

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



الإرهاق التعاطفي لدى المهنيين العاملين
في مصلحة علاج السرطان والأورام

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

نسبية جماد

إعداد الطالبتين:

خديجة بطولة

فائزة بكاي

لجنة المناقشة		
الصفة	الجامعة	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة غرداية	أ.د. عبد الرحمان بقادير
مشرفا ومقررا	جامعة غرداية	أ. نسبية جماد
مناقشا	جامعة غرداية	أ.د. حنان بلعباس

الموسم الجامعي: 2023-2024

"لدينا نعمة ولعنة التّعاطف الشديد فنعاني، نشعر بمشاعرِ عملائنا..... نعيشُ مخاوفهم..... .. ونحلمُ

بأحلامهم. في النّهاية، نفقدُ شرارة معينة من التفاؤل والفُكاهة والأمل. نتعبُ... لسنا مرضى،

ولكننا لم نعد نحن نحن أنفسنا." Charles. Figley, 1995

إهداء

الحمد لله الذي يسر البدايات وبلغنا النهايات

وأقول من فرط الطُموح أنا لها ظللتُ أسعى خلفها في همة حتى عانقت غاياتي ونلتها فالحمد لله

الذي أنعم وأكرم وأتم.

أهدي تخرجي وثمار جهدي إلى من أوصانا الرحمان بهما برا والديا

إلى من يفرحون بنجاحي وكأنه نجاحهم إخوتي وأصدقائي

زملاء ومدير العمل الذي دعمي كثيرا لإكمال هذا العمل،

وإلى الأقربون إلى قلوبنا والسند لنا في كل الأوقات ...

وبالطبع إلى من شاركتني الجهد والعمل "خديجة"

وإلى كل زملاء دفعة "الثانية ماستر علم النفس العيادي" لسنة 2024/2023

بكل حب أهدىكم هذا جهدي المتواضع....

بكاي فائزة

إهداء

الحمد لله القادر المقتدر من هو أطف من العباد وأحن من الآباء ربي اغفر لي

ولوالي والمسلمين

أهذي تخرجي هذا إلى من ساندني بكافة ظروف الحياة ولولاها لم أصل الى هذا اليوم

إلى الوالدين الحبيين

"أبي وأمي" أسأل الله أن يحفظكم ويمدكم الصحة والعافية، كل الحروف الأبجدية التي في رسالتي هذه وما حوتها من كلمات والمعاني لن تكفيكما، فكلمة الشكر ليس في حروفها

أو بمعناها العام، بل أتمنى أن تصلكم أعمق من معناها الذي في قلبي وكياني.

إلى حبي وبرعمتي وعزيتي الغالية على قلبي ابنتي ♥ آسية ♥

إلى من تقاسمت معهم حلو الحياة ومرها إخوتي الأعزاء إلى أخي وسندي الوحيد "عمار"

و زوجته "عائشة" وأولادهم: "فافة أنفال وعزيز وموسى"، إلى أختي العزيزة "ميمية" وبناتها: دينة زوليخة ولينة أريناس"، إلى أختي الحبيبة "سارة" وزوجها "قاسم" وأولادهم: "ريماس تسنيم ويحيا وأمير". حفظهم الله

إلى خالاتي وأعمامي وعماتي وأبنائهم وأزواج أبنائهم وكل الأقارب

إلى وردة قلبي التي فتحت قلبها وتقاسمت معي هذا الإنجاز

"فائزة" وعائلتها الكريمة

إلى حبيبتي وصديقتنا العمر "تركية و نصيرة"

إلى كل من ساهم معي وساعدني ولو بالدعاء

إلى كل زملاء وزميلات العمل في "مركز التكوين المهني والتمهين بريان 3"

وإلى كل من تعرفت بهم ولو للحظة وكل من تعلمت منهم ولو حرف

وإلى كامل دفعة "الثانية ماستر علم النفس العيادي" لسنة 2024/2023

وكل من لم يكتبهم قلبي ووسعهم قلبي.

بطولة خديجة

" شكر وعرفان "

الحمد لله رب العالمين. والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين: سيّدنا محمد وعلى آله وصحبه

اعترافا بالفضل وتقديرا للجميل لايسعنا إلا أن نتوجه بالشكر إلى الأستاذ المشرفة

التي كانت حافزا ومنبعا لجهدنا الأستاذة "جماد نسيبة"

لقبولها الإشراف على الرسالة، وعلى توجيهاتها السديدة، ونصائحها الدقيقة، وملاحظاتها القيمة،

وتساؤلها المستمر عن هذا العمل ، فجزاها الله عنا خير الجزاء، مع التمني لها دوام التفوق والنجاح

إلى أعلى المراتب في مشوارها العلمي.

كما يقودنا واجب الإعتراف بالفضل إلى تقديم جزيل الشكر إلى أساتذتنا الأفاضل

– أساتذة قسم علم النفس في جامعة غرداية –

الذين لم يخلوا علينا بالتكوين العلمي في مشوارنا الجامعي.

ونتقدّم بالشكر الجزيل للأساتذة المناقشين لقبولهم مناقشة هذه المذكرة ولما بذلوه

من جهد ووقت في قراءة هذا البحث وتقييمه.

فبارك الله فيكم جميعا

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى الإرهاق التعاطفي (CF) لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بكل من ولاية غرداية، الأغواط وورقلة، كما هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى كل من الرضا التعاطفي (CS) والإحترق النفسي (BO) وعلاقته بالإرهاق التعاطفي، وكذا معرفة الفرق بين مستوى الإرهاق التعاطفي لدى عينة الدراسة وذلك وفق متغير الجنس والخبرة المهنية لدى عينة تكونت من 84 عامل مهني، تراوحت أعمارهم ما بين 19 وأكثر من 50 سنة، كما تراوحت سنوات عملهم ما بين 2 إلى أكثر من 10 سنوات، تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية وقد تم تطبيق مقياس جودة الحياة المهنية (ProQOL) كما تمت معالجة البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) ، توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى وجود مستوى عالٍ من الإرهاق التعاطفي لدى عينة الدراسة، وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس والخبرة المهنية. كما توصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من الرضا التعاطفي (CS) ومنخفض للإحترق المهني (BO) لدى عينة الدراسة. كما أسفرت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين الإحترق النفسي والإرهاق التعاطفي، وإلى عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائية بين الإرهاق التعاطفي والرضا النفسي لدى عينة الدراسة. تم تفسير هذه النتائج إستنادا إلى الأطر النظرية والدراسات السابقة التي لها صلة بموضوع الدراسة الحالية.

الكلمات المفتاحية: الإرهاق التعاطفي، العمال المهنيين، مصلحة الأورام والسرطان.

-Abstract:

The current study aimed to reveal the level of compassion fatigue (CF) among professional workers in the oncology departments of public hospitals in the provinces of Ghardaïa, Laghouat, and Ouargla. The study also aimed to determine the levels of compassion satisfaction (CS) and burnout (BO) and their relationship with compassion fatigue (CF), as well as to examine the differences in the level of compassion fatigue based on the variables of gender and professional experience in a sample of 84 professional workers aged between 19 and 60 years. Their years of service ranged from 2 to more than 10 years. They were selected through purposive sampling, and the Professional Quality of Life (ProQOL) scale was applied. The data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

The results of the current study indicated a high level of compassion fatigue among the study sample, with no statistically significant differences in CF levels based on gender and professional experience. The study also found a moderate level of compassion satisfaction (CS) and a low level of burnout (BO) among the sample. Additionally, the study revealed a positive correlation between burnout and compassion fatigue and no statistically significant correlation between compassion fatigue and compassion satisfaction in the study sample. The findings were interpreted based on theoretical frameworks and prior research relevant to the subject of the current study.

Keywords: compassion fatigue, professional workers, oncology department.

فهرس المحتويات

إهداء.....	
شكر وعرفان	
ملخص الدراسة	
فهرس الجداول.....	
فهرس الأشكال	
فهرس الملاحق	
قائمة الإختصارات	
مقدمة	1

القسم الأول: الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

1 - الإشكالية.....	5
2 - تساؤلات الدراسة	8
3 - فرضيات الدراسة	9
4 - أهداف الدراسة	9
5 - أهمية الدراسة	10

6 - تحديد مصطلحات الدراسة 12

7 - الدراسات السابقة 12

الفصل الثاني: الإرهاق التعاطفي

تمهيد 19

1 - مفهوم الإرهاق التعاطفي 20

2 - ظهور وتطور مفهوم الإرهاق التعاطفي 24

3 - علاقة الإرهاق التعاطفي ببعض المصطلحات المتداخلة معه 25

4 - أعراض الإرهاق التعاطفي 28

5 - سببية الإرهاق التعاطفي 31

6 - الأساس المعرفي العصبي للإرهاق التعاطفي 32

7 - الإستراتيجيات الوقائية من الإرهاق التعاطفي 36

خلاصة الفصل 39

الفصل الثالث: السرطان والمتهمين العاملين في مجاله

تمهيد 41

1 - تعريف السرطان وأنواعه 42

2 - المسار العلاجي المختلف لمكافحة السرطان 44

3 - التشخيص المبكر وعلاقته في الحد من الإرهاق التعاطفي 51

- 4 - إحصاء إنتشار السرطان 53
- 5 -المتهمون العاملون في مصلحة الأورام والسرطان 56
- 6 - المخاطر التي يتعرض لها المتهم العامل في مصلحة الأورام والسرطان 58
- 7 - العوامل التي يمكن أن تزيد من درجة الإرهاق التعاطفي ونتائجها على العمال
المتهمين في مصلحة علاج الأورام السرطان 59
- 65..... خلاصة الفصل

القسم الثاني: الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

- 68..... تمهيد
- 1 -الدراسة الاستطلاعية 70
- 2 -منهج الدراسة..... 71
- 3 -تحديد عينة البحث وخصائصه 72
- 4 -أدوات الدراسة 77
- 5 - حدود الدراسة 86
- 6 -الأساليب المستخدمة إحصائياً..... 88
- 89..... خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

91.....	تمهيد
91.....	1 - تحليل وتفسير الفرضية الأولى
95.....	2 - تحليل وتفسير الفرضية الثانية
98.....	3 - تحليل وتفسير الفرضية الثالثة
101.....	4 - تحليل وتفسير الفرضية الرابعة
103.....	5 - تحليل وتفسير الفرضية الخامسة
105.....	6 - تحليل وتفسير الفرضية السادسة
106.....	7 - تحليل وتفسير الفرضية السابعة
109.....	خلاصة الفصل
111.....	الإستنتاج العام
116.....	قائمة المراجع
127.....	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
30	جدول يوضح أعراض الإرهاق التعاطفي (Deborah Boyl 2011)	1
70	جدول يوضح حجم عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس	2
70	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الرتبة	3
71	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الخبرة المهنية	4
71	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن	5
73	جدول يوضح حجم العينة الأساسية حسب متغير الجنس	6
74	جدول وضح توزيع العينة الأساسية حسب متغير السن	7
75	جدول يوضح توزيع العينة الأساسية حسب متغير الخبرة المهنية	8
76	جدول توزيع العينة بين مستشفيات الولايات حسب متغير الاختصاص في العمل	9
79	جدول يوضح البنود التي تم تعديلها في الإستبيان من طرف المحكمين	10
81	جدول يوضح مكونات مقياس الإرهاق التعاطفي	11
81	جدول يمثل درجة مقياس الإستبيان	12
74	جدول يوضح قيم الصدق بطريقة المقارنة الطرفية	13
85	جدول يوضح معامل الثبات الفا كرونباخ	14
86	جدول ثبات التجزئة النصفية لمقياس الارهاق التعاطفي	15
87	جدول توزيع العينة على حسب مكان تطبيق الدراسة الأساسية	16
91	جدول يوضح مستويات الدلالة على المقياس	17
92	جدول يوضح بعض المؤشرات الاحصائية لأفراد العينة على المحور	18
92	جدول يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الارهاق التعاطفي	19
96	جدول يوضح مستويات الدلالة لمحور الرضا التعاطفي	20
96	جدول يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الرضا التعاطفي	21
98	جدول يوضح مستويات محور الاحتراق النفسي	22

99	جدول يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الاحتراق النفسي	23
101	جدول يوضح إختبار 'Shapiro-wilk' و'Smirnov-Kolmejrov' لمعرفة التوزيع الطبيعي للبيانات	24
102	جدول يوضح نتائج اختبار معامل الارتباط Kendal بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي	25
103	جدول يوضح نتائج اختبار معامل الارتباط كاندل بين الإرهاق التعاطفي والإحتراق النفسي	26
105	جدول يوضح اختبار (T-Test) للفرق بين المتوسطين الحسابين تبعاً لمتغير الجنس	27
107	جدول يوضح تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) تبعاً لمتغير الأقدمية في المهنة	28

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
23	شكل يوضح نموذج (2002) Charles Figley في تطوير CF	1
27	شكل نموذج يوضح علاقة CF و BO حسب Stamm	2
35	شكل يوضح مفهوم التعاطف في ضوء الخلايا المرآتية العصبية في التواصل بين الأفراد	3
36	شكل يمثل مخطط Pearlman و Saakvitne سنة 1996	4
50	شكل يمثل مسار علاجي الشامل للرعاية التلطيفية (Lakhedari. N)	5
53	شكل مخطط يمثل علاقته التشخيص المبكر بالحد من الإرهاق التعاطفي	6
55	شكل يمثل إحصائيات سنة 2022 لعدد المصابين بالسرطان حسب قرات العالم	7
74	شكل يبين توزيع حجم العينة حسب الجنس	8
75	شكل يبين توزيع حجم العينة حسب السن	9
76	شكل يوضح توزيع العينة حسب الخبرة المهنية	10
77	شكل يوضح توزيع العينة حسب الإختصاص في العمل	11
87	شكل توزيع أفراد عينة الدراسة بين مستشفى الولايات محل الدراسة	12
93	شكل يوضح مستوى الإرهاق التعاطفي على عينة الدراسة	13
97	شكل يوضح مستوى الرضا التعاطفي عند عينة الدراسة	14
99	شكل يوضح مستوى الاحتراق النفسي عند عينة الدراسة	15

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
128	النسخة الأصلية للمقياس	الملحق رقم 01
135	الترجمة الأولى للمقياس (إنجليزية - عربية)	الملحق رقم 02
137	الترجمة العكسية للمقياس (عربية - إنجليزية)	الملحق رقم 03
140	نسخة من المقياس للتحكيم	الملحق رقم 04
142	جدول المحكمين على بنود الإستبيان	الملحق رقم 05
143	النسخة النهائية للمقياس باللغة العربية	الملحق رقم 06
146	النسخة النهائية للمقياس باللغة الإنجليزية	الملحق رقم 07
149	نموذج لترخيص زيارة المستشفيات (مستشفى حميدة بن عجيبة بالأغواط)	الملحق رقم 08
150	جداول التحليل الإحصائي SPSS	الملحق رقم 9

قائمة الاختصارات

ProQOL	Professional Quality of Life Scale مقياس جودة الحياة المهنية
CFST	Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test إختبار الإرهاق/الرضا التعاطفي الذاتي
CF	Compassion Fatigue الإرهاق التعاطفي
BO	Burnout الإحترق النفسي
CS	Compassion Satisfaction الرضا التعاطفي
VT	Vicarious Trauma الصدمة الغير مباشرة

المقدمة

مقدمة

في ظل تزايد أعداد مرضى السرطان وتعقد العلاجات المطلوبة تعتبر مصلحة علاج الأورام والسرطان من أكثر المجالات الطبية تحديًا، حيث يتطلب عملها الشاق والمرهق مزيجًا فريدًا من الخبرة الطبية والتعاطف الإنساني. يعمل العاملون في هذا المجال بجد بغية تقديم أفضل الرعاية للمرضى والمساهمة في تحسين نوعية حياتهم وإطالة أمد عمرهم ومع ذلك، فإن هذا البذل المتواصل للجهد والتعاطف له ثمنه، ويتجلى هذا الثمن في مظاهر متعددة من الإرهاق والضغط النفسية والعاطفية التي تؤثر على العاملين في هذا الميدان.

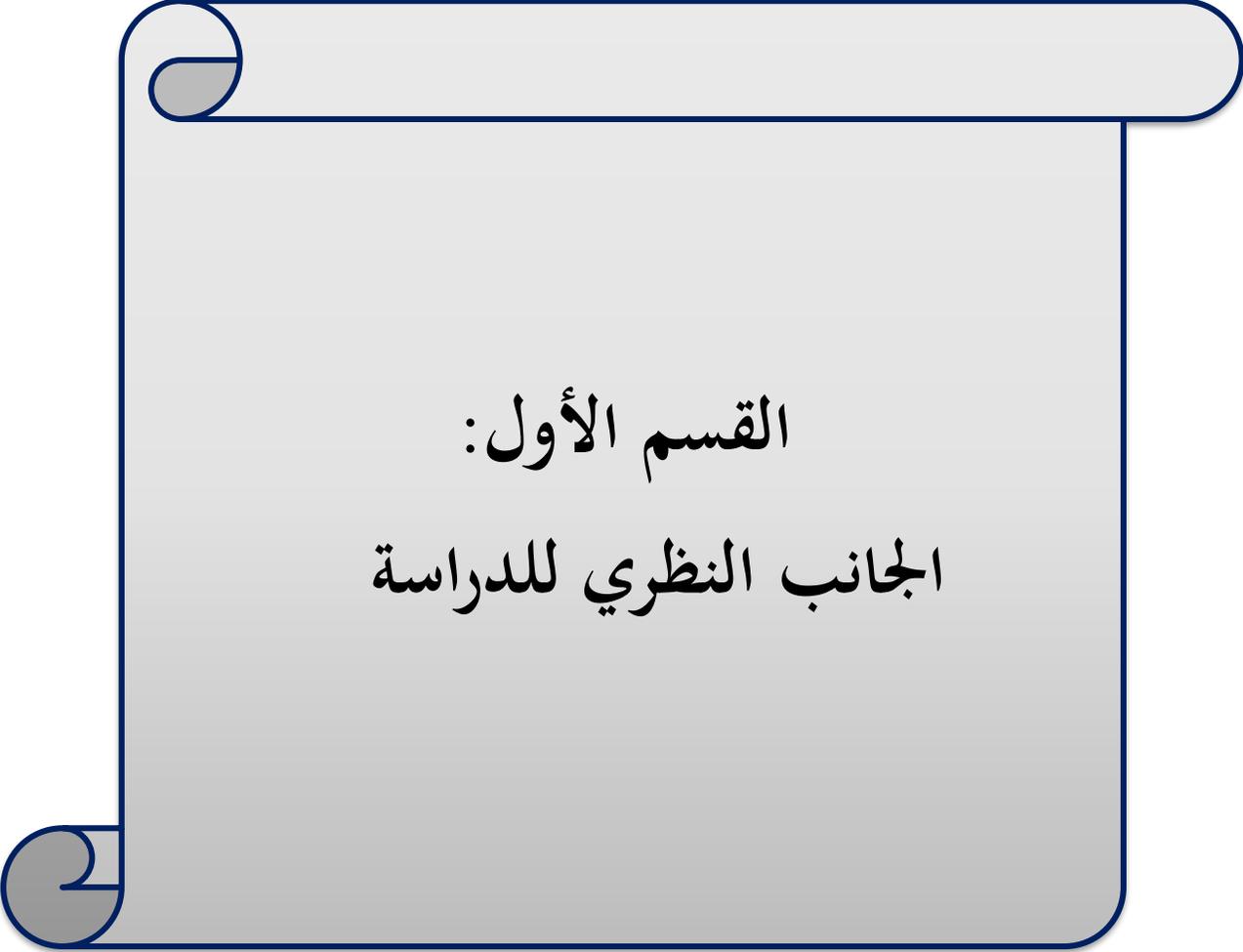
الإرهاق التعاطفي يمثل جزءًا لا يتجزأ من واقع عمل العاملين في مجال الرعاية الصحية وهي ظاهرة شائعة خصوصًا في مجال الأورام والسرطان، حيث يتعاملون يوميًا مع المرضى الذين يواجهون أحد أكبر التحديات الصحية والعاطفية في حياتهم ويتعرضون لضغوطات نفسية مكثفة نتيجة التفاعل المستمر مع المرضى ومتابعة حالاتهم المتقدمة والمتفاقمة وتقديم الدعم والرعاية لهم ولأسرهم في مواجهة مراحل العلاج المتعددة والمحتملة للإجهاد، تصاحب هذه الضغوطات المستمرة مشاعر الحزن والفقدان والتوتر الذي يؤدي به إلى حالة من الإنهاك العاطفي الناجم عن التعاطف المستمر مع معاناة المرضى، وهذا يمكن أن يؤثر بشكل كبير على صحة وعافية العاملين في هذا المجال.

الإرهاق التعاطفي يختلف عن الإحترق النفسي، حيث أن الأول يرتبط بشكل مباشر بالجانب العاطفي للتفاعل

مع المرضى، بينما يتضمن الإحترق النفسي الشعور بالإرهاق العام وفقدان الحماس للعمل.

(Jarrad Sawsan Hammad , Reem Ahmed,2020)

نسعى من خلال هذه الدراسة، إلى فهم مستويات الإرهاق التعاطفي وإمكانية الرضى بالتعاطف والاحترق النفسي بين المهنيين العاملين في مصلحة الأورام والسرطان. بالإضافة إلى إكتشاف العلاقات بين هذه المتغيرات والعوامل الديمغرافية مثل الجنس والأقدمية في المهنة. وسنقوم بالتركيز على فهم آثار الارهاق التعاطفي على العمال المهنيين في مجال علاج الأورام والسرطان، وكيف يمكن تخفيف تلك الآثار السلبية وتعزيز الصحة النفسية والعاطفية لهؤلاء العاملين الرائعين الذين يسعون جاهدين لمساعدة الآخرين في لحظات الألم والضعف. تُعد هذه الدراسة ذات أهمية كبيرة، فمن خلال فهم أعمق لهذا الظاهرة ومناقشة الإستراتيجيات المناسبة لمواجهتها، يمكننا أن نعزز دعم العاملين في هذا الميدان الحيوي ونحافظ على جاهزيتهم وقدرتهم على تقديم الرعاية الأفضل للمرضى وأسرهم.



القسم الأول:
الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

1. الإشكالية.
2. تساؤلات الدراسة.
3. فرضيات الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. أهمية الدراسة.
6. تحديد مصطلحات الدراسة.
7. الدراسات السابقة.

1-الإشكالية:

الحياة اليومية رحلة مليئة بالتحديات والضغوطات التي يواجهها الإنسان في جميع جوانب حياته، سواء كانت شخصية أو مهنية. تختلف هذه الضغوطات باختلاف الأفراد وظروفهم، وتتأثر بالعديد من العوامل الخارجية والداخلية، مما يجعل التغلب عليها يتطلب فهماً عميقاً وتقبلاً لنتائجها السلبية على الصحة النفسية.

تشمل الضغوطات التي يواجهها الفرد على الصعيد الشخصي القضايا العائلية والمالية والاقتصادية. فعلى سبيل المثال، يتعين على الفرد التغلب على التحديات المالية وتوفير احتياجاته واحتياجات أسرته الضرورية. بالإضافة إلى ذلك، قد تنشأ مشاكل عائلية وزوجية تؤدي إلى ظواهر نفسية مثل التوتر والقلق والاكتئاب، والتي تتطلب معالجة حكيمة.

أما في الجانب المهني، فتتجلى الضغوطات في العمل اليومي والسعي لتحقيق الأهداف المهنية المحددة. تضاف هذه الضغوطات أحياناً إلى الضغط النفسي الناجم عن الحياة الشخصية، مما يزيد من تعقيد مهمة تحقيق التوازن بين الحياة المهنية والشخصية. يكون هذا التحدي أكثر وضوحاً في بعض الوظائف مثل المجال الطبي والخدمات الصحية، التي تتطلب استجابة سريعة وتفانياً مستمراً في العمل بسبب ارتباطها بصحة المرضى.

تتفاوت مستويات هذه الضغوطات النفسية من شخص لآخر ومن مهنة لأخرى، ويمكن أن تؤثر على الصحة العامة والحالة النفسية والاجتماعية للأفراد إما بالسلب أو بالإيجاب. لذا، يصبح من الضروري فهم طبيعة وأسباب وآثار هذه الضغوطات لتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها وتقليل تأثيرها السلبي على الحياة اليومية والمهنية.

تعتبر الصحة أحد أهم جوانب الحياة البشرية، حيث تُمكن الإنسان من التمتع بعقل سليم وفكر منطقي. وكما يُقال دائماً: "العقل السليم في الجسم السليم". ومع ذلك، يواجه العديد من الأفراد في مجتمعاتنا تحديات صحية تتراوح بين المشاكل البسيطة والمؤقتة إلى الأمراض الخطيرة والمزمنة. من بين هذه الأمراض المزمنة يأتي السرطان، الذي يُطلق عليه "الجائحة الصامتة" نظراً لأنه من أكثر الأمراض شيوعاً وتأثيراً على الصحة العامة، وأحد الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تم تشخيص حوالي 20 مليون شخص بالسرطان في عام 2022، وتوفي بسببه 10 ملايين شخص. من المتوقع أن يرتفع عدد الوفيات بسبب السرطان بنسبة 77٪ بحلول عام 2050، ليصل إلى 35 مليون شخص سنوياً. (<https://www.who.int/ar/news/item/> منظمة الصحة العالمية)

في الجزائر، كشفت وزارة الصحة عن ارتفاع ملحوظ في نسبة الإصابة بأمراض السرطان، حيث سُجّلت أكثر من 49 ألف حالة إصابة جديدة سنوياً، بمعدل 103 حالات لكل 100 ألف نسمة. وتتوقع الوزارة أن يرتفع عدد الإصابات السنوية إلى 70 ألف حالة بحلول عام 2030. (<https://www.alaraby.co.uk/society>)

يعتبر السرطان تحدياً كبيراً للصحة العامة في العديد من دول العالم، ما يستدعي تخطيطاً جيداً لمكافحة هذا المرض القاتل وتلبية الاحتياجات الصحية لعدد كبير من المرضى. وبما أن العمال المهنيين هم في صميم الخدمات الصحية لهذه الفئة وعرضة لكثير من الأمراض المختلفة وهو ما يترتب عليه نقص كبير في توفير الخدمات والرعاية الصحية نظير النقص المستمر لهذه الفئة العمالية في هذا الميدان، لهذا السبب تم تعيين سنة 2020 من قبل المنظمة الصحية العالمية كسنة دولية للممرضات والقابلات لتسليط الضوء على أدوارهم الحاسمة في أنظمة الرعاية الصحية. (دليل العمل، 2017)

تؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة العمل الدولية (ILO) على أن أماكن العمل في قطاع الخدمات الصحية هي بيئات معقدة وقد تكون خطيرة في بعض الأحيان. يمكن أن تؤدي ظروف العمل غير الملائمة إلى تناقص القوى العاملة في هذا القطاع، مما يؤثر سلباً على جودة الرعاية المقدمة. (دليل العمل، 2017)

ووفقاً لإحصائيات للمرصد الصحي في كل دول العالم يغادر أقل من خمس أشخاص في مجال الرعاية والمساعدة الصحية وظيفتهم كل عام، مما يؤثر على العاملين الحاليين بالإضافة إلى هذا فإن ثلثي المرضى تحت سن الخامسة والثلاثين يتوقفون عن مزاولة مهنتهم وربعهم يغادر المهنة، وهناك من يتوقف عن العمل ولا يمارس أي نشاط مهني. (<http://www.womenshealthsection.com>)

مع النمو السكاني وزيادة انتشار الأمراض، وخاصة السرطان الذي يتصدر قائمة الأمراض، أعلن المجلس الفيدرالي أهمية تدريب مزيد من العمال لضمان استمرارية الرعاية الصحية بجودة عالية ويؤكد المجلس على ضرورة إعادة توجيه مسار العمال المهنيين قبل نهاية حياتهم المهنية لضمان استمرارية تقديم الرعاية.

تتجاوز تأثيرات السرطان المصابين به لتشمل الأفراد الذين يعملون في مجال معالجته ورعايته، مثل الأطباء والمرضى والعاملين الاجتماعيين والمساعدات الطبيين. يتطلب التعامل مع مرضى السرطان مستوى عالٍ من التفاني والاستعداد العاطفي، ما قد يؤدي في بعض الأحيان إلى ظاهرة الإرهاق العاطفي. تُعرف هذه الظاهرة بعدة مصطلحات منها إجهاد الشفقة وإرهاق التعاطف، وتشير إلى المعاناة النفسية والجسدية التي يعاني منها مقدمو الرعاية الصحية نتيجة التعامل المستمر مع الحالات الحرجة مثل مرضى السرطان. دُرست هذه الظاهرة ضمن بحوث اضطرابات ما بعد الصدمة وعلم النفس المؤسسي. (عيدان، عودة، 2021)

الإرهاق التعاطفي هو نتيجة لتعرض المهنيين لضغوط نفسية وعاطفية طويلة الأمد، بسبب مشاهدة ومعايشة آلام المرضى الجسدية والنفسية. تؤدي هذه الحالة إلى شعور مهنيي الرعاية الصحية بالعجز واليأس نتيجة لرغبتهم في تخفيف آلام الآخرين، ما يستنزف طاقتهم التعاطفية ويؤثر على أدائهم الوظيفي. (Derdour-Campos , Julien.2018)

يواجه العاملون في مجال الأورام تحديات متعددة، تشمل التعامل مع الحالات الصعبة، التواصل مع أسر المرضى، ومواجهة فقدان. بالإضافة إلى ضغوط العمل، نقص الموارد، والتوازن بين الحياة المهنية والشخصية. تشكل هذه التحديات مهنة صعبة تؤدي إلى احتمالية كبيرة للإرهاق المرتبط بالتعاطف، مما يؤثر على صحتهم النفسية وجودة الرعاية التي يقدمونها. تحليل هذه الأبعاد يساعد في فهم أفضل للتحديات وتطوير استراتيجيات لتحسين الرعاية الصحية والصحة النفسية للمهنيين في هذا المجال.

وبغيتنا منا لفهم ظاهرة الإرهاق التعاطفي لدى المهنيين في مجال علاج السرطان، نطرح التساؤلات التالية والتي تتطلب منا البحث والدراسة:

2- تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟
- ما مستوى الرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟
- ما مستوى الإحترق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟
- هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟
- هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإرهاق التعاطفي والاحترق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس.
- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة؟

3- فرضيات الدراسة:

- يوجد مستوى مرتفع من الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- يوجد مستوى منخفض من الرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان .
- يوجد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان .
- توجد علاقة ارتباطية سلبية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين الإرهاق التعاطفي والاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة.

4- أهداف الدراسة:

- الإجابة عن تساؤلات الدراسة.
- الهدف الأساسي للدراسة هو فهم أعمق لظاهرة الإرهاق التعاطفي وكيفية تأثيرها على المهنيين العاملين في مجال علاج السرطان والأورام إلى التعرف على مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين في مصلحة الأورام والسرطان.

- الكشف عن الفروق في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان باختلاف متغيرات الدراسة .
- الكشف عن علاقة الإرهاق التعاطفي بكل من الرضا التعاطفي والاحترق النفسي.
- يهدف البحث أيضًا إلى تحديد العوامل المؤثرة في حدوث الإرهاق التعاطفي، سواء كانت عوامل شخصية للفرد أو عوامل بيئية في مكان العمل.
- اكتساب معرفة حول البحوث الحالية المتعلقة بالإرهاق التعاطفي والتعرف على الأساليب البحثية المستخدمة لدراسة هذا الموضوع.
- زيادة الوعي بأهمية الصحة النفسية للمهنيين العاملين في المجالات الطبية وفهم تأثير الإرهاق التعاطفي على جودة الرعاية المقدمة للمرضى.
- تحليل كيفية تحسين بيئات العمل لجعلها أقل عرضة للتسبب في الإرهاق التعاطفي ودراسة المبادرات والسياسات التي يمكن أن تدعم المهنيين وتقلل من مخاطر الإرهاق.
- تجهيز الطلبة لمواجهة التحديات النفسية في مسيرتهم المهنية المستقبلية وتشجيعهم على التفكير في كيفية بناء مسارات مهنية مستدامة تتضمن الرعاية الذاتية والدعم الاجتماعي
- بشكل عام، يهدف البحث إلى معرفة مستوى الإرهاق التعاطفي نظرا لأهميته وغيابه في نفس الوقت في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية والعقلية.
- و هذا البحث يزود الطلبة بفهم شامل ومتكامل للأبعاد المختلفة للإرهاق التعاطفي وكيفية التعامل معه بفعالية، مما يعدهم لمستقبل مهني ناجح ومستدام.

5- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من خلال:

1. معالجتها لمفهوم الإرهاق التعاطفي ودوره في الرفع من جودة العلاقة الصحية المهنية بين عامل الرعاية والمريض.

2. معرفة الاثار السلبية للإرهاق التعاطفي على الحياة المهنية والشخصية والعلائقية للموظفين العاملين في مصلحة الأورام والسرطان، مما يزيد من أهمية التكفل النفسي بهم.
3. التوعية وزيادة الدعم والاهتمام بفترة ممارسي مصلحة الأورام والسرطان.
4. نقص المواضيع والدراسات العربية التي تطرقت لهذه الظاهرة خاصة عند ممارسي مصلحة الأورام والسرطان.
5. تعتبر دراسة الإرهاق التعاطفي ضرورة من ضروريات الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين في مجال الرعاية عامة والعاملين في مصلحة الأورام والسرطان خاصة.
6. اقتراح توصيات للحد من الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية عامة.
7. تقدم المذكرة رؤى علمية وبخثية حول كيفية تأثير الإرهاق التعاطفي على الأداء الوظيفي والجودة الحياتية للمهنيين. هذا يساهم في إثراء المعرفة الأكاديمية للطلبة وإعدادهم بشكل أفضل لمساراتهم المهنية.
8. يمكن أن تكون المذكرة مصدر إلهام للطلبة لإجراء أبحاث مستقبلية في مجالات مشابهة، مما يساهم في تطوير المعرفة العلمية في هذا المجال.
9. تعطي المذكرة نظرة إنسانية على التحديات التي يواجهها المهنيون، مما يعزز تعاطف الطلبة وفهمهم للتحديات النفسية في المجال الطبي.
10. من خلال فهم تأثيرات الإرهاق التعاطفي، يمكن للطلبة اتخاذ قرارات مهنية مدروسة حول تخصصاتهم المستقبلية وكيفية بناء حياة مهنية صحية ومتوازنة.

6- تحديد مصطلحات الدراسة:

• الإرهاق التعاطفي: **la fatigue compassionnelle**

عرفه Radelli (2007) بأنه تدهور القدرة الصحية للتعاطف.

(Maureen Ann.2014.p207)

الإرهاق التعاطفي هو التكلفة أو بقايا عاطفية التي يتحملها العاملون في الرعاية الطبية حيال

الأشخاص الذين يعانون من الصدمات وهو حالة من التوتر والاهتمام المستمر بالصدمة الفردية

أو التراكمية للمريض، يمتص العامل في الرعاية الطبية هذه الصدمة من خلال عيون وآذان العملاء وهناك

تكاليف مرتبطة بهذا كإخفاض في أداء العمل وتزايد الأخطاء الطبية، انخفاض الروح المعنوية

و بتالي تتأثر العلاقات الشخصية وتدهور الشخصية وفي الأخير انخفاض عام في الصحة العامة.

(مقياس سلم نوعية الحياة المهنية. ProQOL5)

7- الدراسات السابقة:

1-7- عرض الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة أحد أهم الأجزاء الذي يحتويها البحث العلمي، إذ لا يمكن للبحث العلمي

أن يكون بحثاً علمياً صحيحاً متكاملًا إن لم يحتوي على جزء الدراسات السابقة، حيث تعطي نظرة

شمولية لآخر ما توصل إليه العلماء والباحثون.

(إبراهيم بجاوي، 2021، ص 321)

إستنادا إلى هذا سوف نستعرض بعض البحوث والدراسات ذات الصلة بالموضوع منها:

• دراسة **Abendroth Maryann** سنة (2005) بعنوان:

Predicting the Risk of Compassion Fatigue an Empirical Study of Hospice Nurses

دراسة تجريبية على عينة بلغت 433 ممرضة من دور الرعاية التلطيفية Des infirmiers en soins

palliatifs بمراكز فلوريدا بالولايات المتحدة الأمريكية، تتراوح أعمارهم ما بين 23 و76 عامًا، هدفت

الدراسة إلى التنبؤ بمخاطر الإرهاق التعاطفي عند هؤلاء الممرضات اللواتي يواجهن المرضى في حالات متقدمة من المرض ونهاية الحياة حيث إستخدمت الدراسة المنهج التجريبي ومقياس ProQOL لدراسة الإرهاق التعاطفي والمتغيرات المتوقعة لارتفاعه لديهن، أظهرت نتائج الدراسة لانتشار وعلاقة بعض الأعراض بالإرهاق التعاطفي لدى ممرضات الرعاية التلطيفية، حيث بينت النتائج أن 78% من المرضى كانوا عرضة لمخاطر متوسطة إلى عالية للإرهاق التعاطفي، وأن 22% يمثلون خطرًا عاليًا منه كما سلطت الدراسة الضوء على أعراض تطوير الإرهاق التعاطفي لدى ممرضات دور الرعاية التلطيفية، المتمثلة في المشكلات الصحية بين المشاركين، والتي ربطتها بعوامل عدة منها التعرض المتكرر لوفاة المرضى، وميلهم لتقديم إحتياجات المرضى على حساب إحتياجاتهم الشخصية كما أكدت الدراسة أن الصدمة، والقلق، والمطالب الحياتية، والتعاطف الزائد (الذي يؤدي إلى تشويش حدود المهنة) كانت عوامل رئيسية في تحديد مخاطر الإرهاق التعاطفي.

• دراسة **Patricia Potter** وآخرون سنة (2010) بعنوان: **Compassion fatigue and burnout prevalence among oncology nurses**

تناولت هذه الدراسة مدى انتشار الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي لدى عينة مكونة من 153 مقدم رعاية صحية ممرضات ومساعدون طبيون، وعمال مصالحة الأشعة بمصلحة الأورام والسرطان وفقا لبعض المتغيرات الديمغرافية (سنوات الخبرة في الرعاية الصحية، وسنوات الخبرة في مجال الأورام، والعمر، والمستوى التعليمي) إضافة إلى بيئة العمل، تم إجراء هذه الدراسة في وحدات التمريض بالمستشفى والعيادات الخارجية في مركز للسرطان في وسط الولايات المتحدة، كما تم إستخدام النسخة الرابعة من مقياس جودة الحياة المهنية (ProQOL R - IV) لقياس الإرهاق التعاطفي، والرضا التعاطفي، والإحترق النفسي.

خلصت الدراسة إلى وجود علاقة بين CF و CS و BO والخصائص الديمغرافية لأفراد العينة، كما أظهرت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نسبة الإرهاق التعاطفي بين الموظفين

العاملين في المستشفى والعيادات الخارجية، وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخبرة المهنية وكل من CF و BO و CS، وإلى وجود نسبة عالية من الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي لدى الموظفين الذين لديهم خبرة تتراوح ما بين 11 إلى 20 سنة في مصلحة الأورام، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود نسبة عالية من الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي ونسبة ضعيفة من الرضا التعاطفي في المستشفيات مقارنة بالعيادات الخارجية والتي أرجعتها إلى عدم رؤية المرضى بشكل متكرر وأن من المحفزات التي تساهم في إرتفاع مخاطر الإرهاق التعاطفي في مجال الأورام هو طبيعة السرطان والعلاجات المعقدة والوفاة والشعور الشخصي بالعجز والرعاية التلطيفية.

• دراسة **L. Egretau et L. Salmon** واخرون سنة (2018) بعنوان:

Fatigue compassionnelle enquête auprès des internes en médecine de l'UFR santé d'Angers

والتي قامت بدراسة إستطلاعية للإرهاق التعاطفي لدى الأطباء المقيمين في كلية الصحة بجامعة Angers بفرنسا حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل المؤثرة في حدوث الإرهاق التعاطفي لدى 318 طبيب مقيم وفق لمتغير صغر السن وقلة الخبرة والضغط المهني والتجارب الشخصية والمهنية الأليمة، إستخدمت الدراسة مقياس نوعية الحياة المهنية ProQOL، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى تعرض الأطباء إلى الإرهاق التعاطفي بنسبة كبيرة وعدم وجود علاقة بين تخصص الأطباء وزيادة معدل الإرهاق التعاطفي كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن العوامل التنظيمية المتعلقة بزيادة العمل وقلة الإجازات أو الراحة وكذا العوامل الشخصية مثل عدم الرضا عن مساعدة الآخرين، والإحترق النفسي وسوء إدارة المشاعر ترتبط بشكل كبير في تطوير خطر الإرهاق التعاطفي.

• دراسة **Reem Ahmed Jarrad and Sawsan Hammad** سنة (2020) بعنوان:
Oncology nurses' compassion fatigue ،burn out and compassion
satisfaction

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الإرهاق التعاطفي CF والإحترق النفسي BO والرضا التعاطفي CS لدى مجموعة من الممرضات المتخصصات في مجال الأورام وقد أجريت الدراسة على عينة تتكون من 100 ممرض وممرضة أورام تعمل في مركز رعاية سرطان بمركز في العاصمة عمان بالأردن، إتمدت الدراسة المنهج الوصفي طُبق عليهم مقياس ProQOL بالنسخة العربية حيث كان متوسط أعمارهم 25 سنة، كما أن غالبية المشاركات (67 ممرضة) لم يكن متزوجات ومتوسط الخبرة كمرضين من 3 إلى 8 سنوات من الخبرة كمرضين وستين إلى 3 سنوات من الخبرة في الوحدة الجناح الحالي أي مصلحة الأورام.

خلصت الدراسة أن عينة الممرضين في مصلحة الأورام التي تم دراستها لديها مستوى منخفض جدا من الرضا التعاطفي، بالمقارنة مع زيادة ملحوظة في مخاطر الإحترق النفسي والإرهاق التعاطفي، كما توصلت إلى النتائج التالية:

- وجود إرتباط سلبي بين CS و CF بين ممرضات مصلحة الأورام.

- وجود إرتباط إيجابي قوي بين CF و BO.

إضافة إلى أن خطر الإصابة بالإرهاق التعاطفي كان متساويا نسبيا بين ممرضين الأورام العاملين في العيادات الداخلية والخارجية، كما أن ممرضين الأورام أكثر عرضة للإصابة بـ CF من الممرضين العاملين في أقسام الطوارئ.

كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الممرضين حديثي التخرج من المهنة يتحملون التواصل مع العملاء والعائلات إلا أن دخول المستشفى لفترات طويلة وإرتفاع معدل الوفيات في القسم يمكن أن يؤدي إلى

الإصابة بالإرهاق التعاطفي، كما أن إصابة الممرضين الجدد بالإرهاق التعاطفي أسرع بكثير من الممرضين ذوي الخبرة.

• دراسة **Mackenzie and all** سنة (2023) بعنوان: A cross - sectional analysis and compassion satisfaction in ‘burnout ‘of compassion fatigue maternal–fetal medicine physicians in the United States

هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل المؤدية للإرهاق التعاطفي، والإحترق النفسي، والرضا التعاطفي لدى أطباء الطب الأمومي - الجنيني في الولايات المتحدة على 366 طبيب وطبية على مستوى الوطن باستعمال إستبيان ProQOL إلكترونيًا، أظهرت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية بين الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي والرضا التعاطفي، وأن هناك علاقة إيجابية قوية بين الإحترق النفسي والإرهاق التعاطفي، وعلاقات سلبية قوية بين الإحترق النفسي والرضا التعاطفي، كما أن الإحترق النفسي يساهم في إرتفاع خطر الإرهاق التعاطفي والعكس صحيح، كما أظهرت الدراسة إرتفاع مستوى الإرهاق لدى الجنس الأنثوي مقارنة بالجنس الذكوري لدى عينة الدراسة.

2-7- التعليل على الدراسات السابقة:

بعد إستعراض مجموعة من الدراسات التي أجريت نجد:

- تشابهت كل الدراسات على وجود علاقة إرتباطية سلبية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي، حيث أنه كلما إرتفع مستوى CS كلما إنخفض مستوى CF، كما أظهرت الدراسات وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي.

- تشابهت معظم الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في إختيار العينة وهي العمال المهنيين الصحيين إلا أن أغلب الدراسات ركزت على فئة الممرضين دون سواهم.

- تشابهت مع دراستنا في الأداة، حيث كانت الأداة المستخدمة في معظم الدراسات هي مقياس

جودة الحياة المهنية (ProQOL; Stamm and Figely)

- ربطت كل الدراسات السابقة بين إرتفاع خطر CF وبين متغيرات أخرى منها الخبرة والمستوى التعليمي ومصلحة العمل.

يتضح من العرض السابق نقص الدراسات العربية حول عينة الدراسة في حدود ما اطلعنا عليه، كما أن هناك ندرة في الإهتمام بموضوع الإرهاق التعاطفي لدى مقدمي الرعاية الصحية بالبيئة العربية.

الفصل الثاني: الإرهاق التعاطفي

تمهيد.

1. مفهوم الإرهاق التعاطفي.
2. ظهور وتطور مفهوم الإرهاق التعاطفي.
3. علاقة الإرهاق التعاطفي ببعض المصطلحات المتداخلة معه.
4. أعراض الإرهاق التعاطفي.
5. سببية الإرهاق التعاطفي.
6. الأساس المعرفي العصبي للإرهاق التعاطفي.
7. الإستراتيجيات الوقائية من الإرهاق التعاطفي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر التعاطف عنصر أساسي في العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية حيث يجب على مقدمي الرعاية الصحية الشعور بنوع من التعاطف مع المرضى، إلا أن هذا التعاطف يعتبر سببا للإرهاق التعاطفي الذي يعد من الظواهر التي يعاني منها المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية لذلك سنتطرق إلى دراسته في هذا الفصل، حيث سنتطرق إلى مفهومه وعلاقته ببعض المفاهيم المرتبطة به وكذا تاريخ تطور هذا المصطلح إضافة إلى الأسباب والأعراض المتعلقة به وأخيرا أهم الإستراتيجيات الوقائية التي يمكن أن تحد من انتشاره.

1- مفهوم الإرهاق التعاطفي *la fatigue compassionnelle*

“Je ne peux plus tolérer la moindre souffrance de mes patients”

(Gérard Lebel ,2015, p32)

من أمثلة ما يقوله مقدم الرعاية الصحية في حالة الإرهاق التعاطفي، والذي يُعرفه Charles Figley (1995) بأنه إنخفاض قدرة أو إهتمام الشخص القائم بالرعاية الصحية في التعبير عن التعاطف ودعم المرضى في معاناتهم، كما يتعلق الأمر أيضا بالجانب السلوكي والعاطفي التي تنتج عن معرفة حدوث حدث مؤلم عانى منه المريض.

كما أضاف Charles Figley (1998) تعريفا آخر للإرهاق التعاطفي بأنه حالة من الإرهاق والاضطراب البيولوجي والنفسي والاجتماعي نتيجة للتعرض المستمر لضغوط التعاطف ويرتبط هذا الضغط التعاطفي حسب Figley بالضغط المرتبط بالتعرض لشخص يعانى.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 8)

وفي سنة 2007 طرح Radelli مفهوم بسيط له حيث عرفه بأنه تدهور في القدرة الصحية للتعاطف نفسها وبأنه إحساس عميق ومعرفة ووعي بين المهنيين المساعدين بمعاونة الآخرين مقترنة بالرغبة في تخفيفها.

(Maureen ann parson, 2014, p 11)

عرفه Hoffman سنة 2009 بأنه الظاهرة التي تحدث عندما يفقد القائم على الرعاية الصحية القدرة الطبيعية على الإحساس والتعبير عن التعاطف وتقديم الدعم للمريض.

(Goumdiss Meriem, 2018,p6-7)

كما عرفته Lewiss Herman بأنه التحول المضاد للصدمة (contre transfert) traumatique من حيث أن المعالج أو الأخصائي الرعاية يكون ذو مستوى عال من التعاطف ويعانى بدرجة أقل نفس المشاعر التي يشعر بها المريض مثل الرعب والغضب واليأس.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 8)

كما عرفه Figley على أنه "تعب أو إنهاك انفعالي وروحي يغمر شخصا ما ويؤدي لانهايار قدرته على الإحساس بالفرح أو القدرة على فهم الآخرين والإهتمام بهم".

(J. Hunter, E. Perkins, 2010)

وضع Charles Figley نموذجا سنة 1995م يسمح بتصوير المراحل التي قد تؤدي إلى الإرهاق التعاطفي يستند إلى إفتراض أن التعاطف والطاقة الإنفعالية هما القوى الرائدة في العمل بفعالية مع المعاناة (أمل كاظم، ميسون حامد، ب.س، ص 1221)

يركز هذا النموذج على الدور المركزي للتعاطف والإندماج العاطفي في التعرض إلى الإرهاق التعاطفي، حيث أنه حسب Charles Figley هو الضغط التعاطفي المرتبط بالتعرض لشخص يعاني والذي يحدث بسبب الشحنات العاطفية الزائدة لدى أفراد يعملون على مساعدة الأشخاص الذين يعيشون فترات شديدة وحرجة مثل المرضى والجرحى وغيرهم، حيث أن هؤلاء الأفراد يواجهون مواقف تسبب لهم مشاعر سلبية شديدة وتكون سبب لمعاناة نفسية لهم والتي تتفاوت من حيث الشدة ومن حيث وقت ظهورها وتفاقمها، وهو يعتمد على تفاعل عدة متغيرات منها:

1-1- القدرة التعاطفية L'habileté empathique:

تتمثل القدرة التعاطفية في قدرة القائم بعملية الرعاية الصحية بالتركيز على معاناة المريض والقدرة على الإدراك والإحساس بمعاناة الآخرين مما يحفز العمل. وبقدر ما لهذا المتغير من أهمية في العلاقة العلاجية فهو عامل رئيسي أيضاً في تطور متلازمة الإرهاق التعاطفي، حيث أن هذه القدرة مرتبطة بحساسية المتدخل لأنه يتأثر بالعدوى العاطفية.

(بوخروف سمير، 2019، ص 45)

1-2- Le risque de l'empathie خطر التعاطف

هو ميل الشخص للإصابة بالعدوى العاطفية la contagion émotionnelle حيث يقوم العامل المهني، من خلال آليات المحاكاة التي تشمل نظام المرايا العصبية، بتقليد مشاعره على تلك التي يعيشها الضحية لدرجة الاندماج (فقدان التمييز بين الذات والآخر).

(Alizé Cointot, 2022, p 58)

1-3- La préoccupation empathique الاهتمام التعاطفي

يتميز هذا المتغير بالقدرة على الإهتمام بمعاناة الآخرين، مما يحفز العمل حيث تؤثر العدوى التعاطفية والإهتمام التعاطفي للمعالج على الإستجابة التعاطفية.

(Julien Derdour-Campos, 2018,(p17)

1-4- La réponse empathique الإستجابة التعاطفية

القدرة التعاطفية والعدوى التعاطفية تحددان درجة الجهد الذي يبذله مقدم الرعاية الصحية لتخفيف معاناة المريض حيث يطلق على هذا الجهد بالإستجابة العاطفية، كما أن قوة وطبيعة هذه الجهود تعتمد بشكل أساسي على شخصية المعالج والقدرة على عدم الإرتباط العاطفي لألم المريض ومشاعر الرضا التي يأخذها من مجهوداته تشكل ضغط تعاطفي وهذا الضغط يزيد من مخاطر الإصابة بالإرهاق التعاطفي، حيث أن درجة الإرهاق التعاطفي تعتمد على مدى قدرة المعالج على تحقيق الانفصال العاطفي عن المريض ومدى رضاه عن المساعدة التي يقدمها له.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 17)

1-5- التعرض الطويل إلى المعاناة: Exposition prolongée à la souffrance

يشير إلى الإحساس المستمر بالمسؤولية عند متلقي الرعاية على مدى فترة طويلة من الزمن يرافقها شعور مقدم الرعاية المستمر بأنه لن يتحرر من هذا الإلتزام.

1-6- الذكريات المؤلمة: Les souvenirs traumatiques

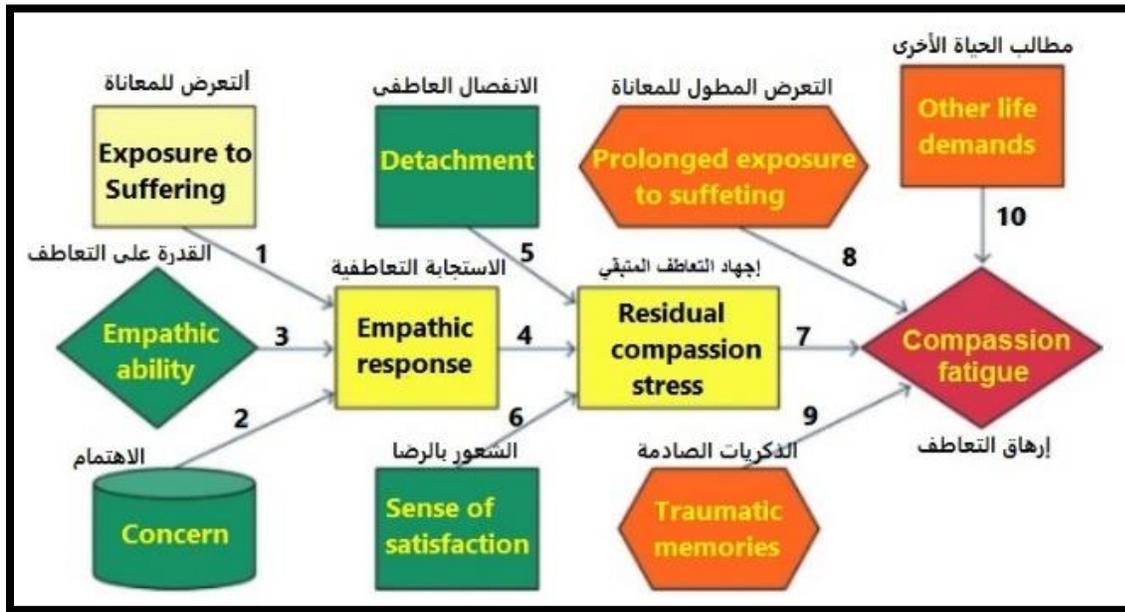
هي الذكريات التي تحدث ردود فعل عاطفية مؤدية إلى أعراض القلق والإكتئاب سواء كانت ذكريات الطفولة أو الذكريات المؤلمة في العمل مع بعض الأفراد أو فقدانهم والتي قد تسبب أعراض لإضطراب ما بعد الصدمة.

(أمل كاظم، ميسون حامد، ص 1222)

كما تُشكل التجارب السابقة للمعالج حسب Hudnall Stamm (1997) سواء كانت مهنية أو شخصية، قاعدة للمقاومة أو التسهيل في تطوير الإرهاق التعاطفي.

(Jennifer Violet,2010, p14)

كما أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً في تطور ظهور الإرهاق التعاطفي منها الإضطرابات في الحياة الشخصية للمعالج مثل المرض أو متطلبات أخرى من الحياة اليومية لمقدم الرعاية الصحية.



(Julien Derdour-Campos , 2018, p18)

شكل (01) يوضح نموذج Charles Figley (2002) في تطوير

(Julien Derdour-Campos) CF

نستنتج مما سبق أن الإرهاق التعاطفي (CF) هو مفهوم يصف حالة من الضغط ناجمة عن التعرض المستمر والتعامل المتكرر مع الحالات الحرجة والصادمة، وليس تعرض مُقدم الرعاية المباشر للصدمة، يتم فيها الإنشغال بالألم الجسدي والنفسي الذي يعاني منه المريض، مما ينتج عنه إلترام إنفعالي مفرط التوظيف، ويرتبط بشكل خاص بالعلاقة العلاجية بين مقدم الرعاية والمريض، كما أن التعاطف يُعتبر عامل خطر حيث يحدث تآكل تدريجي للتعاطف الذي ينتج عنه التغير في القدرة التعاطفية، كما أن هناك عدة عوامل مؤثرة يمكن أن تنبأ بحدوثه.

2- ظهور وتطور مفهوم الإرهاق التعاطفي:

إستخدم مصطلح الإرهاق التعاطفي عند Carla Joinson سنة 1992م في كتابها الصادر بعنوان "coping with compassion" وهي ممرضة في خدمة الرعاية الطارئة، كانت المرة الأولى التي يُطرح فيها المصطلح للتعبير عن نوع معين من الإرهاق الذي يصيب الأخصائي المهني للرعاية الصحية خاصة الممرضات العاملات في أقسام رعاية الطوارئ.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 07)

ثم أتى Charles Figley وهو أستاذ بعلم النفس ومدير معهد الصدمة في جامعة ولاية فلوريدا، وأحد رواد البحوث حول التأثير الثانوي للصدمة ليرز مفهوم الإرهاق التعاطفي إستناداً إلى خبرته في حرب الفيتنام في أواخر الستينيات لوضع قائمة بالمراجع حول ردود الفعل على الضغوط الناتجة عن القتال إستخدم فيها شهادات الجنود القدامى كمصدر رئيسي لدراسته، لكنه إهتم أيضاً بعائلاتهم وكيفية تأثرها بالصدمة التي يتعرض لها الضحايا. وفي عام 1978 نشر مقالاً يتناول التكيف الإجتماعي النفسي لجنود حرب فيتنام ويقترح أن "العائلات والأصدقاء والمحترفين معروضون لتطوير أعراض الضغط النفسي بسبب إرتباطهم التعاطفي مع ضحايا الأحداث الصدمية" حيث أطلق Charles Figley على ردود فعل الأقارب عند التعامل مع شخص يعاني من الصدمة العاطفية بـ "الضحية الثانوية" التي

أصبحت فيما بعد تسمى "الضغط النفسي الثانوي". كما وضع Charles Figley أن هذا النموذج للصدمة الثانوية ينطبق أيضًا على المحترفين في مجال علاقات المساعدة.

من خلال أعمال Charles Figley الرائدة في تأثيرات العمل النفسي للمعالجين مع ضحايا الحرب والعنف، لم تتوقف الدراسات حول تسليط الضوء على العمال المهنيين التي يُعتبر أفرادها "معرضين للخطر". تاريخياً، كان أول مجموعة تم دراستها تتكون من المتدخلين في الخطوط الأمامية "عمال الصدمات" «trauma workers».

(Alizé Cointot, 2022, p 55)

كما يطلق عليهم في أمريكا، الذين يواجهون بانتظام صدمات جسدية وأو نفسية، يشملون الشرطة ورجال الإطفاء وفرق الإسعاف والتدخل الطبي السريع من خلال دراسة واسعة النطاق قامت بتقييم الإرهاق التعاطفي للمتدخلين في التعامل مع ضحايا هجوم أوكلاهوما في عام 1995 في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن معظم المتدخلين (73.5%) كانوا عرضة لخطر تطوير الإرهاق التعاطفي، بعد ذلك تمكنت الدراسات الأخرى من إظهار أن العمال من مختلف المجالات المهنية، والذين كانت جوهر عملهم التفاعل مع ضحايا الصدمات، كانوا عرضة لخطر تطوير الإرهاق التعاطفي يشملون المتدخلين في مراكز الإتصال الهاتفي، والمحامين، والصحفيين. وخلال السنوات الأخيرة، لفت إهتمام العديد من الباحثين خطر الإرهاق التعاطفي نحو العاملين في مجال الرعاية الصحية وقد تم إجراء العديد من الدراسات حول العاملين في وحدات الرعاية المركزة، والموظفين في خدمات الطوارئ والإنعاش وأُعتبر العاملون في مجال الصحة النفسية عُرضة لخطر عالٍ جداً من الإرهاق التعاطفي. (Julien Derdour-Campos, 2018, p 28-29)

3- علاقة الإرهاق التعاطفي ببعض المصطلحات المتداخلة معه:

إن الحديث عن ظاهرة الإرهاق التعاطفي يجعلنا نضطر إلى توضيح بعض المصطلحات التي لها علاقة بموضوعنا والتي تميزه عن غيره من المصطلحات التي سيتم تناولها وهي:

3-1- الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي "CF et la satisfaction de compassion"

يقترح Charles Figley مصطلح "رضا التعاطف" أو CS الذي يفهمه كمجموعة من المشاعر الإيجابية التي يشعر بها الشخص عند مساعدة الآخرين. يقترح Stamm تعريفاً لهذا المصطلح يقول: "المتعة المستمدة من القدرة على القيام بالعمل بشكل جيد. على سبيل المثال، يمكن أن نشعر بالسرور عندما نساعد الآخرين من خلال عملنا. يمكننا أن نشعر بمشاعر إيجابية تجاه زملائنا، أو قدرتنا على المساهمة في المهمة العملية أو حتى في مجتمع العمل بشكل عام".

(Alizé Cointot, 2022, p 58)

وبالتالي، قد يكتسب عامل الرعاية درجة كبيرة من الرضا عند تقديم المساعدة للأشخاص الذين تعرضوا للصددمات، والتي يمكن أن تخفف من التأثيرات الضارة للإرهاق التعاطفي.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 18)

توجهت الكثير من المراجع إلى اعتبار أن الرضا التعاطفي ضد الإرهاق التعاطفي، وبالتالي حددت بأن الرضا التعاطفي المنخفض عامل يُنذر ويزيد من خطر تطوير الإرهاق التعاطفي، وبالمقابل يوفر مستو عالٍ من الرضا التعاطفي حماية ضد التوتر والضغط الناجم عن الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي.

(Goumdiss·Meriem, 2018, p8)

3-2- الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي: "Le burnout et CF"

عرف المحلل النفسي الأمريكي Herbert Freudenberger الإحترق النفسي عام 1974م بأنه مجموعة من الإستجابات الجسمية والإنفعالية السلبية المتعلقة بالضغط المستمرة في بيئة العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية والذين يرهقون أنفسهم ويستنزفون طاقاتهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة. (تلايلي نبيلة، 2017، ص 37)

كما يعرف BO بأنه حالة نفسية تنجم عن عدم فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط في مكان العمل وعجزها عن التخفيف من شدتها ووقوعها النفسي لدى العامل.

(أبو القاسم، بوخروف، 2019، ص 46)

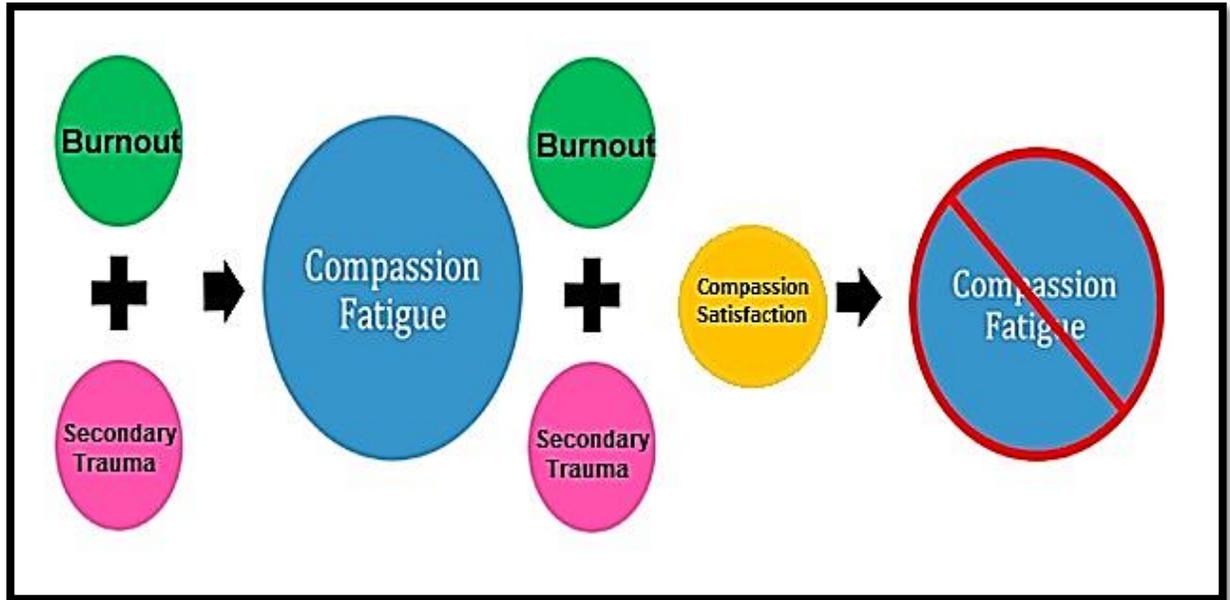
ومن خلال هذان التعريفان نستنتج أن الإحترق النفسي يختلف عن الإرهاق التعاطفي في السبب بحيث أن CF سببه الرئيسي هو التعرض للأحداث أو المواضيع المؤلمة من طرف المرضى بينما BO مرتبط بضغوط العمل، كما أن الإرهاق التعاطفي يبدأ بسرعة بينما الإحترق النفسي يحدث تدريجياً نتيجة الآثار التراكمية للضغط النفسي المتكرر في العمل.

(<https://www.masterclass.com>)

في أحدث تعريف سنة 2002 أوضح Fihley أن الإرهاق التعاطفي يحوي مكونين مختلفين هما

الإحترق النفسي والضغط الصدمي الثانوي. (Rodrigo.W, 2005,p22)

لكن حسب التعريف الذي قدمته Stamm، فهما نتيجتان متميزتان للتعرض كما يوضحه المخطط التالي:



(Fiona Cocker , nerida joss ,2016,p03)

شكل رقم 02: نموذج يوضح علاقة CF و BO حسب Stamm

3-3- الإرهاق التعاطفي والصدمة الغير مباشرة أو الثانوية Trauma vicariant et CF:

vicariant مشتقة من الكلمة الإنجليزية "vicarious" التي تعني تجربة شخص آخر من خلال المشاركة التعاطفية، طُرح مصطلح VT أو الصدمة الغير مباشرة من قبل McCann et Pearlman سنة 1990م في نظريتهما المفسرة لفهم التأثيرات الصعبة والمحزنة التي يتعرض لها المعالجون في عملهم مع الضحايا المصابين بالصددمات، تم التعرف عليه لدى المعالجين الذين أثناء عملهم مع هؤلاء الضحايا قد يشعرون بالقلق أو بالضغط نتيجة لتقديم المساعدة للضحايا المصابين بصددمات.

ويعرف بأنه تغيير في التمثيلات المعرفية وأنظمة معتقدات الناتجة عن علاقة عاطفية مع الضحايا المصابين بصددمات نفسية، ويتعلق هذا بالتغيرات في التصورات ونظام الإعتقادات العامة للشخص عن العالم وذاته والآخرين.

(Meriem Goumdiss, 2018, 09)

يستخدم مصطلح الصدمة الغير مباشرة VT كمرادف للإرهاق التعاطفي في كثير من المراجع التي طرحت موضوع الإرهاق التعاطفي باعتبار أنهما يشتركان في كونهما ناتجان عن العمل مع موضوع الصدمة ومع المرضى المصابين بصددمات أو في حالة حرجة، مما يُنشأ لديهم الضغط التعاطفي، إلا أن مراجع أخرى إعتبرت أن VT له صلة بـ CF ولكن ليس مرادف له.

(Alizé Cointot, 2022, p 59).

4- أعراض الإرهاق التعاطفي:

4-1- الأعراض الفيزيولوجية:

قد يتضمن شعورًا مستمرًا بالإرهاق والذي لا تخففه الراحة (النوم، عطلات نهاية الأسبوع).

- شكاوى جسدية: تظهر كاضطرابات غير محددة (النوم كثيرا، الأرق أو اضطراب النوم، اضطرابات المعدة، تغيرات في الشهية، الصداع النصفي، وآلام الظهر، التوتر العضلي).

(Philippe Zawieja ,2014, p25)

4-2- الأعراض الانفعالية:

- انخفاض في التعاطف: صعوبة الإتصال العاطفي مع المرضى أو الشعور بالتعاطف معهم.
 - العصبية والحصر من خلال الإحساس بالحصر والخطر والخوف من الخروج، اليقظة المفرطة حول أمن الشخص وأمن أسرته.
 - الغضب والتهيج من خلال الإحساس بالغضب، الشعور بالغيظ إتجاه الأشخاص المحبوبين والموثوق بهم والجدال المستمر مع الأصدقاء والزملاء العمل، الغضب من شخص معين أو مجموعة من الأشخاص، الشعور بالعدوانية أو عدم القدرة على التحكم في العدوانية في غالب الأحيان.
 - إعادة معايشة أجزاء من قصص الأزمات التي يحكيها المفحوصين، وحتى إعادة رؤيتها على شكل كوابيس، أو تذكر تلك المقاطع في اليقظة مع ما يصاحبها غالبا من أعراض جسدية إعاشية كالترقق وزيادة ضربات القلب.
 - انخفاض تقدير الذات، الشك في الآخرين والإنسحاب من الآخرين.
 - الإكتئاب حيث يمتلكه الشعور بالحزن والعبوس، الإحساس بضياح الطاقة، أو فقدان الإهتمام والمتعة في النشاطات المعتادة، إضرابات في الذاكرة، البكاء، فقدان الأمل، الأفكار الإنتحارية.
- (طالب حنان، 2014، ص 71)

4-3- الأعراض السلوكية:

- ظهور أو تعزيز الإدمان (الكحول، التبغ) .
 - تجنب العمل، التغيب والتباعد (الجسدي والرمزي) عن المرضى أو عائلاتهم.
- الشهره المرضى أو العكس. (Philippe Zawieja ,2014, p25)
- إضافة إلى تغيرات في بعض العادات منها: فقدان الإهتمام الجنسي، و رؤية كوابيس متعلقة بالأحداث التي رواها المفحوصون. (طالب حنان، 2014، ص 71)

كما وضعت Deborah Boyle سنة 2011 وهي ممرضة بمصلحة الأورام والسرطان جدول يوضح أهم أعراض CF كما هو موضح في الجدول التالي:

<p>Apathie - اللامبالاة</p> <p>Dépression - الإكتئاب</p> <p>Cynisme - السخرية</p> <p>Désensibilisation - فقدان الإحساس</p> <p>Découragement - الإحباط</p> <p>Rêves, flashbacks - الأحلام والكوابيس</p> <p>Sentiment d'être submergé - الشعور بالضغط العاطفي</p>	<p>Émotionnelle الإنفعالية</p>
<p>Ennui - الضجر</p> <p>Difficultés de concentration - صعوبات في التركيز</p> <p>Diminution de l'attention portée aux details - إنخفاض الإنتباه بالتفاصيل</p>	<p>Intellectuelles الإدراكية</p>
<p>Somatisation - إضطرابات سيكوسوماتية</p> <p>Fatigue, épuisement - الإرهاق والضغط</p> <p>Propension aux accidents - ميل للحوادث</p>	<p>Physiques الجسدية</p>
<p>Capacité diminuée de discernement - إنخفاض القدرة على التمييز</p> <p>Désintérêt à l'introspection - تقليل الإهتمام بالتفكير الذاتي</p>	<p>Spirituelles الوجدانية</p>

الجدول (01) يوضح أعراض الإرهاق التعاطفي (2011) "Deborah Boyle"

كما تجد الإشارة إلى أن أعراض CF تختلف بحسب درجات تأثيره حيث يمكن أن تتراوح بين التأثير الخفيف، أو حتى بدون أعراض، إلى التأثير الشديد الذي يمكن أن يصل إلى الإنتحار.
(Alizé Cointot, 2022, p59- 61)

5- سببية الإرهاق التعاطفي:

5-1- العلاقة العقلية، ضد العقلية:

يعرف "Labouvie-Vief & Fontaine" النقلة على أنها العملية التي تتجسد بواسطتها الرغبات اللاواعية من خلال انصبابها على بعض الموضوعات ضمن إطار نمط من العلاقة التي تقوم مع هذه الموضوعات وأبرزها النقلة المضادة والتي تعرف على أنها مجمل ردود فعل المريض اللاواعية على شخص الممرض وبالتخصيص على نقلته، نتيجة تأثير الأمراض على مشاعر المريض اللاواعية، إذ توصف بجرأة مشاركة الممرض المريض Transfert في أوهامه وهلاوسه المؤذية خاصة إذا كان الممرض لم يحل بعد بعض مشاكله الصادمة القديمة.

5-2- نقص العناية بالذات:

يقول كارل روجرز C.ROGERS: "عندما أعتني بالآخرين وأرعاهم أحس أنني أحسن مما أنا عليه عندما أعتني بذاتي"

(Rodrigo. W, 2005,p06).

إذ أن العديد من مقدمي الرعاية الصحية يضعون العناية بالآخرين قبل العناية بالذات، ويفشلون في حماية ذواتهم من الطلبات المستمرة للآخرين وينكرون أحيانا آلامهم الشخصية، حيث أنهم يهملون ذاتهم مقابل الأمل في التغيير والتخفيف من معاناة الآخرين فهي أهداف إنسانية مغروسة مع معاني وأهداف شخصيته وتمثل جزء مما دفعهم لإختيار هذه المهنة والإختصاص، وفي الواقع قد تكون المكافآت الضمنية لهذه المهنة كبيرة جدا.

3-5- غياب التحضير النفسي لرعاية شريحة المصدومين والمرضى:

يחס في كثير من الأحيان مقدمي الرعاية الصحية أنهم غير مهئين لتلبية مختلف الطلبات الموجهة لهم، كما ينبغي وهذا ما يشعره بعدم كفاءته، إذ أن الطالب في التمريض يتخرج وهو غير مهياً لعلاج المصدومين، بسبب عدم تكوينه تكويناً أكاديمياً ومهنيًا مسبقاً فهي من العوامل اللازمة لأنها تكسبه القوة لمجابهة المواقف التي تعترضهم في الحياة المهنية.

4-5- المعاناة من مشاكل وصددمات كامنة لم يتم علاجها:

يأتي البعض من مقدمي الرعاية الصحية من الأسر المفككة محملاً بصددمات ومشاكل نفسية وإذا لم نحل بطريقة مناسبة، أو في الوقت المناسب بالإضافة للصددمات الجديدة تتطور لتكون حملاً ثقيلاً ممهداً للإرهاق التعاطفي، فالتنشئة الاجتماعية هي عامل أساسي ومؤثر في حياة الفرد، وقدم مقدم الرعاية من بيئة سليمة وتنشئة صحيحة تعكس ذلك في جميع مناحي حياة الفرد لاسيما الحياة المهنية.

(طالب حنان ، 2014 ، ص73-74)

6- الأساس المعرفي العصبي للإرهاق التعاطفي: La base cognitive et neurologique

.de la fatigue compassionnelle

إن الحديث عن الأسس المعرفية العصبية للإرهاق التعاطفي يستدعي منا الرجوع إلى مفهوم العدوى الإنفعالية أو التقمص الوجداني (la contagion émotionnelle) الذي طرحه Charles Figley في نموذج التفسير للإرهاق التعاطفي، والتي يعرفها Carl Rogers أنها استدخال وبكل دقة ممكنة المرجعيات الداخلية أو الحالة الداخلية والمكونات العاطفية لشخص آخر واستدخالها كما لو كان الشخص ذاته.

(Pascale Brillon ,2013 ,p30)

تشير العدوى العاطفية إلى عملية يتعمد فيها الفرد بحالة العاطفة لشخص آخر، دون أن يدرك أن هذه العاطفة ليست له وهي تعمل على وضع تلقائي غير مدرك. Julie Grezes المديرية لفريق الإدراك

الإجتماعي في مختبر العلوم العصبية بمدرسة الدراسات العليا في باريس، توضحه في هذا المثال: مشاهدة حادث يحدث في الشارع يكشف عن نوعين من الردود؛ هناك أشخاص مصدومين، يصرخون، مصابون بالضيق من الآخرين وغير قادرين عن الإبتعاد عنهم، وهناك أشخاص قادرين على تنظيم العواطف، يساعدون الضحايا.

في الحالة الأولى، يكون الأشخاص عرضة للعدوى العاطفية الخامة، حيث لا يتدخل أي عامل من عوامل تنظيم العواطف، بينما النوع الثاني من الإستجابة يعتبر تجسيداً للتعاطف.

وبالتالي، لا يمكن للتوثر أو الفرح الذي يشعر به شخص ما أن يثير حالة مماثلة لدى الآخر إلا في حالة العدوى العاطفية. يمكننا بالتالي تصور التعاطف العاطفي كـ " partage mesuré " لعاطفة الآخر، دون قياس نضم إلى مجال العدوى العاطفية.

(Alizé Cointot,2022,p32-33)

كما اقترح عدد معتبر من الباحثين مثل Frans de waal et Jean Decelty et Vittorior Gallese أن الخلايا المرآتية (système des neurones miroirs) تقوم بدور مهم في التقمص الوجداني بمعنى في قدرات الإستقبال والإدراك وفهم ومعرفة وجدانات وإنفعالات الآخرين.

(Pascale Brillon ,2013 ,p30)

حيث يُعتبر نظام الخلايا المرآتية شبكة عصبية تُنشط عند قيام الشخص بتنفيذ إجراء ما وأثناء مراقبته لهذا الإجراء عند آخرين.

تم إكتشاف هذه الخلايا المرآتية لأول مرة في القردة، وأظهرت الأبحاث اللاحقة أنها موجودة أيضاً عند البشر، تُشارك في عمليات إدراكية مختلفة مثل التعلم بالتقليد، وفهم نوايا الآخرين، والتعاطف.

تلعب العصبونات المرآتية أو نظام العصبونات العصبية المرآتية (système des neurones miroirs) دورًا هامًا في القدرة على التعاطف من خلال السماح للأفراد بمشاركة تجربة العاطفية للآخرين عندما تُراقب شخصًا يعبر عن عاطفة، تنشط الخلايا المرآتية لدينا بشكل مشابه لتلك التي لدى الشخص الذي نراقبه في الجانب الداخلي للفص الجبهي وبالتحديد في منطقة *Insula* ويطلق عليها الجزيرة، بحيث أن لها دورًا بارزًا في معالجة التدفق الألمي والتي تنشط تماما عندما يشعر الشخص بالاستياء عند رؤيته لشخص آخر يبدي تعابير الإستياء.

قدمت أعمال *Singer* عناصر جديدة حول الأسس العصبية للتعاطف مع الألم؛ حيث تم تعريض النساء لجلسة الرنين المغناطيسي بينما كان شركاؤهن حاضرين في الغرفة المجاورة. كانت التحفيزات الموقلة موجهة إما لهؤلاء النساء أو لشركائهن، في الحالة الأخيرة، يتم تشغيل إشارة ضوئية لإشعارهم بأن الآخر بالفعل يتلقى التحفيز. كشف *Singer* وفريقه بذلك أن تخيل الألم الذي يشعر به الآخر يولد في المقام الأول تنشيطات في *l'insula antérieure* كما أظهرت الدراسات حول مراقبة الوجوه التي تعبر عن الألم أو إستماع ألم الآخر نتائج مماثلة.

ومنه نستنتج أن التعاطف مع الألم يشمل إستجابات عصبية وناقلات عصبية مماثلة لتلك التي تشارك في تجربة مباشرة للألم.

(Alizé Cointot,2022,p39)

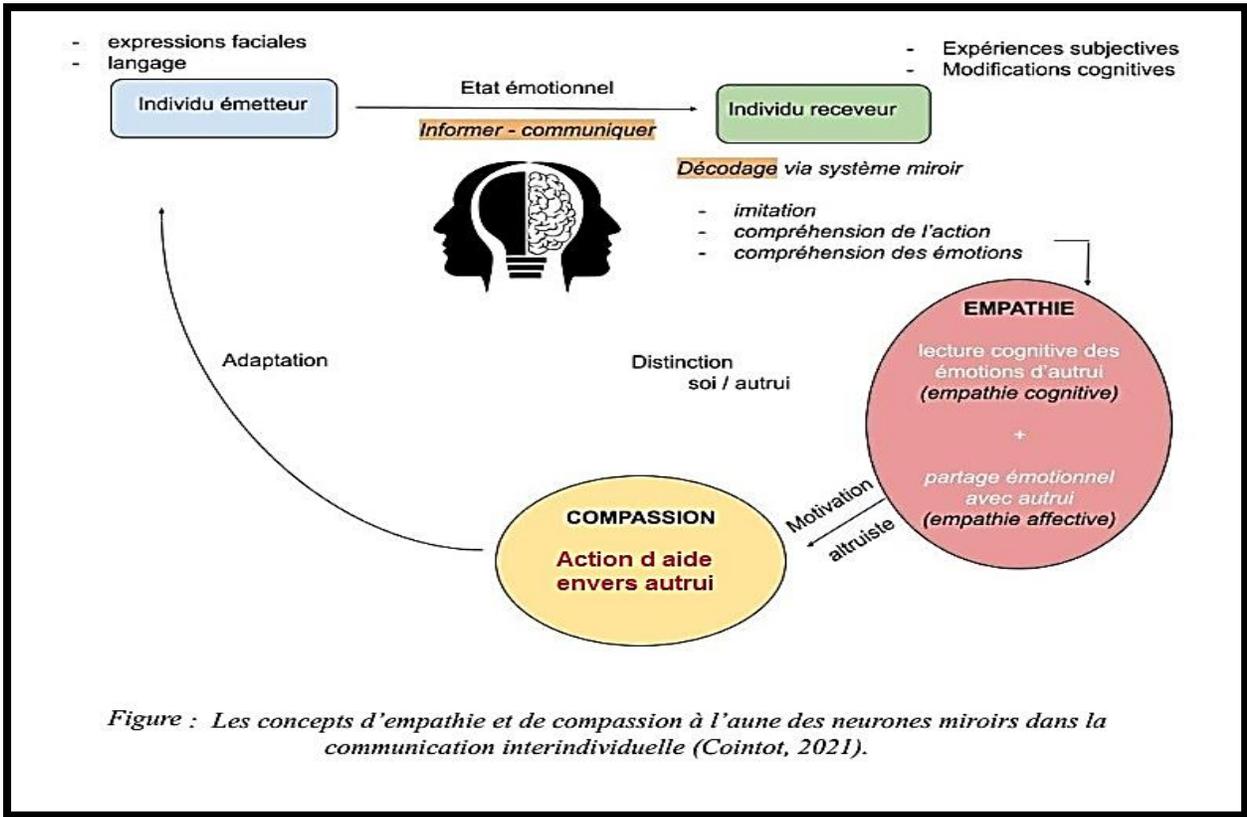
كما تقضي تفسير هذه النتائج بأن النظام المرآتي للوجدانات يمكنه محاكاة الحالة الوجدانية للآخر في دماغنا، كما أنها تُقدم إضاءة جديدة على عواقب تغير الآليات المشاركة في معالجة العواطف، والتي تنعكس في بعض الأمراض ذات العناصر العاطفية منها موضوعنا الإرهاق التعاطفي.

(Louise.Max. 2016.p5)

كما أظهرت دراسة *Danzinger and all (2009)* في هذه النتائج التي تنطبق أيضًا على الضيق

النفسي الذي يعتبر كـ Signal Nociceptive وهي تشير إلى الإشارات العصبية التي يرسلها الجهاز العصبي المحيطي إلى الدماغ للإشارة إلى وجود أو توقع وجود ألم. تتكون هذه الإشارات عادة عندما تتعرض الأنسجة لأي نوع من الضرر أو الضغط أو الإجهاد، حيث تمت دراسة أدمغة المرضى باستخدام التصوير الطبي أثناء عرضهم لصور لأشخاص يعبرون عن وجوه مؤلمة. أظهرت الملاحظات العثور على تنشيط شديد في المنطقة الدماغية المعنية بالتفكير، مما يشير إلى أن هؤلاء الأفراد يستخدمون ذاكرة تجربتهم الشخصية للضغط النفسي لفهم ألم الآخرين. علاوة على ذلك، كان تقدير شدة هذا الألم مرتبطاً إرتباطاً وثيقاً بقدرتهم على التعاطف، حسب التقييم باستخدام إستبيان، وهذا ما يؤيد ما ذهب إليه Charles Figley في نمودجه حول تفسير CF من خلال دور الضغط التعاطفي والذكريات الشخصية في تطوير الإرهاق التعاطفي. (Danziger Nicolas, 2014 , p. 115-118)

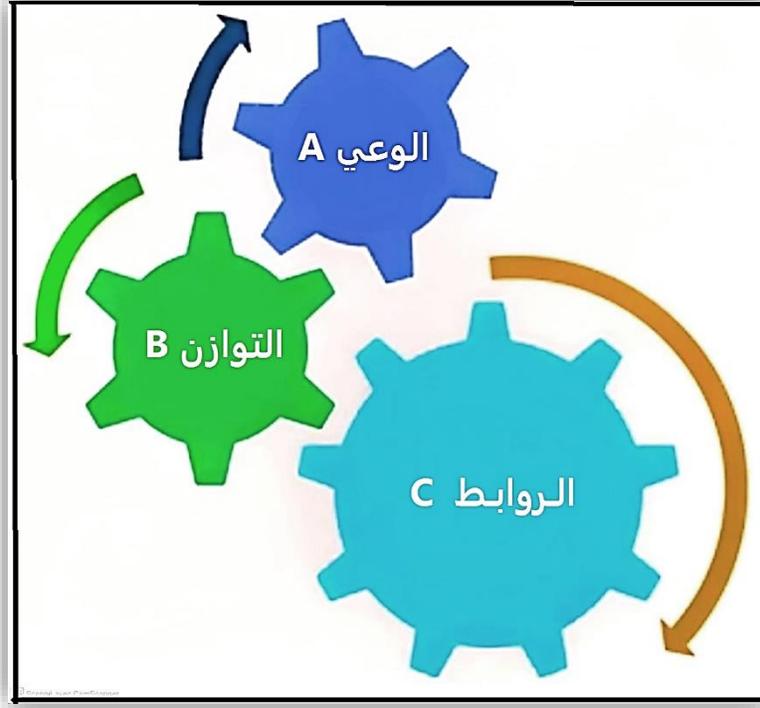
شكل 03: يوضح مفهوم التعاطف في ضوء الخلايا المرآتية العصبية في التواصل بين الأفراد



(Alizé Cointot, 2022, p39)

7- الإستراتيجيات الوقائية من الإرهاق التعاطفي:

تتمثل إحدى الاستجابات للسيطرة على الإرهاق التعاطفي على ABC كما وصفه "Saakvitne & Pearlman" في عام 1996 حيث يمثل A الوعي، ويمثل B التوازن، ويمثل C الروابط.



الشكل 04: يمثل مخطط Pearlman و Saakvitne سنة 1996

1-7- الوعي Awareness:

إن مفتاح التحكم في الإرهاق التعاطفي (CF) هو الوعي بالذات هذا يتطلب أن يكون لدينا تقدير واقعي لقدراتنا العامة على العمل لفترات طويلة، ويشمل الوعي أيضا المراقبة الذاتية المستمرة طول يوم عملنا، وتقييم المواقف العديدة التي يحدث فيها النقل والتحويل والتحويل المضاد والبحث عن ردود فعل قوية أو غير عادية من الداخل خاصة عندما ندرك تغيير في قدراتنا للعمل كنتيجة لحادث معين أكثر صدمة.

فالوعي في حد ذاته هو فقط مساعدة هامشية في السيطرة على الإرهاق التعاطفي بحلول الوقت الذي يتأكد فيه هذا الإجهاد، يكون هناك شعور بالهزيمة والوقوع في الفخ، والذي يسود فعل أي شيء بهذه المعلومات بخلاف أن تصبح أكثر وعياً بأنك تغرق. وبالتالي قبل الوقوع في الأحداث، من المهم وضع تدابير وقائية يمكن أن تقلل من مخاطر تطوير الإرهاق التعاطفي، وخطط محددة لها، يجب القيام به في حال التعرف على حكاية الأعراض.

2-7- Balance: التوازن

إن الحفاظ على التوازن في الحياة التي تكون مكثفة للغاية مع متطلبات المريض ومهنية والمطالب الأسرية ليست بالأمر السهل أبداً، إضافة إلى التوتر هناك ضغوط عاطفية خاصة وأعباء رعاية أسر المريض الذي يقترب من نهاية حياته.

ليس من المستغرب أن يكون من الصعب الحفاظ على التوازن، لذلك يعد تطوير استراتيجيات التوازن أمراً ضرورياً وتتمثل فيما يلي:

- وضع جدول للأنشطة تكون مصدراً للبهجة.
- أخذ إجازات والتمتع بالرحلات أو نزهات قصيرة.
- التدريب على اليقظة للمساعدة التركيز على العمل مع المرضى الفرديين.
- التخلص من الشعور بالذنب.
- التخلص من الشعور بالحزن.
- التركيز على العمل والتحكم فيه.
- النظر الى المواقف على أنها تحديات وفرص مسلية.
- الاهتمام بالتمارين الرياضية والنوم وإجراء فحوصات طبية وروتينية.

(Louise Max ,2006 ,p13)

3-7- الروابط Connection:

يعتبر الإتصال جزء مهم جدا للإنسان حيث أن التعبير عن المشاعر بحرية للزملاء أو أفراد الأسرة، أي التواصل على الأقل مع إنسان آخر، عامل يوصف بأنه يساعد في السيطرة على التوتر والقلق.

كما أن العلاقات التي يمكن أن يقيمها مقدم الرعاية مع زملاءه وتسلسلهم الهرمي هي أيضاً عوامل أساسية في الحد من عواقب الإرهاق التعاطفي، حيث أن مشاركة الواقع المهني والعلاقات الإيجابية بين الزملاء والتفاهم حول تجارب الممارسة المهنية، فضلاً عن دعم الزملاء والتسلسل الهرمي، يمكن أن يخفف من الضغط النفسي ويساهم في خلق بيئة عمل صحية وداعمة وبالتالي وقائية.

إضافة إلى استراتيجيات وقائية خاصة ببيئة العمل نذكر منها:

- توفر الدعم والتوجيه للمهنيين في المجال الصحي بشكل منتظم وجيد الجودة. هذا يعني ضرورة أن تكون هذه الجلسات متاحة بكميات كافية لضمان تطوير المهارات وتحسين الأداء السريري، وأيضاً يجب أن تكون جودة الإشراف عالية لتوفير المشورة والتوجيه الفعالين.

تخصيص وقت للبحث والتدريب المهني يتضمن قراءة الأبحاث الجديدة، والمشاركة في الدورات التدريبية، وحضور المؤتمرات، وغيرها من الأنشطة التي تساعد على تطوير المعرفة والمهارات اللازمة لتحسين الأداء المهني.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 39-40)

خلاصة الفصل:

يظهر هذا البحث أن الإرهاق التعاطفي يُعتبر مشكلة شائعة في بيئات العمل التي تتطلب التعامل مع الأشخاص المعانين. وهو حالة نفسية وعاطفية تنجم عن التعرض المتكرر لمعاناة الآخرين وتجاربهم الصعبة، خاصةً في سياق العمل الاجتماعي أو الصحي. يمكن أن يُصاب المهنيون الذين يعملون في مجال الرعاية الصحية أو العمل الاجتماعي بالإرهاق التعاطفي نتيجة للتعاطف المكثف مع الآخرين الذين يعانون.

تظهر أعراض CF على شكل شعور بالإرهاق الشديد، والضغط النفسي، وفقدان الإهتمام والشعور بالتقدير، بالإضافة إلى الشعور بالإحباط والعدم القدرة على التعاطف بشكل طبيعي. يمكن أن يؤدي CF إلى إنخفاض الأداء الوظيفي والإرتباط العاطفي بالعمل وزيادة معدلات الإستقالة من الوظيفة.

على الرغم من تعقيد الإرهاق التعاطفي وتأثيراته، إلا أن البحوث تشير إلى أنه يمكن الحد منه وإدارته بشكل فعال من خلال تبني استراتيجيات وقائية وتدابير إدارة الضغوط على كافة المستويات في مكان العمل.

الفصل الثالث: السرطان والمتمهين العاملين في مجاله

تمهيد.

1. تعريف السرطان وأنواعه.
2. المسار العلاجي المختلف لمكافحة السرطان.
3. التشخيص المبكر وعلاقته في الحد من الإرهاق التعاطفي.
4. إحصاء انتشار السرطان.
5. المتمهون العاملون في مصلحة الأورام والسرطان.
6. المخاطر التي يتعرض لها المتمهين العامل في مصلحة الأورام والسرطان.
7. العوامل التي يمكن أن تزيد من درجة الإرهاق التعاطفي ونتائجها على المتمهين في مصلحة علاج الأورام والسرطان.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعاني الجزائر منذ سنوات من عدة أزمات في النظام الصحي وهذا بإعتراف القائمين على القطاع أنفسهم حيث يشكل مرض السرطان ضغطا كبيرا على المستشفيات وعلى الميزانية نظرا لوتيرة نمو متسارعة تصل إلى 50 ألف حالة جديدة حسب التقرير الحكومي لسنة 2020 م، هذا ما يستدعي دعم ورعاية لهذه الفئة إضافة إلى الاهتمام بالقائمين بالرعاية الصحية لهم.

في هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مفهوم السرطان والإحصائيات الخاصة بمرضى السرطان عالميا ووطنيا، وكذا التعريف بالطاقم الطبي الذي يتولى رعايتهم، إضافة إلى الربط بين كل من الكشف المبكر للسرطان ودوره في الحد من مخاطر الإرهاق التعاطفي لدى عمال الرعاية الصحية لمصلحة الأورام والسرطان، كما سنتناول العوامل التي تزيد من مخاطر الإرهاق التعاطفي وكذا نتائجه على المهنيين العاملين.

1- تعريف السرطان وأنواعه Définition du cancer et ses types:**1-1-تعريف السرطان La définition du cancer:**

السرطان ليس مرضا جديدا إنما موجود منذ القدم فقد أظهرت الأبحاث الباثولوجية أنه أصاب الإنسان والحيوان حيث وجدت آثار تشير إلى وجود السرطان في العظام أو في المومياء في كتابات أبوقراط، وكذلك وجود جماجم محطمة العظام أو بها ثقوب أقترح أنه بسبب السرطان.

في القرن 19م كان ولادة علم دراسة السرطان Oncologie مع استخدام الميكروسكوبيات الحديثة، وتوالت بعد ذلك الكشوف والدراسات المختلفة على السرطان وكل ما يتعلق به من جميع جوانبه المختلفة إلى يومنا هذا.

(بوغاري حنان، عاقل فتيحة، 2022، ص 18)

عرفت منظمة الصحة العالمية السرطان كاصطلاح يستخدم للاستدلال على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكنها أن تغزو الأعضاء المجاورة أو البعيدة محط الأنسجة السليمة لتزاحمها حول استخدام الأغذية والأكسجين. (OMS. 2022)

كما يُعرف السرطان بأنه انقسام مستمر غير منظم أو غير مروض للخلايا، ويؤدي هذا الانقسام إلى تكون عدد هائل من الخلايا ونمو السرطان عادة ما يتطلب خطوات متعددة، يتحكم في كل خطوة عوامل كثيرة، البعض منها يتوقف على التركيب الوراثي للفرد، والبعض الآخر يتوقف على بيئته وأسلوب

الحياة. (ابتسام محمد الحبيشي، 2020، ص 713)

مصطلح السرطان يُطلق على عدد كبير ومتنوع من الأمراض والتي تشترك فيما بينها بثلاثة أعراض وهي النمو الغير منظم للخلايا، وقابلية الإنتشار، والتغيير في خصائص الخلايا، وقد تصيب أمراض السرطان الأفراد في أية مرحلة من مراحل حياتهم.

(بوغاري حنان، عاقل فتيحة، 2022، ص 19)

1-2- أنوع السرطان : Les types de cancer

" الورم هو تكاثر خلايا عضو معين في الجسم بشكل تلقائي غير منظم وخارج ضوابط وقوانين العضوية"

(ناجح الأغبر، 1999، ص 195)

فالسرطان يمثل فئة الأورام الخبيثة Tumeurs malignes والأورام الحميدة Tumeurs Bénignes

1-2-1- الأورام الحميدة Tumeurs Bénignes:

هو عبارة عن تكاثر نسيج جديد الذي يحتوي على عناصر خلوية ذات تنظيم عادي بنيتها النسيجية تكون مماثلة بشكل كبير للنسخة الأصلية، وعادة تمتاز بتطور تلقائي ونمو بطيء، ويمكن التنبؤ بها إلا في حالات أين تؤدي إلى تعقيدات ميكانيكية أو أيضية ومن أنوع الأورام الحميدة نذكر:

- أورام حميدة ظاهرية Tumeurs bénignes épithéliales.
- أورام حميدة للجهاز العصبي Tumeurs Bénignes Du Système Nerveuse.
- أورام حميدة ناجمة من الخلية الوراثية. Tumeurs Bénignes De La Cellules.

1-2-2- الأورام الخبيثة Tumeurs malignes :

في الغالب هي كبيرة الحجم وحدودها غير واضحة، وقد تكون متقرحة، كما نلاحظ وجود مناطق متنخرة ونافذة، لا يحتوي على محفظة كاذبة والخلايا لا تشبه الخلايا الأصلية وسريعة للنسج، تكون ذات حجم كبيرة ونواة كبيرة وصبغياتها زائدة الإنقسامات الخلوية الإنتشار، ويحتمل عودة ظهور بعد العلاج، وقد تسبب الموت للمصاب بها.

(إبراهيم الخطيب، 1997، ص106)

2- المسار العلاجي المختلف لمكافحة السرطان:**Les différentes approches thérapeutiques anticancéreuses**

يشمل المسار العلاجي لمكافحة السرطان مجموعة متنوعة من العلاجات التي يمكن تقديمها للمرضى وفقاً لنوع السرطان ومرحلته وخصائصه الفردية ومن بين العلاجات الشائعة التي يمكن أن يشملها المسار العلاجي نجد:

2-1- الجراحة والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي:**2-1-1- الجراحة Chirurgie :**

عملية الجراحة يمكن أن تكون مفردة عندما يكون الهدف هو استئصال كامل لورم سرطاني في مرحلة مبكرة وبنية شافية. يمكن أن تتم بشكل منفرد أو تكون جزءاً من علاج متعدد الأوجه بالتزامن مع العلاج الإشعاعي أو الكيميائي.

(François Chaumier ,2022,p16)

ومن أهداف التدخل الجراحي حسب جمعية السرطان الأمريكية المساعدة في الوقاية من السرطان، تشخيص ومعرفة مرحلة السرطان، وكذا علاج السرطان والمساعدة في تحسين الأعراض.

2-1-2- العلاج الكيميائي **Chimiothérapie**:

يعمل العلاج الكيماوي عن طريق إيذاء الخلايا السرطانية ومحاولة قتلها حيث يتم إعطاء العديد من أنواع العلاج الكيماوي عن طريق الحقن الوريدي من خلال أنبوب يوضع بالوريد ويمكن إعطاء أنواع أخرى من العلاج الكيماوي كجرع أو حقن أو حبوب.

في الآونة الأخيرة نسبة العلاج الكيميائي المضاد للسرطان عن طريق الفم تزداد بشكل متزايد في التدبير الدوائي للمرضى المصابين بالسرطان.

(Chaumier François ,2022P,16)

2-1-3- العلاج الإشعاعي **Radiothérapie**:

العلاج الإشعاعي هو علاج موضعي أو محلي بالأشعة، وقد شهد تطورات تقنية كبيرة خلال العقدين الماضيين، حيث تزداد درجات الدقة المطلوبة لضبط الجرعة الملقاة على حجم الورم بينما يتم تقليل السمية على الأنسجة السليمة. ومنه العلاج الإشعاعي الخارجي بواسطة التوموتيرابي والعلاج الإشعاعي الداخلي عن طريق المعالجة الكثبية عالية الجرعات (HDR).

2-1-4- العلاج المناعي **L'immunothérapie**:

تستهدف هذه العلاجات بدقة الشوائب الجزئية والآليات البيولوجية التي تلعب دورًا رئيسيًا في تطوير الأورام. تقوم العلاجات المستهدفة بحجب نمو أو انتشار الخلايا الورمية، من خلال تثبيط آليات تكوين الأورام نفسها، مع مستوى عالٍ من الخصوصية تجاه الخلايا السرطانية أو بيئتها الدقيقة.

تتمثل فعالية العلاجات المناعية الخاصة في العمل بشكل أساسي على نظام المناعة لدى المريض، بهدف استعادة قدرته على تدمير الخلايا الورمية.

بالإضافة إلى ذلك، فإن العلاج بالخلايا المضادة للورمات المحددة بمستقبل مضاد (CAR-T) le traitement par cellules Chimeric Antigenic Receptor - T يشكل شكلاً جديداً من أشكال العلاج المناعي المتطورة.

تساهم هذه الزيادة المتزايدة في عروض العلاجات المضادة للسرطان في زيادة معدلات البقاء العامة للمرضى.

(Chaumier François ,2022,p17)

2-2- رعاية الدعم والرعاية التلطيفية : Les soins: palliatifs et les soins de support

بالإضافة إلى العلاج الخاص بالسرطان، تشكل رعاية الدعم والرعاية التلطيفية جزءاً أساسياً من مسار علاج المرضى، إلا أن هناك من دمج بين المصطلحين تحت مفهوم واحد وهو الرعاية التلطيفية وهناك من ميز بينهما، حيث أن الرعاية الداعمة يتم تقديمها في جميع التخصصات حيث يحتاج المريض إلى دعم خاص بالإضافة إلى علاج المرض نفسه والتي تشمل علاج الألم، والدعم النفسي، والمساعدة في إعادة التأهيل، وما إلى ذلك أما الرعاية التلطيفية فهي تقدم للأشخاص الذين يعانون من مرض خطير ومتقدم، بالإضافة إلى أقاربهم.

الهدف منها هو التدخل في أقرب وقت ممكن لتخفيف الألم، وتهدئة المعاناة الجسدية، والحفاظ على كرامة المريض، ودعم محيطه.

(Assistance Hopitaux Public de Paris,2016)

سنتطرق إليهما باعتبار أن مرضى السرطان يحتاجان لكليهما خلال مسار العلاج الخاص بهم.

2-1-2- رعاية الدعم Les soins de support:

تعرف رعاية الدعم، المترجمة من الإنجليزية "supportive care"، على أنها مجموعة من الرعاية والدعم اللازمين للأشخاص المرضى خلال وبعد المرض. يتم تقديمها بالتزامن مع العلاجات المضادة للسرطان عند تنفيذها .

(Chaumier François ,2022,17)

أي تحسين رعاية الأعراض الناتجة عن المرض أو العلاجات المختلفة، وتداعياتها خلال وبعد العلاجات، أثناء وبعد الإصابة بالسرطان.

(Philippe Colombat,sd, p3)

هدفها هو ضمان أفضل جودة ممكنة لحياة الشخص المريض، سواء على الصعيد الجسدي، النفسي أو الاجتماعي.

تقدم هذه الرعاية نهجًا شاملاً للشخص وتأخذ في الاعتبار تنوع إحتياجات المريض وإحتياجات أفراد عائلته، وكذا توفير معلومات أفضل ومرافقة أفضل لجميع المرضى، سواء في المؤسسات الطبية أو في المنزل.

(Chaumier François ,2022,17)

وهذا ما تسعى إليه الحكومة الجزائرية حيث أكد منسق البروتوكولات العلاجية للأورام "البروفيسور عدة بونجار" في تصريح للإذاعة الوطنية أنه تم الموافقة على دفتر شروط الرعاية المنزلية لمرضى السرطان لأول مرة في الجزائر والذي يضمن تنقل فرق طبية لمن تعذر عليه الذهاب للمستشفيات، مضيفا أنه تم تخصيص فريق طبي متكون من ممرضين وأطباء لتقديم الرعاية اللازمة.

للمرضى بالسرطان، كما أوضح البروفيسور بأن المصالح الإستشفائية شاركت في العمل على توحيد الوصفات الطبية أو العلاجات التوافقية على المستوى الوطني .

كما ثمنت الأمانة العامة لجمعية الأمل لمرضى السرطان حميدة كتاب فرار توحيد البروتوكولات، مؤكدة أن هذه الخطوة إيجابية ومهمة جدا من شأنها أن تساهم في تخفيف معاناة مرضى السرطان وتوفير الأدوية للمرضى المصابين بهذا الداء، وكذا "تأمين تعادل في العلاج " وهو إمكانية العلاج بنفس الطريقة والمستوى والأدوية سواء في أقصى الجنوب أو في كبرى الولايات.

(الإذاعة الجزائرية. <https://news.radioalgerie.dz/fr>)

إلى جانب الاهتمام بمرضى السرطان تتضمن الرعاية الداعمة توفير المعلومات والتدريب الأولي والمستمر للمهنيين الصحيين، وبخاصة لأطباء الأورام العاملين والمتخصصين لأنه لتوفير دعم أفضل لجميع المرضى سواء في المؤسسات الطبية أو في المنزل، يتطلب جودة عالية من المعلومات والاستماع والمرافقة، وتحقيق هذه الجودة يتطلب ضرورة وجود جودة حياة عمل جيدة للعاملين في مجال الرعاية الصحية، مما يمكنهم من تقديم الاحترام والتعاطف والتواصل مع الآخر بشكل فعال خاصة مع تأثير الإرهاق التعاطفي للمهنيين في مجال الرعاية الصحية في مجال علم الأورام ومدى تأثيره على جودة الرعاية الصحية وهذا ما أكدته نتائج فرق بحث للجمعية الفرنسية للعناية والدعم في مجال الأورام . (Association

Francophone des Soins Oncologiques de Support)

(Philippe Colombat,sd, p03)

كما نادى الجمعيات والهيئات الوطنية الجزائرية بالدعم المادي لهؤلاء الفئة في عدة أمور منها:

- توفير النقل: حيث يُعد نقل المرضى إلى المراكز الاستشفائية لتلقي العلاج والمواعيد لما يمثله مشكل النقل من هاجس للمريض وأهله ولأن المستشفيات المحلية لا توفر هذه الخدمة إلا في حالة الإستعجالات الطبية التي لا تدخل تحت تصنيفها العلاج الإشعاعي والكيميائي إلا نادرا.
- توفير المبيت: حيث أنه عندما يتجه المريض بالسرطان إلى أحد مراكز مكافحة السرطان بالوطن للحصول على حصة العلاج الكيميائي أو الإشعاعي فهو لا يتحصل بالضرورة على الحق في المبيت داخل المستشفى إلا في بعض الحالات التي تستوجب الإستشفاء الداخلي.

- من خلال مساعدة المريض للحصول على التحاليل والكشوفات الطبية والراديويات بأسعار منخفضة عبر إجراء إتفاقيات مع مالكي المخابر ومراكز التصوير للتخفيض من ثمنهم مثل كشف البيكس سكان (pix scan) الذي يتجاوز ثمنه 10 ملايين دينار جزائري
- توفير الدواء الذي يمثل واحد من المشاكل العويصة التي تواجه مريض السرطان فهو إضافة إلى غلاء ثمنه الذي يصل في بعض الأحيان 6000 دج (سنة 2020م) يبقى غير متوفر في كثير من الأحيان إضافة إلى توفير المعلومة والتوجيه كشكل من أشكال الدعم حيث أن توفير المعلومة، وتوضيح المسار العلاجي وإحساس المريض وأهله بالمرافقة لوحدها تبعث شعورا بالطمأنينة وترفع الكثير من الهم عن المريض وأهله.

2-2-3- الرعاية التلطيفية Les soins palliatifs:

هي كلمة مأخوذة من الكلمة اللاتينية palliare والتي تعني الغطاء او الرداء وهي واحدة من مجالات الرعاية الطبية التي تركز على تخفيف المعاناة لدى المريض، كما حددت منظمة الصحة العالمية الرعاية الملطفة في السرطان باسم الرعاية الكاملة للمرضى الذين لا يستجيبون للعلاج.

(باهية فالح، يوسف عدوان، 2021، ص301)

تقدم الرعاية التلطيفية مسار علاجي شامل للشخص الذي يعاني من مرض خطير محتمل أن يكون قاتلاً، أو في الحالة المتقدمة من المرض أو في المرحلة النهائية منها الأمراض السرطانية والإيدز. يمكن تنفيذ الرعاية التلطيفية بشكل مبكر في مسار العلاج الطبي للمريض، في بعض الأحيان بشكل متزامن مع العلاجات النشطة ضد المرض عندما لا تسعى هذه العلاجات إلا إلى احتواء المرض أو تمديد الحياة أو تخفيف الأعراض. يتجهون نحو مرافقة نهاية الحياة عندما يتم إيقاف العلاجات الخاصة.

ولا يمكن السيطرة على تقدم المرض بعد. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية (OMS) في عام 2020، كانت الأورام السرطانية تمثل 34٪ من الحالات التي تتطلب الرعاية التلطيفية في العالم.

(Chaumier François, 2022, P21)

هذه الرعاية هي رعاية نشطة ومستمرة تهدف إلى تخفيف الألم، وتهدئة المعاناة النفسية، والحفاظ على

كرامة المريض، ودعم محيطه وتشمل ثلاثة فترات:

- فترة العلاج الشافي **La phase curative**: الهدف منها هو الشفاء والراحة.
- فترة الرعاية التخفيفية **La phase palliative**: حيث لا يمكن الشفاء بعد الآن، لذلك يصبح الراحة أولوية؛ وفي الوقت نفسه، يتم مواصلة العلاجات الخاصة ذات السمية المنخفضة للحد من الأعراض.
- الفترة النهائية **La phase terminale**: حيث تكون الوفاة وشيكة تتمركز الرعاية حول الراحة.



الشكل 05: يمثل مسار علاجي الشامل للرعاية التلطيفية N. Lakhedari.

تقدم الرعاية التلطيفية خدماتها من خلال فريق متكامل يضم الطبيب والمرضى والأخصائي النفسي وغيرهم من المتخصصين الذين يعملون مع المريض لتوفير طبقة إضافية من الدعم، حيث يولي الفريق اهتماماً بالغاً بمهارات الإتصال مع المريض وأن لا يتعرض للألم ولا للخوف ولا للوحدة خلال ظروف حياته حتى في المراحل الأخيرة من مرضه ولن يتخلى عنه الفريق مهما اشتدت ظروف مرضه.

كما تستخدم العلاجات النفسية بشكل متزايد في الرعاية التلطيفية حيث يتم تكييف التقنيات المعرفية السلوكية للاستخدام مع مرضى السرطان الذين يعانون من القلق والاكتئاب أو من الضغوط النفسية

إضافة إلى أن المرحلة التلطيفية تبرز العجز والمعاناة ومواجهة حقيقة للموت مما يؤدي إلى صدمة نفسية في هذه المرحلة وما يخيف المريض في هذه المرحلة الأعراض الناتجة عن المرض وليس المرض في حد ذاته والمتمثلة في الألم حيث يعد الألم واحد من أكثر الأعراض التي يعاني منها المرضى المحتاجون إلى الرعاية التلطيفية، إضافة إلى التدهور الجسدي والنفسي.

(باهية فالح، يوسف عدوان، 2021، ص304-301)

حيث أكدت الدراسات التي قامت بها الجمعيات الأمريكية والأوروبية للأورام السرطانية أن الرعاية التلطيفية المبكرة والمتكاملة تقدم فوائد فيما يتعلق بجودة الحياة، وتقليل الأعراض، والقلق، والاكتئاب، وتحقيق رضا المريض عن رعايته، وتحسين جودة حياة الأقارب، وتقليل عدوانية الرعاية في نهاية الحياة.

(Chaumier François 2022, P.21)

في الأخير يمكننا القول بأن الرعاية التلطيفية ورعاية الدعم تشتركان في أنهما يهتمان بفضة واحدة وهم مرضى السرطان ويسعيان نحو هدف واحد وهو تقديم الرعاية الشاملة لهم من كل الجوانب.

3- التشخيص المبكر وعلاقته في الحد من الإرهاق التعاطفي:

يُعرف التشخيص المبكر بأنه اكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى مما يمنع حدوث مضاعفات للمرض ويساعد على العلاج الفوري وبالتالي يكون أسرع وذو فاعلية أكبر.

(سلوى عثمان الصديقي، 2002، ص38-39)

ولكن قبل التحدث على التشخيص المبكر للسرطان تأتي التوعية منه في المرتبة الأولى حيث تعتبر جزء مهم من الرعاية الصحية التي تعني بتحسين السلوك الصحي الناجح والفعال.

(صدام رايس، 2021، ص164).

تقوم الدولة الجزائرية على غرار دول العالم بحملات تحسيسية كل فترة بهدف زيادة الوعي بهذا المرض والتشجيع على الفحص والكشف المبكر عنه، مما يُحسن من فرص التعافي لدى المصابين مثل الحملات التحسيسية التي تقوم بها كل شهر أكتوبر أو ما يطلق عليها مبادرة "أكتوبر الوردي" المخصصة لمكافحة

سرطان الثدي الذي أصبح يسجل نسباً عالية في البلاد، وهي مبادرة عالمية بدأ العمل بها على المستوى الدولي في أكتوبر 2006، حيث يشهد العالم في هذا الشهر حملات توعية ومبادرات خيرية من أجل الفحص المبكر وتقديم المعلومات ومساندة المصابين بهذا المرض.

(الإذاعة الجزائرية. /<https://news.radioalgerie.dz/>)

كما وُجِدَت فكرة برنامج الكشف المبكر عن السرطان نتيجةً لزيادة نسبة الإصابة بهذا المرض بشتى أنواعه في السنوات الأخيرة في الجزائر، ولا تكمن خطورة هذا المرض في الإصابة به أو في عدد المصابين وإنما في عدم إكتشاف الإصابة إلا في مراحل متقدمة منه الأمر الذي يجعل نسبة الشفاء منه ضئيلة أو ربما معدومة.

على العكس فإن الكشف المبكر له يؤدي إلى التشخيص المبكر له حيث دعت منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى تحسين التشخيص المبكر للسرطان وضمان الإسراع في علاجه وخاصة سرطان الثدي وعنق الرحم والقولون.

كما أن التشخيص المبكر عامل من عوامل النجاح في التكفل المبكر بمرض السرطان وإحتواءه قبل وصوله إلى حالات متقدمة منه ومنه تقليل أو الحد من تعامل الأطباء وكل الطاقم الطبي الخاص بمرضى السرطان والأورام مع الحالات المستعصية والمحتضرة التي تسبب لهم ضغط تعاطفي مما يؤدي إلى الإرهاق التعاطفي حيث أنه من العوامل التي تزيد من مخاطر الإرهاق التعاطفي هو تأثير نوع المرضى على الإستجابة التعاطفية حيث أن المرضى العنيفون شفهيًا أو جسديًا، الغير مخلصين. أو المعارضين للعلاج، أو الذين يصفون الأحداث بطريقة مرعبة وهذا ما نجده في بعض الحالات المتقدمة من المرض سيؤثر بشكل كبير على إستجابة العامل المهني.

(Gérard Lebel, 2015,p32)

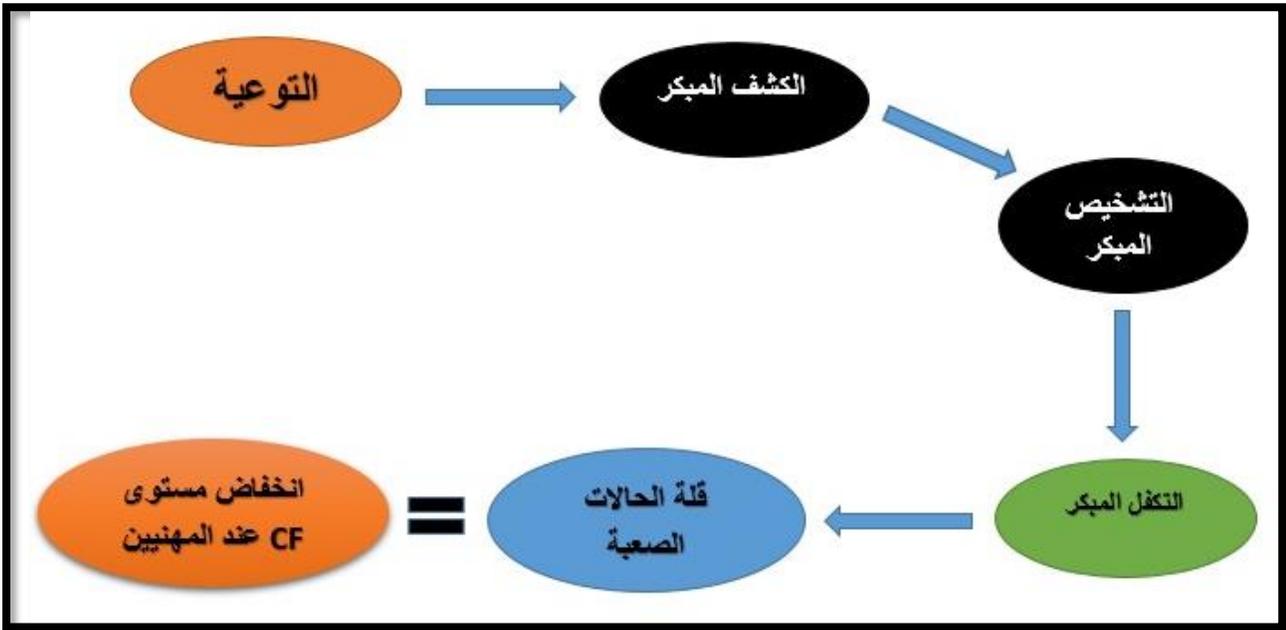
كما أن العمال المهنيين ذوي الخبرة العالية قد يكونون عُرضة للإرهاق التعاطفي نتيجة لتأثير التعاطف فعندما يتعرض هؤلاء المهنيين لمستويات عالية ومتكررة من المعاناة، فإن ذلك يمكن أن يؤدي تدريجياً إلى

الإصابة بالإرهاق التعاطفي. (Goumdiss Meriem ,2018,p16-17)

نأخذ مثال على ذلك سرطان الرحم والثدي الذي يعد في المركز الأول في الجزائر برغم من وضع الدولة تشخيص مجاني سنويًا في المستشفيات العامة مثلاً مستشفى قضي بكيير المتواجد بوسط ولاية غرداية إلا أن إقبال النساء للفحص ضئيل مقارنة بعددهم في الولاية (إحصائيات مستشفى قضي بكيير) مما يُصعب الأمر على الطاقم الطبي للرعاية بمرضى السرطان منهم الأخصائي النفسي الذي يجد نفسه أمام حالات تعاني في مرحلة متأخرة من سرطان الرحم كان يمكن تفاديها بالكشف المبكر والتدخل المبكر

مثل القيام بعملية مسح عنق الرحم "Le frottis cervico-vaginal"

ولتوضيح العلاقة بينهما سنعرض المخطط التالي:



(من إعداد الطالبتين)

الشكل 06: مخطط يمثل علاقته التشخيص المبكر بالحد من الإرهاق التعاطفي.

4- إحصاء انتشار السرطان:

4-1- السرطان في العالم:

السرطان هو سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، وقد أزهق أرواح 10 ملايين شخص تقريباً في عام 2022، وهو ما يعادل وفاة واحدة تقريباً من كل 6 وفيات. ويقدر أيضاً أنه بحلول عام 2050، من المتوقع أن يزيد معدل انتشار السرطان في العالم بنسبة 77٪.

تسبب هذا المرض في وفاة ل أكثر من نصفهم بقليل من سكان البلدان النامية بسبب ارتفاع متوسط العمر المتوقع والتحسين المستمر في مكافحة المشكلات الصحية الرئيسية وزيادة استهلاك التبغ (فالانخفاض الذي حدث في نسبة استهلاكه في العديد من البلدان النامية أدى لانخفاض نسبة الإصابة بالمرض).

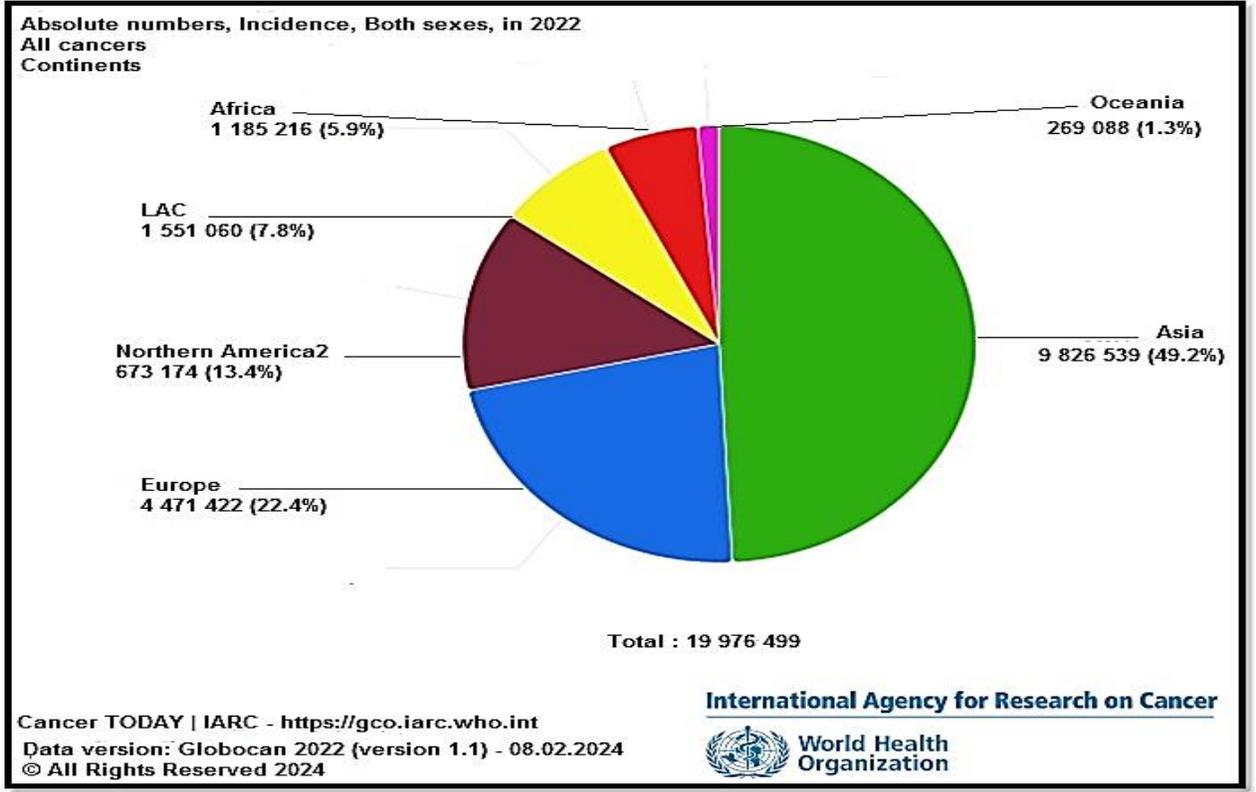
كما أن 70% من إجمالي تلك الوفيات يحدث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة، وتحدث 30% من وفيات السرطان بسبب خمسة عوامل خطر ما بين سلوكية وغذائية وهي ارتفاع كتلة الجسم، عدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، قلة ممارسة النشاط البدني، تعاطي التبغ، وتعاطي الكحول.

من أكثر أنواع السرطان شيوعاً في العالم هو سرطان الثدي وسرطان الرئة والقولون والمستقيم وسرطان البروستات.

حالات العدوى المسببة للسرطان، مثل عدوى فيروس الورم الحليمي البشري والتهاب الكبد، مسؤولة عما يقارب 30% من حالات السرطان في البلدان المنخفضة الدخل والمنتمة إلى الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مثل الجزائر.

يعد السرطان أحد الأسباب الرئيسية الثلاث للوفاة بين الأشخاص المنتجين الذين ينتمون للفئة العمرية (55 - 15 سنة) في البلدان الصناعية والنامية على حد سواء، ويصاب بالسرطان سنوياً 400000

طفل تقريباً. وتختلف أنواع السرطان الأكثر شيوعاً بين البلدان، ويمثل سرطان عنق الرحم أكثر أنواع السرطان شيوعاً في 23 بلداً. (منظمة الصحة العالمية. 2022)



شكل 07: يمثل إحصائيات سنة 2022 لعدد المصابين بالسرطان حسب قرات العالم. (IARC) 4-2- في الجزائر:

كشفت وزارة الصحة عن إرتفاع لافت في نسبة الإصابة بأمراض السرطان في الجزائر، وأكد أنه يُسجّل أكثر من 49 ألف حالة إصابة جديدة بأمراض السرطان سنوياً، وأن أكثر أنواع السرطان إنتشاراً هي سرطان القولون والرئة عند الرجال والثدي والرحم عند النساء.

(<https://www.alaraby.co.uk/society>)

وتوقع التقرير أن يبلغ عدد المصابين بمختلف الأنواع من أمراض السرطان إلى 61 ألف حالة إصابة جديدة سنوياً بحلول عام 2025. وترصد الإحصائيات الأخيرة لوزارة الصحة زيادة سنوية للإصابة

بالمرض في الجزائر بمعدل 103 حالات لكل 100 ألف نسمة، وتوقع أن يرتفع عدد الإصابات سنويا إلى 70 ألف حالة في 2030.

تتوفر الجزائر على 20 مركزاً متخصصاً لعلاج السرطان، ستة منها استثمارات خاصة، 41 مصلحة و77 وحدة تقدم العلاج الكيميائي.

5-المتمهون العاملون في مصلحة الأورام والسرطان:

Les travailleurs de qualifiés service d'oncologie et de cancérologie de la santé

يعمل مجموعة متنوعة من المتخصصين والمهنيين المساهمين في تقديم الرعاية الشاملة للمرضى في مصلحة الأورام والسرطان.

إليك مهام عينة من قائمة العاملين المهنيين الرئيسيين فيها:

1-5- الأطباء Les Médecins :

• أطباء الأورام والسرطان **Les oncologues et cancérologues**: يقومون بتشخيص وعلاج السرطان ويتولون الرعاية الطبية للمرضى.

• جراحو الأورام **Les chirurgiens oncologues**: يقومون بإجراء الجراحات لإزالة الأورام والأنسجة المصابة بالسرطان.

• أطباء الأشعة النووية **Les médecins spécialistes en radiologie nucléaire**: يقومون بتقديم العلاج الإشعاعي للمرضى المصابين بالسرطان.

(Trufelli et al. 2008.p245)

2-5- Les infirmiers et infirmières والمرضات والممرضون

● ممرضون متخصصون في العناية بمرضى السرطان: يقدمون الرعاية المباشرة للمرضى ويساعدون في تقديم العلاجات ومراقبة حالتهم.

● ممرضات متخصصات في العلاج الكيميائي: يتولون تقديم العلاج الكيميائي للمرضى ويقدمون الرعاية والدعم أثناء علاجهم

● 3-5- متخصصون في الصحة النفسية Les professionnels de la santé mentale :

يقدمون الدعم النفسي والعاطفي والإسترشاد للمرضى وأسرههم خلال فترة علاج السرطان وكيفية التعامل مع التحديات النفسية المرتبطة بالمرض

● 4-5- مساعدو طبيب الأسنان Les assistants dentaires : يساعدون أطباء الأسنان

في تقديم الرعاية الفموية والتصوير الشعاعي للمرضى الذين يتلقون علاجًا كيميائيًا أو إشعاعيًا للسرطان.

● 5-5- مختصون في الصحة العامة Les professionnels de la santé publique :

يقومون بتحليل البيانات وتقديم النصائح حول سبل الوقاية من السرطان وتعزيز الصحة العامة في المجتمع.

● 5-6- الفنيون والتقنيون Les techniciens et techniciennes : يساهمون في تشغيل

وصيانة الأجهزة الطبية وتنفيذ الإختبارات المخبرية والإجراءات الطبية الأخرى ذات الصلة بتشخيص وعلاج السرطان.

(Holland et al. 2010.P56)

6- المخاطر التي يتعرض لها المتمهين العامل في مصلحة الأورام والسرطان:

العاملون في مصلحة الأورام والسرطان قد يتعرضون لمجموعة متنوعة من المخاطر الصحية والمهنية نظرًا للطبيعة الخاصة للعمل في هذا المجال، يجب عليهم أن يكونوا مدركين لمخاطر العمل ويتبعوا إجراءات السلامة الصحيحة للحفاظ على سلامتهم الشخصية وصحة المرضى، ومن بين هذه المخاطر ما يلي:

6-1- مخاطر العدوى البيولوجية:

تتضمن هذه المخاطر احتمالية التعرض للأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الأيدز أو الأمراض التي ينتقل عن طريق الدم مثل فيروس الكبد الوبائي (B، C) والعدوى التنفسية (فيروسات كورونا والانفلونزا) فيحتاجون هنا إلى إتباع إجراءات الوقاية الصحيحة مثل استخدام القفازات والزي المناسب لتقليل خطر العدوى.

6-2- مخاطر العوامل الكيميائية:

يتعرض العاملون لمواد كيميائية خطيرة مثل العقاقير الكيميائية المستخدمة في العلاج الكيميائي للسرطان، ويسبب التعرض المطول لهذه المواد الكيميائية مشاكل صحية مثل التهيج الجلدي أو التسمم.

6-3- مخاطر الإشعاع:

قد يتعرض العاملون للإشعاع النووي أثناء إجراءات التشخيص والعلاج مثل الأشعة السينية وعلاج الإشعاع، ومن المهم إتباع إجراءات السلامة الصحيحة وإستخدام الحماية الإشعاعية لتقليل التعرض للإشعاع.

(Stimpfel, Sloane, & Aiken, 2012, p.501)

6-4- مخاطر الصحة النفسية:

يمكن أن يكون التعامل المستمر مع المرضى المصابين بالسرطان والمواجهة المستمرة للموت والمعاناة البشرية مجهدًا على الصحة النفسية للعاملين، فيحتاجون هنا إلى دعم نفسي وإستراحة منتظمة للتعامل مع الضغوط النفسية.

6-5- مخاطر الإصابة الجسدية:

يشمل ذلك خطر الإصابة بجروح خلال التعامل مع المعدات الطبية الحادة مثل الإبر والمشرط، فيجب عليهم إتباع إجراءات السلامة الصحيحة والتدريب على إستخدام المعدات بشكل آمن.
(تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية HealthWISE- دليل العمل، 2017، ص 4-5)

6-6- مخاطر الإرهاق والإجهاد:

يتطلب العمل في مصلحة الأورام والسرطان الكثير من الجهد البدني والعقلي، مما قد يؤدي إلى الإرهاق والإجهاد النفسي، فيجب عليهم الحفاظ على توازن جيد بين العمل والحياة الشخصية وإتخاذ فترات راحة منتظمة.

7- العوامل التي يمكن أن تزيد من درجة الإرهاق التعاطفي ونتائجها على المهنيين في مصلحة علاج الأورام والسرطان:**7-1- العوامل التي يمكن أن تزيد من درجة الإرهاق التعاطفي للمتمهين في مصلحة علاج**

السرطان: Les éléments susceptibles d'augmenter le niveau de fatigue compassionnelle chez les professionnels exerçant dans le domaine du traitement du cancer

هناك عدة عوامل يمكن أن تزيد من درجة الإرهاق التعاطفي للمهنيين في مصلحة علاج السرطان والأورام، ويشمل ذلك:

- **شروط العمل:** وتتمثل في ارتفاع حجم العمل والضغط الناتج عن عدد المرضى وحالتهم، ونقص التدريب والمطالب الغير واقعية من قبل مؤسسة العمل كل هذه تزيد من مخاطر CF بقدر كبير.
- **انعدام الدعم النفسي:** غياب التقدير و الاعتراف والدعم النفسي للمهنيين يمكن أن يجعلهم أكثر عرضة للإرهاق التعاطفي.

(Gérard Lebel, 2015,p32)

- **قلة الموارد:** حيث أنه عندما تفوق متطلبات العمل الموارد المتوفرة في بيئة العمل قد تشكل ضغط ومنه زيادة الضغط على المهنيين وزيادة مستوى الإرهاق التعاطفي.

(Maureen Ann Parsons,2014,p04)

- **الاستمرارية في المواقف الصعبة:** تكرار التعامل مع حالات مرضى صعبة ومؤلمة دون فترات استراحة يمكن أن يزيد من مستوى الإرهاق التعاطفي.

- **الظروف البيئية الراهنة، مثل الأوبئة والجائحة:** إن الظروف البيئية الراهنة والحالية، مثل وباء الكوليرا ومختلف أنواع العدوة المهنية كاسل والتهاب الكبد والفيروسات تشكل مخاوف العاملين المتمهين في مجال الرعاية الصحية خشيتنا أن يستفحل بسرعة كبيرة ليصبح جائحة ذات عواقب مدمرة كجائحة كورونا، فتكون الضغوط النفسية والعاطفية متزايدة على المهنيين الذين يعملون في مجال علاج السرطان، مما يؤدي إلى زيادة مستوى الإرهاق التعاطفي، لانهم قد يتعرضون لمستويات عالية من التوتر والقلق نتيجة لزيادة الحالات المرضية والمعاناة التي يشهدها المرضى وعائلاتهم وقد يواجه تحديات إضافية، مثل زيادة الأعباء العملية والمخاوف المتعلقة بالسلامة الشخصية والتعرض للعدوى.

(OMS .2007)

2-7- نتائج الإرهاق التعاطفي على المهنيين العاملين في علاج الأورام والسرطان: Les effets de la fatigue compassionnelle sur les professionnels l'oncologie et du traitement œuvrant dans le domaine de du cancer

2-7-1- تأثير الإرهاق التعاطفي على الصحة النفسية للمهنيين:

تأثير الإرهاق التعاطفي يشمل فهم كيفية تفاعل العوامل النفسية والعاطفية مع بيئة العمل والتفاعل المستمر مع المرضى أو العملاء الذين يعانون، يمكن تقسيمها إلى عدة جوانب من بينها:

● **زيادة مستويات التوتر:** يتعرض المهنيون المتعاملون مع المرضى أو العملاء المصابين إلى مواقف مؤثرة عاطفياً بشكل متكرر، مما يزيد عندهم مشاعر الخطر والعجز والرعب، وفي بعض الأحيان إلى تساؤلات حول العدالة الإنسانية، الخير والشر، معنى المعاناة، والطبيعة البشرية أو حتى المجتمع،

مما يزيد من مستويات التوتر لديهم ويجعلهم يواجهون ضغوطاً كبيرة لتقديم الدعم والرعاية بشكل فعال.
(Gérard Lebel, 2015,p32)

● **زيادة مستويات القلق:** يمكن للتعامل المستمر مع مشاعر الألم والحزن لدى المرضى أو العملاء أن يثير مخاوف المهنيين بشأن حالتهم الصحية والعاطفية، وقد يشعرون بالقلق بشأن قدرتهم على تلبية احتياجات المرضى أو العملاء بشكل كافي، مما يؤثر على صحتهم النفسية.

(منظمة الصحة العالمية OMS)

زيادة مستويات الاكتئاب: حيث أوضح فيجلي (1995) في أبحاثه أن غالباً ما يرتبط CF بالاكتئاب حيث ان الشخص الذي يعاني من CF قد يُظهر أعراضاً مرتبطة بالاكتئاب من دون أن يتم تشخيصه سريريا بالاكتئاب. (Jennifer Violet,2010,P17)

لذلك من المهم أن يتم توفير الدعم النفسي والعاطفي للمهنيين الذين يتعرضون لهذا النوع من الإرهاق، بما في ذلك إمكانية الحصول على استراحة ودعم من الزملاء والمشرفين، بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الإستشارية النفسية إذا لزم الأمر.

2-7-2- تأثير الإرهاق التعاطفي على أداء المهنيين في مصلحة علاج السرطان والأورام، وتأثيره على تقديم

الرعاية الصحية:

الإرهاق التعاطفي يمكن أن يؤثر بشكل كبير على أداء المهنيين في مصلحة علاج السرطان والأورام وعلى تقديم الرعاية الصحية بشكل عام. إليك كيف يمكن أن يكون لهذا الإرهاق تأثيراً على أداءهم وتقديم الرعاية:

- انخفاض مستويات الرضا الوظيفي: يمكن أن يؤدي الشعور بالإرهاق والإحباط وعدم الرضا

الشخصي إلى انخفاض مستويات الرضا الوظيفي والرغبة في العمل.

- انخفاض جودة الرعاية: يمكن أن يؤدي الإرهاق التعاطفي إلى انخفاض جودة الرعاية المقدمة

للمرضى أو العملاء، مما قد يؤثر سلباً على نتائج العلاج أو الرعاية.

(Suleiman et al., 2019, p. 199)

- تدهور الأداء المهني: قد يؤدي CF إلى تراجع الأداء المهني وزيادة عدم الانتباه والتقصير في الأداء،

كما يمكن أن يؤدي بشكل غير مباشر إلى أخطاء علاجية أو حتى مواقف مسيئة، بسبب صعوبة الحفاظ على الموقف العلاجي مما يؤثر سلباً على تجربة المريض ونتائج علاجه.

(Suleiman et al., 2019, p. 199)

- تأثير على الصحة النفسية للمهنيين: يمكن أن يؤدي CF إلى تدهور صحة النفسية للمهنيين، مثل

الانعزال الاجتماعي، وحالات الاكتئاب الشديد، واضطرابات في استخدام المخدرات، وكذلك مشاعر غير مناسبة مثل الشك، والسخرية، والغضب على أدائهم اليومي والعمليات الحيوية في مصلحة علاج السرطان والأورام.

(JulienDerdour-Campos , 2018, p.17-36)

- تأثير على العلاقات العملية: قد يؤدي CF إلى تدهور العلاقات العملية داخل الفريق الطبي،

حيث يمكن أن يؤثر CF على التواصل والتعاون بين أفراد الفريق، وقد يتسبب في زيادة التوتر

والصراعات بين الزملاء، مما يقلل من كفاءة العمل الجماعي والتفاعل الإيجابي، كما أن CF يُسبب شعورا بالتشتت.

حيث يجد المعالجون أنفسهم غير قادرين على الوفاء بالتزاماتهم المهنية والزمالية والشخصية.

(Alizé Cointot, 2022,P64)

- **زيادة معدلات الاستقالة:** قد يكون للإرهاق التعاطفي تأثير سلبي على معدلات الاستقالة في مصلحة علاج السرطان والأورام، حيث يؤدي CF في بعض الحالات الشديدة إلى رغبة الأفراد في الانسحاب من العمل أو التغيير إلى مجالات أخرى.

(Julien Derdour-Campos, 2018, p 17-36)

بشكل عام، يمكن أن يؤثر الإرهاق التعاطفي على أداء المهنيين في مصلحة علاج السرطان والأورام بشكل كبير، مما يتطلب توفير الدعم النفسي والعاطفي المناسب لهم للحد من تأثيره السلبي وتعزيز الرعاية الصحية المقدمة.

2-7-3- تأثير الإرهاق التعاطفي على العلاقات الإجتماعية داخل الفريق الطبي وعلى العلاقات

الشخصية للمهنيين:

الإرهاق التعاطفي يؤثر بشكل كبير على العلاقات الاجتماعية داخل الفريق الطبي وعلى العلاقات الشخصية للمهنيين بشكل عام، ويحدث هذا بـ:

- **تدهور الإتصال والتواصل:** الإرهاق التعاطفي يؤدي إلى تقليل مستوى الإتصال والتواصل بين أفراد الفريق الطبي، حيث يمكن أن يشعر المهنيون بالإرهاق العاطفي والتعب النفسي مما يجعلهم أقل ميلاً للتفاعل والتواصل مع زملائهم، وقد يؤدي هذا التدهور إلى زيادة الفجوات في التواصل، مما يمكن أن يؤثر على فعالية العمل الجماعي وتقديم الرعاية الصحية.

- **زيادة التوتر والصراعات:** يمكن أن يزيد CF من مستويات التوتر داخل الفريق الطبي، حيث قد يصبح المهنيون أكثر عرضة للانفعالات السلبية والصراعات مع زملائهم، وقد ينتج هذا التوتر عن تعاملات غير مهنية أو نقاشات مشتدة بين أفراد الفريق، مما يؤثر على الأجواء العامة داخل المصلحة ويقلل من مستوى الراحة والتفاهم بين الزملاء.
- **تأثير على العلاقات الشخصية:** يمكن أن ينعكس CF على العلاقات الشخصية للمهنيين، حيث يمكن أن يؤثر على قدرتهم على التفاعل بشكل صحيح مع أفراد عائلتهم وأصدقائهم خارج بيئة العمل، وقد يجد المهنيون صعوبة في الاستمتاع بالأوقات الاجتماعية والنشاطات الشخصية بسبب التوتر والتعب النفسي الذي يعانون منه نتيجة للإرهاق التعاطفي.
- **تأثير على الدعم الاجتماعي:** قد يقل الدعم الاجتماعي المتبادل بين أفراد الفريق الطبي وزملاء العمل بسبب الإرهاق التعاطفي، مما يمكن أن يزيد من الشعور بالعزلة والضغط النفسي، ويمكن أن يؤثر هذا التقليل في الدعم الاجتماعي على قدرة المهنيين على التعامل مع التحديات والضغوطات التي تواجههم في العمل.

(Smith, S and all, 2018,P49-50)

بشكل عام يمكن أن يؤثر الإرهاق التعاطفي على العلاقات الاجتماعية داخل الفريق الطبي، والعلاقات الشخصية للمهنيين بشكل سلبي، مما يستدعي اتخاذ إجراءات لتخفيف التوتر وتعزيز الدعم النفسي والاجتماعي بين أفراد الفريق.

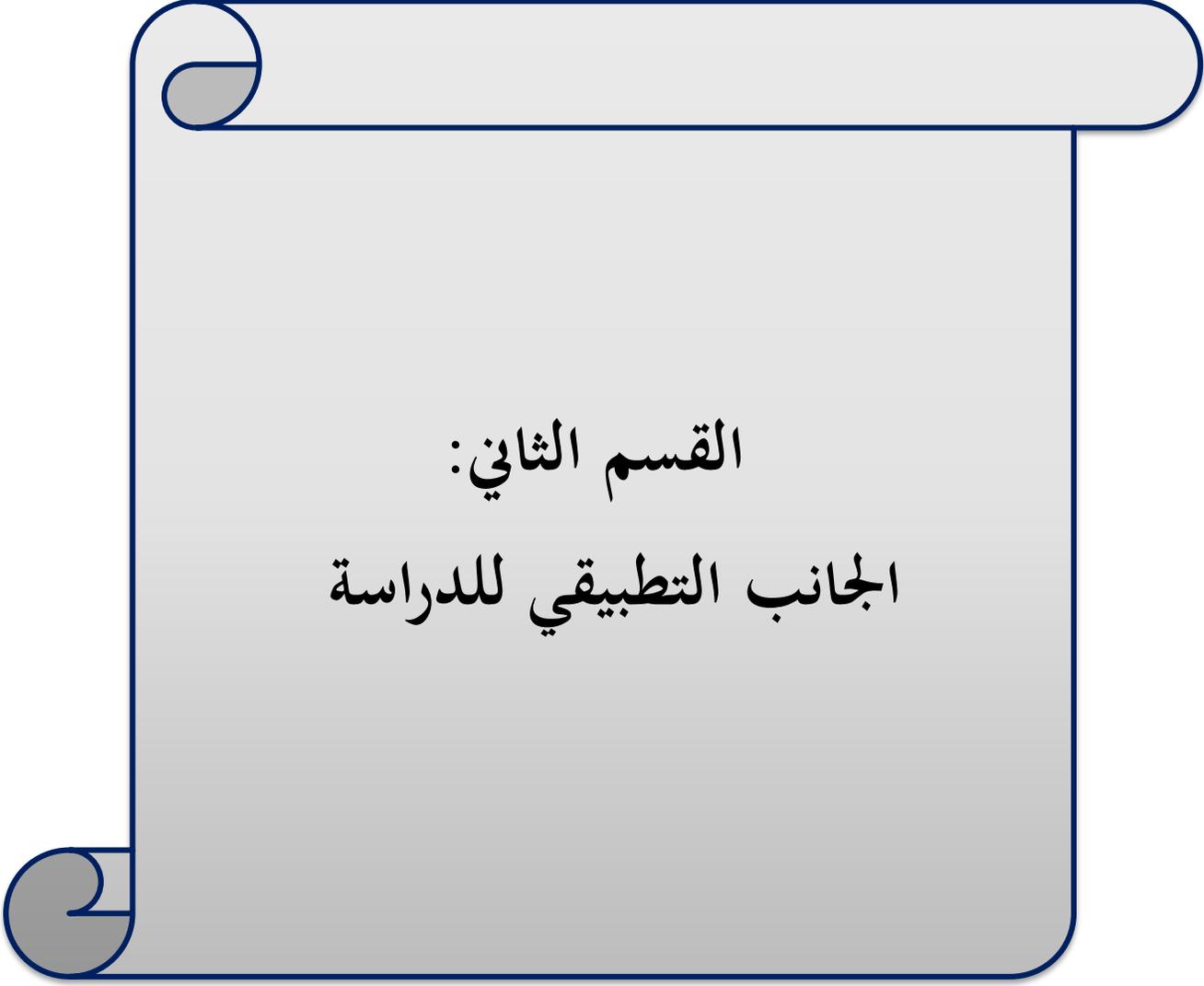
خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى السرطان من حيث تعريفه وأنواعه وعلاجه وكذا الكشف المبكر للسرطان ودوره في الحد من مخاطر الإرهاق التعاطفي، ثم انتقلنا إلى المهنيين العاملين في علاج الأورام والسرطان وذكر مختلف العوامل التي تساهم في الرفع من الإرهاق التعاطفي لديهم.

وفي الختام لهذا الفصل، يظهر بوضوح أن هذا المجال يتطلب جهوداً كبيرة وتفانٍ من الفرق الطبية والعاملين في مصلحة السرطان. بينما يواجهون تحديات متعددة من الجانب النفسي والعملي، فإنهم يسعون دائماً لتقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى.

يجب علينا أن نقدر التضحيات التي يقدمونها يومياً وندعمهم في جهودهم الرامية إلى مكافحة هذا المرض المدمر.

ومن خلال العمل المشترك والتوجيهات السليمة، يمكننا تعزيز رعاية المرضى وتحسين البيئة العملية للمتخصصين في مجال السرطان، مما يساهم في تحسين النتائج الصحية ورفاهية الجميع.



القسم الثاني:
الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.

1. الدراسة الاستطلاعية.

2. منهج الدراسة.

3. تحديد عينة البحث وخصائصها.

4. أدوات الدراسة.

5. حدود الدراسة.

6. الأساليب المستخدمة إحصائياً.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعد الدراسة الميدانية الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في وضع الإطار الافتراضي لبحثه منذ البداية. انطلاقاً من الجانب النظري وصولاً إلى النتائج المستخلصة من البحث، إذ تعتبر خطوة ضرورية من خطوات البحث العلمي حيث توفر الدراسة الميدانية الحصول على بيانات يستطيع الباحث بعد تحليلها الوصول إلى نتائج وحقائق جديدة لم تكن واضحة أو معروفة سابقاً. سيتم في هذا الفصل التعرض للطريقة والمنهجية المعتمدة في معالجة موضوع البحث، وذلك فيما يتعلق بمواصفات وسائل القياس، ومراحل الكشف عن خصائصها السيكومترية، من خلال دراسة استطلاعية وأخرى أساسية.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساساً جوهرياً لبناء البحث كله، وذلك لما يمكن للباحث تحقيقه من خلالها إذ تهدف الدراسة الاستطلاعية إضافة للتحقيق من صلاحية أدوات البحث إلى تعميق المعرفة بالموضوع المراد دراسته، وتجميع الملاحظات والتعرف على أهمية البحث وتحديد فروضه... إلخ

(محي الدين مختار، 1995، ص48)

طُبقت الدراسة الاستطلاعية في دراستنا الحالية كخطوة أولى على عينة مكونة من (30) عامل مهني بمصلحة الأورام والسرطان بكل من مستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية، ومستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة، تم اختيارها بطريقة مقصودة وذلك بالتوجه إلى المستشفيات العامة وإلى مصلحة الأورام بالتحديد بعد الحصول على وثيقة الترخيص بالزيارة من طرف رئيس قسم علم النفس من جامعة غرداية الأستاذ "معمري حمزة"، ثم أخذ الموافقة من رئيس مصلحة تسيير الموارد البشرية بمستشفى ترشين إبراهيم، ومن بعده موافقة رئيس المصلحة بقسم الأورام و السرطان "السيد بارود أحمد" الذي اهتم شخصياً بتوزيع الاستبيان على العمال المهنيين في المصلحة، وكذا نفس العمل مع مسؤول مصلحة الموارد البشرية بورقلة "السيد هيناني عمر".

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من يوم: " الأحد 25 فيفري 2024 " إلى يوم "السبت 10 مارس 2024"، كان الهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية هو التأكد من وجود العينة أي كامل الطاقم الطبي في المصلحة وكان بداية الأمر بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية، وكذا الإتصال المباشر بهم وتحديد عددهم الذي وجدناه لا يستوفي حتى العدد الأولي لإجراء الدراسة الاستطلاعية مما جعلنا نقرر زيارة مستشفيات خارج الولاية.

كان الهدف أيضا من هذه الدراسة هو تطبيق المقياس المستخدم (مقياس جودة الحياة المهنية) لقياس الظاهرة محل الدراسة والتحقق من صلاحيته، والتأكد من سلامته من حيث اللغة ووضوح التعليمات والفقرات وكذا بدائل الأجوبة.

- التأكيد من تمتع أدوات الدراسة بالخصائص السيكومترية التي تعطينا الثقة لاستخدامها.
 - تقدير الوقت اللازم لإجراء الدراسة الأساسية والفترة الزمنية المناسبة لذلك.
 - جمع ملاحظات خاصة تساعدنا على تحديد خطة تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية، ورصد مختلف الصعوبات التي قد تؤثر على تطبيقها.
- 1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

• خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الجنس:

المجموع	النسبة المئوية	العدد	الفئة	النسبة المئوية	العدد	الفئة	خصائص
30	53 %	16	الإناث	47 %	14	الذكور	الجنس

الجدول (02): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الجنس

• خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الرتبة:

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الرتبة
7 %	2	طبيب
43 %	13	ممرض
23 %	7	مساعد تمريض
7 %	2	أخصائي نفسي
7 %	2	اختصاصات أخرى
100 %	30	المجموع

الجدول (03): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الرتبة

- خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الخبرة المهنية:

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الفئة
27 %	08	أقل من 3 سنوات
27 %	08	من 3-5 سنوات
36 %	11	من 5-10 سنوات
10 %	03	أكثر من 10 سنوات
100 %	30	المجموع

الجدول (04): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية من حيث الخبرة في المهنة

- خصائص العينة الاستطلاعية من حيث السن:

الجدول (05): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية من حيث السن

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الفئة
33 %	10	من 19-29 سنة
47 %	14	من 30-40 سنة
13 %	4	من 41-51 سنة
7 %	2	أكثر من 51 سنة
100 %	30	المجموع

2- منهج الدراسة:

يعرف المنهج بأنه مجموع الخطوات والمراحل المتسلسلة والمترابطة التي توصل إلى نتائج وحقائق منطقية

ومعقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة.

(نورة مزوزي، صباح ساعد، 2020، ص 256).

إن المنهج المستخدم في البحث تحدده طبيعة المشكلة المدروسة وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي .

3- تحديد عينة البحث وخصائصها:

3-1- مجتمع الدراسة:

يقصد بمجتمع الدراسة جميع الأفراد أو الأشياء أو الأشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث، فهو جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث إلى تعميم نتائج الدراسة عليها، ويسعى إلى إشراك جميع أفراد ذلك المجتمع، وتكمن صعوبته في كون عدد أفراد المجتمع قد يكون كبيراً، لا يستطيع الباحث إشراكهم جميعاً، لهذا يلجأ في تلك الحالة إلى اختيار مجموعة جزئية من مجتمع البحث، تسمى "بعينة البحث".

(عباس وآخرون، 2014، ص 245-246)

ويتمثل المجتمع الأصلي للدراسة الحالية في العمال المتجهين في مصلحة علاج الأورام والسرطان.

3-2- عينة الدراسة:

تعرف العينة بأنها مجموعة من الوحدات المستخرجة من المجتمع الإحصائي بحيث تكون ممثلة بصدق لهذا المجتمع وهي جزء من المجتمع الذي تجرى عليه الدراسة تطبق عليها الدراسة للحصول على معلومات صادقة بهدف الوصول إلى تقديرات تمثل المجتمع الذي سحبت منه وإنها الأجزاء التي تستخدم في الحكم على الكل.

(الزهرة الأسود، 2019، ص 264)

أجريت الدراسة الحالية على مجموعة من العمال المهنيين يزاولون عملهم في مصلحة الأورام والسرطان بالمستشفيات العمومية تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية من المستشفيات الثلاث: "مستشفى ترشين

إبراهيم بغرداية" و"مستشفى محمد بوضياف بورقلة"، و"مستشفى حميدة بن عجيلة بالأغواط"، قُدر مجموع عدد أفراد العينة بـ (84 فرداً) تتراوح أعمارهم ما بين 19 وأكثر من 50 عام، وانقسمت العينة حسب المتغيرات التصنيفية إلى ما يوضحه الجدول رقم (9-8-7-6). تم إعداد نسختين من المقياس: الأولى باللغة العربية، (الملحق رقم 06) والثانية باللغة الإنجليزية (الملحق رقم 07) لتفادي الصعوبات اللغوية مع بعض أفراد العينة بولاية ورقلة (الكوبيين).

تم استبعاد 04 نسخ من المقياس لعدم ملاءمة الاستمارة كلها من طرف البعض، وضياع البعض الآخر حسب تصريح رئيس المصلحة.

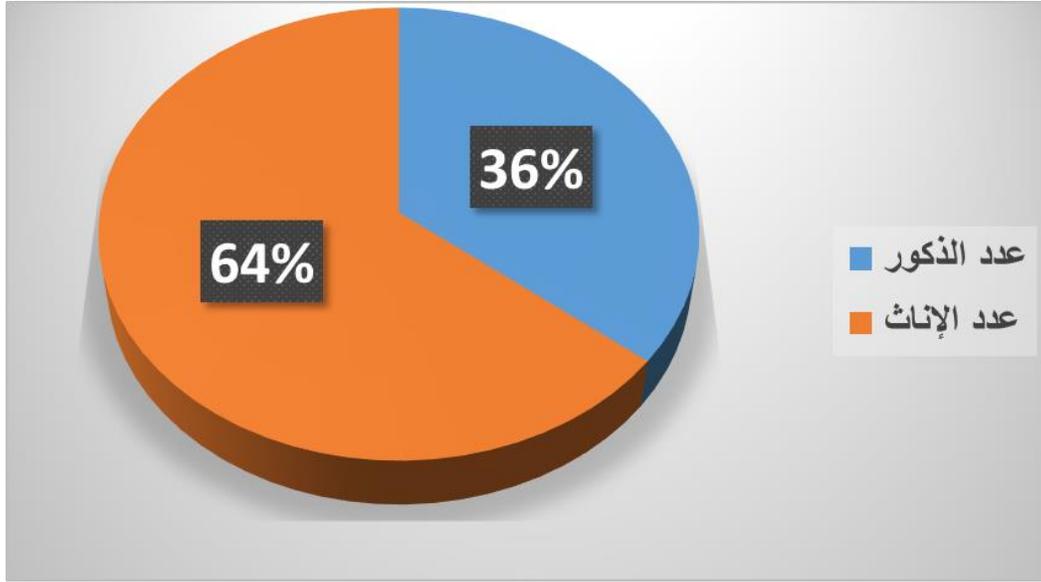
3-3- خصائص عينة البحث حسب المتغيرات التصنيفية:

- خصائص العينة حسب متغير الجنس:

النسبة	التكرار	الجنس
36 %	30	ذكر
64 %	54	أنثى
100 %	84	المجموع

جدول (06): يوضح حجم العينة حسب متغير الجنس

كما هو موضح في الجدول (06) يتضح أن معظم العمال بمصالح الأورام والسرطان كانوا إناث بنسبة 64 %، وهذا راجع لطبيعة النشاط في المؤسسة، وارتفاع حظوظهم في التوظيف، أما نسبة الذكور كانت 36 % وهذا راجع لعدم دافعيتهم وميولهم للعمل في القطاع الصحي وانخفاض حظوظهم في التوظيف. وهذا ما نوضحه من خلال الدائرة النسبية التالية:



الشكل (08): رسم بياني يوضح توزيع العينة حسب الجنس

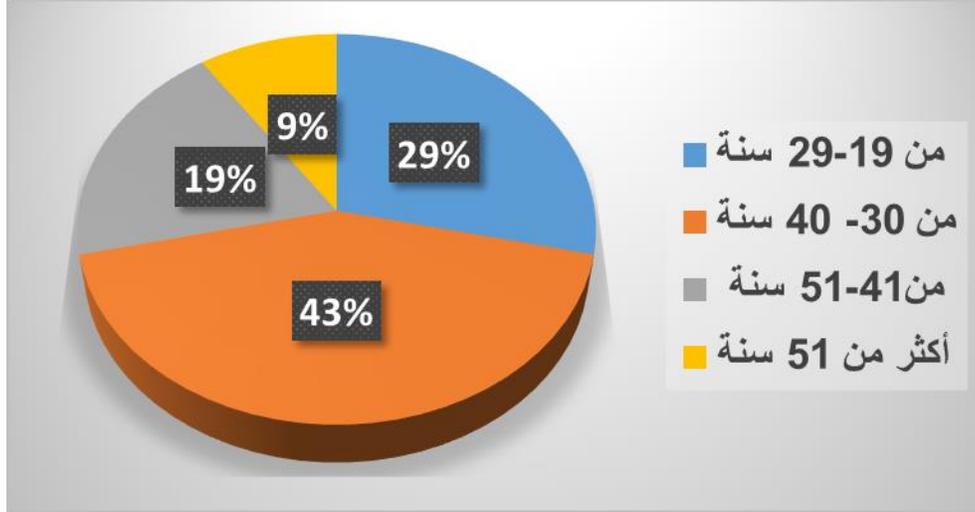
• خصائص العينة حسب متغير السن:

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الفئة
29 %	24	من 19-29 سنة
43 %	36	من 30-40 سنة
19 %	16	من 41-51 سنة
9 %	8	أكثر من 51 سنة
1%1	84	المجموع

جدول (07): يوضح توزيع العينة حسب متغير السن

حسب ما يوضحه الجدول (07) تم تقسيم العينة إلى أربعة فئات من 19 إلى 29 سنة وكان العدد من هذه المرحلة للعمال المتمهين في مصلحة السرطان 24 فردا وقدر ب 29 %، تليها من سن 30 إلى 40 سنة بعدد 36 فردا والذي قدر ب 43 % من العدد الكلي للعينة، ثم من 41 إلى 51 سنة ب 19 % من العدد الكلي، تليها العاملين الذين هم في سن الأكثر من 51 سنة بنسبة 9 %.

وهذا ما توضحه الدائرة النسبية التالية:



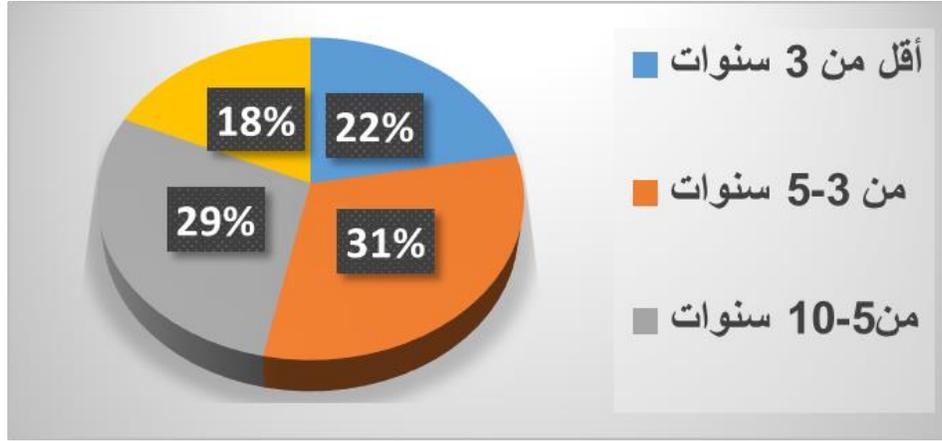
الشكل (09): يوضح توزيع العينة حسب السن

• خصائص العينة حسب متغير الخبرة المهنية:

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الفئة
22%	17	أقل من 3 سنوات
31%	24	من 3-5 سنوات
29%	22	من 5-10 سنوات
18%	14	أكثر من 10 سنوات
100%	84	المجموع

جدول (08): يوضح توزيع العينة حسب متغير الخبرة المهنية

يوضح الجدول التالي توزيع العينة حسب متغير الخبرة المهنية ولقد قسمناها إلى أربعة فئات فئة الأقل من 3 سنوات خبرة وكان عددها 17 أفراد، والذي قدر ب 22%، وفئة من 3 إلى 5 سنوات خبرة فيه 24 أفراد بنسبة 31%، ثم فئة من 5 سنوات إلى 10 سنوات خبرة ب 22 فردا بنسبة 29%، ثم الذين لديهم أكثر من 10 سنوات خبرة ب 14 أفراد بنسبة 18%. كما هو موضح من خلال دائرة نسبية:



الشكل (10): توزيع العينة حسب متغير الخبرة المهنية

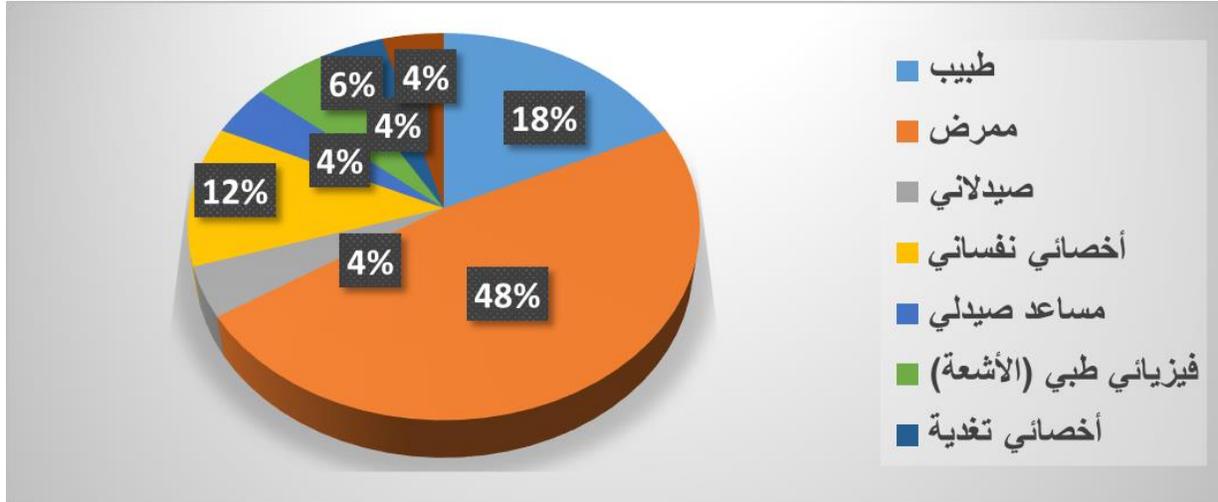
خصائص العينة حسب متغير الاختصاص في العمل:

النسبة المئوية	الأغواط	ورقلة	غرداية	المستشفى الإختصاص
18 %	02	10	05	طبيب
48 %	10	15	10	ممرض
12 %	03	06	02	أخصائي نفسي
4 %	01	02	01	صيدلاني
4 %	01	02	01	مساعد صيدلي
6 %	01	03	1	فيزيائي طبي (الأشعة)
4 %	01	02	01	أخصائي تغذية
4 %	01	02	01	مراقب طبي
100 %	20	42	22	المجموع

جدول (09): يوضح توزيع العينة بين مستشفيات الولايات حسب متغير الاختصاص في العمل

يتضح من خلال الجدول أن معظم العمال بمصالح الأورام والسرطان كانوا ممرضين بنسبة 48 %، ونفس ذلك لطبيعة العمل داخل المصلحة التي تتطلب عدد كبير من الممرضين والممرضات لتوفير الراحة للمرضى بالجناح ككل.

وهذا ما نوضحه من خلال الدائرة النسبية:



الشكل (11): يوضح توزيع العينة حسب الاختصاص في العمل

4- أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات الدراسة الوسائل والأساليب التي يعتمد عليها الباحث في الحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لإنجاز البحث، و قد تم الإعتماد في هذه الدراسة على إستبيان Professional Quality of Life Scale (ProQOL) "مقياس جودة الحياة المهنية" وهذا لمعرفة العلاقة التأثيرية بين متغيرات الدراسة، و قد مرَّ تصميم الاستبيان بالمراحل التالية:

— إعداد استبيان أولي من أجل استخدامه في جمع البيانات والمعلومات؛ أنظر للملحق رقم (01)

- عرض الاستبيان على الأستاذة المشرفة على المذكرة، من أجل تقييم مدى ملاءمته لجمع البيانات وتعديله الأولي حسب توجيهاتها.

وبما أن الاستبيان الأصلي إنجليزي يجب ترجمته للغة العربية (اللغة المتداولة والمفهومة لدى عينة الدراسة)، لذا قمنا بترجمة المقياس مرتين:

من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية عن طريق مكتب ترجمة خاص بوسط مدينة غرداية (ترجمة عربية معتمدة، Maitre TADJINE Khalid، مقابل الولاية، غرداية).

ثم بعدها إعادة ترجمته من اللغة العربية المتحصل عليها من مكتب الترجمة إلى اللغة الإنجليزية عن طريق مترجم آخر وهذه المرة قمنا بترجمتها عندها أستاذة بجامعة غرداية كلية اللغات تخصص إنجليزية "الأستاذة هناء جبريط"،

- إجراء المطابقة بين الاستبيانين (1) اللغة الانجليزية الأصلي والمترجم عند الأستاذة (الترجمة الثانية) لتأكد من سلامة ترجمة الاستبيان المعرب. (ملحق الترجمتين رقم 02 و03)

- عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المتخصصين للتحكيم عليه وإبداء الملاحظات والتصويبات. (الملحق قائمة المحكمين رقم 05)

فلقد تم الاعتماد في تقدير صدق هذا المقياس على صدق التحكيم الذي يتم الحصول عليه عن طريق عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين المختصين في المجال وذلك للتأكد من سلامة صياغة البنود من ناحية ومناسبتها للمجال المراد قياسه من ناحية أخرى، حيث تم عرض بنود المقياس على (03) أساتذة علم النفس و(05) أخصائيين نفسانيين ذوي الخبرة والاختصاص للتحكيم وكان المطلوب منهم ما يلي:

- تقدير مدى صحة الترجمة ومدى ملائمة الفقرات للعينة المستهدفة من سهولة أو صعوبة أو غموض الفقرات وكذا إضافة أو تعديل أو حذف ما يرويه مناسبا من أبعاد أو فقرات المقياس.
- تقدير صحة ووضوح الصياغة اللغوية.

وقد اتفق جميع المحكمين على صلاحية المقياس مع تغيير بعض المصطلحات والفقرات لملائمتها أكثر ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله. (الملحق ما تم تغييره في الاستبيان رقم 06 و07)

- وفي الاخير توزيع الاستبيان في شكله النهائي على أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة، وذلك بعد أخذ الموافقة النهائية من المشرفة على مذكرة التخرج.

الجدول رقم (10): يوضح البنود التي تم تعديلها في الاستبيان من طرف المحكمين

رقم البند	البند قبل التحكيم	البند بعد التحكيم
01	أنا سعيد.	أنا مرتاح.
02	أجد حياتي مرضية.	أنا أشعر بالرضى في حياتي.
09	أشعر بالاتصال بالآخرين.	أشعر بأنني أنتمي إلى الآخرين.
15	سريعا ما أفزع.	سريعا ما ينتابني الهلع.
16	أثناء العمل مع ضحية، فكرت في العنف ضد الجاني.	أتعاطف مع المريض إلى أبعد الدرجة.
19	أحظى بدعم هائل من الأقران عندما أحتاج إلى العمل من خلال تجربة مسبب للقلق.	أحظى بدعم من زملاء العمل خلال تجربة مسببة للقلق.
20	كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في بعد سن البلوغ.	تجربة شخصية مع الأحداث الصدمية في حياتي البالغة.
21	كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في فترة طفولتي.	تجربة شخصية مع الأحداث الصدمية في حياتي الطفولية.
30	تبقى في فكري انطباع جيد عن أولئك الذين أساعدتهم وكيف تمكنت من مساعدتهم.	لدي إنطباع جيد حول الأشخاص الذين أساعدتهم.
32	فجأة ولا إراديا بادرت إلى ذهني تجارب مخيفة أثناء العمل مع شخص ساعدته.	راودني لا إراديا تجارب مخيفة في العمل أثناء مساعدة الأشخاص.
35	أشعر بالفرح تجاه كيف يمكنني مساعدة المرضى الذين أعمل معهم.	أعتر بما يمكنني القيام به للمساعدة.
46	أحب عملي الذي هو مساعد.	أنا سعيد لأنني اخترت ممارسة هذه المهنة.
48	أشعر... بالضعف والتعب بسبب عملي كمساعد.	أشعر بالإجهاد من عملي كمساعد.

4-1- وصف المقياس:

تم تطوير مقياس CFST من طرف Figley سنة 1995 أوليا استنادًا إلى الخبرة السريرية وتصميمه لتقييم كل من الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي. تضمنت نسخة CFST الأصلي على 40 عنصرًا مقسمة بين نصفين فرعيين 23 بندًا لقياس CF و 17 بندًا لقياس BO. ثم قامت Stamm و Figley (1996) بتطوير CFST بشكل أكبر من خلال إضافة سلسلة من الأسئلة الموجهة بشكل إيجابي تتوازي مع التوجه السلبي لعناصر CF، مما أدى إلى الحصول على أداة تحتوي على 66 بندًا. كان الهدف من إضافة العناصر الموجهة بشكل إيجابي هو قياس CS. الاستمرار في تطوير هذه النسخة من CFST أسفر عن تغيير اسم الأداة إلى مقياس جودة الحياة المهنية Professional Quality of Life Scale (ProQOL) وهي المعتمدة حاليًا في جميع الدراسات لقياس CF.

(Brian E.and all,2007,p156)

تم تقسيم المقياس في دراستنا إلى جزئين:

الجزء الأول: البيانات الشخصية والوظيفية (الجنس، السن، الولاية التي يعمل بها، اختصاص العمل، عدد سنوات العمل)
والجزء الثاني يتضمن:

1-رسالة وجهت إلى المبحوثين لحثهم على الإجابة بكل دقة وموضوعية.

2- مقياس جودة الحياة المهنية.

4-2- مكونات المقياس:

يعطي "مقياس جودة الحياة المهنية" تقديرًا كميًا لدى العامل المهني، يتكون من (66) عبارة وخمسة

بدائل (أبدا، نادرا، إلى حد ما، غالبا، في كثير من الأحيان).

يتكون هذا المقياس من ثلاثة أبعاد والموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(11): يوضح مكونات مقياس الإرهاق التعاطفي

البعاد	رقم العبارات
الرضى التعاطف	26 عبارة
الإرهاق التعاطفي	23 عبارة
مخاطر الاحتراق النفسي	17 عبارة
المقياس ككل	66 فقرة

(من إعداد الطالبان بالاعتماد على الاستبيان)

- الرضا التعاطفي **la satisfaction de compassion** وتقيسه 26 عبارة هي: (1، 2، 3، 5، 9، 10، 11، 14، 19، 26، 27، 30، 35، 37، 43، 46، 47، 50، 52، 53، 54، 55، 57، 59، 61، 66).
- مخاطر الإرهاق التعاطفي **FC** وتقيسه 23 عبارة هي: (4، 6، 7، 8، 12، 13، 15، 16، 18، 20، 21، 22، 28، 29، 31، 32، 33، 34، 36، 38، 39، 40، 44).
- مخاطر الاحتراق النفسي **le burn-out** وتقيسه 17 عبارة هي: (17، 23، 24، 25، 41، 42، 45، 48، 49، 51، 56، 58، 60، 62، 63، 64، 65).
- 3-4- طريقة تصحيح المقياس:

أ- حساب درجات العناصر: وضع الدرجات للعناصر كما هو ممثل في الجدول التالي:

الجدول رقم (12): يمثل درجة مقياس الاستبيان

التقدير	أبدا	نادرا	بضع مرات	الى حد ما	غالبا	في كثير من الأحيان
الدرجة	0	1	2	3	4	5

أ- تحديد أبعاد القياس: وهذا بـ:

- وضع إشارة "X" على العناصر 23 التي تمثل إمكانية الرضا بالتعاطف، ثم حساب مجموع درجات، وتفسر كما يلي:

- من 118 وأكثر: إمكانية عالية للغاية.

- من 100 إلى 117 درجة: إمكانية عالية.

- من 82 إلى 99 درجة: إمكانية جيدة.

- من 64 إلى 81 درجة وأكثر: إمكانية معتدلة.

- أقل من 63 درجة: إمكانية منخفضة.

- وضع إشارة "دائرة" على العناصر 26 التي تقيس مخاطر الإرهاق التعاطفي، ثم حساب مجموع درجات وتفسر كما يلي:

- 26 درجة أو أقل تفسر بـ: خطر منخفض للغاية.

- من 27 إلى 30 درجة: خطر منخفض.

- من 31 إلى 35 درجة: خطر معتدل.

- من 36 إلى 40 درجة: خطر عالي.

- من 41 وأكثر: خطر شديد للغاية.

- وضع علامة صح على العناصر 17 التي تمثل الاحتراق النفسي، ثم حساب مجموع درجات، وتفسر:

- 36 درجة أو أقل: خطر منخفض للغاية.

- من 37 إلى 50 درجة: خطر معتدل.

- من 51 إلى 75 درجة: خطر عالي.

- من 76 إلى 85 درجة: خطر شديد للغاية.

4-4- الخصاص السيكومترية لمقياس الإرهاق التعاطفي:

وفيما يلي سنتطرق إلى الشروط السيكومترية التي تمت مراعاتها في بناء الأداة لأجل اختبار صلاحيتها، وذلك بالإعتماد على نتائج استجابات أفراد العينة الاستطلاعية المتكونة من 30 فردا من العمال المهنيين في مصلحة الأورام والسرطان، وقد قمنا بحساب صدق وثبات أداة الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار 26.

4-4-1- الصدق:

يعرف الصدق بأنه مدى استطاعة أداة القياس، قياس ما هو مطلوب قياسه.

(مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص 146)

• صدق الأداة:

ويعني ذلك أنه يتوجب على الباحث تحديد ما يريد قياسه، وإعداد أداة تحقق ذلك ومنه تكون صادقة، وللتأكد من الصدق للأدوات تم الاعتماد على الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وقد تم حساب صدق الأداة بصدق المقارنة الطرفية، والتي تعرف حسب معمريّة: "أنها قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها".

(بشير معمريّة، 2002، ص 187)

وفي هذه الدراسة تمّت المقارنة بين (33 %) من المستوى العلوي مع (33 %) من المستوى السفلي ثمّ بعد ذلك طبّق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي العيّنتين، وكانت النتيجة مثلما هو موضح في

الجدول التالي:

جدول رقم (13): يوضح قيم الصدق بطريقة المقارنة الطرفية

مستوى الدلالة	قيمة "ت" المجدولة	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	العينة الدنيا (ن=10)		العينة العليا (ن=10)	
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
0.00	0.30	1.12	18	28.86	110.40	22.83	196.80

(من إعداد الطالبتان بناء على نتائج برنامج SPSS)

- يتضح من الجدول رقم (13) أنه: بعد حساب قيمة (ت) المحسوبة والتي قدرت بـ (1.12) ودرجة حرية (18) لوحظ أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) المجدولة، والتي تساوي (30.0) عند مستوى الدلالة (sig0.00) وهي أصغر من (0.01) وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، إذًا فالمقياس له القدرة على التمييز بين طرفي الخاصية وعليه فهو صادق.

• الصدق الذاتي للمقياس:

هو الذي يمثل العلاقة بين الصدق والثبات، ويقوم هذا النوع من الصدق على الدرجات التجريبية بعد التخلص من أخطاء المقياس، أي أنه الدرجات الحقيقية للمقياس، ويمكن تفسير ذلك بأن الدرجات الحقيقية أصبحت هي المحك الذي ينسب إليه صدق الاختبار، وبما أن ثبات الاختبار هو في الواقع عبارة عن معامل الارتباط بين الدرجات الحقيقية عندما تتم إعادة تطبيق الاختبار على نفس المجموعة، فإن الصدق الذاتي أو الحقيقي يعبر عما يحتويه الاختبار حقيقة من القدرة التي يقيسها خالية من أي أخطاء. (سعد عبد الرحمن، 2008)

ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار \sqrt{r} "ثبات"، ويعد بمثابة الحد الأقصى لما يمكن أن يصل إليه معامل صدق الاختبار، ولهذا فإن الأهمية القصوى للصدق تكمن في تحديد النهاية العظمى لمعاملات الصدق التجريبي والصدق العاملي، أي الحد الأعلى لمعامل صدق الاختبار يساوي

معامل صدقه الذاتي، وبذلك لا يمكن أن تتجاوز القيمة العددية لمعامل صدق الاختبار معامل صدقه الذاتي. (البيهي فؤاد، 1978)

وفي دراستنا الحالية قمنا بحساب الصدق الذاتي لمقياس الإرهاق التعاطفي والذي يساوي الجذر التربيعي للثبات، فوجدنا قيمة الصدق الذاتي هي (0.957) وهذه القيمة قريبة من (1) وهذا يدل على الصدق الذاتي للمقياس.

4-4-2- الثبات:

يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداة الفرد على إختبار ما، ومعنى ثبات الدرجة أن المفحوص يحصل عليها في كل مرة يختبر فيها سواء بالاختبار نفسه أو بصورة مكافئة له تقيس الخاصية نفسها

(صفوت فرج، 2007، ص، 295)

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (30) فرد. تم حساب معامل الثبات بحساب معامل ألفا كرونباخ وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (14): يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ

عدد الفقرات	Cronbach's Alpha
66	0.916

(من إعداد الطالبان بناء على نتائج برنامج SPSS)

- من خلال الجدول رقم (14) نجد أن معامل الثبات للاستبيان ككل بلغ 91% وهو أكبر من المعامل المقبول إحصائياً في البحوث الإنسانية والاجتماعية المقدر ب 60%، وهو ما يؤكد ثبات الاستبيان بمحاورة المختلفة، أي أنه يعطي نفس النتائج إذا ما تم استخدامه في نفس الظروف، مما جعلنا على ثقة بصلاحيته لتحليل النتائج واختبار الفرضيات للإجابة على إشكالية الدراسة.

جدول رقم (15): ثبات التّجزئة النّصفية لمقياس الإرهاق التعاطفي

قيمة المعامل	الأسلوب المستخدم	
0.783	آلفا كرونباخ	الجزء الأول
0.897	آلفا كرونباخ	الجزء الثاني
0.839	معامل سبيرمان	
0.913	معامل جيتمان	

(من إعداد الطالبان بناء على نتائج برنامج SPSS)

- يتضح من خلال الجدول السابق أن قيمة معاملات الارتباط لمقياس الإرهاق التعاطفي أكبر من (0.783) وهي بذلك معاملات عالية توحى بثبات عالٍ لدرجات الاستبيان وانطلاقاً من كل ما سبق في معاينة الصدق والثبات وبالتّظر إلى قيمة معامل "آلفا كرونباخ" المرتفعة، فإن مقياس الإرهاق التعاطفي تميّز بصدق وثبات عاليين.

5- حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية في:

5-1- الحدود البشرية :

شملت الدراسة الحالية عينة متكونة من 84 عامل بمصلحة الأورام والسرطان.

5-2- الحدود الزمنية:

أجريت الدراسة في الفصل الثاني من الموسم الجامعي 2023 / 2024 م من يوم 19 مارس إلى يوم

30 أبريل سنة 2024.

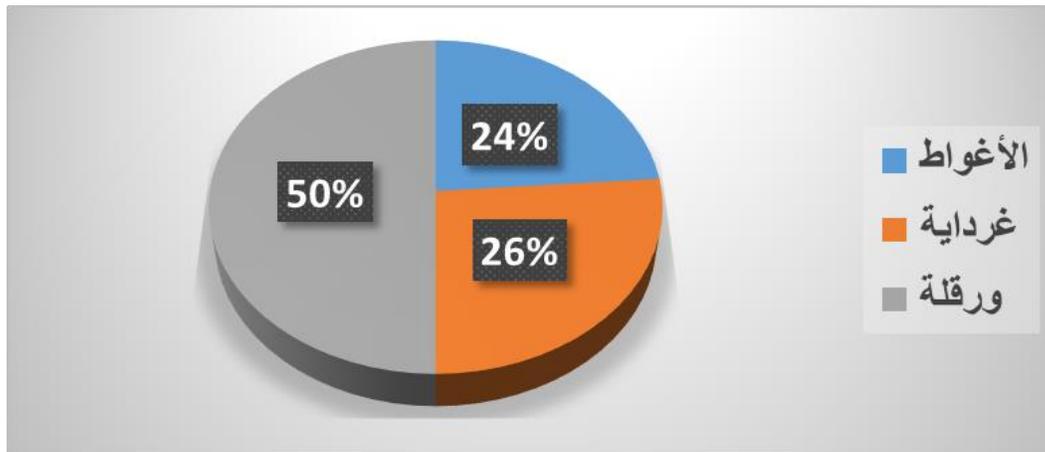
5-3- الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة في ثلاث مستشفيات بثلاثة ولايات هي الأغواط، غرداية، ورقلة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (16): يمثل توزيع العينة على حسب مكان تطبيق الدراسة الأساسية

الولاية	إسم المستشفى	عدد الأفراد	النسبة المئوية
الأغواط	مصلحة مكافحة الأمراض السرطانية بعيادة قلومة الواحات الشمالية التابع للمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمدية بن عجيبة.	20	24%
غرداية	مصلحة الأورام والسرطان في مستشفى إبراهيم ترشين	22	26%
ورقلة	مصلحة الأورام السرطانية في مستشفى محمد بوضياف	42	50%
المجموع		84	100%

نلاحظ من الجدول أن العدد العمال المهنيين قليل جدا في مصلحة الأغواط خاصة في فئة الأطباء، وهذا بسبب أنها مصلحة صغيرة وجديدة، على عكس مصلحة الأورام والسرطان بورقلة، فقد كان فيها عدد العمال كبير وهذا لاحتوائه على ثلاث مصالح منها مصلحة الاستشفاء الغير موجودة في كل من مستشفى غرداية و الأغواط، وتنوع الطاقم الطبي ما بين الجزائريين والكوبيين، وهذا يبين الفرق في عدد العمال المهنيين بين المستشفيات لدى أفراد عينة الدراسة.



الشكل (12): توزيع أفراد عينة الدراسة بين مستشفى الولايات محل الدراسة

6- الأساليب المستخدمة إحصائياً:

قام الباحث بتفريغ وتحليل مقاييس الدراسة الحالية عن طريق إستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (v26) **(statistical package for social sciences)** وقد تم إستخدام

الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي لحساب متوسط درجات أفراد العينة في الاختبار.
- الانحراف المعياري لحساب تشتت درجات أفراد العينة .
- التجزئة النصفية لحساب صدق الاختبار المطبق.
- اختبار **(t-test)** للفروق، وذلك لدراسة وجود الفروق بين متغيرات الدراسة ومعالجة الفرضيات الجزئية.
- اختبار **(t-test)** لعينة واحدة وذلك لحساب الفرضية العامة للدراسة.
- معامل ألفا كرونباخ **Cronbach's Alpha** لحساب ثبات الاختبار.
- اختبار تحليل التباين الأحادي **(One Way Anova)**: لاختبار الفروق بين متوسطات لثلاث عينات فأكثر.
- معامل الارتباط **(kandel Correlation Coefficient)** معامل ارتباط كاندال لقياس العلاقة وقوة الارتباط بين متغيرات الدراسة.

- خلاصة الفصل:

تعرفنا في هذا الفصل على أهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع ومتغيراتها، وكذا أهداف وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، ثم تطرقنا إلى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات من حيث وصفها وخصائصها السيكمومترية لنعرض بعد ذلك إجراءات الدراسة الأساسية وتحديد مجتمع الدراسة والعينة، بعد ذلك عرضنا إجراءات تطبيقها وأدوات التحليل الإحصائي للبيانات المحصل عليها، وأخيرا حدود الدراسة البشرية والزمنية والمكانية، وسنحاول في الفصل الموالي عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

1. عرض وتفسير نتائج الفرضية الأولى.
2. عرض وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
3. عرض وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
4. عرض وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.
5. عرض وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.
6. عرض وتفسير نتائج الفرضية السادسة.
7. عرض وتفسير نتائج الفرضية السابعة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة بعرض مفصل لتحليل البيانات والإجابة عن تساؤلات الدراسة، واختبار لصحة فرضياتها، وأهم التوصيات والاقتراحات التي تم التوصل إليها.

1-الإجابة عن التساؤل الأول: ما مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

-يوجد مستوى مرتفع من الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

للكشف عن مستوى CF لدى عينة الدراسة قمنا بتطبيق مقياس (ProQOL; Stamm, 2002) حيث تم تحديد مستوى الإرهاق التعاطفي بناء على مستوى الدلالة الموضحة في الجدول (15) للكشف عن مستوى الإرهاق التعاطفي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم: (17) يوضح مستويات الدلالة على المقياس

الدلالة	المستوى
خطر منخفض للغاية	أقل من 26
خطر منخفض	من 27 الى 30
خطر معتدل	من 31 الى 35
خطر عالي	من 36 الى 40
خطر شديد للغاية	أكثر من 41

جدول رقم (18): يوضح بعض المؤشرات الإحصائية لأفراد العينة على محور الإرهاق التعاطفي

84	أفراد العينة
48.00	المتوسط الحسابي
50.22	المتوال
17.045	الانحراف المعياري
100	الدرجة العليا
12	الدرجة الدنيا

وقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية ما يوضحه الجدول رقم (19):

جدول رقم (19): يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الإرهاق التعاطفي:

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الدلالة	الفئات
5.95%	05	خطر منخفض للغاية	أقل من 26
4.76%	04	خطر منخفض	من 27 الى 30
5.95%	05	خطر معتدل	من 31 الى 35
13.09%	11	خطر عالي	من 36 الى 40
70.23%	59	خطر شديد للغاية	أكثر من 41
100%	84		المجموع

(من إعداد الطالبتان بناء على نتائج برنامج SPSS)



الشكل رقم (13): يوضح مستوى الإرهاق التعاطفي على عينة الدراسة

- تبين من خلال الجدول (19) والدائرة النسبية (الشكل 13) أن معظم أفراد العينة تمركزوا في درجات شديدة للغاية حيث بلغ عددهم (59) عامل بنسبة (70 %) وهم من يتسمون بدرجة خطر شديدة للغاية من الإرهاق التعاطفي، أما بالنسبة لعدد الأفراد الذين سجلوا درجات خطر عالية بلغ عددهم (11) عامل بنسبة (13 %)، أما بالنسبة لعدد الأفراد الذين سجلوا درجات خطر معتدلة بلغ عددهم (5) عمال بنسبة (5 %) بالتساوي مع من سجلوا درجات منخفضة للغاية، أما من سجلوا درجات منخفضة بلغ عددهم (4) عمال بنسبة (4 %) ، ولوحظ من خلال الجدول (19) أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ (48.00) ، أما الدرجة الأكثر تكرارا (الموالت) بين أفراد العينة كانت (50.22)، بإنحراف معياري قدر بـ (17.04)، وبالتالي يمكن القول أن مستوى الإرهاق التعاطفي مرتفع لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء في الإطار النظري للدراسة في أن CF ظاهرة شائعة في مهن الرعاية الصحية عموما ورعاية المصابين بالسرطان خاصة، كما أنها تؤثر سلبا على العامل المهني والأفراد الذين يقومون برعايتهم. كما أن هذه النتيجة تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة Patricia Potter

وآخرون سنة (2010) التي أظهرت نتائجها إلى وجود نسبة عالية من CF لدى العمال المهنيين في مصلحة الأورام والسرطان في المستشفيات العامة حيث نسبت ذلك إلى أن مقدم رعاية مرضى السرطان يميل إلى التعاطف مع آلام المرضى وخسائرهم مما يؤدي إلى شعور داخلي بعدم الجدوى أو الفشل في رعايتهم، و هذا ما ذهب إليه Figley في نموده التفسيري لـ CF.

إضافة إلى نتائج دراسة Abendroth Maryann (2005) حيث أجاب 83% من المشاركين في العينة الذين تم تصنيفهم في فئة الخطر العالي لـ CF على أنهم يضحون بأنفسهم من أجل إحتياجات الآخرين حيث أن هذا السلوك الذي يظهر أن الممرضات يهتمن أكثر بحاجات مرضاهن من أجل إحتياجاتهن الخاصة يعكس مستوى غير صحي من التعاطف، وهو عامل خطر لـ CF.

إلا أننا نجد من لم يعتبر التعاطف عامل أساسي لـ CF مثل Goumdiss Meriem (2018) التي ترى حسب نتائج دراستها بأن التعاطف وحده ليس بالضرورة عامل خطر بحد ذاته، ولكن عند تفاعله مع متغيرات أخرى مثل صدمة سابقة، قد يزيد من القابلية لتطوير CF كما فسرت إنخفاض مستوى التعاطف عند وجود CF كاستراتيجية للتعامل قد تكون غير فعالة.

كما تتفق دراستنا مع دراسة Crystal Hooper (2010) التي أكدت في دراستها المقارنة أن ممرضات مصلحة الأورام والسرطان أكثر عرضة لـ CF مقارنة بالتخصصات الأخرى منها مصلحة الإستعجالات والعناية المركزة، وهذا ما ذهبت إليه أيضا دراسة Jarrad and Sawsan Hammad (2020) Reem Ahmed على ممرضى مصلحة الأورام التي أرجعتها إلى التعايش مع الألم العاطفي والخوف لدى المرضى أو أفراد الأسرة، والإرهاق من وفاة مريض السرطان والشعور بالإرهاك من مسؤولية رعاية مرضى الأورام والسرطان، الذين لديهم سلسلة لا تنتهي من الإحتياجات الجسدية والنفسية كما نجد أن CF كان مرتفع أيضا عند فئة الأطباء حسب ما توصلت إليه دراسة L. Salmon وآخرون (2018) كما أنها لم تؤثر تخصصات الأطباء على مستوى CF لديهم، خلصت الدراسة إلى أن هناك

عوامل شخصية لها صلة بارتفاع خطر CF لدى الأطباء منها العوامل التنظيمية (قلة دعم الرؤساء، وارتفاع حجم العمل، ونقص في الإجازات أو فترات الراحة، ...) والشخصية (الإرهاق المهني السابق، وجود دعم اجتماعي غير كاف، وسوء إدارة المشاعر، وعدم الشعور بالرضا عن مساعدة الآخرين، ...) كلاهما علاقة مع هذا الخطر، بالإضافة إلى ذلك اعتقد الأطباء المقيمون أن CF له تأثير على الصعيد المهني والشخصي.

أما عن دراسة Patricia Potter وآخرون سنة (2010) فحددت العديد من المصادر الضاغطة والتي تساهم في تطوير CF في مجال العمل بالأورام، بما في ذلك طبيعة السرطان، والعلاجات المعقدة، والوفاة، والشعور الشخصي بالفشل واليأس، والانخراط الكثيف مع المرضى وأسرتهم.

2 - الإجابة عن التساؤل الثاني: ما مستوى الرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

- يوجد مستوى منخفض من الرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

للكشف عن مستوى CS لدى عينة الدراسة قمنا بتطبيق المقياس (2002 ProQOL; Stamm)، حيث تم تحديد مستوى الرضا التعاطفي بناء على مستوى الدلالة الموضحة في الجدول (20) للكشف عن مستوى CS لدى عينة الدراسة.

للكشف عن مستوى CS لدى عينة الدراسة قمنا بتطبيق المقياس (2002 ProQOL; Stamm)، حيث تم تحديد مستوى الرضا التعاطفي بناء على مستوى الدلالة الموضحة في الجدول (20) للكشف عن مستوى CS لدى عينة الدراسة.

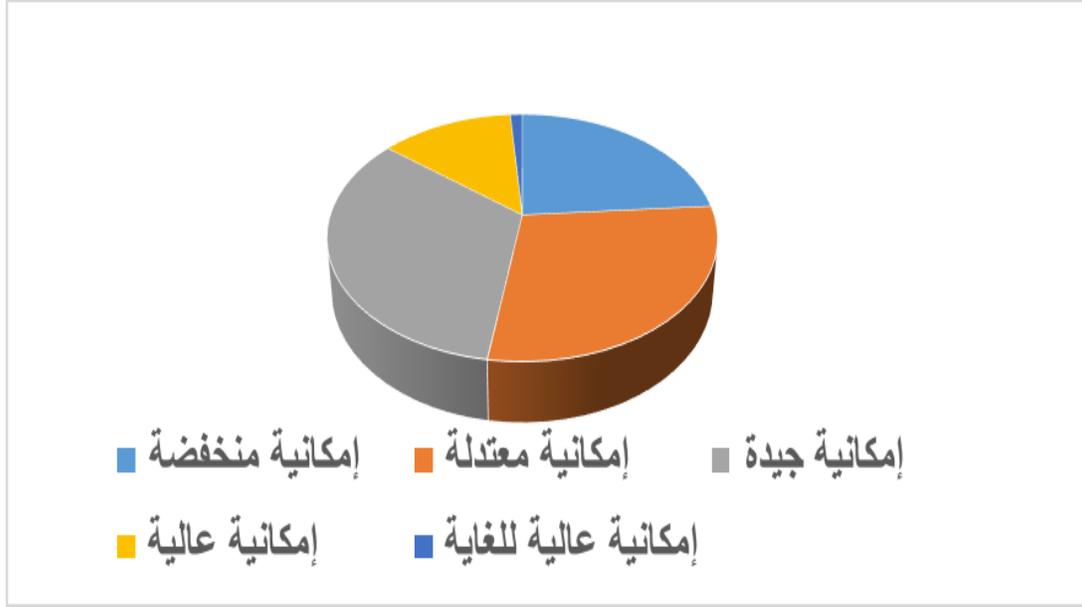
جدول رقم: (20) يوضح مستويات الدلالة لمحور الرضا التعاطفي

الدلالة	المستوى
إمكانية منخفضة	أقل من 63
إمكانية معتدلة	من 64 الى 81
إمكانية جيدة	من 82 الى 99
إمكانية عالية	من 100 الى 117
إمكانية عالية للغاية	أكثر من 118

جدول رقم (21) يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الرضا التعاطفي

المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	عدد الأفراد	الدلالة	الفئات
84.500	%23.80	20	إمكانية منخفضة	أقل من 63
	%28.57	24	إمكانية معتدلة	من 64 الى 81
	%33.33	28	إمكانية جيدة	من 82 الى 99
	%13.09	11	إمكانية عالية	من 100 الى 117
	%1.19	01	إمكانية عالية للغاية	أكثر من 118
	%100		84	المجموع

(من إعداد الطالبات بناء على نتائج برنامج SPSS)



الشكل رقم (14): يوضح مستوى الرضى التعاطفي عند عينة الدراسة

- تبين من خلال الجدول (21) والرسم البياني (الشكل 14) أن معظم أفراد العينة تركزوا في إمكانية جيدة حيث بلغ عددهم (28) عامل بنسبة قدرت (33 %) وهم من يتسمون بإمكانية جيدة من الرضا التعاطفي، أما بالنسبة لعدد الأفراد الذين تركزوا في الإمكانية المعتدلة بلغ عددهم (24) عامل بنسبة (28%)، أما عدد العمال الذين سجلوا إمكانية منخفضة بلغوا (20) عامل بنسبة (23%)، ولوحظ أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة على المحور بلغ (84.50) ، ومنه يمكن القول أن مستوى الرضا التعاطفي متوسط (إمكانية جيدة) لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

لم تتفق نتائج هذه الدراسة مع أي من الدراسات التي تم الاطلاع عليها حسب حدود البحث، حيث أن جُل الدراسات أكدت على إنخفاض مستوى CS لدى عينة الدراسة.

مصطلح الرضا التعاطفي الذي طرحته Stamm والذي يتعلق بالشعور بالرضا بالوظيفة ومن تقديم المساعدة ذاتها، أن مقدمو الرعاية، يكونون سعداء بالعمل الذي يقومون به، ويرغبون في مواصلة القيام به، ويعتقدون أنهم يمكنهم إحداث فارق، وبالتالي، فإن الإمكانية العالية ل الرضا يعتبر عاملاً وقائياً، من هنا يمكن أن نفسر نتيجة الدراسة على أن CS لا يمكنه أن يكون وحده عامل وقاية من CF.

بالمقابل نجد أن دراسة Jarrad and Sawsan Hammad Reem Ahmed (2020) خلصت أن CS كان منخفض جدا لدى العينة المدروسة، كما إقترحتا كل منهما في دراستهما بعض الإستراتيجيات الداعمة للتحسين جزئياً في CS، حيث ذكرت بأنه يجب تعزيز ممارسات النوم الصحية بين الممرضات، مثل تقليل تناول الكافيين، وجدولة النوبات الليلية بنمط معقول، وتقليل فترات النوبات الليلية إلى فترات أقصر، ومنح الممرضات قيلولة النوم الرسمية أثناء النوبات الليلية، وتهيئة مناخ داعم داخل المصلحة، وتوفير خدمات التمارين البدنية ومرافق الأكل الصحي الجيد داخل المستشفى.

بشكل عام، هذه النتائج تشير إلى أن العلاقة بين الإرهاق التعاطفي والرضى بالتعاطف قد تكون معقدة ومتعددة الجوانب، وتحتاج إلى دراسة مستفيضة لفهمها بشكل أكبر وأدق.

3 - الإجابة عن التساؤل الثالث: ما مستوى الاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

-يوجد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

تم تحديد مستوى الاحتراق النفسي بناء على طول الفئة، والذي تم تحديده وفق الجدول (22)، قمنا بتطبيق المقياس من الجانب النظري له، لأجل تحديده كمرجعية للحكم على الدلالة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (22): يوضح مستويات محور الاحتراق النفسي

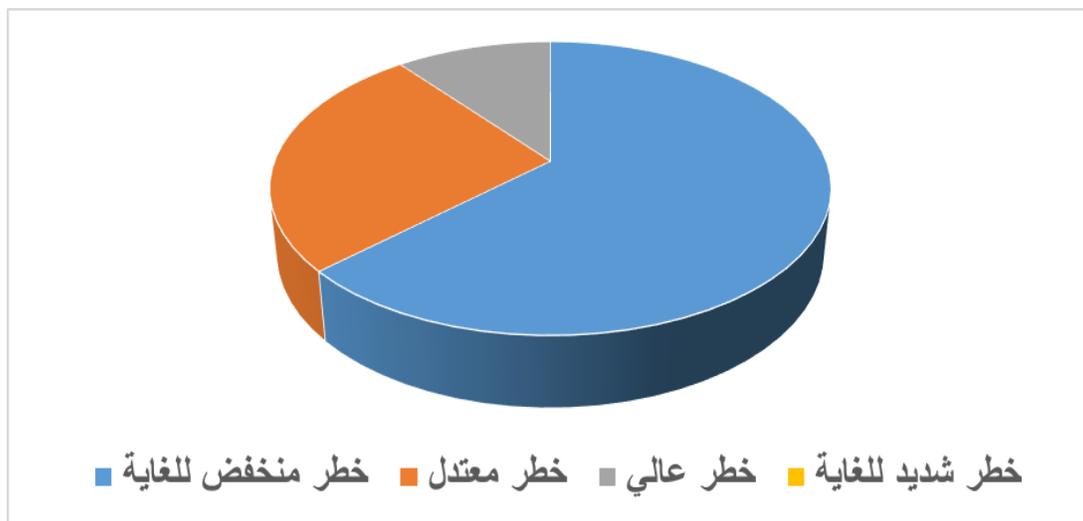
الدلالة	المستوى
خطر منخفض للغاية	أقل من 36
خطر معتدل	من 37 إلى 50
خطر عالي	من 51 إلى 75
خطر شديد للغاية	من 76 إلى 85

أظهرت نتائج تطبيق المقياس ما يوضحه الجدول (23):

جدول رقم (23): يوضح مستوى عينة الدراسة على محور الاحتراق النفسي

المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	عدد الأفراد	الدلالة	الفئات
32.00	63.09%	53	خطر منخفض للغاية	أقل من 36
	26.19%	22	خطر معتدل	37-50
	10.71%	09	خطر عالي	51-75
	0.00%	00	خطر شديد للغاية	76-85
100%		84		المجموع

(من إعداد الطالبات بناء على نتائج برنامج SPSS)



الشكل رقم (15): يوضح مستوى الاحتراق النفسي عند عينة الدراسة

- تبين من خلال الجدول (23) والدائرة النسبية (الشكل 15) أن معظم أفراد العينة تمركزوا في درجات منخفضة حيث بلغ عددهم (53) عامل بنسبة قدرت (63%) وهم من يتسمون بدرجة منخفضة من الاحتراق النفسي، أما بالنسبة لعدد الأفراد الذين سجلوا درجات خطر معتدلة بلغ عددهم (22) عامل بنسبة (26%)، أما بالنسبة لعدد الأفراد الذين سجلوا درجات خطر عالية بلغ عددهم (9) عمال بنسبة (10%)، كما أن أفراد العينة لم يسجلوا درجات خطر شديدة للغاية، ولوحظ أن المتوسط

الحسابي لأفراد العينة على المحور بلغ (32.00) ، ومنه نستنتج أن مستوى الاحتراق النفسي منخفض لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أنه يمكن أن تكون هناك عوامل ساهمت في تدني مستوى BO لدى عينة الدراسة منها عدم وجود ضغط عمل كبير في المصلحة باعتبارهم مصالح صغيرة مثل مصلحة السرطان والأورام بولاية الأغواط و ولاية غرداية إضافة إلى العلاقات بين رؤساء المصالح والعمال التي اتسمت بنوع من الاحترام والمرونة في التعامل ، وهذا ما لاحظناه أثناء زيارتنا المتكررة للمصلحة حيث أن بعض العوامل المرتبطة بالبيئة المهنية على المستوى الهرمي والتنظيمي يمكن أن تكون عوامل وقاية وتعزيز للرفاهية والرضى المهني، و هذا ما أكدته عدة دراسات منها دراسة Goumdiss Meriem (2018) التي ترى بأنه من العوامل الوقائية لمخاطر BO هو وجود علاقات قوية وإيجابية بين زملاء العمل، وزيادة الإشراف في الفرق، وزيادة الفرص للترقية إلى مراتب أعلى، وأيضاً مراعاة لمشاعر الإستهاء عندما لا يمكن تقديم جودة الرعاية التي يرغب المرء في تقديمها.

كما أن دراسة Mackenzie and all سنة (2023) التي أظهرت نتائجها عن إنخفاض في مستوى BO حيث وجدت بأن العوامل المتنبئة بنتائج BO المنخفضة هي العمل في مؤسسة واحدة لأكثر من 20 عامًا، ومناقشة الضغط المرتبط بالعمل مع الأصدقاء أما العوامل التي ساهمت في إرتفاع BO هو الإحباط بسبب الزملاء والعوامل الشخصية.

لم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة Reem Ahmed Jarrad and Sawsan Hammad (2020) التي وجدت نسبة متوسطة لخطر الاحتراق النفسي لدى الممرضين في مصلحة الأورام والسرطان.

كما يمكننا أن نفسر نتيجة دراستنا بانخفاض BO لدى عينة الدراسة الحالية هو أن العاملين شريحة واعية على الرغم من تأثرها ب CF إلا أنها لديها الدراية على التوافق والانسجام المهني.

4- تحليل وتفسير الفرضية الرابعة: هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

توجد علاقة إرتباطية سلبية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

للتحقق من وجود العلاقة الإرتباطية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي تم التحقق من الشروط البيومترية لدراسة هذه العلاقة، وفيما يأتي بيان التوزيع الطبيعي لمتغير الدراسة موضح كآتي:

جدول رقم (24): يوضح إختبار "Shapiro-wilk" و "Kolmejevov-Smirnov" لمعرفة التوزيع الطبيعي للبيانات.

Kolmejevov- Smirnov			Shapiro-wilk			متغير الدراسة
قيمة Siig	قيمة الإختبار	درجة الحرية	قيمة الإختبار	Siig	درجة الحرية	
0.064	0.200	84	0.980	0.205	84	الإرهاق التعاطفي

(من إعداد الطالبتان بناء على نتائج برنامج SPSS)

-الإرتباط دال إحصائيا عند مستوى (0.05):

- يوضح الجدول رقم (24) أن قيمة الدلالة لإختبار " Shapiro-wilk " بلغت (0.20) وهي دالة غير دالة إحصائيا عند (0.05)، كما بلغت قيمة الدلالة لإختبار "Kolmejevov- Smirnov" بـ (0.06) وهي غير دالة إحصائيا عند (0.05)، وهذا يعني أن توزيع البيانات طبيعي ومعتدل وبعد التأكد من الشروط البيومترية ومن خلال كل ما سبق، سنقوم بإستخدام معامل الإرتباط Kendal وهذا للتمكن من إختبار الفرضية إختبارا دقيقا.

الجدول رقم (25): نتائج إختبار معامل الإرتباط Kendal بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي

مستوى الدلالة Siiiig	معامل الإرتباط Kendal	عدد الأفراد	الرضا التعاطفي		الإرهاق التعاطفي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
0.516	0.049-	84	21.64	84.50	17.04	48.00

(من إعداد الطالبتان بناء على نتائج برنامج SPSS)

-الإرتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.05):

- يوضح الجدول رقم (25) أن قيمة معامل الإرتباط Kendal بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي بلغت (-0.049) بقيمة (0.51) وهي غير دالة إحصائياً بقيمة (0.05)، وبالتالي لا يوجد علاقة إرتباطية بين الرضا التعاطفي والإرهاق التعاطفي، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

خلصت دراستنا إلى عدم وجود علاقة إرتباطية بين CF و CS وهو منافي لنتائج الدراسات التي تم التطرق إليها في إطار بحثنا و يمكن أن نفسر ذلك على أنه مع أن إمكانية الرضا بالتعاطف موجودة لكنها غير كافية لتخفيف الإرهاق العاطفي لدى العاملين في مصلحة السرطان بشكل فعال.

طرحت Goundiss, Meriem (2018) نتائج في دراستها التي تعارض نتائج الدراسات الأخرى ولقد أظهرت أن كلما كانت الشخصية أكثر تعاطفاً، كانت أكثر عرضة لـ CF.

يمكن أن يكون الإرتباط التعاطفي مع المرضى، وفقاً للنتائج التي تحصلت عليها عاملاً وقائياً ضد CF، ويمكن أن يسمح هذا الإرتباط التعاطفي للمتخصصين برؤية عملهم بمزيد من المعنى كما أنها فسرت إنخفاض مستوى التعاطف عند وجود إرهاق الرحمة كإستراتيجية للتعامل قد تكون غير فعالة، وهذا ما

يجعلنا نستنتج من دراستنا الحالية أن القدرة على إيجاد CS مع المرضى ليست قوية بما يكفي للتخفيف من الضغوط المرتبطة بـ CF.

كما نجد أن نتائج دراستنا اختلفت مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من دراسة

Jarrad and Sawsan Hammad Reem Ahmed (2020) حيث وجدت إرتباط سلمي بين CS وFC وأكدت بأن انخفاض CS يمكن أن يؤدي إلى زيادة CF.

5- تحليل وتفسير الفرضية الخامسة : هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان؟

- توجد علاقة إرتباطية إيجابية بين الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

للتحقق من الفرضية تم إجراء اختبار معامل الارتباط **Kendal** وهذا للتمكن من اختبار الفرضية اختباراً دقيقاً.

الجدول رقم (26): نتائج اختبار معامل الارتباط **Kendal** بين الإرهاق التعاطفي

والإحترق النفسي

مستوى الدلالة Siiiig	معامل الإرتباط Kendal	عدد الأفراد	الإحترق النفسي		الإرهاق التعاطفي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
0.000	**0.504	84	32.00	12.27	48.00	17.04

(من إعداد الطالبتان بناء على نتائج برنامج SPSS)

- **الإرتباط دال إحصائيا عند مستوى (0.01):

- يوضح الجدول رقم (26) أن قيمة معامل الإرتباط Kendal بين الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي بلغت (0.504) بقيمة (0.00) وهي دالة إحصائيا عند الدلالة المعنوية (0.01). وهذا يدل على وجود علاقة إرتباطية إيجابية طردية متوسطة بين الإحترق النفسي والإرهاق التعاطفي، ومنه كلما ازداد الإرهاق التعاطفي للعمال بمصلحة مرضى السرطان والأورام كلما زاد الإحترق النفسي لديهم، وبالتالي يمكن القول أنه يوجد علاقة إرتباطية إيجابية بين الإحترق النفسي والإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.

أثبتت دراستنا صحة الفرضية التي تم طرحها في الدراسة الحالية، وهذا ما اتفقت عليه معظم الدراسات و ما أكدته Stamm حيث اعتبرت أن BO هو جزء من CF الذي يتميز بالشعور بالتعاسة، وعدم التواصل، وعدم الإحساس ببيئة العمل وهو ما يبين العلاقة الارتباطية بينهما، إلا أن دراستنا الحالية أظهرت نتائجها عن العلاقة الإرتباطية الإيجابية المتوسطة بين CF وBO منافية لدراسات أخرى مثل دراسة Jarrad and Sawsan Hammad Reem Ahmed (2020) التي أكدت على الإرتباط الإيجابي القوي بين CF وBO وبأنه يمكن أن يؤدي ارتفاع CF إلى جر ممرضات الأورام إلى خطر BO والتي أرجعتها إلى بعض العوامل في مجال العمل التي قد تلعب دورًا في ظهور الأعراض المرتبطة بـ CF منها: نقص الموظفين، وكثرة الوافدين الجدد الذين يحتاجون إلى المراقبة والتدريب، ونقص الدعم الإداري، والصراعات بين الموظفين.

ذهبت دراسة L. Egreteau et L. Salmon (2018) أن العوامل التنظيمية (دعم غير مرضٍ للمشرفين، حمل العمل الثقيل، قلة الإجازات أو فترات الراحة،...) المحفزة للإصابة بـ BO كان لها تأثير على مستوى CF.

كما أن بيئة العمل لها دور في زيادة مستوى CF وهذا ما أظهرته دراسة Christopher R Friese (2005) أن الإرهاق العاطفي أقل بشكل ملحوظ بين ممرضات الأورام العاملات في المستشفيات

المعتمدة من American Nurses Credentialing Center Magnet وهو تصنيف خاص بالممارسات التمريضية والرعاية الصحية، ويُمنح للمستشفيات والمنظمات التي تلتزم بمعايير عالية للجودة والتميز في ممارسة التمريض وتقديم الرعاية الصحية تم تطويره بواسطة المجلس التمريضي الأمريكي (ANCC)، مما يؤكد أن بيئة العمل وضغوط العمل تسهم في التقليل أو الزيادة في مخاطر التعرض لـ BO و CF.

6 - تحليل وتفسير الفرضية السادسة: هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس؟

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس.

تم التأكد من صحة الفرضية بحساب الفرق بين المتوسطين الحسابيين فكانت النتيجة موضحة كالتالي:
الجدول رقم (27): يوضح اختبار (T-Test) للفرق بين المتوسطين الحسابيين تبعاً لمتغير الجنس

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة	قيمة الدلالة
49.03	18.38	0.359	0,635	غير دالة إحصائية
50.88	16.39			

- من خلال نتائج الجدول التالي (الجدول رقم 27) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي للإناث بلغ (50.88) بإنحراف معياري قدر بـ (16.39) بينما بلغ المتوسط الحسابي للذكور قدر بـ (49.03)، بإنحراف معياري (18.38)، وجاءت قيمة (F) 0.359 عند مستوى الدلالة (0.63)، وهي أكبر من القيمة المعنوية (0.05) وبالتالي هي غير دالة إحصائية، بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس وهذا راجع لتقارب المتوسطات الحسابية.

نجد دراسات أقرت بعدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الإرهاق التعاطفي منها دراسة Jarrad and Sawsan Hammad Reem Ahmed (2020) والتي اتفقت مع نتيجة الدراسة الحالية بحيث أننا قد نرجع عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس إلى أن كل من الذكور و الإناث يمارسون عملهم في نفس الظروف وتحت نفس الشروط ويتعرضون لنفس الضغوط وهو ما يجعلهم يعانون معاً من CF حيث كانت نتائجهم جد متقاربة، إلا أن هناك دراسات أكدت بأن هناك فروق في مستوى CF تعزى لمتغير الجنس منها دراسة GINNY SPRANG and JAMES J. CLARK (2007) حيث اختلف مستوى CF حسب متغير الجنس لدى عينة الدراسة لصالح الإناث اللواتي تحصلن على درجات أعلى من الذكور في الإصابة بـ CF وكذا دراسة Mackenzie and all سنة (2023) ودراسة Thompson and all (2014).

7 - تحليل وتفسير الفرضية السابعة: هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق

التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة؟

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة.

تم التأكد من صحة الفرضية بحساب الفرق بين المتوسطات الحسابية بإختبار تحليل التباين الأحادي

والنتيجة موضحة كالتالي:

الجدول رقم (28): يوضح تحليل التباين الأحادي
(One Way Anova) تبعا لمتغير الأقدمية في المهنة

القيمة الإحتمالية	مستوى الدلالة	قيمة F	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة إحصائيا	0.630	0.694	17,93	49,58	أقل من 3 سنوات
			16,19	52,33	من 3 سنوات الى 5 سنوات
			13,59	47,68	من 6 سنوات الى 10 سنوات
			23,82	52,21	أكثر من 10 سنوات

(من إعداد الطالبان بناء على نتائج برنامج SPSS)

- من خلال نتائج الجدول (28) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لدى من تتراوح أقدمية عملهم لأقل من 3 سنوات بلغ (49.58) بإنحراف معياري قدر بـ (17.93)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي لدى من تتراوح أقدميتهم من 3 سنوات إلى 5 سنوات بلغ (52.33) بإنحراف معياري قدر بـ (16.19)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي لدى من تتراوح أقدميتهم من 6 سنوات إلى 10 سنوات بلغ (47.68) بإنحراف معياري قدر بـ (13.59)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي لدى من تتراوح أقدميتهم أكثر من 10 سنوات بلغ (52.21) بإنحراف معياري قدر بـ (23.82) وبلغت قيمة "F" عند قيمة (0,69) بقيمة (0,63)، وبالتالي هي غير دالة إحصائيا. ومنه وعلى أثر هذه النتائج المتحصل عليها نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين تبعا لمتغير الأقدمية في المهنة وهذا راجع لتقارب المتوسطات الحسابية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة Patricia Potter وآخرون (2010) حيث لم يتم العثور على علاقة ذات دلالة إحصائية بين سنوات الخبرة في مجال الأورام وخطر الإصابة بـ CF ومع ذلك، لوحظ إتجاه مثير للاهتمام حيث كان لدى الموظفين الذين لديهم من 11 إلى 20 سنة من الخبرة

في مجال الأورام أعلى نسبة من الدرجات ذات المخاطر العالية لجميع مقاييس فرعية ل-ProQOL R-IV الثلاثة (CS,CF,BO) حيث أن مدة العمل في مصلحة الأورام والسرطان (الأقدمية) لا تؤثر بشكل كبير على مستوى الإرهاق التعاطفي، سواء كان المهنيون جددًا في مجالهم أو ذوي خبرة طويلة، فإنهم يعانون من مستويات مشابهة من الإرهاق التعاطفي.

عكس ما توصلت إليه دراسة Angelika Birck (2002) التي أظهرت علاقة ذات دلالة إحصائية بين سنوات الخبرة وCF، خاصة أن CF يزيد مع سنوات العمل مع الضحايا المصابين بالصدمة ودراسة Paul M Robins and all (2009) أن ذوي الخبرة والفترة الطويلة في العمل تحصلوا على نسبة أعلى في مستوى CF من غيرهم.

خلاصة الفصل:

كان هدفنا من هذا الفصل العرض والتحليل وتفسير لنتائج الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة حيث تطرقنا فيه إلى تقييم مستويات الإرهاق التعاطفي، الرضا التعاطفي، والاحتراق النفسي بين المهنيين العاملين في مصلحة الأورام والسرطان، في إطار ما توصلنا إليه من الدراسة الحالية بالإضافة إلى استكشاف العلاقات بين هذه المتغيرات وتأثير الجنس والأقدمية في المهنة.

الإستنتاج

العام

الاستنتاج العام:

خلصت نتيجة دراستنا إلى التوصل أنه:

- يوجد مستوى مرتفع من الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- يوجد مستوى متوسط من الرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- يوجد مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- لا توجد علاقة إرتباطية بين الإرهاق التعاطفي والرضا التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- يوجد علاقة إرتباطية إيجابية بين الإرهاق التعاطفي والاحتراق النفسي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإرهاق التعاطفي لدى العمال المهنيين بمصلحة الأورام والسرطان تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة.
- تشير نتائج الدراسة إلى أن المهنيين العاملين في مصلحة الأورام والسرطان يعانون من مستوى مرتفع من الإرهاق التعاطفي، مما يعكس الضغوط النفسية الكبيرة الناتجة عن التعاطف المستمر مع مرضى السرطان ومعاناتهم. بالرغم من وجود مستوى متوسط من إمكانية الرضا بالتعاطف، إلا أن هذه الإمكانية لم تؤثر بشكل مباشر على تخفيف الإرهاق التعاطفي، مما يشير إلى أن التعاطف المستمر لا يساهم بالضرورة في تحسين الشعور العام بالرضا لدى المهنيين.
- أظهرت النتائج أيضاً أن هناك مستوى منخفض من الاحتراق النفسي، وهو ما قد يعزى إلى وجود استراتيجيات مواجهة فعالة لدى بعض المهنيين أو دعم مؤسسي كافٍ في جوانب

معينة. ومع ذلك، فإن العلاقة الإيجابية بين الإرهاق التعاطفي والاحتراق النفسي تشير إلى أن زيادة الإرهاق التعاطفي يمكن أن تؤدي إلى زيادة مستويات الاحتراق النفسي على المدى الطويل.

كما بينت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الإرهاق التعاطفي بناءً على متغير الجنس أو الخبرة المهنية، مما يدل على أن الإرهاق التعاطفي هو تجربة مشتركة بين جميع المهنيين بغض النظر عن هذه العوامل الديموغرافية.

بناءً على هذه النتائج، من الضروري تنفيذ استراتيجيات شاملة لدعم المهنيين في مصلحة الأورام والسرطان. تشمل هذه الاستراتيجيات توفير الدعم النفسي المستمر، وتنظيم ورش عمل تدريبية حول تقنيات إدارة الضغط النفسي، وتعزيز بيئة العمل الصحية والمتوازنة، وتقديم التقدير والتحفيز للعاملين، وتشجيع التواصل والتعاون داخل الفرق الطبية. كما يجب إجراء تقييمات دورية لمستويات الإرهاق التعاطفي والاحتراق النفسي لإستخدامها في تحسين السياسات والإجراءات الداعمة للعاملين.

تؤكد هذه الدراسة على الحاجة الملحة لتطوير بيئة عمل مستدامة تدعم الصحة النفسية والجسدية للمهنيين في مصلحة الأورام والسرطان، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وتحقيق رفاهية العاملين في هذا المجال الحساس.

بناءً على نتائج الدراسة حول الإرهاق التعاطفي لدى المهنيين العاملين في مصلحة

الأورام والسرطان، يمكن تقديم التوصيات التالية:

1. بالنسبة للعاملين المهنيين:

- العناية بالصحة الشخصية من خلال:
 - النوم الكافي للحفاظ على صحة الجسم والعقل.
 - التغذية الصحية والحرص على شرب السوائل بانتظام.

- ممارسة الرياضة المنتظمة لتخفيف التوتر وتحسين الحالة العقلية والجسدية.

● إدارة الضغوط والتوتر وهذا ب:

- تحديد الأولويات وتنظيم العمل بشكل جيد لتقليل الضغط.

- تنظيم الوقت وتخصيص أوقات محددة للعمل والراحة والاهتمام بالترفيه والإستمتاع بأوقات

الراحة خارج بيئة العمل.

- تحديد الحدود بين العمل والحياة الشخصية للحفاظ على التوازن.

- تعلم وممارسة تقنيات التنفس والإسترخاء مثل التنفس العميق والتأمل لتهدئة العقل والجسم في

مواجهة التوتر.

- البحث عن الدعم والتواصل بالتحديث مع الزملاء وتبادل الخبرات والمشاعر لتخفيف الضغط

وزيادة الدعم.

عدم التردد في طلب المساعدة من الزملاء أو المشرفين عند الشعور بالضغط العاطفي.

● تطوير مهارات التحمل العاطفي وهذا ب:

- تطوير مهارات التواصل الفعال للتعبير عن المشاعر بشكل صحيح.

حث النفس على التفكير بشكل إيجابي والتركيز على الجوانب المشرقة في الحياة والعمل.

-التعلم من التجارب وإستخدامها لتعزيز فهم لإحتياجات المرضى وتحسين الرعاية التي

يقدمونها.

باعتبار إتباع هذه النصائح واعتماد عادات صحية ونمط حياة متوازن، يمكن للعاملين الحفاظ

على صحتهم النفسية والعاطفية والتعامل بفعالية مع التحديات التي تطرأ في عملهم في مجال

خدمة مرضى السرطان.

2. بالنسبة للمؤسسات الصحية:

- توفير الدعم النفسي المستمر بإنشاء برامج منتظمة تشمل جلسات إرشاد وتوجيه نفسي للعاملين وتكوين فرق دعم نفسي متخصصة للتعامل مع حالات الإرهاق والإحترق النفسي.
- تقديم ورش عمل ودورات تدريبية حول تقنيات إدارة الضغط النفسي والتعامل مع الإرهاق التعاطفي وتدريب العاملين على تقنيات الإسترخاء مثل التأمل والتنفس العميق.
- تحسين بيئة العمل لتكون داعمة ومرنة، مما يقلل من الضغط النفسي على العاملين وتوفير مساحات مخصصة للراحة والإسترخاء خلال ساعات العمل.
- تشجيع العاملين على تحقيق توازن صحي بين العمل وحياتهم الشخصية من خلال توفير جداول عمل مرنة ودعم العاملين بأوقات راحة وإجازات منتظمة لتقليل الإرهاق.
- تقديم ورش عمل لتدريب العاملين على كيفية التعامل مع مشاعرهم السلبية وتجنب الإرتباط العاطفي الزائد بالمرضى وتعزيز الوعي بأهمية الإحتفاظ بمسافة عاطفية صحية بين المهنيين والمرضى.
- تقدير وتحفيز العاملين بإنشاء نظام لتقدير الجهود المبذولة من قبل العاملين عبر الجوائز والشهادات التقديرية وتوفير حوافز معنوية ومادية لتحفيز العاملين وتعزيز معنوياتهم.
- تعزيز ثقافة التواصل المفتوح والصريح بين العاملين والإدارة وتشجيع العمل الجماعي والتعاون بين أفراد الفريق الطبي لتوزيع الأعباء وتخفيف الضغط النفسي.
- إجراء تقييمات دورية ومنتظمة لقياس مستويات الإرهاق التعاطفي والإحترق النفسي بين العاملين وإستخدام نتائج التقييم لتحسين السياسات والإجراءات الداعمة للعاملين.
- التأكد من وجود عدد كافٍ من العاملين لتقليل العبء على الأفراد وتقديم الموارد اللازمة لتنفيذ برامج الدعم النفسي والتدريب.

- نشر الوعي حول الإرهاق التعاطفي وآثاره السلبية بين العاملين وتوفير مواد تثقيفية وورش عمل للتعريف بطرق التعامل مع الإرهاق والإحترق النفسي.
 - توفير برامج دعم أسري للعاملين لمساعدتهم في التعامل مع ضغوط العمل وإشراك المجتمع في دعم العاملين من خلال حملات توعية وتقدير جهودهم.
- بتنفيذ هذه التوصيات، يمكن تقليل مستويات الإرهاق التعاطفي وإمكانية الرضا بالتعاطف السليبي بين المهنيين العاملين في مصلحة الأورام والسرطان، مما يسهم في تحسين رفايتهم وزيادة فعالية وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

قائمة

المراجع

1-المصادر والمراجع العربية:

● قائمة الكتب العربية:

- الأغبر، ن. (1999). الأمراض المناعية (ط 1). منشورات المجتمع الثقافي. الإمارات العربية.
- الصديقي، سلوى عثمان. (2002). مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية (د. ط). المكتب الجامعي للحديث. الإسكندرية.
- البهي، فؤاد السيد (1978) علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري(ط3). دار الفكر العربي القاهرة.
- الخطيب، إ. (1997). أساسيات علم الأورام (ط 1). دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. عمان.
- عباس، محمد خليل. نوفل، محمد بكر. العبسي، محمد مصطفى. أبوعواد محمد، فريال. (2014). مدخل إلى مناهج البحث في التربية و علم النفس (ط5). دار المسيرة. عمان.
- صفوت فرج (2007). القياس النفسي. مكتبة انجلو المصرية. مصر
- سعد، عبد الرحمن. (2008). القياس النفسي النظري والتطبيق (ط 5). دار هبة نيل. القاهرة.
- معمريه، بشير. (2002). علم النفس القياسي والاختبارات. منشور شركة باتنيت. باتنة .
- مقدم، عبد الحفيظ(2003). الإحصاء والقياس النفسي والتربوي (ط2). ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.

● قائمة الرسائل والمذكرات

- أبو القاسم، سعد الله. بوخروف، سمير. (2019). دور استراتيجيات المواجهة و الصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني و نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الامراض المعدية [أطروحة دكتوراه منشورة]. جامعة الجزائر2.

- بوخروف ،سمير. (2019). دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية [أطروحة دكتوراه منشورة]. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة الجزائر.
- بوغاري ،حنان،عافل،فتيحة. (2022).واقع التكفل النفسي بالمصابات بالسرطان أثناء إستخدام العلاج الطبي. - دراسة ميدانية لأربع حالات مصابات بالسرطان في المؤسسة العمومية الاستشفائية لتصفية الدم وأمراض الكلى صالح بلخوجة نور الدين تيارت [أطروحة ماجستير منشورة]. جامعة ابن خلدون .تيارت.
- تلايلي،نبيلة.(2017).الاحتراق النفسي و علاقته بالتوافق المهني لدى الزوجة العاملة. دراسة ميدانية على عينة من القابلات ببعض مصالح التوليد لكل من ولايتي باتنة و بسكرة [أطروحة دكتوراه منشورة]. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
- طالب ،حنان. (2014). الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة و الجلد لدى الأخصائين بين النفسانيين العياديين الممارسين [أطروحة دكتوراه منشورة]. جامعة سطيف.

● قائمة المنشورات والمجلات العلمية

- الأسود، الزهرة (2019). العينات في البحث العلمي: إجراءات واعتبارات. مجلة تنوير للبحوث الإنسانية والاجتماعية، 12، 262-279.
- الحبيشي، ابتسام محمد (2020). الدعم الاجتماعي الأسري لدى مريضات السرطان: دراسة وصفية تحليلية على عينة من مريضات السرطان. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الفيوم، العدد 22، 707-732.

- راييس ،صدام. (2021).التواصل، التوعية الصحية و إشكاليات السياق إطار تحسين فاعليات التواصل في مجال التوعية الصحية . المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية.جامعة الجزائر، 09 (02)، 162-181.
- عيدان ،أنوار محمد.عودة غائب،فاتن.(2021).إجهد الشفقة و علاقته بمعنى الحياة.مجلة الفلسفة. الجامعة المستنصرية،04(23)،115-138.
- فالق ،باهية . عدوان ،يوسف .(2021).مبادئ الرعاية التلطيفية النفسية الاجتماعية لمرضى آلام السرطان. مجلة العلوم الإسلامية والحضارة. جامعة الحاج لخضر باتنة،06(02)، 299-310.
- كاظم ،أمل . حامد، ميسون.(ب.س). إجهد الشفقة وعلاقته بالتوافق المهني عند العاملين في الرعاية الاجتماعية. مركز البحوث النفسية، جامعة بغداد، 28 . 1215-1242.
- محي الدين، مختار.(1995).بعض تقنيات البحث و كتابة التقرير.مجلة العلوم الإنسانية ،منشورات جامعة قسنطينة،الجزائر،06(01)،48.
- مزوزي، نورة. ساعد، صباح.(2020). تقييم الكفاءات المعرفية لدى الطلبة في منهجية البحث العلمي: دراسة ميدانية على عينة من طلبة علوم التربية تخصص توجيه وإرشاد بقسم العلوم الاجتماعية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة بسكرة، 12(01)، 243-258.
- يحياوي، إبراهيم.(2021).الدراسات السابقة أهميتها وكيفية توظيفها في بحوث العلوم الاجتماعية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. جامعة محمد لمين دباغين سطيف، المجلد 10(01)،319-341.
- المواقع الالكترونية:

- <https://www.aphp.fr/soins-palliatifs-et-soins-de-support>

- World Health Organization. (n.d.). Cancer. Retrieved,07/03/2024. from <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- International Agency for Research on Cancer. (n.d.). Global cancer observatory. World Health Organization. Retrieved Avril , 03, 2024, from https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0
- Alaraby. الجزائر: مبادرة لمكافحة مرض السرطان ورقمة نظام العلاج. مسترجع (27/02/2024). <https://www.alaraby.co.uk/society/%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6%D8%B1-%D9%85%D8%A8%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A9-%D9%84%D9%85%D9%83%D8%A7%D9%81%D8%AD%D8%A9-%D9%85%D8%B1%D8%B6-%D8%A7%D9%84%D8%B3%D8%B1%D8%B7%D8%A7%D9%86-%D9%88%D8%B1%D9%82%D9%85%D9%86%D8%A9-%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%84%D8%A7%D8%AC>
- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. (08/02/2024). Le cancer en chiffres (France et monde). <https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde>.
- الإذاعة الجزائرية (2022/06/29) <https://news.radioalgerie.dz/ar/node/11483>.

2- المصادر والمراجع الأجنبية:

● قائمة المصادر:

- Assistance Hopitaux Public de Paris.(2016). *Soins palliatifs et soins de support* .<https://www.aphp.fr/soins-palliatifs-et-soins-de-support:text=Les%20soins%20de%20support%20sont,aide%20%C3%A0%20la%20r%C3%A9adaptation%2C%20etc>. 24 03 2024.

-International Agency for Research on Cancer(2024).*Cancer Today*.version 11.
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&types=1.

-Organisation Mondiale de la santé (OMS).(2007). *la lutte contre le cancer du col de l'utérus,guide des pratiques essentielles Deuxième édition*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1>.

- Organisation Mondiale de la santé (OMS).(2022). *Cancer*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Butow, P. N., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (Eds.). (2010). *Psycho-Oncology* (2nd ed.). Oxford University Press.

- The American Institute of Stress.(2017). *Defnition of compassion fatigue*.

<https://www.stress.org/military/forpractitionersleaders/compassion-fatigue>.

- Zawieja, P. Guarnieri. F. (2014). *Fatigue compassionnelle*. Dictionnaire des risques psychosociaux. DOI ou ISBN: 978-2-02-110922-1. URL: <https://minesparis-psl.hal.science/hal-00872292>.

● قائمة الرسائل والمذكرات:

- Abendroth ,Maryann (2005) . *Predicting the Risk of Compassion Fatigue: An Empirical Study of Hospice Nurses* [Thesis Master of Science in Nursing].USA.Florida State University School of Nursing.

-Alizé ,Cointot.(2022) . *La fatigue compassionnelle : état des connaissances actuelles et sémiologie générale. Étude des facteurs*

de risque parmi les vétérinaires exerçant en clientèle en France.

Oniris. [These de doctorat de veterinaire]France. Université Nantes.

-ann parson ,Maureen. (2014). *A Study of the interrelationship of compassion fatigue, compassion satisfaction and self-care strategies for cardiovascular intensive care unit nurses: A pilot study* [master of science in Nursing]. Faculty of the School of Nursing California .State University.

-Cointot, A. (2022). *Self-care for psychologists: Managing compassion fatigue* [Master's thesis]. University of Cape Town. South Africa.

- Chaumier, François.(2022). *Satisfaction et besoins de soins des patients atteints de cancer : validation de deux outils français d'évaluation*[These de doctorat de Cancérologie]France. Université Nantes.

-Dafos, Rodrigo. Wayra ,Ana Maria (2005). *Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma*] Master of Arts in the Counselling Psychology Program]Canada. Simon Fraser University.

-Derdour Campos, J. (2018). *La fatigue de compassion: état des lieux des connaissances, aspects cliniques: enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral* [Master's thesis]. Université de Caen Normandie.

-Goumdiss,Meriem.(2018). *Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes*] Master en sciences psychologiques [Belgique. université de Liège.

--Rodrigo, W. D. (2005). *Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma* [Bachelor's thesis]. Simon Fraser University. https://summit.sfu.ca/_flysystem/fedora/sfu_migrate/10200/etd1966.pdf.

-Violet ,Jennifer.(2010). *La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines : les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique*[Exigence Partielle de La Maîtrise en Administration des affaires]Canada .Université du Québec à Montréal.

● المقالات العلمية الأجنبية:

-Abendroth Maryann.(2006), Predicting the Risk of Compassion Fatigue, *A Study of Hospice Nurses*, 8(6):346-356.

-Ahmad Mahmoud Jarrad, Reem. Mohammad Hammad ,Sawsan.(2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction, University of Jordan, *Annals of General Psychiatry* 19(1):01-08.

-Birck, A. (2002). Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture survivors. *Traumatology*, 07(02):85-90. <https://doi.org/10.1177/153476560100700203>.

-Brian E, Bride. Melissa, Radey . Charles, Figley.(2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clin Soc Work J* .35:155–163 .<https://DOI.10.1007/s10615-007-0091-7>.

-Cocker, Fiona . joss ,nerida.(2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(618), 01-18,doi:10.3390/ijerph13060618.

- Danziger ,Nicolas.(2014) . La perception de la douleur d'autrui. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 172(02), 115- 118.
- Egreteau ,L. Salmon, L. D. Le Gal, D. Denes, Gohier, B. Lerolle ,N. (2018). Fatigue compassionnelle : enquête auprès des internes en médecine de l'UFR santé d'Angers, *French Journal of Psychiatry* , 01, S91. [https:// Doi : 10.1016/S2590-2415\(19\)30233-8](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30233-8).
- Friese, C.R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 14(5), E56-E62. [https:// DOI: 10.1188/10.CJON.E56-E62](https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62).
- Hooper ,Crystal . Craig ,Janet. Janvrin, David R. Wetsel, Margaret A. Reimels ,Elaine. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties.*National Library of Medicine*, 36(5):420-470. [https:// doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027).
- Lebel, G. (2015). A study on compassion fatigue among healthcare professionals. *Journal of Psychology and Health*, 29(3).
- Naert ,Mackenzie. Pruitt, Cassandra. Sarosi ,Alex. Berkin, Jill. Stone ,Joanne. S Weintraub, Andrea.(2023). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in maternal-fetal medicine physicians in the United States, *National Library of Medicine* ,5(7),1016-1018.
- Smith, S. J., Johnson, M. L., & Brown, E. K. (2018). The impact of emotional exhaustion on healthcare professionals' work-life balance and interpersonal relationships. *Journal of Health Psychology and Behavioral Medicine*.

- Pascale, Brillon .(2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30 (03), 30-35.
- Patricia, Potter. Deshields ,Teresa. Divanbeigi ,Joyce. Berger, Julie. Cipriano, Doreen. Norris ,Lori, Olsen ,Sarah.(2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses, *Clinical Journal of Oncology Nursing*,14(5):E56-62.
- Philippe, Zawieja.(2014). Vous avez dit« fatigue compassionnelle » ?. *en direct des établissements* ,151:25-26
- Robins, P.M, Meltzer, L. Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 270-279.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.007>
- Sprang ,Ginny . Clark, James S J.(2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors impacting a professional's quality of life. University of Kentucky, *Journal of Loss and Trauma*, 12:259–280, DOI:10.1080/15325020701238093.
- Suleiman, R., et al. (2019). Relationship between empathetic fatigue and burnout among healthcare professionals in cancer treatment centers. *Cancer Nursing*, 42(3), 197-205.
doi:10.1097/NCC.0000000000000705
- Thompson, I.A., Amatea, E.S. Thompson, E.S. (2014). Personal and contextual Predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36, 58-77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>.
- Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrão, M. N., Diniz, R. W., ... & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis. *European*

Journal of Cancer Care, 17(6), 524-531. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00927.x

-Watson, M., & McNutt, L. (2016). Self-care: Managing compassion fatigue. *Journal Indexing and Metrics*, 8(6), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1755738015581026>.

● أوراق بحثية ومقالات معلومة المؤلف في المواقع الإلكترونية:

-Hunter, J. Perkins, E. (2010). *understanding compassion fatigue*. www.dcoe.health.mil/DCoEV2/Content/navigation/documents/SPC2010/Jan13/1300-1400/Hunter%20Perkins%20-%20Caring%20Too%20Much%20.

-Master class (Jun 08 2022) .*Compassion Fatigue vs. Burnout: What's the Difference?*, <https://www.masterclass.com/articles/compassion-fatigue-vs-burnout>.

-Lakhedari, N. (25 avril 2014). *soins palliatifs Généralités :Société Algérienne D'hématologie et de transfusion sanguine*. <https://www.hematologie-dz.com/online/uploads/sahts-2014/i4>.

-Philippe, Colombat.(2008). *SOINS DE SUPPORT EN ONCOLOGIE : DE L'ORGANISATION A LA SPECIALISATION Médecine Palliative*. (7- 01-09) . <https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/TAO-SoinsSupportJUILLET13-2>.

-Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. doi:10.1377/hlthaff.2011.137

الملاحق

What is Compassion Fatigue?

There is a cost to caring.

Professionals who listen to the stories of fear, pain and suffering of others may feel similar fear, pain and suffering because they care. Professionals especially vulnerable to Compassion Fatigue (CF) include emergency care workers, counsellors, mental health professionals, medical professionals, clergy, advocate volunteers, and human service workers. If you ever feel as though you are losing your sense of self to the clients you serve, you may be suffering from CF.

The concept of Compassion Fatigue emerged only in the last several years in the professional literature. It represents the cost of caring about and for traumatised people. Compassion Fatigue is the emotional residue of exposure to working with the suffering, particularly those suffering from the consequences of traumatic events. Professionals who work with people, particularly people who are suffering, must contend with not only the normal stress or dissatisfaction of work, but also with the emotional and personal feelings for the suffering.

Compassion Fatigue is NOT "burnout". Burnout is associated with stress and hassles involved in your work; it is very cumulative, is relatively predictable and frequently a vacation or change of job helps a great deal. Compassion Fatigue is very different. Compassion Fatigue is a state of tension and preoccupation with the individual or cumulative trauma of clients as manifested in one or more ways including re-experiencing the traumatic event, avoidance/numbing of reminders of the event, and persistent arousal. Although similar to critical incident stress (being traumatised by something you actually experience or see), with CF you are absorbing the trauma through the eyes and ears of your clients. It can be thought of as secondary post-traumatic stress.

There are human costs associated with CF. Job performance goes down, mistakes go up. Morale drops and personal relationships are affected, people's home lives start to deteriorate, personality deteriorates and eventually it can lead to overall decline in general health.

Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test (CFS)

Stamm, B.H. (in press). Measuring Compassion Satisfaction as well as Fatigue: Development History of the Compassion Fatigue and Satisfaction Test. In C.R. Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel. O.B. Hudnall Stamm, Traumatic Stress Research Group, 1995-1999.

Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test for Helpers

(this is a printable copy for off-line use)

This form is freely copied as long as (a) authors are credited, (b) no changes are made, & (c) it is not sold.

Helping others puts you in direct contact with other people's lives. As you probably have experienced, your compassion for those you help has both positive and negative aspects. This self-test helps you estimate your compassion status: How much at risk you are of burnout and compassion fatigue and also the degree of satisfaction with your helping others. Consider each of the following characteristics about you and your current situation. Print a copy of this test so that you can fill out the numbers and keep them for your use. Using a pen or pencil, write in the number that honestly reflects how frequently you experienced these characteristics in the last week. Then follow the scoring directions at the end of the self-test.

0=Never	1=Rarely	2=A Few Times	3=Somewhat Often	4=Often	5=Very Often
---------	----------	---------------	------------------	---------	--------------

Items About You

- _____ 1. I am happy.
- _____ 2. I find my life satisfying.
- _____ 3. I have beliefs that sustain me.
- _____ 4. I feel estranged from others.
- _____ 5. I find that I learn new things from those I care for.
- _____ 6. I force myself avoiding certain activities or situations because they remind me of a frightening experience.
- _____ 7. I find myself to avoid certain thoughts or feelings that remind me of a frightening experience.
- _____ 8. I have gaps in my memory about frightening events.
- _____ 9. I feel connected to others.
- _____ 10. I feel calm.
- _____ 11. I believe that I have a good balance between my work and my free time.

- _____ 12. I have difficulty falling or staying asleep.
- _____ 13. I have outburst of anger or irritability with little provocation.
- _____ 14. I am the person I always wanted to be.
- _____ 15. I startle easily.
- _____ 16. While working with a victim, I thought about violence against the perpetrator.
- _____ 17. I am a sensitive person.
- _____ 18. I have flashbacks connected to those I help.
- _____ 19. I have good peer support when I need to work through a highly stressful experience.
- _____ 20. I have had first hand experience with traumatic events in my adult life.
- _____ 21. I have had first hand experience with traumatic events in my childhood.
- _____ 22. I think that I need to "work through" a traumatic experience in my life.
- _____ 23. I think that I need more close friends.
- _____ 24. I think that there is no one to talk with about highly stressful experiences.
- _____ 25. I have concluded that I work too hard for my own good.
- _____ 26. Working with those I help brings me a great deal of satisfaction.
- _____ 27. I feel invigorated after working with those I help.
- _____ 28. I am frightened of things a person I helped has said or done to me.
- _____ 29. I experience troubling dreams similar to those I help.
- _____ 30. I have happy thoughts about those I help and how I could help them.
- _____ 31. I have experienced intrusive thoughts of times with especially difficult people I helped.
- _____ 32. I have suddenly and involuntarily recalled a frightening experience while working with a person I helped.
- _____ 33. I am pre-occupied with more than one person I help.
- _____ 34. I am losing sleep over a person I help's traumatic experiences.

- _____ 35. *I have joyful feelings about how I can help the victims I work with.*
- _____ 36. *I think that I might have been “infected” by the traumatic stress of those I help.*
- _____ 37. *I think that I might be positively “inoculated” by the traumatic stress of those I help.*
- _____ 38. *I remind myself to be less concerned about the well being of those I help.*
- _____ 39. *I have felt trapped by my work as a helper.*
- _____ 40. *I have a sense of hopelessness associated with working with those I help.*
- _____ 41. *I have felt “on edge” about various things and I attribute this to working with certain people I help.*
- _____ 42. *I wish that I could avoid working with some people I help.*
- _____ 43. *Some people I help are particularly enjoyable to work with.*
- _____ 44. *I have been in danger working with people I help.*
- _____ 45. *I feel that some people I help dislike me personally.*

Items About Being a Helper and Your Helping Environment

- _____ 46. *I like my work as a helper.*
- _____ 47. *I feel like I have the tools and resources that I need to do my work as a helper.*
- _____ 48. *I have felt weak, tired, run down as a result of my work as a helper.*
- _____ 49. *I have felt depressed as a result of my work as a helper.*
- _____ 50. *I have thoughts that I am a “success” as a helper.*
- _____ 51. *I am unsuccessful at separating helping from personal life.*
- _____ 52. *I enjoy my co-workers.*
- _____ 53. *I depend on my co-workers to help me when I need it.*
- _____ 54. *My co-workers can depend on me for help when they need it.*
- _____ 55. *I trust my co-workers.*
- _____ 56. *I feel little compassion toward most of my co-workers.*

- ___ 57. I am pleased with how I am able to keep up with helping technology.
- ___ 58. I feel I am working more for the money/prestige than for personal fulfillment.
- ___ 59. Although I have to do paperwork that I don't like, I still have time to work with those I help.
- ___ 60. I find it difficult separating my personal life from my helper life.
- ___ 61. I am pleased with how I am able to keep up with helping techniques and protocols.
- ___ 62. I have a sense of worthlessness/disillusionment/resentment associated with my role as a helper.
- ___ 63. I have thoughts that I am a "failure" as a helper.
- ___ 64. I have thoughts that I am not succeeding at achieving my life goals.
- ___ 65. I have to deal with bureaucratic, unimportant tasks in my work as a helper.
- ___ 66. I plan to be a helper for a long time.

Scoring Instructions

Please note that research is ongoing on this scale and the following scores should be used as a guide, not confirmatory information. Cut points are theoretically derived and should be used with caution and only for educational purposes.

- 1. Be certain you respond to all items.
- 2. Mark items for scoring:
 - a. Circle the following 23 items: 4,6-8, 12, 13, 15, 16, 18, 20-22, 28, 29, 31-34, 36, 38-40, 44.
 - b. Put a check by the following 16 items: 17, 23-25, 41, 42, 45, 48, 49, 51, 56, 58, 60, 62-65.
 - c. Put an x by the following 26 items: 1-3, 5, 9-11, 14, 19, 26-27, 30, 35, 37, 43, 46-47, 50, 52-55, 57, 59, 61, 66.
- 3. Add the numbers you wrote next to the items for each set of items and note:
 - a. Your potential for Compassion Satisfaction (x) 118 and above=extremely high potential; 100-117=high potential; 82-99=good potential; 64-81=modest potential; below 63=low potential.
 - b. Your risk for Burnout (check): 36 or less=extremely low risk; 37-50=moderate risk; 51-75 high risk; 76-85=extremely high risk.
 - c. Your risk for Compassion Fatigue (circle): 26 or less = extremely low risk, 27-30 = low risk, 31-35=moderate risk; 36-40 = high risk, 41 or more = extremely high risk.

Adapted with permission from Figley, C.R. (1995). Compassion Fatigue, New York: Brunner/Mazel. O B. Hudnall Stamm, Traumatic Stress Research Group, 1995-1999 <http://www.isu.edu/~bhstamm/rural-care.htm>

Professional Resource Information

NOTE: URLs are given beside references rather than linked to the document name so that they can be read from print copy. While online, if you would like to link to a particular resource, click on the URL.

The Compassion Fatigue Scale has been established, presented, and published in several articles/chapters including, among others, the following:

Figley, C.R. (1999). Compassion Fatigue. In B.H. Stamm, (Ed.) Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators, 2nd Ed. Lutherville, MD: Sidran Press. <http://www.sidran.org/digicart/products/stss.html>. (note, this chapter contains a copy of the updated Compassion Fatigue & Satisfaction Scale that appears above)

Figley, C.R. (1995). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner Mazel. <http://www.opengroup.com/open/dfbooks087/0876307594.shtml>.

Figley, C.R. (1995). Compassion Fatigue. In B.H.Stamm, (Ed) Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators. Lutherville, MD: Sidran Press. <http://www.sidran.org/digicart/products/stss.html>. (note, this chapter contains a copy of the earlier version of the Compassion Fatigue scale).

Stamm, B.H. (in press). Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Fatigue and Satisfaction Test In C.R. Figley (Ed.) Treating Compassion Fatigue New York: Brunner/Mazel. (NOTE: this paper is not yet available).

Stamm, B.H. (April 1997). Mental Health Research in Telehealth. Invited address at From Research to Practice: A Conference on Rural Mental Health Research, National Institute of Mental Health. Oxford MS.

Rudolph, J.M. Stamm, B.H. & Stamm, H.E. (November, 1997). Compassion Fatigue: A Concern for Mental Health Policy, Providers and Administration. Poster presented at the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, ON, CA. <http://www.isu.edu/~bhstamm/STSS97ef.PDF>

There is a psychometric review in:

Figley, C.R. & Stamm, B.H. (1996). Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test. In B.H. Stamm (Ed), Measurement of Stress, Trauma and Adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press
<http://www.sidran.org/digicart/products/stms.html>.

For general information on Secondary Traumatic Stress/Vicarious Traumatization/Compassion Fatigue:

<http://mailer.fsu.edu/~cfigley/satfat.htm>

ملحق رقم 2

0 = ليئا 1 = نادرا 2 = بضع مرات 3 = إلى حد ما 4 = غالبا 5 = في كثير من الأحيان

أمور عنك

1. أنا سعيد.
2. أجد حياتي مرضية
3. لدي اعتقادات تدعمني.
4. أشعر بالغربة من الآخرين.
5. أرى أنني أتعلم أشياء جديدة من أولئك الذين أراهم.
6. أجبر نفسي على تجنب بعض النشاطات أو الوضعيات لأنها تذكرني بتجارب مخيفة.
7. أجدني أتجنب بعض الأفكار والمشاعر التي تذكرني بتجارب مخيفة.
8. لدي فراغ في مذكرتي لأحداث مخيفة.
9. أشعر بأنني مرتبط بالآخرين.
10. أشعر بالهوء.
11. أعتقد بأنني متوازن بين عملي و وقت فراغي.
12. لدي صعوبات في النوم أو الاستغراق فيه.
13. ينتابني الغضب و أثور لأدنى استفزاز.
14. أنا الشخص الذي لطالما أردت أن أكون.
15. سريعا ما أفزع.
16. عند تعاملي مع الضحية فكرت في تعنيف الجاني.
17. أنا شخص حساس.
18. لي ذكريات ماضية متصلة بأولئك الذين أساعد.
19. أحظي بدعم هائل من الأقران عندما أحتاج إلى العمل من خلال تجربة مسبب للقلق.
20. كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في بعد سن البلوغ.
21. كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في فترة طفولتي.
22. أظن أنني أحتاج إلى "التعامل بنجاح" في تجربة مؤلمة في حياتي.
23. أظن أنني أحتاج إلى أصدقاء مقربين أكثر.
24. أظن أنه لا يوجد شخص أتحدث معه على تجربة مرهقة للغاية.
25. استخلصت إلى أنني أعمل بك من أجل مصلحتي.
26. عملي مع أولئك الذين أساعدهم يريحني كثيرا.
27. أشعر بالحيوية بعد العمل مع أولئك الذين أساعدهم.
28. أخاف من الشخص الذي أسعده أن يقول عني شيء أو يفعل أشياء.
29. أرى كوابيس تشابه حالات الأشخاص الذين أساعدهم.
30. تبقى في فكري انطباع جيد عن أولئك الذين أساعدهم و كيف تمكنت من مساعدتهم.
31. تسيطر على أفكار سيئة خصوصا اتجاه الأشخاص صعب المراس الذين ساعدتهم.
32. فجأة و لا إراديا بادرت إلى ذهني تجارب مخيفة أثناء العمل مع شخص ساعدته.
33. أصبح شارذ الذهن مع أكثر من شخص ساعدته.
34. عدم القدرة على النوم بسبب تجربة مخيفة لشخص ساعدته.
35. أشعر بالفرح حيال كيف يمكنني مساعدة الضحايا الذين أعمل معهم.
36. أظن أنني قد أصاب بسبب الضغط الأليم لأولئك الذين أساعد.
37. أظن أنني قد أمتلك مناعة بفضل الضغط الأليم لأولئك الذين أساعد.

38. أذكر نفسي بأن أخفض من القلق عن سلامة أولئك الذين أساعد.
39. شعرت بأنني في ورطة بسبب عملي كمساعد.
40. يَتملكني شعور بفقدان الأمل عندما أعمل مع أولئك الذين أساعد.
41. شعرت بأنني في قمة القلق بسبب أشياء مختلفة و يحصل ذلك عند العمل بعض الناس الذين أساعدهم.
42. تمنيت لو أنني تمكنت تجنب العمل مع بعض الناس الذين أساعدهم.
43. يسرني العمل مع بعض الأشخاص الذين ساعدتهم .
44. أشعر بالخطر عند العمل مع الأشخاص الذين ساعدتهم.
45. أشعر بأن بعض الناس الذين ساعدتهم يكرهونني شخصياً. أمور عن كونك مساعداً و تساعد محيطك.
46. أحب عملي الذي هو مساعد.
47. أشعر بأن لدي الوسائل و الموارد الذي أحتاج لأقوم بعمله الذي هو مساعد.
48. شعرت بالضعف و التعب بسبب عملي مساعداً.
49. شعرت بالكآبة بسبب عملي مساعداً.
50. أشعر بأنني ناجح كوني مساعداً.
51. أنا ناجح في فصل المساعدة عن حياتي الشخصية.
52. أنا سعيد بزملائي في العمل.
53. أعتد على زملائي لمساعدتي عند الحاجة.
54. بإمكان زملائي الاعتماد علي لمساعدتهم عند الحاجة.
55. أثق في زملائي.
56. أشفق شيئاً ما على غالبية زملائي.
57. أنا مسرور بقدرتي على المواكبة بمساعدة التكنولوجيا.
58. أشعر أنني أعمل من أجل المال و الجاه أكثر منه من أجل الإنجاز الشخصي.
59. رغم أنني ملزم بالقيام بالإجراءات التي لا أحبها إلا أنني لا أزال أملك الوقت لأعمل مع أولئك الذين أساعد.
60. أجد صعوبة في فصل بين حياتي الشخصية و حياتي كمساعد.
61. أنا مسرور لقدرتي على مواكبة تقنيات المساعدة و البروتوكولات.
62. لدي حس التقاهة و الإحباط و الامتعاض مرتبط بدوري كمساعد.
63. تراودني أفكار بأنني "فاشل" كمساعد.
64. تراودني أفكار بأنني لا أنجح في تحقيق أهداف حياتي .
65. يجب علي أن أتعامل مع البيروقراطية و المهام الغير مهمة في عملي كمساعد.
66. أخطط لأكون مساعداً على المدى الطويل

ملحق رقم 3

الترجمة العكسية

0 = Never 1 = Rarely 2 = Occasionally 3 = Sometimes 4 = Often 5 = Very Often

Personal Matters:

1. I am content.
2. I find my life satisfying.
3. I hold beliefs that support me.
4. I feel alienated from others.
5. I perceive that I learn new things from those I care for.
6. I force myself to avoid certain activities or situations as they remind me of frightening experiences.
7. I find myself avoiding some thoughts and feelings that remind me of scary experiences.
8. I have blank spaces in my memory for frightening events.
9. I feel connected to others.
10. I feel calm.
11. I believe I balance my work and leisure time.
12. I have difficulties sleeping or falling asleep.
13. I get angry and react to the slightest provocation.
14. I am the person I've always wanted to be.
15. I startle easily.
16. When dealing with a victim, I've thought of harming the perpetrator.
17. I am a sensitive person.
18. I have past memories connected to those I assist.
19. I receive tremendous peer support when working through anxiety-inducing experiences.
20. My first experience of helping with traumatic events was in post-puberty.
21. My first experience of helping with traumatic events was in my childhood.
22. I suspect that I need to « successfully cope » in a painful experience in my life.
23. I think I need more close friends.

24. I think there is no one I can talk to about an extremely taxing experience.
25. I deduce that I work hard for my own benefit.
26. Working with those I assist brings me great relief.
27. I feel invigorated after assisting those I help.
28. I am afraid of the person I am pleased with to say something about me or do things.
29. I see nightmares resembling the situations of the people I assist.
30. A positive impression remains in my mind about those I assist and how I managed to help them.
31. Negative thoughts dominate, especially towards difficult individuals I've assisted.
32. Suddenly, I involuntarily recall terrifying experiences while working with someone I helped.
33. I become absent-minded with the person I most helped.
34. I cannot sleep due to a frightening experience of a person I've assisted.
35. I feel great about how I can help the victims I work with.
36. I think I may be affected by the painful stress of those I assist.
37. I think I have developed resilience due to the painful stress of those I assist.
38. I remind myself to reduce worry about the safety of those I assist.
39. I felt like I was in trouble due to my work as an assistant.
40. I feel a sense of hopelessness when I work with those I help.
41. I feel extremely anxious about various things, especially when dealing with people I assist.
42. I wish I could avoid working with some of the people I assist.
43. I enjoy working with some of the individuals I've helped.
44. I feel endangered when working with people I've assisted.

45. I feel that some individuals I've assisted personally dislike me. regarding being an assistant and helping your surroundings.
46. I love my job as an assistant.
47. I feel that I have the means and resources I need for my work as an assistant.
48. I felt weak and tired due to my work as an assistant.
49. I felt depressed due to my work as an assistant.
50. I feel successful as an assistant.
51. I am successful in separating assistance from my personal life.
52. I am happy with my co-workers.
53. I rely on my co-workers to help me when needed.
54. My colleagues can rely on me for assistance when needed.
55. I trust my colleagues.
56. I feel sympathy for the majority of my colleagues.
57. I am pleased with my ability to keep up with the help of technology..
58. I feel that I work for money and status more than personal achievement.
59. Although I am obliged to carry out tasks I dislike, I still have time to work with those I assist.
60. I find it challenging to separate my personal life from my life as an assistant.
61. I am pleased with my ability to keep up with the technics of assistance and protocols.
62. I have a sense of insignificance, frustration, and dissatisfaction associated with my job as an assistant.
63. I have thoughts that I am a 'failure' as an assistant.
64. I wrestle with thoughts that I am not succeeding in achieving my life goals.
65. I must deal with bureaucracy and unimportant tasks in my job as an assistant.
66. I plan to be an assistant for the long term .

ملحق رقم 4

جامعة غرداية
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس
إستبانة آراء المحكمين على ترجمة مقياس الإرهاق التعاطفي

الأستاذ (ة) الفاضل : المحترم

الدرجة العلمية :

التخصص :

إسم الطالبتين :

- بكاي فائزة

- بطولة خديجة

إسم المشرف :

- جماد: نسيمة

أستاذتي الفاضلة، أستاذي الفاضل

لأجل فيلس الإرهاق التعاطفي قمنا بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية الى اللغة العربية و لغرض التأكد من صحة هذه العملية إرتأينا إشراككم في تقدير مدى صحة الترجمة.

0 = أبدا
1 = نذرا
2 = بضع مرات
3 = إلى حد ما
4 = غالبا
5 = في كثير من الأحيان
أمور عنك:

1. أنا سعيد.
2. أجد حياتي مرضية
3. لدي اعتقادات تدعمني.
4. أشعر بالعربة من الآخرين.
5. أرى أنني أتعلم أشياء جديدة من أولئك الذين أراهم.
6. أجبر نفسي على تجنب بعض النشاطات أو الوضعيات لأنها تذكرني بتجارب مخيفة.
7. أجدني أتجنب بعض الأفكار و المشاعر التي تذكرني بتجارب مخيفة.
8. لدي فراغ في مذكرتي لأحداث مخيفة.
9. أشعر بأنني مرتبط بالآخرين.
10. أشعر بالهدوء.
11. أعتقد بأنني متوازن بين عملي و وقت فراغي.
12. لدي صعوبات في النوم أو الاستغراق فيه.
13. ينتابني الغضب و أثور لأدنى استفزاز.
14. أنا الشخص الذي لطلما أردت أن أكون.
15. سريعا ما أفزع.
16. عند تعاملي مع الضحية فكرت في تعنيف الجاني.
17. أنا شخص حساس.
18. لي ذكريات ماضية متصلة بأولئك الذين أساعد.
19. أحظى بدعم هائل من الأقران عندما أحتاج إلى العمل من خلال تجربة مسبب للقلق.
20. كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في بعد سن البلوغ.
21. كانت تجربتي الأولى في المساعدة في أحداث مؤلمة في فترة طفولتي.
22. أظن أنني أحتاج إلى "التعامل بنجاح" في تجربة مؤلمة في حياتي.
23. أظن أنني أحتاج إلى أصدقاء مقربين أكثر.
24. أظن أنه لا يوجد شخص أتحدث معه على تجربة مرهقة للغاية.
25. استخلصت إلى أنني أعمل بكد من أجل مصلحتي.

26. عملي مع أولئك الذين أساعدتهم يريحني كثيرا.
27. أشعر بالحيوية بعد العمل مع أولئك الذين أساعدتهم.
28. أخاف من الشخص الذي أسعده أن يقول عني شيء أو يفعل أشياء.
29. أرى كواييس تشابه حالات الأشخاص الذين أساعدتهم.
30. تبقى في فكري انطباع جيد عن أولئك الذين أساعدتهم وكيف تمكنت من مساعدتهم.
31. تسيطر على أفكار سيئة خصوصا اتجاه الأشخاص صعب المراس الذين ساعدتهم.
32. فجأة و لا إراديا بادرت إلى ذهني تجارب مخيفة أثناء العمل مع شخص ساعدته.
33. أصبح شارذ الذهن مع أكثر من شخص ساعدته.
34. عدم القدرة على النوم بسبب تجربة مخيفة لشخص ساعدته.
35. أشعر بالفرح حيال كيف يمكنني مساعدة الضحايا الذين أعمل معهم.
36. أظن أنني قد أصاب بسبب الضغط الأليم لأولئك الذين أساعد.
37. أظن أنني قد أمتلك مناعة بفضل الضغط الأليم لأولئك الذين أساعد.
38. أذكر نفسي بأن أخفض من القلق عن سلامة أولئك الذين أساعد.
39. شعرت بأنني في ورطة بسبب عملي كمساعد.
40. يمتلكني شعور بفقدان الأمل عندما أعمل مع أولئك الذين أساعد.
41. شعرت بأنني في قمة القلق بسبب أشياء مختلفة و يحصل ذلك عند العمل بعض الناس الذين أساعدتهم.
42. تمنيت لو أنني تمكنت تجنب العمل مع بعض الناس الذين أساعدتهم.
43. يسرني العمل مع بعض الأشخاص الذين ساعدتهم.
44. أشعر بالخطر عند العمل مع الأشخاص الذين ساعدتهم.
45. أشعر بأن بعض الناس الذين ساعدتهم يكرهونني شخصيا. أمور عن كونك مساعدا و تساعد محيطك.
46. أحب عملي الذي هو مساعد.
47. أشعر بأن لدي الوسائل و الموارد الذي أحتاج لأقوم بعملتي الذي هو مساعد.
48. شعرت بالضعف و التعب بسبب عملي مساعدا.
49. شعرت بالكآبة بسبب عملي مساعدا.
50. أشعر بأنني ناجح كوني مساعدا.
51. أنا ناجح في فصل المساعدة عن حياتي الشخصية.
52. أنا سعيد بزملائي في العمل.
53. أعتمد على زملائي لمساعدتي عند الحاجة.
54. بإمكان زملائي الاعتماد علي لمساعدتهم عند الحاجة.
55. أثق في زملائي.
56. أشفق شيئا ما على غالبية زملائي.
57. أنا مسرور بقدرتي على المواكبة بمساعدة التكنولوجيا.
58. أشعر أنني أعمل من أجل المال و الجاه أكثر منه من أجل الإنجاز الشخصي.
59. رغم أنني ملزم بالقيام بالإجراءات التي لا أحبها إلا أنني لا أزال أملك الوقت لأعمل مع أولئك الذين أساعد.
60. أجد صعوبة في فصل بين حياتي الشخصية و حياتي كمساعد.
61. أنا مسرور لقدرتي على مواكبة تقنيات المساعدة و البروتوكولات.
62. لدي حس التقاهة و الإحباط و الامتعاض مرتبط بدوري كمساعد.
63. تراودني أفكار بأنني "فاشل" كمساعد.
64. تراودني أفكار بأنني لا أنجح في تحقيق أهداف حياتي.
65. يجب على أن أتعامل مع البيروقراطية و المهام الغير مهمة في عملي كمساعد.
66. أخطط لأكون مساعدا على المدى الطويل.

ملحق رقم 5

الملحق رقم (05): قائمة بأسماء المحكمين لأداة الدراسة

الرقم	اسم ولقب المحكمين	التخصص	مكان العمل
01	مزاور نسيمة	أستاذة جامعية	جامعة غرداية
02	بوسعيد مليكة	أستاذة جامعية	جامعة غرداية
03	قدوري يوسف	أستاذ جامعي	جامعة غرداية
04	حمحاش عبد المجيد	أخصائي نفسي عيادي	المستشفى الحكومي. سطيف
05	امعوش يعقوب	أخصائي نفسي عيادي	المستشفى الحكومي. سطيف
06	بن احمد خديجة	أخصائي نفسي عيادي	مديرية النشاط الاجتماعي. غرداية
07	لهواجي تركية	أخصائي نفسي عيادي	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية. بريان
08	فولاني مصطفى	أخصائي نفسي عيادي	المركز الوسيط للصحة العقلية. تميمون

(المصدر: من إعداد الطالبتين)

الملحق رقم (06)
جامعة غرداية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

بيانات عامة:

الجنس: ذكر () أنثى () السن: مؤسسة العمل:
الرتبة: عدد سنوات العمل:
أعالج / أهتم بمرضى سرطان:

تحية طيبة و بعد:

أضع بين أيديكم مجموعة من الفقرات تعبر عن آراءك تجاه تعاملك مع مرضى السرطان، يرجى قراءة جميع الفقرات بدقة و الإجابة عنها بكل صراحة و موضوعية بوضع علامة (x) في الخانة التي تراها مناسبة لاختيارك و تعبر بصدق عن مشاعرك و تصرفاتك.

الرجاء الإجابة على جميع العبارات و عدم ترك أي عبارة دون إجابة، واعلم أخي أو أختي أن إجابتك ستكون موضع سرية، ولا تُستعمل إلا لغرض البحث العلمي و شكرا على تعاونك الصادق معنا.

الرقم	أمور عنك	أبدا	نادرا	إلى حد ما	غالبا	في كثير من الأحيان
1.	أنا مرتاح.					
2.	أنا أشعر بالرضى في حياتي.					
3.	تدعمني اعتقاداتي.					
4.	أشعر بالاعتراب عن الآخرين.					
5.	أراى أنني اتعلم أشياء جديدة من أولئك الذين أراهم.					
6.	أجبر نفسي على تجنب بعض النشاطات أو الوضعيات لأنها تذكرني بتجارب مخيفة.					
7.	أجد نفسي أتجنب بعض الأفكار والمشاعر التي تذكرني بتجارب مخيفة.					
8.	لا توجد أحداث مخيفة في ذاكرتي.					
9.	أشعر بأنني أنتمي إلى الآخرين.					
10.	أشعر بالهدوء.					
11.	أعتقد بأنني متوازن بين عملي ووقت فراغي.					
12.	لدي صعوبات في النوم أو الاستغراق فيه.					
13.	ينتابني الغضب و أتور لأدنى استفزاز.					
14.	أنا الشخص الذي لطالما أردت أن أكون.					

قائمة الملاحق

					15. سريعا ما ينتابني الهم.
					16. أتعاطف مع المريض إلى أبعد الدرجة.
					17. أنا شخص حساس.
					18. لدي ذكريات سابقة ترتبط بأولئك الذين أقدم لهم المساعدة.
					19. أحظى بدعم من زملاء العمل خلال تجربة مسببة للقلق.
					20. لدي تجربة شخصية مع الاحداث الصدمية في حياتي البالغة.
					21. لدي تجربة شخصية مع الاحداث الصدمية في حياتي الطفولية.
					22. أعتقد أنني بحاجة إلى "التعامل بنجاح" مع تجربة مؤلمة في حياتي.
					23. أعتقد أنني أحتاج إلى أصدقاء مقربين أكثر.
					24. أظن أنه ليس هناك أحد أستطيع التحدث معه عن تجربة مرهقة للغاية.
					25. استنتجت أنني أعمل بكد من أجل مصلحتي.
					26. عملي مع أولئك الذين أساعدتهم يريحني كثيرا.
					27. أشعر بالحيوية بعد العمل مع أولئك الذين أساعدتهم.
					28. أخاف من الشخص الذي أسعده أن يقول عني شيء أو يفعل أشياء.
					29. أرى كوابيس تشابه حالات الأشخاص الذين أساعدتهم.
					30. لدي انطباع جيد حول الأشخاص الذين أساعدتهم.
					31. تسيطر علي الأفكار السلبية ، خاصة تجاه الأشخاص الصعبيين الذين قدمت المساعدة لهم.
					32. تراودني لا إراديا تجارب مخيفة في العمل أثناء مساعدة الأشخاص .
					33. أصبح شارذ الذهن مع أكثر من شخص ساعدته.
					34. أشعر بعدم القدرة على النوم بسبب تجربة مخيفة لشخص ساعدته.
					35. أعتر بما يمكنني القيام به للمساعدة.
					36. أعتقد أنني قد أتأثر بالضغط النفسي الصعب لأولئك الذين أساعدتهم.
					37. أعتقد أنني قد اكتسبت مناعة بسبب الضغوط الصعبة التي يواجهها الأشخاص الذين أقدم لهم المساعدة.
					38. أذكر نفسي بضرورة التقليل من القلق بشأن سلامة الأشخاص الذين أساعدتهم.
					39. أشعر بأنني في ورطة بسبب عملي كمساعد.
					40. يملكني شعور بفقدان الأمل عندما أعمل مع أولئك الذين أساعدتهم.
					41. أشعر بأنني في قمة القلق بسبب أشياء مختلفة ويحصل ذلك عند العمل مع بعض الناس الذين أساعدتهم.
					42. تمنيت لو أنني تمكنت تجنب العمل مع بعض الناس الذين أساعدتهم.
					43. يسرني العمل مع بعض الأشخاص الذين ساعدتهم .
					44. أشعر بالخطر عند العمل مع الأشخاص الذين ساعدتهم.
					45. أشعر بأن بعض الناس الذين ساعدتهم يكرهونني شخصيا.
					46. أنا سعيد لأنني اخترت ممارسة هذه المهنة
					47. أشعر بأن لدي الوسائل والموارد التي أحتاجها لأقوم بعملتي كمساعد.
					48. أشعر بالإجهاد من عملي كمساعد.
					49. أشعر... بالكآبة بسبب عملي كمساعد.
					50. أشعر بأنني ناجح كوني مساعدا.

قائمة الملاحق

					51. أنا ناجح في الفصل بين المساعدة وحياتي الشخصية.
					52. أنا سعيد بزملائي في العمل.
					53. أعتد على زملائي لمساعدتي عند الحاجة.
					54. بإمكان زملائي الاعتماد علي لمساعدتهم عند الحاجة.
					55. أثق في زملائي.
					56. أشفق شيئا ما على غالبية زملائي.
					57. أنا مسرور بقدرتي على المواكبة بمساعدة التكنولوجيا.
					58. أشعر أنني أعمل من أجل المال والجاه أكثر منه من أجل الإنجاز الشخصي.
					59. رغم أنني ملزم بالقيام بالإجراءات التي لا أحبها إلا أنني لا أزال أملك الوقت لأعمل مع أولئك الذين أساعدتهم.
					60. أجد صعوبة في الفصل بين حياتي الشخصية وحياتي كمساعد.
					61. أنا مسرور لقدرتي على مواكبة تقنيات المساعدة والبروتوكولات.
					62. لدي حس التقاهة والإحباط والامتعاض مرتبط بدوري كمساعد.
					63. تراودني أفكار بأنني "فاشل" كمساعد.
					64. تراودني أفكار بأنني لا أنجح في تحقيق أهداف حياتي.
					65. يجب على أن أتعامل مع البيروقراطية والمهام الغير مهمة في عملي كمساعد.
					66. أخطط لأكون مساعدا على المدى الطويل.

الملحق رقم: (07)

University of Ghardaia
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology

General Information:

Gender: Male () Female () **Age:** **Work Institution:**

Rank: **Years of Work:**

I treat/care for cancer patients:

Greetings,

I am presenting to you a set of paragraphs expressing your opinions regarding your interaction with cancer patients. Please read all the paragraphs carefully and answer them honestly and objectively by placing a mark (x) in the appropriate box that reflects your choice and sincerely reflects your feelings and actions.

Please answer all the statements and do not leave any statement **unanswered**. Know that your answers will be kept confidential and used only for research purposes. Thank you for your sincere cooperation with us.

Number	Things about you	Never	Rarely	Few Times	Somewhat Often	Often	Very Often
1.	I am happy.						
2.	I find my life satisfying.						
3.	I have beliefs that sustain me.						
4.	I feel estranged from others.						
5.	I find that I learn new things from those I care for.						
6.	I force myself avoiding certain activities or situations because they remind me of a frightening experience.						
7.	I find myself to avoid certain thoughts or feelings that remind me of a frightening experience.						
8.	I have gaps in my memory about frightening events.						
9.	I feel connected to others.						
10.	I feel calm.						
11.	I believe that I have a good balance between my work and my free time.						
12.	I have difficulty falling or staying asleep.						
13.	I have outburst of anger or irritability with little provocation.						
14.	I am the person I always wanted to be.						
15.	I startle easily.						
16.	While working with a victim, I thought about violence against the perpetrator.						
17.	I am a sensitive person.						
18.	I have flashbacks connected to those I help.						

قائمة الملاحق

Number	Things about you	Never	Rarely	Few Times	Somewhat Often	Often	Very Often
19.	I have good peer support when I need to work through a highly stressful experience.						
20.	I have had first hand experience with traumatic events in my adult life.						
21.	I have had first hand experience with traumatic events in my childhood.						
22.	I think that I need to "work through" a traumatic experience in my life.						
23.	I think that I need more close friends.						
24.	I think that there is no one to talk with about highly stressful experiences.						
25.	I have concluded that I work too hard for my own good.						
26.	Working with those I help brings me a great deal of satisfaction.						
27.	I feel invigorated after working with those I help.						
28.	I am frightened of things a person I helped has said or done to me.						
29.	I experience troubling dreams similar to those I help.						
30.	I have happy thoughts about those I help and how I could help them.						
31.	I have experienced intrusive thoughts of times with especially difficult						
32.	people I helped.						
33.	I am pre-occupied with more that one person I help.						
34.	I am losing sleep over a person I help's traumatic experiences.						
35.	I have joyful feelings about how I can help the victims I work with.						
36.	I think that I might have been "infected" by the traumatic stress of those I help.						
37.	I think that I might be positively "inoculated" by the traumatic stress of those I help.						
38.	I remind myself to be less concerned about the well being of those I help.						
39.	I have felt trapped by my work as a helper.						
40.	I have a sense of hopelessness associated with working with those I help.						
41.	I have felt "on edge" about various things and I attribute this to working with certain people I help.						
42.	I wish that I could avoid working with some people I help.						
43.	Some people I help are particularly enjoyable to work with.						
44.	I have been in danger working with people I help.						
45.	I feel that some people I help dislike me personally.						

Items About Being a Helper and Your Helping Environment							
Number	Things about you	Never	Rarely	Few Times	Somewhat Often	Often	Very Often
46.	I like my work as a helper.						
47.	I feel like I have the tools and resources that I need to do my work as a helper.						
48.	I have felt weak, tired, run down as a result of my work as a helper.						
49.	I have felt depressed as a result of my work as a helper.						
50.	I have thoughts that I am a "success" as a helper.						
51.	I am unsuccessful at separating helping from personal life.						
52.	I enjoy my co-workers.						
53.	I depend on my co-workers to help me when I need it.						
54.	My co-workers can depend on me for help when they need it.						
55.	I trust my co-workers.						
56.	I feel little compassion toward most of my co-workers.						
57.	I am pleased with how I am able to keep up with helping technology.						
58.	I feel I am working more for the money/prestige than for personal fulfillment.						
59.	Although I have to do paperwork that I don't like, I still have time to work with those I help.						
60.	I find it difficult separating my personal life from my helper life.						
61.	I am pleased with how I am able to keep up with helping techniques and protocols.						
62.	I have a sense of worthlessness/disillusionment/resentment associated with my role as a helper.						
63.	I have thoughts that I am a "failure" as a helper.						
64.	I have thoughts that I am not succeeding at achieving my life goals.						
65.	I have to deal with bureaucratic, unimportant tasks in my work as a helper.						
66.	I plan to be a helper for a long time.						

ملحق رقم 8

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارثوفونيا

إلى السيد: مدير مستشفى أحمدية بن عجيله
الأغواط

الموضوع: طلب إجراء تربص ميداني

التحية طيبة، و بعد.....

في إطار التعاون وقصد إعطاء الطالب إمكانية تطبيق معارفه المكتسبة في الكلية وحتى ينسى له تحضير مذكرة التخرج للحصول على شهادة الماستر بشرطنا أن نطلب من سيادتكم الموافقة على إجراء التربص بمؤسستكم للطلبة الآتية أسمائهم:

1- بكاي فائزة.

2- بطولة حديجة.

شعبة: علم النفس تخصص: .: عيادي السنة الجامعية: 2024/2023

عنوان الموضوع: الإرهاق التعاطفي لدى المهنيين العاملين في مصلحة علاج السرطان والاورام.

نشكركم سيدي على حسن تعاونكم، و تقبلوا منا فائق الاحترام و التقدير.

رئيس القسم:
مساعد رئيس قسم
علم النفس وعلوم التربية والارثوفونيا
التدريب والتعلم في التدرج
مصري حمزة

المؤسسة المستفيدة:
المدير
عنوان المؤسسة:
مدير لفرع

ملحق رقم 9

Statistics

		السن	المهنية_الخبرة	الرتبة	العمل_جناح	السرطان_نوع	الجنس
N	Valid	84	84	84	84	84	84
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

		السن			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	سنة 19 - 29 من	24	28,6	28,6	28,6
	سنة 30-40 من	36	42,9	42,9	71,4
	سنة 41-51 من	16	19,0	19,0	90,5
	سنة 51 أكثر من	8	9,5	9,5	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

		المهنية_الخبرة			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	سنوات 3 من أقل	17	20,2	20,2	20,2
	سنوات 5 إلى سنوات 3 من	24	28,6	28,6	48,8
	سنوات 10 إلى سنوات 5 من	22	26,2	26,2	75,0
	سنوات 10 من أكثر	14	16,7	16,7	91,7
	5	6	7,1	7,1	98,8
	6	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

		الرتبة			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	طبيب	8	9,5	9,5	9,5
	ممرض	41	48,8	48,8	58,3
	تمريض مساعد	11	13,1	13,1	71,4
	تقني اخصائي	7	8,3	8,3	79,8
	اخرى	17	20,2	20,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

العمل_جناح

قائمة الملاحق

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الأطفال	1	1,2	1,2	1,2
	البالغين	62	73,8	73,8	75,0
	لكل	21	25,0	25,0	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

السرطان_نوع

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الدم سرطان	10	11,9	11,9	11,9
	الثدي سرطان	12	14,3	14,3	26,2
	الرحم سرطان	1	1,2	1,2	27,4
	الرئة سرطان	1	1,2	1,2	28,6
	لغز سرطان	3	3,6	3,6	32,1
	لكل	57	67,9	67,9	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	30	35,7	35,7	35,7
	أنثى	54	64,3	64,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		التعاطفي_الرضا	التعاطفي_الاحترق	التعاطفي_الارهاق
N	Valid	84	84	84
	Missing	0	0	0
Median		84,5000	32,0000	48,0000
Mode		71,00 ^a	29,00 ^a	46,00
Std. Deviation		21,64894	12,27203	17,04519
Minimum		31,00	7,00	12,00
Maximum		124,00	69,00	100,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

T-Test

Group Statistics

	المبحوثين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean

الدرجات الدنيا	10	110,40	28,861	9,127
العليا	10	196,80	22,837	7,222

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الدرجات	Equal variances assumed	1,123	,303	-7,424	18	,000	-86,400	11,638	-110,851	-61,949
	Equal variances not assumed			-7,424	17,096	,000	-86,400	11,638	-110,944	-61,856

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,916	66

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
التعاطفي_الارهاق	84	100,0%	0	0,0%	84	100,0%
التعاطفي_الرضا	84	100,0%	0	0,0%	84	100,0%
النفسي_الاحترق	84	100,0%	0	0,0%	84	100,0%

Tests of Normality

Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

التعاطفي_الارهاق	,064	84	,200*	,980	84	,205
لتعاطفي_الرضا	,093	84	,068	,981	84	,235
الفسي_الاحترق	,120	84	,005	,969	84	,040

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Nonparametric Correlations

Correlations

			لتعاطفي_الرضا	الفسي_الاحترق	التعاطفي_الارهاق
Kendall's tau_b	لتعاطفي_الرضا	Correlation Coefficient	1,000	-,073	-,049
		Sig. (2-tailed)	.	,334	,516
		N	84	84	84
	الفسي_الاحترق	Correlation Coefficient	-,073	1,000	,504**
		Sig. (2-tailed)	,334	.	,000
		N	84	84	84
	التعاطفي_الارهاق	Correlation Coefficient	-,049	,504**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,516	,000	.
		N	84	84	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

T-Test

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التعاطفي_الارهاق	ذكور	30	49,0333	18,38756	3,35709
	انثى	54	50,8889	16,39336	2,23085

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
التعاطفي_الارهاق	Equal variances assumed	,359	,551	-,476	82	,635	-1,85556	3,89958	-9,61305	5,90194
	Equal variances not assumed			-,460	54,457	,647	-1,85556	4,03073	-9,93513	6,22402

Oneway

Descriptives

التعاطفي_الارهاق

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
سنوات 3 من أقل	17	49,5882	17,93411	4,34966	40,3674	58,8091	29,00	100,00
سنوات 5 الى سنوات 3 من	24	52,3333	16,19089	3,30495	45,4965	59,1701	12,00	87,00
سنوات 10 الى سنوات 5 من	22	47,6818	13,59757	2,89901	41,6530	53,7106	26,00	70,00
سنوات 10 من أكثر	14	52,2143	23,82687	6,36800	38,4571	65,9715	15,00	99,00
5	6	44,5000	11,39737	4,65296	32,5392	56,4608	37,00	62,00
6	1	73,0000	73,00	73,00
Total	84	50,2262	17,04519	1,85978	46,5272	53,9252	12,00	100,00

ANOVA

التعاطفي_الارهاق

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1026,622	5	205,324	,694	,630
Within Groups	23088,081	78	296,001		
Total	24114,702	83			

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables		Method
		Entered	Removed	
1	التعاطفي_الرضا القضي_الاحتراق			Enter

a. Dependent Variable: التعاطفي_الارهاق

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,670 ^a	,448	,435	12,81514

a. Predictors: (Constant), التعاطفي_الرضا, القضي_الاحتراق

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10812,248	2	5406,124	32,918	,000 ^b
	Residual	13302,454	81	164,228		
	Total	24114,702	83			

a. Dependent Variable: التعاطفي_الارهاق

b. Predictors: (Constant), نفسي_الاحترق, تعاطفي_الرضا

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	19,401	6,826		2,842	,006
	النفسي_الاحترق	,929	,115	,669	8,093	,000
	التعاطفي_الرضا	-,014	,065	-,018	-,213	,832

a. Dependent Variable: التعاطفي_الارهاق