

علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالاحتراق النفسي عند المرضى

-دراسة ميدانية لبعض مستشفيات العاصمة-

أ. نعيمة طايبي

أستاذة بجامعة تيزي وزو

Résumé :

L'objectif de cette étude se base sur un échantillon de 227 infirmiers et infirmières qui travaillent dans des centres hospitalier à Alger. Nous avons procédé à l'application du test de burnout (Maslach et Jackson) et le test des troubles psycho-somatiques (Ubriche et Fitzgerald) dans le but d'étudier la relation entre le burnout et les troubles psycho-somatiques chez les infirmiers.

Les résultats que nous avons obtenus après l'analyse sont les suivantes :

- Les infirmiers souffrent du burnout.
- Existence de corrélation significative entre le burnout et les troubles psycho-somatiques chez les infirmiers.

Mots clés : Burnout - Troubles psychosomatiques - infirmiers.

مقدمة :

أصبح مفهوم الاحتراق النفسي شائع الاستخدام في العقدين الأخيرين من القرن العشرين وذلك لوصف الحالة النفسية للمهنيين الذين يعملون في مجال الخدمة الاجتماعية والإنسانية ويقضون وقتا متواصلا في العمل المجهد مع مرضاهم ومرشديهم أو تلاميذهم. ويشير هذا المفهوم إلى التغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات من الجانب المهني بخاصة

في مجال العمل بسبب ما يتعرض له من ضغوط العمل سواء في مجال عمله أو خارجه وبعبارة أدق فإن الاحتراق النفسي هو الاستنزاف أو الاستنفاد البدني والانفعالي.

1- الإشكالية:

على الرغم مما تشمله مهنة التمريض من مزايا و مبادئ فاضلة و ما تقدمه من خدمات إنسانية تدور كلها حول المساعدة، وما تجسده من مثل عليا. إلا أنها في الوقت ذاته تعد مهنة شاقة لما تستلزمه من صفات ومزايا نفسية كثيرة كالتحلي بروح التضحية والشعور بالواجب وحسن المعاملة وحفظ الأسرار. الأمر الذي يجعل من الممرض عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية. إذ تتطلب مهنة التمريض من الممرض مستوى متقدما من الخبرة والعطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، ويشارك الممرض الطبيب في تقديم الخدمات، فيقوم بمقابلة المرضى، ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، ويراقب التقدم الذي يحرزها المرضى عن كثب خلال زيارتهم المتكررة، بل ويلعب دورا هاما في مساعدتهم على استيعاب مرضهم ومسبباته، وطرق تشخيصه وعلاجه، ويقدم لهم الإرشادات الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلا (شيلي تايلور : 2008).

ويؤدي القيام بكل هذه المهام المتعددة إلى شعور أغلبية الممرضون بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة وسط ضغط نفسي أكبر خصوصا وأن العمل يتطلب تحمل المسؤولية تجاه الأفراد و ليس المواد. فالعمل يرتكز على قدرة الممرض لانجاز مهام وأعمال كثيرة جدا، تتطلب قوة كبيرة تمكنه من التنقل إلى مختلف الأماكن وبأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات وفي وضعيات مختلفة وأغلبها شاقة، ومرات عديدة يتوجب عليه رفع أثقال مختلفة، زيادة عن اضطرابات فترات الراحة، النوم والغذاء، والقدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار، وعلى امتداد أيام الأسبوع (Caplan & Jones : 1975).

ولهذا يصنف التمريض ضمن مهن المساعدة التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الإحترق النفسي، إذ تؤدي الضغوط الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الممرض إلى استنزاف جسدي وانفعالي، وأهم مظاهره فقدان الاهتمام بالمرضى وتبلد المشاعر، ونقص الدافعية، والأداء النمطي للعمل، ومقاومة التغير وفقدان الابتكار.

ويعد الإحترق النفسي حسب Christina Maslach (1978) حالة إنفعالية يفقد فيها الممرض أحاسيسه وتعاطفه وإحترامه إزاء الآخرين من جهة ومن جهة أخرى يعايش الممرض الإحترق النفسي كحالة إرهاق جسدي وفكري وانفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات ضاغطة مشحونة إنفعاليا (نصر يوسف: 1996). وغالبا ما يترافق الإحترق النفسي بمجموعة من الأعراض السلبية كالتعب الجسدي، الإحساس بالخيبة وعدم الكفاءة، والإرهاق وعدم الإرتياح، وغيرها من الأعراض النفسية والجسمية.

وفي هذا الصدد أشار العديد من الباحثين إلى العواقب السلبية لتناذر الإحترق النفسي على الصحة النفسية والتي من بينها الأعراض السيكوسوماتية التي تحط من الكفاءة في العمل وتسيء إلى نوعية العناية الصحية المقدمة للمرضى. ومن بين هذه الدراسات، دراسة Weinberg و Creed (2000)، Firth (1993) Dugan (1996) Caplan (1994)، التي اعتبرت الإحترق النفسي عبارة عن ظهور أعراض ضعف بيولوجية و نفسية للمرضين، مرتبطة بكيفية تعايشهم مع أوضاع العمل، في البداية تكون الأعراض غير واضحة المعالم لا يدركها العامل نفسه، إذ تفسر غالبا على أنها إستجابة عادية لتراكم الضغط النفسي غير أن استمرار هذه الأعراض يمكن أن يتسبب في ظهور الأعراض السيكوسوماتية والإكتئابية عند الممرض. (Gilliland et James : 1997)

وهي نفس نتائج الدراسات التي قام بها كل من:

- Grouse (1984)، Powell - Lee (1994) و Brown و Ashforth (1993) و Brady بحيث أكدت على أن الإحترق النفسي حالة نفسية بيولوجية ناتجة عن عوامل الضغط النفسي واستمرارها في الزمن، غير أن ظهور أعراض الإحترق النفسي غالبا ما تؤثر على الصحة النفسية والعقلية والجسمية (Gilliland et James :1997). بظهور أعراض اكتئابية وأعراض جسدية مثل: التعب، الصداع، اضطرابات المعدة، اضطرابات النوم والتغذية وغيرها من المشكلات السيكوسوماتية (Sylvie Antoine : 2000).

وقد كشفت دراسة Firth وزملائه (1986) التي أجريت على 200 ممرض وممرضة بأن الاضطرابات النفسية والجسمية لدى الممرضين والممرضات تتزايد بازدياد الصعوبات المهنية التي تنعكس سلبا على صحتهم حيث يشعرون من جراء ذلك باكتئاب وفقدان للذة والحيوية في مزاولة العمل.

بناء على ما سبق فإن مشكلة الدراسة تثير مجموعة من التساؤلات:

- ماهو مستوى الإحتراق النفسي لدى المرضىين ؟

- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية؟

2- فرضيات البحث:

- يعاني المرضىون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي.

- توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى المرضىين.

3- منهج البحث:

استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي نظرا لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، حيث يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها عن طريق النتائج وتفسيرها في عبارات واضحة، ومحددة للوصول إلى حقائق دقيقة عن الوضع القائم من أجل تحسينه .

4- الأطر المكانية للبحث:

أجريت الدراسة الحالية ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة والمتمثلة في المستشفيات التالية: مستشفى بن عكنون، مستشفى بني مسوس، مستشفى القبة، مستشفى مصطفى باشا، مستشفى باب الواد، مستشفى حسين داي.

5- عينة البحث:

تتكون عينة البحث من مجموعة من العاملين بمهنة التمريض ببعض مستشفيات الجزائر العاصمة، إذ تتضمن العينة (300) ممرض وممرضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية احتمالية بدون وضع شروط مسبقة، بحيث بلغ عدد الاستمارات الموزعة من طرف الباحثة

(300) استمارة، إلا أنه تمت استعادة (257) استمارة منها، وقد تم استغلال (227) استمارة، أما البقية فقد استبعدت من التحليل والمعالجة لكونها استمارات غير مكتملة وغير مستوفية الاستجابات.

6- أدوات البحث:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس بغرض جمع معلومات وبيانات حول أفراد البحث، والتي تمثلت في استبيان للسيرة الذاتية بغرض جمع معلومات شخصية ومهنية لأفراد العينة، كما تم استخدام مقياس الإحترق النفسي ومقياس الأعراض النفسجسدية.

6-1- مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (1981):

مقياس الإحترق النفسي هو سلم اقترحه كل من Maslach et Jackson (1981) لمهن القطاع الصحي ومهن المساعدة (الأساتذة، المدرسين، الشرطة) يقيس أعراض الإحترق النفسي ويتكون هذا المقياس من 22 بنداً يسمح بعرض المستويات الثلاثة للإحترق النفسي كما يلي:

1- الإنهاك الانفعالي: يقيس المشاعر الانفعالية والإنهاك في العمل ويتضمن البنود التالية:

(20-16-14-13-8-6-3-2-1) .

2- تبدل المشاعر: يقيس المشاعر السلبية تجاه الزملاء والمرضى، ويضم البنود الآتية:

(22 - 15- 10 - 5) .

3- تدني الشعور بالإنجاز: يقيس الرغبة في النجاح والإنجاز الشخصي للمرضى في عمله

ويشمل البنود التالية: (21-19-18-17-12-9-7-4)

وقد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، بحيث يجب الفرد حسب سلم متدرج من 6 احتمالات تتراوح من (1) "حيث يحدث الشعور قليلا في السنة" إلى درجة (6) "حيث يحدث الشعور يوميا".

وفقا لمقياس Maslach فإن الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على كل من الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالإنجاز، يعانون من ظاهرة الإحترق النفسي. فمن أجل الحصول على شدة الإحترق النفسي يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا من أجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الثلاث ثم يتم استخلاص شدة الإحترق النفسي بحيث أن:

- الإحترق النفسي المرتفع بالشدة = مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع (30 فما فوق)،
ومستوى تبلد المشاعر مرتفع (1 فما فوق)، ومستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع (0 - 30).

- الإحترق النفسي المعتدل الشدة = مستوى الإنهاك الإنفعالي معتدل (19-29)، ومستوى تبلد الشعور معتدل (6 - 11)، ومستوى تدني الشعور بالإنجاز معتدل (34-39).

- الإحترق النفسي المنخفض الشدة = مستوى الإنهاك الانفعالي منخفض (0-17)، ومستوى تبلد المشاعر منخفض (0 - 5)، ومستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض (40 فما فوق).
Maslach and Jackson : 1981 P 99 – 113)

2-6- مقياس الأعراض النفسجسدية ل Ubriche et Fitzgerald (1990):

صمم هذا المقياس من طرف Ubriche et Fitzgerald (1990) لقياس مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية، ويتكون المقياس من 21 عرضا نفسجسدي، يجب عليه المفحوص وفقا ل سلم متدرج من 5 احتمالات تتراوح بين (1) "حيث لا يشعر" إلى غاية درجة (5) "حيث يشعر دائما".

على الممرض أن يجيب على كل بند بالتعبير عن مدى انطباق أو عدم انطباق العرض النفسجسدي عليه، فللتنقيط استخدمت أرقام تتراوح بين 1 و5 لتدل على مستوى حضور الأعراض النفسجسدية حيث تنقط كالآتي :

1- نقطة واحدة ← لا أشعر.

- 2- نقطتين ← أشعر نادرا.
 3- ثلاث نقاط ← أشعر أحيانا.
 4- أربع نقاط ← أشعر غالبا.
 5- خمس نقاط ← أشعر دائما.

وبعد جمع الدرجات الكلية لكل البنود، يفسر المجموع الكلي للدرجات كما هو موضح في الجدول رقم (1):

الجدول رقم (1): كيفية تفسير مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية.

الدرجة الكلية	مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية
1 - 21	منعدم
22 - 42	منخفض
43 - 63	متوسط
64 - 84	مرتفع (منتشرة نوعا ما)
85 - 105	مرتفع جدا

7- دراسة صدق وثبات المقاييس في الدراسة الحالية:

تم حساب تباث بطارية مقاييس البحث الحالي عن طريق إستخدام معادلة ألفا كرونباخ. وقد دلت النتائج على أن معاملات التباث المحسوبة بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين 0.70 و 0.87 وبالتالي تتسم المقاييس بثبات عال أي أنها تتوفر على الخصائص السيكومترية للتباث كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (2): معاملات تباث مقاييس الدراسة حسب ألفا كرونباخ.

المقياس	عدد البنود	الفا كرونباخ
الإحتراق النفسي	22	0.70
الأعراض النفسجسدية	21	0.87

في دراسة صدق المقاييس تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق والتبثات وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

الجدول رقم (3): معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة

معامل الصدق الذاتي	عدد البنود	المقياس
0.83	22	الإحتراق النفسي
0.93	21	الأعراض النفسجسدية

ويتضح من خلال الجدول رقم (3) أن معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة هي عالية جدا تتراوح ما بين 0.83 و 0.93.

8- أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية :

بغرض تحليل بيانات البحث والتحقق من صحة الفرضيات المقترحة تمت الاستعانة بالحاسب الآلي في معالجته عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

9- عرض النتائج:

9-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى:

من أجل إختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن الممرضين يعانون من مستويات متفاوتة من الإحتراق نفسي، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأبعاد الثلاثة للإحتراق النفسي، كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات الثلاثة لكل بعد (منخفض، متوسط، مرتفع).

الجدول رقم (4): التوزيع التكراري لأبعاد الإحتراق النفسي

حسب المستويات (منخفض، متوسط، مرتفع)

الانحراف المعياري	المتوسط	المجموع		الفئات	أبعاد الإحتراق النفسي
		%	ت		
		6.6	15	مستوى منخفض [≤ 17]	الانتهاك الانفعالي
		35.7	81	مستوى متوسط [29-18]	

9.25	32.35	57.7	131	مستوى مرتفع [≥ 30]	
4.68	10.08	11.9	27	مستوى منخفض [≤ 5]	تبلد المشاعر
		44.5	101	مستوى متوسط [11-6]	
		43.6	99	مستوى مرتفع [≥ 12]	
7.87	34.08	25.6	58	مستوى منخفض [≥ 40]	تدني الشعور بالإنجاز
		30	68	مستوى متوسط [39-34]	
		44.5	101	مستوى مرتفع [≤ 33]	

يتضح من خلال الجدول رقم (4) الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي أن أعلى نسبة للإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تقع في المستوى المرتفع بنسبة 57.7% من مجموع أفراد العينة، تليها نسبة 37.70% من الأفراد في المستوى المتوسط على بعد الإنهاك الإنفعالي، بينما تحصل 6.6% من الأفراد على مستوى منخفض على بعد الإنهاك الإنفعالي. مما يدفع إلى القول أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الإنفعالي، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 32.35 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المرتفع (30).

كما يدل الانحراف المعياري $Sd = 9.25$ على تمركز القيم حول المتوسط، مما يدل على انسجام أفراد العينة على درجات هذا البعد. أما فيما يخص نتائج الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر فتقع أعلى نسبة في المستوى المتوسط بـ 44.5%، يليها المستوى المرتفع على بعد تبلد المشاعر بنسبة 43.6% ثم المستوى المنخفض على بعد تبلد المشاعر بنسبة 11.9%.

وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 10.93 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المتوسط (6 - 11). كما تدل قيمة الانحراف المعياري $Sd = 4.68$ على تجانس قيم الأفراد على درجات هذا البعد.

كما يتبين من خلال الجدول (4) أن أغلبية أفراد العينة 44.5% يتمتعون بدرجة مرتفعة من تدني الشعور بالإنجاز، أما نسبة الأفراد الذين يمثلون المستوى المتوسط من تدني الشعور بالإنجاز فكانت 30%، في حين أن نسبة الأفراد الذين لديهم شعور بتدني

الإنجاز منخفض 25.6%، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الحسابي 34.04 وهو يقترب من القيمة الحدية للمستوى المتوسط.

كما أن قيمة الانحراف المعياري $Sd = 7.87$ تدل على تمركز قيم الأفراد حول المتوسط مما يدل على درجة كبيرة من تجانس درجات الأفراد في بعد الإنجاز المهني.

من خلال النتائج التي تم الإشارة إليها أعلاه يتضح بأن أن الممرضون يعانون مستويات مرتفعة من الإنهاك الإنفعالي ومستويات متوسطة من بعدي تلبد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز. وبالتالي فإنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي، فيما يخبرون درجات متوسطة من الإحترق النفسي على مستوى كل من بعدي تلبد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز (مستويات الإحترق النفسي تتماشى عكسيا مع مستوى تدني الشعور بالإنجاز، أي كلما زاد تدني الشعور بالإنجاز كلما إرتفع مستوى الإحترق النفسي).

2-9- عرض نتائج الفرضية الثانية:

بغرض التأكد من صحة الفرضية الثانية والتي مفادها وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستويات ظهور الأعراض السيكوسوماتية، كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات مثلما هو مبين في الجدول الآتي.

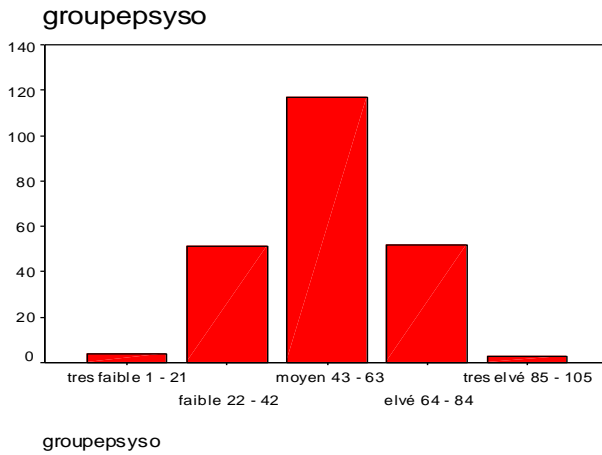
الجدول رقم (5): التوزيع التكراري لمستويات الأعراض السيكوسوماتية

الانحراف المعياري	المتوسط	المجموع		الفئات	المتغير
		%	ت		
13.66	52.90	1.76	4	مستوى متدني [21-1]	الأعراض السيكوسوماتية
		22.46	51	مستوى منخفض [42-22]	
		51.55	117	مستوى متوسط [63-43]	
		22.90	52	مستوى مرتفع [63-64]	
		1.33	3	مستوى مرتفع جدا [105-85]	

يتضح من خلال الجدول رقم (5) والذي يبين التوزيع التكراري لمستويات الأعراض السيكوسوماتية أن نسبة 51.55% من الممرضين والممرضات يشعرون بمستوى أعراض سيكوسوماتية متوسط، ثم تليها نسبة تقدر بـ 22.90% منهم يعانون من مستوى أعراض

سيكوسوماتية مرتفع، كما تقارب نسبة الممرضين اللذين يعانون من مستوى منخفض من الاعراض السيكوسوماتية بـ 22.46%، بينما قدرت نسبة الممرضين اللذين يختبرون مستوى متدني ومستوى مرتفع جدا من الأعراض السيكوسوماتية على التوالي نسبة 1.76% و 1.33%.

وفيما يلي يوضح الشكل رقم(1) الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الاعراض السيكوسوماتية.



الشكل رقم(1): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة

حسب مستويات الاعراض السيكوسوماتية

تم تحليل نتائج الدراسة الارتباطية باستعمال معامل إرتباط بيرسون Pearson. لمعرفة العلاقة الارتباطية بين الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الاحتراق النفسي. وقد تم التأكد قبل ذلك من أن العلاقات بين المتغيرات هي على شكل دالة خطية. كونه شرط من شروط دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات.

الجدول رقم (6): الارتباط بين الأعراض السيكوسوماتية و أبعاد الاحتراق النفسي

الاعراض السيكوسوماتية	أبعاد الإحترق النفسي
= 0.46** r	الإنهك الانفعالي
= 0.18** r	تبلد المشاعر
-0.25** = r	الشعور بالانجاز

** : دال عند مستوى الدلالة 0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وأبعاد الإحترق النفسي.

وتجدر الإشارة أن الارتباط الدال ما بين مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وبعد الإنهك الانفعالي كان ارتباطا موجبا ($r = 0.46$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان الإنهك الانفعالي مرتفعا. وهي علاقة موجبة.

أما العلاقة الارتباطية مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وبعد تبلد المشاعر والتي تساوي ($r = 0.18$ عند مستوى الدلالة 0,01)، وتعني أنه كلما كان مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان مستوى تبلد المشاعر مرتفعا.

بينما كان ارتباط مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وتدني الشعور بالانجاز ارتباطا سالبا ($r = -0.25$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان الشعور بالانجاز منخفضا.

ومنه فإن كل العلاقات الارتباطية بين مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وأبعاد الإحترق النفسي دالة. وبالتالي نقول أن الفرضية الثانية التي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين مستوى ظهور الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الإحترق النفسي لدى المرضى قد تحققت.

10- مناقشة النتائج:**1-10 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:**

افتترضت الدراسة الحالية بأن الممرضون يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي. وتشير التحليل الإحصائية كما هو موضح في الجدول (4) إلى معاناة الممرضين من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي وفق أبعاده الثلاثة: الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر وتدني الشعور بالانجاز. بحيث أن عينتنا تعاني من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإنهاك الانفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد تبلد الشعور وبعد الشعور بتدني الإنجاز في العمل.

وقد أجمعت على هذه النتيجة العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال من بينها دراسة (Chakali 2000) التي أسفرت نتيجتها أن 70% من الممرضين بمستشفى البلدية يعانون من إنهاك انفعالي، 30% من تبلد المشاعر، 30% من تدني الشعور بالانجاز. (وهيبة حاتم: 2005).

وتتفق كذلك مع دراسة نسيمه جلولي (2003) التي بيّنت أن الممرضون يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي ومن مستوى متوسط في كل من بعد تبلد المشاعر وتدني الشعور بالانجاز. (نسيمه جلولي: 2003)

كما بيّنت دراسة (Rodary 1993) أن نحو 20% إلى 40% من الممرضين بمستشفى Bicêtre في مصلحة السرطان يعانون من الإنهاك المهني. وقد اقيمت هذه الدراسة على عينة تتكون من 520 ممرض وممرضة، حيث أن 55% من بينهم اظهروا الرغبة في مغادرة العمل، وأن حوالي 25% يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، و16% من فقدان الشعور التعاطفي و25% منهم يعانون من نقص الانجاز الشخصي في العمل. (Rodary 1993)

ووجد (Canoui 1998) أن هذه النسبة تصل إلى 41% لدى ممرضي مصلحة إنعاش الأطفال.

كما أن هناك باحثون يرون في أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالإنهاك المهني هي عوامل نجدها بكثرة في مهنة التمريض، كالعبء الكمي والنوعي للعمل، والعناية بالآخرين، ومواجهة الأمل والموت. كما أكدت على ذلك Maslach (1981) التي ترى أن طبيعة

مهنة التمريض نفسها هي مصدر للإرهاك. فقد أكدت دراسة Maslach و Jackson (1981) بهدف دراسة و قياس مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة كبيرة متكونة من 1025 فردا يعمل في المهن ذات الصلة بالخدمات الاجتماعية والإنسانية (الممرضين، الأطباء، المحامين، الشرطة، المعلمين) إلى أن الممرضين يعانون من درجة مرتفعة من الاحتراق النفسي. (مقابلة نصر: 1994)

وقد أقرت العديد من الدراسات التي أجريت على الممرضين ومن بينها دراسة Londau (1992) في ألمانيا، دراسة Saint Arnaud (1992) بكندا، دراسة Estry Behar (1990) بفرنسا، أن نحو 20% إلى 30% من الممرضين يعانون إنهماك انفعالي مرتفع.

وتوصل Grath (1989) إلى أن متطلبات المريض الانفعالية تعد المصدر الرئيسي للضغط والعلاقات المهنية بصفة عامة. فالممرض يخضع بصفة دائمة إلى متطلبات المريض التي غالبا ما تفوت قدراته وبالتالي يبدأ الشعور بعدم الفعالية قلة مردوده، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، ويصبح جاف في معاملاته مع المرضى ومع زملاء العمل، وقيم إنجازاته المهنية تقييما سلبيا، مما يقلص من نشاطاته.

كما أن النقص في الانجاز الشخصي في العمل يرجع إلى تذبذب العلاقات المهنية بين الممرضين، حيث ينتج عنه نوع من الاضطراب والقلق والانزعاج بعض أنواع العدوانية والهجومية، ويحدث ذلك نتيجة صراعات تتعلق بتحديد ادوار العمل، واتخاذ القرارات التي غالبا ما تتضارب وتتداخل مما ينجز عنه الشعور بالإحباط، إذ أن عدم تحديد صلاحيات الممرض في هذا القطاع بدقة أدى إلى التخلي عن المسؤولية، وأصبح كل عامل يرفض القيام بنشاطات معينة، كإجراء النظافة الوقائية لأنه يعتبرها كفقدان للهوية واحتقار لإمكاناته وليست من مهامه، فيعيش الممرض في صراع دائم مع زملاءه في العمل. (ليندة موساوي: 2001)

وبغية تقييم أهمية الإنهاك المهني، ومن أجل تحديد عوامل خطورته وكذا توجيه الإجراءات الوقائية، فإن إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، اتخذت مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل 1999، فاستعانت بعينة تقدر بـ 873 ممرض أو ما يعادل 30% من مجموع 3000 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى انه 17% من الممرضين يعانون من إنهماك انفعالي، 15% من فقدان

الشعور التعاطفي و24% من نقص الانجاز الشخصي في العمل. هذه النتائج تبين أن 500 ممرض يعانون من إتهام مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة. (Helen Quancard:2000)

كما توصلت دراسة البدوي طلال (2000) إلى أن الممرضين بمستشفيات عمان يعانون من تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية، ومن شدة حدوثه بدرجة متوسطة، ويعانون من تكرار وشدة نقص الشعور بالانجاز بدرجة عالية. فالممرض يخضع دوماً لمتطلبات المرضى والتي غالباً ما تفوق قدراته وبالتالي يبدأ الشعور بعدم الفعالية وقلة مردوده، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، ويصبح جاف في معاملاته مع المرضى ومع زملاء العمل، ويقيم انجازاته المهنية تقييماً سلبياً. (البدوي طلال: 2000)

10-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

توصلت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي وظهور الاعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين. فكما ذكرنا أنفا تعد مهنة التمريض مهنة شاقة وخطيرة في آن واحد، تتطلب قوة جسدية و قوة سيكولوجية تؤدي به أحيانا فقد الحماس في العمل، وأحيانا أخرى إلى الانهيار العصبي والعدوانية سواء اتجه نفسه أو اتجاه الآخرين، هذا من جانب، ومن جانب آخر قد تصيبه عدة إصابات جسدية، ابتداء من آلام وتشنجات عضلية على مستوى الظهر، أضف إليها خطر الإصابة ببعض الأمراض والعدوى وزيادة عن خطورة التعامل مع بعض المواد الخطيرة جدا على حياة الشخص الذي يكون عرضة لها لأوقات طويلة، وفي الأخير نذكر الاضطرابات الحاصلة في حياته الاجتماعية والعائلية جراء تداخل مواعيد النوم والأكل والراحة وتأثير المحيط الذي يعمل ضمنه على نفسيته.

(Association suisse des infirmiers,1998,P66)

إن مجمل أعراض الإحترق النفسي التي يمكن أن يتعرض لها الممرض سواء كانت عضوية، نفسية، سلوكية أو اجتماعية، فإن كلها تتفاعل مع بعضها البعض، فتشكل عبئاً وجهداً ثقيلاً على كاهله، مما تنعكس سلباً على صحته وتجعله معرضاً للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية. وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات من بينها دراسة:

- Carroll et White (1982)- Grouse (1984)- Pines et Aronson Maslach (1982)
 (1988)- Golembiewski et Al (1992)- Brown et Brady (1993)- Koeske et Kirk
 (1993)- Lee et Ashforth (1993) - إلى أنه كلما زادت شدة الإحترق النفسي كلما
 تدهورت الصحة الجسمية والعقلية.

كما تشير الدراسات وفقا لما يذكره (موفق الكبيسي: 2003) إلى وجود علاقة كبيرة
 بين ضغوط العمل الشديدة وارتفاع ضغط الدم ومستوى الكوليسترول في الدم والتي قد
 تؤدي إلى أمراض القلب والاضطرابات المعوية والتهاب المفاصل. وقد يكون هناك علاقة
 طردية بين ضغوط العمل ومرض السرطان. وأن الضغط النفسي والوضع التنافسي في
 العمل يزيد من الخطر القلبي بحوالي الضعف، كما ويقول بأن الخبراء يشيرون إلى أن الضغط
 النفسي 80 في المائة من الرجال يكونون أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية إذا ما واجهوا
 ضغوطات نفسية في العمل، وأن الخطر يزداد أكثر كلما تأثروا بهذه الضغوط بصورة أكبر.

وهي نفس نتائج دراسات (1994) Powell التي أكدت على أن الإحترق النفسي حالة
 نفسية بيولوجية ناتجة عن عوامل الضغط النفسي واستمرارها في الزمن. غير أن ظهور
 أعراض الإحترق النفسي غالبا ما تؤثر في الصحة النفسية العقلية والجسمية. (1997:
 Gilliland et James) بظهور أعراض اكتئابية وأعراض جسدية مثل التعب، الصداع،
 اضطرابات المعدة، اضطرابات النوم والتغذية وغيرها من المشكلات السيكوسوماتية.
 (Sylvie Antoine: 2000)

كما أن كل من Mauranges Aline et Pierre Canoui (1998) تحدثا في كتابهما عن أحد
 التحقيقات التي أقيمت سنة 1996 حول تنظيم ظروف العمل عند الممرضين، فتوصلوا إلى أن:

✓ 82 % من الممرضين يشتكون من معاناة جسدية.

✓ 69 % من الممرضين يشتكون من الحالات الصعبة.

بالإضافة إلى أن المعاناة الجسمية والشكاوي الجسدية حاضرة دائما في حالات الإحترق
 النفسي الذي يترافق باضطرابات صحية نفسية وجسمية (مشاكل قلبية، اضطرابات
 الجهاز الهضمي، الآلام المفصلية،...) والتي تزداد شدتها بارتفاع حدة الإنفعالية السلبية
 التي نجدها في كل من الإحترق النفسي. (Zellars et al: 1999) بينما وصف الإحترق النفسي
 على أنه استنزاف جسماني انفعالي وهو عادة ما يبدأ بشعور من عدم المبالاة وهناك

قائمة من الآثار التي يمكن أن تنتج عن الاحتراق النفسي منها التعب، والإحباط، والميل إلى كثرة النوم، والشد العصبي، وارتفاع ضغط الدم، وتزايد ضربات القلب، وسرعة التنفس، وانقباض العضلات خلف العنق أو حول الرأس والذي يسبب الصداع وتقلصات المعدة التي غالبا ما تؤدي إلى القرحة وهناك أعراض أخرى منها زيادة أو فقدان الشهية، التغير في النمط الجنسي، والإفراط في شرب الكحوليات، والتقلصات العضلية، والأرق، والإسهال، وإذا ما استمر الممرض في التعرض إلى مستويات عالية من الإحراق في العمل دون أن يأخذ فترات استرخاء فمن الممكن أن تتطور هذه الأعراض البيولوجية لتصبح مرضا.

فما يميز الممرض المحترق نفسيا الشعور الدائم بالتعب، عدم الرضا والإحباط وحالة من التدهن الجسم، كما وجد أن الممرض المحترق نفسيا غالبا ما يعاني من أمراض جسمانية غير خطيرة مثل الأرق وأدوار البرد المتكررة. وتعد الإشارة إلى ان التعرض لمثل هذه الحالات لفترات طويلة قد ينتج عنها أمراض مثل سوء التغذية، أمراض القلب، البدان، الصداع المزمن، ومشاكل في التنف.

وفي هذا الصدد قامت إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، باتخاذ مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل 1999، فاستعانت بعينة تقدر بـ 873 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى أن 500 ممرض يعانون من إنهاك مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة، وأن الأشخاص اللذين هم أكثر عرضة للإرهاك المهني، هم اللذين يعانون من مشاكل صحية (الصداع، الأم الظهر) أو بالأحرى اللذين لا يستفيدون من مساندة حقيقية في مواجهة الآلام التي يعانيها مرضاهم. (Helen Quancard : 2000 – Miel)

وفي دراسة قام بها Greenglass (2001)، (Burke et Fiksenbaum 2001) على 1363 ممرضا وممرضة بكندا، تبين بأن زيادة عبء العمل المرتبطة بعمل الممرضين في المستشفى تزيد من حدة الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة إضافة إلى الشكاوي النفسجسمية. (2001 Greenglass):

خاتمة:

الاحتراق النفسي عبارة عن ظهور أعراض ضعف فيزيولوجية ونفسية للعمال مرتبطة بكيفية التعايش مع أوضاع العمل، في البداية تكون الأعراض غير واضحة المعالم، وقد

لا يدركها العامل نفسه، إذ تفسر غالبا على أنها استجابة عادية لتراكم الضغط النفسي، غير أن استمرار هذه الأعراض يتسبب في الاحتراق النفسي للعامل، الذي يظهر معاناة تكتسح مختلف جوانب حياته النفسية، الجسمية، الانفعالية، الاجتماعية، والمعرفية.

قائمة المراجع:

- 1- البديوي لطلال (2000): درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الأردن.
- 2- شيلي تايلور (2008): ترجمة وسام درويش، فوزي طعمية: علم النفس الصحي، دار الحامد، الأردن.
- 3- ليندة موساوي (2001): علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
- 4- مقابلة نصر يوسف (1996): العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 39.
- 5- نسيم شتوحي جولي (2003): الإنهاك المهني عند الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 6- وهيبه حاتم (2005): الإنهاك المهني لدى أطباء الاستعجال. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 7- Canoui, P(1998): Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse du Burnout aux réponse; édition Masson, Paris.
- 8- Caplan , R.D & Jones, K.W (1975): Effects of Work Loud, Role ambiguity and tupe A Personality on Anxiety, Depression and Heart Rate. Journal of applied Psychology, 60,713,719.
- 9- Gilliland, B.E & James,R.k (1997) : Crisis intervention strategies, Brooks, cole publishing company, California, USA.
- 10- Greenglass, E.R & Burke, R.J & Fiksenbaum, L (2001): Workload and Burnout in Nurses, Journal of Community & Applied Social Psychology, vol. 11, p 211-215.
- 11- Maslach, C & Jackson, S.E (1981): The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, vol 2, p 99-113.
- 12- Quancard-Miel,H (2000) : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Bordeaux.

13- Rodary,C & Col (1993): Le stress des infirmières, IGR info, Paris, p 1-4.

14- Zellars.K.L, Perrewe. P.I, Hochwarter.W.A (1999): Mitigating Burnout Among High-NA Employees in health care: what can Organization Do ? Journal of Applied Social Psychology 29, 11, p 2250-2271.