

# بيولوجية الإحتراق النفسي وعلاقته بالضغط النفسي لدى المرضى

أ/طايبي نعيمة

جامعة تيزي وزو

## ملخص البحث:

يعبر الإحتراق النفسي عن حالة إرهاق جسدي وإنفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات مشحونة إنفعاليا ومتراكمة بمجموعة من الأعراض كالتعب الجسدي، والإحساس بالعجز والخيبة والأفكار السلبية عن الذات والمواقف السلبية تجاه العمل والزملاء .

تم تسليط الضوء في الدراسة الحالية على ظاهرة الإحتراق النفسي لدى المرضى نظرا لآثارها السلبية من إنهاك بدني وعقلي وإنفعالي نتيجة المتطلبات والأعباء التي تفوق وتتجاوز قدرة الفرد على تحملها. ، تم اختبار عينة عشوائية مكونة من 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة، من خلال تطبيق مقياس للإحتراق النفسي ومقياس الضغط النفسي، وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية، توصلنا الى عدد من النتائج أهمها معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي ووجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحتراق النفسي لدى المرضى.

## مقدمة:

تعد مهنة التمريض من بين أنبل المهن الإجتماعية الإنسانية، ذات المتطلبات الكثيرة والمهام المتعددة، أين يكون العطاء فيها أكبر من الأخذ، إذ تتجاوز مهام الممرض العناية بالمرضى بتقديم العلاج والعناية بحالتهم الصحية إلى الإحساس بمعاناتهم وآلامهم وطمأننتهم بكل عطف وحنان والتعامل أيضا مع مرافقيهم .و نظرا لطبيعة مهنة التمريض، إهتم العديد من الباحثين في دراستهم حول الضغط النفسي وإختلافه من مهنة لأخرى خاصة في قطاع الصحة، حيث تم إعتبار مهنة التمريض في حد ذاتها مصدرا للضغط النفسي. ( Stora : 1991 )

ودراسة العوامل ( 1994 ) هي الأخرى تناولت موضوع الضغط النفسي في بعض المهن الإجتماعية كالتمريض، التدريس والخدمات الإجتماعية، وتوصلت نتائج دراستها إلى فئة المرضى هي الفئة الأكثر تعرضا للضغط النفسي، تليها مهنة التدريس ثم مهن الخدمات الإجتماعية الأخرى . وبقدر إستمرار الضغوط النفسية وتراكمها، بقدر ما يتبعها من إستجابات جسمية ونفسية غير صحية يعتبر الإحترق النفسي احد هذه النتائج السلبية لتراكم الضغوط النفسية وإزمانها. فقد أكد Beck وGargiulo (1983) على أن الإحترق النفسي حالة من الإنهاك الإنفعالي والجسدي والذهني الناتج عن الضغط النفسي الزائد والذي يفوق طاقة وقوة المرض . لا سيما وأن مجمل المرضى يعانون من إحترق نفسي يصحبه خمول مفرط وعجز على إستغلال الطاقة الكامنة في تلبية متطلبات العمل .

وفي نفس الصدد دراسة Aronson و Pines ( 1988 ) تشير إلى أن الإحترق النفسي ليس بضغط مرتفع الشدة فقط وإنما تكرر لضغط مزمن في إطار مهني خاصة بالنسبة إلى اللذين يعملون بمصالح الخدمات الإنسانية التي تستوجب من العاملين في قطاعاتها كمية هائلة من الطاقة والمرونة، وتكرر هذه التدخلات بصفة يومية، غالبا ما ينهك المرض إنفعاليا . ( يوسف عبد الفتاح : 1999 )

وقد أكدت دراسة Maslach و Jackson ( 1981 ) بهدف قياس مستوى الإحترق النفسي لدى عينة كبيرة متكونة من 1025 فردا يعمل في المهن ذات الصلة بالخدمات الإجتماعية والإنسانية ( المرضى ، الأطباء ، المحامين ، الشرطة ، المعلمين ) إلى أن المرضى يعانون من درجة مرتفعة من الإحترق النفسي . ( مقابلة يعقوب : 1996 )

وهي نفس النتيجة التي توصل إليها عديد من دراسات التي أقيمت حول المرضى ومن بينها دراسة Londou ( 1992 ) بألمانيا ، ودراسة SaintArnaud (1992) بكندا ، ودراسة EstrynBéhar ( 1990 ) بفرنسا، والتي بينت بأن نحو أكثر من 30% من المرضى يعانون من إحترق نفسي شديد نتيجة التعرض المستمر للضغط النفسي .

وعليه تمثل الضغوط النفسية التي يتعرض لها المريض باستمرار ظاهرة جديدة بالاهتمام لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياته، ولما تسببه من مضاعفات وأعباء ومشكلات نفسية وجسدية تنجم عن تراكم الضغوط النفسية او تترافق معها، وبهدف إستقصاء حدة الضغط النفسي المدرك ومستويات الإحترق النفسي لدى فئة المرضى طرحت التساؤلات التالية :

- ماهو مستوى الإحترق النفسي لدى المرضى ؟

- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي عند المرضى ؟

## 2-الفرضيات:

**الفرضية الأولى:** يعاني المرضى من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي .

**الفرضية الثانية :** توجد علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي لدى المرضى.

## 3- منهج البحث:

من منطلق كون مناهج البحث النفسي تختلف باختلاف المواضيع كما تختلف من مجال علمي لآخر، فقد استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي وهذا نظرا لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، حيث يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها عن طريق النتائج وتفسيرها في عبارات واضحة، ومحددة للوصول إلى حقائق دقيقة عن الوضع القائم من أجل تحسينه.

## 4-الأطر المكانية للبحث:

أجريت الدراسة الحالية في بعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة والمتمثلة في المستشفيات التالية: مستشفى بن عكنون، مستشفى بني مسوس، مستشفى القبة، مستشفى مصطفى باشا، مستشفى باب الواد، مستشفى حسين داي.

## 5- عينة البحث:

تتكون عينة البحث من مجموعة من العاملين بمهنة التمريض ببعض مستشفيات الجزائر العاصمة، إذ تتضمن العينة (300) ممرض وممرضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية غير احتمالية بدون وضع شروط مسبقة، بحيث بلغ عدد الاستثمارات الموزعة من طرف الباحثة (300) استثمار، إلا أنه تمت استعادة (257) استثمار منها، وقد تم استغلال (227) استثمار، أما البقية فقد استبعدت من التحليل والمعالجة لكونها استثمارات غير مكتملة وغير مستوفية الاستجابات. وبعد القيام بتفريغ أجوبة أفراد العينة ظهرت بعض المؤشرات الإحصائية لأفراد العينة من حيث: الجنس، السن، الحالة العائلية والخبرة المهنية والمستوى الدراسي.

### 5-1 - الجنس:

يتوزع أفراد عينة البحث حسب طبيعة جنسهم كما هو موضح في الجدول الموالي:

| الجنس   | العدد | النسبة المئوية |
|---------|-------|----------------|
| ذكور    | 104   | 45.8           |
| إناث    | 123   | 54.2           |
| المجموع | 227   | 100%           |

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يمثل الجدول رقم (1) توزيع أفراد العينة حسب الجنس، حيث بلغ الحجم الكلي للعينة 227 فرداً، منهم 104 ذكر أي 45.8 % ذكور، و123 أنثى أي بنسبة 54.2 % إناث. ويلاحظ أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور.

## 5-2 السن:

يتوزع أفراد عينة البحث حسب طبيعة سنهم كما هو موضح في الجدول الآتي:

| فئات السن    | العدد | النسبة المئوية |
|--------------|-------|----------------|
| 29 - 21      | 52    | 22.90%         |
| 39-30        | 78    | 34.36%         |
| 49-40        | 86    | 37.88%         |
| 50 - فما فوق | 11    | 4.84%          |
| المجموع      | 227   | 100%           |

الجدول رقم (2): توزيع أفراد العينة حسب فئات السن.

يمثل الجدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب فئات السن، حيث يقدر عدد أفراد العينة لفئة (29-21 سنة) بـ 52 فرد أي بنسبة 22.90٪، بينما فئة (30 - 39 سنة) عدد أفرادها 78 أي بنسبة 34.36٪ أما فئة (40-49 سنة) فكان عدد أفرادها 86 أي بنسبة 37.88٪، في حين أن فئة (50 سنة فأكثر) بعدد أفراد يساوي 11 أي بنسبة 4.84٪. ومن هنا نستطيع أن القول أن أغلبية عينة الدراسة من فئة (40 - 49 سنة) بعدد أفراد يساوي 86 أي بنسبة 37.88٪.

## 5-3- الحالة العائلية:

يتوزع أفراد عينة البحث وفقا لحالتهم العائلية كما هو موضح في الجدول الموالي:

| الحالة العائلية | العدد | النسبة المئوية |
|-----------------|-------|----------------|
| أعزب            | 80    | 35.2%          |
| متزوج           | 145   | 63.9%          |
| مطلق            | 2     | 0.9%           |
| المجموع         | 227   | 100%           |

الجدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

يمثل الجدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية، حيث كان عدد المتزوجين مساوياً 145 فرد أي بنسبة 63.9% وهي الأغلبية، ثم تليها فئة العزاب بعدد أفراد مساوياً 80 فرد أي بنسبة 35.2%، أما المطلقين فكان عددهم 2 أفراد أي بنسبة 0.9%. ومن هنا نلاحظ أن أغلبية أفراد الدراسة هم من فئة المتزوجين بنسبة 63.9%.

#### 4-5- الخبرة المهنية:

| الخبرة المهنية | العدد | النسبة المئوية |
|----------------|-------|----------------|
| 1 - 6          | 79    | 34.80%         |
| 7 - 12         | 48    | 21.14%         |
| 13 - 18        | 46    | 20.26%         |
| 19 - 24        | 38    | 16.74%         |
| 24 فما فوق     | 16    | 7.04%          |
| المجموع        | 227   | 100%           |

#### الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

يمثل الجدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية. لقد كانت خبرة أغلبية العينة من فئة (1 - 6 سنوات) 79 فرد أي بنسبة 34.80%، وكانت خبرة العينة من فئة (13 - 18 سنة) 46 فرد أي بنسبة 21.14%، أما عدد أفراد فئة (21 سنة فما فوق) فكان 24 فرداً أي بنسبة 20.26% في حين أن خبرة العينة من فئة (19 - 24 سنة) 38 فرداً أي بنسبة 16.74% أما أقلية أفراد عينة الدراسة بعدد 16 فرداً كانت من فئة (25 سنة فما فوق) بنسبة 7.04%. ونلاحظ أن الخبرة المهنية للعينة الدراسة تغلب عليها فئة (1 - 6 سنة) 34.80%.

#### 5-5- المستوى الدراسي:

يتوزع أفراد عينة البحث حسب مستواهم الدراسي كما هو موضح في الجدول الموالي:



| النسبة المئوية | العدد | المستوى الدراسي |
|----------------|-------|-----------------|
| 5.7            | 13    | متوسط           |
| 44.1           | 100   | ثانوي           |
| 50.2           | 114   | جامعي           |
| %100           | 227   | المجموع         |

#### الجدول رقم (5): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي

يمثل الجدول رقم (5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي حيث كان عدد الأفراد ذوي المستوى المتوسط مساوياً لـ 13 فرد أي بنسبة 5.7٪ وهي الأقلية، في حين بلغ عدد الأفراد ذوي المستوى الثانوي 100 فرد أي بنسبة 44.1٪، أما عدد الأفراد ذوي المستوى الجامعي فكان 114 فرد أي بنسبة 50.2٪.

#### 6- أدوات البحث :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس بغرض جمع معلومات وبيانات حول أفراد البحث، والتي تمثلت في إستبيان للسيرة الذاتية بغرض جمع معلومات شخصية ومهنية لأفراد العينة، كما تم استخدام مقياس إدراك الضغط ومقياس الإحراق النفسي .

#### 6-1- مقياس إدراك الضغط لـ Levenstein et al ( 1993 ) :

صمم هذا المقياس من طرف Levenstein وآخرون سنة 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط ويشمل المقياس على 30 عبارة تتوزع وفقاً لنوعين من البنود :

**البنود المباشرة :** تتضمن البنود المباشرة 22 عبارة، ويستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض. وتمثل هذه البنود في العبارات رقم : ( 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30 ) وتنقط هذه العبارات من [ 1 إلى 4 ] من اليمين ( تقريباً أبداً ) إلى اليسار ( عادة ) .

**البنود الغير مباشرة :** تضم البنود الغير مباشرة 8 عبارات، ويستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع يجب المفحوص بالرفض، وتمثل هذه البنود في العبارات التالية : ( 1-7-10-13-17-21-25-29 ) وتنقط هذه البنود بصفة معكوسة من [4 إلى 1] من اليمين ( تقريباً أبداً ) إلى اليسار ( عادة ).

و تحسب قيمة مؤشر إدراك الضغط في هذه المقياس وفقاً للمعادلة التالية :

مجموع القيم الخام - 30

مؤشر إدراك الضغط =

90

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغيراً المباشرة، وتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من صفر ( 0 ) إلى واحد ( 1 ) بحيث تدل الدرجة (0) على أدنى مستوى ممكن من الضغط أما الدرجة (1) فتدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

قام Levenstien et al (1993) بالتحقق من صدق الإستبيان من خلال استخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة إستبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط قوي مع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen ويقدر  $r = 0,73$  ، بينما سجل معتدل يقدر بـ  $r = 0,56$  صح مقياس الإكتئاب لـ Beck . كما أظهر وجود ارتباط قوي مع 'سمة القلق' بحيث  $r = 0,75$  . ( 1993 : Levenstein et al )

و فيما يخص تباين المقياس فقد تم القيام بقياس التوافق الداخلي للاختبار باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود مستوى تماسك قوي يقدر بـ  $0,90$  ، كما أظهر قياس تباين الإستبيان باستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر بـ 8 أيام وجود معامل تباين مرتفع يقدر بـ  $0,82$  .

6-2- مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach ( 1981 ) [ M B I ] :

مقياس الإحترق النفسي هو سلم اقترحه كل من Maslach et Jackson ( 1981 ) لمهن القطاع الصحي ومهن المساعدة ( الأساتذة، المدرسين، الشرطة ) يقيس



أعراض الإحترق النفسي ويتكون هذا المقياس من 22 بنداً يسمح بعرض المستويات الثلاثة للإحترق النفسي كمايلي:

1- **الإنهاك الانفعالي** : يقيس المشاعر الإنفعالية والإنهاك في العمل ويتضمن البنود التالية : ( 1-2-3-6-8-13-14-16-20 ) .

2 **تبلد المشاعر** : يقيس المشاعر السلبية تجاه الزملاء والمرضى، ويضم البنود الآتية : ( 5 - 10 - 15 - 22 ) .

3 **تدني الشعور بالإنجاز** : يقيس الرغبة في النجاح والإنجاز الشخصي للمرض في عمله ويشمل البنود التالية : ( 4-7-9-12-17-18-19-21 ) .

وقد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، بحيث يجيب الفرد حسب سلم متدرج من 6 احتمالات تتراوح من ( 1 ) [ حيث يحدث الشعور قليلا في السنة] إلى غاية درجة ( 6 ) [ حيث يحدث الشعور يوميا ] .

وفقا لمقياس **maslach** فإن الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على كل من الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر، ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالإنجاز، يعانون من ظاهرة الإحترق النفسي . فمن أجل الحصول على شدة الإحترق النفسي يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا من أجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الثلاث ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم إستخلاص شدة الإحترق النفسي بحيث أن :

- الإحترق النفسي المرتفع بالشدة = مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع ( 30 فما فوق ) ،  
ومستوى تبلد المشاعر مرتفع ( 12 فما فوق ) ، ومستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع ( 0 - 30 ) .

- الإحترق النفسي المعتدل الشدة = مستوى الإنهاك الإنفعالي معتدل ( 19 - 29 ) ، ومستوى تبلد الشعور معتدل ( 6 - 11 ) ، ومستوى تدني الشعور بالإنجاز معتدل ( 34 - 39 ) .

- الإحترق النفسي المنخفض الشدة = مستوى الإنهاك الإنفعالي منخفض ( 0 - 17)، ومستوى تبلد المشاعر منخفض ( 0 - 5)، ومستوى تدني الشعور بالإنحجاز منخفض ( 40 فما فوق). (Maslach and Jackson : 1981 P 99 – 113)

لقد طبق كل من Maslach et Jackson (1986) المقياس على عينة تتكون من 1316 مهني من القطاع الإجتماعي فتحصلت على معاملات تناسق الداخلي بالنسبة للسلاسل التحتية كالآتي: الإنهاك الإنفعالي:  $\alpha = 0,90$ ، نقص تبلد المشاعر:  $\alpha = 0,79$ ، تدني الشعور بالإنحجاز:  $\alpha = 0,71$ .

أما بالنسبة للصدق التناسقي فقد أظهر المقياس إرتباطات جيدة مع مقياس الضغط النفسي (  $r = 0,54$  ) و (  $r = 0,72$  ) مع مقياس الإكتئاب .

و يشير الباحث Pierre Tap ( 1996 ) بأن دراسات عديدة أكدت الصدق الجيد للمقياس والذي يفوق 0,70 .

#### 7- أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية:

بغرض تحليل بيانات البحث والتحقق من صحة الفرضيات المقترحة تمت الإستعانة بالحاسب الآلي في معالجته عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) Statistical Package for social Sciences.

| الانحراف المعياري | المتوسط | الجموع |     | الفئات                     | أبعاد الإحترق النفسي    |
|-------------------|---------|--------|-----|----------------------------|-------------------------|
|                   |         | %      | ت   |                            |                         |
| 9.25              | 32.35   | 6.6    | 15  | مستوى منخفض<br>[ ≤ 17 ]    | الإنهاك<br>الإنفعالي    |
|                   |         | 35.7   | 81  | مستوى متوسط<br>[ 29 – 18 ] |                         |
|                   |         | 57.7   | 131 | مستوى مرتفع<br>[ ≥ 30 ]    |                         |
| 4.68              | 10.93   | 11.9   | 27  | مستوى منخفض<br>[ ≤ 5 ]     | تبلد المشاعر            |
|                   |         | 44.5   | 101 | مستوى متوسط<br>[ 11 – 6 ]  |                         |
|                   |         | 43.6   | 99  | مستوى مرتفع<br>[ ≥ 12 ]    |                         |
| 7.87              | 34.08   | 25.6   | 58  | مستوى منخفض<br>[ > 40 ]    | تدني الشعور<br>بالإنجاز |
|                   |         | 30     | 68  | مستوى متوسط<br>[ 39 – 34 ] |                         |
|                   |         | 44.5   | 101 | مستوى مرتفع<br>[ < 33 ]    |                         |

الجدول رقم (6): التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي حسب المستويات (منخفض، متوسط، مرتفع)

## 8- عرض النتائج:

### 8.1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

من أجل اختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن المرضى يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق نفسي ، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأبعاد

الثلاثة للإحترق النفسي، كما تم استخراج النسب المئوية للمستويات الثلاثة لكل بعد ( منخفض ، متوسط ، مرتفع )، نتائج قيم اختبار  $X^2$  لدلالة الفروق ونتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية.

يتضح من خلال الجدول رقم(6) الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي أن أعلى نسبة للإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تقع في المستوى المرتفع بنسبة 57.7 ٪ من مجموع أفراد العينة، تليها نسبة 37.70 ٪ من الأفراد في المستوى المتوسط على بعد الإنهاك الإنفعالي ، بينما تحصل 6.6 ٪ من الأفراد على مستوى منخفض على بعد الإنهاك الإنفعالي.

كما يدفع إلى القول أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الإنفعالي، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 32.35 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المرتفع (30).

كما يدل الإنحراف المعياري  $Sd = 9.25$  على تركز القيم حول المتوسط، مما يدل على إنسجام أفراد العينة على درجات هذا البعد.

أما فيما يخص نتائج الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر فتقع أعلى نسبة في المستوى المتوسط 44.5 ٪ ، يليها المستوى المرتفع على بعد تبلد المشاعر بنسبة 43.6 ٪ ثم المستوى المنخفض على بعد تبلد المشاعر بنسبة 11.9 ٪.

وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبلد المشاعر ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 10.93 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المتوسط (6 - 11) . كما تدل قيمة الإنحراف المعياري  $Sd = 4.68$  على تجانس قيم الأفراد على درجات هذا البعد.

كما يتبين من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة 44.5 ٪ يتمتعون بدرجة مرتفعة من تدني الشعور بالإنجاز، أما نسبة الأفراد الذين يمثلون المستوى المتوسط من تدني الشعور بالإنجاز فكانت 30 ٪ ، في حين أن نسبة الأفراد الذين لديهم شعور بتدني الإنجاز منخفض 25.6 ٪ ، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الحسابي 34.04 وهو يقترب من القيمة الحدية للمستوى المتوسط.

كما أن قيمة الإنحراف المعياري  $Sd = 7.87$  تدل على تركز قيم الأفراد حول المتوسط مما يدل على درجة كبيرة من تجانس درجات الأفراد في بعد الإنجاز المهني.

وتدل هذه النتيجة حسب معايير تصنيف مستويات الإحترق النفسي أن أفراد العينة يعانون من الإحترق النفسي على بعد تدني الشعور بالإنجاز ، إذ أن مستوى الإحترق النفسي يتماشى سلبا مع مستوى الشعور بالإنجاز ، أي كلما إرتفع الشعور بالإنجاز إنخفض مستوى الإحترق النفسي .

### نتائج قيم إختبار (T) لعينة واحدة (مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية)

للتأكد من تحقق فرضية البحث الأولى والتي مفادها أن الممرضون يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي قامت الباحثة بحساب إختبار ( T ) لعينة واحدة بهدف مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية وذلك بعد تحويل الدرجات إلى متوسطات .

تهدف هذه العملية الإحصائية إلى إختبار الفرض بإختلاف متوسط التوزيع عن قيمة ثابتة يطلق عليها في برنامج (spss)القيمة الإختبارية (valueTest) .

| الأبعاد              | القيمة الإختبارية | المتوسط | الانحراف المعياري | ( T ) | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|----------------------|-------------------|---------|-------------------|-------|-------------|---------------|
| الإنهاك الإنفعالي    | 30                | 32.35   | 9.25              | 3.82  | 226         | 0.000         |
| تبلد المشاعر         | 11                | 10.93   | 4.68              | -0.21 | 226         | 0.83          |
| تدني الشعور بالإنجاز | 34                | 34.08   | 7.87              | 0.160 | 226         | 0.87          |

الجدول رقم (7) : مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية

### مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد الإنهاك الإنفعالي :

إن الدرجة المحددة لشدة هذا البعد هي القيمة 30 الدالة على الإنهاك الانفعالي المرتفع بحيث كلما زادت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة الإنهاك الانفعالي، وعليه تمت مقارنة متوسط العينة على بعد الإنهاك الانفعالي بالدرجة 30.

بلغ متوسط العينة على بعد الإنهاك الإنفعالي 32.35 وبانحراف معياري Sd= 9.25. يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 30 بأن هناك فرق

دال إحصائيا بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الاختبار  $T=3.82$  و أن هذا الفرق دال عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.001$  وعليه هناك فروق جوهرية بين المتوسطين لصالح متوسط العينة (متوسط العينة < القيمة الإختبارية ) وبالتالي فإن أفراد العينة يخبرون مستوى مرتفع من الإنهاك الإنفعالي.

### مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد تبلد المشاعر :

إن الدرجة المحددة للمستوى المرتفع من تبلد المشاعر هي القيمة 12. بحيث كلما زادت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة تبلد المشاعر.

ولكون قيمة متوسط العينة 10.93 أقل من القيمة العليا للمستوى المتوسط بقليل، تم القيام بمقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية المتمثلة في الدرجة العليا للمستوى المتوسط. يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 11 عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الاختبار  $T = -0.21$  وهذا الفرق غير دال عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ . مما يؤكد بأن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من تبلد المشاعر.

### مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد تدني الشعور بالإنجاز:

إن الدرجة المحددة للمستوى المرتفع من تدني الشعور بالإنجاز هي القيمة 33 ، بحيث كلما إنخفضت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة تدني الشعور بالإنجاز.

ولكون قيمة متوسط العينة 34.08 أكبر من القيمة الدنيا للمستوى المتوسط بقليل، تم القيام بمقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية المتمثلة في الدرجة الدنيا للمستوى المتوسط. ويظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 34 عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الاختبار  $T = 0.16$  وهذا الفرق غير دال عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  مما يؤكد بأن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من تدني الشعور بالإنجاز.

من خلال النتائج التي تم الإشارة إليها أعلاه يتضح بأن أن الممرضون يعانون مستويات مرتفعة من الإنهاك الإنفعالي ومستويات متوسطة من بعدي تبلد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز. وبالتالي فإنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق



النفسي على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي، فيما يجبرون درجات متوسطة من الإحترق النفسي على مستوى كل من بعدي تبلد المشاعر وتدني الشعور بالانجاز ( مستويات الإحترق النفسي تماشى عكسيا مع مستوى تدني الشعور بالانجاز ، أي كلما زاد تدني الشعور بالانجاز كلما إرتفع مستوى الإحترق النفسي ) .

و عليه يمكن القول أن الفرضية الأولى التي تنص على أن الممرضين يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق نفسي قد تحققت.

## 2.8 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

| الانحراف المعياري | المتوسط | المجموع |     | النسب                          | المتغير             |
|-------------------|---------|---------|-----|--------------------------------|---------------------|
|                   |         | %       | ت   |                                |                     |
| 0.11              | 0.51    | 17.18   | 39  | مستوى منخفض<br>[0.40-0]        | الضغط النفسي المدرك |
|                   |         | 63      | 143 | مستوى متوسط<br>[0.60-0.41]     |                     |
|                   |         | 19.82   | 45  | مستوى مرتفع<br>[0.80-0.61]     |                     |
|                   |         | 0       | 0   | مستوى مرتفع جدا<br>[1.00-0.81] |                     |

الجدول رقم ( 8 ) : التوزيع التكراري لمستويات الضغط النفسي المدرك

للتأكد من صحة الفرضية الثانية والتي مفادها وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستويات الضغط النفسي المدرك كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات مثلما هو موضح في الجدول الموالي.

يتضح من خلال الجدول رقم ( 8 ) الذي يبين التوزيع التكراري لمستويات الضغط النفسي المدرك أن نسبة 63% من الممرضين والمرضات يشعرون بمستوى ضغط نفسي متوسط، ثم تليها نسبة تقدر ب 19.82 % منهم يشعرون بمستوى ضغط نفسي مرتفع ،

في حين بلغت نسبة المرضى الذين يشعرون بمستوى منخفض من الضغط النفسي ب 17.18٪ . وبالتالي فإن أغلبية أفراد العينة يشعرون بمستوى ضغط نفسي متوسط، بينما نسبة المرضى الذين يشعرون بضغط نفسي مرتفع جدا فهي منعدمة.

تم تحليل نتائج الدراسة الارتباطية باستعمال معامل ارتباط بيرسون Pearson. لمعرفة العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وأبعاد الاحتراق النفسي. وقد تأكدنا قبل ذلك من أن العلاقات بين المتغيرات هي على شكل دالة خطية. كونه شرط من شروط دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات.

| أبعاد الإحترق النفسي | إدراك الضغط النفسي |
|----------------------|--------------------|
| الإنهاك الانفعالي    | $0.36^{**} = r$    |
| تبلد المشاعر         | $0.35^{**} = r$    |
| تدني الشعور بالإنجاز | $-0.18^{**} = r$   |

\*\*\*: دال عند مستوى الدلالة 0,01

الجدول رقم (9): الارتباط بين إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحترق النفسي

بين الجدول رقم (9) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الاحتراق النفسي.

وتجدر الإشارة إلى أن الارتباط الدال ما بين مستوى إدراك الضغط النفسي وبعد الإنهاك الانفعالي كان ارتباطا موجبا ( $0.36=r$ )، ويعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى الإنهاك الانفعالي مرتفعا، فهي علاقة موجبة .

أما علاقة الضغط النفسي المدرك وبعد تبلد المشاعر والتي تساوي ( $0.35=r$ )، وتعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى تبلد المشاعر مرتفعا.

بينما ارتباط مستوى الضغط النفسي المدرك وتدني الشعور بالإنجاز فكان ارتباطا سالبا ( $-0.18=r$ )، ويعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفضا.

ومنه فإن كل العلاقات الارتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الاحتراق النفسي دالة. وبالتالي يمكن القول بأن الفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحتراق النفسي لدى المرضى قد تحققت.

## 9- مناقشة النتائج:

### 9-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

افترضت الدراسة الحالية بأن المرضى يعانون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي . وتشير التحليل الإحصائية إلى معاناة المرضى من مستويات متفاوتة من الاحتراق النفسي وفق أبعاده الثلاثة: الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر وتدني الشعور بالانجاز. بحيث أن عينتنا تعاني من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإنهاك الانفعالي ، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد تبلد الشعور وبعد الشعور بتدني الإنجاز في العمل .

وقد أجمعت على هذه النتيجة العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال من بينها دراسة (Chakali 2000) التي أسفرت نتيجتها أن 70٪ من المرضى بمستشفى البليدة يعانون من إنهاك انفعالي، 30٪ من تبلد المشاعر، 30٪ من تدني الشعور بالانجاز (وهيبة حاتم: 2005). وتتفق كذلك مع دراسة نسيمة جلولي (2003) التي بينت أن المرضى يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي ومن مستوى متوسط في كل من بعد تبلد المشاعر وتدني الشعور بالانجاز. (نسيمة جلولي: 2003)

كما بينت دراسة (Rodary 1993) أن نحو 20٪ إلى 40٪ من المرضى بمستشفى Bicêtre في مصلحة السرطان يعانون من الإنهاك المهني. وقد اقيمت هذه الدراسة على عينة تتكون من 520 ممرض وممرضة ، حيث أن 55٪ من بينهم اظهروا الرغبة في مغادرة العمل، وأن حوالي 25٪ يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، و16٪ من فقدان الشعور التعاطفي و25٪ منهم يعانون من نقص الانجاز الشخصي في العمل. ووجد (Canoui 1998) أن هذه النسبة تصل إلى 41٪ لدى مرضي مصلحة إنعاش الأطفال.

كما أن هناك باحثون يرون في أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالإرهاك المهني هي عوامل نجدها بكثرة في مهنة التمريض ، كالعبء الكمي والتنوعي للعمل، والعناية بالآخرين، ومواجهة الألم والموت . كما أكدت على ذلك (Maslach 1981) التي ترى أن طبيعة مهنة التمريض نفسها هي مصدر للإرهاك. فقد أكدت دراسة Maslach و Jackson (1981) بهدف دراسة وقياس مستوى الإحترق النفسي لدى عينة كبيرة مكونة من 1025 فردا يعمل في المهن ذات الصلة بالخدمات الإجتماعية والإنسانية ( المرضى ، الأطباء ، المحامين ، الشرطة ، المعلمين ) إلى أن المرضى يعانون من درجة مرتفعة من الإحترق النفسي . ( مقابلة يعقوب : 1996 )

وقد أقرت العديد من الدراسات التي أجريت على المرضى ومن بينها دراسة Londau (1992) في ألمانيا، دراسة Saint Arnaud (1992) بكندا، دراسة Estryn Behar (1990) بفرنسا، أن نحو 20٪ إلى 30٪ من المرضى يعانون إنهماك انفعالي مرتفع.

كما أن النقص في الانجاز الشخصي في العمل يرجع إلى تذبذب العلاقات المهنية بين المرضى، حيث ينتج عنه نوع من الاضطراب والقلق والانزعاج وبعض أنواع العدوانية والهجومية ، ويحدث ذلك نتيجة صراعات تتعلق بتحديد ادوار العمل ، واتخاذ القرارات التي غالبا ما تتضارب وتتداخل مما ينجز عنه الشعور بالإحباط ، إذ أن عدم تحديد صلاحيات المرض في هذا القطاع بدقة أدى إلى التخلي عن المسؤولية، وأصبح كل عامل يرفض القيام بنشاطات معينة ، كإجراء النظافة والوقاية لأنه يعتبرها كفقدان للهوية واحتقار لإمكاناته وليست من مهامه ، فيعيش المرض في صراع دائم مع زملاءه في العمل . ( ليندة موساوي : 2001 )

وترى Maslach (1981) أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدراً للضغط والإرهاك نظراً لكون المرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل والعوامل الانفعالية، كمواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة، كما أنه في حالة الوفاة غالباً ما يشعر بالفشل وتآنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط . (Maslach:1981).

بالرغم من أهمية التمريض، إلا أنه لم يحظى بمكانة عالية في نظر المجتمع إذ ينظر الى المريض أو الممرضة على أساس أنه خادم أو خادمة لاغير، لأنهما يقدمان الخدمات المختلفة للمرضى. فالمكانة الاجتماعية للممرض منخفضة، إذ يعتقد عامة الناس أنها في متناول الجميع ولا تتطلب أي قدرات خاصة أو تكوين. بحيث تراجع قيمة المهنة إلى أن نسبة 84 % من الممرضات يشعرن باللامبالاة إزاء عملهن ، ذلك أنهن يتوقفن لفترات عديدة أثناء تكلفهن بالمريض أو عند انتقالهن من مكان إلى آخر ، كما أن العديد منهن ينكرن اشتراكهن في إنجاز القرارات التي تؤخذ .

فحسب (Laraba2007 ) يصل المريض إلى تبلد المشاعر تدريجيًا، وهي أحيانًا نتيجة للإجهاد الانفعالي. فهو نوع من حفظ الذات. هذا السلوك يحدث بطريقة لاشعورية عند المريض، وحتى لو لم يكن راض بذلك. فهو يشعر بأنه لم يصل إلى الشعور بالإنجاز والذي يظهر في البعد الثالث وهو تدني الشعور بالإنجاز. ومرجع هذا الموقف السلبي اتجاه هذه المهنة إلى الخلفية التاريخية لنشأة التمريض. ومن ثم عيش المريض في صراع دائم نتيجة فقدانه للهوية والقيمة وصعوبة تحقيقه لذاته ولطموحاته الذاتية باعتباره امتداد للطبيب ليس إلا. وبالتالي يعتبر استصغار لقيمة الفرد الذي يسعى جاهدًا لكسب صورة إيجابية وتقدير عالي لذاته. فرغم ترقية الممرضين إلى رتب ومهن أعلى إلا أن معاملتهم من طرف الكثير من الأطباء وخاصة رئيس المصلحة، لا تختلف كثيرًا عن سائر الممرضين.

و على العموم،غالبًا ما تعتبر العناية الآخرين كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية للإرهاك، فبالإضافة إلى العبء الكمي للعمل فإن طبيعة المهمة غير المرغوب فيها والتي تعتبر من مسؤوليات الممرض نحو المريض لضرورة العناية بجسم المريض ونظافته ، إضافة إلى طبيعة علاقة المرض بعائلات المرضى ، زد على ذلك قلة التجهيزات والمعدات الطبية ونقص الأدوية ، ومن جهة أخرى طريقة تنظيم أوقات العمل والتي تجعل الممرض في حالة إنهاك انفعالي وفقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين. (Laraba:2007).



## 2.9 مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

بينت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي لدى المرضى. إذ أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرا للضغط والإنهاك ، نظرا لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته ، كعبء العمل والعوامل الانفعالية ، كمواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة. كما انه في حالة الوفاة غالبا ما يشعر بالفشل وتآنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط. ( 1981 Maslach )

كما أن للضغوط المختلفة لمهنة التمريض التي يواجهها الممرض أثناء عمله في البيئة الاستشفائية انعكاسات سلبية على التواحي النفسية والانفعالية والجسمية والاجتماعية ، لأن هذه الضغوط تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان ونفسيته وقدراته الطبيعية، وقد يؤدي ذلك إلى زيادة الضيق والتوتر والقلق والإحباط لديه، كما وقد يؤدي إلى تعب وإرهاق جسمي وعصبي يمنع الممرض من تحقيق التوازن ومن ثم يفشل في القيام بواجباته المهنية على أكمل وجه. وتنتشر هذه الظاهرة في مختلف البيئات على المستوى العالمي كما أنها مرشحة للارتفاع ففي سنة 1996 بلغت نسبة من يعتبرون أعمالهم ضاغطة بالقطاع الصحي للاتحاد الأوروبي 28% من إجمالي عدد العاملين المهنيين. وقد أعلنت النتائج النهائية لتقرير الرابطة الوطنية للصحة والسلامة المهنية بأمريكا بأن أزيد من 40٪ من المهنيين يعتبرون أعمالهم بمثابة مصدر أساسي للشعور بالضغط.

وأجريت دراسة ميدانية يابانية متخصصة على عمال القطاع الصحي سنة 1999 حيث تبين أن النسبة ارتفعت من 33 ٪ سنة 1982 إلى نسبة 44٪ سنة 1997 وهو ما يشير إلى تنامي أشكال ومستويات الضغوط باستمرار. (Niosh:2007)

ودراسة Alkamder ( 1981 ) ، و( Beck 1988 ) و( Allamash 1989 ) ودراسة Haris ( 1989 ) كلها توصلت إلى أن العاملين بقطاع التمريض يظهرون استعدادا كبيرا للشعور بالضغط المهني المرتفع الشدة نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية،



وهذا لكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة والاستجابة لها في آن واحد، مما يزيد من حدة الإشكال. ومن البحوث التي أجريت في هذا المجال منها دراسة ( 1981 ) Rodary ( 1993 ) ، Maslach ) ، حيث أثبتت أن العاملين بمصالح الصحة والمشرفين على التمريض ، يظهرون استعدادا كبيرا للضغط والإنهاك المهني وهذا لكونهم عرضة لمواجهة والاستجابة للعديد من مواقف الضاغطة في آن واحد، إذ يستلزم أداء هذه المهنة قدرات واستعدادات معتبرة ، وكثيرا ما تبرز عوامل مختلفة في المحيط المهني تحد من قدرات الممرض وإمكانية التكيفية، وبالتالي تصبح مصدرا للضغط مما يؤدي بالفرد إلى عدم التحكم في المواقف وإلى اختلال توازنه ، فيظهر اثر ذلك على نوعية المردود العلاجي .

كما أن الممرض معرض مباشرة لمعاناة المرضى ومن واجباته الأساسية التعامل مع هذه المعاناة ومحاولة إنقاذها ، دون إهمال رعاية المريض من جهة أخرى، فهو مضطر لمواجهة الألم ومجبر على كبح شعوره وعدم التأثير بهذا الألم لكي لا تقل مردوديته في العمل، وهذا من شأنه أن يعكس صفو يوم كامل من العمل ، إن لم نقل أياما ، خاصة إذا تعلق الأمر ببعض أنواع العلاج . لذا يستلزم من الممرض أن يكون في استعداد على الدوام. وفي هذا الصدد دراسة Dawid ( 1994 ) حول عينة تقم 375 ممرض من مختلف الأقسام والتخصصات بمستشفى نيوز لندة توصل فيها إلى أن الممرضين يعانون من ضغط نفسي مرتفع الشدة نتيجة العمل المكثف .

إذ يضم المحيط الاستشفائي الكثير من عوامل الإنهاك ، بعضها مرتبط بطبيعة العمل نفسه كالعبء الكمي والنوعي وكذلك بالعلاقات الإنسانية التي ترتبط الممرض بمريضه، وبمختلف عناصر الفريق الطبي ، وبعضها الآخر مرتبط بطريقة تنظيم العمل كنظم الترقية والأجور ومواعيد العمل ووسائله . . و تؤكد الباحثتان Maslach et ( 1981 ) Jackson ، إن للشعور بالقدرة على التأثير في مسار الأحداث دعم وتعزيز لقدرة الفرد على الانجاز ، وهو ما يؤثر مباشرة في درجات الإنهاك .

## خاتمة:

تعد مهنة التمريض ضمن مهن المساعدة الإجتماعية التي يعاني مزاويلها من ضغط نفسي مستمر قد يصل إلى حد الإحترق النفسي الذي يظهر في شكل فقدان المريض للإهتمام بعمله ومرضاه، إذ يتتابه شعور بالتشاؤم وتبلد المشاعرو اللامبالاة والإهمال وقلة الدافعية، وفقدان القدرة على الإبتكار والإبداع في مجال التمريض، إضافة إلى كثرة الغيابات المتكررة والغير مبررة.

## قائمة المراجع:

### المراجع العربية :

- عبد الخالق أحمد محمد (1997) : أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- ليندة موساوي (2001): علاقة الضغط المهني. ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند المرضى. رسالة ماجيستر غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم. جامعة الجزائر.
- مقابلة نصر يوسف (1996) : العلاقة بين مركز الضبط والإحترق النفسي لدى عينة من المعلمين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 39.
- نسيمة شتوحي جلولي (2003): الإنهاك المهني عند المرضى واستراتيجيات المقاومة المستخدمة. مذكرة لنيل شهادة المايجيستر غير منشورة في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.
- وهية حاتم (2005): الإنهاك المهني لدى أطباء الاستعجالات. رسالة ماجيستر غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
- يوسف عبد الفتاح محمد (1999) : الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الإرشادية، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 8.

### المراجع الأجنبية :

- Canoui, P(1998) Le syndrome d"epuisement professionnel des soignants de l'analyse du Burnout aux réponse ;édition Masson,Paris.
- Laraba,(2007) : La gestion du stress,institut national pédagogique de la formation paramédicale,Alger.

-Levenstein,S et al(1993):Development of the perceived stress questionnaire,a new tool for psychosomatic research,Journal of psychosomatic research,Vol 37N1 p19-32.

- Maslach, C. & Jackson, S.E.(1981). The measurement of experienced burnout, Journal Of Occupational Behavior, vol. 2, pp. 99-113.

-NIOSH, (2008). Exposure to Stress Occupational Hazards in Hospitals, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health.

-Stora,J.B(1991):Le stress,édition Dahlab,Alger.