

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد أبن باديس - مستغانم-



كلية العلوم الإجتماعية
قسم العلم النفس

مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي و الصحة العقلية

الاحترق النفسي عند الأطباء العامين (دراسة ميدانية بمستشفى مستغانم)

من إعداد الطالب (ة):

جبار نبيلة

لجنة المناقشة :

الأستاذ: رئيسا.

الأستاذ: مناقشا.

الأستاذ(ة): سليمان مسعود ليلي مؤطرا.

1-ADISSON JULIE , 2010 " les déterminants organisationnels et sociaux des trois dimensions de l'épuisement professionnel " mémoire pour l'obtention du grade de msc en relation industrielle , université de montréal (canada).

DESBRIENS JEAN-FRANCOIS , 2006 " les stratégies de coping, la réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle des infirmières et soins palliatifs " étude en sciences infirmières pour l'obtention du grade de maître es sciences (M.Se.) , université laval(québec).

2-DIETRICH PERRINE , 2013 " comprendre l'impact du stress organisationnel sur la qualité des soins infirmiers " mémoire de fin d'étude , rédigé en vue de valider l'initiation à la démarche de recherche , l'institut de formation en soins infirmiers de colmar (France).

3-FAILLE AURELIEN , 2011 " étude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du nord-pas-de-calais et prévalence du burn out" thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université du droit et de la santé – lille 2 (France).

4-FERREOL ANNICK , KEN LAETICIA , 2012 " les stratégies de coping de adolescents asthmatiques " étude pour l'obtention d'un bachelor of science , haute école de santé Vaud (suisse).

5–GLAUSER MARTINE , 2010 " burn out " étude dans le cadre du travail de bachelior , haute école de santé valais (suisse)

6– HARTMANN ANNE , 2007 " Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'adjustment des patientes avec un cancer du sein et de leur " accompagnant – référent " thèse présenté en vue de l'obtention du grade de docteur en psychologie . université de Haute– Bretagne Rennes (France).

7–HASTOY ANITA , 2013 " burnout en maternité de niveau 3 , étude des soignants de l'hôpital paule de viguer " thèse pour avoir le diplôme d'état de docteur en médecine , université de Toulouse 3 (france).

8–HAUTEFEUILLE NATACHA ,2013" syndrome de l'épuisement professionnel du chirurgien–dentiste " these pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire , université de nantes (France).

9–JULLIAN MELANIE , 2007 "comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants " l'école nationale de la santé publique de rennes (France).

10-KANE SOPHIE , 2009 " épuisement professionnel " mémoire présentée comme exigence partielle de la maîtrise administration des affaires , université de québec montréal (québec).

11-LECOMTE YVES , 2000 "développement et validation d'un modèle psychosocial de l'adaptation chez les personnes diagnostiquées schizophrènes " thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie , université du montréal (québec).

12-LE TOURNEUR ANTOINE , KOMLY VALERIAIANE ,2011 " burnout des internes en médecine générale , état des lieux et perspectives en France métropolitaine " these présentée pour l'obtention du doctorat en médecine , université joseph fourier (France).

13- MANGEN MARIE HELENE , 2007 " étude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois " these pour l'obtention de grade de doctorat en médecine , université pierre et marie curie (France).

14-OLIVE LUCIE , 2011 " stress professionnel et stratégie d'ajustement de l'interprete francais " mémoire pour avoir le degree master 2 sciences de langage , université de lille 3 (France) .

14- RICHARD –GALLES CAROLE , 2009 "Syndrome d'épuisement professionnel et idéation suicidaire parmi les Médecins Urgentistes bretons. A propos d'une cohorte de 157 Praticiens." Diplôme inter universitaire , université de rennes ,
15-RUILLER CAROLINE , 2008 " le soutien social au travail conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle " these pour l'obtention du titre de Docteur de L'université de Rennes (France).

16 – PERRUCHOU JACINTHE , 2008 " Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention" Mémoire de fin d'études pour le diplôme de bachelor en soin infirmier , haute ecole de santé de sion (suisse).

17-TAVARES MARLISA ORQUIDIA PEREIRA , 2009 "le burnout chez les soignants : facteurs prédisposants et moyens de prévention " Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science en soins infirmiers , Haute école de santé, Fribourg(suisse)

18- TETREAUULT KAREN , 2005 " les stratégies d'adaptation en lien avec la détresse psychologique chez les adolescents" mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sychoéducation , université du a trois-rivières(québec).

19- THEVENET MARIE , 2011"analyse du burn out chez les internes de medecine generale sur la base d'une etude comparative

entre l'île-de-france et le languedoc roussillon" , these pour l'obtention du titre en doctorat en medicine , universite pierre et marie curie (France).

20- VÉRONIQUE FORTIN , 2009 " le style de coping, les stratégies d'adaptation et la réussite scolaire des adolescents québécois manifestant des troubles du comportement " Mémoire présenté pour l'obtention du grade de de maîtrise en sychopédagogie mention adaptation scolaire , université Laval (quebec).

20-WIERTZ RUTH , 2012" psychiatres et burnout ? etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du nord pas de calais" these pour l'obtention du titre doctorat en medicine , université de lille (France).

Les articles :

1- BRÜHLMANN TONI ,2012 , " diagnostic et traitement du burnout en pratique" Forum Med Suisse vol 12(49)p 955-960.

2-COHEN SHELDON , WILLS THOMAS ASHLY , 1985 stress , social support and the buffering hypothesis" psychological bulettin , vol 98 n° 02 , p 310-357.

3-DION GUYLAINE , TESSIER REJEAN " Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de maslach

et Jackson, revue canadienne des sciences du comportement
"1994, vol 26 n° 2 p 210–227.

4–GREBOT E , PATY B , DEPHANIX NG " Styles défensifs et
stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante" revue
L'Encéphale, 2006 , vol 32 , p 315–323.

5–HERBERT FREUDENBERGER , 1974" staff burn out " journal
of social issues , vol 30 , p159–165.

6–HOCHSTRASSER BARBARA , SCHULZ BEAUT , KECK
MARTIN , " Le burnout: un défi à différents points de vue
"primarycare 2013, vol 13 n° 20 p 365–366.

7– MASLACH CHRISTINA , JACKSON SUSANE ,1981 "The
measurement of experienced burnout" journal of occupational
behaviour, vol 2 p 99–113.

6–MASLACH CHRISTINA , JACKSON SUSANE , 1984 " burnout
in organizational settings " , applied social psychology annual , vol
5 beverly hills , p 133–163.

7– MASLACH C , SCHAUFELI WB , LEITER MP , 2001 " job
burnout " annu rev psychol , vol 52 , p 397–422

8–MASLACH C , LEITER MP , 2008 " Early Predictors of Job
Burnout and Engagement " Journal of Applied Psychology Copyright

by the American Psychological Association 2008, Vol. 93, No. 3, 498–512.

9–MUMROE VIVIANE , BRUNETTE NICOLE ,2001 "l'épuisement professionnel (burn-out) , érudit , revue d'intervention sociale et communautaire vol 7 n° 1 p 165–191 .

10–SCHAUFELI W B , LEITER MP , MASLACH CHRISTINA , 2008 " burnout , 35 years of research and practice " career développement international vol 14 n° 3 , p 204–220.

12–SORDES – ADER FLORENCE , ESPARBES– PISTER SYLVIE , TAP PIERRE , 1997 " adaptation et stratégies de coping a l'adolescence" spirall revue de recherches en éducation , n°20 p 131–154

13–SZABO SANDOR,TACHE YVETTE , SMOGYI ARPAD , 2012, " the legacy of hans selye and the origins of stress research " informa healthcare , VOL 15 N°5 p 472–478

14–TARIS TOON , LE BLANC PASCALE , SCHAUFELI WILMAR , SCHREURS PAUL , 2005 " Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests" work et stress ,vol 19 n° 3 p 238–255

Les rapports et les recherches

1-BRUCHON-SCHWEITZER Marilou,2001, Recherche en soins infirmiers , Université Victor Segalen Bordeaux 2

2-FRANCE EVAIN , MEKOA JOELLE , KHIARI HIBA ,VINCENT JESSICA , 2011 " la souffrance des medecin au travail le burnout " rapport d'immersion en communauté " faculté de medecine , Genève (suisse) .

3-LE GALES-CAMUS CATHERINE , Allocution de l'Organisation mondiale de la Santé. La santé est l'affaire detous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail. Conférence de Montréal, 1er juin 2005. Texte intégral : www.conferencedemontreal.com.

4- ZAWIEJA PHILIPPE, GUARNIERI FRANCK , 2013 "Epuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychometriques" L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, (France).

Dictionnaire

1-sillamy norbert " dictionnaire de psychologie " larousse 1991

كلمة شكر

أوجه شكري في البداية الى الله وحده الذي يسر لي أمري و أعانني لاجراء هذه

الدراسة .

ثم أوجه شكري الى كل أساتذة علم النفس بجامعة عبد الحميد ابن باديس الذين

أشرفوا على تكويني في كل المراحل و لم يبخلوا علينا برصديهم المعرفي

و توجيهاتهم لنا .

كما أوجه شكري الى كل عائلتي و اصدقائي الذين قدموا لي المساندة و الدعم النفسي

في كل الأوقات .

و في الأخير أوجه شكري و امتناني الى رؤسائي و زملائي بسلك الأمن الذين

شجعوني وفروا لي المناخ المناسب لمواصلة دراستي الجامعية.

الإهداء

أهدي ثمرة عملي هذه الى كل من :

روح والدي اللذان تمنيت أن يقاسمان هذا النجاح .

عائتي الكبيرة و كل من قاسمني الأحزان و الأفراح في هذه الحياة .

أساتذتي الذين أشرفوا على تكويني و لم يبخلوا علي بتوجيهاتهم و خاصة الأستاذة

زملائي و زميلاتي بالجامعة

زملائي و زميلاتي العمل

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	انتشار الاحتراق النفسي عند الأطباء الفرنسيين (دراسة ميدانية من 2001-2010)	22
02	أعراض الاحتراق النفسي	44
03	الاحتراق النفسي و الاكتئاب	47
04	الآليات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة حسب PLUTCHIK (1995)	61
05	خصائص العينة المدروسة	77
06	مستويات أبعاد الاحتراق النفسي حسب مقياس MASLACH	74
07	مراحل الاحتراق النفسي	79
08	مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة	80
09	مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصالح	81
10	مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب الجنس	81
11	مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب السن	82
12	استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد العينة	83
13	نسب استعمال إستراتيجيات المواجهة عن أفراد العينة	83

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نموذج CHERNISS للاحتراق النفسي (1980)	34
02	نموذج MASLACH للاحتراق النفسي (1981)	36
03	نموذج PINES للاحتراق النفسي (1982)	37

ملخص الدراسة :

في دراستي هذه تناولت موضوع الاحتراق النفسي و الذي يعني التعب النفسي و الجسدي و الاستنفاد التدريجي للموارد الفردية للعامل أو المهني كاستجابة للضغوط المهنية المتعددة المصادر ، حيث وقع اختياري على هذا الموضوع بسبب قلة الدراسات عنه في البيئة العربية و خاصة الجزائرية إضافة إلى الخلط الموجود بين هذا المفهوم و مفاهيم مشابهة كالضغط النفسي ، القلق و الاكتئاب و قمت بدراسة هذه الظاهرة عند الأطباء العاملين بمختلف مصالح مستشفى مستغانم أين قسمت بحثي هذا إلى أربعة فصول ، الفصل التمهيدي الذي أحتوى على الإشكالية التي تهدف إلى معرفة العوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي عند هذه الفئة و التي تفرعت منها عدة أسئلة صممت لها فرضيات و التي تعتبر كإجابات مؤقتة لها بداية بمعرفة مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين بالمستشفى مستغانم و العوامل التي تؤثر على هذه المستويات و التي تم حصرها في المصلحة ، الجنس و السن ثم التعرف على أكثر استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها هؤلاء للتعامل مع الاحتراق النفسي.

تطرت بعد ذلك في الفصل الأول إلى تحديد مفهوم الاحتراق النفسي و الذي تم وصفه لأول مرة سنة 1970 من طرف الطبيب المختص في الأمراض العقلية والمحلل النفسي الأمريكي HERBERT FREUDENBERGER و الذي أستعمل هذا المفهوم للتعبير عن فقدان الدافعية للعمل عند العمال و المهنيين بفعل الإنهاك الذي يطول مواردهم الفردية ، لتقوم بعد ذلك الأخصائية في علم النفس الاجتماعي CHRISTINA MASLACH بإعداد دراسات حول هذا الموضوع أين توصلت أن الاحتراق النفسي هو متلازمة أنهاك انفعالي و الذي يظهر من خلال الاستنزاف التدريجي للموارد الانفعالية بفعل الاحتكاك الدائم مع الآخرين ، تبدل الشخصية و هو اللامبالاة و التعامل بقسوة من طرف العامل أو المهني مع من يتلقون منه الخدمة ثم نقص في الانجاز المهني وهو انخفاض في الكفاءة و الأداء المهني مؤكدة أن اصحاب المهن الاجتماعية هم أكثر الأشخاص تعرضا للاحتراق النفسي كما صممت رفقة SUSANE JACKSON أداة لقياس هذه المتلازمة و هي (MBI) .

حظي بعد ذلك هذا المفهوم بالاهتمام الكبير من طرف الأخصائيين أمثال CARY و ALAYA PINES و CHERNISS و اللذان قدما نماذج لتفسير متلازمة الاحتراق النفسي إضافة الى النموذج الذي قدمته MASLACH المبني على ثلاثة أبعاد .

ثم تناولت في نفس الفصل مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء العاميين و التي تتعلق بطبيعة مهنة الطب التي تعتبر من المهن التي تعتمد على علاقة المساعدة و التي تفرض الاحتكاك الدائم مع الآخرين ، و بذلك تعتبر مهنة الطب مجالاً للاستنفاد الانفعالي و الذي يمثل البعد الأول من أبعاد الاحتراق النفسي و الذي تتبعه الأبعاد الأخرى بالظهور بفعل استمرارية هذا الوضع ، إضافة الى عبء العمل الكمي و النوعي و عوامل أخرى تمثل مصدراً للإنهاك النفسي و الجسدي و هي العلاقة مع الآخرين بما فيهم المرضى ، الزملاء و المشرفين و كذا المصادر الشخصية المتمثلة الجنس ، و نمط الشخصية و استراتيجيات مواجهة الضغوط.

و لتحديد و حصر مفهوم الاحتراق النفسي قمت بمقارنته بعض المفاهيم المشابهة كالضغط النفسي ، القلق و الاكتئاب و تعرضت في نهاية هذا الفصل الى تصنيف هذه المتلازمة و كيفية تشخيصها بصفة مؤقتة بناء على الأعراض في ظل عدم وجود تصنيف واضح سواء في الدليل التشخيصي الخامس للأمراض العقلية (DSM5) أو التصنيف العالمي العاشر للأمراض (CIM10) و التي صنف فيها كنوع من أنواع الإرهاق و هو عامل يؤثر على الصحة و ليس كاضطراب و في الأخير عرضت طرق علاج الاحتراق النفسي و التي رغم أنه لم يصنف بعد الا أنه تم التعامل معه بصفته ضغط مهني حاد و كذا أساليب الوقاية من هذا الاختلال.

و في الفصل الثالث تناولت مفهوم المواجهة أو ما يصطلح بتسميته (LE COPING)، حيث أن هذا المفهوم يعني الجهود المعرفية و السلوكية التي يستعملها الفرد لمواجهة الضغوط أو المواقف المجهدة .

و يعتبر هذا المفهوم جديد نسبياً ظهر لأول مرة في كتاب ل RICHARD LAZARUS سنة 1966 أين شرح هذا المفهوم بأنه مجموعة من ردود الأفعال و الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الفرد لأجل مواجهة الإجهاد أو الإنهاك .

كما تم تحديد ماهية هذا المصطلح و فصله عن المفاهيم المشابهة مثل مفهوم الآليات الدفاعية (mécanisme de défense) التي ظهر و تطور على يد التحليليين و كذا مصطلح التكيف (adaptation) المستعمل في غالب الأحيان من طرف البيولوجيين و علماء السلوك و علماء نفس الحيوان.

ثم تم التعرض الى النظريات التي فسرت مفهوم المواجهة (LE COPING) و كذا محددات هذا المفهوم و أهم التصنيفات التي قدمت لاستراتيجيات المواجهة و كذا وظيفتها و في الأخير بينت العلاقة الموجودة بين الاحتراق النفسي و المواجهة و اللذان ينتميان الى أعراض التكيف العام التي فسرها HANS SELYE في وصفه لردود أفعال الفرد ازاء وضعية مجهدة و التي تبدأ بالإنذار ثم المقاومة أو المواجهة ثم مرحلة الانهك و هي ما يصطلح على تسميته حالياً بالاحتراق النفسي .

و كأى دراسة علمية تعتمد على المنهج الوصفي و بعد تحديد مفهوم الاحتراق النفسي و كل العوامل التي تؤثر في مستوياته ، تناولت في الفصل التطبيقي وصف العينة التي أجريت عليها الدراسة و المتكونة من 16 طبيب من الجنسين عام ينتمون الى مختلف مصالح مستشفى مستغانم و طبقت عليهم مقياس الاحتراق النفسي ل MASLACH و JACKSON و مقياس المواجهة ل PAULHAN و AL أين توصلت الى نتائج مفادها أن هذه الفئة تعاني من احتراق نفسي بمستويات مختلفة و ذلك حسب المصالح الذين ينتمون اليها و كذا أن الأطباء النساء هم الأكثر تعرضاً لهذا الاختلال من نظرائهم الرجال و في نفس السياق فان الأطباء الأصغر سناً هم الأكثر تعرضاً للاحتراق النفسي و لمواجهة هذه الظاهرة تلجأ هذه الفئة لاستعمال استراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي .

لتختتم هذه الدراسة بخاتمة عامة عن الموضوع و التي من خلالها تم التأكيد على أن مفهوم الاحتراق النفسي مفهوم لا زال جديد نسبياً ، يحتاج الى الكثير من الاهتمام و الدراسة و لعل أكثر عامل يجب التركيز عليه هو عامل تشخيص هذه المتلازمة و حصر أسبابها و اثارها .

المقدمة :

على الرغم مما قدمه التطور العلمي و التكنولوجي الحالي للبشرية ، أنعكس هذا التطور سلبا على الصحة النفسية و العقلية للفرد في كثير من الأحيان ، حيث أعطي الاهتمام الأكبر الى ما نجنيه من الفرد كعامل أو موظف دون الاهتمام بسلامته النفسية و الجسدية ، لكن المؤسسات و الأجهزة لما ظهرت لديها مشاكل علائقية و تنظيمية و زادت خسائرها المادية بفعل فقدان الحماس في العمل و نقص في الأداء المهني لموظفيها اضافة الى ظهور مشاكل تعيق سير العمل كالتأخرات و الغيابات المتكررة و هبوط في نوعية الخدمات المقدمة و توتر في العلاقات مع الزبائن ، دعت الضرورة الى البحث عن أسباب هذا الاختلال فقدمت عدة دراسات و أبحاث تشرح مفهوم سمي بالإجهاد في البداية أو الضغط النفسي الذي له علاقة بالمهنة إلا أن الدراسات الحديثة توصلت الى مفهوم جديد و هو الاحتراق النفسي الذي يكون المرحلة الأخيرة من الاجهاد لدى الفرد و هو الانهالك التام و استنفاد الطاقة .

و لقد أثبتت الدراسات التي أجريت حول الاحتراق النفسي أن أصحاب المهن الاجتماعية هم الأكثر تعرضا لهذه الظاهرة بسبب اعتماد هذه المهن على الالتزام و علاقة الدعم .

و لقد تعرضت في دراستي هذه الى الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية مستغانم ، أين قسمت بحثي هذا الى أربعة فصول على النحو التالي - الفصل الأول : و الذي هو الفصل التمهيدي و الذي أوضحت من خلاله الاشكالية التي بنيت عليها هذه الدراسة ، فرضيات الدراسة و التي تعتبر كإجابات مؤقتة للتساؤلات التي طرحت بالاشكالية ، كما تعرضت الى أسباب اختياري لهذا الموضوع و أهميته و كذا الأهداف المنتظرة من هذه الدراسة و في نفس الصدد عرضت الدراسات الأجنبية و العربية التي درست نفس الموضوع و في الأخير ذكرت الصعوبات التي اعترضت سبيلي خلال قيامي بهذه الدراسة.

- الفصل الثاني: خصص للتعريف بمفهوم الاحتراق النفسي و التطرق الى النماذج التي فسرت هذا المفهوم ، كما تعرضت الى تصنيفه و تشخيصه و كذا علاجه و سبل الوقاية منه اضافة الى ذكر مصادره و آثاره .

- الفصل الثالث : خصص هذا الفصل للتعريف بمفهوم المواجهة (LE COPING) النظريات المفسرة لهذا المفهوم و كذا مختلف تصنيفات استراتيجية المواجهة ، محدداتها و وظائفها ثم العلاقة بين الاحتراق النفسي و المواجهة.

- الفصل التطبيقي : أين عرضت فيه المنهج الذي أستعملته في هذه الدراسة بما في ذلك المقاييس المستعملة و العينة التي أجريت عليها الدراسة و كذا النتائج المتوصل اليها من خلال تطبيق هذه المقاييس ثم تعرضت الى مناقشة هذه النتائج لتختتم هذه الدراسة بخاتمة .

الفصل الأول : الفصل التمهيدي

- 1- اشكالية الدراسة.
- 2- تحديد الفرضيات .
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهمية الدراسة .
- 5- أهداف الدراسة.
- 6- المفاهيم الاجرائية .
- 7- الدراسات السابقة
- 8- الصعوبات

1- اشكالية البحث :

ان الاحتراق النفسي هو الاستنفاد التدريجي للطاقة و الموارد الفردية و غياب الحماس في العمل بفعل تراكم الضغوطات النفسية التي لها علاقة بالمهنة ، و كذا وجود تعارض بين المجهودات المبذولة و النتائج المحققة و هو سيرورة لا تظهر دفعة واحدة بل تتلخص مراحلها في الانهك الانفعالي و هو شعور العامل بالضيق و التوتر بفعل الاستنزاف الانفعالي المفرط الناتج عن الاحتكاك الدائم بالآخرين ، فتتولد لديه سلوكيات تتسم بالقسوة و اللامبالاة و مواقف السخرية تجاه من يتلقون منه الخدمة فينخفض أدائه المهني و يظهر لديه شعور بالفشل و انعدام الكفاءة . و قد حظيت ظاهرة الاحتراق النفسي باهتمام الأخصائيين و العلماء في الفترة الحالية كون نتائجها النفسية ، السلوكية و العلائقية لا تقتصر على العامل فقط بل تؤثر سلبا على نوعية الخدمات المقدمة بالإضافة الى الخسائر المادية للمؤسسات ، و لقد أثبتت هذه الدراسات أن ذوي المهن الاجتماعية و الذين يعتمد عملهم على علاقة الدعم و المساعدة هم أكثر الأشخاص تعرضا للاحتراق النفسي.

و عليه و مما سبق ذكره ، يعتبر الأطباء من ذوي المهن التي تعتمد على العلاقة المستمرة مع الآخر كونهم يتولون الرعاية الصحية للأفراد فهم مطالبون بالعمل في كل الظروف و في كل الأوقات و لساعات طويلة و التدخل حتى خارج أوقات العمل مما يولد لديهم مسؤولية كبيرة عن بعض المهن الأخرى فالمواجهة المستمرة مع الأمراض المعدية ، الموت و الصدمات النفسية تصيبهم بالانهك النفسي و الجسدي خاصة العاملين في المصالح الاستعجالية و الذين هم مطالبون باستقبال عدد كبير من المرضى بصفة مستمرة و التدخل الفوري و الفعال و اتخاذ القرارات المصيرية تخص حياة الأفراد في أوقات قياسية حيث يعيشون تحت ضغط الخوف من الوقوع في التشخيص الخاطئ أو تقديم وصفات طبية غير مناسبة أو عدم التكفل بالمريض بسبب نقص الوسائل أو العنصر البشري (الممرضين) ليعيش الأطباء في جو مليئ بالقلق و الضغط النفسي و الصراعات خاصة في غياب الاعتراف و الدعم النفسي و التواصل داخل مكان العمل أو خارجه .

وكل فرد يتعرض بصفة مستمرة للضغوط النفسية النابعة من عوامل شخصية ، اجتماعية و مهنية فان الطبيب و في حالة استمرار تلك المثيرات الضاغطة تتولد لديه سلوكيات سلبية و انهاك انفعالي قد يتطور الى اضطرابات نفسية و جسدية متى توفرت العوامل المساعدة على ذلك ، بالإضافة الى توتر في العلاقات مع زملائه و المرضى و شعوره بالعجز و عدم الرضا الوظيفي فيستجمع كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر أو التهديد المتمثل في الأحداث الضاغطة فيستعمل عدة استراتيجيات لمواجهة هذه المثيرات و التكيف معها باستعمال أساليب مختلفة و بناء على ذلك تظهر لدينا الاشكالية التي ستبنى عليها هذه الدراسة :

ما هي العوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟

و من خلال هذه الاشكالية نطرح الأسئلة التالية :

- 1- ما هي مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟
- 2- هل تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم باختلاف المصالح التي ينتمون اليها ؟
- 3- هل يؤثر عاملا الجنس و السن في هذه المستويات ؟
- 4- ما هي أكثر استراتيجيات المواجهة التي يلجأ اليها الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم للتعامل مع الاحتراق النفسي ؟

و للإجابة عن هذه التساؤلات نقتراح الفرضيات التالية :

2- تحديد الفرضيات:

الفرضية الأولى : يعاني الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي .

الفرضية الثانية : تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين باختلاف المصالح التي ينتمون اليها.

الفرضية الثالثة : الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من نظرائهم الرجال .

الفرضية الرابعة : الأطباء الأقل سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي.

الفرضية الخامسة : استراتيجية حل المشكل ، التجنب مع التفكير الايجابي هما أكثر الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم .

3- أسباب اختيار الموضوع:

- قلة الدراسات عن موضوع الاحتراق النفسي و عدم وجود فكرة واضحة عنه في البيئة الجزائرية .

- الخلط بين مفهوم الاحتراق النفسي و مفاهيم مشابهة كالضغط النفسي ، القلق و الاكتئاب .

- تعدد النتائج السلبية لمتلازمة الاحتراق النفسي على الفرد و المؤسسة التي ينتمي اليها و كذا على نوعية الخدمات المقدمة و العلاقات الشخصية.

- انتشار هذا الاختلال النفسي في كل المهن و عدم توفر الدراسات و المعلومات الكافية للوقاية منه .

4- أهمية الدراسة :

- تعتبر هذه الدراسة اضافة جديدة للمعرفة العلمية و خاصة حول موضوع جديد نسبيا.

5- أهداف الدراسة:

- التعريف بمفهوم الاحتراق النفسي و بأبعاده الثلاثة و فصله عن المفاهيم المشابهة .
- تقديم دراسة وصفية عن موضوع الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم.
- التعرف على النتائج النفسية و الجسدية التي يخلفها هذا الاختلال على الفرد و المؤسسة.
- معرفة أكثر استراتيجيات التكيف المستعملة من طرف الأطباء العاملين لمواجهة الاحتراق النفسي .
- معرفة أساليب الوقاية من هذا الاضطراب على مستوى الفرد و المؤسسة .

6- المفاهيم الاجرائية :

الاحتراق النفسي : هو الاستنفاد التدريجي للطاقة و الموارد الفردية و الذي ينتج عن تراكم الضغوطات النفسية المرتبطة بالعمل و يظهر على شكل حالة من التعب النفسي و الجسدي اضطرابات نفسية و سلوكية و انخفاض في الأداء المهني.

الانهك الانفعالي : البعد الأول من الاحتراق النفسي و هو الاستنفاد الانفعالي بفعل التعامل الدائم مع الآخرين .

تبلد الشخصية: البعد الثاني من الاحتراق النفسي و هو الاستجابة القاسية للفرد و تبني مواقف السخرية و اللامبالاة تجاه العمل ، الزملاء و من يتلقون منه الخدمة.

نقص الانجاز الشخصي : البعد الثالث من الاحتراق النفسي وهو انخفاض شعور الفرد بكفاءته و هبوط في أدائه المهني .

استراتيجية المواجهة (LE COPING) : الجهود النفسية ، المعرفية و الانفعالية لمواجهة الضغوط النفسية .

7- الدراسات السابقة

1-7 : الدراسات العربية :

- دراسة حنان عبد الرحيم الأحمدى ، مدينة الرياض السعودية ، سنة 2002.

تحت عنوان " ضغط العمل لدى الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض".

شملت العينة 900 طبيب ، ينتمون الى سبعة مستشفيات عمومية و ثلاثة مستشفيات خاصة يمثلون نسبة 16% من اجمالي الأطباء العاملين بمدينة الرياض السعودية.

هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على مشكلة ضغوط العمل لدى الأطباء من خلال توضيح ماهية ضغوط العمل والآثار المترتبة عنها، وكذا التعرف على مدى اختلاف مصادر ضغوط العمل باختلاف الخصائص المهنية والشخصية وقياس مستوى ضغوط العمل من خلال قياس أعراضها النفسية والجسمية.

وقد تم في هذه الدراسة استخدام استبيانة لجمع البيانات وقياس المتغيرات للإجابة على تساؤلات الدراسة ، وتمت الاستعانة بمقياس occupational stres indicator :OSI وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

وجود بعض الأعراض الجسمية بدرجات متوسطة لبعض أفراد عينة الدراسة بلغت 31 % وبدرجة عالية بنسبة 41 % ، كما بينت المقاييس المستعملة وجود أعراض نفسية بدرجة أقل تصل أحيانا % 25 من إجمالي العينة، مما يعد مؤشرا على ارتفاع مستوى الضغوط.

- دراسة كل من قندوسي س ،بلحاج ز ، بوعزة ح ، قندوسي أب ، مستشفى ولاية سيدي بلعباس ، سنة 2009.

- تحت عنوان " تقدير معاناة الأطباء بتحليل مفهوم الاحتراق النفسي "

تناولت هذه الدراسة انتشار الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين بمستشفى سيدي بلعباس أين تمت الدراسة على عينة تضم 168 طبيب ينتمون الى مستشفى سيدي بلعباس ، 70,2 نساء و 29,2 رجال ، طبق على هذه العينة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي و جاءت النتائج كالآتي :

- 95,2 % من العينة لديهم انهاك انفعالي حاد

- 75 % من العينة لديهم تبدل شخصية حاد

- 59,1 % من العينة لديهم نقص في الانجاز الشخصي حاد.

و في مقارنة لهذه النتائج مع نتائج الدراسات الفرنسية في نفس الموضوع كانت النتيجة أن مستويات الانهاك الانفعالي و تبدل الشخصية في هذه الدراسة تفوق ثلاثة مرات هذه المستويات عند الأطباء الفرنسيين في الوقت الذي لدى أطباء هذه العينة نقص في الانجاز الشخصي أقل من نظرائهم في الفرنسيين .

كما أفادت نتائج هذه الدراسة أن النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من الرجال و الاطباء الأصغر سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي.

- دراسة حنان قوراري ، بلدية الدوسن ولاية بسكرة ، سنة 2013

تحت عنوان " الضغط المهني و علاقته بدافعية الانجاز لدى أطباء الصحة العمومية "

شملت العينة 20 طبيب ينتمون الى قطاع الصحة العمومية بولاية بسكرة ، 55% من العينة رجال و 45% نساء ، يتراوح سن الحالات ما بين 30 الى ما فوق 50 سنة سنوات الخبرة لديهم تتراوح ما بين 5 سنوات و 25 سنة ، طبقت الباحثة على العينة مقياس الضغوط المهنية أين توصلت الى أن ثمانية من هذه الحالات (4 رجال و 4 نساء) يعانون من ضغط مهني شديد ، طبقت عليهم مقياس دافعية الانجاز أين توصلت الى النتيجة التالية " كلما زادت الضغوط المهنية عند الحالات المدروسة انخفضت الدافعية في الانجاز " .

2-7 - الدراسات الأجنبية:

يمثل هذا الجدول الدراسات الفرنسية التي تناولت مدى انتشار الاحتراق النفسي بالمدن الفرنسية من سنة 2001 الى غاية 2010.

الباحث	المكان	السنة	العينة	EE % شديد	DP % شديد	AP % ضعيف
TRUCHOT.D	BOURGONE	2001	394 طبيب عام ومختص	47,2	32,8	29,2
ROBERT.E	DINAN	2002	88 طبيب عام	22,7	35,2	39,8
TRUCHOT.D	CHAMPAGNE ARDENNE	2003	408 طبيب عام و مختص	42,3	44,5	37,4
B-BELLET	LOIRE	2003	307 طبيب عام	26	30	19
D.TRUCHOT	POITEAU CHARENTE	2004	515 طبيب عام	40,3	43,7	43,9
PHILIPON .C	RHONE ALPES	2004	189 طبيب عام	25	24	42
JARRY . C	INDRE ET LOIRE	2005	496 طبيب عام	25	29	25
CHAN LIN .S	TAHITI	2005	57 طبيب عام	7,2	12,5	23,2
DUSNESNIL.H ET AL	PROVENCES	2007	511 طبيب عام	23	19 ,6	10 ,6
VAQUIN WILLEMINEY	SENTINELLE METROPOLE ET CORSE	2007	205 طبيب عام	27,1	32,6	27,1
HUMBERT.G	FRANCHE COMTE	2010	428 طبيب عام	33,6	19 ,4	20,2

الجدول رقم 1 : انتشار الاحتراق النفسي عند الأطباء الفرنسيين (دراسة ميدانية من 2001-2010)

المصدر : (AURELIEN F , 2012 ,p 19)

3-7- التعليق و مناقشة الدراسات السابقة :

من خلال استعراضنا للدراسات العربية السابقة لاحظنا في البداية استعمال مفاهيم (الضغوط المهنية و ضغوط العمل) و ذلك للتعبير عن مفهوم الاحتراق النفسي ، كما توصلنا الى النتائج التالية :

- وجود ربط بين متغير الضغوط المهنية و متغير (دافعية الانجاز) في دراسة حنان قوراي أين تم التوصل الى طبيعة العلاقة بين المتغيرين حيث أنه كلما ارتفعت مستويات الضغوط المهنية أنخفضت دافعية الانجاز.

- فيما أستعرضت حنان عبد الرحيم الأحمدى الأعراض النفسية و الجسمية للضغوط المهنية

أما الدراسات الأجنبية و بالضبط الفرنسية و التي تم ادراجها ضمن هذه الدراسة نظرا لأهميتها و النتائج المتقدمة التي أحتوتها ، فقد عرفت بمفهوم الاحتراق النفسي بصفة عامة و أوضحت مدى انتشاره عند الأطباء في مختلف المدن الفرنسية و ذلك من أجل رفع وعي الأفراد و المؤسسات بسرعة انتشار الاحتراق النفسي لدى الأطباء الفرنسيين ، في نفس السياق المقارنة بين مستويات أبعاد الاحتراق النفسي بين مختلف المدن الفرنسية و التعرف على العوامل التي تزيد أو تخفض من نسب هذه الأبعاد و اتخاذ التدابير الوقائية للحد من انتشار هذا الاضطراب من طرف الأشخاص و المؤسسات و حتى الهيئات الحكومية الى درجة اصدار قوانين للحفاظ على الصحة النفسية و الجسدية للعامل.

و من خلال ما سبق ذكره يتضح جليا مدى وعي الأشخاص و المؤسسات بمفهوم الاحتراق النفسي في الدول الأجنبية و أساليب الوقاية المتبعة للحد من انتشاره ، عدد الحالات المدروسة و التي تشكل نسبة معتبرة من المجتمع المدروس و بذلك تكون النتائج معبرة تماما عن الواقع عكس الدراسات العربية القليلة من جهة و التي لم يتم فيها تحديد واضح لمفهوم الاحتراق النفسي و عند الاطلاع على هذه الدراسات تجد أنها تتميز بالسطحية و الخلط في بعض الأحيان بمفاهيم مشابهة للاحتراق النفسي ، استعمال مصطلحات مختلفة للتعبير عن مفهوم واحد و هو الاحتراق النفسي ، اضافة الى استعمال مقاييس معدلة و ليست أصلية ، لم يتم استعمالها إلا في البيئة العربية و بذلك لم يتم التأكد من صدقها و ثباتها .

في نفس الموضوع نجد أن في الدراسات العربية لم يتم تحديد طبيعة تخصص الأطباء الذين ينتمون الى العينة عكس الدراسات الأجنبية ، رغم أن معظم الدراسات تؤكد أن الأطباء العامين هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي من الأطباء الخاصين ، أي أن نتائج الدراسات العربية مبهمة بسبب عدم تناسق أفراد العينة .

8- الصعوبات :

- قلة المراجع و المصادر عن موضوع الاحتراق النفسي و خاصة باللغة العربية .
- قلة الدراسات العربية التي تناولت الاحتراق النفسي في البيئة العربية و الجزائرية بصفة خاصة .
- عدم وضوح الدراسات القليلة في البيئة العربية التي تناولت مفهوم الاحتراق النفسي حيث لمحت وجود خلط بين مفاهيم مشابهة ، القلق ، الضغط النفسيالخ.

الفصل الثاني: الاحتراق النفسي عند الأطباء

تمهيد

1- مفهوم الاحتراق النفسي

2- تعريف الاحتراق النفسي

3- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي

4- مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء

5- تصنيف و تشخيص الاحتراق النفسي

6- علاج الاحتراق النفسي

7- الوقاية من الاحتراق النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد :

تعددت الدراسات التي تتحدث عن علاقة الفرد بمحيط عمله ، أين تم التطرق إلى الصحة النفسية و العقلية داخل محيط العمل ، و الاضطرابات النفسية و الجسدية التي تتولد عن الضغوطات التي يواجهها المهني في محيط عمله و خاصة بعد تدهور الصحة النفسية للعمال و المهنيين و انخفاض كفاءتهم و أدائهم المهني و تكبد المؤسسات التي ينتمون إليها خسائر مادية ، مما فرض على الأخصائيين البحث عن الأسباب و من هنا جاء الحديث عن مفهوم الاحتراق النفسي الذي يعبر عنه بالنتائج النفسية و السلوكية المترتبة عن تراكم الضغوطات النفسية على الفرد و المرتبطة بمحيط العمل .

إن الدراسة الوصفية لمصطلح الاحتراق النفسي ، تفرض علينا حصر و تحديد طبيعة هذا المفهوم الذي له علاقة مباشرة مع مفهوم الضغط النفسي إضافة إلى معرفة مصادره و كذا النتائج النفسية و العلائقية المترتبة عن هذا الاختلال على الفرد على المؤسسة التي ينتمي إليها.

في نفس السياق تعتبر مهنة الطب من أكثر المهن الاجتماعية التي تعتمد على علاقة الدعم و تحتاج إلى الكثير من الالتزام و بذلك تعتبر من المهن الأكثر تعرضا للإجهاد ، فالأطباء يواجهون ضغوطات متعددة بداية من طبيعة مهنتهم التي تعتمد على الرعاية الصحية للآخرين إلى مواجهة المرض و الموت و كذا الاحتكاك المستمر بالآخرين ، إضافة إلى أدائهم لمهامهم في كل الظروف مع احتساب عامل الوقت و الفعالية .

فمثلا يقدم العمل الاستقرار على المستوى المادي و الاجتماعي ، يكون في بعض الأحيان مصدرا للاضطرابات النفسية و خاصة في المهن الاجتماعية و التي تتطلب الالتزام و العلاقة المستمرة مع الآخرين .

1- مفهوم الاحتراق النفسي :

تعود البدايات الأولى للإشارة إلى مفهوم الاحتراق النفسي إلى الأبحاث التي قام بها الطبيب HANS SELYE الذي أشار في مقال كتبه في مجلة "nature" سنة 1936 إلى مصطلح الإجهاد (stress) و الذي فسره على أنه مجموعة من الاستجابات العصبية و الهرمونية الموجودة عند كل كائن حي يواجه اعتداء و التي تهدف الى الحفاظ على وحدته النفسية و الجسدية و العودة مرة ثانية للانسجام ، حيث أطلق عليه بعد ذلك مصطلح أعراض التكيف العام (Syndrome général d'adaptation) (SZABO S, 2012, INFORMA) (HEALTHCARE , VOL 15 N°5 p 472).

ليتوصل هذا العالم بعد ذلك أن الإجهاد استجابة جسدية غير محددة لأي مطلب بيئي ، تتم هذه الاستجابة على ثلاثة مراحل و هي مرحلة الإنذار ، المقاومة ثم الاستنفاد و الذي أصطلح على تسميته بعد ذلك بالاحتراق النفسي (THEVENET M , 2011 , p37).

تطورت الدراسات بعد ذلك إلى شرح مفهوم الإجهاد و علاقته ببعض المهن حيث فسر العالم WALTER BRADFORD CANNON سنة 1942 الحالات المرضية التي تتولد في سياق العمل خاصة عند الممرضات و سماه (قلق الممرضات).

و في سنة 1959 وصف الطبيب الفرنسي الأخصائي في الأمراض العقلية CLAUDE VEIL بطريقة علمية حالات الإنهاك المهني الناتجة عن الإجهاد النفسي المستمر ليتوصل في الأخير أن الإنهاك في العمل يظهر مباشرة بعد قيام الشخص بمجهود معتبر لمواجهة معوقات أو عقبات نابعة من الشخص نفسه أو من العالم الخارجي و قد كتب في مجلة (le concour medical) مقالا عن الإنهاك المهني قائلاً " هو نتيجة لقاء الفرد بوضعية كلاهما يتسمان بالتعقيد" (AURELIEN FAILLE ,2012, p6).

لكن أول من وصف الاحتراق النفسي هو الطبيب المختص في الأمراض العقلية والمحلل النفسي الأمريكي HERBERT FREUDENBERGER سنة 1970 و الذي وظفه للتعبير عن الحالة النفسية لمجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه في عيادته (free clinic) للتكفل بالمدمنين، حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى، و في سنة 1974 قدم FREUDENBERGER أول بحث وصف فيه الاحتراق النفسي من خلال مقاله (staff burnout) و استعمل لأول مرة مفهوم متلازمة الاحتراق النفسي للتعبير عن فقدان الفرد الدافعية للعمل ، خاصة إذا كان الدافع قوي و لم تتحقق النتائج المرجوة و المنتظرة (FREUDENBERGER H,1974,p159)

وقد كتب هذا الطبيب في إحدى مقالاته سنة 1980 " لقد 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 طاقتهم ومواردهم الداخلية وكأنها تحت فعل النيران ولا يبقى إلا فراغا شاسعا يحتل دواخل أنفسهم، حتى ولو بدت هياتهم الخارجية سليمة نوعا ما"(RICHARD- GALLES C , 2012 , p 10)

و منذ سنة 1976 قامت كل من SUSANE JACKSON و CHRISTINA MASLACH و ALAYA PINES بعدة دراسات حول بعض المهن و خاصة في ميدان الطب و الصحة العقلية ثم المحاماة أين تم التوصل إلى أن الاحتراق النفسي يتكون من ثلاثة أبعاد أساسية هي الإنهاك الانفعالي تبدل الشخصية و النقص في الانجاز الشخصي ، و في سنة 1977 قدمت C.MASLACH أول محاضرة عن الموضوع و كتبت مقالا عن الأشخاص ذوي المهن الاجتماعية أو المهن التي تركز مهامهم على علاقة المساعدة و أوضحت أن الاحتراق النفسي يصيب هذه الفئة من العمال عندما لا يستطيعون مواجهة الإنهاك الانفعالي.

كما صممت سنة 1981 رفقة تلميذاتها S. JACKSON أداة لقياس الاحتراق النفسي في البداية وجهت هذه الأداة إلى المهن الاجتماعية ثم صمما سنة 1986 أداة قياس ثانية تتوافق مع كل المهن (MASLACH C , JACKSON S ,1981 , p 99).

توالى بعدها الدراسات حول مختلف المهن ، حيث قام CARY CHERNISS بعدة أبحاث حول الاحتراق النفسي عند عمال القطاع العمومي أما كل EDELWICHE و BRODESKY فقدمتا أبحاث حول عمال المهن الاجتماعية و علاقة المساعدة.

و يعتبر المؤتمر الدولي الأول حول الاحتراق النفسي الذي عقد في فيلاديلفيا الأمريكية بشهر نوفمبر 1981 البداية الحقيقية للاهتمام بهذا الموضوع و ذلك بحضور كل من FREUDENBERGER و MASLACH و JACKSON و CHERINISS .

و لازالت الدراسات و الأبحاث مستمرة عن ظاهرة الاحتراق النفسي لحد الساعة و التي لاقت اهتمام الأخصائيين و المؤسسات و الهيئات العالمية خاصة المنظمة العالمية للصحة .

2- تعريف الاحتراق النفسي :

2-1- التعريف اللغوي :

BURNOUT : مصطلح ينتمي إلى اللغة الانجليزية مشتق من فعل (to burn out) و معناه تآكل (s'user) ، أنهك (devenir épuisé) و ذلك من خلال الإفراط في استهلاك الطاقة و الموارد (WIERTZ R , 2012, p 19).

BURNOUT : اسم معناه الانطفاء ، الاستهلاك ، ووظف في علم النفس للتعبير عن الشعور بالإحباط عند المهنيين الاجتماعيين ، تظهر عليهم أعراض العزلة ، انعدام الالتزام و الشك في قدراتهم و كفاءتهم (Sillamy N , 1999, p101).

2-2-التعريف الاصطلاحي :

و هو مصطلح خاص بعالم الفضاء يشير إلى الحالة التي يتم فيها استنفاد الوقود في الصاروخ مما ينتج ارتفاع كبير في درجة الحرارة به و احتمال تحطه. و من هذا التعريف استوحيت الأخصائية في علم النفس NOELLE GIRAULT- LIDVAN ترجمة لمصطلح (BURNOUT) ، أين أوضحت أن الأشخاص أيضا يصابون بالاحتراق وعبرت عنه باستعمال لفظ (carbonisation psychologique).

في اللغة الفرنسية لا توجد ترجمة مقبولة لهذا المفهوم ، فقد ترجم الى المفاهيم التالية :

usure professionnelle أو épuisement professionnel .

و في اليابان يعبر عنه باستعمال مفهوم KAROSHI : (KARO: الموت ، SHI: تعب العمل) و يعني الموت من شدة التعب في العمل (JULLIAN M , 2007, p5-6).

أما في اللغة العربية فتقابلة المصطلحات التالية : الاحتراق النفسي ، الاحتراق الوظيفي الضغوط المهنية و الإنهاك المهني .

و قد تم تعريف هذا المفهوم من طرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) على أنه " إحساس بالتعب الشديد و فقدان التحكم في القدرات للوصول إلى نتائج محسوسة في العمل"

(. LE GALES CAMUS C,2005,p4).

و يعتبر الطبيب FREUDENBERGER (1974) أول من عرف الاحتراق النفسي على أنه " حالة ناجمة من الاستعمال المفرط لدى الفرد لطاقته و موارده مما يولد لديه الإحساس بالفشل الإنهاك و الانطفاء" (FREUDENBERGER H ,1974,p159) .

و عرفته CHRISTINA MASLACH (1976) على أنه " عدم القدرة على التكيف مع الضغط النفسي المستمر النابع من محيط العمل" (WIERTZ R , 2012 , p20) .

ثم عرفه FREUDENBERGER ثانية رفقة RICHERLSON (1980) على أنه " حالة من التعب الشديد أو الإحباط تصيب الفرد الذي يبدي الإخلاص و التقاني لوضعية أو نمط حياة أو علاقة و لم يتوصل فيها إلى النتائج المتوقعة ، كون مستوى توقعات الشخص تتعارض جذريا مع الواقع" (THEVENET M , 2011, p29).

أما CARY CHERNISS (1980) فعرفه على أنه " نتاج لتفاعل الفرد مع بيئته ، هذين العاملين يشكلان سيرورة و عملية تطويرية تتفاعل مع بعضها البعض و بشكل مستمر" (FAILLE A,2012, P 7).

كما عرفه كل من JERRY EDELWICH و ARCHIE BRODSKY (1980) بنفس السنة على أنه " الانخفاض التدريجي للطاقة ،الطموح و المشاركة نتيجة لظروف العمل" (ZAWIEJA P, 2013 , p13).

لتعرفه ثانية كل من C MASLACH و S JACKSON (1981) على أنه " متلازمة إنهاك انفعالي و تبدل الشخصية و انخفاض الانجاز الشخصي ، يحدث عند الأفراد الذين يعملون مع الناس في بعض المهن" (MASLACH C , JACKSON S , 1984,p 99).

أما بالنسبة إلى ALAYA PINES (1982) فالاحتراق النفسي هو " حالة من التعب الجسدي العقلي و الانفعالي ، مما يؤدي عموما الى اعتلال بدني ، استنفاد انفعالي و الشعور باليأس و العجز و تتطور لدى الفرد مواقف سلبية تجاه نفسه ، العمل و الآخرين "

(MUNROE V , BRUNETTE N , 2001 , p 169)

و في نفس السياق عرفا كل من PERLMAN و HARTMEN (1982) الاحتراق النفسي على أنه " الاستجابة إلى الإجهاد الانفعالي الناجم عن الإجهاد النفسي ، والأداء المنخفض في العمل وأسلوب التعامل الجاف مع الآخرين" (HAUTFEUILLE N , 2013 , p 18) .

و توالى أبحاث كل من MACLACH و JACKSON حول الاحتراق النفسي أين عرفناه (2003) على أنه " استجابة انفعالية ضد الضغط النفسي المستمر ، حيث أن النواة المركزية فيه هي الانخفاض التدريجي للطاقة و الموارد مع مرور الوقت المصحوب بظهور أفعال انفعالي ، تعب جسدي و إرهاق معرفي أي انخفاض في الأداء و الوظائف المعرفية " (HAUTFEUILLE N ,2013,p 19).

و في نفس السياق عرفا كل من MASLACH و LEITER (2005) الاحتراق النفسي على أنه " اضطراب نفسي يظهر على شكل استجابة للضغوطات الحادة "

(MASLACH C , LEITER MP , 2008 , p 498) .

و من استعراضنا لأصل مفهوم الاحتراق النفسي و الذي يعتبر مصطلح جديد نسبيا ، يتضح جليا أن هذا المفهوم و بفعل الدراسات التي تتواصل إلى يومنا هذا في تطور مستمر فمن وصفه في بداية السبعينات من طرف FREUDENBERGER إلى الدراسات التي بدأتها MASLACH و زملائها ، أين تم تعريف الاحتراق النفسي و البحث عن مصادره و كذا نتائجه على الفرد و المؤسسة التي ينتمي إليها .

و قد حظي هذا المفهوم في الآونة الأخيرة باهتمام كبير من طرف الأخصائيين و كذا الهيئات العالمية في مقدمتها منظمة الصحة العالمية و المؤتمر الأوروبي و ذلك نظرا للخسائر المادية التي تعرضت لها المؤسسات و كذا الاضطرابات النفسية التي أعاققت الأداء السليم للعمال أين يتم حاليا البحث عن درجة انتشاره في العالم و سبل الوقاية منه .

و من فحصنا للتعريفات المقدمة للاحتراق النفسي نجد أن هذا المفهوم معناه الاستفاد التدريجي للطاقة و الموارد الشخصية بفعل الإجهاد الحاد الذي له علاقة بالمهنة ، يظهر على شكل حالة من التعب النفسي و الجسدي ، كما اتفقت أغلب التعريفات على أبعاد الاحتراق النفسي التي أوردها MASLACH في دراساتها و هم الإنهاك الانفعالي ، تبدل الشخصية و نقص الانجاز الشخصي كما تشاركت أغلب التعريفات في ربط الاحتراق النفسي بالضغط النفسي الحاد و أعتبر كآخر مرحلة من مراحل و هي الاستفاد الكلي للموارد الشخصية.

3-النماذج المفسرة للاحتراق النفسي :

3-1-نموذج CHERNISS(1980):

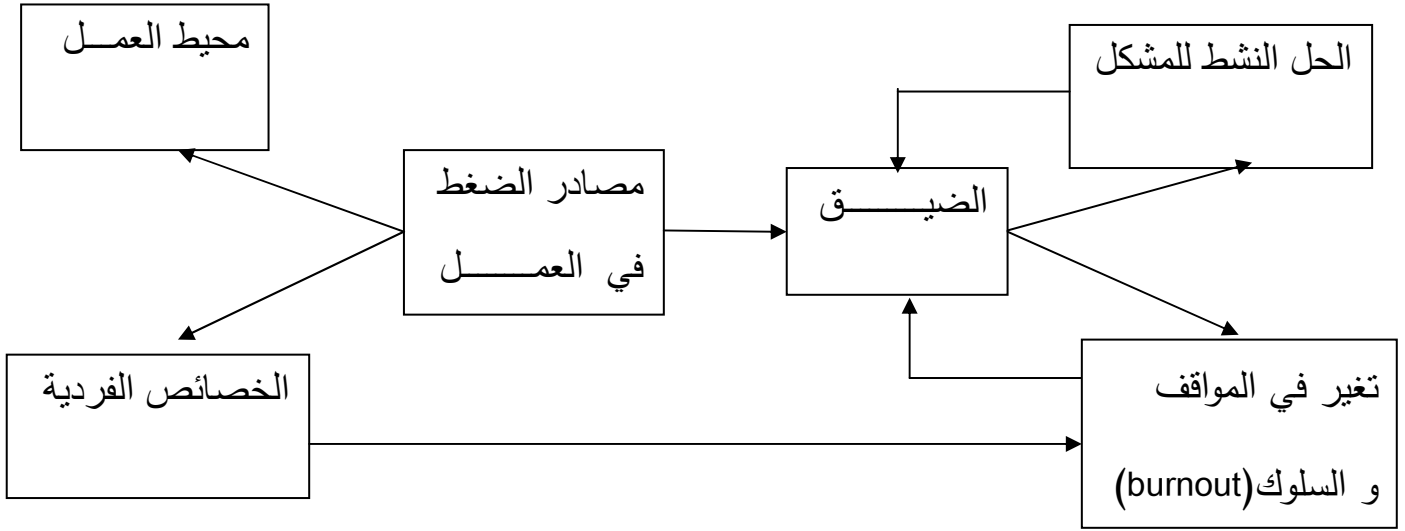
بالنسبة ل CHERNISS فان الاحتراق النفسي ينتج حين يحدث اختلال في التوازن بين موارد الشخصية من عوامل فردية (تقدير الذات ، الكفاءة ...الخ) أو عوامل تنظيمية (دعم الزملاء ، تقدير الرؤساء في العمل ..الخ) و متطلبات العمل.

هذا الاختلال يظهر في وجود فرق بين التوقعات و الحقيقة الموجودة في الواقع ، ففي هذه الحالة ينتج الإجهاد ثم الاحتراق النفسي.

و في العوامل الفردية ، أضاف CHERNISS ثلاثة محددات هي التوقعات المرجوة من العمل التوجيه المهني و إستراتيجية مواجهة الإجهاد.

و بالنسبة إلى هذا الأخصائي أيضا الاحتراق النفسي هو عبارة عن سيرورة تتكون من عدة مراحل هي : إدراك الإجهاد ، الاستجابات الانفعالية للإجهاد و التغيير في السلوك و المواقف ليتوصل في الأخير أن الاحتراق النفسي هو إستراتيجية مواجهة دفاعية ضد الإجهاد (WIERTZ R , 2012 , p14).

و قد قدم سنة (1980)النموذج الشامل للاحتراق النفسي ،حيث قابل مع معاونيه سبعة وعشرون مهنياً مبتدئاً في أربعة مجالات: الصحة، القانون، التمريض ومجال التدريس في المدارس الثانوية، وتمت مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين و قد توصل إلى النتائج الموضحة بالنموذج التالي :



الشكل رقم 01: نموذج CHERNISS للاحتراق النفسي

المصدر: (RUILLER C , 2008 , p 54)

3-2- نموذج MASLACH و JACKSON (1981):

لقد سبق التطرق إلى أن كل من MASLACH و JACKSON أوردتا من خلال دراستهما حول الاحتراق النفسي أنه متلازمة إنهاك انفعالي و تبدل الشخصية و انخفاض الانجاز الشخصي ، يحدث عند الأفراد الذين هم في احتكاك دائم مع الآخرين في بعض المهن الخاصة الاجتماعية منها و حسب نفس العالمتين فإن أبعاد الاحتراق النفسي تعرف على النحو التالي :

الإرهاك الانفعالي (épuisement émotionnel): هو قلب الاحتراق النفسي (le cœur du burnout) يتلخص في الشعور بانعدام الطاقة و استنزاف للموارد الشخصية ، مصدر هذا الاختلال هو عبئ العمل و الصراعات الشخصية في محيط العمل ، يظهر في الأخير على شكل تعب شديد ، إضافة إلى الشعور بالإحباط و التوتر و بذلك الإنهاك الانفعالي هو استجابة قاعدية في متلازمة الاحتراق النفسي .

تبلد الشخصية (dépersonnalisation): وهو البعد الثاني في الاحتراق النفسي أو البعد الشخصي (la dimension interpersonnelle du burnout) ويعبر عنه بشعور الفرد بالبرودة في التعامل مع من يتلقون منه الخدمة و انفصال في العلاقة التي تربطهما ، حيث يطور هذا الأخير مواقف السخرية و اللامبالاة تجاههم و تجاه العمل و الزملاء.

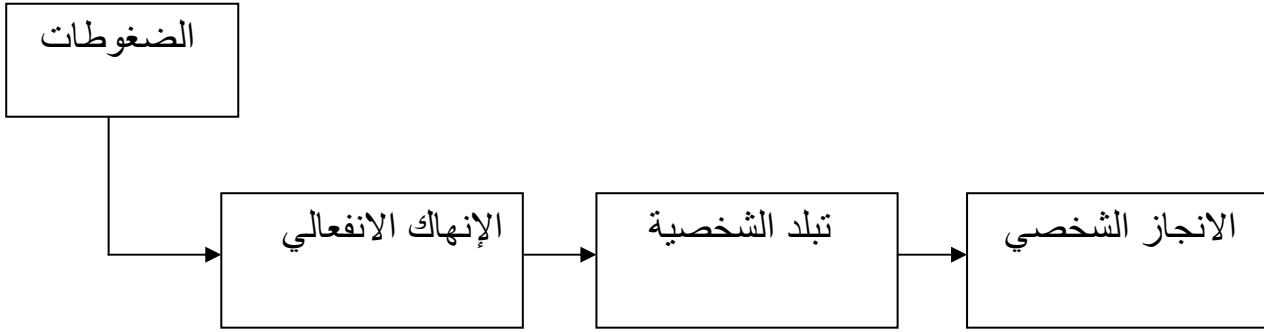
و رغم أن مفهوم (dépersonnalisation) ينتمي إلى الاضطرابات الذهانية إلا أن الكثير من الباحثين يفضلون استعمال المفردات التالية : cynisme أي مواقف السخرية و اللامبالاة أو (la déshumanisation de la relation d'aide) أي التعامل الغير إنساني و القاسي مع من يتلقون من الخدمة (THEVENET M,2011,P35)

نقص الانجاز الشخصي (la diminution de l'accomplissement personnel): وهو البعد التقييمي للذات في متلازمة الاحتراق النفسي و آخر مراحلها (la dimension auto-évaluative du burnout) يلخص في شعور المهني بانخفاض في كفاءته المهنية و في أدائه المهني .

و عن العلاقة بين هذه الأبعاد ففي سنة 1988 توصل كل من MASLACH و LEITER بعد دراسة مستمرة لسنوات أن متلازمة الاحتراق النفسي تظهر على النحو التالي :

ان عبئ العمل الكمي و النوعي هما العامل المفجر لظهور الإنهاك الانفعالي و الذي يعتبر كنتيجة للمتطلبات الانفعالية و الجسدية المرتفعة في إطار العمل و كآلية دفاعية يضع المهني مسافة بينه و بين من يتلقوا منه الخدمة فيقع انفصال في العلاقة و ذلك للتخفيف من الاستنزاف الانفعالي المفرط بفعل العلاقة مع الآخرين و هذا ما يسمى بتبلد الشخصية و بذلك يشعر المهني بالفشل و بانخفاض في كفاءته و أدائه المهني و يظهر لديه نقص في الانجاز الشخصي و قد أكد هذان العالمين أن مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي يؤدي إلى ارتفاع مستوى تبلد الشخصية و اللذان يؤديان إلى نقص في الانجاز الشخصي و بذلك ظهور الاحتراق النفسي (TARIS , LE BLANC , SCHAUFELI ,SHREURS,2005 ,P239-240).

و لقد أدرجت MASLACH هذه السيرورة ضمن الشكل الموالي ، حيث نلاحظ كيفية ظهور و تطور هذه المتلازمة و كيف ترتبط أبعادها الثلاثة.



الشكل رقم 02: نموذج MASLACH و JACKSON (1981) للاحتراق النفسي

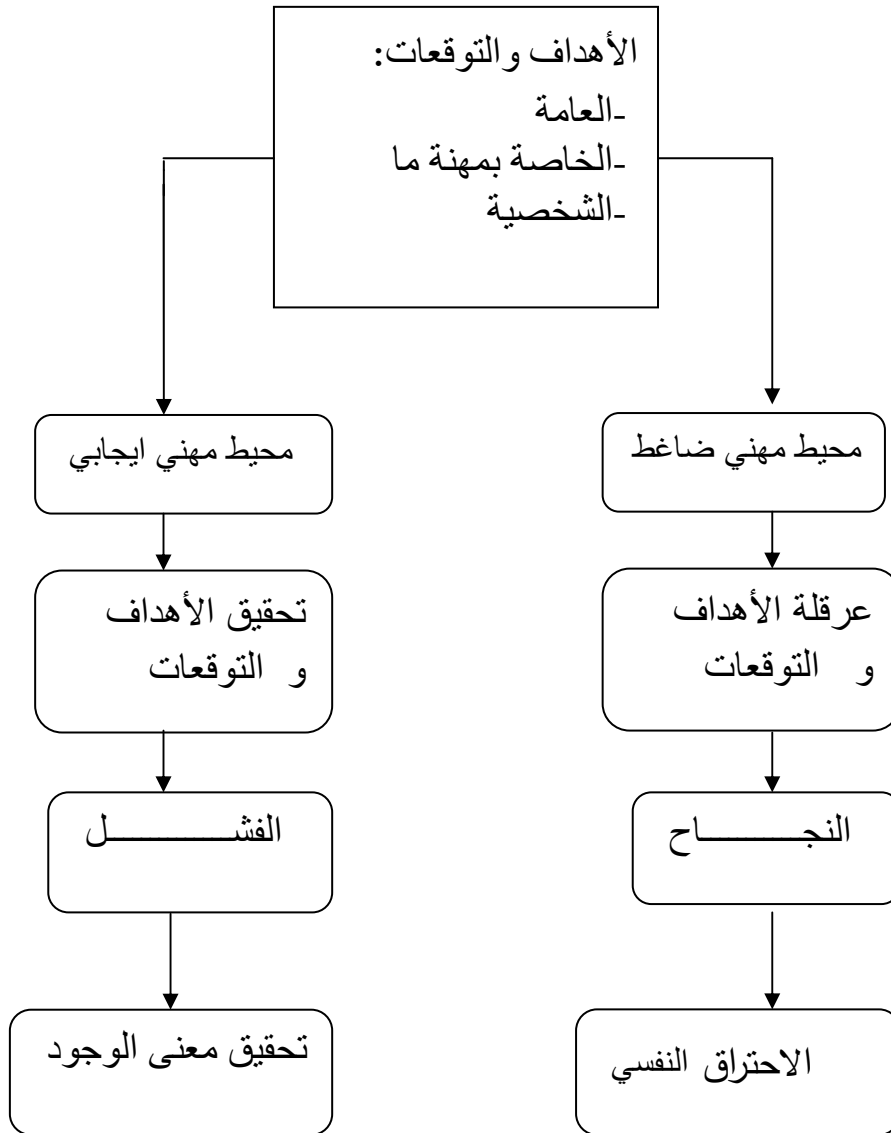
المصدر: (KANE SOPHIE , 2009 , p 8)

3-3- نموذج PINES (1982):

بالنسبة ل PINES فالعمل ضرورة وجودية أما الاحتراق النفسي فلا ينجم من إعاقة استغلال الفرد مهاراته فحسب بل من استحالة و عدم قدرة هذا الأخير لتوظيف كفاءته في عمله بالكيفية التي يرغب فيها ، فتتولد لديه تصورات بعدم جدوى جهوده و كفايتها.

و الاحتراق النفسي هو المرحلة الأخيرة من السيرورة التدريجية لخبية الأمل التي يشعر بها العامل بعد المرحلة الأولى من الدافعية العالية و المشاركة (WIERTZ R , 2012, p15) .

و قد فسرت PINES أن الاحتراق النفسي ينجم عن وجود اختلال بين التوقعات و الواقع أي وجود فرق بين الاحتياجات ، التوقعات و دوافع الأفراد مقارنة بما يجدونه في الواقع لكنها أكدت أن الإجهاد و التوتر لا يولدان لوحدهما الاحتراق النفسي عند الفرد بل يضاف إليهما عامل المعنى الوجودي للعمل (RUILLER C , 2012 , p55).



الشكل رقم 03 : نموذج PINES للاحتراق النفسي

المصدر (RUIILLER C , 2008 , p56)

بمقارنة النماذج المذكورة في السابق نلاحظ أن MASLACH فقد ركزت على محيط العمل و CHERNISS فقد بين أن الاحتراق النفسي يحدث عندما يكون هناك اختلال بين موارد الشخص و متطلبات العمل و الذي يولد فرق بين ما ينتظره الشخص من عمله و ما هو موجود في الواقع و أضاف بعض العوامل الفردية (التوقعات ، التوجيه المهني و إستراتيجية التكيف مع الضغط) أما PINES فقد أكدت للعمل معني وجودي و الاحتراق النفسي يحدث عندما لا يجد الفرد معنى لعمله فيشعر بعدم جدوى جهوده و كفايتها مضيعة مفهوم رمزية العمل (la signification du travail) .

4- مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء العامين :

4-1- المصادر التنظيمية ويقصد بها كل المصادر المرتبطة بطبيعة العمل أو المهنة و المخاطر المتعلقة بها ونوعية المهام و الأدوار التي يمارسها العامل داخل المؤسسة التي ينتمي إليها وكذا محيط العمل بما في ذلك العلاقة مع الرؤساء و الزملاء و من يتلقون منا الخدمة و كذا تقدير العامل من طرف المحيطين به و التي نذكرها فيما يلي :

4-1-1- طبيعة المهنة :

تقترب مهنة الطب ببعض المصطلحات أهمها التعاطف و المشاعر الايجابية ، كونها تتعلق بالرعاية الصحية ، حيث أصبحت مهنة تعتمد على الالتزام النفسي و الاجتماعي العميق و استثمار للموارد و الطاقة بدون حدود و أحيانا التركيز فقط على حقوق المرضى و عائلاتهم و قد سميت هذه الخاصية بالإيثار (l'altruisme) و معناها الحضور الدائم في كل الأوقات و الوضعيات و التضحية بدون حدود و الاهتمام المفرط بحقوق الغير على حساب الحقوق الشخصية و حسب H SELYE " فهذا الإيثار هو وسيلة تؤدي إلى التعاون و إرضاء الجميع لتحقيق الأمن و التجانس في المجتمع (MANGEN M H , 2007 , p 24).

و تعتبر مهنة الطب أيضا مجالا للاستنزاف الانفعالي و مواجهة الموت و المرض ، حيث يحتاج الأطباء العامين أثناء أدائهم لعملهم زيادة على الجهد العضلي و الفكري و كذا المؤهلات العلمية حرارة المشاعر و التعاطف الوجداني مع المرضى أثناء التكفل بهم ، قد تعتبر هذه الوضعية مريحة بالنسبة للمريض لكنها مجهدة بالنسبة للطبيب الذي يصاب بالإرهاك الانفعالي

أما مواجهة المرض و الموت فقد يفسر في بعض الأحيان بالفشل و تظهر لدى الطبيب مشاعر الإحباط و الإحساس بالذنب .

كما تساهم ظروف العمل عامة و المخاطر الخاصة بنوعية المهنة ، إحدى المصادر الأساسية للضغوط فقد أوردنا في هذا المجال كل من CANOUI و MAURANGES هذه المصادر في بيئة العمل و يقصد بها الظروف الغير مريحة و الخطيرة مثل الحرارة الشديدة والضوضاء والإضاءة الخافتة أو المبهرة ، الازدحام، وسوء التصميم لأماكن العمل، وكذلك مخاطر العمل كاحتمال التعرض للإصابات والحوادث والأمراض المهنية الخطيرة.

و كذا الإمكانيات و الوسائل المستعملة ، إضافة إلى طريقة العمل و توزيع المهام و أخيرا اليد العاملة التي تعتبر من أهم مصادر ضغط النفسي (PERRUCHOUD J , 2008, p22).

4-1-2- عبي العمل

و يقصد به كثرة المهام المسندة إلى الطبيب و تعددها أو بما يسمى بالعبء الكمي ، فمثلا أثناء عملية الفحص يقوم الطبيب باستقبال المريض ، الاستماع إليه ثم يقوم بالكشف عليه و إعداد الوصفات الطبية و أحيانا توجيهه إلى أطباء أخصائيين آخرين و قد يطلب منه في بعض الأحيان ملأ بعض الوثائق الإضافية كالتقارير الطبية أو شهادات وصفية أو شهادات عجز ، في نفس الوقت يجب التعامل الحسن مع المريض و أحيانا الرد على الهاتف و في بعض الأحيان الأخرى تسجيل أسماء المرضى بالسجل الخاص في حالة عدم وجود سكرتيرة . إضافة إلى شعور الطبيب بأن انجاز كل هذه المهام يتطلب مستوى معين من القدرات تتعدى إمكانياته و هذا بما يسمى بالعبء النوعي .

و قد أثبتت بعض الدراسات أن العبء الكمي و النوعي للعمل يسببان الاحتراق النفسي و ذلك بسبب الإنهاك و الاستنزاف الذي يطول الموارد الفردية و بذلك لا يستطيع الفرد الاستجابة إلى متطلبات العمل التي تفوق موارده و خاصة إذا لم تتوفر فرص للراحة و إعادة التوازن .

(MASLACH C , LEITER MP , 2008 , p 500).

4-1-3- الدور : عرف كل من KAHN و AL (1964) الدور على أنه " مجموعة المهام

و السلوكات التي تتعلق بمنصب ما بغض النظر عن من يحتله" و يضم بعدين هما غموض الدور و صراع الدور .

فغموض الدور هو فقدان الوضوح في دور الطبيب في العمل الذي يقوم به، وفي الأهداف المطالب بتحقيقها وهذا ما يجعله غير قادر على توقع الأداء المطلوب منه في ظل انعدام أو غموض المعلومات التي تحدد دوره بدقة ، و المتعلقة بحدود مسؤولياته وسلطته، والمعلومات الخاصة بسياسات و قواعد المنظمة، وطرق تقييم أدائه.

كأن يعمل طبيب عمل موظف إداري كأن يدون أسامي المرضى على السجلات ، أو يعمل عمل الممرض أو يقوم بمهام هي في الأصل تخول لطبيب مختص الخ .
أما صراع الدور فيقصد به حدوث تعارض بين متطلبات الدور الذي يقوم به الفرد داخل التنظيم والمتوقع منه من قبل الجماعة المنتمي إليها وفي أغلب الأحيان تكون هذه التوقعات متضاربة فيما بينها.

و قدم كل من KAHN و AL (1964)، تعريفا للصراع الدور و أوضحا أنه ينشأ من " التعارض بين السلوكات و الأهداف ، قد يكون له علاقة بعدم التوافق بين قيم الفرد و متطلبات العمل ، و قد يكون له علاقة بعدم توافق المهام فيما بينها مما يجعل تحقيقها مستحيلا" (RUILLER C ,2008, p42-43).

4-1-4- العلاقة مع الزملاء :

قد يميل بعض الأطباء الى العمل ضمن جماعات ، من منطلق اقتسام عبئ العمل ، تبادل الخبرة و التجارب و التشاور بشأن التشخيص و العلاج ، في نفس السياق الاستفادة من أوقات الراحة بسبب وجود من يحلوا محلهم و كذا الابتعاد عن العزلة المهنية التي قد تكون مصدرا آخرا للإجهاد ، لكن هذه الوضعية قد تكون لديها سلبيات عديدة أهمها ، التقسيم الغير عادل للمهام ، و بذلك تسوء العلاقات و ينعدم الاتصال و عدم الثقة في الغير خاصة عند فئة الأطباء الذين ليس لديهم مرونة في التعامل مع الآخر و بذلك تظهر الصراعات ، الإجهاد و بذلك الاحتراق النفسي (MANGEN MH , 2007 , p34).

4-1-5- الاعتراف و المكافئة:

ان الاعتراف هو التقدير الذي يقدم للطبيب على المجهودات التي يبذلها و ذلك من طرف المرضى ، عائلاتهم ، الزملاء و المشرفين أما المكافأة فتكون على شكل التقييم الحقيقي لقدرة الطبيب ، ترقيته ، استفادته من برامج التكوين و منحه المنصب الذي يوافق خبرته .

و لقد توصلت بعض الدراسات أن عدم وجود الاعتراف و التقدير المادي و الاجتماعي للعامل يرفع من نسبة تعرضه للاحتراق النفسي ، حيث تشكل هذه الوضعية لديه عبئ إضافي و تولد لديه الشعور بانعدام الكفاءة (MASLACH C , LEITER MP , 2008 , p500).

ففي دراسة ل TARIS و مساعديه (2002) ومن خلال نظريته حول التبادل الاجتماعي أكد على عامل التبادل بين الأشخاص الآخرين المنتميين إلى نفس المنظمة (الزملاء ، المشرفين و متلقي الخدمة) و تحدث عن التوازن النفسي الذي يحدثه الاعتراف و المكافئة على العامل في الوقت نفسه بين أن عدم الاعتراف بالمجهودات التي يقدمها العامل تنتج لديه الشعور بانعدام الكفاءة فتتطور لديه مواقف السخرية و السلبية تجاه الآخرين و هذا ما يسمى بتبلد الشخصية و بالنسبة للطبيب فالاعتراف ليس المكافأة المادية فقط المتمثلة في الراتب الشهري و إنما الاحترام و التقدير لشخصه و للأعمال التي يقوم بها (KANE S , 2009, p20-21)

4-1-6- المساندة الاجتماعية :

و يذكر COHEN و WILS بأن الدعم الاجتماعي يحمي الناس من الأحداث المجهدة في الحياة و قد حدد أربعة وظائف للدعم الاجتماعي و هي الدعم المادي و الذي يعني المساعدة في الأعمال ، الدعم المعنوي و هو المشاركة في النشاطات الاجتماعية و الترفيهية ، دعم معلوماتي و هو تقديم المعلومات و طرق لحل المشاكل المواجهة و دعم عاطفي يخص الاعتراف و أكدا هذابين العالمين من خلال دراستهما حول المساندة الاجتماعية أن الأفراد الذين يتمتعون بدعم اجتماعي مرتفع يتمتعون بصحة أفضل من الأفراد الذين يتلقون دعم اجتماعي منخفض (COHEN SH ,WILS TA ,1985,p310-314).

أما الأخصائي النفسي ROBERT KARASEK (1990) و في إحدى أبحاثه حول الضغط النفسي ، أوضح التأثير الايجابي للدعم الاجتماعي على الصحة العقلية للعامل و الذي يمثل له مصدر متعة و تعويض عن المجهودات التي يبذلها، و هذا الدعم ينبع من الزملاء المشرفين و حتى ممن يتلقوا منه الخدمة (ADDISON J,2010,p43).

كما أكد DIDIER TRUCHO (2004) أن الدعم و المساعدة الاجتماعية داخل محيط العمل النابعة من الزملاء و المشرفين تساهم في التخفيف من تأثير عبئ العمل و الصراعات على الفرد و بذلك على مستويات الاحتراق النفسي (KANE S , 2009 , p18).

4-2-المصادر الشخصية : و هي العوامل المتعلقة بالشخص نفسه ، جنسه ، سنه ، طبيعة شخصية و التي ندرجها فيما يلي :

أ-المتغيرات الديمغرافية الاجتماعية (السن و الجنس):

حسب كل من P.CANOUI و A.MAURANGES فإنه لا يوجد علاقة مباشرة بين العوامل الديمغرافية و الاجتماعية كالجنس ، السن ، عدد الأطفال و الاحتراق النفسي ما عدا عامل السن، ففئة الشباب هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي (PERRUCHOUD J , 2008 , p 19). في نفس الموضوع أوضح كل من MASLACH و LEITER و SCHAUFELI نفس الفكرة بخصوص السن أين أوضحوا أن الاحتراق النفسي يصيب الأشخاص الذين يتراوح سنهم من 30 الى 40 سنة أما بالنسبة لعامل الجنس ففي أغلب الدراسات الرجال هم أكثر تعرضا لمستويات مرتفعة من تلبد الشخصية أما النساء فهم أكثر تعرضا للإنهاك الانفعالي (MASLACH C , SCHAUFELI WB,LEITER MP, 2001,p409-410).

في نفس الموضوع أثبت كل من SCHAUFELI و ENZMANN (1998) و MASLACH و AL (2001) أن الاحتراق النفسي يصيب العمال في بداية مسيرتهم المهنية (ADDISON) (J , 2010 , p51).

ب - الشخصية :

- نمط الشخصية : تشير الدراسات إلى أن نمط الشخصية (أ) المعروف باندفاعيته و روحه التنافسية و الطموح يستجيب بقوة أكبر للضغط من نمط الشخصية (ب) المعروفة بحب العمل ضمن الجماعة و التردد و فقدان المنافسة (THEVENET M , 2011, p49).

-الصلابة النفسية (hardiness): يشير KOBOSA إلى أن الصلابة النفسية المرتكزة في الأساس على القدرة على التحمل لها ثلاثة أبعاد ، أولها الالتزام و التي تعني الميل الشخصي للفرد للمشاركة في كل المواجهات التي تصادفه و ثانيهما التحدي و هو الاعتقاد بالقدرة على التغيير و ثالثهم هو التحكم و هو الاعتقاد أيضا بالقدرة على التأثير على الأحداث

فالشخص الذي لديه قدرة عالية من التحكم ، يشعر بأن الوضعيات المجهدة هي أمر طبيعي فلا ينظر إليها على أساس التحدي و ليس التهديد ، و بذلك لا تكون لديه استراتيجيات لتجنبها و تشكل لديه هذه السمة وسيلة تحميه من الإصابة بالاحتراق النفسي .

-**مركز التحكم (locus de control)**:يشير هذا المفهوم إلى أحد سمات الشخصية و الذي يتلخص في اعتقاد الأفراد بأن لديهم القدرة على التأثير على العالم الذي يعيشون فيه ، حيث ينسبون مسؤولية الأحداث التي تواجههم إلى أنفسهم و هذا ما يسمى التحكم الداخلي (loc interne) و هم الأشخاص الذين يؤمنون بقدراتهم و كفاءاتهم أما الفئة الثانية فهم يرجعون كل ما يحدث لهم و يواجههم في الحياة إلى الصدفة ، القدر أو الآخرين هذا ما يسمى بالتحكم الخارجي (loc externe) و هؤلاء لديهم قابلية أكثر للإصابة بالاحتراق النفسي أكثر من الفئة الأولى (WIERTZ R , 2012 , p75-77)

-**استراتيجية التكيف :**

لا يتساوى الأشخاص في الاستجابة للضغوط النفسية و الوضعيات المجهدة بفعل الفروق الفردية فكل فرد يفسر حدة الضغوط النفسية من خلال مجموعة من العوامل منها الاستعدادات الوراثية ، الوظائف العقلية المعرفية و عوامل أخرى ، في نفس الموضوع فان المواجهة تصنف كعامل منظم للاحتراق النفسي ، فعلى حسب إستراتيجية المواجهة التي يلجأ إليها الفرد فقد تؤدي إلى خفض ، تعديل أو الرفع من شدة الضغط النفسي و بذلك ترتبط فعالية الإستراتيجية بمستويات الاحتراق النفسي (MASLACH C , SCHAUFELI WB , LEITER MP) (, 2001, p410-411).

5- تصنيف وتشخيص الاحتراق النفسي (syndrome de burnout)

5-1- أعراض الاحتراق النفسي :

الاحتراق النفسي هو سيرورة معقدة ، يظهر في البداية على شكل استجابة للضغط النفسي المهني ، بعدها يتضح أكثر ليظهر على شكل متلازمة متكونة من ثلاثة أبعاد هي الإنهاك الانفعالي ، تبدل الشخصية و نقص في الانجاز الشخصي ، تتنوع أعراضه بين النفسية الانفعالية ، الجسدية ، السلوكية و العلائقية و التي ندرجها باختصار ضمن الجدول التالي:

الانفعالية	فقدان الاهتمام ، الملل ، العدوانية ، الشعور بالإحباط ، الشك و انخفاض تقدير الذات
العقلية	فقدان الإحساس بالأولويات ، عدم القدرة على التركيز ، اضطرابات الذاكرة و الارتباك و التردد.
الجسدية	ألام موضعية (الرقبة ، الظهر) ، اضطرابات الهضم ، اضطرابات النوم الصداع ، حالات التعب العام .
السلوكية	الغيابات أو زيادة ساعات العمل ، تعاطي الأدوية و المشروبات الكحولية الرغبة في تغيير الوظيفة .
العلائقية	تفادي العلاقة مع الآخر ، فقدان القدرة على التعاطف ، البرودة في التعامل مواقف السخرية و التجرد من الإنسانية و العزلة الاجتماعية

الجدول رقم : 02 (أعراض الاحتراق النفسي)

المصدر: (GLAUSSER M , 2010, p 33).

5-2- تصنيف الاحتراق النفسي :

حسب التصنيف العالمي للأمراض (CIM10) الصادر عن المنظمة العالمية للصحة (OMS) يشار في الفصل 21 ، الفصل الفرعي Z و الذي يحمل عنوان رئيسي هو (العوامل المؤثرة على الحالة الصحية و أنماط استخدام الخدمات الصحية) و الذي يضم سبعة مجموعات متميزة و هي Z70-Z76 (الأشخاص الذين يلجؤون إلى الخدمات الصحية لأسباب أخرى)

نجد المجموعة Z73 التي تحمل عنوان (الصعوبات التي لها علاقة بتوجيه نمط الحياة) و التي تضم بدورها ثمانية فئات فرعية (Z73.9-Z73.0) و هي : (الإرهاق و الإنهاك تأكيد بعض سمات الشخصية ، عدم الراحة و الترفيه الإجهاد النفسي الغير مصنف المهارات الاجتماعية الغير كافية ، الصراع حول الدور الاجتماعي ، قيود مفروضة على الأنشطة بدون قدرة ، مشاكل أخرى لها علاقة بالتوجيه لنمط الحياة و مشاكل أخرى لها علاقة بالتوجيه لنمط الحياة الغير محددة) و في الفئة رقم Z73.0 صنف الاحتراق النفسي كنوع من أنواع الإرهاق (GLAUSER M,2010,p7) .

و قد صنف الاحتراق النفسي ضمن التصنيف العالمي للأمراض ابتداء من سنة 1997 لكن هذا التصنيف بقي غامضاً، عليه ، في سنة 2005 حول إلى المجموعة (F43) و التي تضم اضطرابات التكيف و الاستجابات لعوامل الضغط النفسي و بالضبط الفئة (F43.8). (SCHAUFELI WB , LEITER MP , MASLACH C,2008 ,p 213-214) .

للإشارة لم يصنف الاحتراق النفسي ضمن الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) لكنه صنف ضمن التصنيف العالمي للأمراض كعامل يؤثر على الحالة الصحية و ليس كاضطراب (HAUTFEUILLE N , 2013 , p 31) .

5-3- تشخيص الاحتراق النفسي :

إن المشكل الذي يواجه المختصين في الوقت الحالي هو كيفية تشخيص الاحتراق النفسي خاصة و أنه لم يصنف بعد كاضطراب ، و أمام الانتشار الواسع لهذه الظاهرة و النتائج النفسية و السلوكية و العلائقية التي تتولد عليها أدعت الضرورة للبحث عن طرق صحيحة للتشخيص و في دراسة لكل من MASLACH و SCHAUFELI (1993) فإنه لتشخيص الاحتراق النفسي يكفي توفر العوامل الخمسة التالية :

- 1- وجود أعراض غير مرغوب فيها مثل التعب و إجهاد نفسي و انفعالي و الاكتئاب.
- 2- الأعراض السابقة تكون عقلية أكثر منها جسدية .
- 3- ترتبط هذه الأعراض بالعمل .
- 4- تظهر هذه الأعراض عند الأشخاص الأسوياء الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية قبلية .
- 5- وجود ارتباط بين انخفاض الكفاءة المهنية و هبوط الأداء عند العامل بالمواقف و السلوكات السلبية التي يتبناها الشخص (ADDISON J,2010, p19) .

في نفس الموضوع أكد كل من SCHAUFELI و LEITER و MASLACH أن الوسيلة الحالية لتشخيص الاحتراق النفسي هو مقياس MASLACH للاحتراق النفسي و الذي يقيس الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي و هي الإنهاك الانفعالي ، تبدل الشخصية و نقص الانجاز الشخصي و قد أستعمل في 93% من الأبحاث و الدراسات التي أجريت حول الاحتراق النفسي منذ وصفه للمرة الأولى في بداية السبعينات و بذلك يعتبر MBI وسيلة لقياس و تشخيص الاحتراق النفسي (SCHAUFELI ,LEITER ,MASLACH , 2008, p211).

لكن كل من KORCZAK و AL (2010) أوضحا من خلال كتابهما حول متلازمة الاحتراق النفسي (burnout for experts) أن ليس هناك في الوقت الحالي طريقة موحدة عالميا لتشخيص الاحتراق النفسي ، و هذه النتيجة تشمل أيضا MBI .

و بإتباع الطرق الإكلينيكية في التشخيص و المعتمدة في الأصل على حصر الأعراض فلتشخيص الاحتراق النفسي يجب الاعتماد على المعايير التالية :

- يتعلق الأمر بمتلازمة تتميز بمظاهر إكلينيكية بشدة معينة و بعلاقة سببية فالاحترق النفسي هو نتيجة مباشرة لتراكم الضغوطات المرتبطة بالعمل.
 - الاحترق النفسي هو سيرورة إنهاك تدريجي ، يترافق مع هبوط في الكفاءة و يتميز بأعراض إجهاد تطول كل الأبعاد (النفسية ، الانفعالية ، السلوكيةالخ)
 - الاحترق النفسي هو تأثير تبادلي و تفاعل مع عوامل بيئية (محيط العمل) و عوامل شخصية.
 - في المراحل الأولية للاحترق النفسي نلمح عند المهني الكثير من الالتزام و الذي يظهر على شكل فرط في النشاط و إنكار الاحتياجات الشخصية على حساب العمل .
- و في غياب هذه المعايير فمن المبكر الحديث عن الاحترق النفسي (BRUHLMANN T,2012 p955).

5-4-4- الاحترق النفسي و مفاهيم مشابهة

5-4-1- الاحترق النفسي و الاكتئاب :

في أغلب الأحيان فان الاضطراب الذي يتشابه كثيرا من حيث الأعراض مع الاحترق النفسي هو الاكتئاب ، حيث سنوضح الفرق بين الاضطرابيين ضمن الجدول التالي :

الاكتئاب	الاحترق النفسي
- له علاقة بكل نواحي الحياة	- له علاقة بمحيط العمل
- شعور بضيق بصفة دائمة	- شعور بالضيق لبضعة ساعات في اليوم و بضعة أيام في الأسبوع
- عدم القدرة على إعداد أية مشاريع	- القدرة على إعداد مشاريع مستقبلية
- العطلة (تعقد الحالة و عدم الراحة)	- العطلة (تعطي الراحة)

الجدول رقم 3 : الاحترق النفسي و الاكتئاب

المصدر : (France évain , 2011 , p6).

في نفس الموضوع بالنسبة ل DIDIER TRUCHOT فان متلازمة الاحتراق النفسي هي اكتئاب مهني (dépression professionnelle) و الإنهاك الانفعالي هو البعد الذي يتشابه في أعراضه مع الاكتئاب (HAUTFEUILLE N , 2013 , p 29).

و قد أوضح LEITER أن الإنهاك الانفعالي في الاحتراق النفسي يتوافق مع الشعور بالتعب و الحزن الموجود في الاكتئاب و تبدد الشخصية يتقارب من عرض الانسحاب من العلاقات الاجتماعية و كذلك نقص الانجاز الشخصي يظهر عند الفرد الذي لديه الشعور بالعجز الموجود في الاكتئاب (HASTOY ANITA , 2013 , p 12).

و بصفة عامة فان الاحتراق النفسي سيرورة ، في تطور مستمر ، يبدو في البداية كشكل من أشكال الاستجابة للإجهاد ، بعدها يظهر كاضطراب معقد و قد يؤدي في أغلب الأحيان الى الاكتئاب (Hochstrasser B , 2013 , p 365).

5-4-2- الاحتراق النفسي و الضغط النفسي :

بالنسبة للأخصائيين النفسانيين BRAM BUUNK و WILMAR SCHAUFELI الضغط النفسي مصطلح عام يشير إلى سيرورة التكيف المؤقتة ، مصحوبة بأعراض جسدية و نفسية في المقابل الاحتراق النفسي يعتبر المرحلة الأخيرة في سيرورة الضغط النفسي و الذي ينتج اختلال طويل الأمد بين المطالب و الموارد و كذلك يعتبر إجهاد مهني طويل المدى.

و في نفس السياق فان الإجهاد النفسي حالة مؤقتة أما الاحتراق النفسي فهو حالة دائمة و مستمرة (GALAUSER M , 2010 , p10).

أما MASLACH فبينت أن الاحتراق النفسي هو استجابة للضغوط النفسية المتراكمة و التي تنتج أعراض نفسية ، انفعالية و فيزيولوجية (LE TOURNEUR A , 2011 , p 11).

و قد أوضح CHERNISS أن الضغط النفسي يتكون من ثلاثة مراحل هي الإجهاد الضغوطات الخارجية و استراتيجيات التكيف و الاحتراق النفسي يظهر خلال المرحلة الأخيرة و ذلك عندما يتم استنفاد الموارد التكيفية (THEVENET , 2011,p30).

5-4-3- الاحتراق النفسي و القلق (anxiété) :

ينظر إلى الاحتراق النفسي على أنه قلق لكن الحقيقة أن الشخص المصاب بالاحتراق النفسي عند محاولته للتكيف مع الوضعيات المجهدة ، تظهر عليه ملامح القلق و بذلك يصبح هذا الأخير عرض من أعراض الاحتراق النفسي (MANGEN MH , 2007 , p44).

5-4-4- الاحتراق النفسي و اضطرابات التكيف (les troubles de l'adaptation)

حسب الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (التصنيف الخامس DSM5) فان اضطرابات التكيف هي استجابة مرضية غير متكيفة لعوامل الإجهاد النفسي المختلفة ، تظهر خلال الثلاثة أشهر على الأقل التي تلي التعرض لهذه المثيرات .

وان عامل الوقت هو الذي يمكننا التفرقة بين هذه الاضطرابات و الاحتراق النفسي ، حيث أن هذا الأخير يتطور و يظهر تدريجيا عكس اضطرابات التكيف التي تأتي كاستجابة آنية و دفعة واحدة (THEVENET M, 2011,p68) .

6- علاج الاحتراق النفسي :

لا يمكننا التحدث عن علاج أي اضطراب إلا بعد تصنيفه و كما هو الحال في الاحتراق النفسي فان الأخصائيين يواجهون مشكل عدم تصنيفه بعد كاضطراب و بذلك يتعذر عليهم طرح العلاج المناسب و لكنه و مع شرة انتشار هذا الاختلال و النتائج السلبية التي يتركها على المهني و على المؤسسات التي ينتمي إليها فرضت على الأخصائيين اقتراح علاج نفسي له بصفته ضغط نفسي حاد و يمكننا توضيح كيفية علاج الاحتراق النفسي كما يلي :

6-1- العلاج بالتحليل النفسي :

العلاج بالتحليل النفسي هو طريقة نستطيع من خلالها التوغل داخل اللاشعور و كشف الصراعات الداخلية ، المشاعر المكبوتة ، زلات اللسان و ذلك عن طريق التداعي الحر الإيحاء الذاتي و تحليل الأحلام.

و يعتبر التداعي الحر ، أحد الطرق المستعملة من طرف المحلل من أجل إخراج العناصر التي تسبب المعاناة المعاشة و التي تظهر أحيانا بوضوح خلال عملية التحويل و هو أحد الطرق الأكثر نجاعة لكي نرفع مستوى وعي المريض بالاضطراب الذي يعاني منه .

ان العلاج بالتحليل النفسي مبني على عنصرين أساسيين هما : فهم الشعور ، ما قبل الشعور و اللاشعور و الثانية تشمل تحليل بنية الشخصية الهو ، الأنا و الأنا الأعلى .

6-2- العلاج بالاتجاه التحليلي :

و هو الاتجاه المستوحى من التحليل النفسي ، لكن يختلف عنه في مدة العلاج و كذا في وضعية وجه لوجه بين الحالة و المحلل و الهدف منه هو البحث عن الأسباب العميقة للاضطراب ، تفسير التداعي الحر للمريض و ذلك للحد من الصراعات النفسية التي يواجهها.

6-2- العلاج المعرفي السلوكي :

ينبع هذا العلاج من نظرية التعلم و طريقة معالجة المعلومات مع التأكيد على بناء علاقة علاجية متينة بين المعالج و الحالة و يركز أيضا على تعليم المريض كيفية تحديد الاعتقادات ، الأفكار (الخاطئة و في بعض الأحيان لا أساس لها) التي تسبب له الضيق في الوقت الحالي ، الخوف و القلق.

الهدف من هذا العلاج هو تحسين عملية تسيير الانفعالات من خلال تمارين الاسترخاء المواجهة التخيلية أو الحقيقية للوضعية المسببة لهذه الأعراض ، و كذلك يسمح للأشخاص التغلب على المشاكل الشخصية ، الانفعالية و إبطال تأثير السلوك الغير سوي (السلبي) من خلال تبني استجابات مقبولة و نظرة ايجابية تجاه الوضعية المواجهة و في هذه الحالة تعزز ثقتهم في أنفسهم و توافقهم مع المحيط .

6-4-العلاج الجماعي :

إن من أهم ميزات العلاج الجماعي هو الدعم الذي توفره المجموعة للحالة حيث أن المجموعة تكون مكونة من أشخاص يتقاسمون نفس الأعراض و من خلال التبادل في الخبرات و التجارب و تعزيز روح الانتماء للجماعة ، يتمكن الفرد من فهم الأعراض التي يعاني منها و كذا نتائج تجارب زملائه حول مواجهتها .

العلاج الجماعي يمكن الشخص من فهم معاناته ، تعلم سلوكيات جديدة مكيمة و تطوير ثقته بنفسه و ثقته في الآخرين (GLAUSER M, 2010, p44-45)

7- الوقاية من الاحتراق النفسي :

7-1-الوقاية الجماعية : و هي الوقاية الأولية ، التي تعني كيف يمكن للجماعة المكونة من كل أفراد المؤسسة عمال و مشرفين مواجهة الاحتراق النفسي و على الأقل التقليل من امكانية الإصابة به و تظهر هذه الوقاية بالتركيز على العوامل المسببة أهمها:

7-1-1-محيط العمل :

في دراسة لكل من AGOUB ELYAZIJI و BATTAS (2000) أكدا من خلالها أنه للوقاية من الاحتراق النفسي يجب " تعزيز محيط العمل ليصبح يتمتع بالاعتراف ، الاستماع و الدعم المعنوي والتقدير للعامل ، منحه الاستقلالية في اتخاذ القرار و تعزيز ثقته بنفسه " مجموعة من الدراسات أخرى توصلت إلى النتيجة القائلة " منح الاستقلالية في اتخاذ القرار للعامل تساهم في الوقاية من الاحتراق النفسي " كما أن الدعم المعنوي لا يساهم في خفض الضغط بل يساهم أكثر في كيفية مواجهته.

7-1-2-التكوين :

ان التكوين من شأنه الاحتفاظ بالحماس تجاه العمل و يسمح باكتساب معارف جديدة و تبادل التجارب و الخبرات بين الزملاء ، أين يتم تناقل المهارات كل واحد في مجال تخصصه ، في نفس السياق فان التكوين يساهم في تلقين أنجع استراتيجيات المواجهة و الموافقة لكل وضعية .

كما هو فرصة للإحساس بالتواجد ضمن جماعة و العمل لإيجاد الحلول ، حيث أن المشاركة في هذه الدورات التكوينية تعزز لدى الشخص قيمته و تقديره لذاته و المشاركة الجماعية في تحسين ظروف العمل كون الشعور بالانتماء للجماعة ،يطور روح الجماعة و يحسن من نوعية العلاقات و يساعد على التحاور و التواصل و تجنب الصراعات.

7-1-3-الإشراف :

لقد أثبتت دراسة كل من JF CONSTABLE و RUSSELL D W (1986) ان الدعم من طرف المشرفين يستطيع خفض الإنهاك الانفعالي عند المهنيين.

كما أنه من خلال حصص الإشراف التي يخضع لها المهنيين ، يستطيع كل واحد منهم التعبير عن معاشه النفسي ، معاناته و مشاعره ، و في هذه اللحظات يظهر التبادل بين الزملاء ، وتمكن الأشخاص الذين تعرضوا إلى مواقف مشابهة أخذ العبرة و التجربة مع التأكيد على أهمية تحديد أوقات الخضوع للإشراف مسبقا حتى نستطيع التحاور مع أكبر عدد من المهنيين و الوصول إلى النتائج المرجوة.

7-1-4-عبي العمل :

إن إعادة توزيع المهام و تقسيم الأنشطة من أجل تحقيق التوازن في أية مصلحة ، من شأنه خفض عبي العمل و تقادي ساعات العمل الإضافية ، و كذلك التقليل من ساعات العمل من شأنه الوقاية من الإصابة بالاحتراق النفسي إضافة إلى نوعية الحالات ، فهناك حالات مرضى تحتاج المتابعة المستمرة فلا يجب تكليف طبيب واحد مثلا بعدة حالات من هذا النوع .

7-2-الوقاية الفردية :

إن الوقاية الفردية تكمن في البداية في رفع وعي العمال و تعريفهم بمفهوم الاحتراق النفسي و في نفس السياق تعليمهم طرق مواجهته من خلال فهم الوضعية المجهدة ، تحليلها و اختيار أنجع الاستراتيجيات لمواجهتها فان المشاركة في برنامج لتعلم كيفية تسيير الضغط ، يمكن من خلالها للمهني اكتساب مهارات جديدة في تسييره الضغط المهني من خلال إعطاء فرصة لنفسه

للتفكير و التأمل، تمكنه من أخذ نظرة ثانية عن الوضعية المجهدة ، حتى يستطيع مواجهتها أو تجاوزها ، و بهذه الطريقة يدرك الفرد أن لديه موقف صعب يواجهه و هذا الوعي يدفع به إلى طلب استشارة الطبيب أو الأخصائي النفساني (TAVARES M , 2009 , p 28-31).

و بصفة عامة قبل الحديث عن الوقاية من الاحتراق النفسي يجب التذكير أن هذا المفهوم لا زال غامضا خاصة في الأوساط الجزائرية فلا زال العمال و المهنيين يرجعون انخفاض كفاءتهم و تدني أدائهم المهني إلى مصادر مختلفة و قد تتخذ المؤسسات التي ينتمون إليها إجراءات وقائية تكون في أغلب الأحيان غير فعالة و بذلك يجب في البداية رفع وعي الأفراد و تعريفهم بمفهوم الاحتراق النفسي ، ثم تعليمهم طرق مواجهته سواء عن طريق التكوين في هذا المجال وعن طريق تهيئة محيط عمل تتوفر فيه الراحة النفسية النابعة في الأساس من إعادة النظر في المهام المسندة لكل عامل ، ساعات العمل و كذا توفير الدعم النفسي من المشرفين و الزملاء و العائلة و التقدير و الاعتراف بالمجهودات المبذولة من طرفه وتمكينه من المشاركة في اتخاذ القرار .

و لتحقيق وقاية فعالة من الاحتراق النفسي يجب ترافق الوقاية الجماعية التي تتعلق بمحيط العمل مع الوقاية الفردية المركزة على العامل .

خلاصة الفصل :

بعد تعرضنا لمفهوم الاحتراق النفسي بصفة عامة و فصله عن المفاهيم المشابهة الأخرى يتضح لنا جليا أن هذا المفهوم ينطوي على الاستنفاد التدريجي للطاقة بفعل الضغوطات المتراكمة التي لها علاقة بالمهنة و قد أثبتت معظم الدراسات التي أجريت في هذا النطاق أن ذوي المهن الاجتماعية و التي تعتمد مهنتهم على علاقة الدعم هم أكثر الأشخاص تعرضا للاحتراق النفسي و منها تناولنا بالدراسة مهنة الطب التي تعتبر من المهن التي تعتمد على الالتزام كونها تتولى الرعاية الصحية للأفراد و عن مصادر الاحتراق النفسي فان المصادر التنظيمية المتعلقة بطبيعة المهنة ، عبئ العمل الكمي و النوعي و العلاقات بين الزملاء و المشرفين و كذا بعض الخصائص الفردية للشخص هي التي في أغلب الأحيان تؤهله للإصابة بالاحتراق النفسي .

إلا أنه و رغم الاهتمام الذي أعطي لظاهرة الاحتراق النفسي من طرف المختصين و كذا الهيئات العالمية إلا أننا لا زلنا نواجه مشكلة تصنيف هذه الظاهرة ، فلم يصنف الاحتراق النفسي ضمن الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) لكنه صنف ضمن التصنيف العالمي الأمراض كعامل يؤثر على الحالة الصحية و ليس كاضطراب و بذلك يؤثر هذا العامل في موضوع التشخيص و العلاج .

التركيز على سبل الوقاية منها و ذلك باتخاذ إجراءات وقائية على مستوى الأفراد و المؤسسات و كذا رفع وعي الأفراد بماهية هذا الاختلال وطرق مواجهته .

الفصل الثالث: إستراتيجية المواجهة (LE COPING)

تمهيد

1- مفهوم المواجهة

2- تعريف المواجهة

3- إستراتيجية المواجهة و مفاهيم مشابهة

4- النظريات المفسرة للمواجهة

5- تصنيف إستراتيجية المواجهة

6- محددات إستراتيجية المواجهة

7- وظائف إستراتيجية المواجهة

8- الاحتراق النفسي و المواجهة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يتعرض الإنسان في حياته اليومية لمواقف مختلفة تستدعي مواجهتها ، حيث يحاول الفرد إدراك الوضعية و معرفة طبيعتها ، و متى صنفت على أنها مجهدة أو تفوق و تتجاوز موارده الفردية يقوم الفرد بتوجيه كل جهوده المعرفية و السلوكية لمواجهة هذه الوضعية و هذه السيرورة أصطلح على تسميتها بإستراتيجية المواجهة (COPING) و التي تعتبر من المفاهيم الجديدة نسبيا لها علاقة بمفهوم الإجهاد كونها تعبر عن الكيفية التي يواجه بها الفرد الوضعيات الضاغطة .

و لقد أرتبط مفهوم المواجهة مع مفهوم الضغط النفسي ، و ذلك كون المواجهة تعمل كوسيط بين الوضعيات المجهدة و الاستجابات المعرفية ، الانفعالية و السلوكية التي تولدها هذه الوضعية و بذلك يقترن وجود إستراتيجية المواجهة بعامل الإجهاد النفسي.

و في دراستنا لإستراتيجية المواجهة ، يجب في البداية فصلها أن مفهوم الآليات الدفاعية ، كون هذين المفهومين عرفا الكثير من التداخل في الدراسات السابقة و توضيح المحددات الشخصية و الخاصة بالمحيط التي تساهم في إنشائها و التعرض للتصنيفات المختلفة لهذا المفهوم و كذا النظريات التي فسرت هذه السيرورة .

كما يجب التركيز على العلاقة التي تربط الاحتراق النفسي بصفته حالة من الضغط النفسي الحاد المرتبط بالمهنة بإستراتيجية المواجهة فهذه الأخيرة تعتبر كعامل منظم لمستويات الاحتراق النفسي يمكن لها خفضه ، رفعه أو تعديله .

الفصل الثالث : إستراتيجية المواجهة (le coping):

1- مفهوم إستراتيجية المواجهة (COPING) :

لقد ارتبط مفهوم المواجهة (coping) بمفهوم الإجهاد ، كون المواجهة تعمل كوسيط بين مصدر الإجهاد و الاستجابات الانفعالية التي ينتجها (DESBIENS JF , 2006, p9).

و من أكثر العلماء الذين تناولوا مفهوم الإجهاد بالدراسة هو الطبيب المختص في أمراض الغدد HANS SELYE و الذي بين من خلال أبحاثه الاستجابات الفيزيولوجية للكائن الحي ضد الإجهاد و التي تبدأ بمرحلة الإنذار و هي المرحلة التي ينشط فيها الجسم و يتأهب لرد التهديد ، تليها مرحلة المقاومة و هي استجماع الآليات المعرفية و السلوكية لرد التهديد ثم تأتي مرحلة استنفاد الطاقة و الموارد (SZABO S, 2012, INFORMA HEALTHCARE , VOL 15 N°5 p 473).

ومن هذه الدراسة يتضح لنا أن المرحلة الثانية من مواجهة الإجهاد حسب نظرية SELYE هي مرحلة المقاومة أي المواجهة (coping) ، لكن هذا المفهوم لم يدرج في أية دراسة علمية من قبل حتى ظهر لأول مرة في كتاب ل RICHARD LAZARUS (psychological and stress and coping process) سنة 1966 أين شرح هذا المفهوم بأنه مجموعة من ردود الأفعال و الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الفرد لأجل مواجهة الإجهاد أو الإنهاك ، حيث أن الفرد عندما يواجه حادث أو وضعية مجهدة يستخدم مجهودات معرفية (إدراك الموقف ، ترميز الحدث المعلومات و الاعتقادات حول الاستراتيجيات المستخدمة في المواجهة و مدى فعاليتها) و سلوكية لمواجهة هذه الأحداث ، لكن مصطلح le coping عرف قبل هذا التاريخ و لكن بتسميات أخرى ففي النصف الثاني من القرن 19 استعمل هذا المصطلح كتابع لمصطلح الآليات الدفاعية (mécanisme de défance) الذي ظهر و تطور على يد التحليليين و كذا مصطلح التكيف (adaptation) المستعمل في غالب الأحيان من طرف البيولوجيين و علماء السلوك و علماء نفس الحيوان (نظرية النشوء و الارتقاء لداروين (1859) (BRUCHON-SCHWEITZER . M ,2001, p69).

2- تعريف إستراتيجية المواجهة (COPING) :

2-1- التعريف اللغوي :

(LE COPING) مصطلح ينتمي إلى اللغة الانجليزية مشتق من فعل to cope و معناه باللغة الفرنسية (faire face a) ، غير انه لا يوجد في اللغة الفرنسية مرادفا له فهو يترجم أحيانا بإستراتيجية التوافق stratégie d'ajustement و أحيانا أخرى بإستراتيجيات التكيف stratégie d'adaptation (HARTMANN A,2007 , p84).

و في اللغة العربية يقابله مصطلح إستراتيجية المواجهة أو إستراتيجية المقاومة و كذلك إدارة الضغوط.

2-2- التعريف الاصطلاحي :

لقد عرف كل من LAZARUS و LAUNIER (1978) المواجهة على أنها " مجموع العمليات التي تتوسط الفرد و الحدث الذي يتم إدراكه من طرف الفرد أنه يشكل له تهديد ، من أجل ضبط تحمل أو خفض أثر هذا الحدث على الراحة النفسية و الجسدية للفرد نفسه (OLIVE L , 2011 , p45). ثم عرفها كل من FOLKMAN و LAZARUS (1984) على أنها " مجموع المجهودات السلوكية و المعرفية المتغيرة باستمرار و التي يتخذها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها و إدارة مطالب الموقف و التي يتم تقديرها من طرف الفرد على أنها شاقة و مرهقة تتجاوز موارده الفردية " (FERREOL A , KERN L , 2012, p 9) .

أما FRYDENBERG و LEWIS (1993) فقد عرفا المواجهة على أنها " مجموع الاستجابات (الأفكار ، الانفعالات و السلوكات) التي تصدر عن الفرد لمواجهة المواقف الصعبة في الحياة اليومية أو المناسبات الخاصة " (TETREULT K , 2005 , p11).

كما عرفها COMPAS (2001) على أنها " الجهود الإرادية و الشعورية المستعملة من طرف الفرد لتعديل الانفعالات ، المعارف ، السلوكات و المحيط من أجل مواجهة وضعية مجهدة "

و عرفها BANDURA (2003) على أنها " قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات و الوضعيات المجهدة " (FORTIN VÉRONIQUE , 2009,P29-30).

بعد التطرق إلى مفهوم المواجهة و تعاريفها يتضح لنا أن هذا المفهوم مرتبط بالإجهاد النفسي كونه يشير إلى المجهودات المعرفية ، الانفعالية و السلوكية التي يواجه بها الفرد وضعية مجهدة و قد لمحنا ارتباطه بمفهوم الحيل الدفاعية و كذا التكيف و فيما يلي يتم الفصل بين التداخل القائم بين هذه المفاهيم .

3- المواجهة و مفاهيم مشابهة :

3-1- المواجهة و الدفاع :

الدفاع (défance) مصطلح ظهر في نهاية القرن التاسع عشر و الذي أرتبط في الأصل بتطور النظرية التحليلية ، حيث لاحظ FREUD و BREUER أن الأفكار الغير مرغوب فيها و التي تسبب الانزعاج ، تمنع من التسرب للشعور أين تنبها إلى وجود أدوات مسؤولة عن عملية منع هذه الأفكار من التسرب للشعور و سميت بالحيل أو الآليات الدفاعية.

ثم تطور استعمال مصطلح الدفاع بمعنية مصطلح ثاني و هو القمع و ذلك في مقال (الكف الأعراض ، القلق) لسجموند فرويد سنة 1926 ، و من خلال هذا المقال استعمل مفهوم الدفاع في مفهومه العام لوصف دفاع الأنا ضد الأفكار و الأحداث الغير مرغوب فيها و الكف يعتبر من أهم الآليات الدفاعية (BRUCHON-SCHWEITZER . M ,2001, p69).

و قد عرفت ANNA FREUD (1936) الآليات الدفاعية على أنها نشاطات الأنا لحماية الموضوع من النزوات ، و بذلك فان مفهوم (الدفاعات) ينتمي إلى الميدان التحليلي أما مفهوم (المواجهة) فينتمي إلى الميدان السلوكي المعرفي .

لكن التداخل أبقى بين هذين المفهومين السابقين و لم يتم الفصل بينهما إلا بعد أعمال الأخصائية في علم النفس الاجتماعي HAAN NORMA سنة 1977 و التي أظهرت الفروقات الموجودة بين هذين المفهومين :

الآليات الدفاعية (les mecanismes de defence) : متصلبة و جامدة ، لا شعورية غير متميزة ، لا تقاوم ، لها علاقة بالصراع النفسي الداخلي الناتج عن الأحداث القديمة ، تشوه الواقع عادة ، وظيفتها ضبط القلق في مستوى مقبول.

المواجهة (le coping): مرنة ، شعورية ، متميزة ، موجهة نحو الواقع ، توظف في العلاقة القائمة بين الفرد و المحيط ، وظيفتها تمكين الفرد من السيطرة ، التقليل و تحمل الاختلالات المحدثة من طرف وضعيات مجهدة ، اذن فهي محاولات شعورية ، إرادية لمواجهة التهديدات الحالية و الماضية.

و في نفس السياق أوضح الأخصائي في علم النفس ROBERT PLUTCHIK (1995) من خلال النظرية النفسية التطورية للانفعال أن الآليات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة ينتميان الى الانفعالات القاعدية ، فالآليات الدفاعية تطورت خلال مراحل الطفولة أما استراتيجيات المواجهة فتم اكتسابها خلال مراحل الحياة ، وظيفتهما مواجهة الانفعال و قد قدم نموذجا يتكون من ثمانية أساليب دفاعية و ما يعادلها من استراتيجيات المواجهة و التي ندرجها في الجدول التالي :

آليات الدفاع	إستراتيجية المواجهة
الإقصاء ، القمع Répression, isolation : العزلة : طرد فكرة أو انفعال من الوعي لتجنب الصراعات أو التهديدات المؤلمة.	التجنب Evitement : محاولة حل المشكل بتجنب الشخص أو الوضعية التي تسببت في المشكل بإيقاف التفكير أو تشتيت الانتباه و تحويله عن المشكل.
الإنكار déni: نقص الوعي بأحداث معينة أو مشاعر من المؤلم الاعتراف بها .	التقليل Minimalisation : محاولة المشكل بالتقليل من أهميته.
الإزاحة Déplacement: تحرير العواطف المكبوتة و التي كانت أساس الانفعال .	التعويض Substitution : محاولة حل المشكل باختيار أنشطة ممتعة ، مثل تخفيف حدة التوتر الناتجة عن مشكل ما باستخدام التأمل .
النكوص ، التصرف بدافعية régression Passage a l'acte : الابتعاد عن الإجهاد بتبني مواقف أكثر نضجا .	الدعم الاجتماعي Soutien social : البحث عن الدعم و المساعد من قبل الآخرين لحل المشكل.
التعويض Compensation : تحديد الهوية	الاستبدال Remplacement : حل المشكل عن

و تطوير ميدان ما لتعويض الفشل الحقيقي أو المتخيل في ميدان آخر.	طريق تحسين الضعف أو الفشل الموجود عند الفرد و بالوضعية .
العقلنة ، التسامي ، الإلغاء ، العقلنة : Intellectualisation, sublimation الرقابة : annulation, rationalisation الغير شعورية للانفعالات و النزوات بالتبعية المفرطة للتفسيرات العقلانية للوضعيات.	البحث عن المعلومات Recherche d'information : حل المشكل بجمع أكبر قد من المعلومات قبل التصرف أو اتخاذ القرار.
الإسقاط projection : الرفض اللاشعوري للانفعالات و النزوات الغير مقبولة و نسبها إلى الأخر.	إلقاء المسؤولية على الآخرين Rejeter la responsabilité sur autrui : نسب مسؤولية مشكل ما إلى الآخرين أو إلى جهاز ما
التكوين العكسي formation réactionnelle : منع التعبير عن الرغبات المقبولة خاصة الجنسية و العدوانية بإظهار مواقف أو سلوكيات مضادة	القلب Renversement : حل المشكل بعكس ما يشعر به الفرد

الجدول رقم 4 : الآليات الدفاعية و استراتيجيات المواجهة حسب PLUTCHIK

المصدر : (GREBOT E , PATY B , DEPHANIX NG , 2006 , p 316-317)

3-2-المواجهة و التكيف :

لقد قام كل من LAZARUS و FOLKMAN بالترقية بين مفهومي المواجهة و التكيف على النحو التالي :

المواجهة (COPING) هي مفهوم خاص يعبر عن ردود الأفعال الناتجة عن تغير ظروف المحيط و التي تم إدراكها و تقييمها على أساس أنها وضعيات مهددة .
أما التكيف فهو مفهوم واسع و هو نتاج التغيرات التي أنشأتها العوامل و الخبرات السابقة أو التعلم و تعتمد على القدرة على التكيف على الشخص نفسه و على السياق الاجتماعي و البيئة الثقافية التي يعيش فيها و التي تؤهله لاكتساب و تعلم مهارات التكيف .

فالتكيف عبارة عن ردود أفعال آلية أما المواجهة فهي عبارات عن قدرات إدراكية و سلوكية إرادية و شعورية . (OLIVE L , 2011 , p47).

في نفس الموضوع بين كل من LAZARUS و FOLKMAN أن التكيف خاص بكل الكائنات الحية فهو ينتمي على علم النفس و علم الحياة (biologie) و هو يعكس استجابات الكائن الحي للمتغيرات البيئية في المحيط الذي يعيش فيه أما المواجهة فهي مفهوم خاص بالأفراد و التي تظهر على شكل جهود معرفية و سلوكية (BRUCHON-SHWEITZER M, 2001, p70) .

و في مجال العمل التكيف يخص العلاقات الشخصية ، الأدوار الاجتماعية و مستوى كفاءات الشخص أثناء ممارسته لهذه الأدوار و بذلك نحن بصدد الحديث على مفهوم التكيف الاجتماعي و الذي يكون آخر مرحلة من مراحل سيرورة المواجهة حسب نظرية التقدير المعرفي ل LAZARUS و FOLKMAN (1984)(LECOMT Y, 2000, p14).

4- النظريات المفسرة لمصطلح (COPING):

4-1- النموذج التحليلي:

أقترن مفهوم المواجهة (coping) بمفهوم الآليات الدفاعية و الذي عرفتتها ANNA FREUD (1936) بأنها ترمز إلى " دفاع الأنا ضد النزوات و الغرائز و العواطف المرتبطة بها " و مهمة هذه الآليات هي خفض القلق .

و من خلال أعمال S FREUD و A FREUD تم التمييز بين نوعين من الآليات الدفاعية المكيفة و الأخرى غير مكيفة أو مرضية .

و في هذا المجال نذكر النموذج الذي أقترح من طرف أخصائي الأمراض العقلية GEORGE EMAN VAILLANT و الذي أوضح أن خضوع الآليات الدفاعية إلى تسلسل هرمي بداية من الآليات الدفاعية الغير ناضجة (immatures) مثل الإسقاط ثم الناضجة (matures) مثل الاستعلاء و بعدها الآليات الدفاعية العصائبية (névrotiques) مثل العقلنة أو القمع.

و المعيار الرئيسي لهذا التسلسل الهرمي يخضع لأهمية التكيف مع الواقع و المرونة مقابل جمود هذه الآليات (HARTMANN A, 2007 , p86) .

وفي نفس السياق تم وصف مصطلح (COPING) من طرف التحليليين على أنه مرادف لمصطلح الآليات الدفاعية و عرف على أنه " سيرورة لاشعورية لمواجهة الوضعيات المجهدة" و قد قامت الباحثة RENEE HOUDE بتقديم نموذج حددت من خلاله خصائص الآليات الدفاعية على أنها لا شعورية و هي الوسيلة الأساسية في تسيير النزوات و الغرائز. (TERTREAUULT K ,2005, p7)

4-2- النموذج المعرفي:

حسب كل من LAZARUS و FOLKMAN (1984) فان الضغط النفسي هو مفهوم يعبر عن التوتر الذي يحدثه التفاعل الواقع بين الفرد و بيئته و ذلك عندما ينظر الفرد إلى المتطلبات التي يفرضها عليه محيطه أنها تفوق و تتجاوز قدراته الفردية .

فعندما يواجه الفرد وضعية مجهدة يضطر للتكيف معها و بذلك فان التكيف يمثل استجابة الفرد تجاه وضعية أما استراتيجيات التكيف فهي تلك المجهودات المعرفية و السلوكية التي يستعملها لتسيير هذه الوضعية و حسب نظرية التقدير المعرفي ل LAZARUS و FOLKMAN فان تقييم وضعية مجهدة يمر بثلاثة مراحل : مرحلة التقييم الأولية ، مرحلة التقييم الثانوية و مرحلة التكيف (SORDES-ADER F , ESPARBES-PISTRE S , TAP , 1997 , p138)

مرحلة التقييم الأولية : في هذه المرحلة يقوم الفرد بدراسة الوضعية المواجهة فبالنسبة لكل من LAZARUS و FOLKMAN فان هذه المرحلة مرتبطة بأهمية الحدث و أثره على رفاهية الشخص و هذا التقييم يكون على أحد الصور الثلاثة التالية :

- فقدان الإحساس : تشير هذه الوضعية على إدراك الفرد للصعوبات التي تواجهه بناء على خبرات سابقة (وضعية مشابهة معاشة في السابق).

- الإحساس بالتهديد: يتعلق الأمر بالصعوبات أيضا لكن في هذه المرة لا يملك الشخص خبرات سابقة و بذلك يدرك هذه الوضعية على أنها مصدر تهديد.

- التحدي : يفكر الفرد في هذه الحالة على الرقابة و السيطرة على الوضعية .

مرحلة التقييم الثانوية : توجه كل قدرات الفرد في هذه المرحلة لتسيير الوضعية ، حيث تتم دراسة الموارد المتاحة لمواجهة الحدث أين تتلخص الاستجابات في المواقف التالية :

طلب المساعدة ، البحث عن النصائح ، البحث عن المعلومات أو تجنب المشكلة من الأساس.

التكيف : و هو استعمال الجهود المعرفية و السلوكية و الاستفادة من كل الموارد المتاحة لتوجه نحوى الوضعية المجهدة (OLIVE L , 2011 , p48-49).

من استعراضنا للنظريات التي تناولت المواجهة ، نجد أن التحليلين فسروا المواجهة كمرادف للآليات الدفاعية رغم أن هذه الأخيرة لا إرادية و لاشعورية و قد تكون مرضية إذا تم الإفراط في استعمالها إلا أن أساليب المواجهة هي جهود معرفية و سلوكية و انفعالية أي أنها إرادية و شعورية ، أما LAZARUS و FOLKMAN ففسرا المواجهة على أنها سيرورة تبدأ بالتقييم الأولي للوضعية و في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بتحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث و تعتمد هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي و خبراته الشخصية ، ثم تأتي المرحلة الثانية و هي اختيار إستراتيجيات التعامل بناء على التقييم المعرفي للوضعية ، الموارد الفردية والمحيط ثم في الأخير تأتي المواجهة .

5- تصنيف استراتيجيات المواجهة :

لقد تم تصنيف استراتيجيات المواجهة إلى عدة تصنيفات لكننا سوف نذكر أهم هذه التصنيفات خاصة و أنها تتوافق مع مقياس المواجهة المستعمل في هذه الدراسة و التي تكون على النحو التالي:

5-1-1- تصنيف FOLKMAN و LAZARUS (1984):

5-1-1-1- المواجهة المركزة حول المشكلة (الموجهة النشطة):

و هي المواجهة ، المراقبة الذاتية ، البحث عن الدعم الاجتماعي و حل المشكل ، و هي تهدف إلى محاولة تغيير مصدر الإجهاد أو تعديله لأجل معالجة الوضعية المجهدة ، فقد توجه هذه الإستراتيجية نحوى المحيط ، و في هذه الحالة تستهدف الظروف الخارجية المسببة للإجهاد أو يطور من خلالها الفرد نفسه ويطور سلوكات جديدة ليغير تطلعاته الخاصة ، و تعتبر هذه الإستراتيجية إستباقية تهدف إلى الوقاية من أثر الوضعيات المجهدة و هي تضم بعدين هما حل المشكل و ذلك بالبحث عن المعلومات أو إعداد مخطط عمل و المواجهة المباشرة مع المشكل .

5-1-2-المواجهة المركزة حول الانفعال(المواجهة المتجنبة أو المطلقة) :

و هي التجنب ، التقييم الايجابي ، تقبل المسؤولية و الابتعاد ، حيث أنه من خلال هذا النوع من الاستراتيجيات تتم مواجهة الوضعيات المجهدة من خلال خفض حالات التوتر الانفعالي الناجمة عنها و ذلك بالتجنب ، الابتعاد عن المشكل أو مصدر الإجهاد و الاهتمام الانتقائي و المقارنة الايجابية ، و في هذه الحالة يميل الشخص إلى الانعزال و يكون مستوى الإجهاد لديه أكثر شدة ممن يستعملوا الإستراتيجية المركزة حول المشكلة و ذلك لأن هذا النوع من الاستراتيجيات لا يركز على المشكل بل الانفعال (WIERTZ R , 2012 , p 33)

وقد عرف LAZARUS (1991) إستراتيجية المواجهة المركزة نحو الانفعال على أنها " مجموعة الاستراتيجيات المعرفية التي تهدف إلى تعديل الانفعال المتعلق بالوضعية دون تغيير المحيط من خلال القدرات المعرفية ، المقارنات الاجتماعية و التقليل من أهمية الوضعية بمساعدات بعض السلوكات كتمارين الاسترخاء ، مجموعات الدعم أو تعاطي الأدوية و الكحول" .

يتضح مما سبق ذكره أن الإستراتيجية المركزة نحو المشكلة ، تضمن المواجهة المباشرة مع مصدر الإجهاد أما الإستراتيجية المركزة حول الانفعال فتستهدف خفض التأثير الانفعالي لهذه الوضعية .

5-2- تصنيف SULLS و FLETCHER (1985)

بعد حوالي 43 بحث حول استراتيجيات المواجهة توصل كل من SULLS و FLETCHER إلى تصنيفين رئيسيين لاستراتيجيات المواجهة و هما :

5-2-1-الاستراتيجيات التجنبية (المواجهة السلبية) : و تضم الاستجابات التالية تشتت الانتباه التحويل ، القمع ، اليقظة المنخفضة ، التجنب ، الإنكار، الموقف الدفاعي ، الهروب و الابتعاد .

5-2-2-الاستراتيجيات اليقظة(المواجهة النشطة): و تشمل الاستجابات التالية الانتباه ، اليقظة إعادة التقييم ، المشاركة و الموقف الغير دفاعي (BRUCHON-SCHWEITZER M , 2001, p75)

5-3- تصنيف FRYDENBERG و LEWIS (1993):

قسما هذان العالمين استراتيجيات المواجهة إلى أسلوبين هما : إستراتيجية منتجة (style productif)

و إستراتيجية غير منتجة (style non productif) يتضمنان الاستراتيجيات التالية :

5-3-1- إستراتيجية منتجة: تضم (العمل لحل المشكل ، العمل أكثر لتحقيق النجاح ، التركيز على الجانب الايجابي ، الارتياح و المتعة و عمل نشاط بدني).

5-3-2- إستراتيجية غير منتجة : تضم الشعور بالقلق ، التفكير التخيلي ، العمل لتخفيف شدة التوتر إنكار المشكل ، اللوم ، الاتهام الذاتي ، عدم عمل أي شيء و البحث عن الشعور بالانتماء (TETREAUULT K , 2005, p13).

إن الملاحظ للتعرض لهذه التصنيفات أنها كلها مشتقة من تصنيف LAZARUS و FOLKMAN

المذكور أعلاه و قد تم الاعتماد عليه في تصميم أغلب مقاييس المواجهة و التي أثبتت صحتها و ثباتها عبر الدراسات المتتالية .

6- محددات استراتيجيات المواجهة :

بالنسبة إلى كل من LAZARUS و FOLKMAN المواجهة مجموعة من الاستجابات لوضعية مجهدة فهي سيرورة ديناميكية ، تتغير بتغير الوضعيات (طبيعة المشكل) و كذا التقدير المعرفي للفرد لهذه الوضعية (الاستعدادات الفردية) و بذلك يمكن حصر هذه المحددات فيما يلي :

6-1- الاستعدادات الفردية : بالنسبة ل COSTA و AL (1996) استراتيجيات المواجهة خاصة و ليست عامة تتحدد وفق سمات شخصية الفرد ، أي أن كل فرد له خصوصية في إصدار إستراتيجية مواجهة معينة وفقا للعوامل الفردية الخاصة به و يمكن ذكر أهم هذه العوامل فيما يلي -الاعتقادات : و هي الأفكار، التصورات التي يملكها الفرد عن شخصه ، محيطه ، موارده و قدراته لمواجهة أي مشكل .

-الدافعية : تتلخص في الأهداف و التوقعات التي يطمح إليها الفرد .

-مركز التحكم : هو اعتقاد الأشخاص أنهم يستطيعون التحكم في أية وضعية تواجههم و أن مواردهم الشخصية كافية و بذلك يلجؤون في أغلب الأحيان الى الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل أي المواجهة المباشرة مع الوضعية (BRUCHON-SCHWEITZER M , 2001, p72).

و قد أورد BANDURA (1977) من خلال النظرية الاجتماعية المعرفية أن السيرورة المعرفية المرتبطة بالخصائص الفردية للشخص لها دور كبير في اكتساب سلوكيات جديدة و قد قدم مفهوم جديد وهو الكفاءة الذاتية (auto-efficacité) ، فبالنسبة إليه بالتركيز على الكفاءة و الاعتقادات يستطيع الفرد إنتاج و إصدار السلوك المناسب لتحقيق أهدافه ، و الاعتقاد الرئيسي يكمن في قدرة الفرد على تسيير الوضعية الموجهة بما يتوافق مع قدراته الفردية أو يتجنبها إذا تجاوزت هذه القدرات (TETREALT K , 2005 , p6).

- التحمل : و هي قدرة الفرد على القيام بأنشطة مختلفة بدافع الفضولية و تنطوي على ثلاثة محاور و هي الشعور بالقدرة على التحكم في كل شيء ، النظر إلى الأحداث على أنها تحديات يجب الظفر بها و ليس تهديدات و المشاركة و هي القدرة على السيطرة على كل الوضعيات عوض الإحساس بالعجز و تعتبر مواجهة الأحداث فرصة لتنمية القدرات الشخصية و للاكتشاف.

- سمة القلق : و هي سمة من سمات الشخصية ، تشير إلى وجود قابلية للفرد للتأثر الكبير بفعل الإجهاد ووجود استشارة شديدة للوضعيات الخارجة عن المعتاد أين ينظر إليها أنها مجهدة . و في دراسات أخرى أعتبر كل من BOUCHARD و AL (2004) أن سمة القلق التي تتوفر عند الشخصية العصابية تؤثر على مرحلة التقييم المعرفي الأولي التي أوردتها كل من LAZARUS و FOLKMAN و في دراسة لكل من MCWILIAMS و COX (2003) أوضحنا من خلالها أن الأشخاص الذين لديهم درجات عالية من القلق ، لديهم الاستعمال المفرط لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال (TETREALT K, 2005 , p10).

6-2- محددات المحيط :

لقد أدرجا كل من PAULHAN و BOURGEOIS المتغيرات الخاصة بالوضعية و المحيط فيما يلي :

- ميزات الوضعية : طبيعة الخطر ، وقت حدوثه ، مدته و القدرة على تغيير أو تعديل الوضعية أما لا .

-المحيط : مستوى الدعم من العائلة و الزملاء ، فمستوى الدعم يؤثر على قابلية الفرد للتأثر بالإجهاد.

و نستدل في هذا السياق بالنظرية السلوكية ل SKINNER (1953) و الذي بين من خلال نظريته هذه أن الفرد يتميز بالسلبية ، يتأثر بالبيئة المحيطة وهي التي تدفع به إلى إصدار السلوك المناسب (TETREALT K , 2005 , p5).

7- وظائف إستراتيجية المواجهة :

تختلف وظائف استراتيجيات المواجهة باختلاف نوعية الإستراتيجية المستعملة بالنسبة للإستراتيجية المركزة حول المشكل فوظائفها تكمن فيما يلي :

- **وظيفة وقائية** : فهي تستبق الحدث و تستطيع رد الخطر المحتمل و كذا خفض مستوى التهديد .
- **وظيفة دفاعية** : تهاجم أو تعدل مصدر الإجهاد و ذلك بالواجهة المباشرة مع المشكل
- **وظيفة تجنبية** : أي عدم مواجهة المشكلة و تجنبها في حالة وجود خطر أو تهديد يفوق الموارد .

أما بخصوص الإستراتيجية المركزة حول الانفعال فوظائفها هي:

- تسيير الاستجابات الانفعالية
- خفض أو تعديل ردود الأفعال و الاستجابات ضد الإجهاد إما بالتقليل من أهمية التهديد أو بإنكار الواقع (OLIVE L , 2011 , p50-51).

و بصفة عامة تتحدد الإستراتيجية وفق العوامل الشخصية و كذا طبيعة الوضعية و المحيط ، إذن فهي سيرورة متغيرة بتغير الأفراد و الظروف المحيطة ، و ليست هناك إستراتيجية ناجحة و أخرى غير ناجحة بل هي تمكن الفرد من التحكم في الوضعية المجهددة و خفض تأثيرها عليه ، على المستوى النفسي و الجسدي .

8- الاحتراق النفسي و المواجهة :

يعتبر الطبيب HANS SELYE من أكثر الباحثين الذين قدموا دراسات عن الضغط النفسي و الذي أطلق عليه مصطلح متلازمة التكيف العام (Syndrome Général d'Adaptation) و الذي يكون الاحتراق النفسي المرحلة النهائية من هذه المتلازمة أما المواجهة فتشكل المرحلة الثانية من هذه السيرورة و بذلك تتعدى متلازمة الاحتراق النفسي المواجهة و التي تستطيع خفض أو تعديل مستويات الاحتراق النفسي فقط .

و تعتبر المواجهة حسب LAZARUS و FOLKMAN (1984) مجموعة الجهود المعرفية و السلوكية التي يستعملها الفرد للاستجابة للمتطلبات الداخلية و الخارجية متى تم تقييمها على أنها مجهددة و مهددة و تفوق موارده الشخصية و حسب نفس العالمين فقد تم تصنيف هذه الاستراتيجيات إلى إستراتيجية مركزة حول المشكلة و إستراتيجية مركزة حول الانفعال و بذلك توجه أيضا هذه الاستراتيجيات لمواجهة الاحتراق النفسي (GLAUSER M , 2010,p8-9) .

و دائما حسب التصنيف الذي قدمه كل من LAZARUS و FOLKMAN لإستراتيجية المواجهة فان المواجهة المركزة حول المشكلة تهدف إلى خفض التوتر الناتج عن الوضعية بالرفع من الموارد الفردية للتعامل معها بشكل أفضل و ذلك عن طريق المواجهة المباشرة معها لحلها بالاعتماد على عملية تقييم تهدف في الأساس لجمع أكبر المعلومات عن هذه الوضعية أما الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال فتهدف إلى تسيير الاستجابات الانفعالية الخاصة بهذه الوضعية من أجل ضبط أو تعديل الانفعال المرافق.

و يمكننا أن نتحدث عن فعالية إستراتيجية المواجهة في الحالة التي يتمكن فيها الفرد من ضبط و تسيير الوضعية المجهددة أو التقليل من أثرها على الراحة و الاتزان النفسي و الجسدي عليه و تتحدد أيضا فعاليتها حسب المحددات الشخصية للفرد (الموارد ، القدرات المعرفية ، القدرات السلوكية) و كذا محددات الوضعية المجهددة (طبيعتها ، المحيط... الخ).

و قد أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن الاستراتيجيات المركزة حول المشكل أكثر فعالية من نظيرتها المركزة حول الانفعال كونها تركز على المواجهة المباشرة مع المشكل و الرفع من الموارد الفردية لمواجهته ، أما الثانية فترتكز على تعديل الانفعالات المرافقة دون مواجهة الوضعية المجهدة مباشرة (BRUCHON M ,2001,p77-78).

و بصفة عامة يمكن لنا التوصل إلى أن استراتيجيات المواجهة تلعب دور المنظم لمتلازمة الاحتراق النفسي فهي تمكن من خفض أو رفع أو تعديل الوضعية المجهدة و تختلف هذه الاستراتيجيات باختلاف المحددات الشخصية للفرد و خاصة القدرات المعرفية كون إستراتيجية المواجهة تعتمد على مرحلة التقييم و الذي يعتمد في الأساس على القدرات المعرفية للشخص بذلك ما في الاعتقادات و تصورات الوضعية و كيفية التعامل معها و في نفس السياق تعتمد أيضا على طبيعة الوضعية المجهدة و كذا عامل المحيط .

أي أن المواجهة سيروية ديناميكية تتغير بتغير الأفراد و الوضعيات هدفها مواجهة الوضعية المجهدة أو المهددة و خفض الانفعال المرافق لها أو تجنبها للحفاظ على الانسجام و التوازن النفسي و الجسدي للفرد و بذلك هي سيروية تكيفية بالدرجة الأولى .

خلاصة الفصل :

إن الحياة اليومية للفرد تفرض عليه مواجهة وضعيات مختلفة قد تصنف البعض منها كمصدر تهديد و بذلك يوجه الفرد كل جهوده المعرفية و السلوكية لمواجهتها باستعمال استراتيجيات مواجهة مختلفة حسب طبيعة الوضعية و كذا الاستعدادات المعرفية الخاصة بهذا الفرد.

و قد تنوعت محددات إستراتيجية المواجهة بين الخصائص الشخصية و كذا معطيات المحيط و طبيعة الوضعية إلا أنها تتفق في مهمة واحدة و هي مواجهة الوضعية إما بحلها و تعديل تأثيرها الانفعالي أو بتجنبها .

و بذلك فإن المواجهة هي السيرة التي يحاول عن طريقها الفرد التكيف مع متغيرات المحيط و تبني طرق تحافظ على وحدته النفسية و الجسدية .

و باعتبار الاحتراق النفسي هو استجابة للضغوط النفسية المرتبطة بالعمل فإن إستراتيجية المواجهة تعتبر كعامل منظم لهذه المتلازمة فهي المسؤولة على خفضه ، رفعه أو تعديله و تختلف مستويات الاحتراق النفسي باختلاف إستراتيجية المواجهة التي تم اللجوء إليها.

3- عينة الدراسة :

المعلومات / الحالات	المصلحة	الجنس	السن	الحالة العائلية	سنوات الخبرة	ساعات العمل في الأسبوع	المناوبة خلال الشهر	العطل خلال السنة
الحالة : 1	تصفية الدم	ذكر	25 سنة	أعزب	شهرين	24 ساعة	-	4 أسابيع
الحالة : 2	//	ذكر	53 سنة	متزوج (3 أطفال)	28 سنة	36 ساعة	10 - 6	//
الحالة : 3	//	أنثى	25 سنة	عزباء	شهر واحد	42 ساعة	5	//
الحالة : 4	//	أنثى	46 سنة	متزوجة (طفل)	18 سنة	36 ساعة	9 - 7	//
الحالة : 5	الاستعجالات	ذكر	50 سنة	متزوج (4 أطفال)	15 سنة	36 ساعة	4	//
الحالة : 6	//	أنثى	27 سنة	أعزب	سنتين	36 ساعة	10	//
الحالة : 7	مصلحة التوليد	ذكر	33 سنة	أعزب	5 سنوات	56-48 ساعة	5 - 1	//
الحالة : 8	//	أنثى	35 سنة	متزوجة (طفلين)	4 سنوات	64 ساعة	6	//
الحالة : 9	الطب الشرعي	أنثى	27 سنة	متزوجة (طفل)	سنة واحدة	30 ساعة	-	//
الحالة : 10	//	أنثى	49 سنة	متزوجة (3 أطفال)	19 سنة	26 ساعة	-	//
الحالة : 11	المركز الطبي	أنثى	53 سنة	متزوجة (طفلين)	25 سنة	25 ساعة	4 - 1	//
الحالة : 12	//	أنثى	54 سنة	متزوجة (4 أطفال)	28 سنة	25 ساعة	4 - 1	//
الحالة : 13	مركز نقل الدم	ذكر	33 سنة	أعزب	6 سنوات	36 ساعة	4	//
الحالة : 14	//	ذكر	45 سنة	متزوج (طفلين)	15 سنة	30 ساعة	4	//
الحالة : 15	حديثي الولادة	أنثى	33 سنة	متزوجة (بدون)	5 سنوات	35 ساعة	-	//
الحالة : 16	//	أنثى	44 سنة	مطلقة (3 أطفال)	19 سنة	40 ساعة	-	//

الجدول رقم 5 : خصائص العينة المدروسة .

الفصل الرابع : الفصل التطبيقي

تمهيد

1- منهجية الدراسة

2- الأدوات

1-2- مقياس MASLACH للاحتراق النفسي

2-2- مقياس PAULHAN للمواجهة

2-3- كيفية تطبيق المقاييس

3- عينة الدراسة

4- مجال الدراسة

5- عرض النتائج

6- شرح النتائج و مناقشتها

الخاتمة .

1-منهجية البحث :

ان المنهجية هي مجموعة الخطوات العلمية التي يسلكها الباحث في دراسة أية ظاهرة و التي يعتمد فيها على مجموعة من التقنيات الموجهة للكشف عن الظاهرة ، وصفها و قياسها مع توضيح العلاقة بين المتغيرات التي تساهم في ظهورها و تطورها.

و في دراستي هذه أعتمدت على المنهج الوصفي المعتمد في الأساس على وصف الظاهرة المدروسة عن طريق جمع كل المعلومات حولها و كذا النظريات التي تؤطرها و العوامل و المتغيرات التي ترتبط بها ، ثم اخضاع هذه الظاهرة للقياس باستعمال أدوات و تقنيات علمية تتوافق مع طبيعتها .

و عند اختياري لموضوع دراستي هذه و هو ظاهرة الاحتراق النفسي عند الأطباء العامين بمستشفى مستغانم ، قمت في البداية بتعريف و تحديد مفهوم الاحتراق النفسي و فصله عن المفاهيم المشابهة ، تحديد أسبابه و العوامل التي تساعد على انتشاره و اثاره على الفرد و المؤسسة و قد انطلقت من اشكالية رئيسية صممت لها فرضيات و التي تعتبر كاجابات مؤقتة لها و للتأكد منها أستعملت بعض المقاييس و التقنيات الملائمة للموضوع المدروس.

2- الادوات :

من أجل قياس مستويات الاحتراق النفسي و كذا استراتيجيات المواجهة أستعملت في دراستي هذه مقياس الاحتراق النفسي ل MASLACH و JACKSON (1981) و مقياس المواجهة PAULHAN و AL (1994) .

2-1- مقياس الاحتراق النفسي ل MASLACH و JACKSON (1981):

صممه كل من MASLACH و JACKSON سنة 1981 و المعروف ب(MBI) أي (MASLACH BURNOUT INVENTORY) ، في البداية كان يتكون من 47 بند طبق على عينة تضم 605 عامل ينتمون الى مهن مختلفة (الطب ، التمريض ، المحاماة الشرطة..... الخ) ، 56% من هذه العينة رجال و 44% نساء ، ثم طبق على عينة أخرى تضم عمال ينتمون الى المجالات السابقة ، 69% من هذه العينة نساء و 31% رجال و بعد دراسة موسعة ، أختصرت بنوده الى 22 بند ، في البداية وجه الى المهن التي تعتمد على علاقة

الدعم و هو (MBI-HSS) و بعدها طورته هاتين العالمتين ، أين صمما سنة 1986 (MBI-GS) و الموجه لكل المهن .

يتكون هذا المقياس من 22 بند يقيس الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي موزعة على النحو التالي :

- الانهاك الانفعالي : 9 بنود .

- تبدل الشخصية : 5 بنود .

- نقص الانجاز الشخصي: 8 بنود (MASLACH C , JACKSON S , 1981 , p 101)

ترجم الى عدة لغات ، و في دراستي هذه أستعملت النسخة التي ترجمت الى اللغة الفرنسية من طرف G.DION و R.TESSIER سنة 1994 ملائم لذوي المهن التي فيها علاقة المساعدة مثل مهنة الطب .

كل بند من هذا المقياس هو عبارة عن جملة توكيدية ، تمثل الشعور أو الانطباع الذي يوليه الشخص (الحالة المدروسة) لمهنته .

و هذا المقياس هو عبارة عن مسائلة للتقدير الذاتي ، تملأ من طرف الحالة المدروسة نفسها يجيب بموجب سلم درجات من 0 الى 6 . (DION G , TESSIER R , 1994, p212)

شديد	معتدل	ضعيف	المستويات الأبعاد
أكبر من 30	18-29	أصغر من 17	الانهاك الانفعالي EE
أكبر من 12	6-11	أصغر من 5	تبدل الشخصية DP
أكبر من 40	34-39	أصغر من 33	الانجاز الشخصي AP

الجدول رقم 6 : مستويات أبعاد الاحتراق النفسي

2-2- مقياس المواجهة ل PAULHAN و AL (1994) :

من بين مقاييس المواجهة صمم كل من LAZARUS و FOLKMAN (1984) مقياس (WCC) أي (WAYS OF COPING CHECKLIST) ، الذي كان يتكون من 67 بند و الذي بعدما طبّاه على عينة تتكون من 100 شخص ، كان عليهم الإجابة مرة كل شهر لمدة سنة توصلنا في الأخير الى وجود استراتيجيتين لمواجهة الاجهاد و هما استراتيجية مركزة حول الانفعال واستراتيجية مركزة حول المشكل ، أختصر فيما بعد الى 42 بند من طرف كل من VITALIANO و AL (1985).

تمت ترجمة هذا المقياس و اختصاره في 29 بند من طرف PAULHAN و AL (1994) هذه البنود عبارة عن عبارات توضح سلوكات و انفعالات يقوم بها الفرد عندما يواجهه وضعية مجهد ، نطلب منه استحضارها و الاجابة بموجب سلم درجات من 1 الى 4.

و حددت استراتيجيات المواجهة في خمسة مستويات هي :

- حل المشكل: يضم 8 بنود.

-التجنب مع التفكير الايجابي : يضم 7 بنود.

- البحث عن الدعم الاجتماعي: يضم 5 بنود.

- اعادة التقييم الايجابي: يضم 5 بنود.

- التأنيب الذاتي :يضم 4 بنود.(BRUCHON-SCHWEITZER M, 2001, p71)

2-3 - كيفية تطبيق المقاييس :

- مقياس MASLACH للاحتراق النفسي :

يطبق سلم الاحتراق النفسي بصفة فردية أو جماعية، و نتبع في ذلك التعليمات التالية:
أشر بالعلامة (x) إلى الإجابة التي تراها مناسبة لديك، و نذكرك أنه لا يوجد إجابة خاطئة أو إجابة صحيحة، المهم هو أنك تجيب.

علما بان البنود موضوعة في جدول مرقم من 1 إلى 22 و يجيب الفرد حسب سلم متدرج

- مؤلف من 7 احتمالات تتراوح بين (0) أبدا إلى (6) أقصى درجة و هي دائما.
- مقياس PAULHAN للمواجهة :
 - يطبق هذا المقياس بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية :
 - وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة.
 - تحديد الإنزعاج الذي سبب الموقف هل هو منخفض أو مرتفع.
- الإشارة بعلامة (X) إلى الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف، علما بأن الإستراتيجيات تمثل بنود المقياس .
- ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) إحتتمالات و هي : أبدا تقريبا ، أحيانا ، غالبا و في الأخير أحيانا دائما .

4- مجال الدراسة :

و نقصد به العينة و المكان و الزمان الذين أجريت فيهم هذه الدراسة و التي هي على النحو التالي :

أجريت هذه الدراسة من تاريخ 24 ماي الى 4 جوان 2015 على 16 طبيب عام من الجنسين ينتمون الى مختلف مصالح مستشفى (شيقفارا) بمستغانم و الذين يمثلون نسبة 26 % من العدد الاجمالي للأطباء العاميين بهذه المؤسسة و الذين يقدر عددهم ب 62 طبيب. لم أجري مقابلة عيادية مع الحالات بالمفهوم العيادي المتعارف عليه كون الدراسات الحديثة التي تناولت هذا المفهوم تجاوزت الطريقة التقليدية للفحص العيادي ، المعتمدة في الأساس على المقابلات ، بل يتم وضع مقياس الاحتراق النفسي على موقع بالانترنت و يوجه لفئة معينة (أطباء ، أساتذة.....الخ) و تترك لهم حرية المشاركة و بعدها تجمع عدد الحالات التي قبلت المشاركة في هذه الدراسة .

عليه فتم بتوزيع استمارة تملأ عليها جميع المعلومات التي تخصهم كالسن ، الجنس... الخ و مقياس MASLACH للاحتراق النفسي و المواجهة ل PAULHAN على عينة تضم 20 طبيب من الجنسين ينتمون الى مختلف مصالح مستشفى مستغانم و ذلك بصفة عشوائية .

بعدها عرفتهم بنفسي و بفحوى الدراسة التي أريد القيام بها و لكون المقاييس تحوي معلومات عن كيفية اجرائها أكتفيت بتعريفهم بمفهوم الاحتراق النفسي ثم أنفقت معهم على موعد ثاني لتسلم الاستمارات و قد شارك في هذه الدراسة 16 طبيب (6 ذكور و 10 اناث) .

5- عرض النتائج :

قبل استعراضنا للنتائج يجب التذكير أن وجود مستوى مرتفع من الانهاك الانفعالي و تبدل الشخصية و مستوى ضعيف من الانجاز الشخصي هم دلائل على وجود الاحتراق النفسي

(TARIS , LE BLANC , SCHAUFELI ,SHREURS,2005 ,P239-240)

لكنه و بالاعتبار الاحتراق النفسي سيرورة في تطور مستمر وفق ثلاثة مراحل و هي ضعيف معتدل و شديد فسوف نعتد في دراستنا هذه على تصنيف مستويات الاحتراق النفسي حسب كل من BURKE و SHEARER و DESZCA (1985) و التي ندرجها ضمن الجدول التالي :

التصنيف	الانجاز الشخصي AP	تبلد الشعور DP	الانهك الانفعالي EE	المراحل
احتراق نفسي ضعيف	شديد	ضعيف	ضعيف	المرحلة 1:
	شديد	شديد	ضعيف	المرحلة 2:
	ضعيف	ضعيف	ضعيف	المرحلة 3:
احتراق نفسي معتدل	ضعيف	شديد	ضعيف	المرحلة 4:
	شديد	ضعيف	شديد	المرحلة 5:
احتراق نفسي شديد	شديد	شديد	شديد	المرحلة 6:
	ضعيف	ضعيف	شديد	المرحلة 7:
	ضعيف	شديد	شديد	المرحلة 8:

الجدول رقم 7 : مراحل الاحتراق النفسي

المصدر : (THEVENET M , 2011, P33)

يوضح هذا الجدول مراحل تطور متلازمة الاحتراق النفسي من درجة الضعيف الى درجة الشديد ، حيث أنه بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة المدروسة و حساب مستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي ، نقارن هذه النتائج بالجدول التالي حتى نصنف درجة الاحتراق النفسي عند أفراد العينة.

و قد جاءت نتائج تطبيق مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة حسب الجدول التالي :

الجدول رقم 8 : مستويات الاحتراق النفسي عند العينة

الرقم	الحالة	المصلحة	الانهاك الانفعالي	تبلد الشخصية	الانجاز الشخصي	التصنيف
01	ذكر ، 25 سنة	تصفية الدم	(3) ضعيف	(3) ضعيف	(40) شديد	احتراق نفسي ضعيف
02	ذكر ، 53 سنة		(30) شديد	(1) ضعيف	(43) شديد	احتراق نفسي معتدل
03	أنثى ، 25 سنة		(3) ضعيف	(3) ضعيف	(40) شديد	احتراق نفسي ضعيف
04	أنثى ، 46 سنة		(34) شديد	(7) معتدل	(44) شديد	احتراق نفسي معتدل
05	ذكر ، 50 سنة	الاستعجالات الطبية و الجراحية	(25) معتدل	(14) شديد	(24) ضعيف	احتراق نفسي معتدل
06	أنثى ، 27 سنة		(41) شديد	(17) شديد	(31) ضعيف	احتراق نفسي شديد
07	ذكر ، 33 سنة	مصلحة التوليد	(40) شديد	(15) شديد	(22) ضعيف	احتراق نفسي شديد
08	أنثى ، 35 سنة		(49) شديد	(12) شديد	(29) ضعيف	احتراق نفسي شديد
09	أنثى ، 27 سنة	الطب الشرعي	(39) شديد	(4) ضعيف	(26) ضعيف	احتراق نفسي شديد
10	أنثى ، 49 سنة		(21) معتدل	(06) ضعيف	(23) ضعيف	احتراق نفسي معتدل
11	أنثى ، 53 سنة	المركز الطبي لالة خيرة	(16) ضعيف	(11) ضعيف	(35) معتدل	احتراق نفسي ضعيف
12	أنثى ، 54 سنة		(16) ضعيف	(1) ضعيف	(34) معتدل	احتراق نفسي ضعيف
13	ذكر ، 33 سنة	مركز نقل الدم	(48) شديد	(20) شديد	(40) شديد	احتراق نفسي شديد
14	ذكر ، 45 سنة		(39) شديد	(9) معتدل	(39) معتدل	احتراق نفسي معتدل

15	أنثى، 33 سنة	حديثي الولادة	(14) ضعيف	(7) معتدل	(23) ضعيف	احتراق نفسي معتدل
16	أنثى ، 44 سنة		(21) معتدل	(1) ضعيف	(39) معتدل	احتراق نفسي معتدل

يوضح هذا الجدول مستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي عند أفراد العينة و كذلك تصنيف درجات الاحتراق النفسي عند هذه الفئة ، حيث أنه وفقا لنتائج تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لMASLACH و JACKSON (MBI HSS) على كل أفراد العينة و حسب النتائج المتوصل اليها يتضح لنا أن الأطباء العاميين التابعين لمستشفى مستغانم يعانون من الاحتراق النفسي بمستويات مختلفة ، فنسبة 25% من مجموع العينة يعانون من الاحتراق النفسي الضعيف و نسبة 75,43 % تعاني من احتراق نفسي معتدل أما الاحتراق النفسي الشديد فتعاني منه نسبة 31.25 % من مجموع العينة.

- الجدول رقم 9 : الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصالح

احتراق نفسي شديد	احتراق نفسي معتدل	احتراق نفسي ضعيف	
-	50 %	50%	تصفية الدم
50 %	50 %	-	الاستعدادات
100 %	-	-	مصلحة التوليد
50%	50%	-	الطب الشرعي
-	-	100%	المركز الطبي
50 %	50%	-	مركز نقل الدم
-	100 %	-	حديثي الولادة

باستعراض مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصالح نجد أن المركز الطبي (لالة خيرة) سجلت فيها نسبة 100% احتراق نفسي ضعيف ، فيما سجلت نسبة 100% احتراق نفسي معتدل بمصلحة حديثي الولادة و احتراق نفسي شديد بنسبة 100% بمصلحة التوليد فيما أقتسمت مصلحة تصفية الدم بنسبة 50% بين الاحتراق النفسي الضعيف و المعتدل أما بقية المصالح فاقترمت نسبة الاحتراق النفسي بنسبة 50% بين المعتدل و الشديد

الجدول رقم 10: الاحتراق النفسي عند العينة حسب الجنس:

شديد		معتدل		ضعيف		المستويات
31,25% (5 حالات)		75,43% (7 حالات)		25% (4 حالات)		الاحتراق النفسي
اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
60%	40%	57,14%	42,86%	75%	35%	

نوضح من خلال هذا الجدول مستويات الاحتراق النفسي بدرجاته الثلاثة (ضعيف ، معتدل و شديد) عند العينة المدروسة حسب الجنس .

اعتمادا على النتائج المذكورة أعلاه حول مستويات الاحتراق النفسي عند العينة حسب الجنس يتضح لنا أن النساء الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و ذلك بنسبة 60 % .

الجدول رقم 11: الاحتراق النفسي حسب السن

احتراق نفسي شديد		احتراق نفسي معتدل		احتراق نفسي ضعيف		
اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	25 سنة
-	-	-	-	01	01	
03	02	01	-	-	-	35-26 سنة
-	-	03	03	-	-	50-36 سنة
-	-	-	01	02	-	ما فوق 50 سنة

باستعراض مستويات الاحتراق النفسي عند العينة يتضح لنا أن الأطباء الذين يتراوح سنهم من 27 الى 35 هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي .

كما نلاحظ تطور الاحتراق النفسي حسب السن ، ففي بداية المسيرة المهنية يعاني الأطباء العاميين من الجنسين من احتراق نفسي ضعيف (الحالة 1 و 3) ثم ترتفع مستويات الاحتراق النفسي من سن 27 سنة الى غاية 35 سنة (الحالة 6 ، 7 ، 8 ، 9 و الحالة 13) و بعدها

يبدأ بالاعتدال (الحالة 4 ، 10 ، 14 و الحالة 15) الى غاية سن ما بعد 50 سنة يبدأ بالعودة الى المستويات الضعيفة (الحالة 11 و 12) ، الا أننا لاحظنا أن الحالة 2 و هو ذكر يبلغ من العمر 53 سنة يعاني من احتراق نفسي معتدل و الحالة رقم 15 فهي أنثى تبلغ من العمر 33 سنة تعاني من احتراق نفسي معتدل .

الجدول رقم 12: استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد العينة :

16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
23	21	22	28	26	19	17	14	32	24	18	21	23	20	24	24	حل المشكل
18	28	21	13	19	16	12	11	29	14	21	18	18	15	10	11	التجنب مع التفكير الايجابي
13	14	11	10	14	12	9	12	15	12	8	11	16	15	18	13	الدعم الاجتماعي
16	13	12	20	20	13	11	11	20	14	11	11	17	9	8	14	اعادة التقييم
6	12	6	4	8	8	4	10	13	8	13	8	8	9	8	9	التأنيب الذاتي

الجدول رقم 13 : نسب استعمال استراتيجيات المواجهة عند أفراد العينة

النسبة المئوية	استراتيجيات المواجهة
100%	حل المشكل
50%	حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي
18.75%	حل المشكل و الدعم الاجتماعي
18.75%	حل المشكل و اعادة التقييم
6.25%	حل المشكل و التجنب و الدعم الاجتماعي
6.25%	حل المشكل و التجنب و اعادة التقييم

بملاحظة نتائج تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة ، تبين لنا أن كل أفراد العينة يستعملون استراتيجية حل المشكل أي بنسبة 100% و 50% استعمال استراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي .

و بفحص الاستراتيجيات المستعملة من طرف العينة و خاصة الحالات التي تعاني من احتراق نفسي شديد و هي الحالات (6-7-8-9-13) يتضح لنا أن الاستراتيجيات المستعملة من

طرفهم قد اختلفت فنجد أن الحالات 6-7-8 قد جمعت بين الاستراتيجية المركزة حول المشكلة و المركزة حول الانفعال فيما استعملت الحالتين 9 و 13 استراتيجيات مركزة حول المشكل.

6- شرح و مناقشة النتائج :

كان الهدف من دراستنا هذه هو تحديد مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و تحديد العوامل التي تؤثر على هذه المستويات و التي تم حصرها في (المصلحة ، الجنس ، السن) و كذلك تحديد استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف هذه الفئة و قد أنطلقت هذه الدراسة من اشكالية و هي:

ما هي العوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟

الأسئلة التالية :

- ما هي مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟
- هل تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم باختلاف المصالح التي ينتمون اليها ؟
- هل يؤثر عاملا الجنس و السن في هذه المستويات ؟
- ما هي أكثر استراتيجيات المواجهة التي يلجأ اليها الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم للتعامل مع الاحتراق النفسي ؟

و لاجابة عن هذه التساؤلات تم اقتراح الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : يعاني الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي .

الفرضية الثانية : تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين باختلاف المصالح التي ينتمون اليها.

الفرضية الثالثة : الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من نظرائهم الرجال .

الفرضية الرابعة : الأطباء الأقل سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي

الفرضية الخامسة : استراتيجية حل المشكل ، التجنب مع التفكير الايجابي هما أكثر الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم .

و بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لـ MASLACH الملائم لفئة عمال الصحة و هو (MBI-HSS) على أفراد العينة المدروسة تبين أن الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم يعانون من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي و قد سجلنا وجود أربعة حالات تعاني من احتراق نفسي ضعيف ، 7 حالات تعاني من احتراق نفسي معتدل و خمسة حالات تعاني من احتراق نفسي شديد.

مما يؤكد الفرضية الأولى التي مفادها أن الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم يعانون من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي .

و بعد مقارنة مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصلحة التي ينتمون اليها تم تسجيل نسبة 100% احتراق نفسي ضعيف بالمركز الطبي (لالة خيرة) و نسبة 100% احتراق نفسي معتدل بمصلحة حديثي الولادة و نسبة 100% احتراق نفسي شديد بمصلحة التوليد ، فيما أقتسمت المصالح الأخرى نسب الاحتراق النفسي بين الضعيف و المعتدل و المعتدل و الشديد بنسبة 50%.

و بذلك تتحقق الفرضية الثالثة بخصوص اختلاف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء باختلاف المصالح التي ينتمون اليها .

و دائما في دراستنا للعوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي أدرجنا عامل الجنس و من خلال النتائج المتوصل اليها من تطبيق مقياس MASLACH للاحتراق النفسي تم التوصل الى أن الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي بنسبة 60% أكثر من نظرائهم الرجال و بذلك تتوافق هذه النتيجة مع الفرضية الثالثة و التي مفادها أن الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من الرجال.

ثم أدرجنا عامل السن و بعد معاينة نتائج مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة أتضح لنا أن الأطباء الأقل سنا هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و بمقارنة تطور هذه المتلازمة عند الأطباء العامين نجد أنه في بداية الحياة المهنية للأطباء تظهر لديهم مستويات ضعيفة من الاحتراق النفسي تزداد شدته مع تقدم سن هذه الفئة ثم يميل الى الاعتدال و ينخفض الى الضعيف في سن ما بعد الخمسين سنة .

و بذلك تتحقق الفرضية الرابعة التي مفادها أن الأقل سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي

وكل فرد يتعرض للضغوطات المهنية يحاول الطبيب التكيف مع هذه الوضعية باستعمال استراتيجيات مواجهة و قد افترضنا في هذه الدراسة لجوء افراد العينة الى استراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي كأثر الاستراتيجيات الأكثر استعمالا و بعد تطبيق مقياس المواجهة ل PAULHAN و AL و تحليل نتائج تطبيق هذا المقياس على أفراد العينة تم التوصل الى أن أكثر الاستراتيجيات استعمالا من طرف فئة الأطباء العامين العاملين بمستشفى مستغانم لمواجهة الاحتراق النفسي هي استراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي

و هنا يتضح لنا و انه و رغم أن معظم الدراسات التي أجريت في هذا المجال حول فعالية الاستراتيجيات المركزة حول المشكلة على نظيرتها المركزة حول الانفعال الا أن أفراد العينة المدروسة الذين يعانون من احتراق نفسي شديد استعمالا كلتا الاستراتيجيتين الا أنها لم توفر لهم الوقاية من الاحتراق النفسي .

في نفس السياق نلاحظ أن كل أفراد العينة يتشاركون في استعمال استراتيجية حل المشكل و كذا الشيء الملفت للانتباه أن بعض الحالات أستعملت نفس الاستراتيجيات التي لجأت اليها الحالات التي تعاني من احتراق نفسي شديد الا أنها تعاني من احتراق نفسي ضعيف أو معتدل

و كما سبق الإشارة اليه في الفصل الخاص بالمواجهة (COPING) و ذلك عند توضيح العلاقة بينها و بين الاحتراق النفسي فقد بينا أن كلا المفهومين ينتميان الى سيرورة التكيف العام حيث تكون المواجهة المرحلة الثانية أما الاحتراق النفسي فيتوافق مع المرحلة الأخيرة منها و هي مرحلة الاستنفاد الكلي للموارد الفردية .

و بذلك تستطيع استراتيجيات المواجهة خفض ، رفع أو تعديل مستويات الاحتراق النفس ي و بذلك تلعب دور المنظم ، و الملاحظ أن كل الحالات أستعملت استراتيجية حل المشكل بالترافق مع استراتيجية ثانية و تعبر هذه الاستراتيجية عن المواجهة المباشرة مع المشكل أي الوضعية المجهدة و بالأصح مصدر الضغط و ذلك بجمع أكبر المعلومات عن الموضوع و الرفع من الموارد الفردية لأجل المواجهة الا أن الحالات التي لديها مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي لم تنجح من خفض نسبه باستعمال هذه الاستراتيجية لكن حالات أخرى أستطاعت خفضه أو تعديله عل أقل تقدير .

و بذلك نستطيع القول أن استراتيجية المواجهة تستطيع في بعض الأحيان خفض مستويات الاحتراق النفسي في ظل وجود عوامل مساعدة كالسن و الجنس و نوعية المهام الموكلة للطبيب لكنها لا تفي بالغرض في الحالات وجود عوامل هي في الأساس مصدر من مصادر الاحتراق النفسي .

خلاصة الفصل :

بعد دراستنا الميدانية لظاهرة الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين التابعين لمختلف مصالح مستشفى مستغانم و تطبيق المقاييس المعدة لهذا الغرض توصلنا الى النتيجة التي مفادها أن الاحتراق النفسي ظاهرة معقدة و لا يمكن في الفترة الحالية حصر مصادرها و آثاره بدقة و كذا العوامل التي تساهم في ظهورها كون الدراسات حول هذا الموضوع ما زالت متواصلة خاصة و أن نتائجها تختلف من دراسة لأخرى و بالرغم من هذا فكل بحث حول هذه الظاهرة يعتبر مساهمة و معرفة جديدة في هذا المجال.

فالاحتراق النفسي سيرورة متعددة العوامل و ان التفاعل القائم بين هذه العوامل هو من يحدد مستويات الاحتراق النفسي فالاطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم يعانون من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي تختلف باختلاف المصالح التي ينتمون اليها و الأطباء الأصغر الأصغر سنا هو الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و النساء أكثر تعرضا لهذه الظاهرة من الرجال و أن الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و للتعامل مع الاحتراق النفسي يستعملون استراتيجيات مواجهة مختلفة تساهم أحيانا في خفض مستوياته و أحيانا أخرى في رفعها .

و بصفة عامة توصلت عدة الدراسات الى النتائج التي توصلت اليها خلال بحثي هذا و توصلت دراسات أخرى الى نتائج مخالفة لذلك و بذلك يتضح جليا أن مفهوم الاحتراق النفسي لا يزال مفهوم جديد ، يحتاج الى كثير من الدراسة لأجل تحديد و حصر العوامل التي تساهم في ظهوره و هذا لا ينفي أن كل بحث في هذا المجال يعتبر كمعرفة جديدة.

الخاتمة :

ان الاحتراق النفسي هو الانهالك الجسدي و النفسي الذي يطول العامل كاستجابة للضغط النفسي المهني ، و لقد حظي هذا المفهوم بالاهتمام الكبير من طرف العلماء و الأخصائيين خاصة في الأونة الأخيرة بسبب الآثار النفسية و الجسدية التي يتركها على العامل و الخسائر المادية التي تتحملها المؤسسة التي ينتمي اليها بفعل انخفاض كفاءة و أداء المهنيين و اضطراب في العلاقة التي تجمع هؤلاء و من يتلقون منهم الخدمة .

يظهر الاحتراق النفسي عند كل المهن لكن بنسب متفاوتة و حسب الباحثة في علم النفس الاجتماعي CRISTINA MASLACH و التي تعتبر من الأوائل الذين تناولوا هذا المفهوم بالدراسة فان ذوي المهن الاجتماعية و التي تعتمد على علاقة الدعم هم أكثر المهن تعرضا لهذا الاختلال و ذلك بفعل الاحتكاك المستمر مع الآخرين و الاستثمار الانفعالي الذي تعتمد عليه هذه المهن زيادة على الجهد العضلي و قد تناولت في دراستي هذه الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و رغم أن دراسات عديدة مشابهة أجريت على نفس الفئة الا أن البيئة تبقى البيئة الجزائر تفتقر الى هذا النوع من البحوث و قد ركزت في البداية و كمحاولة شخصية لتوضيح مفهوم الاحتراق النفسي و فصله عن المفاهيم المشابهة و تحديد مصادره و ذلك بعد اطلاعي على الدراسات السابقة و توصلني الى فكرة مفادها أنه في البيئة العربية لا زال هذا المفهوم غامض و لم يتم فصله في بعض الدراسات عن الضغط النفسي.

و رغم هذا نذكر في الأخير أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا زالت مبهمة تحتاج الى الكثير من الدراسة و التفسير و لعل موضوع التصنيف الذي يؤثر على التشخيص و العلاج من أهم العوامل التي يجب التركيز عليها ، اضافة الى حصر العوامل التي تساهم في تحديد مستويات الاحتراق النفسي .

المعلومات	المصلحة	الجنس	السن	الحالة العائلية	سنوات الخبرة	ساعات العمل في الأسبوع	المناوبة خلال الشهر	العطل خلال السنة	الحالات
الحالة : 1	تصفية الدم	ذكر	25 سنة	أعزب	شهرين	24 ساعة	-	4 أسابيع	
الحالة : 2	//	ذكر	53 سنة	متزوج (3 أطفال)	28 سنة	36 ساعة	10 - 6	//	
الحالة : 3	//	أنثى	25 سنة	عزباء	شهر واحد	42 ساعة	5	//	
الحالة : 4	//	أنثى	46 سنة	متزوجة (طفل)	18 سنة	36 ساعة	9 - 7	//	
الحالة : 5	الاستعجالات	ذكر	50 سنة	متزوج (4 أطفال)	15 سنة	36 ساعة	4	//	
الحالة : 6	//	أنثى	27 سنة	أعزب	سنتين	36 ساعة	10	//	
الحالة : 7	مصلحة التوليد	ذكر	33 سنة	أعزب	5 سنوات	56-48 ساعة	5 - 1	//	
الحالة : 8	//	أنثى	35 سنة	متزوجة (طفلين)	4 سنوات	64 ساعة	6	//	
الحالة : 9	الطب الشرعي	أنثى	27 سنة	متزوجة (طفل)	سنة واحدة	30 ساعة	-	//	
الحالة : 10	//	أنثى	49 سنة	متزوجة (3 أطفال)	19 سنة	26 ساعة	-	//	
الحالة : 11	المركز الطبي	أنثى	53 سنة	متزوجة (طفلين)	25 سنة	25 ساعة	4 - 1	//	
الحالة : 12	//	أنثى	54 سنة	متزوجة (4 أطفال)	28 سنة	25 ساعة	4 - 1	//	
الحالة : 13	مركز نقل الدم	ذكر	33 سنة	أعزب	6 سنوات	36 ساعة	4	//	
الحالة : 14	//	ذكر	45 سنة	متزوج (طفلين)	15 سنة	30 ساعة	4	//	
الحالة : 15	حديثي الولادة	أنثى	33 سنة	متزوجة (بدون)	5 سنوات	35 ساعة	-	//	
الحالة : 16	//	أنثى	44 سنة	مطلقة (3 أطفال)	19 سنة	40 ساعة	-	//	

الجدول رقم 5 : خصائص العينة المدروسة .

الفصل الرابع : الفصل التطبيقي

تمهيد

1- منهجية الدراسة

2- الأدوات

3- عينة الدراسة

4- مجال الدراسة

5- عرض النتائج

6- شرح النتائج و مناقشتها

الخاتمة

1- منهجية البحث :

إن المنهجية هي مجموعة الخطوات العلمية التي يسلكها الباحث في دراسة أية ظاهرة و التي يعتمد فيها على مجموعة من التقنيات الموجهة للكشف عن الظاهرة ، وصفها و قياسها مع توضيح العلاقة بين المتغيرات التي تساهم في ظهورها و تطورها.

و في دراستي هذه اعتمدت على المنهج الوصفي المعتمد في الأساس على وصف الظاهرة المدروسة عن طريق جمع كل المعلومات حولها و كذا النظريات التي توّطرها و العوامل و المتغيرات التي ترتبط بها ، ثم إخضاع هذه الظاهرة للقياس باستعمال أدوات و تقنيات علمية تتوافق مع طبيعتها .

و عند اختياري لموضوع دراستي هذه و هو ظاهرة الاحتراق النفسي عند الأطباء العاميين بمستشفى مستغانم ، قمت في البداية بتعريف و تحديد مفهوم الاحتراق النفسي و فصله عن المفاهيم المشابهة ، تحديد أسبابه و العوامل التي تساعد على انتشاره و أثاره على الفرد و المؤسسة و قد انطلقت من إشكالية رئيسية صممت لها فرضيات و التي تعتبر كإجابات مؤقتة لها و للتأكد منها استعملت بعض المقاييس و التقنيات الملائمة للموضوع المدروس.

2- الأدوات :

من أجل قياس مستويات الاحتراق النفسي و كذا استراتيجيات المواجهة استعملت في دراستي هذه مقياس الاحتراق النفسي ل MASLACH و JACKSON (1981) و مقياس المواجهة PAULHAN و AL (1994) .

2-1- مقياس الاحتراق النفسي ل MASLACH و JACKSON (1981):

صممه كل من MASLACH و JACKSON سنة 1981 و المعروف ب(MBI) أي (MASLACH BURNOUT INVENTORY) ، في البداية كان يتكون من 47 بند طبق على عينة تضم 605 عامل ينتمون إلى مهن مختلفة (الطب ، التمريض ، المحاماة الشرطة الخ) ، 56% من هذه العينة رجال و 44% نساء ، ثم طبق على عينة أخرى تضم عمال ينتمون إلى المجالات السابقة ، 69% من هذه العينة نساء و 31% رجال و بعد دراسة موسعة ، أختصرت بنوده إلى 22 بند ، في البداية وجه إلى المهن التي تعتمد على علاقة

الدعم و هو (MBI-HSS) و بعدها طورته هاتين العالمتين ، أين صمما سنة 1986 (MBI-GS) و الموجه لكل المهن .

يتكون هذا المقياس من 22 بند يقيس الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي موزعة على النحو التالي :

- الإنهاك الانفعالي : 9 بنود .

- تبدل الشخصية : 5 بنود .

- نقص الانجاز الشخصي: 8 بنود (MASLACH C , JACKSON S , 1981 , p 101)

ترجم إلى عدة لغات ، و في دراستي هذه استعملت النسخة التي ترجمت إلى اللغة الفرنسية من طرف G.DION و R.TESSIER سنة 1994 ملائم لذوي المهن التي فيها علاقة المساعدة مثل مهنة الطب .

كل بند من هذا المقياس هو عبارة عن جملة توكيدية ، تمثل الشعور أو الانطباع الذي يوليه الشخص (الحالة المدروسة) لمهنته .

و هذا المقياس هو عبارة عن مسائلة للتقدير الذاتي ، تملأ من طرف الحالة المدروسة نفسها يجيب بموجب سلم درجات من 0 الى 6 . (DION G , TESSIER R , 1994, p212)

شديد	معتدل	ضعيف	المستويات الأبعاد
أكبر من 30	18-29	أصغر من 17	الإنهاك الانفعالي EE
أكبر من 12	6-11	أصغر من 5	تبدل الشخصية DP
أكبر من 40	34-39	أصغر من 33	الانجاز الشخصي AP

الجدول رقم 6 : مستويات أبعاد الاحتراق النفسي حسب MASLACH

2-2 - مقياس المواجهة ل PAULHAN و AL (1994) :

من بين مقاييس المواجهة صمم كل من LAZARUS و FOLKMAN (1984) مقياس (WCC) أي (WAYS OF COPING CHECKLIST) ، الذي كان يتكون من 67 بند والذي بعدما طبقاه على عينة تتكون من 100 شخص ، كان عليهم الإجابة مرة كل شهر لمدة سنة توصلنا في الأخير إلى وجود إستراتيجيتين لمواجهة الإجهاد و هما إستراتيجية مركزة حول الانفعال وإستراتيجية مركزة حول المشكل ، أختصر فيما بعد إلى 42 بند من طرف كل من VITALIANO و AL (1985).

تمت ترجمة هذا المقياس و اختصاره في 29 بند من طرف PAULHAN و AL (1994) هذه البنود عبارة عن عبارات توضح سلوكات و انفعالات يقوم بها الفرد عندما يواجه وضعية مجهدة ، نطلب منه استحضارها و الإجابة بموجب سلم درجات من 1 الى 4.

و حددت استراتيجيات المواجهة في خمسة مستويات هي :

- حل المشكل: يضم 8 بنود.
- التجنب مع التفكير الايجابي : يضم 7 بنود.
- البحث عن الدعم الاجتماعي: يضم 5 بنود.
- إعادة التقييم الايجابي: يضم 5 بنود.
- التأنيب الذاتي :يضم 4 بنود.(BRUCHON-SCHWEITZER M, 2001, p71)

2-3 - كيفية تطبيق المقاييس :

- مقياس MASLACH للاحتراق النفسي :

يُطبق سلم الاحتراق النفسي بصفة فردية أو جماعية، و نتبع في ذلك التعليمات التالية:
أشر بالعلامة (X) إلى الإجابة التي تراها مناسبة لديك، و نذكرك أنه لا يوجد إجابة خاطئة أو إجابة صحيحة، المهم هو أنك تجيب.

علما بان البنود موضوعة في جدول مرقم من 1 إلى 22 و يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من 7 احتمالات تتراوح بين (0) أبدا إلى (6) أقصى درجة و هي دائما.
- مقياس PAULHAN للمواجهة :

يُطبق هذا المقياس بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية :
- وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة.

- تحديد الانزعاج الذي سبب الموقف هل هو منخفض أو مرتفع.

الإشارة بعلامة (X) إلى الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف، علما بأن الإستراتيجيات تمثل بنود المقياس .

ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) احتمالات و هي : أبدا تقريبا ، أحيانا غالبا و في الأخير أحيانا دائما .

3- عينة الدراسة :

لقد تم اختيار العينة التي أجريت عليها الدراسة بصفة عشوائية و المتكونة من 20 طبيب من الجنسين ينتمون إلى مختلف مصالح مستشفى مستغانم ، سلمت إليهم استمارة معلومات تحوي المعلومات الأولية (السن ، الجنس ، المصلحة الخ) و كذا مقياس MASLACH للاحتراق النفسي و مقياس المواجهة ل PAULHAN ، بعدما تعريفهم بنفسى و بفحوى الدراسة التي أطمح لإجرائها لكن في الأخير شارك في هذه الدراسة 16 طبيب (6 ذكور و 10 إناث) و سوف ندرج خصائص هذه العينة ضمن الجدول الموالي .

4- مجال الدراسة :

و نقصد به العينة و المكان و الزمان الذين أجريت فيهم هذه الدراسة و التي هي على النحو التالي :

أجريت هذه الدراسة من تاريخ 24 ماي الى 4 جوان 2015 على 16 طبيب عام من الجنسين ينتمون إلى مختلف مصالح مستشفى (شيقفارا) بمستغانم و الذين يمثلون نسبة 26 % من العدد الإجمالي للأطباء العاميين بهذه المؤسسة و الذين يقدر عددهم ب 62 طبيب.

عليه قمت بتوزيع استمارة تملأ عليها جميع المعلومات التي تخصهم كالسن ، الجنس ...الخ و مقياس MASLACH للاحتراق النفسي و المواجهة ل PAULHAN على أفراد العينة المدروسة ، بعدما عرفتهم بنفسي و بفحوى الدراسة التي أريد القيام بها و لكون المقاييس تحوي معلومات عن كيفية إجرائها اكتفيت بتعريفهم بمفهوم الاحتراق النفسي ثم اتفقت معهم على موعد ثاني لتسلم الاستمارات .

للإشارة فان معظم الدراسات التي أجريت حول الاحتراق النفسي لم تعتمد على المنهج العيادي المرتكز في الأساس على دراسة الحالة ، بل يتم وضع مقياس الاحتراق النفسي على موقع بالانترنت و يوجه لفئة معينة (الأطباء ، الأساتذةالخ) و تترك لهم حرية المشاركة بعدها تجمع عدد الحالات التي قبلت المشاركة في هذه الدراسة .

5- عرض النتائج :

قبل استعراضنا للنتائج يجب التذكير أن وجود مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي و تبدل الشخصية و مستوى ضعيف من الانجاز الشخصي هم دلائل على وجود الاحتراق النفسي

(TARIS , LE BLANC , SCHAUFELI ,SHREURS,2005 ,P239-240)

لكنه و بالاعتبار الاحتراق النفسي سيرورة في تطور مستمر وفق ثلاثة مراحل و هي ضعيف معتدل و شديد فسوف نعتد في دراستنا هذه على تصنيف مستويات الاحتراق النفسي حسب كل من BURKE و SHEARER و DESZCA (1985) و التي ندرجها ضمن الجدول التالي :

التصنيف	الانجاز الشخصي AP	تبدل الشعور DP	الإنهاك الانفعالي EE	المراحل
احتراق نفسي ضعيف	شديد	ضعيف	ضعيف	المرحلة 1:
	شديد	شديد	ضعيف	المرحلة 2:
	ضعيف	ضعيف	ضعيف	المرحلة 3:
احتراق نفسي معتدل	ضعيف	شديد	ضعيف	المرحلة 4:
	شديد	ضعيف	شديد	المرحلة 5:
احتراق نفسي شديد	شديد	شديد	شديد	المرحلة 6:
	ضعيف	ضعيف	شديد	المرحلة 7:
	ضعيف	شديد	شديد	المرحلة 8:

الجدول رقم 7 : مراحل الاحتراق النفسي

المصدر : (THEVENET M , 2011, P33)

يوضح هذا الجدول مراحل تطور متلازمة الاحتراق النفسي من درجة الضعيف الى درجة الشديد ، حيث أنه بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة المدروسة و حساب مستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي ، نقارن هذه النتائج بالجدول التالي حتى نصنف درجة الاحتراق النفسي عند أفراد العينة و قد جاءت نتائج تطبيق مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة حسب الجدول التالي :

الرقم	الحالة	المصلحة	الإرهاك الانفعالي	تبلد الشخصية	الانجاز الشخصي	التصنيف
01	ذكر، 25 سنة	تصفية الدم	(3) ضعيف	(3) ضعيف	(40) شديد	احترق نفسي ضعيف
02	ذكر، 53 سنة		(30) شديد	(1) ضعيف	(43) شديد	احترق نفسي معتدل
03	أنثى، 25 سنة		(3) ضعيف	(3) ضعيف	(40) شديد	احترق نفسي ضعيف
04	أنثى، 46 سنة		(34) شديد	(7) معتدل	(44) شديد	احترق نفسي معتدل
05	ذكر، 50 سنة	الاستعجالات الطبية و الجراحية	(25) معتدل	(14) شديد	(24) ضعيف	احترق نفسي معتدل
06	أنثى، 27 سنة		(41) شديد	(17) شديد	(31) ضعيف	احترق نفسي شديد
07	ذكر، 33 سنة	مصلحة التوليد	(40) شديد	(15) شديد	(22) ضعيف	احترق نفسي شديد
08	أنثى، 35 سنة		(49) شديد	(12) شديد	(29) ضعيف	احترق نفسي شديد
09	أنثى، 27 سنة	الطب الشرعي	(39) شديد	(4) ضعيف	(26) ضعيف	احترق نفسي شديد
10	أنثى، 49 سنة		(21) معتدل	(06) ضعيف	(23) ضعيف	احترق نفسي معتدل
11	أنثى، 53 سنة	المركز الطبي لالة خيرة	(16) ضعيف	(11) ضعيف	(35) معتدل	احترق نفسي ضعيف
12	أنثى، 54 سنة		(16) ضعيف	(1) ضعيف	(34) معتدل	احترق نفسي ضعيف
13	ذكر، 33 سنة	مركز نقل الدم	(48) شديد	(20) شديد	(40) شديد	احترق نفسي شديد
14	ذكر، 45 سنة		(39) شديد	(9) معتدل	(39) معتدل	احترق نفسي معتدل
15	أنثى، 33 سنة	حديثي الولادة	(14) ضعيف	(7) معتدل	(23) ضعيف	احترق نفسي معتدل
16	أنثى، 44 سنة		(21) معتدل	(1) ضعيف	(39) معتدل	احترق نفسي معتدل

الجدول رقم 8 : مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة.

يوضح هذا الجدول مستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي عند أفراد العينة و كذلك تصنيف درجات الاحتراق النفسي عند هذه الفئة ، حيث أنه وفقا لنتائج تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لMASLACH و JACKSON (MBI HSS) على كل أفراد العينة و حسب النتائج المتوصل اليها يتضح لنا أن الأطباء العاميين التابعين لمستشفى مستغانم يعانون من الاحتراق النفسي بمستويات مختلفة ، فنسبة 25% من مجموع العينة يعانون من الاحتراق النفسي

الضعيف و نسبة 75,43 % تعاني من احتراق نفسي معتدل أما الاحتراق النفسي الشديد فتعاني منه نسبة 31.25 % من مجموع العينة.

احتراق نفسي شديد	احتراق نفسي معتدل	احتراق نفسي ضعيف	
-	% 50	%50	تصفية الدم
% 50	% 50	-	الاستعدادات
% 100	-	-	مصلحة التوليد
%50	%50	-	الطب الشرعي
-	-	%100	المركز الطبي
% 50	%50	-	مركز نقل الدم
-	% 100	-	حديثي الولادة

الجدول رقم 9 : مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصالح.

باستعراض مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصالح نجد أن المركز الطبي (لالة خيرة) سجلت فيها نسبة 100% احتراق نفسي ضعيف ، فيما سجلت نسبة 100% احتراق نفسي معتدل بمصلحة حديثي الولادة و احتراق نفسي شديد بنسبة 100% بمصلحة التوليد فيما اقتسمت مصلحة تصفية الدم بنسبة 50% بين الاحتراق النفسي الضعيف و المعتدل أما بقية المصالح فاقتمت نسبة الاحتراق النفسي بنسبة 50% بين المعتدل و الشديد

شديد		معتدل		ضعيف		المستويات
% 31,25 (5 حالات)		% 75,43 (7 حالات)		% 25 (4 حالات)		الاحتراق النفسي
ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	
%40	%60	%42,86	%57,14	% 35	% 75	

الجدول رقم 10: مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب الجنس.

نوضح من خلال هذا الجدول مستويات الاحتراق النفسي بدرجاته الثلاثة ضعيف ، معتدل وشديد عند العينة المدروسة حسب الجنس .

اعتمادا على النتائج المذكورة أعلاه حول مستويات الاحتراق النفسي عند العينة حسب الجنس يتضح لنا أن النساء الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و ذلك بنسبة 60% .

احتراق نفسي شديد		احتراق نفسي معتدل		احتراق نفسي ضعيف		25 سنة
اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
-	-	-	-	01	01	
03	02	01	-	-	-	35-26 سنة
-	-	03	03	-	-	50-36 سنة
-	-	-	01	02	-	ما فوق 50 سنة

الجدول رقم 11: مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب السن.

باستعراض مستويات الاحتراق النفسي عند العينة يتضح لنا أن الأطباء الذين يتراوح سنهم من 27 إلى 35 هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي .

كما نلاحظ تطور الاحتراق النفسي حسب السن ، ففي بداية المسيرة المهنية يعاني الأطباء العاميين من الجنسين من احتراق نفسي ضعيف (الحالة 1 و 3) ثم ترتفع مستويات الاحتراق النفسي من سن 27 سنة إلى غاية 35 سنة (الحالة 6 ، 7 ، 8 ، 9 و الحالة 13) و بعدها يبدأ بالاعتدال (الحالة 4 ، 10 ، 14 و الحالة 15) إلى غاية سن ما بعد 50 سنة يبدأ بالعودة إلى المستويات الضعيفة (الحالة 11 و 12) .

16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
23	21	22	28	26	19	17	14	32	24	18	21	23	20	24	24	حل المشكل
18	28	21	13	19	16	12	11	29	14	21	18	18	15	10	11	التجنب مع التفكير الايجابي
13	14	11	10	14	12	9	12	15	12	8	11	16	15	18	13	الدعم الاجتماعي
16	13	12	20	20	13	11	11	20	14	11	11	17	9	8	14	اعادة التقييم
6	12	6	4	8	8	4	10	13	8	13	8	8	9	8	9	التأنيب الذاتي

الجدول رقم 12 : استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أفراد العينة.

النسبة المئوية	استراتيجيات المواجهة
100%	حل المشكل
50%	حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي
18.75%	حل المشكل و الدعم الاجتماعي
18.75%	حل المشكل و اعادة التقييم
6.25%	حل المشكل و التجنب و الدعم الاجتماعي
6.25%	حل المشكل و التجنب و اعادة التقييم

الجدول رقم 13 : نسب استعمال استراتيجيات المواجهة عند أفراد العينة.

بملاحظة نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة ، تبين لنا أن كل أفراد العينة يستعملون إستراتيجية حل المشكل أي بنسبة 100% و 50% استعمال إستراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي .

و بفحص الاستراتيجيات المستعملة من طرف العينة و خاصة الحالات التي تعاني من احتراق نفسي شديد و هي الحالات (6-7-8-9-13) يتضح لنا أن الاستراتيجيات المستعملة من طرفهم قد اختلفت فنجد أن الحالات 6-7-8 قد جمعت بين الإستراتيجية المركزة حول المشكلة و المركزة حول الانفعال فيما استعملت الحالتين 9 و 13 استراتيجيات مركزة حول المشكل.

6- شرح و مناقشة النتائج :

كان الهدف من دراستنا هذه هو تحديد مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و تحديد العوامل التي تؤثر على هذه المستويات و التي تم حصرها في (المصلحة ، الجنس ، السن) و كذلك تحديد استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف هذه الفئة و قد انطلقت هذه الدراسة من إشكالية مفادها :

ما هي العوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟

و التي تفرعت منها الأسئلة التالية :

- ما هي مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم ؟
- هل تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم باختلاف المصالح التي ينتمون إليها ؟
- هل يؤثر عاملا الجنس و السن في هذه المستويات ؟
- ما هي أكثر استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم للتعامل مع الاحتراق النفسي ؟

و للإجابة عن هذه التساؤلات تم اقتراح الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : يعاني الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي .

الفرضية الثانية : تختلف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين باختلاف المصالح التي ينتمون إليها .

الفرضية الثالثة : الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من نظرائهم الرجال .

الفرضية الرابعة : الأطباء الأقل سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي

الفرضية الخامسة : إستراتيجية حل المشكل ، التجنب مع التفكير الايجابي هما أكثر الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم .

و بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لـ MASLACH الملائم لفئة عمال الصحة و هو (MBI-HSS) على أفراد العينة المدروسة سجلنا وجود أربعة حالات تعاني من احتراق نفسي ضعيف ، 7 حالات تعاني من احتراق نفسي معتدل و خمسة حالات تعاني من احتراق نفسي شديد.

مما يؤكد الفرضية الأولى التي مفادها أن الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم يعانون من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي .

و بعد مقارنة مستويات الاحتراق النفسي عند أفراد العينة حسب المصلحة التي ينتمون إليها تم تسجيل نسبة 100% احتراق نفسي ضعيف بالمركز الطبي (لالة خيرة) و نسبة 100% احتراق نفسي معتدل بمصلحة حديثي الولادة و نسبة 100% احتراق نفسي شديد بمصلحة التوليد ، فيما اقتسمت المصالح الأخرى نسب الاحتراق النفسي بين الضعيف و المعتدل و المعتدل و الشديد بنسبة 50%.

و بذلك تتحقق الفرضية الثالثة بخصوص اختلاف مستويات الاحتراق النفسي عند الأطباء باختلاف المصالح التي ينتمون إليها .

و دائما في دراستنا للعوامل التي تؤثر على مستويات الاحتراق النفسي أدرجنا عامل الجنس و من خلال النتائج المتوصل إليها من تطبيق مقياس MASLACH للاحتراق النفسي تم التوصل إلى أن الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي بنسبة 60% أكثر من نظرائهم الرجال و بذلك تتوافق هذه النتيجة مع الفرضية الثالثة و التي مفادها أن الأطباء النساء أكثر تعرضا للاحتراق النفسي من الرجال.

ثم أدرجنا عامل السن و بعد معاينة نتائج مقياس الاحتراق النفسي على أفراد العينة أتضح لنا أن الأطباء الأقل سنا هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و بمقارنة تطور هذه المتلازمة عند

الأطباء العامين نجد أنه في بداية الحياة المهنية للأطباء تظهر لديهم مستويات ضعيفة من الاحتراق النفسي تزداد شدته مع تقدم سن هذه الفئة ثم يميل الى الاعتدال و ينخفض الى الضعيف في سن ما بعد الخمسين سنة .

و بذلك تتحقق الفرضية الرابعة التي مفادها أن الأقل سنا أكثر تعرضا للاحتراق النفسي

وكل فرد يتعرض للضغوطات المهنية يحاول الطبيب التكيف مع هذه الوضعية باستعمال استراتيجيات مواجهة و قد افترضنا في هذه الدراسة لجوء أفراد العينة إلى إستراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي كأثر الاستراتيجيات الأكثر استعمالا و بعد تطبيق مقياس المواجهة ل PAULHAN و AL و تحليل نتائج تطبيق هذا المقياس على أفراد العينة تم التوصل إلى أن أكثر الاستراتيجيات استعمالا من طرف فئة الأطباء العامين العاملين بمستشفى مستغانم لمواجهة الاحتراق النفسي هي إستراتيجية حل المشكل و التجنب مع التفكير الايجابي ، هذه النتيجة تتوافق مع الفرضية الخامسة .

خلاصة الفصل

بعد دراستنا الميدانية لظاهرة الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين التابعين لمختلف مصالح مستشفى مستغانم و تطبيق المقاييس المعدة لهذا الغرض توصلنا إلى النتيجة التي مفادها أن الاحتراق النفسي ظاهرة معقدة و لا يمكن في الفترة الحالية حصر مصادرها و أثاره بدقة و كذا العوامل التي تساهم في ظهورها كون الدراسات حول هذا الموضوع ما زالت متواصلة خاصة و أن نتائجها تختلف من دراسة لأخرى و بالرغم من هذا فكل بحث حول هذه الظاهرة يعتبر مساهمة و معرفة جديدة في هذا المجال.

فالاحتراق النفسي سيرورة متعددة العوامل و إن التفاعل القائم بين هذه العوامل هو من يحدد مستويات الاحتراق النفسي فالأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم يعانون من مستويات مختلفة من الاحتراق النفسي تختلف باختلاف المصالح التي ينتمون إليها و الأطباء الأصغر الأصغر سنا هو الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي و النساء أكثر تعرضا لهذه الظاهرة من الرجال و أن الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و للتعامل مع الاحتراق النفسي يستعملون استراتيجيات مواجهة مختلفة تساهم أحيانا في خفض مستوياته و أحيانا أخرى في رفعها .

و بصفة عامة توصلت عدة الدراسات إلى النتائج التي توصلت إليها خلال بحثي هذا و توصلت دراسات أخرى إلى نتائج مخالفة لذلك و بذلك يتضح جليا أن مفهوم الاحتراق النفسي لا يزال مفهوم جديد ، يحتاج إلى كثير من الدراسة لأجل تحديد و حصر العوامل التي تساهم في ظهوره و هذا لا ينفي أن كل بحث في هذا المجال يعتبر كمعرفة جديدة.

الخاتمة :

إن الاحتراق النفسي هو الإنهاك الجسدي و النفسي الذي يطول العامل كاستجابة للضغط النفسي المهني ، و لقد حظي هذا المفهوم بالاهتمام الكبير من طرف العلماء و الأخصائيين خاصة في الآونة الأخيرة بسبب الآثار النفسية و الجسدية التي يتركها على العامل و الخسائر المادية التي تتحملها المؤسسة التي ينتمي إليها بفعل انخفاض كفاءة و أداء المهنيين و اضطراب في العلاقة التي تجمع هؤلاء و من يتلقون منهم الخدمة .

يظهر الاحتراق النفسي عند كل المهن لكن بنسب متفاوتة و حسب الباحثة في علم النفس الاجتماعي CRISTINA MASLACH و التي تعتبر من الأوائل الذين تناولوا هذا المفهوم بالدراسة فإن ذوي المهن الاجتماعية و التي تعتمد على علاقة الدعم هم أكثر المهن تعرضا لهذا الاختلال و ذلك بفعل الاحتكاك المستمر مع الآخرين و الاستثمار الانفعالي الذي تعتمد عليه هذه المهن زيادة على الجهد العضلي و قد تناولت في دراستي هذه الاحتراق النفسي عند الأطباء العاملين العاملين بمستشفى مستغانم و رغم أن دراسات عديدة مشابهة أجريت على نفس الفئة إلا أن البيئة تبقى البيئة الجزائر تفتقر إلى هذا النوع من البحوث و قد ركزت في البداية و كمحاولة شخصية لتوضيح مفهوم الاحتراق النفسي و فصله عن المفاهيم المشابهة و تحديد مصادره و ذلك بعد اطلاعي على الدراسات السابقة و توصلني إلى فكرة مفادها أنه في البيئة العربية لا زال هذا المفهوم غامض و لم يتم فصله في بعض الدراسات عن الضغط النفسي .

و يواجه الأخصائيين و الهيئات العالمية ، خاصة منظمة الصحة العالمية تحدي كبير و هو الانتشار الواسع و السريع للاحتراق النفسي ويتم التركيز في الآونة الأخيرة على الصحة النفسية و الجسدية للعامل و البحث عن كيفية تحقيق جو تتوفر فيه الراحة النفسية بداية من الوقاية و التي تكون على مستوى الفرد برفع وعيه بهذه المتلازمة و تعليمه طرق مواجهتها أو تجاوزها و كذا محيط العمل الذي يجب إعادة النظر في توزيع المهام و تحقيق الاستقلالية في اتخاذ القرار و توفير الدعم النفسي للعامل .

في نفس الموضوع يجب التركيز على عنصر التصنيف فلحد الساعة لم يصنف الاحتراق النفسي كاضطراب بل كعامل يؤثر على الصحة و بذلك يتعذر على الأخصائيين التشخيص و توفير العلاج و التكفل النفسي الفعال بالحالات .

كما يجب مواصلة الدراسات حول هذه المتلازمة لحصص مصادرها و أثارها و تحديد كيفية ظهور و تطور هذه السيرورة التي لا تظهر دفعة واحدة ، ففي البداية تكون على شكل استجابة للضغوطات ثم تتطور على شكل أنهاك انفعالي ، تبدل الشخصية و نقص في الانجاز الشخصي و لم تتوصل الدراسات لحد الساعة إلى كيفية واضحة لتطور هذه الأبعاد و العلاقة التي تجمعهما .

و في الأخير نقول أن أية دراسة عن الاحتراق النفسي تعتبر معرفة جديدة و إضافة علمية تثري الدراسات السابقة و على الأخصائيين و الهيئات العالمية الاهتمام الإضافي بهذه المتلازمة في ظل الانتشار الواسع لها و النتائج النفسية و الجسدية التي تخلفها على العامل أو المهني و كذا الاختلال العلائقي داخل المؤسسات ، زيادة على الخسائر المادية الناتجة عن انخفاض كفاءة و أداء العمال.

الفهرس

الصفحة	المحتويات
	كلمة شكر
	الاهداء
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
10	ملخص الدراسة
13	المقدمة
الفصل الأول : الفصل التمهيدي	
16	1-اشكالية الدراسة.....
16	2-تحديد الفرضيات
18	3-أسباب اختيار الموضوع.
18	4-أهمية الدراسة
18	5-أهداف الدراسة.....
19	6-المفاهيم الاجرائية
19	7-الدراسات السابقة
19	7-1- الدراسات العربية
22	7-2- الدراسات الأجنبية.....
23	7-3- التعليق و مناقشة الدراسات السابقة.
24	8-الصعوبات

الفصل الثاني : الاحتراق النفسي عند الأطباء.

26	تمهيد.....
27	1- مفهوم الاحتراق النفسي
30	2- تعريف الاحتراق النفسي
30	1-2- التعريف اللغوي.....
30	2-2- التعريف الاصطلاحي
33	3- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي
33	1-3- نموذج CHERNISS (1980)
34	2-3- نموذج MASLACH و DJCKSON (1981)
36	3-3- نموذج PINES (1982)
38	4- مصادر الاحتراق النفسي عند الأطباء.....
38	1-4- المصادر التنظيمية
38	1-1-4- طبيعة المهنة.....
39	2-1-4- عبء العمل.....
39	3-1-4- الدور
40	4-1-4- العلاقة مع الزملاء.....
40	5-1-4- المكافئة و الاعتراف.....
41	6-1-4- المساعدة الاجتماعية
42	2-4- المصادر الشخصية
44	5- تصنيف و تشخيص الاحتراق النفسي
44	1-5- أعراض الاحتراق النفسي
45	2-5- تصنيف الاحتراق النفسي.....
46	3-5- تشخيص الاحتراق النفسي

47	.....	4-5- الاحتراق النفسي و مفاهيم مشابهة.
47	.....	1-4-5- الاحتراق النفسي و الاكتئاب
48	.....	2-4-5- الاحتراق النفسي و الضغط النفسي.
49	.....	3-4-5- الاحتراق النفسي و القلق.
49	.....	4-4-5- الاحتراق النفسي و اضطرابات التكيف
49	.....	6- علاج الاحتراق النفسي.
49	.....	1-6- العلاج بالتحليل النفسي.
50	.....	2-6- العلاج التحليلي.
50	.....	3-6- العلاج المعرفي السلوكي.
51	.....	4-6- العلاج الجماعي
51	.....	7- الوقاية من الاحتراق النفسي
51	.....	1-7- الوقاية الجماعية
51	.....	1-1-7- محيط العمل
51	.....	2-1-7- التكوين
52	.....	3-1-7- الاشراف
52	.....	4-1-7- عبئ العمل
52	.....	2-7- الوقاية الفردية
45	.....	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة (LE COPING)

56	تمهيد.....
57	1- مفهوم إستراتيجية المواجهة.....
58	2- تعريف إستراتيجية المواجهة.....
58	1-2- التعريف اللغوي.....
58	2-2- التعريف الاصطلاحي.....
59	3- المواجهة و مفاهيم مشابهة
59	1-3- المواجهة و الدفاع.....
61	2-3- المواجهة و التكيف.....
62	4- النظريات المفسرة لمصطلح (LE COPING).....
62	1-4- النموذج التحليلي.....
63	2-4- النموذج المعرفي.....
64	5- تصنيف استراتيجيات المواجهة.....
64	1-5- تصنيف LAZARUS و FOLKMAN (1984).....
64	1-1-5- المواجهة المركزة حول المشكلة.....
65	2-1-5- المواجهة المركزة حول الانفعال.....
65	2-5- تصنيف FLETCHER و SULLS (1985)
65	1-2-5- الاستراتيجيات التجنبية.....
65	1-2-5- الاستراتيجيات اليقظة.....
66	3-5- تصنيف LEWIS و FRYDENBERG (1993).....
66	1-3-5- استراتيجيات منتجة.....
66	2-3-5- استراتيجيات غير منتجة.....
66	6- محددات استراتيجيات المواجهة.....

68	..... وظائف استراتيجية المواجهة
69	..... 8- الاحتراق النفسي و المواجهة
71	..... خلاصة الفصل

الفصل الرابع : الفصل التطبيقي

73	..... 1- منهجية الدراسة
73	..... 2- الأدوات
73	..... 1-2- مقياس MASLACH و JACKSON للاحتراق النفسي.....
75	..... 2-2- مقياس PAULHAN و AL للمواجهة.....
76	..... 2-3- كيفية تطبيق المقاييس
77	..... 3- عينة الدراسة
78	..... 4- مجال الدراسة
79	..... 5- عرض النتائج.....
84	..... 6- شرح النتائج و مناقشتها.....
87	..... خلاصة الفصل
88	..... الخاتمة
	..... المراجع
	..... الملاحق

المراجع باللغة الفرنسية :

- 1-ADISSON JULIE , 2010 " les déterminants organisationnels et sociaux des trois dimensions de l'épuisement professionnel" mémoire pour l'obtention du grade de msc en relation industrielle université de Montréal(Québec).
- 2-DESBRIENS JEAN-FRANCOIS, 2006 " les stratégies de coping la réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle chez les infirmières et soins palliatifs " étude pour l'obtention du grade de maître en sciences, université laval(suisse).
- 3-FAILLE AURELIEN , 2011 " étude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du nord-pas-de-calais et prévalence du burn out " thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université du droit et de la santé – lille 2 (France) .
- 4-FERREOL ANNICK , KEN LAETICIA ,2012 " les stratégies de coping de adolescents asthmatiques " étude pour l'obtention d'un bachelor of science , haute école de santé vaud(suisse).
- 5-FORTIN VERONIQUE, 2009 " le style de coping, les stratégies d'adaptation et la réussite scolaire des adolescents québécois manifestant des troubles du comportement " Mémoire présenté pour l'obtention du grade de de maîtrise en psychopédagogie mention adaptation scolaire , l'Université Laval(Québec).

6–GLAUSER MARTINE ,2010" burn out " étude dans le cadre du travail de bachelior , haute école de santé , valais–willis (suisse).

7– HARTMANN ANNE ,2007 " Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'adjustment des patientes avec un cancer du sein et de leur " accompagnant – référent " , thèse présenté en vue de l'obtention du grade de docteur en psychologie . université de Haute– Bretagne Rennes (France).

8–HASTOY ANITA ,2013" burnout en maternité de niveau 3 , étude des soignants de l'hôpital Paule de viguier" thèse pour avoir le diplôme d'état de docteur en médecine , université de Toulouse 3 (France).

9–HAUTEFEUILLE NATACHA ,2013" syndrome de l'épuisement professionnel du chirurgien–dentiste "thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire , université de Nantes (France).

10–JULLIAN MELANIE , 2007 "comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants " mémoire de l'école nationale de la santé publique de rennes (France).

11– Kane Sophie , 2009 " épuisement professionnel" mémoire présente comme exigences partielle de la maitrise administration des affaires , université du Montréal (Québec).

12-LECOMTE YVES, 2000 "développement et validation d'un modèle psychosocial de l'adaptation chez les personnes diagnostiquées schizophrènes " thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie , université du Montréal(québec).

13-LE TOURNEUR ANTOINE , KOMLY VALERIAIANE, 2011 " burnout des internes en médecine générale , état des lieux et perspectives en France métropolitaine " thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine , université joseph fourrier (France).

14-MANGEN MARIE HELENE , 2007 " étude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois " thèse pour l'obtention de grade de doctorat en médecine , université pierre et marie curie , (France).

15-OLIVE LUCIE, 2011 " stress professionnel et stratégie d'ajustement de l'interprète français " mémoire pour avoir le degré master 2 sciences de langage, université de Lille 3(France).

16-RICHARD -GALLES CAROLE ,2009 "Syndrome d'épuisement professionnel et idéation suicidaire parmi les Médecins Urgentistes bretons. A propos d'une cohorte de 157 Praticiens." Diplôme inter universitaire, université de rennes (France).

17-RUILLER CAROLINE , 2008 " le soutien social au travail conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel

et l'implication organisationnelle " thèse pour l'obtention du titre de Docteur de L'université de Rennes(France).

18- PERRUCHOU JACINTHE , 2008 " Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention" Mémoire de fin d'études pour le diplôme de bachelor en soin infirmier , haute école de santé de Sion (suisse).

19-TAVARES MARLISA ORQUIDIA PEREIRA, 2009 "le burnout chez les soignants : facteurs prédisposant et moyens de prévention" Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science en soins infirmiers Haute école de santé, Fribourg(France)

20- TETREAULT KAREN , 2005 " les stratégies d'adaptation en lien avec la détresse psychologique chez les adolescents" mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychoéducation , université du a trois-rivières(Québec).

21- THEVENET MARIE , 2011"analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc Roussillon" , these de doctorat en médecine, Université pierre et marie curie (France).

22-WIERTZ RUTH, 2012" psychiatres et burnout ? étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du nord pas de calais" these pour l'obtention du titre doctorat en médecine, université de Lille(France).

Les articles :

1- brühlmann toni ,2012 , " diagnostic et traitement du burnout en pratique" Forum Med Suisse vol 12(49)p 955–960

2-COHEN SHELDON , WILLS THOMAS ASHLY , 1985 " stress , social support and the buffering hypothesis" psychological buletin , vol 98 n° 02 , p 310–357.

3-DION GUYLAINE, TESSIER REJEAN", 1994 " Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de maslach et jackson "revue canadienne des sciences du comportement, 1994, vol 26 n° 2 p 210–227.

4- FREUDENBERGER HERBERT1974 , " staff burn out "1974 journal of social issues, vol 30 , p159–165.

5-GREBOT E, PATY B , DEPHANIX NG ,2006 " Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante" revu L'Encéphale vol 32 , p 315–323.

6-HOCHSTRASSER BARBARA , SCHULZ BEAUT , KECK MARTIN 2013 " Le burnout: un défi à différents points de vue "primarycare vol 13 n° 20 p 365–366.

7- MASLACH CHRISTINA , JACKSON SUSANE ,1981 "The measurement of experienced burnout" journal of occupational behaviour, vol 2 p 99–113.

8-MASLACH CHRISTINA , JACKSON SUSANE ,1984 " burnout in organizational settings ", applied social psychology annual , vol 5 beverly hills , p 133-163.

9- MASLACH C , SCHAUFELI WB , LEITER MP , 2001 " job burnout " annu rev psychol , vol 52 , p 397-422.

10-MASLACH C , LEITER MP , 2008" Early Predictors of Job Burnout and Engagement " Journal of Applied Psychology Copyright 2008 by the American Psychological Association, Vol. 93, No. 3, P498-512

11-MUMROE VIVIANE , BRUNETTE NICOLE ,2001 "l'épuisement professionnel (burn-out) , érudit , revue d'intervention sociale et communautaire vol 7 n° 1 p 165-191 .

12-SCHAUFELI W B , LEITER MP , MASLACH CHRISTINA " 2008 "burnout , 35 years of research and practice " career développement international vol 14 n° 3, p 204-220.

13-SORDES – ADER FLORENCE , ESPARBES- PISTER SYLVIE , TAP PIERRE , 199 " adaptation et stratégies de coping a l'adolescence" spirall revue de recherches en éducation , n°20 p 131-154

14-SZABO SANDOR,TACHE YVETTE , SMOGYI ARPAD , 2012 " the legacy of hans selye and the origins of stress research "informa healthcare , VOL 15 N°5 p 472-478.

15-TARIS TOON , LE BLANC PASCALE , SCHAUFELI WILMAR , SCHREURS PAUL , 2005 " Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests" work et stress ,vol 19 n° 3 p 238-255.

Les rapports et les recherches

- 1-BRUCHON-SCHWEITZER Marilou,2001, Recherche en soins infirmiers , Université Victor Segalen Bordeaux 2
- 2-FRANCE EVAIN , MEKOA JOELLE , KHIARI HIBA ,VINCENT JESSICA " la souffrance des medecin au travail le burnout " rapport d'immersion en communauté , faculté de medecine , Genève , semestre printemps 2011 .
- 3-LE GALES-CAMUS CATHERINE , Conférence de Montréal, 1er juin 2005. Texte intégral : www.conferencedemontreal.com.
- 4- ZAWIEJA PHILIPPE, GUARNIERI FRANCK , 2013 "Epuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychometriques" L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL(France).

Dictionnaire

- 1-sillamy norbert " dictionnaire de psychologie " larousse 1991

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de recherche en psychologie clinique sur l'épuisement professionnel(BURNOUT) chez les médecins généralistes je me permets de solliciter votre attention et donc un peu de votre temps afin de répondre à ces deux questionnaires (durée moyenne de réalisation 10mn) .

Le premier questionnaire correspond au Malasch Burn-Out inventory, outil standardisé de quantification du niveau de Burn-Out, le deuxième questionnaire présentent les différents stratégies pour faire face à votre problème (coping) , Bien entendu ces questionnaires sont strictement anonymes.

Caractéristiques des médecins répondants à l'enquête

1. Age :
2. Sexe :
3. Situation familiale :
4. enfant(s) à charge :

5. Nombre d'années d'exercice :
6. travaillez –vous dans quel service ?
7. Depuis quand ?
- 8.Nombre d'heures de travail en moyenne par semaine :
9. Combien de gardes de nuit faites-vous par mois ?:
- 11 . Nombre de semaines de vacances par an en moyenne ?
12. Est-ce que vous vous sentez reposé(e) après les vacances ?
- 13.Est-ce que vous avez l'impression de gérer votre travail selon votre propre vision ?
- 14.Est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin
- 15.de la part de qui ?

16. Comment est votre état de santé général ?
.....
.....
17. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?
.....
.....

- 18.Souffrez-vous d'un trouble psychique ?
.....
.....

Test d'Inventaire de Burnout de MASLACH - MBI –

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en couchant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

		0	1	2	3	4	5	6
01	Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
02	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
03	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
04	Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
05	Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets							
06	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
07	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
08	Je sens que je craque à cause de mon travail							
09	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10	Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12	Je me sens plein(e) d'énergie							
13	Je me sens frustré(e) par mon travail							
14	Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18	Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves							

19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20	Je me sens au bout du rouleau							
21	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22	J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Questionnaire de Coping (Vitaliano et al, 1985, adap. PAULHAN et al., 1994)

Indiquez pour chacun des comportements ci-dessous si vous l'avez utilisé pour faire face à une situation stressante en couchant le chiffre correspondant avec :

1= presque jamais

2 =parfois

3 =souvent

4= presque toujours

		1	2	3	4
1	J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2	J'ai souhaité être plus fort, plus optimiste et décisif				
3	J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4	Je me suis battu pour ce que je voulais				
5	J'ai échangé positivement				
6	J'ai pris les choses une par une				
7	J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé				
8	Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème				
9	Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
10	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
11	J'ai espéré qu'un miracle se produise				
12	Je suis sorti plus fort de la situation				
13	J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir				
14	Je me suis culpabilisé				
15	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16	J'ai négocié pour obtenir quelque chose de positif de la situation				
17	J'ai rêvé ou imaginé un endroit ou un temps meilleur que celui où j'étais				
18	J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
19	J'ai refusé de croire que ça s'était réellement passé				
20	J'ai pris conscience que j'avais moi-même créé le problème				
21	J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22	J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
23	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
24	J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
25	J'ai essayé de tout oublier				
26	J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
27	Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				

28	J'ai modifié quelque chose en moi afin de mieux supporter la situation				
29	Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				