



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الوادي



كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
مخبر علم النفس العصبي المعرفي والاجتماعي

أطروحة دكتوراه

مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث (LMD)

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس الاجتماعي

برنامج سيكو اجتماعي مقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة

إعداد الطالب: بلعادي عبد النور

مشرف مساعد: الجموعي مومن بكوش

إشراف: محمد سبع

نوقشت أمام لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أحمد جلول	أستاذ	جامعة الوادي	رئيساً
محمد السبع	أستاذ	جامعة الوادي	مشرفاً
الجموعي مومن بكوش	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الوادي	مناقشاً
سامي مقلاتي	أستاذ محاضر -أ-	جامعة قسنطينة -2-	مناقشاً
عز الدين بشقة	أستاذ	جامعة باتنة	مناقشاً
سميرة عامرة	أستاذ	جامعة الوادي	مناقشاً
هند غدايفي	أستاذ	جامعة الوادي	مناقشاً

السنة الجامعية: 1446-1447 هـ / 2024-2025 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن تُوفي حقهم

إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصى فضائلهم

إلى الوالدة الكريمة التي كانت سندًا وعونًا، والتي ترافقني بخالص دعائها، أطال الله في عمرها وأمدّها بوافر الصحة والعافية.

إلى الزوجة الكريمة التي ترافق دربي وسند حياتي أطال الله في عمرها وأمدّها بوافر الصحة والعافية، وإلى جميع أفراد عائلتها كل باسمه ومقامه.

إلى فلذة كبدي (مريم، رحمة، عبد الباسط) اللذين صبروا معي وتكبدوا معي مرارة إنجاز هذا العمل، حفظهم الله وجعلهم من حفظة القرآن الكريم ومن المتفوقين في دراستهم.

إلى الذين أحبههم وتحمون الصعاب من أجلهم وتكتمل السعادة بقربهم "أخي وإخوتي"

إلى من صاغوا لي من علمهم حروفاً ومن فكرهم منارة تنير مسيرة العلم والنجاح "أساتذتي الأفاضل"

إلى كل رفقاء الدرب وجميع الأصدقاء والزملاء في مجال الدراسة والعمل وغيرها

إلى روح أعز الناس الوالد الفاضل رحمه الله وتغمده الله بواسع رحمته، إلى روح جدي وجدتي وكل من له

الفضل علينا.

الشكر والتقدير

الحمد لله أولاً وأخراً أن وفقني وأنعم على بإتمام هذا العمل المتواضع

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مبارك فيه، والصلاة والسلام على أشرف خلق الله، سيدنا محمد ومن تبعه بإحسان إلى يوم الدين أفضل الصلوات وأزكى التسليم عليه أما بعد:

الشكر والحمد لله سبحانه وتعالى على كل شيء، الشكر مداد كلماته، وحمداً طيباً مباركاً فيه ملاء السماوات والأرض على أنه أنار لي دري، وفتح لي أبواب العلم، وأمدني بالصحة والعافية، ووفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع، فاللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضى.

قال تعالى " ولا تنسوا الفضل بينكم " سورة البقرة الآية 237، وعرفاناً بالجميل يسعدني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والإمتنان للأستاذ الفاضل البروفسور سبع محمد، الذي كان نعم الأستاذ وخير الرفقة، والذي نلت شرف إشرافه ومتابعة هذا العمل بتقديم النصائح والإرشادات والتوجيهات حتى الرmq الأخير، فتقبل منا أستاذي الفاضل أسمى عبارات الشكر والإحترام والتقدير.

كما يشرفني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والإمتنان إلى كل الأساتذة المرموقين لنيل شرف عضويتهم في لجنة مناقشة الأطروحة، وتكرمهم بقراءتها ونقدها وتقييمها ومناقشتها، من أجل إثراء هذا العمل العلمي المتواضع بإضافة خبرتكم العلمية والأكاديمية، فجزاكم الله خير الجزاء، وزادكم من علمه ووفقكم إلى ما يحبه ويرضاه.

الشكر موصول أيضاً إلى الأساتذة الموقرين الذين قبلوا تحكيم البرنامج السيكو اجتماعي، وتقديم ملاحظاتهم، كما لم يخلوا علينا بتوجيهاتهم.

الشكر موصول أيضاً إلى الأساتذة الموقرين أعضاء فرقة التكوين

الشكر موصول إلى السيد وليد سليمان مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قائلة على كل التسهيلات المقدمة لإنجاز هذه الرسالة

الشكر إلى كل الزميلات والزملاء بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقائمة كل برتبته ومقامه على مساعدتهم وصبرهم معنا لإنجاز هذا العمل العلمي.

كما أشكر السيد محمد معيزي على مساعدته في الترجمة للغة الإنجليزية

كل الشكر والتقدير إلى الزوجة الكريمة الطيبة الأخصائية في الأمراض النفسية والعقلية (محمودي حنان)

على مساعدتها في إقترح الموضوع وصبرها طيلة هذا المشوار

ملخص الدراسة بالعربية:

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج سيكو اجتماعي مقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة بولاية قالمه، من خلال تنمية بعض المهارات النفسية والاجتماعية بالاعتماد على فنيات نفسو اجتماعية متنوعة، مع قياس أثر البرنامج بعد تطبيقه.

اعتمد الباحث المنهج الشبه تجريبي، حيث تكونت عينة الدراسة من (60) عاملاً، موزعين بالتساوي بين مجموعة تجريبية ممن يعانون من مستوى إحترق نفسي مرتفع، وأخرى ضابطة. طُبّق البرنامج السيكو اجتماعي المتكون من (12) جلسة، تتراوح مدتها بين (90 إلى 120 دقيقة)، على المجموعة التجريبية، وسبق ذلك دراسة إستكشافية على عينة قوامها (308) عاملاً من مختلف الأسلاك الصحية.

استُخدم مقياس ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) المكيف على البيئة الجزائرية، إضافة إلى البرنامج السيكو اجتماعي المعد من طرف الباحث، والذي يستند إلى أسس نفسية واجتماعية وفلسفية وقائية (أولية، ثانوية، ثالثة)، ويعتمد على استراتيجيات مثل التعاون، حل المشكلات، التفاعل الاجتماعي، وديناميكية فرق العمل.

أظهرت نتائج الدراسة الإستكشافية أن عمال قطاع الصحة يعانون من مستوى متوسط من الإحترق النفسي وتبدل المشاعر، مع إرتفاع في الإستنزاف الإنفعالي ونقص الإنجاز، كما كشفت عن علاقات إرتباطية دالة بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات المهنية والشخصية، خاصة طبيعة العمل والجنس، مع غياب فروق دالة مع متغيرات أخرى.

أما نتائج تطبيق البرنامج فأكدت فعاليته الكبيرة في خفض مستوى الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة، حيث بلغ حجم الأثر نسباً مرتفعة، وظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية، في حين لم تُسجل فروق لدى المجموعة الضابطة. كما لم تُظهر النتائج فروقاً دالة تُعزى لمتغيرات الجنس، السن، سنوات الخبرة، طبيعة العمل والحالة الاجتماعية.

خلصت الدراسة إلى أن البرنامج السيكو الاجتماعي المقترح فعال بدرجة كبيرة في التقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة، مما يؤكد أهمية اعتماد مثل هذه البرامج الوقائية والعلاجية داخل المؤسسات الصحية.

الكلمات المفتاحية: الإحترق النفسي، الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر، نقص الإنجاز، برنامج سيكو اجتماعي، أثر البرنامج.

Abstract

This study aims to examine the effectiveness of a proposed psycho-social program in reducing the effects of burnout among health sector workers in the Wilaya of Guelma, through the development of certain psychological and social skills and the use of various psycho-social techniques, while measuring the program's impact after its implementation.

The researcher adopted a quasi-experimental methodology. The experimental sample consisted of 60 workers, equally divided into an experimental group with high levels of burnout and a control group. The psycho-social program was applied to the experimental group in 12 weekly sessions, each lasting between 90 and 120 minutes. This was preceded by an exploratory study conducted on a sample of 308 workers from different health sector professions.

The Maslach Burnout Inventory (MBI), adapted to the Algerian context, was used, in addition to the psycho-social program developed by the researcher. The program is based on psychological, social, and philosophical preventive foundations (primary, secondary, and tertiary prevention) and relies on strategies such as cooperation, problem-solving, social interaction, and work team dynamics.

The results of the exploratory study showed that health sector workers experience a moderate level of burnout and depersonalization, with high levels of emotional exhaustion and reduced personal accomplishment. The findings also revealed significant correlations between burnout and certain professional and personal variables, particularly the nature of work and gender, while no significant differences were found with other variables.

The results of the program implementation confirmed its high effectiveness in reducing overall burnout and its three dimensions. High effect sizes were recorded, and statistically significant differences were found between pre- and post-test measurements in favor of the experimental group, while no significant differences were observed in the control group. Moreover, the results showed no significant differences attributable to gender, age, years of experience, nature of work, or marital status.

The study concluded that the proposed psycho-social program is highly effective in reducing the effects of burnout among health sector workers, highlighting the importance of adopting such preventive and therapeutic programs within health institutions.

Keywords:

Psychological Burnout, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Reduced Personal Accomplishment, Psycho-Social Program, Program Effect.

.

Résumé :

Cette étude vise à vérifier l'efficacité d'un programme psycho-social proposé pour réduire les effets de l'épuisement professionnel chez les travailleurs du secteur de la santé dans la wilaya de Guelma, à travers le développement de certaines compétences psychologiques et sociales et le recours à diverses techniques psycho-sociales, tout en mesurant l'impact du programme après sa mise en œuvre.

Le chercheur a adopté une méthodologie quasi expérimentale. L'échantillon expérimental se composait de 60 travailleurs, répartis équitablement entre un groupe expérimental présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et un groupe témoin. Le programme psycho-social a été appliqué au groupe expérimental à raison de 12 séances hebdomadaires, d'une durée comprise entre 90 et 120 minutes. Cette intervention a été précédée d'une étude exploratoire menée auprès d'un échantillon de 308 travailleurs issus de différentes catégories du secteur de la santé.

L'étude a utilisé l'Inventaire de l'Épuisement Professionnel de Maslach (MBI), adapté au contexte algérien, ainsi que le programme psycho-social élaboré par le chercheur. Ce programme repose sur des fondements psychologiques, sociaux et philosophiques à visée préventive (prévention primaire, secondaire et tertiaire) et s'appuie sur des stratégies telles que la coopération, la résolution de problèmes, l'interaction sociale et la dynamique des équipes de travail.

Les résultats de l'étude exploratoire ont montré que les travailleurs du secteur de la santé présentent un niveau modéré d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation, avec des niveaux élevés d'épuisement émotionnel et de diminution de l'accomplissement personnel. Les résultats ont également révélé l'existence de corrélations significatives entre l'épuisement professionnel et certaines variables professionnelles et personnelles, notamment la nature du travail et le genre, tandis qu'aucune différence significative n'a été observée pour d'autres variables.

Les résultats de l'application du programme ont confirmé sa grande efficacité dans la réduction de l'épuisement professionnel global et de ses trois dimensions. Des tailles d'effet élevées ont été enregistrées, et des différences statistiquement significatives ont été observées entre les mesures pré- et post-test en faveur du groupe expérimental, alors qu'aucune différence significative n'a été relevée au sein du groupe témoin. Par ailleurs, les résultats n'ont mis en évidence aucune différence significative attribuable au genre, à l'âge, aux années d'expérience, à la nature du travail ou à l'état matrimonial.

L'étude conclut que le programme psycho-social proposé est hautement efficace pour réduire les effets de l'épuisement professionnel chez les travailleurs du secteur de la santé, soulignant ainsi l'importance d'adopter de tels programmes préventifs et thérapeutiques au sein des institutions de santé.

Mots-clés:

Épuisement professionnel, Épuisement émotionnel, Dépersonnalisation, Diminution de l'accomplissement personnel, Programme psycho-social, Effet du programme.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الإهداء	أ
شكر وتقدير	ب
ملخص الدراسة باللغة العربية	ت
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	ث
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	ج
فهرس المحتويات	ح
فهرس الجداول	د
فهرس الأشكال	ز
الإطار التمهيدي	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومنطلقاتها	
1. مقدمة	1
2. إشكالية الدراسة وتساؤلاتها	3
3. فرضيات الدراسة	11
4. أهمية الدراسة	13
5. أهداف الدراسة	14
6. حدود الدراسة	14
7. مصطلحات الدراسة	16
8. الدراسات السابقة	17
الإطار النظري	
الفصل الثاني: الإحتراق النفسي	
تمهيد	30
أولاً: مفهوم الإحتراق النفسي ومحدداته	
1. تاريخ مصطلح الإحتراق النفسي	31
2. تعريف الإحتراق النفسي	33
3. الإحتراق النفسي والمصطلحات المتشابهة	39
ثانياً: أسباب وأعراض الإحتراق	
1. أسباب الإحتراق النفسي	46
2. أعراض الإحتراق النفسي	53
3. مؤشرات الإحتراق النفسي	60
4. أبعاد الإحتراق النفسي	61

ثالثا: مراحل ومستويات الاحتراق	
64	1. مراحل الإحتراق النفسي
68	2. مستويات الإحتراق النفسي
69	3. مقاييس الإحتراق النفسي
رابعا: النظريات المفسرة للإحتراق النفسي	
71	1. آثار الإحتراق النفسي
74	2. النماذج المفسرة للإحتراق النفسي
89	3. النظريات المفسرة للإحتراق النفسي
94	4. الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي
95	5. نماذج واستراتيجيات خفض الإحتراق النفسي
102	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
103	تمهيد
104	أولا: حدود الدراسة
105	ثانيا: المنهج المستخدم في الدراسة
105	ثالثا: عينة الدراسة
131	رابعا: أدوات الدراسة
142	خامسا: أساليب المعالجة الإحصائية
143	خلاصة
الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها	
144	تمهيد
145	أولا: التحقق من طبيعة التوزيع
147	ثانيا: عرض نتائج الدراسة
182	ثالثا: تفسير نتائج الدراسة
197	رابعا: مناقشة نتائج الدراسة
218	خامسا: المناقشة العامة لنتائج الدراسة
225	خاتمة
229	التوصيات
232	قائمة المراجع العربية
243	قائمة المراجع الأجنبية
247	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	جدول	الصفحة
01	الجدول رقم(01) يمثل مختلف أعراض الإحتراق النفسي (الجسدية، الإجتماعية، النفسية والسلوكية)	59
02	جدول رقم(02) يوضح مؤشرات ديون Dion(1992) لتنادر الإحتراق النفسي	60
03	جدول رقم(03) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الجنس	106
04	جدول رقم(04) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير السن	107
05	جدول رقم(05) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الخبرة المهنية	108
06	جدول رقم(06) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير طبيعة العمل	110
07	جدول رقم(07) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير طبيعة المؤسسة	112
08	جدول رقم(08) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير طبيعة الدوام	113
09	جدول رقم(09) توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغيرات (المناوبات الليلية، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد19)	115
10	جدول رقم(10) يمثل توزيع الهياكل الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة وطبيعة النظام وعدد العمال	119
11	جدول رقم(11) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	120
12	جدول رقم (12) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية	121
13	جدول رقم(13) يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل	123
14	جدول رقم(14) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب طبيعة العمل	124
15	جدول رقم(15) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	125
16	جدول رقم(16) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	127
17	جدول رقم (17) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير أوقات العمل	128
18	جدول رقم (18) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب متغير أوقات العمل	130
19	جدول رقم (19) يمثل توزيع المجموعات التجريبية حسب أماكن العمل	131
20	جدول رقم (20) يمثل مستويات الإحتراق النفسي	132
21	جدول رقم (21) يمثل توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب المؤسسات والجنس	133
22	جدول رقم (22) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعء الإجهاد الإنفعالي	134

23	جدول رقم (23) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعد نقص الإنجاز	134
24	جدول رقم (24) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعد تبدل المشاعر	135
25	جدول رقم (25) يمثل الصدق البنائي للمقياس الإحتراق النفسي	135
26	جدول رقم (26) يمثل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ	136
27	جدول رقم (27) يمثل الثبات بطريقة التجزئة النصفية معامل جيتمان	136
28	جدول رقم (28) يمثل إقتراحات المحكمين وتعديلات الباحث	138
29	جدول رقم (29) يمثل ملخص للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح	140
30	جدول رقم (30) يمثل ملخص لجلسات البرنامج السيكو اجتماعي المقترح	141
31	جدول رقم (31) يمثل إختبار كولجرونوف سيمرنوف لإعتدالية التوزيع	145
32	جدول رقم (32) يمثل المتوسطات الحسابية للإحتراق النفسي وأبعاده الثلاث (الإنهاك الإنفعالي، تلبد المشاعر، نقص الإنجاز)	148
33	جدول رقم (33) يمثل قيمة ت ودلالاتها الإحصائية	150
34	جدول رقم (34) يمثل قيمة معامل الارتباط بيرسون ومستوى الدلالة الإحتراق النفسي والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل)	151
35	جدول رقم (35) يمثل قيم إختبار التجانس Levens وقيم F ومستوى الدلالة ودرجة الحرية مع المتغيرات (الجنس، المناوبات، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد 19)	155
36	جدول رقم (36) يمثل قيم إختبار التجانس Levens وقيم F ومستوى الدلالة ودرجة الحرية مع المتغيرات (الجنس، المناوبات، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد 19)	157
37	جدول رقم (37) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير السن	160
38	جدول رقم (38) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير الخبرة	161
39	جدول رقم (39) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير الحالة الإجتماعية	162
40	جدول رقم (40) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير مكان العمل	163
41	جدول رقم (41) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير طبيعة الدوام	164
42	جدول رقم (42) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير طبيعة العمل	165
43	جدول رقم (43) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير عدد الأولاد	166
44	جدول رقم (44) يمثل إختبار ويلكوكسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) للإحتراق النفسي الكلي وأبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تلبد المشاعر، نقص الإنجاز)	168

45	جدول رقم (45) يمثل إختبار ويلكوكسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) لأفراد المجموعة التجريبية	171
46	جدول رقم (46) يمثل إختبار ويلكوكسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) لأفراد المجموعة الضابطة	172
47	جدول رقم (47) يمثل إختبار مان ويتني Mann Whitney (قبلي - بعدي) للإحتراق النفسي ومتغير الجنس	173
48	جدول رقم (48) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير السن	174
49	جدول رقم (49) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير سنوات الخبرة	176
50	جدول رقم (50) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير الحالة الإجتماعية	178
51	جدول رقم (51) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير طبيعة العمل	179
52	جدول رقم (52) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير طبيعة العمل	180

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
01	الشكل رقم (01) يمثل نموذج تروشو Truchot لتفسير مختلفة أسباب الإحترق النفسي	53
02	الشكل رقم (02) يمثل العلاقة بين أبعاد الإحترق النفسي	64
03	الشكل رقم (03) يمثل مراحل إستجابة الإحترق النفسي ومظاهره حسب نموذج هانز سيلبي Selyes Hans (1965)	76
04	الشكل رقم (04) يمثل نموذج روبر كارازاك Karasek (1979) للإحترق النفسي	77
05	الشكل (05) يمثل نموذج لازاروس وفوكمان 1984 Lazarus Folkman	79
06	الشكل رقم (06) يمثل نموذج كاري تشرنيس Carry Cherniss (1985)	82
07	الشكل رقم (07) نموذج شواب وآخرون Schwab&al (1986)	83
08	الشكل رقم (08) يوضح نموذج ليدر وماسلاش الأولي للإحترق النفسي 1988	86
09	الشكل رقم (09) يوضح نموذج ليدر 1993 للإحترق النفسي	86
10	الشكل رقم (10) يمثل نموذج بينس ايالا Pines Ayala (1993) للإحترق النفسي	87
11	الشكل رقم (11) يمثل دائرية بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الجنس	107
12	الشكل رقم (12) يمثل دائرية بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير العمر	108
13	الشكل رقم (13) يمثل دائرية بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الخبرة المهنية	109
14	الشكل رقم (14) دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب أسلاك العمل	111
15	الشكل رقم (15) دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة العمل وتخصصه	111
16	الشكل رقم (16) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة المؤسسة	112
17	الشكل رقم (17) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة الدوام	114
18	الشكل رقم (18) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير المناوبات الليلية	116
19	الشكل رقم (19) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الرغبة في عمل المناوبات الليلية	116
20	الشكل رقم (20) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير المناصب العليا	117
21	الشكل رقم (21) يمثل دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير العمل بمصلحة كوفيد19	117

121	الشكل رقم (22) يمثل أعمدةً بيانيةً لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	22
122	الشكل رقم (23) يمثل أعمدةً بيانيةً لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	23
123	الشكل رقم (24) يمثل دائرةً بيانيةً تُبين توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة أسلاك العمل	24
124	الشكل رقم (25) يمثل أعمدةً بيانيةً لتوزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب متغير تخصصات العمل	25
126	الشكل رقم (26) يمثل أعمدةً بيانيةً لتوزيع أفراد العينة حسب متغير السن	26
127	الشكل رقم (27) يمثل أعمدةً بيانيةً لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	27
129	الشكل رقم (28) يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الدوام	28
130	الشكل رقم (29) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب طبيعة الدوام	29
138	الشكل رقم (30) يوضح مراحل إنشاء وتحكيم البرنامج السيكو اجتماعي	30
146	الشكل رقم (31) يمثل رسمًا بيانيًا لتوزيع طبيعة أفراد العينة الاستكشافية	31
147	الشكل رقم (31) يمثل رسمًا بيانيًا لتوزيع طبيعة أفراد العينة	32
149	الشكل رقم (33) يمثل أعمدةً بيانيةً للمتوسطات الحسابية للإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة	33
150	شكل رقم (34) يمثل أعمدةً بيانيةً للنسب المئوية للإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاث	34
151	الشكل رقم (35) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمة (ت) للإحترق النفسي	35
152	شكل رقم (36) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمة معامل الارتباط بيرسون للإحترق النفسي والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)	36
153	الشكل رقم (37) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد الاستنزاف الإنفعالي والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)	37
153	الشكل رقم (38) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد تبلد المشاعر والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)	38
154	الشكل بياني رقم (39) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد نقص الإنجاز والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)	39
156	الشكل رقم (40) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم اختبار التجانس ليفنس Levens بالنسبة لمتغير الجنس	40
156	شكل رقم (41) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم اختبار التجانس ليفنس Levens بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية	41

156	الشكل رقم (42) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار التجانس ليفنس Levens بالنسبة لمتغير المناصب العليا	42
157	الشكل رقم (43) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار التجانس ليفنس بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد 19	43
158	الشكل رقم (44) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار (ت) بالنسبة لمتغير الجنس	44
158	الشكل رقم (45) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار (ت) بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية	45
159	الشكل رقم (46) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار (ت) بالنسبة لمتغير المناصب العليا	46
159	الشكل رقم (47) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم إختبار (ت) بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد-19	47
161	الشكل رقم (48) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير السن	48
162	الشكل رقم (49) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الخبرة المهنية	49
163	الشكل رقم (50) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير طبيعة الحالة الإجتماعية	50
164	الشكل رقم (51) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير مكان العمل	51
165	الشكل رقم (52) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير طبيعة الدوام	52
166	الشكل رقم (53) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير طبيعة المهنة	53
167	الشكل رقم (54) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير عدد الأولاد	54
169	الشكل رقم (55) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لمستوى الإحتراق النفسي الكلي	55
169	الشكل رقم (56) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لبعد الإستنزاف الإنفعالي	56
170	الشكل رقم (57) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لبعد تبدل المشاعر	57
171	شكل رقم (58) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيمتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للقياسين القبلي والبعدي لبعد نقص الإنجاز	58
172	شكل رقم (59) يمثل رسمًا بيانيًا لقيم المتوسط الرتبي وقيمتي كل من (z.r) للمجموعة التجريبية	59

173	شكل رقم (60) يمثل رسماً بيانياً لقيم المتوسط الرتبي وقيم (z.r) لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي للمجموعة الضابطة	60
174	شكل رقم (61) يمثل أعمدةً بيانيةً للمتوسط الرتبي لإختبار مان ويتني (القبلي والبعدي) حسب متغير الجنس	61
176	شكل رقم (62) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير السن	62
177	شكل رقم (63) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير سنوات الخبرة	63
178	شكل رقم (64) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير الحالة الاجتماعية	64
180	شكل رقم (65) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير طبيعة المهنة	65
181	شكل رقم (66) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير فرق العمل	66
182	الشكل رقم (67) يمثل أعمدةً بيانيةً توضح حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي على المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق الإحترق النفسي	67

الفصل الأول: الإطار التمهيدي

1. مقدمة

2. إشكالية الدراسة وتساؤلاتها

3. فرضيات الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. أهداف الدراسة

6. الدراسات السابقة

7. مفاهيم الدراسة

8. حدود الدراسة

1. مقدمة:

إنَّ التطوُّراتِ العلميَّةَ والتكنولوجية التي يشهدها العالمُ اليومَ لها إنعكاساتٌ مباشرةٌ على مختلفِ جوانبِ الحياة. فعلى الرغم من هذا التطور والرفاهية في العيش، وصفَ العديدُ من الباحثينَ القرنَ الحالي عصرَ الضغوطِ النفسية. فقد أصبحتِ المخاطرُ النفسيةُ والاجتماعيةُ تتخذُ أشكالاً متعددةً ومن بين هذه المخاطر النفسية الاجتماعية المهنية ما يُعرفُ بالإحترق النفسي، حيث أصبح شائعاً في الوسطِ المهني، وتكمن خطورته في سرعة انتشاره بين العمال. فقد شبَّهه ميشال دلبروك (Delbrouck Michel) (2021) في الطبعة الثانية من كتابه "كيفية معالجة الإحترق النفسي" بظاهرة الأنفلونزا. وفي هذا الشأن، يرى الزبودي أنَّ التعايشَ مع هذه الظاهرة يتطلبُ تطويرَ كفاءاتٍ معيَّنة للتعامل معها (الزبودي، 2007، صفحة 191).

ومن خلال محاولة الباحث الإطلاع على ظروفِ العمل النفسية والاجتماعية والمهنية السائدة في قطاع الصحة، بحكم إنتمائه المهني إلى هذا القطاع، لاحظ أنَّها أصبحت تُشكِّلُ حقلاً خصباً لتنامي هذه الظاهرة لعدة أسباب. فالمظاهرُ السلبية، من غيابٍ غير مبررٍ لدى بعض العمال، وصلت نسبته (2.3%)، أما التمارضُ فقد بلغت نسبته (1.3%)، في حين بلغت نسبة التأخر أو الخروج المبكر (4.1%). هذه المظاهرُ السلبية تُعبِّرُ عن بعض الآثار السلبية الناجمة عن ظاهرة الإحترق النفسي، وقد تكون مصحوبةً كذلك ببعض المظاهر الإنفعالية من توترٍ وقلقٍ دائمين، قد تصل في بعض الأحيان إلى العدوان، سواء أكان لفظياً أم جسدياً، حيث لم تُسجَل في هذا السياق أيُّ حالاتٍ رسمية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قلما (مصلحة الموارد البشرية، 2023).

فعادةً ما تكون هذه الأعراضُ بمثابة إنذارٍ بحالة الإستنزاف الإنفعالي، والتي سرعان ما تتطور إلى حالة ثباتٍ في منصبِ العمل دون تغيير أو تطوير، إذ يصبح العملُ بالنسبة للعامل مصدراً لكسبِ الرزق فقط، مما يجعله ضحيةً لأسلوبِ العمل ونظامه غير المرن، وبالتالي فريسةً سهلةً للإحترق النفسي. كما تُعدُّ الإدارةُ هي الأخرى ضحيةً نتيجةً تدني الإنتاجية، وهو ما يُعرفُ بتبليد المشاعر، الذي قد يتطور إلى نوعٍ من العزلة الفردية والاجتماعية المهنية، وهو ما يُعرفُ بنقص الإنجاز الشخصي.

أنَّ ظهورَ مثل هذه الأعراضِ النفسو اجتماعية، المعبرة عن ظاهرة الإحترق النفسي، يمكن تتبُّعه داخل المؤسسة من خلال دراسة الأفراد والجماعات في الوقت نفسه، بهدف إيجاد الحلول المناسبة، وهو أحدُ أهدافِ دراستنا، وذلك من خلال إقتراح برنامج سيكو اجتماعي للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة. ومن خلال ما سبق ذكره، قُسمَت الدراسةُ الحالية إلى أربعة فصولٍ، وهي:

الفصل الأول: وهو الفصل التمهيدي، ويُعدّ مدخلاً للدراسة، حيث تم من خلاله التطرق إلى مشكلة الدراسة الأساسية وتساؤلاتها، وطرح فرضياتها. ثم ذكرت أهمية الدراسة وأهدافها، سواء من الناحية النظرية أم التطبيقية. كما تم استعراض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث. إضافةً إلى توضيح بعض المفاهيم التي تُسهم في فهم الدراسة الحالية، من خلال تحديد بعض المصطلحات المتشابهة والتمييز بينها، وفي الأخير بيان حدود الدراسة.

الفصل الثاني: الجانب النظري

خُصّص هذا الفصل لمتغير الإحترق النفسي، حيث تناولنا فيه مختلف الأدبيات المتعلقة بهذا المتغير. وقد قُسم إلى أربعة أجزاء:

الجزء الأول خُصّص لمفهوم الإحترق النفسي ومحدداته، وذلك من خلال التعرف على تاريخ نشأته، واستعراض مختلف تعريفاته، وفي الأخير تم التمييز بينه وبين بعض المصطلحات المتشابهة. أما الجزء الثاني، فقد خُصّص لعرض أسباب الإحترق النفسي، إضافةً إلى مختلفة أعراضه ومظاهره، مع بيان أبعاده الأساسية.

وفيما يتعلق بالجزء الثالث، فقد تم فيه عرض مراحل الإحترق النفسي ومستوياته المختلفة، بالإضافة إلى أهم المقاييس المعتمدة في قياسه.

أما الجزء الرابع والأخير، فقد تناول مختلف النماذج المفسّرة لظاهرة الإحترق النفسي، وإلى جانب عرض سبل الوقاية والعلاج منه.

ويلي هذا الفصل فصلان مخصصان للجانب التطبيقي، وهما:

الفصل الثالث: الجانب المنهجي

تضمن هذا الفصل عرض حدود الدراسة، بالإضافة إلى استعراض مفصل للمنهج المستخدم. كما تم وصف عينة الدراسة وطريقة اختيارها، وطرح أدوات جمع البيانات المستخدمة، مصحوبة بدلالات صدقها وثباتها، سواء المتعلقة بقياس الإحترق النفسي أو بالبرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من الإحترق النفسي لدى عمال الصحة. وفي الختام، تم عرض مختلف الأساليب الإحصائية المعتمدة للتحقق من نتائج الدراسة.

الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها

تناولنا هذا الفصل عرض وتحليل النتائج التي توصلت إليها الدراسة، مع تقديم وصف مفصل للنتائج الجزئية والنتائج العامة، التي تساعد في تقييم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح. كما خُتم الفصل بطرح مجموعة من

التوصيات والمقترحات العلمية، التي يمكن الإستفادة منها في البحوث العلمية المستقبلية، بالإضافة إلى الفصول الأربعة، تتضمن الدراسة قائمة المراجع والملاحق.

2. الإشكالية:

تعتبر دراسة علم النفس الاجتماعي الأكثر ارتباطاً بالواقع، إذ تسهم زيادة قدرة الفرد على فهم الآخرين والتأثير فيهم، بالإضافة إلى معالجة اضطراب العلاقات بينهم؛ حيث لا يوجد فرد يعيش في عزلة عن الآخرين، كما أن الفرد يتأثر بالوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه.

ويهتم بدراسة سلوك الفرد في إطار اجتماعي، من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة التي يتفاعل فيها ومعها. ويرى كريتش وكرتشفيلد (Krech&Cruchfrid) أنه العلم الذي يدرس سلوك الفرد في المجتمع، وقد أئده شريف شريف، إذ عرّفه بأنه الدراسة العلمية لخبرات الأفراد وسلوكهم في المواقف الاجتماعية التي تتكون من أفراد أو جماعات.

في هذا الشأن، ومن المقاربات الأبستمولوجية، يُعدُّ علماً تطبيقياً يدرس الإنسان باعتباره كائناً اجتماعياً؛ إذ يدرس تأثيرات الفرد بوصفه ذاتاً ومحيطه الاجتماعي في الوقت نفسه، كما يدرس الكيانات الاجتماعية والمؤسسات والجماعات ذات الطابع الاجتماعي المنظم وعلاقتها بالفرد، وذلك من خلال التأثيرات المتبادلة والعلاقات بين الأفراد والجماعات التي ينتمون إليها، ومن بينها جماعة العمل (خالد، 2022، صفحة 8).

إن موضوع الإحترق النفسي أصبح من المواضيع الأكثر اهتماماً في مجال البحوث العلمية الطبية، النفسية، الإقتصادية والاجتماعية؛ نظراً لإرتباطه بمختلف العلوم. كما لاحظنا، من خلال عملنا في قطاع الصحة، إنتشاره بين مختلف شرائح العمال. ونظراً لخطورته وآثاره السلبية، وجب علينا، كمختصين في مجال علم النفس الاجتماعي، التعمق أكثر في تحليل هذه الظاهرة من جوانب عدة، وبمنظرة علمية بحثية.

إذ لاحظنا أن عمال قطاع الصحة، وعلى غرار جميع العمال وأفراد المجتمع ككل، يعانون ويواجهون في حياتهم اليومية ضغوطاً مختلفة، متداخلة ومتراصة فيما بينها، منها المادية، الاجتماعية، الإقتصادية، الوظيفية وحتى النفسية، التي باتت تُرهق كاهل الحياة اليومية. وهذا ما أكدته بعض الدراسات، مثل دراسة عيواج صونيا وزباد رشيد (2022)، لبيض سعدية وبن عبد الرحمان أمال (2020)، طاوس وازي وشهرزاد نوار (2018).

كما يُعدُّ العمل في قطاع الصحة من المهن الصعبة والشاقة، لما تتسم به من خصائص وما يترتب عليه من واجبات؛ إذ يمتاز بالمواجهة المباشرة لعماله مع المريض ومرافقيه، مما يتطلب إكتسابهم العديد من مهارات الإتصال

الإجتماعية، وكفاءات سلوكية عالية، حيث يكون العمال دائماً في مواقف يومية متكررة، غير مألوفة في العادة لدى عامة الناس، الذين يكونون في وضع غير طبيعي من الحزن والإنفعال قد تكون مصدراً لضغوط نفسية مختلفة. ونظراً لما تقتضي هذه المهنة أيضاً من متطلبات في التعامل مع فئات متنوعة من الأشخاص والمرضى، حيث يُعدُّ كلُّ شخص حالة تتطلب نمطاً خاصاً من الخدمة والتدريب والمساندة، بالإضافة إلى تنوع مشكلاتهم وأمراضهم وحدّتها، فقد يُؤلِّد ذلك أحياناً لدى العديد من العاملين معهم الشعور بالإحباط وضعفاً في الشعور بالإنجاز.

كما أن العاملين في قطاع الصحة يتعرضون لدرجات متباينة من الضغوط النفسية والإجتماعية المتعلقة بالعمل، حيث إن جهودهم لا تحظى بالتقدير والثواب، سواء من طرف الرؤوسين أو عامة الناس؛ إذ إن العمل في قطاع الصحة يتطلب تظافر جهود الجميع وتنسيقاً كبيراً بين مختلف المصالح، مما يجعل العاملين غير راضين وغير مطمئنين إلى مهنتهم، ويترتب عليه آثار سلبية تنعكس على كفاءتهم وتوافقهم النفسي والمهني، وقد تظهر للعيان في صورة إتجاهات ساخرة، ومشاعر قاسية، ونظرة سلبية، كما يحرصون على إبقاء مسافة كبيرة بينهم وبين الأشخاص الذين يقدمون لهم الخدمات الصحية المتنوعة.

كما أن طبيعة الهيكل التنظيمي في قطاع الصحة تتطلب إستعداداً نفسياً كبيراً من مختلف عمال القطاع، إذ تمتاز بنوع من التعقيد، حسب رأي الباحث؛ وذلك لتعدد المؤسسات الإستشفائية من جهة (مراكز إستشفائية جامعية، مؤسسات إستشفائية ومؤسسات جوارية)، ومن جهة أخرى فإن هذه الأخير تحتوي على العديد من المصالح (الإستعجالات، العناية المركزة، الأمراض السرطانية، مصلحة بجائحة كوفيد19)، التي لا ترقى إلى الموصفات العالمية الحديثة على مختلف الأصعدة. كما أن العديد منها، وبنسبة معتبرة، من مخلفات الحقبة الإستعمارية الفرنسية، ونخص بالذكر هنا المؤسسات الإستشفائية الجامعية. وعلى الرغم من الزيادة الملحوظة في عدد المنشآت الصحية في الآونة الأخيرة، فإنها لا تتوافق مع مبادئ علم الأرغونوميا، والتي لا توفر الظروف الملائمة للعمل.

كما أن توقيت ونظام العمل يختلفان حسب المصالح؛ فمنها ما تعمل بنظام (8 ساعات، 12 ساعة، و24 ساعة) أي بنظام الدوام الجزئي، الكلي والمناوبة، وقد حدد قانون العمل الجزائري ساعات العمل الأسبوعية بـ 40 ساعة ويومي عطلة، وهو النظام الأكثر شيوعاً في المؤسسات الصحية، خاصة قاعات العلاج وبعض العيادات المتعددة الخدمات، غير أن طبيعة العمل في المستشفيات تقتضي تقديم الخدمات الصحية على مدار الساعة، مما يطرح خيارات أخرى تتوافق مع طبيعة المصلحة وطبيعة النشاط. كما أن للعمل الليلي تأثيراً كبيراً في نفسية الفرد، نتيجة تغيير ساعته البيولوجية للنوم، وأن تتابع المناوبات الليلية يؤدي إلى تراكم التعب، الأمر الذي

يؤثر سلبًا على الجهاز العصبي، وقد يؤدي إلى السقم والضعف والإنهيار. وحسب دراسة كل من بوديسية وخلفان(2020)، فإن عمال المناوبة يعانون من توتر شديد مصحوب بالعصبية والنرفزة، كما يؤدي إلى فقد القدرة على التركيز، مما ينعكس على الأداء وعلى العلاقات الاجتماعية المختلفة؛ إذ إن مهنة الطب أو التمريض، على حد سواء، تتطلب هذه المهن مجهودًا عقليًا كبيرًا، مع إستعداد نفسي للتعامل مع كل الوضعيات التي يمكن إستقبالها، مما يؤدي إلى الإرهاق النفسي والإجهاد البدني. وحسب دراسة عبيدي(2018)، قد يصل الأمر ببعضهم إلى التعرض لحوادث عمل مختلفة، كما أكدت دراسة عزوز وقهار(2022) على العلاقة القوية بين العمل الليلي والضغط المهني لدى القابلات بصفة خاصة (عزوز، أكتوبر 2022).

وفي نفس السياق، أظهرت نتائج دراسة عريق (2017) على الممرضات رغبتهم في تغيير الوظيفة بسبب الضغوط النفسية الاجتماعية ونظرة المجتمع السوفى السلبية لهن (عريق، 2017). كما أكدت ذلك دراسة حافري(2022) وجود مخاطر نفسية وجسدية مختلفة يتعرض لها العامل جراء إختلال الساعة البيولوجية (حافري، 2022). وفي السياق ذاته، بينت نتائج دراسة بلقادر(2016) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العزاب والمتزوجين (بلقادر، 2016)، وهي النتائج نفسها التي توصلت إليها كل من بن فردي موسى وفضال نادية(2023)، بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة في أبعاد الإحترق النفسي الثلاث، رغم من وجود مستوى إحترق نفسي متوسط.

كما لاحظنا وجود نوع من الصراع التنظيمي داخل هذه المؤسسات، سواء رسميًا أو غير رسمي، نتيجة التباين القائم بين مختلف فئات عمال قطاع الصحة من (عمال مهنيين، إداريين، تقنيين وممارسين). إن الصراع الداخلي بين مختلف هذه الفئات السالفة الذكر (إداريين، تقنيين أو ممرضين، أطباء) يجعلهم عرضة لضغوط نفسية مختلفة ومتباينة الإستجابة، ويُعدُّ الصراع التنظيمي بين الأفراد سلوكًا طبيعيًا يعبر سعي الفرد إلى إشباع رغبته في التطور والترقية والطموح نحو الأفضل، حسب منظور السلوكيين. ولهذا، وجب على الإدارة الهادفة تحقيق نوع من التوازن والحفاظ على مستوى مناسب من الصراع، وهو من أهم النتائج التي جاءت بها دراسة (لاركو و بن جيمة، 2018)، وهذا ما يتوافق مع النظرة التفاعلية الحديثة للصراع كما ورد في دراسة لغربي ومعمري(2013)، من خلال إتباع إستراتيجيات مختلفة لإدارة الصراع، نذكر منها: (التعاون، المجاملة، التنازل، المنافسة، والتجنب)، وقد إعتبر العديد من العلماء أن أسلوب التعاون هو الأنجع في التقليل من الصراع التنظيمي وتسييره داخل المؤسسات، وهذا ما أفضت به نتائج دراسة مقرون(2018) في قراءة تحليلية لمفهوم الصراع داخل المؤسسات الجزائرية.

ولاحظنا أيضاً أن طول مدة الإستشفاء يوطد وينمي العلاقة بين العامل والمريض، ويخلق جواً من الألفة والثقة بينهما في ظل التحفظ بالسر المهني، خاصة في المصالح الحرجة، مما يرفع من مستوى الإحتراق النفسي لدى العمال، كما في مصالح الأمراض السرطانية، والعناية المركزة، والعمليات الجراحية، وهو ما توصلت إليه نتائج دراسة الباحثتين فاطمة بين يحيى ودليلة زنناد(2018).

إلى جانب المناخ التنظيمي السائد، الذي يتميز بعدم توفر الظروف الملائمة، قد يجعل هذا بعض العمال عرضة لبعض العقوبات الإدارية، مثل الخصم، الإنذارات، والتوبيخ، بالإضافة على عدم التقدير من قبل الرؤساء، مما يفقد العمال من دافعيتهم وحبهم ورغبتهم في العمل، ويشعرهم بعدم الانتماء، وهو ما يقلل من رغبتهم في إنجاز الأعمال المنوطة بهم. وتكون هذه العقوبات في الغالب نتيجة الغيابات المتكررة، أو التأخر اليومي عند الذهاب إلى العمل أو الخروج المبكر منه بسبب فقدان الرغبة في العمل، بل قد يمتد إلى التفكير في تغيير العمل، أو التوقف عنه، وكذا الرغبة في التقاعد المبكر. وقد أكدت نتائج دراسة حمودي أسماء وخرباش هدى(2022) إرتفاع مستويات الإحتراق النفسي بسبب ضعف المنظومة الصحية وما توفره من ظروف عمل، بالإضافة إلى دراسة ربيعي محمد ودالي لخمى(2021) وعثمان عيشوش ونبيلة ناني(2017) ودراسات ميهوبي فوزي(2013)، (2010) و(2000) على وجود علاقة عكسية قوية بين المناخ التنظيمي السائد ومستوى الإحتراق النفسي. كما أشارت دراسة كيرد عمار ومعرّاج هوارى(2023) إلى دور وأهمية علاقة القيادة الإدارية والإحتراق النفسي، وأثبتت وجود علاقة طردية موجبة بين كل من (نمط الإشراف، بناء فرق العمل، والتحفيز).

غالباً ما يواجه عمال الصحة وضعيات مختلفة في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، في ظل الوسائل المحدودة والإمكانات القليلة المتاحة، حيث يخضعون لعبء كمي وفكري وحتى إنفعالي. ومع استمرار هذه الضغوط، يتعرض العاملون غالباً إلى الإجهاد الإنفعالي، وتبدل المشاعر ونقص في الإنجاز. وهذه المظاهر تحدث كما ذكرت الباحثة "كرستينا ماسلاش" والعديد من الباحثين، وتعبّر عن ظاهرة الإحتراق النفسي، وهي من أبرز المعوقات النفسية والاجتماعية في مجال العمل بالمستشفيات، وتُعد المؤشرات الثلاثة التي نستدل بها على وجود هذه الظاهرة (شدة الإجهاد الإنفعالي، شدة تبدل المشاعر وشدة شعور التدني بالإنجاز) آخر وأخطر مرحلة من التوتر النفسي.

علاوة على ذلك، حسب (Allen, 2001)، شهدنا في السنوات الأخيرة تغييراً في الهياكل الأسرية، يتميز بشكل خاص في مشاركة كل من الرجل والمرأة في سوق العمل، وزيادة مشاركة الرجل في الحياة الأسرية. وبالتالي، أصبح لدى الأفراد المزيد من المهام التي يتعين عليهم إنجازها، وهي المهام المتعلقة بالعمل بالإضافة إلى تلك المتعلقة

بالمزمل، وهذا يمكن أن يولد ما يسميه العديد من المؤلفين "صراع الأدوار"، حيث تصبح متطلبات أحد الأدوار غير متوافقة مع متطلبات الدور الآخر (Lweins, 2020). وهذا ما أكدته دراسة كل من حمودي أسماء وخرباش هدى (2022)، ودراسة أسيا بوراس وسمية شريف (2019) حيث أسفرت النتائج على وجود مستوى متوسط لصراع الأدوار لدى المرأة العاملة المتزوجة.

كما يشير كايسمانز وزملاؤه (2016) إلى أن الفردية أصبحت ذات أهمية متزايدة في مجتمعنا، ووفقًا لهؤلاء المؤلفين فقد المجتمع شبكاته الاجتماعية التقليدية، وأصبحت العلاقات الاجتماعية تعتمد على المنافسة أكثر من التضامن. ومع ذلك، فإن غياب الدعم الاجتماعي من الزملاء والأحباء يشكل خسارة لموارد بالغة الأهمية لمساعدة الأفراد على التعامل بشكل أفضل مع المواقف العصيبة التي قد توجههم في عملهم، وفي نفس خط الأفكار، يشير شابوت (2013) إلى أن زيادة حالات الإحترق النفسي مرتبطة بالقيم المفرطة في مجتمعنا، والتي تطلب منا دائمًا بذل المزيد من الجهد وأن نكون مثاليين، سواء في المدرسة، أو في الجامعة، أو عالم العمل. وبالتالي، فإن نموذج مجتمع الجدارة يشكل عامل خطر آخر مهم للإحترق النفسي (Lweins, 2020، صفحة 198).

كما أن هناك بعض العوامل الإستثنائية التي قد تؤثر على عمال الصحة بصفة خاصة، كما هو الحال بالنسبة إلى ظاهرة وباء كورونا، فقد شهد العالم سنة (2019) إنتشار لفيروس خطير، وكانت الظروف الإستثنائية التي مر بها العالم ككل، والجزائر خاصة، في ظل ظروف العمل غير ملائمة بمستشفياتنا والنقص الشديد في العدة والعتاد. وقد أكدت العديد من الدراسات ارتفاع مستويات الإحترق النفسي لدى عمال الصحة نتيجة الإنهاك البدني والنفسي بعد الجائحة، على غرار دراسة كل من هناء مارس (2023)، بوغموز زينب وسحيري زينب (2023)، حريش رضا وبلهوارى إبراهيم توفيق (2022)، بن صالح هداية (2021)، حمودي أسماء وخرباش هدى (2022)، سليمان مسعود ليلي (2021).

ومن خلال محاولتنا التعمق في الأسباب والعوامل والضغوط النفسية والاجتماعية المؤدية لظاهرة الإحترق النفسي في الوسط الإستشفائي، وجب علينا البحث عن حلول لخفض أو التقليل منها، وذلك من خلال محاولة إقتراح برنامج سيكو اجتماعي وقائي متعدد الأساليب، يعتمد على العديد من التقنيات والإستراتيجيات وفق المناهج العلمية والمقاربات السيكو اجتماعية المختلفة.

فالبرنامج السيكو اجتماعي قد يكون ذو طبيعة وقائية، تدريبية، وعلاجية في نفس الوقت، أي أنه يعمل على منع حدوث المشكلة أو الإضطراب، وذلك بإزالة الأسباب أو الكشف المبكر عن الأعراض، أو التقليل من الآثار المترتبة عن المشكلة. وتتمثل الإجراءات الوقائية في توفير كل ما يلزم على مستوى الأفراد أو المؤسسات في

نفس الوقت، لتحقيق الذات، وزيادة الوعي، وإشباع الحاجات، ومعرفة الحقوق والواجبات، لتحقيق التوازن بين مصالح الشخص ومصالح المؤسسة ومصالح المجتمع.

يهدف البرنامج السيكو اجتماعي إلى تقديم المساعدة النفسو إجتماعية للعملاء المباشرة، والتي تتركز على فهم شخصيتهم وقدراتهم وإستعداداتهم وميولهم، وتبصيرهم حسب متطلباتهم النفسية والجسمية والإجتماعية، ومساعدتهم على التغلب في حل مشكلاتهم والسعي إلى إيجاد نوع من التكيف والتوافق بشتى الطرق والوسائل المتاحة في ظل الظروف المحيطة بهم.

ويُعَدُّ البرنامج عمليةً بناءةً تستهدف مساعدة الفرد في فهم ذاته ومجتمعه، والتعرف على خبراته، وتحديد مشكلاته، وتنمية إمكانياته لحلها في ضوء معرفته وتدريبه، ليصل إلى تحقيق أهدافه. ويرتكز على الفرد ذاته أو الجماعة نفسها، بهدف إحداث التغيير في النظرة والتفكير والمشاعر والاتجاهات نحو المشكلة، ونحو الموضوعات الأخرى التي ترتبط بها، ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة.

من خلال ما تقدم فالبرامج السيكو اجتماعي المقترح هو مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة، تستمد أساسها من النظريات والفنيات النفسو اجتماعي، ويتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة، والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم على تعديل سلوكياتهم وإكتساب مهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي والتكيف الإجتماعي المهني (الشهري، 2008، صفحة 48).

وتشمل عملية التخطيط العام للبرنامج تحديد الأهداف العامة والإجرائية بإعتبارها خطوة هامة في توضيح معالم البرنامج وتسهيل عملية إختيار الفنيات والأسلوب المناسب للبرنامج ومحتواه العملي والإجرائي، بالإضافة إلى الإستراتيجيات والأساليب المتبعة في تنفيذه وتقييم جلساته، وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات ومدة كل جلسة، وكذلك مكان إجراء البرنامج، وفي الأخير تقييم البرنامج ككل.

وبصفة عامة، يسعى البرنامج السيكو اجتماعي إلى تحقيق أهداف نفسية وإجتماعية بشكل عام، من خلال تحقيق التوافق النفسي، وتحقيق الذات، والتمتع بالصحة النفسية، وكذلك التكيف الإجتماعي المهني، بالإعتماد على إستراتيجيات مواجهة خاصة بالمشكل أو خاصة بالفرد. ويتم ذلك من خلال التركيز على دور ديناميكية الجماعات الصغيرة في العمل، التي تؤثر بدورها على الجماعات الكبيرة أو المؤسسة ككل، وذلك بالرفع من دافعتهم للعمل، ومن خلال التأثير في القادة من رؤساء الأقسام ودورهم المهم في حل الصراعات وإدارتها، سواءاً كانت صراعات شخصية، أو بين العمال، أو بين المرؤوسين، بالإضافة إلى أهمية إدارة الوقت على الصعيد الفردي المهني والإجتماعي.

سوف نعتد في هذه الدراسة على إقتراح برنامج سيكو اجتماعي، يتم تطبيقه على مختلف شرائح عمال قطاع الصحة لمعرفة مدى تأثيره على مستوى الإحتراق النفسي، من هنا جاءت صياغة التساؤل الرئيسي وهو: ما هو أثر برنامج سيكو اجتماعي في التقليل من آثار الإحتراق النفسي على عمال الصحة بولاية قالمه؟ وقبل الإجابة على هذا التساؤل وجب علينا الإجابة على التساؤلات التالية:

أ. ما هو مستوى الإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة بولاية قالمه؟

ب. ما هو مستوى الإستنزاف الانفعالي لدي عمال الصحة بولاية قالمه؟

ت. ما هو مستوى تبدل المشاعر لدي عمال الصحة بولاية قالمه؟

ث. ما هو مستوى نقص الإنجاز لدي عمال الصحة بولاية قالمه؟

ج. هل توجد علاقة بين الإحتراق النفسي وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)؟

ح. هل توجد علاقة بين أبعاد الإحتراق النفسي (الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر، نقص الإنجاز) وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)؟

خ. هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي تعزى لبعض المتغيرات (الجنس، المناوبات، المناصب العليا والعمل في مصالح كوفيد-19)؟

د. هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي تعزى لبعض المتغيرات (السن، الخبرة، طبيعة العمل، طبيعة المؤسسة وطبيعة الدوام)؟

ولمعرفة حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح وجب علينا الإجابة عن التساؤلات التالية:

أ. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحتراق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج؟

ويتفرع عنه الأسئلة التالية:

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد الإستنزاف الإنفعالي

للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد تبلد المشاعر للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد نقص الإنجاز للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج؟

ب. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج؟

ت. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج؟

ث. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس؟

ج. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل وفرق العمل)؟

ويتفرع عنه:

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير سنوات الخبرة؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق

البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل؟

✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق

البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل؟

للإجابة عن التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية الأخرى، قسم الباحث الدراسة الحالية إلى شقين، الأول يخص الإجابة عن الأسئلة الاستكشافية والشق الثاني خاص بالدراسة الرئيسية، حيث وضع الباحث الفرضيات التالية:

3. فرضيات الدراسة:

1.3. الفرضية الرئيسية:

لا يوجد أثر معتبر للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي على عمال الصحة بقلمة.

2.3. الفرضيات الاستكشافية للبحث:

من أجل معالجة أهداف مشكلة البحث وتحقيق أهداف الدراسة، إقتضى الأمر إختبار الفرضيات التالية:

أ. لا يعاني عمال الصحة بولاية قلمة من الإحترق النفسي.

ب. لا يعاني عمال الصحة بولاية قلمة من الإستنزاف الإنفعالي.

ت. لا يعاني عمال الصحة بولاية قلمة من تبلد المشاعر.

ث. لا يعاني عمال الصحة بولاية قلمة من نقص الإنجاز.

ج. لا توجد علاقة بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل).

ح. لا توجد علاقة بين أبعاد الإحترق النفسي (الإنهاك الإنفعالي، تبلد المشاعر، نقص الإنجاز) وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل).

خ. لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي تُعزى لبعض المتغيرات (الجنس، المناوبات، المناصب العليا، العمل في مصالح كوفيد-19).

د. لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للاحتراق النفسي تُعزى لبعض المتغيرات (السن، الخبرة، طبيعة العمل، طبيعة المؤسسة وطبيعة الدوام).

فيما يخص الشق الثاني تطرح:

3.3. الفرضيات الفرعية التالية:

أ. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ويتفرع عنها الفرضيات الآتية:

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد الإستنزاف الإنفعالي للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد تبدل المشاعر للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد نقص الإنجاز للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ب. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للاحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج.

ت. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للاحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج.

ث. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس.

- ج. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل وفرق العمل).
✓ ويتفرع عنها الفرضيات:
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير السن.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير طبيعة العمل.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير طبيعة العمل.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير فريق العمل.

4. أهمية الدراسة:

- تمكن أهمية الدراسة على مستوى النظري والتطبيقي في:
- ✓ جودة البحث وأصالته على المستوى المحلي في حدود علم الباحث وخاصة فيما يتعلق بالبرنامج النفسي الاجتماعي.
- ✓ إعداد برنامج سيكولوجي اجتماعي يهدف إلى التقليل من الإحترق النفسي يتعامل مع مختلف الفئات العاملة بقطاع الصحة.
- ✓ الإطلاع عن كثب على آخر الأدبيات النظرية النفسي الاجتماعي حول موضوع الإحترق النفسي.
- ✓ يعتبر هذا البحث خطوة لاحقة وهامة للدراسات القادمة لما يتوقع أن يقدم من أسس نظرية وتجريبية للتقليل من آثار الإحترق النفسي وكيفية إعداد البرامج النفسي الاجتماعي.
- ✓ أهمية النتائج المتوصل إليها وإمكانية استثمارها في إعداد برامج أخرى.

✓ أهمية العينة المستهدفة من الدراسة والتي تتكون من مختلف الفئات العاملة بقطاع الصحة.

5. أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذه الورقة البحثية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ محاولة معرفة أثر برنامج سيكو اجتماعي يركز على الأسس والنظريات النفسو اجتماعية في التقليل من آثار الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة.
- ✓ تحديد مستوى الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة بولاية قالمه، ومدى إختلاف إنتشاره بين مختلف المؤسسات الصحة بالولاية.
- ✓ تحديد العلاقة بين الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة وبعض المتغيرات الديموغرافية والشخصية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، طبيعة المؤسسة، طبيعة المهنة).
- ✓ تحديد بعض الفروقات بين الإحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية والشخصية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، طبيعة المؤسسة، طبيعة المهنة).

6. حدود الدراسة:

1.6. الحدود الزمنية:

بالنسبة للشق الإستكشافي فقد إستغرقت عملية توزيع المقياس وإسترجاعه مدة فاقت العام، وذلك من 2022/07/31 إلى غاية 2023/09/30، أما بالنسبة للشق الثاني والخاص بتطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح فقد كانت مدة تطبيقه حوالي ثلاثة أشهر، من أوائل شهر أكتوبر إلى غاية نهاية سنة 2024.

2.6. الحدود المكانية:

أُجريت الدراسة الإستكشافية على مختلف الهياكل الصحة بولاية قالمه مقسمة إلى ثلاثة أنواع من المؤسسات الصحية: (المؤسسات الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية هذه الأخيرة مقسمة إلى نوعين وهما العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج) كخطوة أولية لمعرفة مستويات الإحتراق النفسي ومعرفة بعض الفروقات، بعد التوصل إلى النتائج إعتدنا على تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للدراسة على عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقالمه لعدة إعتبارات سنذكرها فيما بعد.

3.6. الحدود البشرية:

شملت كل من الدراسة الاستكشافية والتطبيقية مختلف شرائح العاملة بالمؤسسات الإستشفائية بجميع أنواعها، وهي مقسمة إلى ثلاث طبقات رئيسية: طبقة الأطباء وهم (الأطباء المتخصصون، الأطباء العامون، وأطباء الأسنان)، طبقة الشبه طبيين وهي مكوّنة من مختلف الأسلاك الشبه الطبية (ممرضون، أعوان تمريض، مخبريون، بيولوجيون، أعوان أشعة، قابلات، مختصون نفسانيون)، وطبقة الأسلاك الإدارية وهم (الأعوان الإداريون، العاملون المهنيون، السواق وحراس الأمن). بلغ عدد أفراد العينة (308) فردًا من مجتمع الدراسة، بينما بلغ عدد أفراد كل من المجموعتين التجريبية والضابطة (60) عاملاً مقسمة بالتساوي، وهي بدورها مقسمة إلى خمسة مجموعات (فرق عمل) متساوية ومتجانسة إلى حد ما، بحيث يضم كل فريق عمل ستة (6) عمال.

4.6. الحدود الموضوعية:

إقتصرت الدراسة على معرفة مستوى وعلاقة متغير الإحترق النفسي الكلي وبأبعاده الثلاث، ببعض المتغيرات الديموغرافية كالسن، الجنس والخبرة، بالإضافة إلى بعض المتغيرات المهنية مثل طبيعة المهنة، مكان العمل وطبيعة الدوام، وكذا بعض الفروقات في شقها الأول.

ثم حاولنا في الشق الثاني معرفة بعض الفروقات والأثر بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح، سواء للإحترق النفسي الكلي أو أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر، ونقص الإنجاز).

5.6. الحدود العلمية:

وتكمن في اعتماد المنهج الشبه التجريبي، والقوانين الإحصائية المناسبة لإختبار صحة الفرضيات والإجابة عن أسئلة البحث، بعد الإستناد إلى المنهج الوصفي والذي أعتد في الدراسة الاستكشافية.

7. مصطلحات الدراسة:

1.7. الإحترق النفسي: " حالة من الإنهاك وإستنزاف القوى النفسية أو الجسمية أو الإنفعالية العقلية تؤدي إلى الحمود والإنطفاء نتيجة لتعرضه لمواقف طويلة المدى من التوتر والإضطراب والصراعات في العمل يمتد إلى العلاقات الإجتماعية والأسرية".

التعريف الإجرائي: هو الدرجة المحصل عليها من قبل المفحوص على مقياس الإحترق النفسي المكيف على البيئة الجزائرية والمعتمد في بحثنا.

2.7. الإستنزاف أو الإنهاك الانفعالي (Emotional Exhaustion) :

العامل تمتاز بفقدانه القدرة على التكيف، شدة التوتر، الإجهاد والشعور بعدم القدرة على العطاء والإستجابة للآخرين.

3.7. تبليد المشاعر (Depersonalization or Dehumanization) :

العامل بالإنسانية أو الشعور بالتدني في قيمته إلى جانب فقدان الثقة بالنفس، فقدان الإهتمام بالغير والتعامل معهم.

4.7. إنخفاض الإنجاز الشخصي أو نقص الإنجاز (Accomplishment Reduced)

(Feeling): هو تقييم سلبي لذات العامل والشعور بعدم كفاءته، كما يكون صورة سلبية حول الذات كمهنيين، فتكون طريقة إنجاز أعمالهم نقيض ما يجب أن تكون عليه، ويولد لدى العامل إحساس عام بتعكير الصفو، وبأنهم ليسوا في مستوى متطلبات وكفاءات مركزهم ويظنون أنهم أخطئوا في توجيههم المهني.

5.7. البرنامج السيكو اجتماعي:

هو عبار عن مجموعة من المهارات النفسية والإجتماعية التي تُطبَّق بشكل منظم وفق عدد من الجلسات معدة مسبقاً من طرف الباحث، وتهدف إلى خفض آثار الإحترق النفسي.

ولا يفترض بالبرنامج إلغاء حالة الإحترق النفسي، بل يسعى إلى التخفيف منها والتخفيف من آثارها السلبية بإعتماد سلوكيات جديدة.

6.7. أثر البرنامج:

هي التغيرات الحاصلة لدى المفحوصين بعد تطبيق البرنامج، والتي تبرز من خلال الفروقات في الدرجات المحصل عليها بين المجموعات التجريبية والمجموعات الضابطة في المقياس القبلي والبعدي.

8. الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الأدبيات الخاصة بالدراسة، فقد قَسَمَ الباحث الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور أساسية، وهي:

1.8. المحور الأول:

الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية والإحتراق النفسي في المجال الصحي، ونذكر منها:

دراسة النوايسه والهواري سنة (2017) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى لخفض مستوى الإحتراق النفسي لدى عينة الممرضين العاملين في مستشفى حكومي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية"، هدفت الدراسة إلى إستقصاء واقع الإحتراق النفسي لدى الممرضين في مستشفى حكومي، على عينة بلغ قوامها (18) فردًا، مقسمة إلى (11) ممرض و(07) ممرضات. اعتمدت الدراسة على مقياس كرسطينا ماسلاش وجاكسون المقتن للبيئة العربية، كما أُستخدم برنامج إرشادي من إعداد الباحث قائم على العلاج بالمعنى، وذلك وفق المنهج الشبه تجريبي.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى إحتراق نفسي متوسط على كل الأبعاد بصفة عامة. كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس في الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الإجتماعية في بعدي الإجهاد الإنفعالي وتبلد المشاعر، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير إختلاف سنوات الخدمة على الدرجة الكلية للمقياس وفي جميع الأبعاد.

بينما لوحظت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المتزوجين ومتزوجات في بعد نقص الشعور بالإنجاز لصالح الممرضات المتزوجات، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية للمقياس وفي جميع الأبعاد لصالح المجموعة التجريبية، كما إستمرار أثر البرنامج في خفض شدة الإحتراق النفسي.

دراسة ساعد تباري وخرباش هدي (2018) بعنوان: "فاعلية برنامج علاجي في تنمية الذكاء الوجداني والتخفيف من الإحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بمستشفى الزهراوي-المسيلة"، هدف من خلالها الباحث التحقق من فاعلية برنامج علاجي للتقليل من الإحتراق النفسي وتنمية الذكاء الوجداني على عينة قوامها (30) طبيبًا مناوبًا، حيث قُسمت إلى مجموعتين متكافئتين ومتجانستين، إحداها تجريبية والأخرى ضابطة.

كما إعتد الباحت فى دراسته على المنهج التجريبي؁ بإستخدام مقياس الذكاء الوجداني لفاروق السيد عثمان وعبد السميع رزق؁ ومقياس ماسلاش للإحتراق النفسي؁ الذي طُبِّق قبل وبعد تطبيق البرنامج المتكون من ستة وعشرون جلسة (26)؁ بواقع جلستين كل أسبوع؁ مدة كل جلسة بين 60-90 دقيقة عدا الجلسة الافتتاحية المقدرة ب 45 دقيقة؁ وتراوحت بين فردية وجماعية.

وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الذكاء الوجداني قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية؁ وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح المجموعة الضابطة في درجات الإحتراق النفسي؁ كما حقق البرنامج الإرشادي العلاجي الهدف المرجو منه في تنمية الذكاء الوجداني والتخفيف من حدة الإحتراق النفسي لدى الأطباء.

دراسة محمد محمود أحمد عبد الله (2020) بعنوان: "فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والمرضى العاملين بالمستشفيات"؁ هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي المعتمد على المنهج المعرفي السلوكي على عينة أساسية من الأطباء والمرضى قوامها (300) فردًا؁ منها (160) ممرض و(140) طبيب؁ يعملون في ثلاثة مستشفيات حكومية مختلفة. ثم طُبِّق البرنامج على عينة عددها (200) فردًا؁ مقسمة إلى مجموعتين متساويتين؁ ضابطة وتجريبية؁ تضم كل واحدة (100) فرد من الأطباء والمرضى.

أُعتد فيها على كل من مقياس الإحتراق النفسي؁ ومقياس الصحة النفسية والجسمية ومقياس الأداء المهني. وجاءت النتائج لتدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأطباء والمرضى بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الإحتراق النفسي في القياسين القبلي والبعدي؁ لصالح القياس البعدي؁ بالإضافة إلى عدم وجود فروق بالمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي. كما توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين متوسطي درجات الإحتراق النفسي للأطباء والمرضى والأداء المهني.

دراسة ابتهاج على عودة الله العساففة سنة (2021) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الإحتراق النفسي لدى فريق التمريض في وحدة العناية المركزة بمدينة الحسين الطبية".

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الإحتراق النفسي لدى فريق التمريض؁ حيث بلغ عدد مجتمع الدراسة (117) فردًا؁ بينما بلغ أفراد عينة

الدراسة (32) ممرض وممرضة أُختيروا بطريقة عشوائية. كما إعتد الباحث على المنهج الشبه تجريبي، بإستخدام مقياس ماسلاش مطور، وإعداد برنامج إرشادي يستند إلى أسس النظرية المعرفية السلوكية. وجاءت نتائج الدراسة لتدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الإحتراق النفسي لصالح المجموعة التجريبية، تُعزى إلى البرنامج الإرشادي المطبق. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق على مستوى بعد الإحتراق النفسي البعدي تعزى لمتغير الجنس.

2.8. المحول الثاني:

دراسات تناولت البرامج الإرشادية والإحتراق النفسي في مجالات عمل أخرى، ونذكر منها: دراسة بومجان نادية(2016) تحت عنوان: "بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة"، حيث سعت الباحثة إلى إنشاء برنامج إرشادي يستند إلى فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي سلوكي ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغوط لماكينيوم، على عينة بلغ قوامها (74) أستاذة من مجتمع دراسة بلغ (348) أستاذة، منها (108) متزوجة، أُخترن بطريقة قصدية وهن المتحصلات على درجات مرتفعة في كل من مقياس الضغط النفسي ومقياس إستجابة الضغط النفسي، حيث بلغ عددهن ثلاثة عشرة أستاذة وإنسحبت أستاذتين فيما بعد، قُسمن بعد ذلك على مجموعتين: تجريبية مكون من خمسة أفراد، وضابطة مكونة من ستة أفراد.

كما قامت الباحثة بإعداد مقياس مصادر الضغط النفسي ومقياس إستجابة الضغط النفسي، بالإضافة إلى إعداد برنامج إرشادي.

ولتحقق من فرضيات الدراسة والإجابة على مختلف التساؤلات، إستعانت الباحثة بمختلف الأساليب الإحصائية الوصفية والتحليلية، وتوصلت إلى أن البرنامج الإرشادي المقترح يخفف من مستوى الضغط النفسي، ويستمر تأثير البرنامج الإرشادي على الأستاذة الجامعية المتزوجة لفترة زمنية، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس مصادر الضغوط في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية (الطلبة، الأبناء، العوامل العائلية والإجتماعية، والعوامل الإقتصادية)، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي والأبعاد الفرعية (الإدارة، المسؤولين، المصادر العائلية والإجتماعية، الأبناء، الزوج)، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين (القبلي والبعدي) على مقياس إستجابة الضغط النفسي في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية إستجابة (السلوكية، المعرفية، الإنفعالية). كما توصلت الباحثة إلى وجود فروق ذات دلالة بين درجات

المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للمقياس والأبعاد الفرعية للإستجابة (السلوكية ، الإنفعالية، الفسيولوجية).

دراسة عقون أسيا (2020) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة الإحترق النفسي وتحسين الأداء المهني لدى معلمي المرحلة الابتدائية"، حيث هدفت الدراسة إلى تقصى مدى فاعلية برنامج إرشادي إنتقائي للتخفيف من الإحترق النفسي وتحسين الأداء على عينة مكونة من (20) معلماً ومعلمة من المرحلة الابتدائية أُختيروا بطريقة قصدية من مجتمع الدراسة المكون من (300) فرداً بولاية سطيف، حيث قُسمت العينة إلى مجموعتين، خضعت إحدهما إلى البرنامج الإرشادي. إستخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي، وإستعانت بالعديد من أدوات جمع البيانات مثل الملاحظة، والمقابلة العيادية، بالإضافة إلى ثلاثة مقياس سيكو مترية تهدف إلى معرفة مصادر الإحترق النفسي ومستوياته، وأخرى خاصة بالأداء المهني، فضلاً عن إعداد الباحثة إلى برنامجاً إرشادياً وفق أسس النظرية الإنتقائية، يتكون من (25) جلسة.

كما إستخدمت الباحثة مختلف الأساليب الإحصائية الوصفية والتحليلية (المتوسط الحسابي، النسب المئوية، الانحراف المعياري، مختلف معاملات الارتباط (ف)، (ر)، (ت) ستودنت، (ز) ويلكوكسن، من أجل الإجابة عن التساؤلات وإختبار الفرضيات.

أظهرت النتائج تفوق المجموعة التجريبية على المجموعة الضابطة في القياس البعدي للمتغيرات التابعة، وكذلك تفوق المجموعة التجريبية في المقياس التتبعي، وهذا ما يثبت فاعلية البرنامج الإرشادي الإنتقائي وإستمرار أثره الإيجابي على أفراد المجموعة التجريبية بعد مدة شهرين.

دراسة ليلي مدور (2020) معنونة: "فاعلية برنامج إرشادي (معرفي-سلوكي) في تنمية بعض متغيرات الشخصية للتخفيف من الإحترق النفسي لدى عينة من أساتذة التعليم المتوسط"، حيث حاولت الباحثة التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي المستند إلى فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي ومعرفة مدى إستمرار أثره على عينة من الأساتذة بالطور المتوسط أُخترن بطريقة قصدية، والذي بلغ عددهن عشرة أستاذات ممن تحصلن على درجات عالية على مقياس الإحترق النفسي ودرجات منخفضة على مقياس الصلابة النفسية والمرونة النفسية من مجتمع دراسة مكون من (137) أستاذة موزعة على خمسة متوسطات.

وإستخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي بتصميم المجموعة الواحدة، حيث طُبّق القياسان القبلي والبعدي، ثم التتبعي بعد مدة شهرين من نهاية البرنامج المكون من إثنتي عشرة جلسة (12)، بواقع جلستين في الأسبوع، مدة كل جلسة بين الساعة والساعتين.

كما قامت الباحثة بإعداد إستبيان لقياس كل من الإحترق النفسي والمرونة النفسية، وكذا البرنامج الإرشادي، وإعتمدت على مقياس محمد مخيمر للصلاية النفسية، كما قامت الباحثة بالتحقق من صدقهم وثباتهم قبل إستعمالهم النهائي في الدراسة.

وتوصلت الباحثة إلى العديد من النتائج، منها فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح للتخفيف من الإحترق النفسي، وكذا فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية متغيرات شخصية أفراد العينة. فقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على كل من مقياس المرونة النفسية، الصلاية النفسية، والإحترق النفسي لصالح القياس البعدي، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس التتبعي على كل من مقياس المرونة النفسية، الصلاية النفسية، والإحترق النفسي لصالح القياس التتبعي.

3.8. المحور الثالث:

الدراسات التي تناولت مستويات الإحترق النفسي وعلاقته بمختلف المتغيرات، حيث هناك العديد من الدراسات التي إهتمت بموضوع الإحترق النفسي في هذا الشأن، فمنها من إهتمت بدراسة مستويات الإحترق النفسي، ومنها من درست مختلف علاقات الإحترق النفسي ببعض المتغيرات الأخرى، ونذكر منها:

دراسة بوقزولة حسين(2024) بعنوان: "جودة الحياة في العمل وعلاقته بالإحترق النفسي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو"، على عينة قوامها (295) ممرضاً أختيروا بطريقة عشوائية، حيث هدفت إلى الكشف عن مستويات الإحترق النفسي ومستوى جودة الحياة، بالإضافة إلى الكشف عن بعض الفروق في مستوى جودة الحياة ومستوى الإحترق النفسي وفق متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، وسنوات الأقدمية)، وكذلك الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والإحترق النفسي وأبعاده الثلاث، من خلال اعتماد المنهج الوصفي، وكذا مقياس الإحترق النفسي لماسلاش ومقياس جودة الحياة من إعداد الباحث. وكانت النتائج تدل على وجود مستوى مرتفع من الإحترق النفسي لدى الممرضين، وكذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تُعزى لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية وسنوات الأقدمية.

دراسة مارس هناء(2023) بعنوان: "واقع الصحة النفسية في العمل لدى فئة الممرضين في ظل جائحة كوفيد19، متلازمة الإحترق النفسي نموذجاً"، حيث أجريت الدراسة على عينة شملت (163) ممرضاً بالمؤسسة الإستشفائية (حفيظ بوجمعة) التي تم تحويلها إلى خلية خاصة بكوفيد خلال فترة الجائحة، حيث إستخدم مقياس

ماسلاش للإحترق النفسي وإنتهاج المنهج الوصفي، وأسفرت نتائج الدراسة على وجود مستوى مرتفع للإحترق النفسي في ظل جائحة كوفيد.

دراسة موسى بن فردي ونادية فضال (2023) بعنوان: "الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين ليلاً بالعيادة المتعددة الخدمات بسوق نعمان"، بهدف معرفة مستويات الإحترق النفسي وكشف الفروق في مستويات الأبعاد الثلاث للإحترق النفسي حسب متغير الجنس، الحالة الاجتماعية، والمصلحة، على عينة مكونة من (44) ممرضاً باستخدام مقياس ماسلاش. وأسفرت النتائج على وجود مستوى متوسط للإحترق النفسي، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تُعزى لمتغير الجنس، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الثلاث تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولا توجد فروق في بعدي الإستنزاف الإنفعالي وتبلد المشاعر تُعزى لمتغير المصلحة، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تبلد المشاعر تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تدني الإنجاز الشخصي تُعزى لمتغير المصلحة المعين بها.

دراسة حيرش رضا وبلهوارى إبراهيم توفيق (2022) جاءت الدراسة تحت عنوان: "الإحترق النفسي وعلاقته بالإكتئاب لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف المدية"، بهدف معرفة مستويات الإحترق النفسي وعلاقته بالإكتئاب على عينة مكونة من (140) ممرضاً وممرضة، حيث أُستخدم المنهج الوصفي وأُعتمد على كل من مقياس ماسلاش ومقياس بيك، وتوصلت النتائج إلى وجود مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي، بالإضافة إلى وجود علاقة إرتباطية دالة بين الإحترق النفسي والإكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق في مستويات الإحترق النفسي والإكتئاب تُعزى لمتغير الجنس.

دراسة بن صالح هداية (2021) بعنوان: "الإحترق النفسي لدى عمال الصحة في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والممرضين"، بلغ عددهم (124) من ولايتي تلمسان ومعسكر، وهدفها التعرف على مستوى الإحترق النفسي، بالإضافة إلى محاولة التعرف على بعض الفروق في متغير المهنة في كل أبعاد الإحترق النفسي، وأُعتمد فيها على المنهج الوصفي ومقياس ماسلاش، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود معاناة الأطباء والممرضين من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي، حيث جاء الإنهاك الإنفعالي في المرتبة الأولى بنسبة (58%)، ثم تبلد المشاعر بنسبة (31%)، كما سجلت الدراسة عدم تأثر العمال ونقص في إنجازهم الذي قُدِّر بـ (71%). كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق تُعزى لمتغير الوظيفة.

دراسة هاجيرة سبع وخديجة ملال (2021) بعنوان: "الإحترق النفسي لدى عمال الوسط شبه الطبي"، حيث تم إجراء الدراسة على عينة قدرها (300) عامل من الوسط شبه الطبي بمستشفى وهران الجامعي، وأُستعمل فيها مقياس الإحترق النفسي لماسلاش وجاكسون MBI-HSS بعد التأكد من خصائصه السيكمومترية. تم التوصل إلى أن عمال الوسط شبه الطبي يعانون من مستوى إحترق نفسي متوسط، كما تم التوصل إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تبعاً لاختلاف المتغيرات الفردية التالية: السن، الخبرة، في حين توجد فروق غير دالة إحصائية تبعاً لاختلاف جنس العامل.

دراسة بوجمعة سعيدة (2021) بعنوان: "الإحترق النفسي لدى الممارسين النفسانيين والأطباء العامين (دراسة مقارنة)"، في محاولة إلى معرفة طبيعة الإحترق النفسي ومعرفة الفرق بينهما في أبعاده الثلاث على عينة قوامها (120) فرداً (60) ممارس نفسي عيادي و(60) طبيب عام. بعد تطبيق مقياس ماسلاش، أسفرت النتائج على معاناة جميع أفراد العينة من صعوبات في العمل، ووجود فروقات في درجات الإحترق النفسي لصالح الأطباء العامين، وتسجيل مستويات عالية في بعدي الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر.

دراسة سليمان مسعود (2020) معنونة: "الإحترق النفسي لدى الأطباء وأعاون الصحة بالمؤسسة الإستشفائية أول نوفمبر بهران خلال جائحة كوفيد19"، تهدف إلى معرفة مستوى الإحترق النفسي وعلاقته بمتغيرات الجنس والخبرة والوظيفة، على عينة بلغ قوامها (110) فرداً. أُعتمد فيها على المنهج الوصفي التحليلي، وأُستعمل فيها مقياس ماسلاش، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي في كل من بعد الإنهاك الإنفعالي وتدني الشعور بالإنجاز تُعزى لمتغير الجنس، ولا توجد فروق في تبلد المشاعر، كما أسفرت النتائج على عدم وجود فروق للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث تُعزى لمتغير الخبرة، بالإضافة إلى عدم وجود فروق في بعدي الإنهاك الإنفعالي وتدني الشعور بالإنجاز تُعزى لمتغير الوظيفة، بينما توجد فروق في بعد تبلد المشاعر تُعزى إلى متغير الوظيفة.

وفي دراسة أخرى لموفق وطالب (2020) تحت عنوان: "مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش دراسة ميدانية بولاية عين تيموشنت"، في محاولة لمعرفة مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش ومعرفة الفروق بين الجنسين، على عينة مكونة من (26) طبيباً أُختيروا بطريقة قصدية، أُستعمل فيها مقياس ماسلاش كأداة، وأُعتمد المنهج الوصفي. خلصت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش، وكذا إلى وجود فروق بين الإناث والذكور.

دراسة بركو مزوز ونوال بن براهيم (2020) على عينة قوامها (30) ممرضًا أُختيروا عن طريق الصدفة بمصلحة العلاج الكيميائي بمركز مكافحة السرطان بباتنة، تحت عنوان: "أثر الضغوط النفسية على الرضا الوظيفي لدى الممرضين"، وأفضت النتائج بوجود مستويات مرتفعة للضغط النفسي، ووجود مستويات متوسط للرضا الوظيفي.

دراسة عثمانى نعيمة وفالته اليمين (2020) تحت عنوان: "الإحترق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والوظيفة عند ممرضى مستشفى أحمد مدغري سعيدة"، على عينة قوامها (25) ممرضًا من كلا الجنسين وباستخدام مقياس ماسلاش المكيف من طرف الباحثة خديجة ملال للبيئة الجزائرية. ووجدت أن أفراد العينة لديهم مستوى إحترق نفسي منخفض بنسبة (72%) لبعد الإستنزاف الإنفعالي، (52%) بعد نقص الإنجاز و(96%) بالنسبة لبعد تبدل المشاعر، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لإختلاف الخصائص الشخصية والوظيفية، كما أسفرت النتائج وجود فروق معنوية في بعد الإنجاز الشخصي للفئة التي يقل عمرها عن (30) سنة، بالإضافة إلى وجود فروق في بعد تبدل المشاعر لصالح المتزوجين.

مداخلة لصبرينة سليماني وفتحى ودة (2020) تحت عنوان: "الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية بالوادي"، في الملتقى الدولي: "المعاناة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض - تشخيص ومقاربات علاجية-"، حيث شملت الدراسة (80) ممرضًا، وكانت النتائج تدل على وجود مستوى عالٍ من الإحترق النفسي لدى كلا الجنسين.

دراسة سعدية لبيض وأمال بن عبد الرحمان (2020) بعنوان: "الإحترق النفسي وعلاقته بالقلق لدى عينة من الموظفين دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ببلدية مسعد"، حيث بلغت العينة (30) فردًا من الأطباء والممرضين والقابلات أُختيروا بطريقة عشوائية، وأُعتمدَ فيها على مقياس الإحترق النفسي لماسلاش ومقياس القلق الصريح لتليلور. ومن أهم النتائج وجود مستوى متوسط من الإحترق النفسي ومستوى قلق خفيف، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لكل من الإحترق النفسي والقلق تُعزى لمتغير الخبرة، ووجود علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي والقلق.

دراسة نهي النجيب (2019) بعنوان: "الإحترق النفسي وعلاقته بإضطرابات النوم لدى الأطباء والممرضين العاملين بالدوريات بمستشفيات محلية بحري"، حيث بلغ حجم العينة (266) طبيبًا وممرضًا تم إختيارهم بطريقة عشوائية طبقية. إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي، وإُعتمدت على مقياس الإحترق النفسي لماسلاش ومقياس إضطرابات النوم لمجدي الدسوقي، وأسفرت النتائج أنه لا يُوجد إحترق نفسي دال للأطباء والممرضين،

كما توجد علاقة إرتباطية بين اضطرابات النوم والإحتراق النفسي لدى أفراد العينة، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي تُعزى لمتغير الخبرة، وكذلك لنوع وزمن الورديات، في حين كشفت الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي تُعزى لمتغير العمر، والتخصص، والحالة الإجتماعية.

دراسة سماعين بن درف ومحمد زكي(2019)، والتي حاولا من خلالها معرفة علاقة الإحتراق النفسي بتقدير الذات لدى الممرضين بمؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم، وبلغ عددهم (225) ممرضاً: (128) ذكور و(97) إناث أُختيروا بطريقة عشوائية. أسفرت الدراسة عن وجود مستوى إحتراق نفسي مرتفع، وتقدير ذات منخفض، ووجود علاقة إرتباطية عكسية بين الإحتراق النفسي وتقدير الذات .

دراسة يسمينه هلايلي(2019) والتي أجرتها على عينة من الممرضين بلغ قوامها (80) ممرضاً وممرضة من العيادات الخاصة، أُختيروا بطريقة عشوائية، توصلت فيها إلى وجود مستوى عالٍ من الإحتراق النفسي في أبعاده الثلاثة، كما أن أكثر إستراتيجية مستخدمة لمواجهة الضغوط هي البحث عن الدعم الاجتماعي، ثم التجنب، فالتأنيب الذاتي، وحل المشكلة، وأخيراً إعادة التقييم الإيجابي. وكانت الدراسة بعنوان: " دور أساليب مواجهة ضغوط العمل في التخفيف من الإحتراق النفسي لدى الممرضين".

دراسة حاي خيرة وبن أحمد قويدر(2019)، والتي حاولت من خلالها التعرف على الفروقات بين الجنسين في مستوى الإحتراق النفسي، بعنوان: "الإحتراق النفسي ومتغير الجنس لدى الأطباء المختصين في القطاع الصحي لولاية تيارت"، على عينة مكونة من (104) طبيب وطبيبة، أَعتمد فيها المنهج الوصفي ومقياس ماسلاش، وخلصت النتائج إلى عدم وجود فروق في مستوى الإحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين تُعزى لمتغير الجنس.

دراسة وليد بحوش والهادي باتشو (2019) بعنوان: "مستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات بقطاع الصحة العمومية دراسة ميدانية"، وكان الهدف منها معرفة مستوى الإحتراق النفسي على عينة بلغ قوامها (60) ممرضة، بإتباع المنهج الوصفي وتطبيق مقياس ماسلاش، وأسفرت النتائج عن وجود مستويات عالية للإحتراق النفسي، وقدرت بنسبة (70%) في بعد الإتهاك العاطفي، يليها بعد نقص الإنجاز بنسبة (68%)، وأخيراً تبلد المشاعر بنسبة (65%) .

دراسة مراد خلاصي (2019) تحت عنوان: "مستوى الإحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين" بهدف معرفة مستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضين بولاية قسنطينة، والبالغ عددهم (114) بمختلف الاختصاصات،

بالإعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي من خلال تطبيق مقياس ماسلاش وجاكسن نسخة (1986). جاءت النتائج لتدل على معاناة الممرضين من مستوى مرتفع في بعد الإستنزاف الإنفعالي بنسبة (73%)، وتبلد المشاعر بنسبة (64.90%)، ونقص في الإنجاز بنسبة (61.40%).

دراسة سماتي حاتم (2018) بعنوان: "الإحتراق النفسي لدى الأطباء دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية يوسف دمرجي"، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (79) طبيباً وطبيبة أختيروا بطريقة عشوائية، وأستخدم المنهج الوصفي وأُعتمد فيها على مقياس ماسلاش. وهدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الإحتراق النفسي، وخلصت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس، الأقدمية في المهنة، وكذا التخصص الطبي.

دراسة بن يحي فاطمة وزناد دليلة (2018) بعنوان: "الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصلحة مكافحة السرطان"، وكان الغرض منها معرفة مستويات الإحتراق النفسي للمرضي المصلحة، حيث بلغ عدد أفراد العينة (100) فرداً، وكانت النتائج تشير إلى وجود تباين في مستويات الإحتراق النفسي بين الممرضين.

دراسة زاوي أمال ومزيان محمد (2018) بعنوان: "مستوى الإحتراق النفسي عند ممرضي مصلحة الإستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية المستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان نموذج"، في محاولة للكشف عن معاناة الممرضين ومحاولة تغيير نظرة المجتمع، بالإضافة إلى الكشف عن مستويات الإحتراق النفسي، وقد بلغ عدد أفراد العينة (36) ممرضاً أختيروا بالطريقة العشوائية. كما إُعتمدت الدراسة على مقياس ماسلاش، وأُستعمل المنهج الوصفي، وجاءت نتائج الدراسة لتفيد بوجود مستوى عالٍ من الإحتراق النفسي لدى الممرضين، بالإضافة إلى وجود فروق ذات إحصائية تُعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، وكذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الغير متزوجين .

دراسة بن سايع مسعودة (2018) بعنوان: "مستوى الإحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين"، وكان الهدف من الدراسة معرفة مستويات الإحتراق النفسي، بالإضافة إلى معرفة الفروقات بين الممرضين حسب متغيري الحالة الاجتماعية والخبرة المهنية، على عينة بلغ عددها (32) ممرضاً، بإتباع المنهج الوصفي وتطبيق مقياس ماسلاش، وجاءت النتائج لتدل على وجود مستويات مرتفعة للإحتراق النفسي، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغيري الحالة الاجتماعية والخبرة المهنية.

دراسة تباري ساعد وخرباش هدى (2018) كانت بعنوان: "الذكاء الوجداني وعلاقته بالإحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية الزهراوي بمدينة المسيلة"، حيث حاول الباحثان

التعرف على العلاقة بين الذكاء الوجداني والإحترق النفسي على عينة مكونة من (60) فردًا بطريقة عشوائية. أُستخدم فيها مقياس الذكاء الوجداني ومقياس الإحترق النفسي، وكانت أهم النتائج تدل على وجود مستوى إحترق نفسي مرتفع لدى أطباء المناوبة بمستشفى الزهراوي بالمسيلة .

دراسة تجاني منصور وبيض القول ابراهيم(2018) تحت عنوان: "الإجهاد المهني لدى الأطباء العاملين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية دراسة ميدانية لدى عينة من الأطباء العاملين بالمستشفى العمومي الجلفة"، وكان الغرض منها معرفة مستوى الإجهاد المهني ومدى الاختلاف في مستواه لدى الأطباء بين الجنسين، على عينة قوامها (30) طبيبًا، وأسفرت النتائج عن وجود مستوى إجهاد نفسي مرتفع لدى الأطباء، بالإضافة إلى عدم وجود فروق في مستوى الإجهاد بين الجنسين.

دراسة حلي مصطفى وخلفان رشيد (2016) معنونة: "الإحترق الوظيفي لدى الأطباء الدراسة ميدانية في مصلحة الإستعجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو"، بغية معرفة مستوى الإحترق الوظيفي وفق متغيرات السن، الجنس، بالإضافة إلى محاولة التعرف على وجود الفروقات بينهم، حيث أُجريت الدراسة على عينة قوامها (47) طبيبًا، وخلصت النتائج إلى وجود معاناة الأطباء من مستوى إحترق نفسي مرتفع، كما أنه لم تُسجل فروق في مستويات الإحترق النفسي حسب متغيري الجنس والسن.

✓ تعليق على الدراسات السابقة:

يتضح مما سبق وجود ندرة في الدراسات السابقة الخاصة بالموضوع المختار، ألا وهو البرامج السيكو اجتماعية، سواء كانت علاجية، تدريبية أو حتى وقائية للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال الصحة، حيث إقتصرت معظم الدراسات السابقة على البرامج الإرشادية خاصة في مجال التعليم، وتشترك مع دراستنا كونها تشمل قطاع خدماتي، ويمكن الإستفادة منها بإستخدام منهج واحد يتوافق مع متطلبات الدراسة، وهو المنهج الشبه تجريبي. كما إعتمدت كل الدراسات على أداة دراسة واحدة وهي مقياس الإحترق النفسي لماسلاش، وهذا أيضا يتوافق مع دراستنا من الناحية المنهجية. وتشترك معظم الدراسات في كون برنامجها إرشادية جماعية، على غرار دراسة ساعد(2018)، والتي يتفق معها الباحث أنه يمكن أن تكون فردية وجماعية في الوقت نفسه، إلا أنها تختلف عن دراسة ليلي مدور(2020) بإستخدامها للمنهج التجريبي.

تختلف الدراسات السابقة فيما بينها من حيث طبيعة البرنامج الإرشادي، سواء كان نمائياً تدريبياً أو علاجي، وقد أعتد معظمها على المنهج العلاجي المعرفي السلوكي. ويرى الباحث أن دور البرامج الإرشادية مع

ظاهرة الإحترق النفسي يتعدى ذلك، إذ يمكن أن يكون وقائيًا نمائيًا وتدريبًا بدرجة كبيرة، وقد يصل إلى مراحل علاجية. وبإعتباره وقائيًا، فإنه يشمل ثلاث مستويات هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن الإعتماد على مناهج إرشادية وأساليب أخرى بهدف التقليل من آثار الإحترق النفسي.

كما إعتمدت جميع الدراسات السابقة في برنامجها الإرشادي عدد معتبر (كبير) من الحصص، غالبًا ما تجاوزت عشرين جلسة بمعدل جلستين أسبوعيًا، ومدة كل حصة تتراوح بين ساعة إلى ساعتين، ماعدا دراسة مدوري ليلي (2020) التي اقتصرت على عشر جلسات فقط. ويرى الباحث أن عدد الجلسات يختلف من مرحلة إلى أخرى، وهو سبب آخر لإختيار المنهج الوقائي الذي يشمل المراحل الثلاث من الوقاية الأولية، ثانوية وثالثية. بالإضافة إلى ذلك، لوحظ تباين في عدد أفراد العينات في جميع الدراسات السابقة، ويعود ذلك غالبًا إلى القدرات الميدانية لكل باحث، كما إقتصرت الدراسة على دراسة نسق واحد، ماعدا دراسة محمود محمد أحمد عبد الله (2020) شملت فئتين من عمال الصحة، وهما الأطباء والمرضى، وإعتبرتهما نسقًا واحدًا، هنا يكمن الاختلاف الحقيقي مع دراستنا، إذ حاولنا دراسة مختلف الفئات العاملة بقطاع الصحة، وإعتبار كل فئة نسقًا خاصًا بها، بهدف التعرف على الأنساق الإجتماعية المختلفة في القطاع الصحي، ومعرفة الفروق بينها. وقد سبقت ذلك دراسة إستطلاعية مكنت من تحديد بعض الفروقات لضبط المجموعات وتطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح.

أما الدراسات التي تناولت متغير الإحترق النفسي من حيث مستوياته أو علاقته بمختلف المتغيرات الأخرى، على سبيل المثال (أنماط الشخصية، طبيعة الممارسات المهنية)، فهي عديدة، منها: خديجة ملال وهاجيرة سبع (2021)، بركو مزوز ونوال بن براهيم (2020)، عثمانى نعيمة وفالته (2020)، وليد بخوش والهادي باتشو (2019)، سماعين بن درف ومحمد زكي (2019)، يسمينه هلايلي (2019)، بن سايع مسعودة (2018)، زاوي أمال ومزيان محمد (2018)، يحي فاطمة ودليلة زنادة (2018).

والجدير بالذكر في هذا المقام إعتقادنا على الدراسات المحلية بشكل أساسي، نظرًا لوفرة المنتج العلمي المحلي من جهة، ولتشابه الخصائص من جهة أخرى. كما أن معظم الدراسات السابقة إقتصرت على دراسة فئة واحدة فقط، سواء كانت سلك طبي (أطباء متخصصين، أطباء عامون) أو سلك شبه طبي من (ممرضون، قابلات، نساء...)، وإعتمدت غالبًا على المنهج الوصفي، مع تفاوت حجم العينات من دراسة إلى أخرى. وأظهرت معظم النتائج وجود مستوى إحترق نفسي مرتفع وفي أبعاده الثلاث، كما أن جل نتائج الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق على مستوى بعض المتغيرات (طبيعة المهنة، الجنس، الخبرة).

وفي الختام، تؤكد الدراسات السابقة على وجود مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي لدى العاملين في قطاع الصحة، وغالبًا ما يكون مرتفعًا في بعد الإنهاك الإنفعالي، يليه نقص الإنجاز الشخصي ثم تبلد المشاعر. وقد أظهرت بعض الدراسات تأثير المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، العمر، والخبرة، بينما أشارت أخرى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية. كما تناولت معظم الدراسات تناولت البرامج العلاجية والإرشادية، مثل العلاج بالمعنى أو الأساليب المعرفية السلوكية، وحققَت نتائج إيجابية في التخفيف من الإحترق النفسي وتنمية الذكاء الوجداني والمرونة النفسية. ومع ذلك، ثمة ندرة في الدراسات التي تناولت البرامج السيكو اجتماعية المتكاملة لدى عمال الصحة، خاصة تلك التي تجمع بين الجوانب الوقائية والتدريبية والعلاجية مع قياس أثر مستمر للبرنامج. ومن هنا، تبرز أهمية الدراسة الحالية في سد هذه الفجوة، من خلال اقتراح برنامج سيكو اجتماعي يهدف إلى التقليل من آثار الإحترق النفسي وتحسين الأداء النفسي والمهني لدى العاملين في قطاع الصحة ومختلف الميادين الأخرى.

الفصل الثاني: الإحتراق النفسي

تمهيد

أولاً: مفهوم الإحتراق النفسي ومحدداته

1. تاريخ مصطلح الإحتراق النفسي
2. تعريف الإحتراق النفسي
3. الإحتراق النفسي والمصطلحات المتشابهة

ثانياً: أسباب وأعراض الإحتراق

1. أسباب الإحتراق النفسي
2. أعراض الإحتراق النفسي
3. مؤشرات الإحتراق النفسي
4. أبعاد الإحتراق النفسي

ثالثاً: مراحل ومستويات الإحتراق

1. مراحل الإحتراق النفسي
2. مستويات الإحتراق النفسي
3. مقاييس الإحتراق النفسي

رابعاً: مصادر والنظريات المفسرة للإحتراق النفسي

1. آثار الإحتراق النفسي
2. النماذج المفسرة للإحتراق النفسي
3. النظريات المفسرة للإحتراق النفسي
4. الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي
5. نماذج واستراتيجيات خفض الإحتراق النفسي

خلاصة

تمهيد:

يُعتبر مصطلح الإحترق النفسي من المفاهيم الحديثة نسبياً في علم النفس، حيث ظهر في أوائل سبعينيات القرن العشرين على يد العالم هوبر فرويدنبرجر **Freudenberger Herbert**، ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بعلم النفس الاجتماعي باعتباره سلوكاً اجتماعياً، حيث أظهرت بعض الدراسات ارتباطه بالمهن الخدمية ذات الطابع الإنساني، ومن بينها المستشفيات، حيث يواجه العاملون فيها العديد من العقبات والمواقف الضاغطة التي تخلق نوعاً من الصراعات، والتي يسعى الفرد التكيف معها بطريقة أو بأخرى. وقد يؤدي ذلك إلى حالة من الإنهاك الجسدي والنفسي، والتي قد يتطور بسرعة إلى حالة من الفشل الوظيفي، ومن هنا كانت البدايات الأولى لظاهرة الإحترق النفسي.

وسوف يتناول هذا الفصل عرض التطور التاريخي لمفهوم الإحترق النفسي وأبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز)، بالإضافة إلى التعرف على مختلف الأعراض النفسية والاجتماعية والسلوكية الناتجة عن هذه الظاهرة. ومن أجل وضع تفسيرات واضحة لها، سنستعرض النماذج والنظريات النفسية والاجتماعية المفسرة للإحترق النفسي، حيث يُعد الاعتماد على هذه النماذج أساسياً لإقتراح الحلول والإستراتيجيات التي تمكن من التقليل من ظاهرة الإحترق النفسي في الوسط المهني.

أولاً: مفهوم الإحترق النفسي ومحدداته

1. تاريخ مصطلح الإحترق النفسي:

إن ظاهرة الإحترق النفسي ليست جديدة على الإنسان، بل هي متجذرة وموجودة منذ الأزل، إذ يتعرض الإنسان لمختلف الضغوط النفسية في حياته اليومية، ولكن بدرجات مختلفة فقط.

وقد تناول مفهوم الإحترق النفسي لأول مرة في القرن الثامن عشر الطبيب السويسري صامويل تيسو Samuel Tissot (1768)، بوصف الآثار الوخيمة الناتجة عن التفاني في العمل على الفرد. ثم سار على نهجه الطبيب الفرنسي وعالم الاجتماع لويس فيلارمي Louis Rene Villarme (1840)، حيث نشر كتابه بعنوان: "Le Tableau De l'état Physique & moral des ouvriers" الذي درس الآثار الوخيمة التي يخلفها العمل على الطبقة العاملة.

وفي نفس السياق، قدم الطبيب الإنجليزي دنيال هاسك توك Daniel Hake Tuke (1882) مفهوم الإرهاق، يليه العالم الأمريكي روبرت ازيبرا بارك Park Ezra Robert (1934) الذي طرح مصطلح الإعياء الصناعي في مقال بعنوان "Industrial fatigue and group moral" بالمجلة العلمية "American Journal of sociology". بعد ذلك، استخدم كل من هانز سيللي Hans Selye (1936) ووالتر كانون Walter Cannon (1942) مصطلح الضغط (Stress) للدلالة على الحالة النفسية المرتبطة بالحالة المهنية. وخلال الحرب العالمية الثانية، استعمل مصطلح "تعب المعارك" لوصف أعراض تشبه ظاهرة الإحترق النفسي (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 10).

أما كمصطلح علمي وسيكولوجي، فقد استُخدم لأول مرة لوصف نقطة توقف الطائرة أو الصاروخ عن التشغيل في الأربعينات، في حين استعمل كمصطلح علمي وكمفهوم سيكولوجي عند تقديم مايروسن Meyerson (1941) لتعريف العمل "واعتباره سلوك سيكولوجيًا حقيقيًا" وظل في إستغلال هذه الفكرة حتى سنة (1955).

وترجع أول محاولات الكتابة عن الإحترق النفسي إلى سنة (1953)، من خلال دراسة حول إنخفاض الروح المعنوية بين الممرضات وإنسحاب الأطباء من مستشفيات الصحة النفسية لكل من شيوارت ويل Schwartez will (درويش، 2014، صفحة 56). وتليها ملاحظات الطبيب العقلي الفرنسي كلود فاي Claude Veil للحالات المرضية المهنية سنة (1959)، حيث وصفها بأنها "حالة من الإنهاك المهني الناتج عن البذل المستمر للجهد في العمل تحت وطأة مجموعة من الضغوط الداخلية والخارجية" (شريط، 2012، صفحة 83).

بعد ذلك، قام جراهم جرين Graham Green سنة (1960) بإصدار أول قصة طرح فيها معاناة مهندس معماري أو خبير عقاري (في مصادر أخرى) يعاني من الإحترق النفسي بعنوان "موسم الأمطار" La "saison des pluies" وعنوانها الأصلي "Aburnout case" (مدوري، 2022، صفحة 22).

في نفس السنة، أشارت أبحاث برادلي حول موضوع الإحترق النفسي، حيث ذكرت هولي Holly أن أول إستعمال للكلمة كان سنة (1969) من طرف "برادلي لوريت Loretta Bradely"، وإعتبرته إكتئاب نفسي ونتيجة حتمية لضغوط العمل (شريط، 2012، صفحة 83). وكانت أول من أطلق إسم الإحترق النفسي لوصف نوع خاص من الضغوط النفسية بمقال تحت عنوان "Community based treatment for young adult offenders" والذي نشر في كتابها "Crime and delinquency".

أما أول إستعمال رسمي لكلمة الإحترق النفسي في العلوم الإنسانية فكان على يد الطبيب السويسري هربرت فريدنبرجر Herbert Freudenberger سنة (1974)، الذي وصف المتطوعين العاملين أكثر من طاقتهم، واعتُبر أول من كتب دراسة بحثية سيكولوجية للدورية المتخصصة "journal of social issue" بعنوان "الإحترق النفسي للموظفين" ناقش فيها مجموعة من تجاربه وملاحظاته حول الأعراض الجسمية والنفسية، وإنعكاساتها السلبية على الأداء المهني نتيجة الضغط العالي الممارس من طرف المدمنين.

لاحقاً، كتب مع ريشلون G, Richelson بطريقة نظامية في مفهوم الإحترق النفسي كتاب بعنوان: "الإحترق النفسي، التكلفة المرتفعة للإنجاز المرتفع".

عرف مصطلح Burnout في البحوث السيكولوجية رواجاً كبيراً من طرف الباحثين، وانتشر استخدامه في العديد من المقالات العلمية، لاسيما الإسهامات البارزة للباحثة كريستينا ماسلاش Christina Maslach إختصاصية علم النفس الاجتماعي بجامعة بيركلي Berckli، برفقة كل من كيلي Kelley، ليدر Leiter، جاكسون Jackson، وبينز Pines، حيث ركزت أبحاثهم على العاملين في المهن الخدمية، وساهمت في تطور مفهوم الإحترق النفسي بشكل ملموس.

كما ساهمت مقالاتها والمقاييس التي أُستخدمت في تلك الحقبة في نشر هذا المصطلح عالمياً، وكانت أولى محاولة جادة لقياس الإحترق النفسي رفقة تلميذتها سوزان Souzane في مجال الرعاية الصحية سنة (1981)، ثم طور سنة (1986) ليصبح أول مقياس للإحترق النفسي في المهن الاجتماعية. وفي الثمانينات، انتقل من الولايات المتحدة الأمريكية إلى بلدان أوروبا الغربية المتحدثة بالإنجليزية، ثم تُرجمت هذه البحوث والمقالات إلى لغات

متعددة، لتعرف إنتشارًا في باقي الدول الأوروبية في منتصف التسعينات لتمدت بعدها إلى إفريقيا وشرق آسيا، ثم إلى مختلف ربوع دول العالم (درويش، 2014، الصفحات 18-21).

ومن بين أبرز المحطات في تطوير مفهوم الإحترق النفسي كان إنعقاد أول مؤتمر دولي للإحترق النفسي في مدينة فيلادلفيا سنة (1981)، بمشاركة العديد من الباحثين على غرار فريدنبرجرFreudenberg، بينسPines، شرنيسCherness، ماسلاشMaslach.

من خلال هذا السرد الزمني، يمكن استنتاج أن تطور مفهوم الإحترق النفسي كان نتيجة تراكم بحوث ودراسات ميدانية طويلة، خاصة في مجال المهن الخدمية، قبل أن يمتد الإهتمام به إلى مجالات أخرى. وقد لاقت هذه الظاهرة إهتمامًا واسعًا من الباحثين في مختلف الاختصاصات، كلٌ حسب مرجعيته العلمية. كما أن الإحترق النفسي يتداخل مع عدة اضطرابات، سواء كانت فيزيولوجية، نفسية، اجتماعية أو نفسو اجتماعية، سواء من حيث الأسباب، الأعراض، أو الآثار. ويستمر هذا التطور إلى يومنا هذا نتيجة تغير العوامل المؤثرة، سواء من التطور التكنولوجي الذي يسهل وسائل العمل، أو من تأثير العلاقات الاجتماعية والإنسانية.

2. تعريف الإحترق النفسي:

عرّف مفهوم الإحترق النفسي العديد من التطورات، كونه مفهومًا حديثًا نسبيًا في علم النفس الاجتماعي، لا سيما بعد أن حظي بإهتمام العديد من الباحثين الذين قدموا إفتراضات وتفسيرات لمعرفة مختلف أسبابه وتأثيراته على الفرد والمجتمع. وقد مر مفهوم الإحترق النفسي بعدة مراحل، أبرزها: مرحلة البعد الواحد الإستنزاف العاطفي والتي عرّفت تسميات متعددة، نذكر منها: (الإجهاد، الإستنزاف، الإنهاك، الإستنفاد، الضعف، التعب، الوهن وفقد الطاقة).

مرحلة البعد الواحد السلبي في إستجابة الآخرين، وهي تشمل مظاهر: اللا شخصية، الإتهامات الشخصية السلبية للعملاء، الإنفعالات، حدة الطبع، فقدان المثالية، الإنسحاب، الإكتئاب، التقدير المنخفض للذات، إنخفاض الروح المعنوية، وإنخفاض الإنتاجية والقدرة على الأداء.

ويرى فاربر Farber (1983) أن تطور مفهوم الإحترق النفسي يعود إلى الرواد الثلاث: (هاربرت فريدنبرجرFreudenberg Herbert، كريستينا ماسلاشChristina Maslach، وايلابينزAyala Pines)، مع الإقرار بإسهامات العديد من الباحثين الآخرين في مختلف المجالات العلمية، وخاصة علم النفس الاجتماعي، العمل الاجتماعي، الأنتروبولوجيا والطب في إيجاد العلاقات المختلفة والمترابطة لموضوع الإحترق النفسي، بإثراء الفهم النظري والتطبيقي لهذه الظاهرة (درويش، 2014، صفحة 23).

جاء أول تعريف للإحترق النفسي سنة (1972) على يد الباحث فريدنبرجر هوربر، Freudenberger H الذي عرفه بأنه: "عمليات تدريجية تؤدي إلى التعب الصحي والجسدي للشخص، ويصبح فارغاً تماماً وفاقدًا لكل الطاقة" (درويش، 2014، صفحة 24). ليعدله بعد العديد من الدراسات السريرية سنة (1977) على أنه: "ظاهرة نفسية تصيب المهنيين وتجعلهم أقل رغبة وإهتمامًا بالعمل" (مدوري، 2022، صفحة 24). أما بالنسبة للبدايات الأولى للعالمية كريستينا ماسلاش (1972) فقد عرّفته أنه: "حالة نفسية تتميز بمجموعة من الصفات السلبية مثل التوتر، عدم الاستقرار، القلق، العزلة، الاتجاهات السلبية نحو العمل والزملاء" (مدوري، 2022، صفحة 24).

يضيف دايلي Daley (1979) بأنه: "رد فعل للضغوط المتراكمة على الفرد، وتختلف طبيعة الاستجابة لها حسب طبيعة الضغوط وشدتها" (مدوري، 2022، صفحة 24).

كما عرّفه كل من فريدنبرج وريشالسون Freudenberger H & Richelson (1980) بأنه: "حالة من التعب والإحباط ينتج من الإحترق في نمط الحياة أو فشل في إنتاج العوائد" (درويش، 2014، صفحة 24). ويرى شرنيس Cherniss (1980) أن الإحترق النفسي: "عملية ينسحب منها المهني المعروف بالتزامه، يسودها القلق، التوتر، الإحترق الإنفعالي والجسمي نتيجة للضغوط العمل التي يتعرض لها خلال عمله، وتحدث من خلالها تغيرات سلوكية واتجاهات جديدة" (عوض بني احمد، 2007، صفحة 14).

ونقلًا عن مدوري فإن تورش Turch عرّف الإحترق النفسي على أنه: "التغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات نحو العمل والآخرين بسبب الضغوط الزائدة، مما ينعكس آليًا على العملاء" (مدوي، 2015، صفحة 25). ويُعتبر إنعقاد المؤتمر الدولي الأول للإحترق النفسي بمدينة فيلادلفيا، نوفمبر سنة (1981)، نقطة تحول مهمة في توسيع الدراسات حول الظاهرة، بمشاركة الرواد الأوائل (فريدنبرجر، ماسلاش، بنيز).

وقد جاء تعريف لكريستينا وجاكسون Jackson & Christina M (1981) ليضع أول تصنيف شامل للأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي، والتي ما زالت تستخدم حتى اليوم: "إحساس الفرد بالإجهاد الإنفعالي Emotional Exhaustion، وهو فقدان طاقة الفرد على العمل والأداء والإحساس بزيادة متطلبات العمل، اللاشخصية Dehumanization أو تبدل المشاعر، وهو شعور الفرد بالقسوة والسلبية وكذلك الإختلال في الحالة المزاجية، وشعور إنخفاض الإنجاز Accomplishment Reduced Feeling، وهو إحساس الفرد بتدني نجاحه واعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدى" (درويش، 2014، صفحة 25).

ليعرّفه كلٌّ من بينز واريسون Pines&Aronson في نفس السنة (1981) على أنه: "حالة من الإجهاد البدني والذهني والعصبي نتيجة للتعامل مع الناس لفترات طويلة وبذل مجهودات أكبر" (البتال، 2000، صفحة 33).

وفي تعريف آخر لكرستينا ماسلاش Christina Maslach (1982) تطرح رؤية جديدة للإحترق النفسي في مجال الصحة بإعتباره: "تآكل التعب الجسدي والإنفعالي الذي ينتج عنه الإدراك السلبي للذات والمواقف السلبية في العمل والإنخفاض الملحوظ في التجنيد إتجاه المرضى، وتتكون أعراضه من ثلاثة أبعاد، وهي: الإنهاك العاطفي تبدل المشاعر، والتدني في الإنجاز نتيجة إستنفاد مصادر الطاقة الجسمية والإنفعالية للفرد" نقلاً عن (فهد السيف، 2000، بوزواوة، 2003).

وجاء كروشر Croucher (1982) ليبين أن مظاهر الإحترق النفسي هي: "إنخفاض الطاقة وتزايد صعوبات سرعة الأداء، الشعور بالفشل في المهنة، إنخفاض الإحساس بعدالة العوائد من العمل، الشعور بإنعدام المساعدة وعدم القدرة على الرؤية والخروج من المشكلات، التهكم والسخرية، وهي السلبية تجاه النفس والآخرين والعمل والعالم بوجه عام" (درويش، 2014، صفحة 26).

ويتفق معه كلٌّ من اريسون وبينز Pines & Aronson (1983) بأنه: "حالة من الإجهاد البدني، الذهني، العصبي، والإنفعالي، وهي تحدث نتيجة للعمل مع الأفراد والتفاعل معهم لفترة طويلة، وبذل مجهود إنفعالي إضافي" (bahrer-kohler, 2013, p. 49) نقلاً عن (جابر، 2007، ص 131) و (مدوري، 2022، صفحة 25). بالإضافة إلى تايلور Taylor (1986) الذي إعتبره هو الآخر: "الإرهاق الشديد وإستنفاد القوة والنشاط" (taylor, 1986, p 13).

وفي نفس السياق إعتبره لشرنيس Cherniss (1998): "رد فعل للضغط، ويُعد عرضاً من الإستنزاف الجسدي والعاطفي الذي ينتج من الطلب على الطاقة والقوة موارد الفرد".

وعرّفه جمعة سيد يوسف بأنه: "حالة من الإنهاك الجسمي والإنفعالي والعقلي، سببه إنهاك طويل المدى في مواقف مشحونة وضاغطة تتفوق على التوقعات الشخصية للأداء" (تلاي، 2017، صفحة 41).

كما إعتبره سامر جميل رضوان (2007): "حالة من الإنهاك الجسدي المطلق والفراغ الذهني، وحالة جسدية ونفسية من الخمود والإنطفاء" (سامر، 2006، صفحة 134).

ليضيف الراشدان (1997) بأنه: "إستنزاف الطاقة النفسية المخزنة نتيجة الضغوط والأعباء يولّد حالة عدم إتزان تنعكس آثاره على الفرد والعملاء والمؤسسة، والتخلص منها يكون بالتعامل مع البيئة المسببة فقط دون التركيز على دور الفرد" (شريط، 2012، صفحة 89).

وإعتبره كيرياكو Kyriacou (1987) على أنه: "مؤشرات وردود أفعال سلوكية ناتجة عن الضغوط النفسية الطويلة والمتراكمة التي يتعرض لها الفرد أثناء العمل، ذات تأثير سلبى عليه، وتختلف نتائجها حسب طبيعتها وتكرارها" (عوض بنى احمد، 2007، صفحة 13).

أما فريدمان Fredman (1991) فقد إعتبر الإحترق النفسي: "علاقة إرتباطية بين خصائص الشخصية والنظام السائد داخل المؤسسة من المساعدة الإجتماعية والمهنية" (تلاي، 2017، صفحة 40).

وجاء في تعريف الحرتاوي (1991) أنه: "حالة نفسية تؤرق الفرد الذي يعمل في المهن الخدمائية نتيجة للضغوط المتزايدة في العمل والأعباء الزائدة الملقة عليهم" (مدور، 2020، صفحة 74).

وفي تعريف للباحث شارما Charma (1996): "فقدان الإهتمام في العمل واللامبالاة وفقد الرغبة الإبتكار والتطور" (شريط، 2012، صفحة 88).

وعرّفته الباحثة كودفا Kudva (1999) على أنه: "فقدان الحماس نتيجة عدم إستجابة التوقعات، فيحدث إحباط للفرد كعلامة أولى، فتنخفض الروح المعنوية حتى يحدث الإنعزال في النهاية، ويكون بشعور الفرد بعدم القدرة على العمل وفقدان المعنى، فيقل الإرتباط بالعمل ثم الإنسحاب" (درويش، 2014، صفحة 28).

كما عرّفه محمود فتحي عكاشة (1999) بأنه: "حالة صراع تحدث للعامل عندما يقع تحت ضغط داخلي لدوافع العطاء والإلتزام، وتكون الظروف الخارجية حائلًا دون تحقيقه" (تلاي، 2017، صفحة 40).

ويرى فهد السيف (2000) بأن الإحترق النفسي: "حالة عقلية وخبرة نفسية تعبر عن إنهاك عاطفي وتبدل المشاعر، بالإضافة لفقدان الحماسة والإهتمام للعمل وعدم القدرة على تحقيق الذات نتيجة لضغوط العمل وطبيعته، وكذا البنية التنظيمية السائدة ونوعية الإشراف والعلاقات الإجتماعية في العمل".

وعرّفت الحايك هيام جمعة ابراهيم عوض (2000) الإحترق النفسي بأنه: "حالة من التوتر والإضطراب وعدم الرضا للعامل في المجال الإنساني والإجتماعي عامة، نتيجة الضغوط النفسية الشديدة التي يتعرض لها الفرد جراء أعباء العمل، فُتستنزف طاقته وجهوده ويقل أدائه" (تلاي، 2017، صفحة 41).

وفي آخر أبحاث كلّ من كريستينا ماسلاش وآخرون Christina Maslach, Al (2005)، بعد مراجعة البحوث والدراسات، حيث عدّلت في الأبعاد وإعتبرته: "أعراضًا سيكولوجية في الإستجابة المزمنة لضغوط العمل بين الأفراد تشمل ثلاث أبعاد، وهي:

- مكون الإستنفاد الساحق over whelming exhaustion: ويُعرف أيضاً بإسم مكون الإستنزاف exhaustion component، ويمثل بعد الضغوط الفردية الأساسية للإحترق، ويشير للإستنزاف والإستهلاك الجسدي والعاطفي، مما يؤدي إلى الشعور بالإجهاد.

- مكون التهكم والسخرية أو اللاشخصية Depersonalization or Cynicism:

ويمثل التباعد بين الأفراد؛ إذ تشير اللاشخصية إلى عدم الترابط والارتباط بين الأفراد، بينما التهكم يشير إلى فقد الإندماج العاطفي أو المعرفي في العمل.

- مكون نقص الكفاءة: ويشير إلى إنعدام الجدارة أو المقدرة على الإنجاز أو الإنتاجية.

أما تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) في 20 ماي 2019، والذي أدرج الإحترق النفسي في التصنيف الدولي للأمراض التابع لمنظمة الصحة العالمية (ICD-10; ICD 10)، فتتم الإشارة إليه في القسم المخصص لـ "المشاكل المرتبطة" بالتوظيف أو البطالة، ويحمل الآن الإسم الرمزي QD85، وهو: "متلازمة نتيجة الإجهاد المزمن في العمل الذي لم تتم إدارته بنجاح، والتي تتميز بثلاثة عناصر: الشعور بالإرهاق، السخرية أو المشاعر السلبية المتعلقة بالعمل، وانخفاض الفعالية المهنية." (ICD-11).

نلاحظ أن جميع العناصر التي تناولها كلٌّ من H. J. Freudenberger و C. Maslach متضمنة هنا، وهو تقدم ملحوظ؛ إذ إستغرق الأمر ما يقارب عشرين عاماً حتى يتم الإعتراف بهذه المتلازمة عالمياً.

وفي تعريف معهد الوقاية والدعم من الإحترق النفسي (IPBO)، وهو عبارة عن جمعية من المهنيين الأوروبيين المدربين والنشطين في مجال الوقاية ودعم الأشخاص الذين يعانون من الإجهاد في العمل ويواجهون الإحترق النفسي، والتي أعدت تعريف الإحترق النفسي بناءً على الخبرة السريرية لأعضائها على مدى عشرين عاماً:

حيث يتطور الإحترق النفسي أو المهني بعد عدم التوافق لفترة طويلة بين المنظمة (شخص، فريق) والبيئة (مؤسسة، جمعية، شركة، عائلة، مجموعة إجتماعية، وما إلى ذلك). وتتطور المتلازمة على أربع مراحل، وهي متعددة العوامل، وينتج عنها حالة من عدم التوازن النفسي والعاطفي والفسولوجي، مما قد يؤدي إلى اضطراب مهني أو شخصي، ويكون له آثار ضارة على الصحة، في أربعة الأبعاد وهي:

أ. انخفاض في الطاقة (B) Baisse d'énergie: إنه تعب ثاقب لا يستطيع النوم أن يملأه.

ب. البلى العاطفي (U) Usure émotionnelle: هو عدم التوازن العاطفي (جفاف أو فيضان العواطف).

ت. الرابط مكسور (R) Rupture du lien: إنه تباعد بين الذات والآخر يمكن أن يؤدي إلى شكل من أشكال التجريد من الإنسانية (السخرية، والإنقسام، والعدوانية، والفرار، والإنسحاب، والتجنب، وما إلى ذلك).

ج. الشعور بالعدمية (N) Sentiment de Nullité: ينشأ هذا الشعور من إنخفاض الأداء الذي يؤدي إلى، أو يترتب على الشعور بالذنب و/أو فقدان إحترام الذات.

وبالنسبة لهذا الارتباط، فإن الإرهاق ليس ضغطاً كلاسيكياً ولا يؤدي بالضرورة إلى الإكتئاب في الإستجابة للضغط النفسي المزمن، بل إنه يمثل حالة عدم التكيف (Delbrouck, 2021, p. 192).

تعقيب على التعاريف:

يرى الباحث أن مفهوم الإحترق النفسي عرف العديد من المراحل، بالرغم من الاختلاف البارز بين الباحثين لهذه الظاهرة من حيث الشكل؛ حيث يتفق مع بوقزولة (2024) في هذا الشأن، إذ هناك من يعتبرها ظاهرة وهناك من يعتبرها متلازمة، ويرجح ذلك لصعوبة الفصل بينها وبين بعض الإضطرابات من جهة، وتعدد أسبابها وتداخل الأعراض فيما بينها من جهة أخرى.

كما نرى العديد من التعاريف لعالم واحد خلال مراحل متفاوتة نتيجة الدراسات المتواصلة على هذه الظاهرة، خاصة المتابعات السريرية، كما يرى الباحث أن جل التعاريف، سواء ذات البعد الواحد أو أكثر من بعدين، تتوافق مع بعضها البعض وذات معنى واحد، وهو عدم قدرة العامل على التكيف سواء نفسياً أو إجتماعياً أو مهنيًا.

كما أن جل التعاريف كانت نتيجة أعمال وأبحاث سريرية متواصلة إستمرت لعدة عقود، حيث عرفت العديد من الأشكال ولكن ضمن نفس المعنى والسياق، خاصة من رواد الإحترق النفسي؛ حيث كللت هذه الأعمال بإنعقاد المؤتمر الأول للإحترق النفسي بفيلا دلفيا (1981)، والذي سمح بنشر ومشاركة العديد من الإسهامات العلمية وتطور المفاهيم ومعرفة العديد من مسببات الإحترق النفسي، والتي إنبثق عنها أهم تعريف الذي قسّم الإحترق النفسي إلى ثلاث أبعاد، على غرار التعريف الحديث الخاص بمعهد الوقاية والدعم من الإحترق النفسي، والذي قسّم الإحترق النفسي إلى أربعة أبعاد (إنخفاض في الطاقة B، البلى العاطفي U، الرابط مكسور R، الشعور بالعدمية N).

أما بالنسبة للتعاريف الحديث، كالذي صدر عن منظمة الصحة العالمية (2019)، فكان من أهم مخرجاته تصنيف الإحترق النفسي ضمن القائمة الدولية للأمراض النفسية اجتماعية لأول مرة.

كما يتفق الباحث مع تلاي(2017) أن جل هذه التعريفات تتفق في نقاط وتختلف في أخرى؛ فكل باحث تناول هذه التعاريفات من زاوية معينة، فمنهم من عرّفه حسب الأسباب والمصادر سواء فردية كانت أو إجتماعية أو تنظيمية، ومنهم من تناولها من حيث الأعراض وغيرها، في حين يختلف معها في بعض نقاط الإشتراك؛ حيث يرى:

✓ أن ظاهرة الإحترق النفسي ناتجة عن مختلف الضغوط المتواصلة، وليست محصور في ضغوط أماكن العمل فقط.

✓ أن ظاهرة الإحترق النفسي تحدث على المستوى الفردي بمستوى معين حسب طبيعة شخصيته والتزاماته المهنية، لكن قد تمتد بعدوى جماعية (تلاي، 2017، الصفحات 41-42).

على هذا الأساس يمكن تقديم تعريف للإحترق النفسي على أنه: حالة من الإستنزاف الجسدي، النفسي، الإجتماعي والمهني للعامل، مصحوبة بتبلد في المشاعر ونقص في الإنجاز، نتيجة المواقف الضاغطة المستمرة والمتعددة.

3. الإحترق النفسي والمصطلحات المتشابهة:

الإحترق النفسي قد يتداخل أو يشترك في أعراضه مع العديد من الإضطرابات والأمراض العضوية والنفسية والإجتماعية الأخرى، بالإضافة إلى بعض المصطلحات المتقاربة والمتشابهة، ومن هذا المنطلق سوف نحاول رفع اللبس على بعض المصطلحات ومحاولة توضيح الفروق بينهما، ومنها:

1.3. الضغط النفسي:

يعود الفضل للعديد من الإسهامات العلمية في هذا الشأن؛ حيث يُستخدم مصطلح (Stress) لوصف حالة الإضطراب الإنفعالي وعدم التوازن، وتشير الكلمة إلى العديد من المتغيرات الخارجية والداخلية التي تؤدي إلى تغيرات سلوكية، ومن بينها إسهامات الطبيب لازاروس Lazarus (1960)، والذي اعتبره "علاقة منبه وإستجابة، وتتطور الوضعية إنطلاقاً من العمليات الإدراكية إلى إستجابات سلوكية، في إطار علاقة ديناميكية بين متطلبات المحيط ومؤهلات وإستعدادات الفرد" (نابتي، 2021، صفحة 50).

وهانز سيلبي Hans Selye (1976) الذي يعتبره: "إستجابة فيزيولوجية ترتبط بعملية التكيف مع مختلف الظروف الداخلية والخارجية من خلال الإستجابات النوعية التي تُحدث حالة من السرور أو الحزن".

(Selye, 1976, p. 227)

وترى مدور (2020) أن كلاً من الإجهاد النفسي والإحترق النفسي يُعدّان حالة من الإجهاد والإنهاك النفسي والبدني، وتضيف أن وجه الاختلاف يكمن في أن الضغط النفسي مؤقت، وأن الإحترق النفسي هو نتيجة إستمرار الضغوط النفسية لمدة طويلة، أي أنه سبب في الإحترق النفسي (مدور، 2020، صفحة 74). وهنا يتفق معها كيرد (2021)، في حين يرى كلٌّ من طوبان وبحري (2024) أن الضغط النفسي ظرفي ومدته غير ثابتة، قد تطول وقد تقصر، بينما يحدث الإحترق النفسي تدريجياً مع مرور الوقت، ويضيفان على ذلك النقاط التالية:

- ✓ الضغط النفسي إدراكي، ويكون نتيجة إدراك الفرد لحالة عدم التوازن بين المهام وقدراته، بينما يكون الإحترق النفسي نتيجة لعدم تلبية الفرد لرغباته مقابل الجهد المبذول.
- ✓ الضغط النفسي حالة لا توازن عقلي وإنفعالي وجسمي، بينما يتطور الإحترق النفسي نتيجة لخيبات الأمل.
- ✓ يمكن أن يكون الضغط النفسي محفزاً، بمعنى (إيجابي وسلبي)، بينما الإحترق النفسي يعلب دوراً سلبياً دائماً.
- ✓ يمس الضغط النفسي جميع المهن، بينما يكون الإحترق النفسي غالباً في المهن الخدمية والإنسانية (طوبان و بحري، 2024، الصفحات 20-22).

من خلال ما تقدم يمكننا القول إن الإحترق النفسي هو حالة عدم التكيف والنتيجة التراكمية للضغوط النفسية طويلة المدى.

2.3. الإحترق الوظيفي:

يتفق رأي الباحث مع دراسة كيرد (2021) في دراسة الإحترق الوظيفي؛ حيث يعود الفرق بينهما إلى مجال إهتمام الباحث فقط، إذ يركز علماء السلوك التنظيمي، خاصة في مجال علم النفس العمل والتنظيم، على الخصائص الوظيفية التي تؤدي إلى الإحترق النفسي، وغالباً ما يشمل الجانب التنظيمي بيئة العمل والعلاقة بين القادة وغيرها من المتغيرات التنظيمية (بن مديع، 2009، صفحة 22).

3.3. ضغط العمل:

إن الإحترق النفسي هو مرحلة متقدمة من الضغوط السلبية؛ حيث يرى كلٌّ من (ديلي، بيهير، ونيومان وكوكس) أن الضغط عبارة عن إستجابة لمثيرات، وهو نتيجة للعلاقة بين الفرد ومحيطه مع التأكيد على الطبيعة الفردية. وبذلك تصبح لدينا مكونات الضغط الثلاث، وهي: مسببات الضغط، وخصائص الفرد، والتفاعل بين

كلّ من مجموعة الظروف المتعلقة بطبيعة العمل، والمواقف المهددة؛ وتتم الإستجابة لها على شكل تغيرات معرفية وإنفعالات فيزيولوجية تؤدي بالفرد إلى الإجهاد ثم الإحترق النفسي.

4.3. الإجهاد:

حسب فولكمان ولازاروس Folkman&Lazarus (1984) فهو: "علاقة خاصة بين الفرد والبيئة التي يقيمها الفرد على أنها شاقة ومرهقة، أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها وتعرض صحته للخطر".

(Lazarus & Folkman, 1984, p. 345)

كما يرى برودسكي Brodsky: "تقييم الأحداث وإدراكها على أنها مهددة وقد تسبب ألماً، وتشمل أيضاً الإستجابة النفسية أو الجسدية التي تلي هذا التهديد من تغيرات سلبية على العلاقات والإتجاهات في المجال المهني، نتيجة لمختلف المواقف الضاغطة في بيئة العمل وخارجها، المؤدية إلى الشعور بالعجز مع إستنفاد الطاقة الإنفعالية أو الجسمية أو السلوكية أو العقلية أو الروحية (تلالي، 2017، صفحة 44).

وحسب قدوري (2022) فالإجهاد: "شعور الفرد بالشدة والتوتر والضغط الناتج عن عبء العمل الكمي وحجم المهام والأدوار المسندة للفرد، سواء كانت داخل المنظمة أو في المجتمع، وتختلف شدته حسب إدراك الفرد للموقف المجهد الذي يصادفه، وتنوّع إلى أعراض سيكوسوماتية، وأعراض نفسية، وأعراض سلوكية وأخرى معرفية" (قدوري، 2022، صفحة 727).

وأما طوبان وبحري (2024) فإعتبراه: "إستجابة تكيفية إزاء وضعية ضاغطة مدركة، ولا يمكن إعتباره سلبياً دائماً؛ فالإجهاد محايد، وتُحدّد نتائجه من خلال تعامل الفرد مع المواقف الضاغطة وفق قدراته وآلياته الدفاعية والتكيفية؛ فقد يزيد الإجهاد من الفاعلية في الأداء كما قد يسبب الإحباط".

وتضيف بن زروال (2000) في نفس السياق أن الإحترق النفسي: "هو إستجابة لإجهاد مزمن يظهر جلياً من خلال الإرهاق الجسدي والنفسي والمعرفي للفرد، وشعوره بالعجز واليأس وإنخفاض تقدير الذات وفقدان الحماسة والدافعية في الحياة عموماً والعمل خصوصاً، وبالتالي فالإحترق النفسي هو إجهاد مهني غير معالج" (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 24).

وترى مدور (2020) أن الإجهاد النفسي يعتبر أحد مكونات الإحترق النفسي وأحد أعراضه العديدة، كما أشارت إلى العلاقة الدائرية واللامتناهية بين كل من (الضغط، الإجهاد والقلق) والإحترق من حيث الأسباب والنتائج (مدوري، 2020، صفحة 75).

من خلال ما تقدم، يمكن القول إن الإجهاد هو عملية إنتقالية، متكونة من سلسلة من ردود الأفعال الطبيعية والضرورية للحفاظ على التوازن النفسي، والتي تساعد الفرد على الإستجابة للمواقف الخارجية أو الداخلية لخلق التوافق والتوازن النفسي مع متطلبات الحياة، وقد يكون إيجابياً أو سلبياً، وهذا ما يتوافق مع الضغط النفسي. وهذا ما أكدته أيضاً هانز سيللي والذي صنف الإجهاد إلى نوعين: الأول يعبر عن المواقف السارة التي يستطيع الفرد التكيف معها، وهو مفيد، بينما الثاني يعبر عن المواقف والأحداث الخطيرة والغير سارة التي لا يستطيع الفرد التكيف معها، بينما يكون الإحترق النفسي دائماً سلبياً نتيجة عدم التوافق والتكيف.

وتتقارب في المفاهيم مع المصالحات التالية:

أ. الإجهاد المهني:

هو إستنزاف الجهد والإرهاك النفسي والشعور بالعجز، نتيجة التغيرات السلبية التي تطرأ على العلاقات العامة والإتجاهات بسبب الضغوطات في بيئة العمل أو خارجها.

ب. الإعياء النفسي:

حسب جنيدي(2018)، قدم "مركز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها" تعريف واضحاً سنة(1994) لمتلازمة التعب النفسي أو الإعياء النفسي، حيث حددها بظهور أربعة أعراض على الأقل من الأعراض الرئيسية التالية: اضطرابات الذاكرة، آلام على مستوى البلعوم، ظهور عقد آلام على مستوى العقد العنقية والعقد المساعدة، آلام عضلية، آلام على مستوى العظام، صداع، نوم غير مريح.

✓ كما يجب ألا تقل المدة عن ستة (06) أشهر بالنسبة للبالغين، وألا تقل عن مدة ثلاثة (03) أشهر بالنسبة للأطفال والمراهقين.

✓ لا يمكن تفسير التعب والإرهاق بسبب جسدي صريح (سمنة مفرطة) أو سبب نفسي كامن (إكتئاب حاد).

✓ يجب أن يكون معلوم البداية والنهاية.

✓ يجب ألا يكون نتيجة نشاط بدني، كما يجب ألا يتحسن عن طريق الراحة (جنيدي ، 2018، صفحة 187).

ويتفق الباحث مع طوبان وبحري (2024) في أوجه الاختلاف بين التعب النفسي والإحترق النفسي، حيث إن المعايير التشخيصية لكل من التعب النفسي والإحترق النفسي هي إصابة الفرد بالتعب المزمن لمدة لا تقل عن ستة (06) أشهر ولا يتحسن بحصوله على الراحة، غير أن المحترق نفسياً يتحسن وتزول أعراضه بمجرد مغادرة البيئة الضاغطة والمسببة له.

كما أن الإحترق النفسي يُعد إستجابة ثانوية يمكن التحكم بها، وذلك من خلال تغيير الوضعيات وتحسينها، مما يسمح بضخ طاقة جديدة، وهذا ما لا نجده في متلازمة الإعياء النفسي.

ومن جهة أخرى، فإن الإحترق النفسي حالة عدم التكيف نتيجة الضغوط المتراكمة لفترة طويلة، في حين الإعياء النفسي قد يكون ذو منشأ بيولوجي، أو نفسي، أو نتيجة خلل مناعي، أو حتى نتيجة صدمة نفسية (طوبان و بحري ، 2024، الصفحات 24-26).

إذن، فالإعياء النفسي هو حالة مرضية أو مرض عصابي ناتج عن الصراعات النفسية المختلفة، حيث يعاني الفرد من العديد من الأعراض، أهمها الشعور المستمر بالإعياء والتعب، بالإضافة إلى الشعور بالملل والضيق والأرق وعدم الرغبة في العمل بدون مبرر أو سبب، وهنا يكمن الاختلاف عن الإحترق النفسي، حيث يكون شعور الفرد بالتعب كمرحلة أخيرة في الإحترق النفسي، وهي الإستنزاف نتيجة العطاء الزائد في العمل.

ج. الإعياء(التعب) المهني:

إن التعب عبارة عن "حالة عامة تنشأ من عمل أو نشاط سابق حركيًا أو عقليًا"، حسب كل من طوبان وبحري(2024)، وتلاي(2017) فالتعب عبارة عن "حالة طبيعية تنشأ عند جميع الأفراد نتيجة ممارسة أنشطة حركية أو فكرية، ليزول التعب بعد أخذ قسط من الراحة، وقد يكون مزمنًا رغم حصول الفرد على الراحة ليكون بذلك عرضًا من أعراض الإحترق النفسي، أو مؤشرًا للإصابة به، كما قد يكون مؤشرًا على حالة مرضية غير سوية وهي التعب النفسي" (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 27)، (تلاي، 2017، صفحة 43).

ومن هنا يمكننا القول إن الاختلاف بين الإعياء (التعب) النفسي والإعياء(التعب) المهني هو مصدر الإعياء(التعب) فقط، حيث تكون مصادر الإعياء (التعب) المهني كل ما لهو علاقة بالعمل فقط، وبالتالي فإن الإعياء(التعب) المهني وجزء من الإعياء(الع) النفسي ككل.

5.3.القلق:

يعرفه هيرش Hirsh(2012) على أنه: "حالة نفسية وفيسيولوجية تتركب من تضايف عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية، لخلق شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الإرتياح والخوف أو التردد، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بسلوكيات تعكس حالة من التوتر" (Hirsh, Mar, & Peterson, 2012, p. 304).

ويعرفه ايزنك Eysenck(2007) على أنه: "حالة يكون الفرد فيها غير قادر على إصدار نمط سلوكي للإزالة أو تغيير الحدث أو الموضوع أو التفسير الذي يعد هدفًا راهنًا". (Eysenck & all, 2007).

وكما يعرفه مصطفى فهمي بأنه: "عملية إنفعالية لها جانب شعوري وجانب لا شعوري، أما الجانب الشعوري فيمثل الشعور بالخوف، العجز، التهديد، أما الجانب اللاشعوري يشمل العمليات المعقدة والمتداخلة، ويعمل الكثير منها دون وعي؛ فالإنسان يعاني المخاوف دون أن يدرك العوامل التي تدفعه إلى هذه الحالات".

ويرى طوبان وبحري (2024) أن هناك نوعان من القلق: الأول موضوعي، وهو الخوف من خطر خارجي معلوم، وهو إنفعال عادي يشعر به الفرد إزاء وضعية مزعجة، أما الثاني فهو قلق عصابي، أي الخوف من مصدر مجهول.

ويضيف أيضاً أن القلق الموضوعي عبارة عن حالة عادية إيجابية وضرورية للتأقلم مع مختلف المواقف الحياتية، فيكون بذلك محفزاً على عكس الإحترق النفسي، الذي يعتبر سلبياً ومعيقاً دائماً، كما أن المحترق نفسياً يعاني دوماً من حالة القلق، وبالتالي فإن القلق من الأعراض الشائعة للإحترق النفسي (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 26). ويضيف كل من مدور (2020)، تلاي (2017)، وبوفرة (2016) على ذلك: "أن القلق يكون مزامناً لمختلف المراحل العمرية، بينما الإحترق النفسي خاصة بمرحلة عمرية، ألا وهي مرحلة العمل، والتي تتسم بالضغط المهنية" (مدور، 2020، صفحة 74)، (تلاي، 2017، صفحة 43)، (بوفرة، 2016، صفحة 56).

فإستناداً إلى ما سبق، يعتبر العمل من العوامل الخارجية المسببة للقلق، حيث يتعرض العامل إلى مختلف الضغوط اليومية في العمل، التي تخلق الشعور بالقلق، فالقلق شعور فطري طبيعي يعيش به الإنسان منذ ولادته، على عكس الإحترق النفسي الذي يعبر عن حالة من القلق نتيجة للظروف الغير ملائمة للعمل.

6.3. الإحباط:

هو حالة نفسية تنشأ عند وجود عوامل تمنع الفرد من إشباع رغباته وتحقيقها. وفي هذا الشأن ترى تلاي (2017) أن الإحباط هو تأزم نفسي ناشئ عن وجود عائق في سبيل الفرد يمنعه من الحصول على رغباته وإشباع حاجاته، فيصيبه الفشل والخيبة، مما ينعكس على سلوكياته من (إستياء، تمرد، تلبذ، إكتئاب، انفصال إجتماعي)، في حين أن الإحترق النفسي ينتج عما يصاب الفرد عن إحباط الفرد وعدم قدرته على تحقيق أهدافه، مما يجعله يشعر بعدم الرضا وقلة الفاعلية (تلاي، 2017، صفحة 44).

7.3. الإكتئاب:

يعرفه حامد زهران على أنه: "حالة من الحزن الشديد والمستمر نتيجة للظروف الأليمة والمحنة".

حسب الدليل التشخيصي الأمريكي⁵، فهو عبارة عن مجموعة من الأعراض المركبة وتختلف من فرد إلى آخر، ونذكر منها: (إضطرابات المزاج، إضطرابات في النوم، إضطرابات في الشهية، إنخفاض الطاقة وتقدير الذات، مشاعر الإستياء، الخمول والكسل، توتر العلاقات الإجتماعية، الشعور بالذنب واللوم، الإدراك السلبي والتفكير الإنهزامي، الإحباط). إن إستمرار هذه الأعراض لأكثر من أسبوعين يعتبر إكتئاباً عصائياً.

ترى كل من طالب حنان وأسماء بوعود(2020) أنه مرض نفسي يتضمن الأفكار السوداوية، التردد الشديد، فقدان للطعام والشعور بالإثم، التقليل من قيمة الذات، عدم القدرة على إتخاذ القرار، والمبالغة في الأمور التافهة، بالإضافة إلى الأرق الشديد، الشعور بأوهام مرضية، والمعاناة من بعض الأمراض السوداوية الإنتحارية أحمد عكاشة في (الخالدي، 2005، صفحة 79).

وتضيف على ذلك طايي نعيمة(2013) أن هناك تداخلاً بين أعراض الإكتئاب والإحترق النفسي، وعلى سبيل المثال: (إضطراب المزاج، إضطراب النوم، إضطراب الشهية، إنخفاض الطاقة، تقدير الذات)، وهذا التدخل جعل فريدنبرجر (1964) يصف الفرد المحترق نفسياً بأنه يعاني حالة إكتئاب، ثم تدارك ذلك سنة (1980)، حيث وصف حالة الإحترق النفسي على أنه إكتئاب محدود في الميدان المهني فقط، كما أن المحترق لا تعتليه مشاعر الذنب، بالإضافة إلى شعوره بالغضب والسخط (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 27).

مما سبق يمكن القول إن الإكتئاب عبارة عن إضطراب غالباً ما يكون مجهول سببه، ويتميز بحالة من الحزن الشديد، وإلى جانب الأفكار السوداوية، تتضمن أحياناً أفكاراً إنتحارية، بينما يتشارك الإحترق النفسي في الكثير من الأعراض والإضطرابات، مع وجود بعض الفروقات، منها أن أسباب الإحترق النفسي معلومة، وأن حالة الحزن فيه ظرفية وتتميز بالضجر وعدم الإرتياح. وفي الأخير، يمكن القول إن الإحترق النفسي هو حالة من الإكتئاب الظرفي الموضوعي(المهني)، بمعنى أنه بمجرد الابتعاد عن مصادر الضغوط، تختفي الأعراض وتزول.

8.3. الإغتراب الوظيفي:

يرى كيرد(2021) أن الإغتراب الوظيفي هو: "شعور الفرد بعدم الإلتواء إلى المنظمة التي يعمل بها، وأنه لم يعد المكان المناسب للإستمرار فيه، وذلك لأسباب تتعلق بالمنظمة أكثر منها بالموظفين، ويدل على فقدان الإلتواء والولاء للمنظمة، إضافة إلى ضعف مقومات القيادة لدى القائد وعدم إلمامه بالمهارات العملية".

كما يرى أن الفرق بين الإغتراب الوظيفي والإحترق النفسي يكمن في أن الإغتراب الوظيفي أقل حدة وظرفي، فهو متعلق بتصحيح القيادة الإدارية وتراجع السياسة التنظيمية والتحفيزية للمنظمة (كيرد، 2021، صفحة 89). فمن خلال ما تقدم، يمكننا القول إن الإغتراب الوظيفي هو جزء من الإحترق النفسي.

10.3. التهرب النفسي:

هو محاولة إبتعاد ونكران الفرد للواقع المعاش، فيبتعد عن نفسه ومجرى الحياة الإجتماعية العادية، بالتهرب من المسؤولية وإلقاء الأعذار والتبريرات، كما يرفض التعاون مع الآخرين.

كما ترى خولة أحمد يحيى، نقلاً عن تلالي (2017)، أنه "إبتعاد الفرد عن نفسه وعن مجرى الحياة الإجتماعية العادية مع عدم الإلتزان وعدم الشعور بالمسؤولية ومحاولة الهروب من الواقع" (تلالي، 2017، صفحة 44).

وبالتالي يمكن القول إنه تهرب نفسي إجتماعي في الوقت نفسه، حيث يحاول الفرد الإنطواء على نفسه وفي نفس الوقت ينعزل إجتماعياً، وهو ما يندرج أيضاً ضمن الإحترق النفسي.

11.3. التطبيع الإجتماعي:

حسب تلالي (2017)، هو عبارة عن عملية تغيير الإتجاهات والمهارات اللازمة لأداء الأفراد أدوارهم الإجتماعية والمهنية المطلوبة، من خلال تغير أو تعديل سلوكهم والتأثير فيهم وتوجيههم للتفكير الإيجابي للتعاون فيما بينهم ومع الآخرين في المنظومة. كما قد يكون في الإتجاه السلبي، وهو ما يولد ويزيد من مستوى الإحترق النفسي (تلالي، 2017، صفحة 45).

ثانياً: أسباب وأعراض الإحترق

1. أسباب الإحترق النفسي:

توصلت معظم البحوث العلمية أن الإحترق النفسي نتيجة لتفاعل العامل والمريض أو مرافق المريض أو المشرف، أو بين العامل والبيئة التي يعمل بها. فمنهم من قسمها إلى إثنين، كمدور (2020)، ومنهم من قسمها إلى أكثر من ذلك، حيث يرى عسكري وآخرون (1986) أن أسباب حدوث الإحترق النفسي قسمت إلى ثلاث عوامل، وهي:

1.1. العوامل الخاصة بالجانب الفردي:

حسب عوض (2007) وآخرون، كما سبق ذكره من طرف مدور (2020)، فإن جل الدراسات أكدت أن الأفراد الأكثر إلتزاماً وإخلاصاً هم الأكثر عرضة للإحترق النفسي، حيث يكونون تحت ضغط داخلي وظروف خارجية تقلل من العطاء، وذلك بما يتوافق مع قدراتهم الذاتية على التكيف ومستوى الطموح لديهم. ومن بين هذه العوامل:

✓ نمط وسمات شخصية الفرد: تختلف وجهة نظر الأفراد للمهام الموكلة لهم حسب المؤهلات الأدائية التي يمتلكونها، فقد تكون مصدر حماس للبعض والعكس للبعض الآخر، وحتى لو كانت نفس المهمة.

✓ سمات شخصية الفرد.

✓ مفهوم الذات.

✓ الجنس.

✓ إختلاف القدرات الفردية.

✓ إختلافات في المستوى التعليمي (عوض بني احمد، 2007، صفحة 15).

في هذا الشأن، ترى طايبي نعيمة (2013) أن بعض العوامل الفردية مثل الإيثار والحب والتضحية قد تزيد من احتمالية الإصابة بالإحترق النفسي، حيث توصلت دراسة كل من ماسلاش Maslach (1982)، كارول ووايت Carroll & White (1982)، بينس وأريسن Pines & Aronson (1988)، كروس Grouse (1984)، كيوسك وكيرك Koeske & Kirk (1993)، براون وباردي Brown & Brady (1993)، لي واشفور Lee & Ashforth (1993) إلى النتائج التالية:

✓ يعتبر الإحترق النفسي حالة نفسو اجتماعية.

✓ يختلف الإحترق النفسي من فرد إلى آخر في شدته ومدته.

✓ احتمالية حدوث الإحترق النفسي والآثار السلبية الناجمة عنه قد تتكرر لنفس الفرد عدة مرات.

✓ احتمالية الإصابة بالإحترق النفسي لدى الشباب أكثر منه لدى كبار السن.

✓ يحدث الإحترق النفسي غالبًا عبر مراحل تدريجية.

✓ كلما زادت شدة الإحترق النفسي، كلما تدهورت الحالة الصحية والجسمية والعقلية للمحترق.

✓ تعتبر الإستقلالية في العمل والدعم الإجتماعي أهم وسائل الوقاية والتخفيف من الإحترق النفسي (طايبي، 2013، صفحة 50).

وفي السياق ذاته، ترى مدور (2020) أن العوامل المرتبطة بشخصية الفرد أو نفسيته لها دور مهم في ظهور عواقب الضغوط، وهي حسب نموذج لازاروس وفوكمان Lazarus & Folkman:

أ.الضغوط:

حسب دراسة تيراك وآخرون (2007)، أكدوا على وجود علاقة سلبية بين الإلتزام في العمل والإحترق النفسي نتيجة لكثرة الضغوط. كما أكد بورقلي Bourglait (2002) أن من بين هذه المسببات الخصائص الفردية، الإتجاه نحو العمل، والتوقعات نحو الذات.

ب. المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية:

✓ **الجنس:** اختلفت نتائج الدراسات حول عامل الجنس؛ فبعضها وجد أنه لا يؤدي إلى ظهور الإحترق النفسي مثل دراسة تروشو Truchot (2004)، بينما وجدت دراسات أخرى أن النساء أكثر عرضة للإحترق النفسي مثل دراسة كوير وآخرون Kooper&All (1998).

✓ **العمر:** حسب دراسة روجي وألبالو Roger& Abalo (1997) وفوراز Foraz (2000)، فإن الأفراد الأكثر سنًا هم الأقل عرضة للإحترق النفسي.

✓ **الحالة الاجتماعية:** وفق دراسات ماسلاش وجاكسون، بينك Bunk (1990) تروشو Truchot (2004)، فإن الأفراد المتزوجين أقل عرضة للإحترق النفسي من غيرهم، وذلك بفضل الدعم الاجتماعي الذي يتلقونه، والذي يكون متاحًا بسهولة حسب هانسون، جونز وكاربنتر Hanson، Jones&Carpenter (1984).

✓ **أنماط الشخصية:** هناك فروقات بين أنماط الشخصية؛ فدراسة نشوى دردير (2007) وجدت فروقًا دالة لصالح النمط "أ". كما أظهرت دراسة سامر أن الأفراد ذوي الشخصية الضعيفة والهشة، الذين يميلون إلى العزلة والإنغلاق، هم الأكثر عرضة إلى الإحترق النفسي.

كما يضيف ترمان أن هناك عوامل مرتبطة بالفرد تزيد من احتمال الإصابة بالإحترق النفسي، منها: الكفاءة الذاتية، مركز الضبط، الصلابة النفسية (مدور، 2020، صفحات 93-95).

2.1. العوامل الخاصة بالجانب الاجتماعي

إن الطابع الخدماتي الإنساني والاجتماعي للمؤسسات الإستشفائية، والذي يتميز بتقديم خدمات صحية متنوعة لمختلف شرائح المجتمع، ويعتمد عليها هؤلاء بالدرجة الأولى لأسباب إجتماعية أو مادية، قد يؤدي إلى زيادة الأفراد المتزدين عليها. وهذا قد ينتج عنه نوع من التراجع أو التديني في تقديم الخدمات الصحية نتيجة قلة الإمكانيات المتوفرة، وقد يساهم في زيادة العبء الوظيفي على العاملين، مما يشعرهم بالإحباط ويزيد من الضغوط عليهم، وهو ما قد يؤدي للإحترق النفسي.

أما القيم، باعتبارها ضرورة إجتماعية، فهي تُنظر إليها في علم النفس الإجتماعي على أنها إتجاهات شاملة تشمل كافة جوانب النشاط الإنساني، تحدد من خلالها المعايير والأهداف بالنسبة للفرد أو المؤسسة. كما تحدد نوع النشاط ونمط الخبرة والتجارب المادية المعاشة، التي تتحول مع مرور الوقت إلى دوافع ذاتية للسلوك والنشاط، وتتغلغل في نفوس الأفراد لتظهر في سلوكهم شعورياً أو لاشعورياً، مما يمكننا من تفسير الفروقات السلوكية بينهم. ولهذا نجد أن آراء الأفراد والعمال؛ فمنهم من يرضى بمستوى الخدمات المقدمة من عمال الصحة، ومنهم من هو محايداً، ومنهم من هو غير راضٍ بتاتاً (معمرية، صفحة 58).

3.1. العوامل الخاصة بالجانب الوظيفي:

يتميز قطاع الصحة من الناحية الهيكلية في الجزائر بتعدد المؤسسات الصحية، وهدفها العام الظاهري هو تقديم العلاج للمريض، إلا أنها تختلف ضمناً في مستوى الخدمات المقدمة. ومن هذا المنطلق تختلف أدوارها من مؤسسة إلى أخرى. على سبيل المثال: فإن دور قاعات العلاج ينحصر في تقديم علاج التمريض العام، ويضاف إليها تقديم الفحص الطبي في بعض المناطق، حسب طبيعتها الجغرافية. غالباً ما تكون منتشرة بكثرة لتصل حتى المناطق النائية، وتمتاز بصغر حجمها وقلة العاملين فيها. عادةً ما تعمل بنظام الثمانية ساعات، وتكون إدارياً تابعة للمؤسسات الجوية والبلدية في نفس الوقت. أما العيادات المتعددة الخدمات بالإضافة إلى المهام التي تؤديها قاعات العلاج، تشمل كل الأعمال الشبه طبية مثل تمريض، تحاليل طبية، أشعة، الأمومة والتلقيح والوقاية، وتقديم العلاجات الطبية والعامة والمتخصصة، والإستعجالات. تنتشر هذه المرافق إقليمياً في معظم الدوائر ذات الكثافة السكانية العالية، ويكون عدد العاملين بها مرتفعاً نسبياً. كما تعمل بمختلف الأنظمة: نظام ثمانية ساعات، نظام الاثني عشر ساعة، نظام الأربعة وعشرين ساعة، وتكون تابعة إدارياً إلى المؤسسات الجوية، بينما تختلف المؤسسات الإستشفائية عن المؤسسات الصحية الجوية من حيث الهيكل البنائي فقط، كما أن المؤسسات الإستشفائية الجامعية محصورة في بعض الولايات فقط.

يعمل الجانب التنظيمي على توفير بيئة العمل الملائمة للفرد للقيام بالمهام المسندة إليه، وذلك من خلال السياسة التي تتبناها كل مؤسسة وإحترام السلم الإداري، فتحدد مكانة الفرد داخل المؤسسة التي ينتمي إليها. فالعلاقات في العمل تلعب دوراً مهماً في خلق التوازن النفسي للفرد، سواء مع الرؤوسين أو بين العمال، كما أن نمط القيادة له تأثير مباشر على الأداء من خلال تحديد المهام وأدوار كل عامل ومدى تطبيق العدالة المهنية. على سبيل المثال، نظام المكافأة يحدد المهام وفقاً لدرجة الخطورة أو المسؤولية أو حسب الجهد المبذول فكرياً أو جسدياً.

وحسب دراسة روس وزاند، فإن المؤسسات تتأثر بالأزمات الاقتصادية، والتي بدورها تؤثر على السياسات المتبعة من خلال تقليل الأجور، وخفض الكفاءات، وتقليل عدد العمال خاصة القدامى، مما يؤدي إلى فقدان الأمان الوظيفي وتقلل الولاء المهني. كما أن ضعف القدرة الشرائية يخفض المستوى المعيشي للموظف، فيجعله يميل إلى ترك عمله لأنه لا يتوافق مع توقعاته، فيقل الرضى الوظيفي. إضافة إلى ذلك، فإن فقدان العامل للدعم الاجتماعي من زملائه، مثل ساعات العمل الإضافية الغير متوقعة أو الغير محدودة، يؤدي إلى شعوره بالعزلة ويفقد الأمان والاستقرار نتيجة غياب التواصل الإيجابي بين الأفراد في العمل.

وتعتبر أعباء العمل، من منظور المؤسسة، هي التكفل بأكبر عدد من المرضى بأقل تكلفة ممكنة، بينما بالنسبة للعامل، فهي الوقت والجهد الزائدين، وهو أهم مؤشر على عدم التوافق بين الفراد والوظيفة. ويظهر هذا على ثلاث أشكال: عمل يتطلب جهداً كبيراً، عمل يتطلب وقتاً طويلاً، وعمل يتطلب تركيزاً عميقاً. وتعد هذه الأعباء من مسببات الإحترق النفسي، حيث إن كثرة الواجبات وتعددتها، سواء كانت نفسية أو جسدية، قد لا تتناسب مع مؤهلات الفرد.

ويعتبر العمل من أهم العوامل المؤثرة في حياة الإنسان، فهو يلبي حاجاته الأساسية مثل المسكن والمأكل والزواج، كما يحقق حاجاته النفسية من تقدير الذات وإحترامها ونموها وإستقلاليتها. ولهذا، يعلب العمل دوراً أساسياً في التأثير إيجاباً أو سلباً على المهنة؛ فعدم قدرة الفرد على التحكم في بيئة عمله يؤدي إلى شعور بالقلق والإكتئاب والضغط النفسي (عوض بني احمد، 2007، صفحة 15).

وأكدت أعمال كل من كريستينا ماسلاش وليتر Maslach & Leiter (1997) أن الإحترق النفسي يرتباط إرتباطاً قوياً بمجموعة من المصادر، وأبرزها: البيئة المهنية، شخصية الفرد، البيئة الاجتماعية، الظروف الإقتصادية المحيطة. كما أكدا على عدة نقاط مهمة تشمل:

✓ العمل الزائد أو ما يُعرف بعبء العمل.

✓ غياب الرقابة.

✓ قلة المكافأة وعدم صرف المستحقات.

✓ إنعدام العدالة والإنصاف.

✓ غياب الشعور الجماعي.

✓ صراع القيم.

ويتفق معه ليتر Leitter في تحديد مجموعة من العوامل التنظيمية المؤدية إلى الإحترق النفسي، وهي: ضغط العمل، محدودية صلاحيات العمل، قلة التعزيز الإيجابي، إنعدام الإجتماعية، عدم الإنصاف والعدل، صراع القيم. كما أضاف جمعة يوسف (2007) العوامل التنظيمية التالية: عدم فاعلية أساليب إستجابة الضغوط المهنية، إقحام العمل ومشاكله في مختلف نواحي الحياة، البيروقراطية الزائدة، الأعمال الكتابية، وضعف التواصل، والمردود الضئيل. في نفس السياق، يرى علي عسكر (2000) أن العوامل المهنية المسببة للإحترق النفسي تتضمن:

✓ **صراع وتعارض الأدوار (Role Conflit):** حيث يرى أن صراع الأدوار يكون نتيجة لتعدد المطالب وعلى الفرد الإستجابة لمطلب واحد فقط.

✓ **غموض الدور (Role Ambiguity):** يكون نتيجة غموض المسؤوليات والأدوار الواجب القيام بها، مما يؤدي إلى إنخفاض مستوى الرضا الوظيفي والثقة بالنفس، وقد يدفع الفرد إلى يفكر في تغيير أو ترك الوظيفة.

✓ **طبيعة العمل (Nature of the job):** بإختلاف طبيعة المهنة تختلف الأدوار وبإختلاف المناصب تختلف المسؤوليات؛ فمن الطبيعي أن يكون الشخص المسؤول أكثر عرضة للضغوط مقارنة بمن هم أقل منه درجة أو مقارنة بالوظائف المكتنية.

✓ **زيادة الحمل والعبء الوظيفي (Overload):** إن العمل الزائد يؤدي بالضرورة إلى مشكلات جسدية وعقلية والتي من شأنها التأثير سلبًا على أداء الموظف.

✓ **الدوام والمناوبة (Work shift):** العمل في الدوام أو المناوبات يعتبر عمل غير تقليدي سواء اجتماعيًا أو بيولوجيًا، حيث العمل بالدوام يؤثر سلبًا على العلاقات الإجتماعية أما عمل المناوبات فيؤثر سلبًا على ساعات النوم البيولوجية، مما يجعل الفرد دائمًا في حالة شعور بتعب ونوم متقطع.

وفي هذا الصدد، يرى تلاي (2017) نقلاً عن سليمان الطيرري أن ميرسون وسيل Myrson&Sybl يعتبران العمل الليلي من أهم مثيرات الضغط النفسي، حيث يؤدي إختلال ساعات النوم إلى التأثير على السلوك من خلال سرعة الغضب، الشعور بالكآبة، الصداع، الفشل، وغيرها من المشاعر السلبية.

✓ **المسؤولية على الآخرين (Responsability for others):** بالإضافة إلى تحمل مسؤولية بعض الأجهزة الطبية والأدوات المكتنية، فإن تحمل مسؤولية صحة وسلامة المرضى تزيد من ضغط العمل وعبئه.

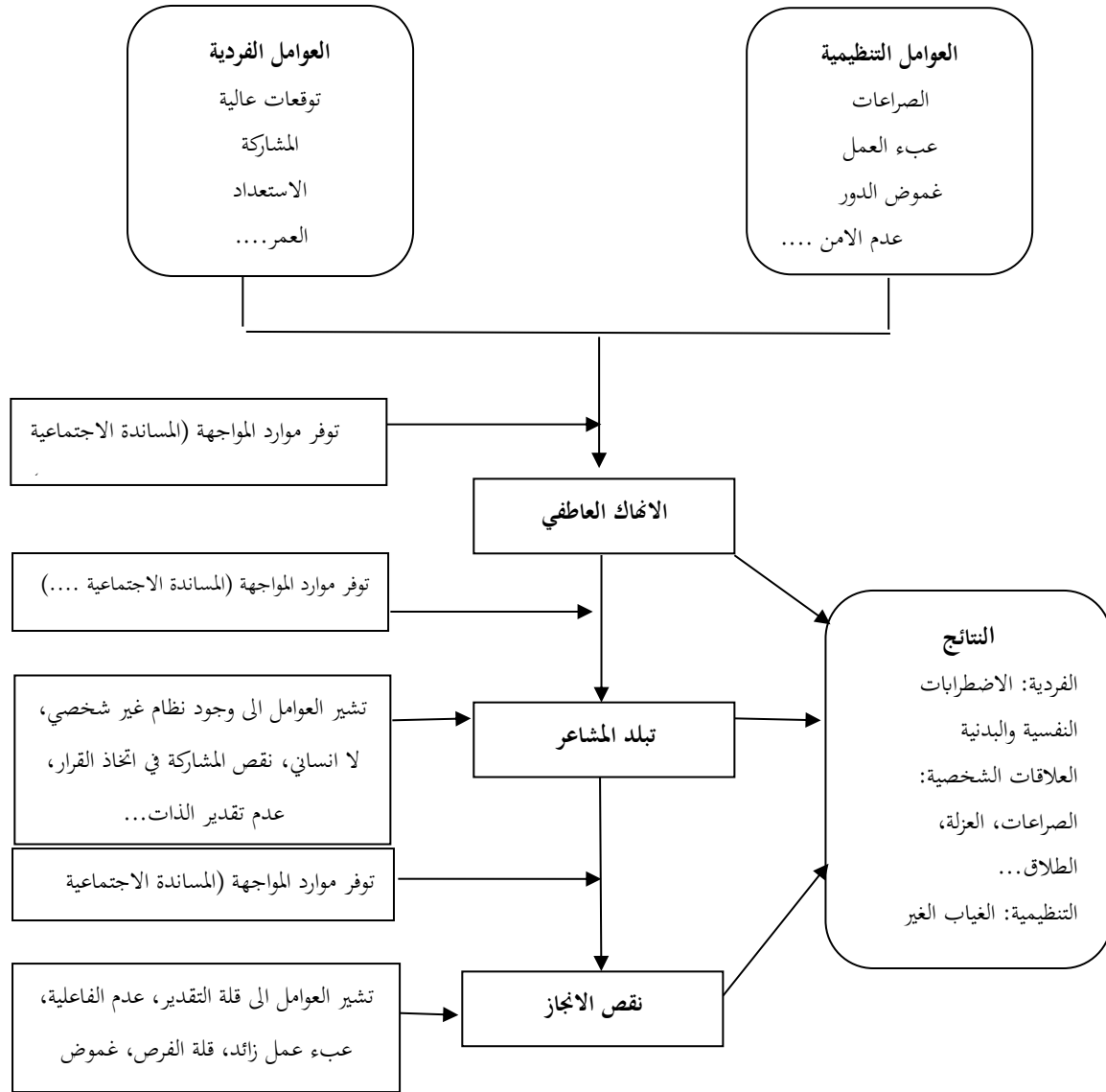
✓ **البيئة المادية (Physical environment):** أصبح الإهتمام بعلم الأرغونوميا أصبح ضرورة، وتشمل البيئة المادية والظروف الفيزيكية مثل الحرارة، الإضاءة، التهوية، الضوضاء، وتصميم مكان العمل (طايبي، 2013، الصفحات 48-49).

وحسب تلالي (2017)، فقد حصرتها شرنيس Cherniss (1989) في العناصر التالية:

- ✓ الهيكل التنظيمي.
- ✓ العلاقات في العمل (بين العمال، مع الرؤوسين).
- ✓ أعباء العمل (الزائد أو المنخفض) - Overload .
- ✓ ضغوط ومتطلبات الدور على الفرد.
- ✓ صراع الأدوار - Role Conflict.
- ✓ غموض الدور - Role Ambiguity.
- ✓ طبيعة المهنة (الدور) - Nature of Job.
- ✓ المناوبات الليلة - Work Shift.
- ✓ السلامة المهنية وظروف العمل - Physical Environement.
- ✓ الراتب (تلالي، 2017، الصفحات 58-60).

ومن خلال جملة ما تقدم من أسباب الإحترق النفسي، والتي تنقسم إلى مصادر فردية وتنظيمية وإجتماعية، ونظرًا لحالة عدم التكيف الناتجة عنها، فإنها تتطور في شكل أبعاد الإحترق النفسي الثلاث.

وفي هذا السياق، قدم تروشو Truchot (2004) نموذجًا يوضح تدخل هذه المصادر على الفرد وكيفية حدوث حالة الإحترق النفسي، كما هو مبين في الرسم البياني الموالي رقم (01):



الشكل رقم (01) يمثل نموذج تروشو Truchot لتفسير مختلفة أسباب الإحترق النفسي

المصدر: نقلاً عن (بومعالي، 2019)

2. أعراض الإحترق النفسي:

يمكن القول إن أعراض الإحترق النفسي تظهر في عدة أشكال، وهو ما أدى إلى وجود إختلاف وتنوع كبير في تقسيماتها في الأدب البحثي. ويرجح الباحث أن سبب هذا التنوع يعود إلى تداخل أبعاده الإحترق النفسي المختلفة، والتي تظهر على شكل أعراض متنوعة تشمل الجوانب الجسمية، النفسية، المعرفية، وحتى العلائقية. على هذا الأساس، نجد أن بعض الباحثين قد قسموا الأعراض إلى نوعين، على غرار طايبي نعيمة (2013): الأعراض الرئيسية والتي تمتاز بانخفاض شديد للنشاط المعتاد، وقد حصرتها في حوالي 50 عرضاً لمدة تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وأعراض غير نوعية ليست بالضرورة خاصة بالإحترق النفسي، مثل التعب عند بذل جهد،

ضعف العضلات، آلام المفاصل، إتهاب البلعوم، الحرارة والبرودة، اضطراب النوم، الأرق وغيرها (طايب، 2013، صفحة 36).

وفي السياق ذاته، أشارت اليونيسف (1995) إلى نوعين من الأعراض، وهي:

أعراض التوتر المزمنة، وتشمل:

- ✓ صعوبة في الإسترخاء والنوم.
- ✓ الشعور الدائم بالتعب والإعياء.
- ✓ شكاوى جسدية دائمة ومتزايدة.
- ✓ تناقص الحماس وتراجع دافعية العمل.
- ✓ حالات الغضب، التهيج والإحباط.
- ✓ صعوبات في التركيز والذاكرة.
- ✓ عبء عمل هائل وعدم كفاية الوقت.
- ✓ حالة عدم الرضا على الإنجازات.
- ✓ شعور مستمر بعدم الكفاءة وإنعدام قيمة الذات.

أعراض التوتر الجماعي، وتشمل:

- ✓ الانضمام إلى مجموعة وتركها باستمرار.
- ✓ تزايد حالات الغياب.
- ✓ تزايد الحالات المرضية والإجازات.
- ✓ زيادة الخلافات والصراع مع الزملاء.
- ✓ زيادة الإنتقاد في العمل.
- ✓ اللامبالاة ولوم الآخرين.
- ✓ العدائية تجاه قادة مجموعات العمل (طوبان و بحري ، 2024 ، الصفحات 42-43).

ومنهم من قسم الأعراض إلى ثلاثة أنواع، مثل فيميان وستنارو (Fimian&Santaro 1983)، وهي:

إنفعالية، سلوكية وعضوية.

وقسمها كل من لازاروس Lazarus (1979)، بيك وجيراجول Bech&Garguil (1983)، وشولر Sholer (1998) إلى أربعة أنواع من الأعراض، وهي: الأعراض الفيزيولوجية والجسمية، الأعراض المعرفية الإدراكية، الأعراض النفسية والأعراض السلوكية.

وفي السياق نفسه، هناك من قسمها إلى خمسة مجموعات، على غرار كل من دونهام Daunham (1983)، كاھيل Kahil (1988)، بونك وشوفلي Schaufeli&Buunk (1992)، سوزان كارتير Susanne Carter (1994) عوض (2007)، اليزابيث Elisabeth (2008)، وهي: الأعراض الجسمية، الفكرية، العاطفية، الاجتماعية، وحتى الروحية.

وفي السياق ذاته، قسمها طوبان وبحري (2024)، إعتماذًا على كل من قليل (2021)، بوفرة (2017)، خلاصى (2013)، سماني (2012)، إلى ما يلي:

الأعراض الفيزيولوجية: تشمل مجموعة من التغيرات البيوكيميائية التي قد تعرض حياة الفرد إلى الخطر، ومن بينها: الإنهاك الجسدي، آلام الظهر، فقدان الحماس، قلة النشاط، التوتر العضلي، اضطرابات الأكل والنوم، اضطراب الجهاز الهضمي، ارتفاع ضغط الدم، تسارع ضربات القلب، وارتفاع نسبة الكوليسترول.

الأعراض السلوكية: يصبح الشخص إنديفاعيًا، وتظهر عليه الصرامة والشدة تجاه الآخرين، ورفض جميع أنواع التغيير ومقاومتها بشدة، بالإضافة إلى زيادة أو نقصان النشاط الغير مجدي.

الأعراض العقلية: تتمثل مظاهر، منها: الإنهاك الإنفعالي، الغضب، الإحباط، اليأس، اللامبالاة، الإكتئاب.

الأعراض الاجتماعية: يبدأ الفرد بتخصيص كل وقته للعمل على حساب أسرته ونفسه، ثم ينسحب إجتماعيًا، وصولًا إلى العزلة الاجتماعية.

الأعراض النفسية: الشعور بالتعاسة واليأس وتدني مفهوم الذات وتقديرها، إنخفاض الثقة بالنفس، الشعور بالحزن والإكتئاب، والإحباط، فقدان روح الداعبة، وإهمال الأولويات الشخصية (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 42).

وهناك من قسمها إلى تسع مجموعات، مثل تقسيم بوتير B.Potter (2005)، ويرجع هذا التعدد إلى تداخل متلازمة الإحترق النفسي وتعقدها مع العديد من الاضطرابات الأخرى من جهة، وإلى المرجعية النظرية للباحث من جهة أخرى، إلا أنها تجتمع كلها ضمن معنى واحد.

وقسم الباحث الأعراض التي تظهر على العمال الذين يعانون من الإحترق النفسي إلى أربعة تصنيفات:

أ. الأعراض الجسمية:

بالرغم من تعدد التسميات، فإن المعنى واحد، وهو الإجهاد أو الإستنزاف البدني الذي ينتج عنه تشنج العضلات وآلام بدنية، خاصة في الظهر، قد تتطور في بعض الأحيان لتصبح تقوسًا في الجسم، وكذلك سرعة التعب عند بذل أقل مجهود. وقد يكون ذلك نتيجة إضطرابات في الدورة الدموية، مما ينتج عنه إرتفاع ضغط الدم أو زيادة نبضات القلب، وغالبًا ما تكون مصحوبة بصدايح أو دوار يصاحبه شعور بصعوبة التنفس.

إضافة إلى ذلك، قد تظهر إضطرابات في الجهاز الهضمي تكون غالبًا على شكل تقرحات معدية يصاحبها فقدان للشهية، إلى جانب حالة من الأرق وأحلام مزعجة، وكذلك إرتفاع في درجة الحرارة ينتج عنه فقدان الوزن وضعف الجسم على المقاومة، مما يزيد من قابلية الإصابة بالعدوى. ويتضح أن هذه العرض متداخلة فيما بينها، وتمس مختلف أعضاء الجسم، وهي مترابطة فيما بينها، ويمكن حصرها في:

✓ إضطرابات الجهاز العصبي.

✓ إضطرابات الجهاز التنفسي.

✓ إضطرابات الجهاز الهضمي.

✓ إضطرابات الجهاز القلبي.

✓ إضطرابات مورفولوجيا.

ب. الأعراض الإجتماعية:

تتطور العزلة النفسية إلى عزلة إجتماعية تظهر في إضطراب تدريجي للعلاقات الإجتماعية، حيث يخصص العامل كل وقته للعمل على حساب نفسه وبيته وعائلته وأصدقائه. ومن مظاهر الإنسحاب الإجتماعي أيضًا الدعابة الساخرة، السخرية، التذمر، الفاعلية المنخفضة وتفرغ الضغط في البيت.

ت. الأعراض النفسية:

غالبًا ما يكون الإحترق النفسي مصحوبًا بمشاعر مؤلمة؛ فيظهر أولاً فقدان الحيوية والشعور باليأس، ثم تظهر اللامبالاة، وإذا إستمرت الحالة يظهر الملل والسخرية، بالإضافة إلى الإرتباك وفقدان التركيز.

إن نفاذ الصبر والعجز الذي يشعر به في مواجهة المهمة المطلوب إنجازها، والتهيج الناتج عنهما، يتم توجيههما نحو المحيط المباشر ثم نحو الأشخاص في العمل، الذين يُنظر إليهم "كأشياء" وليسوا أشخاصًا بعد الآن. ومن المفارقة أن الشعور بالقدرة المطلقة قد يغزو بعضهم قبل أن ينهار بناؤهم الشخصي والمهني بالكامل بسرعة وبشكل مكثف، مما يدل على وجود خلل كبير في التوازن النفسي للشخصية.

أما بالنسبة للآخرين، فإن ظهور التوتر الداخلي المتزايد والفراغ الداخلي سوف يسبق التعب الجسدي أو العاطفي أو العقلي.

بصفة عامة، عند الوصول إلى مراحل متقدمة من الإحترق النفسي، تكون الأنا ضعيفة، فتغزو الأعراض الجسدية منتظمة، تنعدم الثقة بالنفس، وتصبح فعالية العمل ضعيفة نتيجة زيادة الحساسية للنقد والخوف من الفشل. كما أن العلاقات الاجتماعية تتدهور، مما يؤدي إلى إنخفاض الروح المعنوية وزيادة التقدير السلبي للذات والآخرين. فيميل العامل إلى التغيير والهروب من الواقع، فيلجأ إلى التبرير والإنكار الغضب واللامبالاة، بالإضافة إلى الاتجاهات المتحجرة ومقاومة تغييرها. وقد تتفاقم حالات التوتر والقلق والحزن والإكتئاب لتصل، في بعض الحالات، إلى اضطرابات شديدة مثل جنون العظمة أو التفكير في الإنتحار، نتيجة صعوبات تحليل المعلومات وضعف التركيز والانتباه.

✓ سرعة الإنفعال وتقلب المزاج، والتي قد تتطور إلى نوبات الغضب.

✓ ضعف القدرات العقلية (النسيان، فقدان التركيز، ضعف الذاكرة، ضعف معالجة المعلومات وصعوبة إتخاذ القرارات).

✓ العزلة والإنطواء نتيجة ضعف الثقة بالنفس وبالآخرين.

وفي السياق ذاته، حسب **دوبريك وآخرون**، قُسمت الأعراض إلى ثلاثة أنواع، وهي:

✓ أعراض نفسية:

يمكن أن تتخذ هذه الاختلالات أشكالاً مختلفة مثل: الإنكار، الفشل، ونسيان الذات، وفقدان حس الفكاهة، واللامبالاة، وعدم الإهتمام، وتبدد الشخصية، وإنعدام الثقة، والتردد، وعدم الرضا، ونفاد الصبر، وإنخفاض إحترام الذات، والقلق العام، والشعور بالعجز، والشعور بالذنب الخ.

✓ الأعراض العاطفية:

تعد المظاهر العاطفية عديدة ومتنوعة، ويتم التعرف عليها بسهولة أكبر، وقد تظهر في شكل: التهيج، السخرية، الغضب، البكاء، نوبات عصبية، اليأس، العدوانية، زيادة الحساسية والعصبية، القلق، الإثارة، الحزن، الشعور بالذنب المفرط).

✓ الأعراض الفكرية:

قد لا ينتبه المدرب أو الزملاء أو رئيس العمل أو المريض إلى الحالة إلا من خلال الخلل الوظيفي في المجال الفكري، والذي قد يظهر في شكل: صعوبة التركيز، التشتت، الأخطاء المتكررة، فقدان الذاكرة أو النسيان. ومع تفاقم الوضع، قد تظهر صعوبات في إتخاذ المبادرات، الإرتباك، حالة عدم الرضا، الشعور بالعجز، الشعور بعدم الكفاءة المهنية، فقدان واضح لإحترام الذات، وظهور إتجاهات هروب سلبية أو معارضة سلبية أو حتى إيجابية. (Delbrouck, 2021).

ج. أعراض سلوكية خاصة بالعمل:

يؤدي تكوّن الإتجاه السلبي نحو العمل إلى اللامبالاة، فيبدأ العامل بعدم الإلتزام بأوقات العمل من خلال التأخر أو الخروج المبكر، ثم يتطور الأمر إلى تغيب غير مبرر. وقد يتحول الملل في العمل إلى رغبة في تركه نتيجة عدم وضوح الدور المنوط به. كما أن زيادة المسؤوليات أو تعدد المهام قد ينتج عنه فقدان الشعور بالسيطرة على مخرجات العمل أو الإنتاج، محصلة لنقص الإبداع.

✓ ضعف الدافعية وفقدان الحماس في العمل.

✓ الغيابات المتكررة والرغبة في تغيير العمل أو تركه.

✓ تراجع العلاقات العامة

وقد حاول الباحث تلخيص مختلف أعراض الإحتراق النفسي، فقسمها إلى أربعة أعراض رئيسية حسب ما تقتضي الدراسة الحالية من جهة، وحسب ما توفر من الأدب العلمي من جهة أخرى. حيث إعتد على التصنيف الغير شامل لكل من جيليلاند وجيمس Gililand & James (1997)، نقلاً عن كل من طوبان وبحري (2024) واللدان نقلاه بدورها عن وادي (2013)، بالإضافة إلى تقسيم جيليلاند وجيمس Gililand & James (1997) نقلاً عن طايبي نعيمة (2013).

ويمكن إرجاع وجه الاختلاف إلى محاولة الباحث تقسيم هذه الأعراض وفقاً للترتيب الزمني لظهورها، كما عوّض الباحث الأعراض الموقفية بالأعراض السلوكية، وهي ممثلة في الجدول رقم (01) الموالي.

الجدول رقم(01) يمثل مختلف أعراض الإحتراق النفسي (الجسدية، الاجتماعية، النفسية والسلوكية)

الأعراض الجسدية	الأعراض الاجتماعية	الأعراض النفسية	الأعراض السلوكية
-التعب المزمن	-الانسحاب من الأسرة	-فقدان الثقة والمعنى	- الخوف من العمل
-ضعف الجهاز المناعي	-الانسحاب من العمل	والغرض	-انخفاض فاعلية العمل
-الاصابات الجرثومية والزكام	-عدم الفصل بين الأسرة والعمل	-الاحساس بالدوني	-فقدان التحكم
-اضطرابات الجهاز الهضمي	-الانسحاب الاجتماعي	-التقلب في المزاج	-فقدان اللذة
-القرحة المعدية	-فقدان القدرة على الحديث مع الآخرين	-الشعور بالذنب والانزعاج	-فقدان الابداع
-سوء أو افراط في التغذية	-علاقات لا شخصية	-الشعور بالفراغ الضجر	-العجز عن حل أبسط المشاكل
-اضطرابات الجهاز الدموي	-الميل الى الانكار والانطواء	-العجز	-الشكوى والتذمر
-ارتفاع ضغط الدم	-عدم النضج في التفاعلات	-الدونية	-كثرة مراقبة الساعة
-اضطرابات الجهاز العصبي	-الريبة والشك تجاه الآخرين	-التشاؤم	-التغيب والتأخر عن العمل
-عدم التنسيق	-فقدان المصادقية	-النمطية	-زيادة القابلية
-الصداع		-اللاشخصية	لحوادث العمل
-زيادة التوتر		-عدم التعاطف مع الآخرين	-الرغبة في تغيير العمل وتركه
-الأرق، الكوابيس، الافراط في النوم		-الانتقاد المفرط	-ازدياد المداواة
-توتر عضلي		-الأفكار المربعة	-الافراط في تناول المخدرات والكحول
-الزيادة أو النقصان في الوزن		-الاكتئاب	-الانقطاع عن الانتماء الديني
-الافراط في تناول القهوة والتبغ		-جنون العظمة والقهرية	-محاولة الانتحار
-ادمان الكحول والمخدرات			
-أضرار ناجمة على السلوك الخطر			

المصدر: من اعداد الباحث

من خلال مجمل ما قدمناه حول الدراسات والأبحاث التي تناولت أعراض الإحتراق النفسي، والتي حاولنا حصرها في الجدول رقم (01) السابق إلى أربعة أصناف، فإنه حسب مدور(2020) لا يمكن حصرها، وهذا ما

أكدته دراسة كل من شوفلي وانزمان (Shaufeli & Enzmann, 1998)، حيث توصلت إلى وجود (132) عرضًا.

وكما سبق ذكره، فإن الإحترق النفسي يمر بمراحل متدرجة، ورغم التداخل بينها، فإن كل مرحلة تتميز بأعراض معينة. أما زيادة الأعراض فتُعد مؤشرًا على ارتفاع مستويات الإحترق النفسي وتطوره في الوقت نفسه.

3. مؤشرات الإحترق النفسي:

في هذا الشأن، أشارت بربارا براهم (Barbara Brahem, 1992) إلى وجود أربعة مؤشرات أولية تحذيرية للإحترق النفسي، تُعد أساسية وذات أهمية بالغة، إذ تشمل مختلف جوانب حياة الفرد، وهي:

- **العيش بقاعدة "يجب وينبغي":** حيث يصبح الفرد غير قادر على إرضاء نفسه نتيجة زيادة حساسيته للأفراد المحيطين به.
- **الإغتراب الإجتماعي:** من خلال تأجيل الأنشطة الإجتماعية السارة بالإدعاء لعدم وجود أوقات لهذه الأنشطة ولكن فيما بعد وفي حقيقة الأمر لن يكون هناك متسع وتصبح التأجيل والتسويق قاعدة في نمط حياته.
- **الإنشغال الدائم:** الإستعجال في أداء المهام بطريقة آلية ينجر عنه الحضور الجسدي والغياب الذهني للعامل مما يفقد الإتصال العاطفي الإجتماعي، حيث ينجز الأعمال بطريقة ميكانيكية وبسرعة دون متعة وإتقان.
- **فقدان الرؤية أو المنظور:** الإدمان على العمل ويفقد الفرد السيطرة على الحياة العملية والإجتماعية، يفقد معها روح المرح ويجد صعوبة في إتخاذ القرارات (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 29).

أما بالنسبة لديون (Dion, 1992) فقد قدم قائمة تضمن المؤشرات المبينة في الجدول التالي رقم (02):

جدول رقم (02) يوضح مؤشرات ديون (Dion, 1992) لتنادر الإحترق النفسي

المؤشرات	المستوى
عدم الرضا، سرعة الانفعال والتصلب	الشعور
أرق، قرحة، الأم الظهر، الصداع	الجسد
افراط ادمان التدخين، الادوية والكحول، مشاكل علائقية	الحياة الشخصية
انسحاب، العزلة، جنون العظمة والتنازل	العلاقات
غياب روح العمل، انخفاض المعنويات	العمل

المصدر: نقلا عن (غميش، 2017)

4. أبعاد الإحترق النفسي:

يعود الفضل إلى أعمال الباحثين كريستينا وجاكسون Jackson & Christina M (1981) في دراسة ظاهرة الإحترق النفسي، اللذان توصلا إلى تقديم أول تعريف قُيِّمَت من خلاله ظاهرة الإحترق النفسي إلى ثلاثة أبعاد أساسية. وقد إتفقت معهما دراسة كلٍّ من بيرمان وهرتمان Perlman & Hartman (1982). وهذه الأبعاد هي:

1.7. الإستنزاف أو الإنهاك الإنفعالي Emotional exhaustion:

توجد العديد من التسميات لهذا البعد. ونذكر منها: (النضوب الإنفعالي، الإجهاد الإنفعالي، الإنهاك العاطفي). ويُعدُّ بُعدًا مركزيًا في تحديد الإحترق النفسي، ومؤشرًا هامًا في هذه المرحلة بالنسبة للعديد من العلماء، نذكر منهم (1981) Jackson & Maslach & Al (2000)، (1998) Stanon & Iso Ahola، (2003) Pezet، Schutte. الذين اعتبروه حالة من التعب وشعور الفرد بإستنزافٍ تامٍّ للطاقة عاطفيًا وجسديًا. وهذا يختلف جوهريًا عن الإنهاك الجسدي حسب Pezet (2003). كما يعجز الفرد عن مواجهة متطلبات العمل نتيجة عدم كفاية الموارد. ويتفق معه كلٌّ من (1998) Stanon & Iso Ahola، حيث يضيفان أن هذه المرحلة تمتاز أيضًا بفقدان القدرة على التكيف مع شدة التوتر والإجهاد، والشعور بعدم القدرة على العطاء والإستجابة للآخرين؛ فلا يجد الفرد في هذه المرحلة وسيلةً للتخفيف من هذا الشعور إلا بوضع مسافة بينه وبين من يتعامل معهم. وترى ماسلاش في هذا الشأن أن هذه المسافة إنفعالية ومعرفية في الوقت نفسه (طايبي، 2013، صفحة 51). من خلال ما تم عرضه، يمكن القول إن بُعد الإنهاك الإنفعالي هو حالة من التعب الشديد الجسدي والإنفعالي، يشعر خلالها الفرد بإستنفاد طاقته، بحيث لا تعود موارده قادرة على تلبية متطلباته، مما يدفعه إلى أخذ مسافة بينه وبين زملائه للتخفيف من هذا الشعور.

2.7. تبلد المشاعر Depersonalization: ويُعرف أيضًا بالإنسانية Dehumanisation. وحسب

نصر يوسف مقابلة (1996)، وتاري وآخرون Taris & Al (1999)، Pezet (2003)، فهو تطور المواقف السلبية تجاه الآخرين وتكوين إتجاهات وإعتقادات سلبية، تتجلى في بعض المظاهر السلوكية مثل اللامبالاة، والبلادة، والبرودة، والسخرية، والإهمال، والقسوة وعدم الإحترام. مما ينمّي شعور الفرد بالإنسانية والشعور بالتدني في قيمته، بالإضافة إلى فقدان الثقة بالنفس. ففي هذه المرحلة يفقد الفرد الإهتمام بالغير، وعدم الإكتراث بهم، والإنسحاب منهم (طايبي، 2013، صفحة 52).

وعرّفه كلٌّ من ماسلاش وبيني Maslach&Pines (1977) بأنه: "إحساس بالسخرية من العملاء، والذي يظهر في صورة تحقير المعاملة".

وفي تعريف آخر لماسلاش وجاكسون Maslach&Jackson (1984) أنه: "معاملة الأفراد الآخرين كأشياء" (Bosley, 2004)، أي إستجابة قاسية عديمة الشعور وجفاف علائقي لمتلقي الخدمة، حيث يمثل هذا البعد الإتجاه السلبي نحو الذات والآخرين في الوقت نفسه، ويظهر من خلال البرودة في المعاملة واللامبالاة (طوبان و بحري ، 2024، الصفحات 30-31).

وعليه، فإن تبدل المشاعر هو معاملة الآخرين (متلقي الخدمة) كأشياء، أي ببرودة ولا مبالاة، نتيجة تكوين وتطور الإتجاهات والمعتقدات السلبية الناتجة عن فقدان الثقة بالذات.

3.7. انخفاض الإنجاز الشخصي أو نقص الإنجاز Lack of personal accomplishment : ونقلًا عن طايبي (2013)، حسب شهاب عبد الرحمان (2001)، وبزت Pezet (2003) اللذان إعتبراه نقص الفاعلية المهنية وإنعدام قدرة العامل على البذل النفسي، والشعور بعدم فاعلية الجهد المبذول نتيجة التقييم السلبي للذات والشعور بعدم الكفاءة، بالإضافة إلى تكوين صورة سلبية حول الذات كمهنيين. وتظهر أعراض هذه المرحلة من خلال الطريقة التي يُنجزون بها عملهم، فتكون نقيض ما يجب أن تكون عليه، كما يكون لديهم إحساس عام بتعكير الصفو، وبأنهم ليسوا في مستوى متطلبات وكفاءات مناصبهم، ويظنون أنهم أخطؤوا في توجيههم المهني (طايبي، 2013، صفحة 53).

وتضيف كلٌّ من علوطي وغماز (2017)، حسب ماسلاش Maslach، في هذا الشأن أنه: "إنخفاض شعور الفرد بكفاءته وإنجازه المثمر في عمله مع الناس" (علوطي و غماز، 2017، صفحة 75). كما تُعدّ مرحلة التقييم الذاتي للإحترق النفسي، وتُسمّى بمرحلة الشك، بحيث يُقيّم الفرد الأعمال المقدّمة تقييمًا سلبيًا، ويفقد ثقته بنفسه تدريجيًا مع زيادة تأنيب الضمير، مما يؤدي إلى تدنّي فعلي في النتائج، ليكتمل بعده الشعور بالفشل. وقد قدّم كلٌّ من كورد ودوارتي Cord&Dougherty (1993) تشبيهًا لهذه المرحلة، وإعتبرها "شعور الفرد كأنه سفينة تغرق وسط البحر، تتلاطم بها الأمواج في كل إتجاه" (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 31).

ومن خلال ما تقدم، فإن بُعد نقص الإنجاز هو شعور الفرد بإنخفاض كفاءته وإنجازه مع الآخرين، نتيجة التقييم السلبي للذات، وتأنيب الضمير، والشعور بالفشل.

ونلاحظ من خلال الأدبيات النظرية السابقة أن الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي تبرز العلاقة بين الفرد وعمله، وكيفية تطور فقدان الفرد لطاقته وموارده الإنفعالية. حيث إعتبر معظم الباحثين في هذا المجال أن بُعد الإنهاك

الإنفعالي هو الأكثر أهمية في تكوين ظاهرة الإحترق النفسي لدى الفرد، كما أنه البعد الرئيسي والمشارك لدى معظم الباحثين، على غرار كريستانسون Kristensen (2005)، جمعة يوسف، فهد السيف (2000)، الراشدان، تايلور (1986)، أريسون ويني (1983)، سوزان جاكسون (1981)، كريستينا ماسلاش (1980)، فريدنبرج واريكسون (1980). وفي هذا الشأن طُرح مفهوم تعريف البعد الواحد للإحترق النفسي كما سبق ذكره آنفاً. كما أن الإستمرار في مواجهة الضغوط والفشل في حلّها يؤدي إلى الإحساس بالإستنزاف الإنفعالي على المدى الطويل، ويصل بالفرد إلى المرحلة الثانية وهي تبدل المشاعر، خاصة عند فقدان الدعم الإجتماعي. وهذه البرودة في المشاعر هي الأخرى تعمل أيضاً على خلق مسافات بين الفرد وزملائه، وتؤدي تدريجياً إلى نقص الإنجاز ونقص الفاعلية. وقد أضافت طايبي نعيمة (2013) فيما يتعلق بتطور أبعاد الإحترق النفسي بالنسبة لفئة الممرضين، حسب ما توصلت إليه ماسلاش وليتر Maslach & Leiter (1998)، تحديد العلاقة بين الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي لدى العاملين في ميدان التمريض من خلال ثلاث مراحل وهي:

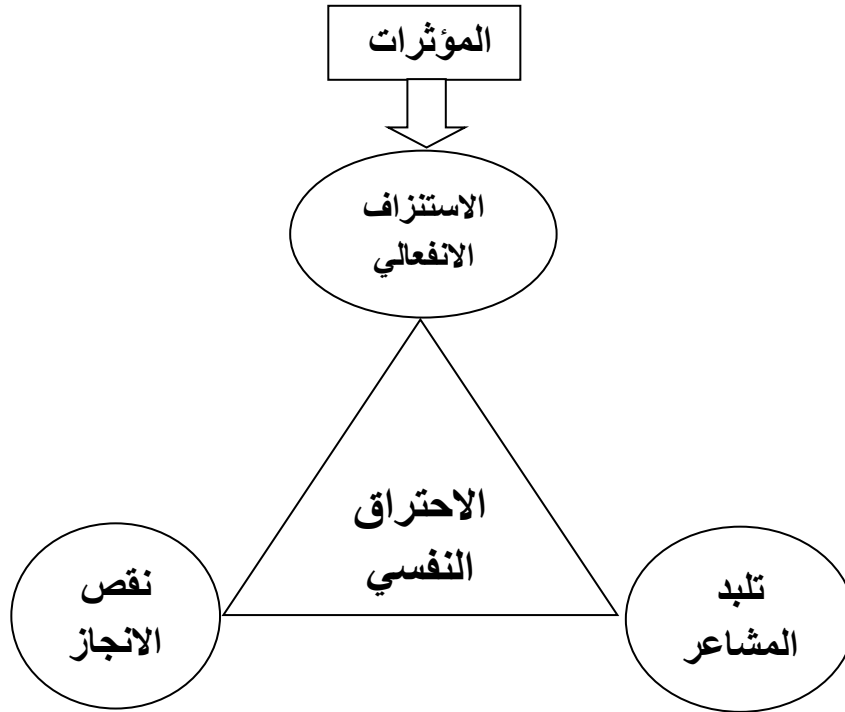
- ✓ تفاعل الضغوط يؤدي إلى ارتفاع الشعور بالإرهاك الإنفعالي لدى الممرضين.
- ✓ المستويات المرتفعة للإرهاك الإنفعالي تؤدي إلى تبدل مشاعر الممرضين، خاصة بعد فقد الدعم من طرف الزملاء.
- ✓ إستمرار حالة تبدل المشاعر المزمنة يؤدي بالممرضين إلى الشعور بنقص في الإنجاز المهني (طايبي، 2013، صفحة 53).

وحسب طوبان وبجري (2024)، فقد اختلف الباحثون حول ترتيب وتعاقب أبعاد الإحترق النفسي الثلاث، فمنهم من يرى أن الأبعاد تمثل علاقة إرتباطية، حيث تمر عبر فترات مترابطة ومتعاقبة؛ أي بمجرد ظهور البعد الأول يمكن التنبؤ بتطور أعراض البعد الثاني، وأعراض البعد الثاني تنبئ بأعراض البعد الثالث. ويعتبر هؤلاء أن المرحلة الأولى هي الإرهاك الإنفعالي، الذي يحدث نتيجة المتطلبات الكثيرة للعمل، ويؤدي بدوره إلى إستنزاف المصادر النفسية والعاطفية، مما تفقد العامل مع مرور الوقت الجانب الإنساني لديه، وهو البعد الثاني من مراحل الإحترق النفسي المعروف بتبدل المشاعر. وبعد فقدان الفرد لأهدافه وطموحاته، يؤدي ذلك إلى نقص في الإنجاز، ويُمثل هذا الإتجاه نموذجاً غير مرحلي، كما في نموذج ماسلاش.

وعلى النقيض، هناك أنصار النموذج المرحلي، الذين يعتبرون أن كل بعد يمكن تصنيفه إلى ثلاثة مستويات (منخفض، متوسط ومرتفع)، وأن الأبعاد الثلاث تتطور في نفس الوقت بشكل منفصل. وحسب عشوي (2013)، يحتمل الجمع بينها ظهور ثمانية (08) أنماط أو مراحل، حيث يُعتبر تبدل المشاعر المرحلة الأولى، يليه نقص الإنجاز،

ثم الإنهاك الإنفعالي. ومن أنصار هذا الإتجاه غولمبوفسكي ومونزرايدر فيرون (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 23).

ويمكن تعميم العلاقة بين أبعاد الإحتراق النفسي على مختلف المهن، كما هو مبين في الرسم رقم (02) الموالي:



الشكل رقم (02) يوضح العلاقة بين أبعاد الاحتراق النفسي

المصدر: من اعداد الباحث

ثالثًا: مراحل ومستويات الإحتراق

1. مراحل الإحتراق النفسي:

لقد أجمع العلماء أن الإحتراق النفسي يمرّ بعدة مراحل، كونه لا يحدث فجأة، وإنما هو سيرورة تطور تفاعل ضغوط العمل وخصائص الشخصية. غير أنهم اختلفوا في تحديد هذه المراحل؛ فقد إعتبرت الباحثة كريستينا ماسلاش أن الإحتراق النفسي يمر بثلاث مراحل فقط، ويتفق معها كل من كلومبيسكي ومونزينريدر Golembiewski&Munzenrider، كما يوجد بعض الإختلاف من حيث التسمية؛ إذ إعتبره افرلي

Everly (1985) مراحل متسلسلة ومتتابعة، وهي: (مرحلة الإنذار لرد الفعل، مرحلة المقاومة، مرحلة الإنهاك)، ويُكتفى بظهور عرضين فقط في مرحلة للحكم بأن الفرد يمر بإحد مراحل الإحترق النفسي.

كما أن أغلب الباحثين قسّموها إلى أكثر من ذلك، على غرار ادلوشي وكرونيز (1985)، برودسكي وايدليك (1982)، برونست وتاب (1997)، شوفولي وبيتز (2000)، إلى أربعة مراحل، وهي: (الحماس، الحمود، الإحباط، اللامبالاة أو البلادة). ومنهم من أطلق عليها: (الحماسة، الجمود، الإحباط، اليأس والفتور).

كما قسّمها اتييزر Etiezer (1981) إلى خمسة مراحل، وهي: (الإحباط، الغضب، العدوانية، النكوص، والإكتئاب). وفي السياق ذاته أطلق ماتسون انفاسيفتش Matteson&Ivancevich (1978) عليها تسمية: (الإستغراق، التبدل، الانفصال، الحرجة والإجتياح)، بينما عند فننجا وجيمس سيرادني جاءت على النحو الآتي: (شهر العسل، نفاذ الوقود، التوتر المزمن، الأزمات، الإنهيار).

في حين قسّمها شرنيس Cherniss (1980) إلى سبعة مراحل، حيث يرى أن الإحترق النفسي يمثل مشكلة نفسية وتجربة سلبية متدرجة تبدأ بالضغط النفسية لتتطور شيئاً فشيئاً عبر المراحل التالية:

أ. **المرحلة الأولى (التجند المفرط):** الإفراط في تحقيق الأهداف، نفي الحاجات الشخصية، قلة الإتصال الإجتماعي، والإرهاك والتعب الدائمين.

ب. **مرحلة التجند المنخفض:** فقدان الأحاسيس الإيجابية، والمشاعر السلبية تجاه العمل والزملاء، واللجوء إلى المهدئات والمؤثرات.

ت. **مرحلة ردّة الفعل:** تتسم بردود أفعال انفعالية عدائية، بالإضافة إلى إلقاء اللوم على الآخرين وعلى المؤسسة.

ث. **مرحلة الإنحطاط:** تنخفض القدرات المعرفية، وغالبًا ما تظهر صعوبة في التركيز وإنجاز المهام، بالإضافة إلى إضطرابات الذاكرة وفقدان الإبداع في العمل.

ج. **مرحلة البرودة الإنفعالية:** تتسم بإضطرابات في الحياة الإجتماعية على مختلف الأصعدة.

ح. **مرحلة ردود الفعل النفسو جسدية:** حيث تظهر خلال هذه المرحلة العديد من الإضطرابات النفسو جسدية التي تتطور مع مرور الزمن وتزداد حدّة.

خ. مرحلة فقدان المعنى: يفقد الفرد معنى العمل بسبب تزايد ردود الأفعال النفسو جسدية التي تنعكس على الحياة العامة، وفقدان المكان الإجتماعية، بالإضافة إلى الزيادة في الإدمان على مختلف المواد. ونتيجة للحالة الإكتئابية تزداد الأفكار السوداوية وحتى الإنتحارية(طايب، 2013، صفحة 39).

وحسب مزياني (2007)، فقد قسّمها كلٌّ من بورك Burke، شيرير Schearer، ديزكا Diezka (1984) إلى ثماني مراحل (مزياني، 2007، صفحة 60).

في السياق ذاته، ونقلًا عن طايب (2013) وطوبان وبحري (2024)، فقد قسّم كلٌّ من هاربرت فريدنبرجن Freudenberger Herbert (1986)، بعد توسيعها من مرحلتين مع زميله جيل نور Gail Nort وتم نشرها في كتابه "Womens burnout"، وإتفق معه جيرفي Gervais (1991)، قُسم الإحترق النفسي إلى إثنتي عشرة مرحلة (12) إستنادًا إلى مختلف الأعراض التي يعاني منها المحترق، وهي:

المرحلة الأولى: الإندفاع لإثبات الذات (La Compulsion de se révéler): تتسم بالتوقعات العالية والإلزامية قهرية للنجاح.

المرحلة الثانية: العمل بمجد أكبر (Intensité): قيام الفرد بالمهام والمسؤوليات بمفرده وعدم تفويضها للآخرين، حيث يعتقد أن الآخرين لا يهتمون بالتفاصيل مثله.

المرحلة الثالثة: إهمال الإحتياجات (Déprivation subtile): تتسم هذه المرحلة بإهمال الحاجات الشخصية وعدم الرغبة في تلبيتها.

المرحلة الرابعة: تجنب الصراعات (Le Rejet des conflits et des besoins): ظهور تغيّر في السلوك، كما يصبح واعيًا بصراعاته وإنفعالاته، مما ينعكس في حالة من القلق العام.

المرحلة الخامسة: مراجعة القيم (Déformation des valeurs): أهم ما يميز هذه المرحلة الإنعزال، وفقدان قيمة الوقت، بالإضافة إلى وجود صعوبة في إتخاذ القرارات تتجلى في عدم التمييز بين ما هو أساسي وغير أساسي. المرحلة السادسة: الإنكار (L'augmentation du déni): خلال هذه المرحلة يستعمل الفرد الإنكار كآلية دفاع في مختلف المواقف.

المرحلة السابعة: الانسحاب (Le Désengagement): تُعدّ بداية الانفصال عن المحيط الخارجي وتفضيل العزلة.

المرحلة الثامنة: تغيّر السلوك (Changement de comportement): بروز تغيّرات سلوكية تتجلى في إتجاهات سلبية نحو الذات والآخرين، يرافقها شعور بالدونية.

المرحلة التاسعة: تبدل المشاعر (**La Dépersonnalisation**): تتسم بتراجع شعور الفرد نحو ذاته والآخرين، والتعامل معهم كأشياء لا كبشر.

المرحلة العاشرة: الفراغ (**Le vide**): الشعور بالفراغ نتيجة الإحساس بعدم الفاعلية وعدم معرفة الذات، مما يترتب عليه في هذه المرحلة الإنقطاع عن العادات الغذائية وزيادة الإدمان على مختلف المواد.

المرحلة الحادية عشر: الاكتئاب (**La dépression**): يصل الفرد إلى مرحلة الاكتئاب نتيجة فقدان الدافعية والحماس، فيصبح غير مبالي، وقد تتناوبه أفكار سوداوية وإنتحارية.

المرحلة الثانية عشر: الإحترق الكلي (**L'épuisement total**): تُعد مرحلة حرجة وخطيرة بالنسبة للفرد المحترق، حيث تتسم بظهور مختلف الإضطرابات الجسدية (طايبي، 2013، الصفحات 42-44) و (طوبان و بحري، 2024، الصفحات 40-41).

وعلى العموم يمكن تقسيم مراحل الإحترق النفسي إلى:

أ. **مرحلة الإنذار:** هي المرحلة الأولى، وتمتد لعدة أشهر، يتعرض خلالها الفرد للعديد من الضغوط الشديدة التي تزيد حدتها مع مرور الوقت في ظل عدم القدرة على الإستجابة والتكيف. وتتميز بردود أفعال إنفعالية قصيرة المدى تتحول إلى إرهاق وإنهاك عاطفي.

ب. **مرحلة الإستغراق:** إن التصادم بين متطلبات العمل وزيادة الأعباء المترتبة عليه وتوقعات الأفراد يُعدّ عاملاً أساسياً في زيادة الضغط، فيبدأ مستوى الرضا في الانخفاض دون وعي الفرد بالحالة التي يمر بها. ومن بين أهم الأعراض الظاهرة: القلق الدائم، وارتفاع الضغط الدموي، وضعف التركيز النسيان، والأرق.

ت. **مرحلة التبدل:** يستمر انخفاض مستوى الرضا تدريجياً، مصحوباً بانخفاض في مستوى الأداء وتراجع الكفاءة. ومع شعور الفرد بالإعتلال الجسدي، تبدأ مظاهر الانسحاب الاجتماعي في الظهور.

ج. **مرحلة الانفصال:** تتطور مظاهر الانسحاب الاجتماعي، وتكون مصحوبة بالانسحاب النفسي للفرد نتيجة الإعتلال الجسدي وارتفاع مستوى الإجهاد. ومن أبرز الأعراض: الإرهاق، والتعب الجسدي، والاكتئاب .

ح. **المرحلة الحرجة:** تتفاقم فيها الأعراض النفسية والبدنية، مصحوبة باختلال في التفكير.

خ. مرحلة الانفجار (الإجتياح): يتطور الانسحاب الإجتماعي إلى انسحاب نهائي من المجتمع، بهجر الإصدقاء الإقارب، والتفكير في ترك العمل والإنتحار. كما يبلغ الإرهاق البدني، والإستنزاف الإنفعالي، ونقص الأداء مستويات الذروة.

من خلال ما سبق ذكره، يمكن القول إن ظاهرة الإحترق النفسي لا تحدث فجأة. بل تمر عبر مراحل أساسية هي: (مرحلة الإستنزاف الإنفعالي، مرحلة تبدل المشاعر، ومرحلة نقص الإنجاز). أما المراحل الأخرى فيمكن إعتبارها مراحل ثانوية ضمن المراحل الأساسية، قد تكون تحذيرية أو لها دلالات ومؤشرات على تطور المراحل الأساسية، أي قبل ظهور أو الإنتقال من مرحلة أساسية إلى أخرى.

2. مستويات الإحترق النفسي:

يُعدّ مقياس كريستينا ماسلاش للإحترق النفسي (MBI) الأكثر إستعمالاً، وقد حظي بإنتشار واسع في ربوع العالم، مما ساهم في نشر مفهوم الإحترق النفسي. وتباين مستوياته وتختلف من حالة إلى أخرى، كما أن المقياس لا يحدد إصابة الفرد بالإحترق النفسي بقدر ما يحدد مستوى الإحترق لديه. وقد حدد كلٌّ من سبانيول (1979) Spaniol وكابوتو (1979) Caputo، نقلاً عن تلامي (2017)، ثلاثة مستويات للإحترق النفسي، وهي:

- أ. الإحترق النفسي ضعيف: عبارة عن نوبات قصيرة، ومن مظاهرها التعب، القلق، الإحباط والتهيج.
- ب. الإحترق النفسي المتوسط (معتدل): هو إستمرار النوبات السابقة لمدة أطول، لا تقل على أسبوعين على الأقل، كما تصبح أكثر وضوحاً ويصعب علاجها وإزالة أعراضها من خلال الإسترخاء، والنوم، وممارسة الرياضة.
- ج. الإحترق النفسي الشديد: وهو أخطر مستوى، حيث تتطور النوبات النفسية السابقة لتصبح بعض الإضطرابات الجسدية والعصبية، فتظهر في شكل أمراض مزمنة كالقرحة المعدية، الصداع الشديد وآلام الظهر.... الخ (تلامي، 2017، صفحة 68)، وتضيف معلوم (2015) في السياق نفسه أنها مرحلة حرجة وخطيرة، ويتفق معه عشوي (2013) ويرى أنها تُلازم الفرد بحالات من الإحباط والقلق وحتى الإكتئاب، والتي تنعكس سلبيًا على المعاش اليومي. كما يتفق معهم كلٌّ من طوبال وبحري (2024) في هذا الشأن، ويضيفان أن إختلاف الأعراض ومؤشرات الإحترق النفسي يرتبط بدرجة الإصابة؛ فالحالة البسيطة عبارة عن نوبات قليلة من الضجر والقلق والتوتر والتهيج، بينما تعني زيادة هذه النوبات مستوى معتدلاً، وإذا لم يعد الفرد قادراً على التحكم فيها فإن ذلك يدل على المستوى المرتفع والخطير.

3. مقاييس الإحترق النفسي:

يوجد العديد من مقاييس الإحترق النفسي، ونذكر منها:

1.10. مقياس فريدنبرج (Freudenberher Herbert) (1980):

يتكون هذا المقياس من ثماني عشرة (18) عبارة، ويتم الإجابة عنها وفق خمسة بدائل تتراوح من "لا تنطبق" إلى "تنطبق تمامًا"، وتُمنح درجات من الصفر (0) إلى خمسة (05) تعبر عن مستوى الإحترق النفسي لدى الفرد، وتُقرأ النتائج كما يلي:

✓ من 0 إلى 25: حالة جيدة.

✓ من 26 إلى 35: بداية الإحساس بالضغط.

✓ من 36 إلى 50: مؤشرات الإصابة بالإحترق النفسي.

✓ من 51 إلى 65: محترق نفسيًا.

✓ أكثر من 65: إحترق نفسي شديد.

ومن بين الأمثلة على العبارات نذكر:

هل تتعب بسهولة؟

هل تعمل بجد ولكن إنجازك منخفض؟

هل تشعر بفترات من الحزن غير واضحة السبب؟

هل أصبحت أكثر عصبية؟ (Freudenberger, 1881) نقلًا عن كل من (طوبان و بحري ، 2024 ،
صفحة 65) و (كيرد، 2021 ، صفحة 97).

2.10. مقياس كريستينا ماسلاش (Maslach Kristina) (1981):

تم إعداد هذا المقياس من طرف الباحثة كريستينا ماسلاش وتلميذتها سوزان جاكسون تحت مسمى (MBI) (Maslach burnout inventory)، وقد حظيت القائمة بشهرة عالمية واسعة، ويُعدّ المقياس الأكثر استخدامًا. وحسب كيرد (2021)، أُستعمل في أكثر من 90 دراسة تجريبية في العالم (كيرد، 2021 ، صفحة 97)، وتم توظيفه في العديد من الدراسات، حيث يتميز عن غيره من المقاييس الأخرى بما يلي:

✓ أن القائمة صالحة لغرضي البحث العلمي وللتشخيص الاكلينيكي.

✓ تمتاز بخصائص سيكومترية جيدة، وصالحة للعديد من الثقافات.

- ✓ تساعد على التعرف على مستوى وشدة تكرار التعرض للإحترق النفسي.
- ✓ تقيس ثلاثة أبعاد رئيسية للإحترق النفسي.

وتتكون القائمة من إثنين وعشرون (22) بنداً مقسمة على ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي:

- ✓ تسعة بنود (09) تقيس بُعد الإنهاك الإنفعالي.
- ✓ خمسة بنود (05) تقيس بُعد تبلد المشاعر.
- ✓ ثمانية بنود (08) تقيس بُعد نقص الإنجاز الشخصي.

حيث يتم تصنيف البنود على مقياس تكرار سباعي يتراوح بين: صفر (0) أبداً، واحد (01) بضع مرات في السنة، خمسة (05) عدة مرات في الأسبوع، وستة (06) يوميًا، والذي سوف يتم عرضه لاحقاً بالتفصيل.

كما عرف هذا المقياس ثلاث نسخ، وهي:

النسخة الأولى: (MBI-HSS) أو (MBI Human services survey)، وهي أول نسخة سنة (1981)، وكانت مخصصة للمهن الخدماتية، وفي مقدمتها القطاع الصحي.

النسخة الثانية: (MBI-ES) أو (MBI Educatorssurvey)، تم تعديلها سنة (1986)، حيث كانت موجهة لمهن التعليم والقطاعات الثقافية.

النسخة الثالثة: (MBI-GS) أو (MBI-Genaralservey)، صدرت سنة (1996) لتشمل جميع القطاعات، كما تقيس علاقة الموظف بعمله، وتتكون من (19) فقرة.

كما عرف هذا المقياس العديد من الترجمات إلى مختلف اللغات، مثل: الفرنسية، والإسبانية، والبرتغالية. أما الترجمات إلى اللغة العربية، نذكر منها: نصراوي صباح (2016)، زيد البتال (2000)، فاروق عثمان (2000) ونصر يوسف مقابلة (1991) (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 65)، بالإضافة إلى نبار رقية (2018)، وملال خديجة (2010).

ويضيف الباحث في هذا الشأن صدور طبعة جديد لمقياس الإحترق النفسي خُصِّصت لمقياس الإحترق النفسي لدى الوالدين، وتسمى (MBP) أو (Maslach Burnout Parantelle). (Delbrouck، 2021)

وكما سبق ذكره، فإن هنالك العديد من المقاييس التي حاولت دراسة ظاهرة الإحترق النفسي، ونذكر منها:

أ. مقياس جونز (Staff Burout Scale of Jones) (1980).

ب. مقياس ماسلاش (Maslach burnout inventory) (1981).

ج. مقياس بينس وأرنسون (1981) .

ح. مقياس فورد، مورفي، ادوارد. (Job Burnout of Ford, Morohy&Edward) (1983) .

خ. مقياس ماير (Meier Burnout Assessment)

د. مقياس شيرنيس (Cherniss Burnout Scale) (1986) .

ذ. مقياس ماتيوس (Mathews Burnout Scale) (1986) .

ر. مقياس سيدمان وزاجر للتعليم (Teacher burnout scale of Seidman&Zager) (1987) .

ز. مقياس كوبنهاجن بادمارك (CMI)(Copenhaguen burnout inventory)

س. مقياس كافر، وشاير (Indice de cope de Caver&Scheier) (1997) (النجيب، 2019، صفحة 29).

ش. مقياس ليلي مدور (2020).

رابعاً: مصادر والنظريات المفسرة للإحترق النفسي

1. آثار الإحترق النفسي:

ليس بالضرورة أن تكون العوامل النفسو اجتماعية في العمل سلبية فقط؛ فقد تكون حافزاً إيجابياً ودافعاً للتنافس والإنجاز، من خلال التعاون وتضافر الجهود لحل المشكلات، كما قد تعزز الشعور بالرضا الوظيفي وتنمية العلاقات الإتصالية داخل المؤسسة. غير أن إستمرارها لفترات طويلة دون حلها يُحدث الإحترق النفسي؛ إذ إن التحولات المختلفة الناجمة عنه تؤثر على جسم الإنسان، مما ينعكس على مختلف أجهزته.

فيتأثر الجهاز العصبي بزيادة الإفرازات الغدية، والتي غالباً ما تكون مصحوبة بتأثيرات على الجهاز الهضمي، كما قد تمتد لتصيب الجهاز التنفسي، وتتطور لتشمل الجهاز الدموي القلبي، وقد تتحول مع مرور الوقت إلى أمراض خطيرة ومزمنة تؤثر في الصحة العامة للفرد. وينعكس ذلك في النهاية في صور متعددة قد تكون جسمية، نفسية، إجتماعية، سلوكية، ومعرفية.

وحسب تلالي (2017)، فقد صُنِّفت آثار الإحترق النفسي إلى نوعين: الأولى على المستوى الفردي، وتشمل الآثار الجسمية، والنفسية والسلوكية. والثانية على المستوى التنظيمي.

ويتوافق هذا مع تقسيم طوبان وبحري (2024)، بعد استعراض العديد من الدراسات، نذكر منها: وادي (2018)، جديات (2012)، بوحارة (2012)، الفريجات والربضي (2010)، وجلدة (2009)، حيث صُنِّف آثار الإحترق النفسي إلى أربعة أصناف، وهي: (الفيسيولوجية، النفسية، الإجتماعية والتنظيمية).

أ. الآثار الفيسيولوجية:

تنجم الآثار الفيسيولوجية عن إستمرار المخاطر النفسو اجتماعية الضاغطة، مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة، وتتجلى في مظاهر إضطرابات فيسيولوجية (سبق ذكرها في الأعراض الفيسيولوجية)، وقد تصل إلى إضرابات مزمنة تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للفرد. من ناحية أخرى، أوضحت بعض الدراسات أن زيادة عبء العمل وغموض الدور يؤديان إلى إرتفاع معدل ضربات القلب ونسبة الكولسترول، مما ينجّر عنه غيابات متكررة، والعجز عن إنجاز المهام، وضعف القدرة على العمل.

ب. الآثار النفسية: والتي قُسمت بدورها إلى ثلاثة أنواع، وهي:

✓ **الإستجابات العقلية المعرفية:** تتمثل في ضعف العمليات المعرفية، ومنها: (نقص التركيز، ضعف التذكر، تحويل الأحداث، ضعف حل المشكلات وإصدار الأحكام وإتخاذ القرارات).

✓ **الإستجابات الإنفعالية:** يشير كنجاهم Kingham إلى أن هذه الاستجابات الإنفعالية، والمتمثلة في (القلق، الغضب، الحزن، الوحدة والإكتئاب)، تتطور من حيث الحدة والشدة إذا إستمر الفرد في نفس الضاغطة.

✓ **الإستجابات السلوكية:** تظهر في تنامي السلوك العدواني، وترك العمل أو تغييره، وإرتفاع معدل الغياب، التعب بأقل مجهود.

ب. الآثار الإجتماعية:

من بين أهم الحاجات الأساسية اليومية للفرد الإتصال والتواصل، سواء في العمل أو داخل الأسرة، لما له من دور في تعزيز الشعور بالإنتماء. ومن بين الآثار الإجتماعية للإحترق النفسي ما يُعرف بالإغتراب النفسي، وهو الحضور الجسدي للفرد في مكان العمل فقط، مما يجعله يعمل دون حماسة ويفقد الرغبة في التعامل مع الآخرين، مع محاولة فكّ العلاقات والانسحاب والإنطواء، بالإضافة إلى تكوين إتجاهات سلبية نحو المحيطين به والمستفيدين من الخدمة. وكل ذلك يؤدي إلى فقدان القدرة على إنجاز الأعمال، خاصة في المهن الخدماتية.

ت. الآثار التنظيمية:

من أبرز الآثار التنظيمية: عدم الرضا الوظيفي، وتكوين إتجاهات سلبية مثل اللامبالاة والتشاؤم، مما يعكس تدني مستوى الأداء ويشل روح الابتكار، ويجعل المؤسسة في حالة جمود. (وادي، 2018)

ويضيف طوبان وبحري في هذا الشأن أن الأثر السلبي لا يتوقف عند نقص الإنجاز فقط، بل يتطور فشل المؤسسة وإكسابها سمعة سلبية، من خلال: (الشكوى من قبل الموظفين أو بينهم أو بين الإدارة، إنتشار العنف، فقدان الثقة، إنخفاض الروح المعنوية، زيادة حوادث العمل، التمرد، الغيابات، التأخيرات، وحتى التوقف عن مزاوله العمل).

في السياق ذاته، يريان أن الأثر الذي يخلفه الإحترق النفسي كبير، نتيجة تأثير العمليات الإدراكية والمعرفية، من نقص التركيز وإتخاذ القرارات، والفشل في حل المشكلات على الصعيد المعرفي والعقلي في حياة الفرد. كما يتأثر الجانب الإنفعالي بظهور القلق، والغضب، والحزن، والعدوانية وغيرها، مما يزيد من معدل الغياب وترك العمل أو تغييره. إضافة إلى ذلك، فإن تعرض الفرد لمختلف الأمراض السيكوسوماتية يزيد من معدل الغياب نتيجة العطل المرضية، مما يساعد في تدهور الحالة النفسية للعامل (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 233).

ويمكن تلخيص هذه الآثار في:

- ✓ الدخول المتأخر إلى العمل والخروج قبل نهاية الدوام.
- ✓ الغياب المتكرر عن العمل دون سبب، وكثرة العطل المرضية، والتفكير في تغييره أو تركه.
- ✓ إنعدام الثقة بين الموظفين، وإرتفاع معدل الشكاوى ونسبة العنف بينهم.
- ✓ إرتفاع نسبة حوادث العمل.
- ✓ عدم إحترام قوانين المؤسسة.
- ✓ إنخفاض الروح المعنوية.
- ✓ إنخفاض الروح المعنوية وقلة الرضا الوظيفي وضعف الشعور بالإنتماء.

تعقيب الباحث:

بالرغم من وجود تصنيفات عديدة لآثار الإحترق النفسي، سواء كانت (فيزيولوجية، نفسية، إجتماعية، مهنية)، فإنها تمتاز بالتداخل والترابط والتكامل. ومن هنا يكمن إعتبار الآثار النفسية إمتداداً من القلق البسيط ليصل إلى الإنتحار، مروراً بالحزن، والغضب، والعدوان، والإكتئاب والعديد من الإضطرابات النفسية المشابهة والمختلفة في شدتها، وهي آثار فردية بدرجة أولى.

أما الآثار الاجتماعية، فيمكن حصرها في العزلة بمختلف أنواعها، سواء كانت إنطوائاً (عزلة فردية)، أو عزلة إجتماعية أو مهنية. كما أن هذه الأخيرة تمر عبر مراحل متعددة يمكن ملاحظتها من خلال التغيرات السلوكية، ومنها: التأخر عن العمل، والخروج المكبر منه، وزيادة معدل الغياب، والعطل المرضية المزيفة، والعطل المرضية المتكررة

أو طويلة المدى. وتُعد هذه مظاهر إجتماعية تنظيمية، كما تحمل دلالات مثل: اللامسؤولية، واللامبالاة، وضعف الإلتزام، وهي مظاهر فردية تنظيمية وإجتماعية في آن واحد.

إضافة إلى الآثار الجسمية المتمثلة في مختلف الأمراض السيكوسوماتية (كإضطرابات القلب، وإضطرابات المعدة، وإضطرابات النفس)، توجد العديد من الآثار المهنية التنظيمية، ونذكر منها:

✓ **إنخفاض الأداء:** حالة نفسية يمر بها الفرد وتعدد أسبابها مثل: الإجهاد، وقلة التركيز، ونقص النوم، وقلة الدعم والتحفيز، وسوء التنظيم.

✓ **التأخر والتغيب:** يعرف مصطفى محمود أبو بكر التغيب بأنه اصطلاح يُطلق عند فشل الفرد في الحضور إلى العمل رغم إدراجه ضمن جدول العمل (أوبكر، 2006، صفحة 266)، ويراه كل من جورج فريدمان ونيلسون وجون وبيار دوبوا حالة عدم التكيف العامل مع المحيط، وتعبير عن الصراعات والضغوط وإستراتيجيات تُستعمل لتحدي الإدارة (بن طيب وبن طيب، 2022). وبالتالي فإن كلاً من التأخر أو التغيب يُعدّان مشكلةً كبيرة بالنسبة للمؤسسة والفرد على حدّ سواء.

✓ **التعب:** هو حالة تحدث عندما يكون لديك نقص في الطاقة أو القوة للقيام بالأنشطة اليومية بشكل طبيعي. يمكن أن يكون التعب نتيجةً لعدة عوامل، بما في ذلك نقص النوم، والإجهاد، والتوتر، ونمط حياة غير صحي.

✓ **الملل:** هو شعور شائع يمكن أن يصيب أي شخص في أي وقت، وله أسباب كثيرة ومتنوعة، منها (الفراغ، الإجهاد والضغوط النفسية، العزلة الإجتماعية، إنعدام الحماسة).

2. النماذج المفسرة للإحترق النفسي:

إن موضوع الإحترق النفسي عرف إهتماماً واسعاً في ميدان البحث العلمي ومختلف المجالات، سواء لمعرفة الأسباب أو الأعراض وحتى الآثار الناجمة عنه، كل حسب مرجعيته العلمية؛ فمنهم من فسّره على أسس فيزيولوجية، ومنهم من فسّره على أسس نفسية (ضغوط)، ومنهم من فسّره على أسس إجتماعية، ومنهم من فسّره على أسس نفسو إجتماعية. وهذا ما يجعل العديد من النماذج المفسّرة لهذه الظاهرة، والتي سوف نحاول إستعراضها وبيان كيفية تطور تفسيراتها عبر عرض مختلف النماذج، ونذكر منها:

أ. نموذج هانز سيلبي Selyes Hans (1965):

يُسمّى نموذج زملة التكيف النفسي لسيلبي (Selyes General Adaptation (GAS)، أو التناذر العام للتكيف، ويُعدّ أول من إستعمل مصطلح الضغط سنة (1926) آنذاك، وكان يحمل مفهومًا فيزيولوجيًا، وطوّره إلى العلوم النفسية، وأطلق عليه زملة التكيف، التي تمثل طريقة الإستجابات الجسمية والنفسية للمواقف الضاغطة سنة (1956)، ثم أعاد صياغتها سنة (1976)، ليطلق عليها زملة التوافق العام سنة (1980).

فالتعرض المتكرر للعوامل الضاغطة يكون بإستجابات نفسية وفيزيولوجية ذات تأثيرات سلبية على الحياة. قد تبدو هذه الإستجابات في الكثير من الأحيان ناجحة، لكنها تحمل في داخلها حشدًا كبيرًا للطاقة لمواجهة تلك المواقف، والتي تظهر في شكل أعراض فيزيولوجية ونفسية مختلفة، لتنتهي بالإحترق النفسي، والذي عبّر عنه في نموذجهِ بالإنْهَاق، كما أن هذه الإستجابة تمر عبر ثلاث مراحل أساسية، وهي:

- مرحلة الإنذار بالخطر Alarm Reaction:

ويُطلق عليها أيضًا مرحلة التنبيه أو الإنذار أو الصدمة. يتميّز خلالها الجسم لموقف الخطر أو الموقف الضاغط، والدعوة إلى الإستجابة الأولية له، تُترجم هذه الإستجابة فيزيولوجيًا من الحواس إلى مختلف الأجهزة العصبية، لتظهر على شكل ردود أفعال جسمية، كزيادة في دقات القلب، وسرعة التنفس، وتوتر النسيج العضلي. ويضيف عمرو صالح (2020) أنها تتميز بالقصر والسرعة.

- مرحلة المقاومة Resistance:

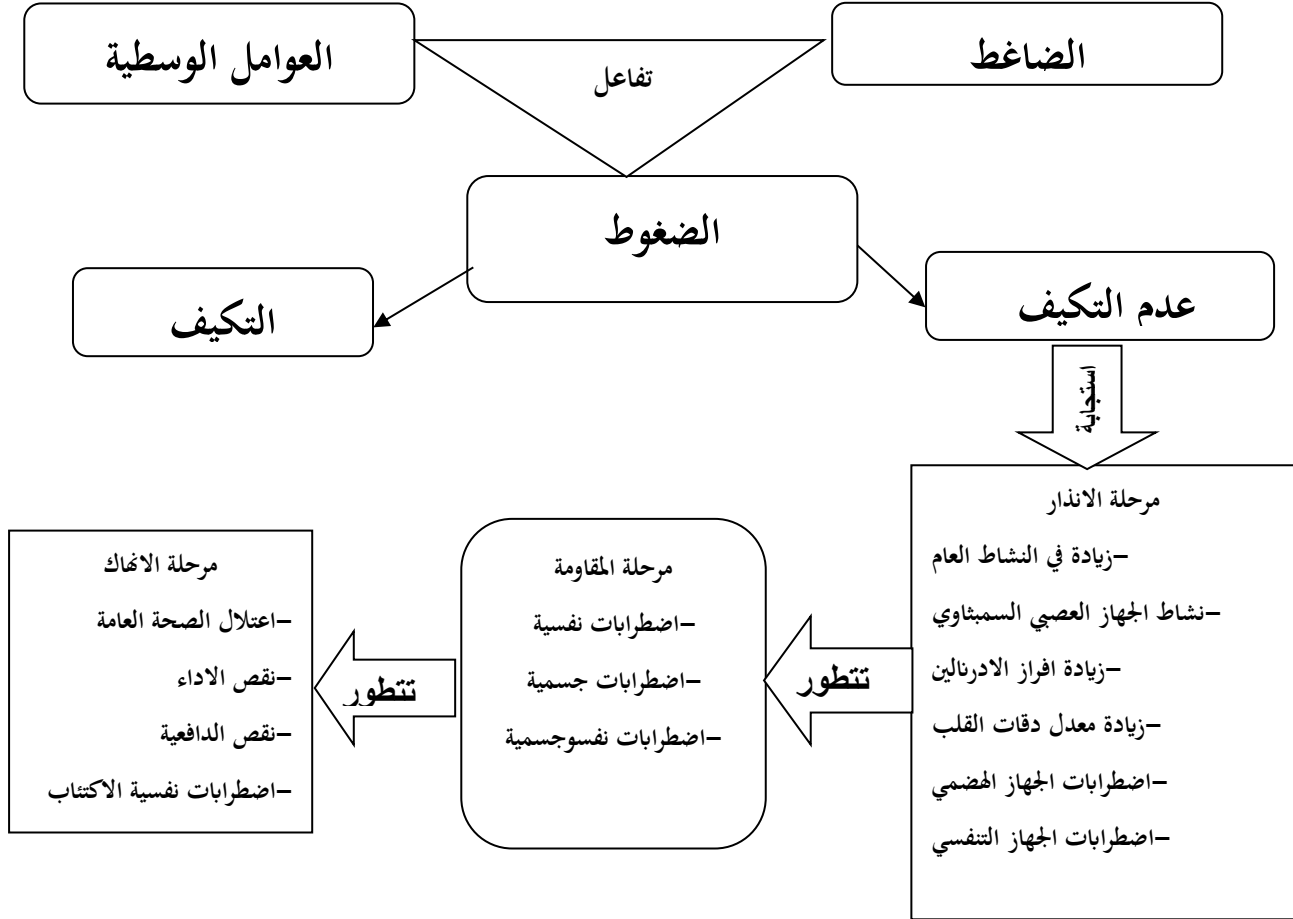
وتُسمّى أيضًا مرحلة التكيف، وهي إستجابة نفسية ثانوية يستعمل فيها الفرد ميكانيزمات الدفاع النفسية من أجل خلق الإستقرار النفسي ومحاولة التكيف مع المواقف الضاغطة، التي يؤدي إستمرارها إلى ظهور علامات الإستنزاف الإنفعالي والتعب والإرهاق. وتضيف حافري زهية (2022) أنها تتميز بزيادة المقاومة عن المعتاد خلال هذه المرحلة.

- مرحلة الإرهاق أو الإنْهَاق Exhaustion:

يري كلٌّ من بحري صابر (2015)، مغزي أميمة (2018)، وحافري زهية (2022) أنها تمثل إستجابة جسدية عند فشل النظام النفسي في مواجهة المواقف الضاغطة وإستمرارها لفترة طويلة، حيث تتطور إلى الإنْهَاق العاطفي والإنْهَاق البدني، مع احتمال ظهور بعض الإضطرابات النفسية (مغزي، 2018، صفحة 156). ويرى

بحري(2015) أن إستمرار الموقف الضاغط مؤشّرٌ على تكيف الفرد، بينما ترى حافري(2022) أن إستمرار الموقف الضاغط مؤشّرٌ توقف قدرة الفرد على التكيف.

وفي الأخير، سوف نحاول من خلال المخطط التوضيحي رقم (03) توضيح مراحل إستجابة الإحترق النفسي ومظاهره حسب نموذج هانز سيلبي Selyes Hans(1965).



الشكل رقم (03) يوضح مراحل استجابة الإحترق النفسي ومظاهره حسب نموذج هانز سيلبي Selyes Hans (1965)

المصدر: من اعداد الباحث نقلا عن طوبان وبحري(2024)، وطايبي(2013)

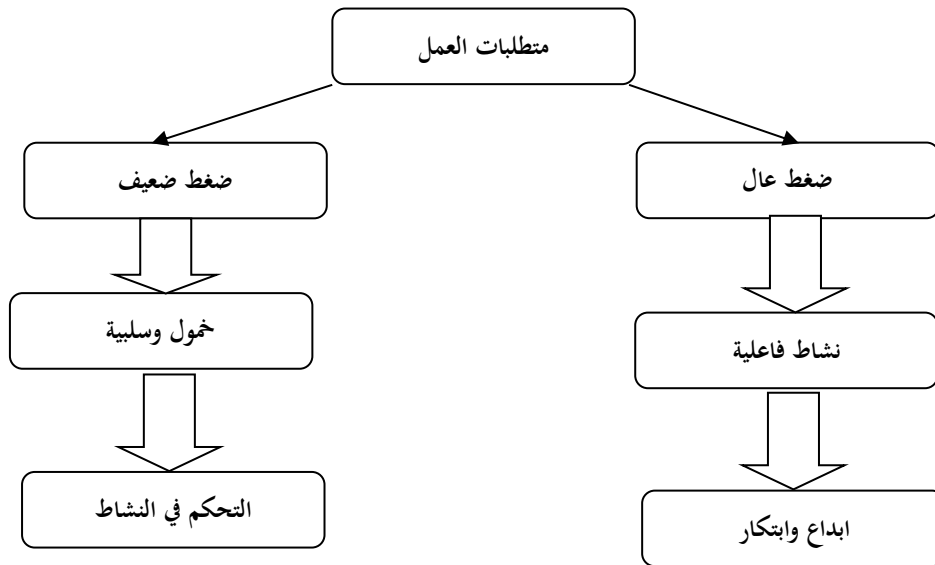
من خلال الشكل رقم (03) يتضح أن متلازمة الإحترق النفسي تنشأ عبر سيورة ثلاث مراحل أساسية، في حالة عدم تحقيق التوافق النفسي أو عدم التكيف مع المواقف الضاغطة وإستمرارها لفترات طويلة. حيث يمكن القول إن الوصول إلى مرحلة الإنهاك والإرهاق، التي تمثل مرحلةً جدّ متقدمة من الإعتلالات الصحية، يكون نتيجة فشل أنظمة الدفاع النفسي عن طريق إستجابات فيزيولوجية أولية تكون بمثابة مرحلة تحذيرية، ثم تليها إستجابة ثانوية تتمثل بإضطرابات، سواء نفسية أو جسمية أو حتى نفسوجسمية.

ب. نموذج روبر كارازاك Karasek (1979):

يُعدّ نموذج الحاجة السيكلوجية وحرية إتخاذ القرار، للسوسيولوجي الأمريكي روبر كارازاك Robert Karazar (1979) من أبسط النماذج التي حاولت تفسير ظاهرة الإحترق النفسي بالإعتماد على الإجهاد البدني أو طبيعة الجهد المبذول من طرف الفرد، وذلك بالكشف عن العلاقة بين ما يُعاش في العمل والخطر الذي قد ينجم عنه ويصيب العامل؛ أي كشف علاقة المجهودات المهنية الكمية والنوعية، والتي قسّمها إلى ثلاثة أنواع، وهي: (متطلبات العمل، حرية إتخاذ القرار، والدعم الاجتماعي)، وما يترتب عليها من ثقل وحمل إنفعالي نفسي على صحة العامل، الذي سرعان ما يتطور إلى أمراض فيزيولوجية أو نفسية أو نفسوفيزيولوجية، نتيجة عدم قدرته على إتخاذ القرارات وضعف الدعم من الرفقاء والمشرفين.

كما أكد كارازاك أنه كلما كانت متطلبات العمل كثيرة كان تحكم الفرد في أدائه عاليًا، وعمله ناجحًا، لكن قد تخبو روح الإبداع والابتكار، والعكس صحيح (خلاصي، 2019). وهذا ما تتفق معه الأعمال التي توصل إليها تروشي Truchot (2004).

وسوف نحاول إستعراضه كل ما تقدم من خلال الرسم البياني رقم (04) الموالي:



شكل رقم (04) يمثل نموذج روبر كارازاك Karasek (1979) للاحترق النفسي

المصدر: من اعداد الباحث نقلًا عن (بن عامر، 2017، صفحة 90)

ت. نموذج لازاروس وفولكمان 1984 Lazarus Folkman:

يُعدّ نموذج التعاملات التقييمية، والذي يُعرف أيضًا بنموذج "إضطراب أساليب المواجهة"، أحد أهم نظريات التقدير العقلي المعرفي المفسّرة الإحترق النفسي اعتمادًا على الضغوط النفسية. فهي "مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار والمبدولة من أجل تذيب بعض المتطلبات النوعية الداخلية أو الخارجية التي قُيّمت من قبل الشخص على أنها تستهلك أو تتعدى موارده" (العاطي ربي، 2018). وتمر بثلاث مراحل، وهي:

✓ **مرحلة الإنكار:** التي تهدف إلى منع ظهور الأحداث في الوعي.

✓ **مرحلة التمثيل:** التي يتم من خلالها ربط معلومات الفرد بالموقف الضاغط من أجل تقييمه.

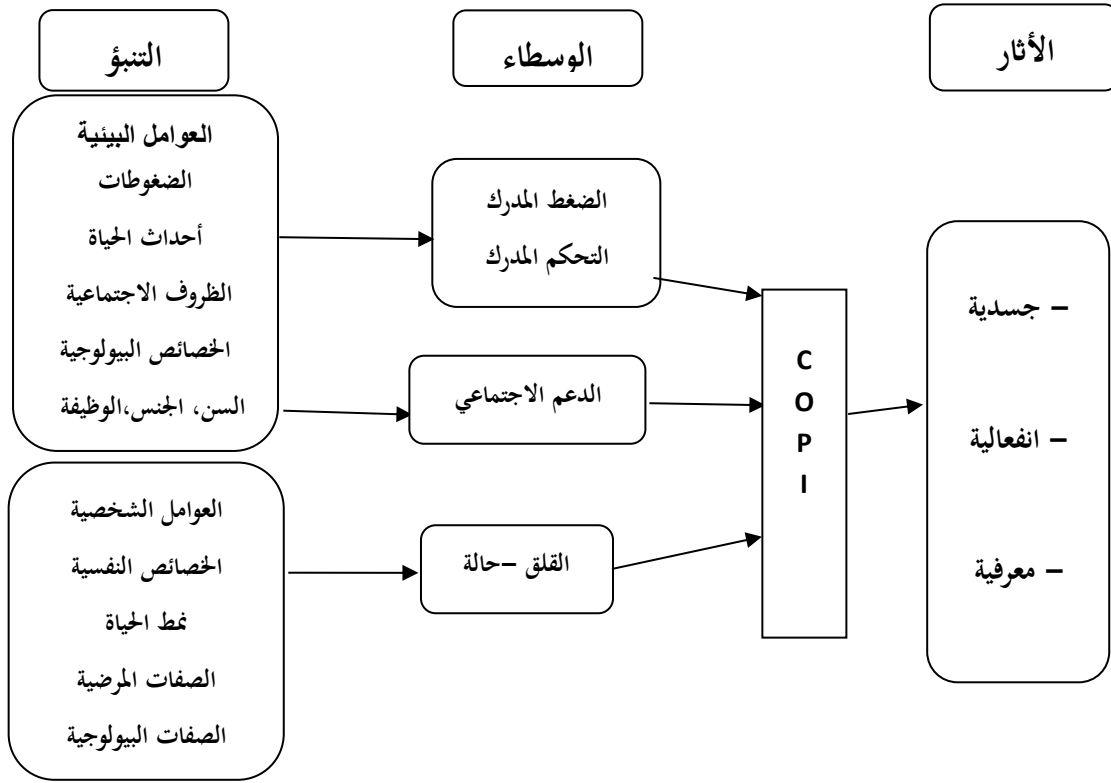
✓ **مرحلة التكامل:** التي يحاول من خلالها الفرد خلق التوازن (مغزي، 2018).

كما اعتبر الباحثان قاجة وغربي (2018) أن ظاهرة الإحترق النفسي ناتجة عن الفشل في إستعمال أحد أساليب المواجهة التي ينتهجها الفرد خلال مواجهته لمواقف ضاغطة (قاجة و غربي، 2018). كما إتفقت معهما الباحثة بن عامر (2017)، التي تعتبرها عملية ديناميكية تعتمد على المنحنى التفاعلي بينهما من خلال عملية التقييم المعرفي وكيفية التعامل.

إن عملية التقييم المعرفي تتأثر بالعوامل الفردية للشخص أو الموارد البشرية، مثل: (المعتقدات، التحمل، التفاؤلية، فعالية الذات)، والمتغيرات المتعلقة بالمحيط أو الموارد البيئية. وأشار الباحثان أن عملية التقييم المعرفي تعرف ثلاثة أنواع، وهي:

- **التقييم الأولي Preliminary Evaluation:** مرحلة تحديد الموقف أو المواقف الضاغطة من حيث النوع والشدة.
- **التقييم الثانوي Secondary Evaluation:** مرحلة إكتساب الفرد للمعلومات الجديدة حول ذاته وبيئته.
- **إعادة التقييم Revaluation Evaluation:** إكتساب الفرد معلومات جديدة حول نفسه وحول بيئة عمله (بن عامر، 2017، الصفحات 91-93) و (جبالي و مرازقة، صفحة 76).

من خلال ما سبق سوف نحاول شرح ظاهرة الإحترق النفسي من خلال الرسم رقم (05) التوضيحي التالي:



شكل (05) يمثل نموذج لازاروس وفولكمان 1984 Lazarus Folkman

المصدر: من اعداد الباحث نقلا عن بن عامر (2017)

ج. نموذج كاري شرنيس Carry Cherniss (1985): يُعدّ من النماذج الأولى المفسّرة للإحترق النفسي، والأكثر أهميةً وشمولية. وقد مست الدراسة أربعة مجالات خدمانية تعتمد على العلاقات الإنسانية والإلتزام العلائقي مع الآخرين، وهي: (مجال الصحة، مجال التمريض، مجال القانون، ومجال التدريس الثانوي). وقام شارنيس ومعاونه بدراسة ثمانية وعشرين مهنيًا مبتدئًا خلال السنتين الأوليين من العمل، كما إعتمدوا في تفسيرهم للإحترق النفسي على إستراتيجية التكيف (التأقلم)، حيث تفترض هذه الإستراتيجية وجود تغيرات ذاتية سلبية في الموقف أو الحل الفعال للمشكل، تكون نتيجة تفاعل مجموعة من الخصائص مع بعضها البعض، وهي خصائص العمل، المتغيرات الشخصية الممثلة في مصادر الضغط ومتغيرات الإتجاهات السلبية، بالإضافة إلى متغيرات إضافية.

كما أوضح شيرنيس أنه كما زادت صدمة الواقع وقلت المساندة الاجتماعية، زاد الإحترق النفسي. كما إفترض أن الأفراد الأكثر عرضة للإحترق النفسي هم الذين يعانون من أعراض سيكوسوماتية، والذين يعانون مشاكلات نفسية وزوجية وصراع الأدوار، ويستهلكون الأدوية والعقاقير، بالإضافة إلى قلة الرضا الوظيفي.

كما ركز على الخصائص المحيطة بالعمل المسببة للضغط والإجهادات السالبة لدى الأفراد، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الشخصية، على غرار بعض المتغيرات الديموغرافية ضعيفة الارتباط بالإحترق النفسي مثل السن والجنس وسنوات الخبرة، على عكس بعض المتغيرات كالحصول على المساعدة الاجتماعية (مدوي، 2015، صفحة 50).

وحسب شرنيس نقلاً طايبي (2013)، فقد قسّمها إلى أربعة مجموعات، وهي: (خصائص محيط العمل، المتغيرات الشخصية، مصادر الضغط ومتغيرات إضافية)، وسوف نحاولها عرضها بالتفصيل:

ج.1. خصائص محيط العمل: أولى لها شرنيس أهمية كبيرة، حيث تتفاعل خصائص محيط العمل مع العاملين الجدد الذين لديهم توجهات مستقبلية ومطالب عمل، وهم بحاجة إلى المساعدة، كما تُعدّ هذه الاحتياجات مصادر ضغط يتعرض لها العمال بدرجات ونسب متفاوتة، ولكلٍ منهم طرق وأساليب وإستراتيجيات ينتهجها، قد تكون في بعض الأحيان سلبية ومنحرفة.

كما خلص شرنيس وزملاؤه إلى وجود ثماني خصائص لمحيط العمل تُسهم في تشكل الإحترق النفسي، وهي:

✓ التوجه في العمل.

✓ عبء العمل.

✓ الروتين ونقص الإستشارة.

✓ الإتصال بالعملاء.

✓ الإستقلالية.

✓ أهداف المؤسسة.

✓ القيادة والإشراف.

✓ العزلة الاجتماعية.

ج.2. المتغيرات الشخصية:

وتضم ثلاثة عناصر، وهي: مصادر الضغط، متغيرات الإجهادات السالبة والمتغيرات الإضافية.

ج.1.2. مصادر الضغط:

وتكون نتيجة الصدمة بين واقع العمل الميداني اليومي والتوقعات، أي بين تحقيق الذات والمناخ التنظيمي، وهي خمسة وتُعدّ مقدمات للإحترق النفسي:

✓ عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة.

- ✓ المشاكل مع العملاء.
- ✓ البيروقراطية.
- ✓ نقص الإثارة والإنجاز.
- ✓ عدم مساندة الزملاء.

ج.2.2. متغيرات الاتجاهات السلبية:

حسب شرنيس، فإن الاتجاهات السالبة تكون نتيجة الضغوط التالية:

- ✓ عدم وضوح أهداف العمل.
- ✓ نقص المسؤولية الشخصية.
- ✓ التناقض بين المثالية والواقعية.
- ✓ الإغتراب النفسي.
- ✓ الإغتراب الوظيفي.
- ✓ نقص الإهتمام بالذات.

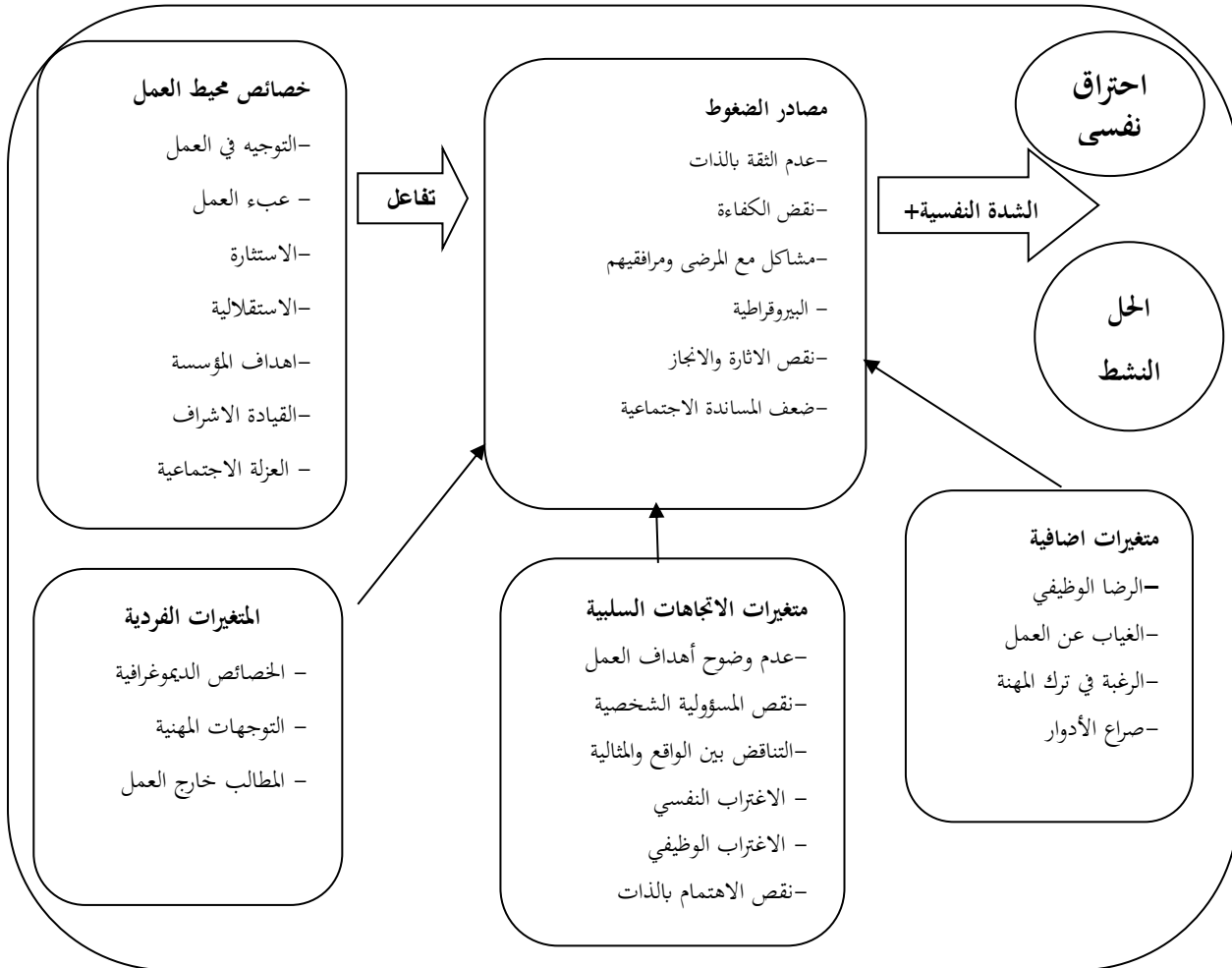
ج.2.3. متغيرات إضافية:

- ✓ الرضاء الوظيفي.
- ✓ الغياب عن العمل.
- ✓ الميل إلى ترك المهنة.
- ✓ الأعراض السيكوسوماتية.
- ✓ الرضاء الزوجي.
- ✓ صراع الدور.
- ✓ الصحة الجسمانية.

✓ إستخدام العقاقير (طايب، 2013، الصفحات 22-26).

من خلال ما تقدم، سوف نحاول عرض الشكل رقم (06) الذي يوضح نموذج كاري سرنيش (1985)

للإحترق النفسي.



شكل رقم (06) يمثل نموذج كاري تشرنيس Carry Cherniss (1985)

المصدر: من اعداد الباحث نقلاً عن كل من: طايبي (2013)، وبين عامر (2017)، مدور (2020)، طوبان وبحري (2024)

د. نموذج شواب وآخرون Schwab & al (1986):

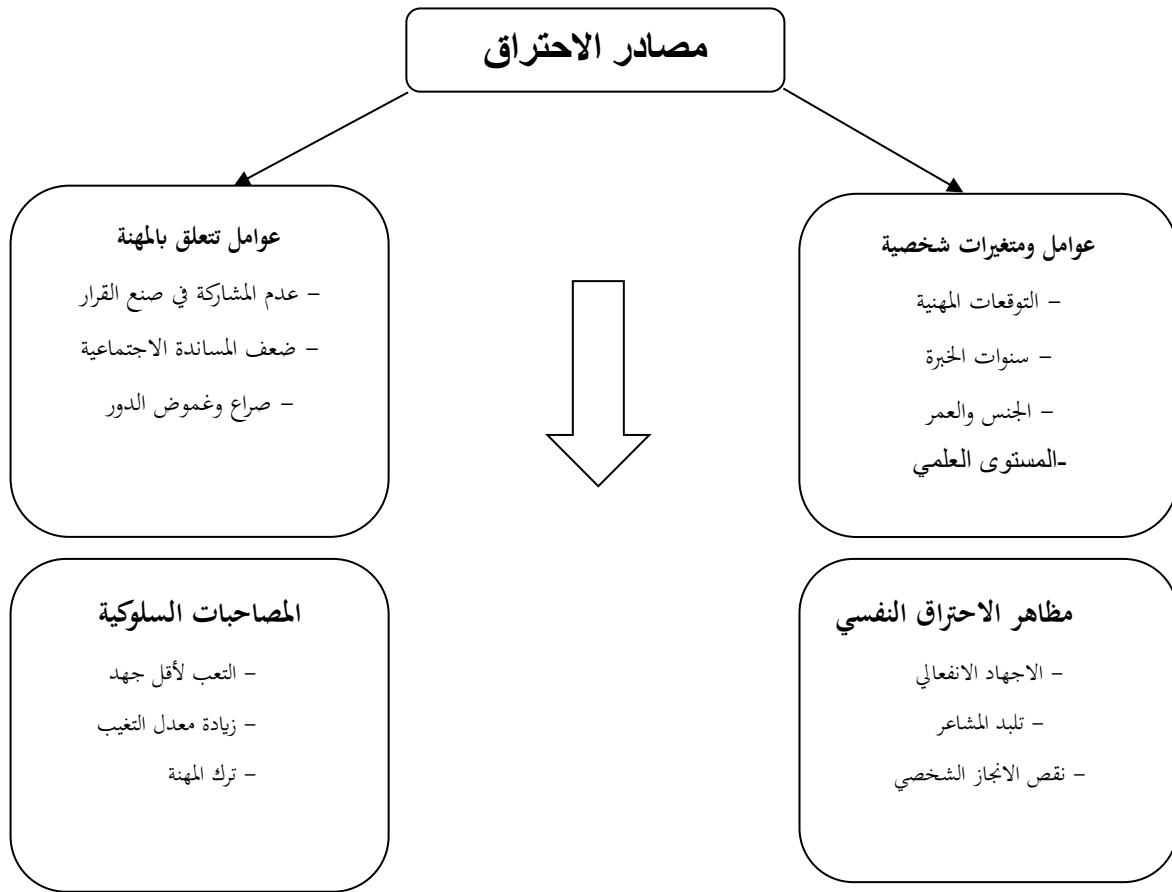
حاول هذا النموذج تقديم تفسير لظاهرة الإحترق النفسي بالإعتماد على مصدرين أساسيين:

المصدر الأول خاصة بالمهنة: ويضم العناصر التالية: عدم المشاركة في إتخاذ القرار، التأييد أو الرفض

الإجتماعي، صراع الدور وغموضه، والمصاحبات السلوكية.

المصدر الثاني مصادر خاصة بالفرد: وتمثل في العمر، الجنس، المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة (زيدان،

1997، الصفحات 19-33).



الشكل رقم (07) يمثل نموذج شواب وآخرون Schwab & al (1986)

المصدر: من اعداد الباحث

ذ. النموذج النفسو اجتماعي لجوزاف بلاس Joseph Palass (1986):

يركّز هذا النموذج في تفسير الإحترق النفسي على أهمية المتغيرات الأدائية للعامل ودورة التفاعل، إستناداً من نظرية الدافعية. حيث توجد علاقة ديناميكية بين العمال والمرضى، وتلعب هذه العلاقة دوراً مهماً في فهم الأبعاد الرئيسية للأداء. ويُعتبر الإحترق النفسي نتيجة حتمية للضغط، سواء كانت قصيرة أو طويلة المدى، لكنه مرتبط بالتأثير السلبي طويل المدى نتيجة عدم التكيف.

ويلاحظ أن العمال ذوي الخبرة يتعايشون مع المشاكل الأولية وإكتسبوا مصادر نفسو اجتماعية للتكيف معها. إلا أن هذه الأخيرة تتآكل تدريجياً، مما يسبب الإستنزاف الإنفعالي ثم نقص القدرة على الأداء، وهما مؤشران هامان للدلالة على الإحترق النفسي.

كما يعتمد هذا النموذج في تفسير الظاهرة على:

- ✓ إدراك العامل لحاجات المريض: يحددها العامل المبتدئ وفق مجموعة من الافتراضات والتوقعات غير العادية التي تتسع مع مرور الوقت وإكتساب الخبرة.
- ✓ الجهد المبذول: يشير إلى الاستخدام الحقيقي للطاقة الجسمية والعقلية والإنفعالية نحو إنجاز المهام في تحقيق النتائج. حسب نظرية الدافعية، إستمرار الأداء الفعال مرتبط بالجهد، وقلة الجهد يمثل دورة الأداء غير الفعال، وإستمرار الأداء المنخفض يؤدي إلى الإحترق النفسي.
- ✓ مصادر التكيف: تمثل مختلف العوامل الجسدية، النفسية، الإجتماعية والمادية التي تساعد العامل في التغلب على العوامل الضاغطة.
- ✓ العوامل الضاغطة المتعلقة بالعمل: وهي كثيرة ومتنوعة، يستنفد طاقة العامل ووقته وتسبب التوتر والقلق. وفي غياب التكيف، ينشأ التعب الإنفعالي، الملل، الإحباط، نقص الدافعية والحماس، وإستمرارها لفترة طويلة يؤدي إلى الإحترق النفسي (مدور، 2020، صفحة 90).

ر. نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية جين بريزي وآخرون(1988):

- يعتمد هذا النموذج على مجموعتين من المتغيرات البيئية والشخصية المترابطة، والتي يمكن من خلالها التنبؤ بظاهرة الإحترق النفسي:
- المجموعة الأولى:** ركزت على الخصائص التنظيمية العامة للمؤسسة، الوضعية الإجتماعية والإقتصادية للمنظمة، ومدى فاعلية الضوابط الشخصية في المواقف المهنية، مثل إنتماء العامل لها ومدى مشاركته في إتخاذ القرارات. كما لا تتجاهل الخصائص الديموغرافية من العمر، الجنس، وسنوات الخبرة.
- المجموعة الثانية:** ركزت على مختلف مصادر المساندة الإجتماعية والعلاقات السائدة داخل المؤسسة، سواء من الإدارة، المسؤولين، الزملاء، أو الرؤوسين. كما وركز هذا النموذج على المتغيرات الشخصية والفروقات الفردية في المستوى التعليمي، والكفاءة المهنية، والمؤهلات العلمية.
- وفي كل مرحلة من مراحل هذا النموذج، يكشف عن العلاقة الإرتباطية الدالة بين المتغيرات البيئية والمتغيرات الشخصية (الزهراني، 2008) نقلاً عن (طايبي، 2013، صفحة 28) و (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 55).

ز. نموذج ليدر وماسلاش Leiter&Maslach (1988):

كان النموذج الأولي لكل من ليدر وماسلاش Leiter&Maslach سنة (1988)، حيث يعتبر أن الإتصال المباشر مع العملاء هو العامل الأساسي في الإحترق النفسي، وعنصر حتمي نتيجة الإستنزاف الإنفعالي الذي يؤدي بالضرورة إلى تبدد الشخصية للتخفيف من التوتر وتمكين الفرد من التكيف.

وقد تم تعديل هذا النموذج من طرف ليدر Leiter سنة (1993) إعتماًداً على نظرية المحافظة على الموارد، حيث إعتبر الإحترق النفسي عملية تطويرية تركز على الإنجاز الشخصي المتدني والإستنزاف الوجداني معاً. تتأثر أبعاد الإحترق النفسي مع بعضها مع مرور الوقت، حسب العوامل الفردية والظروف المحيطة، حيث تمثل الضغوط التنظيمية مصدر الصراعات في العلاقات الشخصية التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على تبدل المشاعر عبر الإنهاك الإنفعالي. في ظل عدم توفر المساندة والدعم، يقل أثر الإنهاك الإنفعالي على تبدل المشاعر، بينما يزيد الشعور بالإنجاز (الزهراني، 2008، صفحة 49).

في السياق ذاته، يعتمد هذا النموذج على مبدئين أساسيين:

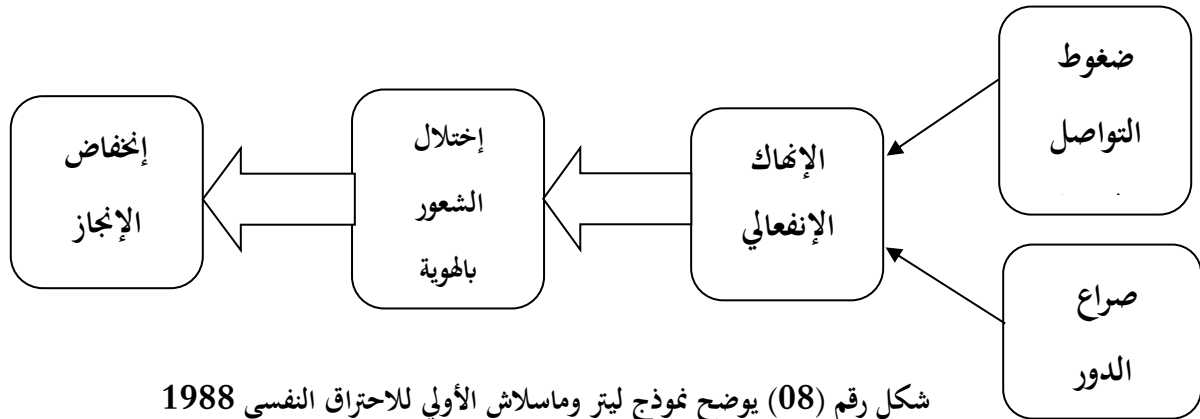
المبدأ الأول: تؤثر أبعاد الإحترق النفسي مع بعضها البعض وتتطور مع مرور الوقت.

المبدأ الثاني: تتأثر أبعاد الإحترق النفسي بالظروف المحيطة بالعمل والعوامل الفردية.

وحسب طوبان وبحري (2024)، فإن الإحترق النفسي نتيجة متطلبات الدور الممارس من طرف العامل، والتي تؤدي إلى الإنهاك الإنفعالي الذي يقلل من تماسك الشخصية، وبالتالي يؤدي اختلال الشخصية إلى فقدان الشعور بالإنجاز. ويضيف الباحثان أن هذا الإختلال في الشخصية يتوسط بين الإنهاك الإنفعالي والإنجاز الشخصي المنخفض (طوبان و بحري ، 2024 ، صفحة 48).

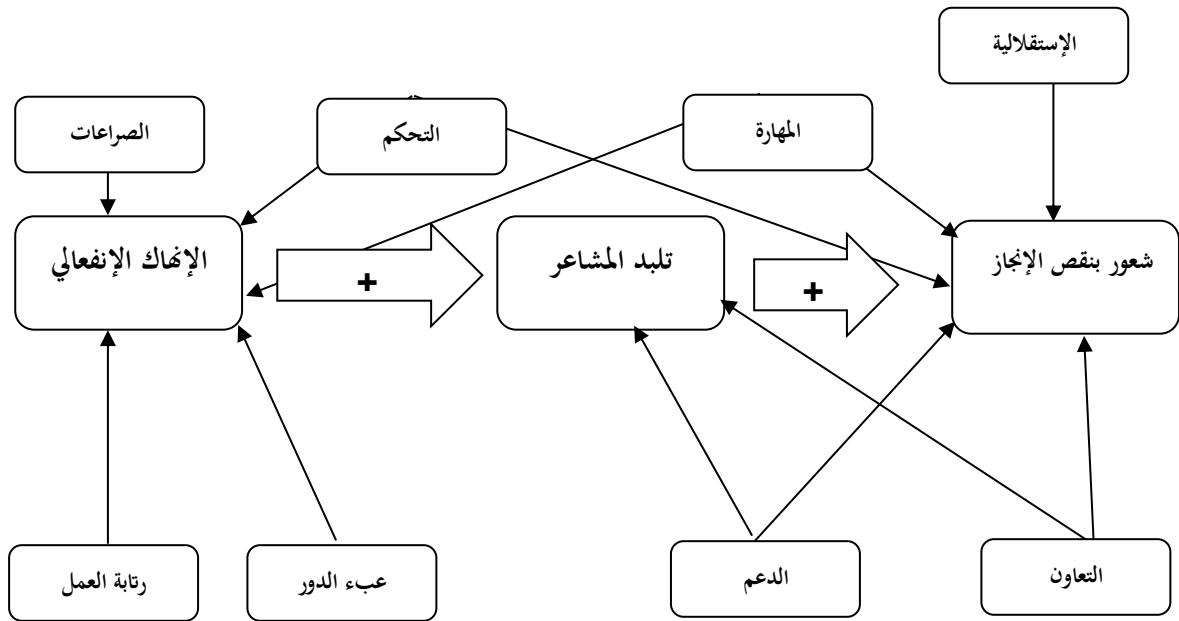
كما حصر ليدر مجموعة العوامل التنظيمية المشكلة للضغط في: إرتفاع عبء الدور، الصراعات في العلاقات الشخصية، ومجموعة الموارد في: الدعم من قبل المنظمة، التعاون من طرف الزملاء. وتكون تأثير هذه العوامل على تبدل المشاعر بطريقة غير مباشرة عبر الإنهاك الإنفعالي، والعكس صحيح، بحيث يؤدي توفر الموارد والمساندة الإجتماعية والتعاون إلى تخفيض أثر الإنهاك الإنفعالي على تبدل المشاعر، مما يؤدي إلى إرتفاع الشعور بالإنجاز (طايبي، 2013، الصفحات 34-35). وفي السياق ذاته، نقلاً عن طوبان، يرى ليدر من خلال تعديله للنموذج الأولي سنة (1993) أن إضطراب الهوية هو نتيجة مباشرة للإنهاك الإنفعالي، كما يرى أن الإنجاز الشخصي قد يحدث بشكل مستقل، بمعنى أنه يمكن أن يحدث موازاة مع الإنهاك الإنفعالي (طوبان و بحري ، 2024 ، الصفحات 48-49).

من خلال ما سبق سوف نحاول عرض ما تقدم في الشكلين المواليين رقم (08) و(09):



شكل رقم (08) يوضح نموذج ليرت وماسلاش الأولي للاحتراق النفسي 1988

المصدر: من إعداد الباحث نقلاً عن (تلاي، 2017)



شكل رقم (09) يوضح نموذج ليرت 1993 للاحتراق النفسي

المصدر: من إعداد الباحث نقلاً عن (طايي، 2013، صفحة 35)

س. نموذج هوبفول (1989) Hobfoll :

يسمى هذا النموذج بنظرية الحفاظ على الموارد لهوبفول، حيث يعتمد على الإستثمار في العامل البشري من خلال حماية قدراته المادية والمعنوية وتطويرها، وضرورة إستثمار الأفراد لمواردهم والسعي نحو الحصول على موارد جديدة، وتحديد الأهداف لمواجهة العقاقب، وهذا ما يعرف بإستراتيجية المواجهة الإستباقية الإيجابية.

إقترح هوبفول ثلاثة حالات يلجأ إليها الفرد عند تعرضه للضغوط:

- في حالة تعرض الموارد للتهديد.

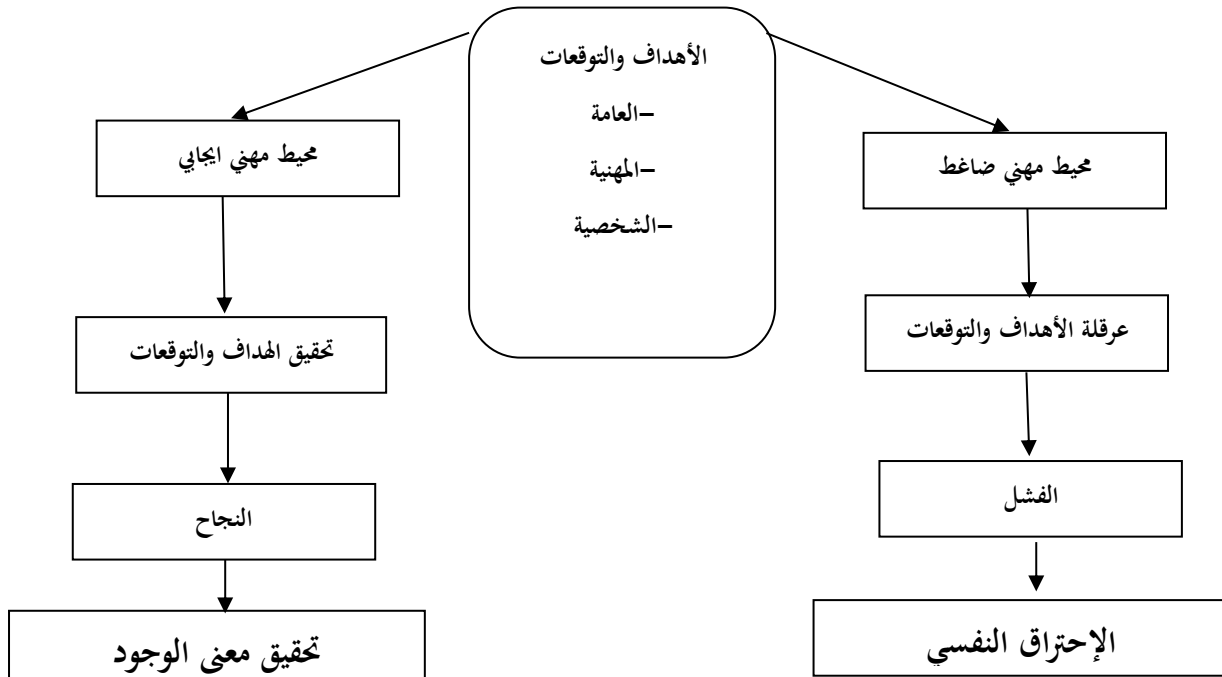
- في حالة فقدان الموارد.
- في حالة استثمار بعض الموارد ولا يتحصل على مقابل.

ش. نموذج بينس أيلالا Pines Ayala (1993):

حسب تلاي (2017)، يسمى بالنموذج الوجودي نتيجة لظهوره في المناخ الثقافي السائد في العمل، حيث يبحث العامل عن مكانته في المؤسسة. وتكون النواة الأولى للإحترق النفسي نتيجة إعتقاد خاطئ بفقدان معنى الحياة، وأن عملهم دون أهمية وفائدة، وأن مساهمتهم لا قيمة لها. كما قد تعزز سياسة الحرمان واللامساواة وعدم تكافؤ الفرص بين العمال هذا الشعور، مما يؤدي إلى إستحالة إستعمال المؤهلات العلمية والكفاءات، فيجد العامل نفسه بلا معنى في المؤسسة التي ينتمي إليها، دون أدوار واضحة.

كما أن فقدان العامل للدعم الإجتماعي يزيد من درجة الإحترق النفسي، فالعامل الذي لا يحظى بأي إعتراف جماعي، ويعمل في ظل شروط غير مناسبة وغياب التحفيز، يصبح عمله عكس توقعاته. ومن هنا يظهر الإحترق النفسي بشكل أكبر لدى الأفراد المثاليين الذين يعملون بصرامة وجهد، ولديهم حافز كبير للعمل، على عكس توقعاتهم.

الشكل الموالي رقم (10) يمثل ذلك النموذج ويظهر العوامل المؤدية للإحترق النفسي (تلاي، 2017، صفحة 54).



الشكل رقم (10) يمثل نموذج بينس أيلالا Pines Ayala (1993) للإحترق النفسي

المصدر: من إعداد الباحث

ص. نموذج أنجل وآخرون Angel&all (2003):

يسمى نموذج العلاقات البنائية، وفقاً أنجل وآخرون Angel&all (2003)، يصف هذا النموذج العلاقات المتبادلة بين للأبعاد الثلاث للإحترق النفسي وكيفية تأثير كل منها على الآخر. على سبيل المثال، يؤثر الإنجاز الشخصي على الإجهاد الإنفعالي، بمعنى أنه كلما إرتفع الإنجاز الشخصي، قل إحساس الفرد بالإجهاد، كما يقل تبدل المشاعره، والعكس صحيح.

كما أن النموذج يوضح تأثير إستراتيجيات المواجهة المتبعة على ظاهرة الإحترق النفسي، حيث تم تصنيف إستراتيجيات المواجهة إلى نوعين: فعالة وغير فعالة. ويوضح النموذج بين إستراتيجيات المواجهة وأبعاد الإحترق النفسي، بمعنى أنه يمكن أن تكون إستراتيجية ما فعالة مع بعد الإنهاك الإنفعالي، بينما غير فعالة مع بعد تبدل المشاعر، وهكذا (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 55).

تعقيب على النماذج:

يرى كل من طوبان وبحري (2024) أن نموذج سيلبي هانز يعد من أهم وأشهر النماذج تفسيراً لظاهرة الإحترق النفسي، إهتم بمزج العوامل البيولوجية والنفسية والعقلية وتأثيراتها السلبية على الفرد. بينما نموذج ليدر وماسلاش فسّر ظاهرة الإحترق النفسي إستناداً إلى بعد الإستنزاف الإنفعالي بشكل أساسي. في المقابل، درس نموذج جين بيريزي أو نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية العلاقة بين هذه المتغيرات الشخصية والبيئية، وسار على نهجه كل من شرنيس وشفاف، فقد أولى شرنيس أهمية بالغة إلى دور الدعم الإجتماعي أو المساندة الإجتماعية في التقليل من الإحترق النفسي، كما أكد على تأثير العوامل الديموغرافية في تفاقم الظاهرة. كما ركّز شفاف أن مظاهر الإحترق النفسي تتجلي في بعد الإستنزاف الإنفعالي، وهو ما يتماشى مع نموذج ليدر وماسلاش.

ويضيف طوبان وبحري أن نموذج ايلابينس يركز على بعض الخصائص الفردية التي تدفع بالفرد نحو الإحترق النفسي، مثل المسؤولية، والإخلاص في العمل في ظل غياب التوقعات وتحقيق الأهداف. وفي الختام، تقدم النماذج السابقة تفسيرات متكاملة ومتراطة للإحترق النفسي من منظور فسيولوجي، نفسي، إجتماعي، وتنظيمي. جميعها تتفق على أن الإحترق النفسي ليس نتيجة عامل واحد، بل تفاعل مركب بين الضغوط، الفرد، والبيئة المحيطة. تكمن القوة الكبرى في هذه النماذج في التنوع النظري الذي أتاح فهم الظاهرة من زوايا مختلفة، بينما تمكن القيود في صعوبة قياس جميع المتغيرات وتطبيق النماذج بشكل شامل في الواقع العملي، خاصة عند محاولة الجمع بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في سياق واحد.

3. النظريات المفسرة للإحترق النفسي:

بالرغم من حداثة دراسة ظاهرة الإحترق النفسي في العلوم الإنسانية نسبياً، إلا أنها لاقت إهتماماً معتبراً، حيث حاول العديد من الباحثين التعرف على أسبابها وكيفية حدوثها، سواء كانت فردية أو بيئية تنظيمية. كما سعى الباحثون إلى تحديد أعراضها، سواء كانت نفسية، إجتماعية، نفسو اجتماعية، أو حتى السلوكية. ومن الجدير بالذكر أن هناك تداخلاً كبيراً لظاهرة الإحترق النفسي والعديد من الإضطرابات النفسية الأخرى، ما يجعل فهم هذه الظاهرة أكثر أهمية وتعقيداً.

من هذا المنطلق، ظهرت العديد من المقاربات التي حاولت تفسير الإحترق النفسي، وسنستعرضها إستناداً إلى النماذج السابقة المفسرة للظاهرة حسب أهميتها:

أ. نظرية التحليل النفسي:

إن الحتمية البيولوجية التي إعتمد عليها زعيم مدرسة التحليل النفسي فرويد في تفسير السلوك الإنساني، تفترض أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاثة منظومات وهي: الهو الذي يمثل السلوك الغريزي، والآنا الذي يمثل السلوك المنطقي، واللاأنا الأعلى الذي يمثل السلوك الأخلاقي. وتسمح هذه المنظومات بتفسير الإحترق النفسي على أنه السلوك الناتج عن ضغط الفرد على الآنا لمدة طويلة مقابل الإنشغال بالعمل. كما قد يكون الإحترق النفسي ناجماً عن إستعمال أحد ميكانيزمات الدفاعية للجهاز النفسي (مثل: الكبت، الكف، الإنكار،). نتيجة عدم تقبل العامل لمختلف الظروف المحيطة بالعمل وتعارضها مع مكوناته الشخصية، بالإضافة على أنه قد يكون نتيجة تفكك الآنا، وغالباً يحدث نتيجة فقدان العامل إلى المساندة الإجتماعية.

وحسب طوبان وبحري(2024)، نقلاً عن كل من عدوان وحفناوي(2013) وبوفرة(2016)، فقد إتخذوا ثلاث وجهات نظر وإعتبروا أن "الإحترق النفسي نتيجة الإجهاد المتواصل المعاش"، حيث يتوافق هذا المفهوم مع معظم الباحثين وعلى رأسهم ماسلاش وفريدينبرج.

كما يؤكدان على فقدان وظيفة ومثالية الآنا في علاقتها بالآخرين، مشيرين إلى أهمية الدعم الإجتماعي، وضرب مثلاً بمكانة الزوجة على سبيل المثال، في حين يلحق الضرر بالآنا في حالة وجود علاقات وأفكار غير متجانسة أو متقاربة. فالتقارب والتجانس يقللان من حالة الصراعات ويحققان التوازن النفسي، والعكس صحيح.

وأخيراً، الكف، حيث تحدث عملية الكف نتيجة صراع بين مكونات الشخصية الثلاث لإستعادة توازنها، وذلك بإستعمال الكبت كميكانيزم دفاعي لتحويل الرغبات المكبوتة إلى أعراض عصابية تمثل الإشباعات البديلة، بينما يصبح صراعاً عصبياً إذا فشل الكبت في حله (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 58).

كما أبرزنا نجاعة إستعمال أساليب العلاج للتحليل النفسي كالتنفيسي الإنفعالي لهاكنا و آخرون Hakanen&all للتقليل من الإصابة بالإحترق النفسي، حيث يسمح للفرد بالتعبير عن مشاعره وأحاسيسه بحرية تامة (Hakanen & Schaufli, 2006).

من خلال ما تقدم فيمكن القول إن أنصار التحليل النفسي فسروا الإحترق النفسي على أنه مجموعة من العمليات النفسية العقلية الإنفعالية الداخلية (مثل التوتر، القلق، العزلة، الإكتئاب) الناتجة عن الصراع النفسي الداخلي، والتي تظهر على شكل تبدل للمشاعر أو نقص في الإنجاز.

ب. النظرية الإجتماعية (السيكو دينامية):

تعتمد النظرية الإجتماعية على القواعد والأدوار إنطلاقاً من التساؤل التالي: ما الذي يجعل الناس يتفاعلون ويتعايشون بشكل منسجم؟

فبعض العلماء يعتقدون أن الأفراد يتشاركون في قواعد تعمل كدليل لتفاعلهم عبر الزمن، ويحدث التناغم بينهم إذ تبنى غالبية الأفراد هذه القواعد. كما أن الدور هو تلك القاعدة التي تعتبر مهمة لتحديد السلوك. تفترض النظرية أن الأفراد عبارة عن ممثلين، لكل فرد دور محدد يؤديه على خشبة المسرح، من هذا المنطلق يحظى المجتمع بالتناغم إذا أدى كل فرد الدور المنوط به. كما أن النظرية لا تهتم بالظواهر الخارجية، بل تركز على دليل عمل الدور الداخلي، وهي مفيدة لفهم تسلسل السلوك لفترات طويلة. كذلك تعتبر أن الشخصية عبارة عن مجموعة من الأدوار الاجتماعية المتبناة من قبل الفرد والتي يمكن إستبدالها (جودة، 2016، صفحة 57).

من خلال ما سبق، يمكن اعتبار الإحترق النفسي حالة عدم إنسجام الفرد في المنظمة، وهو نتيجة فشل الفرد في تأدية أحد الأدوار المنوطة به. وهذه النتيجة يتفق مع ما توصل إليه طوبان وبحري (2024)، نقلاً عن تباي (2018)، حيث أظهرت نتائج دراسات شنيفلد وميلارد Millerd&Shanfield أن الإحترق النفسي عبارة عن فشل في العلاقات بين مختلف الأطياف في محيط العمل (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 59).

ت. النظرية المعرفية:

يُعتبر كورت ليوين Kurt Lewin (1890-1947) الأب الروحي لعلم النفس الاجتماعي، والأكثر تأثيراً في تطور النظرية المعرفية (الإدراكية) في علم النفس الاجتماعي. بدأ مشواره البحثي من جامعي كورنيل ولواه Cornell & Iowa، ثم أسس مركزاً بحثياً متخصصاً في ديناميكية الجماعة في معهد ماساشوستس للتكنولوجيا Institute of Massachussts Technolgy (جودة، 2016، صفحة 55).

تقوم النظرية المعرفية على إفتراضات أساسية تتعلق بطبيعة الإنسان وطبيعة الإضطرابات العاطفية، من بينها:

○ أن الناس يولدون ولديهم نزعة للحفاظ على الذات أو هدمها.

○ لديهم إستعداد فطري لكي يكونوا عقلانيين أو لاعقلانيين، تساعد بيئة الطفولة في تكوينه.

وأكد كريك هايد Craig Head أن الإضطرابات النفسية هي نتيجة للعمليات العقلية اللاعقلانية واللاتكيفية، بالإضافة إلى نزعة الصراع الداخلي. فإستجابة الفرد لسلوك أو حدث ما يوجهه حسب نسق من: الأفكار، معتقدات، إتجاهات، قيم، عادات وتقاليد. فإذا كان النسق عقلانياً فإنه يكون منتجاً وفعالاً، وإن كان نسقاً لاعقلانياً فإنه يكون غير فعال وغير منتج (مضطرب).

وتشمل النظرية أربعة جوانب رئيسية: السلوك الظاهر، وطرق التفكير، السلوك الإنفعالي، والتفاعل الاجتماعي. تعتبر الأفكار وسيلة إندماج الأفراد في المجتمع عن خلال الخبرات المكتسبة في الحياة الاجتماعية، لتشكل مجموعة من المعارف للفرد (بودريالة وبوضياف، 2016).

وفي نفس الإتجاه، فسّر "بيك" هذا الإضطراب على أنه تشوهات معرفية تؤثر بصورة مباشرة على المعتقدات والأفكار، وإعتبرها أساليب غير منطقية ومعارف محرفة لإدراك الفرد وتفسيره للمواقف، نتيجة لدوافع نفسية ذاتية دفينية أو نتيجة أحكام مسبقة أو معلومات غير منطقية. في هذه الحالة، يكون سلوك الفرد مصحوباً بالقلق وردود أفعال غير متوازنة وغير منطقية، نتيجة للصراعات النفسية الداخلية التي تدفع بالفرد للمزيد من الأخطاء، وهو ما يعرف بالقلق التصوري المعرفي حسب (مختار، 2021)، وعلى خلاف العالم لوك الذي عارض الأفكار الفطرية وإعتبر أن التجربة هي المصدر الوحيد للمعرفة.

ويضيف ليوين Lewin أن الحالة النفسية للناس تُبرز عالمهم للعيان. وهي بالضبط ما يحدد سلوكهم. كما إفترض أن التركيبة النفسية للفرد تجاه العالم تختلف حسب الحاجات والأهداف الداخلية، وتتأثر بالحقل الذي يتشكل من مناطق متداخلة، والمكون الرئيسي هو الحياة (Life Space)، الشخص (The Person)، ثم البيئة (The Environment). والجدير بالذكر أن ليوين إستعمل مصطلح حقل وهو يحمل نفس مفهوم النسق.

وقد أكد جودة (2016) على أن هذه الظاهرة تركز على العمليات الداخلية في تفسير النشاط الاجتماعي، ومن أهم روادها ديكارت وكوهلر Dekart&Kohler (جودة، 2016، الصفحات 54-55). من خلال ما سبق، يمكن القول إن أنصار الاتجاه المعرفي اعتبروا ظاهرة الإحترق النفسي على أنه نسقاً (حقلاً) سلوكياً أو إضطراباً نفسياً أو تشوهات معرفية ناتجة عن أفكار لاعقلانية أو حالة اللاتكيفية وُلد بها وتم تعزيزها خلال مراحل تنشئته الاجتماعية نتيجة للصراع الداخلي.

ث. النظرية السلوكية:

ساهمت أفكار كل من بافلوف، واطسون، بالبور، وسكينر في ميلاد وتطور النظرية السلوكية في مجال علم النفس عامة، وعلم النفس الاجتماعي خاصة، من عام 1920 إلى 1950، بإقصاء الآراء العقلية والأساليب الاستنباطية، والإعتماد على المنهج التجريبي.

أرسى العالم ايفان بافلوف قواعد هذا الاتجاه من خلال مفهوم المنعكس الشرطي، بينما فسر واطسون (1919) Watson السلوك الإنساني على أنه متعلم، أي إستجابات للمثيرات يتم تعزيزها لتصبح عادات عبر مبدأ الجزاء والعقاب. من جانبه، ركز ألبورت Allport على تحديد الظروف الطبيعية والاجتماعية التي تؤثر على السلوك وفق قانون (البيئة-سلوك)، بينما اعتبر سكينر Skinner، أحد السلوكيون المتطرفون، أنه يمكن خلق السلوك أو تغييره كنتيجة للثواب والعقاب الذي تفرضه البيئة الاجتماعية (جودة، 2016، الصفحات 53-54).

في هذا الصدد، وضع ادوارد لي ثورنديك نموذجاً ضمن النظريات السلوكية الترابطية يعرف بإسم التعلم بالمحاولة والخطأ أو التعلم بالإختيار والربط. وفق هذا النموذج، فإن الإحترق النفسي هو عملية تشكيل إرتباطات بين مواقف مثيرة إستجابات معينة، حيث تكون هذه الإستجابات سلوكاً موجهاً لكي يؤدي وظيفة محددة ضمن عملية التعلم الاجتماعي. إذ يعتمد السلوكيين في تفسيرهم للظواهر على ثلاثة عناصر: المثير، الإستجابة، والتعزيز.

بناءً على ذلك، فإن تفسير الإحترق النفسي من وجهة نظر سلوكية يركز على الأشياء المحسوسة المباشرة والعلاقات بين الإستجابات القابلة للملاحظة. فإحترق النفسي يمثل إنتاج إستجابات خاطئة للمثيرات، والتي إذا عززت أو أشرطت، تصبح عادات. كما أنه يحدث نتيجة تفاعل العامل مع التأثيرات البيئية.

ويرى طوبان وبحري (2024)، نقلاً عن كل من عبد الفتاح (1999)، عدوان وحفناوي (2013)، أن هذه المقاربة ترى أن الإحترق النفسي، شأنه شأن الإضطرابات النفسية الأخرى كالقلق والغضب، يركز على الظروف

البيئية والفيزيائية المتحركة في السلوك الإنساني، والتي يمكن التحكم بها وضبطها. ويضيفان أن الإحترق النفسي متنفس عاطفي ورد فعل طبيعي على الضغوط المزمنة، وينشأ نتيجة غياب المكافأة والتحفيز.

ويحدث الإحترق النفسي وفق مبادئ النظرية السلوكية (مثير-إستجابة)، في حين يرى أنصار النظرية المعرفية قدرة الفرد على إدراك المواقف الضاغطة وتقييمها والتعامل معها وتجنبها تؤثر على شدة تعرضه للإحترق النفسي (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 60).

من هذا المنطلق، يمكن القول إن السلوكيين أعتبروا الإحترق النفسي إستجابات يصدرها الفرد ردًا على مثير ما داخل بيئة قابلة للملاحظة والمعاينة المباشرة، كما إعتبروه إنتاج منعكس شرطي يحدث بطريقة آلية، معتبرين الإنسان آلة ميكانيكية معقدة.

ومع ذلك، إعترفوا بوجود عمليات داخلية لاشعورية، لكنها لا تُدرس لأنها غير قابلة للملاحظة المباشرة، فترتكز على دراسة السلوك الظاهري القابل للملاحظة فقط. كما إعتبروا أن إستجابة لمثير ما قد تتجلى في إفرازات هرمونية أو غددية، تترجم على شكل حركات عضلية، وتسمى إستجابة فيسيوكيميائية.

ج.المقاربة الوجودية:

حسب طوبان وبحري(2024) نقلاً عن مدوري(2020) وجديات(2012)، تشير لانجل Langle(2003) إلى أن الإحترق النفسي يحدث عند فقدان الفرد معنى الحياة والشعور بالفراغ الوجودي، ويكون نتيجة نقص الطاقة النفسو جسمية وفقدان القدرة على التكيف، وذلك ناتج عن الفشل في تحقيق الأهداف المرتفعة المحددة بالإضافة إلى غياب الدعم والتقدير من المحيطين.

في حين يرى كل من بينس وكينان Pines&Keinan(2005) أن الإحترق النفسي يؤدي إلى فقدان المعنى، خاصة بالنسبة لمن يعانون ضغط العمل الزائد، كما يصيب أصحاب الجهد المنخفض نتيجة الإحباط وفقدان معنى العمل (طوبان و بحري ، 2024، الصفحات 60-61).

يتبن مما سبق أن الوجوديون إهتموا بوجود المعنى في الحياة، بينما يركز أصحاب التيار التحليل النفسي على الصراع الداخلي، ويركز السلوكيين على العلاقة بين المثير والإستجابة، فيما تتدخل المقاربة المعرفة وإدراك قوة الموقف الضاغط لدى المعرفيين.

وفي الختام، يمكن القول إن الإحترق النفسي ينتج عن كثرة وإستمرارية الضغوط، وتتأثر شدته بعدة عوامل، أهمها: العامل الفردي: مستوى إستعداد الفرد لمواجهة الضغوط.

العامل الاجتماعي: درجة المساندة والدعم الإجتماعية (طوبان و بحري ، 2024، صفحة 60).

4. الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي:

أولاً وقبل عرض النماذج وإستراتيجيات خفض الإحتراق النفسي وجب علينا التعرج على مراحل تقبل العلاج التي أشارت إليها إليزابيث كوبلر والتي سوف نحاول عرضها فيما بعد، نظرًا لأهمية هذه المرحلة لوضع خطة للتدخل من جهة وإختيار الأساليب والإستراتيجيات المناسبة من جهة أخرى.

مراحل تقبل علاج الإحتراق النفسي لإليزابيث كوبلر:

نتذكر عمل إليزابيث كوبلر روس، التي تصف مراحل ما بعد الصدمة، كما تؤكد على ضرورة فهم ما نمر به ومشاركة مشاعرنا وعواطفنا مع أحبائنا أو مع الأشخاص الذين يعانون أيضًا من الصدمة. وتشمل هذه المرحلة: الإنكار، الغضب، المساومة، الإكتئاب، القبول، الإستقالة، والتحرر.

أ- الإنكار: يحدث الإنكار عندما تظهر الخسارة، ويمثل فترة أكثر أو أقل حدة حيث تبدو العواطف غائبة عمليًا. هذه المرحلة من الحداد تختلف مدتها، وهي آلية دفاع معروفة. كل ما يتطلبه الأمر هو القليل من الشجاعة وقوة الإرادة، وقد يستغرق تحرير الشخص من موقف الإنكار بعض الوقت أحيانًا.

ب. الغضب: تتمثل المرحلة التالية في الشعور بالغضب لفقدان الرفاهية. في بعض الحالات، يمكن أن ينشأ الشعور بالذنب، وينجرف الشخص بعيدًا من خلال ردود أفعال متناقضة مرتبطة بطبيعته وسلوكه، ويظهر ذلك إما صمت كبير أو ثرثرة لا يمكن السيطرة عليها. بعد ذلك، يتم إستيعاب جميع أنواع الإنتقادات والأحكام والأسئلة، أو التعبير عنها بعنف.

يواجه الإنسان إستحالة العودة إلى الوضع السابق للإحتراق النفسي، ويشعر بالألم، ما قد يؤثر من حوله عبر التوبيخ وندم وخيبات وسخط وإشتمزاز ونفور، بالإضافة إلى الإغواء والعدوان اللذان يتناوبان ويتبعان بعضهما البعض، يكافح الشخص داخليًا في مواجهة قيمه الأخلاقية، وقد يصبح غاضبًا من شعوره بأنه محاصر، ويبدأ الشعور بالوحدة.

ج- المساومة: مرحلة المساومة تكون غائبة أحيانًا. غالبًا ما تتضمن المفاوضات والإبتزاز، في أغلب الأحيان مع الذات، بالإضافة إلى سلوك إستنكار الذات. يبحث الإنسان عن المسؤولين عن وضعه في نفسه أو من حوله، ويلقي اللوم أحيانًا على الواقع أو الأحداث.

ومثال على ذلك قوله: "إذا اتخذت هذه الخطوة أو تلك فسينجح كل شيء"، أو "إذا لم أترك هذه الفرصة تمر فلن يحدث ذلك، ربما يمكننا العودة!" يهدف هذا الموقف إلى تجنب المسؤولية عن طريق إسقاطها على الآخرين أو على أفعال لم تُنجز.

د-الحزن: في مرحلة الحزن يظهر الواقع أخيراً في الوعي. تتم الملاحظات تدريجياً، ويصبح الشخص على دراية بفقدان وضعه السابق. مع حالة الارتباك تظهر أزمة الهوية: "من أنا؟ ماذا سيكون مستقبلي المهني؟" إلى جانب الارتباك يظهر الحزن والبكاء، يسكنه الخجل.

هـ-الإكتئاب: هذه المرحلة الطويلة إلى حد ما من عملية الحداد، وتتميز بالحزن الشديد، والتساؤل والضيق. يشعر الشخص أحياناً أنه لن يتصالح أبداً مع حزنه، لأنه مر بمجموعة واسعة من المشاعر، بما في ذلك الحزن واليأس. يؤدي التوتر العصبي الداخلي المستمر إلى الإرهاق الجسدي والنفسي بعد هذه الموجة المتعاقبة من المشاعر العميقة (الصدمة، الإنكار، الغضب، الحزن). في بعض الأحيان، يمكن لهذه الأحداث المرتبطة بمواقف العمل والحالات العاطفية المصاحبة لها أن توقظ المشاعر القديمة والسلوكيات المرتبطة بالصددمات السابقة (الهجر، والفشل، وفقدان أحد أفراد أسرته، وما إلى ذلك)، وهو ما يشبه إلى حد ما اضطراب ما بعد الصدمة وإن إستمرار هذه الحالة يفاقم الحالة المزاجية المكتئبة الحالية، ويؤدي في بعض الحالات إلى إكتئاب أعمق وحتى إلى اليأس.

و. القبول: من اللحظة التي يوافق فيها الشخص الذي يعاني من الإحترق النفسي على التراجع خطوة إلى الوراء، يمكن أن تظهر المرحلة النهائية من القبول.

فالخسارة تُفهم جزئياً على الأقل في البداية، ويتم قبولها تدريجياً، وحتى لو إستمر الحزن، يستعيد الإنسان حيويته وسيطرته على نفسه وبيئته تدريجياً، ويستعيد الأداء المناسب ويعيد تنظيم حياته مع مراعاة الحقائق على الأرض.

ومع ذلك، فإن بعض الأفراد لا يملكون مقاومة كافية لعوامل التوتر، وخاصة المزمدة منها، ولا يملكون إستراتيجيات إيجابية للتكيف، فينتهون إلى مواقف الخضوع والإستسلام، أو على العكس من ذلك، عدم الخضوع أو الرفض أو التمرد.

ز. الإفراج: منذ اللحظة التي يصبح فيها الشخص المصاب بالإحترق النفسي واعياً ويوافق على مساءلة نفسه ومعالجة المراحل المختلفة، تبدأ مهمة المعالج النفسي في دعم الشخص في هذا الطريق. (Delbrouck, 2021)

5. نماذج وإستراتيجيات خفض الإحترق النفسي

يوجد العديد من النماذج المقترحة لخفض الإحترق النفسي والحد من تفاقم أعراضه، وذلك من خلال تقليل ضغوط العمل، بالاعتماد على عدة إستراتيجيات: بعضها يركز على الفرد ذاته، وبعضها الآخر يهتم بطبيعة المشكلة والبيئة المحيطة. ومن أبرز هذه النماذج:

أ. نموذج جوردن Gordon (1993):

يعتمد هذا النموذج على خفض الإحتراق النفسي على مستوى المؤسسة نفسها، وذلك بالاعتماد على إستراتيجيتين خاصتين بالعمال (الفرد): الأولى تتمركز حول المشكل، والثانية حول إنفعالات الفرد.

أ.1. إستراتيجية المواجهة خاصة بالمشكل:

تعتمد هذه الإستراتيجية على إتباع المؤسسة مجموعة من الخطوات لخفض الإحتراق النفسي على مستويات مختلفة، سواءً بشكل وقائي قبل حدوث المشكل، أو بعد حدوثها، ومن أبرز هذه الخطوات:

- **الانتقاء:** يعد الانتقاء خطوة هامة لإختيار الأفراد حسب المهام التي تتناسب مع مؤهلاتهم وقدراتهم.
- **التدريب:** يعتبر التدريب حاجة ضرورية لتحسين الأداء، مما يزيد من قدراتهم وإمكانياتهم، ويؤدي إلى تحسين الأداء، بالإضافة إلى تحديد الأدوار والمهام، يعزز التفاعل والعلاقات المهنية بين العاملين.
- **تكوين فرق العمل:** تعتمد على فاعلية التواصل الجيد بين جميع الأعضاء. إن روح الفريق تكمن في الإنسجام والتعاون بين أعضائه، وخلق مناخ مشجع يزيد من فاعلية العاملين ويدفعهم نحو تحقيق الأهداف.
- **إعادة تصميم الوظيفة:** يمكن اللجوء إلى إعادة تصميم الوظيفة في حال وجود غموض في الدور والمهام، ما ينتج عنه غالباً عبء العمل، صراع الأدوار، وظروف غير ملائمة للعمل. يهدف ذلك إلى تفادي شعور العامل برغبة ترك الوظيفة أو تغيير المهنة.
- **تغيير الوظيفة:** يمكن للمنظمة إتاحة للعامل في إختيار أحد المهام أو الوظائف المتاحة وفق مؤهلاته العلمية وقدراته وإمكانياته وتوقعاته.
- **الدعم والمساندة:** تكمن أهمية التدريب وتكوين فرق العمل في تحديد مختلف المهام والأدوار التي يقومون بها، كما يسمح التواصل الجيد بين مختلف أفراد فريق العمل بخلق بيئة مساعدة على العمل والعطاء من خلال التعاون، وتنمية روح الفريق، وزيادة الإلتزام والولاء المهنيين.
- **التكيف الإدراكي:** وهي عملية علاجية نفسية لتعلم كيفية التعرف على الأفكار الغير المنطقية أو سيئة التكيف ومناقشتها، (الكل أو اللاشيء). تُعد هذه خطوة لمساعدة العامل على إدراك جميع المواقف الضاغطة التي يمر بها في مجالات الحياة المهنية والاجتماعية، من أجل تحقيق التوافق النفسي عبر العمليات التكيف وحل المشكلات.
- **إدارة الوقت:** يُعتبر الوقت عاملاً مهماً في حياة الإنسان، لذلك يجب على الفرد إستغلاله الأمثل من خلال التدريب على طرق تنظيمه، بالاعتماد على وضع الأهداف والتخطيط الجيد، وتنظيم المهام حسب

الأولويات (Cottrell, 2013, p. 123). أي نشاط إنساني أو إنتاجي يتم في إطار زمني محدد وفق برنامج معتمد من الفرد أو إدارة المنظمة، ولا يمكن تخزينه أو بيعه أو حتى شراؤه. بل يتطلب إستغلاله الأمثل من خلال وضع برامج مخططة ومرعاة جميع الإعتبارات. ويقول الرسول الله -صلى الله عليه وسلم: "لَا تَزُولُ قَدَمًا عَبْدٌ يَوْمَ الْقِيَامَةِ حَتَّى يُسْأَلَ عَنْ عُمْرِهِ فِيمَا أَفْنَاهُ، وَعَنْ عِلْمِهِ فِيمَا فَعَلَ، وَعَنْ مَالِهِ مِنْ أَيْنَ اكْتَسَبَهُ وَفِيمَ أَنْفَقَهُ، وَعَنْ جِسْمِهِ فِيمَا أَبْلَاهُ" (عجيات، 2017، صفحة 63).

أ.2. إستراتيجية خاص بالإنفعال:

تعتمد هذه الإستراتيجية على ضبط وتحكم الفرد في سلوكه الإنفعالي بإستخدام عدة طرق، منها:

- **الإسترخاء:** توجد العديد من تقنيات الإسترخاء؛ فمنها ما يعتمد على الإستجابة الفيزيولوجية مثل طريقة الإسترخاء العضلي المتدرج لجاكوبسون، ومنها ما يعتمد على الأحاسيس مثل طريقة شولتر. كما يرى كل من حامد زهران ومارسال روي أن تقنية الإسترخاء تساعد الفرد على خفض التوتر العضلي والنفسي عن طريق خفض درجة التأهب والتوتر ومعدل ضربات القلب والتنفس والضغط الدم، وهي أساس التوترات الإنفعالية، مما يسمح بالسيطرة والتحكم في السلوك الإنفعالي الناتج عن الأفكار السلبية والمثبتة لدى الفرد (عبد الستار، 1994، صفحة 154).
- **التأمل العقلي:** التأمل العقلي من الممارسات القديمة التي تُستخدم منذ آلاف السنين كطب تكميلي يجمع بين العقل والجسم، حيث يوفر شعورًا بالتوازن والراحة النفسية من خلال تصفية الذهن وترك الأفكار المشوشة. ومن فوائدها: التعامل مع المواقف الضاغطة بمنظور جديد، بناء مهارات التحكم بالتوتر، زيادة التركيز الذاتي، التركيز على الحاضر، تقليل المشاعر السلبية، رفع مستوى التخيل والإبداع، زيادة الصبر والتسامح، خفض معدل ضربات القلب وضغط الدم أثناء الراحة، تحسين جودة النوم.
([https:// www.mayoclinic.org/ar/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858](https://www.mayoclinic.org/ar/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858))
- **التواصل المفتوح:** يساعد على مواجهة الإنسحاب الإجتماعي الذي قد يصيب الفرد المحترق نفسيًا نتيجة زيادة الضغوط، وحالة العزلة، ورفض التعاون مع زملاء، أو نقص العلاقات الإجتماعية. كما أن قلة التواصل ورفض الحوار تؤثر سلبًا على الأداء، بينما يعزز التواصل المفتوح الأداء ويحسن التفاعل المهني.
- **البرامج المساعدة:** هي برامج تعتمد المؤسسة للتكفل الجيد بعمالها، وقد تكون صحية من خلال المتابعة الدورية للحالة الصحية للعمال، مثل إجراء الفحوصات الطبية العامة أو المتخصصة عند الضرورة، بالإضافة إلى

التحليل الطبية والأشعة. كما يمكن أن تكون برامج إرشادية توجيهية تهدف إلى دعم العامل نفسيًا ومهنيًا وإجتماعيًا على مختلف الأصعدة.

- **التمارين الرياضية:** يساعد الاعتماد على التمارين الرياضية المختلفة على تحسين الصحة الجسدية والعقلية للفرد، وتخفيض الضغوط النفسية، بالإضافة إلى تعزيز الإدماج الاجتماعي والتفاعل الإيجابي مع الآخرين.

ب. نموذج بلاك وستارز Black&Steers (1994):

يعتمد هذا النموذج على إستراتيجيات خاصة بالفرد وأخرى خاصة بالمنظمة، ويمكن توضيحها كما يلي:

ب.1. إستراتيجيات الخاصة بالفرد:

تعتمد على مجموعة من التقنيات التي تساعد العامل على مواجهة الإحترق النفسي، منها:

- **تنمية الوعي الذاتي:** إعادة الإنتباه إلى الطريقة التي يفكر بها الفرد ويشعر بها، ومحاولة التعرف على أنماط التفكير الخاصة به، وكيفية ملاحظته للمواقف والإستجابة لها، وفهم تفسيراته لها، يشمل ذلك فهم مشاعره ومزاجه المتنوع، والعمل على تعديلها بدلاً من تجنبها أو مجرد مراقبتها.
- **التقييم المعرفي (Cognitive Assessment):** عملية تهدف إلى قياس القدرات العقلية والمعرفية للفرد، لفهم كيفية عمل العقل والتفكير، وتحديد نقاط القوة والضعف في مختلف المجالات العقلية.
- **تنمية الإهتمامات الخارجية:** من خلال مشاركة الفرد في أنشطة خارجية بديلة، تساعد الفرد على الابتعاد عن ضغوط العمل وتخفيف التوتر.
- **ترك العمل:** هو قرار شخصي قد يتخذه الفرد بالانسحاب من وظيفته الحالية، وقد تكون له أسباب متنوعة وشخصية تشمل عوامل متعددة.

ب.2. إستراتيجيات خاصة بالمنظمة:

تركز على تهيئة بيئة عمل تقلل من الإحترق النفسي، وتشمل:

- **الإنتقاء:** يشير مصطلح "الإنتقاء" إلى عملية إختيار الأشياء أو الأفراد بعناية وفقاً لمعايير محددة. يُستخدم هذا المصطلح في العديد من السياقات، بما في ذلك الموارد البشرية، والتعليم، والبحث العلمي، والرياضة، والتسويق. وقد تشمل عدة معايير مثل: المهارات والخبرات، الأداء السابق، المعرفة والتعليم، الصفات الشخصية، الإحتياجات والأهداف.

- **التدريب:** هو عملية تطوير المهارات والمعرفة وزيادة الكفاءة في مجال معين من المهارات أو المعرفة. ويُعتبر التدريب أداة مهمة لتطوير القدرات البشرية في مختلف المجالات.
- **إعادة تصميم الوظيفة:** هي عملية تعديل وتغيير هيكل ومحتوى الوظيفة بحيث تصبح أكثر فعالية وإنتاجية ورشاً للموظفين، ويتم ذلك بهدف تحسين الأداء الوظيفي وتوفير بيئة عمل أفضل للعاملين.
- **البرامج الإرشادية:** هي مجموعة من الأنشطة والخدمات التي تُقدَّم للأفراد بهدف مساعدتهم في التطوير الشخصي والمهني، وفهم ذواتهم بشكل أفضل، والتغلب على التحديات والصعوبات التي قد تواجههم في حياتهم. تهدف هذه البرامج الإرشادية إلى توجيه ودعم الأفراد على المستوى النفسي، وفي العلاقات، وفي المجتمع.
- **تماسك الجماعة:** يشير إلى قوة وإتحاد أفراد مجموعة معينة، وهو سمة تتضمن العلاقات الإيجابية بين الأعضاء، والتفاهم المشترك، والتعاون الفعال. وتعزز درجة تماسك الجماعة قدرتها على تحقيق أهدافها والتعامل مع التحديات بنجاح.

ج. نموذج هامفيرس (Humphires) (1995):

- يعتمد هذا النموذج على ثلاث قواعد لتقليل من مستوى الإحترق النفسي داخل بيئة المؤسسة، وهي:
- **تحديد الأولويات:** توضيح المهام والأدوار الخاصة بكل عامل بدقة.
- **إدارة الوقت:** التخطيط الجيد لإدارة الوقت وفقاً للمهام وطبيعة العمل.
- **تفويض السلطة:** قيام الرؤساء بتفويض بعض المهام إلى المرؤوسين والعمال من أجل إشراكهم وتحفيزهم على إتخاذ القرارات.

ح. نموذج قال وفورز (Gale&Furz) (1996):

- يعتمد هذا النموذج على تمكين الفرد من كيفية الإستجابة للمواقف الضاغطة من خلال:
- التأكد من طبيعة الموقف.
- تحديد رد فعل الأفراد.
- طرح الأفكار.
- توفير بيئة عمل ملائمة.
- تطوير وتمنية القدرات المهنية.

خ. نموذج رود وفيشمان Fincham & Rhods (1996):

يعتمد هذا النموذج على ثلاث إستراتيجيات، وهي:

- إستراتيجية موجهة نحو التقييم.
- إستراتيجية موجهة نحو المشكلة.
- إستراتيجية موجهة نحو الإنفعال.

د. نموذج وود وآخرون Wood & Al (2001):

ركز هذا النموذج على محاولة تحديد وضبط ضواغط العمل من خلال:

- تفويض السلطة والمشاركة.
- إعادة تصميم الوظيفة.
- تحديد الأهداف ووضعها.
- التواصل الجيد.
- الإنتقاء والتدريب.

ذ. نموذج هالريجل وآخرون Hellrieel & Al (2001):

حاول هذا النموذج التحكم في العوامل الضاغطة، وقسمها إلى قسمين:

- الوسائل الفردية: وهي كل ما يتعلق بالفرد.
- الوسائل التنظيمية: وهي كل ما يتعلق بالمؤسسة.

ر. نموذج نيلسون Nelson (2003):

يمكن إستعمال العديد من الطرق على المستويين الفردي والمنظمة من أجل التقليل من الضغوط المؤدية إلى

الإحترق النفسي، وذلك على مستويين:

- على مستوى الفرد: من خلال إكساب الفرد المهارات والفنيات اللازمة لمواجهة المواقف الضاغطة عبر التدريب المستمر.
- على مستوى المنظمة: من خلال وضع الأهداف، تحديد الأدوار، تقديم المساندة الإجتماعية، إعادة تصميم الوظيفة.

تعقيب على نماذج الوقاية:

من خلال إستعراض نماذج الوقاية وخفض الإحترق النفسي، يتضح أنها تتكامل فيما بينها أكثر مما تختلف، إذ تجمع أغلبها بين مستويين أساسين للتدخل: الأول خاص بالفرد، والثاني خاص بالمنظمة. فعلى المستوى الفردي، ركزت النماذج على تنمية المهارات الشخصية مثل إدارة الوقت، والتكيف الإدراكي، وضبط الإنفعالات، وتنمية الوعي الذاتي، والتدريب على مواجهة الضغط على غرار نماذج (بلاك وستارز، هالريجل وآخرون، نيلسون). ويعكس هذا التوجه قناعة مفادها أن إستعداد الفرد النفسي والمعرفي يمثل عنصرًا حاسمًا في الوقاية من الإحترق النفسي.

أما على المستوى التنظيمي، فقد أكدت النماذج على معالجة المشكل في حد ذاتها، كنموذج رود وفيشمان، وود وآخرون وقال وفورز، وذلك بإستعمال إستراتيجيات مختلفة تعمل على تحسين بيئة العمل من خلال إعادة تصميم الوظيفة، وتحديد الأدوار بوضوح، وتفويض السلطة، وتعزيز التواصل، وتقديم الدعم الاجتماعي. وتكمن قوة هذه النماذج في شموليتها ومرونتها، إذ يمكن تطبيقها وقائيًا قبل ظهور الأعراض، أو علاجيًا بعد تفاقمها. غير أن من أبرز التحديات التي تواجهها صعوبة التطبيق المتكامل داخل المؤسسات، في ظل ضعف الموارد أو غياب ثقافة تنظيمية داعمة للصحة النفسية.

وعليه، يرى الباحث إن أنجح المقاربات هي تلك التي تعتمد رؤية تكاملية تجمع بين تمكين الفرد وتحسين الظروف التنظيمية، بما يحقق توازنًا مستدامًا بين متطلبات العمل وصحة العامل.

وفي هذا الشأن، ومن أجل إقتراح نماذج فعالة للوقاية من الإحترق النفسي، يجب الإلمام الجيد بطبيعة المشكلة لطرح الحلول المناسبة، سواء كانت فردية أو تنظيمية، نفسية أو إجتماعية. وفي هذا الإطار، يرى الباحث أن البرنامج المتعدد الوسائل هو الأنسب، لكونها تمس مختلف الجوانب.

خاتمة الفصل:

يُعدّ الإحترق النفسي من الموضوعات الحديثة نسبيًا التي لاقت إهتمام العديد من العلماء، إذ عرف مفهومه تطورًا خلال فترة إمتدت لأكثر من خمسين سنة، تُوجّ بتصنيفه ضمن الأمراض المهنية على مستوى منظمة الصحة العالمية، في إطار المخاطر النفسية الاجتماعية، نظرًا لتعدد أسبابه وتداخلها، سواء كانت فردية أو اجتماعية أو تنظيمية، والتي حاولنا التعرف عليها من خلال عرض العديد من النماذج التي سعت إلى تفسير ظاهرة الإحترق النفسي، إضافة إلى طرح مختلف طرق وإستراتيجيات التقليل منه.

وقد حولنا من خلال هذا الفصل تقديم نبذة تاريخية عن موضوع الإحترق النفسي بصفة عامة، إنطلاقًا من البدايات الأولى لظهور المصطلح وكيفية تطوره. ثم عرضنا مفهوم الإحترق النفسي عبر مختلف الحقب التي شهدناها، سواء من حيث البعد الواحد أو الإثنين أو أكثر من ذلك. كما سعينا إلى رفع اللبس على بعض المصطلحات ذات الصلة بالموضوع والمتداخلة معه.

بعد ذلك، تطرقنا إلى مختلف مسببات ظاهرة الإحترق النفسي النفسو اجتماعية والمهنية، بالإضافة إلى الأعراض الناجمة عنها. كما فصلنا في أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز)، والتي تمكّن من فهم المراحل التي تمر بها الفرد المحترق نفسيًا. إلى جانب ذلك، عرضنا مستويات الإحترق النفسي، وذكرنا أهم المقاييس التي أُعدّت لتشخيص هذه الظاهرة.

وفي الأخير، إستعرضنا بعض النماذج والنظريات المفسرة للإحترق النفسي، وعلى هذا الأساس طرحنا مختلف الإستراتيجيات المعتمدة في الوقاية منه وعلاجه.

الجانب الميداني

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولاً: حدود الدراسة

ثانياً: المنهج المستخدم في الدراسة

ثالثاً: مجتمع وعينة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

خامساً: الأساليب الإحصائية للدراسة

خلاصة

تمهيد:

إن موضوع دراستنا يتناول إقتراح برنامج سيكو اجتماعي للتقليل من الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة، حيث وُضعت عدة فرضيات في هذا الشأن بالإعتماد على الجوانب النظرية والدراسات السابقة. وللتحقق من هذه الفروض قمنا بالعديد من الإجراءات المنهجية التي سوف نحاول ذكرها ضمن هذا الفصل. بدايةً بتقديم حدود الدراسة المختلفة (الزمنية، المكانية، البشرية، الموضوعية والعلمية)، ثم حاولنا تقديم المنهج المستخدم في كلٍّ من الدراسة الإستكشافية والدراسة الأساسية، بعد التطرق إلى متغيرات الدراسة (التابع والمستقل). وبعد شرح كيفية ضبط العينة وخصائصها من المجتمع الأصلي للدراسة وكيفية إختبارها، حاولنا تقديم الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية والمتمثلة في مقياس الإحتراق النفسي المكيف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نصراوي، والبرنامج السيكو اجتماعي المقترح المعدّ من طرف الباحث، وكيفية إعدادهما وبناءهما، وكذا طرق التأكد من خصائصها السيكومترية، مع الشرح المفصل للبرنامج المقترح من (خطوات، محتوى، إجراءات التنفيذ). وفي النهاية، تم التطرق إلى مختلف الأساليب الإحصائية التي تم الإعتماد عليها للتحقق من الخصائص السيكو مترية للأدوات، وكذا للتأكد من صحة فرضيات الدراسة، للتمكن من مناقشتها وتحليلها.

أولاً: حدود الدراسة

1. الحدود الزمنية:

بالنسبة للحدود الزمنية للدراسة، فقد قسمت إلى فترتين أساسيتين: الأولى خاصة بالدراسة الاستكشافية، حيث إستغرقت عملية توزيع إستثمارات مقياس الإحتراق النفسي على مختلف الهياكل الصحية وإسترجاعها حوالي عام، وذلك من 2022/07/31 إلى غاية 2023/09/30. بعدها تم إعداد البرنامج السيكو اجتماعي المقترح وتقديمه للمحكّمين، وبعد تعديله حسب بعض المقترحات في الفترة الممتدة بين شهري أكتوبر 2023 إلى غاية جوان 2024، شُرع في تطبيق البرنامج خلال الفترة الممتدة من أوائل شهر سبتمبر 2024 إلى غاية منتصف شهر جانفي 2025، حيث تم جمع مختلف البيانات والشروع في تحليل النتائج المحصل عليها.

2. الحدود المكانية:

تم تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي على عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقالة، وذلك بمختلف قاعات الاجتماعات الكائنة على مستوى العيادات المتعددة الخدمات، بالإضافة إلى قاعة المحاضرات بالمعهد الوطني للشبه طبي بقالة، بعد إجراء الدراسة الاستكشافية على مختلف هياكل الصحة بولاية قالة، والمقسمة إلى ثلاثة أنواع من المؤسسات: (المؤسسات الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وهذه الأخيرة مقسمة إلى نوعين هما: العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج).

3. الحدود البشرية:

شملت الدراسة عمال الصحة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالة من مختلف الأسلاك، من ذوي مستوى إحتراق نفسي مرتفع. كما شملت الدراسة الإستطلاعية مختلف الشرائح العاملة بالمؤسسات الإستشفائية بجميع أنواعها، والمقسمة إلى ثلاث طبقات رئيسية، وهي: الطبقة الأولى، وهي طبقة الأطباء، ممثلة في (الأطباء المتخصصون، الأطباء العامون، وأطباء الأسنان)؛ والطبقة الثانية، وهي طبقة الشبه طبيين، وهي مشكلة من مختلف الأسلاك الشبه الطبية (ممرضون، أعوان تمريض، مخبريون، بيولوجيون، أعوان أشعة، قابلات، ومختصون نفسانيون)؛ وفي الأخير طبقة الأسلاك المشتركة، ممثلة في (الأعوان الإداريون، العاملون المهنيون، السائقون، وحراس الأمن)، والتي بلغ عدد أفرادها (308) فردًا من مجتمع الدراسة.

4. الحدود الموضوعية:

إقتصرت الدراسة على متغير الإحترق النفسي الكلي بأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، ونقص الإنجاز)، وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية (السن، الجنس، والخبرة المهنية)، بالإضافة إلى بعض المتغيرات المهنية (طبيعة المهنة، مكان العمل، وطبيعة الدوام).

ثانيًا: المنهج المستخدم في الدراسة

إعتمد الباحث في دراسته على المنهج الشبه التجريبي طبقاً لطبيعة الدراسة، حيث يتسم بالشمولية ويرتبط بالتجارب العلمية والتي يحاول الباحث التحكم في مختلف ظروفها.

ومن دواعي إستعمالنا لهذا المنهج محاولة الباحث ضبط عينة الدراسة، حيث توجد بعض الاختلافات في العمر والمستوى العلمي والإقتصادي وحتى الإختصاص. وقد حاولنا جمع البيانات من مختلف المصالح الصحية بإستخدام مقياس ماسلاش وجاكسون للإحترق النفسي المكيف على البيئة الجزائرية في الوسط الطبي، ثم قمنا بتحليلها بإستخدام المعالج الإحصائي spss نسخة 22 بعد تبويبها، من أجل إستخلاص النتائج التي تشير إلى مستويات الإحترق النفسي لدى عمال الصحة كمرحلة أولى، والذي يُعد المتغير التابع في الدراسة.

كمرحلة ثانية، ثم تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح على أفراد المجموعة التجريبية من العينة. وبعد تحليل النتائج، حولنا ضبط عينة الدراسة بدقة، والتي قُسمت إلى مجموعات ضابطة وأخرى تجريبية، مما مكننا من دراسة العلاقة السببية بين المتغيرات إنطلاقاً من تصميم الموقف التجريبي. فالتجربة هي الملاحظة المقننة والمضبوطة لغرض تبويب البيانات وإستخلاص النتائج على أساس أدوات محددة، بالإعتماد على نتائج القياسيين القبلي والبعدي، والتحقق من أثر البرنامج، والذي يُعد المتغير المستقل للدراسة.

ثالثًا: مجتمع وعينة الدراسة

1. مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع عمال القطاع الصحي بولاية قلمة، والبالغ عددهم حسب مديرية الصحة والسكان حتى مطلع شهر جانفي من سنة 2024، حوالي ستة آلاف عامل من مختلف الإختصاصات والأسلاك.

2. عينة البحث:

1.2. العينة الإستكشافية (الأولية):

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، إختار الباحث عينة مكوّنة من (308) عاملاً بقطاع الصحة من مختلف الهياكل الصحية، والمقسمة إلى مؤسسات (إستشفائية جامعية، إستشفائية، جوارية)، من مختلف الرتب، مقسمة إلى ثلاث أنساق أو طبقات (إدارية، طبية، شبه طبية)، وكل طبقة تحتوي هي الأخرى على طبقات فرعية. وبعد توزيع (400) إستمارة، أُسْتُرجعت (351) إستمارة، وبعد إستبعاد الإستمارات الناقصة والتي بلغ عددها (43) إستمارة، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الأولية (308) فرداً، تم إختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة حتى تكون الفرص متكافئة لكل عنصر من مجتمع الدراسة، موزعون حسب المتغيرات الشخصية والديموغرافية، كما هو موضح في الجداول التالية:

✓ حسب متغير الجنس:

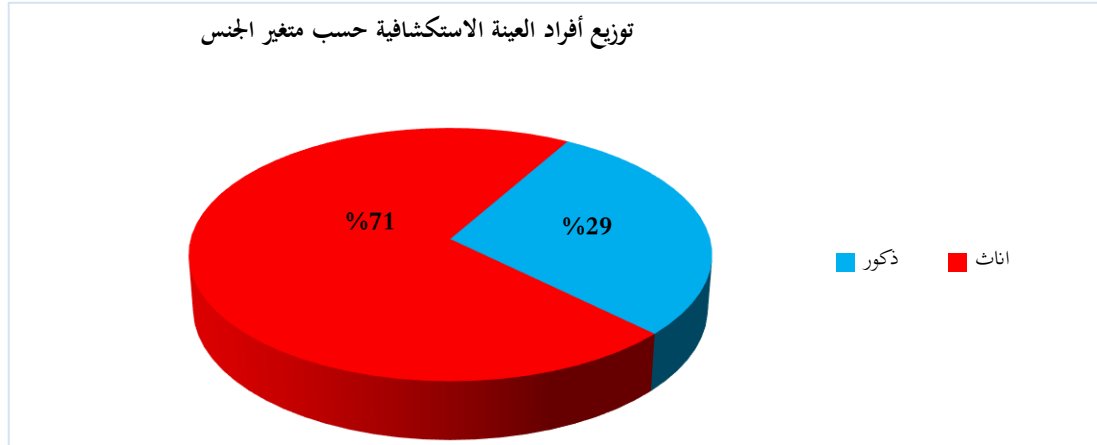
سوف نقدم من خلال الجدول الموالي رقم (03) توزيع أفراد العينة الأولية للدراسة حسب متغير الجنس، وهي مقسمة إلى الذكور والإناث:

جدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الجنس

متغير الجنس					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
28,9%	28,9%	28,9%	89	ذكر	مقبول
71,1%	100%	71,1%	219	انثى	
100%		100%	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

من الجدول رقم (03) يتضح أن توزيع عدد الإناث أكبر من عدد الذكور، حيث بلغ (219) فرداً بنسبة (71.1%)، بينما بلغ عدد الذكور (89) فرداً بنسبة (28.9%)، وهي ممثلة في الشكل البياني رقم (11) الموالي:



الشكل رقم (11) يمثل دائرية بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الجنس

✓ حسب متغير السن:

يعرض الجدول الموالي رقم (04) توزيع أفراد العينة الأولية للدراسة حسب متغير السن، حيث قسّمها الباحث إلى خمسة فئات عمرية متساوية المدي، والمقدر بخمسة سنوات، وكانت النتائج كما يلي:

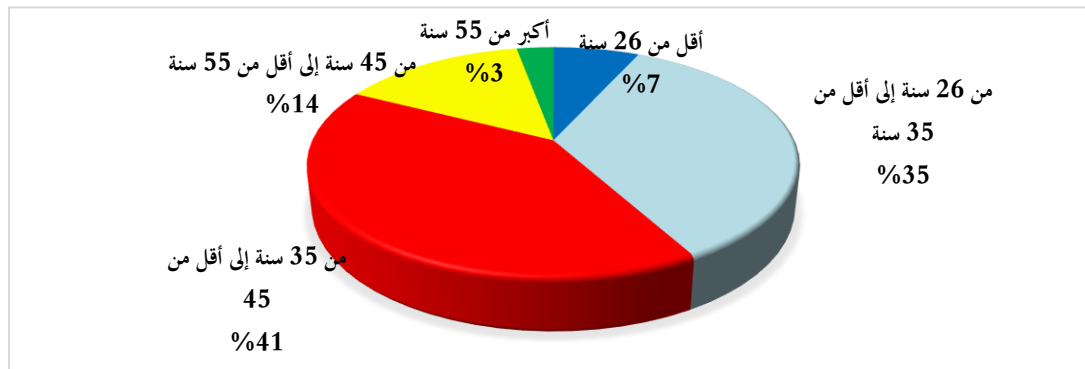
جدول رقم (04) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير السن

السن					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية	
6,8%	6,8%	6,8%	21	أقل من 26 سنة	مقبول
35,1%	41,9%	35,1%	108	من 26 سنة إلى أقل من 35 سنة	
40,6%	82,5%	40,6%	125	من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة	
14,6%	97,1%	14,6%	45	من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة	
2,9%	100%	2,9%	9	أكبر من 55 سنة	
100%		100%	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول رقم (04) وجود تباين في توزيع أفراد العينة الإستكشافية من حيث توزيع الفئات العمرية؛ إذ تمثل الفئة العمرية من 35 إلى أقل من 45 سنة أعلى نسبة، حيث عدد أفرادها (125) بنسبة (40.6%)، تليها الفئة العمرية من 26 إلى أقل من 35، التي بلغ عدد أفرادها (108) بنسبة (35.1%).

ثم تأتي الفئة العمرية من 45 إلى أقل من 55 سنة بنسبة (14.6%)، وبلغ عددهم (45) فردًا، تليها الفئة العمرية أقل من 26 سنة بنسبة (6.8%)، وعددهم (21) فردًا، وتقاربها الفئة العمرية أكبر من 55 سنة، حيث بلغ أفرادها (9) بنسبة (2.9%). ويوضح الرسم البياني رقم (12) ذلك:



الشكل رقم (12) يمثل دائرة بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير السن

✓ حسب متغير الخبرة المهنية:

يقدم الجدول الموالي رقم (05) توزيع أفراد العينة الأولية للدراسة حسب متغير سنوات الخبرة المهنية، حيث قسّمها الباحث أيضًا إلى خمسة فئات متساوية المدى، قدّر طول الفئة بخمسة سنوات، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الخبرة المهنية

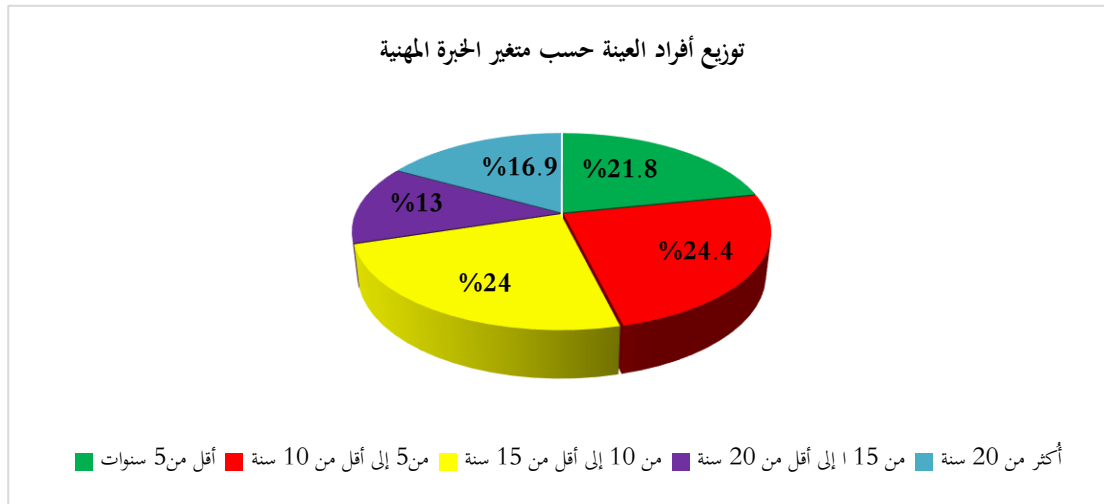
الخبرة					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المتوقعة	التكرار	فئات الخبرة	
21,8%	21,8%	21,8%	67	أقل من 5 سنوات	مقبول
24,4%	46,1%	24,4%	75	من 5 إلى أقل من 10 سنة	
24,0%	70,1%	24,0%	74	من 10 إلى أقل من 15 سنة	
13,0%	83,1%	13,0%	40	من 15 إلى أقل من 20 سنة	
16,9%	100%	16,9%	52	أكثر من 20 سنة	
100%		100%	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

أظهر الجدول السابق رقم (05) توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الخبرة المهنية، حيث نلاحظ وجود تقارب بين أفراد المجموعات، وهي موزعة كالتالي: بلغت نسبة كل الفئتين ذات خبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات، ومن 10 وأقل من 15 سنة، (24.4%) و (24%) على التوالي، وبلغ عدد أفرادها (75) و(74).

تليها الفئة ذات خبرة أقل من 5 سنوات بنسبة (21.8%)، حيث بلغ عدد أفراد المجموعة (67)، ثم جاءت الفئة ذات الخبرة أكبر من 20 سنة بنسبة (16.9%)، وعدد أفرادها (52) فردًا، وأخيرًا الفئة ذات الخبرة من 15 وأقل من 20 سنة، حيث بلغ عددهم (40) فردًا بنسبة (13%).

ويوضح في الرسم البياني رقم (13) هذا التوزيع.



الشكل رقم (13) يمثل دائرة بيانية لتوزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الخبرة المهنية

✓ حسب متغير طبيعة العمل:

يمثل الجدول الموالي رقم (06) توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب طبيعة العمل، والتي قُسمت إلى ثلاث أنساق:

✓ السلك الطبي: ويحتوي بدوره على ثلاث فئات هي (الأطباء المتخصصون، الأطباء العامون، وجراحي الأسنان).
 ✓ السلك الشبه الطبي: ويشمل مختلف الاختصاصات الشبه طبية، ونذكر منها (ممرضون، مخبريون، أعوان الأشعة....).

✓ السلك المشترك: ويتكون من مختلف التخصصات التالية (الأعوان الإداريون، الأعوان المهنيون والسائقون).
بمختلف رتبهم (أعوان، أعوان رئيسيون، متخصصون، ممتازون) أو مناصبهم العليا (رئيس فريق، منسق).

جدول رقم(06) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب طبيعة العمل

طبيعة المهنة						
طبيعة السلك	طبيعة التخصص		التكرار		النسبة المئوية	النسبة المقبولة
سلك طبي	أطباء مختصون	27	88	%8.77	%28.58	%8.77
	أطباء عامون	51		%16.56		
	أطباء أسنان	10		%3.25		
سلك شبه طبي	ممرضون	180	180	%58.44	%87.02	%58.44
سلك اداري	اداريون	23	40	%7.46	%12.98	%7.46
	عمال مهنيون	17		%5.52		%5.52
المجموع		308		%100	%100	

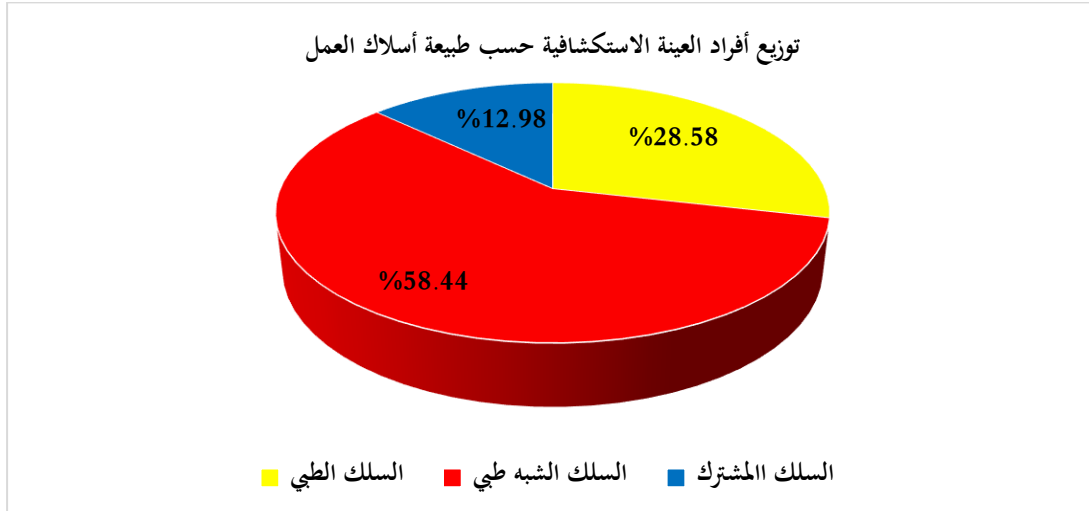
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول رقم (06) أن أفراد العينة الإستكشافية قُسموا إلى ثلاث طبقات (أسلاك) عاملة، وهي:

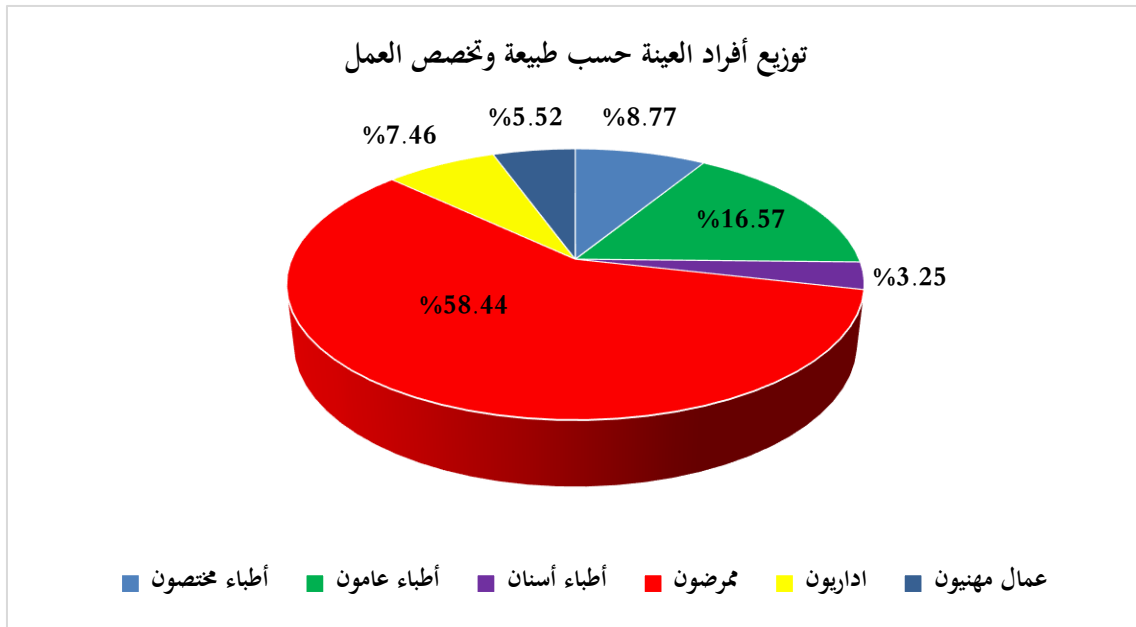
السلك الشبه طبي: بلغ عددهم (180) عاملاً، وهي النسبة الأعلى بنسبة (%58.44)، وتشمل مختلف الاختصاصات الشبه طبية (ممرضون وأعوان تمريض، بيولوجيون ومخبريون، أعوان الأشعة، قابلات، نفسانيون).
السلك الطبي: بلغ عددهم (88) فرداً بنسبة (%28.57)، وهي مقسمة إلى ثلاث فئات: الأطباء المتخصصون بعدد (27) فرداً بنسبة (%8.77)، الأطباء العامون بعدد (51) فرداً بنسبة (%16.56)، وجراحو الأسنان بعدد (10) أفراد بنسبة (%3.25).

السلك المشترك: بلغ عددهم (40) عاملاً بنسبة (%10.52)، وهي النسبة الأصغر، موزعين بين الأعوان الإداريين المختلفين وكذا كل من الأسلاك المشتركة من السائقين، الحراس، العاملين المهنيين، وعمال النظافة.

يمثل الرسمان البيانيان رقم (14) ورقم (15) على التوالي هذه النسب بصورة مرئية:



يوضح الشكل رقم (14) دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب أسلاك العمل



يوضح الشكل رقم (15) دائرة بيانية تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة العمل وتخصصه

✓ حسب متغير طبيعة المؤسسة:

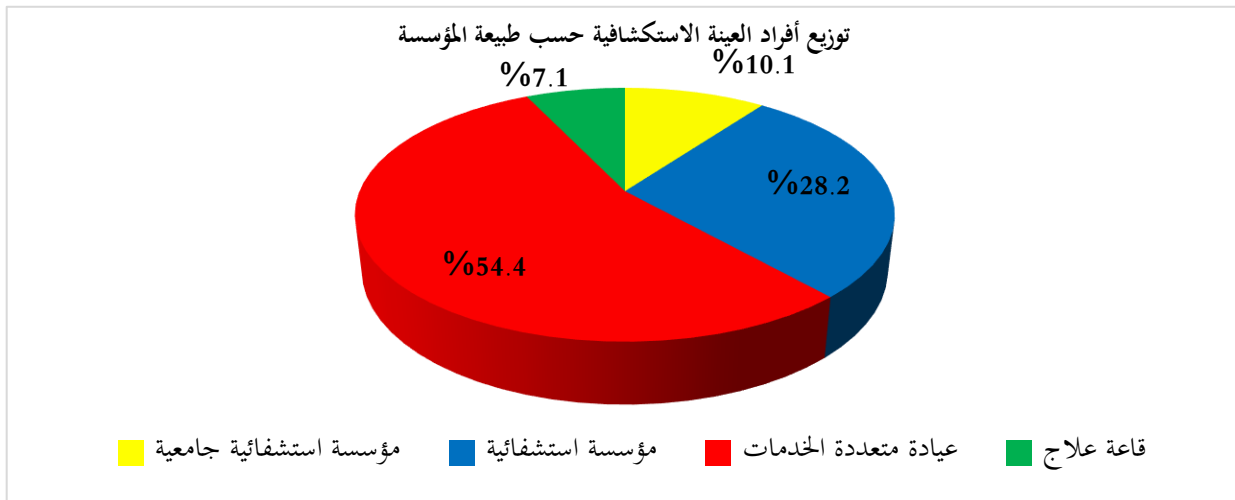
يمثل الجدول التالي رقم (07) توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة المؤسسة، حيث قسمها الباحث إلى قسمين رئيسيين: المؤسسات إستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والتي تضم العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، كما هو موضح في الجدول التالي رقم (07):

جدول رقم(07) توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب طبيعة المؤسسة

المؤسسة الصحة					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%10.1	%10.1	%10.1	31	مؤسسة إستشفائية جامعية	مقبول
%28.2	%38.3	%28.2	87	مؤسسة إستشفائية	
%54.5	%92.9	%54.5	168	عيادة متعددة الخدمات	
%7.1	%100	%7.1	22	قاعة علاج	
%100		%100	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

نلاحظ من الجدول رقم (07) تباين توزيع أفراد العينة الاستكشافية، حيث بلغ عدد العاملين بالعيادات المتعددة الخدمات (168) عاملاً بنسبة (%54.5)، يليها العاملون بالمؤسسات الإستشفائية بنسبة (%28.2) وبلغ عددهم (87)، ثم العاملون بالمؤسسات الإستشفائية الجامعية بعدد (31) فرداً بنسبة (%10.1)، وأخيراً عمال قاعات العلاج بنسبة (%7.1) وعددهم (22). يوضح الرسم البياني رقم (16) هذا التوزيع بشكل بياني.



يوضح الشكل رقم (16) دائرةً بيانيةً تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة المؤسسة

✓ حسب متغير طبيعة الدوام (أوقات العمل):

يوضح الجدول الموالي رقم (08) توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير طبيعة الدوام، حيث تم تقسيمهم إلى خمسة تصنيفات إستنادًا إلى طبيعة عمل كل مصلحة، وهي:

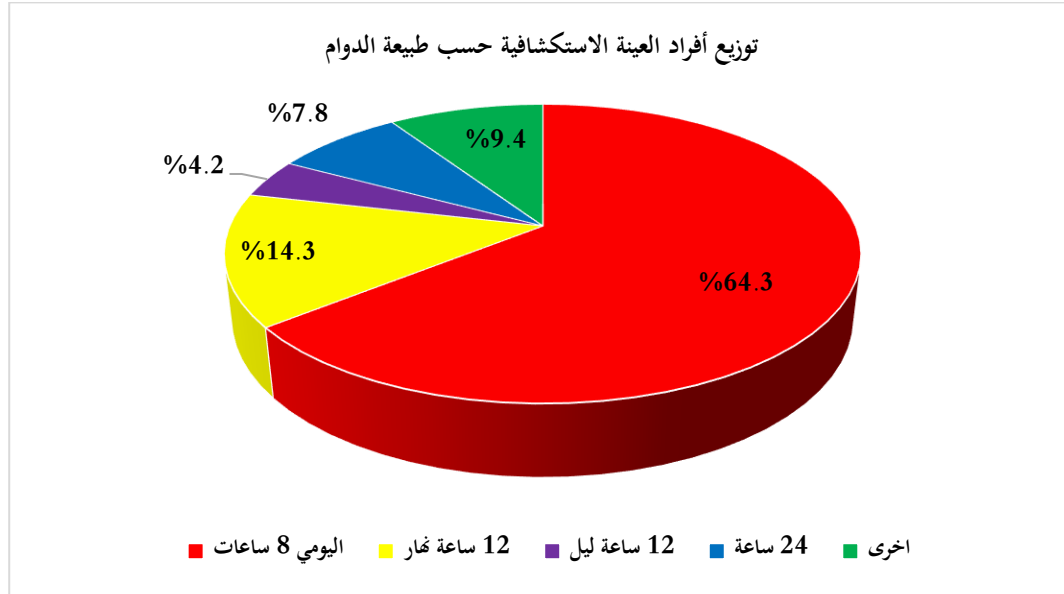
جدول رقم (08) يوضح توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب طبيعة الدوام

طبيعة الدوام					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%64,3	%64,3	%64,3	198	اليومي 8 ساعات	مقبول
%14,3	%78,6	%14,3	44	12 ساعة نهار	
%4,2	%82,8	%4,2	13	12 ساعة ليل	
%7,8	%90,6	%7,8	24	24 ساعة	
%9,4	%100	%9,4	29	اخرى	
%100		%100	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

يبين الجدول رقم (08) توزيع عمال قطاع الصحة حسب طبيعة الدوام، حيث تعمل نسبة كبيرة منهم بنظام 8 ساعات، وبلغ عددهم (198) عاملاً بنسبة (%64.3). يليهم العاملون بنظام 12 ساعة نهاراً بعدد (44) عاملاً ونسبة (%14.3)، ثم العاملون بنظام 24 ساعة بنسبة (%7.8) وعددهم (24)، وأخيراً العاملون بنظام 12 ساعة ليلاً وعددهم (13) ونسبة (%4.2). كما أن هناك فئة من العمال يعملون بنظم أخرى، وبلغ عددهم (29) عاملاً بنسبة (%9.4).

تمثل هذه القيم في الرسم البياني رقم (17):



يوضح الشكل رقم (17) دائرةً بيانيةً تُبين توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير طبيعة الدوام.

✓ حسب بعض المتغيرات المختلفة (المنوبات الليلية، الرغبة في العمل المناوبات، الحصول على المناصب العليا، العمل في مصلحة كوفيد 19):

يمثل الجدول رقم (09) توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب بعض المتغيرات والإمكانيات الوظيفية، والتي تشمل العمل بالمنوبات الليلية ورغبتهم في العمل الليلي، بالإضافة إلى حصولهم على المناصب العليا، وكذلك عملهم بمصلحة كوفيد.

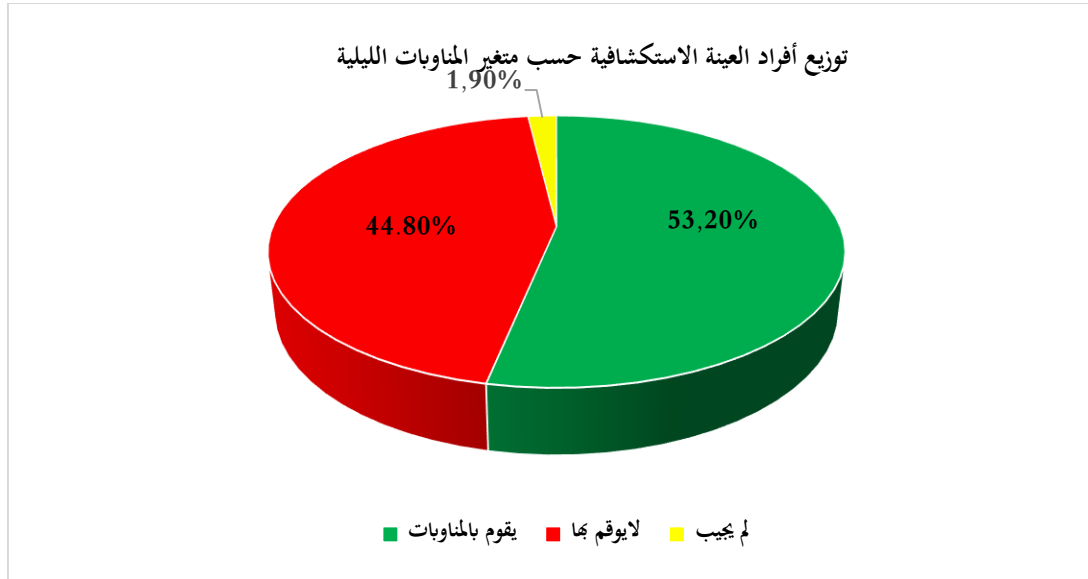
جدول رقم (09) توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغيرات (المناوبات الليلية، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد19)

المناوبات الليلية					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%53,2	%53,2	%53,2	164	يقوم بالمناوبات	مقبول
%44,8	%98,1	%44.8	138	لا يقوم بها	
%1.9	%100	%1.9	6	لم يجب	
%100		%100	308	المجموع	
الرغبة في المناوبات					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%22,7	%22,7	%22,7	70	يرغب في المناوبات	مقبول
%71,8	%94,5	%71,8	221	لا يرغب	
%5,5	%100	%5,5	5	لم يجب	
%100		%100	308	المجموع	
المناصب العليا					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%18,2	%18,2	%18,2	56	مستفيد	مقبول
%76,6	%94,8	%76,6	236	غير مستفيد	
%5,2	%100	%5,2	16	لم يجب	
%100		%100	308	المجموع	
مصلحة كوفيد 19					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
%64,9	%64,9	%64,9	200	عمل	مقبول
%34.1	%99	%34,1	105	لم يعمل	
%1.0	%100	%1.0	3	لم يجب	
%100		%100	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

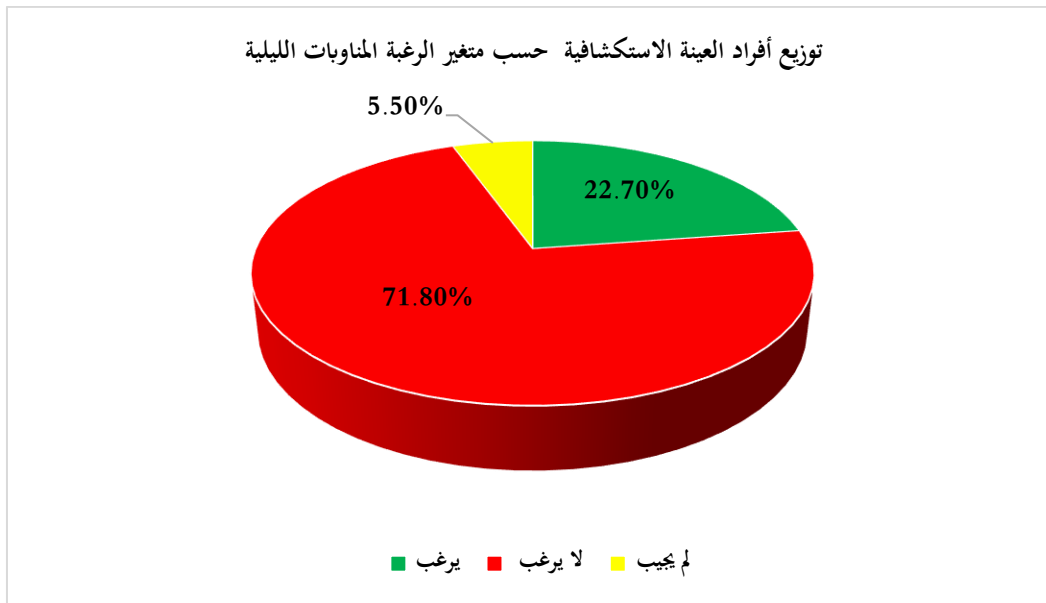
يظهر من خلال نتائج الجدول رقم (09) أن نسبة أفراد العينة الإستكشافية الذين يقومون بالمناوبات الليلية بلغت (%53.2) وعددهم (164)، بينما (%44.8) منهم لا يرغبون في العمل بالمناوبات الليلية ويبلغ عددهم

(138)، أما الذين لم يجيبوا عن هذا السؤال، فبلغ عددهم (6) أفراد بنسبة (1.9%). يمثل هذه النتائج الرسم البياني الموالي رقم (18):



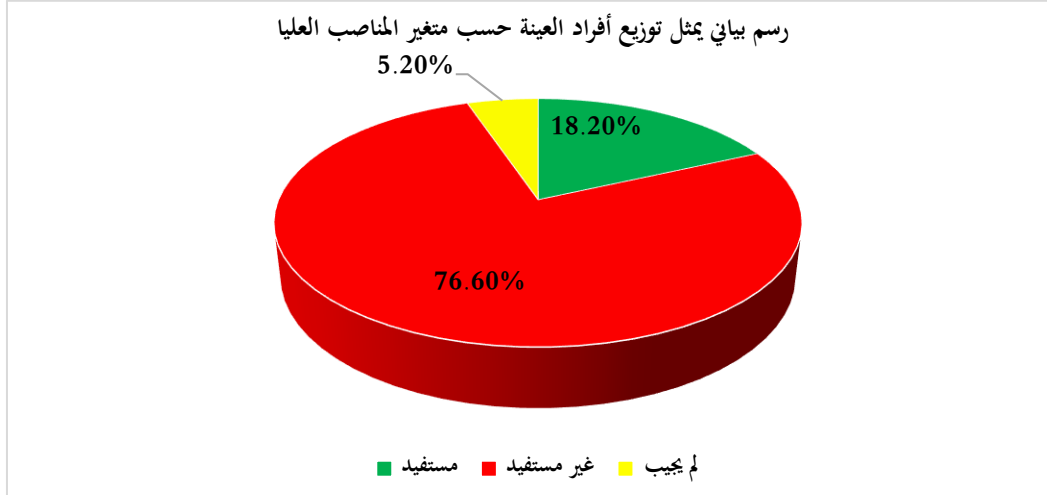
رسم بياني رقم (18) يمثل توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير المناوبات الليلية

في السياق ذاته، نلاحظ من نتائج الجدول رقم (09) أن نسبة كبيرة من عمال قطاع الصحة، تقدّر ب (71.80%) لا يرغبون في القيام بالمناوبات الليلية، حيث بلغ عددهم (221) عاملاً، مقابل (70) عاملاً يرغبون في القيام بالمناوبات الليلية بنسبة (22.70%). أما الذين لم يجيبوا على هذا السؤال، فبلغ عددهم (5) أفراد بنسبة (5.5%). توضح هذه النتائج في الرسم البياني رقم (19).



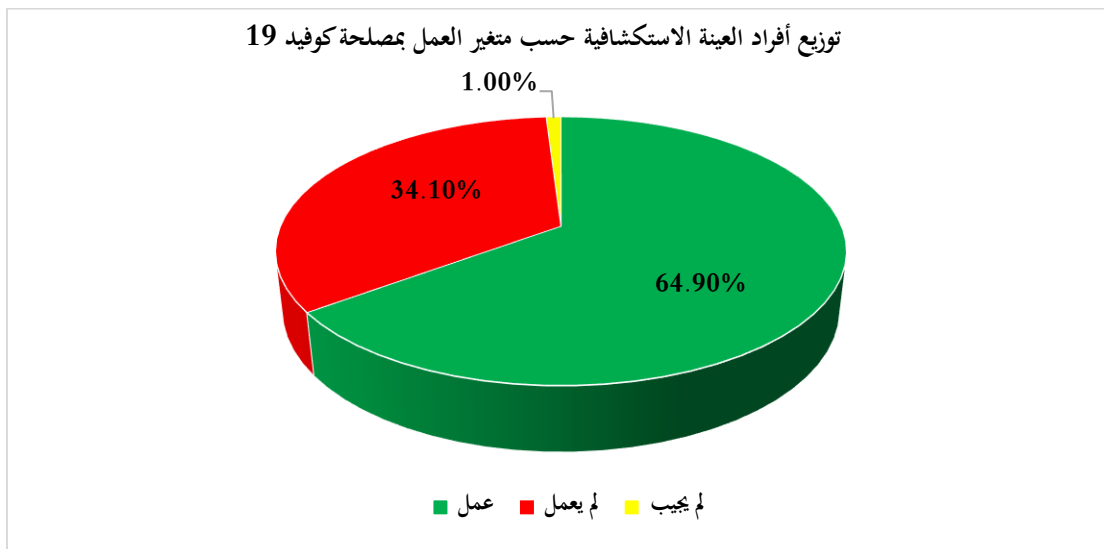
رسم بياني رقم (19) يمثل توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير الرغبة في المناوبات الليلية

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (09) السابق، يتضح أن نسبة (76.60%) أي (236) عاملاً، لم يستفدوا من المناصب العليا، مقابل (56) عاملاً فقط إستفادوا من المناصب العليا ويمثلون نسبة (18.2%)، في حين لم يجابوا عن هذا السؤال (16) عاملاً بنسبة (5.20%). توضح هذه النتائج في الرسم البياني (20).



رسم بياني رقم (20) يمثل توزيع أفراد العينة الإستكشافية حسب متغير المناصب العليا

وأخيراً، من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (09) السابق، يتضح أن نسبة كبيرة من عمال الصحة عملت في مصالح كوفيد، حيث بلغ عددهم (200) عاملاً بنسبة (64.90%)، أي نحو ثلثي العينة، مقابل (103) عاملاً يمثلون نسبة (34.10%)، أما الذين لم يجيبوا عن هذا السؤال، فبلغ عددهم (3) أفراد. توضح هذه النتائج في الرسم البياني رقم (21).



رسم بياني رقم (21) يمثل توزيع أفراد العينة الاستكشافية حسب متغير العمل بمصلحة كوفيد 19

2.2. العينة الأساسية:

تم إختيار العينة الرئيسية للدراسة التي طبق عليها البرنامج السيكو اجتماعي المقترح إستنادًا إلى مخرجات نتائج الدراسة الإستكشافية، والتي سنستعرضها لاحقًا. وكانت أهم نتائجها كما يلي:

- ✓ يعاني عمال قطاع الصحة من مستوى إحترق نفسي متوسط، ومستوى تبدل مشاعر متوسط، بالإضافة إلى ارتفاع مستوى الإستنزاف الإنفعالي ونقص الإنجاز.
- ✓ أظهرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية بين متغير الإحترق النفسي وكل من متغيري السن والحالة الإجتماعية.
- ✓ أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين متغير الإحترق النفسي وطبيعة العمل.
- ✓ توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإحترق النفسي ومتغير الجنس.
- ✓ وأظهرت النتائج أيضًا وجود علاقة إرتباطية بين بعد الإستنزاف الإنفعالي وكل من متغيري طبيعة العمل والجنس.
- ✓ كما بينت النتائج وجود علاقة إرتباطية بين بعد تبدل المشاعر وكل من متغيرات الحالة الإجتماعية، الجنس والسن.
- ✓ توجد علاقة إرتباطية بين بعد نقص الإنجاز وكل من متغيري الحالة الإجتماعية والسن.
- ✓ أسفرت النتائج عن عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات، وهي: الجنس، المناوبات الليلية، الرغبة في المناوبات، المناصب العليا، والعمل بمصالح كوفيد-19.
- ✓ كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي مع المتغيرات: السن، سنوات الخبرة، طبيعة المؤسسة، وطبيعة الدوام.
- ✓ وأخيرًا، أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير طبيعة المهنة.
- نظرًا لأن نتائج الدراسة الإستكشافية أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير طبيعة المؤسسة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير طبيعة المهنة، إرتأينا تطبيق البرنامج على عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية-قالمة-لأسباب بحثية عدة، أهمها:
- ✓ وجود مصلحة طب العمل بهذه المؤسسة.
- ✓ التنظيم الهيكلي للمؤسسة.
- ✓ وجود أكثر من ثلثي الحالات ذات الإحترق النفسي المرتفع.

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية للدراسة

وهي مقسمة على الهياكل التالية:

جدول رقم (10) يمثل توزيع الهياكل الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة وطبيعة النظام وعدد العمال

طبيعة النظام	اسم العيادة	عدد العمال	خارجي
عيادات متعددة الخدمات 24/24 ساعة	شلاغمية عمار بومهرة أحمد	88	12
	السعيد بجاوي قالملة	94	18
	الاخوة أومدور قالملة	61	11
	الركنية	31	5
	ابن سيناء لخزارة	44	-
	هوارى بومدين هيلوبوليس	79	12
عيادات متعددة الخدمات 24/12 ساعة	أومدور تونس قالملة	45	8
	عين الدفلة قالملة	56	6
	مرقاق محمد قالملة	49	22
	النشماية	51	-
	قلعة بوصبع	41	-
	بلخير	43	5
	بن جراح	31	-
	الركنية	12	-
قاعات علاج	بوعاتي محمود	18	-
	الفجوج	25	-
	بوحشانة	12	-
	عين السوداء	12	-

المصدر: من إعداد الباحث عن مصلحة الموارد البشرية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة

إنطلاقاً من مخرجات نتائج الدراسة الإستكشافية، تم تتبع الحالات التي تعاني من مستويات إحترق نفسي مرتفع بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة، حيث يتم تشكيل المجموعة التجريبية، وإختيار أفراد المجموعة الضابطة من نفس مكان عمل أفراد المجموعة التجريبية.

بناءً على ذلك، فإن أفراد العينة المتكونة من المجموعتين (التجريبية والضابطة) موزعون كما يلي:

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

سوف نحاول من خلال الجدول الموالي عرض توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس، وهي مقسمة إلى الذكور والإناث، كما هو موضح في الجدول رقم (11):

جدول رقم (11) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

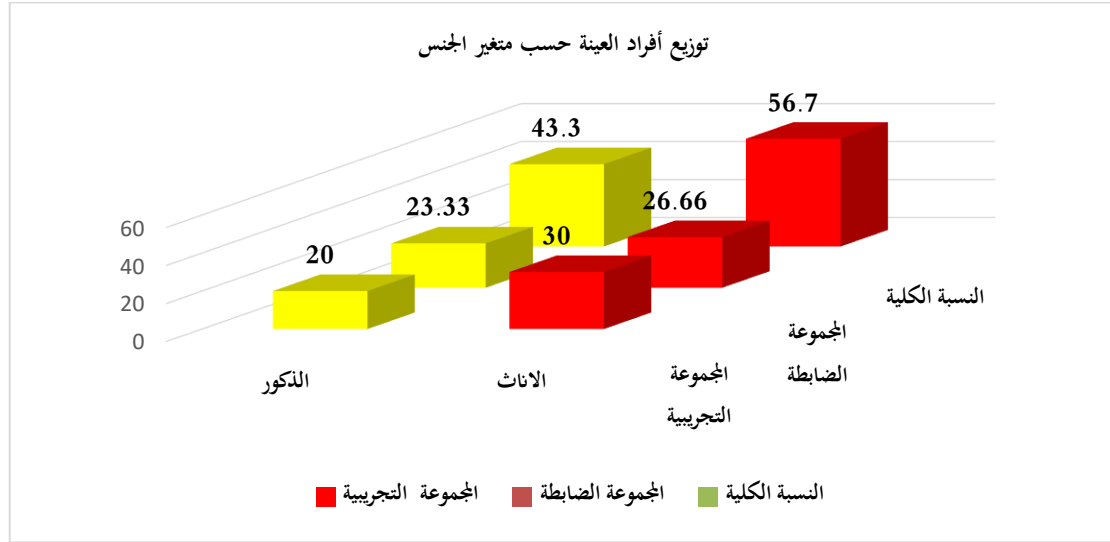
النسب المئوية		التكرار		نوع المجموعة	تغير الجنس	
%43.3	%23.33	26	14	مجموعة ضابطة	ذكور	مقبول
	%20.00		12	مجموعة تجريبية		
%56.7	%26.66	34	16	مجموعة ضابطة	إناث	
	%30.00		18	مجموعة تجريبية		
%100		60			المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول السابق رقم (11) أن أفراد العينة مقسمون إلى (26) فردًا من الذكور بنسبة (%43.3)، موزعون (14) في المجموعة الضابطة بنسبة (%23.33)، و(12) عمالًا يمثلون المجموعة التجريبية بنسبة (%20.00)، مقابل (34) فردًا من الإناث بنسبة (%56.7)، موزعات على المجموعة الضابطة والتجريبية ب (16) و(18) على التوالي، بنسب (%26.66) و(%30.00).

كما نلاحظ أن أفراد العينة مقسمون بالتساوي إلى مجموعتين، تتكون كل واحد منهما من (30) فردًا، حيث إن أفراد المجموعة الضابطة موزعون حسب متغير الجنس تقريبًا بالتساوي؛ إذ بلغت نسبة الذكور (%46.7) وعددهم (14)، أما عدد الإناث فبلغ (16) بنسبة (%53.3).

في نفس السياق، بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية، هي الأخرى (30) عاملاً موزعين حسب متغير الجنس إلى (12) ذكرًا بنسبة (%40)، أما عدد الإناث فقد بلغ (18) بنسبة (%60)، وتمثل النتائج السابقة في الرسم البياني رقم (22) الموالي:



الشكل رقم (22) يمثل أعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية:

يعرض الجدول الموالي رقم (12) توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الحالة الاجتماعية، وهي مقسمة إلى أربعة فئات أو أنساق، وهي: (المتزوجون، العزاب، الأرمال، والمطلقون)، وذلك كما هي موضح في الجدول الموالي رقم (12).

جدول رقم (12) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية		التكرار		نوع المجموعة	متغير الحالة الاجتماعية	
%59.66	%31.66	36	19	مجموعة ضابطة	متزوج	مقبول
	%28.33		17	مجموعة تجريبية		
%33.33	%16.66	20	10	مجموعة ضابطة	أعزب	
	%16.66		10	مجموعة تجريبية		
%3.33	%1.66	2	1	مجموعة ضابطة	أرمل	
	%1.66		1	مجموعة تجريبية		
%3.33	%0	2	0	مجموعة ضابطة	مطلق	
	%3.33		2	مجموعة تجريبية		
%100	%100	60		المجموع		

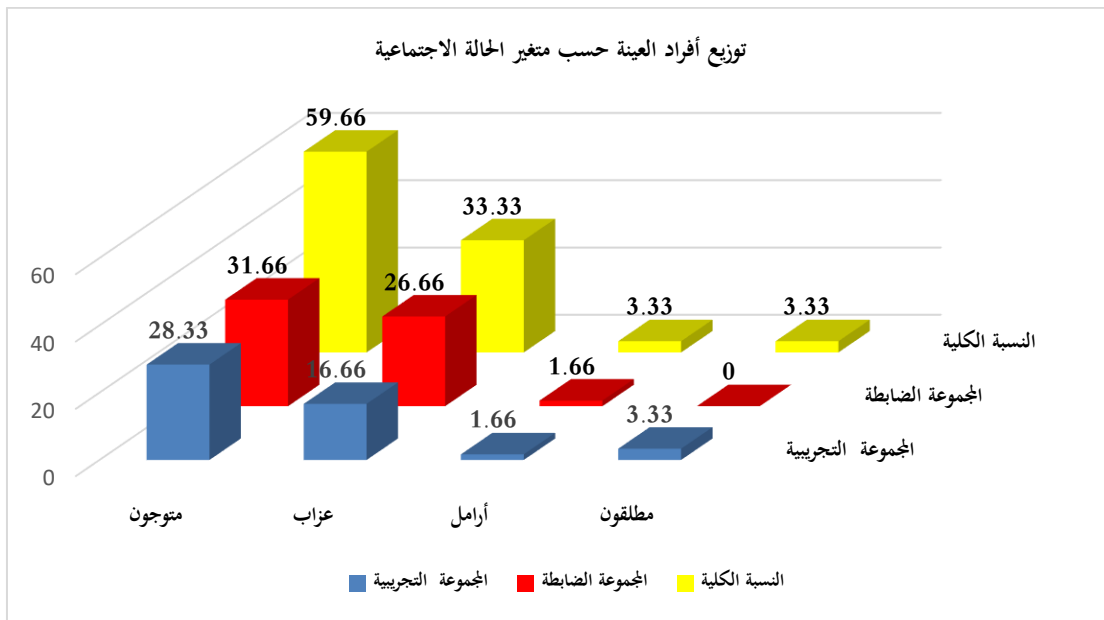
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يوضح الجدول السابق رقم (12) توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت نسبة المتزوجين (59.66%) ممثلة في (36) فردًا، مقسمة تقريبًا بالتساوي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة؛ إذ كان (19) فردًا من المجموعة الضابطة بنسبة (31.66%)، و(17) عاملاً في المجموعة التجريبية بنسبة (28.33%).

كما شكل العزاب ثلث العينة تقريبًا بنسبة (33.33%)، إذ بلغ عددهم (20) فردًا، موزعون بالتساوي بين المجموعتين التجريبية والضابطة بنسبة (16.66%) لكل مجموعة.

في حين تساوت نسبة الأراامل والمطلقين، حيث بلغ عدد كل فئة فردين (02) بنسبة (3.33%)، موزعين بالتساوي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في فئة الأراامل بنسبة (1.66%)، بينما لم تشمل أي فرد في المجموعة الضابطة بالنسبة لفئة المطلقين.

وتمثل النتائج السابقة في الرسم البياني رقم (23) الموالي:



رسم بياني رقم (23) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة المهنة:

سوف نعرض من خلال الجدول الموالي رقم (13) توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة العمل أو المهنة، حيث يضم قطاع الصحة العديد من الاختصاصات والمجالات. في هذا الشأن، قسم الباحث هذه الاختصاصات

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية للدراسة

إلى ثلاث أصناف رئيسية، وهي: (السلوك الطبي، السلوك الشبه طبي، والسلوك المشترك)، كما يضم كل سلوك العديد من التخصصات، ويجدر الذكر أن كل تخصص يحتوي على عدة رتب.

جدول رقم(13) يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل

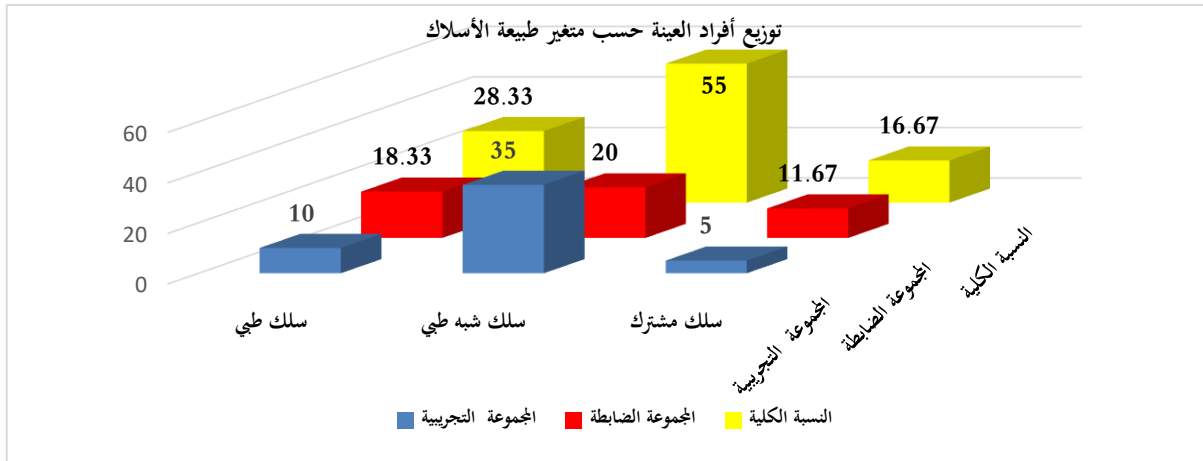
النسبة المئوية			التكرار	سلوك وطبيعة العمل		
%28.33	%18.33			مجموعة ضابطة	سلوك	
	%10	17	11	مجموعة تجريبية	طبي	مقبول
%55	%20	36	12	مجموعة ضابطة	سلوك	
	%35		21	مجموعة تجريبية	شبه طبي	
%16.67	%11,67	7	7	مجموعة ضابطة	سلوك	
	%5.0		3	مجموعة تجريبية	مشترك	
%100		60	المجموع			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه رقم (13) يتضح أن نسبة السلوك الشبه الطبي تمثل (55%)، وهي أعلى نسبة، إذ تمثل (36) فردًا، منهم (21) فردًا في المجموعة التجريبية بنسبة (35%)، و(12) فردًا من المجموعة الضابطة بنسبة (20%).

يليه السلوك الطبي بعدد (17) طبيًا بنسبة (28.33%)، موزعين على المجموعتين التجريبية والضابطة بنسبة (10%) و(18.33%) على التوالي، حيث بلغ عدد الأفراد في المجموعة التجريبية (6) أفراد، وفي المجموعة الضابطة (11) فردًا.

أخيراً، جاء السلك المشترك بنسبة (16.67%)، مقسماً بين المجموعة الضابطة بنسبة (11.67%) أي (7) أفراد، والمجموعة التجريبية بنسبة (5%) أي (3) أفراد. وتمثل النتائج السابقة في الرسم البياني رقم (24) الموالي:



رسم بياني رقم (24) يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة أسلاك العمل

بالنسبة للمجموعة التجريبية، يجدر الذكر أن إختصاص التمريض هو الأكثر تمثيلاً، حيث كانت النتائج موزعة في الجدول الموالي رقم (14) كما يلي:

جدول رقم (14) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب طبيعة العمل

المجموع	مشتركة		شبه طبي				طبي		السلك
30	متصرف	عامل	مخبري	مساعد	ممرض	ممرض	طبيب عام	طبيب مختص	الإختصاص
	إداري	مهني	ممتاز	تمريض	متخصص	ممتاز	4	2	التكرار
	1	2	1	6	5	9			
%100	%3.33	%6.66	%3.33	%20	%16.66	%30	%13.33	%6.66	النسبة

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (14) نلاحظ أن السلك الشبه طبي ممثلاً في الممرضين الممتازون بنسبة (30%) وعددهم (9)، والممرضون المتخصصين بنسبة (16.66%) وعددهم (5)، ومساعدات التمريض بنسبة (20%) أي (6)، وهم يشكلون أكبر نسبة من عمال قطاع الصحة المعرضين للإحتراق النفسي بنسبة إجمالية (66.66%).

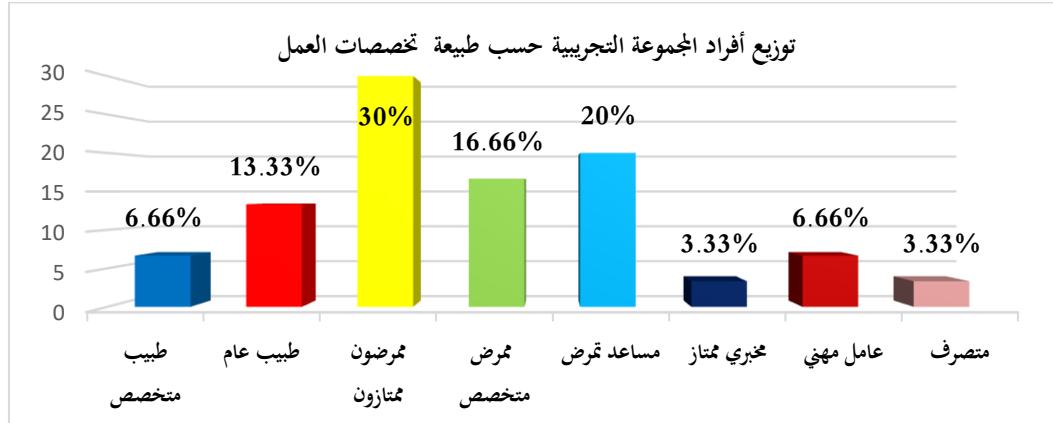
تليها السلك الطبي بعدد (6) أطباء بنسبة (20%)، مقسمة إلى (6.66%) للأطباء المتخصصين و(13.33%) للأطباء عامين، أي (2) و(4) على التوالي.

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية للدراسة

في حين بلغت نسبة السلك الإداري المشترك (10%) أي (3) عمال فقط، موزعة بنسبة (6,66%) للعمال المهنيين، و(3,33%) للمتصرفين الإداريين.

وهي موزعة في الشكل البياني الموالي رقم (25) حسب الإختصاصات على النحو التالي:



رسم بياني رقم (25) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب تخصصات العمل

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر:

يوضح الجدول الموالي رقم (15) توزيع أفراد العينة حسب متغير السن، وهي مقسمة إلى خمسة فئات عمرية متساوية بمدى خمسة سنوات لكل فئة، والنتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول رقم (15) توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

متغير السن						
النسبة المئوية		التكرار		نوع المجموعة	الفئات العمرية	
%3.3	%1.66	2	1	مجموعة ضابطة	أقل من 26 سنة	مقبول
	%1.66		1	مجموعة تجريبية		
%46.7	%23.33	28	14	مجموعة ضابطة	من 26 سنة إلى أقل من 35 سنة	
	%23.33		14	مجموعة تجريبية		
%28.3	%16.67	17	10	مجموعة ضابطة	من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة	
	%11.67		7	مجموعة تجريبية		
%20	%8.33	12	5	مجموعة ضابطة	من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة	
	%11.67		7	مجموعة تجريبية		
1.7	-	1	0	مجموعة ضابطة	أكبر من 55 سنة	
	1.7		1	مجموعة تجريبية		
%100		60			المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

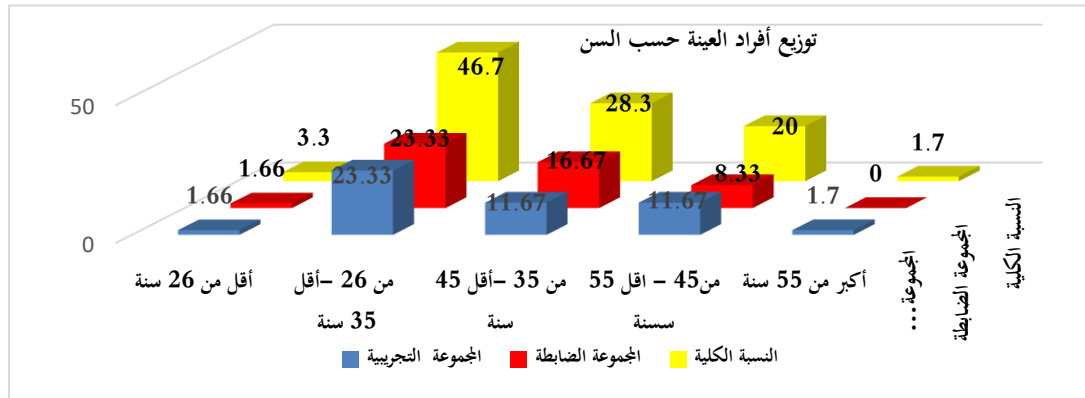
من خلال النتائج المقدّمة في الجدول رقم (15) يتضح جلياً تباين في النسب المئوية بالنسبة لمتغير السن، حيث تمثل أعلى نسبة (46,7%) للفئة العمرية من 26 سنة وأقل من 35 سنة، إذ بلغ عدد أفرادها (28) فرداً مقسماً بالتساوي بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

تليها الفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة بعدد (17) فرداً بنسبة (28,3%)، موزعة بين المجموعة الضابطة ب (10) وبنسبة (16,67)، والمجموعة التجريبية ب (7) أفراد وبنسبة (11,67%).

ثم جاءت الفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة بنسبة (20%) وعدد (12) فرداً، مقسمة إلى (5) أفراد يمثلون المجموعة الضابطة بنسبة (8,33%)، و (7) أفراد للمجموعة التجريبية بنسبة (11,67%).

وفي الأخير، الفئة العمرية أقل من 26 سنة بنسبة (3,3%) وتمثل فردين، مقسّمين بالتساوي بين المجموعتين التجريبية والضابطة بنسبة (1,66%) لكل منهما.

والجدير بالذكر أنه لا يوجد حالات إحترق نفسي مرتفع لدى الفئة العمرية أكبر من 55 سنة. وتمثل هذه النتائج في الرسم البياني رقم (26) الموالي:



رسم بياني رقم (26) توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الخبرة المهنية

يظهر الجدول الموالي رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الخبرة المهنية، والذي تم تقسيمه إلى خمسة فئات متساوية المدى مدته خمس سنوات لكل فئة، والنتائج كالآتي:

جدول رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية

متغير سنوات الخبرة المهنية						
النسبة المئوية		التكرارات		نوع المجموعة	فئات الخبرة	
%21.7	%6.67	4	13	مجموعة ضابطة	أقل من 5 سنوات	مقبول
	%15	9		مجموعة تجريبية		
%23.3	%8.33	5	14	مجموعة ضابطة	من 5 إلى أقل من 10 سنة	
	%15	9		مجموعة تجريبية		
%28.3	%20	12	17	مجموعة ضابطة	من 10 إلى أقل من 15 سنة	
	%8.33	5		مجموعة تجريبية		
%6.7	%5	3	4	مجموعة ضابطة	من 15 إلى أقل من 20 سنة	
	%1.67	1		مجموعة تجريبية		
%20	%10	6	12	مجموعة ضابطة	أكثر من 20 سنة	
	%10	6		مجموعة تجريبية		
%100		60			المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

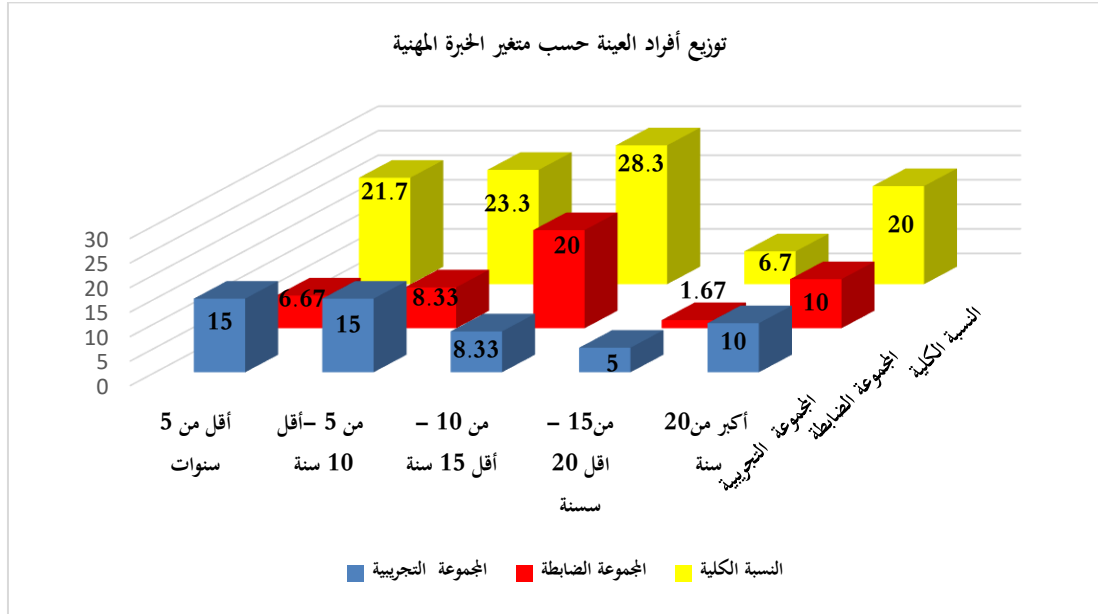
يوضح الجدول السابق رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية، حيث نلاحظ أيضاً التباين في النسب المئوية بين المجموعات؛ إذ بلغت أعلى نسبة (28.3%) لفئة العمال الذين يملكون خبرة مهنية من 10 وأقل من 15 سنة، ممثلة ب (17) فرداً، مقسمة إلى (5) أفراد في المجموعة التجريبية ونسبة (8.33%)، و (12) فرداً في المجموعة الضابطة بنسبة (20%).

تليها فئة من لديهم خبرة بين 5 وأقل من 10 سنوات بعدد (14) فرداً بنسبة (23.3%)، مقسمة إلى (5) أفراد في المجموعة التجريبية بنسبة (8.33%)، و (9) أفراد في المجموعة الضابطة بنسبة (15%).

بعدها جاءت فئة من تقل خبرتهم عن 5 سنوات بنسبة (21.7%)، وعددهم (14) فرداً، موزعون (4) أفراد في المجموعة الضابطة بنسبة (6.67%)، و (9) أفراد في المجموعة التجريبية بنسبة (15%).

وفي الأخير، بلغت نسبة من لديهم خبرة بين 15 سنة وأقل من 20 سنة (6.7%)، ويقابلها (12) فرداً موزعين بالتساوي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بنسبة (10%) لكل منهما.

ويوضح الرسم البياني رقم (27) الموالى هذه القيم:



رسم بياني رقم (27) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية

✓ توزيع أفراد العينة حسب متغيري مكان وأوقات العمل:

نعرض في الجدول الموالي رقم (17) توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب توقيت العمل، والذي قُسم بدوره

إلى خمسة أوقات تعمل بها مختلف المؤسسات الصحية قيد الدراسة، وهي:

جدول رقم (17) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير أوقات العمل

متغير سنوات الخبرة المهنية						
النسبة التراكمية النسبة المقبولة		التكرارات		نوع المجموعة	فئات الخبرة	
70%	31.67%	19	42	مجموعة ضابطة	8 ساعات	مقبول
	38.33%	23		مجموعة تجريبية		
8.3%	3.33%	2	5	مجموعة ضابطة	12 ساعة لنهارا	
	5%	3		مجموعة تجريبية		
3.3%	3.33%	2	2	مجموعة ضابطة	12 ساعة ليلا	
	0%	0		مجموعة تجريبية		
8.3%	6.67%	4	5	مجموعة ضابطة	24 ساعة	
	1.67%	1		مجموعة تجريبية		
10%	5%	3	6	مجموعة ضابطة	أخرى	
	5%	3		مجموعة تجريبية		
100%		60		المجموع		

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

كما سبق ذكره آنفاً، من أهم مخرجات الدراسة الإستكشافية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير طبيعة المؤسسات، حيث إرتأينا إجراء هذه الدراسة على أفراد المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقلمة، التي تمتاز بتعدد المراكز الصحية المنتشرة عبر ربوع الولاية، والمقسمة بين عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، والتي تختلف فيما بينها في مواقيت عملها.

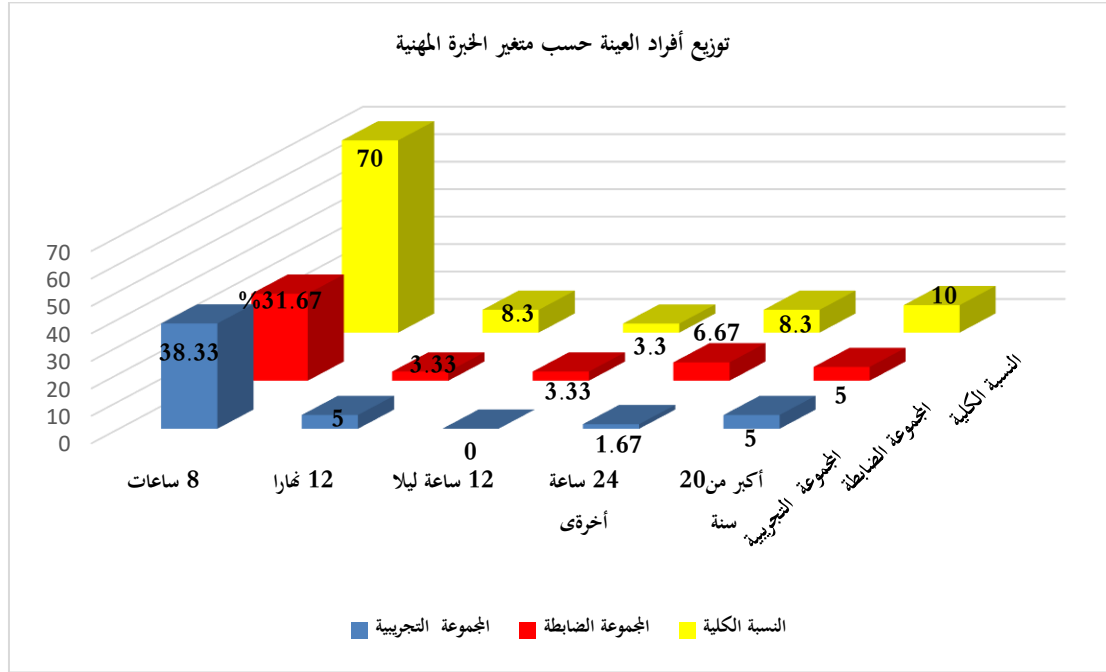
من هذا المنطلق، جاء توزيع أفراد العينة وفق توقيت العمل كالتالي:

بلغت أعلى نسبة (70%)، وهي تمثل أكبر عدد من العمال بنظام 8 ساعات، وقدر عددهم (42) عاملاً، موزعين إلى (19) عاملاً في المجموعة الضابطة بنسبة (31.67%)، و(23) عاملاً في مجموعة تجريبية بنسبة (38.33%). أما من يعملون بنظم أخرى فبلغ عددهم (6) مقسّمين بالتساوي بين المجموعة الضابطة والتجريبية، بنسبة (5%) لكل منهما.

يليهما كل من نظامي 24 ساعة ليلاً و12 ساعة نهاراً، بنسبة مقدّرة ب (8.3%) لكل نظام، حيث توزّع في النظام الأول (4) أفراد في مجموعة ضابطة بنسبة (6.67%)، وعاملاً واحد في المجموعة التجريبية بنسبة (1.67%)، أما النظام الثاني فكان موزعاً إلى (2) أفراد في المجموعة الضابطة بنسبة (3.33%)، و(3) أفراد في التجريبية بنسبة (5%).

وأخيراً، جاء العاملون بنظام 12 ساعة ليلاً بنسبة (3.3%)، وهم موزعون فقط على المجموعة الضابطة.

والنتائج السابقة موضّحة في الشكل البياني رقم (28) الموالي.



رسم بياني رقم (28) يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الدوام

وبالتدقيق في نتائج العينة التجريبية، كانت كما يوضحها الجدول الموالي رقم (18):

جدول رقم (18) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب متغير أوقات العمل

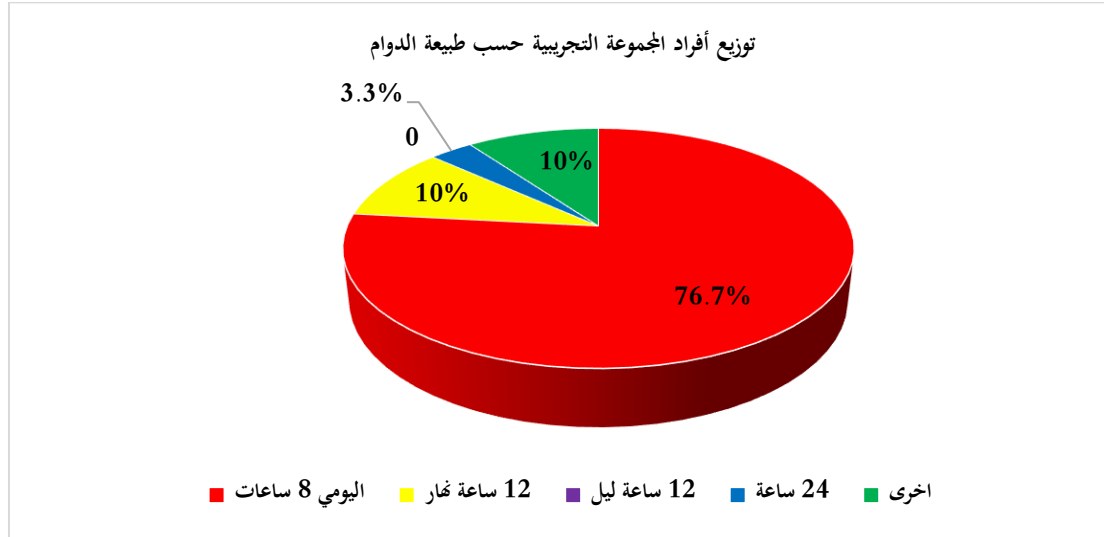
طبيعة الدوام					
النسبة المقبولة	النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار		
76,7%	76,7%	76,7%	23	اليومي 8 ساعات	مقبول
10%	86,7%	10%	3	12 ساعة نهارا	
0%	86,7%	0%	0	12 ساعة ليل	
3,3%	90%	3,3%	1	24 ساعة	
10%	100%	10%	3	اخرى	
100%		100%	30	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

أما بالنسبة للعينة التجريبية وفق توقيت العمال، فجاءت نتائجه لصالح للعاملين بنظام 8 ساعات، وهي أعلى نسبة حيث قدرت ب (76,7%)، أي أنهم أكثر عرضة من زملائهم للإحترق النفسي المرتفع. يليها العاملون بنظام 12 ساعة نهاراً وأنظمة أخرى بنسبة (10%)، وأخيراً العاملون بنظام 24 ساعة بنسبة (3,3%). وتصدر

الإشارة إلى أن هذا الأخير نظام إختياري، كما تجدر الإشارة إلى أنه لا توجد حالات إحترق نفسي مرتفع في المجموعة التجريبية للعاملين بنظام 12 ساعة ليلاً.

وتمثل هذه النتائج في الرسم البياني الموالي رقم (29):



رسم بياني رقم (29) يمثل توزيع أفراد المجموعة التجريبية حسب طبيعة الدوام

من خلال النتائج المحصّل عليها من الدراسة الإستكشافية، والتي تفيد أن:

- ✓ السلك الشبه طبي هو الأكثر عرضة للإحترق النفسي.
- ✓ تعتبر فئة المتزوجون أكثر عرضة للإحترق النفسي.
- ✓ الفئة العمرية الأكثر عرضة للإحترق النفسي هي بين 26 و 35 سنة.
- ✓ العمال الذين لديهم خبرة مهنية بين 10 و 15 سنة هم الأكثر عرضة للإحترق النفسي.
- ✓ عمال نظام دوام 8 ساعات هم الأكثر عرضة للإحترق النفسي.

إستناداً إلى النتائج المستخلصة من الدراسة الإستكشافية، ومن خلال تتبع الحالات الأكثر عرضة للإحترق

النفسي، تم إختيار المؤسسات الصحية التالية: ثلاثة عيادات تعمل بنظام 24 ساعة و عيادتين تعمل بنظام 12

ساعة، وفرق العمل التي سيُطبق عليها البرنامج وهي مقسّمة إلى خمسة فرق متساوية ومتجانسة من حيث

الأسلاك، وهي موزعة حسب الجدول رقم (19) الموالي الى:

جدول رقم (19) يمثل توزيع المجموعات التجريبية حسب مكان العمل

المجموعة	مكان العمل	العدد
المجموعة " 1 "	العيادة متعددة الخدمات السعيد بجاوي	6
المجموعة " 2 "	العيادة متعددة الخدمات هوارى بومدين	6
المجموعة " 3 "	العيادة متعددة الخدمات أحمد بلكيل	6
المجموعة " 4 "	العيادة المتعددة الخدمات أومدور تونس	6
المجموعة " 5 "	العيادة متعددة الخدمات مرقاق	6

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الاستكشافية

رابعاً: أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف البحث، يعتمد الباحث على أداتين أساسيتين وهما مقياس ماسلاش للإحترق النفسي والبرنامج السيكو اجتماعي المقترح من إعداد الباحث، وسوف نُفَصِّلُهُمَا فيما يلي.

1. إستبيان الإحترق النفسي:

قمنا بإعداد أداة الدراسة المتمثلة في الإستبيان بعد مراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، حيث قسمت إلى جزأين:

الجزء الأول خاص بالمعلومات الشخصية، وتضم أسئلة حول السن، الجنس، والخبرة.

الجزء الثاني تمثل في مقياس الإحترق النفسي (ماسلاش) المكثف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نصرأوي صباح، والذي يتكون من إثنين وعشرون (22) نبذاً، موزعة على ثلاثة (03) أبعاد، وهي:

✓ تسعة (09) بنود خاصة بقياس المشاعر الإنفعالية والإنهاك في العمل، وهي: (1،2،3،6،8،13،14،16،20).

✓ خمسة (05) بنود خاصة بتبلد المشاعر، حيث تقيس المشاعر السلبية تجاه المرضى والزلاء، وهي: (5،10،11،15،22).

✓ ثمانية (08) بنود، وهي: (4،7،9،12،17،18،19،21)، حول نقص الإنجاز الشخصي تقيس مدى الكفاءة والرغبة في النجاح.

وتوجد سبعة خيارات متاحة للإجابة عن كل فقرة مدرجة، من (0 إلى 6) على النحو التالي:

أبدا (0)، بضع مرات في السنة (01)، مرة في الشهر أو أقل (02)، بضع مرات في الشهر (03)، مرة كل أسبوع (04)، بضع مرات في الأسبوع (05)، كل يوم تقريبا (06)، بالنسبة لفقرات بعد نقص الإنجاز الشخصي فهي سلبية. (نصراوي، 2015-2016)

وتقرأ نتائج مقياس الإحترق النفسي الكلي وفي أبعاده الثلاث على النحو الموضح في الجدول رقم (20) التالي:

جدول رقم (20) يمثل مستويات الإحترق النفسي

المستوى	الإحترق النفسي	الإنهاك الانفعالي	تبلد المشاعر	إنخفاض الإنجاز
منخفض	أقل من 27	أقل من 16	أقل من 6	أقل من 31
متوسط	بين 28 – 98	بين 17 – 26	بين 6 – 13	بين 31 – 36
مرتفع	أكبر من 99	أكبر من 27	أكبر من 13	أكبر من 36

المصدر: من إعداد الباحث وفق مقياس كريستينا ماسلاش

- ✓ الإحترق النفسي المرتفع: حصول الفرد على درجة كلية أكبر من 99، مع مستوى إستنزاف إنفعالي مرتفع (27 فما فوق)، تبلد مشاعر مرتفع (12 فما فوق)، ونقص إنجاز شخصي مرتفع (0-30).
- ✓ الإحترق النفسي المتوسط: الدرجة الكلية بين (28-98)، مع مستوى إستنزاف إنفعالي متوسط (17-26)، تبلد مشاعر متوسط (6-12)، ونقص إنجاز شخصي متوسط (31-36).
- ✓ الإحترق النفسي المنخفض: حصول على درجة كلية 27 فأقل، مع مستوى إستنزاف إنفعالي منخفض (0-17)، تبلد مشاعر منخفض (0-6)، ونقص إنجاز شخصي منخفض (30 فما فوق).

1.3. صدق وثبات الإستبيان:

قام الباحث بتطبيق مقياس ماسلاش وجاكسون على عينة إستطلاعية مكوّنة من ثلاثون (30) عاملاً من قطاع الصحة بولاية قالمة. أختيروا بطريقة عرضية وغير ممثلة لعينة الدراسة الأساسية، وذلك للتأكد من مدى مناسبة البنود ووضوح العبارات على عمال الصحة، من خلال وضع علامة على كل بند يجدون فيه صعوبة أو غموضاً. ويوضح الجدول رقم (21) التالي خصائص العينة الإستطلاعية:

جدول رقم (21) يمثل توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب المؤسسات والجنس

المؤسسة	الجنس			المجموع
	ذكور	إناث	المجموع	
المؤسسة الإستشفائية الحكيم عقي	5	5	10	30
المؤسسة الإستشفائية ابن زهر	5	5	10	
المؤسسة العمومة الجوارية قالملة	5	5	10	

المصدر: من إعداد الباحث

1.1.3. الصدق:

قمنا بالتحقق من صدق الإتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المحاور الثلاث والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك بإستخدام الحزمة الإحصائية SPSS نسخة 22، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجداول التالية رقم (22)، (23)، و(24) على التوالي:

أ-بعد الإجهاد الإنفعالي:

يمثل الجدول الموالي رقم (22) صدق الإتساق الداخلي لبعء نقص الإجهاد الإنفعالي والمكوّن من تسعة (09) فقرات، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (22):

جدول رقم (22) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعء الإجهاد الإنفعالي

الإجهاد الإنفعالي									البعء
البند 1	البند 2	البند 3	البند 6	البند 8	البند 13	البند 14	البند 16	البند 20	الفقرات
**0,746	**0,644	**0,687	**0,678	**0,809	**0,662	**0,709	**0,0700	**0,0628	معامل الارتباط
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	قيمة الدلالة

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول رقم (22) السابق أن قيم إرتباط العبارات مع متوسط البعد كانت مرتفعة، إذ تراوحت قيمها بين الأدنى (0,628) والأعلى (0,809)، وكانت كلها دالة إحصائيًا عند مستوى المعنوية (0,01)، مما يدل على إتساق العبارات مع بعد نقص الإنجاز، وبالتالي فإن جميع فقرات المحور متسقة داخليًا مع المحور الذي تنتمي إليه، مما يثبت أنها تتمتع بالصدق.

ب- بعد نقص الإنجاز:

يمثل الجدول الموالي رقم (23) صدق الإتساق الداخلي لبعد نقص الإنجاز، المتكون من ثمانية (08) بنود، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (23) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعد نقص الإنجاز

نقص الإنجاز								البعد
البند 4	البند 7	البند 9	البند 12	البند 17	البند 18	البند 19	البند 21	الفقرات
**0,466	**0,411	**0,660	**0,637	**0,664	**0,710	**0,662	**0,649	معامل الارتباط
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	قيمة الدلالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول رقم (23) السابق أن قيم إرتباط العبارات مع متوسط البعد كانت مرتفعة، إذ تراوحت بين (0,411) كأدني قيمة و(0,710) كأعلى قيمة، وكانت كلها دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية (0.01)، مما يدل على إتساق العبارات مع بعد نقص الإنجاز، وبالتالي فإن جميع فقرات المحور متسقة داخلياً مع المحور الذي تنتمي إليه، مما يثبت أنها تتمتع بالصدق.

ج- بعد تبلد المشاعر:

يمثل الجدول الموالي رقم (24) صدق الإتساق الداخلي لبعد تبلد المشاعر، والذي يحتوي على خمسة (05)، بنود وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (24) يمثل صدق الإتساق الداخلي لبعد تبلد المشاعر

تبلد المشاعر					البعد
البند 5	البند 10	البند 11	البند 15	البند 22	الفقرات
**0,683	**0,834	**0,809	**0,511	**0,655	معامل الارتباط
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	قيمة الدلالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول رقم (24) السابق أن قيم إرتباط العبارات مع متوسط البعد كانت مرتفعة، إذ تراوحت بين (0,511) و(0,834)، وكانت كلها دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية (0.01)، مما يدل على إتساق العبارات مع بعد نقص الإنجاز، وبالتالي فإن جميع فقرات المحور متسقة داخلياً مع المحور الذي تنتمي إليه، مما يثبت أنها تتمتع بالصدق.

قمنا أيضًا بقياس الصدق البنائي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد الإحترق النفسي والمتغير نفسه، ويتضح من الجدول الموالي أن مقياس الإحترق النفسي يتمتع بالصدق، وهو مناسب فعلاً للمقياس، حيث أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً مع جميع الأبعاد (الإنهاك الانفعالي، نقص الإنجاز، وتبلد المشاعر)، وجاءت قيمها على التوالي (0,852)، و(0,660)، و(0,590)، وهي دالة عند مستوى المعنوية (0,001)، كما هو موضح في الجدول رقم (25) الموالي:

جدول رقم (25) يمثل الصدق البنائي للمقياس الإحترق النفسي

المقياس	الإحترق النفسي		
الأبعاد	نقص الإنجاز	تبلد المشاعر	الإنهاك العاطفي
معامل الارتباط	**0.590	**0.660	**0.852
مستوى الدلالة	0.000	0.000	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

2.1.3. الثبات:

تم التحقق من ثبات الأداة بإستعمال طريقتين:

أ- معامل ألفا كرونباخ:

تمت معالجة أداة الدراسة بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ في المعالج الإحصاء spss22 ، حيث حصلت الأداة على نتيجة (0,759)، وهي قيمة مقبولة؛ إذ إن قيمة القبول تكون أكبر من (0,70). كما يتراوح ثبات الأبعاد الثلاث بين (0,750) كحد أدنى و(0,864) كحد أقصى، وهذا ما يدل على أن الإستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الإعتماد عليه في الدراسة الميدانية الحالية، كما هو مبين في الجدول الموالي رقم (26).

جدول رقم (26) يمثل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ

عدد البنود	الإنهاك العاطفي	تبلد المشاعر	نقص الإنجاز	الإحترق النفسي
9	5	8	22	
معامل ألفا كرونباخ	0.864	750,0	0.752	0.759

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

ب- طريقة التجزئة النصفية: يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.731)، كما قمنا بتصحيح معامل الارتباط بواسطة معامل جيثمان للتجزئة النصفية، وذلك لعدم تساوي قيمتي التباين ومعامل الثبات ألفا كرونباخ بين المجموعتين، حيث بلغ هذا الأخير قيمة (0,590)، وهذا يدل على تمتع الإستهيين بدرجة عالية من الثبات، ويمكن الإعتماد عليه في الدراسة الحالية، كما يوضحه الجدول رقم (27) الموالي.

جدول رقم (27) يمثل الثبات بطريقة التجزئة النصفية معامل جيثمان

معامل جيثمان	المتوسط	الانحراف المعياري	التباين	معامل الارتباط	
0.590	37.92	13.210	174.503	0.788	المجموعة 1
	35.07	9.371	87.815	0.436	المجموعة 2
	72.99	19.289	371.997	0.731	الكلية

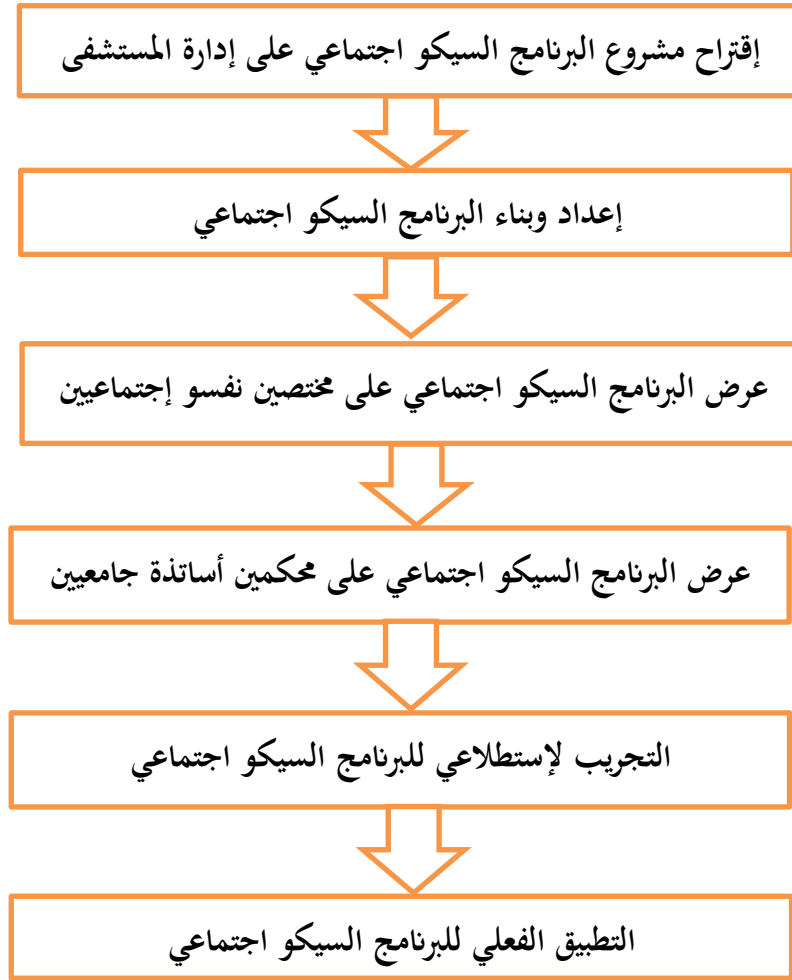
المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

2. البرنامج السيكيو اجتماعي:

تم إعداداه من طرف الباحث، وسوف نستعرضه في الملحق رقم (01)، ويتسم البرنامج السيكيو اجتماعي المقترح بخصائص سيكومترية تتمثل في صدق المحتوى والصدق التجريبي.

1.2. صدق المحتوى (المحكمين):

قام الباحث بعرض البرنامج السيكيو اجتماعي المقترح في الدراسة على عدد من المتخصصين للتحكيم وإبداء ملاحظاتهم حوله، حيث وُزعت أربعة عشرة (14) نسخة، وتم إسترجاع ثمانية (08) ممن تفضلوا بتحكيم البرنامج. وبعد إستردادها عملنا على العمل الملاحظات والمقترحات المقدمة، وهي موضحة في الملحق رقم (02). أما بخصوص مختلف المراحل التي مر بها البرنامج السيكيو اجتماعي المقترح، فيوضحها الشكل رقم (30) الموالي.



شكل رقم (30) يوضح مراحل إنشاء وتحكيم البرنامج السيكو اجتماعي

بعد عرض البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتحكيم، فإن غالبية آراء المحكمين أبدت موافقتها على مباشرة تطبيق البرنامج، ومن أهم المقترحات التي قُدمت من طرف المحكمين ما هو ممثل في الجدول رقم (28) الموالي:

جدول رقم (28) يمثل إقتراحات المحكمين وتعديلات الباحث

العدد	مقترحات المحكمين	تعديلات الباحث
1	تعديل في بعض الواجبات المنزلية	تعديل وإضافة تمارين جديدة
2	تقليل من الجانب النظري	-
3	تدقيق الإشكالية وطرق حلها	-
4	تفادي التكرار	حذف بعض الفقرات المكررة
5	تقليص من وقت البرنامج	-
6	تقليص من دليل الاحتراق النفسي	حذف الدليل

2.2. الصدق التجريبي:

من أجل التحقق من ذلك، إرتأينا إلى تجربة بعض جلسات البرنامج السيكو اجتماعي على عينة إستطلاعية قوامها (06) أفراد من عمال قطاع الصحة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة. ومن بين الجلسات التي تم تطبيقها: (الجلسة الأولى، الجلسة الرابعة، الجلسة التاسعة). تم إختيار الجلسات الثلاث بعناية حسب رأي الباحث، حيث تكتسي الجلسة الأولى أهمية كبيرة في تعريف البرنامج وشرحه وتقبله من طرف الأفراد المرشحين لتلقى البرنامج من جهة، كما تُعد إستعدادًا للباحث وتدريبًا له على كيفية تسيير هذه الجلسة وطريقة إلقائه وتعامله مع مختلف العقبات التي يواجهها.

كان التحضير للجلسة مسبقًا من طرف الباحث، وذلك بإرسال الإستدعاءات وتحضير قاعة الاجتماعات، حيث كان الاجتماع على الساعة الواحد والنصف زوَالًا بقاعة الاجتماعات بالعيادة المتعددة الخدمات أومدور تونس، والذي عرف حضور جميع المدعوين. بعد الترحيب بهم وتقديم الباحث نفسه لأفراد المجموعة، فُتح المجال لكل فرد للتعريف بنفسه، كلٌ حسب دوره، حتى إكتملت المجموعة. بعدها شرعنا في تقديم البرنامج وأهم الأهداف المرجوة منه، ثم قام الباحث بتقديم عرض حول المخاطر المهنية وخصّ بعدها الإحتراق النفسي. بعد نهاية العرض، فتح الباحث باب النقاش، بعدها تم الإتفاق على الجلسة الموالية، حيث شكر الباحث الحضور وختم الجلسة. بنفس الطريق كان تسيير الجلستين الرابعة والتاسعة. من خلال تطبيق هذه الجلسات لاحظنا:

- ✓ إستجابة وتفاعل الأفراد مع الموضوع، وإبداء حماس زائد.
 - ✓ طلب العديد من الأفراد الحلول المباشرة للظاهرة.
 - ✓ مرور الوقت المحدد للجلسة بسرعة.
 - ✓ تحقيق معظم أهداف الجلسات وفق البرنامج المسطر لها.
 - ✓ السلاسة في تسيير الجلسات نتيجة تفاعل غير متوقع من الحضور.
- والجدول الموالي رقم (29) يقدم ملخصًا للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح.

جدول رقم(29) يمثل ملخص للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح

البيان	توضيح البيان وتفصيله
أهداف البرنامج	تخفيض من مستوى آثار الإحتراق النفسي
عينة البرنامج	عمال الصحة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قامة أسلاك طبية أسلاك شبه طبية أسلاك مشتركة
منفذ البرنامج	الباحث
مكان تنفيذ البرنامج	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العيادة متعددة الخدمات السعيد بجاوي العيادة متعددة الخدمات أومدور تونس
نوع البرنامج	وقائي متعدد الأساليب نفسي واجتماعي الجماعي، الجماعي المصغر المباشر والغير مباشر
عدد الجلسات	12 جلسة
مدة الجلسات	وقاية أولية الأيام التكوينية والفحوصات الدورية وقاية ثانوية خلال جلسات البرنامج وقاية ثالثة بعد نهاية البرنامج وإعادة إدماج العامل
مدة تطبيق البرنامج	سنة أسابيع
الفتيات	المحاضرة -العروض-الحوار - النقاش - المطبوعات-الفيديوهات الإسترخاء-التفاوض-إعادة الهيكلة-النذجة-فرق العمل-الإتصال الفعال-إدارة الوقت-النشاطات الرياضية-النشاطات الإجتماعية-النشاطات الدينية
التقييم	التقييم الختامي للبرنامج السيكو اجتماعي

والجدول الموالي رقم (30) يمثل ملخص جلسات البرنامج السيكو اجتماعي المقترح:

جدول رقم (30) يمثل ملخص جلسات البرنامج السيكو اجتماعي المقترح

الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	
وقاية أولية	أيام تكوينية المخاطر المهنية الإحترق النفسي تمهيد للبرنامج القياس القبلي	نصف يوم	
وقاية ثانوية	الجلسة الأولى المخاطر المهنية الإحترق النفسي تمهيد للبرنامج القياس القبلي	90 دقيقة	
	الجلسة الثانية المخاطر النفسو اجتماعية للإحترق النفسي	120 دقيقة	
	الجلسة الثالثة الإستتراف الانفعالي	120 دقيقة	
	الجلسة الرابعة تبلد المشاعر	120 دقيقة	
	الجلسة الخامسة نقص الإنجاز	120 دقيقة	
	الجلسة السادسة ديناميكية الجماعة	120 دقيقة	
	الجلسة السابعة الصراع	120 دقيقة	
	الجلسة الثامنة التواصل والإتصال	120 دقيقة	
وقاية ثالثة	الجلسة التاسعة التفاعل الإجتماعي	120 دقيقة	
	الجلسة العاشرة القيادة	120 دقيقة	
	الجلسة الحادية عشر الدفاعية	120 دقيقة	
	الجلسة الثانية عشر خلاصة للبرنامج القياس البعدي	180 دقيقة	

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل معالجة البيانات المتحصل عليها، تم استخدام الحزمة الإحصائية SPSS V22 النسخة 22. ومن بين

الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها:

✓ اختبار التوزيع سمرنوف شابيرو وKolmogorov-Siminov وShapiro-Wilk.

✓ معامل الارتباط بيرسون Pearson من أجل قياس صدق الإتساق الداخلي والصدق البنائي.

✓ معامل ألفا كرونباخ من أجل قياس الثبات.

✓ الانحراف المعياري، والمتوسط الحسابي، التباين، معامل جيثمان قياس الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

✓ صدق المحتوى (المحكمين)، والصدق التجريبي.

✓ النسب المئوية، التكرارات، الانحراف المعياري والمتوسطات الحسابية.

✓ اختبار ت للفروق بين عينتين مستقلتين (Independent T-test).

✓ اختبار التباين الأحادي (One Way Anova).

✓ اختبار ليفنس Levenes لتجانس التباين.

بالنسبة للاختبارات اللامعلمية، فقد استعمل كل من:

✓ اختبار ويلكوكسون wilcoxon: وهو اختبار لا معلمي للمقارنة بين عينتين مترابطتين، من أجل إستخراج

قيمة Z التي تمثل الفروق بينهما.

✓ اختبار مان ويتني Mann Whitney: للمقارنة بين مجموعتين.

✓ اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis: لمقارنة بين المجموعات.

✓ حجم الأثر (r) يُحسب وفق المعادلة التالية:

$$r = z / \sqrt{n}$$

r : هو حجم الأثر، **z** : قيمة اختبار الفروق لإختبار ويلكوكسون، **n** : حجم العينة

خلاصة:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل، والمتعلق بالإجراءات المنهجية المختلفة للدراسة، عرض أهم النقاط، بدايةً بعرض مختلف حدود الدراسة الزمانية والمكانية، بالإضافة إلى الحدود البشرية والموضوعية، وذلك حسب قدرات الباحث وإمكانياته، ثم حاولنا عرض منهج الدراسة وكيفية وأسباب إختياره، حيث قُسمت الدراسة الحالية إلى شقين: الأول إستكشافي، والثاني تحليلي.

بعدها حاول الباحث عرض كيفية إختيار عينة الدراسة إستنادًا من نتائج دراسة العينة الإستكشافية، كما حاولنا عرض مختلف الخصائص الديموغرافية وبعض الخصائص المهنية لكلتا العينتين. بعد ذلك، عرض الباحث أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس الإحتراق النفسي المكيف على البيئة الجزائرية في الوسط الطبي، بالإضافة إلى البرنامج السيكو اجتماعي المقترح والمعدّ من طرف الباحث، مع عرض مختلف الوسائل المستعملة للتأكد من خصائصهما السيكومترية من صدق وثبات وغيرها.

وفي الأخير، حاول الباحث عرض مختلف الأساليب المستعملة في الدراسة الحالية للتأكد من صلاحية أدوات الدراسة، وكذا للتأكد من صحة الفرضيات، بما يمكننا من تحليل هذه الفرضيات ومناقشة.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها وتفسيرها

تمهيد

أولاً: التحقق من طبيعة التوزيع

ثانياً: عرض نتائج الدراسة

ثالثاً: تفسير نتائج الدراسة

رابعاً: المناقشة العامة لنتائج الدراسة

خاتمة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل جدولة بيانات الدراسة والتعليق عليها إحصائياً، وذلك بعد التحقق من شرط إعتدالية التوزيع لإختيار الأسلوب الإحصائي المناسب. ثم سيتم عرض فرضيات الدراسة، التي قسمها الباحث إلى ثمانية فرضيات خاصة بالدراسة الإستكشافية؛ الأربع الأولى منها تهدف إلى التعرف إلى مستويات الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز)، وأربع أخرى تهدف إلى الكشف عن العلاقات والفروق تبعاً لبعض المتغيرات الشخصية والديموغرافية (الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل)، والتي تمثل الشق الأول للدراسة.

كما سيتم عرض فرضيات الشق الثاني للدراسة، والكشف عن الفروق بعد تطبيق البرنامج السكو اجتماعي المقترح. وبعد ذلك سيتم عرض وتفسير نتائج الدراسة المتحصل عليها في ضوء الفرضيات، ثم مناقشتها وتحليلها استناداً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة التي تم تداولها آنفاً.

وفي ختام الفصل، سيتم تقديم مجموعة من الإقتراحات والتوصيات بناءً على النتائج المتوصل إليها.

أولاً: التحقق من طبيعة التوزيع

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة، كان لا بد من التحقق من إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة، والمتمثلة في الإحترق النفسي لدى عمال الصحة بقالة وأبعاده الثلاثة، بالإضافة إلى المتغيرات الديموغرافية والمهنية.

وقد قمنا بإختبار التوزيع الطبيعي لمتغير الإحترق النفسي باستخدام معامل "كولموجرنوف سمرنوف Kolmogorov-Siminov" وإختبار شبيرو ويلك "Shapiro-Wilk"، كما هو مبين في الجدول رقم (31) الموالي:

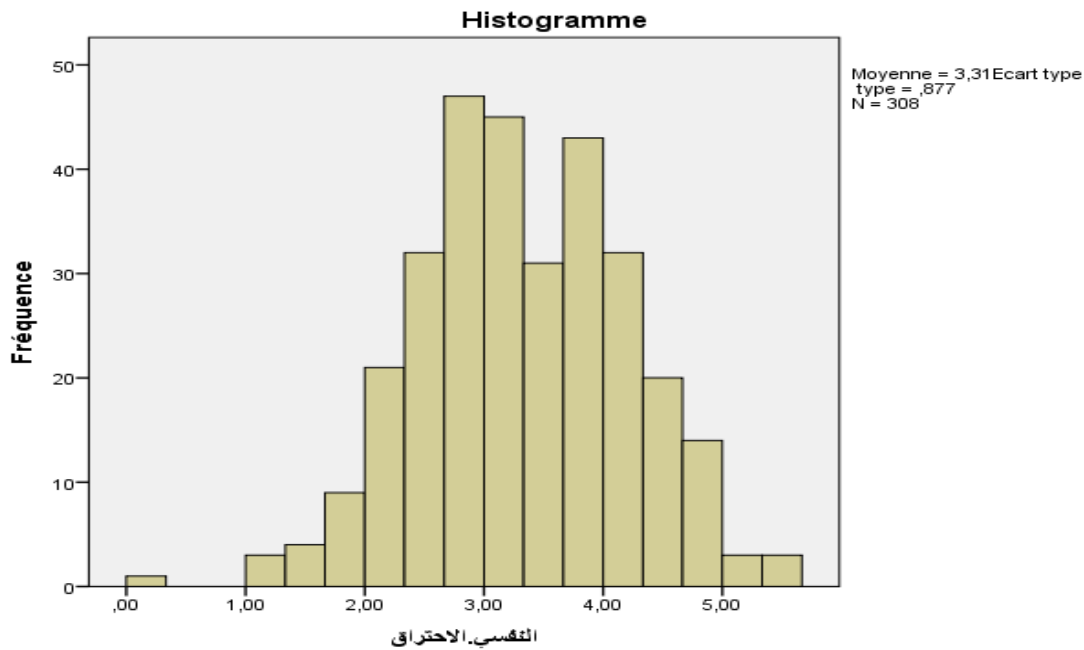
جدول رقم (31) يمثل إختبار كولموجرنوف سمرنوف لإعتدالية التوزيع

Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			
مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة الإحصائية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة الإحصائية	
الدراسة الإستكشافية						الإحترق النفسي
0.165	308	0.993	.0076	308	0.049	
عينة الدراسة						الإختبار القبلي
0.000	60	0.885	0.000	60	0.237	
0.506	60	0.982	*0.200	60	0.070	الإختبار البعدي

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (31) وبالنسبة للعينة الإستكشافية، يتبين أن قيمة إختبار "كولموجرنوف سمرنوف Kolmogorov-Siminov" لمتغير الإحترق النفسي بلغت (0.049)، ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.076)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، كما يتضح أن قيمة إختبار "شبيرو ويلك Shapiro-Wilk" بلغت (0.993)، ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.165)، وهو أيضاً أكبر من مستوى المعنوية (0.05).

وبالتالي، فإن بيانات متغير الإحترق النفسي تتبع التوزيع الطبيعي، كما هو موضح في الرسم البياني الموالي رقم (31). لذلك، فإن جميع الأساليب الإحصائية التي سيتم استخدامها في معالجة مختلف النتائج الوصفية أو المتعلقة بالفرضيات وتساؤلات الدراسة الإستكشافية هي أساليب بارامترية.



الشكل رقم (31) يمثل رسمًا بيانيًا لتوزيع طبيعة أفراد العينة الاستكشافية.

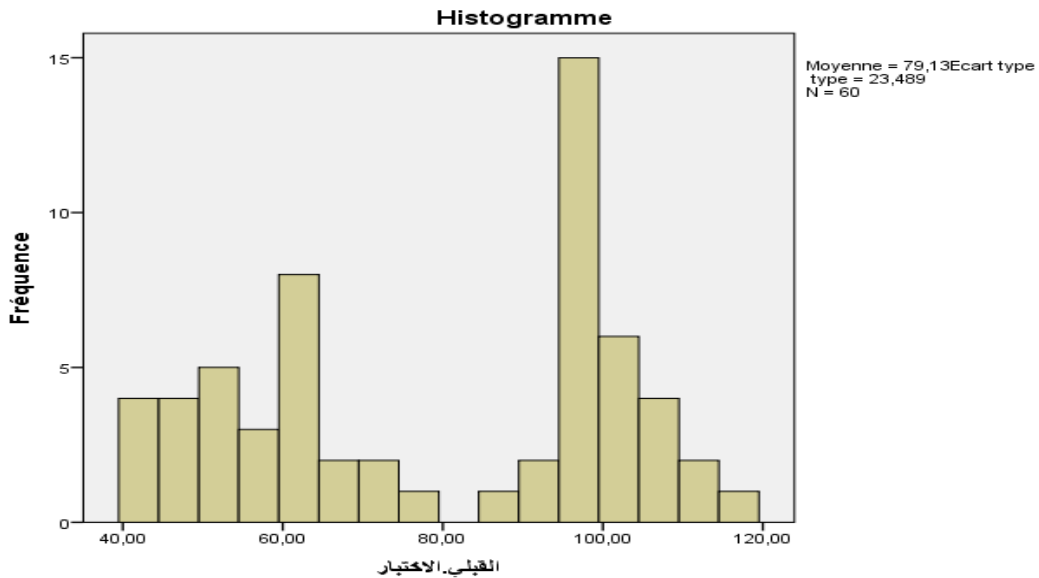
أما بالنسبة للشق الثاني من الدراسة:

تبين نتائج الجدول السابق رقم (31) أن قيمة إختبار "كولمجنوف سمرنوف" Kolmogorov-Siminov "متغير الإحتراق النفسي بعد التطبيق بلغت (0.070)، ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.200)، وهي أكبر من مستوى دلالتها المعتمد (0.05).

كما يتضح أن قيمة إختبار "شبيرو ويلك" Shapiro-Wilk " بلغت (0.982)، ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.506)، وهو أيضا أكبر من مستوى الدلالة (0.05). وبالتالي، فإن متغير الإحتراق النفسي يتبع التوزيع الطبيعي، وكذلك متغير الإستنزاف الإنفعالي بعد التطبيق.

وعلى غرار ذلك، يظهر من خلال نتائج الجدول نفسه أن قيمة إختبار "كولمجنوف سمرنوف" Kolmogorov-Siminov "متغير الإحتراق النفسي القبلي بلغت (0.237)، ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05). كما أن قيمة إختبار "شبيرو ويلك" Shapiro-Wilk " بلغت (0.885) ومستوى دلالتها الإحصائية هو (0.00)، وهو أيضًا أقل من مستوى الدلالة. وبالتالي، فإن بيانات متغير الإحتراق النفسي قبل التطبيق لا يتبع التوزيع الطبيعي، كما هو موضح في الرسم البياني الموالي رقم (01)، بالإضافة إلى باقي المتغيرات. لذلك، فإن جميع الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج الوصفية أو المتعلقة بالفرضيات وتساؤلات الدراسة للشق الثاني ستكون أساليب اللابارومترية (اللامعيارية).

ويبين الشكل الموالي رقم (32) طبيعة توزيع أفراد العينة.



الشكل رقم(32) رسم بياني يمثل طبيعة توزيع أفراد العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

ثانيًا: عرض نتائج الدراسة

1. بالنسبة للشق الأول:

يمثل هذا الجزء الجانب الاستكشافي من الدراسة، ويتفرع عنه ثمانية فرضيات مقسمة على النحو التالي:

الفرضيات الأربع الأولى تكشف عن مستويات الإحترق النفسي وأبعاده الثلاثة.

الفرضيتان الخامسة والسادسة تكشفان عن العلاقة بين كل من الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة مع بعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية.

الفرضيتان السابعة والثامنة تكشفان عن الفروقات بين الإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة مع بعض المتغيرات الديموغرافية والمهنية.

وللتذكير، نظرًا لأن التوزيع طبيعي (معتدل)، فإن الأسلوب الإحصائي المستخدم هو بارومتري.

1.1. عرض فرضيات الدراسة الإستكشافية (الأولى، الثانية، الثالثة والرابعة):

أولاً تم حساب المتوسطات الحسابية لمقياس الإحترق النفسي ولأبعاد الثلاثة: (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، ونقص الإنجاز). وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (32) الموالي:

جدول رقم (32) يمثل المتوسطات الحسابية للإحترق النفسي وأبعاده الثلاث

(الإنهاك الإنفعالي، تبلد المشاعر، نقص الإنجاز)

الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع		المستويات	البعد
		النسبة	تكرار		
19,30	72.92	%0,97	3	منخفض	الإحترق النفسي الكلي
		%88,31	272	متوسط	
		%10,71	33	مرتفع	
13,59	31.78	%13,31	41	منخفض	الإستنزاف الإنفعالي
		%24,03	74	متوسط	
		%62,66	193	مرتفع	
7,84	8.64	%51,30	158	منخفض	تبلد المشاعر
		%20,45	63	متوسط	
		%28,25	87	مرتفع	
10,12	32.49	%38,96	120	منخفض	نقص الإنجاز
		%17,86	55	متوسط	
		%43,18	133	مرتفع	
		%100	308	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال الجدول السابق رقم (32)، نلاحظ أن جميع أفراد الدراسة والبالغ عددهم (308) فرداً، العاملين بالمؤسسات الإستشفائية المختلفة لولاية قلمة، شملوا الدراسة بالكامل.

وبالنسبة للإحترق النفسي الكلي، فقد بلغ المتوسط الحسابي (72.92) مع بانحراف معياري (19,30).

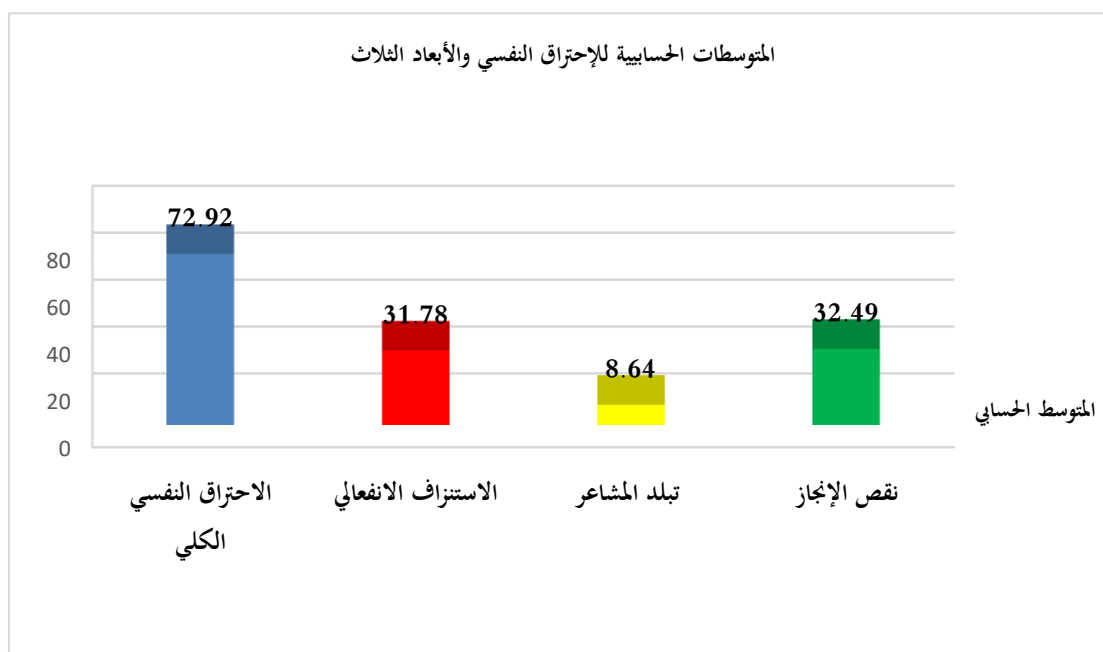
أما أبعاد الإحترق النفسي الثلاث، فكانت النتائج كما يلي:

بعد الإستنزاف الإنفعالي: المتوسط الحسابي بلغ (31.78) مع إنحراف معياري (13,59) عند مستوى الدلالة (0,05).

بعد تبدل المشاعر: المتوسط الحسابي بلغ (8.64) مع إنحراف معياري (7,84) عند مستوى الدلالة (0.05).

بعد نقص الإنجاز: المتوسط الحسابي (32.49) مع إنحراف معياري (10,12) مستوى الدلالة (0.05).

وهذا ما يوضحه الشكل الموالي رقم (33).

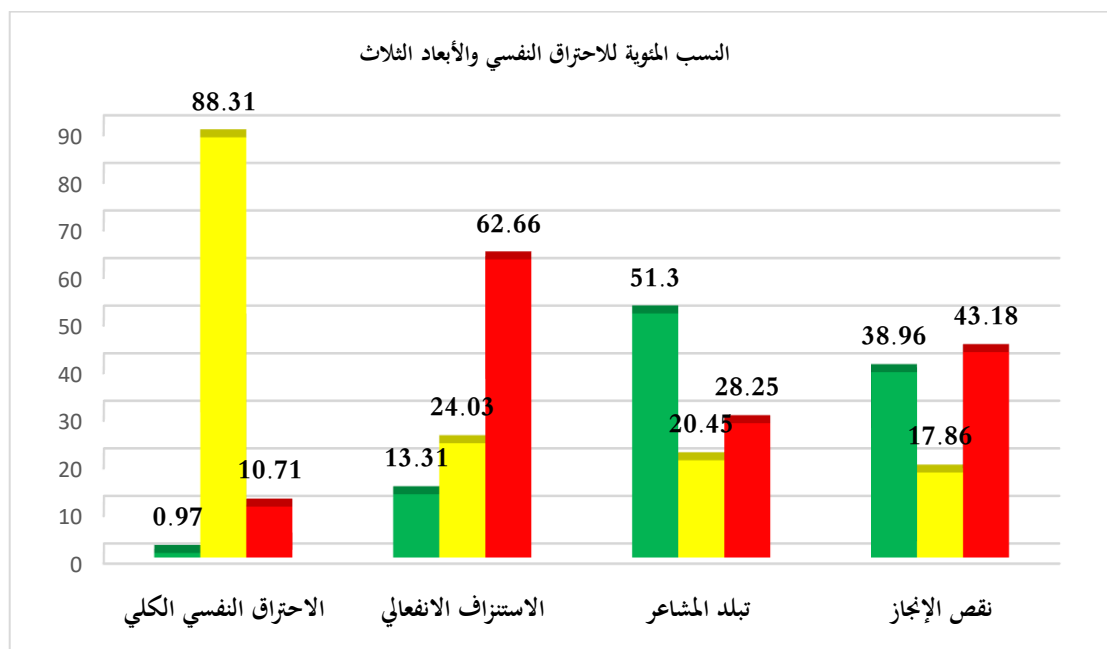


شكل رقم (33) يمثل أعمدة بيانية توضح المتوسطات الحسابية للإحتراق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة: (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز)

أما بالنسبة لتوزيع أفراد العينة حسب المستويات الثلاثة (منخفض، متوسط ومرتفع) للإحتراق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) فجاءت النتائج كما يلي:

- الإحتراق النفسي الكلي: غالبية أفراد العينة يعانون من إحتراق نفسي متوسط بنسبة (88,31%)، بينما سجل مستوى مرتع نسبة (10,71%)، وأقل من (1%) كان مستوى منخفض.
- بعد الإستنزاف الإنفعالي: بلغ عدد الأفراد الذين يعانون من إستنزاف إنفعالي مرتفع (62,66%)، بينما سجل المستوى المتوسط نسبة (24,03%)، والمستوى المنخفض نسبة (13,31%).

- بعد تبليد المشاعر: أظهرت النتائج أن (51,30%) من الأفراد لديهم تبليد مشاعر منخفض، و(20,45%) متوسط و(28,25%) مرتفع.
 - بعد نقص الإنجاز: كانت النسب كالتالي: (43,18%) من أفراد العينة لديهم نقص في الإنجاز مرتفع، مقابل (38,96%) منخفض و(17,86%) متوسط.
- تمثل هذه القيم في الرسم البياني الموالي رقم (34):



شكل رقم (34) يمثل أعمدة بيانية توضح النسب المئوية للاحتراق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة: (الاستنزاف الانفعالي، تبليد المشاعر ونقص الإنجاز)

ثانيًا لمعرفة الدلالة قمنا بإختبار (ت)، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (33) الموالي:

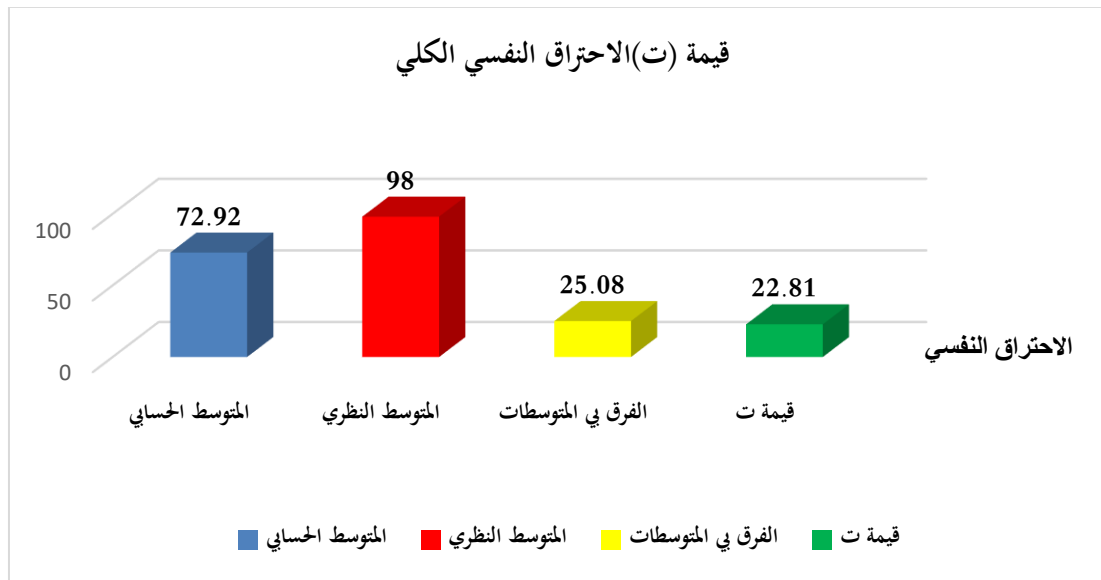
جدول رقم (33) يمثل قيمة ت ومستوى دلالتها الإحصائية

درجات الإحتراق النفسي	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الفرق بينها	قيمة ت	درجة الحرية	Sig	الدلالة
	72.92	98	25.08	22.810	307	,0000	دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

نلاحظ من خلال الجدول السابق رقم (33) أن المتوسط الحسابي للإحترق النفسي بلغ (72.92) مقابل المتوسط النظري الذي قدر ب (98)، وبلغ الفرق بينهما (25.08). كما بلغت قيمة (ت) (22.81) بدرجة حرية (307) وبمستوى دلالة إحصائية (0.000).

ويوضح الشكل الموالي رقم (35) هذه النتائج:



شكل رقم (35) يمثل أعمدة بيانية توضح قيمة (ت) للإحترق النفسي

2.1. عرض الفرضيتين الإستكشافيتين الخامسة والسادسة:

تم حساب معامل الارتباط بيرسون، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول الموالي رقم (34):

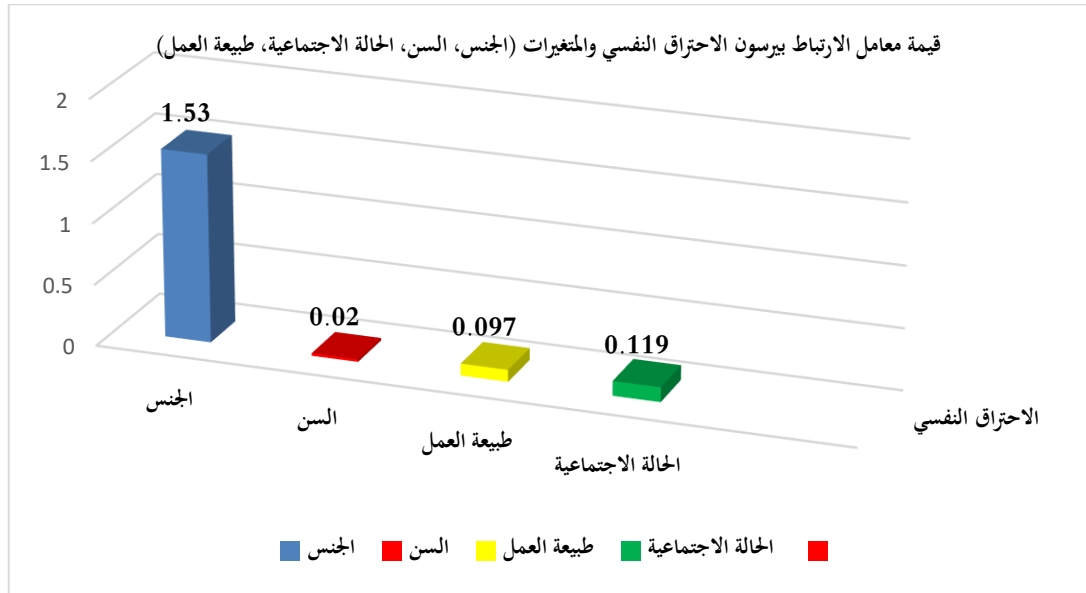
جدول رقم (34) يمثل قيمة معامل الارتباط بيرسون ومستوى الدلالة الإحصائية للإحترق النفسي مع المتغيرات (الجنس،

السن، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل)

الجنس	السن	الحالة الإجتماعية	طبيعة العمل		
معامل الارتباط	0,020	0,097	*0119	الإحترق النفسي	
مستوى الدلالة	0,727	0,089	0,037		
معامل الارتباط	0,056	*0,140	**0,211	الإستنزاف الإنفعالي	
مستوى الدلالة	0,319	0,014	0,000		
معامل الارتباط	**0,165	**0,177	0,107	تبلد المشاعر	
مستوى الدلالة	0,004	0,002	0,061		
معامل الارتباط	*0,137	*0,137	0,087	نقص الانجاز	
مستوى الدلالة	0,016	0,017	0,126		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

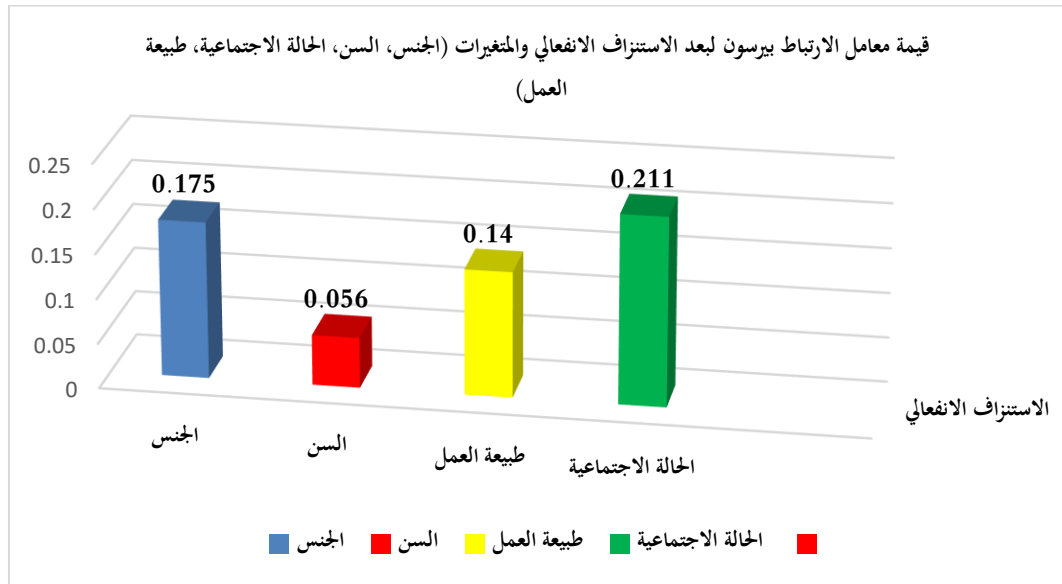
من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول السابق رقم (34)، تبين أن قيمة معامل الارتباط بيرسون للإحترق النفسي الكلي بلغت (1,53) مع متغير الجنس، ومستوى دلالة (0.007). كما بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون (0,119) مع متغير طبيعة العمل، بينما كانت قيمته (0.097) و (0.020) مع متغيري الحالة الاجتماعية ومتغير السن على التوالي، بمستوى دلالة (0.089) و (0.727). تمثل هذه النتائج في الشكل الموالي رقم (36).



شكل رقم (36) يمثل أعمدة بيانية توضح قيمة معامل الارتباط بيرسون للإحترق النفسي مع المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)

كما يتضح من نتائج الجدول السابق رقم (34)، أن قيمة معامل الارتباط بيرسون لبعث الإستنزاف الإنفعالي مع متغيري طبيعة العمل والجنس عند مستوى الدلالة (0,001) بلغت قيمة (0,211) و (0,175) على التوالي، بمستوى دلالة (0,000) و (0,002).

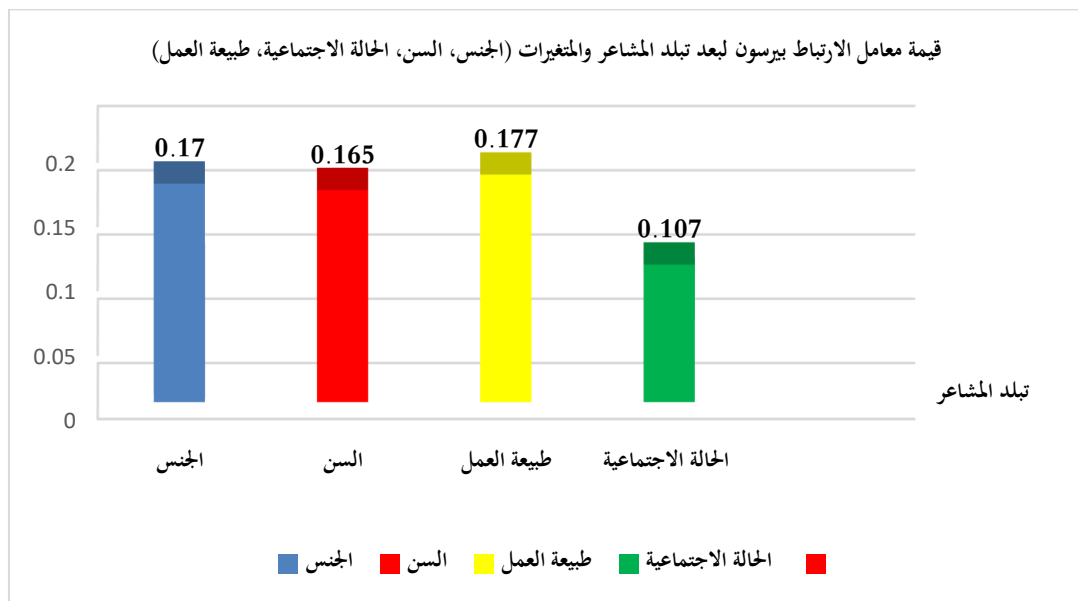
وبالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية عند مستوى دلالة (0,005)، بلغت قيمة معامل الارتباط (0,140) بمستوى دلالة (0,014)، بينما بلغت قيمته بالنسبة لمتغير السن (0.056) بمستوى دلالة (0.319). وتوضح هذه النتائج في الشكل الموالي رقم (37).



شكل رقم (37) يمثل أعمدة بيانية توضح قيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد الإستنزاف الإنفعالي مع المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)

أما بالنسبة لبعد تبلد المشاعر، فقد بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون مع متغيرات الحالة الاجتماعية، الجنس، والسن، عند مستوى الدلالة (0,001) القيم التالية: (0,177)، (0,170) و(0,165) على التوالي، بمستويات دلالة: (0,002)، (0,003) و(0,004).

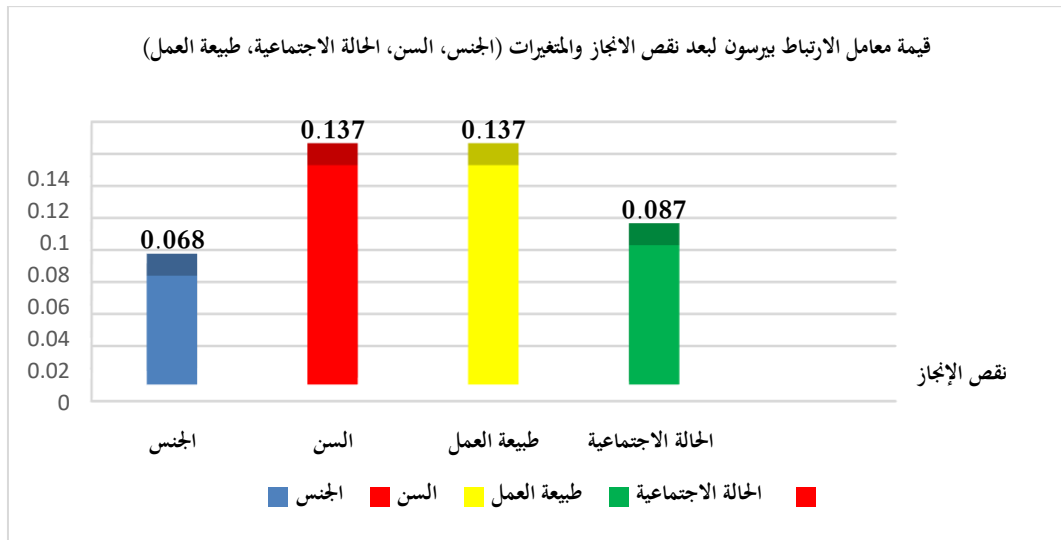
في حين بلغت قيمة معامل الارتباط مع متغير طبيعة العمل (0.107) بمستوى دلالة (0.061). وتوضح هذه النتائج في الرسم البياني الموالي رقم (38).



شكل رقم (38) يمثل أعمدة بيانية توضح قيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد تبلد المشاعر مع المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)

أما بالنسبة لبعد نقص الإنجاز، فقد بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون مع متغيري الحالة الاجتماعية والسن عند مستوى الدلالة (0,005) القيمتين (0,037) بمستوى دلالة (0,017) و(0,016) على التوالي. في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون مع متغيري طبيعة العمل والجنس (0,087) و(0,068) على التوالي، بمستوى دلالة (0,126) و(0,235).

وتوضح هذه النتائج من خلال الشكل البياني الموالي رقم (39):



شكل بياني رقم (39) يمثل قيمة معامل الارتباط بيرسون لبعد نقص الإنجاز والمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل)

3.1. من أجل عرض الفرضية الاستكشافية السابعة:

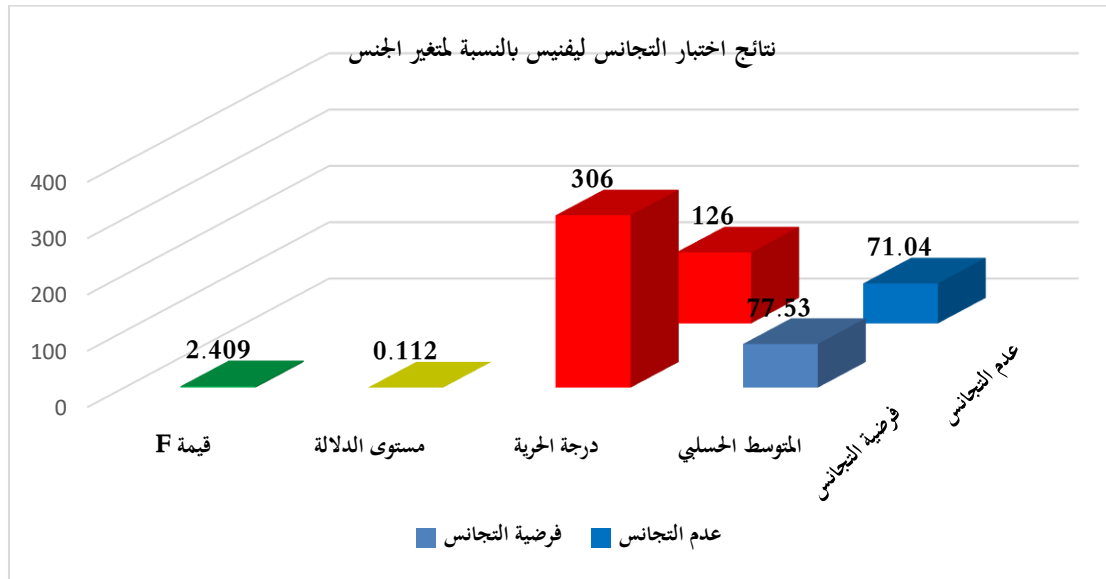
قمنا أولاً بالتحقق من التجانس بإستعمال إختبار ليفنيس (Levens)، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي رقم (35):

جدول رقم (35) يمثل قيم اختبار التجانس Levens وقيم F ومستوى الدلالة ودرجة الحرية مع المتغيرات (الجنس، المناوبات، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد (19)

المتغير	نوع التجانس	اختبار Levens		درجة الحرية	النوع	المتوسط الحسابي
		قيمة F	مستوى الدلالة			
الجنس	فرضية التجانس	2.409	0.112	306	ذكور	77.53
	عدم التجانس			126	إناث	71.04
المناوبات	فرضية التجانس	9.036	0,003	300	يعمل	72.84
	عدم التجانس			300	لا يعمل	73.15
المناصب العليا	فرضية التجانس	0,547	0,460	290	متحصل	70.70
	عدم التجانس			83	لم يحصل	73.20
العمل بمصلحة كوفيد	فرضية التجانس	0,969	0,326	303	عمل	73.07
	عدم التجانس			203	لم يعمل	72.56

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

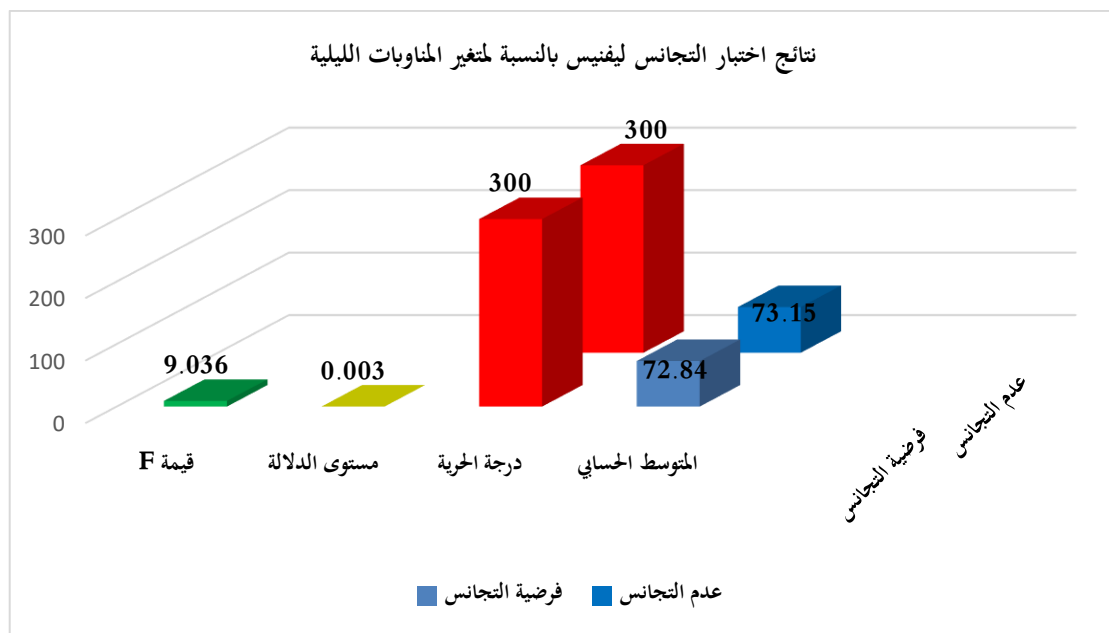
من خلال نتائج المعروضة في الجدول السابق رقم (35)، يتضح أن قيمة اختبار التجانس بالنسبة لمتغير الجنس بلغت (2.409) لقيمة (ف)، بمستوى دلالة (0.112) ودرجة حرية (306). أما في حالة عدم التجانس فبلغت درجة الحرية (126)، حيث قدر المتوسط الحسابي للذكور (77.53) وللإناث (71.04)، وهي قيم متقاربة. ويوضح الشكل الموالي رقم (40) هذه النتائج المحصل عليها.



شكل رقم (40) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار التجانس ليفنيس **Levens** بالنسبة لمتغير الجنس

أما بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية، فقد بلغت قيمة التجانس (9.036) قيمة (ف) بمستوى دلالة (0.003) ودرجة حرية (300). حيث كانت هذه الأخيرة متساوية في حالة عدم التجانس، وكانت قيم المتوسطين الحسابيين متقاربتين بالنسبة لكل من العمال الذين يقومون والذين لا يقومون بها، إذ بلغت (72.84) و(73.15) على التوالي.

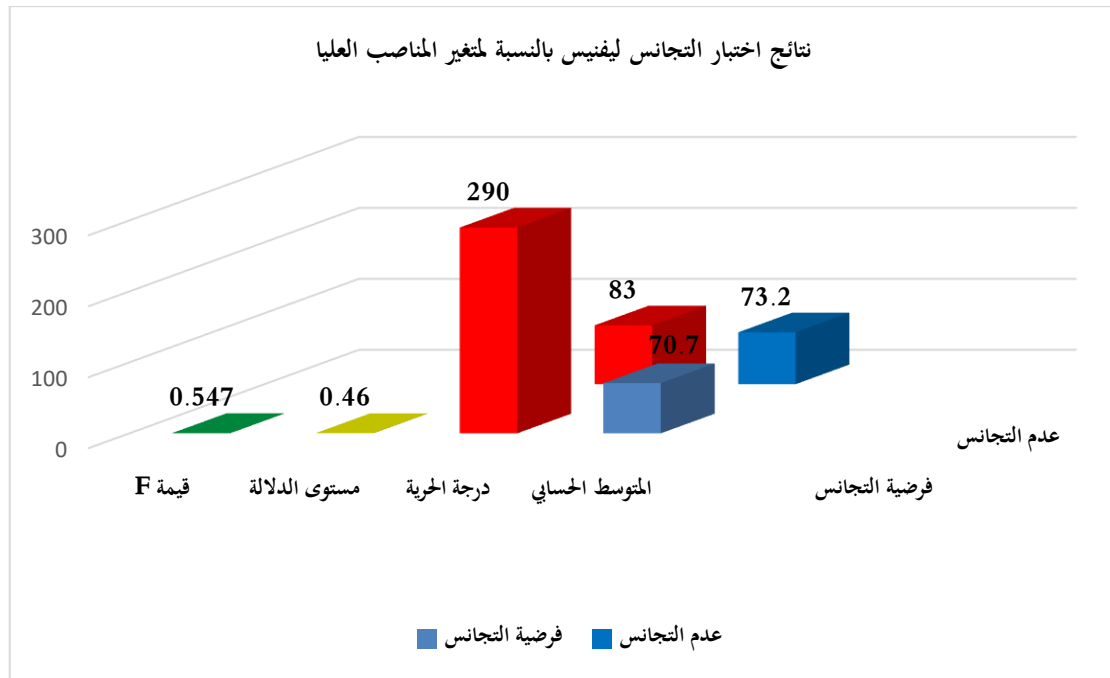
وتوضح هذه النتائج في الشكل البياني الموالي رقم (41):



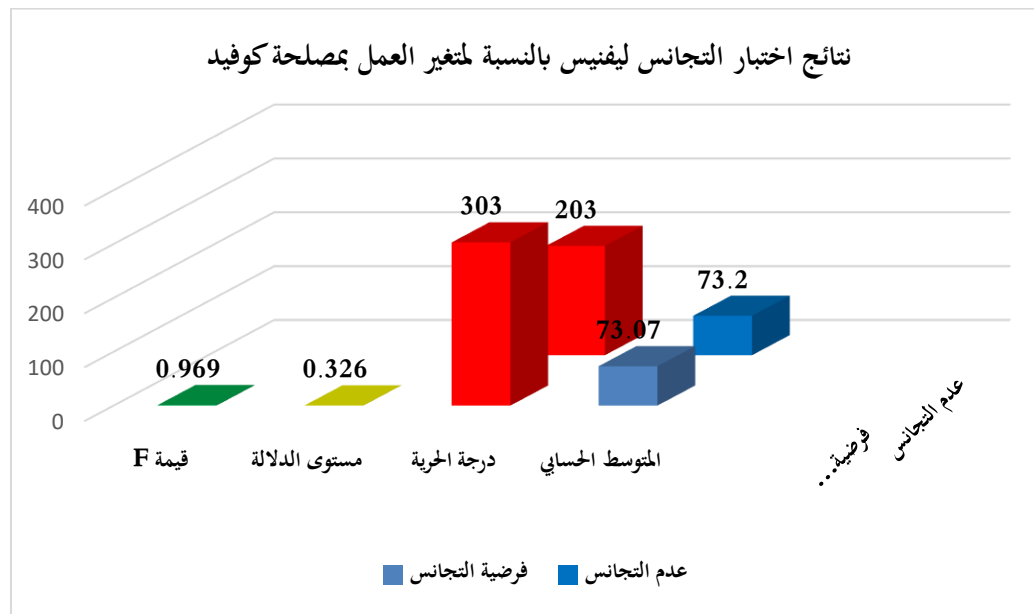
شكل رقم (41) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار التجانس ليفنيس **Levens** بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية

أما بالنسبة لمتغير الحصول على المناصب العليا، فقد كانت قيمة إختبار التجانس ليفنس (0.547) قيمة (ف) (0.460) ودرجة حرية (290)، أما في حالة عدم التجانس، فقد بلغت درجة الحرية (83)، حيث بلغ متوسط الحاصلين على المناصب العليا (70.70)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لغير الحاصلين على المناصب العليا (73.20).

وتوضح هذه النتائج في الشكل الموالي رقم (42).



شكل رقم (42) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم إختبار التجانس ليفنس Levens بالنسبة لمتغير المناصب العليا وأخيراً، بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد19، فقد بلغت قيمة إختبار التجانس ليفنس (ف) (0.969) بمستوى دلالة (0.326) ودرجة حرية (303). أما في حالة عدم التجانس، فبلغت درجة الحرية (203). وبالنسبة للمتوسطات الحسابية، فقد كانت متقاربة، حيث بلغ متوسط العاملين بهذه المصلحة (73.07)، بينما بلغ متوسط غير العاملين بها (72.59). يوضح الشكل الموالي رقم (43) هذه النتائج.



شكل رقم (43) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار التجانس ليفينس بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد 19

كما قمنا بحساب (ت) كمرحلة ثانية، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي رقم (36):

جدول رقم (36) يمثل قيم اختبار التجانس Levens وقيم F ومستوى الدلالة ودرجة الحرية مع المتغيرات (الجنس،

المناوبات، المناصب العليا، العمل بمصلحة كوفيد 19)

المتغير	نوع التجانس	قيمة T	مستوى الدلالة	درجة الحرية
الجنس	فرضية التجانس	1,892	0.059	306
	عدم التجانس	1.644	0.103	126
المناوبات	فرضية التجانس	1,724	0.086	300
	عدم التجانس	1,755	0,080	300
المناصب العليا	فرضية التجانس	0,499	0,618	290
	عدم التجانس	0,499	0,620	83
العمل بمصلحة كوفيد	فرضية التجانس	0,449	0,654	303
	عدم التجانس	0,442	0,659	203

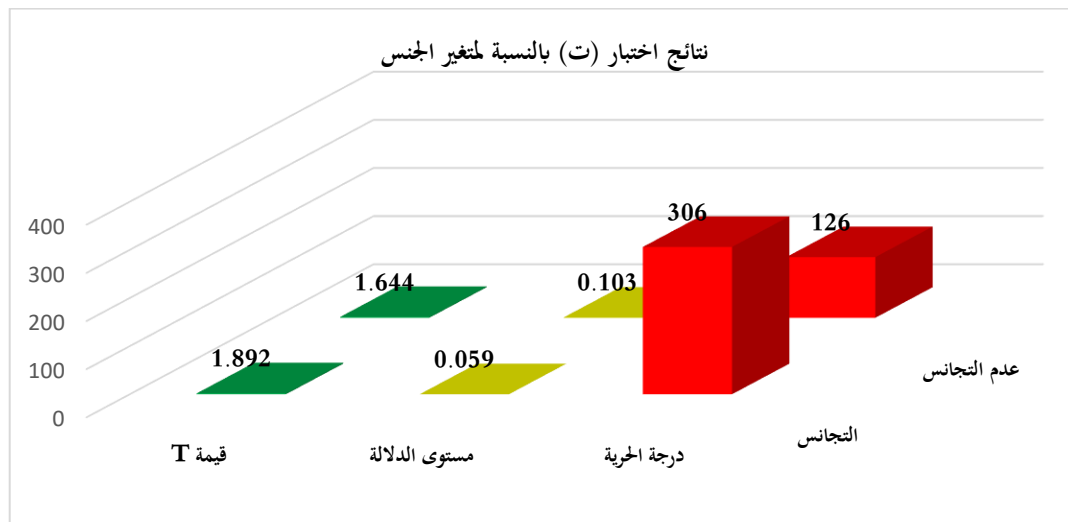
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول السابق رقم (36) أن قيمة اختبار (ت) بالنسبة لمتغير الجنس

بلغت (1.892) بمستوى دلالة (0.059) ودرجة حرية (306) عند التجانس، بينما بلغت قيمة ت (1.644)

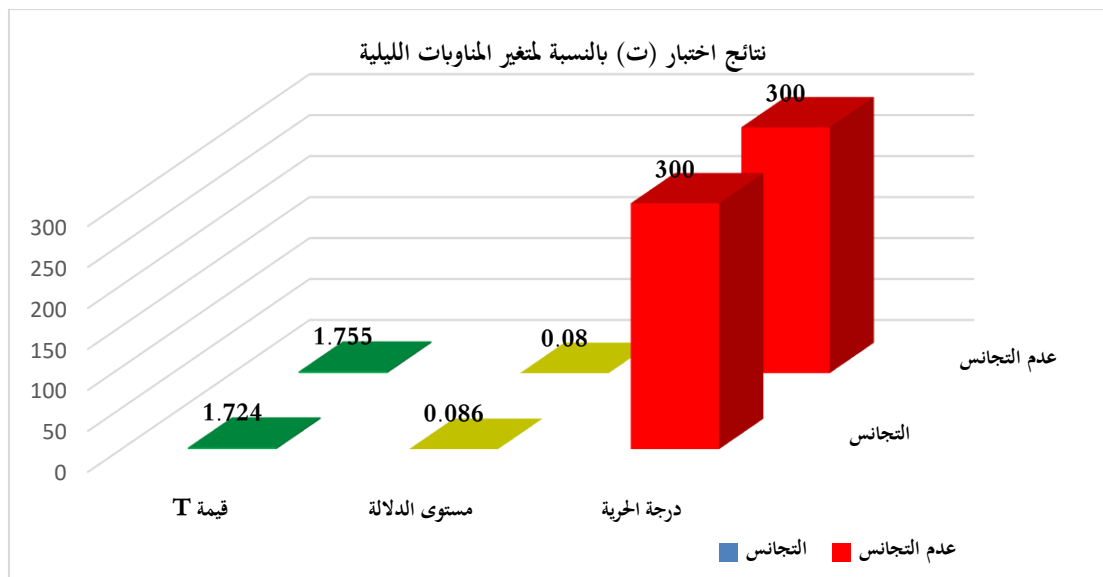
بمستوى الدلالة (0.103) في حالة عدم التجانس بدرجة حرية (126).

يوضح الشكل الموالي رقم (44) النتائج المحصل عليها.



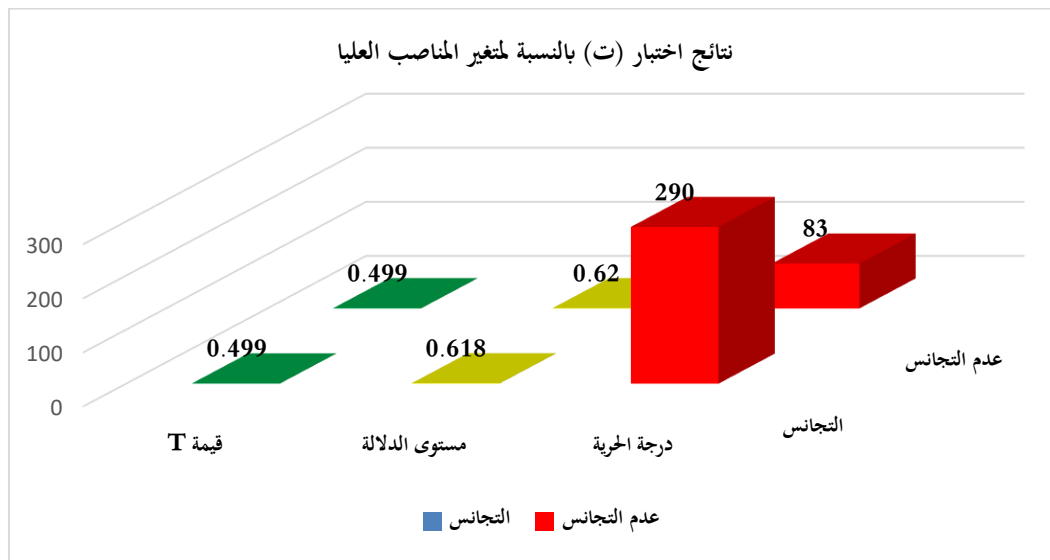
شكل رقم (44) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار (ت) بالنسبة لمتغير الجنس

أما بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية، وحسب الجدول السابق أيضا رقم (36)، فقد بلغت قيمة اختبار (ت) (1.724) بمستوى دلالة (0.086) ودرجة حرية (300) في حالة التجانس. وكانت النتائج متقاربة في حالة عدم التجانس، حيث بلغت قيمة (ت) (1.755) بمستوى دلالة (0.080) ودرجة حرية أيضا (300). وتوضح هذه النتائج السابقة في الشكل البياني التالي رقم (45):



شكل رقم (45) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار (ت) بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية

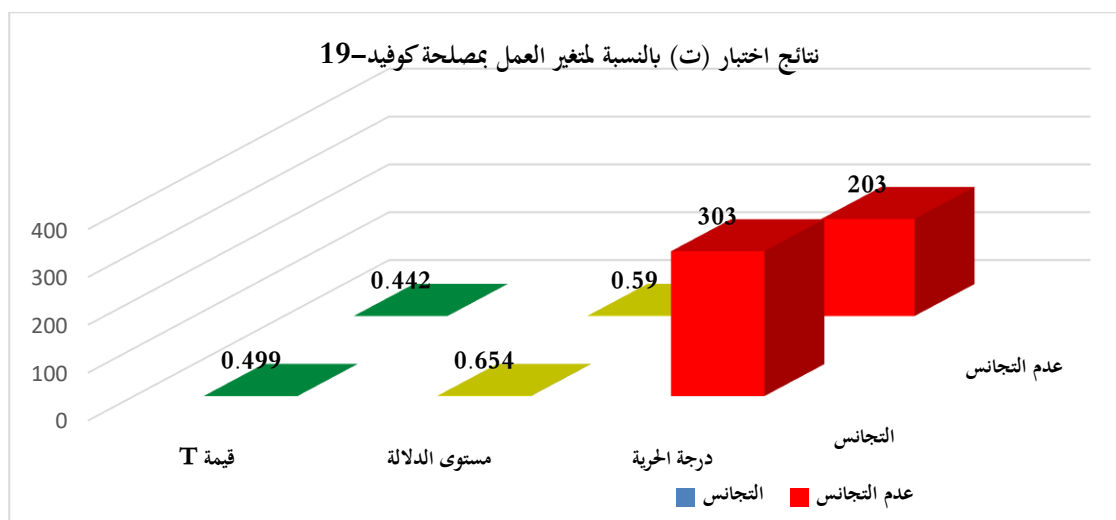
أما بالنسبة لمتغير إستفادة العمال من المناصب العليا، فقد أظهرت نتائج الجدول السابق رقم (36) أن قيمة اختبار (ت) كانت متساوية في الحالتين، إذ بلغت (0.499) بمستوى دلالة (0.618) ودرجة حرية (290) عند التجانس، بينما بلغت درجة الحرية في حالة عدم التجانس (83) بمستوى دلالة متقارب (0.620). وتوضح هذه النتائج في الشكل الموالي رقم (46):



شكل رقم (46) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار (ت) بالنسبة لمتغير المناصب العليا

وأخيراً، بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد-19، نلاحظ من خلال نتائج الجدول السابق رقم (36) أن قيمة اختبار (ت) بلغت (0.499) بمستوى دلالة (0.654) بدرجة حرية (303)، بينما بلغت قيمة (ت) في حالة عدم التجانس (0.442) بمستوى الدلالة (0.659) ودرجة حرية (203).

يوضح الشكل الموالي رقم (47) هذه النتائج السابقة.



شكل رقم (47) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم اختبار (ت) بالنسبة لمتغير العمل بمصلحة كوفيد-19

4.1. عرض الفرضية الثامنة:

قمنا بحساب المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One Way Anova) للعينات المستقلة،

وكانت النتائج كما يلي:

✓ بالنسبة لمتغير السن: جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي رقم (37).

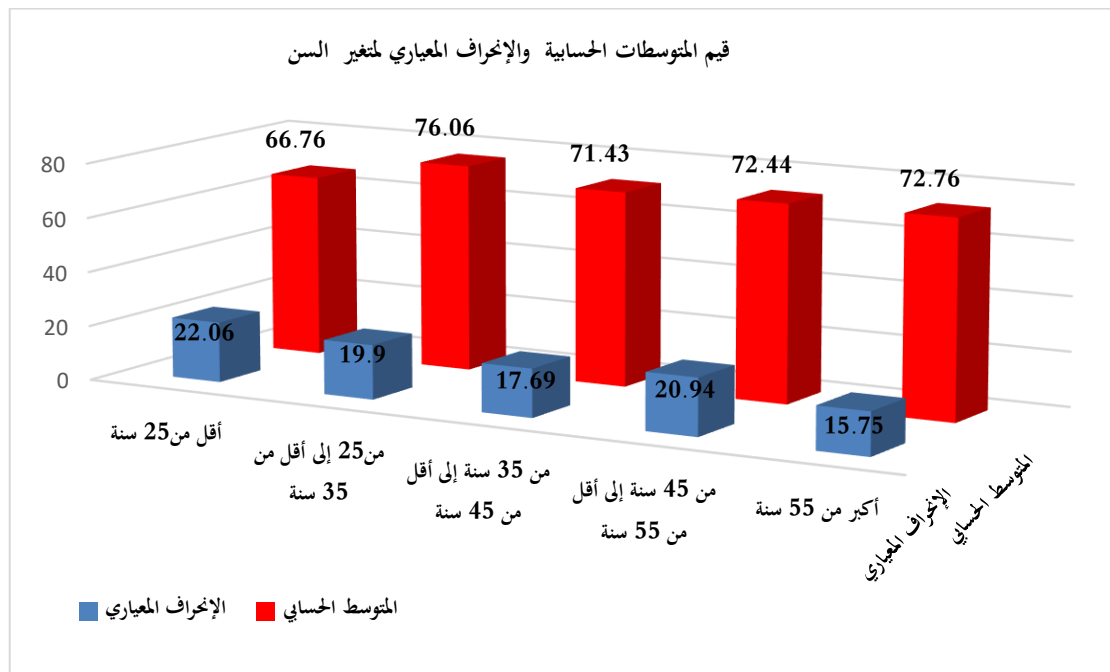
جدول رقم (37) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير السن

السن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
أقل من 25 سنة	21	66.76	22.06	1.450	0.217
من 25 إلى أقل من 35 سنة	108	76.06	19.90		
من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة	125	71.43	17.69		
من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة	45	72.44	20.94		
أكبر من 55 سنة	9	72.67	15.75		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (37) أن الفئات العمرية قُسمت إلى خمسة فئات متساوية المدى. وبالنسبة للمتوسطات الحسابية للفئات العمرية، فقد كانت متقاربة إلى حد ما، حيث كان أكبر متوسط للفئة العمرية من 25 سنة إلى أقل من 35 سنة بقيمة (76.06) وانحراف معياري (19.90)، تليها الفئات العمرية: أكبر من 55 سنة، من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة، ومن 35 سنة إلى أقل من 45 سنة على التوالي، بالمتوسطات (72.67)، (72.44) و(71.43) والانحرافات المعيارية (15.75)، (20.94) و(17.69). وأخيراً، الفئة العمرية أقل من 25 سنة بمتوسط حسابي (66.76) وانحراف معياري (22.06). ويتوافق مع قيمة (ف) التي بلغت (1.450) بمستوى دلالة (0.217).

ويمثل الشكل الموالي رقم (48) هذه القيم المحصل عليها.



شكل رقم (48) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير السن

✓ بالنسبة لمتغير الخبرة المهنية: فقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (38):

جدول رقم (38) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير الخبرة

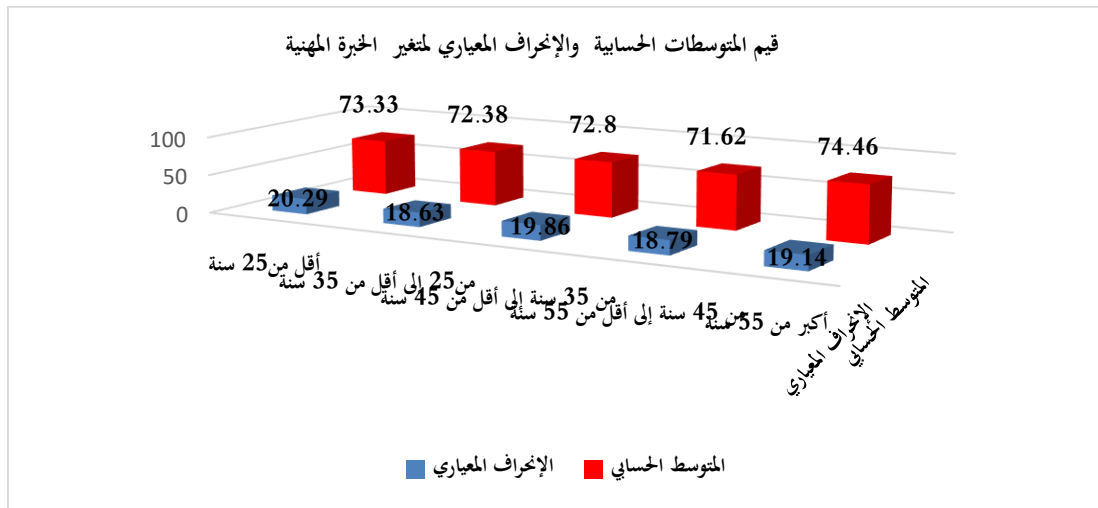
الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
أقل من 5 سنوات	67	73.33	20.29	0,155	0,961
من 5 إلى أقل من 10 سنة	75	72.38	18.63		
من 10 سنة إلى أقل من 15 سنة	74	72.80	19.86		
من 15 سنة إلى أقل من 20 سنة	40	71.62	18.79		
أكبر من 20 سنة	52	74.46	19.14		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال قيم الجدول السابق رقم (38)، فقد قُسم متغير الخبرة المهنية إلى خمسة فئات متساوية المدى، وجاءت النتائج متقاربة أيضا:

- بلغت أكبر قيمة للمتوسط الحسابي (74.46) بانحراف معياري (19.14) لمن يملك خبرة أكبر من 20 سنة.
- أما أصغر متوسط حسابي فكان للذين لديهم خبرة عملية بين 15 و 20 سنة، بقيمة (71.62) وبانحراف معياري (18.79).

- بقية المتوسطات الحسابية جاءت كالتالي: (73.33)، (72.80)، و(72.38) للفئات الأخرى، مع الانحرافات المعيارية (20.29)، (19.86) و(18.63) على التوالي، حيث تشمل الفئات: أقل من 5 سنوات، من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة، ومن 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات. ويتمشى ذلك مع قيمة (ف) التي بلغت (0,155) بمستوى دلالة (0,961). ويمثل الشكل الموالي رقم (49) هذه القيم المحصل عليها.



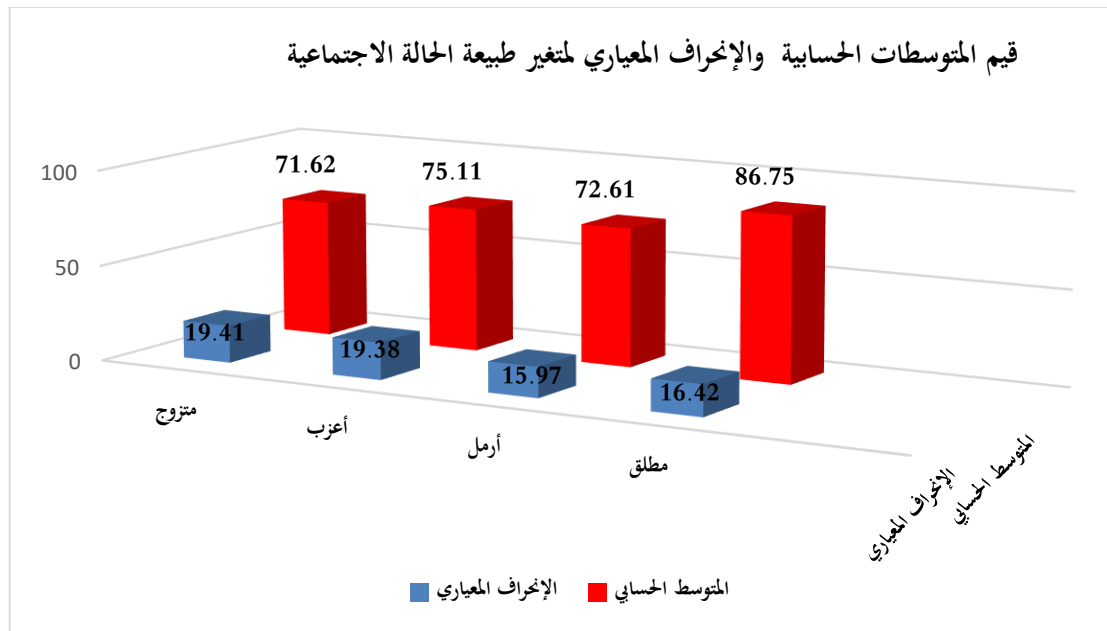
- شكل رقم (49) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير الخبرة المهنية
- ✓ بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية، الذي قُسم إلى أربعة حالات، يُبرز الجدول رقم (39) النتائج المستتقات:
- جدول رقم (39) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
متزوج	198	71.62	19.41	1.394	0,245
أعزب	94	75.11	19.38		
أرمل	12	72.61	15.97		
مطلق	04	86.75	16.42		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

وفيما يخص متغير الحالة الاجتماعية، فقد كانت نتائج المتوسطات الحسابية هي الأخرى متقاربة مع الفئات، حيث بلغ أكبر متوسط لدى فئة المطلقون (86.75) بانحراف معياري (16.42)، تليها فئة العزاب بمتوسط

(75.11) وبإخلاف معياري (19.38)، ثم فئة الأرامل بمتوسط حسابي (72.61) وبإخلاف معياري (15.97)، وأخيراً فئة المتزوجون بمتوسط حسابي (71.62) وإخلاف معياري (19.41). وتتوافق هذه النتائج مع قيمة (ف) المحصل عليها والتي بلغت (1.394) بمستوى دلالة (0.245). ويمثل الشكل الموالي رقم (50) هذه القيم.



شكل رقم (50) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسطات الحسابية والإخلاف المعياري لمتغير طبيعة الحالة الاجتماعية ✓ بالنسبة لمتغير مكان العمل، والذي قسّمه الباحث إلى أربعة فئات، جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي رقم (40):

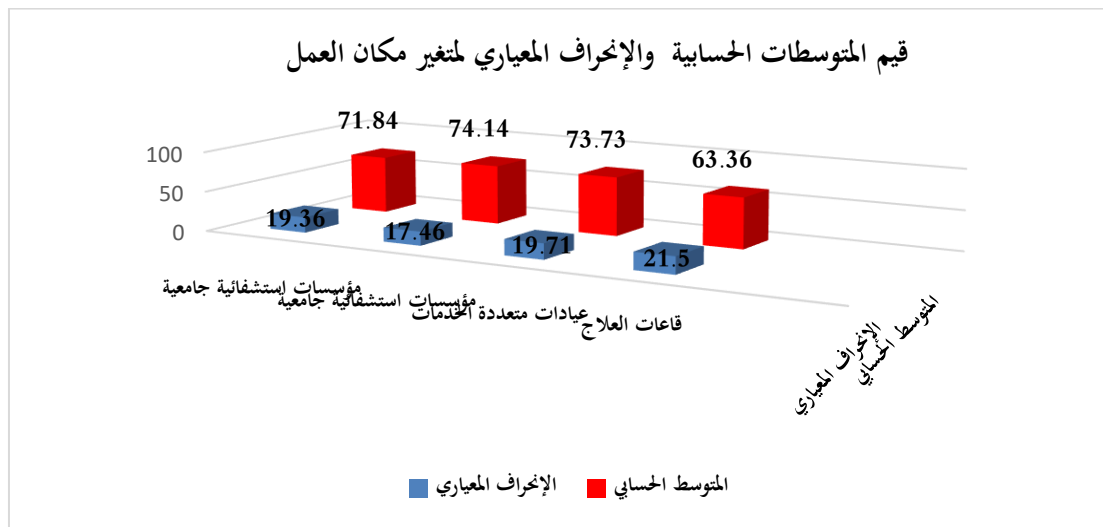
جدول رقم (40) يمثل المتوسطات والإخلاف المعياري وقيمة ف لمتغير مكان العمل

مكان العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الإخلاف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
مؤسسة إستشفائية جامعية	31	71.84	19.36	2.067	0.105
مؤسسة إستشفائية	87	74.14	17.46		
عيادة متعددة الخدمات	168	73.73	19.71		
قاعة علاج	22	63.36	21.50		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

نستنتج من الجدول رقم (40) أن قيمة المتوسطات الحسابية بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية الجامعية، والمؤسسات الإستشفائية، والعيادات المتعددة الخدمات كانت متقاربة، حيث بلغت على التوالي (74.14)، (73.73) و(71.84) بإخلافات معيارية (17.46)، (19.71) و(19.36).

أما المتوسط الحسابي لقاعات العلاج كان الأصغر فبلغ (63.36) بإنحراف معياري (21.50). ويتوافق ذلك مع قيمة (ف) التي بلغت (2.067) بمستوى دلالة (0,105) بالنسبة لمتغير مكان العمل. ويمثل الشكل الموالي رقم (51) هذه القيم.



شكل رقم (51) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير مكان العمل ✓ بالنسبة لمتغير طبيعة الدوام، الذي قسّمه الباحث إلى خمسة فئات، فقد جاءت النتائج المحصل عليها كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (41):

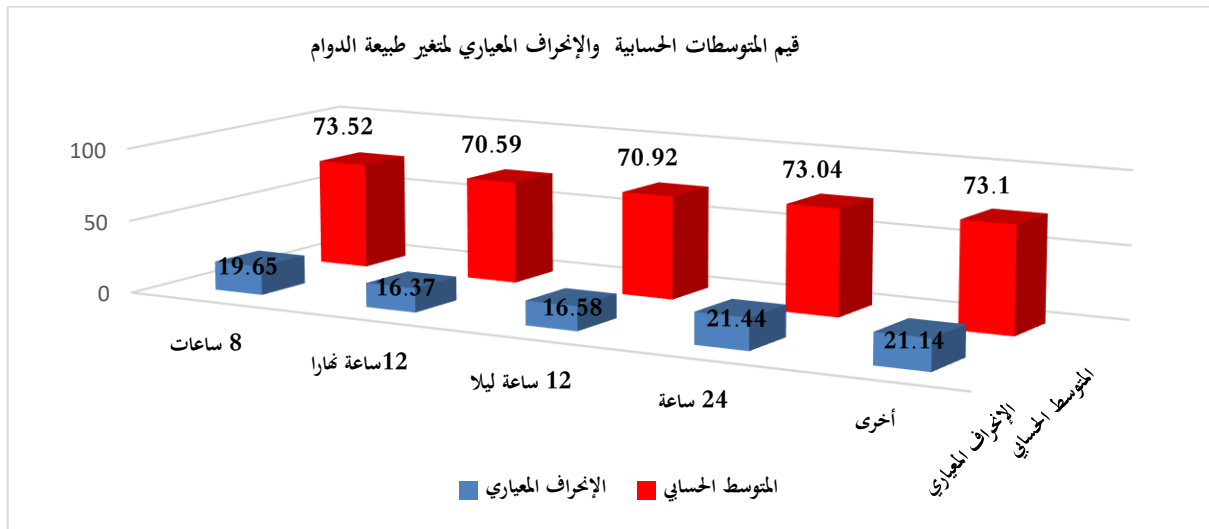
جدول رقم (41) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير طبيعة الدوام

طبيعة الدوام	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
8 ساعات	198	73.52	19.65	0,242	0,915
12 ساعة نهار	44	70.59	16.37		
12 ساعة ليل	13	70.92	16.58		
24 ساعة	24	73.04	21.44		
اخرى	29	73.10	21.14		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

نلاحظ من خلال قيم الجدول رقم (41) أن المتوسطات الحسابية حسب طبيعة الدوام متقاربة إلى حدٍ كبير، وهي على التوالي من الأكبر إلى الأصغر: (73.52)، (73.10)، (73.04)، (70.92) و(70.59)، حيث كان أكبر متوسط حسابي لذوي الدوام 8 ساعات، ثم للعاملين بنظام 24 ساعة، تليها عمال 12 ساعة

ليلاً، وفي الأخير العاملين 12 ساعة نهاراً. كما بلغت قيم الانحرافات المعيارية (19.65)، (21.14)، (21.44)، (15.58)، وأخيراً (16.37) على التوالي، وهذا ما يتوافق أيضاً مع النتائج المتحصل عليها لقيمة (ف) التي بلغت (0.242) بمستوى دلالة (0,915). والشكل الموالي رقم (52) يُعبر عن النتائج المتحصل عليها:



شكل بياني رقم (52) يمثل أعمدة بيانية لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير طبيعة الدوام ✓ بالنسبة لمتغير طبيعة المهنة، والتي قسمها الباحث هي الأخرى إلى خمسة فئات عُمالية تمثل ثلاثة أنساق، فيمثل نتائجها الجدول رقم (42) الموالي:

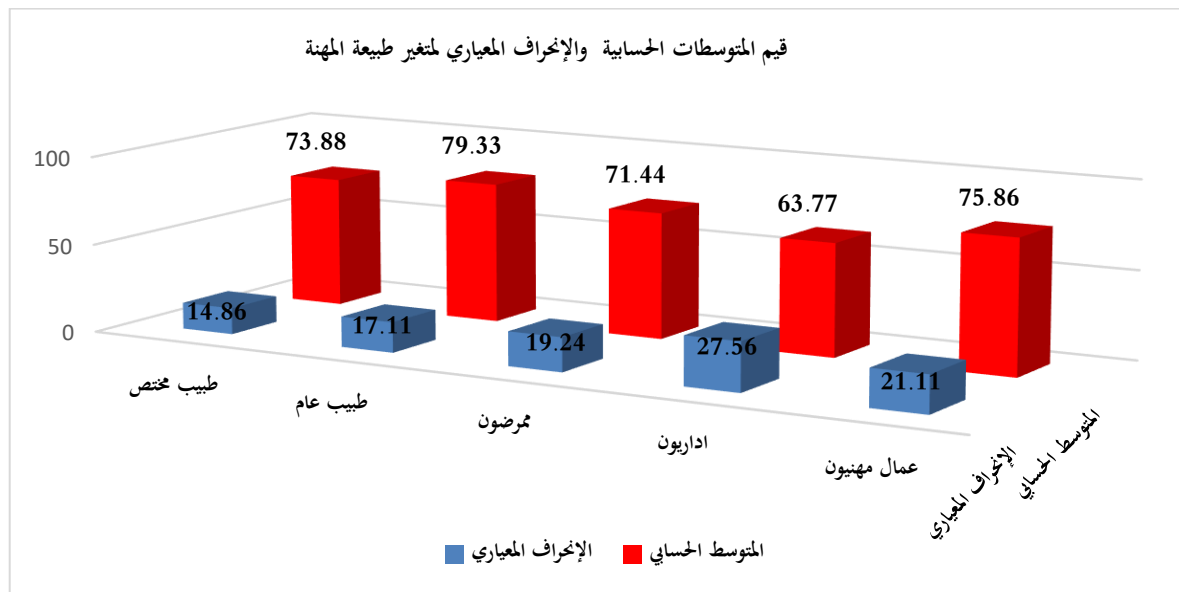
جدول رقم (42) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير طبيعة العمل

مستوى الدلالة	قيمة ف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	طبيعة العمل
0.025	2.836	14.86	73.88	17	طبيب متخصص
		17.11	79.33	61	طبيب عام
		19.24	71.44	210	ممرضون
		27.56	63.77	13	اداريون
		21.11	75.86	7	عمال مهنيون
		19.30	72.92	308	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول السابق رقم (42) أن المتوسطات الحسابية لمتغير طبيعة العمل كانت متقاربة هي الأخرى، حيث بلغت قيمة أكبر متوسط (79.33) بانحراف معياري (17.11) لصالح الأطباء العامين، بينما بلغت قيمة أصغر متوسط (63.77) بانحراف معياري (27.56) لصالح العمال الإداريين. أما باقي القيم فهي على التوالي:

(75.86) للعمال المهنيين، (73.88) للأطباء متخصصين، وأخيراً (71.44) للممرضين. أما الانحرافات المعيارية فهي الأخرى على التوالي: (21.11)، (14.86)، و(19.24). كما أن هذه النتائج جاءت متوافقة مع قيمة (ف) البالغة (2.836) بمستوى دلالة (0.025)، والشكل رقم (53) الموالي يمثل هذه القيم:



شكل بياني رقم (53) يمثل أعمدة بيانية لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير طبيعة المهنة

✓ بالنسبة لمتغير عدد الأولاد، فيعرض الجدول رقم (43) النتائج المحصل عليها، وهي:

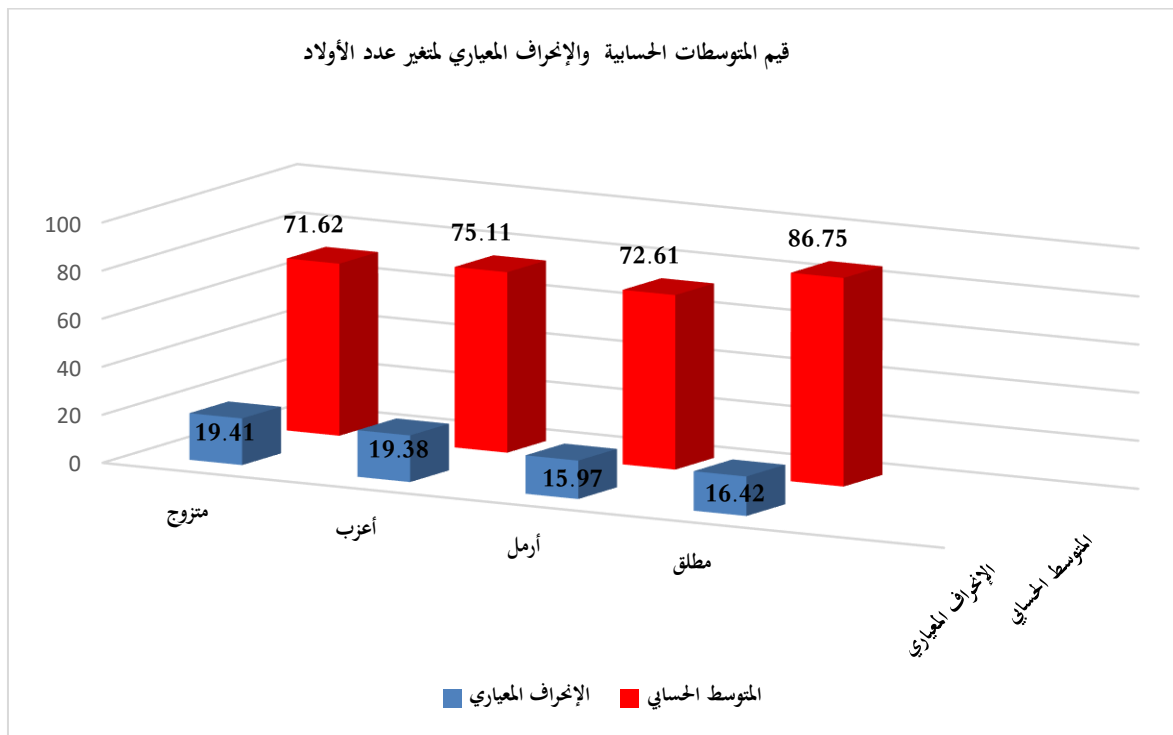
جدول رقم (43) يمثل المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف لمتغير عدد الأولاد

عدد الأولاد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة
0	36	66.04	19.36	1.508	0.164
1	47	74.72	20.04		
2	76	76.22	19.28		
3	88	70.92	19.15		
4	35	71.89	19.05		
أكبر من 5	28	78.18	17.13		
المجموع	308	72.92	19.30		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

وأخيراً، جاءت نتائج المتوسطات الحسابية لمتغير عدد الأولاد متقاربة هي الأخرى، حيث كانت قيمة أكبر متوسط للفئة التي لديها أكثر من خمسة أولاد (78.18) بانحراف معياري (17.13)، بينما كانت قيمة أصغر متوسط حسابي لمن ليس لديهم أولاد (66.04) بانحراف معياري (19.36). أما باقي نتائج المتوسطات فهي

على التوالي: (76.22)، (74.72)، (71.89)، وأخيراً (70.92)، مع الانحرافات المعيارية التالية: (19.28)، (20.04)، (19.05)، وأخيراً (19.15)، كما أن قيمة (ف) بلغت (1.508) بمستوى دلالة (0.164)، وهو ما يتوافق مع هذه النتائج، والتي سنعرضها في الشكل الموالي رقم (54):



شكل رقم (54) يمثل أعمدة بيانية لقيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمتغير عدد الأولاد

الشق الثاني من الدراسة:

1.2. عرض الفرضية الأولى:

من أجل اختبار الفرضية الأولى، تم حساب قيمة z لإختبار ويلكوكسون لعينتين مترابطتين (قبلي-بعدي)، وكانت النتائج كما يلي:

✓ بالنسبة للإحتراق النفسي الكلي، جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (44).

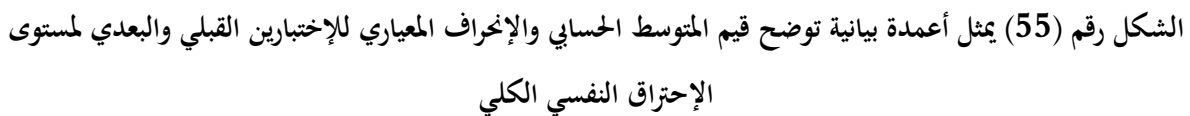
جدول رقم (44) يمثل إختبار ويلكوكسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) للإحتراق النفسي الكلي وأبعاده

الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، نقص الإنجاز)

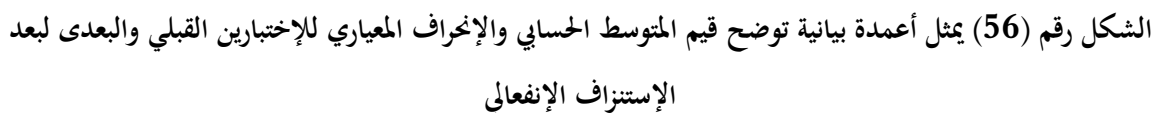
الإختبار	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
الإحتراق النفسي						
القبلي	60	79,13	23,49	3,167-	0,002	دالة
	60	70,42	11,88			
الإستنزاف الإنفعالي						
القبلي	60	37,93	15,06	4,242-	0,000	دالة
	60	28,67	9,17			
تبلد المشاعر						
القبلي	60	13,10	9,01	5,753-	0,000	دالة
	60	4,10	4,32			
نقص الإنجاز						
القبلي	60	31,73	7,55	4,397-	0,000	دالة
	60	37,65	4,98			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

يتضح من الجدول السابق رقم (44) أن المتوسط الحسابي للإختبار القبلي لمقياس الإحتراق النفسي بلغ (79,13)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإختبار البعدي (70,43)، كما يُلاحظ من الجدول أن مستوى الدلالة بلغ (0,002)، وهو أقل من مستوى المعنوية المعتمد (0,05)، وبلغت z قيمة (-3,167). ويوضح الرسم البياني الموالي رقم (55) هذه النتائج.

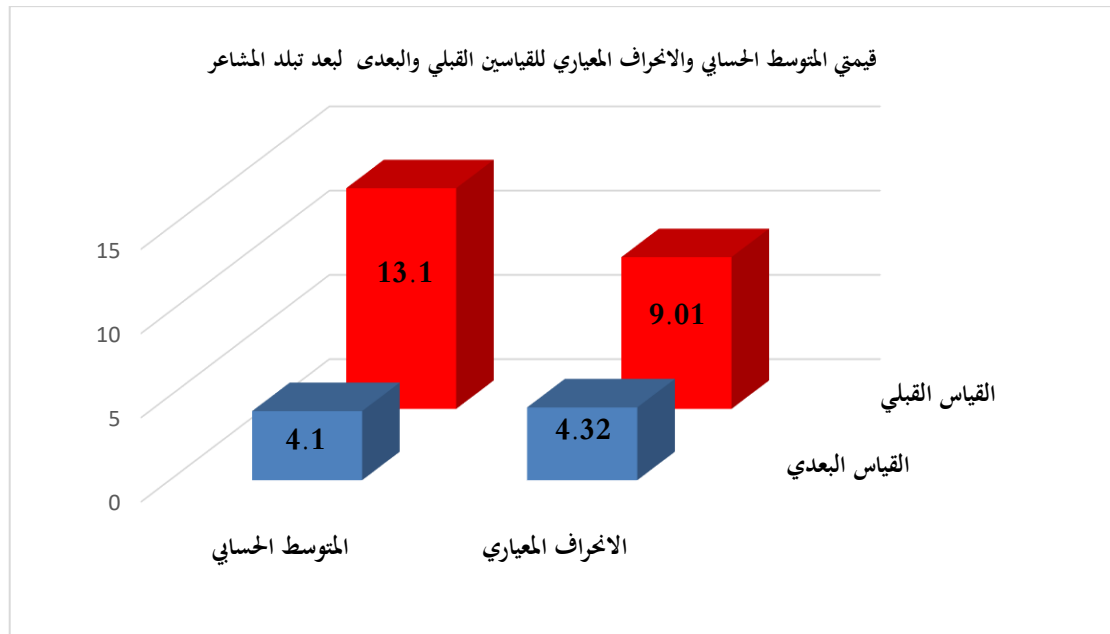


يتضح من الجدول السابق رقم (44) أن المتوسط الحسابي للاختبار القبلي لبعء الإستنزاف الإنفعالي بلغ (37,93)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للاختبار البعدي (28,67). كما يُلاحظ أن مستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية المعتمد (0,05)، وبلغت قيمة z (-4,242). ويمثل الرسم البياني الموالي رقم (56) هذه القيم.



✓ بالنسبة لبعد تبلد المشاعر:

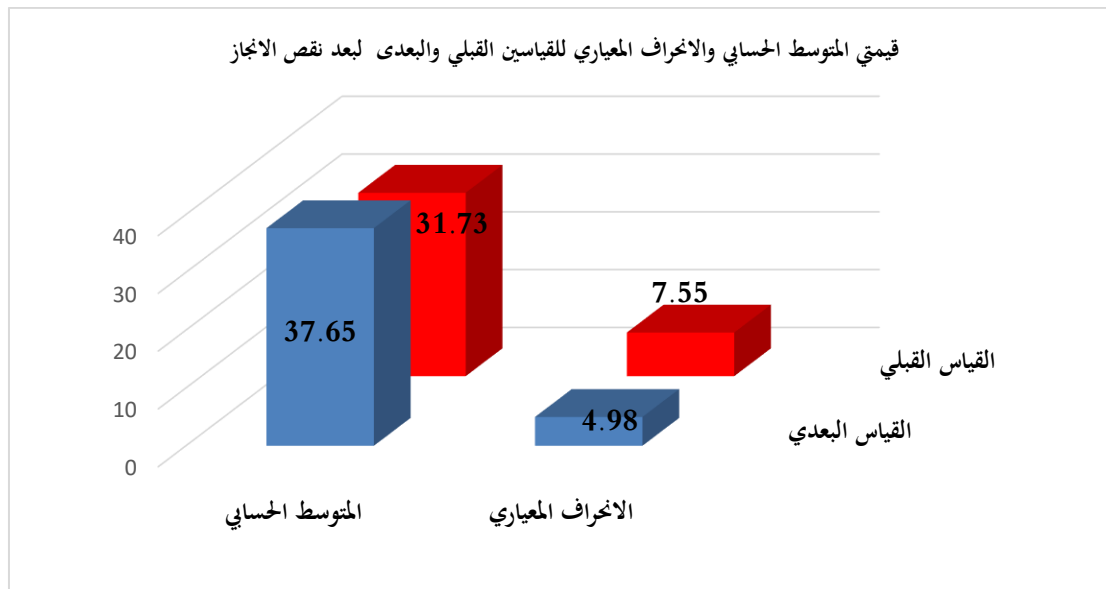
يتضح من الجدول السابق رقم (44) أن المتوسط الحسابي للإختبار القبلي لبعد تبلد المشاعر بلغ (13,10)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإختبار البعدي (4,10). كما يُلاحظ أن مستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية المعتمد (0,05)، وبلغت قيمة z (-5,753). ويمثل الرسم البياني رقم (57) هذه القيم المتحصل عليها.



الشكل رقم (57) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإختبارين القبلي والبعدي لبعد تبلد المشاعر

✓ بالنسبة لبعد نقص الإنجاز:

يتضح دائما من الجدول السابق رقم (44) أن المتوسط الحسابي للإختبار القبلي لبعد نقص الإنجاز بلغ (31,73)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإختبار البعدي (37,65). كما يُلاحظ أن مستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية المعتمد (0,05)، وبلغت قيمة z (-4,397). وتمثل النتائج المتحصل عليها في الرسم البياني الموالي رقم (58).



شكل رقم (58) يمثل أعمدة بيانية توضح قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للاختبارين القبلي والبعدي لبعء نقص الإنجاز

2.2. عرض الفرضيتين (الثانية والثالثة)

للتحقق من صحة هاتين الفرضيتين، تم تطبيق إختبار ويلكوسون لعينتين مترابطتين وحساب قيمة الأثر، وذلك للتعرف على فروق المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وحجم أثر البرنامج على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. والنتائج موضحة في الجدول الموالي رقم (45).

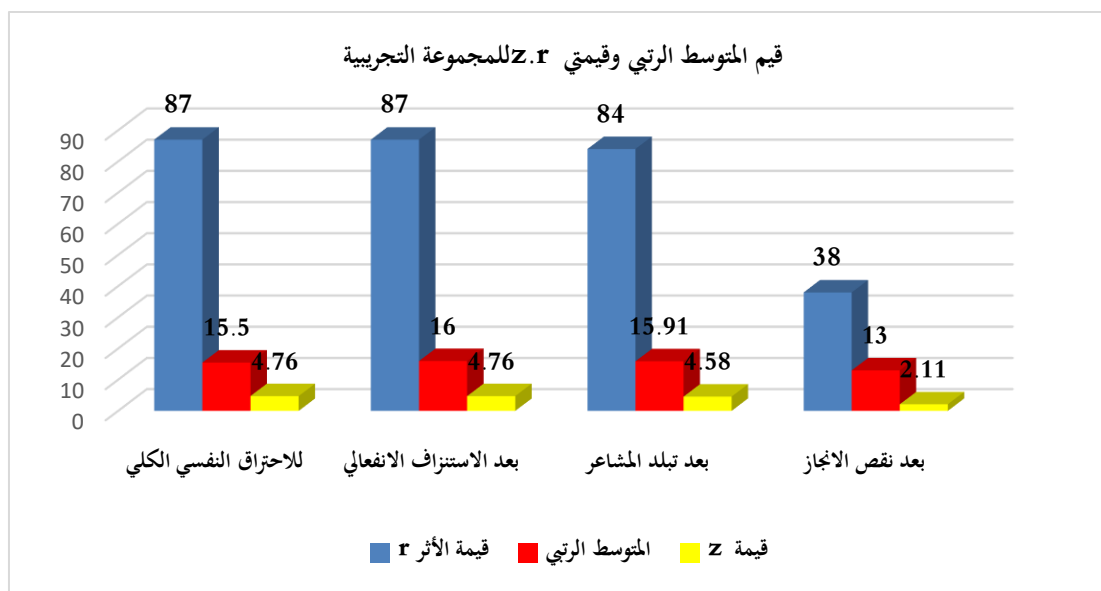
✓ بالنسبة للمجموعة التجريبية، جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (45).

جدول رقم (45) يمثل إختبار ويلكوسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) لأفراد المجموعة التجريبية

الإختبار	العينة	المتوسط الرتبي	قيمة z	قيمة الأثر r	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
للإحتراق النفسي الكلي	30	15.50	-4.763	0.87	0,000	دالة
بعد الإستنزاف الإنفعالي	30	16.00	-4,763	0.87	0,000	دالة
بعد تبلد المشاعر	30	15.91	-4,588	0.84	0,000	دالة
بعد نقص الإنجاز	30	13.00	-2,110	0.38	0,035	دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (45)، يتضح أن المتوسط الرتبي للإحترق النفسي الكلي بلغ (15.50)، وبلغت قيمة إختبار ويلكوكسون (-4.763) بمستوى دلالة (0.000).
أما بالنسبة لبعد الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتبي (16.00)، وقيمة z (-4.763) بمستوى دلالة (0.000). وجاءت قيمة المتوسط الرتبي لبعد تبدل المشاعر (15.91)، وقيمة إختبار ويلكوكسون (-4.588) بمستوى دلالة (0.000).
أخيراً، بلغت قيمة المتوسط الرتبي لبعد نقص الإنجاز (13.00)، وقيمة z (-2.100) بمستوى دلالة (0.038). وتمثل النتائج المحصل عليها في الرسم البياني الموالي رقم (59).



شكل رقم (59) يمثل رسماً بيانياً يوضح قيم المتوسط الرتبي وقيم (z , r) لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي للمجموعة التجريبية

✓ بالنسبة للمجموعة الضابطة، كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي رقم (46).

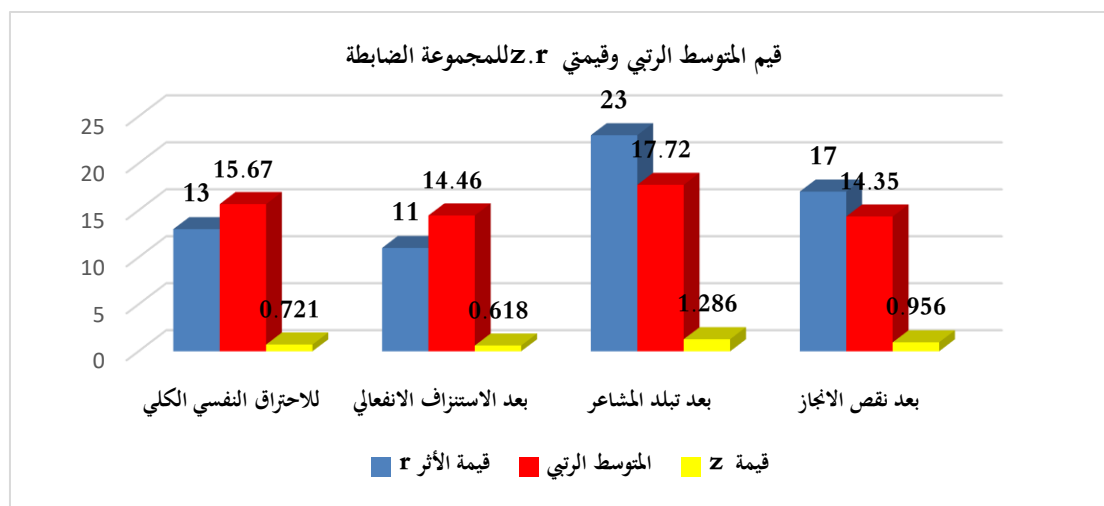
جدول رقم (46) يمثل إختبار ويلكوكسون للعينتين المترابطتين (قبلي - بعدي) لأفراد المجموعة الضابطة

الإختبار	العينة	المتوسط الرتبي	قيمة z	قيمة الأثر r	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
للإحترق النفسي الكلي	30	15.67	-0.721	0.13	0.698	غير دالة
بعد الإستنزاف الإنفعالي	30	14.46	-0.618	0.11	0.537	غير دالة
بعد تبدل المشاعر	30	14.72	-1.286	0.23	0.821	غير دالة
بعد نقص الانجاز	30	14.35	-0.956	0.17	0.754	غير دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (46)، يتضح أن المتوسط الرتبي للإحتراق النفسي الكلي للمجموعة الضابطة بلغ (15.67)، وبلغت قيمة z لإختبار الفروق ويلكوكسون (-0.721) بمستوى دلالة (0.698). أما بالنسبة لبعدها الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتبي (14.46) وقيمة z (-0.618) بمستوى دلالة (0.537). وجاءت قيمة المتوسط الرتبي لبعدها تبدل المشاعر (14.72)، وقيمة إختبار ويلكوكسون (-1.286) بمستوى دلالة (0.821).

أخيراً، بلغت قيمة المتوسط الرتبي لبعدها نقص الإنجاز (14.35)، وقيمة z (-0.956) بمستوى دلالة (0.754). وتمثل هذه النتائج في الرسم البياني الموالي رقم (60).



شكل رقم (60) يمثل رسماً بيانياً يوضح قيم المتوسط الرتبي وقيم (z , r) لكل بعد من أبعاد الإحتراق النفسي للمجموعة الضابطة

3.2. عرض الفرضية الرابعة

لإختبار هذه الفرضية، تم بإجراء إختبار مان ويتني Mann Whitney، نظراً لأن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (47).

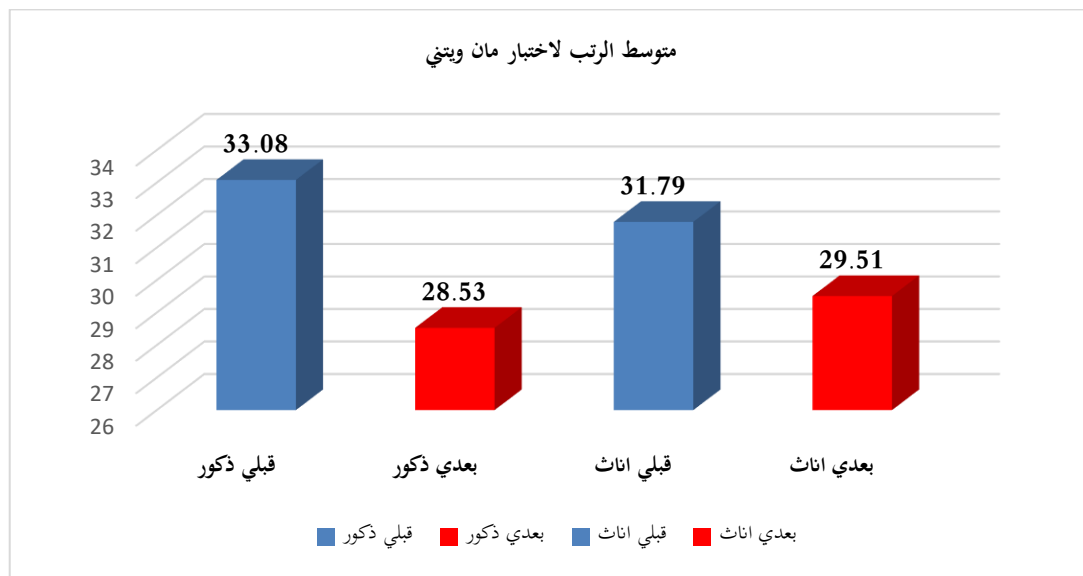
جدول رقم (47) يمثل إختبار مان ويتني Mann Whitney (قبلي - بعدي) للإحتراق النفسي وفق متغير الجنس

المتغير	الجنس	العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
القبلي	ذكور	26	33,08	424	0,317	دالة
	إناث	34	28,53			
البعدي	ذكور	26	31,79	103,5	0,617	دالة
	إناث	34	29,51			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (47)، يتضح أن متوسط الرتب للاختبار القبلي للذكور بلغ (33,08)، في حين بلغ عند الإناث (28,53)، كما يُلاحظ أن مستوى الدلالة بلغ (0,317)، وبلغت U قيمة (424). أما بالنسبة للاختبار البعدي، فقد بلغ متوسط الرتب للذكور (31,79)، وللإناث (29,51)، بمستوى الدلالة (0,617)، وبلغت U قيمة (103,5).

وتمثل النتائج المحصل عليها في الرسم البياني الموالي رقم (61).



شكل رقم (61) يمثل أعمدةً بيانيةً للمتوسط الرتب لاختبار مان ويتني (القبلي والبعدي) حسب متغير الجنس

4.2. عرض الفرضيات الخامسة

لإختبار هذه الفرضيات، تم إجراء إختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis، نظرًا لأن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي. يُعد هذا الإختبار إختبارًا لا معلمي يُستخدم لمقارنة ثلاثة مجموعات أو أكثر تتبع لمتغير واحد، وهو يناظر إختبار التحليل الأحادي للتباين Anova.

✓ بالنسبة لمتغير السن:

نص الفرضية الصفرية جاء على النحو التالي "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن".

وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (48).

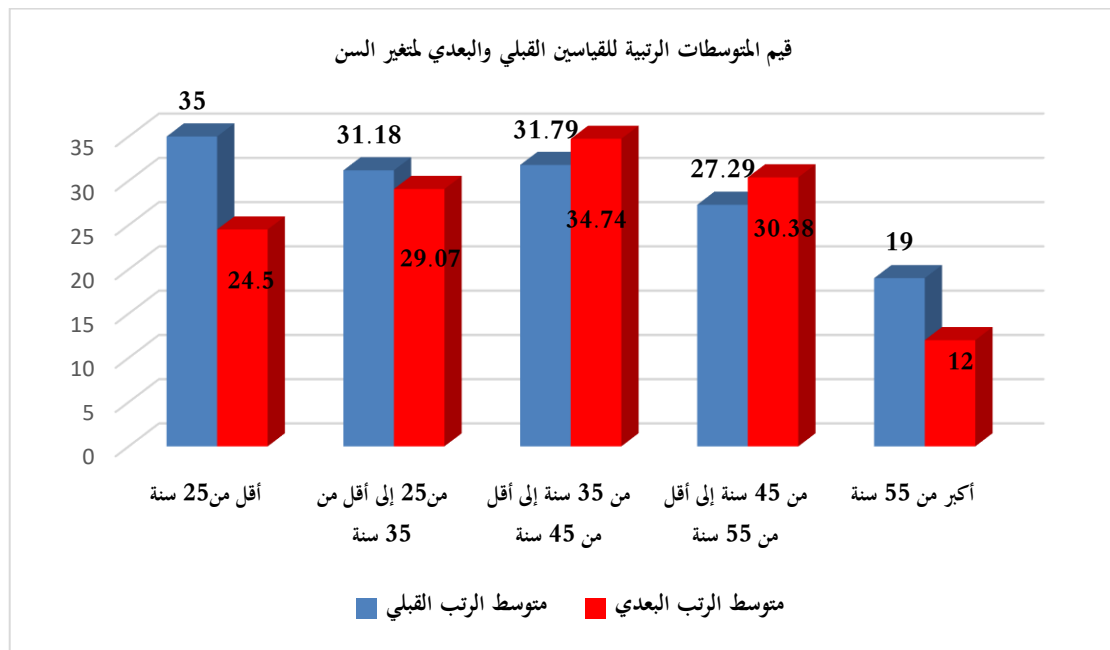
جدول رقم (48) يمثل المتوسط الرتبي للاختبارين القبلي والبعدي حسب متغير السن

الفئة العمرية	العينة	متوسط الرتب القبلي	متوسط الرتب البعدي
أقل من 25 سنة	2	35	24.50
من 25 إلى أقل من 35 سنة	28	31.18	29.07
من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة	17	31.79	34.74
من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة	12	27.29	30.38
أكبر من 55 سنة	1	19	12.00
مستوى الدلالة		0.893	0.635
اتخاذ القرار		غير دالة	غير دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

من خلال نتائج الجدول السابق رقم (48)، يتضح أن متوسط الرتب للاختبار القبلي محصور بين (19 و 35)، حيث يمثل (19) المتوسط الرتبي الأدنى للفئة العمرية الأكبر من 55 سنة، والممثلة بفرد واحد من العينة. يليها الفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة، المكونة من (12) فردًا، بمتوسط رتبي (27,29). بعد ذلك، جاءت الفئتان العمريتان من 25 إلى أقل من 35 سنة، والمكونة من (28) فردًا، والفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة، المكونة من (17) فردًا، بمتوسط رتب متقارب (31,18) و (31,79) على التوالي. وأخيرًا، كانت الفئة العمرية أقل من 25 سنة، والمكونة من فردين، بمتوسط رتبي (35) كأعلى قيمة. أما في القياس البعدي، فقد كان المتوسط الرتبي للأدنى (12) للفئة العمرية أكبر من 55 سنة، تليها الفئة العمرية أقل من 25 سنة بمتوسط رتبي (24,50)، ثم الفئة العمرية من 25 إلى أقل من 35 سنة بمتوسط رتبي (29,07)، والفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة بمتوسط رتبي (30,38). وأخيرًا الفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة بمتوسط رتبي (34,74) كأقصى قيمة. وبالنسبة لمستوى الدلالة لمتغير السن، فقد بلغ في القياس القبلي (0.893) وفي القياس البعدي (0.635).

ويمثل النتائج المحصل عليها في الرسم البياني الموالي رقم (62).



شكل رقم (62) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتببة للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير السن

✓ بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:

جاءت النتائج كما هي مبينة في الجدول الموالي رقم (49).

جدول رقم (49) يمثل المتوسط الرتببي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير سنوات الخبرة

متوسط الرتب البعدي	متوسط الرتب القبلي	العينة	سنوات الخبرة
23.54	27,50	13	أقل من 5 سنوات
23.25	24,36	14	من 5 إلى أقل من 10 سنة
38.79	33,68	17	من 10 سنة إلى أقل من 15 سنة
40.75	43,25	4	من 15 سنة إلى أقل من 20 سنة
31.33	32,17	12	أكبر من 20 سنة
0.045	0,295	مستوى الدلالة	
دالة	غير دالة	اتخاذ القرار	

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

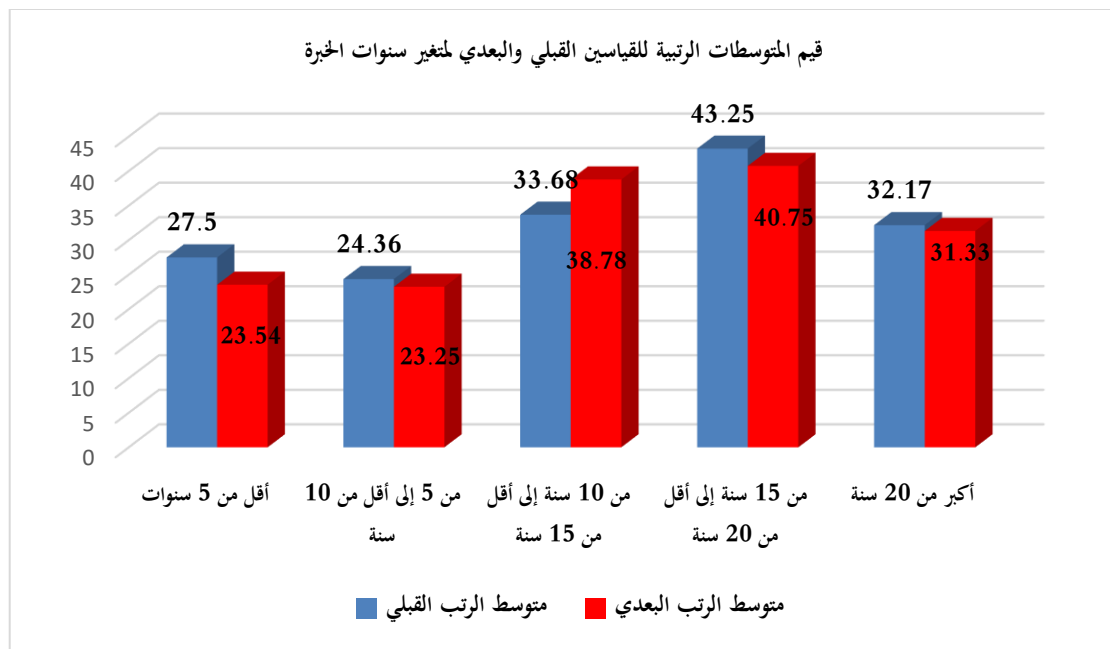
توضح نتائج الجدول السابق رقم (49) أن أدنى متوسط رتبتي في القياس القبلي لذوي خبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات، والمكونة من (14) فردًا، بمتوسط رتبتي (24.36). يليها ذوي أقل من 5 سنوات خبرة وعددهم (13) فردًا بمتوسط رتبتي (27.50)، ثم (12) فردًا لديهم خبرة أكبر من 20 سنة بمتوسط رتبتي (32.17)، وبعدها من

لديهم خبرة بين 10 و 15 سنة بمتوسط رتبي (33.68) وعددهم (17) فردًا، وأخيرًا بلغت قيمة الحد الأقصى (43.25) لمن لديهم خبرة بين 15 و 20 سنة وعددهم (04) أفراد.

أما نتائج القياس البعدي، فقد كانت متباينة، حيث بلغ المتوسط الرتبي الأدنى (23.25) و(25.54) لمن لديهم خبرة بين 5 و 10 سنوات وأقل من 5 سنوات على التوالي، ثم من لديهم خبرة أكبر من 20 سنة بمتوسط رتبي (31.33)، تليها الفئة ذات الخبرة بين 10 و 15 سنة بمتوسط رتبي (38.79)، وأخيرًا لمن لديهم خبرة بين 15 و 20 سنة بمتوسط رتبي أقصى (40.75).

وبالنسبة لمستوى الدلالة، فقد بلغ المتوسط الرتبي للقياس القبلي للإحتراق النفسي (0.295)، بينما بلغ في القياس البعدي (0.045)،

وتمثل القيم المحصل عليها في الرسم البياني الموالي رقم (62).



شكل رقم (63) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير سنوات الخبرة

✓ بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

جاء نص الفرضية أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"،

وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي رقم (50).

جدول رقم (50) يمثل المتوسط الرتبي للإختبار القبلي والبعدي حسب متغير الحالة الاجتماعية

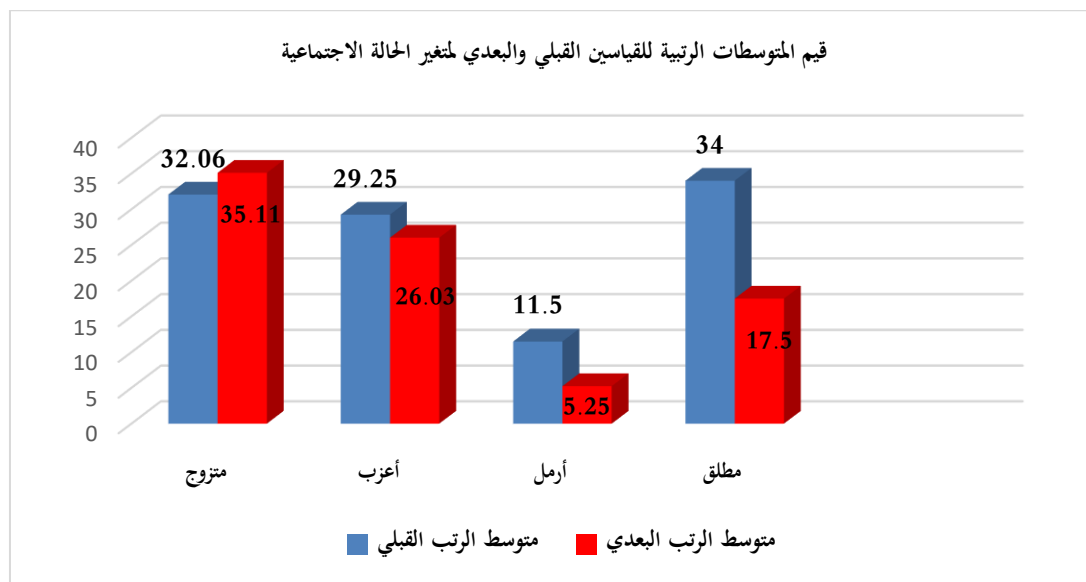
الحالة الاجتماعية	العينة	متوسط الرتب القبلي	متوسط الرتب البعدي
متزوج	36	32.06	35.11
أعزب	20	29.25	26.03
أرمل	2	11.50	5.25
مطلق	2	34.00	17.50
مستوى الدلالة		0.417	0.028
اتخاذ القرار		غير دالة	دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS V 22

تظهر نتائج الجدول السابق رقم (50) أن متوسط الرتب للإختبار القبلي لمتغير الحالة الاجتماعية جاء بقيمة (11.50) كحد أدنى لصالح الأرمال، تليها فئة العزاب، ثم المتزوجون، وأخيراً المطلقون، بالقيم التالية على التوالي (29.25)، (32.06)، و(34).

أما بالنسبة للمتوسط الرتبي للإختبار البعدي، فقد كانت النتائج متباينة، حيث سجلت فئة الأرمال متوسط رتبي (5.25)، تليها فئة المطلقون بمتوسط رتبي (17.50)، وبعدها كل من فئتي العزاب والمتزوجون كحد أعلى، بالقيم التالية على التوالي: (26.03) و(35.11).

وبالنسبة لمستوى الدلالة، فقد بلغ للقياس القبلي للإحتراق النفسي (0.417)، والقياس البعدي (0.028). ويوضح الرسم البياني الموالي رقم (64) القيم المحصل عليها.



شكل رقم (64) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير الحالة الاجتماعية

✓ بالنسبة لمتغير طبيعة العمل:

كان نص الفرضية أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل"، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (51).

جدول رقم (51) يمثل المتوسط الرتبي للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير طبيعة العمل

طبيعة العمل	العينة	متوسط الرتب القبلي	متوسط الرتب البعدي
طبيب متخصص	4	26.50	35.63
طبيب عام	13	23.12	25.38
ممرضون	33	35.47	31.67
إداريون	4	28.88	27.00
عمال مهنيون	6	22.92	34.08
مستوى الدلالة		0.172	0.731
اتخاذ القرار		غير دالة	غير دالة

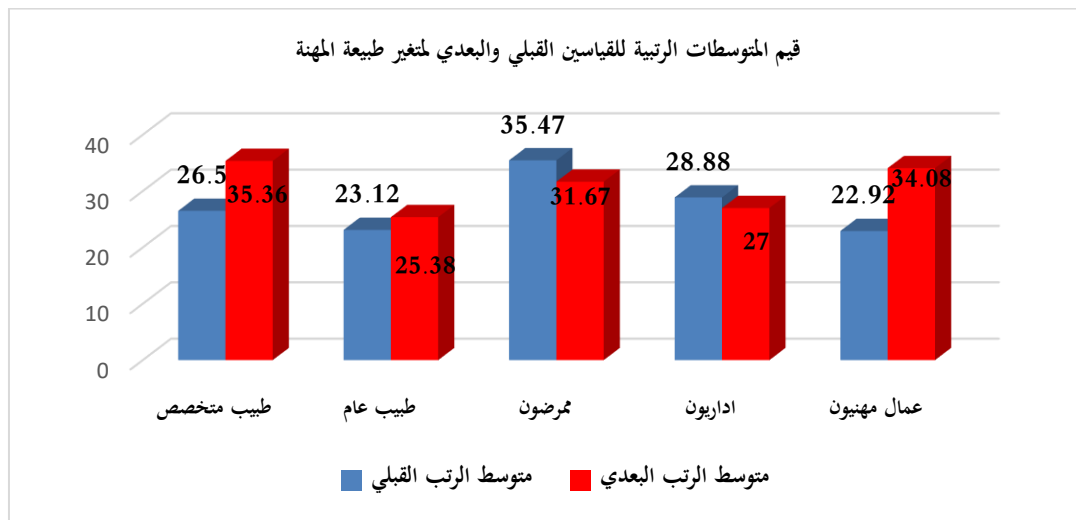
المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

يظهر الجدول السابق رقم (51) متوسط الرتب للإختبار القبلي للإحترق النفسي حسب متغير طبيعة المهنة، حيث كانت النتائج متقاربة، سجل أدنى متوسط رتبي للعمال المهنيين وعددهم ستة (6) عمال، بقيمة (22.92)، يليه الأطباء العامون ويمثلهم (13) طبيباً بمتوسط رتبي (23.12)، ثم الأطباء المتخصصون وعددهم (4) أطباء بمتوسط رتبي (26.50)، وبعدها الإداريون وعددهم (4) عمال بمتوسط رتبي (28.88)، وأخيراً الممرضون بأكبر عدد (33) ممرضاً و بمتوسط رتبي (35.47).

أما بالنسبة للقيم الخاصة بالقياس البعدي، فقد بلغت المتوسطات الرتبية للفئات المختلفة على النحو التالي: (25.38) للأطباء العامون، (27.00) للإداريون، (31.67) للممرضون، (34.08) للعمال المهنيين، وأخيراً، (35.36) للأطباء المتخصصين على التوالي.

أما بالنسبة لمستوى الدلالة، فقد بلغ للقياس القبلي للإحترق النفسي لمتغير طبيعة العمل (0.172)، وللقياس البعدي (0.731).

ويمثل الشكل رقم (65) النتائج المحصل عليها سابقاً.



شكل رقم (65) يمثل أعمدة بيانية لقيم المتوسطات الرتببة للإختبارين القبلي والبعدى حسب متغير طبيعة المهنة

✓ بالنسبة لفرق العمل:

أخيراً، جاءت نتائج المحصل عليها حسب فرق العمل كما هو موضح في الجدول الموالي رقم (52).

جدول رقم (52) يمثل المتوسط الرتبى للإختبار القبلي والبعدى حسب فريق العمل

فريق العمل	العينة	متوسط الرتب القبلي	متوسط الرتب البعدى
المجموعة 1	12	35.79	37.75
المجموعة 2	12	32.50	31.58
المجموعة 3	12	29.50	24.00
المجموعة 4	12	26.54	31.38
المجموعة 5	12	28.17	27.79
مستوى الدلالة		0.711	0.392
اتخاذ القرار		غير دالة	غير دالة

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS V 22

تبرز نتائج الجدول السابق رقم (52) قيم المتوسط الرتبى للإختبارين القبلي والبعدى للإحتراق النفسى حسب

متغير فريق العمل.

حيث جاءت نتائج المتوسط الرتبى القبلي كما يلي:

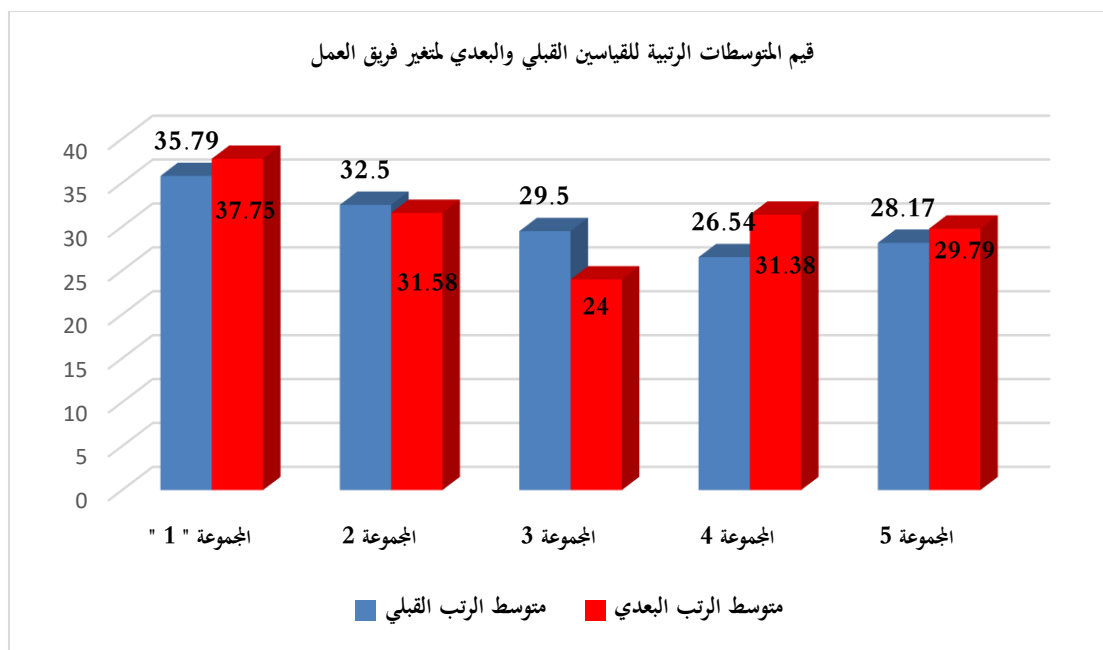
- المجموعة 4 (العيادة المتعددة الخدمات أومدور تونس) كأدنى حد بمتوسط رتبى (26.54)،
- تليها المجموعة 5 (العيادة متعددة الخدمات مرقاق) بمتوسط رتبى (28.17)،
- بعدها المجموعة 3 (العيادة متعددة الخدمات أحمد بلكحيل) بقيمة (29.50)،
- ثم المجموعة 2 (العيادة متعددة الخدمات هوارى بومدين) بمتوسط رتبى (32.50)،
- وأعلى قيمة كانت للمجموعة 1 (العيادة متعددة الخدمات السعيد بجاوي) بـ (35.79).

أما بالنسبة للقياس البعدي، فجاءت المتوسطات الرتبية على النحو التالي:

- أدنى حد للمجموعة 3 بمتوسط رتبي (24.00)،
- تليها المجموعة 5، بمتوسط رتبي (27.79)،
- ثم المجموعة 4، بمتوسط رتبي (31.38)،
- والمجموعة 2، بمتوسط رتبي (31.38)،
- وأعلى قيمة كانت للمجموعة 1 بمتوسط رتبي (37.75).

وبالنسبة لمستوى الدلالة، فقد بلغ للقياس القبلي للاحتراق النفسي لمتغير فريق العمل (0.711)، وللقياس البعدي (0.392).

وتمثل النتائج السابقة من خلال الرسم البياني الموالي رقم (66).

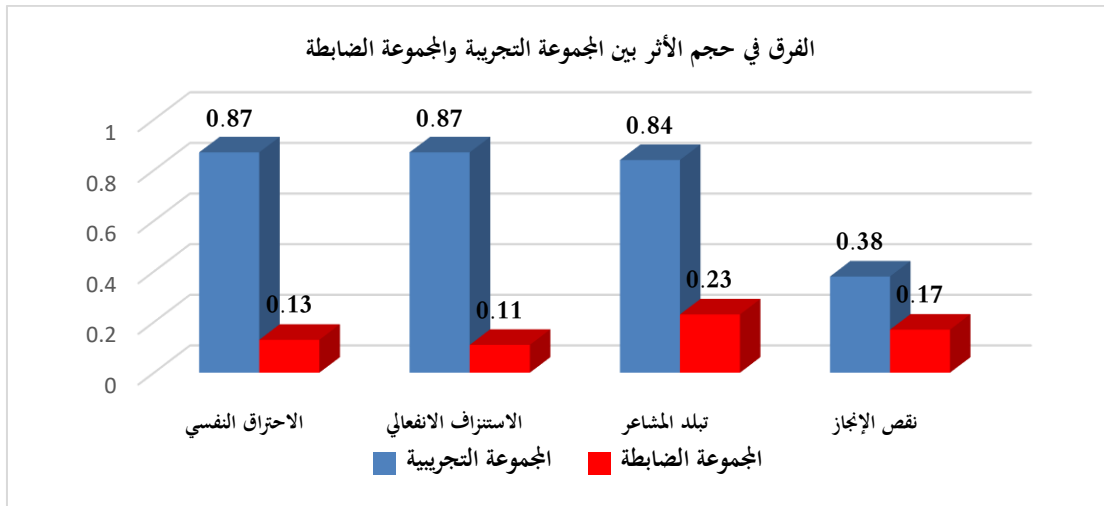


شكل رقم (66) يمثل أعمدةً بيانيةً لقيم المتوسطات الرتبية للإختبارين القبلي والبعدي حسب متغير فرق العمل

5.2. عرض الفرضية الرئيسية

لإختبار الفرضية الرئيسية، تم حساب حجم الأثر للبرنامج السيكيو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحتراق النفسي على عمال قطاع الصحة بقالة (I) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية. وقد تم توضيح النتائج في الجدولين السابقين رقم (45) و(46)، وذلك بعد التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية من خلال حساب قيمة (Z) لإختبار ويلكوكسون wilcoxon، بالإضافة إلى التحقق من الفروق في القياسين القبلي والبعدي للاحتراق النفسي وأبعاده الثلاثة: (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز).

وتمثل النتائج المحصل عليها في الشكل الموالي رقم (67).



الشكل رقم (67) يمثل أعمدةً بيانيةً توضح حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي على المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق الإحترق النفسي

ثالثًا: تفسير نتائج الدراسة

بالنسبة للشطر الأول الإستكشافي:

تم وضع ثمانية فرضيات إستكشافية كما سبق ذكره، للإجابة عن السؤال الأول للبحث: ما هو مستوى الإحترق النفسي لدى عمال الصحة بولاية قالمة؟ وجب علينا وضع الفرضيات التالية:

1. الفرضية الفرعية الإستكشافية الأولى:

نص الفرضية الأولى لهذا الشق من الدراسة "لا يعاني عمال الصحة بولاية قالمة من الإحترق النفسي".

للتحقق من صحتها، تم حساب المتوسطات الحسابية للدرجات المحصل عليها ومقارنتها مع المتوسط النظري للمقياس.

- وفق الجدول رقم (32)، المتوسط الحسابي للإحترق النفسي الكلي بلغ (72.92)، ويتوافق مع المتوسط النظري المقدر بين (28-98) كما هو موضح في الجدول رقم (20).
- بناءً عليه، يمكن القول إن "عمال قطاع الصحة بولاية قالمة يعانون مستوى إحترق نفسي متوسط".

- لمعرفة دلالة هذا الفرق إن كان دال أم يعزى للصدفة، تم إجراء إختبار (ت) لعينة واحدة، وأظهرت نتائج الجدول السابق رقم (33) أن قيمة ($\text{sig}=0,000$)، وهي أصغر من القيمة الجدولية (1.990) عند مستوى الدلالة (0,05)، مما يجعلها دالة إحصائياً.

2. الفرضية الفرعية الإستكشافية الثانية:

نص الفرضية: "لا يعاني عمال الصحة لولاية قالمة من الإستنزاف الإنفعالي عند مستوى 0.05".

- وفق نتائج الجدول السابق رقم (32)، فإن قيمة المتوسط الحسابي لبعء الإستنزاف الإنفعالي بلغ (31.78)، وهو أعلى من الحد النظري (أكبر من 27) كما هو مبين في الجدول السابق رقم (20).
- بناءً عليه، نرفض النظرية الصفرية ونؤكد أن عمال قطاع الصحة يعانون من إستنزاف إنفعالي مرتفع عند مستوى دلالة 0,05.

3. الفرضية الفرعية الإستكشافية الثالثة:

نص الفرضية: "لا يعاني عمال الصحة لولاية قالمة من تبلد للمشاعر عند مستوى 0.05".

- وفق نتائج الجدول السابق رقم (32)، فإن المتوسط الحسابي لبعء تبلد المشاعر بلغ (8.64)، ويتوافق مع المتوسط النظري بين (6-12) كما هو مبين في الجدول السابق رقم (20).
- بناءً عليه، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بأن عمال قطاع الصحة يعانون من تبلد مشاعر متوسط عند مستوى دلالة 0.05.

4. الفرضية الفرعية الإستكشافية الرابعة:

نص الفرضية: "لا يعاني عمال الصحة لولاية قالمة من نقص في الإنجاز عند مستوى 0.05".

- وفق نتائج الجدول السابق رقم (32)، فإن قيمة المتوسط الحسابي لبعء نقص الإنجاز بلغت (32.49)، وهي أعلى من قيمة المتوسط الحسابي النظري في جدول السابق رقم (20).
- بناءً عليه، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة بأن لدى عمال قطاع الصحة نقص في الإنجاز مرتفع عند مستوى دلالة 0.05.

5. الفرضية الفرعية الإستكشافية الخامسة:

نص الفرضية: "لا توجد علاقة بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل).

تم حساب معامل الارتباط بيرسون للتحقق من العلاقة بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات الديموغرافية، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول السابق رقم (34):

- توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة بين الإحترق النفسي ومتغير الجنس عند مستوى الدلالة (0,007)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون (1,53).
- كما أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الإحترق النفسي ومتغير طبيعة العمل، حيث بلغت معامل الارتباط بيرسون (0,119) بمستوى دلالة (0,037).
- في المقابل، لا توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وكل من متغيري السن والحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيم معامل الارتباط بيرسون على التوالي (0,020) و(0,097) بمستوى دلالة (0,727) و(0,089)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وبالتالي غير دالة إحصائيًا.

6. الفرضية الفرعية الإستكشافية السادسة:

نص الفرضية: "لا توجد علاقة بين أبعاد الإحترق النفسي (الإنهاك الإنفعالي، تبلد المشاعر، نقص الإنجاز) وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وطبيعة العمل)" للتحقق من صحة الفرضية، تم أيضًا بحساب معامل الارتباط بيرسون، وأظهرت النتائج الموضحة في الجدول رقم (34) أن أبعاد الإحترق النفسي الثلاث مرتبطة ببعض المتغيرات كما يلي:

1.6. بعد الإستنزاف الإنفعالي:

- إرتباط مع متغيري طبيعة العمل والجنس عند مستوى الدلالة (0,001)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0,211) و(0,175) على التوالي بمستويات دلالة (0,000) و(0,002).
- إرتباط مع متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة (0,005)، بقيمة معاملا إرتباط (0,140) ومستوى دلالة (0,014).

2.6. بعد تبلد المشاعر:

- إرتباط مع المتغيرات: الحالة الاجتماعية، الجنس والسن عند مستوى الدلالة (0,001) بقيم معاملات الارتباط: (0,177)، (0,170) و(0,165)، ومستويات دلالة: (0,002)، (0,003) و(0,004) على التوالي.
- 3.6. بعد نقص الإنجاز:

- إرتباط مع متغيري الحالة الاجتماعية والسن عند مستوى الدلالة (0,005)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0,037) لكل منهما، بمستوى دلالة (0,017) و(0,016) على التوالي.

إستنتاج: تُظهر النتائج أن أبعاد الإحترق النفسي الثلاث لها علاقة إرتباطية مع بعض المتغيرات الديموغرافية، مما يشير إلى أن الفرضية الصفرية "عدم وجود علاقة" غير صحيحة في معظم الحالات

7. الفرضية الفرعية الإستكشافية السابعة:

بالنسبة للتساؤل الذي كان نصه:

"هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات (الجنس، المناوبات الليلية،

المناصب العليا والعمل بمصالح كوفيد)؟

تم وضعت الفرضيات التالية:

1.7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير الجنس.

2.7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناوبات الليلية.

3.7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة قائلة تعزى لمتغير المناصب

العليا.

4.7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة قائلة تعزى لمتغير العمل بمصالح

كوفيد.

من أجل التحقق من صحة هذه الفرضيات عند مستوى الدلالة (0,05)، تم إستخدام إختبارات للمتغيرات

المستقلة، مع إختبار ليفينس للتجانس لضمان تحقق فرضية تساوي التباينات، وكانت النتائج حسب الجدول السابق

رقم (35) كما يلي:

1.7. فروق الإحترق النفسي حسب متغير الجنس.

• أظهرت نتائج إختبار Levens للتجانس أن التباينات متجانسة، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة

(0.112)، وهي أكبر من (0,05).

• تم إستخدام إختبار T لتساوي المتوسطات، وبلغت قيمة إختبار T (1,892)، وهي أقل من قيمة الجدولية

(1.990).

• مستوى الدلالة كان (0.059)، وهو أكبر من (0.05). مما يعني قبول الفرضية الصفرية.

الإستنتاج: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير الجنس

عند مستوى دلالة 0,05.

2.7. فروق الإحترق النفسي حسب متغير المناوبات الليلية.

- أظهرت نتائج اختبار Levens للتجانس أن التباينات غير متجانسة، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.003)، وهي أقل من المحددة في الفرضية وهي (0,05).
 - بناءً على ذلك، استخدام اختبار T لتساوى المتوسطات المقابل لفرضية التجانس.
 - عند الرجوع إلى اختبار الفروق في المتوسطات، بلغت قيمة اختبار T بلغت (1,755)، وهي أقل من القيمة الجدولية المقدر بـ (1.990)، كما بلغ مستوى الدلالة (0.080) وهو أكبر من (0.05).
- وعليه، فإننا نقبل الفرضية الصفرية، ونستنتج أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناوبات الليلية.

3.7. فروق الإحترق النفسي حسب متغير المناصب العليا.

- يتضح من الجدول رقم (35) أن نتيجة اختبار Levens للتجانس داعمة للتجانس، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,460)، وهذه القيمة أكبر من المحددة في الفرضية وهي (0,05)، ومنه تم الإعتماد على اختبار T لتساوى المتوسطات بما يتوافق مع فرضية التجانس. وبالرجوع أيضاً إلى اختبار الفروق في المتوسطات، بلغت قيمة اختبار T بلغت (1,724)، وهي أقل من قيمة الجدولية المقدر بـ (1.990)، كما بلغ مستوى الدلالة (0.618) وهو أكبر من (0.05).

- وعليه، فإننا نقبل الفرضية الصفرية، ونقول إنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناصب العليا.

4.7. فروق الإحترق النفسي حسب متغير العمل بمصالح كوفيد.

- يتضح من الجدول رقم (35) أن نتيجة اختبار Levens للتجانس داعمة للتجانس، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,326)، وهذه القيمة أكبر من المحددة في الفرضية وهي (0,05)، ومنه تم الإعتماد على اختبار T لتساوى المتوسطات بما يتوافق مع فرضية التجانس. وبالرجوع أيضاً إلى اختبار الفروق في المتوسطات، بلغت قيمة اختبار T (0,449)، وهي أقل من قيمة الجدولية المقدر بـ (1.990)، كما بلغ مستوى الدلالة (0,654) وهو أكبر من (0.05).

- وعليه، نقبل الفرضية الصفرية، ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير العمل بمصلحة كوفيد.

8. الفرضية الفرعية الإستكشافية الثامنة:

أما بالنسبة للتساؤل الذي كان نصه: "هل توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، مكان العمل، طبيعة الدوام، طبيعة المهنة، عدد الأولاد)؟ فقد وُضعت الفرضيات التالية:

- 1.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير السن.
- 2.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.
- 3.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 4.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير مكان العمل.
- 5.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة الدوام.
- 6.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة المهنة.
- 7.8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير عدد الأولاد.

ولغرض دراسة صحة الفرضية هذه القائلة: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، مكان العمل، طبيعة الدوام، طبيعة المهنة، عدد الأولاد)، قمنا بحساب المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One Way Anova) للعينات المستقلة، وكانت النتائج كما يلي:

1.8. بالنسبة للفرض القائل إنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير السن"، جاءت النتائج الموضحة في الجدول (36) السابق أن قيمة F بلغت (1.450) بمستوى دلالة (0,217)، وهي أكبر من القيمة المحددة في الفرضية الصفرية ب(0,05)، ولذلك فإننا نقول: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير السن".

2.8. بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير سنوات الخبرة"، أشارت نتائج الجدول رقم (37) السابق إلى أن قيمة F بلغت (0,155) بمستوى دلالة (0,961)، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نقبل الفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير سنوات الخبرة".

3.8. بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"، أبرز الجدول رقم (41) السابق النتائج المستقاة فيما يخص متغير الحالة الاجتماعية؛ فقد كانت النتائج تُبين أن قيمة F بلغت (1.394) بمستوى دلالة (0.245)، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نقبل بالفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

4.8. بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير مكان العمل"، كانت النتائج المبينة في الجدول السابق رقم (38) تدل على أن قيمة F بلغت (2.067) بمستوى دلالة (0,105) بالنسبة لمتغير مكان العمل، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نقبل بالفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير مكان العمل".

5.8. بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة الدوام"، وضح الجدول السابق رقم (39) النتائج المحصل عليها، حيث إن قيمة F بلغت (0.242) بمستوى دلالة (0,915) بالنسبة لطبيعة الدوام، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نقبل بالفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة الدوام".

6.8. بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة المهنة"، كانت النتائج المدونة في الجدول رقم (40) السابق تشير أن قيمة F بلغت (2.836) بمستوى دلالة (0.025)، وهذه القيمة أقل من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقول إنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة المهنة".

7.8. وفي الأخير، بالنسبة للفرض القائل إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير عدد الأولاد"، فقد عرض الجدول السابق رقم (42) النتائج التي أسفرت عن قيمة F البالغة (1.508) بمستوى دلالة (0.164)، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية (0,05)، ولذلك فإننا نقبل بالفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير عدد الأولاد".

أما بالنسبة للشق الثاني:

الفرضية الرئيسة:

للإجابة عن التساؤل الرئيسي للدراسة ومعرفة حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي على عمال قطاع الصحة بقالة، صيغت الفرضية الرئيسة للدراسة على النحو التالي:

" لا يوجد أثرٌ معتبرٌ للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي على عمال قطاع الصحة بقالة". وللإجابة عن ذلك، وجب علينا أولاً الإجابة عن الفرضيات الفرعية التالية:

1. الفرضية الفرعية الأولى:

جاء نصها: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية، تم حساب قيمة z لإختبار ويلكوكسون للفروق بين عيتين مترابطتين، وكانت النتائج كما يلي:

1.1. بالنسبة للإحترق النفسي الكلي:

جاء نصها: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج". عرض الجدول رقم (44) قيم المتوسط الحسابي للإختبار القبلي، والذي بلغ (79,13)، في حين بلغ المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (70,43)، وبلغت z قيمة (-3,167) بمستوى دلالة (0,002)، وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05). وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

ولتأكيد هذه الفروق من خلال أبعاد الإحترق النفسي، وضعنا الفرضيات الموالية.

2.1. بالنسبة لبعد الإستنزاف الإنفعالي:

كان نصها: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعد الإستنزاف الإنفعالي للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج". للتأكد من صحة هذه الفرضية، تم حساب قيمة z لإختبار ويلكوكسون للفروق لعيتين مترابطتين. وحسب النتائج السابقة (أنظر الجدول رقم 45)، فإن المتوسط الحسابي للإختبار القبلي بلغ (37,93)، في حين بلغ المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (28,67)، وبلغت z قيمة (-4,242) بمستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05)، مما يعنى رفض

الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة، ومفادها: "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعء الإستنزاف الإنفعالي للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

3.1. بالنسبة لبعء تبلّد المشاعر:

جاء في نص هذه الفرضية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعء تبلّد المشاعر للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج". ووفق النتائج المحصل عليها بعد حساب قيمة Z لإختبار ويلكوكسون للفروق بين عيّنتين مترابطتين (أنظر الجدول رقم 46)، فإن قيمة المتوسط الحسابي للإختبار القبلي بلغ (13,10)، في حين بلغ المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (4,10)، وبلغت Z قيمة (-5,753) بمستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05)، مما يعني رفض الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة، ومفادها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعء تبلّد المشاعر للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

4.1. بالنسبة لبعء نقص الإنجاز:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعء نقص الإنجاز للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج". بالطريقة نفسها، تم حساب قيمة Z لإختبار ويلكوكسون للفروق بين عيّنتين مترابطتين (أنظر الجدول رقم 47)، حيث أن قيمة المتوسط الحسابي للإختبار القبلي بلغت (31,73)، في حين بلغ المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (37,65)، وبلغت Z قيمة (-4,397) وبمستوى الدلالة بلغ (0,000)، وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05)، مما يعني رفض الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة القائلة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة لبعء نقص الإنجاز للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

وللتأكد أكثر من هذه الفروق، حاولنا معرفة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ومعرفة حجم أثر البرنامج، بوضع الفرضيات التالية:

2. الفرضية الفرعية الثانية:

جاء في نص هذه الفرضية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلّد المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

من أجل التأكد من صحة هذه الفرضية، تم حساب قيمة (z) لإختبار ويلكوكسون لعينتين مترابطتين، وذلك للتعرف على فروق المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحتراق النفسي وأبعاده الثلاثة، بالإضافة إلى حساب حجم الأثر (r) للبرنامج السيكو اجتماعي.

حسب النتائج (أنظر الجدول رقم 48)، يتضح أن المتوسط الرتي للإحتراق النفسي الكلي بلغ (15.50)، وبلغت قيمة إختبار ويلكوكسون (-4.763) بمستوى دلالة (0.000).

أما بعد الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتي (16.00)، وقيمة z (-4.763)، ومستوى دلالة (0.000).

وجاءت قيمة المتوسط الرتي لبعء تبدل المشاعر (15.91)، وقيمة إختبار ويلكوكسون (-4.588)، بمستوى دلال (0.000) هي الأخرى.

وفي الأخير، بلغت قيمة المتوسط الرتي لبعء نقص الإنجاز (13.00)، وقيمة z (-2.100)، ومستوى دلالة (0.038). وهي كلها أقل من مستوى المعنوية (0,05)، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والقائلة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحتراق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

3. الفرضية الفرعية الثالثة:

كان نصها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحتراق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

جاءت النتائج (أنظر الجدول رقم 49) تشير إلى أن قيمة المتوسط الرتي للإحتراق النفسي الكلي بلغ (15.67)، وبلغت قيمة إختبار ويلكوكسون (-0.721) بمستوى دلالة (0.698).

أما بعد الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتي (14.46)، وقيمة z (-0.618)، ومستوى دلالة (0.537).

وجاءت قيمة المتوسط الرتي لبعء تبدل المشاعر (14.72)، وقيمة إختبار ويلكوكسون (-1.286)، ومستوى دلال (0.821) هي الأخرى.

وفي الأخير، بلغت قيمة المتوسط الرتبي لبعد نقص الإنجاز (14.35)، وقيمة z (-0.956)، وبمستوى دلالة (0.754)، وهي كلها أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

4. الفرضية الفرعية الرابعة:

جاء نص الفرضية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس".

لإختبار صحة هذه الفرضية، قمنا بحساب قيمة إختبار مان ويتني Mann Whitney. وجاءت النتائج (أنظر الجدول رقم 50) تفيد بأن متوسط الرتب للإختبار القبلي لدى الذكور بلغ (33,08)، في حين بلغ لدى الإناث في الإختبار القبلي (28,53)، بمستوى الدلالة (0,317)، وبلغت U قيمة (424). كما يتضح أيضاً أن متوسط الرتب للإختبار البعدي لدى الذكور بلغ (31,79)، في حين بلغ لدى الإناث في الإختبار القبلي (29,51)، بمستوى الدلالة بلغ (0,617)، حيث بلغت U قيمة (103,5). وهي أكبر من القيمة المعنوية (0,05)، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس".

5. الفرضية الفرعية الخامسة:

تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل وفرق العمل)".

لإختبار هذه الفرضيات، قمنا بإجراء إختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis، وذلك لأن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، وهو إختبار لا معلمي يُستخدم لمقارنة ثلاث مجموعات فأكثر تابعة لمتغير واحد، وهو يُناظر إختبار التحليل التباين الأحادي Anova.

1.5. بالنسبة لمتغير السن:

جاء نص الفرضية الصفرية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن".

أظهرت قيم إختبار كروسكال واليس (أنظر الجدول رقم 51) أن متوسط الرتب القبلي محصور بين (19 و35)، حيث يمثل (19) المتوسط الرتبي الأدنى للفئة العمرية أكبر من 55 سنة، والمتمثلة في عامل واحد من العينة،

تليها الفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة، والمكوّنة من (12) فردًا، بمتوسط رتبي (27,29)، بعدها، وبتوسط رتبي متقارب، للفئتان العمريتان من 25 إلى أقل من 35 سنة، والمكوّنة من (28) فردًا كأكبر فئة، والفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة ب(17) فردًا، بمتوسطين رتبيين (31,18) و(31,79) على التوالي. وفي الأخير، الفئة العمرية أقل من 25 سنة، والمكوّنة من فردين، بمتوسط رتبي (35) كأقصى قيمة.

أما في القياس البعدي، فقد كان المتوسط الرتبي للأدنى والمقدّر ب(12) للفئة العمرية أكبر من 55 سنة كذلك، تليها الفئة العمرية أقل من 25 سنة بمتوسط رتبي (24,50)، ثم الفئة العمرية من 25 إلى أقل من 35 سنة بمتوسط رتبي (29,07)، والفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة بمتوسط رتبي (30,38)، وأخيرًا الفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة بمتوسط رتبي (34,74) كحدّ أقصى.

في حين بلغ مستوى الدلالة بالنسبة لمتغير السن في القياس القبلي (0.893) والقياس البعدي (0.635)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهي غير دالة في القياسين، وبالتالي تُقبل الفرضية الصفرية القائلة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن".

2.5. بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:

كان نص الفرضية الصفرية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير سنوات الخبرة".

أسفرت نتائج (أنظر الجدول رقم 51) إختبار كروسكال واليس كما يلي: أدنى متوسط رتبي في القياس القبلي للفئة ذات خبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات والمكوّنة من (14) فردًا بمتوسط رتبي (24.36)، يليها الفئة أقل من 5 سنوات خبرة وعددهم (13) فردًا بمتوسط رتبي (27.50)، ثم الفئة ذات خبرة أكبر من 20 سنة وعددهم (12) فردًا بمتوسط (32.17)، بعدها الفئة ذات خبرة بين 10 و 15 سنة بمتوسط رتبي (33.68) وعددهم (17)، وأخيرًا الفئة ذات خبرة بين 15 و 20 سنة بمتوسط رتبي أقصى (43.25) وعددهم (04) أفراد.

أما في القياس البعدي، فقد تراوحت المتوسطات الرتبية كالتالي: أدنى متوسط رتبي (23.25) و(25.54) للفئتين ذوي خبرة من 5 و 10 سنوات وأقل من 5 سنوات على التوالي، تليه الفئة ذات خبرة أكبر من 20 سنة بمتوسط رتبي (31.33)، ثم الفئة بين 10 و 15 سنة بمتوسط رتبي (38.79)، وأخيرًا الفئة ذات خبرة بين 15 و 20 سنة بمتوسط رتبي أقصى (40.75).

أما بالنسبة لمستوى دلالة، فقد بلغ للقياس القبلي (0.295)، وهو أكبر من مستوى المعنوية، وبالتالي فهو غير دال، بينما بلغ في القياس البعدي (0.045)، وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05)، وبالتالي فهو دال، مما يعنى وجود فروق ورفض الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة القائلة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير سنوات الخبرة" للفئة ذات خبرة بين 10 و 15 سنة.

3.5. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

جاء نص الفرضية أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

أظهرت النتائج (أنظر الجدول رقم 51) أن متوسط الرتب للقياس القبلي لمتغير الحالة الاجتماعية جاء بقيمة (11.50) كحد أدنى لصالح فئة الأرامل، تليها فئات العزاب، المتزوجون، والمطلقون بالقيم التالية على التوالي: (29.25)، (32.06) و (34).

وبالنسبة للمتوسط الرتبي للقياس البعدي، فقد كانت النتائج متباينة، حيث سجل متوسط رتبي (5.25) لفئة الأرامل، تليها فئة المطلقون بمتوسط رتبي (17.50)، وبعدها كل من فئتي العزاب والمتزوجون كحد أعلى على التوالي بالقيم التالية: (26.03) و (35.11).

أما بالنسبة لمستوى الدلالة، فقد بلغ للقياس القبلي للاحتراق النفسي (0.417)، وهو أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وبالتالي فهو غير دال، بينما بلغ للقياس البعدي (0.028)، وهو أقل من مستوى المعنوية، وبالتالي فهو دال. وبناءً عليه، نرفض الفرضية الصفريّة ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"، لصالح المطلقون.

4.5. بالنسبة لمتغير طبيعة العمل:

نصت الفرضية على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للاحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير طبيعة العمل".

كانت نتائج المتوسط الرتبي للقياس القبلي للاحتراق النفسي حسب متغير طبيعة المهنة (أنظر الجدول رقم 52) متقاربة، وسجل أدنى حد للعمال المهنيين وعددهم (6) عمال بقيمة (22.92)، يليهم الأطباء العامون وعددهم

(13) طبيباً بمتوسط رتي (23.12)، ثم الأطباء المتخصصون وعددهم (4) بمتوسط رتي (26.50)، وبعدها الإداريون وعددهم (4) بمتوسط رتي (28.88)، وأخيراً المرضى وعددهم (33) بمتوسط رتي (35.47). أما قيم المتوسطات الرتبية للقياس البعدي، فكانت كالتالي: (25.38)، (27.00)، (31.67)، (34.08) و(35.36) للفئات: الأطباء العامون، الإداريون، المرضى، العمال المهنيون والأطباء المتخصصون على التوالي. وبالنسبة لمستوى الدلالة لمتغير طبيعة العمل، فقد كان للقياس القبلي (0.172) وللقياس البعدي (0.731)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وبالتالي فهما غير دالتين، أي أننا نقبل الفرضية الصفرية وهي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل".

5.5. بالنسبة لفرق العمل:

جاء نص الفرضية الصفرية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل".

أسفرت النتائج (أنظر الجدول رقم 53) المتوسطات الرتبية للقياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي حسب متغير فريق العمل، كآلاتي:

القياس القبلي:

- المجموعة رقم 4 (العيادة المتعددة الخدمات أومدور تونس) كأدنى حد بمتوسط رتي (26.54).
- المجموعة رقم 5 (العيادة متعددة الخدمات مرقاق) بمتوسط رتي (28.17).
- المجموعة رقم 3 (العيادة متعددة الخدمات أحمد بلكيل) بمتوسط رتي (29.50).
- المجموعة رقم 2 (العيادة متعددة الخدمات هوارى بومدين) بمتوسط رتي (32.50).
- المجموعة رقم 1 (العيادة متعددة الخدمات السعيد بجاوي) كحد أقصى بمتوسط رتي (35.79).

القياس البعدي:

- أدنى حد للمجموعة رقم 3 بقيمة متوسط رتي (24.00).
- بعدها المجموعة رقم 5، المجموعة رقم 4 والمجموعة رقم 2 بالقيم التالية للمتوسطات الرتبية: (27.79)، (31.38)، (31.58)، على التوالي.
- وأخيراً المجموعة رقم 1 كأعلى حد بمتوسط رتي (37.75).

أما بالنسبة لمستوى الدلالة، فقد كانت قيمة القياس القبلي لمتغير فريق العمل (0.711) وقيمة القياس البعدي (0.392)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (0,05) وغير داليتين، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية، وهي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل".

وفي الأخير، للإجابة على الفرضية الرئيسية، والتي كان نصها: "لا يوجد أثر معتبر للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي على عمال الصحة بقالة". تم حساب قيمة حجم الأثر للبرنامج السيكو اجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي على عمال الصحة، وذلك بعد ما تم حساب قيمة الفروق (z) بتطبيق إختبار ويلكوكسن، حيث يُحسب حجم الأثر (r) وفق المعادلة التالية: $r = z / \sqrt{n}$

• **r** : هو حجم الأثر

• **z** : قيمة إختبار الفروق لإختبار ويلكوكسن

• **n** : حجم العينة

وأُسفرت النتائج (أنظر الجدولين السابقين رقم (48) و(49) أن حجم الأثر للإحترق النفسي الكلي وبعد الإستنزاف الإنفعالي للمجموعة التجريبية قد بلغ (0.87) أي نسبة (87%)، وبعد تبلد المشاعر (0.84) ونسبة (84%)، وأخيراً بعد نقص الإنجاز (0.38) أي نسبة (38%).

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة، فقد تراوحت أحجام الأثر بين:

• الإحترق النفسي الكلي بأثر حجمه (0.13) أي (13%).

• بعد الإستنزاف الإنفعالي: (0.11) أي (11%) كأدنى حد.

• وبعد نقص الإنجاز (0.17) أي (17%).

• تبلد المشاعر: (0.23) أي (23%) كأعلى حد.

ومن خلال النتائج المحصل عليها، يمكن القول إن:

✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال الصحة كبير بنسبة (87%).

✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لبعده الإستنزاف الإنفعالي لدى عمال الصحة كبير بنسبة (87%).

✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لبعدها تبليد المشاعر لى عمل الصحة كبير بنسبة (84%).

✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لبعدها نقص الانجاز لى عمل الصحة صغير بنسبة (38%).

رابعاً: مناقشة نتائج الدراسة

بالنسبة للشق الأول من الدراسة:

1. مناقشة كل من الفرضيات الإستكشافية (الأول، الثاني، الثالث والرابع):

ينص الفرض الإستكشافي الأول على ما يلي:

"لا يعاني عمل قطاع الصحة بقالة من الإحترق النفسي".

إستناداً إلى نتائج التحليل الإحصائي (أنظر الجدول رقم 32)، فإن المتوسط الحسابي المحصل عليه للإحترق النفسي الكلي هو (72.92)، ويتوافق مع المتوسط النظري المقدّر بين (28-98)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة إن: "عمل قطاع الصحة بولاية قالة يعانون مستوى إحترق نفسي متوسط".

وسيتّم التأكّد على ذلك من خلال الفرضيات الثلاث المقبلة والتي تخص أبعاد الإحترق النفسي، والمتمثلة في: (الإستنزاف الإنفعالي، تبلّد المشاعر، ونقص الإنجاز).

ينص الفرض الإستكشافي الثاني على أنه:

"لا يعاني عمل قطاع الصحة بقالة من إستنزاف إنفعالي".

من خلال النتائج الإحصائية المحصل عليها (أنظر الجدول رقم 32)، نجد أن المتوسط الحسابي لبعدها الإستنزاف الإنفعالي هو (31.78)، بينما قيمة المقياس النظري (أكبر من 27)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "عمل قطاع الصحة يعانون من إستنزاف إنفعالي مرتفع عند مستوى 0.05".

أما الفرض الإستكشافي الثالثة، فجاء نصه:

"لا يعاني عمل الصحة لولاية قالة من تبلّد للمشاعر عند مستوى 0.05". وفق النتائج الإحصائية المحصل عليها لبعدها تبلّد المشاعر، فإن المتوسط الحسابي هو (8.64) عند مستوى الدلالة (0.05) (أنظر الجدول رقم 32)، وهو ضمن حدود المتوسط الحسابي النظري (6-12)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "عمل قطاع الصحة يعانون من تبلّد مشاعر متوسط عند مستوى 0.05".

وأخيراً الفرض الإستكشافي الرابع، والذي نصه:

"لا يعاني عمال الصحة لولاية قالمة من نقص في الإنجاز عند مستوى 0.05"، جاءت القيم الإحصائية للمتوسط الحسابي (أنظر الجدول رقم 32) عند مستوى الدلالة (0.05) هي (32.49)، وبمقارنتها بقيمة المتوسط الحسابي النظري نجد أنها أكبر منه، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "لدى عمال قطاع الصحة نقص في الإنجاز مرتفع عند مستوى 0.05".

إستناداً إلى نتائج هذه الفرضيات الأربع، والتي حاولنا من خلالها دراسة مستوى الإحتراق النفسي بأبعاده الثلاث لدى عمال قطاع الصحة بولاية قالمة، وجدنا أن مستوى الإحتراق النفسي ككل متوسط، كما أن عمال قطاع الصحة يعانون من إستنزاف إنفعالي ونقص في الإنجاز مرتفعين وتبدل مشاعر متوسط.

وتوافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من موسى بن فردي (2023) بعنوان: "الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين ليلاً بالعيادة المتعددة الخدمات بسوق نعمان"، والتي هدفت إلى معرفة مستويات الإحتراق النفسي، على عينة مكونة من (44) ممرضاً، وأسفرت النتائج على وجود مستوى متوسط للإحتراق النفسي. ودراسة هجيرة سيع وخديجة ملال (2021) بعنوان: "الإحتراق النفسي لدى عمال الوسط شبه الطبي"، والتي أجريت على عينة قدرها (300) عامل من الوسط شبه الطبي بمستشفى وهران الجامعي، وأسفرت النتائج أن عمال الوسط شبه الطبي يعانون من مستوى إحتراق نفسي متوسط.

بالإضافة إلى دراسة واكلي أيت مجبر بديعة (2018) بعنوان: "الإحتراق النفسي وعلاقته بتقدير الذات لدى الممرضين-دراسة ميدانية بمستشفى سطيف-"، على عينة مكونة من (30) فرداً، حيث أظهرت النتائج وجود مستوى متوسط من الإحتراق النفسي.

وكذا دراسة حابي خيرة (2016) بعنوان: "الإحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين"، وهي دراسة تحليلية لممارسي الطب التخصصي في المؤسسات الإستشفائية والعيادات الخاصة لولاية تيارت، على عينة قوامها (104) طبيباً، حيث توصلت النتائج إلى معاناة الأطباء المختصين من مستويات متوسطة للإحتراق النفسي وفق أبعاد مقياس ماسلاش الثلاثة.

وعلى النقيض من ذلك جاءت نتائج:

دراسة دراسة بوقزولة حسين (2024)، مارس هناء (2023)، ودراسة بوغمبروز وسحيري (2023) بعنوان:

" الإحترق النفسي لدى المختص النفسي العيادي خلال فترة كوفيد19"، على عينة قوامها (46) مختصًا ممارسًا في مختلف المؤسسات الصحية بعدة ولايات، حيث أسفرت النتائج على مستويات مرتفعة للإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة: الإجهاد العاطفي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز.

وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة حميدة وقهار(2022)، على عينة قوامها (40) ممرضًا بمصلحة الطب العقلي في الجزائر العاصمة، بعنوان: " مستوى الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين العاملين بمصلحة الطب العقلي في الجزائر العاصمة"، والتي أظهرت وجود مستوى مرتفع للإحترق النفسي.

بالإضافة لدراسة موفق وطالب(2020) تحت عنوان: "مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش دراسة ميدانية بولاية عين تيموشنت"، في محاولة لمعرفة مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش على عينة مكونة من (26) طبيبًا أختيروا بطريقة قصدية، وخلصت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود مستوى مرتفع من الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش.

وكذا دراسة بركو مزوز ونوال بن براهيم (2020) على عينة قوامها (30) ممرضًا أختيروا عن طريق الصدفة بمصلحة العلاج الكيميائي بمركز مكافحة السرطان بباتنة، تحت عنوان: " أثر الضغوط النفسية على الرضا الوظيفي لدى الممرضين"، حيث توصلت هي الأخرى إلى وجود مستويات مرتفعة للضغط النفسي ووجود مستويات متوسط للرضا الوظيفي.

بالإضافة إلى مداخلة لصبرينة سليمان(2020) تحت عنوان: " الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية بالوادي"، في الملتقى الدولي المعانة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض -تشخيص ومقاربات علاجية- حيث شملت الدراسة (80) ممرضًا، وكانت النتائج تدل أيضًا على وجود مستوى عالٍ من الإحترق النفسي لدى الجنسين.

وكذا دراسة سماعين بن درف ومحمد زكي(2019)، والتي حاولا من خلالها معرفة علاقة الإحترق النفسي بتقدير الذات لدى الممرضين بمؤسسات الصحة للعمومية لولاية مستغانم، والتي بلغ عددهم (225) ممرضًا، (128) منهم ذكور و97 إناث)، أختيروا بطريقة عشوائية، وأسفرت الدراسة عن وجود مستوى إحترق نفسي مرتفع.

وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة يسمينه هلايلي(2019)، التي أجرتها على عينة من الممرضين بلغت (80) ممرضًا وممرضة من العيادات الخاصة، أختيروا بطريقة عشوائية، وأفضت إلى وجود مستوى عالٍ من الإحترق النفسي تحت عنوان: " دور أساليب مواجهة ضغوط العمل في التخفيف من الإحترق النفسي لدى الممرضين".

نهيك عن دراسة وليد بحوش والهادي باتشو (2019) بعنوان: "مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضات العاملات بقطاع الصحة العمومية دراسة ميدانية"، والتي كان الهدف منها معرفة مستوى الإحترق النفسي على عينة بلغ قوامها (60) ممرضة، بإتباع المنهج الوصفي وتطبيق مقياس ماسلاش، وأسفرت نتائج هذه الدراسة أيضًا عن وجود مستويات عالية للإحترق النفسي.

كما أن دراسة زاوي أمال ومزيان محمد (2018) بعنوان: "مستوى الإحترق النفسي عند ممرضي مصلحة الإستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية المستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان نموذج"، في محاولة للكشف عن معاناة الممرضين وتغيير نظرة المجتمع، بالإضافة إلى الكشف عن مستويات الإحترق النفسي، أسفرت عن وجود مستوى عالٍ من الإحترق النفسي لدى الممرضين.

وتوصلت دراسة بن سايح (2018) أيضًا بعنوان: "مستوى الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين"، والتي كان الهدف منها معرفة مستويات الإحترق النفسي، إلى وجود مستويات مرتفعة للإحترق النفسي.

بالإضافة إلى دراسة منصور وبيض القول (2018) تحت عنوان: "الإجهاد المهني لدى الأطباء العاملين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية دراسة ميدانية لدى عينة من الأطباء العاملين بالمستشفى العمومي الجلفة"، وكان الغرض منها معرفة مستوى الإجهاد المهني على عينة قوامها (30) طبيبًا، وأسفرت نتائجها عن وجود مستوى إجهاد نفسي مرتفع لدى الأطباء.

وفي الأخير، دراسة حلي وخلفان (2016) المعنونة "الإحترق الوظيفي لدى الأطباء الدراسة ميدانية في مصلحة الإستعجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو"، بغية معرفة مستوى الإحترق الوظيفي، والتي أجريت الدراسة على عينة قوامها (47) طبيبًا، وخلصت النتائج إلى وجود معاناة الأطباء من مستوى إحترق نفسي مرتفع هي الأخرى.

✓ أما من جهة الأبعاد الثلاث للإحترق النفسي، فقد كانت هناك تباين كبير في نتائج الدراسات، حيث تختلف عن دراستنا وتختلف فيما بينها، حيث توصلت أهم نتائج دراستنا إلى أن نسبة (62,66%) يعانون من الإستنزاف الإنفعالي المرتفع، و(43,18%) من نقص في الإنجاز مرتفع، بينما (28,25%) من تبلد في المشاعر المرتفع.

فدراسة حيرش وبلهوارى (2022) بعنوان "الإحترق النفسي وعلاقته بالإكتئاب لدى الممرضين، في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف المسيلة"، على عينة قوامها (140) ممرضًا من مختلف الأعمار، أفضت نتائجها إلى وجود مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي.

ودراسة بن صالح هداية (2021) أظهرت مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي، وجاء الإنهاك الإنفعالي في المرتبة الأولى بنسبة (58%)، ثم تبلد المشاعر (31%)، كما سجلت الدراسة عدم تأثر العمال ونقص في إنجازهم الذي قدر ب (71%).

وكانت النتائج على عكس دراسة وليد بحوش والهادي باتشو (2019) بعنوان "مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضات العاملات بقطاع الصحة العمومية دراسة ميدانية"، وكان الهدف منها معرفة مستوى الإحترق النفسي على عينة بلغ قوامها (60) ممرضة، وأسفرت نتائجها على وجود مستويات عالية للإحترق النفسي، بلغت (70%) في بعد الإنهاك العاطفي، يليها بعد نقص الإنجاز بنسبة (68%)، وأخيراً بعد تبلد المشاعر بنسبة (65%). في السياق ذاته، توصلت نتائج دراسة مراد خلاصي (2019) تحت عنوان "مستوى الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين"، لمعرفة مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين بولاية قسنطينة والبالغ عددهم (114) بمختلف الاختصاصات، إلى معاناة الممرضين من مستوى مرتفع في بعد الإستنزاف الإنفعالي بنسبة (73%)، وتبلد المشاعر بنسبة (64.90%)، ونقص في الإنجاز بنسبة (61.40%).

وكذا دراسة بوجمعة سعيدة (2019) تحت عنوان "الإحترق النفسي لدى الممارسين النفسانيين والأطباء العامين (دراسة مقارنة)"، في محاولة لمعرفة طبيعة الإحترق النفسي ومعرفة الفرق بينهما في أبعاده الثلاث، على عينة قوامها (120) فرداً، مقسمة (60) ممارس نفساني عيادي (60) طبيب عام، وأسفرت النتائج عن معاناة جميع أفراد العينة من صعوبات في العمل، وتسجيل مستويات عالية في بعدي الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر.

وعلى غرار جميع النتائج السابقة، جاءت نتائج دراسة بن صالح هداية (2021) بعنوان "الإحترق النفسي لدى عمال الصحة في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والممرضين"، بلغ عددهم (124) عاملاً من ولايتي تلمسان ومعسكر، وكان هدفها التعرف على مستوى الإحترق النفسي، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى وجود معاناة الأطباء والممرضين من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي، حيث جاء الإنهاك الإنفعالي في المرتبة الأولى بنسبة (58%)، ثم تبلد المشاعر بنسبة (31%)، كما سجلت الدراسة عدم تأثر العمال ونقص في إنجازهم الذي قدر ب (71%).

أما النتائج المحصل عليها من دراسة عثمان نعيمة (2020) تحت عنوان "الإحترق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والوظيفة عند ممرضين مستشفى أحمد مدغري سعيدة"، على عينة قوامها (25) ممرضاً، فقد أظهرت أن أفراد العينة لديهم مستوى إحترق نفسي منخفض.

ويعزى التباين في النتائج المحصل عليها إلى عدد من الأسباب حسب رأي الباحث، أهمها:

• **حجم العينة وطبيعتها:** إختيار عينة الدراسة بحد ذاتها وقوامها، حيث نلاحظ صغر حجم العينة بالنسبة للدراسات المحلية على خلاف الدراسات الأجنبية والتي تمتاز بكبر حجمها، على غرار دراسة كل من Grath (1989) على عينة قوامها (320) فردًا، ودراسة Whippen & al (1993) على عينة قوامها (520) طبيبًا مختصًا، ودراسة Kilfedder CJ (2001) على 501 طبيبًا عقليًا (حايي، 2016، الصفحات 196-198).

• **إختلاف بيئة العمل:** حيث ترى حايي خيرة، أن عمال المؤسسات الإستشفائية الجامعية أكثر عرضة للإحتراق النفسي من المؤسسات الإستشفائية الأخرى، وأرجعت ذلك إلى الضغط الكبير والمهام الموكلة إليهم في ظل زيادة عدد المرضى ونقص الاختصاصات.

وبالرغم من ذلك، فقد توصلت نتائج دراساتنا على عدم وجود فروق بين المؤسسات الصحية، وهذا ما يجعل كل مؤسسة إستشفائية لها خصائصها وضغوط عملها الخاصة.

• **غياب الدراسات الطولية:** معظم الدراسات المحلية إعتمدت منهجًا مقطعيًا، ما يجعل التقدير محدودًا مقارنة بالدراسات الطولية التي تتبع العاملين على مدى فترة زمنية.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن النتائج المحصل عليها تؤكد أن مستوى الإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة متغير بين المتوسط والمرتفع حسب أبعاد الإحتراق النفسي، وأن برنامج التدخل له أثر كبير في التخفيف من هذه الآثار، خصوصاً على الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر، مع أثر متوسط على نقص الإنجاز.

2. مناقشة الفرضية الإستكشافية الخامسة:

جاء في نص الفرضية الخامسة أنه: "لا توجد علاقة بين الإحتراق النفسي وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، طبيعة العمل).

من أجل التأكد من صحة الفرضية، قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون (أنظر الجدول رقم 34)، وكانت النتائج تدل على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة بين الإحتراق النفسي ومتغير الجنس.

كما أفضت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة أيضاً بين متغير الإحتراق النفسي وطبيعة العمل.

في حين أظهرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية بين متغير الإحتراق النفسي وكل من متغيري السن والحالة الإجتماعية.

حيث جاءت النتائج مختلفة عن دراسة موسى بن فردي (2023) بعنوان "الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين ليلاً بالعيادة المتعددة الخدمات بسوق نعمان"، بهدف الكشف عن الفروق في مستويات الأبعاد الثلاثة للإحتراق

النفسي حسب متغير الجنس، الحالة الاجتماعية، والمصلحة، على عينة مكونة من (44) ممرضاً، والتي أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تُعزى لمتغير الجنس.

كما إتفقت النتائج مع دراسة حيرش رضا وبلهوارى إبراهيم توفيق (2022)، التي توصلت هي الأخرى إلى عدم وجود فروق في مستويات الإحترق النفسي والإكتئاب تُعزى لمتغير الجنس.

وكذلك دراسة هاجيرة سبع وخديجة ملال (2021)، التي توصلت إلى وجود فروق غير دالة إحصائياً تبعاً لاختلاف جنس العامل، وحتى دراسة حابي وبن أحمد (2019)، التي حاولت من خلالها التعرف على الفروقات بين الجنسين في مستوى الإحترق النفسي، والتي خلصت إلى عدم وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي لدى الأطباء المختصين تُعزى لمتغير الجنس، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة سماتي خلدون (2018)، ودراسة منصور وبيض القول (2018)، ودراسة حلي وخلفان (2016) المعنونة "الإحترق الوظيفي لدى الأطباء الدراسة ميدانية في مصلحة الإستعجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو".

وكانت النتائج مخالفة لدراسة لموفق وطالب (2020) تحت عنوان "مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش: دراسة ميدانية بولاية عين تيموشنت"، في محاولة لمعرفة مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش ومعرفة الفروق بين الجنسين، على عينة مكونة من (26) طبيباً، والتي خلصت إلى وجود فروق بين الإناث والذكور.

بالإضافة إلى دراسة حميدة وقهار (2022)، وزاوي أمال ومزيان محمد (2018) بعنوان "مستوى الإحترق النفسي عند ممرضي مصلحة الإستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية: المستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان نموذجاً"، والتي خلصت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

في حين تختلف مع دراستنا بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الغير متزوجين، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة بن سايع (2018) بعنوان "مستوى الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين".

✓ علاقة الإحترق النفسي بمتغير الجنس

تُظهر النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي ومتغير الجنس. ووفقاً للتفسيرات النظرية، يمكن إرجاع ذلك إلى اختلاف الأدوار الاجتماعية والضغوط المرتبطة بها، حيث تشير بعض الأدبيات إلى أن الإناث غالباً ما يسجلن مستويات أعلى في بعد الإجهاد الإنفعالي نتيجة تداخل الأدوار المهنية والأسرية، في حين قد يظهر الذكور مستويات أعلى في بعد تبلد المشاعر بحكم أساليب التكيف المختلفة.

كما ينسجم هذا التفسير مع نظرية الأدوار الاجتماعية التي ترى أن توقعات المجتمع مع الجنسين تؤثر في إستجاباتهم للضغوط المهنية.

✓ علاقة الإحترق النفسي بطبيعة العمل

أثبتت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الإحترق النفسي وطبيعة العمل. ويتمشى ذلك مع الطرح النظري الذي يؤكد أن المهن ذات الطابع الإنساني، خصوصاً في القطاع الصحي، تُعد من أكثر المهن عرضة للإحترق النفسي بسبب:

- كثافة الضغوط المهنية.
- المسؤولية العالية تجاه المرضى.
- العمل بنظام المناوبات، خاصة الليلية.
- التعرض المستمر للمعاناة الإنسانية.

وهو ما تؤكد نظرية المطالب (الموارد المهنية)، التي ترى أن ارتفاع المطالب المهنية مع ضعف الموارد التنظيمية يؤدي إلى إستنزاف نفسي تدريجي ينتهي بالإحترق النفسي.

✓ عدم وجود علاقة بين الإحترق النفسي وكل من متغيري السن والحالة الاجتماعية

يمكن تفسير ذلك على ضوء بعض الإتجاهات النظرية التي ترى أن الإحترق النفسي يرتبط أساساً بخصائص البيئة المهنية أكثر من إرتباطه بالخصائص الديموغرافية. فالعوامل التنظيمية (عبء العمل، الدعم الإداري، المناخ المهني) تعد أكثر تأثيراً من العمر أو الحالة الاجتماعية.

كما يمكن القول إن تأثير السن قد يتوازن بين عاملين متعاكسين:

- قلة الخبرة لدى الأصغر سناً وما يصاحبها من صعوبات التكيف.
- الإستنزاف لدى أكبر سناً نتيجة سنوات العمل الطويلة.

أما بالنسبة للحالة الاجتماعية، فقد لا تكون عاملاً حاسماً إذا توفرت إستراتيجيات دعم إجتماعي فعالة داخل وخارج بيئة العمل.

أخيراً، تؤكد النتائج أن العوامل المهنية مثل طبيعة العمل تبدو أكثر تفسيراً لظاهرة الإحترق النفسي من العوامل الديموغرافية.

كما أن اختلاف النتائج بين الدراسات السابقة يشير إلى أن الإحترق النفسي ظاهرة متعددة العوامل، تتأثر بالسياق الثقافي التنظيمي، وليس فقط بالخصائص الفردية.

3. مناقشة الفرضية الإستكشافية السادسة:

جاء نص الفرضية أنه:

"لا توجد علاقة بين أبعاد الإحترق النفسي (الإنهاك الإنفعالي، تبلد المشاعر، نقص الإنجاز) وبعض المتغيرات (متغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وطبيعة العمل)".

للتأكد من صحة الفرضية، قمنا أيضًا بحساب معامل الارتباط بيرسون (أنظر الجدول رقم 34)، حيث يتضح أن أبعاد الإحترق النفسي الثلاثة لها علاقة ارتباطية مع جلّ المتغيرات، إذ توجد علاقة ارتباط بين:

✓ بعد الاستنزاف الإنفعالي وكلّ من متغيري طبيعة العمل والجنس عند مستوى الدلالة (0,001)، ومع متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة (0,005).

✓ بعد تبلد المشاعر وكلّ من متغيرات الحالة الاجتماعية، الجنس والسن، عند مستوى الدلالة (0,001).

✓ بعد نقص الإنجاز وكلّ من متغيري الحالة الاجتماعية والسن عند مستوى الدلالة (0,005).

في هذا الشأن، يجدر الذكر أن موضوع الإحترق النفسي نال إهتمام العديد من الأبحاث، إلا أن جلّها كانت تدرس مستويات الإحترق النفسي والفروق الناجمة عنه. ولذلك تُعدّ النتائج المحصل عليها في دراستنا الحالية الأولى من نوعها، حيث حاولنا الكشف عن بعض العلاقات الارتباطية بين الإحترق النفسي وأبعاده الثلاثة ومختلف المتغيرات الشخصية أو المهنية، والتي سعيًا من خلالها معرفة الأسباب الحقيقية المسببة لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي الثلاثة (الاستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز)، على غرار دراسة واكلي أيت مجر بديعة (2018)، التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المرضى ذوي الخبرة أقل من خمسة سنوات والمرضى ذوي خبرة أكثر من خمسة سنوات في بعد الاستنزاف الإنفعالي.

4. مناقشة الفرض الإستكشافي السابع:

والذي كان نصّه:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات (الجنس، المناوبات الليلية، الرغبة في المناوبات، المناصب العليا والعمل بمصالح كوفيد)".

✓ بالنسبة لمتغير الجنس:

جاء نص الفرضية:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير الجنس".

جاءت نتيجة إختبار Levens للتجانس داعمةً للتجانس (أنظر الجدول رقم 35)، حيث تم الإعتماد على إختبار T لتساوى المتوسطات المقابل لفرضية التجانس. كما قبلنا الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير الجنس. وقد جاءت النتائج متوافقةً مع العديد من الدراسات، على سبيل الذكر: دراسة موسى بن فردي (2023)، دراسة حميدة وقهار (2022)، ودراسة هاجيرة سبع وخديجة ملال (2021)، دراسة حيرش رضا وبلهوارى إبراهيم توفيق (2022)، مداخلة لصبرينة سليمانى (2020)، دراسة حابي وبن أحمد (2019)، دراسة سماتي خلدون (2018)، دراسة منصور وبيض القول (2018)، واكلي أيت مجبر بديعة (2018)، حابي خيرة (2016)، وفي الأخير دراسة حلي وخلفان (2016).

ويرى الباحث في هذا الشأن أن نتائج معظم الدراسات تشير إلى عدم وجود فروق بين الجنسين، ويمكن تفسير ذلك على أن الوسط المهني أصبح مصدرًا للإحتراق النفسي، ولم يعد يفرق بين الجنسين (الإناث والذكور)، وذلك نتيجةً للتطورات والتغيرات الاجتماعية الدخيلة التي طرأت على الأسرة الجزائرية (صراع الأدوار). كما أن نتائج الدراسة كانت عكس نتائج دراستي كل من لموفق وطالب (2020)، ودراسة زاوي أمال ومزيان محمد (2018)، حيث كانت الفروق لصالح الذكور، ويرى الباحث أن هذه النتائج عكس التوقعات، إذ كان من المفترض أن الإناث أكثر عرضة للإحتراق النفسي من الذكور، بإعتبار أن بيئة العمل جديدة بالنسبة للمرأة، وأن المرأة أكثر عاطفية من الرجل، وبالتالي قد لا تستطيع تحمل المواقف الضاغطة، بالإضافة إلى زيادة المهام والمسؤوليات. أما بالنسبة للنتائج دراسة ناوي أمال ومزيان محمد (2018)، والتي أظهرت فروقًا لصالح الذكور، فيرى الباحث أن كثرة الأسباب الضاغطة وزيادة متطلبات الحياة أصبحت تُثقل كاهل العامل الجزائري، مما يجعله أكثر عرضة للإحتراق النفسي مقارنة بالآخرين.

✓ بالنسبة لمتغير المناوبات الليلية:

كان نص الفرضية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي لدى لعمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناوبات الليلية".

جاءت نتيجة إختبار Levens للتجانس غير داعمةً للتجانس (أنظر الجدول رقم 35)، إذ تم الإعتماد على إختبار T لتساوى المتوسطات المقابل لفرضية التجانس. وبالرجوع أيضًا لإختبار الفروق في المتوسطات، فإن قيمة إختبار T بلغت (1,755)، وهي أقل من القيمة الجدولية المقدر ب(1.990)، وعليه، فإننا نقبل الفرضية الصفرية،

ونقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناوبات الليلية.

يرى الباحث في هذا الشأن أنه بالرغم من التأثير المباشر للعمل الليلي على صحة الفرد، فقد كانت النتائج عكس توقعاتنا، وهذا ما أكدته دراسة كل من نهي سليمان (2019) بعنوان "الإحترق النفسي وعلاقته بإضطرابات النوم لدى الأطباء والمرضى العاملين بنظام الورديات بمستشفيات محلية بحري" على عينة من (266) فردًا، حيث خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين إضطرابات النوم والإحترق النفسي لدى أفراد العينة. ويضيف عبدوني في السياق ذاته أن المناوبات الليلية لها دور مهم في ظهور بعض إضطرابات النوم مثل الأرق، فرط النوم، وإضطراب جدول النوم واليقظة (عبدوني، سايحي، و ساعد، عدد خاص الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل).

بالإضافة إلى ذلك، تناولت دراسة بوعالية شهرزاد (2019) محاولة إبراز ظهور بعض الإضطرابات السيكوسوماتية نتيجة عمل المناوبات الليلية، وهذا ما أكدته دراسة نهي النجيب (2019) بوجود علاقة ارتباطية بين إضطرابات النوم والإحترق النفسي.

كما إتفقت النتائج المتحصل عليها مع نتائج دراستنا بعدم وجود فروق ذات دلالة تبعًا لنوع وزمن المناوبة، في حين توجد فروق ذات دلالة حسب متغير العمر والتخصص والحالة الاجتماعية.

كما يرى الباحث أن العمل الليلي يؤثر على تنظيم نشاطات الحياة الأسرية والاجتماعية للأفراد خارج أوقات العمل، وهذا ما توصلت إليه دراسة كليل وبن تونس (2024). كما توصلت دراسة الصادق عثمان وبوكميش لعللي (2017) إلى أن المداومات الليلية تؤثر على الممارسات المهنية لدى العاملات بسبب المسؤولية الاجتماعية من جهة وطبيعة المصلحة من جهة أخرى، مما يزيد من الضغوط النفسية، حسب دراسة عريق لطيفة (2017)، والتي أرجعت ذلك إلى العادات الاجتماعية المحافظة، المتمثلة في رفض العائلة والزوج، بالإضافة إلى طبيعة المنطقة المحافظة.

إلا أن نتائج الدراسة الحالية أكدت على أن المناوبات الليلية ليست من أسباب الإحترق النفسي لدى عمال الصحة بقالة، بالرغم من أن نسبة (71.80%) لا يرغبون في القيام بها، وتتوافق هذه النتائج دراسة عثمان نعيمة وفالته اليمين (2020)، حيث لم تسجل فروق ذات دلالة إحصائية حسب نظام العمل والذي قسم إلى العمل (الليلي والنهاري)، وكذلك مع دراسة نهي نجيب (2019) بعدم وجود فروق ذات دلالة تبعًا لنوع وزمن المناوبة.

ويرى الباحث أن إرتفاع نسبة العمال الذين لا يرغبون في العمل الليلي يعود إلى أن المناوبات الليلية أصبحت مصدر ضغط وإحتراق نفسي حقيقي، حيث تمتاز (بزيادة لعبء العمل خلالها، نقص العمال المناوبين، قلة أجرة المناوبة، إرتفاع عدد المرضى، ونقص الأمن والحماية).

✓ بالنسبة لمتغير المناصب العليا:

جاء نص الفرضية:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناصب العليا".
جاءت نتيجة إختبار Levens للتجانس داعمة للتجانس (انظر الجدول رقم 35)، حيث تم الإعتماد على إختبار **T** لتساوى المتوسطات المقابل لفرضية التجانس. وبالرجوع أيضاً لإختبار الفروق في المتوسطات، فإن قيمة إختبار **T** تُقبل بالفرضية الصفرية، والتي تقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير المناصب العليا.

تعد المحفزات من العوامل الأساسية في تقدم الأفراد وزياد دافعية إنجازهم، ومن بين هذه المحفزات المناصب العليا، والتي تعتبر مناصب نوعية للتأطير ذات طابع هيكلي أو وظيفي، تضمن التكفل بتأطير النشاطات الإدارية والتقنية في المؤسسة (ماموني و هداجي، 2022، صفحة 146). كما تعمل هذه المناصب على رفع مكانة العامل سواء على المستوى الإجتماعي أو المهني وحتى المادي، وهو ما يتوافق مع سلم ماسلو لتقدير الحاجات.
تعد المناصب العليا أيضاً مناصب قيادية لها دور مهم في تسيير العمل والعمال، وتلعب دوراً مهماً في ديناميكية جماعة العمل من جهة، ومن جهة أخرى تعتبر حلقة وصل بين العمال والمسؤولين وحتى المرضى أو ذويهم.
وبالرغم من أهمية المناصب العليا في المؤسسات الصحية وقتلتها، فقد توصلت نتائج داستنا إلى أنها ليست سبباً في الإحتراق النفسي لدى العمال، بالرغم من أن نسبة العمال الذين لم يستفيدوا من هذه المناصب بلغت (76.60%).

من منظور نظرية التعلم الإجتماعي، يمكن تفسير هذه النتيجة بعدم وجود تأثير مباشر للمناصب العليا على الإحتراق النفسي، إذ أن العاملين قد يتعلمون مهارات القيادة والتأطير والتكيف مع بيئة العمل من خلال الملاحظة والتفاعل مع زملائهم وأقرانهم، وليس فقط عبر الحصول على منصب رسمي. بمعنى آخر، الخبرة العملية، الدعم الإجتماعي من الزملاء، وبيئة العمل المرنة قد تكون عوامل تعويضية تحد من تأثير عدم الوصول إلى المناصب العليا على مستوى الإحتراق النفسي.

علاوة على ذلك، المناصب العليا رغم أهميتها في تنظيم العمل وديناميكية جماعة العمل، إلا أن الإحتراق النفسي غالباً ما يرتبط بعوامل مباشرة أخرى مثل ضغط العمل، كثافة المهام، نظام الورديات، ومتطلبات الحياة الشخصية

والإجتماعية، كما أظهرته نتائج الدراسات السابقة حول المناوبات الليلية والضغط النفسي (عثماني نعيمة وفالته اليمين، 2020؛ نهي النجيب، 2019).

بإختصار، نتائج الدراسة تدعم الفرضية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي تبعاً لمتغير المناصب العليا، لكنها تشير ضمناً إلى أن دور المناصب العليا أكثر تأثيراً على مستوى الدافعية والتقدير الوظيفي والإجتماعي، وليس كعامل مسبب مباشر للإحتراق النفسي. وهذا يسلط الضوء على أهمية التركيز على العوامل العملية واليومية للضغط النفسي في المؤسسات الصحية، أكثر من التركيز على الوصول إلى مناصب قيادية كمحدد مباشر للإحتراق النفسي.

✓ بالنسبة لمتغير العمل بمصالح كوفيد:

جاء نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير العمل بمصالح كوفيد".

كانت نتيجة إختبار Levens للتجانس داعمة للتجانس (انظر الجدول رقم 35)، فقد تم الإعتماد على إختبار T لتساوى المتوسطات المقابل لفرضية التجانس، وعليه، فقد قبلنا الفرضية الصفرية، والتي تقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير العمل بمصلحة كوفيد.

بالرغم من المخاطر التي واجهها عمال الصحة في فترة جائحة كورونا، إلا أنها لم تقلل من عزيمتهم في أداء الواجب الوطني والإنساني، ولم تكن سبباً مباشراً للإحتراق النفسي. إذ كان جل عمال الصحة مجتهدين لأداء واجبهم، وبلغت نسبة العاملين بمصلحة كوفيد 19 (69,04%) من عينة الدراسة.

ويأتي هذا عكس نتائج دراسة بوغمبوز وسحيري (2023)، والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الثلاثة لمقياس الإحتراق النفسي حسب عوامل التكوين في مجال الكوفيد.

يمكن تفسير هذه النتيجة من منظور الدافعية المهنية والمسؤولية الإجتماعية؛ إذ أن العاملين في المجال الصحي غالباً ما يتحلون بالالتزام عميق تجاه مهنتهم وواجبهم تجاه المرضى والمجتمع، ما يقلل من تأثير المخاطر المباشرة على شعورهم بالإحتراق النفسي. بمعنى آخر، الروح المهنية والتدريب المستمر والدعم المؤسسي قد يكونان عوامل وقائية ضد الإحتراق النفسي، رغم الضغوط الناتجة عن العمل في بيئة عالية المخاطر مثل مصلحة كوفيد.

ومع ذلك، تختلف هذه النتائج عن نتائج دراسة بوغمبوز وسحيري (2023)، التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي حسب عوامل التكوين في مجال كوفيد. هذا الاختلاف قد يعود إلى عدة عوامل، منها اختلاف السياق الجغرافي، الموارد البشرية المتاحة، البروتوكولات الوقائية، أو اختلاف التكوين والخبرة بين العاملين في كل دراسة.

بالتالي، يمكن القول إن العمل بمصالح كوفيد ليس عاملاً مباشراً محدداً للإحترق النفسي في سياق الدراسة الحالية، لكنه يظل أحد العوامل التي قد تتفاعل مع ضغوط أخرى، مثل طول مدة المناوبات، كثافة العمل، ونقص الدعم النفسي والاجتماعي، ليؤثر على مستوى الإحترق النفسي بشكل غير مباشر.

5. مناقشة الفرضية الإستكشافية الثامنة:

جاء نص الفرضية:

"لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي وبعض المتغيرات (السن، سنوات الخبرة، طبيعة العمل، طبيعة المؤسسة، طبيعة الدوام)"، حيث قمنا بحساب المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One Way Anova) للعينات المستقلة، وكانت النتائج كما يلي:

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تعزى لمتغير السن".

جاءت قيمة $F(1.450)$ بمستوى دلالة $(0,217)$ (أنظر الجدول رقم 36)، ولذلك قبلنا بالفرضية الصفرية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $0,05$ للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير السن.

وجاءت نتائج دراستنا متوافقة مع نتائج دراسة حلي وخلفان (2016)، ومعاكسة لنتائج دراسة هاجيرة سبع وخديجة ملال (2021)، بالإضافة إلى نتائج دراسة عثمانى نعيمة وفالته اليمين (2020)، حيث توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة معنوية لبعء الإنجاز الشخصي لفئة أقل من (30) سنة.

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعمال قطاع الصحة تعزى لمتغير للخبرة المهنية".

بلغت قيمة $F(0,155)$ بمستوى دلالة $(0,961)$ (أنظر الجدول رقم 37)، ولذلك قبلنا بالفرضية الصفرية التي مفادها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $0,05$ للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير الخبرة المهنية".

في هذا الصدد، جاءت نتائج الدراسة موافقة لدراسة كلٍّ من موسى بن فردي (2023)، ودراسة سليمان مسعود (2020)، ودراسة سماتي خلدون (2018)، ودراسة بن سايع (2018)، ودراسة حابي خيرة (2016)، حيث إتفقت دراستها أيضاً مع العديد من الدراسات في مجال التعليم، كدراسة عشوي عبد الحميد (2007)، وفوزية الجمالي وعبد الحميد سعيد (2003)، وعدنان الفرح (2001)، ونخص بالذكر دراسة جديات عبد الحميد (2012) على ممارسي الصحة العمومية، كما إختلفت نتائج دراستها مع النتائج التي قام بنشرها المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا على 920 ممارساً عبر موقع الأنترانت (<https://www.conseil-national.medecin.fr>) شهر ديسمبر سنة 2010، والتي خلصت أن نسبة (78%) من الممارسين يعانون من الإحترق النفسي لديهم أكثر من عشرة سنوات خبرة في المنصب.

وفي دراسة لوكالة الأخبار الطبية العالمية الباحث (Boum Strak Barau & al) (2015) على العاملين بمصلحة الإنعاش بمستشفى مارسيليا بفرنسا، والتي بلغ قوامها (147) ممارساً، كان مستوى الإحترق النفسي مرتفعاً لدى ذوي خبرة أكثر من ثماني سنوات في بعدي الإستنزاف الإنفعالي وتبلد المشاعر، ولمن تقل خبرتهم عن ثماني سنوات في بعد نقص الإنجاز.

بينما خلصت نتائج دراسة (Truchot, 2004) إلى أن مستويات الإحترق النفسي المرتفعة كانت لمن تتجاوز مدة عملهم ثلاث سنوات، وقد أجريت الدراسة على عينة مكوّنة من (1317) طبيباً، وهي نفس النتائج التي توصل إليها كلٌّ من (Guinaud, 2005) و (Helene Qoacard, 2000)، حيث بيّنت أن الأطباء والممرضين الشباب هم أكثر عرضة للإحترق النفسي (حابي، 2016، الصفحات 206-207)، بالإضافة إلى نتائج دراسة هاجيرة سبع وخديجة ملال (2021)، ودراسة بوغمبروز وسحيري (2023).

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة لعمال قطاع الصحة قائمة تعزى لمتغير مكان العمل".

بلغت قيمة F (2.067) بمستوى دلالة (0,105) (أنظر الجدول رقم 38)، ولذلك قبلنا الفرضية الصفرية، والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير مكان العمل".

حيث إعتد الباحث على التقسيم الهيكلي للمؤسسات الإستشفائية الجزائرية، والمكوّنة من أربعة أنساق وظيفية، وهي: (المؤسسات الإستشفائية الجامعية، والمؤسسات الإستشفائية العمومية، والمؤسسات العمومية الجوارية والتي بدورها مكوّنة من العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج). وقد كانت توقعاتنا بوجود فروق ذات دلالة

إحصائية في مستويات الإحترق النفسي حسب طبيعة هذه المؤسسات، بإعتبار أن المؤسسات الإستشفائية الجامعية والمؤسسات الإستشفائية العمومية تتحمل أعباء عمل كبيرة من حيث إستقبال عدد المرضى والمهام المعقدة، مقارنة بالمؤسسات الجوارية.

وفي هذا الشأن، ما يمكن إستخلاصه من النتائج أن ظاهرة الإحترق النفسي ليست لها علاقة بنسق الهيكل بحد ذاته، وإنما بأسباب أخرى، وقد جاءت النتائج مخالفة لدراسة ربعي محمد ودالي لخمى (2021) بعنوان: "الإحترق المهني وعلاقته بالمناخ التنظيمي لدى ممرضى الصحة العمومية، دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية بوسعادة"، حيث أثبتت النتائج على وجود علاقة عكسية قوية ذات دلالة إحصائية بين كلٍّ من الإحترق المهني والمناخ التنظيمي، والمتمثلة في (الهيكل التنظيمي، وطرق إتخاذ القرار، ونمط الإتصال).

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة لعمال قطاع الصحة قائمة تعزى لمتغير طبيعة الدوام".

بلغت قيمة $F(0.242)$ بمستوى دلالة (0,915) (أنظر الجدول رقم 39)، ولذلك فإننا نقبل الفرضية الصفرية ونقول إنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير طبيعة الدوام".

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة لعمال قطاع الصحة قائمة تعزى لمتغير طبيعة المهنة".

فقد أشارت النتائج إلى أن قيمة $F(2.836)$ بمستوى دلالة (0.025) (أنظر الجدول رقم 40)، ولذلك فإننا رفضنا الفرضية الصفرية ونقول إنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير طبيعة المهنة".

وتتوافق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة سماتي خلدون (2018) بعدم وجود فروق حسب متغير الإختصاص، فدراسة أجريت على السلك الطبي، وكذا نتائج دراسة بن صالح هداية (2021)، ومفادها عدم وجود فروق تعزى لمتغير الوظيفة، حيث كانت عينة الدراسة متكوّنة من (124) طبيباً وممرضاً، بالإضافة إلى نتائج دراسة حابي خيرة (2020)، التي أفضت هي الأخرى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفق الأبعاد الثلاثة لدى الأطباء المختصين تعزى لمتغير القطاع المستخدم (عام - خاص).

بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة لعمال قطاع الصحة قائمة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

فقد بلغت قيمة F بلغت (1.394) بمستوى دلالة (0.245) (أنظر الجدول رقم 40)، ولذلك فإننا قبلنا بالفرضية الصفرية التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

وإتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كلٍّ من بن سايح (2018)، ودراسة موسى بن فردي (2023)، في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الثلاثة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وفي المقابل، كانت النتائج عكس نتائج دراسة زاوي أمال ومزيان محمد (2018)، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح غير متزوجين، ودراسة عثمانى نعيمة وفالته اليمين (2020)، حيث كانت الفروق لصالح المتزوجين في بعد تبدل المشاعر، وأرجعاً ذلك إلى كثرة الإلتزامات والمسؤوليات من الممرض تجاه عمله وأسرته.

في هذا الشأن، يتفق الباحث معهما، لكنه لا يخص بعداً واحداً، بل الأبعاد الثلاثة.

وفي الأخير، بالنسبة للفرض القائل إنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة لعمال قطاع الصحة قائمة تعزى لمتغير عدد الأولاد".

بلغت قيمة F (1.508) بمستوى دلالة (0.164) (أنظر الجدول رقم 41)، ولذلك قبلنا الفرضية الصفرية التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 للإحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تعزى لمتغير عدد الأولاد".

وهي تتوافق مع نتائج دراسة كلٍّ من بوبكيرية رابية وعيب حكيم (2024) على عينة من الأمهات قوامها (70) أمًا من ولاية تمنراست، حيث أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإحتراق النفسي الوالدي لدى المرأة ومتغير عدد الأولاد. ويُعد الإحتراق النفسي الوالدي متلازمة تؤثر على جميع الآباء المتعرضين للضغط الأبوي المزمن، وتظهر في عدة أوجه تتمثل في فقدان المتعة والكفاءة الوالدية، بالإضافة إلى الإرهاق الجسدي والعاطفي والإبتعاد عن الأبناء (Dazilio, juin 2021)، نقلاً عن (بوبكيرية و عيب، 2023، صفحة 88). حيث يرى الباحثان أن عدد الأولاد ليس له علاقة بالإحتراق النفسي الوالدي، بالرغم من التغير الفيزيولوجي للأم بعد الإنجاب، فهي قادرة على أداء دورها في الأسرة بكل فاعلية، خاصة في ظل الظروف الملائمة.

على عكس نتائج دراسة كلٍّ من ميموني بدرة معتصم وآخرون (2023) بعنوان: "تطبيق مقياس الإحترق النفسي الوالدي على عينة جزائرية ومدى تأثير بعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية والأنثروبولوجية"، على عينة مكون من (337) فردًا، مقسّمة بين (131) أبًا و(206) أمًا، حيث توصلت النتائج إلى أن متوسط عدد الأطفال البيولوجيين هو (05) بالنسبة للآباء الذين يعانون من الإحترق النفسي الوالدي، و(04) بالنسبة للأمهات. كما أظهرت النتائج أن الآباء والأمهات لا يعانون من الإحترق النفسي الوالدي وغير معرضين للإصابة به بالنسبة لمن لديهم أطفال متبنون (عن طرق الكفالة). كما أفضت النتائج أن راعية الطفل المعاق لا تؤثر في الآباء عكس الأمهات.

بالنسبة للشق الثاني من الدراسة:

1. مناقشة كل من الفرضية الأول:

جاء نصها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

للتأكد من هذه الفرضية، قمنا بحساب قيمة (z) لإختبار ويلكوكسون لعينتين مترابطتين.

وكانت النتائج المحصل عليها (أنظر الجدول رقم 45) تفيد أن قيم المتوسط الحسابي للإختبار القبلي كانت (79,13) أكبر من قيمة المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (70,43)، وبلغت (z) قيمة (-3,167) بمستوى دلالة (0,002)، ولهذا رفضنا الفرضية الصفرية، وبالتالي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي الكلي قبل وبعد تطبيق البرنامج".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية، قمنا بقياس الفروق في الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز)، حيث كانت النتائج المحصل عليها داعمة لنتيجة الفرضية الأولى.

فبالنسبة لبعد الإستنزاف الإنفعالي، كانت نتائج المتوسط الحسابي للإختبار القبلي (37,93)، في حين بلغ المتوسط الحسابي في الإختبار البعدي (28,67)، وبلغت (z) قيمة (-4,242) وبلغ مستوى الدلالة (0,000)، وهو أقل من مستوى الدلالة (0,05) (أنظر الجدول رقم 45)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد الإستنزاف الإنفعالي للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وبالنسبة لبعد تبدل المشاعر، ووفق النتائج المحصل عليها بعد حساب قيمة (z) لإختبار ويلكوكسون لإختبار الفروق لعينتين مترابطتين (أنظر الجدول رقم 46)، فقد بلغ المتوسط الحسابي للإختبار القبلي (13,10)، في حين

بلغ المتوسط الحسابي للإختبار البعدي (4,10)، وبلغت قيمة (z) (-5,753) بمستوى الدلالة (0,000)، وهو أقل من مستوى الدلالة (0,05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد تبلد المشاعر للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وأخيراً بالنسبة لبعء نقص الإنجاز (أنظر الجدول رقم 47) فإن قيمة المتوسط الحسابي للإختبار القبلي بلغت (31,73) في حين بلغ المتوسط الحسابي للإختبار البعدي (37,65)، وبلغت (z) قيمة (-4,397) وبمستوى دلالة (0,000) وهو أقل من مستوى المعنوية (0,05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في بعد نقص الإنجاز للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وعلى هذا الأساس، فإن نتائج الأبعاد الثلاثة للإحتراق النفسي (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر ونقص الإنجاز) كانت داعمة للنتائج المحصل عليها للإحتراق النفسي الكلي، وتوافق نتائج دراستنا مع دراسة النوايسة والهوري (2017) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى لخفض مستوى الإحتراق النفسي لدى عينة المرضى العاملين بمستشفى حكومي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية"، والتي هدفت إلى إستقصاء واقع الإحتراق النفسي لدى المرضى لدى عينة بلغ قوامها (18) فرداً، مقسمة إلى (11) ممرضاً و(07) ممرضات، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على الدرجة الكلية للمقياس وفي جميع الأبعاد، لصالح المجموعة التجريبية.

بالإضافة إلى دراسة ساعد تباري (2018) بعنوان: "فاعلية برنامج علاجي في تنمية الذكاء الوجداني والتخفيف من الإحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بمستشفى الزهراوي-المسيلة"، والتي هدف من خلالها الباحث التحقق من فاعلية برنامج علاجي للتقليل من الإحتراق النفسي وتنمية الذكاء الوجداني على عينة قوامها (30) طبيباً مناوباً، حيث توصلت الدراسة أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية في درجات الإحتراق النفسي.

وكذا دراسة ابتهاج على عودة الله العساسفة سنة (2021) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الإحتراق النفسي لدى فريق التمريض في وحدة العناية المركزة بمدينة الحسين الطبية"، والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الإحتراق النفسي لدى فريق التمريض، على عينة مكونة من (32) ممرضاً وممرضة، حيث أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الإحتراق النفسي لصالح المجموعة التجريبية.

كما توصلت دراسة ليلي مدور (2020) والتي كانت تحت عنوان: "فاعلية برنامج إرشادي (معرفي-سلوكي) في تنمية بعض متغيرات الشخصية للتخفيف من الإحترق النفسي لدى عينة من أساتذة التعليم المتوسط"، والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي المستند إلى فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي ومدى إستمرار أثره، على عينة مكوّنة من عشرة أستاذات بالطور المتوسط أُخترن بطريقة قصدية، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي للإحترق النفسي لصالح القياس البعدي.

ومن خلال النتائج المحصل عليها للفرضية الرئيسية، يتضح أنه يوجد فرقاً ملحوظاً بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي للإحترق النفسي، مما يدل بشكل عام على أن أعراض وآثار الإحترق النفسي تأثرت بالبرنامج السيكو اجتماعي المقترح بصفة ملحوظة من خلال إنخفاض درجتها.

ويعزو الباحث هذه النتائج إلى الحالة النفسية التي يعيشها عمال الصحة، حيث بمجرد مشاركتهم في اليوم التكويني أبدوا عن رغبتهم في الإنتساب إلى البرنامج، نتيجة أهمية الموضوع الذي أثار فضولهم من جهة، وغياب برامج مماثلة للتكفل النفسي إجتماعي على مستوى المؤسسات من جهة أخرى، بالإضافة إلى الوجود الفعلي للمشكلة (الإحترق النفسي) لدى العمال في الوسط المهني، فضلاً عن القابلية النفسية من العمال للموضوع (المشكلة)، ساهم إلتزامهم وتأدية واجباتهم، في أكسابهم أفكاراً وأعمالاً جديدة تعتبر بمثابة حلول من خلال تقديم الإستراتيجيات المختلفة طوال فترة البرنامج.

ما سبق ذكره، فإن العديد من التعاريف السابقة تركز على بعد الإستنزاف الإنفعالي في الإحترق النفسي، وما ينجر عنه من إستجابات إنفعالية أبسطها التوتر والقلق، ومن بين التمارين المقدمة: الضبط الذاتي عن طريق التنفس والإسترخاء هذا على المستوى الفردي، أما على المستوى الجماعي فقد إقترحنا المشاركة في الأنشطة الرياضية (الفردية، والجماعية، والمهنية)، والتي تسمح بكسر الحواجز ودفع العلاقات الإجتماعية المهنية، مما يخلق ديناميكية بين العمال سواء داخل أو خارج محيط العمل، وهذا ما يرفع من فرص توطيد العلاقة بين العمال فيما بينهم من جهة ومع مرؤوسيه من جهة أخرى، كما يسمح تكوين فرق العمل من فرص نجاح إستراتيجية التعاون والمساواة والتي تهدف إلى زيادة دافعية الفرد، وهذا ما أشار إليه كل من كراتش وكرتشفيلد في التفاعل بين جماعات العمل، حيث جاءت أهم نتائج دراسة اتزيوني Hewthome Etzioni بالمصانع أن مستوى الإنتاج يكون خاضعاً للمعايير الإجتماعية وليس للقدرات الفيزيولوجية، إذ إن العمال لا يستجيبون كأفراد وإنما بإعتبارهم أعضاء للجماعة.

(Claude, 2012, p. 24).

2. مناقشة الفرضية الفرعية الثانية والثالثة:

جاء نص الفرضية الثانية أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

وحسب النتائج المحصل عليها (أنظر الجدول رقم 48)، فإن قيمة المتوسط الرتي للإحترق النفسي الكلي بلغت (15.50)، وبلغت قيمة اختبار ويلكوكسون (-4.763) بمستوى دلالة (0.000)، أما لبعده الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتي (16.00) وقيمة (z) (-4.763) ومستوى دلالة (0.000). وجاءت قيمة المتوسط الرتي لبعده تبدل المشاعر (15.91) وقيمة اختبار ويلكوكسون (-4.588) بمستوى دلالة (0.000). وفي الأخير، بلغت قيمة المتوسط الرتي لبعده نقص الإنجاز (13.00)، وقيمة (z) (-2.100) وبمستوى دلالة (0.038)، وهي كلها أقل من مستوى الدلالة (0,05).

وبناءً عليه، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج.

أما الفرضية الفرعية الثالثة، فجاء نصها أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

وجاءت النتائج (أنظر الجدول رقم 49) تشير إلى أن قيمة المتوسط الرتي للإحترق النفسي الكلي بلغت (15.67)، وبلغت قيمة اختبار ويلكوكسون (-0.721) بمستوى دلالة (0.698). أما بعد الإستنزاف الإنفعالي، فقد كانت قيمة المتوسط الرتي (14.46) وقيمة (z) (-0.618) ومستوى دلالة (0.537). وجاءت قيمة المتوسط الرتي لبعده تبدل المشاعر (14.72) وقيمة اختبار ويلكوكسون (-1.286) وبمستوى دلالة (0.821).

وفي الأخير، بلغت قيمة المتوسط الرتي لبعده نقص الإنجاز (14.35) وقيمة (z) (-0.956) وبمستوى دلالة (0.754)، وهي كلها أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي فإنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاث (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج".

حاول الباحث من خلال طرح هاتين الفرضيتين إبراز نجاح البرنامج المطبق على المجموعة التجريبية، وذلك بمقارنة نتائج المتوسطات المحصل عليها بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وهذا ما أكدته النتائج المحصل عليها بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحترق النفسي في أبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبدل المشاعر ونقص الإنجاز) بعد تطبيق البرنامج.

3. مناقشة الفرضية الفرعية الرابعة:

جاء نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس". وكانت النتائج (أنظر الجدول رقم 50) تفيد بأن متوسط الرتب للإختبار القبلي لدى الذكور بلغ (33,08)، في حين بلغ لدى الإناث (28,53)، بمستوى الدلالة بلغ (0,317)، وبلغت (U) قيمة (4,55)، كما يتضح أيضاً أن متوسط الرتب للإختبار البعدي لدى الذكور بلغ (31,79)، في حين بلغ لدى الإناث (29,51)، بمستوى الدلالة (0,617)، حيث بلغت (U) قيمة (2,28)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس".

من خلال النتائج المحصل عليها، يمكن القول إن البرنامج ذو فاعلية وأثر كبيرين، ويمكن تطبيقه على كلا الجنسين، حيث حاول الباحث مراعاة الاختلافات والفروقات بين الجنسين خلال مختلف المراحل. كما أن حوالي (71.1%) من العمال إناث، بينما بلغت نسبتهم (56.7%) في عينة الدراسة، وهذه النتيجة كانت عكس توقعات الباحث، حيث إفتراض أن الإناث هن أكثر عرضة من الرجال للإحترق النفسي نتيجة زيادة الأعباء الوظيفية للإلتزامات العائلية خاصة مع وجود الأطفال، حيث توصلنا في الدراسة الإستكشافية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، بينما توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة لصالح الذكور على الإناث في عينة الدراسة، حيث كانوا ذوي مستوى إحترق نفسي مرتفع.

4. مناقشة الفرضية الفرعية الخامسة:

جاء نصها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغيرات (السن، سنوات الخبرة، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل وفرق العمل)".

1.4. بالنسبة لمتغير السن:

جاء نص الفرضية الصفرية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن".

أظهرت القيم المتحصل عليها (أنظر الجدول رقم 51) أن متوسط الرتب القبلي محصور بين (19 و 35)، حيث يمثل (19) المتوسط الرتبي الأدنى للفئة العمرية أكبر من 55 سنة، والممثلة في عامل واحد من العينة، تليها الفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة والمكوّنة من (12) فردًا بمتوسط رتبي (29,27)، بعدها الفئتان العمريتان من 25 إلى أقل من 35 سنة والمكوّنة من (28) فردًا، والفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة (17) فردًا بمتوسط رتبي (31,18) و (31,79) على التوالي، وأخيرًا الفئة العمرية أقل من 25 سنة والمكوّنة من فردين بمتوسط رتبي (35) كأقصى قيمة.

أما في القياس البعدي، فقد كان المتوسط الرتبي للأدنى (12) للفئة العمرية الأكبر من 55 سنة، تليها الفئة العمرية أقل من 25 سنة بمتوسط رتبي (24,50)، ثم الفئة العمرية من 25 إلى أقل من 35 سنة (29,07)، والفئة العمرية من 45 سنة إلى أقل من 55 سنة بمتوسط رتبي (30,38)، وأخيرًا الفئة العمرية من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة بمتوسط رتبي (34,74) كحد أقصى.

أما مستوى الدلالة بالنسبة لمتغير السن، فقد بلغ في القياس القبلي (0.893) وفي القياس البعدي (0.635)، وهما أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي غير دالة إحصائيًا في القياسين، وعليه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير السن".

2.4. بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:

كان نص الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير سنوات الخبرة".

أسفرت النتائج (أنظر الجدول رقم 51) أن أدنى متوسط رتبي في القياس القبلي كان لذوي خبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات والمكوّنة من (14) فردًا بمتوسط رتبي (24.36)، يليهم ذوي أقل من 5 سنوات خبرة وعددهم (13) فردًا بمتوسط رتبي (27.50)، ثم (12) فردًا لديهم خبرة أكبر من 20 سنة بمتوسط (32.17)، وبعدها من لديهم

خبرة بين 10 و 15 سنة بمتوسط رتبي (33.68) وعددهم (17)، وأخيراً أقصى حد (43.25) لمن لديهم خبرة بين 15 و 20 سنة وعددهم أربعة (04) أفراد.

أما نتائج القياس البعدي فقد جاءت متباينة، بمتوسط رتبي أدني (23.25) و(25.54) لمن لديهم خبرة بين 5 و 10 سنوات وأقل من 5 سنوات على التوالي، يليهم من لديهم خبرة أكبر من 20 سنة بمتوسط رتبي (31.33)، ثم من لديهم خبرة بين 10 و 15 سنة (38.79)، وأخيراً ذو خبرة بين 15 و 20 سنة بمتوسط رتبي أقصى (40.75). أما مستوى دلالة المتوسط الرتبي للإحترق النفسي، فقد بلغ في القياس القبلي (0.295)، وهو أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي فهي غير دالة، بينما بلغ في القياس البعدي (0.045)، وهو أقل من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي دالة، مما يعنى وجود فروق، وعليه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير سنوات الخبرة" لذوي خبرة بين 10 و 15 سنة.

3.4. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

جاء نص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

أظهرت النتائج (أنظر الجدول رقم 51) أن متوسط الرتب للقياس القبلي جاء بقيمة (11.50) كحد أدنى لفائدة الأرامل، تليها فئة كل من العزاب، المتزوجون والمطلقون بالقيم التالية على التوالي: (29.25)، (32.06) و(34)، أما بالنسبة للقياس البعدي، فقد سجل متوسط رتبي (5.25) للأرامل، يليها المطلقون بمتوسط رتبي (17.50)، وبعدها كل من العزاب والمتزوجون كحد أعلى على التوالي بالقيم: (26.03) و(35.11).

أما مستوى الدلالة، فقد بلغ في القياس القبلي (0.417)، وهو أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، وبالتالي غير دالة، بينما القياس البعدي كان (0.028)، وهو أقل من مستوى الدلالة، وبالتالي دال. وعليه، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بالفرضية البديلة القائل: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية" لصالح المطلقون.

4.4. بالنسبة لمتغير طبيعة العمل:

كان نص الفرضية أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل".

كانت نتائج متوسط الرتب للقياس القبلي للإحترق النفسي حسب متغير طبيعة المهنة (أنظر الجدول رقم 52) أدنى قيمة لفئة العمال المهنيون وعددهم (6) بقيمة (22.92) يليها الأطباء العامون ويمثلهم (13) طبيباً بقيمة

متوسط رتي (23.12) والأطباء المتخصصون وعددهم (4) بمتوسط رتي (26.50) وبعدها الإداريون وهم (4) بمتوسط رتي (28.88)، وفي الأخير الممرضون بأكبر نسبة (33) ممرض و بمتوسط رتي (35.47)، في حين بلغت قيم المتوسطات الرتبة للقياس البعدي (25.38)، (27.00)، (31.67)، (34.08) و (35.36) للفئات الأطباء العامون، الإداريون، الممرضون، العمال المهنيون وأخيراً الأطباء المتخصصون على التوالي، بالنسبة لمستوى الدلالة للقياس القبلي للإحترق النفسي لمتغير طبيعة العمل فقد كان (0.172) والقياس البعدي (0.731)، وهما أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وبالتالي فهما غير دالّتين أي "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير طبيعة العمل".

5.4. بالنسبة لفرق العمل:

جاء نص الفرضية الصفرية أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل".

أسفرت النتائج (أنظر الجدول رقم 53) أن المتوسط الرتي القبلي والبعدي للإحترق النفسي حسب متغير فريق العمل للمجموعة 4 (العيادة المتعددة الخدمات أومدور تونس) كأدنى حد (26.54)، تليها المجموعة 5 (العيادة متعددة الخدمات مرقاق) بمتوسط رتي (28.17)، بعدها المجموعة 3 (العيادة متعددة الخدمات أحمد بلكيل) بقيمة (29.50)، والمجموعة 2 (العيادة متعددة الخدمات هوارى بومدين) بمتوسط رتي (32.50)، وكحد أقصى للمجموعة 1 (العيادة متعددة الخدمات السعيد مجاوي) ب (35.79).

أما بالنسبة للقياس البعدي، فقد كانت أدنى قيمة للمجموعة 3 بمتوسط رتي (24.00)، تليها المجموعة 5، ثم المجموعة 4، فالمجموعة 2، وفي الأخير المجموعة 1 كأعلى حد، بالقيم التالية للمتوسطات الرتبة: (27.79)، (31.38)، (31.58)، و (37.75) على التوالي.

أما بالنسبة لمستوى الدلالة للقياس القبلي للإحترق النفسي لمتغير فريق العمل، فقد كان (0.711)، والقياس البعدي (0.392)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (0,05) وغير دالّتين إحصائياً، وبالتالي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل".

حاولنا من خلال طرح هذه الفرضية معرفة أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح على بعض المتغيرات، حيث كانت النتائج تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير (السن، سنوات الخبرة، طبيعة العمل وفرق العمل). وهذا ما يعني أن البرنامج يمكن تطبيقه على جميع الفئات العمرية، سواء صغاراً أم كباراً، ومهما كانت خبرتهم في المؤسسة، كبيرة أو صغيرة.

كما يمكن تطبيقه على مختلف الفئات والأسلاك العاملة بقطاع الصحة، بل يمكن تعميمه -حسب رأي الباحث- على قطاعات عمل أخرى، وهو أحد أهداف المشروع.

وللتأكد من فاعلية البرنامج، صيغة الفرضية الخاصة بفرق العمل على النحو الآتي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير فريق العمل"، حيث توصلنا من خلال النتائج على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير فرق العمل. وقد حاول الباحث من خلالها الباحث تقسيم أفراد العينة إلى مجموعات عمل صغيرة، لدراسة التغيرات المختلفة بين هذه المجموعات، وكيفية تأثير وتأثر هذه المجموعات الصغيرة (فرق العمل) وتأثرها. إذ يرى سافوا مانداس (1993) Savoie et Mendes أن "فريق العمل عبارة عن مجموعة رسمية محددة بطريقة جيدة بين فردين أو أكثر، مرتبطين بإنجاز مهمة، ويتقاسمون المسؤولية المشتركة نحو المنظمة"، وذلك ضمن الجماعات الكبيرة التي تنتمي إليها (العيادات المتعددة الخدمات).

وعلى عكس توقعاتنا، أسفرت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح فئة المطلقون.

5. مناقشة الفرضية الرئيسية:

والتي كان نصها: "لا يوجد أثر معتبر للبرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي على عمال الصحة بقالة".

بعد التعرف على مختلف الفروقات في الفرضيات السابقة، والتي جاءت متكاملة مع بعضها البعض، حاولنا معرفة أثر هذه الفروقات على أفراد العينة، حيث أسفرت النتائج (أنظر الجدولين السابقين رقم 48 و 49) أن حجم الأثر للإحترق النفسي الكلي وُبعد الإستنزاف الإنفعالي للمجموعة التجريبية قد بلغ (0.87)، أي نسبة (87%)، وُبعد تبدد المشاعر (0.84) بنسبة (84%)، وأخيراً بعد نقص الإنجاز بحجم أثر (0.38)، أي نسبة (38%).

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة، فقد كان حجم الأثر محصوراً بين (0.11) لُبعد الإستنزاف الإنفعالي كأدنى حد، أي بنسبة (11%)، يليه الإحترق النفسي الكلي بحجم أثر بلغ (0.13) بنسبة (13%)، ثم بعد نقص الإنجاز بحجم أثر (0.17) أي نسبة (17%)، وفي الأخير بعد تبدد المشاعر بأثر قدره (0.23) كأعلى حد، بنسبة (23%).

ومن خلال النتائج المحصل عليها يمكن القول إن:

- ✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال الصحة كبير، بنسبة (87%).
 - ✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي في بُعد الإستنزاف الإنفعالي لدى عمال الصحة كبير، بنسبة (87%).
 - ✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي في بُعد تبلد المشاعر لدى عمال الصحة كبير، بنسبة (84%).
 - ✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي في بُعد نقص الإنجاز لدى عمال الصحة متوسط، بنسبة (38%).
- وهذا مؤشر على فاعلية البرنامج السيكو اجتماعي المقترح على عمال قطاع الصحة بولاية قلمة في التقليل من مستوى الإحترق النفسي وأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، ونقص الإنجاز)، بنسبة معتبرة قُدرت (87%).

خامسا: المناقشة العامة لنتائج الدراسة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة معالجة ظاهرة نفسو اجتماعية حديثة نسبياً في نظر الباحث، وذلك بعد محاولة الباحث الإلمام بكل جوانب الموضوع النظرية. قمنا بإعداد البرنامج سيكو اجتماعي المقترح للتقليل من آثار الإحترق النفسي، وحاولنا تطبيقه على عينة قوامها (60) عاملاً من الأسلاك المختلفة لقطاع الصحة بولاية قلمة، تم إختيارهم بطريقة قصدية؛ حيث ضمت (30) فرداً ذوي مستوى إحترق نفسي مرتفع، يمثلون المجموعة التجريبية، وذلك بعد إجراء دراسة إستكشافية على عينة قوامها (308) عامل بمختلف الهياكل الصحية بالولاية، أُختيروا بطريقة عشوائية.

إنطلاقاً من القول المأثور أن الإنسان كائن إجتماعي، فهو يعيش ضمن مجموعات مختلفة، ومن بينها جماعة العمل، والتي يكتسب من خلال إنتمائه إليها مختلف السلوكيات، إيجابية كانت أو سلبية. وإستناداً إلى مبدأ التعلم لباندورا، حاولنا، بإستعمال مختلف الأساليب والإستراتيجيات، التقليل من آثار الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، ونقص الإنجاز)، من خلال تنمية قدراتهم المعرفية، النفسية، الإجتماعية، والمهنية سواء كانت إنفعالية أم سلوكية، وذلك بتدريبهم وإكسابهم مهارات جديدة لإدارة الذات وضبط النفس، والتحكم

في إدارة الوقت وتنظيم الأنشطة (الفردية، والمهنية، والاجتماعية) كالصلاة أو الرياضة أو الإسترخاء، لتجنب حالات الإستنزاف الإنفعالي.

بالإضافة إلى ذلك، تم التركيز على دور المساندة الاجتماعية في حياة الفرد، سواء كانت مهنية أم عائلية، من خلال تحسين طرق الإتصال والتواصل المختلفة بين العمال، في محاولة للتقليل من الصراعات، ظاهرية كانت أم باطنية؛ إذ إن المساندة من الزملاء والقادة تزيد من دافعية العامل، وتُجنب الإجهاد العاطفي وتبذل مشاعره، كما تسهم في رفع مستوى أدائه وإنجازته. إن تجنب الإصابة بكل هذه الإضطرابات والمضاعفات الناجمة عنها هو ما يصبو إليه البرنامج المقترح، وذلك من خلال إبراز أدوارهم ومهامهم وكيفية التنسيق بينهم دون التدخل في مهام الآخرين، إستنادًا إلى نظرية باك للنسق والدور الاجتماعي، حيث إن لكل فرد مهمة أو دورًا يقوم به ضمن المجتمع الكلي، ويُشكّل نسقًا معينًا، بحيث يعتبر كل نسق مكملًا للآخر، من خلال توضيح الأدوار والمهام وفق ما جاء في القوانين الأساسية، وإعتماد مبدأ الحوار والنقاش البناء.

وفي مقارنة أداء العاملين قبل وبعد تطبيق البرنامج السيكو اجتماعي المقترح، نجد انخفاض مستوى الإحتراق النفسي؛ إذ بلغ مستوى الإحتراق النفسي في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج درجة مرتفعة مقدرة بي (7,105)، بينما وصل بعد تطبيق البرنامج إلى قيمة (13,79)، وهي درجة متوسطة، مما يشير إلى فاعلية البرنامج السيكو اجتماعي المقترح. وهي نفس النتائج المتحصل عليها بالنسبة لفرق العمل الخمس، حيث تراوحت مستويات الإحتراق النفسي بين (17,73) و (50,74). كما أن هذه القيمة قريبة من معدل الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة بولاية قلمة، والذي بلغ (72.92) حسب نتائج دراستنا الإستكشافية، وهو ما يفسر حجم الأثر الكبير والمقدّر ب (87%).

الخلاصة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة معالجة ظاهرة نفسو اجتماعية حديثة نسبياً - في نظر الباحث - على المجتمع الجزائري، وذلك بعد الإلمام بكل جوانب الموضوع من الناحية النظرية. قمنا بإعداد البرنامج سيكو اجتماعي المقترح للتقليل من الإحترق النفسي، وطُبق على (30) فرداً من ذوي مستوى إحترق نفسي مرتفع يمثلون المجموعة التجريبية، إختاروا بطريقة قصدية، وذلك بعد إجراء دراسة إستكشافية على عينة قوامها (308) عامل بمختلف الهياكل الصحية، أُختيروا بطريقة عشوائية، طُبق عليهم مقياس الإحترق النفسي المكيف على البيئة الجزائرية للوسط الطبي.

وكانت أهم نتائج الدراسة الإستكشافية ما يلي:

- ✓ يعاني عمال قطاع الصحة بقالة مستوى إحترق نفسي متوسطاً، وتلبد مشاعر متوسطاً، بالإضافة إلى إستنزاف إنفعالي ونقص في الإنجاز مرتفعين.
- ✓ أظهرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية بين متغير الإحترق النفسي وكلّ من متغيري السن والحالة الاجتماعية.
- ✓ كما أفضت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين متغير الإحترق النفسي وطبيعة العمل.
- ✓ بالإضافة إلى أنه توجد علاقة إرتباطية دلالة بين الإحترق النفسي ومتغير الجنس.
- ✓ وأسفرت النتائج على وجود علاقة بين بُعد الإستنزاف الإنفعالي وكلّ من متغيري طبيعة العمل والجنس.
- ✓ بالإضافة إلى وجود علاقة بين بُعد تلبد المشاعر وكلّ من متغيرات الحالة الاجتماعية، والجنس، والسن.
- ✓ وكذلك بين بُعد نقص الإنجاز وكلّ من متغيري الحالة الاجتماعية والسن.
- ✓ كما أسفرت نتائج الدراسة على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي تعزى لبعض المتغيرات (الجنس، المناوبات الليلية، الرغبة في المناوبات، المناصب العليا والعمل بمصالح كوفيد-19)
- ✓ بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للإحترق النفسي مع المتغيرات (السن، سنوات الخبرة، طبيعة المؤسسة، طبيعة الدوام).
- ✓ كما أسفرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) للإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة تُعزى لمتغير طبيعة المهنة.
- وبعد تتبّع الحالات ذات المستويات المرتفعة للإحترق النفسي في مختلف الهياكل الصحية، تم عرض وتطبيق البرنامج النفسو اجتماعي بمختلف مراحله النظرية والتطبيقية، وذلك بإستعمال مختلف الأساليب والإستراتيجيات للتقليل من آثار الإحترق النفسي الكلي وأبعاده الثلاثة (الإستنزاف الإنفعالي، تلبد المشاعر ونقص الإنجاز).

وقد حاولنا تنمية قدرات الأفراد المعرفية، والنفسية، والاجتماعية، والمهنية سواء كانت إنفعالية أم سلوكية، من خلال تدريبهم وإكسابهم مهارات جديدة لإدارة الذات وضبط النفس، والتحكم في إدارة الوقت وتنظيم الأنشطة (الفردية، المهنية، والاجتماعية) كالصلاة أو الرياضة أو الإسترخاء لتجنب حالات الإستنزاف الإنفعالي.

كما ركز البرنامج على دور المساندة الاجتماعية في حياة الفرد، سواء مهنية كانت أم عائلية، من خلال تحسين طرق الإتصال والتواصل المختلفة بين العمال في محاولة للتقليل من الصراعات، ظاهرية كانت أم باطنية، إذ تزيد المساندة من الزملاء والقادة تزيد من دافعية العامل، وتجنب الإجهاد العاطفي وتبذل مشاعره، كما تزيد من أدائه وإنجازه.

إن تجنب الإصابة بهذه الإضطرابات والمضاعفات الناجمة عنها هو الهدف الرئيسي للبرنامج المقترح، وذلك من خلال إبراز أدوارهم ومهامهم، وكيفية التناسق بينهم دون التدخل في مهام الآخرين، حيث أن لكل فرد مهمة أو دور يقوم به ضمن المجتمع الكلي، ويشكل نسقاً معيناً، ويُعتبر كل نسق يعتبر مكمل للآخر.

ومن أهم النتائج التي توصلنا إليها بعد تطبيق البرنامج:

✓ حجم أثر البرنامج السيكو اجتماعي المقترح للتقليل من أثار الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة كبير، بنسبة (87%).

✓ حجم أثر البرنامج البرنامج لُبعد الإستنزاف الإنفعالي لدى عمال الصحة كبير بنسبة (87%).

✓ حجم أثر البرنامج لُبعد تبدل المشاعر لدى عمال الصحة كبير، بنسبة (84%).

✓ حجم أثر البرنامج لُبعد نقص الإنجاز متوسط، بنسبة (38%).

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحتراق النفسي الكلي وأبعاده الثلاث قبل وبعد تطبيق البرنامج.

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للإحتراق النفسي في أبعاده الثلاث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للإحتراق النفسي في أبعاده الثلاث بعد تطبيق البرنامج.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الجنس.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحتراق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج

حسب متغيرات (السن، سنوات الخبرة، طبيعة العمل وفرق العمل).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة للإحترق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج حسب متغير الحالة الاجتماعية لصالح المطلقون.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة إستنادًا إلى النظريات النفسية والاجتماعية السابقة، والتي تسهم مجتمعة في فهم فاعلية البرنامج السيكو اجتماعي المقترح في التقليل من آثار الإحترق النفسي لدى عمال الصحة.

أولاً: نظرية ديناميكية الجماعة

تنسجم النتائج، التي أظهرت إنخفاضًا دالًا إحصائيًا في مستويات الإحترق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، مع إفتراضات نظرية ديناميكية الجماعة، التي تؤكد أن التفاعل داخل الجماعة، وتبادل الخبرات، والدعم المتبادل، يسهم في تعديل الإتجاهات والإنفعالات السلبية.

فالبرنامج السيكو اجتماعي، من خلال الأنشطة الجماعية والمناقشات التفاعلية، أتاح لأفراد العينة التعبير عن مشاعرهم ومشاركة تجاربهم المهنية، مما ساعد على تفريغ الضغوط النفسية وتقليل الإستنزاف الإنفعالي وتبديد المشاعر، وهو ما يفسر الإرتفاع الكبير في حجم الأثر في هذين البعدين.

ثانيًا: نظرية النسق الاجتماعي

تؤكد نظرية النسق الاجتماعي أن الفرد يُعد جزءًا من نسق متكامل يتأثر بعلاقاته المهنية وتنظيم العمل والقيم السائدة داخل المؤسسة. وتشير النتائج إلى أن فاعلية البرنامج لم تختلف باختلاف الجنس أو السن أو سنوات الخبرة أو طبيعة العمل، مما يدل على أن البرنامج إستهدف النسق الاجتماعي للعمل الصحي ككل، وليس خصائص فردية محددة.

كما أن التحسن في مستوى الإحترق النفسي يُعزى إلى إعادة تنظيم أنماط التفاعل داخل النسق المهني، وتعزيز الإحساس بالإنتماء والدعم المؤسسي، وهو ما إنعكس إيجابًا على الصحة النفسية للمشاركين.

ثالثًا: نظرية الدور الاجتماعي

تُفسر النتائج كذلك في ضوء نظرية الدور الاجتماعي، التي ترى أن الإحترق النفسي ينشأ غالبًا نتيجة غموض الدور أو تضارب الأدوار أو الضغط المرتبط بها. فقد ساعد البرنامج السيكو اجتماعي أفراد المجموعة التجريبية على إعادة فهم أدوارهم المهنية والاجتماعية، وتنمية مهارات التكيف مع متطلبات الدور الصحي، مما أسهم في خفض مشاعر الإجهاد ونقص الإنجاز، رغم أن هذا البعد سجل حجم أثر متوسط مقارنة بقيّة الأبعاد.

رابعاً: نظرية التعلم الاجتماعي

كما تدعم نتائج الدراسة إفتراضات نظرية التعلم الاجتماعي، التي تؤكد أن السلوكيات والإنفعالات تُكتسب من خلال الملاحظة والتقليد والتفاعل الاجتماعي. إذ أتاح البرنامج فرصاً للتعلم من نماذج إيجابية داخل الجماعة، وممارسة إستراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوط، الأمر الذي ساعد على تعديل أنماط التفكير والسلوك المرتبطة بالإحتراق النفسي، خاصة في بعدي الإستنزاف الإنفعالي وتبلد المشاعر.

خامساً: نظرية القيادة

يمكن تفسير فاعلية البرنامج أيضاً في ضوء نظرية القيادة، حيث لعب المؤطر أو المشرف على البرنامج دور القائد الداعم والموجه، مما عزز الشعور بالأمان النفسي والثقة لدى المشاركين. وتشير النتائج إلى أن هذا النمط القيادي ساعد على تحفيز أفراد المجموعة التجريبية على الإلتزام بالبرنامج، والإخراط الإيجابي في أنشطته، وهو ما لم يتوفر لدى المجموعة الضابطة.

سادساً: نظرية التأثير الاجتماعي

تنسجم النتائج مع نظرية التأثير الاجتماعي التي تفترض أن اتجاهات الأفراد ومواقفهم تتأثر بالمعايير الجماعية والضغط الاجتماعي الإيجابي. فقد أسهمت التفاعلات داخل المجموعة التجريبية في إحداث تغيير تدريجي في الإتجاهات السلبية نحو العمل والذات، مما أدى إلى إنخفاض ملحوظ في مستويات الإحتراق النفسي بعد تطبيق البرنامج، دون تأثر النتائج بالمتغيرات الديموغرافية المختلفة.

سابعاً: نظرية الإتصال البيني

تؤكد نتائج الدراسة، في ضوء نظرية الإتصال البيني، أن تحسين جودة التواصل والتفاعل الإنساني داخل الوسط الصحي يُعد مدخلاً فعالاً للتقليل من الإحتراق النفسي، وأن البرامج السيكو اجتماعية التي تركز على تنمية مهارات الإتصال تمثل أداة وقائية وعلاجية مهمة لدعم الصحة النفسية لعمال الصحة.

وفي الأخير تُبرز النتائج أن فاعلية البرنامج السيكو اجتماعي لا يمكن تفسيرها من منظور نظري واحد، بل هي نتاج تفاعل مجموعة من العوامل الديناميكية والاجتماعية والتعليمية والقيادية، مما يعزز من القيمة التطبيقية للبرنامج ويؤكد صلاحيته للتعميم داخل الأوساط الصحية المختلفة.

توصيات الدراسة:

أكد، أن هذه المقترحات عملية ومبنية علمياً للتقليل من الإحترق النفسي، خاصة لدى عمال قطاع الصحة، ويمكن توظيفها في دراسات أخرى أو في ممارسات ميدانية ويمكن تقسيمها إلى:

أولاً: توصيات على مستوى المؤسسة الصحية

- إدماج البرامج سيكو اجتماعية دورية للوقاية من الإحترق النفسي للتكفل المبكر بالحالات المعرضة له.
- تحسين ظروف العمل بصفة عامة، من خلال تقليل الضغط المهني، وضبط ساعات العمل والمناوبات الليلية بشكل عادل.
- تعزيز ثقافة الدعم النفسي داخل المؤسسة عبر توفير مختصين نفسيين لمرافقة العاملين.
- تشجيع العمل الجماعي وروح الفريق وتفعيل ديناميكية فرق العمل للحد من العزلة المهنية.
- دعم القيادة الفعالة وتكوين المسؤولين على مهارات التواصل، حل النزاعات، وإتخاذ القرار.
- توفير بيئة عمل آمنة ومحفزة، مع الاعتراف بالمجهودات المهنية وتحفيز الأداء الإيجابي.

ثانياً: توصيات على مستوى العاملين

- تنمية مهارات التكيف النفسي مثل إدارة الضغوط، التحكم في الإنفعالات، وحل المشكلات.
- تشجيع العاملين على تحقيق التوازن بين الحياة المهنية والشخصية.
- تنمية مهارات التواصل الاجتماعي وطلب الدعم عند الحاجة وعدم كبت الضغوط النفسية.
- اعتماد إستراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط مثل الإسترخاء، التسلية، والنشاط البدني المنتظم.

ثالثاً: توصيات وقائية وعلاجية

- اعتماد مقارنة الوقاية الثلاثية:

- الوقاية الأولية: التوعية والتكوين قبل ظهور الإحترق النفسي.
- الوقاية الثانوية: التدخل المبكر عند ظهور الأعراض الأولى.
- الوقاية الثالثة: إعادة إدماج العاملين المتأثرين ومنع الإنتكاس.

- إجراء فحوصات نفسية دورية للكشف المبكر عن الإحترق النفسي.
- إدراج برامج الدعم النفسي ضمن سياسات الصحة المهنية.

رابعاً: توصيات بحثية

- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر ومتنوعة من مختلف القطاعات المهنية.
- دراسة متغيرات نفسية وتنظيمية أخرى مثل الرضا الوظيفي، الدعم الاجتماعي، والمرونة النفسية.
- تقييم فاعلية برامج تدخل مختلفة ومقارنتها بالبرامج السيكو اجتماعية المقترح.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

1. أبوبكر، مصطفى محمود. (2006). الموارد البشرية مدخل لتحقيق ميزة تنافسية. الدار الجامعية.
2. أبو علاء، رجاء محمود. (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. دار النشر للجامعات.
3. البتال، زيد محمد. (2000). الاحتراق النفسي (ضغوط العمل النفسية) لدى معلمي التربية الخاصة-ماهية-أسبابه-علاجه. مكتبة الملك فهد الوطنية.
4. آل رشود، سعد بن محمد. (2006). فاعلية برنامج ارشادي نفسي في خفض درجة السلوك العدواني لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراء غير منشورة.
5. الحمادي، بن علي. المهجيني، عادل عبد الفتاح. (2009). برنامج التوجيه النفسي والتربوي والأسري. مركز التنمية الأسرية.
6. الخالدي، أديب محمد. (2005). مرجع في علم النفس الإكلينيكي المرضي الفحص والعلاج. دار وائل للتوزيع والنشر.
7. الداهري، صالح حسين. (2001). مبادئ الإرشاد النفسي والتربوي. دار الكندي ومؤسسة حمادي.
8. الزبيدي، محمد. (2007). مصادر الضغوط النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. 23(02)، 189-219.
9. الزهراني، نوال. (2008). الإحتراق النفسي وعلاقته بسمات الشخصية لدى العاملات ذو الإحتياجات الخاصة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
10. العاطي ربي، جلال. (2018). إستراتيجيات مواجهة الإحتراق النفسي لدى المدرس. المجلة العربية لعلم النفس. (6). 104-118.
11. العسфан، محمد أحمد ابراهيم. (2006). الإرشاد النفسي الجماعي. دار الكتب الحديث.
12. العسфан، محمد أحمد ابراهيم. (2010). الإرشاد النفسي للأطفال. دار الكتاب الحديثة.
13. العاسمي رياض نايل. (2012). المبادئ العامة في التخطيط لإدارة برنامج إرشادي. دار العرب.
14. الشناوي، محمد محروس. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
15. الشهري عبد الله بن علي. (2008). فاعلية الإرشاد الإنتقائي في خفض سلوك العنف لدى المراهقين دراسة تجريبية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
16. الفسفوس، عدنان أحمد. (2006). الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدي طلبة المدارس. المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج.

قائمة المصادر والمراجع

17. المليلجي، حلمي. (2004). القياس السيكولوجي. دار النهضة العربية.
18. النجيب، نهي سليمان سعيد. (2019). الإحترق النفسي وعلاقته بإضطرابات النوم لدى الأطباء والممرضين العاملين بنظام الورديات بمستشفيات محلية بحري. مذكرة دكتوراه علم النفس جامعة الخرطوم.
19. بحري، صابر. (2015). ضغوط العمل وعلاقتها بالتوافق المهني لدى الصحفي الجزائري. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم النفس العمل والتنظيم، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.
20. بلقادر، عبد الرحمان. (2016، جانفي 01). الإنعكاسات الجسمية والإجتماعية للعمل الليلي على العمال. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. 04(01)، 6-43.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/179843>

21. بن ايدر، أسماء. (2024). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض درجة أعراض الضغد النفسي لدى أعوان الحماية المدنية-دراسة شبه تجريبية بالوحدة المركزية للحماية المدنية ولاية المدية-. أطروحة دكتوراه، علم النفس العيادي، كلية العلم الإجتماعية والإنسانية. جامعة غليزان، الجزائر.
22. بن حراث، العربي. بن سليمان، نجيب. (2020، نوفمبر 01). تقييم جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون(المريض) من منظور هيئة المستشفى، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان. مجلة البشائر الاقتصادية. 06(02)، 367-353.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/133496>

23. بن صالح، هدية. (2021، ديسمبر 12). الإحترق النفسي لدى عمال القطاع الصحي في ظل جائحة كورونا -دراسة ميدانية على الممرضين والأطباء-. دراسات نفسية. 12(1)، 419-405.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/175702>

24. بن طيب، هديات خديجة. بن طيب، راضية. (2022، ديسمبر 31). أثر التغيب على الأداء الوظيفي. المجلة المتوسطية للقانون والإقتصاد. 7(2)، 111-87.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/214497>

25. بن عامر، زكية. (2017). مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي القسم النهائية وعلاقتها ببعض المتغيرات. أطروحة دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، قسم العلوم الإجتماعية. جامعة جيلالي اليابس، سيدي بلعباس، الجزائر.
26. بن فردي، موسى. العايب، رابع. (2022، جويلية 01). مستوى الإحترق النفسي لدى عناصر الحماية المدنية-دراسة ميدانية بالوحدة الثانوية بسوق النعمان-. المجلة الجزائرية الأمن الإنساني. 7(2)، 57-33.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/196295>

قائمة المصادر والمراجع

27. بن فردي، موسى. فضال، نادية. (2023، جوان 15). الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين ليلا بالعيادة المتعددة الخدمات بسوق نعلان. *مجلة الروائز*. 7(1)، 543-559.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/226062>

28. بن مزيغ، محمد بن سليمان. (2009). *الإحتراق الوظيفي في الأجهزة الأمنية بالمملكة العربية السعودية، دراسة ميدانية*. أطروحة دكتوراه، الفلسفة في العلوم الأمنية، جامعة نايف العربية، الرياض.

29. بوكيرية، رانية. عبيب، حكيم. (2023، جوان 12). الإحتراق النفسي الذي وعلاقته ببعض المتغيرات-دراسة ميدانية لدى عينة من الأمهات بولاية تامنغست. *مجلة دراسات نفسية*. 14(01)، 85-101.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/255509>

30. بن يحيى، فاطمة ب. زناد، دليلة. (2018، مارس 01). الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصالح مكافحة السرطان. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*. 6(1)، 19-33.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/99536>

31. بوراس، أسيا. شريف، سميرة. (2019، جانفي 01). صراع الأدوار لدى المرأة العاملة المتزوجة "دراسة ميدانية بالقطاع الشبه الطبي بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالقل ولاية سكيكدة". *مجلة الإبراهيمي للدراسات النفسية والتربوية*. 1(1)، 87-111.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/166022>

32. بوعالية، شهرزاد. (2019، جوان 05). العمل بنظام المناوبة ودوره في ظهور بعض الإضطرابات السيكلوسوماتية-دراسة ميدانية على بعض الممرضات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سطيف. *مجلة العلوم الاجتماعية*. 13(2)، 22-28.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/93500>

33. بوغمبر، زينب. سحيري، زينب. (2023، سبتمبر 30). الإحتراق النفسي لدى المختص النفسي العيادي خلال فترة كوفيد19. *مجلة العلوم الاجتماعية*. 17(2)، 1-18.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/234194>

34. بوفر، مختار. (2016). *الإحتراق النفسي وعلاقته بالرضى الوظيفي ونمط القيادة التربوية لدى أساتذة التعليم الثانوي*. أطروحة دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية. جامعة محمد بن أحمد، وهران2، الجزائر.

35. بوقروز، صباح. (2023). *فاعلية برنامج علاجي يستند على بعض المهارات الاجتماعية للتخفيف من السلوكيات العدوانية لدى أطفال مرحلة ما قبل التمدرس*. دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع.

قائمة المصادر والمراجع

36. بوقزولة، حسين. (2024). جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالإحترق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. أطروحة دكتوراه، علم النفس العمل والتنظيم، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
37. تباي، ساعد. (2018). فعالية برنامج علاجي في تنمية الذكاء الوجداني والتخفيف من حدة الإحترق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بمستشفى الزهراوي - بالمسيلة. أطروحة دكتوراه علم النفس الصحة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس. جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2، الجزائر.
38. تجاني، منصور. بيض القول، إبراهيم. (2018، ديسمبر 01). الإجهاد المهني لدى الأطباء العاملين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية دراسة ميدانية لدى عينة من الأطباء العاملين بالمستشفى العمومي بالجلفة. دراسات إقتصادية. 11(1)، 115-128.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/84328>

39. تلالي، نبيلة. (2017). الإحترق النفسي وعلاقته بالتوافق المهني لدى الزوجة العاملة-دراسة ميدانية على عينة من القابلات ببعض مصالح التوليد لكل من ولايتي باتنة وبسكرة-. رسالة دكتوراه علم النفس، تخصص علم النفس عمل وتنظيم، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

<http://thesis.univ-biskra.dz/4045/1/these%20nabila.pdf>

40. جبالي، نور الدين. وراقة، وليدة. (2015، جوان 30). القيمة التكيفية لأسلوب المواجهة مع السرطان. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. 8(1)، 425-434.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/59125>

41. جديات، عبد الحميد. (2012). الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى الأطباء وممرضى الصحة العمومية. رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، قسم علم النفس والتربية والأطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2، الجزائر.

42. جنيدي، فايزة. (2018). فعالية العلاج الجماعي للتكفل المبكر بحالات الإعياء النفسي لدى فئة من المراهقين. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة فرحات عباس - سطيف 2، الجزائر.

43. جمل الليل، محمد جعفر. (2009). أساسيات في الإرشاد النفسي. خوارزم العلمية للنشر والتوزيع.

44. جهاد، عبد الفتاح. (1999). ظاهرة الإحترق النفسي وإستراتيجيات التكيف لدى المعلمين في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية. رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

45. جودة، فجر النعيمي. (2016). علم النفس الاجتماعي -دراسة لحفايا الإنسان وقوى المجتمع. العراق، لبنان، كندا: الحمراء،

بيروت، لبنان- دار أوما، بغداد، العراق. Publishers.Ontario.Canda.

قائمة المصادر والمراجع

46. حابي، خيرة. (2016). الإحتراق النفسي لدى الأطباء المختصين (دراسة تحليلية لممارسي الطب التخصصي في المؤسسات الإستشفائية والعيادات الخاصة لولاية تيارت). أطروحة دكتوراه ل م د في علم النفس، تخصص العمل والصحة العقلية، قسم علم النفس، كلية العلوم الإجتماعية. جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.
47. حابي، خيرة. بن أحمد، قويدر. (2019، نوفمبر 30). الإحتراق النفسي ومتغير الجنس لدى الأطباء المختصين في القطاع الصحي لولاية تيارت. دراسات نفسية. 10(1)، 145-161.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/103424>
48. حافري، زهية. (2022). دروس ومحاضرات في الإضطرابات السيكوسوماتية. علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، الجزائر.
49. حافري، زهية عدية. (2022، ديسمبر 31). إحتلال الساعة البيولوجية ومخاطرها على الصحة الجسدية والنفسية لدى العمال بنوبات ليلية. مجلة دفاتر المخبر. 17 (02)، 161-177.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/214437>
50. حسين، محمد حسنين. (2003). بناء المواد والأنشطة التدريسية. عمان. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
51. حلي، مصطفى. خلفان، رشيد. (2016، جوان 30). الإحتراق الوظيفي لدى الأطباء -دراسة ميدانية في مصلحة الإستعجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيوي وزو. مجلة مجتمع تربية عمل. 1(1)، 47-58.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/54396>
52. حمودي، أسماء. خرباش، هدى. (2022، ماي 05). الإحتراق النفسي لدى النساء العاملات بالمستشفى خلال جائحة كوفيد 19 في الجزائر. -دراسة وصفية لعينة من المستشفى الجامعي لولاية سطيف. تنمية الموارد البشرية. 17(1)، 113-124.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/188858>
53. حيرش، رضا. بلهواوي، براهيم توفيق. (2022، جوان 30). الإحتراق النفسي وعلاقته بالإكتئاب لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف المدية. مجلة ميلاف للبحوث والدراسات. 8(1)، 127-142.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/198712>
54. خرباش، هدى. تباري ساعد. (2018، أوت 02). الذكاء الوجداني وعلاقته بالإحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء المناوبين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية (الزهاوي) بالمسيلة. تنمية الموارد البشرية. 13(2)، 56-.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/58386>
55. خلاصي، مراد. (2019، فيفري 01). الإجهاد في العمل لدى الإطارات الجزائرية حسب نموذج كارازاك. دراسات نفسية وتربوية. 12 (01)، 62-67.

قائمة المصادر والمراجع

56. حميدة، عزوز. قهار، صبرينة. (2022، نوفمبر 06). مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصلحة الطب العقلي في الجزائر العاصمة. أفكار وأفاق. 10 (4)، 283-265.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/204547>
57. حيرش، رضا. بلهوارى، راهيم توفيق. (2020، جوان 30). الإحترق النفسي وعلاقته بالإكتئاب لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف المسيلة. مجلة ميلاف للبحوث والدراسات. 08 (1)، 127-142.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/198712>
58. درويش، محمد أحمد. (2014). الإحترق النفسي. عالم الكتب.
59. ربعي، محمد. دالي، لخمى. (2021، ديسمبر 16). الإحترق المهني وعلاقته بالمناخ التنظيمي لدى ممرضى الصحة العمومية -دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية -بوسعاد. مجلة الإنسان والمجال. 7 (2)، 252-222.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/170882>
60. رجاء ، محمود أبو علا. (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية. دار النشر للجامعات . القاهرة.
61. رويني، سلمى. (2022). مطبوعة في وحدة تصميم البرامج الإرشادية. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 02.
62. زاوي، أمال. مزيان، محمد. (2018، مارس 01). مستوى الإحترق النفسي لدى ممرضى مصلحة الإستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية-المستشفى الجامعي تيجاني دمر جي بتلمسان نموذج-. مجلة أفاق للعلوم. 3 (2)، 115-127.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/43614>
63. زهران، حامد عبد السلام. (1988). التوجيه والإرشاد النفسي. عالم الكتب.
64. زهران، حامد عبد السلام. (1998). الإرشاد والتوجيه النفسي (3). عالم الكتب.
65. زهران حامد عبد السلام. (2009). دراسات في الصحة النفسية والإرشادية. عالم الكتب.
66. زيدان، إيمان. (1997). الإحترق النفسي ومصادره عند معلمي التربية الخاصة-دراسة ميدانية-. مجلة كلية التربية عين الشمس. 21 (01)، 71-57.
67. سامر، رضوان جميل. (2006). الصحة النفسية (ط2). دار المسيرة.
68. سبع، هاجيرة. ملال، خديجة. (2021، جويلية 26). الإحترق النفسي وعلاقته بمستوى الصحة العامة لدى عمال الوسط الشبه طبي. الأكاديمية للدراسات الإجتماعية والإنسانية. 13 (5)، 177-168.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/160394>
69. سرحان، عبد الله بن ناصر. (2018). تصميم البرامج الإرشادية في الإرشاد الأسري الجزء (8). مكتبة فهد الوطنية للنشر.

قائمة المصادر والمراجع

70. سليمان، مسعود. (2021، ديسمبر 11). الإحتراق النفسي لدى الأطباء وأعوان الصحة بالمؤسسة الإستشفائية أول نوفمبر بوهراڨ خلال جائحة كوفيد-19. *الحوار الثقافي*. 10(2)، 246-266.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/170485>

71. سليمان، صبرينة. وادة، فتحي. (2020، فيفري 11-12). الإحتراق النفسي لدى عينة من المرضى بالمناوبة الليلية بمصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية بالوادي. *المعانة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض-تشخيص ومقاربات علاجية*، جامعة باتنة.

72. سماتي، حاتم. (2018، سبتمبر، 15). الإحتراق النفسي لدى الأطباء دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية يوسف دمرجي -تيارت-. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية*. 10(3)، 551-560.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/133217>

73. شريط، الحسن محمد المأمون. (2012). دراسة مقارنة لمستويات الإحتراق النفسي عند مدربي بعض الأنشطة الرياضية المختارة. رسالة دكتوراه في نظريات ومناهج التربية البدنية والرياضة. جامعة إبراهيم سلطان شيبوط، الجزائر3، الجزائر.

74. شقير، زينب محمود. (2002). علم النفس العيادي الإكلينيكي. مكتبة النهضة المصرية.

75. طايبي، نعيمة. (2013). علاقة الإحتراق النفس ببعض الإضطرابات النفسية والنفوسجسدية لدى المرضى. رسالة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر2، الجزائر.

76. طوبان، بلال. بحري، صابر. (2024). الإحتراق النفسي وإستراتيجيات مواجهته. ألمانيا، برلين. المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والإقتصادية.

77. طه حسين، عبد العظيم. (2004). الإرشاد النفسي، النظرية، التطبيق، التكنولوجيا. دار الفكر.

78. عبد الستار، إبراهيم. (1994). العلاج المعرفي السلوكي الحديث. دار الفجر.

79. عبد الكريم، خالد. (2022). دروس الدعم قسم علم النفس. جامعة أدرار، الجزائر.

80. عبدوني، عبد الحميد. سايحي، سلمى. ساعد، صباح. (1010، جانفي 12). عدد خاص الملتقى الدولي حول المعانة في العمل، العمل الليلي ودوره في ظهور بعض إضطرابات النوم (الأرق، فرط النوم، إضطرابات جدول النوم واليقظة" لدى عمال الورديات الليلية). *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية*. 3(3)، 109-131.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/5124>

81. عيشوش، عثمان. ناني، نبيلة. (2017، مارس 30). المناخ التنظيمي وعلاقته بالإحتراق النفسي لدى المرضى (دراسة ميدانية مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة لمدينة البلدة). *المجلة الجزائرية للطفولة والتربية*. 4(6)، 303-320.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/71798>

قائمة المصادر والمراجع

82. عجيلات، عبد الباقي. (2017). إدارة الوقت-المعوقات والحلول .مجلة وحدة البحث في التنمية وإدارة الموارد البشرية. 08(02).62-78.
83. عدوان، يوسف. حفناوي، مهدي. (2013). الضغط المهني وعلاقته بأنماط الشخصية السلوكية .A.B.C- لدى الأطباء نموذجاً-مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية.8(25)،214-252.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/40029>
84. عدوان، يوسف. حفناوي، مهدي. (2013، جانفي 15). الضغط المهني وعلاقته بأنماط الشخصية السلوكية .A.B.C. الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكلولوجي والسوسيولوجي . جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
85. عزوز، حميدة. قهار، صبرينة. (2022، نوفمبر 06). مستوى الإحترق النفسي لدى عينة من الممرضين العاملين بمصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة. مجلة أفكار وأفاق.10(4)،265-283.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/204547>
86. لطيفة، عريق. (2017، جوان 01). المناوبة الليلية وعلاقتها بالضغط النفسي والإجتماعية للممرضة-دراسة ميدانية على عينة من الممرضات بمستشفى بن عمر جيلاني بالوادي-. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية.5(22)، 132-145.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/79438>
87. علوطي، عاشور. غماز، عبد الوهاب. (2017، ديسمبر 25). علاقة غياب العدالة التوزيعية بأبعاد الإحترق الوظيفي .مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية.9(31)، 71-80.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/78532>
88. عمرو، صالح. (2020). نادي الإحترق النفسي .دار الكتب للنشر والتوزيع .
89. عوض، أحمد محمد بني أحمد (2007). الإحترق النفسي و المناخ التنظيمي. دار الحامد.
90. فجر، النعيمي جودة. (2016). علم النفس الإجتماعي -دراسة لخفايا الانسان وقوى المجتمع. العراق، لبنان، كندا: الحمراء، بيروت، لبنان-دار أوما، بغداد. لعراق.Publishers.Ontario.Canda.
91. قاجة، رقية. غربي، صبرينة. (2018، أكتوبر 31). أساليب مجابهة الضغوط المهنية لدى أعوان الحماية المدنية-دراسة تحليلية على أعوان الحماية المدنية بولاية ورقلة الجزائر .دراسات نفسية وتربوية.11(02)،281-297.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/63449>
92. قدوري، يوسف. (2022، جوان 09). مستوى الإجهاد النفسي لدى معلمي الطور الابتدائي دراسة ميدانية في فترة إنتشار فيروس كورونا .مجلة البحوث التربوية والتعليمية.723-742.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/192210>

قائمة المصادر والمراجع

93. كتفي، عزوز. (2022، أكتوبر 13). العمل الليلي في ظل جائحة كوفيد19 وعلاقته بالضغط المهني لدى القابلات. *المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات*. 05 (04)، 65-74.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/203451>

94. كروم موفق. طالب بحمة. (2021، جانفي 09). مستوى الإحترق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش دراسة ميدانية بولاية عين تموشنت. *مجلة التنظيم والعمل*. 9(01)، 76-87.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/141430>

95. كليل، طيب. بن تونس، الطاهر. (2024، ديسمبر 21). أثر العمل الليلي في تنظيم نشاطات الحياة خارج العامل خارج أوقات دراسة ميدانية بالقطاع الصحي بالبلدية. *مجلة أفاق لعلم الاجتماع*. 14(02)، 231-249.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/259151>

96. كليل، طيب. بن تونس، الطاهر. (2024، ديسمبر 21). أثر العمل الليلي في تنظيم نشاطات الحياة الأسرية والاجتماعية للعامل خارج أوقات العمل. *مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية-بحوث ودراسات*. 11(02)، 125-141.

97. كيرد، عمار. معراج، هاجر. (2023، جوان 10). علاقة القيادة الإدارية بظاهرة الإحترق الوظيفي - دراسة ميدانية. *أبحاث إقتصادية وإدارية*. 17(01)، 433-449.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/224808>

98. كيرد، عمار. (2021). علاقة القيادة الإدارية بالإحترق الوظيفي لدى العاملين في مؤسسات القطاع العام-دراسة ميدانية- . أطروحة دكتوراه في العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير. جامعة غرداية، الجزائر.

99. لارقو، خامسة. بن جيمة، عمر. (2019، فيفري 21). دور إدارة الصراع في تحسين الأداء الوظيفي للعاملين-دراسة حالة مستشفى تراقي بوجعمة بولاية بشار. *مجلة البشائر الإقتصادية*. 04(03)، 146-162.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/79098>

100. لازاروس، أنولد. (2002). *العلاج الشامل الحديث*، ترجمة محمد حمدي. مؤسسة الرسالة.

101. لبيض، سعدية. بن عبد الرحمان، أمال. (2020، ديسمبر 30). الإحترق النفسي وعلاقته بالقلق لدى عينة من الموظفين دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ببلدية مسعد. *الوقاية والأرغوميا*. 14(4)، 46-61.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/139811>

102. مارس، هناء. (2023، ديسمبر 25). واقع الصحة النفسية في العمل لدى فئة الممرضين في ظل جائحة كوفيد 19، متلازمة الإحترق الوظيفي نموذجاً. *مجلة العلوم الإنسانية*. 34(03)، 759-775.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/236549>

قائمة المصادر والمراجع

103. ماموني، فاطمة الزهراء. هداجي، عبد الجليل. (2022، جانفي 31). تأثير المناصب العليا على الإنتاجية العلمية للأستاذ الجامعي. *مجلة الإقتصاد وإدارة الأعمال*. 06(02)، 142.163.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/213812>

104. مدور، ليلي. (2020). فاعلية برنامج (معرفي-سلوكي) في تنمية بعض المتغيرات الشخصية في خفض الإحترق النفسي لدى عينة من أساتذة التعليم المتوسط-دراسة شبه تجريبية-. رسالة دكتوراه في علوم التربية، تخصص توجيه وإرشاد. جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

105. مدوري، يمينة. (2022). الإحترق النفسي -قراءة في الأدبيات السيكلوجية-. *مجلة نوميروس الأكاديمية*. 03(01). 232-214.

106. مدوري، يمينة. (2015). الإحترق النفسي وعلاقتها بأنماط الشخصية وبطبيعة الممارسات المهنية. أطروحة دكتوراه علم النفس، تخصص علوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية. جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.

107. مزياني، فتيحة. (2007). أثر مصادر الضغط المهني وإستراتيجيات المقاومة والمعبرية الإنفعالية والدفاعية الإنفعالية /العقلانية على الإحترق النفسي عند ضباط الشرطة -دراسة ميدانية بالمديرية العامة للأمن الوطني بالجزائر العاصمة. رسالة دكتوراه، تخصص العمل والتنظيم، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2، الجزائر.

108. معمري، بشير. (بلا تاريخ). دراسات نفسية حول طلاب المدارس و الجامعات وفئات أخرى. باتنة الجزائر: المكتبة العصرية.

109. مغزي، أميمة. (2018، سبتمبر 18). المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*. 07 (27)، 667-646.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/64216>

110. ملال ، خديجة (2018، ماي 21). الإحترق النفسي لدى عمال الوسط الشبه طبي في ضوء بعض المتغيرات الفردية. المرشد. 08(01).

<https://asjp.cerist.dz/en/article/51070>

111. ملحم، محمد سامي . (2007). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

112. ملحم ، سامي محمد ملحم. (2012). *التقويم في الإرشاد النفسي و التربوي*. المملكة الأردنية الهاشمية.

113. ميموني، بدره معتصم. مجاهدي، أسامة. كلو نسيم (2023، جوان 16). تطبيق "الإحتراق النفسي الوالدي" على عينة جزائرية ومدى تأثير بعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية والأنثروبولوجية. *مجلة دراسات إنسانية وإجتماعية*. 12(02)، 305-324.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/226200>

114. ميهوبي، فايزة. (2010، جانفي 12). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالإحتراق النفسي لدى المرضى " دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصحية بالعاصمة ". *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية*. 3(3)، 178-208.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5129>

115. ميهوبي فايزة. (2013، جوان 30). علاقة المناخ التنظيمي بالإحتراق النفسي لدى المرضى " دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالعاصمة. *دراسات نفسية وتربوية*. 6(1)، 147-171.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5437>

116. ميهوبي، فايزة. (2000، نوفمبر 15). علاقة المناخ التنظيمي بالإحتراق النفسي لدى المرضى: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالعاصمة. *دراسات نفسية وتربوية*. 16(1)، 85-105.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/204774>

117. نابتي، سهير. (2021، ديسمبر 30). الضغط وإستراتيجيات مواجهته وعلاقته بظهور عصاب القلب لدى السجناء (دراسة ميدانية قسنطينو الجزائر العاصمة). *مجلة دراسات إجتماعية*. 5(2)، 47-61.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/187665>

118. نبار، رقية. جعيجع، عمار. (2018، ديسمبر 30). تقنين مقياس الإحتراق النفسي لـ(ماسلاش) على البيئة الجزائرية. *التراث*. 8(4)، 517-540.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/76344>

119. نصرأوي، صباح. (2016). تكييف مقياس ماسلاش للإحتراق النفسي *MBI* على البيئة الجزائرية. رسالة دكتوراه، تخصص علم النفس، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

120. نصرأوي، صباح. بن زروال، فتيحة. (2016، جوان 30). تكييف مقياس ماسلاش للإحتراق النفسي (MBI-HSS) على المهن التعليمية في البيئة الجزائرية. *مجلة الحقيقة*. 15(2)، 483-499.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/23993>

121. وادي، لمين. (2018). نموذج المعادلة البنائية لدعم التنظيمي والإجتماعي المدرك لمواجهة الإحتراق النفسي لدى العاملات المتزوجات. أطروحة الدكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس العمل والتنظيم، قسم علم النفس وعلوم التربية الأرتفونية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والإجتماعية. جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر.
122. وازي، طاوي. نوار، شهرزاد. (2018، ديسمبر 01). الضغط المهني والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية. 6(4)، 77-87.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/101187>

123. واكلي، بديدة أيت مجبر (2018، ماي 18). الإحتراق النفسي وعلاقته بفاعلية الذات لدى الممرضين-دراسة ميدانية بمستشفى سطيف. المرشد. 8(01).

<https://asjp.cerist.dz/en/article/51069>

124. واكد، رابح. (2023). محاضرات في تقويم البرامج الإرشادية. جامعة المدية، الجزائر.
125. ولاء، حسان عبد الحق. (2009). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي، قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية غزة.
126. المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قامة. (2023)، إحصائيات مصلحة الموارد البشرية.

المراجع باللغة الأجنبية:

127. bahrer-kohler, s. (2013). burnout for experts prrevention in the contexte of living and working . *Springer.Newyork*.
128. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). "The Job Demands-Resources model : State of the art." *Journal of Managerial Psychology*.
129. Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social Learning and Personality Development*. Holt, Rinehart & Winston.
130. Berger, C. R., & Calabrese, R. J. (1975). "Some Explorations in Initial Interaction and Beyond : Toward a Developmental Theory of Interpersonal Communication."
131. Bosley, H. (2004). *Levels Of Burnout And Job Staifcation In Large Scale Agribusiness*. In Parial Filfillment Of The Requirement For The degree Master Of Art,a Thesis Peresented To the faculty of departement of psycholgy ? Western Kentucky Universite Bowling Green Kentucky.
132. Caroline Lweins .(2020) .*Détecter et prévenir le burnout:Facteurs de risque ,évaluation et prévention en entreprise* .Mardaga: PSY-Évaluation, mesure, diagnostic.

133. Cottrell, S. (2013). *The Study Skills Handbook*, Palgrave ,Macmillan.
134. Dazilio, K. (juin 2021). Le burna-aout parental: le poid d'une culture indivitualiste? *Education sante*(378).
135. Devito, J. A. (2016). "The Interpersonal Communication Book" (13th ed.)
136. Delbrouck, M. (2021). *Comment traiter le burn-out ?Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique*. De Boeck Supérieur.
137. Desbiens , J. (2006). *Les Strategies de Cping.La réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle chez les infirmières en soins palliatifs*. faculté des sciences infirères université.Québec.
138. Eysenck, M., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. (2007). *Anxiety and Cognitive Performance*. Attentional Control Theory, Emotion, vol(07) N(02).
139. Ferrante, J. (2013). *Sociology : A Global Perspective* (8th ed.). Cengage Learning
140. Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2017). *Social cognition : From brains to culture* (3rd ed.). sage Publications.
141. Freudenberger, H. J. (1974). "Staff Burn-Out." *Journal of Social Issues*.
142. Freudenberger, H. .(1881) .*Burnout* .available on line. [www/ Adrenalfatigue.org](http://www.Adrenalfatigue.org).
143. Hakanen, J., & Schaufli, B. (2006). burnout and workenagement among teachers. *Jornal of school psycholgy*. v43.
144. Hans Selye .(1976) .*the stress of life* .new yourk: Mc Grow-hill.
145. Hobfoll, S. E. (1989). "Conservation of Resources : A New Attempt at Conceptualizing Stress." *American Psychologist*.
146. Hirsh, J., Mar, R., & Peterson, J. (2012). Psychological entropy:A farmework for understanding uncertainty-related anxiety. *Psychological review*,11(02), 304.
147. Hugh Patrick Bosley .(2004) .*Levels Of Burnout And Job Staifcation In Large Scale Agribusiness* .In Parial Filfillment Of The Requirement For The degree Master Of Art,a Thesis Peresented To the faculty of depertement of psycholgy ? Western Kentucky Universite Bowling Green Kentucky.
148. J Bakker Hakanen , ,B Schaufli .(2006) .burnout and workenagement among teachers . *Jornal of school psycholgy*. v43.

149. J.B Hirsh ,R.A Mar و J.B Peterson .(2012) .Psychological entropy:A farmework for understanding uncertainty-related anxiety .*Psychological review*,11.304 ,(02)
150. K Dazilio) .juin 2021 .(Le burna-aout parental: le poid d'une culture indivitualiste ? *Education sante*.(378)
151. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress,appraisal and coping*. New yourk.
152. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). "Burnout and Health." In A. K. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*.
153. Lewin, K. (1947). *Frontiers in Group Dynamics : Concept, Method and Reality in Social Science ; Experiments in Social Space*. Human Relations, 1(1), 5-41.
154. louche Claude .(2012) .*psychologie sociale des organisations. 3 eme ed* .paris. france: Armand colin.
155. Luhmann, N. (1995). *Introduction to the Theory of Social Systems*. Stanford University Press.
156. Maslach, C., & Jackson, S. (1881). The Measurment of Experienced Burnout. *jornal of Occupational Behavior*,2(02) , 99-113.
157. Michel Delbrouck .(2021) .*Comment traiter le burn-out ?Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique* .De Boeck Supérieur.
158. Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). *Cognitive Social Psychology*. Psychological Review, 84(3), 299-327.
159. Ray Colledge.(s.d) . *Counseling Theory* .J Palgrave Macmillan.
160. R,N Jones .(1996) .*The Theory and parctice of Counseling Psychologie* .London: Holt,Rienhart&Winston.
161. R.S Lazarus و S Folkman .(1984) .*Stress,appraisal and coping* .New yourk.
162. sabine bahrer-kohler .(2013) .burnout for experts prrevention in the contexte of living and working . *Springer.Newyork*.
163. Selye, H. (1976). *the stress of life*. new yourk: Mc Grow-hill.
164. Stella Cottrell .(2013) .*The Study Skills Handbook*, Palgrave ,Macmillan.
165. Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe : Free Press

166. Parsons, T. (1964). *The Theory of Social Systems*. In : *Sociological Theory* (pp. 142–185). Free Press
167. Worchel, S., & Williams, S. (Eds.). (2012). *Handbook of social psychology*. 2nd ed. Sage Publications.

الملاحق

الملحق 1

تحكيم البرنامج



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة حمه لخضر بالوادي
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

برنامج سيكو اجتماعي مقترح للتقليل من آثار
الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس
تخصص علم النفس الاجتماعي

إشراف الأستاذ:
سبع محمد

إعداد الطالب:
بلعادي عبد النور

السنة الجامعية

2022/2021

تحكيم البرنامج السيكو اجتماعي المقترح

الأستاذ (ة):
الدرجة العلمية:
التخصص:
الجامعة:

الموضوع: طلب تحكيم وإبداء الرأي في برنامج سيكو اجتماعي

في إطار التحضير لإنجاز أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص علم النفس الاجتماعي بجامعة الشهيد حمه
لخضر - بالوادي - والموسومة ب:

برنامج سيكو اجتماعي مقترح للتقليل من آثار الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة

يشرفني أن أضع بين يديك هذا البرنامج، الذي يحتوي على جملة من الإجراءات والخطوات والفنيات، راجيا
منكم تحكيمه وإبداء الرأي ومدى ملائمة من حيث:

- ✓ الأهداف العامة والأهداف الإجرائية لجلسات البرنامج.
- ✓ توافق الجلسات وعددها والزمن المخصص لها وتحقيق الأهداف.
- ✓ الفنيات المقترحة والوسائل المستخدمة لتحقيق الأهداف المسطرة للبرنامج.
- ✓ النشاطات والأساليب والفنيات المقترحة مع جلسات البرنامج.
- ✓ الإجراءات المتبعة.
- ✓ محتوى الجلسات ومضمونها.
- ✓ الترتيب والتنظيم.

تقبلوا مني أسمى عبارات الشكر والإمتنان على تخصيص الجهد والوقت لهذا الأمر، وستؤخذ كل ملاحظاتكم وآراءكم بعين الاعتبار، من أجل أن يصبح البرنامج أكثر جودة ودقة في تحقيق الهدف المنشود وخدمة للبحث العلمي.

شكرًا على إهتمامكم.

ملاحظة:

يُرفق مع البرنامج إستمارة للتحكيم

1. مفهوم البرنامج السيكو اجتماعي:

هو مجموعة من الخطوات المنظمة والمحددة، تعتمد أساسًا على نظريات وفتيات ومبادئ نفسية وإجتماعية، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات وأنشطة مختلفة مقدمة خلال فترة زمنية محددة، بهدف إكساب أفكار ومعلومات ومهارات جديدة تهدف إلى تغير السلوكيات السلبية للأفراد، وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي المهني والتغلب على المشكلات النفسو إجتماعية (حامد، 1998، صفحة 499).

كما يرى كل من جمل الليل (2009)، الحمادي والهجين (2009) أن البرنامج هو خطة منظمة لإكساب الأفراد مهارة معينة وتدريبهم على مجموعة من السلوكيات، بهدف مساعدتهم على مواجهة مختلف المشكلات (جمل الليل، 2009، صفحة 228) و (الحمادي و الهجين، 2009، صفحة 26).

ويعرفه الباحث على أنه برنامج وقائي متعدد الأساليب، وهو عبارة عن مجموعة من الخطوات والإجراءات العلمية المحددة والمنظمة، والتي تستند إلى مختلف النظريات العلمية النفسو إجتماعية، وتتضمن مجموعة من الأنشطة والمهارات المختلفة والمقدمة إلى مختلف الفئات العاملة في قطاع الصحة خلال فترة زمنية محددة. يهدف البرنامج إلى مساعدة المشاركين على خفض مستوى الإحترق النفسي والتقليل من آثاره، من خلال إبراز أدوارهم، وتحديد مهامهم، وإكسابهم مهارات جديدة تعمل على تعديل سلوكهم ونمط حياتهم، عبر:

- زيادة دافعيتهم للعمل.
- إستغلال ديناميكية الجماعة في تكوين فرق العمل وابتاعهم لقادة نموذجيين.
- تعلم كيفية حل الصراعات، والتواصل الجيد.
- تعلم كيفية إدارة الوقت والمهام المنوطة بهم.

ويتكون البرنامج السيكو اجتماعي المقترح من عدة الجلسات، وفق المرحلة والمستوى الذي يعاني منه الفرد، والمقدرة باثنتي عشرة (12) جلسة، بمعدل جلسة كل أسبوع، تستغرق مدة التطبيق الكلي للبرنامج حوالي 25 ساعة، مدة

إمتداد مدة كل جلسة من ساعة إلى ساعتين حسب أهداف الجلسة، بالإضافة إلى الجلسات الجماعية، نعتمد على تقديم جلسات فردية لكل مشارك، موزعة عبر فترات مختلف، بحيث لا تتعدى مدة الجلسة الفردية ساعة واحدة. كما تم الإعتماد على مجموعة من الأساليب والفنيات، نذكر منها: العرض، الفيديوهات، المطويات، الحوار، المناقشة، التغذية الرجعية.

كما تم الإعتماد على العديد من الإستراتيجيات، أهمها: الإتصال، حل الصراع، تبادل الأدوار والمهام، التعاون، فرق العمل، إعادة الهيكلة.

2. أسس البرنامج السيكو اجتماعي:

يستند البرنامج السيكو اجتماعي المقترح إلى مجموعة من الأسس، نذكر منها:

1.2- الأسس الفلسفة:

أ- من أجل كشف حالات الإحتراق النفسي:

من بين الأسس الفلسفية التي يعتمد عليها البرنامج المنهج الوقائي للكشف عن حالات الإحتراق النفسي، طرح ثلاث مراحل وقائية (أولية، ثانوية وثالثية)، هذا من جهة، كما قد يكون فرديًا أو جماعيًا، وقد يكون تنظيميًا، حسب شدة وطبيعة ومستوى الإحتراق النفسي الذي يعاني منه الفرد. وفي هذا السياق، قسمت صباح بوقروز (2023) البرامج إلى أربعة أنواع برامج: (يومية، أسبوعية، شهرية وسنوية). (بوقروز، 2023، صفحة 132).

حسب نوع الوقاية:

الوقاية الأولية:

تكمن الوقاية الأولية حسب الباحث في المرافقة النفسية والطبية للعمال، أي قبل وقوع العامل في حالة الإحتراق النفسي، من خلال:

✓ تقديم ورشات تكوينية وتدريبية على مستوى المؤسسات الصحية لتحسيس بالأمراض المهنية النفسو اجتماعية، ومنها الإحتراق النفسي.

✓ المتابعة النفسية الطبية الدورية للعمال من خلال مصلحة طب العمل.

الوقاية الثانوية:

وهي مرحلة جد هامة في نظر الباحث، يتم من خلالها التكفل بالحالات التي تعاني مستويات مختلفة للإحتراق النفسي، من خلال تطبيق البرنامج المعد من طرف الباحث.

الوقاية الثالثة:

وهي مرحلة لا تقل أهمية، حيث يتم من خلالها إعادة إدماج العامل في بيئة عمله ومحاوله حمايته من العودة إلى الإحتراق النفسي.

حسب العدد:

✓ جماعي:

يعتمد الباحث على التطبيق الجماعي للبرنامج في معظم مراحله، والجدير بالذكر أنه يمكن التفريق في عدد الأفراد المكونة لهذه المجموعات، والتي قسمها الباحث إلى نوعين:

مجموعات خاصة بالأيام التكوينية: وهي ذات أعداد كبيرة مقارنة بمجموعات فرق العمل، وتضم جميع عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

مجموعات فرق العمل: حيث أعتمد الباحث في تقسيم عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إلى نفس التقسيم الإداري المعتمد، وهو:

✓ عيادات متعددة الخدمات تعمل بنظام 24 ساعة، مكونة من أربعة فرق عمل على الأقل.

✓ عيادات متعددة الخدمات تعمل بنظام 12 ساعة، مكونة من فريقين عمل على الأقل.

✓ قاعات متعددة الخدمات تعمل بنظام 8 ساعات، فريق واحد.

ويرى سرحان (2018) في هذا الشأن أنه يمكن تطبيق البرنامج على أفراد يعانون من نفس المشكلة إذا توفرت الشروط اللازمة، ويتصدى لها البرنامج (سرحان، 2018، الصفحات 17-18).

✓ فردي:

يعتمد على الجلسات الفردية بشكل أساسي خلال مقابلات الفحص الطبي الدوري لمصلحة طب العمل، بالإضافة إلى بعض الحالات الخاصة التي تعاني من إحتراق نفسي مرتفع (الداهري، 2001، صفحة 124).

كما حاول الباحث أن يراعي البرنامج مختلف الخصائص الديموغرافية للعمال، والتي نذكر منها:

✓ مراعاة العمر والخبرة:

يقصد بها الفئة العمرية المستهدفة من البرنامج، فلكل مرحلة عمرية خصائص نمائية، معرفية، إدراكية، وسلوكية، إلى جانب خبرات فردية. والفئة العمرية المستهدفة في هذه الدراسة هي عمال الصحة، حيث:

الملاحق

أقل فئة عمرية متعلقة بعدد سنوات دراسة والإختصاص وكمثال: العامل المهني أو سائق سيارة الإسعاف أكبر من 18 سنة، مساعد تمريض تكوين عامين وتوظيف مباشر بمعنى أن أقل سن يمكن مصادفته هو 20 سنة، ممرض في الصحة العمومية يحضى بتكوين لمدة ثلاث سنوات وتوظيف مباشر بمعنى أقل سن يمكن مصادفته هو 21 سنة، طبيب عام مدة التكوين سبعة سنوات توظيف بعد مسابقة بمعنى أقل سن يمكن مصادفته هو 25 سنة، أما بالنسبة للطبيب المتخصص هو ثلاث سنوات إضافة على الأقل مع التوظيف المباشر وبالتالي فإن أقل سن يمكن مصادفته هو 28 سنة.

✓ مراعاة الجنس:

مراعاة الفروق الجنسية (ذكور، إناث). نلاحظ بروز العنصر النسوي في المهن الخدماتية بدرجة كبيرة، خاصة قطاع الصحة، لإسباب متعددة خاصة السوسيو إجتماعية. وعلى هذا الأساس، وجب مراعاة الفروق بين الجنسين في هذا البرنامج من خلال محاولة مراعاة مبدأي التساوي والتجانس بين المجموعات.

✓ مراعاة نوع وطبيعة العمل:

حيث يعرف قطاع الصحة العديد من الإختصاصات في مجالات الإدارية، والشبه الطبية، والطبية. ومن هذا المنطلق، وجب أخذ خصائص كل مهنة وكذا طبيعة كل عمل بعين الاعتبار.

✓ مراعاة نوع المشاكل:

تتم مراعاة نوعية المشاكل التي يمر بها كل فرد مشارك، والإختلافات بينهم كالإختصاص، طبيعة المهنة، والجنس.

✓ مراعاة الواقعية:

يجب أن يكون البرنامج واقعياً ويمكن تحقيقه حسب الإمكانيات المتاحة.

ب- من أجل تقليل من آثار الإحتراق النفسي:

يرى الباحث أنه يمكن التقليل من آثار الإحتراق النفسي عن طريق تعديل بعض السلوكيات السلبية لبعض الأفراد، من خلال إعادة تعلمهم وإدماجهم إجتماعياً ومهنيًا، وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي والمهني عن طريق تفاعل مجموعة العوامل، نذكر منها:

✓ تكوين فرق عمل متكاملة.

✓ العمل على زيادة دافعية الإنجاز.

✓ تنمية الولاء الوظيفي.

✓ تعزيز الروح الجماعية.

✓ إبراز دور القيادة الفعالة في تسيير هذه الجماعات.

✓ تعزيز دور الإتصال الفاعل.

✓ القدرة على حل الصراعات.

✓ التكيف الإجتماعي.

✓ إدارة الوقت وإتخاذ القرار.

ومن بين مظاهر آثار الإحتراق النفسي التي يسعى الباحث للحد منها خلال تطبيق هذا البرنامج ما يلي:

1. اللامبالاة في العمل:

وهي عدم شعور العامل بروح المسؤولية، ومن بين مظاهرها:

- إرتفاع معدل الغياب.
- الدخول أو الخروج المبكر.
- العطل المرضية المزيفة (التمارض).
- الرغبة في تغيير المهنة.
- الرغبة في التقاعد المبكر.

2. العدوان:

يُعرف العدوان في علم النفس الإجتماعي على أنه نتيجة تفاعل، سواء كان إيجابيًا أو سلبيًا، وهدفة الإيذاء حسب فيشباخ (Fesboch). وقد يكون موجّهًا نحو الذات (داخليًا) أو الآخرين (خارجيًا) مثل العائلة (الزوجة، الأولاد) أو في العمل (المرضى، الزملاء، القائد، المدير).
ويأخذ العدوان العديد من الأشكال، منها:

- العدوان اللفظي
- العدواني الجسدي

3. العزلة:

وتعني غياب العلاقة أو التفاعل بين الفرد والآخرين والمجتمع.

وتتجلى مظاهر العزلة في أربعة أنواع، وهي:

- العزلة الفردية
- العزلة العائلية

- العزلة المهنية
- العزلة الاجتماعية

كما يركز البرنامج السيكيو اجتماعي المقترح على محاولة إستبدال الأفكار السلبية بأخرى جديدة وإيجابية، وتجسيدها في سلوكيات من خلال تطبيق تمارن متنوعة تعمل على إكساب المحترق نفسيًا نمط حياة صحي، يستعيد من خلاله التكيف وتحقيق التوافق بإستكشاف ذاته (ملحم، 2007، صفحة 282).

2.2- الأسس النظرية للبرنامج:

من أجل إنشاء البرنامج الخاص بالدراسة وتحقيق الأهداف النظرية المرجوة منه، وبعد مراجعة الأدبيات، تم الإعتماد في على مجموعة من النظريات التي ساعدت الباحث في فهم ظاهرة الإحتراق النفسي والآثار الناجمة عنها، بالإضافة إلى نظريات تغير السلوك في الوسط المهني، ونظريات التعلم الاجتماعي، ونظريات ديناميكية الجماعة. وعلى هذا الأساس يمكن إختيار المنهج المناسب لتحديد للأساليب والتقنيات الأمثل.

كما يعتمد البرنامج السيكيو اجتماعي على مجموعة من مبادئ علم النفس الاجتماعي، حيث طرح المبدئ الأول للعلامة ابن خلدون في مقدمته أن "الإنسان كائن إجتماعي بطبعه"، أي أنه فطر على العيش في وسط الناس (ملحم، 2012، صفحات 275-276)، وقيم بينهم علاقات إجتماعية مختلفة تؤثر فيه ويتأثر بها. من هنا يمكن القول إن الإنسان يكسب سلوكيات مختلفة، منها السليمة ومنها الخاطئة، والتي قد تختلف من فرد إلى آخر ومن جماعة إلى أخرى، ويمكن ضبطها من خلال القوانين والقيم والأعراف. وبالتالي فإن كل سلوك قابل للتغيير، ومن هنا يطرح التساؤل كيف يمكن التغير من بعض المظاهر السلوك السلبية في جماعة العمل والمتمثلة في الإحتراق النفسي؟ قد يشمل هذا التغيير والتعلم العديد من المراحل والأساليب، سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو المؤسسات، فالتغيير حالة طبيعية. ولهذا يمكن إثارة تغير السلوكيات السلبية على مستوى الأفراد في مكان العمل من خلال:

أ. ديناميكية الجماعات:

ديناميكية الجماعات الصغيرة تؤثر على الجماعات الكبيرة في العمل، والتي بدورها تؤثر على المؤسسة ككل. وفي هذا الصدد، يرى لكورت لوين (1890-1947)، أحد مؤسسي علم النفس الاجتماعي الحديث للمجموعات، أن السلوك البشري لا يكون نتيجة للقوى النفسية الفردية فقط، بل أيضًا للقوى الخاصة بالسياق الذي يتطور فيه السلوك، وبشكل أكثر تحديدًا المجموعات التي ينتمي إليها الفرد، أي أن السلوك لا يُعزى فقط إلى قوى داخلية في المجموعة، بل إلى قوى قادمة من المجال الاجتماعي الذي تنتمي إليه المجموعة، ومن الضروري السعي جاهدين لفهم المتغيرات المختلفة التي تتفاعل مع هذا السلوك أو هذه الظاهرة في موقف معين (Lweins, 2020).

ومن هذا المنظور، فإن للمجموعة واقعها الخاص الذي لا يمكن إختزاله في مجموع الأفراد الذين تتألف منهم، بل يجب إعتبارها نظامًا مترابطًا تكون فيه العناصر المختلفة هي الأعضاء بالطبع، ولكنه يشمل أيضًا أهداف المجموعة وقيمها، ومعاييرها وأساليب الإتصال والقيادة، بالإضافة إلى أدوار المشاركين وحالاتهم.

ويرى لوين أن أي تغيير في السلوك داخل المجموعة يمر بفترتين أساسيتين وهما:

فترة التوازن: والتي تتسم بالثبات بين جميع القوى المؤثرة في المجموعة.

فترة إعادة التوازن: فترات إعادة ترتيب هذا التوازن، عندما ينكسر الوضع الراهن ويحدث تغيير عن طريق تعديل أحد عناصر المجموعة أو أكثر.

كما يرى لوين أن أي تغيير في المجموعة يؤدي إلى توازن جديد وترتيب جديد بين القوى الديناميكية التي تعمل في مجال المجموعة. وتضيف رويبة سليمة (2022) أنه يمكن تحقيقه بمهدفين أساسيين الأول: تحقيق التوافق النفسي، وتحقيق الذات، والتمتع بالصحة النفسية، والثاني، حسب طبيعة المستفيدين من البرنامج المقدم (رويبي، 2022، صفحة 4).

وأشار لوين أيضًا إلى مفهوم التغيير المخطط، وهو إستبدال مجال القوة المقابل للتوازن الأولي بمجال قوة له توازنه عند المستوى المطلوب. ومن بين هذه القوى هناك مقاومة التغيير، وكلما زادت القيمة الاجتماعية لمعيار المجموعة، زادت مقاومة الأفراد للانحراف عن هذا المستوى. لذلك يفترض ليفين أنه سيكون من الأسهل تحقيق التغيير من خلال قرار جماعي، لأنه عندئذ يكون معيار المجموعة هو الذي يمكن تغييره، وبالتالي سيكون الجميع قادرين على التغيير مع الحفاظ على الإمتثال.

ويكون هذا التغيير وفق ما جاءت به:

ب. نظرية التعلم الاجتماعي:

تُعزى هذه النظرية لمؤسسها العالم الأمريكي ألبرت لندورا، وتعتبر من أحد أهم نظريات التعلم الاجتماعي، حيث تركز على التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى المعايير الاجتماعية والسياق الاجتماعي ضمن السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه التعلم، وتركز هذه النظرية على كل من العوامل الداخلية كمحدد رئيسي للسلوك، بالإضافة إلى العوامل الخارجية الأخرى القابلة للملاحظة والقياس، كما تؤكد على أن:

- الفرد كائن اجتماعي يتفاعل مع الآخرين ويؤثر ويتأثر بهم من خلال الملاحظة والتقليد.
- أهمية التعليم الكامن وذلك عبر العمليات المعرفية الكامنة للأنماط السلوكية التي تأييدها النماذج، والتي تستقر في البناء المعرفي للفرد وتظهر عند الحاجة، مما يجعل عملية التعلم وتغيير السلوك داخلية.

الملاحق

- كما أن عملية التعلم إنتقائية ومرتبطة بعدة عوامل مثل مستوى الدافعية، والعمليات المعرفية، والقدرة على صياغة الأنماط السلوكية، وقدرة الفرد على الضبط الذاتي.

ويتم توضيح ذلك من خلال المفاهيم التالية:

- النموذج الشخصي (الملاحظة المباشرة): تقترح النظرية إلى أن الفرد يتعلم عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك الآخرين والنماذج الشخصية.
- التعزيز (المكافأة والعقاب): تقوم النظرية بتسليط الضوء على دورة المكافأة في تشجيع السلوك، مثل الثناء، الإشادة، الشكر والعقاب بهدف تثبيت السلوك الغير المرغوب فيه.
- التعلم الذاتي: يعنى أن الفرد يمكنه تعلم السلوك من خلال تقييم ومراقبة نفسه وإستدراك نتائج سلوكه، بما يشمل تطوير القدرة على تنظيم السلوك وتقدير مدى فعاليته.
- الثقة بالنفس: تلعب الثقة دورًا مهمًا في قرار الفرد لأداء سلوك معين.

كما أن نظرية السلوك الإجتماعي تؤكد على أهمية البيئة الإجتماعية والتفاعلات الإجتماعية في تشكيل سلوك الفرد، ويستخدم هذا النهج في مجموعة متنوعة من المجالات كالإرشاد النفسي وعلم النفس الإجتماعي لفهم كيفية تطور السلوك وكيف يمكن تغييره (Bandura & Walters, 1963. P 50-80).

وتدعمه نظرية دوركايم النفسية الإجتماعية للتغيير، والتي تقوم على فرضيتين أساسيتين:

- كلما زاد التماثل بين الأعضاء في الجماعة زاد تماسكهم.
- كلما زادت قوى التماسك في الجماعة، زادت مقاومتها للسلوك المنحرف.

من خلال البرنامج السكو اجتماعي المقترح، نسعى إلى محاولة تكوين فرق عمل متكاملة من خلال العمل على:

1. إبراز دور القيادة الفعالة أو القائد ورئيس فريق العمل في تسيير هذه الجماعات (فرق عمل).
2. العمل على زيادة دافعية الإنجاز.
3. تعزيز دور الإتصال الفاعل.
4. القدرة على حل الصراعات.
5. التكيف الإجتماعي.
6. إدارة الوقت وإتخاذ القرار.

ج. نظرية باك للنسق الاجتماعي أو الدور الاجتماعي (Back's Social Coordination Theory):

تلخص هذه النظرية ما تم تقديمه سابقًا، وتعد من أهم نظريات علم النفس الاجتماعي، وقد طورها في القرن العشرين الفيلسوف وعالم الاجتماع الفرنسي روجيه باك (Roger B.beck). تركز النظرية على دراسة كيفية تكوين وتطوير النسق الاجتماعي في المجتمعات وكيفية تأثير ذلك على تفاعلات الأفراد والمجموعات، كما تقدم نظرة شاملة للتفاعلات الاجتماعية، وتستند إلى مفهوم النسق الاجتماعي، وهو نمط من السلوك والتفاعلات يتكرر في المجتمع ويترسخ في الثقافة والتاريخ.

وفقًا للنظرية، فإن النسق الاجتماعي يؤثر على سلوك الأفراد ويشكل توجهاتهم معتقاداتهم، وفي نفس الوقت يمكن أن يتغير ويتطور مع مرور الوقت، وذلك من خلال دراسة تفاعل أربعة عناصر أساسية:

1. النسق الاجتماعي: هو النمط الثقافي للسلوك والتفاعلات الاجتماعية في المجتمع، ويتم تشكيله وتطوره عبر الزمن.

2. الفرد والمجموعة: تدرس النظرية كيفية تأثير النسق الاجتماعي على سلوك الأفراد وتفاعلات المجموعات.

3. التغيير الاجتماعي: تسلط النظرية الضوء على كيفية تغيير النسق الاجتماعي مع مرور الوقت، وكيف يمكن أن يكون لهذا التغيير تأثير على المجتمع.

4. المؤسسات والهياكل الاجتماعية: كما تدرس النظرية أيضًا دور المؤسسات والهياكل الاجتماعية في تشكيل ودعم النسق الاجتماعي (Ferrante, J.2013. p 230-265).

نظرية باك توفر إطارًا لفهم تفاعلات البشر في المجتمع، وكيف يتأثرون بالثقافة والتاريخ والتغيرات الاجتماعية، وذلك من خلال:

1. التكرار والاستمرارية: يعتمد النسق الاجتماعي على تكرار السلوكيات واستمراريتها، بمعنى تكرار سلوك معين باستمرار يصبح هذا السلوك جزء من النسق الاجتماعي للمجتمع.

2. التغيير والتطور:

النسق الاجتماعي ليس ثابتًا، بل يمكن أن يتغير ويتطور مع مرور الوقت، حيث تؤثر التغيرات الاجتماعية مثل التكنولوجيا والتقلبات الاقتصادية والتغيرات الثقافية، والسياسات العامة في إعادة تشكيل النسق الاجتماعي.

3. الانحراف في النسق:

الملاحق

قد يتسبب الانحراف في النسق الاجتماعي في مشكلة إجتماعية؛ فعندما يختلف شخص ما عن السلوك المعتاد في مجتمعه، قد يتعرض للضغط أو التمييز.

4. الاعتراض على النسق:

يمكن للأفراد والجماعات أحياناً أن يعارضوا النسق الاجتماعي السائد ويسعون إلى تغييره. قد تشمل هذه العملية حركات إجتماعية واحتجاجات.

5. التأثير الاجتماعي:

يمكن أن يتأثر النسق الاجتماعي بشكل كبير بالتفاعلات والتأثيرات الإجتماعية والنفسية، كما يمكن للأفراد أن يتأثروا بتصرفات الآخرين ويضيفوا تأثيراتهم إلى النسق الاجتماعي.

6. التفرد والاختلاف:

يجب أن يتيح النسق الاجتماعي مساحة للتفرد وللإختلاف، بحيث يكون هناك مجال للأفراد للتعبير عن ذويهم وإحتياجاتهم الفردية داخل النسق.

كما تساعدنا نظرية النسق الاجتماعي في فهم كيفية تنظيم المجتمعات، وكيف يؤثر ذلك على سلوك الأفراد، من خلال ما يلي:

✓ التنظيم والهياكل: يشمل النسق الاجتماعي التنظيم والهياكل التي تساهم في تنظيم العلاقات الإجتماعية؛ إذ تساهم المؤسسات والمنظمات في إنشاء هياكل تنظيمية تؤثر في سلوك الفرد.

✓ التضمين الاجتماعي: قد يتضمن النسق الاجتماعي الإجتماعات والجماعات والشبكات الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد، حيث تلعب هذه العلاقات دوراً مهماً في توجيه السلوك.

✓ المعرفة والتعلم: يُعد التعلم والتطور الثقافي هما جزءاً أساسياً من النظرية؛ إذ يكتسبون الأفراد المعرفة والقيم والمعتقدات من خلال التفاعل مع النسق الاجتماعي.

✓ الثقة والاستقرار: النسق الاجتماعي يتطلب غالباً وجود الثقة بين الأفراد والمؤسسات والهياكل التنظيمية، حيث تلعب الثقة دوراً مهماً في إستقرار النسق الاجتماعي.

✓ التنوع والإختلاف: قد يوجد تنوع وإختلاف في النسق الاجتماعي، إذ يمكن أن يختلف سلوك الأفراد والقيم والعادات من مجتمع إلى آخر.

- ✓ التفاعل الاجتماعي: يتطلب النسق الاجتماعي تفاعلاً اجتماعياً بين الأفراد، يمكن أن يحدث هذا التفاعل في سياقات متنوعة، بما في ذلك الأسرة، العمل، المدرسة، والمجتمع عامة.
- ✓ التغير والتحول: يمكن أن يتغير النسق الاجتماعي ويتحول مع تطور المجتمع والتغيرات مع مختلف الظروف الاجتماعية والإقتصادية والثقافية.
- نظراً لتعقيد العوامل المشار إليها أعلاه، تُعدّ نظرية النسق الاجتماعي أداة مفيدة لفهم العلاقات الاجتماعية وسلوك الأفراد في العالم الحديث؛ إذ يمكن إستخدامها لدراسة مجموعة متنوعة من المواضيع، بما في ذلك التغير الاجتماعي، التنمية الاجتماعية والتفاعلات البينية في المجتمع. (Person , t.1951. p 23 -55)
- بالإضافة إلى ذلك، تؤدي نظرية النسق الاجتماعي دوراً هاماً في تفسير العديد من العناصر والجوانب المتعلقة ببيئة العمل وإدارة مناج العمل، من خلال ما يلي:
- ✓ فهم الثقافة التنظيمية: تساعد نظرية النسق الاجتماعي على فهم الثقافة التنظيمية داخل المنظمة، والتي تشمل القيم والمعتقدات والسلوكيات المشتركة بين الأعضاء المنظمة. ومن خلال فهم هذه الثقافة، يمكن لمناج العمل تحليل كيفية تأثيرها في سلوك الموظفين وأدائهم.
- ✓ إدارة التغير المؤسسي: تُمكن نظرية النسق الاجتماعية إدارة مناخ العمل من فهم تأثير التغيرات المؤسسية في الأفراد والفرق داخل المنظمة. فعند حدوث تغير في نسق اجتماعي معين في المنظمة، قد يكون لذلك تأثير كبير في الموظفين؛ ومن ثمّ يمكن لمناج العمل التخفيف من التأثيرات السلبية وتعزيز نجاح عملية التغير والعكس صحيح.
- ✓ تعزيز التواصل وبناء العلاقات: تشجع النظرية على التفكير وأهمية التواصل وبناء العلاقات داخل المنظمة؛ إذ يمكن إستخدامها في تحليل كيفية تكوين وتعزيز العلاقات الإيجابية بين الموظفين والفرق وتعزيزها.
- ✓ تحليل السلوك المهني والأخلاقي: نظرية النسق الاجتماعي تساعد مناج العمل على تقدير السلوك المهني والأخلاقي للموظفين داخل المنظمة؛ إذ يمكن إستخدامها للتفكير في القيم والمعايير الاجتماعية التي تشكل تصرفات الموظفين، وكيفية تحفيز السلوك المهني والأخلاقي الجيد.
- ✓ إدارة التنوع والشمولية: يمكن إستخدام نظرية النسق الاجتماعية في بيئات العمل المتنوعة لفهم كيفية تأثير التنوع الثقافي والاجتماعي على التفاعلات والعلاقات داخل المنظمة، حيث يمكن تنمية إستراتيجيات لإدارة التنوع بفاعلية وتعزيز الشمولية.

- ✓ تحليل الصراع وحل المشكلات: تُستخدم لفهم أسباب الصراع داخل المنظمة وكيفية حله، من خلال التحليل العميق للنسق الاجتماعي وتحديد العوامل التي تساهم في الصراع، حيث يمكن تطبيق إستراتيجيات لحل المشكلات وتعزيز التعاون بين الموظفين.
- ✓ تطوير السياسات والإجراءات: نظرية النسق الاجتماعي يمكن أن توجه تطوير السياسات والإجراءات داخل المنظمة، من خلال فهم النسق الاجتماعي والتأثيرات المحتملة للسياسات على هذا النسق، يمكن تصميم سياسات تعزز التوازن والكفاءة داخل المنظمة.
- ✓ تحفيز وإشراك الموظفين: يمكن استخدام نظرية النسق الاجتماعي لفهم ما يحفز ويشجع الموظفين على الأداء الجيد، وعند فهم القيم والتوقعات المشتركة بين الموظفين، يمكن تطبيق إستراتيجيات تحفيزية تعزز الأداء والمشاركة.
- ✓ تطوير القيادة والمهارات الإدارية: من خلال تفهم النسق الاجتماعي في المنظمة، يمكن تطوير مهارات القيادة والإدارة التي تتيح له التفاعل بفعالية مع الموظفين وتوجيههم بناءً على القيم والتوقعات المشتركة.
- ✓ تقييم الأداء وتطوير الموارد البشرية: يمكن لنظرية النسق الاجتماعي أن تكون أساسًا لعمليات تقييم الأداء وتطوير الموارد البشرية داخل المنظمة، حيث يمكن استخدامها لتحديد السلوكيات المرغوبة وتقييم مدى توافق الموظفين مع النسق الاجتماعي. (luhmann , N,1995.p 100-140).
- ✓ الابتكار وتحسين الجودة: من خلال تفهم النسق الاجتماعي، يمكن لمناج العمل على تحفيز الابتكار وتحسين الجودة داخل المنظمة، يمكن تطبيق هذا الفهم لتحسين عمليات الإنتاج والخدمة وزيادة رضا العملاء.
- وبشكل عام، يمكن لنظرية النسق الاجتماعي توفر إطارًا نظريًا هامًا لفهم وتحليل العلاقات الاجتماعية داخل المنظمة وتوجيه جهود مناج العمل لتحقيق الأهداف وتعزيز الأداء والتفاعلات الإيجابية بين الموظفين من خلال:
- ✓ التقييم الإستراتيجي وإتخاذ القرارات: من خلال فهم النسق الاجتماعي في المنظمة، يمكن لمناج العمل توجيه عمليات إتخاذ القرارات الإستراتيجية، كما يمكنه تقدير كيفية تأثير القرارات المحتملة على النسق والعلاقات داخل المنظمة وإختيار الخيارات التي تعزز التناغم والاستقرار.
- ✓ إدارة التوترات والصراعات الشخصية: نظرية النسق الاجتماعي تمكّن مناج العمل من التعامل مع التوترات والصراعات الشخصية بشكل أفضل، يمكنه فهم الأسباب الكامنة وراء هذه التوترات وإستخدام إستراتيجيات لتقليلها وحل الصراعات بطرق بناءة.
- ✓ تطوير السلوك التنظيمي الأمثل: بإستخدام فهم النسق الاجتماعي، يمكن لمناج العمل تحفيز الموظفين لتطوير السلوك التنظيمي الأمثل، حيث يمكنه توجيه الموظفين نحو التصرف بما يتناسب مع قيم المنظمة ويعزز التواصل الفعال والتعاون.

الملاحق

- ✓ تحسين الأداء التنظيمي والإنتاجية: من خلال تحسين النسق الاجتماعي وتعزيز التفاعلات الإيجابية، يمكن لمناج العمل تحقيق تحسينات في الأداء التنظيمي وزيادة معدلات الإنتاجية.
- ✓ تطوير المهارات الشخصية والتنمية المهنية: يمكن استخدام نظرية النسق الاجتماعي لتحفيز تطوير المهارات الشخصية والمهنية للموظفين، كما يمكنه دعم النمو الفردي وتوجيه الموظفين نحو تحقيق أهدافهم المهنية.
- ✓ العمل عبر الحدود الثقافية: في منظمات عالمية أو متعددة الثقافات، يمكن استخدام نظرية النسق الاجتماعي لفهم التفاعلات بين موظفين من خلفيات ثقافية متعددة وكيفية تعزيز التفاهم والتعاون.
- ✓ التعامل مع التحديات الاجتماعية الحالية: يمكن لمناج العمل الاستفادة من نظرية النسق الاجتماعي لفهم تأثير التحديات الاجتماعية الحالية، مثل جائحة كوفيد-19 على النسق الاجتماعي داخل المنظمة وكيفية التكيف معها.
- بإختصار، نظرية النسق الاجتماعي تقدم إطارًا قيميًا وعمليًا لمناج العمل لفهم وتحليل العلاقات الاجتماعية داخل المنظمة وإتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين بيئة العمل وتحقيق أهداف المؤسسة من خلال:
- ✓ تحسين ظروف العمل والرضا الوظيفي: من خلال فهم النسق الاجتماعي، يمكن تطبيق تحسينات على ظروف العمل والبيئة المهنية لزيادة رضا الموظفين وتحفيزهم.
- ✓ تطوير القيادة الاجتماعية: مناج العمل يمكنه الاعتماد على نظرية النسق الاجتماعي لتطوير مهارات القيادة الاجتماعية، مثل القدرة على توجيه وتحفيز الموظفين وبناء علاقات قوية داخل المنظمة وخارجها.
- ✓ التطورات الاجتماعية الحديثة: يمكن لنظرية النسق الاجتماعي مساعدة مناج العمل في فهم التطورات الاجتماعية الحديثة مثل التوجهات نحو التنوع والشمولية وأثرها على العمل والتواصل في المنظمة.
- ✓ تطوير البرامج التدريبية: يمكن استخدام نظرية النسق الاجتماعي لتصميم برامج تدريبية تساعد الموظفين على تطوير مهارات الإتصال والتفاعل الاجتماعي.
- ✓ إدارة التغيرات التكنولوجية: في العصر الرقمي الحديث، تلعب نظرية النسق الاجتماعي دورًا في فهم كيفية تأثير التغيرات التكنولوجية على السلوك والعلاقات داخل المنظمة، يمكن لمناج العمل استخدام هذا الفهم لإدارة تحولات التكنولوجيا بفعالية وضمان التكيف معها.
- ✓ الإستدامة والمسؤولية الاجتماعية: يمكن لنظرية النسق الاجتماعي أن تلعب دورًا في فهم كيفية تأثير الإستدامة والمسؤولية الاجتماعية على سلوك المنظمة وعلاقتها مع المجتمع.
- ويمكن تدعيم ذلك من خلال:

د. نظرية الاتصال البيئي (Social Exchange Theory):

تركز النظرية على تفاعل الأفراد وإتصالاتهم مع الآخرين في سياق العلاقات الاجتماعية، كما أشارت النظرية أن الأفراد يتشاركون في علاقات إجتماعية بناء على تبادل الموارد والمكافأة كما يقومون بتقدير تكلفة المشاركة في هذه العلاقات كما تشمل النظرية أيضا:

✓ **التبادل:** يعتمد الفرد على تبادل المواد مع الآخرين في العلاقات الاجتماعية، يمكن أن تكون الموارد مادية مثل المال الوقت أو المشورة أو الدعم العاطفي أو المساندة الاجتماعية.

✓ **المكافأة والتكلفة:** يقوم الأفراد بتقدير المكافأة التي يمكن الحصول عليها من العلاقة مقابل التكلفة التي يتحملونها، إذا كانت المكافأة تفوق التكلفة فإن العلاقة مجزية ومستدامة، وإذا كانت التكلفة تفوق المكافأة فإن الفرد ينظر في إنهاء العلاقة.

✓ **الإعتمادية:** تشمل هذه الفكرة الثقة التي يمكن أن يُكوّن الأفراد على أساسها في علاقاتهم، عندما يشعر الفرد بأنه يمكن الإعتماد على شخص آخر لتقديم الموارد والدعم تكون العلاقة أكثر عرضة لبقاء.

نظرية الإتصال البيئي تسلط الضوء على الجوانب الإقتصادية والمنفعية في العلاقات النفسية والاجتماعية وكيفية إستخدامها لفهم سلوك الأفراد في مجموعات متنوعة من السياقات الاجتماعية مثل (العلاقات العاطفية، الصداقات، العلاقات الاجتماعية في مكان العمل) (Dedvito , 2016 , p 50-45) و (berger , 1975 , p 99-105).

و. نظرية التأثير الاجتماعي (Social Influence Theory):

تركز هذه النظرية على تأثير الأفراد على سلوك وإتجاهات الآخرين في العلاقات الاجتماعية، حيث تشمل مجموعة من العوامل والمفاهيم التي تساهم في فهم كيفية تأثير الأفراد مع بعضهم البعض ومن بينها:

✓ **الإلتزام الاجتماعي (Social Commitment):** يعبر عن الإلتزام الاجتماعي بالقواعد والتوقعات الاجتماعية، فعندما يشعر الفرد بالإلتزام بقواعد المجتمع فإنه يكون عرضة للتأثير من قبل هذه القواعد وتبعاتها.

✓ **التأثير الاجتماعي المعتمد على السلطة (Social Power-based Influence):**

يشير إلى إستخدام السلطة أو التهديد بالعقوبة لتحقيق التأثير على سلوك الآخرين، على سبيل المثال فرييس العمل يؤثر على سلوك الموظفين من خلال تهديدهم بالمكافأة أو العقوبة.

✓ **التأثير الاجتماعي المعتمد على الجاذبية (Social Attraction-based Influence):**

يتعلق بتأثير الفرد على الآخرين بناءً على جاذبيتهم الشخصية وصفاتهم الإيجابية، يمكن أن يكون للأفراد تأثير إيجابي على الآخرين ببساطة بسبب كاريزماتهم وشخصيتهم المؤثرة.

✓ الإلتزام الاجتماعي المحظي (Social Consistency-based Influence):

يعبر عن رغبة الأفراد في الحفاظ على إتساق سلوكهم مع سلوك الآخرين في المجموعة، إذا كان الفرد يشعر بالضغط لتقديم تصرف معين للموائمة مع سلوك الجماعة فإنه قد يتأثر بهذا الضغط.

✓ التأثير الاجتماعي المعتمد على الدلالة (Social Informtion-based Influence):

يتعلق بكيفية إستنتاج الأفراد للسلوك المثالي من خلال مراقبة سلوك الآخرين وإستخدامه كمصدر للمعلومات، مثال إذا قام شخص ما بتصرف معين وإعتقد الآخرون أن هذا هو التصرف الصحيح فإنهم يقلدون هذا السلوك.

فنظرية التأثير الاجتماعي تساهم في فهم تفاعلات الأفراد في العلاقات الاجتماعية وكيفية تأثيرهم على بعضهم البعض من خلال السلطة، الجاذبية والإلتزام. (Worchel, S. & Williams, S.2012.p430-460)

هـ. نظرية التصورات الاجتماعية (Social Representation Theory):

تركز على كيفية تشكيل وإنتشار التصورات الاجتماعية في المجتمع وكيف يؤثر ذلك على تفاعلات الأفراد مع العالم الاجتماعي من حولهم، تمثل التصورات الاجتماعية المعتقدات والمعلومات التي يحملها الأفراد حول مجموعة معينة أو موضوع اجتماعي وتشمل العديد من النقاط الرئيسية منها:

✓ **تشكيل التصورات:** تظهر التصورات الاجتماعية كنتاج لعمليات تشكيل تتعلق بالثقافة والتجارب الشخصية والتفاعلات مع الآخرين يتعلم الأفراد هذه التصورات من خلال التفاعل مع محيطهم ومشاهدتهم لسلوكيات الآخرين.

✓ **الإنتشار والإستقرار:** تنتشر التصورات الاجتماعية في المجتمع من خلال التواصل والتفاعل الاجتماعي، كما يمكن للتصورات أن تصبح جزءاً من الثقافة وتظل ثابتة على مر الزمن إذا لم تواجه تحديات كبيرة.

✓ **الدور في توجيه السلوك:** حيث تلعب التصورات الاجتماعية دوراً مهماً في توجيه سلوك الأفراد، فعندما يشارك الفرد في مختلف العمليات الاجتماعية ويتفاعل مع الآخرين فإن تصوراتهم تؤثر على قراراته وسلوكه.

✓ **التصورات الاجتماعية المشتركة:** تتشكل التصورات الاجتماعية المشتركة عندما يتفق الأفراد حول موضوع معين، هذه التصورات يمكن أن تكون جزءاً من الهويات الجماعية وتؤثر على تفاعل المجموعات.

✓ **التغيير والتطور:** يمكن للتصورات الاجتماعية أن تتطور مع مرور الوقت وتغير الظروف الاجتماعية والثقافية (Fiske, & Taylor, 2017.p 1-45). (Nisbett, R, & Wilson, T. D.1977)

الملاحق

فتسهم نظرية التصورات الاجتماعية في فهم كيفية تأثير الثقافة والمجتمع على الإعتقادات والسلوكيات، وكيفية تشكل تصورات الأفراد وتكوينها حول مختلف الموضوعات.

3. أهداف البرنامج المقترح:

1.3. الهدف العام:

يهدف البرنامج السيكو اجتماعي المقترح إلى التقليل من مستوى الاحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة.

2.3. الأهداف الضمنية الإجرائية:

إعداد برنامج سيكو اجتماعي يحمل أهدافاً متعددة، تكون مباشرة أو غير مباشرة، ومن بين الأهداف غير المباشرة، التي يحاول الباحث الوصول إليها، وذلك بعد مراجعة الأدبيات الخاصة بالاحتراق النفسي، فقد قسّمها إلى أربعة أبعاد:

البعد الأول:

ذات طابع المهني: وتهدف إلى:

- ✓ تكوين فرق عمل متماسكة ومتكاملة.
- ✓ تعزيز الإلتزام الوظيفي لدى العمال.
- ✓ تعزيز روح الفريق من (تعاون، تأزر، الدعم، المساندة)
- ✓ تعزيز العلاقات الاجتماعية المهنية.
- ✓ الحد أو التقليل من ظاهري الكسل والتسكع الاجتماعي.

البعد الثاني:

ذات الطابع النفسي: تهدف إلى التقليل من:

- ✓ القلق.
- ✓ الغضب.
- ✓ الحزن.
- ✓ الإكتئاب
- ✓ الإرهاق.
- ✓ التشاؤم.

✓ التشبيط.

✓ اضطراب مختلف العمليات العقلية.

✓ كما تساعد على حل المشاكل وإصدار القرارات.

البعد الثالث:

ذات طابع إجتماعي: تعمل على الحد من:

✓ العزلة بمختلف أشكالها (المهنية، العزلة الإجتماعية، العزلة العائلية)

✓ تدهور العلاقات الإنسانية (مهنية، إجتماعية، عائلية)

✓ اللامبالاة (الدخول المتأخر، الخروج المبكر، الغياب، العطل المرضية، الإمتثال لأوامر الرؤساء).

✓ مقاومة التغيير حتى ولو كان إيجابياً.

البعد الرابع:

ذات طابع نفسو اجتماعي: تعمل على التقليل من:

✓ العدوان سواء كان لفظي أو جسدي نحو (زملاء العمل، أفراد العائلة، الذات).

✓ تكوين الإتجاهات السلبية نحو (زملاء العمل، العمل والمجتمع بصفة عامة).

✓ اللامسؤولية عدم تحمل مسؤولية تصرفاته وسلوكياته وكثرة لوم الآخرين.

✓ إنخفاض الرغبة في العمل.

✓ الرغبة في التقاعد.

✓ الرغبة في تغيير المهنة.

3.3. الأهداف الإجرائية:

بعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، يتوقع الباحث الوصول إلى:

✓ إكساب فريق العمل للعديد من المهارات التي تمكنهم من خفض مستوى الإحترق النفسي والتقليل من آثاره.

✓ تنمية روح الإنتماء وتكوين فرق عمل متكاملة، ومتناسقة مع بعضها البعض.

✓ رفع قدرة الإتصال والتواصل لدى فريق العمل بين مختلف العمال، سواء رؤساء أو مرؤوسين، مع القدرة والمشاركة

في إتخاذ القرارات وحل الصراعات.

✓ تعزيز السلوكيات النفسية الإجتماعية والمهنية الإيجابية، ومحاولة إطفاء السلوكيات السلبية، وتكوين إتجاهات

إيجابية نحو (العمل، الزملاء، الرؤساء والمرؤوسين) في مختلف الجوانب.

الملاحق

✓ إتاحة الفرصة للعمال للتعبير والتنفيس عن مشاعرهم، وطرح تصوراتهم والأفكار والمشكلات التي تواجههم في العمل، والعمل على تعلم التقنيات والأساليب التي تساعد على مواجهتها من خلال المساندة والدعم الاجتماعي فيما بينهم.

✓ مساعد العمال في حياتهم اليومية وتحقيق التوازن والتوافق النفسي.

ولتنفيذ هذه الأهداف الإجرائية، وجب الإجابة على الأسئلة التالية:

✓ من المستفيد من البرنامج؟

✓ استفادة من البرنامج جميع عمال الصحة.

✓ متى يستفاد من البرنامج؟

✓ يستفيد العمال من البرنامج في الفترة الممتدة من

✓ كيف يستفيد العمال من البرنامج؟

يستفيد عمال الصحة من البرنامج من خلال أيام تكوينية وجلسات نفسو اجتماعية معدة سابقاً من طرف الباحث، تتضمن مختلف الخدمات، حيث تحتوي كل حصة على أنشطة هادفة ومتنوعة، سواء كانت نفسية أو إجتماعية، كما تحتوي على العديد من التمارين المختلفة والواجبات المنزلية.

4-ألية تنفيذ البرنامج:

1.4. خطوات ما قبل البرنامج:

قبل المباشرة في تصميم البرنامج السيكو اجتماعي، يعتمد الباحث على إجراء دراسة إستطلاعية بغية تحقيق العديد من الأهداف، أهمها التحقق من:

✓ مستويات الإحترق النفسي الكلي لدى عمال قطاع الصحة بولاية قالمه.

✓ مستوى الإحترق النفسي لدى عمال قطاع الصحة في أبعاده الثلاثة: الإستنزاف الإنفعالي، تبلد المشاعر، ونقص في الإنجاز.

✓ العلاقة بين متغير الإحترق النفسي وبعض المتغيرات الشخصية (السن، الجنس، والخبرة)، وبعض المتغيرات المهنية (طبيعة المهنة، مكان العمل، طبيعة الدوام)، وتأثير المناوبات الليلية وكذا العمل بمصلحة كوفيد19.

✓ التأكد من صدق وثبات مقياس ماسلاش المكيف على البيئة الجزائرية في الوسط الطبي.

✓ محاولة التعرف على بيئة العمل في قطاع الصحة النفسية والاجتماعية ومدى خطورتها.

✓ محاولة تسليط الضوء على ظروف العمل، سواء كان ذلك على المستوى الفردي أو التنظيمي.

✓ محاولة طرح الإستراتيجيات المناسبة التي تبرز طرق وكيفيات التدخل من أجل خفض الإحترق النفسي.

حيث أُجريت الدراسة على مختلف عمال المؤسسات الإستشفائية بولاية قلمة (مؤسسات إستشفائية، مؤسسات جوارية للصحة، عيادات متعددة الخدمات، قاعات علاج)، وشملت مختلف التخصصات الطبية (أطباء مختصون، أطباء عامون، أطباء الأسنان)، تخصصات شبه طبية (الممرضون، البيولوجيون، المخبريون، أعوان الأشعة، قابلات، نفسانيون)، بالإضافة إلى الأسلاك الإدارية والمشاركة من (أعوان الإدارة، السائقون، الحراس)، كما مست مختلف الفئات العمرية.

ولتحقيق ذلك، تم تنظيم يوم تحسيس للوقاية من أخطار العمل بعنوان: "الإحترق النفسي كأحد مظاهر الأخطار النفسية والإجتماعية بالوسط المهني"، بالمعهد التكوين الشبه طبي، منظم من طرف الباحث بعد الإتفاق مع مدير المؤسسة واللجنة العلمية للمؤسسة الجوارية ومدرسة التكوين الشبه طبي بقلمة، حيث وُزعت أكثر من 50 إستمارة لمقياس ماسلاش على الحضور، كما إستعان الباحث بمصلحة طب العمل التابعة للعيادة المتعددة الخدمات الإخوة أومدور، التابعة للمؤسسة الجوارية قلمة، من أجل توزيع أكبر عدد ممكن من الإستمارات، حيث بلغ 350 إستمارة على مختلف عمال المؤسسات الصحية بولاية قلمة، حتى يتسنى لنا حفظها مع الملف الطبي لكل عامل، وبالتالي يمكن إسترجاعها وإستردادها فيما بعد لمعرفة العمال ذوي مستويات الإحترق النفسي المرتفع.

وبعد إسترجاع الإستمارات، تم فرزها وفحصها جيداً، فُقِبل منها 308 إستمارة إعْتُمدت في الدراسة الإستكشافية، وذلك في الفترة الزمنية الممتدة من 01-01-2022 إلى غاية 01-01-2023، حيث توصلنا من خلالها إلى العديد من النتائج التي نخدم دراستنا، أهمها:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي تُعزى للمتغيرات (مكان العمل، السن، الخبرة)، ومن خلال نتائج هذه الدراسة الإستكشافية أصبحت لدينا نظرة واسعة حول كيفية إختيار أفراد العينة.

2.4. العينة:

بما أن أهم مخرجات الدراسة الإستكشافية هي عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير مكان الوظيفة، حيث وجدنا أنه لا توجد فروقات في متوسطات مستوى الإحترق النفسي بين مختلف المستشفيات. ومن أجل التمكن من ضبط العينة، إرتأينا إعتقاد العينة القصدية (عمال ذوي مستوى إحترق نفسي مرتفع من المؤسسة العمومية للجوارية قلمة ومن مختلف الأسلاك)، حيث سوف نحاول مراعاة التساوي والتكافؤ بين المجموعات.

بعد ذلك، سوف نقوم بإختيار المجموعات التجريبية، وذلك بإختيار هياكل صحية متكافئة، بمعنى:

الملاحق

- نختار عيادة متعددة خدمات تعمل بنظام 24 ساعة (واحدة ضابطة وأخرى تجريبية).
- عيادة متعددة الخدمات تعمل بنظام 12 ساعة (واحدة ضابطة وأخرى تجريبية).
- قاعة علاج (واحدة ضابطة وأخرى تجريبية).
- كما نختار بعض فرق العمل (واحدة ضابطة وأخرى تجريبية).

3.4. الأساليب المستخدمة في البرنامج السيكو اجتماعي:

يستخدم الباحث بعض الأساليب والفنيات المعينة في تحقيق أهداف البرنامج، مثل: المحاضرة، المناقشة الجماعية والمقابلة، الحوار المتبادل، الملاحظة.

البرنامج السيكو اجتماعي المقترح

محتوى ملخص للجلسات:

الجلسات	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	الوسائل المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى 01	الجلسة التمهيدية المخاطر المهنية	التعارف بين الباحث والمشاركين تعارف أعضاء المجموعة فيما بينهم كسب الثقة وبناء الألفة تهيئة البرنامج وتقديمه وشرح محتواه والهدف منه وأهميته، وكذا تقديم نبذة على الارشاد النفسي والمخاطر النفسية واجتماعية للاحتراق النفسي الاتفاق على المواعيد والعقد الارشادي اجراء القياس القبلي	محاضرة العرض الحوار المناقشة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي للقياس القبلي بطاقات تقييم الجلسة	180 دقيقة
الجلسة الثانية 02	المخاطر النفسو اجتماعية للاحتراق النفسي	التعرف على المخاطر النفسية والاجتماعية	محاضرة العرض مطويات فيديوهات	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي	120 دقيقة

الملاحق

	بطاقات تقييم الجلسة	الحوار المناقشة	الامام النظري بموضوع الاحتراق النفسي التعرف على الأعراض النفسية والاجتماعية للاحتراق النفسي. تعلم استراتيجيات الضبط الذاتي (مراقبة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات)		
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض مطويات فيديوهات الحوار المناقشة	الامام النظري بموضوع الاستنزاف الانفعالي من أعراض، مراحل وكيفية التدخل والعلاج تعلم وتدريب على استراتيجيات الضبط الذاتي (مراقبة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات)	الاستنزاف الانفعالي	الجلسة الثالثة 03
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض مطويات فيديوهات الحوار المناقشة	الامام النظري بموضوع تبدل المشاعر من أعراض، مراحل، وكيفية التدخل والعلاج تعلم وتدريب على استراتيجيات الضبط الذاتي (مراقبة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات)	تبدل المشاعر	الجلسة الرابعة 04
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض مطويات فيديوهات الحوار المناقشة	الامام النظري بموضوع نقص الإنجاز من أعراض، مراحل وكيفية التدخل والعلاج تعلم وتدريب على استراتيجيات الضبط الذاتي (مراقبة الذات، تقييم الذات، تعزيز الذات)	نقص الإنجاز	الجلسة الخامسة 05
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تبصير المجموعة بدناميكية الجماعة	ديناميكية الجماعة	الجلسة السادسة 06

الملاحق

	بطاقات تقييم الجلسة		تعريف الجماعة وأهميتها وكيفية تكوينها خاصة جماعة العمل سواء الرسمية أو غير رسمية وكيفية تأثير وتأثر الأفراد فيما بينهم كيفية تكوين واختيار فرق العمل تعمل بعض الاستراتيجيات التي تساعد عمل الأفراد فيما بينهم (المساعدة، التأزر،		
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تنوير المجموعة بموضوع الصراع (المهني، الفردي، والإجتماعي) كيفية تأثيره وأهميته دوره في الرفع أو الخفض من مستوى الإحتراق النفس. تعلم إستراتيجيات حل الصراع التكيف الإجتماعي، التواصل الفعال، المساندة الإجتماعية	الصراع	الجلسة السابعة 07
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تبصرة المجموعة بموضوع الإتصال والتواصل وأهميته في الخفض أو الرفع من مستوى الإحتراق النفسي. تعلم وتدرّب على بعض الأنشطة واستراتيجيات الإتصال والتواصل	التواصل والاتصال	الجلسة الثامنة 08
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تبصرة المجموعة بموضوع التفاعل الإجتماعي وأهميته في الخفض أو الرفع من مستوى الإحتراق النفسي. تعلم وتدرّب على بعض الأنشطة واستراتيجيات التفاعل الإجتماعي	التفاعل الاجتماعي	الجلسة التاسعة 09
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تبصرة المجموعة بموضوع ودور القيادة ومدى أهميتها في خفض أو الرفع من مستوى الإحتراق النفسي.	القيادة	الجلسة العاشرة 10

الملاحق

	واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	المناقشة لعب الأدوار	تعلم وتدريب على بعض الأنشطة واستراتيجيات القيادة الفعالة طرح بعض القوانين الأساسية لمختلف الأسلاك مناقشتها		
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام واجب منزلي بطاقات تقييم الجلسة	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تبصرة المجموعة بموضوع الاتصال والتواصل وأهميته في خفض أو الرفع من مستوى الإحترق النفسي. تعلم وتدريب على بعض الأنشطة واستراتيجيات التي تزيد من الدافعية لدي العامل (التعزيز الإيجابي، تقدير الذات،)	الدافعية	الجلسة الحادية عشر 11
120 دقيقة	حاسوب، جهاز العرض أوراق، أفلام بطاقات تقييم الجلسة بطاقات تقييم البرنامج	محاضرة العرض الحوار المناقشة	تقديم عرض ملخص لكل الجلسات خلاصة للبرنامج القياس البعدي	الختامية	الجلسة الثانية عشر 12

المحتوى التفصيلي للجلسات:

الجلسة الأولى:

كانت بتاريخ: 2024-09-01

المدة الزمنية: 180 دقيقة

التوقيت: من 9:00 الى 12:00

الموضوع: المخاطر المهنية الإحتراق النفسي

أهداف اليوم التكويني:

- ✓ تقديم مفاهيم واضحة وكاملة حول موضوع الإحتراق النفسي.
- ✓ تقديم تعريف عام للبرنامج وبناء العلاقة الإرشادية.
- ✓ تحديد بعض الأفراد المتطوعين للدخول في البرنامج والذين يظنون أنهم يعانون من الإحتراق النفسي.
- ✓ تطبيق القياس القبلي على أفراد الدراسة.
- ✓ التعارف وبناء العلاقة الإرشادية بين الباحث والمشاركين.
- ✓ كسر الحواجز النفسية.
- ✓ تقديم أهداف وتوضيح البرنامج.
- ✓ تزويد المشاركين بعدد الجلسات ومواعيدها.
- ✓ الإتفاق على قواعد البرنامج مع المشاركين.

الفنيات المستخدمة:

- ✓ المحاضرة المبسطة.
 - ✓ مطويات.
 - ✓ فيديوهات.
 - ✓ الحوار والنقاش.
 - ✓ نشاط لكسر الحواجز (استبيان الإحتراق النفسي) قياس قبلي.
- الأدوات: جهاز كمبيوتر، جهاز العرض، سبورة، أقلام، أوراق، مقياس الإحتراق النفسي.

الخطوات الإجرائية:

أولاً: بعد إستقبال المشاركين في مكان المعد للإجتماع (مدرسة التكوين الشبه طبي قالملة)، قام الباحث بالترحيب بهم وتقديم نفسه لهم.

ثانياً: وزّع الباحث إستبيان الإحتراق النفسي على المشاركين وطلب الإجابة عنه، بعد الإنتهاء تم إسترداد الإستبيانات.

ثالثاً: قدم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع المخاطر المهنية بصفة عامة، وحدد مفهوم الإحتراق النفسي، حيث تضمن العرض جل المفاهيم الأساسية المتعلقة بالموضوع.

رابعاً: إستدعى الباحث طبيبتين مختصتين لتدعيم موضوع الدراسة:

✓ الطبيبة بومعزة سمّاح، مختصة في الأمراض النفسية والعصبية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة، وطبيبة منسقة بمصلحة المدمنين.

✓ الطبيبة كروش أمال، مختصة في طب العمل بمصلحة والوقاية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قالملة.

خامساً: عرض الباحث الإشكالية وطرق التعامل معها، ثم فتح باب النقاش والحوار مع المشاركين.

سادساً: عرض البرنامج وشرح أهم الأهداف المرجوة منه، وهي إجراء دراسة حول فاعلية برنامج سيكو اجتماعي للتقليل من آثار الإحتراق النفسي لدى عمال الصحة، مع توضيح أن المشاركين يمثلون عينة الدراسة، وسيتم تطبيق مقياس قبلي للتحقق من عدد الذين سيلتحقون بهذا البرنامج.

سابعاً: تحديد الأفراد أو العناصر التي تساهم وتتولى في تنظيم الجلسات وإعداد الأجهزة اللازمة لها.

ثامناً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة

تاسعاً: إنهاء الجلسة.

الجلسة الثانية: المخاطر النفسو اجتماعية للإحتراق النفسي.

بتاريخ: 2024-09-08

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على أهم المخاطر النفسو اجتماعية للإحتراق النفسي.
- ✓ فهم كيفية الإصابة بها، ومراحلها، وكذلك تطورها.
- ✓ طرح بعض الإستراتيجيات للتقليل والحد من هذه المخاطر.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد وتسجيل الحضور.

ثانياً: يقدم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع المخاطر النفسو اجتماعية لظاهرة الإحتراق النفسي، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية المتعلقة بالموضوع.

ثالثاً: فتح باب النقاش والحوار.

رابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

خامساً: تقديم واجب منزلي:

✓ إعداد برنامج أسبوعي تفصيلي حول النشاطات اليومية.

✓ عرض مختلف الأعراض التي يعاني منها المسترشد والتي تم ذكرها في المحاضرة.

ملاحظة: يُقدّم الواجب المنزلي في نهاية الجلسة ويُسترجع في الجلسة التالية (التغذية الراجعة).

سادساً: بعد الإتفاق على موعد الجلسة المقبلة، شكر الحضور على المشاركة وإنهاء الجلسة.

الجلسة الثالثة: عنوانها الإستنزاف الإنفعالي.

بتاريخ: 2024-09-15

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

هدفها:

- ✓ التعرف على مفهوم الإستنزاف الإنفعالي.
- ✓ التعرف على أهم أعراض الإستنزاف الإنفعالي.
- ✓ فهم مراحل وكيفية للإصابة بالإستنزاف الإنفعالي.
- ✓ طرح طرق وإستراتيجيات لتجنب وتقليل الإصابة بالإستنزاف الإنفعالي.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث باسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع الإستنزاف الإنفعالي، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية لهذا البعد من الإحتراق النفسي.

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي:

✓ عرض مختلف الأعراض التي يعاني منها المسترشد والتي سبق ذكرها في المحاضرة.

تاسعاً: التدريب على إستراتيجيات إدارة الوقت والاسترخاء.

عاشراً: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الجلسة الرابعة: عنوانها تبльд المشاعر.

بتاريخ: 22-09-2024

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مفهوم تبльд المشاعر.
- ✓ عرض أهم أعراض تبльд المشاعر.
- ✓ التعرف على مختلف مراحل وتطور هذا البعد وكيفية الإصابة به.
- ✓ طرح بعض الطرق والإستراتيجيات للتقليل والحد منه.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث بإسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع تبльд المشاعر، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية لهذا البعد من الإحتراق النفسي.

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي:

- ✓ عرض مختلف الأعراض التي يعاني منها المسترشد والتي سبق ذكرها في المحاضرة.

تاسعاً: النشاط المقترح: محاولة تقديم يد العون والمساعدة لكل المرضى.

عاشراً: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الجلسة الخامسة: عنوانها نقص الإنجاز

بتاريخ: 2024-09-29

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مفهوم نقص الإنجاز.
- ✓ عرض مختلف أعراض هذا البعد.
- ✓ شرح طريقة ومراحل الإصابة به.
- ✓ طرح طرق وسبل للوقاية والتقليل من حدوثه.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث بإسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع نقص الإنجاز، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية لهذا البعد من الإحتراق النفسي.

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي:

✓ عرض مختلف الأعراض التي يعاني منها المسترشد والتي سبق ذكرها في المحاضرة.

تاسعاً: تقديم دليل الكشف عن الإحتراق النفسي (من إعداد الباحث).

عاشراً: النشاط المقترح: إنجاز المهام وتقديم المساعدة لكل من المرضى والزملاء.

الحادي عشر: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الجلسة السادسة: عنوانها ديناميكية الجماعة

بتاريخ: 2024-10-06

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مختلف المفاهيم المتعلقة بديناميكية الجماعة وكيفية تأثيرها على الإحترق النفسي.
- ✓ التعرف على نوع الجماعات وكيفية تشكيلها.
- ✓ عرض دور تفاعل الأفراد فيما بينهم.
- ✓ شرح دور ديناميكية الجماعات في خفض وتقليل مستوى الإحترق النفسي.
- ✓ محاولة إنشاء وتكوين فرق عمل متجانسة فيما بينها.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث بإسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع ديناميكية الجماعة، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية للجماعة بصفة عامة وجماعة العمل بصفة خاصة، وكيفية تكوينها.

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم استمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي 1:

- ✓ إختيار خمسة أفراد على الأقل يفضل العمل معهم على التوالي.
- ✓ إختيار خمسة أفراد على الأقل لا يفضل العمل معهم على التوالي.

تاسعاً: النشاط المقترح: القيام بحملة تنظيف

عاشراً: شكر أفراد المجموعة على التفاعل وإنهاء الجلسة.

الجلسة السابعة: عنوانها الصراع

بتاريخ: 2024-10-13

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مفهوم الصراع وعلاقته برفع أو خفض مستوى الإحترق النفسي.
- ✓ كيفية حل الصراعات والنزاعات على مختلف المستويات (فردية، مهنية، عائلية).
- ✓ طرح بعض الطرق والإستراتيجيات لحل الصراع ومحاولة تطبيقها.
- ✓ تعزيز المرونة والقدرة على التكيف مع التغيرات.
- ✓ محاولة تطوير إستراتيجيات التكيف الإيجابية.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث بإسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع الصراع، حيث تتضمن المحاضرة التدقيق في هذا المفهوم وطرح بعض وأهم الإستراتيجيات التي يمكن إتباعها لحل الصراع (تعلم استراتيجية إدارة الضغوط، تعزيز القدرة على التكيف، البحث عن الدعم الاجتماعي، توفير الدعم المؤسسي، العناية بالصحة النفسية)

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي:

- ✓ يُطلب من كل فرد تقديم المشاكل والصراعات التي يواجهها في حياته اليومية، سواء على المستوى الفردي الاجتماعي أو المهني.

تاسعاً: المشاركة في رحلات أسبوعية (شهرية) منظمة من طرف المؤسسة.

عاشراً: شكر أفراد المجموعة وإنهاء الجلسة.

الجلسة الثامنة: عنوانها التفاعل الاجتماعي

بتاريخ: 20-10-2024

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مفهوم التفاعل الاجتماعي وأهميته في تخفيض مستوى الإحترق النفسي.
- ✓ زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأفراد.
- ✓ طرح بعض إستراتيجيات التفاعل الاجتماعي.
- ✓ الكشف عن حالات العزلة (فردية، عائلية، والاجتماعية).
- ✓ محاولة البحث وطرح سبل الدعم الاجتماعي عن طريق:
- التواصل مع الزملاء والأصدقاء والعائلة، بالإضافة إلى محاولة توسيع دائرة الإتصال.
- مناقشة التحديات والمشاكلات مع الأفراد الموثوق بهم.
- الاستفادة من أفكار وخبرات الآخرين والحصول على الدعم والمساندة.
- التواصل الفعال مع الآخرين من أجل حل الصراعات.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: قام الباحث بإسترداد الواجبات المنزلية.

رابعاً: طلب الباحث من أحد أفراد المجموعة (تطوعاً) عرض الواجب الثاني الخاص بالأعراض، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

خامساً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع التفاعل الاجتماعي، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية لهذا المفهوم.

سادساً: فتح باب النقاش والحوار.

سابعاً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

ثامناً: تقديم واجب منزلي:

✓ محاولة إنجاز مهمة عمل، حيث يقوم الباحث بإختيار الأفراد حسب درجة التنافر التي سبق تقديمها في واجب المنزلي للجلسة رقم (06).

تاسعاً: شكر أعضاء فريق العمل وإنهاء الجلسة.

الجلسة التاسعة: عنوانها الإتصال والتواصل

بتاريخ: 2024-10-27

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على أهمية الإتصال والتواصل الفعال في خفض مستوى الإحترق النفسي، وذلك من خلال:
- ✓ إبراز أهمية التواصل الفعال مع الزملاء والمرؤوسين.
- ✓ طرح طرق وإستراتيجيات الإتصال والتواصل ومحاولة تطبيقها.

إجراءات التنفيذ:

- أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.
- ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.
- ثالثاً: طلب الباحث من كل أفراد المجموعة عرض الواجب، ثم فتح باب الحوار والنقاش.
- رابعاً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع الإتصال والتواصل، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية وأهميتها في خفض مستوى الإحترق النفسي.
- خامساً: فتح باب النقاش والحوار.
- سادساً: تقديم استمارة تقييم الجلسة.
- سابعاً: تقديم واجب منزلي:
- التدرب على إستراتيجيات: إدارة الوقت، حل الصراعات، إنجاز المهم، التعاون، المساعدة.
- ثامناً: المشاركة في النشاطات الرياضية (رياضة-عمل).
- تاسعاً: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الجلسة العاشرة: عنوانها القيادة

بتاريخ: 2024-11-03

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على أهمية ودور القيادة في خفض مستوى الإحترق النفسي من خلال توفير الدعم المؤسسي، وذلك بتحديد مهام ومسؤولية كل فرد.
- ✓ تحسين وتطوير العملية الإتصالية.
- ✓ طرح إستراتيجيات تشجيع العمل الجماعي والتعاون بين الزملاء.
- ✓ توفير الموارد اللازمة لتنفيذ المهام بكفاءة عالية.
- ✓ توفير فرص التدريب والتطوير المستمر.

إجراءات التنفيذ:

أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.

ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.

ثالثاً: طلب الباحث من جمع أفراد المجموعة عرض الواجب، ثم فتح باب الحوار والنقاش.

رابعاً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع الإتصال والتواصل، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية وأهميتها في خفض مستوى الإحترق النفسي.

خامساً: فتح باب النقاش والحوار.

سادساً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.

سابعاً: تقديم واجب منزلي:

التدرب على إستراتيجيات: تمديد المهام، الإستثمار الأمثل، التكيف النشطة مع التوتر والإرهاق، التكيف الجماعي

ثامناً: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الجلسة الحادية عشر: عنوانها الدافعية

بتاريخ: 2024-11-10

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ التعرف على مفهوم الدافعية.
- ✓ التعرف على أهمية الدافعية في خفض مستوى الإحترق النفسي.
- ✓ طرح طرق وإستراتيجيات تزيد من دافعية الإنجاز لدى الفرد.

إجراءات التنفيذ:

- أولاً: الترحيب بأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.
- ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.
- ثالثاً: طلب الباحث من كل أفراد المجموعة عرض الواجب، ثم فتح باب الحوار والنقاش.
- رابعاً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول موضوع الإتصال والتواصل، مع المحاضرة التدقيق في المفاهيم الأساسية وأهميتها في خفض مستوى الإحترق النفسي.
- خامساً: فتح باب النقاش والحوار.
- سادساً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة.
- سابعاً: النشاط المقترح: تقديم جوائز للفائزين في المسابقة المنظمة بالتنسيق مع إدارة المؤسسة، مثل: (أحسن عامل بالمؤسسة، أحسن عيادة، أحسن فريق عمل)
- ثامناً: شكر الحضور وإنهاء الجلسة.

الملاحق

الجلسة الثانية عشر (الختامية): عنوانها إستراتيجيات المواجهة

بتاريخ: 2024-11-17

المدة الزمنية: 120 دقيقة

التوقيت: من 9:00 إلى 11:00

أهدافها:

- ✓ تذكير بأهم ما جاء في جلسات البرنامج من المفاهيم العامة للمخاطر النفسية واجتماعية والمهنية الخاصة بالإحتراق النفسي وأبعاده المختلفة.
- ✓ تذكير بأهم الأعراض وكيفية الإصابة به.
- ✓ تذكير بأهم الآثار الناجمة عن الإحتراق النفسي.
- ✓ وفي الأخير، التذكير بأهم إستراتيجيات والطرق التي تم تناولها خلال مختلف جلسات البرنامج لخفض والتقليل من مستوى الإحتراق النفسي.

إجراءات التنفيذ:

- أولاً: الترحيب بالأفراد المجموعة وتسجيل الحضور.
- ثانياً: طلب الباحث من أحد أعضاء المجموعة تقديم ملخص لما جاء في الجلسة السابقة.
- ثالثاً: طلب الباحث من كل أفراد المجموعة عرض الواجب، ثم فتح باب الحوار والنقاش.
- رابعاً: تقديم الباحث عرضاً كاملاً حول الموضوع، بذكر أهم الإستراتيجيات التي أُسْتُخدمت في هذا البرنامج من أجل خفض مستوى الإحتراق النفسي لدى لعمال الصحة، مع التدقيق في المفاهيم الأساسية وأهميتها في خفض مستوى الإحتراق النفسي.

خامساً: فتح باب النقاش والحوار.

سادساً: تقديم إستمارة تقييم الجلسة والبرنامج.

سابعاً: تقديم مقياس الإحتراق النفسي لغرض القياس البعدي.

ثامناً: شكر الحضور على المشاركة في البرنامج وإنهاء الجلسات البرنامج.

فيديوهات:

<https://www.youtube.com/watch?v=QcN92bg1o1s>

<https://www.youtube.com/watch?v=r9hKQnIpcw8>

<https://www.youtube.com/watch?v=H6JSsggvPEQ>

الملحق 2

إستمارة تقييم جلسات البرنامج

الواجبات المنزلية		ترتيب الجلسة		الوسائل المستخدمة		الفنيات المطبقة		محتوى الجلسة		هدف الجلسة		محتوى البرنامج
غير مناسبة	مناسبة	غير مناسب	مناسب	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسب	مناسب	غير مناسب	مناسب	
												الجلسة 01
												الجلسة 02
												الجلسة 03
												الجلسة 04
												الجلسة 05
												الجلسة 06
												الجلسة 07
												الجلسة 08
												الجلسة 09
												الجلسة 10
												الجلسة 11
												الجلسة 12
..... 												الملاحظات الإقتراحات

الملاحق

إستمارة التحكيم

الرقم	الموضوع	الحكم		الملاحظات
		مناسب	غير مناسب	
01	عنوان البرنامج			
02	هدف البرنامج			
03	فترة البرنامج			
04	المكان المحدد لتنفيذ البرنامج			
05	ترتيب الجلسات			
06	خطوات تصميم البرنامج			
				الملاحظات والإقتراحات

الملحق 3

بعض الواجبات المنزلية

واجب منزلي للجلسات رقم (02)، (03)، (04)، (05).

أذكر الأعراض التي تعتقد أنك تعاني منها وسبق ذكرها في المحاضرة؟

الأعراض	المدة	التكرار
—		
—		
—		

واجب منزلي يقدم إبتداءً من الجلسة الثانية

أذكر الأنشطة اليومية التي تمارسها؟

اليوم	النشاط	طبيعته
السبت	—	
الأحد	—	
الاثنين	—	
الثلاثاء	—	
الأربعاء	—	
الخميس	—	
الجمعة	—	

الملاحق

واجب منزلي للجلسة رقم (04)

✓ تقديم دليل عملي للإحتراق النفسي (ملحق آخر).

واجب منزلي للجلسة رقم (05)

✓ التدرب على إدارة الوقت.

✓ التدرب على تقنية الإسترخاء.

واجب منزلي للجلسة رقم (06)

✓ إختيار خمسة أفراد على الأقل يفضل العمل معهم على التوالي؟

✓ إختيار خمسة أفراد على الأقل لا يفضل العمل معهم على التوالي؟

تفضل العمل معهم	لا أفضل العمل معهم
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

واجب منزلي للجلسة رقم (07)

✓ يطلب من كل فرد تقديم المشاكل والصراعات التي يواجهها في حياته اليومية سواء على المستوى الفردي

الاجتماعي أو المهني؟

المشكل، الصراع، النزاع	طبيعته	تكراره
—		
—		
—		
—		
—		
—		

الملاحق

واجب منزلي للجلسة رقم (08)

✓ إنجاز مهمة عمل حيث يقوم الباحث بإختيار الأفراد حسب درجة التنافر والتي سبق تقديمها في واجب المنزلي للجلسة رقم (06)؟

المهمة	طبيعته	تكراره
—		
—		
—		

واجب منزلي للجلسة رقم (09)

التدرب على إستراتيجيات: إدارة الوقت، حل الصراعات، إنجاز المهم، التعاون، المساعدة.

واجب منزلي للجلسة رقم (10)

التدرب على إستراتيجية تمديد المهام، الإستثمار الزائفة، التكيف النشطة للتوتر والإرهاق، التكيف الجماعي.

الملحق 4

بعض الأنشطة المقترحة مع المؤسسة

النشاط	مناسب	غير مناسب	مقترحات
تنظيم أيام تكوينية			
تنظيم رحلات أسبوعية (شهرية)			
تنظيم حملة تنظيف			
تنظيم حملة تشجير			
تنظيم مسابقات رياضية (رياضة-عمل)			
تنظيم مسابقة أحسن عامل بالمؤسسة أحسن عيادة خدمات أحسن فريق عمل			

المحلقة 5

بطاقة تقييم الجلسات

الجلسة رقم ()

الإسم واللقب:

التقييم	السؤال
-	ما رأيك في محتوى هذه الجلسة؟
-	ماهي المواضيع التي أثارت انتباهك واهتمامك؟
-	
-	
-	ماهي الأفكار والسلوكيات التي كنت ترغب في تحقيقها من خلال هذا البرنامج؟
-	
-	
-	ماهي الأشياء الإيجابية التي استفدت منها؟
-	
-	
-	هل من ملاحظات (إيجابيات أو سلبيات) تود ذكرها؟
-	
-	
	ضع علامة من واحد إلى عشرة لتقييم البرنامج.

الملحق 6

بطاقة تقييم البرنامج

الإسم واللقب:

السؤال	التقييم
ما رأيك في محتوى هذا البرنامج؟	-
ماهي المواضيع التي أثارت إنتباهك وإهتمامك؟	- - -
ماهي الأفكار والسلوكيات التي كنت ترغب في تحقيقها من خلال هذا البرنامج؟	- - -
ماهي الأشياء الإيجابية التي إستفدت منها؟	- - -
ضع علامة من واحد إلى عشرة لتقييم البرنامج.	

الملحق 7

قائمة الأساتذة المحكمين:

الرقم	الاسم واللقب	التخصص	الرتبة	جامعة	البريد الالكتروني
1	العافري مليكة	علم النفس الاجتماعي	أستاذ مساعد أ	قلمة	elafri.malika@univ-guelma.dz
2	بن صويلح عفاف	علم النفس عمل وتنظيم	أستاذ مساعد أ	قلمة	bensouilah.afaf@univ-guelma.dz
3	بن صغير كريمة	علم النفس الاجتماعي	أستاذ مساعد	قلمة	benseghir.karima@univ-uelma.dz
4	مشطر حسين	علم النفس وعلوم التربية	أستاذ مساعد ب	قلمة	mechtar.hocine@univ-guelma.dz
5	بن شيخ رزيقة	علم النفس العيادي	أستاذ مساعد أ	قلمة	Benchikpsy24@gmail.com
6	سهام بوغندوسة	علم النفس	أستاذ تعليم العالي	تيارت	tachsihem18@gmail.com
7	مناني نبيل	علم النفس الاجتماعي	أستاذ	بسكرة	nabil.menani@univ-biskra.dz
8	بومعارف سيمية	علم النفس الاجتماعي	أستاذة	بسكرة	nassima.boumaaraf@univ-iskra.dz
9	بركات عبد الحق	علم النفس	أستاذ	مسيلة	Abdelhak.barakat@univ-msila.dz
10	غسيري بمينة	علم النفس الاجتماعي	أستاذة	بسكرة	yamina.ghaciri@univ-biskra.dz
11	جعفر صباح	علم النفس الاجتماعي	أستاذة	بسكرة	sabah.djafer@univ-biskra.dz
12	بوعمر سهيلة	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر ب	بسكرة	souhaila.bouamor@univ-biskra.dz
13	ابراهيم كوتر	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر ب	بسكرة	kaouther.brahimi@univ-biskra.dz
14	حاج الشيخ سمية	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر ب	بسكرة	soumia.hadjchiekh@univ-biskra.dz

الملاحق

الملحق 8

ترخيص المؤسسة

قلمة في 2024/06/23

الى السيد: مدير المؤسسة العمومية

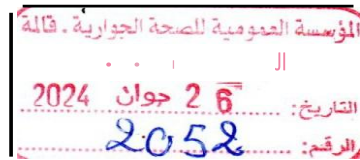
للصحة الجوارية - قلمة -

من السيد: بلعادي عبد النور

طالب دكتوراه علم النفس الاجتماعي

belaadiabdenmour@gmail.com

رقم الهاتف: 0698490525



الموضوع: ترخيص

يشرفني أن أتقدم الى سيادتكم الموقرة بطلي هذا والمتمثل طلب ترخيص باجراء دراسة ميدانية على مستوى مختلف الهياكل الصحية على مستوى الولاية.

في إطار انجاز مشروع أطروحة دكتوراه موسومة بعنوان: "برنامج سيكو اجتماعي مقترح للتقليل من الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة"، والمشاركة في مختلف الملتقيات العلمية في هذا الموضوع.

حيث أعلمكم سيدي أني طالب دكتوراه شعبة علم النفس، فرع العلوم الاجتماعية، تخصص علم النفس الاجتماعي بجامعة الشهيد حمه لخضر - واد سوف -.

في انتظار ردا بالإيجاب ترقبوا منا سيدي فائق التقدير والاحترام وشكرا.

المدير

المعني

المرفقات

- شهادة إعادة التسجيل

الملحق 09 إستمارة البحث

أخي(ة) الكريم(ة):

صممت الإستمارة التي بين أيديكم للحصول على بعض المعلومات التي تخدم بحثنا علميا نقوم بإعداده حول موضوع الإحتراق النفسي لعمال الصحة.

أخي العامل إن صدق نتائج هذه الدراسة يتوقف على مدى مساهمتكم الفعلية في تقديم الإجابة المناسبة كما نرجوا منكم قراءة كل عبارة بعناية تامة ووضع علامة (X) في الخانة التي تراها تتفق معكم من حيث تعبيرها عن شعوركم نحو عملكم.

ملاحظة: إجاباتكم ستحفظ بسرية تامة وتستخدم للهدف العلمي فقط.

تقبلوا منا تحياتي وشكري لكم على حسن تعاونك

المعلومات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

السن: أقل من 26 سنة ☐ من 26 إلى 35 سنة ☐ من 36 إلى 45 سنة ☐ من 46 إلى 55 سنة ☐ أكبر من 55 سنة ☐

الحالة الاجتماعية:

متزوج (ة) ☐ أعزب (ة) ☐ مطلق (ة) ☐ أرمل (ة) ☐

عدد الأولاد:

مكان العمل: مؤسسة إستشفائية جامعية ☐ مؤسسة إستشفائية ☐ مؤسسة جوارية ☐

إذا كانت مؤسسة جوارية في: عيادة متعددة الخدمات ☐ قاعة علاج ☐

المهنة (طبيعة العمل): طبيب مختص ☐ طبيب عام ☐ ممرض ☐ إداري ☐ عامل مهني ☐ أخرى ☐

الرتبة:

هل أنت مستفيد من منصب عالي: نعم ☐ لا ☐

طبيعة الدوام: 8 ساعات ☐ 12 ساعة ☐ 24 ساعة ☐ أخرى ☐

تقوم بالمناوبات الليلية: نعم ☐ لا ☐

عدد سنوات الخبرة:

أقل من 5 سنوات ☐ من 5 إلى 10 سنوات ☐ من 10 إلى 15 سنة ☐ من 15 إلى 20 سنة ☐ أكثر من 20 سنة ☐

الملاحق

رقم	البند	أبدا	عدة مرات في السنة على الأقل	مرة في الشهر على الأقل	عدة مرات في الشهر	مرة في الأسبوع	عدة مرات في الأسبوع	كل يوم
01	أشعر أن عملي يستنفدني إنفعاليا							
02	أشعر أن طاقتي مستنفدة مع نهاية اليوم							
03	أشعر أن بالإرهاك حينما أستيقظ في الصباح وأعرف أن على مواجهة عمل جديد							
04	من السهل معرفة مشاعر مرضاي							
05	أشعر بأنني أتعامل مع بعض المرضى وكأنهم أشياء لا بشر							
06	إن التعامل مع بعض المرضى طوال اليوم يسبب لي الإجهاد							
07	أتعامل بفاعلية عالية مع مشاكل المرضى							
08	أشعر بالإحترق النفسي من ممارستي لهذه المهنة							
09	أشعر أن لي تأثير إيجابيا في حياة كثير من المرضى							
10	أصبحت أكثر قسوة من الناس بعد ممارستي لهذه المهنة							
11	أشعر بالقلق لأن هذه المهنة تزيد من قسوة عواطفني							
12	أشعر بالحياة والنشاط من خلال ممارستي لهذه المهنة							
13	أشعر بالإحباط من ممارستي لمهنة التمريض							
14	أشعر بأنني أعمل في هذه المهنة بإجهاد كبير							
15	لا أهتم بما يحدث مع المرضى من مشاكل							
16	التعامل المباشر مع المرضى يسبب لي ضغوطا كبيرة							
17	أستطيع بكل سهولة خلق جو نفسي مريح مع المرضى							
18	أشعر بالسعادة والراحة بعد العمل مع المريض							
19	أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة وأهمية في ممارستي لهذه المهنة							
20	أشعر أنني إكتفيت من مهنتي							
21	أتعامل بحدوء مع المشاكل الإنفعالية أثناء ممارستي لهذه المهنة							
22	أشعر بأن المرضى يلمونني عن بعض مشاكلهم							