



جامعة أبو القاسم سعد الله
- الجزائر 2 -
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس



جودة الحياة في العمل و علاقتها بالضغط المهني لدى الممرضين

- دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو -

Quality of work life and its correlation to occupational stress among nurses

- A field study at Nadir Mohamed University Hospital in Tizi Ouzou-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس، تخصص عمل وتنظيم

إشراف:

الأستاذ الدكتور: خلفان رشيد

إعداد الطالب:

حلي مصطفى

لجنة المناقشة				
الرقم	إسم و لقب الأستاذ	الرتبة	إسم الجامعة	الصفة
01	بوسنة فطيمة	أستاذ(ة) التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
02	خلفان رشيد	أستاذ(ة) التعليم العالي	جامعة تيزي وزو	مقررا
03	لويظة معروف	أستاذ(ة) التعليم العالي	جامعة تيزي وزو	عضوا
04	تومي سميرة	أستاذ(ة) محاضر (ة) أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
05	بوحفص ميلاد	أستاذ(ة) محاضر (ة) أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
06	حديبي سمير	أستاذ(ة) محاضر (ة) أ	جامعة تيزي وزو	عضوا

السنة الجامعية: 2023/2022

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى العائلة الكريمة و على رأسهما الوالدين الكريمين الذين كانوا سنداً لنا و دعماً مادياً و معنوياً و إلى إخوتي و أخواتي و جدّتي حفظهم الله و إلى روح جدّي الغالي رحمه الله.

إلى أستاذي الفاضل: الأستاذ الدكتور خلفان رشيد، الذي تعلّمنا منه المثابرة و الإجتهد و القيم العالية.

إلى أستاذتي الفاضلة: الأستاذة الدكتورة لويّزة معروف التي كانت سنداً لنا بنصائحها وتوجيهاتها القيمة و دعماً لنا.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى القائمين على مخبر مجتمع، تربية و عمل، وكل أعضائه من أساتذة و طلبة الدكتوراه.

إلى أساتذتي الكرام الذين كان لهم الفضل في وصولنا إلى هذا المقام و الذين تعلّمنا على أيديهم الصّرامة و حب العلم و التفاني في العمل.

إليكم جميعاً أصدقائي و زملائي الأحباء كلّ باسمه و بمقامه.

حلي مصطفى

كلمة شكر

لا يسعنا و نحن ننهي هذا العمل المتواضع إلا أن نشكر الله عز وجل أولاً، ثم نتوجه
بجزيل الشكر و خالص التقدير لكل الذين قدّموا لنا يد العون و المساعدة و نخص بالذكر
الوالدين الكريمين حفظهما الله تعالى وكل أفراد العائلة، كما نشكر كذلك صاحب الفضل
الأول في إنجاز هذه الأطروحة أستاذنا المحترم الأستاذ الدكتور خلفان رشيد الذي لم ييخل
يوماً علينا بنصائحه و إرشاداته القيمة وحرصه الكبير و دعمه لنا في سبيل إنجاز هذا العمل
المتواضع.

دون أن ننسى التقدم بجزيل الشكر للقائمين على مخبر مجتمع، تربية و عمل، وعلى رأسهم
الدكتورة معروف لويّزة التي فتحت لنا أبواب المخبر و وضعت بين أيدينا كل الإمكانيات
المتاحة في سبيل إنجاز هذه الأطروحة من جهة و تطوير قدراتنا المعرفيّة من جهة أخرى.

كما نتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد، في إنجاز هذا العمل المتواضع.
و أخص بالذكر زملاء: علو زهير، عاصمي نبيلة، مباركي محمد أورابح و واعلي لامية.

نشكر كذلك القائمين على المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، و كل عمال مختلف
مصالحها الإستشفائية من أطباء و ممرّضين و مستخدمين.

وفي الأخير نتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقّرة، التي ستفضل بقراءة
هذه الأطروحة ومناقشتها.

حلي مصطفى

❖ ملخص البحث باللغة العربية:

تمحور موضوع بحثنا حول جودة الحياة في العمل و علاقتها بالضغط المهني لدى الممرّضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو.

تكمّن أهداف بحثنا في التعرّف على مستوى جودة حياة عمل الممرّضين و الضغط المهني لديهم، و العلاقة القائمة بينهما، و بين أبعاد جودة الحياة في العمل الأربعة المتمثلة في الحياة في العمل-الحياة في المنزل، تصميم العمل، إطار العمل و عالم العمل بالضغط المهني، كما يهدف بحثنا إلى التعرّف على الفروق في جودة الحياة في العمل و في الضّغط المهني حسب الجنس و السنّ و الأقدميّة المهنية.

من أجل تحقيق البحث لأهدافه، قمنا بتبني المنهج الوصفي الذي يلائم طبيعة هذه البحوث و تطبيق مقياسين أساسيين، الأول يتمثّل في مقياس جودة حياة عمل الممرّضين (2001) Brooks، و الثاني يتمثّل في مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي SPPN (2001)، على عيّنة بحث تقدّر بـ(200) ممرّض و ممرّضة يعملون في مختلف المصالح الإستشفائية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، كما إعتدنا على الإحصاء الوصفي و الإستدلالي من أجل تحليل البيانات المتحصّل عليها من ميدان البحث.

لقد توصّلت نتائج بحثنا إلى وجود مستوى متوسّط من جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، و وجود علاقة بين هذين المتغيّرين، أما فيما يتعلّق بأبعاد جودة حياة عمل الممرّضين، فقد أظهرت نتائج

البحث وجود علاقة بين بعديّ تصميم العمل و إطار العمل و بين الضغط المهني، و عدم وجود علاقة بين بعديّ الحياة في العمل-الحياة في المنزل و عالم العمل و بين الضغط المهني لدى الممرّضين.

و فيما يتعلّق بالفروق، فقد توصّلت نتائج بحثنا إلى وجود فروق في جودة حياة عمل الممرّضين حسب متغيّر السنّ لصالح الفئة العمريّة [31-40] سنة، و عدم وجود فروق فيما يتعلّق بالجنس و الأقدميّة المهنيّة، أمّا فيما يخص متغيّر الضغط المهني، فقد أظهرت نتائج بحثنا عدم وجود فروق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب الجنس و السنّ و الأقدميّة المهنيّة.

الكلمات المفتاحيّة: جودة الحياة في العمل، الحياة في العمل-الحياة في المنزل، تصميم العمل، إطار العمل، عالم العمل، الضغط المهني

❖ ABSTRACT:

The focus of our research is on the quality of work life and its correlation with occupational stress among nurses working at CHU Nadir Mohamed in Tizi-Ouzou.

This research aims to identify the level of quality of work life and occupational stress, as well as the correlation between these two variables, and the four dimensions of quality of work life: Work Life/Home life, Work Design, Work Context, Work World, and their relationship with occupational stress. Additionally, the research aims

to explore the differences in quality of work life and occupational stress according to gender, age, and occupational tenure among nurses at the CHU Nadir Mohamed Hospital in Tizi-Ouzou.

To conduct our research, we employed a descriptive methodology appropriate to the nature of our study, applying two measurement tests: the Quality of Nursing Work Life (QNWL) scale by Brooks (2001) and the Positive and Negative Psychological Stress Scale (SPPN, 2001), on a sample of 200 nurses working in various departments at CHU Nadir Mohamed in Tizi-Ouzou. To analyze the obtained data, we also relied on descriptive and inferential statistics.

The results of our research indicated a moderate level of QNWL and occupational stress, with a correlation between the two variables and between Work Design, Work Context, and occupational stress. Conversely, the results showed no correlation between Work Life/Home life, Work World, and occupational stress among nurses.

Regarding differences, the results revealed significant differences in Quality of Nursing Work Life based on age, particularly favoring the (31-40) age group, conversely, no significant differences observed in gender and occupational tenure.

In terms of occupational stress, the findings revealed that there are no significant differences based on gender, age, or occupational tenure.

Keywords: Quality of work life, Work Life-Home life, work design Work Context, Work World, occupational stress

فهرس المحتويات

الإهداء.....	أ
كلمة شكر.....	ب
ملخص البحث باللغة العربية.....	ت
ملخص البحث باللغة الفرنسية.....	ث
فهرس المحتويات.....	ح
قائمة الجداول.....	ر
قائمة الأشكال.....	س
مقدمة.....	ش

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

1- إشكالية البحث.....	04
2- فرضيات البحث.....	14
3- أهداف البحث.....	15
4- أهمية البحث.....	16
5- تحديد مفاهيم البحث.....	16
6- الدراسات السابقة.....	19

الجانب النظري

الفصل الثّاني: جودة الحياة في العمل

- تمهيد.....29
- 1- المراحل التاريخيّة لظهور و تطوّر مفهوم جودة الحياة في العمل.....29
- 2- تعريف جودة الحياة في العمل.....32
- 3- أهميّة جودة الحياة في العمل.....34
- 4- أهداف جودة الحياة في العمل.....36
- 5- النظريّات المفسّرة لجودة الحياة في العمل.....37
- 6- النماذج المفسّرة لجودة الحياة في العمل.....44
- 7- أبعاد جودة الحياة في العمل.....57
- 8- آثار تدهور جودة الحياة في العمل.....69
- 9- إستراتيجيات و برامج تحسين جودة الحياة في العمل.....74
- خلاصة الفصل.....83

الفصل الثالث: الضّغط المهني

- تمهيد.....85
- 1- مراحل ظهور و تطوّر مصطلح الضّغط النفسي.....85
- 2- تعريف الضّغط المهني.....88

3-	أنواع الضغوط المهنية.....	90
4-	مراحل الضغط المهني.....	93
5-	النماذج المفسرة للضغط المهني.....	97
6-	العوامل المؤدية للضغط المهني.....	115
7-	آثار الضغط المهني.....	124
8-	إستراتيجيات إدارة الضغوط المهنية.....	130
	خلاصة الفصل.....	136

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث

1-	المنهج المتبع.....	138
2-	الدراسة الإستطلاعية.....	138
3-	الحدود الزمانية و المكانية للبحث.....	139
4-	المعاينة.....	142
5-	أدوات جمع البيانات.....	153
6-	أساليب المعالجة الإحصائية.....	163

الفصل الخامس: عرض و مناقشة نتائج البحث

1- عرض النتائج.....	166
1-1- عرض النتائج الخاصة بمستوى جودة الحياة لدى الممرّضين.....	166
1-2- عرض النتائج الخاصة بمستوى الضغط المهني لدى الممرّضين.....	167
1-3- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين جودة الحياة في العمل والضغط المهني...	168
1-4- عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة في العمل.....	173
1-5- عرض النتائج الخاصة بالفروق في الضّغط المهني.....	177
2- مناقشة النتائج.....	181
2-1- مناقشة النتائج الخاصة بمستوى جودة الحياة لدى الممرّضين.....	181
2-2- مناقشة النتائج الخاصة بمستوى الضغط المهني لدى الممرّضين.....	184
2-3- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين جودة الحياة في العمل والضغط المهني...	186
2-4- مناقشة النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة في العمل.....	194
2-5- مناقشة النتائج الخاصة بالفروق في الضّغط المهني.....	198
❖ خاتمة.....	204
❖ الإقتراحات.....	206
قائمة المراجع.....	208

الملاحق.

قائمة الجداول

- جدول رقم (01): خصائص الضَّغط النفسي الإيجابي و السلبي.....92
- جدول رقم (02): أنواع العمل حسب نموذج Karazek, (1980).....102
- جدول رقم (03): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب المصالح الإستشفائية.....144
- جدول رقم (04): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب الجنس.....147
- جدول رقم (05): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب السن.....148
- جدول رقم (06): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب الحالة العائلية.....150
- جدول رقم (07): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب الأقدمية المهنية.....151
- جدول رقم (08): توزيع فقرات أبعاد مقياس جودة حياة عمل الممرّضين (2001) Brooks,.....155
- جدول رقم (09): سلم التتقيط الخاص بمقياس جودة حياة عمل الممرّضين (2001) Brooks,.....156
- جدول رقم (10): عبارات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين المعدلة.....157
- جدول رقم (11): معامل ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين بطريقة التجزئة النصفية.....158
- جدول رقم (12): معامل ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ....158
- جدول رقم (13): سلم التتقيط الخاص بمقياس الضغط المهني (2001) SPPN,.....160
- جدول رقم (14): عبارات مقياس الضغط المهني المعدلة.....161
- جدول رقم (15):معامل ثبات مقياس الضغط المهني, SPPN (2001) بطريقة التجزئة النصفية...162
- جدول رقم (16): معامل ثبات مقياس الضغط المهني بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ.....162
- جدول رقم (17): مستوى جودة حياة عمل الممرّضين.....166
- جدول رقم (18): مستوى الضغط المهني لدى الممرّضين.....167

- جدول رقم (19): علاقة جودة الحياة في العمل بالضغط المهني لدى الممرّضين.....168
- جدول رقم (20): العلاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل والضغط المهني لدى الممرّضين.....169
- جدول رقم (21): العلاقة بين بعد تصميم العمل بالضغط المهني لدى الممرّضين.....170
- جدول رقم (22): العلاقة بين بعد إطار العمل بالضغط المهني لدى الممرّضين.....171
- جدول رقم (23): العلاقة بين بعد عالم العمل بالضغط المهني لدى الممرّضين.....172
- جدول رقم (24): إختبار (F) ليفين للتجانس الخاص بجودة الحياة في العمل لدى الممرّضين.....173
- جدول رقم (25): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر الجنس.....174
- جدول رقم (26): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر السن.....175
- جدول رقم (27): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر الأقدميّة المهنيّة....176
- جدول رقم (28): إختبار (F) ليفين للتجانس الخاص بالضغط المهني لدى الممرّضين.....177
- جدول رقم (29): الفروق في الضّغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر الجنس.....178
- جدول رقم (30): الفروق في الضّغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر السن.....179
- جدول رقم (31): الفروق في الضّغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر الأقدميّة المهنيّة.....180

قائمة الأشكال

- شكل رقم (01): أبعاد جودة الحياة في العمل حسب نموذج (O'brien-Pallas & Bauman, 2001)....47
- شكل رقم (02): أبعاد جودة حياة عمل الممرضين حسب نموذج (Brooks, 2001).....54
- شكل رقم (03): مراحل الضّغط المهني من إعداد الباحث.....95
- شكل رقم (04): مراحل التّكيّف العام حسب نموذج (Selye, 1930).....99
- شكل رقم (05): نموذج (Lazarus & Folkman, 1984) للضّغط المهني.....106
- شكل رقم (06): نموذج (Cooper, 1985) لعوامل الضّغط المهني المرتبطة بظروف العمل.....109
- شكل رقم (07): نموذج عدم التّوازن بين المجهودات و المكافآت لـ (Siegrist, 1996).....112
- شكل رقم (08): وحدات المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمّد.....140
- شكل رقم (09): المصالح الإستشفائية للمستشفى الجامعي ندير محمّد.....141
- شكل رقم (10): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب المصالح الإستشفائية.....145
- شكل رقم (11): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب متغيّر الجنس.....147
- شكل رقم (12): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب متغيّر السن.....149
- شكل رقم (13): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب متغيّر الحالة العائليّة.....150
- شكل رقم (14): توزيع أفراد عيّنة البحث حسب متغيّر الأقدميّة المهنيّة.....152

مقدمة:

أدت التغيرات و التحولات التي طرأت على عالم الشغل إلى ظهور إرغامات عمل جديدة وأعباء مهنية إضافية، أثّرت سلبا في طبيعة العمل و تركيبته، و في أداء العامل و إنتاجيته و صحّته النفسية، إذ أصبح مجبرا على مسايرة هذه التحولات و المتطلبات، دون الأخذ بعين الاعتبار قدراته و مؤهلاته، و التي تكون في بعض الأحيان عاجزة على التأقلم مع ظروف العمل الجديدة و بيئته، مما يجعله عرضة للإصابة بمختلف الأمراض والإضطرابات المهنية التي تؤثر سلبا في فعاليته المهنية، و في أداء المؤسسة و إنتاجيتها. و بالتالي فإنه من الضروري الإهتمام بالعامل و محاولة توفيره لظروف عمل صحية والتقليل من أعباء المهنة و تحسين بيئة عمله، حتى يكون قادرا على تلبية متطلبات العمل من جهة و مسايرة هذه التحولات المهنية من جهة أخرى، و ذلك للحفاظ على هذا المورد البشري الذي يمثل الركيزة الأساسية داخل المؤسسات، مهما كان طابعها سواء إقتصادية أو تربوية أو إجتماعية أو صحية... و هذا لا يتم إلا في إطار مقارنة أوسع و أشمل، ألا وهي جودة الحياة في العمل التي تعبّر عن نظام تسيير يتضمّن مجموعة من البرامج و الأنشطة التي تهدف إلى تحسين مختلف جوانب حياة العمال من ظروف و بيئة العمل، عبء العمل و العلاقات الإنسانية و الإجتماعية داخل المؤسسات، خاصة الصحية منها لما تحتويه هذه المهن، منها مهنة التمريض من إرغامات و أعباء إضافية، كونها ذات طابع إنساني مرتبط بتقديم الرعاية الصحية و علاج المرضى، و وقاية الأفراد و الحفاظ على صحتهم العامة و من أجل ذلك وجب على المؤسسات الصحية العمل على تحسين ظروف عمل الممرضين و التقليل من أعباء مهنتهم، و توفير بيئة عمل صحية و آمنة تسمح لهم بتقديم الرعاية الصحية المطلوبة و الرفع من مستوى جودة حياتهم في العمل، و عكس ذلك يؤدي إلى تدني مستوى الرضا الوظيفي لدى الممرضين، مما يؤثر سلبا في مستوى جودة حياتهم المهنية ويجعلهم عرضة للإصابة لمختلف الإضطرابات النفسية منها الضغط المهني الناتج عن عدم

قدرة الممرّضين على الإستجابة لمتطلّبات عملهم و التأقلم مع ظروف العمل و إرغاماته، ممّا يمس بصحتهم النفسية و يؤثر سلبا في أدائهم المهني و في مستوى الرعاية الصحية التي يقدّمونها للمرضى.

إنطلاقا من هذه المعطيات، قمنا بتسليط الضوء على موضوع جودة الحياة في العمل و الضغط المهني، محاولين التعرف على مستواهما لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو، و الكشف عن العلاقة القائمة بينهما، و الفروق فيهما حسب الجنس و السنّ و الأقدميّة المهنية، و ذلك بإتباع خطوات البحث العلمي التي إستهلناها بتقسيم البحث إلى جانبين: نظري و تطبيقي.

يتمثّل الفصل الأول في الإطار العام للإشكالية الذي تطرقنا فيه إلى إشكالية البحث فرضياته، أهدافه و أهميته، إضافة إلى تحديد مفاهيم البحث و سرد الدراسات السابقة التي إهتمت بموضوع جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين، أما الجانب النظري فيتضمّن الفصل الثاني الذي خصصناه للمتغيّر المستقل المتمثّل في جودة الحياة في العمل، و الفصل الثالث فقد خصّصناه للمتغيّر التابع المتمثّل في الضغط المهني.

أما الجانب التطبيقي فقد قسمناه إلى فصلين: فصل رابع يتضمّن الإجراءات المنهجية للبحث التي تحتوي على المنهج المتبع، الدراسة الإستطلاعيّة، الحدود الزمانيّة و المكانيّة المعايينة إضافة إلى أدوات جمع و تحليل البيانات، بينما خصّصنا الفصل الخامس لعرض نتائج البحث و مناقشتها، لنهني بحثنا بخاتمة، و صياغة مجموعة من الإقتراحات العملية و تقديم قائمة للمراجع التي إعتدنا عليها، و مجموعة من الملاحق المرتبطة بالبحث.

المفصل الأول

الإطار العام لمشكلة البحث

1. إشكالية البحث

يعتبر العامل أحد المكونات الفعالة التي تعتمد عليها المؤسسات في الرفع من مستواها التنافسي و الحفاظ على استمراريته، وبالتالي وجب الإهتمام بالموارد البشرية لأي مؤسسة كانت إقتصادية أو صحّية أو تربية... (ديوب، 2014)، و ذلك لا يتم إلا من خلال توفير ظروف عمل صحّية و آمنة للعامل مع إتاحتها فرص الترقى و التقدّم الوظيفي، وتبني نظام أجور عادل، والسعي للحفاظ على صحته النفسية و الجسدية (البريري، 2016)، ممّا يؤدّي به إلى الشعور بالراحة و الرفاهية في العمل والتي تتمثّل في شعور العامل بالرضا عن بيئة و ظروف عمله، الإستقلالية و المشاركة في إتخاذ القرارات، العدل الشعور بالمسؤولية المهنية، إضافة إلى الإعتراف و التقدير (Tavani, 2014). فعلى المؤسسات السعي إلى إحداث هذا التغيير الإيجابي في مختلف جوانب العمل المرتبطة بالإنتاجية وبأهداف المؤسسات أو بتحقيق الرضا الوظيفي للعامل من خلال توفيرها لمناخ ملائم يسمح له بتأدية مهامه بكل إرتياحية (Larouche & Trudel, 1983). و في هذا السياق أكّد (Walton, 1974 ; Boisvert 1981)، على ضرورة الإهتمام بمختلف الأبعاد النفسية و الإجتماعية للعامل و العمل على تحقيق التوافق بين حياته المهنية و حياته الشخصية إضافة إلى تبني نمط تسيير ديموقراطي يتيح له فرصة المشاركة في إتخاذ القرارات وذلك في إطار مقارنة أوسع ألا و هي جودة الحياة في العمل (Locufier, 2015).

تشير جودة الحياة في العمل حسب (Havlovic, 1991) إلى أنظمة الموارد البشرية التي يمكن إستخدامها في تحقيق التوافق بين العامل و وظيفته، بطريقة تسمح له بإشباع حاجاته و الرفع من كفاءة المؤسسة معا (نهال محمد السادات، 2012، ص: 73)، بينما يحدّدها كل من (Sherman, Bohlander & Smell, 1996) في الجهود و الإجراءات التي تتّخذها المؤسسة من أجل وضع أفضل الطرق لتحسين بيئة العمل و التخفيف من الضغوط المهنية (ديوب، 2014)، أمّا (Nguyen, 2012) فيؤكّد على أن جودة الحياة في

العمل تكمن في إشباع مجموعة من الحاجات الإنسانية المتمثلة في الأمان الوظيفي و الصحي الحاجات الاقتصادية، العائلية و الاجتماعية حاجات تقدير الذات، إضافة إلى الحاجات المعرفية و الجمالية (ديوب، 2014).

و لقد حدد Bergeron, (1982) خمس محاور تعالجها جودة الحياة في العمل و هي: فلسفة الإدارة، الوسائل و الطرق المستعملة لتغيير الوسط المهني، المظاهر البيئية التي يراد تغييرها الوضعية الجديدة المراد إنشاءها و الأهداف المنتظرة (إبن خالد و بوحفص، 2005).
لقد إهتم باحثون كثر بموضوع جودة الحياة في العمل من خلال دراسات علمية على غرار دراسة Lau & May, (1998) التي أكدت على وجود علاقة طردية بين جودة الحياة في العمل و أداء العمال، و دراسة Igarria & Badway, (1994) التي توصلت إلى وجود علاقة طردية بين درجة المشاركة في اتخاذ القرارات و جودة الحياة العملية لدى العمال (ديوب، 2014)، وفي نفس السياق توصلت نتائج دراسة Beh & al, (2006) التي شملت (475) مدير تنفيذي بقطاع الكهرباء و الإلكترونيك بماليزيا إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة في العمل وبين الرضا و الإنجاز الوظيفي لدى العينة، كما توصلت نتائج دراسة Ramstard, (2009) حول (1410) عامل في (470) مشروع من مشاريع التنمية الفنلندي إلى وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين جودة الحياة في العمل و تحسن الأداء الوظيفي للعمال (حلاوة، 2015).

و لعل القطاع الصحي من بين هذه المؤسسات التي لابدّ من الإهتمام بجودة حياة مستخدميها خاصة المعالجين منهم من أطباء وممرّضين، لطبيعة العمل الذي يقومون به باعتباره عمل إنساني بالدرجة الأولى، يفرض عليهم عبء عمل إضافي كالحذر و التوضحية و حسن المعاملة و حفظ الأسرار المهنية و المسؤوليات الأخلاقية التي تلعب دور الرقيب المباشر عليهم (حلي، 2016)، ضف إلى ذلك الإصلاحات الحاصلة في أوروبا و أمريكا سنوات التسعينات في المجال الصّحي، و محاولة إعادة هيكلة و تنظيم عمل المعالجين الذي أدّى بدوره إلى ظهور إرغامات عمل إضافية، و تدهور ظروف العمل التي نتج عنها

تتامي مشاعر سلبية لدى الممرّضين نتيجة عدم قدرتهم على التّكيف مع هذه التّغيّرات الجديدة (Brousseau, 2006).

و يشير (Pelletier, 2015) إلى أن الإهتمام بجودة الحياة في العمل في القطاع الصحي جاء نتيجة تدهور ظروف العمل في المستشفيات، و عدم ثبات ساعات العمل (Beliagamba, 2016). و هذا ما أكد عليه (Collac & Bodier, 2011) عندما أشارا إلى أن ظروف العمل المتدهورة المحيطة بمهنة التمريض و تدهور علاقات العمل، تعدّ من أهم العوامل التي تؤدّي إلى تدنّي مستوى جودة الحياة في العمل (De Gantes, 2014). Bellagamba & Lehucher-Michel, 2014).

أما في الجزائر فقد أقرّت التعليمّة الوزارية رقم (18) المؤرخة بـ (27) أكتوبر (2002)، أن مهنيي الصحة العاملين في المصالح الإستعجالية و مصالح العناية المركزة يخضعون للعبء الكمي و الذهني للمهنة، و قد ينجر عن هذه الإرغامات معاناة خاصة لما تكون ظروف العمل غير ملائمة (حلي، 2016). وفي نفس الإطار أكّد (Arhab, 2015) على أنّ المؤسسات الصحية في الجزائر تواجه العديد من الإرغامات الناتجة عن نقص في الموارد المادية و البشرية، فمنها الداخلية كسوء التسيير و نقص الخيارات، و منها الخارجية المرتبطة بمحيط العمل و الدّعم و العلاقة مع المشرف.

تعتبر جودة الحياة في العمل حسب (Bortson & Sticheler, 2010) أحد عناصر تعزيز أداء مؤسسات الرعاية الصّحية، إذ أنّها تساهم في الرفع من نوعيّة الخدمات و الرّعاية الصّحية التي يتلقاها المرضى داخل المؤسّسات الإستشفائية (الشنطي، 2016). و في هذا الإطار أكّد (Bodenheiner & sinsky, 2014) على ضرورة دراسة جودة الحياة في العمل بأبعادها المختلفة داخل المؤسّسات الصحية في إطار برامج شاملة تعكس حجم التّطوّرات و التحوّلات الحاصلة في هذا القطاع (Haliday, 2018).

و قد حدّدت الوكالة الوطنية من أجل تحسين ظروف العمل ANACT و المديرية العامة للعمل DGT بفرنسا أربعة أبعاد محددة لجودة الحياة في العمل، تتمثّل في تنظيم العمل

و متطلباته، التسيير و علاقات العمل، قيم و توقعات العامل و تغيير العمل المرتبط بالتحويلات و التغييرات الحاصلة في القطاع الصحي، و التي مسّت مختلف جوانبه كبيئة العمل و ظروفه، الأجر و نمط الإشراف... (Ghadi & Mounic, 2012). و في دراسة لـ Lewis & al, (2001) على (600) ممرض في (07) مؤسسات علاجية بكندا توصلت إلى أن الأجر و الحوافز و نمط الإشراف تمثل الأبعاد الجوهرية المحددة لجودة حياة عمل الممرضين (Brousseau, 2006)، أمّا (O'brien-Pallaset & Bauman, 2013) فقد حدّدوا بعددين أساسيين لجودة حياة عمل الممرضين، يتمثلان في البعد الداخلي الذي يشير إلى الخصائص الاجتماعية و الديمغرافية للممرضين، الإطار الاجتماعي لمحيط العمل و الإطار العام لتنظيم العمل و الأساليب الإدارية المتبعة على مستوى الهيكل التنظيمي و البعد الخارجي الذي يتمحور حول الطّلبات الموجهة للممرضين من طرف الإدارة أو المشرفين أو المرضى و ذويهم، إضافة إلى سوق العمل والسياسات المنتهجة في تسيير القطاع الصحي (Brousseau, Cara & Blais, 2016).

و لعل من أهمّ الأبحاث التي إهتمّت بجودة حياة عمل الممرضين، تلك التي قامت بها الباحثة الأمريكية (Brooks, 2001)، و التي تناولتها في ضوء أربع أبعاد أساسية تتمثل في بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل الذي يتأثر بمجموعة من المؤشرات منها قدرة الممرض على تلبية متطلبات و إحتياجات العائلة و عدد ساعات العمل، و قد أكد (Morrell, 2005) في هذا السياق على أن الممرضات اللواتي يعانين من سوء التوافق بين الحياة المهنية و الحياة العائلية هن أكثر عرضة لترك العمل و تغيير المهنة، و في المقابل توصل (Rumbur, 2003) في دراسته على (4418) ممرضة أمريكية تعملن (30سا) أو أقل في الأسبوع، إلى تمتّعن بالوقت الكافي للإهتمام بحياتهن الشخصية و الاجتماعية و العائلية. أما البعد الثاني فيتعلق بتصميم العمل الذي يتمثل في مستوى عبء العمل، مدى توقّر الممرضين الأكفاء، توقّر الوقت الكافي لإنجاز المهمة، المشاركة في إتخاذ القرارات حجم الأعمال الثانوية و درجة شعور الممرضين بالرضا الوظيفي (Almalki, 2012).

بينما يشير البعد الثالث إلى إطار العمل الذي يتضمن مجموعة من المؤشرات المؤثرة في مستوى جودة حياة عمل الممرضين منها نمط الإشراف و محيط العمل (Delmas, 2000). و يتعلّق البعد الرابع حسب Brooks, (2001) بعالم العمل الذي يتناول الآثار التي تمارسها التأثيرات و التغيّرات الاجتماعية الواسعة في مهنة التمريض و ما ينتج عنها من تغيّر في ممارسات الممرضين داخل محيط العمل (Almalki, 2012).

لقد ظهرت دراسات عديدة تناولت موضوع جودة حياة عمل الممرضين منها دراسات (Kramer & Schmalenberg, 1991 ; Dussault & al, 2001) التي توصلت إلى كون الإستقلالية المهنية أحد العوامل تتيح للممرضين إمكانية التّحكم في أعمالهم، و التي تساهم بدورها في الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي و جودة حياتهم العمليّة، و هذا ما أكّد عليه Carlier, (2000) عندما أشار إلى أهمية الدعم من طرف المشرفين أو زملاء العمل في تعزيز جودة حياة عمل الممرضين (Brousseau, 2006).

و في دراسة لـ Tinosi & al, (2008) على (1482) طبيبا، توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين جودة حياة عمل الأطباء و الإستقرار الوظيفي (عبد الفتاح، 2011). و في نفس السياق أكدت نتائج دراسة عارف، (2012) على وجود علاقة بين جودة الحياة في العمل و الجودة الشاملة لدى عمال بعض المستشفيات الحكومية المصرية (عبد الرزاق، 2015). أمّا دراسة Dolmas, (2000) فتوصّلت إلى وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى (137) ممرضا بكندا، بينما توصلت نتائج دراسة Allaire, (2006) في نفس البلد إلى إنخفاض مستوى المشاركة في إتّخاذ القرارات لدى الممرضين، و معاناتهم من مستوى مرتفع من الضغط المهني الناتج عن عبء العمل الزائد و نقص الموارد البشرية (الممرضون) و التقنية (وسائل العلاج) و المادية (الأجر)، و هذا ما أكّدت عليه كذلك نتائج دراسة Laschinger & Wong, (2007) في (10) مستشفيات بكندا، و التي توصّلت إلى وجود مستوى منخفض من جودة حياة عمل الممرضين في أبعادها المتمثلة في الهيكل التنظيمي و صعوبات تكيف الممرضين مع المهمة و نقص المشاركة في إتّخاذ القرارات

المتعلّقة بتقديم الرعاية الصحيّة للمرضى (Brousseau, 2015)، وهذا ما أشارت إليه أيضا نتائج دراسة (Otiendi, 2010) على عمّال الصحة بكينيا (الهاشمي و العضاييلة، 2017). يعتبر المستوى المنخفض من جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين من أسباب ظهور مختلف الإضطرابات و الأمراض المهنية لدى الممرّضين لما لها من تأثير سلبي في الصّحة النفسية للعمال، و هذا ما أكّد عليه (Vander Deof & Mares, 1990)، و يشير (Karasek & Theorell, 1990) إلى أنّ ثلث مشاكل الصحة النفسية ناتجة عن تدني جودة الحياة في العمل، بحيث يؤدي إلى ظهور مجموعة من الإضطرابات النفسية الإجتماعية و الأمراض المهنية كالتوتر و القلق النفسي و الإكتئاب و الضغط المهني (الزروق، 2013). هذا الأخير يظهر نتيجة عدم التوافق بين العامل و مهنته، بحيث يمثل عدم التوازن بين الخصائص الشخصية للعامل و خصائص العمل، أحد أسباب ظهور الضغط المهني (علو، 2022).

يعبّر الضغط المهني حسب (Ilfeled & al, 1976) عن حالة نفسية تتميز بمجموعة من الأعراض السلبية التي تؤثر في الصحة النفسية للعمال، و التي تظهر على شكل ردود أفعال سلبية كالتعب و نقص في الطاقة (Brousseau & al, 2016). و يضيف إليها (Hardy & al, 2003) سرعة الإنفعال، التوتر، الغضب، القلق، الحزن و اليأس (Larivée, 2015)، بينما يحدّده (Karazek, 1979) من خلال عاملين تنظيميّين يتمثل الأول في المتطلّبات النفسية المرتبطة بإرغامات تنفيذ المهمّة ككمية الإنتاج و تعقّد المهمة و إرغامات الوقت، أما الثاني فيتمثل في حرية العامل في التصرف في القرار كالإستقلالية و المشاركة في إتخاذ القرارات و القدرة على إستخدام طاقاته و موارده الشخصية، و يذهب كل من (Neboit & Vézina, 2002) إلى إعتبار الضغط المهني ألم القرن الواحد و العشرين، لما يتركه من آثار وخيمة في العامل و المجتمع و في إقتصاد المؤسّسات و الدول بشكل عام (Ponnelle, Vaxevanoglou & Garcia, 2012). ففي أوروبا مثلا تشير الإحصائيات بأن التكلفة الاجتماعية لضغوط العمل وحدها في دول

الإتحاد الأوروبي تقدّر بـ(20) مليار أورو سنوياً بسبب الإجهاد الناتج عنه (مقدم و بن عبادة هوارية، 2016)، بينما تقدّر كلفة الضغط المهني بأمريكا بـ(200) مليار دولار بالنسبة لمؤسّسات الشمال الأمريكي (Légeron, 2008).

لقد إهتمّ الكثير من الباحثين من خلال دراساتهم بموضوع الضغط المهني لما له من آثار سلبية في الصحة النفسية للعامل، و من بين هذه الدراسات نجد دراسة Burton & al, (2008) التي توصلت إلى وجود علاقة بين إنخفاض أداء العمال و إنتاجية المؤسّسات و بين الضغط المهني، كما أكّد (Vézina & al, 2011) في دراسته على معاناة (18%) من العمال الكنديين من مستوى مرتفع من الضغط المهني (Larivée, 2015).

بينما توصلت دراسة مكناسي، (2007) على (176) عون سجن بمؤسّسة إعادة التأهيل بقسنطينة إلى معاناة عينة الدراسة بدرجة عالية من الأعراض النفسية المرتبطة بالضغط المهني كالغضب، الكآبة، فقدان الحماس، صعوبة النوم و التركيز، إضافة إلى أعراض جسديّة كالتهب و الإنهاك، الصداع، آلام الظهر و المفاصل. و في نفس السياق توصلت دراسة العبودي، (2008) لدى (90) عامل بمؤسّسة الخزف الصحي بجيجل إلى معاناة أفراد العينة من الضغط المهني.

و يرى (Dejours, 2012) أن الصّراعات الشخصية و ظروف العمل المتدهورة و طول أوقات العمل، كلّها عوامل تؤدي إلى الضغط المهني (شيخي، 2014). بينما يؤكّد (Légeron, 2004)، على تعدّد و تنوّع هذه العوامل حسب الوظيفة وطبيعة القطاع الذي ينتمي إليه العامل (تربوي، صحي، خدماتي إقتصادي...)، فمنها المرتبطة بالعمل و هي ذات طبيعة تسييرية- تنظيمية أو علائقية، و منها المرتبطة بإطار المؤسّسة، إضافة إلى عوامل مرتبطة بالعامل و أخرى مرتبطة بالعلاقات الشخصية داخل المؤسّسة.

و يعدّ القطاع الصحي من أكثر القطاعات التي ينتشر فيها الضغط المهني نظراً لطبيعة المهن المرتبطة به و التي تقوم بالدرجة الأولى على العلاقات الإنسانية والاجتماعية (قصار و عمرابي، 2013)، كما أنّ مستخدميه مجبرين على العمل لساعات طويلة

و فترات مختلفة و في أوقات العطل و الأسبوع، ضف إلى ذلك إحتكاك المعالجين بمعاونة المرضى و حالات الموت التي تؤثر سلبا في معنوياتهم و في حالتهم النفسية، دون نسيان غياب عامل التنبؤ بمدى نجاعة العلاج المقدم للمرضى - صفر خطر لا يوجد - كما أن وجود عدة فاعلين في هذا القطاع من مشرفين و أطباء و ممرضين، تقنيين و إداريين يضعهم أمام حتمية التنسيق و العمل معا من أجل تقديم رعاية صحية في المستوى (Canoui, 1996).

تعتبر مهنة التمريض أحد هذه المهن التي ينتشر فيها الضغط المهني و الذي يرجع حسب (Davie, 1989) إلى عبء العمل الزائد (Beliagamba, 2016)، الصراعات داخل المؤسسة الصحية مع زملاء العمل أو المشرفين أو الإدارة و تدهور علاقات العمل (Chouanière, 2006). و يؤكد (Folkmane & al, 1986) على أن الضغط المهني لدى الممرضين يظهر نتيجة سوء تفاعل الممرض مع بيئة عمله، بحيث يجد نفسه عاجزا على تلبية متطلبات عمله، و هذا ما يؤدي بالمرض حسب (Laurent & Chahraoui, 2012)، إلى الدخول في حالة نفسية سلبية تعبر عن عدم قدرته على مجابهة متطلبات عمله (Lord-Gauthier, De Montigny & Bouchard, 2016).

و يرى كل من (Stewart & Arklie, 1994) أن عوامل الضغط المهني لدى الممرضين تكمن في نقص الوقت، محيط العمل المضطرب، الصراعات مع عائلات المرضى و ذويهم (Brousseau, 2006)، أما (Piquemal-Vieu, 2001) فيرى أن عوامل الضغط المهني لدى الممرضين تكمن في التغيرات الحاصلة على مستوى مهنة التمريض، تعقد المهمة والمناخ التنظيمي للمؤسسة الصحية (نصراوي، 2015)، و هذا ما أكدت عليه دراسة كل من بوجمل، باهي و عون (2022) التي توصلت نتائجها إلى معاونة (143) ممرضا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأغواط من مستوى مرتفع من الضغط المهني بسبب طبيعة و ظروف العمل، بينما يحددها (Borteyrou & al, 2014) في عبء العمل و الصراعات في العمل و العلاقات الإجتماعية مع زملاء العمل أو مع المرضى و أقاربهم

(Gillet, 2016). كما تعد الساعات الإضافية أحد العوامل المؤدية للضغط المهني لدى الممرضين لما تتركه من أثر سلبي في صحتهم النفسية والجسدية، و هذا ما أكدت عليه دراسة (Bauman, 2001) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين الساعات الإضافية و إرتفاع نسبة التغيب لدى الممرضات بداعي المرض (Thiebaut, 2013).

كما توصلت دراسة (Bianchi, 2004) التي أجريت بالبرازيل على (76) ممرضة إلى وجود أربعة مصادر أساسية للضغط المهني لدى العينة تتمثل في ضغوط العمل و نقص المشاركة في إتخاذ القرارات و العلاقات مع الإدارة و مصادر متعلقة بطريقة التعامل مع المرضى وعائلاتهم (الضريبي و نحيلي، 2010). وفي دراسة مسحية شاملة حول ضغوط العمل لدى (314900) ممرض و ممرضة عبر التراب الكندي، و التي أجريت بالتعاون مع المعهد الكندي للمعلومات حول الصحة و وزارتي الصحة و الإحصاء، توصلت نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من متطلبات العمل الفيزيائية لدى (60%) من أفراد العينة، و مستوى مرتفع من عدم الرضا الوظيفي و الضغط المهني لدى الممرضين، و التي تعود أسبابه إلى الدور الأسري، الإنتقالات المستمرة في السكن أو بين البلدان، و الشعور بعدم الإستقرار العائلي (مقدّم و بن عباد هوارية، 2016).

و قد توصلت دراسة لحرر (2013)، التي هدفت إلى تحليل أثر ظروف العمل في أداء هيئة التمريض بمستشفى جيجل، إلى وجود علاقة بين ظروف العمل و أداء الممرضين بحيث كلما كانت هذه الظروف مهيأة، ساهم ذلك في زيادة مستوى رضاهم الوظيفي (فضلون 2021)، و هذا ما أكدت عليه أيضا دراسة فضلون، (2021) على (30) ممرضا بمستشفى محمد بوضياف بأم البواقي، و التي توصلت إلى نتيجة مفادها أنّ ظروف العمل تساهم بمستويات عالية في ظهور الضغط المهني لدى الممرضين.

أمّا دراسة بن عبد الله، (2013)، حول الضغوط المهنية لدى المرأة العاملة بقطاع الصحة بوههران، فقد توصلت نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من الضغط لدى المتزوجة العاملة (وادي، 2016). و في دراسة لعلو، (2021) حول عوامل و أخطار الضغط المهني لدى

(236) ممرضا بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، توصّلت نتائجها إلى معاناة عينة الدراسة من مستوى مرتفع من الضغط المهني، و قد أرجع ذلك إلى درجة تحكّم الممرّضين في ستة عوامل أساسية تتمثّل في تسيير الوقت و تسيير المهمة، تخطيط العمل المستقبل، الموارد الضرورية، إدارة الخطر على الذات و على الآخرين.

في ضوء كل هذه المعطيات سوف نقوم من خلال هذا البحث بالكشف على مستوى جودة حياة عمل الممرّضين و مستوى الضغط المهني لديهم، و التحقق من وجود علاقة بين جودة الحياة في العمل بأبعادها الأربعة: الحياة في العمل-الحياة في المنزل تصميم العمل إطار العمل و عالم العمل و بين الضغط المهني لدى العيّنة، و ذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة حياة عمل ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟
- ما مستوى الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟
- هل هناك علاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو ؟
- هل هناك علاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو ؟
- هل هناك علاقة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو ؟
- هل هناك علاقة بين بعد إطار العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو ؟
- هل هناك علاقة بين بعد عالم العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو ؟
- هل هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد حسب متغيّر الجنس و السن و الأقدميّة المهنيّة؟

- هل هناك فروق في الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر الجنس، السنّ و الأقدميّة المهنيّة؟

2. فرضيات البحث:

- 1- مستوى جودة حياة عمل ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو منخفض.
- 2- مستوى الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو مرتفع.
- 3- هناك علاقة بين جودة حياة عمل ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو و الضّغط المهني
- 4- هناك علاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.
- 5- هناك علاقة بين بعد تصميم العمل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.
- 6- هناك علاقة بين بعد إطار العمل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.
- 7- هناك علاقة بين بعد عالم العمل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.
- 8- هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر الجنس لصالح الإناث
- 9- هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر السنّ لصالح الفئة العمريّة (+51)
- 10- هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر الأقدميّة المهنيّة لصالح ذوي أقدمية مهنيّة أكثر من 20 سنة.

- 11- هناك فروق في الضَّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر الجنس لصالح الإناث
- 12- هناك فروق في الضَّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر السّن لصالح الفئة العمريّة (51+)
- 13- هناك فروق في الضَّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغيّر الأقدميّة لصالح ذوي أقدمية مهنيّة أكثر من 20 سنة.

3. أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى إثراء مجال البحث العلمي الأكاديمي بمعطيات جديدة حول موضوع جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالضغط المهني لدى الممرضين، و خاصة أنها تعتبر من بين الدراسات القليلة التي إهتمّت بمتغيّري جودة الحياة في العمل و الضغط المهني في القطاع الصحي بالجزائر، كما يسعى بحثنا الحالي إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل و مستوى الضغط المهني لدى (200) ممرض وممرضة بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو. ومن أهداف البحث الحالي أيضا، الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة في العمل بأبعادها الأربعة: الحياة في العمل-الحياة في المنزل، تصميم العمل إطار العمل، عالم العمل و بين الضغط المهني لدى عينة البحث، و الفروق في كلّ من جودة الحياة في العمل و الضغط المهني حسب متغيّرات: الجنس، السّن و الأقدميّة المهنيّة.

4. أهمية البحث:

حضي موضوعي جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرضين إهتمام كبير من قبل الباحثين لما لهما من تأثير مزدوج في صحتهم النفسية، و في نوعية الرعاية الصحيّة المقدّمة للمرضى.

و تكمن أهمية البحث الحالي في الكشف عن واقع جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرضين و العلاقة القائمة بينهما، من خلال تقديم معطيات جديدة تساهم في التعرف

و فهم الوضع الراهن لمهنة التمريض بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتييزي وزو، و المناخ العام الذي يزاوّل فيه الممرض مهنته و مدى تأثير ذلك في صحته النفسية وفي جودة الخدمات الصحية التي يقدمها للمرضى بصفة خاصة و المجتمع بصفة عامة، كما تتجلى أهمية بحثنا من خلال النتائج العلمية المتحصّل عليها والتي تسمح لنا بتقديم إقتراحات علمية-عملية، نأمل أن يستفاد منها لتحسين جودة الحياة في العمل و التخفيف من الضغط المهني في القطاع الصحي بصفة عامة و لدى الممرّضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتييزي وزو بصفة خاصّة.

5. تحديد مفاهيم البحث:

تتمحور مفاهيم بحثنا الحالي حول متغيّرين أساسيين، يتمثلان في جودة الحياة في العمل و الضغط المهني، و سوف نعمل على تحديد هذين المفهومين من جانب إصطلاحي وفق ما تمّ الإشارة إليه من طرف بعض الباحثين، و آخر إجرائي يسمح لنا بقياس هذين المتغيرين و الحصول على بيانات ميدانية من أجل الوصول إلى نتائج علمية حول جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتييزي وزو.

1.5. جودة الحياة في العمل:

تعد جودة الحياة في العمل من القضايا الإدارية التي إحتلت مكانة متميزة في أدبيات إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي كونها تحتوي على العديد من الأبعاد التي تمس أداء المؤسسات والعمال (الدحدوح، 2015).

ويؤكد Nirenberg, (1986) على ضرورة سعي المؤسسات إلى إشباع حاجيات عمّالها و تحسين جودة حياتهم المهنية من أجل الرفع من أدائهم و تحقيق أهداف المؤسسة (قاسم، 2011) وفيما يلي عرض لبعض المفاهيم الإصطلاحية المرتبطة بجودة الحياة في العمل.

❖ إصطلاحا:

تتمثل جودة الحياة في العمل حسب (Dong-Jin Lee, 2007)، في رضا العامل عن سبع حاجات أساسية و هي: حاجات الأمان الوظيفي و الرعاية الصحية، الحاجات المالية و الأسرية، الحاجات الإجتماعية، الحاجة إلى الإحترام الحاجة إلى تحقيق الذات، الحاجة إلى المعرفة و أخيرا الحاجات الجمالية (أبو اليزيد، 2015).

بينما ترى (Brooks, 2001) أن جودة حياة عمل الممرضين هي " الدرجة التي يشبع من خلالها الممرضين حاجاتهم الشخصية خلال مساهمهم المهني، مع عدم إهمال الأهداف العامة للمؤسسة الصحية و العمل على تحقيقها " (Hupé, 2014, p19). و لقد تناولت جودة حياة عمل الممرضين من خلال أربعة أبعاد أساسية و هي:

- الحياة في العمل - الحياة في المنزل (Work life/ home life):

يشير هذا البعد إلى التفاعل الحاصل بين الخبرة المهنية للممرضين في العمل و بين حياتهم الشخصية خارج محيط العمل (الحياة المنزلية).

- تصميم العمل (Work design) :

يتمثل هذا البعد في تركيبة و مكونات و خصائص مهنة التمريض مع وصف العمل الحقيقي الذي يقوم به الممرضين.

- إطار العمل (Work Context Dimension) :

يشير هذا البعد إلى مكان أو بيئة أو محيط عمل الممرضين و تأثير هذا الأخير في نظم التمريض (مبادئ مهنة التمريض) من جهة و في الممرضين والمرضى من جهة أخرى.

- عالم العمل (Work World Dimension) :

ويتمثل في الآثار الناجمة عن التأثيرات والتغيرات الإجتماعية الواسعة في مهنة التمريض و ما ينتج عنها من تغيير في ممارسات الممرضين داخل محيط العمل (Almalki, 2012).

❖ إجرائيا:

نتبّئ في هذا البحث التعريف الإجرائي لجودة حياة عمل الممرضين للباحثة الأمريكية (Brooks, 2001)، و الذي يتمثّل في الدرجة التي يتحصل عليها ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد، من خلال تطبيق مقياس جودة حياة عمل الممرضين Survey of Quality of Nursing Work Life (Brooks, 2001) الذي يتكوّن من أربعة أبعاد أساسية و هي: الحياة في العمل-الحياة في المنزل، تصميم العمل و إطار العمل الذي يحتوي بدوره على أربعة أبعاد فرعية تتمثّل في بعد الإدارة و الإشراف، زملاء العمل، فرص التطوّر الوظيفي و محيط العمل، أمّا البعد الرابع للمقياس فيتمثّل في عالم العمل. و يترجم هذا المقياس إلى مستويات ثلاثة و هي: منخفض متوسط و مرتفع.

2.5. الضغط المهني:

يشير الضغط المهني إلى حالة نفسية سلبية يتعرّض لها العامل في ميدان العمل نتيجة عدم قدرته على مواجهة متطلبات العمل و إرغاماته، أو عدم الموازنة بين موارده و ظروف العمل المحيطة به. وفيما يلي عرض لبعض التعريفات الإصطلاحية المتعلقة بالضغط المهني.

❖ إصطلاحا:

يشير الضغط المهني حسب Selye, (1935) إلى « خلل بين إدراك العامل لإرغامات محيط العمل و بين إدراكه للطاقات والموارد التي يتمتع بها من أجل مواجهة هذه الإرغامات » (Brillet, Sauviat & Soufflet, 2017, p53).

أمّا Lazarus & Folkman, (1984) فيؤكّدان على أن الضغط المهني يعبر عن علاقة إستثنائية بين العامل و المحيط الشاق و المرهق الذي يستنزف موارده، أو يشكّل خطر على رفاهيته في العمل. و بالنسبة لـ WHO, (2003) فهو يتمثّل في ردة فعل إتجاه متطلبات العمل التي لا تتوافق أو تفوق قدرات و مؤهلات العمال (Chapelle, Acker, Bonzom,) (Callahan, Légeron & Liberi, 2018).

❖ إجرائيا:

نتبّئ في هذا البحث التعريف الإجرائي للضغط المهني الذي يتمثل في الدرجة التي نتحصّل عليها من خلال تطبيق مقياس الضغط النفسي الإيجابي والسلبي (SPPN, 2001) و هو مقياس فرعي مأخوذ من مقياس التحكم و ظروف العمل (WOCCQ, 2001) للباحثين Keyser & hensez و الذي يترجم إلى ثلاثة مستويات و هي: منخفض متوسط و مرتفع

6. الدراسات السابقة:

لقد إهتم الكثير من الباحثين من شتى ربوع العالم بجودة الحياة في العمل لدى عمال القطاع الصحي عامة و الممرضين خصوصا، لما لها من تأثير معتبر في الصحة النفسية و الجسدية للممرضين، بحيث أكدت هذه الدراسات أن تدهور جودة الحياة في العمل بشكلها العام أو في أحد الأبعاد المكوّنة لها، تعدّ من أهم أسباب ظهور الضغط المهني لدى الممرضين، و الذي يؤثر سلبا في جودة الرعاية التي يقدمونها للمرضى وفي نوعية الخدمات الصحية في القطاع الصحي بشكل عام.

و فيما يلي ذكر لبعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع جودة حياة عمل الممرضين من خلال أبعادها المختلفة و علاقتها بظهور الضغط المهني لدى الممرضين.

1.6. دراسة (Chapman, 1995):

هدفت إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين إدراك الممرضين لمستوى المساندة التي يتلقونها من طرف زملاء العمل وبين مستويات الضغط المهني لديهم، وشملت عينة الدراسة على (500) ممرض وممرضة بمستشفيات ولاية آيوا (Iowa) الأمريكية.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود إدراك منخفض لدى الممرضين في مستوى المساندة التي يتلقونها من قبل زملاء العمل، مما ساهم في ظهور الضغط المهني لديهم

بمستويات مرتفعة، كما توصلت إلى أن أفراد العينة ذو خبرة سنتين أو أقل هم أكثر عرضة لضغط العمل و حاجة للمساندة في العمل مقارنة بزملائهم الآخرين (أبو الحصين، 2010) 2.6. دراسة المغربي، (2004) بعنوان: مستوى جودة الحياة في العمل داخل المراكز الطبية المتخصصة التابعة لجامعة المنصورة.

هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة في العمل لدى (350) عامل من إداري و فني و أطباء المراكز الطبية المتخصصة في جامعة المنصورة، و الكشف عن نواحي القصور في عوامل جودة الحياة في العمل، و ذلك بالإستعانة بإستبيان من تصميم الباحث. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود مستوى منخفض نسبيا من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين، بينما تكمن الظواهر الدالة على وجود قصور في عوامل جودة حياة العمل لدى العينة في: عدم الرضا عن نظام الأجور و المكافآت، عدم المشاركة في إتخاذ القرارات و إنعدام عنصر الإستماع لآراء العاملين و تجاهل ردود أفعالهم (ماضي، 2014).

3.6. دراسة " علواني ، (2010): الموسومة بمصادر ضغوط العمل عند الممرضين والتي شملت (138) ممرض و ممرضة بالمستشفى الجامعي بولاية وهران.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنّ مصادر الضغوط المهنية الأكثر شيوعا لدى عينة الدراسة هي: عبء العمل، ظروف المحيط الفيزيقي و الأمان في العمل بنسبة (77%) إستقلالية القرار بنسبة (63%)، التقدير في العمل بنسبة (60.4%)، و تأتي العلاقة مع المريض بنسبة (59%) و الدعم الاجتماعي بنسبة (52%)، صراع الدور بنسبة (43.6%) و أخيرا غموض الدور بنسبة (40.8%) من عينة الدراسة (شويطر، 2013).

4.6. دراسة Calumbi & al, (2010) بعنوان: تقييم جودة الحياة في العمل لدى أطباء التخدير.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة في العمل و دراسة الخصائص الديمغرافية لدى أطباء التخدير المنتسبين لجمعيات التخدير بمدينة ريسيفي (Recife) البرازيلية، مع تحليل العوامل الضاغطة عليهم و علاقتها بجودة الحياة الوظيفية. و شملت عينة الدراسة

على (115) طبيب تخدير، و إعتد الباحثون في جمع البيانات على مقياس جودة الحياة الوظيفية لمنظمة الصحة العالمية.

توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى النساء مقارنة بالرجال.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل وفق متغير السن.

- تعتبر بيئة العمل في المستشفى و المثيرات النفسية و العاطفية و جهد العمل، من أسباب الضغط المهني لدى أطباء التخدير، كما تمارس العلاقات الإجتماعية و المهنية، إضافة إلى التدخل في الحياة الشخصية للأطباء أثر أكبر في النساء مقارنة بالرجال (ماضي، 2014).

5.6. دراسة (Gillet & al, 2013): الموسومة بالدور الوسيط للعدالة التنظيمية في العلاقة بين القيادة التحويلية وجودة الحياة الوظيفية للمرضين.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير القيادة التحويلية في جودة الحياة في العمل و دراسة تأثير هذه الأخيرة في الشعور بالاستغراق الوظيفي لدى (343) ممرض من كلا الجنسين يعملون في (47) وحدة من وحدات أمراض الدم و الأورام بالمستشفيات الخاصة و الحكومية الفرنسية. و لهدف تحقيق الدراسة لأهدافها تم بناء إستبيان من قبل الباحثين و ذلك بالإعتماد على مجموعة من المقاييس السابقة.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن العدالة التوزيعية و التعاملية تتوسط العلاقة بين القيادة التحويلية و جودة حياة عمل الممرضين، كما أظهرت النتائج أن جودة الحياة في العمل تؤثر إيجابياً في مستوى الاستغراق في العمل (الشنطي، 2016).

6.6. دراسة قهيري و كسنة، (2018) تحت عنوان: دراسة و تحليل أبعاد جودة الحياة في العمل في المؤسسة الخدمية - دراسة ميدانية بمستشفى الأم و الطفل بولاية الجلفة-.

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى توفر أبعاد جودة الحياة في العمل على (60) عامل من أطباء، ممرضين و إداريين بمستشفى الجلفة، و ذلك بالاعتماد على مقياس جودة الحياة في العمل للباحث (Walton, 1973). و من نتائج هذه الدراسة:

- توفر أبعاد جودة الحياة في العمل داخل المستشفى بمستويات متوسطة.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توفر أبعاد جودة الحياة في العمل لدى أفراد العينة وفق متغيرات الجنس، السن، المؤهل العلمي.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توفر أبعاد جودة الحياة في العمل لدى أفراد العينة وفق متغير الخبرة المهنية لصالح الفئة أكثر من (15) سنة خبرة في المستشفى.
- 7.6. دراسة ميهوب، (2022) بعنوان: مستويات و مصادر الضغط المهني لدى ممرضي المؤسسة الإستشفائية بالشرية.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الضغط المهني لدى (66) ممرض عامل بالمؤسسة الإستشفائية محمد الشوكي بمدينة الشريعة بولاية تبسة.

و لتحقيق الدراسة لأغراضها قام الباحث ببناء إستبيان يتكون من خمس أبعاد تقيس مستوى الضغط المهني لدى الممرضين، و يمثل كل واحد منها مصدرا من مصادر الضغط المهني لدى العينة.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الضغط المهني لدى الممرضين. كما يعتبر كل من ضغط المهنة، ضغط الجهاز، ضغط العلاقات، ضغط العلاقة بيت-عمل و ضغط المحيط الإجتماعي من أهم مصادر الضغط المهني لدى عينة الدراسة.

8.6. دراسة برجان و خلفان (2020) بعنوان: جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند عينة تقدر بـ(250) ممرض(ة) يعمل بنظام المناوبة في المستشفيات و المراكز الصحية التالية: المستشفى الجامعي ندير محمد و بالوا، مستشفى الأمراض العقلية فرنان الحنفي، المؤسسة الإستشفائية

صبيحي تسعديت و المستشفى العمومي بدائرة أزفون، إضافة إلى مركز الصحة الجوارية بذراع بن خدة و أزفون، كما هدفت هذه الدراسة أيضا إلى التعرف عما إذا كانت هنالك فروق في مستوى جودة الحياة بين أفراد العينة حسب الأقدمية في العمل.

و من نتائج هذه الدراسة:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية الممرضين.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة وفق متغير الأقدمية في العمل.
- 9.6. دراسة ميهوبي، (2020) الموسومة بعلاقة ظروف العمل في المؤسسات الصحية بتبؤد المشاعر لدى الممرضين.**

سعت هذه الدراسة إلى التعرف على ظروف عمل الممرضين و مستوى تبؤد المشاعر لديهم إضافة إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين هذين المتغيرين على عينة تقدر بـ(677) ممرض و ممرضة موزعين على (20) مؤسسة صحية موزعة عبر التراب الوطني على النحو التالي: أربع (04) مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة، (02) بولاية المدية، مؤسسة صحية واحدة في كل من ولايات البليدة، وهران، بلعباس، ورقلة، بشار و سكيكدة، إضافة إلى (04) مؤسسات صحية بولاية مستغانم و مؤسستين صحيّتين بولاية برج بوعريّيج. و لجمع المعلومات طبق الباحث مقياسي ظروف العمل و تبؤد المشاعر على عينة الدراسة. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

- يرى الممرضون أنّ ظروف العمل غير ملائمة بنسبة (31.8%)، أما نسبة (19.8%) منهم فيرونها ملائمة، بينما يؤكّد (48.8%) من أفراد العينة على وجود ظروف عمل متوسطة داخل المؤسسات الصحية.

- وجود مستوى مرتفع من تبؤد المشاعر لدى عينة الدراسة بنسبة تقدر بـ(64.3%)
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل و بين تبؤد المشاعر لدى الممرضين.

10.6. دراسة مجيدر، (2021) بعنوان: واقع المعاناة من الضغوط المهنية لدى الممرضين دراسة ميدانية بمستشفى محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع معاناة الممرضين من الضغط المهني و الكشف عن أهم العوامل التي تؤدي إليه و آثارها النفسية و الاجتماعية التي تتركها في (79) ممرض يعملون بمختلف مصالح مستشفى محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل، و من أجل جمع البيانات قام الباحث بتصميم استبيان يقيس الضغوط المهنية لدى أفراد العينة. توصلت نتائج الدراسة إلى أن أسباب الضغط المهني لدى الممرضين تكمن في:

- الضغوط المرتبطة بطبيعة العمل و الضغوط الاجتماعية التي جاءت في المرتبة الأولى.
- الاكتظاظ والعدد الكبير من المرضى الذي يقابله نقص الأدوية و المعدات الطبية.
- غياب الحماية الأمنية و تعرض الممرضين للعديد من الاعتداءات.
- خصوصية التعامل مع بعض الأمراض الخطيرة و عائلاتهم والمشاكل العلائقية معهم.
- الضغوط الفيزيائية و عدم رضا الممرضين عن نظام الأجور مقارنة بطبيعة العمل الذي يقومون به، كما يعتبر خطر الإصابة بمختلف الأمراض المهنية خاصة لدى ممرضين مصلحة الأشعة والمناوبة الليلية من أسباب الضغط المهني لدى عينة البحث (مجيدر 2021).

لقد تعدت الدراسات السابقة التي إهتمت بموضوع جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرضين و اختلفت في زمانها و مكانها، لكنها إتفقت في مجملها على وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين، منها دراسة كل من المغربي (2004) و (2010) Calumbier & al، بينما توصلت دراسة كل من قهيري و كسنة (2018) و دراسة برجان و خلفان، (2020) إلى وجود مستوى متوسط من جودة حياة عمل الممرضين.

و فيما يتعلّق بالضغط المهني لدى الممرّضين فقد أكّدت كذلك هذه الدراسات على وجود مستوى مرتفع من الضغط المهني لدى الممرّضين منها دراستي (ميهوب، 2019 ; مجيدر 2021).

كما تطرقت هذه الدراسات في مجملها إلى الأسباب المرتبطة بجودة الحياة في العمل بأبعادها المختلفة أو العوامل و المصادر التي أدّت إلى الضغط المهني لدى الممرّضين فمنها من أرجعتها إلى غياب المساندة و المحيط الاجتماعي كدراسة كل من علواني (2010) و ميهوب، (2019)، أما دراسات كل من (Chapman, 1995; Culumbier & al, 2010) فقد أرجعتها إلى غياب الدعم الاجتماعي و تدهور العلاقات المهنية الإجتماعية، كما أكّدت دراسة المغربي، (2004) على أن مصادر الضغط المهني لدى الممرّضين تكمن في عدم الرضا عن الأجور و المكافآت و نقص المشاركة في إتخاذ القرارات، و يضيف إليها علواني (2010): عبء العمل، ظروف العمل الفيزيائية، الأمان في العمل، العلاقات مع المرضى صراع الدور و غموضه، بينما يحدّد مجيدر، (2021) مجموعة من الأبعاد المرتبطة بجودة حياة الممرّضين و التي تؤدّي إلى الضغط المهني وهي كالاتي: طبيعة العمل و خصوصيات مهنة التمريض، خطر الإصابة بالأمراض المهنية العمل بالمناوبة، الإكتظاظ و العدد الكبير من المرضى، نقص الأدوية و المعدات الطبيّة الإعتداءات و غياب الحماية الأمنية داخل المؤسسات الصحيّة.

لقد سعت كذلك بعض هذه الدراسات إلى الكشف عن الفروق في مستويات جودة حياة عمل الممرّضين وفق متغيّرات مختلفة، منها دراسة (2010) Calumbier & al التي توصّلت نتائجها إلى عدم وجود فروق في مستوى جودة حياة عمل الممرّضين وفق متغيّر السنّ، و هذا ما أكّدت عليه دراسة قهيري و كسنة، (2018) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الجودة وفق متغيّرات السنّ، الجنس و المؤهل العلمي، و بالمقابل توصّلت نفس الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى جودة حياة عمل الممرّضين وفق متغير الخبرة المهنية لصالح ذوي خبرة 15 سنة و أكثر، أمّا دراسة برجان و خلفان

(2020)، فتوصّلت نتائجها إلى وجود فروق في مستوى جودة حياة الممرّضين وفق متغيّر الأقدمية في العمل.

يمكننا القول أن المستوى المنخفض من جودة الحياة في العمل في إطارها العام أو في أحد أبعادها، من أهم الأسباب المؤدية إلى ظهور الضغط المهني للممرّضين، و هذا ما توصّلت إليها الدراسات السابقة الذكر.

الجانبة النظري

الفصل الثاني

جودة الحياة في

العمل

تمهيد:

تعتبر جودة الحياة في العمل من المواضيع التي لاقت إهتمام كبير من الباحثين، لما لها من تأثير مزدوج في صحّة العامل النفسية و الجسدية و في فعالية المؤسسات سواء إقتصادية كانت أو خدماتية أو إجتماعية أو تربوية، و سوف نقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى موضوع جودة الحياة في العمل، من خلال التعريف بهذا المفهوم و تبيان مراحل تطوره مع ذكر أهمية و أهداف جودة الحياة في العمل بالنسبة للعامل و المؤسسة التي يعمل فيها و أهم النظريات و التناولات التي سعت إلى تفسير جودة الحياة في العمل بشكل عام و لدى الممرّضين بشكل خاص، مروراً بأهم الأبعاد المكوّنة لها، و الآثار التي تتركها في صحّة العمال وصولاً إلى أهم الإستراتيجيات التي يمكن أن ترفع من مستوى جودة الحياة في العمل من أجل تحقيق توافق أمثل للعامل مع بيئة عمله و الرفع من مستوى رضاه الوظيفي و الوصول به إلى أقصى فعالية ممكنة.

1- المراحل التاريخية لظهور و تطور مفهوم جودة الحياة في العمل:

تعود جذور دراسة جودة الحياة في العمل إلى الفلسفة الإنسانية في الإدارة والتي انطلقت مع تيار مدرسة العلاقات الإنسانية لمايو (Mayo, 1933) و التي عرفت رواجاً كبيراً مع المدرسة السلوكية لـ (McGregor, 1960) (إبن خالد و بوحفص، 2015). و يرى (Cherns & Spink, 1975) أنّ الإهتمام بجودة الحياة في العمل كان نتيجة ظهور تيارات مهمة خلال القرن العشرين منها حركة العلاقات الإنسانية، علم النفس الإيجابي و ميثاق المنظمة العالمية للصحة (Larouche & Trudel, 1983) لقد بدأ الإهتمام بجودة الحياة في العمل أوائل الستينيات بأوروبا، و تحديداً في السويد أين ظهرت أولى الأبحاث حول ظروف العمل، و التي دفعت بالنقابيين و العمّال في مختلف المؤسسات الإقتصادية إلى إجراء تعديلات على تنظيم العمل من أجل الرفع من مستوى رفاهية العمّال (Le Corre, 2010)، ثم إنتقل هذا الإهتمام إلى الولايات المتحدة الأمريكية

في أواخر الستينيات (Dolan, 2009)، حيث قام (Bluestone, 1960) المكلف بتسيير الموارد البشرية في شركة (General Motors) الأمريكية بأولى الدراسات في هذا المجال و التي سعت إلى وضع برنامج تقييم شامل لمستوى الرضا المهني لدى العمال بهدف تطوير مجموعة من الإستراتيجيات الهادفة إلى الرفع من مستوى أدائهم المهني، و التقليل من ظاهرة الإغتراب في العمل (Le Corre, 2010) .

إستعمل مصطلح جودة الحياة في العمل لأول مرة من طرف (Davis, 1972) خلال الندوة الدولية لعلاقات العمل المنعقدة في (Arden House) بنيويورك الأمريكية التي توصلت إلى ضرورة التنسيق بين جهود الباحثين و إداريي المؤسسات من أجل بناء إطار نظري صلب حول ميادين البحث التي تتضمن جودة الحياة في العمل (Larouche & Trudel, 1983).

تميّزت المحاولات الأولى لدراسة جودة الحياة في العمل بالغموض، حيث إتّسمت هذه المرحلة بالخلط بين هذا المفهوم و بين مفهوم الرضا الوظيفي، و مصطلحات أخرى مثل الصحة النفسية في العمل و الضغط المهني، كما تعدّدت و تباينت وجهات نظر الباحثين حول جودة الحياة في العمل، فهناك من تناولها في إطار "سيرورة" هدفها التغيير و التطوير التنظيمي (Trist, 1978)، و هناك من حدّدها في إطار "مقاربة" هدفها جعل العمل أكثر ملائمة للعمال للتقليل من العزلة و الضغط المهني المنتشرين وسط العمال (Sanderson, 1978)، بينما يراها (Boisvert, 1980) كوسيلة لتحقيق غايات محدّدة مرتبطة بالعمل. أمّا (Taddeo & Lefebvre, 1978; Guest, 1979; Lemelin & Mc Neil, 1980) فيحدّدونها في إطار "فلسفة تسيير" تهدف إلى وضع أنجع الطرق التنظيمية التي تجعل العمال أكثر إرتياحية في عملهم (Tremblay- Barrette, 1990).

و يرى (Tremblay- Barrette, 1990) أن تطوّر مصطلح جودة الحياة في العمل، مرّ بمرحلتين أساسيتين: الأولى إمتدّت بين عام (1959-1970)، أين تمّ تناوله كمتغيّر أو مقارنة أو منهجية ثم كحركة، و الثانية ما بين الفترة الممتدة (1970-1980)، أين حدّد

الباحثون جودة الحياة في العمل في إطار شامل و كليّ يمسّ كل الأبعاد التي لها علاقة بالعمل و العامل. ثم بعد ذلك جرّد هذا المصطلح من ماهيته ليستبدل بمصطلحات أخرى مثل: برامج إثراء المهام، الإدارة بالأهداف و التطوير التنظيمي، ليأتي Nadler & Lawler, (1983) ليؤكدّا على أن جودة الحياة في العمل هي "طريقة و نمط تفكير".

لقد ظهرت أولى ملامح التوافق حول هذا المصطلح بداية عام (1980)، حيث قام باحثون كنديون بإعادة فحص المنشورات العلمية الصادرة خلال (35) سنة الماضية حول الموضوع، و توصلوا إلى أن جودة الحياة في العمل هي تصور و بناء ذاتي، يجب أن تتضمن أبعاد تنظيمية و إجتماعية، و أبعاد أخرى مرتبطة بالعامل (Le Corre, 2010). و ذلك لفهم أعمق لجودة الحياة في العمل و مختلف الأبعاد المكوّنة لها (Hupé, 2014).

في الأخير نستنتج أنّ مفهوم جودة الحياة في العمل تبلور في إطار مدرسة العلاقات الإنسانية (1933)، ليستعمل لأول مرّة كمصطلح من طرف Davis, (1972) في الندوة الدولية لعلاقات العمل المنعقدة بأمريكا، التي مهّدت الطريق أمام دراسات و أبحاث علمية للتعريف بهذا المصطلح و تحديد خصائصه و الأبعاد المكوّنة له، و ذلك من أجل فهم أعمق لمختلف المشاكل التي يعاني منها العمّال في محيط عملهم، و تحديد الطّرق الكفيلة للتقليل منها، و الرفع من أدائهم المهني من جهة و إنتاجية المؤسسات من جهة أخرى.

لكن بداية محاولات دراسة جودة الحياة في العمل، إنّسبت بالغموض و عدم الإتفاق بين الباحثين حول ماهية هذا المصطلح و خصائصه، و يرجع ذلك إلى تداخل جودة الحياة في العمل بمصطلحات أخرى كالرضا الوظيفي و الصّحة النفسية.

في بداية (1980)، ظهرت أولى ملامح التوافق و السعي إلى فهم معمّق لهذا المصطلح من خلال تناوله من زوايا عديدة و متعدّدة.

2- تعريف جودة الحياة في العمل:

يشير كلّ من (Johnston, Alexander & Robin, 1978)، إلى صعوبة إعطاء تعريف جامع و شامل لجودة الحياة في العمل بسبب خصوصية هذا المصطلح الذي يعتبر كمبدأ و وسيلة و غاية و فلسفة و سيرورة في نفس الوقت، و في هذا الإطار يؤكّد كلّ من (Baba, 1991 ; Walton, 1980) على عدم وجود تعريف واضح لجودة الحياة في العمل و ذلك لوجود نظريات عديدة مفسرة لها، كما أنها محلّ دراسة عدّة تخصصات كالطب، علم النفس، علم الإقتصاد، علوم التسيير و علم الاجتماع (Tremblay- Barrette, 1990). و يرجع (Tavani & al, 2014) هذا الاختلاف في التعاريف إلى ثلاث خصائص أساسية:

- جودة الحياة في العمل حالة إدراكية للعامل و بالتالي فهي ذاتية غير موضوعية.
- جودة الحياة في العمل مفهوم واسع يشمل ميادين و مجالات عديدة من حياة العمّال.
- تأثّر جودة الحياة في العمل بالإطار الاجتماعي للعامل.

سنتطرّق فيما يلي إلى مختلف التعاريف المقدمة من طرف الباحثين حول موضوع جودة الحياة في العمل، و نستهلّها بتعريف (Dion, 1986) الذي يرى أنّ "جودة الحياة في العمل هي مجموعة من النشاطات الهادفة إلى تحسيس مسؤولي المؤسسات و النقابات و العمال بالمشاكل ذات الطابع الإنساني في العمل، و تغيير عقليّاتهم و مرافقتهم معا من أجل تبني طرق جديدة في تنظيم العمل" (Laflamme, 1994: 26).

أمّا (Cummins, 1996)، فيرى أنّ جودة الحياة في العمل هي "الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا الوظيفي، فهي لا تقتصر على إزالة العراقيل و العقبات بل تسعى أيضا إلى تنمية النواحي الإيجابية لدى العامل" (إبن خالد و بوحفص، 2015: 118).

بينما يحدّدها (Lewis & al, 2001) بمجموعة من الأنشطة التي تمارسها المؤسسة بغية تنمية و تطوير الحياة أثناء العمل، مما ينعكس إيجابا على إنتاجية المنظمة (عبد الفتاح، 2011: 200).

و حسب (Brooks, 2001) فإنّ جودة حياة عمل الممرضين تتمثّل في " الدرجة التي يشبع من خلالها الممرضين حاجاتهم الشخصية خلال مساهمهم المهني، مع عدم إهمال الأهداف العامة للمؤسسة الصحية و العمل على تحقيقها " (Hupé, 2014: 19)، لتعود سنة (2004) لتقدّم تعريفاً آخر مع زميلتها Anderson لجودة الحياة في العمل التي تتمثّل في " بناء يهدف إلى تقييم العمل و مشاعر العمال بطريقة مرضية و متوازنة مقارنة بمحيط العمل " (Brousseau, 2015: 20).

بينما تتمثّل حسب (Dong-Jin Lee, 2007)، في رضا العمال عن سبع حاجات وهي: الحاجة إلى الأمان الوظيفي و الرعاية الصحية، الحاجات المالية و الأسرية، الحاجات الاجتماعيّة، الحاجة إلى الإحترام، الحاجة إلى تحقيق الذات، الحاجة إلى المعرفة و الحاجات الجمالية (أبو اليزيد، 2015: 387).

أمّا جاد الرّب، (2008) فيرى أنّ جودة الحياة في العمل هي " مجموعة من العمليات المتكاملة و المخططة و المستمرة، التي تستهدف تحسين مختلف الجوانب التي تؤثر في الحياة الوظيفية للعمال و حياتهم الشخصية أيضاً، و التي تساهم بدورها في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمنظمة و العاملين فيها و المتعاملين معها " (جاد الرّب، 2008: 8).

و تتمثّل جودة الحياة في العمل حسب (Pavithra & Barani, 2012)، في توفير بيئة عمل مناسبة للعمال، و مساعدتهم في الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي، و تنمية كفاءاتهم و تحقيق التوازن بين حياتهم المهنّية و الشخصية (الزيادي، 2015: 257).

بينما يشير (Shani, 2013) إلى جودة الحياة في العمل بـ"ظروف العمل التي تحدد العلاقة بين العامل و بيئته و بعدها الإنساني، و التي تساهم في مجملها في الرفع من مستوى الرضا الوظيفي للعامل و تحقيق أهداف المؤسسة" (الشنطي، 2016: 35).

لقد تعدّدت و تنوّعت التعاريف حول موضوع جودة الحياة في العمل، فكلّ باحث تناولها في إطار تخصصه و إتجاهاته العلمية، لكنّها إتفقت على العموم حول جوهر هذا

المصطلح و نتائجها على صعيد العامل و المؤسسة، إذ يشيرون إلى أنّ جودة الحياة في العمل هي مجموعة من الإجراءات التي تتخذها المؤسسات بهدف تحقيق الأهداف الخاصة بالعمال من خلال إشباع حاجاتهم و تحسين بيئة و ظروف عملهم، بهدف الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي و تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة التي يعملون فيها.

و بالتالي يمكننا تعريف جودة الحياة في العمل على أنّها نظام تسيير المؤسسات يحتوي على مجموعة من البرامج و الأنشطة التي تهدف إلى تحسين مختلف جوانب حياة العمال، و هذه الجوانب تشمل ظروف و بيئة العمل، عبء العمل و العلاقات الإنسانية و الإجتماعية داخل المؤسسات، ضف إلى ذلك رضا العمال عن نظام الأجور و العطل، مستوى الإستقلالية و المشاركة في إتخاذ القرارات و الشعور بالأمن و الأمان المهنيين.

3- أهمية جودة الحياة في العمل:

ترتبط جودة الحياة في العمل حسب Trist, (1981) بجوانب عديدة من العمل كالمكانة الإجتماعية و الإقتصادية للمهنة، الأمن و الصحة المهنية، الإستقلالية، التدريب و التطور الوظيفي، الأجور و المكافآت و العدالة التنظيمية (Tessier & Tellier, 1992) و يؤكّد Dolan, (2009) على أهمية جودة الحياة في العمل من خلال الرفع من إنتاجية المؤسسات و الحفاظ على تنافسيتها في السوق الدولية، فهي سبيل ضمان الإستمرارية و التطور المؤسّساتي، كما تكتسي أهميتها من خلال الإبتعاد عن المقاربات التقليدية في التسيير و تبني نموذج جديد أكثر شمولية يراعي الراحة النفسية و الجسدية للعمال، و بالتالي فهي مرتبطة بثقافة تنظيمية و نمط تسيير جديد يحفظ كرامة العمال، و ينمّي شعورهم بالمسؤولية المهنية و الإلتزام للمؤسسة.

و تتجلى أهمية جودة الحياة في العمل من خلال تأثيرها المباشر و الغير مباشر في الكثير من الظواهر و السلوكات الإدارية، و على سيرورة المؤسسات سواء فيما يتعلّق بأداء العمال و مردوديتهم أو بتخفيف الأهداف العامة للمؤسسة، كما تكتسب أهميتها من خلال إستراتيجياتها المتكاملة التي تهدف إلى الرفع من مستوى التنافسية على الصعيد الداخلي

و الخارجي للمؤسسة، و إستقطاب الموارد البشرية الكفوءة و المحافظة عليها (نجيمي 2015).

و يرى بدوي، (2015) أنّ جودة الحياة في العمل تكتسي أهميتها من خلال:

- المساهمة في توفير بيئة عمل صحية و آمنة.
- المساهمة في التقليل من عبء العمل و إرغاماته و متطلّباته.
- الرفع من مستوى الرضا الوظيفي لدى العمال و تعزيز إلتزامهم بالمهنة و دافعيّتهم للإنجاز.

- توفير ظروف عمل ملائمة للعمال لتحقيق الفعالية التنظيمية.
- التحسين من ممارسات إدارة الموارد البشرية (بوبر، 2016).
- أمّا (جاد الرّب، 2008 ; السّالم، 2009 ; السّراج، 2017)، فيحدّدون أهمية جودة الحياة في العمل في:

- تحقيق التوازن بين الأهداف الشخصية للعامل و بين الأهداف العامّة للمؤسسة.
- توفير بيئة عمل إيجابية و مدعّمة للعامل.
- التقليل من حوادث العمل و نسبة التغيب أو الغياب عن العمل.
- التقليل من معدّل دوران العمل (البياري، 2018).

يمكن القول أنّ جودة الحياة في العمل تكتسي أهمية كبيرة بتركيزها على العامل كعنصر أساسي و فعال في أيّ تنظيم، كما أنّها أحد وسائل رفع إنتاجية المؤسسات و تحقيق رفاهية العمال و الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي، إذ أنّها تسعى إلى تلبية و تحقيق الإحتياجات الشخصية لديهم من جهة و تحقيق الأهداف العامّة للمؤسسة من جهة أخرى. كما تعتبر أحد وسائل الوقاية من مختلف الأخطار النفسية-الإجتماعية في العمل كالضغط المهني.

4- أهداف جودة الحياة في العمل:

تسعى جودة الحياة في العمل إلى تجديد التطور الفكري و المعرفي للعمال، من خلال تدريبهم و تكوينهم لتحكم أمثل في أعمالهم، مع تطوير مناخ تنظيمي تسوده روح التعاون الجماعي و المسؤولية المشتركة، و بناء علاقات إنسانية و إجتماعية يسودها التقدير و الإحترام المتبادل بين العمال (عقون، 2016).

و تهدف جودة الحياة في العمل إلى توفير متطلبات الإستقرار الوظيفي، و إعادة تصميم و إثراء المهام لتواكب التطورات الحاصلة في ميدان الشغل، ضف إلى ذلك تعديل و تحسين نظم الأجور و المكافآت أو الحوافز سواء المادية منها أو المعنوية، و إتاحة فرص الترقى و التقدم الوظيفي للعمال، و صيانة كرامتهم و خصوصياتهم (مقنين و فرنان، 2012).

أما Hunt فيرى أن أهداف جودة الحياة في العمل تتجلى في زيادة ثقة العمال بقدراتهم وإتاحتهم فرص المشاركة في حل المشكلات و إتخاذ القرارات و زيادة الفعالية التنظيمية (Tavani, 2014). بينما يؤكد جاد الرب، (2008) على أن جودة الحياة في العمل تهدف إلى:

- تحسين و تحقيق التوازن بين الحياة العملية و بين الحياة الشخصية و العائلية للعامل.
- زيادة الرضا الوظيفي للعامل و الرفع من مستوى ولائه للمهنة و المؤسسة.
- تحسين ظروف العمل و التقليل من نسبة حوادث العمل و التكاليف الناتجة عنها.

تهدف جودة الحياة في مجملها إلى إجراء تعديلات و تغييرات إيجابية في ميدان العمل و جعله أكثر ملائمة بالنسبة للعامل، وذلك من خلال تحقيق التفاعل و التوازن الإيجابي بين مختلف العناصر المكوّنة لهذا العمل، وهذا لا يتم إلا من خلال تعزيز دور العامل داخل المؤسسة و العمل على بناء ثقافة مؤسّساتية سليمة و عادلة مبنية على شبكة من العلاقات الإنسانية و الإجتماعية التي تسمح بخلق بيئة عمل أكثر إيجابية للعامل

و ظروف عمل تتوافق مع قدراته و طاقاته، مقابل أجر يحفظ كرامته و إحترام يزيد من مستوى شعوره بالولاء و الرفاهية في العمل.

5- النظريات المفسرة لجودة الحياة في العمل:

إهتمت العديد من النظريات بالعامل في العمل من أجل فهم أفضل للعلاقة القائمة بين هذين العنصرين الأساسيين في أي مؤسسة مهما كان طابعها، فمنها من ركزت على الجانب الإقتصادي و إنتاجية المؤسسات، مهمة بذلك العامل كمحرك أساسي لها و بإعتباره فرد لديه مشاعر و طموحات و أهداف يسعى إلى تحقيقها في منصب عمله. و من بين هذه النظريات نجد الإدارة العلمية لـ فريديريك تايلور، مبادئ الإدارة لـ هنري فايول، و النظرية البيروقراطية لـ ماكس فيبير...، هذه النظريات في مجملها تميّزت بعدم مراعاة الجانب الإنساني للعامل و ظروف عمله، و كردة فعل لها ظهرت تيارات جديدة تدعو إلى إعادة النظر في هذه المبادئ، و الإتجاه إلى الإهتمام بالموارد البشري كعنصر فعال في المؤسسات و تبني نماذج تحليلية تركز على الجانب الإنساني للعامل (Hupé, 2014). ومن بين هذه التيارات نجد حركة العلاقات الإنسانية لـ (Alton Mayo, 1933)، و المدرسة السلوكية لـ (Mc Gregor, 1960)، اللتان ردّتا الإعتبار للقيم الإنسانية في العمل و مكانة العامل داخل المؤسسة، إذ أكّدتا على ضرورة توفير محيط عمل إيجابي يسمح للعمال بتحقيق حاجاتهم الخاصة و تحسين جودة حياتهم في العمل، و في هذا الإطار أكّد Bergeron (1982)، على وجوب تمحور جودة الحياة في العمل على العامل كعنصر أساسي وجوهري في تطوّر المؤسسات إذ على المديّرين تعديل جانب أو عدة جوانب من العمل و خلق وضعيات جديدة تسمح بإشباع حاجات العمال، و في نفس الوقت تحقيق الأهداف العامة للمؤسسات (Barbani, 1993).

تتدرج التناولات المختلفة حول جودة الحياة في العمل على أساس مدرستين كل منها تحاول التركيز على جوانب معينة، فالتناول الأول يدرسها على أساس مقارنة مدرسة الموارد

البشرية التي تؤكد على إرضاء حاجات الأفراد، أمّا التناول الثاني فيدرسها على أساس المقاربة التقنية- الإجتماعية.

5-1- مدرسة الموارد البشرية:

يشير مفهوم إدارة الموارد البشرية إلى مجموع الأنشطة النظامية التي تستهدف جذب اليد العاملة و الحفاظ عليها و تطويرها و تنميتها، بما يحقق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة فهي تتمحور من هذا المنطلق حول أداء العديد من الأنشطة الإدارية كالخطيط و تصميم الوظائف و تعيين العمال و تقييم أدائهم، مع وضع نظام للأجور و الحوافز، و العمل على تدريب و تنمية الموارد البشرية للمؤسسة (زايد عادل، 2003: 45).

تركّز هذه المدرسة على ضرورة إشباع الحاجات الداخلية و الخارجية للعامل على نحو يجعله أكثر ارتياحا في العمل، و في هذا الصدد يرى (Guérin, 1996) أنّ فلسفة الإدارة لا بد أن تدعم رغبة العامل في الانتماء لجماعة العمل و المؤسسة ككل، و ذلك من خلال إتاحة حرية التعبير للعمّال، و العمل على حلّ مختلف الصراعات داخل المؤسسة مع الإهتمام بالجانب الاجتماعي و النفسي للعامل (إبن خالد و بوحفص، 2015).

لقد إقترح رواد هذا الإتجاه إعادة تقييم دور العمال في المؤسسة مركّزين على ضرورة إشراك العمال في إتخاذ القرارات، الحرية و الإستقلالية في العمل... و ذلك من منظور يسمح بتحقيق رفاهية العمال و إشباع حاجاتهم الأساسية، و في هذا الإطار أكّد (Sandeson, 1987) على أهمية مشاركة العمال في إتخاذ القرارات المتعلقة بمهامهم و إتاحة حرية التصرف فيها و تسييرها و إثرائها، و إخضاعهم للتكوين و التدريب الضروريين من أجل زرع روح المسؤولية لديهم، و الرفع من مستوى رفاهيتهم و رضاهم الوظيفي. و لتحسين جودة الحياة في العمل في إطار هذا المنظور، أكّد كل من (Harrick, 1972 ; walton, 1974 ; Boisvert, 1981) على ضرورة التركيز على الأبعاد التي تساهم في الرفع من مستواها، و تسمح بإشباع حاجات العمال، كوجود نظام تعويض عادل في توزيع عائدات و أرباح المؤسسة، وجود ظروف عمل آمنة و صحية

و سليمة، إتاحة فرص التطور الشخصي للعمال، الديمقراطية في العمل من خلال مشاركة العمال في إتخاذ القرارات و الإنفرادية في إنجاز المهام (Larouche & Trudel, 1983).
لقد جاءت مدرسة الموارد البشرية كردّ فعل إتجاه نظرية الإدارة العلمية للعمل، لتردّ الإعتبار للمورد البشري كعنصر فعال في المؤسسات، و تقدّم مقارنة جديدة تركز أساسا على إشباع حاجات العامل الشخصية من خلال العمل، و تحقيق رفاهيته و الرفع من مستوى رضاه الوظيفي، و هذا لا يتحقق حسب هذه المقاربة إلا عن طريق تحسين جودة حياتهم المهنية من خلال إشراك العمال في إتخاذ القرارات و توفير ظروف عمل صحية و آمنة و وجود نظام عادل من الأجور والحوافز.

5-2- المقاربة الإجتماعية- التقنية:

ظهرت الأبحاث الأولى في هذا الإتجاه على يد كل من (Emery & Trist, 1982) من خلال أبحاثهم بمعهد Tavistock Institute of Human Relation بلندن، و التي نشرت مخرجاتها من طرف (Louis & David, 1977) اللذان أكّدا على ضرورة مراعاة مفهوم جودة الحياة الوظيفية للعمال و محيط العمل، و الظروف التي يؤدّون فيها مهامهم مع التركيز على جماعات العمل و الإهتمام بالجانب الإنساني داخل المؤسسة، و قد أطلقوا على هذا النسق مصطلح " النسق التقني-الإجتماعي " (إبن خالد و بوحفص، 2015).

ترتكز المقاربة الإجتماعية-التقنية على مبدأ الوصول بفعالية العمل إلى أقصى مستوياته من خلال الربط و التنسيق بين الجوانب الإجتماعية و الجوانب التقنية داخل المؤسسة و تعزيز التفاعل بينها، فالجانب الاجتماعي هنا يتمثل في العامل البشري الذي يشمل العلاقات الإجتماعية، نظم الإتصال و القيادة الإدارية، أنظمة التقويم و التقييم المكافآت، المهام و المسار المهني، صف إلى ذلك ميكانيزمات و إستراتيجيات التكيف و إدماج العمال داخل المؤسسة و إستراتيجيات التعايش معها، الإنتقاء و التكوين. بينما يشمل الجانب التقني على طرق و برامج العمل، إضافة إلى فرق و وسائل العمل بمعنى الإهتمام و التركيز على كل العناصر التي تساهم في تحويل المدخلات إلى

مخرجات. و في نفس السياق يشير Goodman, (1979) إلى كون معايير جودة الحياة في العمل تستند إلى التغيير من طرق تنظيم العمل في جوانبه العديدة لجعله تجربة مرضية للعمال، و العمل على إيجاد الحلول لمختلف المشكلات المرتبطة به (Barbani, 1993).
بينما أكد Lareau, Johnston, Alexander & Robin, (1978) على وجوب إعادة بناء نماذج و طرق عمل أكثر نجاعة و فعالية، مع الإهتمام بالتكيف التكنولوجي للعمال و تعديل النسق التنظيمي، فجودة الحياة في العمل حسبهم يجب أن تراعي المشاركة الواسعة للعمال في الوسط المهني مما يحقق لهم التطور المطلوب، و في نفس السياق يؤكد Srinivas, (1980) على أن تحسين حياة العمال لا يتم إلا من خلال التركيز على العوامل الاجتماعية و التقنية داخل المؤسسة و إشراك العنصر البشري فيها (إبن خالد و بوحفص 2015).

في الأخير يجدر الإشارة إلى وجود بعض الاختلافات بين مدرسة الموارد البشرية و المدرسة الاجتماعية- التقنية، إلا أنهما مكملتان لبعضهما البعض و متداخلتين فيما بينهما. و في هذا السياق يؤكد Jenkins, (1981) على أن جودة الحياة في العمل مفهوم يشمل أنواع متعددة من البرامج و التقنيات و نظريات و أنماط التسيير و تنظيم المؤسسات التي يكمن هدفها مجتمعة في الاستفادة القصوى من مهارات و قدرات العمال الفردية و الجماعية و العمل على إشباع حاجاتهم، و الرفع من مستوى رضاهم المهني مع تحسين فعالية المؤسسات و إنتاجيتها (Larouche & Trudel, 1983).

لقد أكدت المقاربة الاجتماعية - التقنية على ضرورة الإهتمام بجماعات العمل و بالجانب الاجتماعي للعمال داخل المؤسسات و السعي إلى إعادة تصميم العمل و التعديل من النسق التنظيمي لجعله أكثر فعالية. و ترى هذه المقاربة أن جودة الحياة في العمل تسعى للوصول إلى أقصى مستويات الفعالية التنظيمية، من خلال الربط بين الجوانب الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية و نمط القيادة الإدارية...) و الجوانب التقنية للعمل داخل المؤسسات (طرق و وسائل و فرق العمل...) و تعزيز التفاعل الإيجابي بين هذين الجانبين.

5-3- مدخل إدارة الجودة الشاملة:

لقد بدأ التركيز على مفهوم الجودة الشاملة في اليابان خلال القرن العشرين، ثم إنتشر في أمريكا و الدول الأوروبية، و من ثم باقي دول العالم (سيد سالم، 2012). و يشير مفهوم الجودة الشاملة حسب منظمة الجودة البريطانية BQA إلى « الفلسفة الإدارية للمؤسسة التي تسعى من خلالها تحقيق كلّ من إحتياجات المستهلك، و تحقيق أهداف المؤسسة معا » و في هذا الإطار يرى Coll أنّ هذا المفهوم ما هو إلا تعبير عن « نظام إداري يضع رضا العمال على رأس الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح ذات المدى القصير، إذ أنّ هذا الاتجاه يحقق أرباحا أكثر ثباتا و إستقرارا على المدى الطويل، بالمقارنة مع المدى الزمّني القصير » (عبد الفتاح، 2012: 23).

من رواد هذا التيار نجد كلّ من Edwards, Deming & Crosby، الذين حاولوا ربط مفهوم جودة الحياة في العمل بمفهوم الجودة الشاملة، إذ نادوا إلى زيادة صلاحية العمال و تقوية علاقاتهم و إرتباطهم بوظائفهم، فهي من المداخل الحديثة التي ركّزت على العامل كمحور النشاط الوظيفي مدعوم بمبدأ العمل الجماعي (حافظ و برقعان، 2002).

ظهرت إدارة الجودة الشاملة كمدخل إداري يركز على الجودة التي تعتمد على مساهمة جميع أفراد المؤسسة في تحقيق النجاح على المدى الطويل، من خلال تحقيق الرضا الوظيفي للعمال و تلبية إحتياجاتهم من جهة، و تحقيق أهداف المؤسسة من جهة أخرى، و يعرف أوكلاند إدارة الجودة الشاملة على أنها " الوسيلة التي تدار بها المؤسسة لتطوّر من فعاليتها و وضعها التنافسي على نطاق العمل ككل" (عبد الفتاح، 2012). و يمثّل هذا التيار مجموعة من المبادئ و القيم الإدارية الجديدة التي تنتظر إلى المؤسسة كنظام إجتماعي يحتوى على أفراد لديهم إتجاهات و طموحات و دوافع و سلوكيات، يجمعهم نظام واحد من العلاقات الإجتماعية، و يمثّل هؤلاء الأفراد العنصر الأهم الذي يسمح بإستمرارية و نجاح المؤسسات، فهي إذن تجسيد لفلسفة إدارية و وسيلة لإدارة التغيير (قهري و كسنة، 2018).

و تسعى إدارة الجودة الشاملة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التي تتمحور حول العنصر البشري كمورد أساسي في المؤسسة و هي كالآتي:

- الرفع من مستوى الرضا الوظيفي لدى العمال و تنمية روح التعاون و العمل الجماعي لديهم أثناء آدائهم لمختلف المهام.
- العمل على تحسين و تطوير طرق و أساليب العمل.
- الرفع من مستوى الفعالية التنظيمية من خلال زيادة مشاركة العمال في إتخاذ القرارات و فتح قنوات الإتصال بين الإدارة و العمال.
- التقليل من معدلات التغيب أو الغياب عن العمل، و من مستوى الضغط المهني لدى العمال (عرفة سيّد، 2012).

و في نفس السّياق يشير جاد الرّب، (2008) إلى أن جودة الحياة في العمل تسعى إلى توفير المناخ الملائم لتطبيق معايير الجودة الشاملة، من خلال تهيئة الإطار المناسب لها و توفير بيئة عمل إيجابية تساعد العمال على القيام بأعمالهم بقدر عال من الإرتياحية و الكفاءة، و قد أكّد (Abdullah & tari, 2012) على ضرورة تركيز ممارسات إدارة الجودة الشاملة على العمال، و العمل على إدماجهم في بيئة عمل مناسبة و مرضية للعمال مع السعي إلى تدريبهم و تطويرهم مهنيًا، و في هذا الإطار أكّدت نتائج دراسة Ooi & al, (2013) التي شملت (202) عامل في شركة تصنيع بماليزيا، على تأثّر جودة الحياة في العمل بممارسات إدارة الجودة الشاملة المتمثلة في القيادة، التركيز على العمال، إدارة العمليات و المعلومات، كما توصّلت نتائج دراسة (Liu & Liu, 2014) بتايوان إلى أنّ ممارسات إدارة الجودة الشاملة لا تؤدّي فقط إلى زيادة ولاء العمال للمؤسسة، و رفع مستوى رضاهم الوظيفي، بل تساهم أيضا في التقليل من عبء العمل، و خطر الإصابة بضغط العمل (أحمد فواتيح و مبارك، 2006).

لقد حاول رواد إدارة الجودة الشاملة الربط بين مفهوم جودة الحياة في العمل و مفهوم الجودة الشاملة التي ترى أنّ المؤسسة هي نظام إجتماعي متكون من مجموعة من الأفراد يجمعهم نظام واحد من العلاقات الإجتماعية، و بالتالي وجب الإهتمام بإتجاهات و طموحات العمّال و السّعي إلى إشباعها في إطار هذا النظام من العلاقات الإجتماعية و ذلك من خلال تكريس مجموعة من المبادئ، و القيم الإدارية الجديدة التي تهدف إلى توفير بيئة عمل إيجابية تحقق الرفاهية للعامل و الإستمرارية للمؤسسة.

في الأخير يمكن القول أن بداية الإهتمام بالعمل و فعالية المؤسسات كان بهدف الرفع من إنتاجية هذه الأخيرة فقط متناسية دور العامل كمحور جوهري داخلها، وهذا ما إلتمسناه من مدرسة الإدارة العلمية للعمل التي ركّزت على الجانب الإقتصادي و إنتاجية المؤسسات و جعلت من العامل مجرد آلة، مهمة بذلك الجانب الإنساني و الإجتماعي الذي يؤثر في جودة المؤسسات و فعاليتها، و نتيجة لذلك ظهرت مدارس أخرى سعت إلى الإهتمام بهذا العنصر الفعال و بجودة حياته المهنية، إذ إستحوذت هذه الأخيرة على إهتمام الكثير من الباحثين في محاولة لفهمها و تفسيرها و تحديد مختلف الأبعاد المرتبطة بها، و في هذا الإطار نجد مدرسة الموارد البشرية التي ركّزت على العامل كمحور أساسي و جوهري داخل المؤسسات، بحيث ترى أنّه من واجب الإدارة العمل على اشباع الحاجات الداخلية و الخارجية للعمّال من خلال إشراكهم في اتخاذ القرارات و منحهم حرية أكبر في التصرف. و قد دعت هذه المدرسة إلى الإهتمام بمختلف الأبعاد المكوّنة لجودة الحياة في العمل و التي تساهم في الرفع من مستوى رفاهية العمال و رضاهم الوظيفي، لتأتي المقاربة الاجتماعية-التقنية التي ركزت على ضرورة الإهتمام بالجانب الإنساني داخل المؤسسات للوصول إلى مستوى عال من الفعالية المهنية، و ذلك من خلال الرّبط و التنسيق بين الجوانب الاجتماعية و الجوانب التقنية في العمل مع تعزيز التفاعل بينهما، بحيث يمثّل الجانب الاجتماعي العامل و نظم الاتصال و نمط القيادة و أنظمه التقييم و التقويم، ضف إلى ذلك المهام، المكافآت و إستراتيجيات التكيف و التعايش مع متطلبات العمل و إرغاماته.

أما الجانب التقني فيشير إلى طرق و وسائل العمل، بيئة و ظروف العمل، و لتحقيق جودة حياة عمل جيدة يجب تحقيق التوازن بين هذين الجانبين من خلال تعديل و تكييف طرق تنظيم العمل و جعلها أكثر فعالية بالنسبة للعمّال.

بينما سعت مدرسة إدارة الجودة الشاملة إلى ربط مفهوم جودة الحياة في العمل بمفهوم الجودة الشاملة، إذ أكد أنصار هذا الإتجاه على ضرورة زيادة صلاحيات العمال و تقويه علاقتهم بالعمل كونهم المحور الأساسي للنشاط الوظيفي، كما أنّ المؤسسة هي نظام اجتماعي يحتوي على أفراد ذات إتجاهات و طموحات و دوافع و سلوكيات يجمعهم نظام واحد من العلاقات الإجتماعية، و بالتالي فمن الضروري مراعاة هذا العنصر و العمل على الرفع من مستوى رضاه الوظيفي، و تحقيق تكيف أمثل له في بيئة و مركز عمله من خلال تطوير و تحسين طرق و أساليب العمل داخل المؤسسات، و توفير بيئة عمل إيجابية تساعد العمال على القيام بأعمالهم بقدر عال من الإرتياحية.

6- النماذج المفسرة لجودة الحياة في العمل:

بعد تناولنا لمختلف المدارس و النظريات المفسرة لجودة الحياة في العمل مثل مدرسة الموارد البشرية و المقاربة الإجتماعية-التقنية و مدخل إدارة الجودة الشاملة، سنقوم فيما يلي بعرض أهم النماذج المقترحة من طرف مجموعة من الباحثين في تناولهم و محاولة تفسيرهم لجودة الحياة في العمل.

6-1- نموذج (Walton, 1973):

يعتبر هذا النموذج من المحاولات الأولى في سياق التناولات المختلفة لجودة الحياة في العمل، و من رواده (Walton, 1973) الذي إقترح من خلال هذا النموذج تقديم رؤية متكاملة لجودة الحياة في العمل من خلال التركيز على مجموعة من الأبعاد المتمثلة في التعويضات المالية العادلة، ظروف العمل الصحية و الآمنة، تطوير المعارف و المهارات وجود فرص الترقى و الأمان الوظيفي، الشعور بالإنتماء للمؤسسة، المناخ الوظيفي العادل

المكونات الوظيفية المتنوعة، جداول و ساعات العمل المرنة و المناسبة و إلزام المؤسسة بمسؤولياتها الأخلاقية (حافظ و برقان، 2002).

يرى (Walton, 1975) أن جودة الحياة في العمل تشمل جميع جوانب الحياة العملية، فعلى المؤسسات إذن التعرف على مستوى هذه الجودة من خلال قياس معدلات التغيب و الإستقالة لدى العمال، و معرفة نسبة حوادث العمل و قياس مستوى الرضا الوظيفي لديهم، و في نفس السياق يؤكد Walton على أن تحقيق جودة حياة عمل جيّدة لا تتحقق إلا عن طريق مجموعة من الإجراءات المتمثلة في التعويض، توفير ظروف عمل مناسبة، مع إتاحة فرص التطور الوظيفي للعامل و تمكينه من التحكم في وظيفته و تعزيز إستقلاليته في العمل، ضف إلى ذلك تحسين المناخ الاجتماعي داخل المؤسسات من خلال بناء علاقات إجتماعية جيدة مع زملاء العمل و المشرفين و الإدارة، كما يجب العمل على تحقيق التوازن بين الحياة الشخصية و الحياة المهنية للعامل، فعلى المؤسسة تحمّل مسؤولياتها التنظيمية والعمل على تحسين سياساتها وإستراتيجياتها المتبعة (شيخي، 2013).

لقد توصّل (Walton 1975) من خلال دراساته حول خبرات العمال المكتسبة داخل محيط العمل، إلى وجود ثمانية أبعاد رئيسية محدّدة لجودة الحياة في العمل و هي: نظام الأجور و المكافآت المستحقة و العادلة، ظروف العمل الصحية و الآمنة، التوازن بين الحياة الوظيفية و الحياة الشخصية للعامل، فرص نمو و تطوير القدرات المهنية للمورد البشري (التدريب و التكوين)، نظام الترقية العادل، المشاركة في تنظيم العمل و إتخاذ القرارات الإندماج الإجتماعي للعمال داخل المؤسسات، من خلال بناء علاقات إنسانية تركز على التفاهم و التعاون و الإحترام و التكافل الإجتماعي في العمل، و أخيرا التقدير و الإحترام و الأهمية الإجتماعية للعمل (Tavani, 2014).

يعتبر نموذج (Walton, 1973)، من أولى المحاولات العلمية في تفسير جودة الحياة في العمل من خلال إطار كلي شامل لجميع الأبعاد المكوّنة للعمل، و التي من شأنها أن تؤثر إيجاباً أو سلباً في العامل و في مستوى جودة حياته في العمل، فهذه الأخيرة حسب هذا

النموذج ما هي إلا إستراتيجية تسعى إلى إشباع حاجات العمال من خلال العمل، و الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي و من أدائهم و فعاليتهم التنظيمية، ممّا يسمح بالمؤسّسة بإستغلال أقصى لقدراتهم و إمكانياتهم، بما يعود بالنفع عليها دون إلحاق الضرر بهم.

لقد ظهرت نماذج أخرى تناولت موضوع جودة الحياة في العمل داخل المؤسّسات الصحيّة و بالتحديد لدى الممرّضين، و قد أشار (2011) Veugharseyyedin, إلى إتفاق الباحثين في القطاع الصحي على وجود نموذجين أساسيين مفسّرين لجودة الحياة في العمل لدى الممرّضين الأول لـ O'brien-Pallas & Bauman, (1992) يرى أنها " سيرورة " و الثاني لـ Beth A. Brooks, (2001) يتناولها كـ"نتيجة" مرتبطة بأبعاد عديدة كالرضا الوظيفي (Hupé, 2014).

6-2- نموذج O'brien-Pallas & Bauman, (1992):

ظهر هذا النموذج النظري في إطار المحاولات الأولى التي تهدف إلى تحليل وفحص مختلف المتغيرات المرتبطة بجودة حياة عمل الممرّضين و وصف مختلف الخصائص الفردية و التّنظيمية و الإجتماعية التي تؤثر في عملهم، مع الأخذ بعين الإعتبار السياسات المطبقة في القطاع الصحي وسوق العمل.

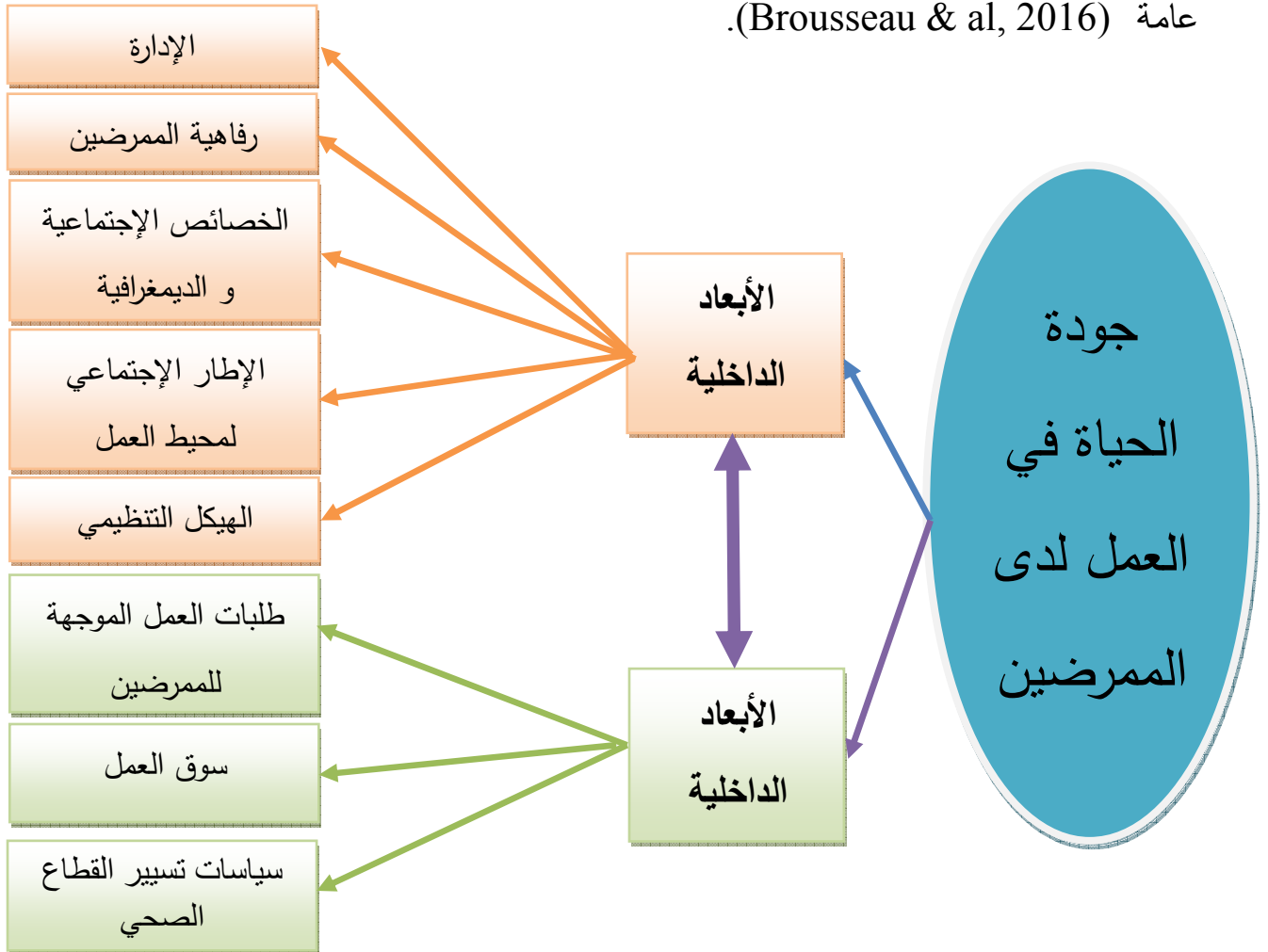
لقد حاول هذا النموذج تفسير جودة حياة عمل الممرّضين عن طريق وصف عوامل الرضا الوظيفي، و في هذا السّياق يؤكّد (2003) O'brien-Pallas & Bauman, على صعوبة التدقيق في مفهوم جودة حياة عمل الممرّضين كونها مرتبطة في نفس الوقت بأبعاد داخلية و أخرى خارجية مرتبطة بالعمل (Brousseau, 2006)، و بناء على ذلك حاولا إيجاد تقارب بين محيط عمل الممرّضين و خبرتهم المهنية و الخصائص المرتبطة بالسياسات المعتمدة في تسيير القطاع الصحي، و ذلك من خلال تصنيف مختلف أبعاد محيط عمل الممرّضين إلى مجموعتين من الأبعاد المرتبطة بمهنة التمريض (Brousseau, 2015) و هي كالآتي:

❖ الأبعاد الداخلية:

ترتكز هذه الأبعاد حول أربعة محاور أساسية و تتمثل في الإدارة، رفاية الممرضين الخصائص الاجتماعية و الديمغرافية و الإطار الاجتماعي لمحيط العمل، كما تتضمن كذلك الإطار العام لتنظيم العمل و الأساليب الإدارية المتبعة على مستوى الهيكل التنظيمي.

❖ الأبعاد الخارجية:

تتمحور هذه الأبعاد حول الطلبات الموجهة للممرضين من طرف الإدارة أو المشرفين أو المرضى و ذويهم، إضافة إلى سوق العمل و السياسات المنتهجة في تسيير القطاع الصحي عامة (Brousseau & al, 2016).



الشكل رقم (01): أبعاد جودة حياة عمل الممرضين حسب نموذج O'brien-Pallas & Bauman, (1992)

المصدر: (Brousseau, 2015)

و حسب O'brien-Pallas & Bauman، فإنّ هذه الأبعاد الداخلية و الخارجية تتفاعل فيما بينها و تؤثر بدورها في جودة حياة عمل الممرضين، و قد أكد Blythe & al, (2003) على أنّ هذه الأبعاد في علاقة تأثير و تأثر بقرارات المسيرين، كما أنّ عمل الممرضين يقع في إطار إجتماعي و ثقافي يربط بين الخبرة الشخصية للممرضين، و الإطار الإجتماعي و الثقافي داخل المؤسسة الصحيّة و سوق العمل (Brousseau, 2006).
لقد ركز هذا النموذج على الإطار السوسيو-اقتصادي و السياسي للعمل، لكن أهمل بالمقابل العنصر البشري داخل المؤسسات الصحية، المتمثل في المعالجين بصفة عامة و الممرضين بصفة خاصة (Brousseau & al, 2016)، و في هذا الإطار أكدت Brooks, (2001) و Hino, (2011) على أنّ هذا النموذج ناقص في المحتوى، إذ أنّه أهمل أبعاد أخرى لها علاقة مباشرة بجودة حياة عمل الممرضين (Hupé, 2014).

لقد جاء هذا النموذج النظري ليحلّل مختلف المتغيّرات المرتبطة بجودة الحياة في العمل لدى الممرضين و مختلف الخصائص المؤثرة في أداء مهنة التمريض، كما حاول تفسير جودة حياة عمل الممرضين من خلال أبعاد داخلية مرتبطة بالعمل كالإدارة، الإطار العام لتنظيم العمل و الأساليب الإدارية، إضافة إلى أبعاد خارجية تتمثل في الطّلبات الموجهة للممرضين، سياسات تسيير القطاع الصحي و سوق العمل. هذه الأبعاد ترتبط وتتفاعل فيما بينها لتؤثر بدورها في جودة الحياة في العمل، لكن في المقابل أهمل نموذج O'brien-Pallas & Bauman, (1992) خصائص المورد البشري المتمثل في عنصر الأطباء و الممرضين و التي تؤثر في جودة حياة عملهم، كما أهمل أيضا أبعاد أخرى ذات علاقة و تأثير مباشر في جودة حياة عمل الممرضين كالعلاقات الإجتماعية.

6-3- نموذج Brooks, (2001)

يعتبر هذا النموذج منطلق البحث الحالي الذي إعتمدنا عليه في التعرّف على واقع جودة حياة عمل الممرضين و علاقته بالضغط المهني.

تأثر هذا النموذج بنظرية الأنساق الإجتماعية-التقنية لـ (Davis & Triste, 1974) و قد ظهر و تطوّر على يد الباحثة الأمريكية (Brooks, 2001) التي ترى أن جودة حياة عمل الممرضين هي "الدرجة التي يشبع من خلالها الممرضين حاجاتهم الشخصية خلال مساهمهم المهني، مع عدم إهمال الأهداف العامة للمؤسسة الصحية و العمل على تحقيقها" (Hupé, 2014, p19)، و تؤكد (Brooks, 2001) على وجوب تفسير و تناول موضوع جودة حياة عمل الممرضين في ضوء أربعة أبعاد أساسية و هي كالآتي:

❖ الحياة في العمل - الحياة في المنزل:

يتمثل هذا البعد في التفاعل الحاصل بين الخبرة المهنية للممرضين في العمل و بين حياتهم الشخصية خارج محيط العمل (الحياة المنزلية)، و يقاس هذا التوازن عن طريق مجموعة من المؤشرات كقدرة الممرض على تلبية متطلبات و إحتياجات العائلة، و نسبة الطاقة المتبقية لدى الممرض عند الإنتهاء من العمل، عدد ساعات العمل و سياسة العطل المتبعة من طرف المؤسسة الإستشفائية.

و ترى (Brooks, 2001) أنّ هذا البعد يتأثر سلبا أو إيجابا بمجموعة من المؤشرات المتمثلة في مدى قدرة الممرض على تحقيق التوازن بين متطلبات الأسرة من جهة و بين متطلبات العمل من جهة أخرى، ساعات العمل، ضف إلى ذلك مدى شعور الممرض بالإرهاق و التعب بعد الإنتهاء من العمل و مدى توفير المؤسسة الصحية لخدمات داخلية لفائدة عائلات الممرضين (الآباء، الأبناء)، كما يلعب نظام الإجازات و العطل الذي تتبناه المؤسسات الصحية (الإدارة) دور هام في تحقيق التوازن بين الحياة المهنية و الشخصية للممرضين، و هذا ما أكدوا عليه (Chen & al, 2008 ; Tzeng, 2002)، الذين أشاروا إلى الدور الجوهري و التأثير المعتبر الذي تمارسه العائلة في الحياة المهنية للممرضين وفي إلتزاماتهم الأسرية (Almalki, 2012).

إنّ تحقيق التوازن بين الحياة في العمل و الحياة في المنزل له تأثير إيجابي في جودة الحياة المهنية للعمال و في صحتهم النفسية، إذ أنّه يساهم في الرفع من مستوى رضاهم

الوظيفي لتجعل منهم أكثر صلابة في مواجهة التحديات و الصعوبات المهنية و مختلف المشاكل المرتبطة بالعمل، كما يؤدي هذا التوازن إلى الرفع من مستوى الالتزام الوظيفي لديهم و يقلل من مستوى الضغط المهني و معدلات الغياب و التغيب عن العمل (قريشي و باديسي، 2016).

❖ تصميم العمل:

يشير (Dhaka & al, 2011)، إلى تصميم العمل بالهيكل المخططة و الواعية لجهود العمال و فرق العمل في مناصب عملهم حيث يساعد هذا التصميم الوظيفي على تحديد المهام الواجب تنفيذها و طريقة إنجازها إضافة إلى عدد المهام المنفذة و ترتيب المهام قيد الإنجاز (الشنطي، 2016: 28).

أما (Brooks, 2001) فترى أنّ تصميم العمل يتمثل في تركيبة و مكونات و خصائص مهنة التمريض مع وصف العمل الحقيقي الذي يقوم به الممرضين، ويتضمن حسبها مجموعة من المؤشرات التي تؤثر في مستوى جودة حياة عمل الممرضين و هي:

- الرضا الوظيفي
- عبء العمل
- الإستقلالية في العمل
- المهام الثانوية غير مرتبطة بمهنة التمريض
- معيقات العمل
- الوقت المخصص لإنجاز المهام
- توفر الموارد البشرية
- نوعية العلاج المقدّم للمرضى.

و تتحدّد هنا طبيعة تصميم العمل بدرجة شعور الممرضين بالرضا الوظيفي و طبيعة المساعدة العملية التي يتلقونها، إضافة إلى مستوى عبء العمل و مدى توفر بيئة العمل للمؤشرات المساعدة على تقديم رعاية صحيّة ذات جودة عالية للمرضى (توفر الممرضين

الأكفاء، وجود الوقت الكافي لإنجاز المهمة)، كما تتأثر أيضا بمدى مشاركة الممرضين في اتخاذ القرارات المرتبطة بأعمالهم و مدى وجود عراقيل أثناء إنجاز الممرضين لمهامهم و حجم الأعمال الثانوية التي يقومون بها بدوت أن تكون لها علاقة بالمهام الرئيسية لمهنة التمريض (Almalki, 2012)، و في هذا الإتجاه يرى كل من Born & Marc Man أن العمال يختارون بيئة عملهم وفقا لإتجاهاتهم و قيمهم و مهاراتهم، و أيّ تطابق لهذه العناصر مع متطلبات العمل يعني التكيف مع قيم و ثقافة و أهداف المؤسسة، و بالتالي فإنّ تحسين جودة الحياة في العمل يتطلب تصميم جيد لخصائص العمل، من أجل إحداث التكيف و الإنسجام الضروري بين متطلبات و إحتياجات العمال الوظيفية من جهة، و بين المتطلبات و المسؤوليات المرتبطة بأداء العمل من جهة أخرى (نجيمي، 2015).

❖ إطار العمل:

يتمثل إطار العمل حسب Brooks, (2001) في مكان أو بيئة أو محيط عمل الممرضين، و تأثير هذا الأخير في نظم و مبادئ مهنة التمريض من جهة و في الممرضين و المرضى من جهة أخرى. و يتحدّد هذا البعد بمجموعة من المؤشرات التي تؤثر في مستوى جودة حياة عمل الممرضين و هي كالاتي:

- الإدارة و نمط الإشراف:

يتمثل في مدى إحترام و تقدير الإدارة لمهنة التمريض و لمجهودات الممرض، صف إلى ذلك نمط الإشراف و طبيعة التفاعل القائم بين الممرض و الطبيب أو مشرفه. و يتحدّد هذا التفاعل بمستوى مشاركة الممرض في إتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل و مستوى التقدير الذي يتحصّل عليه نتيجة مجهوداته، و طبيعة التعاون و الإرشادات و التوجيهات الكافية التي يتلقاها الممرض لتسهيل و إنجاز المهمة بكفاءة و فعالية (Delmas, 2000).

- زملاء العمل:

يشير مصطلح زملاء العمل إلى طبيعة العلاقة القائمة بين الممرض و بين زملاء عمله، و مدى تطبيق مبدأ العمل الجماعي في المؤسسة الصحية، فتوفر نظام علاقات مبنية

على الإحترام و شبكة من الإتصالات الفعالة داخل المؤسسة الصحيّة، يساهم في الرفع من مستوى جودة حياة عمل الممرض، و في هذا الإطار يرى كلّ من Parsons & Stonesteet, (2004) أنّ العلاقات الجيدة بين الممرضين و المشرفين عليهم من أطباء و توفر الدّعم الكافي من طرف زملاء العمل، يساهم في الرفع من جودة حياتهم في العمل (O'brien-Pallas, Murphy, Laschinger, White, Wang & Culloch, 2004).

- فرص التطوّر الوظيفي:

يتحدّد هذا البعد بمدى توفير المؤسسة الصحية لفرص التقدّم و التدرّج الوظيفي للممرضين ومنحهم الفرصة للتدريب و التكوين في مجال التمريض، و ذلك من خلال دعمهم لحضور برامج التعليم و التدريب المستمر (Delmas, 2000).

- محيط العمل:

يتحدّد محيط العمل حسب Brooks, (2001) في مدى توفر المؤسسة الصحية على وسائل العلاج اللازمة لرعاية المرضى و درجة شعور الممرضين بالإنتماء للمؤسسة الصحيّة، و قدرة هذه الأخيرة على خلق و إيجاد بيئة عمل آمنة و صحيّة خالية من الإعتداءات الجسدية أو اللفظية، ضف إلى ذلك سعي المؤسسة الصحيّة إلى توفير الوقت الكاف للراحة و أماكن الترفيه و الإسترخاء داخل المؤسسة الصحيّة (Almalki, 2012). و في هذا الإطار يؤكّد Elizur & Shye, (1990) على أنّ جودة الحياة في العمل هي أعلى مستوى من الفعالية التي تظهر من خلال مختلف أشكال التفاعل الحاصل بين العامل و محيط عمله (Delmas, 2000).

❖ عالم العمل:

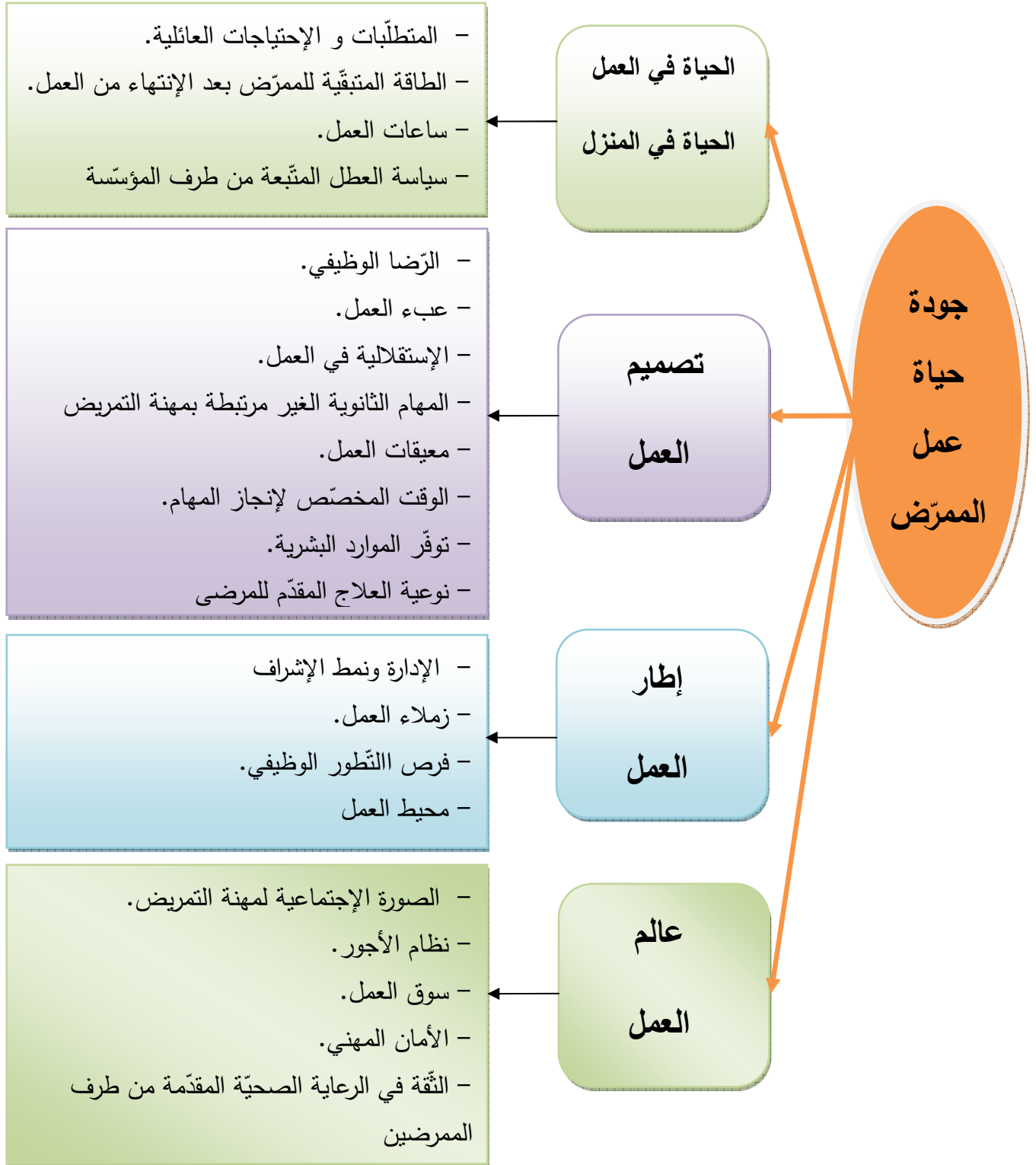
يشير بعد عالم العمل إلى الآثار الناتجة عن التأثيرات و التغيّرات الإجتماعية الواسعة في مهنة التمريض و ما ينتج عنها من تغيّر في ممارسات الممرضين داخل محيط العمل. وتحدّد طبيعة هذه الآثار بمجموعة من المؤشّرات المتمثلة في الصورة الإجتماعية لمهنة

التمريض و الثقة في الرعاية الصحية المقدّمة من الممرّضين، نظام الأجور، سوق العمل و الأمان في العمل.

يرى Brooks, (2001) أنّ جودة حياة عمل الممرّضين تتأثّر بنظرة و تصوّر المجتمع لطبيعة مهنة التمريض و مدى تقدير الآخرين لمجهوداتهم سواء كان مريضاً أو زميل عمل أو إدارة أو مشرف.. ضف إلى ذلك مستوى الثقة التي يضعها المجتمع فيهم و نوعيّة الرّعاية الصحية التي يقدّمونها للمرضى. كما تتأثّر جودة الحياة في العمل بمستوى الأمان الوظيفي المتوفّر داخل المؤسسة الصحية و درجة رضا الممرّضين عن الأجر الذي يتلقونه مقابل مجهوداتهم (Almalki, 2012).

و قد أكّد (Sirgay & al, 2001; Porkiani & al, 2011; Nguyen, 2012) على أنّ مؤشرات جودة الحياة الجيدة في العمل تتمثّل في وجود بيئة عمل صحيّة و أمانة و نظام عادل من التعويضات و الأجور (ديوب، 2014).

هذا الأخير يعتبر من أهم الحوافز المادية المحدّدة لمستوى دافعية العمال و أدائهم المهني ومستوى رضاهم الوظيفي، و أيّ قصور لنظام الأجور في تلبية الإحتياجات الأساسية للعمال تؤدّي بهم إلى تبني سلوك سلبي يؤثّر في أدائهم الوظيفي بصفة خاصة و في فعالية المؤسسة التي يشتغلون فيها بصفة عامّة (البربري، 2016).



الشكل رقم (02): أبعاد جودة حياة عمل الممرضين حسب نموذج (Brooks, 2001).

المصدر: (Almalki, 2012)

ركّز نموذج (Brooks, 2001) على ضرورة إشباع الممرّض لحاجاته الأساسية من خلال مهنة التمريض، بهدف الرفع من مستوى جودة حياته في العمل و التي تتكوّن من أربعة أبعاد أساسيّة تتمثّل في الحياة في العمل-الحياة في المنزل و تصميم العمل و إطار العمل و عالم العمل، هذه الأبعاد تؤثر إيجاباً أو سلباً في جودة حياة عمل الممرّضين، ففي حالة إهتمام وسعي مسيرّي القطاع الصحي لتحقيق التوازن المطلوب بينها و بين الممرّض فإنها تؤدي إلى رضا هذا الأخير، ما يعود بالفائدة على أدائه و على نوعية الرعاية الصحية التي يقدّمها للمرضى بشكل خاص، أما في حالة إهمال هذه الأبعاد و عدم سعي الإدارة إلى تحقيق التوازن المطلوب بين الممرّض و هذه الأبعاد، و تحقيق التفاعل الإيجابي بينهما فإن ذلك يؤثر سلباً في جودة حياته العمليّة و في أدائه العام و في نوعية و فعالية خدمات الرعاية الصحية التي يقدّمها للمجتمع و المرضى بشكل عام.

تطرق باحثون كثر إلى جودة الحياة في العمل في محاولة لفهمها و تحليلها من أجل إستخلاص المبادئ التي تحكمها و الأبعاد المكوّنة لها، و يعدّ Walton, (1973) أوّل من إهتم بجودة الحياة في العمل من خلال إقتراح نموذج يركّز على مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالعمل و التي تؤثر في مستوى جودة الحياة في العمل كالأجر و التعويضات المالية، ظروف و مناخ العمل، ساعات العمل، وجود فرص الترقّي، الأمان الوظيفي و تعزيز إستقلاليّة العامل مع تطوير شبكة من العلاقات الإجتماعيّة الإيجابية داخل المؤسّسة.

و قد ركّزنا في هذا العنصر على نموذجين أساسيين لفهم موضوع جوده الحياة في العمل لدى الممرّضين الذي يعدّ محور بحثنا، أوّله نموذج O'brien-Pallas & Bauman, (1992) الذي حاول تحليل وفحص مختلف المتغيرات المرتبطة بجوده حياة عمل الممرّضين و وصف مختلف الخصائص الفردية و التنظيمية و الاجتماعية التي تؤثر في عملهم، صف إلى ذلك السياسات المطبقة في القطاع الصحي. ويرى أنصار هذا النموذج أنّ جودة حياة عمل الممرّضين ترتكز حول بعدين أساسيين، الأوّل داخلي يتمثّل في الإدارة و رفاهيّة

المرضى و خصائصهم الإجتماعية و الديموغرافية، إضافة إلى الإطار الاجتماعي لمحيط العمل و الهيكل التنظيمي، أمّا البعد الداخلي فيتضمن طلبات العمل الموجهة للمرضى وسوق العمل و سياسات تسيير القطاع الصحي. و يؤكّد نموذج O'brien-Pallas & Bauman, (1992) على ضرورة تحقيق توازن و تفاعل ايجابي بين هذين البعدين للرفع من جودة حياة عمل الممرضين ومن رضاهم الوظيفي.

أمّا نموذج Brooks, (2001) الذي استمدّ مبادئه من نظريه الأنساق الإجتماعية-التقنية فيرى أنّ تفسير و تناول موضوع جودة حياة عمل المرضى لا يتم إلا من خلال الإهتمام والعمل على تحسين أربعة أبعاد أساسية ذات تأثير مزدوج في عمل الممرضين و في مستوى رضاهم الوظيفي وتتمثل في بعد التوازن بين الحياة المهنية و الشخصية للممرض، و بعد تصميم العمل الذي يساعد على تحديد المهام و طرق انجازها و تركيبة و خصائص مهنة التمريض كعبء العمل و الإستقلالية و مدى توفر الموارد البشرية داخل المؤسسة الصحية ضف إلى ذلك معوقات العمل و الوقت المخصص لانجازه، أمّا البعد الثالث فيتمثل في إطار العمل المرتبط بيئة و محيط عمل المرضى، الذي يؤثر في مهنتهم ويتضمن هذا البعد كلّ من الإدارة و نمط الاشراف و زملاء العمل و فرص التطور الوظيفي و محيط العمل، بينما يتمثل البعد الرابع في عالم العمل الذي يشير إلى الآثار الناتجة عن التغيرات الإجتماعية الحاصلة في مهنة التمريض، و تتحدث طبيعة هذه الآثار بمجموعه من المؤشرات كنظام الأجور و الأمان في العمل الصورة الإجتماعية لمهنة التمريض و الثقة في الرعاية الصحية المقدمة من طرف المرضى.

ويرى Brooks, (2001) أن الإهتمام بهذه الأبعاد و تحسينها هو السبيل الوحيد الذي يضمن للمرضى أداء أعمالهم بأكثر فعالية، ممّا يؤثر إيجابا في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وفي مستوى الرضا الوظيفي لدى المرضى و فعاليتهم المهنية.

7- أبعاد جودة الحياة في العمل:

قبل البدء في عرض مختلف أبعاد جودة الحياة في العمل و بعد إطلاعنا على مختلف أدبيات الموضوع، لا بد من الإشارة إلى أن المؤشرات و العناصر المحددة لجودة الحياة في العمل لا تختلف عن أبعاد هذه الأخيرة و إنما الاختلاف يكمن في التسمية فقط، فمن الباحثين من قدّمها على شكل مؤشرات و عناصر و منهم من تناولها في إطار أبعاد عامة. و في هذا السياق، قدّم (Arzil & al, 2010) مجموعة من العناصر المكوّنة لجودة الحياة في العمل التي تتمثّل في المكافآت، بيئة العمل، السياسة المتّبعة من طرف المؤسسات، أمّا (Pranee, 2010) فيحدّدها بالموارد البشرية ذات تدريب تكوين مهنيّين و ظروف العمل. و حسب (Porkiani & al, 2011) فإنّ عناصر جودة الحياة العمل تتمثّل في الحوافز والمكافآت، الحالة النفسية و المعنوية للعمال، التقدير و الإحترام (ديوب، 2014). ويشير كلّ من (Heckscher & Staw ; Andy & al) إلى مجموعة من العناصر المحددة لجودة الحياة في العمل المتمثّلة في العدل في الحقوق والواجبات، المسؤولية الأخلاقية و المهنية للمؤسسة، مشاركة العمال في إتّخاذ القرارات المتعلقة بالعمل بصفة خاصة و بالمؤسسة بصفة عامة، أمّا (Beth, 2007; Indra & al, 2009) فيحدّدونها في خصائص الوظيفية، بيئة العمل المادية، علاقات العمل، الإستقلالية في العمل و نمط الإشراف (حلاوة، 2015).

كما قدّمت كل من الوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل Anact و الهيئة العليا للصحة بفرنسا Has عام (2015) مجموعة من المؤشرات التي يمكن من خلالها تقييم جودة الحياة في العمل داخل المؤسسات الصحية و هي: محيط العمل، الثقة في المستقبل المهني، نوعية المشاريع، الإستقلالية في العمل، جودة الإتصال، مستوى التكفل بمشاكل العمال، الأجر الدعم المهني، إمكانية الترقية، الإعتراف بالمجهودات، عدم غموض الدور، العلاقة مع

المرضى و ذويهم، عبء العمل ، التوافق بين الحياة المهنية و الحياة الشخصية للعمال ومدى توفر الوسائل اللازمة لإنجاز العمل. (Anact & Has, 2015).

لقد إهتم باحثون كثر بالأبعاد التي تساهم في تحقيق و تحسين جودة الحياة في العمل فمنهم من إتفق على هذه الأبعاد و منهم من إختلف عليها و ذلك وفق إتجاهات كل باحث. فيرى (Sirgy & al, 2001; Koonmee & al, 2010; Maria & al, 2013) أن أبعاد جودة الحياة الوظيفية مرتبطة بسبع حاجات أساسية معتمدين في ذلك على نظرية الحاجات لـ (Maslow, 1970)، ثم قاموا بتقسيم هذه الحاجات السبع إلى مجموعتين رئيسيتين و هما:

❖ مجموعة الحاجات ذات المرتبة الدنيا:

- تتمثل مجموعة الحاجات ذات المرتبة الدنيا و المرتبطة بجودة الحياة في العمل على:
- حاجات الصحة و السلامة التي تتمثل في الحماية من الإصابة بمختلف الإضطرابات والأمراض المهنية و حوادث العمل و تحسين الحالة الصحية للعاملين.
- الحاجات الاقتصادية و الأسرية المتمثلة في الأجر و الأمان الوظيفي و غيرها من الحاجات الأسرية كوجود الوقت الكافي للاهتمام بالحياة الأسرية للعامل.

❖ مجموعة الحاجات ذات المرتبة العليا:

تتكون هذه المجموعة حسب (Sirgy & al, 2001; Koonmee & al, 2010; Maria & al, 2013) على ما يلي:

- الحاجات الاجتماعية التي تشير إلى طبيعة علاقات العمل و توفر الوقت الكافي لتلبية حاجاته خارج مجال العمل.
- حاجات التقدير المتمثلة في التكريم و إحترام العامل و مجهوداته داخل المؤسسة.
- حاجات تحقيق الذات التي تتعلق بتوفير فرص إظهار العامل لقدراته و إمكانياته.
- حاجات المعرفية المرتبطة بتعليم و تدريب العامل لتحسين مهاراتهم الوظيفية.

- الحاجات الجمالية التي تتضمن توفير فرص الإبداع الوظيفي للعامل و حلّ المشكلات والاهتمام بالجماليات العامة التي تسمح بالتنمية الشخصية للعامل و التعبير الإبداعي. بينما يؤكّد Pavithra & barani, (2012) على أنّ جودة الحياة في العمل تتكوّن من أبعاد كلاسيكية و أخرى معاصرة و هي كالتالي:

❖ الأبعاد الكلاسيكية:

تتمثل في ظروف العمل المادية، رفاهية العمّال، العوامل المرتبطة بالوظيفة و العوامل المالية كنظام الأجور و الحوافز و المكافآت.

❖ الأبعاد المعاصرة:

تتمثل في السلامة و الصحة المهنيّة، إجراءات و إستراتيجيات الإدارة في التعامل مع الشكاوي، التوازن بين الحياة في العمل و بين الحياة الشخصية للعمال (الزيادي، 2015). أمّا في القطاع الصحي، فيشير Thiebaut, (2013) إلى أنّ جودة الحياة في العمل تنحصر في بعد أساسي يتمثل في محيط العمل و الذي ينقسم بدوره إلى ستّة أبعاد ثانوية وهي كما يلي:

❖ ملائمة مكان العمل مع متطلبات أداء المهنة:

يتمثّل هذا البعد حسب Sparks & al, (2001) في مستوى الأمن في العمل الذي يعدّ أحد المحددات المفسرة للصحة والرفاهية في العمل، وقد بيّنت دراسات عديدة منها دراسات (Path, 1993 ; Worrall & Copper, 1998)، على أنّ إعادة تنظيم عمال القطاع الصحي خاصّة الممرّضين منهم ينمي الشعور بعدم الأمان لديهم.

❖ كفاية و تكيف الممرّضين مع عبء العمل:

يشير هذا البعد إلى مدى توفّر الممرّضين داخل المؤسسات الإستشفائية و نوعيتهم وعدد المرضى الذين يشرفون عليهم، و في هذا الإطار يؤكّد Aike, Clarke & al,

(2002) على أن أي زيادة في عدد المرضى بالنسبة للممرضات يؤدي بهنّ إلى الإحترق الوظيفي.

❖ الخبرة المهنية:

تتمثل الخبرة المهنية في مستوى التكوين الذي يحدد مؤهلات و إمكانات عمال القطاع الصحي، و في هذا الصدد يؤكد Bourdonnais & al, (2000) على أنّ المصالح الصحية التي تعتمد على الممرضات ذوي خبرة، هنّ أقلّ عرضة للأخطاء الطبية، كما يرى Blegen & al, (1998) أن فرق العمل الأكثر تكويناً و تأهيلاً هم أقلّ عرضة للوقوع في الأخطاء المهنية و حوادث العمل.

❖ توفر وسائل العلاج:

يشير هذا البعد إلى مدى توفر أو نقص وسائل و أدوات العلاج الأساسية التي تسمح للممرضين بالتكفل بالمرضى بفعالية أكبر.

❖ الدّعم الإداري:

يتمثل في مستوى و جودة الدعم الذي يقدّمه الهيكل التنظيمي لعمال المؤسسات الصحية في أماكن عملهم، وهذا الدعم يتمثل في عنصرين أساسيين: الأول يكمن في الإستراتيجيات التنظيمية التي تتخذها الإدارة بهدف دعم العمال مادياً و معنوياً، أمّا الثاني يكمن في التكوين المتواصل الذي يستفيد منه عمال القطاع الصحي خلال مساهمهم المهني.

❖ الأمن في العمل:

يتجلى الأمن في العمل من خلال وضع الإدارة لمجموعة من الإجراءات التي تسمح بضبط مختلف الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها الممرضون في العمل، وقد حدّدها Rogers, (1997) في الأخطار النفسية و الجسدية، الأخطار البيولوجية و الكيميائية إنتقال العدوى و الأخطار المتعلقة بمحيط العمل (Thiebaut, 2013).

فيما يلي سوف نقوم بعرض مختلف الأبعاد المكونة لجودة الحياة في العمل بشكل عام وهي كالتالي:

7-1- ظروف العمل:

تتمثل ظروف العمل حسب الوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل و الهيئة العليا للصحة (2015) Anact & Has, بفرنسا في محيط العمل الفيزيقي و التقني و التنظيمي و ظروف أداء العامل للمهمة الذي يتضمن مستوى تكوين العامل و مساره المهني، ضف إلى ذلك أقدميته المهنية و مدى تطبيق المؤسسة لمبدأ المساواة بين عمّالها، و ظروف الحياة الإجتماعية. و قد صنّف مخبر الإقتصاد و علم إجتماع العمل LEST بفرنسا ظروف العمل إلى العبء الفيزيقي سواء الستاتيكي أو الديناميكي منه و العبء الذهني، إضافة إلى الجوانب النفسية و الإجتماعية المتمثلة في طبيعة الإتصال داخل المؤسسة، مبدأ التعاون و المبادرة بين زملاء العمل (Guérin, Trudel, Denis & Boily, 1991).

و في نفس السياق يؤكّد (2004) Martin & Gadbois على أنّ العبء الذهني للمعالجين له خصوصيات مرتبط بتطور وضعيات المرضى و إجراءات العلاج المستعجلة فهم مجبرون على جمع و معالجة و حفظ و تحويل معلومات عديدة و معقّدة و متغيّرة حسب الحالة المرضيّة التي يشرفون عليها وهذا ما يساهم في الرفع من مستوى العبء الذهني لديهم، ضف إلى ذلك إحتكاك المعالجين بمعاناة المرضى و حالات الموت التي تترك لديهم الشعور بالعجز في تقديم العلاج و حفظ الأرواح (Cazabat, Barth & Cascino, 2008).

إن تحسين ظروف العمل داخل المؤسسات من أهم عوامل رفع مستوى جودة الحياة المهنية للعمال، بحيث تساهم ظروف العمل الجيدة في بناء بيئة عمل صحية آمنة و خالية من الإضطرابات و الأخطار المهنية و من حوادث العمل، كما أنّها ترفع من مستوى الرضا الوظيفي لدى العمال، و في هذا الإطار يؤكّد (2001) Vendramin على أنّ مناخ العمل المضطرب هو مصدر إنعدام الأمن و الراحة النفسية للعمال، و سبب لظهور الصّراعات داخل المؤسسة. و قد أظهرت دراسات عديدة منها دراسة Bockerman & ilmakunnas (2008) على أنّ معظم إجازات العمل أو حالات الغياب أو التغيب عن العمل ترجع إلى

عدم رضا العمال عن ظروف العمل، في حين توصّلت نتائج دراسة (Kahya, 2007) إلى أنّ غياب ظروف العمل المادية المناسبة كالإضاءة، عدد ساعات العمل و وسائل الحماية من الأخطار... تؤدّي إلى زيادة معدّل دوران العمل و الإهمال و تدنّي مستوى الإبداع لدى العمال (نجيمي، 2015).

7-2- الإستقلالية في العمل:

تشير الإستقلالية في العمل حسب (Goulet & Ruggy, 2000) إلى قدرة العامل على إصدار القرارات وفق القواعد التي يراها مناسبة له في إستجاباته لمتطلّبات العمل وإرغاماته. و تنشأ هذه الإستقلالية في إطار سيرورة من التفاعل الديناميكي المستمر بين العامل و محيط عمله أو بينه و بين زملاء العمل، و في هذا الإطار أصدر الأخصائيون النفسيون بكندا عام (2005) مدوّنة أخلاق تحمل في مادّتها (66) مبدأ الإستقلالية في العمل و هذا نصّها: «في إطار إنجاز مهامه، يجب على الأخصائي النفسي أن يحافظ على إستقلاليته في العمل و يدرك أنّه غير مجبر على القيام بمهام تتنافى مع ضميره المهني، وفي حالة تعرّضه لمضايقات و ضغوطات يتم إخبار المنظمات المهنية و الجهات المعنية» (Richard, 2013 :122).

7-3- المناخ التنظيمي:

يرى (James & Jones, 1974) أنّ المناخ التنظيمي هو نتاج التفاعلات الحاصلة بين الخصائص الشخصية للعامل و بين الخصائص التنظيمية للمؤسسة و التي تدخل ضمن مجموعة واحدة من التوقعات، المواقف و السلوكات، حيث أن هذه التفاعلات تؤدّي إلى خلق توازن بين هذه الخصائص بهدف جعلها في إتجاه وسلوك واحد. و يتكون المناخ التنظيمي حسبهم من أربعة أبعاد أساسية و هي:

- التقدير:

يشير إلى شعور العامل بالأهمية داخل المؤسسة و إكتسابه لمكانة تشعره بالإنتماء إلى جماعة العمل و بيئة هذا الأخير.

- الإستقلالية:

يتمثل مبدأ الإستقلالية في قدرة العامل على المشاركة و إتخاذ القرارات المتعلقة بعمله دون تدخل من المسؤولين و الإداريين.

- الكفاءة:

تتمثل في درجة تحكّم العامل في محيط عمله و شعوره بالفعالية أمام وضعيات العمل المختلفة، و هذا الشعور يتولّد أثناء قيامه بنشاطات و مهام متوافقة مع ما يملكه من مهارات و قدرات و مؤهلات.

- الإلتناء الإجتماعي:

يشير هذا البعد إلى العلاقة الإيجابية القائمة بين العامل و الموارد البشرية الأخرى في المؤسسة كزملاء العمل و المشرفين و الإدارة... و تترسّم هذه العلاقة الإيجابية عندما يدخل العامل في علاقات إجتماعية إيجابية مبنية على الإحترام و التفاهم، و التي تسمح له بإشباع حاجاته الأساسية و تحقق له الراحة النفسية

و يرى (Savoie & Brunet, 2003) أنّ المناخ التنظيمي يعتبر أحد مؤشرات الصحة النفسية للعمال، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Brien & al, 2008) التي توصلت نتائجها إلى أنّه كلما كان إدراك العمّال للمناخ التنظيمي إيجابياً، قلت إمكانية تعرضهم لمشاكل في التأقلم و إضطرابات في الصحة النفسية (Desrumaux & Vonthron, 2011).

7-4-بيئة العمل

يعرّف (Gouiran, 2010) بيئة العمل على أنّها التحليل الدقيق لظروف العمل والوسائل و الأساليب و التقنيات المرتبطة بها، من أجل تغييرها و تعديلها بهدف التحسين المستمر لجودة الحياة المهنية للعمال و تلبية الإحتياجات الإنتاجية. و تتكوّن بيئة العمل من جانب مادي يتمثل في التهوية، الإضاءة، الضوضاء، النظافة، ضغط العمل و عدد ساعات العمل... و جانب نفسي-إجتماعي يتمثل في الروابط الإجتماعية و نمط الإتصال والصراعات التنظيمية...(بليلية، 2017، ص: 264).

لقد إهتم علم النفس الصناعي ببيئة العمل سواء في جانبها النفسي الإجتماعي أو المادي لما لها من تأثير في أداء العمّال و إنتاجية المؤسسات، هذا ما دفع بالكثير من المؤسسات حسب (Shrivastava & Purang, 2012) إلى إجراء تغييرات جذرية في بيئة العمل لتجعلها أكثر راحة للعمّال (بن سعيد العمري و سلامة اليافي ، 2017).

7-5- الحياة المهنية و الحياة الشخصية:

يعتبر تحقيق التوازن بين الحياة المهنية و الحياة الشخصية للعمال من أهم و أكبر التحديات التي تواجه سواء أرباب العمل من أجل إيجاد نمط تنظيمي إيجابي يحفظ كرامة العامل و شخصيته و يلبي حاجاته من خلال العمل و يرفع من إنتاجية و فعالية المؤسسات أو بالنسبة للعمال من خلال تلبية التزاماته و إشباع حاجاته الشخصية دون التقصير في مسؤولياته المهنية و الأهداف العامة للمؤسسة (الشنطي، 2016). و في هذا الصدد أكد مكتب "تكنولوجيا" بفرنسا عن التأثير السلبي الذي تتركه الحياة المهنية للعامل في حياته الشخصية، إذ أنّ التعب و الضغط الناجمين عن العمل و الإلتزام الزائد بالمهنة يؤثر سلبا في الوقت الذي يخصّصه العامل للأسرة (Belhaj, 2016)، أمّا Tang & Chenug (2009) فيعتبرون أنّ ساعات و جداول العمل غير المرنة و غياب الدعم الأسري، من أهم العوامل التي تؤثر سلبا في الحياة العائلية للعامل (البياري، 2018).

يشير (Lokwood, 2003) إلى ضرورة تحقيق التوازن بين الحياة المهنية والشخصية للعامل من خلال مبادرات تهدف إلى إيجاد و تطبيق مجموعة من الإجراءات التي توقّر له الوقت الكاف للتعامل مع متطلّباته العائلية دون المساس بمسؤولياته المهنية وأهداف المؤسسة الإنتاجية، أمّا (Kasraie, 2014) فيرى أنّ التوازن بين الحياة المهنية والحياة الشخصية للعامل يمكن أن يتحقق من خلال مساندة و وقوف الإدارة معه في مواجهة و إيجاد حلول لمشكلاته كالسماح لهم بالعمل الجزئي و التخفيف من أوقات العمل (الهاشمي و العضايلة، 2017)، و هذا ما يؤدّي حسب (Tang & Cheung, 2009) إلى التقليل

من مستوى الضغط المهني لدى العمال و الرفع من مستوى دافعيّتهم للإنجاز و تعزيز ولائهم التنظيمي (حمّامة و الشايب، 2017).

7-6- نظام الأجور و الحوافز (المكافآت و التعويضات) :

تعدّ الأجور حسب Jackson & Mathis, (2007) أحد العناصر المهمّة لدى العمال كونها مصدر دخل لهم و أحد محدّدات مكانتهم الاجتماعيّة، و لا تستطيع المؤسسة الحفاظ على المورد البشري و إستقطاب المؤهلات و الكفاءات إلا من خلال وجود نظام أجور عادل ومرضي (الهاشمي و العياضلة، 2017).

أمّا بالنسبة للحوافز فتتمثّل حسب Marzuki & al, (2012) في حوافز مادية-داخليّة كالأجور و التعويضات، و حوافز خارجية-غير مادية تتعلّق بالتأمين الصحيّ و فرص التطور الوظيفي و تحسين بيئة العمل، بينما حدّدها Dessler, (2013) على أساس المدى القصير المتمثّل في المكافآت السنوية، و المدى البعيد المرتبط بثقافة المؤسسة و سياساتها (بن سعيد العمري و سلامة اليافي، 2017). و في هذا الإطار يؤكّد Ken & Sleum على أنّ المكافآت ما هي إلا تعبير صادق عن قيم و معتقدات المؤسسة و عدالتها التنظيمية. و شعور العامل بعدم العدل في توزيع هذه المكافآت يؤدي به إلى نوع من التوتر الداخلي، لذا على المؤسسات وضع نظام عادل من الأجور و المكافآت من أجل زيادة روح الإبداع والتجديد لدى العامل و فرق العمل و التي تؤثر بدورها إيجابا في نفسية العامل (فكرون و بن ضياف، 2017)

و لتحقيق نظام الحوافز لأهدافه يجب أن يتوافق مع دوافع العمّال، بحيث يعمل على تلبية رغباتهم و حاجاتهم من حيث الكمّ و الكيف، و أيّ قصور في هذا النظام يؤديّ إلى عدم تحقيق الإشباع المطلوب، و على هذه الحوافز أن تواكب المتغيّرات الإقتصاديّة والاجتماعيّة و النفسيّة و الحضاريّة التي يمرّ بها البلد، و التي قد تؤثر في سلوك العمّال كما يجب أن يتّسم نظام الحوافز بالوضوح و أن يرتبط ارتباطا وثيقا بالجهود الذهنيّة أو البدنيّة الذي يبذلها العمال، فنظام الحوافز الفعال لا يركّز على الجانب الماديّ فقط بل

يتضمّن أيضا جانب معنوي يعمل على إشباع الحاجات الإجتماعيّة و الذاتيّة للعمال، ومن أهمّ هذه الحوافز نجد إشراك العمال في اتخاذ القرارات عن طريق طرح آرائهم و أفكارهم وتصوّراتهم من جهة و إسناد العمل المناسب للعامل المناسب الذي يسمح بإحداث توافق بين العمل الذي يؤديه العامل وبين قدراته و مهاراته و رغباته و ميوله و مستويات طموحه (عرفة سيد، 2012).

7-7- علاقات العمل:

يسعى العمال من خلال العمل إلى إشباع نوعين من الحاجات منها المادية التي ترتبط بالأجر و المكافآت و منها الإجتماعية التي تتضمّن الحاجة إلى بناء شبكة من الإتصالات والعلاقات الإجتماعية الإيجابية مع زملاء العمل، ضف إلى ذلك الحاجة إلى الدعم والمساعدة. و تتمثّل علاقات العمل حسب دواليبي، (2008) إحدى وسائل إشباع العمال لحاجاتهم النفسية و الإجتماعية كال تقدير و العرفان، الإحترام و الصداقة...و في حالة سوء إستغلال هذه العلاقات، فإنها بلا شك سوف تؤدّي إلى العداء و الكراهية بين العمال. وفي هذا الصدد يشير Rosenbury, (2011) إلى ضرورة تركيز الإدارة على العلاقات الإجتماعية التي تنشأ بين العمال داخل المؤسسة و العمل على تعزيزها و تقويتها، فطبيعة العلاقة القائمة بينهم و مستوى الدعم الذي توفره الإدارة لهم يؤثر سلبا أو إيجابا في مستوى جودة حياتهم المهنية، بحيث تؤدّي العلاقات الإيجابية إلى شعور العمال بالراحة النفسية و تقدير الذات، و هذا ما توصّلت إليه نتائج دراسة Park & Deitz, (2006) التي أكّدت على أنّ جودة علاقات العمل تزيد من مستوى الإحترام المتبادل بين العمال و تؤدّي إلى الرفع من مستوى أدائهم و رضاهم الوظيفي (عجيمي، 2015)، و في نفس السياق يشير Li & Hung, (2009) إلى أنّ العلاقات المتينة بين الرؤساء و المرؤوسين ما هي إلا تعبير عن الثقة و الإحترام المتبادلين بينهما (بن سعيد العمري و سلامة اليافي، 2017).

7-8- الصحة و الأمن في العمل:

أصبح إهتمام المؤسسات منصبّ على كيفية بناء بيئة عمل تتوفّر على ظروف السلامة المهنية، هذه الأخيرة تتضمّن تقديم جميع الخدمات و التجهيزات التي من شأنها حماية العنصر البشري من الأخطار المهنية الداخلية و الخارجية منها، ويرى Gordon (1983) أنّ تحقيق الأمن داخل المؤسسات مرتبط بسلامة المناخ التنظيمي و وجود بيئة عمل صحية و آمنة (حمامة و الشايب، 2017)، لذا يتوجّب عليها السعي للتعرف على مختلف الأخطار المهددة لأمن و سلامة العمال في مراكز العمل كالإستغلال و خطر المواد السامة... و تشخيص مختلف المشاكل المرتبطة بالصحة النفسية و الجسدية للعمال كالضغط و التوتر، التعب و آلام الظهر و إضطرابات الرؤية... و التي تؤثر بدورها في مستوى إدراك العمال لجودة حياتهم المهنية (Guérin & al, 1991).

7-9- العمل المتكامل:

يؤكد الإتفاق الوطني المشترك بين المهن بفرنسا (Ani, 2013) على أنّ القيام بنشاط معين بطريقة كاملة لا يكون فقط على المستوى التنظيمي أي: التحكم في سيرورة نسق معين أو جزء منه، وإنما يكمن أيضا في قدرة العامل على تقييم نتائج نشاطه مقارنة مع النتائج المتوقعة من ذلك النشاط و القدرة على تقليص الفارق بين ما هو منجز و بين ما كان متوقعا إنجازه، و بالتالي تحكم العامل في الأداء و شعوره بالمسؤولية المهنية.

7-10- قيم العمل:

تتحدّد قيم العمل بنظرة الآخرين لمنصب العمل الذي يشغله العامل، هذه النظرة تكسبه الشعور بالأهميّة و التقدير، كما تتحدّد أيضا بفرص التقدم و التطور الوظيفي للعامل والذي يظهر من خلال إمكانية العامل إكتساب مجموعة من المؤهلات الجسدية و المعرفية والسلوكية و الإنفعالية... خلال مساره المهني (Anact & Has, 2015).

7-11- تقدير الذات:

يقصد بتقدير الذات مبدأ التحكم أو المراقبة التي يتمتع بها العامل أثناء القيام بواجباته المهنية من خلال المشاركة في اتخاذ القرارات و العلاقات الإجتماعية التي يكونها العامل داخل التنظيم مع المشرفين أو زملاء العمل أو الإدارة. و يظهر تقدير الذات حسب Davis & Herzberg من خلال مستوى التنوع و التحدي الذي يشعر به العامل في المؤسسة و درجة إستقلاليته و أهميّة عمله الإجتماعية، و في هذا السياق يرى (Boisvert, Lawler, 1988 ; 1980 أن أي عمل أو نشاط يتوفر على هذه الخصائص هو بمثابة عمل ثري، يساهم في الرفع من مستوى جودة الحياة في العمل (Guérin & al, 1991). و يشير مصطلح الإثراء الوظيفي إلى زيادة السلطات الوظيفية للعامل بحيث يسمح له بتجديد قدراته و تطوير مهاراته و ممارسه الابتكار و الابداع الذي يوجد عنده من خلال تنويع واجباته و مسؤولياته المهنية (عرفة سيد، 2012، ص: 37).

7-12- القيادة الإدارية:

يشير (Gardner, 1995) إلى القيادة الإدارية بقدرة الرؤساء على حشد العمال من أجل تحقيق أهداف المؤسسة دون المساس بشخصيتهم أو التأثير في سلوكياتهم و إتجاهاتهم و أهدافهم الشخصية (طمعة، 2006)، و تتوقف فعالية القيادة الإدارية على مدى تفاعل أسلوبها مع إتجاهات و سلوكيات العمال أو جماعات العمل، و ملائمة أساليبها مع إتجاهات و طموحات العمال (عشوي، 1992)، فنمط القيادة المبني على المساهمة و تشجيع العمال و إتاحتهم فرص المشاركة في إتخاذ القرارات و الإستقلالية في العمل، ينمي لديهم الشعور بالرضا الوظيفي و يجعلهم أكثر حرية و إرتياحية داخل المؤسسة (عياصرة، 2006). لكن في المقابل أكدت دراسات عديدة على وجود علاقة بين نمط القيادة المتسلط وبين أداء العمال، بحيث توصلت نتائج دراسة ميد (1967) في الهند إلى أن العمال يفضلون النمط التسلطي، كما لاحظ إرتفاع المعنويات لدى العمال و إنتاجية المؤسسات، و في نفس الإطار

يشير نجاتهي (1967) إلى أنّ النمط التسلّطي أو الأبوي هو الأكثر ملائمة في الدول النامية، و في نفس السياق يقول بعض المديرين أنّ مرؤوسهم لا يريدون تحمّل المسؤولية ويفضلون النمط الديكتاتوري أو المتسلط، ليأتي ماكريغور (1972) ليؤكد على أن إتّجاه العمال لهذا النوع من القيادة لا يرجع إلى خصائصهم الذاتية و إنما هو نتيجة معاملة رؤسائهم لهم و المبني على إفتراضات غير صحيحة، فالمدير الذي يعامل مرؤوسيه على أنهم غير قادرين على تحمّل المسؤولية سيدفعهم إلى التّكاسل (حامد سوادي، 1999).

لقد تعدّدت وجهات نظر الباحثين حول الأبعاد المحدّدة لجودة الحياة في العمل فمنهم من قدّمها على شكل مؤشّرات أو عناصر، ومنهم من تناولها في إطار أبعاد عامّة، لكنّها إتّفقت في مجملها على أنّها تتمثّل في جميع العناصر المكوّنة للعمل كنظام الأجور علاقات العمل، ظروف و بيئة العمل، عبء العمل و المناخ التنظيمي و ثقافة المؤسسة... هذه الأبعاد تؤثر سلبا أو إيجابا في العامل من جهة و في المؤسسة التي يعمل فيها من جهة أخرى، فملائمة هذه الأبعاد و توافقها مع خصائص العامل و تفاعل هذا الأخير إيجابا معها تؤدي به للرضا الوظيفي و تنمي لديه الشعور بالرفاهية و الأهمية داخل المؤسسة، لكن في حالة تدهور هذه الأبعاد فإن ذلك يؤثر سلبا في مستوى إدراك العامل لجودة حياته المهنيّة وتجعله عرضة لمختلف الإضطرابات المهنيّة و التي تؤثر بدورها في صحته النفسية والجسديّة و في فعالية المؤسسة و إنتاجيتها، وهذا ما سنتطرّق إليه بالتفصيل في العنصر الآتي.

8- آثار تدهور جودة الحياة في العمل:

لقد إنعكس التطور التكنولوجي الذي شهده ميدان العمل سلبا في مستوى جودة حياة العمال المهنيّة و ذلك بسبب الإهتمام الزائد بالتكنولوجيا على حساب العامل، هذا الإهتمام جعل منه آلات تعمل بسرعة أكبر من أجل إنتاجية أكثر و ربح أسرع، ممّا فرض على عاتقه أعباء و إرغامات أكبر (Simon & Dolan, 2009).

أما (Schuler, 1987) فيرى أنّ تباطؤ الإنتاجية في الولايات المتحدة الأمريكية هو نتيجة حتمية للتغيرات الكبيرة في حاجات و قيم العمال (العنزي و سعد خير الله الفضل، 2007). بينما يؤكّد (Dolan, 2009) على أن ظروف العمل غير السليمة تعتبر أحد العوامل التي تؤثر سلباً في صحّة العمال.

و قد لخصّ (Vizina, 1999 ; Van Rossum & al, 2000) آثار تدهور جودة الحياة في العمل في مجموعة من النقاط و هي كالتالي:

- الشعور بالتعب الذهني و الجسدي و معاناة العامل من اضطرابات النوم و تدنيّ مستوى التركيز لديه و انخفاض نشاطه المهني.
 - ظهور الإضطرابات السيكوسوماتية و اضطرابات سوء التوافق النفسي لدى العامل كالقلق الاكتئاب و ضغط ما بعد الصدمة، الإدمان على الكحول و المخدرات.
 - ظهور الأمراض القلبية لدى العامل و تنامي رغبته في الإنتحار.
 - إرتفاع مستوى الضغط المهني الناتج عن عبء العمل الزائد و كثافة ساعات العمل وإنعدام فرص التطوّر الوظيفي و غياب الإستقلالية و التحكم في العمل (الزروق، 2013).
- أما في القطاع الصحيّ، فيشير (Hancok, Pollok & Kim, 1987) إلى كون ساعات العمل الإضافية داخل المصالح الصحية أحد عناصر عبء العمل، و هذا ما أكّدت عليه نتائج دراسة (Gillis-Hall, 2005) التي توصلت إلى أنه هناك علاقة بين ساعات العمل الإضافية و حالات التعب، التغيب وإرتفاع حوادث العمل لدى الممرضات (Thiebaut, 2013)، بينما يحدّد (Gillet, 2016) آثار تدهور جودة حياة عمل المعالجين في: إضطراب وتدهور العلاقة معالج- مريض، إضطراب تنظيم العمل و توزيعه بين فرق العمل و غياب التنسيق بينها، نقص الإنتباه و التركيز في العمل، التغيب و الأرق و إضطراب النظام الغذائي لدى المعالجين و الإدمان على المخدرات.

سنتطرق فيما يلي إلى الآثار السلبية التي تتركها تدهور جودة الحياة المهنية في الصحة النفسية و الجسدية للعمال وفي فعالية المؤسسات و إنتاجيتها بشكل عام و من بين هذه الآثار نذكر:

8-1- الإضطرابات العضلية العظمية:

يؤدي تدني مستوى جودة الحياة في العمل إلى ظهور الإضطرابات العضلية العظمية و التي تظهر على شكل إلتهابات في المفاصل أو شدّ عضلي أو عصبي لدى العامل. وتعد هذه الإضطرابات حسب Conne-Pérréad & al, (2001) من الأمراض المهنية الأكثر شيوعا في ميدان العمل، وهي ناتجة عن الممارسات المتكررة لحركات معينة أثناء أداء العامل لمهامه و العمل في وضعيات غير مريحة و مناسبة للجسم. و يشير (Aireus, 2001 ; Warren & al, 2000) إلى أنّ الإضطرابات العضلية العظمية لا ترتبط بتدهور جودة الحياة في العمل في جانبها المادي و التنظيمي فقط بل تظهر أيضا نتيجة تدهور هذه الجودة في جانبها النفسي و الإجتماعي المتمثل في غياب أو تدني مستوى الإستقلالية في العمل و إرتفاع متطلبات العمل و ضغط الوقت...

8-2- الأمراض القلبية العرقية:

تظهر الأمراض القلبية العرقية لدى العامل نتيجة محددات بيولوجية و وراثية أو نفسية كنمط الشخصية أو سلوكية من خلال تبني العامل لسلوكات غير سوية أو محيطية ذات طابع مهني أو إجتماعي. ويرى (Belkic & al, 2000) أنّ العوامل الفيزيائية و الكيميائية المتمثلة في الحرارة و البرودة و الإهتزازات و المواد الكيميائية الخطيرة... و العوامل النفسية الإجتماعية المتمثلة في محيط وظروف العمل و المناخ التنظيمي و العلاقات الإجتماعية... من العوامل الرئيسية المؤدية إلى ظهور الأمراض القلبية العرقية لدى العمال.

8-3- تدهور الصحة النفسية:

يؤثر المستوى المتدني من جودة الحياة في العمل سلبا في الصحة النفسية للعمال وقد أكد Karasek & Theore, (1990) على أنّ ثلث مشاكل الصحة النفسية المرتبطة

بالعمل ناتجة عن تدهور جودة محيط العمل. و يرى (Vander Deof & Maes, 1999) أن تدهور جودة الحياة في العمل لدى العامل تظهر على شكل اضطرابات نفسية كالقلق الضغط المهني، التوتر، العزلة و الإكتئاب بينما تتمثل لدى (Dejours, 1999) في الإجهاد، عدم التوافق المهني و المعاناة في العمل و التي تظهر على شكل خلل معرفي وهذيان و تبني العامل لسلوكات حادة و عنيفة نتيجة إحساسه بالعجز و الإحباط (الزروق 2013).

8-4- الضغط المهني:

يظهر الضغط المهني نتيجة تصادم معتقدات و تصورات و توقعات العامل مع حقيقة الواقع المهني المضطرب الذي يتميز بظروف و علاقات عمل صعبة، البيروقراطية، نقص الحوافز و التعاون بين مكونات المنظمة (Truchot, 2004). كما ترتبط ضغوط العمل بالمكانة الاجتماعية للعمل الذي يقوم به العامل و تزايد أعباء العمل التي تفوق طاقات العامل و قدراته، ضف إلى ذلك نقص الإستقلالية في أداء و إدارة المهام و بيئة العمل ونقص التواصل و التفاعل الإيجابي بين فرق العمل، كما تعتبر تعارض الأدوار وغموضها أحد أسباب الضغط المهني، هذا الأخير يظهر لدى العمال على شكر توتر حاد و إجهاد نفسي و جسدي يؤثر سلبا في معنوياته و قدرته على إنجاز مهامه بالطريقة المطلوبة (أبو الحجاج، 2011).

و قد توصلت دراسة أحمد و آخرون، (1994) التي هدفت إلى التعرف على الآثار النفسية لضغط العمل في الممرّضين إلى أنّ عبء العمل و ضوضاء المعدات الطبية و حالات الموت اليومية و قلة الخبرات التمريضية من أهم العوامل المؤدية للضغط المهني و الذي يظهر على شكل أعراض نفسية تتمثل في القلق والحزن و الكآبة (أبو الحصين، 2010).

8-5- الاحتراق الوظيفي:

ترى Maslach, (1976) أنّ الإحتراق الوظيفي هو عرض من الأعراض البدنية والإنفعالية و العقلية التي تظهر بسبب عدم التوازن بين متطلبات العمل و القدرات الشخصية للعامل، وهذه الأعراض لها علاقة سلبية بمفهوم الذات المواقف نحو العمل، فقدان الثقة بالنفس وفقدان الشعور بالمسؤولية إتجاه الآخرين" (فاروق السيد، 2001، ص: 18).

و يرتبط الإحتراق الوظيفي بالضغط المهنية المستمرة التي يعجز العامل على مقاومتها والتكيف معها (Grebott, 2008)، و في هذا الإطار يرى Cherniss, (1980) أنّ الإحتراق الوظيفي ما هو إلا نتيجة التفاعلات الحاصلة بين ظروف العمل المتمثلة في عبء العمل، الإستقلالية، العزلة الإجتماعية و بين المكونات الشخصية للعامل المتمثلة في الإدراك، أنواع ردود الأفعال و الإستجابات و ميكانيزمات التكيف، فهو نتاج تفاعل متبادل ومستمر بين العامل و محيط العمل الذي يمثل مكونات لسيرورة تقييمية (Wiertz, 2012).

و قد توصلت دراسة مأمون و بوعافية، (2018) التي تمحورت حول الإحتراق الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمناوبة الليلية في مصلحة الاستعجالات الطبية إلى معاناة العمال من مستوى مرتفع من الإحتراق الوظيفي و وجود علاقة بين الإحتراق الوظيفي و جودة الحياة لدى أفراد العينة.

8-6- انخفاض الأداء:

يشير الأداء إلى الأثر الصافي لمجهودات العامل الناتجة عن التفاعل بين قدراته ومهاراته و بين مستوى إدراكه للدور، فهو يعبر عن نتاج للعلاقة المتداخلة بين كل من الجهد المبذول و القدرات و إدراك الفرد لدوره الوظيفي (أحمد صقر عاشور، 1993).

و في هذا الإطار توصلت دراسة Brooks, (2007) حول تأثير جودة الحياة المعنوية في إدراك و أداء الممرضات العاملات بالمراكز الطبية بالولايات المتحدة الأمريكية إلى وجود تأثير إيجابي معنوي لجودة الحياة الوظيفية في أداء الممرضات و أن أهم أبعاد جودة الحياة المهنية الأكثر تأثيرا في أداء الممرضات تتمثل في التوازن بين الحياة الشخصية و الحياة

المهنية، خصائص الوظيفة، الإستقلالية في أداء العمل، نمط الإشراف، المشاركة في إتخاذ القرارات، علاقات العمل، الأمان الوظيفي و السلامة المهنية (الدحدوح، 2015)

9- إستراتيجيات و برامج تحسين جودة الحياة في العمل:

تتمثل جودة الحياة المهنية في مفهوم إجرائي يمارس على شكل برامج مكيفة حسب الوضعيات الخاصة لكل مؤسسة، فالبعض منها ذات أهداف خاصة و مقيدة و البعض الآخر مرتبطة بإجراء تغييرات متعددة و متنوعة على مستوى هياكل المؤسسة ككل (Dolan, 2009)، وفي هذا الصدد يشير Davis, (1977) إلى أن برامج تحسين جودة الحياة في العمل يجب أن تركز على طبيعة العلاقة القائمة بين العمال و محيط عملهم العام مع الأخذ بعين الاعتبار بتنظيم العمل و العوامل الإنسانية و الإجتماعية للعمال و العوامل التقنية و الإقتصادية داخل المؤسسة (Bourdu, Bértié & Richer, 2016). و قد دعى كل من المعهد الوطني للبحث و الأمن INRS و ميثاق الإتفاق الوطني المشترك بين المهن ANI بفرنسا إلى ضرورة بناء « فلسفة مؤسسية » متجددة تعمل على خلق الإنسجام بين أهداف المؤسسة و تطلعات عمالها مع الأخذ بعين الاعتبار بالمؤشرات التي تصنف كإرغامات عمل جديدة مثل التكنولوجيا الحديثة التي غيرت من مفهوم العمل و سيرورته و التغييرات الحاصلة على المستوى التنظيمي، كما دعت إلى تحقيق رفاهية العمال من خلال إعطائهم مكانة مركزية في وضع الحلول لمختلف المشاكل المتعلقة بهم أو بالمؤسسة بشكل عام (Grosjean & Cuyot, 2016).

أمّا جاد الرب، (1999) فيرى أن إستراتيجيات تحسين جودة الحياة في العمل يجب أن تتمحور حول أبعادها المختلفة التي تتمثل في توفير بيئة عمل صحية و آمنة، إعادة تصميم و إثراء الوظائف لتواكب التطور التكنولوجي، إتاحة فرص الترقى و التقدم الوظيفي للعمال دون تمييز، توفر التكوين و التدريب المهنيين، وجود فرق عمل متكاملة، تحقيق العدالة الإجتماعية و الحفاظ على كرامة العمال داخل المؤسسة (الهاشمي و العضاييلة، 2017).

بينما يحدّدها Edvardsson & Gustavsson, (2003) في القدرة على السيطرة على العمل و المشاركة في إتخاذ القرارات و العمل على توفير بيئة عمل آمنة و القدرة على تنمية العلاقات الإجتماعية داخل المؤسسة، و يضيف إليها يحدد (2009) Ukko & al وجود نظام عادل من الحوافز كالأجور و المكافآت و وتوفّر فرص التعلّم و النمو الوظيفي، تحسين مناخ وبيئة العمل، و تحقيق التوازن بين الحياة المهنية و الحياة الشخصية للعمال (عبد الفتاح، 2011).

و يعتبر تنظيم العمل حسب Boisvert, (1980) أحد الركائز التي يجب الإعتماد عليها في محاولات تحسين جودة الحياة في العمل، و في هذا الإطار دعى (1983) Bergeron إلى ضرورة إعادة تنظيم العمل و إيجاد طرق جديدة للتعديل من جانب أو عدة جوانب من محيط العمل لخلق وضعيات عمل أكثر ملائمة للعمال، تساهم في الرفع من مستوى رضاهم الوظيفي و من فعالية المؤسسات في آن واحد. أمّا (1983) Feldman & Arnold فيرون أنه من الضروري على الإدارة أن تقوم بتطبيق أسلوب مختلف عمّا هو مطبّق سابقا في سعيها إلى بناء برامج تحسين جودة الحياة في العمل. بينما يؤكّد Schermerhorn & al, (2000) على ضرورة العمل على تعزيز مشاركة العمال في عملية اتخاذ القرارات ومنحهم الحرية المطلوبة للتصرّف في أعمالهم (العنزي و سعد خير الله الفضل، 2007).
تتضمّن إستراتيجيات تحسين جودة الحياة في العمل برامج تقليدية و أخرى حديثة متعدّدة الجوانب بين ما هو إنساني أو إجتماعي أو مادّي أو صحّي و هي كالآتي:

❖ البرامج التقليدية:

تتعلّق بتحسين ظروف العمل و تطوير الموارد البشرية و الرفع من مستوى رفاهيّة العامل و تقديم الرّعاية الصحيّة الضرورية و تطوير العلاقات الإنسانيّة و الإجتماعيّة داخل المؤسسات.

❖ البرامج الحديثة:

تشمل هذه البرامج إعادة تصميم العمل من خلال إثراء المهام و وضع برامج عمل بديلة تعتمد على نظام العمل عن بعد أو إتباع جداول العمل المرنة أو الإدارة بالمشاركة (أولحيسان، قسيس و خدام، 2017). وفي هذا الصدد يؤكد Camcelliere & al, (2011) على أنّ هذه التدخلات تسعى إلى الوقاية و التقليل من الأخطار النفسية الإجتماعية لدى العمال، و التي تنقسم حسب Lamontagne & al, (2007) إلى ثلاثة أصناف و هي:

❖ الصنف الأول:

يهدف إلى التقليل من الأخطار الجسدية و النفسية من خلال تشخيص مصدرها والعوامل المؤدية إليها للتقليل منها أو للقضاء عليها، و يكون ذلك بتغيير تنظيم العمل وجودة المراقبة.

❖ الصنف الثاني:

يهدف إلى مساعدة العمال على تكيف أحسن مع متطلبات و إرغامات العمل ومقاومتهم لمختلف الأخطار المهنية و ذلك عن طريق تدريبهم و تكوينهم و العمل على توفير ظروف الراحة النفسية للعمال.

❖ الصنف الثالث:

يسعى هذا الصنف إلى معالجة مختلف مشاكل العمال بطريقة مباشرة و مساعدتهم على تحملها و التغلب عليها (Thiebaut, 2013).

أمّا شريف البدوي، (2015)، فيركّز على مجموعة المؤشرات التي يجب على المؤسسة الإهتمام بها لتحسين جودة حياة العامل المهنية و هي كالآتي:

- توفير متطلبات الإستقرار و الأمن الوظيفي.
- العدالة في نظام الأجور و المكافآت (الحوافز المادية و المعنوية).
- دعم مبدأ إستقلالية العمال في مهامهم و إكسابهم المهارات اللازمة للقيام بأدوارهم المهنية.

- التكامل الاجتماعي في محيط و بيئة العمل من خلال سعي الإدارة إلى تدعيم العلاقات الاجتماعية بين مكونات و عناصر المؤسسة.
- تعزيز قنوات الإتصال على مختلف المستويات.

أمّا فيما يخصّ القطاع الصحي فيؤكد (Nayak, 2015) على ضرورة التعرف على الجوانب المختلفة لجودة الحياة في العمل الخاصة بهذا القطاع و التي من شأنها أن تساعد في تقديم خدمات أفضل للمرضى، وفي هذا الإطار أكّدت حركة تحسين الجودة على أهمية جودة الحياة المهنية في تحسين و تقديم الرعاية الضرورية للمرضى (الهاشمي، بن حسين العضايلة، 2017)، أمّا (Jamel & Boba, 2000) فيشيران إلى وجوب إيجاد ظروف عمل مناسبة و حسنة للمرضين من أجل التخفيف من الضغط المهني لديهم وتحسين مستوى رفايتهم في العمل (Brousseau, 2015)، بينما اقترح (Lewis & al 2001) على مسؤولي القطاع الصحي تركيز مجهوداتهم على ظروف العمل و الإستقلالية المهنية في سبيل تحسين جودة حياة عمل المرضين (Brousseau, 2006).

لقد إتخذت بعض المؤسسات الصحية تدابير من أجل تحسين جودة الحياة في العمل و في هذا الإطار تبنت إحدى عيادات Montpellier بفرنسا مشروع أولي من أجل التقليل من الأخطار النفسية- الاجتماعية في العمل، كما قامت بإجراء تعديلات عميقة على المستوى التنظيمي من أجل التوصل إلى حلول إيجابية حول مختلف مشاكل العمال و تحسين جودة حياتهم المهنية، كما إتخذت كذلك المؤسسة الإستشفائية HAD ب Vendée مجموعة من الإجراءات بهدف تحسين جودة الحياة في العمل منها توفير الوسائل اللوجيستية داخل المؤسسة الصحيّة و إعادة توزيع المهام على فرق العمل التي تقوم بمختلف النشاطات الإدارية و فرق التدخل. هذه الإجراءات جاءت بعد ظهور مؤشرات سلبية داخل المؤسسة وصعوبة تشخيص وعلاج المشاكل المرتبطة بالعمال (Anact & Has, 2015).

كما قامت الوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل و السلطة العليا للصحة & ANACT (2015) HAS, في فرنسا بتوحيد جهودهما من أجل تحسين جودة الحياة المهنية داخل المؤسسات الصحيّة و العمل على فتح قنوات إتصال جديدة تفسح المجال أمام المبادرات المتنوعة التي تدخل في إطار تحقيق أهداف هذه المؤسسات الصحية المتمثل في العلاج والتكفل بالمرضى، كما أكدّا على أن معالجي المؤسسات الصحية الأكثر شعورا بالإعتراف مقابل المجهودات التي يقدمونها، هم أكثر فعالية من حيث التكفل الأحسن بالمرضى ومرافقتهم، وعلى هذا الأساس إقترحت ثلاثة محاور لتحسين جودة الحياة في العمل لدى معالجي المؤسسات الصحية و هي كالتالي:

- تنظيم أمثل للعمل الذي يعد أحد المحددات الأساسية لتحسين جودة العمل المنجز.
 - تحسين جودة الإتصال داخل المؤسسات الصحية و الذي يحدد بطريقة مباشرة درجة المشاركة في إتخاذ القرارات و إحداث التغيير.
 - دعم مؤشرات النجاح الجماعي و تطوير العنصر البشري داخل المؤسسات الصحية.
- إن إستراتيجيات و برامج تحسين جودة الحياة في العمل عديدة و متنوّعة، كما أنها تختلف و تتباين لإختلاف طبيعة المؤسسات سواء إقتصادية كانت أو صحيّة أو خدماتية أو تربوية... وفيما يلي ذكر لبعض الإستراتيجيات المتخذة لتحسين جودة الحياة في العمل المتمثلة في:

9-1 - إعادة تصميم مواقع العمل:

لقد دعى (Benardin & Russell, 2008) إلى تبني بعض الطرق لإعادة تصميم مواقع العمل من أجل تحسين جودة الحياة في العمل و ذلك عن طريق إعادة تنظيم العمل من خلال ترتيبه و توزيع المهام و العمل على تقليل تحرّكات العمال الجسدية المتكررة من خلال تزويدهم بالمعدات و وسائل العمل، ضف إلى ذلك ضبط الإضاءة بدرجة مناسبة لتمكن العمال من إنجاز أعمالهم و السماح لهم بشخصنة مكان العمل مثل تعليق صورههم

وتزيينها وفق ما يشعروهم بالراحة كوضع النباتات و إستخدام الألوان، و العمل على توفير أماكن الإستراحة و إعادة ترتيب و ضبط أو استبدال معدات العمل عند اللزوم.

9-2- نماذج العمل المرن:

تسعى نماذج العمل المرنة المتمثلة في تنظيم أوقات العمل و المشاركة الوظيفية والتواصل عن بعد و العمل بنظام الدوريات و الإجازات الشخصية حسب (Mcshane & Glinow, 2010 ; Mondy & Bandy, 2012 ; Maria & al, 2013) إلى تحقيق التوازن بين العمل و الحياة الشخصية للعامل و علاج مختلف المشكلات التي تؤثر سلبا على عمله، كما تمثل بالنسبة للمؤسسة عامل استراتيجي و محوري في إستقطاب اليد العاملة والاحتفاظ بالموارد البشرية الكفوءة (الزيايدي، 2015).

9-3- تصميم بيئة صحيّة و نظام عمل آمن:

يقوم تصميم العمل على دراسة أخطار العمل المستقبلية من أجل تفاديها و الوقاية منها و ذلك عن طريق:

- إعادة تصميم بناء المؤسسة بما يتماشى مع التغيرات المستقبلية و مراعاة توفر ظروف السلامة و الصحة في العمل.
- إعادة تصميم العمليات الإنتاجية بكامل مراحلها لجعل العمل أكثر أمانا، مع تحديد الأخطار التي لا يمكن تجنبها بسبب طبيعة هذه الأعمال من التعامل معها بشكل خاص والتخفيف من حدّتها و خطورتها على العمال.
- توفير الوسائل و التجهيزات الآمنة و اللازمة داخل المؤسسات و تجنب إستعمال المواد التي تشكّل خطرا على صحة العمال.
- التركيز على الرقابة الوقائية كأسلوب ضبط للسلامة و الصحة في محيط العمل و الإستعانة بمختصّين و دوريات تفتيش للفحص الميداني المستمر لمكان العمل بهدف إكتشاف الأخطار التي تهدّد سلامة و صحة الموارد البشرية، و العمل على تفاديها و القضاء عليها.

- تدريب الموارد البشرية و تهيئتها من أجل التعامل مع المخاطر المهنية المحتملة بكفاءة و تنمية روح الإلتزام لدى العمال، حيث تشير بعض المعطيات إلى أن عدد كبير من إصابات و حوادث العمل راجعة إلى اللامبالاة و عدم تقيد العمال بتعليمات و إرشادات الوقاية والسلامة المهنية (أولحيسان، قسيس و بن علي 2017).

9-4- عقد دورات تدريب العمال:

تهدف دورات التكوين إلى الرفع من المستوى الثقافي و المهني للعامل، فهو يساعد على صقل المهارة الفردية للعامل و حمايته من الأخطار المهنية من خلال إكسابه القدرة على التحكم فيها ومواجهتها و التعامل معها، ضف إلى ذلك الإستخدام السليم لوسائل الوقاية و الأمن الصناعي.

و تعمل الإدارة في هذا الإطار على توفير معلومات بسيطة في العملية التدريبية لاسيما تلك المتعلقة بالجانب التشريعي للعمل، كما تسعى إلى تدريب العامل على التحكم السليم و الفعّال في المهنة و أدائها بكل أمان و فعالية (إجراءات السيطرة الهندسية و استخدام المواد و تشغيل المعدات و إستخدام سائل العمل)، ضف إلى ذلك تفعيل دور المراقبة الصحية و إجراءات الوقاية من مختلف الأخطار المهنية (بلايلية، 2017).

9-5- المشاركة في إتخاذ القرارات:

لقد إستحوذ موضوع مشاركة العمال في وضع و إتخاذ القرارات على إهتمام الكثير من البلدان من أمريكا و أوروبا التي إتجهت إلى سنّ قوانين و تشريعات تعزيز مبدأ مشاركة العمال في إتخاذ القرارات، كونها تلعب دور فعال في عملية الإبداع و الابتكار داخل المؤسسات، بحيث أنها تتيح الفرصة للعمال لطرح مختلف الآراء و الإقتراحات و الأفكار الإبداعية التي تعود بالنفع على أدائهم و على أعمالهم و على المؤسسة بشكل عام. و في هذا الإطار يرى Mousavi & al أن المشاركة في إتخاذ القرارات لها تأثير إيجابي في أداء العمال و إنتاجية المؤسسات، كما أكدت نتائج دراسة (Beth & Brooks, 2007)

على أن مشاركة العمّال في صنع و إتخاذ القرارات من الأبعاد أكثر تأثيراً في أداء الممرضات (ماضى، 2014).

9-6- تحسين نمط الإتصال داخل المؤسسة:

ترتبط عملية تحسين نمط الإتصال داخل المؤسسات بدعم العلاقات الإجتماعية الإيجابية بين العمال على كل المستويات التنظيمية، و ذلك بهدف بتعزيز مبدأ المشاركة والتعاون بين عناصر المؤسسة و تحسين شبكة العلاقات الإجتماعية بين فرق العمل (بليلية، 2017)

لقد جاءت برامج تحسين جودة الحياة في العمل بهدف أساسي و هو الرفع من مستوى الرضا الوظيفي للعمّال و جعل المؤسسات أكثر فعالية و إنتاجية و تحقيق مستوى مرتفع من الرضا الوظيفي للعمال (Moiset, Plante & Toussaint, 2003)، و في هذا الإطار يشير (Casio, 1986) إلى أنّ مؤشرات جودة الحياة الجيدة في العمل تتمثل في الرضا الوظيفي، القدرة على الوفاء بالالتزامات توفر العلاقات الإنسانية، قلة الشكاوي و انخفاض معدّلات التغيب عن العمل، و قد أكّدت نتائج دراسة (Chu, 1988) على التأثير الإيجابي لهذه البرامج في بيئة العمل و العلاقات الإجتماعية بين العمّال و في مستوى رفايتهم وفعاليتهم المهنية التنظيمية (عبد الرزاق، 2015)، بينما يحدّد (Sirgay & al, 2001) (Porkiani & al, 2011 ; Nguyen, 2012) أهمية هذه البرامج في زيادة الإنتاجية و انخفاض حوادث العمل، زيادة الكفاءة التنظيمية و قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها العامة (ديوب، 2014).

و يشير (Dean & Yonus, 1996) إلى أنّ المزايا المحققة من تنفيذ برامج جودة الحياة في العمل قد تقود إلى تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات، و الرفع من أداء العمّال وتعزيز شعورهم بالولاء للمؤسسة (الهاشمي و العضائيلة، 2017)، و في هذا الإطار أكّدت نتائج دراسة (Delmas & al, 2004) على أنّ البرنامج المطبقة لتحسين جودة حياة عمل الممرضين، تساهم في التقليل من الضغط المهني لديهم (Brousseau, 2006).

أمّا (Dolan, 2009) فيرى أنّ هذا النوع من البرامج التي تهدف إلى تحسين جودة الحياة في العمل تسمح بخلق شعور إيجابي لدى العمال و ترفع من مستوى تقديرهم للذّات كما تساعد على التأقلم مع بيئة ومحيط عملهم و إشباع حاجاتهم الشخصية و إدماجهم في شبكة من العلاقات الإيجابية مع زملاء العمل أو الإدارة أو المشرفين.

إن نتائج تطبيق إستراتيجيات و برامج تحسين جودة الحياة في العمل تظهر من خلال الرضا الوظيفي للعمال و شعورهم بالأمن و السلامة المهنية داخل المؤسسات و الحفاظ على العنصر البشري في المؤسسات و خلق روح التعاون و التفاهم و الإحترام المتبادل بين عناصرها، كما أنّها تساعد في تحكّم العمال في المهام و إكسابهم الخبرة التي تساعد في مواجهة المشكلات المرتبطة بالعمل و محيطه و التقليل من معدّلات دوران العمل و الغيابات ومن حوادث العمل (قهيري و كسنة، 2018).

في الأخير يمكننا القول أن جميع برامج تحسين جودة الحياة في العمل تهدف على العموم إلى إجراء تعديلات و تغييرات في مختلف الأبعاد المرتبطة بالعمل و التي يمكن أن تؤثر في الصحة النفسية و الجسديّة للعمال، و في الأهداف العامة للمؤسسات مهما كانت طبيعتها و خصائصها.

و قد ركّزت هذه البرامج على خصائص العمّال و قدراتهم محاولة خلق توازن و تفاعل إيجابي بينها و بين مختلف مكوّنات العمل من متطلّبات و إرغامات دون إهمال تأثير بيئة و محيط و ظروف العمل في مستوى إدراك العمال لمستوى جودة حياتهم في العمل. فالموارد البشري إذن هو محرك أساسي لتحقيق أي مشروع لأهدافه و عليه يجب العمل على توفير الظروف اللازمة له، و السعي للرفع من مستوى رضاه الوظيفي و تهيئة بيئة عمل سليمة تسمح له بتقديم أفضل ما لديه في سبيل تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة.

خلاصة الفصل:

تعتبر جودة الحياة في العمل من المواضيع التي يتوجب على الإداريين الإهتمام بها لما لها من تأثير مزدوج في صحة العامل و في أداء المؤسسات و فعاليتها، كما أنها تتأثر بمجموعة من الأبعاد سواء تلك المتعلقة بخصائص و قدرات المورد البشري داخل المؤسسة أو تلك المرتبطة بمحيط و بيئة العمل، و ما تحتويه من متطلبات و إرغامات تؤثر سلبا في نفسيّة العامل خاصّة عندما يجد نفسه وحيدا دون مساعدة و مرافقة إداريّة، و عاجزا على مجابقتها و التصديّ لها، و بالتالي فإنه من الضروري الإهتمام بجودة الحياة المهنية للمحافظة على الصّحة النفسية و الجسدية للعامل، و تحقيق الإستقرار للمؤسسات من خلال الرفع من مستوى فعاليتها و تنافسيتها و إستمراريتها.

الفصل الثالث

الضّغط المهني

تمهيد:

يعيش الإنسان في عالم مليء بالضغوط النفسية التي تؤثر سلباً في معنوياته وفي صحته النفسية و الجسدية، و أكثر هذه الضغوط تلك المرتبطة بعالم العمل و التي يجد الفرد نفسه عاجزاً عن مواجهتها أو التكيف معها، مما تجعله عرضة للعديد من الإضطرابات المهنية التي تؤثر سلباً في أدائه المهني و في صحته النفسية و الجسدية و في إنتاجية المؤسسة و فعاليتها و إستمراريتها.

سنتطرق في هذا الفصل إلى موضوع الضغط المهني لدى العمال بالتفصيل لفهم تركيبته و سيرورته بدءاً من ظهور و تطوّر هذا المصطلح و مختلف التعاريف المرتبطة به مروراً بأهم النظريات و المناهج التي تناولته و العوامل المؤثرة فيه وصولاً إلى الآثار التي يتركها في صحّة العامل و أهم إستراتيجيات التعامل معه.

1- مراحل ظهور و تطوّر مصطلح الضّغط النفسي:

يعود الفضل في ظهور و تطور مصطلح الضغط Stress بالدرجة الأولى إلى جهود الفسيولوجيين أمثال Hans Selye الذين ركزوا على المنبهات الطبيعية كسبب يؤدي إلى إستجابة العضو لها على شكل أعراض فسيولوجية نتيجة تفاعله مع هذه المنبهات منهم (بغول، 2008).

و الضغط كلمة مشتقة من اللاتينية « stringere » بمعنى « سحبه بشدة » و التي إستخدمت لأول مرة في القرن (14) بصورة غير منظمة و ثابتة، إذ أنّه هناك من أرجع أصلها للكلمة الفرنسية « D  stressse » بمعنى « الإختناق » أو « الشعور بالضيق » أو « الظلم » و هناك من أرجع أصلها إلى الإنكليزية « Pressure » بينما يؤكّد Smith على أن الأصول اللغوية للضّغط ترجع إلى الكلمة اليونانية « Strictus » بمعنى الشدّة « Tight » أو الضيق « Narrow » (أبو الحصين، 2010).

يرى Lazarus, (1966) أنّ استخدام مصطلح الضغط يرتبط تاريخياً بميدان الهندسة والذي يشير إلى الإجهاد « Strain » والضغط « Press » والعبء « Load » ثم إنتقل هذا الاستخدام إلى ميادين أخرى كعلم الاجتماع و علم النفس الذي تناول الضغط كمصطلح في بداية القرن (20)، كما تمّ استخدامه في الصحة النفسية و الطب النفسي من طرف الطبيب الكندي Hans Selye عندما درس أثر التغيرات الجسدية و الانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط و الإحباط و الإجهاد (مصطفي، ولاء و رندة، 2008).

إستعمل الضغط كمصطلح علمي لأوّل مرّة من طرف العالم الفيزيائي Baron Cauchy خلال القرن (18)، والذي يشير إلى حالة داخلية تظهر داخل الأجسام نتيجة قوّة تحاول التغيير منها (Chapelle & al, 2018). و يعتبر Selye, (1936) أول من وصف حالة الضغط التي يعاني منها الفرد من خلال مصطلح « متلازمة التكيف العام » (Banyasz, 1998). ليتطوّر هذا المصطلح من خلال أبحاثه و مقالاته التي تناولت سيرورة الإستجابة العصبية و الفيزيولوجية للأعضاء إتجاه أيّ تهديد خارجي لها (Fontaine, 1996)، ليؤكد Selye, (1936) على أنّ الضغط ما هو إلّا مجموعة من الإستجابات الصادرة من جسم أو عضو الفرد خلال تعرضه لمجموعة من المثيرات و المؤثرات المحيطية. أمّا في مجال الأبحاث النفسية، فقد تطور مصطلح الضغط في السنوات (30) الأخيرة بشكل ملحوظ، بحيث تعددت محاولات تعريفه و تفسيره، وقد قدم Kasl, (1978) قائمة لهذه المحاولات العديدة، منها محاولة Bonner, (1967) الذي يشير إلى الضغط بحالة من الإكتئاب أو الإحباط أو وجود خطر يهدد الفرد، صف إلى ذلك محاولات Landy & Trumbo, (1978) اللذان يرجعان الضغط إلى الظروف البيئية و المحيطية للفرد (Massoudi, 2009).

بقي هذا المصطلح مبهم و غير متفق عليه من طرف الباحثين لتعدّد ميادين وتخصّصات استخدامه، فنجد Cannon, (1928) الذي يفسّر الضّغط من زاوية ميكانيكية تعبّر عن العلاقة بين المثير الضاغط و إستجابة الفرد له وفق خصائصه، بينما يتناوله كلّ

من (Paulhan, 1994; Rosnet, 2002; Cazabat, Barthe & Cascino, 2008)

في إطار سيرورة ديناميكية مستمرة بين الفرد و مختلف المواقف الضاغطة المحيطة به. إرتفع الإهتمام بالضغط النفسي بشكل أكبر في السنوات الأخيرة خاصة بأوروبا وأمريكا، وفي هذا الإطار نجد أعمال Holmes & Rahe, (1967) التي ركّزت على قدرات الفرد على التكيف معتمدين في ذلك على مبدأ التجانس، و قد توصّلت نتائجها إلى وجود نوعين من الضغط النفسي الأول حادّ ينتج عن حالة مؤقتة من الضغط العالي، أمّا الثاني فهو مرضي ينتج عن توتر مستمر لفترات طويلة (Dalphon, 2015).

ثم تطوّرت هذه المحاولات ليصبح الضغط المهني بعد ذلك مكّون رئيسي للأخطار النفسية الإجتماعية التي تمسّ الصّحة النفسية و الجسدية للعامل و التي تظهر على أشكال مختلفة (Najafaly, 2017). ليتم تصنيفه في إطار الأمراض النفسية من طرف المنظمة العالمية للصحة OMS، و في التصنيف الدولي للأمراض العقلية في طبعته العاشرة CIM 10 و في دليل تشخيص وإحصاء الإضطرابات العقلية DSM 5، ليصنّف أخيرا من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA كمرض نفسي (Chapelle & al, 2018).

لقد كانت البدايات الأولى للضغط كمصطلح تسوده الكثير من الغموض و الخلط بينه و بين المفاهيم الأخرى من تخصّصات مختلفة، حيث كان محور تناول الكثير من العلوم على غرار علم الهندسة و الفيزياء، علم النفس و الإجتماع، الصحة و الطب النفسي. و تطوّر الضّغط النفسي ليصبح مصطلح متعارف عليه، يعبر عن معاناة الفرد نتيجة عدم قدرته على التّكف مع المواقف الضاغطة. كما لقي إهتمام الكثير من الباحثين من خلال دراسات و أبحاث لمحاولة فهم خصائصه و سيورته و مدى التأثير الذي يتركه في نفسية الفرد و سلوكاته.

2- تعريف الضغط المهني:

اختلفت و تعددت تعاريف الضغط المهني باختلاف إتجاهات الباحثين و تخصصهم فمنهم من يشير إليه كردة فعل فيزيولوجية و نفسية للفرد نتيجة إرغامات محيط العمل المتغيرة (Servant, 2010)، و منهم من يعرفه كمجموعة من المثيرات المرتبطة ببيئة الفرد أمثال Mandler ، و منهم من يفسره على أنه إستجابة العضو لمثير ضاغط أمثال Seley Daley و Luthans (نصراوي، 2015)، بينما يشير إليه Lazarus, (1966) كنتيجة تفاعل الفرد مع محيطه (Alderson, 2004) .

يشير الضغط المهني حسب Selye, (1976) عن إستجابة عضو الفرد لمثير داخلي أو خارجي ضاغط بهدف المقاومة أو التكيف مع هذا المثير و إعادة التوازن الداخلي للعضو (Ponnelle et al, 2012). أمّا French, Roger & Cobb, (1974) فيعرفونه بفقدان الإنسجام بين قدرات العامل ومتطلبات مهنته (قصار و عمراوي، 2013: 177). بينما يعرفه Mc Grath, (1976) بـ « عدم التوازن الكبير بين متطلبات العمل و القدرات أو الموارد الضرورية لدى العامل للتصدي أو المقاومة أو التكيف مع هذه المتطلبات ». ويؤكد Crepy, (1984) على أنه « مخطط التعبئة الكلية للعضو من أجل إصدار إستجابة مقاومة لتهديدات محيط العمل، و في حالة عدم قدرة هذا المخطط على التصدي لها يتدهور العضو تدريجيا ليفقد قدرته على المقاومة » (Massoudi, 2009: 06). بينما يعرفه Karasek, (1979) على أنه « نتاج عاملين أساسيين يتفاعلان و يتحدان فيما بينهما، و يتمثلان في متطلبات العمل النفسية و حرية التصرف في إتخاذ القرار » (Chapelle & al, 2018: 107).

أمّا Crocq, (1990) فيرى أنّ الضغط المهني هو « ردة فعل بيولوجية، عصبية وفيزيولوجية و نفسية إتجاه إنذار معين، عن طريق تعبئة العضو لمقاومة أو مواجهة التهديد الذي يشكل خطر على حياته أو صحته الجسدية أو توازنه النفسي » (Brillet & al, 2017: 53).

و يحدّد (Schaufeli, 1998) الضغط المهني بـ « مرحلة إنتقاليّة لسوء التكيف الوظيفي لدى العامل و ما يصاحبها من أعراض نفسيّة كالتعبير عن المعاناة في العمل و الشكاوي و الإحباط... و أعراض فيزيولوجيّة كتدهور نظام المناعة... و أعراض سلوكيّة كالتدخين شرب الكحول و الإفراط في تناول الأدوية المضادّة للقلق... هذه الأعراض تعبّر عن محاولة تكيف لم تتجح بعد، و تظهر على المدى القصير و المتوسط، و تترجم هذه المرحلة الإنتقاليّة بإسترجاع التوازن النفسي من جديد أو تتطوّر إلى الإحترق الوظيفي ».

أمّا المعهد الوطني للأمن و الصّحة في العمل NIOSH بأمريكا فيشير إلى الضغط المهني بـ « إدراك الفرد لعدم التّوازن بين متطلّبات العمل و الموارد التي يتوفّر عليها العامل للإستجابة لها » (Dalphon, 2015 : 4-10).

ويتمثّل الضغط المهني حسب (Corsini, 1999) في القلق و التذمر و التعب والتوتر الذي يعاني منه العمال و المسؤولين بسبب ظروف العمل الشاقة و الأخطار المرتبطة بها (طه و راغب، 2010: 08).

بينما يشير إليه (Rascale & Irachabal, 2001) بـ « عدم التوافق بين تطلّعات العامل و واقع ظروف عمله و الذي يظهر على المستوى النفسي في عدم الرضا المهني و أعراض القلق و الإكتئاب و خطر الإنتحار وعلى المستوى السلوكي من خلال تجنّب العمل والتغيّب المستمر و تراكم الأخطاء المهنية و تناول المهدئات و الإدمان، أما على المستوى الجسدي فيظهر على شكل صداع نصفي مزمن، الأرق، إضطرابات الجهاز الهضمي و أمراض القلب » (Inocente, 2010 : 88).

و يعرف عبد الباقي، (2001) ضغوط العمل بأنّها « مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة العمل و التي ينتج عنها مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الأفراد في العمل أو في حالتهم النفسية و الجسمانية أو في أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعلهم مع بيئة عملهم الضاغطة » (علّو، 2022 : 56).

أمّا منظمة الصحة العالمية (2004)، فتعرّف الضغط المهني بـ «مجموع ردود الأفعال الصادرة من العمال خلال مواجهتهم لإرغامات مهنية لا تتلائم مع معارفهم و قدراتهم الشخصية، بهدف مقاومتها و التصدي لها أو تلبية متطلّباتها»، بينما يشير الإتفاق الوطني بين المهن (2008)، بفرنسا إلى الضغط المهني بـ «حالة من عدم التوازن بين إدراكات العامل لإرغامات العمل التي يفرضها محيط العمل عليه و بين إدراكه لمدى توفره على الموارد اللازمة لمجابهتها و التعامل معها» (Bouterfas, 2010 : 65).

لقد تعدّدت و تنوّعت تعاريف الضغط المهني، لكنها إتفقت في مجملها على أنها حالة نفسية تؤثّر سلبا في صحة العامل و في سلوكاته و نمط حياته بشكل عام، فالضغط المهني ما هو إلا ترجمة لعدم التوازن القائم بين متطلّبات العمل و موارد العامل نتيجة عدم قدرته على الإستجابة لظروف العمل و إرغاماته و التي يدركها كتهديد بالنسبة له، بهدف مقاومتها أو التكيف معها أو القضاء عليها.

هذه الحالة من عدم التوازن تؤدي بالعامل إلى الشعور بالضغط المهني و الذي يظهر على شكل أعراض نفسية كتدني مستوى رضاه الوظيفي القلق، الإكتئاب و التوتر، و أعراض سلوكية كالتغيب عن العمل و الإدمان و تناول الأدوية المسكّنة، و أعراض جسدية تظهر على شكل آلام في الرأس، الصداع، الأرق و إضطرابات الجهاز الهضمي و أمراض القلب.

3- أنواع الضغوط المهنية:

يرى Selye أن كل فرد يستجيب للضغط بطريقة مختلفة عن الآخر، فمنه من ينظر إليه على أنه تهديد لوجوده فيؤثّر سلبا في صحته النفسية و الجسدية، و منه من يراه تحدّ تكون أثاره أقل خطورة و أضرارا عليه (أردن، 2002). و من هذا المنطلق يمكننا القول أنه هناك نوعين من الضغوط المهنية فمنها السلبية و منها الإيجابية و هي كالآتي:

3-1- الضغوط المهنية الإيجابية:

يعتبر الضغط المهني في بعض الوضعيات ذات تأثير إيجابي و مصدر تحفيز بالنسبة للعامل، و يطلق على هذا النوع بـ« الضغوط المرغوب فيها » أو « الضغوط الإيجابية »، فقد يتعرض العامل لهذا النوع من الضغوط أثناء دورات تدريبية أو إختبارات من أجل الترقية، تدفعه لبذل مجهودات أكبر فترفع من مستوى فعاليته و كفاءته لتحقيق الهدف المنشود، كما تعتبر أداة فعالة في حل مشكلات العامل داخل المؤسسة بأقل الأضرار.

و يطلق عليها أيضا بالضغوط البناءة، أو الجيدة، و هي مفضلة و مرغوب فيها، إذ ينجح العامل في التكيف الإيجابي معها و يحولها إلى حافز لأداء مهامه و أعماله، و من المؤشرات التي تحدثها ضغوط العمل الإيجابية بين العاملين: ارتفاع حجم النشاط و قوته و زيادة الحماس نحو العمل، و محاولة التطوير و التجديد، و تعلم الهدوء و عدم الانفعال تحت الضغط (طوبال و بكيري، 2019).

كما تزداد دافعية العامل نحو العمل و يتعزز شعوره بالإنجاز الشخصي و تقدير الذات نتيجة تغلبه و مقاومته لمصادر الضغط، ضف إلى ذلك خلق جو من التعاون بين العمال من أجل إيجاد حلول للمشكلات و مواجهة مختلف المواقف الضاغطة، و تعزيز قنوات الإتصال الرسمية و غير الرسمية داخل المؤسسة و على مستويات مختلفة (بن أحمد و حابي 2016). بالتالي يمكن القول أن هذا النوع من الضغوط النفسية مفيدة ذات إنعكاسات ايجابية، تعزز قدرة العامل على الإنتاج و إنجاز المهام بالفعالية و السرعة المطلوبة، كما أنها ذات آثار نفسية إيجابية من خلال سعادة العامل و رفايته في المؤسسة (بوجمل، باهي و عون 2022).

3-2- الضغوط المهنية السلبية:

إنّ هذا النوع من « الضغوط السلبية » تصيب العامل بالضرر على المستوى النفسي و الجسدي، فهي ذات آثار سلبية تنعكس على أدائه و إنتاجيته في العمل، و على فعاليته

في المؤسسة، إذ يتولد عنها عدم الرضا الوظيفي، فقدان العامل للرغبة في العمل، تنامي الإحساس اليأس و القلق، الإكتئاب و زيادة معدلات الغياب (طوبال و بكيري، 2019). و بالتالي فإنّ هذا النوع من الضغط النفسي ضار و مؤذي للعامل، و ذات إنعكاسات سلبية عليه و على المؤسسة، إذ تؤدي به إلى حالة من عدم الإستقرار النفسي و الجسدي الذي يظهر على شكل إحباط و توتر، سرعة الإنفعال و الهيجان، القرحة، تصلّب الشرايين و أمراض القلب (بوجمل باهي و عون 2022).

إنّ الضغط النفسي الإيجابي يختلف في خصائصه و آثاره على الضغط النفسي السلبي، و قد لخصها عبد الرحمان، (1998) في الجدول التالي:

جدول رقم (01): خصائص الضغط النفسي الإيجابي و السلبي.

الضغط النفسي الإيجابي	الضغط النفسي السلبي
تمثّل دافعا للفرد	تسبب انخفاض في الروح المعنوية للفرد
تساعد على التفكير	تولّد الإرتباك
يركّز فيها الفرد على النتائج	يفكّر فيها الفرد في الجهد المبذول
إهتمام الفرد منصب على العمل	تشعر الفرد يشعر بتراكم العمل عليه
تولد عند الفرد الشعور بالمتعة	تولّد عند الفرد الإنفعالات السلبية
تمد الفرد بالقوة و الثقة	تسبب للفرد الضعف
التقاؤل بالمستقبل	الشعور بالفشل و التشاؤم من المستقبل
النوم الجيد	الشعور بالأرق

المصدر: (علوّ، 2022)

في الأخير يمكننا القول أنّ الضغط المهني ليس فقط حالة سلبية ذات تأثير غير مرغوب في صحّة العامل النفسية و الجسديّة وفي سلوكاته و نمط حياته، بل يمكن أن يكون مصدر دافعية و إجتهد و رفع التّحدي بالنسبة للفرد، إذ يختلف إدراك العمّال لمختلف عوامل و مصادر الضغط المهني باختلاف قدراتهم و مؤهلاتهم و خصائصهم الشّخصيّة فمنهم من يراها كدافع يعزّز و ينمي لديه الرغبة في رفع التّحدّي و بالتالي يدركها كحافز ومنهم من يستسلم أمامها و يقف عاجزا عن مقاومتها و التكيف معها، فتدخله في حالة من التوتر و القلق و الإكتئاب... و التي تؤثر سلبا في معنوياته و نفسيته و سلوكاته فينهار أمامها و يجد نفسه عاجزا عن مسايرتها أو تجنّبها.

4- مراحل الضغط المهني :

تمرّ آلية حدوث الضغط المهني لدى العامل عبر مراحل، لكلّ منها خصائص ومميّزات، و في هذا الإطار يؤكّد Selye أنّ إستجابات الأفراد لمختلف المواقف الضاغطة تمر عبر ثلاث مراحل أساسيّة تتمثّل في مرحلة الإنذار و مرحلة المقاومة و مرحلة الإجهاد. و بناءا على هذا النموذج المقدّم من طرف Selye سنقوم بعرض مراحل الضغط المهني بشكل عام، و المتكوّنة من مرحلة الشعور بالضغط المهني و مرحلة التقييم و مرحلة مخرجات الضغط المهني و هي كالتالي:

4-1- مرحلة الشعور بالضغط المهني

يطلق عليها بمرحلة « الإحساس بالموقف الضاغط » حيث يشعر العامل في هذه المرحلة بمختلف الأسباب أو العوامل التي تشكّل بالنسبة له مصدر تهديد و خطر، هذا الأخير يرجع حسب (Brun, Biron, Martel & Ivers, 2007) إلى الرابط الموجود بين التعرض لعوامل الخطر و الضرر التي تتركها في العامل. وتكمن عوامل الخطر الرئيسية بالنسبة للعامل في عبء العمل الزائد، غياب الإعتراف و التقدير، سوء علاقات العمل داخل المؤسسات، تدنّي مستوى الإتصال، عدم الأمان الوظيفي، عدم ملائمة بيئة العمل الفيزيائية و غموض الدور (Dalphon, 2015).

يستدعي العضو في هذه المرحلة كامل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر أو التهديد الذي يتعرض له الفرد، مما ينتج عنه تغيّرات عضوية و كيميائية على مستوى الجسم ليصبح في حالة تأهب و إستعداد للتكيف أو مقاومة مصدر الضغط (النوايسة، 2010).

4-2- مرحلة التقييم:

تتحدّد في هذه المرحلة طبيعة الموقف الضاغط وفق طبيعة تقييم العامل له، فيمكن أن يصبح هذا الموقف الذي يشكل خطرا مصدر دافعية له أو عائق لا يمكن تجاوزه. و يرى (Rasche & Irachabal, 2001) أنّ طبيعة هذا التقييم يرتبط ببعض المتغيّرات الشخصية للعامل و بنظام التقييم المعرفي لديه، بحيث يتبنّى إستراتيجيات ذات طبيعة معرفية أو سلوكية أو فيزيولوجية أو فردية أو تنظيمية في محاولته للتكيف مع متطلبات المحيط (Dalphon, 2015).

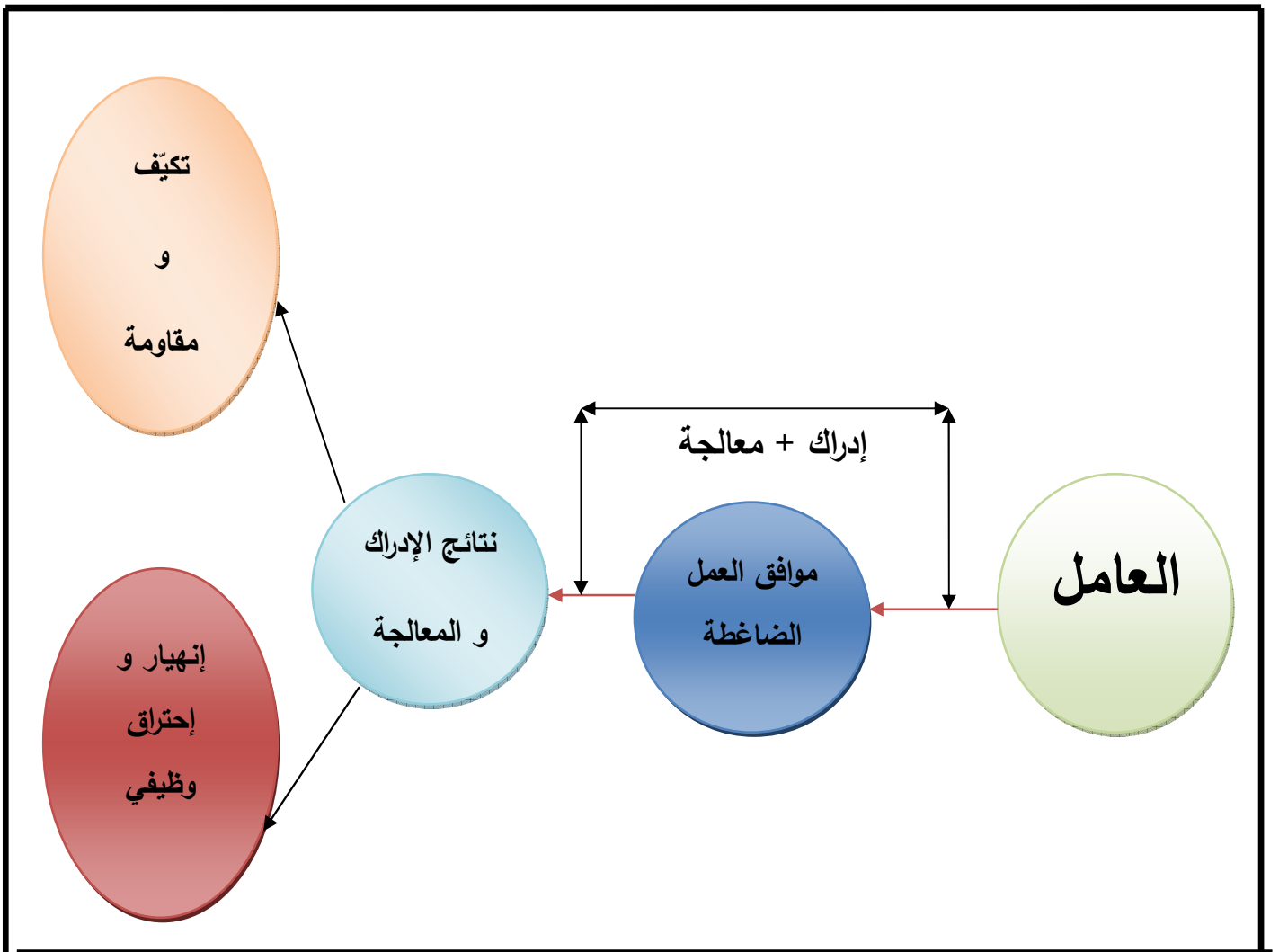
تكون أعضاء الجسم في هذه المرحلة في وضعية « المقاومة »، فتصبح أعضائه في حالة إستعداد لإفراز الطاقة المطلوبة لمواجهة المواقف الضاغطة، فيفرز جسم الفرد هرمونات القشرية السكرية Glucocorticoïdes التي تؤدي إلى إرتفاع نسبة السكر في الدم للحصول على الطاقة الضرورية لعضلات الجسم و القلب و الدماغ (Brillet & al, 2017).

4-3- مرحلة مخرجات الضغط المهني:

تتمثّل في مرحلة ظهور نتائج الضغط المهني وفق طريقة تقييم العامل و إستراتيجيات التعامل التي إعتد عليها في محاولته للتصدّي أو التكيف مع المواقف الضاغطة، فيمكن أن يكون الضغط المهني إيجابي غير مضرّ للعامل بل يستفيد منه كمحرك و دافع أساسي للتطور و يطلق عليه مصطلح « Eustress » الذي يشير إلى إستجابة إيجابية للضغط المهني، و يمكن أن يكون سلبي « Détresse » يظهر على شكل أعراض سلبية مثل القلق و اضطرابات النوم.. و هذا ما أكّد عليه (Clarke & Cooper, 2000) عندما أشار إلى آثار الضغط السلبي المتمثلة في أعراض نفسية كالإكتئاب و القلق و أعراض سلوكية

كالعنف الجسدي و أعراض مهنية كالتغيب و أعراض إجتماعية تؤثر على حياته خارج العمل (Dalphon, 2015).

يمكننا القول أن الضغط المهني لا يحدث فجأة، بل يمر عبر سيرة تتخللها مراحل لكل منها خصائص و مؤشرات تحددها. و وفق الأدبيات المتاحة حول مراحل الضغط المهني، يمكننا القول أنه يمر عبر ثلاث مراحل أساسية و هي مرحلة الإدراك و مرحلة المعالجة و مرحلة النتائج، و التي سوف نعرضها في الشكل الآتي:



الشكل رقم (03): مراحل الضغط المهني من إعداد الباحث.

نلاحظ من خلال هذا الشكل المقدم أن الضغط المهني يمر عبر ثلاث مراحل أساسية

وهي:

❖ مرحلة الإدراك:

تعتبر المرحلة الأولى من الضغط المهني، يدرك فيها العامل مختلف مواقف العمل التي تشكل تهديدا و توترا بالنسبة له، فيراها كمشكلة يجب الإنتباه لها و معالجتها من أجل ضبطها و التحكم فيها.

❖ مرحلة المعالجة:

يحاول العامل في هذه المرحلة معالجة الموقف الضاغط بالإعتماد على موارده الشخصية و مؤهلاته و قدراته، فيلجأ إليها و يعتمد عليها من أجل إيجاد الحل للمشكل الذي يعترضه و الذي أدركه كعنصر تهديد بالنسبة له، و تلعب القدرات الشخصية و المعرفية للعامل دور هام في تحديد نتائج عملية المعالجة و إتجاهها، فمن العمال من لديه الموارد اللازمة و الضرورية لمعالجة هذه المواقف الضاغطة فيصبح قادر على التكيف معها و الوقوف في وجهها و مقاومتها، و منهم من يجد نفسه عاجزا على مقاومتها أو تجنبها بسبب عدم توفره على الموارد اللازمة و القدرات المهارات الضرورية للتصدي لها، و هذا العجز ما هو إلا نتاج عدم توازن و سوء تفاعل بين متطلبات و إرغامات العمل و قدرات العامل و موارده.

❖ مرحلة النتائج:

تمثل إستمرارية لمرحلة المعالجة و تظهر على شكل حالتين، الأولى يكون العامل فيها في وضعية مريحة كونه إستطاع التكيف مع الموقف الضاغط و تعامل معه، و بالتالي يجنب لنفسه التعرض لإضطرابات نفسية و جسدية و سلوكية، أما الحالة الثانية فتعتبر مرضية تؤدي بالعامل إلى الإنهيار و الإستسلام أمام الموقف الضاغط نتيجة عدم قدرته على التكيف و التعامل معه فتؤثر سلبا في صحته النفسية و الجسدية، و في سلوكاته

و نمط حياته بشكل عام و تؤدي به للإحترق الوظيفي و الذي يعتبر أقصى مستويات الضغط المهني، نتيجة إستمراريته لفترة زمنية طويلة.

5- النماذج المفسرة للضغط المهني

لقد إهتم الكثير من الباحثين بموضوع الضغط المهني محاولين فهم سيرورته و آليات حدوثه، و قد إنبثق عن هذه المحاولات عدّة نماذج منها نموذج إستجابة التكيف العام لـ Selye, (1930) و النموذج الثلاثي الأبعاد لـ Karasek, (1979)، إضافة إلى نموذج Cooper, (1985) و نموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت، و سوف سنتناولها في هذا العنوان بالتفصيل.

5-1- نموذج إستجابة التكيف العام لـ Selye, (1930) :

يعتبر Selye من رواد هذا الإتجاه و الذي قدّم مقاربة فيزيولوجية ترتكز على المثير و الإستجابة في تفسيره للضغط، و يرى أن الإستجابة الفيزيولوجية لعضو الفرد لا تتوقف على طبيعة الضاغطة فقط، بل تهدف إلى إستعادة حالة التوازن التي كانت قبل تعرّض العضو للموقف الضاغطة (Bouterfas, 2014).

لقد إستوحى Selye « نموذج إستجابة التكيف العام » إنطلاقاً من تجاربه على عينة من الفئران، أين قام بحقنهم بمختلف المواد و الأحماض، مع وضعهم في ظروف طبيعية قاسية كالبرودة و الحرّ و تعريضهم للصدمات المتنوعة... من أجل معرفة التغيّرات الحاصلة عليهم، و نوع الإستجابات التي يصدرونها. و قد إستنتج أنّ هذه الإستجابات دائماً ما تسعى إلى التكيف مع هذه الظروف الجديدة على الرغم من إختلافها و تنوّعها، و قد أطلق Selye على هذه الظاهرة بـ « متلازمة التكيف العام » أو « متلازمة الضغط البيولوجية » هذه النتائج قام بإسقاطها لاحقاً على الفرد (Chapelle & al, 2018).

يرى Selye أنّ الضغط النفسي ما هو إلّا « إستجابة العضو الفيزيولوجية لمجموعة من التغيّرات بهدف التكيف، و التي تظهر على شكل أنماط مختلفة يمكن أن تكون بيولوجية

أو فيزيولوجية أو معرفية أو إنفعالية، و في حالة إستمرارية هذه التغيّرات فإن العضو يفقد قدرته على التكيف « (Légeron, 2008: 811)

وتتمّ الإستجابات الفيزيولوجية للفرد الناتجة عن وجود مثير خارجي حسب Selye عبر (03) مراحل أساسية و هي:

❖ مرحلة الإنذار:

يعتبر الإنذار أول مراحل حدوث الضغط و هو بمثابة الصدمة التي يتعرّض لها عضو الفرد نتيجة إعتداء مفاجئ يتطلب منه تبني وسائل المواجهة (Cherkaoui, Montargot & Yamat, 2012). فهي مرحلة الإستجابة الطارئة للعضو نتيجة وجود مصدر ضغط يهدّده و يشكّل خطر على وجوده، تصاحبها إفرازات هرمونية على مستوى الجسم (Marien, 2012).

في هذه المرحلة يكون الجسم في حالة تأهب قصوى ينتج عنها تغيّرات فيزيولوجية منها إفراز الغدة النخامية لهرمون ACTH الذي يساهم في إفراز الأدرينالين و النوأدرينالين في جسم الفرد و الكورتيزول في الدم، و ذلك لمواجهة الخطر الذي يهدد إستقرار العضو (عدوان و حفناوي، 2013)، و بالتالي فإن هذه المرحلة ما هي إلّا ردّة فعل الفرد إتجاه الموقف الضاغط أو التهديد، و التي تظهر على شكل تغيّرات فيزيولوجية لدى الفرد كارتفاع معدل نبضات القلب و إفراز الأدرينالين... (Bouterfas, 2014).

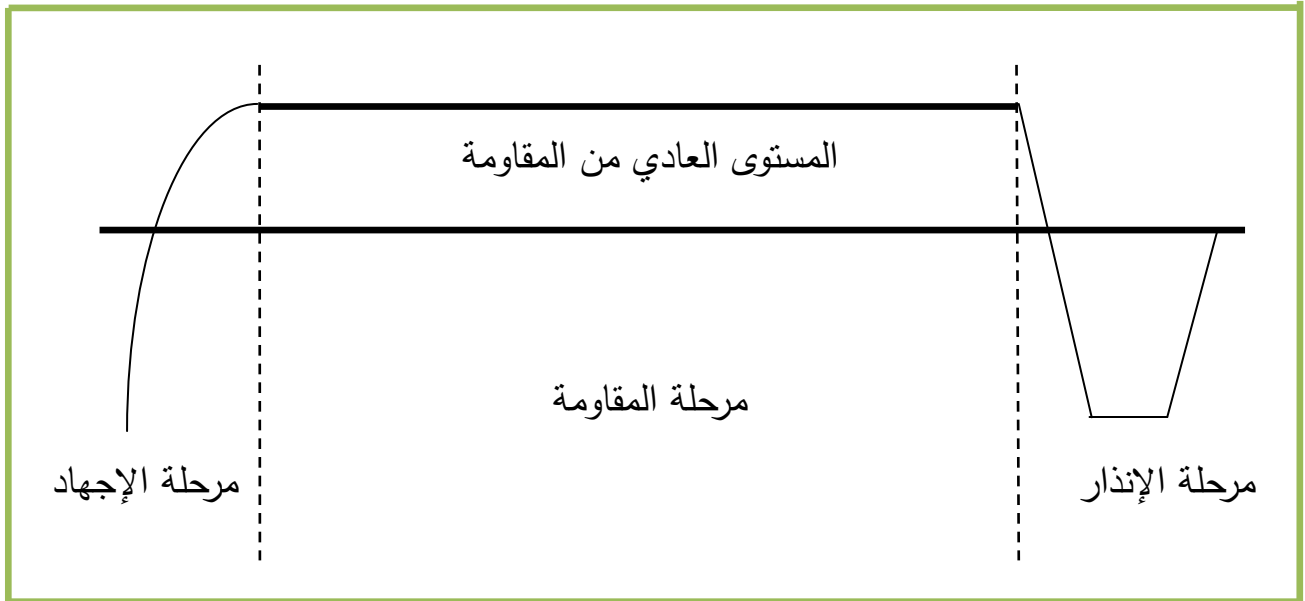
❖ مرحلة المقاومة:

تعتبر هذه المرحلة نتاج المرحلة الأولى، فبعد إستجابة عضو الفرد للمثير الذي يشكّل تهديد بالنسبة له، تأتي مرحلة المقاومة بحيث يحاول فيها العضو مقاومة مصدر التهديد بالإعتماد على طاقته الجسمية و النفسية لتحقيق التكيف و التوازن المطلوبين و إعادة الجسم إلى حالته الطبيعية حتى لا يتعرض للضرر أو التلف، و يغلب على هذه المرحلة طابع الحفاظ على التوازن الحيوي للأنسجة و الأعضاء، لكن في حالة إستمرار هذا التهديد لفترة طويلة يفقد العضو تكيفه، فيصبح عرضة للإجهاد (عدوان و حفناوي، 2013).

❖ مرحلة الإجهاد:

تتميّز هذه المرحلة في ضعف العضو أمام التهديد نتيجة إستمرار هذا الأخير في التظاهر لفترة زمنية طويلة، و يترجم هذا الضعف بظهور إضطرابات نفسية و جسدية لدى الفرد (Bouterfas, 2014)، فيصبح الجهاز المناعي في حالة ضعف و يفقد الجسم طاقته و قدرته على مواجهة التهديد (عدوان و حفاوي، 2013).

و يطلق عليها أيضا مرحلة « الإحتراق الوظيفي » إذ يكون الجسم عاجزا عن التكيف، إذ يكون العضو في هذه المرحلة منهارا، و غير قادرا على مواجهة هذا التهديد أو التكيف معه نتيجة ضعف قدراته و موارده في مواجهة مصدر التهديد (Cherkaoui, Montargot & Yamat, 2012).



الشكل رقم (04): مراحل التكيف العام حسب نموذج Selye, (1930).

المصدر: (Chapelle & al, 2018).

يؤكد Selye, (1946) عام (1946) على أن الضغط النفسي عبارة عن مثير في حدّ ذاته يستوجب إستجابة الفرد له الضغط النفسي كمثير، و هذا ما أكّد عليه عام (1950)، عندما أشار إلى أنّ الضغط النفسي يتمثل في « ظروف إستجابة العضو الفيزيو-باتولوجية » أي:

« مرض جسدي » نتيجة وجود ضاغط « Stresseur » ليعود عام (1975)، ليؤكد على وجود نوعين من الضغط النفسي:

❖ الضغط النفسي السلبي:

يؤثر سلباً في الفرد، فيشعره بالخطر و التهديد مما يؤدي إلى تدمير صحته النفسية و الجسدية.

❖ الضغط النفسي الإيجابي:

يمثل بناء و سيرورة ديناميكية، تدفع بالفرد إلى تبني إستراتيجيات التكيف، فتتحول هذه الضغوط النفسية لحافز و دافع بالنسبة له دون أن تؤثر عليه (Chapelle & al, 2018).
لقد تعرض نموذج (Selye, 1930)، إلى إنتقادات كثيرة، و في هذا الإطار يشير (Rivoliier, 1989) إلى أنّ هذا النموذج بالغ في تركيزه على « الضغط البيولوجي » و على التأثير و الإستجابات الفيزيولوجية الناتجة عنه، ضف إلى ذلك تركيزه على الجانب الطبي و البيولوجي في تفسير الضغط النفسي، إذ تم حصره في مقارنة ميكانيكية ترتكز على وجود مثير و إستجابة، و بالتالي أهمل Selye عوامل الخبرة و الفروق الفردية التي تؤثر على سيرورة عملية « التكيف العام » و مقاومة عضو الفرد لمختلف هذه الضغوط النفسية.
هذا ما دفع بـ (Lazarus, 1984) إلى إقتراح نموذج أكثر تكاملاً يشمل الجانب الإنفعالي للفرد، إذ حاول تفسير الضغط من زاوية نفسية و نفس-إجتماعية من خلال إدخال البعد المعرفي الوسطي بين المثير و إستجابة الفرد له، هذه الأخيرة حسب Lazarus ما هي إلا ترجمة للوضعية الضاغطة و طريقة تقييم الفرد لها، بالإعتماد على موارده الشخصية (Cherkaoui, Montargot & Yamat, 2012).

5-2- النموذج الثلاثي الأبعاد لـ (Karasek, 1979)

ظهر هذا النموذج في أواخر السبعينات على يد الباحث Robert Karasek الذي إهتم بإستقلالية العمال في أداء المهام و تأثير ذلك على صحتهم النفسية، و يعود له الفضل في وضع هذا النموذج الثلاثي الأبعاد الذي ركّز على فهم طبيعة التفاعل بين العامل ومحيط

عمله. و في هذا الإطار يرى Karasek, (1979) أنّ الضغط المهني هو نتاج عاملين أساسيين يتفاعلان و يتحدان فيما بينهما و يتمثلان في « متطلبات العمل النفسيّة » و «حرية التصرف في إتخاذ القرار»، ليضيف له بعد ذلك بعدا آخر يتمثل في «الدعم الاجتماعي» (Chapelle & al, 2018, p: 107).

❖ متطلبات العمل النفسية:

تشير متطلبات العمل النفسيّة إلى الخصائص الكمية و النوعية لعبء العمل النفسي والتي تتمثل في كمية العمل، كثافة و حجم العمل، إرغامات الوقت، المتطلبات المتناقضة العمل المنقطع و المجزأ و تعقّد العمل.

❖ حرية التصرف في إتخاذ القرار:

يشير بعد حرية التصرف في إتخاذ القرار إلى درجة الحرية التي يتمتع بها العامل في عملية المشاركة و إتخاذ القرارات المرتبطة بالعمل، و يتكوّن هذا البعد من بعدين فرعيين يتمثلان في بعد الإستقلالية في إتخاذ القرار و بعد إستخدام المؤهلات.

- الإستقلالية في إتخاذ القرار:

يقصد بالإستقلالية في إتخاذ القرار « درجة حرية العامل في أداء العمل و قدرته في التحكم و التصرف فيه و مشاركته في إتخاذ القرارات المتعلقة سواء بتنظيم عمله أو تلك المرتبطة به ».

- إستخدام المؤهلات :

تتمثل في إمكانية إستعمال و إستغلال العامل لمؤهلاته و قدراته و موارده الشخصية في معالجة المشاكل المرتبطة بالمهمة أو تطويرها (Brillet & al, 2017, p: 54).

يرى Karasek, (1979) أنّ هذين البعدين المتمثلين في متطلبات العمل النفسيّة و حرية التصرف في إتخاذ القرار يتفاعلان فيما بينهما ليشكّلا أربعة أنواع من العمل و هي:

- عمل ذات إرغامات قليلة:

يتميز هذا العمل بوجود مستوى منخفض من متطلبات العمل الضاغطة مقابل مستوى مرتفع من حرية العامل في التصرف و التحكم في عمله.

- العمل السلبي:

يرتبط العمل السلبي بمستوى منخفض من متطلبات العمل، مقابل تدني مستوى الحرية في التصرف و إتخاذ القرارات.

- العمل الإيجابي:

يتميز هذا النوع من العمل بوجود متطلبات عمل كبيرة و مستوى مرتفع من الحرية في إتخاذ القرارات و التحكم في العمل.

- عمل ذات إرغامات كبيرة:

يرتبط بوجود متطلبات عمل كبيرة مقابل، إنعدام أو تدني مستوى الحرية في إتخاذ القرارات.

-الجدول رقم (02): أنواع العمل حسب نموذج (Karasek, 1980)

المتطلبات (عبء العمل النفسي)		//	
مرتفعة	منخفضة		
عمل إيجابي	عمل ذات إرغامات قليلة	مرتفعة	حرية التصرف في القرار و التحكم في العمل
عمل ذات إرغامات كبيرة	عمل سلبي	منخفضة	

المصدر: (Légeron, 2008).

يرى Karasek, (1980) كما هو مبين في الجدول أعلاه أنه يمكن اعتبار العمل:

- ذات إرغامات قليلة في حالة وجود مستوى منخفض من متطلبات العمل مع إتاحة الفرصة للعامل لإتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل.

- ذات إرغامات كبيرة و عالية إذا كانت هذه المتطلّبات كثيرة و كبيرة مع إنعدام أو تدنّي مستوى الحرّية في إتخاذ القرارات.

- سلبي في حالة تدنّي مستوى حرّية العامل في إتخاذ القرارات مع وجود مستوى منخفض من هذه المتطلّبات

- إيجابي في حالة وجود متطلبات عمل كبيرة و مستوى مرتفع من الحرية في إتخاذ القرارات و التحكم في العمل (Légeron, 2008).

لقد قام Karasek & Theorell, (1990) بمراجعة هذا النموذج الذي يركّز على بعدين أساسيين ليقوما بتطويره، و إضافة بعد ثالث له يتمثّل في بعد الدّعم الاجتماعي.

❖ الدعم الاجتماعي:

يتمثّل هذا البعد حسب Karasek & Theorell, (1990) في الدعم الاجتماعي والمعنوي الذي يتحصل عليه العامل من طرف زملاء العمل و الإدارة و المشرفين كالمساعدة و الاعتراف و الاحترام و التقدير، هذا الدّعم يساهم في التخفيف بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من التوتر الذي يؤدي بالعامل إلى الضغط المهني (Brillet & al, 2017). و في هذا الإطار يؤكّد Johnson, (1989) على أهميّة بعد الدعم الاجتماعي في حماية العامل من مختلف الأخطار المهنية و إرغامات العمل، و يرى أنّه في حالة عدم قدرة العامل على التحكم في العمل و غياب الإستقلالية في إتخاذ القرار، مع وجود إرغامات و متطلبات عمل كبيرة و نقص الدعم الاجتماعي له، فذلك يؤدي إلى إرتفاع مستوى الضغط المهني لديه و تجعله في صراعات مستمرة في العمل، كما يصبح عرضة للإصابة بإضطرابات عديدة تمس صحة النفسية و الجسدية كالإضطرابات العضلية- العظمية و الإضطرابات القلبية (Chapelle & al, 2018).

5-3- نموذج ازدواجية تقييم الوضعية لـ Lazarus & Folkman, (1984):

يستمدّ نموذج ازدواجية تقييم الوضعية لـ Lazarus & Folkman, (1984) مبادئه من العلوم المعرفية و بالخصوص من علم النفس المعرفي، إذ ركّز على المكونات النفسية

و المعرفية في سيرورة حدوث الضغط النفسي، و في هذا الإطار يرى Lazarus أن الضغط النفسي يرجع إلى إزدواجية تقييم الفرد للوضعيات الضاغطة، إذ يقوم بعملية تقييم أولية وثانوية في إستجابته للمواقف التي تشكّل ضغطا بالنسبة له، و في حالة عدم قدرته أو عجزه على التعامل و التكيف معه، فإنّ ذلك يؤدّي به للضغط النفسي (Légeron, 2008). و في نفس السياق يشير Lazarus & Folkman, (1984) إلى أنّ الفرد يستطيع مواجهة هذه المواقف تحت إطار إستراتيجيات « المقاومة » Coping، ليؤكّد في نفس الوقت على أنّ هذه المقاومة ليست نتاج محيط العمل و لا العامل، بل هي نتاج التفاعلات و التعاملات التي تربط العامل بمحيط عمله (Marien, 2012, P: 53). و حسب Lazarus & Folkman, (1984) فإنّ « المقاومة » تمثّل في « مجموعة الجهود المعرفية و السلوكية الموجهة للتّحكم أو التقليل أو تقبّل المتطلّبات الداخلية والخارجية التي تشكّل تهديدا بالنسبة للفرد أو تفوق موارده » (Mariage, 2011 : 47).

يرى أصحاب هذا الإتّجاه و على رأسهم Lazarus & Folkman أنّ الفرد يعتمد في عملية « المقاومة » للمواقف التي يشكّل تهديدا بالنسبة له بناءا على ثلاثة أنواع من التقييم و هي كالاتي:

❖ التقييم الأولي:

تنتج عن التقييم الأولي ثلاث حالات، تكون حسب طبيعة و طريقة تقييم الفرد لعلاقته مع المحيط وهي كالتالي:

- علاقة بدون صلة:

تنتج عندما لا تؤثر المعاملات بين الفرد و محيطه في قيم و حاجات و إلّتزام الفرد، وفي هذه الحالة لا يوجد شيء يمكن أن يربحه أو يخسره الفرد و بالتالي يتجاهل هذا النوع من المعاملات و لا يعطي لها أهميّة.

- علاقة إيجابية:

يقيم الفرد المعاملات هنا كحالة تسمح له بالحفاظ على راحته النفسية و الإنفعالية أو تحسينها، و بالتالي فإنّ تقييم التحديّ يؤدي إلى مشاعر إيجابية كالحماس، السعادة، الحب و الإرتياحية.

- علاقة مضطربة أو ضاغطة:

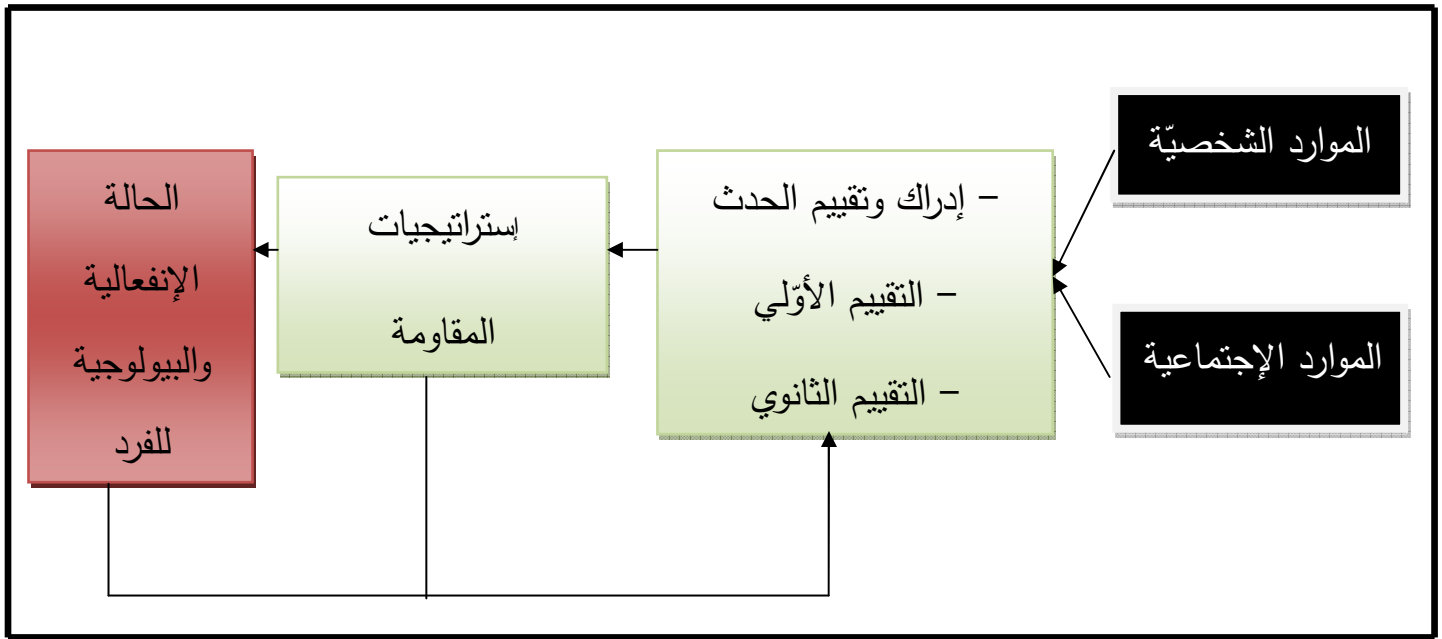
تتميّز هذه العلاقة بفقدان الفرد للقدرة على رفع التحديّ في مواجهة الضرر الناجم عن التهديد أو الموقف الخارجي، فيظهر لديه شعور بالضعف و الخسارة، كما يلعب عنصر « الإستباقية » الذي يشير إلى الحكم السلبي المسبق على التهديد أو الموقف و على نتائجه المستقبلية و الأضرار المحتملة له، دورا أساسيًا في ظهور الضغط النفسي الذي يؤدي بالفرد إلى الخوف و القلق و الغضب.

❖ التقييم الثانوي:

يقصد به تقييم الفرد لإستراتيجيات « المقاومة » عندما يشعر بأن المعاملات بينه وبين المحيط خطيرة، و غير قادر على التكيف معها في ضوء ما يملكه من قدرات و موارد وترتكز هذه الإستراتيجيات على البحث عن حلول للمشكلة أو التقليل منها، و الحدّ من المشاعر السلبية التي تنتابه.

❖ إعادة التقييم:

يقوم الفرد في هذه الحالة بإعادة تقييم الوضعية بعد حصوله على معلومات إضافية من المحيط، و التي يكمن أن تساعد في عملية "المواجهة" و "التكيف" (Chapelle & al, 2018).



الشكل رقم (05): نموذج Lazarus & Folkman, (1984) للضغط النفسي

المصدر: (Chapelle & al, 2018).

لقد إعتد Lazarus & Folkman, (1984) على المعالجة المعرفية بين المثير و الإستجابة في إستجابة الفرد للضغط، و يؤكّدان على أنّ هذا الأخير ما هو إلا نتيجة العلاقة الديناميكية بين الفرد و محيطه و بين موارده الشخصية لمواجهة متطلبات المحيط و يعتمد في إستجابته لهذه المواقف على عملية « التقييم الأوليّة »، إذ يقيّم الفرد في هذه المرحلة طبيعة الوضعية و خصائصها ، و ترتبط هذه العملية بحالة الفرد و تركيبته النفسية و خصائصه وقدراته على المقاومة و المواجهة، إذ أنّ عملية التقييم الأوليّة تتأثر بعوامل مرتبطة بالوضعية و حجم و شدة المثير، وقت و درجة التحكم فيها وعوامل شخصية ترجع إلى سمات الفرد و موارده، و نظرتة إليها و الموارد المتاحة في المحيط. هذا التقييم الأولي يسمح للفرد بالحكم على الوضعية، فإن كانت مصدر تهديد بالنسبة له يتّجه مباشرة إلى سيرورة ثانية يطلق عليها « التقييم الثانوي » الذي يرتبط بسيرورة تقييم معرفية تركز على ما يمكن إنجازه أمام وضعية تشكل تهديد و خطر له، إذ يقوم الفرد بتقييم موارده المتاحة ليحدّد

قدرته على التكيف، وعلى هذا الأساس يمكنه إعادة تقييم الوضعية وفق ما جمعه من معلومات جديدة لإصدار الإستجابة. كما يلعب الإدراك الشخصي دورا بارزا في تجنيد الموارد اللازمة للتكيف مع متطلبات المحيط. و في هذا الإطار يرى كل من Lazarus & Folkman, (1984) أنّ إستجابات الأفراد لنفس الوضعية تختلف باختلاف نظرتهم و إدراكهم لخصائصهم و مواردهم الشخصية (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010).

إنّ هذه السيرورة المعرفية و الديناميكية في حالة تعديل مستمر تسمح بالفرد بالتكيف أمام الحدث، و يعتبر وجود أو غياب هذه القدرة، و طبيعة التقييم الصحيح أو الخاطئ لموارده الخاصة سواء البيولوجية أو الجسدية أو الإنفعالية في مواجهته لإرغامات المحيط و المواقف الضاغطة من محدّدات الضغط النفسي لدى الفرد (Chapelle & al, 2018).

5-4- نموذج Cooper, (1985)

يركّز Cooper, (1985) في هذا النموذج على ثلاثة عوامل مسببة للضغط المهني و يرى أنّه هناك ثلاثة أصناف عامة من العوامل التي تؤدي للضغط المهني تتمثل في:

❖ **العوامل الداخليّة:**

تشير هذه العوامل إلى المتغيّرات المرتبطة بالمهنة و التي تتمثل في المتطلّبات الكميّة والنوعيّة للمهمّة و الأضرار الجسدية التي تصيب العامل و سوء تصميم مراكز العمل، وفي هذا الإطار يؤكّد Aubert, (1989) على طبيعة المهمّة و درجة تعقّدها كمصدر من مصادر الضغط المهني، إذ أنّها تدفع بالعامل إلى إستعمال طاقات و جهد أكبر لتلبية متطلّباتها، ممّا يساهم في إرتفاع عبء العمل الذي يؤدي للضغط المهني.

❖ **العوامل النفسية – الإجتماعيّة:**

تلعب العوامل النفسية و الإجتماعيّة دور الوسيط في سيرورة ظهور مؤشّرات الضغط المهني لدى العامل، إذ أنّها تساهم في التقليل أو الرفع من درجة إدراك الفرد للموقف الضاغط و من بين هذه العوامل النفسية الإجتماعيّة نجد:

- الدّعم الإجتماعي من طرف مجموعة الإنتماء:

يشير الدّعم الإجتماعي إلى مجموعة العلاقات الإجتماعية و إمكانية تحكّم العامل في النشاط المهني و الإستقلالية في العمل، إذ يرى أنّه كلّما كانت حرّية إتخاذ القرار كبيرة، قلّت مؤشّرات الضغط المهني لديه.

- الإستقلالية و المتطلّبات المهنيّة:

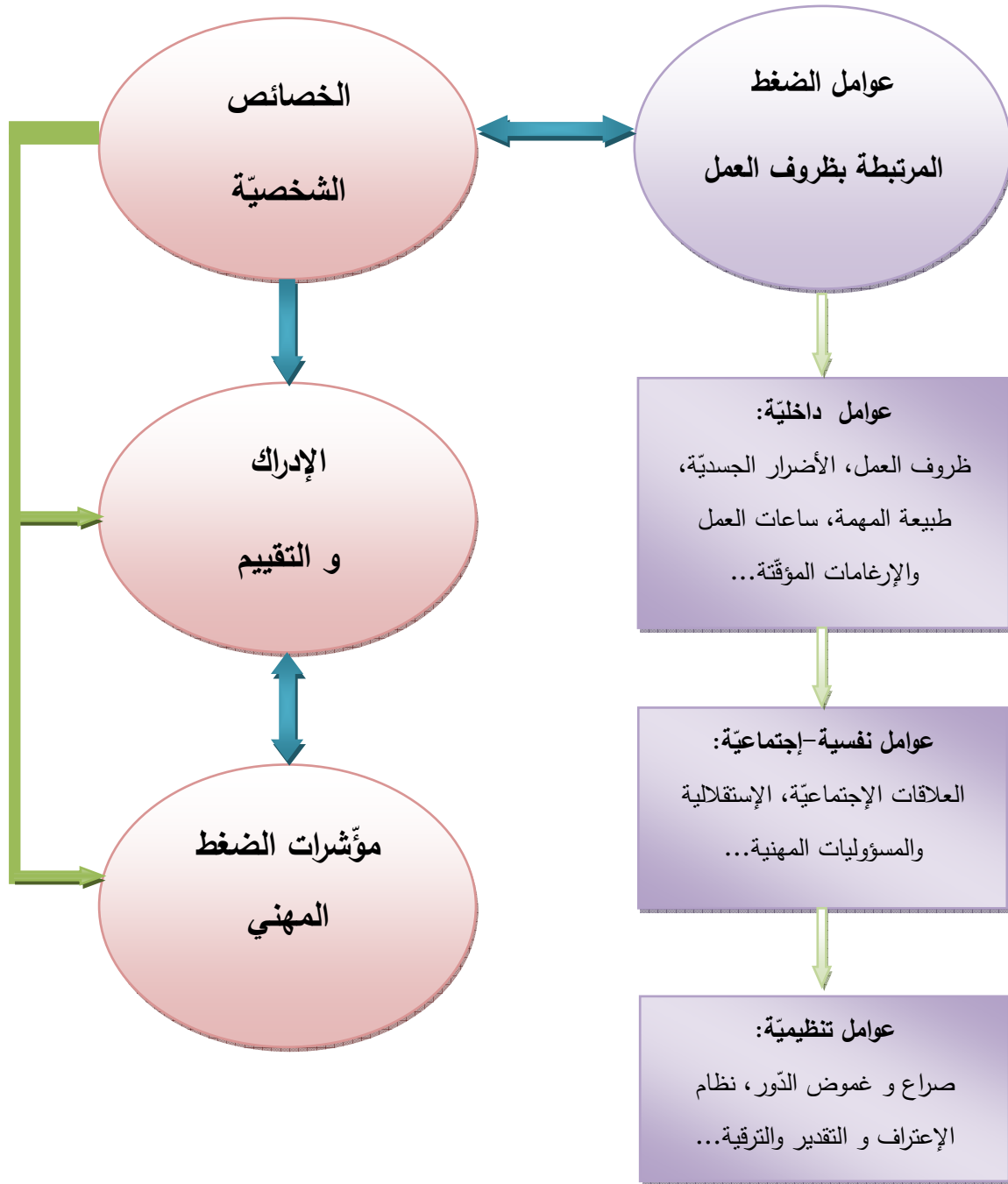
تتمثّل الإستقلالية في قدرة مجموعة العمل أو العامل في التحكّم و التأثير في عمله مع تلقيه الإحترام و التقدير المطلوب من طرف مجموعة الإنتماء، فالعمل الذي يتطلّب إلتزام كبير مقابل إفتقار العامل لسلطة القرار يؤدّي للضغط المهني.

- المسؤولية و فرص الترقّي الوظيفي:

ترتبط الإستقلالية بالمسؤولية المهنية، فكّلما كانت درجة الإستقلالية مرتفعة، شعر العامل بالمسؤولية إتجاه العمل، كما أن غياب فرص الترقّي تؤدّي للضغط المهني.

❖ العوامل التنظيميّة:

ترتبط العوامل التنظيمية بالصّراعات داخل المؤسّسة و غموض الدّور و ما يتلقاه العامل من ضغوطات من طرف الرؤساء. و يظهر هذا الصراع نتيجة تناقض الدور الذي يقوم به العامل و تعارض مهامه مع طموحاته أو ميولاته أو قيمه، كأن يطلب من المروّوس أن يراعي الحاجات النفسية لمروّوسيه و في نفس الوقت تبني سلوك الإشراف الديكتاتوري من أجل الرفع من الإنتاجية (Banyasz, 1998).



الشكل رقم (06): نموذج (1985) Cooper , لعوامل الضغط المهني المرتبطة بظروف العمل
المصدر: (Banyasz, 1998)

نلاحظ من خلال الشكل رقم (06) أنّ ظروف العمل المرتبطة بعوامل داخلية، و عوامل نفسية - إجتماعية، و أخرى تنظيمية من المسببات المؤدية لظهور مؤشرات الضغط المهني لدى العامل، إذ تتفاعل هذه العوامل مع الخصائص الشخصية للعامل، هذه الأخيرة تختلف

من عامل لآخر فهناك من يتجاوز هذه العوامل و يستطيع التغلب عليها و مقاومتها والتكيف معها بفضل خصائصه الشخصية و بالتالي يتجنب الضغط المهني، و هناك من يدركها و يقيّمها على أساس تهديد و خطر بالنسبة له، خاصة عندما يكون العامل غير قادر على تلبية متطلبات ظروف العمل أو التكيف معها، و في هذه الحالة تعجز خصائصه الشخصية على مجابهة هذه العوامل الضاغطة، مما يؤدي بالفرد إلى الإصابة بالضغط المهني.

5-4 - نموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت لـ (Siegrist, 1996):

ينطلق هذا النموذج من منطلق أن العامل يتوقع مكافآت عادلة حسب القيمة والأهمية التي يشغلها داخل المؤسسة، بمعنى أنه ينتظر الحصول على جزاء مقابل المجهودات التي يقوم بها لإنجاز العمل، فإن كانت نظريته مرضية للمقابل الذي يحصل عليه وفق ما يبذله من مجهودات، فذلك يشعره بالرضا الوظيفي و يدخل في علاقة تبادل إيجابية و مرضية مع المؤسسة، لكن في حالة إعتباره أن نظام التبادلات هذا غير عادل، يتشكّل لديه شعور بعدم الرضا فينخفض مستوى تقديره للذات، و تتدنّى قيمته داخل المؤسسة ليصبح عرضة للإصابة بمختلف الإضطرابات التي تؤثر في صحته النفسية (Moulin, 2021).

يركز نموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت لـ (Siegrist, 1996) على الفارق الموجود بين المجهودات التي يبذلها العامل و بين المكافآت التي يتحصّل عليها مقابل هذه المجهودات، و يرى أن ظروف العمل التي تفرض على العامل بذل مجهودات معتبرة مقابل مكافآت ضعيفة لا تلبي حجم ما بذله من جهد تؤدي للضغط المهني، و بالتالي فإن العمل وفق هذا النموذج يرتكز على مبدئين أساسيين و هما :

❖ المجهودات:

ترتبط بالطاقة التي يبذلها العامل مقابل متطلبات و إرغامات العمل المعتبرة ، و تنقسم هذه المجهودات إلى نوعان: خارجية و ذاتية.

- المجهودات الخارجيّة:

ترتبط المجهودات الخارجيّة بالإرغامات و المتطلبات النفسية و الجسدية للعمل، و التي تتمثّل في إرغامات الوقت، العمل المتكرّر، تعدّد المسؤوليات و عبء العمل الفيزيقي.

- المجهودات الذاتيّة:

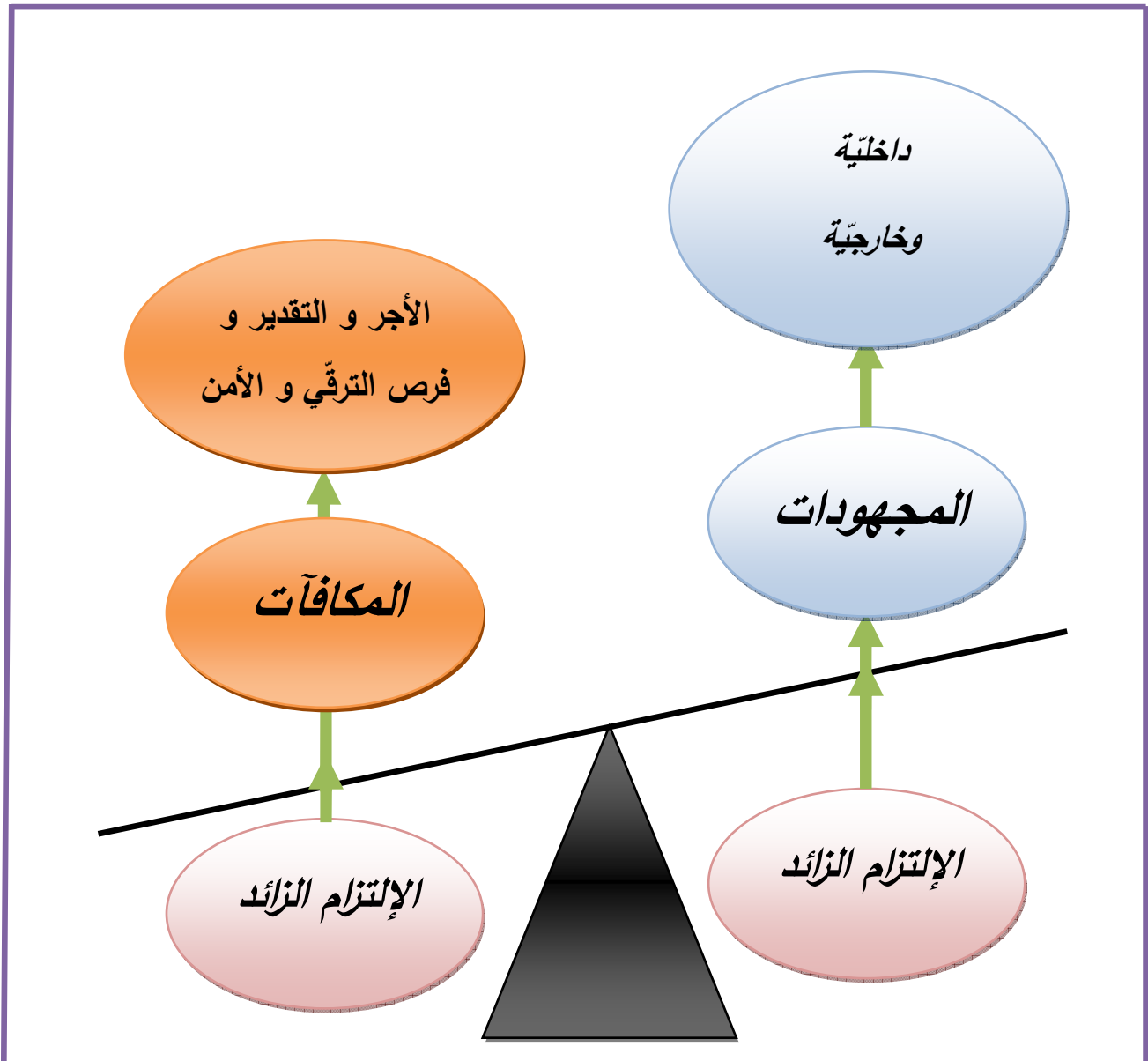
تتمثّل في العوامل الشخصية التي تعكس الإستثمار المفرط و المبالغ فيه للعامل في عمله، و يطلق عليها مصطلح « الإلتزام الزائد » الذي يرتبط بتصرّفات و سلوكات الإلتزام المفرط و المبالغ بالعمل، و يظهر هذا الإلتزام الزائد على شكل إيجاد صعوبات من طرف العامل للإبتعاد عن العمل و الإستراحة بعد الإنتهاء منه (Brillet & al, 2017: 55).

❖ المكافآت:

تتجسّد في المقابل الذي يتحصّل عليه العامل نتيجة مجهوداته المبذولة، و تأخذ المكافآت ثلاثة أشكال تتمثّل في الأجر و التقدير و تحكّم العامل في وضعه المهني، هذا الأخير يشير إلى وجود فرص الترقّي و الأمن في العمل (Jean dit Bailleul, Gourier, Saliou, Misery, Dewitte, Lodde, Brenaut & Durand-moreau, 2021) إنّ عدم التوازن بين المجهودات المبذولة من طرف العامل و بين المكافآت المتمثّلة في الأجر و التقدير و فرص الترقّي و الإستقلالية في العمل، يؤدي للضغط المهني، هذا الأخير يظهر على شكل عدم رضا العامل عن نظام المكافآت (Inocente, 2010).

وفي نفس السّياق، يؤكّد Siegrist أن سيرورة إدراك العامل لهذا الفارق بين مجهوداته والمكافآت التي يتحصّل عليها ترتبط إرتباطا وثيقا بشخصية العامل التي تتمحور حول العوامل الذاتية في إدراكه للجهد المبذول و طبيعة المكافآت التي تحصل عليها، وهذه العوامل الذاتية تعتبر كميزان يحدد الفارق بين المجهودات المبذولة و المكافأة التي يجب أن يتحصّل عليها نتيجة إستثماره الزائد في العمل و بين ما تحصل عليه في الواقع (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010).

إنّ إستمرار هذا الفارق و عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت يؤدي إلى تدني مستوى تقدير العامل لذاته، و يصبح عرضة للإصابة بإضطرابات نفسية مثل الإكتئاب و الضغط و القلق (Brillet & al, 2017)، ضف إلى ذلك خطر الإصابة بأمراض القلب والشرابين، إرتفاع ضغط الدّم، ضغط الجدار الشرياني، متلازمة الإيض و مرض السكري من الصنف الثاني (Jean dit Bailleul & al, 2021).



الشكل رقم (07): نموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت (Siegrist, 1996)

المصدر: (Inocente, 2010)

ركّز نموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت لـ Siegrist, (1996) على مبدأ الإعتراف أو المكافأة كعنصر أساسي في العمل، وقد إستمدّ مبادئه من نظرية الدافعية وقيمة التوقعات بالنسبة للعامل، ليؤكد أن العمل هو أداة تنظيم ذاتي بالنسبة للعامل، إذ يرفع من مستوى تقديره للذات و من فعاليته المهنية و يكسبه مكانة مهنية ترجع إلى إمكانية العامل في المساهمة و الإنجاز، كما تسمح له بالحصول على مكافآت الإعتراف و الإنتماء إلى الجماعة، هذه الآثار الإيجابية للعمل ترتبط بشرط مسبق و هو المعاملة بالمثل، وغياب هذا الأخير يؤدي إلى الضغط المهني (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010).

لقد تطرّقنا في هذا العنوان إلى أهم النماذج المفسرة لحدوث الضغط، منها نموذج إستجابة التكيف العام لـ Selye, (1930) الذي قدّم مقارنة فيزيولوجية تركز على المثير والإستجابة في تفسيره للضغط، و يرى أن الإستجابة الفيزيولوجية لعضو الفرد تهدف إلى إستعادة حالة التوازن و التكيف مع الوضعية الضاغطة، فهي إذن مقارنة ميكانيكية تركز على وجود مثير و إستجابة، دون الأخذ بعين الإعتبار بعوامل الخبرة و الفروق الفردية التي تؤثر على سيرورة عملية التكيف العام.

هذا ما دفع بـ Lazarus, (1984) إلى إقتراح نموذج أكثر تكاملا يشمل الجانب الإنفعالي للفرد، أطلق عليه نموذج ثلاثي الأبعاد الذي يرى أنّ الضغط المهني هو نتاج ثلاثة عوامل أساسيين تتفاعل فيما بينهما، و هي متطلبات العمل النفسية التي تتمثل في الخصائص الكمية و النوعية لعبء العمل النفسي، و حرية التصرف في إتخاذ القرار و التي تشير إلى درجة الحرية التي يتمتع بها العامل في عملية المشاركة و إتخاذ القرارات كالإستقلالية و إستخدام المؤهلات، و الدعم الإجتماعي فيتمثل في المساعدة و الإعتراف و الإحترام و التقدير و الدعم المعنوي الذي يتحصل عليه العامل.

أما نموذج إزدواجية تقييم الوضعية لـ Lazarus & Folkman, (1984) فقد ركّز على المكونات النفسية و المعرفية في سيرورة حدوث الضغط النفسي، فالفرد حسب هذا النموذج يعتمد في إستجابته للمواقف على عملية التقييم الأوليّة التي ترتبط بتركيبته الفرد النفسية و خصائصه و قدرته على المقاومة أو المواجهة، هذا التقييم الأولي يسمح للفرد بالحكم على الوضعية، فإن كانت مصدر تهديد بالنسبة له يتّجه لتقييم ثانوي معرفي يركّز على ما يمكن إنجازه أمام وضعية تشكل تهديد و خطر له، إذ يقوم الفرد بتقييم موارده المتاحة ليحدّد قدرته على التكيف، و على هذا الأساس يمكنه إعادة تقييم الوضعية، و يرى Lazarus & Folkman أن الإدراك الشخصي يلعب دورا بارزا في تجنيد الموارد اللازمة للتكيف مع متطلبات المحيط.

بينما يرجع نموذج Cooper, (1985) أسباب حدوث الضغط المهني إلى ثلاثة مؤشرات تتمثل في عوامل داخلية تتعلّق بالمتغيّرات المرتبطة بالمهنة و عوامل نفسية إجتماعية تلعب دور الوسيط في سيرورة ظهور الضغط المهني لدى العامل، و تتمثل في الدّعم الإجتماعي من طرف مجموعة الإنتماء، الإستقلالية و المتطلّبات المهنيّة و المسؤولية وفرص التّرقى الوظيفي، أما العوامل التنظيميّة فترتبط بالصرّاعات داخل المؤسّسة وبغموض الدّور و ما يتلقاه العامل من ضغوطات داخل المؤسّسة.

و في الأخير تطرّقنا لنموذج عدم التوازن بين المجهودات و المكافآت لـ Siegrist, (1996) الذي يركّز على المجهودات الخارجيّة و الذاتيّة التي يبذلها العامل و نظام المكافآت الذي يتحصّل عليه العامل مقابل مجهوداته، و التي تتمثل في الأجر و التقدير و تحكّم العامل في وضعه المهني، و يرى Siegrist أنّ الفارق و عدم التوازن الموجود بين هذه المجهودات وبين المكافآت التي يتحصّل عليها من أسباب الضغط المهني، إذ يؤكّد على أن ظروف العمل التي تفرض على العامل بذل مجهودات معتبرة مقابل مكافآت ضعيفة تؤدي للضغط المهني.

6- العوامل المؤدية للضغط المهني:

قبل البدء في ذكر أهم العوامل المؤدية للضغط المهني، يجدر الإشارة إلى أن من الباحثين من صنفها على شكل أسباب، و منهم من تناولها في إطار مؤشرات، و منهم من تطرّق إليها في إطار مصادر و عوامل تؤديّ إلى الضغط المهني لدى العمال.

يرتبط الضغط المهني حسب فتحي، (2008) بفقدان العامل للتوازن بين موارده الشخصية و إرغامات العمل، أو إنعدام التكافؤ بين الجهد النفسي الذي يبذله في العمل و متطلبات مهنته، و يرى أن أسباب الضغط المهني تكمن في التغيرات التي مسّت طبيعة العمل نتيجة الثورة الصناعية، و الإعتماد الكبير على التكنولوجيا و وسائل الإنتاج الحديثة و المعقّدة، تدهور بيئة العمل، صراع الدور و غموضه، طبيعة و خصائص المهنة و المتطلبات و الإرغامات المرتبطة بها، ضف إلى ذلك تدهور العلاقات الإجتماعية داخل المؤسسة، الرقابة و عدم وضوح العلاقات التنظيمية.

تكمن أسباب الأخطار النفسية الإجتماعية بما فيها الضغط المهني في إرغامات نفسية تتمثّل في نمط الإشراف و طبيعة الإتّصال داخل المؤسسة و إرغامات تنظيمية مرتبطة بطبيعة العمل و سرعة تنفيذ المهمة (Brillet, Sauviat, & Soufflet, 2017). و تشكّل التكنولوجيا الحديثة حسب المؤسسة الأوروبية من أجل تحسين ظروف الحياة والعمل ببرلين (1996)، أهمّ عوامل الضغط المهني (Dalphon, 2015).

و قد أشار تقرير للوكالة الأوروبية للأمن و الصّحة في العمل (2009) EU-OSHA، إلى أنّ (50%) من العمال الأوروبيين المستجوبين يعانون من الضغط المهني الذي يرجع إلى غياب الأمن الوظيفي، عبء العمل الزائد، إعادة تنظيم بيئة العمل (Bouterfas, 2010).

ترجع أسباب الضغط المهني إلى تطوّر العمل و التغيّرات الإجتماعية و الإقتصادية و التنظيمية التي رفعت من وتيرة العمل و من متطلّباته، ففي تقرير للمجلس النقابي ببريطانيا (2004) Trad Union Council، أشار إلى أن (79%) من المستجوبين يؤكّدون على « كثافة العمل » كأهمّ عوامل الضغط المهني لديهم، كما أشار إتحاد التكوين

العمومي بكندا AFPC في تقريره إلى كون عبء و ساعات العمل أحد أسباب الضغط المهني لدى العمال (Cazabet, Barth & Cascino, 2008).

ويرى (2011) Gollac & Bodier أنّ أسباب الضغط المهني ترجع إلى الصّراع الأخلاقي الناتج عن تعارض قيم العامل مع ثقافة المؤسسة، و سوء العلاقات الإجتماعية التي تؤدي بدورها إلى ظهور صراعات بين العامل و زملاء العمل أو الإدارة، صف إلى ذلك بعد غياب الأمن في العمل و تدني مستوى الإستقلالية (Marrien, 2012).

أمّا في القطاع الصّحي، فيؤكّد (2001; Raques, 2001; Smith, 2001) على أنّ استحالة التحكم في وتيرة العمل و حجمه أحد أسباب الضغط المهني لدى الممرضين ليضيف إليها (1991) Pépin ساعات العمل الطويلة و العمل الليلي، بينما يرجعها (2009) Tremblay & Larivière إلى عدم التوازن بين الحياة الشّخصيّة و الحياة المهنية للممرّض، و في نفس الإطار يؤكّد (1999) Duxbury & al على أنّ عبء الدور المرتفع و تداخل الأدوار و عدم قدرة الممرض على التوفيق بين متطلبات العائلة و مهنة التمريض من الأسباب المؤدّية للضغط المهني (Cherkaoui, Montargot & Yamat, 2012).

ويحدّد (2012) Laurent & Chahraoui أسباب الضغط المهني لدى الممرضين في إلزامية التواجد و التدخل الفوري دون سابق إنذار، التوترات بين فرق العمل، عدم اليقين في التشخيص و الإكتضاظ في ممرات و أروقة المصالح، خطورة الحالات المرضية، إلزامية التحكم في التكنولوجيا و أدوات العلاج الطبية، المسؤولية على حياة المرضى و عدم القدرة على التنبؤ و الصراع مع الإدارة، ليضيف إليها (200) French & al الصراعات مع المشرفين من الأطباء أو المرضى أو عائلاتهم و عبء العمل المرتفع و الإضطهاد. أمّا (2013) Riel-Roberge فيؤكّد على أنّ حالات موت المرضى التي يدركها الممرضين كإخفاق بالنسبة لهم في تقديم رعاية لازمة تسمح بإنقاذ حياة المرضى، يعتبر أحد أسباب الضّغط المهني (Lord-Gauthier, De Montigny & Bouchard, 2016).

بينما يلخّص Fillion & Saint-Laurent, (2003) أسباب الضغط المهني لدى الممرضين في « عوامل تنظيمية » تتمثل في عبء العمل الزائد و نقص المشاركة في إتخاذ القرارات، نقص الإعتراف و غموض الدور و غياب الدعم من طرف المؤسسات الإستشفائية أمّا « العوامل المهنية » فتتمثل في المتطلبات المرتبطة بمهنة التمريض، نقص التكوين النفسي للممرضين و تهيئتهم للتصدي لإرغامات مهنة التمريض، نقص الوقت المخصص للمرضى و عائلاتهم و صعوبة التواصل مع زملاء العمل، بينما ترتبط «العوامل الإنفعالية» بردود الأفعال السلبية للمرضى إتجاه الممرضين الحزن الناتج عن حالات موت المرضى الذين يشرفون عليهم.

فيما يلي ذكر لأهم العوامل المؤدية للضغط المهني لدى العمّال، وفق ثلاثة محاور أساسية، تتمثل في العوامل المرتبطة بالعمل أو المؤسسة و عوامل أخرى مرتبطة بخصائص العامل المتنوعة، إضافة إلى العوامل المرتبطة بالإطار الإقتصادي و الإجتماعي لعالم العمل.

6-1- العوامل المرتبطة بالعمل أو المؤسسة:

يرى كل من المعهد الوطني للبحث و الأمن بفرنسا (INRS, 2007) و Stavroula & Cox, (2008) أن العوامل التنظيمية التي تؤدي إلى الضغط المهني، تكمن في أربع مجموعات كبرى و هي كالاتي:

❖ مضمون العمل:

تشمل الأنشطة المتكررة و المهام التي تتطلب كم هائل من المعلومات، ضف إلى ذلك المهن ذات الطابع العلاجي و التي من خصائصها الإحتكاك المستمر مع حالات الموت و معاناة الآخرين والمهن التي تتطلب مسؤولية أكبر لإنجازها.

❖ تنظيم العمل أو تسيير الموارد البشرية:

تتعلّق بالتقطعات المتكررة في العمل و التي تعيق من سيرورة إنجازه، ضف إلى ذلك المهن التي تتطلب ساعات طويلة لإنجاز مختلف الأنشطة المرتبطة بها و التي تؤدي

إلى إختلال التوازن بين الحياة المهنية و الحياة الإجتماعية و العائلية للعامل، كما يرتبط تنظيم العمل أيضا بسوء أو غياب التعريف بمركز العمل.

❖ جودة علاقات العمل:

ترتبط بنقص الدّعم من طرف زملاء العمل أو الإدارة أو المسؤولين و عدم إتاحة فرصة مشاركة العمال في إتخاذ القرارات، غياب التقدير و الإعتراف، ضعف قنوات الإتّصال داخل المؤسسة و العزلة الإجتماعية، ضف إلى ذلك التقييم غير المناسب للعمال و الصراعات المتكررة بينهم.

❖ المناخ الفيزيقي:

يرتبط المناخ الفيزيقي بإرغامات العمل الفيزيقيّة كالضوضاء، الحرارة و سوء تصميم بيئة العمل أو مركز العمل (INRS, 2011)

فيما يلي مجموع الأسباب أو المؤشّرات أو المصادر التي ترتبط ببيئة العمل و خصائصه من متطلبات و إرغامات، و بخصائص المؤسسة التي يزاول فيها العامل نشاطه، و التي تؤدّي للضغط المهني.

❖ ظروف العمل:

تشير ظروف العمل حسب Brillet & al, (2017) إلى الجو أو المناخ الذي يزاول فيه العامل نشاطه، و خصائص العمل الذي يتضمّن المحيط الفيزيقي و التقني و الإنساني المرتبط بمركز العمل، إضافة إلى مكّونات تنظيم العمل المتمثلة في ساعات العمل و وسائل العمل، إرغنوميا مركز العمل، المهام و الأنشطة، الأخطار المهنية و مشقّة العمل و علاقات العمل.

و ترتبط ظروف العمل بالطبيعة الماديّة التي تحيط بالعامل في مركز عمله كالإضاءة و التهوية و الحرارة و الرطوبة و الضوضاء... هذه الظروف تعتبر أحد المسببات الرئيسية للضغط المهني، التي تؤثر سلبا في صحة العامل النفسية و الجسديّة و تؤدّي به إلى الشعور بالتعب و الإنهاك (بوديسة، 2020).

❖ الإتصال التنظيمي:

يعتبر الإتصال التنظيمي حسب ميرفي، أساس نجاح أي مؤسسة مهما كانت طبيعتها فهو شبكة من المبادئ و القنوات التي تسهل العمل الجماعي المشترك، و نشر المعلومات بالطريقة الصحيحة، و فتح قنوات الإتصال بين مختلف عناصر المؤسسة. و يلعب نظام الاتصال داخل المؤسسة دورا هاما في نجاحها و تحقيق أهدافها، فهو من المكونات الرئيسية للعملية الإدارية (قدوري، 2016). و في هذا الإطار يؤكد كل من scott و Davis على أهمية الإتصال التنظيمي بالنسبة للمؤسسات كونه وسيلة ربط بين المرؤوسين ببعضهم البعض أو مع الرؤساء أو مع المشرفين عليهم فالإتصال التنظيمي هو بمثابة الجسر الذي تمر عبره مختلف المعلومات و التعليمات المرتبطة بالعمل أو بالمؤسسة بشكل عام، و قد أكدت دراسة (Schuler, 1979) على أن تدهور الإتصال التنظيمي داخل المؤسسات يؤدي إلى شعور العامل بالضغط المهني و الذي يؤثر بدوره سلبا في صحته النفسية و الجسدية و في أداء المؤسسة بشكل عام (عاشور، 2012).

❖ عبء العمل:

يتمثل عبء العمل حسب (Margossian, 2006) في عدم قدرة العامل على إنجاز المهام بالصورة المطلوبة و تلبية متطلباتها، و في هذا الإطار يؤكد على أن عبء العمل الفيزيقي لمركز العمل من أهم الأسباب المؤدية للضغط المهني لدى العمال. بينما يشير (Leplat, 1997) إلى أن عبء العمل يرجع إلى إرغاماته التي يمكن أن تكون ذات طابع جسدي، إدراكي، معرفي، إجتماعي أو تنظيمي، و هي ذات تأثير آني أو متوسط أو بعيد المدى في الصحة النفسية أو الجسدية للعامل، و ذلك وفق إمكانية التصرف والحلول المتاحة له على الصعيد الفردي أو الجماعي، وفي نفس السياق يؤكد Béhar & Fouillot, (1990) على أن عبء العمل في القطاع الصحي له خصوصيات، فمنها المتعلقة بالجانب الإرغونومي المتمثل في الجهد العضلي و التقلات داخل المصالح و غرف المرضى بطريقة مستمرة و التي ترفع من عبء العمل الفيزيقي، نقص التعبئة الأنترومترية

ونقص أجهزة العلاج كمعدّات رفع المرضى و سوء هندسة مراكز العمل (Cazabat, Barth & al, 2008). و قد أكدت دراسة Cherkaoui, Montargot & Yamat, (2012)، على أنّ أسباب الضغط المهني لدى الممرضين تكمن في عبء العمل الزائد غموض الأدوار المهنية الصراعات مع المرضى أو عائلاتهم أو مع الأطباء و صعوبة تحقيق التوازن بين الحياة المهنية و الشخصية للممرض.

ينقسم عبء العمل إلى عبء كمي مرتبط بأداء العامل لمهام كثيرة في وقت قصير ومحدد و عبء كفي ناتج عن نقص المهارات و القدرات المطلوبة لأداء هذه المهام (شحانة 2010)، و في هذا الإطار يرى French & Caplan أن العمل كعامل إجهاد ذو طبيعة كمية أو كيفية، يؤثر سلبا في جوانب العامل النفسية و الجسدية و السلوكية، و التي تظهر على شكل ، تعب و إرهاق نفسي و جسدي، تدني مستوى الأداء و الرضا الوظيفي، إرتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، زيادة معدل الإصابة بتصلّب الشرايين، التدخين و الإفراط في تناول الكحول (بية و هبيّة، 2011). و يظهر عبء العمل الزائد حسب Brillet, Sauviant & Soufflet, (2017)، في حالة إرتفاع متطلبات الإنتاج الكمية و النوعية الواجب تلبيتها في فترة زمنية قصيرة و محدّدة، كما يمكن أن يظهر على شكل سوء توزيع المهام أو تناقض بين متطلّبات العمل و بين الموارد المتوفرة لدى العامل لإنجاز المهمة.

❖ تدهور علاقات العمل:

ترتبط تدهور علاقات العمل حسب Margossian, (2006)، بالصراعات القائمة بين العمال و الإدارة أو المشرفين من جهة، و بصراعات أخرى تنشأ بين العمال و زملاء العمل من جهة أخرى، صف إلى ذلك التهديدات و السلوكات العدوانية بين زملاء العمل و التنافس غير الشريف. و في نفس السياق يعتبر Légeron, (2008)، العامل بحدّ ذاته مصدرا للضغط المهني، خاصة عند إحتكاكه بالزبائن الذي يفرضون عليه متطلّبات غير واقعية تفوق طاقاته على التحمّل أو تعرّضه لسلوكات عدائية و عنيفة من طرفهم، كما يمكن أن تتدهور علاقات العمل حتى في المؤسسة نفسها، خاصة عندما تنشأ صراعات بين

العمال و التي تؤدي إلى خلق مناخ عمل المضطرب يؤدي بالعمال إلى الشعور بالضغط المهني.

❖ نقص الإستقلالية و التحكم في العمل:

يظهر على شكل ضعف أو إنعدام حرية التصرف و إختيار العامل لطريقة إنجاز العمل، و تشير أدبيات علوم التسيير إلى أن نقص أو غياب الإستقلالية و التحكم في العمل يؤدي إلى تدني مستوى إلتزام العامل و إنخفاض دافعيته للإنجاز و تدني مستوى الرضا الوظيفي لديه. و عادة ما يرتبط نقص الإستقلالية و التحكم في العمل بنمط الإشراف التسلسلي أو الديكتاتوري الذي يعتمد على نمط تنظيم للعمل لا يحترم مبدأ مشاركة العمال في إتخاذ القرارات، و الذي من شأنه أن يفرض على العامل متطلبات و أوامر قد تتعارض مع قدراته و مؤهلاته أو مع قيمه (Brillet & al, 2017).

❖ غموض و صراع الدور:

يشير غموض الدور إلى نقص المعلومات اللازمة لتأدية المهام أو الدور المتوقع من العامل بالشكل المطلوب، و يظهر نتيجة غموض الأهداف و المهام و متطلبات العمل و عدم وضوحها بالنسبة للعامل، مما يتولد عنده الشعور بفقدان سيطرته على العمل، و يعود غموض الدور إلى عدة أسباب أهمها: عدم فهم العامل لأبعاد و جوانب عمله، نقص أو إنعدام المعلومات التي يحتاجها العامل لتأدية مهامه و محدودية قدرات و موارد العامل. بينما يرجع صراع الدور إلى تعارض الواجبات و الممارسات و المسؤوليات التي تصدر في وقت واحد من الرؤساء، أو تعدد التوجيهات و التعليمات الموجهة للمرؤوسين، و هذا ما يصيب العامل بالإرتباك و عدم الإستقرار (بيرة و هبيطة، 2011).

❖ ثقافة المؤسسة:

تتجسد ثقافة المؤسسة حسب Gibson & al في مجموعة من القيم و القواعد و المعايير و الأنماط السلوكية المشتركة المرتبطة بشخصية المؤسسة و نظامها العام، فهي محدّدة للسلوكات و الضوابط و الروابط المشتركة داخلها، و في حاله تعارض هذه القيم مع

قيم العامل و عدم قدرته على تنبئها، فإنّ ذلك يؤدي إلى حدوث خلل بين الطرفين و الذي يؤثر بدوره في نفسية العامل، و يجعله عرضة للإصابة بإضطرابات نفسية مهنية، من بينها الضغط المهني.

❖ العمليات التنظيمية:

تشير العملية التنظيمية إلى الممارسات الإدارية التي تستهدف توجيه و تنسيق جهود العمّال نحو تحقيق أهداف المؤسسة، و في حالة تطبيق هذه العمليات بشكل جيد فإن ذلك يؤدي إلى تحسين و توطيد العلاقة بين العمال و المؤسسة التي ينتمون إليها، أما في حالة ممارستها بشكل تعسفي و عشوائي، فإن ذلك يؤدي للضغط المهني (عاشور، 2012).

6-2- العوامل المرتبطة بالعامل:

تؤثر الخصائص الشخصية للعامل من صفات ذهنية و إنفعالية و جسمية في طبيعة تفاعله مع مختلف المواقف الضاغطة، كما يرتبط الضغط المهني بمجموعة من المتغيرات الشخصية كالسن، الجنس، المستوى التعليمي و الأقدمية المهنية للعامل (النوايسة، 2013). فيما يلي ذكر لبعض هذه العوامل المرتبطة بالعامل، و التي تؤثر سلبا في صحّته و تجعله عرضة للإصابة بالضغط المهني.

❖ نمط الشخصية:

تلعب شخصية العامل و خصائصها دورا هاما في تحديد ردود أفعاله إتجاه الوضعيات التي تشكّل ضغطا بالنسبة له و المرتبطة ببيئة أو مركز عمله، كما يؤثر نمط الشخصية في إستجابات العامل لمتطلبات العمل مقارنة بالعمال الآخرين، وفي هذا الصدد يؤكد Friedman & Rosmane, (1974) على أن أصحاب نمط الشخصية (أ) هم أقل تأثرا بالضغط المهني مقارنة بعمال نمط الشخصية (ب)، إذ تجددهم راضون عن مهنتهم و مختلف الأنشطة المرتبطة بها و لا يعترفون بوجود ضغوطات عمل (عاشور، 2012). فبعض سمات العامل الشخصية تؤثر في الطريقة التي يستجيب بها للمواقف الضاغطة في

العمل، فنجد العمّال ذوي الشخصية المنطوية لا تعير إهتماماً لعلاقات العمل، و بالتالي فهي أقلّ عرضة للضّغط المهني مقارنة بالعمّال الآخرين (أبو الحصين، 2010).

❖ قدرات العامل و حاجاته:

يلعب عامل التوافق بين قدرات العامل و بين حاجاته الخاصّة و بين متطلبات العمل دوراً هاماً في تحديد درجة معاناته لضغوط العمل، فكلما زاد توافق العامل مع متطلبات العمل، قلّ مستوى الضغط المهني لديه، كما تلعب قدرات العامل دوراً هاماً في تحدد درجة الضغط الذي يعاني منه، فالعامل الذي يملك مهارات عالية يستطيع مواجهة متطلبات العمل، عكس العامل الذي يفتقد لهذه المهارات (أبو الحصين، 2010).

❖ الصراع الشخصي:

يعبّر الصراع الشخصي في حالة من التوتر الداخلي الذي يعاني منه العامل نتيجة صراع بين وجود هدفين متعارضين، ففي كثير من الأحيان قد يجد العامل نفسه أمام هدف واحد ينطوي على جانب إيجابي و آخر سلبي، و بالتالي ينشأ لديه هذا الصراع الداخلي بسبب عدم قدرته على إتخاذ قرار تبني الهدف أو رفضه أو تبني جزء منه فقط، و هذا ما يولد لديه حالة من الضغط المهني (عاشور، 2012).

❖ الصحة النفسية و الجسدية:

تعتبر الصحة النفسية و الجسدية أحد محدّدات قدرة العامل على تحمل أعباء المهمة ومقاومة الضغوط و الأخطار المرتبطة بها، فالعمال الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة و لياقة بدنية عالية، هم أكثر قابلية لمقاومة الضغوط المهنية و مصادرها مقارنة بغيرهم من العمال الذين يعانون من أمراض جسمية أو إضطرابات نفسية (شحاتة ربيع، 2006).

كما تمارس الحالة النفسية و الصّحيّة و البدنية للعامل تأثيراً هاماً في درجة معاناته من ضغوط العمل، إذ تعتبر الحالة النفسية من محدّدات طبيعة إستجابة العامل للمواقف الضاغطة، و للحالة الصحية أيضاً تأثير كبير على مستوى معاناة العامل من الضغط المهني، بحيث يكون العمال ذوي صحة جيدة أكثر قدرة على مواجهة أعباء العمل خاصّة

الفيزيقيّة منها، كما يزيد عامل الإحباط و التعب الذي يعاني منه العامل من خطر التعرّض للضغط المهني (أبو الحصين، 2010).

6-3- العوامل المرتبطة بالإطار الإقتصادي و الإجتماعي لعالم العمل:

لقد قدم المعهد الوطني للبحث و الأمن (INRS, 2011) بفرنسا، المتخصص في مجال الصحة في العمل، مجموعة من العوامل التي تؤدي للضغط المهني و المرتبطة بالإطار الإقتصادي والإجتماعي لعالم العمل و المتمثلة في:

❖ التطورات الإجتماعيّة:

تتمثّل هذه التطوّرات في الإعتماد المتزايد على التكنولوجيا في العمل و الطابع الفردي لبعض المهن التي تفرض مسؤوليات أكبر على العامل، ضف إلى ذلك متطلبات الزبائن و الأخطار الناجمة عن عملية التواصل معهم من إعتداءات و صراعات.

❖ وضعيّة الإقتصاد العام:

تتمثّل في العمل الكيف الذي يمارس ضغوطات مؤقتة على العامل و المرتبط بمتطلبات الإنتاج التي تفرض وتيرة عمل كثيفة و متسارعة على العامل و متطلبات الإنتاج النوعية ضف إلى ذلك الصعوبات الإقتصادية الظرفية التنافسية بين المؤسسات سواء على الصعيد المحلي أو الدولي.

7- آثار الضغط المهني:

لقد تنامت و إنتشرت ظاهرة الضغط المهني بطريقة متسارعة و بشكل مقلق في العمل، ففي أوروبا يعتبر الضغط المهني ثاني الإضطرابات النفسيّة المرتبطة بالعمل و في نفس السّياق يؤكد (Légeron, 2008)، على أنّ ظاهرة الضغط المهني أصبحت منتشرة بشكل واسع في عالم الشّغل و تترك آثار سلبية هامة تمس الصحة النفسية و الجسديّة للعمال و أدائهم المهني، كما تؤثر سلبا في إنتاجية المؤسسات و إقتصاد الدول بشكل عام. و هذا ما أكّد عليه عسكر، (1988)، عندما أكّد على أنّ الضغط المهني يؤدي إلى أمراض

قلبية و إرتفاع ضغط الدم، التوتر و الشعور بالإحباط و الإضطهاد، هذه الآثار السلبية تؤثر سلبا في صحة العامل النفسية و الجسدية، و في أدائه و فعاليته داخل المؤسسة، و قد يصل به الأمر إلى حد التغيب و ترك العمل، و تعريض سلامة الآخرين للخطر (حبارة، 2011). و قد أشار تقرير أعدته الوكالة الأوروبية للصحة و الأمن في العمل بين عام (2000) و(2002) إلى أنّ (28%) من العمال الأوروبيين يعانون من الضغط المهني بتقدير (41) مليون عامل، و أقرّ تقرير للمعهد الوطني للبحث و الأمن INRS بفرنسا أنّ ثمن الضغط المهني يقدر بـ(185) و (269) مليار أورو سنويا (Cazabat, Barthe & Cascino, 2008).

و حسب الوكالة الأوروبية لتحسين ظروف الحياة و العمل، فإنّ حوالي (22%) من العمال بأوروبا يعانون من الضغط المهني، كما أكّدت تقديرات المكتب الدولي للعمل على أنّ الضغط المهني يؤدّي إلى الرفع من معدّل الغيابات لدى العمال بسبب المرض، التقاعد المبكر لأسباب صحيّة، صف إلى ذلك إنخفاض الإنتاجية و نوعية المنتج و الخدمات والخلافات بين العمال أو بين العمال و أرباب العمل أو الإدارة (Légeron, 2008).

و تبين نتائج دراسة المعهد الوطني للبحث و الصحة الفرنسي التي أجريت في بلدان الإتحاد الأوروبي أنّ (50%) إلى (60%) من أيام العمل الضائعة ترتبط بطريقة مباشرة بالضغط المهني، ويقدر ثمنه في هذه البلدان بـ (20) مليار أورو، كما توصلت نتائج دراسة INRS, (2007)، إلى أنّ ثمن الضغط المهني في الشركات الفرنسية يقدر بـ (02) إلى (03) مليار أورو، أمّا على الصعيد الأوروبي فتقدر بـ(20) مليار أورو، و هي سبب (50%) إلى (60%) من أيام العمل الضائعة بالنسبة لهذه المؤسسات (Chapelle & al, 2018).

تظهر آثار الضغط المهني على الصعيد الفردي على شكل آثار سلوكية كالأرق والعوانية و تناول الأدوية، كما تمسّ الجانب النفسي للعامل لتؤدّي به إلى حالة من الحزن و الإكتئاب و النسيان المتكرّر و فقدان الثقة بالنفس، أمّا آثاره الجسدية فتظهر لدى العامل على شكل صداع و قرحة و أمراض قلبية و إرتفاع ضغط الدم. و تمسّ هذه الآثار السلبية

أيضا المؤسسة، إذ يؤثر الضغط المهني سلبا في العمل فيتدنّى مستوى الثقة و الإحترام بين العمال و ينخفض الإنتاج كمّا و نوعا، كما ترتفع نسبة حوادث العمل و تكثر نسبة الشكاوي داخل المؤسسة (محمود عياصره ، و بني أحمد، 2008). وفي هذا السياق أكّد Margossian, (2006)، على أنّ هذه الآثار تظهر لدى العامل على شكل أمراض قلبية و تنفسية، اضطرابات نفسية و جسدية متعددة، انخفاض القدرة على التحكم في الذات و فقدان الدافعية و الإهتمام بالعمل، هذا الأخير يظهر في الغياب المتكرر عن العمل أو التوقف النهائي عنه، بينما توصّلت دراسة O'brien-Pallas et al, (2004) إلى أنّ مناخ العمل المضطرب يؤدي إلى إرتفاع نسبة التغيب عن العمل و الإجهاد الإنفعالي و حوادث العمل.

أمّا في المجال الصّحي، فقد توصّلت دراسة عبد الرحيم الأحمدي، (2002) بالسعودية إلى أن الضغط المهني يترك آثارا سلبية هامة خاصة في الأطباء، منها التعب و الإنهاك، آلام الظهر و العضلات، الصداع و اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي و صعوبات النوم.

بينما يحدّد Burisch, (1994)، آثار الضغط المهني لدى الممرضين في مؤشرات جسدية و نفسية و سلوكية، بحيث تتمثل المؤشرات الجسدية في آلام على مستوى الأعين و الرأس و المعدة، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، الأرق، ليضيف إليها (Stora, 1988 ; Roques, 2001) الحساسية المفرطة و السمّة، داء السكري، الإضطرابات الجلدية إلتهاب المفاصل و السرطان، بينما تتمثل المؤشرات النفسية في القلق، التوتر و الإكتئاب التعب النفسي، الغضب، تدني مستوى تقدير الذات و نقص التركيز الذي يؤدي بالعامل إلى الوقوع في الأخطاء المهنية و حوادث العمل، أمّا المؤشرات السلوكية فتتمثل في الصراعات مع زملاء العمل أو الأطباء أو الإدارة و العنف الموجه نحو المرضى (Cherkaoui & al, 2012).

و على نفس النهج، قدّم أردن، (2004)، مجموعة من أعراض الضغط المهني لدى العمال و المتمثلة في أعراض جسدية تظهر على شكل آلام في الظهر، فقدان الشهية، الإرهاق الأرق و اضطرابات المعدة، و أعراض نفسية مرتبطة بالتشاؤم، التوتر، جمود الفكر، الشعور بالوحدة، تبدل الشخصية، فقدان الأمل، التردد و التهرب، و أعراض سلوكية تظهر على شكل عدوانية مفرطة، اللامبالاة، الهيجان، الوقوع في حوادث العمل، التغيب أو الغياب عن العمل.

فيما يلي ذكر لأهم الآثار السلبية التي يتركها الضغط المهني في صحّة العمال النفسية و الجسدية و هي كالتالي:

7-1- اضطرابات التكيف:

تظهر اضطرابات التكيف عندما يكون العامل أمام وضعية حرجة و خطيرة، أو أمام حدث ضاغط، و تعتبر هذه الوضعيات مصدر للضغط المهني، كما تؤدي إلى ظهور اضطرابات التكيف و التي تتجسّد في الصراعات بين العمال و تغيير مناصب العمل، و في هذا الإطار، تؤكّد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2015)، و دليل تشخيص وإحصاء الاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM 5، أنّ وضعيات العمل الضاغطة أو الخطيرة تؤدي إلى اضطرابات إنفعالية و نفسية لدى العامل منها الفكاكة الحادة، القلق الخوف، التوتر، سلوكيات عدائية، الشعور بالضعف، فقدان الأمل، انخفاض الأداء في العمل و تغيرات سلبية في العلاقات الإجتماعية للعامل، كما قد تؤدي اضطرابات التكيف لدى العامل و حتى الانتحار حسب التصنيف الدولي للأمراض العقلية (Chapelle & al, 2018).

7-2- الإحباط:

إن تعرّض العامل لخيبات الأمل نتيجة عدم إشباع توقعاته و نقص الدعم المادي من أحوار و حوافر و فرص الترقية، و الدّعم المعنوي في المؤسسة من نقص التقدير و الإحترام

والإهمال الذي يشعر به، يؤثر في مستوى رضاه الوظيفي و يؤدي به إلى الإحباط والضغط المهني (Légeron, 2008).

7-3- الإكتئاب:

يتمثل الإكتئاب في إستجابة نفسية سلبية لضغوط العمل الناتجة عن بيئة و ظروف العمل، فمن العمال من يستطيع مجابهتها و مقاومتها، و منهم من يستسلم لها و يفقد القدرة على التكيف معها و مواجهتها، فيصبحون عرضة للحزن و توتر الأعصاب و اليأس و قلة النشاط، و قد يصل بهم الأمر إلى حدّ فقدان الاهتمام بالعمل و العجز عن القيام بأي مهام بسبب تدني مستوى ثقتهم في النفس و تقديرهم للذات و عدم قدرتهم على التركيز (بيرة و هبيّة، 2011).

7-4- إضطرابات جسمية و نفسية:

يؤدي الضغط المهني إلى ظهور مجموعة من الإضطرابات الجسمية لدى العامل والمتمثلة في آلام على مستوى البطن، الصداع، تشدّدات عضلية، إضطرابات النوم، الشعور بضيق التنفس، التعرّق الزائد، إضطرابات الشهية و الهضم، صف إلى ذلك إضطرابات نفسية أو إنفعالية كالحزن و البكاء، نوبات الغضب، و أعراض أخرى كضعف التركيز و صعوبات في إتخاذ القرارات. ويعتبر الضغط المزمن الذي يؤدي بالعامل إلى فقدان القدرة على المواجهة و المقاومة، أحد مسببات ظهور الأمراض الجسدية لدى العامل و المتمثلة في أمراض القلب و الشرايين الإصابة بالسكري و السمنة، خطر التعرّض للسكتة الدماغية الإكتئاب، الإضطرابات العضلية-العظمية، الإنتحار، التدخين، تعاطي المخدرات والإفراط في تناول الأدوية (Chapelle & al, 2018).

و تظهر الإضطرابات الجسمية و النفسية الناتجة عن معاناة العامل من الضغط المهني على شكل قلق و توتر، الملل و العصبية الزائدة، إنخفاض تقدير الذات، نوبات الهلع النسيان و ضعف الذاكرة، المخاوف المرضية، الإحساس بالإحباط و الإنزعاج، النشاط الزائد العجز عن الاسترخاء، السلوك الاندفاعي نقص الدافعية في العمل و إنخفاض الإنتاجية

و عدم الثقة في الآخرين، الأرق أو زيادة معدلات النوم أو قلة النوم، فقدان الشهية اضطراب الكلام، اضطرابات النمو، تشتت الانتباه و الميل للإغتراب الوظيفي (يوسفي 2013).

7-5- الإحترق الوظيفي:

يرى (Peters & Mesters, 2007) أن الإحترق الوظيفي هو النتيجة النهائية لضغوط العمل المستمرة و متطلبات المهنة التي تفوق موارد و طاقات العامل، و الذي يظهر نتيجة تدهور ظروف العمل و بيئته، و في هذا الإطار يؤكد (Hoffman, 2005) على أن أسباب الإحترق الوظيفي تكمن في المستوى التنظيمي المتمثل في ظروف العمل و إرغاماته، صعوبة مراقبة النشاط، نقص الدعم الاجتماعي، فقدان قيمة و أهمية العمل غياب الأمن و نقص الموارد البشرية، (Houessou, 2010)، بينما يرجعها Berclaz, (2013)، إلى أسباب مهنية تكمن في الإلتزام المفرط في العمل، ضعف التوجيه، نقص التكوين، العمل الوقتي، عدم الإستقرار المهني و نقص و سائل العمل. أمّا Larocque, (1986) Bordeleau, Boulard, Fabi, & Larouche فيحدّدونها في أسباب متعلقة بالمهمة و التي تتمثل في ساعات العمل المرتفعة، العمل الإنفعالي، العمل المتكرر و العمل المركب الذي تكون نهايته على المدى الطويل، و أسباب متعلقة بتنظيم العمل تتمثل في نقص المراقبة، نقص التغذية الرجعية، عدم الرضا الوظيفي، تدني قنوات الإتصال، نقص إمكانية الترقية، محيط العمل المضطرب، خطر الطرد من العمل أو قلق المستقبل، غموض و صراع الدور، إضافة إلى نمط القيادة الديكتاتوري أو المتسلط. و يؤثر الإحترق الوظيفي سلبا في الجوانب الإنفعالية و المعرفية و السلوكية للعامل (Pezet-Langevin, 2003). وفي نفس السياق يشير Berclaz, (2012) إلى أنّ أعراض الإحترق الوظيفي تمس الجانب الجسدي و التي تظهر على شكل تعب مزمن، آلام و اضطرابات النوم، كما تمس الجانب الإنفعالي و الموقفي و السلوكي كالنشاط المفرط الإحباط، العدوانية، العزلة و عدم الرضا الوظيفي.

6-6- آثار على مستوى المؤسسة:

تؤثر الضغوط المهنية في المؤسسات تماما كما تؤثر في العامل، و تظهر هذه الآثار في:

- زيادة التكاليف المالية الناتجة عن التأخر أو التوقف عن العمل، و الغيابات المستمرة المتكررة للعمال عن العمل.
- تدني مستوى الإنتاجية و الجودة نتيجة فقدان العامل للدافعية للعمل، و تدني رضاه الوظيفي، و الذي يؤثر بدوره سلبا في أدائه و فعاليته المهنية.
- كثرة الشكاوي من طرف العمل، و انخفاض الروح المعنوية داخل المؤسسة و تدهور علاقات العمل.
- التكاليف المالية الناتجة عن كثرة حوادث العمل و الأخطاء المهنية.
- فقدان المؤسسة لفعاليتها و عدم قدرتها على تحقيق الأهداف المسطرة (بينة و هبيته (2011).

7- إستراتيجيات إدارة الضغوط المهنية:

تعدّ محاولة التحكم في مصادر الضغط المهني، و السعي إلى تحسين بيئة العمل و جعل العمال أكثر مقاومة لمختلف الإغرامات و المتطلبات المرتبطة بالعمل، من بين الطرق الهامة في مواجهه الضغوط المهنية، كما أنّ ممارسة التمارين الرياضية و تنظيم الوقت، و حصول العامل على النوم الكافي و الاسترخاء، و القيام بنشاطات ترفيهية تساعد في التقليل من مستوى الضغط المهني، و تلعب المؤسسة أيضا دورا هاما في التقليل من مستوى ضغوط العمل، و ذلك من خلال تبنيها لبرامج تساعد العمال على مواجهتها منها برامج تعديل السلوك، التوجيه المهني، إضافة إلى العمل على رفع نسبة مشاركة العمال في تسيير و إتخاذ القرارات المتعلقة بمهنتهم، و إدخال تعديلات على مكان العمل و إعادة تعريف و توضيح منصب العمل (قاشي و فاطمي، 2017).

و لقد بدأت الكثير من المؤسسات في تبني برامج تحسين جودة الحياة في العمل، لما لها من مزايا و فوائد و إنعكاسات إيجابية على العامل و المؤسسة، ومن هذا المنطلق سعت الكثير من هذه المؤسسات إلى الرفع من الأجور و تعزيز نظام المكافآت و الحوافز، و التعديل من بيئة العمل و جعلها أكثر أمنا للعامل، و في نفس السياق يرى عبد الحميد المغربي (2007) أنّ نجاح هذه البرامج يبدأ من خلال إتاحة الفرصة للعمال في وضع الأهداف و إتخاذ القرارات و تشجيعهم على المشاركة في حل المشكلات المرتبطة بمهنتهم أو بالمؤسسة ككل و هذا من شأنه أن يرفع من مستوى إنتماء و ولاء العمال للمؤسسة و أدائهم المهني (دسوقي، 2015).

تتمثل إدارة الضغوط في إستراتيجيات نوعية و مرافقة نفسية للعامل و نمط تدخل و وسيلة تغيير إدراك العامل للعوامل الضاغطة، و يمكن أن تطبق هذه الإستراتيجيات على المستوى الفردي أو الجماعي في إطار برامج علاجية أو إجراءات نفسية- علاجية تهدف إلى الحد من آثار الإرغامات و الضغوطات الخارجية التي تؤثر سلبا في الصحة النفسية و الجسدية للعامل (Servant, 2012).

يرى Lazarus & Folkman, (1984) أنّ الدعم الاجتماعي الذي يحدّد إدراكات العامل لجودة علاقاته الإجتماعيّة داخل المؤسسة، يعتبر أحد موارد بيئة العمل التي تساعد العامل على التكيف مع طبيعة العمل و ظروفه، و في هذا الصدد أكّدت دراسة Calier, (2000)، على أنّه كلّما كان مستوى الدعم الاجتماعي مرتفع، إنخفض مستوى الضغط المهني لدى العمال (Pronost, Le Gouge, Leboul & al, 2008).

لقد قدّم معهد NIOSH, (2002) بأمريكا مجموعة من الإقتراحات التي تساعد من التقليل أو إدارة الضغوط المهنية و هي كالتالي:

- التعريف بدور و مسؤولية كل عامل داخل المؤسسة.
- تعزيز مشاركة العمال في إتخاذ القرارات خاصّة تلك المتعلقة بالتغيرات التي تمس مهنتهم.

- التحسين من قنوات الإتصال داخل المؤسسة.
 - التأكد من أن عبء العمل يتناسب و يتوافق مع قدرات العامل و مؤهلاته.
 - تصميم مراكز عمل أكثر أمانا و إرتياحية بالنسبة للعمال، و التي تساعد على العطاء و إستغلال أقصى لقدراتهم و مؤهلاتهم، و التي ترفع من مستوى دافعيتهم للإنجاز.
 - وضع ساعات عمل تتوافق مع المتطلبات و المسؤوليات الإجتماعية و الأسرية للعمال.
 - التقليل من غموض المستقبل المهني و العمل على خلق قرض التطور و الترقى الوظيفي.
 - تعزيز التفاعل الإيجابي بين العمال (INRS, 2011).
- و يشير عبد الرحيم النوايسة، (2010) إلى أن إستراتيجيات إدارة الضغوط المهنية تكمن في تغيير أسلوب حياة العامل و نمط تفكيره و سلوكاته داخل المؤسسة، و تجنب المهام التي تفوق قدراته و الإبتعاد عن تحمّل أعباء و مسؤوليات العمال الآخرين.
- أما (Margossiam, 2006)، فيقدّم مجموعة من الإستراتيجيات التي تؤدي إلى التقليل من الضغط المهني لدى العمال و هي كالآتي:
- ❖ إستراتيجيات تنظيمية تتمثّل في إعادة تنظيم و هيكلة العمل.
 - ❖ تطبيق برامج إرغونومية تساعد على التكيف الأحسن للعامل في مركز عمله.
 - ❖ التدريب و التكوين المستمر للعمال للرفع من قدرتهم على التكيف و مجابهة تحديات العمل و المشاكل المرتبطة بميدان و محيط العمل.
 - ❖ العمل على خلق مناخ إيجابي من علاقات العمل مبنية على الإحترام المتبادل بين العمال و بين زملاء العمل أو الإدارة أو المسؤولين.
 - ❖ تحقيق الأمن و الأمان الوظيفي.
- بينما يرى (Légeron, 2008)، أنّ إجراءات الوقاية و التقليل من الضغط المهني تمرّ عبر مستويات عديدة تتمثّل في:
- ❖ المستوى التقني: يتم فيه قياس مستوى الضغط المهني و متابعة سيرورة تطوره.

❖ **المستوى التنظيمي:** يكون من خلال تبني سياسة مؤسسية « مقاومة للضغط » وإعادة تنظيم العمل و توزيع المهام.

❖ **المستوى الإداري:** من خلال تبني سياسة إدارية تسعى إلى تحقيق رفاهية العمال و الرفع من مستوى الرضا الوظيفي لديهم.

❖ **المستوى الفردي:** من خلال تكوين العمال والعمل على تطوير ميكانيزمات و مهارات التعامل مع ضغوط العمل لديهم، و مساعدتهم على الرفع من مستوى مقاومتهم لهذه الضغوط.

كما يمكن أن تمرّ أساليب الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية بما فيها الضغط المهني عبر ثلاث مراحل و هي:

❖ الوقاية الأولى:

يتمحور هذا النوع من الوقاية حول التقليل أو القضاء على عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية ذات الطابع التنظيمي و العلائقي و التسير، و هذه العملية تسمح بالتدخل والتحكم في وضعيات العمل قبل تدهورها، و يركز هذا التدخل على التعرف مسبقا على العوامل المرتبطة بتنظيم العمل و ظروفه و سياسات و طرق التسير و العلاقات المهنية القائمة و تاريخ المؤسسة و ثقافتها.

❖ الوقاية الثانية :

تسمح هذه الوقاية من التدخل الفوري في الوقت الذي تبدأ فيه وضعيات العمل بالتدهور من أجل تجنب تأزمها و تفاقمها، كما تهدف إلى التخفيف من نتائج و آثار هذه الأخطار النفسية الاجتماعية بما فيها الضغط المهني في صحة العمال و أدائهم سواء على الصعيد الفردي أو الجماعي أو على المؤسسة و سيرورتها، ضف إلى ذلك توعية العمال و المشرفين بكيفية التعامل والتحكم و مقاومة الوضعيات الضاغطة التي تشكل خطرا عليهم قبل الوصول إلى مرحلة الشعور بالضغط المهني.

❖ الوقاية من الدرجة الثالثة:

يكون هذا النوع من الوقاية عندما تكون وضعية العمل المتدهورة أو المرضية، قد تركت آثارا سلبية في صحة العمال، بحيث يشعرون بالضغط المهني و بالمعاناة في العمل. وتتميز هذه المرحلة بمراقبة العامل و التكفل بهم لتحقيق التوازن النفسي لديهم و مساعدتهم بطريقة فردية أو جماعية على التخلص من الآثار السلبية الناتجة عن الوضعيات الضاغطة ومقاومتها (Brillet & al, 2017).

أما Cai & al, (2008)، فيشير إلى أن إستراتيجيات إدارة الضغوط المهنية لدى عمال القطاع الصحي خاصة الممرضين، تتم من خلال:

- تسيير أحسن للممرضين من خلال إعادة النظر في ساعات العمل بالشكل الذي يسمح لهم بتحكم أفضل في مهامهم.
- وضع برامج التكوين من أجل إكساب الممرضين المهارات و القدرات اللازمة التي تسمح لهم بالتكيف مع متطلبات المهنة و إرغاماتها و رفع مستوى تقدير الذات لديهم.
- خلق فضاءات في المصالح الإستشفائية من أجل دعم التبادلات الإجتماعية بين فرق العمل و التعبير عن مشاعرهم و إنفعالاتهم.
- توعية الممرضين بضرورة الإعتماد على إستراتيجيات التكيف في سبيل إيجاد الحلول والتحكم في إنفعالاتهم (Lord-Gauthier, De Montigny & Bouchard, 2016).

إنطلاقا مما سبق ذكره، سوف نذكر أهم هذه الإستراتيجيات و طرق الوقاية من الضغط المهني لدى العمال في النقاط التالية:

8-1- الإهتمام بالإختيار المهني

تسعى برامج و إستراتيجيات المؤسسات في الوقت الحالي إلى تحقيق التوافق بين العامل و وظيفته التي يجب أن تتماشى مع المستوى التعليمي و الخبرة المهنية و المهارات والقدرات التي يتمتع بها، بحيث تكون مؤهلاته المعرفية و النفسية و الأدائية متوافقة مع طبيعة العمل المكلف بإنجازه، وقد إتجهت معظم المؤسسات إلى توظيف الموارد البشرية عن

طريق إجراء مقابلات مهنية مع الأفراد بهدف إختيار الشخص المناسب لمختلف المناصب الشاغرة وذلك لتحقيق التكيف و الإنسجام مع متطلبات العمل مما يساعد في التقليل من الضغوط المهنية لدى العامل.

8-2- المساعدة الإجتماعية:

تكون من خلال توظيف أخصائيين إجتماعيين و نفسانيين من أجل مرافقة العامل لإيجاد الحلول لمختلف المشاكل التي يعاني منها، وتقديم الدعم الإجتماعي و النفسي المناسب لتجاوزها.

8-3- المشاركة في إتخاذ القرارات:

تتم من خلال إتجاه المؤسسات إلى إعطاء حرية أكبر للعمال و إشراكهم في إتخاذ مختلف القرارات و حل المشاكل التنظيمية، ويمكن أن تتم هذه العملية من خلال وضع برامج الشكاوي و دعم اللجان و النقابات في العمل، و تشجيع الرؤساء أو المشرفين على تفويض بعض مسؤولياتهم للمرؤوسين (بحري، 2014)

8-4- تصميم برامج الصحة و السلامة المهنية:

تسعى برامج الصّحة والسلامة المهنية إلى توفير بيئة عمل آمنة و صحية للحفاظ على صحّة العامل، و ضمان خلق جو من السلامة والطمأنينة داخل المؤسسة التي يعمل فيها لحمايته من حوادث العمل و الأمراض أو الإضطرابات المهنية، فهي تمثل المجال الذي يهدف إلى حماية العامل من التأثيرات الصحية الخطيرة سواء الفورية منها أو بعيدة المدى إذ تسمح عملية تحديد و معالجة المصادر الشخصية والتقنية والبيئية المؤدية إلى هذه الأخطار بالحفاظ على الصحة الجسدية و النفسية للعامل، كما ترفع من مستوى إلتزامه الوظيفي و تقلل من تكاليف العمل ومن الأخطار التي يمكن أن تلحق الضرر به (هريو، 2022).

خلاصة الفصل:

يعتبر الضغط المهني من بين الإضطرابات المهنية التي تمس العامل في المؤسسة التي يزاول فيها مهامه مهما كان طابعها سواء إقتصادية أو تربوية أو إجتماعية أو صحية و يظهر الضغط المهني نتيجة ظروف العمل المتدهورة و عدم قدرة العامل على تلبية متطلباته أو التأقلم مع بيئة العمل، مما يؤثر سلبيا في صحته النفسية و الجسدية، فيؤدي إلى تدني مستوى أدائه و رضاه الوظيفي من جهة، و انخفاض و إنتاجية المؤسسات و فعاليتها من جهة أخرى، فبالتالي على المؤسسات العمل على تحسين ظروف العمل و الإهتمام بالعامل من أجل التقليل من ظاهرة الضغط المهني و الآثار التي تتركها في صحته و في المؤسسة بشكل عام.

الجانبة التطبيقية

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

للبحث

تستمد البحوث العلمية قوتها و مصداقيتها من مدى نجاعة الإجراءات المنهجية المتبعة لإختبار فرضياتها و التحقق من صدقها، وفيما يلي ذكر لأهم هذه الإجراءات التي إعتدنا عليها في سبيل تحقيق هذا الهدف، بدءا من وصف ميدان البحث مع ذكر المنهج المتبع وكيفية اختيار العينة وخصائصها، مروراً بأدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية وصولاً إلى الأساليب الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات المتحصل عليها من ميدان البحث.

1- المنهج المتبع:

إعتدنا في بحثنا هذا على المنهج الوصفي الذي يصف موضوع الدراسة الذي يتمثل في جودة الحياة في العمل و الضغط المهني كما هو في الواقع دون إحداث أيّ تغيير عليها و ذلك عن طريق جمع البيانات ثم تصنيفها وتحليلها من أجل الحكم على فرضياتها. وبالتالي فإنّ المنهج الوصفي هو الملائم لطبيعة موضوعنا الذي يتمحور حول علاقة جودة حياة عمل الممرّضين بالضغط المهني لديهم.

2- الدراسة الإستطلاعية:

قمنا بإجراء الدراسة الإستطلاعية في الفترة الممتدة بين 15 إلى 20 أكتوبر 2022 بحيث توجّهنا إلى المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو، من أجل توزيع مقياسيّ الدراسة بعد الإنتهاء من إعدادهما، والمتمثلان في مقياس جودة حياة عمل الممرّضين QNWL (2001) لـ Brooks، و مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي SPPN (2001) لـ Keyser & hensez المترجمان إلى اللغة العربية، لنقوم بتوزيعهما على عيّنة تقدر بـ(20) ممرّض و ممرّضة بمصلحة جراحة الأطفال تم إختيارها بطريقة عشوائية بسيطة، بحيث أتحنا فرصة لجميع ممرّضي المصلحة أن يكونوا ضمن عيّنة الدراسة الإستطلاعية، و قد تم تقديمهما لرئيس المصلحة، الذي قام بتوزيعهما بدوره على ممرّضي

هذه المصلحة، لنسترجعها في 20 أكتوبر من نفس السنة من أجل معرفة مدى ملائمة عبارات المقاييس بالنسبة للعيّنة و مدى فهمها لعباراته من ناحية اللغة و طريقة الإجابة وحساب الخصائص السيكمترية لمقاييس البحث.

لقد أجابت عينة الدراسة الاستطلاعية على جميع بنود المقاييس حسب التعليمات الواردة به دون إبداء غموض أو عدم فهم في عباراته، وهذا ما يدل أن عبارات المقاييس وتعليماته واضحة بالنسبة للمجيبين.

3- الحدود الزمانية و المكانية للبحث:

3-1- الحدود الزمانية:

بعد إجراء الدراسة الإستطلاعية و حساب الخصائص السيكمترية لهما من صدق و ثبات قمنا بإجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة بين 25 نوفمبر و 15 ديسمبر 2020، والتي سمحت لنا بإسترجاع مقياسي البحث اللذان تمّ توزيعهما على عينة الدراسة الأساسية، من أجل عرض البيانات المتحصّل عليها و مناقشتها و إستخلاص النتائج المتعلقة بفرضيات البحث.

3-2- الحدود المكانية للبحث:

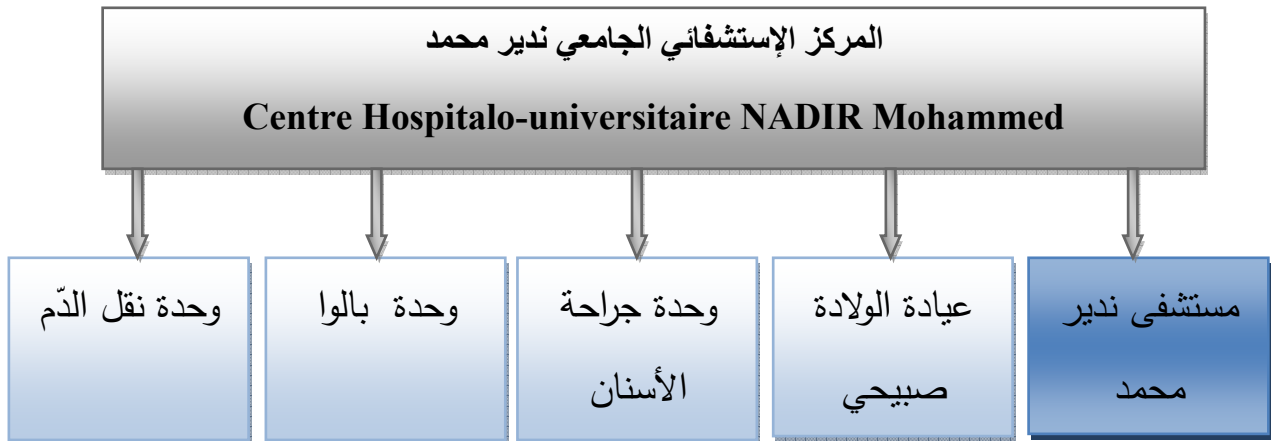
لقد صوّتت وزارة الصحة الوطنية في الجزائر المستشفيات الصحيّة حسب طبيعتها إلى (03) أصناف تتمثل في المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) و المؤسسات الإستشفائية الجزائرية (EHS) و المؤسسات العمومية للصّحة الجوارية (EPSP). و يعتبر المستشفى في القانون الجزائري مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ينشأ عن طريق مرسوم تنفيذي تصدره وزارة الصحة الوطنية ماعدا المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) التي هي تحت وصاية وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي (Arhab, 2015).

يتمثل ميدان بحثنا في المستشفى الجامعي (CHU) ندير محمد بتيّزي وزو التابع لقطاع الصحة الجزائرية، وتقدر مساحته بـ(42.287.50) متر مربع، وتم تدشينه من طرف

السلطات الفرنسية في (01) أوت (1955) كمستشفى مدني بطاقة إستيعاب تقدّر بـ(100) سرير، وبعد الإستقلال أصدرت السلطات الجزائرية مرسومين متعلقين بالمستشفى يتمثلان في:

-مرسوم رقم (86-302) الصّادر في (16) ديسمبر(1986) الذي تحوّل بموجبه إلى مركز إستشفائي جامعي أطلق عليه إسم ندير محمد، و يتضمّن (5) وحدات تتمثّل في مستشفى ندير محمد و عيادة الولادة صبيحي، عيادة الأسنان، عيادة طب العمل و عيادة الفحوصات الخاصة.

- مرسوم (86-294) الصادر في (20) ديسمبر (1986)، و الذي يتضمن تحديد مهام هذا المركز الإستشفائي الجامعي و هي: الأخذ بعين الإعتبار الفحوصات ذات التخصص العالي تشجيع البحوث العلمية، تحقيق كل النشاطات التي تخص الوقاية والصحة العامة والمشاركة في التكوين والترقية في العلوم شبه الطبية.



- شكل رقم (08): وحدات المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد.

لقد عملت السلطات المحلية على تطوير البنية التحتية للمستشفى الجامعي ندير محمد منذ الإستقلال، وجعله ذات طابع عمومي، لتبلغ طاقة إستيعابه عام (2007) بـ(561) سرير و(16) جناح عملياتي، كما وسّعت عدد المصالح الإستشفائية للمستشفى وهي كالتالي:

المصالح الإستشفائية للمستشفى الجامعي ندير محمد

-تيزي وزو-



-شكل رقم (09) : المصالح الإستشفائية للمستشفى الجامعي ندير محمد.

لقد تم الإعتماد على هذه المصالح فقط، نظرا للصعوبات التي صادفتنا في الولوج إلى المصالح الإستشفائية الأخرى و تعذر توزيع مقياسي الدراسة فيها، فمنها من لم نستطع الدخول إليها ومنها من لم يتم الإجابة على مقياسي الدراسة، بحيث إسترجعناهما دون إجابات أفراد عينة الدراسة و بالتالي بلغ عددها الإجمالي عشر (10) مصالح.

كما تجدر الإشارة إلى أن بحثنا الحالي لم يشمل ممرضى عيادة الولادة صبيحي، و وحدة طب الأسنان، و ملحقة بالوا و وحدة نقل الدم، بل تمحور حول ممرضى و ممرضات عشر (10) مصالح إستشفائية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، و التي سمحت لنا الظروف بإدراجها ضمن عينة الدراسة.

و تتمثل هذه المصالح في: مصلحة الإستعجالات الجراحية مصلحة طب الأطفال، مصلحة الإنعاش الطبي، مصلحة جراحة المسالك البولية، مصلحة أمراض القلب رجال ونساء مصلحة أمراض الدم و الإنعاش، مصلحة الإستعجالات الطبية، مصلحة أمراض الكبد والجهاز الهضمي، مصلحة جراحة العظام و مصلحة الأعصاب و الشرايين.

4- المعاينة:

إنّ إجراء أيّ بحث علمي يستوجب وجود عينة دراسة تتوفر على مجموعة من الخصائص تكون مختارة بطريقة مضبوطة وفق قواعد و شروط محددة. و فيما يلي ذكر لعينة بحثنا هذا بخصائصها و طريقة إختيارها.

4-1- المجتمع الأصلي للبحث:

يتمثل المجتمع الأصلي لبحثنا الحالي في الممرضى الذين يبلغ عددهم (1058) ممرض و ممرضة يعملون في مختلف مصالح المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو والبالغ عددها (21) مصلحة طبية و جراحية.

4-1- كيفية اختيار العينة:

تمّ إختيار عينة البحث المقدرة بـ(250) ممرّضا من كلا الجنسين يعملون في (10) مصالح إستشفائية، أي بنسبة تقدّر بـ(23.62%)، وأثناء إسترجاعنا لمقياسيّ البحث و تفرّغ البيانات تم الإستغناء عن (50) فرد من عينة الدراسة لإجابتهم بشكل جزئي أو عدم إجابتهم على مقياسيّ البحث لتقدر عينة البحث النهائية بـ(200) ممرض وممرضة بنسبة تقدّر بـ(18.90%).

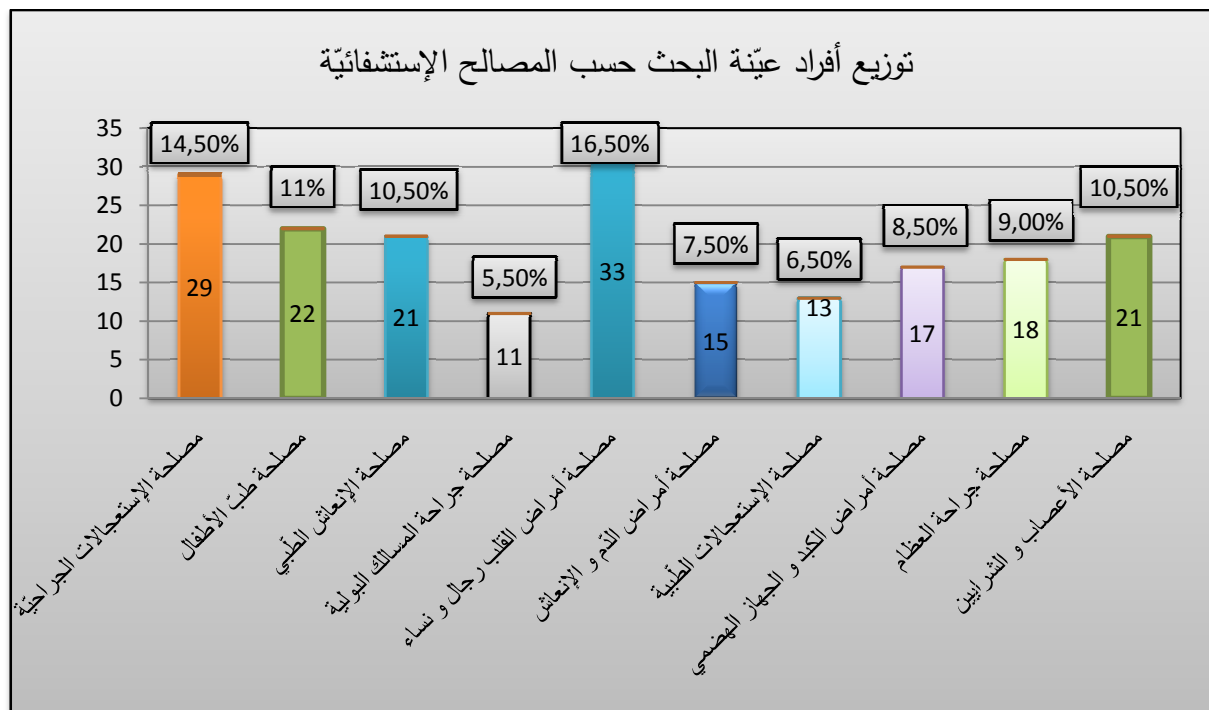
لقد تمّ توزيع أداتي البحث على رؤساء المصالح، و هذا راجع إلى إنشغال أفراد عيّنة البحث بأداء مهامهم التمريضية و طبيعة مهنة التمريض، و وجود فرق عمل بالمناوبة وبالتالي تم تسليمها من طرف رئيس المصلحة ليقوم بدوره بتوزيعها على الممرّضين العاملين في المصلحة من أجل الإجابة عليها في أوقات الراحة، وهكذا تمّت العملية في جميع المصالح الطبيّة و الجراحية التي شملها بحثنا الحالي.

تجدر الإشارة في هذا الإطار، أنّه في بعض المصالح الإستشفائية سمحت لنا فرصة مقابلة بعض الممرّضين و تبادل أطراف الحديث معهم حول موضوع البحث، و قدّمنا لهم مقياسيّ الدراسة بطريقة مباشرة، ثم طلبنا منهم تركها لدى رئيس المصلحة التابعين لها حتى يتم إسترجاعها في وقت لاحق، مع إخبارهم مسبقا بأن مقياسيّ الدراسة متوفّران لدى رئيس المصلحة و بالتالي يرجى عدم الإجابة عليهما مرّة أخرى.

و الجدول الآتي، متبوعا بشكل بياني يبيّن توزيع أفراد عيّنة البحث المتمثلة في ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد، و ذلك حسب كل مصلحة إستشفائية.

- جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة البحث حسب المصالح الإستشفائية بمستشفى ندير محمد بتيزي وزو.

النسب المئوية	التكرارات	المصالح الإستشفائية
%14.50	29	مصلحة الإستعجالات الجراحية
%11.00	22	مصلحة طب الأطفال
%10.50	21	مصلحة الإنعاش الطبي
%05.50	11	مصلحة جراحة المسالك البولية
%16.50	33	مصلحة أمراض القلب رجال و نساء
%07.50	15	مصلحة أمراض الدم و الإنعاش
%06.50	13	مصلحة الإستعجالات الطبية
%08.50	17	مصلحة أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
%09.00	18	مصلحة جراحة العظام
%10.50	21	مصلحة الأعصاب و الشرايين
%100	200	المجموع



- شكل رقم (10): توزيع أفراد عينة البحث حسب المصالح الإستشفائية بمستشفى ندير محمد بتيزي وزو.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) و الشكل رقم (10) الخاصين بتوزيع أفراد عينة البحث حسب المصالح الإستشفائية بالمستشفى الجامعي ندير محمد، أنّ أكبر عدد من أفراد عينة البحث متواجدون بمصلحة أمراض القلب رجال و نساء بتقدير (33) ممرّض وممرضة بنسبة (16.50%) تليها مصلحة الإستجالات الجراحية بنسبة (14.50%)، بما يعادل (29) ممرّض وممرضة، بينما تقدّر عينة البحث بمصلحة طب الأطفال بـ(22) ممرّض وممرضة بنسبة (11%)، أمّا مصلحة الإنعاش الطبي و مصلحة الأعصاب والشرايين فيقدّر عدد الممرّضين المدرجين ضمن عينة البحث بـ(21) ممرّض و ممرضة في كلّ مصلحة بنسبة (10.50%). أمّا بالنسبة للمصالح الأقل تمثيلاً لعينة البحث فهي تتمثّل في مصلحة جراحة العظام بـ(18) ممرّض و ممرضة بنسبة (9%)، و تأتي بعدها مصلحة أمراض الكبد و الجهاز الهضمي بنسبة (8.50%) ما يعادل (17) ممرّض و ممرضة تليها مصلحة أمراض الدم والإنعاش بنسبة (7.50%) تمثّل (15) فرد من عينة البحث.

بينما يقدر عدد الممرّضين و الممرّضات بمصلحة الإستعجالات الطبيّة بـ(13) عامل تمثّل نسبة (06.50%) من عيّنة البحث، أما مصلحة جراحة المسالك البولية فيقدر أفرادها بـ(11) ممرّض و ممرّضة بنسبة (05.50%).

أمّا فيما يتعلّق بطريقة إختيار عيّنة البحث، فقد تمّ إختيارها بطريقة عشوائية بسيطة بحيث أتحنا الفرصة لجميع أفراد المجتمع الأصلي من الممرّضين العاملين في مختلف مصالح المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو من كلا الجنسين لأن يكونوا ضمن عينة البحث إذ توجّهنا إلى مختلف رؤساء المصالح الطبيّة و الجراحية التي شملها بحثنا.

بعد عرض الهدف من الدراسة التي سنقوم بها مع رؤساء المصالح، و الشروط الواجب مراعاتها من أجل تحقيق البحث لأهدافه كعينة البحث التي تشمل فقط الممرّضين العاملين في هذه المصالح سواء في الفترة الصباحية أو المسائية، و ضرورة الإجابة على عبارات مقياسي الدّراسة و إتّباع التعليمات الواردة فيهما، تمّ الإتّفاق مع رؤساء المصالح الإستشفائية على ترك مقياسي الدراسة من أجل إعطاء الوقت الكافي لأفراد عيّنة البحث للإجابة عليها نظرا لإنشغال الممرّضين بأداء مهامهم.

بدأت عملية توزيع مقياسي الدّراسة بتاريخ 25 نوفمبر 2020، لتتم عملية إسترجاعها بتاريخ 15 ديسمبر من نفس السّنة.

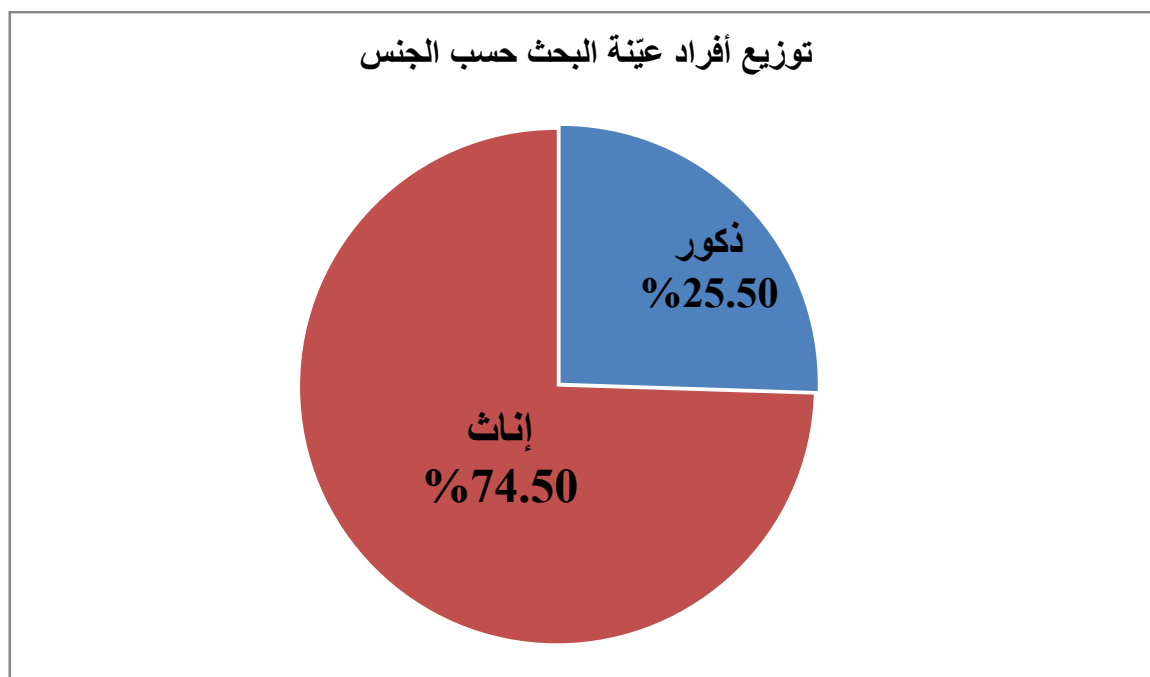
4-2- خصائص العينة:

لكلّ عينة بحث خصائص تميّزها عن غيرها من العينات، و فيما يلي عرض للخصائص المرتبطة بعينة بحثنا من حيث الجنس و السنّ و الحالة العائليّة و الأقدميّة المهنية.

❖ توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس:

- جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس:

العينة		الفئات
النسب المئوية	التكرارات	الجنس
%25.50	51	ذكر
%74.50	149	أنثى
%100	200	المجموع



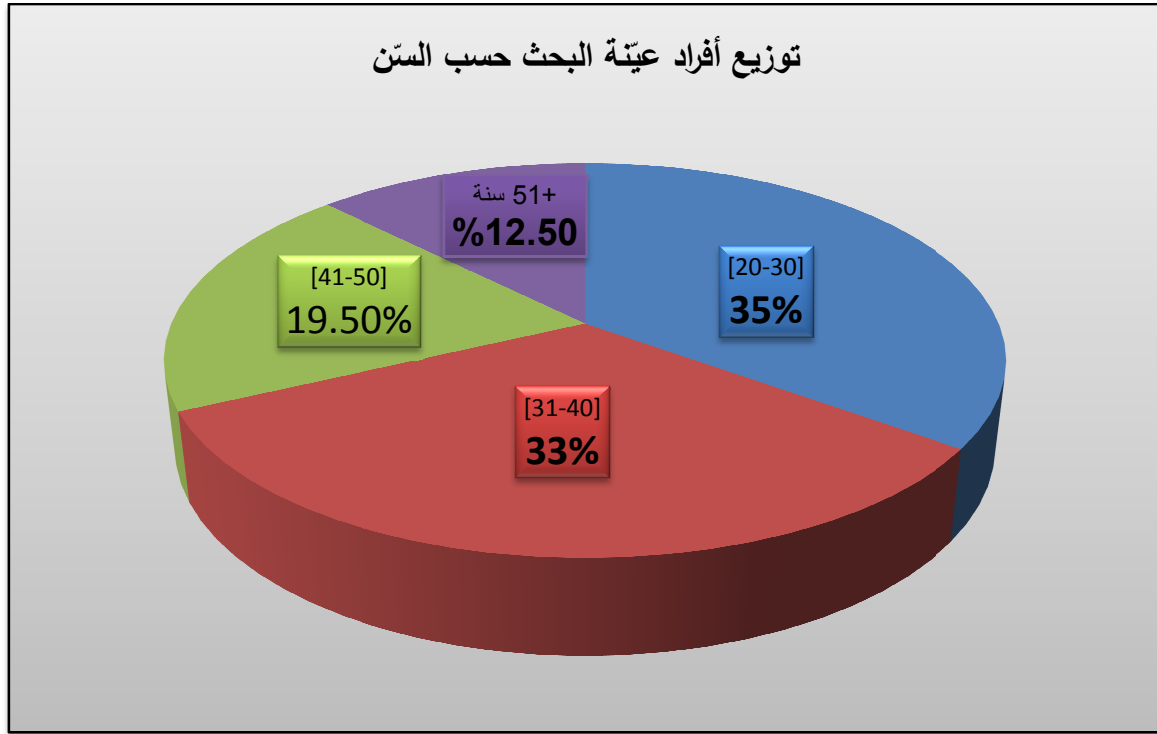
- شكل رقم (11): توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) و الشكل رقم (11)، أن أغلبية أفراد عينة بحثنا من الإناث بإجمالي يقدر بـ(149) ممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ(74.50%)، أما الممرضين فيمثلون نسبة (25.50%) بإجمالي يقدر بـ(51) فرد. ويمكن إرجاع هذا التفاوت الكبير في نسبة الممرضين و الممرضات إلى التغيرات الحاصلة في المجتمع الجزائري كخروج المرأة للعمل، و طبيعة مهنة التمريض التي تعتبر ربّما من المهن التي تجذب العنصر النسوي أكثر من الرجال.

❖ توزيع أفراد عينة البحث حسب السن:

- جدول رقم (05): توزيع أفراد عينة البحث حسب السن.

العينة		الفئات السن
النسب المئوية	التكرارات	
35%	70	[30-20]
33%	66	[40-31]
19.50%	39	[50-41]
12.50%	25	51 +
100%	200	المجموع



- شكل رقم (12): توزيع أفراد عينة البحث حسب السن.

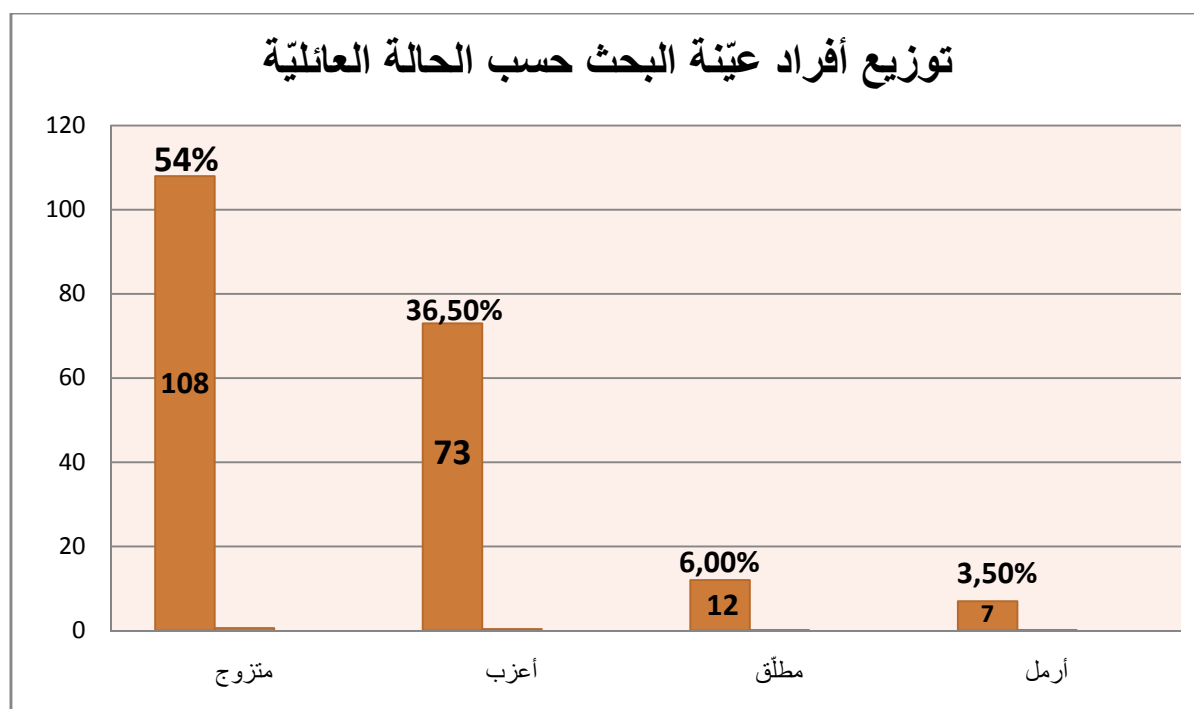
نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) و الشكل رقم (12)، أن العدد الأكبر من أفراد عينة بحثنا والذين يمثلون (70) فرد منها هم من الشباب، إذ تتراوح أعمارهم بين 20 و 30 سنة بنسبة (35%)، تليها في المرتبة الثانية الفئة العمرية التي تتراوح بين 31 و 40 سنة ممثلة بـ(66) ممرض و ممرضة و بنسبة تقدر بـ(33%)، ويمكن إرجاع ذلك إلى عنصر الشباب العامل في المستشفى الجامعي ندير محمد، وهذا ما إلتمسناه أثناء إحتكاكنا بميدان البحث كما أن المجتمع الجزائري يمتاز بطاقات و موارد بشرية شبانية.

أما بالنسبة للفئة العمرية التي تتراوح بين 41 و 50 سنة، فهي تأتي في المرتبة الثالثة بإجمالي يقدر بـ(39) ممرض و ممرضة بنسبة (19.50%)، بينما تأتي في المرتبة الأخيرة الفئة العمرية (51+) سنة، و التي تمثل (25) فردا بنسبة مئوية تقدر بـ(12.50%). ويمكن إرجاع هذه النسبة إلى قدم المستشفى الجامعي و الذي يتوفر بطبيعة الحال على أفراد عينة أكبر سنًا.

❖ توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية:

- جدول رقم (06): توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية.

العينة		الفئات
النسب المئوية	التكرارات	الحالة العائلية
54%	108	متزوج
36.50%	73	أعزب
06%	12	مطلق
03.50%	07	أرمل
100%	200	المجموع



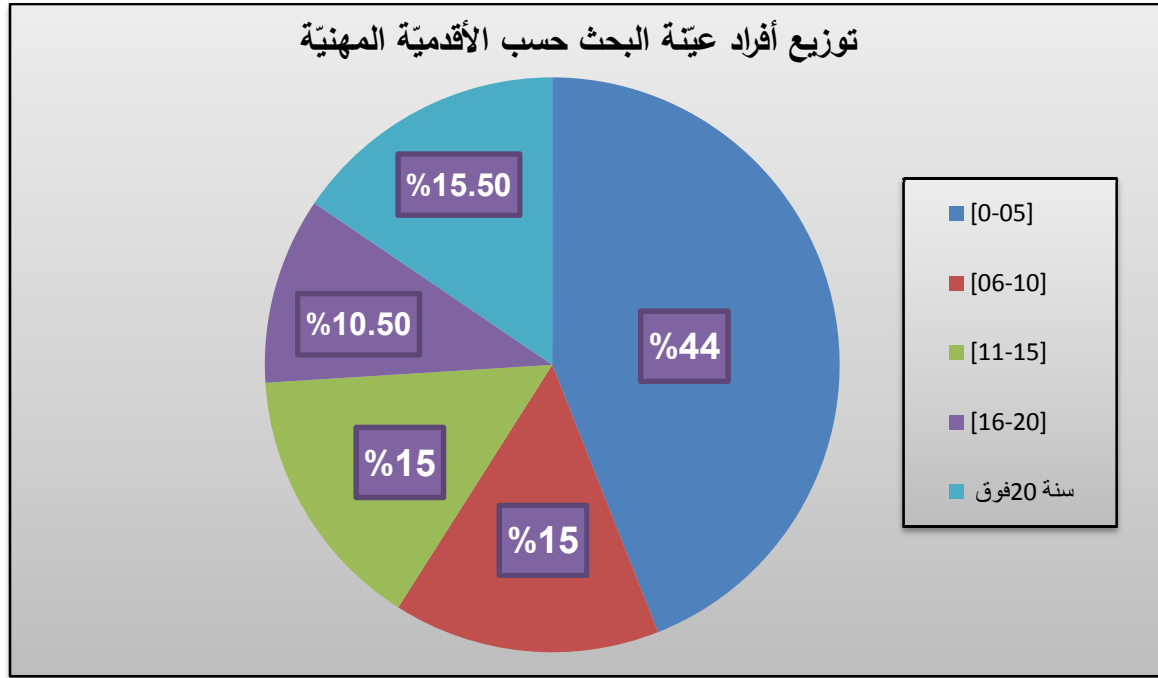
- شكل رقم (13): توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) و الشكل رقم (13)، أن أكثر من نصف عينة بحثنا من المتزوجين بإجمالي يقدر بـ(108) ممرض من كلا الجنسين وبنسبة مئوية تقدر بـ(54%)، مقابل (73) فرد أعزب بنسبة مئوية تقدر بـ(36.50%). أما فئة المطلقين فتقدر بـ(06%) بإجمالي (12) ممرض وممرضة، كما تتضمن عينة بحثنا على (07) أفراد أرامل بنسبة (03.50%)، وهي الأدنى تمثيلا لأفراد عينة بحثنا.

❖ توزيع أفراد عينة البحث حسب الأقدمية المهنية:

- جدول رقم (07): توزيع أفراد عينة البحث حسب الأقدمية المهنية.

العينة		الفئات
النسب المئوية	التكرارات	الأقدمية المهنية
44%	88	[05-0]
15%	30	[10-06]
15%	30	[15-11]
10.50%	21	[20-16]
15.50%	31	20+
100%	200	المجموع



- شكل رقم (14): توزيع عينة البحث حسب الأقدمية المهنية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) و الشكل رقم (13)، أن (88) من أفراد العينة تتراوح أقدميتهم المهنية بين (05) سنوات أو أقل بنسبة تقدر بـ(44%)، بينما تتراوح الأقدمية المهنية لدى (30) ممرّض و ممرّضة بـ(06) إلى (10) سنوات بنسبة (15%) و هي نفس نسبة أفراد عينة بحثنا التي تقدر أقدميتها المهنية بـ(11) إلى (15) سنة، تليها نسبة (15.50%)، والتي تمثل أفراد العينة التي تقدر أقدميتهم المهنية فوق (20) سنة، بإجمالي (31) ممرّض و ممرّضة، أمّا (21) فرد منهم فتتخصر أقدميتهم المهنية بين (16) و (20) سنة بنسبة (10.50%).

يمكننا القول من خلال هذه النتائج الخاصة بالفئة العمرية لعينة بحثنا، أنّ أغليبتها شباب تتراوح أعمارهم بين (20) و (30) سنة، وبالتالي هم حديثي الالتحاق بمهنة التمريض وأقل أقدمية في ميدان العمل.

5- أدوات جمع البيانات:

لقد إعتمدنا في بحثنا الحالي الموسوم بجودة الحياة في العمل و علاقتها بالضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي بتيّزي وزو، على أداتين لجمع البيانات والمعطيات الميدانية، و تتمثلّان في مقياس جودة حياة عمل الممرّضين QNWL للباحثة Brooks, (2001)، و مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي SPPN لـ Keyser & hensez, (2001). بحيث تم تقديمهما لمختلف رؤساء مصالح المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو، و الذين قاموا بدورهم بتوزيعهما على عيّنة الدّراسة من أجل الإجابة عليهما بطريقة فردية.

5-1- مقياس جودة حياة عمل الممرضين (Brooks, 2001):

QNWL : Survey of Quality of Nursing Work Life (Brooks, 2001).

صمّم هذا المقياس من طرف الباحثة الأمريكية Brooks, (2001) وذلك لقياس مستوى جودة حياة عمل الممرضين، و يتكوّن من (42) بنداً موزعاً على (04) أبعاد أساسية وهي:

1- بعد الحياة في العمل - الحياة في المنزل Work life/ home life:

يشير هذا البعد إلى التفاعل الحاصل بين الخبرة المهنية للممرضين في العمل و بين حياتهم الشخصية خارج محيط العمل (الحياة المنزلية)، و يتكوّن هذا البعد من (07) عبارات تحمل الأرقام التالية 05-10-12-20-25-27-36.

2- بعد تصميم العمل Work design:

يتمثّل هذا البعد في تركيبة و مكونات و خصائص مهنة التمريض مع وصف العمل الحقيقي الذي يقوم به الممرضين، و يحتوي هذا البعد على (10) عبارات مرقّمة على النحو التالي: 01-02-03-06-11-16-17-18-23-42.

3- بعد إطار العمل Work Context Dimension :

يمثل هذا البعد مكان أو بيئة أو محيط عمل الممرضين وتأثير هذا الأخير في نظم التمريض (مبادئ مهنة التمريض) من جهة وفي الممرضين والمرضى من جهة أخرى. ويتكون من (20) عبارة تقيس (04) أبعاد فرعية تتمثل في:

❖ الإدارة و الإشراف Management and supervision:

يتكون هذا البعد الفرعي من (07) عبارات تحمل الأرقام التالية: 07-09-22-26-33-40-34.

❖ زملاء العمل Co-workers:

يقاس بـ(05) عبارات مرقمة بـ: 13-15-21-28-32.

❖ فرص التطور الوظيفي Developement opportunities:

يتكون هذا البعد الفرعي على (03) عبارات مرقمة بـ 14-30-31.

❖ محيط العمل Work environment:

يحتوي هذا البعد الفرعي على (05) عبارات تحمل الأرقام التالية: 8-19-29-35-38.

4- عالم العمل Work World Dimension :

يتمثل في البعد الرابع من مقياس جودة حياة عمل الممرضين و الذي يشير إلى الآثار الناجمة عن التأثيرات والتغيرات الاجتماعية الواسعة في مهنة التمريض، وما ينتج عنها من تغيير في ممارسات الممرضين داخل محيط العمل، و يقاس هذا البعد عن طريق (05) عبارات أساسية وهي: 04-24-39-37-41.

-جدول رقم (08): توزيع فقرات أبعاد مقياس جودة حياة عمل الممرضين (Brooks, 2001)

البعد	الأبعاد الفرعية	العبارات التي تقيس الأبعاد
الحياة في العمل-الحياة في المنزل	//	36-27-25-20-12-10-05
تصميم العمل	//	-17-16-11-06-03-02-01 42-23-18
إطار العمل	الإدارة و الإشراف	40-34-33-26-22-09-07
	زملاء العمل	32-28-21-15-13
	فرص التطور الوظيفي	31-30-14
	محيط العمل	38-35-29-19-08
عالم العمل	//	41-37-39-24-04

المصدر: (Almalki, 2012).

تتراوح النتيجة الممكنة الحصول عليها أثناء تطبيق مقياس جودة حياة عمل الممرضين للباحثة الأمريكية (Brooks, 2001) المتكون من (42) بنداً، بين (42) إلى (252) وتتم الإجابة على عباراته وفق (06) إختيارات وهي:

❖ غير موافق تماماً: تقدر بنقطة واحدة.

❖ غير موافق إلى حد ما: تقدر بنقطتين.

❖ غير موافق: تقدر بثلاث نقاط.

❖ موافق: تقدر بأربع نقاط.

❖ موافق إلى حد ما: تقدر بخمس نقاط.

❖ موافق تماماً: تقدر بست نقاط (Almalki, 2012).

يتم تصنيف درجات المقياس إلى ثلاث مستويات وهي: منخفض ومتوسط ومرتفع وذلك بهدف قياس مستوى جودة الحياة في العمل و أبعادها الأربعة، بعد مقارنتها بسلم التتقيط المبيّن في الجدول أدناه.

-جدول رقم (09): سلم التتقيط الخاص بمقياس جودة حياة عمل الممرضين (Brooks, 2001)

المقياس	المستوى	سَلَم التتقيط
جودة حياة عمل الممرضين	منخفض	112-42
	متوسط	182-113
	مرتفع	252-183

المصدر: (Fayaz Salahat & Al-Hamdoun, 2022)

5-1-1- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة حياة عمل الممرضين.

قبل تطبيق أداة البحث، قمنا بعرضها على مجموعة من الأساتذة المختصين من أجل حساب الصدق الظاهري (صدق المحكمين)، و إجراء دراسة إستطلاعية من أجل التأكد من ثبات المقياس. وفيما يلي عرض للخصائص السيكومترية لمقياس جودة حياة عمل الممرضين.

❖ الصدق الظاهري:

بعد ترجمتنا لمقياس جودة حياة عمل الممرضين (Brooks, 2001) من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، قمنا بعرضه على (10) محكمين من أساتذة بجامعة مولود معمري بتيزي وزو لمعرفة مدى تمثيل عبارات المقياس و بنوده للمتغير المراد قياسه والتأكد

من سلامته اللغوية و في حد علمنا فإننا لم نعثر على دراسات أو بحوث جزائرية اعتمدت على هذا المقياس في البيئة الجزائرية.

لقد قدرت نسبة القبول بين المحكمين بـ(100%) بحيث إتفق المحكمون في مجملهم على أن المقياس بصورته المترجمة يقيس ما وضع لقياسه، ولم يطلب منا حذف أي عبارة أو بند من بنود المقياس، أما بالنسبة للسلامة اللغوية فقد إقترح علينا إعادة صياغة بعض فقراته كما هي مبينة في الجدول التالي:

-جدول رقم (10): عبارات مقياس جودة حياة عمل الممرضين المعدلة في صياغتها اللغوية بعد الترجمة إلى اللغة العربية.

رقم العبارة	عبارات المقياس في صيغتها الأولى	عبارات المقياس في صيغتها المعدلة
02	أشعر بالرضا في عملي فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية	أشعر بالرضا عن وظيفتي
06	هناك إستقلالية في إتخاذ القرارات المتعلقة بتقديم العلاج للمرضى و الزبائن	أتمتع بالإستقلالية في إتخاذ القرارات المتعلقة بتقديم العلاج للمرضى
22	هناك ردود أفعال جيّدة و تغذية راجعة كافية من طرف مسير/ مشرف الممرض	توجد إستجابة كافية من قبل المشرف علي في العمل

❖ ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرضين بطريقة التجزئة النصفية:

قمنا بتقسيم المقياس إلى بنود فردية وبقدر عددها بـ(21) بندا و أخرى زوجية يبلغ عددها (21) بندا، ثم قمنا بعد ذلك بحساب معامل الارتباط "بيرسون" النصفية بين الدرجات الفردية والزوجية للمقياس الذي وجدناه يساوي (0.78)، وبعد ذلك إستخرجنا معامل ثبات المقياس والذي يقدر بـ(0.88) بعد تطبيق معادلة " سبرمان براون" التصحيحية (أنظر الملحق رقم 04). و فيما يلي جدول يبين ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرضين بطريقة التجزئة النصفية.

-جدول رقم (11):معامل ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين بطريقة التجزئة النصفية

العيّنة	مقياس جودة حياة عمل الممرّضين	معامل الارتباط بيرسون قبل التصحيح	تصحيح معامل الارتباط لمعادلة سبيرمان براون
20	البنود الفردية	0.78	0.88
	البنود الزوجية		

كما قمنا بحساب الجذر التربيعي للقيمة المتحصلة عليها عند تطبيق معادلة "سبيرمان براون" التصحيحية $\sqrt{0.88}$ والتي وجدناها تساوي (0.93)، وبالتالي يمكننا القول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الاعتماد عليه في البحث.

❖ ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

لقد قمنا كذلك بالاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ لحساب ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين، و الجدول التالي يبيّن النتائج المتوصّل عليها وهي كالآتي:

-جدول رقم (12): معامل ثبات مقياس جودة حياة عمل الممرّضين بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ.

العيّنة	المقياس	معامل الثبات بألفا كرونباخ
20	جودة حياة عمل الممرّضين	0.86

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة ثبات المقياس بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ يقدر بـ(0.86) وهي قيمة دالة إحصائية، و بالتالي فإن مقياس جودة حياة عمل الممرضين يتمتع بالثبات الذي يسمح لنا بالإعتماد عليه في البحث (أنظر الملحق رقم 05).

5-2- مقياس الضغط النفسي الإيجابي والسلبي (SPPN, 2001)

لقد إعتمدنا في جمع البيانات المتعلقة بالضغط المهني على مقياس الضغط النفسي الإيجابي والسلبي (SPPN, 2001)، وهو مقياس فرعي مأخوذ من مقياس التحكم وظروف العمل (2001) WOCCQ الذي أعدته مجموعة من الباحثين بجامعة بجامعة لياج البلجيكية والذي نشر من طرف الباحثين (Keyser & Hensez, 2001). ويعتبر هذا المقياس أحد الأدوات المصممة لتحليل بيئة العمل وتقييم الأخطار النفسية الإجتماعية بما فيها الضغط المهني (دريال، 2019).

ويتكون مقياس التحكم و ظروف العمل WOCCQ من (80) عبارة موزعة على ثلاثة مقاييس فرعية، الأول يحدد عوامل الإدراك و التحكم في محيط العمل، و الثاني يتمثل في مقياس الضغط المهني (SPPN)، أما الثالث فهو عبارة عن مقياس مفتوح يسمح للعامل بتحديد الوضعيات المسببة للضغط المهني بالنسبة له.

ويهدف مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي في العمل (SPPN) الذي يتكوّن من (19) عبارة، إلى قياس الضغط المهني من خلال إستجابة العامل لوضعية عمل يتواجد فيها (Langevin, François, Boini & Rio, 2011).

وتتمّ الإجابة على هذا المقياس وفق أربع إختيارات وهي كالاتي:

❖ أبدا أو نادرا: تقدر بنقطة واحدة.

❖ أحيانا: تقدر بنقطتين.

❖ بانتظام: تقدر بثلاث نقاط.

❖ تقريباً دائماً أو دائماً: تقدر بأربع نقاط.

و يتم تصنيف درجات المقياس إلى ثلاثة مستويات وهي: منخفض و متوسط ومرتفع بهدف قياس مستوى الضغط المهني لدى عينة البحث، و ذلك بعد مقارنتها بسلم التنقيط المبين في الجدول أدناه.

-جدول رقم (13): سلم التنقيط الخاص بمقياس الضغط النفسي الإيجابي والسلبي (SPPN, 2001)

المقياس	المستوى	سلم التنقيط
الضغط النفسي الإيجابي و السلبي, SPPN, (2001)	منخفض	37-19
	متوسط	56-38
	مرتفع	76-57

استخدم مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي (SPPN, 2001) من طرف الباحث علو (2022) في إطار إنجازه لأطروحة الدكتوراه التي تتمحور حول عوامل و مستويات الضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتييزي وزو، كما قام بحساب خصائصه السيكمترية، وتوصل إلى أن المقياس صادق و يتمتع بدرجة ثبات قدرت بـ(0.95) (علو و خلفان، 2022).

5-2-1- الخصائص السيكمترية لمقياس الضغط النفسي والإيجابي (SPPN, 2001)

قبل تطبيقنا لمقياس البحث، قمنا أولاً بحساب خصائصه السيكمترية من صدق وثبات وذلك بإتباع الخطوات التالية:

❖ الصدق الظاهري:

بعد ترجمتنا لمقياس SPPN, (2001) من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، قمنا بعرضه على (10) محكمين من أساتذة بجامعة مولود معمري بتييزي وزو لمعرفة مدى تمثيل عباراته وبنوده للمتغير المراد قياسه والتأكد من سلامته اللغوية. وقد قدرت نسبة القبول بين المحكمين بـ(100%) بحيث إتفقوا في مجملهم على أن عبارات المقياس بصورتها المترجمة تقيس متغير الضغط المهني، ولم يطلب منا حذف أي عبارة أو بند من بنوده، أما بالنسبة للسلامة اللغوية فقد اقترح علينا إعادة صياغة عبارتين منه، كما هي مبينة في الجدول التالي:

-جدول رقم (14): عبارات مقياس الضغط المهني SPPN, (2001) المعدلة في صياغتها اللغوية بعد الترجمة إلى اللغة العربية.

رقم العبارة	عبارات المقياس في صيغتها الأولى	عبارات المقياس في صيغتها المعدلة
02	أشعر بالإرهاق من عملي	أشعر أن ما هو مطلوب مني في العمل يفوق قدراتي
13	عملي مشوق و مثير للاهتمام	أشعر بالإثارة نحو عملي

❖ ثبات مقياس الضغط الإيجابي و السلبي SPPN, (2001) بطريقة التجزئة النصفية:

قمنا بتقسيم المقياس إلى بنود فردية يقدر عددها بـ(10) بند، و أخرى زوجية يبلغ عددها (09) بند، ثم قمنا بعد ذلك بحساب معامل الارتباط "بيرسون" النصفية بين الدرجات الفردية والزوجية للمقياس الذي وجدناه يساوي (0.92)، وبعد ذلك إستخرجنا معامل ثبات المقياس والذي يقدر بـ(0.95) وذلك بعد تطبيق معادلة "سبرمان براون" التصحيحية (أنظر الملحق رقم 06).

-جدول رقم (15):معامل ثبات مقياس الضغط الإيجابي و السلبي (2001) SPPN, بطريقة التجزئة النصفية

العينة	مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي SPPN, (2001)	معامل الارتباط بيرسون قبل التصحيح	تصحيح معامل الارتباط لمعادلة سبيرمان براون
20	البنود الفردية	0.92	0.95
	البنود الزوجية		

كما قمنا بحساب الجذر التربيعي للقيمة المتحصلة عليها عند تطبيق معادلة "سبيرمان براون" التصحيحية $\sqrt{0.95}$ والتي وجدناها تساوي (0.97)، وبالتالي يمكننا القول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الاعتماد عليه في البحث الميداني.

❖ ثبات مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي (2001) SPPN, بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

لقد قمنا كذلك بالاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس، و الجدول أدناه يبين النتائج المتوصل إليها وهي كالآتي:

-جدول رقم (16): معامل ثبات مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي (2001) SPPN, بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ

العينة	المقياس	معامل الثبات بألفا كرونباخ
20	الضغط النفسي الإيجابي و السلبي SPPN, (2001)	0.91

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة ثبات المقياس بإستخدام معادلة ألفا كرونباخ يقدر بـ(0.91) وهي قيمة دالة إحصائياً، و بالتالي فإن مقياس الضغط المهني SPPN, (2001)

يتمتع بالثبات الذي يسمح لنا بالإعتماد عليه في إجراء الدراسة الأساسية (أنظر الملحق رقم 07).

6- أساليب المعالجة الإحصائية:

تم الاعتماد في هذا البحث على مجموعة من الأساليب الإحصائية و المتمثلة في الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي، وذلك بهدف التعرف على خصائص العينة وحساب الخصائص السيكومترية لمقياسي البحث و اختبار الفرضيات و الحكم عليها، وفيما يلي ذكر لهذه الأساليب الإحصائية المستعملة.

❖ التكرارات و النسب المئوية.

❖ معادلة سبيرمان براون و ألفا كرونباخ: لحساب الخصائص السيكومترية لمقياسي الدراسة
❖ المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية: لحساب مستوى جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

❖ معامل الارتباط بيرسون: لحساب العلاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرضين.

❖ اختبار $Levene (F)$ للتجانس: لمعرفة مستوى تجانس العينة، و الذي إعتدنا عليه في دراستنا للفروق في جودة الحياة في العمل و الضغط المهني حسب الجنس.

❖ اختبار t test للفروق: لدراسة الفروق في جودة الحياة في العمل و الضغط المهني حسب الجنس، و يستخدم عند دراسة الفروق بين عيّنتين مستقلتين.

❖ اختبار $Anova (F)$ للفروق: لدراسة الفروق في جودة الحياة في العمل والضغط المهني حسب السن و الأقدمية المهنية، و يستخدم عند دراسة الفروق بين أكثر من عيّنتين مستقلتين.

تمّت المعالجة الإحصائية عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS Statistics 20.

لقد تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي إعتدنا عليها من أجل جمع البيانات من ميدان البحث، إذ قمنا بإختيار المنهج و العينة إضافة إلى ميدان البحث، كما قمنا بضبط أدوات جمع البيانات و إختيار الأساليب الإحصائية الملائمة لطبيعة موضوع بحثنا وهذا من أجل القيام بالدراسة الأساسية التي ستسمح لنا بعرض نتائجها و مناقشتها في إطار علمي و موضوعي بهدف الوصول لنتائج علمية تسمح لنا بالحكم على فرضيات البحث.

الفصل الخامس

معرض و مناقشة

النتائج

بعد جمع البيانات و تحليلها بإستعمال مختلف الأساليب الإحصائية منها الإحصاء الإستدلالي، سوف نقوم بعرض النتائج المتوصل عليها و تفسيرها من أجل الوصول لنتائج تسمح لنا بالحكم على فرضيات البحث.

1- عرض نتائج البحث:

بعد تطبيق مقياسيّ البحث على أفراد العينة المتمثلة في ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو وتفرّغ البيانات، سوف نقوم بعرض مختلف نتائج البحث في الجداول الإحصائية التالية:

1-1- عرض النتائج الخاصة بمستويات جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين:

فيما يلي النتائج المتحصّل عليها من خلال مقياس جودة حياة عمل الممرّضين، فيما يخص مستوياتها.

- جدول رقم (17): مستوى جودة حياة عمل الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقياس	العينة
متوسط	20.81	140.67	جودة حياة عمل الممرّضين	200 ممرّض و ممرّضة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17)، الخاص بمستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين، أن المتوسط الحسابي لهذه الأخيرة يقدر بـ(140.67) و بانحراف معياري يقدر بـ(20.81). وبعد إستخراج المتوسط الحسابي لجودة حياة عمل الممرّضين, Brooks (2001)، قمنا بمقارنته بسلم التنقيط الخاص بالمقياس، الذي ينص على وجود مستوى

متوسط لجودة الحياة في العمل، في حالة إنحصار درجتها بين (113) و (182)، لتوصّل إلى أن مستوى إدراك ممرّضى المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو لجودة حياتهم في العمل متوسطّ.

1-2- عرض النتائج الخاصة بمستوى الضغط المهني لدى الممرضين.

فيما يلي النتائج المتحصّل عليها من خلال تطبيق مقياس الضّغط النفسي الإيجابي والسّلبى على الممرّضين.

- جدول رقم (18): مستوى الضغط المهني لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

العينة	المقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
200 ممرّض و ممرّضة	الضّغط النفسي والإيجابي	48.70	08.61	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18)، الخاص بمستوى الضغط المهني لدى ممرضى مستشفى ندير محمّد بتيزي وزو، أن المتوسطّ الحسابي للضّغط المهني لدى عيّنة البحث يقدر بـ(48.70) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.61).

و بعد مقارنة هذه القيم بسلمّ التّقييط الخاص بمقياس الضغط النفسي الإيجابي و السّلبى (2001)، SPPN، الذي ينحصر مستواه المتوسطّ بين (38) و (56) درجة، تبين لنا أن ممرّضى المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو يعانون من مستوى متوسطّ من الضغط المهني.

1-3- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين جودة الحياة في العمل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

- جدول رقم (19): العلاقة بين جودة الحياة في العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

العيّنة	المتغيّرات	المتوسّط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدّالة الإحصائية Sig	مستوى الدّالة (∞)	الدّالة
200 ممرّض وممرّضة	جودة الحياة في العمل	140.67	20.81	0.45**	0.00	0.01	دالة
	الضّغط المهني	48.70	08.61				

$$(Sig)=0.00 \leq (\infty)=0.01$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19)، أن المتوسّط الحسابي لجودة الحياة في العمل لدى (200) ممرّض و ممرّضة يقدر بـ(140.67) و بإنحراف معياري يقدر بـ(20.81)، أمّا بالنسبة للمتوسّط الحسابي للضّغط المهني، فيقدر بـ(48.70) و بإنحراف معياري يقدر بـ(08.61). و بعد حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة في العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين وجدناها تساوي (0.45)، بينما قدّرت الدلالة الإحصائية لجودة الحياة في العمل والضّغط المهني لدى العيّنة بـ(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدّالة (0.01). و بالتالي فإنّنا نستنتج أنه هناك علاقة بين جودة الحياة في العمل و بين الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

أمّا فيما يخص العلاقة بين أبعاد جودة الحياة في العمل و الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، فقد ظهرت النتائج على النحو التالي:

1-3-1- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل

و الضَّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو.

- جدول رقم (20): العلاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضَّغط المهني لدى

الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو.

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدلالة
200 ممرّض و ممرّضة	الحياة في العمل-الحياة في المنزل	24.92	04.24	-0.09	0.19	0.05	غير دالة
	الضَّغط المهني	48.70	08.61				

$$(Sig)=0.19 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20)، أنّ المتوسط الحسابي لبعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل يقدر بـ(24.92) و بانحراف معياري يقدر بـ(04.24)، أمّا بالنسبة للمتوسط الحسابي للضَّغط المهني، فيقدر بـ(48.70) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.61).

و بعد حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضَّغط المهني لدى الممرّضين وجدناها تساوي (0.09)، بينما قدرت الدلالة الإحصائية لبعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضَّغط المهني لدى العينة بـ(0.19)، و هي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05). و بالتالي فإننا نستنتج أنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة

في العمل في بعدها الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

1-3-2- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

- جدول رقم (21): العلاقة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدالة
200 ممرض و ممرضة	تصميم العمل	31.73	07.64	**0.42	0.00	0.01	دالة
	الضغط المهني	48.70	08.61				

$$(Sig)=0.00 \leq (\infty)=0.01$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (21)، أن المتوسط الحسابي لبعء تصميم العمل يقدر بـ(31.73) و بانحراف معياري يقدر بـ(07.64)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للضغط المهني، فيقدر بـ(48.70) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.61). و بعد حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرضين وجدناها تساوي (0.42)، بينما قدرت الدلالة الإحصائية لتصميم العمل و الضغط المهني بـ(0.00)، و هي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05). وبالتالي فإننا نستنتج أنه توجد علاقة بين جودة

الحياة في العمل في بعدها تصميم العمل و الضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

1-3-3- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد إطار العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

- جدول رقم (22): العلاقة بين بعد إطار العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

العيّنة	المتغيّرات	المتوسّط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدّالة الإحصائية Sig	مستوى الدّالة (∞)	الدّالة
200 ممرّض و ممرّضة	إطار العمل	67.63	12.62	0.54**	0.00	0.01	دالة
	الضّغط المهني	48.70	08.61				

$$(Sig)=0.00 \leq (\infty)= 0.01$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (22)، أنّ المتوسّط الحسابي لبعد إطار العمل يقدر بـ(67.63) و بانحراف معياري يقدر بـ(12.62)، أمّا بالنسبة للمتوسّط الحسابي للضّغط المهني، فيقدر بـ(48.70) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.61).

و بعد حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد إطار العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين وجدناها تساوي (0.54)، بينما قدرّت الدلالة الإحصائية لبعد إطار العمل و الضّغط المهني بـ(0.00)، و هي قيمة أصغر من مستوى الدّالة (0.01). و بالتالي فإنّنا

نستنتج أنه توجد علاقة بين جودة الحياة في العمل في بعدها إطار العمل و الضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

1-3-4- عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد عالم العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

- جدول رقم (23): العلاقة بين بعد عالم العمل و الضّغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدلالة
200 ممرّض و ممرّضة	عالم العمل	16.37	03.80	-0.03	0.66	0.05	غير دالة
	الضّغط المهني	48.70	08.61				

$$(Sig)=0.66 \geq (\infty)=0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23)، أنّ المتوسط الحسابي لبعد عالم العمل يقدر بـ(16.37) و بانحراف معياري يقدر بـ(03.80)، أمّا بالنسبة للمتوسط الحسابي للضّغط المهني، فيقدر بـ(48.70) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.61).

و بعد حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد عالم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين وجدناها تساوي (-0.03)، بينما قدرّت الدلالة الإحصائية لبعد عالم العمل و الضغط المهني بـ(0.66)، و هي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05). و بالتالي فإننا

نستنتج أنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة في العمل في بعدها عالم العمل و الضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

1-4- عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرضى بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

1-4-1- الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرضى حسب الجنس:

قبل البدء في عرض نتائج الفروق الخاصة بجودة الحياة في العمل لدى الممرضى حسب الجنس، قمنا أولاً بحساب إختبار (F) ليفن للتجانس لجودة حياة عمل الممرضى كما يبينه الجدول التالي.

- جدول رقم (24): إختبار (F) ليفن للتجانس الخاص بجودة الحياة في العمل لدى الممرضى بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

العيّة	المتغير	(F) Levene	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)
200 ممرّض و ممرّضة	جودة الحياة في العمل	11.29	0.00	0.05

$$(Sig)=0.00 \leq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24)، أنّ إختبار (F) ليفن لجودة الحياة في العمل الذي يقدر بـ(11.29) غير متجانس، كون قيمة الدلالة الإحصائية تساوي (0.00)، و هي أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

- جدول رقم (25): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب الجنس.

المتغير	العينة				قيمة T- Test للفروق	الدالة الإحصائية Sig	مستوى الدالة (∞)	الدالة
	الجنس	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
جودة الحياة في العمل	ذكر	51	136.21	28.49	-1.41	0.07	0.05	غير دالة
	أنثى	149	142.19	17.28				

$$(Sig)=0.07 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25)، أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة في العمل لدى (51) ممرّض يقدر بـ(136.21) و بانحراف معياري يساوي (28.49)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لجودة الحياة في العمل لدى (149) ممرّضة بـ(142.19) و بانحراف معياري يساوي (17.28). و بعد حساب قيمة (T) test للفروق بين الجنسين، وجدناها تقدر بـ(-01.41)، بدلالة إحصائية تقدر بـ(0.07)، و هي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق بين الممرّضين ذكور و إناث في مستوى إدراكهم لجودة الحياة في العمل.

1-4-2- الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب السن:

سوف نقوم بعرض النتائج المتوصل إليها بعد استخدام إختبار F ANOVA للفروق بين أكثر من مجموعتين لمعرفة الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب السن.

- جدول رقم (26): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب السنّ.

المتغير	العينة				قيمة F Anova للفروق	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدلالة
	السنّ	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
جودة الحياة في العمل	[30-20]	70	138.62	20.89	04.32	0.00	0.05	دالة
	[40-31]	66	145.93	16.92				
	[50-41]	39	142.53	20.08				
	50+	25	129.56	26.43				

$$(Sig)=0.00 \leq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (26)، أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة في العمل لدى (70) ممرّض(ة) من الفئة العمرية [30-20] يقدر بـ(138.89) و بانحراف معياري يقدر بـ(20.89)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لـ(66) ممرّض(ة) من الفئة العمرية [40-31] بـ(145.93) و بانحراف معياري يقدر بـ(16.92)، أما الفئة العمرية [50-41] التي تمثل (39) ممرّض(ة)، فيقدر متوسط حسابها بـ(142.53) و إنحرافها المعياري بـ(20.08) كما يقدر المتوسط الحسابي لـ(25) ممرّض(ة) من الفئة العمرية (50+) بـ(129.56) و بانحراف معياري يقدر بـ(26.43). و بعد حساب قيمة (F) Anova للفروق في جودة الحياة في العمل بين الفئات العمرية وجدناها تقدر بـ(-04.32)، بدلالة إحصائية تقدر بـ(0.00)، و هي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

بالتالي نستنتج أنه توجد فروق في جودة الحياة في العمل حسب الفئات العمرية لصالح (66) ممرّض(ة) من الفئة العمرية [31-40] بإعتبار متوسطها الحسابي الأكبر من بين المتوسطات الحسابية للفئات العمرية الأخرى.

1-4-3- الفروق في جودة حياة عمل الممرّضين حسب الأقدمية المهنية:

فيما يلي عرض للنتائج المتوصل إليها بعد إستخدام إختبار F ANOVA للفروق بين أكثر من مجموعتين لمعرفة الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب متغير الأقدمية المهنية

- جدول رقم (27): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب الأقدمية المهنية.

المتغير	العينة				قيمة F Anova للفروق	الدالة الإحصائية Sig	مستوى الدالة (∞)	الدالة
	الأقدمية المهنية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
جودة الحياة في العمل	[5-0]	88	141.67	17.45	1.58	0.18	0.05	غير دالة
	[10-6]	30	145.46	23.79				
	[15-11]	30	133.83	22.26				
	[20-16]	21	136.33	16.77				
	20+	31	142.74	16.17				

$$(Sig)=0.18 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27)، أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة في العمل لدى (88) ممرّض(ة) ذوي الأقدمية المهنية [5-0] سنوات يقدر بـ(141.67) و بانحراف معياري

يقدر بـ(17.45)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لـ(30) ممرض(ة) ذوي الأقدمية المهنية [10-06] سنوات بـ(145.46) و بإنحراف معياري يقدر بـ(23.79)، أما ذوي الأقدمية المهنية التي تتراوح بين [15-11] سنة لدى (30) ممرض(ة)، فيقدر متوسط حسابها بـ(133.83) و إنحرافها المعياري بـ(22.26)، كما يقدر المتوسط الحسابي لـ(21) ممرض(ة) ذوي الأقدمية المهنية التي تتراوح بين [20-16] سنة بـ(136.33)، و بإنحراف معياري يقدر بـ(16.77)، أما بالنسبة لـ(31) ممرض(ة) ذوي الأقدمية المهنية (+20) فيقدر متوسط حسابها بـ(142.74) و إنحراف معيارها بـ(16.17).

وبعد حساب قيمة F Anova للفروق في جودة الحياة في العمل حسب الأقدمية المهنية وجدناها تقدر بـ(1.58)، بدلالة إحصائية تقدر بـ(0.18)، و هي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب متغير الأقدمية المهنية.

1-5- عرض النتائج الخاصة بالفروق في الضغط المهني لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيوي وزو.

1-5-1- الفروق في الضغط المهني لدى الممرضين حسب الجنس:

قبل البدء في عرض نتائج الفروق الخاصة بالضغط المهني لدى الممرضين حسب الجنس قمنا أولاً بحساب إختبار (F) ليفن للتجانس كما يبينه الجدول التالي.

- جدول رقم (28): إختبار (F) ليفن للتجانس الخاص بالضغط المهني لدى الممرضين.

العينة	المتغير	(F) Levene	الدلالة الإحصائية	مستوى الدلالة
200 ممرض و ممرضة	الضغط المهني	5.37	0.02	0.5

$$(Sig)=0.02 \leq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (28)، أن إختبار (F) ليفين للضّغط المهني الذي يقدر بـ(5.37) غير متجانس، كون قيمة الدلالة الإحصائية تساوي (0.02) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

- جدول رقم (29): الفروق في الضّغط المهني لدى الممرّضين حسب الجنس.

المتغير	العينة				قيمة T-Test للفروق	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدلالة
	الجنس	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الضّغط المهني	ذكر	51	47.13	11.51	-01.21	0.22	0.05	غير دالة
	أنثى	149	49.23	07.34				

$$(Sig)=0.22 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (29)، أن المتوسط الحسابي للضّغط المهني لدى (51) ممرّض يقدر بـ(47.13) و بانحراف معياري يساوي (11.51)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لـ(149) ممرّضة بـ(49.23) و بانحراف معياري يساوي (07.34).
و بعد حساب قيمة (T) test للفروق بين الجنسين، وجدناها تقدر بـ(-01.21)، بدلالة إحصائية تقدر بـ(0.22) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق في الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو ذكور و إناث.

1-5-2- الفرق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب السن:

فيما يلي عرض لنتائج الفرق في الضغط المهني لدى الممرّضين، بالإعتماد على إختبار F ANOVA للفرق بين أكثر من مجموعتين.

- جدول رقم (30): الفرق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب السن.

المتغير	العينة				قيمة F Anova للفرق	الدالة الإحصائية Sig	مستوى الدالة (∞)	الدالة
	السن	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الضغط المهني	[30-20]	70	47.88	08.24	02.34	0.07	0.05	غير دالة
	[40-31]	66	50.33	08.46				
	[50-41]	39	49.48	06.45				
	50+	25	45.44	11.77				

$$(Sig)=0.07 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30)، أن المتوسط الحسابي للضغط المهني لدى (70) ممرّض(ة) من الفئة العمرية [30-20] يقدر بـ(47.88)، و بانحراف معياري يقدر بـ(08.24)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لـ(66) ممرّض(ة) من الفئة العمرية [40-31] بـ(50.33) و بانحراف معياري يقدر بـ(08.46)، أما الفئة العمرية [50-41] التي تمثل (39) ممرّض(ة)، فيقدر متوسط حسابها بـ(49.48)، و إنحرافها المعياري بـ(06.45)

كما يقدر المتوسط الحسابي لـ (25) ممرضة (ع) من الفئة العمرية (50+) بـ (45.44) و بانحراف معياري يقدر بـ (11.77).

وبعد حساب قيمة F Anova للفروق في الضغط المهني بين الفئات العمرية وجدناها تقدر بـ (02.34)، بدلالة إحصائية تقدر بـ (0.07)، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق في الضغط المهني لدى ممرضين المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الفئات العمرية.

1-5-3- الفروق في الضغط المهني لدى الممرضين حسب الأقدمية المهنية:

فيما يلي عرض للنتائج المتوصل إليها الخاصة بالفروق في الضغط المهني لدى ممرضين المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية المهنية.

- جدول رقم (31): الفروق في الضغط المهني لدى الممرضين حسب الأقدمية المهنية.

المتغير	العينة				قيمة F Anova للفروق	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة (∞)	الدلالة
	الأقدمية المهنية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الضغط المهني	[5-0]	88	48.84	07.91	0.62	0.64	0.05	غير دالة
	[10-6]	30	48.20	10.87				
	[15-11]	30	48.60	9.40				
	[20-16]	21	46.57	4.04				
	20+	31	50.32	9.68				

$$(Sig)=0.64 \geq (\infty)= 0.05$$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31)، أن المتوسط الحسابي للضغط المهني لدى (88) ممرّض(ة) ذوي الأقدمية المهنية [5-0] سنوات يقدر بـ(48.84)، و بانحراف معياري يقدر بـ(07.91)، بينما يقدر المتوسط الحسابي لـ(30) ممرّض(ة) ذوي الأقدمية المهنية [10-06] سنوات بـ(48.20) و بانحراف معياري يقدر بـ(10.87)، أما ذوي الأقدمية المهنية التي تتراوح بين [15-11] سنة لدى (30) ممرّض(ة)، فيقدر متوسط حسابها بـ(48.60) و إنحرافها المعياري بـ(09.40)، كما يقدر المتوسط الحسابي لـ(21) ممرّض(ة) ذوي الأقدمية المهنية التي تتراوح بين [20-16] سنة بـ(46.57) و بانحراف معياري يقدر بـ(04.04)، أمّا بالنسبة لـ(31) ممرّض(ة) ذوي الأقدمية المهنية (+20) فيقدر متوسط حسابها بـ(50.32) و إنحراف معيارها بـ(09.68).

وبعد حساب قيمة Anova (F) للفروق في الضغط المهني حسب الأقدمية المهنية وجدناها تقدر بـ(0.62)، بدلالة إحصائية تقدر بـ(0.64) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب متغير الأقدمية المهنية.

2- مناقشة نتائج البحث:

بعد عرضنا للنتائج المتحصّل عليها من ميدان البحث عن طريق مقياس جودة حياة عمل الممرّضين و مقياس الضغط المهني، و بعد التحليل الإحصائي لهذه البيانات، سوف نقوم بمناقشة النتائج المتوصّل عليها و المتعلقة بفرضيات البحث.

2-1 مناقشة النتائج الخاصة بمستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين

بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تنص الفرضية الأولى على وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزو وزو. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، توصّلنا إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي

المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، و بالتالي نستنتج أنّ الفرضية الأولى التي مفادها يوجد مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو لم تتحقق.

تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة (صالح، 2013 ; نصار، 2013)، التي توصّلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين (بوضياف و بوجلal، 2021)، كما تتفق كذلك مع نتائج دراسة (الشنطي، 2016)، التي توصّلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى عمال وزارة الصحة الفلسطينية، و دراسة الهاشمي و العضايلة، (2017) التي توصّلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى عمال المستشفيات العسكرية بالرياض.

و تتفق نتائج بحثنا أيضا مع نتائج دراسة برجان و خلفان، (2020)، التي توصّلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة لدى ممرّضي بعض المستشفيات و مراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو، و دراسة بوضياف و بوجلal، (2021) التي توصّلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المؤسسة الإستشفائية الزهراوي بالمسيلة، و في نفس السياق توصّلت نتائج دراسة عبد الحفيظ، (2022)، إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى (76.6%) من الممرّضين العاملين ببعض المؤسسات الصحية بخنشلة حسب متغير السن.

بينما خالفت نتائج بحثنا هذا دراسة كلّ من Dolmas, (2000)، التي توصّلت إلى وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى (137) ممرضا بكندا، و نتائج دراسة Laschinger & Wong, (2007) في (10) مستشفيات بكندا، التي توصّلت إلى وجود مستوى منخفض من جودة حياة عمل الممرّضين (Brousseau, 2015). كما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة Nizar, Filipe & Filomena, (2015) التي توصّلت إلى وجود

مستوى منخفض من جودة حياة عمل ممرضى مصلحة طب الأطفال بمستشفى FARO البرتغالي.

يتأثر مستوى جودة حياة عمل الممرضين حسب (Brooks & Anderson, 2005) بمجموعة من العوامل المتمثلة في توفر العدد اللازم من الممرضين، عبء العمل، العنف اللفظي و الجسدي، مستوى الأمن في العمل، توفر الأجهزة و معدات العلاج، التكوين المستمر و التقدير و الإحترام، بينما يرى (Valizadeh & al, 2012) أن أسباب تدني مستوى جودة حياة عمل الممرضين، ترجع إلى نقص الوقت لإنجاز المهام التمريضية والصراعات بين زملاء العمل أو مع المشرفين و الأطباء (Nizar, Filipe & Filomena, 2015)، أما (Collac & Bodier, 2011)، فيرجعها إلى ظروف العمل المتدهورة المحيطة بمهنة التمريض و تدهور علاقات العمل (De Gantes & al, 2014).

إنطلاقاً من هذه المعطيات و بعد إحتكاكنا بميدان البحث، يمكننا تفسير المستوى المتوسط من جودة حياة عمل ممرضى مستشفى ندير محمد بتيزي وزو، بعدم رضا الممرضين عن ظروف العمل، إذ أنهم ملزمون على الإشراف على عدد كبير من المرضى مما يجعلهم غير قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لهم، و هذا يرجع إلى نقص الممرضين العاملين في بعض المصالح الإستشفائية، خاصة مصلحة الإستعجالات الطبية و الجراحية أين نجد عدد معتبر من المرضى في أروقة المصالح ينتظرون تلقّي العلاج لفترات طويلة مما يخلق في بعض الأحيان صراعات بينهم و بين الممرضين، ضف إلى ذلك عدم رضاهم عن طبيعة العلاقة القائمة بينهم و بين الطبيب المشرف عليهم أو الإدارة و نقص تقدير مجهوداتهم في العمل. و بالتالي يمكننا القول أن بيئة العمل و ظروفه أحد أسباب وجود إدراك متوسط للمرضين إتجاه جودة حياتهم في العمل.

2-2- عرض النتائج الخاصة بمستوى الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تنص الفرضية الثانية على وجود مستوى مرتفع من الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية توصلنا إلى وجود مستوى متوسط من الضغط المهني لدى الممرّضين، و بالتالي فإن الفرضية الثانية التي مفادها مستوى الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو مرتفع لم تتحقّق.

تتفق نتائج بحثنا الحالي مع نتائج دراسة حمري و إبرييم، (2019)، التي توصلت إلى وجود مستوى متوسط من الضغط المهني لدى ممرّضي مصلحة الإستعجالات بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة، و دراسة رجوح و زرزور، (2019) التي توصلت إلى وجود مستوى متوسط من الضغط المهني لدى قابلات المؤسسة الإستشفائية بباتنة، كما إتفقت نتائجنا مع دراسة صيفي و بحري، (2021)، التي توصلت إلى معاناة ممرّضي و أطباء المستشفى الجامعي بقسنطينة من مستوى متوسط من الضغط المهني.

لم تتفق نتائج بحثنا الحالي مع نتائج دراسة Allaire, (2006) بكندا التي توصلت إلى معاناة الممرّضين من مستوى مرتفع من الضغط المهني (Brousseau, 2015)، و دراسة بوجمل و آخرون (2019)، التي توصلت إلى معاناة ممرّضي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالأغواط من مستوى مرتفع من الضغط المهني بسبب طبيعة و ظروف العمل. كما لم تتفق نتائج بحثنا كذلك مع نتائج دراسة علو، (2022)، التي توصلت إلى معاناة ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو من مستوى مرتفع من الضغط المهني و الذي يمكن إرجاع عدم توافق نتائجنا مع دراسة علو إلى الفترة الزمنية التي أجريت فيها (2022) التي تميّزت بوجود جائحة كورونا.

يعتبر الممرّضين أكثر تعرّضا للضغط المهني مقارنة بالمهن الأخرى (قصار و عمرأوي، 2013)، و التي ترجع حسب الحداد، (2003) إلى ظروف العمل و متطلّباته و في هذا الإطار توصّلت دراسة Scuster, (1999) بكندا إلى أن ضغط الأطباء و المرضى و أهاليهم و ضغوط المطالب العائليّة و الاجتماعيّة أحد مصادر الضغط المهني لدى الممرّضين، و هذا ما أكّدت عليه أيضا دراسة Tyler & Ellison, (1995)، التي توصّلت إلى أن الخلاف مع الأطباء و نقص التشجيع يعتبران من أسباب الضغط المهني لدى الممرّضين (أبو الحصين، 2010).

وتعد الساعات الإضافية أحد العوامل المؤدّية للضغط المهني لدى الممرّضين لما تتركه من أثر سلبي في صحتهم النفسية و الجسديّة، و هذا ما أكّدت عليه دراسة Bauman, (2001) التي توصّلت نتائجها إلى وجود علاقة بين الساعات الإضافية و إرتفاع نسبة التغيب لدى الممرضات بداعي المرض (Thiebaut, 2013). و في نفس السياق توصّلت دراسة Hinno & al, (2012) إلى أن أسباب الضغط المهني لدى الممرّضين تكمن في الساعات الإضافيّة التي تفرض عليهم (Nizar, Filipe & Filomena, 2015).

على ضوء هذه المعطيات و تصريحات بعض ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، يمكننا القول أن أسباب الضغط المهني لديهم تكمن في ظروف و بيئة العمل الشاقة و عدم قدرتهم على مسايرة متطلّبات العمل التي تفرض على عاتقهم أعباء إضافية تؤثر سلبا في صحتهم النفسية، ضف إلى ذلك الصراعات مع المرضى نتيجة نقص أدوات العلاج، كما يمكن إرجاع ذلك إلى الإرغامات الكبيرة المرتبطة بمهنة التمريض، و في هذا الإطار توصّلت دراسة Richardson & Burk, (1990) حول مصادر الضغط المهني لدى (2078) طبيبا بكندا إلى أن حجم العمل، العلاقة مع المرضى و المتطلّبات الاجتماعيّة من أهم مصادر الضغط المهني لدى الأطباء (إيديري، 2016).

بينما أكدت دراسة (Schuter, 1999)، على أنّ طبيعة مهنة التمريض من أهم مصادر الضغط المهني لدى الممرّضين (الموشي، 2022)، كما أكدت دراسة فؤاد و رزان، (2015) على أنّ أسباب الضغط المهني لدى الممرّضين تكمن في بيئة العمل و بعد العلاقات مع الأطباء (رجوح و زرزور 2019).

2-3- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تنص الفرضية الثالثة على وجود علاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية توصّلت نتائجنا إلى وجود علاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين، و بالتالي فإن الفرضية الثالثة التي مفادها هناك علاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، قد تحقّقت.

إن نتائج بحثنا الحالي تتفق مع نتائج دراسة قيرو، مزوز و بن إبراهيم، (2020)، التي توصّلت إلى وجود علاقة بين الرضا الوظيفي و الضغط المهني لدى عمال مصلحة العلاج الكيميائي بمركز مكافحة السرطان بباتنة، و دراسة (Ullrich & Fitzgerald, 1990) التي توصّلت إلى وجود علاقة بين الضغط المهني و ظروف العمل لدى الأطباء و الممرّضين (قيرو، مزوز و بن إبراهيم 2020)، و الذي يعتبر إحدى أبعاد جودة الحياة في العمل، كما تتفق مع دراسة (Zangaro & Soeken, 2007) التي توصّلت إلى وجود علاقة سلبية بين الضغط المهني و الرضا الوظيفي لدى الممرّضين (Nizar, Filipe & Filomena, 2015). أمّا دراسة (Pronost, 1997) فتوصّلت إلى أنّ إحتكاك المعالجين بمعاونة المرضى و حالات الموت أحد أسباب الضغط المهني لديهم (Pronost, Le Gouge & al, 2008)، و في هذا الإطار يرى (Zangaro & Soeken, 2007) أنّ

التكنولوجيا الحديثة و نقص الممرّضين، عبء العمل المفاجئ و سوء تسيير عمل الممرّضين، من أسباب الضغط المهني (Nizar, Filipe & Filomena, 2015). أمّا (Allaire, 2006) فأكدّ على أنّ نقص الموارد البشرية من الممرّضين و التقنية كوسائل العلاج من أسباب الضغط المهني المرتفع لدى الممرّضين (Brousseau, 2015).

بينما توصّلت دراسة فضلون، (2021)، إلى أنّ ظروف العمل تساهم بمستويات عالية في ظهور الضغط المهني المرتفع لدى ممرّضي مستشفى محمد بوضياف بأم البواقي، بينما توصّلت دراسة علو، (2022)، إلى أنّ أسباب الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد إلى درجة تحكّم الممرّضين في ستة عوامل أساسية تتمثّل في تسيير الوقت وتسيير المهمة، تخطيط العمل، المستقبل، الموارد الضرورية، إدارة الخطر على الذات و على الآخرين.

على ضوء هذه المعطيات، نستطيع أن نفسّر العلاقة الموجودة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي مستشفى تيزي وزو، بعدم رضاهم عن ظروف و بيئة العمل التي تؤثر سلبا في صحتهم النفسية، ضف إلى ذلك نقص الموارد البشرية و تدهور ظروف العمل، و الصراعات مع المرضى بسبب نقص الأدوية و وسائل العلاج، و غياب الدعم من زملاء العمل و المشرفين أو الأطباء، و قد أكّدت الدراسات السالفة الذكر على الدور الهام الذي تلعبه هذه العوامل في ظهور الضغط المهني، إذ تؤثر ظروف و بيئة و إرغامات و عبء العمل سلبا في الصحة النفسية للممرّضين.

2-3-1- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد الحياة في المنزل-الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تتصّ الفرضية الرابعة على وجود علاقة بين بعد الحياة في المنزل-الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبيّن أنه لا توجد علاقة بين بعد الحياة في المنزل-الحياة

في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين، و بالتالي فإن الفرضية الرابعة التي مفادها هناك علاقة بين بعد الحياة في العمل-الحياة في المنزل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو لم تتحقّق.

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى قدرة الممرّضين على تلبية إحتياجاتهم العائلية و توفّرهم على الوقت الكاف الذي يسمح لهم بتلبية متطلبات العائلة و الإهتمام بها، ضف إلى ذلك رضاهم عن ساعات العمل و سياسة العطل التي ينتهجها المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، و ذلك وفق المؤشرات التي تقيس بعد الحياة في العمل- الحياة في المنزل لمقياس (Brooks, 2001). و في هذا الإطار توصّلت دراسة (Rumbur, 2003)، إلى أنّ الممرّضات الأمريكيات العاملات بنظام (30سا) أو أقل في الأسبوع تمتعنّ بالوقت الكاف للإهتمام بحياتهنّ الشخصية و الإجتماعية و العائلية (Brousseau, 2015). كما توصّلت توصّلت نتائج دراسات (Whittock & al, 2002 ; Cara, 1997)، إلى أن التوازن بين الحياة في العمل و المنزل يعزز من فرص التطور في العمل و يساهم في الرفع من مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين (Brousseau, 2006).

لم تتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Brooks & Anderson, 2005) التي توصّلت إلى وجود علاقة بين الضغط المهني و التوازن بين الحياة في العمل و المنزل لدى الممرّضات بسبب عدم قدرتهنّ على التوفيق بين متطلبات العمل و المنزل، فيما يتعلّق بتلبية إحتياجات العائلة و الرعاية بالأولاد و تلبية متطلّباتهم الخاصّة (Nizar, Filipe & Filomena, 2015)، و في نفس السّياق توصّلت دراسة الدعمس، (2018) إلى كون عدم التوازن بين الحياة الشخصية و المهنية، يعدّ من أهم مصادر الضغط المهني لدى الممرّضين (حمري و إبريغم، 2019). كما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة Brooks (2004) & Anderson، التي توصّلت إلى وجود تأثير سلبي للحياة في العمل و المنزل في الضغط المهني لدى الممرّضين بسبب عدم قدرتهم على تحقيق التوازن بين متطلبات

مهنة التمريض و متطلّباتهم العائلية، و في نفس السّياق توصّلت دراسة ميهوب، (2022) إلى أنّ ضغط العلاقة بيت-عمل يؤدّي للضّغط المهني لدى ممرضي المؤسسة العمومية الإستشفائية بولاية تبسة حسب السّن.

2-3-2- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو.

تنصّ الفرضية الخامسة على وجود علاقة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبيّن أنه توجد علاقة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين و بالتالي فإنّ الفرضية الخامسة التي مفادها هناك علاقة بين تصميم العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيّزي وزو قد تحقّقت.

يقاس بعد تصميم العمل بمجموعة من المؤشّرات الخاصة بمقياس البحث، كمستوى الرّضا الوظيفي و عبء العمل، الإستقلالية في العمل و مدى توفر الموارد البشريّة. و بالتالي يمكن تفسير نتائج بحثنا بعدم رضا ممرّضي المستشفى الجامعي تيّزي وزو عن المهام الموكّلة لهم، و عبء العمل المرتبط بمهنة التمريض، خاصّة أنّ البعض منهم عبّر عن عدم رضاه عن المناخ الذي يزاول فيه مهامه الذي يميّز بنقص وسائل العلاج. و في هذا الإطار توصّلت نتائج دراسة (Allaire, 2006) بكندا إلى أنّ عبء العمل الزائد من أسباب الضغط المهني المرتفع لدى الممرّضين (Brousseau, 2015). و في نفس السّياق توصّلت دراسة (Zangaro & Soeken, 2007) إلى إيجاد علاقة سلبية بين الضغط المهني و الرضا الوظيفي لدى الممرّضين (Nizar, Filipe & Filomena, 2015)، بينما توصّلت دراسة علوان، (2010) إلى أن مصادر الضغط المهني لدى ممرّضي مستشفى وهران تكمن في عبء العمل و الإستقلالية في إتخاذ القرارات (بوجمل و آخرون، 2022). بينما يرجعها كلّ من (Wu & al, 2011 ; Yoon & Kim, 2013)

إلى بيئة العمل المضطربة و ظروف ممارسة مهنة التمريض، و في هذا الإطار توصلت دراسة (Wu & al, 2011) في ست (06) مستشفيات بالصين إلى تبيان معاناة الممرّضين من الضغط المهني الناتج عن عبء العمل الزائد المرتبط بنقص وقت إنجاز المهام التمريضية و نقص التكوين و عدم قدرة الممرّضين على التكيف مع هذه الإغرامات (Nizar, Filipe & Filomena, 2015).

يمكن إرجاع هذه العلاقة القائمة بين بعد تصميم العمل و الضغط المهني إلى عدم قدرة الممرّضين على التكفل بجميع المرضى، وهذا ما إلتمسناه في مصلحة الإستعجالات أين لاحظنا وجود عدد معتبر من المرضى في أروقة المصلحة ينتظرون التّكفل بهم، و في هذا الصّدد توصلت دراسة (Shaver & Lacey, 2003) إلى أن نقص الموارد البشريّة يؤثر سلبا في قدرة الممرّضين على الإستجابة لمتطلبات المرضى (O'brien-Pallas & al, 2004)، و في نفس السياق توصلت دراسة (Rafferty & al, 2007) على (3980) ممرضة بـ(30) مستشفى بأوروبا و أمريكا، إلى أنّ (15%) من الممرضات يعانين من إحترق وظيفي ناتج عن عبء العمل المرتبط بالعدد الكبير من المرضى الذين يشرفن عليهم (Thiebaut, 2013).

و قد عبّر بعض ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد عن عدم تمتّعهم بالإستقلالية اللازمة لتقديم الرعاية و العلاج للمرضى، فعادة ما يجدون أنفسهم مقيدّين بتعليمات الطبيب المشرف عليهم، هذا ما يؤثّر سلبا في مستوى إستقلاليّتهم في العمل، هذا الأخير يمثل أحد مؤشرات تصميم العمل. و لقد توصلت دراسة (Kovács & al, 2010) إلى أنّ المستوى المنخفض من الإستقلالية في العمل لدى الممرضات، يؤثّر سلبا في درجة تحكّمهن في العمل، كما أكّدت دراسات كل من (Kacel & al, 2005 ; Rai, 2013)، أن الممرضين الذين يتمتّعون بإستقلالية أكبر هم أكثر رضا عن جودة الحياة في العمل (Nizar, Filipe & Filomena, 2015).

2-3-3- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد إطار العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تنص الفرضية السادسة على وجود علاقة بين بعد إطار العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه توجد علاقة بين بعد إطار العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين. و بالتالي فإن الفرضية السادسة التي مفادها هناك علاقة بين إطار العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو قد تحقّقت.

يقاس بعد إطار العمل حسب مقياس البحث بواسطة أربعة أبعاد فرعية تتمثل في الإدارة و الإشراف، زملاء العمل، فرص التطوّر الوظيفي و محيط العمل، و بالتالي يمكن تفسير نتائج بحثنا في ضل هذه الأبعاد الفرعية، إذ إتّفقت نتائج بحثنا مع مجموعة من الدراسات التي تناولت الأبعاد الفرعية المحددة لبعد إطار العمل، و من بينها دراسات (Nakata & saylor, 1994 ; Boyle & al, 1999 ; La schinger & al, 1999 ; Trofino, 2003) التي توصّلت إلى وجود علاقة بين نمط التسيير و الإشراف و الرضا الوظيفي للممرّضين (O'brien-Pallas & al, 2004). و في نفس السياق توصّلت دراسة (Barzegar & al, 2012) التي شملت على (403) ممرض بمستشفى (HKC) بإيران إلى إيجاد تأثير هام بين القيادة الإدارية و جودة حياة عمل الممرّضين (بوتاعة و سالمى 2018). كما إتّفقت نتائج بحثنا مع نتائج دراسة (Liu & al, 2011) التي توصّلت إلى أن بيئة العمل الرديئة أحد الأسباب الرئيسية للضغط المهني لدى الممرّضين (Nizar, Filipe & Filomena, 2015). ضف إلى ذلك دراسة مخلوف، (2013) التي توصّلت إلى معاناة أطباء المركز الصحي بولاية المسيلة من الضغط المهني الناتج عن تدني مستوى المساندة في العمل.

يمكن تفسير نتائج بحثنا بعدم رضا الممرّضين عن نمط الإشراف و تدهور علاقاتهم مع المشرفين عليهم و مع الإدارة، و في هذا الإطار يرى (Valizadeh & al, 2012) أن

أسباب تدني مستوى جودة حياة عمل الممرّضين، يرجع إلى الصراعات بين زملاء العمل أو مع المشرفين و الأطباء (Nizar, Filipe & Filomena, 2015). و قد توصّلت نتائج دراسة إيديري و خلفان، (2016) التي شملت أطباء و ممرضي بعض مصالح مستشفى تيزي وزو إلى إفتقاد عينة البحث لدعم المسؤولين و الذي أرجعته إلى طبيعة هذه المهن التي تخضع لقوانين صارمة.

و يمكن إرجاع نتائج البحث كذلك إلى إضطراب العلاقة بين زملاء العمل و تدهور محيط العمل و الظروف التي يزاول فيها الممرّض عمله و التي تؤدي بدورها إلى الضغط المهني إذ إلتمسنا من بعض الممرّضين عدم رضاهم عن الدّعم الذي يتلقونه سواء من زملاء العمل أو المشرف عليهم أو الإدارة.

2-3-4- مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين بعد عالم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

تتص الفرضية السابعة على وجود علاقة بين بعد عالم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبيّن أنه لا توجد علاقة بين بعد عالم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين. و بالتالي فإن الفرضية السابعة التي مفادها هناك علاقة بين عالم العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو لم تتحقّق.

يقاس بعد عالم العمل حسب مقياس البحث بمجموعة من المؤشرات من بينها نظام الأجور و مستوى الأمن في العمل و الثقة في الرعاية المقدّمة للمرضى، و على ضوء هذه المؤشرات يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى رضا ممرّضي المستشفى الجامعي بتيزي وزو عن نظام الأجور و الحوافز الماديّة التي يتلقونها مقابل مجهوداتهم، و في هذا الإطار أكّدت دراسة لـ (Lewis & al, 2001) على (600) ممرض في سبع (07) مؤسسات علاجية

بكندا على أنّ الأجر و الحوافز تمثل الأبعاد الجوهرية المحددة لجودة حياة عمل الممرضين (Brousseau, 2006).

كما يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى شعور الممرضين بالأمن و الحماية داخل المستشفى و توفير هذا الأخير لشروط السلامة و الحماية للممرضين ضف إلى ذلك ثقتهم في الرعاية الصحية التي يقدمونها للمرضى، و في هذا الإطار يرى Siegrist, (1996) أنّ العمل هو أداة تنظيم ذاتي بالنسبة للعامل، إذ يرفع من مستوى تقديره للذات و من فعاليته المهنية و يكسبه مكانة مهنية تشعره بالثقة و ترفع من قدرة العامل على المساهمة و الإنجاز (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010).

تتعارض نتائج بحثنا مع بعض الدراسات التي تناولت إحدى مؤشرات بعد عالم العمل من بينها دراسات Cameron & al, 1994 ; Vahtera & al, 1997 ; Boubonnais (1998) التي أكدت على أن الشعور بعدم الأمان في العمل يعدّ مصدر الكثير من الإضطرابات النفسية كالضغط المهني، القلق و الإكتئاب لدى عمال القطاع الصحي (Thiebaut, 2013)، كما توصّلت دراسة Leka & al, (2003) إلى أنّ سوء العلاقات الإنسانية داخل المؤسسة و نظام الأجور له علاقة بظهور الضغط المهني لدى العمال (Inocente, 2010).

بينما توصّلت دراسة Adzakupah Godwin & al, (2006) إلى معاناة ممرضي الرعاية الصحية بغانا من الضغط المهني الناتج عن نقص التحفيز و نقص الممرضين الذي يقابله تعامل الممرضين مع عدد كبير من المرضى و نقص الراحة أثناء المناوبات (رجوح و زرزور، 2019)، كما توصّلت دراسة علواني، (2010) إلى معاناة ممرضي المستشفى الجامعي بوهرا من ضغط مهني ناتج عن تدهور علاقة ممرض- مريض و غياب الدعم الاجتماعي (شويطر، 2013).

2-4- مناقشة النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

2-4-1- الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين حسب الجنس.

تتص الفرضية الثامنة على وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، حسب الجنس لصالح الإناث. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو حسب الجنس. و بالتالي فإن الفرضية الثامنة التي مفادها هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب متغير الجنس لصالح الإناث لم تتحقّق.

تتفق نتائج بحثنا الحالي مع نتائج دراسة (Nizar, Filipe & Filomena, 2015) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في إدراك الممرّضين لمستوى جودة الحياة في العمل بمصلحة طب الأطفال بمستشفى FARO البرتغالي حسب الجنس، كما إتّفقت مع دراسة قهيري و كسنة، (2018)، التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي مستشفى الأم و الطفل بولاية الجلفة حسب الجنس، و دراسة عبد الحفيظ (2022)، التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرّضي بعض المؤسسات الصحية بولاية خنشلة حسب الجنس.

بينما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة عبد الله صالح العقل، (2003) التي توصّلت إلى وجود فروق في مستوى الرضا الوظيفي لدى ممرّضي المستشفى العسكري بالرياض حسب متغير الجنس (برجان، 2022).

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى عدم وجود تأثير للعوامل الشخصية للممرّضين في مستوى جودة حياتهم في العمل و في مستوى إدراكهم لظروف العمل و إرغاماتها سواء ذكورا كانوا أو إناثا، كما أن الممرّضين يعملون في نفس الظروف و الخصائص، كما يمكن إرجاع

هذه النتائج إلى خصائص عينة الدراسة التي تبلغ نسبة الإناث فيها (75%)، و هي تمثل أغلبية أفراد عينة البحث.

2-4-2- الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب السن.

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، حسب السن لصالح الفئة العمرية (+51) سنة. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه توجد فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب السن لصالح الفئة العمرية [31-40]. و بالتالي فإن الفرضية التاسعة التي مفادها هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد حسب السن لصالح الفئة العمرية (+51) لم تتحقق.

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى كون الممرضين ذوي أقدمية مهنية أكبر، استطاعوا التأقلم مع محيط العمل و إرغاماته و التكيف مع خصائص مهنة التمريض، فالأقدمية المهنية يمكن أن تكسب العامل إستراتيجيات و مهارات التكيف و مجابهة ظروف العمل و محيطه مقارنة بالفئات الأخرى التي لا تتمتع بالأقدمية المهنية الكافية التي تكسبه الصلابة اللازمة للتعامل مع بيئة و متطلبات العمل، و في هذا الإطار يرى كل من Lazarus & Folkman (1984) أن الإدراك الشخصي يلعب دورا بارزا في تجنيد الموارد اللازمة للتكيف مع متطلبات المحيط. كما يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى مستوى إدراك و تقييم الممرضين لجودة حياتهم في العمل و المرتبط بمجموعة من العوامل النفسية و الخصائص الفردية، و في نفس السياق أكدّا Lazarus & Folkman (1984) على أن إستجابات الأفراد لنفس الوضعية تختلف باختلاف نظرتهم و إدراكهم لخصائصهم و مواردهم الشخصية، فالعامل يعتمد في إستجابته للمواقف على عملية التقييم الأولية التي ترتبط بتركيبته الفرد النفسية و خصائصه

و قدرته على المقاومة أو المواجهة, (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010).

إنّ نتائج بحثنا لم تتفق مع نتائج دراسة (Nizar, Filipe & Filomena, 2015) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في إدراك الممرضين لمستوى جودة الحياة في العمل مصلحة طب الأطفال بمستشفى FARO البرتغالي حسب السنّ، كما لم تتفق مع نتائج دراسة قهيري و كسنة، (2018)، التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضي مستشفى الأم و الطفل بالجلفة حسب السنّ، و نتائج دراسة عبد الحفيظ، (2022) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضي بعض المؤسسات الصحية بخنشلة حسب السنّ، إضافة إلى دراسة برجان و خلفان، (2022) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة حياة الممرضين العاملين بنظام المناوبة ببعض مستشفيات و مراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو حسب السن.

2-4-3- الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب الأقدمية المهنية.

تنص الفرضية العاشرة على وجود فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، حسب الأقدمية المهنية لصالح ذوي أقدمية مهنية أكثر من 20 سنة.

و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو حسب الأقدمية المهنية، و بالتالي فإن الفرضية العاشرة التي مفادها هناك فروق في جودة الحياة في العمل لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب الأقدمية المهنية لصالح ذوي أقدمية مهنية أكثر من 20 سنة لم تتحقّق.

تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة برجان و خلفان، (2020) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة لدى ممرضي بعض المستشفيات و مراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو

حسب متغير الأقدمية المهنية. و قد أكد Bourdonnais & al, (2000) على أن الخبرة الناتجة عن الأقدمية المهنية لها تأثير إيجابي في درجة ثقة عمال القطاع الصحي (Thiebaut, 2013).

بينما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة Ernst & al, (2004) التي توصلت إلى أن العمال ذوي الأقدمية المهنية هم أقل رضا عن العمل من الفئات الأخرى ، و في نفس السياق توصلت نتائج دراسة Hsu & al, (2010) إلى أن الممرضين ذوي أقدمية أكبر، هم أكثر عرضة للضغط المهني بسبب إسنادهم لأعمال إضافية و متطلبات عمل أكبر مقارنة بالفئات الأخرى (Nizar, Filipe & Filomena, 2015).

كما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة قهيري و كسنة، (2018) التي شملت أطباء و ممرضين و إداريين مستشفى الجلفة، التي توصلت إلى وجود فروق في مستوى توفر أبعاد جودة الحياة في العمل لدى أفراد العينة حسب الخبرة المهنية لصالح الفئة أكثر من (15) سنة خبرة في المستشفى.

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى خصائص عينة البحث التي تشير إلى أغلبية أفراد العينة لا يتمتعون بأقدمية كبيرة في العمل، بحيث تمثل نسبة (44%) الممرضين أقل من خمس سنوات أقدمية، تليها نسبة (15%)، و التي تمثل الممرضين ذوي ست (06) إلى عشر (10) سنوات أقدمية مهنية، كما يمكن تفسير نتائج بحثنا إلى كون الممرضين يتحملون نفس أعباء المهنة و يشعرون بنفس القدر من المسؤولية الملقاة على عاتقهم فيما يتعلق بتقديم الخدمة و الرعاية الصحية اللازمة للمرضى، فالممرضين لا يختلفون في مستوى إدراكهم لحجم المسؤولية التي يتحملونها، كما يتعرضون لنفس الإغرامات و المتطلبات المرتبطة بمهنة التمريض.

2-5- مناقشة النتائج الخاصة بالفروق في الضغط المهني لدى الممرّضين بالمستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو.

2-5-1- الفروق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب الجنس.

تنص الفرضية الحادية عشر على وجود فروق في الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو، حسب الجنس لصالح الإناث. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق في الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد بتيزي وزو حسب الجنس، و بالتالي فإن الفرضية الحادية عشر التي مفادها هناك فروق في الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب الجنس لصالح الإناث لم تتحقّق.

إنّفقت نتائج بحثنا مع نتائج دراسة عسكر و أحمد، (1988)، التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغط المهني لدى الممرّضين حسب الجنس (بوجمل و آخرون 2022)، كما إنّفقت مع نتائج دراسة حميس، (2013)، التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغط المهني لدى أطباء و ممرّضي و أعوان التخدير بالمستشفى العمومي بولاية ورقلة حسب الجنس، و في نفس الإطار توصّلت دراسة بن أحمد و حابي، (2014) إلى عدم جود فروق في الضغط المهني حسب الجنس لدى ممرّضي و أطباء و أخصائيي المؤسسة العموميّة و المراكز الإستشفائية بتيارت (حمري و إبرييم، 2019).

كما توصّلت نتائج دراسة حمري و إبرييم، (2019) إلى عدم وجود فروق في الضغط المهني لدى ممرّضي مصلحة الإستعجالات بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة حسب الجنس. ضف إلى ذلك دراسة ميهوب، (2022) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغط المهني لدى ممرّضي المؤسسة العمومية الإستشفائية بولاية تبسة حسب الجنس، و دراسة بوجمل و آخرون، (2022) التي توصّلت إلى عدم وجود فروق في مستوى

الضغط المهني لدى ممرّضي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريدة بولاية الأغواط حسب الجنس.

في المقابل نجد أن نتائج دراستنا قد خالفت نتائج دراسات أخرى منها دراسة Antonio & Coll, (2006) التي أكدت على أن النساء هنّ أكثر تعرضاً للضغط المهني مقارنة بالرجال (Marien, 2012)، كما أكدت دراسة غربي، (2003) على وجود فروق في مستوى الضغط المهني حسب الجنس لصالح الممرّضين الذكور العاملين ببعض المستشفيات بالجزائر العاصمة، و في نفس الإطار توصّلت دراسة سعادة و آخرون، (2002) إلى وجود فروق في الضغط المهني لدى الممرّضين الفلسطينيين، حسب متغير الجنس لصالح الذكور (بوجمل و آخرون، 2022)، كما توصّلت نتائج دراسة علو، (2022) إلى وجود فروق في مستوى الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، حسب الجنس لصالح الذكور.

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى عدم تأثر مستوى الضغط المهني بالعوامل النفسية و الخصائص الشخصية لدى ممرّضي و ممرّضات المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، فبيئة العمل و خصائص المهنة تمارس نفس التأثير عليهم، كما أنهم يتعرّضون لنفس الضغوطات و الأعباء المرتبطة بالمهنة. و يجدر الإشارة على أن عينة بحثنا تتكوّن في أغليبتها من الممرّضات بنسبة تقدّر بـ(75%) و بالتالي يمكننا إرجاع عدم وجود فروق في الضغط المهني إلى خصائص عيّنة بحثنا.

2-5-2- الفروق في الضغط المهني لدى الممرّضين حسب السن.

تنص الفرضية الثانية عشر على وجود فروق في الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، حسب السن لصالح الفئة العمرية (51+). و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق في الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو حسب السن، و بالتالي فإن الفرضية

الثانية عشر التي مفادها هناك فروق في الضّغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمّد حسب السّن لصالح الفئة العمرية (+51) لم تتحقّق.

يمكن تفسير نتائج بحثنا في إدراك الممرّضين بنفس المستوى لمصادر الضغط المهني المرتبطة بمهنة التمريض، فهم يتعرّضون لنفس الأعباء و يعملون في نفس البيئة و المحيط، و بالتالي إدراكهم يكون بنفس المستوى لهذه العوامل المؤدّية للضغط المهني و في هذا الإطار يرى كل من (Fillion & Saint-Laurent, 2003) أن أسباب الضغط المهني لدى الممرّضين تكمن في عبء العمل الزائد و نقص المشاركة في إتخاذ القرارات و غياب الدعم من طرف المؤسسات الإستشفائية، ضف إلى ذلك المتطلبات المرتبطة بمهنة التمريض، نقص التكوين النفسي للممرّضين و العوامل الإنفعالية المرتبطة بردود الأفعال السلبية للمرضى إتجاه الممرّضين. كما يمكن أن نرجعها كذلك إلى عدم تأثر إدراك الممرّضين للضغط المهني بالخصائص النفسية و الفردية لهم.

في المقابل لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة (Hsu & al, 2010) التي توصّلت إلى أن الممرّضين أكبر سنا، أكثر عرضة للضغط المهني مقارنة بالممرّضين الشباب، و نتائج دراسة (Gardner & al, 2005) التي توصّلت إلى وجود علاقة سلبية بين السّن و الضغط المهني (Nizar, Filipe & Filomena, 2015). و في هذا الإطار أكدت دراسة (Qayyun Chaudhry, 2012) على أن الممرّضات صغار السن هن أكثر عرضة للضغط المهني نتيجة متطلبات العمل المرتفعة التي يقابلها غياب الدعم الإجتماعي (Marien, 2012).

كما لم تتفق نتائجنا مع دراسة ميهوب، (2022) التي توصّلت إلى وجود فروق في مستوى الضغط المهني لدى ممرّضي المؤسسة العمومية الإستشفائية بولاية تبسة حسب متغير السّن.

2-5-3- الفروق في الضغط المهني لدى الممرضين حسب الأقدمية المهنية.

تنص الفرضية الثالثة عشر على وجود فروق في الضغط المهني لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، حسب الأقدمية المهنية لصالح ذوي أقدمية أكثر من 20 سنة. و بعد التحليل و المعالجة الإحصائية، تبين أنه لا توجد فروق في الضغط المهني لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية المهنية. و بالتالي فإن الفرضية الثالثة عشر التي مفادها هناك فروق في الضغط المهني لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد حسب الأقدمية المهنية لصالح ذوي أقدمية أكثر من 20 سنة لم تتحقق.

إنفقت نتائج بحثنا مع نتائج دراسة غربي، (2003) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغط المهني حسب الأقدمية المهنية لدى ممرضي بعض المستشفيات بالجزائر العاصمة (بوجمل و آخرون، 2022)، و نتائج دراسة Haziz-Thomas & (2011) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في الضغط المهني لدى الممرضات حسب الأقدمية المهنية (Marien, 2012). كما إنفقت مع نتائج دراسة بن حفيظ و مانع، (2015) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى قابلات المؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل بولاية ورقلة حسب الأقدمية المهنية. بينما لم تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة مرياح و سعدي، (2019) التي توصلت إلى وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى ممرضي مستشفى الأمراض العقلية بتيارت حسب الأقدمية المهنية (قرقوز و إغمين، 2021)، و في نفس السياق أكدت دراسة Tabak (2007) & Koprak على أن سنوات الأقدمية المهنية لها علاقة بمستوى الضغط المهني الذي يشعر به الممرضين (Marien, 2012).

يمكن إرجاع نتائج بحثنا إلى خصائص عينة البحث التي تشير إلى أغلبية أفراد العينة شباب و لا يتمتعون بأقدمية كبيرة في العمل، بحيث تمثل نسبة (44%) الممرضين

أقل من خمس سنوات أقدمية، تليها نسبة (15%) و التي تمثل الممرّضين ذوي ست إلى عشر سنوات أقدمية مهنية، و بالتالي فإننا يمكن تفسير نتائج بحثنا بطبيعة عينة بحثنا و خصائصها.

تمحور بحثنا الحالي حول دراسة موضوع جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين، أولاً من خلال الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى عينة تقدر بـ(200) ممرض يعملون بمختلف المصالح الإستشفائية بالمستشفى الجامعي ندير محمد الواقع بولاية تيزي وزو، ثم البحث عن العلاقة القائمة بينها، و التعرف على الفروق في جودة حياة عمل الممرّضين و في الضغط المهني حسب متغيّرات الجنس، السن و الأقدمية المهنية.

لتحقيق البحث لأهدافه، قمنا بتبني المنهج الوصفي، و إعتدنا على أداتين لجمع البيانات و المعطيات الميدانية تتمثلان في مقياس جودة حياة عمل الممرضين Brooks, (2001)، و مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي (2001) SPPN, الذي أعدته مجموعة من الباحثين بجامعة بجامعة لياج البلجيكية، و الذي نشر من طرف الباحثين Keyser & Hensez, (2001).

لقد توصلنا من خلال بحثنا إلى مجموعة من النتائج و تتمثل في وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى ممرّضي مستشفى ندير محمد بتيز وزو. كما توصلنا إلى وجود علاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني و بين أبعادها المتمثلة في تصميم العمل و إطار العمل و بين الضغط المهني لدى الممرّضين، بينما أظهرت نتائج البحث عدم وجود علاقة بين بعدي الحياة في العمل-الحياة في المنزل و عالم العمل و بين الضغط المهني.

أمّا بالنسبة للفروق، فقد توصّل بحثنا إلى وجود فروق في جودة حياة عمل الممرّضين حسب السنّ لصالح الفئة العمرية [31-40]، بينما أظهرت نتائج البحث عدم وجود فروق في جودة حياة عمل الممرّضين حسب الجنس و الأقدميّة المهنية.

فيما يتعلّق بالضغط المهني، فقد توصّلت نتائج بحثنا إلى عدم وجود فروق في الضغط المهني حسب السن و الجنس و الأقدميّة المهنية.

إنطلاقاً من هذه النتائج، قدمنا مجموعة من الإقتراحات التي تهدف إلى تحسين جودة حياة عمل الممرّضين التي ترتبط بظروف العمل، و السعي إلى توفير بيئة عمل للقيام بأدوارهم بأكثر فعالية، ممّا يعود بالنفع عليهم من خلال الحفاظ على صحتهم النفسية و على المجتمع من خلال تقديم العلاج و الرعاية المطلوبة للمرضى و الرفع من جودة الخدمات الصحية المقدّمة لأفراد المجتمع.

خاتمة:

سعى بحثنا الحالي إلى دراسة جودة الحياة في العمل و علاقتها بالضغط المهني لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، و ذلك لما يكتسبه هذا الموضوع من أهمية، إذ أن الإهتمام بظروف العمل و السعي إلى تحقيق التوافق بين الممرّض و مهنته و تحقيق التوازن بين متطلبات العمل و قدرات الممرّض و موارده يؤدّي إلى الرفع من مستوى جودة الحياة في العمل، و بالتالي شعور بالرضا الوظيفي الذي يعود بالنفع على المؤسسة الإستشفائية التي يعمل فيها و على نوعية الخدمات التي يقدمها للمرضى و على المجتمع ككل.

و تعدّ مهنة التمريض من بين المهن المرتبطة بأعباء عمل إضافية و بمتطلبات وإرغامات عمل معتبرة، أثّرت سلبا في نفسيّة الممرض نتيجة تدهور ظروف العمل و بيئته، و هذا ما أكّده دراسات عديدة من بينها دراستنا التي توصلت إلى وجود مستوى متوسط في جودة الحياة في العمل و في الضغط المهني لدى ممرضى مستشفى ندير محمد بتيّزي وزو، كما بينت نتائجنا وجود علاقة بين هذين المتغيّرين، إذ أنّ جودة حياة عمل الممرّضين تؤثر في مستوى الضغط المهني الذي يعانون منه.

و بالتالي فإنه من الضروري إعادة النظر في بيئة عمل الممرّضين وفي ظروف عملهم و السعي إلى سد الثغرات و معالجة النقائص و تبني برامج و إستراتيجيات تحسين جودة الحياة في العمل في القطاع الصحي بصفة عامة و لدى الممرّضين بصفة خاصّة من أجل تحقيق التوازن المطلوب بين قدراتهم و توقعاتهم و حاجاتهم وبين متطلبات العمل و خصائص المهنة.

❖ الإقتراحات:

أظهرت نتائج بحثنا الحالي وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل والضغط المهني لدى الممرّضين، كما توصّلت إلى وجود علاقة بين تصميم وإطار العمل و بين الضغط المهني لدى ممرّضي المستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو، فمن الضروري إتخاذ إجراءات و تبني إستراتيجيات للتقليل من مستوى الضغط المهني لدى العيّنة و الرفع من مستوى إدراكها لجودة الحياة في العمل، خاصّة أن القطاع الصحي من القطاعات الحسّاسة التي تتطلّب معاينة و تعديل من أجل تحسين مستوى الرعاية الصحيّة و العلاجية المقدّمة للمرضى أو لأفراد المجتمع بصفة عامة، و من أجل ذلك سوف نقدم مجموعة من الإقتراحات العمليّة التي من شأنها تحقيق هذا الهدف و هي:

❖ وضع وصف دقيق لمهنة التمريض و ما يرتبط بها من خصائص و شروط و متطلبات وأخلاقيات، يكون تحت تصرف الممرّضين الجدد.

❖ تخصيص برامج تكوينية و تدريبية لمساعدة الممرّضين على التكيف مع ظروف العمل و إرغاماته و تقوية الجوانب النفسية و الإنفعالية لديه.

❖ العمل على تزويد المصالح الإستشفائية بالعدد الكاف من الممرّضين للتقليل عبء العمل.

❖ تزويد مختلف المصالح بالأدوية و معدّات العلاج اللازمة لتقديم رعاية صحيّة أفضل للمرضى.

❖ إعادة تهيئة و توسيع بعض المصالح الإستشفائية خاصة مصلحة الإستعجالات الطبية و الجراحية لإستقبال المرضى.

❖ العمل على تعزيز شبكة الإتّصالات الإجتماعية داخل المؤسسة الإستشفائية، خاصة فيما يتعلّق بعلاقة الممرّض بالمشرف و بالإدارة.

❖ إتاحة الفرصة للممرّضين لإِتخاذ القرارات التي يراها مناسبة أثناء تأدية مهامهم التمريضية.

❖ تحسين ظروف العمل داخل المصالح الإستشفائية و تحسين بيئة العمل.

قائمة المراجع

❖ المراجع باللغة العربية:

- 1- أبو القاسم أحمد، جعفر. (1991). السلوك التنظيمي و الأداء. السعودية: معهد الإدارة العامة.
- 2- أبو اليزيد، أحمد محمد أحمد. (2015). جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى العاملين بالاتحاد المصري للكراتيه. مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية. (41) 386-430.
- 3- ابن خالد، عبد الكريم و بوحفص، مبارك. (2015). فلسفة إدارة جودة الحياة الوظيفية في المجال المهني. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (20) 117-129.
- 4- أبو الحصين، محمد فرج الله مسلم. (2010). الضغوط النفسية لدى الممرضين والمرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات. مذكرة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة.
- 5- أحمد صقر، عاشور (1993). إدارة القوى العاملة. الأردن، عمان: دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع.
- 6- أردن، جون بي. (2002). التعايش مع ضغوط العمل: كيف تتغلب على ضغوط العمل اليومية. (مكتبة جرير، ترجمة، ط.2). مكتبة جرير. (2004).
- 7- إيديري، وهيبة. (2016). الأخطار النفسية الإجتماعية في المؤسسة الإستشفائية الجزائرية، دراسة ميدانية على أطباء و ممرضين بعض مصالح مستشفى ندير محمد بتيزي وزو. مذكرة ماجستير. جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- 8- البربري، مروان حسن. (2016). دور جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في شبكة الأقصى للإعلام و الإنتاج الفني. مذكرة ماجستير في برنامج القيادة و الإدارة، جامعة الأقصى، غزة.

- 9- البياري، سمر سعيد. (2018). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الالتزام التنظيمي لموظفي وزارتي العمل والتنمية الاجتماعية في قطاع غزة. مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 10- الحدّاد، عماد. (2003). كيف تتغلب على الضغوط النفسية في العمل: دليل عملي للتخلص من ضغوط الحياة الملحة. مصر: دار فارقة للنشر و التوزيع.
- 11- الدحدوح، حسني فؤاد. (2015). جودة الحياة الوظيفية لدى معلمي المرحلة الأساسية بمحافظات غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم. مذكرة ماجستير، الجامعة الإسلامية.
- 12- الزروق، فاطمة الزهراء. (2013). جودة حياة العمل و الصحة الجسدية و النفسية للعمال. جامعة ورقلة: الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكلولوجي و السوسيولوجي، مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، (عدد خاص)، 74-83.
- 13- الزيايدي، مها عادل رمضان. (2015). جودة الحياة الوظيفية في المنظمات المعاصرة: مدخل نظري. المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، (02)، 255-280.
- 14- الشنطي، نهاد عبد الرحمان. (2016). واقع جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الحكومية وعلاقته بأخلاقيات العمل -دراسة تطبيقية على وزارة الأشغال العامة و السكان-. مذكرة ماجستير في إدارة الدولة والحكم الرشيد، جامعة الأقصى.
- 15- الشنطي، محمود عبد الرحمان. (2016). أثر ممارسة أساليب القيادة التحويلية في جودة الحياة الوظيفية : دراسة تطبيقية على وزارة الصحة الفلسطينية. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال. 12 (01)، 31-57.
- 16- الضريبي، عبد الله و نحيلي، علي. (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات "دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق". مجلة جامعة دمشق، 26 (4)، 669-719.

- 17- العبودي، فاتح. (2008). الضغط النفسي و علاقته بالرضا الوظيفي دراسة ميدانية بمؤسسة الخزف الصحي بالميلية ولاية جيجل. مذكرة ماجستير في علم النفس التنظيمي و تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة.
- 18- العنزي، سعد و سعد خير الله الفضل، سما. (2007). فلسفة نوعية حياة العمل في منظمات الألفية الثالثة. مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية، 13 (45)، 68-85.
- 19- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2013). الضغوط و الأزمات النفسية و أساليب المساندة. (ط 01). عمان: دار المناهج للنشر و التوزيع.
- 20- الهاشمي، رياض بن حسين و العضائلة، علي محمد (2017). أثر جودة الحياة الوظيفية على الفاعلية التنظيمية في المستشفيات العسكرية بمنطقة الرياض من وجهة نظر العاملين فيها. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 13 (1)، 1-30.
- 21- أبو الحجاج، الأقصرى. (2011). ضغوط الحياة- كيف نواجهها؟- (ط 01). مصر: دار الحرم للتراث.
- 22- أولحيسان، إسناد دلال، قسيس، عبد الحق و خدام، بن علي. (2017). تحسين جودة حياة العمل وأثرها على حوادث العمل : دراسة ميدانية في مركب العتاد الفلاحي CMA بسيدي بلعباس. المجلة المغاربية للاقتصاد والمناجمت، 4 (2)، 18-32.
- 23- بحري، صابر. (2014). أهم إستراتيجيات إدارة ضغوط العمل الفردية ك التنظيمية. مجلة جيل العلوم الإنسانية و الاجتماعية، (02)، 135-144.
- 24- برجان، وردة و خلفان، رشيد. (2020). جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو. مجلة مجتمع-تربية-عمل، 5 (1)، 65-77.
- 25- برجان، وردة. (2022). واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري -دراسة ميدانية على الممرضين و الممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات

- و مراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو. أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل و التنظيم
جامعة مولود معمري بتيزو وزو.
- 26- بغول، زهير. (2008). مدخل نوعية الحياة الوظيفية كإستراتيجية تنظيمية لإدارة
الضغط المهني. مجلة العلوم الإنسانية، (30)، 91-105.
- 27- بليلية، ربيع. (2017). تحسين الأداء الوظيفي من منظور نوعية بيئة العمل -تجربة
المؤسسة الوطنية للدهن (ENAP) وحدة سوق أهراس. مجلة البحوث الاقتصادية و المالية
4(1)، 255-286.
- 28- بن أحمد، قويدر و حلي، خيرة. (2016). الضغط المهني لدى عمال قطاع الصحة
لولاية تيارت. جامعة الوادي: مجلة العلوم النفسية و التربوية، 03، (01)، 71-92.
- 29- بن سعيد العمري، محمد و سلامة اليافي، رندة. (2017). أثر عناصر جودة الحياة
الوظيفية على أداء الموظف العام: دراسة تطبيقية على موظفي الخدمة المدنية في المملكة
العربية السعودية". المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 13(1)، 65-94.
- 30- بن عبد الله، حفصة. (2017). الضغوط المهنية و علاقتها بجودة الحياة لدى الأطباء
دراسة ميدانية على عينة من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي، تلمسان. المجلة
الجزائرية للطفولة و التربية، (13)، 267-283.
- 31- بوبكر، ساخي. (2016). تمكين العاملين وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية في ضوء
الثقة التنظيمية كمتغير وسيطي. مذكرة ماجستير في التنمية البشرية و فعالية الأداءات
جامعة وهران 2.
- 32- بوتاعة، سليمة و سالمي، رشيد. (2018). تقييم أثر جودة حياة العمل على تنمية
مهارات العاملين بمؤسستي سونلغاز الإنتاج الكهرباء عناية وبجاية. مجلة دراسات، العدد
الاقتصادي 9(1)، 171-195.

- 33- بوجمل، طاهر و باهي، سلامي و عون، علي. (2022). مصادر الضغوط المهنية لدى الممرضين دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريدة -الأغواط. مجلة دراسات نفسية و تربوية، 15 (1)، 205-218.
- 34- بوديسة، وردة. (2020). الانعكاسات النفسية و الفيزيولوجية للعمل الليلي على الممرضين -دراسة ميدانية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو- أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل و التنظيم. جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- 35- بوضياف، نوال و بوجلال، سهيلة. (2021). جودة الحياة الوظيفية و علاقتها بالإستغراق الوظيفي لدى الممرضين العاملين بالمؤسسة الإستشفائية الزهراوي بالمسيلة. مجلة الروائر 05، (01)، 115-127.
- 36- بية، عبيد عائشة و هبيطة صبرين نرمان. (2011). الضغوط المهنية و إنعكاساتها على الصحة النفسية و الجسدية -دراسة تشخيصية-. جامعة عاشور زيان، الجلفة: مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية- دراسات إقتصادية-، 05، (03)، 212-220.
- 37- جاد الرب، سيد محمد (2008). جودة الحياة الوظيفية QWL في منظمات الأعمال العصرية. مراجع إدارة الأعمال، مصر، جامعة قناة السويس.
- 38- حافظ، عبد الحكيم رضوان سعيد و برقعان، أحمد محمد أحمد. (2002). الرضا عن جودة الحياة الوظيفية لدى معلمي التعليم الثانوي الصناعي بجمهورية مصر العربية. المؤتمر العلمي السابع لكلية التربية بطنطا، جودة التعليم في المدرسة المصرية -التحديات- المعايير- الفرص- مصر. الجزء (01)، 295-322.
- 39- حامد سوادي، عطية. (1999). العملية الإدارية -معارف نظرية و مهارات تطبيقية- مصر: دار الغريب للنشر.

- 40- حبارة، محمد. (2011). مصادر الضغوط النفسية لدى أساتذة التربية البدنية و الرياضية. دراسة ميدانية على مستوى ثانويات الجزائر العاصمة. مجلة الإبداع الرياضي (02) 91-121.
- 41- حلاوة، عماد منصور أحمد. (2015). غموض الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي، دراسة تطبيقية على موظفي القطاع الحكومي المدنيين في قطاع غزة. مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 42- حمري، فاطمة الزهراء و إبريغم، سامية. (2020). الضغط النفسي لدى الممرضين بمصلحة الإستعجالات بمستشفى الحكيم عقبي. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي 07، (01)، 314-327.
- 43- حلي، مصطفى. (2016). الإحترق الوظيفي لدى الأطباء و الممرضين -دراسة ميدانية بمصلحة الإستعجالات في المستشفى الجامعي ندير محمد بتييزي وزو. مذكرة ماجستير في علم النفس، تخصص عمل و تنظيم، جامعة مولود معمري بتييزي وزو.
- 44- حمامة، عمار و الشايب، محمد الساسي. (2017). جودة الحياة الوظيفية لدى أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة الشهيد "حمه لخضر" بالوادي في ظل بعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة العلوم النفسية و التربوية، الوادي، 4(21)، 368-380.
- 45- دربال، أمال. (2019). علاقة الضغوط المهنية بالقدرة على القيام بالأدوار الأسرية دراسة ميدانية بشركة سونلغاز وهران. أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل و التنظيم. جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة.
- 46- دسوقي، نجلاء عبد السلام محمود. (2015). تأثير جودة حياة العمل على المهارات الإدارية لأعضاء هيئة التدريس. مصر: *Alexandria Journal of Agricultural Research* 60 (2)، 317-331.

- 47- ديوب، أيمن حسن. (2014). تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية في قطاع الاتصالات (دراسة ميدانية). مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية 30(1)، 195-224.
- 48- رجوج، فتيحة و زرزور، أحمد. (2019). الضغط المهني لدى القابلات في ضوء بعض المتغيرات الخلفية الفردية -دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بنقاوس باتنة-. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، 06، (02)، 647-662.
- 49- زايد عادل، محمد. (2003). إدارة الموارد البشرية -رؤية إستراتيجية-. مصر: كتب عربية للنشر و التوزيع الإلكتروني.
- 50- شحاتة، محمد ربيع. (2010). علم النفس الصناعي و المهني. (ط 01). عمان الأردن: دار المسيرة للطباعة و النشر.
- 51- شريف بدوي، شيرين. (2015). أثر التزامات الإدارة والتزامات العاملين على جودة حياة العمل في المنظمات الحكومية بدولة الإمارات العربية المتحدة. سوريا: مجلة الإدارة العامة 55(4)، 719-787.
- 52- شويطر، خيرة. (2013). مستويات الضغوط المهنية بين المدرسات و الممرضات. مجلة دراسات نفسية و تربوية، (10)، 85-102.
- 53- شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. مذكرة ماجستير في الإنتقاء و التوجيه. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان.
- 54- طعمة، أمل أحمد. (2006). إتخاذ القرار و السلوك القيادي، برنامج تدريبي حقيقية تدريبية متكاملة للمدرب و المدربين. (ط 01). عمان: دار ديونو للنشر و التوزيع.
- 55- صيفي، فيصل و بحري، نبيل. (2021). الضغط النفسي المدرك و علاقته بأساليب التعامل لدى الأطباء و الممرضين خلال زمن جائحة كوفيد -19- (دراسة ميدانية). المجلة الجزائرية للأمن و التنمية، 10، (03)، 1042-1057.

- 56- طه، فرج عبد القادر و راغب، السيد مصطفى. (2010). مقياس الضغط المهنية -ضغوط العمل-. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 57- طوبال، فطيمة و بكيري، نجية. (2019). الضغط المهني لدى الممرضين -دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات-. جامعة باتنة 01: مجلة العلوم الإجتماعية و الإنسانية 20، (01)، 189-210.
- 58- عاشور، خديجة. (2012). ضغوط العمل، النظريات و النماذج. جامعة محمد خيضر، بسكرة: مجلة العلوم الإنسانية، (26)، 187-207.
- 59- عبد الحق، مقنين و فرنان، مجيد. (2017). جودة الحياة الوظيفية كأحد العوامل الرئيسية لتنمية الدافعية لدى أساتذة التربية البدنية و الرياضية. مجلة معارف، (22)، 212-233.
- 60- عبد الرزاق، شيماء حسين ربيع. (2015). العوامل المؤثرة في جودة الحياة الوظيفية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات التعليمية. مجلة الخدمة الاجتماعية -الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين-. (54)، 43-68.
- 61- عبد الحفيظ، معوشة. (2022). جودة الحياة المهنية عند العاملين بالقطاع العام للصحة دراسة ميدانية. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 07، (02)، 241-261.
- 62- عبد الرحيم الأحمدى، حنان. (2002). ضغوط العمل لدى الأطباء، المصادر الأعراض دراسة ميدانية للأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية و الخاصة بمدينة الرياض. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية. معهد الإدارة العامة.
- 63- عبد الفتاح، إيمان صالح حسن. (2011). أثر تغيير الإدارة كمتغير وسيط على العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية و تميز أداء المنظمات بالتطبيق على الهيئة العامة لمواني بورسعيد. مجلة البحوث المالية و التجارية. كلية التجارة جامعة بور سعيد. (02)، 197-227.

- 64- عبد الفتاح، محمود أحمد. (2012). إدارة الجودة الشاملة. فكر و فلسفة... قبل أن يكون تطبيق. (ط 01). القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- 65- عدوان، يوسف و حفناوي، مهدي. (2013). الضغط المهني و علاقته بالأنماط السلوكية A,B,C، الاحتراق النفسي عند الأطباء نموذجاً -دراسة ميدانية-. جامعة ورقلة: الملتقى الدولي حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكولوجي و السوسولوجي مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، (عدد خاص). 215-252.
- 66- عرفة سيد، سالم. (2012). اتجاهات حديثة في إدارة التغيير. عمان: دار الراجحة للنشر و التوزيع.
- 67- عشوي، مصطفى. (1992). أسس علم النفس الصناعي و التنظيمي. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 68- عقون، شرف (2016). قياس جودة حياة العمل بالبنوك التجارية، دراسة حالة بنك الفلاحة و التنمية الريفية لولاية ميلة. مجلة معارف، (20)، 346-364.
- 69- علو، زوهير. (2022). عوامل ومستويات أخطار الضغط المهني لدى الممرضين دراسة ميدانية في مستشفى نذير محمد بتيزي وزو. أطروحة دكتوراه في علم النفس تخصص عمل و تنظيم، جامعة -الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله.
- 70- عياصرة، أحمد عبد الرحمان. (2006). القيادة و الدافعية في الإدارة التربوية. (ط 01). عمان، الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع.
- 71- فاروق السيد، عثمان. (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية. مصر: دار الفكر العربي للطبع و النشر.
- 72- فتحي، محمد. (2008). إدارة ضغوط العمل. مصر: الأندلس الجديدة للنشر و التوزيع.

- 73- فضلون، الزهراء. (2021). مدى مساهمة الظروف المهنية في توليد ضغوط العمل لدى المرضى بمستشفى محمد بوضياف في ظل جائحة كورونا (كوفيد 19). مجلة الميدان للعلوم الإنسانية و الاجتماعية، 3(3)، 71-84.
- 74- فكرون، السعيد و بن ضياف، حنان. (2017). الدعم التنظيمي وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية داخل المؤسسة -رؤية سوسيولوجية-. مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات 1(10)، 21-39.
- 75- فواتيخ، محمد الأمين أحمد و مباركي، بوحفص. (2016). جودة حياة العمل في ظل إدارة الجودة الشاملة -دراسة ميدانية-. مجلة تنمية الموارد البشرية، 12(12)، 337-377.
- 76- قاسم، مرفت إبراهيم راشد. (2011). أثر القيادة الأصلية كمتغير وسيط على العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية و الالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية. مصر: المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، 03(03)، 544-561.
- 77- قاشي، محمد و فاطمي، مريم. (2017). علاقة مصادر ضغوط العمل بالرضا الوظيفي لدى مديري مؤسسات التعميم الثانوي دراسة ميدانية بمديرية التربية لولاية المدية. مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، 6(1)، 119-133.
- 78- قدوري، الحاج. (2016). فاعلية الاتصال الداخلي في مواجهة الضغط المهني من وجهة نظر المرضى العاملين في مستشفى محمد بوضياف بورقلة. مجلة العلوم النفسية و التربوية، 2(2)، 123-140.
- 79- قرشي، هاجر و باديسي، فهيمة. (2016). جودة الحياة الوظيفية و دورها في تحسين الأداء الوظيفي. دراسة حالة كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير. مجلة دراسات اقتصادية، 03(03)، 211-254.

- 80- قصار، الماحي و عمرأوي، محمد. (2013). الممارسة الرياضية وانعكاسها على الضغط المهني لدى فئة الأطباء دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية لولاية الجلفة. مجلة أنسنة للبحوث و الدراسات، (07)، 168-186.
- 81- قيرو، الطاهر، مزور، بركو و بن براهيم، نوال. (2020). أثر الضغوط النفسية على الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمصلحة العلاج الكيميائي بمركز مكافحة السرطان بباتنة. مجلة العلوم الإجتماعية لجامعة الأغواط، 14، (01)، 139-150.
- 82- لموشي، حياة. (2022). الضغط النفسي و علاقته بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بمصلحة الإستعجالات. مجلة التنمية و إدارة الموارد البشرية-بحوث و دراسات-09، (02)، 400-416.
- 83- ماضي، خليل إسماعيل إبراهيم. (2014). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين "دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية". أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة قناة السويس.
- 84- مأمون، عبد الكريم و بوعافية، نبيلة. (2018). الإحترق النفسي و علاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمناوبة الليلية في مصلحة الاستعجالات الطبية. مركز جيل البحث العلمي: مجلة جيل العلوم الإنسانية و الاجتماعية، (38)، 9-26.
- 85- محمود عياصره، معن و بني أحمد، مروان. (2008). إدارة الصراع و الأزمات والضغوط النفسية. الأردن: دار حامد للنشر و التوزيع.
- 86- مجيدر، بلال. (2021). واقع المعاناة من الضغوط المهنية لدى الممرضين -دراسة ميدانية بمستشفى محمد الصديق بن يحيى بولاية جيجل. جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة 01: مجلة العلوم الإنسانية، 32، (01)، 137-149.

- 87- مخلوف، سعاد. (2013). الإحتراق النفسي و تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية -دراسة ميدانية بولاية المسيلة-. *مجلة العلوم الإنسانية*، (39)، 369-396.
- 88- مصطفى، يونس، ولاء، جاد الكريم و رنده، شريف. (2008). *المشكلات و الميول النفسية لأسر السجناء و المعتقلين*. مصر: مشروع السلام المجتمعي، مركز ماعت للدراسات الحقوقية و الدستورية.
- 89- مقدّم، سهيل و بن عباد هوارية، قدور. (2016). *المساندة الإجتماعية كإستراتيجية إيجابية في مواجهة الأحداث المهنية الضاغطة لدى المرأة الجزائرية العاملة*. الجزائر: *مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية*، (27)، 593-603.
- 90- مكناسي، محمد. (2007). *التوافق المهني و علاقته بضغوط العمل لدى موظفي المؤسسات العقابية -دراسة ميدانية على أعوان السجون بمؤسسة إعادة التأهيل قسنطينة*. مذكرة ماجستير في علم النفس العمل و التنظيم. جامعة منتوري قسنطينة.
- 91- ميهوب، نور الدين. (2022). *مستويات و مصادر الضغط المهني لدى ممرضى المؤسسة الإستشفائية بالشرية*. *مجلة الرسالة للدراسات و البحوث الإنسانية*، 07، (03) 584-566.
- 92- ميهوبي، فوزي. (2020). *علاقة ظروف العمل في المؤسسات الصحية بتبلد المشاعر لدى الممرضى*. جامعة الجزائر 02: *مجلة الوقاية و الإرغونوميا*، 08، (01) 29-09.
- 93- قرقوز، حميدة و إغمين، نذيرة. (2021). *مستوى الصحة النفسية لدى الممرضى العاملين بمصلحة الكوفيد -19- دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية الأم و الطفل بقالمة*. *حوليات جامعة قالمة للعلوم الإجتماعية و الإنسانية*، 15، (02)، 298-279.

- 94- قهيري، فاطنة و كسنة، محمد. (2018). دراسة و تحليل أبعاد جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة الخدمية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم و الطفل بولاية الجلفة. *مجلة دراسات و أبحاث- المجلة العربية في العلوم الإنسانية و الإجتماعية*، 10، (03)، 666-691.
- 95- نجيمي، عيسى. (2015). إلتزام إدارة الموارد البشرية بأبعاد جودة حياة العمل كمطلب للتحكم في محرّكات التغيير -دراسة نظريّة تحليلية-. جامعة البليدة: مخبر تسيير الجماعات المحلية و دورها في تحقيق التنمية، *مجلة الإدارة و التنمية للبحوث و الدراسات*، 04، (01) 94-114.
- 96- نصرأوي، صباح. (2015). إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المهني لدى الأطباء المناوبين ليلا -دراسة وصفية تحليلية بمستشفى قابس بخنشلة. جامعة أدرار: *مجلة الحقيقة للعلوم الإنسانية و الإجتماعية*، 14، (01)، 227-262.
- 97- نهال محمد السادات، إبراهيم. (2012). جودة الحياة الوظيفية و أثرها في على الأداء في شركات القطاع الخاص و الشركات متعددة الجنسيات: دراسة ميدانية مقارنة. *مجلة إدارة الأعمال*، (136)، 72-77.
- 98- هريو، دزاير. (2022). إتجاه الممرضين نحو برامج الصحة و السلامة المهنية -دراسة ميدانية بمستشفى البوني بعنابة-. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية*، 07 (01)، 343-366.
- 99- وادي، أمين. (2016). جودة حياة العمل كمدخل لإدارة الاحتراق النفسي لدى المرأة العامل -دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية الحجار بعنابة-. *الجلفة: مجلة دراسات و أبحاث*، 8، (22). 264-284.
- 100- يوسف، حدة. (2013). الصلابة النفسية و دورها الوقائي من الضغوط النفسية. *باتنة: مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية*، (28)، 213-214.

❖ المراجع باللغة الأجنبية:

- 101- Alderson, M. (2004). La psycho dynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261–280.
- 102- Alison, C. & Christine, J. (2017). Prévention des risques psychosociaux au sein d'établissements publics d'enseignement agricole. *Elsevier Masson*, 23(4), 308-325.
- 103- Almalki, M-J. (2010). Quality of work life and turnover in primary healthcare organisations. Doctor of philosophy. Queensland University.
- 104- Arhab, S. (2015). *Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier. Thèse de magistère en Sciences économiques*. Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou.
- 105- Aucoin, S. (1989). *Évaluation du niveau de stress chez les infirmières et de leur préparation à le gérer*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation. Université du Québec.
- 106- Banyasz, L.(1998). *Approche psycho-ergonomique du stress au travail. Modèles conceptuels du stress en psychologie: apports et limites*. Institut national de recherche et de sécurité, Paris.
- 107- Barnabé, C. (1993). La qualité de vie au travail et l'efficacité des enseignants. *Revue des Sciences de l'éducation*, 19(2), 345-355.
- 108- Belhaj, A.(2016).*Comportements, Santé et enjeux identitaires au Travail. Recherches en Psychologie du travail et des organisations*. Édition Bouragrag.
- 109- Bellagamba G.(2016). *Qualité de vie au travail et environnement organisationnel: études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissements de santé*. Thèse de doctorat en pathologie humaine recherche clinique et santé publique, université Aix Marseille, France.

- 110- Bonneville-Hébert, N. (2014). *L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle : son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique*. Thèse de doctorat. université du Québec à Montréal.
- 111- Bourdu, E. Péretié, M-M. & Richer, M. (2016). *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité Refonder les organisations du travail*. Paris : La Fabrique de l'industrie.
- 112- Bouterfas, N. (2015). *Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion : quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement ?* Thèse de doctorat, université de Lille.
- 113- Brousseau, S. (2006). *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail*. sciences infirmières. Université du Québec en Outaouais.
- 114- Brousseau, S. (2015). *La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- 115- Brousseau, S. Cara, C. & Blais, R. (2016). Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. *Elseiver Masson*, (02), 187-196.
- 116- Brillet, F. Sauviat, I-S. & Soufflet, E. (2017). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. France : DUNOD.
- 117- Cazabat. S. Barthe, B. & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel: deux facettes d'une même réalité? Étude exploratoire dans un service de gériatrie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 1-10.
- 118- Canoui, P. (1996). *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out : Considérations psychologiques et éthiques en réanimation*

pédiatrique, Synthèse et conclusion. Thèse de Doctorat, Université Paris. V.

120- Chapelle, E. Acker, A. Bonzom, D. Callahan, S. Légeron, P. & Liberi, Y. (2018). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail : en 36 Notion*. France: Edition DONUD

121- Cherkaoui, W. Montargot, N. & Yanat, Z. (2012). Changement organisationnel et déterminants du stress: Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question(s) de management, (01)*, 41-55.

122- Chouanière, D. (2006). Stress et R.P.S : « concepts et prévention ». France : *institut national de recherche scientifique (INRS). Medcine du travail*.

123- Dalphond, C. (2015). *Influence d'une intervention participative sur les perceptions de stress, de reconnaissance et d'habilitation dans un centre hospitalier*. Thèse de doctorat, université de Sherbrooke.

124- Dedessus-Le-Moutier, N. & Douguet, F. (2010). *La santé au travail & l'épreuve des nouveaux risques*. France : Edition Lavoisier.

125- De Gantes, E. Bellagamba, G. & Lehucher-Michel, M-P. (2014). Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital. *Santé Publique, 6(26)*, 803-812.

126- Delmas, P. & Duquette, A. (2000). Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation. *Recherche en soins infirmiers, (60)*, 17-26.

127- Desrumaux, P. Vonthron, A-M. & Pohl, S. (2011). *Qualité de vie, risques et santé au travail*. France : Edition l'harmattan.

128- Dolan, S. (2009). *Stress, estime de soi, santé et travail*. Canada: Presses de l'université du Québec.

129- Fayaz Salahat, M & Al-Hamdoun, Z-M. (2022). Quality of nursing work life, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses: A descriptive study. *Cell Press. Heliyon Journal. (08)*.

- 130- Fillion, L. & Saint-Laurent, L. (2003). Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs: l'importance du soutien organisationnel professionnel et émotionnel. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, Université Laval, Québec.
- 131- Fuchs, C. Jeoffrion, C. Sophie Barré, S. & Savary, F. (2018). La qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux : Co-construction d'une méthodologie d'enquête pilotée par la MIRH via un processus participatif, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. Open Edition Journals*.
- 132- Gendron, B. (2016). *Management des risques psycho-sociaux et Capital émotionnel pour une qualité de vie au travail et vers des organisations capacitanes: essai réflexif et intervention sur le stress dans le monde du soin et de l'éducation via une approche de la pleine conscience, de l'acceptation et de l'engagement et de management de projet*. Thèse de doctorat. Université Paul-Valéry, Montpellier.
- 133- Ghadi, V. & Mounic, V. (2012). *La qualité' de vie au travail dans la certification des e'établissements de sante*. Elsevier Masson.
- 134- Gillet, N. (2016). Déterminants et conséquences de la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie : Regards croisés sur la qualité de vie des soignants en cancérologie. France : *Psychologie des Ages et de la vie, Université François Rabelais de Tours*.
- 135- Grebot, E. (2008). *stress et burnout au travail: identifier, prévenir, guérir*. France : Edition Eyrolles.
- 136- Gronier, G., Barlatier, P-J., & Miglioranzo, E. (2015). La qualité de vie au travail au Luxembourg: *bilan et perspectives de recherche*. 50^{ème} congrès international. Société d'Ergonomie de Langue Française. Paris, France.
- 137- Grosjean, V. & Guyot, S. (2016). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux. De quoi parle-t-on ? *Hygiène et sécurité du travail*, 242, 6-9.

- 138- Guérin, G. Gagnier, F., Trudel, H. Denis, H., & Boily, C. (1991). L'impact de la CAO/FAO sur la QVT: le cas de Marconi. *Relations industrielles*, 46(2), 420-446.
- 139- Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Revue Éthique et santé* 01-07.
- 140- Hemanathan, R. Sreelekha. Prakasam, P. & Golda, M. (2017). Quality of Work Life among Nurses in a Tertiary Care Hospital. *JOJ Nurse Health Care* 5(4), 01-08.
- 141- Houessou, B. (2010). Anticiper, prévenir et traiter l'épuisement professionnel: comment justifier les actions concomitantes sur l'individu et sa situation. France: *centre de recherches sur l'action politique en Europe*.
- 142- Hupé, C. (2014). *Etude descriptive comparative de la qualité de vie au travail d'infirmières travaillant par quarts de huit heures et de douze heures dans les hôpitaux Québécois*. Mémoire présenté dans le cadre du programme du maîtrise en sciences infirmières. Université du Québec.
- 143- Inocente, J-J. (2010). *Le stress professionnel et le burnout chez les chirurgiens-dentistes*. Thèse de doctorat, université de Bordeaux2.
- 144- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM. (2011). *Stress au travail et santé, situation chez les indépendants*. Editions INSERM.
- 145- Jean dit Bailleul, R. Gourier, G. Saliou, P. Misery, L. Dewitte J-D. Lodde, B. Brenaut, E & Durand-moreau, Q. (2021). Balance effort-récompense et prurit chez les travailleurs atteints de psoriasis. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 82(2), 161-169.
- 146- Laflamme, R. (1994). *La vie dans les organisations, des indicateurs de succès*. Canada : Presses de l'université du Québec.
- 147- Langevin, V. François, M. Boini, S. & Riou, A. (2011). Risques psychosociaux : outils d'évaluation, woccq. *INRS. Medcin de travail* (126), 301-305.

- 148- Lapointe, J-A. (2013). *La qualité du travail et de l'emploi au Québec: données empiriques et cadres conceptuels*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- 149- Larocque, A. Bordeleau, Y. Boulard, R. Fabi, B. Larouche, V. & Rondeau, A. (1986). *Psychologie de travail et nouveau milieux de travail*. Canada : Edition Presses de l'université du Québec.
- 150- Larouche, V. & Trudel, J. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. *Relations industrielles*, 38(3), 568–597.
- 151- Larivée, M.A. (2015). La détresse psychologique des travailleurs immigrants au Québec. Canada. *Archives UQAM*.
- 152- Le Corre, S. (2010). *La qualité de vie au travail : une réponse aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers*. Mémoire de l'école des Hautes études en santé publique.
- 153- Locufier, A. (2015). *Rôle des pratiques de recrutement et d'intégration et de la qualité de vie au travail sur la réussite de l'entrée organisationnelle du nouvel embauché: vers un modèle descriptif et explicatif multifactoriel*. Thèse de doctorat. Université de Bordeaux.
- 154- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*. 84(9), 809-820.
- 155- Lord-Gauthie, J. De Montigny, F. & Bouchard, S. (2016). Le stress au travail. Savoir y faire face. *Santé mentale*, 13(5), 21-25.
- 156- Margossian, N. (2006). *Risques professionnels, caractéristiques, réglementation, prévention*. France : Edition DUNOD.
- 157- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité: étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, (64) 45-59.
- 158- Marien, P. (2012). *Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence: étude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention*. Thèse de doctorat. université de Bordeaux.

- 159- Moisset, J-J. Plante, J. & Toussaint, P. (2003). *La gestion des ressources humaines pour la réussite scolaire*. Canada : Presses de l'université de Québec.
- 160- Mouline, S. (2021). *Perception de justice et santé au travail : l'organisation à l'épreuve*. Canada : Presses de l'université Laval PUL.
- 161- Najafaly, M. (2017). *Risques psychosociaux, qualité de vie au travail, maintien en emploi : la sante' au travail en rénovation dans la fonction publique*. Elsevier Masson.
- 162- Nizar, B-S. Filipe, N and Filomena, M. (2015). *The Quality of Working Life among Nurses in Pediatric Setting. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. Published by Future Academy. <https://www.europeanproceedings.com/article/10.15405/epsbs.2015.0> .
- 163- O'brien-Pallas, L. Murphy, G-T. Laschinger, H. White, S. Wang, S. & Mc Culloch, C. (2004). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au canada*. Canada : Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.
- 164- Pavillet, J. Askri, A. Josselin, V. Amar, A. Laneyrie, E. Lamy S. Sicard, P. & De Gaudemaris, R. (2013). *Amélioration de la qualité de vie au travail dans les unités de soins : la démarche ORSOSA. Revue de la Psychologie du travail et des organisations*, 19(4), 386-403.
- 165- Berclaz, M. (2013). *Epuisement professionnel : non aux cadences infernales*. Psychologie d'urgence. http://www.psyurgence.ch/documents/epuisement_professionnel_2013_2.pdf
- 166- Peters, S. & Mesters, P. (2007). *Vaincre l'épuisement professionnel: toutes les clés pour comprendre le burnout*. France : Robert Laffont.
- 167- Pezet- Langevin, V. (2003). *Qu'est-ce que le Burnout ?Comment les entreprises*. Paris : Editions d'organisation.

- Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, (67), 84-98.
- 168- Ponnelle, S. Vaxevanoglou, X. & Garcia, F. (2012). L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, (75), 179-213.
- 169- Pronost, A-M. Le Gouge, A. Leboul, D. Gardembas-Pain, M. Berthou, C. Giraudeau, B. & Colombat, P. (2008). Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé: soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Revue Oncologie*, (10) 125-134.
- 170- Anact. (2016). *Qualité de vie au travail et compétitivité de l'entreprise : enjeux et état des lieux*. Conclusions des enquêtes qualitatives et quantitatives menées de novembre 2015 à janvier 2016.
- 171- Anact & Has. (2015). *10 Questions sur la qualité de vie au travail, comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*. Press Anact & HAS.
- 172- Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales: substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets*, 19(2), 111-139.
- 173- Salès-Wuillemin, E. (2018). Le stress, les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail : des concepts au cœur de la prévention et de la promotion de la santé, *ADSP*, (103), 26-29.
- 174- Servant, D. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Elsevier Masson.
- 175- Simon, L & Dolan, A-A. (2009). *Stress, estime de soi, santé, travail*. Canada : Presses de l'université du Québec.
- 176- Tavani, J.L. Lo Monaco, G., Hoffmann-Hervé, L. Botella, M. & Collange, J. (2014). La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, (75), 160-170.

- 177- Tessier, R. & Tellier, Y. (1992). Changement planifié et développement des organisations, Méthodes d'intervention. *Presses de l'université du Québec*.
- 178- Thiebaut, J-C. (2013). *Les dimensions négligées de l'évaluation de la performance des systèmes de santé : les valeurs et la qualité de vie au travail*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- 179- Tremblay-Barrette, L. (1990). *Étude sur la satisfaction au travail d'un groupe de travailleurs œuvrant dans un ministère québécois au Saguenay-Lac-ST-Jean*. Maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations, université du Québec.
- 180- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Editions DUMOD.
- 181- Wiertz, R. (2012). *Psychiatres et Burnout ? Étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de calais*. Thèse de doctorat Université de Lille.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس جودة حياة عمل الممرضين QNWL في نسخته الأصلية

: *Survey of Quality of Nursing Work Life (Brooks, 2001).*

Instructions: This section contains statements about nursing work life. Please indicate how much you disagree or agree with each statement using the scale given below (from 1 to 6). Number (1) indicates that you **Strongly Disagree** with statement, (2) **Moderately Disagree**, (3) **Disagree**; while number (4) indicates that you **Agree** with contents, (5) **Moderately Agree**, and (6) **Strongly Agree**. If you are unsure about your answer to a given item, think about it for a moment and then respond. Please mark your answer by circling one number for each statement. There are no right or wrong answers.

	Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Disagree	Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1.	I receive sufficient assistance from nursing assistants and service workers.	1	2	3	4	5	6
2.	I am satisfied with my job.	1	2	3	4	5	6
3.	My workload is too heavy.	1	2	3	4	5	6
4.	In general, society has an accurate image of nurses.	1	2	3	4	5	6
5.	I am able to balance work with my family needs.	1	2	3	4	5	6
6.	I have the autonomy to make client/patient care decisions.	1	2	3	4	5	6
7.	I am able to communicate well with my nurse manager/supervisor.	1	2	3	4	5	6
8.	I have adequate client/patient care supplies and equipment.	1	2	3	4	5	6
9.	My nurse manager/supervisor provides adequate supervision.	1	2	3	4	5	6
10.	It is important for a PHC centre to offer employees on-site/near childcare services.	1	2	3	4	5	6
11.	I perform many non-nursing tasks.	1	2	3	4	5	6
12.	I have energy left after work.	1	2	3	4	5	6
13.	Friendships/relationships with my co-workers are acceptable.	1	2	3	4	5	6
14.	My work setting provides career advancement opportunities.	1	2	3	4	5	6
15.	There is teamwork in my work setting.	1	2	3	4	5	6
16.	I experience many interruptions in my daily work routine.	1	2	3	4	5	6
17.	I have enough time to do my job well.	1	2	3	4	5	6
18.	There are enough RNs in my work setting.	1	2	3	4	5	6
19.	I feel a sense of belonging in my workplace.	1	2	3	4	5	6
20.	The system of working hours negatively affects my life.	1	2	3	4	5	6

	Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Disagree	Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
21.	I am able to communicate well with other co-workers (pharmacist assistant, lab technician, etc.).	1	2	3	4	5	6
22.	I receive feedback on my performance from my nurse manager/supervisor.	1	2	3	4	5	6
23.	I am able to provide good quality client/patient care.	1	2	3	4	5	6
24.	My salary is adequate for my job, given the current job market conditions.	1	2	3	4	5	6
25.	My organisation's policy for vacations is appropriate for me and for my family.	1	2	3	4	5	6
26.	I am able to participate in decisions made by my nurse manager/supervisor.	1	2	3	4	5	6
27.	It is important for a PHC centre to assist in providing care for elderly parents of their employees.	1	2	3	4	5	6
28.	I feel respected by physicians in my work setting.	1	2	3	4	5	6
29.	It is important to have a designated private break area for the nursing staff.	1	2	3	4	5	6
30.	It is important to have the opportunity to further my nursing education without leaving the current job.	1	2	3	4	5	6
31.	I receive support to attend continuing education and training programs.	1	2	3	4	5	6
32.	I communicate well with the physicians in my work setting.	1	2	3	4	5	6
33.	I am recognized for my accomplishments by my nurse manager/supervisor.	1	2	3	4	5	6
34.	Nursing policies and procedures facilitate my work.	1	2	3	4	5	6
35.	The security department provides a secure working environment.	1	2	3	4	5	6
36.	It is important for a PHC centre to offer employees on-site ill child care services.	1	2	3	4	5	6
37.	I would be able to find my same job in another organisation with about the same salary and benefits.	1	2	3	4	5	6
38.	I feel safe from personal harm (physical, emotional or verbal) at work.	1	2	3	4	5	6
39.	I believe my job is secure.	1	2	3	4	5	6
40.	Upper-level management has respect for nursing.	1	2	3	4	5	6
41.	My work impacts the lives of patients, families and the community.	1	2	3	4	5	6
42.	I receive quality assistance from nursing assistants and service workers.	1	2	3	4	5	6

The total possible score for Brooks' Scale which consists of 42 items can range from 42-252. A low total scale score indicates a low overall QWL, while a high total score indicates a high QWL. For each sub scale, the same is true, a high score indicating a more favourable environment. *

ملحق رقم (02): مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي في نسخته الأصلية.

Questionnaire SPPN :stress professionnel positif et négatif (SPPN).

Ce questionnaire permet de déterminer le **niveau de risque** en termes de niveau de *stress* et de *stimulation* au travail. Il s'agit d'une double échelle mesurant d'une part le niveau de stress ressenti par les travailleurs et d'autre part, leur niveau de stimulation. Ces deux mesures sont à considérer comme une réponse de l'individu face à la situation de travail dans laquelle il se trouve. Le SPPN est constitué de 19 items, 11 items évaluant le niveau de stress et 8 items appréciant le niveau de stimulation.

RECOMMANDATIONS :

Pour chaque phrase, cochez le numéro qui correspond le mieux à votre état au travail

Durant les 7 derniers jours. Répondez spontanément à chaque question.

Cochez 1 si la phrase ne s'applique jamais ou rarement à votre état au travail.

Cochez 2 si la phrase s'applique de temps en temps à votre état au travail.

Cochez 3 si la phrase s'applique régulièrement à votre état au travail.

Cochez 4 si la phrase s'applique presque toujours ou toujours à votre état au travail.

	<i>items</i>	<i>Jamais ou rarement</i>	<i>Parfois</i>	<i>Régulièrement</i>	<i>Presque toujours ou toujours</i>
01	Je suis très actif (ive) au travail				
02	Je me sens dépassé(e) par tout ce qu'il y a à faire au travail				
03	Dès que je suis au travail mon attention est décuplée				
04	Je me sens démoralisé(e) par mon travail				
05	Je travaille dans la précipitation				
06	J'ai des insomnies à cause de ma vie professionnelle				
07	Mon travail me permet de me surpasser				
08	Mon travail me stresse				
09	Travailler me procure une grande satisfaction				
10	Mon travail m'épuise moralement				
11	Je suis plein(e) d'énergie au travail				
12	Je souffre de nausées lorsque je suis au travail				
13	Je me sens stimulé(e) par mon travail				
14	Au travail, je suis fatigué(e)				
15	Mon travail est passionnant				
16	Je suis nerveux (euse) au travail				

17	Je suis facilement irritable au travail				
18	Quand je travaille, j'oublie la fatigue				
19	Je suis angoissé(e) par ma vie professionnelle				

ملحق رقم (03): مقياس جودة حياة عمل الممرّضين و الضغط النفسي الإيجابي و السلبي في صيغتهما النهائية و المطبّقة على عيّنة البحث

جامعة الجزائر -02- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس

سيدي، سيدتي

في إطار التحضير لإنجاز دراسة ميدانية حول " جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالضغط المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيّزي وزو" و ذلك في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه في علم نفس العمل و التنظيم، نضع بين أيديكم مقياس جودة الحياة في العمل و مقياس الضغط المهني و ذلك للإجابة على بنودهما بوضع علامة (X) في الخانة التي تتوافق مع إجاباتكم.

كما نحيطكم علما أن إجاباتكم سوف تستعمل لأغراض علمية بحتة في إطار أخلاقيات وأبجديات البحث العلمي، و لغرض تحقيق الدراسة لأهدافها يرجى منكم الإجابة الكاملة على فقرات المقياسين، و في الأخير نشكركم جزيل الشكر على تعاونكم معنا و تقبلوا منا أسمى عبارات الشكر و الإمتنان.

السن:

الجنس:

ذكر

أنثى

الحالة العائلية: ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل

الأقدمية: ☐ 5-0 سنوات ☐ 10-6 ☐ 15-11 ☐ 20-16 ☐ أكثر من 20 سنة

❖ مقياس جودة حياة عمل الممرضين

	العبارات	غير موافق تماما	غير موافق إلى حد ما	موافق	موافق إلى حد ما	موافق تماما
01	أنتقى المساعدة اللازمة من قبل موظفي المصلحة أثناء أداء عملي					
02	أشعر بالرضا عن وظيفتي					
03	يوجد عبء عمل مرتفع مرتبط بمهنة الممرضين					
04	للمجتمع تصور جيد عن مهنة التمريض					
05	لدي القدرة على التوفيق بين متطلبات عملي وبين متطلبات العائلة					
06	أتمتع بالإستقلالية في إتخاذ القرارات المتعلقة بتقديم العلاج للمرضى					
07	لدي إتصال جيد مع مشرفي في العمل					
08	تتوفر المصلحة وسائل العلاج اللازمة لرعاية المرضى					
09	أتحصل على الإشراف الكافي في العمل					
10	من الضروري توفير خدمات رعاية أطفال الممرضين داخل المستشفى					

						أقوم بعدة مهام غير مرتبطة بمهنة التمريض	11
						أتمتع بالطاقة الكافية بعد الإنتهاء من عملي	12
						لدي علاقات جيدة مع زملاء العمل	13
						يوفر عملي فرص التدرج الوظيفي	14
						يوفر ميدان عملي مبدأ العمل الجماعي	15
						أتعرض إلى عدة إنقطاعات أثناء أداء مهامى اليومية الروتينية	16
						لدي الوقت الكافي لإنجاز عملي	17
						يوجد عدد كاف من الممرضين المؤهلين في ميدان عملي	18
						أشعر بالإنتماء لميدان عملي	19
						يؤثر نظام ساعات العمل سلبا في حياتي	20
						يوجد إتصال جيد مع زملاء العمل	21
						توجد إستجابة كافية من قبل المشرف علي في العمل	22
						بإمكاني تقديم رعاية صحية ذات جودة للمرضى	23
						أحصل على راتب كاف مقارنة بطبيعة عملي	24
						سياسة العطل والإجازات المطبقة من قبل المستشفى تتناسبني	25
						أشارك في إتخاذ القرارات المتعلقة بعملي	26
						من الضروري دعم الهيئة المستخدمة للمرضين في عملية التكفل بأوليائهم المسنين	27
						أتحصل على الإحترام المطلوب في العمل من قبل الأطباء	28
						من الضروري توفير مكان إستراحة خاص بالمرضى	29
						من الضروري توفير المستشفى فرص التكوين للمرضين	30
						أتلقي الدعم اللازم للمشاركة في برامج التكوين المستمر الخاص بالمرضى	31
						يوجد إتصال جيد مع الأطباء في ميدان عملي	32

33	أجد إعترافا و تقديرا بإنجازاتي في العمل					
34	تسهل السياسات المتبعة من أداء عملي					
35	توفر مؤسسة الأمن محيط عمل آمن					
36	من الضروري مساهمة المستشفى في توفير خدمات للتكفل بأبناء الممرضين المرضى					
37	توجد إمكانية لإيجاد نفس الوظيفة في مؤسسات إستشفائية أخرى					
38	أشعر بالأمان من أي أذى شخصي في العمل					
39	أشعر بالأمان الوظيفي في العمل					
40	تحترم الإدارة العليا مهنة التمريض					
41	تترك مهنة التمريض أثر إيجابي في حياة الآخرين					
42	أتلقي رعاية ذات جودة من قبل مساعدي الممرضين و عمال المصلحة					

❖ مقياس الضغط النفسي الإيجابي و السلبي

	العبارات	أبدا أو نادرا	أحيانا	بانتظام	تقريبا دائما أو دائما
01	أنا جد نشيط في عملي				
02	أشعر أن ما هو مطلوب مني في العمل يتجاوز قدراتي				
03	يرتفع إنتباهي بمجرد إلتحاقي بالعمل				
04	أشعر بأن معنوياتي محبطة بسبب عملي				

05	أنجز مهامى بطريقة متسرعة			
06	أعاني من صعوبات في النوم بسبب حياتي المهنية			
07	يسمح لي عملي بالتفوق			
08	يشعري عملي بالضغط			
09	يجلب لي عملي الكثير من الرضا			
10	برهقني عملي معنويا			
11	أتمتع بالطاقة الكاملة في العمل			
12	أعاني من الغثيان أثناء تواجدي في العمل			
13	أشعر بالإثارة نحو عملي			
14	أعاني من التعب في العمل			
15	أعتبر عملي من بين الأعمال المشوقة			
16	أشعر بالنرفزة في العمل			
17	أنا سريع الإنفعال في العمل			
18	ينسيني العمل الذي أقوم به في التعب			
19	أعاني من التوتر بسبب حياتي المهنية			

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	20	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,718
		Nombre d'éléments	21 ^a
	Partie 2	Valeur	,795
		Nombre d'éléments	21 ^b
	Nombre total d'éléments		42
	Corrélation entre les sous-échelles		,788
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,882
	Longueur inégale		,882
Coefficient de Guttman split-half			,874

- a. Les éléments sont : qvt1, qvt3, qvt5, qvt7, qvt9, qvt11, qvt13, qvt15, qvt17, qvt19, qvt21, qvt23, qvt25, qvt27, qvt29, qvt31, qvt33, qvt35, qvt37, qvt39, qvt41.
- b. Les éléments sont : qvt2, qvt4, qvt6, qvt8, qvt10, qvt12, qvt14, qvt16, qvt18, qvt20, qvt22, qvt24, qvt26, qvt28, qvt30, qvt32, qvt34, qvt36, qvt38, qvt40, qvt42.

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations		
		N
		%
Observations	Valide	20
	Exclus ^a	0
	Total	20
		100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,864	42

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations		
	N	%
Valide	20	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	20	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,832
		Nombre d'éléments	10 ^a
	Partie 2	Valeur	,815
		Nombre d'éléments	9 ^b
	Nombre total d'éléments		19
	Corrélation entre les sous-échelles		,922
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,959
	Longueur inégale		,959
Coefficient de Guttman split-half			,958

a. Les éléments sont : s1, s3, s5, s7, s9, s11, s13, s15, s17, s19.

b. Les éléments sont : s19, s2, s4, s6, s8, s10, s12, s14, s16, s18.

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations		
	N	%
Valide	20	100,0
Observations Exclues ^a	0	,0
Total	20	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,911	19

ملحق رقم (08): خصائص أفراد عيّنة البحث

Effectifs

Statistiques					
		Age	Sexe	situation familiale	ancienneté pro
N	Valide	200	200	200	200
	Manquante	0	0	0	0

Tableau de fréquences

Age					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	20-30	70	35,0	35,0	35,0
	31-40	66	33,0	33,0	68,0
	41-50	39	19,5	19,5	87,5
	+51	25	12,5	12,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Sexe				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	h	51	25,5	25,5
	f	149	74,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0

situation familiale					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Marié	108	54,0	54,0	54,0
	Célibataire	73	36,5	36,5	90,5
	Divorcé	12	6,0	6,0	96,5
	Veuf	7	3,5	3,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

ancienneté pro				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0-5	88	44,0	44,0	44,0
6-10	30	15,0	15,0	59,0
11-15	30	15,0	15,0	74,0
16-20	21	10,5	10,5	84,5
+20	31	15,5	15,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

ملحق رقم (09): مستوى جودة الحياة في العمل بأبعادها الأربعة لدى الممرّضين

Moyennes

Tableau de bord					
	vie_privé_vie_pro	design_work	contexte_travail	monde_de_travail	QVT_GENERALE
Moyenne	24,9250	31,7350	67,6350	16,3750	140,6700
N	200	200	200	200	200
Ecart-type	4,24375	7,64046	12,62930	3,80087	20,81242

ملحق رقم (10): مستوى الضّغط المهني لدى الممرّضين

Moyennes

Tableau de bord		
Stress		
Moyenne	N	Ecart-type
48,7000	200	8,61517

ملحق رقم (11): العلاقة بين جودة الحياة في العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين

Corrélations

Corrélations		QVT_GENERALE	stress
QVT_GENERALE	Corrélation de Pearson	1	,459**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	200	200
Stress	Corrélation de Pearson	,459**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	200	200

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم (12): العلاقة بين الحياة في العمل – الحياة في المنزل و الضغط المهني لدى الممرّضين

Corrélations

Corrélations		vie privé vie pro	stress
vie_privé_vie_pro	Corrélation de Pearson	1	-,093
	Sig. (bilatérale)		,192
	N	200	200
Stress	Corrélation de Pearson	-,093	1
	Sig. (bilatérale)	,192	
	N	200	200

ملحق رقم (13): العلاقة بين تصميم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين

Corrélations

Corrélations		design_work	stress
design_work	Corrélation de Pearson	1	,426**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	200	200
Stress	Corrélation de Pearson	,426**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	200	200

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم (14): العلاقة بين إطار العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين

Corrélations

Corrélations		contexte_travail	stress
contexte_travail	Corrélation de Pearson	1	,540**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	200	200
Stress	Corrélation de Pearson	,540**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	200	200

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم (15): العلاقة بين عالم العمل و الضغط المهني لدى الممرّضين

Corrélations

Corrélations		monde_de_travail	stress
monde_de_travail	Corrélation de Pearson	1	-,031
	Sig. (bilatérale)		,667
	N	200	200
Stress	Corrélation de Pearson	-,031	1
	Sig. (bilatérale)	,667	
	N	200	200

ملحق رقم (16): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر الجنس

Test-t

Statistiques de groupe					
	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
QVT_GENERALE	h	51	136,2157	28,49724	3,99041
	f	149	142,1946	17,28836	1,41632

Test d'échantillons indépendants									
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart- type	Intervalle de confiance 95% de la différence
									InférieureSupérieure
QVT_GENERALE	Hypothèse de variances égales	11,298	,001	-1,780	198	,077	-5,97894	3,35818	-12,60134,64345
	Hypothèse de variances inégaes			-1,412	63,053	,163	-5,97894	4,23431	-14,440392,48250

ملحق رقم (17): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر السنّ

Moyennes

Observation Calculer Récapituler						
	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
QVT_GENERALE * Age	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

Tableau de bord

QVT_GENERALE			
Age	Moyenne	N	Ecart-type
20-30	138,6286	70	20,89600
31-40	145,9394	66	16,92597
41-50	142,5385	39	20,08383
+51	129,5600	25	26,43716
Total	140,6700	200	20,81242

ANOVA à 1 facteur

QVT_GENERALE					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	5346,267	3	1782,089	4,320	,006
Intra-groupes	80851,953	196	412,510		
Total	86198,220	199			

ملحق رقم (18): الفروق في جودة الحياة في العمل لدى الممرّضين وفق متغيّر الأقدميّة المهنيّة

Moyennes

Observation Calculer Récapituler						
	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
QVT_GENERALE * ancienneté pro	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

Tableau de bord

QVT_GENERALE			
ancienneté pro	Moyenne	N	Ecart-type
0-5	141,6705	88	17,45781
6-10	145,4667	30	23,79906
11-15	133,8333	30	22,26189
16-20	136,3333	21	16,77001
+20	142,7419	31	26,17374
Total	140,6700	200	20,81242

ANOVA à 1 facteur

QVT_GENERALE					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2708,541	4	677,135	1,582	,181
Intra-groupes	83489,679	195	428,152		
Total	86198,220	199			

ملحق رقم (19): الفروق في الضغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر الجنس

Test-t

Statistiques de groupe					
	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
stress	h	51	47,1373	11,51177	1,61197
	f	149	49,2349	7,34147	,60144

Test d'échantillons indépendants									
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart- type	Intervalle de confiance 95% de la différence
									Inférieure Supérieure
stress	Hypothèse de variances égales	5,370	,022	-1,506	198	,134	-2,09764	1,39323	-4,84512 ,64983
	Hypothèse de variances inégales			-1,219	64,468	,227	-2,09764	1,72052	-5,53429 1,33900

ملحق رقم (20): الفروق في الضَّغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر السنّ

Moyennes

	Observation Calculer Récapituler					
	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
stress * ancienneté pro	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
stress * Age	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

stress * Age

Stress

Age	Moyenne	N	Ecart-type
20-30	47,8857	70	8,24365
31-40	50,3333	66	8,46228
41-50	49,4872	39	6,45988
+51	45,4400	25	11,77596
Total	48,7000	200	8,61517

ANOVA à 1 facteur

Stress

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	512,344	3	170,781	2,348	,074
Intra-groupes	14257,656	196	72,743		
Total	14770,000	199			

ملحق رقم (21): الفروق في الضغط المهني لدى الممرّضين وفق متغيّر الأقدميّة المهنيّة

Moyennes

	Observation Calculer Récapituler					
	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
stress * ancienneté pro	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
stress * Age	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

stress * ancienneté pro

Stress			
ancienneté pro	Moyenne	N	Ecart-type
0-5	48,8409	88	7,91461
6-10	48,2000	30	10,87357
11-15	48,6000	30	9,40506
16-20	46,5714	21	4,04440
+20	50,3226	31	9,68293
Total	48,7000	200	8,61517

ANOVA à 1 facteur

stress					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	186,310	4	46,578	,623	,647
Intra-groupes	14583,690	195	74,788		
Total	14770,000	199			