العمل كلما أمكن ذلك الإستعانة بالمتخصصين الإعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في مواجهتها.

5- تقييم الخطوات العملية التي إتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها إتخاذ بدائل إذ لزم الأمر. (علي عسكر، 2003، ص 127)

خلاصة الفصل

من خلال ما سبق تقديمه يمكن لنا القول أن الإحترق النفسي ظاهرة نفسية سلبية مهنية تحدث نتيجة لعدة عوامل و أسباب فمنها من هو مرتبط بشخصية الفرد العامل و منها ما هو متعلق بطبيعة العمل في حد ذاته، فهذه الأخيرة تشارك بدورها في ظهور مجموعة من الأعراض، لذلك أخذ موضوع الإحترق النفسي قسطا كبيرا من الدراسات و آراء الباحثين في ذلك، كما أن الإحترق النفسي يكثر خاصة في مجال الخدمات الإنسانية و الإجتماعية ، من بين هذه الخدمات نجد مهنة الطب المختص و هذا ما دفعنا إلى محاولة معرفة الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين الذي سنتاوله في الفصل الموالي

الفصل الثالث

الطب المختص

- تمهيد
- 1- تطور الطب عبر مراحل الشعوب
- 2- تعريف الطب
- 3- تعريف الطبيب المختص
- 4- العلاقة العلاجية (طبيب، مريض)
- 5- أهمية الطبيب المختص
- 6- حقوق الطبيب وواجباته
- 7- الحدود القانونية للطبيب
- 8- العقوبات التي تعيق مهمة الطبيب المختص
- 9- الآثار الناتجة عن هذه العقوبات
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعد الطب من أوسع مجالات العلوم الحياتية التي كان للمسلمين فيها إسهامات بارزة على مدار عصور حضارتهم الزاهرة، حيث لا نعدو الحقيقة إذا قلنا بأن العلاج والطب إرتباطا عند الإنسان بوجود الألم، فإذا ما عرف الإنسان الألم، فإنه لاشك بدأ في البحث عن إزالة هذا الألم، وذلك عن طريق معالجته وتطبيبه.

فالتب قديم قدم الإنسان ذاته، وتتخلص بداية صناعة الطب في أن الإنسان منذ وجد على الأرض وهو يهتدي إلى أنواع من التطبيب تتفق مع مستواه العقلي وتطوره الإنساني.

1. تعريف الطب

الطب فرع من فروع العلم التجريبي، يعمل على تحديد الأمراض، تشخيصها و البحث عن علاجها، هو ملازم للإنسان سواء في شكله الرسمي أو شكله البسيط.

1.1. تعريف الطب لغة

هو علاج الجسم والنفس، يقال طبه طباً إذا داواه (أحمد مزيد، دت، ص. 96)
أصل الطب : الحذق في الأشياء، والمهارة فيها، لذلك يقال لمن حذق الشيء وكان عالماً به طبيباً (جلال الدين السوطي، 1990، ص 165)

نستعمل كلمة "الطب" في اللغة بمعنى سحر، فيقال فلان مطبوب، أي مسحور، هذا على سبيل التفاضل فالعرب تطلق ألفاظ السلامة على ضدها كما سمو اللديغ سليماً .

2.1. أما الطب إصطلاحاً

فقد إختلفوا الأطباء في تعريفه على ثلاثة أقوال:

الأول: هو علم يعرف منه أحوال بدن الإنسان، ومن جهة ما يعرض لها من صحة وفساد.

الثاني: هو علم بأحوال البدن الإنسان، يحفظ به حاصل الصحة، ويستتر ذرائعها.

الثالث: هو علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ الصحة حاصله، ويستتردها زائلة .

3. تعريف الطبيب المختص

الطبيب لغة جمع أطباء، وهو صاحب علم الطب كل ماهر حاذق في عمله. (لويس معلوف، 1987، ص. 495)

يعرفه قاموس le robert méthodique: " هو كل شخص يمارس مهنة الطب متحصل على شهادة دكتوراه في الطب." (Josette reydebove ,1990)

يعرفه قاموس Hachette: "هو كل شخص يمارس مهنة الطب وهو مؤهل لرعاية معالجة المرضى." (Hachette ,1993)

2. تطور الطب عبر الثقافات

يعد المصريون القدماء من أقدم الشعوب التي مارست الطب ووصلت فيه إلى مستوى رفيع، حيث أن المصريون كانوا قد مارسوا الطب و التطبب على أسس علمية و منهجية أحياناً، وتقدموا في ذلك بعض الشيء، إلا أن ذلك العلم قد تخلله بعض الطلاسم والتعاويد والسحر، ولعب الكهنة دوراً كبيراً آنذاك. (علي الدفاع، 1998، ص 17)

كما نجد البابليين ركزوا على الكهانة و السحر لإن المرض عندهم كان عقاباً إلهياً على ذنوب إرتكبتها المريض، لذلك لم يكن أحد ليحاسب الكاهن أو الساحر على أي خطأ قد يرتكبه في علاج مرضاه، بينما يعاقب الطبيب الجراح الذي يخطئ في علاجه، جراحاته، إستعملوا الأطباء الجراحة وإستخدموا الحشيش الأفيون للتخدير، عند إجراء العمليات إذا عجز الأطباء عن مداواة مريضهم و يضعونه في الأماكن العامة رجاء أن يمر به من كان قد أصيب بمثل ما به، فيصف له العلاج الذي كان قد شفاه

أما الطب في الصين يرجع إلى الألف الثالث قبل الميلاد، ويعد (واي يويانج) من مشاهير الأطباء الصينيين، وكان (شان نوتج) المشهور بإسم الإمبراطور (فيويو) (محمود

القاسم، دت، ص 25-26)

كما قدم الصينيون أعمالاً كثيرة في مجال الطب الباطني، وعرف أطباء الصين بعض الآلات الجراحية البسيطة، كما أن الصينيين عرفوا النبض وما يحصل له من تغيرات بسبب المرض .

كما يعتقدون أنه من أسباب الأمراض وجود الحر، البرد، الجفاف و الرطوبة؛ لذا قدروا أن أمراض الصدر و الرئتين تأتي دائماً في فصل الشتاء، بينما الحميات تحصل في الخريف، الصداع والأمراض التنفسية تكون في فصل الربيع، أما الأمراض الجلدية فتظهر في فصل الصيف (على الدفاع، دت، ص. 23)

كما نجد أيضاً الطب عند الهنود كان قديماً ممزوجاً بالحضارات والأساطير، ولكنهم تميزوا عن غيرهم من الأمم بفن التشريح، ومن هنا اشتهروا بالجراحة بأنواعها المختلفة. قد كانوا يعتقدون أن العلل جميعها تولد مع الإنسان، وتظهر إما عن الذنب أو عن فساد الأخلاط، حيث إستعملوا:

- التلقيح ضد الجدري.
- مارسوا عمليات التجميل .
- ترقيع الجلد والتوليد عن طريق البطن (الولادة القيصرية).
- إستخراج الحصي من الإحليل والمثانة.
- بتر الأعضاء وتحضير السموم ومضاداتها؛ وإستخدموا لتوقيف النزيف الدم في العمليات الجراحية الضغط و الدهون الحارة.

كان لديهم من الأدوات الجراحية ما يزيد على المائة آلة (100)، ومع كل تقدم من معارف الهنود في ميدان الطب البشري فلن تكن ممارستهم بأي حال خالية دائماً من لمسات خيالية وشعوذة (علي الدفاع، دت، ص 26)

إجمالاً فإن الطب الهندي قد إحتوى أيضاً على بعض الخرافات، ولكنها أقل بكثير مما كان في كل من الطب المصري القديم والطب البابلي، لذا قام العرب والمسلمون بترجمة

إنتاجهم في هذا الميدان منذ زمن أبي جعفر المنصور (132.158هـ). (علي الدفاع، دت ص. 27)

كما نجد أن اليونانيين أخذوا الكثير من معارفهم الطبية عن كل من قدماء المصريين البابليين، حيث إهتم أطباء اليونان بنتاج الأمم السابقة عليهم والمجاورة لهم؛ فدرسوا أعمالهم في مجال الطب عن كثب وزادوا على طب هذه الحضارات الكثير لإِن العقلية اليونانية تميزت بأنها عقلية منطقية نشطة، لذا صار لهم شأن عظيم في ميدان علم الطب ويكفي الحضارة اليونانية فخرا أنها أنجبت أبقراط (460هـ.357م على الأرجح) الذي يعتبر من عمالقة الطب الذين أنجبتهم الإنسانية. (نفس المرجع، ص 28)

يعتقد بعض المؤرخين أن الطب يوناني النشأة والدليل على ذلك تبنيهم شعار استيليبوس الطبي (العصا والثعبان كرمز للطب) .

أما المؤرخون المنصفون فيؤكدون أن الطب عند قدماء المصريين كان أرقى من الطب عند اليونان، لأن اليونان نعتوا مصر بأنها نبع الحكمة وإعترفوا لها بالسبق والفصل الفكري عليهم.

نلاحظ أن المسلمين قاموا بترجمة إنتاج "أبقراط" الطبي العلمي، ومن عمل على وتيرته من الأطباء اليونانيين، فطوروا في منهج أبقراط وجعلوا علم الطب مشاعا بين جميع أفراد الشعب، حتى وصل هذا العلم الحيوي إلى مستوى عال .

أما الطب عند الرومان فقد وروثوا الرومان ممتلكات الحكومة اليونانية بعد إزالة حكم البطالسة 300 ق.م وإستيلائهم على الإسكندرية، إلا أنها لم يستطيعوا أن ينزعوا من اليونانيين الزعامة العلمية والطبية، فبقيت روما وتوابعها طيلة السنة القرون الأولى بعد حكم اليونانيين من غير الطبيب يعمل بالقواعد العلمية في هذه الصنعة، فكانوا يعتمدون على التعاويذ والنصائح التقليدية التي تصل اليهم على لسان الأطباء الوافدين إلى البلاد (محمود قاسم، دت، ص 35-36) ،

من أشهر الأطباء في العصور الرومانية والذين كانت لأعمالهم علاقة بالطب المسلمين الطبيب جالينوس (130-200م) وهو يوناني عاش في العصر الروماني، ويجئ إسمه بعد أبقراط علما وشهرة، وقد جمع آثار أبقراط في الطب وحفظها من الضياع، وترجم المسلمون كتبه في عصر الترجمة يقول عنه ابن خلدون: "أمام هذه الصناعة التي ترجمت كتبه فيها من الأقدمين جالينوس... وتأليفه هي الأمهات التي إقتدى بها جميع الأطباء بعده" (ابن خلدون ، 1377، ص 1/493).

كان التطبيب في الجاهلية ذا شعبتين شعبة تقوم في جوهرها على الكي بالنار وإستئصال الأطراف الفاسدة، والتداوي بشرب العسل ومنقوع بعض الأعشاب النباتية واللجوء إلى التمام والتعاويد على يد الكهان والعرافيين، وشعبة تتجه في علاجها على إسداء النصيحة وليدة الخبرة مثل قولهم: "المعدة بيت الداء. والحمية راس الدواء" و"القديد مهلك لآكله" (محمد العفيفي، د ت، ص 173)

إجمالاً فإن ما يلفت إنتباهنا من جملة حال الطب قبل الإسلام من الناحية السلبية في العلاج والتطبيب، كان الإعتماد على التجارب العلمية البسيطة، وإستخدام العلاج بالسحر الطلاس، الدجل و الشعوذة، ونسبت الأمراض إلى الشياطين وإستعمال التمام والتعاويد هذا لم نر مثله على الإطلاق في حضارة الإسلام وإنما كان هناك طب جديد ومنهج مغاير. لم يلغي الإسلام ما تداولته الثقافات الأخرى بل أخذ منها ما إعتبره ضروري لحفظ النفس و البدن، و غير العديد من المعتقدات التي بنيت على أفكار سحرية و ممارسات غير عقلانية. كما أن الطب الإسلامي يعتبر خلاصة ما وصل إليه الطب عند الأمم السابقة عن الإسلام، المسلمون نقلوا كتب (أبقراط ، جالينوس) وغيرها من أطباء اليونان والكلدان القدماء كما نقلوا إليهم أشهر أطباء مدرسة (جنديسابور) طب اليونان بصيغته الفارسية فظهر أول كتاب (الملكي) لأبي بكر الرازي الملقب ب "جالينوس العرب" ألفه للملك عضد الدولة "ابن بويه" حيث جمع فيه كل ما وجده مشتتاً من ذكر الأمراض وعلاجاتها في (ق4هـ) وبعدها كتاب (القانون لابن سينا) جمع فيه خلاصة أبحاث (اليونان - الكلدان - الهنود - الفرس -

العرب) في الأمراض ومعالجتها؛ ومن الكتب التي إستفاد منها الغرب إستفادة وافية كتاب (التصريف لمن عجز عن التأليف) لأبي القاسم خلف بن عباس الزهراوي الأندلسي من أهل (ق5هـ) وهو قاموس في الطب يمتاز عن سواه بالقسم الجراحي وكتاب (التسيير) لعبد الملك بن زهر الأندلسي الذي ألفه لإبن رشد الفيلسوف في أواسط (ق6هـ).

قد بدأت مع بداية القرن (03هـ) وفيها نشأ أكبر فلاسفة العرب وأطبائها أمثال الرازي، ابن سينا و ابن رشد، المجوسي وبعضهم من الفرس والبعض من الأندلس؛ قد إنحصرت الإتجاهات العلمية والطبية في أربع إتجاهات :

1- الملاحظة الإكلينيكية الدقيقة والتدريس إلى جانب السرير والمستشفيات.

2- الكيمياء وكان رائدها عراقي من الكوفة (أبو موسى جابر بن حيان: 83هـ- 148هـ) (702-765م)

3- علم النبات وخواصه حيث أضاف العرب إلى تراث (ديسوقريديس) مفردات عدة أخذوها عن آسيا وإفريقيا.

4- تحسين وتنظيم المستشفيات اللاتي ورثوا فكرتها عن بيزنطة.

هذه الإتجاهات الأربعة هي الميزات التي جعلت الطب العربي سراجا وهاجا أضاء العالم قرونا عديدة ويمكن أن نذكر بإختصار أربعة ممن شاركوا في هذه النهضة: أبو بكر الرازي محمد بن زكريا، الشيخ الرئيس ابن سينا، علي بن العباسي المجوسي و أبو القاسم الزهراوي. (أحمد باشا، دت، ص 180، 181)

4. العلاقة العلاجية (طبيب → مريض)

تحتل العلاقة العلاجية بين الطبيب و المريض أهمية بالغة في العملية العلاجية وتزداد هذه الأهمية يوما بعد يوم نظرا للتحول الحاصل في الميادين الصحية والخدمات العلاجية وخصوصا في السنوات الأخيرة، فقد أصبحت الدراسات الصحية الحديثة تعطي أهمية كبيرة لجانب العلاقات الإجتماعية والمعاملات الإنسانية في المستشفى.

العلاقة بين الطبيب والمريض تزداد أهمية مع مرور الوقت بالرغم من أنها لم تعد سوى جزء من عملية معقدة ساهمت في تغيير أساس تلك العلاقة التي لا تقتصر على مجرد التشخيص العلاج فقط، وإنما تمتد لتشمل إحترام الطبيب وتعاطفه مع المريض.

لقد أصبحت العوامل الكامنة في نطاق التفاعل بين الطبيب و المريض، ذات مغزى هام في السنوات الأخيرة، هذا فضلا عن الإعتراف المتزايد بأن العلاقات الإيجابية بينها هي في حد ذاتها علاج ذو فعالية كبيرة.

تصور عدد من الدراسات أهمية العلاقات بين الطبيب و المريض، مثل دراسة التي أجراها (Egperle) التي تبين كيف أن الإستماع الدقيق والتشجيع السابق للعلاج، وإعطاء التعليمات للمريض قبل مباشرة العلاج يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل مؤثر جدا في دراسة أخرى بين (skipper & léonard)، أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي له آثار عميقة غير مباشرة على إستجاباته الاجتماعية والنفسية (الإنسانية)، والجسمانية (الفسولوجية) أيضا، كما تعجل بشفائه إلى حد كبير؛ كما أشار (Zola) إلى أن رفض الإعتراف بالعنصر غير الطبي في المعاونة قد يؤدي إلى فشل العلاج، كما أن الضرر قد يلحق بالمريض بسبب معالجة الأعراض الجسمانية فقط دون الإعتراف بأنها جزء من صورة أكبر.

تشير أحد الأبحاث إلى أن علاقة الطبيب بالمريض هي مسألة أساسية في فهم تأثير قدرة الإيحاء، فالطبيب المهتم الذي يوحى بالثقة لمريضه ويكون ودودا ومطمئنا للمرضى والذي يقوم بفحص دقيق والذي لا يكون قلقا ولا متأزما و لا متوترا، ولا مذنبا نحو المريض أو علاجه وهو أكثر احتمالا لأن يستخلص ردود فعل إيجابي (إسلام المتزني، 2006 ص96)

يتكون التفاعل الإجتماعي عموما في إطار من التوقعات المنطوقة أو غير المنطوقة التي تعطي للموقف الإجتماعي معناه ومدى إرتباط الأطراف المشاركة فيه، ويمكن أن يتضح ذلك عند الحديث عن العلاقة العلاجية، حيث يذهب المريض إلى المعالج ويشعر في

التفاعل معه في إطار تصوره له كمختص في مجاله قادر على مساعدته، لكن توقعات بعض المرضى قد تكون غير واقعية، مثل الرغبة في الوصول إلى السعادة أو الحصول على الحب أو الخلاص النهائي من الألم والمعاناة وهذه التوقعات غير المحددة أو اللاعقلانية تنتهي بلا شك إلى الإحباط وخيبة الأمل.

الإطار الإجتماعي للعلاقة العلاجية يحتم على المعالج (الطبيب) الإلتزام بعدد من الضوابط هي:

1- التعامل المسؤول في العلاج.

2- إحترام إستقلالية المريض، وذلك من خلال إعلامه بمرضه وكيفية التعامل معه والأسلوب العلاجي المتوقع والمخاطر المحتملة وعدم إفشاء سره.

3- عدم إستغلال مشاعر المريض إتجاه العلاقات الجنسية.

5. أهمية الطبيب المختص

الطب مهنة ولفظ مهنة له معينان مختلفان رغم تقاربهما

أولاً: خاصية المهنة، الإخلاص لراحة الآخر ومستوى عال من الأخلاق ومجموعة معلومات مقدره وتمسك متين بالإستقلالية.

ثانياً: يعني اللفظ كذلك مهنة كل الأشخاص الممارسين للمهنة الطبية والأطباء بصفة خاصة فقد صار الطبيب اليوم ناشطاً إجتماعياً أكثر من كونه ناشطاً تدفعه المصلحة الشخصية حيث يدخل في تنظيمه تشمل المال العمومي والمال الخاص، كما أن الطبيب يعتمد على البحث العلمي وعلى تطوير الإمكانيات الخاصة والعامة التي تستجيب لمعلومات، طرق معالجة حيث يقوم الطبيب بإسعاد المجموعات وتعليم الطب وحماية المجتمع وله دور هام في الصحة العامة للأفراد.

كما أنه على الطبيب المختص مساعدة الأفراد على حفظ توازنه الداخلي والخارجي وبهذا نلقي بقدر كبير من المسؤولية على الطبيب المختص في الحفاظ على هذا الأخير وقد إهتم الأطباء منذ القدم إهتماماً كبيراً بهذا التوازن فقالوا أن للإنسان أمزجة أربعة هي : الحرارة

البرودة، الرطوبة، اليبوسة، وأنه مكون من أخلاط أربعة هي: الدم ، البلغم، المرة الصفراء المرة السوداء.

نظروا على أن الصحة هي أن تتوازن هذه الأخلاط فيما بينها، فإذا ما اضطرب هذا التوازن لسبب ما إعتل الجسد، فمن هنا نرى أهمية الطبيب اليوم هو إعادة التوازن بالحمية والدواء العلاج الطبيعي، وهذا التوازن يختلف من إختصاص إلى آخر وذلك حسب كل طبيب و إختصاصه ، لكنها تتفق حول ضرورة التوازن بين ما هو داخلي و ما هو خارجي أي (الجسد، العقل والنفس) للحفاظ على الصحة، وهنا نلمس أهمية الطبيب في الحفاظ عليها (محمد بن عمار، 2005، ص 389)

كما أنه من المعلوم أن الطبيب بحكم تخصصه هو السلطة العلمية، التي يمكنها تشخيص المصدر وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالته، ولكن بجانب هذه المسؤولية فهو إنسان له إتجاهاته، الخاصة وميوله، خبراته وفرديته في تشكيل شخصيته كإنسان، وإن تصادف وكان طبيبا، لذا يختلف الأطباء في أسلوب معاملتهم للمرضى وأسره، بل هو المسؤول عن مرضه، أو إنتكاس حالته، وقد يسلك إزاء ذلك المريض سلوكا يشعر به اللوم التأنيب شعوريا وغير شعوريا تصريحا أو تلميحا، كما قد يختلف الأطباء في تعاملهم مع أعضاء الفريق انفسهم، بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون مع الآخرين، ولكي يمكن للفريق الطبي تحقيق مهمته بنجاح يجدر بالطبيب إدراك أهمية الدور الذي يقوم به الآخرون كيف يمكن الإستفادة تماما من المعلومات التي يقدمها للفريق والربط بينها وبين الحالة المرضية للمريض (أحمد النماس، دت، ص 78)

8. العقبات التي تعيق مهمة الطبيب المختص

لصفة الطبيب معنى خاص في كل زمان وفي كل مكان، فالطبيب هو الشخص الذي نتصل به لمساعدتنا في أهم إحتياجاتنا لمعالجة أوجاعنا وألامنا، حتى نسترجع صحتنا من أجل ذلك يسمح للطبيب بالوصول إلى مختلف أعضاء البدن بما فيها العورة، وذلك إعتقادا من أن الطبيب يقوم بذلك لفائدة المريض.

الملاحظ أن وضع الطبيب يختلف حسب مختلف البلدان ولربما حتى مختلف المدن في البلد الواحد، ويبدو عامة أن هذا المفهوم يميل إلى التدهور، إذ يرى عدد من الأطباء أن الإحترام المحيط بهم تدهور مقارنة بما كان عليه سابقا؛ في بعض البلدان تم سحب مراقبة سياسية المعالجة الطبية من يد الأطباء لفائدة إداريين أو مصرفيين مما أحدث عراقيل في نظر الأطباء، إذ صاروا يعتبروهم عراقيل لتطوير السياسة الصحية أكثر من كونهم شركاء بالإضافة إلى بعض الأعمال الطبية التي كان يمارسها الطبيب وحده؛ أصبحت اليوم في متناول التقنيين من الممرضين وأعاون الصحة، ولكن رغم هذا إلا أن مهنة الطب والطبيب ماتزال المهنة التي يقدرها المرضى وهم في حاجة إليها. (محمد بن عمار، 2005، ص 25)

كما نجد أيضا مجموعة من العقبات التي يمكن حصرها في بعض النقاط الآتية :

- 1- تغيير نوعية الأمراض السائدة في المجتمع مما يستدعي معرفتها وكيفية التعامل معها.
- 2- نقص بعض الأدوات والأجهزة الطبية التي يحتاجها الطبيب المختص في أداء عمله.
- 3- مشكلة تكديس المرضى طالبي الإستشارة الطبية (نجد هذا خصوصا عند النساء إذا علموا أن الطبيب المناوب امرأة وهذا خصوصا في أمراض النساء والتوليد).
- 4- إن تغيير الأمراض السائدة في المجتمعات الحديثة، صاحبه تغير في النظرة إلى أهم العوامل المسببة للأمراض، وأصبح من الواضح أن الأمراض البيئية والضغط الإجتماعية والنفسية هي أهم عقبات المسببة للأمراض في العصر الحديث.
- 5- إن دور الطبيب مكمل لدور المريض، وعلى ذلك فما قد يحدث في تغير من دور المريض يؤدي إلى تغير دور الطبيب؛ فالثقافة الصحية والطبية لدى الناس والمرضى تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية للطبيب مثلا : وجود طبيب أمراض النساء في عيادة مختصة في بيئة محافظة يختلف طبعاً عن وجوده في بيئة متحضرة؛ مع الأخذ بعين الإعتبار جنس الطبيب.
- 6- إنتشار أزمة الثقة في المجال الطبي وهذا ما يؤثر على العمل الذي يقدمه الطبيب.

- 7- البيئة التي يمارس فيها تخصصه تؤثر بطريقة مباشرة على أداءه وعلى نفسيته.
- 8- قلة ثقة المريض في الطبيب المختص (مثلا طب السرطان) وأصبحت العملية العلاجية في نظر الكثير هي تجارب علاجية غير مضمونة النتائج.
- لهذا يواجه الطبيب بعض الصراعات في ممارسته لدوره منها:
- 1- إن الطبيب لا يعالج أو يشرف على علاج مريض واحد، وإنما عدد من المرضى وهنا يظهر الصراع بين حاجة المريض الواحد الذي هو بحاجة إلى الطبيب قبل الآخرين حاجة المرضى جميعا، أو أيهما أسبق مصلحة الفرد أو مصلحة الجماعة، فهنا تتولد لدى الطبيب مشاعر الشعور بالذنب وعدم الإطمئنان وعدم الراحة النفسية في حالة موت أو حالة خطيرة قد تصيب ذلك الفرد المريض، دون غيره من الجماعة .
- 2- في حال تعدد المرضى قد لا تكون الوسائل الطبية المتاحة لرعايتهم كافية لإشباع حاجتهم بطريقة فعالة، وهنا يتعين على الطبيب أن يفضل فيما بين المرضى على الرغم من أن دوره يحتم عليه أن يكون موضوعيا ومحايذا لا يتحيز إلى واحد منهم.
- 3- إهتمام الطبيب بمصالح المريض في مقابل اهتماماته الأخرى.

9. الآثار الناتجة عن هذه العقبات

نعلم أن الطبيب بشكل عام و المختص بشكل خاص، يعانون من التعب والضغط النفسي كبير من خلال الدراسة والعمل، ولكن ماهي الآثار السلبية والإنعكاسات هذا الأمر على صحتهم العقلية، الجسدية، السلوكية و المهنية؟

1.9. آثار نفسية

إن دراسة الطب والعمل في المشافي كمختص، تعتبر من أكبر التحديات التي تواجه الأطباء في مهنتهم حيث يمر على الأطباء خلال ساعات عملهم لحظات مثيرة وممتعة ولحظات أخرى عصبية ومربكة، كما تنتظرهم ساعات طويلة من العمل مقابل ساعات قليلة من النوم، وذلك ضمن بيئة تتسم بالضغط الكبير أثناء العمل، تتعكس هذه العوامل بشكل سلبي حتما على الطبيب المختص، الذي تبدأ معاناته بالإرهاق ، ومع الإستمرار الضغوط

وعدم القدرة على التأقلم معها يصل إلى الإحترق النفسي طرحت هذه في بادئ الأمر عند مهن المساعدة التي تتضمن الأطباء الممرضين، المعلمين، عمال الرعاية الإجتماعية...الخ) (نصر، مقابلة، 1996، ص 196)

إذ أن هذه المهن يكون فيها المنح و العطاء أكثر من الأخذ، لأنها مهن تقدم مساعدة عون، علاج، نصيحة معرفة، تشخيص و دعم للأخرين فيبذل الأفراد العاملين في هذه الميادين نوع من العلاقة مع الأخر، وهذه العلاقة تكون جزء مهم أن لم نقل أهم شيء في عمل الفرد بحيث يمكن إعتبارها مركز نشاطهم المهني، و لطبيعة العمل في حد ذاته فإنهم معرضون دائما لحالات من الطوارئ و الشدائد المعتبرة (Pezet, 2003, p 96)

1.1.9. الأطباء و الإحترق النفسي

ففي مهن المساعدة يمكن الحديث عن الإحترق النفسي عندما لا يستطيع الأفراد مواجهة إرغامات العمل الانفعالية، المقابلة للبذل العلائقي مع المستفيدين من الخدمة و على العموم فإن الأدب العلمي يضع في مقدمة المهن الأكثر تعرضا للإحترق النفسي عمال الصحة، وكل المهن التي تتضمن نوع من المساعدة أو الإحتكاك مع الجمهور بحيث تشكل مظهرها مهما من طبيعة العمل المنجز (Borritz & al, 2005, p 53)

كما يشير كل من Bow man & Allen (1985) و Gerber (1983) و Hawk & Scott (1986) على إنتشار الإحترق النفسي بين مهني مصالح الطبية خاصة منهم الأطباء. حيث يعد الأثر الذي يتركه الإحترق النفسي لدى الطبيب المختص متعدد الجوانب، حيث يكون له عواقب سلبية على نوعية العلاج و العلاقة التقنية .

هذا عن طريق ميكانيزمين هما :

1-إضطرابات المزاج les perturbation d'humeur : وهي نتيجة مباشرة للإنهاك الإنفعالي و يظهر على شكل إكتئاب و تدهور العلاقات البين- شخصية مع الزملاء خصوصا مع المرضى.

2-إضطرابات المعرفية les perturbation cognitives : تصاحب الإكتئاب و تتميز بالصعوبة في التركيز، إنخفاض التحفز على مواصلة المهام الروتينية ونقص الإحساس بحاجات المريض، ويؤثر الإنهاك الإنفعالي في العلاقة بالغير من خلال عدم التجند الذي قد يؤثر في الوقت نفسه على رضا المرضى (نوعية العلاقة البين- فردية) و النوعية التقنية للعناية بالمرضى (Firth-H & al ,1983, p 995)

يتضح من خلال ما سبق خطورة الإحتراق النفسي على الفرد و خاصة إذا تعلق الأمر بالطبيب المختص، حيث قد يكون ذلك له عواقب وخيمة على نوعية العلاج و حياة المرضى، وكذا على حياة الممارس في حد ذاته، خاصة في غياب و نقص البرامج التدميمية و إرشادية، تساعد الممارس المختص على مواجهة الضغوط و الإحتراق النفسي الإرغامات المتنوعة التي تواجهه في بيئة العمل، حيث يقوم هذا الأخير بالإتجاه إلى أساليب تعويضية كالخمر، التدخين و المخدرات.

2.1.9. الأطباء و السلوكات الخطرة

حيث تتفق أغلبه الدراسات الوبائية على أن الأطباء من أكبر المستهلكين للأدوية و العقاقير مقارنة بالمجتمع العام، و تعتبر المادة الأكثر إستهلاكاً حسب دراسة أمريكية إستهدفت 3000 طبيب خلال السنة الثالثة لممارستهم و ذلك لدمة سنة هي : الكحول، السجائر البتروديزيبين (Hughes & al ,1991 ;Domenghetti & al , 1991)

يظهر من خلال دراسات أمريكية اختلافات في نسبة استهلاك المواد و هذا حسب التخصص حيث سجلت أعلى نسب الإدمان عند الأطباء العقلين و أطباء الإستعجالات أدناها عند الجراحين، كما إنصب إهتمام دراسات أخرى مثل دراسة (Weinberg & Creed :2000) على الصحة العقلية (القلق، الإكتئاب، الإنتحار) عند الأطباء حيث تراوحت نسبة المرض العقلي عندهم ما بين 21% الى 28%، ويصيب الإكتئاب حوالي 50% من الأطباء في حين تقدر النسبة في المجتمع العام ب 26%

(Caplan ,1994, p 713)

كما أشار Murray (1983) إلى أن خطر الإدمان على المخدرات و الكحول يكون أعلى لدى الأطباء الشبان بينما يحقق خطر الإصابة بالإكتئاب و كذلك الإنتحار بالأطباء الأكبر سناً، وقد درس نفس الباحث حالات الدخول إلى مستشفى الأمراض العقلية للأطباء الرجال الذين يفوق سنهم 25 سنة مقارنة بأخرين لا ينتمون إلى السلك الطبي و من نفس الطبقة الإجتماعية، وقد لوحظ أن عدد حالات الدخول عند الأطباء كانت تقدر ب 449 مقارنة ب 205 من غير الأطباء ، وهذا بالنسبة لمجتمع من 100000 فرد، فيما يخص نسبة الإنتحار الملاحظ عند الأطباء و غير الأطباء بالنسبة لنفس المجتمع، فإنه يلاحظ أن عدد حالات الإنتحار عند الأطباء بلغت 549 مقابل 218 في المهن الأخرى (Murray ,1983, p 65)

3.1.9. الإنهيار العصبي

هو ألم نفسي مصحوب بالعجز ومشاعر عدم تقدير الذات ونقص في النشاط النفسي الجسمي، ويؤثر الإنهيار على النشاط بصفة عامة والوظائف العقلية كالذاكرة والإنتباه بصفة خاصة، وقد جرت العادة على تصنيف الإنهيار كمرض نفسي بحد ذاته، ولكن تتوع الأساليب الكامنة وراء الحالات الإنهيارية تجعلنا ميالين لإعتباره واحد من المظاهر المرضية أو الآثار السلبية التي تنعكس على صحة الطبيب التي يمكنها أن ترافق عددا من الإضطرابات النفسية أو الجسدية ويمكن تلخيص مظاهرها على النحو التالي :

➤ **إضطراب التفكير:** حيث تنخفض قدرة الطبيب على التخيل و إنخفاض الذاكرة، قدرته على التركيز و التذكر.

➤ **الإجهاد النفسي الحركي :** يميز حديث الطبيب بقلّة الكلام مع إنخفاض الصوت أو إنعدامه، والتباطؤ الحركي.

➤ مظاهر متنوعة تتمحور حول اليأس و الإحباط و مشاعر الذنب

(cortes élasticité encyclopédie ,1974, p 442)

2.9. الأثار السلوكية

- تعاطي الكحول.
- اضطرابات النوم.
- تعاطي المخدرات.
- إنخفاض الأداء في العمل.
- قلة المردودية الطبية.
- اضطرابات الأكل و الشرب.
- الصداع.
- اضطرابات معدية.
- العزلة.
- سرعة الغضب مع المريض.
- الدخول في منازعات مع أعضاء الإدارة أو الفريق الطبي.
- لوم الآخرين على أخطاء قام بارتكابها مع المرضى.

3.9. الأثار المهنية

1.3.9. الغياب والتسرب الوظيفي

عندما يطول أمد الضغط على مستوى عال يحس الطبيب بضرورة إجراء تغيير ما، قبل أن يصيبه الإنهيار، وقد تظهر هذه المرحلة أنماط سلوكية سلبية مثل : الإنسحاب، الغضب التخريب، وأنماط سلوكية سلبية أخرى وثمة نمط سلوكي مهني آخر لتخفيف حدة الضغط يلاحظ تزايد كثيرًا، يتمثل في الغياب، العطل المرضية، أو ترك العمل، ويبين الكثير من البحوث حول دوران العمل الضاغطة، على أن الضغط ليس السبب الوحيد للغياب و دوران

العمل (عبد الرحمان الهيجان، 1998، ص 252)

تبدو مسألة ما إذا كان ترك العمل مفضلاً مع إدمان المسكرات في أوساط الموظفين الذين يعملون في ظروف ضاغطة مسألة قابلة للنقاش، فالمسألة لا تتعلق بنوع السلوك ولكن بالأسباب الدافعة له.

أما التسرب الوظيفي فإنه يعتبر كالغياب، حيث يمكن استخدامه كمؤشر على مدى تعرض الطبيب لضغوط مهنية في بيئة عمله، مع أن نتائجه بالنسبة للمستشفى قد تكون أكثر خسارة من الغياب.

فقد تبين من خلال الدراسات التي أجريت على التسرب الوظيفي أن هناك ارتباطاً كبيراً بين العوامل التنظيمية المتمثلة في:

- مستوى الوظيفة.

- التخصص.

- طبيعة الإشراف.

- الراتب.

ويبين التسرب الوظيفي ذلك أنه كلما كان التخصص من النوع الذي يتسم بالتعقيد والمسؤولية، كان ذلك سبباً وراء محاولة الطبيب المختص ترك المستشفى والبحث عن مكان آخر مثلاً فتح عيادة مستقلة بمقابل الربح المادي على غرار ما هو الراتب في المستشفى.

يعتبر الأسلوب الإشرافي الذي يخضع له الأفراد من النوع الاستبدادي، أدى ذلك إلى محاولتهم الخروج من المنظمة بسبب الضغوط و التسرب الوظيفي الذي يعانونه من هذا الإشراف، والبحث عن عمل آخر، والتسرب الوظيفي يعكس رضا الأفراد عن أعمالهم التي يقومون بها أو المنظمات التي ينتمون إليها (عبد الرحمان هيجان، 1998، ص 278)

بصفة عامة يمكن القول أن هناك علاقة بين التسرب الوظيفي و الغياب و الحالة النفسية التي يعيشها الطبيب المختص في المستشفى، ومن جهة أخرى فكلما كان الرضا الوظيفي أقل كان الغياب و التسرب أكبر، كما أن هناك علاقة سلبية بين ضغوط العمل متمثلة في

صراع الدور وبين الرضا الوظيفي، بمعنى كلما كانت الضغوط العمل كبيرة قلت درجة رضا الأطباء عن الأعمال التي يقومون بها.

2.3.9. إرتفاع معدل الشكاوي

تعتبر الشكاوي من أبرز الظواهر المهنية، وإن كانت أقل ظهوراً في الدلالة إلى الضغوط العقبات التي يتلقاها الطبيب في بيئة عمله، حيث أنها تمثل السلوك المتطرف للأطباء في الإستجابة أو في التعبير عن هذه العقبات.

فالشكاوي تعتبر مؤشراً على مدى قدرة الإدارة على معالجة المشكلات التي يعانيتها الأفراد في العمل، والتي قد تكون نتيجة لزيادة الضغوط عليهم و التي قد تؤدي إلى أن يكون الفرد عرضة للاضطرابات الصحية، النفسية و السلوكية، كما تعتبر مؤشراً على عدم رغبة الموظف على العمل في المنظمة وميله إلى المبالغة في التدمير و غير ذلك من مظاهر السلوك السلبي. (عبد الرحمان، هيجان، 1998 ، ص 279)

أهم مظاهر الشكاوي عند الأطباء، الإدارة أو فريق العمل، وذلك عندما تسود بينهم العلاقات السيئة، تشيع فيها روح مهاجمة و إنتقاد بعضهم لبعض، كأسلوب للتنفيس عن الضغوط التي يتلقونها.

يُميز اش (ASH) (1970) بين نوعين من الشكاوي :

1- الشكاوي الإجتماعية : هي التي يتقدم بها مجموعة من الموظفين من فئة معينة و تتعلق ببعض إجراءات العمل التي تؤثر على جميع أعضاء هذه الجماعة بشكل سلبي.

2- الشكاوي الفردية : وهي عبارة عن تظلمات يقدمها شخص معين أثر عليه بشكل سلبي (عبد الرحمان، هيجان، 1998 ، ص 281)

أما ايكerman (Echerman) (1984) فقد إعتد في التمييز بين الشكاوي على أساس إتجاه المرؤوس نحو التذمر، حيث ميز بين نوعين من الشكاوي

أ- الشكاوي الأولية: و تمثل الشكاوي التي يتقدم بها أصحابها لأول مرة نتيجة لمواقف معينة.

ب-الشكاوي المتلاحقة: وتمثل الشكاوي التي يقوم بها بعض الأفراد بتقديم الشكاوي تلو الأخرى. (المرجع نفسه ، ص 281)

خلاصة الفصل

إن الطبيب المختص يعاني كأى فرد عامل من مجموعة الضغوطات تختلف مصادرها سواء تنظيمية أو فيزيقية او حتى شخصية، قد تكون ناجمة عن العقبات التي يتعرض لها أو بسبب طبيعة الأعمال التي يقوم بها، سوء معاملة الإدارة، ثقافة المريض، طبيعة التخصص وكل هذا يؤثر على أدائه و طبعه داخل المؤسسة الإستشفائية فتصبح سلوكياته تأخذ منحى الإضطراب و ذلك من خلال الغيابات، تأخر، عطلات مرضية و شكاوي و يكون ذلك تحت وطأة الضغط النفسي - المهني وصولا بالمختص إلى الإحترق النفسي

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع منهجية البحث

- تمهيد

- 1- منهج البحث
- 2- تصميم البحث
- 3- الأطر المكانية
- 4- تحديد مجتمع و عينة الدراسة
- 5- العينة ومواصفاتها
- 6- أداة البحث
- 7- صدق و ثبات المقياس
- 8- طريقة إجراء البحث
- 9- أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية

تمهيد

يتم دراسة ظاهرة الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين، نظرا للأثار السلبية التي تخلفها، حول وظيفة و فعالية التدخلات العلاجية بالإضافة إلى الأعباء الملقاة على عاتق الأطباء، مع حساسية الأداء المهني .

لهذا السبب يعد ضبط الإطار المنهجي خطوة مهمة في مراحل و إجراءات البحث العلمي، حيث أن قيمة كل دراسة تكمن في التحكم السليم في منهجية منسقة و منظمة. سنتناول في هذا الفصل الإجراءات التطبيقية التي تتبعناها من حيث التفصيل لوصف منهج البحث و تصميمه، و عرض أدواته المستعملة من حيث خصائصها السيكومترية إضافة على إلى الميدان ووصف مكان إجراء الدراسة، مركزين على عينة الدراسة و طريقة إختيار أفرادها و خصائصها وصولا في الأخير إلى وصف مختلف المعالجات الإحصائية المستعملة من أجل تحليل نتائج الدراسة و مناقشتها.

1- منهج الدراسة

تماشيا مع طبيعة هذه الدراسة التي تبحث في الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين فقد إتبع المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتبر من أحد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم، لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة يتم تصويرها كليا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة، و تصنيفها كليا وتحليلها مع إخضاعها للدراسة العلمية.

1- الأطر المكانية

أجريت الدراسة الحالية في بعض المؤسسات الصحية بولاية تيارت و المتمثلة في :

- 1- المؤسسة الإستشفائية للصحة العمومية (مصطفى دمرجي) . ولاية تيارت
- 2- المؤسسة الإستشفائية للولادة و أمراض النساء (عوارى زهرة). ولاية تيارت
- 3- المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية (محمد بوضياف). بلدية مهدية - ولاية تيارت
- 4- المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية (دحماني مليكة) .ولاية تيارت

5- المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية ، بلدية الرحوية . ولاية تيارت

6- المؤسسة الإستشفائية لطب العيون ، ولاية تيارت

7- المركز الصحي متعدد الخدمات (بوليش فريد)، ولاية تيارت

أما على مستوى القطاع الخاص فكانت دراستنا في بعض العيادات الخاصة على مستوى ولاية تيارت .

2- تحديد مجتمع و عينة الدراسة

يتمثل المجتمع الإحصائي للدراسة في الأطباء المختصين لولاية تيارت، الذي بلغ عددهم مائتان (200) طبيب مختص، وذلك حسب الإحصائيات لمديرية الصحة لولاية تيارت لسنة 2014، حيث أنه تم إختيار العينة بالطريقة العشوائية عن طريق التوزيع المتماثل، و كان حجم العينة مائة و أربع (104) و تم تحديدها عن طريق الجداول المعيارية ، عند مستوى الثقة (95%) .

3-العينة و مواصفاتها

فيما يلي عرض لعينة الدراسة وفق الخصائص الإحصائية ، الشخصية و المهنية

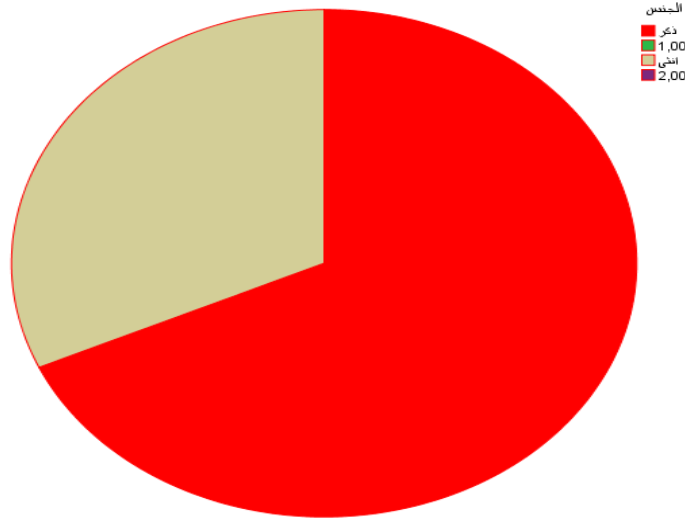
1.5- توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يبين الجدول رقم (05) توزيع أفراد العينة حسب الجنس، حيث بلغ العدد الإجمالي للعينة 104 فردا، منهم 71 ذكر أي ما نسبته 68.3% و 33 أنثى و ذلك ما يمثل نسبة مئوية قدرها 31.7%،

الجدول (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة المئوية%	العدد	الجنس
68.3	71	ذكر
31.7	33	أنثى
100	104	المجموع

ولإعطاء صورة مجسدة وواضحة من الجدول (05) أعلاه نتقدم بالشكل (14) و الذي يمثل رسماً بيانياً (الدائرة البيانية) لتوزيع العينة حسب متغير الجنس.



الشكل (14): الدائرة البيانية لتوزيع العينة حسب الجنس

2.5- توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية

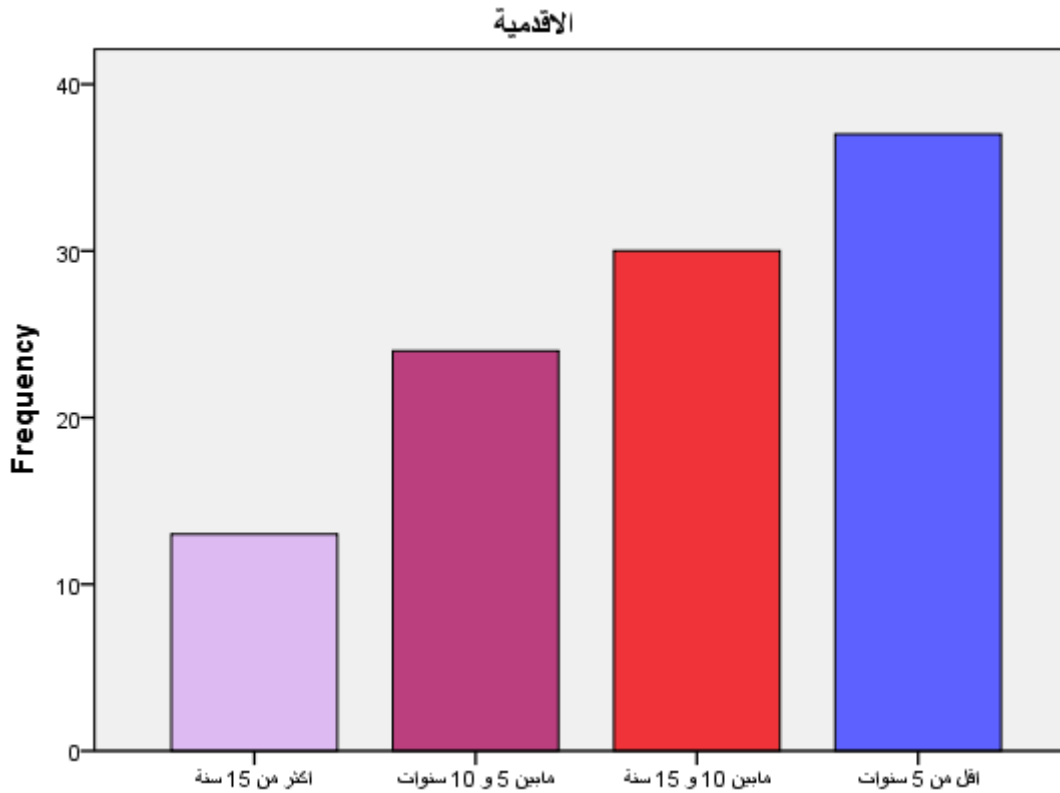
يبين الجدول (06) توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية، لقد كانت الأقدمية الغالبة لعينة الدراسة من فئة (أقل من 05 سنوات) ب 37 فرد أي بنسبة 35.6%، وكانت أقدمية العينة من فئة (ما بين 05 و 10 سنوات) ب 24 فرد و ذلك ما مثل نسبة 23.1%، أما عدد أفراد فئة (ما بين 10 و 15 سنة) فكان 30 فرد أي بنسبة 28.8%. أما أقلية أفراد عينة الدراسة ب 13 فردا كانت من فئة (أكثر من 15 سنة) بنسبة 12.5% و نلاحظ أن الخبرة المهنية للعينة للدراسة تغلب عليها فئة (أقل من 5 سنوات) ب 35.6%.

الجدول(06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الأقدمية المهنية

النسبة المئوية%	العدد	سنوات الأقدمية المهنية
35.6%	37	أقل من 05 سنوات
23.1%	24	ما بين 05 و 10 سنوات
28.8%	30	ما بين 10 و 15 سنة

12.5%	13	أكثر من 15 سنة
100	104	المجموع

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية نتقدم بالشكل رقم (15) و الذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب الأقدمية المهنية.



الشكل (15): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية في القطاع العام و القطاع الخاص

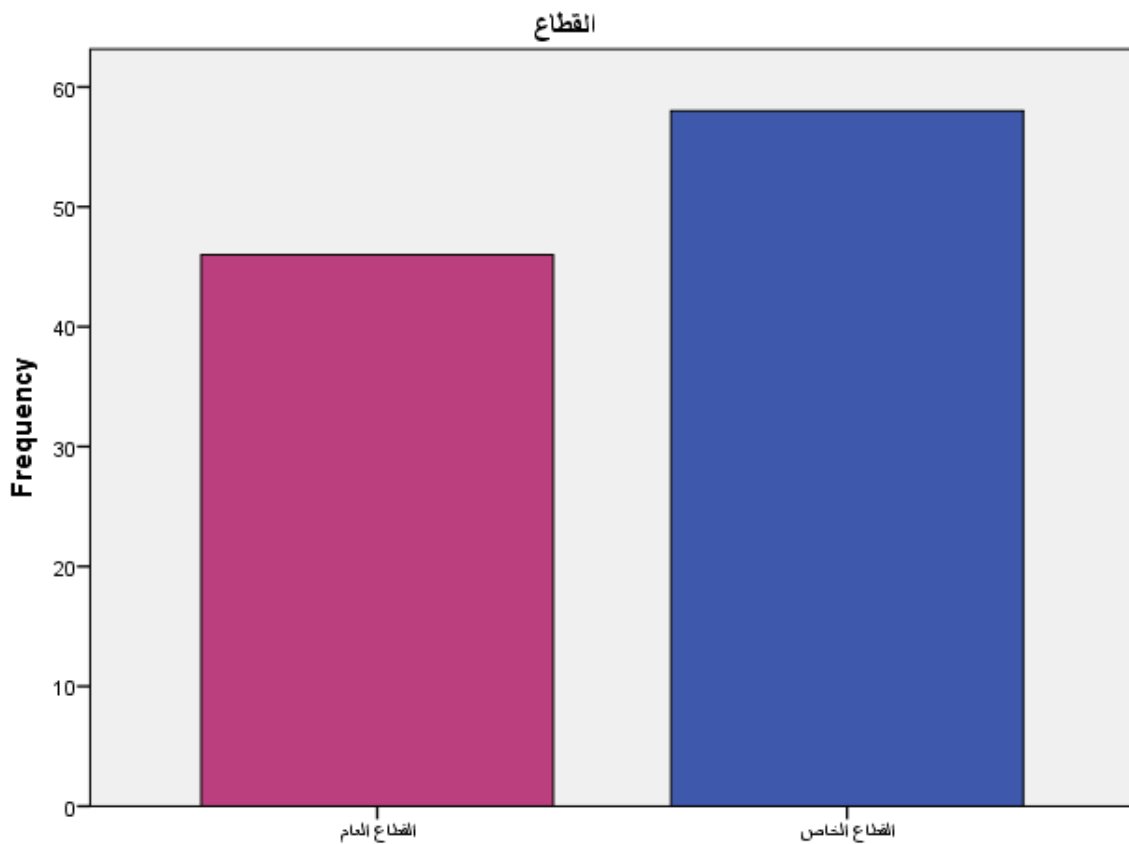
3.5- توزيع أفراد العينة حسب القطاع المستخدم

يوضح الجدول رقم (07) توزيع أفراد العينة حسب القطاع المستخدم الذي ينتمون إليه حيث كان عدد أفراد ذوي القطاع العام يساوي 46 فرداً و ذلك ما مثله بنسبة مئوية قدرت ب 44.2% في حين وصلت نسبة الأفراد الممثلين للقطاع الخاص ب 55.8% و هذا ما وصل إلى 58 فرداً .

الجدول رقم (07) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب القطاع المستخدم

القطاع المستخدم	العدد	النسبة المئوية
القطاع العام	46	44.2%
القطاع الخاص	58	55.8%
المجموع	104	100

ولإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن الجدول (07) نتقدم بالشكل (16) و الذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب القطاع المستخدم.



الشكل (16): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب القطاع المستخدم

4.5 - توزيع أفراد العينة حسب التخصص الطبي

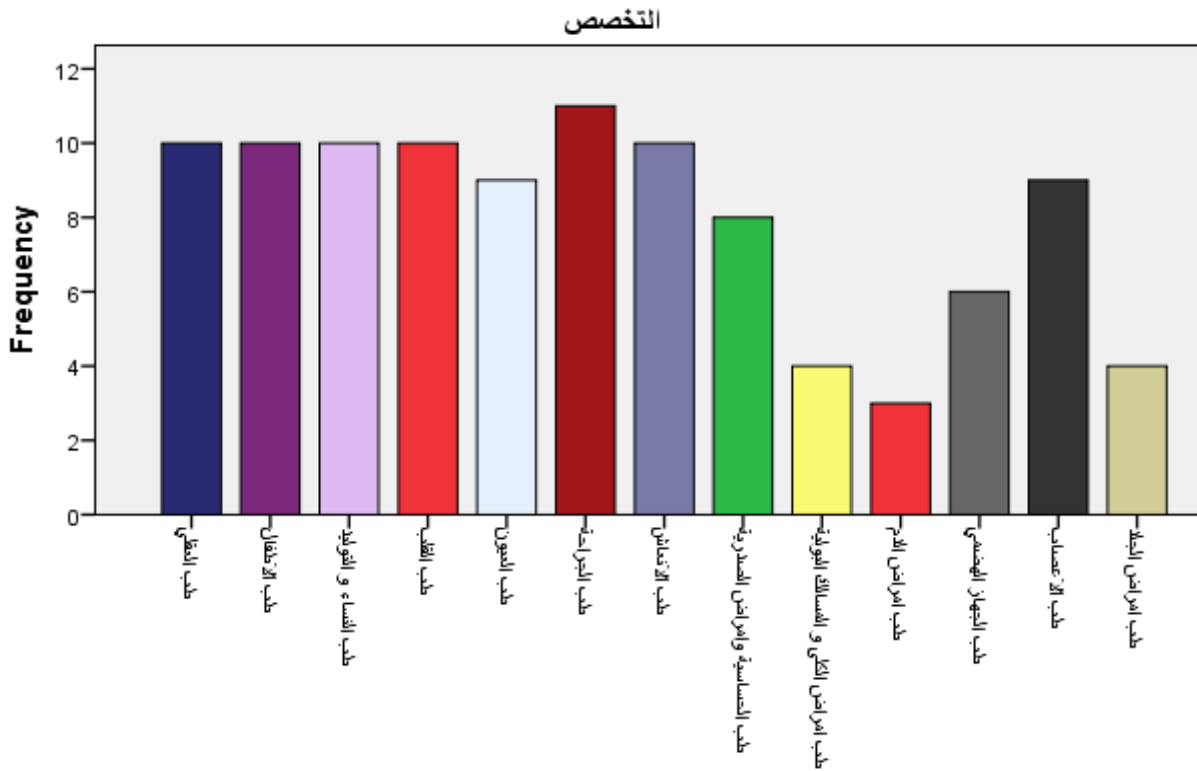
يمثل الجدول رقم (08) توزيع أفراد العينة حسب تخصصهم الطبي، وكانت كل من التخصصات الطب العقلي، طب الأطفال، طب النساء و التوليد، طب القلب و طب الإنعاش متساوي الأفراد حيث بلغ عددهم 10 أفراد لكل تخصص و ذلك ما مثل نسبة 9.6%، في حين بلغ أفراد طب العيون 09 أفراد أي 8.7% أما أفراد طب الجراحة فبلغ

نسبة 10.6% ما يقابله 11 فرد، أما عدد أفراد طب الحساسية و الأمراض الصدرية بلغ 08 أفراد ما نسبته 7.7%، أما أفراد طب الأعصاب فنجد 09 أفراد ما مثل نسبة 8.7% ثم يليه أفراد طب الجهاز الهضمي ب 06 أفراد ما يقابله نسبة 5.8%، نجد أفراد طب أمراض الكلى ب 04 أفراد أي 3.8% لنصل في الأخير لعدد أفراد طب أمراض الدم ب 03 أفراد ما مثل لنا نسبة مئوية وصلت إلى 2.9%.

الجدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب التخصص الطبي

النسبة المئوية	العدد	التخصص الطبي
9.6%	10	طب العقلي
9.6%	10	طب الأطفال
9.6%	10	طب النساء و التوليد
9.6%	10	طب القلب
8.7%	09	طب العيون
10.6%	11	طب الجراحة
9.6%	10	طب الإنعاش
7.7%	08	طب الحساسية
3.8%	04	طب أمراض الكلى
2.9%	03	طب أمراض الدم
5.8%	06	طب الجهاز الهضمي
8.7%	09	طب الأعصاب
3.8%	04	طب أمراض الجلد
100	104	المجموع

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن الجدول أعلاه نتقدم بالشكل (17) الذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب التخصص الطبي.



الشكل (17): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب التخصص الطبي

4- أداة البحث

استخدمت في الدراسة الحالية مقياس الإحترق النفسي لماسلاش ، و إستبيان السيرة الذاتية بغرض جمع المعلومات الإجتماعية و المهنية لأفراد عينة الدراسة .

1.6- إستبيان السيرة الذاتية

استخدمنا في بحثنا الحالي إستبيان للسيرة الذاتية للأطباء المختصين من أجل الحصول على البيانات الإجتماعية و المهنية من حيث: الجنس، التخصص الطبي، الأقدمية المهنية القطاع المستخدم.

حيث ساعدتنا هذه البيانات على التعرف و القيام بالوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق السمات الإجتماعية والخصائص المهنية.

2.6- مقياس الإحترق النفسي لماسلاش 1996 Maslach Burnout Inventroy

1.2.6- وصف المقياس

مقياس الإحترق النفسي هو سلم طور من قبل ماسلاش و جاكسون و ليدر Maslach & Jackson & Leiter 1996 يقيس أعراض الإحترق النفسي، وهو مكون من 22 فقرة مقسمة على ثلاثة أبعاد :

الرقم	البعد	عدد فقراته
01	الإرهاك الإنفعالي l'épuisement émotionnelle يقيس المشاعر الانفعالية و الإرهاك في العمل	09 فقرات (1-2-3-6-8-13-14-16-20)
02	تبلد المشاعر dépersonnalisation يقيس المشاعر السلبية تجاه الزملاء و المرضى	05 فقرات (5-10-15-22)
03	نقص الإنجاز الشخصي يقيس الرغبة في النجاح و الإنجاز الشخصي للطبيب المختص	08 فقرات (4-7-9-12-17-18-19-21)

هذا المقياس لديه 03 طبعات : طبعة مخصصة للقطاع الصحي (MBI-GS) و الطبعة الثانية مخصصة لهيئة التدريس (MBI-ES) و الطبعة الثالثة عامة للقطاعات الخدماتية الأخرى (MBI-HSS).

كون دراستنا الحالية تتضمن فئة الأطباء المختصين فلقد تم الإعتماد على الطبعة المخصصة للقطاع الصحي حيث إختلف هذا المقياس عن المقياس القديم الذي وضعته ماسلاش جاكسون 1981 Maslach & Jackson في كيفية الإجابة عن فقرات المقياس إذ يقوم المقياس القديم بتسجيل إستجابتين لكل مفحوص على كل فقرة، الأولى لتكرار الشعور والثانية لشدة الشعور بمضمون الفقرة.

في حين إقتصر المقياس الجديد لماسلاش و جاكسون و ليدر 1996 Maslach & Jackson & Leiter على درجة تكرار الشعور بمضمون الفقرة، وقد تم تدرج هذا المقياس ليبدل على تكرار الشعور حسب مقياس ليكارت إلى سبع درجات بمدى يتراوح من (0-6 درجات) و كان التنقيط كالاتي:

لا يحدث أبدا	يحدث قليلا في السنة	يحدث مرة واحدة في الشهر	يحدث بعض الأحيان في الشهر	يحدث مرة واحدة في الأسبوع	يحدث بعض المرات في الأسبوع	يحدث يوميا
0	1	2	3	4	5	6

الفرد حسب هذا المقياس لا يصنف أنه يعاني أو لا يعاني من الإحترق النفسي و إنما يصنف على أساس درجة الإحترق النفسي عنده تتراوح ما بين مرتفعة أو متوسطة أو منخفضة مثلما سوف نوضحه في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): تصنيف أبعاد مقياس Maslach للإحترق النفسي و كيفية تنقيطه

الأبعاد	مرتفع	متوسط	منخفض
الإرهاك الإنفعالي	30 فما فوق	29-18	17-0
تبدل المشاعر	12 فما فوق	11-6	5-0
نقص الإنجاز الشخصي	33-0	39-34	40 فما فوق

من أجل الحصول على شدة الإحترق النفسي، يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا من أجل الوصول إلى درجة و شدة كل بعد من الأبعاد الثلاث ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم إستخلاص شدة الإحترق النفسي مثلما هو مبين في الجدول:

الإحترق النفسي مرتفع الشدة = مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع (30 فما فوق) و مستوى

تبدل المشاعر مرتفع (12 فما فوق) و مستوى نقص الإنجاز الشخصي مرتفع (0-33).

الإحترق النفسي متوسط الشدة = مستوى إنهاك الإنفعالي متوسط (18-29) و مستوى

تبدل المشاعر متوسط (6-11) و مستوى نقص الإنجاز الشخصي متوسط (34-39).

الإحترق النفسي منخفض الشدة = مستوى إنهاك الإنفعالي منخفض (0-17) و مستوى

تبدل المشاعر منخفض (0-5) و مستوى نقص الإنجاز الشخصي منخفض (40 فما فوق)

(Maslach & J Jackson & Leiter , 1996 p. 101)

2.2.6 - شروط تطبيق المقياس حسب ماسلاش و جاكسون و ليدر 1996

Leiter & Maslach & Jackson

يستغرق تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) ما بين (05) و (10) دقائق لكل فرد بغرض تقادي الميل و الإنحياز في الأجوبة، مع مراعاة العنصرين التاليين :

• الإجابة الفردية

يجب أن تكون الإجابة في منأى عن الآخرين، بحيث تتم الإجابة على المقياس بشكل مفرد و منفرد، هذا الإجراء يسمح بالإجابة بعيدا عن التأثير بحديث الأصدقاء و الزملاء .

• الحفاظ على سرية المستجوب

نظرا لحساسية طبيعة بعض البنود، يجب أن يشعر المستجوبون بالراحة أثناء تعبيرهم عن مشاعرهم الحقيقية، لذلك من المستحسن أن تحافظ على سرية المستجوب (Anonyme) (خلو الإستمارة من الإسم) بحيث يمكن إستعمال الأرقام أو الرموز إذا طلب الأمر ذلك.

5- صدق و ثبات المقياس

1.7 - صدق المقياس

يعتبر هذا المقياس واسع الإنتشار في صورته الأجنبية لما يتمتع به من وثوق وصدق وذلك منذ صدور نسخته الأولى قبل عشرين سنة، وقد تم التحقق من صدق المقياس في البيئة الأجنبية عن طريق معامل الارتباط بينه و بين مقاييس أخرى في الرضا الوظيفي و الرغبة في ترك العمل، و الخصائص الوظيفية و كانت معاملات إرتباطه بالمقارنة مع هذه المقاييس مرضية للغاية كما بينت دراسة (Maslach & al , 1996)

و (Greinger , 1992) . كما يشير (Pierre tape , 1996) أن دراسات عديدة أكدت

الصدق الجيد للمقياس و الذي يفوق معامل الارتباط 0.70.

كما ثبت وجدوه و صدقه في البيئة العربية بشكل كبير بعد تطبيقه من طرف دراسة العنزي و المشعان (2006) بالكويت حيث بلغ معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات

المقياس و درجته الكلية، كانت المعاملات بين (0.44 و 0.74) كلها دالة إحصائياً عند مستوى (0.01).

نجد أيضاً دراسة (عبد الرحمن قدويري 2007) على أساتذة التعليم الثانوي بالدار البيضاء بالمغرب و كانت معاملات الارتباط جد عالية و تراوحت ما بين (0.68) (0.90).

2.7 - صدق المقياس في المجتمع الجزائري

لقد تم استخدام مقياس الإحترق النفسي المعرب من طرف محمد عبد الرحمن طوالبه (1999) في عدة بحوث علمية كدراسة جلولي شتوحي نسيم (2003) على مرضي مستشفى باشا، وميهوبي فوزي (2007) على مرضي القطاع الصحي بالجزائر العاصمة سعاد مخلوف (2012) على الأطباء الجراحين و بلغت معاملات إرتباط الأبعاد الثلاث للإحترق النفسي بالدرجة الكلية للإختبار : الإنهاك الإنفعالي (0.90)، تبدل المشاعر (0.68)، نقص الإنجاز الشخصي (0.78)

دراسة طايبي نعيمة (2013) على الممرضين بمستشفى الجزائر العاصمة بلغ معامل الصدق الذاتي (0.83)

3.7 - ثبات المقياس

لقد حاز مقياس الإحترق النفسي الأصلي درجة ثبات جيدة، حيث بلغ معامل الثبات الداخلي باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ (0.90) للإنهاك الإنفعالي و (0.79) لتبدل المشاعر (0.71) لنقص الإنجاز الشخصي. (Maslach & al 1996)

في دراسة (Leiter & Durup 1996) بطريقة إعادة الإختبار و بفواصل زمني قدره 03 أشهر إلى معاملات الثبات الأتية : الإنهاك الإنفعالي (0.75) و تبدل المشاعر (0.64) نقص الإنجاز الشخصي (0.62) .

أما في البيئة العربية السعودية في دراسة سعد الكلابي و مازن رشيد (2001) معاملات ألفا لكرونباخ بلغت (0.90) للإنهاك الإنفعالي، تبدد المشاعر (0.64) و (0.50) لنقص الإنجاز الشخصي.

دراسة العنزي و المشعان (2006) بلغت معاملات الثبات لبعدها الإنهاك الإنفعالي (0.86) تبدد المشاعر (0.91) و نقص الإنجاز الشخصي (0.76) و جميع المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)

أما ثباته في البيئة الجزائرية : دراسة سعاد مخلوف (2012)، حيث بلغت معاملات الثبات بمعامل ألفا لكرونباخ على النحو التالي: الإنهاك الإنفعالي (0.88) و تبدد المشاعر (0.73) و نقص الإنجاز الشخصي (0.86)

أما في دراسة طايبي نعيمة (2013) فبلغ معامل الثبات ألفا لكرونباخ (0.70)، وقد تحققت الباحثة حاتم وهيب، إثر دراستها لأثر الإحترق النفسي لدى أطباء الإستعجالات بمستشفيات العاصمة، من ثبات المقياس بحساب معامل الإتساق الداخلي بين بنود هذا المقياس بالنسبة للمستويات الثلاثة (الإنهاك الإنفعالي، تبدد المشاعر، نقص الإنجاز الشخصي) على عينة أطباء قوامها 300 طبيب و طبيبة و كانت النتائج معاملات ألفا لكرونباخ كالتالي :

الإنهاك الإنفعالي = 0.77، تبدد المشاعر = 0.69، نقص الإنجاز الشخصي = 0.74
المجموع الكلي للمقياس = 0.74

4.7 - دراسة صدق و ثبات المقياس في الدراسة الحالية

للتأكد من معامل صدق المقياس، إستعملت الباحثة طرقتين و هما:
طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)، صدق الإتساق الداخلي.

1.4.7 - صدق التمييزي (طريقة المقارنة الطرفية)

صدق التمييزي أو المقارنة الطرفية، يقصد به قدرة الإختبار على التمييز بين الأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصفة أو السمة، وبين الأفراد الذين يتمتعون بدرجة

منخفضة من نفس الصفة أو السمة المراد قياسها من المقياس، ويكون ذلك من خلال مقارنة الثلث الأعلى من درجات المقياس بدرجات الثلث الأدنى بالنسبة للمقياس الكلي تتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين (متوسط الثلث الأعلى و متوسط الثلث الأدنى)، حيث كان عدد أفراد الثلث الأعلى 28 فردا و كانت درجاتهم تتراوح ما بين (75-100 درجة)، أما بالنسبة لدرجات الثلث الأدنى فكان عدد أفرادها مماثل لما جاء في الثلث الأعلى، فتراوحت درجات هذا الثلث من (31-57) علما أن أعلى درجة في المقياس الحالي هي (100) درجة و أدنى درجة هي (31) درجة.

الجدول (10) : نتائج إختبار "ت" لفرق بين المتوسطي الثلث الأعلى و الثلث الأدنى للمقياس الكلي.

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	
49.60	4.99139	-18.57	27	0.000	الثلث الأدنى
85.96	5.50072				الثلث الأعلى

نلاحظ من نتائج إختبار (ت) في الجدول أعلاه، أن قيمة الإحتمال أو الدلالة الإحصائية (P. value) تساوي 0.00 و هي أصغر من مستوى 0.05، مما يدل على وجود فروق جوهرية، و بالتالي يوجد فروق بين درجات الثلث الأعلى و درجات الثلث الأدنى للمقياس بمقارنة المتوسطات المبينة في الجدول أعلاه نجد أن متوسط الثلث الأعلى (م= 85.96) أكبر من متوسط درجات الثلث الأدنى (م= 49.60)، وعليه فإن هذا المقياس لديه القدرة على التمييز فيما يخص قياس الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين بالتالي يمكننا الحكم على أن المقياس صادق.

2.4.7. - صدق الإتساق الداخلي

صدق المفردات و ذلك بإستخدام معامل إرتباط بيرسون لإيجاد معامل الإرتباط بين كل مفردة و الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه بعد تطبيق الأداة و تفرغ النتائج، قمنا بحساب معامل إرتباط بين درجات الأفراد لكل فقرة مع درجاتهم الكلية لكل بعد تنتمي إليه، كما قمنا أيضا بحساب معامل إرتباط بين درجات كل بعد من مقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (11) :معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد الأول

الإرهاك الإنفعالي

الرقم	الفقرة	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
1	أشعر بأنني منهار إنفعاليا جراء ممارستي مهنة الطب.	0.766	دال عند 0.01
2	أشعر أن طاقتي مستنفذة مع نهاية اليوم المهني.	0.745	دال عند 0.01
3	أشعر بالتعب عندما أستيقظ من نومي و أعرف أنه علي مواجهة يوم عمل جديد.	0.756	دال عند 0.01
6	إن التعامل مع الناس طوال يوم عمل يتطلب مني جهد كبير.	0.599	دال عند 0.01
8	أشعر بالضغط من ممارستي لهذه المهنة.	0.864	دال عند 0.01
13	يلازمني شعور بالإحباط بسبب عملي.	0.822	دال عند 0.01
14	أدرك مستوى الإجهاد الذي أعانيه بسبب عملي في مهنة الطب.	0.734	دال عند 0.01
16	أعرض لضغوط شديدة بسبب العمل المباشر مع الآخرين.	0.831	دال عند 0.01
20	أشعر و كأني على حافة الهاوية جراء ممارستي مهنة الطب.	0.717	دال عند 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن كل فقرات بعد الإنهاك الإنفعالي و الذي بلغ عددها 09 فقرات كانت كلها دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (12): معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الثاني مع الدرجة الكلية للبعد الثاني تبليد المشاعر

الرقم	الفقرة	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
5	أشعر أني أتعامل مع بعض المرضى و كأنهم جمادات لا حياة لهم.	0.481	دال عند 0.01
10	أصبحت أقل شعورا بالناس منذ إلتحاقني بهذه المهنة.	0.679	دال عند 0.01
11	أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسيا.	0.619	دال عند 0.01
15	حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض المرضى من مشكلات.	0.517	دال عند 0.01
22	أشعر أن المرضى يلومونني على بعض المشاكل التي تواجههم.	0.704	دال عند 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن كل فقرات البعد الثاني من مقياس الإحتراق النفسي تبليد المشاعر و الذي عدد فقراته 05 فقرات كانت كلها دالة عند مستوى دلالة (0.01)

الجدول رقم (13): معامل إرتباط درجة كل فقرة البعد الثالث مع الدرجة الكلية للبعد الثالث نقص الإنجاز الشخصي

الرقم	الفقرة	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
4	أستطيع أن افهم بسهولة مشاعر المرضى.	0.581	دال عند 0.01
7	أحل بفعالية عالية مشاكل المرضى.	0.694	دال عند 0.01
9	يبدو لي أني أوثر إيجابيا في الأشخاص الذين أحتك بهم في عملي.	0.727	دال عند 0.01
12	أشعر بالحيوية و النشاط.	0.525	دال عند 0.01
17	أستطيع بكل سهولة أن اخلق جوا مفسيا مريحا مع المرضى.	0.686	دال عند 0.01
18	أشعر بالسعادة بعد العمل مع المرضى عن قرب.	0.595	دال عند 0.01
19	لقد أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة في مهنتي.	0.583	دال عند 0.01
21	أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الإنفعالية أثناء ممارستي لمهنتي.	0.458	دال عند 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن كل فقرات البعد الثالث من مقياس الإحتراق النفسي نقص الإنجاز الشخصي و الذي عدد فقراته 08 فقرات كانت كلها دالة عند مستوى دلالة (0.01).

الجدول رقم (14): معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	قيمة معامل الارتباط
الإنهاك الإنفعالي	**0.903
تبلد المشاعر	**0.523
نقص الإنجاز الشخصي	** -0.267

يبين الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد المقياس و المقياس ككل عند مستوى 0.01 و هذا يدل على تحقق صدق الإتساق الداخلي للمقياس مما يعني أنه يقيس الهدف الذي وضع من أجله.

5.7 - ثبات الأداة

1.5.7 - طريقة ألفا لكرونباخ

تعتمد معادلة ألفا لكرونباخ على تباينات أسئلة الاختبار أو المقياس، وتشتت أن تقيس بنود الإختبار سمة واحدة فقط، و لذلك قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لكل بعد على إنفراد ثم قامت بحساب معامل ثبات المقياس ككل والجدول الآتي يوضح قيم معاملات ألفا لكرونباخ لكل بعد على إنفراد و للمقياس ككل.

الجدول(15): يوضح معاملات الفا لكرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس الإحترق النفسي

لماسلاش

الرقم	أبعاد مقياس الإحترق النفسي	عدد الفقرات	معامل ألفا لكرونباخ
01	الإنهاك الإنفعالي	09	0.90
02	تبلد المشاعر	05	0.54
03	نقص الإنجاز الشخصي	08	0.75
	مجموع فقرات المقياس	22	0.76

8 - طريقة إجراء البحث

تم تطبيق أداة البحث بطريقة فردية تم من خلالها إطلاع كل ممارس مختص في القطاعين العام و الخاص، بالخاصية العلمية للدراسة ، ثم تقديم أداة البحث بعد تقديم التعليمات و شرح محتوى البنود مع التأكيد على سرية الإجابات و أنها لن تستعمل إلا لأغراض الدراسة العلمية، وذلك لتفادي الأجوبة الغير موضوعية إضافة إلى خلق جو من الإرتياح للممارس المختص عند الإجابة على بنود المقياس.

9 - أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية

بغرض تحليل بيانات الدراسة و التحقق من صحة فرضيات البحث المقترحة، لقد تم الإستعانة بالحاسب الألي في معالجته عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الإجتماعية Statistical Package For Social Sciences (spss) وذلك بالإعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات و النسب المئوية لترتيب و تصنيف خصائص العينة.
- مقاييس النزعة المركزية و التشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل أو إعتدال صفات أفراد العينة و كذا حساب الإنحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة ومدى إنسجامها.
- معامل الإرتباط بيرسون.
- ألفا لكرونباخ : لحساب معامل الثبات لأبعاد المقياس و جميع الفقرات.
- إختبار T-TEST لقياس الفروق بين المتوسطين (صدق التمييزي).
- إختبار T-TEST لقياس الفروق في إستجابات العينة حسب متغيري الجنس و القطاع المستخدم.
- إختبار T-TEST لعينة واحدة لمعرفة متوسط مستوى الإحتراق النفسي لدى عينة الدراسة
- تحليل التباين الأحادي ANOVA لقياس الفروق في إستجابات أفراد العينة حسب متغير الأقدمية المهنية.

الفصل الخامس

عرض و تحليل نتائج الدراسة

- تمهيد

- 1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية
- 2- شروط تطبيق إختبار "ت" لعينة واحدة
- 3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
- 4- شروط تطبيق إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين
- 5- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية
- 6- شروط إستخدام اختبار تحليل التباين
- 7- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
- 8- شروط إستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين

تمهيد

يهدف هذا الفصل الأخير إلى تقديم، عرض، تفسير النتائج و مناقشة الفرضيات التي تم طرحها في بداية الدراسة، وذلك بعد تطبيق أداة البحث التي كان الغرض منها التحقق من الفرضيات و البيانات التي تم الحصول عليها ، وبغية إختبار صحة فرضيات البحث الحالي قمنا بالتحليلات الإحصائية التي سيتم عرضها لاحقاً بالتفصيل في هذا الفصل، التي ستسمح لنا بإختبار كل فرضية على حدى، كما قمنا بالتحقق من شروط كل إختبار على حدى ثم مناقشة الفرضيات على نتائج الأبحاث المستجدة و القائمة في هذا المجال متبعين مجموعة من الخطوات المنهجية التي قادتنا إلى التحقق من فرضيات الدراسة.

1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى

من أجل إختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن: "الأطباء المختصين يعانون من الإحترق النفسي وفقاً لأبعاده الثلاثة".

تم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لأبعاد الإحترق النفسي الثلاثة، كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات الثلاثة لكل بعد (منخفض، متوسط، مرتفع) بالإضافة إلى نتائج إختبار (ت) لعينة واحدة **one sample t test** بهدف مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة و القيمة الإختبارية، ذلك بعد تحويل الدرجات إلى متوسطات، تهدف هذه العملية الإحصائية إلى إختبار الفرض باختلاف متوسط التوزيع عن قيمة ثابتة يطلق عليها في برنامج **spss** القيمة الإختبارية **test value**

إندرجت تحت الفرضية الرئيسية ثلاثة فرضيات جزئية تحدد المستويات الثلاثة للإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين، لكن قبل هذا يجب التأكد من شروط تطبيق إختبار "ت"

لعينة واحدة. **One sample t test.**

2- شروط تطبيق إختبار "ت" لعينة واحدة one sample t test

8-الإستقلالية: يلزم توافره في حالتين فقط هما: في حالة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين وفي حالة تحليل التباين في إتجاه واحد

9-العشوائية و البيانات المترية (الكمية): هما شرطان نظريان و لا يتم إختبارهما إحصائيا وبما أنه تم إختيار العينة بطريقة عشوائية فان هذا الشرط تحقق أما فيما يخص البيانات المترية (الكمية) فهنا البيانات تمثل درجات أفراد العينة في مقياس الإحتراق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث، و بالتالي هذان الشرطان متوفرين و بالتالي يسمح لنا بتطبيق إختبار "ت"

لعينة واحدة One sample t test

10- شرط الإعتدالية: كما هو معروف أنه في حالة العينات الكبيرة (عدد المشاهدات يكون أكبر من أو تساوي 30مشاهدة) حيث سجلنا مجموع أفراد العينة (104) و هي أكبر من (30 مشاهدة)؛ ففي هذه الحالة يمكننا التخلي عن شرط إعتدالية التوزيع الإحتمالي وفقا لما تفره نظرية النزعة المركزية (أسامة أمين، 2007، ص 107)

11- شرط التجانس: يلزم توافره في حالتين فقط هما: في حالة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و في حالة تحليل التباين في إتجاه واحد (نفس المرجع، ص108)

بعد التحقق من شروط إستخدام إختبار "ت" لعينة واحدة و توفرها في أفراد عينة البحث يمكننا تطبيق الإختبار.

➤ الفرضية الجزئية الأولى: وتنص على ما يلي:

"يعاني الأطباء المختصين من الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي"

تكونت عينة الدراسة من 104 طبيب و طبيبة، و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير

الإحتراق النفسي على البعد الأول الإنهاك الإنفعالي

الجدول رقم (16): الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد الإنهاك الإنفعالي

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع		المستويات	أبعاد الإحتراق النفسي
		%	ت		
13.34	23.44	39.4	41	مستوى منخفض [17 - 0]	الإنهاك الإنفعالي
		25	26	مستوى متوسط [29 - 18]	
		35.57	37	مستوى مرتفع [30 فما فوق]	

يتضح من خلال الجدول (17) الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحتراق النفسي أن أعلى نسبة للإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تقع في المستوى المنخفض بنسبة 39.4% من مجموع أفراد العينة، تليها نسبة 35.57% في المستوى المرتفع على بعد الإنهاك الإنفعالي، بينما تحصل 25% من الأفراد على مستوى متوسط على بعد الإنهاك الإنفعالي.

مما يدفعنا القول أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من الإنهاك الإنفعالي، و يتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 23.44 و يفوق الحد الأدنى للمستوى المتوسط [18 - 29] .

➤ مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد الإنهاك الإنفعالي

بعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة، تمت مقارنته بالدرجة الإختبارية 18 المستخلصة من مقياس الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي و هي القيمة الدنيا للمستوى المتوسط بلغ متوسط العينة على بعد الإنهاك الإنفعالي $X = 23.44$ و بإنحراف معياري $SD = 13.34$ ، يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية و هي 18 بأن هناك فروق دالة إحصائيا بين الدرجتين حيث بلغت قيمة $T = 4.16$ و أن هذا الفرق دال عند مستوى دلالة 0.001، وعليه هناك فروق جوهرية بين المتوسطين لصالح متوسط العينة (متوسط العينة أكبر من القيمة الإختبارية) و بالتالي فإن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من الإنهاك الإنفعالي، و منه يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الأول بأنه أغلبية أفراد عينة البحث يعانون من مستوى متوسط من الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الآتي :

الجدول رقم (17): نتائج إختبار T لعينة واحدة على بعد الإنهاك الإنفعالي

البعد	القيمة الإختبارية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الإنهاك الإنفعالي	18	23.44	13.34	4.16	103	0.000

➤ الفرضية الجزئية الثانية: وتتص على ما يلي:

"يعاني الأطباء المختصين من الإحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر " تكونت عينة الدراسة من 104 طبيب و طبيبة مختصة و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير الإحتراق النفسي على البعد الثاني تبدل المشاعر

الجدول رقم (18): الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد تبلد المشاعر

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع		المستويات	أبعاد الإحترق النفسي
		%	ت		
4.35	6.14	50.96	53	مستوى منخفض [5 - 0]	تبلد المشاعر
		36.53	38	مستوى متوسط [11 - 6]	
		12.50	13	مستوى مرتفع 12 فما فوق	

يتضح من الجدول أعلاه الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي أن أعلى نسبة للإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر فتقع أعلى نسبة في المستوى المنخفض ب 50.96%، يليها المستوى المنخفض على بعد تبلد المشاعر بنسبة 36.53 %، ثم المستوى المرتفع على تبلد المشاعر بنسبة 12.50% .

إن هذه النتيجة تدل على أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر و يتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغت قيمته 6.14 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المتوسط بقليل (6 - 11).

➤ مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد تبلد المشاعر

بعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة تمت مقارنته بالدرجة 6 المستخلصة من مقياس الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر و هي القيمة الدنيا للمستوى المتوسط، و بإستخدام إختبار T لعينة واحدة، بلغ متوسط العينة على بعد تبلد المشاعر 6.14 و بإنحراف معياري 4.35 يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية و هي 6 فإن هناك فروق دالة إحصائياً بين الدرجتين حيث بلغت قيمة (T) (0.33) و هذا الفرق دال عند مستوى دلالة 0.73 عليه هناك فروق بين المتوسطين لصالح متوسط عينة الدراسة (متوسط العينة أكبر من القيمة الإختبارية)؛ و بالتالي فإن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من تبلد المشاعر منه يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الثاني بأنه أغلبية أفراد العينة يعانون من مستوى

متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر؛ وقد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الآتي :

الجدول رقم (19): نتائج إختبار T لعينة واحدة على بعد تبدل المشاعر

البعد	القيمة الإختبارية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تبدل المشاعر	6	6.14	4.35	0.33	103	0.73

➤ الفرضية الجزئية الثالثة: وتتص على ما يلي:

"يعاني الأطباء المختصين من الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي" تكونت عينة الدراسة من 104 طبيب و طبيبة مختصة، و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير الإحترق النفسي على البعد الثالث نقص الإنجاز الشخصي

الجدول رقم (20): الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد نقص الإنجاز الشخصي

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع		المستويات	أبعاد الإحترق النفسي
		%	ت		
6.61	37.07	45.19	47	مستوى منخفض [40 فما فوق]	نقص الإنجاز الشخصي
		25	26	مستوى متوسط [39 – 34]	
		29.80	31	مستوى مرتفع [33 – 0]	

يتضح من خلال الجدول (20) الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي أن أغلبية أفراد العينة 45.19 يتمتعون بدرجة منخفضة على بعد نقص الإنجاز الشخصي، أما نسبة الأفراد الذين يمثلون مستوى المرتفع من نقص الإنجاز

الشخصي فكانت 29.80، في حين نجد أن نسبة الأفراد الذين لديهم مستوى متوسط على بعد نقص الإنجاز الشخصي 25 .

مما يدفع القول إلى أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من نقص الإنجاز الشخصي يتضح من خلال المتوسط الذي بلغ 37.07 و هو يفوق الحد الأدنى للمستوى المنخفض بقليل [34 – 39] .

➤ مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد نقص الإنجاز الشخصي

بعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة، تمت مقارنته بالدرجة الإختبارية 34 المستخلصة من مقياس الإحتراق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي و هي القيمة الدنيا للمستوى المتوسط.

بلغ متوسط العينة على بعد الإنهاك الإنفعالي $X = 37.07$ يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية و هي 34 بأن هناك فروق دالة إحصائية بين الدرجتين حيث بلغت قيمة $T = 4.74$ و أن هذا الفرق دال عند مستوى دلالة 0.001، وعليه هناك فروق جوهرية بين المتوسطين لصالح متوسط العينة (متوسط العينة أكبر من القيمة الإختبارية)؛ و بالتالي فإن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من نقص الإنجاز الشخصي و منه يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الثالث بأنه أغلبية أفراد عينة البحث يعانون من مستوى متوسط من الإحتراق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (21): نتائج إختبار T لعينة واحدة على بعد نقص الإنجاز الشخصي

البعد	القيمة الإختبارية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
نقص الإنجاز الشخصي	34	37.07	6.61	4.74	103	0.000

إذن مما سبق طرحه يمكن الإجابة على الإشكالية الرئيسية للدراسة على النحو التالي:

يعاني الأطباء المختصين من مستوى متوسط من الإحترق النفسي وذلك وفقا لأبعاده الثالث.

3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى: تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس "

لإختبار صحة الفرضية قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية و الإنحراف المعياري كذا دلالة الفروق بين المتوسطين (ذكور و إناث) بإستخدام إختبار (ت) للفروق بين المتوسطين لمعرفة الدلالة الإحصائية، و تم التأكد من شروط إستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و جاءت النتائج كالتالي :

4-شروط تطبيق إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين

➤ شرط الإستقلالية، العشوائية و البيانات المترية (الكمية)

بما أن البيانات عبارة عن إستجابات كل مختص و مختصة في مقياس الإحترق النفسي كل إستجابة مستقلة عن الأخرى، لذلك فإن شرط الإستقلالية متحقق في البيانات بالتالي لا تعتبر هذه الأخيرة مشكلة تمنع إستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين كما أن العينة تم إختيارها بالطريقة العشوائية فإن شرط العشوائية هنا قد تحقق كما أن البيانات تمثل درجات الجنسين في مقياس الإحترق النفسي و ذلك وفقا لأبعاده الثالث .

➤ شرط إعتدالية التوزيع

تمت دراسة التوزيع لكل مجموعة (الذكور و الإناث) لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي بعد حساب معامل الإلتواء، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): الخصائص الإحصائية الوصفية لعينة الدراسة حسب متغير الجنس لمقياس الإحترق النفسي

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	طبيعة الالتواء
ذكر	71	22.33	22	187.7	13.70	0.92	موجب
أنثى	33	25.81	25.86	153.7	12.39	-0.03	سالب
ذكر	71	5.73	5.00	18.57	4.30	0.83	موجب
أنثى	33	7.03	6.00	19.21	4.38	0.67	موجب
ذكر	71	37.28	38	44	6.63	-0.30	سالب
أنثى	33	36.63	38	44.36	6.66	-0.68	سالب
ذكر	71	65.35	62	217.5	14.75	0.16	موجب
أنثى	33	69.48	68	225.5	15.01	0.18	موجب

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك إختلاف في عدد مفردات كل مجموعة (71 ذكور 33 إناث)، مع تسجيل متوسط حسابي قدره (22.33) ووسيط حسابي قدره (22) مع إنحراف معياري بقيمة (13.70) و منوال ب (187.7) بالنسبة للذكور، أما الإناث فقمنا بتسجيل متوسط حسابي قدره (25.81) ووسيط قدره (25.86) مع إنحراف معياري بقيمة (12.39) و منوال ب (153.7) هذا على مستوى الإنهاك الإنفعالي.

كما تم تسجيل متوسط حسابي قدره (5.73) ووسيط قدره (5.00) مع إنحراف معياري (4.30) و منوال بقيمة (18.57)، هذا بالنسبة لمجموعة الذكور أما مجموعة الإناث فلقد سجلنا متوسط حسابي ب (7.03) ووسيط قدره (5.00) مع إنحراف معياري بقيمة (4.38) ومنوال بقيمة (19.21) هذا على مستوى تبدل المشاعر.

أما على مستوى نقص الإنجاز الشخصي فلقد سجلنا متوسط حسابي قدره (37.28) ووسيط قدره (38) مع إنحراف معياري (6.63) ومنوال قدره (44) هذا بالنسبة للمجموعة

الأولى مجموعة الذكور، كما سجلنا للمجموعة الثانية الإناث، وعلى نفس المستوى متوسط حسابي قدره (36.63) ووسيط بقيمة (38) مع إنحراف معياري (6.66) ومنوال قدرت قيمته ب (44.36).

أما على مستوى الإحترق النفسي ككل وجدنا أن المجموعة الأولى ذكور، بلغت قيمة متوسطها الحسابي ب (65.35) ووسيط قدره (62) مع تسجيل (14.75) كقيمة للإنحراف المعياري و منوال ب (217.5)، أما مجموعة الإناث بلغ متوسطها الحسابي نسبة (69.48) ووسيط قدره (68) ومنوال ب (225.5).

أما بالنسبة لمعاملات الإلتواء، تم تسجيل معامل الإلتواء للمجموعة الأولى ذكور بقيمة (0.92) وهو أصغر من 1 و يقترب من (0)، والمجموعة الثانية إناث بقيمة (-0.03) وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0)، وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعة الأولى المجموعة الثانية إناث على مستوى الإنهاك الإنفعالي.

كما قمنا بتسجيل معامل إلتواء المجموعة الأولى ذكور بقيمة (0.83) وهو أصغر من (1) يقترب من (0)، و المجموعة الثانية للإناث بقيمة (0.67) وهو أصغر من (1) و يقترب من (0) ، وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعة الأولى للذكور و المجموعة الثانية الإناث على مستوى تبلد المشاعر.

أما معامل الإلتواء على مستوى نفض الإنجاز الشخصي فقمنا بتسجيل قيمة (-0.30) للمجموعة الأولى للذكور وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0)، و المجموعة الثانية للإناث ب (-0.68) وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0) وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعتين ذكور و إناث.

أما بالنسبة على مستوى الإحترق النفسي فقمنا بتسجيل قيمة (0.16) للمجموعة الأولى الذكور وهو أصغر من (1) و يقترب من (0)، و المجموعة الثانية للإناث ب (0.18) وهو أصغر من 1 و يقترب من (0)، وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعتين ذكور

إناث بالتالي فإن شرط إعتدالية التوزيع لدرجات مقياس الإحترق النفسي على أبعاده الثلاث لمتغير الجنس تحقق.

➤ شرط التجانس

في هذه الحالة يمكن لنا التخلي عن شرط التجانس لأنه في اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين لا يعتبر شرطاً أساسياً من شروط تطبيق الاختبار؛ وبموجب ذلك تم التخلي عن هذا الشرط في دراستنا الحالية، و إنما يلزم توافره في حالة تحليل التباين Anova في إتجاه واحد فقط. (أسامة أمين، 2007، ص 108)

من خلال ما سبق نلاحظ أن جميع الشروط مستوفاة و بالتالي يكمن إجراء اختبار "ت" لعينتين مستقلتين متجانستين.

تم تقسيم الفرضية الفرعية إلى ثلاثة فرضيات جزئية حسب الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي حسب ماسلاش، كالأتي:

➤ الفرضية الجزئية الأولى

تكونت عينة الذكور من $n_1 = 71$ ، أما عينة الإناث فتكونت من $n_2 = 33$ ، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (ذكور و إناث)، باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين.

الجدول رقم (23): نتائج اختبار "T" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد الإنهاك

الإنفعالي

الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	71	22.33	13.70	- 1.241	102	0.217
أنثى	33	25.81	12.39			

يتضح من الجدول رقم (23) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (22.33) بإنحراف معياري (13.70) بينما بلغ المتوسط الحسابي للإناث (25.81) و بإنحراف معياري

(12.39) هذا يعني أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي حسب الحد الأدنى للمستوى المتوسط لماسلاش أي (18). من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسط تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين فكانت قيمة (ت) = -1.241 و درجة الحرية 102، حيث جاءت مستوى الدلالة 0.217 أكبر من الدلالة الإحصائية 0.05 و هذا يعني أنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي؛ و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين

➤ الفرضية الجزئية الثانية:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الجنس"

تكونت عينة الذكور من $n_1 = 71$ ، أما عينة الإناث فتكونت من $n_2 = 33$ ، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (ذكور و إناث)، بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين

الجدول رقم (24): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد تبدل المشاعر

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
ذكور	71	5.73	4.30	102	-1.422	0.158
إناث	33	7.03	4.38			

يتضح من الجدول رقم (24) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (5.73) و بإنحراف معياري (4.30)، حيث نجد أن المتوسط الحسابي للإناث بلغ (7.03) و بإنحراف معياري (4.38)، وهذا يعني أن مجموعة الذكور تعاني من مستوى منخفض من الإحترق النفسي

على بعد تبدل المشاعر بينما مجموعة الإناث تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على نفس البعد حسب الحد الأدنى للمستوى لماسلاش أي الدرجة (6) .
 من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم إستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين فكانت قيمة (ت) = 1.422 - و درجة الحرية 102، حيث جاءت مستوى الدلالة 0.158 أكبر من مستوى دلالة 0.05 و هذا يعني أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر، و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الجنس.

➤ الفرضية الجزئية الثالثة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الجنس"

تكونت عينة الذكور من $n_1 = 71$ ، أما عينة الإناث فتكونت من $n_2 = 33$ ، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (ذكور و إناث)، باستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين.

الجدول رقم (25): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد نقص

الإنجاز الشخصي لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
ذكر	71	37.28	6.63	0.461	102	0.646
أنثى	33	36.63	6.66			

يتضح من الجدول رقم (25) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (37.28) بإنحراف معياري (6.63)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للإناث (36.63) و بإنحراف معياري (6.66) هذا يعني أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي حسب الحد الأدنى للمستوى المتوسط لماسلاش أي (34)

من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطين تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين فكانت قيمة (ت) = 0.461 و درجة الحرية 102، حيث جاءت مستوى الدلالة 0.646 أكبر من مستوى دلالة 0.05 و هذا يعني أنه لا توجد فروق بين الجنسين في بعد نقص الإنجاز الشخصي؛ عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الجنس.

➤ أما على مستوى الفرضية الفرعية الأولى ككل فجاءت النتائج كالتالي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس"

تكونت عينة الذكور من $n_1 = 71$ ، أما عينة الإناث فتكونت من $n_2 = 33$ ، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (ذكور و إناث)، بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين.

الجدول رقم (26): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على المقياس الكلي لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
ذكر	71	65.35	14.75	-1.322	102	0.189
أنثى	33	69.48	15.01			

يتضح من الجدول رقم (26) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (65.35) و بإنحراف معياري (14.75) في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث (69.48) و بإنحراف معياري (15.01) .

من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطين تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين و كانت قيمة (ت) = -1.322 و درجة الحرية 102 كما جاءت 0.189 أكبر من مستوى دلالة 0.05 هذا يعني أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الإحترق النفسي؛ وعليه نقبل الفرضية

الصفريية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس.

5- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الفرعية الثانية: و التي تنص على ما يلي

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية "

إختبار صحة الفرضية قمنا بحساب دلالة الفروق بين المتوسطين بإستخدام إختبار (ف) لتحليل التباين، لكن قبل هذا يجب أن تستوفى شروط تطبيق إختبار تحليل التباين أحادي الإتجاه.

6- شروط إستخدام إختبار تحليل التباين

➤ شرط الإستقلالية، العشوائية و البيانات المترية (الكمية) : بما أن البيانات عبارة عن إستجابات كل مختص و مختصة على مقياس الإحترق النفسي، ذلك حسب كل بعد من أبعاد الإحترق النفسي مستقل عن الآخر، وكذلك كل إختصاص مستقل عن الآخر لذلك فإن شرط الإستقلالية متحقق في البيانات و بالتالي فهذا الأخير لا يعتبر مشكلة تمنع إستخدام تحليل التباين، كما أن العينة تم سحبها من المجتمع بطريقة عشوائية فهنا شرط العشوائية أيضا تحقق في تطبيق إختبار تحليل التباين؛ كما أن البيانات المترية هنا هي عبارة عن درجات أفراد المجموعات في مقياس الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث بالتالي الشروط الثلاث السابقة متوفرة في بيانات العينة .

➤ شرط الإعتدالية في التوزيع

من أجل معرفة هل هذه العينة مسحوبة من مجتمع يتبع التوزيع الطبيعي و ذلك عند مستوى الدلالة 0.05، حيث أدخلنا البيانات في برنامج SPSS ، وكانت نتائج إختبار (كلوموجروف - سمنروف) كالأتي

الجدول رقم (27): نتائج إختبار إعتدالية التوزيع الإحتمالي لدرجات مقياس الإحتراق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لمتغير الأقدمية المهنية بإستخدام إختبار كلومجروف سيمرنوف

الأبعاد	المجموعات	إحصائي الاختبار	درجات الحرية	الإحتمال Sig.(p. Value)
الإنهك الإنفعالي	أقل من 05 سنوات	0.100	37	0.200
	ما بين 5 و 10 سنوات	0.121	24	0.200
	ما بين 10 و 15 سنة	0.105	30	0.200
	أكثر من 15 سنة	0.185	13	0.200
تبلد المشاعر	أقل من 05 سنوات	0.179	37	0.004
	ما بين 5 و 10 سنوات	0.143	24	0.200
	ما بين 10 و 15 سنة	0.127	30	0.200
	أكثر من 15 سنة	0.150	13	0.200
نقص الإنجاز الشخصي	أقل من 5 سنوات	0.113	37	0.200
	ما بين 5 و 10 سنوات	0.108	24	0.200
	ما بين 10 و 15 سنة	0.151	30	0.081
	أكثر من 15 سنة	0.154	13	0.200
الإحتراق النفسي ككل	أقل من 5 سنوات	0.073	37	0.200
	ما بين 5 و 10 سنوات	0.161	24	0.110
	ما بين 10 و 15 سنة	0.106	30	0.200
	أكثر من 15 سنة	0.252	13	0.023

يتضح من خلال نتائج التحليل الإحصائي لإختبار كلومجروف- سيمرنوف، أن قيمة p.value في معظم المجموعات تراوحت ما بين (0.200 و 0.081 و 0.110) و بالتالي فهي أكبر من مستوى المعنوية (0.05)، و منه نقول بأن بيانات العينة للمجموعات مسحوبة من مجتمع تتبع بياناته التوزيع الطبيعي.

➤ تجانس التباين

الجدول رقم (28): نتائج إختبار ليفن لتجانس التباين لمتغير الأقدمية المهنية لمقياس الإحتراق النفسي

إحصائي الإختبار Levene statistique	درجات الحرية (1) Df1	درجات الحرية (2) Df2	الاحتمال Sig. (p. Value)
0.342	3	100	0.795

يوضح الجدول السابق أن قيمة sig.(p. Value) تساوي 0.795 و هي أكبر من مستوى المعنوية (0.05) ، و بالتالي فإن تباين درجات مقياس الإحتراق النفسي على أبعاده الثلاث لمتغير الأقدمية المهنية (4 مجموعات) متساوي أي أن هناك تجانس. إذن مما سبق تقديمه نلاحظ أن جميع شروط تطبيق إختبار تحليل التباين الأحادي متوفرة في بيانات العينة من إستقلالية ، عشوائية ، بيانات كمية ، الإعتدالية و تجانس التباين. تم تقسيم الفرضية الفرعية إلى ثلاثة فرضيات جزئية حسب الأبعاد الثلاث للإحتراق النفسي لماسلاش، وكانت النتائج كالآتي:

➤ **الفرضية الجزئية الأولى:** و تنص على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية"

الجدول رقم (29): نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على البعد الإنهاك الإنفعالي

مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
515.402	3	171.801	0.964	0.413
17816.252	100	178.163		
18331.654	103			

من خلال الجدول رقم (29) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (515.402) مع تباين MSB بقيمة (171.801) عند درجة حرية (3)، أما داخل المجموعات فهناك مجموع المربعات بقيمة (17816.252) و تباين MSW بقيمة (178.163) عند درجة حرية (100)، بينما إختبار تحليل التباين (ف) فهناك قيمة

(0.964) و دلالة إحصائية بقيمة (0.413) و هي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

➤ الفرضية الجزئية الثانية: و تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الأقدمية المهنية "

جدول رقم (30): نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على بعد تبدل المشاعر لمتغير الأقدمية المهنية

الدلالة الإحصائية	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.016	3.587	63.248	03	189.743	ما بين المجموعات
		17.631	100	1763.093	داخل المجموعات
			103	1952.837	الكلي

من خلال الجدول رقم (30) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدره (189.743) مع تباين MSB (63.248) عند درجة الحرية (03)، أما داخل المجموعات فهناك مجموع المربعات بقيمة (1763.093) و تباين MSW (1763.093) عند درجة الحرية (100)، بينما إختبار تحليل التباين (ف) فهناك قيمة (3.587) و دلالة إحصائية (0.016) و هي أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية 0.05 و عليه نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه: توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

من أجل تحديد أي نوع من الأزواج تكمن هذه الفروق الدالة إحصائياً تم استخدام إختبار (scheffe) من أجل المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإحترق

النفسي على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الأقدمية المهنية، كما هو موضح في الجدول الآتي :

جدول رقم (31) : نتائج إختبار (scheffe) المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الاحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر حسب متغير الأقدمية المهنية

الأقدمية (i)	الأقدمية (J)	المتوسط الحسابي (I-J)	الإنحراف المعياري	الدلالة الإحصائية
ما بين 5 و 10 سنوات	أقل من 5 سنوات	1.15541	1.10052	0.777
ما بين 10 و 15 سنة	أقل من 5 سنوات	2.18333	1.14992	0.313
أكثر من 15 سنة	أقل من 5 سنوات	4.51923*	1.44598	0.025
أكثر من 15 سنة	ما بين 5 و 10 سنوات	-3.36383	1.35379	0.111
ما بين 5 و 10 سنوات	ما بين 5 و 10 سنوات	-4.51923*	1.44598	0.025
ما بين 10 و 15 سنة	ما بين 5 و 10 سنوات	-2.33590	1.3942	0.426

يشير الجدول رقم (31) إلى وجود فروق دال إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية (0.05) بين المجموعتين التاليتين فقط ما بين 5 و 10 سنوات و مجموعة 15 سنة و ما فوق لصالح فئة أكثر من 15 سنة.

➤ الفرضية الجزئية الثالثة: و تنص على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية "

الجدول رقم (32): نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على بعد نقص الإنجاز الشخصي لمتغير الأقدمية المهنية

مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
221.409	03	73.803	1.721	0.167
4287.976	100	42.880		
4509.385	103			

من خلال الجدول رقم (32) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (221.409) مع تباين MSB بقيمة (73.803) عند درجة حرية (03)، أما داخل المجموعات فهناك مجموع المربعات بقيمة (4287.976) و تباين MSW بقيمة (42.880) عند درجة الحرية (100)، بينما إختبار تحليل التباين (ف) فهناك قيمة (1.721) و دلالة إحصائية بقيمة (0.167) و هي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

➤ أما على مستوى الفرضية الفرعية الثانية فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (33): نتائج تحليل إختبار التباين "ف" على مستوى المقياس الكلي للإحترق النفسي لمتغير الأقدمية المهنية

الدلالة الإحصائية	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.450	0.888	197.410	03	592.229	ما بين المجموعات
		222.410	100	22240.992	داخل المجموعات
			103	22833.221	الكلي

من خلال الجدول رقم (33) يتضح لنا أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدر ب (592.229) مع تباين MSB بقيمة (197.410) عند درجة الحرية (03)، أما داخل المجموعات فهناك مجموع المربعات بقيمة (22240.992) و تباين MSW بقيمة 222.410 عند درجة الحرية (100)، بينما إختبار تحليل التباين (ف) فهناك قيمة (0.888) و دلالة إحصائية بقيمة (0.450) و هي أكبر من مستوى دلالة (0.05) و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية .

7- عرض و تحليل نتائج الفرضية الفرعية الثالثة: تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص) " لإختبار صحة الفرضية قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية و الإنحراف المعياري كذا دلالة الفروق بين المتوسطين (القطاع العام، القطاع الخاص) بإستخدام إختبار (ت) للفروق بين المتوسطين لمعرفة الدلالة الإحصائية، و قبل تطبيق الإختبار تم التأكد من شروط إستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و كانت النتائج كالتالي :

8-شروط إستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين

➤ شرط الإستقلالية، العشوائية و البيانات المترية

بما أن البيانات عبارة عن إستجابات كل مختص و مختصة في مقياس الإحترق النفسي كل إستجابة مستقلة عن الأخرى وكل قطاع مستقل عن الأخر (القطاع العام، القطاع الخاص)، لذلك فإن هذا الشرط متحقق في البيانات و بالتالي فإن الإستقلالية لا تعتبر عائق يمنع إستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين؛ و بما أن العينة اخترت بالطريقة العشوائية فإن شرط العشوائية هنا أيضا قد تحقق، أما شرط البيانات مترية (كمية) فتمثلت في درجات أفراد العينة لمقياس الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث، الذين ينتمون إلى القطاع العام و القطاع الخاص.

➤ شرط إعتدالية التوزيع

تمت دراسة التوزيع الطبيعي لكل مجموعة (القطاع العام و القطاع الخاص) لكل بعد من أبعاد الاحترق النفسي بعد حساب معامل الإلتواء، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (34): الخصائص الاحصائية الوصفية لعينة الدراسة حسب متغير القطاع

المستخدم لمقياس النفسي

القطاع	العدد	المتوسط	الوسيط	المنوال	الإنحراف	معامل الإلتواء	طبيعة الإلتواء
العام	46	24.67	23.50	220	14.86	0.24	موجب

الإيجابي	الخاص	58	22.46	23	144	12.04	-0.06	سالب
تبلد المشاعر	العام	46	6.95	5	24.84	4.98	0.88	موجب
	الخاص	58	5.50	5	13.69	3.70	0.54	موجب
نقص الإنجاز الشخصي	العام	46	35.69	36	46.26	6.80	-0.34	سالب
	الخاص	58	38.17	40	39.82	6.31	-0.44	سالب
الإحترق النفسي	العام	46	67.32	66.50	233	15.29	-0.01	سالب
	الخاص	58	66.13	62.50	215	14.67	0.33	موجب

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك إختلاف في عدد مفردات كل مجموعة (46) القطاع العام و 58 للقطاع الخاص)، مع تسجيل متوسط حسابي قدره (24.67) ووسيط حسابي قدره (23.50) مع إنحراف معياري بقيمة (14.86) و منوال ب (220) بالنسبة للقطاع العام، أما القطاع الخاص، فقمنا بتسجيل متوسط حسابي قدره (22.46) ووسيط قدره (23) مع إنحراف معياري بقيمة (12.04) و منوال ب (144) هذا على مستوى الإنهاك الإيجابي.

كما تم تسجيل متوسط حسابي قدره (6.95) ووسيط قدره (5.00) مع إنحراف معياري (4.98) و منوال بقيمة (24.84)، هذا بالنسبة لمجموعة القطاع العام أما مجموعة الثانية فلقد سجلنا متوسط حسابي ب (5.50) ووسيط قدره (5.00) مع إنحراف معياري بقيمة (3.70) ومنوال بقيمة (13.69) هذا على مستوى تبلد المشاعر.

أما على مستوى نقص الإنجاز الشخصي فلقد سجلنا متوسط حسابي قدره (35.69) ووسيط قدره (36) مع إنحراف معياري (6.80) ومنوال قدره (46.26) هذا بالنسبة للمجموعة الأولى القطاع العام، كما سجلنا للمجموعة الثانية القطاع الخاص، وعلى نفس المستوى متوسط حسابي قدره (38.17) ووسيط بقيمة (40) مع إنحراف معياري (6.31) ومنوال قدرت قيمته ب (39.82).

أما على مستوى الإحترق النفسي ككل وجدنا أن المجموعة الأولى، بلغت قيمة متوسطها الحسابي (67.32) ووسيط قدره (66.50) مع تسجيل (15.29) كقيمة للانحراف المعياري و منوال ب (233)، أما مجموعة القطاع الخاص بلغ متوسطها الحسابي نسبة (66.13) ووسيط قدره (62.50) ومنوال ب (215) و إنحراف معياري بلغ قيمة (14.67).

أما بالنسبة لمعاملات الإلتواء، تم تسجيل معامل الإلتواء للمجموعة الأولى بقيمة (0.24) وهو أصغر من (1) و يقترب من (0)، والمجموعة الثانية بقيمة (-0.06) وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0)، وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعة الأولى القطاع العام و المجموعة الثانية القطاع الخاص على مستوى الإنهاك الإنفعالي.

كما قمنا بتسجيل معامل إلتواء المجموعة الأولى بقيمة (0.88) وهو أصغر من (1) يقترب من (0)، و المجموعة الثانية بقيمة (0.54) وهو أصغر من (1) و يقترب من (0) وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعة الأولى القطاع العام و المجموعة الثانية القطاع الخاص على مستوى تبلد المشاعر.

أما معامل الإلتواء على مستوى نفض الإنجاز الشخصي فقمنا بتسجيل قيمة (-0.34) للمجموعة الأولى وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0)، و المجموعة الثانية ب (-0.44) وهو أكبر من (-1) و يقترب من (0) وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعتين القطاع العام و القطاع الخاص.

أما بالنسبة على مستوى الإحترق النفسي فقمنا بتسجيل قيمة (-0.01) للمجموعة الأولى هو أكبر من (-1) و يقترب من (0)، و المجموعة الثانية قمنا بتسجيل معامل إلتواء بلغت نسبته (0.33) وهو أصغر من 1 يقترب من (0)، وعليه يتحقق شرط التوزيع الإعتدالي للمجموعتين القطاع العام و القطاع الخاص، و بالتالي فإن شرط إعتدالية التوزيع لدرجات

مقياس الإحترق النفسي على أبعاده الثلاث لمتغير القطاع المستخدم (قطاع عام، قطاع خاص) قد تحقق وهذا ما يسمح لنا بتطبيق إختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

➤ تجانس العينة

في هذه الحالة يمكن لنا التخلي عن شرط التجانس لأنه في إختبار "ت" لعينتين مستقلتين لا يعتبر شرطاً أساسياً من شروط تطبيقه، بموجب ذلك تم التخلي عن هذا الشرط في دراستنا الحالية.

تم تقسيم الفرضية الفرعية إلى ثلاثة فرضيات جزئية حسب الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي حسب ماسلاش، كالآتي:

➤ الفرضية الجزئية الأولى: و تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص)"
تكونت عينة القطاع العام من $n_1 = 46$ ، أما عينة القطاع الخاص فتكونت من $n_2 = 58$ للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (القطاع العام، القطاع الخاص)، بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

الجدول رقم (35): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد الإنهاك الإنفعالي لمتغير القطاع المستخدم

القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
العام	46	24.67	14.86	102	0.837	0.404
الخاص	58	22.46	12.04			

يتضح من الجدول رقم (35) أن المتوسط الحسابي لذوي القطاع العام بلغ (24.67) بإنحراف معياري (14.86) بينما بلغ المتوسط الحسابي لذوي القطاع الخاص (22.46) بإنحراف معياري (12.04)، وهذا يعني أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى متوسط من

الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي حسب الحد الأدنى للمستوى المتوسط لماسلاش أي (18)

من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسط تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين فكانت قيمة (ت) = 0.837 و درجة الحرية 102، حيث جاءت 0.404 أكبر من مستوى دلالة 0.05 هذا يعني أنه لا توجد فروق بين ذوي القطاع العام و القطاع الخاص في الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي؛ و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير القطاع المستخدم

➤ الفرضية الجزئية الثانية: وتنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبلد المشاعر تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام - القطاع الخاص) " تكونت عينة القطاع العام من $n_1 = 46$ ، أما عينة القطاع الخاص فتكونت من $n_2 = 58$ للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (القطاع العام - القطاع الخاص)، بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين .

الجدول رقم (36): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين على بعد تبلد المشاعر لمتغير

القطاع المستخدم

القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
العام	46	6.9565	4.98	102	1.653	0.102
الخاص	58	5.5000	3.70			

يتضح من الجدول رقم (36) أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع العام بلغ (6.95) بإنحراف معياري (4.98)، حيث نجد أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع الخاص بلغ (5.50)، و بإنحراف معياري (3.70)، وهذا يعني أن مجموعة القطاع العام تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر بينما مجموعة ذوي

القطاع الخاص تعاني من مستوى منخفض من الإحترق النفسي على نفس البعد حسب الحد الأدنى للمستوى لماسلاش أي الدرجة (6).

من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم إستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين فكانت قيمة (ت) = 1.653 و درجة الحرية 102، حيث جاءت مستوى الدلالة 0.102 أكبر من مستوى دلالة 0.05 و هذا يعني أنه لا توجد فروق بين القطاعين (القطاع العام و القطاع الخاص) في الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر؛ و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير القطاع المستخدم.

➤ الفرضية الجزئية الثالثة: و تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام القطاع الخاص)

تكونت عينة ذوي القطاع العام من $n_1=46$ ، أما عينة ذوي القطاع الخاص فتكونت من $n_2=58$ ، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (القطاع العام و القطاع الخاص)، بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين. الجدول رقم (37):نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على بعد نقص

الإنجاز الشخصي لمتغير القطاع المستخدم

القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
العام	46	35.69	6.80	102	-1.921	0.058
الخاص	58	38.17	6.31			

يتضح من الجدول رقم (37) أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع العام بلغ (35.69) بإنحراف معياري (6.80)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع

الخاص (38.17) و بإنحراف معياري (6.31)، وهذا يعني أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي حسب الحد الأدنى للمستوى المتوسط لماسلاش أي (34)

من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطين تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين فكانت قيمة (ت) = -1.921 و درجة الحرية 102، حيث جاءت مستوى الدلالة 0.058 أكبر من مستوى دلالة 0.05 و هذا يعني أنه لا توجد فروق بين القطاعين (القطاع العام و القطاع الخاص) في بعد نقص الإنجاز الشخصي؛ وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص).

➤ أما على مستوى الفرضية الفرعية الثالثة ككل فكانت النتائج كالتالي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص) "

تكونت عينة الذكور من 1n=46، أما عينة الإناث فتكونت من n2=58، و للإجابة على هذا التساؤل تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (القطاع العام، القطاع الخاص) بإستخدام إختبار (ت) لعينتين مستقلتين متجانستين.

الجدول رقم (38): نتائج إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين على مستوى المقياس الكلي للإحترق النفسي لمتغير القطاع المستخدم.

القطاع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
العام	46	67.32	15.29	102	0.403	0.688
الخاص	58	66.13	14.67			

يتضح من الجدول رقم (38) أن المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع العام بلغ (67.32) بإنحراف معياري (15.29) في حين بلغ المتوسط الحسابي لعينة ذوي القطاع

الخاص (66.13) و بإنحراف معياري (14.67)؛ يبين لنا هذا أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى متوسط من الإحتراق النفسي.

من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطين تم إختبار (ت) لعينتين مستقلتين و كانت قيمة (ت) = 0.403 و درجة الحرية 102 كما جاءت 0.688 أكبر من مستوى دلالة 0.05 هذا يعني أنه لا توجد فروق بين القطاعين (القطاع العام و القطاع الخاص) في الإحتراق النفسي؛ وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى القطاع المستخدم (القطاع العام و القطاع الخاص).

الفصل السادس

مناقشة وتفسير الفرضيات

- 1- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الرئيسة
- 2- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الأولى
- 3- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الثانية
- 4- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الفرعية الثالثة

1- مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الأولى: التي تنص على ما يلي:

" يعاني الأطباء المختصين من الإحترق النفسي " هذا وفقا لأبعاده الثلاث المذكورة في مقياس ماسلاش للإحترق النفسي .

إستنادا إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي وصلنا إلى تحقيق الفرضية الصفرية الأولى للدراسة الحالية، حيث وجدنا أن الأطباء المختصين من عينة البحث يعانون من حالة الإحترق النفسي وهذا وفقا لأبعاده الثلاث (الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر نقص الإنجاز الشخصي)، حيث سجلنا شدة متوسطة على مستوى البعد الأول من مقياس الإحترق النفسي و الذي يمثل الإنهاك الإنفعالي وهو بدوره يمثل العامل المحوري لمتلازمة الإحترق النفسي أي شعور الممارس المختص بأنه مفرغ منهك إنفعاليا، كما يعكس تعب مزمن و إحساس بإستنزاف الموارد الإنفعالية (Maslach, 1982)، كذلك لمسنا توسط الشدة على مستوى البعد الثاني من مقياس الإحترق النفسي الذي يمثل تبدل المشاعر وهو بمثابة البعد البين شخصي- الإجتماعي للإحترق النفسي، ويتجسد في تطوير مواقف لاشخصية سلبية تهكمية حيال الأشخاص الذين نقدم لهم الخدمة (المرضى)، حتى الزملاء و مؤسسة العمل (Didier Truchot, 1996)، و قد إعتبر كل من (Fisher & Truchot) تبدل المشاعر أو اللاشخصية كإستراتيجية مواجهة غير متوافقة تهدف إلى مواجهة إنهاك الموارد الداخلية ويعمل الطبيب المختص على إبعاد إرغامات المهنة والهروب من طلبات المرضى و عائلاتهم من أجل حماية نفسه .

في الأخير نجد على مستوى البعد الثالث لمقياس الإحترق النفسي و الذي يمثل بعد نقص الإنجاز الشخصي أو المهني، فقد تحصلنا على نتائج مشابهة للبعدين الأول و الثاني دلت على توسط الشدة ، و يمثل هذا البعد حسب (Didier truchot) بعد التقييم الذاتي للإحترق النفسي، و الذي يعني في الوقت نفسه و الإنقاص من قيمة مهنتهم كفاءاتهم مع إنخفاض في تقدير الذات.

لقد إتفقت هذه الدراسة الحالية من حيث النتائج مع العديد من الدراسات و البحوث التي أجريت في هذا المجال منها دراسة stordeur (1998) التي أقيمت على الممرضين لقياس نسبة الإحترق النفسي لديهم و علاقتهم برئيس المصلحة، فتوصلت إلى شدة متوسطة على مستوى الإحترق النفسي، و أن هذه الشدة ترجع لعوامل ضغوطات دقيقة من بينها نقص الدعم الإجتماعي، الضغوطات في العمل الصراعات بين الزملاء، وفاة المرضى و معاناتهم .

قد أقرت العديد من الدراسات التي أجريت على الأطباء المختصين من بينها دراسة (شانون 1994 chanon) بكندا، دراسة فاكين فليميني (2007 faquine filiminé) بفرنسا، دراسة أنطوان لوترنار (2011) بفرنسا، أن نحو 30 % إلى 40 % من الأطباء المختصين يعانون من إحترق نفسي متوسط وذلك وفقا لأبعاده الثلاث .

كما إتفقت نتائج الفرضية الحالية مع نتائج عديدة من الدراسات السابقة مع إختلاف العينة المدروسة، على أن تقديرات درجات الإحترق النفسي و أبعاده لعينات دراستهم كانت في حدود المتوسطة أو المعتدلة، حيث أشار الحرتاوي (1991) أن المرشدين التربويين يعانون من درجة متوسطة من الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث .

أوضحت دراسة الوابلي (1995) تعرض معلمي التعليم العام للإحترق النفسي بدرجة متوسطة خاصة على البعدين الأول و الثاني، وبدرجة عالية على بعد نقص الإنجاز الشخصي.

هذا ما إتفق مع دراسة السرطاوي (1997) أظهرت مستوى معتدل من الإحترق النفسي على بعدي نقص الإنجاز الشخصي و الإنهاك الإنفعالي، في حين كان المستوى ضعيف على تبلد المشاعر .

من جهة أخرى دراسة البدي (2000) التي تم تطبيقها على الممرض خلصت إلى وجود درجات متوسطة على كل من البعد الأول و البعد الثاني، ودرجة عالية من نقص الإنجاز الشخصي.

في حين توصلت إليه حاتم وهيبة (2005) من جامعة الجزائر في دراستها للإحترق النفسي عند 420 طبيب من العاملين في المستشفيات العاصمة قسم الإستعجالات، جاء منافيا و مختلفا عن نتائج دراستنا الحالية ، حيث توصلت إلى قرابة 55.47 % من الأطباء يعانون من الإنهاك الإنفعالي، و 42.85% من نقص الإنجاز الشخصي و 45.71% من تبدل المشاعر، كما قدرت نسبة تناذر الإحترق النفسي ككل ب 54.52% .

كما تم الإشارة في الملتقى المغاربي التاسع عشر للطب العقلي إلى دراسة شكالي chakali (2000) حول الإحترق النفسي، التي أجريت في مركز مكافحة السرطان بالبلدية على عينة قوامها 231 فرد من أطباء مختصين ، عامين و ممرضين، طبق عليهم مقياس ماسلاش للإحترق النفسي و أسفرت نتائجها على ما يلي:

60% من الأطباء يعانون من إنهاك إنفعالي و 40 % يعانون من تبدل المشاعر و 24 % يعانون من نقص الإنجاز الشخصي.

هذا ما أيدته أيضا نتائج جديات عبد الحميد (2012) على ممارسي الصحة العمومية من (ممرضين، أطباء عامين و مختصين) إلى إرتفاع مستوى الإحترق النفسي لديهم تبعا للأبعاد الثلاث للمقياس

كما نجد أيضا دراسة طايبي نعيمة (2013) على مجموعة من الممرضين في بعض المؤسسات الإستشفائية الجامعية في الجزائر العاصمة توصلت إلى أن هناك مستوى مرتفع من الإحترق النفسي ذلك تبعا لأبعاده الثلاث.

قد يعود سبب هذا الإختلاف بين الدراسة الحالية و الدراسات سالفه الذكر أعلاه، في مستوى الإحترق النفسي لدى أفراد عينة كل دراسة سابقة، مرجعه إلى إختلاف مكان الدراسة حيث نرى أن هناك إختلاف كبير بين الأطباء المختصين العاملين في المؤسسات الإستشفائية العمومية و العاملين في المراكز الجامعية الإستشفائية ، كون الأولى مؤسسات إستشفائية عمومية صغيرة إذا ما تم مقارنتها بالمراكز و المؤسسات الإستشفائية الجامعية حيث أن في هذه الأخيرة يكون على عاتق ممارسي الطب المختص أو بالأحرى الأطباء

المختصين، ضغط كبير من حيث نوعية العمل و كميته، إلى جانب المهام المسندة إليهم مثلما تم توضيحه في دراسة حاتم وهيبة (2005) إضافة إلى ذلك زيادة عدد التدخلات و درجة الخطر للمرضى ، مع وجود تخصصات طبية تكون نادرة أو تكاد تنعدم في المؤسسات الإستشفائية العمومية هذا ما يجعل المرضى يتوجهون إلى هذه المراكز بغية طلب الإستشارة، في حين يجد هؤلاء المختصين أنفسهم أمام ضغط كبير من حيث عدد المرضى؛ في حين يكاد ينعدم الضغط في المؤسسات الإستشفائية العمومية، مثلما هو الحال لدى أفراد عينة دراستنا التي وجدنا فيها أن مستوى الإحترق النفسي لديهم متوسط وذلك راجع إلى نقص عدد المرضى إضافة إلى نوعية العمل و حجمه الذي يكاد ينعدم .

ومن جانب آخر توصلت دراسات أجنبية التي بينت الإختلاف في مستوى الإحترق النفسي لدى عينتها، مقارنة مع عينتنا في الدراسة الحالية كدراسة مرندة- لاشونس- فيفرس- مينار (2007) على أطباء العيون بكندا أن 45% من أطباء العيون يعانون من إنهاك إنفعالي مرتفع في حين وصلت ما نسبته 40.3% من مستوى مرتفع من تلبد المشاعر كما أن 25.4% يعانون من مستوى مرتفع من نقص الإنجاز الشخصي.

كما نجد أيضا دراسة Ramirez AJ & al (1996) الذي توصلوا فيها إلى أن ما نسبته 60% من الأطباء المختصين يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي و ذلك تبعا لأبعاده الثلاث .

أما في دراسة A.S Nissen (2003) أن ما نسبته 40 % من أطباء الإنعاش يعانون من مستوى مرتفع من الاحترق النفسي تبعا لأبعاده الثلاث.

وهذا ما جاء مطابقا لدراسة Kilfedder C.J (2001) على 501 طبيب عقلي وجد أن ما تمثله 41.9% يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي.

أما دراسة Whippen D.A et al (1993) على الأطباء المختصين في طب السرطان التي تم تطبيقها على 520 طبيب مختص، بلغت النتائج 55 % يعانون من مستوى مرتفع الإحترق النفسي تبعا لأبعاده الثلاث.

كما نجد أيضا دراسة Canoui (1996) على أن أطباء الإنعاش مثلوا 41% يعانون من الإحترق النفسي المرتفع على مستوى الأبعاد الثلاث .

في حين ظهرت من خلال دراسات أمريكية أن الأطباء المختصين يتجهون إلى الإدمان كسلوك للتخفيف من شدة المعاناة النفسية، بإختلاف في نسبة إستهلاك المواد المخدرة وهذا تبعا للتخصص الطبي؛ حيث سجلت أعلى نسب الإدمان عند الأطباء العقلين و أطباء الإستجالات و عند الجراحين (Mc auliffe & al 1999, Hughes & al 1986) أما دراسة التي تم القيام بها من طرف Ramirez et al (1995) في فلندا، التي توصلت بدورها إلى أن التفكير في الإنتحار يكون أعلى عند ممارسي الطب المختص مقارنة مع الفئة الممارسة للصحة بصفة عامة.

إذا لاحظنا نتائج الدراسات الأجنبية السابقة و نتائج دراستنا الحالية من حيث مستوى الإحترق النفسي، نجد أنه هناك إختلاف في المعاناة النفسية بين الفئتين ، حيث وجدنا أن عينتنا من المختصين ، تعاني من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على مستوى أبعاده الثلاث، في حين بلغت شدة الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين الأوروبيين إرتفاع في الشدة على مستوى الأبعاد الثلاث حسب ماسلاش؛ كما نلمس الإختلاف في أشكال التعبير عن هذه المعاناة، حيث بينت هذه الأخيرة أن هناك من إختاروا الإدمان كوسيلة للتفيس عن الذات و فئة أخرى منهم من وضعت حد لحياتها عن طريق الإنتحار، يرجع هذا الإختلاف في التعبير عن أشكال الإحترق النفسي بين الفئتين، إلى حجم الأداءات و نوعية المهام المقدمة و الإمكانيات المهنية الشخصية لكل فئة ، إلى جانب الضغوطات الكبيرة للفئة الأوروبية، إذا ما تم مقارنتها مع العربية، إضافة إلى قيمة العمل و التصور الذي يحمله هذا الممارس المختص عند كل فئة.

مما سبق تقديمه نلاحظ أن المحيط الإستشفائي يضم بدوره العديد من مسببات الضغط بعضها يرتبط بطبيعة العمل نفسه كعب الكمي و النوعي للمهام، وكذلك بالعلاقات الإنسانية التي ترتبط بالطبيب بمختلف عناصر الفريق الطبي، وبعضها يرتبط بالجانب التنظيمي

للعمل كنظام الأجور الترقية مواعيد العمل، وقد ذهبت الجمعية الأمريكية لأطباء الأسنان في دراسة أجرتها على 150 جراح أسنان سنة إلى أن العامل أو السبب الأول الذي يشكل الضغط عند هذه الفئة هو العلاقات مع المرضى التي غالبا ما تكون مشحونة إنفعاليا و تولد لدى الممارس المختص القلق و الإضطرابات الإنفعالية مما يزيد من درجة حساسية الطبيب نحو مريضه (Stora , 1991).

كذلك توصل Grath (1989) في إحدى دراساته التي هدفت إلى الكشف عن عوامل الإحتراق النفسي في القطاع الصحي، إلى أن متطلبات المريض الإنفعالية تعد المصدر الرئيسي للضغط و العلاقات المهنية عموما، فالمختص يخضع بإستمرار لمتطلبات المرضى و التي غالبا ما تفوق قدراته الإستجابية، فيبدأ بالإحساس بعدم الفعالية ويفقد نتيجة هذا الإحساس العاطفي إزاء المريض، فيصبح تهكمي في معاملته مع المرضى و عائلاتهم يبدأ بتقييم السلبي لإنجازاته المهنية وهذا ما دفع بأطباء العمل إلى القيام ببعض الدراسات من بينها تلك التي إستهدفت تشخيص المحددات التنظيمية و النفس إجتماعية للضغط لدى الطاقم الطبي، الشبه الطبي للمصالح الطبية و الجراحية للمستشفى الجامعي لعنابة؛ قد بلغت نسبة الإجابات 65% من مجموع 320 وزع على عينة من المهنيين الشباب غالبيتهم من النساء و الذين تقل أعمارهم عن 35 سنة.

توصلت النتائج إلى كون البعد التنظيمي من أهم العوامل المسببة للضغط و الإحتراق النفسي حيث تراوحت نسبة ما بين 60 إلى 82 % إذا ما قوبل بعامل الجنس، السن الأقدمية و نوعية المهام، فيما كان البعد النفس-العلائقي أقل تأثرا من 10 إلى 21 % (Gueroui & col , 2004)

كما نجد أيضا دراسة التي قام بها Marly le roi في 09 سبتمبر 2013 بهدف الكشف عن الأسباب و العوامل المؤدية لظهور تناذر الإحتراق النفسي لدى الأطباء الفرنسيين، وجد أن السبب الأول و الرئيسي هو كثرة العمل حيث مثل 46%، في حين جاءت علاقة

الطبيب مع المريض، سلوكيات المريض السلبية في الدرجة الثانية و جاءت نسبة 41% في حين بلغت 31% الضغوط الإدارية ، 20% عوامل أخرى (الحياة اليومية إنشغالاتها). مما سبق مراجعته من نتائج هذه الدراسات، تبين أنها أجمعت كلها على تقشي ظاهرة الإحترق النفسي في الأوساط الإستشفائية، المراكز الصحية و عمت أغلبية الممارسين المختصين، كما أنها أجمعت على بلوغ مستويات تراوحت من العليا إلى المتوسطة الإحترق النفسي في المصالح الإستشفائية منها الإنعاش، الإستعجالات، طب العيون و الجراحة إختصاصات أخرى، هذا ما ألت إليه نتائج الدراسة الحالية، فالممارس المختص لا يخرج عن هذه القاعدة فالأسباب التي تم ذكرها منفردة أو متداخلة، تكمن وراء معاناة الممارس المختص من الإحترق النفسي سواء كان متوسطا أو مرتفعا.

2- مناقشة و تفسير الفرضية الفرعية الأولى: و التي تنص على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الجنس"

إستنادا إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي خلصنا إلى تحقق الفرضية الصفرية الفرعية الأولى للدراسة الحالية، حيث لم نجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الدرجات على مستوى مقياس الإحترق النفسي بين فئة الذكور و الإناث على مقياس ماسلاش للإحترق النفسي على بعدي الإنهاك الإنفعالي و نقص الإنجاز الشخصي معنى ذلك أن المختصين (الذكور و الإناث) لا توجد فروق بينهم في درجات الإحترق النفسي وفقا لمقياس ماسلاش للإحترق النفسي تبعا لأبعاده الثلاث

حيث قمنا بتسجيل شدة متوسطة لكلا الفئتان على مستوى البعد الأول من مقياس ماسلاش الذي يتمثل في الإنهاك الإنفعالي ، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت، أي أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير الجنس.

كما جاءت نفس النتائج على البعد الثاني من مقياس ماسلاش للإحترق النفسي الذي مثل لنا تبدل المشاعر مستوى متوسط لكلا الجنسين، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق دالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى أفراد عينة البحث على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير الجنس.

كما قمنا أيضا بتسجيل مستوى متوسط لكلا الفئتان على مستوى البعد الثالث من مقياس ماسلاش للإحترق النفسي و الذي يمثل نقص الإنجاز الشخصي؛ يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق دالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى أفراد عينة البحث على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير الجنس.

إتفقت نتيجة الفرضية الحالية مع نفس النتائج في دراسة سليمان الوابلي (1995) بين وجود الفرق في بعض الأبعاد و عدم وجوده في أخرى، حيث برزت نتائجه كالاتي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي و على مستوى بعد نقص الإنجاز الشخصي، في حين إتضح هذه الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الذكور و الإناث على مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر نحو التلاميذ.

كما إتفقت أيضا نتيجتنا في الفرضية الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مع اختلاف العينات المدروسة حيث لم تكشف نتائج دراسة العقرباوي (1994) عن وجود فروق دالة إحصائية بين المديرين و المديرات لأبعاد الإحترق النفسي تعزى لمتغير الجنس.

قد تأكدت النتيجة كذلك من خلال دراسة يوسف حرب (1998) و التي توصلت إلى عدم وجود أثر لمتغير الجنس في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث.

في نفس السياق أكدت دراسة كل من خولة يحي و رنا حامد (2001) أنه لا توجد فروق في مستوى الإحترق النفسي تعزى لمتغير الجنس، كما توصلت دراسة سلوى عبد الله الحاج (2002) إلى عدم وجود فروق دالة في أبعاد الإحترق النفسي لدى معلمي

مرحلة التعليم الأساسي بالخرطوم تعزى لمتغير الجنس، وفي هذا السياق أفادت كذلك نتائج دراسات العتيبي(2003)، دراسة القريوتي و الخطيب(2006)، دراسة غادة عبد الحفيظ(2007) دراسة (أبو بكر، 2007)، دراسة الشيخ خليل(2008)، مودة الشيخ محمد عابدين(2010) و دراسة مدوري يمينة(2014) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الإحترق النفسي و أبعاده تعزى لمتغير الجنس.

بينما إختلفت نتيجة الفرضية الحالية مع ما توصلت إليه دراسة هند حرتاوي(1991) التي تشير إلى وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث حسب مقياس ماسلاش تعزى لمتغير الجنس و لصالح الذكور.

هذا ما أيدته دراسة الزيود(2007) حيث أشار إلى أن المعلمين كانوا أكثر من المعلمات في مستوى الإحترق النفسي .

كما أوضحت دراسة كل من أسماء عبد الحافظ و أخرون(2008) إلى أن هناك إختلافات واضحة دالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي تبعا لأبعاده الثلاث لمتغير الجنس، حيث تبين أن هناك إرتفاعا في مستوى الإحترق النفسي عند الذكور في بعدي الإنهاك الإنفعالي و تبدل المشاعر مقارنة بالإناث اللواتي حصلن على درجات مرتفعة في بعد نقص الإنجاز الشخصي و درجات منخفضة في بعدي الإنهاك الإنفعالي و تبدل المشاعر.

في سياق آخر إتفقت نتائج دراسة كل (Trusky & Lorraine) 2000 و دراسة رواق عبلة ياسين(2008) و التي مفادها أن الإناث يحدث لهن إحترق نفسي عاطفي شعوري أكثر من زملائهم الذكور، وقد جاءت هذه النتائج مختلفة عن ما توصلت إليه الدراسة الحالية و التي أظهرت عدم وجود إختلاف بين الذكور و الإناث في مستوى الإحترق النفسي.

كما جاء في تصريح الإتحاد الوطني للأطباء الأحرار (URML) أثر نشره لنتائج الدراسة العرضية سنة 2007 حول ظاهرة الإحترق النفسي لدى الطبيب الحر، أن النساء

أكثر عرضة للإحترق النفسي مع تسجيل نسبة الإناث أكثر من الذكور في مستويات الإحترق النفسي تبعا لأبعاده الثلاث.

هذا ما جاء مطابقا لدراسة (جديات عبد الحميد، 2012) على ممارسي الصحة العمومية (أطباء عامين، أطباء مختصين وممرضين) أن هناك تباين واضح في مستويات الإحترق النفسي تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت فئة النساء أكثر إحترقا مقارنة بفئة الذكور.

وجد أيضا دراسة (كوهن، 2003) على الأطباء العاميين في كندا، أن هناك إختلاف و تباين في مستوى الإحترق النفسي يعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

كما توصلت أيضا دراسة التي قام بها (zaph.seifer et schomouitte, 2001) بألمانيا على مجموعة من الوظائف تمثلت في المستشفيات، الحضانات و البنوك، حيث بينت الدراسة أن هناك إختلاف بين الجنسين في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لصالح الإناث.

إستنادا إلى ما سبق تقديمه من نتائج للدراسات، تشير الباحثة أن متغير الجنس يعتبر في الكثير من الدراسات متغيرا وسيطا قد يزيد أو يخفف من تأثير العوامل الضاغطة و بالتالي على الإحترق النفسي لدى الأفراد، لكن تباينت الآراء و نتائج الدراسات ، فهناك فريقين من حيث التفسير.

فالفريق الأول إعتبر أن الإناث أكثر عرضة للضغوط حيث أن البناء الجيني و الهرموني للإناث يجعلها تتفاعل مع المواقف المجهدة و الضغوط بشكل مختلف عن ما يدركه الذكور إضافة إلى دورها المزدوج أين تكون مطالبة بأداء دور الزوجة، الأم و العاملة في نفس الوقت بالإضافة إلى الأشغال المنزلية، وذلك ما بينته دراسة (رجاء مريم، 2008) أن الضغوط المهنية التي تتعرض لها العاملات في مهنة التمريض بصفة مستمرة تأثر سلبا على علاقاتهم الزوجية الأسرية؛ تفسر ذلك أن النساء أقل تحملا من الرجال إلى مشقات

العمل و العائلة في نفس الوقت، فصراع الأدوار يؤثر في المرأة الزوجة أكثر من الذكر الزوج.

أما الفريق الثاني فيرى أن الذكور أكثرًا تأثروا بالضغوط و أكثر معاناة من الإحترق النفسي مقارنة مع الإناث، بسبب تراكم الضغوط المهنية مع تلك المتعلقة بالمسؤوليات الحياتية خاصة منها الأسرية، أين يوكل للذكر عادة دورا إعالة الأسرة، حمايتها و مسؤوليات أخرى إضافة إلى مسؤولياته المهنية.

إضافة على ذلك نجد هناك العديد من الدراسات، النتائج من إتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، في عدم وجود فروق بين الجنسين (الإناث و الذكور) في مستوى الإحترق النفسي، ويمكن تفسير ذلك حسب الباحثة إلى أن الوسط المهني في الوقت الراهن لم يعد يفرق بين الذكور و الإناث، حيث أصبحت هذه الأخيرة تجابه ضغوط مهنية مماثلة لما يعيشها الرجل وأصبحت تبحث عن فرص التطور المهني وتعمل في كل المجالات وتلتزم بالتوقيت الرسمي مثلها مثل الذكور، هذا بجانب مسؤوليات أخرى أسرية، كما أن لكلا الجنسين إستعدادات مسبقة على مواجهة الضغوط المهنية التي تواجههم في بيئة العمل الذي ينتمون إليها، وبالتالي تكون لديهم نفس التوقعات عن الوسط الصحي مما يجعلهم يستحضرون مسبقا ماذا سوف يواجهون؛ كما أن هذا التوقع المسبق هو الذي يسمح لكلا الجنسين بإستعمال أليات مواجهة و التكيف مع الضغوط و إبتكار إستراتيجيات التي تسمح لهم بالتأقلم مع الوسط البيئي المتسم بالضغوط المهنية .

3- مناقشة و تفسير الفرضية الفرعية الثانية: و التي تنص على ما يلي:

" لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية "

لتحقق من صحة الفرض تم حساب كل من المتوسطات الحسابية، الإنحراف المعياري وكذا دلالة الفروق بين المتوسطات بإستخدام إختبار (ف) لتحليل التباين لمعرفة الدلالة الإحصائية كما تم تقسيم الفرضية الفرعية الثانية إلى ثلاثة فرضيات جزئية و ذلك حسب

الأبعاد الثلاثة لمقياس الإحترق النفسي لماسلاش، وإستنادا إلى ما توصلنا إليه على ضوء التحليل الإحصائي خلصنا إلى قبول فرضية البحث الفرعية الثانية حيث لم نسجل وجود إختلاف بين مستويات أفراد العينة على مقياس ماسلاش تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

تحصلنا على شدة متوسطة بالنسبة للفئات الأربعة على مستوى البعد الأول من مقياس الإحترق النفسي و الذي يمثل الإنهاك الإنفعالي، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الفرعية الثانية قد تحققت وأنه لا توجد هناك إختلافات في مستوى الإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي بإختلاف سنوات الأقدمية المهنية.

إلا أنه على مستوى البعد الثاني من مقياس الإحترق النفسي لماسلاش فقد تحصلنا على نتائج مخالفة حيث لمسنا أن كل من الفئات (ما بين 5 و 10 سنوات) وفئة (أقل من 05 سنوات) تعاني من مستوى متوسط على البعد الثاني من مقياس ماسلاش الذي يمثل تبدل المشاعر، حين وجدنا أن الفئات (ما بين 10 و 15 سنة) و فئة(أكثر من 15 سنة) سجلوا مستوى منخفض على نفس البعد، وبغيت تحديد في أي نوع من الأزواج تكمن هذه الفروق الدالة إحصائيا، تم إستخدام إختبار (scheffe) من أجل المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر التي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية فأسفرت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بين الفئتان ذوي الأقدمية المهنية ما بين 05 و 10 سنوات و فئة ذوي الأقدمية المهنية الأكثر من 15 سنة لصالح الفئة الأولى، الأمر الذي جعلنا نرفض الفرضية الجزئية الثانية الصفرية و نقبل الفرضية الجزئية الثانية البديلة أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية على بعد تبدل المشاعر، لكن ليس لصالح الفئة الأكثر أقدمية بل كانت لصالح الفئة الوسطى أي التي كانت مدة الخدمة في المنصب تتراوح ما بين 5 و 10 سنوات .

كذلك لمسنا توسط الشدة على مستوى البعد الثالث من مقياس ماسلاش للاحترق النفسي الذي مثل لنا بعد نقص الإنجاز الشخصي بالنسبة لكل الفئات و منه يمكننا القول

أن الفرضية الجزئية الثالثة الصفرية تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي على بعد نقص الإنجاز الشخصي لدى أفراد عينة البحث التي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

أخيرا على مستوى الاحترق النفسي ككل فقد حصلنا على نتائج مشابهة حيث كانت درجات أفراد العينة تدل على المستوى المتوسط من الإحترق النفسي حسب ماسلاش ، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الفرعية الثانية تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت اليه (جلولي نسيمه، 2003) في دراستها لظاهرة الاحترق النفسي على عينة قوامها 140 ممرض من المستشفى الجامعي مصطفى باشا، بعد تطبيقها لمقياس ماسلاش حيث توصلت نتائجها إلى عدم وجود فرق في شدة كل من الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر و نقص الإنجاز الشخصي في العمل بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل.

نفس الشيء جاء في العديد من الدراسات منها دراسة (عشوي عبد الحميد، 2007) (خولة يحي و رنا حامد، 2001)، دراسة (عدنان الفرح، 2001)، دراسة (فوزية الجمالي و عبد الحميد سعيد ، 2003)، دراسة (أسامة بطانية و المعتصم) و دراسة (Snow, 2008)

نجد أيضا دراسة (جديات عبد الحميد ، 2012) على ممارسي الصحة العمومية التي توصل فيها إلى أنه لا توجد هناك فروق دالة إحصائية بين مستوى الإحترق النفسي و الأقدمية المهنية في المنصب.

كما وردت نفس النتيجة في دراسة (محمد عبد القادر عابدين، 2010) و التي هدفت إلى التعرف على مستوى الإحترق النفسي لدى المشرفين التربويين العاملين في مديريات

التربية التعليم الفلسطينية في الضفة الغربية، وتوصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تعزى للأقدمية المهنية.

في سياق آخر اختلفت نتائج الدراسة مع العديد من الدراسات خاصة التي أجريت في المحيط الإستشفائي فمنها من يعزى الإختلاف في مستويات الإحترق النفسي إلى الفئة الأكثر أقدمية أخرى إلى الفئة الأقل أقدمية في المنصب.

أما بالنسبة للدراسات التي أعزت الإختلاف إلى الفئة الأكثر أقدمية نجد دراسة المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا تحقيق شمل 920 ممارس تم نشر نتائجه في شهر ديسمبر 2010 عبر الأنترنت (www.conse-national-medecin.fr) حيث أكدت النتائج على أن 78% من الممارسين الذين يعانون من الإحترق النفسي لهم أكثر من 10 سنوات أقدمية في المنصب و ذلك حسب مقياس ماسلاش، و في دراسة مقارنة على نوعية الحياة لدى الممرضين العاملين للباحث (Boum Stark Barau et al) بعد تطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي على عينة قوامها 147 ممارس من العاملين بمصلحة الإنعاش بمستشفى مارسيليا الفرنسي، حيث سجلت مستويات عالية للإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي و تبدل المشاعر بالنسبة لفئة الممارسين ذوي أقدمية في المنصب تفوق ثمانية سنوات بينما كان المستوى مرتفع على بعد تدني الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل لدى فئة الممارسين ذوي أقدمية في المنصب لا تفوق ثمانية سنوات، عن وكالة الأخبار الطبية العالمية (www.apmneuis.com) التوقيت 21:28 في 2015/07/28.

من الدراسات العربية على محيط التعليم نجد دراسة (عمر الخرابشة و أحمد عربيات 2005) و دراسة (2008 Davis) حيث وجدوا فرقا لصالح المعلمين الأكثر خبرة. بالنسبة للفريق الثاني الذي يعتبر أن فئة الممارسين الأقل أقدمية في الوظيفة أكثر تعرضا للإحترق النفسي، نذكر الدراسة الطولية للباحث (D.Truchot 2004) حيث قام بتطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي على عينة قوامها (1317) طبيب بمنطقة

(Ardenne) الفرنسية من سنة 2001 إلى غاية 2004، وكانت النتائج تدل على أن الأطباء الذين لم يتجاوزوا 03 سنوات من الخدمة في المستشفى سجلوا مستويات عالية للإحترق النفسي مقارنة بفئة الأطباء الأكثر أقدمية.

نفس النتائج التي توصل إليها الطبيب (Guinaud 2005) على 692 طبيب مقيم بمنطقة Ile de France الفرنسية و دراسة (Helene Qoacard 2000) حيث أثبت أن الأطباء و الممرضين الذين يعدون أكثر عرضة للإصابة بالإحترق النفسي هم الشباب. من الدراسة العربية على محيط التعليم نجد دراسة (منصور السيد، 2001)، (بندر العتبي، 2005)، (بالله الجوارنة، 2004) و دراسة (Gates, 2007) حيث وجدوا فرقا لصالح المعلمين الأقل خبرة .

إذا حاولت الباحثة تحليل و تفسير النتائج المتوصل إليها من الدراسات السابقة، فيمكن إرجاع ذلك إلى أن السنوات الأولى من الممارسة المهنية تحمل الكثير من الحماس الإقبال على العمل، إستخدام أساليب مختلفة، متنوعة للتعامل مع الضغوط و مصادرها بالتالي القدرة على التعايش معها، وهذا كله بغيت كسب مكانة مهنية و إثبات الذات في الوسط المهني، ومع زيادة سنوات الخبرة المهنية ، زيادة الضغوط و تراكم عوامل أخرى مثل نقص الدافعية في العمل مقارنة مع السنوات الأولى في العمل، وكذا عامل الملل و الروتين زيادة عبء العمل، وغيرها من العوامل الأخرى و تراكمها، قد تكون من العوامل التي تجعل هذا الفرد العامل غير قادر على التعامل مع ضغوطه بفعالية للتخفيف منها أو تجاوزها، هذا ما يكون مثير لبداية تأثره بضغطه و المعاناة من تأثيراتها السلبية .

أما إذا اتجهنا إلى تحليل نتائج الفريقين الأول و الثاني التي تنص على أن أفراد الأقل سنوات الخبرة هم الأكثر تعرضا من ذوي الأقدمية المهنية الأكبر و أنصار الفريق الذين ينصون على العكس، ما يمكن تفسيره أن كلتا المجموعتين لها من الضغوط ما تواجهه المجموعة الأخرى، فالممارسون الصغار الخبرة قد يشعرون بتدني إنجازهم الشخصي و تبرد مشاعرهم مع زيادة إجهادهم البدني، و لا يحصلون على راتب مناسب ومن

ثم فقد يقل رضاهم الوظيفي خاصة إذا كانوا من الأشخاص المثاليين الطموحين الملتزمين الذين يضعون كثيرا من الأهداف، ويسعون لإن يتقدموا في عملهم بسرعة فيصطدمون بالواقع ذلك ما أسمته (Agnès Perry, 1997) بـ "صدمة الواقع" و إختفاء المثالية أثناء السنوات الأولى من الإحترافية، فيبدو أن لا أحد في مأمن منه، غير أن تأقلم الشخص مع مهنته مرهون بهذه المرحلة فالسنوات الأولى تعد أول امتحان على الواقع، لذلك على الشخص أن ينتقل من النظرة المثالية التي أعطاها للمهنة إلى النظرة الواقعية المعاشات فتعد خطوة الدخول في المهنة جد حاسمة قد تكون أساسا لصلابة أو هشاشة الممارس مما قد يزيد من ضغوطهم و ينتهي بهم الأمر إلى الوصول لمرحلة الإحترق النفسي.

(Agnès Perry, 1997, p. 198)

أما الممارسين مرتفعو الخبرة فتقع عليهم ضغوط مشابهة و مماثلة، منها سوء علاقاتهم بالمرضى و كثر المطالب الحياة، مع عدم قدرتهم على التكيف معها بطريقة سليمة بل يشعرون بإحباط أهدافهم فيميلون إلى الإستسلام أو اللجوء إلى التقاعد الذي يمكن إعتباره كمظهر من مظاهر الإحترق النفسي و في بعض الأحيان إلى التغيب أو اخذ إجازات عطل مرضية بشكل مستمر.

أما من جانب عدم وجود فروق لدى عينة البحث في دراستنا الحالية في مستوى الإحترق النفسي ترجع لعامل الأقدمية المهنية، حيث أن المجموعتين يملكون نفس الأساليب التكيفية أساليب المواجهة المناسبة للضغوط التي يتلقونها في محيطهم المهني، حيث أن أصحاب الأقدمية الكبرى تكون قد زودتهم سنوات الخدمة بأساليب تكيفية سوية و صحيحة لمواجهة ضغوطات بيئة عملهم، كذلك نجد المجموعة الأولى حديثة الخبرة يملكون الحماس و الإقبال الواسع و إستخدام أليات تكيفية متنوعة للتعايش مع الضغوط التي يمكن أن يواجهونها في الوسط الإستشفائي .

4- مناقشة و تفسير الفرضية الفرعية الثالثة: التي تنص على ما يلي:

"لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام - القطاع الخاص) " إستنادا إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي خلصنا إلى تحقق الفرضية الفرعية الثالثة للدراسة الحالية، كما قمنا بتقسيم الفرضية الحالية إلى ثلاثة فرضيات جزئية حسب الأبعاد الثلاث لمقياس ماسلاش للاحترق النفسي، حيث لم نجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاث لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام - القطاع الخاص) . حيث قمنا بتسجيل شدة متوسطة لكلا الفئتان على مستوى البعد الأول من مقياس ماسلاش الذي يمثل الإنهاك الإنفعالي، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين في بعد الإنهاك الإنفعالي تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام ، القطاع الخاص)

كما جاءت النتائج مشابهة في البعد الثاني من مقياس ماسلاش الذي يمثل بعد تبدل المشاعر حيث سجلنا شدة متوسطة لكلا الفئتان (أنظر الجدول رقم 37)، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد تبدل المشاعر تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص).

كما قمنا أيضا بتسجيل مستوى متوسط لكلا الفئتان على مستوى البعد الثالث من مقياس ماسلاش الذي يمثل نقص الإنجاز الشخصي ، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين على بعد نقص الإنجاز الشخصي تعزى لمتغير القطاع المستخدم (القطاع العام، القطاع الخاص).

أخيرا على مستوى الإحترق النفسي ككل فقد تحصلنا على نتائج مشابهة حيث كانت درجات أفراد العينة تدل على المستوى المتوسط من الإحترق النفسي حسب ماسلاش ومنه يمكننا القول أن الفرضية الفرعية الثالثة تحققت أي أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم.

إتفقت نتيجة الفرضية الحالية مع نفس نتائج في دراسة (الصباغ، 1999) التي قام فيها بدراسة مقارنة للمرضين العاملين في المستشفيات العامة و المستشفيات الخاصة على عينة قوامها 474 ممرض و ممرضة من القطاعين العام و الخاص؛ توصل إلى نتيجة مفادها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الضغوط لدى الممرضين العاملين في القطاع العام و الخاص.

هذا ما أكدته دراسة (الكلابي و رشيد، 2001) في دراسته الإستكشافية للإحترق النفسي على الموظفين بمدينة الرياض في القطاعين العام و الخاص، وتم إستعمال مقياس ماسلاش حيث توصل إلى أن الموظفين يعانون بدرجة متوسطة من الإحترق النفسي وفقا لأبعاده الثلاثة حسب مقياس ماسلاش لدى الموظفين في القطاعين العام و الخاص .

إذا أردنا تفسير هذه النتائج و نتائج دراستنا الحالية فيمكن ردها إلى الرضا الوظيفي أو المهني الذي يستم به العاملون في كلا القطاعين و هذا ما أكدته دراسة (المشعان، 1993) التي تم تطبيقها على عينة تكونت من 395 موظف و موظفة من العاملين في القطاع الحكومي و القطاع الخاص، وتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط المهنية بين العاملين في القطاعين العام و الخاص؛ قد أرجع السبب في ذلك إلى إرتفاع مستوى الرضا المهني لدى أفراد عينة البحث .

بينما اختلفت نتيجة الفرضية الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (Régis Mauries et al 2007) التي هدفت إلى معرفة مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين العامين العاملين في القطاعين العام و الخاص، توصلوا إلى أن فئة الأطباء الذين يعملون على مستوى القطاع العام يعانون من الإحترق النفسي المرتفع تبعاً لأبعاده الثلاث، حيث بلغت 56%، في حين وصلت 42% من الأطباء الذين يعملون على مستوى القطاع الخاص يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي على مستوى أبعاده الثلاث، كما وصلت 2% من الأطباء الذين يعملون في كلا القطاعين في نفس الوقت من مستوى الإحترق النفسي تبعاً لأبعاده الثلاث.

هذا ما تم التأكيد عليه من طرف مركز التأمين الصحي (CNAMIS-SNIR) لمنطقة (Ile de France) في 31 ديسمبر 2005، أن 51.7% من الأطباء العاملين في القطاع العام يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي مقارنة مع 47% من الأطباء المختصين يعملون في القطاع العام يعانون من مستويات متوسطة من الإحترق النفسي وفقاً لأبعاده الثلاث، في حين بلغت نسبة الأطباء المختصين الذين يعملون في القطاع الخاص 60.1% يعانون من الإحترق النفسي مقابل 73.5% من الأطباء العاميين الذين يعملون في القطاع العام، وبلغت 24.3% من الأطباء العاميين يعانون من مستويات مرتفعة للإحترق النفسي وفقاً لأبعاده الثلاث في القطاع الخاص.

هذا ما تأكد مع دراسة (ميهوبي فوزي، 2007) إلى أن الممرضين العاملين في القطاع العام يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي تبعاً لأبعاده الثلاث و أرجع ذلك إلى سوء المناخ التنظيمي و تدني الأوضاع في المؤسسات الإستشفائية العمومية مقارنة مع غيرهم في القطاع الخاص.

إضافة إلى ذلك نجد دراسة (حسن عداد، 2001) على الإطارات في مؤسسات الصحة العمومية، أكد أن الأطر التي تعمل في المؤسسات الإستشفائية الحكومية تعاني من ضغط

كبير و ذلك راجع إلى سوء الجو التنظيمي السائد بالمؤسسات مقارنة مع المؤسسات الإستشفائية ذات الطابع الخاص.

كما توصل (Radary et al ,1993) أن 20% إلى 40% من المعالجين هم في حالة إحترق نفسي و 25% من ممرضات المستشفيات العامة بإختلاف المصالحات يعانون من الإحترق النفسي في عملهن، 56% منهن يرغبن مؤخرا في التخلي عن القطاع العام التوجه إلى القطاع الخاص، وهذا ما توافق دراسة (Barber et Jwail, 1996) أن نسبة الإحترق النفسي تكون عند العاملين ذوي القطاع العام أكثر من ذوي القطاع الخاص.

نجد أيضا في دراسة أجرتها (فوزية القاسم، 2011) على الموظفين في مجال القطاع العام الخاص بالرياض، شملت 488 موظفا من كلا القطاعين و توصلت إلى أن هناك فرقا معنويا بين الموظفين الإناث و الذكور في القطاع العام ووجدت أن الإناث أكثر إحترقا من الذكور في نفس القطاع، كما وجدت الفرق بين الإناث و الذكور في مستوى الإحترق النفسي حيث وجدت أن الإناث أكثر إحترقا من الذكور في القطاع الخاص.

كما ذكرت (سماهر مسلم، 2010) في دراستها على أن الموظف ذو القطاع العام أكثر تعرضا للإحترق النفسي عن غيره من القطاعات و دعت إلى الإهتمام بشكل كبير إلى الموظفين العاملون بالقطاع العام بالتخلص من النظام البيروقراطي السلبي.

إذا أرجعنا هذا الإختلاف القائم بين القطاعين من حيث شدة تعرض العاملين به للإحترق النفسي نجد مجموعة من الأسباب و العوامل التي تجعل الفئة الأولى(ذوي القطاع العام) أكثر تعرضا من الفئة الثانية (ذوي القطاع الخاص) للإحترق النفسي التي يمكن حصرها بشكل مباشر بنوعية المهام سواء تعلق منها بالجانب المهني، كالظروف العمل السيئة سوء المناخ التنظيمي، غياب السند المادي مع إرتفاع درجات الحرارة صيفا و إنخفاضها شتاء، على ضوء عدم توفر التجهيزات من التدفئة المكيفات التي تتوفر عليها القطاعات الخاصة أو الجانب العلائقي كسوء العلاقة مع الزملاء في العمل أو مع الإدارة التنظيمية للمؤسسة أو مع العملاء أو المرضى حسب الفئة التي تتعامل معها موظفي القطاع

العام تعزو ماسلاش و ليدر (Maslach et leiter 1997) أسباب الاحتراق النفسي في القطاع العام إلى العمل الزائد و المكثف الذي يتطلب وقتا أكثر يفوق طاقة من يقوم به حيث يتسم بالتعقيد فضلا عن المكافآت و الأجر التي لا تعادل مقدار الجهد المبذول

الخاتمة

يعتبر القطاع الصحي ذو أهمية كبيرة في حياة الفرد، بالإضافة إلى المكانة الهامة التي تحتلها المستشفيات العامة و العيادات الخاصة في مجتمعنا، كونها تتعلق بالصحة العمومية للأفراد و سلامتهم الجسدية بل يصل ذلك حتى إلى حياتهم، ونظرا للدور الذي يقوم به الممارس المختص (الطبيب المختص) و المعاناة التي يعيشها يوميا بتحملة كل الصعوبات و الضغوطات التي تفوق قدراته، مؤهلاته و طاقته إضافة إلى كل ما تتطلبه هذه المهنة من التحلي بمجموعة من خصائص سيكولوجية و صفات أخلاقية، إجتماعية و حتى جسمية كان إختيارنا لهذا الموضوع الذي أردنا من خلاله التعرف على شدة الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين، كما سعى البحث إلى الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين و ذلك تبعا لأبعاده الثلاث وفقا لمتغيرات الدراسة (الجنس الأقدمية المهنية، القطاع المستخدم)

بدأنا دراستنا بإثراء و تحليل الجانب النظري بإعطاء فكرة لكل من عناصر البحث و ذلك بهدف سهولة الإنطلاق في الجانب التطبيقي، الميداني، كما قمنا بتطبيق مقياس ماسلاش للإحترق النفسي، وبعد جمع البيانات، معالجتها، عرضها، تحليلها، تفسيرها و مناقشتها على ضوء المعطيات النظرية و الدراسات السابقة (ذلك بإعتبار الموضوع حديث التطرق لم يتم تناوله من طرف البحوث المحلية)

لقد كان إهتمامنا منصب في البداية على الكشف عن شدة الإحترق النفسي عند فئة الأطباء المختصين العاملين في المراكز الإستشفائية و العيادات الخاصة في ولاية تيارت حيث توصلت الدراسة إلى أن مستوى الإحترق النفسي لدى أفراد عينة البحث متوسط الشدة ذلك تبعا لأبعاده الثلاث، أما في المرحلة الثانية أردنا الكشف عن دور متغير (الجنس الأقدمية المهنية - القطاع المستخدم) و ذلك بتبيان الإختلاف في شدة الإحترق النفسي فتوصلنا إلى عدم وجود فروق دالة، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغيرات الدراسة، وذلك جاء متماشي مع ما توقعنت نتائج الدراسة الحالية
بهذا تكون نتائج الدراسة المتوصل إليها إتفقت عموماً مع العديد من الدراسات العربية حتى الأجنبية التي تم إجرائها في هذا المجال و التي دعمت نتائجها نتائج دراستنا

التوصيات و الاقتراحات

استهدفت الدراسة الحالية الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين ، و على ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة تم اقتراح مجموعة من التوصيات و هي كما يلي:

- القيام بالمزيد من الدراسات حول متغير الإحترق النفسي و علاقته بمتغيرات اخرى لدى عينات مختلفة القطاعات و ذلك حسب نوعية العمل و كميته و كذا نوعية الضغوط و المحيط المهني و ما يتسم به.
- إجراء دراسات اخرى حول الاطباء المختصين المقيمين لمعرفة توقعاتهم عن الحياة المهنية النهائية.
- البحث عن الاسباب التي دفعت بالجزائر الى عدم الاهتمام بموضوع الاحترق النفسي في جميع الميادين ناهيك عن القطاع الصحي.
- توفير السند المادي لممارسي الطب المختص في القطاع العام و ذلك بغية تحسين الظروف المهنية و كذا الشخصية- العلاجية.
- اعداد دليل للطبيب المختص في مجال القطاع العام، بحيث يلم بكل الأساليب و الطرق التي تجعله يتماشى و يتكيف مع الضغوط المهنية في بيئته.
- ضرورة تنظيم برامج و دورات تنفيسية للأطباء المختصين تضم كلا القطاعين العام و الخاص.

التوصيات و الاقتراحات

الملاحق

الملحق رقم (01): استمارة جمع البيانات الشخصية و المهنية

قسم علم النفس و الارطفونيا

جامعة مستغانم

العمل و الصحة العقلية

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

أخي المختص، أختي المختصة، أما بعد:

نحن بصدد إجراء دراسة بعنوان " الاحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين " في اطار دراسة وصفية تحليلية على الأطباء المختصين ، و ذلك بالمؤسسات و المراكز الاستشفائية العمومية و المتخصصة و العيادات الخاصة ،وذلك للحصول على شهادة دكتوراه (ل.م.د) في العلم النفس، تخصص العمل و الصحة العقلية.

إن نجاح مهمة الباحثة مرتبطة بمدى تعاونكم، ولذا فأنا نامل منكم الاطلاع على كل عبارة من عبارات المقياس و الإجابة عليها بكل دقة و موضوعية ، مع العلم أن جميع إجاباتكم ستكون موضع سرية و لن تستخدم إلا لأغراض البحث ، و نشكركم على مساعدتكم في إنجاح هذا البحث

حابي خيرة

من فضلك اشر بعلامة x بداخل الخانة المناسبة

- 1-الجنس: أنثى (.....) ذكر (.....)
- 2-سنوات العمل: اقل من 05 سنوات (.....)، ما بين 05 و 10 سنوات (.....) ما بين 05 و 10 سنوات (.....)، اكثر من 15 سنة (.....)
- 3-القطاع المستخدم: القطاع العام (.....) القطاع الخاص (.....)
- 4-التخصص الطبي:

الملحق رقم (02): مقياس الاحتراق النفسي

MASLASH BURNOUT Inventory

-الصيغة المترجم للغة العربية من طرف طوالبه محمد عبد الرحمان

فيمايلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك، الرجاء أن تحدد التكرار الشدة بوضع دائرة في الخانة المناسبة

الرقم	الفقرة	أبدا	مرات في السنة على الأقل	مرات في الشهر على الأقل	مرات في الشهر	مرة في الأسبوع	مرات في الأسبوع	كل يوم
01	اشعر بانني مرهق عاطفيا بسبب عملي							
02	اشعر باستنفاد كامل طاقتي في نهاية اليوم الذي أقضيه في عملي							
03	اشعر بالتعب حينما اصحو في الصباح لمواجهة يوم آخر							
04	استطيع أن افهم بسهولة مشاعر المرضى							
05	اشعر إنني أتعامل مع بعض المرضى و كأنهم أشياء جامدة لا حياة لها							
06	العمل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني جهد كبير							
07	أعالج بكفاءة عالية و نجاح مشاكل المرضى							
08	اشعر بالانهيار بسبب عملي							
09	اشعر إنني من خلال عملي اؤثر إيجابيا في حياة الآخرين							
09	أصبحت شخصا قاسيا على الناس منذ بدأت هذا العمل							

						أخشى من قساوة و تبلد مشاعري بسبب هذا العمل	10
						أشعر بالنشاط و الحيوية	
						أشعر بالإحباط بسبب عملي	11
						أشعر إنني أبذل كل جهدي في عملي	
						إنني في الواقع لا أعبأ (لا أهتم) بما يحدث للمرضى	12
						التعامل مع الناس بشكل مباشر في عملي	13
						يشكل لي ضغطا كبيرا	14
						استطيع بسهولة تهيئة جو مريح للتعامل مع المرضى	15
						استعيد حيويتي عندما أكون قريبا من مرضاى	16
						حققت أشياء كثيرة جديرة بالتقدير في هذا العمل	17
						أشعر إنني على وشك الانهيار	
						في عملي أتعامل بهدوء تام مع المشاكل النفسية	18
						أشعر أن المرضى يلومونني على بعض مشاكلهم	19
							20
							21
							22

مخرجات spss

1- الصدق

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ادنى	49,6071	28	4,99139	,94328
اعلى	85,9643	28	5,50072	1,03954

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ادنى & اعلى	28	-,949	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ادنى - اعلى	-36,35714	10,35737	1,95736	-40,37331	-32,34097	-18,575	27	,000

صدق الإتساق الداخلي

البعد الأول (الإنهاك الإنفعالي) من مقياس الإحترق النفسي

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
A1	2,3077	1,71841	104
A2	3,2115	1,81511	104
A3	2,8077	1,91609	104
A6	3,5288	1,90021	104
A8	2,1250	1,94930	104
A13	2,1442	2,13350	104
A14	2,6154	1,90201	104
A16	2,6154	2,14208	104
A20	2,0865	2,04849	104
TA	23,4423	13,34081	104

Correlations

	A1	A2	A3	A6	A8	A13	
A 1	Pearson Correlation	1	,542**	,549**	,286**	,670**	,645**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,003	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 2	Pearson Correlation	,542**	1	,578**	,505**	,514**	,466**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 3	Pearson Correlation	,549**	,578**	1	,415**	,597**	,620**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 6	Pearson Correlation	,286**	,505**	,415**	1	,359**	,244*
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,000		,000	,012
	N	104	104	104	104	104	104
A 8	Pearson Correlation	,670**	,514**	,597**	,359**	1	,838**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 13	Pearson Correlation	,645**	,466**	,620**	,244*	,838**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,012	,000	
	N	104	104	104	104	104	104
A 14	Pearson Correlation	,550**	,586**	,563**	,393**	,495**	,504**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 16	Pearson Correlation	,563**	,546**	,566**	,480**	,721**	,652**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
A 20	Pearson Correlation	,486**	,415**	,304**	,435**	,683**	,606**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104

T A	Pearson Correlation	,766**	,745**	,756**	,599**	,864**	,822**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

البعء الثاني: تبدل المشاعر

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
B5	1,2404	1,42444	104
B10	,9904	1,23458	104
B11	1,1635	1,48854	104
B15	,6058	,91819	104
B22	2,1442	2,03569	104
TB	6,1442	4,35426	104

Correlations

		B5	B10	B11	B15	B22	TB
B5	Pearson Correlation	1	,255**	,187	,088	-,002	,481**
	Sig. (2-tailed)		,009	,057	,374	,984	,000
	N	104	104	104	104	104	104
B10	Pearson Correlation	,255**	1	,180	,296**	,402**	,679**
	Sig. (2-tailed)	,009		,067	,002	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104
B11	Pearson Correlation	,187	,180	1	,275**	,229*	,619**
	Sig. (2-tailed)	,057	,067		,005	,019	,000
	N	104	104	104	104	104	104
B15	Pearson Correlation	,088	,296**	,275**	1	,213*	,517**
	Sig. (2-tailed)	,374	,002	,005		,030	,000
	N	104	104	104	104	104	104
B22	Pearson Correlation	-,002	,402**	,229*	,213*	1	,704**
	Sig. (2-tailed)	,984	,000	,019	,030		,000
	N	104	104	104	104	104	104
TB	Pearson Correlation	,481**	,679**	,619**	,517**	,704**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	104	104	104	104	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

البعد الثالث: نقص الإنجاز الشخصي

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
C4	4,8462	1,39882	104
C7	4,7404	1,26947	104
C9	4,5096	1,43463	104
C12	4,1346	1,52683	104
C17	4,7404	1,32192	104
C18	4,3558	1,54492	104
C19	4,7788	1,23820	104
TC	37,0769	6,61668	104

Correlations

	C4	C7	C9	C12	C17	C18	C19	TC
C4 Pearson Correlation	1	,294**	,475**	,228	,325**	,115	,132	,581**
C4 Sig. (2-tailed)		,002	,000	,020	,001	,243	,183	,000
C4 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C7 Pearson Correlation	,294**	1	,457**	,464**	,318**	,354**	,272**	,694**
C7 Sig. (2-tailed)	,002		,000	,000	,001	,000	,005	,000
C7 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C9 Pearson Correlation	,475**	,457**	1	,199	,495**	,277**	,315**	,727**
C9 Sig. (2-tailed)	,000	,000		,043	,000	,004	,001	,000
C9 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C12 Pearson Correlation	,228	,464**	,199	1	,229	,152	,083	,525**
C12 Sig. (2-tailed)	,020	,000	,043		,019	,123	,404	,000
C12 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C17 Pearson Correlation	,325**	,318**	,495**	,229	1	,345**	,374**	,686**
C17 Sig. (2-tailed)	,001	,001	,000	,019		,000	,000	,000
C17 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C18 Pearson Correlation	,115	,354**	,277**	,152	,345**	1	,503**	,595**
C18 Sig. (2-tailed)	,243	,000	,004	,123	,000		,000	,000
C18 N	104	104	104	104	104	104	104	104
C19 Pearson Correlation	,132	,272**	,315**	,083	,374**	,503**	1	,583**
C19 Sig. (2-tailed)	,183	,005	,001	,404	,000	,000		,000
C19 N	104	104	104	104	104	104	104	104
TC Pearson Correlation	,581**	,694**	,727**	,525**	,686**	,595**	,583**	1
TC Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
TC N	104	104	104	104	104	104	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ب/ الثبات

ألفا لكرونباخ للبعد الأول لمقياس الإحترق النفسي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	104	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	104	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	9

البعد الثاني: تبدل المشاعر

► Reliability

[DataSet1] D:\احتراق النفسي\بيانات اختمارة الاحتراق النفسي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	104	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	104	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,541	5

البعد الثالث: نقص الإنجاز الشخصي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	104	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	104	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,752	8

ألفا لكرونباخ للبنود المقياس الكلي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	104	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	104	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	22

إختبار "ت" لعينة واحدة (الفرضية الرئيسية) (البعد الأول من مقياس الإحترق)

→ T-Test

[DataSet1] D:\تفريغ بيانات استمارة الإحترق النفسي.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TA	104	23,4423	13,34081	1,30817

One-Sample Test

	Test Value = 18					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
TA	4,160	103	,000	5,44231	2,8479	8,0368

إختبار "ت" لعينة واحدة (البعد الثاني من المقياس)

→ T-Test

[DataSet1] D:\تفريغ بيانات استمارة الاحتراق النفسي\.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TB	104	6,1442	4,35426	,42697

One-Sample Test

	Test Value = 6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
TB	,338	103	,736	,14423	-,7026	,9910

إختبار "ت" لعينة واحدة (البعد الثالث من المقياس)

```
T-TEST
  /TESTVAL=34
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=TC
  /CRITERIA=CI (.95) .
```

→ T-Test

[DataSet1] D:\تفريغ بيانات استمارة الاحتراق النفسي\.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TC	104	37,0769	6,61668	,64882

One-Sample Test

	Test Value = 34					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
TC	4,742	103	,000	3,07692	1,7901	4,3637

إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين حسب متغير الجنس (الفرضية الفرعية الأولى)

[DataSet1] D:\استمارة الاحتراق النفسي\sav

Group Statistics

الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TA ذكر	71	22,3380	13,70083	1,62599
TA انثى	33	25,8182	12,39822	2,15825
TB ذكر	71	5,7324	4,30932	,51142
TB انثى	33	7,0303	4,38381	,76312
TC ذكر	71	37,2817	6,63364	,78727
TC انثى	33	36,6364	6,66060	1,15946
المجموع ذكر	71	65,3521	14,75040	1,75055
المجموع انثى	33	69,4848	15,01899	2,61447

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TA	Equal variances assumed	,548	,461	-1,241	102	,217	-3,48015	2,80333	-9,04055	2,08025
	Equal variances not assumed			-1,288	68,540	,202	-3,48015	2,70220	-8,87155	1,91124
TB	Equal variances assumed	,080	,778	-1,422	102	,158	-1,29791	,91286	-3,10855	,51273
	Equal variances not assumed			-1,413	61,526	,163	-1,29791	,91865	-3,13454	,53872
TC	Equal variances assumed	,516	,474	,461	102	,646	,64533	1,39938	-2,13034	3,42100
	Equal variances not assumed			,460	62,258	,647	,64533	1,40148	-2,15596	3,44661
المجموع	Equal variances assumed	,018	,894	-1,322	102	,189	-4,13274	3,12553	-10,33221	2,06674
	Equal variances not assumed			-1,313	61,475	,194	-4,13274	3,14641	-10,42338	2,15791

إختبار تحليل التباين أحادي الإتجاه حسب متغير الأقدمية المهنية (الفرضية الفرعية الثانية)

→ Oneway

[DataSet1] D:\تفريع بيانات استمارة الاحتراق النفسي\

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TA	Between Groups	515,402	3	171,801	,964	,413
	Within Groups	17816,252	100	178,163		
	Total	18331,654	103			
TB	Between Groups	189,743	3	63,248	3,587	,016
	Within Groups	1763,093	100	17,631		
	Total	1952,837	103			
TC	Between Groups	221,409	3	73,803	1,721	,167
	Within Groups	4287,976	100	42,880		
	Total	4509,385	103			
المجموع	Between Groups	592,229	3	197,410	,888	,450
	Within Groups	22240,992	100	222,410		
	Total	22833,221	103			

إختبار شيفيه للمقارنة البعدية

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: TB
Scheffe

(I) الأقدمية (J)	الأقدمية (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
أقل من 5 سنوات	ما بين 5 و 10 سنوات	-1,15541	1,10052	,777	-4,2849	1,9741
	ما بين 10 و 15 سنة	1,02793	1,03161	,803	-1,9056	3,9615
	أكثر من 15 سنة	3,36383	1,35379	,111	-,4859	7,2136
ما بين 5 و 10 سنوات	أقل من 5 سنوات	1,15541	1,10052	,777	-1,9741	4,2849
	ما بين 10 و 15 سنة	2,18333	1,14992	,313	-1,0867	5,4534
	أكثر من 15 سنة	4,51923*	1,44598	,025	,4073	8,6311
ما بين 10 و 15 سنة	أقل من 5 سنوات	-1,02793	1,03161	,803	-3,9615	1,9056
	ما بين 5 و 10 سنوات	-2,18333	1,14992	,313	-5,4534	1,0867
	أكثر من 15 سنة	2,33590	1,39425	,426	-1,6289	6,3007
أكثر من 15 سنة	أقل من 5 سنوات	-3,36383	1,35379	,111	-7,2136	,4859
	ما بين 5 و 10 سنوات	-4,51923*	1,44598	,025	-8,6311	-,4073
	ما بين 10 و 15 سنة	-2,33590	1,39425	,426	-6,3007	1,6289

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و متجانستين حسب متغير القطاع المستخدم (الفرضية الفرعية الثالثة)

→ T-Test

[DataSet1] D:\تفريغ بيانات استثمار الاحتراق النفسي\

Group Statistics

القطاع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TA القطاع العام	46	24,6739	14,86391	2,19156
القطاع الخاص	58	22,4655	12,04118	1,58108
TB القطاع العام	46	6,9565	4,98423	,73488
القطاع الخاص	58	5,5000	3,70040	,48589
TC القطاع العام	46	35,6957	6,80153	1,00283
القطاع الخاص	58	38,1724	6,31105	,82868
المجموع القطاع العام	46	67,3261	15,29568	2,25523
القطاع الخاص	58	66,1379	14,67119	1,92642

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TA	Equal variances assumed	3,037	,084	,837	102	,404	2,20840	2,63777	-3,02361	7,44041
	Equal variances not assumed			,817	85,704	,416	2,20840	2,70237	-3,16399	7,58079
TB	Equal variances assumed	4,794	,031	1,710	102	,090	1,45652	,85176	-,23295	3,14599
	Equal variances not assumed			1,653	80,759	,102	1,45652	,88099	-,29645	3,20949
TC	Equal variances assumed	,097	,756	-1,921	102	,058	-2,47676	1,28964	-5,03476	,08124
	Equal variances not assumed			-1,904	93,149	,060	-2,47676	1,30092	-5,06007	,10655
المجموع	Equal variances assumed	,086	,770	,403	102	,688	1,18816	2,95163	-4,66640	7,04271
	Equal variances not assumed			,401	94,787	,690	1,18816	2,96600	-4,70026	7,07658

الإختصاصات الطبية

الإختصاص باللغة الفرنسية	الإختصاص باللغة العربية
1-Anatomie générale	1- التشريح العام
2-Anatomie normale	2- التشريح الطبيعي
3-Anatomie pathologique	3- التشريح في علم الأمراض
4-Anesthesie –réanimation	4- التخدير
5-Anesthesie–réanimation pédiatrique	5- التخدير الخاص بالأطفال
6-Biochimie	6- الكيمياء الحيوية
7-Biologie clinique	7- البيولوجيا السريرية
8-Biophysique	8- الفيزياء الحيوية
9-Cardiologie	9- طب القلب
10-Chirurgie cardio-vasculaire	10- جراحة القلب و الأوعية الدموية
11-Chirurgie générale	11- جراحة عامة
12-Chirurgie mascillo-faciale	12- جراحة الوجه و الفكين
13-Chirurgie orthopédique	13- جراحة العظام
14-Chirurgie pédiatrique	14- جراحة الأطفال
15-Chirurgie plastique esthétique	15- جراحة تجميلية
16-Chirurgie urologique	16- جراحة المسالك البولية
17-Dermatologie	17- طب الأمراض الجلدية
18-Dermatologie et vénérologie	18- طب الأمراض الجلدية و التناسلية
19-Diabatologie-endocrinologie et maladie métabolique	19- داء السكري وأمراض التمثيل الغذائي
20-Endocrinologie	20- علم الغدد
21-Epidemologie	21- علم الأوبئة
22-Gastro-enterologie	22- أمراض الجهاز الهضمي
23-Gynéco-obestetrique	23- أمراض النساء والتوليد
24-Hématologie	24- أمراض الدم
25-Hémobiologie	25- هيمنوبولوجيا
26-Histologie embryologie et génétique	26- علم الأنسجة والأجنة والوراثة
27-Immunologie	27- علم المناعة
28-Maladies infectieuses	28- الأمراض المعدية
29-Medecin de sport	
30-Medecin de travail	
31-Medecin interne	

32-Medecin légale	29- طب الرياضة
33-Medecin nucléaire	30- طب العمل
34-Microbiologie	31- طب الباطني-الداخلي
35-Nephrologie	32- طب الشرعي
36-Neurochirurgie	33- طب النووي
37- Neurologie	34- علم الأحياء المجهرية
38-Ophtalmologie	35- طب الكلي
39-ORL	36- جراحة المخ و الأعصاب
40-Oncologie médicale	37- طب الأعصاب
41-parasitologie	38- طب العيون
42-pédiatrie	39- طب الأنف-الحنجرة-الأذن
43-Pharmacologie clinique	40- علم الأورام الطبية
44-Physiologie	41- علم الطفيليات
45-Pneumo-phistiologie	42- طب الأطفال
46-Psychiatrie	43- صيدلية سريرية
47-Radiologie	44- علم وظائف الأحياء
48-Radiolo	45- طب الرئة والسل
49-Rééducation fonctionnelle	46- طب العقلي
50-Rhumatologie	47- الأشعة
	48- المعالجة بالإشعاع
	49- المعالجة الفيزيائية
	50- طب الروماتيزم

المراجع

قائمة المراجع و المصادر

أ- المراجع باللغة العربية

- إبراهيم، بن أحمد البدر. (2006). "المناخ التنظيمي وعلاقته بضغط العمل"، جامعة الملك سعود.
- إبن خلدون، عبد الرحمن المغربي. (1733). "المقدمة"، تحقيق علي عبد الواحد وافي مطبعة دار الشعب.
- أحمد، فايز النماس. (2000). "الخدمة الإجتماعية الطبية"، ط1، دار النهضة العربية بيروت، لبنان
- أحمد، فؤاد باشا. (د.ت). "التراث العلمي للحضارة الإسلامية و مكانته في تاريخ العلم الحضارة"، د.ط.
- أحمد، ماهر. (2003). "السلوك التنظيمي: مدخل بناء المهارات"، الدار الجامعية للنشر التوزيع. ب.ط.
- أحمد، مزيد. (د.ت). "أحكام الجراحة الطبية و الآثار المترتبة عليها"، مكتبة الصحابة للنشر، دط، الشارقة، الإمارات.
- أحمد، مطيع الشخانية. (2010). "التكيف مع الضغوط النفسية"، دار الحامد للنشر الأردن.
- أسامة، ربيع أمين. (2007). "التحليل الإحصائي باستخدام برنامج "spss"، ط2، القاهرة، مصر.
- أسامة، كامل راتب. (2004). "النشاط البدني و الإسترخاء، مدخل لمواجهة الضغوط تحسين نوعية الحياة"، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- أندروسيلاقي، مارك جي ولاس. (1991). "السلوك التنظيمي والأداء" (جعفر أبو القاسم أحمد، مترجم)، معهد الإدارة العامة، لندن.
- توفيق، عبد الرحمان. (1994). "المدير في مواجهة ضغوط العمل"، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، مصر.
- جان، بنجامان ستورا. (1997). "الإجهاد وأسبابه و علاجه"، (أنطوان الهاشم مترجم)، منشورات عويدات، ط1، بيروت، لبنان.

جلال الدين، السيوطي. (1990). "الأشباه و النظائر في القواعد الفقهية"، دار الكتاب العلمية للنشر، ط1، مصر.

جمعة، سيد يوسف. (2004). "إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب رؤية نفسية" إيبتراك للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

جهاد، بن محمد الرشيد. (2003). "إدارة الوقت وعلاقتها بضغط العمل"، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، الرياض، السعودية.

جون، ويليامس. (2005). "كتاب الأخلاقيات الطبية-جمعية الطب العالمي"، (محمد صالح بن عمار، مترجم)، دن، تونس.

جيرلاند، جلبرج؛ روبرت، بارون. (2004). "إدارة السلوك في المنظمات"، (رفاعي محمد، مترجم) دار المريخ للنشر، ب ط.

حسن، فايد. (2000). "دراسات في الصحة النفسية"، ط1، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، مصر.

حنان، عبد الرحيم الأحمدى. (2000). "ضغط العمل لدى الأطباء، المصادر الأعراض"، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، القاهرة، مصر.

خليل، محمد حسين الشماع. (2007). "مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال"، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

ديفيد، فونتانا. (2009). ترجمة، حمدي علي الفرماوي؛ رضا، عبد الله. "الضغط النفسية في مجال العمل و الحياة، موجبات نفسية في سبيل التنمية البشرية"، دار الصفاء للنشر التوزيع، ط1، عمان، الأردن.

راوية، حسن. (2003). "السلوك التنظيمي المعاصر"، الدار الجامعية، الإسكندرية مصر.

سامر، جميل رضوان. (2007). "الصحة النفسية"، دار المسيرة، ط2 عمان، الأردن.

سمير، شيخاني. (2003). "الضغط النفسي"، دار الفكر العربي، ط1، بيروت لبنان.

- السيد، فاروق عثمان. (2001). "القلق وإدارة الضغوط النفسية"، دار الفكر العربي ط1، القاهرة، مصر.
- طه، فرج عبدالعظيم؛ سلامة عبد العظيم حسين. (2006). "إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية"، دار الفكر، ط1، الأردن.
- عبد الحافظ، سلامة. (2006). "علم النفس الإجتماعي"، دار اليازوري العلمية للنشر التوزيع، ب ط، عمان، الأردن.
- عبد الرحمان، محمد السيد. (2000). "علم الأمراض النفسية و العقلية"، ج1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- عبد الستار، إبراهيم. (1994). "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث"، أسلوبه و ميادين تطبيقه، دار الفجر، القاهرة، مصر.
- عبد العزيز، عبد المجيد محمد. (2005). "سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي"، مركز الكتاب للنشر، ط1، القاهرة، مصر.
- عبد الغفار، حنفي؛ وآخرون. (2002). "محاضرات التنظيم"، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، ط1.
- عبد الله، قاسم. (2000). "مدخل الى الصحة النفسية"، دار الفكر، ط1، الأردن.
- علي، عبد الله الدفاع. (1998). "رؤاد علم الطب في الحضارة الإسلامية"، مؤسسة الرسالة، ط1، مصر.
- علي، عسكر. (2003). "ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها"، دار الكتاب الحديث ط3، الكويت.
- عمار، كشرود. (1995). "علم النفس الصناعي و التنظيمي الحديث"، مفاهيم و نظريات، الجزء الثاني، دار الكاتب الوطنية، بنغازي، ليبيا.
- فرج، عبد القادر طه. (2001). "علم النفس الصناعي والتنظيمي"، دار قباء للنشر و التوزيع، ط9، القاهرة، مصر.
- فليه، فاروق عبده؛ عبد المجيد، محمود السيد. (2005). "السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية"، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن.
- فوزية، سعيد حسن (2000). "دراسات عربية في علم النفس"، المجلد الثاني، العدد الأول، دار غربي للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

كامل، محمد محمد عويضة. (1996). "علم النفس الصناعي" ، دار الكتب العلمية بيروت، لبنان .

ماك مكمين.(د، ت). "الحل الأمثل للضغوط، كيف نستفيد من ضغوط الحياة اليومية"، (سلام، منير حبيب، مترجم)، دار الثقافة ، ط1، القاهرة ،مصر .

مجدي، أحمد محمد عبد الله.(1997). "علم النفس العام، دراسة في سلوك الإنسان وجوانبه"، دار المعرفة الجامعية للنشر، دط، الإسكندرية، مصر .

محسن، أحمد الخضيرى. (1991). "الضغوط الإدارية، الظاهرة، الأسباب و العلاج"، مكتبة مديولي ، دط ، القاهرة ، مصر .

محمد، حسن علاوي. (1998). "سيكولوجية الإحترق النفسي للاعب و المدرب الرياضي"، دار الكتاب و النشر، ط1، القاهرة، مصر .

محمد، حسن محمد حمادات. (2007). "السلوك التنظيمي والتحديات المستقبلية في المؤسسات التربوية"، دار حامد للنشر، دط ، عمان، الأردن .

محمد، حسين منصور. (2000). "المسؤولية الطبية"، دار الجامعة الجديدة للنشر ط1، مصر .

محمد، علي. (1983). "علم إجتماع التنظيم، مدخل للتراث و المشكلات و الموضوع و المنهج" ، دار المعرفة الجامعية، ط3، الإسكندرية، مصر .

محمد، كامل عويضة. (1996). "الصحة في منظور علم النفس"، دار الكتب العلمية، ط 1، بيروت، لبنان .

محمد، مرعي مرعي. (1999). "أسس إدارة الموارد البشرية، النظرية و التطبيق" دار الرضا للنشر، ب ط، دمشق ، سوريا .

محمود، الحاج قاسم. "الطب عند العرب و المسلمين، تاريخ ومساهمات"، دار السعودية للنشر، دت ، ط1. جدة، السعودية .

محمود، فتحي عكاشة. (1999). "علم النفس الصناعي"، مطبعة الجمهورية ب ط، الإسكندرية، مصر .

منى، عبد الحليم. (2009). "مدخل الصحة النفسية في المجال الرياضي، مفاهيم وتطبيقات" دار الوفاء لدنيا للطباعة و النشر، ط1، الإسكندرية ، مصر .

نواف، كنعان. (2007). القيادة الإدارية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، د ط، عمان الأردن.

هارون توفيق، الرشيدى. (1999). الضغوط النفسية، طبيعتها، نظريتها و برامج لمساعدة الذات، د ط، كفر الشيخ، مصر.

هيجان، عبد الرحمان أحمد بن محمد. (1998). "ضغوط العمل، مصادرها، ونتائجها وكيفية إدارتها"، معهد الإدارة العامة، د ط، الرياض، السعودية.

الوابلي، سليمان محمد. (1995). "الإحترق النفسي ومستوياته لدى معلمي التعليم العام بمدينة مكة المكرمة"، مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة أم القرى، السعودية.

يوسف، جمعة سيد. (2000). "دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

ب- القواميس و المعاجم

إبراهيم، زكي؛ أحمد، الشنتناوي. (1998). "موجز دائرة المعارف الإسلامية"، مركز الشارقة للإبداع الفكري، ط1، الإمارات.

لويس، معلوف. (1987). "المنجد في اللغة و الإعلام"، المطبعة الكاتوليكية، ط1 بيروت، لبنان.

محمد، فريد. (1971). "دائرة معارف القرن العشرين"، دار تصوير المعرفة للنشر، دط، بيروت، لبنان

ج- المجالات و الدوريات

أسماء، عبد الحافظ الجعافرة. (2008). "الإحترق النفسي لدى الطلبة الجامعيين القاطنين في المنازل الداخلية و علاقته ببعض المتغيرات"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية، المجلد 21، العدد 01، ص ص 295-325

بطانية، أسامة؛ و الجوارنة، المعتصم بالله. (2004). "مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة و معلماتها في محافظة أريد و علاقتها ببعض المتغيرات"

مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس، المجلد 2، العدد 2، جامعة دمشق ص ص 48-86

بندر، بن ناصر العتيبي. (2005). "الإحترق النفسي لدى المعلمين العاملين في معاهد التربية الفكرية"، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (29)، الجزء (2) ص ص 156-197

حسن، مصطفى عبد المعطي. (1994). "ضغوط أحداث الحياة و أساليب مواجهتها دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري -الإندونيسي"، مجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (08).

الخرابشة، عمر عربيات. (2005). "الإحترق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية الإجتماعية و الإنسانية، مجلد 17، العدد (02).

السرطاوي، زيدان. (1997). "الإحترق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة"، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، المجلد 21، العدد 01، ص ص 57-96.

سيد محمد، عبد العال. (2008). "ضغوط العمل و الأزمات"، مجلة مركز معوقات الطفولة، العدد 10.

الشيخ خليل، جواد محمد. (2008). "الإحترق النفسي و علاقته ببعض المتغيرات لدى المعلمين"، مجلة البحوث العدد 1، ص ص 135-158.

عدنان، الفرح. (2001). "الإحترق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في دولة قطر"، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد (28) العدد (2)، الأردن، ص ص 246-261.

عمر، محمد عبد الله الخرابشة؛ و أحمد، عبد الحليم عربيات. (2005). "الإحترق النفسي لدى المعلمين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية، الإجتماعية و الإنسانية، جامعة أم القرى، المجلد (17) العدد (2)، ص ص 292-331

فوزية، عبد الحميد الجمالي؛ و عبد الحميد سعيد حسن. (2003). "مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي ذوي الإحتياجات الخاصة و إحتياجاتهم التدريسية بسلطنة

عمان"، مجلة دراسات عربية في علم النفس المجلد (2) ، العدد (1)، ص ص 151-211.

القريوتي، إبراهيم؛ و الخطيب فريد. (2006). "الإحترق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين و ذوي الإحتياجات الخاصة بالأردن"، مجلة كلية التربية جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد23 ، ص ص 131-154.

الكلابي ، سعد و رشيد ، مازن. (2001). "الإحترق النفسي دراسة إستكشافية لمقياس ماسلاش على الموظفين بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية" ، مجلة جامعة الملك سعود ، العدد (1) ، ص ص 113-150

لطفي، عبد الباسط إبراهيم. (1994). "عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين"، مجلة البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة الثالثة العدد 05.

مقابلة، نصر يوسف. (1996). "العلاقة بين مركز الضبط و الإحترق النفسي لدى عينة من المعلمين"، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد(39).

منصور، محمد السيد. (2001). "الإحترق النفسي و علاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى معلمي مدارس الأمل بمحافظة أسوان، دراسة إمبريقية كLINIكية"، مجلة كلية التربية بأسوان، جامعة جنوب الوادي، العدد (01)، ص ص 83-106.

نوال، حمداش. (2004). "قراءة في بعض المصادر التنظيمية للإجهاد المهني"، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (21) ، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة ، الجزائر.

د- الملتقيات و المؤتمرات

حسين، خريف. (2003). "الإتصال في المؤسسة" ، مخبر علم إجتماع الإتصال جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر .

الزويد، نادر. (2007). "تقدير المعلم للضغوط المهنية و علاقته بالضبط الداخلي و الخارجي و بعض المتغيرات الديمغرافية" ، المؤتمر الثاني للمعلم، جامعة قناة السويس مصر.

هـ - الرسائل الجامعية و المذكرات

شفيق، شاطر. (2010). أثر ضغوط العمل على الرضا الوظيفي للموارد البشرية رسالة ماجستير غير منشورة في علوم التسيير، جامعة بومرداس، الجزائر

شهاب، إيناس أحمد. (2001). دراسة مقارنة لمستويات الاحتراق النفسي لدى المشرفين التربويين ومديري المدارس الثانوية في محافظة أربد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، أربد، الأردن.

الصباغ، زهير. (1999). "مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين: دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة و المستشفيات الخاصة"، دراسة ميدانية، جامعة البتراء الأردن.

طايبي، نعيمة. (2013). "علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية النفسجسدية لدى الممرضين"، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر (2)، الجزائر.

طلال، حيدر البدوي. (2000). "درجة الاحتراق النفسي و مصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان و أثر بعض المتغيرات"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، عمان، الأردن.

عداد، حسن. (2001). "الجو التنظيمي السائد داخل المؤسسات الصحية العمومية علاقته بالضغط المهني عند إطارات تسيير هذه المؤسسات"، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل و التنظيم، جامعة الجزائر، الجزائر.

المشعان، و عويد سلطان. (1993). "دراسة مقارنة في الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي و العاملين في القطاع الخاص"، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مصر.

مودة الشيخ، محمد عابدين. (2010). "الإحتراق النفسي و علاقته بتقدير الذات للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج النفسي بالخرطوم"، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم، السودان.

نايف، بن فهد تويم. (2005). مستويات ضغوط العمل وسبل مواجهتها في الأجهزة الأمنية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية ، السعودية.

نشوة، دردير. (2007). الإحترق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ و ب) وعلاقته بأساليب المواجهة المشكلات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، مصر.
يوسف، حرب. (1998). ظاهرة الإحترق النفسي وعلاقتها بضغط العمل لدى معلمي المدارس الثانوية الحكومية في الضفة الغربية، رسالة ماجستير، جامعة النجاح فلسطين.

المراجع باللغة الفرنسية

أ - الكتب

Agnès, Perry . (1998). relation en souffrance in épuisement professionnel, usere, burnout, stress, dépression, eposo N 48.

Ahola, K. (2007). occupational burnout and health finish institute of occupational health. People and work research ,reports 81 tampereen yliopistopaino OY-juvenes print ,Tampere .Finland

Aschford,s(1988).individual strategies for with stress during organizational transitions .journal of applied behavioral science .24.1

Bensabat & H , Selye .(1980) . stress de grands spécialistes répondent .édition hachette. Paris.

Bowman ,M,A. & Allen ,D ,I.(1985). stress and women physicians ,springer-verlag –new York.

Canoui,p(1998). le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse du burnout à la réponse .Edition Masson. Paris.

Carpentier –Roy, M, c. (1995). corps et âme : psychopathologie du travail infirmier .deuxième Edition augmentée .Montréal .

Carter, S. (2001).teacher stress and burnout, children and youth vol 3, p23.

Chakali .(2000). burnout chez le personnel du Centre anticancéreux de Blida ,19^{eme} rencontre franco-maghrébine de psychiatrie Alger .septembre .

Cordes, C; & dougherty, T. (1993). A revieur and an integration of research on job burnout .academy of psychologie

Cortne PH, Bracke aire c, dewell p, formel, Habsheim Korn Reich Terrace S, van driette y, verbanek, p.(2006) . impact psychopathologique du burnout sévérité traitement .pronostic .lien avec les troubles l'humeur.

Cox ,T et Ferguson ,E.(1991). indifferences , stress and coping C.L Cooper et R ,Payne (Eds) ,personality and stress :individual differences in the stress processe (p.7-30) ,chichester,X est Sussex john Wiley et sons.

Davis,G.J.(2008).factors that influence burnout in family works in monmetropolitan areas , doctor of philosophy, capella university, u.s.a.

Demerouti E ,Bakker ,AB,jonge ,j, janseen, p.m., Schaufeli W.B(2001) Burnout and engagement at work as a function of demands and control .scand j.work health , 27(4): p 279-286

Eric, Galan.(2012).l'erreur medicale :le burnout et le soignant ,doctorat en medecine, paris, France .

Firth,H ; Mc intee,J ; Edwards ,K l.(1983).exploraty development and validation of a perceptual job burnout inventory:comparison of corporate sector and human services professionals, psychological reports 52, page 995-1008.

Fontaine, O & al. (1996). stress et cardiologie, Masson, Paris

Freudenberger.H. (1974).staff burnout .journal of social issues .vol.30 (1).

Frydenberg ,E & Lewis ,R. (1991). adolescent coping : the different ways in which boys and girls cope journal of adolescence,14 p 119-13
Gates ,G,H (2007) : factors relates to burnout in north Caroline public school teachers ,ph. :D of education ,north Carolina state university ,M.S.A

Gautier,I.(2003). Burn-out des medecins in : le bulletin du conseil departemental de l'ordre des medecins de la ville de paris n86 mars 2003.

Gerber , L.A. (1983). Married to their careers and family dilemmas in doctor's lives .tavistock .new York

Gervais ,C.(1991). comprendre et prevenir le burnout .Ottawa Edition agence d'art.

Gilliland,B,E & James,R,K.(1997). crises intervention strategies .brooks. Cole publishing company .california .USA.

Golembieski .RT et munzenrider .R.F. (1998) : phases of burnout .Ng.prelger

Gordon ,J. (1993).A diagnostic approach to organizational behavior ,4th ed , Allyn and bacon , London

Graziani, P & swendsen, J .(2005). le stress, émotion et stratégie d'adaptation, Armand colin .paris.

Graziani, P & al. (1998). validation française du questionnaire de coping (WCCR) et analyse des évènements stressants du quotidien journal de therapie comportementale et cognitive, vol 8N° 03

Guillevic ,C(1991). psychologie du travail .Nathan.

Hallberg,U.E. (2005). a thesis on fire: studies of work engagement .type A behavior and burnout .doctoral dissertation department of psychology .Stockholm university .intelleca docusys Sweden.

Hallberger.VE & schaufleis ,WB.(2006).same bruit different? Can work engagement be empirically separated from job involvement and organizational commitment .vol 11?

Harrison ,R.(1985).the Person environment fit and study of job stress ,in human stress and cognition

Hollet ,S.(2006). une application du modèle de déséquilibre « effort récompense » à la compréhension des comportements de retrait des commerciaux .cahier de recherche .mars 2006.

Instruction ministérielle N° 18 du 27 octobre (2002). relative à la protection de la santé des personnels de santé.

Jacque ,cervoiser. (1985). foot Ball et psychologie « la dynamique de l'équipe .édition sort 1985.

K, Barau-Baumstarck, E Rebeshini. D, Durand –Bruguerolle .G Gazazian .F, Martin .(2009). effets du type d'aménagement horaire du travail sur la qualité de vie : étude auprès des 145 agents paramédicaux des services des réanimations la presse Médicale, vol 38, N° 03, page 346-353.

Kahn ,H. & Cooper,C. (1993). stress in the dealing room London new fetter lane

Killy ,J. (1994).the executive time and stress management program, in journal of personality and social psychology ,vol 23 N° 06

Kivimaki, M;Virtanen ,M; Elovainio, M;Kouvonen ,A ;Vaananen & coll (2006).work stress in the etiology of coronary heart disease –a meta – analysis .scand j work environ health .431-442.

Kyriacou,c.(2001). teacher stress ; directions for future research ,educational review journal, vol 53 ,no,1 February p 27-35.

Lazarus ,R.S& Folkman ,S .(1984). stress, appraisals and coping, New York :springer .

Leiter, MP .(1991).coping patterns as presictors of burnout the function of control and exaping coping, vol 12.

Maslach ,c .(1982).burnout .a social psychological analysis .in J.W.jones ,the burnout syndrome :current research .park ridge .illions :London's house press, p p 30-53

Maslach ,C .Leiter ,M,P. (1997). the truth about burnout :how organizations cause personal stress and what to do about it san Francisco: jossey –bass

Paulhan, I & al. (1994). le jour de coping traduction et validation française de l'échelle de italiano et al, médicopsychologie

Perry, A. (1997). épuisement professionnel usure .burnout .stress, dépression, les colonnes d'epsos 48, dossier N° 48 .mars 1998

Pezet& Langevin. (2003).Qui 'est –ce que le burnout ?comment les entreprises peuvent –elle y remédier ?in c Levy.leboyer. M .huteau .cc louche .j .p Rolland (sous la direction de) .la psychologie du travail .2 ed éditions d'organisation.

Pines ,A. (1993).an existential perspective in W B .schaufelin c maslach ET T Marek, recent developments in theory and research Washington D C Taylor et Francis.

Ramirez , A.J; Graham ,J;Richards ,MA ; Cull, A ; Gregory ,WM.(1996).mental health of hospital consultants :the effects of stress and satisfactions at work, lanct(1996 :347),page724-728..

Rascale .N et bruchon Schweitzer .M. (2006). burnout et sante des personnels déterminants et prises en charge i, justice organisationnelle .enjeux de carrière et épuisement professionnel .Bruxelles.

Rascale, N & bruchon Schweitzer, M.(2004). le stress au travail.

Régis Mouries, (2007) : l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyse et perspectives .France

Rodary, C.& col. (1993). le stress des infirmières quelles conséquences sur leur sante, IGR .info .pp 1-4

Stordeur,S ; vanderberghe,C ; D'hoore,W. (1999). prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers, une étude dans un hôpital universitaire, recherche en soins infirmiers, N° 59

Salah,D & fontaine,O(1992, gestion du stress quotidien édition Masson paris

Sarason ,B,R ; sarason ,I,G, & Gurung , R.A.R .(1997).close personal relationships and health outcomes : a key to the role of social support .in S. Duck (ED) ,handbook of personal relationships .new York .p 547-573

Schaufeli, W.& bakker ;A.B(2004).job resources aux their Relationship with burnout and engagement :A multiple-sample study, journal of organesational behavior , vol31.

Schute .N; toppinen,S; kalima,R & schaufeli,W,B(2000). the factorial validity of the maslach burnout inventory general, survey across occupational and organizational psychology 73

Schwarzer,R & Renner ,B. (2000).social –cognitive predictors of health behavior: action self –efficacy and coping self –efficacy health psychology 19.

Schweitzer , Mb. (2002). psychologie de la santé, modèles concepts méthodes dunod .paris.

Schwob, M.(1999) . le stress, Flammarion, paris.

Snow, M ,D .(2008). is burnout an occupational challenge for the working massage therapist and if so is there a relationship between burnout and proactive coping ?Ph.D. of philosophy Capella university .U.S.A ,social behavior and personality .35(4) , p p 561-572.

Stansfield, S;Candy B .(2006).psychosocial work environment and mental health – a meta –analytic review , scand j work environ health , 32: 443-462.

Stora ,J P .(1991). le stress 1 er edition .PUF .Paris.

Szillagy ,AD.(1987) . behavior and performance , London ,scott, foreman and compary

Taris .T.W.schreurs .P.J.G & schaufeli .W.B(1999).burnout inventory – general survey :a two –sample .examination of its factor structure and correlates .in workand stres-ol 132 n°=3

Truchot ,D. (2006). exigences professionnelles et implication au travail : leur vole dans l'émergence du burnout.

Truchot, D. (2004) . épuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions, collection « psycho sup » , page 280 ,paris.

Truchot, D. et Fisher, G, N. (2002). sante et travail in : G.N Fisher, traite de psychologie de la sante, dunod, paris.

Zellars ,K.L perewe ,P .(1999).mitigating burnout among high-NA employees in health Care: wlat Caro organization do, journal of applied social psychology 29.11.

ب- القواميس

Hachette ,(1993).le dictionnaire du francais , reprise national des arts grahpiques(ENG) 2eme edtion , alger,algerie.

Josettery ,Devove,(1990),le rober methodique , paris,France.

ت- الرسائل و المذكرات الجامعية

Chanon .(1994).le niveau de burnout et la depression et la satisfaction face a la vie au travail, these de medicine generale pour obtenir le grade de doceteur en medecine ,France

colombines , doctorat de medecine, Amirce de sud

Jacinte, Perruchoud.(2008).epuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan :état des lieux et prevention, memoir de fin d'études déposé a sion(centre de sion HES-so//valais domaine de la sarité filiere soins infirmiers) , France.

Lloyd, Streiner.(2000).le burnout et la dépression chez les medecins

Marly, le roi.(2013).analyse du burnout chez les internes de medecins générale sur le base d'une etude comparative entre l'ile (de france) et le Languedoc (roussillon), these de medicine generale pour obtenir le grade de doceteur en medecine ,France.

Vaquine, villeminey.(2007).prevalance du burnout en medecine générale :enquête national ,these de medecine generale pour obtenir le grade de docteur en medecine,paris , France.

ث- المجلات و الدوريات

Cortes elasticité .(1974),encyclopédie universalises, France, paris.

Maslach C,schaufeli ub& leiter ,MP(2001). job burnout annval, revue of psychologie vol 42.

Maslach C & Jackson .S .E. (1981). the measurement of experienced burnout .journal of occupational behavior .vol 2.

Schwarzer Ret leppin at. (1991). social support and health: theoretical and empirical overview, journal of social and personal relationship.8.

Zapf, D., Seifer, G. A., Schomutte, B. (2001). emotion work and job stressors and their effects on burnout psychology and health Harwood academic publishers vol ,16, p p 527-545, OPA.NN

Vézina .M. (1999) .stress et psychodynamique du travail de nouvelles convergences .travailler .revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail .1.2 page 201-218