

الإرهاك المهني لدى المعالجين

أ/ حلي مصطفى

أ.د/ خلفان رشيد

جامعة مولود معمري تيزي وزو -الجزائر

جامعة مولود معمري تيزي وزو - الجزائر

المخلص:

يعتبر العمل أحد الوسائل التي يعتمد عليها الفرد لتحقيق و تلبية حاجاته الأساسية في الحياة، فهو يعتبر مصدر السعادة والراحة النفسية بالنسبة له، لكن التطورات الإقتصادية الحاصلة في عالم الشغل نتج عنها ظهور إرغامات و أعباء عمل كثيرة تمارس عليه ضغطا نفسيا خاصة عندما يجد نفسه عاجزا عن تلبية متطلبات العمل أو غير قادر على التكيف مع هذه المتطلبات الجديدة التي حولت العمل إلى مصدر لمختلف الأمراض و الإضطرابات النفسية منها الإرهاك المهني الذي يمس خاصة العاملين في المهن الإنسانية كمهنة المعالجين، كما يترك آثار وخيمة و خطيرة عليهم حيث أنها تمس فعالية الرعاية والخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع أو المرضى، إذ تجعل منهم أفرادا محبطين متشائمين، قلقين مضطربين نفسيا، جسديا، معرفيا وسلوكيا، كما تظهر لديهم سلوكيات الوقاحة والعدوانية وسوء المعاملة إتجاه المرضى.

الكلمات المفتاحية: الإرهاك المهني، الإجهاد الإنفعالي، تبدل الشخصية، نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

Abstract :

The work is for individuals a way to support their needs in their life, but the economic development in the world of work has been at the origin of the emergence of the new constraints, requirements and an additional workload, which has caused a state of professional stress among workers especially when they are in the inability to respond to the requirements of the job, or unable to adapt to these new constraints .All of this can be the cause of various diseases and psychological disorders, such as burnout, which particularly affects caregivers, and which leaves of the impacts dangerous on their psychological health and reduces the quality of their care offered to patients. This phenomenon causes of psychiatric disorders, cognitive, physical and behavioral factors that are manifested in the form of frustration, negativity, anxiety...

Key words: Burnout, Emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

مقدمة:

يظهر الإرهاك المهني نتيجة لضغوط العمل المزمنة والمستمرة ويمس جميع المهن دون إستثناء، خاصة مهنة المعالجين كونها مهنة إنسانية بالدرجة الأولى هدفها الأسمى تقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع والسهر على توفير الرعاية اللازمة للمرضى، وتعتبر مهنة المعالجين من أكثر المهن الضاغطة لما تحمله من أعباء عمل زائدة، كما ترتبط بمحيط عمل مضطرب يجعل المعالجين أكثر عرضة للإصابة بمختلف الإضطرابات النفسية والجسمية منها: الأخطار النفسية الإجتماعية، الإحباط، الإكتئاب و الإرهاك المهني.

لقد جاء هذا المقال لتسليط الضوء على ظاهرة الإرهاك المهني في المؤسسات الصحية خصيصا لدى المعالجين حيث إستهلناه بلمحة تاريخية حول هذه الظاهرة، تعريفها، ثم تناولنا مراحل وأبعاد الإرهاك المهني أسبابه وأعراضه، ختاماً بآثار وأساليب الوقاية من هذه الظاهرة.

1- لمحة تاريخية عن ظهور الإرهاك المهني:

أكد الباحثون منذ القدم على وجود حالة سلبية مرتبطة بالعمل، هذا ما أكده Cannon, (1942) عندما أشار إلى وجود مرض نفسي في العمل خاصة عند المعالجين أطلق عليه "ضغط الممرضين". وبداية من عام (1950) ظهرت أولى الإشارات لوجود حالة من الإجهاد المتعلقة مباشرة بالعمل، حيث قام الباحث الفرنسي (Veil) بوصف علمي لهذه الحالة بعد ذلك أتى الباحث الأمريكي Bradley, (1969) ليستعمل مصطلح الإرهاك المهني في أحد مقالاته العلمية أين أشار إلى وجود ضغط خاص مرتبط بالعمل، لتبدأ الإنطلاقة الحقيقية لهذا المصطلح على يد الباحث (Freudenberger, 1974)¹.

ظهر مفهوم الإرهاك المهني في الولايات المتحدة الأمريكية في سنوات السبعينات كمشكل إجتماعي وكانت بدايته صعبة، فقد صارع الباحثين لجعل هذه الظاهرة معروفة ومقبولة على المستوى العلمي عن طريق دراسات وأبحاث علمية بهدف التعرف أكثر على ظاهرة الإرهاك المهني، تحديدها، معرفة أسبابها والآثار أو النتائج التي تتركها على صحة العمال، ليصبح هذا المفهوم بعد ذلك واسع الإنتشار منذ سنوات الثمانينات، ويرجع الفضل في تطور الأبحاث حول هذه الظاهرة إلى الدكتورة والباحثة في علم النفس الإجتماعي Maslach التي تعمقت في دراسة الإرهاك المهني و وصف المواقف السلبية للعمال داخل المنظمة من

منظور علم الشخصية. ولقد أضافت الدراسات الأولى التي قامت بها سنة (1976) مع باحثين آخرين في جامعة (بركلي) بالولايات المتحدة الأمريكية شهرة لهذا المصطلح، كما ساهمت بشكل كبير في تطويره²، وفي عام (1981) قامت عالمة والباحثة Maslach ببناء أداة لقياس الإنهاك المهني والمتمثلة في مقياس Maslach للإنهاك المهني (Maslach Burnout Inventory) ليتم بعد ذلك المصادقة على هذا المصطلح وهذا ما سمح منذ سنوات الثمانينات بنشر أولى الأبحاث المنهجية المنتظمة حول الإنهاك المهني ففي البداية كانت أولى الأبحاث والدراسات العلمية منحصرة في مهن المساعدة مثل: مهنة المعالجين، المعلمين، القضاة، المحامين والشرطة... ثم تطورت تدريجيا لتشمل دراسة العوامل التنظيمية التي تتفاعل مع ظاهرة الإنهاك المهني مثلا: محيط العمل وظروف العمل... وقد توصل الباحثون إلى نتيجة مفادها أن الإنهاك المهني يمكن أن يمس جميع المهن دون إستثناء، وفي هذا الصدد يقول الباحثان (Leiter & Schaufeli, 1996):

الإنهاك المهني متواجد في كل الأعمال التي يكون فيها العامل مرتبط نفسيا بعمله كما أن الأعمال ذات الإرتباط النفسي تجهد وتستنزف الموارد المعرفية، الإنفعالية والجسمية للعمال³.

إن أصل هذا المصطلح مأخوذ من المفردات الفضائية الجوية والذي يحدد مخاطر ظاهرة الاحتباس المفاجئ أو حتى تدمير الصواريخ الناجم عن احتراق الوقود، ويشير مفهوم الإنهاك المهني إلى: "حالة الشمعة المشتعلة التي بعد أن أضاءت لفترة طويلة أصبحت لا تقدم إلا شرارة ضعيفة وغير متزنة" هذه الاستعارة عن الإحتراق الوظيفي تتضح في بعض الأحيان بواسطة صورة حريق سكن الذي يحترق كليا من الداخل مع بقاء المظهر الخارجي له في حالة جيدة، وفي ترجمة لمصطلح الإنهاك المهني باللغات الأجنبية، فإنه يطلق عليه باللغة الفرنسية مصطلح (Epuisement professionnel) الذي يشير إلى حالة الإجهاد الإنفعالي والجسمي الحاد الذي يعاني منه العامل بسبب ما يتعرض له من ضغوط مستمرة في محيط العمل، وفي اللغة الإنجليزية يعني: (Burnout) الذي يشير إلى التلف أو الإنهيار الداخلي الذي يصيب الفرد نتيجة الاستعمال المفرط للقوة والموارد والطاقات ليصل تدريجيا إلى حالة من الرماد، أما باللغة اليابانية فيطلق على الإنهاك المهني مصطلح (Karoshi) الذي يعني "الموت بسبب التعب في العمل" ويدل على التعب الذي يمكن أن

يؤدي بالعمل إلى الانتحار، هذا الأخير يمثل الدرجة القصوى من الإرهاك المهني ، فالموت يكون ناتج عن تدمير الغدد الكظرية التي تعمل بشكل مكثف في مرحلة الضغط النفسي لتصبح بعد ذلك غير قادرة على تقديم الهرمونات اللازمة التي تساعد في تخفيف الضغط والتي تؤدي فيما بعد بالعامل إلى التدمير الذاتي⁴. أما في اللغة العربية فيستعمل الباحثون العرب مصطلحات عديدة للإشارة إلى الإرهاك المهني وهي: (متلازمة الإحترق النفسي) (الإحترق الوظيفي)، (متلازمة التعب المزمن)، (الإرهاك المهني)، (متلازمة الجهد) وهي تدل في مجملها على حالة من الإرهاك الجسدي، الإنفعالي والذهني المزمّن المرتبط بالطاقة الحيوية للعامل وشعوره بالمرض فيصبح المعني غير قادر على مواصلة الحياة العادية⁵.

2- تعريف الإرهاك المهني:

إن أحد العراقيل الأساسية في البحث عن الإرهاك المهني هو غياب تعريف متعامل به مقنع ومتفق عليه فنجد أنه هناك أكثر من خمسون (50) تعريفاً له، كلها تفسر الإرهاك المهني وتعرّفه من منظور معين. وفيما يلي سوف نحاول ذكر مجموعة من هذه التعاريف المختلفة والمتعددة حول ظاهرة الإحترق الوظيفي.

لقد أعطى Freudenberger عدة تعاريف للإرهاك المهني كلها كانت مكملة للأخرى، ففي عام (1974) قدم أول تعريف له و هو: " حالة من التعب أو الإحباط، ناتجة عن إلتزام الفرد بقضية ما، نمط من الحياة أو بعلاقة لم تحقق التوقعات المرجوة"⁶. ثم تأتي Maslach، لتقدم كذلك عدة تعاريف للإرهاك المهني ففي عام (1976) عرفته على أنه " عرض من الأعراض البدنية، العاطفية والعقلية المرتبطة بالطاقة الحيوية للفرد وأدائها في الأعمال التي يقوم بها وهذه الأعراض لها علاقة سلبية بمفهوم الذات المواقف نحو العمل فقدان الثقة بالنفس وفقدان الشعور بالمسؤولية إتجاه الآخرين"⁷. وعرفته عام (1977) على أنه: " حالة من الإجهاد التي تصيب الفرد نتيجة لأعباء العمل ومتطلبات الزائدة والمستمرة بما يفوق طاقاته وإمكاناته، وينتج عن هذه الحالة مجموعة من الأعراض النفسية، العقلية والجسدية"⁸.

وفي عام (1981) قدمت Maslach، تعريفاً جديداً للإرهاك المهني وهو: "متلازمة أو مجموعة من أعراض للإجهاد العصبي وإستنزاف الطاقة الإنفعالية والتجرد من الخواص

الشخصية والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز الشخصي في المجال المهني"، وهذه الأعراض يمكن أن تمس الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس⁹، و في عام (1982) قدمت تعريفا شاملا للإجهاد المهني وهو: "عرض من الإجهاد الإنفعالي، تبدل الشخصية فقدان الشعور بالفعالية والإنجاز الشخصي، يظهر فجأة لدى العامل بأي طريقة ممكنة، ويتعلق بردة فعل إتجاه العبء الإنفعالي الحاد الذي يظهر عند الإعتناء بالأشخاص بطريقة مستمرة وبالأخص عندما يكون هؤلاء الأشخاص واقعين في المشاكل ويحتاجون للمساعدة". وحسب (Kahn, 1978) فإن الإنهاك المهني هو: " زملة من المواقف الغير الملائمة نحو الزبائن ونحو الذات، غالبا ما تكون مرتبطة بأعراض جسدية إنفعالية مزعجة تظهر لدى الفرد"¹⁰. وعرفه (Neveu, 2006)، على أنه: " مجموعة من ردود الأفعال الإنفعالية الدافعية، السلوكية والفيزيولوجية المزمنة في إطار المهنة التي تتطور أمام بعض خصائص العامل"¹¹.

لقد إهتم الباحثون العرب أيضا بالإنهاك المهني وقدموا مجموعة من التعاريف المتعددة تختلف من باحث إلى آخر و من بينها نذكر:

تعريف عبد الرحمان، (1995): " الإنهاك المهني حالة نفسية سلبية تصيب العاملين نتيجة مجموعة من الضغوط المختلفة التي يتعرضون لها، و تنعكس سلبا على سلوكياتهم وممارساتهم اليومية اتجاه العمل، الزملاء الأقارب والأصدقاء". وحسب عكاشة، (1999)، فإن الإنهاك المهني هو تلك الحالة التي يكون عليها الفرد حينما يقع تحت ضغط داخلي لدوافع العطاء و الإلتزام، وتقف الظروف الخارجة عن نطاق العامل كحائل دون تحقيق هذا العطاء بالمستوى المرغوب فيه، مما يؤدي إلى ظهور صراع نفسي بين الرغبة في العطاء و إلتزام الفرد الداخلي و بين معوقات الأداء الخارجية. وعليه فإننا يمكن الخروج بتعريف للإحترق الوظيفي على أنه حالة إستنفاد إنفعالي لطاقات الفرد الجسمية، العقلية، الوجدانية و المهارية، نتيجة لعوامل التوتر الناجمة عن ضغوط نفسية أو مهنية أو إجتماعية أو معرفية. بينما عرفه الحايك، (2000)، على أنه: "حالة من الإضطراب، التوتر وعدم الرضا الوظيفي، تصيب العاملين في المجال الإنساني والاجتماعي عامة، وهي ناتجة عن الضغوط النفسية الشديدة التي يتعرض لها الفرد بسبب أعباء العمل التي تؤدي إلى إستنزاف طاقاته

وجهوده، مما تتحدر به إلى مستوى غير مقبول من الأداء¹². أما عسكر (2000) فيعرف الإرهاك المهني على أنه: "حالة من الإرهاك أو الاستنزاف البدني والإنفعالي، نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية¹³".

في الأخير يمكننا القول أن الإرهاك المهني ما هو إلا حالة نفسية سلبية تمس جميع العمال تظهر نتيجة الضغوط المهنية المزمّنة والمستمرّة في محيط العمل، والتي تؤثر سلباً على صحة العامل النفسية، الجسمية العقلية والمعرفية، وتتميز بالإجهاد الإنفعالي والجسمي، تلبّد في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين، إنخفاض تقدير الذات والإنجاز الشخصي في العمل و تتفاقم هذه الحالة لتمس جميع جوانب حياة العامل المهنية والشخصية¹⁴.

3- مراحل الإرهاك المهني لدى المعالجين:

تعتبر مرحلة الحماس المثالي للعمل، أول مراحل الإرهاك المهني لدى المعالجين لديهم ، ثم تأتي مرحلة الركود و الجمود نتيجة تصادم توقعاتهم و تصوراتهم المثالية مع الواقع المهني، ليدخلوا في مرحلة الإحباط أين يتساءلون عن أهمية أعمالهم وفعاليتها ليصلوا لمرحلة الخمول وهي المرحلة الأخيرة للإرهاك المهني لديهم. و لقد قدم كل من Edelwich & Brodsky, (1980)، أربع مراحل للإرهاك المهني لدى المعالجين وهي كالآتي:

3-1- مرحلة الحماس: يكون كل شيء فيها مثالي بالنسبة للمعالج، فنجدّه يتمنّع بكامل طاقاته وموارده، كما يبني تصورات مثالية ونظرة بأنه سوف يشفي معظم المرضى، هذه الإتجاهات المثالية تظهر لديه على شكل إفراط، هوس وتعلق بالعمل والذي يمثّل بالنسبة للمعالج المصدر الأساسي والوحيد لرضاه الوظيفي وتقديره المهني.

3-2- مرحلة الركود: تظهر في هذه المرحلة حالة من التعب والإجهاد لدى المعالج، كما يدرك بأن الأشياء لا تجري كما تمناها كون حالات المرضى لا تتحسن بالسرعة المرجوة والإدارة لا تتعاون بالقدر الكافي معه، هذا ما يدفعه لتخصيص وقت أكبر لمهنته وإستثمار زائد في عمله من أجل تحقيق النتائج المرجوة، لكن هذه الحالة تؤدي تدريجياً إلى ظهور إضطرابات لدى المعالج كإضطرابات النوم، التوتر الشديد، القلق، إضطرابات إجتماعية وعائلية كالصراعات المستمرة مع أفراد المجتمع ومع الأسرة.

3-3- مرحلة الإحباط و خيبة الأمل: يبدأ المعالج في هذه المرحلة بطرح أسئلة حول قيمة مهنته والهدف منها وهل تستحق فعلا العناء و التضحية؟ فيبدأ بالشك في ذاته، في أحكامه وفي قدراته: هل أخطأت في إختيار المهنة وهل أسلك الطريق الخاطيء؟ فيرى أن المحيط لا يقدم له الدعم الذي كان يتمناه، كما يكون نظرة سلبية نحو المرضى، فيصفهم بناكري الجميل و غير مقدرين لمجهوداته، كما يشعر بأن زملائه في العمل ناقصي الإحترام فيصبح الكل بالنسبة له مصدر ألم و غضب. إن إستمرار هذه المرحلة تؤدي إلى إصابته بمشاكل وإضطرابات صحية وعادة ما يعتمد في هذه المرحلة على الأدوية والكحول لعلاج نفسه محاولا تجاوز الوضعية التي يعيشها، لكن للأسف هذه الوسائل لا تعزز إلا حالة الإحباط التي يشعر بها والتي تؤدي بدورها إلى الخمول.

3-4- مرحلة الخمول و اليأس : تعتبر هذه المرحلة بوابة الإنهاك المهني ويشعر فيها المعالج بالعجز والإخفاق المهني وهذا ما يظهر في محاولته تجنب المرضى أو المسؤولين أو زملاء العمل، كما يتبنى مبدأ الوحدة والإنعزال عن الآخرين ويستمر في العمل لوحده سعيا منه للحصول على مصدر لإعادة شحن طاقاته من جديد. تظهر في هذه المرحلة مواقف سلبية لديه منها: التأخر عن العمل بسبب فقدان قيمته فيعمل إجباريا وحاجة لهذا العمل وليس حبا فيه (كراهية العمل) إهمال المواعيد، عدم الاهتمام بالتكوين المهني، فقدان الأمل، الإكتئاب الرغبة في الإستسلام والإسحاب من كل ما يربطه بالمهنة وفي بعض الحالات يصل به الأمر حتى إلى حد التفكير في الإنتحار¹⁵.

4- أبعاد الإنهاك المهني:

إعتمدت (Maslach, 1981) في قياس وتفسير الإنهاك المهني على ثلاثة أبعاد أساسية وهي كالتالي:

4-1- الإجهاد الإنفعالي: يتمثل هذا البعد في شعور العامل بأن طاقاته قد إستنزفت وبأنه مجهد بسبب إلتزامه الكبير والمبالغ فيه بالعمل مما يؤدي إلى تجفيف موارده و طاقاته، كما يتنامى لديه الشعور الدائم بالتعب والإرهاق الإنفعالي، وفي هذه الحالة تكون فترات الراحة غير نافعة له ولا تأتي بالنتائج المرجوة فكل يوم عمل جديد يعيشه على أنه جحيم يجب تحمله، كما تظهر لديه صعوبات في التعامل مع المحيطين به من: زبائن، مرضى، زملاء العمل، الأقارب والعائلة و التي تتظاهر على شكل لامبالاة، إهمال وبرودة في المعاملات

والعلاقات مع الغير. ويظهر الإجهاد الإنفعالي حسب (Maslach, 1981)، فجأة خلال التفاعلات الاجتماعية ذات عبء إنفعالي حاد، بمعنى وصول العامل إلى قمة التشبع الإنفعالي أمام إرغامات ومتطلبات الوضعية المهنية خصوصا عندما يكون في تفاعل مع الغير.

4-2- تبدل الشخصية (عدم الإنسانية في العلاقات مع الآخرين): تشير (Maslach, 1981)، إلى أن هذا البعد مرتبط بنظرة العامل وعلاقاته السلبية مع الآخرين، كذلك إيمانه على سلوك التهرب، إلقاء اللوم، توبيخ المحيطين به وعدم أخذه بعين الاعتبار الإختلافات بين الأفراد كما يتبنى صور نمطية وعلاقات غير شخصية حيث تظهر لديه الوقاحة الموجهة للآخرين كونهم بالنسبة له مصدر إزعاج كالطالبة بالنسبة للمعلمين، المرضى بالنسبة للمعالجين والزبائن بالنسبة للتجار. وفي نفس السياق أكد (Grebob, 2008)، أن هذا البعد يمكن أن يأخذ أشكالا أكثر قساوة إذ تظهر على العامل مؤشرات سوء المعاملة، الجمود والرفض... فنجد مثلا المعالجين يبررون تصرفاتهم بعلم الطب والأحقية، بينما نجد المعلمين يتحججون بالسلطة البيداغوجية لتبرير تصرفاتهم وسلوكياتهم، فكل عامل يدافع عن سلوكياته وتصرفاته عن طريق العلم البيداغوجيا والقانون... في هذا المستوى يلعب تبدل الشخصية دور إيجابي بالنسبة للعامل بحيث يسمح له بالإبتعاد النفسي عن الزبائن أو المرضى وحمايته من الآثار السلبية للإجهاد الإنفعالي وما يلعبه من دور سلبي في إنخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي لدى العامل.

4-3- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل: يعتبر هذا البعد حسب Maslach (1981)، الخاصة الثالثة للإرهاك المهني ويتميز بتقييم العامل السلبي لقدراته، شعوره بعدم أداء مهنته على الوجه الصحيح، عدم القدرة على تحقيق الأهداف المسطرة، الرؤية السلبية حول حياته المهنية والشخصية، الشعور القوي بالإخفاق أو الفشل المهني نتيجة إنخفاض قيمة العمل وعدم إستثماره في العمل، هذه النظرة السلبية نحو الذات ونحو العمل تؤدي بالعامل إلى الشعور بالذنب، الإحباط، عدم الفعالية في العمل وإنخفاض درجة تقدير العامل لذاته، وفي حالة إستمرار هذه الحالة السلبية لديه، فإنه يتعرض لا محالة للإكتئاب والإرهاك المهني ليصل به الأمر إلى حد التغيب عن العمل¹⁶.

5- أسباب الإنهاك المهني لدى المعالجين:

لقد أشار Méda, (1995)، إلى أن أسباب الإنهاك المهني لدى المعالجين تتمثل في التوقعات والتصورات المثالية لهم، الفروق بين المهام المطلوبة وبين الوسائل المتوفرة لإنجازها، الصراعات في العمل، نمط الإدارة التسلطي، غموض الدور، إرغامات العمل ظروف أداء المعالج للمهنة، نقص الدافعية وتزايد الطلب الكمي نقص الوقت، نقص التكوين المتواصل، نقص الإتصال مع زملاء العمل، صراع عمل-عائلة والعلاقة القوية بين المعالج وبين المريض أو عائلته¹⁷ وفي نفس السياق، أكد كل من Rodary & Gauvain (1993) و Piquard, (1997) و Lert & Morcet, (1997) على أن أسباب الإنهاك المهني لدى الأطباء خاصة إختصاصيي مرض السرطان هي: عبء العمل، التعرض المستمر لحالات الموت، نقص الموارد البشرية، تعقّد العمل، نقص وسائل الرعاية، المرضى صغار السن إضطراب العلاقات بين الأطباء وبين المرضى أو ذويهم والمشاكل المتراكمة¹⁸. وحسب Lyckholm, (2001)، فإن أسباب الإنهاك المهني لدى المعالجين تكمن في نقص الوقت الشعور بالإخفاق المهني، التوقعات المثالية، الغضب الشديد، الإحباط العجز عن حماية الذات، عدم الرضا عن العلاقة طبيب - مريض المخاوف المالية، زيادة المهام الإدارية وغياب الإستقلالية، الشعور بالإخفاق المهني المشاكل التنظيمية، طبيعة العلاقة القائمة مع زملاء العمل أو المصلحة الإستشفائية¹⁹.

لقد أظهرت نتائج دراسة Cathébas & al, (2003)، أن أسباب الإنهاك المهني لدى المعالجين تتمثل في متطلبات المرضى، عبء العمل الزائد، نقص وقت الراحة، نقص الإعتراف المهني، المسؤولية المهنية الخوف من الأخطاء الطبية نمط إدارة المصلحة غياب التكوين الطبي المتواصل، الإتاحة الدائمة، الصعوبة في إيجاد الأطباء المعوّضين نقص التكوين المتعلق بالأمراض النفسية - الاجتماعية، عدوانية المرضى وعائلاتهم، الهاتف والضغط الحكومي، إضافة إلى دراسة De Cia, (2010) حول معايير تشخيص الإحترق الوظيفي لدى (346) طبيب عام في بلجيكا التي أكدت على أن أسباب الإحترق الوظيفي

لدى هذه العينة هي: عبء العمل، التوتر الوظيفي، التغيير التنظيمي، نقص دعم الإدارة غياب التقدير الإحترام و الإعتراف، نقص الدعم من زملاء العمل، غياب إمكانية التقدم في العمل، غموض الدور (خاصة بالنسبة للممرضين) عدم المشاركة في إتخاذ القرارات، ظروف العمل الشاقة، نقص الموارد والإمكانات اللازمة في العمل²⁰. وحسب Carillo, 2010، فإن التقنيات التكنولوجية الحديثة التي يجب على المعالجين التحكم فيها، محيط العمل المضطرب (الروائح الكريهة، التصرفات المتناقضة حركة المرضى وعائلاتهم في ممرات المصالح الإستشفائية، صراخ الأطفال، الحالات المستعجلة، غضب وعدم تفهم المرضى والإلتزام الأسري) كلها أسباب تؤدي للإرهاك المهني ، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة Colombat & al, 2011 التي أشارت إلى أن الإرهاك المهني لدى المعالجين يعتمد في بداية تشكله وتطوره على ثلاثة أعمدة أساسية وهي الإنفعالات المرتبطة بمعاناة المرضى، عدم التفاهم الذي يكون عادة مصدرا للصراعات والضغط المهني الناتج عن توتر المعالج، أما Galam, 2012، فيرى أن شعور المعالجين بالخيانة المهنية وسوء معاملة المجتمع لهم تعتبر أحد أسباب ظهور الإرهاك المهني.

لقد إقترح Delbrouck, 2003، مجموعة من الأسباب التي تؤدي للإرهاك المهني

لدى المعالجين وهي:

✓ **القلق:** يؤدي القلق في بعض الأحيان إلى هيجان وسرعة إنفعال المعالجين خاصة أثناء أدائهم للمهام وفي نهاية العمل تجدهم منهكون ومتعبون، هذه الحالة تؤدي بهم إلى إلقاء اللوم على أنفسهم مما يولد لديهم ضغط نفسي إضافي، كما يتنامى لديهم الشعور بالخوف وعدم الأمان مما يقلل من فعاليتهم المهنية.

✓ **الرغبة في نيل إعجاب الآخرين:** يسعى الكثير من الأشخاص إلى إرضاء الآخرين حتى ولو كان على حساب أنفسهم فيعتقدون بأنهم ليسوا بحاجة إلى الإهتمام بأنفسهم والعمل على تحقيق حاجاتهم وإشباع رغباتهم على الرغم من أهمية هذا الجانب في تحقيق التوازن النفسي لدى الفرد، ولقد أطلق Barbier, 2004، على هذه الحالة مصطلح "هوس العمل" الذي يشير إلى التعلق الشديد بالمهنة بحيث يصبح الطبيب "سجين

عمله"، وحسبه فإن الإنهاك المهني يمس بصفة خاصة المعالجون الشباب الذين يطوّرون آليات للتهرب من الوضعيات الصعبة والمرجبة وعدم السماح بسيطرة الآخرين عليهم، هذا ما يترجم في العبء الكبير الذي يشعرون به في العمل.

✓ **الإعتماد المطلق على الذات في العمل:** عادة ما يعمل المعالج مع أشخاص أقل مصداقية فيتبنى نحوهم إتجاهات ومواقف سلبية كعدم الثقة والتشاؤم، وبالتالي يجبر على القيام بالأعمال لوحده دون الإعتماد على الآخرين لأنهم في نظره عاجزين عن إنجاز الأعمال بإتقان وأنه الوحيد القادر على إنجاز المهمة بكفاءة وفعالية .

✓ **إختيار مهنة المعالج:** إن إختيار المهنة يمكن أن يكون عامل إخفاق محتمل للمعالج في العمل، فعادة ما يختار هذه المهنة لأنه كان عرضة في وقت سابق للمرض أي: كان مريضا أو كان أحد أقربائه أو من محيطه العائلي مريض أو أراد أن يعالج بنفسه المشكلات النفسية والجسمية المتعلقة بصحته، وبهذا تصبح شخصية المعالج و إختيارته المهنية نقطة ضعف تجعله سريع التأثر بمشكلات المرضى، كما يصبح المعالج شخصا ودودا وكرهما إتجاه المرضى الذين يعانون من نفس المشكلات التي عانى منها سابقا، فيكون مخلصا و وفيا جسدا و روحا لحياة هؤلاء المرضى.

✓ **تأثير تكرار حالات " الصدمة النفسية " للمرضى:** إن شدة تكرار الصدمات النفسية التي يعاني منها المرضى لها تأثير نفسي مهمّ على معالجي مصالحة الإستعجالات، أطباء الجراحة، أطباء إعادة التأهيل، أطباء التوليد، أطباء التخدير، أطباء الحراسة والمرضى فالحالات التي تتعامل معها هذه الفئة من الأطباء يمكن أن تحطم الأكثر صلابة وقوة منهم، فمن خلال معايشة معاناة المرضى من جهة و من خلال التعريف الإسقاطي للأطباء من جهة أخرى؛ لو أنني أعاني من نفس المرض، لو أموت، لو يحدث هذا لولدي...، كما أن تنوع وتعدد مشكلات المرضى يدفع بالمعالجين إلى محاولة إيجاد توازن نفسي وجسمي في علاقاتهم معهم، فعادة ما يجدون أنفسهم أمام مسائل ميتافيزيقية، أخلاقية، عقلية ونفسية كحالات الموت، المرض، المعاناة، الظلم اللأمساواة الرغبات الممنوعة والمكبوتة كالرغبة في القتل الإنحراف الجنسي، التشوه الوراثي... إن تكرار هذه الحالات وإستمرارها مع مرور الوقت تؤدي إلى إستنزاف موارد وطاقت المعالجين خاصة عندما تغيب قنوات الإتصال في المؤسسات الإستشفائية وعدم قدرتهم على التعبير عن معاناتهم أو الحديث مع زملاء العمل.

✓ العزلة الجسمية و النفس-إجتماعية للمعالج: إن خصوصيات مهنة المعالج تكسبه مكانة إجتماعية وخصوصيات الحوار الشخصي مع المرضى، فهو مركز ثقة لدى الجميع وفي نفس الوقت تضعه هذه الثقة أمام إرغامات المهنة المرتبطة بأسرارها-السر الطبي- فهو مطالب بعدم مشاركة الآخرين أسرار المرضى، هذا ما يفسر في بعض الحالات العزلة والإنسحاب الاجتماعي للمعالج حفاظا على الأمانة المهنية، كما يؤدي لمس المعالج لخصوصيات المرضى كأعضائهم التناسلية والحيوية ورؤية أجسامهم المكشوفة إلى الشعور بوعي أو بدون وعي بالتفوق والقوة والمجد وبأنه قادر على إعطاء الحياة أو الموت، وبالتالي فإنه من المستحيل بناء علاقات معه خارج العلاقة المهنية²¹.

✓ غياب التقدير و الإعتراف: يلعب نقص التقدير والإعتراف دور هام في ظهور الإتهاك المهني، فهناك وضعيات عمل يقدم فيها المعالج كل وقته و يبذل أقصى الجهود من أجل الحصول على تقدير وإعتراف إيجابي، لكن في بعض الحالات يحدث العكس حيث توضع قدراته وصرامته على المحك ويصبح موضع شك فيحاسب على كل شيء، والأسوء من ذلك فإنه يجد نفسه مجبرا على مواجهة العدوانية والعنف اللفظي أو الجسدي الذي يتعرض له في محيط العمل²².

✓ تغيير المناخ الذي تمارس فيه مهنة الطبيب: إن تدخل بعض الأشخاص وفرضهم لمتطلبات وشروط معينة على الطبيب من أجل شفاء المرضى تضعه تحت ضغط نفسي مرتفع، كما تعتبر طريقة تسيير المستشفيات، معايير تقييم الأداء، تضاعف دوريات المراقبة البيروقراطية من العوامل التي تؤدي للإتهاك المهني لدى الأطباء، إضافة إلى ذلك نجد تكوين وتعليم الطلبة الأطباء في الجامعات والمعاهد العليا الذي لا يعمل على تطوير قدراتهم ولا ينمي فيهم ميكانيزمات الدفاع اللازمة لمواجهة إرغامات المهنة وظروفها.

✓ إرغامات مهنة التمريض: تعتبر مهنة التمريض الحلقة المركزية في سلسلة العلاقات في المستشفى فهي مكان مرور النشاطات والمعلومات التي تأتي من المريض إلى الطبيب، لكن في نفس الوقت يجد الممرضون أنفسهم مجبرون على الوقوف أمام وضعيات شاقة وإيجاد التوازن المناسب بين إرغامات العمل و بين مواردهم المتوفرة²³.

✓ **العلاقة معالج-مريض:** يرى Behar, 2011، أن العلاقة بين المعالج ومريضه يصاحبها الكثير من الإضطرابات والمشاكل من منطلق كثرة الفاعلين فيما بينهما كالإدارة، عائلة المريض مؤسسات المراقبة، بينما يجب أن تركز في الحقيقة على المودة، الإحترام والثقة المتبادلة، وحسب Ferragut, 2007، فإن علاقة المعالج بالمريض من حيث التكفل العام به ومرافقته نفسيا قد تغيرت في يومنا الحالي، و هذا راجع إلى معطيات عديدة سواء كانت متعلقة بالمعالج أو مرتبطة بالمهنة أو لها علاقة بالسياسة التنظيمية أو مرتبطة بعدوانية المرضى أما Bataille, 2013، فيرى أن الحالة النفسية المتدهورة للمريض وإلقائه اللوم والتهجم على المعالج، يؤدي إلى تغير في سلوك هذا الأخير الذي يتبنى بدوره أسلوب عدم الاهتمام الوقاحة والإهمال إتجاه المريض.

✓ **حجم العمل الكمي :** يعتبر عبء العمل الزائد حسب Barruel, 2015، أحد أسباب الإنهاك المهني لدى المعالجين وهذا ما أكدت عليه دراسة تركية شملت أطباء الأورام السرطانية العاملين من (40) إلى (70) ساعة في الأسبوع والذين يشرفون على (30) مريض يوميا. وتوصلت دراسة أسترالية إلى أن إتصال المعالج مع المرضى لوقت يفوق (31) ساعة يعتبر عامل دال على الإنهاك المهني ، بينما يعتبر الإتصال مع المرضى لأقل من (10) ساعات في اليوم كعامل يؤدي إلى تبدل الشخصية، كما أن نقص التكوين والوقت المحدد الذي عادة ما يكون غير كافي لإنجاز المهمة وغياب وسائل العلاج أحد أسباب الإنهاك المهني²⁴.

6- أعراض الإنهاك المهني لدى المعالجين:

لقد أشار Delbrouck, 2003، إلى بعض المؤشرات النفسية السلبية التي تظهر لدى المعالجين المصابين بالإنهاك المهني و هي: الوقاحة، سرعة الإنفعال والغضب الشعور المتنامي بالإخفاق و الضعف إهمال الذات و إنخفاض درجة تقديرها، فقدان حس الفكاهة عدم الاهتمام بالمرضى و اللامبالاة، تبدل الشخصية وعدم الإنسانية في التعامل مع الآخرين، الشعور بعدم الأمان، التردد، عدم الرضا في العمل، نفاذ الصبر، القلق المتزايد الشعور بالذنب، شرود الذهن و في بعض الأحيان يصل بهم الأمر إلى فقدان الذاكرة تدريجيا²⁵. يتحول المعالج المنهك وظيفيا بطريقة مفاجئة من الفكاهة إلى حالة من الألم، البكاء، الحزن والمعاناة كما تظهر لديه أعراض معرفية كإضطراب في الإنتباه وفي اليقظة،

نقص التركيز ضعف الذاكرة، اضطراب التفكير إضطرابات في الشخصية، صعوبة في إصدار الأحكام إنخفاض النشاط العقلي والتوتر، الأفكار الإنتحارية التشاؤم، الوحدة والإحباط²⁶ إضافة إلى أعراض نفسية أخرى تظهر على شكل ردود أفعال سلبية تترجم بصراعات في العمل ومشاكل عائلية، ومن هذه الأعراض نجد الصلابة ومقاومة التغيير النشاط الزائد، التسرب في العمل (الهروب أو التغيب عن العمل) الحضور التناقضي، المواقف البيروقراطية كعدم تقبل آراء الآخرين والعناد، العدوانية، العنف اللفظي أو الجسدي، كما أنه عادة ما يرافق الإرهاك المهني لدى المعالجين في الوهلة الأولى شعور شاق يصعب تحمله فقدان للحوية وإحساس بالإنهيان، وفي حالة إستمرار هذه الأعراض في الظهور فإن ذلك يؤدي بهم إلى الشعور بالملل، تبني أسلوب الوقاحة وسوء معاملة المرضى وفي بعض الأحيان يصل بهم الأمر إلى حد التفكير في الإنتحار²⁷.

6-1 الأعراض الجسمية : يؤدي الإرهاك المهني إلى إحداث تغييرات على الصحة الجسمية للأطباء، فتظهر لديهم آلام الظهر والرقبة، القرحة، الصداع النصفي، الغثيان، فقدان الشهية، أعراض تشبه أعراض الإنفلونزا، عدم التوازن الهرموني إضطرابات الجهاز الهضمي، إضطرابات البلعوم الأنفي، تقلصات عضلية، الإدمان على الكحول، تناول الأقراص المهلوسة والمخدرات وحسب (Grebot, 2008)، فإن أعراض الإرهاك المهني لدى المعالجين تكمن في:

6-2 الإجهاد الإنفعالي: يظهر الإجهاد الإنفعالي ويتطور مع عدم قدرة الأطباء على التعبير عن إنفعالاتهم وهو ما يدخل في إطار العادة الطيبة الضمنية أي: شعور الطبيب بأنه يجب أن يبقى قويا ولا يظهر أي نوع من الضعف، ففي هذه الحالة يعتمد على كبت إنفعالاته ويحوّلها إلى سلوكيات يتحكم فيها، لذلك فإن الإجهاد الإنفعالي يمكن أن يأخذ جانب برودة المشاعر هدوء الأعصاب وعدم الإهتمام بالمشاكل المهنية، ويتضاعف الإجهاد الإنفعالي بالنسبة للأطباء ليصل الأمر إلى عدم القدرة على التعبير عن إنفعالاتهم الداخلية، هذا ما يعزز مفهوم " القمع الإنفعالي " لدى الأطباء وهي مواقف منتشرة في مهنة الطب.

6-3 تبدل الشخصية : يظهر تبدل الشخصية كنتيجة مباشرة للإجهاد الإنفعالي، بحيث يصبح الطبيب عاجزا على السيطرة عن إنفعالاته، ويظهر هذا التبدل على شكل سخرية و

وقاحة إتجاه المرضى فيصبحون في نظره " موضوع " أو " شيء " أو " رقم غرفة " كما يعتمد الطبيب على الإختباء وراء الوصف العلمي بإستخدام مصطلحات علمية يصعب فهمها من طرف المريض.

6-4- الشعور بالفشل أو الإخفاق المهني: يظهر الشعور بالفشل المهني لدى الطبيب في أشكال متعددة كالشعور بعدم الفعالية المهنية، عدم القيام بالمهمة بالطريقة الصحيحة، العجز على مساعدة المرضى، الشك في قدرته على الذهاب بعيدا في العمل والشعور بالذنب. إن نتائج الشعور بالفشل المهني على الأطباء عديدة منها: التغيب، التهرب، التخطيط لتغيير المهنة، وفي بعض الأحيان تترجم عندهم بالنشاط المفرط و ذلك بتمديد أوقات العمل، لكن على الرغم من ذلك تبقى فعاليتهم المهنية منخفضة²⁸.

7- آثار الإنهاك المهني على المعالجين: يرى Mallay، بأن الإنهاك المهني يمكن أن يؤدي بالمعالجين إلى إستعمال العنف الموجه نحو المرضى بكل أشكاله، خاصة عندما يكون هناك نقص في الموارد البشرية وتنامي عبء العمل، وتوصل Dolaz, 2005، من خلال المقابلات والإجتماعات التي أجراها مع (100) معالج إلى أن الإنهاك المهني يؤدي إلى تغيير في المعتقدات إتجاه الذات والمحيط الذي يعيش فيه والهوية المهنية، فبعض الحالات تصبح ضائعة، محبطة، عدوانية ولا تعرف دورها المهني، إضافة إلى الإنغلاق الغير الموضوعي عن الحياة، و سوء المعاملة التي ترتبط بظروف العمل الصعبة، المشاكل المتعلقة بالمؤسسة الإستشفائية، وضعيات العمل الشاقة كالتكفل بالمرضى المدمنين وذوي الحالات الحرجة. وعادة ما ترتبط سوء المعاملة هذه بإعتداء مباشر من طرف المعالجين على المرضى، فهي تتعلق بحالات الإهمال، الشتم، سلوكيات التجنب، عدم الإستماع للآخرين، إنخفاض جودة الرعاية، التسرع والتصرفات الغير مهنية من طرف المعالجين إتجاه مرضاهم كربط المريض بالسريرون دون وجود ضرورة لذلك، خلط أطباق الطعام الخاصة بالمرضى، إستعمال الحافظات عوض أخذ المريض إلى المراض أو تركه عدة ساعات في فضلاته، إضافة إلى النظرة الإقصائية إتجاه المرضى بحيث لا يعاملهم كأشخاص يحتاجون لرعاية صحية وإنما كأطفال لا بد من التعامل معهم بصرامة، لكن ليس بالضرورة كل معالج مصاب بالإنهاك المهني مسيء للمعاملة فلا بد من الإشارة إلى أن هذه الحالة لا يشعر بها

المعالجين (بدون وعي) إتجاه المرضى حتى ولو كان المعالجين يدركون بأن هذا ليس أفضل ما يفعلونه²⁹. وفي نفس السياق توصلت نتائج دراسة Grebot, 2008، إلى أن سلوكات الأطباء الذين يعانون من الإرهاك المهني تمتاز عن غيرها من سلوكات العاملين في المهن الأخرى ومن هذه السلوكات نجد تبدل الشخصية والشعور بالذنب، كما توصلت إلى أن (25%) من الأطباء يعترفون بتناولهم الأقراص المهلوسة و(6%) منهم يشربون بطريقة مفرطة الكحول، بينما (47%) من الأطباء مستعدون لتغيير المهنة، إضافة إلى دراسة De Cia, (2010)، التي أكدت على أن نتائج الإرهاك المهني لدى الأطباء تتمثل في كون (60%) منهم يعانون من اضطرابات النوم و(52.6%) يعانون من اضطرابات عصبية و وظيفية بينما (37%) منهم ظهرت عليهم أعراض جسمية، أما (16%) ظهرت عليهم أعراض سلوكية، في حين أن (53%) من الأطباء يعانون من نقص الطاقة و(48.4%) يعانون من نقص الدافعية، بينما (44.4%) يعانون من الإحباط و(41%) منهم سريعي الإنفعال و(19.7%) عدوانيين و(18%) من الأطباء فقدوا المثالية إتجاه المهنة³⁰.

8- أساليب الوقاية من الإرهاك المهني لدى المعالجين:

يرى Schraub & Marx، بأن أساليب الوقاية من الإرهاك المهني لدى المعالجين تشمل المستوى الفردي المستوى الجماعي و المستوى المؤسساتي.

8-1 المستوى الفردي: وهو يتعلق بشخصية الفرد، فعلى العامل السعي إلى تحسينها من خلال:

- تحديد وتصنيف أولوياته وفقاً لطبيعة العمل و محيطه.
- قبول فكرة فقدان المرضى أي: حالات الموت.
- إدراك طبيعة علاقة معالج- مريض.
- العمل على تحسين نمط الحياة من خلال الحد من إستهلاك الكحول والتدخين.
- تنظيم أوقات الراحة والترفيه.
- تنظيم النشاط الفيزيقي من خلال ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية.

وفي الأخير فقد يكون الحل في تغيير المهنة والبحث عن بيئة عمل تسمح له بالتعبير عن مشاعره ومشاركة الآخرين إخفاقاته أو نجاحاته المهنية.

8-2 المستوى الجماعي: يتمثل هذا المستوى في مشاركة المعالج في جماعات الحوار والنقاشات الأخلاقية التي يمكن أن تعزز من التواصل بين المعالجين في المصالح الإستشفائية

8-3 المستوى المؤسساتي: وهي خطوات تتبناها المؤسسة الإستشفائية وتمثل في:

- العمل على تعزيز قنوات الإتصال بين مكونات المؤسسة الإستشفائية.
- توجيه مقدمي الرعاية الصحية من خلال دورات تكوينية ذات طابع توعوي، بهدف وضع المعالج في وضعية تسمح له بإدارة ومقاومة الضغوط المرتبطة بالمهنة.
- تحسين ظروف العمل من خلال التقليل من عبء العمل و تجنب وضعيات العمل الشاقة وعدم التدخل في صلاحيات الأطباء³¹.

لقد قدمت صياح مالول، مجموعة من الإجراءات والتقنيات التي يجب الإعتماد عليها بهدف التقليل من الإنهاك المهني لدى الممرضين وهي كما يلي:

- ✓ يجب على جميع مكونات المنظومة الصحية إدراك محدودية القدرات الشخصية وإمكانات مقدمي هذه الرعاية.
- ✓ التوجيه وتوفير المعلومات والمعطيات اللازمة، التي تساعد الممرضين على التعرف على مهامهم ومتطلباتها.
- ✓ الراحة وتوفير البيئة الداعمة، التي تعتبر أحد العوامل الأساسية التي تقلل من الإجهاد الإنفعالي في العمل.
- ✓ خلق ثقافة تنظيمية يستطيع الأشخاص من خلالها التكلم بحرية و مشاركة مشاكلهم، مع إتاحة الفرصة لهم للمشاركة في إتخاذ القرارات.
- ✓ تنمية إستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية لدى الممرضين كالتأمل و الإسترخاء.
- ✓ القيام بالتمارين الرياضية و تخصيص وقت للأنشطة الثقافية، الإجتماعية والترفيهية³².

خلاصة:

ما يمكن أن نستخلصه من خلال هذا المقال هو أن المعالجين هم أكثر الفئات تعرّضا للإرهاك المهني وهذا راجع إلى طبيعة المهنة التي تتطلب مسؤولية معنوية و أخلاقية عبء العمل الزائد، سوء تنظيم المصالح الإستشفائية و إحتكاك المعالجين بمعاناة المرضى و حالات الموت، كما يترك الإرهاك المهني آثارا سلبية تؤثر على صحتهم النفسية والجسمية وعلى صحة المرضى، إذ يتحولون إلى عدوانيين اتجاههم، إضافة إلى ذلك دخولهم في حلقة مفرغة تبعدهم عن الهدف الأسمى من هذه المهنة و هو تقديم الخدمات الصحية و معالجة المرضى.

الهوامش:

- ¹ Berclaz, M. (2013). Epuisement professionnel : non aux cadences infernales. Suisse. (2013), p 25
- ² Dolaz, L. Bénany, H. Frénsy, M. C. & Chahraoui, K, Burnout et maltraitance dans la relation soignante. France : Elsevier Masson, annales médico psychologiques, (2005), p 92
- ³ Wiertz, R. Psychiatres et Burnout ? Étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de calais. France: Université de Lille. Thèse de doctorat, (2012), p50
- ⁴ Grebot, E. stress et Burnout au travail: identifier, prévenir, guérir. France : Eyrolles. (2008). p 72.
- ⁵ سامر جميل، رضوان، الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع. (2007)، ص 154.
- ⁶ Lourel, M. Gueguen, N. & Mouda, F, L'évaluation du burnout de pines : adaptation et validation en version française de l'instrument burnout measure short version (BMS-10). France : pratique psychologique. Elsevier Masson., (2007), p354
- ⁷ فاروق السيد، عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي للطبع و النشر، مصر، (2001) ص 18
- ⁸ حمزة الزيودي، محمد.. الضغوط النفسية و الإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات. سوريا: مجلة جامعة دمشق، (2007)، العدد 2، ص 195.

- ⁹ مصطفي، يونس و جاد الكريم، ولاء و شريف، رنّة. المشكلات و الميول النفسية لأسر السجناء والمعتقلين. مصر: مركز ماعت للدراسات الحقوقية و الدستورية، (2008)، ص 25
- ¹⁰ Zawieja, PH. & Guarnieri, FEpuisement professionnel: approche, innovantes et pluri disciplinaires. France, Armand Colin, (2013), p12
- ¹¹ Cherkaoui, W. Montargot, N. Peretti, J. M. & Yanat, Z, Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel: le cas de l'hôpital DS au Maroc. France: revue humanisme et entreprise, (2012), p5.
- ¹² الرافي، عبد الله و فرحان القضاة، محمد، مستويات الإحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في كلية المعلمين بأبها في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية و النفسية. (2010)، العدد 2. ص 40.
- ¹³ خلاصي، مراد، الإحتراق النفسي لدى الإطارات الجزائرية. الجزائر: جامعة قسنطينة. مجلة العلوم الإنسانية، العدد 40 (2013)، ص 123.
- ¹⁴ حلي، مصطفى، الإحتراق الوظيفي لدى الأطباء والمرضى -دراسة ميدانية بمصلحة الإستعجلات بمستشفى ندير محمد تيزي وزو، رسالة ماجستير، جامعة تيزي وزو، (2016)، ص 25
- ¹⁵ Moors, S, Stress et travail : origines et approches. Belgique: institut national de recherche sur les conditions de travail INRCT, (1994) p50.
- ¹⁶ Grebot, op cit, p52
- ¹⁷ Bacqué, M. F, Deuil et Santé. France : Editions Odile Jacob, (1997), p 102
- ¹⁸ Machavoine, J. L. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie, approche psycho dynamique et institutionnelle. France : psycho-oncol. Lavoisier, (2015), p 62
- ¹⁹ Schroub, S. Marx, E. Les syndromes d'épuisement professionnel des soignants ou Burnout en cancérologie. Strasbourg, John libbey eurotext, (2004), p40
- ²⁰ De Cia, Epuisement professionnel, innovations théoriques méthodologique. Acte du colloque, centre de recherche sur les risques et les crises. France: Mins Paris Tech, (2012), 85
- ²¹ Delbrouck, M, Le Burnout du soignant : les syndromes d'épuisement professionnel. Belgique : De Boeck université, (2003), p 32.
- ²² Barbier, D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. France : Masson, (2004), p 22.

²³ Peters, S. & Mesters, P, Vaincre l'épuisement professionnel: toutes les clés pour comprendre le Burnout, France : Robert Laffont, (2007), p 106.

²⁴ Ceccaldi, J, Pour un travail soigné dans une démarche participative. France : Edition Lamarra, (2015), p 53

²⁵ Delbrouck, op cit, p 33.

²⁶ Moors, op cit, p 39

²⁷ Barbier, op cit, p 118

²⁸ Grebot, op cit, p 25

²⁹ Dolaz, op cit, p 98

³⁰ Di Cia, op cit, p 105

³¹ Schraub & Marx, op cit, p110

³² صياح ماليل، يسرى، تأثير تعب الكادر التمريضي على سلامة المرضى. ملتقى إتحاد المستشفيات العربية. الأردن عمان، (2012)، 25.