

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران



كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: الصحة النفسية والتكيف المدرسي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير

إستراتيجيات التعامل Coping

عند الذين يعانون من الإحترق النفسي Burn out لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران

إعداد الطالب:
سماني مراد

المشرف:
د. منصور مصطفي
المشرف المساعد:
د. كبداني خديجة

لجنة المناقشة

رئيسا	أ.د. ماحي إبراهيم
مشرفا ومقررا	د. منصور مصطفي
مشرفا ومقررا	د. كبداني خديجة
مناقشا	د. كحلولة سعاد
مناقشا	د. بولجراف بختاوي

السنة الجامعية 2012/2011

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإهداء :

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين حفظهما
الله.

كلمة الشكر :

الشكر لله أحمدته الذي وفقني للقيام بهذا العمل .

كما أتقدم بجزيل الشكر والإحترام والتقدير إلى الأستاذ
المشرف منصورى مصطفى والأستاذة كبدانوى خديجة اللذين
كانا دعما وسندا في إنجاز هذا العمل .

جزيل الشكر والعرفان إلى لجنة المناقشة الذين قبلوا إثراء
هذا العمل بكل فرح وسرور .

كما أتقدم بالشكر لجميع الأساتذة الذين ساهموا في هذا
العمل .

اشكر أيضا الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران
وأخص بالذكر الدكتور محمد بلقاسمي والدكتور بايوسف
حسين اللذين كانا سندا في إنجاز هذا العمل .

ملخص البحث :

تناول هذا البحث إستراتيجيات التعامل Coping عند الذين يعانون من الإحترق النفسي Burn out " لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران " . وذلك من خلال دراسة :

- العلاقة بين الإحترق النفسي Burn out وإستراتيجيات التعامل Coping.
- دراسة الفروق في الإحترق النفسي حسب (أوقات العمل ، التخصص) .
- دراسة الفروق في إستراتيجيات التعامل Coping حسب الجنس .

وللقيام بهذه الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس ماسلاش للاحترق النفسي (MBA) المقنن في الوسط شبه الطبي في بعض مستشفيات ولاية وهران من طرف الباحثة ملال خديجة (2010) ، كما قام الباحث أيضا بتطبيق مقياس إستراتيجيات التعامل (CISS) المترجم والمكيف من طرف مجموعة البحث على مستوى (CRASC) ، على عينة قوامها (180) من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران Médecins résidents.

وقد كشفت الدراسة على النتائج التالية :

- عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين المقياس الكلي للإحترق النفسي والمقياس الكلي لإستراتيجيات التعامل ، مع وجود ارتباطات دالة إحصائيا لدى بعض الأبعاد .
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل في جميع أبعاد المقياس .
- وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب التخصص في جميع أبعاد المقياس .
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات التعامل Coping حسب الجنس في جميع أبعاد المقياس .

الكلمات المفتاحية:

الإحترق النفسي ، الإجهاد الانفعالي ، تبدل الشعور ، نقص الإنجاز الشخصي ، إستراتيجيات التعامل ، المواجهة المركزة على المشكل، المواجهة المركزة حول الإنفعال، التجنب، الأطباء المقيمين، الضغوط المهنية.

محتويات البحث :

البسمة	.....	ا
الإهداء	.....	ب
كلمة الشكر	.....	ج
ملخص البحث	.....	د
محتويات البحث	.....	هـ
قائمة الجداول	.....	و
قائمة الاشكال	.....	ز

الفصل الأول تقديم البحث

1. المقدمة	.....	02
2. أسباب اختيار الموضوع	.....	05
3. أهداف البحث	.....	05
4. إشكالية البحث	.....	06
5. فرضيات البحث	.....	07
6. التعاريف الإجرائية	.....	07

الفصل الثاني الإحترق النفسي Burn out

1. تمهيد	.....	10
2. مفهوم الإحترق النفسي	.....	10
3. العلاقة بين الإحترق النفسي وغيره من المصطلحات	.....	12
➤ الإجهاد	.....	12
➤ ضغوط العمل	.....	12
➤ القلق	.....	12
➤ النوراستينا أو الإعياء النفسي	.....	13

- 13.....الاكتئاب ➤
- 14.....الاكتئاب الارتكاسي ➤
- 14.....4. أهم رواد الإحترق النفسي
- 15.....5. النظريات العلمية المفسر لظاهرة الإحترق النفسي
- 15..... ➤ نظرية التحليل النفسي
- 15..... ➤ النظرية السلوكية
- 16..... ➤ النظرية الوجودية
- 17.....6. اعرض الإحترق النفسي
- 19.....7. الميادين الخاصة بالإحترق النفسي وبعض الشخصيات التي تكون أكثر عرضة له
- 19.....8. مراحل الإحترق النفسي
- 20.....9. أبعاد الإحترق النفسي
- 21.....10. أسباب الإحترق النفسي
- 25.....11. بعض النماذج المفسرة لظاهرة الإحترق النفسي
- 29.....12. الإحترق النفسي عند الأطباء
- 31.....13. قياس الإحترق النفسي وبعض المقاييس المستخدمة
- 33.....14. الوقاية وعلاج الإحترق النفسي
- 34.....15. خلاصة

الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل Coping

- 36.....1. تمهيد
- 36.....2. التعامل والتكيف
- 36.....3. التعامل والتصدي
- 37.....4. التعامل و الإحترق النفسي
- 37.....5. تطور مفهوم استراتيجيات التعامل
- 39.....6. تعريف إستراتيجيات التعامل
- 40.....7. الفرق بين إستراتيجيات العامل وميكانيزمات الدفاع
- 41.....8. تصنيف إستراتيجيات التعامل

9. النماذج والنظريات المفسرة لإستراتيجيات التعامل48
10. قياس إستراتيجيات التعامل وبعض المقاييس المستخدمة52

الفصل الرابع : الدراسات السابقة

1. تمهيد.....59
2. الدراسات التي تناولت الإحتراق النفسي في مجال الطب والتمريض.....59
3. الدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض64
4. الدراسات التي تناولت الإحتراق النفسي وإستراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض.....67
5. تعليق على الدراسات السابقة.....69

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية

اولا- الدراسة الاستطلاعية

1. تمهيد.....71
2. أهداف الدراسة الاستطلاعية71
3. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية.....71
4. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية71
5. أدوات الدراسة74
6. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس79

ثانيا - الدراسة الأساسية

1. منهج87
2. مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية87
3. ظروف إجراء الدراسة الأساسية87
4. خصائص عينة الدراسة الأساسية88
5. الأساليب الإحصائية90

الفصل السادس : عرض النتائج

1. تمهيد 92
2. عرض نتائج الفرضية الأولى 92
3. عرض نتائج الفرضية الثانية 95
4. عرض نتائج الفرضية الثالثة 96
5. عرض نتائج الفرضية الرابعة 97

الفصل السابع : مناقشة النتائج

1. تمهيد 99
2. مناقشة نتائج الفرضية الأولى 99
3. مناقشة نتائج الفرضية الثانية 101
4. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة 103
5. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة 112
6. استنتاج عام 114
7. التوصيات والاقتراحات 115
- قائمة المراجع 116
- الملاحق 119

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
75	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	جدول رقم(01)
75	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	جدول رقم(02)
75	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة العائلية	جدول رقم(03)
76	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص والمصلحة	جدول رقم(04)
76	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب أوقات العمل	جدول رقم(05)
79	بدائل الفقرات السالبة	جدول رقم(06)
79	بدائل الفقرات الايجابية	جدول رقم(07)
80	سلم تصحيح مقياس الاحتراق النفسي	جدول رقم(08)
86	معامل ارتباط الفقرات ببعد الإجهاد الانفعالي	جدول رقم(09)
87	معامل ارتباط الفقرات ببعد نقص الانجاز الشخصي	جدول رقم(10)
88	معامل ارتباط الفقرات ببعد تبدل الشعور	جدول رقم(11)
89	معامل ارتباط الفقرات ببعد المشكل	جدول رقم(12)
90	معامل ارتباط الفقرات ببعد الانفعال	جدول رقم(13)
91	معامل ارتباط الفقرات ببعد التجنب	جدول رقم(14)
92	الطريقة المتبعة لحساب معامل الثبات لمقياس الاحتراق النفسي	جدول رقم(15)
93	الطريقة المتبعة لحساب معامل الثبات لاستراتيجيات التعامل	جدول رقم(16)
94	عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	جدول رقم(17)
95	عينة الدراسة الأساسية حسب التخصص	جدول رقم(18)
96	عينة الدراسة الأساسية حسب أوقات العمل	جدول رقم(19)
98	معاملات الارتباط بيرسون بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات التعامل	جدول رقم(20)
101	دلالة الفروق في الاحتراق النفسي حسب أوقات العمل	جدول رقم(21)
102	دلالة الفروق في الاحتراق النفسي حسب التخصص	جدول رقم(22)
103	دلالة الفروق في استراتيجيات التعامل حسب الجنس	جدول رقم(23)
109	مستويات الاحتراق النفسي	جدول رقم(24)

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
22	نموذج تشيرنس للاحتراق النفسي	شكل رقم (01)
25	نموذج شواب وآخرون للاحتراق النفسي	شكل رقم (02)
38	نموذج سيبي للتعامل مع الضغوط	شكل رقم (03)
48	عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت	شكل رقم (04)

الفصل الأول :

تقديم البحث

1. المقدمة
2. أسباب اختيار الموضوع
3. أهداف البحث
4. إشكالية البحث
5. فرضيات البحث
6. التعاريف الإجرائية

المقدمة :

نظرا لما يميز القرن الحالي من تغيرات تكنولوجية ، ومعرفية ، وسلوكية ، وثقافية وبالموازاة مع النمو المتزايد لمتطلبات الحياة ، وفي ظل الظروف الجديدة التي تميز علاقة الشخص بعمله ، ومنظمته ، والتي فرضت عليه مجموعة من الأدوار المختلفة يجب عليه الإلتزام بها مراعى كل موقف يتعرض له . ظهر الإحترق النفسي كظاهرة ، حيث إحتل مكانا بارزا في الدراسات السيكولوجية في الآونة الأخيرة ، وخاصة في قطاع الخدمات الصحية . والذي يتطلب التعامل مع المرضى وتقديم المساعدات لهم .

كما أن نجاح أي مؤسسة في تحقيق أهدافها يتوقف أساسا على توفير الظروف المناسبة حتى يؤدي العمال عملهم في جو يتسم بالفعالية والإهتمام وبالمستوى الذي يتوقعه منهم الآخريين ، وذلك من خلال الكشف عن مختلف الإضطرابات التي يعاني منها العمال ، والعمل على تفادي الظروف المؤدية إليها ، ومن أهم هذه الاضطرابات الإحترق النفسي .

وبالرغم من أن الإحترق النفسي ظهر منذ السبعينات في مجال ضغوط العمل إلا انه يعتبر حديثا نسبيا في عالمنا العربي رغم أنه يجتاح معظم القطاعات .

ويعتبر الإحترق النفسي تناذر للإلتهاك في العمل وهو نموذج للإكتئاب لدى الراشد ، والباحثون الانجلوسكسونيون les anglo-saxon هم الأوائل الذين حددوا هذا النوع من الإكتئاب لدى الراشد وربطوه مباشرة بالعمل الذي اعتبروه كعامل مفجر للمعاش النفسي والإجتماعي السابق ولتاريخ الفرد الذي يحمله في كيانه .

ففي كندا يفضلون مصطلح Brulure لتحديد وضعيات الفرد كمستهلك أو متلف من طرف عمله comme consommé par son travail هذا النوع من رد الفعل والشبيه في أعراضه بالإكتئاب يتميز ب :

- إضطرابات النوم : des troubles des sommeil .
- إضطرابات هضمية : des troubles digestifs .
- إنخفاض في المر دودية : une baisse de la rentabilité .

- إحساس متدرج بالإرهاك مع قصف عائلي : une sensation progressive d'épuisement avec retentissement familial.
 - سرعة الغضب والإثارة تجاه الآخرين . irritabilité à l'égard des proches
 - نقص الحوار : manque de dialogue .
 - الإحساس بالفراغ : sensation d'être vidé ou ailleurs .
 - الشعور أن العمل يجتاح أو يحتل كل حياته : impression que le travail envahit tout-y comparais la vie domestique
- (كبداني خديجة، 2007: 44).

و هذا النوع من الإكتئاب تتعدد أسبابه وأصل ظهوره ، وكذلك إمكانيات الفرد للتكيف معه ، حيث نجد عتبة الضغط تتباين من فرد لآخر ، ففي نفس الوضعية الضاغطة البعض تظهر لديهم ردود أفعال إنفعالية نفسية ووظيفية ، والبعض الآخر لا يظهر لديهم أي رد فعل.

ويعد الإحترق النفسي من الظواهر النفسية التي نالت إهتمام الباحثين ، بحيث تناولوها بالدراسة رسدا لأسبابها ، وتحديددا لأعراضها ، ووصفا لتأثيراتها السلبية ، فمن الأسباب المؤدية لحدوثها : الضغوط المهنية المستمرة ، إلى جانب نقص مساندة المرؤوسين والزملاء ، وزيادة حجم العمل عن الحد المعقول ، وإنخفاض الدعم المادي والمعنوي للطبيب . وتبعاً لذلك تؤدي إصابة الطبيب بالإحترق النفسي إلى : الغياب المتكرر ، والسلبية في التعامل مع المحيطين به من مرضى وغيرهم ، و الإحساس بالملل والتعب والإرهاق لأقل مجهود ، وبالتالي الرغبة في ترك المهنة .

لذلك فليق وجود الإحترق النفسي في قطاع هام وحساس كإلقطاع الصحي يعد إشكالا كبيراً خاصة إذا تعلق الأمر بالأطباء المقيمين والذين يمثلون الطبقة الأساسية في هذا القطاع ؛ وبالتالي فإن دراسة هذه الظاهرة قد تساهم في تحسين الأوضاع النفسية للأطباء المقيمين ، وزيادة توافقيهم في العمل .

وإنطلاقاً مما أشار إليه كوتسمير، وزملائه بأن خبرة الضغوط والصدمات ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالحوادث وإنما الأهم هو كيف يواجه الأفراد تلك الأحداث ، فضلاً على ذلك فإن عملية المواجهة تحدث نتيجة إتباع أساليب وإستراتيجيات مختلفة . هذه الأخيرة قد تكون فعالة

فتؤدي إلى مواجهة متكيفة ، وقد تكون غير فعالة فتسفر عن مواجهة غير متكيفة .(طبي سهام ،2005 : 2) .

ولهذا تعددت الأبحاث التي درست إستراتيجيات التعامل من حيث كونها تتأثر بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكلوجية ، والمصادر الشخصية (الإلتزامات ، والقيم ...) ، أي دور محددات شخصية الفرد وقدراته ، وإملاكه لمهارات التعامل في تحديد الإستراتيجيات الممكنة للتعامل مع الضغوط ؛ بحيث تمثل إستراتيجيات التعامل مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية المتغيرة بإستمرار والتي يستخدمها الفرد للإستجابة لطلبات داخلية أو خارجية .

ولما كان الإحترق النفسي مرحلة متقدمة من مراحل الضغط فقد إختار الباحث إستراتيجيات التعامل لدراسته كظاهرة يجب التخلص منها أو على الأقل التقليل منها عند الأطباء المقيمين عن طريق التطبيق المحكم والفعال لهذه الإستراتيجيات .

وتتكون الدراسة من سبعة فصول بحيث سيتناول الباحث في الفصل الأول تقديم الإشكالية وأهداف البحث والتعاريف الإجرائية، أما في الفصل الثاني فقد فسقوم بعرض مفهوم الإحترق النفسي والعلاقة بين الإحترق النفسي وغيره من المصطلحات كما سيتطرق إلى النظريات العلمية المفسرة للإحترق النفسي ، وأعراض الإحترق النفسي ، والإحترق النفسي عند الأطباء ، أما في الفصل الثالث فسوف يتناول تطور مفهوم إستراتيجيات التعامل والفرق بين إستراتيجيات التعامل ومكانزمات الدفاع كما يتناول بعض النماذج والنظريات المفسرة لإستراتيجيات التعامل، وأخيرا قياس إستراتيجيات التعامل وبعض المقاييس المستخدمة.

أما في الفصل الرابع فسيتم عرض الدراسات السابقة وقد صنفها الباحث كالتالي:

- الدراسات التي تناولت الإحترق النفسي في مجال الطب والتمريض.
- الدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض.
- الدراسات التي تناولت الإحترق النفسي وإستراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض.

وفي الفصل الخامس سيتطرق الباحث إلى الدراسة الميدانية وفيها قام بدراسة استطلاعية مبينا أهدافها، ومكان وزمان إجرائها، وخصائص العينة، ووصف وسائل القياس، والخصائص السيكومترية لأدوات القياس.

والثانية أساسية وقد تناول فيها منهج الدراسة، ومكان وزمان إجراء الدراسة، وظروف إجرائها، وخصائص عينة الدراسة، وأخيرا الأساليب الإحصائية.

أما في الفصل السادس فسوف يقوم بعرض النتائج التي تحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية.

والفصل السابع يخصص لمناقشة وتفسير النتائج ومقارنتها مع الدراسات السابقة.

I - أسباب إختيار الموضوع:

لقد تم اختيار هذا الموضوع نظرا للاعتبارات التالية :

- (1) نقص المواضيع والدراسات العربية حسب إطلاع الباحث التي تتطرق لهذه الظاهرة خاصة عند الأطباء المقيمين .
- (2) تنامي وتزايد هذه الظاهرة في أوساط الأطباء المقيمين في المستشفى الجامعي بوهران حسب بعض الدراسات السابقة.
- (3) الحاجة المتنامية للتقويم الموضوعي للأفراد الذين يعانون من الإحترق النفسـي Burn out في وسط الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران من خلال بعض الدراسات .
- (4) إيجاد إستراتيجية لمواجهة حالات العجز والفوضى التي تصيب الأطباء المقيمين من جراء الإكتئاب الناتج عن الضغط .

II - أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة الى معرفة العلاقة بين ظاهرة الإحترق النفسي وإستراتيجيات التعامل عند الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران .

كما تهدف إلى معرفة إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل و التخصص عند الأطباء المقيمين في المستشفى الجامعي بوهران .

هدفت أيضا إلى معرفة إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية في إستراتيجيات التعامل بين الذكور والإناث عند الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران .

III- إشكالية البحث :

إحتلت ظاهرة الإحترق النفسي إهتماما بارزا في الدراسات النفسية ، وذلك لما تسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق النفسي والمهني .

ويعود مفهوم الإحترق النفسي Burn out إلى فرويدنبرجر Freudenberger الذي توصل إلى أن عمال قطاع الخدمات الإجتماعية والإنسانية هم الأكثر عرضة للإصابة بالإحترق النفسي . ويعتبر قطاع الصحة من أهم القطاعات الاجتماعية لما له من أهمية في حيات الفرد والمجتمع كونه يمثل ركيزة أساسية بصفته مسئول عن صحة أفراد المجتمع ، ونظرا لأن الأطباء هم الركيزة الأساسية في هذا القطاع وكل الجهود المبذولة من جميع أطراف القطاع هدفهم توفير الجو المناسب للأطباء ليؤدوا مهامهم في أحسن الظروف .

ومن بين هؤلاء الأطباء هناك فئة الأطباء المقيمين الذين يؤدون دورهم في المستشفيات كأطباء وفي نفس الوقت يواصلون مشوارهم الدراسي من أجل الإختصاص .

وعادة ما تواجه هاته الفئة بعض الضغوط التي تفرضها طبيعة العمل ، بالإضافة إلى كون هؤلاء الأطباء لا يزالون في بداية مشوارهم ولا يملكون الخبرة الكافية لمواجهة هذه الضغوط مـثل (إنعدام المحفزات المادية والمعنوية ، ونقص الدعم الاجتماعي من طرف المجتمع ، والإغتراب النفسي لدى البعض ، والضغوط التي تفرضها الحياة ...).

لذلك فلن تعرضهم للإصابة بالإحترق النفسي مهما كان مستواه يشكل مشكلا عويصا ينبغي تداركه بسرعة من خلال تشخيصه والوقوف على أهم أسبابه ، ومن ثم إيجاد إستراتيجية فاعلة وهادفة لمواجهة هذه الظاهرة عند هذه الفئة من الأطباء .

وإنطلاقاً من مفهوم إستراتيجيات التعامل *stratégies d'adaptation* الذي نستخلص منه أن الفرد لا يعتمد آليات الدفاع وإنما يحاول أن يسلك طريقة معينة في التكيف مع الوضع والتي تتمثل في مواجهة الموقف ، أو تجنبه بالهروب منه ، أو تحمله مع المعانات .

ولما كان الإحترق النفسي إكتئاب ناتج عن الضغط و إستراتيجيات التعامل تركز على الإستراتيجيات الواعية التي يستخدمها الأفراد في الوضعيات الضاغطة فقد حاول الباحث صياغة الإشكالية كالتالي :

هل تختلف إستراتيجيات التعامل ل *Coping* عند الأطباء المقيمين الذين يعانون من الإحترق النفسي *Burn out* باختلاف أجناسهم ، وهل هناك فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل ، والتخصص عند هذه الفئة من الأطباء ؟

IV- فرضيات البحث :

- (1) توجد علاقة سالبة دالة إحصائية بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات التعامل عند الأطباء المقيمين الذين يعانون من الإحترق النفسي .
- (2) توجد فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل عند الأطباء المقيمين لصالح الذين يقومون بالعمل الليلي .
- (3) توجد فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب التخصص عند الأطباء المقيمين .
- (4) توجد فروق دالة إحصائية في إستراتيجيات التعامل حسب الجنس عند الأطباء المقيمين .

V - التعاريف الإجرائية :

(1) الإحترق النفسي :

هو إستجابة نفسية للضغوط التي يتعرض لها الفرد في العمل سواء كان ذلك متعلقاً ببيئة العمل ، أو بشخصية الفرد في حد ذاتها ، مما ينتج عنه آثار سلبية على العامل وعلى المؤسسة التي يعمل فيها .

والإحترق النفسي في هذا البحث يقصد به حصول الطبيب المقيم على درجة مرتفعة على مقياس الإحترق النفسي في الأبعاد الثلاثة للمقياس (الإجهاد الإنفعالي ، ونقص الإنجاز الشخصي ، وتبلد الشعور) .

- (2) الإجهاد الإنفعالي : هو شعور الفرد بأنه محبط ومنهك من العمل .
- (3) تبلد الشعور : هو تميز الفرد بالصلابة إتجاه العمل واللامبالاة بما يحصل للآخرين.
- (4) نقص الإنجاز الشخصي : هو نقص شعور الفرد بمدى أهمية ما أنجزه في عمله .
- (5) إستراتيجيات التعامل : يعرفها الباحث في هذه الدراسة بالأساليب التي يستخدمها الطبيب المقيم في التعامل مع المشكلات التي تواجهه ، سواء أثناء القيام بعمله بالمستشفى أو خارج ميدان العمل.

وهي الدرجة التي ينالها الطبيب المقيم على مقياس إستراتيجيات التعامل (CISS) والذي يتكون من (3) أبعاد وهي (المشكل ، و الإنفعال ، والتجنب).

- (6) المواجهة المركزة على المشكل : ويوجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى للبحث عن مصدر المشكلة ، ومعالجتها .
- (7) المواجهة المركزة حول الإنفعال : ويوجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى إلى تنظيم الإنفعالات الضاغطة ، وتخفيض الأثر العاطفي المترتب عنها .
- (8) الأطباء المقيمين : هم الأطباء الذين يعملون في المستشفى ويزاولون دراستهم من أجل التخصص في ميدان من ميادين الطب .

الفصل الثاني:

الاحتراق النفسي Burn out

تمهيد

1. مفهوم الاحتراق النفسي
2. العلاقة بين الاحتراق النفسي وغيره من المصطلحات.
3. أهم رواد الاحتراق النفسي .
4. النظريات العلمية المفسر لظاهرة الاحتراق النفس.
5. اعرض الاحتراق النفسي.
6. الميادين الخاصة بالاحتراق النفسي وبعض الشخصيات التي تكون أكثر عرضة له.
7. مراحل الاحتراق النفسي.
8. أبعاد الاحتراق النفسي .
9. أسباب الاحتراق النفسي.
10. الاحتراق النفسي عند الأطباء.
11. قياس الاحتراق النفسي و بعض المقاييس المستخدمة.
12. الوقاية وعلاج الاحتراق النفسي .
13. خلاصة .

تمهيد :

يعد الإحتراق النفسي من الظواهر التي نالت إهتمام الباحثين في المرحلة الأخيرة بإعتباره ناتجا عن الضغوط المهنية ، ويصيب أصحاب المهن التي تقدم الخدمات الإجتماعية ، وفي هذا الفصل سوف يتطرق الباحث إلى أهم الجوانب التي تحدد هذه الظاهرة .

I - مفهوم الإحتراق النفسي:

يعتبر مفهوم الإحتراق النفسي Psychological Burn out من المفاهيم الحديثة نسبيا . ويعتبر فرويدنبرجر Freudenberger أول من إستخدم هذا المصطلح في أوائل السبعينات للإشارة إلى الإستجابات الجسمية والإنفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية . وقد أصبح مفهوم الإحتراق النفسي مصطلحا واسع الإنتشار ، وسمه من سمات المجتمع المعاصر ، وقد بينت ماسلاش Maslach أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب أصحاب المهن فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب .

ورغم تعدد تعريفات الإحتراق النفسي إلا أن هناك إتفاقا على معناه وخصائصه بشكل عام ، وفيما يلي نورد بعض التعريفات لمفهوم الإحتراق النفسي .

يعرف تشرنيس Cherniss (1980) : الإحتراق النفسي بأنه العملية التي ينسحب فيها المهني المعروف بيلتزامه السابق بالعمل من إرتباطه بعمله ، نتيجة ضغوط العمل التي تعرض لها المهني أثناء أداء هذا العمل . (احمد عوض ، 2007 : 14) .

وأوردت ماسلاش Maslach (1981) تعريفا للإحتراق النفسي بأنه : فقدان الإهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل ، حيث يحس الفرد بالإرهاق والإستنزاف العاطفي ، اللذين يجعلان هذا الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز ، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين .

وقد إعتبرت كل من ماسلاش و جاكسون Maslach & Jackson (1981) : الإحتراق النفسي مفهوما يتكون من ثلاثة أبعاد :

الأول : الإجهاد العاطفي Emotional exhaustion : ويعني أن العمال الذين يصابون بالإحترق النفسي يكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي .

الثاني : تبدل المشاعر Dehumanization : ويعني أن يبدأ العمال ببناء اتجاه سلبي نحو العملاء .

الثالث : شعور النقص بالإنجاز Reduced feeling of accomplishment ويعني ميل العمال لتقييم أنفسهم سلبيا . (Elisabeth Gerbot , 2008 : 111)

و**عرف تايلر Taylor (1986)** : الإحترق النفسي بأنه عبارة عن الإرهاق وإستنفاد القـوة والنشاط . (احمد عوض ، 2007 : 13)

و**عرف كيرياكو Kyriacau (1987)** : الإحترق النفسي بأنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة .(شرقي حورية ، 2010 : 46).

و**يعرف موس Moss** الإحترق النفسي بأنه شعور عام بالإرهاق والذي ربما يتطور عندما يعيش الفرد الكثير من الضغوط والقليل من الرضا .(عبد الرحمان هيجان ، 1998 : 239).

تعريف باربير Barbier (2004) : حالة من الإجهاد النفسي تصيب الأشخاص الذين تنطوي أعمالهم على جانب كبير من المساعدة والعون إضافة إلى المهن المعرضة إلى المعانات والأمراض بصفة مستمرة . : (Nicolas Combalbert , Catherine Sénéguo , 2006 : 106) .

وقد ظهر في التصنيفات الحديثة للطب النفسي في التصنيف العاشر للاضطرابات النفسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تحت عنوان "المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة " حالة مرضية أطلق عليها مرض الإحترق النفسي **Burn out Syndrome** وتتميز هذه الحالة بالشعور بالملل ، والإجهاد ، والتعب وعدم القدرة على الإستمتاع أو الإستفادة من الترويج ، وعدم القابلية للقيام بالعمل ، أو الإقبال على الحياة . (لطفى الشريبيني،2001 : 97).

والإحتراق النفسي بشكل عام هو حالة نفسية أو عقلية تؤرق الأفراد الذين يعملون في مهن طبيعتها التعامل مع أناس كثيرين وهؤلاء العاملين عادة ما يعطون أكثر مما يأخذون .
(ابراهيم القريوتي ، مصطفى الخطيب ، 2006 : 133) .

وبعد عرضنا لمجموعة من التعريفات الخاصة بالإحتراق النفسي لباحثين مختلفين وفي فترات مختلفة يمكننا أن نعرف الإحتراق النفسي بأنه "حالة من التعب والإجهاد النفسي والجسمي والانفعالي يتميز بالتعب المستمر ، والشعور بالإحباط والعجز ، وتطوير مفهوم ذات سلبي واتجاهات سلبية نحو العمل والزملاء في العمل .

II - العلاقة بين مفهوم الإحتراق النفسي وغيره من المصطلحات :

أولاً الإجهاد : ويعرف بأنه سلسلة من ردود الفعل الطبيعية والضرورية لحفظ النفس ، والتي تساعدنا على الإستجابة للقوى البيئية الخارجية والداخلية وتهدف لتحقيق التوازن والتوافق مع مطالب الحياة ، ويعد الإجهاد مرحلة سابقة للإحتراق النفسي .(ملال حديجة ، 2010 : 22) .

ثانياً ضغوط العمل : **Job pressures** ويعرفها تايلور Taylor بأنها مجموعة من الظروف المتعلقة بطبيعة العمل ، يقيها ال فرد كمواقف مهددة و يستجيب لها على شكل تغيرات معرفية وإنفعالية وفسولوجية . ويؤدي تزايد ضغوط العمل إلى الإجهاد ثم إلى الإحتراق النفسي .(مفتاح عبد العزيز ، 2010 : 94 ، 95 ، 96) .

ثالثاً القلق : يرى الكثير من الباحثين أن هذا العصر هو عصر القلق نظراً للتعقيد الحضاري وسرعة التغيير الإجتماعي ، بالإضافة إلى زيادة أعباء الحياة ومتطلباتها ، ونركز الحديث هنا عن القلق العادي أو الموضوعي ، بحيث أن هذا النوع من القلق هو أقرب إلى الخوف الذي يكون مصدره واضحاً ، وعادة ما يرتبط مصدر القلق بالعالم الخارجي . ولأن العمل ومتطلباته هو جزء من العالم الخارجي فليق تعرض الفرد لضغوط العمل يؤدي به إلى الشعور بالقلق ، إلا أن الشعور بالقلق قد يتكون لدى الفرد منذ مرحلة الطفولة ، بعكس الإحتراق النفسي ، الذي هو مرتبط بالأداء الوظيفي والمهني أين يكون الفرد في مرحلة الرشد ، وهذا لا يمنع وجود القلق وأعراضه في اعرض الإحتراق النفسي .(مفتاح عبد العزيز ، 2010 ، 96) .

رابعاً النيوراستينيا أو الإعياء النفسي : Neuraesthesia بالرغم من أن كل من الإحتراق النفسي والإعياء النفسي يشتركان في العديد من الأعراض وخاصة الشعور المستمر بالإعياء والتعب ، و الشعور بالملل والضيق ، والأرق ، وعدم الرغبة في العمل إلا أن الخاصية الوحيدة للإعياء النفسي هي شكوى الفرد من الشعور المستمر بالتعب و الإعياء دون القيام بأي عمل ودون أن يكون أي مبرر لذلك . أما الإحتراق النفسي فهو مرتبط بالأداء الوظيفي أو المهني بحيث أنه ينتج عن ضغط العمل ، في حين أن الإعياء النفسي هو مرض عصابي ناتج عن صراعات نفسية مختلفة . (ملال خديجة ، 2010 : 22).

خامساً الإكتئاب: إن لمصطلح الإكتئاب في الطب النفسي أكثر من معنى لكنها ورغم عدم التشابه فيما بينها في كل الأحوال تدور حول نفس المفهوم ، فالإكتئاب قد يكون أحد التقلبات المعتادة في المزاج استجابة لموقف صادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن و الأسى مثل خسارة مالية أو فراق صديق ، وقد يكون الإكتئاب أيضا مصاحب للإصابة بأي مرض فمريض الأنفلونزا مثلا لا نتوقع أن يكون في حالة نفسية جيدة ، وهو غالبا يشعر بالكآبة لإصابته بهذا المرض ، وفي هذه الحالة يكون الإكتئاب ثانويا نتيجة لحالة أخرى تسببت في هذا الشعور ، وعلى سبيل المثال هناك قول بان "كل مريض مكتئب" وهذا الكلام له نصيب كبير من الصحة لأن الإصابة بأي مرض هي شيء يدعو إلى الشعور بالإكتئاب، أما المفهوم الأهم للإكتئاب هو وصفه كإحدى الأمراض النفسية المعروفة ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض جسدية .(لطي الشرييني ، 2001 ، 19) .

والعديد من الأخصائين النفسيين أو الأطباء يرون أن الأعراض الإكلينيكية التي تميز الإحتراق النفسي تجعله شكلا من أشكال الإكتئاب، كما حاولت دراسات تجريبية إثبات هذه العلاقة الافتراضية بينهما ، فالإكتئاب هو إضطراب إكلينيكي يتميز بصعوبة في التفكير ، استنزاف القوى الحركية و الحيوية ، مع هبوط في النشاط الوظيفي ، ويتميز بثلاث مستويات من الشدة وهي : الإكتئاب الخفيف أو البسيط ، والإكتئاب الحاد ، وأخيرا الذهول الإكتئابي .

فالإكتئاب هو إضطراب عيادي عام ، يظهر في أي مرحلة من حياة الفرد ويعود لأسباب نفسية أما الإحتراق النفسي فهو خاص بمحيط العمل الإجتماعي ، إلا أن هذا لا يمنع وجود بعض

أعراض الإكتئاب البسيط في حالات الإحترق النفسي مثل صعوبة التركيز ، التعب ، ومشاعر الفشل ، والبطء الذهني والحركي... الخ. (ملال خديجة ، 2010 : 22،23).

سادسا : الإكتئاب الارتكاسي : La dépression réactionnelle

إن الإحترق النفسي مثل إكتئاب ردة الفعل Dépression réactionnelle ينتج عن صدمة . un traumatisme

والفرق بينهما يكمن في تعاقب الحوادث ، بحيث أن إكتئاب ردة الفعل يأتي بعد حادث واحد . (Réaction secondaire a un traumatisme unique) .

وفي حالة تكرار الصدمة خلال أشهر أو ربما أعوام ينتج عنها إجهاد إرفعالي على شكل إحترق نفس—ي. (Pierre Lévy , 1994 : p 144).

III أهم رواد الإحترق النفسي :

يعد المؤتمر الدولي للإحترق النفسي الذي عقد بمدينة فيلا دلفيا Philadelphia في نوفمبر (1981) البداية الحقيقية لتطور مصطلح الإحترق النفسي حيث شارك فيه الرواد الأوائل للإحترق النفسي أمثال : Freudenberger , Maslach , Pines , Cherniss

1- هاربرت فرودنبرجر Herbert Freudenberger : المحلل الأمريكي أول من أدخل مصطلح الإحترق النفسي Burn out إلى حيز الاستخدام الأكاديمي عام (1974)م عندما كتب دراسة أعدها لدورية متخصصة Journal of social Issues وناقش فيها تجاربه النفسية التي جاءت نتيجة تعاملاته وعلاجاته مع المترددين على عيادته النفسية في مدينة نيويورك .(علي بن الشويل القرني ، 2010 : 9).

2- كريستينا ماسلاش : جدير بالذكر أن لإسهامات ماسلاش Maslach إختصاصية علم النفس الإجتماعي بجامعة بيركلي تأثير واضح في تطور دراسة الإحترق النفسي فقد أضافت الدراسات التي أجرتها مع آخرون بجامعة بيركلي شهرة أكثر لهذا المصطلح ، حيث وصفته بأنه مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل

المباشر مع الناس ، وتتمثل هذه الأعراض في الإجهاد الإنفعالي ، تبدل الشعور ونقص الإنجاز الشخصي .

وتوالت مجهوداتها بعد ذلك ، لتضيف تعريفا أكثر وضوحا ، إضافة إلى شهرة الأداة التي أعدتها كما سترد في الدراسة . (شرقي حورية ، 2010 : 52) .

IV النظريات العلمية المفسرة للإحترق النفسي :

لم يدرس مفهوم الإحترق النفسي بشكل محدد وواضح في النظريات النفسية و إنما بدأ بصورة إستكشافية، وتم ربطه بضغط العمل ، وعلى أي حال فقد نظرت إليه بعض النظريات من خلال الإطار العم لها وفقا للاتي :

1-نظرية التحليل النفسي :

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي والمشار إليهم في الراشدان (1995) الإحترق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة ، وذلك مقابل الاهتمام بالعمل ، مما قد يمثل جهدا مستمرا لقدرات الفرد ، مع قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية ، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للدرجات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية ، مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحلها إلى الإحترق النفسي ، وأونه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها وحدوث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلق به ، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها ، كما أنه يمكن إستخدام فنيات مدرسة التحليل النفسي لعلاج الإحترق النفسي كالتنفيس الإرفعالي .(عمار الفريحات ، وائل الربضي ، 2010 : 1565).

2-النظرية السلوكية :

يرى واضعو هذه النظرية أن السلوك هو نتاج الطرق الفيزيقية والبيئية ، ولم تتجاهل هذه النظرية أحاسيس ومشاعر الإنسان مثلما لم تتجاهل العمليات العقلية له مثل الإرادة ، الحرية ، العقل .

وحسب السلوكيون والمشار إليهم في الراشدان (1995) فإن الإحترق النفسي هو حالة داخلية شأنه شأن القلق والغضب . لهذا نجد أن النظرية السلوكية ترى أن الإحترق النفسي هو نتيجة لعوامل بيئية ، وإذا ما تم ضبط تلك العوامل فإنه من السهولة التحكم في الإحترق النفسي ، وهذا ما تؤمن به العديد من الدراسات والنظريات العلمية حالياً في أهمية وضرورة تعديل السلوك لضمان درجة عالية من الأداء والإنتاجية في مختلف المجالات .(يوسف حرب ، 1998 : 27).

3- النظرية الوجودية :

أما أصحاب النظرية الوجودية والمشار إليهم في رمضان (1999) فيؤكدون في تفسيرهم للإحترق النفسي على وجود المعنى في حياة الفرد ، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته فإنه يعاني من نوع من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته ، ويحرمه من التقدير الذي يشجعه على مواصلة حياته ، فلا يحقق أهدافه مما يعرضه للإحترق النفسي ، لذلك فالعلاقة بين الإحترق النفسي وعدم الإحساس بالمعنى علاقة تبادلية ، فهما وجهان لعملة واحدة إن جاز لنا القول . (عمار الفريحات ، وائل الربضي ، 2010 : 1565) .

نستخلص مما سبق أن الإحترق النفسي يؤدي إلى فقدان المعنى من حياة الفرد ، كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي للإحترق النفسي .

ومع هذا فلا يمكن الإقتصار على وجهة نظر واحدة ، ولكن يمكن الدمج بين تلك الآراء فنقول بأن الإحترق النفسي مرحلة متقدمة من الضغوط النفسية تنتج عن تفاعل سمات الفرد وصفاته مع البيئة المحيطة به ، إذ تكون بيئة غير مناسبة يشعر فيها الفرد بعدم الراحة مع مراعاة ضغوط زيادة العبء عليه ، أو ضغوط قلة العبء عليه ، وإذا لم يستطع التعامل معها بطريقة سوية فستقل كفاءته ويترتب عليه قلة الدعم المقدم له ، وكذلك قلة إنتاجه مما يعرض الفرد للإحترق النفسي بل قد يترك عمله ، أو على أقل تقدير توجد النية لترك العمل إن وجد عملاً مناسباً غير عمله الحالي ، مما يبين الأثر الخطير للإحترق النفسي على المجتمع كله .

V - أعراض الإحترق النفسي :

قدم سيدولاين Cedioline (1982) في كتابه " الإحترق النفسي في التعليم الحكومي الأعراض و الأسباب ومهارات البقاء " تقييما شاملا لأعراض الإحترق النفسي مشيرا إلى انه من النادر أن تجد شخصا خاليا من أي هذه الأعراض والتي أهمها :

1 -الأعراض الجسمية : وتتمثل في الإجهاد ، والإستنزاف ، وتشنج العضلات ، و الآلام

وإبتعاد الفرد على الآخرين ، و إرتفاع ضغط الدم ، وتناول الأدوية والكحول ، وأمراض القلب والصحة العقلية . (الراشدان ، 1995 : 61 ، 71) .

2 -الأعراض العقلية المعرفية : تتمثل بضعف مهارات صنع القرار ، و عيوب في

معالجة المعلومات ، ومشكلات (مخاطر) الوقت ، والتفكير المفرط بالعمل ، عدم القدرة على التركيز ، وتكرار النمط الواحد .(مهند عبد العلي ، 2003 : 52).

3 -الأعراض الإجتماعية :

وهي زواج الوظيفة بمعنى إعطاء الموظف وقته كاملا لعمله على حساب نفسه وحساب بيته ، و أيضا الإنسحاب الإجتماعي ، والسخرية ، والتذمر ، والدعابة الساخرة ، والفاعلية المنخفضة ، وتفرغ الضغط في البيت وأيضا الإرتباطات المنفردة والعزلة الإجتماعية .(احمد عوض ، 2007 : 17).

4 -الأعراض النفس - عاطفية :

تتمثل في التبرير والإنكار والغضب والإكتئاب وجنون العظمة واللامبالاة (اللانسانية) وإنتقاص الذات (الإستخفاف بها) والاتجاهات المتحجرة والمقاومة الشديدة للتغيير ، و تقليل الإحساس بالمسؤولية ، و إستنفاد الطاقة النفسية بالإضافة إلى لوم الآخرين في حالة الفشل .(مهند عبد العلي ، 2003 : 52).

5-الأعراض الروحية :

عندما يصل الإحترق لمرحلة النهاية فإن الأنا تصبح مهددة من كل شيء تقريبا ، وتصبح أعراض الضغط الجسدية منتظمة وتكون الثقة بالنفس متدنية ، وكذلك تصبح فعالية العمل ضعيفة، وتضيع العلاقات الإجتماعية بشكل كبير وتصبح الحاجة إلى التغيير والهروب من الواقع هي الفكرة الرئيسية التي تسيطر على تفكير الشخص وعندها لا يدرك الموظف سوى خيارات التقاعد ، وتغيير الوظيفة ، والعلاج النفسي ، والحزن ، والإنتحار في بعض الحالات .(احمد عوض ،2007 : 17) .

ويؤكد سيدولالين Cedoline أنه يمكن أن نستدل على وجود الإحترق النفسي بواسطة ثلاث مؤشرات وأعراض بارزة وهي :

➤ شعور الفرد بالإرهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعور ه بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي فقدان الشعور بتقدير الذات .

➤ الإتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي تقدم لها الخدمة (طلاب ،مرضى،مسترشدين) وفقدان الدافعية نحو العمل .

➤ النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والإكتئاب والملل .(محمد الزيودي ،2007 : 195) .

كما يمكن أن تنتج عن الإحترق النفسي بعض أعراض الإكتئاب الشائعة مثل :

- ❖ فقدان الاهتمامات والميول .
- ❖ العجز عن الاستمتاع بالخبرات السارة .
- ❖ الحزن Sadness
- ❖ فقدان الشهية Loss of appetite
- ❖ اضطرابات النوم .(عبد الرحمان العيسوي ، 2006 : 240) .

VI - الميادين الخاصة بالإحترق النفسي وبعض الشخصيات التي تكون أكثر عرضة له :

نلاحظ أن هذا النوع من الإكتئاب يظهر خاصة عند الأشخاص المهاجرين ، وكذلك عند الأشخاص المهتمين كثيرا بالكفاءة الإنتاجية ويتعرضون للضغوط الإدارية ، كما يحدث أيضا بعد الصراعات الزوجية ، والمرأة تكون أكثر عرضة للإحترق النفسي خاصة عند وجود العوامل التالية :

➤ غياب عمل خارج البيت : absence d'un travail a l' exterieure de foyer

➤ انخفاض المستوى المعيشي : bas niveaux socio économique

➤ وجود مشاكل زوجية : relations difficiles avec le conjoint

ويرى الباحثون أن هناك بعض الشخصيات تكون أكثر عرضة للإحترق النفسي Burn out ومنها : الشخصيات النرجسية personnalités narcissiques ، والشخصيات غير الناضجة والحساسة immatures et sensibles (Pierre Lévy , 1994 : 144) .

VII - مراحل الإحترق النفسي :

المرحلة الأولى : وتعرف بمرحلة الإستشارة الناتجة عن الضغوط أو الشد العصبي Stress arousal الذي يعايشه الفرد في عمله وترتبط بالأعراض التالية :

سرعة الإنفعال ، القلق الدائم ، فترات من ضغط الدم العالي ، الأرق ، صرير الأسنان أو اصطكاكهم اثناء النوم بشكل ضاغط (Bruxim) ، النسيان ، الصعوبة في التركيز ، الصداع ، وضربات القلب غير العادية . (علي عسكر ، 2003 : 126) .

وينتج عن هذه المرحلة حدوث عدم التوازن بين قدرة الفرد على التحمل ومتطلبات العمل وضغوطه . (عمار الفريجات ووائل الربضي ، 2010 : 1564) .

المرحلة الثانية : ويطلق عليها مرحلة توفير أو الحفاظ على الطاقة Energy conservation وتشمل إستجابات سلوكية مثل التأخر عن الدوام ، تأجيل الأمور ، الحاجة لأكثر من يومين لعطلة نهاية الأسبوع ، إنخفاض الرغبة الجنسية ، التأخير في إنجاز المهام ، الإمتعاض ، زيادة في إستهلاك المواد المخدرة ، زيادة في إستهلاك المنبهات ، اللامبالاة ، إنسحاب إجتماعي ، السخرية والشك والشعور بالتعب في الصباح . (Marie Baque , 2000 : 05) .

وهي نتيجة للمرحلة الأولى والتي هي رد الفعل الإنفعالي لحالة عدم التوازن حيث يشعر الفرد بالقلق ، التعب ، والإجهاد الناجم عن الضغط الذي تولده متطلبات العمل . (عمر الخرابشة واحمد عربيات ،2005 : 301) .

المرحلة الثالثة : ويطلق عليها مرحلة الإستنزاف أو الإنهاك (Exhaustion) والتي ترتبط بمشكلات بدنية ونفسية مثل ، الإكتئاب المتواصل ، اضطرابات مستمرة في المعدة ، تعب جسيمي مزمن ، إجهاد ذهني مستمر ، صداع دائم ، الرغبة في إنسحاب نهائي من المجتمع ، والرغبة في هجرة الأصدقاء وربما العائلة . (علي عسكر ،2003 : 126) .

كذلك الميل لمعاملة الأشخاص بطريقة آلية ، والإنشغال عنهم بالإتجاه نحو إشباع حاجاته الشخصية مما ينجم عنه التقليل من الإلتزام الذاتي بالمسؤولية الوظيفية . (عمر الخرابشة و احمد عربيات ، 2005 : 302) .

وهذه المرحلة تشكل مجموعة ردود الفعل غير المحددة التي تميز الوقت الذي لا يستطيع الجسم فيه التأقلم مع حالة الضغط . (Pierre Loo , et al, 2003 :105) .

وليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الإحترق النفسي في كل من هذه المراحل ، بل وجد أن ظهور عنصرين أو عرضين في كل مرحلة يمكن أخذها كمؤشرات على أن الفرد يمر بالمرحلة المعينة من مراحل الإحترق النفسي . (علي عسكر ، 2003 : 126) .

VIII - أبعاد الإحترق النفسي :

طبقا لماسلاش وزملائها (Maslach et al 1976 ,1978) فإن اصطدام المهن الضاغطة يسبب مشاعر التوتر الشديد والدائم مع الناس ، والذي يقود إلى فقدان الإهتمام ، وعدم الإلتزام ، وهما عكس إتجاهات العمل الأصلية وتظهر هذه المشاعر في صورة ثلاث أبعاد :

01- الاجهاد الانفعالي : L'épuisement émotionnel بما أن المشاعر الإنفعالية إستنزفت فإن العاملين لا يستطيعون أو ليس لديهم القدرة على العطاء كما كانوا من قبل ، وتتمثل هذه المشاعر في شدة التوتر ، و الإجهاد ، وشعور العامل بأنه ليس لديه شيء متبق ليعطيه للآخرين على المستوى النفسي . (Michel Delbrouck ,2001 :159)

02 -تبلد الشعور : **Dépersonnalisation** ويوضح الإتجاهات السلبية تجاه من يعمل معهم العامل المحترق نفسيا ، وهذه الإتجاهات السلبية والتي تكون أحيانا تهكمية (ساخرة) لا تمثل الخصائص المميزة للعامل. (Michel Delbrouck ,2007:125)

03 -نقص الانجاز الشخصي : **Accomplissement personnel** وهذا البعد يبدأ حينما يبدأ الأفراد في تقييم أنفسهم تقييما سلبيا ، وحينما يفقدون الحماس للإنجاز ، وعندما يشعر العامل بأنه لم يعد كفاء في العمل مع عملائه وبعدم قدرته على الوفاء بمسؤولياته الأخرى. (Jean Bigler ,2008 :136)

IX - أسباب الإحترق النفسي :

هناك نظريات عديدة تدور حول أسباب هذه الظاهرة ، وكلها تحمل بعض الصدق وهذه النظريات تركز على ثلاث مستويات : المستوى الفردي ، والمستوى التنظيمي ، والمستوى الإجتماعي . ومع أن الأسباب الفردية والإجتماعية لها دورها المهم إلا أنها تساهم بقدر اقل من العوامل التنظيمية (ظروف العمل) لظهور الإحترق النفسي عند المهنيين. ومن أجل إعطاء صورة كاملة سنعرض الأسباب الخاصة بالفرد والمجتمع وبعده ذلك نتطرق إلى الأسباب الخاصة ببيئة العمل .

أولا الأسباب الفردية : من الناحية الفردية يعتبر فرويدنبرجر Freudenberger أول من إستخدم تعبير الإحترق النفسي في كتاباته مدعيا بأن المخلصين في أعمالهم والملتزمين هم أكثر عرضة للاحترق النفسي كذلك الذين لديهم الرغبة القوية بان يقبلوا من الزبائن والعملاء . ومن خلال البحوث التي أجريت وجدنا أن الجماعة المهنية الأكثر عرضة للإحترق النفسي هي الأكثر مثالية والتزاما بمهنتها .

وهناك أسباب أخرى للإحترق النفسي على المستوى الفردي والتي تحتاج لبحوث ميدانية أكثر ومنها :

❖ مدى واقعية الفرد في توقعاته وأماله – زيادة عدم الواقعية تحمل في طياتها مخاطر الوهم والإحترق .

- ❖ مدى الإشباع الفردي خارج نطاق العمل – زيادة حصر الإهتمام بالعمل تزيد من إحتمال الإحترق .
 - ❖ الأهداف المهنية – وجد أن المصلحين الإجتماعيين (الراغبين في إحداث تغييرات إجتماعية عن طريق أعمالهم) هم أكثر عرضة لهذه الظاهرة .
 - ❖ مهارات التكيف العامة .
 - ❖ النجاح السابق في مهن ذات تحد لقدرات الفرد .
 - ❖ درجة تقييم الفرد لنفسه .
 - ❖ الوعي والتبصر بمشكلة الإحترق النفسي . (علي حمدي ، 2008 : 180) .
- وكذلك يرجع بعض الباحثين أسباب الإحترق النفسي لأسباب شخصية وهي :
- 01 أن يطلب الشخص من نفسه الكثير .
 - 02 أن تكون توقعاته جد عالية .
 - 03 أن لا تكون هناك تغذية إسترجاعية .
 - 04 العلاقات الضعيفة مع الرؤساء والعملاء .
 - 05 عدم وضوح الدور ، أي لا يعرف الشخص ما هو المطلوب القيام به في عمله .
 - 06 العبء الزائد .
 - 07 التعامل المتكرر الضاغط والمستمر لمدة طويلة مع الآخرين .
 - 08 قلة الأجر والحوافز .
 - 09 القيام بنفس الأعمال مع قليل من التغيير خصوصا إذا كانت هذه الأعمال ليس لها معنى .
 - 10 النقص في الإحساس بالإنجاز والمعنى في العمل . (Jean-Yves Duck et Karima Lahmouz ,2010 : 118).
 - 11 هناك عوامل تتصل بالحضارة الصناعية وما يصاحبها من تقدم تكنولوجي وتعقد العلاقات بالمصنع .
 - 12 عوامل خارج نطاق عمله منها ظروفه المنزلية والإجتماعية والإقتصادية .
 - 13 ومن العوامل الشخصية أيضا صحة العامل الجسمية ، وصحته النفسية ، وسنه ومزاجه ، وإستعداده للعمل ، ورغباته ، وآماله ، وما يعانيه من متاعب شعورية ولا شعورية . (صبرة علي ، اشرف عبد الغني : 2004 ، 329) .

ثانياً الأسباب الإجتماعية :

إنه بإمكان الفرد سرد عوامل إجتماعية وتاريخية يمكن إعتبارها من العوامل المساهمة نذكر منها ثلاث عوامل .

1 - هناك إعتقاد متزايد على المؤسسات الرسمية والمهنيين المتخصصين لتقديم الخدمات والعناية في مجتمعنا ، والخدمات التي كانت تقدم من قبل هيئات غير رسمية مثل الأقارب والجيران ، والعائلة ، ومؤسسات المجتمع ، ودور العبادة . (علي عسكر ، 2005 : 79) .

2 - أما العامل المسبب الثاني في المستوى الإجتماعي هو ما نسميه (روح العصر) أو طابع العصر العقلي و الأخلاقي والثقافي فالإحتراق النفسي يزداد في مجالات العمل ذات الأهداف التي لا تلقى الدعم العام .

3 -أما العامل الإجتماعي الأخير هو فهو الغموض الوظيفي Professional mystique أو الحالة المحيطة بهذا النوع من المهن . (J.P- Courtial & S.Huteau , 2005 : 387)

فهناك مجموعة توقعات حول طبيعة العمل والقائمين به يشترك فيها معظم أفراد المجتمع منها :

- ❖ الكفاية التأهيلية .
 - ❖ العملاء بصورة عامة يمتازون بروح التعاون و التقدير لمقدم الخدمة والعلاج .
 - ❖ العمل المهني يمتاز بالإثارة والتنوع .
 - ❖ العلاقة الودية بين العاملين بالمهنة نفسها .
 - ❖ ظاهرة الإستقلالية عند المهنيين فيما يتعلق بقراراتهم ونوعية الخدمات التي يقدمونها.
 - ❖ ظاهرة الإخلاص والإلتزام والإنسانية عند هؤلاء المهنيين .
- هناك بعض الحقيقة في هذه التوقعات لكن معظمها خاطئة ومضللة لأعداد متزايدة من المهنيين في المجتمع والذين يعملون في مؤسسات بيروقراطية ضخمة وكنتيجة لذلك ، فلبن معظمهم يبدأ حياته المهنية بتوقعات غير واقعية وسرعان ما يصطدمون بالواقع عند تعرضهم لأمر تخالف ما كان في مخيلتهم عكس الصورة التي رسموها للعمل الذي سيقومون به .(علي عسكر ،2005 : 80).
- وهذا بدوره يساهم في الضغط والإجهد الوظيفي وبالتالي زيادة فرص الإحتراق النفسي .

ثالثا المسببات الخاصة بالمستوى التنظيمي أو ظروف العمل :

1- البحوث الخاصة بالضغط النفسي وطرق التعامل معه تقترح ب أن فقدان الإمكانيات والقوى يعتبران من أهم مسببات الضغط ، والقلق والكآبة عند الأفراد وعند إستمرار هذه الحالة تتطور ظاهرة تسمى العجز المتعلم Learned helplessness حيث أن الفرد يستخلص من ذلك انه عاجز عن عمل أي شيء لتحسين وضعه وبداخله اليأس ، هذه الظاهرة تشبه إلى حد كبير ظاهرة الإحتراق النفسي .

وبناء على ذلك من الممكن الإفتراض بأن أي موقع عمل يكون فيه الفرد مفتقرا إلى المصادر والنفوذ لحل المشاكل التي تواجهه سوف يكون مصدرا للضغط ، وفي حالة إستمرار هذه الحالة يحدث الإحتراق النفسي .

2 - إستنادا على النوعية نفسها من البحوث (الضغط النفسي) نجد أن قلة الإثارة للعضو لها تتسبب في أثار سلبية ، لذلك فالعمل الرتيب الخالي من الإثارة والتنوع والتحدي ربما يؤدي إلى الضغط والإحتراق النفسي .

3- أي فشل يواجهه الفرد في جهوده لتحقيق الحاجات الشخصية خلال عمله سوف يساهم في حالة عدم الرضا ، والضغط وبالتالي الإحتراق ، والمهنيون يأتون إلى أعمالهم وهم متوقعون الكثير ، فهم يريدون زملاء مساندين ، وعملاء يقرون بالجميل ، وعملا مشوقا مثيرا ، فضلا عن الإستقلالية ، وفي الوقت نفسه ما يريد أي عامل آخر مثل راتب كاف ، فرص للتقدير والتطور الوظيفي ، مسئول متفهم كفاء ، وشعور بالإنجاز ، ولسوء الحظ غالبا ما يصابون بخيبة الأمل . (علي حمدي، 2008 : 182) .

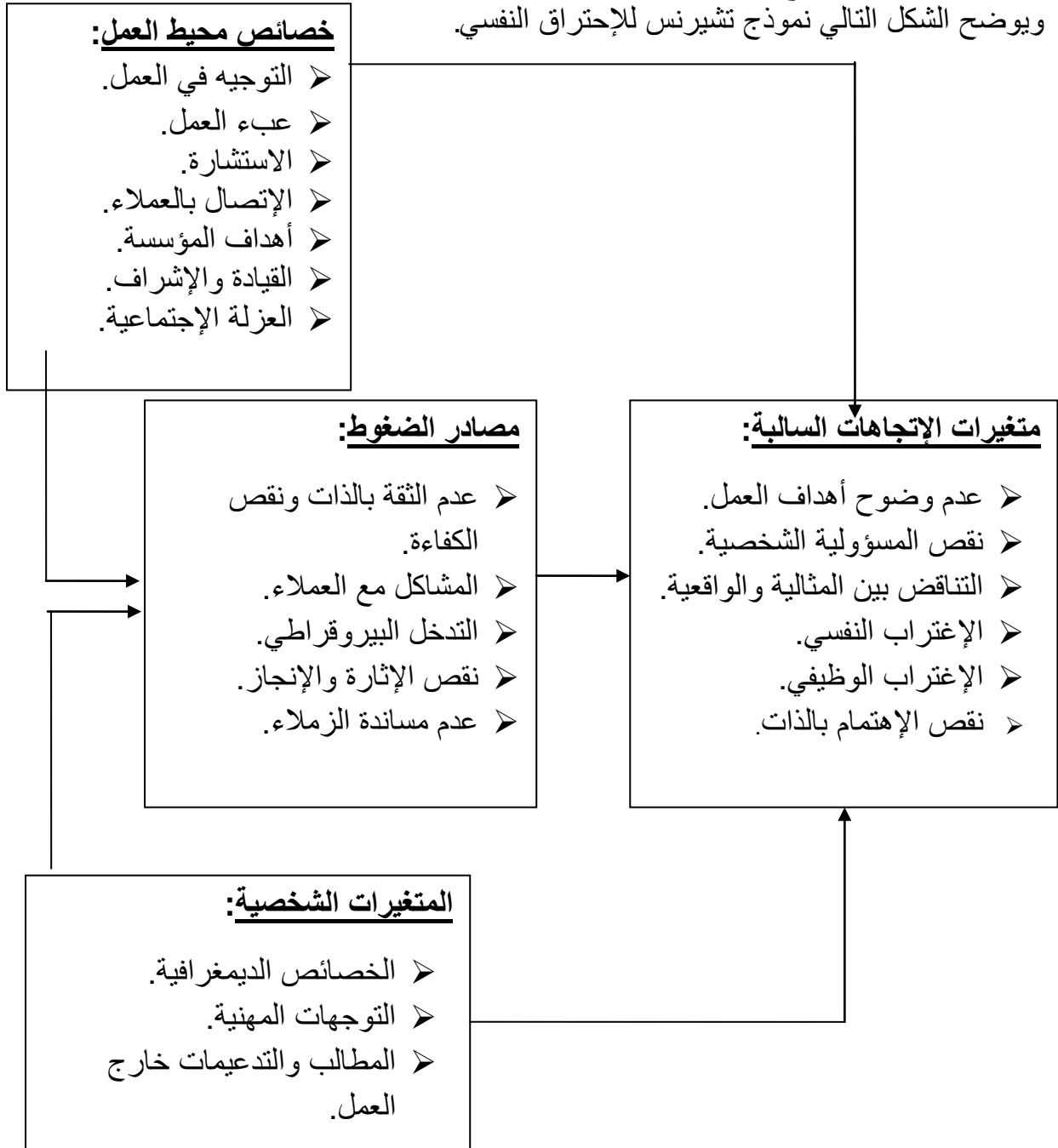
ويضيف الباحث بعض الأسباب التي يمكن أن تساهم في حدوث الإحتراق النفسي في محيط العمل منها :

المهام البيروقراطية المتزايدة ، نقص المكافئات وغياب الدعم ، العمل لفترات طويلة دون الحصول على قسط كاف من الراحة ، فقدان الشعور بالسيطرة على مخرجات العمل ، الرتابة والملل في العمل .

X - بعض النماذج المفسرة لظاهرة الإحترق النفسي : Burn out.

أولا - نموذج تشيرنيس للإحترق النفسي :

قدم تشيرنيس Cherniss (1985) نموذجا للإحترق النفسي ، وقد قابل مع معاونيه ثمانية وعشرون مهنيا مبتدأ في أربعة مجالات هي مجال الصحة ، ومجال القانون ، ومجال التمريض في المستشفيات العامة ، ومجال التدريس في المدارس الثانوية ، وتم مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين ويوضح الشكل التالي نموذج تشيرنيس للإحترق النفسي.



الشكل رقم (1): يوضح نموذج تشيرنيس للإحترق النفسي.

نقلا عن (نوال الزهراني، 2008: 32).

1- خصائص محيط العمل :

تتفاعل هذه الخصائص مع الأفراد الذين يدخلون الوظيفة لأول مرة ولهم توجهات مستقبلية معينة ويحتاجون إلى مساندة إجتماعية ، وكل هذه العوامل تعتبر مصادر معينة من الضغط الذي يتعرض له الأفراد بدرجات متفاوتة .

ويتواءم الأفراد مع هذه العوامل الضاغطة بطرق مختلفة، فيلجأ البعض إلى أساليب وإستراتيجيات منحرفة ، بينما يتواءم آخرون عن طريق اللجوء إلى الإتجاهات السالبة . و إعتبر تشيرنس خصائص محيط العمل الثمانية منبئات لمتغيرات الاتجاهات السالبة ، والتي تشكل الإحتراق النفسي ، وهذه الخصائص هي :

- التوجيه في العمل

- عبء العمل.

- الاستثارة.

- الاتصال بالعملاء.

- الاستقلالية.

- أهداف المؤسسة.

- القيادة والإشراف.

- العزلة الإجتماعية.

2-المتغيرات الشخصية

وهي تضم الخصائص الديموغرافية، بالإضافة إلى التأييد الاجتماعي من خارج محيط العمل .

3- مصادر الضغط

وضع تشيرنس خمسة مصادر للضغط كمقدمات للاحتراق النفسي وهي:

- عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة

- المشاكل مع العملاء

- التدخل البيروقراطي

- نقص الإثارة والإنجاز .

-عدم مساندة الزملاء.

4-متغيرات الإتجاهات السالبة

حدد تشيرنس إتجاهات سالبة تنتج عن الضغوط وتتمثل في:

-عدم وضوح أهداف العمل

-نقص المسؤولية الشخصية

-التناقض بين المثالية والواقعية

-الاغتراب النفسي

-الإغتراب الوظيفي

-نقص الاهتمام بالذات .

5-متغيرات إضافية:

أضيفت بعض المتغيرات الأخرى إلى المتغيرات المرتبطة بالعمل وهي:

-الرضا الوظيفي

-الغياب عن العمل

-الإتجاه نحو ترك المهنة

-الأعراض السيكوسوماتية

-الرضا الزوجي

-صراع الدور

-الصحة الجسمانية

-إستخدام العقاقير .

وقد أوضح تشيرنس أنه كلما زادت صدمة الواقع وزاد التعرض للضغط كلما زاد الإحتراق

النفسي ، كما أوضح النموذج أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في الإحتراق

النفسي هم الذين يتلقون مساندة إجتماعية ضعيفة .

ويوضح هذا النموذج أيضاً أن العوامل الديموغرافية مثل السن والجنس وسنوات الخبرة ضعيفة

الإرتباط بالإحتراق النفسي .

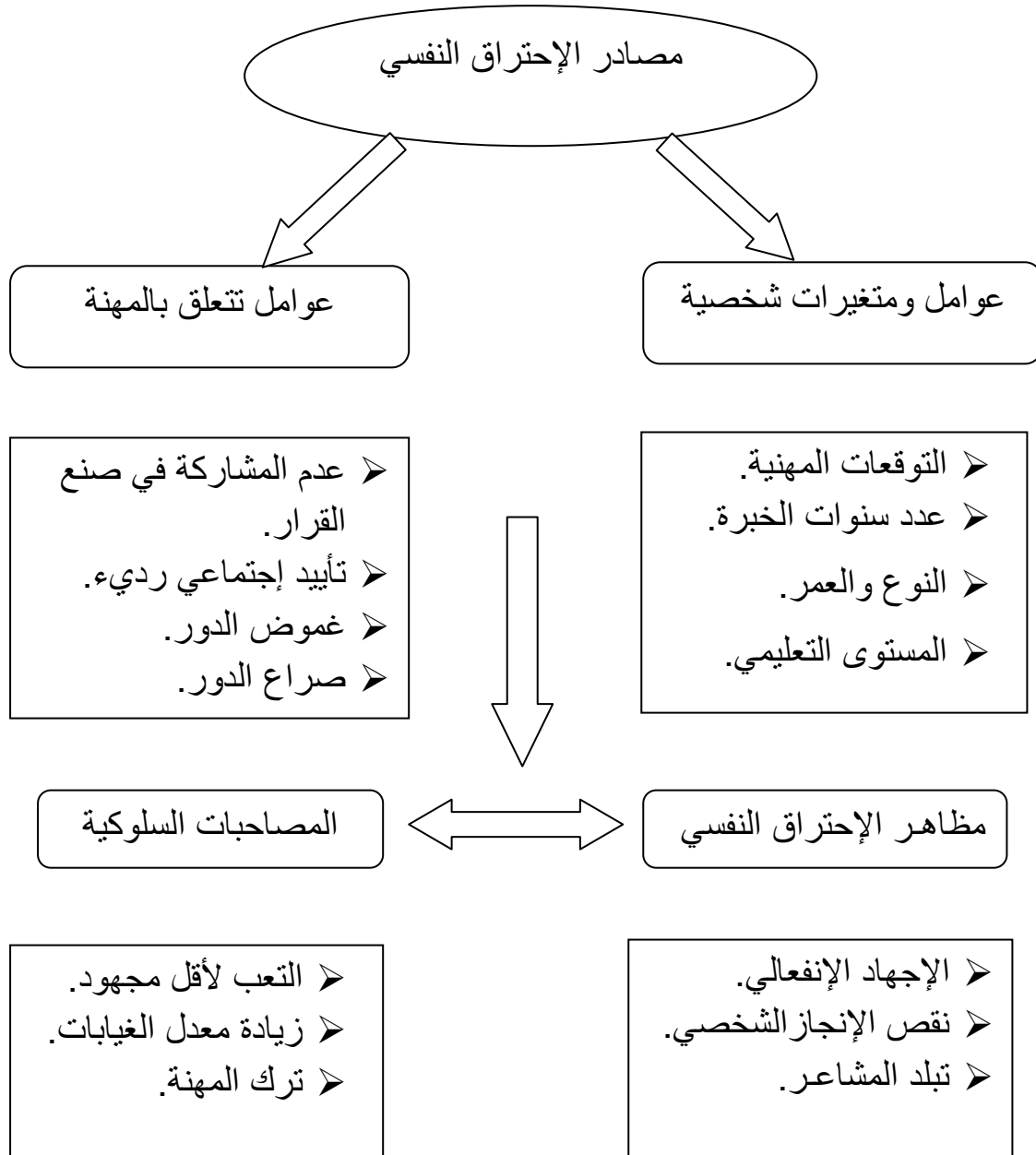
بناء عليه وطبقاً للنموذج فإن من يحصلون على درجات إحتراق مرتفعة هم العاملون الذين

يشعرون بأعراض سيكوماتية ، وهم الذين يستخدمون الأدوية بشكل متزايد ويعانون من عدم

الرضا الزوجي ، ومن صراع الدور ، وقلة الرضا الوظيفي ، وترتفع نسب الغياب لديهم ، كما

أنهم يميلون إلى ترك المهنة .(نوال الزهراني ، 2008 : 32 ، 33) .

ثانيا - نموذج شواب وآخر ون للاحتراق النفسي : Schwab ; Jackson & Schuer :
(1986):



الشكل رقم (2): يوضح نموذج شواب وآخرون للاحتراق النفسي.

نقلا عن (نشوة كرم عمار، 2007: 25).

ويحدد هذا النموذج مصادر الإحتراق النفسي ومظاهره ومصاحباته السلوكية ، حيث صنف مصادر أو أسباب الإحتراق النفسي إلى :

أسباب تتعلق بالمهنة ، وأخرى تتعلق بشخصية المهني ، تتمثل الأولى في عدم مشاركته في إتخاذ القرار ، والتأييد الإجتماعي الرديء ، إضافة إلى صراع الدور وغموضه .

أما المصادر التي ترتبط بالمهني ذاته فتتمثل في توقعاته نحو دوره المهني ، والمتغيرات الشخصية الخاصة به مثل العمر، النوع ، وعدد سنوات الخبرة ، والمستوى التعليمي ، كما أشار النموذج إلى مظاهر وأبعاد الإحتراق النفسي والتي تتمثل في الإجهاد الإنفعالي ، وتبادل الشعور ، ونقص الإنجاز الشخصي . وتناول بعد ذلك التأثيرات السلبية الناتجة عن حدوث الإحتراق النفسي والمتمثلة في التعب لأقل مجهود ، وزيادة معدل الغيابات ، وقد يصل الأمر بالمهني إلى ترك المهنة . (نشوة ، 2007 : 24،25) .

XI - الإحتراق النفسي عند الأطباء :

حالة الخطر أعلنت سنة (2003) من طرف مجلس الأحكام للأطباء conseil départemental de l'ordre des médecins في مدينة باريس بعد حدوث عدد كبير من حالات الإنتحار بين الأطباء الفرنسيين ، بحيث وجد أن هناك بعض العلامات التي تخص صحة الأطباء والتي يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار .

وجد أن الأطباء يعانون من حالات الإكتئاب مرتين مقارنة مع عامة الناس ، وأن عدد الأيام التي تعوض من طرف (CARMF) في تزايد مستمر بمعدل أكثر من 3,8 % في سنة 2000 ، وأكثر من 12,4 % في سنة 2001 ، وأكثر من 6,5 في سنة 2002 .

والأمراض النفسية تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 18% بعد أمراض السرطان بنسبة 21 % كسبب لإنقطاع مؤقت للعمل قبل أمراض القلب والشرابين بنسبة 12% . (Pierre Canoui & Aline Mauranges , 2004 :32) .

كما أشارت بعض الدراسات التي أجريت في مجال الطب الإجتماعي إلى نتائج مرتفعة مقارنة بالمجالات المهنية الأخرى ، فعلى مستوى الصحة العقلية نجد أنه من خلال بعض الدراسات التي أجريت في إنجلترا والتي كشفت عن إحصائيات مهمة حيث 40% من هذه الفئة في حالة إنهاك

إنفعالي L'épuisement émotionnel بنفس الطريقة أكثر من 15% يعانون من تبدل الشعور
Dépersonnalisation و 25% يعانون من شعور حاد بعدم الرضا المهني وهذه العوامل
تؤدي بنسبة كبيرة إلى الغيابات المتكررة ، والتعاطي المفرط للكحول . (Pascal Marie et al , .
2004 : 28).

وحسب جليز (Gleizes) الذي بين أنه يوجد في منطقتي Haute-Garonne et à paris
47% من الأطباء يقولون أنهم مستعدون لتغيير نشاطهم منهم 25% قرروا تغيير مهنتهم , و23%
قرروا أخذ تقاعد مسبق .

لم _____ إذا ؟

✓ الدلائل الأولى هي العمل المكثف فوق الطاقة : surcharge de travail

✓ المشاكل الإدارية : les contraintes administrative بنسبة (70%) .

✓ الثقل المالي : le poids Financial بنسبة (82 %) .

✓ التهديد عبر الهاتف harcèlement téléphonique بنسبة (56 %) .

✓ مشاكل في الحياة الخاصة بنسبة (56,5 %) .

ورغم كل هذا إلا أنهم يواصلون مهامهم وهذا ما يمكن أن يكون سببا لتزايد حالات الإكتئاب
الناتج عن الضغط ، وغالبا ما يؤدي بهم إلى حالة الإنهاك الجسدي والنفسي التي لا تسمح لهم
بمواصلة العمل في ظروف ملائمة . (Pierre Canoui & Aline Mauranges, 2004 :
32,33).

ولهذا نجد 25% من الأطباء يعترفون بأنهم يتناولون أدوية مهدئة ، و 6% يستهلكون كميات
كبيرة من الكحول . وفي بحث حول الحالة النفسية للأطباء في العمل وجد أن 47% من الأطباء
أبدوا استعدادهم لتغيير مهنتهم . (Elisabeth Grebot , 2008 : 118) .

XII - قياس الإحترق النفسي وبعض المقاييس المستخدمة :

تشكل الاستجابات السلوكية والمظاهر الدالة على الإحترق النفسي القاعدة الأساسية التي يعتمد عليها الباحثون في تصميم أدوات تساعدهم على الإجابة على التساؤل فيما إذا كان الفرد بخير أو (محترق نفسيا) وفي العادة يقوم المستجيب بالإجابة على عبارات تقريرية بالموافقة أو عدم الموافقة عليها أو الإجابة من بعد أو منظور تدريجي على مقياس يتفاوت من 3 إلى 11 خيارا :

وفيما يلي أمثلة لمضمون العبارات التي تتضمنها هذه الأدوات :

- مدى الشعور بالتعب والإرهاق .
- أسلوب المعاملة مع الآخرين .
- مدى الشعور بالألم رغم غياب الأمراض البدنية .
- مدى العزلة أو القرب من الآخرين .
- أسلوب الإتصال مع الآخرين .
- النظرة الشخصية للعمل .
- درجة التفاؤل و التشاؤم في النظرة الشخصية للحياة .
- مدى المشاركة في الأنشطة الإجتماعية .
- الشعور الشخصي بأهمية العمل الذي يزاوله .
- مدى الرغبة في مساعدة الآخرين
- الحالة المزاجية ومدى القدرة على التحكم في الإنفعال .
- درجة الطموح الوظيفي .
- غياب أو غموض الأهداف في حياة الفرد .
- مدى فقدان روح الدعابة عند الفرد . (علي عسكر ، 2003 : 127 ، 128) .

وهناك العديد من المقاييس تستخدم لقياس الإحترق النفسي نذكر منها :

01 - مقياس الإحترق النفسي "لفرويدنبرجر" 1980. Burn-out questionnaire

ويهدف إلى قياس مستوى الإحترق النفسي ، ويتكون من (18) عبارة يتم الإجابة عليها من خلال مقاييس تتراوح بين عدم الإنطباع إلى الإنطباع التام ، وذلك على متصل يتراوح من (0) إلى (5) وتشير الدرجة التي يحصل عليها الفرد إلى مستوى الإحترق النفسي ويقسم الأفراد كالتالي :

- صفر درجة إلى 25الفرد بحالة جيدة .
- 26 إلى 35بداية الإحساس بالضغط .
- 36 إلى 50إرهاصات الإصابة بالإحترق النفسي .
- 51 إلى 65الفرد محترق نفسيا .
- 65 فأكثر.....وضع الخطر .

أمثلة على عبارات المقياس :

- هل تتعب بسهولة ؟
- هل تعمل بجد ولكن إنجازك منخفض ؟
- هل تشعر بفترات من الحزن غير واضحة السبب ؟
- هل أصبحت أكثر عصبية ؟ .

02- مقياس الإحترق النفسي ل " جونسن " 1980 . Le staff burn out scale de . 1980 jones.

03 - مقياس " فورد " مورفي وادوارد " 1983 . Job burn out inventory de . 1983 Ford ,Morphy ; Edwards .

04 - مقياس "كوبنهاجن " بالدنمارك (CMA) Le copenhagen burn out inventory . (ملال خديجة ، 1010 : 31) .

05 - مقياس ماسلاش Maslach burn-out inventory

أعدت ماسلاش هذا المقياس عام (1981م) ويتكون من ثلاث مقاييس فرعية :

➤ إجهاد إنفعالي . Epuisement émotionnel .

➤ تبدل المشاعر . Dépersonnalisation.

➤ نقص الإنجاز الشخصي . Manque d'accomplissement personnel lards.

وهو يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ، كما أنه يصلح لأغراض التشخيص والبحث العلمي .

وقد إستخدم في العديد من الدراسات . (Richard Delaye et Stéphan Boudrandi , 2010 : 266).

وترجم إلى العديد من اللغات كالإسبانية و العربية ، فقد ترجمه إلى العربية زيد البنال سنة (2000م) ، ونصر يوسف (1991م) و فاروق عثمان سنة (2001م) . (نشوة عمار ، 2007 : 33 ، 34) .

ويعد مقياس ماسلاش للإحترق النفسي " MBI " بأنه الأكثر إستخداما لقياس الإحترق النفسي ، حيث تم توظيفه في أكثر من 180 دراسة منذ تصميمه .

وتوجد ثلاث طبقات أو نسخ من هذا المقياس وهي :

النسخة الأولى : " MBA-HSS أو (1981) MBA human services survey

وهي مخصصة للمهن المعنية بتقديم الخدمات الإنسانية مثل الطب ، التمريض ، الإستشارة

الإجتماعية وغيرها من التخصصات . (Claude lévy- leboyer , 2003 : 501) .

وهي النسخة التي تم الإعتماد عليها في هذه الدراسة .

النسخة الثانية : (MBA- ES) أو (MBI Educators survey 1986) وهي نسخة معدلة

وموجهة إلى مهنة التعليم والقطاعات الثقافية .

النسخة الثالثة : (MBA –GS) أو (MBA – general servey 1996)

وهي طبعة عامة خاصة بالقطاعات الخدمائية المتبقية وتقيس علاقة الموظف بعمله .(ملال خديجة

، 2010 : 32) .

XIII - الوقاية وعلاج الإحترق النفسي :

حالة الإحترق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تفاديها والوقاية منها . ويعتبر قيام الفرد

العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث الأغذية ، النشاط الحركي ، الإسترخاء الذهني

من الأمور الحيوية والمكملة للجهود المؤسسية في تفادي الإحترق النفسي . وبصورة عامة

يوصي الباحثون بإتباع الخطوات التالية .

01 – إدراك الفرد أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الإحترق النفسي .

02 – تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الإختبارات التي توضح له الأسباب .

03 – تحدي الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوات السابقة ، فمن الناحية

العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة .

04 – تطبيق الأساليب وإتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها .

➤ تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم إجتماعي .

➤ إدارة الوقت .

➤ تنمية هوايات وحضور الأنشطة الترويحية .

➤ مواجهة الحياة كتحدى للقدرة الذاتية .

- الإبتعاد عن جو العمل كلما أمكن .
- الإستعانة بالمتخصصين .
- الإعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في مواجهتها .

05 – تقييم الخطوات العملية التي إتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها و إتخاذ بدائل إذا لزم الأمر . (علي عسكر ، 2003 : 127) .

ويضيف بعض الباحثين :

- أخذ الإجازات باستمرار .
- ممارسة بعض التمارين الرياضية مثل الركض و السباحة .
- إجراء بعض التمارين لتخفيف الضغط مثل تدليك العضلات و التنفس العميق .
- تنويع المهام التي يقوم بها الشخص أثناء العمل حتى لا يصبح عمله روتينيا . (احمد عوض ، 2007 : 18) .

خلاصة :

نستخلص مما سبق أن الإحتراق النفسي يحدث عندما يفشل جهد العامل الشخصي في التغلب على العوامل الضاغطة المرتبطة بالعمل ، و هو ينشأ عن التوتر الناجم عن العمل لمدة طويلة ، والذي ينتج عن عدم ملائمة مصادر تكيف العمال ، وغياب المكافآت العادلة ، وغيرها من الأسباب التي تصل بالطبيب أو العامل إلى المراحل النهائية للإحتراق النفسي .

كما نستخلص أن الإحتراق النفسي يحدث نتيجة لأسباب تتعلق ببيئة العمل ، وأخرى تتعلق بشخصية الفرد . وبالتالي فإن دراسة الإستراتيجيات التي يتعامل بها الأطباء المقيمين في مواجهة الضغوط من الأمور الحيوية في هذا المجال ، بحيث إذا اتسمت شخصية الطبيب بسمات سوية ، واستخدمت إستراتيجيات تعامل فعالة فإنها تساعده على حل المشكلات والتخلص من الضغوط ، وتفادي الإصابة بالإحتراق النفسي ، وإذا حدث عكس ذلك فإن الطبيب يكون أكثر عرضة للإحتراق النفسي .

الفصل الثالث :

استراتيجيات التعامل Coping

تمهيد.

1. التعامل والتكيف والتصدي/والاحترق النفسي.
2. تطور مفهوم استراتيجيات التعامل .
3. تعريف استراتيجيات التعامل .
4. الفرق بين استراتيجيات التعامل وميكانيزمات الدفاع.
5. تصنيف استراتيجيات التعامل.
6. النماذج والنظريات المفسرة لاستراتيجيات التعامل .
7. و قياس استراتيجيات التعامل و بعض المقاييس المستخدمة .
8. خلاصة .

تمهيد :

عندما يتعرض الطبيب المقيم لموقف ضاغط أو مشكلة تعوقه لا يستطيع مواجهتها بطريقة إيجابية فإنه يقع تحت وطأة الضغوط النفسية ويتعرض للإحترق النفسي ، لكنه إذا إستطاع إستخدام إستراتيجيات التعامل بطريقة فاعلة فإنها قد تمكنه من التقليل من الضغوط وبالتالي تفادي الإصابة بالإحترق النفسي Burn out.

وهذا ما سيتناوله الباحث في هذا الفصل بعرض أهم التعاريف والتصنيفات الواردة لإستراتيجيات التعامل والوقوف على أهم المحددات والعناصر التي تلعب دورا هام في توظيف هذه الإستراتيجيات .

I - التعامل والتكيف والتصدي والإحترق النفسي :

كثيرا ما يتداخل في الأذهان مفهوم التعامل coping مع مفاهيم مثل التكيف adaptation والتصدي/ المواجهة/ الدفاع défense فهل يجوز إستخدام هذه المفاهيم بالتبادل كمفردات أم أن كل منها يستخدم في موضعه الخاص ؟

(1) **التعامل والتكيف** : coping et adaptation التعامل هو شكل من أشكال التكيف الخاص في نهاية الفعل ، إنه عملية متغيرة تستدعي اللجوء إلى السكيما المزدوج لبياجيه (Piaget) "الإستيعاب ، التكيف Assimilation – accommodation " فالفرد يصل إلى حالة التكيف عندما تتوقف عملية التعامل (ازيدي كريمة، 2007 :62).

(2) **التعامل والتصدي / الدفاع** : coping et défense إن مفهوم الدفاع والتصدي مستمد من نظرية التحليل النفسي ، فحسب فرويد الرغبات غير المقرونة بشحنة عاطفية تخل بتوازن الفرد . فيسعى هذا الأخير عندئذ إلى الدفاع عن نفسه بإستخدام سلسلة من المواقف و السلوكيات التي تغير من علاقته مع محيطه ، فألانا يستخدم الآليات الدفاعية ليحتمي بها ضد رغبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى مقابل نوع من فقدان التكيف . ولقد حاول هان . Haan (1977) في كتابه التعامل والتصدي coping and defending توضيح الفرق بين المصطلحين وإعتبر الدفاعات / التصديات مؤشرات لنقاط ضعف الأنا في حين اعتبر التعامل آلية بنائية للتكيف . إن التصدي ، والتعامل بالنسبة لهان ، يرتكزان على نفس سيرورة الأنا ويتميز كل منهما عن

الآخر بموجب نهايتهما : نقص التكيف مقابل التكيف المنتج . حيث تبدأ آليات التعامل بمجرد إدراك الفرد لتحد أو تهديد . هذا الإدراك ينشط لديه نظاما مرجعيا على المستوى المعرفي ، الأخلاقي ، الاجتماعي ، الدافعي . حيث يكون هذا النظام المرجعي قاعدة لصدور رد فعل مناسب . وعندما يكون المطلب الجديد اقوي من الفرد فان إجابة التعامل تأخذ شكل التصدي /الدفاع . (ازيدي كريمة ، 2007 : 62) .

ومن جهته يذكر ميننجر . k , Menninger (1963) في كتابه 'الميزان الحيوي ' The vital balance إن الآليات الدفاعية تستخدم حين تعجز آليات التعامل . (ازيدي كريمة ، 2007 : 62).

(3) التعامل والإحترق النفسي : coping et burn out عرفت كريستينا ماسلاش الإحترق النفسي بكونه حالة إنهاك جسدي وإنفعالي يتضمن تكوين صورة سلبية عن كل شيء .

وتضيف أن مفهوم الإحترق النفسي على علاقة بمفهوم الاليسيتيما Alexitymie الذي يقول عنه مارتان Martin (1985) وليندهوم Lindhom (1990) أنه من الآثار المترتبة على الضواغط والتي يمكن أن تؤدي للإصابة بداء نفس جسدي من جراء عدم القدرة على التعرف على الضواغط ولا على إنتاج إستراتيجيات تكيف مناسبة . ومن هذا نفهم أن الفرد يصل إلى حالة الإحترق النفسي عندما تكون إستراتيجية التعامل غير فاعلة خاصة على المستوى الإنفعالي . (ازيدي كريمة ، 2007 : 63) .

II - تطور مفهوم إستراتيجيات التعامل : coping

ظهر مصطلح إستراتيجيات التعامل لأول مرة في أبحاث ريتشارد لازاروس R.Lazarus سنة (1966) في كتابه الضغوط النفسية والمواجهة psychological stress and coping وقد عرفها "بمجموعة ردود الأفعال والأساليب المبذولة من طرف الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.

إن هذا المفهوم ينتمي إلى سياق جد محدد يعود أصله للتيارات العديدة والمختلفة. كما أن تصور عملية التعامل Coping كإستجابة للتوتر، وكإستراتيجية تكيف يستعملها المرء لمواجهة التهديدات المختلفة الناجمة على المحيط الخارجي أو عن الإنفعالات الداخلية ، فغى سبيل المثال المواجهة بالهروب ، أو المواجهة بالتجنب الناتج على الخوف أو الهجوم الناتج عن الغضب . ومن هذا

المنظور تشكل إستراتيجية التعامل مجموعة من السلوكيات المكتسبة عبر السلالة البشرية أمام التهديدات الحيوية وتستعمل تفاضليا حسب الموقف ، والذي تطور بدوره مع النصف الثاني من القرن التاسع عشر معتمدا في ذلك على البيولوجية وعلم النفس الحيوان .

ومن جهة أخرى تشكل إستراتيجية التعامل إرثا من ميراث علم النفس الأنا " Ego psychologie" ويجب الرجوع إلى الأعمال التي تناولت تصنيف آليات دفاع الأنا التي تطرق إليها باحثون مختلفون بغاية إيجاد الثوابت التي تمكن من التمييز بين الأفراد بصفة مستقرة . (بن عمور جميلة ، 2010 : 31) .

III - إستراتيجيات التعامل : coping

لقد أصبح الإهتمام بكيفية حل المشكلات والتعامل مع الضغوط والتصدي لها والتدريب عليها هدفا من أهداف التربية الحديثة ، الأمر الذي دفع الباحثين إلى الإهتمام بدراسة كيفية مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة و إحتوائها والتكيف معها وإستقصاء العوامل المرتبطة بها ، وبهذا تمثل إستراتيجيات التكيف مع الأزمت والمواقف الضاغطة أحد الملامح الأساسية للسلوك التكيفي والشخصية . (بلهوارى فاطمة ، 2010 : 43) .

ومن خلال دراستنا للتراث النظري لإستراتيجيات التعامل وجدنا أكثر من مصطلح يدل على رد الفعل إزاء المواقف الضاغطة ومن أشهر التسميات نجد coping في اللغة الإنجليزية ، ويقابله مفهوم stratégie d'adaptation في اللغة الفرنسية ، وفي العربية هناك من يستعمل إستراتيجيات التكيف (تيعزة محمد 1991 ، بشيربطاهر 2003) .

وهناك من يطلق عليها عمليات تحمل الضغوط (لطفى عبد الباسط إبراهيم 1994) ، أما الباحث علي شعبان فيطلق عليها إسم إستراتيجيات التصدي والتكيف .

ولهذا ومن أجل ضبط المفاهيم سيتم الإعتماد في هذا البحث على تسمية مصطلح coping ب "إستراتيجيات التعامل" .

IV - تعريف إستراتيجيات التعامل coping :

يرجع اصل مصطلح إستراتيجيات التعامل إلى النظريات المعاصرة حول الضغط /الإجهاد stress ونظرية لازاروس Lazarus (1968) المعرفية الظاهرية حول الإنفعالات فبالنسبة لهذه النظرية ليس للحدث الضاغط وجودا موضوعيا ، إنه لن يكون ضاغطا حتى يعطيه الفرد هذه الصبغة .(ازيدي كريمة ، 2007 : 63) .

تعريف رودلف موس Moos (1982): يعرف إستراتيجيات التعامل بالأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصادر الضغط .(بن عمور جميلة، 2006 : 32) .

تعريف لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman (1984): هي مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للسيطرة ،أو التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد .(Lazarus et Folkman , 1984 : p129) .

تعريف جوجان Gogane (1985): يرى بأن إستراتيجيات التعامل هي عمليات معرفية موجهة نحو هدف محدد يؤديها الفرد منذ إستقبال المثير حتى ظهور الاستجابة .

تعريف لطفي عبد الباسط (1994) : يعرف إستراتيجيات التعامل ل بمجموعة من النشاطات والإستراتيجيات الدينامية – سلوكية أو معرفية- يسعى من خلالها الفرد لمواجهة الموقف الضاغط أو لحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها .(بن عمور جميلة ، 2010 : 32) .

تعريف ديو Dewe (2000) : يعرف إستراتيجيات التعامل بالجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة والتعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه وتقييمه بـاعتباره يفوق طاقة الفرد ، ويرهق مصادره وقدراته ويمثل موقفا ضاغطا . (نشوة عمار ، 2007 : 49) .

تعريف محمد قاسم عبد الله (2008) : يعرف إستراتيجيات التعامل بأنها مجموعة من الإستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي مع بيئته الخارجية لكي يحدث الإنسجام المطلوب ،بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الإجتماعية والطبيعية .(بلهوارى فاطمة ، 2010 : 44) .

تعريف سبيلبرجر (Spillperger) : يعرف إستراتيجيات التعامل بأنها عملية وظيفتها فحص أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على انه مهدد له . (طبي سهام ، 2005 : 75) .

V - الفرق بين إستراتيجيات التعامل coping و ميكانيزمات الدفاع Mécanismes de Défense :

ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن التاسع عشر مرتبطاً بصفة محددة بعلم النفس الأنا L'égo psychologie من خلال تطور التحليل النفسي التقليدي وعلم النفس الدينامي . وقد عرف فرويد Freud مصطلح الدفاع بأنه تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة ، معتبرا الكبت واحداً من أهم الميكانيزمات الدفاعية .

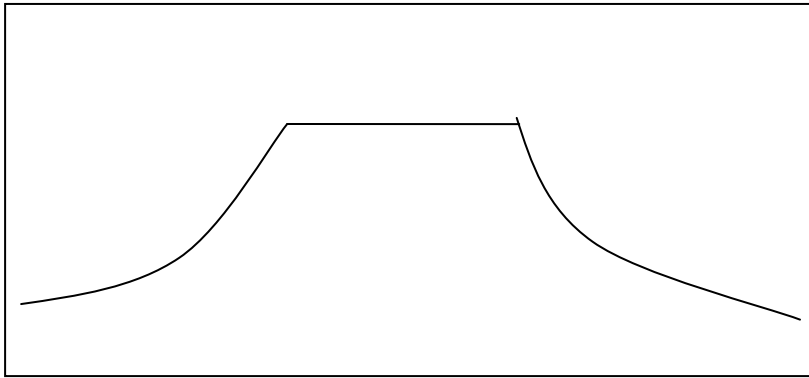
وإنطلاقاً من السنوات (1960م) و(1970م) كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الإنتقالية بين ميكانيزمات الدفاع وأساليب المواجهة coping حيث بدأ الباحثون في استخدام مصطلح إستراتيجيات التعامل coping بدلاً من الدفاع Défense حيث رأى بيوي وكوبر Perry et Cooper (1989) بأن كل إنسان يملك مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية الوظيفية والغير وظيفية معتبرين أن ميكانيزم الإغلاء والفكاهة أكثر نضجاً من الميكانيزمات الأخرى ، و في الفترة الممتدة بين (1960-1980 م) لوحظ تداخل كبير بين مصطلح إستراتيجيات التعامل coping وميكانيزمات الدفاع Mécanisme de défense لذلك سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما في أوجه الفرق المختلفة :

ميكانيزمات الدفاع : Mécanismes de Défense هي عمليات صارمة تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتغير أو تتعدل حسب ما يتطلبه الموقف ، ضعيفة المقاومة ، ترتبط بصراعات بينفسية أو بينشخصية أو بأحداث الحياة القديمة وتعمل عموماً على تحريف أو تشويح الواقع بهدف الحد من التوتر والقلق الذي يسببه الموقف الضاغط وبقاؤه على مستوى معين يتلاءم وقدرة الفرد على التحمل .

إستراتيجيات التعامل coping : هي عملية شعورية واعية يقوم بها الفرد إنطلاقاً من تحليله للموقف الذي يواجهه ، بحيث تكون استجابة الفرد إنطلاقاً من إدراكه لهذا الموقف .(طبي سهام ، 2005 : 77) .

VI -تصنيف إستراتيجيات التعامل Coping :

أولا تصنيف سيلبي H. Selye (1946): هانس سيلبي هو الذي أثنى الحياة العلمية بمفهوم الضغط stress ويعرفه بكونه المواقف التي تفرض على العضوية مجهودات تكيف تفوق طاقتها ويمكن أن تكون هذه المواقف فيزيائية أو نفسية ، ويقترح سيلبي نمودجا للتعامل مع الضغوط أطلق عليه اسم 'الأعراض العامة للتكيف général adaptation syndromes . (إزيدي كريمة ، 2007 : 65).



الشكل رقم (3) : يمثل نمودج سيلبي للتعامل مع الضواغظ نقلا عن (إزيدي كريمة، 2007 : 65).

ويتضمن نمودج سيلبي كما يوضح الشكل (3) ثلاث مراحل :

01 مرحلة التفاعل مع التنبيه alarme réaction stage : تتصف هذه المرحلة بوجود درجة عالية من القلق وخاصة إذا كان الشعور بالتهديد أو الخوف هو مصدر التوتر ، أو بدرجة عالية من الإكتئاب إذا كان مصدر التوتر هو توقع الخسارة ، وتؤدي هذه الحالات إلى زيادة ضغط الدم وتسارع ضربات القلب . (محمد القريوتي ، 2009 : 288) .

02 مرحلة المقاومة stage of resistance : وفي هذه المرحلة يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد موظفا كل طاقاته النفسية والجسمية . (إزيدي كريمة ، 2007 : 66) .

وتتبلور هذه المرحلة في ظهور آليات دفاعية منها العدوانية Agression ومهاجمة مصادر التوتر مباشرة ، سواء كان الفرد نفسه أو الآخرين أو الأشياء ، أو ممارسة النكوص والتصرف

بطريقة طفولية ، أو الكبت وإنكار وجود مصادر التوتر وتجاهلها أو الانسحاب وعدم التصرف .
(محمد القريوتي ، 2009 : 288) .

03 مرحلة الإنهاك stage of exhaustion : في هذه المرحلة تستنزف طاقة الفرد ويصبح عرضة لمشكلات عدم التوافق والإصابة بالأمراض .(ازيدي كريمة، 2007 : 66) .

ثانياً تصنيف كولمان v Coleman (1979): في كتابه "ضبط الضغط stress control" يشير كولمان إلى ثلاث ميكانيزمات يلجا إليها الفرد للتعامل مع الضواغط والتخفيف من أثارها :

01 وصول المعلومات The arrival of information

02 الإستجابة التلقائية Automatico responses

03 حالة التيقظ Stage of alert .(ازيدي كريمة ، 2007 : 66) .

ثالثاً تصنيف لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman : يعتبران الإدراك المحدد الأساسي والوحيد لمستوى تأثير الأحداث الحياتية على الفرد نفسياً وصحياً .(معروف مراد ، 2007 : 56) .

ولقد حدد الباحثان طريقتان للتعامل مع الأزمات والضواغط :

01 إستراتيجيات التعامل المركزة حول المشكل : تتضمن هذه الطريقة محاولات الفرد للتعامل مع مصدر الأزمة ، أنها نشاطات سلوكية ومعرفية يلجا إليها هذا الأخير للتخلص من الموقف المهدد أو إختزاله . (طبي سهام ، 2005 : 83) .

02 إستراتيجيات التعامل المركزة حول الإنفعال : وتتضمن هذه الطريقة المحاولات التي يقوم بها الفرد للتخلص من حالة الضيق الإنفعالي المرتبطة بالموقف الضاغط أو على الأقل التخفيف منها . (Jemmet et all , 1996 : 233) .

رابعاً تصنيف بيرلان وسكولار Pearlin & Scooler (1978) :

في مقال لهما بعنوان "بنية التعامل" the structure of coping يعرف الباحثان إستراتيجيات التعامل بمجموعة من النشاطات التي يبحث الأشخاص من خلالها على تجنب الضرر من الضغوط التي يتعرضون لها ويقترحان 3 أبعاد :

- 01 محاولات لتغيير الموقف بالقضاء على مصادر الضغط .
- 02 مجهودات لتغيير معنى الضغط وإختزال مفعول الحدث من خلال المعنى .
- 03 إيجاد طرق للتحكم في مشاعر الضيق أي تسير الضغط . (ازيدي كريمة ، 2007 ، 66).

خامساً تصنيف مارتن وزملانه Martin et al (1992) :

يقدمان أسلوبين من إستراتيجيات التعامل هما :

- 01 الإستراتيجيات الإنفعالية في المواجهة : وفيها يلجأ الفرد إلى إستخدام ردود الفعل الإنفعالية في مواجهة التوتر منها التوتر ، الشك ، الغضب والإنزعاج .
- 02 الإستراتيجيات المعرفية في المواجهة : وفيها يلجأ الفرد إلى إعادة التفسير الإيجابي والتحليل المنطقي وبعض أنماط التفكير الرغبي والنشاط التخيلي . (معروف مراد ، 2007 : 58) .

سادساً تصنيف كوهين Cohen (1994) : قدم كوهين مجموعة من الإستراتيجيات :

- 01 التفكير العقلاني : إستراتيجية يلجأ من خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي ، بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط .
- 02 التخيل : إستراتيجية يتجه فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل كما أن لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث .
- 03 الإنكار : عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الإطلاق . (مقدم سهيل ، 2010 : 89) .
- 04 حل المشكلة : يمكن أن يكون للمشاعر السلبية التي تثيرها الإخفاقات والتناقضات الموجودة داخل الذات والتوترات التي تخلقها الضغوط نتائج دافعية إيجابية ، ونحن لا نهرب دائماً من

العقاب بل أحيانا نزيد من إستعدادنا لمواجهته ، وعندما يؤمن الناس بأنه يمكنهم تحقيق النجاح في خفض التناقضات الموجودة في الذات ، وعندما يعززون نقائصهم إلى قوى يمكن التحكم فيها ، أو عندما يرون أساليب للتحكم في مشكلات حياتهم الحقيقية فإنهم يلجئون للقيام بذلك .(السيد عبد الرحمان ،2007: 171) .

05 الفكاهاة : إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهاة وبالتالي قهرها والتغلب عليها . كما أنها تؤكد على الإنفعالات الإيجابية أثناء المواجهة .

06 الرجوع إلى الدين : وتتضح هذه العملية عند لجوء الأفراد إلى الدين والإكثار من العبادات والدعاء المتصل حيث يصبح الدين مصدرا للدعم الروحي والإفعالي سلوكا وعملا لتجاوز الموقف الضاغط .(سويج نصيرة ، 2005 : 136) .

سابعا تصنيف لطفي عبد الباسط إبراهيم (1994) :

إعتمد الباحث في تصنيفه لإستراتيجيات التعامل التي يلجا إليها الفرد حين تعرضه للضواغط على التصور الذي قدمه لازاروس مشيرا إلى أن تصنيفه هذا قد لا يكون شاملا لكل الأساليب إذ أنه وحسب الباحث لطفي عبد الباسط إبراهيم دائما قد تزيد الأساليب أو تنقص حسب عينة البحث وما قد تواجهه من مواقف ضاغطة :

ا- العمليات السلوكية الموجهة نحو مصدر المشكلة : ويشتمل هذا الأسلوب على :

❖ **الفعل النشط وكف الأنشطة التنافسية :** وتتضمن هذه الإستراتيجية قيام الفرد بأفعال

لمواجهة المشكل مع محاولات مستمرة من جانبه لزيادة الجهد أو تعديله والإبتعاد عن الأنشطة التي قد تصرفه على التهديد الذي يواجهه .

❖ **التريث :** تتضمن هذه الإستراتيجية محاولة الفرد عدم التسرع في إصدار رد الفعل

وترصد الوقت المناسب .(ازيدي كريمة، 2007 : 70) .

ب- العمليات السوكية الموجهة نحو الإنفعال : إن الغاية من هذه الإستراتيجية هي التخفيف من التوتر الإنفعالي وتشتمل على :

01 السلبية : تبدو هذه العملية في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم ومشاهدة التلفزة والتنزه والانشغال بأمرى أخرى بعيدة عن المشكلة بغرض تخفيف وإزالة الآثار الإنفعالية المترتبة عليها .

02 لوم الذات : تتمثل هذه الإستراتيجية في محاولة الفرد إخفاء ما حدث وما يشعر به والإبتعاد عما يذكره بالمشكلة بل ويلوم نفسه بأنه سبب ما هو فيه .

03 التنفيس الإنفعالي : تتمثل هذه العملية في قيام الفرد بأفعال قد لا تكون مرتبطة بالمشكلة ولا يجيدها أصلا لتفريغ مشاعره ، وقد يقتضي ذلك التآني في إختيار وتنفيذ مثل هذه الأنشطة .(مقدم سهيل ، 2010 : 95) .

ج- العمليات المعرفية المتمركزة حول المشكل : ويشمل هذا الأسلوب 3 إستراتيجيات :

01 إعادة التفسير الإيجابي : وهي عبارة عن جهود معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى تحويل الموقف الضاغط وذلك بتغيير أهدافه وتعديلها ، وقد تبدأ هذه الإستراتيجية موجهة نحو الإنفعال إلا أن إعادة التقدير يقود الفرد إلى أن يسترد أفعالا نشطة توجهه نحو مصدر المشكلة .

02 التحليل المنطقي: و هو إستراتيجية يذهب من خلالها الفرد إلى ما وراء المشكلة كمحاولة للإمساك بجميع أطرافها، وتوقع ما يمكن أن يؤول إليه الموقف إذا ما قام بعمل ما.

03 الإنكار: تتضمن هذه الإستراتيجية تجاهل الفرد لخطورة الموقف الضاغط ورفض الإعتراف بما حدث ويتصرف وكان شيئا لم يكن.(سويج نصيرة ، 2005: 135).

د- العمليات المعرفية حول الجوانب الإنفعالية:

ويشمل هذا الأسلوب 04 إستراتيجيات :

01 القبول و الإستسلام: وتتضمن هذه الإستراتيجية الإعتراف بالغياب الحالي لأي إستراتيجية فعالة لحل المشكل. كما أنها تتضمن نشاطاً معرفيا ضمنيا يقود الفرد إلى قبول الواقع والتعايش معه.

02 التفكير الرغبي: تتضمن هذه الإستراتيجية تمني الفرد زوال المشكل و تحسن الموقف .

03 الإنسحاب العقلي/ المعرفي: وتتضمن هذه الإستراتيجية إستغراق الفرد في أحلام اليقظة و الإنشغال بالتفكير بأمور لا تتصل بالمشكل (ازيدي كريمة ، 2007: 71).

هـ- العمليات المختلطة (سلوكية _ معرفية) : ويشمل هذا الأسلوب حسب الباحث لطفي عبد الباسط إبراهيم على إستراتيجيتين :

1- البحث عن المعلومات و الدعم الإجتماعي: يسعى من خلاله الفرد للحصول على المعلومات بغرض المساندة و النصيحة والفهم الجيد للموقف، ويعد هذا تحملاً موجهاً نحو المشكلة، وفي المقابل قد يسعى إلى التأييد و الدعم الأخلاقي أو التعاطف ويعد ذلك مظهراً للتحمل الموجه نحو الإنفعال (مقدم سهيل ، 2010: 97) .

ولقد أدت الروابط الإجتماعية والعلاقات مع الآخرين منذ أمد بعيد من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الإنفعالي كما أنها يمكن أن تخفف من تأثير الضغط و تساعد الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة و تخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء الصحة (شيلي تايلور ، 2008 : 448) .

ويتم الدعم الإجتماعي بثلاث طرق وهي:

/ دعم اجتماعي مادي (وسيلي) : و يتمثل في المساعدات المادية المساعدات العينية و ذلك عندما تكون المشكلة الضاغطة تتعلق بالمال أو السكن كالكوارث الطبيعية و ما تسببه من ترك الفرد بلا مأوى أو التسريح المفاجئ من العمل .

/ دعم معلوماتي : و هو عبارة عن إعطاء النصائح و الآراء حول كيفية مواجهة الحدث ويتم أحياناً عن طريق إعطاء الآخرين نتائج خبراتهم في المواقف المشابهة لموقف الفرد أو تزويد الفرد بالمعلومات الهامة التي يتوقع أن تساعد على التعامل مع المشكلة .

/ دعم عاطفي : و يقصد به التعامل الذي يحصل عليه الفرد من أفراد أسرته أو أصدقائه أو زملائه في العمل حيث يسهم هذا التعاطف ، و مشاركة الآلام في التخفيف من الإحساس بالحزن. (مقدم سهيل ، 2010 : 99) .

2- التحول إلى الدين: تتضمن هذه الإستراتيجية إكثار الفرد من الدعاء و ممارسة العبادات طلبا للدعم الروحي و هذا ما يمثل تعاملًا موجها نحو الإنفعال أو سلوكا و عملا لتجاوز الموقف الضاغط. (إيزيدي كريمة ، 99 : 2007).

و عن دور إستراتيجية الدين في التخفيف من حد ة الضغوط النفسية أجرت الشويعر (1984) دراسة عن الإيمان بالقدر و أثره على القلق النفسي ,وتكونت عينة الدراسة من (200) طالبة جامعية و كشفت الدراسة عن وجود علاقة إرتباطيه سالبة بين درجة الطالبات على مقياس الإيمان بالقضاء و القدر و درجاتهن على مقياس القلق النفسي كما كشفت عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الطالبات الأكثر إيمانا بالقضاء و القدر , و الأقل إيمانا به لصالح الطالبات الأقل إيمانا بالقضاء و القدر . وقد كشفت كل من (بيهر و جونسون) إلى أن الأمريكيين يلجئون إلى الأسلوب الديني في أقسام الشرطة عندما يشهد ضغط العمل, و في Beeher et Jonhson (1995) دراسة أجراها كل من بارك و كوهين Park et Kohen (1993) توصلت نتائجها إلى أن استخدام الأسلوب الديني يمكن أن يكشف آثاره من 3 طرق و هي:

1- الطريقة الأولى : هي الإطار المرجعي للمعتقدات التي يمكن أن تسير إعادة التفسير الايجابي لمعنى الحدث

2- الطريقة الثانية : هي الدعم الاجتماعي للجماعة الدينية

3- الطريقة الثالثة: هي الأساس بالتحكم في الحدث الضاغط و إمكانية السيطرة عليه (مقدم سهيل ، 2010 : 100).

ثامنا تصنيف هيجنزو اندلر Higgins J.E.C Endler (1995): في مقال لها بعنوان "التعامل مع ضغط الحياة و الضيق النفسي و الجسدي "أشار الباحثان إلى 3 أساليب للتعامل مع الضواغط هي :

1- **التوجه الانفعالي: Emotional oriented:** ويتضمن هذا الأسلوب ردود الأفعال الانفعالية (مشاعر الضيق و التوتر والقلق والإنزعاج والغضب والحزن واليأس) التي تنتاب الفرد وتنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكل .

2 - **التوجه نحو التجنب: Avoidance Oriented:** ويتضمن هذا الأسلوب محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع الضواغط والإكتفاء بالإانسحاب من الموقف.

3- **التوجه نحو الأداء task oriented:** ويتضمن هذا الأسلوب المحاولات السلوكية النشطة التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع ال مشكل وبشكل واقعي عقلائي؛ إذ نجده يسعى لمعرفة الأسباب الحقيقية للمشكل و الإستفادة من خبرته السابقة و إقتراح بدائل للتعامل مع المشكل لإختيار أفضلها ووضع خطة فورية لمواجهة المشكل . (ازيدي كريمة ، 2007:72) .

VII -النماذج و النظريات المفسرة لإستراتيجيات التعامل

وهنا سنتطرق إلى كل من النماذج الكلاسيكية و النماذج الحديثة لتفسير و تصنيف مفهوم إستراتيجيات التعامل :

1 - النماذج الكلاسيكية لتفسير مفهوم إستراتيجيات التعامل:

يمكننا الحديث عن نوعين أساسيين من البحوث النظرية لنوعين مختلفين من التناولات، يتصل النوع الأول بما يسمى البحوث التجريبية التقليدية على الحيوان بينما يتصل النوع الثاني بالتحليل النفسي .

1) تناول الذي قدمته البحوث التجريبية على الحيوان:

يستند هذا تناول على نتائج البحوث القائمة على ما يعرف بالنموذج الحيواني للضغط و المواجهة وهو تناول متأثر إلى حد كبير بالفكر الدارويني حول مبدأ "الصراع من أجل البقاء" إذ تم استخدام مصطلح إستراتيجيات التعامل للدلالة على ميكانيزم التكيف الذي يستعمله الفرد للدفاع ضد التهديدات التي تأتي من العالم الخارجي ، أو الدفاع ضد الإنفعالات الداخلية .

و في هذا الصدد يرى لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman (1984) أن البحوث التي تستند إلى النموذج الحيواني للضغط و المراقبة تركز أساسا على ما يسمى بالسلوك التجنبي أو سلوك التفادي أو سلوك الهروب (بن عمور جميلة ، 2010 : 37 ، 38) .

و حسب لازاروس فإن التعامل لدى الحيوان هو آلية حيوية تتضمن التصرف بغرض ضبط ظروف المحيط المنفرة ، و هذا بهدف إختزال إضطرابات سيكوفيزيولوجية محتملة و ذلك بواسطة سلوك الهروب و التجنب أساسا (ايريدي كريمة ، 2007 : 63) .

2) تناول التحليلي:

هناك من الباحثين أمثال باركار و اندلر Parker & Endler (1996)؛ سنايدر و دينوف Snyder & Dinoff (1999) من يرجع الأبحاث الأولى حول التعامل إلى الستينات و هذا في إطار الأعمال المنجزة حول الآليات الدفاعية كما وصفها فرويد Freud وتلامذته. ذلك أن وظيفة الآليات الدفاعية ووظيفة التكامل، وفق النظرية التحليلية هي الحفاظ على نوع من الإتران (Homiosies Psychologique) حين يضرب هذا الأخير بفعل صراعات مختلفة. (ازيدي كريمة ، 2007 : 64) .

ب - النماذج الحديثة في تصنيف مفهوم إستراتيجيات التعامل (coping) .

1) نموذج التفاعلات التقييمية : Transactional Appraisal Processes تطور النموذج التفاعلي للضغوط وأساليب المواجهة بإعتماد الباحثين المبدأ التكاملية بين المقاربتين البيئشخصية inter Individuelle والبيئية intra individuelle في بحوث المواجهة ومن خلال هذه النظرية هناك طريقتين للتفكير في الفروق التي تؤثر في عملية المواجهة .

الأولى توافق النظرية البيئشخصية هي إحتمال وجود أساليب وإستعدادات ثابتة للمواجهة يحملها الأفراد معهم للمواقف الضاغطة التي يواجهونها .

والثانية مفادها أن الطرق المفضلة للمواجهة تنبع من أبعاد الشخصية التقليدية حسبما يتوافق والنظرية البيئية .(طبي سهام ، 2005 : 91) .

وقد قدم لازاروس Lazarus (1960) نظريته حول الضغوط و عمليات البيئة، وقد إعتد على فكرة أن المواجهة ناتجة على تفاعلات الفرد مع البيئة، لذلك عرف إستراتيجيات التعامل بأنها: " الجهود المعرفية و السلوكية التي يقوم بها الفرد لتدبير مطالب البيئة الداخلية و الخارجية " (بن عمور جميلة ، 210 : 38) .

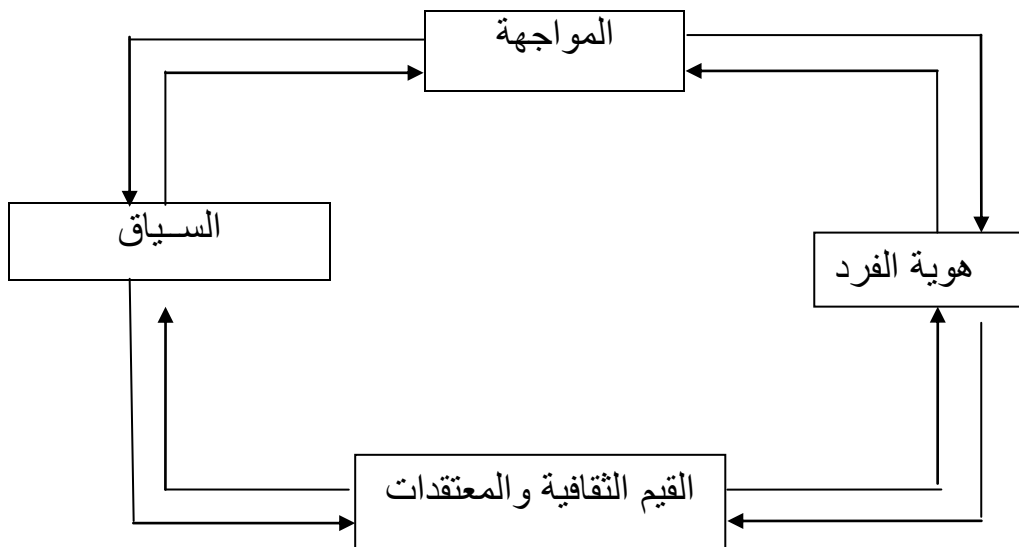
وقد أشار إلى العمليات المكونة لإستراتيجيات التعامل وهي :

- ❖ **الموقف الضاغط:** وهو مكون من مواقف ضاغطة خارجية، وتتمثل في المواقف التي يواجهها الفرد في البيئة الخارجية، ومواقف ضاغطة داخلية و التي تكون زابعة من داخل الفرد. وتتكون من خلال إدراكاته للعالم الخارجي).
- ❖ **عمليات التقييم :** عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط فلننه يقيمه من خلال عمليتين هما :
 - **مرحلة التقييم المبدئي/ الأولي :** يقوم الفرد خلالها بإصدار حكم أو تأويل أو تقويم أو تفسير للموقف وفق نظرتة الخاصة. وبذلك قد يكون أي حدث عارض مؤزما لشخص و ممتعا لآخر، هذه المرحلة إذن تدرك المواقف على أنها مهددة أم غير ذلك.
 - **مرحلة التقييم الثانوي:** حين يتأكد الفرد أن الموقف مهدد، تنشط لديه عمليات التعامل و ذلك انه بمجرد إدراكه للخطر يبادر إلى تقديم إمكاناته لإصدار رد الفعل وهذا ما يعبر عنه بمرحلة التقييم الثانوي. ذلك أن الفرد في هذه المرحلة يتدبر أشكالا للتعامل مع الموقف الضاغط ، أو أنه يستحضر الإستجابة الممكنة للذهن. (ازيدي كريمة، 2007: 64).

(2) النظرية المعرفية :

يرجع أصل مفهوم مصطلح التعامل مع الأزمة إلى النظريات المعاصرة حول الضغط/ الإجهاد stress ونظرية لازاروس Lazarus المعرفية الظاهرية حول الإنفعالات (1968).
فبالنسبة لهذه النظرية ليس للحدث الضاغط وجودا موضوعيا، إنه لن يكون ضاغطا حتى يعطيه الفرد هذه الصيغة – ويصف لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman (1984) التعامل Coping في هذه النظرية كمعاملة transaction بين الفرد و محيطه . حيث يتدخل التعامل Coping كمهدئ للعلاقة بين الحدث الضاغط و حالة الضيق الإنفعالية. ويضيف الباحثان أنه بالنسبة للتعامل، ينصب الإهتمام حول دور تفسير/تقييم évaluation المشكل . إذ تمكن هذه العملية من تحديد طبيعة الحالة الانفعالية المرتبطة بالتهديد إن كانت ايجابية أو سلبية. (ازيدي كريمة، 2007 : 63).

(3) النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت (1988) Granzvoort



الشكل (4) يمثل عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت.

نقلا عن نشوى كرم عمار (2007) .

يشير هذا النموذج إلى أن استراتيجيات التعامل هي عملية ذات طبيعة معقدة يجب أن تفهم من خلال نموذج متعدد الأبعاد ويقوم النموذج على الدعائم الأساسية التالية:

هوية الفرد : إحساس الفرد بالإستمرارية و التفرد في تفاعله مع السياق الإجتماعي، و تشمل الخصائص الشخصية، و الشعور بالكفاية الشخصية، و نجد هوية الفرد متغير مستقل يؤثر في عملية المواجهة كما يعاد تشكيلها على نحو متواصل في تفاعل مستمر مع المواجهة و السياق الإجتماعي.

المواجهة: تتأثر المواجهة بالسياق الإجتماعي الذي يقع فيه تفاعل كل من الهوية و المواجهة، ويتم تحديد أساليب المواجهة من خلال القيم الثقافية و المعتقدات.

السياق الإجتماعي: متغير لا يتسم بالثبات، و هو يتغير على نحو متواصل ، و يتأثر بكل من المتغيرات الإقتصادية و الإجتماعية.

القيم الثقافية و المعتقدات:

و لها دورها في تشكيل فهم الفرد للضغوط و تحديد أساليب المواجهة. و قد إهتم النموذج بالعلاقات الإجتماعية، فلختيار الفرد لأساليب مواجهة معينة، يمكن أن يجعله مغترب عن السياق الإجتماعي الذي يعيش فيه أي أن عملية المواجهة تتأثر بالوسط الاجتماعي.

(نشوى عمار ، 2007 : 62).

VIII - قياس إستراتيجيات التعامل و بعض المقاييس المستخدمة :

تحظى موضوعات الضغط و نتائجه ب إهتمام كبير لدى العاملين بعلم النفس الصناعي والتنظيمي في الوقت الحاضر و يعود ذلك إلى النتائج و الآثار الخطيرة التي يتركها الضغط على سلوك العاملين، و صحتهم و هناك إعتقاد بلأن أكثر من نصف الأمراض الجسدية مرتبطة بالضغط بطريقة أو بأخرى.(رونالد ريجو ، 1999: 299).

ونظرا لأن الجسم لا يستجيب بأي من الإستجابتين الخاصتين بالضغط النفسي وهما المقاومة و الهروب، فإن ردود الفعل تجاه هذا الضغط تتراكم ويزداد تأثيرها. ومن هنا تبدأ الأمراض و العلل في إصابة الجسم، ففي ظل التعرض لضغط نفسي مزمن ، تكون الفرصة مواتية للإصابة

بمشكلات وقد قام كل من " توماس هولمز ، و ريشارد راه " اللذان يعملان كأطباء نفسيين بكلية الطب التابعة لجامعة واشنطن ، بدراسة مبتكرة ربطت بين الضغط النفسي و الإصابة بالأمراض ، وقد قاما بتطوير مقاييس لتقييم مستوى الضغط النفسي الشخصي يطلق عليه

✓ **مقياس أحداث الحياة أو (مقياس تقييم إعادة التوافق الاجتماعي).** (ميريل دوجلاس ، 2008 : 235).

وهو يقيم بشكل عام العوامل المسببة للضغط بما في ذلك العوامل المتعلقة بالعمل.

و هناك مقياس آخر يسمى :

✓ **Hanson Scal of Stress Resistance** ويناقش مقاومة الضغط العصبي مثل التوازن بين نظام الحياة الصحي و البيت المستقر من ناحية و الوظيفة غير المناسبة و أهداف العمل غير الواقعية من ناحية أخرى .

✓ **سلم تولوز للتعامل : Echelle Toulousaine de coping**

تم تصميم هذه الأداة سنة (1993) من طرف إسبيلوبس و زملائه -Esparbés.S& Sordes- و تعد اختزالاً لقائمة (cope) التي أعدها كارفر و زملاؤه Carver et al إذ وبعد أن كانت القائمة في شكلها الأصلي تتضمن 5 مجالات للتعامل أصبحت (عقب تصرف إسباربس و زملائه فيها) تتكون من 3 مجالات فقط وهي :

- الفعل (مجال الجهد الإداري).
- المعلومة (المجال المعرفي) .
- العواطف (المجال الإنفعالي).

كل مجال من هذه المجالات الثلاث يتكون من (6) أبعاد وكل إستراتيجية من الإستراتيجيات الست تتضمن (3) أبعاد. و بذلك تكون الأداة متضمنة ل (18) بعداً. (ازيدي كريمة، 2007 : 80).

✓ مقياس الأبعاد الوظيفية للمواجهة : إعداد كوكس و فيرجسون (1997)

Functional Dimensions of Coping Scale (FDC)

ويشير إلى الإستجابات السلوكية و الوظيفية التي يستخدمها الأفراد في مواجهة الضغوط، و يقيس هذا المقياس أربعة وظائف للمواجهه و هي:

1. الإقدام : وتشير إلى السلوكيات التي يعتقد الشخص أنها تتيح له التعامل بشكل مباشر مع المشكلة.
2. الإحجام : وتشير إلى الإستجابات السلوكية التي يعتقد الشخص أنها تتيح له تجاهل وجود المشكلة.
3. التنظيم الإنفعالي : Emotional Regulation : وهي تشير إلى السلوكيات التي يعتقد الشخص أنها تتيح له التعامل مع النتائج و الآثار الإنفعالية الناتجة عن الأحداث و المواقف الضاغطة.
4. إعادة التقييم : وتشير إلى الإستجابات السلوكية التي يعتقد الفرد أنها تتيح له تفسير و إعطاء معنى إيجابي للحدث الضاغط.(طه حسين و سلامة حسين ، 2006 : 117).

أما على مستوى القياسات النفسية فهناك قياسات لما يطلق عليه سلوك النوع (أ) والنوع (ب) فسلوك الأشخاص الذين يندرجون تحت النوع (أ) يكون تنافسيا ومنجزا ، عدوانيا وقلقا و نافذ الصبر وهذا النوع غالبا ما يقع تحت ضغط الوقت أو المسؤولية وهو في كثير من الأحيان يعشق العمل .

أما النوع (ب) فعلى العكس يكون أكثر إسترخاء وغير متوتر وقادر على العمل بدون قلق . ومن الطبيعي وجود علاقة بين الأشخاص من النوع (أ) والضغط العصبي الناجم عن العمل ، وأيضا أمراض الشريان التاجي .(مارك باركينسون، 2008 : 269) .

✓ مقياس ميلر للأسلوب السلوكي (1987) Miller Behavioral style scale (MBSS) :

ويتكون هذا المقياس من أربعة مواقف افتراضية ضاغطة تشير إلى التهديد النفسي والجسمي للفرد وهذه المواقف لا يستطيع التحكم فيها والسيطرة عليها ومن أمثلة هذه المواقف تخيل نفسك راكبا طائرة وقد حدث بها خطأ ، ويوجد أسفل كل موقف من هذه المواقف الضاغطة ثمان

إستجابات مواجهة ، بعضها يتعلق بالسعي نحو الحصول على المعلومات وبعضها الآخر يرتبط بتجنب الحصول على المعلومات . (طه حسين و سلامة حسين ، 2006 : 111) .

✓ مقياس أسلوب المواجهة : coping style scal :

صمم نواك Nowaack سنة (1989) أداة لقياس أساليب التعامل التي قد يلجأ إليها الفرد حين تعرضه للضغوط وتتضمن (20) فقرة موزعة على 04 إستراتيجيات :

01 التفكير المتطفل الإيجابي : Intrusive positive thoughts

02 التفكير المتطفل السلبي : Intrusive négative thoughts

03 التجنب : Avoidance

04 التركيز على المشكلة : Problem-focused . (ازيدي كريمة، 2007 : 74) .

✓ مقياس المواجهة Cope Inventory :

اعد المقياس كارفر وزملائه Carver et al (1989) ويتكون من (52) عبارة موزعة على 13 مقياسا فرعيا هي :

01 التعامل النشط Active coping

02 التخطيط planing

03 إستبعاد /قمع الأنشطة المنافسة : suppression of competing activities

04 السعي إلى الدعم الإجتماعي : seeking social support

05 التمهل : Restraint

06 السعي إلى الدعم الإجتماعي لأغراض عاطفية : seeking social support for

émotionnel reasons

07 التركيز على العواطف وإظهارها : Focusing an and venting of emotion

08 الميل إلى التحرر السلوكي : Behavioral disengagement

09 الميل إلى التحرر الذهني : Mental disengagement

10 إعادة التفسير الإيجابي : positive réinterprétation

11 الإنكار : Denial

12 التقبل : Acceptance

13 الرجوع إلى الدين : Returning to Religion

قام مصطفى خليل الشرقاوي بتعديله وإعادة تقنينه للإستخدام العربي (1993) واختصره إعتقادا على التحليل العاملي ، حيث انتقى أكثر العبارات تشبعا على كل عامل ويتكون في صورته النهائية من (12) أسلوبا صنفتها في 3 إستراتيجيات :

01 إستراتيجية المواجهة

02 إستراتيجية التماس العون

03 إستراتيجية السلبية

وقد أطلق عليها إستراتيجية التعامل مع المواقف الضاغطة ، وفي مراجعة أخيرة للمؤلف كارفر Carver (1997) قام باختصاره من (52) إلى (21) عبارة موزعة على (14) أسلوبا (بزيادة أسلوب لوم الذات) . (نشوعمار ، 2007 : 34) .

✓ قائمة التعامل مع المواقف الضاغطة Coping Inventory for stressful situations.(CISS) 1990

يعتبر إختبار إستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة (CISS) جزء من إختبارات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في توازننا الجسمي و النفسي و الإنفعالي عند مواجهة أحداث أو مواقف محبطة .
سلم (CISS) يسير بطريقة ذاتية و يعتمد في تطبيقه على الورقة و قلم الرصاص، و يتكون من (48) فقرة تتوزع كالاتي:

➤ 16 عبارة لقياس بعد المشكل (Tache).

➤ 16 عبارة لقياس بعد الإنفعال (Émotion).

➤ 16 عبارة لقياس بعد التجنب (Évitement).

تتوزع الوحدات الخاصة بقياس بعد التجنب إلى سلمين فرعيين.

الترفيهية **Distraction** يشمل (8) فقرات .

الدعم الاجتماعي **diversion social** يشمل (5) فقرات . (كبداني خديجة ، 2007: 115).
وهو المقياس الذي سوف يعتمد عليه الباحث في الدراسة الحالية .

خلاصة :

يمكن القول إن مجتمع الأطباء المقيمين بكل ما يكتظ به من مشكلات سواء كانت متعلقة بطبيعة العمل ، أو المشكلات الإدارية ، أو العلاقات الإجتماعية المتبادلة بين الأطباء بعضهم البعض ن أو علاقتهم مع المرضى . كلها أمور تجعل الأطباء المقيمين عرضة للإحتراق النفسي Burn out ، ولكن الأفراد طبقا لصفاتهم الشخصية ، وما يتصفون به من خصائص ، أو ما يمتلكونه من إستراتيجيات للتعامل مع الضغوط ، قد يجعل الأطباء المقيمين يختلفون في درجة معاناتهم من الإحتراق النفسي Burn out باختلاف أنماط شخصياتهم ، أجناسهم ، أو التخصصات التي ينتمون إليها ، و أوقات عملهم .

وإنطلاقا من هذا يحاول الباحث في هذه الدراسة تحديد العلاقة بين الإحتراق النفسي Burn out وإستراتيجيات التعامل Coping وإبراز أهم مواطن الإختلاف بين الأطباء المقيمين سواء في الإحتراق النفسي Burn out أو إستراتيجيات التعامل Coping .

الفصل الرابع :

الدراسات السابقة

تمهيد

1. الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي في مجال الطب والتمريض.
2. الدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض .
3. الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي واستراتيجيات التعامل في مجال الطب والتمريض.

تمهيد :

نظرا لانتشار ظاهرة الاحتراق النفسي Burn out في مجال الطب والتمريض وفي المجالات الأخرى ، ونظرا لان استراتيجيات التعامل Coping تختلف من فرد لأخر نجد أن هناك العديد من الباحثين الذين تناولوا دراسات حول الموضوع ومن هذه الدراسات :

I - الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي في مجال الطب والتمريض:

- 01 - دراسة فيزنتيني وآخرون (Visintini et al) (1996) بايطاليا .
- عنوان الدراسة : الضغوط النفسية وعلاقتها بالعمل مع مرضى الايدز كمتنبئات لدرجة الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدات العناية بمرضى الايدز .
 - أهداف الدراسة : التعرف إلى العلاقة بين الضغوط النفسية وعدد من المتغيرات الجنس ، السن، الحالة الاجتماعية ، وطول مدة العمل مع مرضى الايدز ودرجة الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض .
 - عينة الدراسة : تكونت العينة من (410) من الممرضين والمرضات يعملون في (19) مستشفى لمعالجة مرضى الايدز في جنوب ايطاليا .
 - أدوات الدراسة : مقياس اثر الايدز ، ومقياس الضغط النفسي ، ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .
 - نتائج الدراسة :
- وجود علاقة ايجابية بين طول مدة العمل مع مرضى الايدز وتبلد المشاعر .
 - وجود علاقة بين كل من مصادر الضغوط (العلاقة مع زملاء العمل ، المكافآت الاجتماعية ، الغم والحزن) مع أبعاد مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي . (رجاء مريم ، 2006 : 18) .
- 02 - دراسة شيوك وسويرز (Cheuk & Swears) (1998) بهونغ كونغ .
- عنوان الدراسة : مقاومة الضغوط النفسية والاحتراق النفسي عند الممرضين .
 - أهداف الدراسة : تحديد ردود فعل العاملين في مهنة التمريض على الضغوط من خلال دراسة العلاقة بين مقاومة الضغوط والاحتراق النفسي .
 - عينة الدراسة : تكونت العينة من (171) ممرضا وممرضة .

أدوات الدراسة : مقياس مقاومة ضغوط العمل ، مقياس الدعم الاجتماعي ، مقياس الاحتراق النفسي (ميكلر وروزن).

• نتائج الدراسة : كشفت الدراسة على النتائج التالية :

- إن الممرضين الذين يتلقون دعماً اجتماعياً من قبل زملائهم في العمل لديهم درجات أقل على مقياس الاحتراق النفسي .
- يرتبط عبء العمل الزائد بدرجة مرتفعة من الاحتراق النفسي .(رجاء مريم ، 2006 : 20) .

03 - دراسة ستوردار **Stordar (1999)** ببلجيكا .

عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي لدى الممرضين في المستشفى الجامعي ببلجيكا .

أداة الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .

• عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة (625) ممرضاً ومعالجاً .

• نتائج الدراسة : كشفت النتائج أن العينة تعاني عموماً من مستوى متوسط من الاحتراق

النفسي باختلاف أقسام المستشفى .(ملال خديجة ، 2010 : 39) .

04 - دراسة البديوي (2000) في الأردن :

• عنوان الدراسة : درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات

محافظة عمان ، واثراً بعض المتغيرات في ذلك .

• أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تحديد درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى

الممرضين ، واثراً بعض المتغيرات الشخصية في تحديد درجة الاحتراق النفسي .

• عينة الدراسة : تكونت العينة من (566) ممرضاً وممرضة من العاملين في مستشفيات

عمان .

• أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، مقياس مصادر الاحتراق النفسي من

إعداد الباحث .

• نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين والممرضات يعانون تكرر حدوث الشعور

بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية وشدة حدوثه بدرجة متوسطة ، وأنهم يعانون تكرر وشدة

الشعور بتباعد المشاعر بدرجة متوسطة ، وتكرار وشدة نقص الشعور بالانجاز بدرجة عالية .(رجاء مريم ، 2006 : 34) .

05 - دراسة مودة الشيخ محمد عابدين (2001) الخرطوم .

عنوان الدراسة : الاحتراق المهني وعلاقته بتقدير الذات للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم .

- أهداف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على :
 - السمة العامة للاحتراق المهني للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم .
 - العلاقة بين الاحتراق المهني للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج بولاية الخرطوم ومتغير العمر وسنوات الخبرة والمؤهل الأكاديمي .
 - الفرق في الاحتراق المهني للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج في الخرطوم تعزى لمتغير النوع والحالة الاجتماعية .
- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (75) من المعالجين النفسيين من مختلف مستشفيات الخرطوم .
- أدوات الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، مقياس تقدير الذات لكوب سميث .
- نتائج الدراسة :
 - الاحتراق النفسي يتميز بالانخفاض عند المعالجين النفسيين بمستشفيات الخرطوم .
 - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الاحتراق المهني للمعالجين النفسيين بمستشفيات ولاية الخرطوم ومتغير العمر .
 - عدم وجود ارتباط بين الاحتراق المهني ومتغير الخبرة ، والمؤهل الأكاديمي عند المعالجين النفسيين بمستشفيات ولاية الخرطوم .
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في الاحتراق المهني تبعاً للنوع ، والحالة الاجتماعية عند المعالجين النفسيين بمستشفيات ولاية الخرطوم .(مودة الشيخ محمد عابدين ، 2001: 5،101) .

06 - دراسة أدلي و برامي (Adali & Priami 2002) في اليونان :

- عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدات العناية المركزة وأقسام الداخلية وأقسام الإسعاف في مستشفيات اليونان .
- أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي بين العاملين في مهنة التمريض وفي التخصصات التمريضية المختلفة ، والكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم .
- عينة الدراسة : تكونت العينة من (233) ممرض وممرضة من مستشفيات أثينا.
- أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، ومقياس بيئة العمل ، واستفتاء تضمن معلومات شخصية ومهنية إضافة إلى سؤال مفتوح عن استراتيجيات التكيف الخاصة بهم للتعامل مع الضغوط النفسية في العمل .
- نتائج الدراسة :

أوضحت النتائج أن الممرضين والممرضات في أقسام الإسعاف لديهم مستوى عالي من الإجهاد الانفعالي مقارنة بالممرضين في كل من العناية المشددة وأقسام الداخلية ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء عمل زائدة، وتوجيه وإشراف). وهذه تساهم في تطور الاحتراق النفسي لديهم .(رجاء مريم ، 2006 : 25).

07 - دراسة لورنت (Laurent 2007) حول الاحتراق النفسي عند عمال الاستجالات .

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (50) متدخل طبي تضم 15 أنثى و 31 ذكور .
- أدوات الدراسة : مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي إلى جانب المقابلات الإكلينيكية .
- نتائج الدراسة : توصل لورنت إلى أن العينة لديها مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي نظرا لطبيعة العمل ومخاطره .(A.Laurent-2007-p570) .

08 - دراسة شرقي حورية (2010) بمستشفى مستغانم :

- عنوان الدراسة : الاحتراق النفسي وعلاقته بدافعية الانجاز لدى الفريق الطبي دراسة ميدانية بمستشفى مستغانم .
- أهداف الدراسة : وهدفت الدراسة إلى ما يلي :
- بحث علاقة الاحتراق النفسي بدافعية الانجاز .

- دراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية كالسن ، والجنس ، والتخصص المهني .
- الاستبصار بالضغوط المهنية التي تتعرض لها بعض الفرق الطبية والتي تؤدي إلى حالة الاحتراق النفسي .
- **عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (50) طبيب من مختلف مصالح المستشفى .
- **أدوات الدراسة :** اعتمدت الباحثة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ، ومقياس الدافعية للانجاز الذي صمم من طرف الباحث صالح الأزرق .
- **نتائج الدراسة :** كشفت النتائج التي توصلت إليها الباحثة عن عدم وجود علاقة ارتباطية دالة سالبة بين الدافعية للانجاز والاحتراق النفسي ، كما كشفت ايضا عن عدم وجود فروق في الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الجنس والسن ، وتوصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي حسب التخصص . (شرقي حورية ، 2010 : 117 ، 120 ، 118).
- 09 - **دراسة ملال خديجة (2010)** ببعض المستشفيات بمدينة وهران .
- **عنوان الدراسة :** تقنين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاك وجاكسون في الوسط شبه الطبي .
- **أهداف الدراسة :** هدفت الدراسة الى ما يلي :
- التعرف على مستويات الخصائص السيكومترية التي يتمتع بها مقياس "الاحتراق النفسي" المقنن في المجتمع الجزائري .
- معرفة أبعاد مقياس الاحتراق النفسي التي انبثقت عن الدراسة السيكومترية في المجتمع الجزائري .
- تحديد مستويات الاحتراق النفسي لدى عينة من عمال الوسط شبه الطبي .
- تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للعينة (الجنس ، السن ، الخبرة ، نوع التخصص ، وقت العمل) بمستوى الاحتراق النفسي .
- **عينة الدراسة :** تم إجراء الدراسة على عينة قوامها (504) عامل ضمن الوسط شبه الطبي منهم (230) ذكور ، و (274) إناث .
- **أدوات الدراسة :** مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي .
- **نتائج الدراسة :** ولقد توصلت إلى النتائج التالية :
- إن مستويات الخصائص السيكومترية لمقياس الاحتراق النفسي في صورته الأصلية هي نفسها بعد التقنين في المجتمع الجزائري .

- إن أبعاد مقياس الاحتراق النفسي لماسلاك وجاكسون (MBA) في صورته الأصلية هي نفسها بعد التقنين .
- إن عمال الوسط شبه الطبي يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي .
- وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي حسب ، السن ، الخبرة ، التخصص.
- وجود فروق غير دالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي حسب الجنس ، مصلحة العمل ، وقت العمل .(ملال خديجة ، 2010 : 9 ، 71،89).

II الدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل (coping) في مجال الطب والتمريض .

01 -دراسة وينك wong (2001) الصين .

- عنوان الدراسة : ادوار صحة الممرضات الصينيات وضغوط التمريض واستراتيجيات التعامل .
- أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى :
 - تحديد مصادر الضغوط النفسية لدى الممرضات .
 - تحديد استراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد مع الضغوط التي يتعرضون لها في العمل واثر ذلك في الصحة النفسية لديهم .
- عينة الدراسة : تكونت العينة من (269) ممرضا وممرضة من مستشفيات هونغ كونغ .
- أدوات الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على المقاييس التالية :
 - مقياس مصادر الضغوط النفسية .
 - مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية .
 - مقياس الصحة العامة .
 - واستبانة معلومات شخصية .
- نتائج الدراسة : أشارت النتائج إلى :
 - إن أكثر من ثلث الممرضات يعانين من صحة نفسية سيئة ، وذلك بسبب التعرض لمستويات عالية من الضغوط (ضغوط البيئة التنظيمية ، متطلبات العمل ، العلاقات الاجتماعية بين طاقم التمريض والأطباء) .

- هناك فروق بين الممرضات اللاتي يستخدمن أساليب تعامل ايجابية مثل أسلوب حل المشكلة ، التحليل المنطقي ، التفكير الايجابي ، الدعم الاجتماعي . حيث كن اقل ضغوطا وأكثر توافقا من الممرضات اللاتي يستخدمن أساليب تعامل تجنبيه مثل الإحجام المعرفي ، الاستسلام ، تعاطي الكحول ، التفكير السلبي .(رجاء مريم ، 2005 ، 24) .

02-دراسة طبي سهام (2005) .

- عنوان الدراسة : مواجهة الضغوط التالية للصدمة دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالحروق .
- أهداف الدراسة : تهدف الدراسة إلى ما يلي :
 - الوقوف على الخصائص المعرفية التي يقيسها اختبار الأسلوب المعرفي ، واختبار استراتيجيات المواجهة المعتمدة لدى المصابين بالحروق .
 - معرفة العلاقة بين نمط التفكير ونوع استراتيجيات المواجهة المعتمدة لدى المصابين من أفراد العينة .
 - محاولة التعرف على الفروق في نمط التفكير السائد ، ونوع الاستراتيجيات المعتمدة.
 - محاولة الكشف عن الاختلاف الموجود لدى أفراد العينة المصابين بالحروق الظاهرية وغير الظاهرية في نمط التفكير السائد ونوع الاستراتيجيات المعتمدة .
- عينة الدراسة : شملت هذه الدراسة (40) من المصابين بالحروق من بينهم (20) ذكور و(20) إناث ، تتراوح أعمارهم ما بين (20 الى 35 سنة) تم اختيارها بطريقة قصديه من المرضى المتواجدين بالمركز الاستشفائي .
- أدوات القياس : تم الاعتماد في هذه الدراسة على :
 - اختبار الأسلوب المعرفي (CST) .
 - مقياس المواجهة (coping) .
- نتائج الدراسة : أسفرت هذه الدراسة على النتائج التالية :
 - لا توجد علاقة ارتباطيه بين أنواع استراتيجيات المواجهة ، ونمط التفكير .
 - عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابين بالحرق الظاهرية وغير الظاهرية في نمط التفكير .
 - لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المصابين بالحروق الظاهرية وغير الظاهرية في استراتيجيات المواجهة المعتمدة .

- لا توجد فروق دالة إحصائية في نوع الاستراتيجيات المعتمدة لدى المصابين بالحروق في مواجهة ضغوط ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث. (طبي سهام ، 190:193، 190 ، 194) .

03-دراسة سويح نصيرة (2005) :

- عنوان الدراسة : اثر العمل الليلي على التوافق العام واستراتيجيات التعامل لدى الأمهات المتزوجات "دراسة ميدانية على العاملات ليلا والعاملات نهارا بقطاع الصحة بسبدي بلعباس " .
- أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى :
 - البحث عن استراتيجيات التكيف المطبقة من طرف العاملات مع مختلف الضغوط التي يتعرضن لها من خلال وظيفتهن ، وخاصة العاملات ليلا .
 - إيجاد العلاقة بين طبيعة العمل واستراتيجيات التكيف .
- عينة الدراسة : شملت الدراسة (200 عاملة ، 100 من العاملات اللاتي يقمن بعمل تناوبي ، و100 من العاملات في النهار فقط) .
- أدوات الدراسة : تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس استراتيجيات التعامل (coping).
- نتائج الدراسة : من خلال هذه الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية :
 - وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل (coping) بين العاملات ليلا والعاملات نهارا من حيث الاستراتيجيات المرتبطة بالفعل ، والاستراتيجيات المرتبطة بالإعلام ، والاستراتيجيات المرتبطة بالانفعال .
 - أكثر الاستراتيجيات تطبيقا من طرف العاملات هي الاستراتيجيات المرتبطة بالفعل ، ولكن بفرق كبير بين العاملات ليلا والعاملات نهارا لصالح الفئة الأخيرة. (سويح نصيرة ، 2005 : 177 ، 178).

04-دراسة كبداني خديجة (2007) :

- عنوان الدراسة : التوظيف النرجسي لدى حالات الاكتئاب الارتكاسي (دراسة سيكوباتولوجية من خلال الكوبينغ ، واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) .
- أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى ما يلي :
 - تشخيص الاكتئاب الارتكاسي
 - التعرف على العوامل المؤدية إلى الاكتئاب الارتكاسي

- التعرف على استراتيجيات التعامل لدى المصابين بالاكتئاب الارتكاسي لمواجهة
الوضعيات المحبطة و الصعبة .
- **عينة الدراسة :** اشتملت الدراسة على (6 حالات منهم 3 نساء و 3 رجال) يعانون من
اكتئاب ارتكاسي ، تتراوح أعمارهم ما بين (23 ، و53 سنة) .
- **أدوات الدراسة :** اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على دراسة الحالة ، اختبار الكوبينغ،
واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) .
- **نتائج الدراسة :** تم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية :
 - إن استجابات افراد العينة تباينت في بعدي الانفعال والمشكل .
 - إن استجابات افراد العينة في اختبار الكوبينغ كانت متأثرة بالعوامل البيئية –الاجتماعية-
والبنية الشخصية .
 - إن استجابات الأفراد اتجهت أكثر إلى الانفعال سواء بالنسبة للذكور أو الإناث. (كبداني
خديجة ، 2007 : 271،272) .

III -الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي (Burn out) واستراتيجيات التعامل (coping) في مجال الطب والتمريض .

01 -دراسة كارول Carole Vanier (1999) .

- **أهداف الدراسة :** هدفت هذه الدراسة إلي معرفة تأثير العوامل الفردية (السن ، الجنس ،
الخبرة ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الدراسي) والعوامل المتعلقة بالمحيط واستراتيجيات
المواجهة على مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة العقلية .
- **عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من (208) عامل في الصحة العقلية .
- **أداة الدراسة :** تم الاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBA) .
- **نتائج الدراسة :** تم التوصل إلى النتائج التالية :
 - إن عمال الصحة العقلية يعانون من مستوى متوسط من الإجهاد الانفعالي ، وتبلد
الشخصية ، ومن مستوى منخفض من نقص الانجاز الشخصي .
 - يوجد ارتباط سلبي بين الإجهاد الانفعالي ، وتبلد الشخصية وبين متغير السن .

- يزداد مستوى الاحتراق النفسي مع استخدام استراتيجيات التجنب ، والاستراتيجيات الانفعالية ، بينما يقل مستوى الاحتراق النفسي مع الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل .
- هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى الإجهاد الانفعالي حسب تأثير العوامل المتعلقة بالمحيط (المهنية ، الخاصة بالمحيط الاجتماعي ، التنظيمية) .
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الاحتراق النفسي حسب (الخبرة ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الدراسي) . (Carole Vanier-1999-219) .
- 02 دراسة مارتن واريك L. Martain & G.Eric (2005) .
- **اهداف الدراسة :** هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن دور استراتيجيات المواجهة (coping) على مستوى الاحتراق النفسي .
- **عينة الدراسة :** تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (201 منهم 21 ممرض ، و180 ممرضة) بالمركز ألاستشفائي بكندا .
- **أدوات الدراسة:** تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) ، ومقياس استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS) .
- **نتائج الدراسة :** تم التوصل من خلال الدراسة إلى النتائج التالية :
 - إن استراتيجيات المواجهة ليس لها أي تأثير على الاحتراق النفسي .
 - توجد فروق في مستويات الاحتراق النفسي حسب (الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية ، مكان العمل ، الأقدمية ، المستوى الدراسي) . (Martin Lanzier &Eric Gosselin- 2005-61) .

كما توصل سوسلوويتز (Ceslowitz) في دراسة مسحية أجراها على الممرضين بهدف معرفة العلاقة بين مستويات الاحتراق النفسي وبين استراتيجيات التعامل لديهم ، إلى أن الممرضين الذين يعانون من مستوى منخفض من الاحتراق النفسي يعتمدون على استراتيجيات التركيز على حل المشكل ، والبحث عن الدعم الاجتماعي ، أما الممرضين الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي فإنهم يعتمدون على استراتيجيات التجنب والهروب .

تعليق على الدراسات السابقة :

يظهر لنا من خلال الدراسات السابقة أن معظم الباحثين في مجال الإحتراق النفسي استخدموا مقياس ماسلاش ، كما تبين في معظم الدراسات أن مقياس الإحتراق النفسي يتكون من 3 أبعاد فقط .

كما يتجلى أيضا أن العديد من الدراسات التي تناولت الإحتراق النفسي أظهرت ارتفاع مستوى الإجهاد الانفعالي وهو ما توصل إليه كل من البدوي (2000)، أدلي وبرامي (2002) .

هناك بعض الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الإحتراق النفسي تبعا للجنس وهو ما توصلت إليه كل من شرقي حورية (2010)، ملال خديجة (2010)

إن اغلب الدراسات توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في الإحتراق النفسي حسب التخصص وهذا ما توصلت إليه كل من شرقي حورية (2010) ، ملال خديجة (2010) .

بينت العديد من الدراسات عدم وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل حسب الجنس وهذا ما توصلت إليه طبي سهام (2005) ، كارول(1999).

إن بعض الدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل أظهرت إرتباط إستراتيجيات التعامل بعلاقة دالة إحصائية بأبعاد الإحتراق النفسي وهو ما توصل إليه انجل وآخرون(2003).

إن الأشخاص الذين يعانون من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي يستخدمون إستراتيجيات التجنب والهروب ، بينما يميل الأشخاص الذين يعانون من مستوى منخفض من الإحتراق النفسي يميلون إلى إستعمال إستراتيجيات البحث عن حل المشكلة وهذا ما توصل إليه كل من كارول (1999) .

الفصل الخامس :

الدراسة الميدانية

اولا . الدراسة الاستطلاعية

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
2. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
3. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
4. أدوات القياس
5. الخصائص السيكمترية لأدوات القياس

ثانيا . الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة
2. مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية
3. ظروف إجراء الدراسة الأساسية
4. خصائص عينة الدراسة الأساسية
5. الأساليب الإحصائية

تمهيد:

و في هذا الفصل يتناول الباحث للطريقة و المنهجية التي إعتدها في معالجة موضوع البحث و المنهج المتبع في هذه الدراسة و أهدافها و المجال الزمني و الجغرافي بالإضافة إلى وصف وسيلة القياس و الخصائص السيكومترية ،ثم يتعرض بعد ذلك إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية و الوسائل الإحصائية المتبعة.

أولا الدراسة الاستطلاعية**I - أهداف الدراسة الإستطلاعية : ويمكن تلخيصها في النقاط التالية :**

- 1-تعريف عينة الدراسة بالمقاييس المراد تطبيقها عليهم و التأكد من الفهم الجيد للمفاهيم.
- 2-التأكد من أن عينة الدراسة لن تجد صعوبة في التعامل مع المقاييس.
- 3-التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس (صدق وثبات المقاييس المعتمدة) .
- 4-التأكد من أن الفرضيات المطروحة هي فرضيات اجرائية يمكن قياسها.

II - مكان و زمان إجراء الدراسة الإستطلاعية :

تم إجراء الدراسة الإستطلاعية إبتداء من يوم الأحد 02 جانفي 2011 إلى غاية يوم الثلاثاء 18 جانفي 2011 بالمستشفى الجامعي بوهران و ذلك في المصالح التالية :

❖ مصلحة الإنعاش و التخدير Anesthésie et Réanimation

❖ مصلحة أمراض النساء و التوليد Gynécologie

❖ مصلحة الأمراض النفسية و العقلية Psychiatrie

❖ مصلحة الهيموبولوجيا Hémobiologie

III- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية :

إشتملت عينة الدراسة على (40) طبيبا مقيما منهم (22) ذكورا و (18) إناثا تتراوح

أعمارهم ما بين (23 و 34 سنة) تم إختيارهم بطريقة عشوائية من أربعة تخصصات و هي

(الإنعاش و التخدير Anesthésie et Réanimation ، و أمراض النساء و التوليد

Gynécologie ، و الأمراض النفسية و العقلية Psychiatrie ، و الهيموبولوجيا

Hémobiologie) و لقد تم إدراج مميزات العينة حسب المتغيرات الفردية المستهدفة و هي

الجنس ، و السن ، و الحالة العائلية، و التخصص، و الخبرة ، و أوقات العمل، و يمكن وصف العينة

كما يلي:

جدول رقم (1) يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسب المئوية %
الذكور	22	55%
الإناث	18	45%
المجموع	40	100%

يتبين من خلال الجدول (1) أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 55 % و نسبة الإناث 45%.

جدول رقم (2) يبين توزيع العينة حسب السن

السن	التكرارات	النسب المئوية %
25- 23	14	35%
28- 26	10	25%
31- 29	7	17.5%
34- 32	9	22.5%
المجموع	40	100%

يتبين من خلال الجدول (2) أن الفئة ما بين (23 و 25 سنة) هي التي تحتوي على أكبر عدد من الأطباء المقيمين بنسبة 35 % بالمقارنة مع الفئات الأخرى و تليها الفئة ما بين (26 و 28 سنة) بنسبة 25 % و تليها الفئة ما بين (32 و 34 سنة) بنسبة 22.5 % أما آخر فئة فهي الفئة ما بين (29 و 31 سنة) بنسبة 17.5 %.

جدول رقم (3) يبين توزيع العينة حسب الحالة العائلية

الحالة العائلية	التكرارات	النسب المئوية %
أعزب	23	57.5%
متزوج	17	42.5%
المجموع	40	100%

يتبين من خلال الجدول (3) أن نسبة الأطباء غير المتزوجين هي الأكبر بنسبة 57.5 % أما المتزوجين فكانوا بنسبة 42.5 %.

جدول رقم (4) يبين توزيع العينة حسب التخصص والمصلحة

التخصص	التكرارات	النسب المئوية %
الإنعاش و التخدير	11	27.5%
أمراض النساء و التوليد	12	30%
الأمراض النفسية و العقلية	07	17.5%
الهيموبولوجيا	10	25%
المجموع	40	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (4) أن أكبر عدد من الأطباء المقيمين متواجدين في تخصص أمراض النساء و التوليد بنسبة 30% و يليه تخصص الإنعاش و التخدير بنسبة 27% و يليه تخصص الهيموبولوجيا بنسبة 25% و أخيرا تخصص الأمراض النفسية و العقلية بنسبة 17% .

جدول رقم (5) يبين توزيع العينة حسب أوقات العمل

أوقات العمل	التكرارات	النسب المئوية %
في النهار فقط	10	25%
تناوبي	30	75%
المجموع	40	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (5) أن الأطباء المقيمين الذين يقومون بعملهم بشكل تناوبي يمثلون الأغلبية بنسبة 70% أما الذين يعملون في النهار فقط فيمثلون الأقلية بنسبة 25% .

IV- أدوات الدراسة :

لدراسة أي ظاهرة لابد من أداة قياس مناسبة لتحقيق النتائج التي نريدها و قد إستخدم الباحث في هذه الدراسة أداتين لقياس متغيرات الدراسة المتمثلة في الإحترق النفسي Burn out و إستراتيجيات التعامل (Coping) .

01-مقياس ماسلاش (MBI) :

و هو مقياس يقيس الإحترق النفسي في مجال الخدمات الاجتماعية و الإنسانية و هو من إعداد كريستينا ماسلاش « Christina Maslach » و جاكسون « Susan Jackson » و يتكون المقياس في صورته الأصلية من (25) فقرة موزعة على أربعة أبعاد أساسية و هي : الإنهك الإنفعالي (09) فقرات ، وتبدل الشخصية (05) فقرات ، و الإنجاز الشخصي (08) فقرات،و أخيرا بعد الإلتزام (3) فقرات.

و لقد تم إختيار هذا المقياس من طرف الباحث نظرا لقيمه العلمية بحيث يعتبر أول المقاييس و أكثرها استعمالا في الإحترق النفسي لوضوحه و سهولة إستخدامه.

❖ ماذا يقيس مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (Maslach Burnout (MBI inventory

توجد ثلاث طبقات لهذا المقياس، الطبقة الأولى مخصصة للخدمات المعنية بتقديم الخدمات الإنسانية مثل التمريض و غيره من التخصصات الصحية. و الثانية معدلة جزئيا و معنية بالتعليم و القطاعات الثقافية . و الثالثة طبعة عامة مخصصة لقياس علاقة الموظف بالعمل و ليس بالعلاقات الخدم اتية التي يقدمها الموظف (شرقي حورية ، 2010 : 94) .

و لقد إعتد الباحث في هذه الدراسة على النسخة التي تم تفنيها في الوسط الشبه طبي من طرف الباحثة ملال خديجة (2010) . و تجدر الإشارة إلى أن المقياس بصورته الحالية لا يختلف كثيرا من حيث الجوهر عن المقياس الأصلي و قد اقتصرت التعديلات على إستبدال مصطلح: عميل (Récipient) بمصطلح يناسب العينة المدروسة و هو مصطلح مريض (Malade).

كما قامت الباحثة بحذف البعد الرابع (الإلتزام) و الذي تشبعت عليه من خلال التحليل العاملي بعد التدوير فقرتين فقط تتعلقان بالإرهاك الإنفعالي ، و أشارت إلى أنه يمكن حذفه نظرا لأن محتوى الفقرتين موجودتين في عبارات يتضمنها البعد الأول (الإرهاك الإنفعالي) بحيث:

أحس بإنهاك إنفعالي من عملي أشعر بالإحباط بسبب عملي.

أشعر بالتعب نهاية عملي اليومي أشعر بالإجهاد بسبب عملي .

و بهذا يصبح المقياس يتكون من (23 فقرة) و يقيس الجوانب التي وردت في الدراسات السابقة ، و هي الإجهاد الإنفعالي (07 فقرات) ، و الإنجاز الشخصي(08 فقرات) و تبدل الشعور (08 فقرات) مع بعض الاختلاف في عدد من العبارات أو البنود التي تشكل كل عامل من عوامل المقياس(ملال خديجة، 2010 : 66).

❖ طريقة إعطاء الأوزان:

كما تمت الإشارة سابقا إلى أن المقياس يتكون من (23 فقرة) تتعلق بشعور الفرد نحو مهنته من خلال 3 أبعاد هي : (الإجهاد الإنفعالي - نقص الإنجاز الشخصي - وتبدل الشعور) و لأن فقرات البعد الأول سلبية ، و فقرات البعد الثاني إيجابية ، و فقرات البعد الثالث مختلطة فإن هناك نوعين من البدائل ، بحيث أن النوع الأول خاص بالفقرات السالبة و هي :

(1،2،3،4،5،6،7،،16،17،18،19،20) و هو كما يلي:

جدول رقم (6) يبين بدائل الفقرات السالبة.

0	1	2	3	4	5	6
أبدا	مرات قليلة في السنة	كل شهر	مرات قليلة في الشهر	كل أسبوع	مرات قليلة في الأسبوع	كل يوم

أما النوع الثاني من البدائل فهو خاص بالفقرات الإيجابية و هي :

(8،9،10،11،12،13،14،15،21،22،23) و فيها يتم عكس درجات المفحوص لتصبح بنفس الإتجاه على النحو التالي:

جدول رقم (7) يبين بدائل الفقرات الايجابية

6	5	4	3	2	1	0
أبدا	مرات قليلة في السنة	كل شهر	مرات قليلة في الشهر	كل أسبوع	مرات قليلة في الأسبوع	كل يوم

و بناء على ذلك فإن الدرجات المرتفعة في المقياس ب أبعاده الثلاثة تعني مستوى عال جدا من الإحترق النفسي، في حين نجد أن الدرجات المنخفضة تعني مستوى منخفض من الإحترق النفسي . و بما أن المقياس في صورته النهائية يتكون من (23 فقرة)، و البدائل تتراوح من 0 ← 6 درجات فإن الدرجة القصوى تساوي (138) و الدرجة الدنيا تساوي (0) بمتوسط نظري يساوي (69).

- أما بالنسبة للعامل الأول (7 عبارات) فدرجته القصوى تساوي (42)، و درجته الدنيا تساوي (0) ، بمتوسط نظري قيمته (21).
- أما العامل الثاني (8 عبارات) فدرجته القصوى تساوي (48)، و درجته الدنيا تساوي (0) بمتوسط نظري قيمته (24) .
- أما العامل الثالث (8 عبارات) فدرجته القصوى تساوي (48) و درجته الدنيا تساوي (0) بمتوسط نظري قيمته (24) و هو ما يوضحه الجدول التالي .

جدول رقم (8) يوضح سلم تصحيح مقياس الإحترق النفسي (MBI)

المدى	المستوى	المستوى النظري	المجال	البعد
0 ← 14	منخفض	21	0 ← 42	الإجهاد الإنفعالي L'épuisement émotionnel
15 ← 28	متوسط			
29 ← 42	عالي			
0 ← 16	منخفض	24	0 ← 48	نقص الإنجاز الشخصي Accomplissement personnel
17 ← 32	متوسط			
33 ← 48	عالي			
0 ← 16	منخفض	24	0 ← 48	تبلد الشعور Dépersonnalisation
17 ← 32	متوسط			
33 ← 48	عالي			
0 ← 46	منخفض	69	0 ← 138	المقياس الكلي
47 ← 92	متوسط			
93 ← 193	عالي			

2- مقياس إستراتيجيات التعامل (CISS) coping):

يعتبر مقياس إستراتيجيات التعامل (Coping) للمواقف الضاغطة (CISS) جزء من إختبارات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في توازننا الجسمي و النفسي و الإنفعالي عند مواجهة أحداث أو مواقف محبطة .

إن سلم (CISS) يسير بطريقة ذاتية و يعتمد في تطبيقه على الورقة و قلم الرصاص، و يتكون من (48) فقرة تتوزع كالاتي:

➤ 16 عبارة لقياس بعد المشكل (Tache).

➤ 16 عبارة لقياس بعد الإنفعال (Émotion).

➤ 16 عبارة لقياس بعد التجنب (Évitement).

و تتوزع الوحدات الخاصة بقياس بعد التجنب إلى سلمين فرعيين.

- الترفية **Distraction** يشمل (8) فقرات .

- الدعم الاجتماعي **diversion social** يشمل (5) فقرات و للتوضيح أكثر إليكم الفقرات الخاصة بكل بعد.

أ - الفقرات التي تحدد بعد المشكل وهي :

(01، 1، 2، 6، 10، 15، 21، 24، 26، 27، 36، 39، 41، 42، 43، 46، 47) أنظر الملحق رقم (01)

ب -الفقرات التي تحدد بعد الإنفعال وهي:

(01، 5، 7، 8، 13، 14، 16، 17، 19، 22، 25، 28، 30، 33، 34، 38، 45) أنظر الملحق رقم (01).

ت -الفقرات التي تحدد بعد التجنب وهي:

(01، 3، 4، 9، 11، 12، 18، 20، 23، 29، 31، 32، 35، 37، 40، 44، 48) أنظر الملحق رقم (01).

ث - الفقرات التي تحدد البعد الفرعي الأول - الترفيع وهي:

(9،11،12،18،20،40،44،48) أنظر الملحق رقم (01).

الفقرات التي تحدد البعد الفرعي الثاني - الدعم الاجتماعي وهي:

(4،29،31،35،37) أنظر الملحق رقم (01).

ويكون تقييم كل عبارة أو وحدة يكون في سلم تكراري خماسي الدرجات، تتراوح ما بين الدرجة (1) المعبرة عن "أبدا" و الدرجة (5) المعبرة عن "كثيرا" و تتخللها الدرجات التالية (2، 3، 4).

❖ إجراءات التطبيق : تعتمد على الخطوات التالية

1. بعد إستراحة المفحوص نشرح من الهدف من الإخت بلو و المتمثل في تكوين فكرة عن تصرف هذا الشخص في حالة تعرضه لوضعية محبطة أو ضاغطة، كما نشجعه على التفكير بدقة في نوع المواقف المقلقة قبل إجاباته.
2. يمكن أن نقدم للمفحوص نسخة نكتب فيها مسبقا إسمه أو نقدم له النسخة و نطلب منه أن يملأ كل البيانات الشخصية الخاصة به.
3. التأكد من أن المفحوص قد قرأ و فهم كل التعليمات و عند الضرورة تقرأ التعليمات و العبارات للمفحوص إذا كان التطبيق جماعي بصوت مرتفع.
4. التأكد من أن المفحوص قد قرأ بدقة كل عبارة و فهمها، ثم يبدأ بالإجابة بوضع دائرة حول الدرجة التي تناسبه من بين الدرجات الخمسة.
5. إذا قرر المفحوص تغيير إجابته، لا نمحى الإجابة الأولى، بل على المفحوص أن يضع علامة (X) على الإجابة الخاطئة و يحيط مرة أخرى الإجابة المختارة.

❖ خطوات عملية التفرغ :

التفرغ يكون عن طريق الأرقام(1,2,3,4,5)

التفرغ يتم في برنامج SPSS

❖ كيفية إدخال المعلومات في برنامج SPSS: أولا يتم إدخال المعلومات الشخصية

الجنس، السن، الوضعية العائلية، التخصص، سنة الالتحاق بالعمل في المستشفى، أوقات العمل. و في تفرغ المعطيات نستعمل الأرقام كرموز وهي كالتالي.

➤ الجنس: (01) ذكر- (2) أنثى

➤ السن: يوزع حسب الفئات العمرية

➤ الوضعية العائلية: (01) أعزب- (02)متزوج

➤ التخصص: فئات حسب التخصص

➤ سنة الإلتحاق بالمستشفى: فئات حسب سنوات الخبرة

➤ أوقات العمل: (1) في النهار فقط- (2) عمل تناوبي

❖ معالجة المعطيات تكون من خلال برنامج SPSS

ملاحظة: إعتد الباحث في إختبار إستراتيجيات التعامل (Coping) CISS على النسخة التي تمت

ترجمتها و تكييفها من طرف مجموعة البحث على مستوى CRASC المتكونة من الباحثين :

كبداني خديجة، وقويدري مليكة ،وشعبان الزهراء (2006) و لقد أخذها الباحث من مذكرة

الدكتوراه للباحثة كبداني خديجة (2007) ، تحت عنوان التوظيف النرجسي لحالات الإكتئاب

الإرتكاسي (دراسة سيكو- باثولوجية من خلال الكوبينغ واختبار تفهم الموضوع) .

V - الخصائص السيكومترية لأدوات القياس :

بعد الإنتهاء من الدراسة الاستطلاعية، فقد تم حساب الصدق و الثبات للتأكد من الخصائص

السيكومترية لأدوات القياس.

01 صدق الاتساق الداخلي لمقياس الإحترق النفسي (MBI) : و الذي يوضح علاقة كل فقرة

ببعدها ،و لقد تم الإعتماد على (معامل بيرسون) لتوضيح هذا الاتساق :

آصدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد الإنهاك الإنفعالي Épuisement Émotionnelle

جدول رقم (9) يوضح معامل ارتباط الفقرات ببعدها الإجهاد الإنفعالي

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرات بالبعد
1	أحس بالتعب عندما استيقظ صباحا لمواجهة يوم آخر من العمل	0.60**
2	التعامل الناس طوال اليوم يتطلب مني بذل الكثير من الجهد	0.56**
3	أشعر بالإجهاد بسبب عملي	0.71**
4	أشعر بالإحباط بسبب عملي	0.84**
5	أشعر بأنني أعمل فوق طاقتي	0.75**
6	العمل مع الناس مباشرة يسبب لي الكثير من التوتر	0.72**
7	أحس بأن طاقتي إستنزفت بالكامل	0.73**

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط فقرات بعد الإجهاد الإنفعالي Épuisement Émotionnel كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و هي معاملات جد مرتفعة و مقبولة. و عليه يمكن التأكد بنسبة معقولة من صدقها .

ب- صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد نقص الإنجاز الشخصي (Accomplissement)
(personnel)

جدول رقم (10) يوضح معامل ارتباط الفقرات ببعد نقص الإنجاز الشخصي

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرات بالبعد
8	أستطيع بسهولة فهم ما يشعر به مرضاي حول الأشياء	0.70**
9	أتعامل بفعالية كبيرة مع مشاكل مرضاي	0.67**
10	أشعر بأنني أو أثر بايجابية في حياة الآخرين من خلال عملي	0.80**
11	أحس بنشاط كبير	0.80**
12	أستطيع بسهولة خلق جو مريح مع مرضاي	0.70**
13	أشعر بالارتياح لاني قريب من مرضاي في عملي	0.66**
14	أنجزت عدة أشياء مهمة في هذه المهنة	0.71**
15	أتعامل بهدوء كبير مع المشاكل النفسية في عملي	0.57**

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط بعد نقص الإنجاز الشخصي (Accomplissement personnel) كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و هي معاملات جد مرتفعة و مقبولة.
و عليه يمكن التأكد بنسبة معقولة من صدقها .

ج-صدق الإتساق الداخلي لفقرات بعد تبدل الشعور (Dépersonnalisation)

جدول رقم (11) يوضح معامل ارتباط الفقرات ببعد تبدل الشعور

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرات بالبعد
16	أحس بأنني أعامل بعض المرضى بطريقة غير شخصية و كأنهم مجرد أشياء	0.60**
17	أصبحت أكثر قسوة مع الناس منذ ممارستي لهذه المهنة	0.71**
18	أخشى إن تجعلني هذه المهنة قاس إنفعاليا	0.65**
19	لآ أبالي فعلا بما يحدث ببعض مرضاي	0.62**
20	أشعر بأن مرضاي يحمونني مسؤولية بعض مشاكلهم	0.35*
21	أنقاسم مع مرضاي نفس الشعور في حالات كثيرة	0.65**
22	أشعر بأنني معنى شخصا بمشاكل مرضاي	0.38**
23	أشعر بلإرتياح نحو طريقة تعاملي مع بعض المرضى	0.35*

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لبعد تبدل الشعور (Dépersonnalisation) كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و (0.05)، و هي معاملات تعتبر مرتفعة و مقبولة.

و عليه يمكن التأكد من صدقها بنسبة معقولة.

02 - صدق الإتساق الداخلي لمقياس إستراتيجية التعامل (Coping) : و الذي يوضح علاقة كل

فقرة ببعدها، و لقد تم إعتداد (معامل بيرسون) لتوضيح هذا الإتساق.

أ - صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد المشكل (Problème)

جدول رقم (12) يوضح معامل ارتباط الفقرات ببعده المشكل

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرات بالبعد
1	أنظم وقتي بطريقة أفضل	0.58**
2	أرئو على المشكل و أفكر في طريقة حله	0.42**
6	أفعل ما أظنه أفضل	0.56**
10	أحدد و أوضح أولوياتي	0.35*
15	أفكر في الطريقة التي أستعملها في حل المشاكل المشابهة	0.67**
21	أحدد خطة للعمل و أتبعها	0.62**
24	أجهد نفسي على تحليل الوضعية	0.54**
26	أتصرف مباشرة للتكيف مع الوضع	0.66**
27	أفكر فيما حدث و أستفيد من أخطائي	0.54**
36	أحل المشكل قبل رد الفعل	0.66**
39	أضبط أولوياتي	0.56**
41	أتحكم في الوضعية	0.54**
42	أبذل مجهودا إضافيا لتسيير الأمور	0.72**
43	أضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل	0.66**
46	أغتتم الوضعية لإظهار ما أقدر عليه	0.29*
47	أحاول تنظيم نفسي للتحكم في الوضعية أفضل	0.50**

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لبعده المشكل (Problème) كانت دالة

إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و (0.05) و هي معاملات تعد مرتفعة و مقبولة .

و عليه يمكن التأكد من صدقها بنسبة معقولة.

ب - صدق الإتساق الداخلي لفقرات بعد الإنفعال (Émotion)

جدول رقم (13) يوضح معاملات الارتباط للفقرات ببعده الإنفعال

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرة بالبعد
5	ألوم نفسي على تضيع الوقت	0.38**
7	أنشغل بمشاكلي	0.36**
8	ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية	0.53**
13	أشعر بالقلق لعدم قدرتي على تجاوز الوضعية	0.46**
14	أصبح جد متوترا و منقبضا	0.47**
16	لا أصدق ما يحدث لي	0.71**
17	ألوم نفسي لحساسياتي المفرطة و إنفعالي أمام الوضعية	0.44**
19	أصبح مغتاظا أكثر فأكثر	0.43**
22	ألوم نفسي على عدم معرفة ما أقوم به	0.63**
25	أعجز و لا أعرف كيف أتصرف	0.60**
28	أمل في تغيير ما حدث أو ما أشعر به	0.47**
30	أنشغل بما سأقوم به	0.65**
33	أقول لنفسي أن هذا لن يتكرر أبدا	0.34*
34	أعيد التفكير في نقائصي و سوء تكيفي العام	0.55**
38	أغضب	0.44**
45	ألوم أشخاص آخرين	0.39**

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لبعده الإنفعال (Émotion) كانت دالة إحصائية

عند مستوى الدالة (0.01) و هي معاملات جد مرتفعة و مقبولة.

و عليه يمكن التأكد من صدقها بنسبة مقبولة.

ج- صدق الإتساق الداخلي لفقرات بعد التجنب (Évitement):
جدول رقم (14) يوضح معاملات الارتباط للفقرات ببعيد التجنب

الفقرات	العبارات	معامل ارتباط الفقرة بالبعد
3	3-أتذكر اللحظات السعيدة التي عشتها	0.35*
4	4-أحاول أن أكون برفقة أشخاص آخرين	0.54**
9	9- أتنقل بين الواجهات التجارية	0.40**
1	11-أحاول أن أنام	0.41**
12	12-أتناول أحد أكلاتي المفصلة	0.61**
18	18-أذهب إلى المطعم أو أكل شيئاً ما	0.70**
20	20-أشتري لنفسى شيئاً ما	0.68**
23	23-أذهب إلى سهرة أو حفل عند الأصدقاء	0.52**
29	29- أزور صديق	0.60**
31	31- أقضي وقتاً مع شخص حميم	0.59**
32	32- أذهبت للتنزه	0.37**
35	35-أتحدث إلى شخص أقدر نصائحه	0.49**
37	37-أتصل هاتفياً بصديق	0.49**
40	40-أشاهد فيلماً	0.44**
44	44-إيجاد وسيلة لعدم التفكير في الوضعية لتجنبها.	0.26*
48	48- أشاهد التلفاز	0.53**

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط لبعيد التجنب (Évitement) كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و هي معاملات جد مرتفعة و مقبولة.

وعليه يمكن التأكد من صدقها بنسبة م عقلية.

- ثبت أدوات الدراسة :

03- ثبات مقياس الإحترق النفسي (MBI):

بهدف التأكد من ثبات مقياس الإحترق النفسي (MBI) قام الباحث بتطبيق معادلاتي الفاكرومباخ- و جوثمان ، و لقد تحصل على النتائج التالية :

جدول رقم (15) يوضح الطريقة المتبعة لحساب معامل الثبات لمقياس الإحترق النفسي (MBI)

معامل الثبات	المعادلة	البعد	مقياس الإحترق النفسي (MBI)
0.77	الفاكرومباخ	الإجهاد الإنفعالي	
0.77	جوثمان		
0.77	الفاكرومباخ	نقص الإنجاز الشخصي	
0.86	جوثمان		
0.69	الفاكرومباخ	تبلد الشعور	
0.82	جوثمان		

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط المتحصل عليها باستخدام طريقة الفاكرومباخ و جوثمان هي معاملات دالة على ثبات المقياس ومن ثم الاستقرار في نتائجه.

04- ثبات مقياس إستراتيجيات التعامل (Coping) (CISS)

جدول رقم (16) يوضح الطريقة المتبعة لحساب معامل الثبات لمقياس إستراتيجيات التعامل (CISS) (Coping)

معامل الثبات	الطريقة	البعد	مقياس استراتيجيات التعامل (CISS) (Coping)
0.81	الفاكرومباخ	المشكل	
0.87	جوثمان		
0.79	الفاكرومباخ	الإنفعال	
0.88	جوثمان		
0.80	الفاكرومباخ	التجنب	
0.89	جوثمان		

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط المتحصل عليها من خلال إستخدام طريقة الفاكرومباخ و جوثمان هي معاملات دالة احصائياً مما يدل على أن مقياس إستراتيجية التعامل المطبق في دراستنا ثابت ويتمتع بقدر كبير من الاستقرار في نتائجه .

ثانياً الدراسة الأساسية:

بعد حساب والتأكد من صدق وثبات اداتي القياس المطبقة في دراستنا الاستطلاعية مقياس الاحتراق النفسي ومقياس استراتيجية التعامل اصبح المقياسين جاهزين للتطبيق في الدراسة الاساسية.

I - منهج الدراسة :

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول إلى الحقيقة، و بما أن موضوع البحث هو الذي يحدد المنهج المناسب له فقد إعتد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يهتم بوصف الظاهرة المدروسة و تحليلها و تفسيرها.

II - مكان و زمان إجراء الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين 23 جانفي 2011 إلى غاية 27 فيفري 2011 ، و ذلك بعد الكشف عن نتائج الدراسة الإستطلاعية و التأكد من صدق و ثبات المقياسين.

و قد تم إجراء الجانب التطبيقي من الدراسة بالمستشفى الجامعي بوهراڤ في المصالح التالية:

(مصلحة الإنعاش و التخدير ،مصلحة أمراض القلب،مصلحة أمراض السرطان ، مصلحة الأعصاب ،مصلحة طب و جراحة العظام ، مصلحة العلاج بالأشعة ، مصلحة الجراحة العامة ، مصلحة جراحة الصدر ، مصلحة طب الأطفال ، مصلحة الأمراض النفسية و العقلية ، مصلحة الأمراض التنفسية ، مصلحة طب العمل ، مصلحة أمراض النساء و التوليد ، مصلحة الأمراض الداخلية ، ومصلحة تحليل الدم) .

III - ظروف إجراء الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة في مختلف مصالح المستشفى وفق جدول يومي بحيث كل يوم توزع مجموعة من الاستثمارات في مصلحة واحدة، بحيث تتم إستشارة رئيس المصلحة، و بعد ذلك توزيع الاستثمارات و في بعض المصالح تم توزيع الاستثمارات مباشرة على الأطباء المقيمين بالاستعانة ببعض الأطباء المقيمين بالمصلحة.

و لا يتم الإنتقال من مصلحة إلى أخرى إلا بعد إسترجاع جميع الإستثمارات ، و لقد لمس الباحث تجاوب الأطباء المقيمين مع الدراسة و الرغبة في معرفة النتائج ، فكثير من الأطباء المقيمين سجلوا أسمائهم و أرقام هواتفهم لمعرفة مستوى الإحتراق النفسي لديهم و ما هي إستراتيجيات التعامل التي يستعملونها.

IV - خصائص عينة الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة على عينة قوامها (180) طبيباً مقيماً في المستشفى الجامعي بوهران منهم (95) ذكورا بنسبة (52.8 % و 85 إناث بنسبة 47.5 %) تتراوح أعمارهم ما بين (23-34 سنة) من مختلف التخصصات و المصالح الموجودة في المستشفى و هي موزعة كالتالي:

جدول رقم (17) يوضح توزيع العينة حسب الجنس:

الجنس	التكرارات	النسب المئوية %
ذكور	95	%52.8
إناث	85	%47.2
المجموع	180	%100

يتبين من خلال الجدول السابق أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث بحيث أن عدد الذكور (95) بنسبة 52.8% أما عدد الإناث (85) بنسبة 47% .

جدول رقم (18) يوضح توزيع العينة حسب التخصص

النسب المئوية %	التكرارات	التخصصات
7.2%	13	الإنعاش و التخدير
6.1%	11	أمراض القلب
7.2%	13	أمراض السرطان
3.9%	7	أمراض الأعصاب
3.9%	7	جراحة العظام
7.8%	14	العلاج بالأشعة
10%	18	جراحة عامة
5.6%	10	جراحة الصدر
6.1%	11	طب الأطفال
7.8%	14	الأمراض النفسية و العقلية
2.8%	5	الأمراض التنفسية
7.2%	13	طب العمل
13.9%	25	أمراض النساء و التوليد
3.3%	6	الأمراض الداخلية
7.2%	13	الهيموبولوجيا
100%	180	المجموع

يتضح من خلال الجدول السابق أن أكبر عدد من الأطباء المقيمين الذين طبقت عليهم الدراسة الأساسية كانوا في تخصص أمراض النساء و التوليد بنسبة 13.9% و أقل عدد كان في تخصص الأمراض التنفسية بنسبة 2.8% و الأمراض الداخلية بنسبة 3.3% و أما التخصصات الأخرى فتراوحت نسبتهم ما بين 5.6% و 10%.

جدول رقم (19) يوضح توزيع العينة حسب أوقات العمل

أوقات العمل	التكرارات	النسب المئوية %
في النهار فقط (العادي)	62	34.4%
تناوبي (في الليل والنهار)	118	65.6%
المجموع	180	100%

يتضح من خلال الجدول أن معظم الأطباء المقيمين الذين طبقت عليهم الدراسة الأساسية يقومون بعمل تناوبي حيث قدر عددهم ب (118) طبيباً بنسبة 65.6%، أما الذين يعملون في النهار فقط فعددهم (62) طبيباً بنسبة 34.4%.

V - الأساليب الإحصائية :

اعتمد الباحث في معالجة هذه الدراسة على نوعين من الأساليب الإحصائية:
النوع الأول الإحصاء الوصفي: و تضمن الأساليب التالية

- التكرارات
- النسب المئوية
- المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية

النوع الثاني: الإحصاء الاستدلالي: و فيه استخدم الباحث:

- معادلة الفاكرومياخ
- معادلة جوثمان
- تحليل التباين
- اختبار "ت"
- معادلة شيفيه

و قد تم الاعتماد على برنامج المعالجة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS-16.0)

الفصل السادس :

عرض النتائج

تمهيد

1. عرض نتائج الفرضية الأولى
2. عرض نتائج الفرضية الثانية
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض نتائج الفرضية الرابعة

تمهيد :

في هذا الفصل سيتم عرض النتائج ، وذلك بعد ما قام الباحث بتفريغ النتائج وتنظيمها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS-16.0) .

I - عرض نتائج الفرضية الأولى:

لإختبار صحة الفرض الأول الذي يتعلق بوجود علاقة إرتباطيه سالبة دالة بين الإحتراق النفسي و إستراتيجيات التعامل تم إستخدام معامل إرتباط بيرسون كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم(20) يبين معاملات بيرسون بين الإحتراق النفسي و إستراتيجيات التعامل.

الإحتراق النفسي الكلي	تله الشعور	نقص الإجهاد الشخصي	الإجهاد الإنفعالي	أبعاد الإحتراق	
				أبعاد الكوبينج	المشاكل
-0.40	-0.24	- 0.39	- 0.29	معامل الإرتباط بيرسون	المشاكل
0.000	0.001	0.000	0.000	مستوى الدلالة	
0.24	-0.01	0.24	0.27	معامل الإرتباط بيرسون	الإنفعال
0.001	غير دالة	0.001	0.000	مستوى الدلالة	
-0.16	-0.16	-0.08	-0.12	معامل الإرتباط بيرسون	التجنب
-0.03	0.02	غير دالة	غير دالة	مستوى الدلالة	
-0.13	-0.20	-0.08	-0.04	معامل الإرتباط بيرسون	الكوبينج الكلي
غير دالة	0.05	غير دالة	غير دالة	مستوى الدلالة	

بينت النتائج المستخلصة في الجدول :

وجود إرتباط دال بين بعد المشكل الذي يندرج ضمن أبعاد استراتيجيات التعامل وبعد الإجهاد الإنفعالي الذي يندرج ضمن أبعاد الإحتراق النفسي حيث أن قيمة معامل الإرتباط تساوي (-0.29) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000).

وجود ارتباط دال بين بعد المشكل و بعد نقص الإنجاز الشخصي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.93) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000).

وجود ارتباط دال بين بعد المشكل و بعد تبدل الشعور حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.24) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.001).

وجود ارتباط دال بين بعد المشكل و المجموع الكلي لأبعاد الإحترق النفسي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.40) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000).

وجود ارتباط دال بين بعد الإنفعال الذي يندرج ضمن أبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد الإجهاد الإنفعالي الذي يندرج ضمن أبعاد الإحترق النفسي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.27) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000).

وجود ارتباط دال بين بعد الإنفعال و بعد نقص الإنجاز الشخصي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.24) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.001).

وجود ارتباط غير دال بين بعد الإنفعال و تبدل الشعور حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.01) و هي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05).

وجود ارتباط دال بين بعد الإنفعال و المجموع الكلي لأبعاد الإحترق النفسي حيث إن قيمة معامل الارتباط: (0.24) و هي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.001).

وجود ارتباط غير دال بين بعد التجنب الذي يندرج ضمن أبعاد استراتيجيات التعامل و الإجهاد الإنفعالي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.12) و هي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) و بالتالي لا يوجد ارتباط دال بين بعد التجنب و الإجهاد الإنفعالي.

وجود ارتباط غير دال بين بعد التجنب و بعد نقص الإنجاز الشخصي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.08) و هي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) و بالتالي لا يوجد ارتباط دال بين بعد التجنب و نقص الإنجاز الشخصي.

وجود ارتباط دال بين بعد التجنب و بعد تباد ل لشعور، حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.16) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.02).

وجود ارتباط غير دال بين المجموع الكلي لأبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد الإجهاد الإنفعالي، حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.04) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) و بالتالي لا يوجد ارتباط دال بين المجموع الكلي لأبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد الإجهاد الإنفعالي.

وجود ارتباط غير دال بين المجموع الكلي لأبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد نقص الإنجاز الشخصي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.08) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) و بالتالي لا يوجد ارتباط دال بين المجموع الكلي لأبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد نقص الإنجاز الشخصي .

وجود ارتباط دال بين المجموع الكلي لأبعاد إستراتيجيات التعامل و بعد تباد الشعور حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (-0.20) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

وجود ارتباط غير دال بين المقياس الكلي لإستراتيجيات التعامل و المقياس الكلي لأبعاد الإحترق النفسي حيث أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.13) و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05). و بالتالي لا يوجد ارتباط دال بين الإحترق النفسي و إستراتيجيات التعامل .

إذن لا توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي واستراتيجيات التعامل رغم تحققها بين العديد من الأبعاد كما هو موضح في الجدول رقم (20) ، ويظهر من خلال الجدول عدم وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين بعد التجنب والإجهاد الإنفعالي ، وبين التجنب ونقص الانجاز الشخصي وهذا ما اثر على العلاقة بشكل عام .

II - عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي Burn out حسب أوقات العمل.

ولإختبار صحة هذه الفرضية تم الإعتماد على إختبار "ت" كما هو مبين من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يبين دلالة الفروق في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	تناوبي		أثناء النهار فقط ن=62		أبعاد الإحترق
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دال	178	-1.41	10.79	22.61	12.87	20.10	الإجهاد الإنفعالي
غير دال	178	1.24	7.48	9.94	8.62	11.48	نقص الإنجاز الشخصي
غير دال	178	-0.05	6.83	17.73	8.64	17.66	تبدل الشعور
غير دال	178	-0.32	18.35	50.28	24.00	49.24	المقياس الكلي للإحترق النفسي

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية في جميع أبعاد الإحترق النفسي Burn out و في المقياس الكلي للإحترق النفسي ، لأن جميع قيم "ت" المحسوبة أصغر من "ت" الجدولية عند درجة الحرية (178) ، و هي غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05). وبالتالي نستطيع أن نقول بعدم تحقق هذه الفرضية.

أي لا توجد فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل .

III - عرض نتيجة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي Burn out عند الأطباء المقيمين حسب التخصص .

ولإختبار صحة هذه الفرضية تم الإعتماد على "تحليل التباين البسيط" كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم (22) يبين دلالة الفروق في الإحترق النفسي حسب التخصص .

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الإجهاد الإنفعالي	بين المجموعات	6570.95	14	469.35	4.69	0.000
	داخل المجموعات	16493.28	165	99.95		
	المجموع الكلي	23064.24	179			
نقص الإنجاز الشخصي	بين المجموعات	1891.86	14	131.13	2.39	0.005
	داخل المجموعات	9303.00	165	56.38		
	المجموع الكلي	11194.86	179			
تبدل الشعور	بين المجموعات	1876.42	14	134.03	2.71	0.001
	داخل المجموعات	8142.96	165	49.35		
	المجموع الكلي	10019.39	179			
الإحترق النفسي	بين المجموعات	23416.14	14	1672.58	5.39	0.000
	داخل المجموعات	51184.76	165	310.21		
	المجموع الكلي	74600.91	179			

يتضح من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب جميع التخصصات، سواء في المقياس ككل أو أبعاده الثلاثة حيث كان مستوى الدلالة في بعد الإجهاد الإنفعالي عند (0.000) ، وفي بعد نقص الإنجاز الشخصي عند (0.005) ، وفي بعد تبدل الشعور كان مستوى الدلالة عند (0.001)، أما في المقياس الكلي فكانت مستوى الدلالة عند (0.000).

وعليه نقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب التخصص لدى عينة الدراسة .

IV- عرض نتيجة الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية على أنه توجد فروق دالة إحصائية في إستراتيجيات التعامل Coping حسب الجنس .

و لإختبار صحة هذه الفرضية تم الإعتماد على إختبار "ت" كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم (23) يبين دلالة الفروق في إستراتيجيات التعامل حسب الجنس

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=85		الذكور ن=95		العينة
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دال	178	-0.33	10.35	58.22	8.49	57.76	المشكل Problème
غير دال	178	-1.31	12.46	50.65	11.04	48.35	الإنفعال Emotion
غير دال	178	-1.88	9.16	46.60	11.10	43.73	التجنب Evitement
غير دال	178	-1.90	17.37	155.47	21.72	149.83	استراتيجيات التعامل coping

يتضح من خلال النتائج المستخلصة من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية في إستراتيجيات التعامل حسب الجنس في جميع أبعاد المقياس و في المقياس الكلي حيث أن جميع قيم (ت) المحسوبة أصغر من (ت) الجدولية عند درجة الحرية (178) وهي غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) .

إذن لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل حسب الجنس .

وعلى ضوء هذه النتائج المتوصل إليها سوف تتم مناقشة نتائج الفرضيات في الفصل السابع.

الفصل السابع :

مناقشة النتائج

تمهيد

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية
3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
5. استنتاج عام
6. التوصيات والاقتراحات

قائمة المراجع

الملاحق

تمهيد :

وفي هذا الفصل سوف يحاول الباحث تناول مناقشة نتائج الفرضيات ، ومقارنة النتائج مع الدراسات السابقة .

I - مناقشة الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على توقع وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي و إستراتيجيات التعامل ، و بعد عرض النتائج في الجدول رقم (20) تبين أن قيمة معامل الارتباط بين الإحترق النفسي و إستراتيجيات التعامل ، وصل إلى (-0.13) و هي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

و بالرغم من عدم تحقق هذه الفرضية إلا أن هناك إرتباطات دالة إحصائياً بين بعض أبعاد الإحترق و أبعاد إستراتيجيات التعامل، حيث أن معامل الإرتباط بين بعد المشكل و بعد الإجهاد الإنفعالي يساوي (-0.29) و هي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.000) .

أما بين المشكل و بعد نقص الإنجاز الشخصي فقد قدرت قيمة معامل الإرتباط ب (-0.39) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.000) و أما بين بعد المشكل و بعد تبدل الشعور فكانت قيمة معامل الإرتباط (-0.24) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001) وعند مقارنة بعد الإنفعال بأبعاد الإحترق النفسي نجد أن قيمة معامل الإرتباط بين بعد الإنفعال و بعد الإجهاد الإنفعالي = (-0.27) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.000).

أما قيمة معامل الإرتباط بين بعد الإنفعال و بعد نقص الإنجاز الشخص ي فهي = (-0.24) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.001)

كما نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الإرتباط بين بعد التجنب و بعد تبدل د الشعور قدرت ب (-0.16) و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

ويمكن تفسير ذلك بأن الأطباء المقيمين يستخدمون إستراتيجيات التعامل المركزة حول المشكل، و إستراتيجيات التعامل المركزة حول الإنفعال ، بحيث كل معاملات إرتباط بيرسون كانت دالة إحصائياً بين بعد المشكل الذي يندرج ضمن أبعاد إستراتيجيات التعامل ، و جميع أبعاد الاحترق النفسي .

كما كانت دالة أيضا بين بعد الإنفعال الذي يندرج ضمن أبعاد استراتيجيات التعامل و بعد الإجهاد الإنفعالي، ونقص الإنجاز الشخصي، والمقياس الكلي للإحترق النفسي، بمعنى جميع الأبعاد عدا تبدل الشعور .

ولم تكن دالة إحصائيا بين بعد التجنب والإجهاد الانفعالي ، وبين بعد التجنب ونقص الإنجاز الشخصي علما أن معظم الأطباء الذين أجريت عليهم الدراسة يعانون من الإجهاد الإنفعالي ، ونقص الإنجاز الشخصي وهذا ما اثر على العلاقة بشكل عام.

إبقت هذه الدراسة مع دراسة مارتن وإيريك L.Martin, G Éric (2005) التي توصلت إلى أن إستراتيجيات التعامل (coping) ليس لها أي تأثير على الإحترق النفسي لدى الممرضين بالمركز الإستشفائي بكندا (Martin lanzier, Éric Gosselin.2005-P61).

و تعارضت مع العديد من الدراسات منها : دراسة سوسلوبيتز Ceslowitz (1999) في دراسة مسحية أجراها على الممرضين بهدف معرفة العلاقة بين مستويات الإحترق النفسي و بين إستراتيجيات التعامل لديهم و توصل إلى أن الممرضين الذين يعانون من مستوى منخفض من الإحترق النفسي يعتمدون على إستراتيجيات التركيز على حل المشكلة و البحث عن الدعم الإجتماعي أما الممرضين الذين يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي فإنهم يعتمدون على إستراتيجيات التجنب و الهروب . (ملال خديجة، 2010 : 39).

اختلفت أيضا مع الدراسة التي قام بها انجل و آخرون Angel, et al (2003) بعنوان أعراض الإحترق النفسي و إستراتيجيات المواجهة : نموذج العلاقات البنائية و التي توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية دالة سالبة بين الإحترق النفسي و إستراتيجيات التعامل حيث إرتبطت مشاعر الإنهاك سلبيا بإستراتيجيات المواجهة بالتحكم و الدعم الاجتماعي و الإحجام ، و كذلك وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الإنجاز الشخصي و إستراتيجيات التعامل و الدعم الإجتماعي ، و الإحجام . (نشوة كرم عمار، نفس المرجع :72).

II - مناقشة الفرضية الثانية:

نصت هذه الفرضية على وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل، و أظهرت النتائج من خلال الجدول رقم (21) عدم وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل عند الأطباء المقيمين، بحيث يتبين أنه في بعد الإجهاد الإنفعالي قدرت قيمة "ت" المحسوبة ب (-1.41) و هي أصغر من "ت" الجدولية عند درجة الحرية (178) و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، أما في بعد نقص الإنجاز الشخصي فقد قدرت ب (1.24) و هي اصغر من " ت" الجدولية عند درجة الحرية (178) و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

أما في بعد تبدل الشعور فكانت قيمة "ت" المحسوبة تساوي (-0.05) وهي أصغر من "ت" الجدولية عند درجة الحرية (178) ، و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) ، و في المقياس الكلي للإحترق النفسي قدرت ب (0.32) و هي أيضا اصغر من "ت" الجدولية عند درجة الحرية (178) و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

و بالتالي نستطيع أن نقول بعدم تحقق هذه الفرضية وبقبول الفرض الصفري الذي يقول بعدم وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل .

و هذه النتائج جاءت عكس توقعات الباحث الذي إنطلق من القواعد العلمية التالية:

- 1 -لا يمكن للإنسان أن يكون نشيطاً من الناحية الفيزيولوجية أثناء الليل .
- 2 -ينتظم جسم الإنسان بعدة ساعات داخلية تتحكم فيها مراكز دماغية تنمط الإيقاعات البيولوجية التي تتميز بمقاومتها لساعات العمل غير العادية .
- 3 -إفراز هرمون الميلاثونين الذي يتأثر بالضوء و يساعد في تنشيط و يقظة الدماغ و ينجم عنه إرتفاع في حالة اليقظة ، و في حرارة الجسم ، و نبضات القلب و ضغط الدم .
- 4 -تحدد الإيقاعات البيولوجية بتناوب يقظة /نوم ، و يتأثر الرتم اليومي بالضوء و النشاط العضلي و الفكري، و يمكن أن ينقلب مما ينجم عنه إختلال الإيقاعات البيولوجية خلال الليل.
- 5 -نقص اليقظة خلال الليل و هذا ما أثبتته دراسات Foklor و Terssac .et al
- 6 -تكون العمليات الفكرية بما فيها تلقي و معالجة المعلومات في قيمتها الدنيا خلال الليل.

7 - عند العمل ليلا يكون كل إيقاع بيولوجي بما فيه نبضات القلب و ارتفاع ضغط الدم غير مضبوط بدون أن يسعى إلى قلب هذا الإيقاع مما ينتج عنه لا تزامن الذي يترجم بالتعب و الإضطرابات العضوية . (بن رجيل محمد ، 2010 : 74) .

و كل هذه الأمور تجعل الطبيب المقيم الذي يقوم بالعمل الليلي مهيناً للإصابة بالإحترق النفسي و خاصة إذا كان العمل الليلي لفترات مستمرة .

و لكن هذه الدراسة أثبتت عكس ذلك بحيث أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي في جميع أبعاده حسب أوقات العمل .

و يمكن تفسير هذا الإخلاف من خلال الدراسة الميدانية و المقابلات التي أجراها الباحث حيث أن أغلب الأطباء الذين يشكون من العمل الليلي هم الأطباء الجدد ، و أن العادة هنا تلعب دورا بحيث عندما يتعودون على العمل في الليل لا تصبح لديهم مشكلة ، كما أن بعض الأطباء المقيمين يفضلون العمل بالليل حيث يقل العمل و تقل حركة الزوار . و بالتالي يمكن أن نستنتج من خلال هذه الدراسة أن الأطباء يفضلون العمل في الليل لتفادي الضغوط الناتجة عن العبء الزائد في العمل، التعامل المتكرر و المستمر لمدة طويلة مع الآخرين (المرضى ، الزوار) ، و المهام البيروقراطية ... و بالتالي العمل على تفادي الإصابة بالإحترق النفسي .

إتفقت هذه الدراسة مع دراسة ملال خديجة (2010) التي هدفت إلى تقنين مقياس الإحترق النفسي ل ماسلاك و جاكسون في الوسط شبه طبي ، بحيث أسفرت النتائج على عدم تحقق الفرضية التي تقول بوجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل . (ملال خديجة، 2010 :110).

إختلفت مع العديد من الدراسات نذكر منها :

دراسة كنيب و آخرون (Knibbe et al 1996) في المجال الاستشفائي بينت نوعية العمل المرتبط بعدة مشاكل ناجمة عن مواقيت العمل غير العادية خاصة نظام (12x2 ، العمل الليلي ، العمل خلال عطلة الأسبوع) منها التعب العضلي (حمل المرضى) ، تقاوم الثقل الفكري (شدة العمل ، الإنقطاعات المتكررة عن العمل، مشاكل تحويل المعلومات ، مراقبة المرضى) . (بن رجيل محمد، 2010 : 2) .

و كل هذه الأمور تجعل الطبيب المقيم مهيناً للإصابة بالإحترق النفسي .

و إختلفت أيضا مع دراسة سويح نصيرة (2005) حول أثر العمل الليلي على التوافق العام و إستراتيجيات التكيف لدى الأمهات المتزوجات حيث أسفرت النتائج التي توصلت إليها الباحثة إلى أن الطبييات العاملات ليلا أسوء توافقا من الطبييات العاملات نهارا من حيث التوافق الصحي، بحيث أكثرهن مصاب جسمهن ببعض الأمراض وهن لا يتمتعن بالصحة الجسمية التامة (عدم قدرة الجسم على أداء الأعمال الصعبة، عدم سلامة أعضاء الجسم، و عدم قيامها بوظائفها بصورة منتظمة) و بالتالي تعرض هذه الأعضاء و مختلف أجهزة الجسم و خلاياه لبعض الأمراض الناتجة عن العمل الليلي و العمل في الأوقات غير العادية. (سويح نصيرة ، 2005 :117).

مع العلم أن سوء التوافق الصحي الناتج عن العمل غالبا ما يؤدي إلى عدم الرضا عن العمل و بالتالي الإحترق النفسي .

و إختلفت أيضا مع دراسة عداوي فاطمة (2006) و التي هدفت إلى دراسة مواقيت العمل عند الممرضين في وحدات العلاج و التي أثبتت أن هناك ثقل فكري و إجهاد إنفعالي (توتر) في نوبة الليل أكبر منه في نوبة النهار. (بن رجيل محمد :2010 : 2).

III -مناقشة الفرضية الثالثة:

نصت هذه الفرضية على توقع وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي Burn out

حسب التخصص.

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق في الإحترق النفسي حسب التخصص في جميع أبعاد المقياس حيث أن قيمة "ت" في بعد الإجهاد الإنفعالي قدرت ب: (4.69) و في بعد الإنجاز الشخصي ب: (2.39) و في بعد تبدل الشعور ب: (2.71) أما في المجموع الكلي لأبعاد المقياس فقد قدرت ب (5.39) و كلاً دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05). و لمعرفة إتجاه الفروق بين التخصصات و المقارنة بينها ثم الإعتماد على معادلة شيفية (scheffé) كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم جدول رقم (24) يبين مستويات الإحترق النفسي:

التخصص	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي لبعده الإجهاد الإنفعالي	مستوى الإحترق النفسي	المتوسط الحسابي لبعده الشخصي	مستوى الإحترق النفسي	المتوسط الحسابي لبعده تبدل الشعور	مستوى الإحترق النفسي	المتوسط الحسابي للاحترق النفسي	مستوى الإحترق النفسي
طب العمل Médecine de travail	13	12.77	منخفض	7.31	منخفض	14.77	منخفض	34.85	منخفض
الأمراض النفسية و العقلية Psychiatrie	14	16.71	متوسط	9.36	منخفض	14.85	منخفض	43.79	منخفض
العلاج بالأشعة Radiothérapie	14	18.43	متوسط	9.57	منخفض	15.50	منخفض	43.50	منخفض
تحليل الدم Hémobiologie	13	19.54	متوسط	10.00	منخفض	15.85	منخفض	44.38	منخفض
جراحة عامة Chirurgie générale	18	20.61	متوسط	8.78	منخفض	18.61	متوسط	48.00	متوسط
أمراض النساء و التوليد Gynécologie	25	24.88	متوسط	11.00	منخفض	19.44	متوسط	55.32	متوسط
الإنعاش و التخدير Anesthésie et Réanimation	13	30.54	عالي	13.31	منخفض	17.71	متوسط	59.69	متوسط
أمراض السرطان Oncologie	13	34.46	عالي	19.69	متوسط	27.69	متوسط	81.85	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك تسلسل في مستويات الإحترق النفسي Burn out من خلال المتوسطات الحسابية تبعا للتخصصات . بحيث أصغر المتوسطات في جميع الأبعاد كانت في تخصص طب العمل ، و أكبرها كانت في تخصص الإنعاش و التخدير و أمراض السرطان حي ث، قدرت المتوسطات الحسابية في تخصص طب العمل في بعد الإجهاد الإنفعالي ب (12.77) و في بعد نقص الإنجاز الشخصي ب (7.31) و في بعد تبدل الشعور ب (14.77) أما المتوسط الحسابي للمجموع الكلي للمقياس فقد قدر ب (34.85) و هو أصغر متوسط بالمقارنة مع التخصصات الأخرى، و يعتبر مستوى الإحترق النفسي Burn out منخفض في كل الأبعاد حسب سلم تصحيح المقياس.

و يمكن تفسير ذلك انطلاقا من طبيعة العمل و ظروفه ، بمعنى أن طبيعة عمل الطبيب المختص في طب العمل لا تتميز بصعوبة كبيرة بالمقارنة مع الطبيب المختص في التخصصات الأخرى مثل الإنعاش و التخدير ، و أمراض السرطان ، فهو من خلال طبيعة عمله يلعب دور الموجه أكثر من المعالج إن صح التعبير ، بحيث يقوم غالبا بتشخيص الحالات ثم إرسالها إلى الجهة المختصة و هو في أغلب الأحيان ليس مطالب بمتابعة المرضى و الوقوف على مشاكلهم و إنما دوره يكمن في

تحديد مدة الإجازات المرضية، و تشخيص الحالات المرضية ، و إرسالها إلى الجهة المختصة و أحيانا يقوم بمعالجة الأمراض العامة .

و بالتالي فلن طبيعة عمله لا تحتوي على المسببات الرئيسية للإحترق النفسي Burn out مثل عبء العمل الزائد، عدم وضوح الدور، العمل لفترات طويلة دون الحصول على قسط من الراحة... الخ .

لذلك نستطيع القول أن الأطباء المقيمين المتخصصين في طب العمل يعانون من الإحترق النفسي بمستوى منخفض حسب سلم تصحيح المقياس و بالمقارنة مع التخصصات الأخرى.

و يليه تخصص الأمراض النفسية و العقلية Psychiatrie بمتوسطات حسابية قدرت ب (16.71) في بعد الإجهاد الإنفعالي و يعتبر مستوى متوسط حسب سلم تصحيح المقياس ، و في بعد نقص الإنجاز الشخصي قدر ب (9.36) و هو مستوى منخفض ؛ و في تبدل الشعور قدر ب (14.85) و هو أيضا مستوى منخفض حسب سلم التصحيح ؛ أما في المجموع الكلي لأبعاد الإحترق النفسي فقد قدر ب (43.79) و يعتبر بدوره مستوى منخفض حسب سلم تصحيح المقياس.

و يمكن تفسير هذه النتائج إنطلاقا من تخصصهم بحيث أنهم معتادون على التعامل مع مختلف الأمراض النفسية و العقلية، كما أنهم بحكم تخصصهم يجيدون تطبيق إستراتيجيات التعامل بطريقة مدروسة و على أسس دقيقة ، مع العلم أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل فاعلة فهي تقلص من مستوى الإحترق النفسي.

و من هذا المنطق نستطيع القول أن الأطباء المقيمين المتخصصين في الأمراض النفسية و العقلية يجيدون تطبيق إستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى الإحترق النفسي .

ويلي هذا التخصص من خلال التسلسل في مستويات الإحترق النفسي تخصص العلاج بالأشعة Radiotherapies حيث كانت نتائج المتوسطات الحسابية في بعد الإجهاد الإنفعالي (18.43) و هو مستوى متوسط حسب سلم تصحيح المقياس ، و في بعد نقص الإنجاز الشخصي أعطت النتائج مستوى منخفض بمتوسط حسابي قدر ب (9.57) و في بعد تبدل الشعور أعطت النتائج أيضا مستوى منخفض بمتوسط حسابي قدر ب (15.50) .

أما المتوسط الحسابي للمجموع الكلي للمقياس فقد قدر ب (43.5) و يعتبر بدوره منخفض حسب سلم تصحيح المقياس و بالمقارنة مع التخصصات الأخرى عدا طب العمل.

و يمكن تفسير هذه النتائج إنطلاقاً من خصائص العمل التي تتميز بالإثارة و التنوع ، و الإحساس بالإنجاز و المعنى في العمل . بالإضافة إلى أنهم لا يقومون بعمليات جراحية و إنما دورهم يأتي بعد العمليات الجراحية الخاصة بأمراض السرطان بحيث يقومون بعلاج بقايا السرطان بواسطة الأشعة، لذلك نجد أن الأطباء المقيمين و المتخصصين في العلاج بالأشعة Radiotherapies يعانون من الإحترق النفسي بمستوى منخفض حسب سلم التصحيح و بالمقارنة مع التخصصات الأخرى.

و يليه من خلال التسلسل في مستويات الإحترق النفسي تبعاً للتخصصات تخصص الهيموبولوجيا بحيث قدر المتوسط الحسابي في بعد الإجهاد الإنفعالي ب (19.54) وهو مستوى متوسط و في بعد نقص الإنجاز الشخصي بمتوسط حسابي قدر ب (10.00) وهو مستوى منخفض ، أما بعد تبدل الشعور فقد أظهر أيضاً مستوى منخفض بمتوسط حسابي قدر ب (15.85) و كذلك المقياس الكلي أظهر مستوى منخفض بمتوسط حسابي قدر ب (44.38) .

و يمكن تفسير هذه النتائج من خلال طبيعة العمل و ظروفه بحيث أظهرنا مستوى متوسط في بعد الإجهاد الإنفعالي و ذلك نتيجة القيام بنفس العمل مع القليل من التغير ، و النقص في الإحساس بالإنجاز و المعنى في العمل ، ظروف العمل التي لا تمتاز بالإثارة و التنوع. و كل هذه أسباب تساهم في رفع مستوى الإحترق النفسي و من خلال الملاحظات و المقابلات التي أجراها الباحث مع الأطباء في هذا التخصص و إنطلاقاً من تصريحات بعضهم نستنتج أنهم يحسون بأنهم مصنّفون من قبل غيرهم في التخصصات الأخرى كأمراض القلب ، و أمراض السرطان بأنهم لا يقدمون شيئاً في مجال الطب ، بحيث لا يقومون بعمليات جراحية و لا يساهمون في إنقاذ الحالات الخطيرة ، و أن عملهم روتيني و لا يتطلب كفاءة عالية فهم يحسون أنهم مصنّفون في أسفل سافلين كما قال أحد أطباء الهيموبولوجيا و كل هذا يسهم في رفع مستوى الإحترق النفسي Burn out لديهم و خاصة في بعد الإجهاد الإنفعالي، و نقص . أما في بعد تبدل الشعور و المجموع الكلي لأبعاد المقياس فقد أظهرنا مستوى منخفض و يمكن تفسير ذلك بظروف العمل حيث أنهم يؤدون عملهم في ظرف جيدة مقارنة

مع غيرهم فهم يعملون في المخابر و لا يتعاملون مع المرضى و لا يقومون حتى بالمناوبات (العمل الليلي) و هذا ما يجعلهم يظهرون مستوى منخفض من الإحترق النفسي .

و يليه تخصص الجراحة العامة *chirurgie générale*

بحيث كان مستوى الإحترق النفسي في بعد الإجهاد الإنفعالي متوسط بقيمة (20.61) ، أما في بعد نقص الإنجاز الشخصي فكان منخفض بمتوسط حسابي قدر ب (8.78)، وفي بعد تبدل الشعور فكان أيضا مستوى الإحترق النفسي متوسط بمتوسط حسابي قيمته (18.61)، أما في المقياس الكلي فكان مستوى الإحترق النفسي متوسط بمتوسط حسابي قيمته (48.00) .

و هذه النتائج تعد مرتفعة بالمقارنة مع التخصصات التي سبق ذكرها حيث كان مستوى الإحترق النفسي في التخصصات السابقة (طب العمل، الأمراض النفسية و العقلية، العلاج بالأشعة، الهيموبولوجيا) منخفض في المقياس الكلي للإحترق النفسي . أما في تخصص الجراحة العامة فقد أعطت النتائج مستوى متوسط. و يرى الباحث أن هذا النوع من الأطباء عملهم يتطلب الكثير من الدقة و الكفاءة و قلة الأخطاء ، بحيث أن هؤلاء الأطباء يقومون بعمليات جراحية أو على الأقل يساهمون في العمليات الجراحية بأي شكل من الأشكال . و بالتالي هم مسئولون عن النتائج، و نحن نعلم أن من الأسباب التي تؤدي للإحترق النفسي حسب دراسة على حمدي (2008) أن أي فشل يواجه الفرد في جهوده لتحقيق الحاجات الشخصية خلال عمله سوف يساهم في حالة عدم الرضا عن العمل و بالتالي الإحترق النفسي. فالمهنيون يأتون إلى أعمالهم و هم متوقعون الكثير ، فهم يريدون زملاء مساندين و عملاء يقرون بالجميل ، و عملا مشوقا مثيرا ، فضلا عن الإستقلالية و في نفس الوقت ما يريد أي عامل آخر مثل راتب كاف ، و فرص للتقدير ، مسئول متفهم كفاء ، و شعور بالإنجاز . و لسوء الحظ غالبا ما يصاحبون بخيبة الأمل و بالتالي إرتفاع مستوى الإحترق النفسي . (على حمدي، 2008: 182) .

و من خلال المقابلات التي أجراها الباحث في مصلحة الجراحة العامة تبين أن الأطباء لا يلقون الدعم الكافي سواء من الزملاء في العمل أو من طرف المسؤولين، كما أنهم يتعرضون للمضايقات و عدم الاعتراف بالجميل من طرف المرضى و أهل المرضى. و هذا ما يدفعهم في أغلب الأحيان إلى الشعور بالذنب في حالة الإخفاق في إنقاذ المرضى حتى و إن كان السبب راجع إلى قلة الإمكانيات و الوسائل أو أي شيء آخر. كذلك عدم الإعتراف بالجميل و تحسيهم بالإنجاز في حالة نجاحهم ،

و عدم تحفيزهم من طرف مسؤوليهم و هذه الأمور بطبيعة الحال تؤدي بهم إلى خيبة الأمل و عدم الرضا عن العمل و بالتالي إرتفاع مستوى الإحترق النفسي .
ويليه من خلال التسلسل تخصص أمراض النساء و التوليد Gynécologie حيث نلاحظ أن تخصص أمراض النساء و التوليد Gynécologie أعطى مستوى متوسط حسب سلم تصحيح المقياس. بمتوسطات حسابية قدرت ب :

في بعد الإجهاد الإنفعالي ب (24.88) و هو مستوى متوسط من الإحترق النفسي، و في بعد نقص الإنجاز الشخصي ب (11.00) و هو مستوى منخفض، و في بعد تبدل الشعور ب (19.44) و هو مستوى متوسط . أما في المقياس الكلي فقد أعطت النتائج مستوى متوسط بقيمة (55.32). و هذه النتائج تعد مرتفعة بالمقارنة مع التخصصات التي سبق التطرق إليها و أكبر سبب يمكن أن يفسر هذا الإرتفاع في الإحترق النفسي في هذا التخصص حسب الملاحظات و المقابلات التي أجراها الباحث في هذه المصلحة هو الضغط الذي يتعرض له الأطباء المقيمين من طرف المرضى و الزوار فبالإضافة إلى الضغط الناتج عن الحالة قبل و أثناء و بعد الولادة من قبل المرأة و نحن نعلم أن المرأة في هذه المرحلة تمر بظروف صعبة تتطلب الكثير من المساندة و التفهم ، نجد أن الطبيب يتحمل ضغط آخر ناتج عن أهل الحالة و من المعروف في مجتمعنا حضور الأقارب إلى المستشفى لمساندة المرأة عند الولادة ،بالإضافة إلى الفوضى و الضجيج ليعتبار أن هذه المصلحة هي أكبر مصلحة في المستشفى سواء من حيث العمل المتزايد أو من حيث عدد المرضى . و كل هذه الأمور تؤثر سلبا على إستعدادات الطبيب في التعامل مع الضغوط و بالتالي إرتفاع مستوى الإحترق النفسي .

و يليه تخصص الإنعاش و التخدي بحيث كشفت النتائج على مستوى عالي من الإحترق النفسي في بعد الإجهاد الإنفعالي بمتوسط حسابي قدرت قيمته ب : (30.54) ، و في بعد نقص الإنجاز الشخصي عن مستوى منخفض من الإحترق النفسي بمتوسط حسابي قيمته (13.31) و في بعد تبدل الشعور عن مستوى متوسط بمتوسط حسابي قيمته (17.71). أما في المقياس الكلي للإحترق النفسي فقد أعطت النتائج مستوى متوسط من الإحترق النفسي بمتوسط حسابي قيمته (59.69) . و هذه النتائج تعد مرتفعة جدا بالمقارنة مع التخصصات التي سبق التطرق إليها و خاصة في بعد الإجهاد الإنفعالي بحيث كشفت النتائج عن مستوى عال من الإحترق النفسي بمعنى أنه تجاوز الخطوط الحمراء و هو يدور في مرحلة خطيرة من الإحترق النفسي كما نلاحظ أن هذا المستوى

العالي في هذا البعد أثر أيضا في الأبعاد الأخرى، بحيث ارتفعت المتوسطات الحسابية إلى (13.31) في نقص الإنجاز الشخصي و إلى (17.71) في بعد تبدل الشعور ، و إلى (59.69) في المقياس الكلي و هذا راجع إلى الجو القاسي الذي يعيش فيه الأطباء المقيمين في هذه المصلحة بحيث لا نجد في هذه المصلحة غير الحالات الخطيرة جدا التي ينتهي بها الأمر غالبا إلى الوفاة . و هذا ينعكس على الأطباء المقيمين سواء من خلال فقدان المستمر للحالات المرضية أو من خلال التعامل مع هذه الحالات.

و كذلك يمكن أن نفسر ذلك من الناحية الفردية فحسب دراسة علي حمدي (2008) و فرويد نبرج Freudenberger و الذين اجمعوا على أن المخلصين في أعمالهم و الملتزمين هم أكثر عرضة للإحترق النفسي بالإضافة إلى عدم واقعية الفرد في توقعاته و آماله و التي تحمل في طبيعتها مخاطر الوهم بالإحترق النفسي Burn out ، و كذلك زيادة حصر الإهتمام بالعمل تزيد من احتمال ارتفاع مستوى الإحترق النفسي Burn out ، بالإضافة إلى الرغبة في إحداث التغيير .

و كل هذا ينطبق على الأطباء المقيمين في مصلحة الإنعاش و التخدير Anisthisé et Réanimation بحيث أن طبيعة عملهم تفرض عليهم الكثير من الإخلاص و الإلتزام و الدقة في العمل، و كل الأخطاء محسوبة و قد تؤدي إلى وفاة المريض.

كما تتجلى عدم الواقعية في الآمال و التوقعات عند الأطباء في هذه المصلحة غالبا عندما يصادفون بنتائج عكس توقعاتهم و هذا ما يدفعهم إلى الإهتمام المتزايد لأحداث التغيير و هذا بدوره يعد من أسباب ارتفاع مستوى الإحترق النفسي Burn out .

ومن خلال المقابلات التي أجراها الباحث مع الأطباء المقيمين في هذه المصلحة نستنتج أن هؤلاء الأطباء يعيشون في جو خاص مشحون بنوع من الإحباط إن صح التعبير من جهة، و الإستعداد التام من جهة أخرى . حتى في طريقة تعبيرهم عن الظروف التي يعيشونها أثناء القيام بدورهم ، هذا ما يجعل مستوى الإحترق النفسي Burn out يرتفع أكثر عند هذه الفئة مقارنة مع التخصصات التي سبق التطرق إليها.

و آخر تخصص حسب التسلسل في مستويات الإحترق النفسي هو تخصص أمراض السرطان Oncologie حيث كشفت النتائج المتوصل إليها عن مستوى عالي في بعد الإجهاد الإنفعالي بمتوسط حسابي قيمته (34.46) ، و مستوى متوسط في بعد نقص الإنجاز الشخصي بمتوسط

حسابي قيمته (19.69) و أيضا مستوى متوسط في بعد تبلد الشعو ر بمتوسط حسابي قيمته (27.69) .

أما بالنسبة للمقياس الكلي للإحترق النفسي فقد كشفت النتائج عن مستوى متوسط بمتوسط حسابي قيمته (81.85) و هي أكبر قيمة مقارنة مع جميع التخصصات.

و يمكن تفسير ذلك من خلال المقابلات التي أجراها الباحث مع بعض الأطباء المقيمين في هذه المصلحة إنطلاقا من قلة الإمكانيات و الوسائل و هذا السبب يؤدي في كثير من الأحيان إلى الإخفاق في أنقاد المريض بالسرطان ، مرورا بالظروف التي يعيشها الأطباء في التعامل مع المرضى المصابين بالسرطان ، وصولا إلى أصعب الظروف حين يبقى المريض أحيانا ينتظر أجله و الطبيب لا يستطيع فعل أي شيء ، و في أغلب الأحيان تكون هناك علاقات بين الأطباء المقيمين و المرضى المصابين بالسرطان تنتهي في أغلب الأحيان بوفاة المريض مما يؤدي إلى نوع من فقدان السيطرة على مخرجات العمل و بالتالي التوتر الناتج عن مثل هذه الظروف بصفة مستمرة ولمدة طويلة و بالتالي ارتفاع مستوى الإحترق النفسي .

و لا يفوتني أن أعلق على الفروق في أبعاد الإحترق النفسي بحيث نلاحظ من خلال الجدول أنه في بعد الإجهاد الإنفعالي كان مستوى الإحترق النفسي يتراوح ما بين مستوى متوسط و مستوى عالي حسب طبيعة العمل و ظروف الأطباء في المصلحة أما في بعد نقص الإنجاز الشخصي فكان مستوى الإحترق النفسي منخفض في جميع التخصصات ما عدا تخصص أمراض النساء و التوليد Gynécologie و أمراض السرطان Oncologie . ويمكن تفسير ذلك بالاستراتيجيات التي يتعامل بها الأطباء باختلاف تخصصاتهم و التي تتميز بمواجهة الحياة في العمل كتحدى للقدرة الذاتية ، بالإضافة إلى الاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الايجابية في مواجهتها. أما في بعد تبلد الشعو فكان مستوى الإحترق النفسي منخفض في التخصصات التالية (طب العمل، الأمراض النفسية و العقلية، العلاج بالأشعة، و الهيموبولوجيا) نظرا لان الأطباء في هذه التخصصات غالبا لا يتحملون مسؤولية العمليات الجراحية و نتائجها ، كما أنهم و حسب طبيعة عملهم لا يتعاملون مع الحالات المرضية الخطيرة. و عكس ذلك نجده في التخصصات الأخرى مثل (الجراحة العامة ، أمراض النساء و التوليد ، الإنعاش و التخدير، و أمراض السرطان) فهؤلاء أكثر تحملا للمسؤولية من غيرهم و هم مطالبون بالكثير من الدقة و التركيز و الالتزام في العمل و بالتالي تحمل الضغوط بشتى أنواعها.

و اتفقت هذه الدراسة مع العديد من الدراسات في مجال الطب و التمريض و المجالات الأخرى ففي مجال الطب و التمريض نذكر الدراسة التي قام بها لورنت laurent (2007) على عمال الاستعجالات (SAMU) و على عمال الإنعاش حيث وجد إن عمال مصلحة الاستعجالات هم الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي نظرا لطبيعة العمل التي تستدعي الدقة و السرعة و الحذر (A. Laurent, 2007: P570).

واتفقت أيضا مع دراسة أدلي و برامي Adali et Priami (2002) و التي هدفت إلى المقارنة مستويات الإحترق النفسي بين العاملين في مهنة التمريض و في التخصصات التمريضية المختلفة، و الكشف عن العوامل البيئية التي تساهم في تطور الإحترق النفس ي لديهم ، و أسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضين و الممرضات في أقسام الإسعاف لديهم مستوى أعلى في الإجهاد الإنفعالي مقارنة بالممرضين في كل من العناية المشددة و أقسام الداخلية. و أرجع الباحث ذلك إلى طبيعة العمل في قسم الإسعاف الذي يتضمن عوامل بيئية (أعباء عمل زائدة، و توجيه و إشراف.) و هذه تساهم في تطوير الإحترق النفسي لديهم. (رجاء مريم ، 2006 : 25)
واتفقت أيضا مع دراسة ستوردير (Stordeur) الذي توصل إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات الإحترق النفسي Burn out تعود لاختلاف أقسام المستشفى.
(ملال خديجة، 2010: 109)

و أشارت ملال خديجة (2010) إلى أنه حسب الدراسة الميدانية التي قامت بها في المصالح الأربعة (الجراحة ، و الاستعجالات، و الطب العام ، طب الأطفال و الأمومة) بينت أن الضغط الذي يتعرض له عمال مصلحتي الاستعجالات و الجراحة يفوق ما يتعرض له عمال مصلحتي طب الأطفال و الأمومة و طب العام (ملال خديجة، 2010: 109)
و اختلفت مع دراسة شرقي حورية (2010) و التي تمحورت حول موضوع الإحترق النفسي وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى الفريق الطبي من أطباء و ممرضين مصلحة الإنعاش و مصلحة الاستعجالات و مصلحة طب الأطفال. و أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا حسب التخصص في الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي. (شرقي حورية، 2010: 121) .

IV - مناقشة الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على توقع وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل coping بين الذكور و الإناث من الأطباء المقيمين .

و هذا ما يوضحه الجدول رقم (23) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (1.9) و هي اصغر من (ت) الجدولية عند درجة الحرية (178) وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

و هذه النتيجة جاءت عكس توقعات الباحث و خاصة عندما ندرج دور التنشئة الاجتماعية التي تشجع الذكور على سلوكيات السيطرة التوكيدية ، و الاستقلال المعرفي ، و النشاط في حين يشجع الإناث على سلوك الدفء و الحساسية و العطف، و التعاون ، فهي تفسر المواقف الضاغطة بأنها خارجة عن إرادتها و لا قوة لها في مواجهتها . و هذا ما تدعمه التنشئة الاجتماعية في تحديد أدوار كل من الذكور و الإناث .

و اتفقت هذه الدراسة مع دراسة طبي سهام (2005) التي توصلت بدورها إلى عدم وجود فروق بين الذكور و الإناث في استراتيجيات التعامل المعتمدة في مواجهة ضغوط ما بعد الصدمة عند المصابين بالحروق (طبي سهام، 2005: 188).

وتعارضت مع العديد من الدراسات منها

دراسة "أش" ASCH و كريتشفلد (Crutchfied) التي توصلت إلى إن الذكور أكثر استعمالاً لحل المشكلة مقارنة بالإناث كما أن الإناث أكثر قابلية للخضوع أمام الضغوط الجماعية ، و هذا ما يعكس الفروق الثقافية في أدوار الجنسين حيث يعتقد إن الرجال أكثر كفاءة و تفوقاً على النساء في الأدوار المعرفية و خاصة حل المشكلات (حسن علي حسن ، 1998: 117).

تعارضت أيضاً مع دراسة فارويل Farwell (2003) الذي توصل إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور و الإناث عند المعلمين في إستراتيجيات التعامل مع الضغوط و المشكلات الصفية التي تواجههم. (زياد بركات ، 2010: 33).

و تعارضت أيضا مع دراسة باك pack (2004) الذي توصل أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التعامل المتبعة لتخفيف الإجهاد أو التخلص منه عند المعلمين تبعاً لمتغير الجنس (زياد بركات ، نفس المرجع :33) .

كما نلتمس الاختلاف أيضا من خلال دراسة هاتينا هورنر Horner (1972) حيث أشارت إلى إن الإناث يعانين الخوف في النجاح خاصة في المواقف التنافسية ، و هذا لأن نجاحهن يضيف عليهن قدر من العدوانية و ما يترتب عليه من الرفض الاجتماعي و عدم القبول و هذا بخلاف الذكور فإن نجاحهم في مواقف المواجهة و الإنجازات التنافسية يضيف عليهم سمة الذكورة المقبولة اجتماعيا.

و لهذا افترضت "هورنر" إن الخوف في النجاح يعد استعدادا ثابتا في شخصية الأنثى خاصة عند مواجهتها للمواقف الضاغطة.(طبي سهام، 2005: 188) .

و يمكن تفسير هذا الاختلاف انطلاقا من البيئة التي أجريت فيها دراستنا و ظروف التطبيق و إلى ثقافة مجتمع العينة الذي يغلب عليه طابع التعاون و المساندة و تبادل الآراء و الأفكار.

و بما إن الأطباء المقيمين ذكورا و إناثا يعانون من نفس الضغوط في العمل فإنهم غالبا ما يستخدمون نفس إستراتيجيات التعامل مع هذه الضغوط .

بالإضافة إلى أن الطبيبات بحكم مهنته ن ليسن كغيره ن من النساء العاملات في المجالات الأخرى فطبيعة عمله ن التي تفرض عليه ن القيام بالمناوبات الليلية ، والتعامل مع المرضى ، و التعامل مع مختلف الضغوط الناتجة عن سوء التسيير في المستشفى . و كل هذه الأمور تجعله ن أكثر تحديا في مواجهة المواقف الضاغطة.

V - إستنتاج عام :

طرحنا هذه الدراسة ليستدل بها على أحد المطالب الموقفية في الإستخدام المحكم لإستراتيجيات التعامل عند الذين يعانون من الإحترق النفسي .

- (1) تبين من خلال نتائج الفرضية الأولى والتي توقعنا فيها وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات التعامل ، وقد كشفت الدراسة عن عدم وجود تلك العلاقة .
- (2) بالرغم من عدم وجود تلك العلاقة إلا أن الدراسة كشفت عن وجود ارتباطات دالة إحصائيا بين الأبعاد التالية :

المشكل والإجهاد الإنفعالي ، المشكل ونقص الإنجاز الشخصي ، بين المشكل وتبدل الشعور ، المشكل والمقياس الكلي للإحترق النفسي ، الإنفعال والإجهاد الإنفعالي ، الإنفعال ونقص الإنجاز الشخصي ، الإنفعال والمقياس الكلي للإحترق النفسي ، التجنب وتبدل الشعور، المقياس الكلي لإستراتيجيات التعامل وتبدل الشعور.

- (3) كشفت الدراسة عن عدم وجود إرتباطات دالة إحصائيا بين الأبعاد التالية:

الإنفعال وتبدل الشعور ، التجنب والإجهاد الإنفعالي ، التجنب ونقص الإنجاز الشخصي ، المقياس الكلي لإستراتيجيات التعامل ، والمقياس الكلي للإحترق النفسي .

- (4) كما كشفت أيضا عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل ، وهذا يعني أن وقت العمل لا يؤثر في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المقيمين وان العادة تلعب دورا حيث عندما يتعودون على العمل في الليل لا تصبح لديهم مشكلة ، كما أن بعض الأطباء يفضلون العمل في الليل لتفادي الضغوط الناتجة عن العبء الزائد في العمل ، والمهام البيروقراطية .

- (5) كشفت وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب التخصص وفي جميع التخصصات المدروسة ، وتم تفسير ذلك انطلاقا من طبيعة العمل وظروفه في كل تخصص ، حيث إن طبيعة العمل في بعض التخصصات لا تحتوي على المسببات الرئيسية للإحترق النفسي والعكس.

6) كشفت أيضا عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في إستراتيجيات التعامل حسب الجنس .
 وتم تفسير ذلك انطلاقا من البيئة التي أجري فيها البحث ، و ثقافة مجتمع العينة الذي يغلب عليه طابع التعاون والعمل الجماعي ، كما أن مهنة الطب لا تميز بين الذكور والإناث فكلهم معرضون للتعامل مع الحالات الخطيرة ، وكلهم مضطرون للقيام بالمناوبات (العمل الليلي) وهذا ما يجعل الطبيبات يتخلين عن بعض الميزات ويجعلهن أكثر تحديا في مواجهة الضغوط والإحترق النفسي.

VI -الاقترحات والتوصيات : في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يلي :

- 1) إجراء دراسات حول الإستراتيجيات التي يستخدمها الأطباء المقيمين في تعاملهم مع المواقف الضاغطة .
- 2) إقامة دورات وبرامج إرشادية تخفف من شدة الإحترق النفسي ، وتساعد الأطباء المقيمين على استخدام إستراتيجيات تعامل فاعلة للتكيف أفضل مع ظروف العمل ..
- 3) تصميم برامج وقائية علاجية تساعد الأطباء المقيمين على التصدي لظاهرة الإحترق النفسي من خلا بعض الأنشطة الجماعية السارة التي تحفف التي تخفف من ضغوط العمل ، بحيث لا ينشغل الطبيب طيلة الوقت بأعباء العمل .
- 4) محاولة كشف الإحترق النفسي من خلال اعرضه الأولوية ، واتخاذ الخطوات اللازمة للوقاية منه .
- 5) العمل على تقليل الضغوط الإدارية والمهنية على الأطباء المقيمين .
- 6) توفير الحوافز المادية والمعنوية للأطباء المقيمين وإتاحة الفرصة لهم للقيام بالبحث العلمي من اجل التطوير في تخصصه .

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

الكتب العربية :

- 1) احمد محمد عوض(2007) : الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس ، دار الحامد ، ط1 ، عمان .
- 2) السيد عبد الرحمان (2007): علم النفس الاجتماعي المعاصر ، دار الفكر العربي ، القاهرة، .
- 3) رونالد ريجيو(1999) : المدخل إلى علم النفس الصناعي و التنظيمي ، دار الشروق ، عمان ، ط 1 .
- 4) طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية ، دار الفكر ، ط1.
- 5) لطفي الشريبيني ، (2001): الاكتئاب – المرض والعلاج ، دار النهضة العربية، ط ، بيروت.
- 6) محمد قاسم القريوتي (2009) : السلوك التنظيمي – دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في منظمات الأعمال ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان .
- 7) مفتاح عبد العزيز(2010) : مقدمة في علم النفس الصحة ،دار وائل ، ط1 ، عمان .
- 8) ميريل دوجلاس ، دونا دوجلاس (2008) : الطريق الفعال لادارة الوقت والنفس والمال ، ترجمة باعتماد خالد العامري ، دار الفاروق للاستثمارات الثقافية ، ط1 ، القاهرة .
- 9) صبرة محمد علي، اشرف محمد عبد الغني شريت (2004): دار المعرفة الجامعية .
- 10) عبد الرحمان محمد العيسوي (2006) : علم النفس في خدمة المجتمع الحديث ، الدار الجامعية ، مصر .
- 11) عبدا لرحمان بن احمد هيجان (1998) : ضغوط العمل ، الإدارة العامة ، الرياض.
- 12) علي عسكر (2003) : ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها ، دار الكتاب الحديث ، ط3، الكويت .
- 13) علي عسكر(2005) : الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .
- 14) علي حمدي (2008) : سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل ، دار الكتاب الحديث ، الكويت.

15) شيلي تايلور (2008) : علم النفس الصحي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان .

المجلات والمقالات :

16) إبراهيم أمين القريوتي ، فريد مصطفى الخطيب (2006) : الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن ، مجلة كلية التربية ، جامعة الإمارات العربية المتحدة ، العدد 23 .

17) محمد حمزة الزيودي (2007) : مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات ، مجلة دمشق ، جامعة مودة ، المجلد 23 ، العدد 2 .

18) علي بن الشويل القرني (2010) : الاحتراق النفسي دراسة عن مستوى الضغوط المهنية في المؤسسات الإعلامية في المملكة العربية السعودية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ،

19) عمار الفريجات ، وائل الربضي (2010) : مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في محافظة عجلون ، مجلة النجاح للأبحاث ، مجلد 24 ، جامعة البلقاء التطبيقية ، الأردن .

20) عمر محمد الخرابشة ، عبد الحليم عربيات (2005) : الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر ، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية ، العدد الثاني ، الأردن .

الرسائل :

21) الراشدان مالك (1995) : الاحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الأردنية الحكومية وعلاقته ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك ، الأردن .

22) ازيدي كريمة (2007) : إدراك التلاميذ لأسلوب إدارة الصف واستراتيجيات تعاملهم مع الازمة ، رسالة دكتوراه ، جامعة وهران .

23) بلهوارى فاطمة (2010) : ضغط الحياة وعلاقتها باستراتيجيات التكيف والقيم لدى المدرسين ، جامعة وهران .

24) بن رجيل محمد (2010) : الثقل الفكري في العمل التناوبي دراسة مقارنة بين العمل النهاري والعمل الليلي ، رسالة ماجستير ، جامعة وهران ،

25) بن عمور جميلة (2010) : تقدير الذات وعلاقته بأساليب مواجهة المواقف الضاغطة ، رسالة ماجستير ، جامعة وهران .

- (26) رجاء مريم (2006) : فاعلية برنامج تدريبي لتنمية إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض ، رسالة دكتوراه ، جامعة دمشق .
- (27) طبي سهام (2005) : أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق ، رسالة ماجستير،جامعة باتنة .
- (28) كبداني خديجة (2007) : التوظيف النرجسي لدى حالات الاكتئاب الارتكاسي (دراسة سيكوباتولوجية من خلال الكوبينغ واختبار تفهم الموضوع TAT)،رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة وهران .
- (29) ملال خديجة (2010) : تقنين مقياس ماسلاك وجاكسون في الوسط شبه الطبي ، رسالة ماجستير ، جامعة وهران .
- (30) معروف مراد (2007) : التخصصات غير المرغوب فيها واستراتيجيات التكيف لدى تلاميذ الفروع التقنية ، رسالة ماجستير ، جامعة وهران.
- (31) مقدم سهيل (2010) : استراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى أساتذة التعليم الثانوي ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم ، جامعة وهران .
- (32) مهند سليم عبد العلي (2003) : مفهوم الذات واثربعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته بظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية ، الحكومية في محافظتي جنين ونابلس ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة النجاح الوطنية بفلسطين .
- (33) مودة الشيخ محمد عابدين (2001) : الاحتراق النفسي وعلاقته بتقدير الذات للمعالجين النفسيين بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم ، رسالة ماجستير ، جامعة الخرطوم .
- (34) نشوة كرم عمار (2007) : الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) وعلاقته باساليب مواجهة المشكلات ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الفيوم .
- (35) نوال بنت عثمان الزهراني (2008) : الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، رسالة ماجستير ، جامعة أم القرى.
- (36) سويح نصيرة (2005) : اثربعمل الليلي على التوافق العام واستراتيجيات التكيف لدى الأمهات المتزوجات "دراسة ميدانية على العاملات ليلا والعاملات نهارا بقطاع الصحة بسبدي بلعباس ، رسالة ماجستير، جامعة وهران .
- (37) شرقي حورية (2010) : الاحتراق النفسي وعلاقته بدافعية الانجاز لدى الفريق الطبي ، رسالة ماجستير ، جامعة وهران .
- (38) يوسف حرب محمد عودة (1998) : ظاهرة الاحتراق النفسي وعلاقتها بضغوط العمل لدى معلمي المدارس الثانوية الحكومية في الضفة الغربية ، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية ، جامعة النجاح الوطنية ، فلسطين .

الكتب الاجنبية :

- 39- Elisabeth Grebot (2008) : Stress et burn-out au travail , édition d'organisation , paris .
- 40- Lévy Leboyer Claude , Hutten Michel (2003) : la psychologie du travail , 2em édition , paris .
- 41- Marie Fridérique Baque (2000) : sociétés française Burn out chez les soignants en cancérologie .
- 42- Nicolas Cambalbert & Kathrine Riquelme & Sénagou (2006) : le mal être au travail , édition des presse de la renaissance , paris.
- 43- Pierre Canoui , Aline Murages (2004) : le burn-out –le syndrome d'épuisement Professional des soignants , Masson , Paris .
- 44- Pierre Lévy –Soussan (1994) : psychiatrie , édition ESTEM , paris.
- 45- Pierre Loo , Henri Loo ,André Galinowaki (2003) : le stress permanent – réaction – adaptation de l'organisme aux aléas existentiels ,3em édition , Masson , paris .
- 46- P.h Jemmet .M.Reynaud .S.M ,Consoli (1996) : psychologie Médicale ,2em édition Masson ,Paris .

المجلات والمقالات :

- 47- A.Laurent/K.Chahraoui (2007) : les répercussions psychologiques des interventions médicales urgents sur le personnel SAMU , Annales Médicaux psychologique.
- 48 - J-P.Courtial & S.Huteau (2005) : le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche a l'hôpital , S.F.S.P , sante publique , vol. 17 .
- 49 - Jean –Michel Bigler (2008) : L'épuisement que nous Gutte ou quand le travail rend malade , Médecin &Hygiène , vol23.
- 50- Jean –Yves Duyck et Karima Lahmouz (2010) : Audit de stress Professionnel et de l'implication organisationnel dans un contexte de restructuration , Management & , Avenir , 8n38 .

51- Lauzier Martin/Cosselin Eric (2005) :Effet salutogène des stratégies de coping sur la dynamique épuisement professionnel (chez les infirmières) , ASAC –Canada .

52 -Michel Delbrouk (2007) : Burnout et Médecin le syndrome d'épuisement professionnel , de Boeck Université , 1n°28.

53- Michel Delbrouck (2010) : je suis épuiser par ma charge de travail .que puis je Y faire ? , le Burn out la souffrance de soignants ,Esprit du temps ,1 n°25.

54 -Pascal Marie (2004) : Burn out élément sur les logiques de l'effondrements professionnel « réflexion auteur du risque d'effondrement chez les professions de santé mental , ères , 3/no55 .

المواقع الالكترونية :

55 www.Adrenalfatigue.org.

56 www.psychomotricite.com

57 www.texmed.org.

58 [www.cairn.info-univ blida](http://www.cairn.info-univ_blida).

الملاحق

COPING : (CISS) Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :

1	Mieux organiser le temps dont je dispose	1	2	3	4	5
2	Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	1	2	3	4	5
3	Repenser a de bons moments que j'ai connus	1	2	3	4	5
4	Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes	1	2	3	4	5
5	Me reprocher de perdre du temps	1	2	3	4	5
6	Faire ce que je pense être de mieux	1	2	3	4	5
7	Me tracasser a propos de mes problèmes	1	2	3	4	5
8	Me reprocher de m' mettre mis(e) dans une telle situation	1	2	3	4	5
9	Faire du « lèche –vitrine), du shopping	1	2	3	4	5
10	Définir, dégager mes priorités	1	2	3	4	5
11	Essayer de dormir	1	2	3	4	5
12	M'offrir un de mes plats ou aliments favoris	1	2	3	4	5
13	Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation	1	2	3	4	5
14	Devenir très tendu (e) et/ou crispé (e)	1	2	3	4	5
15	Penser a la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires	1	2	3	4	5
16	Me dire que cela n'ai pas réellement en train de m'arrivé	1	2	3	4	5
17	Me reprocher d'être trop sensible/émotif (ve) face a la situation	1	2	3	4	5
18	Sortir au restaurant ou manger quelque chose	1	2	3	4	5
19	Etre de plus en plus contrarié(e)	1	2	3	4	5
20	M'acheter quelque chose	1	2	3	4	5
21	Déterminer une ligne d'action et la suivre	1	2	3	4	5
22	Me reprocher de ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
23	Aller a une soirée, a une « fête » chez des amis	1	2	3	4	5
24	M'efforcer d'analyser la situation	1	2	3	4	5
25	Me bloquer et ne plus savoir que faire	1	2	3	4	5
26	Entreprendre sans délai des actions d'adaptation	1	2	3	4	5
27	Réfléchir a ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs	1	2	3	4	5
28	Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti	1	2	3	4	5
29	Rendre visite a un (e) ami(e)	1	2	3	4	5
30	Me tracasser a propos de ce que je vais faire	1	2	3	4	5
31	Passer un moment avec une personne (intime)	1	2	3	4	5
32	Aller me promener	1	2	3	4	5
33	Me dire que cela ne se reproduira plus jamais	1	2	3	4	5
34	Ressasser mes insuffisances et inadaptations générale	1	2	3	4	5
35	Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils	1	2	3	4	5
36	Analyser le problèmes avant de réagir	1	2	3	4	5
37	Téléphoner a un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
38	Me mettre en colère	1	2	3	4	5
39	Ajuster mes priorités	1	2	3	4	5
40	Voir un film	1	2	3	4	5
41	Prendre le contrôle de la situation	1	2	3	4	5
42	Faire un effort supplémentaire pour que « les choses marchent	1	2	3	4	5
43	Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème	1	2	3	4	5
44	Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation	1	2	3	4	5
45	M'en prendre a d'autres personnes	1	2	3	4	5
46	Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable	1	2	3	4	5
47	Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation	1	2	3	4	5
48	Regarder la télévision	1	2	3	4	5

Items	Chaque jour	Quelques fois par semaine	Chaque semaine	Quelques fois par mois	Chaque mois	Quelque fois par an	Jamais
1-je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
2-travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
3-je me sens épuisé (e) à cause de mon travail							
4-je me sens frustré (e) par mon travail							
5-je sens que je travaille <<trop dur>> dans mon travail							
6-travailler en contact direct avec les gens me stresse beaucoup							
7-je me sens au bout du rouleau							
8-je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
9-je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
10-j'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens							
11-je me sens plein (e) d'énergie							
12-j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
13-je me sens réconforté (e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
14-j'ai accompli beaucoup de choses qui ont de la valeur dans ce travail							
15-dans mon travail. Je traite les problèmes émotionnels très calmement							
16-je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
17- je suis devenu (e) plus dure aux gens depuis que j'ai ce travail							
18-je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
19-je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
20-j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							
21-je me sens comme mes malades dans certains cas							
22-je sens un engagement personnel envers les problèmes de mes malades							
23-je sens une insatisfaction sur ma méthode aux laquelle je traite certains malades							

ملحق رقم (01): يمثل مقياس الاحتراق النفسي، مقياس استراتيجيات التعامل

الجنس : ذكر () أنثى : () .
السن :
الوضعية العائلية :
التخصص :
المصلحة (service) :
سنة الالتحاق بالعمل في المستشفى :
أوقات العمل : أثناء الليل فقط () . أثناء النهار فقط () .
عمل تناوبي ()

التعليمة :

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على خبراتك الشخصية من خلال المواقف و الأحداث التي تواجهها في ميدان عملك .

والمطلوب منك قراءة كل عبارة بعناية ووضع علامة (x) في الخانة التي تناسب رأيك الخاص .

وفي اختبار استراتيجيات التعامل Coping تكون الاجابة بوضع دائرة على الرقم المناسب.

- لاحظ انه لا توجد عبارة صحيحة و أخرى خاطئة ، لان إجابتك تعبر عن رأيك الشخصي وستستخدم لخدمة البحث العلمي فقط .
- لاحظ انه توجد نسختين من الاستبيان ، واحدة باللغة الفرنسية و أخرى باللغة العربية لذا يمكنك اختيار اللغة التي يسهل عليك فهمها .
- الرجاء تسجيل الإجابة بوضوح وعدم ترك أي فقرة دون إجابة .

وشكرا على تعاونكم مسبقا .

الطالب الباحث : سماني مراد.

قائمة التعامل مع الضغوط (CISS): عند تعرضي للمواقف الضاغطة المواقف الضاغطة يكون تصرفي كالتالي :

5	4	3	2	1	انظم وقتي بطريقة أفضل	1
5	4	3	2	1	أركز على على المشكل وأفكر في كيفية حله	2
5	4	3	2	1	أتذكر اللحظات السعيدة التي عشتها	3
5	4	3	2	1	أحاول أن أكون برفقة أشخاص آخرين	4
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على تضييع الوقت	5
5	4	3	2	1	افعل ما أظنه أفضل	6
5	4	3	2	1	انشغل بمشاكلي	7
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية	8
5	4	3	2	1	أنتقل بين الواجهات التجارية	9
5	4	3	2	1	احدد وأوضح أولوياتي	10
5	4	3	2	1	أحاول أن أنام	11
5	4	3	2	1	أتناول احد أكلاتي المفضلة	12
5	4	3	2	1	اشعر بالقلق لعدم قدرتي على تجاوز الوضعية	13
5	4	3	2	1	أصبح جد متوترا ومنقبضا	14
5	4	3	2	1	أفكر في الطريقة التي استعملتها في حل المشاكل المشابهة .	15
5	4	3	2	1	لا اصدق ما يحدث لي	16
5	4	3	2	1	ألوم نفسي لحساسيتي المفرطة وانفعالي أمام الوضعية	17
5	4	3	2	1	اذهب إلى المطعم أو أكل شيئا ما	18
5	4	3	2	1	أصبح مغتاظا أكثر فأكثر	19
5	4	3	2	1	اشترى لنفسى شيئا ما	20
5	4	3	2	1	احدد خطة للعمل واتبعها	21
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على عدم معرفة ما أقوم به	22
5	4	3	2	1	اذهب إلى سهرة أو حفل عند الأصدقاء	23
5	4	3	2	1	أجهد نفسي على تحليل الوضعية	24
5	4	3	2	1	اعجز ولا اعرف كيف أتصرف	25
5	4	3	2	1	أتصرف مباشرة للتكيف مع الوضع	26
5	4	3	2	1	أفكر فيما حدث واستفيد من أخطائي	27
5	4	3	2	1	أمل في تغيير ما حدث أو ما شعرت به	28
5	4	3	2	1	ازور صديق	29
5	4	3	2	1	انشغل بما سأقوم به	30
5	4	3	2	1	اقضى وقتا مع شخص حميم	31
5	4	3	2	1	اذهب للتنزه	32
5	4	3	2	1	أقول لنفسى أن هذا لن يتكرر أبدا	33
5	4	3	2	1	أعيد التفكير في نقائصي وسوء تكيفي العام	34
5	4	3	2	1	أتحدث إلى شخص اقدر نصائحه	35
5	4	3	2	1	احلل المشكل قبل رد الفعل	36
5	4	3	2	1	اتصل هاتفيا بصديق	37
5	4	3	2	1	اغضب	38
5	4	3	2	1	اضبط أولوياتي	39
5	4	3	2	1	أشاهد فيلما	40
5	4	3	2	1	أتحكم في الوضعية	41
5	4	3	2	1	ابذل مجهودا إضافيا لتسيير الأمور	42
5	4	3	2	1	أضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل	43
5	4	3	2	1	إيجاد وسيلة لعدم التفكير في الوضعية لتجنبها	44
5	4	3	2	1	ألوم أشخاص آخرين	45
5	4	3	2	1	اغتنم الوضعية لإظهار ما اقدر عليه	46
5	4	3	2	1	أحاول تنظيم نفسي للتحكم في الوضعية أفضل	47
5	4	3	2	1	أشاهد التلفاز	48

الفقرات	كل يوم	مرات قليلة في الأسبوع	كل أسبوع	مرات قليلة في الشهر	كل شهر	مرات قليلة في السنة	أبدا
(1) أحس بالتعب عندما أستيقظ صباحا لمواجهة يوم آخر من العمل							
(2) التعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني بذل الكثير من الجهد							
(3) أشعر بالإجهاد بسبب عملي							
(4) أشعر بالإحباط بسبب عملي							
(5) اشعر بأنني أعمل فوق طاقتي							
(6) العمل مع الناس مباشرة يسبب لي الكثير من التوتر							
(7) أحس بأن طاقتي استنزفت بالكامل							
(8) أستطيع بسهولة فهم ما يشعر به مرضاي حول الأشياء							
(9) أتعامل بفعالية كبيرة مع مشاكل مرضاي							
(10) أشعر بأنني أؤثر بإيجابية في حياة الآخرين من خلال عملي							
(11) أحس بنشاط كبير							
(12) أستطيع بسهولة خلق جو مريح مع مرضاي							
(13) أشعر بالارتياح لأنني قريب من مرضاي عملي							
(14) أنجزت عدة أشياء مهمة في هذه المهنة							
(15) أتعامل بهدوء كبير مع المشاكل النفسية في عملي							
(16) أحس بأنني أعامل بعض المرضى بطريقة غير شخصية و كأنهم مجرد أشياء							
(17) أصبحت أكثر قسوة على الناس منذ ممارستي لهذه المهنة							
(18) أخشى أن تجعلني هذه المهنة قاس انفعاليا							
(19) لا أبالي فعلا بما يحدث لبعض مرضاي							
(20) أشعر بأن مرضاي يحملونني مسؤولية بعض مشاكلهم							
(21) أتقاسم مع مرضاي نفس الشعور في حالات كثيرة							
(22) أشعر بأنني معني شخصيا بمشاكل مرضاي							
(23) اشعر بعدم الارتياح نحو طريقة تعاملتي مع بعض المرضى							

ملخص البحث :

تناول هذا البحث إستراتيجيات التعامل Coping عند الذين يعانون من الإحترق النفسي Burn out " لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهرا ن " . وذلك من خلال دراسة :

- العلاقة بين الإحترق النفسي Burn out وإستراتيجيات التعامل Coping.
- دراسة الفروق في الإحترق النفسي حسب (أوقات العمل ، التخصص).
- دراسة الفروق في إستراتيجيات التعامل Coping حسب الجنس .

وللقيام بهذه الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس ماسلاش للاحترق النفسي (MBA) المقنن في الوسط شبه الطبي في بعض مستشفيات ولاية وهران من طرف الباحثة ملال خديجة(2010) ، كما قام الباحث أيضا بتطبيق مقياس إستراتيجيات التعامل (CISS) المترجم والمكيف من طرف مجموعة البحث على مستوى (CRASC) ، على عينة قوامها (180) من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهرا ن Médecins résidents.

وقد كشفت الدراسة على النتائج التالية :

- عدم وجود إرتباط دال إحصائيا بين المقياس الكلي للإحترق النفسي والمقياس الكلي لإستراتيجيات التعامل ، مع وجود إرتباطات دالة إحصائيا لدى بعض الأبعاد .
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب أوقات العمل في جميع أبعاد المقياس .
- وجود فروق دالة إحصائيا في الإحترق النفسي حسب التخصص في جميع أبعاد المقياس.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات التعامل Coping حسب الجنس في جميع أبعاد المقياس .

الكلمات المفتاحية:

الإحترق النفسي؛ الإجهاد الانفعالي؛ تلبد الشعور؛ نقص الإنجاز الشخصي؛ إستراتيجيات التعامل؛ المواجهة المركزة على المشكل؛ المواجهة المركزة حول الانفعال؛ التجنب؛ الأطباء المقيمين؛ الضغوط المهنية.