

علاقة المناخ التنظيمي بالاحترق النفسي

لدى المرضى

- دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالعاصمة-

ميهوبي فوزي
جامعة البليدة

ملخص:

هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى المرضى ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة. وكنا علاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي. ولتحقيق هذه الأهداف صممنا مقياس للمناخ التنظيمي (تحققنا من خصائصه السيكمترية) وطبقناه مع مقياس الاحتراق النفسي لـ ك. ماسلاش (MBI) بعد التحقق من خصائصه السيكمترية كذلك. على عينة من 271 ممرض (138 ذكور و133 إناث) وتمت الدراسة بـ 11 مؤسسة صحية على مستوى الجزائر العاصمة.

أسفرت نتائج الدراسة على أن المرضى يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي وعلى ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

مقدمة:

بالرغم من تولي الدولة الجزائرية على شرار الدول المتحضرة اهتماما كبيرا بالخدمات الاجتماعية تبقى الخدمات الصحية دون مستوى متطلبات المواطن الجزائري. والذي يرى بأنها بعيدة كل البعد عن الخدمات الإنسانية النبيلة. حيث أصبحت عبارة خدمات صحية لا إنسانية لصيقة بالمؤسسات الصحية، وقد تعود المواطن في السنوات الأخيرة على بند "أئسنة المستشفيات" وإصلاحها على رأس برنامج كل وزير صحة جديد حتى أصبحت الوزارة تلقب بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ونسعى من خلال هذا البحث إلى فهم وتفسير بعض مصادر هذه السلوكيات الإنسانية في المؤسسات الصحية.

يؤكد الباحثون والدارسون بأن المهنة التي تعمل على مساعدة الأخر والتي يلقبونها "بمهن المساعدة الاجتماعية" تولد ضغطاً مستمراً يصل إلى الاحتراق النفسي، ناتجاً عن طبيعة المهنة.

كما أكدت الدراسات أن هناك عامل آخر لا يقل أهمية عن طبيعة المهنة وهو بدوره يولد الاحتراق النفسي ألا وهو المناخ التنظيمي.

إن الدراسة الحالية تحاول الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى المرضى الجزائريين وواقع المناخ التنظيمي داخل المؤسسات الصحية. وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي لديهم.

كما تم اختيار المرضى لمعرفة أثر المناخ التنظيمي داخل المؤسسة الصحية على الاحتراق النفسي من قصد، كونهم فئة أساسية في العملية العلاجية والطدمائية.

كذلك تشير الإحصائيات الطبية التي نشرتها المنظمة العالمية في تقريرها السنوي حول الوضع الصحي في العالم، أن الاضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغط والظروف البيئية السلبية الأخرى تمثل ما بين 50% و80% من كل الأمراض المعروفة (يخلف 2001) و(أيت حمودة 2006).

أما في الجزائر فقد جاء الاهتمام بالصحة العقلية لعمال القطاع الصحي في التعليمية الوزارية رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 التي جاء فيها: ".....غالبا ما يواجه مهني الصحة العاملين في المصالح الإستجمالية والمصالح العناية المركزة وضعيات صعبة في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، فهم يخضعون للعبء الكمي للمهنة لكن أيضا لأعباء فكرية وانفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف نظرا للضغوط التنظيمية والملائكية، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا، نقص المشاركة في اتخاذ القرارات الخ، وقد ينجر عن كل هذه الإرهام معانات نفسية خصوصا لما تكون الظروف العمل

غير ملائمة، فتؤدي إلى ضغط المهنة وتظاهراته القصوى: الاحتراق النفسي "burn out" (Instruction Ministérielle 2002 N°18).

إشكالية البحث:

نسى من خلال الدراسة الحالية استقصاء مستوى الاحتراق النفسي لدى المرضين في بعض المؤسسات الصحية على مقياس ماسلاش، ومعرفة المناخ التنظيمي السائد داخل بعض المؤسسات الصحية في العاصمة، وكذا محاولة الكشف وتفسير بعض عوامل رداءة و" لا إنسانية " الخدمات الصحية، والتي بموجبها لفت الأنظار لنوعية المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسات الصحية والسعي على تدعيم العوامل الموجبة وتعديل السالبة منها.

فحسب (Arces 1991) يعتبر الاحتراق النفسي في الخدمة الاجتماعية ظاهرة مرضية تؤثر على فاعلية الممارسة المهنية والعملاء المستفيدين من الخدمة وعلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية نتيجة التوجه السلبي لدى الأخصاليين الناشئ عن تأثير الاحتراق النفسي المرتبط بالتوتر الناتج عن طبيعة العمل (فهد السيف 2000).

وتوصل (روداري وآخرون Rodary et col 1993) أن 20% إلى 40 % من المعالجين هم في حالة احتراق نفسي و25% من ممرضات المستشفيات العامة باختلاف المصالحات يعملين في عملهن، و56% منهن رغبت مؤخرا في التخلي عن مهنتها، رغم أن 80% منهن لا يزلن محفزات جدا لما يقمن به (حاتم 2005). كما انتهت نتائج (موساوي 2001) أن المرضون يعانون من ضغط مهني.

وبيّن (أم وهاريسون Um et Harrison 1998) (فهد السيف 2000) أن ضغوط الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية تنشأ عن العلاقة المهنية، وأعباء وعلاقة العمل، وخصائص مؤسسات الخدمات بحيث أن الأخصالي الاجتماعي يقضي وقتا طويلا متواصلا في العمل المجهد مع العملاء نتيجة لطبيعة المهنة التي تتطلب ذلك. كما كشفت دراسة (جلولي 2003) أن المرضون يعانون من شدة مرتفعة من الإجهاد الانفعالي ومن شدة متوسطة من تلبد المشاعر وتلني الشعور بالإنجاز. وتشير دراسة (فهد السيف 2000) لدى الأخصاليين الاجتماعيين في المؤسسات الاجتماعية

المتثلة في القطاع الصحي والتعليمي أن الاحتراق النفسي الناتج عن طبيعة الوظيفة عال وهو راجع إلى قصر المسار الوظيفي وفرص الترقى، والندم لأختيار هذا التخصص والحاجة للقيام بأعمال أخرى لزيادة الدخل، وتشعب المسؤوليات المسببة للتوتر، الإنهاك لزيادة اعباء العمل، الخوف من التعرض لبعض الأمراض، طغيان المسؤوليات العمل على الحياة الخاصة، الإحباط لضآلة فرص النمو المهني، الفجوة لتفاوت تقدير المهنة مع المهن الأخرى.

وتظهر من بين الأمراض الخاصة بالعلاقات الاجتماعية تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين تتمثل في عدم الثقة غير المبرر بالآخرين، تجاهل الآخرين والتفاعل مع الآخرين بشكل الي، تكتنفه البرودة وصعوبات في الاتصال(علي عسكر 2003).

أما بالنسبة للمناخ التنظيمي، والذي يعرفه (عامرالكبيسي2006) بأنه " يعد الحصيولة لكل العوامل البيئية الداخلية كما يفسرها ويحللها العاملون فيها، والتي تظهر تأثيراتها على سلوكهم وعلى معنوياتهم وبالتالي على أدائهم وانتمائهم للمنظمة التي يعملون فيها ". (دراسة (جودا1997Gowda) (فهد السيف 2000) أظهرت أن العوامل التنظيمية مثل، ضغط العمل، فرص الترقى والرواتب هي أكثر تأثير على الاحتراق النفسي من العميل.

كما بيّنت دراسة (بازير وجواي 1996 Barber et Iwai) (فهد السيف 2000) أن بيئة العمل المتثلة في الصراع الدور أكثر تأثير في إحداث الاحتراق النفسي عن سمات الشخصية وعن كمية الاتصال وعن كمية الدعم الاجتماعي وزملاء العمل. وانتهت نكلاج أطباء العمل بعناية إلى كغون البعد التنظيمي من العوامل المسببة للضغط والاحتراق النفسي(حاتم، 2005). وتوصل (مسمودي، 2003) أن العمليات التنظيمية تسبب في معاناة أطباء مصلحة الاستعمالات من الضغط المهني. وأظهرت (موسىوي 2001) أن هناك علاقة دالة بين بعض المتغيرات المهنية والضغط المهني. وتوصلت دراسة (كولينج وموراوي 1996 Collings et Murray) إلى أن الضغوط المنتظمة في التخطيط لتحقيق أهداف العمل، وعدم وجود إجابات لمشكلات محددة للعملاء وزيادة اعباء العمل وعدم الرضا عن نوعية

الإشراف في العمل تعتبر مؤشرات لوجود احتراق نفسي (فهد السيف 2000). وأكدت دراسة (Malcolm Paterson 2004) ان هناك علاقة دالة بين الإنتاجية وشمانية ابعاد من المناخ التنظيمي. كما كشفت دراسة (بويد 1996 Boyd) (فهد السيف 2000) العلاقة الجوهرية بين صراع وعموض الدور والاحتراق النفسي لكل من هيئة التمريض والأخصائيين الاجتماعيين. كما تشير نتائج دراسات (ليتر وماسلاش 1988, Leiter et Maslach) إلى ان الأخصائيين الاجتماعيين الذين يملون بتجارب وخبرات الاحتراق النفسي هم أكثر احتمالية لضغط الالتزام والولاء، لإسهامهم الاجتماعية التي يعملون بها (فهد السيف 2000).

وتوصلت دراسة (أترنيسيد 1994, Turnipseed 1988) ان الاحتراق النفسي له علاقة بانخفاض التجارة التنظيمية والمشكلات المهنية كالموران في العمل، الطمول لخدمات رديئة، غيابات ومشكلات علائقية. وتوصلت (جلولي 2003) إلى ان المحيط الاستثنائي يضم الكثير من عوامل الاحتراق النفسي بعضها مرتبط بتنظيم العمل نفسه كالعصب الكبي والنوعي للمهمة، وبعضها مرتبط بالعلاقات الإنسانية التي تربط المعرض بالمرضى ويمختلف عناصر الفريق الطبي، وبعضها الآخر مرتبط بطريقة تنظيم العمل كتنظيم والترقية والأجور ومواعيد العمل ووسائله. وتعددت المظاهر النفسية للضغوط العمل وتظهر على شكل أعراض من بينها الكآبة، فقدان الاهتمام، فرط التهيج، فقدان الصبر، الغضب، الملل، الطمول السلبية (عبد الله 2001) ومن هنا نستطيع ان نقول بأن البحوث والدراسات المتعلقة بمهنة التمريض وبالمناخ التنظيمي اثبتت ان كلاهما ممكن ان يسبب احتراق نفسي (أيت حمودة 2006).

فمضاعفات واثر الاحتراق النفسي تتمثل اولاً في الجانب الصحي للمرضين (فانسترو وشويبروك 1991, Ganter et Schaubroeck) (ستورديور 1999, Stordeur) كذلك الجانب التنظيمي فهو يخفض من الرضا المهني، ويزيد من الاغتراب، ومن الموران في العمل والغياب وينقص كذلك من النجاحة في العمل (ديجور وأخرون 1996, Dugan et col) (فرت كوزني 1993, Firth Cozens) (ني واش هورت

(Lee et Ashforth1996) (ليتر وماسلاش 1988) (Leiter et Maslash) (موتوييدلو، باكرومانين 1986) (Packarder et Maning – Motowidlo)

(ستورديور 1999) (Stordeur). كلما كشفت نتائج (عبيد الله العمري 200) ان ضغوط العمل تتحدد بكل من، العمر، الخدمة، الراتب الشهري، صراع الور، حموض الور والولاء التنظيمي.

وبع ضوء ما تقدم طرحنا التساؤلات ومكانت جملها تنور حول، هل توجد علاقة دالة بين المناخ التنظيمي والاحترق النفسي، وهل توجد فروق دالة في إدراك المناخ التنظيمي والاحترق النفسي بين مختلف فئات سلمك التمريض.

ومن هنا صغنا مجموعة من الفرضيات مفاها وجود علاقة دالة بين المناخ التنظيمي والاحترق النفسي، وكذلك توجد فروق دالة في إدراك المناخ التنظيمي والاحترق النفسي بين مختلف فئات سلمك التمريض.

- ملهوية البحث:

استخدمنا في هذه الدراسة النهج الوصفي وهذا للالمتة لطبيعة هذه الدراسة بحيث 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.

- ميدان البحث والدراسة، أجريت الدراسة في بعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة وهي كالاتي،

جدول يمثل نوع المؤسسة وعدد المشاركين *

اسم المؤسسة	نوع المؤسسة	عدد المشاركين	النسبة المئوية
مركز استشفائي خاصي	مصطفى باننا	44	16.3
	باب الزاوي	31	11.4
	بارلي	21	7.7
مؤسسة استشفائية متخصصة	د. معز أحمد	8	3.0
	سليم زمرلي	32	11.8
	الحروال (باستور)	10	3.7
	علي آيت ليدو	24	8.9
	الملاي فليس	30	11.1
	إبراهيم فرقة	11	4.1
قطاع صحي	بولوغير	26	9.6
	القد	34	12.5
المجموع		271	100

- عينة البحث وطريقة اختيارها:

لقد تم اختيار عينة المرضين وبلغ عددها 271 مريضاً. من بينهم 138 ذكر و 133 إناث. أي 50,9٪ ذكر و 49,1٪ إناث. تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الغير احتمالية دون تمييز أو وضع شروط مسبقة.

- المهنة:

المهنة	العدد	النسبة
ممرض	202	74,5%
رئيس فرقة	22	8,1%
مراتب طبي	37	13,7%
مراتب طبي رئيسي	10	3,7%
المجموع	271	100%

- أدوات البحث.

✦ مقياس ماسلاش، استخدمنا في هذه الدراسة مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) Maslash burnout inventory بعد ان قمنا بتعديله.

✦ مقياس المناخ التنظيمي، تم بناء المقياس اعتماداً على خصائص موضوع المناخ التنظيمي.

عرض نتائج البحث:

الإحتراف المعياري	الموسط	النسبة	التكرار	إدراك المناخ
0,56	2.52	% 3,7	10	ملائم
		% 40,2	109	معتدل
		% 56,1	152	غير ملائم

جدول: يبين " التوزيع التكراري للمناخ التنظيمي السائد "

يتضح من خلال الجدول ان الغلبة افراد العينة (56.1%) لهم إدراك بأن المناخ التنظيمي غير ملائم، وان الأقلية (3.7%) لهم إدراك بأن المناخ التنظيمي ملائم. بينما نسبة (40,2%) من مجموع افراد العينة لهم إدراك بأن المناخ التنظيمي معتدل.

الدلالة	مستوى الدلالة =	درجة الحرية	X^2	
دال	0.01	2	117,39	المناخ التنظيمي

" الجدول يمثل الاختلافات في إدراك المناخ التنظيمي "

يتضح من الجدول بأن الاختلافات في درجات إدراك المناخ التنظيمي السائد دال إحصائياً حيث جاءت قيمة X^2 المحسوبة تساوي (117,39).

تتفق هذه النتائج في جوهرها مع ما القته دراسة حسن عماد (2001) التي أظهرت أن الإطارات الإدارية بالمؤسسات الصحية تترك بأن المناخ التنظيمي داخل المؤسسات الصحية غير ملائم. فمن خلال ملاحظتنا للمرضين وكذلك المقابلات التي أجريناها مع نوصلنا إلى أن المرضون يدركون بأن الأدوار غير محددة. فحسب رياحي (1995) " فإن لموضى المور وتشتت مهام عاملات الشبه طبي وتفككها، يخلق نزاعات بين عناصر هذه الفئة حول تقسيم العمل. في الوقت الذي تطالب بعضهم بمهام ليست من مهامهم ". ويمرك المرضون بأن الاتصال يكاد ينعدم بين المرضين فيما بينهم، وبينهم وبين باقي الأسلاك المهنية. وحسب (Ph.Jeanet 1996) " أن تبادل المعلومات لا يحصل إلا إذا كان لكل واحد يشعر بالاحترام والتقدير فيما يريد أن يقول، وكذلك يُعطى للكلام لكل واحد نفس درجة الاهتمام ". وكما لا يوجد أي مساعدة من طرف المسولين لتطوير الكفاءات. ويذكر (P.Breck 1997) " حاجة العمال إلى تكوين حقيقية، ومعروفة لدى المشرفين والإدارة والمعنيين الأساسيين، ورغم ذلك غالباً لا تستعمل المؤسسات الصحية الغلاف المالي المخصص للتكوين والسبب هو ما يخلفه هذا الأخير. فهناك أحد العمال إلى التكوين يخلق اضطراب بسبب تغيبه يولد عبء مهني بالنسبة للذين بقوا في المصلحة ". ناهيك عن نظام المكافآت الذي يدركونه المرضون بأنه غير منصف. أما الترفية فحسب المرضون المستجوبون فهي لا تسند إلى معايير الكفاءة والموضوعية بل تعتمد على العلاقات الشخصية. وكذلك تعويض الأيام Les récupérations والمعطى السنوية فهي لا تعتمد على رزنامة مُحضرة مسبقاً بل تخضع للعشوائية. ومن هنا نستطيع أن نتصور كيف سيكون سلوك بل الخدمات الصحية المقدمة من طرف عمال يعملون في مؤسسة يدركون مناخها بهذا الشكل.

النسبة	التكرار	الإجهاد الانفعالي
7,7	21	منخفض
39,1	106	متعدل
53,1	144	مرتفع

جدول " التوزيع التكراري لبعده الإجهاد الانفعالي "

يتضح من خلال الجدول الذي يبين التوزيع التكراري لبعده الإجهاد الانفعالي. ان الغلبية التكرارات (53,1 %) لهم احتراق نفسي مرتفع بالنسبة لهذا البعد وان اقلية التكرارات (7,7 %) لهم احتراق نفسي منخفض. بينما تمثل نسبة (39,1 %) من مجموع تكرارات العينة لهم احتراق نفسي معتدل بالنسبة لهذا البعد. ولقد كان الاختلاف في التكرارات دال إحصائياً حيث جاءت قيمة X^2 المحسوبة (87,81).

النسبة	التكرار	تبلد المشاعر
5,9	16	منخفض
22,5	61	متعدل
71,6	194	مرتفع

جدول " التوزيع التكراري لتبلد المشاعر "

يتضح من الجدول الذي يبين التوزيع التكراري لأفراد العينة لبعده تبلد المشاعر. ان الغلبية التكرارات (71,6 %) كانت لهم احتراق نفسي مرتفع بالنسبة لهذا البعد وان اقلية التكرارات (5,9 %) لهم احتراق نفسي منخفض. بينما تمثل نسبة (22,5 %) من مجموع تكرارات العينة لهم احتراق نفسي معتدل بالنسبة لهذا البعد. ولقد كان الاختلاف في المستويات دال إحصائياً حيث جاءت قيمة X^2 المحسوبة = (189,66).

النسبة	التكرار	تدني الشعور بالإنجاز
23,2	63	منخفض
29,9	81	معتدل
46,9	121	مرتفع

الجدول * التوزيع التكراري لتدني الشعور بالإنجاز *

يتضح من التوزيع التكراري لأفراد العينة لبعد تدني الشعور بالإنجاز أن الغلبة التكرارات (46,9) كانت لهم احتراق نفسي مرتفع بالنسبة لهذا البعد، وأن القلية التكرارات (23,2) لهم احتراق نفسي منخفض. بينما تمثل نسبة (29,9) من مجموع التكرارات العينة لهم احتراق نفسي معتدل بالنسبة لهذا البعد.

وقد كان الاختلاف في المستويات دال إحصائياً حيث جاءت قيمة X^2 المحسوبة = (24,11).

مستوى الدلالة	الدلالة	درجة الحرية	X^2	الأبعاد
0,01	دال	2	87,81	الإجهاد الانفعالي
	دال	2	189,66	تبدل المشاعر
	دال	2	24,11	تدني الشعور بالإنجاز

جدول * الاختلافات في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي *

يتضح من الجدول بأن الاختلافات في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي الثلاثة، الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز كانت دالة.

افترضت الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات ابعاد الاحتراق النفسي، وتشير التحاليل الإحصائية كما هو موضح في الجدول على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات ابعاد الاحتراق النفسي، الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز. وهذا ما يتفق مع دراسة (Chakali 2000) التي اسفرت نتيجتها ان 70% من المرضى بمستشفى البليدة يعانون من إتهاك انفعالي، 30% من تبلد المشاعر، 30% من تدني الشعور بالإنجاز (حاتم 2005). وتتفق كذلك مع دراسة (جلولي 2003) التي بيّنت ان المرضى يعانون من مستوى مرتفع من الإتهاك الانفعالي ومن مستوى متوسط في كل من بعد تبلد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز. كما بيّنت دراسة (Rodary, 1993) ان نحو 20% إلى 40% من المرضى بمستشفى Bicêtre في مصلحة السرطان يعانون من الإتهاك المهني. كما وجد (Canoui, 1998) ان هذه النسبة تصل إلى 41% لدى مرضي مصلحة إنعاش الأطفال. من جهته وجد (Libouban, 1985) ان المرضى في وحدة الحروق يعانون ايضاً إتهاكاً مهنيّاً مرتفعاً (in Antoine Sylvie 2000). وقد اقرت العديد من الدراسات التي اجريت على المرضى ومن بينها دراسة (Londau 1992) في لاديا، دراسة (Saint Arnaud 1992) بكندا، دراسة (Estryn Behar 1990) بفرنسا، ان نحو 20% إلى 30% من المرضى يعانون إتهاك انفعالي مرتفع، وتوصل (Grath 1989) إلى ان متطلبات المرض الانفعالية تعد المصدر الرئيسي للضغط والعلاقات المهنية بصفة عامة. فالمرضى يخضع دوماً لمتطلبات المرض 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. وتري (Maslash 1981) ان طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدراً للضغط والإتهاك نظراً لكون المرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل والعوامل الانفعالية، كواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة، وان طبيعة المهنة لا تغفر للخطأ والنسيان كما انه في حالة الوفاة غالباً ما يشعر بالفشل وتأنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط (جلولي 2003). وبالرغم من أهمية التمريض، إلا انه لم يحظى بمكانة عالية في نظر المجتمع إذ ينظر إلى المرض

أو الممرضة على أساس انه خادم أو خادمة لا غير، لأنهما يقدمان الخدمات المختلفة للمرضى. فالمكانة الاجتماعية للممرض في الجزائر منخفضة، إذ يعتقد عامة الناس انها في متناول الجميع ولا تتطلب اي قدرات خاصة او تكوين. فحسب (A.Laraba2007): يصل الممرض إلى تبدل المشاعر تدريجياً، وهي أحياناً نتيجة للإجهاد الانفعالي. فهو نوع من حفظ الذات. هذا السلوك يحدث بطريقة لا شعورية عند الممرض، وحتى لو لم يكن راضٍ بذلك. فهو يشعر بألم مكنونه لم يصل إلى الشعور بالإنجاز والذي يظهر في البعد الثالث وهو تدني الشعور بالإنجاز.

ومرجع هذا الموقف السلبي تجاه هذه المهنة إلى الخلفية التاريخية لنشأة التمريض وإلى النوعية المتواضعة الأفراد الذين عملوا كعممرضين في البداية، هنا بالإضافة إلى نظرة الاحتقار من قبل الكثيرين للمهام التي يقوم بها. ومن ثم عيش الممرض في صراع دائم نتيجة فقدان الهوية والقيمة وصعوبة تحقيقه لذاته ولطموحاته الذاتية باعتباره امتداد للطبيب ليس إلا.

ويبدأ هذا الشعور قبل ذلك في مراكز التكوين الشبه الطبي، حيث يكون الممرض الطالب مجبراً على البقاء فيها لأنه لم يتمكن من التسجيل في أماكن أخرى كالجوامع والمعاهد العليا. وبالتالي يعتبر هذا التكوين عموماً استصغار لقيمة الفرد الذي يسعى جاهداً لكسب صورة إيجابية وتقدير علي لذاته.

أبعاد الاحراق النفسي	المناخ التنظيمي
الإجهاد الانفعالي	$r = 0,29^{**}$
تبدل المشاعر	$r = 0,21^{**}$
تدني الشعور بالإنجاز	$r = -0,17^{**}$

- ** : دال عند مستوى الدلالة 0,01

جدول * الارتباط بين المناخ التنظيمي وأبعاد الاحراق النفسي *

يبين الجدول أنه توجد علاقة ارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين المناخ التنظيمي وأبعاد الاحتراق النفسي.

وتجدر الإشارة أن ارتباط المناخ التنظيمي وبعد الإجهاد الانفعالي كانت ($r=0,29$)، وتعني أن كلما كان المناخ غير ملائم كلما كان الإجهاد الانفعالي مرتفع. وهي علاقة موجبة والقوى من علاقة المناخ التنظيمي وبعد تبدل المشاعر والتي تساوي ($r=0,21$)، وتعني أن كلما كان المناخ غير ملائم كلما كان تبدل المشاعر مرتفع. بينما ارتباط المناخ التنظيمي وتدني الشعور بالإنجاز فكان ارتباط سالب ($r= -0,17$) وتعني أن كلما كان المناخ غير ملائم كلما كان الشعور بالإنجاز منخفض.

أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي لدى المرضين. وتشير نتائج التحليل الإحصائي كما هو موضح في الجدول أنه توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي لدى المرضين وهذا يتفق مع ما أكدته Brief et al (1981) وراشد محمد (1992) من أن السياسات والعمليات التنظيمية من أهم العوامل المسببة لضغوط (مسمودي 2003). ما أتت به دراسة Turnispeed (1994) من أن متغيرات المحيط (تماسك الجماعة، ضغط العمل، دعم المشرف، وضوح المهمة، الاستقلالية) ترتبط بالاحتراق النفسي. ووفق مع دراسة (Monica Hemingway 1999) بأن ضغوط الدور له علاقة بضغط العمل، وعيبه العمل له علاقة بتقص دعم المشرف وضغط العمل. ويتفق كذلك مع ما توصل إليه هيد السيف (2000) من أن الاحتراق النفسي لدى الإحصائيين الاجتماعيين الناتج عن البيئة التنظيمية كان عالياً. كما يتفق مع دراسة موسوي (2001) بأن هناك علاقة دالة بين بعض المتغيرات المهنية والضغط المهني. ولتتفق مع دراسة مسمودي (2003) من أن العمليات التنظيمية تسبب معاناة أطباء مصلحة الاستعمالات من الضغط المهني. وقد ذكرت (جلولي 2003) بأن المحيط الاستشفائي ضم الكثير من العوامل الإلهاك بعضها مرتبط بطريقة تنظيم العمل، كنظم الترقية والأجور ومواعيد العمل ووسائله. وكشفت نتائج دراسة العمري (2004) أن ضغوط العمل لتحديد بكل من (العمر، الخدمة، الراتب الشهري،

صراع الدور، غموض الدور والولاء التنظيمي). كما انتهت دراسة أطباء العمل بعنوانه (إلى تكون البعد التنظيمي من العوامل المسببة للضغط والاحترق النفسي (Guerotou et col 2004) حاتم 2005).

فالمريض يصطدم بواقع يخالف تماماً الصورة التي رسمها في ذهنه قبل البدء في ممارسة عمله، فتكون له صورة مثالية عن هذه المهنة، ولكن سرعان ما تنكسر بمجرد ملامسته للحقيقة الميدانية، فطريقة العمل والمعاملة والتعامل داخل المستشفى تختلف اختلافاً سلبياً عن الجانب النظري الذي تلقاه أثناء مرحلة تكوينه، وهذا ما يؤثر سلباً على معنويات المريض الشاب وعلى حالته النفسية، مما يدفعه للهروب بأي طريقة من الوضعية المرّة، فهناك من يلجأ لطريقة التمارض بغية الحصول على عطل مرضية من فترة لأخرى، أو التخبب عن العمل بدون سبب، وهناك من يغير سلم حياته تماماً فيختار تكوين آخر، خاصة منهم الحاصلون على شهادة البكالوريا، فنجدهم بموازاة مهنة التمريض، يسجلون أنفسهم في المعاهد والجامعات بغيت الحصول على شهادات تمكنهم من اختيار مهنة أخرى أقل إتهاك للإنسان وصحته وارتفاع مكانة اجتماعياً. وهناك فئة أخرى تلجئ للأعمال الحرة والتجارة، أو أي عمل آخر مادام هذا العمل سيمكنهم من ترك هذه المهنة المتعبة والصعبة (شتوحي 2003). ولقد أكد (Christian Moreau, 1990) أن عامل الأجر لا يبدو محمداً لتقص المرضين في المؤسسات الصحية. ففي الولايات المتحدة الأمريكية قد تضاعف أجر المرضين ثلاث مرات في مدة عشر سنوات، ورغم ذلك بقي مشكل نقص المرضين قائم. وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن هناك عوامل أخرى أدت إلى التفرغ من هاته المهنة. وهذا ما جعلنا نفسر سلوكيات المرضين بالمناخ التنظيمي، كما يشعر المريض بأنه يعمل أكثر فاحس بالإجهاد الانفعالي. وإن عمله رغم ثبله فهو لا يوفّر له الاحترام والتقدير من طرف كل الناس داخل أو خارج المؤسسة الصحية، فبالنسبة للكل المريض هو ذلك العامل الذي يحسن استعمال الحقنة فقط. وهذا يصل بالمريض إلى تنفي شعوره بالإنجاز.

ومن هذا وثائق يصل الممرض إلى تبدل المشاعر الذي يظهر على شكل سلوك انفعالي، وعدم الصبر، وفقدان التعاطف مع الآخر، والذي نفسره بـ "اللاإنسانية" في الخدمات الصحية.

مستوى الدلالة	قيمة F	معدل المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0,86	0,24	87,04	3	261,48	بين المجموعات
		360,81	267	96337,59	داخل المجموعات
			270	96598,74	المجموع

جدول " الفروق بين مختلف الفئات في إدراك المناخ التنظيمي "

يبين الجدول عدم وجود فروق دالة بين مختلف السلوك الشبه طبع من حيث إدراك المناخ التنظيمي داخل المؤسسات الصحية، حيث كانت $F = 0,24$.

افترضت الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك المناخ التنظيمي بين مختلف فئات السلوك الشبه طبع. وتشير نتائج التحليل الإحصائي كما هو موضح في الجدول أنه لا توجد فروق في درجات إدراك المناخ التنظيمي بين مختلف فئات السلوك الشبه طبع وتتنفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه (عداد 2001) حيث وجد أنه لا توجد فروق دالة بين المديرين ورؤساء المكاتب في إدراكهم للمناخ التنظيمي.

وتختلف دراستنا مع دراسة (M. patterson, 2004) التي توصلت إلى أن تقدير المديرين لأغلب مظاهر المناخ السائد في مؤسساتهم كانت أكثر إيجابية بالمقارنة مع غير المديرين. وتختلف مع نتائج دراسة سنايدر وبتليت (1975) التي بيّنت أن إدراك المناخ التنظيمي يختلف ما بين المديرين ومساعدي المديرين. ويختلف أيضاً مع دراسة (هال ولانر، 1969)، حيث لاحظنا اختلاف في إدراك المناخ التنظيمي بين التقنيين والإداريين، ويرى هؤلاء الباحثون أن إدراك المناخ التنظيمي يتنوع لدى الموظفين حسب

السلم الإداري (عداد، 2001). وهذا يزيد في التأكيد على عدم ملائمة المناخ التنظيمي. فرفع ترقية المرضين إلى رتب ومهن أعلى إلا أن معاملتهم من طرف الكثير من الأطباء خاصة الأستاذ وليس المصلحة، والكثير من المسيرين خاصة المدير العام، لا تختلف كثيراً عن سائر المرضين، ويُنظر إليهم بأن مرتبتهم لا تستند على كفاءتهم بل لتعيين من طرف الأستاذ وليس المصلحة أو أحد مسيري المؤسسة. ويصل الحال بالمسئول الشبه طبي أن يؤدي مهام ووظائف المرض لتقص المرضين وأكثر من ذلك فقد يقوم بمهام العامل الكادح L'Homme De Peine. فعدم وجود الاختلاف في إبراز المناخ التنظيمي بين مختلف فئات الشبه طبية مرده بكون الترقية في السلوك الشبه لم ترتقي بعد لتصبح توفر لصاحبها مكانة اجتماعية داخل المؤسسة الصحية. فالترقية لا يقابلها أي تغيير فنقوات الاتصال لا تتغير لا في النوع ولا في الكيف. والترقية لا يقابلها أي احترام أو تقدير أو اعتراف بدءاً بالزملاء إلى السلوك الطبي والإداري.

مستوى الدلالة	قيمة F	معدل المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0,64	0,56	16,49	3	49,48	لان المسوعات
		29,49	267	7870,05	داخل المسوعات
			270	7919,54	المجموع

جدول " الفروق بين مختلف الفئات بالنسبة للإجهاد الانفعالي "

يبين الجدول عدم وجود فروق دالة بين مختلف السلوك الشبه طبي من حيث بعد الإجهاد الانفعالي، حيث كانت $F = 1,58$.

مستوى الدلالة	قيمة F	معدل الربعات	درجة الحرية	مجموع الربعات	
0,64	0,56	16,49	3	49,48	بين المجموعات
		29,47	267	7870,05	داخل المجموعات
			270	54,7919	المجموع

جدول " الفروق بين مختلف الفئات بالنسبة لتبلد المشاعر "

يبين الجدول عدم وجود فروق دالة بين مختلف السلوك الشبه طيبي من حيث تبلد المشاعر، حيث كانت $F = 0,56$.

مستوى الدلالة	قيمة F	معدل الربعات	درجة الحرية	مجموع للربعات	
0,39	0,99	58,33	3	175,01	بين المجموعات
		58,48	267	15614,77	داخل المجموعات
			270	915789,79	المجموع

جدول " الفروق بين مختلف الفئات بالنسبة لتدني الشعور بالإنجاز "

يبين الجدول عدم وجود فروق دالة بين مختلف فئات السلوك الشبه طيبي من حيث بعد تدني الشعور بالإنجاز، حيث كانت $F = 0,99$.

ومن الجداول الثلاثة الأخيرة والتي تمثل على التوالي بعد الإجهاد الانفعالي، بعد تبلد المشاعر وبعد تدني الشعور بالإنجاز. يتضح عدم وجود الفروق دالة بين مختلف السلوك الشبه طيبي من حيث بعد الإجهاد الانفعالي وبعد تبلد المشاعر وبعد تدني الشعور بالإنجاز. وبهذا يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف فئات السلوك الشبه طيبي في مستويات الاحتراق النفسي.

افترضت الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق النفسي بين مختلف فئات السلوك الشبه طبي. ونشير نتائج التحليل الإحصائي كما هو موضح في الجداول الثلاثة الأخيرة أنه لا توجد فروق في مستويات الاحتراق النفسي. فكل الفئات الشبه طبية تعاني من نفس مستويات الاحتراق النفسي وذلك مرده إلى أن المرضى الذين لهم مناصب أعلى يتلقون نفس المعاملة من طرف المسؤولين الطبيين والإداريين. فهم في نظر المسؤولين ممرضون عاديين. وما زاد في تفاقم الأمر ان الترقية لا يسبقها أي تكوين في مجال التسيير الصحي ولا تتركز على أدنى معايير الكفاءة. فترقية ممرض إلى مركز أعلى مميّارها الوحيد غالباً هو العلاقات الشخصية. وكذلك المناخ التنظيمي السائد الذي لا يفرق بين ممرض والمسئول الشبه طبي. فمرغم ترقية الممرضين إلى رتب ومهن أعلى إلا ان معاملتهم من طرف الكثير من الأطباء خاصة الأستاذ رئيس المصلحة، والكثير من المسيرين خاصة المدير العام، لا تختلف كثيراً عن سائر الممرضين. وما يزيد من الاحتراق النفسي للممرض هو الضغط المستمر يومياً، كون المرض يلتحق يومياً بمؤسسة بها أناس يتألمون ويتوجعون وهو دائماً في صراع مع هاته الأوجاع وما يزيد الضغط عليه هو نقص الوسائل وسوء التسيير فيصبح يلوم نفسه شعورياً ولا شعورياً. ويلومونه المرضى وحتى الزوار. كما أن الترقية دون الاعتماد على الكفاءة أو أي تكوين، فموض ان تزيد من الرضا المهني فهي تزيد من الضغط المهني. فزيادة على ضغط المهنة والمناخ هناك ضغط الخوف من العزل من المنصب. فالحصول على ترقية قابلة للنزح من أجل كحل شيء وأي شيء. أمر آخر هو كون الترقية تتطلب تكوين في تسيير المصلحات، فالحصول على ترقية بدون تكوين في أدنى مبادئ التسيير هو عامل ضغط. فإذا كان الممرض يعيش الاحتراق الناجم أكثر من طبيعة المهنة، فإن المراقب الطبي يعيش ضغط التوقعات وتطلعات الإدارية والطبية والشبه طبية. فإذا كان الممرض يخشى الفشل في العلاج، فالمراقب يخشى الفشل في حسن التدبير والتسيير.

الاقترحات :

استناداً على نتائج البحث نقترح على أن تجرى المزيد من الدراسات للتعرف على عوامل أخرى للاحتراق النفسي. كما نتناول بيئة العمل داخل المؤسسة الصحية. وأن

يهيئ المناخ التنظيمي الملائم للمعرض حتى يتمكن له تقديم الخدمات الصحية بمزيد من الإنسانية. وعلى ضرورة قيام الإدارة بتشجيع المرضى على خدماتهم والإشادة بها بصورة مستمرة مما يساهم في خلق الانطباع الجيد لدى المرضى حول المؤسسة التي يعملون بها. وكذلك الاعتماد على أسس ومعايير علمية سليمة في ترقية المرضى. والاعتماد على سياسة منصفة للمكافآت. فكما تشجيع الأفكار الجيدة والرؤى والمبادرات الفردية والجماعية بما يخدم المؤسسة. وتشجيع وتحفيز المرضى وعدم استخدام التوبيخ والتقليل من قيمة خدمات المرضى. وأخيراً خلق حياة وروابط اجتماعية جيدة بين العاملين، مما يؤدي إلى تقليل الصراع بين الفريق المعالج.

المراجع ،

1. حسن هداد (2001)، الجو التنظيمي داخل المؤسسات الصحية العمومية وعلاقته بالضغط المهني عند إطارات تسيير هذه المؤسسات. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
2. حكيمه ايت حمودة (2006)، دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية، أطروحة دكتوراه غير منشورة. في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
3. رضا مسعودي (2003)، الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الاستعمالات، مصادره ومؤثراته، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم. جامعة الجزائر.
4. هاجر الكبيسي (2006)، التطوير التنظيمي والفضايا معاصرة، الطبعة الأولى. دار الرضا للنشر، سورية
5. عبد الحسن همد سيف (2000)، محددات الإعياء المهني بين الجنسين. الإدارة العامة، المجلد 39 العدد4. (718, 675)
6. عبّيد بن هيد الله العمري (2004): بناء نموذج سببي لدراسة تأثير شكل من الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية. المجلد السادس عشر. العدد الأول. 2004.

- 7 . علي مسكر (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها الطبعة الثالثة دار الكتاب الحديث.
- 8 . ليندا موساوي (2001)، علاقة الضغط المهني - ببعض التغيرات المهنية والفردية عند المرضى، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم جامعة الجزائر.
- 9 . نسيمه شتوحي جلوي (2003)، الإنهاك المهني عند المرضى واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، مذكرة لنيل شهادة ماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 10 . وهيبية حاتم (2005)، الإنهاك المهني لدى أطباء الاستعمالات، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العميادي، جامعة الجزائر.

11- A.Laraba (2007) : La Gestion Du Stress Le Syndrome D'épuisement. Institut National Pédagogique De La formation Paramédicale, Hussein Dey .Alger

12 - David L.Turnipseed (1994): An Analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burn out syndrome. Journal of applied social psychology, 24,9.pp782-800.

13 - Monica.A.Hemingway and Carlla S.Smith (1999): Organisational Climate and occupational stressors as predictors of withdrawal Behaviours and injuries in nurses journal of occupational Psychology, 72,285-299

14 -M.Petterson, P.Warr and M.West (2004): Organizational climate and company productivity: the role of employee affect and employee level. Journal of occupational and organizational psychology.77, 193-216. The British psychological society.

15 - Ph.Jeammet, M.Reynaud, S.M.Consoli (1996): Psychologie Médicale. Ed. Masson. 2^{ème} éd.

16 - S. Stordeur, C.Vanderberghe, W.D'hoore (1999): prédicteurs de L'épuisement professionnel des infirmiers. Une étude dans un hôpital universitaire. Recherche en soins infirmiers N° 59.