

## من العنف إلى الاحتراق إلى لا أنسنة الخدمات الاستشفائية -العلاقة والأسباب والحلقة المفرغة-

د/ طايبي نعيمة  
د/ عبد الحميد عشوي  
جامعة أبو القاسم سعد الله- الجزائر2-

مقدمة:

يعتبر الإنهك النفسي استجابة سيكولوجية لضغط مزمن لعمل ذي طابع انفعالي وعلائقي، ويظهر بشكل كبير عند الموظفين الذين تربطهم علاقة خدمة مباشرة مع المستفيدين من الخدمة. وهذه الإستجابة تتميز بعدد من الأعراض :  
أ - ضرر معرفي يرتبط بإخفاق مهني وزوال الحماس وانخفاض الإنجاز في العمل .  
ب- ضرر انفعالي يتميز بإنهك انفعالي وجسمي .  
ج- بروز اتجاهات وتصرفات سلبية ، ومضرة بالنسبة للزبائن والمنظمة على حد سواء ، وذلك على شكل لامبالاة، وبرودة، واتخاذ المسافة أو البعد عن العمل ، وحتى نوع من العدوانية، وهذا العرض الأخير قد يتحدد أيضا في نوع من البلادة ، واللاأنسنة، أو نقص الشعور التعاطفي الذي يمكن أن يترافق أحيانا بنوع من الشعور بالذنب.

وعند التطرق إلى تعريف الإنهك النفسي، من المهم الإشارة إلى أن ظهوره قد يكون في بعض الأحيان كنتيجة لبعض أنواع العنف والاعتداءات في العمل ، هذه الأخيرة قد تشكل وضعية تتجاوز قدرات العامل ، بحيث يصبح غير قادر على مواجهة المشاكل التي يولدها محيط العمل وخاصة محيطه الاجتماعي ، حيث يشعر الأفراد باستنفاد الطاقة والإنهك نتيجة إدراك الضغوطات المتواصلة. وهذه الطريقة يجد الاحتراق النفسي مصدره في المحيط المهني بشكل أكبر مما يجده في نفسية العامل، وهذا الفارق الدقيق مهم جدا أثناء علاج مشاكل الاحتراق النفسي ، أين يتوجب إعطاء الاعتبار للمحيط النفسي الاجتماعي المهني من أجل تغييره والوقاية من ظهور وتطور هذا العرض .وبذلك يتم تجاوز الإطار الخاص بالمستوى الفردي .

في هذه الورقة سوف نهتمّ بشكلٍ أساسي بمختلف أنواع العلاقة بين التعبير عن العنف في العمل والاحتراق النفسي؛ في بداية الأمر سوف نتطرق إلى دراسة العنف في

حد ذاته، من خلال التطرق إلى بعض أنواعه في العمل، مركزين على العنف الصادر من المستفيدين من الخدمة (المرضى ومرافقيهم) والموجه نحو أفراد الفريق الطبي وشبه الطبي، لنستعرض فيما بعد مخلفاته على الإتهاك النفسي.

## 1- العنف والعمل:

خلال السنوات الأخيرة عرف موضوع العنف في العمل تطورا كبيرا في كل أنحاء المعمورة تقريبا ، فهو لا يقتصر على الأقطار السائرة في طريق النمو، وإن كانت تبدو أكثر حدة ، بل يمس عدة مجتمعات في وضعيات مختلفة ، وتحت أشكال متباينة ومتفاوتة من حيث الشدة (Chapell & Di Martino, 2000) ، ورغم حجم المشكل ، فإن الأبحاث حول العنف في العمل تعد جديدة نسبيا ، فالدراسات الإمبريقية والنماذج النظرية تبقى غير كافية بشكل واضح، فعلى سبيل المثال يعتبر لوبلو وكيلوواي (Le Blanc & Kelloway, 2000) أنّ دراسة عوامل التنبؤ بالعنف لا تزال في بداياتها الأولى (Gil Monte, 2006).

وقد اقترح واين وجماعته، (wynne & al, 1997) تعريفا واسعا وشاملا لمختلف أشكال التعبير عن العنف في العمل: بقولهم أنّها " حوادث يتعرض فيها الأفراد للشتم ، التهديد أو الاعتداء أثناء العمل وأنّها تشكل خطرا صريحا أو ضمنيا على صحتهم ، أمنهم ورفاهيتهم" (Di martino, Hoel & Cooper, 2003, p.3). وقد تبنت اللجنة الأوروبية هذا العريف لكونه يحدّد بشكل يميز فيه مختلف أنواع العنف في العمل والاعتراف بنتائجه في مجال الصحة النفسية، مع تجنب التركيز على المظاهر الجسمية فقط رغم أنّها تثير الانتباه أكثر من غيرها .

إنّ التعرّف على ظروف وسياقات حدوث ظواهر العنف في العمل لها أهمية نظرية وتطبيقية كبيرة لتحديد حقل التصورات والمفاهيم، وفي هذا السياق يذهب بدورو جيل مونتي وجماعته (Gil-Monte & al., 2006) ، إلى اعتماد التصنيف المقترح من طرف إدارة الصحة والسلامة المهنية الكاليفورنية (1995) (California occupational Safety and Health administration, COSHA) حيث يميّز هذا التصنيف ثلاثة أشكالٍ رئيسةٍ للعنف:

1- أعمال عنف تصدر عن أشخاص لا علاقة لهم بالعمل المنجز، وهذا النوع من العنف يمارس في حالات السرقة ، والاعتداء والهجوم المسلح على أماكن العمل ، وهدف هذا النوع من العنف بالنسبة للمعتدين هو الحصول على أشياء ثمينة .

2- أعمال عنف تصدر عن الزبائن الذين يتم استقبالهم، أو نحو زبائن يتم تقديم الخدمة إليهم ، وهذا النوع من العنف يرتبط بالشكوى والاحتجاج ، أو طلب الحصول على الحقوق والمستحقات ،فهو يتولد عادة عن الحرمان من الخدمات التي يأملها، أو نتيجة الغضب والسخط عن عدم القدرة على الحصول عما يريد ، لذلك فإن هذا النوع من العنف يثير تصرفات عدوانية إرتكاسية (ردود أفعال) .

3- أعمال عنف تصدر عن الزملاء أو الرؤساء في أماكن العمل، ويرتبط بالصراعات التنظيمية أو الفردية، والهدف من هذا النوع الأخير هو الحصول على الامتيازات التي لم يتم الاستفاد منها أو التي تطالب بها مجموعات أخرى.

## 2- الظروف المهنية للعنف

ليس من السهل تقدير ظروف حدوث العنف في كل نوع من أشكاله، أولاً بسبب إمكانية وجود اختلافات في التعريف، ثم بسبب تنوع المصادر والمناهج المتبعة في جمع المعطيات. فعلى الرغم من وجود ميل نحو توحيد التعريفات في اتجاه التعليمات الرسمية التي تم الإشارة إليها ، فإنّ المناهج لا تزال جدّ متنوعة من حيث استنادها إلى معطيات رسمية صادرة عن السجلات العمومية،وعلى دراسات ميدانية تركز على التحقيقات والاستبيانات.

فقد اعتادت السجلات الرسمية على سرد حوادث العنف في شكل اعتداءاتجسدية ، خاصة تلك المتعلقة بالنوع (1) و(2) .وهذه السجلات يلحق بها التحريف والإتلاف والتغيير من طرف الجمهور، وعلى العكس من ذلك ،فإن الدراسات التي تتمّ عن طريق التحقيقات والاستبيانات تركز على أشكال العنف السيكولوجي وحول إدراك التهديدات ؛ من هذا المنطلق ، فإن الاعتماد على هذين النوعين من المصادر قد يكون متكاملًا.

في إطار هذه الورقة، يبدو أنه من المناسب التركيز على شكلين أساسين من العنف، المتمثلان في العنف الجسدي والعنف السيكولوجي (Wynne & al.,1997)، كما سيتم التركيز على أنواع العنف التي تم تصنيفها من طرف إدارة الصحة والسلامة المهنية الكاليفورنية (COSHA)،وبالخصوص فيما يتعلق بعنف النوع (2) ،أو العنف الخاص بالزبون.

### أ- العنف الجسدي

يمكن أن يكون العنف الجسدي في كل من الأنواع الثلاثة للعنف المذكورة آنفاً ، فهو يظهر بشكل أكبر في النوع الأول المرتبط بالسرقة والاعتداء، ويكون وجوده بشكل أقلّ

في النوع الثاني (عنف الزبون)، ويكون نادراً، لكن احتمال وجوده قائم في النوع الثالث (العنف في الإطار الداخلي الخاص بالعمل ، الزملاء ، الرؤساء ...) ويشير تراثاً للموضوع العلمي إلى أنّ التعرض للعنف الجسدي يُولد في المرحلة الأولى نوعاً من الخوف عند الأجراء ، ثم يتبعه انخفاض في المصادر الانفعالية والمعرفية (Rogers & Kelloway, 1997 ; Schat & Kelloway, 2000) ، ومع ذلك ، فإنّ تحليل آثار العنف لا تتوقف عند دراسة العنف الممارس فعلياً أو الأحداث العنيفة فقط، فتهدد المحيط بالعنف من شأنه أن يُولد تأثيرات شبيهة لذلك، كما أنّ ضحايا العنف ليس هم فقط من يتلقونه، بل أيضاً أولئك الذين يتوقعونه أو الأشخاص الذين يشاهدونه، حيث يؤكد تايلور (1989)، أنّ أولئك الذين يحضرون أحداث عنيفة يعانون من آثاره أيضاً. (Gil-Monte & al., 2006).

#### ب - العنف السيكولوجي:

إنّ العنف غير الجسدي في أماكن العمل أكثر تكراراً مقارنة مع الاعتداء (العنف) الجسدي. كما أن إعطاء الأهمية لأشكال العنف السيكولوجية يتزايد يوماً بعد يوم ، لذا اشتمل عليه التعريف الذي وضعته اللجنة الأوروبية (اللجنة الاستشارية للأمن والصحة في أماكن العمل) بتقريرها: "العنف يمكن تعريفه كشكل من السلوك أو الأفعال في العلاقة بين شخصين أو أكثر ، يكون سلبياً ، ويتميز بنوع من العدوانية، يكون متكرراً أحياناً، وغير متوقّع أحياناً أخرى، بحيث يكون له آثار مضرّة على الأمن ، والصحة ورفاهية العمال في وضعية العمل". (Di Martino, Hoel & Cooper 2003, p.4)

وعلى الرغم من أنه لا يمكن استثناء أي مهنة من المهين من خطر العنف، فإنّ بعضها يكون التعرض فيها للأخطار أكثر من غيرها، وعلى سبيل المثال تلك المتعلقة بتقديم الخدمات، حيث يوجد خمسة عوامل تزيد من شدّة خطر التعرض للعنف في هذا القطاع: (Chapell & Di Martino, 2000)

- التعاملات بالأموال والأشياء الثمينة .
- الانتباه للأشخاص ومعالجتهم .
- عمل التفتيش والمراقبة .
- عمل يكون فيه الاحتكاك مع أشخاص ذوي مشاكل.
- العمل المنعزل.

خلال السنوات الأخيرة، عرف قطاع الخدمات تزايداً في كل أنواع العنف، وخاصة تلك المتعلقة بالعنف الشفهي (Barling, Rogers & Kelloway, 2001). وهذا الشأن يشير جلومب (1998) Glomb إلى أن الصراخ، والشتيم، والتهديد والإهانة أصبحت عملة متداولة في مراكز العلاج مثلاً، كما توصل نوردين (1995) Nordin إلى أنّها يقارب 27 % من حالات العنف وقعت في قطاع الخدمات، وتوصل جنكينز (1996) Jenkins إلى أنّ 64 % من حالات القتل في العمل - وهي نسبة أعلى بكثير - كان مسرحها قطاع الخدمات (عينة أمريكية).

في هذا السياق، يتطلّب عنف الزبون وقفة خاصة، باعتباره من الأشكال الأساسية للعنف في العمل، فالدراسات التي تناولته تعتبر إلى حدّ الساعة غير كافية، بالرغم من أن مختلف الأعمال تشير بوضوح إلى أهمية العنف الجسدي الموجه من الزبائن نحو العمال في قطاع الخدمات (Grandey, Dickter & Hock-pen-sin, 2004). كما تشير معطيات حديثة أنّ موظفي القطاع الإستشفائي أكثر عرضة للعنف من هذا النوع (Baron & Neuman, 1996) عن (Gil-Monte, Moreno & Neveu, 2006).

### 3- عنف الزبائن أو المستفيدين من الخدمة:

تعتمد أغلب البحوث في مجال سيكولوجية العنف في العمل على تعريف العدوانية حسب التصنيف المقترح من بوس (1961) Buss ، انطلاقاً من التمييز بين التعبير الجسدي والشفهي، حيث يرى بوس أنّ الاعتداء يكون نشطاً أو سلبيّاً، ويكون موجهاً بطريقة مباشرة أو غير مباشرة نحو هدف الاستياء، فعلى سبيل المثال : فالإشارة أو الإيماء البذيئة والمخالفة للحياء، توافق اعتداء جسمياً نشطاً ومباشراً، أما العمل على العرقلة (sabotage) أو السرقة ، فتدخل ضمن نطاق الاعتداءات الجسمية النشطة وغير المباشرة. في حين، أنّ التهديد أو الشتم يعتبران من مظاهر الاعتداءات الشفهية النشطة والمباشرة ، أما عدم تكذيب الإشاعات أو الاحتفاظوا الاستبقاء على المعلومة الكاذبة أو عدم الإنذار بخطر محتمل فتدخل ضمن نطاق الاعتداء الشفهي السلبي غير المباشر. هذا الإطار النظري يسمح -إذن- بتغطية شاملة لأنواع السلوكيات المعادية وغير المثمرة الملاحظة والمعاشة في الوسط المهني. Gil – Monte et al., 2006 .

لقد تطرق جيل مونتي (Gil - Monte 2005) بإسهاب للعنف الملاحظ في التفاعل ما بين أفراد المنظمة والذي من شأنه أن يثير ويغذي حالات الشدة الانفعالية مثل الاحتراق النفسي، وبالمحافظة على الإطار الذي وضعه بوس Buss، يمكن توسيع الإشكالية المتعلقة بالعنف إلى العلاقة بين الأجراء والمستفيدين من الخدمة / أو الزبائن، بحيث تعوض علاقة العنف مع الزبائن العلاقة ما بين أعضاء المنظمة أو بين الزملاء كمصدر محتمل للإرهاك المهني .

وغالبا ما تعتبر البحوثُ الزبونَ أو المستفيدَ من الخدمة كمصدرٍ ضغطٍ محتملٍ يمكن أن يؤدي بمرور الوقت إلى وقوع الأجير في شرك الإرهاك المهني، وقد تمّ التطرق إلى تصلب وعدوانية الزبائن في مختلف المهن كعوامل تؤدي إلى الاحتراق النفسي من خلال عدد من الدراسات : (Dorman & Zapf, 2001 ; Arnetz & Arnetz, 2002) (Rafaeli Sutton, 1990 ; Ross, 2004 ; Evers, Tomic & Brouwers, 2002) (Carswell & Dalziel, 2002). كما أشارت ماسلاش (Maslach, 1982) مبكرا إلى أنّ مستوى درجة الاحتراق النفسي لدى الأجير يكون تبعاً لطبيعة وضع العالم المستفيد من الخدمة و طبيعة احتياجاته: ف"المستفيد من الخدمة يكون أحيانا تعسفا و هجوميا و يتفاعل بقسوة مع الموظف، بينما يكون أحيانا أخرى سلبيا و غير مبال. و في بعض الأحيان يكون دفاعيا، لاعتماده الكلي على المنظمة لحصوله على الخدمة المطلوبة. كما يتوقف على عدد المستفيدين من الخدمة الذين يخدمهم الموظف؛ فكلما كان عددهم كبيرا، كلما كان عرضة لحدوث الاحتراق النفسي. و تزداد الحالة سوءا عندما يكون الفرد مسئولا عن مستقبل المستفيد من الخدمة وحياته، مما يعني عبئا مرهقا و حملا رهيبا عليه، وهذا ما يؤدي إلى استنزاف قدراته العاطفية و النفسية. " (Maslach, 1982b): 185.

هذا "الظلم" الذي يتسبب فيه الزبون يكون في بعض الأحيان مدعما من طرف المنظمة التي تستحوذ عليها فكرة إرضاء زبائنها حسب منطق اقتصادي فاضل مفاده: "خدمة ممتعة، وزبون راض" غير أن مثل هذه العلاقة لا تزال تطرح غالبا أكثر ممّا تقيم (Shaw-Brown & sulzer- Azaroff, 1994) ؛ والواقع أنه من الممكن أن تظهر مدمرة انفعاليا بالنسبة للأجير، وخاصة في المهن التي تتميز بالتفاعل المستمر مع المستفيد من الخدمة . (Heuven & Bakker, 2003 ; Grandey, 2003).

#### 4- عنف الزبائن والاحترق النفسي:

تكون نتائج العنف المدرك متنوعة، فبعضها يكون وقعها فردياً محضاً ، بحيث يمكن أن تبرز عنها ردود أفعال ضغط ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress)، وأخرى تكون ذات طابع اجتماعي من شأنها التأثير على إطار علاقات الفرد الذي تعرّض للعنف، وفي كلّ الأحوال ، فإنّ النتائج التي تبرز يكون أغلبها في الوسط المهني، لهذا سوف ينصبّاهتمامنا على النتائج الملاحظة على مستوى العلاقات الفردية في وضعية العمل .

أكدت البحوث على دور الاحترق النفسي كعرضٍ انفعاليٍّ ملازمٍ لوضعيّات الخدمة التي تميز التفاعل مع الزبائن (Singh, Goolsby & Rhoades, 1994). وعندما يصبح جهد التعديل الذاتي الانفعالي ثقيلًا ومستمرًا بالنسبة للعامل، فإنّ احتمال التعب الانفعالي والاحترق النفسي يرتفع، بمعنى آخر ، أنّ تكرار وإدراك التهديد الصادر عن الزبون يؤثر مباشرة في احتمال ظهور الاحترق النفسي (Grandey, Dickter & Sin, 2004).

كما أنّ فسَادَ العلاقات الفردية في العمل يعتبر مصدرًا رئيساً للضغط المؤلِّد لتطوّر أعراض الاحترق النفسي، وتكون هذه الأخيرة أكثر بروزا عندما تطبع العلاقة مع الزبون، فإذا استمرت النزاعات والتوترات في هذه العلاقات ولم يتلقَ الموظفون تكويننا في مراقبة الضغط الانفعالي الذي ينجر عنها ، فحينئذ ، ومع مرور الوقت (أهمية التكرار) تظهر أعراض الاحترق النفسي. (Gil – Monte et al..2006.)

ومن أهم العوامل الرئيسية للإتهاك المهني الذي يكون مصدره الزبائن، نجد على الخصوص الاعتداءات الجسدية والشفهية، والشكاوي المبالغ فيها والمتكررة والمتلفظة بنبرة غير محترمة؛ والتحليل العيادي للمعاش المهني يُظهر علاقة العنف هذه بين الموظف (الممرض) ومتلقي الخدمة (المريض):

" تشعر بسوء المعاملة في المؤسسة، وحتى من جانب المرضى أيضا، كما قلت لك، كلهم لديهم حقوق، لكن ليس لهم واجبات، وهذا سيئ للغاية! لا أعلم إن كان ذلك وفق سياسة أم ماذا ؟ لكن مثل جميع الناس هناك حقوق وواجبات يجب معرفتها و إحترامها، إذا شتمك رجل مثلا- ذلك الذي أخبرتك عنه منذ قليل - ، ليقول لك بعدها المراقب : " يجب أن تتحملي! " ، كيف أتحمل ما قاله لي ؟ ولماذا ؟ قد يكون المراقب مصيبا في ذلك! صحيح أننا نلتقى الكثير من هؤلاء الناس، حتى وإن

كانوا ليسوا أغلبية، أعتقد أنه يجب أن يكون هناك موقفا حول اتخاذ مسؤولية أكبر نحو موظفي قطاع التمريض ، ليس فقط المطالبة بحقوق المرضى، لكن يجب معرفة بأن المريض عليه واجب السلوك الحسن؛ على كلِّ ... هناك أناس مؤدبون ويتصرفون بشكل لبق في كل مكان، لكن بالنسبة للذين هم في حاجة أن نذكرهم أن هناك حقوقا وواجبات، يجب أن يعلموا بأن عليهم أن يلتزموا باحترام الآخرين ". (تصريحات ممرضة، 27 سنة، 8 سنوات خبرة).

من جهة أخرى ، قد يكون نقص الاعتراف من طرف الزبائن أو المستفيدين من الخدمة مؤشرا - هو الآخر - عن تطور أعراض الاحتراق النفسي، حيث يظهر من خلال التحليل العيادي للمعاش المهني طبيعة هذه العلاقة التي تكون ضمن علاقات سلبية أخرى ، كغياب تعاون الزبون والعنف الموجه نحو الموظف :

" في الواقع أعتقد أن مواقف المرضى نحونا هي التي تؤثر في تطور الإنهاك المهني، لقد أصبح الناس عنيفين كثيرا، أعتقد أن هذا هو السبب، ولأننا لا نشعر بالاعتراف، قد يقول لك كثيرا من الناس أن ذلك بسبب الأجر، لكنني لا أعتقد أن ذلك هو السبب، إذا ما كنا على ما يرام ونشعر بالاعتراف فالأجر يأتي في المستوى الثاني، لكن أن تكون مع مريض لا يقدم لك أدنى مساعدة، تقدم له مئة خدمة جليلة وتخطئ في حقه مرة واحدة، لتصبح كل الحسنات سيئات ... الناس لا يعرفون تقدير الأشياء حق التقدير، الحمقى!... قد ترتكب في يوم من الأيام خطأ بسيطا ، شيئا تافها في بعض الأحيان ، ولن يعفوا ولن يصفحوا عنك ، هذا ينهك كثيرا، ينهك بشكل كبير، غياب الاعتراف، بل إنك لا تساوي شيئا بالنسبة إليهم ، لقد فقد الناس اليوم الكثير من الحسنّ السليم " ( تصريحات ممرضة، 49 سنة، 30 سنة أقدمية).

و في سياق ذي صلة، توصلت مجموعة من النتائج الإمبريقية الكمية حول آثار عنف فريق التمريض (Lanza, 1985, 1992; Mac Pherson, Eastley, Richards, 1994) & Mian, كما وردت في (Gil – Monte et al., 2006)، إلى أنّ أشكال الاعتداء غير الخطيرة قد تثير هي أيضا استجابات انفعالية شديدة.

وفيما يتعلق بأبعاد الاحتراق النفسي، يشير إفارز وآخرون (Evers et al., 2002)، إلى أن للاعتداء الجسدي والسيكولوجي تأثيراً على بعد الوهن الانفعالي (الإجهاد الانفعالي) : بينما لا يؤثر العنف السيكولوجي إلا على بعد الشعور بالإنجاز الشخصي، في حين ، لا يؤثر أيّ شكل من هذين الشكلين من الاعتداء بطريقة دالة على بعد تبدل الشخصية (Evers, Tomic & Brouwers, 2002). أما بوسن وهوج



(Büssing & Hoge, 2004) ، فقد توصلنا إلى أنّ نوعيات الاعتداء الجسدي والسيكولوجي اللذان يصدران عن المرضى أو ذويهم يؤثران على الإجهاد الانفعالي وتبلد الشخصية (Büssing & Hoge, 2004).

##### 5- من الاحتراق النفسي إلى العنف ضد الزبائن .

يعتبر تبلد الشعور أو نقص الشعور التعاطفي كردّ فعل سريع للإرهاك الانفعالي (الذي قد ينتج عن السلوكيات العدوانية للزبائن أو عن التعديل الانفعالي لمواجهة هذه السلوكيات)؛ حيث توصلت البحوث التي تناولت الاحتراق النفسي - في عددٍ واسعٍ من المنظمات والمجموعات المهنية - إلى وجود علاقة وطيدة بين مرحلة الإرهاك الانفعالي وتبلد الشعور؛ وهذا الأخير، قد يظهر كنتيجة لعدم التكيف في تسيير المتطلبات الانفعالية للعمل.

وفي هذا الإطار ، ترى ماسلاش Maslach أنّ الإرهاك ليس تجربة عابرة ، بل تؤدي بالفرد إلى أخذ مسافة انفعالية ومعرفية عن العمل الذي يقوم به ، ففي ميادين المساعدة الإنسانية (الخدمات الصحية مثلا) تعمل المتطلبات الانفعالية للعمل على إنهاك قدرات العامل في الاستجابة لمتطلبات الزبائن أو المستفيدين من الخدمة ، " *They Feel at the end of the rope* ". فاللأنسنة (Depersonalization) أو تبلد الشعور (يطلق عليه أيضا إختلال الآنية، نقص الشعور التعاطفي) يعني فقدان العنصر الإنساني أو الشخصي في التعامل، معاملة الأفراد كأشياء و ليس كبشر. و في هذه الحالة يتصف الموظف بالقسوة، و التشاؤم، و كثرة الانتقاد، و توجيه اللوم لزملائه في العمل، و كذلك للمستفيدين و المنظمة، بحيث أن يمكن التحكم في متطلباتهم بشكل أحسن عندما يتماعتبارهم كأشياء غير بشرية في ميدان العمل (تجريد الصفة الشخصية عن المستفيدين من الخدمة).

ويظهر ذلك من خلال تطور نوع من الاتجاه السلبي واللامبالاة والبرودة نحو الأفراد المستفيدين من الخدمة وقلة العناية بهم. و كثيرا ما ينعكس ذلك على تسمية الموظف للأشياء؛ فعلى سبيل المثال، "تظهر معاملة الموظف الآلية للمستفيدين، و عدم اكرائهم بهم من خلال إشارته إلى مستفيد معين بالقول إن " : ال ... في غرفة " 304 بدلا من استخدام اسم الشخص المعني. كما ينعكس في فلسفته للمواقف المختلفة في العمل، و في الانسحاب من خلال اللجوء إلى فترات طويلة للراحة، أو للمحادثات المطولة مع زملاء العمل، و كذا الاستخدام المفرط للمصطلحات الفنية الخاصة بالعمل"

هذا البعد يطرح مشكلاً رئيساً في ميادين مهن المساعدة، لأنه يعني بأنّ المستخدمين يتبنّون اتجاهات وسلوكات تتنافى مع أخلاقيات وجوهر تلك المهن في حدّ ذاتها؛ فالأحاسيس الإنسانية تُعد في حقيقة الأمر جوهر هذه المتطلبات، وهي التي تعطي قيمة هذه الأنواع من النشاطات المهنية.

وفي هذا السياق، تورّد Maslach استجابة أحد عمال المصالح الاجتماعية أمام إحدى الأمهات اللاتي قَدِمْنَ من أجل طلب المساعدة المادية لتنشئة طفلها بقوله: " تريد المال السيدة س؟ لماذا لا تطرقي إذن باب التسوّل في الشارع؟" وفي واقعة أخرى، تذكر لنا Maslach كيف أن أحد الجراحين زجر في وجه أخت أحد المرضى راداً عن سؤالها: " لو أنه ليس مخالفاً للقانون، لكانت لكمي هذه أحسن طريقة حتى تسكتي وتغلقي فمك" (Maslach, 1982b, p. 78).

كما أكدت دراسات بشكل مبكر وسريع على أهمية دور بعد تبدل المشاعر الذي يوافق أخذ المسافة السيكلوجية الموجودة بين الأجير والعميل الذي يُنظر إليه كمصدر للضيق (Leiter, 1991). حيث يأخذ شكل الحماية ونوع من " الانسحاب السيكلوجي" ضدّ خطر التعرض إلى لا استقرار انفعالي مرتفع، وقد يكون هذا الانسحاب من خلال بعد العامل جسدياً عن عملائه، وتقليل فترة التعامل معهم ونظرته لهم كحالات لا كأفراد، وكنتيجة طبيعة، يمكن أن يكون هذا البعد " اللانسنة" مصدراً للسلوكات العدوانية غير المثمرة التي تعاكس مهمّة العلاقات مع الجمهور المعرفة في الإطار المهني. وعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي الاحتراق النفسي الوسط الإستشفائي إلى سلوكات الإهمال والتهاون التي يخبرها المرضى كحالات اعتداء، فقد قام رفبي وجماعته (2004) Rafii & al ; بكشف النقاب عن أشكال من سلوكات نفاذ الصبر لدى الممرضين من خلال علاقة المساعدة اليومية في القطاعات " الأكثر احتراقاً" (Gil-Monte et al., 2006).

وفي المؤسسات الصحية المتخصصة، يؤدّي تبدل الشعور إلى قيام الفريق الطبي بوصف أدوية مخدرة كخيار حتمي، وأبعد من ذلك كثيراً ما يتمّ اللجوء إلى استخدام القوة المفرطة، بل وحتى اللجوء إلى اعتداءات من النوع الإجرامي من أجل التحدّك في المقيمين وضمان مطلق السلطة في المؤسسة. (Maslach, 1982b).

6- الآثار النفسية الناتجة عن الحلقة المفرغة: حالة الشعور بالذنب.

يحدد الشعور بالذنب كأحد أعراض الإنهاك المهني في مختلف الدراسات المنشورة، وخاصة خلال سنوات الثمانينيات (Farber & Miller, 1981; Maslach, 1982a, 1982b, Pines, 1985; Price & Freudenberger 1974 و Murphy, 1984) كما وردت في (Gil-Monte et al., 2006).

وقد تكلمت ماسلاش Maslach (1982) عن استجابات الإقرار بالذنب (Mea culpa) حيث أن التفكير " أني شخص سيئ " ، و " أني غير قادر على القيام بهذا العمل " أو " أني غير كفء " هي استجابات مشتركة عند الموظفين الذين يخبرون الاحتراق النفسي. فبالرغم من اعترافهم بوجود حالات ضغط خاصة ، لا يتوقفون عن اتهام أنفسهم : " كان من اللازم عليّ أن أحلّ هذا المشكل " أو " كنت قادرا على حلّ هذا المشكل " .

و من بين الأسباب المترددة في ظهور الشعور بالذنب ، وجود أفكار سلبية تجاه الزبائن ومعاملتهم بطريقة سيئة، حيث يشعر الموظفون بأنهم أصبحوا متبلدي الشعور، بحيث أنّ البرودة واللأنسنة تطبع تعاملاتهم المهنية ، وهذا مالا يريدونه فعلا. هذا الانطباع بالإضافة إلى زوال الحماس تجاه المهنة والإنهاك النفسي يثير عند بعض المهنيين الشعور بالإخفاق والخيبة ، فقدان تقدير الذات الذي قد يتحول إلى اكتئاب .

وبالرغم من وجود العناصر العيادية والقاعدة النظرية لضّمّ الشعور بالذنب كمتغير وسيط في سيرورة ظهور أعراض الاحتراق النفسي ، تبقى الدراسات الحديثة محدودة وضعيفة من حيث العدد، بحيث لم يتمّ تطوير أيّ نموذج جديد يتضمن الشعور بالذنب كعامل مفسر في سيرورة الاحتراق النفسي ، ولم يتمّ حتى مناقشة نماذج موجودة من قبل، مثل نموذج پريس ومرفي (Price & Murphy, 1984). والتفسير المحتمل لذلك يتمثل في أنه عوض تناول وفهم هذا العامل (الشعور بالذنب) كما هو، بقيت الدراسات المتعلقة به (Freudenberger & Richelson, 1980; Farber, 1985) مرتبطة بانحرافات صحية أخرى كالاكتئاب مثلا. (Gil-Monte & al., 2006).

وعلى العموم، تؤكد مختلف النتائج المتوصل إليها اعتماداً على المقابلات، أنّ الشعور بالذنب يمثّل عرضاً مشتركاً عند بعض الذين يطوّرون أعراض الاحتراق النفسي. (Maslach, 1982a, 1982b)، هذه العناصر ، تسهم بدعم هذه الفكرة التي تمّ التوصل إليها من خلال الدراسات الحديثة ، والتي مفادها : أنّ الشعور بالذنب

يعتبر عرضاً مهماً وجوهرياً في فهم الاحتراق النفسي وعلاقاته ببعض أهم نتائجه مثل: الاكتئاب والغياب . (Ekstedt & Fagerberg, 2005) .

#### 7- العنف والاحتراق النفسي (النماذج النظرية) .

أثبتت دراسات إمبريقية صحة العلاقة بين العنف والاحتراق النفسي، وفي ما يلي سوف يتم التطرق إلى بعض النماذج التي تستند إليها البحوث في هذا المضمار. أولاً: نموذج الصراع .

يعتبر الصراع حدثاً مألوفاً في عالم الشغل، فميدان العمل يتميز بوجود خليط من الأفراد والمجموعات، والمهام والأهداف والمصالح. ومثل هذا الوضع يشجع ظهور الخلافات والتعارض واختلاف وجهات النظر التي تولد أشكالاً من الضغط في العمل. بالرغم من ذلك ، فإنّ مشكل الصراع تم تناوله بشكل أكبر من جانب انعكاساته على العمل في حدّ ذاته أكثر من الاهتمام بنتائجه على الراحة والصحة والمشاركة الانفعالية للعمال. وبالرغم أنه يمكن أن يكون للصراع آثار إيجابية على حلّ المشاكل، إلا أنه يمكن أن يكون له أيضاً نتائج سلبية على الراحة والتوافق العاطفي للعمال ، وخاصة إذا كان يطبع علاقات الأفراد، ضف إلى ذلك ، أن استمرار الصراع يشجع على ظهور الاحتراق النفسي.

(De Dreu, Dierndonk, & Dijkstra, 2004) عن (Gil-Monte & al., 2006).

إنّ الدراسات التي توضّح العلاقة بين الصراع وانخفاض الصحة النفسية عديدة ، فعلى سبيل المثال توصّلت دراسة سبيكتور وجماعته (Spector & al. (2000) إلى أنّ الصراع على علاقة مع القلق والإحباط، كما أكّدت أبحاث أخرى على العلاقة الإيجابية بين وضعية الصراع وبعد الإنهاك الانفعالي للاحتراق النفسي . ( ; 1991 Brondolo, Maslach, Leiter, Stores, Stockhammer, Tunick, Melhado & karlin, 1998; Taylor, Daniel, Leiter & Burke, 1990; Van Dierendonck, Schaufeli & Sixma, 1994) عن (Gil-Monte & al., 2006).

وفي هذا السياق ، يشير دي درو و وينجارت (De Dreu & Weingart, 2003) إلى أنّ مثل هذه النتائج يستحسن ملاحظتها عندما يتعلق الأمر بالصراع في علاقات الأفراد وليس بالصراع القائم على أمر تقني يرتبط بالمهام والنشاط . (Monte & al., 2006).

ثانياً: نموذج العدالة (الإنصاف)

تفسير آخر للعلاقة بين التعبير عن العنف وظهور أعراض الاحتراق النفسي يرجع إلى نظرية العدالة (Adams, 1965)، هذه الأخيرة تُرَجِّعُ ظهور الاحتراق النفسي لحالة عدم توازن التفاعل الاجتماعي للعمال.

فذلك العنف الذي يعيشه الموظف، وخاصة المتعلق بأشكال التعسف في العلاقة مع الإشراف المستبد، العنف الجسدي أو السيكولوجي يتسبب في اللاتوازن بين السلوك المهني والعنف المعيشي، وبهذا يكون العنف في العمل بمثابة انقطاع في توازن العلاقات الفردية، وبطريقة مشابهة ترجع نظريات المعاملة Buunk & (Schaufeli, 1999) الاحتراق النفسي إلى قلة التبادل أو المعاملة بالمثل سواء كان ذلك في المستوى التنظيمي أو على مستوى العلاقة بالزبون. (Bakker & al., 2000).

### ثالثاً: نموذج الاحتفاظ بالموارد .

حسب هذا التناول (Hobfoll, 1988, 1989)، فإن الأفراد يبذلون جهوداً للحفاظ ولتطوير ما يقدرونه ويثمنونه من موارد (التفاعلات الاجتماعية أو المميزات الشخصية..)؛ وحسب هذا النموذج، يظهر الضغط عندما يكون تهديد لهذه الموارد، أو يتم فقدانها أو عندما يقوم الأفراد ببذل مجهودات لكن دون تمكنهم من الحصول على الأهداف والوصول إلى تحقيق النتائج المرجوة (Hobfoll & Freedy, 1993). فالعنف يمثل هنا تهديداً لهذه الرغبة في الموارد، والإضرار بالوحدة الجسمية والسيكولوجية.

### رابعاً: نموذج الشعور بالذنب .

يذهبُ جيل مونتي (Monte - Gil 2005) إلى أنه إذا ما تمّ اعتبار الشعور بالذنب كمتغير يتدخل في سيرورة الاحتراق النفسي، فإنه يمكن أن يفترض وجود ملامح للشخصية :

من جهة نجد أفراداً راضين أو مقتنعين بإستراتيجيات التكيف التي تعتمد على تصرفات مذمومة ( مثل التبريرات اللا أخلاقية، والتلميح والتعريض، وعدم تحمل المسؤولية... إلخ)، هؤلاء الأشخاص لا يشعرون في أغلب الأحيان بالذنب أو بالخطأ في معاملة الزبائن أو المرضى بدون اعتبار أو بطريقة عدوانية، وبشكل عام عدم كونهم في مستوى أداء دورهم المهني. هؤلاء الأفراد يمكن أن يبقوا في المنظمة لمدة سنوات بدون أن يطوّروا مشاكل شخصية متعلقة بالضغط، وهذا بالرغم من التصرفات و

السلوكات العدوانية (اللامبالاة، والإهمال والتهاون، وعدم الإكتراث، والاستخفاف، واللامسؤولية أو تبلد المشاعر) التي تضر بنوعية الخدمة وتفسح المجال للشكاوى والتظلمات نتيجة للمعاملة السيئة للزبائن .

أما الفئة الثانية، فتوافق الأفراد الذين يخبرون نوعاً من الندم وتأييب الضمير في حالة عدم القيام بواجبهم المهني على أكمل وجه، هؤلاء الأشخاص ، يشعرون بالإرهاك نتيجة عدم تمكّنهم من بذل ما كان في وسعهم من خلال إستراتيجيات التكيف التي تؤثر بطريقة سلبية ومبتذلة في معاملة الزبون. هذه الإستراتيجيات غير فعالة بسبب تأثير المتغيرات النفس اجتماعية (درجة التعلق الشخصي بالجماعة، وإيثار عن النفس) أو بسبب أنها تخرق بعض القيم والمبادئ الأخلاقية أو المعايير التي تتعلق بالدور المسطر في العمل. (Gil-Monte & al., 2006).

الخاتمة:

إنّ مشكل الاحتراق النفسي في المنظمات طرح ولا يزال يطرح بشكل كبير في ميدان "مهن المساعدة الإنسانية" التي تتضمن كلّ من المرضيين، والمربين المختصين، وعمال الرعاية الاجتماعية، والأطباء، و النفسانيين... إلخ.

كلّ هذه المهن تلتقي في نقطة مشتركة، فهي تمنح بصورة أو بأخرى، مساعدة، علاج، نصيحة، معرفة... للغير، ويبذل الأفراد العاملون في هذه الميادين نوعاً من العلاقة مع الآخر، هذه العلاقة تكوّن قسماً مهماً، إن لم نقل أهمّ شيء في عملهم، بحيث يمكن اعتبارها مركز نشاطهم المهني، ولطبيعة هذا العمل في حد ذاته ، فهم معرضون دائماً لحالات من الطوارئ والشدائد. فالنشاطات المهنية من هذا النوع تواجه إرغامات عمل انفعالية وعاطفية كمقابل لهذا البذل العائقي، وككل نشاط مهني، فإنّ هذه الإرغامات يتمّ تسييرها من طرف المستخدمين بالارتكاز على مصادرهم النفسية و / أو المصادر التي توفرّها المنظمة .

وفي ميدان الرعاية الصحية، يمكن التكلم عن الاحتراق النفسي عندما لا يستطيع الموظفون مواجهة تلك الإرغامات التي قد ترتبط بالظروف التنظيمية للعمل، أو نتيجة الشدة النفسية التي تنتج عن مواجهة وتسيير السلوكات غير المثمرة للمستفيدين من الخدمة بصفة متكررة (العنف، التهديد، غياب الاعتراف، ونقص التعاون...)، مما يجعلهم يتخلّون عن ذلك البذل العائقي، بحيث يمكن اعتباره نوعاً من "الخيانة" للقيم المرتبطة بعملهم، والتي كانت تطبع نشاطهم في بداية مسارهم المهني.

وعلى العموم ، يمكن القول أنّ الموظفين الذين يُهكُّون ولا يلقون التشجيع بحيث تستنزف المتطلبات الانفعالية المرتفعة مواردهم الفردية ، تؤدي بهم في الأخير إلى عدم القدرة على البذل النفسي؛ وأمام هذه المتطلبات المهكّة، يطوّر الأفراد نوعا من إستراتيجيات التجنّب لمواجهة الوضعيات الصعبة، وتتجلّى مظهره في اللامبالاة، والتهمك، وأخذ نوع من المسافة عن العمل، وبصفة عامة تعمل هذه الاستجابة على خفض الطاقة التي يتم اعتمادها في إنجاز العمل، وحلّ المشاكل الوظيفية التي يتلقاها الفرد، مما يؤدي إلى نقص في الفعالية المهنية .

#### الاقتراحات:

على ضوء ما سبق، نقدم بعض التوصيات التي قد تساعد على التقليل من حدّة الإنهاك النفسي والآثار الناجمة عنه عند ممارسي الصحة عموما والمرمضين خصوصا:

- تعميق الوعي بأهمية العلاقات الإنسانية في العمل لما لها من أهمية و دور في التقليل من الشعور بالضغط، و القيام بدورات تدريبية للعاملين في مهنة التمريض توضح كيفية التعامل مع الضغوط المرتبطة بمتلقي الخدمة.
- تخفيض عبء العمل وتحسين ظروف و بيئة العمل و توفير الأجهزة و الأدوات و المعدات اللازمة للعمل.
- تحسين رواتب العاملين في مهنة التمريض و تطوير نظام الحوافز و الترقيات ، بما يضمن الرضا الوظيفي مع ضرورة الاعتماد على سياسة منصفة للمكافآت ،وتسطير أسس ومعايير علمية سليمة في ترقية الممرضين.
- إضافة مادة علمية تتعلق بتنمية الكفاءة الذاتية لدى طلبة التمريض من خلال تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المهنة، و خاصة مع تدرج المستوى و العمل على استقلالية المهنة و إظهار دور الممرض في الخطة العلاجية أو الوقائية.
- التركيز على المهارات الاجتماعية (الاتصال و التواصل)في مقرّرات الدراسة، وبيان أهميتها في المجال التمريضي، و تنميتها في تدرج المستوى الدراسي.
- العمل على إظهار أهمية دور الممرض في الحقل الصحي، و ذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة التي لا بدّ أن تلعب دورا فعالا في تصحيح نظرة المجتمع لهذه المهنة النبيلة والإنسانية، وإعادتها لمكانتها الصحيحة، وتشجيع الجيل القادم على الالتحاق بهذه المهنة والاعتزاز بها، عن طريق عرض المسلسلات و الأشرطة التليفزيونية التي تعيد للتمريض مكانته ،وتعلي من شأن هذه المهنة العظيمة.

- لا بد أن يكون للمنظومة التربوية خطة مدروسة لصنع تصوّر جدّاب لهذه المهنة ، ورفع شأنها من خلال إدراج قصص تاريخية ونماذج واقعية لرموز في التمريض فيمنهج تعليمنا، وإبراز الجزء الإنساني لهذه المهنة النبيلة في برامجنا الدراسية، وتسليط الضوء على الأجر العظيم والثواب الجزيل للقائمين بها.

- التنسيق بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العاليفي الإشراف على جودة برامج معاهد ومدارس التمريض، ووضع الحوافز والروادع بناءً على معايير محدّدة لجودة التعليم الطبي، لإخراج كوادر تنافس عالمياً ولا تكون عبئاً جديداً على المجتمع بتريدي مستوى المتخرجين من معاهدنا الوطنية.

### المراجع:

Arnetz, J.E & Arnetz, B.B. (2001). Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care, *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 417-427.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H., Bosveld, W., & Van Dierendonk, D., (2000). Patient demands, lack of reciprocity and burnout: a five year longitudinal study among general practitioners, *Journal of organizational Behavior*, Vol. 21, pp. 425-441.

Barling, J, Rogers, A.G; & Kelloway, E.K. (2001) .Behind closed doors: In home workers' experience of sexual harassment and workplace violence, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 6, pp. 255-269.

Baron, R.A, & Neuman, J.H. 5 (1996). Workplace violence and Workplace aggression .Evidence on their relative Frequency and potential causes "aggressive behaviour. Vol. 22. pp. 161.113.

Bussing, A. Hoge. T. (2004) .Aggression and violence against home care workers. *journal of occupational health psychology* .vol.9 (3).pp.206.219.

Chapell, D.,& DI Martino V.( 2000 ).Violence at work, Geneva: ILO.

Di Martino,V., hoel,h., & Cooper, C. L(2003).preventing violence and harassment in the workplace, Luxembourg: Office for official publication of the European Communities.

Dormann, C.,& Zapf, D.(2004).Customer, related social stressors and burnout, *journal of Occupational Health psychology*, vol.9, pp. 61. 82.

Ekstedt, m.,& fagerberg, I.(2005).lived experiences of the time preceding burnout, *journal of Advanced nursing*, vol .49(1),pp.59.67.

Evers, W.. tomic,W., brouwers,A.(2002). Aggressive behaviour and burn out among staff of homes for the elderly, *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 11(1), pp. 2- 9.



Gil-Monte. P., Moreno.B., Neuveu.J.P. (2006). Violence et épuisement professionnel, In A.El Akremi., S.Guerrero., J.P. Neveu (Sous direction de), comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, Bruxelles : de boeck.

Grandey, A. A.(2003). «When the show must go on »: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-related service delivery, *Academy of Management Journal*, vol. 46, pp. 86-96.

Grandey, A. A., Dickter, D.N., & Kock Peng Sin,(2004). The customer is not always right-Customer aggression and emotion regulation of service employees, *Journal of Organisational behaviour*, vol. 25, pp. 397-418.

Heuven, E., & Bakker, A.B (2003). Emotional dissonance and burnout among cabin attendants, *European Journal of work and Organisational Psychology*, vol. 12, pp. 81-100.

Hobfoll SE, (1989). conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am psychol*, 44: 513-524.

Hobfoll SE, Freedy. J. (1993) conservation of resources: a general stress theory applied to burn-out. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional burn-out: Recent developments in theory and research*. Washington, DC; Taylor& Francis 115-129.

Leiter, M.P. (1991).The dream denied professional burnout and the constraints of human service organizations, *Canadian Psychology*, vol. 32, pp. 547-555.

Maslach, C. and Pines, A. (1977). The Burnout Syndrome in the Day Care Setting, *Child Care Quarterly*, 6, pp.100-113.

Maslach, C.(1982a). Burnout: A Social psychological analysis. In J. W. Jones, *The burnout syndrome: Current research*, Park Ridge, Illinois: London House Press, pp. 30-53.

Maslach, C. (1982b). *Burnout: The cost of caring*, New York: Prentice Hall Press.

Rafaëli, A., Sutton, R.I.(1990). Busy stores and demanding customers: how do they affect the display of positive emotions? *Academy of Management Journal*, vol. 33, pp. 623-637.

Ross, M.M., Carswell, A.,& Dalziel,W.B.(2002). Staff burnout in long-term care facilities, *Geriatrics today*, vol. 5, pp. 132-135.

Shaw-Brown,C., & Sulzer-Azaroff, B.(1994). An assessment of the relationship between customer satisfaction and service friendliness, *Journal of Organizational Behavior Management*, vol.14, pp.55-76.

Singh, J., Goolsby, J. R., & Rhoads, G. K. (1994). Behavioural consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives, *Journal of Marketing Research*, vol.31, pp.558-569.

Wynne, R., Clarkin, N. Cox, T., & Griffuiths, A. (1997). Guidance on the prevention of violence at work, Brussels: European Commission.