



التوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين وعلاقته بالاحترق المهني في الخدمة الاجتماعية

د. نادر عبد الرازق علي يلي

أستاذ مساعد - قسم الخدمة الاجتماعية - كلية العلوم الاجتماعية
جامعة أم القرى - المملكة العربية السعودية

Access this article online

Quick Response Code:



Website: www.uqu.edu.sa/jss

E-mail: jss@uqu.edu.sa

Table of Contents - Current issue:

<https://uq.sa/whelCr>

Umm Al-Qura University of Social Sciences Vol.11 Issue No.2 April 2019

Under Legal Deposit No. **Print- ISSN: 1658-4619 / Online- ISSN: 1658-8185**

التوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين وعلاقته بالاحترق المهني في الخدمة الاجتماعية

د. نادر عبد الرازق علي يلي

الملخص:

تأتي أهمية البحث الحالي في أنه يركز على إحدى أهم القضايا المعاصرة في الخدمة الاجتماعية، التي بدأت في الآونة الأخيرة تحظى باهتمام متزايد من جانب الممارسين المهنيين، والباحثين، وأعضاء هيئة التدريس في الخدمة الاجتماعية سواء على المستوى المحلي لمجتمع المملكة العربية السعودية أو على المستوى الإقليمي لمنطقة الخليج العربي، أو على المستوى العالمي، المتمثلة في قضية التوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين، العاملين في مجال الرعاية الصحية. ويأتي الاهتمام المتزايد من قبل الكتاب والمؤلفين في الأدبيات المهنية لمهنة الخدمة الاجتماعية ولا سيما في ظل التغييرات الاجتماعية، والاقتصادية والسياسية المتلاحقة، التي تشهدها المجتمعات على طبيعة أدوار الأخصائيين الاجتماعيين ومهامهم ومسؤولياتهم، التي شكلت مزيداً من التحديات والتوترات النفسية للممارسين المهنيين في المؤسسات المهنية لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، وفي مجال الرعاية الصحية بصفة خاصة. يهدف البحث الحالي إلى تحقيق عددٍ من الأهداف، المتمثلة في: تحديد العوامل المسببة للتوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين، والكشف عن أبرز مصادر التوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال الرعاية الصحية، وتحديد النتائج السلبية للتوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وإلقاء الضوء على أبرز عوامل الوقاية من التوتر والاحترق في الخدمة الاجتماعية. يعتمد البحث الحالي في تحقيق أهدافه على استطلاع الأدبيات المهنية للخدمة الاجتماعية الأجنبية والعربية وتحليلها. وتبرز نتائج البحث الحالي أهم مصادر التوتر والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين، التي تكمن في العوامل التنظيمية للعمل داخل المؤسسة، والعوامل المرتبطة بعملاء المهنة. وتشير نتائج البحث الحالي إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الرعاية الصحية أكثر عرضة للتوتر النفسي والاحترق المهني

مقارنة بغيرهم من زملائهم العاملين في التخصصات الأخرى داخل المؤسسة الصحية، ومقارنة بنظرائهم أخصائيي الخدمة الاجتماعية في المجالات الأخرى. كما توصل البحث الحالي إلى تحديد عوامل الخطر المرتبطة بالاحتراق للأخصائيين الاجتماعيين في مجال الرعاية الصحية، التي تشمل على عددٍ من المظاهر، من أهمها: اختلاف المكانة المهنية، والشعور بالنقص، وقلة الاستقلال الذاتي في العمل، وغموض الدور وصراعه، وضعف الدعم من المشرفين والزملاء، وقلة الموارد والإمكانيات المادية والبشرية والتنظيمية المتاحة لهم لإشباع حاجات العملاء. ويبرز البحث الحالي الآثار السلبية الناتجة عن التوتر والاحتراق، التي من أهمها: الاعتلال الصحي للأخصائي الاجتماعي (نفسياً وجسدياً)، وتكوين مشاعر سلبية لدى الممارس تجاه العملاء والعمل، وتدني الأداء المهني والوظيفي، وترك العمل والاستبدال الوظيفي. وأخيراً يبرز البحث الحالي عوامل الوقاية من التوتر والاحتراق في الخدمة الاجتماعية، التي من أهمها: توفر فرص الدعم الإرشادي وجودته في بيئة العمل، والدعم المقدم من أعضاء فريق العمل.

الكلمات المفتاحية:

Stress and Burnout in Social Work

Dr. Nader Ali

Abstract:

Work related stress and burnout of social workers in the in the workplace have received a great deal of attention in the social work literature, especially in light of administrative, political, and societal changes that have created more challenges and obstacles for practitioners to do their job. This research study aimed to review the literature in order to provide an understanding of sources of stress and burnout in social work, and their impact on practitioner's well-being, practice, and employers in the health care sector. The study indicates that the most important sources of stress and burnout to professionals are related to two main sets of factors: 1) organizational factors of the work (e.g. role ambiguity, work load, work pressure, lack of hospital resources; and lack of administrative support), and 2) client-related factors. Hospital social workers were found to be at high risk for stress and burnout compared to non-social work professionals in the health care sector and compared to social workers in other fields. Sources of stress and burnout may result in negative professional attitudes toward the job and the organization. Moderating influences were mainly found to be supervisory support. Further investigations of stress and burnout to hospital social workers are required as they can confirm the findings produced in this

study. Future research can highlight other important information that could benefit the development of effective tactics to minimize and prevent stress and burnout among social workers, which in turn can help in improving professional practice in the delivery of health care.

Keywords:

مقدمة:

لقد حظيت قضية الضغوط النفسية للممارسين المهنيين من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الرعاية الصحية باهتمام متزايد في الأدبيات المهنية والتراث الأدبي لمهنة الخدمة الاجتماعية، خاصة في ظل المتغيرات المجتمعية والسياسية المتلاحقة، على طبيعة الأدوار والمسؤوليات المهنية وشكلها، التي يفترض أن يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون كممارسين مهنيين. وتشير معظم الكتابات العلمية إلى أن الخدمة الاجتماعية كمهنة تواجه عددًا من التحديات التي يمكن أن تنشأ بشكل رئيس من المظاهر التنظيمية والإدارية في بيئة العمل، التي تؤثر بلا شك على استجابة المهنة لاحتياجات العملاء بالشكل المطلوب، ومن ثم تؤدي إلى إحداث ضغوط وظيفية ونفسية للأخصائيين الاجتماعيين، تؤدي في النهاية إلى ما يطلق عليه بالاحتراق المهني. يستهدف البحث الحالي استعراض أدبيات الخدمة الاجتماعية بهذا الخصوص، وذلك من خلال التركيز على التساؤل التالي: هل الأخصائيون الاجتماعيون في مجال الرعاية الصحية يجدون توترًا واحتراقًا مهنيًا؟ ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة التالية :

١. ماهي أبرز عوامل التوتر والاحتراق للأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات؟
٢. إلى أي مدى يشعر الأخصائيون الاجتماعيون بالمستشفيات أنهم عرضة للتوتر والاحتراق المهني مقارنة بغيرهم من المتخصصين العاملين بالمهن الأخرى بالمستشفيات، أو بنظرائهم العاملين في الخدمة الاجتماعية بالمجالات الأخرى؟
٣. ما الآثار السلبية المحتملة للتوتر والاحتراق المهني للأخصائيين الاجتماعيين؟
٤. ما هي السبل الممكنة لوقاية الأخصائيين الاجتماعيين من التوتر والاحتراق المهني؟

تبين مراجعة الأدبيات المنشورة في الخدمة الاجتماعية على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي أن معظم الكتابات العلمية عن التوتر الناتج عن العمل لدى الأخصائيين الاجتماعيين هي مجرد كتابات نظرية وليست تطبيقية، فضلاً عن ذلك وجود بعض الأبحاث العلمية التي

حاولت أن تقارن بين التوتر لدى الأخصائيين الاجتماعيين وبين عامة الناس بدلاً من التركيز على مقارنة مستويات التوتر لدى الأخصائيين مع غيرهم من العاملين في المهن المماثلة، على الرغم من ذلك فإن غالب الأدبيات المتاحة تشير إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يعانون مستويات عالية من التوتر والإرهاق في عملهم أكثر من غيرهم من الفئات المهنية الأخرى. و جدير بالذكر أنه يمكن الإشارة إلى العوامل المسببة للتوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجالات الرعاية الصحية، المتمثلة في: طبيعة العمل في الخدمة الاجتماعية، وفلسفة الممارسة المهنية ومطالبها، وجودة الإطار التنظيمي للعمل بالمؤسسة. فيما تشير بعض الدلائل إلى أن الإشراف المهني ودعم الفريق ينظر إليهما على أنهما عاملان مساعدان للوقاية من التوتر النفسي والاحترق المهني.

مشكلة البحث :

يعد الأخصائيون الاجتماعيون من المهنيين، الذين سبق وأن تم تحديدهم بأنهم أكثر عرضة لخبرات التوتر النفسي والاحترق المهني في بيئات العمل ومؤسساته (أكر (Acker)، ١٩٩٩؛ إيغان (Egan)، ١٩٩٣، بياري ٢٠٠٣، جليبر (Gilbar)، ١٩٩٨، علي، ٢٠١٤). وقد يرجع هذا إلى أن عمل الخدمة الاجتماعية يتضمن تعامل الأخصائيين الاجتماعيين مع قضايا اجتماعية معقدة بطبيعتها ومتشابكة ومتشعبة العناصر، فضلاً عن ذلك أن الأخصائيين الاجتماعيين قد يواجهون عددًا من الصراعات والتحديات لأداء عملهم المهني في بيئات العمل المختلفة (سودرفيلد (Soderfeldt) وآخرون، ١٩٩٥). إضافة إلى ذلك فقد شهدت العقود الأخيرة جملةً من التغيرات الإدارية، والاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية، التي فرضت عددًا من القيود الشديدة على الموارد، ومزيدًا من التحديات المعقدة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، التي تلقي بظلالها على مزيدٍ من العقبات، التي تعوق تحقيق أهداف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، ومن ثم تؤثر سلبياً على الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وقدرتهم المهنية على تقديم الخدمات، ومساعدة العملاء على إشباع احتياجاتهم (جونز ونوفاك (Jones & Novak)، ١٩٩٣، كورلاند وسلمون (Kurland & Salmon)، ١٩٩٢).

ويشير عددٌ من الكُتَّاب والمؤلفين إلى أن كثيراً ممَّا عُرفَ عن التوتر والإرهاق عند الأخصائيين الاجتماعيين ما هو إلا محاولات تنظيرية، وغير مقترنة بنتائج بحثية منهجية (تايلور براون (Taylor-Brown) وآخرون، ١٩٨١؛ جيسون (Gibson) وآخرون، ١٩٨٩، سودرفيلد وآخرون، ١٩٩٥، طومسون (Thompson) وآخرون، ١٩٩٦، كولينجزوموراي (Collings & Murray)، ١٩٩٦). في حين يشير كورنير (Cournoyer) (١٩٨٨) إلى وجود نزعة للاستهانة والتقليل من أهمية التوتر وكميته، الذي يتعرض له الأخصائيون الاجتماعيون في بيئات عملهم. وتأتي أهمية البحث الحالي نظراً لندرة الأبحاث والدراسات العلمية التي اهتمت بالتوتر والاحتراق المهني في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وفي مجال الرعاية الصحية بصفة خاصة، مقارنة بما هو متوفر من أبحاث علمية عن الاحتراق المهني في باقي التخصصات الأخرى والمهن الأخرى العاملة في مجالات الخدمات الإنسانية (سودرفيلد وآخرون، ١٩٩٥). وبناءً على ما تقدم يسعى البحث الحالي إلى استعراض عوامل التوتر النفسي ومسبباتها ومصادرها للأخصائيين الاجتماعيين، وفهم أثره على الاحتراق المهني في الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية.

أهمية البحث:

ترجع أهمية البحث الحالي إلى عددٍ من العوامل، هي على النحو التالي:

١. أنه يهتم بأحد القضايا المهنية المعاصرة في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، التي أصبحت تشغل بال، وتؤزِّق عددًا من الممارسين المهنيين في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، والممارسين المهنيين في مجال الرعاية الصحية بصفة خاصة .

٢. ندرة الأبحاث والدراسات العلمية، المهمة بالتوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين، والاحتراق المهني ولاسيما في الأدبيات والتراث العلمي للخدمة الاجتماعية في العالم العربي بصفة عامة، والمملكة العربية السعودية بصفة خاصة.

٣. الحدائة النسبية لقضية التوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين والاحتراق المهني تجعل من الضرورة إلقاء الضوء عليها والاهتمام بها في ظل التحديات التي يواجهها

الممارسون المهنيون في عملهم.

٤. تأتي أهمية البحث الحالي نتيجة لاهتمام مهنة الخدمة الاجتماعية بتحسين جودة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين في ممارستهم المهنية بصفة مستمرة، والاهتمام بالقضايا التي تعوق تحقيق جودة هذا الأداء.

٥. إن الاهتمام بقضية التوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين يأتي نتيجة لتأثيره سلباً على الأخصائي الاجتماعي وعلى الممارسة المهنية، وعلى العملاء، وعلى المؤسسة، وكذلك على تطور المهنة وتموّها بشكل عام.

٦. توجيه نظر الباحثين والمهتمين في الخدمة الاجتماعية إلى الاهتمام بقضية التوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وإلقاء الضوء عليها من خلال إجراء الأبحاث والدراسات والكتابات العلمية التي تقدم توصيفاً واضحاً للمشكلة، وكيفية التعامل معها، والتقليل من تأثيرها.

أهداف البحث:

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق عددٍ من الأهداف، المتمثلة في:

١. تحديد العوامل المسببة للتوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين.
٢. الكشف عن أبرز مصادر التوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال الرعاية الصحية.
٣. تحديد النتائج السلبية للتوتر النفسي والاحترق المهني للأخصائيين الاجتماعيين.
٤. إلقاء الضوء على أبرز عوامل الوقاية من التوتر والاحترق في الخدمة الاجتماعية.

مفاهيم البحث:

يعرض البحث الحالي لمفهومين أساسيين، هما: مفهوم التوتر، ومفهوم الاحترق.

١. مفهوم التوتر:

يمكن تعريف التوتر بأنه ردود فعل عاطفية وفيزيولوجية لضغوطات معينة (ماسلاك (Maslach) وآخرون ، ١٩٩٦). ويعرّف الضغط بأنه مطلب أو حالة أو ظرف، يمكن أن يعطل توازن الشخص، ويتسبب في ظهور استجابة التوتر (زاسترو (Zastrow)، ١٩٨٤). إنّ التوتر المزمن يمكن أن يؤدي إلى اكتئاب مزمن، وإلى أمراضٍ عدّة، منها الأمراض النفسية، والجسدية، والعاطفية (كوهي (Caughey)، ١٩٩٦ ؛ تايلور براون وآخرون ، ١٩٨٢ ؛ زاسترو، ١٩٨٤). الاحتراق هو استجابة خطيرة للتوتر المزمن، وهو إحساس الفرد بالإجهاد الانفعالي، المؤدي إلى تدهور القدرة على العمل (كولينجزوموري ، ١٩٩٦).

المفهوم الإجرائي للتوتر:

يمكن تعريف التوتر النفسي إجرائياً على النحو التالي:

١. هو حالة من الانفعال، مصحوبة بعدم التوازن الشخصي للأخصائين الاجتماعيين.
٢. ينتج عن الضغوط التي يتعرض لها الأخصائين الاجتماعيين في بيئات العمل سواء المرتبطة بالهيكل، أو المناخ التنظيمي للمؤسسات، أو العوامل المرتبطة بظروف العمل.
٣. ينجم عن التوتر خلل في الجوانب النفسية والعاطفية والفيزيولوجية للأخصائين الاجتماعيين، مما يؤدي إلى انخفاض قدراتهم وتدهورها في العمل .

٢. مفهوم الاحتراق:

هو عرض مرضي، له أبعاد تشمل: البعد الأول؛ الإجهاد العاطفي، و تبدل الإحساس Depersonalisation، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (ماسلاك وآخرون ، ١٩٩٦). ويقصد بالإجهاد العاطفي - فقدان طاقة الفرد في العمل والأداء والإحساس بزيادة متطلبات العمل. وأما البعد الثاني؛ وهو تبدل الإحساس Depersonalisation، فيعني أن الأخصائين يستجيبون للإجهاد المستمر بتكوين اتجاهات ومشاعر سلبية وساخرة تجاه العمل والعملاء.

والبعد الثالث؛ وهو انخفاض الإنجاز الشخصي Personal Accomplishment، ويعني أن الأخصائيين ينظرون بشكل سلبي لأدائهم في العمل، ويشعرون بعدم الرضا حول منجزاتهم العملية (ماسلاك وآخرون، ١٩٩٦؛ دردير، ٢٠٠٧).

المفهوم الإجرائي للاحترق:

يمكن تعريف الاحترق إجرائياً على النحو التالي:

١. هو شعور الأخصائيين الاجتماعيين بالإجهاد العاطفي، وتبدل الأحاسيس تجاه بيئة العمل والمهنة، والشعور بعدم القدرة على تحقيق ذات الممارس المهني .
٢. ينتج عن شعور الأخصائيين الاجتماعيين بعدم الرضا الوظيفي عن أدائهم المهني .
٣. يولد الاحترق عددًا من الاتجاهات السلبية للأخصائيين الاجتماعيين إزاء العمل والعملاء والزملاء في العمل.

القيم الفلسفية للخدمة الاجتماعية وعلاقتها بالتوتر:

هناك عددٌ من الكُتّاب من أمثال بينس وكيفري (Pines & Kafry) (١٩٧٨) أشاروا إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يكونوا أكثر عرضة للتوتر الناتج عن العمل؛ وذلك بسبب حساسيتهم لاحتياجات ومشكلات العملاء. وي طرح رشتون (Rushton) (١٩٨٧) في هذا الإطار تساؤلاً مهمًا حول ما إذا كان الأشخاص الأكثر عرضة للاكتئاب يميلون إلى الانضمام لمهنة الخدمة الاجتماعية بدلاً من المهن الأخرى مدفوعين برغبتهم غير الواعية في التعامل مع أهدافهم ومشكلاتهم الذاتية من خلال مساعدة الآخرين. ومن جانب آخر تشير الكتابات المهنية في الخدمة الاجتماعية إلى أن الدافع الأساس لكثير من الأخصائيين الاجتماعيين في اختيارهم للمهنة هو الرغبة في تقديم المساعدة للآخرين، وبالتالي يمكن أن يؤدي بدوره إلى زيادة انخراطهم في العمل مما يساهم في حدوث التوتر (أكر، ١٩٩٩، عسكر وعباس، ١٩٩٨، إيغان، ١٩٩٣، بورلاند، ١٩٨١).

إن عمل الخدمة الاجتماعية يعتمد بشكل أساسي على بناء العلاقات المهنية والاتصالات والتفاعلات المهنية مع العملاء، ونتيجة لذلك يمكن أن يعمل الأخصائيون الاجتماعيون أحياناً مع عملاء قد يكون لديهم مطالب معقدة، أو لديهم توقعات غير منطقية مما قد يعزز فرصاً احتمالية، تعرض الممارس المهني للتوتر النفسي (السيف، ٢٠٠٠، برادلي و سوزرلاند (Bradley & Sutherland)، ١٩٩٥). لذا فهناك الكثير من التركيز أثناء التدريب في تعليم الخدمة الاجتماعية على العلاقة ما بين العميل والأخصائي الاجتماعي. غير أن هذا التدريب يتضمن أيضاً تعليم الأخصائيين الاجتماعيين تجنب إصدار الأحكام المسبقة في علاقتهم وتعاملهم مع العملاء، وهكذا فقد يجدون صعوبة في إدراك أن شخصيات العملاء ومواقفهم يمكن أن تجعل تقديم الخدمات الفاعلة مهمة صعبة أو مستحيلة في بعض الأحيان، ولذلك نجدهم غالباً ما يوجهون اللوم لأنفسهم، أو يحملون مؤسساتهم مسؤولية الفشل في تقديم الخدمات للعملاء (رشتون، ١٩٨٧).

ويمكن أن تنشأ التوترات النفسية للأخصائيين الاجتماعيين نتيجة تعارض الأدوار، أو الاختلاف في المكانة المهنية بالمؤسسة (جلبر، ١٩٩٨، رشتون، ١٩٨٧) وخاصة في القطاعات المستضيفة لمهنة الخدمة الاجتماعية كنظام الرعاية الصحية الذي يميل دوماً للتركيز المتزايد على جودة المخرجات والإنتاجية الطبية مع انخفاض ملحوظ في الاهتمام بقيمة الإنسان ومتطلباته الاجتماعية والعاطفية، وهذا بدوره قد يكون عاملاً محفزاً يتسبب في حدوث تعارض في القيم لدى الأخصائيين الاجتماعيين؛ لأنهم يسعون للمحافظة على علاقات الدعم في ضوء القيم المهنية للخدمة الاجتماعية، كما أنهم يسعون إلى تحقيق اهتمام متزايد بقيمة العميل واحتياجاته الاجتماعية والنفسية (بورلاند (Borland)، ١٩٨١). ويشير كورلاند وسالمون (١٩٩٢). إنَّ الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون دوماً ضغوطاً وتحديات متزايدة؛ حيث إنَّ المشكلات التي يتعاملون معها تعكس التغيرات الاجتماعية للحياة العصرية والعقبات التنظيمية المتزايدة المصاحبة لها.

كما يشير عددٌ من الكتاب والمؤلفين في الخدمة الاجتماعية إلى أنه قد ينشأ صراع بين المثل العليا لمهنة الخدمة الاجتماعية وقيمها الأخلاقية، مثل: (حق العميل في تقرير المصير،

وحماية العملاء، العدالة الاجتماعية والتمكين)، وبين أداء الأدوار والمسؤوليات المهنية المتوقعة منهم في العمل (بالوش (Balloch) وآخرون، ١٩٩٨، بورلاند، ١٩٨١، جونز ونوفاك، ١٩٩٣؛ رشتون، ١٩٨٧). ويؤكد ريد (Reid) وآخرون (١٩٩٩) أن هذا النوع من الصراعات كان الأخصائيون الاجتماعيون يواجهونها في مجال الصحة النفسية؛ حيث تشير نتائج دراستهم إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يعانون من الصراع بين قيامهم بدور المدافع عن المرضى وتمثيل مصالحهم، وبين مسؤوليتهم في المحافظة على سلامة المرضى وغيرهم.

إن التباين الكبير في القيم المهنية والأخلاقية بين القائمين على الإدارة من المسؤولين في المؤسسات وبين الأخصائيين الاجتماعيين تم تحديده بأنه أحد مصادر التوتر للأخصائيين الاجتماعيين في بيئة عملهم (بورلاند، ١٩٨١، ماكلين وأندرو (McLean & Andrew)، ٢٠٠٠)، والذي يمكن أن يظهر بوضوح في مجال الرعاية الصحية بصفة خاصة، حيث يمكن أن ينظر لقيم الخدمة الاجتماعية بأنها ليست دائماً فاعلة من حيث التكلفة، وبالتالي يمارس الأخصائيون الاجتماعيون عملهم عادة بالقليل من الصلاحيات، أو التحكم المهني في هيكل تنظيمي تكون فيه السلطة العليا للأطباء. وقد تعدد خطة إطلاق المرضى مثلاً لمسؤولية الأخصائيين الاجتماعيين من غير سلطة صنع القرار (بورلاند، ١٩٨١؛ كادوشن وكولايز (Kadushin & Kulys)، ١٩٩٥، ليفن (Levine)، ١٩٩٧، يلي، ٢٠٠٨)، إذ تقتضي إجراءات المستشفى لترشيد الإنفاق وتخفيض التكلفة أن يغادر المريض المستشفى حال تقرير الطبيب ذلك، ومن غير النظر لمدى شعوره بالاستعداد فعلاً للخروج، ولذا فإن الأعمال التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون غالباً ما تتطلب الاختيار بين بدائل غير مرضية (رشتون، ١٩٨٧).

المكانة والاستقلال الذاتي كمصادر للتوتر في الخدمة الاجتماعية:

إن الأخصائيين الاجتماعيين في كثير من الأحيان لا يملكون الصلاحية في تقرير مع من يعملون، ولا تقرير طبيعة الاتصال بالعملاء الذين يعملون معهم ومدته، ولا نوعية الخدمات أو المهام التي سوف تطلب منهم، ولا التحكم أيضاً في القيمة التي توضع من قبل الآخرين في عملهم (ديلون (Dillon)، ١٩٩٠). كما أن الخدمات المهنية التي يقدمها الأخصائيون

الاجتماعيون يمكن أن يساء تفسيرها من قبل كثير من المستفيدين أو العاملين في التخصصات الأخرى بأنها عمل سهل، أو مجرد القيام بأشياء عامة لا تتطلب معرفة علمية، أو مهارات مهنية، أو خبرات عملية، ويمكن لأي شخص آخر القيام بها بما ينعكس سلباً على قيمة الأخصائيين الاجتماعيين ومكانتهم، والنظرة السلبية التي قد تلحق بهم من جانب المهنيين الآخرين، ونتيجة لذلك نجد الأخصائيين الاجتماعيين في بعض المؤسسات كمؤسسات الرعاية الصحية تسند لهم أدوار لا تمتُّ إليهم بصلة لمسئولياتهم المهنية الأساسية (ديلون ، ١٩٩٠ ؛ عثمان، ١٩٩١؛ الدامغ، ١٩٩٦). من جانب آخر، يشير رشتون أن هناك عدم وضوح فيما يتعلق بطبيعة الأدوار والمهام في الخدمة الاجتماعية نفسها، وكيفية إثبات فعاليتها (رشتون ، ١٩٨٧)، وبالتالي يشير عددٌ من الكتاب والمؤلفين في الخدمة الاجتماعية إلى أن الفهم الخاطئ والنظرة السلبية سواء من زملاء العمل في التخصصات الأخرى أو بعض عملاء الخدمة الاجتماعية يمثل مصدرًا من مصادر التوتر للأخصائيين الاجتماعيين (كولينجز وموراي، ١٩٩٦؛ جونز وآخرون، ١٩٩١؛ جيسون وآخرون، ١٩٨٩). أيضاً يرى جونز ونوفاك (١٩٩٣) أن هذه العوامل السالفة الذكر ساهمت بشكل كبير في إيجاد تحديات لهوية وشرعية والاعتراف المهني بالخدمة الاجتماعية.

تُظهر عددٌ من الدراسات العلمية أن الأخصائيين الاجتماعيين يشعرون بالإحباط النفسي، ويعانون في كثير من الأحيان من التوتر النفسي؛ نظراً لعددٍ من العوامل، كسوء فهم أدوار الأخصائيين، وصراع الأدوار وتعارضها وتباين توقعاتها ... وغيرها من العوامل، حيث أشارت نتائج دراسة ريد وآخرون. (١٩٩٩) في بحثهم الكيفي إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة النفسية يشعرون بالإحباط نتيجة إساءة فهم أدوارهم من قبل الآخرين، وكذلك لأن مهاراتهم المهنية لم تكن مفهومة بشكل صحيح، ولا تقدر بالشكل المقبول من قبل موظفي الخدمات الصحية الآخرين. كما أشارت نتائج دراسة كادوشن وكولايس (١٩٩٥)) أن الأخصائيين يواجهون تعارضاً في توقعات الأدوار. نتائج مشابهة أظهرتها دراسة يلي (٢٠٠٨)؛ حيث يرى المبحوثون أن أعضاء فريق العمل الآخرين في الفريق الطبي لا يفهمون جيداً دور الخدمة الاجتماعية، ولا يقدر إنجازات الأخصائيين الاجتماعيين. وفي دراسة قام بها ماكلين وأندرو (٢٠٠٠) أفادت نتائجها أن التوتر كان ناتجاً

عن صراع الدور أو تعارضه، وانعدام الاتفاق فيما يتعلق بالممارسة المهنية الصحيحة، بالإضافة إلى انعدام الاعتراف المهني للخدمة الاجتماعية. وفقاً لأم وهاريسون Um & Harrison (١٩٩٨)) فإنَّ صراع الدور أو تعارضه يمكن أن يزيد عدم الرضا الوظيفي عند الأخصائيين الاجتماعيين، ويزيد من حدة الاحتراق المهني .

إنَّ التغيرات في السياسة الاجتماعية والتشريعات تؤثر بشكل كبير على الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في أنحاء مختلفة من العالم، وتفرض تحديات يمكن أن تعوق ممارستهم المهنية بالشكل المطلوب. يرى رشتون (١٩٨٧) أن التغيرات في المملكة المتحدة . بما في ذلك التركيز الجديد على الإدارة المالية في مقابل الخبرة المهنية . أثرت بشكل سلبي على الأخصائيين الاجتماعيين. وتشير الأدبيات المهنية أن الأخصائيين الاجتماعيين يفتقرون للإمكانيات المادية والبشرية المناسبة للقيام بالعمل المطلوب منهم، وأن التشريعات الجديدة تفرض عليهم المزيد من المسؤوليات مع القليل من الصلاحيات والاستقلالية المهنية (جونز ونوفاك ، ١٩٩٣ ؛ رشتون ، ١٩٨٧)، وهذا يوضح أن الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون تعارضاً فيما يتعلق بما تطلبه منهم المؤسسة كمنسوبين إليها، وبين توقعاتهم بالحرية المهنية اللازمة لأداء العمل، وبالاستقلالية في اتخاذ القرارات الخاصة بعملهم كمهنيين مختصين دون أي مؤثرات خارجية قد تؤثر عليهم سلباً وتؤدي إلى شعورهم بالتوتر النفسي (بانكس (Banks)، ١٩٩٨، راتشمان (Rachman)، ١٩٩٥، رشتون، ١٩٨٧). إضافة إلى ذلك تشير بالوش (١٩٩٨) إلى أن انعدام قيم الممارسة ومهاراتها، وانخفاض الدعم والإشراف، وعدم وجود الفرص التحفيزية بالعمل للأخصائيين الاجتماعيين قد يؤثر سلباً على استمرارهم في مزاوله المهنة، ويؤدي بهم إلى التفكير في الانتقال إلى وظائف أخرى، التي تعد بمثابة أحد أهم آثار التغيرات الإدارية.

الهيكـل والمناخ التنظيمي كمصادر للتوتر:

منذ بداية إدخال إصلاحات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة وأنجلترا والسياسات التنظيمية للخدمة الاجتماعية قد شهدت اهتماماً متزايداً بوصفه سبباً محتملاً للتوتر بالعمل (كادوشن وكوليس، ١٩٩٥، راتشمان ، ١٩٩٥ ، ماكلينو أندرو، ٢٠٠٠). بالإضافة إلى ذلك فإنَّ التوتر الناتج عن العوامل التنظيمية يمثل مصدر قلق للكثير من المؤسسات بسبب

التكاليف البشرية والاقتصادية الكبيرة التي تتحملها المؤسسات نتيجة لذلك (برادلي وساذرلاند (Bradley & Sutherland)، ١٩٩٥). وتتضمن الضغوطات المتعلقة بتنظيم العمل، مثل: ضعف التمويل، والنقص في أعداد الموظفين والمهنيين، وارتفاع معدلات إحلال الموظفين وتبديلهم، وعدم وجود قنوات اتصال مفتوحة بين وحدات العمل واللجان بالمؤسسة، وضعف التنسيق والترابط والعلاقات المناسبة بين وحدات العمل بالمؤسسة بعضها ببعض، والعمل في ظل بيئة بيروقراطية تتسم بالبطيء الشديد والإجراءات الروتينية الزائدة، والتوجهات غير الجيدة للمهنيين الصحيين حول الخدمة الاجتماعية، والضغوطات لإخراج المرضى المومنين بسرعة، ونقص فرص التعاون بين العاملين في المستشفى، وعدم توفر الوقت الكافي لتقديم الدعم والمشورة للعملاء (كوشمان (Cushman) وآخرون (١٩٩٥)، مبروك وقمر، ٢٠٠٤، الشحات، ٢٠٠٦ يولي ٢٠٠٨). ويشير كلٌّ من كولنجنز وموراى (١٩٩٦) إلى أن أهم مؤشرات التوتر وأقواها يتعلق بضعف مشاركة الأخصائيين الاجتماعيين في اتخاذ القرارات الخاصة بالعمل والتخطيط لتحقيق الأهداف.

وبصفة عامة يتعين على الموظفين والفريق الإداري بالمؤسسات القيام بأدوار محددة في مؤسساتهم، وتكون في الغالب تلك الأدوار مطلوبة منهم، وينبغي عليهم الالتزام بها، وتحقيقها مما يؤثر على وجود صراعات بين توقعات القائم بالدور، وفهمه لطبيعة دوره، وتوقعات الآخرين منه فيما يتعلق بذلك الدور (إيغانو كادوشن، ١٩٩٥). يشير جونز (١٩٩٣) في دراسته للمدراء في مؤسسات رعاية الطفولة أنهم يواجهون صراعات تتعلق بدورهم المهني، وشعورهم بتعارض الهدف التنظيمي مع ذلك الدور. ويؤكد جونز أن تعارض الدور ينشأ نتيجة لاختلاف توقعات الدور لدى الآخرين مع الدور الفعلي الذي يقوم به أخصائيو الخدمة الاجتماعية. كما يشير سزي وافكر (Szy&Ivker) (١٩٨٦) إلى أنه من غير المعروف بشكل واضح سبب شعور الأخصائيين الاجتماعيين في مؤسسة معينة بأنهم تحت مزيد من الضغوط، أو أنهم أكثر عرضة للتوتر من الممارسين في مؤسسات أخرى والعاملين الذين يقومون بأدوار أخرى.

وتشير نتائج دراسة برادلي وساذرلاند (١٩٩٥) المتعلقة بالتوتر الوظيفي بين المهنيين

وموظفي الدعم في قسم الخدمات الاجتماعية في شمال غرب إنجلترا، إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يشعرون بمستويات عالية من التوتر بسبب الهيكل التنظيمي والمناخ التنظيمي، ولاسيما فيما يتعلق بالصعوبات المرتبطة بالعمل في مناخ يسوده انخفاض الروح المعنوية. وتتفق نتائج دراسة برادلي وساذرلاند (١٩٩٥) مع نتائج دراسة كولينجز وموراى (١٩٩٦) التي أشارت إلى نفس العوامل السالفة الذكر (كالهيكل التنظيمي، المناخ التنظيمي وانخفاض الروح المعنوية) كمصادر رئيسة، ومسببات لتوتر الأخصائيين الاجتماعيين.

الجدير بالذكر أنه بتغيير المنظمات تغيير المتطلبات والمهام والمسئوليات والأدوار، ويتم استبدالها بمزيد من الأدوار المعقدة والمتداخلة، وبالتالي يكون الأخصائيون الاجتماعيون أكثر عرضة للتوترات الناتجة عن غموض الدور، الذي ينشأ نتيجة لهذه التغيرات. وفقاً لذلك فقد تم تحديد غموض الدور كأحد المصادر الرئيسة لعدم الرضا الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين، وهذا ما توصلت إليه دراسة بالوش وآخرون (١٩٩٨)؛ حيث أشارت النتائج إلى أن أكثر المصادر كمسببات للتوتر تشمل المطالب المتناقضة والتوقعات للقيام بأعمال ليست من ضمن أعمال الخدمة الاجتماعية ومسئولياتها، مع الشعور بعدم القدرة على إنجاز المهام التي هي من صميم عملهم المهني، بالإضافة إلى عدم الوضوح حول ما هو متوقع منهم، أي غموض توقعات الدور لدى الآخرين .

ويحدث غموض الدور عندما لا تتوفر المعلومات الكافية بشأن مسئوليات العمل ونطاقه، وعدم وضوح توقعات الآخرين تجاه القائم بالدور، بما قد يسبب ضغوطاً نفسية، وتوترات للممارسين المهنيين. ويؤدي التوتر الناتج عن عدم وضوح الأهداف أو المهام إلى حالة عدم الرضا الوظيفي، وانعدام الثقة بالنفس، وانخفاض الشعور باحترام الذات، ونقص الحماس والدافعية للعمل، وكثرة الغياب عن العمل، وتزايد النية لترك الوظيفة (ساذرلاند وكوبر (Sutherland & Cooper)، ١٩٩٠؛ مجلس النشر العلمي، ٢٠٠١). وفي هذا الصدد تشير نتائج دراسة رابين وزيلنر (Rabin & Zelner) (١٩٩٢) أيضاً إلى أن عدم الوضوح في العمل يعتبر مؤشراً لارتفاع معدل الاحترق المهني، وإحلال الموظفين بغض النظر عن نوعية المؤسسة، في حين أن وضوح الدور الوظيفي يمكن أن يكون عاملاً

وقائياً من الاحتراق المهني.

النتائج السلبية للتوتر: الاعتلال الصحي، وعدم الرضا الوظيفي، والاحتراق وإحلال الموظفين:

يُفرز التوتر النفسي عدداً من الأضرار، سواء على مستوى الممارس المهني أو على مستوى المؤسسة، وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة طومسون وآخرون (١٩٩٦)، الذين أشاروا إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يعانون من مستويات عالية من الاضطراب العاطفي، الذي ظهر جلياً من خلال دراستهم الميدانية على الأخصائيين الاجتماعيين في المملكة المتحدة. كما أوضحت النتائج أن غالب الأخصائيين الاجتماعيين لديهم مستويات عالية من القلق. وفي الدراسة التي قام بها جيسون وآخرون (١٩٨٩) للتوتر المهني للممارسين المهنيين في أيرلندا الشمالية كشفت النتائج عن أن أكثر من ثلث الممارسين المهنيين صُنِّفوا بأنهم «حالات مرضية»؛ حيث أظهرت إجاباتهم بعض الأعراض المرضية، التي تم تصنيفها في البحث بأنها «مرض نفسي معتدل». هذه النتائج تدعمها دراسة كوفي (١٩٩٦)، التي اشتملت على ٣٦ ممارساً في مكاتب الخدمة الاجتماعية؛ حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن ٧٢٪ من المبحوثين أظهروا علامات للمرض النفسي على مقياس (GHQ28). وفي الدراسة التي قام بها جونز وآخرون (١٩٩١) حول الضغوط النفسية التي يعاني منها الأخصائيون الاجتماعيون في هيرتفوردشير، أظهرت النتائج أن ٥٥٪ من العينة المبحوثة يشعرون بالاكتئاب، وأن مستويات الاكتئاب تتزايد كلما كان هناك شعور بزيادة كمية متطلبات العمل. وتشير نتائج دراسة جايرنيت (Jayarante) وآخرون (١٩٨٦)

عند دراسة آثار توتر العمل والاحتراق على العلاقات الأسرية إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين الذين يشعرون بالاحتراق كانوا أكثر من غيرهم إظهاراً للأعراض الإحباط والاكتئاب، وسرعة الانفعال، وكانوا أقل رضا بحياتهم الزوجية.

وفي دراسة مقارنة قام بها بينيت (Bennett) وآخرون (١٩٩٣)، التي أجريت على الأخصائيين الاجتماعيين في ثلاثة مجالات مختلفة (الرعاية الصحية للطفل، والصحة

النفسية للكبار، والإعاقة الجسدية للكبار)؛ للكشف عن مصادر التوتر وأساليب التعامل معه، والتعرف على نتائج التوتر لدى الأخصائيين بالمقارنة مع غيرهم، فلقد أظهرت نتائج الدراسة وجود دلائل على مستويات عالية نسبياً للاكتئاب المرتبط بالعمل، ومظاهر للإحباط بين الأخصائيين الاجتماعيين مقارنة بالأشخاص العاديين أو العاملين في المهنة الأخرى. هذه النتائج السالفة الذكر دعمتها دراسة لاحقة قام بها برادلي وساذرلاند (١٩٩٥) عن تقييم الحالة الصحية للأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في مجال المساعدات المنزلية مقارنة مع مجموعات وظيفية عادية، التي كشفت عن مستويات عالية من التوتر بين العاملين في المساعدة المنزلية والأخصائيين الاجتماعيين مقارنة بالمجموعات الوظيفية الأخرى، حيث اشتملت الأعراض المرضية للتوتر على الإرهاق البدني بنسبة ٥١ ٪، والإجهاد العاطفي بنسبة ٣٨ ٪.

وفي الصدد نفسه قام بالوش وآخرون (١٩٩٨) بإجراء مسح على خمس مقاطعات محلية مختلفة في إنجلترا؛ لاستكشاف العلاقة بين مستويات الرضا وعدم الرضا، والتوتر بين موظفي الخدمات الاجتماعية، بالاعتماد على إجراء المقابلات الشخصية مع عدد ١٢٧٦ شخصاً (معدل الاستجابة ٨٧ ٪). وكانت نتيجة مقياس الـ GHQ للعينة أعلى بالمقارنة مع الأبحاث السابقة؛ حيث سجل المديرون نقاطاً أعلى على مقياس الصحة العامة مقارنة بالموظفين. في حين سجل الموظفون الذين يشعرون بغموض الدور نقاطاً أعلى بكثير من أولئك الذين يشعرون بالثقة حول ما تستلزمه وظائفهم. كما تجدر الإشارة إلى أن الدراسات العلمية في الآونة الأخيرة كشفت عن وجود نسبة كبيرة من المحاضرين في الخدمة الاجتماعية يعانون مستويات الاكتئاب والإحباط (كولينز وباري جونز (Collins & Parry-Jones)، ٢٠٠٠).

وتأتي أهمية الرضا الوظيفي من أنّ الفرد يميل دائماً إلى الحصول على وظيفة، أو البقاء في ظروف عمل يشعر فيها بالرضا، في حين يتجنب أو يترك العمل الذي لا يشعر فيه بالرضا الوظيفي. وما يدل على أهمية الرضا الوظيفي العلاقة الطردية بينه وبين معدلات الغياب والاستبدال/الاحلال للعاملين (هاغن (Hagen)، ١٩٨٩، هيملي (Himle) وآخرون،

١٩٨٦؛ مارتن وشينك (Martin & Schinke)، (١٩٩٨).

وتعكس نتائج دراسة جيزنت وشيس (Jayaratne & Chess) (١٩٨٤)، المتعلقة بالتوتر النفسي والاحترق المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين، التي طبقت على (٢٨٨) مفردة من الممارسين المهنيين في مجالات مهنية مختلفة، والمقسمين على النحو التالي: (عدد (١٤٤) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة النفسية، وعدد (٦٠) مفردة في مجال رعاية الطفل، وعدد (٨٤) مفردة في مجال الخدمات الأسرية)، أوضحت نتائج الدراسة أن مستويات الإجهاد/الاستنفاد العاطفي وتبلد الإحساس لا تختلف اختلافاً كبيراً بين الممارسين المهنيين في مجال رعاية الطفولة والعاملين في مجال الصحة النفسية، في حين سجل العاملون في مجال الخدمات الأسرية مستويات أقل من تبلد الإحساس. كما أظهرت نتائج دراسة عثمان (١٩٩١) ونتائج دراسة بياري (٢٠٠٣) أن المجال الطبي هو أكثر مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية التي يشعر فيها الأخصائيون الاجتماعيون بالإعياء المهني.

وفي دراسة استطلاعية قام بها ايفانز (Evans) وآخرون (٢٠٠٦) للتعرف على مدى انتشار الإجهاد والاحترق النفسي والرضا الوظيفي بين الأخصائيين الاجتماعيين العاملين الصحة العقلية والعوامل المسببة لها، باستخدام مقياس ماسلاك للاحتراق، ومقياس الرضا الوظيفي. واشتملت الدراسة على عينة بلغ عددها (٢٣٧) أخصائياً اجتماعياً من العاملين في مجال الصحة العقلية في إنجلترا وويلز، أظهرت نتائج الدراسة مستويات عالية من الإجهاد والاستنزاف العاطفي ومستويات منخفضة من الرضا الوظيفي لدى مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين، كما أشارت النتائج إلى أن ٤٧٪ من المبحوثين أظهروا أعراضاً متعددة للتوتر والاحترق تعادل ضعف المستوى الوارد في الدراسات المماثلة للأطباء النفسيين وثلاثة أضعاف المستوى الوارد في الدراسات المماثلة للناس العاديين، كما أشارت نتائج دراستهم أن عدداً كبيراً من المبحوثين أبدوا رغبة قوية في ترك العمل، وأن ٤٠٪ من المبحوثين أشاروا إلى احتمالية قيامهم بتغيير وظيفتهم الحالية.

وفيما يتعلق بأثر الاحتراق المهني على الرغبة في ترك العمل رصدت عددٌ من الدراسات السابقة ومنها دراسة ماسلاك وآخرون (١٩٩٦)، التي أكدت أن الاحتراق له علاقة قوية

بالرغبة في ترك العمل، ودراسة جيسون وآخرون (١٩٨٩)، التي أظهرت نتائجها أن ٧٣٪ من أفراد العينة أشاروا إلى أنهم فكروا في ترك الخدمة الاجتماعية في وقت ما خلال عملهم، في حين أفاد نصف المشاركين بأنهم فكروا في ترك العمل في السنة الماضية. العديد من الدراسات الأخرى أيضاً أشارت إلى أن نسبة عالية من الأخصائيين الاجتماعيين تنوي أن تترك المهنة إما بشكل كامل أو ترك الوظيفة الحالية (هاغن، ١٩٨٩؛ هيملي وآخرون، ١٩٨٦).

كما تشير نتائج دراسة جيسون وآخرون (١٩٨٩)، التي أُجريت للكشف عن التوتر النفسي لدى عدد (١٧٦) أخصائياً اجتماعياً في أيرلندا الشمالية باستخدام مقياس Maslach للاحتراق (MBIMaslach آخرون، ١٩٩٦)، كشفت النتائج عن أن ٤٧٪ من الأخصائيين الاجتماعيين المشاركين سجلوا مستويات عالية على مقياس الإجهاد العاطفي، وسجل ٤٢٪ من المشاركين مستوىً عاليًا على مقياس تبدل الإحساس، وعلى المقياس الذي يقيس الاحتراق بسبب الشعور بعدم الإنجاز الشخصي سجل الأخصائيون الاجتماعيون مستويات عالية. وقد أشارت الدراسة إلى أن جميع من شملهم الاستطلاع تركوا في فئة الاحتراق العالي من حيث التكرار (١٠٠٪)، وتقريباً جميعهم في فئة الاحتراق من حيث الكثافة (٩٨٪)، وقد خلصت الدراسة إلى أن أهم مظهر من المظاهر الرئيسة للاحتراق لدى الأخصائيين الاجتماعيين يتمثل في الشعور بضعف الإنجازات الشخصية، وعدم تحقيق الأهداف المهنية (جيسون وآخرون، ١٩٨٩).

وتظهر دراسة هيملي وآخرون (١٩٨٦)، التي استهدفت مقارنة لتصورات الرضا الوظيفي، والاحتراق والإحلال بين الأخصائيين الاجتماعيين النرويجيين والأخصائيين الاجتماعيين في الولايات المتحدة، فلقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين النرويجيين أظهروا مستويات أعلى من الاحتراق، وعدم الرضا الوظيفي، والنية لترك وظائفهم أكثر من نظرائهم الأخصائيين الأميركيين. أيضاً أظهر الأخصائيون النرويجيون مستويات عالية من التوتر المرتبط بالعمل بسبب غموض الدور، أو صراع الدور أو تعارضه، أو تحديات العمل، أو تعارض القيم الفلسفية للمهنة، أو ضعف المكافآت المالية والحوافز وزيادة أعباء العمل مقارنة بالأخصائيين الاجتماعيين الأميركيين، وخلصت الدراسة إلى أن أكبر مؤشر من بين جميع

أبعاد الاحتراق للأخصائيين الاجتماعيين هو تحديات العمل.

وتشير دراسة مارتن وشينك (١٩٩٨)، التي استهدفت قياس مستويات الرضا الوظيفي والاحتراق لدى الممارسين في مجال الصحة النفسية، واشتملت الدراسة على عينة قوامها (٢٠٠) مختص في مجال الأسرة والطفولة ومجال الطب النفسي، في سبع مؤسسات للخدمة الاجتماعية في نيويورك، باستخدام استبيان مينيسوتا للرضا، واستبيان ماسلاك للاحتراق، ومقياس احتراق الموظفين للممارسين الصحيين. أبرزت نتائج الدراسة أن ٥٧٪ من الأخصائيين النفسيين و٧١٪ من الممارسين بمجال الأسرة والطفولة وصفوا أنفسهم بأنهم يشعرون بالاحتراق الشديد. خلص الباحثان إلى أن ضعف امتيازات العمل مثل الفرص التحفيزية والتعويض المادي ارتبطت بالاحتراق لدى المبحوثين.

كما تشير دراسة بروسر (Prosser) وآخرون (١٩٩٩)، الذين قاموا بإجراء دراسة طويلة المدى للصحة النفسية والاحتراق والرضا الوظيفي لدى الممارسين في مجال الصحة النفسية في إنجلترا، أن العمل مع المجتمع الخارجي ارتبط بارتفاع نقاط مقياس الصحة العامة (١٢ نقطة) بالمقارنة مع الممارسة داخل المستشفى، وكذلك العمل كأخصائي اجتماعي ارتبط بارتفاع مستويات التوتر، وانخفاض مستوى الرضا الوظيفي، وأيضاً بمستويات عالية للإجهاد العاطفي وفق مقياس ماسلاك للاحتراق. وفي السياق نفسه يشير أكر (١٩٩٩) إلى وجود علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين عمل الأخصائيين الاجتماعيين والإجهاد العاطفي، وأن الأخصائيين الاجتماعيين يتأثرون سلبياً بالعمل مع العملاء الذين يعانون من مرض نفسي شديد.

عوامل الوقاية : الإشراف المهني ودعم الفريق

يعد توافر الدعم المقدم من خلال عمليات الإشراف المهني، ومن خلال فريق العمل أحد أهم العوامل المساعدة لوقاية الممارس المهني في الخدمة الاجتماعية وحمائته من الاحتراق الوظيفي. يشير الكثير من الباحثين في مجال الخدمة الاجتماعية إلى أن الدعم العاطفي المقدم من الرؤساء والزملاء يلعب دوراً بالغاً في التخفيف من تأثير ضغوط العمل

(كودي (Coady) وآخرون، ١٩٩٠، هيملي وآخرون، ١٩٨٦، ١٩٨٩، أم وهاريسون، ١٩٩٨، السيف، ٢٠٠٢، الهواري، ٢٠٠٨). فيعتبر الإشراف المهني من المصادر الأساسية للدعم في الخدمة الاجتماعية؛ حيث يلجأ الأخصائيون الاجتماعيون في كثير من الأحيان إلى المشرفين عليهم للحصول على المساعدة للتعامل مع الحالات والمساعدة في تطوير المهارات (كولينجز ومواري، ١٩٩٦، مزراحيو أبرامسون (Mizrahi & Abramson)، ١٩٨٥، رشتون، ١٩٨٧، القعيب، ١٩٩٧). ومن المهم في هذا الصدد الإشارة إلى بعض الدراسات العلمية التي اهتمت بالدعم العاطفي والمعنوي للأخصائيين الاجتماعيين، ومنها: دراسة هيمليوآخرون (١٩٨٩)، المتعلقة بدور الدعم العاطفي (المعنوي) في التخفيف من تأثير ضغوط العمل، والتي أوضحت نتائجها أن توفر الدعم العاطفي من قبل المشرفين وزملاء العمل له أثر إيجابي على انخفاض مستويات التوتر والاحترق وغيرها من المشكلات النفسية الناشئة عن العمل. وكدراسة فاهس بيك (Fahs Beck) (١٩٨١) أيضاً التي أشارت إلى وجود ارتباط قوي بين انعدام الدعم في العمل خصوصاً من السلطة التنفيذية وبين الاحتراق المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين. وكذلك نتائج مشابهاً أظهرتها دراسة السيف (٢٠٠٠)؛ حيث أشارت إلى أن الإعياء المهني الناتج عن طبيعة الإشراف، وعن العلاقات الاجتماعية في العمل كان عالياً لدى مجتمع البحث من منسوبي الخدمة الاجتماعية بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. أما نتائج دراسة كوادي وآخرون (١٩٩٠)، التي أظهرت أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إحساس الأخصائيين الاجتماعيين بالإجهاد العاطفي وتبلد الإحساس وبين تصوراتهم عن دعم الفريق، إلا أن النتائج أوضحت أن المبحوثين الذين كانت تصوراتهم إيجابية فيما يتعلق بدعم الفريق كان إحساسهم بالإنجاز الشخصي أعلى، مشيراً إلى أنهم أقل عرضة لخطر الاحتراق. وبالنظر للتصورات حول الدعم من المشرفين وجدوا أنه ليس هناك ارتباط إحصائي بين تصورات الأخصائيين الاجتماعيين عن الدعم من المشرف وبين أدائهم على مقياس الإجهاد العاطفي أو مقياس الإنجازات الشخصية، في حين ارتبط بشكل كبير في شعورهم بالامبالاة الشخصية من خلال مقياس تبلد الإحساس. وتشير النتائج إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين الذين يرون أنهم يحصلون على دعم مناسب من المشرف كانوا أقل عرضة للاحتراق (كوادي وآخرون، ١٩٩٠).

كما تشير دراسة كوازاكي (١٩٨٩) إلى أن حجم وعبء العمل الملقى على الأخصائيين الاجتماعيين لم يظهر له ارتباط مباشر بالاحتراق إلا عندما ينخفض الدعم المقدم لهم؛ حيث أظهرت نتائج الدراسة أن حجم العمل وكميته يتسببان بشكل كبير بالشعور بالاحتراق الوظيفي عند الممارسين المهنيين، ولكن يظهر هذا جلياً عندما يقل الدعم الاجتماعي المتاح لهم في بيئة العمل، وتجدر الإشارة إلى أن عبء العمل هو الأكثر ارتباطاً بالاحتراق؛ حيث كلما زاد عدد العملاء الذين يتعامل معهم الأخصائي الاجتماعي في اليوم العادي، وكلما زاد متوسط عدد الساعات التي يقضيها الأخصائي الاجتماعي في العمل المباشر مع العملاء كلما أدى هذا إلى الاحتراق ولا سيما في ظل غياب الدعم المقدم للأخصائيين الاجتماعيين في مؤسساتهم .

مناقشة:

تمثل الضغوطات النفسية الناشئة عن بيئة العمل بما فيها التوتر والاحتراق أحد أهم القضايا الأساسية التي يعاني منها الأخصائيون الاجتماعيون، التي تؤثر سلباً على ممارستهم المهنية مع العملاء، وعلى حياتهم المهنية والشخصية. هناك اعتراف متواصل لدى ممارسي الخدمة الاجتماعية أن التوتر يمثل مشكلة تواجههم في العمل، وأنه يرتبط بشكل أساسي بغموض الدور والتباين بين المثل والقيم العليا في الخدمة الاجتماعية، ومنجزات العمل والخصائص الشخصية للممارسين المهنيين. على الرغم من قلة الأبحاث الميدانية حول الضغوطات النفسية في الخدمة الاجتماعية فإن هناك بعض الدلائل والمؤشرات والبراهين على أن الأخصائيين الاجتماعيين يجدون مستويات عالية من التوتر والاحتراق في عملهم المهني في المؤسسات، ويظهر ذلك خصوصاً عند قياس بعد (الإنجاز الشخصي) وفق مقياس ماسلاك للاحتراق. وقد يكون لذلك علاقة بالتعارض بين فلسفة الخدمة الاجتماعية وقيمها وأخلاقياتها وما يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون على أرض الواقع. وبعد غموض الدور وصراعه أحد أهم المصادر الأساسية للتوتر النفسي للأخصائيين الاجتماعيين في ممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، الذي يؤثر بشكل سلبي على أدائهم المهني في المؤسسات، ويحول دون تحقيق أهداف الممارسة المهنية مع العملاء.

ويمكن القول بأن الأخصائيين الاجتماعيين كمهنيين معرّضون أيضاً لمستويات عالية من القلق والاكتئاب (بينيت وآخرون ، ١٩٩٣)، وضعف الصحة العامة (برادلي وساذرلاند ، ١٩٩٥)، غير أنه من الصعب تحديد ما إذا كانت هذه الأعراض النفسية والفيزيولوجية مرتبطة بالسّمات الشخصية للأخصائي الاجتماعي، أو أن عمل الخدمة الاجتماعية أدى إلى هذه المستويات المرتفعة من الاضطراب العاطفي والصحي.

إن الخدمة الاجتماعية كمهنة تسعى إلى تحسين الأداء الاجتماعي للعملاء، من خلال تقديم الخدمات والمساعدة في إشباع احتياجاتهم الاجتماعية والنفسية، وإزاء تحقيق ذلك يواجه العملاء جملةً من التحديات التي ترتبط بعوامل متعددة، منها: العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتشريعية بالمجتمع (جونز ونوفاك ، ١٩٩٣). إنّ التغيرات المعاصرة والمتلاحقة في احتياجات المجتمع ومتطلباته في ظل التغيرات المستمرة في سياسات خدمات الرعاية الاجتماعية أوجدت عدداً من التحديات للأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل، لعل من أبرزها التعارض بين التوجهات المهنية للخدمة الاجتماعية والأدوار المتوقع منهم القيام بها من قبل العملاء أو المستفيدين من خدمات المهنة. وتأتي أهمية العوامل التنظيمية بأنها أحد أهم المصادر الرئيسة لإحداث الضغوط النفسية عند الأخصائيين الاجتماعيين، ومن أبرز هذه العوامل: غموض الدور، وصراع الدور، وتحديات العمل ، وحرية العمل، وعبء العمل، فضلاً عن التغيرات في الهياكل والتراكيب والمناخ التنظيمي في المؤسسات، مما يظهر عدم قدرة الأخصائيين الاجتماعيين عن التطبيق الصحيح للمهارات المهنية التي تعلموها؛ وذلك بسبب التباين في توقعات الدور المتعارضة التي يتوقعها منهم الآخرون. إن الأبحاث والدراسات العالمية تظهر دلائل بأن المفاهيم المهنية للخدمة الاجتماعية في القطاع الصحي تم تقويضها وهو ما أفرز عدداً من المعضلات الأخلاقية، والتحديات المهنية للممارسين المهنيين فيما يتعلق بكيفية تلبية احتياجات العميل ومتطلبات العمل في ضوء التغيرات السياسية، والإصلاحات التشريعية، التي يتعرض لها القطاع الصحي. ففي المؤسسات الصحية يتوقع من الأخصائيين الاجتماعيين التعامل مع مشكلات العملاء في مقابل القليل من الحرية والاستقلالية المهنية والصلاحيات في اتخاذ القرارات المتصلة بالمرضى وأسرتهم، والإمكانات المحدودة التي لا تتناسب مع احتياجات المرضى المتزايدة. وبالتالي فإنه ليس من المستغرب أن نجد درجة عالية من الاحتراق الوظيفي

لدى ممارسي الخدمة الاجتماعية في تلك المؤسسات.

وفي ضوء الدراسات السابقة السالفة الذكر تظهر بعض الدلائل والمؤشرات على أن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين العاملين في مجال الصحة النفسية يشعرون بمستويات احتراق أقل من أولئك العاملين بالمستشفيات العامة، أو بمجال الرعاية الاجتماعية، وأن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين العاملين في المجال الأسري لديهم مستويات أقل من التبدل العاطفي من الأخصائيين العاملين في مجال الصحة النفسية، وبصفة عامة يظل هناك صعوبة في إصدار أحكام بشأن مستويات الاحتراق في المؤسسات، وتظل الصورة غير كافية نظراً لندرة عدد الدراسات والأبحاث العلمية وقتها، المقارنة بين مستويات الاحتراق في مختلف المؤسسات المهنية التي يعمل بها الأخصائيون الاجتماعيون.

وبالنظر إلى المجال الطبي كأحد قطاعات ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية نجد أن المستشفيات تعتمد في عملها بشكل أساسي على النموذج الطبي، وبالتالي يترتب عليه آثار على الأخصائيين الاجتماعيين من حيث اختلاف المكانة المهنية، وطبيعة المطالب الملقاة على عاتقهم من منسوبي مهنة الطب، التي غالباً ما تكون متعارضة مع قيم الخدمة الاجتماعية، إضافة إلى ذلك فإن تقديم الخدمات الاجتماعية في المستشفيات قد تم تحديدها في عدد من الدراسات على أنها مرهقة للأخصائيين الاجتماعيين؛ لأنهم يفتقرون للموارد والإمكانات اللازمة لتلبية حاجات العملاء. ومع هذه القضايا، وفي ضوء التنوع الكبير في أدوار الخدمة الاجتماعية تظهر لنا احتمالية كبيرة لتعرض الأخصائيين الاجتماعيين للتوتر والاحتراق النفسي أكثر من غيرهم من المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية.

وجدير بالذكر أنه في الآونة الأخيرة شهدت برامج الرعاية الصحية والاجتماعية تغيرات ملحوظة فيما يتعلق بتنظيم الخدمات الصحية والاجتماعية وتقديمها، ومن أجل الاستجابة لهذه المتغيرات بشكل فاعل فإنه من الضروري لكل مهنة أن تطور فاعليتها في مناطق الممارسة الخاصة بها وبما يساعدها على تحقيق هويتها المهنية. ولعل الفكرة السائدة بأن القاعدة المعرفية للخدمة الاجتماعية مستعارة بشكل كبير من علوم أخرى تعني أن المساهمات الخاصة أو المميزة للأخصائيين الاجتماعيين مع الفريق الصحي ليست مفهومة

دائمًا، أو لا تحظى بتقدير واضح منهم (ديلون، ١٩٩٠، رابين وزيلنر، ١٩٩٢، ريد وآخرون، ١٩٩٩). إن قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على تحديد نطاق عملهم المهني والوظيفي بالمستشفيات وتوضيحه يعتمد بشكل أساسي على قدرتهم على التفاوض فيما يتعلق بأهدافهم المنشودة وأساليبهم المهنية وقدرتهم على مقاومة محاولات المهن الأخرى لتحديد نطاق عملهم ومجالاته، ويؤكد على ذلك رابين وزيلنر (١٩٩٢)، حيث أشارا إلى أن الوضوح الوظيفي يعني درجة إدراك الأخصائي الاجتماعي لمكائنه الوظيفية ولصلاحياته في تقرير أساليب العلاج في الحالات، التي تعدّ في ضمن نطاق مهنيته واختصاصه، وفي ضوء المتوقع من قبل العملاء والمشرفين والزملاء .

الخلاصة :

إن مهنة الخدمة الاجتماعية من أكثر المهن التي يلازمها خطر التوتر والاحترق المهني، وهذا ما أثبتته وكشفت عنه نتائج عددٍ من الدراسات والأبحاث العلمية في الخدمة الاجتماعية، غير أنّ الصورة مازالت غير واضحة بشكلٍ كافٍ فيما إذا كان الأخصائيون الاجتماعيون يواجهون توترًا واحترقًا أكثر من غيرهم، ومقارنة بنظرائهم في المهن الأخرى، لذا تظل قضية التوتر والاحترق المهني أحد القضايا المعاصرة التي تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة؛ لفهم أبعادها، وتأثيراتها السلبية على الأخصائيين الاجتماعيين، والعملاء، والمهنة، والمؤسسات.

وتعكس الدراسات العلمية قلة أهمية العوامل الشخصية للأخصائيين الاجتماعيين كعوامل مسببة للتوتر والاحترق المهني، في حين أوضحت الدراسات أهمية العوامل التنظيمية، مثل: ضغوط العمل، وحجم العمل، وعدد ساعات العمل، وعدم وضوح الدور، والعلاقة مع المشرفين كمؤشرات أساسية لمشاعر التوتر والاحترق المهني. كما أشارت بعض الدراسات إلى العوامل الخاصة بالعميل، وارتباطها بمشاعر الاحترق عند الأخصائيين الاجتماعيين. أما عوامل الخطر المرتبطة بالاحترق فقد تم تحديدها لتشمل انعدام التحدي

في العمل، وقلة الاستقلال الذاتي والحرية في العمل، وغموض الدور وصراعه، والصعوبات في تقديم الخدمات المطلوبة واللازمة للعملاء، والشعور بالنقص وتدني احترام الذات المهنية. وتشير الدراسات إلى الدعم الإرشادي على أنه عامل مساعد ومحفز لوقاية الأخصائيين الاجتماعيين من مشاعر التوتر والاحتراق في الخدمة الاجتماعية. وعليه تظهر الحاجة لمزيد من البحوث العلمية لدراسة عوامل التوتر والاحتراق المحتملة عند الأخصائيين الاجتماعيين، وأنَّ جهود الأبحاث يمكن أن تساهم في التوصل لاستراتيجيات أكثر فعالية لتخفيف توترات العمل والوقاية من الاحتراق (مثل زيادة فرص الإشراف المهني وزيادة الدعم من الإدارة والفريق)، وبما يساعد على تمكين المهنة في إنجاز مهامها بالشكل المطلوب. وتأتي أهمية الأبحاث العلمية المرتبطة بهذا المجال لتحقيق النمو المعرفي المتكامل الذي يستطيع بدوره أن يسهم بشكل كبير في زيادة فعالية العمل وكفاءته وجودته، وتحقيق الرضا الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في كافة مجالات الممارسة المهنية.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- الدماغ، س.ع. (١٩٩٦) تراخيص الممارسة المهنية: مبرراتها وأهميتها لزيادة فاعلية الممارسة المهنية في خدمة الاجتماعية. المؤتمر العلمي الحادي عشر للخدمة الاجتماعية . «الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين» المجلد الثاني، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- الشحات، ا. (٢٠٠٦) «المعوقات التنظيمية التي تعوق الارتقاء بمستوى الخدمات في مستشفى الصحة النفسية ودور طريقة تنظيم المجتمع في مواجهتها: دراسة مطبقة على مستشفى الأمراض النفسية بالعباسية»، المؤتمر العلمي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية حلوان ، المجلد السادس ، جامعة حلوان، القاهرة.
- السيف، ع. ف (٢٠٠٠) محددات الإعياء المهني بين الجنسين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية، مجلة الإدارة العامة ، العدد ٤ ، السنة ٣٥ ، الرياض.
- القعيب، س (٢٠٠١) سياسات الرعاية الاجتماعية والتكنيكات المهنية لتحقيق أهدافها الأطر النظرية وواقع الممارسة ، الرياض ، دار الخريجي للنشر والتوزيع.
- الهواري، ع. (٢٠٠٨) الضغوط المهنية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي المدرسي، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد ١٣٨، الجزء الأول

- بيارى، ع. (٢٠٠٣) الدعم الاجتماعي وأثره على الرضا الوظيفي للعاملين في مجال العمل الاجتماعي بالمؤسسات الحكومية والأهلية، بحث منشور، المؤتمر العلمي الدولي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- رضا، ه. م. ع. (١٩٩٩). العوامل التي تساهم في الرضا الوظيفي لدى الأخصائي الاجتماعي: دراسة استكشافية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية (الكويت)، س ٢٤، ع ٩٤، ٩٧ - ١١٨.
- عثمان، ج. ش. (١٩٩١) الاعياء المهني للأخصائيين الاجتماعيين وعلاقته ببعض متغيرات الممارسة، المؤتمر العلمي الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- عسكر، ع. و عباس، أ (١٩٩٨) مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد ٤، المجلد ١٦، الكويت.
- علي، رضا رجب عبد القوي (٢٠١٤) الاعياء المهني للأخصائي الاجتماعي في ضوء بعض متغيرات الممارسة المهنية.
- مجلس النشر العلمي (٢٠٠١) تأثير غموض الدور وتعارض الدور في الممارسة المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات التعليمية، جامعة الكويت.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- Acker, G. (1999). The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health and Social Work*, 24, 112–119.
- Alsaif, A. F. (2002) Determination of Burnout among (Male – Female) Social Workers, Applied Study in Social Welfare Organization, Department of Social Studies, King Saud University
- Balloch, S., Pahl, J. & McLean, J. (1998). Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence. *British Journal of Social Work*, 28, 329– 350.
- Banks, S. (1998). Professional ethics in social work – what future? *British Journal of Social Work*, 28, 213–231.
- Bennett, P., Evans, R. & Tattersall, A. (1993). Stress and coping in social workers: A preliminary investigation. *British Journal of Social Work*, 23, 31–44.
- Borland, J. (1981). Burnout among workers and administrators. *Health and Social Work*, 6, 73–78.

-
- Bradley, J. & Sutherland, V. (1995). Occupational stress in social services: A comparison of social workers and home help staff. *British Journal of Social Work*, 25, 313–331.
 - Caughey, J. (1996). Psychological distress in staff of a social services district office: A pilot study. *British Journal of Social Work*, 26, 389–398.
 - Coady, C., Kent, V. & Davis, P. (1990). Burnout among social workers working with patients with cystic fibrosis. *Health and Social Work*, May, 116–124.
 - Collins, S. & Parry-Jones, B. (2000). Stress: The perceptions of social work lecturers in Britain. *British Journal of Social Work*, 30, 769–794.
 - Collings, J. & Murray, P. (1996). Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. *British Journal of Social Work*, 26, 375–387.
 - Cournoyer, B. (1988). Personal and professional distress among social caseworkers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, May, 259–264
 - Cushman, L., Evans, P. & Namerow, P. (1995). Occupational stress among aids social service providers. *Social Work in Health Care*, 21, 115–131.
 - 14. Dillon, C. (1990). Managing stress in health social work roles today. *Social Work in Health Care*, 14, 91–108.
 - Egan, M. (1993). Resilience at the front lines: Hospital social work with AIDS patients and burnout. *Social Work in Health Care*, 18, 109–125.
 - Egan, M. & Kadushin, G. (1995). Competitive allies: Rural nurses' and social workers' perceptions of the social work role in the hospital setting. *Social Work in Health Care*, 20, 1–23.
 - Evans, S. , Huxely, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T., and Katona, C. (2006) Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 188, 75-80
 - Fahs Beck, D. (1987). Counselor burnout in family service agencies. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 68, 3–15.

- Gibson, F., McGrath, A. & Reid, N. (1989). Occupational stress in social work. *British Journal of Social Work*, 19, 1–6.
- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*, 26, 39–49.
- Hagen, J. (1989). Income maintenance workers: Burnedout, dissatisfied and leaving. *Journal of Social Service Research*, 13, 47–63.
- Himle, D., Jayaratne, S. &Thyness, P. (1986). Predictors of job satisfaction, burnout and turnover among social workers in Norway and the USA: A crosscultural study. *International Social Work*, 29, 323– 334.
- Himle, D., Jayaratne, S. &Thyness, P. (1989). The effects of emotional support on burnout, work stress and mental health among Norwegian and American social workers. *Journal of Social Service Research*, 13, 27–45.
- Jayaratne, S. & Chess, W. (1984). Job satisfaction, burnout, and turnover: A national study. *Social Work*, 24, 448–453.
- Jayaratne, S., Chess, W. & Kunkel, D. (1986). Burnout: Its impact on child welfare workers and their spouses. *Social Work*, 31, 53–59.
- Jones, M. (1993). Role conflict: Cause of burnout or energiser? *Social Work*, 38, 136–141.
- Jones, F., Fletcher, B. & Ibbetson, K. (1991). Stressors and strains amongst social workers: Demands, constraints, and psychological health. *British Journal of Social Work*, 21, 443–469.
- Jones, C. & Novak, T. (1993). Social work today. *British Journal of Social Work*, 23, 195–212.
- Kadushin, G. &Kulys, R. (1995). Job satisfaction among social work discharge planners. *Health and Social Work*, 20, 174–186.
- Kurland, R. & Salmon, R. (1992). When problems seem overwhelming: Emphases in teaching, supervision, and consultation. *Social Work*, 37, 240–244.
- Levine Joanne (1997) *Conflicted Helping: The Mediator Role of Social Work Discharge planners in Rapidly Changing Health Environment*. Un-

-
- published Dissertation: City University of New York.
- Martin, U. & Schinke, S. (1998). Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care*, 28, 51–62.
 - Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
 - McLean, J. & Andrew, T. (2000). Commitment, satisfaction, stress and control among social services managers and social workers in the UK. *Administration in Social Work*, 23, 93–117.
 - Mizrahi, T. & Abramson, J. (1985). Sources of strain between physicians and social workers: Implications for social workers in health care settings. *Social Work in Health Care*, 15, 33–51.
 - Pines, A. & Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social Work*, November, 499– 507.
 - Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., Bebbington, P. & Thornicroft, G. (1999). Mental health, 'burnout' and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 295–300.
 - Rabin, C. & Zelner, D. (1992). The role of assertiveness in clarifying roles and strengthening job satisfaction of social workers in multidisciplinary mental health settings. *British Journal of Social Work*, 22, 17–32.
 - Rachman, R. (1995). Community care: Changing the role of hospital social work. *Health and Social Care in the Community*, 3, 163–172.
 - Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuipers, E., Szmukler, G., Thornicroft, G., Bebbington, P. & Prosser, D. (1999). Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 301–308.
 - Rushton, A. (1987). Stress amongst social workers. In R. Payne & J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in Health Professionals* (pp. 167–188). Chichester: John Wiley & Sons.

- Soderfeldt, M., Soderfeldt, B. & Warg, L. (1995). Burnout in social work. *Social Work*, 40, 638–646.
- Sutherland, V. & Cooper, C. (1990). *Understanding Stress*. London: Chapman and Hall.
- Sze, W. & Ivker, B. (1986). Stress in social workers: The impact of setting and role. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, March, 141–148.
- Taylor-Brown, S., Johnson, K., Hunter, K. & Rockowitz, R. (1981). Stress identification for social workers in health care: A preventative approach to burn-out. *Social Work in Health Care*, 7, 91–100.
- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M. & O'Neill, P. (1996). Stress and organizational culture. *British Journal of Social Work*, 26, 647–665.
- Um, M.Y. & Harrison, D.F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22, 100–115.
- Zastrow, C. (1984). Understanding and preventing burn-out. *British Journal of Social Work*, 14, 141–155.