

August 2023

PREVENTIVE MEASURES OF BURNOUT AMONG MENTAL HEALTH WORKERS IN LEBANON

Mona Ghazi Sayegh

Assistant Professor, Psychology, Faculty of Education, Lebanese International University,
mona.g.sayegh@gmail.com

Mayssah Ahmed El Nayal

Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Beirut Arab University, Lebanon, mnayal@bau.edu.lb

Follow this and additional works at: <https://digitalcommons.bau.edu.lb/schbjournal>



Part of the [Psychology Commons](#)

Recommended Citation

Sayegh, Mona Ghazi and El Nayal, Mayssah Ahmed (2023) "PREVENTIVE MEASURES OF BURNOUT AMONG MENTAL HEALTH WORKERS IN LEBANON," *BAU Journal - Society, Culture and Human Behavior*. Vol. 5: Iss. 1, Article 10.

DOI: <https://doi.org/10.54729/2789-8296.1159>

This Article is brought to you for free and open access by the BAU Journals at Digital Commons @ BAU. It has been accepted for inclusion in BAU Journal - Society, Culture and Human Behavior by an authorized editor of Digital Commons @ BAU. For more information, please contact journals@bau.edu.lb.

PREVENTIVE MEASURES OF BURNOUT AMONG MENTAL HEALTH WORKERS IN LEBANON

Abstract

This research aims to measure burnout among mental health workers in Lebanon and to identify the preventive measures they utilize not to exceed the danger threshold. The study follows the descriptive correlational comparative approach. Maslach Burnout Scale (MBI-HSS) and Preventive Measures Inventory (PMI) scale are applied to a random sample of mental health workers (psychotherapists and psychologists n = 110) in all Lebanese governorates. The effect of the following demographic factors is studied: profession, age groups, years of experience, and work conditions: war, explosion, economic crisis, corona pandemic, normal circumstances. Pearson correlations, T-test, ANOVA, and MANOVA are manipulated. Results show that mental health workers do not suffer from burnout in the dimensions of emotional exhaustion (EE) and depersonalization (DP), but only in the dimension of personal achievement (PA), where 69.1% of them showed a low sense of achievement. Results also indicate high scores on PMI, with mean = 81.4, which is a high degree of protection. In addition, no differences in burnout are depicted in terms of occupation, age groups, and years of experience. However, negative correlation between personal achievement and work conditions during war is shown, yet war is not a predictor of PA. The only predictive factor of burnout is PMI, with the following variations in results: preventive measures lead to positive impact on personal achievement, inverse impact on depersonalization, and no statistically significant impact on emotional exhaustion.

Keywords

burnout, psychotherapists, preventive measures, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment

مقدمة

أصبح الإجهاد stress قضية جديرة بالملاحظة في بيئة العمل لأنه يساهم في ضعف الأداء وضعف العلاقات الاجتماعية والمشاكل الصحية وضعف الانتاج. على الرغم من أن حصول الفرد على وظيفة يساهم في تقدير الذات وتقدير الأسرة، وبناء الهوية، واكتساب قيمة في المجتمع، إلا أنه غالباً ما يعاني المرء من ضغوط العمل بسبب بيئة مكان العمل، ومتطلبات العمل المفروضة على الفرد، والتي هي أكبر من قدرته على التكيف. كل ذلك يؤدي إلى الإجهاد في مكان العمل، والذي يتطور شيئاً فشيئاً ليصبح فوق قدرة الإنسان على التحمل فيصاب بأعراض مختلفة. فالإكتئاب والقلق وانخفاض الروح المعنوية والتوتر وخيبة الأمل هي من بين بعض أعراض الإجهاد المرتبط بالعمل.

يشير (Mohezar, Jaafar & Akbar, 2021) إلى بعض الإحصائيات في هذا الإطار. في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، أفاد ٧٠٪ من القوى العاملة فيها أنهم يعانون من مستوى عالٍ من الإجهاد، وأن نصفهم يستهلكون الكثير من الطعام ويعانون صحياً، وزاد استهلاكهم للكحول بنسبة ٣٠٪ واعتادوا التدخين. وأن ٥٠٪ من القوى العاملة شعروا بالإكتئاب والقلق وفكروا بالانتحار. وفي نيوزيلندا، تم الإبلاغ عن ٣٦٥ حالة انتحار في عام ٢٠١٣ وحده. وقد انخفضت مستويات السعادة على مستوى العالم بين الموظفين من ٥١٪ (٢٠١٧) إلى ٤١٪ (٢٠١٨)، وأن ما يقارب من ٨٠٪ لم يتمكنوا من تذكر أي أشياء إيجابية مروا بها في مكان العمل خلال حياتهم العملية (pp. 7-8).

تشير هذه الأرقام إلى أن الإجهاد قد طغى على بيئة العمل مؤخرًا وقد أدى إلى العديد من العواقب الصحية والنفسية السلبية، وأن عدم معالجة الأمر يزيد الأمر سوءاً مما يؤدي إلى الاحتراق النفسي burnout وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية. إذ يندرج الاحتراق النفسي في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) المنبثق عن منظمة الصحة العالمية كظاهرة مهنية، لا تصنف على أنها حالة طبية، ويتم تعريفه على النحو التالي:

"الاحتراق هو متلازمة تم تصورها على أنها ناتجة عن الإجهاد المزمن في مكان العمل الذي لم تتم إدارته بنجاح. يتميز بثلاثة أبعاد: الشعور باستنفاد الطاقة أو بالإرهاق؛ المشاعر السلبية أو السخرية المتعلقة بالوظيفة؛ انخفاض الكفاءة المهنية." (WHO, 2019).

وقد وجدت العديد من الدراسات أن معدلات الاحتراق بين المتخصصين في الرعاية الصحية تتراوح بين ٢٥٪ و ٨٠٪ (Malik et al., 2016 in Grudtner, 2017). وعلى المدى الطويل، يرتبط الاحتراق بعواقب سلبية مثل المزاج المكتئب المستمر، والأمراض الجسدية المزمنة، وعدم الرضا المهني، وزيادة تعاطي المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، يرتبط الإنهاك الانفعالي الذي يتميز به الاحتراق النفسي بزيادة خطر الانتحار. وتشير الأدلة العلمية إلى أن شدة الأعراض ترتبط ارتباطاً كبيراً بالتكرار في الانتحار، مما يؤدي إلى زيادة مرتين أو ثلاث مرات في خطر السلوك المدمر للذات (Dyrbye & Shanafelt, 2011 in Grudtner, 2017).

ويعتبر الطبيب النفسي فرويدنبرغر Freudenberger (١٩٧٥) وعالمة النفس الاجتماعية كريستينا ماسلاش Maslach (١٩٧٦) أول من بحثا في موضوع الاحتراق النفسي. لاحقاً شرحت كل من سوزان جاكسون Jackson وكريستينا ماسلاش مفهوم الاحتراق ضمن إطار يضم ثلاث أبعاد: الإنهاك الانفعالي الذي يشير إلى مشاعر الإجهاد stress الناتج عن ضغوطات العمل، تليد المشاعر الذي يضم اللامبالاة والتهمك وعدم الاندماج الفكري والعاطفي بمتطلبات العمل مما يؤدي إلى خلق شرح عاطفي بين مقدم الخدمة ومتلقي الخدمة، وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي على صعيد العمل. (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

وتشير برغ (Berg, 2019) إلى أن الاحتراق النفسي يرتبط في المقام الأول بالبيئة، في حال انعدام التوافق بين أعباء العمل والموارد اللازمة للقيام به. غير أن الاحتراق النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 لا يصنف بشكل مستقل، لكن تشير معايير تشخيصية مماثلة له في الفصل الخاص بـ "الاضطرابات الاكتئابية والصدمات والاضطرابات المرتبطة بالإجهاد"، حيث أنه يمكن أن يكون العامل المسبب للمرض أو عامل الخطر المهني للاحتراق مرتبطاً بالعمل الشاق أو الصعوبات البدنية والعقلية المتعلقة بأنشطة العمل. والأمراض المهنية هي أمراض تصيب الأفراد ببطء وبشكل تدريجي (Araujo Junior, 2013 in Grudtner, 2017).

وتشير ماسلاش (٢٠١٨) إلى أن النظرة التي كانت شائعة للاحتراق هي أنه مفهوم ذو بعد واحد، وأن الناس إما أن يعانون منه أو لا، وأن هذه النظرة انعكست في وصف الاحتراق بعبارات بسيطة قادرة على تقييمه بمقياس ينتج درجة واحدة. (Freudenberger & Richelson, 1980; Pines & Aronson, 1988 in Maslach, 2018). غير أن ماسلاش تشير إلى أن الأدلة تدعم أن مفهوم الاحتراق متعدد الأبعاد. وفي الواقع، إن النموذج الذي تقترحه ماسلاش المتعدد الأبعاد يتضمن البعد الواحد (الإنهاك exhaustion) ويوسعه بإضافة بعدين آخرين: الاستجابة للأخربين (تبدل المشاعر depersonalization) والاستجابة للذات (انخفاض الإنجاز الشخصي reduced personal accomplishment). وقد ظهرت هذه المعاني في تعريف الاحتراق بأنه التآكل، وفقدان الطاقة، والنضوب، والوهن، والتعب. كما تم وصف تبدل المشاعر بأنه مواقف سلبية أو غير مناسبة تجاه العملاء، وفقدان المثالية، وسرعة الانفعال وسرعة القابلية للاستئثار. وقد وصف انخفاض الإنجاز الشخصي بأنه انخفاض الإنتاجية أو القدرة، وانخفاض الروح المعنوية، والانسحاب، وعدم القدرة على التأقلم (Maslach, 2018, pp 26-27).

وأما على صعيد سبل الوقاية من الاحتراق النفسي، يمكن لمكان العمل الذي يوفر الراحة الجسدية والأمان ويشجع التفاعل الاجتماعي والتعاون ويعزز التحكم الشخصي ويوفر دعماً وتسهيلات إضافية أن يحسن جودة تجربة العمل لدى العاملين. إن الفشل في توفير مكان عمل جاذب لا يرتبط فقط بالعواقب السلبية مثل الإكتئاب والحزن، بل يمكن أن يحرم من الإنتاجية والإبداع. (Mohezar, Jaafar, & Akbar, 2021, pp. 129-130).

في هذا الإطار أيضاً، قدمت ماسلاش ولايتر (٢٠٠٥) ست استراتيجيات للحد من الاحتراق النفسي في بيئة العمل. أولاً: فيما يتعلق بأعباء العمل، يجب الحد من ضغط العمل عبر العمل على تقوية الصلابة النفسية والحد من كثرة الأعمال وتنظيم الوقت. ثانياً: فيما يتعلق بمشاكل السيطرة والتحكم والقيادة، يجب العمل على زيادة الاستقلالية والتحكم الذاتي، وعلى تأهيل الفريق لحل المشكلات المتعلقة بالقيادة غير الفعالة وغياب العمل التعاوني. ثالثاً: فيما يتعلق بغياب التقدير، يجب العمل على إيجاد استراتيجيات

مجدية لكسب المال والتقدير وتنفيذ مهمات وظيفية أفضل. رابعاً: فيما يتعلق بالعلاقة مع الزملاء، يجب العمل على حل مشكلات سوء التواصل والشعور بالاغتراب وحل النزاعات والعمل على الوحدة. خامساً: فيما يتعلق بالإنصاف، يجب بناء العلاقات على أساس الاحترام و تقبل الاختلاف والتنوع والمساواة. سادساً: فيما يتعلق بالقيم، فإنه من الواجب تحديد منظومة القيم التي تقوم على أساس الاستقامة وتعزيز القيم البناءة وذات معنى، وتعزيز الشعور بالانتماء (Leiter & Maslach, 2005, pp.14- 19).

إلى جانب ذلك، يشرح (Staten, 2019) أن استراتيجيات التأقلم تعتمد إلى حد كبير على نمط الشخصية، وهي إما استراتيجيات تجنبية إنسحابية سلبية أو استراتيجيات إيجابية ونشطة للتأقلم أو التغيير. من الأمثلة على الاستراتيجيات التجنبية تنفيذ الأعمال المطلوبة وحسب، والحديث مع الزملاء، واستخدام الفكاهة، وأخذ وقت قصير للاستراحة، أو ببساطة تجاهل الإجهاد. لكنها استراتيجيات مؤقتة وترتبط بمستويات أعلى من الإنهاك الإنفعالي على المدى الطويل لأنها تعتمد على الإنكار والانسحاب الوقائي ولا تهدف إلى معالجة السبب الجذري للتوتر.

في الجهة المقابلة، يتبنى البعض استراتيجيات تكيف نشطة واستباقية تجعلهم أقل عرضة للاحتراق. وتعتبر وضع خطط العمل إحدى استراتيجيات التكيف الأكثر فعالية لإدارة الإجهاد، وقد يتدرج ذلك من مجرد كتابة قائمة المهام الواجب إنجازها وتحديد الأولويات إلى خطوات أكثر أهمية مثل تحديد خطوط الإدارة المباشرة والاتصال بها لإحداث التغيير الضروري. وتشمل استراتيجيات التأقلم الأكثر شيوعاً لتخفيف التوتر في المنزل: ممارسة الرياضة أو التحدث إلى الشريك أو قضاء بعض الوقت مع العائلة أو قضاء بعض الوقت الهادئ بمفردهم.

وتؤكد الدراسات على أننا لكي نكون سعداء وفعّالين في العمل نحتاج إلى توازن جيد بين العمل والحياة. ولأن الضغوط في الرعاية الصحية والنفسية لن تختفي، من الضروري تخصيص وقت لممارسة بعض الأنشطة مع الأصدقاء والعائلة، وممارسة الهوايات والرياضة. إلى جانب ذلك، يعد بناء العمل الفريقي داخل المؤسسات من الاستراتيجيات الفعالة التي يتم فيه تبادل الدعم والأنشطة الاجتماعية والخبرات الناجحة والسلبية. وتلعب المؤسسة هنا دوراً هاماً في إجراء التغييرات البنوية اللازمة لذلك كما في التدريب المستمر لطواقم العمل من أجل تمكينهم والبقاء على أهبة الاستعداد. وتعد الاجتماعات الدورية التي يغيب عنها النقد والأحكام والتي تعدد من أجل مناقشة حالات صعبة وتقديم العون من العوامل المفيدة. إلى جانب ذلك، إن العمل في بيئة مرهقة ومحدودة الموارد يأتي بنتائج عكسية ويزيد من الضغوط والإجهاد ويرتبط بشكل رئيسي بنقص الرضا الوظيفي وانخفاض الروح المعنوية واستنزاف الطاقات والانقسامات وقلة الانتاجية. (pp. 45-53).

وأما على صعيد الصحة النفسية في لبنان، فإنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة المتردية على مختلف الأصعدة. إن الصدمات المتتالية التي عجز اللبنانيون عن إحصائها مؤخراً ابتداءً من تفشي أزمة كورونا وما ألقته من عبء على الصعيدين النفسي والاقتصادي، إلى الانفجار الكبير في مرفأ بيروت والذي هزّ كيان كل اللبنانيين وفاقم من تردّي أوضاعهم المعيشية والصحية والأمنية والترابوية والسياسية، وصولاً إلى الانهيار الاقتصادي والمالي، كل هذه العوامل أدت إلى تدهور الصحة النفسية لدى معظم اللبنانيين.

في ظل هذا الوضع القائم، وربما بسببه، تغيب الإحصائيات الرسمية والدراسات العلمية التي توثق وضع الصحة النفسية في لبنان والتي تشكّل مشكلة متصاعدة. وربما كانت الإحصائية الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة عام ٢٠١٥ والتي تهدف إلى وضع استراتيجية لمكافحة الإدمان في لبنان بين العامين ٢٠١٥ و ٢٠٢٠ هي أحدث وثيقة رسمية يمكن الركون إليها. وفقاً لهذه الوثيقة، تشير أحدث الأدلة العائدة إلى العام ٢٠٠٨ أن ما يناهز ٤,٦% من سكان لبنان قد عانوا من اضطراب نفسي شديد بما في ذلك الاكتئاب والقلق. وإن ما يقارب ٢٥,٨% من السكان اختبروا على الأقل سمة واحدة من اضطراب نفسي. في حين أن ١٠,٥% قد عانوا من أكثر من اضطراب نفسي واحد في مرحلة ما من حياتهم، وقد شكّل الاكتئاب الاضطراب الأكثر شيوعاً مع نسبة انتشار مدى الحياة توازي ٩,٩%. وسجلت اضطرابات القلق لدى ٦,٧% واضطرابات المزاج لدى ١٢,٦% من السكان. أما بالنسبة إلى الانتحار فإن نسبة السكان الذين راودتهم الأفكار الانتحارية قد بلغت ٣,٤% في حين أن ٢% أقدموا فعلاً على محاولة الانتحار.

والأسوأ من ذلك أن الأشخاص الذين يعانون من أي نوع من الاضطرابات النفسية والذين سبق لهم أن تلقوا أي علاج متخصص هم قليلون جداً. أما الذين سعوا للحصول على العلاج المتخصص فقد لوحظ تأخير هام يتراوح بين ٦ أعوام و ٢٨ عامًا بين ظهور الاضطراب وبدء العلاج المتخصص، مما يزيد العبء على مقدمي الرعاية الصحية والنفسية. إن الانتشار المرتفع للاضطرابات النفسية والعمر المبكر لظهور المرض وفترات التأخر الطويلة قبل الحصول على العلاج كلها عوامل قد فاقمت عبء الاضطرابات النفسية. فضلاً عن ذلك، إن الأفراد المعاشين أحداثاً متصلة بالحروب هم أكثر عرضة لخطر الإصابة باضطراب نفسي إذ أنهم ٣,١ مرات أكثر عرضة للإصابة باضطرابات المزاج ومرتان أكثر باضطرابات القلق. في الواقع، لقد تعرض نحو ٧٠% من سكان لبنان لحالة حرب واحدة أو أكثر، ٦٠% منهم أطفال ما بين ١٠-٠ سنوات، وحتى ٣٨% من سكان لبنان كانوا نازحي أو لاجئي حرب. كما أن تأثيرات التعرض للحروب تراكمية وهذا واضح جداً في لبنان (وزارة الصحة العامة، ٢٠١٥، ص ١٣).

إذا كانت هذه الإحصائيات قد تمّت قبل العام ٢٠٠٨، فكيف يكون الوضع الحالي بعد الانفجار شبه النووي الذي حصل في مرفأ بيروت وإثر الانهيار الاقتصادي الأخير الذي زاد الوضع تعقيداً على مختلف الأصعدة؟ في الواقع، إن هذا الوضع المتردي في لبنان لا يخفى على أحد ويتردد صده في وسائل الإعلام بالإخبار عن كثرة الجرائم وزيادة حالات الانتحار وتردّي الأمن النفسي الاجتماعي والصحي والنفسية. كل هذه المشكلات تلقي بظلالها على العاملين في المجالين الصحي والنفسية الذين يقدمون الخدمات الصحية والنفسية في ظل الظروف ذاتها التي يعيشها اللبنانيون عامة. فقد خلصت دراسة طولية أجراها كرم وآخرون (٢٠٢٢) أن ٣٨,٣٤% من العاملين في القطاع الطبي في مستشفى السانت جورج (SGHUMC) يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد Acute Stress Disorder ASD. كما أظهر تحليل الانحدار أن النسبة ترتفع إلى ٥١,٢٨% بين المرضين، ومن أهم المؤشرات التنبؤية على ذلك: لدى الإناث، رؤية جنث ميتة أو مشوهة، وفاة شخص قريب، ومن أكبر المؤشرات التنبؤية كان شدة الخوف في وقت الانفجار (Karam et al., 2022). ولكن، وفي حدود علم الباحثة، لم يتم إجراء أية دراسة حول العاملين في مجال الصحة النفسية بالتحديد في لبنان، وهذا ما يكسب هذه الدراسة أهمية عملية.

وبشكل عام، قد أجريت العديد من الدراسات حول الاحتراق النفسي عند الممارسين النفسيين حول العالم، مثل دراسة ماسلاش ولايتر (٢٠٠٨) التي هدفت إلى تحديد المؤشرات التنبؤية لحدوث الاحتراق أو الاندماج في العمل، وقد تبين أن الموظفين الذين

أظهروا عدم انسجام مع بيئة العمل إنتقلوا من مرحلة التذبذب إلى مرحلة الاحتراق النفسي في غضون عام، بينما الموظفين الذين لم تظهر عليهم علامات التناثر في بيئة العمل إنتقلوا إلى مرحلة الاندماج في العمل (Maslach & Leiter, 2008, pp. 26-27). وأما دراسة الأركون، إيشليمان، وبولينغ (٢٠٠٩) التي هدفت إلى تحليل دراسات سابقة بغية رصد العلاقة بين الشخصية والأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي فقد أظهرت أن كل من الكفاءة الذاتية، التوافق، التفاؤل، الشخصية التحسبية، والصلابة النفسية قد أسفر عن ارتباطات مهمة مع الاحتراق النفسي، وأن خصائص الشخصية، والعاطفة الإيجابية والسلبية تنبئ بالاحتراق (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009). كما تبين دراسة ملال (٢٠١٠) التي أجريت على عينة من سبع اختصاصات مختلفة من الوسط شبه الطبي من بينهم ممرضين في مستشفيات الصحة النفسية والعقلية أن مستوى الاحتراق النفسي أقل من المتوسط لدى مختلف الفئات، لكن النسبة تفوق المتوسط على مستوى الإنهاك الانفعالي، تبدل الشعور، ونقص الإنجاز الشخصي لدى ممرضى الأمراض النفسية والعقلية. كما كشفت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير العمر والخبرة بحيث كلما كان سن المشارك صغيراً وخبرته أقل زاد الاحتراق النفسي لديه، ولم يلاحظ وجود فروقات على صعيد الجنس (ملال، ٢٠١٠). وكذلك تبين دراسة فولب وآخرون (٢٠١٤) نفسياً إلى درجة أعلى من الإرهاق العاطفي وإحساس أقل بالإنجاز الشخصي لدى الأطباء النفسيين، بينما برز تبدل المشاعر كاستراتيجية للتكيف لدى الاختصاصيين النفسيين (Volpe, et al., 2014).

إلى جانب ذلك، تكشف نتائج دراسة شين وآخرون (٢٠١٤) التي شملت تحليلاً بعدياً meta-analysis شمل ٣٦ دراسة ذات صلة تهدف إلى تقصي العلاقات بين استراتيجيات التأقلم المختلفة والأبعاد الثلاثة لأعراض الاحتراق النفسي أن استراتيجيات التأقلم التي تركز على المشكلة ترتبط سلباً بالأبعاد الثلاثة من أعراض الاحتراق، في حين أن استراتيجيات التأقلم التي تركز على العاطفة ترتبط بشكل إيجابي مع الأبعاد الثلاثة. في حين أن السعي للحصول على الدعم الاجتماعي يرتبط سلباً بأعراض الاحتراق وأن نوع المهنة يؤثر في العلاقة بين استراتيجيات التأقلم وأعراض الاحتراق (Shin, et al., 2014). من ناحية أخرى، كشفت دراسة غراسيا وآخرون (٢٠١٦) أن علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية والتمارض ينبئ بالاحتراق النفسي لدى مقدمي خدمات الصحة النفسية. وأفاد ٧٧% من المعالجين النفسيين عن إدراكهم أن الإنهاك الانفعالي أثر على جودة الرعاية التي قدموها للمرضى (Gracia, et al., 2016). كذلك كشفت دراسة صالح (٢٠١٦) عن علاقة ارتباط سلبية دالة إحصائياً بين الاحتراق النفسي والمسؤولية الاجتماعية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي تعزى لمتغير الجنس والعمر والمستوى التعليمي (صالح، ٢٠١٦). وفي دراسة ملفقة لـ جيرجينسون (٢٠١٨) تشير النتائج إلى أن ممارسي العلاج الجدلي السلوكي DBT الذين يطبقون مهارات هذا المنحى من العلاج على أنفسهم يشعرون بفوائد القيام بذلك في حياتهم الشخصية، وأن تقنيات مهارة اليقظة الذهنية والتأمل هي الأكثر قدرة على الحد من الضغوط والإجهاد في الحياة اليومية؛ كما أشارت النتائج إلى أن الضغوط في مكان العمل هي عامل منبئ بالاحتراق النفسي، وأن استخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي DBT مؤشر هام ينبئ بانخفاض الاحتراق النفسي لممارسي DBT، فقد أشارت النتائج إلى أن ٣,٧% فقط من العينة يعانون من بعض أعراض الاحتراق النفسي (Jergensen, 2018).

وقام ماك كورميك وآخرون (٢٠١٨) بمراجعة منهجية لدراسات متعلقة بانتشار وأسباب الاحتراق النفسي لدى الاختصاصيين النفسيين، وأظهرت النتائج أن البعد الأكثر شيوعاً للاحتراق النفسي هو الإنهاك الانفعالي. كما كشفت النتائج أن عبء العمل وبيئة العمل من أكثر العوامل التي تساهم في الاحتراق النفسي (McCormack, et al., 2018). وقد كشفت دراسة سمبسون وآخرون (٢٠١٩) التي هدفت إلى التعرف إلى أثر المخططات التكيفية المبكرة وأنماط التأقلم اللاتكيفية في التنبؤ بالاحتراق النفسي أن ١٨,٣% من أفراد العينة يعانون من الاحتراق النفسي الحاد، وأن ٤٧,٩% من أفراد العينة يعانون من الإنهاك الانفعالي الحاد والمتوسط، وأن النمطين الأكثر شيوعاً من أنماط سوء التكيف هما أساليب التهينة الذاتية والحماية الذاتية المعزولة عن الغير. كذلك أظهرت النتائج أن الضغوط التي تؤدي إلى أكثر أنواع الضيق هي التحدي المتمثل في التوازن بين العمل والحياة، وإدارة العملاء الذين يعانون من مشاكل مزمنة أو معقدة (Simpson, et al., 2019). إلى جانب ذلك، أظهرت دراسة تيدا، تودوس ويوكاريا (٢٠١٩) أن ٢٢,٤% من الأطباء النفسيين المقيمين يعانون من احتراق نفسي مرتفع، و٥١,٧% يعانون من إحترق متوسط، و٢٥,٩% من احتراق نفسي منخفض. وكان جميع الأطباء النفسيين الذين عانوا من مستويات عالية من الإحتراق غير راضين عن الموارد المتاحة لمعالجة المرضى (Tipa, Tudose, & Pucarea, 2019). وقد تناولت دراسة العتيبي والنفيسة (٢٠٢٠) الصحة النفسية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى العاملين بدور الرعاية للمدمنين وأظهرت النتائج انخفاض مستوى الاحتراق النفسي وارتفاع مستوى الصحة النفسية (العتيبي والنفيسة، ٢٠٢٠). وأما دراسة سليمان (٢٠٢١) فقد أظهرت وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي في الإنهاك الانفعالي، وتدني الشعور بالإنجاز تعزى إلى متغير الجنس، بينما لا توجد فروق في بعد تبدل المشاعر. كما تبين عدم وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة تعزى إلى متغير الخبرة. كما أوضحت الدراسة عدم وجود فروق في بعدي الإنهاك الانفعالي وتدني الشعور بالإنجاز تعزى إلى متغير الوظيفة، بينما توجد فروق في بعد تبدل المشاعر تعزى إلى متغير الوظيفة. (سليمان، ٢٠٢١).

وقد أشارت دراسة سوافين سابيه وآخرون (٢٠٢٢) إلى أن اليقظة الذهنية تحمي من الاحتراق النفسي، خاصة الإنهاك العاطفي وتبدل المشاعر، وأن اليقظة الذهنية والمشاعر الإيجابية تساهم في الحفاظ على مستوى عالٍ من الإنجاز الشخصي من خلال استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشاكل (Sauvain-Sabé et al., 2022). ومن أبرز نتائج دراسة شواهنة وآخرون (٢٠٢٢) أن ٨١,٢% من العينة تعاني من درجة معتدلة إلى شديدة من الاحتراق في المجال الشخصي، و(٧٥,٢%) من درجة معتدلة إلى شديدة من الاحتراق في المجال المرتبط بالعمل، و(٣٨,٨%) من درجة معتدلة إلى شديدة من الاحتراق في المجال المرتبط بالعمل. وقد أظهر نموذج الانحدار الخطي المتعدد أن درجات الاحتراق القصوى تم التنبؤ بها من خلال عدم الرضا عن التدريب أو عن الوظيفة، والتفكير في تغيير المهنة، وساعات العمل الطويلة (Shawahnah, et al., 2022).

وهكذا يتبين أن النتائج في أغلب الدراسات تشير إلى نسبة مرتفعة من الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية بمختلف فئاتهم، وخاصة في بعدي الإنهاك الانفعالي وتبدل المشاعر، والقليل منها في بعد الإنجاز وأن هناك تبايناً في نتائج الفروق على مستوى الجنس والفئة العمرية والخبرة والمهنة، وكذلك أظهرت النتائج أن ظروف العمل وعدم توفر الموارد هي من أهم العوامل المنبئة بالاحتراق إلى جانب بعض المخططات الفكرية السلبية الناشئة من التربية المبكرة. ومن جهة أخرى تلعب بعض استراتيجيات

العلاج الجدلي السلوكي مثل اليقظة الذهنية والتأمل دوراً وسيطاً في الوقاية والتخلص من الاحتراق، وأن وتركيز الذهن على حل المشكلات والمشاعر الإيجابية قادرة على رفع مستوى الإنجاز الشخصي. وقد لوحظ غياب دراسة تتناول دور مروحة واسعة من سبل الوقاية من الاحتراق، كما لوحظ غياب دراسات مشابهة في لبنان، وهذا ما دفع الباحثان لمحاولة سد هذه الثغرة البحثية.

أسئلة الدراسة: في ضوء ما تقدم تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الأساسية الآتية:

١. ما هو مستوى الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان؟
٢. ما هي أكثر السبل المعتمدة من أجل الوقاية من الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية؟
٣. هل تختلف درجات الاحتراق النفسي باختلاف المهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل؟
٤. هل هناك ارتباط بين سبل الوقاية من الاحتراق النفسي وكل من الإنهاك الإنفعالي وتبذل المشاعر والإنجاز الشخصي؟
٥. هل يمكن التنبؤ بالاحتراق النفسي من خلال المهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل وسبل الوقاية من الاحتراق النفسي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى قياس الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان، وإلى معرفة السبل التي يلجأون إليها للوقاية، كما تهدف إلى البحث عن الفروق في درجات الاحتراق من خلال المهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل، وإلى الكشف عن العوامل المنبئة بالاحتراق النفسي.

فروض الدراسة:

١. يعاني العاملون في مجال الصحة النفسية من الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث.
٢. يلجأ العاملون في مجال الصحة النفسية في لبنان إلى بعض الوسائل للوقاية من الاحتراق النفسي.
٣. تختلف درجات الاحتراق النفسي بين العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان وفقاً للمهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة.
٤. هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين سبل الوقاية من الاحتراق النفسي وكل من الإنهاك الإنفعالي وتبذل المشاعر والإنجاز الشخصي.
٥. توجد علاقة ارتباط بين أبعاد الاحتراق النفسي وظروف ممارسة العمل.
٦. يمكن التنبؤ بالاحتراق النفسي من خلال المهنة والفئات العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل وسبل الوقاية من الاحتراق النفسي.

منهج الدراسة: تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. ويظهر الجدول (١) خصائص عينة الدراسة.

جدول (١): خصائص أفراد العينة

خصائص العينة (ن = ١١٠)								
المرحلة العمرية			المهنة			الجنس		
أكبر من ٦٠ سنة	بين ٤٦ سنة و ٦٠ سنة	بين ٣٦ سنة و ٤٥ سنة	بين ٢٥ و ٣٥ سنة	مررض في المستشفيات النفسية	اختصاصيين نفسيين	معالجين نفسيين	أنثى	ذكر
٢ (١,٨%)	٣٤ (٣٠,٩%)	٤٢ (٣٨,٢%)	٣٢ (٢٩,١%)	١٢ (١٠,٩%)	٣٧ (٣٣,٦%)	٦١ (٥٥,٥%)	٩٦ (٨٧,٣%)	١٤ (١٢,٧%)
ظروف ممارسة العمل					سنوات الخبرة			
في ظروف عادية	أثناء جائحة كورونا	أثناء الأزمة الاقتصادية	بعد انفجار كبير	أثناء أو بعد حرب	أكثر من ١٦ سنة	بين ١١ و ١٥ سنة	بين ٦ و ١٠ سنوات	بين سنة و ٥ سنوات
٩٣ (٨٤,٥%)	٧٤ (٦٧,٣%)	٦٧ (٦٠,٩%)	٤٦ (٤١,٨%)	٣٨ (٣٤,٥%)	١٢ (١٠,٩%)	٢٣ (٢٠,٩%)	٣٤ (٣٠,٩%)	٤١ (٣٧,٣%)

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي من إعداد كريستينا ماسلاش وسوزان جاكسون (١٩٨١)، ومقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي من إعداد الباحثان.

١. مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي:

مقياس الاحتراق النفسي هو مقياس أعدته كل من Jackson and Maslach (1981) لمهن القطاع الصحي ومهن المساعدة الاجتماعية كافة. يقيس أعراض الاحتراق النفسي ويتكون هذا المقياس من ٢٢ بنداً ويتألف من ثلاث أبعاد: الإنهاك الإنفعالي: يقيس استنزاف المشاعر والإجهاد في العمل؛ تبذل المشاعر: يقيس المشاعر السلبية تجاه الزملاء والمرضى؛ الشعور بالإنجاز: يقيس الشعور بالنجاح والإنجاز الشخصي في العمل. وتجدر الإشارة إلى أنه كلما ارتفعت

درجة الفرد على المقياسين الفرعيين: الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، كلما كانت درجة الاحتراق النفسي مرتفعة، وأما فيما يتعلق بالشعور بالإنجاز، تشرح ماسلاش أنه على عكس المقياسين الفرعيين الآخرين، تعتبر الدرجة المنخفضة على هذا العامل الفرعي دليلاً على تدني الشعور بالإنجاز، وبالتالي مؤشراً إلى ارتفاع مستوى الاحتراق، ومن المهم الإشارة إلى أن هذا المقياس الفرعي الثالث هو مقياس مستقل عن المقياس الأخرى ولا يرتبط معها بارتباط سلبي، بمعنى أنه ليس نقبضاً للإنهاك الانفعالي أو لتبلد المشاعر، بحيث بلغت درجة الارتباط بينه وبين الإنهاك الانفعالي ٠,١٧ - وبينه وبين تبلد المشاعر 0,05 - وهي درجات ضعيفة جداً ولا تؤثر إلى ارتباط سلبي (Maslach, 1981). يجيب الفرد على مدى تكرار الشعور لديه وتصنف الدرجات كما يلي في الجدول (٢):

جدول (٢): مستويات الاحتراق النفسي على الأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش

الأبعاد	مرتفع	معتدل	منخفض
الإنهاك الانفعالي	٣٠ فما فوق	١٨ - ٢٩	٠ - ١٧
تبلد المشاعر	١٢ فما فوق	٦ - ١١	٠ - ٥
الشعور بالإنجاز	٠ - ٢٣	٣٤ - ٣٩	٤٠ فما فوق

٢. مقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي

بعد الاطلاع على الأدبيات المكتوبة حول الوقاية من الاحتراق النفسي، وعلى بعض المقياس المعتمدة في هذا المجال لا سيما Burnout Prevention Assessment, Proactive Burnout Prevention Inventory، تم صياغة مقياس يهدف إلى التعرف إلى سبل الوقاية من الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان. تعرض البنود على مقياس ليكرت خماسي بحيث تعطي إجابة "موافق بشدة" درجة ٤، و"موافق" درجة ٣، و"محايد" درجة ٢، و"معارض" درجة ١، و"معارض بشدة" درجة ٠. وهكذا تتراوح الدرجات على سلم الوقاية من الاحتراق النفسي بين ٠ و ١٠٤، بحيث تمثل الدرجة ١٠٤ أقصى درجات الوقاية، و ٨١ درجة وقاية مرتفعة، و ٥٤ درجة وقاية متوسطة، و ٢٧ درجة وقاية منخفضة ودرجة ٠ لا وقاية على الإطلاق من الاحتراق النفسي.

الخصائص السيكومترية للمقياس.

أولاً: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي:

١. درجة ارتباط بنود المقياس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس

جدول (٣): درجة ارتباط بنود المقياس الفرعي الإنهاك الانفعالي بالدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	١	٢	٣	٦	٨	١٣	١٤	١٦	٢٠
درجة الارتباط	.799**	.799**	.734**	.613**	.797**	.529**	.619**	.715**	.606**

يشير الجدول (٣) إلى درجات ارتباط عالية بين بنود المقياس الفرعي للإنهاك الانفعالي والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٤): درجة ارتباط بنود المقياس الفرعي التبلد المشاعر بالدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	٥	١٠	١١	١٥	٢٢
درجة الارتباط	.535**	.737**	.690**	.528**	.510**

يشير الجدول (٤) إلى درجات ارتباط عالية بين بنود المقياس الفرعي تبلد المشاعر والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٥): درجة ارتباط بنود المقياس الفرعي الشعور بالإنجاز بالدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	٤	٧	٩	١٢	١٧	١٨	١٩	٢١
درجة الارتباط	.758**	.772**	.784**	.762**	.872**	.800**	.851**	.742**

يشير الجدول (٥) إلى درجات ارتباط عالية بين بنود المقياس الفرعي الشعور بالإنجاز والدرجة الكلية للمقياس.

٢. معامل ارتباط درجات المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس

جدول (٦): معامل ارتباط درجات المقاييس الفرعية مع الدرجة الكلية للمقياس

معامل ارتباط درجات المقاييس الفرعية مع الدرجة الكلية للمقياس			
الدرجة الكلية للاحتراق النفسي	الدرجة الكلية للإنهاك الانفعالي	الدرجة الكلية لتبؤد المشاعر	الدرجة الكلية لتدني الشعور بالإنجاز
.742**	.316**	.624**	

من خلال ما تقدم يمكننا استنتاج الثبات الداخلي للمقياس، وقد تم استخراج عامل واحد عام يشرح ٥١,٥% من التباين، وقد بلغت درجة تشبع عامل تبؤد المشاعر على العامل العام 873، يليه الإنهاك الانفعالي حيث بلغت درجة تشبعه بالعامل العام 722؛ وأما فيما يتعلق بالشعور بالإنجاز فالنتيجة هي 513-، وتشير ماسلاش (١٩٨١) التي وضعت المقياس إلى أن عامل الشعور بالإنجاز يعتبر مقياساً مستقلاً عن العوامل الأخرى، وليس نقيضاً لها أو أنه يرتبط معها ارتباطاً سلبياً. مما تقدم من نتائج يمكننا استنتاج الصدق العامي للمقياس. كما بلغت معامل ثبات المقياس ألفا ل كرونباخ: 802. وهي نسبة ثبات ممتازة.

ثانياً: الخصائص السيكومترية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي

لاختبار الاتساق الداخلي لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي تم احتساب درجة ارتباط بنوده بالدرجة الكلية للمقياس، وتظهر النتائج في الجدول (٧).

جدول (٧): درجة ارتباط بنود مقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي بالدرجة الكلية للمقياس

٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	+
.692**	.764**	.617**	.482**	.518*	.466**	.487**	.294**	.560**	درجة الارتباط
١٨	١٧	١٦	١٥	١٤	١٣	١٢	١١	١٠	رقم البند
.696**	.720**	.778**	.769**	.778**	.631**	.530**	.737**	.635**	درجة الارتباط
٢٧	٢٦	٢٥	٢٤	٢٣	٢٢	٢١	٢٠	١٩	رقم البند
.775**	.808**	.717**	.558**	.736**	.335**	.554**	.759**	.737**	درجة الارتباط

"ر" دالة عند مستوى ٠,٠٥، عندما تكون $0,134 \leq r \leq 0,164$ (ن = ١١٠).

وأما الثبات الداخلي للمقياس، بلغ معامل الثبات ألفا ل كرونباخ: 943. وهي نسبة ثبات ممتازة.

اختبار فروض الدراسة:

أولاً: ينص الفرض الأول على ما يلي: "يعاني العاملون في مجال الصحة النفسية من الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث." وللتأكد من صحة الفرض الأول، تم احتساب الدرجات الكلية وتصنيفها وفقاً للمعايير الموضوعية من قبل ماسلاش. تظهر النتائج في الجدول (٨).

جدول (٨): درجات العاملين في مجال الصحة النفسية على الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي

درجات العاملين في مجال الصحة النفسية على الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي					
انحراف معياري	متوسط حسابي	مرتفع	معتدل	منخفض	
٠,٦٧٤	١,٤٨	١١	٣٢	٦٨	الدرجة الكلية للإنهاك الانفعالي
٠,٦٧١	١,٧٠	١٣	٥١	٤٦	الدرجة الكلية لتبؤد المشاعر
٠,٦٥٢	٢,٦٠	١٠	٢٤	٧٦	الدرجة الكلية للشعور بالإنجاز

يلاحظ من خلال الجدول (٨) أن ٦٨ شخصاً من أفراد العينة البالغة ١١٠ أشخاص أي ما نسبته ٦١,٨% حصلوا على درجة منخفضة من الإنهاك الانفعالي، و ٣٢ شخصاً أي ٢٨,٢% على درجة معتدلة، و ١١ شخصاً فقط أي ١٠% من العينة حصلوا على درجة مرتفعة على بعد الإنهاك الانفعالي. وهكذا نرفض الجزء الأول من الفرضية الأولى التي تقول بارتفاع معدل الاحتراق عند أفراد العينة على بعد الإنهاك الانفعالي. وفيما يختص في بعد تبؤد المشاعر الذي يصف العلاقة السلبية

تجاه العملاء، حصل ٤٦ شخص أي ٤١,٨% من العينة على درجات منخفضة، و ٥١ شخص أي ٤٦% على درجات معتدلة، فيما حصل ١٣ شخص أي ١١,٨% على درجات مرتفعة. وهكذا نرفض الجزء الثاني من الفرضية الأولى التي تقول بارتفاع معدل الاحتراق عند أفراد العينة على بعد تبدل المشاعر. وأما فيما يتعلق بالشعور بالنجاح والإنجاز في مجال العمل، فقد حصل ٧٦ شخص أي ما نسبته ٦٩,١% من أفراد العينة على شعور منخفض بالإنجاز و ٢٤ شخص أي ٢١,٨% على معدل معتدل، بينما ١٠ أشخاص فقط أي ٩,١% حصلوا على معدل مرتفع. يمكننا القول بتحقيق الجزء الثالث من الفرضية الأولى: يعاني العاملون في مجال الصحة النفسية من الاحتراق النفسي على بعد الشعور بالإنجاز. وفي المحصلة، نرفض الفرض الأول فيما يتعلق بارتفاع الاحتراق النفسي على بعدي الإنهاك الإنفعالي وتبدل الشعور تجاه المرضى، ونقبله فيما يتعلق بالشعور بالإنجاز.

ثانيًا: ينص الفرض الثاني على ما يلي: "يلجأ العاملون في مجال الصحة النفسية في لبنان إلى بعض الوسائل للوقاية من الاحتراق النفسي." للتحقق من الفرض الثاني، تم احتساب الدرجات الكلية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، كما هو مبين في الجدول (٩):

جدول (٩): درجات النزعة المركزية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي

درجات النزعة المركزية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي							
عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	المنوال	الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	المدى
ن = ١١٠	٨١,٥٣	٨٤	١٥,٢١	٩٤	١٤	١٠٨	٩٤

يتضح من خلال الجدول (٩)، أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة على مقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي يبلغ ٨١,٥٣ والانحراف المعياري يبلغ ١٥,٢١، وتمثل هذه الدرجة الحالة المرتفعة من اللجوء إلى سبل الوقاية من الاحتراق النفسي وفقًا للسلم المتبع في تنقيط المقياس. كما تبلغ قيمة الوسيط ٨٤، مما يشير إلى تقارب قيمة المتوسط الحسابي من الوسيط، وكل هذا يدل على أن انتشار القيم يتوزع حول الوسط، مما يعني أن هذه هي الحالة الغالبة على أفراد العينة. كما تشير النتائج إلى أن القيمة الأكثر تكرارًا هي ٩٤ التي تقترب من درجة الحد الأقصى للمتبع للوقاية (١٠٨)، كما أنها قيمة أعلى من قيمة المتوسط الحسابي، وبالتالي فإن هذه النتيجة قد تفسر انخفاض درجات أفراد العينة على بعدي الإنهاك الإنفعالي وتبدل المشاعر. وللتعرف على أكثر الوسائل اعتمادًا، تم احتساب المتوسط الحسابي لكل بند من بنود مقياس سبل الوقاية. يظهر في الجدول (١٠) البنود الأربعة التي احتلت المراتب الأولى والبنود الثلاثة التي احتلت المراتب الأخيرة.

جدول (١٠): المتوسط الحسابي لبنود مقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي

سبل الوقاية من الاحتراق النفسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أسعى إلى تطوير نفسي مهنيًا.	3.75	.453
أحرص على التحكم في كيفية تنفيذ عملي.	3.46	.645
أحرص على أن يكون لي علاقات اجتماعية.	3.39	.637
أضع أهدافًا واقعية لي في العمل.	3.37	.689
أخصص وقتًا يوميًا للتأمل.	2.39	1.174
أمارس أنشطة التنفس العميق / الاسترخاء بشكل يومي.	2.34	1.144
أمارس الرياضة بانتظام.	2.11	1.168

يظهر الجدول (١٠) أن المتوسطات الحسابية تتراوح بين (٢,١١) و(٣,٧٥)، وجميعها أعلى من المتوسط الحسابي، وأن السبل الأكثر استخدامًا في الوقاية من الاحتراق النفسي تتمحور حول أربعة مواضيع: السعي إلى التطوير المهني، التحكم بظروف العمل، بناء العلاقات الاجتماعية، والتحكم في أوقات الفراغ وفقًا للدرجة الشخصية. وبالتالي نقبل الفرض الثاني القائِل بأن العاملين في مجال الصحة النفسية يلجأون إلى سبل الوقاية من الاحتراق النفسي.

ثالثًا: اختبار الفرض الثالث ينص الفرض الثالث على ما يلي: "تختلف مستويات الاحتراق النفسي بين العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان وفقًا للمهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة." للتحقق من صحة الفرض الثالث، يجب النظر في كل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي على حدا في ضوء المتغيرات المذكورة.

أولاً: على صعيد بعد الإنهاك الإنفعالي:

١. الفروق بين المتوسطات الحسابية في ضوء متغير المهنة: تم إجراء اختبارات لاحتساب الفروق بين متوسطات العينات، وتظهر النتائج في الجدول (١١):

جدول (١١): اختبار ت لقياس الفروق في متوسطات الإنهاك الإنفعالي في ضوء متغير المهنة

اختبار ت لقياس الفروق في متوسطات الإنهاك الإنفعالي في ضوء متغير المهنة									
اختبار ت لتساوي المتوسطات						اختبار ليفين			
٩٥% مدى الثقة		الخطأ المعياري للفرق	الفرق بين المتوسطات	مستوى الدلالة (ذيلين)	درجات الحرية	ت	مستوى الدلالة	ف	
الحد الأدنى	الحد الأقصى								
.139	-.421	.141	-.141	.319	96	-1.002	.045	٤,١٣٦	تجانس التباين متحقق

تشير النتائج إلى أن قيمة الفرق بين المتوسطات تبلغ (-.141) ولا دلالة إحصائية لها (مستوى الدلالة = ٠,٣١٩)، وبالتالي نرفض الفرضية والنسبة: لا توجد فروق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين المعالجين النفسيين والاختصاصيين النفسيين.

٢. الإنهاك الإنفعالي ومتغير الفئة العمرية: تم إجراء تحليل التباين الأحادي الاتجاه للتحقق من الفروق بين متوسطات الفئات العمرية الثلاثة على بعد الإنهاك الإنفعالي. وتظهر النتائج في الجدول (١٢).

جدول (١٢): تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين الفئات العمرية

تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين الفئات العمرية					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	.612	3	.204	.443	.723
داخل المجموعات	48.851	106	.461		
المجموع	49.464	109			

من خلال الجدول (١٢) يتبين أن قيمة ف تساوي فقط ٠,٤٤٣، ولا دلالة إحصائية لها، بحيث بلغت قيمة الدلالة ٠,٧٢٣، وبالتالي نرفض الفرضية والنسبة: لا يوجد فرق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين الفئات العمرية المختلفة.

٣. الإنهاك الإنفعالي وسنوات الخبرة: تم إجراء تحليل التباين الأحادي One-Way ANOVA للتحقق من الفروق بين متوسطات الفئات العمرية الثلاثة على بعد الإنهاك الإنفعالي. وتظهر النتائج في الجدول (١٣).

جدول (١٣): تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين سنوات الخبرة

تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الإنهاك الإنفعالي بين سنوات الخبرة					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	4.804	3	1.601	3.801	.012
داخل المجموعات	44.659	106	.421		
المجموع	49.464	109			

من خلال الجدول (١٣) يتبين أن قيمة ف تساوي ٣,٨٠١، وبلغت قيمة الدلالة الإحصائية ٠,٠١٢، وهذا يعني أن هناك فروق بين درجات الإنهاك الإنفعالي على مستوى سنوات الخبرة، ومن خلال إجراء اختبار شيفيه يتبين أن الفروق تقع بين فئة (أكثر من ١٦ سنة خبرة) وبين كل من الفئتين (بين ٦ سنوات و ١٠ سنوات) و(بين ١١ سنة و ١٥ سنة)، غير أن تعداد الفئة العمرية (أكثر من ١٦ سنة خبرة) هو فقط ١٢ من أفراد العينة، وبالتالي إننا نرفض الفرضية وأنه لا فرق بين درجات الإنهاك الإنفعالي في ضوء سنوات الخبرة.

ثانيًا: على صعيد درجات تبدل المشاعر:

١. الفروق بين المتوسطات الحسابية في ضوء متغير المهنة: تم إجراء اختبار ت وقد تبين أنه لا توجد فروق في الاحتراق النفسي على بعد تبدل المشاعر بين فئتي المعالجين النفسيين والاختصاصيين النفسيين، ويتبين ذلك من الجدول (١٤)، بحيث بلغ الفرق بين المتوسطات 194. ولا دلالة إحصائية لها (قيمة الدلالة: ٠,١٦٨).

وبالتالي نرفض الجزء الثاني من الفرض الثاني.

جدول (١٤): اختبار ت للفروق بين متوسطات تبدل المشاعر في ضوء متغير المهنة

اختبار ت للفروق بين متوسطات تبدل المشاعر في ضوء متغير المهنة									
اختبار ت لتساوي المتوسطات					اختبار ليفين				
٩٥% مدى الثقة		الخطأ المعياري للفرق	الفرق بين المتوسطات	مستوى الدلالة (ذيلين)	درجات الحرية	ت	مستوى الدلالة	ف	
الحد الأدنى	الحد الأقصى								
.083	-.471	.139	-.194	.168	96	-1.388	.464	.540	تجانس التباين متحقق

٢. الفروق بين متوسطات تبدل المشاعر في ضوء الفئة العمرية: تم تحليل التباين الأحادي الاتجاه، ويتبين من خلال الجدول (١٥) أن قيمة ف تبلغ ٠,٩٠٣ وأن قيمة p-value تبلغ ٠,٤٤٢، وبالتالي لا دلالة إحصائية لها، وهذا يعني أن نرفض الفرض وأنه لا فرق في بعد تبدل المشاعر بين الفئات العمرية المختلفة.

جدول (١٥): تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات تبدل المشاعر بين الفئات العمرية

تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات تبدل المشاعر بين الفئات العمرية					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	1.224	3	.408	.903	.442
داخل المجموعات	47.876	106	.452		
المجموع	49.100	109			

٣. الفروق بين متوسطات تبدل المشاعر في ضوء سنوات الخبرة: تم تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA لاحتساب الفروق في درجات تبدل المشاعر بين سنوات الخبرة. يتضح من خلال الجدول (١٦) أنه لا يوجد فرق في مستوى تبدل المشاعر في ضوء الفئات المختلفة لسنوات الخبرة، حيث أن قيمة ف بلغت ٠,٩٥٠ وقيمة p-value بلغت ٠,٤١٩. إذن، لا دلالة إحصائية لهذه النتيجة وبالتالي نرفض الفرض الثاني.

جدول (١٦): تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات تبدل المشاعر بين سنوات الخبرة

تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات تبدل المشاعر بين سنوات الخبرة					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	1.285	3	.428	.950	.419
داخل المجموعات	47.815	106	.451		
المجموع	49.100	109			

ثالثاً: على صعيد الشعور بالإنجاز:

١. الفروق على صعيد المهنة: تم إجراء اختبار ت، وقد تبين أن قيمة الفرق بين المتوسطات تبلغ 0.025- وقيمة ت = 0.229- وقيمة p-value = 0.819، وهذا يعني أنه لا فرق بين المعالجين والاختصاصيين النفسيين على بعد الشعور بالإنجاز، وبالتالي نرفض الفرض. ويتضح ذلك من خلال الجدول (١٧):

جدول (١٧): اختبار ت للفروق بين متوسطات الشعور بالإنجاز في ضوء متغير المهنة

اختبار ت للفروق بين متوسطات الشعور بالإنجاز في ضوء متغير المهنة									
اختبار ت لتساوي المتوسطات					اختبار ليفين				
٩٥% مدى الثقة		الخطأ المعياري للفرق	الفرق بين المتوسطات	مستوى الدلالة (ذيلين)	درجات الحرية	ت	مستوى الدلالة	ف	
الحد الأدنى	الحد الأقصى								
.190	-.240	.108	-.025	.819	96	-.229	.667	.186	تجانس التباين متحقق

٢. الفرق في مستوى الشعور بالإنجاز في ضوء الفئات العمرية: تم تحليل التباين الأحادي الاتجاه، ويتضح من خلال الجدول (١٨) أنه لا يوجد فرق في مستوى الشعور بالإنجاز في ضوء الفئات العمرية المختلفة، حيث أن قيمة ف بلغت 1.486 وقيمة p-value بلغت 0.223. إذن، لا دلالة إحصائية لهذه النتيجة.

جدول (١٨): تحليل التباين الأحادي الاتجاه ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الشعور بالإنجاز بين الفئات العمرية المختلفة

تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الشعور بالإنجاز بين الفئات العمرية المختلفة					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	1.872	3	.624	1.486	.223
داخل المجموعات	44.528	106	.420		
المجموع	46.400	109			

٣. الفرق في مستوى الشعور بالإنجاز في ضوء سنوات الخبرة: تم تحليل التباين الأحادي العامل، ويتضح من خلال الجدول (١٩) أنه لا يوجد فرق في مستوى الشعور بالإنجاز في ضوء سنوات الخبرة، حيث أن قيمة ف بلغت 1.40 وقيمة p-value بلغت 0.936. إذن، لا دلالة إحصائية لهذه النتيجة.

جدول (١٩): تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الشعور بالإنجاز بين سنوات الخبرة

تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA لاحتساب الفروق في درجات الشعور بالإنجاز بين سنوات الخبرة					
التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	1.83	3	.061	1.40	.936
داخل المجموعات	46.217	106	.436		
المجموع	46.400	109			

رابعاً: اختبار الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع على ما يلي: " هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين سبل الوقاية من الاحتراق النفسي وكل من الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر والإنجاز الشخصي." للتحقق من صحة الفرض تم احتساب معاملات الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لسبل الوقاية من الاحتراق والدرجات الكلية لكل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي. يوضح الجدول (٢٠) نتيجة معاملات الارتباط.

جدول (٢٠): معاملات الارتباط بين سبل الوقاية وأبعاد الاحتراق النفسي

معاملات ارتباط سبل الوقاية بأبعاد الاحتراق النفسي			
أبعاد الاحتراق النفسي	الإنهاك الإنفعالي	تبلد المشاعر	الشعور بالإنجاز
سبل الوقاية من الاحتراق النفسي	-.134**	-.301**	.679**
مستوى الدلالة	1.63	٠,٠٠١	.000

"ر**" دالة عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول (٢٠) أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سبل الوقاية من الاحتراق النفسي ودرجات الإنهاك الإنفعالي، حيث أنه لا دلالة إحصائية لمعامل الارتباط. وفيما يختص في بعد تبلد المشاعر، هناك علاقة ارتباط سلبية تبلغ قيمتها -.301، وهي دالة عند مستوى 0.001. وأما فيما يتعلق بالشعور بالإنجاز، فهناك علاقة ارتباط طردية بين سبل الوقاية من الاحتراق والشعور بالإنجاز، حيث بلغ معامل الارتباط 0.679. وفي المحصلة، نرفض الفرض القائل بالعلاقة بين سبل الوقاية والإنهاك الإنفعالي ونقبل الفروض القائلة بالعلاقة بين سبل الوقاية وكل من تبلد المشاعر والشعور بالإنجاز.

خامساً: اختبار الفرض الخامس: ينص الفرض الخامس على ما يلي: " توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الاحتراق النفسي وظروف ممارسة العمل." للتحقق من صحة الفرض تم احتساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد الاحتراق النفسي وظروف ممارسة العمل، وتظهر الجداول (٢١) و(٢٢) و(٢٣) نتائج الاختبارات.

جدول (٢١): معامل ارتباط درجة الإنهاك الإنفعالي بظروف ممارسة العمل

معامل ارتباط درجة الإنهاك الإنفعالي بظروف ممارسة العمل					
ظروف ممارسة العمل	أثناء أو بعد حرب	بعد انفجار كبير	أثناء الأزمة الاقتصادية	أثناء جائحة كورونا	في ظروف عادية
درجة الإنهاك الإنفعالي	.020**	.065**	-.009**	.126**	-.050**
مستوى الدلالة	.838	.503	.928	.191	.607

"ر**" دالة عند مستوى 0.01

من خلال الجدول (٢١) يتبين أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة الانهك الانفعالي وظروف ممارسة العمل.
جدول (٢٢): معاملات ارتباط درجة تبدل المشاعر بظروف ممارسة العمل

معاملات ارتباط درجة تبدل المشاعر بظروف ممارسة العمل					
ظروف ممارسة العمل	أثناء أو بعد حرب	بعد انفجار كبير	أثناء الأزمة الاقتصادية	أثناء جائحة كورونا	في ظروف عادية
درجة تبدل المشاعر	-.046**	-.107**	.014**	.035**	-.031**
مستوى الدلالة	.635	.265	.886	.718	.749

من خلال الجدول (٢٢) يتبين أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة تبدل المشاعر وظروف ممارسة العمل.

جدول (٢٣): معامل ارتباط درجة الشعور بالإنجاز بظروف ممارسة العمل

معاملات ارتباط درجة الشعور بالإنجاز بظروف ممارسة العمل					
ظروف ممارسة العمل	أثناء أو بعد حرب	بعد انفجار كبير	أثناء الأزمة الاقتصادية	أثناء جائحة كورونا	في ظروف عادية
درجة الشعور بالإنجاز	-.230**	.105**	-.107**	.019**	-.074**
مستوى الدلالة	.015	.277	.266	.840	.422

"**" دالة عند مستوى 0.01

من خلال الجدول (٢٣) يتضح أن هناك علاقة ارتباط سلبية بين درجة الشعور بالإنجاز وظروف ممارسة العمل أثناء الحرب أو بعدها ومعامل الارتباط هو -0.230. ومستوى الدلالة الإحصائية هو 0.015. وبالتالي نرفض الفرض الخامس فيما يتعلق بارتباط الإنهك الانفعالي وتبدل المشاعر بظروف ممارسة العمل، ونقبله فقط في بعد الإنجاز، ونستطيع القول أنه توجد علاقة ارتباط سلبية بين بعد الإنجاز الشخصي وظروف ممارسة العمل أثناء الحرب."

سادساً: ينص الفرض السادس على ما يلي: " يمكن التنبؤ بالاحترق النفسي من خلال عوامل المهنة والفئات العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل وسبل الوقاية من الاحتراق النفسي." قبل إجراء تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاستخراج النموذج المناسب لهذا الفرض، نستطيع الاستفادة من نتائج الفروض السابقة، حيث تبين أنه لا توجد فروق في درجات الاحتراق النفسي في ضوء متغيرات المهنة والفئات العمرية وسنوات الخبرة، وبالتالي نستطيع أن نستبعد هذه العوامل من التحليل. كما تبين أن سبل الوقاية من الاحتراق النفسي هي العامل الوحيد المنبئ بالاحتراق النفسي في بعد تبدل المشاعر، وأن سبل الوقاية وظروف العمل أثناء الحرب هي عوامل منبئة بالشعور بالإنجاز. لذا يتوجب علينا استخراج نموذج الانحدار الخطي البسيط لتبدل المشاعر والانحدار الخطي المتعدد لبعث الشعور بالإنجاز.

لدى إجراء الانحدار الخطي المتعدد MANOVA لاستخراج معادلة خط الانحدار المتعدد بين كل من الشعور بالإنجاز والعوامل المنبئة به: سبل الوقاية وظروف العمل أثناء الحرب، تبين أن مستوى الدلالة لعامل ظروف العمل أثناء الحرب تبلغ 0,090، وبالتالي لا دلالة إحصائية لها داخل نموذج الانحدار المتعدد كما هو مبين في الجدول (٢٤):

جدول (٢٤): قيم معاملات العوامل المنبئة بالشعور بالإنجاز ضمن نموذج الانحدار المتعدد

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
	1 (Constant)	10.384	3.622				2.867	.005	3.203	17.565		
1. أثناء أو بعد حرب	-.720	1.333	-.040	-.540	.590	-3.362	1.922	-.230	-.052	.038	.919	1.089
الدرجة الكلية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي	.377	.042	.667	9.016	.000	.294	.460	.679	.657	.639	.919	1.089

بناء عليه، سيتم الاعتماد على الانحدار الخطي البسيط simple linear regression model لكل من تبليد المشاعر وسبل الوقاية من جهة، والشعور بالإنجاز وسبل الوقاية من جهة أخرى.

١. معادلة خط الانحدار البسيط للمتغير التابع "تبليد المشاعر" والمتغير المستقل "سبل الوقاية من الاحتراق النفسي".

تبلغ معامل الارتباط بين سبل الوقاية من الاحتراق وبين تبليد المشاعر 0.301. ولها دلالة معنوية تبلغ 0.001. كما أن $R^2 = 0.090$ ؛ والخطأ المعياري للنموذج المقدر تبلغ 2.909، كما هو مبين في الجدول (٢٥).

جدول (٢٥): ملخص نموذج الانحدار البسيط بين سبل الوقاية من الاحتراق وتبليد المشاعر

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.301 ^a	.090	.082	2.909	.090	10.729	1	108	.001	1.876

وأن قيمة العامل المنبئ (سبل الوقاية) تبلغ 0.060. والدلالة المعنوية له تبلغ 0.001، والقيمة الثابتة المنبئة بتبليد المشاعر تبلغ 12.465، وهذا يظهر من خلال الجدول (٢٦):

جدول (٢٦): قيم معاملات العوامل المنبئة بتبليد المشاعر

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	12.465	1.519		8.205	.000					
	الدرجة الكلية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي	-.060	.018	-.301	-3.276	.001	-.301	-.301	-.301	1.000	1.000

فتصبح معادلة خط الانحدار على الشكل التالي: درجة تبليد المشاعر = 12.465 - 0.06 × قيمة درجة سبل الوقاية

هكذا يتبين العلاقة العكسية بين المتغيرين، بحيث أنه كلما ازدادت درجة سبل الوقاية انخفض في المقابل تبليد المشاعر.

٢. معادلة خط الانحدار البسيط للمتغير التابع "الشعور بالإنجاز" والمتغير المستقل "سبل الوقاية من الاحتراق النفسي".

تبلغ معامل الارتباط بين سبل الوقاية من الاحتراق وبين الشعور بالإنجاز 0.679. ولها دلالة معنوية تبلغ 0.000. كما أن $R^2 = 0.460$ ؛ والخطأ المعياري للنموذج المقدر تبلغ 6.349، كما هو مبين في الجدول (٢٧).

جدول (٢٧): ملخص نموذج الانحدار البسيط بين سبل الوقاية من الاحتراق والشعور بالإنجاز

Mode	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.679 ^a	.460	.455	6.34904	.460	92.145	1	108	.000	1.887

كما أن هناك دلالة معنوية لنموذج ANOVA تبلغ 0.000، وأن قيمة العامل المنبئ (سبل الوقاية) تبلغ 0.38، والدلالة المعنوية له تبلغ 0.000، والقيمة الثابتة المستخرجة لتحديد قيمة الشعور بالإنجاز تبلغ 9.6، وهذا يظهر من خلال الجداول (٢٨) و(٢٩).

جدول (٢٨): مستوى الدلالة للنموذج المقدر بين سبل الوقاية والشعور بالإنجاز

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	3714.387	1	3714.387	92.145	.000 ^b
Residual	4353.513	108	40.310		
Total	8067.900	109			

جدول (29): القيم المنبئة بالشعور بالإنجاز

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	9.609	3.315		2.898	.005					
الدرجة الكلية لمقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي	.384	.040	.679	9.599	.000	.679	.679	.679	1.000	1.000

من خلال الجدول (29)، تتكون معادلة خط الانحدار على الشكل التالي:

$$\text{درجة الشعور بالإنجاز} = 9,609 + 0,384 \times \text{قيمة درجة سبل الوقاية.}$$

كما يتبين من خلال الجدول (٢٧) أن سبل الوقاية من الاحتراق النفسي قادرة على التنبؤ بـ ٤٦ % من التباين في مستوى الشعور بالإنجاز، وأن هامش الخطأ للنموذج المقدر يبلغ 6.34%.

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة في المقام الأول إلى قياس الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان، وقد حصل ١٠% فقط من أفراد العينة على درجات مرتفعة على بعد الإنهاك الانفعالي، و ٢٨,٢% على درجات معتدلة، فيما حصل ٦١,٨% على درجات منخفضة على البعد ذاته. وكانت النتيجة مشابهة على بعد تبلد المشاعر، حيث أحرز ١١,٨% فقط من أفراد العينة درجات مرتفعة على بعد تبلد المشاعر، و ٤٦% على درجات معتدلة، و ٤١,٨% على درجات منخفضة. تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (صالح، ٢٠١٦) و (العنبي والنفيسة، ٢٠٢٠)، حيث أظهرت النتائج انخفاضاً على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر. وأما فيما يخص بدراسة (Jergensen, 2018)، فإنها أظهرت تدنيا ملفناً لم يتجاوز ٣,٧% من أفراد العينة المؤلفة من ممارسي العلاج الجدلي السلوكي والذين يعانون من الاحتراق، مما يدعو إلى التوقف عند نتائج هذه الدراسة.

ولكن النتائج كانت مغايرة لما جاء في دراسات (ملال، ٢٠١٠) و (McCormak et al., 2018) و (Simpson, et al., 2019) و (Shawahnah, et al., 2022) و (Tipa, Tudose, & Pucarea, 2019) و (Sauvain-Sabé et al., 2022) حيث كانت النتائج مرتفعة على بعد الإنهاك الانفعالي خاصة في الواقع، لا يخفى على أحد حجم الضغط النفسي الذي يعاني منه العاملون في مجال الصحة النفسية بشكل عام لا سيما وأنهم لا يتعاملون مع أمراض عضوية تثبتتها فحوصات مخبرية أو صور إشعاعية كما يجري في الطب البدني. لذلك فإن تعامل المختص النفسي مع الاضطراب هو بنظر طالب الخدمة تعامل مع المجهول، وهذا ما يجعل المريض في حال من التوتر الدائم التي ينقلها إلى المعالج بين الحين والآخر.

إلى جانب ذلك، تعتبر نتيجة الفرض الأول من هذه الدراسة غير متوقعة في ظل الظروف غير المؤاتية للمعالجين والاختصاصيين النفسيين في لبنان، حيث تندفق المشاكل على اللبنانيين عامة من كل حذب وصوب. فمن الطبيعي إحساس أي فرد بالاحتراق النفسي على المستوى الشخصي وشعوره بالنضوب والإرهاق واستنفاد الطاقة والإجهاد والتوتر والوهن وفقدان الدافعية، وهذا كله يختصره بعد الإنهاك العاطفي في مقياس ماسلاش، فكيف إذا كان هذا الشخص هو مختص نفسي على خطوط الدفاع الأولى في التصدي لهذه المشكلات التي يعاني منها الناس؟ ربما كان من البديهي أن يشعر هو نفسه بهذه الأعراض. إذن، ما هي العوامل التي شكلت درع وقاية للعاملين في مجال الصحة النفسية من الشعور بالإنهاك العاطفي والانفعالي؟ هذا سيتضح عند مناقشة الفرضية الثانية.

وربما كان من المتوقع أيضاً أن ينعكس هذا الضغط والإجهاد عبر مشاعر سلبية تجاه المرضى والعلماء وعدم اكتراث لحالهم وإظهار اللامبالاة لإعادة المرضى إلى المجتمع من جديد واستثمار طاقاتهم ومواهبهم فيما يعزز قدرات المرضى وتقتهم بأنفسهم، غير أن النتائج أتت أيضاً خلافاً للمتوقع، حيث أظهر ما يقارب ٨٨% من أفراد العينة مستويات متدنية على بعد تبلد الشعور مع المرضى. وربما يعزى هذا الأمر إلى روح التعاطف والتضامن والتكافل الاجتماعي الذي يعيشه اللبنانيون عامة وخاصة خلال الأزمات، حيث أن تكاثر الأزمات لفتت اللبنانيين دروساً في ضرورة الوحدة والاتحاد والتعالي على الخلافات الضيقة، وهنا نحن

نتكلم عن عامة الناس ولسنا في صدد الحديث عن خلافات سياسية وحزبية. فإذا أخذنا كيفية تضامن اللبنانيين مع بعضهم البعض بعد انفجار مرفأ بيروت، على سبيل المثال، لرأينا كيف أنه على اختلاف مذاهبهم وأحزابهم شكلوا سندا ووعواً لبعضهم البعض على كافة الأصعدة، وكيف أن الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني قد كثرت وتطوعت لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لجميع المتضررين والذين كانوا في ضواحي المرفأ. وربما يعزى هذا الأمر أيضاً لالتزام الممارسين لمهن العلاج النفسي بأخلاقيات المهنة وأصولها. ولكن تبقى هذه النتائج جديرة بالبحث والتعمق فيها بشكل أكبر. وربما أتت الإجابة عن هذا التساؤل من خلال مناقشة الفرضيات اللاحقة.

وفيما يختص ببعد الشعور بالإنجاز أحرز المشاركون نتائج مغايرة على هذا البعد من الاحتراق النفسي، حيث أظهرت النتائج أن ٦٩,١% من أفراد العينة يعانون من تدني الشعور بالإنجاز و٢١,٨% من درجات معتدلة على هذا البعد، وأفاد ٩,١% فقط عن شعور مرتفع بالإنجاز. تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Volpe, et al., 2014) و (سليمان، ٢٠٢١). ويعتبر كل من (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) أن تدني الشعور بالإنجاز على صعيد العمل هو نتيجة طبيعية للاحتراق على أحد البعدين: الإنهاك العاطفي والانفعالي وتبلد المشاعر، أو أنه مزيج للثنتين معاً، حيث يصعب على المرء النجاح في ظل ظروف العمل المترامية والضاغطة، والذي يعتبر السبب الرئيس وراء الشعور بالإنهاك العاطفي؛ كما أنه أيضاً من الصعب جدا على المعالج أن يشعر بالنجاح والإنجاز مع مريض يشعر تجاهه باللامبالاة، وهذا هو السبب الأساسي وراء الشعور بتبلد المشاعر، وهذا ما تؤكد دراسة (Gracia, et al., 2016) التي أشارت أن المعالجين الذين يعانون من الإرهاق يفرون بعدم جودة الخدمة التي يقدمونها للعميل.

وفي ضوء نتائج أفراد العينة الذين لم يحققوا هذين الشرطين أي الذين تدنت درجاتهم على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، يذهب بنا الاستنتاج إلى ما يقوله كل من (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) مجدداً عن سبب آخر يفسر هذا الشعور المتدني بالإنجاز. في رأيهم أن عدم الشعور بالإنجاز قد يجري بموازاة البعدين الآخرين وقد لا يكون نتيجة لهما على الإطلاق، فهو قد يكون ناتجاً عن قلة الموارد المتاحة في مكان العمل، وهذا ما أكدت عليه دراسة تيدا، تودوس وبوكاريا (٢٠١٩). لهذا السبب لفتت ماسلاش (١٩٨١) أن البعد الثالث على مقياس الاحتراق هو بعد مستقل ولا يرتبط ارتباطاً سالباً مع البعدين الآخرين.

وقد يكون منشأ تدني الشعور بالإنجاز أحد أمور أخرى: إما الشعور بتدني الكفاءة المهنية والحاجة إلى التدريب التخصصي الذي من شأنه تحسين القدرات وتنويع التقنيات العلاجية التداخلية فيما يتناسب وحاجات المرضى، وإما بسبب عدم قدرة إنجاز الأهداف مع المرضى بسبب صعوبة تحقيقها وإنجازها في ظل الظروف الصعبة التي تعاني منها البلاد، أو ربما بسبب انتكاسة المرضى بعد حين، وإما بسبب انسحاب المرضى من العلاج بسبب تكاليفه الباهظة في لبنان خاصة وأن العلاج النفسي ليس مدعوماً من جهات حكومية، بحيث أصبح العلاج النفسي حكرًا على الأغنياء فقط. وقد يكون السبب أيضاً كما أشارت وزارة الصحة (2015) هو تأخير السعي للحصول على العلاج إلى فترة زمنية طويلة تتراوح بين ٦ أعوام و ٢٨ عاماً بين ظهور الاضطراب وبدء العلاج المتخصص، وهذا بالطبع يجعل الاضطراب مزمنًا ومتجدداً وعصياً على العلاج بفترة وجيزة، خاصة وأن اللبنانيين أولويات معيشية ضاغطة في ظل الأزمة الاقتصادية التي تعاني منها البلاد. وهذا ما أكدت عليه دراسة (Simpson, et al., 2019) التي أشارت إلى أن إدارة العملاء الذين يعانون من مشاكل مزمنة أو معقدة ترتبط إيجاباً بالاحتراق. من الطبيعي أن هذا الأمر يستدعي المزيد من البحث للتقصي عن أسبابه الكامنة ومعالجتها.

وفيما يختص بالفرض الثاني بأن العاملين في مجال الصحة النفسية يلجأون إلى سبل الوقاية من الاحتراق النفسي فقد تحقق هذا الفرض، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة ٨١,٤ على سلم القياس الذي تراوحت درجاته بين ٠ و ١٠٨. وهذا يعني أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة يتطابق مع قيمة الدرجة المرتفعة للوقاية. وبالمقارنة مع دراسة (Jergensen, 2018)، التي هدفت إلى التعرف على فعالية مهارات العلاج الجدلي السلوكي عندما يطبقها الممارسون على أنفسهم في الوقاية من الاحتراق نرى تقارباً في النتائج، بحيث أن نسبة الاحتراق بلغت ٣,٧% فقط في دراسة Jergensen، مما يشير إلى فعالية هذه المهارات في الحد من الضغط والإجهاد، ولا سيما مهارتي التأمل واليقظة الذهنية. ومن المثير للاهتمام أنه في دراسة (Sauvain-Sabé et al., 2022) يتأكد دور اليقظة الذهنية والتأمل في الوقاية والمشاعر الإيجابية من الاحتراق والحفاظ على مستوى عالٍ من الإنجاز الشخصي. وبالمقارنة مع نتائج الدراسة الحالية نرى أن استخدام مهارات اليقظة الذهنية والتأمل والاسترخاء يحتلان المرتبتين الـ ٢٥ و ٢٦ في الترتيب التنزلي لمتوسطات الوسائل المستخدمة في الوقاية عند أفراد العينة. إذن ربما يكون أفراد العينة بحاجة إلى استمداج هاتين المهارتين في حياتهم اليومية كمدخل لتحسين الشعور بالإنجاز، حيث أن هاتين المهارتين تساهما في جعل الفرد يفكر بشكل إيجابي وبتركيز على المشكلة دون إطلاق أحكام مسبقة على نفسه أو على الآخرين وأن يحيا في اللحظة الراهنة والمكان الحاضر Living here and now بدلاً من الشعور بالأسى على الماضي أو القلق من المستقبل ودون إفساح المجال للمشاعر السلبية في السيطرة عليه.

بالعودة إلى نتائج الدراسة التي تعرض للترتيب التنزلي لأكثر الاستراتيجيات المعتمدة للوقاية من الاحتراق [انظر جدول (١١)]، يلاحظ أن أول الأمور التي استحوذت على اهتمام أفراد العينة والتي احتلت المرتبة الأولى على مقياس السبل هي السعي إلى تطوير الذات مهنيًا (متوسط حسابي: ٣,٧٥)، وهذا يؤكد الافتراض الذي تقدم ذكره عند تحليل الأسباب الكامنة وراء تدني الشعور بالإنجاز، وتطوير الذات مهنيًا تؤكد عليه (Leiter & Maslach, 2005). يأتي في المرتبة الثانية التحكم بالعمل، وفعالية هذه الاستراتيجية تؤكدها دراسة (Simpson, et al., 2019) التي وجدت أن أكثر أنواع الضيق هي التحدي المتمثل في التوازن بين العمل والحياة، وإدارة العملاء الذين يعانون من مشاكل مزمنة أو معقدة، وإدارة العملاء الذين يعانون من ضائقة شديدة، ودراسة (McCormack, et al., 2018) التي وجدت أن عبء العمل وبيئة العمل هي من أكثر العوامل التي تساهم في الاحتراق النفسي في حين أن الأدبيات تركز على الخصائص الشخصية كالعمر والجنس والخبرة. والاستراتيجية التي احتلت المرتبة الثالثة هي السعي إلى إقامة علاقات اجتماعية، وفعالية هذه الاستراتيجية تؤيدها أيضاً دراسة (Simpson, et al., 2019) التي استنتجت أن من أكثر أنماط سوء التكيف التي تساهم في الاحتراق النفسي أساليب التهنية الذاتية والحماية الذاتية المعزولة عن الغير، ودراسة (Shin, et al., 2014) التي تؤكد أن الدعم الاجتماعي وإعادة التقييم والتأقلم الديني هي من بين استراتيجيات التكيف العاطفي المرتبطة سلباً بأعراض الاحتراق. وهذه الاستراتيجيات الوقائية الإيجابية تؤكد عليها (Staten, 2019) لتجنب الاحتراق.

وأما فيما يختص بالفرض الثالث القائل باختلاف درجات الاحتراق النفسي على مستوى متغير المهنة والعمر والخبرة، لم تؤيد نتائج الدراسة هذه الفرضية، إذ أنه لا يوجد أي فرق له دلالة إحصائية على الإطلاق على المستويات المذكورة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (صالح، ٢٠١٦)، وتفتقر عن دراسة (Shin et al., 2014) اللذين وجدوا أثرًا للمهنة على مستويات الاحتراق، وكذلك دراسة (سليمان، ٢٠٢١) التي وجدت اختلافًا في النتائج تعزى إلى الخبرة والمهنة. كما وجدت دراسة (Tipa, Tudose, & Pucarea, 2019) اختلافًا على صعيد الاحتراق النفسي لكن سببه يعود إلى طبيعة الموارد المتاحة في أثناء العمل. وكذلك ذكر (McCormack, et al., 2018) أن العمر والجنس والخبرة لا تفسر الاحتراق بالقدر الذي تفسره أعباء العمل ذاتها. وقد تبين سابقا أن أفراد العينة يسعون باستمرار إلى التطوير الذاتي المهني، وهذا ما قد يفسر عدم التفاوت في نسب الاحتراق نتيجة لتفاوت سني الخبرة.

وفيما يتعلق بالفرض الرابع الذي ينص على أن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين سبل الوقاية من الاحتراق النفسي وكل من الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر والإنجاز الشخصي، فإن هذا الفرض لم يتحقق على مستوى الإنهاك الإنفعالي، لكن تبين أن هناك علاقة سلبية بين سبل الوقاية من الاحتراق وتبلد المشاعر، وعلاقة ارتباط إيجابية بين سبل الوقاية والإنجاز الشخصي. وسوف يتأكد هذا الأمر بوضوح أكبر لدى مناقشة الفرض السادس.

وأما فيما يتعلق في ظروف ممارسة العمل، ركزت الدراسة الحالية على الظروف العامة المحيطة ببيئة العمل بشكل عام وليس على البيئة الداخلية للعمل كما جاء في الدراسات السابقة عن أعباء العمل، بمعنى أن هذه الدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاحتراق النفسي أثناء أو بعد الحرب، بعد انفجار كبير، أثناء الأزمة الاقتصادية، أثناء جائحة كورونا، أو في ظروف عمل عادية. وقد تبين أنه لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية سوا بين بعد الإنجاز الشخصي وظروف ممارسة العمل أثناء الحرب، حيث كانت العلاقة سلبية. وعند تحليل هذه الفرض نجد تفسيراً مقنعاً آخر يقف خلف تدني الشعور بالإنجاز عند أفراد العينة فاللبنانيون لا يكادون يلملمون أنفسهم من عواقب وأثار حرب حتى يدخلوا في أخرى أو تفرض عليهم حرب أخرى، مما يعيق تقدمهم بإنجاز الأهداف المرسومة.

وفيما يتعلق بالفرض السادس المتعلق بالعوامل المنبئة بالاحتراق النفسي، نجد أن سبل الوقاية من الاحتراق النفسي هو العامل الوحيد المنبئ بأبعاد الاحتراق، بحيث أنه ارتبط بشكل إيجابي مع الشعور بالإنجاز، وهو ما أكدت عليه دراسة (Jergensen, 2018) التي أكدت على مهارتي التأمل واليقظة الذهنية في الوقاية من أعراض الاحتراق وزيادة الشعور بالإنجاز. وكذلك أيضاً أظهرت دراسة (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009) أن العاطفة الإيجابية من العوامل المنبئة بالاحتراق، وهذه العاطفة تتجلى في بنود مقياس سبل الوقاية من الاحتراق النفسي من خلال البنود التي تتحدث عن مشاركة المشاعر مع الأصدقاء والأهل والزملاء والسعي إلى الحصول على الدعم الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية وغير ذلك. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Sauvain-Sabé et al., 2022) التي أشارت إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشاكل تنبئ بمستوى أعلى من الإنجاز الشخصي. وتتجلى هذه السبل في المقياس المستخدم في الدراسة من خلال عبارات متعددة مثل "أحاول أن أنظر إلى المواقف الضاغطة من زوايا مختلفة" و "أسعى للتخلص مما يعيق تنفيذ مهماتي المهنية"، "أحاول التعامل مع المشكلات بشكل إيجابي".

من جهة أخرى، على الرغم من وجود علاقة انحدار خطية بين ظروف ممارسة العمل أثناء الحرب وتدني الشعور بالإنجاز تتجلى في المعادلة التالية: الشعور بالإنجاز = $42,33 - 4,15 \times$ ظروف ممارسة العمل أثناء الحرب، إلا أن عامل ظروف ممارسة العمل أثناء الحرب لم يستوف الشروط اللازمة التي تسمح باستبقائه في بناء خط انحدار متعدد المتغيرات إلى جانب سبل الوقاية للتنبؤ بالإنجاز.

من جهة أخرى، تعتبر سبل الوقاية من العوامل المنبئة بتبلد المشاعر بحيث ترتبط بها بشكل سلبي، فكلما زادت سبل الوقاية كلما انخفضت المشاعر السلبية واللامبالاة تجاه المرضى وهذه النتيجة تؤكدتها دراسة (Gracia, et al., 2016)، التي أشارت إلى أن عدم اكتراث المعالجين الذين يعانون من الاحتراق للمرضى أثر على جودة الخدمة التي يقدمونها لهم. وكذلك أشارت دراسة (Simpson, et al., 2019) إلى أن أنماط التكيف الإيجابية تحد من المشاعر السلبية تجاه المرضى.

الخلاصة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس الاحتراق النفسي وسبل الوقاية من الاحتراق النفسي لدى عينة من العاملين في مجال الصحة النفسية في لبنان وإلى دراسة الفروق في ضوء عوامل المهنة والفئة العمرية وسنوات الخبرة وظروف ممارسة العمل، وإلى البحث عن العوامل التنبؤية بالاحتراق. وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها أن أفراد العينة لا يعانون من الاحتراق على بعدي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، بل فقط على بعد الشعور بالإنجاز، وأن أفراد العينة يلجأون إلى سبل الوقاية من الاحتراق النفسي بنسبة مرتفعة، وأن سبل الوقاية هي العامل الوحيد المنبئ بالاحتراق.

التوصيات

ركزت معظم أبحاث الاحتراق النفسي على العوامل البيئية، ولكن من المحتمل أن تلعب العوامل الشخصية أيضاً دوراً مهماً في تطوير الاحتراق النفسي، لذا توصي الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث حول علاقة الاحتراق النفسي بأبعاد الشخصية. كما توصي الدراسة بالتعمق في دراسة العوامل التي تساهم في رفع الشعور بالإنجاز الشخصي، وبتدريب العاملين في مجال الصحة النفسية على مهارات العلاج الجدلي السلوكي من أجل تطبيقها في العيادات النفسية وعلى الصعيد الشخصي، كما توصي الدراسة بإجراء المزيد من الأبحاث حول أعباء العمل وظروف ممارسته في الأماكن المعنية والموارد المتاحة فيها.

المراجع

- سليمان، ليلى مسعود. (٢٠٢١). الاحتراق النفسي لدى الأطباء وأعدان الصحة بالمؤسسة الاستشفائية أول نوفمبر بوهان خلال جائحة كوفيد-١٩. *المجلة العربية للنشر العلمي*، ١٠ (٢)، ٢٤٦-٢٦٦.
- صالح، عائشة عوض عثمان. (٢٠١٦). *الاحتراق النفسي وعلاقته بالمسؤولية الاجتماعية لدى الأخصائيين النفسيين بولاية الخرطوم*. [رسالة ماجستير منشورة، جامعة النيلين].
<http://repository.neelain.edu.sd:8080/jspui/handle/123456789/3275>
- العتيبي، نواف بن حمد نزال الشيباني، النفيسة، وعبد العزيز بن علي. مشرف. (٢٠٢٠). *الصحة النفسية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين*. [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية].
<http://repository.nauss.edu.sa/handle/123456789/66935>
- ملال، خديجة. (٢٠١٠). تقنين مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون في الوسط شبه الطبي. [رسالة ماجستير منشورة، جامعة وهران].
<https://ds.univ-oran2.dz>
- وزارة الصحة العامة. (٢٠١٥). *تحليل الوضع واستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان – وقاية، تعزيز، علاج – لبنان ٢٠١٥ – ٢٠٢٠* (ط٢). وزارة الصحة العامة. بيروت.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*, 23(3), 244-263. <https://doi-org.ezproxy.aub.edu.lb/10.1080/02678370903282600>
- Berg, Sara, (2019). WHO adds burnout to ICD-11. What it means for physicians. <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/who-adds-burnout-icd-11-what-it-means-physicians#:~:text=Burnout>
- Garcia, H. A., McGeary, C. A., Finley, E. P., McGeary, D. D., Ketchum, N. S., & Peterson, A. L. (2016). The influence of trauma and patient characteristics on provider burnout in VA post-traumatic stress disorder specialty programmes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 66-81. <https://doi.org/10.1111/papt.12057>
- Grudtner, R. R. (2017). Burnout and Its Impact on Mental Health. In Rossi, A. M., Meurs, J. A., & Perrewé, P. L. (Eds.), *Stress and Quality of Working Life: Conceptualizing and Assessing Stress* (pp. 147–153). Information Age Publishing.
- Jergensen, K. (2018). Practice what you preach: An exploration of DBT therapists personal skill utilization in burnout prevention. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 187-199. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0633-6>
- Karam E, Saab D, Al Barathie J, Karam AN, Karam G, Bryant R. (2022). Predictors and severity of probable acute stress disorder following the Beirut Port Blast. *Eur J Psychotraumatol*. 13(1).
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. John Wiley & Sons.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C. (2018). *Burnout: A multidimensional perspective*. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). CRC Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2006). Burnout. *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health*, 37, 42-49.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.
<https://doi-org.ezproxy.aub.edu.lb/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause (s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 9, 1897.
- Sauvain-Sabé, M., Congard, A., Kop, J. L., Weismann-Arcache, C., & Villieux, A. (2022). The mediating roles of affect and coping strategy in the relationship between trait mindfulness and burnout among French healthcare professionals. *Canadian Journal of Behavioral Science*.
<https://doi-org.ezproxy.aub.edu.lb/10.1037/cbs0000312>

- Shawahna, R., Maqboul, I., Ahmad, O., Al-Issawy, A., & Abed, B. (2022). Prevalence of burnout syndrome among unmatched trainees and residents in surgical and nonsurgical specialties: a cross-sectional study from different training centers in Palestine. *BMC medical education*, 22(1), 1-12.
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44–56.
<https://doi-org.ezproxy.aub.edu.lb/10.1037/a0035220>
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(1), 35-46.
- Staten, A. (Ed.). (2019). *Combating burnout: a guide for medical students and junior doctors*. CRC Press.
- Tipa, R. O., Tudose, C., & Pucarea, V. L. (2019). Measuring burnout among psychiatric residents using the Oldenburg burnout inventory (OLBI) instrument. *Journal of medicine and life*, 12(4), 354.
- Mohezar, S., Jaafar, N. I., & Akbar, W. (2021). *Achieving Quality of Life at Work*. Springer Singapore.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), 774-781.
- WHO. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases.
<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>