

أثر نوعية النمط السلوكي في الإصابة بالاحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء العامين الممارسين في بعض المؤسسات الإستشفائية العمومية

د . عدوان يوسف

جامعة باتنة

المخلص:

الهدف من هذه الدراسة هو محاولة الوقوف على ظاهرة الاحتراق النفسي أو العياء المهني عند شريحة هامة تمثلت في الأطباء الممارسين في القطاع العام ، وذلك في ضوء بعض المتغيرات: كالأنماط السلوكية، والجنس، والخبرة. وقد أظهرت النتائج أن عينة الأطباء يعانون من ارتفاع في درجة الاحتراق النفسي، وأن درجة الاحتراق النفسي الذي يعانون منه لا تختلف حسب الأنماط السلوكية أو الجنس، بينما يبدو جلياً أن تلك الدرجة تتأثر بمدّة الخبرة المهنية.

Résumé:

L'objectif de cette étude est d'essayer de fournir un paysage sur la phénomène de burn-out (l'épuisement professionnel) chez une catégorie importante présente les médecins collaborant dans le secteur public. L'étude tente aussi d'apporter un éclairage concernant l'effet probable des variables comme: le type de personnalité, le sexe, et l'expérience professionnelle. les résultats de cette recherche montrant que les médecins souffrent d'un niveau élevé d'épuisement professionnel, est ce niveau d'épuisement professionnel ne se diffère pas selon les types de personnalité et le sexe, par contre ce niveau s'affect par la durée d'expérience professionnelle.

مقدّمة

يعتبر العصر الذي يعيش فيه الإنسان اليوم عصراً تنامت فيه الضغوط و تنوّعت بشكل جعل العلماء يطلقون عليه عصر الضغوط. و لعلّ ظاهرة العياء المهني أو الاحتراق النفسي، كما يصفه الباحثون أحد أخطر نتائج الضغوط المهنية؛ فهذه الظاهرة تسبّب خمولا وإرهاقا دائمين، إضافة إلى مشاعر البلادة وعدم الرضا عن المنجز الشخصي، وتردّي المردود المهني. وقد ميّزت (كريستينا ماسلاش) (Christina Maslach) ثلاث أبعاد لتناذر العياء المهني شملت: العياء الانفعالي، انخفاض الحسّ الإنساني، ونقص الشعور بالمنجز الشخصي. و كنتيجة حتمية للعياء النفسي فإنّ تردّي المردود الفردي للموظّف جعل العديد من الدول المتقدّمة - ولاسيما منها الولايات المتّحدة- ودول أوروبا الغربية تولي اهتماما خاصاً لهذه الظاهرة. وتوصّلت دراسات الباحثين أنّ المهن ذات البعد الإنساني الكبير، والتي تنضوي على مسؤولية جوهرية اتّجاه حياة الأفراد هي المهن الأكثر عرضة لتناذر الاحتراق النفسي، خصوصاً تلك المهن التي توجّه خدماتها إلى الأفراد بصفة مباشرة كمهن التعليم، ورجال الحماية المدنية، والأطباء.

ولقد لفت انتباه الباحث تناذر العياء المهني أو الاحتراق النفسي بأبعاده المختلفة والخطورة الكامنة خلف ضعف الأداء الوظيفي للفرد خاصّة ما تعلقّ بمهن تعدّ شريان الحياة الاجتماعية. و تعتبر مهنة الطبّ أحد أهمّ هذه الوظائف الإنسانية النبيلة التي لا غنى للخدمات الصحيّة الاجتماعية عنها. و لذلك فإنّ آثار تناذر العياء المهني في هذا الإطار لا شكّ ستكون وخيمة على الخدمات الصحيّة عامّة.

وإذا كانت مهنة الطبّ مهنة تحتاج إلى الكثير من الجهد والصبر والمحاولة الدعوية للسيطرة على الانفعال قياسا بما تفرضه من مسؤولية اتجاه حياة الأفراد - وهي صفات يفتقر إليها بعض الناس - إلا أنّ هناك أفراداً ممّن هم كثيرو القلق والعدوانية، و ينفذ صبرهم بسرعة، هذا إضافة إلى صفات أخرى لخصّها العالمان (فريدمان) (Friedman.M.) و(روزنمان) (Rosenman) في الشخصية من النمط (A) و الذي يقابله النمط (B) وهو المناقض للنمط (A)؛ إذ هو النمط الذي يحاول تجنّب المواقف الانفعالية والمبتعد عن العدوانية بصفة عامّة، و يأتي بين النمطين السلوكيين (A) و (B) النمط (C) وهو خليط من النمطين، حيث يحتوي على صفات سلوكية من كلا النمطين. وتلعب هذه السلوكيات دورا هامًا في الوسط الوظيفي فقد دلّت الدراسات أنّ الخصائص أو الصفات السلوكية تؤثر تأثيرا مباشرا في الأداء الوظيفي للموظّف.

و لعلّ من هنا يكتسب هذا البحث أهمّيته؛ إذ يهدف إلى الوقوف على ظاهرة العياء المهني أو الاحتراق النفسي عند شريحة هامّة من الموظّفين - وهم هنا الأطبّاء - اعتمادا على الدور الذي يلعبه الطبيب في ترقية الخدمة الصحية كما وكيفا، و من خلال ذلك محاولة الكشف عن مختلف العراقيل التي تحول دون الارتقاء بهذه الخدمة الإنسانية، و أخيرا دور مختلف الأنماط السلوكية في التأثير على الأداء العام لهؤلاء الموظّفين. كما يهدف إلى الكشف عمّا إذا كانت هناك فروق في الأداء الوظيفي حسب مختلف الأنماط السلوكية أو الشخصية.

الإشكالية:

تلعب البيئة دورا هامًا في تكوين سلوكيات الفرد وتوجيه خصوصياته سواء الجسدية منها أو النفسية، ذلك أنّ المحيط يضغط ويوجّه سلوك الإنسان بالشكل الذي يتماشى مع متطلّباته، وضمن هذا يوظّف الفرد طاقاته وقدراته ساعيا لمجارات ما يُتطلّب منه. ولقد تنامت مطالب البيئة بشكل هائل وازدادت معها الضغوطات فإرضاء قدرة تكيفيّة أكبر على الأفراد بشكل حتمي قاطع. واستقطبت ضغوطات البيئة ومشاكل الفرد في التكيف معها اهتمام علماء النفس في محاولاتهم خصوصا استجلاء نوعية العلاقة القائمة في هذا الخصوص، و من ثمّ قواعد التآثر بها و التأثير فيها. وأشارت مختلف الدراسات المنجزة حول ضغوط البيئة إلى الدور الحاسم لها في تغيير الحالة النفسية و العضوية - اضطرابا أو اهتزازا- بحيث أنّ الأنشطة النفسية العضوية للفرد تحيد عن أدائها العادي. و تعدّ أعمال (Hans Selye) باكورة الجهود في هذا المجال من خلال نظريته عن مفهوم الإجهاد التي ما فتئ يدخل عليها تطورا بعد آخر حتى توصل إلى أنّ الإجهاد: "عبارة عن ردّ فعل لا نوعي لعضوية ما على أيّ تأثير بيئي".

وتختلف ردود أفعال الأفراد على الضغوط باختلاف الأفراد أنفسهم ونوعية المشقة المثارة حولهم، وهذا ما دفع (ريس) (Ris) للتساؤل حول أسباب اختلاف ردود الأفعال رغم أنّ الموقف الضاغط واحد، وهو ما فيه إشارة إلى دور الخصائص الشخصية في تحديد نوعية استجابة الفرد تحفيزاً أو تثبيطاً. و تتمي متطلبات العمل المشقة بأشكال عدّة؛ فربما يجهد عبء العمل أو طريقة أدائه و فتراته الفرد و يخلق له مشقة مهنية يترتب عنها غالباً مواقف مفعمة بانفعالات شتى؛ كالقلق و الخوف والتوتر و الارتباك، و هذه كلّها تصبّ في خانة الإجهاد الوظيفي الناجم عن ظروف العمل. وتصنّف وظائف أو مهن معينة على أنّها أعمال مشحونة بالإجهاد ذلك أنّها تزيد من فرص الاضطراب و الانفعال، كما أنّها تؤخذ على أنّها أكثر إجهاداً قياساً إلى مهن أخرى. وتعدّ مهنة الطبّ أحد أبرز المهن التي هي من هذا النوع لما تنطوي عليه من مسؤولية عظيمة على حياة الأفراد فضلاً عن ما يواجه الأطباء من حوادث طارئة تستدعي التدخل العاجل و الدقيق، أو المراقبة الدائمة و الدورية للحالات التي يحتاج أصحابها إلى عناية مركزة. كلّ هذا يجعل الأطباء في مواجهة يومية مع الموت، قد ينجح معها الطبيب أو يفشل في أداء مسؤولياته، وهي ليست بالهينة قياساً إلى حجمها و مضمونها، وفي هذا الصدد يذهب (سيمونتون) (Simonton) إلى أنّ ممارسة الطبّ من الممكن أن تهدّد صحّة من يمارسها (34: 549).

ويفتح التفكير في الضغوط المرتبطة بالعمل الباب أمام ظاهرة ترتبط بشكل مباشر ووثيق بنوعية العمل وظروف أدائه وهي العياء المهني أو الاحتراق النفسي. و لقد وصف (Herber Freudenberger) هذه الظاهرة لأول مرّة عام (1970) و اعتبر بأنّها حالة خاصّة من الضيق و الشدّة لوحظت لدى أشخاص ليسوا عصابيين ولا ذهانيين بالمعنى الطبّي للمصطلح، كما كتب عام (1980) يقول: "الناس هم ضحايا الاحتراق تماماً مثل المباني، تحت فرط الضغط الناتج عن الحياة في عالمنا المعقّد". وهذه هي الانطلاقة التي تبعثها الأعمال الرائدة للباحثة (كريستينا ماسلاش) و التي حدّدت فيها عوامل العياء الانفعالي - وهو المكوّن الرئيس للتناذر، إضافة إلى انخفاض الحسّ الإنساني، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي - كعناصر أساسية في نشوء التناذر (42). و اعتبرت (ماسلاش) المهن ذات الطابع الإنساني هي الأكثر عرضة للظاهرة.

إنّ ما تفرضه الممارسة الطبيّة من ضغوط و مسؤوليات تستدعي توفّر خصائص وسلوكيات هي -إضافة إلى المهارة والتمرس في العمل- أساسية في بناء العلاقة المهنية الناجحة؛ فالتطبيب يحتاج إلى صبر وهدوء وتركيز شديد، علاوة على غيرها من الخصائص السلوكية التي تتطلّبها ظروف هذه الممارسة. كما أنّ صفات مثل العدوانية والقلق والانفعال الزائد بشكل عام قد تعرقل مسار المهنة و تنتج إجهاداً أكبر. إنّ الخصائص مثل العدوانية والقلق والحساسية الشديدة لقيمة الوقت زيادة إلى غيرها من الصفات لخصّها العالمان (فريدمان) و (روزنمان) فيما أطلقا عليه باسم النمط السلوكي (A)، و الذي يعرفانه على أنّه: "مركّب من الفعل والانفعال يميّز أفراداً بالعدوانية، الطموح، التنافس، حساسية شديدة لقيمة الوقت، و سرعة الأداء. و تمّت ملاحظته كصفة ناتجة عن الاستجابة لضغوط البيئة التي تتحدّى الأفراد"

(17:213). بينما يرى (جنكنز) وزملائه في النمط (A) أنه أسلوب سلوكي أكثر منه استجابة للمشقة الناجمة عن ضغوط البيئة. ويرى (كلاس) (Class) أن أصحاب النمط (A) يظهرون حاجة للسيطرة أو التحكم في الوسط المحيط بهم، لذلك فإنّ المواقف التي تحرمهم من السيطرة تجعلهم أكثر توتراً من غيرهم من الناس (17:255). كما أنّ بعض الدراسات حول النمط (A) ترى أنّ أصحاب هذا النمط يكونون أكثر عرضة للاضطراب العقلي والضغط (17:261). و لقد حاولت العديد من الدراسات التعرف على مميّزات سلوك النمط (A) في مجال العمل وخلصت إلى أنّ الصفات التي يمتلكها أصحاب النمط (A) تعكس أدائهم لأعمالهم؛ فالحرص على الاحتفاظ بالسيطرة من أهمّ ما يميّز أصحاب النمط السلوكي (A)؛ إذ لديهم الرغبة في السيطرة على زمام الأمور في البيئة المحيطة بهم وعلى المهام حتى ولو كان زملاءهم الذين يؤدّون الاعمال معهم على كفاءة عالية؛ فهم مع ذلك لا يمكنهم أن يفوضوا السلطة لأحد (1985) (Werner Stery). وهذا ما يبرّر شكواهم من كثرة أعباء العمل الذي يقومون به. و يقابل النمط (A) من السلوك النمط (B) وهو المناقض من حيث الصفات للنمط (A)، وغالبا ما يركن للراحة ويتجنّب المواقف التنافسية بوجه عام، كما أنّه صبور يسعى لتحقيق أهدافه ببطء متجنّبا للإرهاق ومقاوما له؛ ويستجيب بهدوء للأحداث الخارجية من حوله، لذا فهو نمط يتجاوز الصراعات بشكل أفضل ويفضّل تحقيق أهدافه المنشودة على المدى البعيد. أمّا على الصعيد الفسيولوجي فإنّ الفروق بين النمطين توضح زيادة كبيرة في ضغط الدم وضربات القلب عند ذوي النمط (A) الذي يتصرّف في المواقف الضاغطة كما لو أنّه في حالة حرب أو هروب من حيوان مفترس. و لقد خلصت الدراسات المعملية التي تناولت النمطين إلى أنّ الفروق في الاستجابة تتحدّد فقط في المواقف التي تثير التحدي وتهدّد التحكم عند النمط (A). ويصف الباحثون نمطا ثالثا هو النمط (C) وتغلب عليه صفات من النمط (A) وأخرى من النمط (B) لذا فهو النمط الذي يتوسّط الخصائص السلوكية النقيضة لكلّ من (A) و (B). إنّ مختلف الأنماط السلوكية المذكورة تتأثّر بأشكال مختلفة بالضغوط التي تواجهها، لكنّها في نفس الوقت تبدي استجابات مختلفة بحسب خصائصها السلوكية و الفزيولوجية.

و عليه ، إذا كانت مهنة الطبّ تستلزم طاقات وصفات معيّنة من أجل الأداء الأفضل، فكيف يتأثّر هذا الأداء في ظلّ وجود إجهاد وظيفي عال و ذلك تبعا لاختلاف الأنماط السلوكية عند الأطباء؟ وهل مواقف الإجهاد التي يتعرّض لها الطبيب تكون أحد أسباب نشوء ظاهرة العياء المهني أو الاحتراق النفسي؟

إنّ مثل تلك التساؤلات دفعت الباحث نحو محاولة الإجابة عنها من خلال صياغة الفرضيات

التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي حسب متغيّر الجنس.

- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي حسب متغير الخبرة.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي حسب متغير النمط السلوكي.

الضغوط النفسية و مهنة الطب: يشير الضغط النفسي بمعناه العام إلى خبرة تنشأ عندما يؤدي تعامل الفرد مع البيئة إلى إدراكه تعارضا أو تباينا بين مطالب الموقف، و التي قد تكون مفروضة من ناحية، و مصادره التي يواجه بها هذه المطالب من ناحية أخرى. و تؤدي مطالب العمل إلى تنمية الضغط بطرق مختلفة، فقد يكون عبء العمل زائدا عن المستوى الذي يتحملة الفرد فيرغمه على العمل لساعات ممتدة لفترات طويلة من الوقت، و قد يخلق الضغط المهني بسبب طبيعة العمل؛ فهناك أنواع من العمل أكثر إثارة للمشقة من غيرها لا سميا المهن التي تنطوي على مسؤولية جوهرية على حياة الأفراد(34: 537) و التي يبدو أنها من أكثر المهن ارتباطا بالضغط المهني، إلى حدّ اعتبارها كعوامل رئيسية في الإصابة بأنواع القرحة أو ضغط الدم. فالعمل في مجالات مثل الطب و التمريض ينطوي على قدر كبير من العبء الانفعالي و الذهني، حيث يتسم العمل فيها بكونه عملا مكثفا و موجها لخدمة الآخر فضلا عن كونه يتم غالبا في مواقف مفعمة بانفعالات شتى مثل الفلق و الخوف و التوتر، و الارتباك و العدوانية، و مواقف تزدهم بمشكلات شديدة التنوع تتطلب المواجهة بأقل درجة من الآثار الجانبية السلبية. ولا شك أن هذا النمط المعقد من العبء الانفعالي و الذهني يزيد من خطورة تعرض الطبيب لأنواع من الخلل في اللياقة النفسية على نحو يفوق بكثير احتمالات تعرض غيره لها (34: 518). و ربما يبلغ عبء ضغط العمل ذروته في مجالات العمل الطبي على وجه الخصوص حيث يمتد العمل فيها لساعات طويلة يوميا، يواجه الأطباء أثناءها أنواعا شتى من الأمراض و الأعراض و المشكلات، و الحوادث الطارئة إلى درجة أنهم يكادون أن يتعاملوا مع مواقف الحياة و الموت في كل يوم، و هم يؤدون عملهم في ظل وعي دائم لديهم بأن اقتراف خطر ما يمكن أن يفضي إلى نتائج مروعة. و لعل هذا النمط الخاص من الضغوط و المرتبط بالممارسة الطبية و ما قد يترتب عليه من آثار سلبية تلحق بالأطباء في عملهم يتشكل فيما يشبه الدائرة المغلقة(ضغط، فأثار نفسية سلبية، فمزيد من الخبرة بالضغط). و لقد نجحت دراسات حديثة متعددة في أن تلفت النظر إلى خطورة تهديد الأطباء العاملين في ظل هذا النوع من الضغوط؛ حيث أشارت تلك الدراسات إلى أنّ الطابع المتعب للعمل الطبي في معظمه يمكن أن يعرض من يعمل في ظله لمظاهر الاختلال في اللياقة النفسية على نحو يفوق ما هو عليه عند غيرهم من العاملين معهم في المجالات الصحية الأخرى، هذا على الرغم من حاجاتهم الشديدة لأن يكونوا في كامل لياقتهم النفسية بحكم عملهم كأطباء. و يرتبط الضغط عند هؤلاء بضغوط أخرى في العمل من قبيل ضغط الوقت، و متطلباته، و صعوبة تحقيق الأهداف المهنية و طول ساعات العمل، و مقدار العمل الذي يقومون به(34: 539). و على اعتبار أنّ العمل الطبي يتضمن التعامل مع الحالات المرضية الطارئة أو الحالات الناجمة عن الحوادث سواء أكانت هذه الحالات مقيمة بالمستشفى أو قادمة من الخارج، فإنّ

وجود حالات طبية تعرّض فيها أفراد ما إلى الخطر تتسبب في تغيّرات مفاجئة أو مباغتة تتطلب تدخلا طبيا سريعا، و لا شكّ في أنّ ذلك يعدّ مظهرا من مظاهر الضغوط التي يواجهها الأطباء في مثل تلك الظروف، و لا سيما إذا استدعى الأمر التدخّل الجراحي. ففي أقسام الأورام مثلا، يتوجّب رعاية حالات تمّ استبقاؤها في المستشفى بسبب مضاعفات العلاج، حيث تبذل كلّ الجهود في اتجاه القضاء على تلك المضاعفات، فضلا عمّا يتوجّب من رعاية حالات متأخرة تحتاج لمراقبة مستمرة احتياطا لاحتمالات حدوث تغيّرات طارئة. و في أقسام القلب يعامل المرضى المقيمون بها كحالات استعجالية مثل ما هو عليه الأمر مع حالات جلطات القلب، و الارتفاع الشديد في ضغط الدم، و هي حالات تحتاج إلى رعاية مركّزة، و مراقبة صارمة نظرا لما تنطوي عليه من احتمالات الموت المفاجئ (34: 541). و كذلك الشأن في أقسام طبّ النساء و الوليد مع حالات الولادة؛ إذ أنّها حالات طارئة قد يصاحبها مضاعفات مثل نزيف ما قبل الولادة أو ما بعدها و ما قد يتسبب فيه من وفاة للأمّ، كما يمكن أن تتحوّل تلك الحالات إلى حالات طوارئ فتستدعي تعاملًا خاصًا، و ذلك مثلا عندما تتحوّل الولادة الطبيعية إلى ولادة قيصرية ممّا يستدعي التدخّل الجراحي. و هكذا الشأن أيضا في أقسام الجراحة العامة و خصوصا مع الحالات الطارئة التي تستدعي تدخّلا جراحيا عاجلا، و من ذلك حالات النزيف، و التهاب الزائدة الدودية، و الحروق، و مختلف الإصابات المهدّدة الحياة. و كذلك الأمر من جهة أخرى في أقسام العناية المركّزة؛ إذ يكون يتميّز العمل فيها بشكل أساسي بطابع الاستعداد الطبّي الكامل، و في أعلى درجاته، و مع الترقّب الدائم لحدوث أيّ تغيّرات مفاجئة أو طارئة للحالات تحت الرعاية. فكلّ ذلك و غيره كثير يمثّل وجها من أوجه الضغط النفسي لدى الأطباء، و وجها من وجوه ما يكابدون عوامل ضاغطة (34: 542). و علاوة على ما سبق، فإنّ جزءا من الضغط الذي يخبره الأطباء، و الأطباء الجراحون خصوصا ينشأ عن واجبات الاستدعاء الفوري، و التي تتميّز العمل الطبّي الجراحي في حالات الطوارئ، ذلك بالإضافة إلى أن ظهور الضغط عند الطبيب الجراح، قد يتزامن مع المواقف التي يتوجّب فيها اتخاذ قرارات مناسبة بقدر كبير من الثبات، و الإلزام بتنفيذها مباشرة و بكلّ دقّة. و أخيرا وليس آخرا تشكّل المواجهة المتكرّرة لأحداث الموت واحد من أهمّ مصادر الضغط النفسي في جميع حالات الممارسة الطبيّة. و لكن يزداد عبء الضغط عندما يستنفد الطبيب كلّ وسائله في التغلّب على المرض و يتسرّب إليه الشعور بالعجز عن السيطرة أو التحكم، كما يزداد عندما يشعر أنّ ما يفعله محدود التأثير، أو عندما يكون المريض تحت وطأة معاناة شديدة أو عندما يكون عرضة للموت، ففي مثل هذه الحالات يكون الضغط الذي تقع على الطبيب أشدّ و طأة، وفي هذا الخصوص يقول (سيمونتون): إنّ ممارسة مهنة الطبّ من الممكن أن تحدّ من صحّة من يمارسها (34: 549).

مفهوم الاحتراق النفسي (تناذر العياء المهني) Burnout :

ظهر هذا المفهوم باعتباره مفهوما إكلينيكيًا في بحوث أمريكا الشمالية عام (1974). و اعتبر المحلل النفسي الأمريكي (هاربرت فردنبرجر) أول من أدخل هذا المفهوم إلى حيز الاستخدام الأكاديمي

كنتيجة لتعاملاته و علاجاته للمتريدين على عيادته النفسية في مدينة نيويورك(47). و يشير الاحتراق النفسي عند(فردنبرجر) إلى حالة خاصة من الضيق و الشدة لوحظت لدى أشخاص ليسوا عصابيين و لا ذهانيين بالمعنى للمرضي للكلمة. و لقد كتب عام(1980) يقول: "لقد انتبهت خلال عملي اليومي إلى أنّ الناس هم أحيانا ضحايا الاحتراق تماما مثل المباني، تحت فرط الضغط الناتج عن الحياة في عالمنا المعقّد، فمواردهم الداخلية تقودهم إلى الاحتراق كما هو الحال تحت فعل اللهب حيث لا يخلف إلا فراغا هائلا حتى و إن كان الغلاف الخارجي يبدو تقريبا سليما(43). و تعد أعمال(كريستينا ماسلاش) رائدة في دراسة و تطوير مفهوم الاحتراق النفسي. و تعرّف(كريستينا ماسلاش) و جماعة(شيكاغو) التي تتبعتها الاحتراق النفسي بأنّه: تناذر إنهاك جسدي مادي و انفعالي يؤدي إلى تطور صورة ذاتية غير ملائمة تتميز بمواقف سلبية في العمل مع فقدان الاهتمامات و المشاعر اتجاه الزبائن(43). و يرى(فيشو)(Vecchio)(1991) أنّ الاحتراق النفسي يتمثل في مجموعة من المظاهر السلبية، منها التعب والإرهاق، الشعور بالعجز، فقدان الاهتمام بالآخرين و بالعمل، السخرية من الغير، الكآبة أو الاكتئاب، الشك في قيمة الذات و الحياة و العلاقات الاجتماعية، و هذا ما يؤثر على نوعية أداء الفرد(27: 122).

عناصر الاحتراق النفسي :

1. **العياء الانفعالي:** و هو إنهاك ناتج عن حاجة نفسية مفرطة لدى الأشخاص الذين يكونون في علاقة مساعدة اتجاه الآخرين في إطار مهني و تعتبر(كريستينا ماسلاش) الإنهاك أو العياء الانفعالي المكوّن الأساسي أو المفتاح لتناذر العياء المهني.

2. **انخفاض الحس الإنساني Déhumanisation:** معناه فقدان التقمص الوجداني، و لهذا يفسر بالتجرد من الصفات الإنسانية في العلاقات بين الأشخاص كأن يعالج المريض في المستشفى أو يعامل كشيء أو مادة و كأن تتجز الممرضة عملها مثل إنسان آلي.

3. **نقص الشعور بالإنجاز الشخصي:** و يعني هذا العنصر النتائج المحبطة أو المثبطة التي يمكن أن تتجرّ عن وضعية صعبة نتيجة تكرارها. و رغم تعدّد محاولات المقاومة فإنّها لا تحقق النتيجة الايجابية المنتظرة فيبدأ الفرد بالشك في قدراته الحقيقية ثمّ يستسلم معبرا بذلك عن نقص في الشعور بالإنجاز(43).

علاقة الاحتراق النفسي بالضغط النفسي:

إنّ العلاقة بين الضغط النفسي و الاحتراق النفسي هي علاقة تأثير و تأثر علاقة سبب و نتيجة و معنى هذا أنّ الاحتراق النفسي هو النتيجة الحتمية للضغوط المتراكمة. و هذا مذهب كلّ الذين اهتموا بدراسة هذا الموضوع، و منهم(Chermis) الذي يعرف الاحتراق النفسي بأنّه انسحاب نفسي ناتج عن تراكم الضغوط. و منهم(Baron Perلمان)(1986) الذي يرى أنّ أهمّ الأعراض السلبية للضغط المتوقع في بيئة العمل هي ظاهرة الاحتراق النفسي بمعنى ظهور آثار سلبية تكون نفسية أو جسدية أو سلوكية نتيجة التعرّض المستمر للضغوط البيئية. و منهم علي عسكر(2003) الذي يرى أنّ الاحتراق النفسي عبارة

عن ردّ فعل مباشر للضغوط(27: 122). و منهم(كريستينا ماسلاش) التي تقول بوجود رابط مفاهيمي واضح بين الاحتراق النفسي و الضغط النفسي؛ إذ يظهر بصورة جليّة أنّ الاحتراق النفسي هو نتيجة للآثار المتراكمة للضغوط المختلفة المصادر داخل محيط العمل، و أنّ الاحتراق النفسي هو مصرف عاطفي انفعالي للضغط المزمن(44). و هو نفس ما ذهب إليه(Cunningham)(1993) حين اعتبر الاحتراق النفسي ناتجا عن التعرض المستمر للضغط و أنّه أهمّ الآثار السلبية للضغوط. و تكمن نقاط الاختلاف بين المفهومين في:

1- يحدث الاحتراق النفسي من ضغوط العمل النفسية نتيجة تضارب الأدوار وازدياد حجم العمل.
2- يحدث الاحتراق لأولئك الذين عادة ما يتبنون رؤى مثالية في أداء الأعمال و الاضطلاع بالمسؤوليات المهنية.

3- يرتبط الاحتراق عادة بالمهام التي يتعدّر على الشخص تحقيقها.
و يلاحظ أنّه كلما زادت الهوة بين طبيعة العمل و مؤهلات الفرد الذي ينخرط في أداء ذلك العمل كلّما زاد الاحتراق النفسي الذي يواجهه العامل. و تشير(كريستينا ماسلاش) إلى أن جذور الاحتراق النفسي تكمن في مجموعة عوامل تتركز في الظروف الاقتصادية والتطورات التكنولوجية والفلسفة الإدارية لتنظيم العمل. وحددت مجموعة عوامل تنظيمية مؤسسية تؤدّي إلى الاحتراق النفسي لدى الموظفين والعاملين في بعض الشركات والمؤسسات والهيئات على النحو التالي:

1- **ضغط العمل:** عندما يشعر العامل أنّ لديه أعباء كثيرة تنوط به، وأنّ عليه إنجازها في مدّة وجيزة و من خلال مصادر محدودة وشحيحة.

2- **محدودية صلاحية العمل:** هو أحد المؤشّرات التي تؤدّي إلى الاحتراق النفسي و يعني عدم وجود صلاحيات لاتخاذ قرارات لحلّ المشكلات وتأتي هذه الوضعية من خلال وجود سياسات وأنظمة صارمة لا تعطي مساحة من حرية التصرف واتخاذ الإجراء المناسب من قبل العامل.

3- **قلّة التعزيز الإيجابي:** هو أيضا أحد المؤشّرات التي تؤدّي إلى الاحتراق النفسي، و ذلك عندما يبذل العامل جهدا كبيرا في العمل وما يستلزم ذلك من ساعات إضافية و أعمال إبداعية دون مقابل مادي أو معنوي.

4- **غياب الاجتماعية:** يحتاج الموظف أحيانا إلى مشاركة الآخرين في بعض الهموم والأفراح و و مواقف التنفيس، لكن بعض الأعمال تتطلب فصلا فيزيقيا في المكان وعزلا اجتماعيا عن الآخرين، كأن يخلو العامل أكثر مع الأجهزة والحواسيب أو داخل المختبرات أو المكاتب المغلقة.

5- **غياب الإنصاف و العدل:** يتم أحيانا تحميل العامل مسؤوليات لا يكون في مقدوره تحمّلها، وعند إخلاله بها يتعرّض لمحاسبة صارمة، رغم أن القصور قد لا يكون بسبب تقاعس العامل، ولكن بسبب رداءة الأجهزة وتواضع إمكانياتها ومحدودية برامجها إضافة إلى عدم وجود كفاءات فنية مقتدرة لأداء الواجبات المطلوبة.

6- صراع القيم: يكون الموظف أحيانا أمام خيارات صعبة، فقد يقتضي منه الواجب الاضطلاع بأمر محدد، و يحدث أن يكون ذلك غير منسجم مع قيمه ومبادئه، كما يحدث مثلا عندما يضطر عامل مبيعات أن يكذب من أجل أن تسويق منتج ما مع عميل معين، أو ما شاكل ذلك من الظروف والملابسات(47).

مراحل الاحتراق النفسي:

تحدثت كل من (Brodsky) و (EdelWich) عن ثلاث مراحل للاحتراق النفسي، تتميز الأولى بالحماس، وهي فورة من العمل حيث كل الآمال متاحة و ممكنة، وتتميز هذه المرحلة بفرط في الطاقة والنشاط. بينما يبدو العمل في المرحلة الثانية أنه يشغل مكانة أقل أهمية من سابقتها؛ إذ يظهر على الفرد انخفاض في الطاقة لكنه يستمر في الاجتهاد، فهي على هذا مرحلة الركود. في حين يصل الفرد في المرحلة الثالثة إلى الشك في مدى ملائمة العمل الذي يقوم به. وعلى هذا فهي مرحلة الإحباط و التثبيط التي تسبق مرحلة الخمول، حيث يتواصل العمل لكن مع الحفاظ على مسافة قصوى يحاول خلالها الفرد أن يحمي نفسه من كل ما يكون خطرا على أمنه النفسي. و في الواقع تصبح الحالة الصحية للفرد مهددة و يمكن أن يؤول الأمر في النهاية مرض نفسي أو عقلي أو نفسي جسدي، حتى أن الانتحار لا يكون مستبعدا. و أمّا بالنسبة لكل من (Michel veningo) و (janes Spadley)(1985) فيتحدثان عن خمس مراحل للاحتراق النفسي لا تختلف كثيرا عن سابقتها و هي: الحماسة، انخفاض الطاقة، انخفاض المردود مع الاكتئاب، حالة توتر مع تشاؤم ونقص الثقة بالنفس، و أخيرا مرحلة الطريق المسدود. و أمّا (M.Lauderdale) فيتحدث عن وجود ثلاث مراحل هي: الارتباك، الإحباط، و أخيرا اليأس. و بعد ذلك تمتد هذه الأعراض لتطال الحياة الخاصة كالحياة الأسرية و تتسبب في مشاكل للفرد، و كرد فعل لكل تظهر سلبية على الفرد مع رفضه وإنكاره للفشل مع رفض و خوف من التقدم في السن وكذلك رفض فكرة الموت. و أمّا (هاربرت فردينبرجر) فقد صنّف ما أمكنه ملاحظته وفق محورين أو قطبين: مظاهر جسدية؛ حيث يشتكى الشخص من التعب، آلام الرأس، اضطرابات معدية، و اضطرابات النوم، و ذلك باعتبارها أعراضا سيكوسوماتية، ثم مظاهر سلوكية؛ إذ يظهر على الشخص الذي يعاني من الاحتراق النفسي التهيج، فرط في الحساسية، مظاهر الحرمان العاطفي، سرعة الغضب، وسرعة البكاء، و يصبح الفرد عديم التأثير، و مع ذلك يقضي ساعات في العمل داخل محيط مثبط فيتصرف كما لو أنه يعاني من الاكتئاب. و أخيرا فقد وضعت كل من ((كريستين مازلاك) و (Susan Jackson) و (Michael Leiter) دليل اختبار للاحتراق النفسي Burnout Inventory Manuel الذي يتضمّن ثلاثة أبعاد هي: العياء الانفعالي، انخفاض الحس الإنساني، و نقص الشعور بالإنجاز الشخصي(31: 257).

نتائج الاحتراق النفسي:

1- العجز المتعلّم Impuissance acquise: هو حسب (Estryn behar) جملة من الصعوبات النفسية التي ترجع إلى الضغط المزمن وهي بهذه الملاحظات تقترب في وصفها من سيرورة الاحتراق

النفسي. و من النظر السلوكية التي يعتمد عليها تفسير العجز المتعلم فهي تذهب إلى أنّ هذه الحالة تنتج عن غياب الثواب أو التعزيز La gratification. و قد وصف العجز المتعلم لأول مرة من طرف (Seligman) عام (1967) ويرتبط بظاهرة حيث العامل لديه الوعي التام أنّ أفعاله وتصرفاته لا تؤدي إلى شيء إزاء تغيير وضع رديء أو صعب و رغم ذلك يستمر الفرد في توظيفه لكل إمكانياته من أجل ذلك. و لأنّه لا يستطيع تغيير الأمر فإنّه لا يستطيع أن يتكيف وبما أنّ العجز المتعلم يؤدي بالفرد إلى إدراك عدم قدرته على التحكم في الأحداث التي تدور حوله فإنّه يؤدي به إلى: عجز أو خلل دافعي، عجز أو خلل معرفي، و عجز أو خلل انفعالي (27: 131).

2- انخفاض الإنتاجية أو نقص في المردود: يمكن أن ندرك بسهولة أنّ مختلف الأغراض المكونة للاحتراق النفسي ذات أثر بالغ على الفرد و على العمل المنجز، فانخفاض الإنتاجية يظهر كأحد العناصر الممثلة للنتائج السلبية لهذا الإنهاك، و الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشرا لغياب الاحتراق النفسي، فالفرد ربما يستمر في عمله بالرغم مما يعانيه من احتراق نفسي وهذا لأسباب عديدة منها الحاجة إلى العمل و وجود ضمان وظيفي.

3- التغيب المستمر عن العمل **Absentéisme**: يظهر في بداية الأمر في صورة تأخر عن أوقات العمل، تأجيل الأعمال والالتزامات، الحاجة إلى أكثر من يومين في عطلة نهاية الأسبوع، انسحاب اجتماعي، الرغبة في تغيير العمل، و الإكثار من الإجازات المرضية.

4- التقاعد المبكر **La retraite anticipée**: وتظهر الرغبة فيه إثر العجز عن مواصلة العمل و الرغبة في وضع حد للمعاناة التي يعيشها الفرد مع الشعور بتقدم السن، وهذا من التعب الشديد الذي يعاني منه الفرد نفسيا و فسيولوجيا، وهذا يفسر وصوله السريع إلى عتبة التحمل القصوى.

5- الرغبة في ترك الوظيفة: وهذا يعتبر مشكل آخر غالبا ذو دلالة لما يعانيه الشخص من الاحتراق النفسي، والأمر الذي هو صعب التقييم هو نسبة العمال الذين يتركون بالفعل وظائفهم لأجل أسباب محدّدة. إذن الاحتراق النفسي يبدو متعلق بالعوامل التي تذهب أو تتطلق من التنظيم إلى البنية الشخصية للفرد (43).

6- الاكتئاب: أشار (هاربرت فردنبرجر) (1994) أنّ الإنسان المصاب بالاحتراق النفسي يظهر ويتصرف كما لو كان مكتئبا. وقد أكد قبل ذلك عام (1980) بأنّ الاحتراق النفسي ليس اكتئابا في حد ذاته لأن الحالة الاكتئابية تظهر فقط داخل محيط العمل ولا تستمر خارجه، بالإضافة إلى أنّ الشخص لا يحس بالذنب بل بالغضب وعدم الرضا. ويعتبر ما ذهب إليه (هاربرت فردنبرجر) صحيحا في بداية ظهور الأعراض لكن مع مرور الزمن تمتد هذه الأخيرة إلى جوانب أخرى من حياة الإنسان، فتظهر تناذرات هي شبيهة وقريبة جدا من حالة الاكتئاب مع انطواء على النفس، خمول، وبلادة، واضطرابات النوم مع فقدان لتقدير الذات وأفكار انتحارية، فالأكتئاب مصاحب للاحتراق النفسي. و يرى (Raix) (1990) أنّ الاحتراق النفسي يؤول إلى الاكتئاب استنادا إلى التشابه مع اكتئاب العياء الذي ينتهي إليه بعض الأفراد

الذين يبلغون عمر الخمسين، و مع شخصيات الأفراد المصابين بالاحترق النفسي؛ إذ هم حسب رأيه حالات حدية يظهر اكتئابها كوضعية عدم تعويض يحدثها موقف معين.

7. العياء الاكتئابي: تحدّث عن هذا النوع من الاكتئاب(Kienholz) نقلا عن ملاحظة قدّمها(Laxenaire)(1984) بأنّه اضطراب يصيب أشخاصا بلغوا الخمسين من أعمارهم و يظهر هذا التعب نتيجة العياء المهني باعتبار أنّهم كانوا في وضعية ضغط و مسؤولية. و هذا النوع من الاكتئاب يتضمّن أعراضا منها القلق مع فقدان روح المبادرة التدريجي، و يكون هذا مصحوبا بنظرة سلبية للحياة، و تشاؤم و شعور بالنقص، و لذلك يتطلب الأمر اللجوء إلى العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب مع علاج نفسي، إن الاحتراق النفسي إذن يخفي مرض الاكتئاب الذي ترجع جذوره إلى العمل الذي قد يكون مصدرا لفقدان القيمة والدور والهوية لدى الفرد داخل المؤسسة، خاصة إذا كان هذا الأخير ذو بنية هشّة أو ضعف تكويني في الشخصية. و لكن بالرغم من وصول الفرد إلى حالة من الاحتراق النفسي فهو ظاهريا يستمر في المقاومة والعمل والنشاط، و دون طلب للمساعدة لأنه دائما ينكر الحالة التي آل إليها، فتصبح علاقته بالغير آلية و جافّة و متصلّبة كما وصف ذلك(Raix)(1990)(43).

المقاربات النظرية في تفسير الاحتراق النفسي:

1- المقاربة المعرفية السلوكية : الاحتراق النفسي حسب هذه المقاربة هو متنفس أو مخرج عاطفي كردّ فعل على ضغط نفسي مزمن، وحسب(ماسلاش) يجب البحث عن أسباب للتناذر في جانب ظروف العمل من حيث الصراعات وغموض الأدوار، وليس في جانب الأفراد. و طبعا(ماسلاش) تنتمي إلى صفوف السلوكية و لكنها مع ذلك تتجاوز النموذج الخطّي الأول الذي يرى أنّ الوسط الخارجي وحده هو الذي يشكّل استجابات الفرد. و هذا التتكرّر لكلّ ما هو عقلي أو كلّ ما يعتمد على الاستبصار هو في الواقع من صميم النظريات السلوكية. أمّا علم النفسي المعرفي فهو الرابط بين ميدان السلوكية وميدان دراسة السيرورات العقلية الأكثر عمقا، الواعية و اللاواعية، و التي تسمح للفرد بالتكيّف مع المنبهات الداخلية و الخارجية. فحسب(Estryn behar) الصعوبات النفسية الملاحظة هي ناتجة عن الضغوط المختلفة و هي تقترب تلك الملاحظات المتعلقة بسيرورة الاحتراق النفسي. و حسب النظر السلوكية التي تستند إليها(Estryn behar) فإنّ حالة الاحتراق النفسي ناتجة عن العجز المكتسب الذي يظهر كنتيجة لغياب المكافأة و التحفيز.

2. المقاربة التحليلية النفسية: إنّ الاحتراق النفسي يحدث في سياق خاصّ أي في واقع ضغوط العمل و التوتر، فيتزايد الصراع بين الواقع و البحث عن المثالي L'idéal. أما الجانب الثالث في هذا الصراع فهو الالتزام الذي يبديه الفرد لكي يصل إلى غايته ألا وهي مثله الأعلى. أن الأمر يقوم على أسس ثلاث هي: الصراع مع الواقع، البحث عن المثالية، و الالتزام. و هناك دائم قيم تفرض على الفرد من طرف المجتمع، و لكن يبقى المثل الأعلى فكرة مجردة صعبة المنال؛ إذ أنّ الفرد إذا قام بالتنشيط يظهر ما يسميه(Freudenberger) بالالتزام غير الناضج. إنذ الالتزام المفرط من النوع الاندماجي تتمركز فيه

نقطة التأثر في الموارد الانفعالية مما يؤدي على المدى الطويل إلى الإنهاك و الاستنزاف. أما بالنسبة للمحلل نفساني(Fisher)(1985) فيرى أنّ المصاب بالاحتراق النفسي يحاول دائما الحفاظ على الفكرة الوهمية، و الأمل في التلاؤم مع معايير مثل أعلى قام بالثبوت عليه، و لذا فهو يدخل في صراع منهك و بدون نهاية، و لكنّه أساسي في الحفاظ على كماله النرجسي. و هنا تظهر الصيغة التي انبنت بها شخصية الفرد كوسيط أساسي في الطريقة التي سيتمكن بها هذا الأخير من التقدّم في حياته و عمله(44).

3- المقاربة السيكوسوماتية: يذكر(كامل محمد عويضة) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة تراكم ضغوط نفسية تترك تلبا أو آثار فيزيولوجية كخلل في عضو من الأعضاء، كما يشير إلى أهمية العلاج النفسي، و يمكننا القول أن الاضطراب السيكوسوماتي هو خلل وظيفي فيزيولوجي و اضطراب بنائي ناتج أساسا عن عمليات نفسية(21: 113). و ترى(Dunber.F) في كتابها(التشخيص السيكوسوماتي) أن جميع الأمراض الجسدية تستوطن جوانب الشخصية السيكوسوماتية، أي أن لها أسباب نفسية و هي تولي اهتماما خاصا لتحديد طبيعة و شكل الآلية التي تؤدي بها الصراعات المكبوتة إلى مظاهر جسدية(33: 72). أما(Alexander) فيرى أنّ هناك اختلاف بين التطورات السيكلوجية و التطورات الفسيولوجية التي تجري في الجسم، و قد ثبت أن العواطف و الانفعالات يمكن أن تثير أو تمنع عمل جميع الأعضاء. و قد عرض(Alexander) فرضيات تصف عدّة عوامل تحدّد طبيعة المرض، من بينها ظروف الحياة و ضغوطاتها التي تولّد انفعالات حادّة ممّا ينتج عنه ظاهرة التجسيد Somatisation(33: 79). و يستخلص(Cassel) أنّ التغيّرات التي تطرأ على العلاقات الاجتماعية تزيد بشكل مميّز في الاستعداد المرضي، و يتوصّل إلى وضع نموذج لعلم نشأة الأمراض اعتبارا من العوامل التالية: وجود ظروف بيئية مجهدّة، شعور الفرد بالضغط الذي تسببه تلك الظروف، و قابلية الفرد النفسية للتكيّف مع هذه الظروف. و أخيرا يري(Pierre marty) أنّ التبدن يظهر عندما لا يكون الفرد قادرا على معالجة ذهنية للاضطرابات النفسية أو الجسدية الناشئة عن مواقف ضاغطة، اعتبارا من أنّ السياق العقلي يسبق زمنيا السياق الجسدي و يشكّل سببا له(33: 81).

4- نظريات التعلّم الاجتماعي: ترتكز هذه النظرية على بناء الشخصية؛ إذ من طبيعة الإنسان السعي دائما للإحساس بالتحكم في مجريات حياته و السيطرة على بيئته، و بذلك يستطيع اتخاذ القرارات و التصرف بالطريقة التي سوف تضمن له أفضل النتائج، و الإحساس بالتحكم الذاتي. و لقد استخدم مفهوم التحكم الذاتي في مجالات علم النفس المختلفة منذ عقود للإشارة إلى امتلاك الفرد توقّعات للنجاح و إلى ميله إلى الاعتقاد بأن لديه القدرة الكافية لتحقيق ميوله و رغباته و طموحاته. و تؤكّد بعض الدراسات أنّ الأفراد الذين لديهم إحساس عالي بالتحكم الذاتي لهم القدرة على التأثير على الأحداث في

حياتهم، و كذا السيطرة على الضغوط الي قد يتعرضون لها. و هم يستخدمون استراتيجيات سلوكية و معرفية محكمة لضمان نفوذهم وسيطرتهم على الأحداث، و منها:

أ- **التحكّم السلوكي**: يشير إلى القدرة على التصرف قصد التقليل من آثار الضغوط السلبية، و يتضمن ذلك تنفيذ سلوكيات من شأنها التخفيف من شدة الضغوط أو تخفيض مداها.

ب- **التحكّم المعرفي**: يتمثل في القدرة على استخدام استراتيجيات معرفية محكمة قصد التخفيف من تأثير الضغوط، و تتمثل هذه الاستراتيجيات في النظر إلى هذه الأحداث الضاغطة و التفكير فيها بطريقة مختلفة، و في بعض المواقف الضاغطة تشمل التركيز على أفكار أو صور ذهنية سارة.

ج- **التحكّم في القرار**: و يشير إلى إمكانية الانتقاء بين الخيارات المتاحة و الممكنة، كما يقصد به فرصة الاختيار بين الإجراءات العملية المختلفة، كالذي يفقد وظيفته مثلا و يلتحق بصفوف البطالين فبإمكانه أن يبحث عن وظيفة أخرى أو يدخل في دورة تدريبية يتعلم مهارات مهنية جديدة أو مطلوبة و كذا تحسين فرص توظيفه في المستقبل.

د- **التحكّم في المعلومات**: و يتمثل في محاولة الحصول على معلومات كافية حول طبيعة الموقف الضاغط، و أسبابه و نتائجه و تشير في هذا الصدد إلى أن الحصول على معلومات حول الأحداث الضاغطة من شأنه أن يعمل على تخفيف الضغط و يساعد على التخفيض من حدة الخوف الذي يبيده الفرد من المجهول، و ذلك من خلال تحسين قدرته على التنبؤ بالنتائج المحتملة.

و لقد وضع الباحث (جوليان روتر) (Julian rotter) (1966) تصورا نظريا و عمليا لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي، حيث فرق بين فئتين من الناس وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي إدراك الأفراد للعلاقة بين سلوكهم و ما يرتبط بها من نتائج، منهم ذوو مركز التحكم الداخلي، وهم يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم و تصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصيتهم. و منهم ذوو التحكم الخارجي، وهم يعتقدون أن ما يتعرضون له من أحداث يرجع أساسا إلى العوامل الخارجية كالحظ و الصدفة و تأثير الآخرين من ذوي النفوذ. و لقد تناولت دراسات في السنوات الماضية مفهوم مصدر التحكم و دوره في الصحة النفسية و من أبرزها دراسة (plater et al) (1971) و التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التحكم الخارجي و العصابية مؤكدة بذلك التوقعات النظرية حول الآثار السلبية للنزعة الخارجية لمركز التحكم. و في دراسة أخرى قام بها كل من (Tamba. K) و (Archer) و (Robert) (1979) أظهرت أنّ ذوي مركز التحكم الخارجي كانوا أعلى قلقا بكثير من ذوي مركز التحكم الداخلي. و يتّضح ممّا سبق أن مركز التحكم ببعديه الداخلي و الخارجي يعتبر من العوامل الهامة المؤثرة في الصحة النفسية، حيث يتسم ذوو المركز الخارجي بالعصابية و القلق و السلبية في التفاعل الاجتماعي، بينما يميل ذوو النزعة الداخلية في مركز التحكم إلى التوازن و التوافق النفسي الاجتماعي (29: 89-92).

المهن المهددة بالاحتراق النفسي: لقد بينت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أن هناك وظائف و مهن تشكل خطرا على أصحابها، معنى هذا أن الضغط موجود بصفة كبيرة، فالأمر يتعلق بالمهن التالية: المراقبين لدى الطيران، التجار، مسيرو و مدراء المؤسسات، الطيارون، رجال الشرطة، رجال الحماية المدنية، الأطباء، الممرضون، المحامون، و العمال بسلك التعليم (الأساتذة). و هم أولئك الذين يعملون بمهن إنسانية الذين هم أكثر عرضة للاحتراق النفسي لأنهم في مواجهة يومية مع الموت (الشرطة، الأطباء، الممرضون). و كذلك هؤلاء العاملون في التأطير، و أولئك ذوو الطموح العالي و المفرطون في النشاط و الذين هم حريصون على الإتقان و الكمال، و كذلك الذين لا يستطيعون التفويض. و ترى(كريستين مزلاش) و(pines) أنّ العمال الأكثر عرضة للاحتراق النفسي هم عمال الخدمات الصحية و الخدمات الاجتماعية و نخص بالذكر الأطباء و الأساتذة بحكم مهنتهم الإنسانية و الصعبة في نفس الوقت(43).

مفهوم النمط السلوكي: يعرّف النمط السلوكي على أنّه عبارة عن أسلوب سلوكي معين، تدفع إلى إتباعه مجموعة من الأحداث و التجارب و العوامل النفسية، حيث أننا لو عرضنا مجموعة من الأشخاص لمجموعة من الظروف لرأينا أنهم يقومون بإتباع هذا الأسلوب، و ذلك بصورة مؤقتة، و هذا ريثما تعرض لهم ظروف و عوامل نفسية أخرى(32: 134). و بناء على ما سبق، فإنّ الظروف المحيطة بالفرد تعدّ حجر الأساس في دفعه نحو إتباع أسلوب معين في حياته، و بتغيّر ظروف البيئة المحيطة تلك ينهج الفرد أسلوبا سلوكيا غير الذي كان ينتهجه من قبل. و يميّز الشخصية أسلوبان سلوكيان رئيسيان هما: الأسلوب السلوكي(A) و(B). و يمكن للفرد أن يحمل أسلوبا واحدا أو يحملهما معا و هنا يظهر الأسلوب السلوكي(C). و يعتبر الأسلوب(B) مقابلا للأسلوب(A). و يتصف أصحابه بأنهم أكثر استرخاء أو متحررون نسبيا من الضغوط(17: 256). و يفضل أصحاب الأسلوب السلوكي(A) حسب الدراسات التي تناولت الفروق بين هذين الأسلوبين المتناقضين البيئة التنافسية و الأكثر تحديا، لكن الفروق بينهما من الناحية الفسيولوجية لا تظهر بوضوح في الاستجابة الفسيولوجية في المواقف التي تثير التحدي. و لكن عمليا تكون بيئة الأسلوب السلوكي(A) أكثر ضرا و أعمق تأثيرا من الناحية الفسيولوجية. و لقد بينت نتائج دراسات(ستروب) و زملائه أنّه مع تقدّم السنّ يذكر أصحاب الأسلوب السلوكي(A) صحة جسمية أقلّ من أصحاب الأسلوب السلوكي(B). و ارتبطت هذه الفروق في الصحة بالتناقص في الصحة النفسية التي خبرها المتقدمون في السنّ مقابل الأصغر سنّا من أصحاب الأسلوب السلوكي(A) (24: 218).

النمط السلوكي(A): خلال الخمسينيات من القرن الفارط أجرى الباحثان الأمريكيان(م. فريدمان) و(روزنمان) دراسات في علم الأوبئة بهدف تحديد العوامل الخطرة التي تسهم في ظهور أمراض القلب و الشرايين. و توصّلا من خلالها إلى وجود نوعين من الشخصيات أطلقا عليهما النوع(A) و النوع(B). و هما يختلفان من حيث نشاطاتهما المرتبطة بالأعصاب و بعمل الغدد الصماء، و من حيث استجابتهما الهرمونية في المواقف المختلفة(22: 52). و يعرف(فريدمان) و(روزنمان) الأسلوب السلوكي(A) على أنّه

مركب من الفعل و الانفعال و يمكن أن يلاحظ لدى أيّ شخص ينهمك في كفاح مرير لإنجاز المزيد و المزيد في أقلّ وقت ممكن(17: 214). و قد يظهر أصحاب الأسلوب السلوكي(A) الوداعة أمام العراقيين التي تواجههم لكنهم لا يتراجعون أبدا. و يعرف جمعة سيد يوسف الأسلوب السلوكي(A) على أنه عبارة عن: "مجموعة من الأشكال السلوكية و التغيرات الانفعالية و التي هي مؤشرات تنبئية للأمراض شرايين القلب الواضحة إكلينيكيا(17: 213). أما(جنكنز) و زملائه فيرون في الأسلوب السلوكي(A) أسلوبا سلوكيا أكثر منه استجابة للمشقة(17: 214).

سمات النمط السلوكي(A): حدّد(فريدمان) و(روزنمان) خصائص عامّة للشخصيات المهيأة للإصابة بالجلطة القلبية و خصائص أخرى فسيولوجية كالتالي(19: 33).

السمات العامة: منظم، مرتب و يتفاعل مع محيطه بشكل جيد، متحكم في ذاته، واثقا من جدارته، و هو مستعد لأن يعمل وحيدا إذا اقتضت الظروف لأنه لا يتراجع عن أهدافه، عدائي، يمارس عدائيته في مختلف المجالات، و تتراوح عدائيته بين الحادة و المرضية، و إحدى مظاهر عدائية تتجلي في رغبته الشديدة في المنافسة، صاحب طموح، متعدد الأهداف أو غير محدود الأهداف مما يجعله متشجعا لا يقوى على الاسترخاء، فهو إذا ما حقق هدفا لا يترك لنفسه فرصة للراحة و إنما تراه يخلق هدفا جديدا أو يبدأ من جديد بالركض نحوه، يدرك مفهوم الوقت و يعي مروره لذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئا و لذلك نراه دائما نافذ الصبر و مستعجلا من أجل تحقيق أهدافه، يظهر الوداعة أمام العراقيين التي تعترض طموحه لكنه لا يتراجع أمامها، يرفض الهزيمة و لا يعترف بها و يقوم بمحاولة جديدة، يهمل تعبته و يقلل من شأن آلامه و يرفض فكرة إصابته بالمرض خاصة أمراض القلب، و إذا ما حذرته سخر منك في أعماقه، ثم إن اعتماده الزائد على نفسه بالإضافة إلى عدائيته يجعله ميالا للسيطرة و خاصة إذا كان من شأن هذه السيطرة أن تساعد على التخلص من العقبات التي تواجهه أثناء عمله لتحقيق أهدافه، و أصحاب هذه الشخصية دائما يسرون و يتحركون و يأكلون بسرعة و يميلون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم و الاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها و يقاطعون الآخرين و يكملون بأنفسهم جمل أو عبارات الفرد الذي يتحدث معهم ببطء(45). و إذا حدثهم الآخرون بأشياء لا تتعلق بما يرغبون الحديث عنه، تراه دائما يعيدون المحادثة إلى ما يرغبون به من حديث. و تبقى أهم أهدافهم الحصول على مال أكثر و أصدقاء، و هم يحكمون على النجاح بعدد المرات التي حققوه فيها بدلا من نوعية الأعمال التي نجحوا في أدائها إضافة إلى أنهم ينظرون إلى مثل هذا النجاح كنتيجة لقدرتهم على أداء الأعمال بصورة أسرع من غيرهم و ليس إلى قدرتهم العملية، و هم يستخدمون الإيماء بصورة أكثر و يقطعون أصابعهم أو يصرون بأسنانهم تعبيراً عن حالتهم الانفعالية، و أخيرا فإنهم يبحثون عن القيمة الاجتماعية(19: 103). و تدعم العديد من الأبحاث الصفات السابقة كصفات مميزة للأسلوب السلوكي(A) و أبرزها دراسة(كلاس لنايدر)(1994) و دراسة(غولديبان)(1998).

السمات الفسيولوجية: الأسلوب السلوكي (A) يستجيبون للأمر كما لو كانوا في حالة هروب مستمر من حيوان مفترس، فبالإضافة إلى الزيادة الكبيرة في مستوى الأدرينالين و النورأدرينالين في الدم، و في ضغط الدم و ضربات القلب، فإن أصحاب الأسلوب السلوكي (A) تظهر لديهم تغيرات أكثر في رسم القلب الكهربائي تتفق مع الاستجابات الواضحة لمثيرات الضغط التي يحفزها الجهاز الليمفاوي (17: 214-215).

السمات العامة للنمط السلوكي (B): يتميز صاحب هذا الأسلوب السلوكي بكفاءة حسية و فكرية متوسطة و بالمقابل فإن دفاعاته النفسية أكثر قوة، و هو يتجنب الإرهاق و يقاومه بشكل أفضل، كما يتجاوز الصراعات بشكل أفضل، و يعود إلى الوقوف على قدميه بسرعة أكبر بعد تعرضه للفشل، و لكونه انطوائيا فإنه يردّ ببطء أكبر على الأحداث الخارجية و لكن ردود فعله تكون أكثر عمقا و أكثر ديمومة. و هو يحتاج على الدوام إلى وقت للتكيف (لاستيعاب الأمور، و الإحساس بأنه في حال أفضل) و يحتاج إلى التفكير قبل الإقدام على الفعل (إذ يخاف من ارتكاب الخطأ). و لآته شديد التركيز في العمل، فإن العالم قد ينهار من حوله دون أن يشعر به، و لكونه مثابرا فإنه يفضل المدى البعيد (18: 53).

السمات الفسيولوجية للنمط السلوكي (B): تشير الدراسات المعملية و الميدانية إلى أنّ الفروق بين (A) و (B) في الاستجابة الفسيولوجية تتحدّد فقط في المواقف التي تثير التحديّ لديهم أو التي تهدّد التحكم لدى (A) (17: 215).

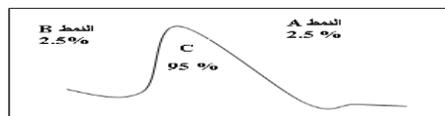
الفروق بين النمط السلوكي (A) و النمط السلوكي (B): بينما يظهر الأسلوب السلوكي (A) عدّة سمات أهمّها الطموح، التنبه الشديد للوقت، نفاذ الصبر، و العدائية الواضحة، يظهر الأسلوب السلوكي (B) في مقابل ذلك على أنّه أكثر صبورا، و يميل للاسترخاء، و غير منشغل البال بما يحاول إنجازه أو تحصيله، كما أنّه لا يستثار، و يميل إلى التمتع، لذا فهو يختلف عن (A) جذريا في جميع سماته (13: 154). توصلت لجنة بحث طبيّة علمية في الولايات المتحدة الأمريكية عام (1960) من خلال دراسة تناولت فيها دور الأسلوب السلوكي (A) في الإصابة بأمراض القلب إلى جملة خصائص تمثّل الفروق بين (A) و (B) (04: 167-168).

الصفات و الخصائص	A	B
1- <u>النطق و الكلام</u> - السرعة - إنتاج الكلام - ارتفاع الصوت - النوعية - التلحين الرقة - كمون الاستجابة - مدة الاستجابة - أشياء أخرى	1- <u>النطق و الكلام</u> - كبيرة - الإجابة على كلمة واحدة - العجلة في إنهاء الجمل - عال - خشن قوي - كلام متفجر، مفاجئ و الإلحاح على بعض الكلمات - إجابة فورية آلية - قصيرة - إعادة الكلمات حذفها التمسك بها	1- <u>النطق و الكلام</u> - بطيئة - أناة، تقاطعات كبيرة أو انقطاع - ناعم - نمطية الكلام - توقعات قبل الإجابة - طويلة
2- السلوك - التأوه	2- السلوك - كثيرا	2- السلوك - نادرا

<p>- مسترخ يجلس مرتاحا - هادئ و انتباه هائل - مسترخ: ودود - عريضة بملء فمه لطيف - نادر</p>	<p>- متوتر: يجلس على طرف الكرسي. متحفز: متوتر، متجهم الوجه - عدواني - ساخر، جانبية عنيف، صاخب - كثيرا</p>	<p>الوضعية العامة - الضحك - شد المعصم</p>
<p>3- الاستجابات إزاء المقابلة نادرا نادرا نادرا نادرا غير موجود غير موجود</p>	<p>3- الاستجابات إزاء المقابلة - كثيرا - غالبا - غالبا - غالبا - تقنيات كثيرة و أساليب متنوعة - بلجا إليها لقطع حديث المستجوب، تعليقات غريبة - أجوية تهربية يصحح كلام المستجوب - غالبا ما يظهر خلال المقابلة عن طريق اللجوء إلى أليات مثل التلطف المصطنع - الهيمنة التحدي</p>	<p>3- الاستجابات إزاء المقابلة - اعتراض المستجوب و مقاطعة كلامه - العودة إلى موضوع الكلام قبل مقاطعة الحديث - المحاولات لإنهاء أسئلة المستجوب استخدام النكتة في الكلام تسريع و استعجال المستجوب مزاحمة المتحدث أو المستجوب، محاولات للسيطرة على المقابلة أو الحديث العدوان</p>
<p>- راض عن عمله - غير موجود - غير موجود مستعد للانتظار و الصبر حتى يأتي دوره لا يزعج و لا يحبط إذا اعترض سيره عارض عائق - غير منافس و نادرا ما ينخرط في مباريات تنافسية. نادرا ما يفكر في شيئين في وقت واحد</p>	<p>- غير موجود يطعم إلى الأعلى - موجود باعترافه و باعتراف الآخرين - موجود يكره الوقوف في دوره في قضاء حاجته الاجتماعية، يزعج إذا تباطأت سرعة سيارة أمامه أثناء قيادته السيارة - يستمتع فيما فيه الناس في العمل، يلعب جميع أنواع و ضروب اللعب حتى على الأطفال، و ذلك كي يريح - غالبا ما يفكر بأمرين في آن واحد.</p>	<p>4- <u>مستوى التفكير العام النموذجي</u> - رضاؤه عن عمله - الطموح الدافع الجامح - الشعور بعدم القدرة على الصبر و تأجيل رغباته - المنافسة - الاعتراف بوجود تفكير ثنائي الطور و التقاطعات</p>

النمط السلوكي (C):

يصنّف الباحثون الأشخاص الذين يحملون صفات أو سمات من الأسلوب السلوكي (A) و أخرى من الأسلوب السلوكي (B) في أسلوب سلوكي ثالث (C) و الذي تغلب عليه صفات من الأسلوبين السابقين. و الشكل الموالي يوضح توزيع الأفراد ذوي الأسلوب (A) و (B) و (C) (24: 129).



نمط السلوك و علاقته بالأداء المهني: اتجهت بعض الدراسات في مجال الاختيار و التوجيه المهني إلى الكشف عن علاقة الشخصية و أبعادها بالميل المهنية و الاختيار المهني، و تبين أنّ هذه الأخيرة تتأثر بسمات الشخصية التي يمتلكها الفرد. لكن مثل هذه الدراسات محدودة و تكاد تنعدم عريبا. و هذه الملاحظة تتسحب أيضا على الدراسات التي تناولت الميل و الاختبار المهني و أسلوب السلوك (35: 11). و أغلب نتائج تلك دراسات لم تكشف عن متغيرات إلى محدّدة. و مع ذلك أظهر بعضها أنّ أسلوب السلوك (A) بما يحمله من سمات تتمثل في الشعور بضغط الوقت و التنافس الشديد و السعي

لمزيد من التحديات و الرغبة في الإنجاز إلا أنّ أصحابه ليسوا أكفأ من أصحاب أسلوب السلوك (B) في أداء العمل على الرغم من أنّهم يحققون مكانة عالية في وظائفهم. و فسّر (بيرون) و آخرون (1989) العلاقة بين أسلوب السلوك (A) و المكانة المهنية التي يحققها أصحابه بكون المطالب المفروضة في العمل أو المنظمة تعكس خصائص السلوك و القيم الفطرية لدى. و هذا التناغم بين الأسلوب الشخصي و التوقعات الوظيفية يسهل عملية الترقية في العمل. و هناك بعض آخر أظهر أنّ أصحاب أسلوب السلوك (A) أكثر إقتاناً في أداء الأعمال (Helm reiche et al) (1988) و أنّهم يحققون نجاحات غالباً و أوضح (تايلور) و آخرون أنّ أصحاب أسلوب السلوك (A) يحققون نجاحات لأنهم يضعون أهدافاً عالية يسعون لتحقيقها. و كشفت دراسات أخرى أنّ الكفاءة في العمل تعتمد على طبيعة العمل فالأفراد أصحاب أسلوب السلوك (A) يتفوقون على ذوي أسلوب السلوك (B) في الأعمال التي تشمل مهام متنوعة، و عندما يخلو العمل من التحدي فإنّ الجهد الذي يبذله أصحاب أسلوب السلوك (A) يكون ضئيلاً، أما عندما يحتوي العمل على تحدّد فإنهم يبذلون أقصى ما لديهم من طاقة. كما أوضحت دراسات (JAMAL) (1988) أنّ أسلوب السلوك (A) يتأثر بطبيعة المهام، و لذا فمن المفضل أن يقوم المسؤولون إما باختيار أصحاب أسلوب السلوك (A) لأداء المهام التي تتناسب مع سماتهم أو أن يقوموا بتدريبهم على الصبر و التأنّي في أداء العمل الذي يختارونه (35: 111-114).

أنماط السلوك و الاضطرابات الفزيولوجية: لا شك أنّ لارتباط الأساليب السلوكية مع أمراض بعينها تأثيراته على أداء المصابين بتلك الأمراض، و لاشك أنّ معرفة مثل هذه العلاقة بين أسلوب سلوكي محدّد ومرض بعينه يساعد في انتقاء و التوجيه المهني. و لقد لجأت الدراسات الأخيرة في مجال الأساليب السلوكية إلى محاولة تحديد بعض السمات المشتركة التي تميّز بعض الأفراد الذين يعانون من مرض مشترك، و أسفرت نتائج تلك الدراسات عن تكوين صورة شمولية عن نوعية الانفعالات المؤدّية إلى مرض معين، رغم أنها عموماً تفتقر الدقة المطلوبة. و لكنّها نجحت في تحديد بعض الأمراض النفسية الجسدية و تحديد سمات من يعانون منها. و من ذلك ارتباط الإصابة بالذبحة القلبية و أمراض الشرايين التاجية مع أسلوب السلوك (A)، و هو ما قادت إليه أبحاث (فريدمان) و (روزنمان) في علم الأوبئة لتحديد العوامل الخطرة التي تسهم في ظهور أمراض القلب و الشرايين، و ذلك بعد ملاحظة أن انتشار هذه الأمراض تعد أحد أكبر أسباب الوفيات؛ إذ هي مسؤولة عن ثلث نسبة الوفيات في المجتمعات الغربية الصناعية، خاصّة و أنها كانت نادرة الحدوث قبل قرن من الزمن. و لقد حاول (فريدمان) و (روزنمان) أيضاً دراسة العوامل المهيّنة سيكولوجياً و فسيولوجياً للإصابة بهذه الأمراض (04: 164). و من المعلوم أنّ أصحاب أسلوب السلوك (A) يوصفون بأنهم غالباً ما لا يستطيعون العيش إلا تحت ضغط الوقت، و أنّهم يخفون مشاعرهم المتمثلة في الغضب و القلق، و يؤدي تراكم مثل تلك الانفعالات إلى الإصابة بالجلطة القلبية، خاصّة إذا رافق ذلك بعض أحداث الحياة الضاغطة (46). و رغم أنّ أسلوب السلوك (A) يشمل بعض القيم الشخصية المرغوبة ممّا يحقق التقدير الذاتي و الاجتماعي إلا أنه يؤدي أيضاً إلى إتلاف الشرايين

التاجية و يزيد من خطر الإصابة الوعائية القلبية(04: 61). و منها النمط السلوكي لمرض الربو الشعبي الذي يعتبر من الناحية الطبية نوعا من أنواع الحساسية التي تتمثل في عدم قدرة الخلايا و الأعضاء على مقاومة التغيير لكي يستجيب الجسم لبعض المواد الداخلية، و يصبح ردّ فعل جسم المصاب مفرط الحساسية لمثيرات لم تكن ضارّة له من قبل ، كما أن هذا التغيير يتسبب في ازدياد إفراز بعض المواد الكيميائية مثل الهيستامين، و هنا يبدو أن العوامل الانفعالية تلعب دورا في رد فعل الخلايا، فمرض كالربو الشعبي يحدث نتيجة امتزاج العوامل الانفعالية مع وجود المادّة المثبّطة للحساسية، أما عن طبيعة العلاقة البيولوجية بين الربو و الانفعال فمازالت غير معروفة بشكل قاطع(01: 113). و تصف المدرسة التحليلية الأفراد المعرضين لهذا الاضطراب على أنهم عانوا من حالة الخوف الطفلية من الانفصال عن الأمّ حيث تعتبر لهثت المريض لأخذ النفس على أنها صحيحة من أجل أمّه، كما تعتبر كل نوبة بكاء حالة رمزية من أجل الأمّ، و يشكو مريض الربو من حرمان حب الأمّ في مرحلة الرضاعة. و منها النمط السلوكي للقرحة. فالقرحة كمرض عبارة عن تقرح يبدأ في غشاء المعدة، أو الإثني عشر، نتيجة لفقدان التوازن بين تأثير الحمض الهضمي و مقاومة الغشاء المخاطي لجدار المعدة أو الأثني عشر، و القرحة المعدية هنا هي نتيجة التعرض لتوتر مستمر، أو عدوان(15: 47 . 48). و يتّسم الأفراد المعرضون للإصابة بالقرحة أنهم أناس ناجحون و محبوبون في محيطهم و يتمتعون باحترام الآخرين و محبتهم، نشيطون و طموحون، كما أنهم ذوو رغبة شديدة في القيادة، و إن كانوا يخفون هذه الرغبة تحت ستار التفهم و العطف على الآخرين..الخ، و نتيجة لإحساسهم بأن لا يقابلوا بنفس الاندفاع و الرعاية و العطف التي يقدمونها للآخرين، تزداد آلام القرحة عندهم. و منها كذلك النمط السلوكي لارتفاع ضغط الدم؛ إذ من الناحية الفسيولوجية تعدّ العلاقة بين الضغط و الحالة النفسية واضحة. فالغضب و الانفعال الشديد يؤديان حتى عند الأشخاص العاديين إلى ارتفاع معدلات الضغط، وهذا الارتفاع يكون بسبب زيادة إفراز مادّة الأدرينالين من طرف الغدة الكظرية. و يتّسم أصحاب هذا النمط بالغضب الدائم، و عدم القدرة على تجاوز العقبات المرتبطة بصراعاتهم النفسية و عدم القدرة على كبت الميول العدوانية. و يشترك هؤلاء المرضى فيما بينهم بصفات انفعالية عالية و تأخّر النضج العاطفي و عدم توازن جهازهم العصبي الودّي.

عيّنة البحث: تم اختيار العيّنة عرضيا. و قد تضمّنت(22) فردا من الاطباء العامّين الممارسين في القطاع العمومي، و يتراوح المدى العمري للعيّنة ما بين(25) و(46) سنة.

1- عينة الإناث: تكوّنت من(15) فردا بمتوسّط عمري قدره(37.53) سنة.

2- عينة الذكور: تكوّنت من(7) أفراد بمتوسّط عمري قدره(37.42) سنة.

3- خصائص عيّنة البحث

جدول رقم(01): يبيّن توزيع أفراد العيّنة في ضوء متغيّر الحالة الاجتماعية.

النسبة	المجموع	إناث		ذكور		الجنس	الحالة الاجتماعية
		النسبة المئوية	العدد	النسبة	العدد		
%59.09	13	%66.66	10	%42.85	3		متزوجين

مطلقين	0	%0	1	%6.60	1	%4.54
عزاب	4	%57.14	4	%26.26	8	%36.36
المجموع	7	%100	15	%100	22	%100

جدول رقم(02): يبيّن توزيع أفراد العيّنة في ضوء متغيّر الخبرة

نوع الخبرة	عدد الاطباء	النسبة المئوية
متوسطة إلى قصيرة أقل من 10 سنوات	10	%45.46
نوي الخبرة العالية أكثر من 10 سنوات	12	%54.55
المجموع	22	%100

جدول رقم(03): يبيّن توزيع أفراد العيّنة في ضوء متغيّر الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	7	%31.82
إناث	15	%68.18
المجموع	22	%100

جدول رقم(04): يبيّن توزيع أفراد العيّنة في ضوء متغيّر النمط السلوكي.

النمط السلوكي	عدد أفراد العيّنة	النسبة المئوية
النمط السلوكي(A)	7	%31.82
النمط السلوكي(C)	15	%68.18
المجموع	22	%100

أدوات الدراسة:

أ- اختبار الاحتراق النفسي: اعتمد الباحث هنا على اختبار الاحتراق النفسي الذي أعدّه وطوّره كلّ من الباحثين إبراهيم أمين القريوتي و فيصل أحمد عبد الفتاح عن اختبار شرنك "SHRINK" (1996) للاحتراق النفسي، و الذي قام الباحث بعد ذلك بتكييفه ليتلاءم مع عينة الاطباء، وتم حذف البند الخامس لعدم ملاءمته للعيّنة المدروسة لينتكوّن الاختبار بعدها من (34)بندا أمام كلّ بند(5)اختيارات، على المفحوص اختيار واحدة منها، مع مراعاة مخالفة البنود لمنع تكوين الاتجاه في الإجابة، وكانت الاختيارات: معظم الوقت، بعض الوقت، أحيانا، نادرا، لا.

الخصائص السيكومترية للاختبار:

الثبات: أظهرت نتائج حساب ثبات الاختبار أنّه قد بلغ(0.55). وهو ما يدلّ على ثبات الاختبار.

الصدق: تم الاعتماد في حساب صدق الاختبار على الصدق الذاتي وكانت النتيجة(0.74).

ب- اختبار النمط السلوكي: تمّ استخدام اختبار النمط السلوكي(أ) وهو من إعداد الباحثين بشير معمريّة و خلفي عبد الحليم. وقد تمّ وضع بنود الاختبار بعد الإطلاع على العديد من الخصائص المحدّدة لنمطي السلوك(A) و(B). وتمت مخالفة البنود لمنع تكوين الاتجاه في الإجابة، وتوزيع البنود بين صيغة الإيجاب وصيغة النفي و كانت الاختيارات مكوّنة من: لا، أحيانا، غالبا، دائما.

الخصائص السيكومترية للاختبار:

الثبات:

1- الثبات بالتجزئة النصفية: بلغت نسبة بعد تعديل الطول باستخدام معدلة سبيرمان براون(0.88) للفردية و(0.88) للزوجية.

2- الثبات بمعامل الفا-كرونباخ: تم حساب ثبات الاختبار بأبعاده الثلاثة المميزة للشخصية من النمط (A) على عينة تجريبية و كانت قيمة الثبات بالنسبة للبعد السرعة ونفاد الصبر (0.57) و بالنسبة لبعد الاستغراق في العمل (0.55) وبالنسبة للتنافس وصعوبة الانقياد (0.73). و هذه القيم تعطي الثقة لاستخدامه.

الصدق:

1- الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية:

تم أخذ (33%) من أعلى عينة الدراسة التجريبية و (33%) من أدنى عينة الدراسة، و تمّ حساب الفروق بينهما باستخدام اختبار (ت) حيث بلغت قيمته (0.23) وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.01).

2- الصدق الذاتي: بلغت قيمته (0.93).

الأساليب الإحصائية: اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات العينات غير المتساوية.

عرض النتائج:

جدول رقم (05): يوضح مدى إصابة أفراد العينة بتناذر الاتراق النفسي.

الأسلوب الإحصائي	\bar{X}	أعلى درجة	أدنى درجة
النتيجة	85.54	115	47

جدول رقم (06): يبين دلالة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

الأسلوب الإحصائي	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
النتيجة	1.66	2.08 ←	20	0.05

جدول رقم (07): يبين دلالة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الخبرة.

الأسلوب الإحصائي	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
النتيجة	4.16	2.64 ←	20	0.01

جدول رقم (08): يبين دلالة الفروق بين متوسطات أفراد عينة البحث حسب متغير النمط السلوكي (A) و (C).

الأسلوب الإحصائي	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
النتيجة	1.23	2.08 ←	20	0.05

تفسير النتائج:

1- تذهب الفرضية الأولى إلى القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير الجنس. و من خلال الجدول رقم (06) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة والتي تساوي (1.66) أصغر من قيمة (ت) الجدولية والتي تساوي عند درجة حرية (20) و مستوى دلالة (0.05) ما قيمته (2.08) و هذا يعني أنها غير دالة إحصائية و هو ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير الجنس. و بناء على ذلك يمكن القول أن الفرضية لم تتحقق.

2- تذهب الفرضية الثانية إلى القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير الخبرة. و من خلال الجدول رقم (07) يتضح أن

قيمة(ت)المحسوبة والتي تساوي(4.16) أكبر من من قيمة(ت) الجدولية والتي تساوي عند درجة حرية(20) و مستوى دلالة(0.01) ما قيمته(2.64) و هذا يعني أنها دالة إحصائياً وهو ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير الخبرة؛ إذ كانت متوسطات درجات الاحتراق النفسي عند الاطباء من ذوي مستوى الخبرة الأعلى أكبر مما هي عليه عند غيرهم من ذوي مستوى الخبرة المتوسط أو الأدنى. و بناء على ذلك يمكن القول أنّ الفرضية قد تحققت.

3- تذهب الفرضية الثالثة إلى القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير النمط السلوكي. و من خلال الجدول رقم(08) يتضح أنّ قيمة(ت)المحسوبة والتي تساوي(1.23) أصغر من قيمة(ت) الجدولية والتي تساوي عند درجة حرية(20) و مستوى دلالة(0.05) ما قيمته(2.08) و هذا يعني أنها غير دالة إحصائياً و هو ما يعني هنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اختبار الاحتراق النفسي لأفراد العينة حسب متغير النمط السلوكي (A) و (C). و بناء على ذلك يمكن القول أنّ الفرضية لم تتحقق.

مناقشة النتائج:

إجمالاً يمكن القول بناء على ما يتضح من خلال الجداول(05)(06)(07)(08) أنّ أفراد العينة يعانون من ضغوط مهنية و يكابدون ظاهرة الاحتراق النفسي ويتضح ذلك من خلال المتوسط الحسابي لأفراد العينة والذي يعتبر أكبر من الدرجة المعيارية الأدنى لاختبار الاحتراق النفسي و التي تعادل(34) درجة حيث كان المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة يساوي(85.54) في حين هو أقل من الدرجة المعيارية القصوى على اختبار الاحتراق النفسي و التي تعادل(170) درجة. وهذا يشير بجلاء إلى أنّ أفراد العينة يعانون من حالة احتراق نفسي تتراوح درجته بين متوسطة و عالية وهو ما يمكن أن يوجّه نحو افتراض عام مقبول مفاده أنّ الاطباء الممارسين في القطاع العام يعانون من ظاهرة الاحتراق النفسي بدرجات متفاوتة الأهمية.

و تفصيلاً تدلّ نتائج الدراسة المتوصّل إليها على أنّ الاطباء الممارسين في القطاع العام يعانون من تناذر العياء المهني أو الاحتراق النفسي بدرجات متوسطة إلى عالية، وهو ما سبق أن توصلت إليه بعض الدراسات الأخرى، و نخص بالذكر دراسة الطبيب محمد شكالي في شهر جوان(2000) حول ظاهرة الاحتراق النفسي لدى عمال الصحة بمركز مكافحة السرطان بالبلدية حيث شملت الدراسة عينة تكوّنت من(243) فرداً من أطباء و ممرضين، و قد خلصت نتائج البحث إلى وجود نسبة عالية من العياء الانفعالي و خاصة عند الممرضين مقارنة مع الأطباء و بما نسبته(70 %) بينما كان بعد انخفاض الحس الإنساني أكثر ارتفاعاً لدى الاطباء مقارنة مع الممرضين و بنسبة(40 %) إلى(30%). كما سجّلت الدراسة نسبة متقاربة من نقص الشعور بالإنجاز لدى كلّ العاملين بالصحة العمومية ممن شملتهم الدراسة إلا أنّه كان يبدو جلياً عند الأطباء مقارنة مع غيرهم. و هذه النتائج ليست الصدفة؛ فهناك

عوامل مختلفة تجعل الممتهين للطب بصفة عامة فريسة سائغة للاحتراق النفسي، فمثلا على الصعيد الفيزيقي أو ظروف العمل المادية يلاحظ أن الطبيب يعاني نقص الامكانيات المتاحة و هو عائق دائم بين أداء الطبيب و بين إبرازه لكفاءاته و بين ما ينتظره منه المريض أو المتعالج بصفة عامة؛ إذ هذا الأخير ينتظر التكفل التام و المثالي و لا يلتفت إلى واقع الصحة أو ما يوفر للطبيب من مستلزمات ضرورية في سبيل أداء الخدمة الصحية على أكمل وجه. و الملاحظ أنه بينما يحاول الطبيب جاهدا أداء مهامه على أكمل وجه يصطدم بظروف العمل الصعبة والعراقيل المادية والتي هي واقع ملموس لا سبيل لتفاديه أو التغاضي عنه. كل هذا يضاف إليه ساعات العمل الطويلة خصوصا ما تعلق منها بالمناوبة الليلية أين يجد الطبيب نفسه مضطرا للتأهب دائما في قسم الاستعجالات لفترة لا تقل عن (12) ساعة. وقد لاحظ الباحث من خلال بعض المقابلات الهامشية مع بعض الأطباء الذين سمحت له الفرصة أن يقابلهم شكاوهم الدائمة من ظروف قسم الاستعجالات من خلال مختلف الحالات الطارئة التي قد تصل القسم وتستدعي التدخل العاجل لتقديم ما يمكن؛ غير أن هذا المجهود في ظل عدم تفهم المتعالج و أهله يقابل في معظم الأحيان بردود فعل أقل ما يقال عنها أنها غير مقبولة، و خصوصا عندما تفسر قلة الامكانيات على أنها تقاعس من الطبيب أو ضعف في الأداء. وتتكرر المعاناة بشكل دوري جاعلة الطبيب في حالة ضغط هائل، بين ظروف العمل و سوء التقدير للجهود المبذولة.

و من البديهي أن يأتي عامل التحفيز المادي أو المالي كتدعيم لجهود الطبيب غير أن ما يتقاضاه هذا الأخير يعد شحيحا بالمقارنة مع ما يوفره أو يجاهد في سبيله خصوصا إذا ما قورن مع الأطباء الخواص، فإذا أضيف هذا إلى ما يحسه الطبيب من نقص التقدير تكون النتيجة أن يتضاءل عطاؤه و يتراجع مستواه، و ينتقل من محاولة التغلب على الظروف الصعبة إلى ما يشبه التكيف السلبي من خلال الاستسلام، فتتقهقر مستوياته إلى الحد الذي يجعله يقوم بأعماله بشكل آلي فيألف معه حالات الوفاة و معاناة مرضاه في ظل تردّي الأوضاع و قلة تكفل الجهات المسؤولة و هي ضغوطات جمّة بين الضمير المهني الحي و المسؤولية على حياة الأفراد و الوسط الوظيفي الرديء أو ما يصطلح عليه في ميدان السيكوسوماتيك بصراع الإقدام- الإحجام. و بفعل هذا الصراع يرهق الطبيب على جميع الأصعدة فيعاني تعباً دائما و نقص في التقدير للمنجز الشخصي و انفعالات تتراوح بين القلق و العياء الاكتئابي و هي زملة محتوى تناذر العياء المهني أو الاحتراق النفسي.

و من جهة أخرى أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في درجة الاحتراق النفسي لدى أفراد العيّنة حسب متغيّر الجنس و هذا ربّما قد يعود إلى تماثل الظروف المهنية التي يعمل بها الأطباء الذكور و الإناث على حدّ سواء، أو إلى حالة من التكافؤ في مستويات التوافق المهني لدى هؤلاء؛ إذ بيّنت دراسة محمد عيسى(1995) لظاهرة الاحتراق النفسي وعلاقتها بالتوافق المهني عند عيّنة مكونة من(105) معلّمة رياض الأطفال بالكويت باستخدام مقياس الاحتراق النفسي وآخر خاصّ بالتوافق المهني وفق النموذج الفاعل عند(مارسون) الذي يتضمّن بعدا أساسيا هو مدى إدراك الفرد لملائمة المهنة لحاجاته

النفسية وأين اعتبر الباحث الاحتراق النفسي مؤشراً للضغوط النفسية لدى هؤلاء المعلمات، وقد كشفت هذه الدراسة عدم وجود علاقة بين التوافق المهني والاحتراق النفسي (37: 208). و أخيراً قد يرجع ذلك إلى قلة نسبة عدد أفراد عينة الذكور مقارنة مع عدد أفراد عينة الإناث حيث بلغت هذه الأخيرة ثلاثة أضعاف ما هي عليه عند الذكور مما قد لا يتيح الكشف الدقيق عن أثر هذا المتغير. و الواقع أنّ هناك دراسات أخرى مثل دراسة عادل محمد (1995) التي تناول فيها الباحث أثر سمات الشخصية والجنس والخبرة على درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين. و قد قام الباحث بتطبيق قائمة (Gorden) مع مقياس (Zuger Sydman) للاحتراق النفسي بعد أن تمّ تعريبه على عينة قوامها (184) فرداً من معلّمي المرحلة الثانوية بمدينة الزقازيق في مصر، و كان نصف هؤلاء من الذكور و نصفهم من الإناث. و تبين له من بعض النتائج التي تحصل عليها وجود فروق دالة إحصائياً بين المعلمين و المعلمات في درجات الاحتراق النفسي (37: 207). و لعلّ هذا الاختلاف في نتائج الدراسات يؤكّد مدى التعقّد الذي يمكن أن يشوب المتغيرات التي يمكن أن تتحكّم في استجابة الاحتراق النفسي عند كلّ من الذكور و الإناث.

و على عكس ما سبق ذكره أظهرت نتائج الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير الخبرة؛ أي أنّ الأطباء من ذوي الخبرة العالية أكثر عرضة للاحتراق النفسي مقارنة مع ذوي الخبرة المتوسطة أو الضعيفة، و هو هنا ما يتفق مع أغلب نتائج الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي في إطار مهن أخرى، أي أنّ الاحتراق النفسي يرتبط طرداً مع متغير الخبرة. و من تلك الدراسات دراسة إبراهيم أمين القريوطي و فيصل أحمد عبد الفتاح (1998) التي هدفت إلى التعرف على الاحتراق النفسي لدى عينة من معلّمي الطلاب العاديين و معلّمي الطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة الإمارات العربية المتحدة تبعاً لاختلاف مستويات الخبرة ونوع إعاقة الطالب (صمم، تخلف عقلي، إعاقات أخرى) و حالة الطالب الذي يتعامل معه المعلم (معاق، عادي). و لقد اشتملت عينة البحث على (214) معلّماً ومعلّمة منهم (149) من معلّمي الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة و (95) معلّماً من معلّمي الطلاب العاديين. و استخدم الباحثان مقياساً مصوراً عن مقياس (شرنك) (Shrink) (1996) للاحتراق النفسي تمّ إعداده ليناسب أغراض هذه الدراسة، وأشار تحليل نتائج الدراسة المتعلقة باختلاف مستويات الخبرة تحديداً إلى وجود فروق في درجات الاحتراق النفسي بين المعلمين (38: 194 - 199). و تأتي دراسة عادل محمد (1995) و التي كشفت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة بين أفراد عينات الدراسة بالنسبة لمتغير الخبرة لتؤكد نفس التوجّه السابق. و قد يفسّر ذلك بتراكم و ارتفاع الضغط في بيئة العمل مع مرور الزمن و نقص الطول المتاحة لتصريف هذا النوع من الضغط، و هو ما يهيء الطبيب أكثر فأكثر من حيث القابلية لأن يكون عرضة للاحتراق النفسي، و خصوصاً في حالة تبني رؤية مثالية اتجاه الممارسة المهنية و الرغبة الدائمة في تقديم الأفضل مقارنة مع ما هو متاح.

و تدلّ نتائج الدراسة أخيراً على عدم وجود فروق في العينة المدروسة بالنسبة لمتغير النمط السلوكي؛ حيث جاء النمط (A) لا يختلف عن نظيره (C) من حيث درجات الاحتراق النفسي. و لكن لا

شكَّ أنّ هذه النتائج قد ارتبطت بحجم العيّنة و تأثرت به، إذ يلاحظ تفاوت كبير من حيث عدد أفراد العيّنة بين ذوي النمط السلوكي (A) الذي بلغ تقريباً ثلث مجموع أفراد العينة في مقابل ذوي النمط السلوكي (C) الذي كان هو الغالب بين مجموع أفراد العيّنة. على أنّ هناك متغيّرات أساسية أخرى يمكن أن تتدخل في التحكّم في مثل هذه النتائج من حيث ارتباطها بالنمط السلوكي (C) و التي منها تحديداً متغيّر مركز الضبط إذا من المتوقّع مثلاً أن يكون مصدر الضبط عند أفراد عيّنة الدراسة الحالية واحداً، و هو ما يفرض عدم و جود فروق؛ إذا يقتضى اختلاف أبعاد مصدر الضبط و جود فروق تبعاً لذلك، و هو فعلاً ما توصلت إليه دراسة نصر مقابلة حول العلاقة بين مصدر الضبط والاحترق النفسي، و هي تعتبر دراسة حديثة نسبياً، وقد أجريت على عيّنة من المعلمين شملت (199) فرداً يشتغلون في بعض مدارس محافظة الأردن، و طبّق فيها الباحث مقياس (روتر) لمصدر الضبط و مقياس (ماسلاش) (MBI) للاحتراق النفسي في مظاهره الثلاث: العياء الانفعالي، انخفاض الحس الإنساني، ونقص الشعور بالمنجز الشخصي. و قد تبين من النتائج أنّ هناك علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط والاحترق النفسي لدى أفراد العيّنة (37: 207-208).

خلاصة :

في الختام يمكن القول أنّ نتائج الدراسة كشفت عن ارتفاع في درجة الاحتراق النفسي عند عيّنة الأطباء الممارسين في القطاع العام سواء الذكور أو الإناث، و أنّ درجة الاحتراق النفسي الذي يعانون منه لا تختلف حسب الأنماط السلوكية، بينما يبدو جلياً أنّ تلك الدرجة تتأثر بمدّة الخبرة المهنية سواء عند أصحاب النمط السلوكي (A) أو أصحاب النمط السلوكي (C)، و ذلك عند الذكور والإناث على حدّ سواء.

* قائمة المراجع :

- 01- أبو النيل (محمود السيد) (2000). الاضطرابات السيكوسوماتية مجلد 02. دار النهضة العربية.
- 02- إحسان (محمد الحسن) (1988). الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة. بيروت.
- 03- أحمد (بدير) (1979). أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات الكويتية.
- 04- الحجار (محمد حمدي) (1987). أبحاث في علم النفس السريري والرشاد دار المعلم للملايين
- 05- الخزامي (أحمد عبد الحكم) (ب. ت) آفة العصر ضغوط العمل والحياة بين المدير والخبير، مكتبة ابن سينا، مصر.
- 06- النابلسي (أحمد محمد) وآخرون (1992). مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته، دار الهدى عين مليلة، ط1.
- 07- الشرييني (لطفى) (1978). الطب النفسي الإحصائي وقياس العقل البشري. دار الفكر العربي القاهرة
- 08- الشرييني (لطفى) (2000). الطب النفسي ومشكلات الحياة، دار النهضة العربية، بيروت لبنان، ط1.
- 09- القدافي (محمد رمضان) (1998). الصحة و التوافق، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ط03.
- 10- العيسوي (محمد عبد الرحمان) (ب.ت) علم النفس الفزيولوجي، دار المعرفة الإسكندرية.
- 11- الهاشمي (لوكيا) وآخرون (2000). الضغط النفسي لدى أساتذة التعليم العالي بحث غير منشور
- 12- بدر (معصم ميموني) (2003). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 13- بول (مارتن) (2001). العقل المريض، ترجمة عبد العلي الجسماني، الدار العربية للعلوم، ط01.

- 14- بيك (أرون) (2000). العلاج المعرفي و الاضطرابات النفسية، ترجمة عادل مصطفى، مراجعة عثمان يعقوب، دار النهضة العربية، بيروت، ط01.
- 15- جمال (حافظ) (1992). السيكوسوماتيك و الأمراض الداخلية، مجلة الثقافة النفسية العدد 21، مجلد 03.
- 16- جمعة (سيد يوسف) (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار الغريب، القاهرة.
- 17- جمعة (سيد يوسف) (2001). دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار الغريب، القاهرة.
- 18- رشوان (أحمد) و عبدالخالق حسين (1993). دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض، دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الازابطة، الإسكندرية، ط03.
- 19- روزي (ماري شاهين) (1993). الأنماط النفسية للمرضى الجسدين، الثقافة النفسية، العدد 12. مجلد 03.
- 20- زهران (حامد عبد السلام) (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، ط02.
- 21- كامل (محمد عويضة) (1996). الصحة من منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت.
- 22- لازروس (ريتشارد) (1999). الشخصية، ترجمة محمد غنيم، دار الشروق، بيروت.
- 23- محمد (كامل عبد الوهاب) (1991). علم النفس الفزيولوجي، مكتبة النهضة، مصر، ط01.
- 24- عثمان (فاروق السيد) (1996). القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط01.
- 25- علي (محمد شعيب) (بدون تاريخ). مصادر الضغط لدى طلاب الثانوية العامة، دراسة ميدانية غير منشورة، كلية الآداب جامعة المنصرية.
- 26- عطوف (محمود ياسين) (1981). علم النفس العيادي. الإكلينيكي. دار المعلم للملايين، بيروت، ط01.
- 27- عسكر (علي) (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث. الكويت، ط03.
- 28- ستورا (بنجمان) (1997). الإجهاد أسبابه وعلاجه، ترجمة، أنطوان الهاشم، منشورات عويدات بيروت، ط01.
- 29- يخلف (عثمان) (2001). علم النفس الصحة، دار الثقافة، الدوحة. قطر، ط01.
- 30- النابلسي (محمد أحمد) و آخرون (بدون تاريخ). الصدمة النفسية (علم الحروب والكوارث). دار النهضة العربية للطباعة و النشر. بيروت.
- 31- أطروحة دكتوراه دولة (2004). مصادر ضغوط العمل وعلاقتها بالرضا المهني والقلق وارتفاع ضغط الدم الجوهري.
- 32- هيئة التحرير (1991). الشخصية قراءات مختلفة للإنسان، مجلة الثقافة النفسية، العدد 06. دار النهضة العربية. بيروت. لبنان.
- 34- الغاشي (سهير فهميم) (2002). المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية، دورية الدراسات النفسية. العدد 04.
- 35- جعفر (طاهر هدى) (1998). السلوك وعلاقته بالاختيار المهني، مجلة العلوم الاجتماعية. مجلد 26. العدد 04.
- 36- جابر (نصر الدين) و دليلة (عبد العليم) (تحرير). جامعة محمد خيضر بسكرة. أعمال الملتقى الأول حول العنف والمجتمع: مداخل معرفية متعددة، السنة الجامعية 2003. 2004. 09/، 10/مارس 2003.
- 37- مجلة مركز البحوث التربوية. العدد 13. قطر.
- 38- مجلة كلية التربية جامعة الإمارات. السنة الثالثة عشر. العدد 15 - 1998.

33- J.B.stora.1991 1993 le stress que sais je ?2^{ème} edition .dahleb paris

39- LACK Chemand.AGallor 1991 grand dictionnaire du psychologie.

40-Norbert sillamy 1996 Larousse dictionnaire du psychologie.

41-online.http://www.google.HasselMAlehlestress.com

42-WWW.Balagh.com/Women/ja.mal/z.s.dyxfb-ht.m.

43-WWW.santé.fr.magazine.article.49.69.LD.rubrique23.2004

44-WWW.santè.Magazine.article.sp496;p.rubrique1994

45-WWW.oFouc.com.ARCHIV