" الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الإستعجالات (دراسة مقارنة)"

د/ وهيبة حاتم

- **مستخلص الدراسة** :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على شدة الإنهاك المهني لدى الأطباء العاملين بمصلحة الإستعجالات لمستشفيات مصطفى باشا، باب الوادي وبينام وفحص مدى وجود فروق بين الجنسين (أطباء/طبيبات) في مستويات الإنهاك المهني وإستراتيجيات المواجهة المستخدمة، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠٠ طبيب وطبيبة بواقع ١٠٥ ذكور و١٩٥ إناث . وقد تم استخدام أداتين في الدراسة وهما: مقياس مالاش للإنهاك المهني ومقياس أساليب المواجهة لبولهان. وخلصت نتائج الدراسة إلى معاناة الأطباء العاملين بمصلحة الإستعجالات من إرتفاع مستويات الإنهاك المهني مع وجود فروق جنسية جوهرية في درجات الإنهاك المهني لصالح الإناث، حيث إتضح أن الطبيبات أكثر معاناة من تناذر الإنهاك المهني من الأطباء. كما إنتهت نتائج الدراسة إلى وجود فروق جنسية جوهرية في استعمال أساليب المواجهة مع ميل الطبيبات نحو استخدام أساليب المواجهة المتمركزة حول الإنفعال، في حين يلجأ الأطباء إلى إستعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل.

Burnout Syndrome of E. R. Doctors (Comparative Study)

Dr. Wahiba HATEM

Abstract:

The aim of this research is to study the professional exhaustion syndrome (burnout) of emergency medical practicians working in the emergency department at Mustapha Bacha Hospitals, in Bab-El-Oued and Baïnem and examine the differences between both genders (doctors male/doctors female) in professional exhaustion levels (Burnout) and the used coping strategies, the research sample is constituted of 300 doctors (105 men and 195 woman); using tworesearch tools: Maslach Burnout inventory and the coping strategies of Paulhan inventory.The study has concluded into the fact that E.R. doctors working in emergencies department suffer from the increase of professional exhaustion levels (Burnout). An obvious difference of professional exhaustion levels emerged at female doctors because they are more exhausted during their work than male doctors. Furthermore, the study results concluded that when female doctor's use more the coping strategies centered on emotion, this has impacted a difference with male doctors whose coping strategies are more problem-centered.

- **إشكالية الدراسة** :

يعد الطب من المهن ذات الطابع الإجتماعي التي تتطلب من ممارسيها حب خدمة الآخر وصرف النظر جزئيا عن الذات، ففي هذا السياق تعتبر المنظومة الطبية هيئة موجهة نحو خدمة الإنسان تسمح للقائمين بها بتوظيف كل طاقاتهم نحو مساعدة الآخر والتعاطف معه وإحترام حقوقه؛ بعبارة أخرى لايقتصر عمل الأطباء في التركيز على الجوانب التقنية فقط بل يتعداها إلى إحداث علاقات بهدف التعامل مع شكوى المريض ومساعدته على مواجهة المشاكل الصحية الناجمة عن المرض .

ولعل الحركات الإحتجاجية المتكررة والإضرابات المفتوحة التي قام بها الأطباء خلال السنوات الماضية دليل على رفضهم لواقعهم المهني المعاش وسعيا منهم لتوفير ظروف وأحوال عمل أحسن ، وهذا ما دفع بالجهات الوصية إلى الإهتمام أكثر بالصحة العقلية لمهني القطاع الصحي من أطباء وممرضات وغيرهم والدليل على هذا التعليمة الوزارية رقم ١٨ المؤرخة بتاريخ ٢٧ أكتوبر ٢٠٠٢ والتي جاء فيها ما يلي: «.... غالبا ما يواجه مهني الصحة خاصة العاملين في المصالح الإستعجالية ومصالح العناية المركزة ، وضعيات قصوى في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم ، فهم يخضعون للعبء الكمي للمهنة لكن أيضا لأعباء فكرية وانفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف نظرا للضغوط التنظيمية والعلائقية ، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا ، نقص المشاركة في إتخاذ القرارات...إلخ ، وقد ينجر عن كل هذه الإرغامات معاناة نفسية خصوصا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة، فتؤدي إلى ضغط المهنة وتظاهرته القصوى الإنهاك المهني Burnout ...» (Instruction ministérielle N°18, 2002)

وعليه تصبح الممارسة الطبية ومواجهة المعاناة الإنسانية من الظروف والمصادر المساعدة على ظهور الضغط والإنهاك المهني والذي من أعراضه فقدان الطاقة الحيوية والإستسلام للعنة في مكان العمل فيصبح الفرد جاف في معاملاته، يشكّ في إمكانياته وقدراته على إنجاز مهامه مما يقلص من نشاطاته ويؤثر سلباً على توقعاته المستقبلية. (Maslach C., 1978)

ويعتبر الإنهاك المهني حالة من الاحتراق أو الانطفاء النفسي والجسدي أو على أنه حالة من الفراغ الذهني والإجهاد الجسدي المطلق. وتعرفه مالاش (Maslach C., 1978) على أنه: «حالة إنفعالية يفقد فيها المهني أحاسيسه الإيجابية وتعاطفه واحترامه إزاء الآخرين؛ وغالبا ما يصاحب الإنهاك الانفعالي إنهاك عضوي وإضطرابات سيكوسوماتية».

يظهر الإنهاك المهني كتناذر متعدد العوامل والأبعاد، ويكون نتاج لاختلال في تنظيم العمل وكثافته من جهة، وللفشل في علاج المرضى والحالات الإستعجالية من جهة أخرى. (Canoui P., 1998)

ويعاني المنهك مهنياً من تعب عميق وإحباط حاد «سببه إخلاصه وتكريسه نفسه لغاية، نمط حياة أو لعلاقة لم تثمر عن المكافأة المرجوة... يتكدس الضغط عند هذا الفرد والنتيجة هي لا محالة إنهاك موارده، حيويته، طاقته وقدراته» (Freudenberger H.J., 1974)

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى عزل عامل الوقت على أنه العامل الأكثر تسبباً في الإنهاك المهني مركزة على العمل الليلي وعدم انتظام الأوقات (Bowman M.A. & Allen D.I., 1985; Gerber L.A., 1983; Mc Cue J.D., 1982)

تؤكد الدراسات، في هذا المجال من البحث، على إنتشار تناذر الإنهاك المهني بين مهني المصالح الطبية خاصة منهم الممرضين والأطباء. وتكشف الأعداد المتزايدة من الكتابات حول الممارسة الطبية وإنهاك المعالجين أن من بين هؤلاء الذين تتمثل مهنتهم في جلب المساعدة فإن الأطباء الإستشفائيين هم الفئة الأكثر تعرضا للضغط المزمن أو الإنهاك المهني. (Bowman M.A. & Allen D.I., 1985; Gerber L.A., 1983; Hawk J. & Scott C.D., 1986; Mc Cue J.D., 1982)

وقد أقيمت دراسات عديدة في دول مختلفة على المعالجين بصفة عامة، وذلك ما بين سنة ١٩٨٦ و١٩٩٢، وقد بينت الدراسات الألمانية (Landau K., 1992) ، الكندية (Saint- Arnaud L. & Coll., 1992) والفرنسية (Estryn Béhar M. & coll., 1990, 1991) أن ٢٠ إلى ٣٠ ٪ من المعالجين يعانون من الإنهاك المهني.

كذلك الأمر بالنسبة لدراسة روداري وآخرون (Rodary C. & coll., 1993, pp 16-26- 34) التي أكدت أن:

- ٢٠ إلى ٤٠ ٪ من المعالجون هم في حالة إنهاك مهني.
- ٢٥٪ من ممرضات المستشفيات العامة باختلاف المصلحات يعانين في عملهن، و½ منهن رغبت مؤخرا في التخلي عن مهنتها، رغم أن ٨٠٪ منهن لا يزلن متحفزات جدا لما يقمن به.

وذكر بيار كانوي Pierre Canoui دراسة فرنسية أقيمت في مصلحة الإنعاش الخاصة بالأطفال في ١٩٩٤ كشفت أن 41,3 ٪ من مجتمع أطباء الأطفال مصابين بالإنهاك المهني .(Canoui P., 1996)

وقد سجل برنامج المساعدة لأطباء كبك QUEBEC منذ نشأته في ١٩٩٠ إلى غاية ماي ٢٠٠١ ما يزيد عن ١٣٠٨ طلب مساعدة من طرف أطباء ينتمون إلى مختلف الاختصاصات يعانون من الإنهاك المهني.

كما وقد تطرق شكالي (Chakali, 2000) خلال الملتقى الفرنسي المغاربي التاسع عشر للطب العقلي 19ème rencontre Franco-maghrébine de psychiatrie لدراسة خصت ٢٣١ معالج من مركز مكافحة السرطان للبليدة، وجاءت نسب ظهور تناذر الإنهاك المهني لديهم تبعاً للمصلحات كالتالي:

- مصلحة علاج السرطان:٢٢.٩٪
- مصلحة الجراحة :٢١.٧٪
- مصلحة الأشعة :١٢.٥٪
- مصلحة الدم : ٢٠٪

وتعتبر مصلحة الاستعجالات من الأقسام ذات الأهمية الخاصة في المستشفيات ، إذ تستهدف تقديم خدمة ذات نوعية متخصصة تتمثل في الإنقاذ السريع للمرضى في الحالات الخطيرة أو الحرجة، والعناية الفورية والعاجلة لجميع الحالات الطارئة التي تَرِد إلى المصلحة، هذه التدخلات الإستعجالية

تفرض على الأطباء زيادة مهاراتهم وقدراتهم وجعلها دائما في حالة تحدي ومتابعة، وتقتضي منهم التكيف مع مختلف المتطلبات والإرغامات التي قد يفرزها محيط العمل أو العمل ذاته، وقد يؤدي استمرار هذه الضغوط وزيادة شدتها، دون أن يكون لدى الأطباء المهارات الكافية للتعامل معها بنجاح وبأساليب ملائمة إلى صعوبة التكيف والتحكم في الوضع الذي هم فيه، وبروز مظاهر عدم الرضا وفقدان الانسجام والتأقلم في العمل، وهذا ما يؤدي بدوره إلى انخفاض مستوى الأداء وتعرض الأطباء لمشاكل نفسية وصحية.

وتشير بعض البحوث إلى أن متغير الجنس يلعب دوراً في الإنهاك المهني، حيث بينت دراسة دكار وآخرون (Deckard G. & al., 1994) أن الطبيبات أكثر حساسية لتناذر الإنهاك المهني من الأطباء، وأسندوا هذه النتيجة لكون الطبيبات غالبا ما يتحملن واجبا مزدوجا (المهنة والعائلة)، ومقارنة بمجتمع النساء عامة فالطبيبات يتوفين بمتوسط ١٠ سنوات قبل النساء الأخريات من غير الطبيبات.

تجدر الإشارة إلى أن الأطباء رغم معاناتهم من تناذر الإنهاك المهني، إلاّ أنهم يبقون قادرين على مواصلة مهامهم لكن هذا يكلفهم فقدان ميزة التعاطف Empathy في علاقتهم مع المرضى، والتي يمكن تعريفها بالقدرة على الإستجابة الانفعالية والمعرفية لمتطلبات المريض دون الابتعاد عن الموضوعية التي تعد عنصرا أساسيا للقيام بالمهنة.

وتبقى نسبة الغياب عند الأطباء المصابين بتناذر الإنهاك المهني ضعيفة حيث يحتفظون بدرجة عالية من الرضا في عملهم، إلا أنهم يشعرون بالذنب، يخشون الأخطاء ويفقدون الشعور بتحقيق الذات ولا يتجندون في العلاقة مع المريض، كما أنهم غير راضين عن حياتهم الاجتماعية والعائلية. (Arnetz B.B., 1997; Bertram D.A. & al., 1992; Deckard G. & al., 1994 ; Fields A.I. & al., 1995; Firth – Cozens J. & al., 1997)

ومن المتغيرات التي أصبحت تثير اهتمام الباحثين في ميدان الإنهاك المهني إستراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الفرد لمقاومة الضغط والتخفيف من شدته. وفي هذا الصدد أكد رزياني (Graziani P., 2001) أن النساء يستعملن أكثر الاستجابات الانفعالية في مواجهة الإنهاك المهني ونادرا ما يلجأن إلى أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل ولا يملكن من موارد المواجهة إلا القليل ونجدهن في الإطار المهني يستعملن القليل من إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والكثير من إستراتيجيات تأنيب الذات وإستراتيجيات الهروب والتجنب، ففي الأخير فهن يستعملن أساليب مواجهة أقل فعالية وغير محبذة اجتماعيا مما يزيد من حجم المعاناة عندهن.

وقد أشار العديد من الباحثين إلى العواقب السلبية لتناذر الإنهاك المهني على الصحة والتي تتجسد في الاكتئاب، الإدمان والأفكار الانتحارية مما يحط من الكفاءة في العمل ويسيء إلى نوعية العناية الصحية المقدمة للمرضى. (Caplan

R.P., 1994;Weinberg A. & Creed F., 2000; Dugan J.D. & al., 1996; Firth- Cozens J., 1993)

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة أهمية تناول موضوع الإنهاك المهني عند الأطباء العاملين بمصلحة الاستعجالات من خلال دراسة مقارنة بهدف الكشف عن الفروق الموجودة بين الجنسين في مستويات الإنهاك المهني وفي استخدام أساليب المواجهة.

وعليه تكون تساؤلات الدراسة على النحو التالي:

- هل يعاني أطباء مصلحة الاستعجالات من تناذر الإنهاك المهني ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الإنهاك المهني حسب الجنس عند عينة الأطباء؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استعمال أساليب المواجهة Coping حسب الجنس عند عينة الأطباء ؟

- **فرضيات الدراسة**:

- يعاني أطباء مصلحة الاستعجالات من ارتفاع مستويات الإنهاك المهني.
- توجد فروق جنسية جوهرية في مستويات الإنهاك المهني بين أفراد عينة أطباء مصلحة الاستعجالات لصالح الإناث.
- توجد فروق جنسية جوهرية في استعمال أساليب المواجهة Coping بين أفراد عينة أطباء مصلحة الاستعجالات.

- **إجراءات الدراسة** :

- **تصميم الدراسة** :

يدخل موضوع دراستنا الحالية "الإنهاك المهني عند أطباء مصلحة الاستعجالات" في المجالات النفسية الاجتماعية التي قد يعجز فيها الباحث عن التحكم في المتغير المستقل أو معالجته وذلك لوقوع المتغير المستقل قبل إجراء البحث أو لأنه لا يقبل بطبيعته المعالجة، عليه قام شابين Chapin (١٩٤٧) باقتراح تصميم ثالث يتماشى وهذا النوع من البحوث وهو Ex post facto design ترجمه (شتا، ١٩٩٧، ص٤٠٠) بالتصميم الإرتجاعي وسماه (عيسوي، ٢٠٠٠، ص٩٧) بالتصميم البعدي أو التجربة البعدية Past-factor experiment ويستهدف هذا التصميم رصد الماضي من واقع المشكلات الحالية بالاستناد إلى المقارنات التي تعقد بين الوضع الحالي للمشكلة ووضعها الماضي، كما أنه يربط بين التأثيرات الحالية للظاهرة والعوامل المسببة لها في التاريخ السابق. (شتا، ١٩٩٧)

كما تستخدم هذه الطريقة في الحالات التي لا يمكن فيها إخضاع المتغيرات المستقلة للتصميم التجريبي المحكم، حيث لا يستطيع السيكولوجي أن يصمم تجربة ويكوّن مجموعات ضابطة قبل حدوث التأثير المراد قياسه، وفي الغالب ما يكون الحدث الذي يرغب في دراسته قد حدث منذ سنوات طويلة، وما عليه إلا أن يجمع المعطيات. (عيسوي، ٢٠٠٠)

- **عينة الدراسة** :

في بحثنا الحالي وفي البحوث التي تعرف نفس خصوصياته، يجب على الباحث أن يتحرى الطرق السليمة والسديدة التي من شأنها أن تسهل انتقاء أفراد العينة، وبما أن موضوع دراستنا يتعلق بالأطباء العاملين بمصالح الاستعجالات الطبية الجراحية لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة، فقد قامت هذه الأخيرة على الطريقة غير الاحتمالية ونعني بها طريقة المتطوعين، وقد أكد العديد من الباحثين شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجالات علم النفس خاصة المجالات التي تكون فيها التجربة مؤلمة أو صعبة، وعليه فإن الأفراد الذين رغبوا في المشاركة وتطوعوا للإجابة على بطاريتنا اعتبروا من العينة.

وبما أننا نعمل على فحص الفروق لدى عينة من الأطباء (ذكور/إناث) في درجة الإنهاك المهني وفي نمط أساليب المواجهة المستخدمة، تطلب منّا هذا تطبيق مقياسين على عدد من الأطباء العاملين بمستشفيات العاصمة (قسم الاستعجالات) بإجمالي ٤٢٠ طبيب، وبعد عملية التصفية تقلص العدد بسبب عدم إرجاع البعض منهم للمقياسين، وكذا عدم استيفاء البعض الآخر لكل الشروط المطلوبة، فأبقينا في الأخير على ٣٠٠ طبيب وطبيبة بواقع ١٠٥ ذكور و١٩٥ إناث.

ونعرض فيما يلي بعض الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة:

الجدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	١٠٥	٣٥
الإناث	١٩٥	٦٥
المجموع	٣٠٠	١٠٠

الجدول رقم (٢): يبين توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
٣٠- ٣٥	١٥٧	٥٢.٣٣
٣٦- ٤٠	١٢٨	٤٢.٦٦
٤١- ٥٠	١٥	٥
٥٠ فما فوق	٠	٠
المجموع	٣٠٠	٩٩.٩٩

الجدول رقم (٣): يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

الحالة العائلية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	0٣1	٤٣.٣٣
متزوج	١٥٠	٥٠
مطلق	١٣	٤.٣٣
أرمل	٧	٢.٣٣
المجموع	٣٠٠	٩٩.٩٩

الجدول رقم (٤): يبين توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية:

الأقدمية	العدد	النسبة المئوية
من(١- ٥) سنوات	١٧٥	٥٨.٣٣
من(٥- ١٠) سنوات	١٠٤	٣٤.٦٦
١٠ سنوات فما فوق	٢١	٧
المجموع	٣٠٠	٩٩.٩٩

- **أدوات البحث** :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات العلمية التالية:

- **مقياس الإنهاك المهني لماسلاش** (١٩٨١) Maslach Burn out Inventory :

صمم هذا المقياس لتحديد درجة الإنهاك المهني عند عمال ينتمون إلى مهن القطاع الصحي خاصة (أطباء وممرضين)، والمهن العلائقية عامة (التعليم، الشرطة، ...)، وهو يتكون من ٢٢ بندا ويسمح بعرض المستويات الثلاثة لتناذر الإنهاك المهني:

- الإنهاك الانفعالي Emotional exhaustion وهو يقيس الإنهاك العضوي (التعب المزمن) ومدى استنفاذ الموارد الانفعالية في العمل.
- نقص الشعور التعاطفي (اللاشخصية) Depersonalization وهو يقيس المشاعر السلبية وحتى التهكمية تجاه المرضى والزملاء.
- نقص الإنجاز الشخصي Personal accomplishment ويقيس أحاسيس عدم الفعالية المهنية والكفاءة وانخفاض تقدير وتحقيق الذات في العمل.

(Maslach C., Jackson S.E & Leiter M.P., 1996)

- **صدق وثبات المقياس**:

قامت كل من ماسلاش وجاكسون (Maslach C., Jackson S.E., 1986) بتطبيق المقياس على عينة تتكون من١٣١٦ مهني من القطاع الإجتماعي، فتحصلتا على معاملات تناسق داخلي ألفا كرونباخ ∝Cronbach بالنسبة للسلالم التحتية الثلاثة كالتالي:

- الإنهاك الإنفعالي: ∝ = ٠.٩٠
- نقص الشعور التعاطفي: ∝ = ٠.٧٩
- نقص تحقيق الذات في العمل: ∝ = ٠.٧١

وقد كانت معاملات الثبات عن طريق تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه بعد مرور أسبوعين إلى أربعة أسابيع، على المستويات الثلاثة للمقياس كالآتي: ∝ = ٠.٨٢ بالنسبة للإنهاك المهني، ∝ = ٠.٦٠ بالنسبة لنقص الشعور التعاطفي و∝ = ٠.٨٠ بالنسبة لنقص تحقيق الذات. كما كانت معاملات الثبات الزمني بالنسبة للمستويات الثلاثة للمقياس على الترتيب ٠.٦١، ٠.٥٦، ٠.٥٩ بعد مرور سنة.

كما وقد اهتم كل من ديون وتيسيي (Dion G. & Tessier R., 1994) بدراسة صدق المقياس المترجم للإنهاك المهني لماسلاش Maslach وجاكسون Jackson وهذا بتطبيقه على عينتين من ٢٦٠ مربية في رياض الأطفال و١٢٣ ممرضة، فكانت معاملات التناسق الداخلي والثبات الزمني والصدق العاملي والصدق التناسقي تؤكد الخصائص السيكومترية للمقياس المترجم إلى اللغة الفرنسية.

- **كيفية التطبيق وطريقة التصحيح حسب ماسلاش** Maslach:

يطبق مقياس الإنهاك المهني بطريقة فردية أو جماعية وتتبع في ذلك التعليمة التالية: "أجب من فضلك على البنود التالية بنعم أو لا" ويضم هذا

المقياس، كما أشرنا إليه سابقا، ثلاث مستويات ويتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا للحصول على درجة وشدة كل بعد.

الجدول رقم (٥): سلم التنقيط لمقياس الإنهاك المهني حسب مالاش Maslach

مستويات الإنهاك المهنى	منخفض	متوسط	مرتفع
الإنهاك الانفعالى	≤ ١٦	١٧- ٢٦	≤ ٢٧
نقص الشعور التعاطفى	≤ ٠٦	٠٧- ١٢	≤ ١٣
نقص تحقيق الذات في العمل	≤ ٣٩	٣٢- ٣٨	≤ ٣١

- **مقياس أساليب المواجهة** Coping لـ**بولهان** Paulhan

تم بناء قائمة طرق المواجهة The ways of coping checklist من طرف لازروس Lazarus وفولكمان Folkman (١٩٨٤)، والتي تألفت من ٦٧ بندا، وشملت خطوات عملهما حول صدق المقياس استجواب ١٠٠ فرد (٥٢ امرأة و٤٨ رجل) كل شهر ولمدة سنة.

وكان يُطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الإستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة تلك الوضعية. وكشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود ٨ سلالم فرعية تتضمن كل منها عدة بنود وهي:

- حل المشكل
- روح المواجهة أو تقبل المواجهة
- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات
- إعادة التقييم الإيجابي
- التأنيب الذاتي
- الهروب أو التجنب
- البحث عن الدعم الإجتماعي
- التحكم في الذات.

بعدها قام فيطاليانو Vitaliano وآخرون (١٩٨٥) باقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس تحمل نفس التسمية وتتكون من٤٢ بندا. وقد كشف التحليل العاملي بعد تدوير الفاريماكس Rotation varimax عن وجود خمس سلالم فرعية تتمثل في:

- حل المشكل
- التأنيب الذاتي
- إعادة التقييم الإيجابي
- البحث عن الدعم الإجتماعي
- التجنب.

لاحقا، قام كل من بولهان Paulhan ، نويسيي Nuissier ، كنتار Quintard ، كوسون Cousson وبورجوا Bourgeois (١٩٩٤) بتكييف النسخة المختصرة لفيطاليانو Vitaliano وآخرون (١٩٨٥) مع البيئة الفرنسية، وكانت النتيجة الإبقاء على ٢٩ بند.

- **كيفية التطبيق والتصحيح** :

يُطبق مقياس بولهان Paulhan وآخرون بصفة فردية أو جماعية وتُتبع في ذلك التعليمة الآتية:

- صف موقفا مؤثرا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسّك بالأخص أو أزعجك).
- حدد شدة الإنزعاج والتوتر الذي سبّبه لك هذا الموقف:

☐ منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع

وذلك بوضع علامة (X) أمام المستوى المناسب.

- أشر بالعلامة (X) إلى الإستراتيجيات التي كنت قد استعملتها أو لا في مواجهة الموقف، علما بأن الإستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند ١ إلى البند ٢٩ ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من ٤ احتمالات وهي: (نعم، نعم إلى حد ما، لا ، لا إلى حد ما).

ويتم التنقيط وفق سلم متدرج من١ إلى ٤ إذ تُمنح:

- ✓ نقطة إذا كانت الإجابة: لا
- ✓ نقطتين إذا كانت الإجابة: إلى حد ما لا
- ✓ نقاط إذا كانت الإجابة: إلى حد ما نعم
- ✓ نقاط إذا كانت الإجابة: نعم

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (١٥) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من ٤ إلى١ (Paulhan I. & al., 1994, pp295/298/299)

- **أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية**:

بعد مرحلة التطبيق تم تفريغ بيانات البطاريات الصالحة لغايات الدراسة والمستوفية الإجابة في الحاسب الآلي بغرض تحليلها ومعالجتها عن طريق مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الشخصية لأفراد الدراسة وكذلك لوصف البيانات.
- استخراج مقاييس النزعة المركزية والتشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل أو اعتدال صفات أفراد العينة، وكذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة ومدى انسجامها.
- حساب كا^2 لمعرفة إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف إمكانيات الأجوبة بالنسبة لكل سؤال.
- تم استخدام اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة حسب الجنس في المتغيرات التالية: الإنهاك المهني وإستراتيجيات المواجهة.

- **نتائج الدراسة وتفسيرها** :

توصلنا من خلال المعالجة الإحصائية إلى معرفة قيم كل من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والتي سيتم عرضها على شكل بيانات أولية، ثم نعرض قيم اختبار f لتجانس العينات وقيم اختبار t لدلالة الفروق وهذا لغرض التحقق من فرضيات الدراسة.

الجدول رقم (٦) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مقياس الإنهاك المهني لعينة الدراسة

مستويات مقياس الإنهاك المهني	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الإنهاك الانفعالي	إناث (١)	١٩٥	٧.٩٢	١.٦٠
	ذكور (٠)	١٠٥	٥.٤٦	٢.٢٤
نقص الشعور التعاطفي	إناث (١)	١٩٥	٤.٠٩	١.٢٠
	ذكور (٠)	١٠٥	٢.٨٠	١.٥٧
تحقيق الذات في العمل	إناث (١)	١٩٥	٦.٥٨	١.٧٥
	ذكور (٠)	١٠٥	٤.٩٤	٢.١٤
مجموع درجات المقياس الكلي	إناث (١)	١٩٥	١٨.٥٩	٣.٠٥
	ذكور (٠)	١٠٥	١٣.٢٠	٤.٥٦

نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها: نصت الفرضية الأولى على ما يلي: يعاني أطباء مصلحة الاستعجالات من ارتفاع مستويات الإنهاك المهني. ولفحص هذه الفرضية، قامت الباحثة بحساب X^2 وكانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (7) لقيم X^2 لدرجات مقياس الإنهاك المهني بمستوياته الثلاثة لعينة الدراسة

الإنهاك الانفعالي		الشعور التعاطفي	تحقيق الذات في العمل	المقياس الكلي للإنهاك المهني
X^2	٩١.٨٥٣	١٢.٠٠٠	٢٣.٥٢٠	٨٣.٢١٣
Df	1	1	1	1
∝	0.001	0.001	0.001	0.001

يتضح من نتائج الجدول رقم (٧) أنه بالنسبة للدرجات الكلية على مقياس الإنهاك المهني (بمستوياته الثلاثة) بلغت قيمة X^2 = ٨٣.٢١٣ وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة∝ = ٠.٠٠١ ودرجة حرية df =1 وهذا يعني أن X^2 المحسوبة أكبر من X^2 النظرية عند نفس مستوى الدلالة، وهذا يعني أننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي تمثل فرضية البحث الأولى، عليه فإن أفراد عينة دراستنا (مجموعة الأطباء والطبيبات العاملين في المصالح الإستعجالية) يعانون من تناذر الإنهاك المهني وهذا وفقا لأبعاده الثلاثة حيث سجّلنا شدة مرتفعة على مستوى البعد الأول من مقياس الإنهاك المهني، والذي يمثل الإنهاك الانفعالي وهو التظاهرة المحورية لتناذر الإنهاك المهني، أي شعور الطبيب بأنه مفرغ انفعاليا (MaslachC.,1982)، كما يعكس تعب مزمن وإحساس باستنفاذ الموارد الانفعالية، كذلك لمسنا ارتفاع الشدة على مستوى البعد الثاني من مقياس الإنهاك المهني، والذي يمثل الافتقار إلى الشعور التعاطفي أو التهكم وهو بمثابة البعد البين- شخصي للإنهاك المهني، ويتجسد في تبني مواقف لاشخصية، سلبية وتهكمية حيال الأشخاص الذين تقدم لهم

الخدمة (المرضى) وحتى الزملاء ومؤسسة العمل. وأخيرا على مستوى البعد الثالث لمقياس الإنهاك المهني، فقد تحصلنا على نتائج مشابهة، حيث كانت درجات الأطباء والطبيبات تدل على ارتفاع الشدة فيما يخص نقص تحقيق الذات في العمل أو الفعالية المهنية، والذي يعني في الوقت نفسه الإنقاص من قيمة مهنتهم وكفاءاتهم مع انخفاض في تقدير الذات، فهم مقتنعون بعجزهم على الاستجابة فعليا لمتطلبات مهنتهم.

نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها: نصت الفرضية الثانية على ما يلي: توجد فروق جنسية جوهرية في مستويات الإنهاك المهني بين أفراد عينة أطباء مصلحة الاستعجالات لصالح الإناث.

ولفحص هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت) t- test، وتطلب ذلك حساب f لتجانس العينة، وجاءت النتائج كالتالي:

- f لتجانس العينة بالنسبة لدرجات الإنهاك الانفعالي =٢٦.٠٩٥
- f لتجانس العينة بالنسبة لدرجات المقياس في نقص الشعور التعاطفي = ١٢.٨٩
- f لتجانس العينة بالنسبة لدرجات المقياس في نقص تحقيق الذات في العمل =٥٢.٣٦

وكلها تدل على عدم تجانس عينة الدراسة الحالية بالنسبة لدرجات المقياس على مستوياته الثلاثة وذلك عند مستوى دلالة ∝= ٠.٠٠١، أما بالنسبة لقيمة f لدرجات المقياس الكلية، بيّنت لنا تجانس في العينة، وعلى أساس هذه المعطيات تحصّلنا على قيم t لدلالة الفروق كما يلي:

- t لدلالة الفروق لدرجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى الإنهاك الانفعالي= ١٠.٠٠٦ عند مستوى دلالة ∝= ٠.٠٠١ مع t المحسوبة أكبر من t النظرية، عليه كان الفرق دال، أي تتحقق الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها وجود فروق جنسية ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى الإنهاك الإنفعالي وذلك لصالح الإناث.
- t لدلالة الفروق لدرجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى نقص الشعور التعاطفي=٧.٣٣٧ حيث t المحسوبة أكبر من t النظرية يعني الفرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة ∝= ٠.٠٠١، ومنه تتحقق الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها وجود فروق جنسية ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى نقص الشعور التعاطفي وذلك لصالح الإناث.
- t لدلالة الفروق لدرجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى نقص تحقيق الذات في العمل= ٢.٨٧ وهو دال إحصائيا عند مستوى دلالة ∝= ٠.٠٠٥ وبدرجة حرية df = ١٣٠.٢٠١ومنه تتحقق الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الإنهاك المهني على مستوى نقص تحقيق الذات في العمل وذلك لصالح الإناث.

كما وصلت قيمة t لدلالة الفروق لعينتين مستقلتين متجانستين (أطباء/طبيبات) لدرجات المقياس الكلي للإنهاك المهني إلى ٦.٤٢٩ عند مستوى دلالة ∝= ٠.٠٠١ وبدرجة حرية df =٢٩٨ وهذا يعني أن الفرق دال فيما يخص الدرجة الكلية لمقياس الإنهاك المهني، أي تحقق الفرضية الثانية والتي مفادها وجود فروق جوهرية جنسية في درجات مقياس الإنهاك المهني، وكان هذا الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي =١٣.٤٣ مقابل متوسط حسابي للذكور =١١.٣١ وعليه فإن الطبيبات أكثر معاناة مقارنة بالأطباء في المستويات الثلاثة للإنهاك المهني.

وتتماشى هذه النتيجة مع تلك التي تحصل عليها شكالي (Chakali, 2000) في دراسته حول تناذر الإنهاك المهني عند الأطباء العاملين في مركز مكافحة السرطان بالبليدة، حيث انتهى إلى أن الطبيبات أكثر إنهاكا من الأطباء، حيث كانت النسبة موزعة كما يلي: بالنسبة لمستوى الإنهاك الانفعالي قدر بـ٦٤.٥٪ للذكور (أطباء/ممرضين) و٦٦.٦٪ للإناث (طبيبات/ممرضات). وبالنسبة لمستوى نقص الشعور التعاطفي فقد قدرت النسبة عند الذكور (أطباء/ ممرضين) بـ٣١٪ وعند الإناث (طبيبات/ممرضات) بـ٣٧٪، ولكن بالنسبة لمستوى نقص تحقيق الذات في العمل، لم تتفق مع نتيجة بحثنا حيث كانت النسبة للذكور (أطباء/ ممرضين) وللإناث (طبيبات/ ممرضات) على التوالي ٣٣.٨٪ و٢٢٪.

ج. نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها: نصت الفرضية الثالثة على ما يلي: توجد فروق جنسية جوهرية في استعمال أساليب المواجهة Coping بين أفراد عينة أطباء مصلحة الاستعجالات. ولفحص هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت) test -t وجاءت النتائج كالآتي:

جدول رقم (٨) لقيم f و t لدلالة الفروق لدرجات مقياس أساليب المواجهة لعينة الدراسة

قيمة f		القيمة النظرية	قيم اختبار t	القيمة النظرية	فرق المتوسطات
درجات المقياس الخاصة بأساليب المواجهة المركزة على حل المشكل	٤٢.٠٨٠	٠.٠٠٠	- ٧.٠٨٣	٠.٠٠٠	- ٥.٥٢٢٣
درجات المقياس الخاصة بأساليب المواجهة المركزة على الانفعال	٣٤.١٤٨	٠.٠٠٠	١٢.٣١٢	٠.٠٠٠	١٠.١٩٧٨
درجات المقياس الكلي لأساليب المواجهة	١٢.٨٨٠	٠.٠٠٠	٤.٦٧٨	٠.٠٠٠	٤.٦٧٥٥

يتضح من الجدول رقم (٨) أنه بالنسبة لدرجات المقياس الخاصة بأساليب المواجهة المتمركزة على حل المشكل، وصلت قيمة t =- ٧.٠٨٣ عند مستوى دلالة ∝=٠.٠٠١ لاختبار ذو حدين حيث t المحسوبة أكبر من t النظرية ويعني أننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي تتحقق فرضية البحث الثالثة فيما يخص وجود فروق جوهرية جنسية في استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل لصالح الذكور.

وبالنسبة لدرجات المقياس الخاصة بأساليب المواجهة المتمركزة على الانفعال وصلت قيمة t =١٢.٣١٢ عند مستوى دلالة∝=٠.٠٠١ لاختبار ذو حدين حيثt المحسوبة أكبر منt النظرية ويعني أننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي تتحقق فرضية البحث الثالثة فيما يخص وجود فروق جوهرية جنسية في استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال لصالح الإناث.

وعليه فإن هناك فروق في استعمال أساليب المواجهة حسب جنس الطبيب، حيث أن الأطباء يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل بينما تميل الطبيبات إلى استعمال الإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، وهذا ما يوافق العديد من الدراسات كدراسة بيرونوست (Pronost A.M. & Tap P., 1996) التي انتهت إلى أن الممرضات اللواتي يعانين من مستويات مرتفعة من الإنهاك المهني يستعملن إستراتيجيات التجنب، الانسحاب والهروب، أما الممرضات ذات المستويات الضعيفة من الإنهاك المهني فيستخدمن إستراتيجيات حل المشكل، التقييم والبحث عن السند الإجتماعي

- **خاتمة** :

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن شدة الإنهاك المهني لدى الأطباء العاملين بمصلحة الاستعجالات لمستشفيات مصطفى باشا، باب الوادي و بينام وفحص مدى وجود فروق بين الجنسين (أطباء/طبيبات) في مستويات الإنهاك المهني وإستراتيجيات المواجهة المستخدمة .

وقد جاءت نتائج الدراسة لتؤكد معاناة الأطباء العاملين بمصلحة الاستعجالات من ارتفاع مستويات الإنهاك المهني مع وجود فروق جنسية جوهرية في درجات الإنهاك المهني لصالح الإناث، حيث اتضح أن الطبيبات أكثر معاناة من هذا التناذر مقارنة بالأطباء، وكذا وجود فروق جنسية جوهرية في استعمال أساليب المواجهة حيث انتهت نتائج الدراسة إلى ميل الطبيبات نحو استخدام أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال، في حين يلجأ الأطباء إلى استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل.

- **المراجع** :

- شتا علي، المنهج العلمي والعلوم الاجتماعية، مكتبة الإشعاع الفنية، مصر، ١٩٩٧.
- عيسوي عبد الرحمان، الإحصاء السيكولوجي التطبيقي، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٠ .
- Arnetz B.B. Physician's view of their work environment and organisation, in Psychother. Psychosom., 66, 1997, pp.155-162.
- Bertram D.A. & al., Measuring physician mental workload, reliability and validity assessment of a brief instrument, in Med. Care., 30, 1992, pp.95-104.

- Bowman M.A. & Allen D.I., Stress and women physicians, Springer-verlag, New-York, 1985.
- Canoui P., Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel: Le Burn out, Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique, Thèse de doctorat d'université en éthique médicale et santé publique, Université Descartes, Paris, 1996.
- Canoui P., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome, in Le carnet psy, Juin 1998.
- 8.Caplan R.P., Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers, in B.M.J., 309, 1994, pp.1261-1263.
- Chakali, Burn out chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, 19ème rencontre Franco-maghrébine de psychiatrie, Alger, septembre 2000.
- Deckard G. & al., Physician burnout, an examination of personal, professional and organizational relationships, in Medical care, vol 32, N°7, 1994.
- Dion G. & Tessier R., Validation de la traduction de l'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson, in Canadian Journal of Behavioural Science, 1994.
- Dugan J.D. & al., Stressful nurses, the effect on patient outcomes, in Journal of nursing care quality, 10, 1996, pp.46-58.
- Estryn Béhar M. & coll., Stress at work and mental health status among female hospital workers, in British journal of industrial medicine, 1990, pp.20-28.
- Estryn Béhar M. & coll., Le médecin du travail comme pivot d'une observation pluridisciplinaire de la santé mentale dans les populations non demandeuses de soins psychiatriques: l'exemple du personnel para-médical, in Archives de maladies professionnelles, volume 52, N°6, 1991, pp.387-391.
- Fields A.I. & al., Physician burnout in pediatric critical care medicine, in Crit. Care Med., 23, 1995, pp.1425-1429.

- Firth- Cozens J. & al., Stress, psychological problems, and clinical performance, in C.Vincent, M.Ennis & R.Audley (eds), Medical accidents, Oxford press university, 1993, pp.131-149.
- Firth – Cozens J. & al., Doctor's perception of the links between stress and lowered clinical care, in Soc. Sci. Med., 44, 1997, pp.1017-1022.
- Freudenberger H.J., Staff Burn out, in Journal of social issues, N°30, 1, 1974, pp.159-165.
- Gerber L.A., Married to their careers and family dilemmas in doctor's lives, Tavistock, New- York, 1983.
- Graziani P., Spécificité de l'évaluation du vécu émotionnel et du coping des sujets souffrants de troubles anxieux confrontés à des évènements stressants, Thèse de doctorat en psychologie, Université Charles de Gaulle, Lille, 2001.
- Hawk J. & Scott C.D., A case of family medicine: sources of stress in residents and physicians in practice, in Scott and Hawk (eds) Heal Thyself: The health of health professionals, Bruder/Mazel, New York, 1986.
- Instruction ministérielle N°18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé.
- Landau K., Psycho-physical strain and the Burnout phenomenon among health care professionals, in L'ergonomie à l'hôpital, Ed. Octares, 1992, pp.331-337.
- Maslach C., The client role in staff burn out, in Journal of social issues, vol 34, 1978, pp.111-124.
- Maslach C., Burnout: The cost of caring, Englewood cliffs, Prentice-Hall, NJ, 1982.
- Maslach C., Jackson S.E., Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd edition, Palo Alto, Consulting psychologists press, C A, 1986.
- Maslach C., Jackson S.E & Leiter M.P., Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd edition, Palo Alto, Consulting psychologists press, C. A., 1996.
- Mc Cue J.D., The effects of stress on physicians and their medical practice, in N. Engl. J. Med., 1982.

- Paulhan I. & al., La mesure du coping: traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano, in Annales Médico-Psychologiques, 152, 1994.
- Pronost A.M. & Tap P., La prévention du Burn out et ses incidences sur les stratégies de coping, in La psychologie française, N°41-2, 1996.
- Rodary C. & coll., Le stress des infirmières, quelles conséquences sur leur santé, IGR info, 1993.
- Saint- Arnaud L. & Coll., Les symptômes psychologiques en milieu hospitalier, in L'ergonomie à l'hôpital, Ed. Octares, 1992, pp.338-342.
- Weinberg A. & Creed F., Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff, Lancet, 2000

****