

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية
دراسات ما بعد التدرج
المدرسة الدكتورالية دراسة الجماعات والمؤسسات

الموضوع

الاحترق النفسي وعلاقته بحافعية الإنجاز لدى أعضاء
الفريق الطبي

دراسة ميدانية بمستشفى مستغانم

المؤطر

الأستاذ الدكتور مزيان محمد

إمضاء الطالبة

شرقي حورية

السنة الجامعية 2009-2010

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

« وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا »

صدق الله العظيم

« سورة : طه , الآية : 114 »

يا رب

لا تدعنا نصاب بالغرور إذا نجحنا

ولا نصاب باليأس إذا فشلنا

بل ذكرنا دائماً بأن الفشل

هو التجارب التي تسبق النجاح

كلمة شكر

الحمد لله رب العالمين الذي بعونه وقدرته تم إنجاز هذا العمل والصلاة والسلام على نبينا الحبيب نبي الهدى والرحمة محمد صلى الله عليه وسلم.

أما بعد

أتقدم بالشكر إلى كل أساتذة كلية العلوم الاجتماعية ونخص بالذكر أساتذة قسم

علم النفس بجامعة وهران وجامعة مستغانم.

محمد علي تقبله ليجثنا. كما أشكر الأستاذ المشرف الدكتور مزيان

وأشكر الأستاذ الدكتور كحلولة مراد منسق المدرسة الدكتورالية الذي لم يبخل

علينا بإرشاداته الثمينة.

وأشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد.

كما أشكر كل من علمنا وأثار سبل العلم أمامنا حرووبنا.

" والله نسأل أن يهدينا سبيل السداد، ويلمنا التوفيق والرشاد "

الإهداء

أهدي ثمرة جمدي المتواضع

إلى والدي الكريمين

مع تمنياتي لهما بالصحة والرخاء

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة الاحتراق النفسي وعلاقته بدافعية الانجاز وبعض المتغيرات الديمغرافية والمهنية (السن, والجنس, والتخصص المهني), وذلك لدى ثلاثة فرق علاجية بمستشفى مستغانم, وقد تكونت عينة الدراسة من 50 فردا, حيث تم هما مقياس اختيارها بطريقة حصصية, وللتحقق من أهداف الدراسة تم استخدام مقياسين, ويتضمن 22 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: (1) بعدد (MBI) ماسلاك للاحتراق النفسي (الإنهاك الانفعالي, 2) بعد تبدل الشعور, (3) بعد نقص الإنجاز الشخصي. والمقياس الثاني هو مقياس دافعية الإنجاز لعبد الرحمن صالح الأزرق .

ويمكن تلخيص أهم نتائج هذه الدراسة على النحو التالي:

أولاً: أثبتت نتائج الدراسة من خلال تطبيق مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي وجود درجات متوسطة من الاحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة المتمثلة في الإجهاد الانفعالي والتبدل الاحساسى والإنجاز الشخصي لدى العاملين بالمؤسسة الطبية.

ثانياً: أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود ارتباط غير دال بين دافعية الانجاز وبعدي الإنهاك الانفعالي والتبدل الاحساسى ووجود ارتباط دال بين دافعية الانجاز وبعدي الإنجاز الشخصي لدى أعضاء الفريق الطبي.

ثالثاً: تبين من البحث وجود اختلافات بين أفراد العينة حسب المتغيرات الفردية والمهنية, وثبت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة وكل من المتغيرات التالية: الجنس, السن والتخصص المهني .

فهرس المحتويات

- أ. آية قرآنية -
- ب. كلمة شكر -
- ج. الإهداء -
- د. ملخص البحث -
- هـ. فهرس المحتويات -
- و. فهرس الجداول -
- ز. فهرس الأشكال -

الفصل الأول - تقديم الدراسة

- 02. المقدمة العامة -
- 04. إشكالية البحث -
- 06. فروض البحث -
- 06. أهمية البحث -
- 07. دواعي اختيار البحث -
- 07. هدف البحث -
- 08. المفاهيم الإجرائية -

الجانب النظري

الفصل الثاني - تكوين الفريق العلاجي ومتطلبات العمل الجماعي

- 11. تمهيد -
- 11 1- مبادئ في تكوين الجماعة
- 11 1 1 - عناصر تكوين الجماعة
- 12 1 2 - خصائص الجماعة
- 13 1 3 - بناء الجماعة

- 14 4 1 - مستوى طموح الجماعة
- 15 5 1 - تماسك الجماعة
- 16 6 1 - عوامل تماسك الجماعة
- 17 7 1 - المركز والدور داخل الجماعة
- 17 8 1 - مشكلات الدور
- 18 9 1 - القيادة وتحقيق الهدف
- 20 10 1 - التكامل داخل الجماعة
- 21 11 1 - دور الاتصال داخل الجماعة
- 23 12 1 - العلاقات الإنسانية في مجال العمل
- 24 13 1 - الجماعة الرسمية
- 25 2- تطبيق مفهوم الفريق في المجال الطبي
- 25 2-1- تعريف الفريق العلاجي
- 26 2-2- أسس العمل ضمن فريق علاجي
- 27 2-3- أعضاء الفريق العلاجي
- 31 2-4- صفات أعضاء الفريق العلاجي
- 31 3- تعريف المؤسسة الطبية
- 32 3-1- مكونات الخدمات الطبية
- 33 3-2- مبادئ الخدمات الطبية
- 34 3-3- أخلاقيات المهنة في المجال الطبي
- 35 - خاتمة الفصل

الفصل الثالث - الاحتراق النفسي لدى أعضاء الفريق العلاجي

- 37 - تمهيد
- 38 1- الضغوط النفسية
- 38 1-1- تعريف الضغوط النفسية
- 39 1-2- أهم النظريات المفسرة للضغوط

| | |
|---------|---|
| 42..... | 1-3- أساليب التعرف على ضغوط العمل |
| 42..... | 2- الاحتراق النفسي و الضغوط |
| 45..... | 3- تعريف الاحتراق النفسي |
| 52..... | 4- أهم رواد الاحتراق النفسي |
| 53..... | 5- أعراض الاحتراق النفسي |
| 56..... | 6- مراحل الاحتراق النفسي |
| 58..... | 7- أسباب الاحتراق النفسي |
| 62..... | 7-1- أسباب الاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين |
| 64..... | 8- الدراسات السابقة |
| 69..... | 9- الوقاية وعلاج الاحتراق النفسي |
| 74..... | - خاتمة الفصل |

الفصل الرابع - دافعية الإنجاز

| | |
|---------|-----------------------------------|
| 77..... | - تمهيد |
| 77..... | 1- تعريف الدافعية |
| 78..... | 2- وظائف الدافعية |
| 79..... | 3- المفاهيم المرتبطة بالدافعية |
| 80..... | 4- أنواع الدوافع |
| 81..... | 5- تعريف الدافع للإنجاز |
| 83..... | 6- سمات الشخصية الانجازية |
| 83..... | 7- النظريات المفسرة لدافع للإنجاز |
| 86..... | 8- طرق قياس الدافعية للإنجاز |
| 88..... | - خاتمة الفصل |

الجانب الميداني

الفصل الخامس

| | |
|----------|--------------------------------|
| 92..... | - تمهيد |
| 92..... | 1- منهج الدراسة |
| 92..... | 2- حدود الدراسة |
| 93..... | 3- متغيرات الدراسة |
| 93..... | 4- الدراسة الاستطلاعية |
| 94..... | 5- أدوات الدراسة |
| 101..... | 6- عينة الدراسة |
| 102..... | 7- حجم العينة |
| 105..... | 8- الأساليب المعالجة الإحصائية |

الفصل السادس - عرض وتحليل نتائج الدراسة

| | |
|----------|---|
| 107..... | - تمهيد |
| 107..... | أولاً- عرض وتحليل نتائج الدراسة |
| 107..... | 1- تحليل المعطيات بالنسب المئوية والمتوسط |
| 115..... | 2- عرض وتفسير فروض الدراسة |
| 122..... | ثانياً- عرض وتحليل نتائج المقابلة |
| 128..... | - خاتمة |
| 129..... | - توصيات |
| 131..... | - المراجع |
| 141..... | - الملاحق |

فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|--|---------------|
| 53 | أعراض الاحترق النفسي | جدول رقم (1) |
| 96 | تصنيف درجات الاحترق النفسي لمقياس ماسلاك | جدول رقم (2) |
| 102 | توزيع العاملين الصحيين المستجيبين للدراسة | جدول رقم (3) |
| 102 | توزيع العينة حسب نوع الفريق العلاجي | جدول رقم (4) |
| 103 | توزيع العينة حسب الرتبة في العمل | جدول رقم (5) |
| 103 | توزيع العينة حسب الجنس | جدول رقم (6) |
| 104 | توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية | جدول رقم (7) |
| 104 | توزيع العينة حسب الفئات العمرية | جدول رقم (8) |
| 104 | توزيع العينة حسب سنوات الخبرة | جدول رقم (9) |
| 107 | توزيع درجات الأفراد على مقياس ماسلاك للاحتراق | جدول رقم (10) |
| 108 | المستوى العام للاحتراق النفسي | جدول رقم (11) |
| 109 | درجات الإنهاك الانفعالي بالنسبة للجنسين | جدول رقم (12) |
| 109 | درجات التبلد الاحساسي بالنسبة للجنسين | جدول رقم (13) |
| 110 | درجات الإنجاز الشخصي بالنسبة للجنسين | جدول رقم (14) |
| 110 | المتوسط الحسابي لدرجات الاحترق النفسي للجنسين. | جدول رقم (15) |
| 111 | درجات الإنهاك الانفعالي حسب الفئات العمرية | جدول رقم (16) |
| 111 | درجات التبلد الاحساسي حسب الفئات العمرية | جدول رقم (17) |
| 112 | درجات الإنجاز الشخصي حسب الفئات العمرية | جدول رقم (18) |
| 112 | المتوسط الحسابي لدرجات الاحترق النفسي حسب الفئات العمرية | جدول رقم (19) |
| 113 | درجات الإنهاك الانفعالي حسب التخصص | جدول رقم (20) |
| 114 | درجات التبلد الاحساسي حسب التخصص | جدول رقم (21) |

| | | |
|-----|--|--------------|
| 114 | درجات الإنجاز الشخصي حسب التخصص | جدول رقم(22) |
| 115 | المتوسط الحسابي لدرجات الاحتراق النفسي حسب التخصص | جدول رقم(23) |
| 116 | قيمة معامل ارتباط بيرسون بين دافعية الانجاز وأبعاد الاحتراق النفسي | جدول رقم(24) |
| 117 | اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث في أبعاد الاحتراق النفسي | جدول رقم(25) |
| 118 | الفروق بين الفئات العمرية في الإنهاك الانفعالي | جدول رقم(26) |
| 119 | الفروق بين الفئات العمرية في التبدل الاحساسي | جدول رقم(27) |
| 119 | الفروق بين الفئات العمرية في الإنجاز الشخصي | جدول رقم(28) |
| 120 | اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الأطباء والممرضين في أبعاد الاحتراق النفسي | جدول رقم(29) |
| 143 | استمارة التحكيم لمقياس الاحتراق النفسي | جدول رقم(30) |
| 146 | استمارة التحكيم لمقياس الدافع للإنجاز | جدول رقم(31) |
| 151 | مقياس الاحتراق النفسي | جدول رقم(32) |
| 154 | مقياس دافعية الانجاز | جدول رقم(33) |

فهرس الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|------------------------------------|-------------|
| 22 | أنماط الاتصال داخل الجماعة | شكل رقم (1) |
| 49 | مخطط مراحل الاحتراق النفسي لماسلاش | شكل رقم (2) |

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1- المقدمة العامة

تعتبر الرعاية الصحية مقياساً لتحديد المستوى الحضاري للأمم مثلها مثل الخدمات الأخرى، فهي تساهم بشكل مباشر في ضمان الخدمات الطبية ولذلك أنشئت المؤسسات الطبية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة، وتعمل على مساعدة المريض على الشفاء من أجل تحقيق التكيف والاندماج في المجتمع والتمتع بحياة أكثر صحة وسواء. إلا أنه لا يمكن إبراز فوائد الخدمات الطبية ما لم نعرف الأفراد القائمين بها، والذين يشكلون رغم اختلاف تخصصاتهم فريقاً علاجياً موحداً، بحيث يسعى كل منهم لتحقيق أهداف المؤسسة والأهداف العلاجية .

ولكن أعضاء هذا الفريق قد يتعرضون أحياناً إلى عدة مشكلات واضطرابات تؤثر على حياتهم وتوافقهم المهني كالضغوط النفسية، والتي تؤدي في حالة استمرارها إلى حدوث ما يعرف بالاحتراق النفسي كاستجابة سلبية لضغوط العمل، وللظروف الصعبة المحيطة بهم، وخاصة عندما لا تتوفر في الفرد الخصائص النفسية والشخصية التي تمكنه من التعامل مع المواقف الضاغطة ومما يزيد الأمر سوءاً عدم وعي الفرد بمضارها وعدم القدرة على التعامل الفعال مع هذه المواقف.

من هنا برزت الحاجة إلى تسليط الضوء على موضوع الاحتراق النفسي الذي يعد إحدى نتائج الأزمات النفسية الخطيرة على العاملين في المؤسسات الطبية. وانقسمت الدراسة إلى الجانبين:

أولاً: الجانب النظري: احتوى على أربعة فصول:

الفصل الأول: واحتوى على أهداف وأهمية البحث، حيث تم عرض إشكالية وفروض البحث، إضافة إلى التعريف بمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني: تضمن تكوين الفريق العلاجي من مبادئ عامة في تكوين الجماعة وبنائها الداخلي من تماسك ونظام القيادة والتكامل والاتصال إلى العلاقات في مجال العمل والجماعة الرسمية، ثم تطبيق مفهوم الفريق في المجال الطبي، فعرضنا مفهوم الفريق العلاجي وأسس العمل ضمنه وأعضائه مع صفاتهم، مع تعريف للمؤسسة الطبية ومبادئ خدماتها وذكر أخلاقيات المهنة التي تحكم الممارسة الطبية.

الفصل الثالث: وتناولنا فيه ظاهرة الاحتراق النفسي من خلال تعريفات لعدة منظرين, وذكر أسبابه, وأعراضه, ومظاهره, وعلاقته بالضغوط النفسية, ثم أهم طرق تخفيف وعلاج الاحتراق النفسي.

الفصل الرابع: وعرضنا فيه تعريف الدافعية بشكل عام ودافعية الإنجاز بشكل خاص, مع أهم خصائص الشخصية الانجازية.

ثانيا: الجانب التطبيقي:

ويحتوي على ذكر لمنهجية وحدود الدراسة والأدوات المستخدمة فيها, والأساليب الإحصائية المتبعة, ثم عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها.

2- مشكلة الدراسة

تعتبر المؤسسة الطبية من بين الجماعات الرسمية في المجتمع التي تسعى لتحقيق أهدافها العلاجية, وإن تبني فريق عمل متكامل داخلها يعتبر من أهم الأسس التي تساعد في تحقيق أهدافها .

وهذا الفريق يجمع بين كل التخصصات اللازمة لمساعدة المرضى, فالطبيب هو أساس نجاح العلاج الطبي وأخصائيو التمريض لتقديم خدماتهم التمريضية والأخصائي النفسي لإشباع حاجات المرضى النفسية والأخصائي الاجتماعي لتقديم خدماته الاجتماعية إلى غيرها من التخصصات الأخرى التي تتطلبها كل مؤسسة طبية حسب طبيعة خدماتها العلاجية.

ونظرا لأن أعضاء الفريق العلاجي كغيرهم من العاملين في المجالات الأخرى يتأثرون بالأوضاع التي تحدث في مجتمعهم وما ينتج عنها من ظروف ومواقف وعلاقات قد لا تكون دائما في صالحهم, مما قد يؤدي بهم إلى عدم الاتزان في مهنتهم وعدم القدرة على التلاؤم مع المحيط الذي يتعاملون معه, فيكون ذلك سببا في إحداث أتعاب نفسية وجسدية, والتي تؤدي إلى حالة من الإنهاك البدني والعقلي والانفعالي والدافعي نتيجة للزيادة المستمرة في الأعباء والمتطلبات الواقعة على كاهل الفرد وعدم مقدرته على تحملها, ولاسيما عندما لا تتطابق الطموحات مع الواقع الفعلي الذي يستطيع تحقيقه بالفعل.

وإن العمل مع المرضى يأتي في مقدمة المهن التي يمكن أن تخلق مشاعر الإحباط لدى العاملين لما تقتضيه هذه المهن من متطلبات وإلتزامات مع فئات متنوعة من المرضى, الأمر الذي من شأنه أن يولد لدى هؤلاء العاملين الشعور بالضغط النفسية والمهنية مما قد يكون له الأثر السلبي على حياتهم النفسية والاجتماعية والمهنية .

حيث يشكل الاحتراق النفسي أحد المخاطر المهنية التي تتطور لدى الأفراد الذين يعملون مع الفئات التي تحتاج إلى المساعدة, فهو من المشاكل التي تحدث بشكل خاص مع الأطباء والمرضات, وغيرهم من العاملين مع المرضى والأفراد الذين يواجهون الموت.¹

¹ - شيلي تايلور, علم النفس الصحي, الطبعة الأولى, ترجمة د.وسام درويش بريك, فوزي شاكر داود, (الأردن: جامعة عمان الأهلية, 2008), ص506.

ومن خلال الدراسات السابقة، نجد أنها اهتمت في البداية بدراسة الاحتراق النفسي من خلال أسبابه وتأثيراته وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية، ثم تطرقت بعد ذلك إلى إدراك أهمية دراسة شخصية الفرد في علاقتها بالاحتراق النفسي منها: دراسات عصام هاشم أحمد (2001)، والتي توصلت إلى وجود فروق دالة بين المحترقين نفسيًا وغير المحترقين نفسيًا في بعض سمات الشخصية، ودراسة بيتلر وكونستاننتين Butler & Constantin (2005)، حيث أظهرت وجود ارتباط دال سالب بين الاحتراق النفسي وتقدير الذات.² وغيرها من الدراسات التي تناولت العلاقة بين الاحتراق النفسي ومتغيرات الشخصية فبعض الأفراد لديهم سمات شخصية تجعلهم أكثر عرضة للضغوط، وأكثر تأثرًا بها، على العكس من غيرهم، الذين لا يبالون بما قد يعترضهم من مواقف ضاغطة. وذلك لما يتسمون به من سمات وخصائص نفسية للتعامل مع العقبات والمواقف التي تواجههم، فتجنبهم المعاناة من الاحتراق النفسي.

ويعتبر الدافع للإنجاز مكونًا مهمًا من مكونات الشخصية حيث يعرفه علماء النفس بأنه (الرغبة في الأداء الجيد في شئون الحياة وفي العمل). ويتميز ذوو دافع للإنجاز المرتفع بأنهم يعملون بشدة في كل شيء يتحملون مسؤوليته ويخططون في معظم الأحيان لبذل أقصى ما في وسعهم. ويؤكد الكثير من الباحثين على أن دافعية الإنجاز العالية تحفز أفرادها على مواجهة المشكلة والتصدي لها، ومحاولة حلها والتغلب على كل الصعوبات والعقبات التي تعترضهم. وأن هذه الفئة من الأفراد تعمل على أداء المهمات المعتدلة الصعوبة وهم مسرورون، ويبدون موجهين نحو العمل بهمة عالية، وعلى العكس من ذلك فإن منخفضي دافعية الإنجاز يتجنبون المشكلات، وسرعان ما يتوقفون عن حلها عندما يواجهون المصاعب.

وفي دراستنا الحالية سنلقي الضوء على مستويات الاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين ببعض الأقسام الطبية بمستشفى مستغانم ويمكن حصر إشكالية البحث فيما يلي:

² - نشوة كرم عمار أبو بكر دردير، الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط أ، ب وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير في التربية تخصص صحة نفسية، قسم علم النفس التربوي والصحة النفسية، (جامعة الفيوم:كلية التربية، 2007)، ص 06 .

- س1- هل هناك علاقة بين الاحتراق النفسي ودافعية الإنجاز لدى أعضاء الفريق العلاجي؟
- س2- هل يوجد فارق دال إحصائياً في الاحتراق النفسي على مستوى متغير الجنس؟
- س3- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي على مستوى متغير السن؟
- س4- هل توجد فروق في الاحتراق النفسي وفقاً لمتغير التخصص؟

3- فروض الدراسة:

- هناك علاقة ارتباطية دالة سالبة بين الاحتراق النفسي ودافعية الانجاز.
- يوجد فارق دال في الاحتراق النفسي وفقاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي وفقاً لمتغير السن .
- توجد فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي وفقاً لمتغير التخصص.

4- أهمية البحث

يعتبر موضوع الاحتراق النفسي من المواضيع الحديثة التي تشغل العديد من المختصين في مجالات مختلفة كعلم النفس والطب وغيرها, حيث يظهر في كثير من المهن ذات الطابع الإنساني, كما أن موضوع الاحتراق النفسي ليس موضوعاً ثانوياً يمكن الغض من خطورته, بل هو موضوع شائك وحيوي ويؤثر سلباً في أداء الأفراد, لذا سيظل في حاجة إلى المزيد من الاجتهادات والرؤى لتزويد قدرة الفرد على التفاعل المهني والذي هو أساس البناء والنهضة.

ونعتبر موضوع بحثنا ذو أهمية نظراً لقلّة الدراسات والبحوث التي تناولت الاحتراق النفسي في علاقته بمتغيرات أخرى كالدافعية وهذا ما تناولناه في بحثنا. كما تظهر أهمية الدراسة في إبراز مدى تفاعل أعضاء الفرقة العلاجية أو ما يسمى بالعلاقات المهنية داخل المؤسسة الطبية .

وتكمن أهميتها أيضاً في التعرف على الاحتراق مما يؤدي إلى زيادة وعي العامل الطبي بنفسه وبحالته ولتحاول معرفة مدى إحساسه بالاحتراق في الوقت الحالي , حتى يستطيع أن يتعرف على الأسباب التي تؤدي إليه ويستطيع التغلب عليها.

5- دواعي اختيار موضوع البحث:

- التطور العلمي والتكنولوجي في المجال الطبي وحاجة المجتمع لمعرفة بعض العوامل المؤثرة في أداء الفرق العلاجية وذلك من أجل تطوير هذا القطاع الحساس في المجتمع وهو قطاع الخدمات العلاجية.
- حاجة البلاد إلى البحث العلمي في المجالات الإنسانية لفهم الدوافع والآليات التي تحرك الإنسان بهدف وضع خطط ليرتقي إلى مراتب أعلى.
- الإطلاع على إحدى مجالات تدخل الأخصائي النفسي وهو المجال الطبي.

6- أهداف البحث:

- تهدف دراستنا لموضوع الاحتراق النفسي في علاقته بدافعية الإنجاز لدى أعضاء الفريق العلاجي على ما يلي:
- بحث علاقة الاحتراق النفسي بدافعية الإنجاز.
- دراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديمغرافية والمهنية كالسن والجنس، والتخصص المهني.
- الاستبصار بالضغوط المهنية التي تتعرض لها بعض الفرق الطبية والتي تؤدي إمكانية الوصول إلى حالة الاحتراق النفسي.
- الإطلاع على العلاقات داخل المؤسسة الطبية ما بين الأعضاء والمريض والأعضاء مع بعضهم ومع الإدارة وغيرها من العلاقات.

7- المفاهيم الإجرائية:

- **الاحتراق النفسي:** بعد الإطلاع على التعريفات النظرية لبعض الباحثين يمكن أن نستنتج أن الاحتراق النفسي هو "استجابة نفسية للضغوط التي يتعرض لها الفرد في العمل سواء كان ذلك متعلقا ببيئة العمل بشكل عام أو بشخصية الفرد بحد ذاتها, والذي يؤدي على كل حال إلى آثار سلبية على العامل نفسه وعلى المؤسسة التي يعمل بها.

والاحتراق النفسي في هذا البحث هو الدرجة التي يحصل عليها أعضاء الفريق العلاجي على الأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش و جاكسون (MBI) للاحتراق النفسي المستخدم في هذه الدراسة.

- **دافعية الإنجاز:** عرف ماكلياند وزملاءه الدافع للإنجاز بأنه يشير إلى استعداد ثابت نسبيا في الشخصية يحدد مدى سعي الفرد ومثابرتة في سبيل تحقيق وبلوغ نجاح يترتب عليه نوع من الإرضاء. وذلك في المواقف التي تتضمن تقييم الأداء في ضوء مستوى محدد من الامتياز. كما عرفوا النشاط المنجز بأنه النشاط الذي يقوم به الفرد ويتوقع أن يتم بصورة ممتازة, وأنه محصلة الصراع بين هدفين متعارضين عند الفرد هما الميل نحو تحقيق النجاح, والميل إلى تحاشي الفشل.³

ومن خلال التعريف السابق لمفهوم الدافعية للإنجاز تحدد تناولنا لمفهوم الدافعية : استعداد الفرد للسعي نحو التفوق لتحقيق أهداف معينة, والمثابرة للتغلب على العقبات والمشكلات التي قد تواجهه, والتخطيط للمستقبل وإدراك الفرد لأهمية الزمن.

-**الفريق العلاجي:** نقصد به الأفراد القائمين بالعناية بالمريض وعلاجه كل حسب تخصصه, وهم أفراد متواجدين في المؤسسات الطبية, ويختلف الفريق العلاجي باختلاف نوعية خدماته وباختلاف المرضى والأمراض.

ويشير مفهوم الفريق إلى ضرورة تبني لنظام مرن يتيح للأعضاء فرصة التعاون وتبادل المعلومات والخبرات مع الإبقاء على حدود كل مهنة أو تخصص.

³- عبد اللطيف محمد خليفة, الدافعية للإنجاز, (القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر, 2000), ص 89.

الجانب النظري

الفصل الثاني

تكوين الفريق العلاجي ومتطلبات العمل الجماعي

تمهيد

1- مبادئ في تكوين الجماعة

1-1- عناصر تكوين الجماعة

1-2- خصائص الجماعة

1-3- بناء الجماعة

1-4- مستوى طموح الجماعة

1-5- تماسك الجماعة

1-6- عوامل تماسك الجماعة

1-7- المركز والدور في الجماعة

1-8- مشكلات الدور

1-9- القيادة و تحقيق الهدف

1-10- التكامل داخل الجماعة

1-11- دور الاتصال داخل الجماعة

1-12- العلاقات الإنسانية في مجال العمل

1-13- الجماعة الرسمية

2- تطبيق مفهوم الفريق في المجال الطبي

2-1- تعريف الفريق العلاجي وأسس العمل داخله

2-2- أعضاء الفريق العلاجي وصفاتهم

3- تعريف المؤسسة الطبية

3-1- مكونات ومبادئ الخدمات الطبية

3-2- أخلاقيات المهنة في المجال الطبي

خاتمة الفصل

تمهيد :

يتم تكوين الجماعة حسب تقليد منظم يشتمل على أسس معينة من اللوائح والقوانين المتضمنة لقواعد معينة وبنود محددة يلتزم بها كل المنتسبين إليها، ولا تخرج بأي حال من الأحوال عن الإجراءات التنظيمية التقليدية السائدة في المجتمع لتحقيق أهدافها التي تأسست وتكونت من أجلها ويمارس العمل في نطاقها وفق لوائح معينة منظمة لكل الأعضاء المنتمين لها وإذا نظرنا إلى المؤسسة الطبية كمنظمة - فإننا نجد أن لها بناء ولها وظيفة وهذا البناء يتساند أجزاءه وظيفيا لتحقيق أهدافها من خلال مجموعة وحدات هذا البناء الذي يطلق عليه التنظيم الإداري للمؤسسة الطبية، وتتميز هذه التنظيمات بخصائص معينة مثل تقسيم وتوزيع السلطة والاتصال لا يقوم على العفوية أو العشوائية، بل على التصميم بعناية للوفاء بأهداف معينة، إلى جانب وجود مركز قوي أو أكثر من مركز يتحكم ويسيطر على نشاط التنظيم ويوجهه لتحقيق أهدافه .

1- مبادئ في تكوين الجماعة : (*)

إن الجماعة تشير إلى عدد من الأفراد يشتركون في معايير أو قيم معينة، وتتداخل أدوارهم داخل الجماعة بحيث أن أي تغيير في أحدها ينجم عنه تغيير في الأدوار الأخرى - فأساس تكوين الجماعة هو وجود علاقات متبادلة بين الأفراد، تؤدي إلى الاتفاق على معايير خاصة بهم توجه استجاباتهم وسلوكهم في المواقف المختلفة، ويعتبر وجود هدف موحد للأعضاء من أهم الشروط تكوين الجماعة، حيث يسعى الجميع لتحقيقه خلال تفاعلهم مع بعضهم، وكل عضو منهم يتقبل الآخر في جو من التفاهم لأنه يشعر بانتمائه للجماعة الأمر الذي يدفعه لبذل قصارى جهده في إنجاح العمل داخلها وتقديمه⁴. وسنتناول فيما يلي بعض المواضيع الأساسية في تكوين أي جماعة:

1-1- عناصر تكوين الجماعة:

لا يمكن لأي جماعة أن تتكون دون أن يتوفر عدد من العناصر اللازمة لهذا التكوين، وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر حول هذه العناصر إلا أنها لا تخرج في مجموعها

(*) لقد تناولنا من مبادئ الجماعة المواضيع التي لها دلالة بالنسبة لموضوع البحث .

⁴ - ماهر محمود عمر، سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003)، ص 324.

عن بنود ثابتة ومحددة يشترط توافرها عند تكوين أية جماعة مهما كان تعريفها، أو على أي شكل كان تصنيفها، وفيما يلي سرد لهذه العناصر:

1-1-1- **الهدف المشترك:** لا يمكن لأي جماعة أن تتكون دون أن يكون لها هدف مشترك يلتف حوله الأفراد المكونون لها حيث يسعى كل منهم لتحقيقه بأعلى قدر من الدافعية، ولا سيما إذا كان هدفاً موحداً بالنسبة لهم جميعاً والذي من أجله ينكر كل منهم ذاته وتطلعاته الشخصية التي قد تختلف عن غيره داخل الجماعة وذلك في سبيل إنجاز أعمالها الكلية وتحقيق أهدافها المشتركة .

1-1-2- **عدد من الأشخاص:** من الثابت في كل التعاريف التي تناولت تكوين الجماعة أنها تتكون على الأقل من شخصين أو ثلاثة أشخاص كحد أدنى لها .

1-1-3- **التفاعل الدينامي:** لن تستطيع الجماعة أن تخطو خطوة واحدة نحو تحقيق أهدافها، ولن يتسنى لها الاستمرار في أعمالها ما لم يكن هناك تفاعل دينامي بين أعضائها بحيث يساعد كل منهم الآخر على فهم أدوارهم داخل الجماعة في نمط من العلاقات التي تربطهم مع بعضهم بما يدعم مبادئ التعلم والتقبل من أجل المحافظة على استمرارية الجماعة وتقديمها لتحقيق أهدافها .

1-1-4- **نمط العضوية:** قد تكون عضوية الأفراد لجماعة ما إجبارية بحيث تفرض عليهم دون أن يكون لهم رغبة في الانضمام إليها مما يقلل من دافعيتهم للإنجاز فيها، وعندما تكون عضوية الأفراد في جماعة ما اختيارية بناءً على رغبتهم في الانتماء إليها، فإن ذلك يدعم قبولهم لأدوارهم مما يجعلهم أكثر انفتاحاً، ومن ثم تتماسك الجماعة ويتلاحم أعضائها وتستمر إنجازاتها .

1-1-5- **نظم من العلاقات:** إن الأساس الثاني بعد وجود الأشخاص والذي يبنى عليه تكوين الجماعة يتمثل في وجود نظم من العلاقات تربطهم مع بعضهم في صلات وتفاعلات دينامية تسهم في تدعيم عضويتهم من أجل تحقيق أهدافهم المشتركة.¹

1-2- خصائص الجماعة :

يمكن تلخيص الخصائص السيكولوجية والاجتماعية للجماعة في الآتي:

¹ - ماهر محمود عمر، نفس المرجع السابق، ص 325 .

- الهوية أو الشخصية الاعتبارية، فكل جماعة تتمتع بمجموعة من الخصائص مثل الأهداف التي تسعى إليها ، أو القيم والقواعد السلوكية التي توجه سلوك أعضائها، وتحدد هوية الجماعة عدد الأفراد الذين ينتمون إليها أو مهنتهم أو تخصصاتهم .

- الجماعة لا بد أن تكون منظمة لتوفر وسائل الاتصال فيها ولتوفر مواضع السلطات، وفي الجماعة بناء داخلي يحدد المراكز والأدوار. ويقصد بالمركز الأوضاع أو المراتب التي يتخذها الأشخاص كل إزاء الآخر مثل علاقة الطبيب بالمريض .

أما الدور فهو الحقوق والالتزامات والتي تعتبر المكونات الأساسية للمراكز، وتوزع الجماعة على أعضائها أدوارا يلعبونها ويلتزمون بها في علاقاتهم ومعاملاتهم مع الآخرين.

- هناك اتصال دائم ومستمر بين أعضاء الجماعة، يتبادلون عن طريقه قدرا من المعلومات وقد يأخذ هذا الاتصال شكلا رسميا، وقد يسلك قنوات غير رسمية .⁵

1-3- بناء الجماعة:

يقصد ببناء الجماعة تركيب الجماعة من جوانب متعددة مثل عدد أعضائها أو حجمها أو جنسهم وأعمارهم وعلاقاتهم وتفاعلهم الاجتماعي، والمراكز والأدوار الاجتماعية.

وبناء الجماعة على أساس التفاعل بين أفرادها إذ تدفعهم دوافع مشتركة وجهود متضافرة لتحقيق أهداف الجماعة العامة وأهداف الأفراد الخاصة وإشباع رغباتهم، فيقوم كل فرد بدوره ومسئوليته وتعاونه مع الأفراد الآخرين.

ويتأثر بناء الجماعة بعدد من العوامل: كالعوامل البيئية الطبيعية والاجتماعية مثل: مكان الجماعة وموقعها، وسائل الاتصال بين أفرادها، حجم الجماعة، والتركيب الطبيعي والعنصري، ونوع التفاعل الدائر داخل الجماعة، ونوع القيادة...

ولا يتم بناء الجماعة إلا بانتظام أعضائها في وظائف متدرجة فيقوم كل عضو بدوره المنوط به.

وهناك بعض الأفراد أقدر على أداء بعض الأعمال من غيرهم. فالتدرج في القيام بالوظائف داخل الجماعة يؤدي إلى تماسك الجماعة وقد يكون هذا التدرج مصدر توتر

⁵- حسين عبد الرحمن رشوان، العلاقات الإنسانية في مجالات علم النفس، علم الاجتماع، علم الإدارة، (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1997)، ص134.

نفسى فى العلاقات بين الأعضاء وبالتالى قد يكون مصدرا لاختلال التوازن فى الجماعة، فأفراد الجماعة ذوي المكانة العالية فى الجماعة غالبا ما يتمتعون بقدر أكبر من الحرية فى توجيه النقد، وهم يحدون من اتصالاتهم بالأفراد ذوي المكانة المنخفضة، فى حين نجد أن الأفراد ذوي المكانة المنخفضة يقل تأثيرهم على الأفراد ذوي المكانة العالية، كما أنهم يشعرون بتهديد دائم لحرمتهم وقد يسلكون مسلكا دفاعيا يقلل من التوتر لديهم، فقد يتقربون مثلا من أصحاب المكانات العالية، أو يبالغون فى تقدير ميل هؤلاء إليهم ويحاولون الاستحواذ على رضاهم.

ويمكن أن يبرز هذان أساسيان لبناء الجماعة:

- 1- الكفاءة الموضوعية للجماعة، أى مدى تحقيق الأهداف الجماعية.
- 2- الكفاءة الذاتية للجماعة، أى مدى نجاح الجماعة فى إشباع حاجات أفرادها ويتحقق هذا بقيام الأفراد بأدوار متعددة، وبالمشاركة والتعاون فى اقتراح الحلول، ولا يكون حل مشكلات الجماعة بفرض الأمر الواقع والقسر.⁶

1-4- مستوى طموح الجماعة:

يشير مستوى طموح الجماعة إلى "المعيار الذى يقيم به أعضاؤها مدى نجاحهم أو فشلهم فى إنجاز مهمة معينة" (Drevers, 1953)، أو هو مستوى الأداء الذى يتوقعه الأفراد لأنفسهم وهم بصدد إنجاز مهمة معينة (shaw, 1977).

وقد عنى عدد من الباحثين بدراسة المتغيرات والظروف التى تؤثر فى مستوى طموح الجماعة، وانتهى معظمهم إلى أن مرور الجماعة بخبرات ناجحة يرفع مستوى طموحها فى المحاولات التالية، والعكس صحيح، إذ يؤدي الإحباط إلى خفض مستوى طموح الجماعة أو ضعف آمالها. كذلك تبين أن مستوى طموح الجماعات المتماسكة يزداد لتمييزها بدافعية عالية للإنجاز.

ويلخص أحد الباحثين تأثير عدد كبير من المتغيرات فى مستوى طموح الجماعة، فى صورة مبادئ عامة، أو صيغ تقريرية :

⁶- خليل ميخائيل معوض، علم النفس الاجتماعى، (الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، 2003)، ص 94.

أ) يرتفع مستوى طموح الجماعة كلما تزايدت احتمالات النجاح في المهمة المكلفة بها،
وحيث تكون هذه المهمة على قدر كبير من الجاذبية والأهمية للأفراد.

ب) يزداد حرص الأعضاء على نجاح الجماعة عندما يدركون مسؤولياتهم عن
مصيرها، وفي هذه الحالة يميلون إلى تبني أهداف متوسطة الصعوبة تكفل قدرا مرضيا من
النجاح.

ج) تختلف دوافع الأفراد وهم بصدد تحديد أهداف الجماعة، فالبعض يسعى إلى تجنب
الفشل، ولذا يميلون إلى اختيار أهداف غاية في السهولة، لتقليل احتمالات الفشل، أو شديدة
الصعوبة حيث يلتمس لهم العذر إذا فشلوا فيها لصعوبتها، أما الأفراد الذين تحركهم الرغبة
في النجاح، فيفضلون الأهداف متوسطة الصعوبة .

د) تؤثر الضغوط الخارجية على تحديد مستوى طموح الجماعة. ويزداد تأثير تلك
الضغوط على الجماعات الفاشلة، بحيث تفقد حريتها في تحديد أهدافها بالمقارنة مع
الجماعات التي تنجح في تحقيق أهدافها.

و) يشعر أفراد الجماعات المتماسكة بالرضا عن انجازهم الخاص عندما تنجح جماعاتهم
في تحقيق أهدافها العامة، بينما يقيم أفراد الجماعات غير المتماسكة أداءهم الخاص، بغض
النظر عن توفيق أو إخفاق الجماعات التي ينتمون إليها (Zander, 1968).⁷

5-1_ تماسك الجماعة :

من المعروف أن شدة وفاعلية تأثير المعايير تختلف تبعا لمجموعة من العوامل تبدأ
بخصائص شخصية الفرد حتى خصائص الجماعة نفسها. ولقد حددا كارتراتيت و زاندر
Zander & Cartwright عددا من هذه العوامل الواقعية، وأهم هذه العوامل تماسك الجماعة
وهو الذي يعرف عادة بدرجة انجذاب الأعضاء للجماعة ويكون الانجذاب إذا مثلت
الجماعة مصدرا لإرضاء حاجاتهم، ونستطيع أن نستدل على تماسك الجماعة من:

- اختيار أعضاء الجماعة لبعضهم في مواقف العمل ومواقف الحياة خارج العمل .
- وقوف أعضاء الجماعة بجانب بعضهم في الظروف العصيبة .
- تمثل أعضاء الجماعة لقيمها وأوامرها ونواهيها.

⁷- زين العابدين درويش، علم النفس الاجتماعي، أسسه و تطبيقاته، (القااهرة: دار الفكر العربي، 1999)، ص145.

- قيام كل عضو من أعضاء الجماعة بدوره وعدم التصارع بين الأدوار.⁸

1-6- عوامل تماسك الجماعة :

يمكن تقسيمها إلى فئتين:

_الأولى : العوامل الاجتماعية العاطفية:

1- **جاذبية هدف مشترك:** ويتوقف على وضوحه ومطابقته للمستوى الوسطي لتطلعات أعضاء الجماعة.

2- **جاذبية الانتماء إلى الجماعة:** وهو يجمع بين مشاعر مختلفة حسب الحالة كعاطفة القوة أو التشامخ أو الطمأنينة والمحرك الرئيسي لهذه العواطف هو الاتصال والاتحاد .

3- **جاذبية العمل الجماعي:** حيث يعتبر مورد للإرضاء و الشعور بالتقدم .

4- **لعبة التجانس بين الأعضاء:** فتعلق شخص بجماعة ما يمكن أن يعود إلى انجذاب نحو بعض الأعضاء .

5- **إرضاء بعض الحاجات الشخصية:** حيث أنه يمكن للجماعة إرضاء بعض الحاجات التي تتطلب وجود الغير خصوصا السيطرة أو التبعية، وكذلك الدافع الإعتدائي، والرغبة في أن يصبح الفرد معروفا ومقبولا .

_الثانية: العوامل الاجتماعية الفعالة:

1- **توزيع الأدوار وتفصيلها:** فلا يمكن التكلم عن جماعة إلا عند وجود طريقة معينة للأدوار هي في وقت واحد، ذات علاقة متبادلة ومتممة وقادرة على العمل .

2- **سلوك الجماعة وأسلوب الزعامة:** مهما كان وضع الجماعة فإن سلوكها يعادل تماسكها، والجماعة لا تقوم إلا بدور رفيع لرئيس أو قائد لها.⁹

1-7- المركز والدور داخل الجماعة:

يحدد Linton أن الدور يمثل السلوك الخارجي والمظهر الديناميكي للمركز كما يعرفه Sargent بنموذج للسلوك الاجتماعي مطابق للمواقف وموجه وفق توقع ومطالب أعضاء

⁸- محمود السيد أبو النيل، علم النفس الاجتماعي، الجزء الثاني، الطبعة الثانية، (بيروت: دار النهضة العربية، 1978)، ص 303.

⁹ - جان ميزونوف، دينامية الجماعات، ترجمة فريد أنطونيوس، الطبعة الثالثة، (بيروت: منشورات عويدات، 1983)، ص 36.

الجماعة، ويرى Newcomb أن المجتمع يتحكم في أوضاعه بواسطة توزيع منهجي وعقلاني للأدوار.¹⁰

فكل شخص يرتبط بالآخر بطرق لها مستويات محددة تعتمد في تحديدها على أوضاعهم أو مراتبهم، ويمكن أن نعرف المركز بأنه الأوضاع أو المراتب التي يتخذها الأشخاص في المجتمع كل إزاء الآخر .

ويمكن تطبيق هذه المفاهيم في المجال الطبي- فمركز الطبيب يتطلب مجموعة من الأدوار حيث ينتظر منه رعاية المريض وتشخيص وعلاج جيد للمرض، واحترام زملائه في المهنة، وله حقوق: كحقه في أن يتعاون معه المريض وأن يسمح له باختيار علاجه وحقه في أن يطيعه الممرضين فيما يخص القرارات الطبية .

فالدور هو ما يتوقعه المجتمع من الفرد الذي يحتل مراكز معينة داخل الجماعة، ولعب الدور يختلف باختلاف القدرات والظروف التي تحيط بكل شخص.

ويشغل الأفراد وظائف في الأبنية الاجتماعية، والتي تنظم المجتمع، ولكل وظيفة من هذه الوظائف دور مناسب، وليس للفرد دور واحد، بل عدد من الأدوار التي تحدد سلوكه بالنسبة للأفراد المختلفين في المواقف المختلفة .¹¹

8-1 - مشكلات الدور: يمكن تلخيص بعض مشكلات الدور فيما يلي :

- **مشكلات غموض الدور:** تبدو هذه المشكلة واضحة عند انضمام الأفراد لجماعات جديدة، أو الالتحاق بعمل جديد، فنشعر بالضغط تحيط بنا، بسبب الخوف من ارتكاب الأخطاء أو بسبب عجز الإمكانيات المعرفية للسلوك الصحيح – فمثلا عند إدارة أي مؤسسة يقتضي ذلك رسم خطة العمل مع وضوح الأدوار فيحدد من الذي يعد التقارير، ومن يتحمل المسؤوليات، وغيرها فلا بد من تحديدها وتوزيع المسؤوليات بطريقة واضحة.

- **مشكلات الصراع بين الأدوار:** بعض الأدوار غير متعارضة ومنفصلة عن بعضها وتعمل في انسجام في حين نجد أدوارا متعارضة وقد تكون متزامنة، وبديهي أن الإنسان

¹⁰- موراود مرداسي، مواضيع علم النفس وعلم النفس الاجتماعي، (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2006)، ص157.

¹¹- محمود السيد أبو النيل، نفس المرجع السابق، ص103.

يحاول دائما تجنب أنماط الصراع في الدور ويسعى الفرد دائما أن يلعب كل دور بمفرده أو نلعب الأدوار المختلفة في مراحل متعددة ، وأن نحاول أن نفرص بين الأدوار في الزمان والمكان، لكن عندما يصبح من غير ممكن تأجيل أحد الأدوار فإننا نصبح في موقف ملزم للقيام به وترك الدور الآخر .

- **مشكلات الدور المناسب للشخصية:** ويطلق عليه صراع الشخصية، وقد يحدث هذا عندما يوجد تضارب أو تناقض ذاتي بين سمات الشخصية تناقض الاتجاهات والاهتمامات والمهارات، فكثير من الأشخاص قد تنقصهم القدرة على أن يلعبوا الدور بنجاح وذلك لأن القيم والاتجاهات لديهم متناقضة، ولا تتفق مع متطلبات الدور، فيصبح الصراع شديدا .

- **مشكلات تحميل الدور أكثر مما يطيق:** وهذا عندما يكون الدور يتطلب من الفرد أعمالا أكثر مما يتحمل، بحيث يصبح عاجزا على أداء الدور وتحمل الأعباء بمفرده، فالأفراد المثقلون بالأحمال الزائدة في الأدوار يتعرضون للإرهاق والمعاناة والضغط النفسية بسبب هذه الأثقال فهم يحاولون التخفيف من الالتزامات كلما أمكن ذلك.¹¹²

1-9- القيادة وتحقيق الهدف :

تعرف القيادة بأنها عملية تأثير متبادل وفعال يتم بين شخص قادر على ممارسة القيادة ومجموعة من الأشخاص يرتضون قيادته في ظل المواقف والظروف البيئية الاجتماعية بقصد تحقيق أهداف محددة ومتفق عليها فيما بين أعضاء الجماعة .

والقائد هو فرد له خصائص أهمها المكانة تؤهله للتأثير على غيره من أجل تحقيق أهداف الجماعة والقيادة كعمليات - أنشطة - تعتمد على القائد، والأتباع والموقف الذي يتفاعلون فيه، فالقائد وما يملكه من خصائص بما فيها الدوافع والإمكانيات المرتبطة بأهداف الجماعة، والأعضاء أيضا دوافعهم، إمكانياتهم، فضلا عن الموقف الذي يتضمن بعض المهام التي يجب إنجازها والأهداف المرغوبة والشروط الأخرى ذات العلاقة بذلك كلها تعتبر عوامل تؤثر على مفهوم القيادة وصياغة عناصره.¹³

وتتمثل أهم وظائف للقائد حسب كارتر في :

1- خليل ميخائيل معوض، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، (الإسكندرية: دار الفكر الجامعية، 1999)، ص154.

13- خير الله عمار، مبادئ علم النفس الاجتماعي، (الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1984)، ص 238.

- القيام بأعباء التخصص المهني والفني .
- معرفة المرؤوسين وإظهار الاهتمام بشؤونهم والسؤال عنهم ودوام الاتصال بالآخرين.
- تحمل المسؤولية الشخصية وضرب الأمثلة الحسنة .
- المبادأة والتوجيه في العمل .
- تدريب الأفراد كفريق
- اتخاذ القرارات.¹⁴
- ومن أهم أنماط القيادات المعروفة هي :
- **القائد الاستبدادي:**

- القائد الاستبدادي يركز السلطة والمسؤولية في يده وينفرد بوضع خطة العمل وأهدافه دون أن يشرك أو يستشير أحد .
- يفرض الأوامر ويصر على إطاعتها ويملي على الأعضاء خطوات العمل خطوة - خطوة, ولا يتسنى لهم عمل شيء من دونه .
- يعاقب كما يرى وكيف أراد فهو متباعد عن أفراد الجماعة .
- **القائد الفوضوي:**

- يترك لهم العمل والمسؤولية فلا يشترك معهم أو يوجههم في مناقشات أو اتخاذ القرارات أو حل المشكلات ونجاح أو فشل هذا النوع يعتمد على سمات الجماعة وطبيعة التفاعل الحادث فيها .
- **القائد الديمقراطي:**

- القيادة الديمقراطية هي القيادة الجماعية ومن أبرز صفاتها: أن الجماعة هي التي تتخذ القرارات وليس القائد بمفرده، فالقائد يشترك ويستشير ويوزع السلطة والمسؤولية ويشجع كل فرد على إبداء رأيه, كما أنه يضع المسؤولية في إطارها الواسع بين جميع الأفراد فالسلوك الجماعي للأعضاء قائم على التعاون والمشاركة.¹⁵

¹⁴- أحمد محمد صالح, ناجي محمد قاسم, مها هاشم, نبيلة مكاري, الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي, الجزء الأول, (الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب), ص 220 .

¹⁵ - عباس محمود عوض, رشاد صلاح الدمنهوري, علم النفس الاجتماعي, نظرياته وتطبيقاته, (دار المعرفة الجامعية, 2003), ص 149.

1- 10 - التكامل داخل الجماعة :

إن التكامل يشير إلى العلاقة بين الأجزاء المكونة للكل، وقد تصنف أنماط التكامل في الجماعة إلى تكامل ثقافي وتكامل معياري، وتكامل وظيفي، وقد يتدرج كل جانب منها بين درجات عالية أو منخفضة من التكامل .

فالتكامل الثقافي يشير إلى الدرجة التي تكون فيها المستويات الثقافية منسقة بين أعضائه، وتتكامل الجماعات من الناحية الثقافية على أساس اتجاهات أعضائها نحو مشاكل معينة، أو قضايا تدور حول نظام الأقدمية، خطط التقاعد، وغيرها بحيث توحد اتجاهات المشاركين في الجماعة. والتكامل المعياري يقصد به الدرجة التي يساير فيها سلوك الأعضاء المعايير المتفق عليها داخله، حيث تتكامل الجماعة استنادا على درجة الاتفاق أو الإجماع على حدود معينة للسلوك المناسب وغير المناسب .

والتكامل الاتصالي يعبر عن الدرجة التي يكون فيها الأعضاء مرتبطين ببعضهم عن طريق تبادل المعلومات، وتتكامل الجماعة من الناحية الاتصالية على ضوء تبادل المعلومات حول القرارات والخطط والتعليمات، وغيرها من الموضوعات من خلال شبكات الاتصال .

والتكامل الوظيفي يمثل الدرجة التي يكون فيها الأعضاء مرتبطين كل منهم بالآخر من خلال تبادل الخدمات، وتتكامل الجماعات من الناحية الوظيفية بناء على التخصص وتقسيم العمل من ناحية وعلى تبادل الخدمات بطريقة تلقائية من ناحية أخرى. بحيث تنشأ علاقة مساعدة بين أجزاء البناء .

فالظروف المتباينة مثل العواطف المشتركة واتجاهات المتماثلة، والمعايير الموحدة والثقافة السائدة إلى جانب التخصص وتقسيم العمل كلها تسهم في تحقيق التكامل داخل الجماعة¹⁶ .

¹⁶ - علي عبد الرزاق جليبي، علم الاجتماع الصناعي، الطبعة الرابعة، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003)، ص

1-11- دور الاتصال داخل الجماعة :

إن وجود جماعة ما يتطلب إمكانيات التواصل بين أعضائها - والاتصال عبارة عن تبادل المعلومات بهدف تغيير إدراكات ومشاعر وسلوكيات الأفراد الذين يتصل بهم. ويعتبر الاتصال جزءاً أساسياً في بناء الجماعة .

_ عناصر موقف الاتصال :

تلعب عوامل عديدة دوراً في تشكيل تبادل المعلومات داخل الجماعة، ومن هذه العوامل:

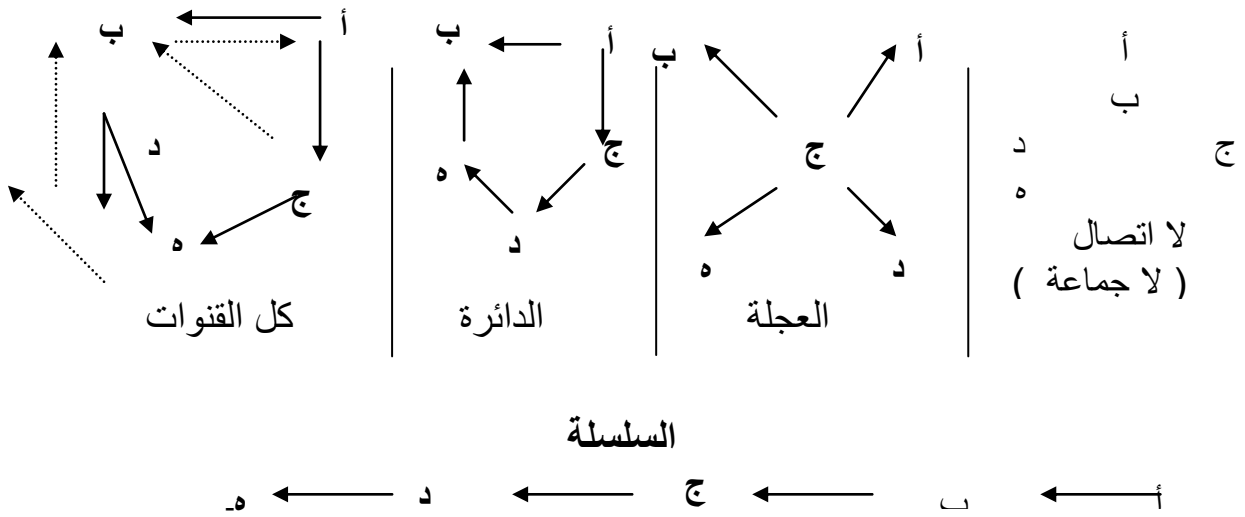
- فلسفة كل عضو في الجماعة أو رؤيته الخاصة للحياة .
- موقع أفرادها بعضهم مع بعض أو الدور المنوط لكل منهم .
- أهداف الجماعة .
- القواعد المنطقية التي تحكم تبادل الحقائق .
- التدرج الهرمي داخل الجماعة .
- المشاعر المتبادلة بين أعضاء الجماعة، والتي تعكس درجة تماسكها كمشاعر الانجذاب أو الرفض المتبادلة بين أعضاء الجماعة .
- نمط شبكة الاتصال المتبادل داخل الجماعة، والذي يحدد مدى التنوع في ردود أفعال أعضائها حيث يعد النمط الذي يسمح بالتبادل المعلومات عبر كل القنوات هو الأفضل، يليه النمط المسمى " الدائرة " إذ يرتبط وجوده بزيادة درجة الرضا بين أعضاء الجماعة، أما النمط المركزي المسمى "العجلة" فمع أنه يجعل تبادل المعلومات داخل الجماعة سريعاً إلا أن معدل الأخطاء الناتجة أثناء تلقيها يعد مرتفعاً، أما نمط السلسلة فإنه أقل أنماط شبكة الاتصال داخل الجماعة فعالية¹⁷ .

وإن الأهداف المختلفة للمختصين في المجالات المختلفة ممن يعملون في المستشفى تحكمها أنماط الاتصال التي تحدث فيما بينهم، فالحوار المهنية عادة ما تكون كبيرة جداً داخل المستشفى : فالممرضون يتواصلون مع الممرضون والأطباء مع الأطباء وهكذا، أ، نقص التواصل عبر الحدود المهنية المختلفة يمكن أن يخلق المشاكل، فالأطباء يكون لديهم

¹⁷ - عبد المنعم شحاته، أنا والآخر، سيكولوجية العلاقات المتبادلة، الطبعة الأولى، (القاهرة: إيتراك للطباعة،

معرفة ببعض المعلومات التي لا يعلم بها الممرضون, في حين أن الممرضون يتفاعلون مع المرضى ويعلمون الكثير عن التقدم الذي يحرزونه, ومع ذلك فإن الملاحظات التي يكتبوها قد لا يقرؤها الأطباء في معظم الأحيان.¹⁸

الشكل (1): أنماط الاتصال بين أعضاء الجماعة



ولقد بين إيفانز Evans 1964 أن أشكال الاتصال التي تتسم بالسرعة والسهولة عندما تطبق في أماكن عمل مثل المستشفيات فإنها تساعد على رفع الكفاية الإنتاجية للعاملين، ويظهر ذلك في عدم ترك العمل فيها، كما أن المريض لا يستمر فيها طويلاً، كما يسود فيها روح الديمقراطية والقدرة على مناقشة المرؤوس للرئيس، والمريض لكل من الطبيب والمرضىين.¹⁹

1-12- العلاقات الإنسانية في مجال العمل:

العلاقات الإنسانية هي علاقات العمل التي تنشأ بين العاملين بعضهم البعض أو بينهم وبين رؤسائهم، أو بينهم وبين المتصلين بهذه المؤسسة وهي كذلك السلوك الإنساني داخل المنظمات في مجال العمل، والذي يقوم على الاحترام المتبادل والتقدير، ذلك أن هذه

¹⁸- شيلي تايلور, علم النفس الصحي, الطبعة الأولى, ترجمة وسام درويش بريك, فوزي شاكر داود, (الأردن: جامعة عمان الأهلية, 2008), ص 505.

¹⁹- محمود السيد أبو النيل, علم النفس الاجتماعي, دراسات عربية وعالمية, الجزء الثاني, الطبعة الرابعة, (بيروت: دار النهضة العربية, 1984), ص 312.

المنظمات هي مجتمعات بشرية لأفرادها أمانى وطموحات وآمال وآلام ومشكلات وقيم، مما ينتج عنه علاقات إنسانية نتيجة لتواجد الأفراد معا وهي تتضمن ما يلي :

- يتواجد هؤلاء الناس في بيئة تنظيمية بدلا من مجرد اتصال اجتماعي غير منظم .
- تعمل العلاقات الإنسانية على إثارة دافعية الناس.
- تسير الدافعية في اتجاه العمل الجماعي أو عمل الفريق. وينبغي أن يسود تنسيق العمل وروح الانسجام والمشاركة والتعاون بين القائمين بالعمل. مما يشير إلى الرغبة الأكيدة في العمل سويا لتحقيق الهدف.
- تسعى العلاقات الإنسانية من خلال العمل الجماعي عمل الفريق إلى إشباع الحاجات المادية والمعنوية وتحقيق الأهداف التنظيمية بدلا من الاستناد على إحدهما دون الأخرى.

20

وبالتالي فإن تحسين العلاقات الإنسانية داخل مؤسسة العمل يقتضي من الإدارة تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق نتائج الدراسات والبحوث والنظريات السيكولوجية عن الدوافع النفسية وسيكولوجية الجماعة، واتخاذ القرارات. الخ في مجال العمل، مع القيام بدراسات لبيان العوامل النفسية وراء المشكلات التي تشير إلى وجود علاقات إنسانية سيئة في مجال العمل وذلك تمهيدا للعمل على علاجها والقضاء عليها ووقاية المؤسسة من تكرارها في المستقبل.²¹

1-13- الجماعة الرسمية :

الجماعة الرسمية هي التي ينتمي إليها العاملون بحكم عملهم في إطار منظمة أو مؤسسة واحدة ولها دور وأنشطة متداخلة ولازمة لبلوغ هدف، وتتميز عن غيرها من الجماعات الغير الرسمية بما يلي :

- عادة ما يقضي الفرد أطول وقت ممكن في العمل .
- لها رئيس أو قائد معين من طرف سلطة عليا أو منتخب من أفراد الجماعة .

²⁰- حسين عبد الرحمن رشوان, نفس المرجع السابق, ص 134 .

²¹- أشرف محمد عبد الغني, علم النفس الصناعي, أسسه وتطبيقاته, (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث, 2001),

- سلوك العاملين فيها غير شخصي بل تحكمه سياسات ونظم ولوائح معروفة للجميع ولا يتصرفون إلا في حدودها.

- الاتصالات التي تجرى داخل جماعات العمل الرسمية تخضع لأسس أو نظم معينة-وعادة ما تسير شبكة الاتصالات الرسمية تبعا لخطوط السلطة التي توضحها الخريطة التنظيمية للمؤسسة وعادة ما تستخدم وسائل معينة للاتصال .

- معرفة كل فرد في الجماعة لدوره فيها وعادة ما يكون محددًا تحديدا واضحا حيث يعرف كل عضو حدود سلطات ومسؤوليات وظيفته- تستمر جماعة العمل الرسمية في نشاطها حتى بعد ترك بعض أعضائها للعمل فيها نتيجة نقل أو ترك الخدمة أو التقاعد، فالجماعة عادة ما تستعوض بصفة مستمرة الأفراد الذين يتركونها لسبب أو لآخر.²²

كما أن البيئة الداخلية للعمل تقوم على التنظيم تقوم على التنظيم الداخلي للمؤسسة وعلى خصائص الأفراد وعلى العلاقات بينهم وكذلك على حسن توزيع المسؤوليات وعلى استعمال الصلاحيات.

والبيئة الخارجية للعمل تقوم على العلاقة مع الآخر بصفته عميلا تقدم له خدمة, وتقوم على عدة قوانين تتحكم بحركة المؤسسة.²³

2- تطبيق مفهوم الفريق في المجال الطبي:

إن العمل كفريق أصبح ضرورة ملحة في مهنة الطب عامة وفي المجال الإستشفائي خاصة, حيث أنه لا يمكن تصور قاعة جراحة بدون أن يكون هناك تعاون بين الأطباء والمرضى وأخصائيين آخرين من أجل ضمان استمرارية الخدمات للمريض- وقد ازدادت هذه الحاجة أيضا نظرا لتطور وتعقد التقنيات الطبية وتعدد التخصصات المهنية في الطب. ودور الفريق يتمثل في خلق إطار عمل حيث أن كل عضو من الأعضاء يقوم بدوره التابع لتخصصه ويعرف حدوده ومسؤولياته اتجاه الآخرين. ولا يكون هناك تفاعل بين الأعضاء المكونين للجماعة بشكل عشوائي، وإنما هناك شبكات اتصال والتي تعتبر جزءا أساسيا في بناء الجماعة, والتعاون ما بين أعضاء الفريق العلاجي مطلوب لنجاح الخدمات العلاجية،

²² - حسين عبد الرحمن رشوان, نفس المرجع السابق, ص13.

²³ - عباس محمود مكي, هواجس العمل, الطبعة الأولى, (المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر, 2007), ص 88.

فينبغي أن يكون هناك مبدأ اتخاذ القرارات الجماعية وتحديد الموعد للمناقشة بين الأعضاء فيما يخص أمور المرضى مما يسهم في شعورهم بالأمن وشفائهم .

والعمل كفريق له أيضا مشاكله مثل بناء أي جماعة والتي من بينها :

- القيادة، فقد تبين أن بناء وقيادة الجماعة لها أهمية فيما يخص رضا الأعضاء، فإذا كانت القيادة تسلطية أو فوضوية فهذا يقلل من فائدة العمل.

- ظهور الروح التنافسية بين الأعضاء، حيث يكون المريض مبعث التنافس.

- جعل أعضاء الفريق للجماعة كوسيلة لإشباع رغباتهم الشخصية والتي تتبدل حثتها بحسب الأشخاص ، ونذكر من بينها السيطرة أو التبعية مما يوتر العلاقات بينهم .

ولكن مهما كانت درجة هذه المشاكل فلا يمكنها بحال أن تضعف من قيمة العمل كفريق ، حيث أن النظرة العلاجية الشاملة للمريض لها وقعها الهام على سير العلاج.²⁴

2-1- تعريف الفريق العلاجي :

يمكن تصنيف المؤسسات المنتشرة في المجتمع وفقا لطريقة إنشائها وأسلوب التعامل فيها وشروط عضويتها وعلى شكلها القانون من حيث تأسيسها واستمرارها، وتعتبر المؤسسة الطبية من بين المؤسسات الخدمائية، حيث تتكون من جماعات الفرق العلاجية التي يتكامل أعضائها فيما بينهم لتحقيق الأهداف العلاجية.

"وكلمة فريق كلمة قديمة تتصل بالأصل بفكرة ركوب البحر وبفكرة العمل الجماعي، وهي تستحضر صورا للاندفاع، وللجهد الجماعي المشترك والتضامن، وتستعمل الآن في كثير من القطاعات وعلى مستويات كثيرة التنوع من المسؤولية."²⁵

وإن مدخل الفريق متعدد التخصصات يعني أن أخصائيين مهنيين مختلفين يقومون بعملية تقييم جوانب المريض ويتعاونون في تخطيط برامج الخدمات اللازمة له، وتبرز ضرورة العمل ضمن فريق من حقيقة مؤداها أن التشخيص الجيد والعلاج المناسب للمرضى يتطلب جهود تخصصات متعددة. وهذه الجهود لبد أن تكون متكاملة ، لأن

²⁴ -Paul Sivadon, Traité de psychologie médicale, la personnalité et ses trouble, (presses universitaires de France, Paris 1973), p 312 .

²⁵ - جان ميزونوف, نفس المرجع السابق, ص 16.

المعلومات الجزئية أو المتفرقة التي يقدمها كل عضو في الفريق على حد لن تكون ذات قيمة كبيرة بالنسبة للمريض .

كما أن هؤلاء المعنيين به لم يستطيعوا بمفردهم تحقيق التكامل المنشود بين المعلومات والبيانات والنتائج المقدمة إليهم. فالتكفل بالمريض مسؤولية جماعية يحملها فريق متكامل، وهي عملية متعددة الجوانب وسلسلة متصلة الحلقات من الإجراءات والتدخلات لا تستغني فيها حلقة عن أخرى.²⁶

2-2- أسس العمل ضمن فريق علاجي :

لما كان الفهم الكلي للمريض يتطلب ضرورة النظر إليه نظرة كلية تكاملية كجسم ونفس وبيئة – أدى ذلك إلى حتمية علاجه عن طريق عمل الفريق الذي يشترك فيه أكثر من متخصص في العملية العلاجية، بحيث تنصهر هذه التخصصات في وحدة واحدة، تنتهي باتخاذ قرارات موحدة يتفق عليها الجميع بشأن علاج المريض. وترجع أهمية العمل الفريقي إلى أنه يضم مجموعة من المتخصصين في مجالات معينة، وبالتالي يعمل كل عضو من الفريق من خلال إطار مرجعي لمعلومات تخصصه مما يعطي للمريض أفضل فرص للشفاء العاجل.

ولما كانت آراء المتخصصين مختلفة تبعا لتخصص كل منهم فينبغي إجراء لقاءات مشتركة لأعضاء الفريق لمناقشة حالة المريض ليساهم كل متخصص برأيه في وضع أفضل الخطط العلاجية لكل مريض .

ويسير العمل الفريقي على أسس رئيسية هي :

- إدراك كل عضو لوظيفته وتخصصه إدراكا واضحا .
- احترام كل عضو لعمله وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.
- إدراك كل عضو لكيفية الإفادة والاستفادة من الأعضاء الآخرين.
- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه، وتوضيح دوره في كل حالة فردية .
- أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم مبنية على الاحترام المتبادل

2-3- أعضاء الفريق العلاجي

يختلف الطاقم الطبي تبعاً لنوع المؤسسة وحجم خدماتها وعموماً فهو يتكون من العناصر التالية والتي سنتناول بعضها: الطبيب الأخصائي، الطبيب العام، الممرضين، الفنيين، مختبرات- أشعة - تحليل - أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي طبي- أخصائي تأهيل... .

- **الطبيب:** لقد ظل الأطباء عبر سنين طويلة هم المهنيون الوحيدون المهيمون على علاج العلل والأمراض، حيث يقد المرضي إلى المؤسسات الطبية قاصدين حل مشكلاتهم المرضية ولهذا السبب نجد أن فريق العمل يأخذ شكلاً رأسياً يتربع الطبيب على قمته ويعطي أوامره من أعلى إلى أسفل، وقد يكون للطبيب المعالج الرأي النهائي الحاسم في اتخاذ القرارات التي يراها مناسبة للمريض فمن المعروف أن الطبيب بحكم تخصصه هو السلطة العلمية التي يمكنها التشخيص وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالة كل مريض.¹

- **الطبيب العام:** ويعتبر الطبيب الأول الذي يستشير المريض حيث يقوم بمتابعة المريض وهو يقوم بتوجيه المريض نحو أخصائيين أو المستشفيات والمراكز العلاجية ويقوم بتسجيل التحليلات البيولوجية والإشعاعية للمريض.

إن من أهم ما يلاحظ على دور الطبيب أنه يشمل التخصص الوظيفي، ويشير «بارسونز» إلى دور الطبيب على «أنه يضم مستويات عالية من الكفاءة الفنية اللازمة الأداء والمعرفة والمهارة الطبية والتدريب المكثف»²⁷

- **الطبيب الأخصائي:** هو شخص تحصل على شهادة دكتوراه في الطب وشهادة دراسات تخصصية ويقوم الطبيب الأخصائي باستقبال المرضى ومعالجتهم ومن بينهم أخصائي عيون، أخصائي أمراض الأذن والحنجرة، أخصائي أطفال، أخصائي أمراض الجهاز البولي، أخصائي قلب.

¹ - إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2002)، ص 70 .

²⁷ - علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، (القاهرة: دار المعرفة الجامعية، الأزبطة 1996)، ص 28.

- الجراح: تعتبر الجراحة جزء من العلاج الطبي ويعتبر الجراح مسئول سير العمل العلاجي داخل الفرقة الجراحية حيث يقوم بالتأكد من عمل أخصائي التخدير والإنعاش. قبل إجراء العملية يقوم بما يلي:
- بشرح نوع الإصابة التي سيعالجها للمريض وطبيعة العمل العلاجي .
- أن يكون على اتصال دائم بالطبيب المعالج للمريض.
- متابعة المريض بعد العملية الجراحية .²⁸
- **المرضى:** التمريض يشمل ميادين عديدة والمرضى أشخاص مؤهلين للعمل في مجال رعاية المرضى ومن أدوارهم ما يلي:
- إعطاء الحقن وفقا لأوامر الطبيب.
- أخذ النماذج للفحص المخبري.
- العناية الشخصية بالمريض والسهر على راحته ونقل تطورات الحالة للطبيب.
- الإشراف على الآلات الأوتوماتيكية [النبض، الحرارة، الضغط، التنفس...].
- تهيئة أدوات التقييم وآلات الجراحة وكل ما يحتاج إليه الجراح لإجراء العملية الجراحية والمرضى أيضا لهم علاقة الأدوية فهم مكلفين بتوزيع الأدوية التي تسجل للمرضى والتأكد من أخذهم لها ومراقبة أثارها عليهم.
- ملاحظة العلاج وإقناع المريض بمتابعته وباحترام القواعد الصحية فطبيعة عمل المرضى يقتضي احتكاكهم الدائم المستمر بالمرضى، فهم يساهمون في زيادة معرفة أعضاء الفريق الطبي بالمريض، كما لهم إسهامهم الفعال في تنفيذ خطط العلاج وملاحظة استجابات المريض الصحية والنفسية لهذه الخطط .
- شرح التعليمات للمرضى بأبسط العبارات مع إسداء النصائح الصحية .²⁹
- **الأخصائي النفسي:** هو شخص مؤهل علميا و عمليا لعمل في المجالات الطبية والصحية وهو فرد تخصص في فرع من فروع علم النفس وهو علم نفس الصحة الذي ينبع من حقيقة

²⁸ - Claude – B –Boulin, guide santé Médecine, (Bardas 1978), p 336 .

²⁹ - profession santé infirmière, Revue mensuelle, N° 2,(décembre 1999), p 22 .

الارتباط بين الصحة والعلوم الحيوية والاجتماعية والسيكولوجية، ويهدف إلى الاستفادة من المعلومات المستمدة من هذه العلوم بهدف الارتقاء بصحة الفرد.

يقول Cohen et Rien: "إن عمل الأخصائيين النفسيين في المؤسسات الطبية في تطور مستمر، وكذا أصبح التعاون بينهم وبين الأطباء مثمر إلى حد ما " فمنذ 1980 وبظهور مرض الإيدز ازدادت الحاجة إلى الأخصائيين النفسيين داخل المؤسسات الطبية حيث يهتمون بالتوعية الصحية والسيكولوجية، وتنمية الجهاز المناعي والعصبي والنفسي في الإنسان.³⁰

- **الأخصائي الاجتماعي الطبي:** هو شخص مؤهل علميا يقدم خدماته للمرضى بالمؤسسات الطبية وهدفه مساعدتهم لعلاج مشكلاتهم الاجتماعية وتوفير احتياجاتهم الأساسية والتغلب على الصعوبات التي تواجههم و التي لها صلة بالمرض والأخصائي الاجتماعي يشترك مع فريق العمل العلاجي كعضو عامل داخل هذا الفريق ومن بين أدواره:

- تسهيل الزيارات للمريض وتنظيمها معه حتى يستمر اتصاله بأسرته.
- تتبع حالات المريض من الجوانب الاجتماعية وتأدية الخدمات اللازمة لهم.
- مشاركته مع العاملين بالمستشفى في استمرار المريض داخله ومواجهة كل ما يطرأ من عقبات.

- الإسهام في الخطوات التأهيلية التي تمكن كل مريض من ممارسة نشاطه أو نشاط آخر يتفق مع وضعه الجديد.³¹

- **المهن الصحية الأخرى:** هناك فئة المهنيين الصحيين أي الذين تلقوا علومهم في الكلية ونالوا تدريباً مهنيًا وعلى من يقدم على هذه المهنة أن يقبل المسؤوليات المترتبة عليها وأن يكمل دورة دراسية خاصة تقضي به إلى نيل شهادة معترف بها، وأن يستوفي شروطاً مقررّة ليستحق الترخيص له بالعمل وتضم هذه الفئة: الممرضين، خبراء التغذية، القابلات، الصيدالنة، ومديري المستشفيات، المختبرات ودوائر الأشعة وغيرهم من التقنيين والمشتغلين

³⁰ - Marie Santiago – Delfosse, psychologie de la snaté, perspectives qualitatives et cliniques, pierre Mardaga éditeur,(Belgique 2002), p 57 .

³¹ - محمد سلامة محمد غباري, أدورا الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي, (المكتب الحديث, 2002), ص83.

بالمعالجة عن طريق العمل ويفترض في هؤلاء أن يكونوا قد قبلوا تحمل المسؤولية الشخصية التي ستؤثر مباشرة في حياة المريض و صحته.

- **العمال الصحيون:** هم الذين يؤدون خدمات غير تقنية للمريض كتحضيره مثلا للعمليات الجراحية وتضم هذه الفئة الممرضون المساعدون، والخدم والمساعدين في المختبرات إلا أن أعمالهم تتطلب مهارات خاصة يتدربون عليها بإشراف خبراء متمرسين.

- **المستخدمون غير الطبيين:** و يخرج من فئة الملحقين بالعمال غير الطبيين المشتغلون في صناعة الأدوية وكتبة الصيدليات وسائقي سيارات الإسعاف والمشرفين على فرش المستشفى.³²

2-4- صفات أعضاء الفريق العلاجي:

باعتبار أن أعضاء الفريق العلاجي ينتمون إلى مهن مختلفة فهم يختلفون في إعدادهم الأصلي لمهنتهم ولكل منهم مفاهيم مختلفة في عمله باختلاف المجال أو التخصص ولكل طريقته و مبادئه الخاصة مما يجعل من تعدد الخدمات سمة من سمات فريق العمل حيث يعمل كل منهم بصورة مختلفة عن الآخر ولكن في النهاية تتوافق الأهداف وتتحقق برامج الرعاية الصحية الشاملة ومن عوامل نجاح الفريق العلاجي إيمان كل فرد منهم بقيمة العمل الذي يؤديه كل منهم مما يجعل الجميع يعمل ككل متعاونين للوصول إلى الهدف، ولهذا تجد أن جميع أعضاء الفريق يعرفون لماذا يعمل كل منهم وكيف يعمل وأهمية عمله لتحقيق نجاح برامج الرعاية الصحية بل يسعى كل منهم إلى المتخصصين في الميادين المختلفة لاستكمال العمل، ومن الصفات التي ينبغي أن تتوفر في كل عضو داخل الفرقة هي:

- أن يكون مزودا بقاعدة علمية واسعة .
- الخبرة العملية لتكوين المهارات الأساسية للمهنة .
- القدرات الصحية والجسمية المناسبة للقيام بالواجبات .
- الاتزان الانفعالي وضبط النفس والنضج الانفعالي والسلوك المتزن وتحمل المسؤولية .
- القيم الأخلاقية والاجتماعية التي تسمح له بالتطلي بالأخلاق الحسنة والأمانة .

³²- دافيد د . رتستين، آفاق الطب الحديث، تعريب محمود الأكل، (بيروت: دار الآفاق الجديدة)، ص 49 .

3- تعريف المؤسسة الطبية

تعرف المؤسسة الطبية بأنها كل هيئة طبية صحية تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية والرعاية الأولية والعلاجية والوقائية لأفراد المجتمع ويدير هذه المؤسسات العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم ودرجاتهم العلمية كالأطباء والمرضى والأخصائيين في مختلف التخصصات.³³

والمؤسسة الطبية سواء كانت مجانية أو استثمارية خاصة عبارة عن مراكز للوقاية والتشخيص والعلاج والتعليم والبحث العلمي ونظراً لأن الرعاية الصحية حق أساسي لكل مواطن وواجب على الدولة توفيرها للجميع فالدولة مسؤولة مسؤولية دستورية عن توفير الصحة العامة لكافة المواطنين ولكي تكون الخدمات الصحية في متناول الجميع فإن الدولة تقوم بتقديم أنظمة مختلفة تصلح لجميع المواطنين القادرين وغير القادرين وتتمثل في الخدمات الصحية المجانية سواء بالمجان التامة أو بالأجور الرمزية حيث أنها تعتبر عامة لكل الشعب.³⁴

وقد أكدت الكتابات النظرية على أهمية التخطيط للرعاية الصحية والطبية، حيث أكدت الكتابات Victorn & Vroom «أن الحكومات تهتم الآن بالتخطيط للرعاية الصحية من خلال توفير الإمكانيات اللازمة المختلفة لإدارة المستشفيات والمؤسسات الطبية في تحقيق هذا الهدف»³⁵.

3-1- مكونات الخدمات الطبية: تتكون الخدمات الصحية من جانبين:

جانب الكفاية الكمية: ويشمل،

- توفر المؤسسات الطبية المسؤولة عن الوقاية و العلاج بأنواعها في جميع مناطق البلاد ،
و توفر الأجهزة و المعدات اللازمة لتحقيق أهدافها.

³³ - أحمد فايز النماس، الخدمات الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية، (2000)، ص 122-123.

³⁴ - سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2002)، ص 270.

³⁵ - عبد المحي صالح، الممارسات المهنية في المجال الطبي، (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1996)، ص 8.

- توفر العناصر البشرية اللازمة لتقديم الخدمات بما يتفق والاحتياجات من أطباء وهيئات تمريض وأخصائي أشعة وأخصائي تحليلات وأخصائي تغذية وعلاج طبيعي وعلاج نفسي وعلاج اجتماع ومعاونون صحيين ومساعدو المعامل والإداريين إلى غيرهم من فريق العمل المتكامل الذي يساعد على تحقيق الكفاية الصحية.

- توفر الخدمات في كل المناطق وفي كل الأوقات والقدرة على استمرارية العلاج
- توفر النظم المالية والإدارية التي تيسر الحصول على الخدمات للمستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية .

جانب الكفاية الكيفية: نقصد بها درجة جودة العمل والأداءات العامة و تقتضي :

- توفر الأطباء المتخصصين الحاصلين على الدراسات العليا المتخصصة والتدريب الكافي وإتاحة الفرص لهم للإطلاع على أحدث ما وصل إليه العلم من خلال الدورات التدريبية.
توفر المتخصصين في برامج الرعاية الصحية من أخصائيين نفسيين واجتماعيين ومعامل وأشعة وتحليلات على مستوى عال من الكفاءة والإطلاع العلمي والتدريب .

- نجاح العمل الفريقي وذلك من خلال تفهم كل عضو من أعضاء الفريق لطبيعة دوره المتخصص وأدوار الآخرين وكيف يعمل الجميع كفريق واحد متجانس دون مشكلات.
- الاستفادة الكاملة من كل الأجهزة والأدوات والإمدادات المتاحة بالمؤسسات الطبية لتحقيق الأهداف المرجوة بأعلى كفاءة ممكنة .

- قيام المؤسسات الصحية بتقويم برامجها وخدماتها بصورة دورية للوقوف على الصعوبات التي تحول دون تحقيق الكفاءة والمثالية النسبية

- توفر الإشراف المالي والإداري الدوري الفعال على مستوى المؤسسات الصحية وتقديم الإصلاحات اللازمة .

- الاهتمام بالخدمات الوقائية والعلاجية جنبا إلى جنب لتوفير الوقت والجهد.³⁶

3-2- مبادئ الخدمات الطبية

إن كل مهنة أو قطاع من المجتمع سواء كان خدماتي أو إداري له مبادئ تحكم ممارسيه فيتصرفون في نطاقها فهي كالسياج الذي يحميهم من الوقوع في متاهات الذاتية ويرشد أداءاتهم وسنذكر بعض من المبادئ:

- مبدأ الشمولية: و يعني أن المساعدة تقدم لجميع المرضى دون تمييز.
- مبدأ العلاقات والتفاعلات : يعني قدرة الممارسين لهذه المهن على بناء علاقات مع المرضى لكسب الثقة وتقوم على التعاون المتبادل.
- مبدأ القبول: ويتمثل في تقبل المرضى بسعة ورحابة صدر دون إحراج أو انتقاد .
- مبدأ الفردية: هذا يعني أن المريض له كيانه وفرديته الخاصة وأن مشكلته ليست عامة فهي خاصة ومرتبطة به .

- مبدأ النصح والتوعية: وذلك بتوجيه النصائح والإرشادات للمريض بخصوص علاجه وحياته ونشاطه وذلك لتكوين الوعي والفهم لديه و الشيء المهم هو أن نؤمن بأن كل إنسان يستحق التقدير والاهتمام وتأكيد القيم الإنسانية والرعاية اللازمة.³⁷

3-3- أخلاقيات المهنة في المجال الطبي:

إن أخلاقيات المهنة عبارة عن رموز المعايير الأخلاقية التي تحكم الأفراد والجماعات داخل المجتمع المهني وهذه الرموز تكون مكتوبة وغير مكتوبة وقد تشمل مدى أوسع نطاقاً من علاقات العمل بين الممارسين للمهنة وبين غيرهم من الممارسين لمهن أخرى في المجتمع .³⁸

وأخلاقيات المهنة في المجال الطبي تشمل مجموعة قواعد و مبادئ تحكم الممارسين لمهنة الطب و يعتبر قسم هيبو قيراط المبدأ الأساسي الذي استنبطت منه الأخلاقيات الطبية وقد عدل من طرف تصريح جنيف (1948) الذي أسسته جمعية الأطباء الدولية، ومع

³⁷ - أحمد فايز النماس, نفس المرجع السابق, ص 113.

³⁸ - كمال عبد الحميد الزيات, العمل وعلم الاجتماع المهني, الأسس النظرية والمنهجية, (القاهرة: دار غريب للطباعة, 2001), ص 120.

التطور العلمي تغيرت بعض جوانب القانون الأخلاقي لكن تبقى مبادئها الأساسية احترام حياة وكرامة الإنسان.

- خدمة الإنسان وحماية الصحة
- علاج العلل والأمراض و الجروح.
- احترام سرية المهنة .³⁹

³⁹ -J.P. Schadé, Encyclopédie, Médecine et santé, édition international –AG, (Médicapress 2001), p 941.

خاتمة الفصل

إن التكفل بالمريض يتطلب فريق عمل مكون من الطبيب البشري والأخصائي النفسي والاجتماعي وغيرهم من الأخصائيين والعاملين الآخرين لوضع خطة منظمة حتى توفر للمريض الجو النفسي المناسب لنجاح الخطة العلاجية وكلما كان فريق العمل متكاملاً ومتعاوناً ويتميز بالرغبة في العمل الجماعي داخل الفرقة في نسق يسمح بتبادل الخبرات والاتصال ما بين الأعضاء كلما كانت استفادة المريض كبيرة وذلك إذا كان متعاوناً مع الفريق العلاجي، وبذلك تنجح المؤسسة الطبية في تحقيق أهدافها العلاجية في جو هادئ يسوده التعاون والمشاركة بين الزملاء المكونين لهذا الفريق .

وإن تكوين فريق عمل متكامل يبدو مثالياً قد لا يمكن تحقيقه في واقع الممارسة العملية، نظراً لأن أعضاء الفريق العلاجي قد يتعرضون لمعوقات وضغوط مختلفة تحول دون قيام الموظف بدوره المطلوب كما يتوقعه هو أو كما يتوقعه الآخرون منه، فيكون ذلك سبباً في إحداث أتعاب نفسية وجسدية تقلل أداءاتهم كفريق موحد وتضعف من كفاءتهم الإنتاجية .

فغالباً ما يكون الخطأ في الظروف النفسية والاجتماعية للعمل باعتبار أنه نشاط اجتماعي إضافة إلى الحالة المعنوية للعاملين والظروف الفيزيائية للعمل، ومالها من تأثير على الفرد وراحته.

وتعتبر ظاهرة الاحتراق النفسي من بين المعوقات التي قد تظهر في مجال العمل الطبي وهو حالة من الإنهاك الجسدي والانفعالي والعقلي تظهر على شكل إعياء شديد وشعور بعدم الجدوى وفقدان الأمل وتطور مفهوم ذات سلبي واتجاهات سلبية نحو العمل والحياة والناس.

الفصل الثالث

الاحتراق النفسي لدى أعضاء الفريق العلاجي

تمهيد

1- الضغوط النفسية

1-1- تعريف الضغوط النفسية

1-2- أهم النظريات المفسرة للضغوط

1-3- أساليب التعرف على ضغوط العمل

2- الضغوط النفسية و الاحتراق النفسي

3- تعريف الاحتراق النفسي

4- أهم رواد الاحتراق النفسي

5- أعراض الاحتراق النفسي

6- مراحل الاحتراق النفسي

7- أسباب الاحتراق النفسي

7-1- أسباب الاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين

8- الدراسات السابقة

9- الوقاية وعلاج الاحتراق النفسي

خاتمة الفصل

تمهيد

يعد الاحتراق النفسي من الظواهر التي جذبت اهتمام الباحثين على مدى الثلاثين عاما الماضية, حيث تناولت أبحاثهم الاحتراق النفسي بوصفه ناتجا عن الضغوط المهنية, وبعض الأسباب الأخرى, ووصف بأنه أكثر حدوثا لدى أصحاب المهن الخدمية.

وتعود البدايات المبكرة لمصطلح الاحتراق النفسي إلى العالم هربرت فردينبرجر (Herbert Freudenberger) 1974, وذلك من خلال دراساته عن الاستجابة للضغوط التي يتعرض لها المشتغلون بقطاع الخدمات, حيث عرفه بأنه حالة من الاستنزاف الانفعالي والاستنزاف البدني بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوط, إضافة إلى عدم القدرة على الوفاء بمتطلبات المهنة.

حيث يعتبر فردينبرجر أول من ذكر مصطلح الاحتراق النفسي وأدخله إلى حيز الاستخدام الأكاديمي وذلك عام 1974م, عندما كتب دراسة أعدها لدورية متخصصة Journal of Social Issues, فأورد المعنى الوارد بالقاموس للفعل (Burnout), ومعناه أن الفرد يصاب بالضعف والوهن, أو يجهد ويرهق, ويصبح منهكا بسبب الإفراط في استخدام الطاقات والقوى, وتوالت مجهوداته بعد ذلك وصفا للمصطلح وإضافة إليه.⁴⁰

وظهر الاحتراق النفسي في التصنيفات الحديثة للطب النفسي (التصنيف العاشر للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية) تحت عنوان "المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة".⁴¹

يوجد هناك مؤشرات ثلاثة يستدل منها على وجود هذه الظاهرة و هي الإجهاد الانفعالي, والتقليل من شأن العملاء, والإحساس بتدني مستوى الإنتاجية في العمل, إذ يظهر العاملون

⁴⁰ - نشوة كرم عمار أبو بكر دردير, الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط أ, ب وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات, رسالة ماجستير في التربية تخصص صحة نفسية, قسم علم النفس التربوي والصحة النفسية, (جامعة الفيوم: كلية التربية, 2007), ص 32.

⁴¹ - لطفي الشربيني, الاكتئاب, الأسباب والعلاج, الطبعة الأولى, (بيروت: دار النهضة العربية, 2001), ص 97.

الذين يعانون من هذه المشكلة اتجاهات ساخرة, ومشاعر قاسية تجاه الأشخاص الذين يقدمون لهم الخدمات, كما أنهم يحملون نظرة سلبية اتجاه العملاء إذا ما قورنوا بزملائهم الآخرين, ويحرصون على وجود مسافة كبيرة بينهم وبين العملاء الذين يتعاملون معهم.

وإن الأثر الذي يتركه الاحتراق النفسي متعدد الجوانب فهو يرتبط بالتغيب عن العمل دون أعذار, وبتغيير العمل باستمرار وأخذ فترات طويلة من الراحة في أثناء أداء العمل, وعندما يعود العاملون الذين يعانون من الاحتراق النفسي إلى منازلهم يكون لديهم في الغالب شعور بالتوتر, ويتعرضون لمشاحنات أكثر من أفراد عائلاتهم, وهم أكثر ميلا للإصابة بالأرق وأكثر عرضة لتطویر الإصابات السيكوسوماتية, لذلك يشكل الاحتراق النفسي عبئا كبيرا على كل من المؤسسة والفرد.⁴²

ومن المناسب هنا التطرق إلى موضوع الضغوط النفسية قبل التعرض إلى الاحتراق النفسي باعتبار أن هذا الأخير يعتبر كإحدى نتائج التعرض المستمر للضغوط في مجال العمل .

1- الضغوط النفسية

1-1 مفهوم الضغوط النفسية

يتفق عدد كبير من الباحثين في تحديد المقصود بضغوط العمل حيث يشيرون إلى الموقف الذي يكون فيه عدم الملائمة بين الفرد ومهنته مما يحدث تأثيراً داخلياً يخلق حالة من عدم التوازن النفسي أو الجسمي داخل الفرد، حيث إن لخصائص الفرد الشخصية والخصائص الوظيفية دوراً مهماً في إحداث ضغوط العمل والإحساس بها، ومن ثم تعرف بأنها " تجربة ذاتية تحدث اختلالاً نفسياً أو عضوياً لدى الفرد وينتج عن عوامل في البيئة الخارجية أو المنظمة التي يعمل بها الفرد أو الفرد نفسه".

⁴²- شيلي تايلور, علم النفس الصحي, ترجمة وسام درويش بريك, فوزي شاكر داود, الطبعة الأولى, (الأردن: جامعة عمان الأهلية, 2008), ص 506.

ويرى الدارسون أن المداخل النظرية التي تدرس مصادر الضغوط تنقسم إلى قسمين: الأول يرى أن المصدر الرئيس للضغوط يكمن في المتطلبات الوظيفية ذاتها وتؤكد على التأثير الضاغط لهذه المتطلبات التنظيمية في استثارة استجابات التحكم والتوجيه من قبل العاملين، والثانية تركز على اشتراك ظروف العمل والعوامل الشخصية الخاصة لكل فرد في إحداث ردود أفعال وقتية أو مزمنة.⁴³

1-2- أهم النظريات المفسرة للضغوط

- **أولا: نظرية سيللي (التكيف الفسيولوجي للضغط):** حيث كان لطبيعة تخصص سيللي تأثير كبير في صياغة نظريته في تفسير الضغوط النفسية فلقد تخصص في دراسة الفسيولوجية والأعصاب, وظهر هذا التأثير من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغط. ويرى سيللي أن الضغط متغير غير مستقل, وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويصفه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة, وأن هناك أنماط معينة من الاستجابات يستدل منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج (موقف ضاغط). وتعتبر هذه الاستجابة ضغطا. كما يعتبر أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان و الحياة.⁴⁴

حيث انتهى من خلال دراساته العملية إلى أن الفرد عندما يتعرض لمصدر مثير للضغط يمر بثلاث مراحل:

1- مرحلة الإنذار أو التنبيه: وهي رد الفعل الأول الملاحظ عند الكائن الحي عندما يتواجد أمام موقف ضاغط, فتظهر استجابات فسيولوجية متعددة وقوية .

⁴³ - عبيد بن عبد الله العمري, ضغوط العمل عند المعلمين, دراسة ميدانية, قسم الدراسات الاجتماعية, كلية الآداب, (الرياض: جامعة الملك سعود, 1423هـ), ص287.

⁴⁴ - هارون توفيق الرشيدى, الضغوط النفسية, طبيعتها, نظرياتها, برامج لمساعدة الذات في علاجها, (مكتبة الانجلو المصرية, 1999), ص50.

2- مرحلة المقاومة: ينتقل الكائن الحي إلى هذه المرحلة إذا استمر الموقف الضاغط، فيحاول الفرد أن يقاوم مصادر الأحداث الحية الضاغطة بخلق المزيد من الوسائل التي تساعد على التوافق.

3- مرحلة الإنهاك (الاستنزاف): تظهر هذه المرحلة إذا ما استمرت الوضعية على حالها فينتهي بها الأمر إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسمية، وبالتالي يصبح عرضة للأمراض أو الموت.⁴⁵

- **ثانياً :- نظرية موراي (من ناحية اجتماعية):** يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين ويميز موراي بين نوعين من الضغوط هما :

1- ضغط بيتا Beta Stress: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

2- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي. ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا.

- **ثالثاً:- نظرية الجشطلت (من الناحية الإدراكية):** تمثل نظرية الجشطلت أهمية كبيرة في عملية إدراك المثيرات الأمر الذي يجعلنا نستفيد من هذه النظرية وتوظيفها في إدراك

⁴⁵ - Patrick Légeron, le stress au travail, Editions Odile Jacob, (Paris 2001), P133 .

الضغوط النفسية, ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإدراك العام سابق على التحليل والتعرف على الأجزاء .⁴⁶

حيث أن إدراك الفرد للعناصر الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك إدراكه للعلاقات التي تربط بين عناصر و أجزاء المجال من شأنه أن يؤدي بالكائن الحي إلى إعادة تنظيم المجال في كل أو في صورة جديدة وهي ما يفسره أصحاب النظرية بالتعلم الذي ينشأ عملية الاستبصار.⁴⁷

ويمكن توظيف عملية الاستبصار في إدراك الضغوط النفسية وتحقيق ما يسمى الاستبصار بسمات الحدث الضاغط عن طريق محاولة الإدراك الكلي للحدث الضاغط وما يتضمنه من عناصر كادراك مسبباته وظروف وقوعه ومعناه بالنسبة للفرد وما يتضمنه من تأثيرات ايجابية أو سلبية وإدراك الحلول الملائمة للتعامل معه, ويؤدي الإدراك دوراً حيوياً في عملية إدراك الضغوط وحل المشكلات حيث تمثل وظيفة الإدراك المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها .⁴⁸

وغالبا ما يكون للضغوط في مجال العمل انعكاسات على الحياة الشخصية للأفراد نظرا لما تسببه من اضطرابات جسمية ونفسية, فحسب استقصاء للوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل بفرنسا أظهر أن 60% من المستجوبين أقرروا بمعاناتهم من الضغوط, و45% يعانون من اضطرابات النوم, و44% يعانون صعوبات في عدم التفكير في مشاكل العمل في المنزل, و42% من القلق, والتي غالبا ما تقود إلى الإصابة بأمراض خطيرة.

49

⁴⁶ - رائدة حسن الحمري, دراسة مستوى الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة مقارنة بالمعلمين العاديين في مملكة البحرين, بكالوريوس علم نفس تربوي, إشراف د. أماني الشيراوي (جامعة البحرين 2006), ص 14.

⁴⁷ - أنور محمد الشرقاوي, التعلم, نظريات تطبيقات, (القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية, 1988.

⁴⁸ - رائدة حسن الحمري, نفس المرجع السابق, ص 15.

⁴⁹ - Delphine Bancaud, le stress se porte très bien, 20 miutes, Journal quotidien, N° : 1637, (France Jeudi 11 juin 2009), P 14.

1-3- أساليب التعرف إلى ضغوط العمل:

1- مقارنة الوظائف والأعمال والمهام بمؤهلات شاغليها وخبراتهم، لأن النقص قد يمثل في المقارنة مصدراً من مصادر الضغوط

2- تقييم الأداء الوظيفي السنوي للعاملين الذي يتتبع الكفاءة ونواحي الضعف في الأداء.

3- فتح المجال للمناقشات والشكاوى والتعبير عن النفس للكشف عن ضغوط العمل مع توفير الضمانات الكافية لسرية المعلومات كتخصيص صندوق للشكاوى مثلاً.

4- تحديد ضغوط العمل عبر استطلاع آراء العاملين بتوزيع استبيانات تستقصي مصادر تلك الضغوط في بيئة العمل، وتساعد المسؤولين على الخروج برؤية شاملة عن سلبيات العمل.

إن أساليب الكشف عن مصادر ضغوط العمل تعتبر وسائل لتحسين الأداء وزيادته في المؤسسات، حيث إن زيادة الأداء أو تحسينه سوف يحدثان تلقائياً إذا ما درست مصادر تلك الضغوط على أساس من التخطيط الجيد والتنظيم السليم للطاقات البشرية المتاحة في المؤسسة، وتوفير الظروف التنظيمية والطبيعية التي تحفز على الأداء.⁵⁰

2- الاحتراق النفسي والضغوط:

تتمثل خطورة استمرار الضغوط النفسية في آثارها التي من أبرزها حالة الاحتراق النفسي، فيتطور الاحتراق النفسي عبر عدة مراحل ابتداء بوجود الضغوط، إذ أنها تحدث حالة عدم التوازن لدى الفرد. وفي حالة زيادة الضغوط مع عدم قدرة الفرد على التكيف معها تحدث المرحلة الأولى من الاحتراق النفسي، التي تتميز بالاستجابة الانفعالية المباشرة حيث يظهر على الفرد (الإرهاق، والإرهاك، وعدم الراحة، والاضطراب، مع اكتئاب بسيط، وملل، وقلق، وعدم الرغبة في العمل)؛ ومع استمرار حدة الضغوط تزداد حالة الاحتراق

- نجاح قبلان بنت قبلان، مصادر الضغوط المهنية في المكتبات الأكاديمية في المملكة العربية السعودية، (السعودية: 50

مكتبة الملك فهد الوطنية، 2006)، ص119 .

النفسي وتحدث المرحلة الثانية منه التي تعكس مظاهر عدم المرونة، ومحدودية العلاقات الاجتماعية، وعدم الانجاز، ومقاومة شديدة للتغير؛ ومع استمرار حالة الاحتراق واستمرار مسبباتها تظهر مظاهر أكثر خطورة مثل الإفراط في التدخين، والإدمان على الكحول أو المخدرات، والتغيب عن العمل، مع وجود صراعات أسرية، واكتئاب شديد، وخيبة الأمل، ويقرب الفرد من الاستسلام.⁵¹

فعادة ما يكون هناك لبس وغموض عن مفهوم الاحتراق النفسي وارتباطه بالضغوط النفسية نتيجة التداخل في التعريف بين المصطلحين. وقد فرق نيوهاوس Niehaus، بينهما في ثلاث خصائص:

- يحدث الاحتراق النفسي من ضغوط العمل النفسية نتيجة تضارب الأدوار وازدياد حجم العمل.

- يحدث الاحتراق لهؤلاء الذين عادة ما يتبنون رؤية مثالية لأداء الأعمال والاضطلاع بالمسئوليات المهنية.

- يرتبط الاحتراق عادة بالمهام التي يتعذر على الشخص تحقيقها. ويرى باحثون آخرون أن الاحتراق النفسي هو المحصلة النهائية أو المرحلة المأساوية المتطرفة للضغوط المهنية، أي أن الاحتراق هو عرض من أعراض الضغوط النفسية.⁵²

ويشير فاربر 1984، إلى أن الاحتراق النفسي والضغوط مفهومان متشابهان وليس متطابقان.⁵³

وذلك على اعتبار أن مصطلح الاحتراق يشير إلى الاستنفاد أو الفشل خاصة في عمل يقوم به الفرد في حياته المهنية، ويطلق مصطلح الاحتراق بصفة خاصة على الأفراد في

⁵¹ - فوزية الجمالي، حسن عبد الحميد، مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة، الجزء الثاني، (دراسات عربية في علم النفس: العدد الأول، 2003)، ص 151-212.

⁵² - زيد بن محمد البتال، نفس المرجع السابق، ص 65.

⁵³ - عبد الجواد وفاء محمد، نفس المرجع السابق، ص 14.

منتصف العمر الذين ينهكون أنفسهم في العمل أو يعملون عند مستوى عال من الإجهاد حتى يأخذ الضغط والتوتر منهم كل مأخذ .

الاحتراق النفسي و الضغط النفسي كلاهما يعبر عن حالة من الإجهاد أو الإنهاك النفسي والبدني, لكن يختلف الاحتراق عن الضغط فغالبا ما يعاني الشخص من ضغط مؤقت, ويشعر كما لو كان محترقا نفسيا لكن بمجرد التعامل مع مصدر الضغط ينتهي هذا الشعور.

فقد يكون الضغط داخليا أو خارجيا, وقد يكون طويلا أو قصيرا, وإذا طال هذا الضغط فإنه يستهلك أداء الفرد, ويؤدي إلى انهيار في أداء وظائفه.

أما الاحتراق النفسي فهو عرض طويل المدى يرتبط حدوثه بالضغوط النفسية, وبمصادر وعوامل أخرى, وبذلك فإن الضغط النفسي يكون سببا في الاحتراق النفسي, إذا ما استمر ولم يستطع الفرد التغلب عليه .⁵⁴

وإن المصابين بضغوط العمل يشعرون بتحسن إذا استطاعوا السيطرة على مسببات الضغوط بخلاف الاحتراق الذي يشعر فيه الشخص بالفراغ ويفقد الرغبة في بذل أي مجهود, كما أنه لا يرى أي أمل في تحسن الوضع.

ومن الاختلافات الأخرى أيضا أن الشخص عندما يكون تحت ضغط عمل شديد يشعر بذلك بينما في حالة الاحتراق لا يشعر الشخص بحقيقة حالته, فأعراض الاحتراق قد تستغرق شهورا لتظهر على السطح, ومن الاختلافات المهمة بين ضغط العمل والاحتراق أن الموظف عندما يشعر بضغط العمل فذلك يعني أنه يهتم كثيرا للعمل الذي يؤديه, بينما الموظف الذي يعاني الاحتراق لا يكثرث لعمله.⁵⁵

وإن البحث عن أسباب الاحتراق النفسي لا يختلف عن البحث في أسباب الضغوط المهنية وذلك من منطلق تشابه الظروف والخلفية التي ينمو فيها كل منهما. علما بأن شعور

⁵⁴ - جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي, معجم علم النفس والطب النفسي, الجزء الثاني, (القاهرة: دار النهضة العربية, 1989), ص 220.

⁵⁵ - مجلة الاقتصادية, العدد: 5220, (2008-01-26), الرابط: www.aleqt.com

الفرد بالضغوط المهنية أو الضغوط النفسية في مجال العمل لا يعنى بالضرورة إصابته بالاحتراق النفسي ولكن إصابة الفرد بالاحتراق النفسي هو حتما نتيجة لمعاناته من الضغوط النفسية الناجمة عن ظروف العمل.

ويعد الاحتراق النفسي الاستجابة السلبية لضغط العمل طويل الأمد وهذا يعني أن الاحتراق النفسي يزيد مع الزمن واستمرارية وجود ضغط العمل.⁵⁶

3- تعريف الاحتراق النفسي

كان هيربرت فردنبرجر الطبيب والمعالج النفسي يدير مستشفى لمدمني المخدرات بنيويورك، وكانت هذه العيادة مجانية وتعمل بشكل رئيسي مع المتطوعين الشباب. وبعد ملاحظة فردنبرجر أن الكثير من هؤلاء المتطوعين قد فقد كل دوافعه بعد نحو سنة من النشاط بدأ كتاباته عن الموضوع , حيث لاحظ أن أعراضا جسدية تصاحب هذا التغير مثل: استنفاد وإرهاق، تعب، وزكام مستمر، صداع وأرق، اضطرابات هضمية...

ويقصد فردنبرجر بمصطلح الاحتراق النفسي، أنه حالة من الإنهاك الذي يصيب موظفي التمريض، وعرفه بأنه فقدان الفرد لدفاعيته نحو العمل، ولاسيما عندما لا تسفر جهوده على النتائج المرجوة.⁵⁷

ظهر بعد ذلك كمية من المقالات حول الموضوع ولكنها ذات انشغالات عملية أكثر منها أكاديمية، وكانت أوجه التشابه بين مختلف تلك الكتابات ما يلي:

* هناك مهن معينة أكثر عرضة للاحتراق النفسي من غيرها، بما فيها:

- شديدة الإجهاد الانفعالي والعقلي.

⁵⁶ - عبد اللطيف بن محمد الجعفري، الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، مقال منشور في شبكة الخليج، منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة، الرابط : www.gulfids.com

⁵⁷ - Isabelle Gautier, le Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris,(Mars 2003), N° 86.

- ذات مسؤولية عالية تجاه الأشخاص الآخرين.
- أين يكون تحقيق الأهداف صعبا أو مستحيلا.
- عدم التوازن بين المهام المطلوبة والوسائل المستخدمة لذلك الغرض.
- وجود غموض أو صراع الأدوار.
- * بعض الأشخاص أكثر عرضة من غيرهم :
- الأشخاص الذين لديهم مثالية في الأداء والنجاح.
- الأشخاص الذين ليس لهم أي اهتمام آخر خارج عملهم.
- الأشخاص الذين يلجأون إلى العمل كفرار من الجوانب الأخرى من حياتهم.⁵⁸

وقد أصبح مفهوم الاحتراق النفسي مصطلحا واسع الانتشار, وسمة من سمات المجتمع المعاصر, فقد بينت ماسلاك أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب أصحاب المهن فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب.

ورغم تعدد تعريفات مفهوم الاحتراق النفسي إلا أن هناك اتفاقا على معناه وخصائصه بشكل عام, وفيما يلي نورد بعض التعريفات لمفهوم الاحتراق النفسي:

فقد عرف تايلر (Taylor,1986) الاحتراق النفسي بأنه "عبارة عن الإرهاق واستنفاد القوة والنشاط".

وعرف كيرياكو (Kyriacou,1987) الاحتراق النفسي بأنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة.

وأوردت ماسلاك (Maslach) تعريفا للاحتراق النفسي بأنه "فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل, حيث يحس الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفي, اللذين يجعلان هذا الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز, ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين". كما أن

⁵⁸- Michthy, L'encyclopédie libre, (GFDL) licence de documentation libre GNU, wikipedia.org, Consulté le 21 janvier 2009 .

الاحترق النفسي "خبرة انفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كاستنزاف الجهد على المستوى البدني والانفعالي والمعرفي".⁵⁹

أما شيرنس (Cherniss,1980)، فقد أكدت الخاصية الديناميكية للاحتراق النفسي فتقول: "الاحتراق النفسي هو عبارة عن سيرورة يظهر في البداية على شكل ضغط مهني شديد ومتواصل والذي لا يخفف بواسطة الوسائل العادية لحل المشكل".

وينظر العديد من الباحثين للاحتراق النفسي ومن بينهم قولد (Gold1,1984)، مآشر (Masher,1983)، داووني (Dawni,1987)، نوراثيل (Noratil)، وآخرون على أنه "استنفاذ تدريجي للرضا الوظيفي وللحماس لتحقيق الهدف يزيد الشعور بالقلق نتيجة للظروف المادية، النفسية الاجتماعية التي تواجه الشخصي المهني".

وبصورة عامة فهو عبارة عن "شعور عام لدى الفرد بعدم أهمية نتائج، شعور الفرد بأنه يقل من التقدير المادي والمعنوي بما يتناسب والجهد المبذول"⁶⁰

ويعرف بينس و أرونس (Pines & Aronson,1983)، الاحتراق النفسي بأنه حالة من الإجهاد البدني، والذهني، والعصبي، والانفعالي، وهي حالة تحدث نتيجة العمل مع الناس والتفاعل معهم لفترة طويلة، وفي مواقف تحتاج إلى بذل مجهود انفعالي مضاعف للعمل.⁶¹

⁵⁹ - أحمد محمد عوض بني أحمد، الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس، الطبعة الأولى، (الأردن: دار الحامد، 2007)، ص 13.

⁶⁰ - مقابلة يوسف نصر، مالك الرشدان، الاحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الأردنية الحكومية وعلاقته ببعض المتغيرات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد 2، (أبحاث اليرموك، 1997)، ص37.

⁶¹ - رمزي جابر، دراسة تقويمية لظاهرة الاحتراق النفسي لدى المدرب الرياضي، مجلة جامعة الأقصى، المجلد الحادي عشر، العدد الأول، (فلسطين، يناير 2007)، ص 132.

ويعرفه جاكسون (Jackson,1984), بأنه إرهاق انفعالي وجسمي وسخط على الذات وعلى الآخرين وعلى العمل, وفقدان الحماس له, وركود وبلادة وانخفاض في مستوى الإنتاجية.⁶²

ويذكر جمعة سيد يوسف أن الاحتراق النفسي عبارة عن حالة من الإنهاك الجسدي والانفعالي والعقلي تنتج عن الإنهاك طويل المدى في مواقف مشحونة انفعاليا وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد, ويحدث الاحتراق النفسي عندما يفقد العمل معناه وتكون النسبة بين الضغوط والمكافآت في صالح الضغوط, والأفراد المعرضون للاحتراق النفسي هم الذين يحتاجون ويرغبون في الشعور بأنهم يفعلون شيئا مفيدا ومهما في العمل بأفضل صورة وفي وقت قصير.⁶³

وعرف الاحتراق النفسي أيضا بأنه حالة من الإنهاك البدني والعقلي والانفعالي والدافعي نتيجة في الزيادة المستمرة في الأعباء والمتطلبات الواقعة على كاهل الفرد وعدم مقدرته على تحملها ولاسيما عندما تتطابق الطموحات مع الواقع العقلي الذي لا يستطيع تحقيقه بالفعل " ⁶⁴ .

ويعرف الاحتراق النفسي بأنه تناذر نفسي قابل للظهور لدى الأشخاص الذين يعملون مع أفراد آخرين, يظهر كاستجابة للضغوط الانفعالية ولمدة طويلة في مكان العمل, وهناك عوامل شخصية ومهنية متعددة تسهم في ظهور الاحتراق النفسي كضعف القدرات في التواصل, ضعف الشعور بالكفاءة الشخصية في العمل ومتطلبات العمل المرتفعة.⁶⁵

⁶² - السيد إبراهيم السمدوني, الإنهاك النفسي لمعلمي التربية الخاصة وتبعاته, دراسة تنبؤية في ضوء بعض المتغيرات الشخصية والمهنية, (مجلة التربية المعاصرة, العدد 36, 1995) ص174.

⁶³ - جمعة سيد يوسف, إدارة الضغوط, الطبعة الأولى, (جامعة القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث, 2007), ص 37.

⁶⁴ - محسن خضر, الاحتراق النفسي والرياضة, (مجلة جامعية في عين الشمس, 2004), ص 4.

⁶⁵ - Isabelle Bragard, Étude de l'impact d'interventions psychologiques préventives sur le burnout des médecins, département Personne et Société, Psychologie de la Santé, (Université de Liège, 2008) .

كما أشار (Barbier,2004), إلى أن الاحتراق النفسي يصيب الأشخاص الذين تنطوي أعمالهم على جانب كبير من المساعدة والعون, إضافة إلى المهن المعرضة إلى المعاناة والأمراض والموت بصفة مستمرة.⁶⁶

وبذلك فإن الاحتراق النفسي ما هو إلا انعكاس أو رد فعل لظروف العمل غير المحتملة, وينتج عنه آثار عديدة منها تدني الإحساس بالمسؤولية واستنفاد الطاقة النفسية والتخلي عن المثاليات وزيادة السلبية ولوم الآخرين في حالة الفشل وقلة الدافعية ونقص فعالية الأداء وكثرة التغيب عن العمل وعدم الاستقرار الوظيفي.⁶⁷

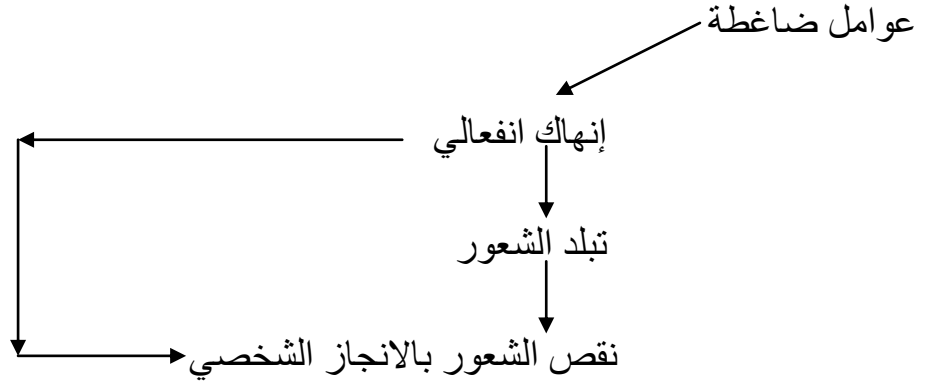
ويعرف عادة الاحتراق النفسي في ثلاثة أبعاد هي: الإحساس بالاستنفاد الانفعالي المرتبط بإرهاق جسدي وعقلي ، وتبدل الإحساس , والصورة السلبية للذات .

حيث اعتبر كل من ماسلاك و جاكسون (Maslach et Jackson, 1981), الاحتراق النفسي مفهوما يتكون من ثلاثة أبعاد:

⁶⁶ - Nicolas combalbert, Catherine Riquelme – Sénégal, le mal être au travail, Editions des presse de la renaissance, (Paris 2006), 106.

⁶⁷ - محمد جواد الخطيب, الاحتراق النفسي وعلاقته بمرحلة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين, كلية التربية وعلم النفس, (جامعة الأزهر: غزة, 2007), ص 8 .

الشكل رقم (2): مخطط مراحل الاحتراق النفسي لماسلاش و جاكسون



حيث يبدأ الاحتراق النفسي بزيادة في الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي مما يولد تبليدا في المشاعر (بناء اتجاه سلبي نحو العملاء), ثم ينخفض الانجاز الشخصي إما مباشرة بسبب الإنهاك الانفعالي إما من خلال تبلد الشعور. ويتم تقييم هذه الأبعاد الثلاثة من خلال مقياس ماسلاك.⁶⁸

يمكن أن نستنتج من خلال الاطلاع على التعريفات السابقة أن الاحتراق النفسي هو "استجابة نفسية سالبة للضغوط التي يتعرض لها الفرد بصفة مستمرة في العمل, سواء كان ذلك متعلقا ببيئة العمل بشكل عام أو بشخصية الفرد بحد ذاتها, والذي يؤدي على كل حال إلى آثار سلبية على العامل نفسه وعلى المؤسسة التي يعمل بها.

كما يظهر لنا أن ظاهرة الاحتراق النفسي حظيت باهتمام العديد من الباحثين في كل المجالات الحياة نظرا لأثارها السلبية على الناس في مجال العمل والإنجاز.

ومن أهم المصطلحات المستعملة حاليا حول العالم وذلك على اختلاف لغة وثقافة المنطقة, ما يلي:

⁶⁸ - Elisabeth Grebot, stress et burnout au travail, identifier, prévenir;guérir, éditions d'organisations, groupe Eyrolles, (Paris, 2008), P 111.

- **Burnout**: (الإرهاك الانفعالي) المصطلح الإنجليزي للفعل «to burn out» يعني يجهد و يرهق, ويصبح منهكا بسبب الإفراط في استخدام الطاقات والقوى, مما يؤدي إلى احتراق كامل .

- **Karoshi**: وهو التعبير الياباني عن هذه الظاهرة, حيث تتألف من كلمتين « karo » وتعني الموت, و« shi » الإرهاق في العمل. حيث يعتبر في هذه اللغة أن الاحتراق النفسي يمكن أن يؤدي إلى موت الفرد. فأعباء العمل الزائدة والضغط المهني بإمكانها أن تسبب الموت المفاجئ للعامل بواسطة تعرضه للأمراض القلبية الوعائية كضغط الدم والجلطة القلبية.⁶⁹

- **L'épuisement professionnel**, باللغة الفرنسية يظهر هذا المصطلح غامض ويجمع كل الآثار السيئة التي تنجم عن العمل, ونجد أيضا مصطلحات أخرى مثل « usure professionnel » أو « usure au travail », حيث تشير هذه الأخيرة إلى الآلية التطورية للظاهرة.⁷⁰

وهذا ما يؤدي إلى اختلاف الباحثين العرب حول ترجمة المصطلح, فهناك من يشير إليه بالإرهاك أو الإجهاد أو الاستنفاد النفسي, وآخرون بالاحتراق النفسي وهذا ما يظهر لنا في العديد من الدراسات والبحوث الأكاديمية.

وتشير باربارا براهام Barbra braham بأن هناك أربعة مؤشرات أولية ينبغي أن تؤخذ في عين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الاحتراق النفسي:

⁶⁹ -Sabrina Chan lin- chanteau, le burn out des médecins généralistes libéraux de Tahiti, thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine, Université René Descartes, (Paris, Avril 2006), p 14.

⁷⁰ - Pierre Canoui et Aline Maurangues, le syndrome d'épuisement des soignants, de l'analyse aux réponses, 3eme édition,(édition Masson, 2004), P17 .

1- الانشغال الدائم والاستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم. وعادة في مثل هذه الحالة ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون أي اتصال عاطفي مع الآخرين, حيث أن الهم الوحيد الذي يشغله هو السرعة والعدد وليس الإتقان .

2- تأجيل الأمور السارة والأنشطة الاجتماعية من خلال الاقتناع الذاتي بأن هناك وقتا لمثل هذه الأنشطة, ولكن "فيما بعد " لن يأتي أبدا, ويصبح التأجيل القاعدة في حياة الفرد.

3- العيش حسب قاعدة "يجب و ينبغي " يصبح هو السائد في حياة الفرد, الأمر الذي يترتب عليه زيادة حساسية الفرد لما يظنه الآخرون ويصبح غير قادر على إرضاء نفسه.

4- فقدان الرؤية أو المنظور الذي يؤدي إلى أن يصبح كل شيء عنده مهما وعاجلا. وتكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله لدرجة يفقد معها روح المرح ويجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات.⁷¹

4- أهم رواد الاحتراق النفسي:

يعد المؤتمر الدولي الأول للاحتراق النفسي الذي عقد بمدينة فيلادلفيا Philadelphia في نوفمبر 1981 البداية الحقيقية لتطور مصطلح الاحتراق النفسي حيث شارك فيه الرواد الأوائل للاحتراق النفسي أمثال Maslach و Pines و Cherniss.

_هربرت فردينبرجر: المحلل النفسي الأمريكي Herbert Freudenberger 1974, هو أول من ذكر مصطلح الاحتراق النفسي, وأضافه إلى ميدان البحث السيكولوجي, وذلك من واقع تجربته الخاصة على بعض المتطوعين بإحدى العيادات المجانية بمدينة نيويورك, فأورد المعنى المرادف لمصطلح Burnout, ويعني يجهد أو يرهق ويصبح منهكا.⁷²

71 - علي عسكر, ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها, الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق, الطبعة الثالثة, (الكويت : دار الكتاب الحديث, 2003), ص 124.

72 - زيد بن محمد البتال, الاحتراق النفسي, ضغوط العمل النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة, ماهيته, أسبابه, علاجه, (الرياض: سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة, 2000), ص 22 - 23.

ولأن تعريفه الأول لم يكن بالتعريف الشامل, ولكنه كان يحمل معنى مرادف للمصطلح الوارد بالقاموس فعرفه (1974), بأنه " إفراط الفرد في استخدام طاقاته حتى يستطيع تلبية متطلبات العمل الزائدة عن قدرته", وقدم تعريفاً آخر يعكس نتاج تطور مصطلح الاحتراق النفسي اعتمد فيه على زملة أعراض الاحتراق النفسي والتي تتضمن الإنهاك, المشاعر السالبة نحو العميل (متلقي الخدمة), والاتجاهات السالبة نحو الوظيفة والزملاء. كما أضاف عام 1980 قائمة لتشخيص مستوى الاحتراق, تضمنت نفس الأبعاد السابقة .

كرستينا ماسلاش: جدير بالذكر أن لإسهامات Maslach اختصاصية علم النفس الاجتماعي بجامعة بيركلي – تأثير واضح في تطور دراسة الاحتراق النفسي, فقد أضافت الدراسات الأولى التي أجرتها مع آخرين بجامعة بيركلي شهرة أكثر لهذا المصطلح, حيث وصفته بأنه مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعاً من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس, وتتمثل هذه الأعراض في: الإجهاد الانفعالي, تبلد المشاعر ونقص الانجاز الشخصي .⁷³

وتوالت مجهوداتها بعد ذلك, كما أضافت تعريف أكثر وضوحاً, إضافة إلى شهرة الأداة التي أعدتها كما سترد في الدراسة الحالية.

5- أعراض الاحتراق النفسي

توصل الباحثين إلى مجموعة من الأعراض التي تساعدنا في الكشف عن حالة الاحتراق النفسي من أبرز هذه الأعراض هي :

⁷³ - نشوة كرم عمار أبو بكر دردير, نفس المرجع السابق, ص 48.

الجدول(1): أعراض الاحتراق النفسي⁷⁴

| على المستوى الجسدي | على المستوى الانفعالي | على المستوى العقلي |
|--------------------|-----------------------|----------------------------------|
| انخفاض الطاقة | استثارة و هيجان | نقص الذاكرة |
| اضطرابات هضمية | السخرية من الآخرين | شروذ |
| ارتفاع ضغط الدم | نفاذ الصبر | عدم التركيز |
| الغثيان | عدوانية - سلبية | عدم القدرة على الحكم على الأشياء |
| آلام الظهر | حساسية فقدان الثقة | عدم القدرة على اتخاذ القرارات |
| أرق | إحباط - قلق | عدم القدرة على إتمام المهام |
| الشقيقة | نقص تقدير الذات | الخط |

وقدم سيدولين 1982, تقييما شاملا لأعراض الاحتراق النفسي مشيرا إلى أنه من النادر أن تجد شخصا خاليا من هذه الأعراض والتي من أهمها:

- **الأعراض الجسمية:** وتتمثل في الإجهاد, وتشنج العضلات والآلام البدنية وابتعاد الفرد عن الآخرين, وارتفاع ضغط الدم, وتناول الأدوية والكحول, والصحة العقلية.
- **الأعراض العقلية (المعرفية):** وتتمثل بضعف مهارات صنع القرار, وعيوب في معالجة المعلومات, ومشكلات(مخاطر) الوقت, والتفكير المفرط بالعمل.
- **الأعراض الاجتماعية:** الانسحاب الاجتماعي, والسخرية والفاعلية المنخفضة والدعابة الساخرة وتفريغ الضغط في البيت والارتباطات المنفرة والعزلة الاجتماعية.

⁷⁴ - Michel Delbrouk, le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, De Boeck, collection Oxalis, (Bruxelles, 2003) p 33 .

- الأعراض النفس - عاطفية: تتمثل في التبرير أو الإنكار والغضب والاكتئاب وجنون العظمة واللامبالاة (الإنسانية), وانتقاص الذات (الاستخفاف بها) والاتجاهات المتحجرة والمقاومة الشديدة للتغيير.

- الأعراض الروحية: عندما يصل الاحتراق النفسي لمرحلة نهائية, فإن الأنا تصبح مهددة من كل شيء تقريبا, وتصبح أعراض الضغط الجسدية منتظمة فتتدنى الثقة بالنفس, كما تضعف العلاقات الاجتماعية بشكل كبير وتصبح الحاجة إلى التغيير أو الهرب من الواقع هي الفكرة المسيطرة على تفكير الشخص. وعندها لا يدرك الموظف سوى خيارات التقاعد, وتغيير الوظيفة, والعلاج النفسي, والحزن, والانتحار في بعض الحالات.⁷⁵

- وحسب مصطفى حسن عبد المعطي هناك أعراض تظهر في مجال العمل وهي:
- الشعور بالتعب والعجز والضييق والإرهاق وضعف الطاقة والقوة في أداء العمل.
- فقدان الاهتمام بالآخرين.
- اضطراب النوم.
- الشكوى من عدم القدرة على القيام بأشياء جديدة كما كان يفعلها من قبل.
- قلة الإبداع والابتكار في مجال العمل.
- تجنب اتخاذ القرارات أو التردد في اتخاذها.
- تكرار الشعور بالصداع والغثيان وآلام الظهر.
- انخفاض الانجاز الشخصي إذ ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون اتصال عاطفي مع الآخرين .
- الانشغال الدائم: فعند وجوده في اجتماع أو مقابلة يكون وجود جسديا وليس ذهنيا.
- فقدان الرؤية أو المنظور حيث كل شئ عنده مهما عاجلا والنتيجة الانهماك في العمل بدرجة يفقد معها الفرد روح المرح.⁷⁶

⁷⁵ - أحمد محمد عوض بني أحمد, نفس المرجع السابق, ص17.

⁷⁶ - حسن مصطفى عبد المعطي, ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها, الطبعة الأولى (مكتبة زهراء الشرق, 2006), ص

كما يذكر تشرنز 1987, أن هناك عددا من الأعراض المترتبة عن الاحتراق النفسي منها: الإحساس بالذنب وباللوم والإحساس بالتعب والإجهاد والإنهاك معظم الوقت وتجنب التحدث مع الزملاء في شؤون العمل والذاتية المطلقة والشك.⁷⁷

كما وصف عالم النفس (كيل, 1991) أعراض الاحتراق النفسي بما يلي:

- أعراض نفسية مثل فقدان الحماس وعدم القابلية للعمل أو القيام بالمسؤوليات والنفور من أنشطة الحياة المعتادة وعدم الانسجام على المستوى الشخصي أو مع زملاء العمل والشعور بالقلق والضيق والعدوانية وعدم الصبر والعصبية وسرعة الاستثارة كما تبدو على الشخص في هذه الحالة مظاهر التعب البدني والإجهاد الذي يمنعه من القيام بأي عمل.

- أعراض بدنية ومنها فقدان الشهية ونقص المناعة لمقاومة الأمراض وشكاوى بدنية من آلام متفرقة في الجسم.⁷⁸

6- مراحل الاحتراق النفسي

الاحتراق النفسي ظاهرة لا تحدث فجأة ولكنها تحدث بالتتابع, وعلى مراحل وهذا ما يؤكد (ماتسون, وإيفانسفك 1987), حيث يريان أن ظاهرة الاحتراق تتضمن المراحل الأربعة التالية:

- **المرحلة الأولى:** مرحلة الاستغراق (الشمول Involvement), وفيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفع وتشمل حالة من الاستثارة والسرور, وعندما يحدث عدم اتساق بين ما هو متوقع عن العمل وبين ما يحدث فعليا فإن هذا يؤدي إلى الاحتراق النفسي .

- **المرحلة الثانية:** مرحلة الكساد (stagnation), وفيها ينخفض مستوى الرضا عن العمل تدريجيا وتقل الكفاءة وينخفض مستوى الأداء في العمل وتنخفض الاستثارة التي كانت في المرحلة الأولى ويشعر الفرد فيها باعتلال الصحة النفسية وينتقل اهتمام الفرد من العمل

⁷⁷ - محمد عادل عبد الله, بعض سمات الشخصية والجنس وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين, دراسات نفسية, المجلد الخامس, العدد الثاني, (القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين, رانم, 1995), ص 3.

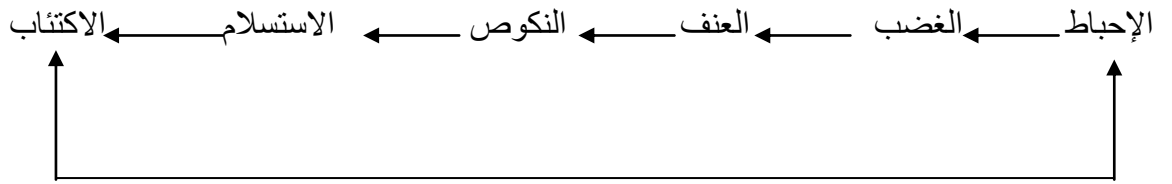
⁷⁸ - لطفي الشربيني, نفس المرجع السابق, ص 97.

إلى مظاهر الحياة الأخرى مثل الاتصالات الاجتماعية والهوايات وممارسة أنشطة معينة لشغل أوقات الفراغ.

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة الانفصال (Détachement), وفيها يدرك الفرد ما يحدث ويبدأ بالانسحاب النفسي ويرتفع لديه بذلك مستوى الإجهاد النفسي ويصل الفرد فيها إلى الإنهاك المزمن واعتلال الصحة البدنية والنفسية.

- **المرحلة الرابعة:** مرحلة الاتصال (Juncture), وتعتبر هذه المرحلة أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية سوءاً وخطراً, حيث يختل تفكير الفرد نتيجة ارتياب وشكوك الذات ويصل بذلك الفرد إلى مرحلة التدمير ويصبح الفرد في تفكير مستمر لترك العمل أو حتى التفكير في الانتحار.⁷⁹

وحسب إليزر Ellizer 1981, فهو يقترح ست مراحل للاحتراق النفسي وهم حسب التسلسل الآتي:



فهذا التسلسل يعتبر مهيناً للاكتئاب الناتج عن الإحباط المعبر عنه .

يرتبط الاكتئاب بالعجز اتجاه الواقع والشعور بعدم المنفعة الاجتماعية وبعدم الكفاءة، تتبع هذه المرحلة بالغضب فيشعر الفرد بالذنب (الغضب عن الذات) أو بسلوكيات عدوانية اتجاه الآخرين والتي تظهر على شكل انتقادات معلنة ولاذعة و بدائية غير معبر عنها، ثم تأتي مرحلة النكوص التي تترجم بالعودة إلى ردود أفعال صبيانية كالشكوى المزمنة، الثرثرة، والحاجة الدائمة لاعتراف الآخرين بهم، بعدما يستسلم الفرد فيتترك حل المشاكل ويركز اهتمامه على ردود أفعاله الخاصة، ويتهرب من الأماكن والأشخاص الذين يسببون

⁷⁹ - وفاء محمد عبد الجواد, فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين, رسالة دكتوراه, كلية

التربية جامعة, (عين شمس, 1994), ص 15.

له ضغطا، فيستقر الاكتئاب لديه والذي يحدد بعدم الرضا الشديد والعام وبأخذ مسافة (بعد) اتجاه الآخرين واتجاه العمل (التغييب والهروب)، مما يزيد من شعوره بالإحباط أكثر.⁸⁰ وحسب Brunet et Marie Claud Audita, فالاحتراق النفسي يمر بعدة مراحل هي:

- **مرحلة الغموض Confusion**: وتستغرق من ثلاثة إلى 18 شهرا وتتميز ببعض المظاهر كالإحساس بأن شيء مخيف سيحدث, والقلق ومشاعر الخوف إضافة إلى آلام وصداع خاصة عند الذهاب إلى العمل, وعدم النوم وبالتالي يخل الفرد في حالة من الإحباط.

- **مرحلة الإحباط Frustration**: وتدوم من ستة إلى 18 شهرا, وتتميز بعدم قدرة الفرد على مواجهة القلق الغير مبرر, النفور من العمل والزملاء, ظهور اضطرابات جسدية, فينتهي الأمر باللجوء إلى المهدئات.

- **مرحلة فقدان الأمل Désespoir**: تستغرق من شهر إلى ستة أشهر وتتميز بإحساس الفرد بأنه يبذل جهدا بدون فائدة, والهروب من المسؤولية, التعب الشديد وفقدان معنى الحياة, فيصبح الفرد هنا فير قادر على تحمل تلك الاضطرابات فيقع فريسة للاحتراق النفسي.⁸¹

وحسب باحثين آخرين فالاحتراق النفسي لا يحدث دفعة واحدة، ولكنه يمر بعدد من المراحل؛ حتى يصل الفرد إلى ذروة المعاناة وتتمثل هذه المراحل في التالي:

- **المرحلة الأولى**: وتعرف بمرحلة الاستثارة الناتجة عن الضغوط، أو الشد العصبي الذي يعايشه الفرد في عمله، وترتبط بالأعراض التالية: سرعة الانفعال، والقلق الدائم، وفترات من ضغط الدم العالي، والأرق، والنسيان، وصعوبة التركيز والصداع.

⁸⁰ - شنوفي نسيم، الإنهاك المهني عند الممرضين وإستراتيجية المقاومة المستخدمة، مذكرة ليسانس، (جامعة:الجزائر، 2003)، ص 23.

⁸¹-Marie Fridérique Baque, société française de burn out chez les soignant en concérologie, (2000), p05.

- **المرحلة الثانية:** وتعرف بمرحلة الحفاظ على الطاقة، وتشمل هذه المرحلة بعض الاستجابات السلوكية مثل: التأخر عن مواعيد العمل، وتأجيل الأمور المتعلقة بالعمل، وزيادة في استهلاك المنبهات، والانسحاب الاجتماعي، والشعور بالتعب المستمر.

- **المرحلة الثالثة :** وهي مرحلة الاستنزاف، أو الإنهاك، وترتبط بمشكلات بدنية ونفسية مثل: الاكتئاب المتواصل، واضطرابات مستمرة في المعدة، وتعب ، وإجهاد ذهني مستمر، وصداع دائم، والرغبة في الانسحاب النهائي من المجتمع.⁸²

7- أسباب الاحتراق النفسي

يرى عريان وزملاءه 1986, أن حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي تتوقف على مجموعة من العوامل والتي تتمثل في الجوانب الثلاثة التالية:

أولا - العوامل الخاصة بالجانب الفردي: هناك شبه اتفاق بين معظم الباحثين على أن الموظف الأكثر التزاما و إخلاصا في عمله يكون أكثر عرضة للاحتراق النفسي من غيره, ويرجع ذلك كونه يكون تحت ضغط داخلي للعطاء وفي نفس الوقت يواجه ظروفًا خارجية عن إرادته تقلل من هذا العطاء. ومن العوامل المؤثرة أيضا مدى ما يتمتع به الموظف من قدرات ذاتية على التكيف ومستوى الطموح لديه .

ثانيا - العوامل الخاصة بالجانب الاجتماعي: وترجع إلى تزايد الاعتماد من طرف أفراد المجتمع على المؤسسات الاجتماعية الأمر الذي يساهم في زيادة العبء الوظيفي الذي يكون سببا في تقديم خدمات أقل من المستوى المطلوب, وهذا من شأنه أن يؤدي إلى شعور الموظف بالإحباط وبالتالي زيادة الضغوط.

ثالثا - العوامل الخاصة بالجانب الوظيفي: يعد هذا الجانب الأكثر وزنا في إيجابية وسلبية المهني نظرا لما يمثل العمل من دور مهم في حياة الفرد في العصر الحديث, فالعمل يحقق حاجات أساسية للفرد مثل: السكن والصحة وغيرها, وأيضا حاجات نفسية لها أهميتها في تكوين الشخصية مثل: التقدير واحترام الذات والنمو والاستقلالية, ويعتبر عجز الفرد في

التحكم ببيئة العمل من العوامل التي تؤدي إلى شعوره بالقلق والكآبة والضغط العصبي مما يؤدي للاحتراق النفسي.⁸³

كما تشير البحوث والدراسات النفسية لمصادر الاحتراق لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية أنه يمكن تصنيف تلك المصادر إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: وهي التي تتعلق بخصائص شخصية الفرد نفسه (كعدم النضج, ونقص في التكوين..).

المجموعة الثانية: المصادر المهنية أو التي تتعلق بالبيئة الاجتماعية للعمل (كنقص الاتصال, والصراعات مع زملاء العمل, أو السلطة الإدارية ..).⁸⁴

ومن بين العوامل المهنية والتنظيمية التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي ما يلي:

- **مسؤوليات العمل:** حيث يزداد العبء إذا كانت المسؤولية على أناس آخرين مقارنة بالمسؤولية عن الأجهزة أو الأدوات .

- **صعوبة العمل :** ترجع صعوبة العمل إلى عدم معرفة الفرد لجوانبه أو عدم فهمه، لها أو عدم وجود بطاقات وصف يقوم المشرف بإطلاع العامل عليها وعدم شرحه لها.

- **اختلال ظروف العمل المادية:** إن اختلال ظروف العمل المادية من إضاءة، حرارة رطوبة، ضوضاء، ترتيب مكان العمل... وغيرها من الظروف يمكن أن يؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل و ظروفه.

- **نظام المناوبة :** ويرتبط ضغط نظام المناوبة بالأفراد الذين يعملون في مهن توفر خدمات للمواطنين على مدار الأربع و العشرين ساعة: كالأطباء والمرضات وغيرهم، فلقد بينت الدراسات أن نظام المناوبة له تأثير سلبي في اضطراب الساعة البيولوجية الذي ينعكس على عادات النوم، فيضطرب نظامه، ويحدث النوم المتقطع، كما ينعكس على العلاقات

⁸³ - أحمد محمد عوض بني أحمد, نفس المرجع السابق, ص 15.

⁸⁴ - Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie, Larousse- Hier, (Paris, 1999), p 101.

الاجتماعية ويؤدي إلى الشعور بالتعب واضطراب الشهية، وعدم التوافق الجنسي ... خاصة إذا لم يطبق توزيع عادل في مناوبات العمل .

- **فرص التطور المهني:** فإحساس الفرد بغياب فرص تطوير مهارات العمل يعتبر مصدرا للقلق و الإحباط للفرد.

- **غياب التغذية الراجعة حول الأداء في العمل:** يحتاج العاملین إلى معرفة ردود فعل ما يقومون به، وموقعهم من الأهداف التي تضعها الإدارة، أو التي يصنعونها في ضوء تقديراتهم لقدراتهم ومهاراتهم والتقييم غير الموضوعي للأداء من قبل الرؤساء يعد مصدرا من مصادر الضغط النفسي للعاملين، خاصة حينما يتجاهل رئيس العمل أو المسؤول جهد العامل أو يهمله، أو يفضل من هم أقل منه في الأداء عليه.⁸⁵

ويصف جمعة يوسف 2006, أسباب الاحتراق النفسي بأنها لا تقع داخل الشخص الذي يعاني منه, فالسبب الأعظم يقع في بيئة العمل المختلفة التي تسمح بتعظيم مستويات الضغوط والإحباط والقهر لفترات طويلة من الزمن, في الوقت الذي تتيح فيه مكافآت ضئيلة لمواجهة كل ذلك, ويمكن تلخيص هذه الأسباب في :

- عبء العمل الزائد.
- المهام البيروقراطية المتزايدة.
- التواصل الضحل والمردود الضعيف.
- نقص المكافآت وغياب الدعم.⁸⁶

وتظهر أيضا المشاكل العلائقية في العمل كصراع الأدوار, وغموض الدور وغياب تعريف واضح لدور الفرد في عمله والأهداف الموكلة إليه ومسؤولياته. ومن المشكلات الشائعة أيضا في المؤسسات الخدمائية المسؤولية اتجاه الآخر وخاصة حينما يتضمن ذلك مسؤولية إزاء حياة الآخرين, فهذه الأسباب يمكنها أن تؤدي إلى الاحتراق النفسي.⁸⁷

⁸⁵ - حسن مصطفى عبد المعطي, ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الأولى, (مكتبة زهراء الشرق, 2006), ص51.

⁸⁶ - جمعة سيد يوسف, نفس المرجع السابق, ص 40.

⁸⁷ - Marilou Bruchon Schweitzer, psychologie de la santé, Dunod, (Paris 2002), p120 .

ومن أبرز العوامل التي تتعلق بالمصادر الشخصية لضغوط العمل العناصر التالية:

- **نمط الشخصية:** وتم تصنيفها إلى نمطين هما (نمط الشخصية أ, نمط الشخصية ب), حيث يتميز صاحب نمط الشخصية (أ) بخاصية الإقدام والتنافس والمثابرة والنشاط الزائد والإقبال على العمل ولكنه يتحدث بانفعال ويستعجل الآخرين لتنفيذ ما يقوله، كما أنه في صراع دائم من الأفراد والأحداث، لذا فإن صحته ضعيفة ومعرضة أكثر من غيره للإصابة بمرض القلب، نتيجة لتأثره بضغوط العمل واستجابته لها بقدر كبير. أما صاحب نمط الشخصية (ب) فهو شخص هادئ الطباع، مسترخي الأعصاب، ويتميز بحساسية الطباع والتفوق العلمي، يقل تعرضه لأمراض القلب والدورة الدموية.

ونجد أن الأشخاص المنتمون للنمط "أ" هم الأكثر عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي من النمط "ب" والنمط "ج" فهو يعيشون على قاعدة يجب وينبغي القيام بالعمل بدقة ومنافسة الغير في وقته والرغبة القوية في الانجاز والتحسس لكل شيء فهذا النمط يكون أكثر عرضة للاحتراق النفسي .

- **الجنس:** حيث يعد من الخصائص الشخصية المؤثرة في دراسة ضغوط العمل، لاسيما مع زيادة معدلات دخول الإناث في سوق العمل، والتي يختلف موقعها الاجتماعي والوظيفي عن الرجل من تداخل مسؤولياتها بين العمل والمنزل، والعزلة الاجتماعية التي يفرضها عليها مجتمعها ومحدودية الدور الوظيفي الذي يسمح لها به.

- **التوافق بين القدرات الفرد وحاجات العمل:** يعد عدم التوافق بين قدرات الفرد وحاجات العمل من العوامل المؤدية لضغوط العمل .

- الحالة النفسية والبدنية: تؤثر الحالة النفسية والبدنية للأفراد على مقدار استجاباتهم لمثيرات ضغوط العمل التي يتعرضون لها في داخل بيئة العمل أو خارجها، وذلك تبعاً لاستجاباتهم النفسية والسلوكية والعاطفية.⁸⁸

7-1- أسباب الاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين:

إن الاحتراق النفسي يصيب حوالي 25 % من العاملين الصحيين، حيث تشكل مصالحي طب الأطفال 40%، في حين أن الممرضين يشكلون 48%، فأستورة العامل المثالي التي ترد لدى الكثير منهم، إضافة إلى المؤسسة وما تتطلبه من الموظفين من بذل مجهودات مضنية رغم ظروف العمل الصعبة كلها تؤثر على الفرد فيبدأ تدريجياً بالشعور بالإحباط والتعب ونقص تقدير الذات، وصولاً إلى فقدان معنى العمل.⁸⁹

إن العمل نفسه هو أول مصدر للإجهاد، فطبيعة الأعمال بحد ذاتها مزعجة، لأن عليهم التعامل مع أجساد المرضى: من دم وقيء وروائح... وكل ذلك في جو تتحول فيه الكآبة، مناخاً منظماً سائداً. وقد يكون نقص جهاز التمرريض في بعض الأقسام وقلة الأدوية في آخر سبباً آخر. إضافة إلى ساعات العمل وتناوب فرق العمل والأجر الضئيل، وغموض المواقف التي عليهم أن يواجهونها (حالات الطوارئ وغيرها)، ومسئولياتهم تجاه المرضى، والأمر المهم في هذه العلاقة هو الاختلافات في الثقافة وتنوع طباع المرضى، ويزيد على ذلك الضغوط التي تمارسها العائلات والأصدقاء لتحسين نوعية المعاملة. وتتعدد المسألة عندما يضاف إليها مختلف مراحل المرض وعلى الأخص المرحلة الأخيرة ألا وهي الموت.⁹⁰

⁸⁸ - هيجان عبد الرحمان أحمد بن محمد، ضغوط العمل مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، (السعودية: الإدارة العامة للرياض 2006)، ص 48.

⁸⁹ - Elisabeth Grebot, stress et burnout au travail, identifier, prévenir; guérir, éditions d'organisations, groupe Eyrolles, (Paris, 2008), p 117.

⁹⁰ - جان بنجامان ستورا، الإجهاد أسبابه وعلاجه، ترجمة أنطوان إ. الهاشم، الطبعة الأولى، (بيروت: منشورات عويدات، 1997)، ص 45.

فالاحتراق النفسي يحدث دائماً عندما يطلب من الفرد أن يقدم خدمات لأفراد في أمس الحاجة إليها في وقت لا يستطيعون الاستفادة من هذه الخدمات, علاوة على ذلك فإن هذه المهن تتطلب من الأفراد العاملين فيها أن يكونوا دائماً متعاطفين مع عملائهم, فهذا المطلب غير منطقي فمن الصعب أن يحافظ كل فرد على توجه عاطفي طوال الوقت وإلى ما لا نهاية. فالمشرفون على رعاية هؤلاء الأشخاص غالباً ما يدركون أنهم يقدمون أكثر مما يحصلون عليه من مرضاهم. فالوقت الطويل الذي يتم قضاؤه مع العملاء والتغذية الراجعة البسيطة, والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح, وصراع وغموض الدور, جميعها من العوامل التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الاحتراق النفسي.⁹¹

وهناك خاصية للاحتراق النفسي هي كونها ظاهرة معدية. فقد وجد كل من شوارتز وول Will & Schwartz, بأنه عندما ترجع ممرضة ملتزمة ونشطة إلى العمل بجناح تكون نسبة الاحتراق النفسي عالية بين العاملين فيه, سرعان ما تستسلم وتظهر عليها الأعراض الخاصة بهذه الظاهرة, ففي أي موقع عمل فيه الأغلبية في حالة احتراق نفسي فإن نسبة حدوث ذلك للعضو الجديد تكون عالية.⁹²

8- الدراسات السابقة :

8-1- الدراسات عن الاحتراق النفسي في المجال الطبي:

أوردت العديد من المقالات تقارير عن حالات الإرهاق والإجهاد التي يعاني منها الأطباء: فهناك دراسات حديثة تؤكد على معاناة الأطباء. كما أكدت ذلك CARMF: ففي دراسة استقصائية عن معنويات الأطباء ودوافعهم أشارت إلى أن "47% منهم على استعداد لتغيير النشاط وفي حالة توقف عن النشاط، و4% اتجهوا إلى النشاط الطبي المأجور، و25% غيروا المهنة، و23% اختاروا التقاعد المبكر. وأهم أسباب ذلك الاكتئاب: "الإجهاد والأعباء الزائدة في العمل. "

⁹¹ - شيلي تايلور, نفس المرجع السابق, ص507.

⁹² - حمدي ياسين, علي عسكر, حسن الموسوي, علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق, الطبعة الأولى, (دار الكتاب الحديث, 1999), ص 184.

كما أن الإحصاءات المختلفة تبين أن الأطباء معرضين مرتين أكثر إلى الاكتئاب من الأشخاص الآخرين, (10 إلى 15 % وفقا للدراسات) أو تقريبا طبيب من أصل ثلاثة معرضين للاكتئاب.

وفقا لأطروحة الدكتور Gleizes مع الدكتور آريان، عن الضغط في العمل، الذي يصل إلى ما يقرب من طبيب من أصل اثنين. وكأسباب للضغط أشار 82 % من الأطباء إلى القيود المالية, و70% للمضايقات الإدارية, و62.8% للأعمال الكتابية, و56.5% للاضطرابات في الحياة الشخصية، وما يقرب من 50 % للإشراف والتوجيه.

وركزت هذه الدراسة على تنظيم العمل أما العوامل الشخصية والمهنية للضغط فتظهر في المقام الثاني⁹³.

- و في دراسة للباحث لورنت وآخرون للانعكاسات النفسية للتدخل الطبي الاستعجالي على 50 عامل بمصلحة العناية الطبية المستعجلة بهدف تقييم عوامل الضغط عندهم وقياس النتائج النفسية الناجمة عن ذلك. وقد طبق في البحث اختبارات الضغط المهني, واستمارات الصحة العامة, واستمارات تقييم الضغط ما بعد الصدمة(Post-Trauma) ومقابلات عيادية. أظهرت الدراسة أن النشاط في مصلحة العناية المستعجلة تميز بضغط مهني واضح مع وجود ضغط نفسي حاد وأعراض أخرى.⁹⁴

- وفي دراسة مقارنة للاحتراق النفسي بين أطباء من مناطق الشرق الجزائري وأطباء من مناطق الغرب على عينة من 73 طبيب وتمثلت فرضيات الدراسة بأن أطباء الشرق الجزائري الذين يعملون في إطار في إطار التدخل الاستعجالي أثناء النكبات والكوارث لفترة طويلة أكثر عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي مقارنة بأطباء الغرب الذين لا يواجهون نفس الظروف. وخلصت الدراسة إلى أن أطباء الشرق أظهروا مستوى مرتفع في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي, 50 % لديهم إنهاك انفعالي مرتفع و52% يعانون من التبدل

1- Isabelle gautier, le Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris, (Mars 2003), N° 86.

⁹⁴- Laurent (A.), Chahraoui (K.), Carli (P.), les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU, Étude portant sur 50 intervenants SAMU, Annales medico-psychologiques, (10 /2007), p 570-578.

الإحساسي، و47% لديهم نقص في الانجاز الشخصي في العمل. مقارنة بأطباء الغرب حيث أظهرت الدراسة أن 23% لديهم إنهاك انفعالي و23% تبدل الشعور و18% انجاز شخصي منخفض، كما أظهرت الدراسة أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الاحتراق النفسي وكل من المتغيرات الديمغرافية والمهنية التالية الجنس والسن والأقدمية في المهنة.⁹⁵

8-2- دراسات الاحتراق النفسي في المجالات الأخرى:

نظراً لعدم وجود دراسات عربية في مجال الاحتراق النفسي لدى العاملين بالمستشفيات فإن الدراسة الحالية سوف تدرج بعض الدراسات العربية العامة عن الاحتراق النفسي والتي تظهر لنا مدى اهتمام الباحثين بدراسة الاحتراق النفسي في المهن الأكثر تعرضاً له.

- دراسة عادل عبد الله محمود 1995، بعنوان بعض السمات الشخصية (الحرص، التفكير الأصيل، العلاقات الشخصية، الحيوية) والجنس والسن وأثرها على درجة الاحتراق النفسي لعينة من 184 معلماً ومعلمة وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة بين الإناث والذكور في الاحتراق النفسي، أما بالنسبة لسمات الشخصية فبينت الدراسة أنه كلما ارتفعت درجات الأفراد على السمات الشخصية انخفضت في المقابل درجة الاحتراق النفسي، وبالتالي فالسمات الإيجابية في الشخصية تسهم في تقليل تعرض الفرد للاحتراق النفسي.⁹⁶

- أجرى داوودي (1989)، دراسة هدفت إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى 349 من معلمي المدارس الحكومية في الأردن وإلى الكشف عن الفروق على أبعاد الاحتراق النفسي لمتغيرات الجنس والمؤهل والخبرة لدى المعلمين والتفاعل بينهما. بعد تطبيق عليهم مقياس (ماسلاك) دلت النتائج على وجود احتراق نفسي بدرجة متوسطة، ودلت كذلك على عدم وجود فروق جوهرية بين مستويات المؤهل العلمي، ومستويات

⁹⁵- Benfarhat Amirouche, etude du syndrome du burnout chez une population a risque, cas des medecins des SAMU, memoire de Magister en psychologie clinique, departement de psychologie et des sciences de l'education, (Université d'Oran, 2008), p 10 .

⁹⁶ - محمد عادل عبد الله، بعض سمات الشخصية والجنس وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين، دراسات نفسية، المجلد الخامس، العدد الثاني، (القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين، رانم، 1995).

الخبرة التعليمية على بعد تكرار الإجهاد الانفعالي وشدته، ولكن أظهرت فروقا مهمة تعزى للجنس على هذا البعد، إذ تبين أن المعلمات اظهرن درجة أعلى من المعلمين في الاحتراق النفسي، كما تبين أن المعلمين من ذوي التأهيل العالي يعانون أكثر من غيرهم من ذوي المؤهلات الأخرى من نقص الشعور بالانجاز، كما كشفت الدراسة عن وجود تفاعل بين متغيرات المؤهل والخبرة والجنس على بعد شدة الإجهاد الانفعالي.⁹⁷

- قام الوابلي بدراسة في عام 1995، تناولت مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي التعليم العام في مدينة مكة المكرمة في ضوء مقياس ماسلاش إذ طبق المقياس على (457) معلما ومعلمة وأسفرت نتائج الدراسة عن أن معلمي التعليم العام قد تعرضوا لظاهرة الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة على مستوى التكرار والشدّة في بعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر نحو التلاميذ وبدرجة عالية في بعد نقص الشعور بالانجاز كما لم تظهر فروق بين الذكور والإناث في بعد الإجهاد الانفعالي ولم تظهر أي فروق بين فئات متغيرات السن والمؤهل التعليمي والمرحلة التعليمية والحالة الاجتماعية في بعد تبلد المشاعر ولكن أظهرت فروق دالة في المتغيرات السابقة في بعد الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالانجاز.⁹⁸

- وفي دراسة لزيدان السرطاوي (1997)، هدفت إلى الكشف عن مستويات ومصادر الاحتراق النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية على عينة من المعلمين في معاهد ومراكز التربية الخاصة بالسعودية وباستخدام مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي تبين أن مستوى الاحتراق النفسي كان معتدلا على بعدي الشعور بالانجاز والإجهاد الانفعالي في حين كان المستوى مخفضا في مستوى تبلد المشاعر. وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين استجابات المعلمين المتخصصين وغير المتخصصين في التربية الخاصة على بعد الإجهاد الانفعالي وذلك لصالح المتخصصين في التربية الخاصة. ولم تكتشف الدراسة عن وجود أية فروق داله إحصائيا وفق متغيري التخصص ونمط الخدمة وذلك على بعد

⁹⁷ - رائدة حسن الحمر، دراسة مستوى الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة مقارنة بالمعلمين العاديين في مملكة البحرين، بكالوريوس علم نفس تربوي، إشراف د. أماني الشيراوي، (جامعة البحرين، 2006)، ص30.

⁹⁸ - أحمد محمد عوض بني أحمد، الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس، الطبعة الأولى، (الأردن: دار الحامد،

تبلد المشاعر. في حين كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية وفق نفس المتغيرين على بعد نقص الشعور بالإنجاز وذلك لصالح المتخصصين في التربية الخاصة الذين يعانون من مشاعر نقص الشعور بالإنجاز أكثر من غير المتخصصين.

كما وجد فروق داله إحصائية على بعد الإجهاد لصالح المعلمين الجدد الذين كانوا أكثر الفئات احتراقا مقارنة بذوي الخبرات المختلفة.⁹⁹

- دراسة زياد الطحاينة 2007, بعنوان "مستويات الاحتراق النفسي لدى حكام الألعاب الرياضية في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات" هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى حكام الألعاب الرياضية في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات، وتكونت عينة الدراسة من 120 حكما، وقام الباحث باستخدام المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث مقياس الاحتراق النفسي للحكم الرياضي وأظهرت نتائج الدراسة أن حكام الألعاب الرياضية يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة . كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الحكام تعزى لمتغير العمر والخبرة. في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين حكام الألعاب الفردية وحكام الألعاب الجماعية.¹⁰⁰

- دراسة بيتلر وكونستانتين Butler & Constantine 2005 , عن الاحتراق النفسي وتقدير الذات لعينة من 538 معلم ومعلمة, أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقات مختلفة بين أبعاد مقياس تقدير الذات وأبعاد الاحتراق النفسي لماسلاك حيث ارتبط تقدير الذات العام سلبيا بالإنهاك, وإيجابيا بالإنجاز الشخصي, وارتبط تقدير الذات للهوية سلبيا بتبلد المشاعر وإيجابيا بالإنجاز الشخصي, بمعنى أن ارتفاع تقدير الذات يقلل من الإحساس بالاحتراق النفسي.¹⁰¹

⁹⁹- زيدان السرطاوي, الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة, دراسة ميدانية, مجلة كلية التربية, (جامعة عين شمس, 1997) .

¹⁰⁰- رمزي جابر, دراسة تقويمية لظاهرة الاحتراق النفسي لدى المدرب الرياضي, مجلة جامعة الأقصى, المجلد الحادي عشر, العدد الأول, (فلسطين: يناير 2007), ص 137.

¹⁰¹ - نشوة كرم عمار أبو بكر دردير, نفس المرجع السابق, ص 70.

8-3- التعليق على الدراسات السابقة:

يظهر لنا من الدراسات السابقة ما يلي:

- استخدام الباحثين لمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي في معظم الدراسات, وذلك بعد تعريبه واستخراج دلالات الصدق والثبات له.

- أظهرت بعض الدراسات وجود فروق دالة بين مستويات الخبرة والاحتراق النفسي بينما أظهرت دراسات أخرى عكس ذلك أي لا توجد فروق داله بين مستويات الخبرة.

- كما أظهرت نتائج الدراسات اختلافا من حيث تأثير الجنس على الاحتراق النفسي فهناك دراسات أظهرت عدم وجود فروق داله في مستوى الاحتراق النفسي بين الذكور والإناث, وهناك دراسات أخرى أثبتت عكس ذلك مثل دراسة كل من داووني التي بينت أن النساء أكثر عرضه للاحتراق النفسي من الرجال .

- كما استخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي والدراسة الميدانية .

- أظهرت نتائج الدراسات السابقة أهم الأسباب والعوامل التي تساعد على حدوث الاحتراق النفسي لدى العاملين في المجالات المختلفة.

ودرستنا الحالية مثل معظم الدراسات السابقة تهدف إلى دراسة الاحتراق النفسي لدى عينة من العاملين بالمؤسسة الطبية، وتتبع في ذلك المنهج الوصفي التحليلي.

9- الوقاية و العلاج من الاحتراق النفسي:

إن استعراض الظروف المحيطة بالاحتراق النفسي توحى بمحدودية الفرص للتعامل معها, وهناك بعض الخطوات لتقليل ظهوره بين العاملين في مؤسسات الخدمات الإنسانية:

1 -عدم المبالغة في التوقعات الوظيفية.

2 -المساندة المالية للمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع.

3 -وجود وصف تفصيلي للمهام المطلوب أدائها من قبل المهني .

4 -تغيير الأدوار والمسئوليات.

5 -الاستعانة باختصاصي نفسي للتغلب على المشكلة.

6 -زيادة المسؤولية والاستقلالية للمهني .

7- الاهتمام ببرامج التطوير ونمو العاملين نموا مهنيا ونفسيا.¹⁰²

هناك دراسات تشير إلى طرق تخفيف الضغط والاحترق النفسي لدى العاملين منها دراسة زاسترو (Zastrow) التي أشار فيها إلى عدد من الطرق للتخفيف من ضغط العمل وبالتالي الوقاية من الاحتراق النفسي ومنها:

- 1- أخذ إجازات باستمرار.
- 2- ممارسة الهوايات المختلفة والتمارين الرياضية مثل الركض والسباحة .
- 3- تنويع المهام التي يقوم بها الشخص أثناء العمل حتى لا يصبح عمله روتينيا.
- 4- محاولة تحديد العوامل التي تسبب المشاعر السلبية أثناء العمل.
- 5- اللجوء إلى خلق روح المداعبة والنكته أثناء العمل.¹⁰³

ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث التغذية والنشاط الحركي و الاسترخاء الذهني من الأمور الحيوية والمكملة للجهود المؤسسية في تفادي الاحتراق النفسي, ويوصي الباحثون بإتباع الخطوات التالية:

- إدراك أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الاحتراق النفسي.
- تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو الاختبارات التي توضح له الأسباب.
- تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة .
- تطبيق الأساليب أو اتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها: تكوين الصداقات لضمان الحصول على دعم اجتماعي, إدارة الوقت, تنمية هوايات, مواجهة الحياة كتحدى للقدرات الذاتية, الابتعاد عن جو العمل كلما أمكن ذلك .
- تقييم الخطوات العملية التي اتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها واتخاذ بدائل إذا لزم الأمر.¹⁰⁴

102 - حمدي ياسين, علي عسكر, حسن الموسوي, نفس المرجع السابق, ص 185.

103 - أحمد محمد عوض بني أحمد, نفس المرجع السابق, ص 19.

104 - علي عسكر, نفس المرجع السابق, ص 127 .

ويؤكد العديد من الباحثين إلى أن التصدي للاحتراق النفسي يتطلب مستويين من الجهود:

أولا - الجهود الوقائية: وتتمثل في:

- التعليم والتدريب.
- الاختيار المناسب للموظفين .
- استخدام الحوافر المادية والمعنوية .

ثانيا - الجهود العلاجية: وتتمثل في ما يلي:

- توفير فرص للترقية والمكافآت وفرص التقدم .
- **تحليل الدور:** ويتضمن ذلك توضيح الحقوق والواجبات والمسؤوليات والمهام والتوقعات لتجنب النزاعات والصراعات المختلفة بين الموظفين أو العاملين .
- إيجاد مناخ مهني صحي مؤازر للموظفين يتيح قدرا أكبر من المشاركة واللامركزية واللا رسمية والمرونة .
- المؤازرة الاجتماعية من خلال توفير علاقات اجتماعية إيجابية بين الموظفين أو العاملين لتبديد الشعور بالوحدة والعزلة.¹⁰⁵
- **الدعم النفسي:** وهو يتمثل في كل ما يتعلق بالبعد النفسي للعملية الطبية بما في ذلك علاقة المساعدة مع المريض وعائلته ومن جهة أخرى كل ما يتعرض له العامل الطبي من الناحية النفسية نتيجة تعامله مع المرض، المعاناة والموت وكل ما تحويه من اعتبارات إنسانية وأخلاقية.¹⁰⁶
- **الدعم الاجتماعي:** يمثل الدعم الاجتماعي من جماعة العمل مصدرا أساسيا للدفاع ضد الأخطار الخارجية، كذلك فهو يقلل من تأثيرات هذه المشاعر على القلق والاكتئاب، وبذلك يمثل الدعم الاجتماعي سواء من الزملاء أو المشرفين مصدرا أساسيا من مصادر

¹⁰⁵ - حمدي ياسين و آخرين, علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق_ الطبعة الأولى, (مصر: دار الكتاب الحديث, 1999), ص 185.

¹⁰⁶ -Estryn- Behar (Madeleine), stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention, Edition Estem, (Paris, 2004), p 94.

كل من الرضا عن العمل والصحة النفسية ويمكن لهذا النوع من الدعم أن يقي من تأثيرات المشقة في العمل بصورة أكفأ من مصادر الدعم الاجتماعي الأخرى.¹⁰⁷

كما أكدت الدراسات على أن برامج الوقاية يجب تطبيقها أثناء فترة الدراسة والتدريب، وذلك لاعتقاد الباحثين بأن مشكلة الاحتراق النفسي يمكن أن تظهر خلال السنوات الأولى من التحاق الفرد بالمهنة. وفي إحدى الدراسات اقترحت برنامجا وقائيا لما قبل الخدمة يشمل على أربعة عناصر كما يلي:

- **الواقعية في العمل:** يجب أن يركز تدريب العاملين قبل الخدمة على واقع وحقيقة العمل أكثر من تشجيع التوقعات المثالية. ومن شأن الكثير من الأنشطة، مثل: الالتقاء، والتحدث مع أصحاب الخبرة أن يعطي هؤلاء المتدربين فكرة عن المشاكل داخل العمل، مما يقلل من حجم الصدمة التي قد يتعرض لها الكثير من هؤلاء المتدربين .

- **التوازن في العلاقة مع العملاء:** وذلك بفصل الحياة العملية عن الحياة الاجتماعية، وإيجاد علاقة متوازنة مع العملاء، أساسها الاحترام المتبادل .

- **إدراك معنى النجاح والفشل:** يجب أن يتعلم الفرد أثناء دراسته، ويدرك معنى النجاح الذي سيحققه، وكذلك الفشل الذي قد يواجهه. وذلك بالتركيز على الإستراتيجيات والخطط التي من شأنها تعزيز نجاحه.

- **خفض الضغط النفسي:** وذلك بوضع برامج تساعد على التعرف على طرق واستراتيجيات خفض الإجهاد والضغط النفسية، حيث يمكن تدريسهم كيفية إدراك الأعراض الجسمية والضغط النفسي والطرق اللازمة لضبط وخفض هذه الأعراض.¹⁰⁸

¹⁰⁷ - رشاد علي عبد العزيز موسى، أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، (القاهرة: مؤسسة المختار للنشر، 2001)، ص 18.

¹⁰⁸ - عدنان الفرح، الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر، بحث مقدم في ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، (البحرين: جامعة الخليج العربي، 1999)، ص 18.

وإن تأسيس نوع من الحصانة الطبيعية, يمكن أن يكون طريقة لضبط حدوث العرض, فجماعات المساندة الاجتماعية, يمكن أن تزود العاملين بالتمريض مثلاً بالفرصة للالتقاء مع زملاءهم في التمريض لبحث مشكلاتهم التي يواجهونها بطريقة غير رسمية, وهذه الجماعات يمكن أن تتيح الفرصة للعاملين للحصول على المساندة الاجتماعية, وتقليل مشاعر الوحدة, والمشاركة في مشاعر الألم التي تتشكل لديهم إزاء حالات الوفاة وعملية الموت, والتنفيس عن انفعالاتهم في جو يوفر المساندة, وعن طريق ذلك يمكن أن تساعد المجموعة المساندة على تعزيز الشعور بالانتماء إلى الجماعة, وتحسن من خدمات الرعاية التي يقدمونها للعملاء إلى أقصى درجة.¹⁰⁹

ولتحقيق حالة جيدة من الصحة النفسية اقترحت الدراسات على العاملين في النشاطات المجهدة إتباع أحد النقاط التالية:

- أستطيع أن أجد الكثير من الحلول لأي مشكلة.
- يمكن أن ارتكب خطأ أو أتصرف أحياناً بحماقة لكنني أظل شخصاً كفناً.
- أستطيع أن أفكر في النجاح وأشعر بالسعادة.
- أستطيع أن أجد متعة في التعامل مع الأعمال الصعبة.
- إن الحياة المهنية صعبة لكنها ممتعة.¹¹⁰

هناك أيضاً دور للمنظمة في التقليل من ضغوط العمل, ويتم ذلك من خلال:

- الاهتمام بالاختيار والتعيين لتحقيق التوافق المهني.
- الاهتمام بالبرامج التدريبية للارتقاء بمهارات المدراء والعاملين .
- التأكد من أن عمليات التقويم والمكافآت تنفذ بشكل عادل بين الجميع.
- التطوير التنظيمي الذي يركز على فتح قنوات الاتصال وتنمية روح الجماعة .

¹⁰⁹ - شيلي تايلور, علم النفس الصحي نفس المرجع السابق, ص510.

¹¹⁰ - زيدان السر طاوي, الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة, مجلة كلية التربية, (جامعة عين الشمس, 1997), ص 08 .

كما أن التطوير التنظيمي يهدف إلى إيجاد الثقة بين الجميع, الأمر الذي يؤدي إلى حرية التعبير عن المطالب والمعوقات. والقضاء على الإشاعات بين العاملين والتي بدورها تقلل من مستوى الضغوط بين العاملين بمستوياتهم المختلفة.¹¹¹

وإن إعداد أسئلة الاستطلاع في مرحلة دورية من قبل إدارة المؤسسة هو وسيلة أكيدة للتشخيص والوقاية من الإجهاد المهني ويعتبر مقياس ماسلاتش (MBI) لظاهرة الاحتراق النفسي الذي يحتوي على 22 فقرة تقيم موضوعات الإجهاد الانفعالي وتبذل الشعور وعدم تحقيق الذات في العمل ويستخدم خاصة في حالة قياس ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الفئات المهنية مثل الممرضين والمربين وسواهم والتنبيه إليها.¹¹²

¹¹¹ - حمدي ياسين, علي عسكر, حسن الموسوي, نفس المرجع السابق, ص190.

¹¹² - جان بنجامان ستورا, الإجهاد أسبابه وعلاجه, نفس المرجع السابق, ص110.

خاتمة الفصل:

من الموضوعات التي بدأت ولا زالت تستقطب اهتمام الكثير من الباحثين في السلوك في مجال العمل موضوع الضغوط, وتستخدم عبارة الضغوط للدلالة على حالتين مختلفتين, ففي الأولى نشير إلى الظروف البيئية التي تحيط بالفرد والتي تسبب له نوعا من الضيق والتوتر وضمن هذا الإطار فإنها تشير إلى وجود مسببات مختلفة أو مصادر خارجية للضغوط, وفي الحالة الثانية تشير إلى ردود الفعل الداخلية والتي تحدث بسبب هذه المصادر أو الشعور غير السار الذي يعطى تسمية الضغوط, وقد اتفق معظم المهتمون بهذا الموضوع على أن المواقف البيئية التي تدرك بأنها ذات متطلبات تفوق قدرات وإمكانات الفرد في التعامل معها تمثل ضغوطا بالنسبة له.

وتظهر هنا حالة نفسية تعرف بالاحترق النفسي تتولد نتيجة التعرض المستمر للضغوط, حيث يعرف بأنه الاستنزاف البدني والانفعالي, وتتمثل في مجموعة من المظاهر السلبية مثل التعب والإرهاق, والشعور بالعجز, وفقدان الاهتمام بالآخرين وبالعمل, والسخرية من الآخرين والسلبية في مفهوم الذات لدى الفرد.¹¹³

وإن إجراءات التدخل التي يتم توجيهها إلى العاملين في المستشفى عبر برامج إدارة الضغوط يمكن أن تساعد على ضبط مشاعر الاحتراق النفسي التي يعانون منها, والتحكم بما يمكن أن يواجهوه من هذه المشاعر في المستقبل, فالإطلاع على الكيفية التي يتصرف بها الآخرون لتجنب حدوث الاحتراق النفسي, يمكن أن يقدم نموذجا جيدا يتبعه الفرد للتغلب على هذه المشاعر عندما تداهم.

وتشير الدراسات بأن الذين يشعرون بأعراض خفيفة من الاحتراق النفسي عادة ما يبحثون عن مساعدة الآخرين, فعن طريق التنبؤ بما يحتاجون إليه, والبحث عن المساعدة

¹¹³ - حمدي ياسين, علي عسكر, حسن الموسوي, نفس المرجع السابق, ص 175.

الاجتماعية, والنصيحة من الآخرين لمساعدتهم في تلبية احتياجاتهم, فإنهم يتمكنون من تجنب المشكلة التي يواجهها الكثير من العاملين في مجال تقديم الخدمات للآخرين.¹¹⁴

يتضح لنا مما سبق أن الاحتراق النفسي من المخاطر التي تحدث بشكل خاص مع الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين مع المرضى, وإنه إذا ما نظرنا إلى العاملين الطبيين فإننا نجد أن البعض يعاني الاحتراق النفسي؛ بينما البعض الآخر لا يعاني منه، ليس لانتهاج المشكلات والعقبات التي يمر بها لأنها لا تنتهي؛ ولكن لما يمكن أن يتسم به هؤلاء من سمات وخصائص نفسية تقيهم أو تجنبهم المعاناة من الاحتراق النفسي، أو لقدرة الفرد على مواجهة المشكلات التي قد تصادفه في عمله.

¹¹⁴ - شيلي تايلور, نفس المرجع السابق, ص510.

الفصل الرابع

دافعية الإنجاز

تمهيد

- 1- تعريف الدافعية
 - 2- وظائف الدافعية
 - 3- المفاهيم المرتبطة بالدافعية
 - 4- أنواع الدوافع
 - 5- تعريف الدافع للإنجاز
 - 6- سمات الشخصية الانجازية
 - 7- النظريات المفسرة لدافع للإنجاز
 - 8- طرق قياس الدافعية للإنجاز
- خاتمة الفصل

تمهيد:

إن الدوافع التي تؤثر على سلوك الإنسان معقدة ومتشابكة، ومن النادر أن يتصرف إنسان في موقف معين نتيجة دافع واحد، بل أن سلوك الفرد ينبع من التأثير التبادلي والمتداخل لعدد من الدوافع بل تلعب الدوافع دوراً مهماً في سلوك الإنسان وتحديد علاقة الفرد ببناءات المجتمع الثقافية والاجتماعية. وقد أعطيت الدوافع أهمية واضحة خلال السنوات الأربعين الأخيرة. ومن الدوافع التي تلعب دوراً مهماً "دافعية الإنجاز" مع بيئة العمل، والتي احتلت حيزاً من الدراسات الغربية، ومن تلك الدراسات دراسة ماكلياند (الذي يُعتبر رائداً في هذا المجال وإليه يرجع الفضل في إبراز هذا الخط في البحوث وتطورها في الدراسات الاجتماعية) حيث ركز في أبحاثه على طبيعة دافعية الإنجاز وطرق قياسها وعلاقتها ببعض العوامل الثقافية العامة، وأرجع تقدم بعض الشعوب حضارياً إلى ارتفاع دافعية الإنجاز لدى أفرادها.¹¹⁵

1- تعريف الدافعية

يرجع مصطلح الدافعية (Motivation) إلى الأصل اللاتيني لكلمة « movere », التي تعني يدفع أو يحرك على أن هذا التعريف محدود لا يصلح لشرح عملية الدوافع البالغة التعقيد.¹¹⁶

وسنعرض فيما يلي بعض التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم الدافعية:

- عرف يونج: الدافعية من خلال المحددات الداخلية بأنها عبارة عن حالة استثارة وتوتر داخلي تثير السلوك وتدفعه إلى تحقيق هدف معين.
- وعرف ماسلو: الدافعية بأنها خاصية ثابتة، ومستمرة، ومتغيرة، ومركبة، وعامة تمارس تأثيراً في كل أحوال الكائن الحي.

¹¹⁵ - مجدي الدفراوي، الدوافع ونظرياتها، مجلة الإدارة العامة، العدد 29، (الرياض: 1981)، ص 145 .

¹¹⁶ - صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك الإنساني في المنظمات، (الإسكندرية: الدار الجامعية)، ص 89.

- وعرف ستاتس الدافعية بأنها تشريط انفعالي لمنبهات محددة ومركبة, يوجهها مصدر التدعيم.

- وعرف كاجان الدافع بأنه عبارة عن تمثيلات معرفية لأهداف مرغوبة أو مفضلة, تنتظم بشكل متدرج (أو هرمي) وتشبه تمثيل المفاهيم بشكل عام.

- وعرف هب الدافعية بأنها أثر لحدثين حسيين هما الوظيفة المعرفية التي توجه السلوك, ووظيفة التيقظ أو الاستثارة التي تمد الفرد بطاقة الحركة.

- وعرف ماكلياند وآخرون الدافع بأنه يعني إعادة التكامل وتجدد النشاط, الناتج عن التغيير في الموقف الوجداني.

- وعرف فيذر الدافع بأنه استعداد شخصي ثابت نسبياً, قد يكون له أساس فطري, ولكنه نتاج أو محصلة عمليات التعلم المبكرة, للاقتراب نحو المنبهات أو الابتعاد عنها.¹¹⁷

ومن التعريفات السابقة يظهر لنا تعدد التعريفات التي والآراء حول تحديد مفهوم واضح للدافعية فيعتبر الدافع أوسع المحركات الداخلية للسلوك مفهوماً فهو يشمل في مفهومه الواسع جميع أسباب السلوك وبواعثه ومحركاته الداخلية التي تدفع الإنسان إلى عمل أو سلوك معين والاستمرار في هذا العمل أو السلوك مدة من الزمن, حتى يتحقق الهدف المقصود للشخص, وبذلك يشبع الدافع ويزول التوتر.¹¹⁸

2- وظائف الدافعية:

تسهم الدافعية في تسهيل فهمنا لبعض الحقائق المحيرة في السلوك الإنساني. ويمكن القول بشكل عام أن الدافعية مهمة لتفسير عملية التعزيز وتحديد المعززات وتوجيه السلوك نحو هدف معين، والمساعدة في التغييرات التي تطرأ على عملية ضبط المثير (تحكم المثيرات بالسلوك) والمثابرة على سلوك معين حتى يتم إنجازه.

¹¹⁷ - عبد اللطيف محمد خليفة, الدافعية للإنجاز, (القاهرة: دار غريب, 2000), ص 69.

¹¹⁸ - أحمد محمد عوض بني أحمد, الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس, الطبعة الأولى, (الأردن: دار الحامد,

كما أن الدافعية تلعب الدور الأهم في مثابرة الإنسان على انجاز عمل ما، وربما كانت المثابرة من أفضل المقاييس المستخدمة في تقدير مستوى الدافعية عند هذا الإنسان. إن الدافعية بهذا المعنى تحقق أربع وظائف رئيسية، وهي:

1- الدافعية تستثير السلوك: فهي تحث الإنسان على القيام بسلوك معين، مع أنها قد لا تكون السبب في حدوث ذلك السلوك. وقد بيّن علماء النفس أن أفضل مستوى من الدافعية (الاستثارة) لتحقيق نتائج إيجابية هو المستوى المتوسط. وذلك لأن المستوى المنخفض من الدافعية يؤدي في العادة إلى الملل وعدم الاهتمام، والمستوى المرتفع عن الحد المعقول يؤدي إلى ارتفاع القلق والتوتر.

2- الدافعية تؤثر في نوعية التوقعات التي يحملها الناس تبعاً لأفعالهم ونشاطاتهم؛ وبالتالي فإنها تؤثر في مستويات الطموح التي يتميز بها كل واحد منهم. والتوقعات بالطبع على علاقة وثيقة بخبرات النجاح والفشل التي كان الإنسان قد تعرض لها.

3- الدافعية تؤثر في توجيه سلوكنا نحو المعلومات المهمة التي يتوجب علينا الاهتمام بها ومعالجتها، وتدلنا على الطريقة المناسبة لفعل ذلك.

4 - الدافعية تؤدي إلى حصول الإنسان على أداء جيد عندما يكون مدفوعاً نحوه.¹¹⁹

3- المفاهيم المرتبطة بالدافعية

وهناك مجموعة من المفاهيم التي استخدمها علماء النفس لوصف الجوانب المختلفة لموضوع الدافعية محاولين أن يضعوا تعريفات دقيقة ومحددة لهذه المفاهيم حتى يمكن فهم طبيعة الدوافع، من هذه المفاهيم:

- **الدافع:** يستخدم للإشارة إلى الحالة الداخلية التي يمر بها الكائن والتي تؤدي على إعادة تنظيم سلوكه.

- **الهدف:** يستخدم للإشارة إلى الهدف الذي يتجه إليه الكائن.

- **القصد - العزم:** يستخدم هذا المفهوم للإشارة إلى الدوافع التي يمكن أن يعبر عنها بشكل لفظي صريح.

119 - شفيق علاونة، علم النفس العام، (عمان: دار المسيرة 2004)، ص 204-205.

- الحافز: يشير إلى الدوافع ذات الطابع البيولوجي مثل دافع الجوع, العطش , فهو يعبر عن العمليات الداخلية التي تتوسط السلوك, فمثلا ترتبط الزيادة في النشاط بزيادة عدد ساعات الحرمان من الطعام.

- الباعث: يشير إلى وجود هدف خارجي يسعى إليه الكائن كالأطعمة والشراب .

- العادة: تشير إلى قوة أو شدة ميل السلوك وتتكون العادة من خلال التدعيم, أما الدافع فهو درجة طاقة العادة, ومن ثم يمكن النظر إلى الدافع على أنه عادة نشطة.¹²⁰

4- أنواع الدوافع: يمكن تقسيم الدوافع إلى ما يلي:

أولاً- الدوافع الفطرية (الأولية): وهي التي يولد الفرد مزوداً بها, وهي تحدث دون تعلم أو خبرة سابقة مثل:

1 -دوافع الجوع .

2 -دوافع العطش.

3 -دوافع الجنس.

4 -دوافع الأمومة.

5 -دوافع الخوف.

6 -دافع الاستطلاع.

ثانياً - الدوافع الاجتماعية (الثانوية): وهي التي يكتسبها الفرد من التنشئة الاجتماعية عبر مراحل نموه المختلفة وهي تحتاج إلى قدر من النضج النفسي والعقلي, ومنها:

1 -الدافع الاجتماعي: ويبدو في ميل الإنسان إلى العيش في جماعات .

2 -الدافع للإنجاز: وهو استعداد ثابت نسبياً في الشخصية يحدد مدى سعي الفرد ومثابرته في تحقيق غاية أو بلوغ هدف.

¹²⁰ - كامل محمد عويضة, مدخل إلى علم النفس, الطبعة الأولى, (بيروت: دار الكتب العلمية, لبنان 1996), ص 201.

3-دافع حب التملك: تظهر في سلوك الطفل في نحو الثالثة من عمره, وتشتد حدتها بين الرابعة وسن العاشرة ثم تضل ملازمة للإنسان طوال حياته.

4-دافع السيطرة: تشير الدراسات الأنثربولوجية إلى أن هذا الدافع لا يوجد في الحضارات البدائية, بينما نجده في الحضارات الحديثة .

ثالثا - الدوافع العامة:

وتعد بمثابة الوسيط بين كل من الدوافع الأولية والثانوية, وهي تشمل دوافع عديدة, مثل دوافع الجدارة, والعاطفة, والنشاط, وقد احتلت حديثا أهمية متزايدة في دراسة السلوك الإنساني في المنظمة.¹²¹

5- مفهوم الدافع للإنجاز

يعتبر دافع الإنجاز من الدوافع الخاصة بالإنسان، ربما دون غيره من الكائنات الحية الأخرى، وهو ما يمكن تسميته بالسعي نحو التميز والتفوق. والناس يختلفون في المستوى المقبول لديهم من هذا الدافع، فهناك من يرى ضرورة التصدي للمهام الصعبة والوصول إلى التميز، وهناك أشخاص آخرون يكتفون بأقل قدر من النجاح.

و عُرف دافع الإنجاز بشكل عام بعدد من التعاريف والتي من بينها ما يلي:

_ تعريف عيسوي

بأنه الرغبة في تحصيل شيء صعب المنال، وإتقان بعض المهارات والتغلب على الموانع والعوائق.¹²²

¹²¹ - أحمد محمد عوض بني أحمد, نفس المرجع السابق, ص 60-61 .

¹²² - عبد الرحمن محمد عيسوي, علم النفس في الحياة المعاصرة, (القاهرة: دار المعارف, 1972), ص 301.

_ تعريف ماكيلاند, 1985

دافعية الانجاز تكوين افتراضي يعني الشعور المرتبط بالأداء التقييمي حيث المنافسة لبلوغ معايير الامتياز، وأن هذا الشعور يعكس مكونين أساسيين هما الرغبة في النجاح، والخوف من الفشل، خلال سعي الفرد لبذل أقصى جهده وكفاحه من أجل النجاح وبلوغ الأفضل، والتفوق على الآخرين¹²³.

_ تعريف اتكنسون

هي استعداد الفرد للمجاهدة في سبيل تحقيق هدف معين.¹²⁴

_ تعريف موراي

عرف الحاجة للانجاز بأنها تشير إلى رغبة أو ميل الفرد للتغلب على العقبات، وممارسة القوى والكفاح أو المجاهدة لأداء المهام الصعبة بشكل جيد وبسرعة كلما أمكن ذلك.¹²⁵

إن لدافعية الإنجاز تعريفات مختلفة؛ فهي دافع يتمثل في رغبة الفرد في التفوق والمنافسة. وهي سعي الفرد إلى تحقيق التفوق وحفز الأنا والاعتزاز بالنفس واحترام الذات وتأكيدهما. وهي حاجة الفرد للقيام بمهامه على وجه أفضل مما أنجز من قبل، وبكفاءة وسرعة، وبأقل جهد وأفضل نتيجة. وهي الأداء في ضوء معيار التفوق، أو الرغبة في النجاح والاستقلالية. ويمكن أن توصف هذه المجموعة من التعريفات بأنها ذات طبيعة وظيفية؛ إذ تبين وظيفة الإنجاز في مواقف التنافس والتفوق والأداء.

¹²³ - د. عاطف حسن شواشرة، فاعلية برنامج في الإرشاد التربوي في استثارة دافعية الإنجاز لدى طالب يعاني من تدني الدافعية في التحصيل الدراسي، كلية الدراسات التربوية، (فرع الأردن: الجامعة العربية المفتوحة، 2007).

¹²⁴ - محيي الدين أحمد حسين، الدافعية إلى الإنجاز عند الجنسين، مجلة علم النفس، (القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1988)، ص72.

¹²⁵ - موراي ادوارد، دافعية الانجاز، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، مراجعة محمد عثمان نجاتي، الطبعة الأولى، (القاهرة: دار الشروق، 1988)، ص 32.

وثمة مجموعة ثانية من التعريفات تنظر إلى دافع الإنجاز من خلال وجهة النظر للمفاهيم النفسية. ترى هذه المجموعة أن الدافع للإنجاز تكوين افتراضي يتمثل في مظاهر معينة، ويُشعب حسب نوع الميل والاتجاه. أو هو تكوين فرضي يتضمن الشعور أو الوجدان المتعلق بالأداء التقيني لبلوغ معيار الامتياز، وهو محصلة ثلاثة عوامل، هي: الطموح العام، والمثابرة على بذل الجهد، والتحمل من أجل الوصول إلى الهدف. هذه المجموعة من التعريفات تتناول دافع الإنجاز من خلال وجهة النظر النفسية، التي تتعامل مع المفاهيم النفسية بوصفها تكوينات افتراضية لا تُدرك مباشرة، بل يُستدل عليها من آثارها ونتائجها.¹²⁶

6- سمات و خصائص الشخصية الإنجازية:

تتميز الشخصية الإنجازية حسب عدد من المنظرين بعدد من الخصائص نذكر منها:

- التحكم في الأفكار و حسن تناولها.
- التفوق على الذات.
- التغلب على العقبات .
- السيطرة على البيئة الفيزيائية.
- المثابرة والاتجاه نحو المستقبل.
- مستوى الطموح العالي.
- الواقعية فيما يتعلق بالقدرات الذاتية.
- القدرة على التخطيط لتحقيق الهدف.
- الإتيان.
- اختيار مواقف المنافسة ضد مواقف التعاطف.
- حب الاستطلاع واكتشاف البيئة المحيطة وتنمية المعارف.¹²⁷

¹²⁶ - www.moqatel.com/openshareindex.htm _ consulté le 07 /2009.

¹²⁷ - يحيى نور الهدى، مركز الضبط وعلاقته بدافعية الإنجاز المهني، دراسة ميدانية بمستشفى وهران، إشراف د. مزيان محمد، رسالة ماجستير في علم نفس العمل والتنظيم، (جامعة وهران: 2008)، ص 56.

7- بعض الإطارات النظرية المفسرة لدافع الإنجاز

هناك عديد من النظريات العلمية التي تُفسر دافعية الإنجاز، وسنتناول هنا بعض النظريات الأساسية المفسرة لدافع الإنجاز ومنها:

1- **نظرية ماكلياند:** ركز ماكلياند McClelland في بداية أبحاثه على طبيعة دافعية الإنجاز وكيفية قياسها وعلاقتها ببعض العوامل الثقافية العامة. ويرتكز مفهوم ماكلياند على أساس أن بعض الأفراد لديهم نزعة عالية للإنجاز، والعمل الجيد من أجل الوصول إلى أهداف محددة. وهذه النزعة تخلق لديهم رغبة في النجاح وفق معايير خاصة للعمل وهؤلاء الأشخاص يتميزون بدافعية عالية نحو الإنجاز.¹²⁸

وقد أشار ماكلياند وآخرون إلى أن هناك ارتباطاً بين الهاديات السابقة والأحداث الإيجابية، وما يحققه الفرد من نتائج، فإذا كانت مواقف الإنجاز الأولية إيجابية بالنسبة للفرد، فإنه يميل للأداء والإنهماك في السلوكيات المنجزة، أما إذا حدث نوع من الفشل وتكونت بعض الخبرات السلبية فإن ذلك سوف ينشأ عنه دافعا لتحاشي الفشل.¹²⁹

2- **نظرية أتكينسون:** وبرز بعدها أتكينسون (Atkinson)، وبين أن النزعة أو الميل للحصول على النجاح أمر متعلم، وهو يختلف بين الأفراد، كما أنه يختلف عند الفرد الواحد في المواقف المختلفة. وهذا الدافع يتأثر بعوامل رئيسية ثلاثة عند قيام الفرد بمهمة ما، وهذه العوامل هي:

أولاً- الدافع للوصول إلى النجاح: إن الأفراد يختلفون في درجة هذا الدافع، كما أنهم يختلفون في درجة دافعهم لتجنب الفشل، فمن الممكن أن يواجه فردين نفس المهمة، يُقبل أحدهما على أدائها بحماس تمهيداً للنجاح فيها، ويقبل الثاني بطريقة يحاول من خلالها تجنب الفشل المتوقع. إن النزعة لتجنب الفشل عند الفرد الثاني أقوى من النزعة لتحصيل النجاح،

¹²⁸ - صالح بن رميح الرميح، دافعية الإنجاز لدى الأخصائيين الاجتماعيين، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، (مجلة جامعة الملك سعود، م 17، 2005)، ص 276.

¹²⁹ - عبد اللطيف محمد خليفة، نفس المرجع السابق، ص 109.

وهذه النزعة القوية لتجنب الفشل تبدو متعلمة نتيجة مرور الفرد بخبرات فشل متكررة، وتحديد أهداف لا يمكن أن يحققها. أما عندما تكون احتمالات النجاح أو الفشل ممكنة فإن الدافع للقيام بهذا النوع من المهمات يعتمد على الخبرات السابقة عند الفرد، ولا يرتبط بشروط النجاح الصعبة المرتبطة بتلك المهمة.

ثانياً- احتمالات النجاح: إن المهمات السهلة لا تعطي الفرد الفرصة للمرور في خبرة نجاح مهما كانت درجة الدافع لتحقيق النجاح الموجودة عنده. أما المهمات الصعبة جداً فإن الأفراد لا يرون أن عندهم القدرة على أدائها. أما في حالة المهمات المتوسطة فإن الفروق الواضحة في درجة دافع تحقيق النجاح تؤثر في الأداء على المهمة بشكل واضح ومتفاوت بتفاوت الدافع.

ثالثاً- القيمة الباعثة للنجاح: يعتبر النجاح - في حد ذاته - حافزاً، وفي نفس الوقت فإن النجاح في المهمات الأكثر صعوبة يشكّل حافزاً ذا تأثير أقوى من النجاح في المهمات الأقل صعوبة.¹³⁰

3- معالجة وينر: ومن ثم أتى واينر الذي اهتم بالتفسير الإدراكي لمسببات النجاح والفشل لدى الأفراد، وقد ميز واينر بين نوعين من العوامل وهي عوامل دالة للنجاح أو الفشل كالقدرة على عوامل خارجية مثل الجهد وصعوبة وسهولة العمل أو المهنة، كما توصل إلى أن الأفراد ذوي الإنجاز المرتفع هم من أصحاب العوامل الداخلية، ويعزون ذلك إلى قدرتهم وفشلهم لقلة جهدهم، أما منخفضي الإنجاز فإنهم يردون ذلك إلى الحظ وعدمه في حالة النجاح. أما في حالة الفشل فإنهم يردون ذلك إلى عدم امتلاكهم القدرة الكافية.¹³¹

4- نظرية العزو

ترى نظرية العزو أن الأفراد لا يعزون السببية للفاعل Actor فقط، ولكن أيضاً للبيئة المحيطة، فالمغريات السببية هي التي تُحدد مشاعرنا واتجاهاتنا وسلوكنا نحو أنفسنا

¹³⁰ - د. محمد عوض الترتوري، 28 ماي 2006، الرابط: www.diwanalarab.com

¹³¹ - صالح بن رميح الرميح، نفس المرجع السابق، ص 277.

والآخرين. و يفترض منظرو العزو الدور المهم الذي تقوم به المعارف والمعلومات في عملية العزو, حيث يسعى الفرد لتفسير وفهم الأحداث ومحاولة التنبؤ بها.

والأفراد الذين يوجد لديهم دافع للنجاح أكبر من الدافع لتحاشي الفشل يميلون إلى عزو النجاح إلى أسباب داخلية, وفي مقابل هذا نجد أن الأفراد الذين يوجد لديهم الدافع لتحاشي الفشل بدرجة أكبر من الدافع لتحقيق النجاح يميلون إلى عزو النجاح إلى أسباب خارجية.

132

5- نظرية التنافر المعرفي:

تشير هذه النظرية التي قدمها ليون فستنجر Festinger إلى أن لكل منا عناصر معرفية تتضمن معرفة بذاته (ما نحبه, وما نكرهه, وأهدافنا, وضروب سلوكنا). كما أن لكل منا معرفة بالطريقة التي يسير بها العالم من حولنا. فإذا ما تنافر عنصر من هذه العناصر مع عنصر آخر بحيث يقضي وجود أحدهما منطقياً بغياب الآخر, حدث التوتر الذي يملئ علينا ضرورة التخلص منه.

وتفترض هذه النظرية أن هناك ضغوطاً على الفرد لتحقيق الاتساق بين معارفه أو نسق معتقداته, وبين أنساق معتقداته وسلوكه .

ومن ثم يمثل التنافر المعرفي مصدراً للتوتر يؤثر في سلوك الأفراد, وبالتالي فهو يساعدنا على التنبؤ بالظروف التي تدفع الأفراد إلى الانجاز, والظروف التي تحول دون ذلك. حيث يعد الاتساق أحد المؤثرات الدافعية المهمة في سلوك الانجاز.¹³³

132 - عبد اللطيف محمد خليفة, نفس المرجع السابق, ص 163.

133 - عبد اللطيف محمد خليفة, نفس المرجع السابق, ص 146.

8- قياس الدافعية للإنجاز: وتنقسم إلى:

الفئة الأولى: المقاييس الإسقاطية: قام ماكلياند وزملاءه بإعداد الاختبار وهو مكون من أربع صور, تم اشتقاق بعضها من اختبار تفهم الموضوع الذي أعده موراي 1938, أما البعض الآخر فقام ماكلياند بتصميمه لقياس دافع الإنجاز. حيث يتم عرض كل صورة من الصور على شاشة لمدة عشرون ثانية أمام المبحوث, ثم يطلب من المبحوث كتابة قصة تغطي أربعة أسئلة بالنسبة لكل صورة في مدة لا تزيد عن أربع دقائق والأسئلة:

1 -ماذا يحدث ؟ من هم الأشخاص؟

2 -ما الذي أدى إلى هذا الموقف؟

3 -ما محور التفكير؟ وما المطلوب عمله ؟ ومن الذي يقوم بهذا العمل؟

4 -ماذا يحدث ؟ وما الذي يجب عمله؟

وعلى الرغم من ضعف ثبات وصدق اختبار تفهم الموضوع فإنه شاع استخدامه على نطاق واسع في العديد من البحوث والدراسات التي تناولت الدافعية للإنجاز. وعندما بدأ النقد يوجه إلى أساليب القياس الإسقاطية حاول البعض إدخال بعض التعديلات عليها.

الفئة الثانية: المقاييس الموضوعية:

قام الباحثون بإعداد المقاييس الموضوعية لقياس الدافع للإنجاز, بعضها أعد لقياس الدافع للإنجاز لدى الأطفال مثل مقياس وينر (Weiner & Kukla, 1970), وبعضها صمم لقياس الدافع للإنجاز لدى الكبار مثل مقياس (Mehrabian, 1968), ومقياس (Lynn, 1969), ومقياس (Hermans, 1970).

وقد استخدمت هذه المقاييس في العديد من الدراسات الأجنبية, كما استخدمت أيضا في

بعض الدراسات العربية . 134

خاتمة الفصل:

إن للدوافع أهميتها في تحريك الفرد وتوجيهه نحو أهداف محددة؛ فأبي دافع يُستثار لدى الكائن الحي يؤدي إلى توتره، ويدفعه هذا التوتر إلى البحث عن أهداف معينة، إذا وصل إليها أشبع حاجته أو دافعه. فينخفض توتره ويستعيد الفرد اتزانه.

ويُعد دافع الإنجاز من الدوافع المهمة، إذ يقود الكائن ويوجهه إلى كيفية التخفيف من توتر حاجته، وأن يضع خطاً متتابعة لتحقيق أهدافه، وأن يُنفذ هذه الخطط بالطريقة التي تسمح أكثر من غيرها بتهدئة إلحاح حاجات الكائن ودوافعه.

ودافع الإنجاز يُعبر عن رغبة الفرد في القيام بالأعمال الصعبة، ومدى قدرته على تناول الأفكار والأشياء بطريقة منظمة وموضوعية وباستقلالية. كما يعكس قدرته في التغلب على ما يواجهه من عقبات، وبلوغه مستوى عالٍ في مجالات الحياة، مع ازدياد تقدير الفرد لذاته ومناقسته للآخرين والتفوق عليهم.

ولدافع الإنجاز أهميته في تحقيق التوافق النفسي للأفراد؛ لأن الفرد عالي الإنجاز يكون أكثر تقبلاً لذاته، وأشدّ سعياً نحو تحقيقها. كما ينعكس إنجازُه على جماعته التي يتعامل معها، ما يحقق له توافقاً اجتماعياً سويًا. وقد تبين ارتباط دافعية الإنجاز بقدرة الموظفين على أدائهم أعمالهم وإتقانهم لها، ما ينعكس على توافقهم العام وتوافقهم المهني.

وكذلك إذا كان تحقيق دافع الإنجاز وإشباعه مصدراً للإبداع والابتكار وتحقيق الراحة النفسية، فإن زيادة حدته الدافعة - عندما تنعدم فرص النجاح - يترتب عليها زيادة توتر الفرد وتعرضه لبعض الاضطرابات النفسية الجسمية. وقد بينت إحدى الدراسات أن زيادة حدة القلق، مع ارتفاع دافع الإنجاز، قد يؤدي بالفرد إلى خرق الأعراف الاجتماعية.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3- متغيرات الدراسة

4- الدراسة الاستطلاعية

5- أدوات الدراسة

6- عينة الدراسة

7- حجم العينة

8- الأساليب المعالجة الاحصائية

تمهيد

تتناول الدراسة الحالية موضوع الاحتراق النفسي وعلاقته بدافع الانجاز لدى الفريق العلاجي حيث تهدف إلى معرفة العلاقة ما بين الاحتراق النفسي ودافع الانجاز إضافة إلى التعرف على مستويات الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى كالسن والجنس والتخصص.

وبعد عرض الباحثة في الجانب النظري لأهم العناصر المشتركة في الموضوع كأساسيات حول تكوين الجماعة وأسس العمل ضمن الفريق ثم ظاهرة الاحتراق النفسي وعوامله، وأعراضه، إضافة إلى عرض مفهوم الدافع للانجاز وسمات الشخصية الانجازية. فقد حاولنا في الجانب التطبيقي من البحث إثبات طرحنا النظري، وذلك باختيار عينة الدراسة والمتمثلة في ثلاث فرق علاجية تابعة لمستشفى مستغانم .

1- منهجية الدراسة:

يصنف هذا البحث على أساس أنه دراسة وصفية تحليلية، والتي تحاول وصف الظاهرة وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها.

2- حدود الدراسة:

إن موضوع الدراسة هو الاحتراق النفسي لدى أعضاء الفريق الطبي في علاقته بدافع الإنجاز، وبالتالي فإن الدراسة الحالية تتحدد بالآتي:

- الموضوع الذي تتناوله الدراسة.
 - العينة التي أجريت عليها الدراسة.
 - بعض الفرق العلاجية بمستشفى مستغانم (فرقة الاستعجال، فريق الإنعاش، فريق طب الأطفال).
 - الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة على عينة البحث.
 - الأدوات المستخدمة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
- وبالتالي فإن النتائج المتوصل تخلص العينة وحدها وإمكانية تعميم نتائج الدراسة تعتمد على الحدود المذكورة سابقاً.

3- متغيرات الدراسة

- المتغيرات المستقلة:

- دافعية الإنجاز.

- الجنس ويتضمن (ذكر, أنثى).

- السن.

- التخصص ويضم (طبيب, ممرض, أخصائي نفسي).

- المتغيرات التابعة:

- الاحتراق النفسي لدى أعضاء الفريق العلاجي, و يتضمن الأبعاد الثلاثة التالية:

(1) **الانهك الانفعالي**, يضم 9 بنود ويعكس شعور عام بالتعب الشديد ينتاب الفرد نتيجة

لأعباء العمل والمسؤوليات الزائدة المطلوبة من الفرد.

(2) **التبلد الاحساسي**, يضم 5 بنود وهو شعور يتولد لدى الفرد بسبب ضغط العمل

الزائد وينطوي على اللامبالاة والتهمك وعدم الشعور بالقيمة الإنسانية للأشخاص الذين يعمل معهم.

(3) **نقص الشعور بالإنجاز الشخصي**, يضم 8 بنود فالشخص هنا غير راض وغير

مقتنع بأدائه المهني وانجازاته.

4- الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من عشرة أفراد ينتمون إلى نفس العينة التي ستجرى عليها

الدراسة الأساسية, تم اختيارهم من قسم الإنعاش بمستشفى مستغانم, وذلك للتأكد من

الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

5- أدوات الدراسة:

5-1- الاختبارات النفسية:

أولاً- مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي:

تم توظيف مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي Maslach Burnout Inventory بالاعتماد على النسخة المعربة من المقياس التي أعدها وراجعها الدكتور زيد البتال من جامعة الملك سعود، وقام بتطبيقها على عينة في البيئة السعودية، بعد إجراء درجات المصادقية والموثوقية المطلوبة في مثل هذه الحالات .

ويشتمل هذا المقياس على جزأين وهما:

- (1) الجزء الأول ويتضمن معلومات عامة كالجنس والخبرة والسن والمهنة والحالة المدنية.
- (2) الجزء الثاني ويتضمن بنود المقياس وعددها 22 بندا.

ويتوجه هذا المقياس النفسي إلى قياس ثلاثة أبعاد رئيسية للاحتراق النفسي، هي:

1- الإجهاد الانفعالي، الذي يعني أن يشعر الفرد بكونه متعباً ومجهداً إلى درجة كبيرة، ومستنزفاً في عاطفته وذهنه ووجدانه.

2- التبدل الإحساسي، وقد ترجم بعض الباحثين ذلك بـ "التجرد عن الخواص الشخصية".

3- الانجاز الشخصي، الذي يقيس مستوى الشعور بتحقيق أو عدم تحقيق انجازات شخصية على صعيد العمل.

- **تحديد الهدف من المقياس:** صمم هذا المقياس لتحقيق مجموعة من الأهداف التي سيتم شرحها من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ماذا يقيس هذا المقياس؟

توجد ثلاث طبقات لهذا المقياس، الطبعة الأولى مخصصة للمهن المعنية بتقديم الخدمات الإنسانية مثل التمريض وغيره من التخصصات الصحية، والثانية هي معدلة جزئياً ومعنية بالتعليم والقطاعات الثقافية، والثالثة طبعة عامة مخصصة لقياس علاقة الموظف بالعمل وليس بالعلاقات الخدمية التي يقدمها الموظف.

- من يستعمله؟

يعد هذا المقياس من أقدر المقاييس التي تقيس درجة الاحتراق النفسي والتي تم استخدامه من قبل عدد كبير من الباحثين والمؤسسات والمنظمات في مسعى للتعرف على الخبرات التي تولدت لدى المشتغلين في تلك الجهات.

- فقرات المقياس

ويتكون المقياس من اثنتين وعشرين فقرة تمثل الثلاثة الأبعاد المذكورة سالفًا. وطبقا لما ذكرته ماسلاك فان نتائج المقياس يمكن تصنيفها على ثلاث درجات من الاحتراق النفسي، حيث قد يكون الاحتراق بدرجة كبيرة، أو متوسطة، أو بدرجة منخفضة، من خلال الاستجابة لمقياس من سبعة درجات :

- نقطة صفر (0) إذا كانت الإجابة (أبدا) .
- نقطة واحدة (1) إذا كانت الإجابة (بضع مرات في السنة).
- نقطتين (2) إذا كانت الإجابة (مرة في الشهر أو أقل).
- ثلاث نقط (3) إذا كانت الإجابة (بضع مرات في الشهر).
- أربع نقط (4) إذا كانت الإجابة (مرة كل اسبوع).
- خمس نقط (5) إذا كانت الإجابة (بضع مرات في الأسبوع).
- ستة نقط (6) إذا كانت الإجابة (كل يوم تقريبا).

ويكون مستوى الاحتراق النفسي عاليا إذا كانت درجات البعدين الأول (الإجهاد الانفعالي) والثاني (التباد الإحساسي) مرتفعة، ودرجة البعد الثالث (الإنجاز الشخصي) منخفضة. ويبين الجدول (2) توزيع مستويات الاحتراق النفسي.¹³⁵

¹³⁵ - علي بن شويل القرني، الإعلام والاحتراق النفسي، دراسة عن مستوى الضغوط المهنية في المؤسسات الإعلامية في المملكة العربية السعودية، 2000، ص 16.

الجدول (2) : تصنيف درجات مقياس ماسلاك حسب مستويات الاحتراق

| البعد | عالي | متوسط | منخفض |
|-------------------|----------|---------|----------|
| الإجهاد الانفعالي | 27 فأكثر | 26 - 17 | 16 فأقل |
| التبدل الاحساسي | 13 فأكثر | 12 - 7 | 6 فأقل |
| الإنجاز الشخصي | 31 فأقل | 38 - 32 | 39 فأكثر |

ثانيا- مقياس الدافعية للإنجاز:

صمم هذا المقياس من طرف الباحث أحمد صالح الأزرق وتم الاعتماد على الخلفية النظرية التالية:

- مقياس الدافع للمعرفة والفهم إعداد ممدوح الكناني 1990.
- مقياس وينر Weiner 1970, أعده عبد العزيز موسى للاستخدام العربي.
- مقياس أيزينك وويلسون Eysenk & Wilson 1975 .
- مقياس سميث Smith 1973, لدافعية الانجاز.
- اختبار هيرمانس Hermans 1970 , لدافع الانجاز أعده للاستخدام العربي صلاح الدين أبو ناهية و رشاد موسى 1987.
- مقياس دافعية الإنجاز إعداد سبع النابلسي 1993.
- **تحديد الهدف من المقياس :** صمم هذا المقياس لتحقيق مجموعة من الأهداف التي سيتم شرحها من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:
 - **ماذا يقيس هذا المقياس ؟**
- يهدف المقياس إلى قياس مجموعة من الخصائص الشخصية التي تمثل عناصر أساسية في دافعية الإنجاز منها الطموح والمثابرة ودرجة الأداء ومدى إدراكه لأهمية الزمن ودرجة التنافس لديه وتحديد مستواها (عالية, متوسطة, منخفضة)

- من يستعمله؟

يساعد المقياس علماء النفس الدارسين لسلوك الفرد في المنظمة عل تحديد أبعاد دافعية الإنجاز بما يتناسب مع أدوار الفرد العامل في محيط عمله, ويلعب دورا مهما ليس في عمل الفرد فحسب بل في تفاعله مع الظروف والأدوار والمهام المهنية.

- فقرات المقياس:

تمت صياغة عبارات المقياس في جمل تقريرية بضمير المتكلم بعضها سالب والبعض الآخر موجب وذلك تجنباً لنمطية الاستجابة ودعوة المفحوص للتفكير قليلاً قبل البدء في الإجابة وأمام كل عبارة ثلاث اختيارات هي: (صحيح, صحيح إلى حد ما, غير صحيح).

وقد راع الباحث في صياغة المقياس أن تكون العبارات معبرة عن:

- سلوك الإنجاز.

- المخاطرة.

- التنافس.

- حب التفوق على الآخرين.

- عدم الإحساس بالملل والرغبة في التفوق على الصعوبات.

- وضع أهداف تتناسب مع القدرات الذاتية.

- الإقدام على الأعمال الصعبة في مقابل الأعمال الروتينية.

- الإصرار على إنجاز الأهداف البعيدة.

فكلها خصائص شخصية يؤدي وجودها العالي أو المنخفض إلى سلوك إنجازي معين

سواء كان مرتفع أو منخفض.

- مفتاح التصحيح:

يطلب من الفرد المفحوص الإجابة على 32 فقرة تعبر عن مستوى دافعيته للإنجاز بقياس مجموعة الخصائص الشخصية هي: مستوى الطموح والمثابرة والأداء وإدراك الزمن والتنافس, ويقابل كل فقرة ثلاثة اختيارات يجب على واحدة منها (صحيح, صحيح إلى حد ما, غير صحيح) ويحتوي المقياس على:

– 18 فقرة في الاتجاه الموجب وهي: (1- 2- 3- 5- 8- 9 - 10-11-14-16-17-18-20-21-23-27-29-30), بحيث تمنح هذه العبارات الموجبة سلم تصحيح يبدأ ب:

- 03 نقط إذا كانت الإجابة (صحيح) .

- 02 نقطتين إذا كانت الإجابة (صحيح إلى حد ما).

- 01 نقطة واحدة إذا كانت الإجابة (غير صحيح).

– 14 فقرة في الاتجاه السالب وهي: (4- 6- 7- 12- 13-15-19- 22- 24- 25- 26-28- 31- 32), بحيث تمنح هذه العبارات السالبة سلم تصحيح يبدأ ب:

- 01 نقطة واحدة إذا كانت الإجابة (صحيح).

- 02 نقطتين إذا كانت الإجابة (صحيح إلى حد ما).

- 03 ثلاث نقط إذا كانت الإجابة (غير صحيح).¹³⁶

ثم يتم حساب المجموع الكلي لكل العبارات الموجبة والسالبة معا, بحيث أن الدرجة القصوى, المتوسطة والدنيا لدافعية الإنجاز التي يمكن التحصل عليها هي:

– الدرجة القصوى للإنجاز تساوي:

$$03 \text{ (الدرجة العليا للإنجاز)} \times 32 \text{ (عدد فقرات المقياس)} = 96 \text{ درجة.}$$

– الدرجة المتوسطة للإنجاز تساوي :

$$02 \text{ (الدرجة المتوسطة للإنجاز)} \times 32 \text{ (عدد فقرات المقياس)} = 64 \text{ درجة.}$$

– الدرجة الدنيا للإنجاز تساوي :

$$01 \text{ (الدرجة الدنيا للإنجاز)} \times 32 \text{ (عدد فقرات المقياس)} = 32 \text{ درجة.}$$

¹³⁶- يحيوي نور الهدى, مركز الضبط و علاقته بدافعية الإنجاز المهني, دراسة ميدانية بمستشفى وهران, رسالة ماجستير, علم نفس العمل والتنظيم, (جامعة وهران: كلية العلوم الاجتماعية, 2008), ص 174.

5-2- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

أولاً- مقياس الاحتراق النفسي:

- صدق الاختبار:

تم عرض أداة البحث في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين عددها حوالي أربعة من أساتذة علم نفس لإبداء رأيهم في سلامة كل عبارة من عبارات المقياس ومدى ملائمتها للغرض الموضوع من أجله, فتمثلت النسبة ب: 87.2% .

كما أنه تم تعديل بعض العبارات التي كانت نسبتها 50%, وذلك على النحو التالي:

الفقرة 1: أشعر بأنني استنزفت عاطفياً.

تم استبدالها بالعبارة التالية: أحس بانهاك انفعالي من عملي. لتكون سهلة الفهم بالنسبة للمفحوصين.

الفقرة 20: أشعر بالابتهاج في عملي حين أتعامل مع المرضى.

لأن صياغتها غير واضحة بالشكل الكافي, تم تعديل الفقرة بمايلي: أشعر بالارتياح حين أتعامل مع المرضى.

- ثبات الاختبار:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية, حيث حسبت درجة أفراد العينة في نصف الاختبار المكون من الأسئلة ذات الترتيب الفردي والأسئلة ذات الترتيب الزوجي, وتم حساب معامل الارتباط بين النصفين وذلك لكل بعد من الأبعاد الثلاثة للمقياس, فكان معامل ثبات بعد الإنهاك الانفعالي 0.83, وأصبح بعد تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون 0.90, أما بعد التبدل الاحساسى فكان معامل ثباته 0.47, وبتعديله بمعادلة سبيرمان براون أصبح 0.63, أما معامل ثبات بعد الإنجاز الشخصي فكان 0.67 وبعد تعديله أصبح 0.80 .

مما يدل على أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

ثانيا- اختبار الدافع للإنجاز:

- صدق المقياس: تمثلت النسبة العامة بعد عرض الأداة على المحكمين وهم أساتذة علم

النفس ب: 85% .

ووفق ذلك تم تعديل بعض الفقرات كما يلي:

الفقرة 18: « أحرص دائما على الاشتراك في المسابقات ذات الصلة بمجال اهتماماتي كلما أتحت لي الفرصة لذلك».

تم استبدال كلمة "المسابقات" في الفقرة بـ "الملتقيات", لأنه نادرا ما يكون هناك مسابقات ذات اهتمام طبي.

الفقرة 25: « لا أميل إلى القائل كن أو لا تكن».

تم استقصاء الفقرة لأن هذا المثل قليل الشيوع في مجتمعنا كما أنه غير مفهوم لأغلبية المفحوصين.

الفقرة 28: «أشعر بالضيق من ضعف كفاءاتي في العمل».

تم حذف هذه العبارة لأن لها نفس المعنى الوارد في الفقرة السابقة 24, وهي: «أشعر باليأس أحيانا من ضعف أدائي».

وبالتالي أصبح العدد الكلي للفقرات التي تقيس الدافعية للانجاز بعد التعديل 30 فقرة .

- ثبات المقياس:

بعد تطبيق الاختبار على العينة الاستطلاعية تم حساب الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية فكان معامل الثبات 0.51 وأصبح 0.67 بتصحيحه بمعادلة سبيرمان براون وبالتالي تميز المقياس بدرجة عالية من الثبات.

5-3- المقابلة: وتعتبر تقنية عيادية أساسية حيث يتم من خلالها جمع أكبر قدر من المعلومات حول الظاهرة المدروسة, وارتأينا اختيار **المقابلة النصف الموجهة**, وهي تسير وفقا لتخطيط منظم يتضمن أهداف المقابلة, وفي المجال المهني يحتاج الباحث قبل أن يجري المقابلة إلى معرفة العمل وظروفه والقدرات التي يتطلبها, ولذلك تحدد المجالات التي يجمع الباحث معلومات عنها, ولكن لا تحدد الأسئلة تحديدا مطلقا وإنما يترك له الحرية لصياغة الأسئلة حسب حالة المفحوص ولكن في حدود التخطيط العام.¹³⁷

- عبد الرحمن محمد عيسوي, علم النفس و الإنتاج, (الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية, 2002), ص83 .¹³⁷

6- عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة حصصية من أطباء وممرضى الأقسام التالية بمستشفى مستغانم: مصلحة الإنعاش, مصلحة الاستجالات, وذلك لأنها من أكثر الأقسام الطبية تعرضا للضغوط النفسية واحتمالية الإصابة بالاحترق النفسي, كما تنطوي على مسؤولية عالية اتجاه المرضى .

ومصلحة طب الأطفال بقطاع صحي تابع لولاية مستغانم، وقد وقع اختيارنا على هذا الفريق لاعتبارنا أن التكفل بالأطفال له طبع خاص ويتطلب عناية أكثر ومسئولية كبيرة خصوصا مع المرضى المواليد, إضافة إلى الضغط الذي يواجهه الفريق مع أولياء المرضى.

تم تطبيق الدراسة ابتداء من 26 ماي إلى غاية 24 جوان 2009, حيث قمنا بتوزيع كل من اختبار الاحترق النفسي لماسلاش واختبار الدافع للانجاز لعبد الرحمن صالح الأزرق على حوالي 85 من أطباء وممرضى الأقسام الثلاثة التي تم اختيارها حيث طلب من أفراد العينة قراءة التعليمات الخاصة بكيفية الاجابة عن فقرات الاستبيان بكل دقة, ثم وضع علامة (x) في المكان المناسب لكل فقرة مع إعلامهم بأنه سيتم التعامل مع الإجابات بكل سرية, حيث تم استخدام أرقام سرية تدل على صاحب الإجابة. وبعد حوالي أسبوعين تم جمع الاستمارات من الأفراد الذين أجابوا وكان عددهم 50 فردا, ونشير إلى أن هناك من رفض المشاركة في البحث وآثروا عدم الإجابة على أسئلة الاختبارات, وبعد الاستفسار عن الأسباب صرح بعضهم عن ذلك بإعطاء مبررات كضيق الوقت والتعب. وبالتالي تمثلت نسبة المستجيبين ب: 58%. والجدول الآتي يبين توزيع الأفراد المستجيبين للبحث حسب الأقسام الطبية:

الجدول رقم (3): توزيع العاملين الصحيين المستجيبين للدراسة

| القسم الطبي | عدد العاملين الصحيين | عدد المستجيبين |
|-------------|----------------------|----------------|
| الاستعجالات | 41 | 27 |
| الإنعاش | 18 | 11 |
| طب الأطفال | 26 | 12 |
| المجموع | 85 | 50 |
| | | % 58.82 |

7 - حجم العينة:

تكونت عينة الدراسة من 50 فردا من أطباء وممرضين والجدول التالية توضح لنا توزيع العينة حسب المتغيرات المتغيرات التالية:

الجدول رقم (4): توزيع العينة حسب نوع الفريق العلاجي

| الفريق العلاجي | التكرار | النسبة |
|------------------|---------|--------|
| فريق الاستعجالات | 27 | % 54 |
| فريق الإنعاش | 11 | % 22 |
| فريق طب الأطفال | 12 | % 24 |
| المجموع | 50 | % 100 |

وكما هو معروف فان التقسيمات المتخصصة للعمل الطبي تتوزع على أقسام أو مصالح

طبية ذات تخصصات مختلفة تبعا لنوع المرض وفئات المرضى. ويبين جدول (4)

التكرار والنسب التي تتوزع عليها الأقسام الثلاثة، حيث نسبة قسم الاستعجالات تمثل حوالي

نصف العينة تقريبا، بينما تتوزع النسبة المتبقية بين قسمي الإنعاش وطب الأطفال.

الجدول رقم (5): توزيع العينة حسب الرتبة في العمل

| النسبة | التكرار | التخصص |
|--------|---------|-------------|
| 38% | 19 | طبيب |
| 58% | 29 | ممرض |
| 04% | 2 | أخصائي نفسي |
| 100% | 50 | المجموع |

ويبين جدول (5) توزيع العينة حسب طبيعة التخصص حيث بلغت نسبة أفراد العينة من الأطباء 38%، بينما كانت نسبة الممرضين 62%، وهذا شيء طبيعي في العمل فنسبة الممرضين في كافة الأقسام الطبية تفوق نسبة الأطباء وذلك نظرا لطبيعة عمل كل منهما، فرغم أن الطبيب يبقى المسئول الرئيسي عن تقديم الرعاية الصحية إلا أن أعداد المرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية الأساسية على يد عاملين من غير الأطباء كالممرضين تزداد يوما بعد يوم.

الجدول رقم (6): توزيع العينة حسب الجنس

| النسبة | التكرار | الجنس |
|--------|---------|---------|
| 52% | 26 | ذكور |
| 48% | 24 | إناث |
| 100% | 50 | المجموع |

أما توزيع العينة حسب الجنس، فيبينه الجدول رقم (6) الذي يشير إلى أن الذكور بنسبة 52% والإناث بنسبة 48%، والظاهر أنه لا يوجد اختلاف كبير في الجنس بين القائمين بالرعاية الصحية.

الجدول رقم (7): توزيع العينة حسب الحالة الإجتماعية

| النسبة | التكرار | الحالة المدنية |
|--------|---------|----------------|
| 76% | 38 | متزوجون |
| 24% | 12 | عزاب |
| 100% | 50 | المجموع |

ويبين جدول (7) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية، ومعظم أفراد العينة هم من المتزوجين، حيث بلغت هذه الفئة 76%، أما العزاب (ذكورا وإناثا) فقد وصلت نسبتهم 12%.

الجدول (8): توزيع العينة حسب الفئات العمرية

| النسبة | التكرار | الفئة العمرية |
|--------|---------|---------------|
| 32% | 16 | 30 فأقل |
| 32% | 15 | 40 - 31 |
| 36% | 19 | 40 فأكثر |
| 100% | 50 | المجموع |

تبين من الجدول السابق أن العاملين يتوزعون بنسب متقاربة في جميع الفئات العمرية، وتبين أن أصغر فرد استجاب لهذه الدراسة كان عمره 23 عاما، بينما أكبرهم وصل إلى 50 عاما.

الجدول رقم (9): توزيع العينة حسب سنوات الخبرة

| النسبة | التكرار | السنوات |
|--------|---------|------------|
| 30% | 15 | خمسة فأقل |
| 10% | 5 | 10 - 6 |
| 42% | 21 | 20 - 11 |
| 18% | 9 | أكثر من 20 |
| 100% | 50 | المجموع |

يبين الجدول (9) أن أفراد العينة يمتلكون خبرات طويلة، حيث قضى حوالي 70% منهم سنوات تزيد على خمس، وقضى حوالي 60% منهم سنوات تزيد على العشر وحوالي 18% من أفرادها لهم خبرات تزيد على العشرين عاما.

8- الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم الإعتماد في هذه الدراسة على الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- النسب المئوية.
- معامل الارتباط بيرسون .
- اختبار "ت" .
- تحليل التباين.

الفصل السادس

تمهيد

أولاً- عرض و تحليل نتائج الدراسة

1- تحليل المعطيات بالنسب المؤوية

و المتوسط الحسابي

2- عرض و تفسير فروض الدراسة

ثانياً- عرض و تحليل نتائج المقابلة

خاتمة

تهميد:

سيتم في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة من الناحية الكمية من خلال التحليل الإحصائي وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات التي تم طرحها. كما تم عرض نتائج المقابلة, وذلك لتدعيم النتائج المتوصل إليها وتفسيرها. أولاً - عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1 تحليل المعطيات بالنسب المئوية والمتوسط الحسابي:

- نتائج الاحتراق النفسي

أشارت النتائج العامة لهذه الدراسة أن مستوى الإحترق النفسي لدى العاملين الصحيين يتراوح ما بين المنخفض والعالي والمتوسط حسب الأبعاد الثلاثة للمقياس: الإجهاد الإنفعالي، التبلد الإحساسي، الإنجاز الشخصي.

الجدول(10): توزيع درجات الأفراد على مقياس ماسلاك حسب مستويات الاحتراق النفسي

| مستوى الاحتراق النفسي | | | | | | أبعاد الاحتراق النفسي |
|-----------------------|----|-------|----|-------|----|-----------------------|
| عال | | متوسط | | منخفض | | |
| 34% | 17 | 22% | 11 | 44% | 22 | الإجهاد الانفعالي |
| 14% | 7 | 38% | 19 | 48% | 24 | التبلد الاحساسي |
| 20% | 10 | 28% | 14 | 52% | 26 | الإنجاز الشخصي |

يتبين من الجدول (11) مستويات الاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين :

- بالنسبة لمستوى عال من الاحتراق النفسي:
 - 34 % من أفراد العينة أظهروا أثناء البحث مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي.
 - 14% أظهروا مستوى عالي من التبلد الاحساسي.
 - 20% مستوى عالي من الاحتراق النفسي على بعد الإنجاز الشخصي.
- يعني حوالي أكثر من ربع أفراد العينة يبدون درجة مرتفعة من الاحتراق النفسي.

- بالنسبة لمستوى متوسط من الاحتراق النفسي:
- 22% أظهروا أثناء البحث مستوى متوسط من الإنهاك الانفعالي.
- 38% أظهروا أثناء البحث مستوى متوسط من التبدل الشخصي.
- 28% مستوى متوسط من الاحتراق النفسي على بعد الإنجاز الشخصي.
- مما يبين لنا أن ربع العينة تقريبا في طور التعرض للإصابة بالاحتراق النفسي.
- بالنسبة لمستوى منخفض من الاحتراق النفسي:
- 44% من أفراد العينة أظهروا أثناء البحث مستوى منخفض من الإنهاك الانفعالي.
- 48% أظهروا أثناء البحث مستوى منخفض من التبدل الشخصي.
- 52% مستوى منخفض من الاحتراق النفسي على بعد الإنجاز الشخصي.
- ويظهر لنا أن أقرب من نصف العينة لا تعاني من الاحتراق النفسي.

الجدول (11) متوسط درجات الاحتراق النفسي

| أبعاد الاحتراق النفسي | المتوسط | الانحراف المعياري |
|-----------------------|---------|-------------------|
| الإجهاد الانفعالي | 20.12 | 11.63 |
| التبدل الاحساسي | 7.16 | 4.29 |
| الانجاز الشخصي | 37.16 | 8.23 |

يبين الجدول (11) متوسط درجات المقياس لمجمل أفراد العينة لكل بعد من الأبعاد الثلاثة. وبمقارنة هذه النتائج مع المتوسط العام لكل المهن الذي استخدمته ماسلاك والمبين في جدول (2)، نلاحظ أن المتوسط العام لعينة هذه الدراسة تتمثل في مستوى متوسط من الاحتراق النفسي للأبعاد الثلاثة: الإجهاد الانفعالي، التبدل الإحساسي، والإنجاز الشخصي. وتم في هذه الدراسة قياس تأثير عدد من المتغيرات الفردية والمهنية على مستوى الاحتراق النفسي.

- نتائج الاحتراق النفسي حسب متغير الجنس:

الجدول (12): درجات الإنهاك الانفعالي بالنسبة للجنسين:

| الإناث | | الذكور | | بعد الإنهاك الانفعالي |
|----------------|---------|----------------|---------|-----------------------|
| النسبة المؤوية | التكرار | النسبة المؤوية | التكرار | |
| %45.83 | 11 | %42.30 | 11 | منخفض |
| %8.33 | 2 | %34.61 | 9 | متوسط |
| %45.83 | 11 | %23.07 | 6 | عالي |
| %100 | 24 | %100 | 26 | المجموع |

يبين الجدول (12) مستويات الانهاك الانفعالي حسب الجنس، وتشير النتائج إلى أن نسب الإنهاك الانفعالي المنخفض متقاربة بين الذكور والإناث، أما الانهاك المتوسط فالنسبة أعلى لدى الذكور مقارنة بالإناث أما بخصوص الإنهاك الانفعالي العالي فتظهر النسبة لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، حيث تحصل الذكور على نسبة 23.07% مقابل 45.83% للإناث.

الجدول (13): درجات التبلد الاحساسي بالنسبة للجنسين

| الإناث | | الذكور | | بعد التبلد الاحساسي |
|----------------|---------|----------------|---------|---------------------|
| النسبة المؤوية | التكرار | النسبة المؤوية | التكرار | |
| %62.5 | 15 | %34.16 | 9 | منخفض |
| %16.66 | 4 | %57.69 | 15 | متوسط |
| %20.83 | 5 | 7.69 % | 2 | عالي |
| %100 | 24 | %100 | 26 | المجموع |

يظهر الجدول رقم (13) مستويات التبلد لدى الذكور والإناث، فكانت نسبة الإناث أعلى من الذكور في المستوى المنخفض منه، أما المستوى المتوسط من التبلد فكان للذكور أعلى نسبة مقارنة بالإناث، وبالنسبة للمستوى العالي من التبلد الاحساسي فكانت نسبة الإناث 20.83% مقابل 7.69% للذكور.

الجدول رقم (14): درجات الانجاز الشخصي بالنسبة للجنسين:

| الإناث | | الذكور | | بعد الإنجاز الشخصي |
|----------------|---------|----------------|---------|--------------------|
| النسبة المؤوية | التكرار | النسبة المؤوية | التكرار | |
| %41.66 | 10 | %61.53 | 16 | منخفض |
| %37.5 | 9 | %19.23 | 5 | متوسط |
| %20.83 | 5 | %19.23 | 5 | عالي |
| %100 | 24 | %100 | 26 | المجموع |

يتبين من الجدول (14) أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث في المستوى المنخفض من الإنجاز الشخصي, وفي المستوى المتوسط نجد أن نسبة الإناث أعلى من الذكور , أما بالنسبة للمستوى العالي لبعء الإنجاز الشخصي فكانت النسب متقاربة بين الذكور والإناث.

الجدول رقم (15): المتوسط الحسابي لدرجات الاحتراق النفسي للذكور والإناث:

| الإناث | | | الذكور | | | أبعاد الاحتراق النفسي |
|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-----------------------|
| عالي | متوسط | منخفض | عالي | متوسط | منخفض | |
| 32.36 | 19 | 9,09 | 36.83 | 19.55 | 10.45 | الإنهاك الانفعالي |
| 14.4 | 9.75 | 3 | 13 | 9.53 | 3.66 | التبلد الاحساسى |
| 20 | 35.55 | 42.5 | 28.4 | 34.6 | 43.62 | الانجاز الشخصي |

يوضح لنا الجدول (15) متوسط درجات الإحتراق النفسي حسب متغير الجنس، حيث يظهر لنا تقارب بين مستويات الذكور والإناث في الأبعاد الثلاثة ، مع وجود زيادة بسيطة لدى الذكور في المستوى العالي من الإنهاك الإنفعالي (36.83 للذكور مقابل 32.36 للإناث), والمستوى العالي من الانجاز الشخصي (28.4 للذكور مقابل 20 للإناث).

- نتائج الاحتراق النفسي حسب الفئات العمرية:

الجدول (16): درجات الانهك الانفعالي حسب الفئات العمرية

| 41 فأكثر | | 40 -31 | | 30 فأقل | | الفئات العمرية |
|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|-----------------------|
| النسب المؤوية | التكرار | النسب المؤوية | التكرار | النسب المؤوية | التكرار | بعد الإنهاك الانفعالي |
| %42.10 | 8 | %46.66 | 7 | %43.75 | 7 | منخفض |
| %26.31 | 5 | %33.33 | 5 | %6.25 | 1 | متوسط |
| %31.57 | 6 | %20 | 3 | %50 | 8 | عالي |
| %100 | 19 | %100 | 15 | %100 | 16 | المجموع |

يبين الجدول (16) مستويات الانهك الانفعالي حسب الفئات العمرية, حيث تظهر النسب متقاربة في المستوى المنخفض من الانهك لدى جميع الفئات العمرية, أما في المستوى المتوسط من الانهك فتظهر النسب أعلى لدى الفئة الأولى والثانية مقارنة بالفئة العمرية الأصغر, أما بالنسبة للإنهاك العالي فكانت النسب مختلفة بين الفئات العمرية حيث أظهرت الفئة الأصغر نسبة عالية, مقارنة بالفئات الأخرى .

الجدول (17): درجات التبدل الاحساسي حسب الفئات العمرية

| 41 فأكثر | | 40 -31 | | 30 فأقل | | الفئات العمرية |
|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------------|
| النسب المؤوية | التكرار | النسب المؤوية | التكرار | النسب المؤوية | التكرار | بعد التبدل الاحساسي |
| %42.10 | 8 | %40 | 6 | %62.5 | 10 | منخفض |
| %42.10 | 8 | %60 | 9 | %12.5 | 2 | متوسط |
| %15.78 | 3 | %0 | 0 | %25 | 4 | عال |
| %100 | 19 | %100 | 15 | %100 | 16 | المجموع |

بالنسبة لبعد التبدل الاحساسي في الجدول (17) فكان المستوى المنخفض أعلى لدى الفئة العمرية الأصغر, ومتقاربا بين الفئة (31- 40) والفئة (41 فأكثر). أما المستوى المتوسط

فكان هناك اختلاف النسب بين الفئات الثلاثة, وبالنسبة للتبلد العالي فظهر أعلى لدى الفئة العمرية الأصغر سنا مقارنة بالفئات الأخرى.

الجدول (18): درجات الانجاز الشخصي حسب الفئات العمرية

| 41 فأكثر | | 40 -31 | | 30 فأقل | | الفئات العمرية بعد الانجاز الشخصي |
|------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|---|
| النسب المئوية | التكرار | النسب المئوية | التكرار | النسب المئوية | التكرار | |
| 68.42% | 13 | 53.33% | 8 | 31.25% | 5 | منخفض |
| 21.05% | 4 | 26.66% | 4 | 37.5% | 6 | متوسط |
| 10.52% | 2 | 20% | 3 | 31.25% | 5 | عالي |
| 100% | 19 | 100% | 15 | 100% | 16 | المجموع |

وتظهر نسب الإنجاز الشخصي في المستوى المنخفض مختلفة بين الفئات العمرية, حيث كانت النسبة الأعلى للفئة العمرية 41 فأكثر, أما للمستوى المتوسط من الإنجاز الشخصي فكانت النسبة الأعلى للفئة الأصغر. وبالنسبة للمستوى العالي من الاحتراق على بعد الإنجاز الشخصي فكانت النسبة الأعلى أيضا لدى الفئة الأصغر 30 فأقل.

الجدول رقم (19): المتوسط الحسابي لدرجات الاحتراق النفسي حسب الفئات العمرية

| 41 سنة فأكثر | | | 40 -31 سنة | | | 30 سنة فأقل | | | أبعاد الاحتراق النفسي |
|--------------|-------|-------|------------|-------|-------|-------------|-------|-------|-----------------------------|
| عالي | متوسط | منخفض | عالي | متوسط | منخفض | عالي | متوسط | منخفض | |
| 37.5 | 20.8 | 10.62 | 36.33 | 18.8 | 7.71 | 30.37 | 16 | 10.85 | الإنهاك الانفعالي |
| 13 | 10.25 | 3.62 | 0 | 8.55 | 2.33 | 14.75 | 11.5 | 3.5 | التبلد الاحساسى |
| 12.5 | 34.75 | 42.92 | 27.33 | 35 | 44.25 | 27 | 35.66 | 41.4 | الانجاز الشخصي |

ويبين الجدول (19) متوسط درجات الاحتراق النفسي حسب الفئات العمرية. حيث كانت الدرجات متقاربة في بعد الإنهاك الانفعالي والتبلد الاحساسى لدى الفئات العمرية

لعينة الدراسة, أما في المستوى العالي من بعد الانجاز الشخصي, فكان متوسط الفئة الأكبر سنا أقل مقارنة بالفئات العمرية الأخرى .

- نتائج الاحتراق النفسي حسب متغير التخصص:

الجدول(20): درجات الإنهاك الانفعالي حسب التخصص:

| الأخصائيين النفسيين | | الممرضين | | الأطباء | | بعد الإنهاك الانفعالي |
|---------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|-----------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | |
| %0 | 0 | %41.37 | 12 | %52.63 | 10 | منخفض |
| %0 | 0 | %24.13 | 7 | %21.05 | 4 | متوسط |
| %100 | 2 | %34.48 | 10 | %26.31 | 5 | عالي |
| %100 | 2 | %100 | 29 | %100 | 19 | المجموع |

يشير الجدول (20) إلى مستويات الإنهاك الانفعالي حسب التخصص, فيظهر المستوى المنخفض من الإنهاك الانفعالي بنسبة أعلى لدى الأطباء تليها فئة الممرضين, أما المستوى المتوسط من الإنهاك فتظهر النسب متقاربة بين كل من الأطباء والممرضين, وبخصوص الأخصائيين النفسيين لم تظهر النتائج أي نسبة لهم في المستويين المنخفض والمتوسط وتظهر كل النسبة في المستوى العالي من الإنهاك, أما نسبة الممرضين فتظهر أعلى من نسبة الأطباء في المستوى العالي من الإنهاك الانفعالي .

الجدول (21): درجات التبدل الاحساسي حسب التخصص:

| الأخصائيين النفسيين | | المرضى | | الأطباء | | بعد التبدل الاحساسي |
|---------------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|---------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | |
| 50% | 1 | 55.17% | 16 | 36.84% | 7 | منخفض |
| 0% | 0 | 31.03% | 9 | 52.63% | 10 | متوسط |
| 50% | 1 | 13.79% | 4 | 10.52% | 2 | عالي |
| 100% | 2 | 100% | 29 | 100% | 19 | المجموع |

يشير الجدول السابق إلى مستويات التبدل الاحساسي حسب التخصص المهني, في المستوى المنخفض من التبدل تظهر فئة المرضى أعلى نسبة تليها فئة الأخصائيين النفسيين ثم الأطباء, وبالنسبة للمستوى المتوسط من التبدل فالنسبة لدى الأطباء أعلى منها لدى المرضى في حين أن الأخصائيين النفسيين لم تسجل لهم أي نسبة, أما المستوى العالي من التبدل فيظهر الاخصائيين النفسيين أعلى من الفئتين ولدى المرضى أعلى من الأطباء .

الجدول رقم (22): درجات الانجاز الشخصي حسب التخصص

| الأخصائيين النفسيين | | المرضى | | الأطباء | | بعد الانجاز الشخصي |
|---------------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|--------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار | |
| 0% | 0 | 62.06% | 18 | 42.10% | 8 | منخفض |
| 50% | 1 | 24.13% | 7 | 31.57% | 6 | متوسط |
| 50% | 1 | 13.79% | 4 | 26.31% | 5 | عالي |
| 100% | 2 | 100% | 29 | 100% | 19 | المجموع |

بالنسبة إلى مستويات الإنجاز الشخصي حسب التخصص المهني فتشير النتائج على أن المرضى أعلى نسبة في المستوى المنخفض من الإنجاز تليها فئة الأطباء أما الأخصائيين النفسيين فلم تسجل أي نسبة, وبالنسبة إلى الإنجاز المتوسط فالنسبة الأعلى لدى الأخصائيين النفسيين, كما أن نسبة الأطباء أعلى من نسبة المرضى, أما المستوى العالي من الإنجاز الشخصي فتظهر لدى الأخصائيين النفسيين, تليها نسبة الأطباء ثم المرضى.

الجدول رقم (23): المتوسط الحسابي لدرجات الاحتراق النفسي حسب التخصص

| أبعاد الاحتراق النفسي | الأطباء | | | المرضى | | | الأخصائيين النفسيين | | |
|-----------------------------|---------|-------|------|--------|-------|-------|---------------------|-------|------|
| | منخفض | متوسط | عالي | منخفض | متوسط | عالي | منخفض | متوسط | عالي |
| الإنهاك الانفعالي | 10 | 19.75 | 33 | 9.58 | 19.28 | 34.8 | 0 | 0 | 34 |
| التبؤ الاحساسى | 3.57 | 9.4 | 13 | 3.18 | 8.88 | 14.25 | 2 | 0 | 15 |
| الانجاز الشخصى | 43.62 | 34.83 | 23.2 | 43 | 35.14 | 24 | 0 | 38 | 30 |

أما الجدول رقم (23) فيوضح متوسط درجات الإحتراق النفسي لمجمل أفراد العينة حسب متغير التخصص المهني. حيث نلاحظ أن متوسط درجات الإحتراق متقاربة بين الأطباء و المرضى في الأبعاد الثلاثة، أما الأخصائيين النفسيين فنجد أن متوسط درجات الانهاك والتبؤ العالي متقاربة مع متوسط درجات المهنيين الآخرين أما متوسط درجاتهم في الانجاز الشخصي فهو أعلى من الأطباء والمرضى .

2- عرض و تفسير فروض الدراسة

طرحت الدراسة أربع فرضيات تهدف لاختبار العلاقة بين دافعية الانجاز, وبعض المتغيرات الديمغرافية والمهنية, وبين الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة المذكورة سابقا وذلك لدى أعضاء الفريق العلاجي.

2-1- عرض نتيجة الفرضية الأولى:

اختبار صحة الفرض الأول الذي يتعلق بوجود علاقة ارتباطيه دالة سالبة بين دافعية الانجاز والاحترق النفسي استخدم معامل ارتباط بيرسون كما هو مبين في الجدول التالي:
الجدول رقم(24): معاملات الارتباط بيرسون بين دافعية الانجاز وأبعاد الاحترق النفسي:

| أبعاد الاحترق النفسي | نوع الاختبار | قيمة معامل الارتباط | مستوى الدلالة عند 0.05 |
|----------------------|--------------|---------------------|------------------------|
| الإنهاك الانفعالي | بيرسون | 0.12 | غير دالة |
| التبند الاحساسي | بيرسون | 0.16 | غير دالة |
| الانجاز الشخصي | بيرسون | 0.45 | دالة |

وبينت النتائج المستخلصة في الجدول السابق:

- وجود ارتباط غير دال بين متغيري دافعية الإنجاز والإنهاك الانفعالي. حيث أن قيمة معامل الارتباط: (0.12)، وهي غير دالة احصائيا عند درجة حرية (ن - 2)، وعند المستوى 0.05 وبالتالي لا يوجد ارتباط دال سالب بين دافعية الإنجاز والإنهاك الانفعالي.

- وجود ارتباط غير دال بين متغيري دافعية الانجاز والتبند الاحساسي، حيث أن قيمة معامل الارتباط: (0.13)، و بالتالي لا يوجد ارتباط دال سالب بين دافعية الانجاز والتبند الاحساسي.

- وجود ارتباط دال بين متغيري دافعية الانجاز والانجاز الشخصي، حيث أن قيمة معامل الارتباط: (0.45)، وبالتالي لا يوجد ارتباط دال سالب بين دافعية الانجاز والانجاز الشخصي.

أظهرت لنا النتيجة وجود ارتباط غير دال بين دافعية الانجاز وبعدي الإنهاك الانفعالي والتبند الاحساسي، ووجود ارتباط دال بين دافعية الإنجاز وبعدي الإنجاز الشخصي، وبالتالي يتم رفض الفرضية الأولى التي تقول بوجود علاقة ارتباطيه دالة سالبة بين دافعية الانجاز والاحترق النفسي.

2-2- عرض نتيجة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية إلى أنه يوجد فرق دال في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الجنس، لاختبار صحة الفرض الثاني والذي يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث تم استخدام اختبار "ت" كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (25): اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث في الاحتراق النفسي

| مستوى الدلالة عند 0.05 | درجة الحرية | قيمة "ت" | الإناث ن=24 | | الذكور ن=26 | | المتغير |
|------------------------|-------------|----------|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|
| | | | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | |
| غير دالة | 48 | 0.28 | 12.08 | 20.58 | 11.19 | 19.69 | الإرهاك الانفعالي |
| غير دالة | | 1.10 | 4.88 | 6.5 | 3.58 | 7.76 | التبلد الاحساسي |
| غير دالة | | 1.74 | 9.21 | 35.2 | 6.73 | 38.96 | الإنجاز الشخصي |

وتكشف النتائج المبينة في هذا الجدول (25) عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي بين الذكور والإناث، وهذا لأن قيم "ت" المحسوبة أصغر من القيمة التي تقابلها في الجدول تحت النسبة 0.05 .

أظهرت لنا النتيجة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنس والاحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة الانهك الانفعالي و التبلد الاحساسي و الإنجاز الشخصي وبالتالي يتم رفض الفرضية الثانية التي تقول بوجود فرق دال في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الجنس. وهذا يعني أن الاحتراق النفسي عرضة لكلا الجنسين على السواء، فكمية الضغوط التي يتعرض لها الذكور لا تختلف عن تلك التي تتعرض للنساء باعتبار أن الإثنين يتقاسمان معا صعوبات العمل وصعوبات الحياة في مجتمع واحد، فأغلب فالتساء وإن كن مرشحات أكثر للتعرض للاحتراق النفسي نتيجة تضارب مسؤوليات العمل مع مسؤوليات البيت والأولاد فما من بد أن الرجل أصبح أيضا يتحمل قدرا كبيرا من المسؤوليات المنزلية التي كانت تضطلع بها المرأة لوحدها في السابق.

وبالنظر إلى نتائج الدراسات فيما يتعلق بتأثير الجنس على الاحتراق النفسي نجد أن هناك اختلافا في النتائج المتوصل إليها فمثلا أظهرت نتائج دراسة داووني (1989) ودراسة مقابلة وسلامة (1990) أن النساء أكثر عرضة للاحتراق النفسي من الرجال بينما كشفت نتائج دراسة محمد (1995) عن عدم وجود فروق دالة في مستوى الاحتراق النفسي بين الذكور والإناث.

2-3- عرض نتيجة الفرضية الثالثة:

يوجد فرق دال في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير السن. ولاختبار صحة الفرض الثالث تم إجراء تحليل التباين البسيط لتقدير الفروق في الاحتراق النفسي بين الفئات العمرية، وتمت المقارنة بينها من خلال حساب قيمة "ف" في حالة إذا ما كانت دالة إحصائيا:

تم تقسيم العينة إلى ثلاث فئات عمرية:

1- الفئة الأولى 30 سنة فأقل، وبلغ عددهم 16 فردا.

2- الفئة الثانية 31 إلى 40 سنة، وبلغ عددهم 15 فردا.

3- الفئة الثالثة 41 سنة فأكثر، وبلغ عددهم 19 فردا.

الجدول رقم (26): الفروق بين الفئات العمرية في الإنهاك الانفعالي

| مستوى الدلالة | قيمة "ف" | تقدير التباين | درجات الحرية ن - 1 | مجموع المربعات | مصدر التباين |
|-------------------|----------|---------------|-----------------------|----------------|----------------|
| غير دالة عند 0.05 | 0.70 | 99.22 | 2 | 198.44 | بين المجموعات |
| | | 139.98 | 47 | 6579.5 | داخل المجموعات |
| | | | 49 | 6777.94 | المجموع الكلي |

ويلاحظ من الجدول (26) أن قيمة "ف" = 0.70، وهي غير دالة إحصائيا عند المستوى 0.05 مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين الفئات العمرية في الإنهاك الانفعالي.

الجدول رقم (27): الفروق بين الفئات العمرية في التبدل الاحساسى

| مستوى الدلالة | قيمة "ف" | تقدير التباين | درجات الحرية ن - 1 | مجموع المربعات | مصدر التباين |
|-------------------|----------|---------------|-----------------------|----------------|----------------|
| غير دالة عند 0.05 | 0.72 | 14.45 | 2 | 28.9 | بين المجموعات |
| | | 19.87 | 47 | 933.97 | داخل المجموعات |
| | | | 49 | 962.87 | المجموع الكلي |

وتشير النتائج من الجدول (27) أن قيمة "ف" = 0.72، وهي غير دالة إحصائياً عند المستوى 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين الفئات العمرية في التبدل الاحساسى.

الجدول رقم (28): الفروق بين الفئات العمرية في الإنجاز الشخصي

| مستوى الدلالة | قيمة "ف" | تقدير التباين | درجات الحرية ن - 1 | مجموع المربعات | مصدر التباين |
|-------------------|----------|---------------|-----------------------|----------------|----------------|
| غير دالة عند 0.05 | 0.79 | 55.58 | 2 | 111.16 | بين المجموعات |
| | | 69.86 | 47 | 3283.6 | داخل المجموعات |
| | | | 49 | 3394.76 | المجموع الكلي |

ويظهر لنا من الجدول (28) أن قيمة "ف" = 0.79، وهي غير دالة إحصائياً عند المستوى 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين الفئات العمرية في الإنجاز الشخصي.

أظهرت لنا النتيجة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين السن والاحترق النفسى في أبعاده الثلاثة، وبالتالي يتم رفض الفرضية الثانية التي تقول بوجود فرق دال في الاحترق النفسى وفقاً لمتغير السن.

وفي الحقيقة أننا لم نكن نتوقع هذه النتيجة، حيث ظهر لنا أن الأصغر سنا هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي نظرا لقلّة خبراتهم و تجاربهم. كما أن نتائج الدراسات أظهرت اختلافا فيما بينها في تأثير عامل السن على الاحتراق النفسي. وبهذه النتائج يمكننا تفسير بأن متغير العمر لا يعتبر عامل محدد للاحتراق النفسي لهذه الشريحة من العمال، وهذا ما توضحه متوسطات الفئات العمرية . ومن الدراسات السابقة نجد دراسة الوابلي (1995) التي أظهرت عدم وجود أي فروق بين فئات متغير السن في بعد تبدل المشاعر ولكن أظهرت فروق دالة في بعد الاجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالانجاز.

2-4- عرض نتيجة الفرضية الرابعة:

يوجد فرق دال في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير التخصص، وتم اختبار الفرض الرابع باستخدام اختبار "ت" كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (29): اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الأطباء والمرضى في أبعاد الاحتراق

| مستوى الدلالة عند 0.05 | درجة الحرية | قيمة "ت" | المرضى ن=29 | | الأطباء ن=19 | | المتغير |
|------------------------|-------------|----------|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|
| | | | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | |
| غير دالة | 46 | 0.72 | 11.62 | 20.48 | 11.20 | 18.10 | الإنهاك الانفعالي |
| غير دالة | | 0.72 | 4.60 | 6.75 | 3.62 | 7.63 | التبدل الاحساسي |
| غير دالة | | 1.27 | 7.51 | 38.48 | 9.17 | 35.47 | الإنجاز الشخصي |

وتكشف النتائج المبينة في هذا الجدول (29) عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي بين الأطباء و المرضى، وهذا لأن قيم "ت" المحسوبة أصغر من القيم التي تقابلها في الجدول تحت النسب الثلاث 0.05. أظهرت لنا النتيجة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التخصص والاحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة، وبالتالي يتم رفض الفرضية الرابعة التي تقول بوجود فرق دال في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير التخصص .

وهذه النتيجة تدل على عدم وجود تأثير للتخصص على الاحتراق النفسي و الاختلاف يكون بسيطاً بين الأطباء والمرضى، بدون أي دلالات إحصائية، وربما أن هذا راجع كل من الأطباء والمرضى يتقاسمون نفس الظروف المهنية، وأن كمية ضغوطات بيئة العمل التي يتعرض لها المرضى لا تقل أهمية بشكل عن تلك التي يتعرض لها الأطباء .
إن النتائج التي توصلنا إليها من التحليل والتفسير العام للمعطيات لا تمكننا من الحكم النهائي الدقيق الذي يمكن تعميمه على جميع افتراضات البحث.

حيث تم التوصل إلى وجود علاقة غير دالة إحصائياً بين كل من بعدي الإنهاك الانفعالي والتبؤد الاحساسى من جهة ودافعية الإنجاز من جهة أخرى ووجود علاقة دالة إحصائياً بين بعد الإنجاز الشخصى ودافعية الإنجاز.

وبالنسبة للفروض التي تفترض وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الجنس والسن والتخصص من جهة والاحتراق النفسي من جهة أخرى. يتضح من نتائج الدراسة عدم تأثير المتغيرات الثلاثة على الاحتراق النفسي.

ثانياً: عرض و تحليل المقابلة:

1- هدف المقابلة:

تم إجراء المقابلة مع بعض من أفراد الفريق العلاجي وكان عددهم خمسة يتوزعون كما يلي: 2 أطباء (ذكور) - ممرضين (ذكر وأنثى) - أخصائي نفسي (أنثى). وتم اختيارهم بالإعتماد على نتائج مقياس الاحتراق النفسي لماسلاك (MBI), على أساس أنهم أظهروا مستوى مرتفع من الاحتراق على الأبعاد الثلاثة (الإجهاد الانفعالي, التبؤد الاحساسى, الإنجاز الشخصى).

تمثل هدف المقابلة في محاولة فهم والكشف عن العوامل المسببة للاحتراق النفسي لدى العاملين الصحيين بمستشفى مستغانم .

2- ظروف إجراء المقابلة:

تم إجراء المقابلات بمكتب تابع للمصلحة الطبية بصفة فردية, وتراوحت مدة المقابلة حوالي 30 دقيقة تقريباً لكل مبحوث .

3- مدى استجابة المفحوصين وتقبلهم: استجاب بعض الأفراد للمقابلة بشكل إيجابي وأظهروا تعاوناً مع البحث .

4- تعليمات المقابلة: تم إعداد المواضيع التي سيتم تناولها في المقابلة مسبقاً, وهي مرتبطة عموماً بموضوع البحث, ولكن بدون تقييد المفحوص فتركنا له حرية التعبير عن معاشه والصعوبات التي يواجهها في عمله.

5- تحليل المقابلات:

إن أغلب وإن لم يكن جميع المبحوثين لم يكن لهم أدنى فكرة عن ظاهرة الاحتراق النفسي, ومظاهره وانعكاساته, رغم أنها تشكل أحد المخاطر المهنية التي يتعرض لها الأفراد القائمين بالرعاية الصحية للمرضى, وهي من المواضيع المطروحة بشكل جدي في الدول المتقدمة وما زال في تزايد مستمر. حيث يقول أحد المفحوصين: "أستغرب أنني لم أسأل نفسي هذه الأسئلة من قبل".

ولذلك يعتبر من المهم التعرف على الضغوط المهنية والسعي إلى علاجها قبل أن تستفحل فتصبح من الصعوبة التحكم فيها, فإدراك الفرد للمؤشرات الأولى للاحتراق النفسي يسهم بشكل كبير في تفادي تفاقم الأمر.

وللاحتراق النفسي أسباب متعددة فبعضها عوامل مؤسسية وأخرى مرتبطة بفريق العمل وأسباب شخصية.

بالنسبة للعوامل المؤسسية يظهر نقص في المستخدمين الطبيين وغير الطبيين مما يزيد من العبء على العاملين, وعدم توفر الوسائل المادية (فنقص الأجهزة الطبية المهمة في التشخيص) يعوق من الاستفادة الكاملة للمرضى من الخدمات الطبية, يجعل الفريق عاجزاً عن فعل شيء سوى إرسال المريض إلى مؤسسات طبية أخرى, فغالباً ما يتعطل العمل نتيجة لعدم توفر بعض الوسائل, مما يجعل المريض ينتظر وبالتالي يشكو من التأخر في إنقاذه من الأوجاع, وهذا ما يسهم في زيادة إحساس العاملين الصحيين بعدم الكفاءة والاحباط, " كثيراً ما أحس بتأنيب الضمير على عدم قدرتي على مساعدة بعض المرضى".

إضافة إلى طبيعة العمل نفسه الذي يتطلب التعامل الدائم مع وضعيات حرجة, " من الحالات التي تؤثر فينا المشوهين والأفراد الذين تعرضوا لحوادث بشعة, وخصوصا حينما يكونوا من الأطفال".

ويعتبر معظم المبحوثين أن الأجر المادي غير مناسب وغير كافي لإشباع حاجات الفرد كما أنه لا يتناسب مع مستوى الجهد الذي يقوم به الأعضاء, حيث يقول أحدهم: "بمقارنتنا للأجور في القطاعات الأخرى تعتبر أعلى بكثير من أجور العاملين الطبيين فالأجر لا يتناسب مع الجهد المبذول".

ويعتبر من الأسباب أيضا عدم تعاون المرضى وعدم إيطاعتهم للأوامر كرفض إجراء العمليات الجراحية، عدم الالتزام بقواعد النظافة، عدم إدراكهم لواجباتهم ما عليهم وما ليس عليهم، إضافة إلى أنهم غالبا ما لا يحترمون أعضاء الفريق لكون أن نظرتهم سيئة ومربية اتجاههم كما أنهم لا يقدرّون عمل الهيئة الطبية، فيتهمون أعضاء الفريق بالتقصير عند الفشل أو حدوث مضاعفات المرض, "إن بعض المرضى يتعاملون معنا بريية وعدم ثقة".

" المريض أيضا لا يساعد القائمين بالرعاية على أداء دورهم".

كما أن النظام في المؤسسة يولي اهتمام أكبر بالأطباء الأخصائيين فيما يخص الاستفادة من السكن والتربصات في الخارج.

"ألوم بشكل عام النظام ككل, فهو الذي يجعل العامل مستنزف فنقص التسيير الحسن, وتقسيم الرتب والمحسوبية كلها تؤثر على العاملين".

" المؤسسة تهتم بالمريض لكنها تهمل القائم بالمريض فهي لا توفر له حتى وجبات أكل ".
وكثيرا ما يتذمر العاملين من عدم انضباط وإتقان العاملين الآخرين لعملهم, فالطبيب قد يشتكي من كسل بعض الممرضين وإهمالهم, كما يشتكي الممرض من لأمسؤولية الطبيب, حيث يقول أحد الأطباء: " هناك بعض الممرضين لا يجيدون حتى القيام بعملهم بإتقان, ويعاملون المرضى وكأنهم دمي".

وتقول إحدى الممرضات: " إنني أحمد الله على عملي لفترة في القطاع الخاص قبل التحاقني بالمؤسسة الطبية, نظرا للتفاوت الكبير الملاحظ في الاهتمام بالمريض.

كما أن لطول فترة العمل دورها أيضا في احساس العامل بالاستنفاد, فتقول ممرضة على وشك التقاعد: " في الماضي كنت قليلا ما أنترفز أما الآن فأنا أثور بسرعة وأصبحت أعاني من الضغط".

ويعاني الأخصائيين النفسيين في القطاع الصحي صعوبات في العمل وتحديد الأدوار وغموض الدور, وعدم وجود قوانين تحدد موقع النفساني داخل الهيكل الطبي وإن وجدت فهي مهملة من طرف المؤسسة, "المؤسسة لا توفر للأخصائي النفسي مستلزمات العمل كمكتب خاص يضمن خصوصية المرضى إضافة إلى الحساسية الموجودة بين الهيئة الطبية من أطباء و ممرضين والأخصائي النفسي".

أما بالنسبة للعوامل المرتبطة بالعمل الفريقي الصراع الضمني الذي يحدث بين الفئات المختلفة داخل الفريق العلاجي الذي يرجع بشكل مباشر إلى الأهداف الذي يسعى كل منهم إلى تحقيقها, حيث قمنا بالاستفسار عن أدوار كل فئة مهنية فتمثل دور الطبيب عموما في العلاج, ومتابعة المرضى وفحص المرضى المقيمين في المستشفى والمرضى الخارجيين وإعطاء التعليمات للممرضين فيما يخص الرعاية بالمرضى وتوجيه المرضى إلى أطباء آخرين وإعطاء إقرار بالدخول والخروج من المستشفى.

أما دور المراقب الطبي فتمثل في مراقبة الممرضين وسير الغيابات والسهر على راحة المريض, الاستعلامات والاهتمام بالشكليات الإدارية [استقبال المرضى، ملفاتهم،...] والتنسيق ما بين المصلحة الطبية والإدارة, التنسيق ما بين الطبيب والممرضين والإشراف على إحضار الوسائل الخاصة بالمصلحة واستلام الأدوية من صيدلية المستشفى, إضافة إلى الإشراف على المتربصين الشبه طبيين.

وبالنسبة لدور الممرضين تمثل في القيام بالرعاية العامة للمرضى: حقن، ضمادات، قياس ضغط ... تنفيذ تعليمات الطبيب والمراقب الطبي, أخذ المرضى لإجراء التحاليل، الفحوص والأشعة..

أما دور الأخصائي النفسي فهو التكفل النفسي بالمرضى المتواجدين بالمصلحة وعادة ما يتم توجيه المرضى إلى الأخصائي النفسي عن طريق الطبيب .

وإن الأهداف المختلفة للعاملين في المستشفى تحكمها أنماط الإتصال التي تحدث فيما بينهم, فالحوار المهنية عادة ما تكون كبيرة داخل الفريق العلاجي كنقص التواصل بين التخصصات المختلفة وحتى بين نفس التخصصات كالأطباء وبعضهم وبين الأطباء والإدارة وبين الممرضين وبعضهم, إضافة إلى النزاع على السلطة داخل الفريق, فكما هو معروف فإنه يوجد في كل قسم طبي طبيب مسئول ومراقب طبي, فأحيانا ما يحدث تداخل وتعارض في الأدوار, وبالنسبة للممرضين باعتبار أنهم يقعون تحت سلطة الطبيب من جهة وسلطة الإدارة من جهة فهذا ما يؤدي إلى التعارض في المطالب والاحتياجات. وإن المسئوليات المتعددة التي تفرضها كلتا السلطتين تخلق دائما حالة عدم الرضا وتدفع بالممرضين إلى ترك العمل أو التنقل, " لو أتيت لي ما يكفي من الدخل لتركت العمل في المستشفى ".

" أحيانا ما أتمنى لو كنت صاحب مهنة أخرى أحسن من عملي كطبيب في المستشفى".

كما أن للأسباب الشخصية دورها أيضا فغالبا ما تتعارض ميول الفرد واتجاهاته مع الوسط الذي يعمل فيه مما يشعره و كأنه مجبر على ممارسة هذه المهنة ولو أتيت له فرصة العمل في قطاع آخر لتركها.

وللعوامل السياسية والاجتماعية نصيبا كبيرا في زيادة الضغوط والاحترق لدى العاملين باعتبار أن المؤسسة الطبية نظام اجتماعي تتأثر بما يحدث في المجتمع من أزمات اقتصادية واجتماعية, "مجتمعنا كله يعاني من مشاكل اجتماعية تجعلنا مقهورين فيأتي العامل إلى مكان عمله وهو يحمل على كاهله مشاكل المعيشة".

خلاصة:

أسباب الاحتراق النفسي لدى العاملين الطبيين بمستشفى مستغانم

- يمكن استخلاص أهم الاسباب التي تسهم في الوصول إلى حالة الاحتراق النفسي فيما يلي:
- تدني مستوى التواصل بين الفئات المهنية المختلفة في المستشفى.
 - تدني مستوى الأجر مقارنة بالجهد المبذول.
 - غياب الدعم والمساندة داخل المؤسسة الطبية.
 - عدم وضوح الواجبات والأدوار داخل الفريق .
 - العمل لفترات مستمرة .
 - كثرة العبئ الوظيفي ونقص عدد المستخدمين.
 - نقص العناد الطبي مما يعرقل من أداء الفريق الطبي.
 - التعرض الدائم لوضعيات مؤلمة كالمشوهين وغيرهم.
 - الخصائص الشخصية للعاملين (كعدم القدرة على مواجهة الصعوبات, المثالية, القابلية للاستثارة).
 - النظام الاجتماعي ككل وتأثيره على العاملين .
 - صراع الأدوار.
 - عدم تعاون المرضى مع العاملين الطبيين.
 - نقص الوعي لدى العاملين بالمستشفى بمخاطر استمرار الضغوط المهنية.
- كما أنه لا يوجد أي دور للمؤسسة الطبية في التعامل مع ظاهرة الاحتراق النفسي, فالمسؤولين لا يبدون أي اهتمام بمشاكل العاملين وبمعاناتهم النفسية.
- ### بعض المظاهر و الأعراض المرتبطة بالاحتراق النفسي
- صراعات في العمل بين الأطباء وبعضهم وبين الممرضين وبعضهم وبين الأطباء والممرضين .
 - المعاناة من بعض اضطرابات المزاج كالنرفزة, والحساسية.
 - المعاناة من بعض الاضطرابات النفس جسمية مثل القولون, القرحة, وضغط الدم, الأرق, الصداع.

- نقص الإحساس بالرضا في الكثير من جوانب العمل كالأجر والجوانب المادية والمعنوية للعمل, مما ينعكس على الشعور العام بالإنجاز الشخصي في العمل.
- عدم الاكتراث في بعض الأحيان ببعض المرضى وسرعة الاستئثاره لأتفه الأسباب.
- أخذ العطل المرضية باستمرار .
- انخفاض الحيوية والنشاط داخل العمل والشعور بالتعب والارهاق.
- اللجوء الفرد إلى تغيير فريق العمل إلى فريق آخر لخفض الضغوط التي يعاني منها.
- إنعكاس تلك الضغوط على الحياة الاجتماعية والأسرية للفرد .

خاتمة الفصل

يخطئ من يظن أن للعمل أهمية إقتصادية وحسب، وإنما للعمل أهمية في شعور الفرد بالثقة في نفسه وبالتكامل وبالرضا عن نفسه و عن إنجازهِ، وتبدو لنا أهمية العمل إذا عرفنا أن الوقت الذي يقضيه الفرد في مكان عمله يزيد عن الوقت الذي يقضيه في مكان آخر، وقد يتحدث الشخص مع زملائه في العمل أكثر من الأشخاص الآخرين .

إن ظروف العمل المريحة الإنسانية تساعد على حفظ توازن الفرد الصحي وعلى شعوره بالإطمئنان والأمان وتحميه من القلق والضياع، وهذا ما يغذي التكيف المهني .

تقوم بعض المؤسسات بتقديم المساعدات النفسية لعمالها، وتوفير الظروف الصحية داخل المؤسسة، وتهيئة العلاقة بين الإدارة والعمال، وتحسين وسائل الإتصال بينهما، وتوفير الضمانات الوظيفية وفرص التقدم في العمل بما يتفق مع قدرات الفرد، كذلك توفير علاقات مهنية ودية بين العاملين فيما بينهم وبين العاملين والعملاء وهذا ما يمكنه أن يؤدي إلى أداءات أفضل.

التوصيات و الاقتراحات:

هناك العديد من الأمور التي يمكن أن نقدمها من أجل مساعدة العاملين بالمؤسسات الإشفائية على التعامل مع الاحتراق النفسي, وذلك رغم قلة الدراسات في المجتمعات العربية في هذا الجانب, ولعل من أهم الاستراتيجيات مواجهة بيئة العمل الغير الصحية, ومن خلال النتائج التي توصلنا إليها, يمكننا تقديم بعض التوصيات التي تساعد المؤسسة الطبية والفريق العلاجي على مواجهة ظاهرة الاحتراق النفسي:

- 1- إجراء بعض الدراسات المسحية بهدف معرفة واستقصاء الأسباب والظروف التي تخلق الشعور بالاحتراق النفسي لدى العاملين بالمستشفيات.
- 2 - توفير أخصائيين مدربين ومتخصصين لتقديم خدماتهم الاستشارية اللازمة للتصدي لضغوط العمل والاحتراق النفسي .
- 3 - محاولة التخفيف من أعباء العمل لدى القائمين بالرعاية الصحية لتجنب شعورهم بالعجز وعدم الكفاءة.
- 4 - ينبغي لمديري المؤسسات الإشفائية توفير المناخ النفسي والاجتماعي الملائم الذي يساعد العاملين على أداء مهامهم بيسر, كما عليهم اتباع العدل والإنصاف مع جميع العاملين.
- 5 -الإكثار من برامج الأنشطة الترويحية المناسبة للمستشفيات سواء كان لصالح المرضى أو لصالح العاملين، وذلك بهدف رفع معدلات العلاقات الإنسانية بين العاملين .
- 6 -مراعاة الإدارة للموضوعية في التعامل، والبعد عن سيطرة العلاقات الشخصية على مسار العمل.

بالنسبة للفريق العلاجي:

- 1 -الاعتماد على المشاركة في العمل والعمل التعاوني وتبادل الخبرات مع الحفاظ على الحدود المهنية.
- 2 -تقوية تماسك الجماعة, والاهتمام بالعلاقات الاجتماعية بالمستشفيات.

3 - عقد اجتماعات دورية داخل كل فريق علاجي تكون منبرا للحوار والتشاور عن المشاكل التي تعترض العمل مع اقتراح الحلول الممكنة لعلاجها أو للتقليل من حدتها, ويمكن للاخصائي النفسي هنا أن يقدم خبراته العملية التي تساعد في إنجاح هذه اللقاءات.

4 - كما أن ممارسة الإسترخاء والرياضة لها دورها في التخفيف من أعراض الاحتراق النفسي.

المراجع

أولاً- المراجع باللغة العربية:

- 1 - إبراهيم عبد الهادي المليجي, الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية المكتب الجامعي الحديث, الإسكندرية 2002.
- 2 - أحمد فايز النماس, الخدمات الاجتماعية الطبية, الطبعة الأولى, دار النهضة العربية, بيروت 2000.
- 3 - أحمد محمد صالح, ناجي محمد قاسم, مها هاشم, نبيلة مكاري, الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي, الجزء الأول, مركز الإسكندرية للكتاب.
- 4 - أحمد محمد عوض بني أحمد, الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس, الطبعة الأولى, دار الحامد, الأردن 2007.
- 5 - أشرف محمد عبد الغني, علم النفس الصناعي, أسسه وتطبيقاته, المكتب الجامعي الحديث, الإسكندرية 2001.
- 6 - أنور محمد الشرقاوي, التعلم, نظريات تطبيقات, مكتبة الانجلو المصرية, القاهرة 1988.
- 7 - جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي, معجم علم النفس والطب النفسي, الجزء الثاني, دار النهضة العربية, القاهرة, 1989.
- 8 - جان بنجامان ستورا, الإجهاد أسبابه وعلاجه, ترجمة أنطوان إ. الهاشم, منشورات عويدات, بيروت, الطبعة الأولى 1997.
- 9 - جان ميزونوف, دينامية الجماعات, ترجمة فريد أنطونيوس, منشورات عويدات, بيروت, باريس, الطبعة الثالثة 1983.
- 10 - جمعة سيد يوسف, الإضطرابات السلوكية وعلاجها, دار غريب, القاهرة 2000.
- 11 - جمعة سيد يوسف, إدارة الضغوط, مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث, جامعة القاهرة, الطبعة الأولى 2007.
- 12 - حسن مصطفى عبد المعطي, ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها, مكتبة زهراء الشرق, الطبعة الأولى 2006.

- 13- حسين عبد الرحمن رشوان, العلاقات الإنسانية في مجالات علم النفس, علم الاجتماع, علم الإدارة, المكتب الجامعي الحديث, الإسكندرية 1997.
- 14 -حمدي ياسين, علي عسكر, حسن الموسوي, علم النفس الصناعي والتنظيمي (بين النظرية والتطبيق), دار الكتاب الحديث, الطبعة الأولى 1999.
- 15 خليل ميخائيل معوض, علم النفس الاجتماعي, دار الفكر الجامعية, الإسكندرية, الطبعة الثانية 1999.
- 16 خليل ميخائيل معوض, علم النفس الاجتماعي, مركز الإسكندرية للكتاب, الإسكندرية 2003.
- 17 -خير الله عمار, مبادئ علم النفس الاجتماعي, ديوان المطبوعات الجامعية, الجزائر 1984.
- 18 -دافيد د. رتستين, آفاق الطب الحديث, تعريب محمود الأكل, دار الأفاق الجديدة, بيروت.
- 19 -رائدة حسن الحمر, دراسة مستوى الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة مقارنة بالمعلمين العاديين في مملكة البحرين, بكالوريوس علم نفس تربوي, إشراف د. أماني الشيراوي, جامعة البحرين 2006.
- 20 -رشاد علي عبد العزيز موسى, أساسيات الصحة النفسية و العلاج النفسي, مؤسسة المختار للنشر, الطبعة الأولى, القاهرة 2001.
- 21 -رمزي جابر, دراسة تقويمية لظاهرة الاحتراق النفسي لدى المدرب الرياضي, مجلة جامعة الأقصى, المجلد الحادي عشر العدد الأول, فلسطين يناير 2007.
- 22 -زيد بن محمد البتال, الاحتراق النفسي: ضغوط العمل لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة, الرياض: سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة 2000.
- 23 -زيدان السرطاوي, الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة, دراسة ميدانية, مجلة كلية التربية, جامعة عين شمس, المجلد 21, العدد الأول 1997.
- 24 -زين العابدين درويش, علم النفس الاجتماعي, أسسه وتطبيقاته, دار الفكر العربي, القاهرة 1999.

- 25 سلوى عثمان الصديقي, مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية, المكتب الجامعي الحديث, إسكندرية 2002.
- 26 سيد إبراهيم السمدوني, الإنهاك النفسي لمعلمي التربية الخاصة وتبعاته, مجلة التربية المعاصرة, العدد 36, 1995.
- 27 شفيق علاونة, علم النفس العام, دار المسيرة للنشر والتوزيع, عمان 2004.
- 28 - شنوفي نسيمة, الإنهاك المهني عند الممرضين وإستراتيجية المقاومة المستخدمة, مذكرة ليسانس في علم النفس العيادي, جامعة الجزائر 2003.
- 29 شيلي تايلور, علم النفس الصحي, ترجمة د. وسام درويش بريك, فوزي شاكرا داود, جامعة عمان الأهلية, الطبعة الأولى, الأردن 2008.
- 30 صالح بن رميح الرميح, دافعية الإنجاز لدى الأخصائيين الاجتماعيين, قسم الدراسات الاجتماعية, كلية الآداب, جامعة الملك سعود, الرياض, المملكة العربية السعودية, مجلة جامعة الملك سعود, م17, الرياض 2005.
- 31 صلاح الدين محمد عبد الباقي, السلوك الإنساني في المنظمات, الدار الجامعية, الإسكندرية.
- 32 -عاطف حسن شواشرة, فاعلية برنامج في الإرشاد التربوي في استثارة دافعية الإنجاز لدى طالب يعاني من تدني الدافعية في التحصيل الدراسي (دراسة حالة), كلية الدراسات التربوية, الجامعة العربية المفتوحة, فرع الأردن 2007.
- 33 -عباس محمود عوض رشاد صلاح الدمهوري, علم النفس الاجتماعي, نظرياته وتطبيقاته, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية 2003.
- 34 -عباس محمود مكي, هواجس العمل, المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر, الطبعة الأولى 2007.
- 35 -عبد اللطيف بن محمد الجعفري, مقال الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة, منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة, الرابط:

- 36 عبید بن عبد الله العمري, ضغوط العمل لدى المعلمين, دراسة ميدانية, قسم الدراسات الاجتماعية, جامعة الملك سعود الرياض, المملكة العربية السعودية 1423هـ.
- 37 عبد الرحمن محمد عيسوى, علم النفس في الحياة المعاصرة, دار المعارف, القاهرة 1972.
- 38 -عبد المحي صالح, الممارسات المهنية في المجال الطبي, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية 1996.
- 39 -عبد المنعم شحاته, أنا والآخر, سيكولوجية العلاقات المتبادلة, الطبعة الأولى, إيتراك للطباعة, القاهرة 2001.
- 40 -عبد اللطيف محمد خليفة, الدافعية للإنجاز, دار غريب للطباعة والنشر القاهرة 2000.
- 41 عدنان الفرح, الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة, بحث مقدم في ندوة الإرشاد النفسي والمهني, جامعة الخليج العربي, البحرين 1999.
- 42 -علي المكاوي, علم الاجتماع الطبي, مدخل نظري, دار المعرفة الجامعية, الأزايطة, القاهرة 1996.
- 43 علي عبد الرزاق جليبي, علم الاجتماع الصناعي, الطبعة الرابعة, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية 2003.
- 44 -علي عسكر, ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها, الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق, الطبعة الثالثة, دار الكتاب الحديث, الكويت 2003.
- 45 فوزية الجمالي, حسن عبد الحميد, مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة, دراسات عربية في علم النفس, الجزء الثاني, العدد الأول, 2003.
- 46 كمال عبد الحميد الزيات, العمل وعلم الاجتماع المهني, الأسس النظرية والمنهجية, دار غريب للطباعة, القاهرة 2001.

- 47- كامل محمد عويضة, مدخل إلى علم النفس, الطبعة الأولى, دار الكتب العلمية, بيروت, لبنان 1996.
- 48- لطفي الشربيني, الاكتئاب, الأسباب والعلاج, الطبعة الأولى, دار النهضة العربية, بيروت 2001.
- 49- مجلة الاقتصادية, مجلة إلكترونية, العدد: 5220, 26-01-2008, الرابط: www.aleqt.com
- 50- ماهر محمود عمر, سيكولوجية العلاقات الاجتماعية, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية 2003.
- 51- محسن خضر, الاحتراق النفسي والرياضة, مجلة جامعية, عين شمس, مصر 2004.
- 52- محمد جواد الخطيب, الاحتراق النفسي وعلاقته بمرحلة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين, جامعة الأزهر, كلية التربية, علم النفس, غزة 2007.
- 53- محمد عادل عبد الله, بعض سمات الشخصية وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين, دراسات نفسية, المجلد الخامس, العدد الثاني, رابطة الأخصائيين النفسيين, رانم, القاهرة 1995.
- 54- محمد عوض الترتوري, ماي 2006, تحت الرابط: www.diwanalarab.com
- 55- محمد سلامة محمد غباري, أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي, المكتب الحديث 2002.
- 56- محمود السيد أبو النيل, علم النفس الاجتماعي, الجزء الثاني, دار النهضة العربية, الطبعة الثانية, بيروت 1978.
- 57- محمود السيد أبو النيل, علم النفس الاجتماعي, دراسات عربية وعالمية, الجزء الثاني, الطبعة الرابعة, دار النهضة العربية, بيروت 1984.
- 58- محيي الدين أحمد حسين, الدافعية إلى الإنجاز عند الجنسين, مجلة علم النفس, الهيئة المصرية العامة للكتاب, القاهرة 1988.

- 59- مجدي الدفراوي, الدوافع ونظرياتها, مجلة الإدارة العامة, العدد 29, الرياض 1981.
- 60- موراد مرداسي, مواضيع علم النفس و علم النفس الاجتماعي, ديوان المطبوعات الجامعية, الجزائر 2006.
- 61- موراي ادوارد, دافعية الانجاز, ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة, مراجعة محمد عثمان نجاتي, دار الشروق, الطبعة الأولى, القاهرة 1988.
- 62- نجاح قبلان بنت قبلان, مصادر الضغوط المهنية في المكتبات الأكاديمية في المملكة العربية السعودية, مكتبة الملك فهد الوطنية, السعودية 2006.
- 63- نصر مقابلة, مالك الرشدان, الاحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الأردنية الحكومية وعلاقته ببعض المتغيرات, أبحاث اليرموك, سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية, المجلد 13, العدد الثاني, 1997.
- 64- نشوة كرم عمار أبو بكر دردير, الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط أ, ب و علاقته بأساليب مواجهة المشكلات, رسالة ماجستير في التربية, قسم علم النفس التربوي والصحة النفسية, جامعة الفيوم كلية التربية 2007.
- 65- هارون توفيق الرشيدي, الضغوط النفسية, طبيعتها, نظرياتها, برامج لمساعدة الذات في علاجها, مكتبة الانجلو المصرية 1999.
- 66- وفاء محمد عبد الجواد, فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين, رسالة دكتوراه كلية التربية جامعة عين شمس 1994.
- 67- يحيى نور الهدى, مركز الضبط وعلاقته بدافعية الإنجاز المهني, دراسة ميدانية بمستشفى وهران, رسالة ماجستير في علم نفس العمل والتنظيم, إشراف الدكتور مزيان محمد, جامعة وهران 2008.

- 68-Benfarhat ◌ Amirouche, Etude du syndrome du burnout chez une population a risque, Cas des medecins des SAMU, memoire de Magister en psychologie clinique, Faculté des sciences sociales, Département de psychologie et des sciences de l'éducation Université d'Oran, année 2008.
- 69- Delphine Bancaud, le stress se porte très bien, 20 minutes, Journal quotidien, N° : 1637, Jeudi 11 juin 2009, France.
- 70-Claude-B-Boulin, guide santé Médecine, Bardas 1978.
- 71-Elisabeth Grebot, stress et burnout au travail, identifier, prévenir ;guérir, éditions d'organisations, groupe Eyrolles, Paris 2008 .
- 72- Estryng- Behar (Madeleine), stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention, Edition Estem, Paris 2004.
- 73- Isabelle Gautier, le Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris, Mars 2003, N° 86.
- 74- J.P. Schadé, Encyclopédie Médecine et santé, édition international - AG, Médicapress 2001.
- 75- Laurent (A.), Chahraoui (K.), Carli (P.), Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU, Étude portant sur 50 intervenants SAMU, Annales medico-psychologiques 10 /2007.
- 76-Marie Fridérique Baque, société française de burn out chez les soignant en concérologie, 2000.

- 77- Marie Santiago–Delfosse, psychologie de la santé perspectives qualitatives et cliniques, pierre Mardaga, Belgique 2002.
- 78- Marilou Bruchon. Schweitzer, psychologie de la santé, Dunod, Paris 2002.
- 79-Michel Delbrouk, le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, De boeck université, éditeur Amazon France 2003.
- 80-Michy, L' encyclopédie libre,(GFDL) licence de documentation libre, GNU wikipedia.org, Consulté le 21 janvier 2009 .
- 81-Nicolas combalbert, Catherine Riquelme, Sénégal, le mal être au travail, Editions des presse de la renaissance Paris 2006.
- 82-Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie, Larousse- Hier, Paris 1999.
- 83-Patrick Légeron, le stress au travail, Editions Odile Jacob, Paris 2001.
- 84-Paul Sivadon, Traité de psychologie médicale, la personnalité et ses trouble, presses universitaires de France, Paris 1973.
- 85- Pierre Canoui et Aline Maurangues, le syndrome d'épuisement des soignants, de l'analyse aux réponses, édition Masson, 3eme édition 2004.
- 86- Profession santé infirmière, Revue Mensuelle, N° 2, Décembre 1999.
- 87- Sabrina Chan lin-chanteau, le burn out des médecins généralistes libéraux de Tahiti, thèse de doctorat en médecine, Université René Descartes Paris Faculté de médecine, Avril 2006.

- 88- www.alaphobie.com /, association alaphobie, Le stress 2005.
- 89- www.moqatel.com/openshareindex.htm, consulté le 07 /2009.
- 90- www.texmed.org /2006

الملاحق

الملحق رقم (1): استمارة التحكيم

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

استمارة تحكيم

في إطار البحث العلمي و تحضيراً لشهادة ماجستير في علم النفس تخصص دراسة الجماعات والمؤسسات نقوم بإجراء دراسة حول الاحتراق النفسي والدافعية للإنجاز لدى أعضاء الفريق العلاجي .

ولهذا الغرض نطلب من سيادتكم المحترمة مساعدتنا من خلال تقييم المقياس وذلك

بتحديد:

- مدى وضوح الفقرات من حيث الصياغة اللغوية ومدى قياسها للموضوع.

- مدى وضوح التعليمات المقدمة للمفحوصين.

, وهو مقياس Burnout Inventory Maslach أولاً :مقياس الاحتراق النفسي:

الاحتراق النفسي لماسلاك, حيث تم اعتماد النسخة المعربة من المقياس التي أعدها الدكتور زيد البتال من جامعة الملك سعود. ويعد هذا المقياس من أقدر المقاييس التي تقيس درجة الاحتراق النفسي والتي تم استخدامه من قبل عدد كبير من الباحثين.

ويتوجه هذا المقياس النفسي الى قياس ثلاثة أبعاد رئيسية للاحتراق النفسي هي:

1 - الإجهاد الانفعالي *épuiement émotionnel*, الذي يعني أن الفرد يشعر بكونه

متعباً و مجهداً إلى درجة كبيرة, ومستنزفاً في عاطفته وذهنه ووجدانه.

2 - التبدل الاحساسى depersonalisation, وقد ترجم بعض الباحثين ذلك ب: "التجرد عن الخواص الشخصية".

3 - الإنجاز الشخصى accomplissement personnel, والذي يقيس مستوى الشعور بتحقيق أو عدم تحقيق إنجازات شخصية على صعيد العمل.

ثانياً: مقياس الدافعية للإنجاز: وهو مقياس الدافع للإنجاز للباحث الدكتور عبد الرحمن صالح الأزرق, حيث يقيس بعض الخصائص الشخصية مثل الطموح والمثابرة ودرجة الاداء وإدراك الفرد أهمية الزمن ودرجة التنافس التي تعتبر عناصر أساسية في الدافعية للإنجاز.

التعريف الإجرائى للمفاهيم:

أولاً- الاحتراق النفسى: الاحتراق النفسى هو حالة نفسية تتميز بمجموعة من الصفات السيئة مثل التوتر وعدم الاستقرار النفسى والميل للعزلة وأيضاً الاتجاهات السلبية نحو العمل والزملاء وذلك نتيجة لضغوط العمل والأعباء الزائدة فهي استجابة الفرد للتوتر النفسى والضغوط المهنية.

ثانياً- الدافعية للإنجاز: استعداد الفرد لسعي نحو التفوق لتحقيق أهداف معينة, والمثابرة للتغلب على العقبات والمشكلات التي قد تواجهه, والتخطيط للمستقبل وإدراك الفرد لأهمية الزمن.

العينة: العينة الموجه إليها هذان المقياسين هي أعضاء الفريق العلاجى الطبى من أطباء وممرضين و عاملين صحيين آخرين .

الجدول رقم (30): استمارة التحكيم لمقياس الاحتراق النفسي

| الفقرات | التحكيم | 0 % | 25 % | 50 % | 75 % | 100 % | البديل |
|------------------------------|--|-----|------|------|------|-------|--------|
| بعد الإنهاك الانفعالي | | | | | | | |
| | 1- أشعر بأنني استنزفت عاطفياً. | | | | | | |
| | 2- أشعر باستنفاد كامل طاقتي في نهاية اليوم الذي أقضيه في عملي. | | | | | | |
| | 3- أشعر بالإرهاق حينما أصحو في الصباح لمواجهة يوم عمل آخر. | | | | | | |
| | 4- التعامل مع الناس طوال اليوم يسبب لي التوتر. | | | | | | |
| | 5- أشعر بالضجر والملل بسبب عملي. | | | | | | |
| | 6- أشعر بالاحباط في عملي. | | | | | | |
| | 7- أشعر أنني ابذل جل جهدي في عملي. | | | | | | |
| | 8- التعامل مع الناس بشكل مباشر يشكل ضغطاً كبيراً علي. | | | | | | |
| | 9- أشعر بالاختناق و قرب النهاية. | | | | | | |
| بعد التبدل الاحساسي | | | | | | | |
| | 1- أشعر بأنني أعامل بعض فئات المرضى وكأنهم جمادات لاحياة فيه. | | | | | | |
| | 2- أصبحت شخصاً قاسياً على الناس منذ بدأت هذا العمل. | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 3- أشعر بالقلق في أن يسبب لي هذا العمل قساوة وتبلدا في مشاعري. |
| | | | | | 4- أنني في الواقع لا أعبأ بما يحدث لبعض المرضى. |
| | | | | | 5- أشعر أن المرضى يلوموني على بعض المشاكل التي يعانون منها. |
| | | | | | بعد الإنجاز الشخصي |
| | | | | | 1- أستطيع أن أفهم بسهولة كيف يشعر المرضى. |
| | | | | | 2- أتعامل بكفاءة عالية مع مشاكل المرضى. |
| | | | | | 3- أشعر أنني من خلال عملي أؤثر إيجابا في حياة الآخرين. |
| | | | | | 4- أشعر بالنشاط والحيوية. |
| | | | | | 5- أستطيع وبسهولة تهيئة جو مريح مع المرضى. |
| | | | | | 6- أشعر بالابتهاج في عملي حين أتعامل مع المرضى. |
| | | | | | 7- في عملي أتعامل بهدوء تام مع المشاكل النفسية. |
| | | | | | 8- حققت اشياء كثيرة جديرة بالتقدير في هذا العمل. |

التعليمات الموجهة للمفحوصين:

- هذا الاستبيان موجه لقياس درجة الاحتراق النفسي لديك, والمطلوب منك الاجابة على كل عبارة بما يتناسب مع احساسك وذلك بوضع علامة (x) أمام الإجابة المناسبة.
- مع العلم أن الإجابة لن توظف إلا في الإطار العلمي.
- أرجوا منك الإجابة على كل فقرات الاستبيان .
- مهما كانت إجابتك, فهي تعبر عن شعورك الشخصي فلا توجد عبارات صحيحة أو خاطئة.

| البديل | غير مناسبة | مناسبة |
|--------|------------|--------|
| | | |

الجدول رقم (31): استمارة التحكيم لمقياس الدافع للإنجاز

| الفقرات | نسبة القياس | | | | | البدائل |
|--|-------------|------|------|------|-------|---------|
| | 0 % | 25 % | 50 % | 75 % | 100 % | |
| 1- أحب القيام بأي عمل متوقع مني مهما كلفني ذلك من جهد. | | | | | | |
| 2- أستطيع أداء نفس العمل لساعات طويلة دون الشعور بالملل. | | | | | | |
| 3- أسعى دائما إلى إدخال تعديلات مهمة لصالح العمل. | | | | | | |
| 4- كثيرا ما تمر الأيام دون أن أعمل شيء يذكر. | | | | | | |
| 5- أجتهد دائما في عملي لأتفوق على من أعمل معهم. | | | | | | |
| 6- أعتقد أنني شخص يكتفي بالقليل من الآمال و الطموحات. | | | | | | |
| 7- أفضل تأدية عملي بمستوى متوسط من الإتقان, إن كان تحقيق المستوى الأعلى يكلفني وقتا و جهدا كبيرا . | | | | | | |
| 8- لا أعتقد أن مستقبلي سوف يكون مرهونا بظروف الحظ و الصدفة. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | 9- أعتقد أن الدخول في تحديات مع الآخرين لا فائدة منه. |
| | | | | | | 10- كلما وجدت العمل الذي أقوم به صعبا , ازداد إصراري على إنجازه. |
| | | | | | | 11- أشعر بأنني مجتهد و مثابر في عملي. |
| | | | | | | 12- أعتقد أن وضعي الحالي أفضل ما يمكن الوصول إليه . |
| | | | | | | 13- أجتنب غالبا القيام بالمهام والمسؤوليات الصعبة. |
| | | | | | | 14- لا أشعر غالبا بمرور الوقت عندما أكون مشغولا في عملي. |
| | | | | | | 15- أميل أحيانا في التراجع عن موافقي أمام الخصوم إن كان الإصرار عليه يسبب لي المتاعب. |
| | | | | | | 16- لا أفكر كثيرا في إنجازاتي السابقة بل أفكر في التخطيط لإنجازات مستقبلية. |
| | | | | | | 17- أحرص دائما على أن يكون وقت العمل في مقدمة اهتماماتي. |
| | | | | | | 18- أحرص دائما على الاشتراك في المسابقات ذات الصلة بمجال |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | اهتماماتي كلما أتحت لي الفرصة. |
| | | | | | | 19- انسحب غالبا عندما تواجهني مشاكل صعبة في عملي. |
| | | | | | | 20- تستهويني الأعمال التي تنسم بجو التنافس و التحدي. |
| | | | | | | 21- أستعد دائما لأداء الأعمال الصعبة التي تتطلب مجهودا في تحقيقها. |
| | | | | | | 22- غالبا ما أؤجل عمل اليوم إلى الغد. |
| | | | | | | 23- كلما حققت هدفا وضعت لنفسي أهدافا أخرى مستقبلية. |
| | | | | | | 24- أشعر باليأس أحيانا من ضعف أدائي. |
| | | | | | | 25- لا أميل إلى الرأي القائل كن أو لا تكن. |
| | | | | | | 26- كثيرا ما أشعر بعدم قدرتي على القيام بما وعدت به سابقا. |
| | | | | | | 27- أبذل ما في وسعي لأنجز أصعب الأعمال. |
| | | | | | | 28- أشعر بالضيق من ضعف كفاءاتي في العمل. |
| | | | | | | 29- لا أتأخر كثيرا في إنجاز مسؤولياتي على أكمل وجه مهما |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | كانت الظروف. |
| | | | | | | 30- إن دعيت إلى شيء أثناء العمل فإنني أعود إلى عملي على الفور. |
| | | | | | | 31- لا أفكر كثيرا في البحث عن طرق أخرى بديلة عندما تفشل الطرق السابقة في بلوغي أهدافي. |
| | | | | | | 32- لم أعد أتحمل المصاعب الكثيرة التي تواجهني في أداء عملي. |

التعليمات الموجهة للمفحوصين:

- هذا الاستبيان موجه لقياس الدافع للانجاز المهني لديك, والمطلوب منك الاجابة على كل عبارة بوضع علامة (x) أمام الإجابة المناسبة لك.
- مع العلم أن الإجابة لن توظف إلا في الإطار العلمي.
- أرجوا منك الإجابة على كل فقرات الاستبيان .
- مهما كانت إجابتك, فهي تعبر عن شعورك الشخصي فلا توجد عبارات صحيحة أو خاطئة.

| البديل | غير مناسبة | مناسبة |
|--------|------------|--------|
| | | |

الملحق رقم (2) : الشكل النهائي لاستبيان الاحتراق النفسي

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مقياس الاحتراق النفسي

هذا الاستبيان موجه لقياس درجة الاحتراق النفسي لديك, والمطلوب منك الاجابة على كل عبارة بما يتناسب مع احساسك وذلك بوضع علامة (x) أمام الإجابة المناسبة. مع العلم أن الإجابة لن توظف إلا في الإطار العلمي. . أرجوا منك الإجابة على كل فقرات الاستبيان . . مهما كانت إجابتك, فهي تعبر عن شعورك الشخصي فلا توجد عبارات صحيحة أو خاطئة.

و شكرا لكم مسبقا

البيانات الأولية

المهنة:

السن:

الجنس : (ذكر) – (أنثى)

الحالة المدنية: متزوج(ة) _ أعزب(عزباء) _ مطلق(ة)

عدد الأبناء:

الأقدمية في المهنة :

الجدول رقم (32): مقياس الاحتراق النفسي

| كل يوم | بضع مرات في الأسبوع | مرة كل أسبوع | بضع مرات في الشهر | مرة في الشهر أو أقل | بضع مرات في السنة | أبدا | الإجابة |
|--------|---------------------|--------------|-------------------|---------------------|-------------------|------|--|
| | | | | | | | الفقرات 1- أحس بانهاك انفعالي من عملي. |
| | | | | | | | 2- أشعر باستنفاد كامل طاقتي في نهاية اليوم الذي أفضيه في عملي. |
| | | | | | | | 3- أشعر بالإرهاق حينما أصحو في الصباح لمواجهة يوم عمل آخر. |
| | | | | | | | 4- التعامل مع الناس طوال اليوم يسبب لي التوتر. |
| | | | | | | | 5- أشعر بالضجر والملل بسبب عملي. |
| | | | | | | | 6- أشعر بالاحباط في عملي. |
| | | | | | | | 7- أشعر أنني أبذل جل جهدي في عملي. |
| | | | | | | | 8- التعامل مع الناس بشكل مباشر يشكل ضغطا كبيرا علي. |
| | | | | | | | 9- أشعر بالاختناق و قرب النهاية. |
| | | | | | | | 10- أشعر بأنني أعامل بعض فئات المرضى وكأنهم جمادات لاحياة فيه. |
| | | | | | | | 11- أصبحت شخصا قاسيا على الناس منذ بدأت هذا العمل. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | 12- أشعر بالقلق في أن يسبب لي هذا العمل قساوة وتبلدا في مشاعري. |
| | | | | | | 13- إنني في الواقع لا أعبأ بما يحدث لبعض المرضى. |
| | | | | | | 14- أشعر أن المرضى يلومني على بعض المشاكل التي يعاني منها. |
| | | | | | | 15- أستطيع أن أفهم بسهولة كيف يشعر المرضى. |
| | | | | | | 16- أتعامل بكفاءة عالية مع مشاكل المرضى. |
| | | | | | | 17- أشعر أنني من خلال عملي أؤثر إيجابيا في حياة الآخرين. |
| | | | | | | 18- أشعر بالنشاط والحيوية. |
| | | | | | | 19- أستطيع وبسهولة تهيئة جو مريح مع المرضى. |
| | | | | | | 20- أشعر بالارتياح حين أتعامل مع المرضى. |
| | | | | | | 21- في عملي أتعامل بهدوء تام مع المشاكل النفسية. |
| | | | | | | 22- حققت أشياء كثيرة جدية بالتقدير في هذا العمل. |

الملحق رقم (3) : الشكل النهائي لاستبيان الدافعية للإنجاز

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

المدرسة الدكتورالية دراسة الجماعات و المؤسسات

استبيان دافع الانجاز:

هذا الاستبيان موجه لقياس الدافع للإنجاز المهني لديك, والمطلوب منك الاجابة على كل عبارة بوضع علامة (x) امام الإجابة المناسبة لك.
مع العلم أن الإجابة لن توظف إلا في الإطار العلمي.
• أرجوا منك الإجابة على كل فقرات الاستبيان .
• مهما كانت إجابتك, فهي تعبر عن شعورك الشخصي فلا توجد عبارات صحيحة أو خاطئة.

وشكرا لكم مسبقا

البيانات الأولية

الرتبة:

قسم العمل:

السن:

الجنس : (ذكر) – (أنثى)

الجدول رقم (33): مقياس دافعية الانجاز

| الرقم | الفقرات | صحيح | صحيح إلى حد ما | غير صحيح |
|-------|---|------|----------------|----------|
| 1 | أحب القيام بأي جهد متوقع مني مهما كلفني ذلك من جهد. | | | |
| 2 | أستطيع أداء نفس العمل لساعات طويلة دون الشعور بالملل. | | | |
| 3 | أسعى دائما إلى إدخال تعديلات مهمة لصالح العمل. | | | |
| 4 | كثيرا ما تمر الأيام دون أن أعمل شيء يذكر. | | | |
| 5 | أجتهد دائما في عملي للتفوق على من أعمل معهم. | | | |
| 6 | أعتقد أنني شخص يكتفي بالقليل من الآمال و الطموحات. | | | |
| 7 | أفضل تأدية عملي بمستوى متوسط من الإتقان, إن كان تحقيق المستوى الأعلى يكلفني وقتا و جهدا كبيرا . | | | |
| 8 | لا أعتقد أن مستقبلي سوف يكون مرهونا بظروف الحظ و الصدفة. | | | |
| 9 | أعتقد أن الدخول في تحديات مع الآخرين لا فائدة منه. | | | |
| 10 | كلما وجدت العمل الذي أقوم به صعبا , ازداد إصراري على إنجازه. | | | |
| 11 | أشعر بأنني مجتهد و مثابر في عملي. | | | |
| 12 | أعتقد أن وضعي الحالي أفضل ما يمكن الوصول إليه. | | | |
| 13 | أجتنب غالبا القيام بالمهام و المسؤوليات الصعبة. | | | |
| 14 | لا أشعر غالبا بمرور الوقت عندما أكون مشغولا في عملي. | | | |
| 15 | أميل أحيانا إلى التراجع عن مواقفي أمام الخصوم إن كان الإصرار عليه يسبب لي متاعب صعبة. | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 16 لا أفكر أحيانا في إنجازاتي السابقة بل أفكر في التخطيط لإنجازات مستقبلية. |
| | | | 17 أحرص دائما على أن يكون وقت العمل في مقدمة اهتماماتي. |
| | | | 18 أحرص دائما على الاشتراك في الملتقيات ذات الصلة بمجال اهتماماتي كلما أتحت لي الفرصة لذلك. |
| | | | 19 انسحب غالبا عندما تواجهني مشاكل صعبة في عملي. |
| | | | 20 تستهويني الأعمال التي تتسم بجو التنافس و التحدي. |
| | | | 21 أستعد دائما لأداء الأعمال الصعبة التي تتطلب مجهودا في تحقيقها. |
| | | | 22 غالبا ما أوجل عمل اليوم إلى الغد. |
| | | | 23 كلما حققت هدفا وضعت لنفسي أهدافا أخرى مستقبلية. |
| | | | 24 أشعر باليأس أحيانا من ضعف أدائي. |
| | | | 25 كثيرا ما أشعر بعدم قدرتي على القيام بما وعدت به سابقا. |
| | | | 26 أبذل ما في وسعي لأنجز أصعب الأعمال. |
| | | | 27 لا أتأخر كثيرا في إنجاز مسؤولياتي على أكمل وجه مهما تكن الظروف. |
| | | | 28 إذا دعيت إلى شيء أثناء العمل فإني أعود إلى عملي على الفور. |
| | | | 29 لا أفكر كثيرا في البحث عن طرق أخرى بديلة عندما تفشل الطرق السابقة في بلوغي أهدافي. |
| | | | 30 لم أعد أتحمل المصاعب الكثيرة التي تواجهني في أداء عملي. |

الملحق رقم (4)

1- تعريف مستشفى ولاية مستغانم

يقع المستشفى في وسط مدينة مستغانم، حيث بدأ العمل به سنة 1936، ويحتوي على

644 سرير. ويتكون من

- الجانب الإداري: يتكون من 350 عامل موزعين على :
 - المديرية العامة
 - مصلحة المستخدمين
 - مديرية الاقتصاد
 - مديرية المصالح الصحية
- الجانب الطبي : يحتوي على :- 101 طبيب عام ، 69 طبيب أخصائي و 510 ممرض موزعين على:
 - استعجالات طبية و جراحية
 - وحدة الأشعة , المخبر
 - طب العمل
 - طب الداخلي
 - مصلحة الأعصاب
 - مصلحة جراحة الأعصاب
 - مصلحة طب الجهاز الهضمي
 - مصلحة الأمراض الصدرية
 - مصلحة أمراض الحنجرة - الأذن- الأنف
 - مصلحة طب المسالك البولية
 - مصلحة جراحة العظام
 - مصلحة طب الأطفال
 - مصلحة جراحة الأطفال
 - الجراحة العامة

- قاعة العمليات الجراحية

- الإنعاش

- مصلحة أمراض العين

- مصلحة الأمراض المعدية

- مصلحة تصفية الدم

- مصلحة الطب الشرعي

- مصلحة طب الولادة

2- تعريف فريق الإنعاش بمستشفى مستغانم :

هي وحدة طبية تابعة لمستشفى مستغانم تقع في طابق أرضي بمحاذاة مصلحة العمليات الجراحية و مصلحة جراحة العظام, وظيفتها إستقبال المرضى بعد خضوعهم لعمليات جراحية وأيضا المرضى ذوي الحالات الحرجة من المصالح الأخرى (كالأعصاب, الطب الداخلي وغيرها) وتتمثل طاقة استيعابها ب 16 سريرا.

مكونات المصلحة : تحتوي المصلحة على 8 غرف تتوزع كمايلي :

- مكتب الطبيب.

- مكتب الاستشارات (مخصص لاجراء الفحوصات الطبية للمرضى).

- غرفة الممرضين.

- 4 غرف للإنعاش مجهزة طبيا .

المكونات البشرية: يتكون الفريق من 4 أطباء و 14 ممرض.

- 2 أطباء أخصائيين في الإنعاش والتخدير.

- 2 أطباء عامين.

- مراقب طبي.

- 12 ممرضين وهم مختصين في الرعاية العامة .

- 4 عاملات نظافة.

نظام العمل: ويقوم على أساس فريقين :

- فريق النهار: يبدأ العمل به من الثامنة صباحا إلى السادسة عشر مساءا

- فريق الليل: يبدأ العمل به من السادسة عشر مساءً إلى الثامنة صباحاً.

3- فريق الاستجالات : مصلحة الاستجالات عبارة عن وحدة طبية تابعة لمستشفى

مستغانم، حيث تعتبر من أهم أقسام المؤسسة الاستشفائية نظراً للمسئولية التي ينطوي عليها فهو يستقبل المرضى على مدى 24 ساعة ويقدم خدماته لهم التي ينبغي أن تتميز بسرعة التشخيص و تحديد العلاج, وظيفتها التكفل بالحالات الاستجالية المتوافدة إلى المصلحة سواء بالتكفل الطبي الدوائي أو الجراحي أو غيرها من التقنيات العلاجية الأخرى.

مكونات المصلحة : تتكون من طابقين

- الطابق الارضي يضم :مكتب الاستقبال, الإدارة, قاعة الإنتظار الخاصة بالمرضى, قاعتين للفحص, قاعة المراقبة الطبية, قاعة التجبير, رواق إزالة الصدمات, وقاعة الأشعة .

- أما الطابق الأول فيضم مصلحة الإنعاش، وجناح العمليات والمخبر, والصيدلية

4- فريق طب الأطفال: هي وحدة طبية مخصصة للأطفال من المواليد إلى غاية سن

الخامسة عشر، بدأ العمل بالمصلحة منذ افتتاح المستشفى سنة 1986 حيث تقع في الطابق الأرضي وتحتوي 32 سرير, وهي تختص بمعالجة ومتابعة الأمراض التي تصيب الأطفال كالأمراض التنفسية، الحساسية، فقر الدم الأمراض المعدية وغيرها والتكفل الطبي يتم بالأدوية والعقاقير الطبية والرعاية الصحية .

وتتكون المصلحة من ثلاث أروقة, حيث يتكون الرواق الأول من:

- مكتب الطبيب مقابل مكتب المراقب الطبي, مكتب الصيدلية, مكتب الممرضين, مكتب

الاستشارات الطبية, 5 غرف للمرضى: 2 للأطفال و3 للرضع, ومطبخ ومرشنتين في

الجانب الآخر من الرواق.

أما الرواق الثاني: أو الجانب المعزول: مخصص للأمراض المعدية لدى الأطفال ويتكون من غرفتين للمرضى, مرحاض ومرشنتين.

والرواق الثالث: مخصص للمواليد غير مكتملي النضج ويتكون من 8 غرف للمرضى تحتوي كل غرفة على حاضنتين .

وتتمثل في المكونات البشرية في 4 أطباء, 22 ممرض, 2 أخصائيين نفسيين.

5- النظام الداخلي للمستشفى:

النظام الداخلي هو وثيقة مكتوبة يحدد فيها القواعد المتعلقة بالتنظيم التقني للعمل والوقاية الصحية والأمن و الانضباط ويحدد في المجال التأديبي طبيعة الأخطاء المهنية ودرجة العقوبات المطابقة وإجراءات التنفيذ.

وتنشأ علاقة العمل بعقد كتابي أو غير كتابي، وتقوم هذه العلاقة بمجرد العمل، وتنشأ عنها حقوق المعنيين وواجباتهم وفق ما يحدده التشريع والاتفاقيات الجماعية وعقد العمل.

الواجبات : ويتمثل أهمها في:

- أن يؤدي بأقصى ما لديهم من قدرات الواجبات المرتبطة بمنصب عملهم ويعملوا بعناية ومواظبة في إطار تنظيم العمل الذي يضعه.
- أن ينفذوا التعليمات التي تصدرها السلطة أثناء ممارستهم للعمل.
- مراعاة تدابير الوقاية الصحية والأمن.
- تقبل أنواع الرقابة الطبية الداخلية والخارجية.
- المشاركة في تحسين المستوى وتجديد المعارف.
- أن لا تكون لهم مصالح مباشرة أو غير مباشرة في المؤسسة.
- عدم إفشاء المعلومات المهنية.
- مراعاة الالتزامات الناتجة عن عقد العمل.

الحقوق: من بينها:

- الدفع المنتظم للأجر.
- كل المنافع المرتبطة بعقد العمل الفعلي.
- حق الترقية - التقاعد - حق العطل السنوية و المرضية.
- احترام السلامة البدنية و المعنوية و كرامتهم.
- التفاوض الجماعي.
- ممارسة الحق النقابي.
- الوقاية الصحية والأمن وطب العمل.
- الوقاية من النزاعات في العمل وتسويتها.