

الأثار السيكولوجية و الجسمية والسلوكيات الخطرة الناجمة عن متلازمة الإتهاك المهني

د. نعيمة طايبي

جامعة أبو القاسم سعد الله - جامعة الجزائر 2 -

ملخص:

تهدف هذه الورقة إلى التعريف بمخلفات متلازمة الإتهاك النفسي وتداعياتها على صحة الفرد، مما يسمح بتمكين كل الفاعلين للمساهمة في الحد منها، ولا سيما في إطار الوقاية والتطلع نحو ترقية الصحة في أماكن العمل. رغم أن الرهان الذي لا يزال يطرح اليوم بقوة هو عدم وجود علاقة السبب والنتيجة بشكل واضح بين مشاكل الضغط والإتهاك النفسي من جهة والصحة النفسية والجسمية للفرد من جهة أخرى، إلا أن إحراز التقدم في المعرفة المتعلقة بالضغط النفسي وديناميكياته تسمح بفهم أعمق لتأثير الحياة المهنية على توازن الفرد وصحته. وحتى وإن لم يتم بعد الاعتراف بها من طرف المشرع كأمراض مهنية حقيقية، يمكن اعتبار العديد من الأمراض النفسية و النفس جسدية كأمراض ترتبط بالمعاناة في العمل، وبهذا الشكل تستفيد من نظرة مغايرة، ويتم التكفل بها في إطار المؤسسة، وهو ما نسعى إليه من خلال التطرق إلى أثار الإتهاك المهني على الصحة النفسية والجسمية للأفراد.

الكلمات المفتاحية: الإتهاك المهني، الصحة النفسية، الصحة الجسمية، السلوكيات الخطرة.

1- مقدمة:

ترتبط الصحة عموما بمختلف النشاطات التي يقوم بها الفرد؛ فلئن كان الاعتراف بأن العمل يساعد الفرد على الاحتفاظ بحالته الصحية مادام هذا العمل لا يفوق قدراته الجسمية و العقلية، وإن كان العمل يسمح في بعض الأحيان بالشعور بالسرور والإنجاز الشخصي، فهو في بعض الأحيان مصدر الضيق والتوتر إن لم يكن السبب في صراعات خطيرة تهدد صحة الفرد. فقد أثبتت التجارب أن نوع العمل و الظروف التي ينجز فيها و الطريقة التي يُنظم بها يمكن أن يكون لها انعكاسات إن أجلا أم عاجلا على الصحة النفسية للعامل، و قد تصل هذه النتائج الخطيرة إلى حد الإتهاك والاستنزاف؛ وهو شعور عام بدرجة عالية من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة للضغوط الكثيرة التي يعايشها في عمله، والتي تعوقه عن أداء وظائفه بشكل طبيعي، حيث تصبح الوسائل الدفاعية الفيزيولوجية والنفسية المستعملة غير فعالة في إعادة التوازن، فيصاب الجسم بالوهن والإرهاق لعدم تمكنه من التكيف مع المؤثرات المعرض لها، وهذا ما يؤدي إلى حالة من الإتهاك البدني والانفعالي والذي يرتبط بدوره بمشكلات بدنية ونفسية متعددة كالاكتئاب المتواصل، تعب جسدي مزمن، إجهاد ذهني مستمر، صداع دائم، الرغبة في الانسحاب نهائيا من المجتمع. الرغبة في هجر الأصدقاء وحتى العائلة.

لقد أضحت موضوع الضغط و الصحة في العمل من المواضيع المعروفة والمتداولة عند المهتمين بمجال العمل، كما أن العديد من التشريعات - الأوروبية خاصة - المرتبطة بتنظيم العمل تعترف بمخلفات الضغط المهني وتداعياته على صحة الفرد والمؤسسات. ففي التحقيق الرابع لمؤسسة دبلين (Fondation de Dublin) حول ظروف العمل في أوروبا، والتي تم الكشف عن نتائجها في 7 نوفمبر 2006 في بروكسل أمام الشركاء الاجتماعيين وممثلين عن اللجنة الأوروبية، كشفت النتائج على أن 35 % من الأجراء يؤكدون بأن العمل يضر بصحتهم وأنهم من خلال نشاطهم المهني، هذا التحقيق شمل (30000) أجبر في 31 بلد، ويمثل الإتهاك المهني جزء من هذه الأضرار الصحية حيث يلحق ما بين 5 إلى 10 % من الأجراء (Giudicelli, 2007). وفي دراسة لثروشو (Truchot, 2004) أوضحت النتائج بأن الأرقام تنذر بخطورة هذه الظاهرة في فرنسا حيث أن من 5 إلى 10 % من اليد النشطة في حالة إحترق نفسي كلي (التوقف عن العمل، الغياب، الإكتئاب). كما أن 25 % هم في حالة إحترق نفسي متوسط (المعاناة في العمل، نقص المردودية والإحباط) و 16 % معرضون لخطر الإحترق النفسي (Truchot, 2004). مما جعل بعض المسيرين يلجئون إلى التدريب (coaching) من أجل الوقاية ومعالجة الإتهاك المهني، هؤلاء المسيرين أدركوا بأن الإتهاك المهني يتسبب في فترات طويلة للعطل المرضية وتكاليف طبية معتبرة، كما أنه يشكل السبب المؤدي إلى الغيابات، نقص الإنتاج وفقدان الشركاء والمتعاونين البارزين، كما فهموا أيضا إلى أنه كلما تم الكشف عن أعراض الإتهاك مبكرا، كلما كان في وسعهم الحد من مظاهره .

ولذلك نجد العديد من التشريعات - الأوروبية تجري تعديلات على المواد المتعلقة بمجال الصحة في العمل، ففي فرنسا مثلا، تم إدخال مواد تتعلق بالمضايقات النفسية في المؤسسات في إطار قانون التحديث الاجتماعي لسنة 2002، وفي سنة 2004 وافقت محكمة النقض الفرنسية على أن الإضطرابات السيكولوجية (حالات الضغط ، الانهيار العصبي) يمكن أن تأخذ صفة حوادث العمل (بشرط أن يكون ظهور هذه الإضطرابات بعد حادث مهني) . و في 8 أكتوبر 2004 تم تبني اتفاق أوروبي حول الضغط في العمل مفاده " كل المستخدمين (الممضيين على هذا الإتفاق) يتوجب عليهم قانونا حماية أمن وصحة العمال ، هذا الواجب يغطي أيضا المشاكل المتعلقة بالضغط ... " ؛ هذا الإتفاق تضمن عدة توصيات وإجراءات من شأنها الوقاية من الإتهاك المهني: ضمان الدعم المناسب من قبل المديرية للأفراد ومجموعات العمل، ، تحسين تنظيم ظروف ومحيط العمل، تكوين المسيرين والعمال من أجل تطوير الوعي وفهم الضغط والأسباب المؤدية إليه وسبل مواجهته والتكيف مع التغيرات الطارئة(Giudicelli., 2007).

أما في الجزائر، فقد تضمن القانون رقم 88 - 07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 المشاكل الكلاسيكية المتعلقة بالصحة والأمن في العمل، وفي أكتوبر 2003، عُقد إجتماع بين الحكومة وأرباب العمل والإتحاد العام للعمال الجزائريين بهدف التباحث حول الاستجابة لمتطلبات طب العمل، مؤكداً في هذا اللقاء على ضرورة الحفاظ على صحة العمال والسهر على حمايتهم الاجتماعية ضد الأخطار المهنية وتوفير ظروف العمل المناسبة، حيث تم التأكيد على أن هذه المتطلبات ليست إجتماعية فحسب، بل تقتضيها الضرورة الإقتصادية من أجل الرفع من الإنتاجية في العمل ودفع وتيرة النمو. هذا الاجتماع تعبير عن إرادة الدولة للاستجابة لمتطلبات المعايير الدولية، غير أن مفهوم الضغط والصحة النفسية لم يتم التطرق إليه خلال هذا اللقاء (Boudarene , 2005).

و في ما يتعلق بالاهتمام بالصحة النفسية لعمال القطاع الصحي فقد جاء في التعليمية الوزارية رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 أنه: "...غالبا ما يواجه مهني الصحة 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 اتخاذ القرارات ... الخ، وقد ينجر عن كل هذه الإرغامات معاناة نفسية خصوصا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة، فتؤدي إلى ضغط المهنة وتظاهراته القصوى: الاحتراق النفسي " burn out ". (Instruction) (Ministérielle, 2002, N°18).

إن المشكل الذي يبقى مطروحا هو عدم وجود علاقة السبب والنتيجة بشكل واضح بين مشاكل الضغط و الإنهاك المهني مع الصحة النفسية والجسمية للفرد، فطب العمل مثلا يأخذ بعين الاعتبار الأمراض المهنية الكلاسيكية، أي بمعنى آخر تلك الأمراض التي ترتبط مباشرة بعوامل الإصابة والأضرار التي تنتج عنها بشكل معروف ومحدد. والمثال الأكثر وضوحا يتعلق بالأمراض الصدرية والمشاكل التنفسية التي تظهر عند العمال الذين يعملون لعدة سنوات في المناجم، أو يتعاملون مع مواد خطيرة كمادة الأميونت... إلخ. واليوم هناك أمراض أخرى أُلحقت بالقائمة المتعلقة بالأمراض المهنية لاسيما تلك التي تتعلق بمجال الصحة كعدوى الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة والتهاب الكبد.

لهذا فإن إحرار التقدم في المعرفة المتعلقة بالضغط وديناميكياته يعد من الأهمية بما كان، إذ أن هذه المعارف تسمح بالفهم أكثر في كيفية تأثير الحياة في العمل على توازن الفرد وصحته، فحتى وإن لم يتم بعد الاعتراف بها من طرف المشرع كأمراض مهنية حقيقية يمكن اعتبار العديد من الأمراض النفسية السوماتية كأمراض ترتبط بالمعاناة في العمل وبهذا الشكل تستفيد من نظرة مغايرة ويتم التكفل بها في إطار المؤسسة، وهو ما تسعى إليه الباحثة من خلال التطرق إلى آثار الإنهاك المهني على الصحة النفسية والجسمية للأفراد.

2 - الصحة والإنهاك المهني:

ركزت البحوث طويلا (Burke & Richardsen, 2000; Schaufeli & Enzmann, 1998) على الآثار العلائقية، والتنظيمية للإنهاك المهني، لكن الاهتمام بآثاره على صحة الأفراد لم تعرف إلا خلال أقل من العشريتين الأخيرتين، فأصبح مصطلح الإنهاك المهني يُعنى من مختلف الاختصاصات، حيث أن تناوله تتداخل فيه مجالات علمية مختلفة، فانطلاقا من المقاربة السيكلوجية، أضافت مختلف الفروع والمجالات الملحقة بعلم النفس مساهماتها في فهم ظاهرة الإنهاك المهني، وهذا باستغلال المعارف انطلاقا من أضييق ميدان (بيولوجيا علم النفس العصبي مثلا) إلى أوسع مجال (علم الاجتماع) Rasclé & Bruchon (Schweitzer, 2006). كما ظلت تعريفات الاحتراق النفسي متباينة لمدة طويلة، و بقيت حدودها هي الأخرى غامضة لمدة ليست بالقليلة (تجدد الإشارة إلى أن مفهوم الإنهاك المهني كثيرا ما كان يلتبس مع مفاهيم مجاورة كالضغط أو الاكتئاب مثلا)، إلا أن البحوث التي أقيمت منذ أكثر من ثلاثين سنة في العديد من البلدان والمجموعات المهنية المختلفة، سمحت بالتوصل إلى تعريفات أكثر اتقافا. هذه التعريفات تتضمن واحدة أو مجموعة من المميزات التالية : إنهاك (جسدي، ذهني)، تأثيرات سلبية، فرق بين التوقعات و التحفيزات الأولية القوية و بين العمل المتطلب و غير المجزي.

وإذا كان تعريف الإنهاك المهني لا يطرح مشكلا اليوم " فإن المشاكل المتعلقة به تبقى أقل وضوحا (الضغط المهني، مشاكل انفعالية، مشاكل الصحة البدنية، السلوكات الخطيرة)، فأغلب البحوث التي أجريت في هذا المجال (86 % منها) عرضية " (Truchot, 2004, p 33). وفي هذا السياق ترى راسكل و شوايترز (Rasclé & Schweitzer, 2006) أنه يجب التريث في اعتبار الإنهاك المهني والمتغيرات الأخرى عند الجمع بينها كارتباطات بسيطة، فالدراسات الطولية وحدها فقط هي التي من شأنها اختبار علاقات السبب و

النتيجة، أما في هذا النوع من الدراسات فيتم بشكل عام اختبار أثر مختلف الأسباب المهنية و الفردية على الإنهاك المهني الذي يعتبر كنتيجة و قلما يتناول كمنئى.

في هذه الورقة سوف يتم التركيز أولاً على علاقة الإنهاك المهني بالصحة النفسية، بعد ذلك يتم التطرق إلى آثاره على الصحة الجسمية، وفي الأخير يتم تقديم بعض السلوكيات الخطيرة المترتبة عنه.

2-1- الإنهاك المهني و الصحة النفسية:

تتمثل الاضطرابات الانفعالية التي يتم وصفها غالباً عند التطرق إلى الإنهاك المهني في أعراض اضطرابات الاكتئاب والقلق (Depressive and Anxiety Disorders). كما أن غالبية البحوث التي اهتمت بالعلاقة بين الإحترق النفسي ومشاكل الصحة النفسية تتعلق بالاكتئاب (Aholá, 2007).

أ- القلق و الإنهاك المهني:

يعرف جيردانو وآخرون (Girdano et al., 1990) القلق بأنه نوع من الخوف الدائم أو الشعور بعدم الأمان لدى الفرد عند إدراكه للمثيرات سواء كانت هذه المدركات أشخاصاً، أم موقفاً، أم أشياء يدركها على أنها مهددة لبقائه. ويعتبر القلق سبباً من أسباب الإنهاك المهني، فقد لاحظ الباحثون أن الأفراد الذين يعانون القلق تكون ردود أفعالهم للمواقف الضاغطة أكثر حدة من زملائهم، حيث تكون أكثر حساسية في بيئة العمل، وتظهر بدرجة كبيرة عند الانتقادات، حيث ينظرون إليها من جانب مصدر تهديد لوضعهم الوظيفي، مما يضاعف درجة القلق لديهم (عبد الستار إبراهيم، 1998). فالقلق كحالة قد ينتاب في بعض الأحيان المهنيين الذين يعانون من الإنهاك المهني، أما القلق كسمة فيعتبر أحد محددات الإنهاك المهني، ويذكر أهولا (Aholá 2007) أنه تبين من خلال دراسات شملت مجالات مهنية مختلفة وجود إرتباطات إيجابية دالة بين الإنهاك المهني والقلق كسمة أو القلق كحالة مثل: (Richardson et al., 1992 ; Corrigan et al., 1995) و (Toker et al, 2005 ; Lindblom et al., 2006 ; Roelofs et al., 2005 ; Turnispeed et al., 1998).

ب- الإكتئاب و الإنهاك المهني:

هناك الكثير من أعراض الاكتئاب التي تصف الإنهاك المهني كاضطرابات المزاج، اضطرابات النوم والشهية، انخفاض الطاقة، انخفاض تقدير الذات... لكن هذه الاضطرابات لا تمثل أعراض الاكتئاب الكلي كالانطواء والظروف الحادة التي من شأنها أن تهدد الحياة الاجتماعية والمهنية، أو نوع من المعاناة التي تتطلب الدخول إلى المستشفى؛ فالإكتئاب و الإنهاك المهني وإن تواجدا معاً، في غالب الأحيان يعتبران مفهومين مختلفين ويتضمنان أعراض جد متباينة.

فالاكتئاب مصدره الإيتولوجي متعدد العوامل ومركب (تجارب متعددة للفقدان، العزوف، الهجرة، الميل إلى التقييم السلبي للذات والمستقبل)، أما الإنهاك المهني فيتحدد في المجال المهني حيث يتمثل في صعوبة الحصول على المصادر الكافية للاستجابة لمتطلبات العمل. الإنهاك المهني إذن يكون في ميدان العمل نظير ما يمثله الاكتئاب في مجال الحياة بشكل عام من حيث أنه يعمل على الإضرار الكلي براحة الفرد، فالأساتذة الذين يعانون من الشعور بنقص المساواة في ميدان عملهم يتعرضون لأعراض الإنهاك المهني وليس الاكتئاب، أما أولئك الذين يشعرون بأن علاقاتهم بأزواجهم غير عادلة فيطورون أعراض الاكتئاب وليس الإنهاك المهني (Demerouti, 2001; Bakker, Schaufeli, Janssen, Hultst & Brower, 2001).

كما أن التحليلات العملية التي أجريت على مقاييس الإنهاك المهني والاكتئاب (مقياس الاكتئاب لـ Beck) أسفرت عن إعطاء حلول لبعدين مختلفين، فالمصطلحين إذن يعبران عن مفهومين مختلفين وإن كانا مرتبطين، فقد لاحظ كل من بكاسترو وهيس (Belcastro & Hays 1984) مثلاً أن (55.6%) من المعلمين الذين يعانون من الإنهاك المهني يعانون أيضاً من الاكتئاب منذ بداية المسار المهني بنسبة (86.7%) منهم. كما لاحظ أيضاً تباينات مهمة نسبياً بين الإنهاك المهني و الاكتئاب، فنتائج الإنهاك المهني ترتبط بنتائج الاكتئاب (Schaufeli & Enzmann 1998). كما أن الإنهاك المهني يشترك مع درجات الاكتئاب (باستعمال مقياس Beck)، وخاصة مع البنود المتعلقة بالسلبية و صعوبة مباشرة الأفعال، فقد توصل إنزمان (Enzmann, 1998) إلى (28%) من التباين المشترك بين الاكتئاب و الإنهاك الإنفعالي، لكن (13%) فقط بين الاكتئاب واللائسنة، و(9%) بين الاكتئاب و الشعور بالانجاز. فالإنهاك الإنفعالي يشبه تعب الاكتئاب، و تبدل الشعور يوافق الانطواء حول الذات في حالات الاكتئاب، أما نقص الشعور بالانجاز الشخصي فيوافق الشعور باللاقدرة، فقدان الأمل و انخفاض الفعالية الذاتية التي نجدها في حالات الاكتئاب.

كما نجد غالباً بعض المعاناة الجسمية والشكاوي حاضرة في كل من الإنهاك المهني والاكتئاب، هذه المعاناة تمثل المشاكل الصحية التي تقم من طرف الفرد (مشاكل القلب والأوعية الدموية، مشاكل الجهاز الهضمي، الأوجاع المفصلية...) و هي مشاكل تزداد حدتها بالانفعالية السلبية التي تميز الحالتين، في نفس الوقت

وجد تباين مشترك يقدر بـ (20) إلى (46 %) بين الشكاوي الجسمية والإنهاك الإنفعالي (Schaufeli & Van Dierndonk, 1993).

الجدول رقم (1) : إختلافات الأعراض بين الإكتئاب و الإنهاك المهني

الإكتئاب	الإنهاك المهني
مزاج مكتئب غياب المتعة و السرور فقدان الوزن المخاوف شديدة	عدوانية، غضب ضعف المتعة و السرور فقدان أو زيادة الوزن بشكل طفيف مخاوف قليلة
مشاكل النوم (الاستيقاظ المبكر) أفكار انتحارية اللاقرار الإسناد السببي : المرض عام ضعف الحيوية	مشاكل النوم (صعوبة الدخول في مرحلة النوم) عدم وجود أفكار انتحارية اللاقرار الإسناد السببي : العمل فقط حيوية متوسطة

المصدر: (Demerouti, 2004) عن (Rasclé & Schweitzer, 2006)

وترجع العلاقة بين الإنهاك المهني والإكتئاب في بعض الأحيان إلى الارتباط المشترك ببعض العوامل المسببة كالضغط المزمن مثلا. كما أن العصائية والانفعالية السلبية هما بعدين منبأين بتطور الأعراض الاكتئابية (McCrae & John, 1992) والإنهاك المهني (Zellars, Perrewe & Hochwarter, 2000). ففي دراسة (Rasclé & Innocente, 2005) أجريت على نحو 150 جراح أسنان بفرنسا وجدت علاقة دالة بين الإضطرابات الإكتئابية والإنهاك الإنفعالي ($r = 0.53, p < 0.01$) لكن فقط عند أولئك الذين لديهم إستعدادات القلق. وحسب تحليل نتائج (18) دراسة تم فيها قياس الإكتئاب والإنهاك المهني في نفس الوقت، توصل Glass & Mcknight (1995) إلى أن الأعراض الاكتئابية والإنهاك المهني لها مصادر إثولوجية (مصادر مرضية) مشتركة. كما أن تطورهما يتم بتفاعل شديد. ولتفسير التباين بين المفهومين، يرى راسكل وشواينتر (2006) Rasclé & Schweitzer إمكانية وجود علاقة السبب والنتيجة بينهما، إلا أن البحوث الطولية القليلة التي أقيمت لتفسير هذه المسألة لم تنجح في تحديد ما إذا كان الإكتئاب هو السبب أو النتيجة بالنسبة للإنهاك المهني.

وخلاصة القول أنه تبين أن الإكتئاب والإنهاك المهني يرتبطان إمبريقيا، لكن يختلفان من حيث المفهوم، فهما يتضمنان بعض الميكانيزمات المعرفية والانفعالية المتشابهة (الانفعالية السلبية، الإنهاك، الانطواء حول النفس، الشعور بعدم الفعالية الذاتية). كما أن العلاقة بينهما قد ترجع أيضا نتيجة للمحددات الظرفية و الاستعدادات المشتركة. ويتضح أيضا أنهما يتطوران و يتدعمان في علاقة متبادلة عند الأشخاص المعرضين أكثر للإضطرابات الانفعالية أثناء تعرضهم لوضعية مهنية صعبة .

2-2- الإنهاك المهني و الصحة الجسمية :

ترتبط حالة الضغط المزمن غالبا بتطور بعض الأمراض (أمراض القلب والأوعية الدموية، الأمراض الجرثومية، السرطانات، داء السكري، التهاب المفاصل، آلام العظام والعضلات)، و لذلك يتوقع أيضا وجود إرتباط بين الإنهاك المهني والمشاكل الصحية.

و الحال أن تقييم الصحة الجسمية يطرح مشكلا، فمعظم القياسات التي تجرى تكون قياسات كلية، إضافة إلى أنها تكون وفق تقييمات ذاتية (مثل المقياس السيكوسوماتي SCL-90 المقترح من طرف دروقاتيس (1994) Derogatis). فعوضا عن استعمال مقاييس إجمالية للصحة "المدركة" التي من شأنها أن تتأثر بالانفعالية السلبية للفرد (الميل نحو تضخيم الأعراض)، من الأحسن أن يكون التقييم من طرف الأطباء حول الحالة الصحية للفرد بعد إجراء حصيلة صحية كاملة تشمل قائمة مفصلة للأعراض، مثل مقياس (SIRS) (Seriousness of Illness Rating Scale) لويلر وجماعته (1968) Wyler & al.

وفي هذا الصدد أشارت الدراسات الأولى التي اهتمت بالعلاقات بين الإنهاك المهني والصحة عن طريق التقييم الذاتي الإجمالي مثل: (Gillepsie, 1980 ; pines & Aronson, 1981) أن عدد الممرضين الذين أعلنوا عن مرضهم و هم يعانون من الإنهاك المهني أكثر من أولئك الذين لا يعانون منه، كما أن (67 %) من المستخدمين

في الجمعيات الإنسانية التي تهتم بالأطفال صرحوا بأن مهنتهم تؤثر على حالتهم الصحية (Sakharov & Farber, 198) نقلا عن (Rasclé & Schweitzer, 2006).

وتبيّن العديد من الدراسات أن المشاكل المتعلقة بالصحة الجسمية ترتبط بـ (0.16 إلى 0.44)، بالإرهاك المهني. فقد توصل أبلس و مولدر (1989) Appels & Mulder إلى أن الإنهاك الانفعالي يرتبط بوتيرة اضطرابات النوم، وبعض أمراض القلب والأوعية الدموية (ارتفاع عدد دقات القلب والانسداد الشرياني). كما توصل بهافت وآخرون (1995) Bhagat & al. إلى أن الإنهاك الانفعالي هو البعد الوحيد للإنهاك المهني الذي يرتبط بشكل أكبر (12 % من التباين المشترك) بظهور الأمراض في مختلف المهن، وحسب هؤلاء الباحثين فإن الإنهاك الانفعالي يضاعف مرتين خطر التعرض للسكتة القلبية عند الرجال والنساء خلال الأربع سنوات الموالية وهذا بغض النظر عن عوامل التعرض الكلاسيكية.

وفي دراسة طولية لـ (Melamed, Kushnir & Shirom, 1992, 2002) تضمنت (104) موظف من مؤسسة تنشط في قطاع التكنولوجيا العالية، و خلال فترة 10 سنوات تم التوصل إلى أن نتائج القياس الأولي للإنهاك المهني نبأت بارتفاع نسبة الكولسترول، ثلاثي الفليسيريد و نسبة حمض البول في الدم، بالإضافة إلى تذبذب في المخطط القلبي الكهربائي؛ وهي تمثل عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. ونظرا لاتفاق نتائج هذه الدراسات يمكن اعتبار وجود ارتباط قائم بين الإنهاك المهني و خطر تعرض مرتفع لأمراض القلب والأوعية الدموية.

كما يعتبر داء السكري من الصنف الثاني (غير المرتبط بحقن الأنسولين) مرض آخر يرتبط بالإنهاك المهني، فقد تم ملاحظته في دراسة طولية (Melamed, Shirom & Froom, 2003) أجريت على عمال وإطارات تمارس مهن تتضمن أخطار كبيرة (المراقبين الجويين ...) لمدة تتراوح من ثلاث إلى خمس سنوات، توصل خلالها الباحثون إلى أن خطر تطور داء السكري من الصنف الثاني خلال المتابعة يتضاعف بنسبة (1.83) بالنسبة لأولئك الذين كانت نتائج قياسهم الأولي للإنهاك المهني مرتفعة.

لكن كيف يمكن تفسير المشاكل الصحية بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الإنهاك المهني؟

لاحظ ديفانتي وآخرون , Devente, Olf, van Amsterdam, Kamphuis & Emmelkhamp (2005) أن المستوى المرتفع للاستثارة الفيزيولوجية و السيكلوجية المرتبطة بنشاط العمل عند هؤلاء لا تنخفض بعد انتهاء فترة العمل، حيث تم تسجيل مستوى مرتفع للتنشيط الكهربائي الدماغي، مستوى مرتفع للكورتيزول بشكل غير عادي بالإضافة إلى إثارة قوية خارج أوقات العمل عند الأفراد الذين يعانون من الإنهاك المهني. و هكذا فإن بقاء التنشيط الفيزيولوجي المرتفع (خارج نطاق العمل) يتسبب بمرور الوقت في الأرق، التعب المزمن و ارتفاع خطر التعرض لإصابة القلب والأوعية الدموية عند المهنيين الذين يعانون من الإنهاك المهني، حيث يعتقد أنه يوجد نوع من اللاتوازن في وظيفة الهرمونات المفترزة في الدم.

ف تحت تأثير الضغط المزمن، يتم إفراز القشريات الكضرية المتمثلة في الكورتيزول بطريقة متواصلة، وتعتبر نسبة الكورتيزول الذي يجري في الدم ونسبة الكورتيزول في اللعاب مؤشرا للشدة التي يعاني منها الأشخاص المعرضين لوضعيات صعبة ولا يمكن التحكم فيها. ومن المعلوم أن النسبة المرتفعة من هذه الهرمونات (Corticosteroids) تعمل على إضعاف استجابات الجهاز المناعي، كما أن التفاعلات بين كل من الوظائف الهرمونية، ووظائف الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي معروفة بشكل جيد (Rasclé & Schweitzer, 2006).

لذلك حاول بعض الباحثين التأكد من الفرضية التي تقول أن الإنهاك المهني يعمل على إضعاف نشاط الجهاز المناعي، ففي دراسة عرضية (Bargellini, Bardieri, Rovesti, Vivoli, Roncaglia & Borella, 2000) أجريت على أطباء، توصلت النتائج أن أولئك الذين يعانون من الإنهاك النفسي (ولديهم مستوى جد منخفض من الإنجاز المهني) تنخفض لديهم نسبة اللوكوسيتات (leucocytes) : حيث ينخفض لديهم عدد اللمفوسات المنتشرة من نوع T (CD3,CD4,CD8) بالمقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من الإجهاد المهني. كما تبين من خلال دراسة عرضية (Nakamura, Nagase, Yoshida & Oginol, 1999) أجريت على ضباط الشرطة، أن النتائج المرتفعة لبعث اللانسنة ترتبط بانخفاض نشاط الخلايا السامة للخلايا "القاتلة (NK) " Schweitzer, (2006 ; Boudarene, 2005). و أوضحت الدراسة العرضية التي قام بها صودرفلت (1997) Söderfeldt, على المعلمين أن الإنهاك الانفعالي يرافقه إنخفاض في نشاط مولدات الضد (هيمينوغلوبولين، (Rasclé & Schweitzer, 2006) Immunoglobulines IgG, IgA).

هذه الدراسات تكشف بوضوح أن الإنهاك المهني يرافقه إنخفاض لنشاط الجهاز المناعي، حيث أنها سمحت بفهم كيف أن أولئك الذين يعانون من الإحترق النفسي و التجارب الطويلة في مواجهة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها تؤدي في نفس الوقت إلى إرتفاع مستوى الكورتيزول وانخفاض الدفاعات المناعية، مما يجعل المهنيين الذين يعانون من الإحترق النفسي أكثر تعرضاً لمختلف الأمراض الجرثومية. و هذا ما تم التوصل إليه أيضاً في دراسات أخرى مثل: (Berliner & Shapira, Shirom, Melamed, Toker, 2005)

3-2- الإنهاك المهني و السلوكيات الخطيرة:

أوضحت الأبحاث الأولى (Maslach, 1982) أن المهنيين الذين يعانون من الإنهاك المهني تكون لديهم سلوكيات خطيرة (التدخين، الكحول، اضطراب سلوكيات التغذية، إنخفاض النشاط الجسمي) بالمقارنة مع أولئك الذين لا يعانون منه. حيث يلاحظ عند الأشخاص المحترقين نفسياً إرتفاع في تناول المواد المنبهة (السجائر، القهوة)، مواد مهدئة (مسكنات، منومات، مواد ممنوعة) بالإضافة إلى اضطرابات في السلوك الغذائي (إرتفاع الشهية، فقدان الشهية). وجاءت الأبحاث الكمية فيما بعد لتعزّز هذه النتائج، فقد تبين أن الإنهاك الإنفعالي الشديد يرتبط بالإدمان على الكحول في عدة مجموعات مهنية: (Rasclé & Schweitzer, 2006) الموظفين في المصالح الإجتماعية (Quattrochi-Tubin, Jones, & Breedlove, 1982) عند أطباء الأسنان (Gorter, Eijkman, Hoogstvatén, 2000) عند الشرطة (Cunradi, Geiner, Ragland & Fisher, 2003).

وفي نفس السياق أثبتت دراسة كلايبر وآخرون (Kleiber, Enzmann & Gusy, 1998) أن إرتفاع مستوى اللاانسنة (نقص الشعور التعاطفي مع العميل) ونقص الشعور بالإنجاز يرتبطان بالاستهلاك المرتفع للمواد الكحولية و الأدوية في عدة مجموعات مهنية. كما توصل إيلمان (Elman, 1994) أن المدة (عدد السنوات) التي تم فيها استهلاك هذه المواد في العمل ترتبط بمستوى الإنهاك المهني وبعد اللاانسنة، و أن استهلاك مختلف هذه المواد ليست لها سوى تأثيرات ملطفة ومسكنة. فإن كانت تعمل على خفض الشدة الناتجة عن العمل، فإن مفعولها يبقى مؤقت (عابر)، وعلى المدى المتوسط يظهر الإدمان على تلك المواد؛ كما أن الافتقار إليها يزيد من حدة الإنفعالية السلبية. وبهذا الصدد ترى راسكل وشوايترز (Rasclé & Schweitzer, 2006) أن المهنيين الذين يعانون من الإحترق النفسي و لا يستطيعون أخذ المسافة اللازمة اتجاه مشاكل العمل فلما يهتمون بالنشاطات الترفيهية و الفيزيقية التي تساعد على الاسترخاء و التسلية مما يشكل عاملاً آخر للخطر على صحتهم.

و لأن الإنهاك المهني و الاكتئاب يؤديان إلى اضطراب المزاج (سرعة الإثارة و الغضب، القلق و التوتر، الإحباط و اللامبالاة و إنخفاض الإحساس باحتياجات المرضى مثلاً) و اضطراب القدرات المعرفية (صعوبة التركيز، فقدان الوقت للذاكرة، سوء التقدير و افتقار الأولويات) فإنه يؤدي إلى إنخفاض الأداء في العمل و يشكل أخطار على متلقي الخدمة (Dugan & Al, 1996)، و نتذكر بهذا الصدد أحد رجال البيع الذين ضعفت مقدرتهم على الحصول على أوامر شراء جديدة نتيجة شكوى العملاء لعدم الاهتمام أو الاستجابة للحاجات و الطلبات الشخصية أو ضعف التركيز، و يتبادر إلى أذهاننا أيضاً إحدى الممرضات التي ناولت المريض دواء غير مطلوب أو ضاعفت من جرعة الدواء مما ترتب عليه آثار خطيرة بالنسبة للمريض .

وفي هذا السياق ترى راسكل وشوايترز (Rasclé & Schweitzer, 2006) أن الأبحاث الإمبريقية التي اهتمت بهذا الجانب قليلة جداً، و أن تلك الأبحاث القليلة الموجودة تتعلق بتجارب مخبرية حول كيفية اتخاذ القرار في الوضعيات الضاغطة أو حالات الإنهاك المهني، والتي توضح بأنه إذا كانت نوعية القرارات المتخذة في تلك الوضعيات تشكل أقل ضرراً بالنسبة للمهني فإنها تكون غالباً على حساب مصلحة " متلقي الخدمة " . و يرى كامن وأريس (Cumming & Harris, 2001) أن السبب في ذلك يعود في غالب الأحيان إلى أن العامل يشعر بفقدان الثقة بقدراته على حل المشكل، و بالتالي عدم المقدرة على إتخاذ القرار. كما أن اضطراب الميكانيزمات المعرفية المتعلقة بالانتباه الآلي (الذاكرة، النشاط الحركي) في وضعيات الإنهاك المهني يؤدي إلى الاعتقاد بأن الكثير من الأخطاء المهنية (حوادث، خطأ التشخيص، العنف اتجاه الزبائن) يمكن أن تكون نتيجة مباشرة لهذا العجز (Van der Linden, Keijsers, Eling & Van Schaijk, 2005). و على العموم فإن الإنهاك المهني لا يفرز نتائج مباشرة تتعلق بتبني سلوكيات خطيرة على الصحة الفردية فحسب، بل قد يؤثر بصفة غير مباشرة على تلك المتعلقة بالمستفيدين من الخدمة و الزبائن أيضاً.

خاتمة:

يعد الإنهاك المهني استجابة سيكولوجية لضغط مزمن قد ينتج عن عمل ذو طابع إنفعالي و علائقي، بحيث يظهر بشكل كبير عند الموظفين الذين تربطهم علاقة خدمة مباشرة مع المستفيدين من الخدمة. هذه العلاقة قد تطور أعراض التوتر و الشدة النفسية بحيث قد تتجاوز قدرات تحمل العامل الذي يشعر باستنفاد الطاقة و الإنهاك نتيجة إدراك الضغوطات المتواصلة بحيث يصبح غير قادر على مواجهة المشاكل التي يولدها محيطه

الإجتماعي. وبهذه الطريقة يجد الإنهاك النفسي مصدره في المحيط المهني بشكل أكبر مما يجده في نفسية العامل، مما يتوجب إعطاء الاعتبار للمحيط النفسي الإجتماعي المهني من أجل الوقاية من ظهور وتطور هذا العرض الذي لا يتعلق بحالات بسيطة و عابرة، بل قد تكون مستدامة، مما يترتب عنه مجموعة من المشاكل الشخصية التي تؤثر على صحة العامل و مشاكل أخرى جماعية تؤثر على نوعية العمل . وقد حاولنا من خلال هذه الورقة تسليط الضوء على أهم تلك الآثار التي يخلفها على الصحة النفسية والجسمية و السلوكيات الخطيرة المترتبة عنه.

المراجع:

عبد الستار إبراهيم (1998) : الإكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد 239 ، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، الكويت.

Ahola, K. (2007) *Occupational burnout and health*. Finish Institute of Occupational Health, people and work Research .Reports 81, Tampereen Yliopistopaino OY- Juvenes print, Tampere. Finland

Ahola, K., honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A.& Lonnqvist J. (2005) Relationship between Job related burnout and depressive disorders-Results from the Finish health 2000 Study. *Journal of affective Disorders*, 88, 55-62.

Borritz, M., Regulies, R., Chrstensen, K. B., Villadsen, E.& Kristensen, T. (2006) Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three years follow up of the PUMA Study. . *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 63, 98-106.

Boudarene. M (2005) *Le Stress entre bien être et souffrance*. Berti Editions, Alger.

Demerouti E, Bakker AB, Jonge J , Janseen, P.PM., Schaufeli, W.B (2001) Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*; 27(4):279-86.

Giudicelli, N.,(2007) *Le coaching : pour prévenir, Diagnostiquer, et traiter l'épuisement émotionnel au travail (« Burnout syndrome »)* www. Choisir le coaching.fr.

Maslach, C.(1982). *Burnout: A Social psychological analysis*. In J. W. Jones, The burnout syndrome: Current research, Park Ridge, Illinois: London House Press, pp. 30-53.

Rasclé. N et Bruchon-Schweitzer. M (2006). Burn out et santé des personnels : déterminants et prises en charge, In A.El Akremi., S.Guerrero., J.P. Neveu (Sous direction de), *comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*, Comportement organisationnel, Vol 2, De Boeck, Bruxelles. pp.289-311.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: Acritical analysis*, London: Taylor& Francis.

Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (1993). « The construct validity of two burnout measures », *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647

Shirom, A. (2005). « Reflections on the study of burnout », *Work & Stress*, 19 (3), 263-270.

Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout*. Concepts, modèles, interventions, Paris : Dunod.

Van der linden, D., Keijsers, G. P. J., Eling, P., & Vanschajjk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failure, *work & Stress*, vol. 19 (1), pp. 23-36.

Zellars. K. L, Perrewe. P. I, Hochwarter.W.A (1999), Mitigating Burnout Among High-NA Employees in health care: what can Organization Do ? *Journal of Applied Social Psychology* 29, 11, pp 2250-2271.

Résumé

Cette communication vise à identifier les effets de l'épuisement professionnel sur la santé de l'individu, en permettant à tous les acteurs de contribuer à le réduire, notamment dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé en milieu professionnel. Si les enjeux fortement soulevés aujourd'hui portent sur l'absence d'une relation de cause à effet entre le stress et l'épuisement professionnel d'une part, et sur la santé physique et mentale d'une autre part, le progrès des connaissances sur la dynamique du stress permet une meilleure compréhension de l'impact de la vie professionnelle sur l'équilibre et la santé de l'individu. Même si elle n'a pas encore été reconnue par le législateur comme une véritable maladie professionnelle, de nombreuses maladies psychologiques et somatiques peuvent être considérées comme des maladies associées à la souffrance liée au travail, bénéficiant ainsi d'un regard différent et d'une prise en charge au sein de l'institution. C'est ce que nous recherchons en abordant les effets de l'épuisement professionnel sur la santé mentale et physique des individus.

Mot clé : l'épuisement professionnel, santé mentale, santé physique, comportement à risque.