

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

علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين

-دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص عمل وتنظيم

تحت إشراف:

أ. د/ رشيد خلفان

من إعداد الطالبة:

بوتوته لامية

السنة الجامعية: 2020/2019

-ملخص الدراسة باللغة العربية:

تمحورت الدراسة الحالية حول علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. قد هدفت إلى الكشف عن مدى تعرض الممرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية مع تحديد درجة التعرض، والكشف عن مدى تحقيقهم للتوافق المهني مع تحديد درجة التوافق، وكذلك الكشف عن العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني ككل، والكشف عن العلاقة بين كل بعد من أبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية بما فيها الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني كل على حدا بالتوافق المهني لدى الممرضين.

قد تم الإعتماد على المنهج الوصفي وذلك على عينة قدرت بـ (320) ممرض وممرضة من العاملين في بعض مصالح المستشفى الجامعي ندير محمد، حيث تمّ اختيارهم بطريقة العينة القصدية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد على ترجمة وتكييف الطبعة الفرنسية الثالثة من استبيان كوبنهاغن الذي أعده كل من (2012) Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin لقياس الأخطار النفسية الإجتماعية وبناء استبيان منقح علميا من قبل متخصصين لقياس التوافق المهني.

لتحليل البيانات تم الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي بما فيه التكرارات، المتوسط الحسابي الإنحراف المعياري، المتوسط النظري، النسب المئوية والإحصاء الإستدلالي بما فيه معامل الارتباط برسون، اختبار ت- لعينة واحدة.

بعد تحليل البيانات أظهرت نتائج الدراسة أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية بدرجة مرتفعة وتحقيقهم لتوافق مهني بدرجة منخفضة وتوصلت أيضا إلى وجود علاقة عكسية سالبة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني، مع

وجود علاقة عكسية سالبة بين كل بعد من أبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية المتمثلة في كل من الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني كل على حدا بالتوافق المهني لدى الممرضين. بناء على هذه النتائج تم تقديم بعض الإقتراحات التي من شأنها أن تحد أو تقلل من الأخطار النفسية الإجتماعية وتحسن من التوافق المهني لدى الممرضين ومن أهمها تنظيم ملتقيات وأيام تحسيسية يتم فيها مناقشة حالات الأخطار التي يتعرض لها الممرضون والتي على رأسها حسب نتائج الدراسة الحالية الأخطار النفسية الإجتماعية المتعلقة بالعلاقات الأفقية في العمل وذلك من أجل نشر الوعي لدى الممرضين بأهمية العلاقات المبنية على الثقة والدعم الإجتماعي فيما بينهم سواء لصحتهم النفسية وتوافقهم في المهنة أو بالنسبة لجودة الخدمات التي يقدمونها للمريض.

الكلمات المفتاحية: الأخطار النفسية الإجتماعية، التوافق المهني، الممرضين.

Résumé d'étude :

Le thème de notre étude est "la corrélation entre les risques psychosociaux et l'ajustement professionnel chez les infirmiers du centre Hospitalier Universitaire Nadir Mohamed « CHU » de Tizi-Ouzou.

Le but de Cette étude c'est déterminer si les infirmiers sont exposés aux risques psychosociaux, et s'ils parviennent à un ajustement professionnel, ensuite déterminer la corrélation entre les risques psychosociaux et l'ajustement professionnel et révéler la relation entre chaque dimension des risques psychosociaux (les contraintes quantitatives, l'organisation et leadership, les relations horizontales, l'autonomie, santé et le bien-être, le vécu professionnel) avec l'ajustement professionnel.

Nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive basée sur un échantillon de trois cent vingt (320) infirmières et infirmiers travaillant dans certains services dudit l'hôpital, à cet effet, nous soulignons que l'échantillon a été choisi en utilisant la méthode d'échantillonnage non probabiliste (sélectif). Pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons traduit et adapté la troisième version française du questionnaire de Copenhague préparé par Dupret, Bocéréan, Teherani et Feltrin (2012) pour mesurer les risques psychosociaux au travail, Et nous avons préparé un questionnaire scientifique qui a été révisé par des spécialistes afin de mesurer l'ajustement professionnel .

Pour analyser les données, nous avons utilisé les statistiques descriptives représentées dans les fréquences, l'écart type, la moyenne, la moyenne théorique, les pourcentages et les statistiques inférentielles représentés par le test « T » d'échantillon unique pour étudier le niveau des risques psychosociaux et le niveau d'ajustement professionnel, coefficient de corrélation de Pearson pour étudier la relation entre les deux variables.

Après l'analyser des données, les résultats de l'étude ont montré que les infirmiers travaillant à l'hôpital Universitaire Nadir Mohamed, étaient exposés aux risques psychosociaux avec un degré élevé et leur réalisation de l'ajustement professionnel avec un faible degré, On a trouvé aussi une relation inversement négative entre les risques psychosociaux et l'ajustement professionnel ainsi qu'une relation inversement négative entre chaque dimension parmi les dimensions des risques psychosociaux (contraintes quantitatives, organisation et leadership, relations horizontales, autonomie, santé et bien-être, le vécu professionnelle) et l'ajustement professionnel chez les infirmiers.

Enfin, nous avons suggéré quelques recommandations :

Organisation des journées de sensibilisation pour discuter les cas des risques auxquels les infirmiers sont exposés, et en plus selon les résultats de la présente étude les risques psychosociaux liés aux relations horizontales au travail afin de sensibiliser les infirmiers à l'importance des relations basées sur la confiance et le soutien social entre eux pour leur santé psychique et leur ajustement professionnel.

Mots clés : les risques psychosociaux, l'ajustement professionnel, infirmiers.

فهرس

أ	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
ب	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....
ت	كلمة شكر.....
ث	إهداء.....
ج	فهرس الجداول.....
ح	فهرس الأشكال والرسومات البيانية.....
1	مقدمة.....

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

05	1- إشكالية الدراسة.....
14	2- فرضيات الدراسة.....
15	3- أهداف الدراسة.....
16	4- أهمية الدراسة.....
17	5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.....
23	6- الدراسات السابقة.....

الجانب النظري

الفصل الثاني: الأخطار النفسية الإجتماعية

44	- تمهيد.....
45	1- تعريف العمل.....
45	2- تعريف الأخطار.....
46	3- تعريف الأخطار النفسية الاجتماعية.....
48	4- تحديد الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل حسب مختلف الإتجاهات السلوكية.....
54	5- تعريف عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل.....
57	6- تحديد أهم الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل حسب الدراسة الحالية.....
57	6-1 الأخطار المرتبطة بالإرغامات الكمية.....

68.....	2-6 الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة.....
87.....	3-6 الأخطار المرتبطة بالعلاقات الأفقية.....
89.....	4-6 الأخطار المرتبطة بالاستقلالية.....
94.....	5-6 الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية.....
114.....	6-6 الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني.....
122.....	- خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: التوافق المهني

124.....	تمهيد.....
125.....	أولاً: التوافق العام.....
125.....	1- لمحة تاريخية حول تطوّر مصطلح التوافق.....
128.....	2- تعريف التوافق.....
130.....	3- تحليل عملية التوافق.....
136.....	4- نظريات التوافق.....
139.....	5- العوامل المؤثرة في التوافق.....
140.....	6- مؤشرات التوافق.....
141.....	7- معايير تحديد التوافق.....
144.....	8- مجالات التوافق.....
148.....	9- تعريف سوء التوافق.....
149.....	10- العوامل المؤدية لسوء التوافق.....
150.....	ثانياً: التوافق المهني.....
150.....	1- تعريف التوافق المهني.....
153.....	2- العوامل المؤثرة في التوافق المهني.....
160.....	3- مظاهر التوافق المهني.....
161.....	4- تعريف سوء التوافق المهني.....
161.....	5- عوامل وأسباب سوء التوافق المهني.....
163.....	6- مظاهر سوء التوافق المهني.....

166.....	7- قياس التوافق المهني.....
167.....	8- طرق وسبل تحقيق التوافق المهني.....
172.....	خلاصة الفصل.....

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة في جانبها التطبيقي

174.....	تمهيد.....
174.....	1- منهج الدراسة.....
174.....	2- وصف ميدان الدراسة.....
176.....	3- الدراسة الإستطلاعية.....
185.....	4- عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها.....
191.....	5- أدوات جمع البيانات.....
218.....	6- أدوات تحليل البيانات.....
219.....	- خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: عرض تفسير ومناقشة النتائج

221	تمهيد.....
221.....	أولاً- عرض النتائج.....
221.....	1- عرض النتائج المتعلقة بالأخطار النفسية الإجتماعية.....
224.....	2- عرض النتائج المتعلقة بالتوافق المهني.....
226.....	3- عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني.....
233.....	ثانياً- مناقشة النتائج.....
235.....	1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
238.....	2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
242.....	3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى.....
244.....	4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية.....
246.....	5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة.....

248.....	6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الرابعة.....
250.....	7- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الخامسة.....
253.....	8- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية السادسة.....
255.....	-الإستنتاج العام.....
259.....	-الإقتراحات.....
262.....	-خاتمة.....
264.....	- قائمة المراجع.....
	- الملاحق.....

كلمة شكر

لا يسعني وأنا أنهي هذه الدراسة إلا أن أتوجه بجزيل الشكر وخالص التقدير لكل الذين قدّموا لي يد العون والمساعدة وأخص بالذكر صاحب الفضل الأول في إنجاز هذه الاطروحة إلى أستاذي المحترم البروفيسور خلفان رشيد الذي لم ييخل يوماً علينا بنصائحه وإرشاداته.

دون أن أنسى التقدم بجزيل الشكر لمديرة مخبر مجتمع تربية وعمل البروفيسور معروف لويذة عن كل إرشاداتها وتوجيهاتها وعن كل التسهيلات الإمكانات التي قدمتها لنا في المخبر.

كما أتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة الموقرة التي ستتمفضل بقراءة هذه الاطروحة ومناقشتها.

دون أن أنسى تقديم جزيل الشكر لكل ممرضين وممرضات مستشفى ندير محمد على مساعدتهم وتعاونهم معي لإنجاز هذه الدراسة.

لامية بوتوتة

إهداء

إلى أغلى ما فقدت في هذه الدنيا أُمِّي الغالية رحمها الله وليسكنها فسيح جنانه.

إلى أبي العزيز.

إلى إخوتي وأخواتي.

إلى خطيبي.

إلى كل الأصدقاء.

لامية

- (1)- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.....186
- (2)- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن.....187
- (3)- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة العائلية.....188
- (4)- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الاقدمية في العمل.....189
- (5)- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المصلحة التي يعمل فيها الممرض.....190
- (6)- نتائج إرتباط بنود بعد الارغامات الكمية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه..... 198
- (7)- نتائج إرتباط بنود بعد التنظيم والقيادة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه..... 199
- (8)- نتائج إرتباط بنود بعد العلاقات الأفقية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه..... 200
- (9)- نتائج إرتباط بنود بعد الإستقلالية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه..... 200
- (10)- نتائج إرتباط بنود بعد الصحة والرفاهية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.....201
- (11)- نتائج إرتباط بنود بعد المعاش المهني بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه..... 202
- (12)- إرتباط الدرجة الكلية للسلم مع البعد الذي تنتمي اليه.....203
- (13)- إرتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للإستبيان.....204
- (14)- ثبات استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية بطريقة التجزئة النصفية.....205
- (15)- ثبات استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية بطريقة الفا كرومباخ..... 205
- (16)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث ظروف العمل مع الدرجة الكلية للبعد 209
- (17)- إرتباط بنود بعد التوافق من الأجر مع الدرجة الكلية للبعد..... 210
- (18)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث الترقية مع الدرجة الكلية للبعد..... 211
- (19)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث العلاقة مع الزملاء مع الدرجة الكلية للبعد..... 212
- (20)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين مع الدرجة الكلية للبعد..... 213
- (21)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث التطور المهني مع الدرجة الكلية للبعد..... 214
- (22)- إرتباط بنود بعد التوافق من حيث الإستقرار في العمل مع الدرجة الكلية للبعد..... 215
- (23)- إرتباط الدرجات الكلية للأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان.....216
- (24)- ثبات استبيان التوافق المهني بطريقة التجزئة النصفية.....217
- (25)- ثبات استبيان التوافق المهني بطريقة الفا كرومباخ..... 217

- (26)-مدى تعرض الممرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية.....222
- (27)- ترتيب أبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية حسب درجة التعرض لها.....223
- (28)- مدى تحقيق الممرضون للتوافق المهني..... 224
- (29)-ترتيب أبعاد التوافق المهني حسب درجة تحقيقه.....225
- (30)- علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني..... 227
- (31)- علاقة الإرغامات الكمية بالتوافق المهني..... 228
- (32)- علاقة التنظيم والقيادة الإجتماعية بالتوافق المهني..... 229
- (33)- علاقة العلاقات الأفقية بالتوافق المهني.....230
- (34)- علاقة الإستقلالية بالتوافق المهني.....231
- (35)- علاقة الصحة والرفاهية بالتوافق المهني..... 232
- (36)- علاقة المعاش المهني بالتوافق المهني.....233

فهرس الأشكال

- (1) أشكال عبء العمل 62
- (2) نمط التوافق السهل 131
- (3) نمط التوافق الصعب 132

مقدمة:

شهدت المجتمعات الحديثة عربية كانت أم غربية عدة تغيرات وتطورات لم تقتصر على مجال دون غيره بل شملت جلّ الجوانب الإقتصادية، السياسية، الإجتماعية، الثقافية والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات شهد هو الآخر هذه الجملة من التغيرات ولعل أبرزها التغير في البنية الإجتماعية المهنية.

فقد عرف الإنسان منذ القدم أهمية الراحة النفسية والجسدية وتحقيق التوازن والتوافق بعيدا عن مختلف مشاكل الحياة وبشكل الجانب النفسي -اجتماعي أحد مصادر هذه المشكلات على مختلف القطاعات منها القطاع الصحي بمختلف فروع ومستوياته لأنه يمثل عمود الحياة الإجتماعية للفرد فلا شك أن بيئة المستشفى هي أحد المجالات المهنية التي يتعرض فيها الممرضون للأخطار النفسية الأجماعية والتي يمكن أن يرتبط مصدرها بالفرد أو المنظمة أو حتى من العمل نفسه، وتعتبر هذه الأخيرة كمعوقات تحول دون قيام الممرض بدوره كاملا، الأمر الذي يساهم في شعوره بالعجز عن تقديم العمل المطلوب منه بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون، ومتى حدث ذلك فإن العلاقة التي تربط العامل بعمله تأخذ بعدا سلبيا له آثار مدمرة على العملية المهنية، كما يكون لها التأثير الواضح على صحة الممرض وكذا على أدائه المهني وقد يؤدي ذلك إلى بعض الإضطرابات على مستوى البيئة المهنية بما فيها انخفاض أو سوء التوافق المهني.

لعل هذا التصور يدفعنا إلى الإهتمام بدراسة ظاهرة الأخطار النفسية الإجتماعية التي يتعرض لها الممرضين وما ينطوي عليها من عوامل، وعلى هذا الأساس سنحاول في هذه الدراسة الكشف عن علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد حيث قد تم تقسيم الدراسة إلى جانبين نظري وجانب تطبيقي.

فيما يخص الجانب النظري فقد تم تقسيمه إلى فصلين فصل خاص بالأخطار النفسية الاجتماعية الذي تطرقنا من خلاله إلى تحديد مفهوم كل من العمل، الأخطار، الأخطار النفسية الاجتماعية، تحديد الأخطار النفسية الاجتماعية حسب مختلف الإتجاهات السلوكية، تحديد عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل، تحديد أهم الأخطار النفسية الاجتماعية حسب الدراسة الحالية بما فيها الأخطار المرتبطة بالإرغامات الكمية من حيث عبء العمل، وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية، والأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة من حيث التنبؤ، الإعتراف، العدل، صراع الأدوار وضوح الأدوار جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والإدارة، الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي والأخطار المرتبطة بالعلاقات الأفقية من حيث الدعم من طرف زملاء العمل، الثقة ما بين زملاء العمل والأخطار المرتبطة بالإستقلالية من حيث امكانية التدخل وامكانية التطور والأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية من حيث الضغط، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة/عمل، انعدام الأمن المهني وأخيرا الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني من حيث معنى العمل، الإلتزام بالمنظمة والرضا في العمل.

وفصل خاص بالتوافق المهني الذي تطرقنا من خلاله بصفة عامة إلى التوافق العام من خلال تقديم لمحة تاريخية عن تطور المفهوم، تعريفه، تحليل عملية التوافق، نظريات التوافق، العوامل المؤثرة في التوافق مؤشرات التوافق، معايير تحديد التوافق، مجالاته، والتطرق إلى سوء التوافق بتعريفه وتحديد العوامل المؤدية إليه، ومن ثم التطرق بصفة خاصة للتوافق المهني من خلال تعريفه، تحديد العوامل المؤثرة فيه مظاهره، وتعريف سوء التوافق المهني، تحديد عوامل وأسباب سوء التوافق المهني ومظاهره قياس التوافق المهني وتقديم طرق وسبل تحقيق التوافق المهني.

أمّا الجانب التطبيقي يحتوي بدوره على فصلين، فصل خصص للإجراءات المنهجية في جانبها الميداني والتطرق لمختلف المراحل التي اتبعناها للحصول على المعطيات وهذا من خلال تحديد منهج

الدراسة، ميدان إجراء الدراسة، عينة الدراسة الإستطلاعية، عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها أدوات جمع البيانات، أدوات تحليل البيانات، وفصل آخر تطرقنا فيه إلى عرض ومناقشة النتائج للتأكد من صحة الفرضيات التي قمنا بصياغتها، مع انهاء هذا الفصل باستنتاج عام وتقديم بعض الإقتراحات انطلاقا من النتائج التي توصلنا إليها وانهاء دراستنا بخاتمة، كما تمت الإشارة في نهاية الدراسة إلى قائمة المراجع المعتمد عليها وجميع الملاحق التي تم استخدامها.

الفصل الأول:

الإطار العام للإشكالية

1- إشكالية الدراسة:

يقضي الإنسان معظم حياته وهو يزاول عملا معيناً كوسيلة لإشباع حاجاته سواء البيولوجية المتمثلة في الأكل، المشرب، المسكن أو النفسية المتمثلة في تقدير وتحقيق الذات أو الاجتماعية من خلال تكوين صداقات وعلاقات في محيط العمل، بالتالي فإن مجال العمل مجالاً واسعاً ومعقداً تكثر فيه طموحات الفرد ويبقى هذا الأخير دائم السعي وراء التخفيف من المشاكل والصراعات التي قد تصادفه ويعمل على أن يصبح أكثر توافقاً في جميع مظاهر حياته النفسية، الاجتماعية والمهنية.

فالتغيرات والتطورات الهامة التي طرأت على بيئة العمل أنتجت نشوء أخطار في مجال الصحة المهنية أدت إلى تمييز نموذج جديد بالإضافة إلى الأخطار الفيزيائية، الكيميائية والبيولوجية والتي تدعى بالأخطار النفسية الاجتماعية، حيث تنعكس هذه الأخيرة سلباً في صحة الفرد العامل بما فيها النفسية والجسدية وقد يرتبط مصدرها بذاتية الفرد أو بالمنظمة والبيئة الاجتماعية المهنية.

يواجه العمال عدة أخطار تختلف من مهنة إلى أخرى حيث تعتبر مهنة التمريض من بين المهن التي تواكب مسيرة التطوير والتحديث ولكنها كالكثير من المهن مازالت تعترضها بعض المعوقات على العديد من الأصعدة، وهذه المعوقات قد تجعل من الممرض عاجزاً عن التوافق مع المهنة والتي نعبر عنها بمجموعة من عوامل نفسية اجتماعية تشكل في حد ذاتها أخطار يتعرض لها العامل في بيئة العمل.

في هذا السياق أشارت براحيل (2009، ص 191) "أن مهنة التمريض من أكثر المهن التي تتطلب طاقات تكيف الممرض والممرضة مع ظروف العمل الصعبة ومع إنسان ضعيف غير سوي وذلك لما تنسم به هذه المهنة من خصائص وما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعاً تكون مصدر للضغوط النفسية والجسدية".

فقد يتعرض العامل إلى مجموعة من الأخطار ترتبط سواء بالجانب النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي أو التنظيمي. من هذا المنطلق تم بناء الدراسة الحالية بالإعتماد بصفة خاصة على تبني

الأخطار التي حددها كل من Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin (2012) والمتمثلة في مجموعة من الأخطار النفسية الاجتماعية التي ترجع إلى الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني.

فالأخطار النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها العامل يمكن أن تكون من ناحية على شكل العوامل المسببة للأخطار والتي ترجع إلى مجموعة من الإرغامات كعبء العمل سواء الفيزيقي أو الذهني الذي يشكل تحديا كبير لنظام الصحة، ووتيرة العمل التي لا يمكن إدراكها من طرف العامل أو كون الوتيرة بطيئة جدا ما ينتج عنه عواقب سلبية وخيمة على الصحة، كذلك المتطلبات المعرفية المرتبطة بمهام العمل سواء مهام ذوي عبء معرفي عالي أو مهام ذوي عبء معرفي منخفض فهي تشكل في حد ذاتها أخطار نفسية إجتماعية.

كما يمكن أن ترجع إلى عوامل مرتبطة بالتنظيم والقيادة وتشمل كل ما يتلقاه العامل من طرف التنظيم والمنظمة التي يعمل فيها بما فيها الإعترا، التنبؤ، العدل، وضوح الأدوار، صراع الأدوار، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والإدارة غير أن ضعف أو غياب هذه العوامل تشكل في حد ذاتها أخطار تهدد صحة العامل. وقد ترجع أيضا إلى عوامل مرتبطة بالعلاقات الأفقية في العمل بمعنى العلاقات التي تنشأ بين زملاء العمل والمبنيّة على الدعم الإجتماعي والثقة المتبادلة فيما بينهم، فإيجابية هذه العوامل تحفز العامل وتساعد وغيابها يشكل عامل خطر يهدد صحته، كما يمكن أن ترجع أيضا إلى عوامل مرتبطة بالإستقلالية في العمل بمعنى عندما تعطى للعامل مساحة تدخل كافية تتوفر لديه فرص لتطوير مهاراته وقدراته وغياب ذلك يمكن أن يشكل خطر نفسي - اجتماعي على صحته.

ومن ناحية أخرى يمكن أن تكون الأخطار النفسية الاجتماعية على شكل النتائج المترتبة عن ما تطرقنا إليه في العوامل المسببة للأخطار، فقد ترتبط بالصحة والرفاهية في حالة تعرض العامل لمطالب غير

متوازنة مع قدرته في الإستجابة، أو عدم القدرة على مواجهة تلك المطالب ما يشكل لديه نوع من الضغوط والمشاركة على المدى الطويل في المواقف المتطلبة انفعاليا تشكل لديه الإحترق، وكذلك اضطراره على العمل بعواطفه الخاصة وتزييف الإنفعالات في العمل، فهذا بدوره يمكن أن يشوه التعبير عن الإنفعالات في الحياة الخاصة، وعدم القدرة على الموازنة بين مطالب العمل من جهة ومطالب العائلة من جهة أخرى يشكل لديه صراع أسرة/ عمل، وانعدام الأمن المهني الذي ينطوي على تحمل شك وتهديد فقدان العمل في المستقبل وكما تؤثر أيضا بصورة سلبية على المعاش المهني الذي ينطوي على عدم إعطاء معنى للعمل وانعدام إدراك التماسك بين الفرد والعمل الذي يؤديه وعلى ضعف الإلتزام التنظيمي وانعدام الرضا في العمل.

فالأخطار النفسية الإجتماعية في العمل متعددة ومتداخلة من حيث الأسباب والعواقب الناتجة عنها، حيث أكدت عليه المؤسسة الوطنية للصحة والبحث الطبي بفرنسا (L'INSERM) بقولها أن الأخطار النفسية الإجتماعية متنوعة ومتعددة ويمكن أن تؤثر على الصحة البدنية والعقلية للموظفين وخاصة في حالة التعرض المتعدد (أورد في: Pichon, 2015).

هذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات والتحقيقات سواء الأجنبية أو العربية، حيث توصلت إدارة البحوث والدراسات والإحصاءات بفرنسا (Dares, 2014) في تحقيق الصحة والمسار المهني (2010) أن نسبة (28%) من الموظفين لا يبلغون بوجود عوامل الأخطار أو وجود عدد قليل جدا ونسبة (19%) يتعرضون لنقص الإعتراف في عملهم، ونسبة (16%) يواجهون مطالب إنفعالية عالية متعلقة بالإتصال مع الجمهور، في حين تتعرض نسبة (15%) إلى عمل متطلب ومكثف، وصرحت نسبة (13%) بانعدام الإعتراف المهني وعلاقات عمل صعبة، ونسبة (9%) يمكن أن يتعرضوا لتراكم العديد من عوامل الأخطار، بينما الأقل عرضة يصرحون بصحة جيدة وفي غالب الأحيان هم كبار السن والعمال المهرة وعمال ذوي مهن الخدمات، حيث يصرحون أنه يمكن لهم أن يتعرضوا لإجهاد

بدني، على العكس من الموظفين الأكثر عرضة لعوامل الأخطار النفسية الذين صرحوا بتدهور صحتهم البدنية والعقلية وتمس في غالب الأحيان فئة الشباب والعمال غير المهرة، أما فيما يخص الموظفين بعقود مؤقتة يصرحون أنهم أكثر عرضة للإرغامات الجسدية.

كما أشارت نتائج تحقيق المراقبة الطبية لتعرض العمال للأخطار في الدول الأوروبية (Sumer, 2003) إلى أنّ نسبة (9%) من العمال يصرحون بغياب التعاون بين الزملاء في العمل، وأنّ نسبة (14%) يصرحون بغياب المساعدة بين زملاء العمل، وربع (4/1) من العمال يصرحون بعدم تلقي الدعم من طرف المسؤولين عليهم، كما تبين أن عامل السن يلعب دورا كبيرا في فقدان الدعم من طرف الزملاء والمسؤولين، فكلما تقدّم العامل في السن قلت فرصته في الحصول على دعم الزملاء والمسؤولين له في حين صرحت النساء أنّهن لا يحصلن على دعم العمال ولا على إهتمام المسؤولين لآرائهن وهذا بدوره أدى إلى ظهور الضغط والعنف بكل أشكاله.

وفي نفس الصدد أشارت نتائج دراسة (Hegg-Deloye, 2011) حول التعرض للإرغامات النفسية الإجتماعية في العمل لعينة قدرت بـ(295) ممرض وممرضة إلى أنّ (3/4) من عينة الدراسة يتعرضون إلى أخطار صحية نفسية وجسدية، كما صرحوا بانعدام الدعم الإجتماعي من قبل الزملاء ومن قبل المسؤول الهرمي.

كما ذكرت نتائج دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) حول عوامل الخطر النفسي - اجتماعي ومشاكل الصحة العقلية لدى الممرضين في المستشفى الجامعي تارتو باستونيا Estonia إلى أنّ الممرضين قد حققوا أعلى الدرجات فيما يخص العوامل النفسية الإجتماعية الإيجابية ذات الصلة بالعمل تتمثل في كل من معنى العمل، وضوح الأدوار، العلاقات الإجتماعية والثقة المتبادلة بين الموظفين، أما فيما يخص درجات العوامل السلبية تتمثل في مطالب إخفاء الإنفعالات، وتيرة العمل، المطالب المعرفية والإنفعالية، في حين أن وتيرة العمل وصراع الأدوار لهما علاقة إيجابية مع الضغط والإحترق وأن كل

العوامل النفسية الإجتماعية المدروسة كانت مرتبطة بشكل كبير بالإحترق، وعوامل الخطر النفسي - اجتماعي المرتبطة بالعمل مثل مطالب كمية، عبء العمل والمتطلبات الإنفعالية، وتيرة العمل وصراع الأدوار كان لها علاقات إيجابية كبيرة مع مشاكل الصحة العقلية لدى الممرضين، والتي ساهمت بدورها في ارتفاع مستويات الضغط والإحترق.

وذكرت دراسة كل من (Vásquez, González, Fernaud, Cabrera, Klijn & Moreno, 2015) حول العوامل النفسية الإجتماعية وعبء العمل لدى عينة قدرت بـ (111) ممرض يعملون في مصلحة الإستعجالات أن غالبية الممرضين قد حققوا مستوى مرتفع من الأخطار على مستوى أبعاد العوامل النفسية الإجتماعية بما فيها المتطلبات النفسية والإجتماعية، الدعم الإجتماعي، جودة القيادة، ونسبة (64%) شعروا أنهم يؤدون حجم كبير من العمل مقارنة بالوقت المتاح لأداء ذلك ما يؤدي إلى صعوبة في اتخاذ القرار. كما صرحت نسبة (57.7%) أنه عليهم أن يحضروا مطالب العمل للعائلة، بالإضافة إلى ذلك صرحت نسبة (47.7%) أن أدوارهم لم تكن محددة بوضوح وأن دعم الرؤساء والزملاء غير كاف، كما صرحت نسبة (64%) يتعرضون إلى مستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية التي ترجع إلى عبء العمل.

ذكرت في نفس السياق دراسة (Okeafor & Alamina , 2018) حول الأخطار النفسية الإجتماعية لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية في جنوب نيجيريا أن العاملين في مجال الرعاية الصحية يتعرضون للأخطار النفسية الإجتماعية في بيئة العمل، حيث يشكل عبء العمل أعلى نسبة من جميع الأخطار النفسية الإجتماعية على مستوى الأقسام العلاجية، في حين تجلت الأخطار الأخرى في علاقات سيئة بين الزملاء، الإعتداء من أقارب المرضى وانعدام الرضا الوظيفي بالإضافة لشعورهم بالملل.

كما توصلت نتائج دراسة (Bani-Hani, Mansour, Atiyeh & Alslman, 2016) حول لمحة نظرية عن متطلبات العمل وعلاقتها بالممرضين إلى أن متطلبات العمل هي أكثر الضغوط المؤثرة في مهنة

التمريض والتي ترتبط بقوة بالعديد من الآثار السلبية على المهنة بشكل عام وعلى الممرضين بشكل خاص، كما توصلت إلى أن متطلبات العمل تشكل ضغوطا لا مفر منها والتي تؤدي إلى العديد من النتائج السلبية وترتبط مباشرة بانعدام الرضا الوظيفي، ما يعبر عن خطر نفسي- اجتماعي لدى العاملين في هذه المهنة. وبينت دراسة (Faisal & Naqvi, 2014) حول تحليل صراع أسرة/عمل من وجهة نظر الممرضين في قطاع الصحة بباكستان على عينة قدرت بـ (143) ممرض وممرضة إلى أن صراع أسرة/عمل لدى الممرضين سلبي ويرتبط بشكل كبير بالرضا الوظيفي والأداء والرفاهية النفسية.

كما يتضح من خلال نتائج دراسة (Belarif, 2004) حول العوامل المرتبطة بالضغط المهني في البيئة الإستشفائية بالمغرب على عينة قدرت بـ (105) ممرض وممرضة أن نسبة (65%) من الممرضين يشعرون بالضغط بسبب عملهم مع وجود ضغوطات مهنية لديهم بنسب متفاوتة، وصرحت نسبة (99%) بظروف عمل سيئة بسبب الإزعاج الذي تسببه الضوضاء في المصالح العلاجية ونسبة (37%) صرحوا أن المعدات غير كافية للتعامل مع حالة الإستعجال، ونسبة (77%) صرحوا بالعمل الزائد ونسبة (53%) صرحوا بغموض الدور في العمل، ونسبة (36%) صرحوا بالتقسيم الضعيف للمهام، ونسبة (38%) صرحوا أن الإستقلالية غير كافية في العمل، ونسبة (59%) صرحوا بانخفاض مشاركة الممرضين في صنع القرار وعدم وجود تدريب مستمر على مستوى المستشفى، ونسبة (35%) صرحوا بكل من نقص الإشراف، مناخ اجتماعي متوتر، نزاعات بين المهنيين والممرضين، بالإضافة إلى (49) حالة عنف خلال شهري أفريل / ماي (2004) مع الدعم الضعيف من طرف المسؤول الهرمي.

أما فيما يخص البيئة الجزائرية فقد أثبتت الدراسات الميدانية أن الأخطار النفسية الإجتماعية متواجدة فعلا لدى الممرضين، هذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات من بينها دراسة (ايديري، خلفان، 2016) حول الأخطار النفسية الإجتماعية في البيئة الإستشفائية الجزائرية التي أظهرت نتائجها أن نسبة (37.90%) من الممرضين والأطباء يتعرضون إلى التوتر في عملهم بمعنى ضعف في حرية اتخاذ

القرار وارتباطها بمطلب نفسي مرتفع، ونسبة (31.45%) يعانون من التوتر المقترن بالدعم الاجتماعي الضعيف، كما بينت أنّ نسبة (45.16%) يعانون من سلوكيات عدائية مستمرة ومتكررة على الأقل مرة واحدة في الأسبوع لمدة زمنية طويلة تتعدى الستة أشهر.

وهناك أيضا دراسة (قرينعي، 2018) حول نموذج مقترح لتقييم الأخطار النفسية الاجتماعية في بيئة العمل لدى الطاقم الطبي (أطباء، ممرضون) في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية الجلفة/ الجزائر التي توصلت نتائجها إلى وجود أخطار نفسية اجتماعية في بيئة العمل مرتبة حسب شدتها: الضغط المهني، إنعدام الرضا الوظيفي، العنف، التحرش الجنسي، سوء التوافق المهني، إنعدام الأمن الوظيفي مع وجود فروق في مستوى الأخطار النفسية الاجتماعية حسب متغير الوظيفة لصالح الممرضين وهذا ما يدل على أنهم أكثر تعرضا لهذه الأخطار مقارنة بالأطباء، كما ذكرت نتائج دراسة (خميس، 2012) حول الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي بمستشفى محمد بوضياف/ الجزائر وذلك على عينة (120) من بينهم (الأطباء، الممرضين، أعوان التخدير) أن عمال القطاع الصحي يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

قد تنعكس الأخطار النفسية الاجتماعية السابق ذكرها على سير عملية التوافق المهني للعاملين في مهنة التمريض هذا الأخير الذي يعتبر بدوره أحد مجالات التوافق العام، فحياة الإنسان موزعة في أغلبها بين الحياة الأسرية والحياة المهنية حيث ترجع أهمية التوافق في بيئة العمل حسب طه (2001) إلى عاملين أساسيين إحداهما هو أنّ الفرد يقضي نسبة كبيرة من وقته في ميدان العمل، والثاني يتمثل في الدور الهام للعمل وتأثيره على حياة الفرد وتوافقه مع التغيرات التي تطرأ عليه.

فالفرد عندما يلتحق بمهنة معينة فإنّه يعمل على تحقيق متطلبات بيئة العمل وأن تحقق له بيئة العمل متطلباته والبيئة في حالة ديناميكية مستمرة تؤدي لتغيير كل منهما، وفي هذا السياق أشار (1960) Dawis إلى أنّ التوافق المهني هو توافق الفرد لمهمة عمله ولمختلف العوامل البيئية المحيطة بعمله

وتوافقه لمختلف التغيرات التي تطرأ على هذه العوامل على مر فترات من الزمن وتوافقه لخصائصه الذاتية، كذلك توافقه مع المشرف على عمله وزملاء العمل ومع مطالب العمل نفسه، توافقه مع قدراته واستعداداته الشخصية ومع ميوله ومزاجه.

غير أن اضطراب بعض هذه العوامل يؤدي إلى الوجه السبي لعملية التوافق المتمثلة في سوء التوافق المهني الذي يمثل عجز الفرد عن تحقيق التلائم بينه وبين بيئته المهنية وهذا يظهر في عدة مظاهر سلوكية مثل التغيب الشكوى، ضعف الإنتاج والتأخر حيث نميز منها ما يعود على الفرد العامل نفسه وما يعود على المؤسسة أو الرئيس المشرف، كما توجد أسباب ترتبط ببيئة العمل مثل عدم توفر الظروف الصحية والأمنية.

هذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات مثل دراسة (بوتوتة، معروف، 2015) حول التوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو على عينة قدرت (210) ممرض وممرضة والتي توصلت نتائجها الى تحقيق الممرضون لتوافق مهني بدرجة منخفضة، مع وجود فروق في تحقيق التوافق المهني حسب متغير الجنس لصالح الإناث وكذلك دراسة (الشافعي، 2002) حول العلاقة بين التوافق المهني لدى العاملين بالمستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وسماتهم الشخصية في محافظة غزة بفلسطين، على عينة بلغت (289) ممرض وممرضة إلى أن الممرضون يتمتعون بتوافق مهني بدرجة متوسطة.

في حين أشارت نتائج دراسة (Delicourt, Congard, Montaleytang & Gros) حول التفاعل بين الخصائص التنظيمية واستراتيجيات التوافق في ظهور حالات من الأخطار النفسية الإجتماعية لدى عينة قدرت بـ (457) عامل في إطار مراجعة الأخطار النفسية الإجتماعية إلى أن المتغيرات التنظيمية لها تأثير أقل على الصحة المتصورة وعلى تقييم المعاش المهني عندما يميل الأفراد إلى استخدام استراتيجيات التوافق التي تركز على المشكل. مع تأثير المتغيرات التنظيمية على الصحة المتصورة وعلى تقييم

المعاش المهنية أقل أهمية عندما يستخدم الأفراد القليل من استراتيجيات التوافق التي تركز على العواطف. وان المتغيرات التنظيمية لها تأثير أقل على الصحة المتصورة وتقييم المعاش المهني عندما يميل الأفراد إلى استخدام استراتيجيات التوافق التي تركز على الدعم الاجتماعي. كما أشارت النتائج بأن هناك أثر مباشر لكل من متغيرات الإغرامات النوعية، التنظيم والإدارة، الإستقلالية على الصحة والرفاهية في العمل.

بالرغم من أهمية التمريض إلا أنها لم تحض بمكانة عالية في نظر المجتمع، إذ ينظر للممرض أو الممرضة على أساس أنه خادم أو خادمة لا غير لأتھما يقدمان خدمات مختلفة، إذ أنّ المكانة الاجتماعية للممرض في الجزائر يعتقد أنها في متناول الجميع ولا تتطلب أي قدرات خاصة أو تكوين خاص، هذا ما جعلها تتعرض لمختلف الأخطار في بيئة العمل وعلى رأسها الأخطار النفسية الاجتماعية والتي قد تسبب من انخفاض التوافق المهني لديهم.

انطلاقاً من هذه الإعتبارات النظرية والدراسات المذكورة سابقاً تتحدّد الدراسة الحالية بعلاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد وقد تم طرح تساؤلات الدراسة الحالية على النحو التالي: هل يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى الأخطار النفسية الاجتماعية؟ هل يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني؟ هل توجد علاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة بين الإغرامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة بين القيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة

بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟ هل توجد علاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟

2- فرضيات الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات على النحو التالي:

1- يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية بدرجة مرتفعة.

2- يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني بدرجة منخفضة.

-فرضية العامة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-فرضيات جزئية:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

5- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

6- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

3-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤلات التي تم طرحها والتحقق في صحة فرضياتها من خلال مجموعة من الأهداف المتمثلة في الكشف عن مدى تعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الإجتماعية، والكشف عن مدى تحقيقهم للتوافق المهني والكشف عن العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني من جهة، ومن جهة أخرى الكشف عن العلاقة بين كل بعد من أبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية المتمثلة في كل من الإرغامات الكمية التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني بالتوافق المهني. كما تهدف أيضا الى فتح المجال لدراسات أكثر توسعا في موضوع الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى شريحة الممرضين، وفي الأخير إيصال الرسالة إلى البيئة المهنية الميدانية بما فيهم الرؤساء والمسؤولين والمدراء من خلال تقديم اقتراحات وتوصيات تساعد على الحد أو التقليل من الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل ومن عواملها وتحقيق أكبر قدر من التوافق المهني للممرضين بصفة خاصة وللمؤسسات الصحية بصفة عامة.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في التعرف على واقع الأخطار النفسية الإجتماعية في الميدان الصحي لدى العاملين في مهنة التمريض ومدى انعكاسها على عملية التوافق المهني للممرض الجزائري وذلك قصد إثراء الرصيد المعرفي لعلم النفس العمل والتنظيم، وكذلك محاولة لفت انتباه المعنيين إلى ضرورة التحكم في الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل ومن عواملها وذلك من خلال العمل على تحسين ظروف بيئة العمل، كما أن أهمية الموضوع تبرز في الشريحة المتناولة في الدراسة ألا وهي فئة الممرضين وذلك لأهمية الدور والخدمات التي يقدمونها للمجتمع.

بالإضافة الى ما سبق فإن الدراسات التي تناولت هذه الفئة في الجزائر تشير إلى معاناة الممرضين الشيء الذي دفعنا للإهتمام بها لعنا بالقاء الضوء على بعض مشاكلها ومعاناتها يمكننا من ايجاد بعض الحلول والإقتراحات التي تساهم من تحسين ظروف مزاوله هذه المهنة، مع إمكانية الإستفادة من نتائج هذه الدراسة في التعرف على أهم الأخطار النفسية الإجتماعية التي يتعرض لها الممرضين أثناء أداء مهامهم واتاحة الفرصة للمسؤولين ومدراء المستشفيات للوقاية منها.

ومن ناحية أخرى تكمن أهمية الدراسة الحالية في التعريف بالتوافق المهني لدى العاملين في مهنة التمريض بمستشفيات جزائرية، كما تكمن في الكشف عن العوامل المساهمة في فشل أو نجاح الممرض والممرضة في تحقيق توافقهم المهني والكشف عن المعوقات التي قد تواجههم مما يسهل تهيئة العوامل الملائمة للممارسة المهنية السليمة، كما تفتح هذه الدراسة المجال لمزيد من الدراسات حول الواقع المهني لدى الممرض الجزائري وما قد يتعرض له من أخطار في بيئة العمل تؤدي به إلى سوء التوافق المهني.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:

إن تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية تعد من الخطوات المهمة في البحث العلمي ومن الخطوات المنهجية الواجب توفرها في كل دراسة علمية، وكلما كانت واضحة فإنها ستعكس إيجاباً على دقة البحث العلمي، لذلك أردنا توضيح أهم المفاهيم التي بنيت عليها الدراسة الحالية.

5-1- الأخطار النفسية الإجتماعية:

• لغة:

حسب قاموس (Larousse 2008) فإن كلمة خطر إسم مذكر. بمعنى ضرر، مساوئ محتملة. خلل احتمال حدوث كارثة: التأمين عن جميع الأخطار، تحمل المسؤولية عن جميع هذه الأخطار والأضرار. في الخطر الذي نتعرض إليه. في حين عرف قاموس (Robert) كلمة الأخطار (Risques) أنها تعبر عن خطر محتمل أكثر أو أقل قابلية للتنبؤ" (أورد في: Lerouge, 2009).

• اصطلاحاً:

عرفت منظمة العمل الدولية (ILO, 1986) الأخطار النفسية الإجتماعية بالتفاعلات بين كل من محتوى الوظيفة، تنظيم العمل والإدارة وغيرها من الظروف البيئية والتنظيمية من جهة ومن جهة أخرى كفاءات واحتياجات الموظفين، فالأخطار النفسية الإجتماعية تشير إلى التفاعلات التي يكون لها تأثير خطير على صحة الموظفين من خلال تصوراتهم وخبراتهم.

وتعرفها اللّجنة الجامعية للسلامة والصحة في العمل الروماندية (La cusstr, 2009, p2) على أنّها تمثل جميع الأخطار في أماكن العمل حيث ينبغي تقييمها والوقاية منها من أجل إزالتها أو الحد منها قدر الإمكان، كما عرفها مجمع الخبراء حول متابعة الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل (2010) على أنّها تمثل الأخطار على الصحة العقلية والبدنية والإجتماعية الناجمة عن ظروف العمل والعوامل

التنظيمية والعلاقات التي قد تتفاعل مع الوظيفة العقلية (أورد في: 2011, Askenazy, Baudelot)

Brochard & al,

أما (2011) Deloye فقد عرفها على أنها احتمال تعرض العديد من العمال إلى مشاكل نفسية أو إجتماعية تؤثر سلبا على صحتهم وهذه المشاكل تتعلق بتنظيم العمل، محتوى العمل ظروف العمل العلاقات الشخصية في العمل، في حين عرّفها (2013) Lamy على أنها عبارة عن مجموعة من الأخطار المهنية التي تؤثر على الصحة الجسدية والعقلية للعمال والتي يمكن أن ترجع إلى مجموعة من المتغيرات ذات الصلة بالأبعاد الشخصية والتنظيمية للنشاط المهني.

نستنتج من خلال التعريفات سابقة الذكر أن الأخطار النفسية الاجتماعية تشير إلى الأخطار الصحية التي تنشأ في العمل من خلال تفاعل الآليات النفسية والإجتماعية والتنظيمية وما تسببه من أضرار على الصحة النفسية والجسدية للفرد العامل.

• إجراءات:

نعني بالأخطار النفسية الإجتماعية في الدراسة الحالية بالدرجة التي يتحصل عليها كل من المرضى والممرضات الذين يعملون في مختلف المصالح العلاجية للمستشفى الجامعي ندير محمد وذلك بتبني مجموعة من الأخطار التي تقيسها الطبعة الثالثة من استبيان كوبنغاغن (COPSOQ version3) الذي أعده كل من (2012) Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin وتتحدد من خلال الإجابة حول أسئلته الموزعة على ستة أبعاد تتمثل في الإرغامات الكمية من حيث عبء العمل وتيرة العمل، متطلبات معرفية، التنظيم والإدارة من حيث الإعتراض، التنبؤ، العدل، وضوح الأدوار، صراع الأدوار، نمط القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والإدارة، العلاقات الأفقية من حيث الثقة بين الزملاء، الدعم الإجتماعي ما بين الزملاء والإستقلالية من حيث مجال التدخل، فرص التطور، الصحة والرفاهية من حيث تقييم الصحة الذاتية

الضغط، الإحترق المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة/عمل، إنعدام الأمن المهني، المعاش المهني من حيث معنى العمل الإلتزام بالمنظمة، الرضا في العمل وذلك وفق التدرج الخماسي لسلم ليكرت المنقط من (0 الى 4).

5-2 التوافق المهني.

• لغة:

تعددت معاني التوافق في المعاجم اللغوية، حيث تم إلقاء الضوء على هذه المعاني على النحو

التالي:

حسب المنجد الأبجدي (1978، ص 297) فقد تمّ تحديد مصطلح توافق: توافقاً [وفق] القوم في الأمر: ضدّ تخالفوا، تقاربوا، تساعدوا. وأشار هادية (1979، ص 23) توافق: توافقت، تتوافق توافقاً / الجماعة: إنفقت في الأمر، تقاربت، حيث أشار إبراهيم (1972، ص 1047) أنّ "التوافق أن يسلك المرء مسلك الجماعة ويتجنب ما عنده من شذوذ في الخلق والسلوك". في حين أشار أبو حطب وفهمي (1984 ص 84) إلى "أنّ التوافق (Adjustment) هو تلاؤم الكائن الحي مع البيئة، إمّا بتغيير سلوكه أو بتغيير بيئته أو بتغييرهما معاً، أمّا الفرد المتوافق (Individual adjustment) فهو الفرد ذو علاقات طيبة مع بيئته الطبيعية والاجتماعية وبذلك يحقق لنفسه الاستقرار الوجداني".

• اصطلاحاً:

قد تعددت التعريفات المقدمة للتوافق المهني وذلك حسب اتجاه كل باحث ومجال بحثه في

الموضوع ورؤيته الخاصة فيه، بالتالي سيتم عرض بعضها منها فيما يلي:

عرّف Dawis (1960) التوافق المهني على أنه توافق الفرد لمهمة عمله ولمختلف العوامل البيئية المحيطة بعمله، وتوافقه لمختلف التغييرات التي تطرأ على هذه العوامل على مر فترات من الزمن وتوافقه لخصائصه

الذاتية، كذلك توافقه مع المشرف على عمله وزملاء العمل ومع مطالب العمل نفسها توافقه مع قدراته واستعداداته الشخصية ومع ميوله ومزاجه.

وعرّفه عويضة (1996، ص 165) قائلاً "أنّ التوافق المهني يمثل العملية الدينامكية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة المهنية والمادية والاجتماعية مع المحافظة على هذا التلاؤم". أما دويدار (2004) فقد عرفه أنه عملية معقدة إلى حد كبير تتضمن عوامل جسمية ونفسية واجتماعية كثيرة، فالعامل يبدأ عمله فيجد نفسه مضطرا في العمل على التكيف لظروف ومطالب كثيرة. فعملية التكيف هذه لا تقتصر على تكيفه للألة، بل تتجاوز ذلك إلى التكيف للروتين الجديد ولزملائه ولمزاج رئيسه ولنظام العمل الخاص في المصنع وللظروف الفيزيكية المحيطة به.

يتضح مما سبق أن التوافق المهني عبارة عن عملية التوفيق بين قدرات الفرد الجسمية والعقلية وخصائصه الشخصية من جهة ومتطلبات العمل وظروفه من جهة أخرى وقدرته على الإنسجام في علاقاته مع غيره من زملاء العمل والمسؤولين، ذلك قصد الوصول إلى حالة من التوازن والتوافق في عمله.

• إجرائيا:

التوافق المهني هو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الممرضين والممرضات الذين يعملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد وتتحدد من خلال إجاباتهم على أسئلة استبيان التوافق المهني للممرضين من إعداد الباحثة والموزعة على سبعة أبعاد متمثلة في التوافق من حيث ظروف العمل، التوافق من حيث الأجر، التوافق من حيث الترقيّة في العمل، التوافق من حيث العلاقة مع زملاء العمل، التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين، التوافق من حيث التطور المهني، التوافق من حيث الإستقرار في العمل وذلك وفق البدائل التالية: موافق بشدة، موافق، موافق نوعا ما، غير موافق، غير موافق على الإطلاق المنقطة وفق التدرج الخماسي لسلم ليكرت من (1) إلى (5).

- **التوافق من حيث ظروف العمل:** يعبر عن توافق الممرض مع ظروف العمل المتمثلة في كل من التهوية الضوضاء، الإضاءة، نظام العمل بما فيها الساعات الإضافية والدوام الرسمي، نظافة بيئة العمل توفر ظروف تقادي نقل العدوى، مهام العمل.
- **التوافق من حيث الأجر:** يعبر عن توافق الممرض مع الأجر الذي يتقاضاه من خلال عمله من حيث كفايته وتناسبه مع طبيعة العمل ومقدار الرفاهية التي يوفرها.
- **التوافق من حيث الترقية في العمل:** يعبر عن توافق الممرض مع نظام ومعايير الترقية المطبقة في المستشفى.
- **التوافق من حيث العلاقة مع زملاء العمل:** يعبر عن توافق الممرض في علاقاته مع زملائه من حيث تبادل المعلومات مع والتنسيق في العمل بين الممرضين والأطباء، التعاون، الخلافات، الدعم الإنتماء، الإعراف، الثقة.
- **التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين:** يعبر عن توافق الممرض في علاقاته مع المسؤولين من حيث الدعم، الإحترام والتقدير، الإنتقاد والمساواة.
- **التوافق من حيث التطور المهني:** يعبر عن توافق الممرض مع التطورات المهنية التي تواكب العصر من الدورات التدريبية، توفر امكانيات ووسائل حديثة.
- **التوافق من حيث الاستقرار في العمل:** يعبر عن توافق الممرض من حيث تحقيق استقرار نفسي في العمل وشعوره بالأمان للمستقبل.

3-5 الممرض (ة):

• لغة:

حسب بن هادية، البليش، بن الحاج يحي (1979، ص1114) فإنّ التمريض هو القيام بشؤون المرضى وقضاء حاجاتهم طبقاً لإرشادات الطبيب، حرفة الممرض. أمّا الممرض فهو الفرد الذي يقوم بشؤون المرضى ويقضي حاجاتهم طبق توجيهات الطبيب".

• إصطلاحاً:

حسب (Romain 2012) مصطلح التمريض يطبق على الأشخاص المؤهلين لتقديم نوع خاص من الرعاية التمريضية التي تتطلب الإخلاص، وروح المسؤولية ومعارف تقنية. فقد عرف Pariente (2001) الممرض أو الممرضة بأنه شخص حامل لشهادة أو دبلوم يمارس مهنة المساعدة الطبية خاضع للسرية المهنية ولقواعد أخلاقية وتكمن وظيفته في العناية بالمرضى والمشاركة في مختلف النشاطات فيما يتعلق بالوقاية والتربية الصحية التكوين والإشراف.

كما أشار Nais (2006) إلى أنّ الممرض أو الممرضة هو شخص حامل لشهادة أو دبلوم يمارس مهنة المساعدة الطبية، تتمثل في العناية بالمرضى والمشاركة بمختلف النشاطات فيما يتعلق بالوقاية والتربية الصحية، ويتفق معه تعريف كل من Bourneuf & Domart, (1990) في قولهما أنّ الممرض أو الممرضة هو شخص يعمل بشهادة أو دبلوم مؤهل لتقديم الرعاية الصحية والمشاركة في مختلف النشاطات المتعلقة بالوقاية والتربية الصحية والتكوين والإشراف، كما يلعب دوراً مهماً يتميز بالتنسيق والاتصال بين الأطباء والمرضى.

نستنتج أنّ جميع التعريفات تتفق على أنّ الممرض أو الممرضة هو كل فرد يحمل شهادة أو دبلوم مؤهل لمزاولة مهنة التمريض، مع التقيّد بمختلف نشاطاتها.

• اجرائيا:

الممرض (ة) هو الفرد العامل في مهنة التمريض ذكورا وإناثا بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو على مستوى مختلف مصالحه العلاجية المتمثلة في مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة جراحة العظام، مصلحة أمراض القلب، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض الدم، مصلحة غسل الكلى، مصلحة طب الأطفال الكبار، مصلحة الإنعاش الحيوي، مصلحة الأمراض المعدية، مصلحة طب الكلى، مصلحة المسالك البولية، مصلحة جراحة الأحشاء، مصلحة الإنعاش الجراحية، ومصلحة جراحة الأعصاب ومصلحة الإستعجالات.

6- الدراسات السابقة لمتغيرات الدراسة.

هناك العديد من الدراسات التي تطرقت لدراسة كل من متغيرات الأخطار النفسية - الإجتماعية والتوافق المهني لدى عينة الممرضين، حيث تناولته من زوايا مختلفة وقد تنوعت هذه الدراسات ما بين العربية والأجنبية وفي هذا السياق تستعرض الدراسة الحالية مجموعة من الدراسات التي تم الإستفادة منها مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الإتفاق والإختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية ونود أن نشير إلى أنّ الدراسات التي سيتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية ما بين (1975 الى 2019) وشملت مجموعة من البلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

6-1 الدراسات التي تناولت الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل:

سيتم في هذا العنصر عرض مجموعة من الدراسات المتعلقة بالأخطار النفسية الإجتماعية بصفة عامة وعرض الدراسات المتعلقة بأبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية سواء المتعلقة بالأسباب أو العواقب.

-دراسة (Martin & Kirkcaldy, 2000) حول ضغط العمل والرضا المهني لدى الممرضين العاملين بمستشفيات كبرى في أيرلندا الشمالية. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين ضغط العمل والرضا الوظيفي لدى الممرضين وذلك على عينة قدرت بـ (276) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيان يقيس ضغط العمل والرضا الوظيفي وتحليل البيانات تم الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة واختبار ت- لدراسة الفروق. أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أنّ مصادر الضغط التي لها علاقة بالوضع النفسي تمثلت في الثقة بالنفس، القدرة على القيام بالدور المطلوب، الواجبات المنزلية، والمشاركة الفعالة في القرارات التي تتخذها المؤسسة، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغط العمل حسب متغير الجنس ووجود علاقة دالة إحصائية بين ضغط العمل والسن، حيث أفاد كبار السن أنهم يتعرضون لضغوط في العمل أكثر من صغار السن وعدم وجود علاقة بين الدرجة الوظيفية للممرض وضغط العمل والرضا المهني. كما أشارت أيضا إلى أنّ الممرضين العاملين في أقسام الولادة والممرضين العاملين في أقسام العناية المركزة حصلوا على أعلى درجات في مستوى الرضا المهني، بينما الممرضون العاملون في أقسام الجراحة الباطنية حصلوا على أدنى الدرجات في مستوى الرضا الوظيفي.

-دراسة (Mrayyan, 2004) حول الإستقلالية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات بالولايات المتحدة الأمريكية. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي يلعبه المسؤولين في تعزيز إستقلالية الممرضين مع دراسة تصورات الممرضين حول إستقلاليتهم في الممارسة المهنية وذلك على عينة قدرت بـ(317) ممرض تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي، ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيان من بناء الباحث.

قد أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أنّ الممرضون أكثر إستقلالية في اتخاذ قرارات الرعاية بالمرضى من القرارات التشغيلية للوحدة، وكانوا ينظرون إلى إستقلاليتهم على مستوى معتدل، غير أنّ

أولئك الذين كانوا مستقلين في اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى من المحتمل أيضا أن يكونوا مستقلين في عملية صنع القرار في الوحدة، كما كان لإجراءات المسؤولين علاقة قوية مع استقلالية الممرضين في اتخاذ قرار بشأن رعاية المرضى وقرارات تشغيل الوحدة وكذلك مع الإستقلالية التامة. وقد كانت المتغيرات الثلاثة الهامة التي أبلغ عنها الممرضين لزيادة استقلاليتهم هي الإدارة الداعمة والتعليم والخبرة، أما أهم العوامل الثلاثة التي قيل أنها قللت من استقلالية الممرضات هي الإدارة الإستبدادية والعلاقة مع الأطباء وعبء العمل.

-دراسة (ميهوبي، 2007) حول الإحترق النفسي للممرضين وعلاقته بالمناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية الجزائرية. قد هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الإحترق النفسي وذلك على عينة تتكونت من (271) ممرض وممرضة، قد توصلت نتائجها إلى أنّ الممرضون يعانون من مستوى مرتفع ودال إحصائيا من الإحترق النفسي وعلى إرتباط موجب ودال إحصائيا بين المناخ التنظيمي والإحترق النفسي.

-دراسة (التويرجي، 2008) حول المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل بالبيئة السعودية. قد هدفت الدراسة الى تحديد أهم المشكلات التي تعترض ممارسي مهنة التمريض وذلك على عينة تتكون من (625) ممرض وممرضة.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين السن وكل من مشكلات ضعف المشاركة والتعاون، صعوبة المهنة وكثرة ضغوط العمل، وضعف المستوى التنقيف والتوعوي وقلة المرونة في العمل وضعف القيادات، مما يعني أنّ صغار السن من الممرضين هم الأكثر معاناة من هذه المشكلات، كما إتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي ومشكلة صعوبة المهنة وكثرة ضغوط العمل.

من ناحية أخرى أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مشكلات التي يعاني منها ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل باختلاف الجنسية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مكان العمل ومشكلة صعوبة المهنة وكثرة الضغوط، ضعف المستوى التثقيفي والتوعوي، عدم وضوح المهام، غياب المعايير، كما إتضح أن الممرضين العاملين في أقسام التنويم هم الأكثر عرضة لهذه المشكلات من العاملين في العيادات الخارجية.

- دراسة (Tunc & Kutanis, 2009) حول صراع الدور وغموض الدور والإحترق لدى الممرضين والأطباء في المستشفى الجامعي بتركيا. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الإحترق وصراع الدور وغموض الدور لدى الممرضين والأطباء وذلك على عينة قدرت بـ (251) فرد من بينهم (81) ممرض و(170) طبيب تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس الإحترق النفسي لمسلاش (Maslach burnout) ومقياس (rizzo) لصراع الأدوار وغموض الدور.

أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين كل من صراع الأدوار وغموض الأدوار والإحترق المهني، كما توصلت إلى أنّ الممرضين يعانون من مستويات أعلى بكثير من صراع الدور وغموض الدور، والإحترق مقارنة مع الأطباء. كما توصلت إلى أن صراع الأدوار والغموض في الأدوار قد يساعدان في شرح المستوى العالي للإحترق الذي يعاني منه الممرضين مقارنة بالأطباء.

-دراسة (Benatia, 2009) حول الإحترق المهني لدى الممرضين الإستعجاليين العاملين بمستشفى قسنطينة، الجزائر. قد هدفت الدراسة إلى تقييم الإحترق المهني لدى الممرضين الإستعجاليين وعلاقته ببعض المتغيرات السوسيوديمغرافية وظروف مزاوله المهنة وذلك على عينة قدرت بـ (526) ممرض استعجالي بنسبة (83%) تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، وفق المنهج الوصفي، ولجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس الإحترق المهني (The Humburg Burnout Inventory (HBI).

أشارت النتائج إلى أنّ (33.56%) من الممرضين العاملين في حالات الطوارئ لديهم استنفاد عاطفي كبير ونسبة (50%) يعانون من الشعور بالعجز ونسبة (30.80%) لديهم تجربة الفراغ الداخلي ونسبة (28.50%) لديهم رد فعل عدواني.

-دراسة (Oliveira & al 2010) حول الأخطار النفسية الإجتماعية من وجهة نظر الممرضين العاملين في مستشفى بمدينة ريو دي جانيرو. قد هدفت الدراسة إلى تقييم الأخطار النفسية الإجتماعية حسب وجهة نظر الممرضين وتحليل كيفية تأثير هذه الأخطار على فريق التمريض بشكل عام وذلك على عينة قدرت ب (12) ممرض ولجمع البيانات تم الإعتماد على إجراء مقابلات شبه منظمة ومن ثم تحليل المحتوى المعلوماتي.

قد توصلت النتائج إلى وجود الأخطار النفسية الإجتماعية المحددة المستمدة من الضغط المهني مثل نقص الموارد البشرية والمعدات والغموض في أدوار العمل والعنف، كما أشارت إلى أنه يجب على صاحب العمل اتخاذ إجراءات وقائية للحد من الأخطار النفسية الإجتماعية المحددة وتعزيز الصحة البدنية والنفسية لفريق التمريض وتحفيزهم على المشاركة في عمليات صنع القرار التي يمكن بدورها أن تساهم في تحسين ظروف العمل.

-دراسة (علواني، 2010) حول مصادر ضغوط العمل عند الممرضين بالمستشفى الجامعي بولاية وهران، الجزائر. قد هدفت الدراسة إلى تقييم مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين وذلك على عينة قدرت ب (96) ممرض من بينهم (54) ممرضة و(42) ممرض تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على استبيان لقياس مصادر الضغوط المهنية.

أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أن أكثر مصادر الضغوط شيوعا لدى الممرضين تتمثل في عبء العمل بنسبة (77%)، ظروف المحيط الفيزيقي والأمن في العمل بنسبة (77%)، استقلالية

القرار بنسبة (63.4%)، التقدير بنسبة (60.4%)، ثم العلاقة مع المريض بنسبة متوسطة وغياب الدعم الاجتماعي بنسبة (52%) وأخيرا صراع الدور بنسبة (43.6%)، وغموض الدور بنسبة (40.8%).

-دراسة (Al-Hawajreh, 2011) حول العلاقة بين الضغوط المهنية والالتزام التنظيمي لدى الممرضين في مستشفيات في مدينة عمان، الأردن. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية والالتزام التنظيمي، بالإضافة إلى قياس مستوى الضغوط المهنية ومستوى الالتزام التنظيمي وذلك على عينة قدرت بـ (150) ممرض وممرضة تم اختيارها بالطريقة العشوائية المنتظمة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الاعتماد على تطبيق إستبيان يقيس متغيرات الدراسة. أشارت النتائج التي توصل إليها الباحث إلى وجود ضغوط مهنية لدى (30%) من الممرضين و(40%) لديهم إلتزام تنظيمي، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين الإلتزام التنظيمي والضغوط المهنية.

-دراسة (Burke & al, 2012) حول متطلبات العمل، الدعم الاجتماعي، الرضا المهني والرفاهية النفسية لدى الممرضين العاملين في مستشفيات باسبانيا. قد هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين متطلبات العمل من حيث التدخل بين الأسرة والعمل، المطالب الإنفعالية، العبء الزائد في العمل وثلاثة مصادر للدعم الاجتماعي من حيث المشرف، الزملاء، الزوج / الشريك، الأسرة والأصدقاء، مع رفاهية الممرضين والعمل / النتائج التنظيمية وذلك على عينة تتكون من (2104) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي، ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيانات تقيس متغيرات الدراسة من تصميم الباحثين.

أظهرت النتائج أنّ متطلبات الوظيفة كانت لها علاقات هامة وسلبية مع رفاهية الممرضين ومع العديد من النتائج المهنية / التنظيمية، بالإضافة إلى ذلك ارتبط نقص الدعم الاجتماعي وخاصة من المشرفين والزملاء بتدهور رفاهية الممرضين والنتائج المهنية / التنظيمية الفقيرة.

-دراسة (Alves, Neves, Dela Coleta; Oliveira, 2012) حول تقييم الرفاهية في العمل لدى الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي بالبرازيل. قد هدفت الدراسة إلى البحث عن مستوى الرفاهية التي يحققها الممرضون مع تحديد الفروق بين الفئات المهنية ونوع عقود التشغيل وذلك على عينة قدرت بـ (340) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي، ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيان مقسم إلى ثلاثة أبعاد: الرضا الوظيفي، المشاركة في العمل، الإلتزام التنظيمي. قد أشارت أهم النتائج التي توصلت إليها إلى أن الممرضون يحققون مستوى متوسط من الرفاهية في مكان العمل مع ظهور فروق بين الفئات المهنية ونظام العمل.

-دراسة (Iamy, 2013) حول دور الإرغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية في الحالة الصحية للممرضين بمستشفيات فرنسية. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقات الطولية بين الإرغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية المميزة للوحدة الوظيفية وصحة الممرضين من أجل تحديد طبيعة هذه العلاقات بطريقة مباشرة وغير مباشرة، كما هدفت إلى تحديد كمية الأثر العام للإرغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية التي ترجع إلى الأثر المباشر وغير المباشر، حيث بلغت عينة الدراسة (3713) ممرض من (7) مستشفيات وتمت دراسة العلاقات الطولية بين التعرض للإرغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية لبيئة العمل في (2006) وصحة الممرضين في (2008).

لجمع البيانات تم الاعتماد في قياس الإرغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية على مستوى الوحدة الوظيفية عن طريق دليل العمل التمريضي للمؤسسة وعلى المستوى الفردي عن طريق استبيان فقدان التوازن -الجهد- المكافاة لـ Siegrist، واستخدام استبيان طورته شبكة اضطرابات العظمية العضلية

لقياس ارغامات البيئة الفيزيائية في العمل، كما تمّ قياس تكرار أعراض الإكتئاب بواسطة مقياس لدراسات مركز علم الأوبئة.

ومن أبرز النتائج التي توصل إليها وجود مشاكل من بينها العلاقات السيئة مع المسؤول الهرمي والإنقطاعات المتكررة أثناء القيام بالمهام المتعلقة بالرعاية. فعلى مستوى الوحدة الوظيفية تآثر الإرغامات النفسية الإجتماعية والتنظيمية في صحة مقدمي الرعاية مباشرة، لتكرار أعراض الإكتئاب وارتفاع ضغط الدم، ولكن أيضا بشكل غير مباشر من خلال العوامل الفردية، ولكن فقط لتكرار أعراض الإكتئاب سواء تم استخدام نسب المكونات فقدان التوازن -الجهد- المكافأة أو من خلال مكونات فقدان التوازن -الجهد- المكافأة بشكل منفصل، فقد تم العثور على نفس العوامل بما فيها جهود عالية وانخفاض علامات التقدير والإحترام وانخفاض علامات الإستقرار والأمن الوظيفي ولكن لم تمس الأجر وفرص الترقية.

- دراسة (Kowalczyk, Krajewska-Kulak, & Sobolewski, 2013) حول التأثير المتبادل للجوانب النفسية الإجتماعية في ظروف عمل الممرضين في بولونيا. قد هدفت الدراسة إلى تقييم الإرتباط بين الجوانب المختلفة لظروف العمل النفسية الإجتماعية وذلك على عينة قدرت ب (789) ممرض تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على استبيان يقيس الجوانب النفسية والإجتماعية للعمل لـ (Cieślak & Widerszal-Bazyl, 2000; Potocka, 2012). أشارت أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أنّ تقييم الممرضين لمتطلبات العمل جاءت بنسبة مرتفعة، أما تقييم القدرة على الإستقلالية في عمل الفرد ومستوى الدعم الاجتماعي على مستوى متوسط في حين كان مستوى الرضا عن الحياة مرتفعا إلى حد ما، كما تمّ تصنيف مستوى المطالب النفسية الفيزيائية بدرجة عالية، في حين تم الحصول على درجات أقل في مستوى المطالب المعرفية، وتم الحصول على أقل الدرجات من عامل الصراعات والعبء الزائد في العمل بسبب المسؤوليات الزائدة، أمّا بالنسبة للدعم فقد كان مستوى دعم الزملاء اعلى من مستوى دعم الرؤساء.

-دراسة (Kirilmaz & Santas, 2015) حول تحديد عوامل الاخطار النفسية الاجتماعية لدى العاملين في مجال الصحة بمستشفى عام بتركيا. قد هدفت الدراسة إلى تحديد عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية لدى العاملين في مجال الصحة بما فيهم الأطباء والمرضى تم اختيار قوائم المراجعة من أخطار الصحة والسلامة المهنية في قطاع الرعاية الصحية، حيث شمل المشاركون في الدراسة أغلبيتهم من المرضى بنسبة مئوية بلغت (85.2%).

قد توصلت نتائج هذه الدراسة بصفة عامة إلى تعرض الأطباء والمرضى للتوتر والإحترق والعنف والمضايقات، حيث تعتبر هذه العوامل من بين أشد الأخطار على الصحة والسلامة المهنية، فقد أظهرت نسبة (66.1%) أنهم يعانون من الإحترق عند درجة عالية من الخطورة، ونسبة (42.6%) يعانون من أخطار عالية ونسبة (76.7%) كانوا في مستوى خطر متزايد من التوتر والعنف. كما أظهرت نسبة (75%) من الأطباء أنهم يعانون من الإحترق عند درجة عالية من الخطورة ونسبة (25%) يعانون من الضغط عند الخطر الشديد ونسبة (83.3%) تعرضوا لخطر متزايد من المهاجمة والعنف. في حين أظهرت نسبة (63.3%) من المرضى أنهم يعانون من أخطار مرتفعة مرتبطة بالإحترق ونسبة (46.9%) منهم كانوا يستهزئون بأخطار مرتفعة ونسبة (77.6%) لديهم خطر متزايد من الضغط و(76.5%) لديهم خطر متزايد من العنف.

-دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) حول عوامل الخطر النفسي - اجتماعي ومشاكل الصحة العقلية لدى المرضى في المستشفى الجامعي تارتو باستونيا Estonia. قد هدفت الدراسة إلى إكتشاف عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالعمل وعلاقتها بمشاكل الصحة العقلية لدى المرضى حيث تم اجراء مسح عرضي على عينة شملت (404) ممرض ولجمع البيانات تم الإعتماد على الطبعة الثانية من استبيان كوبنهاغن (COPSOQ) لقياس عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية.

أشارت النتائج التي توصل إليها الباحثان إلى أن أعلى متوسط الدرجات المسجلة بالنسبة للعوامل النفسية الإجتماعية الإيجابية التي تمت دراستها ذات الصلة بالعمل تتمثل في كل من معنى العمل وضوح الأدوار، العلاقات الإجتماعية والثقة المتبادلة بين الموظفين، وأعلى درجات للعوامل السلبية التي تمت دراستها تتمثل في مطالب إخفاء الإنفعالات، وتيرة العمل، المطالب المعرفية والإنفعالية. كما أظهرت النتائج أن الضغط والإحترق بمتوسط درجات عالية فيما يخص مشاكل الصحة العقلية وأن المطالب الكمية والعاطفية ترتبط بشكل إيجابي بجميع مشاكل الصحة العقلية المدروسة، في حين أن وتيرة العمل وصراع الأدوار لها علاقة إيجابية مع الضغط والإحترق. بالتالي كل العوامل النفسية الإجتماعية المدروسة كانت مرتبطة بشكل كبير مع الإحترق، وعوامل الخطر النفسي - الإجتماعي المرتبطة بالعمل مثل المطالب الكمية بما فيها عبء العمل والمتطلبات الإنفعالية، وتيرة العمل وصراع الأدوار كان لها علاقات إيجابية كبيرة مع مشاكل الصحة العقلية لدى الممرضين التي ساهمت بدورها في ارتفاع مستويات الضغط والإحترق.

-دراسة (Jahromi & Jalali, Eshghi, Zaher & Dehghan, 2015) حول تقييم الإستقلالية المهنية وارتباطها بالعوامل الفردية لدى الممرضين العاملين في المستشفيات التعليمية التابعة لجامعة كرمان للعلوم الطبية في جنوب شرق ايران. قد هدفت الدراسة إلى تقييم الإستقلالية المهنية ومدى ارتباطها بالعوامل الفردية وذلك على عينة قدرت بـ (385) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على إستبيان.

من أبرز النتائج التي توصل إليها الباحثون وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الإستقلالية المهنية والسن والخبرة العملية ومستوى التعليم وموقف الممرضين، كما تم العثور على علاقة إيجابية بين متوسط درجات الإستقلالية المهنية والخبرة التمريضية. فقد كان الموقف العام للممرضين نحو الإستقلالية المهنية ايجابية نسبياً، بالإضافة إلى ذلك لوحظ أن الإستقلالية المهنية تزداد مع ارتفاع مستوى التعليم والرضا

الوظيفي، صنع القرار الهرمي للفريق، كما أشارت إلى ضرورة تحسين مهارات التمريض والإستقلالية المهنية للممرضين من خلال الطرق المناسبة.

- دراسة (Nasiripour, Raeissi, Omrani, Khosravizadeh & Alirezaei, 2015) حول العلاقة بين الإلتزام التنظيمي للممرضين وجودة الخدمات بإيران. قد هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين الإلتزام التنظيمي للممرضين وخدمات المستشفى من أجل تحسين نوعيته وذلك على عينة قدرت بـ (149) ممرضا و (237) مريضا من أجنحة المرضى الداخليين وقد تم اختيارهم بطريقة العينة العنقودية ولجمع البيانات تم استخدام استبيانين الإلتزام التنظيمي وجودة الخدمة.

أشارت النتائج إلى أنّ الإلتزام التنظيمي للممرضين كان معتدلا ومرتبطا بشكل كبير بجودة الخدمة الكلية كما أشارت إلى ضرورة تعزيز الإلتزام المعياري من خلال التركيز على القيم التنظيمية وتعزيز إلتزام الإستمرارية من خلال الحياة المهنية عن طريق الترقية والإعتراف الذي يحسن من جودة الخدمة في المستشفيات.

-دراسة (Adzakpah, 2016) حول الضغط المهني لدى الممرضين العاملين بمستشفى في غانا. قد هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الضغط المهني وكذلك تحديد الضغوطات المهنية الأكثر انتشارا واستراتيجيات الحد منها حسب وجهة نظر الممرضين، وذلك على عينة قدرت بـ (73) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الاعتماد على مقياس Weiman لقياس مستوى الضغط.

أشارت النتائج إلى أنّ الممرضون يعانون من مستوى أعلى من متوسط الضغط المهني الذي يقيسه المقياس بنسبة (10%)، كما أشارت إلى أن الضغوطات الأكثر انتشارا هي عبء العمل، عدم كفاية الموارد والمطالب المتناقضة، بينما كانت الإستراتيجيات الأكثر انتشارا والتي استخدمها الممرضون في

إدارة الضغط هي اللجوء إلى الهويات وتحديد مصدر التوتر وتجنب الضغوط غير الضرورية، إدارة الوقت بشكل أفضل والتكيف مع المعايير والمواقف والتعبير عن مشاعرهم بدلا من كتمها.

-دراسة (Ekici, Cerit & Mert, 2017) حول العوامل المؤثرة على صراع عمل /أسرة لدى الممرضين ورضاهم الوظيفي ونيتهم في ترك المستشفيات في تركيا. قد هدفت الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤثر على صراع أسرة/ عمل لدى الممرضين ومستوى رضاهم المهني ونيتهم لترك العمل وذلك على عينة قدرت بـ (98) ممرض يعملون بمستشفيات خاصة، وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تمّ الإعتماد على إستبيان.

أشارت النتائج إلى أنّ الممرضون قد صرحوا بمستويات عالية من الصراع بين الأسرة / العمل وفق لعامل عبء العمل، وأوضح الدعم من طرف المسؤول الهرمي وعبء العمل نسبة (48%) من صراع أسرة/ عمل. وأوضح هيكل العمل نسبة (44%) من الرضا الوظيفي، في حين أوضح الرضا الوظيفي نسبة (17%) من التباين في نية المغادرة.

-دراسة (Laraqui, manar, laraqui, boukili, ghailan, deschamps & laraqui, 2017) حول تصور العمل والرفاهية لدى موظفي الصحة بالمغرب. قد هدفت الدراسة إلى تقييم تصور العمل والرفاهية لدى موظفي الصحة وذلك على عينة قدرت بـ (1950) موظف من بينهم نسبة (29.4%) من الأطباء ونسبة (70.8%) من الشبه الطبيين الذي لديهم على الأقل سنتين من الأقدمية، لجمع البيانات تم الإعتماد على توزيع استبيان مستوحى من المعهد الوطني للبحوث والأمن في فرنسا (INRS).

أشارت النتائج إلى أنّ الشعور العام في الصحة سيئة بنسبة (14.1%)، مقابل (24.5%) سيئة جدا مع وجود الأعراض المتصورة تتراوح ما بين (20.4%) إلى (26.2%) حيث تشمل ألم الظهر، الرقبة وصداع الرأس الذي يمثل الأكثر انتشارا لدى أفراد العينة، أما فيما يخص الضغط المتصور فقد كانت أغلبية أفراد العينة يشعرون بالضغط من طرف العمل وكان لديهم انطباع أن يكون في نهاية اللفة.

وفيما يخص عادات الحياة فقد أشارت النتائج إلى أن النشاط البدني العام ضعيف جدا إلى ضعيف لدى نسبة (9.1%)، ومتوسط لدى نسبة (50.7%) ومهم أو مهم للغاية لدى نسبة (40.2%)، حيث تستهلك نسبة (79.8%) يوميا أكثر من أربعة أكواب من الشاي ونسبة (59.6%) يستهلكون القهوة لتحفيز النفس في العمل. في حين كان إنتشار المدخنين يمثل نسبة (17.1%) والمستهلكين للكحول بنسبة (9.6%)، في حين بلغت نسبة المستهلكين للأدوية (28.1%) للمسكنات و(11.6%) للأدوية النفسية.

فيما يتعلق بمتطلبات العمل المتصورة بما فيها المادية، الإنعكاس الإنفعالي فقد كانت الإجابات صعبة أو صعبة جدا أكثر دلالة وأكثر تكرارا من سهلة أو سهلة جدا في مستوى دلالة (0.01)، وفيما يخص الموارد المتصورة في العمل فقد أشارت نسبة (46.4%) أنهم يقدرون قدراتهم الحالية في العمل ونسبة (33.9%) يصرحون أن صحتهم تسمح لهم بشغل نفس مناصبهم في السنتين المقبلتين.

فيما يخص تقييم الجوانب التنظيمية في العمل فقد كان الجانب العام لمكان العمل لم يكن مناسباً بنسبة (37.2%)، الأجر لم يكن مناسباً بنسبة (39.4%)، كمية العمل لم تكن مناسبة بنسبة (39.8%) وتيرة العمل لم تكن مناسبة بنسبة (43.2%)، وفيما يخص العلاقات مع الزملاء والدافعية في العمل كانت مناسبة لـ (55.6%)، الثقة بنسبة (65%) أما العلاقات والثقة التي قدمها الرؤساء كانت مناسبة لـ (15.6%) و(13.8%).

وفيما يتعلق بمحيط العمل فقد تم إثبات الشعور بالأمن في العمل دائما أو غالبا بنسبة (39.9%)، في بعض الأحيان بنسبة (53.4%)، ونادرا أو أبدا بنسبة (6.7%)، في حين أشارت نسبة (6.6%) بالإستمتاع بتناول وجبة متوازنة تقدم في موعدها ونسبة (20.6%) اعتبروا أن لديهم غرفة استراحة مناسبة وخاصة، وفيما يتعلق بالدعم الإجتماعي فقد كان الإنتشار الخاص بكل بنود الدعم الاجتماعي المدركة لها دلالة قوية.

-دراسة (almualm, banafa, al-hanshi & ba-abbad, 2019) حول الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في مستشفيات خاصة وحكومية باليمن. قد هدفت الدراسة إلى قياس الرضا الوظيفي وذلك على عينة قدرت بـ (315) ممرض وممرضة تم إختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة ولجمع البيانات تم الإعتماد على إستبيان يشمل عوامل الرضا لدى الممرضين.

أشارت النتائج الى أن نسبة عالية من الممرضين في المستشفيات الخاصة كانوا راضين، بينما كانت نسبة العاملين في المستشفيات الحكومية غير راضين عن وظائفهم وقد تم الحصول على الرضا بشكل كبير عن عمل الممرضين في المستشفى الخاص مقارنة مع المستشفيات الحكومية، حيث أرجع ذلك إلى بعض الأسباب مثل رضا الممرضين في المستشفيات الخاصة عن الإشراف وزملاء العمل وطبيعة الأعمال والعكس بالنسبة للعاملين بالمستشفيات الحكومية.

6-2- الدراسات التي تناولت التوافق المهني:

- دراسة (Chang, 1975) حول علاقة الإحترافية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بمستشفيات بالصين. قد هدفت الدراسة الى الكشف عن مجموعة من المتغيرات المتمثلة في الثقة بالنفس والكفاءة المهنية وعلاقتهم ومكانتهم وخبراتهم بالميدان الصحي ومدى إرتباطها بالتوافق المهني وذلك على عينة تتكون من (296) ممرض وممرضة لجمع البيانات تم الإعتماد على تصميم إستبيان.

أشارت النتائج إلى أن الممرضين ليسوا محترفين بما فيه الكفاية، إلا أنّ مستوى توافقه المهني كبير من حيث الكفاءة المهنية والثقة بالنفس وعدم وجود علاقة بين علاقتهم في ميدان العمل ومستوى توافقه المهني.

- دراسة (النيال، 1991) حول فحص الفروق الفردية بين الممرضات اللّاتي يعملن في قسم العناية المركزة والممرضات اللّاتي يعملن في الأقسام الأخرى بمستشفيات في مصر. وذلك على عينة تتكون من (60) ممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية وفق المنهج الوصفي المقارن.

قد أشارت النتائج لوجود إرتباطات جوهرية بين كل من قلق الموت والإكتئاب والعصابية لدى أفراد العينة وأرجعت هذه الإرتباطات إلى أنّ مهنة التمريض تعد مهنة ضاغطة تتضمن مواقف مفاجئة تعرض الممرضات للمشقة والإنعصاب، وكل هذه المشاكل تلعب دورا في عرقلة عملية التوافق المهني لدى الممرضات (أورد في: رجاء، 2008).

-دراسة (الشهري، 2000) حول علاقة التوافق المهني ببعض سمات الشخصية لدى موظفي القطاعين الحكومي والخاص في مجال الخدمات الصحية بمدينة الرياض. هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التوافق المهني والسمات الشخصية مع دراسة الفروق في التوافق المهني تبعا للمتغيرات الراتب، العلاقة مع الزملاء، التكيف مع بيئة العمل، ساعات الدوام، الإجازات، مواعيد العمل، الإدارة. وذلك على عينة بلغت (517) عامل وعاملة في القطاعين الحكومي والخاص في مجال الخدمات الصحية، لجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس التوافق المهني ومقياس سمات الشخصية. أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين التوافق المهني وبعض السمات الشخصية لدى موظفي القطاع العام والخاص، ووجود فروق دالة إحصائيا في الدرجة الكلية للتوافق المهني بين موظفي القطاع الحكومي والخاص ولصالح موظفي القطاع الحكومي.

- دراسة (الشافعي، 2002) حول العلاقة بين التوافق المهني لدى العاملين بالمستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وسماتهم الشخصية في محافظة غزة بفلسطين. قد هدفت الدراسة الى ايجاد العلاقة بين التوافق المهني والسمات الشخصية مع التعرف على الفروق في التوافق المهني وسماتهم الشخصية تبعا لمتغيرات الجنس، المؤهل الدراسي، عدد سنوات الخبرة وذلك على عينة بلغت (289) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة ولجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس التوافق المهني من إعداد الباحث ومقياس السمات الشخصية لنظمي أبو مصطفى.

أشارت النتائج إلى أن الممرضون يتمتعون بتوافق مهني بدرجة متوسطة مع وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التوافق المهني وسماتهم الشخصية وعدم وجود فروق في التوافق المهني حسب لمتغير المؤهل الدراسي والجنس وعدد سنوات الخدمة.

-دراسة (عبد الله، 2006) حول التوافق المهني لدى المرأة العاملة في المجال الطبي في مركز البطنان الطبي بمدينة طبرق في ليبيا. قد هدفت الدراسة الى الكشف عن مدى تحقيق التوافق المهني بالنسبة لكل عامل من عوامل التوافق المهني بما فيها الاجتماعي، الذاتي، التوافق المهني العام مع تحديد العلاقة بين درجات التوافق المهني لكل عامل من عوامله الثلاث والتوافق المهني العام وبعض المتغيرات مثل السن، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، مدة الخدمة بمهنة التمريض، الأجر، محل الإقامة من حيث البعد أو القرب بالنسبة لمكان العمل. وذلك على عينة الممرضات تم اختيارهن بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي، لجمع البيانات تم الإعتماد على تصميم استبيان من قبل الباحث.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها أنّ مستوى التوافق المهني متوسط مع وجود علاقة بين العوامل المهنية للتوافق وبين التوافق المهني، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير السن والتوافق المهني العام، وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق المهني العام ومتغير الحالة الاجتماعية، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير سنوات الخدمة في مهنة التمريض والتوافق المهني العام. كما بيّنت عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق المهني العام ومتغير المؤهل العلمي، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير الأجر والتوافق المهني العام لدى الممرضات.

- دراسة (Reghuram & Mathias, 2014) حول القلق الاجتماعي وعلاقته بالتوافق المهني لدى الممرضين بمؤسسة مانغولا Mangalore. قد هدفت الدراسة الى البحث عن العلاقة بين القلق الاجتماعي والتوافق المهني والكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي والمتغيرات الديموغرافية وذلك على عينة قدرت بـ (1000) ممرض تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس القلق الاجتماعي ومقياس التوافق المهني. أشارت النتائج الى ان (274) ممرض ما يعادل نسبة (27.4%) يتمتعون بقلق اجتماعي متوسط ونسبة (768) ما يعادل (76.8%) من الممرضين يحققون مستوى متوسط من التوافق المهني ونسبة (12.3%) يحققون مستوى جيد من التوافق المهني، و(10.9%) يحققون مستوى منخفض من التوافق المهني، كما توصلت إلى أنه لا توجد علاقة بين القلق الاجتماعي والتوافق المهني لدى الممرضين، في حين توجد علاقة بين القلق الاجتماعي والمتغيرات الديموغرافية المتمثلة في كل من الجنس والمستوى الدراسي.

- دراسة (Vaezi, Vala, Souri, Mousavi & Ghavamzadeh, 2016) حول التوافق انفعالي والاجتماعي والمهني لدى الممرضين العاملين في مصلحة الأورام بمستشفى في ايران. قد هدفت الدراسة إلى تقييم التوافق الانفعالي المهني والاجتماعي لدى الممرضين العاملين في مصلحة الأورام ومقارنتهم بالممرضين الذين يعملون في المصالح العلاجية الأخرى. وذلك على عينة قدرت بـ (100) ممرض من بينهم (50) ممرض يعمل في مصلحة الأورام و(50) ممرض يعمل في المصالح الأخرى وذلك وفق المنهج الوصفي المقارن، وقد تم الإعتماد على مقياس Bell's Adjustment Inventory . قد تم توزيع العينة على كل من جناح الطب الباطني للمرأة (14%)، جناح الطب الباطني للرجال (13%)، وحدة القبالة (17%)، غرفة العمليات (15%) وجناح أمراض الدم والأورام (41%).

أظهرت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة ثلاثة مجالات تتمثل في التوافق بين مرضي الأورام وزملائهم العاملين في أجنحة عامة، كما أشارت إلى أن مرضي الأورام لديهم توافق مهني وعاطفي أقل بكثير بالمقارنة مع الممرضين العاملين بالمصالح الأخرى.

6-3- دراسات تناولت الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني:

-دراسة (Delicourt, Congard, Montaleytang & Gros) حول الأخطار النفسية الاجتماعية في

العمل: الدور الوسيط لاستراتيجيات التوافق. قد هدفت الدراسة الى البحث عن التفاعل بين الخصائص

التنظيمية واستراتيجيات التوافق في ظهور حالات من الأخطار النفسية الاجتماعية وذلك على عينة

قدرت بـ (457) عامل في ايطار مراجعة الأخطار النفسية الاجتماعية ولجمع البيانات تم تطبيق مقياس

الأخطار النفسية الاجتماعية الطبعة الفرنسية الثالثة (COPSOQ, 2012) ومقياس the Way of Coping

(WCC) Checklist (WCC) Lazarus et Folkman (1984) الذي يسمح بتحديد استراتيجيات التوافق الأكثر

استخداما من طرف الفرد في وضعية الضغط.

قد أشارت النتائج إلى أن المتغيرات التنظيمية لها تأثير أقل على الصحة المتصورة وعلى تقييم المعاش

المهني عندما يميل الأفراد إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل، مع تأثير

المتغيرات التنظيمية على الصحة المتصورة وعلى تقييم المعاش المهني أقل أهمية عندما يستخدم الأفراد

القليل من استراتيجيات المواجهة التي تركز على العواطف. وأن المتغيرات التنظيمية لها تأثير أقل على

الصحة المتصورة وتقييم المعاش المهني عندما يميل الأفراد إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي

تتركز على الدعم الاجتماعي، كما توصلت الى وجود أثر مباشر لكل من متغيرات الإرغامات النوعية

التنظيم والإدارة الاستقلالية على الصحة والرفاهية في العمل.

- دراسة (Bakeer & Mohammed, 2017) حول الإحترق المهني والتوافق المهني وعلاقتهما بالفعالية الذاتية لدى طاقم التمريض الأكاديمي بمصر. قد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الإحترق المهني والتوافق المهني وعلاقتهما بالفعالية الذاتية لدى الممرضين وذلك على عينة قدرت (61) ممرض أكاديمي وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الإعتماد على مقياس التوافق المهني ومقياس الإحترق المهني ومقياس الفعالية الذاتية. قد أشارت النتائج الى وجود علاقة سلبية بين الإحترق المهني والتوافق المهني.

من خلال ما سبق عرضه من دراسات والتي ترتبط بمتغيرات الدراسة الحالية سواء بالأخطار النفسية الإجتماعية أو بالتوافق المهني أو بكلا المتغيرين وذلك بهدف الإستفادة منها قصد التعرف على أهم ما يميز الأخطار النفسية الإجتماعية وأهم العوامل المرتبطة بها والمساهمة في رفع مستوى التوافق المهني أو خفضه وفي أسلوب اختيار مجتمع الدراسة وعينته والإستعانة بها في بناء وإعداد وتصميم أداة الدراسة لقياس التوافق المهني والإستفادة منها في التنبؤ في صياغة فروض الدراسة الحالية.

- تعقيب على الدراسات السابقة:

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على مجموعة من الدراسات التي تخدم الموضوع والتي تناولت كلا من الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل وكل العوامل المتعلقة بأسبابها وعواقبها على الفرد العامل والتوافق المهني.

بهذا يمكننا القول من ضمن الدراسات التي تم ذكرها لم نجد دراسة تناولت كلا المتغيرين معا بصفة مباشرة علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين ولكن هناك دراسات قامت بعرض أحد أبعاد الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل سواء فيما يتعلق بالأسباب أو العواقب بالتوافق المهني لدى الممرضين ويمكن تلخيص أهم أوجه التشابه والإختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات المذكورة سابقا على النحو التالي:

من حيث المنهج فقد كان المنهج الوصفي هو السائد في كل الدراسات التي تم ذكرها وهذا يتفق مع منهج الدراسة الحالية، ومن حيث العينة وميدان الدراسة فقد كان لكل دراسة عينة لها خصائص وحجم محدد، قد يعود هذا إلى نسبة العينات في مجتمعات الدراسات المأخوذة منها أو وفقا لأهداف كل دراسة، إلا أنها اتفقت جميعها في نفس العينة ألا وهي الممرضين دون غيرهم وفي نفس ميدان البحث المتمثل في المستشفيات وهذا يتفق مع مقتضيات الدراسة الحالية، ومن حيث الأدوات فقد كانت معظم الدراسات معتمدة على المقاييس والإستبيانات منها العربية ومنها الأجنبية حيث اتفقت بعض الدراسات مع الدراسة الحالية في تطبيق نفس الأداة فيما يخص الأخطار النفسية الإجتماعية مثل دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) حول عوامل الخطر النفسي - اجتماعي ومشاكل الصحة العقلية لدى الممرضين ودراسة (Delicourt & al) حول الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل، أما فيما يخص التوافق المهني فقد تم الإعتماد بصفة عامة على بناء الإستبيانات لقياس التوافق المهني، أما من حيث النتائج فقد تنوعت نتائج الدراسات السابقة حيث توصلت كل دراسة إلى نتائج تختلف أحيانا وتتفق أحيانا سواء مع بعضها أو مع نتائج الدراسة الحالية.

نستنتج من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة أن كل دراسة قد بحثت إما في خطر واحد أو أكثر من الأخطار النفسية الاجتماعية أو بحثت في عامل أو عدة عوامل للأخطار النفسية الاجتماعية أو بحثت في علاقة خطر نفسي - اجتماعي بالتوافق المهني، ومنها من بحثت في التوافق المهني وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى. أما فيما يخص الدراسة الحالية فهي تبحث في عدد من عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية وعدد من الأخطار النفسية الاجتماعية وفي التوافق المهني أي أن ما يميز هذه الدراسة شمولها لعدد من المتغيرات، كل ذلك أعطى لها أهمية مختلفة عن الدراسات السابقة.

الفصل الثاني:

الأخطار النفسية الإجتماعية

تمهيد:

لاشك أن الوقوف على مفهوم واضح ودقيق لظاهرة معينة يعتبر شرطا أساسيا وأوليا لفهم حقيقتها وإدراكها، كما أن توافر المفاهيم الصحيحة عن أية ظاهرة تعتبر ضرورة حيوية وعلى قدر كبير من الأهمية لتقدم عرض البحث عن الظاهرة المدروسة، حيث تعتبر الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل ظاهرة اجتماعية معقدة ترتبط بعدة عوامل منها نفسية، اجتماعية وتنظيمية.

سننطلق في هذا الفصل الى عرض بعض التعريفات فيما يخص مفهوم العمل، مفهوم الأخطار بصفة عامة، الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل ومختلف العوامل المساهمة في نشوء هذه الأخطار ومختلف المتغيرات المرتبطة بهذه العوامل.

1- تعريف العمل:

عرّف كل من (Firth, 1948; Fryer & Payne, 1984; Shepherdson, 1984) أن العمل عبارة عن تكلفة الطاقة المبذولة من خلال مجموعة أنشطة منسقة تهدف إلى إنتاج شيء مفيد، وعرّف كل من (Frter & payne (1984) أن العمل هو نشاط مفيد يتم تحديده بواسطة غرض محدد يتجاوز المتعة التي يولدها الأداء، ويتفق معهم من نفس وجهة النظر كل من (Nord & Brief (1990 في قولهما أن العمل ليس فقط نشاط يقوم به الفرد لكسب الأجر، فإن هذا له عواقب وخيمة سواء على مستوى الفرد أو المنظمة (أورد في: Morin, 2008).

في حين أشارا (Cartwright & Holmes (2006 إلى أن العمل نشاط مهم للإنسان وللمجتمع فهو في المقام الأول نشاط يقوم فيه الشخص بإدخال نفسه في العالم وممارسة مواهبه والتعريف بنفسه والعمل على تحقيق إمكانياته وخلق قيمة، هذا ما يمنحه في المقابل شعورا بالإنجاز والفعالية الشخصية وربما حتى معنى للحياة.

نستنتج من خلال هذه التعريفات أن العمل عبارة عن نشاط يمارسه الفرد مقابل أجر، غير أنه يجب ألا يشمل فقط على العلاقات القائمة على المتطلبات المادية والإقتصادية ولكن يجب أن يشمل أيضا العلاقات القائمة على الضرورات الإنسانية والاجتماعية التي بدونها تتعرض التنمية الصحية للمجتمع لعدة أخطار.

2- تعريف الأخطار:

تعدّ الأخطار مفهوما واسعا ذات أهمية في العديد من المجالات العلمية، غير أنه لا يوجد اتفاق في الآراء بشأن كيفية تعريفها وتفسيرها وذلك راجع الى اختلاف الاتجاهات والتخصصات العلمية للباحثين وفي هذا الصدد نقدم مجموعة من التعريفات منها:

عرّف Lawrence (1976) الأخطار أنها عبارة عن مقياس الإحتمال ووزن العواقب غير المرغوب فيها، وعرفها كل من Wilson & Crouch (1982) على أنها الناتج عن الإحتمال والشدة، كما عرفتها Rosa (1998) أنها حالة أو حدث يتم فيه استخدام شيء ذي قيمة إنسانية وتكون النتيجة غير مؤكدة. ويرى كل من Kumamoto & Henley (1996) أنها مزيج من خمسة بدائل تتمثل في النتيجة، الإحتمال المعنى، السيناريو السببي والفئة المتضررة، أمّا Campbell (2005) يرى أنها تماثل الأضرار المتوقعة واعتبرها كل من Aven & Renn (2009) أنها عبارة عن عدم اليقين وشدة الأحداث والعواقب لأي نشاط يتعلق بشيء يقدره الإنسان (أورد في: Rajić, Šotić, 2015).

في حين اعتبرها كل من Kouabenan, Hermand & Sastre أنها عبارة عن إمكانية أن حدث ما أو وضعية ما لها نتائج سلبية في ظروف مهنية معينة، حيث يشمل الخطر مكونين أساسيين يتمثلان في إمكانية الظهور من جهة وخطورة هذه النتائج من جهة أخرى (أورد في: Lamy, 2010).

نستنتج من خلال التعريفات سابقة الذكر أن مفهوم الخطر يشير من ناحية إلى احتمالية أن حدث ما يؤثر بالفرد العامل ويجعله يتعرض له ومن ناحية أخرى يظهر في شدة هذا التعرض والعواقب السلبية على صحته، بمعنى أن الخطر يرجع إلى الرابط بين التعرض لأخطار العمل وشدة الضرر الذي يسببه هذا التعرض.

3- تعريف الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل:

قد تعددت التعريفات المقدمة للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل وذلك حسب تخصص واتجاه الباحثين حيث نستعرض فيما يلي بعض منها:

عرف كل من Cox & Griffiths (2005) أنّ الأخطار النفسية الاجتماعية تتعلق بجوانب تصميم وإدارة العمل والسياقات الاجتماعية والتنظيمية المسببة لضرر نفسي أو بدني (أورد في: Leka & jain, 2010). وعرفها Bertrand (2007) أنّها تغطي الأخطار المهنية التي تؤثر على السلامة الجسدية

والصحة النفسية للعاملين مثل الضغط، التحرش المعنوي والعنف، حيث يمكن أن تؤدي بدورها إلى أمراض مهنية مثل الإكتئاب، الأمراض النفسية، الجسمية واضطرابات النوم. وعرفها (2008, p19) Haubold, قائلاً "أن الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل تعبر عن مصطلح التوتر البشري الملاحظ في منظمات العمل"، ويرى كل من (2011) Lefebvre & Poirot أنها تعبر عن الخطر الذي يضعه سياق العمل على الصحة النفسية للعامل، ومن دوام وتزامن هذا الوضع الخطر تظهر مجموعة من الاضطرابات كالقلق، الإكتئاب الضغط النفسي وغيرها (أورد في: Delicourt, Congard, Montaleytang & Gros). أما (2009) Daniellou فقد عرفها أنها عبارة عن سحابة سامة تحوم فوق المؤسسة أو بعض مكوناتها والتي تصل بعضها إلى الموظفين في المقام الأول، حيث تمس أولئك الذين يتمتعون بخصائص شخصية هشة أو حساسة (أورد في: Bouffartigue, 2012).

ذكر (2013, p2) Macovei "أن الأخطار النفسية الاجتماعية تشير إلى الأخطار الصحية التي تنشأ في العمل من خلال الآليات النفسية والاجتماعية"، ووصفتها شبكة ممثلي الوقاية الفرنسية (Réseau des acteurs de prévention, 2015, p8) أنها مجموعة من الأخطار على الصحة النفسية الجسدية والاجتماعية الناتجة عن ظروف العمل وتفاعل العوامل التنظيمية والعلائقية مع الوظيفة النفسية"، وقد تنشأ الأخطار النفسية الاجتماعية حسب (2015) Debard من تقاطع الأبعاد الفردية والجماعية والتنظيمية للنشاط المهني، حيث من الصعب التعامل مع هذه الأخطار داخل المؤسسة لأن مصدرها متعدد العوامل.

يظهر من خلال تعريف (2015, p6) Pichon "أنها عبارة عن مجموعة من الأخطار المؤثرة على السلامة الجسدية والصحة النفسية للموظفين داخل بيئتهم المهنية حيث يمكن أن تتخذ هذه الأخطار أشكال مختلفة مثل الضغط، الإحترق، صراع أسرة/ عمل، انعدام الأمن المهني"، كما يظهر من خلال تعريف المعهد الوطني للبحث والأمن بفرنسا (INRS, 2015, p16) "أن الأخطار النفسية الاجتماعية

ترجع إلى وضعية العمل التي تنشأ عنها الضغوطات الناتجة عن اختلال التوازن بين إدراك الفرد للإرغامات البيئية وكيفية مواجهتها، حيث ينشأ عنه عنف داخلي بين عمال المؤسسة عن طريق التحرش النفسي والجنسي صراع بين الأفراد والجماعات، وعنفاً خارجياً ينشأ بين العمال خارج المؤسسة مثل التهديد العدوان فكل هذه الأخطار تهدد محيط العمل وعلاقات العمل.

أما حسب (Ribeil, 2016, p6) فإن "الأخطار النفسية الاجتماعية تغطي الأخطار المهنية المكتسبة وغير المكتسبة من طرف الموظفين، مع الحاق الضرر بصحتهم العقلية الجسدية والاجتماعية وذلك نتيجة لعدد من الأبعاد الفردية والجماعية للنشاط المهني، وتشمل ظروف العمل والعوامل التنظيمية والعلائقية التي تتفاعل بدورها مع الوظيفة العقلية".

نستنتج مما سبق الذكر من تعريفات أن الأخطار النفسية الاجتماعية عبارة عن التعرض لمجموعة من العوامل التي تسبب الأضرار في صحة الفرد بما فيها الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية حيث يمكن أن تنشأ من عوامل تنظيمية أي العمل أو عوامل شخصية أي خارج العمل أو عوامل علائقية تشمل ضعف التواصل والعلاقات الشخصية في البيئة المهنية.

4- تحديد الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل حسب مختلف الإتجاهات السلوكية:

بما أن مفهوم الخطر يشير إلى العلاقة بين التعرض لعوامل الخطر من ناحية والضرر من ناحية أخرى، بالتالي يجب التخلص من فكرة قياس الضرر لوحده لأن الضرر ليس محددًا سواء كان ذلك في الصحة النفسية أو الجسدية أو الاجتماعية، والسؤال المطروح ما إذا كان سيتم قياس عوامل الخطر فقط أو قياس كلا من التعرض والضرر، في هذا الصدد ظهرت عدة إتجاهات مختلفة في وجهات النظر وذلك وفقاً لتعدد التخصصات، حيث نستعرض فيما يلي وجهات نظر أهم الإتجاهات السلوكية حول نشوء الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل.

4-1- وجهة نظر علماء الأوبئة والأوبئة النفسانية:

تحدث علماء الأوبئة عن عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل وأشاروا في ذلك إلى أن عوامل الخطر تستخدم للعوامل التي ثبت أن لها تأثير على الصحة، وذلك إستنادا إلى الدراسات السببية، حيث أشار هذا النوع من الدراسات إلى أهم النماذج الكبرى في تحليل الروابط بين الصحة والعمل المتمثلة في نموذج المتطلبات -السيطرة-الدعم لـ (Karasek & Theorell, 1979 ; Karasek, 1994) ونموذج توازن -مكافأة- التعويض لـ (Siegrist, 1996)، نموذج العدالة التنظيمية لـ (Greenberg, 1991) ; Moorman, 1987 والتي تهدف بدورها إلى وصف تنظيم العمل حسب وجهة نظر العامل. يتم تقييم الصحة البدنية حسب هذا الإتجاه من خلال البقاء على قيد الحياة ودراسة أسباب الوفاة ووجود أو عدم وجود الأمراض المقررة بطرق مختلفة مثل الإستبيانات، متابعة رعاية صحية والعلامات البيولوجية عند وجودها، فقد أنتج علم الأوبئة العديد من الدراسات التي سلطت الضوء على الروابط بين تنظيم العمل والجوانب المختلفة للصحة.

ومن نفس السياق قام الأطباء النفسيين بنشر العديد من الدراسات الوبائية وذلك باختلاف علماء الأوبئة الذين غالبا ما ينظرون إلى جوانب مختلفة للصحة وغالبا ما يبحثون عن التأثير الكامل لعامل واحد أو أكثر، بالتالي يركزون على الصحة العقلية والبحث عن عوامل يجب أخذها بعين الإعتبار في تحليل الإضطرابات العقلية، وغالبا ما يحددون ذلك من قائمة المتلازمات النفسية المحددة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض (10 CIM-version) أو في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الذي يستخدمه البحث في الطب النفسي (أورد في: Gollac, 2010).

4-2- وجهة نظر الإرغونوميا:

ساهمت الإرغونوميا في الوقاية من الأخطار المهنية وهذا يعني الوقاية من الضرر على الصحة من حيث الحوادث والأمراض، فهي تسعى لفهم وتحويل أوضاع العمل من أجل تحسين التكيف لدى الإنسان وذلك قصد زيادة السلامة وتحقيق حماية أفضل لصحة العمال وجعل الإنتاج أكثر كفاءة وفي هذا الصدد أشار كل من (Dul & Weerdmeester, 1993) إلى أنّ الإرغونوميا تنقسم لعدة تيارات تتمثل في الإرغونوميا التحليلية والإرغونوميا النشاط.

تعتبر ارغونوميا التحليلية تيار شائع في العالم الأنكلوساكسوني ذات اتجاه معنوي، تحليلي، تصوري قريب من الإتجاه الوبائي بالرغم من اختلافها في الطرق التجريبية، فالإرغونوميا التحليلية تدرس التأثير الممارس على الصحة أو على الأداء انطلاقا من مختلف الجوانب المتعلقة ببيئة العمل، فهذه الدراسات غالبا ما يتم إجراءها في المختبر وكثيرا ما تستخدم التكميم. فمجال الميزات المدروسة واسع جدا لا سيما في حالة مدرسة المكونات البشرية (العوامل البشرية) ومع ذلك فإن إطلاق تسمية الأخطار النفسية الاجتماعية كان قليل التحقيق من خلال هذا الإتجاه.

أمّا فما يخص إرغونوميا النشاط فقد أشار كل من (Laville, 1986 ; Guérin & al, 1997) إلى أنها شائعة في الدول الفرنكفونية حيث تصرّ على أن الصحة والأداء عبارة عن نتيجة التفاعلات بين خصائص العمل والبيئة من جهة والفرد في العمل من جهة أخرى، فهذا الإتجاه يصور أثر الشخص في العمل ليس باعتباره كائن مجهول يتميز بمجموعة من السمات الثابتة ولكنه كمثل وفاعل في إتخاذ مبادرات أثناء القيام بنشاطه وذلك من أجل محاولة التوفيق بين الأهداف المحددة والأهداف الخاصة به والتي تبين بأن العمل الفعلي مختلف عن العمل المحدد. كما أشارت إلى أن المشاكل لا ينبغي اعتبارها فقط مصطلح تعرض الشخص لعامل ما، إنما بمفهوم إمكانية ضبط مجموعة من العوامل التي تميز الحالة

فارغونوميا النشاط تحنوي على دراسات كمية من الميدان مبنية على ملاحظة الوضعيات الخاصة من وجهة نظر فهم صعوبات النشاط وتحسين وضعيات العمل.

بشكل عام فقد أشار كل من (Petit, 2006 ; Daniellou & Béguin, 2004) إلى أنه إذا كانت الأخطار النفسية الاجتماعية ناتجة عن التناقضات غير المكشوفة بين الأهداف من حيث العمل المنجز بطريقة جيدة من قبل المشغل ونوعية العمل المقيم من طرف المنظمة، فالمساهمات المحتملة من الإرغونوميا هي تحديد التناقضات بين العمل الجيد والجودة الرسمية للعمل في اطار وضع مناقشة تنظيمية داخل المنظمة للحد من هذه التناقضات (أورد في: Petit, Dugué & Daniellou, 2011).

4-3- وجهة علم النفس والطب النفساني:

إن إتجاه الأخطار النفسية الاجتماعية في علم النفس والطب النفسي متغير جدا من تيار إلى آخر، إلا أن المقاربات الشائعة لعلم الأمراض النفسية في العمل تشمل تحليل كل المعوقات الفردية المرتبطة بالعمل سواء الجسمانية أو العرضية أو النفسية المرضية، كما تشترك في التركيز على تنظيم العمل أو حسب وجهة نظر العمال. وفي هذا الصدد أشار (Légeron, 2001) إلى أن علم النفس المعرفي والسلوكي قد درس نتائج الأخطار على الموظفين بمعنى التكلفة من حيث الصحة.

هذا الإتجاه يحاول التوفيق بين الإتجاهات القائمة على دور المنظمة بما في ذلك تلك التي طورتها إرغونوميا النشاط مع الإتجاهات القائمة على ردود الفعل الفردية واستخدام أشكال الضغط المستوحاة عن كل من (Selye, 1956. Laborit, 1979) أو بشكل أكثر تحديدا النموذج المعرفي لـ (Lazarus & Folkman, 1984) الذي يؤكد على المقارنة بين الفرد من التهديد والموارد المتاحة له لمواجهتها. بالتالي يدافع علم النفس المعرفي والسلوكي عن التدخلات الوقائية الأولية التي تتعامل مع الأسباب وعوامل الأخطار والثانوية التي تركز على تحسين تكيف الأفراد مع الضغط أو الثلاثية التي تعمل في النتائج المترتبة على الأفراد الذين يعانون من الضغط.

فقد أشار (Légeron, 2008) إلى أنّ علماء النفس والأطباء النفسيين الذين يدافعون عن هذا الإتجاه يقيمون الأخطار النفسية الاجتماعية كمياً للتحكم بشكل أفضل في الإجراءات التصحيحية، في حين أن علم النفس الديناميكي في العمل المستوحاة من التحليل النفسي تستخدم مفهوماً منافساً لمفهوم الضغط وهو المعاناة في العمل الذي يشير بشكل عام إلى تجربة نفسية غير سارة في العمل.

فنادراً ما يستخدم مصطلح الأخطار النفسية الاجتماعية نظراً لأنّ العديد من المؤلفين يجدون أنه لا جدوى منه، لكن البعض الآخر يشير إلى أنه مضرّة خاصة لأنه سيثير فكرة الهوية بين بناء وظيفة جيدة من جهة وتدخل خبير للحد من أخطار من ناحية أخرى وإهمال ديناميات نفسية فردية والنشاط الإبتكاري لهذه المواضيع.

في حين أشار (Dejours, 1993) إلى تطوير علم النفس الديناميكي في العمل سلسلة من المفاهيم الأصلية حيث ركز بشكل كبير على جودة العمل والإعتراف في العمل، كما ساهم في تسليط الضوء على استراتيجيات الدفاع الجماعي من خلال قمع المعاناة والخوف الذي يشعر به العامل في عمله حيث تصر عيادة النشاط بشكل خاص على أهمية نشاط العمل والعلاقات الاجتماعية، وفي هذا السياق أشار (Molinier, 2011) أن النقاط الشائعة بين هذه الأساليب تحاول عدم عزل الظواهر النفسية عن سياقها.

كما ذكر (Gaignard, 2008) أن الأساليب المستخدمة هي النوعية، بالإضافة إلى الممارسة التحليلية التي تشمل مراقبة وتسجيل أوضاع العمل والأشكال المختلفة من المقابلات والمواجهات في مجموعات صغيرة، كما أن هناك أعمال أخرى مستوحاة من التحليل النفسي لا تركز بشكل محدد على العمل ولكن لا يزال من الممكن تطبيقها على العمل وأبرز مثال على ذلك أعمال (Marie-France Hirigoyen, 1998) على التحرش الأخلاقي التي توصلت نتائجها إلى أن التحرش الأخلاقي يبدو منتشرًا نسبيًا في مكان العمل (أورد في: Gollac, 2010).

4-4- وجهة نظر طب العمل:

إن طب العمل عبارة عن تخصص ذو خاصية عيادية تعمل على مراقبة صحة العمال في تفاعلها مع ظروف العمل، فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية يمكن لطب العمل أن يحدد وضعيات العمل انطلاقاً من أصل المشكل في الصحة الملاحظة لدى العمال ومن أبرز مهامه اليقظة والتنبه لإكتشاف ظروف العمل من أجل تحديد المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى أخطار على صحة العمال. في هذا السياق أشار (Paroles, 1994) إلى أن أطباء العمل يمكن أن يلعبوا دوراً أساسياً في إبراز الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسات وذلك بفضل تجميع ملاحظاتهم الميدانية، حيث ساعد كتاب ألفه مجموعة من الأطباء المهنيين في إظهار قضية الأخطار النفسية الاجتماعية ونشر الوعي بأهمية الظاهرة (أورد في: Gollac, 2010).

4-5 وجهة نظر علم الاجتماع:

بشكل عام تشمل الدراسات الاجتماعية مراقبة الأخطار النفسية الاجتماعية في سياق أوسع يسمح بفهم أفضل لعواقبها أو أصلها وقد ذكر (Baudelot & al., 2003) أن علماء الاجتماع قد أشاروا إلى أنّ العلاقة بالعمل لا يمكن فهمها إلا بالرجوع لمسارات العمال وتوقعاتهم وبالعكس يهتمون بتأثير ظروف العمل على مسيرة العمالة والاندماج الاجتماعي، حيث ذكر كل من (Burchell & al, 2002) أن تحولات المنظمات تؤثر على الظروف الأخلاقية وعلى ظروف العمل المادية. كما إهتم أيضاً علماء الاجتماع بظهور مشاكل الصحة المهنية وعلى وجه الخصوص الأخطار النفسية الاجتماعية التي اعتبروها جزءاً من الواقع المعاش من طرف العاملين، وقد اعتمد البعض في دراستهم لها على الأساليب الكيفية مثل الملاحظة، المقابلات، تحليل الوثائق بينما اعتمد آخرون على أساليب كمية، كما قاموا بتأسيس تحقيقات أصلية تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية فهم أقل اهتماماً بالدراسات المستقبلية مقارنة مع الأخصائيين في علم الأوبئة (أورد في: Gollac, 2010).

نستنتج مما سبق الذكر فيما يخص الأخطار النفسية الاجتماعية حسب مختلف جهات نظر الاتجاهات السلوكية المذكوره سابقا أنها تمنح مكانة متميزة لتنظيم العمل وأقل إجماعا على الجوانب الاجتماعية والاقتصادية الأخرى للعمل ويعتبرون أنه من الملائم دراسة هذه الجوانب الاجتماعية للعمل على وجه الخصوص وتأثيرها على نفسية الأفراد حتى لو تمكنوا من التفاعل مع الظروف المادية للعمل وعلى العكس من ذلك تنظر مختلف التخصصات في كل من آثار الجوانب الاجتماعية للعمل على الصحة النفسية وأشكال الصحة الأخرى.

قد بينت أعمال الدراسات الوبائية آثار الخصائص النفسية والاجتماعية للعمل على الصحة البدنية وينطبق الشيء نفسه على بعض الأعمال في علم النفس والطب النفسي وطب العمل والإرغونوميا التي تشير إلى أبعاد تنظيمية وعلائقية، خاصة الذين ينتمون الى منظور الأنساق يشيرون إلى أن العوامل تلعب دورا كاف ومهم في نشاط مسير الألة والأخذ بعين الاعتبار في ذلك التحليلات الإرغونومية للعمل كما يطالبون بعدم اهمال الجوانب المادية والتقنية للمهام وظروف العمل التي تتفاعل مع العوامل التنظيمية والعلائقية، في حين ركزت وجهة نظر طب العمل على مجموع المشاكل المرتبطة بعوامل الأخطار النفسية الاجتماعية والتي تمثل جزءا مهما من الطلب الموجه إلى الأطباء المهنيين.

5- عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل:

قبل التطرق إلى تحديد أهم عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية التي قد يتعرض لها العامل في البيئة المهنية سنتطرق أولا إلى تعريف مفهوم العوامل النفسية الاجتماعية في العمل.

عرف (2008) Martinez العوامل النفسية الاجتماعية في العمل على أنها تشمل جوانب من تصميم وتنظيم وإدارة العمل وكذلك سياقهم الاجتماعي والبيئي الذي يمكن أن يتسبب في أضرار جسدية أو اجتماعية أو نفسية للعمال، وعرفها كل من (2009) Taub & Olivares أنها عبارة عن الظروف

الموجودة في حالة العمل والتي ترتبط ارتباطا مباشرا بتنظيم العمل ومحتواه وأداء المهمة التي تحدث مع القدرة على التأثير إيجابيا أو سلبا على تطور العمل والصحة الجسدية والنفسية الاجتماعية للعامل.

فقد وصفها كل من (Samra, Gilbert, Shain & Bilsker, 2012) أنها مجموعة من العناصر التي تؤثر على الإستجابة النفسية للعمال في عملهم وظروف العمل والذي يمكن أن يسبب مشاكل في الصحة النفسية، وتشمل هذه العوامل كيفية تنفيذ العمل من حيث الأوقات المحددة، عبء العمل، أساليب العمل والسياق الذي يحدث فيه العلاقات والتفاعل مع المسؤول الهرمي وزملاء العمل والعملاء، في حين أعتبرها كل من (Green, Physio, 2015, p2) "أنها تربط النطاق الفردي للعامل بمتطلبات محيط عمله فهي تشمل الإتصالات الاجتماعية أثناء العمل".

نستنتج من خلال التعريفات سابقة الذكر أن العوامل النفسية الاجتماعية في العمل ترجع إلى التفاعل بين كل من بيئة العمل، محتوى العمل، ظروف المنظمة والعمال من حيث القدرات، الرغبات الثقافة، الخبرة الذاتية مع الأخذ بعين الإعتبار أنها يمكن أن تؤثر على الصحة، الأداء في العمل، الرضا في العمل، بالتالي فإن التوازن الأمثل بين العوامل الإنسانية والظروف المهنية يمكن أن يخلق حالة نفسية اجتماعية في وضعيات العمل والتي لها تأثير ايجابي على الصحة، في حين يشير التفاعل السلبي بين الظروف المهنية والعوامل الإنسانية الى وجود اضطرابات انفعالية، مشاكل سلوكية مما يؤدي الى تشكل عوامل أخطار نفسية اجتماعية وجسدية متوقعة في صحة العامل.

على هذا الأساس فإن عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها العامل في بيئته المهنية متعددة فمنها ما قد يرتبط بالعمل أو العامل نفسه أو حتى البيئة التنظيمية، بالتالي سنتطرق فيما يلي لعرض بعض التعاريف المرتبطة بها.

حددت منظمة العمل الدولية (ILO,1986) عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل على أنها التفاعلات بين المحتوى والتنظيم وإدارة العمل والظروف البيئية من جانب ووظائف واحتياجات العمال

من جانب آخر، فقد تمارس هذه التفاعلات تأثيراً ضاراً على صحة العمال من خلال إدراكهم وتجربتهم. كما حددت الوكالة الأوروبية للسلامة والصحة في العمل عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل بأنها جوانب تصميم وتنظيم وتوجيه العمل وبيئتها الاجتماعية بمعنى نطاق وصلاحيات صاحب العمل التي يمكن أن تسبب الخطر النفسي-الاجتماعي والجسدي لصحة العمال (أورد في: López, 2014).

تشير عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل حسب كل من (Vézina, Bourbonnais, Brisson & Trudel, 2006) إلى جميع العوامل التنظيمية والعلاقات ما بين الأفراد التي قد يكون لها أثر حاسم على الصحة، فالتصنيفات العديدة للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل تعين عدداً ضخماً من العوامل التي تسمح بتوثيق الطبيعة المجهدة لحالة العمل وتشمل هذه العوامل الرقابة من خلال الإستقلالية المشاركة، استخدام وتطوير المهارات، عبء العمل من خلال الكمية، التعقد، ارغامات الوقت، الأدوار من خلال الصراع والغموض، العلاقات مع الآخرين من خلال الدعم الاجتماعي، التحرش، الإعتراف والمسار المهني من خلال الترقية، عدم الإستقرار والمناخ أو الثقافة التنظيمية من خلال الإتصال التسلسل الهرمي، العدل، تفاعل عمل/ الحياة الشخصية.

وذكرا كل من (Richoz, Spori, 2014) أن عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل تتضمن كل الجوانب المتعلقة بالحياة المهنية، مما قد يؤدي إلى تدهور كل من الأداء، الدافعية الرضا في العمل مع تعريض الصحة الجسدية والنفسية للموظفين للخطر، كما قد تنتج عنها ارغامات متعلقة باتمام المهام تنظيم العمل والعلاقات الاجتماعية. ومن أهم هذه العوامل الضغط، تدخّل في صنع قرار ضعيف، ضيق الوقت، التنوع في العمل، العمل الزائد أو على النقيض، نقص استخدام قدرات الفرد، انعدام الأمن في العمل، غياب الدعم الاجتماعي من طرف المسؤولين أو الزملاء.

نستنتج من خلال التعريفات سابقة الذكر أنّ عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل متعددة ومرتبطة بالعامل أو بالعمل نفسه، أو بالبيئة المهنية وتتنحصر في كل من الجوانب المحيطة بالحياة في البيئة المهنية والتي تؤدي الى تعريض صحة العامل النفسية والاجتماعية للخطر.

6- تحديد أهم الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل حسب الدراسة الحالية:

لتحديد أهم الأخطار النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها الممرض حسب أهداف الدراسة الحالية تم التركيز في ذلك على تبني أهم الأخطار التي تم ذكرها في تعريف Dupret & al, (2012) الذي أشار إلى أن الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل تتحدد وفق مجموعة من العوامل المسببة للأخطار والمتمثلة في الإرغامات الكمية بما فيها عبء العمل، وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية، التنظيم والقيادة بما فيها التنبؤ، الإعراف، العدل، وضوح الأدوار، صراع الأدوار، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والإدارة، العلاقات الأفقية بما فيها الثقة ما بين الزملاء، الدعم الاجتماعي من طرف الزملاء والإستقلالية من خلال مجال التدخل وإمكانية التطور، الصحة والرفاهية بما فيها الضغط، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة / عمل، إنعدام الأمن المهني وأخيرا المعاش المهني بما فيه معنى العمل، الإلتزام بالمنظمة، الرضا في العمل.

6-1 الأخطار المرتبطة بالإرغامات الكمية:

قبل التطرق إلى تحديد أهم الإرغامات الكمية التي يتعرض لها العامل في بيئته المهنية سوف نلقي نظرة عامة عن مفهوم الإرغامات في العمل.

عرف Sperandio (1988) الإرغامات على أنها مجموعة من متطلبات العمل المتعلقة بموقف معين وفي ظلّ ظروف عمل معينة، حيث لا تراعي في ذلك خصائص العامل (أورد في: kostenko, 2017) وعرفها كل من (Mayer, Painter & Lingineni 1995, Whelton, Penneanen & Ballard 2004) أنها عبارة

عن ظروف إلزامية، كما تعتبر قوة تحدّ من أداء الأنساق في سياق بيئة معينة. ويرى (Tam 2006) أنّها تصف العلاقات بين الأهداف والعمليات، هذه الأخيرة التي تشكل عائق أمام التقدم نحو هدف معين في حين يرى (Stein 1997) أنّ الإرغامات قد تسبب عواقب غير مرغوب فيها أو لا تدعم أهداف تنظيمية (أورد في: Lau, Kong).

نستنتج من التعريفات سابقة الذكر أن الإرغامات عبارة عن عقبات مصاحبة للعمل ومعيقة لأهداف العامل والمنظمة، ومن أهم الإرغامات الكمية التي تم الإعتماد عليها في الدراسة الحالية نجد عبء العمل، وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية حيث سيتم التطرق إليها فيما يلي:

أولاً- عبء العمل:

1-تعريف عبء العمل:

يعتبر عبء العمل مصطلح معقد نوعاً ما نظراً لتداخل العديد من العوامل المحددة له، بالإضافة إلى إختلاف آراء الباحثين المهتمين بهذه الظاهرة، حيث أشار (Sperandio, 1972, p86) "أن عبء العمل مرتبط بمستوى كل من الأنشطة العقلية، الحسية، الفيزيولوجية الضرورية للقاء وظيفة معينة" وعرّف (Tort, 1974, p.49) عبء العمل "أنّه التغيرات التي ترافق شدة الجهد المبذول من قبل العامل لتلبية متطلبات المهمة وفق ظروف مادية تتحدد طبقاً لحالته ومختلف الميكانيزمات التي يحتوي عليها العمل"، وعرفه كل من (Lysaght & al (1989) أنه عبارة عن القدرة النسبية في الإستجابة، ووصفه كل من (Bacs, Ryan, & Wilston (1994) على أنّه بنية تستخدم لوصف مدى إلتزام المشغل بالموارد المعرفية والمادية اللازمة لأداء المهام. كما يمكن وصفه حسب كل من (Slagle, Reddy & Weinger (2004) أنه بنية متعددة الأبعاد ومعقدة تتأثر بمطالب المهام الخارجية والعوامل البيئية والتنظيمية والنفسية والقدرات الإدراكية والمعرفية (أورد في: Hoonakker, carayon, Gurses & al, 2011).

يرى كل من (Athènes, Averty, puechmorel, Delahaye & collet, 2002, p57) "أن عبء العمل عبارة عن بناء متعدد الأوجه لا يمكن رؤيته بشكل مباشر، ولكن يجب استنتاجه مما يمكن ملاحظته أو قياسه"، كما يرى في نفس السياق (Leplat, 1997, P19) "أن عبء العمل عبارة عن نتيجة للعلاقة بين متطلبات العمل التي يجب أن يستجيب لها العامل لإنجاز المهمة والمتطلبات من صنف فيزيقي، إدراكي معرفي تنظيمي أو بيئي ومستوى متطلبات المهمة والوقت المحدد لإنجازها وإرغامات وأثار هذه المهمة".

قد ذكر كل من (Martins, Ribeiro, Bobroff, Marziale, Robazzi & Mendes, 2012, p64) "أن عبء العمل مفهوم سعى إلى الكشف عن كل العوامل التي تحدد سيرورة العمل مثل الموارد التكنولوجية والتنظيم والمشاركة في الأنشطة والعلاقات الشخصية والعلاقة مع البيئة والهيكل المادي هذه العوامل التي قد تنقل كاهل المهنيين وعملهم وقدراتهم وتعمل على تدمير طاقاتهم الحيوية".

نستنتج مما سبق الذكر من التعريفات أن عبء العمل عبارة عن مفهوم يصعب تعريفه كونه يشمل عدة مكونات، حيث يقصد به تلك الضغوط التي تولدها طبيعة العمل والمتمثلة ببذل الجهد الكبير من طرف العامل وكثرة الواجبات والمهام الملقاة على عاتقه، بالإضافة إلى قلة الوقت المسموح به لإنجاز متطلبات العمل والواجبات والتي قد تتطلب في بعض الأحيان القيام ببعض الأعمال الإضافية.

2- أشكال عبء العمل:

لعبء العمل أشكال متعددة، حيث إقترح كل من (Poete & Rousseau (2003) تقسيمه إلى ثلاثة أشكال منها العبء المحدد الذي يشير إلى المتطلبات المسطرة، والعبء الفعلي الذي يشير إلى نشاط الفاعلين في العمل، والعبء الذاتي أو ما نسميه العبء المعاش الذي يمثل الشعور بالعبء المعاش (أورد في: (Cazabat, Barthe & Cascino, 2008)، بالتالي سنتطرق فيما يلي إلى هذه الأشكال الثلاثة ببعض من التفصيل.

• **العبء المحدد (المسطر):**

يشير العبء المحدد (المسطر) حسب (Montmollin 1986) إلى الأدوات التي يتم من خلالها العمل وتفاعلاته، الأداء المتطلب والإجراءات المسطرة، بالتالي يعتبر مثل إرغامه وما تتطلبه منظمة العمل وتشمل هذه الإرغامات الأهداف المتعلقة بالأداء والتي يتعين تحقيقها كميًا على سبيل المثال الكمية، المدة، المقياس والجودة مثل النوعية، الوقت، الرضا، كما تشمل أيضا الإجراءات المختلفة المخططة لوضعية عمل معينة.

كما ذكر كل من (Falzon & Sauvagnac 2004) أن عبء العمل المحدد لا يتم تحديده نهائيا ولا يتطابق مع وصف المهمة أو منصب العمل، بل يتطور مع مرور الوقت ويتحول مع الديناميات اليومية للعمل التي تؤثر بدورها على جميع ظروف تنفيذ العمل، كما يشمل أيضا الوسائل المتاحة للعامل من أجل القيام بعمله وتحقيق أهدافه. وفي هذا الصدد أشار (Guérin & al 2006) إلى أن هذه الوسائل تعني القدرات مثل الموارد المادية والبشرية، الخبرة والوقت، وأدوات العمل مثل البرمجيات والمعدات والآلات وأدوات الإدارة مثل المبادئ التوجيهية والمعايير المتاحة بالفعل داخل المنظمة للقيام بالعمل.

نستنتج مما سبق الذكر أنه إذا لم تتوفر هذه الموارد لدى العامل فمن الصعب إن لم يكن من المستحيل تحقيق النتائج المتوقعة، فالإرغامات التي سبق تحديدها في متطلبات المهام بما فيها المادية والمعرفية والتناقض في التوقعات والقدرة على استخدام مهارات الفرد واستقلالية اتخاذ القرار والموارد المادية المتاحة لتنفيذ العمل كلها تؤثر في عبء العمل.

• **العبء الفعلي:**

يرجع العبء الفعلي حسب (Guérin & al 2006) إلى الجهود المبذولة من قبل الفرد لتحقيق أفضل الأهداف المحددة (العبء المحدد)، مع ظروف أداء العمل التي تتكون من موارد العامل وخصائص المنظمة والوسائل الفعلية المتاحة له لتحقيق الأهداف، وفي هذا السياق أشار (Lamonde &

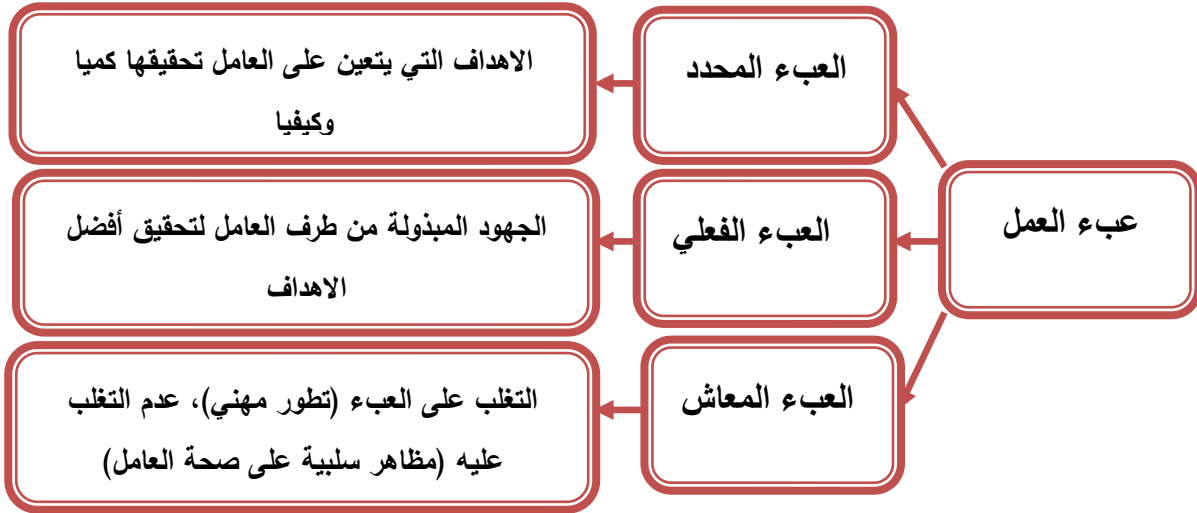
(Montreuil 1995) إلى أنّ عبء العمل الفعلي يشمل مجموعة من الإجراءات، التنازلات والإستراتيجيات للتغلب على إرغامات العمل والتنظيم.

نستنتج أن العبء الفعلي يتعلق أساسا بالمجهود المبذول من طرف الفرد لتحقيق الأهداف المسطرة (العبء المسطر) ويكون ذلك وفقا لظروف تنفيذ العمل التي تتكون من موارد العامل، خصائص المنظمة والإمكانيات الحقيقية المسخرة لتحقيق الأهداف.

• **العبء المعاش:**

العبء المعاش هو ما يشعر به الفرد فيما يتعلق بعبء العمل الخاص به والمرتبط بالعمل المحدد وموارده الخاصة والموارد المتعلقة بالمنظمة وسياق تنظيمي محدد مع تقديم أو عدم تقديم كل من الإعتراف والدعم، حيث يمكن اعتبار تفسير هذه التجربة المعاشة بمثابة تطور مهني أو التعبير عنها من خلال مظاهر سلبية مختلفة (أورد في: Fournier, & al , 2010).

نستنتج مما سبق الذكر من أشكال العبء أنه يمكن النظر إلى عبء العمل من زاوية ثلاثة أبعاد تكميلية تتمثل في عبء العمل المحدد الذي يرجع إلى المتطلبات المحددة والتي يجب على العامل تحقيقها، وعبء العمل الفعلي الذي يشير إلى النشاط الفعلي الذي يبذله العامل وعبء العمل المعاش الذي يشمل كل ما يحس به العامل من عبء أثناء تأدية مهامه المرتبطة من جهة بالعمل المسطر ومن جهة إمكانياته ومن جهة أخرى إمكانيات المنظمة والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (1): أشكال عبء العمل (المصدر: من إعداد الباحثة).

3- أنواع عبء العمل:

يشير عبء العمل إلى جميع العوامل التي تشكل تحديا يجب على العامل تجاوزها من أجل أداء

المهمة على أفضل وجه، بما في ذلك عبء العمل الفيزيقي وعبء العمل الذهني.

• عبء العمل الذهني:

العبء الذهني عبارة عن مصطلح افتراضي يعبر عن الكلفة المعرفية المفروضة على العامل

أثناء تنفيذ مهامه ونعبر عنه بكمية النشاط الذهني الذي يجب أن يبذله الفرد لإنجاز مهام معينة، حيث

عرّف كل من leplat & pailhous (1969) على أنه عبارة عن درجة تعبئة الموضوع بمعنى جزء من

قدراته العاملة التي يستثمرها في مهمته، وعرفه كل من Monod & lille (1976) على أنه عبارة عن

التأثيرات على الجسم من الوزن الذي يحمله الإنسان على كتفيه، بالمعنى الحرفي والمجازي العمل الذي

يسمح له بالعيش والإحتفاظ بمكانته في المجتمع وتحمل جميع مسؤولياته نظرا لما هو عليه والبيئة

المحيطة به.

حسب (1980) Lucas أن العبء الذهني في العمل يشير إلى نتيجة التأثيرات على الأنشطة العقلية أو على الأعضاء التي تعتبر مركز النشاط النفسي للفرد، بغض النظر عن العوامل المرتبطة بالعمل حيث يرتبط العبء الذهني بشكل رئيسي بحالات الضغط، وذكر (1980) Sperandio بأن العبء الذهني يعبر عن القياس الكمي أو الكيفي لمستوى الأنشطة الضرورية لإتمام العمل المكلف به (أورد في: Robert, 2010).

نستنتج أن عبء العمل الذهني يعبر عن الضغوط الفكرية والعقلية التي يعاني منها بعض العاملين في المنظمات والتي تتمثل بكثرة التركيز والحاجة الكبيرة للدقة في أداء العمل وانجازه وضرورة وجود الإنتباه من قبل العامل في انجاز المهام الوظيفية.

• عبء العمل الفيزيقي:

حسب (1972) Sperandio يرجع أصل مفهوم العبء الفيزيقي إلى الفيزياء، حيث تم استعماله وتطبيقه لأول مرة في مجال فيزيولوجية النشاط العضلي وقد تم استعماله فيما بعد في علم النفس العمل والتنظيم ليصبح مفهوم عبء العمل مفهوم أكثر تداولاً في هذا التخصص وفي الإرغونوميا (أورد في: خلفان، 2010). في حين ربطه كل من (Martins, Ribeiro, Bobroff, Marziale, Robazzi & Mendes, 2012) بالظروف الفيزيائية المتمثلة في الضوضاء التي تعمل على الأذن والخلايا العصبية المركزية والحرارة التي تنشط آلية التنظيم الحراري وتمكن من إجراء تغييرات في العملية الفسيولوجية.

4- عبء العمل لدى الممرضين:

يشكل عبء عمل التمريض تحدياً كبيراً لنظام الصحة وموضوع مهم في العديد من دراسات التمريض، فقد عرف عبء العمل على أنه حجم العمل الذي يجب القيام به من طرف الممرض أو الإدارة أو المجموعات المستخدمة وذلك في فترة زمنية محددة، حيث أشار Salvendy إلى أن عبء العمل يعبر عن وظيفة عامل من العوامل البيئية والتنظيمية علاوة على ذلك، فقد تم اقتراح العديد من

أبعاد عبء عمل التمريض بما فيها المادية، المعرفية وضغط الوقت والأبعاد الإنفعالية والكمية وأبعاد التنوع (أورد في: Khademi, Mohammadi & Vanaki, 2015).

قد ذكر Reis (2012) أن عبء عمل الممرضين يتكون من مهام أو أنشطة التمريض وغير التمريض فمهام التمريض هي عدد الواجبات ومن بين الأنشطة التي يقوم بها الممرض خلال العمل تقييم المريض تطوير خطط الرعاية وتوفير الرعاية التمريضية الشاملة. أما فيما يخص المهام والأنشطة غير التمريضية فإنها تشير إلى الأنشطة التي يقوم بها الممرض والتي لا تتطلب مهارات مهنية في التمريض ولا ترتبط بالرعاية المباشرة بالمرضى وهي تشمل العمل الكتابي والتدبير المنزلي، والخدمات الغذائية وتتسق الخدمات الملحقة ونقل المرضى (أورد في: Ragab, Al Torky & Ghallab, 2017).

نستنتج مما سبق الذكر أن عبء العمل عبارة عن تلك الضغوط التي تولدها طبيعة العمل والمتمثلة باضطرار العامل بصفة عامة والممرض بصفة خاصة لبذل جهود كبيرة نظرا لكثرة الواجبات والمهام المكلف بها مقارنة بضيق الوقت لإنجاز ذلك، حيث ينقسم إلى نوعين عبء ذهني وعبء فيزيقي ويشمل كل منها على عبء محدد الذي يمس المتطلبات المحددة والتي يجب على العامل تحقيقها والعبء الفعلي الذي يمس النشاط الفعلي الذي أداه العامل والعبء المعاش الذي يمس كل ما يحس به العامل من العبء أثناء تأدية مهامه، فعلى هذا الأساس فإن عبء العمل يعتبر خطر نفسي - اجتماعي من بين الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالإرغامات الكمية في العمل.

ثانيا-وتيرة العمل:

ذكر كل من Gollac & Volkoff (1996) أن وتيرة العمل يمكن أن تخضع لإرغامات مختلفة ترغم العامل على العمل بسرعة معينة، حيث يمكن أن تكون ذات أصل داخلي للمؤسسة والتي تنتج مباشرة عن القرارات التنظيمية أو أنها تتجلى من خلال تشغيل الأدوات التقنية وتتمثل في معايير الإنتاج والإعتماد على عمل الزملاء في اتجاه المنبع أو المصب، رتم العمل، الإرغامات المتعلقة بتشغيل

محطات المعالجة، كما يمكن أن تكون ذات منشأ خارجي خاصة فيما يتعلق بالتقلبات الكمية أو النوعية في الطلب.

وذكرت اللجنة الجامعية للصحة والسلامة في العمل (la cusstr, 2009) إلى أنه يجب تكيف وتيرة الإنتاج أو كمية العمل المحددة مع قدرات الموظفين، فالوتيرة السريعة جدا أو الكمية التي لا يمكن ادراكها من طرف العامل تعتبر مصدر للإضطرابات النفسية بما فيها الضغط وهذا ما ينتج عنه عواقب سلبية وخيمة على الصحة في حالة عدم غياب الوقت الكافي لتعويضها، فالخطورة لا تنحصر فقط في ارتفاع الوتيرة وإنما تمتد في ذلك إلى كون الوتيرة بطيئة جدا أو نقص في العمل، فكلاهما يشكل عامل للضغط ويقلل من الدافعية في العمل.

وذكر (Mazet, 2014) في قوله أن التزام الموظفين بالعمل بسرعة معينة يمكن أن يشكل ارغامات وتيرة العمل، حيث يمكن أن تأتي الإلتزامات المفروضة بهذه السرعة من داخل الشركة على سبيل المثال السرعة التي تفرضها الآلات واعتماد الزملاء على العمل في المنبع أو المصب، كما أنه بالعكس يمكن أن تؤثر الإلتزامات الخارجية أيضا على وتيرة العمل حيث ترتبط بشكل عام بالتغيرات في الطلب. وفي هذا الصدد أشار مجمع الخبراء إلى أن المزيد من المؤسسات تعرض موظفيها لإرغامات الوتيرة من كلا النوعين الخارجي والداخلي.

يمكن أن نستخلص مما سبق ذكره أنّ وتيرة العمل يمكن أن تخضع لإرغامات مختلفة ورغم المرض على العمل بسرعة معينة وخاصة في حالات الإستعجال، قد ترتبط بارغامات الوقت في العمل المتعلقة بساعات غير مستقرة بمعنى تتضمن الإحساس بعدم الحصول على الوقت الكاف للقيام بالمهام مثلا الإعتناء بمرضى في قسم الإستعجال أو البدء بمهمة قبل اتمام المهمة التي قبلها وكل ما يتعلق بفكرة الإستعجال بمعنى الإضطراب بالإهتمام بمرضى اخر أكثر خطورة.

ثالثاً - المتطلبات المعرفية:

1- تعريف المتطلبات المعرفية:

حسب (Martin & Davids, 1993) فإن المهام ذوي عبء معرفي عالي تتطلب تركيز مستمر مع تقسيم الانتباه ومستوى عالي من صنع القرار ومن اهم الامثلة مهن المراقبة الجوية، التعليم، الصحة ومن ناحية أخرى، يحدث الإحساس بالملل عند القيام بالمهام التي لا تتطلب سوى القليل جدا من مواردنا المعرفية على سبيل المثال فرز الفواكه وطلاي صناديق، فحص المعجنات من حيث الجودة وبهذا يمكن أن تكون المهام الرتيبة ذات التنوع الضئيل متعبة ومرهقة وعرضة للخطر.

ذكرت (OHS, 2012, p11) أن المتطلبات المعرفية ترتبط بمهام العمل وهي متنوعة حيث تشمل نوعين مهام ذوي عبء معرفي عالي ومهام ذوي عبء معرفي منخفض والتي تؤثر بدورها على الرفاهية النفسية والجسدية والتي تسبب انخفاض في الأداء، ويتفق معها تعريف (Away, 2012) الذي أشار أن المتطلبات المعرفية ترتبط بمهام العمل التي يمكن أن تتعدد وتتنوع حيث يتضمن النوع البارز من المتطلبات المعرفية الشعور السلبي النفسي اجتماعي والراحة الجسدية ما يؤدي لنقص الأداء، بالتالي توجد مهام ذات عبء معرفي كبير وأخرى ذات عبء معرفي ضعيف.

2- أبعاد المتطلبات المعرفية:

تشمل المتطلبات المعرفية كل المتطلبات المشتركة في تنفيذ العمل في لفظ كمي مثل ارغامات الوقت، كمية العمل الزائدة، والنوعية مثل تعقد المهام، التركيز، الطلب المتناقض، المسؤولية، وبهذا ترجع متطلبات العمل إلى أربعة أبعاد تتمثل في:

- كمية العمل المقدر في مقدار المهام المنفذة من طرف عامل الوقت، مقادير مرتفعة لساعات إضافية او لتعويض غير متخذ، الانتباه للحضور.

- الضغط الزمني في العمل المتعلق بساعات غير مستقرة، بمعنى غير نموذجية تتضمن الاحساس بعدم الحصول على الوقت الكاف للقيام بالعمل او البدء بمهمة قبل اتمام المهمة التي قبلها وكل ما يتعلق بفكرة الإستعجال.

- كما يمكن ان ترجع الى المهام المنفذة في التشريع والأنظمة التي غالبا ما تكون كثيرة ولكن ايضا لتنظيم العمل من حيث تعدد القيم، المناوبة، عدم استقرار المهام، الاستعجال.

- صعوبة التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الشخصية التي يمكن أن ترجع إلى الساعات نفسها ومدى قابليتها للتوقع وبعد السكن عن مكان العمل، أو التنقلات للأعمال الحادة أو تنفيذها في النطاق الشخصي مثل السكن، مكان العطل وفي بعض الإستخدامات لوسائل الإتصال مثل التكنولوجيا الحديثة والمعلوماتية والإتصال (أورد في: Vademecum).

نستنتج أنّ المتطلبات المعرفية تشمل المهام التي لا تتطلب الكثير من التركيز أو عكس ذلك مهام تتطلب الكثير من التركيز والموارد المعرفية، حيث يمكن أن يكون كلا النوعين مرهقا ومجهدا مع زيادة معدلات الخطأ وضعف جودة العمل.

3- المتطلبات المعرفية لدى الممرضين:

إنّ المتطلبات المعرفية التي تصادف العامل بصفة عامة والممرض بصفة خاصة يوميا تمارس تأثير ضار على الأداء الإدراكي لديه سواء كانت مهام ذوي عبء معرفي منخفض أو مهام ذوي عبء معرفي عالي حيث يواجه يوميا عدة حالات صحية بعضها تصارع الموت وبعضها في حالة استجالات كلها تولد مهام شاقة ومعقدة للغاية تتطلب منه التركيز المستمر والمسؤولية في عمله اتجاه الطبيب واتجاه المريض نفسه واقرباء المريض فكلها تؤدي إلى تشكل عبء معرفي لديه وهذا ينعكس على أدائه وقد يولد لديه اضطرابات نفسية وبها يصبح عامل المتطلبات المعرفية خطر نفسي - اجتماعي على صحة الممرض .

على هذا الأساس تشمل الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالإرغامات الكمية التي يتعرض لها العامل بصفة عامة والمرضين بصفة خاصة في بيئة العمل كل من عبء العمل بنوعيه الفيزيقي والذهني وبمختلف أشكاله العبء المحدد والعبء الفعلي والعبء المعاش، ووتيرة العمل سواء المرتفعة أو البطيئة والمتطلبات المعرفية، كلها تشكل في حد ذاتها أخطار على صحة الممرض النفسية الاجتماعية.

6-2- الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة:

عرّف الحميمي (2014) التنظيم أنه عملية من عمليات خلق العلاقة والتفاعل بين الأفراد والوظائف والمعدات وخلق هدف مشترك، كما يعبر عن عمل اداري ضروري لدفع المجموعات إلى العمل الفعال لتنفيذ المهام المحددة بكفاءة عالية، فان كلمة التنظيم تعني الترتيب والتجهيز بنظام معين من اجل العمل في المستقبل.

وعرّفت القيادة حسب (Stogdill (1950 أنها عملية فعل للتأثير على أنشطة جماعة المنظمة في جهودها نحو تحديد الأهداف والعمل على تحقيقها، كما أشار Bass (1990) أنها تفاعل بين عضوين أو أكثر في مجموعة غالبا ما ينطوي على هيكلية أو إعادة هيكلية للوضع وتصورات وتوقعات الأعضاء حيث تحدث عندما يعدل أحد أعضاء المجموعة دافع أو كفاءات الآخرين في المجموعة (أورد في: Silva, 2016)، كما عرّفها من نفس السياق كل من (Cherian & Karkada (2017 في قولهما أنها عملية متعددة الزوايا تعمل على تحديد الهدف وإلهام الفريق نحو العمل مع توفير الحافز والدعم لتحقيق الأهداف المشتركة، بالإضافة إلى ذلك تم تعريف القيادة من حيث أنها علاقة القوة القائمة بين القادة واتباعه حيث يتمتع القادة بالسلطة ويمارسونها لإحداث التغيير في الآخرين.

نستنتج مما سبق الذكر أنّ التنظيم يشير إلى تحديد النشاطات وترتيبها في شكل مجموعات توزع على الأفراد بحيث يتعاونون لتحقيق هدف محدد، بينما تشير القيادة إلى تحفيز الأفراد على تحقيق أكثر

مما هو متوقع منهم عادة، غير أنّ التنظيم والقيادة التي تبني عليها أي مؤسسة يمكن أن تكون مصدرا للأخطار النفسية الاجتماعية وذلك من خلال ما يتلقاه العامل وتشمل كل من التنبؤ، الإعراف، العدل صراع الأدوار، وضوح الادوار، نوعية القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الثقة المتبادلة ما بين العمال والإدارة، الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه من طرف المسؤول الهرمي.

أولاً - التنبؤ:

بعدما كان التنبؤ مجرد تخمين بسيط لما سيكون عليه المستقبل، أصبح اليوم يمثل أحد الوسائل المهمة التي تمكن المؤسسة بصفة عامة والعمال بصفة خاصة من معرفة مستقبل المهام التي يتعين عليهم القيام بها، وكذلك معرفة مدى انعكاس التقلبات التي تحدث للعوامل والظروف بما فيها الداخلية والخارجية المحيطة بها على مختلف الأنشطة التي يمارسونها.

وفي هذا السياق أشار كل من (Ndjaboué, Vézina & Brisson (2012) إلى أنّ إمكانية التنبؤ في العمل عبارة عن وضوح أهداف العمل والقدرة على توقع التغييرات والمشاكل في العمل، كما أنها تعبر عن إمكانية تطوير التوقعات ووضع قواعد تتعلق بحالة العمل، وفي نفس الصدد يشير إلى جميع المعلومات ذات الصلة والمفيدة حول الأحداث القادمة الكبرى في مكان العمل على سبيل المثال التغييرات في المؤسسة والتقنيات الحديثة، كما يشير أيضا الى أن تكون على علم مسبق في ابطار العمل وذلك من أجل اتخاذ قرارات مهمة أو تغييرات مستقبلية أو مشاريع مستقبلية.

نستنتج أن القدرة على التنبؤ في العمل يعبر من ناحية عن إمكانية العامل أن يتوقع تغييرات محتملة في بيئة عمله ومن ناحية أخرى يعبر عن القدرة على السيطرة أو التحكم في بيئته المهنية التي يمثلها، غير أن عدم قدرة العامل على التنبؤ بمصير ما ينجزه من مهام يحد من مستوى اتخاذه لقرارات ناجحة وهذا بدوره يشكل في حد ذاته خطر نفسي - اجتماعي على صحته النفسية الاجتماعية وعلى أدائه المهني.

ثانياً-الإعتراف:

1- تعريف الإعتراف:

عرف (Siegrist (1996 أن الإعتراف عبارة عن المكافآت التي يتلقاها العامل من عمله والتي يمكن أن تكون مالية مثل الأجر، اجتماعية مثل الإحترام والتقدير بين الزملاء أو الرؤساء أو تنظيمية مثل فرص الترقية، حيث أشار عدد من الباحثين أمثال كل من (Grawitch, Gottschalk & Munz, 2006) إلى أن الإعتراف يسمح ببناء والحفاظ على هوية العمال مع اعطاء معنى لعملهم للمساهمة في رفاهيتهم وصحتهم (أورد في: Plamondon, 2014).

في المقابل أشارت اللجنة الجامعية للصحة والسلامة في العمل (la cusstr. 2012, p12) إلى أن عدم الإعتراف بالموظفين لن يؤيد مشاركتهم في العمل، حيث لا يتعلق الأمر فقط بتقديم الشكر وتسطير أهمية العمل الذي يجب انجازه ولكن أيضا لإشراك الموظفين في القرارات التي تهمهم، بالإضافة إلى ذلك هذا يقلل من مقاومة التغيير، كما ينشأ الشعور بعدم الإعتراف في العمل من انطباع مقدمي الرعاية بما فيهم المرضى وذلك بعدم تلقيهم مقابل ما انجزوه من نشاط في العمل، فهذا الشعور بعدم الإعتراف يصدر عن الإفراط في العمل في ظروف سيئة.

نستنتج أن الإعتراف في العمل عبارة عن كل ما يتلقاه العامل من مكافآت وتقدير من خلال انجاز عمله، حيث يمكن أن تكون مادية مثل الأجر أو إجتماعية مثل الإحترام والتقدير أو تنظيمية مثل فرص الترقية، غير أنّ غياب الإعتراف يشكل خطر نفسي اجتماعي على العامل.

2- مصادر الإعتراف في العمل:

ذكر (Heinrich (2007 أن المعاملة بالمثل هي بناءة من علاقة الإعتراف القائمة على التبادل الجيد بين الشخص الذي يعطي نتاج موهبته والشخص الذين يتلقاها بالإمتنان، بالتالي أن مبدا المعاملة بالمثل يحكم العلاقات التفاعلية بين صاحب الإعتراف ومتلقيه مايسمح بتحديد أنواع مختلفة من

التفاعلات التي تحكم بدورها مختلف أشكال الإعراف والتي جسدها كل من (Brun & Dugas, 2005) في خمسة مصادر تمس العلاقات التي تم تأسيسها على مستوى المنظمات سواء عمودية، أفقية، خارجية أو اجتماعية حيث تسمح هذه العلاقات بتحديد خمسة مصادر من أصل الإعراف وهي التنظيم المسؤول الهرمي، زملاء العمل، العملاء والشركاء الخارجيين والمجتمع.

• الإعراف الناجم عن المنظمة:

حسب (Fall, 2015) فإنّ الإعراف الناجم عن المنظمة عبارة عن مجموعة من الإمكانيات المادية التي توفرها المنظمة للموظفين، فهي ترجع إلى مجموعة من السياسات والمناهج الذي يدخل محتواها في الخطابات، الحوارات ووعود المنظمة التي تأمن مصداقيتها، حيث أشار كل من (Brun, 2015 ; Fall, 2015) (Dugas, 2005) إلى أن جميع أشكال الإعراف النابعة من المنظمة لها دور هام لضمان تقدم وتطور الموظفين من خلال الوصول إلى التدريب، التنقل، التشاور، تبادل الآراء، مع الأخذ بعين الإعتبار اقتراحاتهم. فسواء كان الإعراف مادي أو غير ذلك فهو موجه أساسا إلى التعويض عن الأقدمية في العمل والإبتكار وكذلك جودة الإنجازات الفردية أو الجماعية، فهذا النوع يمكن أن يكون أكثر موضوعية مقارنة مع ما يصدر من المسؤول الهرمي.

• الإعراف النابع من المسؤول الهرمي:

أشار كل من (Fall, 2015. Brun & Dugas, 2015) إلى أن هذا الشكل من الإعراف يتعلق بتقدير وتممين الجهود وانجازات العمال، كما يرجع بصفة عامة إلى برنامج التكوين، تقييم الأعمال المختلفة كالشكر العام والخاص، الملاحظ والمكتوب.

• الإعراف النابع من الزملاء:

يستند الإعراف الذي يشهد به الزملاء حسب (Brun & Dugas, 2005) على حكم الجمال الذي يُنظر إليه من قبل الموظف على أن يدرك أنه صريح لأنه لا يتأثر بالإطراء، فقد تأتي من الأحكام

الصادرة عن المنظمة أو الرؤساء، مع ذلك فإن الموظفين في منافسة مستمرة خوفا من فقدان وظائفهم في ظروف العمل التي تتأثر بانعدام الأمن المهني، بسبب هذا فهم أقل سعيا للتعرف على العمل الأكثر نجاحا في الجماعة بسبب الخوف من رأيهم يتفوقون وأحيانا يكون سبب فصلهم. كما قد ترجع إفادة الزملاء في العمل إلى الاجتماعات الرسمية وغير الرسمية بين الزملاء في العمل وردود الفعل العفوية من انجازات مختلفة كالتشجيع المتبادل من خلال الإعراف المكتوب والعام والخاص.

• الإعراف الناجم عن الجهات الفاعلة الخارجية للمؤسسة:

حسب (Fall 2015) فإن الإعراف النابع من الجهات الفاعلة الخارجية للمؤسسة مثل العملاء والموردين والشركاء الآخرين من خلال جهات الإتصال المختصة، التشكرات العامة والخاصة وحتى المكتوبة من العملاء أو الموردين أو شركاء آخرين، حيث يمكن ان يتجلى من قبل تقييم المنفعة الاجتماعية لمنظمة ما، أو الإعراف بالمساهمة في بعض الحرف مثل رجال الإطفاء أو الممرضين (أورد في: Amri, 2016).

نستنتج أن الإعراف في العمل ناتج عن عدة مصادر منها مصادر داخلية كتنظيم المسؤول الهرمي، زملاء العمل، أو مصادر خارجية كالعملاء والشركاء الخارجيين والمجتمع.

3 - الإعراف لدى الممرضين:

يرى (Blegen 1992) أن الإعراف في العمل ذات أهمية كبيرة بالنسبة لموظفي الرعاية وخاصة الممرضين، فهو بمثابة سلسلة من السلوكيات التي تعترف بأداء الممرضين وإنجازاتهم المهنية، حيث يبرز الإعراف في العمل حسب ما أشار إليه (Guay 2000) في تشجيع الممرضين على تبني سلوكيات تتعدى نداء الواجب وليست موضوع الوصف الوظيفي وغير محددة في عقد العمل بمعنى سلوكيات تقديرية (أورد في: Amri, 2016).

نستخلص مما سبق ذكره أن تلقي العمال الإعتراف والمكافأة يمكن أن يرفع من مستوى المشاركة والولاء والرضا ويعمل على تعزيز السلوكيات المتوقعة والمشاعر الإيجابية والمساعدة على ضمان تكرار الأداء الجيد والحفاظ عليه، غير أن تقديم اعتراف غير عادل للأفراد الذين لم يساهموا في نتيجة معينة والإعتراف بهم واهمال من يستحق ذلك، فكل هذه السلوكيات تظهر الجانب السلبي لعملية الإعتراف وتشكل عامل خطر نفسي - اجتماعي على صحة العامل.

ثالثا-العدل:

1- تعريف العدل:

قدّم مصطلح العدالة التنظيمية من طرف الباحث (Greenberg (1987 للإشارة إلي النظريات التي تتعلق بالمساواة في البيئة التنظيمية، حيث ذكر كل من (Cropanzano & Byrne (2001 أنّ العدالة التنظيمية تبرز في مجال التحقيق النفسي الذي يهتم بمفهوم الإنصاف في مكان العمل. فقد تطور معنى مصطلح العدالة التنظيمية في وقت لاحق ليشير إلى الإنصاف المتصور لعلاقة العامل بزملائه، وفي هذا الصدد عرّف كل من (Bies & Tripp (1995 أن العدالة التنظيمية عبارة عن مجموعة من المعايير الاجتماعية التي تؤدي إلى تخصيص الموارد والإجراءات المستخدمة لإتخاذ القرارات والمعاملة الشخصية التي يتلقاها الأفراد في المنظمات.

كما ذكر كل من (Folger & Cropanzano (1998 أن العدالة التنظيمية مفهوم متعددة الأبعاد يرجع إلى إلى القواعد والمعايير الاجتماعية التي تديرها المؤسسة على مستوى خطة توزيع الموارد (العدالة التوزيعية) إجراءات تكيف هذا التوزيع (العدالة الإجرائية) والعلاقات بين الأشخاص (العدالة التفاعلية) (أورد في: Bouterfas, 2014).

2- أبعاد العدالة التنظيمية:

تعتبر العدالة في العمل أو العدالة التنظيمية مثل بناء متعدد العوامل يشمل على العدالة الإجرائية العدالة التوزيعية، العدالة التفاعلية، العدالة المعلوماتية.

فيما يخص العدالة الإجرائية أشار (Leventhal, 1980) إلى أنها عبارة عن النزاهة المدركة للإجراءات المستخدمة في أماكن العمل سواء تم تنفيذها عبر الوقت والعاملين، وفيما يخص العدالة التوزيعية أشار كل من (Adams, 1965; Leventhal, 1976) إلى أن العدالة التوزيعية عبارة عن الإنصاف المتصور لنتائج القرارات مثل تناسب المكافآت مع الجهد المبذول حيث يحصل المرشح الذي تستوفي معايير الإختيار بشكل أفضل على الترقية.

أما ما يخص العدالة التفاعلية فقد أشار (Bies & Moag, 1986) إلى أنها عدالة متصورة في المعاملة بين الأفراد مثل الكرامة والإحترام، بينما تشير العدالة المعلوماتية حسب (Greenberg (1993 أنها الحكم على المعلومة من خلال استخدام الإجراءات، الآجال، التقدم في تطبيق الإجراءات، القدرات ولما نحددها (أورد في: OSH, 2012).

3- العدل لدى الممرضين:

على أساس ما تم ذكره سابقا يمكن القول أنّ العدالة التنظيمية لدى الممرضين عبارة عن النزاهة العلانية بدرجة الكرامة والإحترام الممنوح للعمال كما تعبر عن مجموعة من المعايير الاجتماعية التي تؤدي إلى تخصيص الموارد والإجراءات المستخدمة لإتخاذ القرارات والمعاملة الشخصية التي يتلقاها الممرضين في المؤسسات الصحية، حيث تؤدي بشكل عام إلى مستويات أعلى من الرضا والولاء والثقة والإلتزام والمرونة والتعاون، كما يمكن أن تخلق بيئة نزيهة وشفافة وتساعد العمال على مواجهة التحديات اليومية لأدوارهم.

نستخلص ممّا سبق الذّكر أنّ عدم اتخاذ الإجراءات المناسبة لمعالجة السلوك غير اللائق مثلا أو سوء الأداء أو سوء السلوك وانعدام التواصل والشفافية فيما يتعلق بالتوجيه التنظيمي والإستراتيجية والأهداف والقرارات ووجود نوع من التحيز والتمييز والمضايقة والمعاملة غير العادلة للعمال، وعدم اتباع السياسات والمبادئ التوجيهية تخلق ما نسميه بانعدام العدالة التنظيمية التي تشكل في حد ذاتها خطر نفسي - اجتماعي على صحة العامل بصفة عامة وصحة الممرض بصفة خاصة.

رابعاً-وضوح الأدوار:

قبل التطرق إلى تحديد مفهوم وضوح الأدوار سنقدم مفهوم الدور في العمل بصفة عامة ومفهوم دور الممرض في العمل بصفة خاصة.

يشير مفهوم الدور في العمل حسب (Huvila, 2006) إلى مجموعة متميزة من الأنشطة داخل العمل على غرار أن العمل هو مجموعة متعددة من الأنشطة في نطاق أوسع من حياة الإنسان، كما أشار إلى أن دور العمل لا يعتبر وصفا للعمل أو مهنة أو مجموعة مهنية ولا يعكس مباشرة أي تنظيم عمل قائم بالطريقة التي يتوقعها العمال أو رؤسائهم، فدور العمل هو مفهوم تنظيمي تحليلي وذلك أن الفرد قد يؤدي في وقت واحد أدوار عمل متعددة كما يمكن مشاركة أدوار العمل مع الآخرين.

في حين يمكن تعريف دور الممرض في العمل حسب مسيرته المتبعة في ممارسة مهنته، فهو ملزم بإطار قانوني يجب أن يتبعه بشكل ملح وغيره من العناصر المتعددة مثل القيم والأخلاق وتحقيق الشخصية الفريدة لممارسة هذه المهنة الإنسانية، وفي هذا الصدد ذكر (2013) Ducoulombier أن أدوار الممرض في بيئة العمل متعددة ومعقدة حيث تقسم في معظم الأحيان إلى دورين أساسيين الدور الفعلي والدور المحدد.

-يتشكل الدور الفعلي للممرض انطلاقاً من مهاراته الحياتية واستقلاليته الذاتية، فإن الدور المناسب يأخذ بعين الاعتبار الإلتزامات المهنية مع توفير له نوع من الحرية في أداء عمله، فهذا هو الدور الذي يحاول

طلاب التمريض الحصول عليه من خلال وحدات تعليمية متعددة طوال سنوات الدراسة، مما يسمح للممرض بتقدير خبرته وتمييزه عن الآخرين.

-يتألف الدور المحدد أساسا من المعرفة والدراية المقدمة من طرف التعليمات الطبية فهي مجموعة من الأعمال التقنية التي سيقوم الممرض بتنفيذها استجابة على التعليمات المقدمة له، مع اتباع قواعد الممارسة الجيدة والمعترف بها من قبل الهيئة العليا للصحة. فالدور المحدد هو أكثر توحيدا وتنظيما من الدور الفعلي حيث يترك مساحة ضيقة لذاتية الممرض المكلف بالرعاية التمريضية.

وبهذا فان أدوار الممرض متعددة ومعقدة ولا يمكن فصلها وفي هذا السياق يصف Hesbeen الرعاية التمريضية بأنها مكونة من العديد من الأفعال التي تكون خاصة، على الرغم من المكان الذي يتم فيه الإيماءات التقنية، والعديد من الأشياء الصغيرة التي توفر إمكانية مشاهدة اهتمام كبير إلى الشخص المريض وأقرباءه طوال 24 ساعة من اليوم (أورد في: Ducoulombier, 2013).

على هذا الأساس نستنتج أن العامل بصفة عامة والممرض بصفة خاصة يتعايشون مع نوعين من الأدوار منها المحددة ومنها الفعلية، غير أن تعدد الأدوار وتعقدها في مهنة التمريض يخلق نوع من الصراع في البيئة المهنية.

يرجع غموض الدور حسب (Asstas, 2011) إلى عدم وجود الوضوح وعدم اليقين بالتوقعات فيما يتعلق بأساليب العمل واعطاء الأولوية للمهام على مستوى الإستقلالية والمسؤولية التي يجب تحملها غير أن وجود الكثير من مصادر الإرتباك قد يؤثر على مشاعر الكفاءة والإنجاز والرضا الوظيفي كما أن غموض الأدوار يمكن أيضا أن يعزز العبء في العمل.

يرى كل من (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964) أن غموض الدور هو تصور لعدم وجود معلومات واضحة وموجزة ومتسقة حول التوقعات المرتبطة بموقف الفرد لا سيما عندما يتعين على الفرد الإعتماد على الآخرين لأداء مهامهم والوفاء بمسؤولياتهم، حيث قدم العديد من الباحثين مزيدا

من الإيضاح حول غموض الدور باعتباره مدى عدم وضوح أعضاء الفريق حول نطاق مسؤوليات دورهم، السلوكيات المطلوبة للوفاء بمسؤوليات الدور، كيفية تقييمها من أجل أداء مسؤوليات دورها عواقب عدم الوفاء بمسؤوليات دورهم (أورد في: Ejesi, 2018).

نستنتج مما سبق أنّ كل من مفهوم وضوح أو غموض الدور يرتبط بوجود أو عدم وجود معلومات كافية حول الدور المكلف به، أو ضعف في جودة المعلومات، كما يمكن أن يشير الوضوح أو الغموض في الدور إلى الشعور الشخصي لوجود المعلومات المناسبة لأداء الدور أو عدم ذلك بقدر ما يرغب في الحصول عليها، بالتالي غياب الوضوح يشكل الصراع في الأدوار.

خامسا - صراع الأدوار:

1- تعريف صراع الأدوار:

قد ينشأ صراع الدور حسب Kahn (1964) من خلال التناقضات بين السلوكيات والأهداف المتناقضة، حيث يمكن أن يرتبط بعدم الملائمة بين قيم الفرد ومتطلبات عمله أو عدم توافق المهام مما يجعلها مستحيلة التحقيق، بعبارة أخرى هناك تضارب في الدور حيث يشعر الفرد بأن عليه أداء المهام التي لا تتفق معه أو لا يشعر أنه كفاء أو أنه يتلقى متطلبات متناقضة في العمل (أورد في: Ruiller, 2008). حيث يظهر الصراع حسب كل من (Jex & Beehr, 1991; Jex, 1998; Smith & Sulsky, 1985). في الضغوطات التي تنشأ بين الأفراد والتي قد تتضمن على سبيل المثال قلة أدب في مكان العمل أو بعض أنماط الإدارة، فإنها تعتبر أكثر الضغوطات الشديدة في العمل، كما أنها مسؤولة عن أكثر من نسبة (80%) من تغير المزاج اليومي، حيث تشير الأدلة التطبيقية إلى أن الصراع بين الأشخاص المتصلين بالعمل يرتبط بطريقة الوظيفة النفسية والجسدية.

ذكر كل من (Gilbreath & Benson, 2004) أن الصراعات تساهم في اضطرابات نفسية ناشئة عن السيطرة على الممارسات الصحية، السن، أحداث العمل الضاغطة، التمر في مكان العمل، وفي هذا

السياق أشار (Einarsen, 1999) أن مكان العمل والمضايقة على وجه الخصوص والضغوطات بين الأشخاص يمكن أن تؤدي الى طبيعة أكثر حدة في التعامل بينهم (أورد في: OSH, 2012).

نستنتج ممّا سبق ذكره أنّ صراع الأدوار يرتبط بعدم ملائمة قيم الفرد ومتطلبات عمله، أو حتى عدم توافق المهام ممّا يجعل تحقيقها أمر صعب، كما يعبرّ على وجود تضارب في الدور ما يجعل الفرد يشعر بأن عليه أداء مهام لا تتفق مع قدراته.

2-أنواع صراع الأدوار:

قد ميز كل من (1984) quick & quick بين أربعة أنواع من صراع الدور وتتمثل في:

-الصراع من مصدر واحد وينشئ هذا النوع من المتطلبات غير المتوافقة النابعة من الفرد حيث يمكن أن يعمل على متطلبات متناقضة.

- صراع من مصادر متعددة وينشئ هذا النوع بين فردين أو أكثر ما يجعل المتطلبات غير متوافقة فيما بينها.

-صراع دور الفرد وينشأ هذا النوع عندما يدرك الفرد قيمه وقيم منظمته، المسؤول الهرمي، الزملاء وأيضا القيم المرتبطة بدوره في المنظمة.

- الصراع ما بين الأدوار وينشئ هذا النوع من الطريقة التي يدير عن طريقها الفرد ضغوط دور ما لا تتفق مع ضغوط دور آخر (أورد في: Ruiller, 2008).

نستنتج أن الصراع أنواع يمكن أن يشمل الصراع بين الأفراد الذي يحدث داخل فرد واحد الصراع بين الأشخاص الذي يحدث بين شخصين أو أكثر، الصراع داخل المجموعة الذي يحدث داخل مجموعة واحدة، الصراع بين المجموعات الذي يحدث بين مجموعتين أو أكثر، الصراع التنافسي الذي يحدث عندما تحاول مجموعتان أو أكثر الوصول إلى هدف مشترك والصراع التخريبي الذي ينتج عن محاولة تقليل أو هزيمة الخصم.

3- صراع الدور لدى الممرضين:

الصراع هو احدى القضايا التي تحدث في أي منظمة، خاصة المستشفيات التي تتميز بمجموعة من التفاعلات البشرية المستمرة حيث يلعب الممرضين أدوارا مختلفة مثل تقديم الرعاية والتعليم والإدارة وقد تؤدي هذه الأدوار إلى أنواع مختلفة من التفاعلات بين الممرضين وغيرهم من أعضاء فريق الرعاية الصحية، مما يزيد بشكل كبير من احتمال نشوب نزاع في أوضاع المستشفى بين الممرضين.

وفي هذا السياق أشار (Kahn 1994) إلى أن صراع الدور غالبا ما يتواجد في مهنة التمريض فقد تم اكتشاف تعارض في الدور عند وجود مشكلة في ارسال دور ما دون الأخذ بعين الاعتبار احتياجات الشخص الرئيسي أو المتلقى للدور، فعلى سبيل المثال يمكن للفرد المتلقي الوقوع في صراع الدور إذا كانت توقعات الفرد تتجاوز قدراته من جهة أو عند نقص الوقت والموارد لإتمام ادواره من جهة أخرى.

على وجه التحديد وبشكل خاص، قد يعاني الممرض من صراع في الدور عندما تكون المسؤوليات التي يجب القيام بها تستغرق أكثر من الوقت المتوقع، حيث أشار (Barter, 1997) إلى أن صراع الدور قد يظهر عندما تفرض حالات الرعاية المعقدة مطالب زائدة على الممرض. ويشير من نفس وجهة نظر كل من (Hardy & Conway 1988) إلى أن صراع الدور ينجم نتيجة مجموعة من العواقب المتمثلة في الصراع الداخلي والتوتر وعدم الرضا وتناقص الثقة اتجاه الرؤساء أو المنظمة، حيث تحدثت العديد من الدراسات حول آثار توتر الدور بين مختلف الجماعات تؤكد على عواقبها السلبية على الفرد والمنظمة.

فعلى مستوى الفرد ذكر كل من (Schaubroeck, Cotton & Jennings, 1989) أن صراع الدور يزيد من الضغط وأكد كل من (Koustelios, Theodorakis & Goulimaris, 2004; Lirtzman, 1970) أن صراع الدور يقلل من الرضا في العمل، أما على مستوى المنظمة فقد أشار (Tubre & Collins, 2000) إلى أن صراع الدور يقلل من الأداء في العمل وذكر كل من (Glazer & Beehr, 2005) أنه يزيد من نية ترك الوظيفة (أورد في: Dionne & Rhéaume, 2008)

نستنتج أنّ الدور مجموعة من المعايير التي ينبغي أن يتبعها الفرد أثناء قيامه بالدور الموكل له في المجموعة وبما أن الأدوار التي يقوم بها متعددة ومتنوعة يمكن قيام صراع بين هذه الأدوار عندما لا يعي الفرد التوفيق بين مقتضيات الأدوار وبين آرائه وعقائده واتجاهاته، كما يظهر عندما تنشأ عدة متطلبات في وقت واحد ومن مصادر مختلفة حيث يصبح من الصعب الإجابة عليها كلها.

سادسا- جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي:

1-تعريف جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي:

ذكرت اللجنة الجامعية للصحة والسلامة في العمل (la cosstr,2009) أن جودة العلاقة بين العمال والمسؤول المباشر تعتمد إلى حد كبير على جودة الإتصال للإدارة ككل، فلا ينبغي أن يكون الإتصال من جانب واحد وإنما يجب أن تأخذ بعين الإعتبار الإحتياجات الممكنة حيث أن للمسؤول الهرمي قدرة على تحفيز الموظفين وكذلك لضمان بيئة العمل الإيجابية والبنائة، فالإستماع إليهم وفهمهم واحترامهم هو عامل للرضا في كل من المجالين الخاص والمهني، على العكس فشعورهم بسوء فهم وإخضاعهم لقرارات صارمة عبارة عن عامل للضغط خصوصا عندما يكون الأشخاص الذين لا يستمعون إليهم من المسؤولين الهرمين أو أشخاص آخرون ذو قوة نفوذ أو قرار بشأن الموظفين.

ووصفها (2015) pichon أنّها تعبر عن الدرجة التي يجب على العمال إدراكها من المسؤول المباشر عليهم وذلك من أجل قيادة جيدة، ويرى على نفس المنوال (Feigenbaum, 2007) أن مبادئ الجودة أساس لتوجيه وتمكين ودعم السعي المستمر للتميز من قبل الموظفين في جميع أنحاء المنظمة فالقائد يتحمل مسؤولية تحسين النظام، أي جعله ممكنا على أساس مستمر وأن يقوم الجميع بعمل أفضل وبرضا أكبر، في حين أن تطبيق هذه المبادئ التي بنيت عليها جودة القيادة تعني تستوجب أن تشمل المنظمة بأكملها على جميع الوظائف وعلى جميع المستويات والقيام بذلك بطريقة منسقة، كما يرى كل من (Escriba-Moreno, Canet-Giner & Moreno- Luzon, 2008) أنه كلما كان أسلوب القيادة أكثر

مشاركة زادت درجة استقلالية الفريق ومستوى الموارد اللازمة لممارسة تلك القوة وبذلك يصبح الفريق أكثر فاعلية (أورد في: Leonard).

2- جودة القيادة لدى الممرضين:

ذكرت المجلة الكندية لمرضى الأورام (Canadian oncology nursing journal, 2017) أن قيادة التمريض هي جزء أساسي في مزاولة هذه المهنة، حيث تدور القيادة التمريضية حول التفكير النقدي والتدخل والتمثيل في جميع الأدوار ومجالات الممارسة في الرعاية التمريضية، كما أن الممرضون يتواجدون على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية وذلك انطلاقاً من الممارسة السريرية إلى وظائف الإدارة العليا.

ويرى كل من (Cherian & Karkada 2017) أن القيادة في التمريض تعني جوانب مختلفة في الحياة اليومية للممرض، فقد تشير إلى مهارات التواصل أو مهارات التنسيق مع فريق من الممرضين أو غيرهم من موظفي الرعاية الصحية في الخدمة، وذلك تحت إشراف المسؤول عنهم كما يمكن أن ينطبق أيضاً على تعاملهم مع المرضى وأقربائهم، كما أشار في نفس السياق (Leonard) إلى أن القيادة الفعالة ليست فقط مطلباً لكل مؤسسة نحو نجاحها بل ينظر إليها أيضاً على أنها مصدر قوة للمنظمة التي تنتمي إليها، فالتمريض كونه مهنة ديناميكية وأكبر القوى العاملة في منظمة الرعاية الصحية جعله يأخذ دوراً رئيسياً في القيادة الصحية وصنع القرارات مع الحفاظ على مهارات الرعاية، حيث تساهم في ضمان رعاية عالية الجودة وسلامة المرضى وتسهيل التطوير الإيجابي للموظفين.

نستنتج مما سبق الذكر أن جودة القيادة في مهنة التمريض مبنية على جودة التواصل بين الممرضين أو التنسيق فيما بينهم حيث يعتمد حسن سير العمل وإدارة المواقف الصعبة على المهارات القيادية لقائد فريق التمريض، غير أنّ غياب ذلك يشكل خطراً نفسياً -اجتماعياً على الصحة النفسية الاجتماعية للممرض.

سابعا- الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي:

1- تعريف الدعم الاجتماعي:

يعتبر الدعم الاجتماعي ضرورة يحتاجها كل فرد في المواقف التي يواجهها في حياته اليومية ولا سيما ما يتعلق بحياته المهنية، لذا قبل تحديد تعريف الدعم الاجتماعي في العمل سنتطرق الى تعريف الدعم الاجتماعي بصفة عامة.

إنّ الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي اختلف الباحثون حول تعريفها ويرجع ذلك الى اختلاف توجهاتهم النظرية، فحسب الإتجاه الاجتماعي عرّفه كل من (Buunk & Hoorens, 1992, p446) قائلين "أنّه عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية بمعنى التكامل الاجتماعي للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد وهذا التكامل قد يرفع من مستوى الصحة لدى الفرد".

وذكر (Weis) أنّه يتكون من علاقات اجتماعية مميزة في الصداقة والمودة واحترام الفرد وتقديم المساعدة المادية والانفعالية بحيث تكون الصلة بين الفرد والآخرين مبنية على الثقة والدعم المتبادل (أورد في: Anisa & al, 1994)، ويرى (Caron, 1996) أن هناك تأثير للدعم الاجتماعي على التوافق فهو معترف به كعامل أساسي للتوافق البشري (أورد في: Parlat, 2008).

ويذكر في نفس المنوال (Rasclé, 2001) بأنه مورد نفسي - اجتماعي من المفترض أن يحمي الفرد ويساعده في المواقف الضاغطة، وبهذا الصدد أشارت نتائج دراسة كل من (Paulhan & Bourgeois, 1988) التي أجريت حول هذا الموضوع إلى أن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في حياة الفرد هو عامل للضغط، وعلى العكس من ذلك فإن المستوى المرتفع من الدعم الاجتماعي يضعف من آثار الضغط (أورد في: Lourel, Abdellaoui, Courtat, Baron & Villieux, 2008).

ويعتبر كل من (Winnubst & al, 1988) أن الدعم الإجتماعي عبارة عن المساعدة الفعالة التي يمنحها الأفراد لمن حوله في حين أكد (Tardy, 1985) أن الجانب الوظيفي للدعم يعكس نوعا من المعاملة المعتمدة لمساعدة الآخرين، كما يشير الدعم المستلم إلى الإستخدام الحالي لموارد الدعم الإجتماعي حيث يعتبر دعم نشط يمكن أن يتجلى بالإستماع والتعبير عن المخاوف وإقراض المال والمساعدة في تنفيذ مهمة ورأي الآخرين وإظهار المودة، في حين عرف (Barrera, 1981) سلوكيات الدعم أو الدعم المتلقى بأنه مجموعة من التصرفات أو السلوكيات التي تقدم المساعدة بالفعل للشخص (أورد في: Ruiller, 2007).

نستنتج أنّ الدعم الإجتماعي عبارة عن مجموعة علاقات اجتماعية مميزة في التعامل مع الأفراد وتظهر من خلال الإحترام وتقديم المساعدة المادية والمعنوية، بحيث تكون الصلة بين الأفراد مبنية على الثقة والدعم المتبادل.

2-وظائف الدعم الاجتماعي:

استنادا إلى أبحاث (House, 1981) تم تحديد أربع وظائف للدعم تتمثل في الدعم الإنفعالي، دعم التقدير، الدعم الإعلامي، الدعم المادي.

يتضمن الدعم الإنفعالي حسب (Schweitzer, 2002) التعبير عن الشخص الذي يؤثر إيجابيا على الآخرين حيث يشعرون اتجاهه بالثقة والصدقة، ما يجلب إليه مشاعر الطمأنينة والحماية أو الراحة بالتالي هذه التأثيرات ستساعد الشخص خلال الأوقات الصعبة مثل أحداث وفاة شخص عزيز، ويشمل دعم التقدير طمأنة شخص ما حول مهاراته وقيمه حيث تسمح له هذه التشجيعات بتعزيز ثقته في أوقات الشكوك، مثلا عندما يخشى هذا الشخص من أنّ متطلبات الموقف لا تتعدى موارده وقدراته في حالة العمل الزائد، صراع الدور، الإحتراق.

يتضمن الدعم الإعلامي المشورة، الإقتراحات والتدخلات بشأن مشكلة ما، مقترحات لحل مشكلة جديدة على سبيل المثال، ينطوي الدعم المادي على تقديم مساعدة فعالة مثل القرض أو هبة المال أو المواد الجيدة أو الخدمات المقدمة في اللحظات الصعبة (أورد في: Ruiller, 2007).

3- الدعم الإجتماعي في مكان العمل:

ذكر (Steven, 2007, p741) في موسوعة علم النفس التنظيمي "أن الدعم الإجتماعي في مكان العمل يشير إلى التوفر أو الإستلام الفعلي للمساعدة المقدمة للموظف من قبل فرد واحد أو أكثر، يتم فحصها بشكل عام كوسيلة للتعامل مع الضغط وذلك لتمييز مهم يتعلق بالمصادر الاجتماعية للدعم". فقد يتم توفير الدعم من قبل الأفراد داخل المنظمة على سبيل المثال المشرفين، المرؤوسين أو زملاء العمل أو حتى العملاء، أو بواسطة الأفراد خارج المنظمة، مثل العائلة أو الأصدقاء، هذا ما أكدته الدراسات الميدانية أن الدعم الإجتماعي المقدم من قبل الأفراد داخل المنظمة على وجه الخصوص الدعم المقدم من المشرفين لديه انعكاسات ايجابية على رفاهية الموظف.

ومن نفس وجهة نظر أشار كل من (Griffin, Patterson, & West, 2001) إلى أن دعم المشرف في مكان العمل يلعب دورا مهما في هيكلية بيئة العمل وتوفير المعلومات والتغذية الراجعة للموظفين، في حين يعتمد دعم المشرف على المهارات الشخصية للمشرفين ويتم عرضه من حيث الثقة والإحترام الصداقة والإهتمام العميق باحتياجات مرؤوسيه، كما ذكر (Iverson, 1996) أن الدعم من طرف المسؤول يعتمد على المهارات الشخصية للمشرفين ويتم عرضه من حيث الثقة والإحترام، الصداقة والإهتمام العميق باحتياجات مرؤوسيه (أورد في: CHOU, 2015).

4-الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي لدى المرضى:

بناء على ما تم ذكره سابقا نستخلص أنّ الدعم الاجتماعي ضرورة يحتاجها كل فرد في المواقف التي تصادفه في حياته، ولاسيما ما يتعلق بحياته المهنية ولذلك فإن المرضى كغيرهم من الذين

يحتاجون إلى هذا الدعم سواء من زملاء العمل (المرضى/ الأطباء) أو المسؤولين وغيرها من مصادر الدعم الأخرى، لأنه يلعب دور كبير وفعال في التخفيف عن همومهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية التي قد تؤثر على صحتهم النفسية الاجتماعية، الشخصية أو المهنية وكذلك المواقف والضغوطات التي يتعرضون لها أثناء ممارستهم المهنية، غير أن غياب أو ضعف الدعم الاجتماعي المقدم من طرف المسؤول عن المرضى ينعكس سلباً على صحة المريض.

نستنتج أنّ مفهوم الدعم من طرف المسؤول الهرمي يشير إلى الدعم الذي يحصل عليه العامل من رئيسه المباشر عندما يواجه أي مشكلة في العمل أي المساعدة التي يوفرها المدير إلى العاملين عن طريق تقديم المعلومات والمشورة، دعم انجاز المهمة، التدريب والتوجيه، دعم الموظفين بمساعدتهم في كيفية التعامل مع الضغوطات المحتملة، المساعدة في حل المشكلات واتخاذ القرارات، الإستماع أثناء تنفيس العامل عن احباطاته بالإضافة إلى درجة الكرامة واللفظ والإحترام التي يعامل بها المشرف عليهم، غير أن مستويات الدعم الضعيفة تؤدي إلى تدهور الصحة النفسية وسلامة العمال وفي هذه الحالة تخلق خطر نفسي - اجتماعي على صحة العامل.

ثامنا - الثقة ما بين العمال والإدارة:

1- تعريف الثقة:

تعرف الثقة بشكل عام حسب (Mayer et al, 1995, p712) "أنها رغبة الطرف في أن يكون عرضة لأفعال طرف آخر بناء على توقع أن يقوم الطرف الآخر بعمل معين مهم للجهة المانحة وذلك بغض النظر عن القدرة في مراقبة ذلك الطرف الآخر أو التحكم فيه". في حين ترتبط الثقة التنظيمية بالعمال حيث أشار في هذا الصدد (Abd rabou, 2016) إلى أن الثقة التنظيمية هي عنصر ضروري للموظفين يجعلهم يشعرون بالأمان والدعم ويظهر كعامل مهم في تحسين الإلتزام بالمنظمة والأداء وتعمل على

تحقيق الأهداف الفردية والتنظيمية، حيث تعزز استعداد الأفراد للإنخراط في التواصل الاجتماعي العفوي مثل السلوك التعاوني.

قد أظهر استعراض شامل لأدبيات الثقة من طرف كل (Whitener, Brodt, Korsgaard & Werner, 1998) أن الثقة الشخصية مرتبطة بالتعاون والأداء وجودة الاتصالات في المنظمات، ويرى كل من (Mcknight, Cummings, & Chervany, 1998) أن العمل الجيد يتطلب درجة من الثقة ونوع لقاءات العمل التي تحدث في مؤسسات اليوم تتطلب تشكيل الثقة بسرعة، فالثقة في الأفراد هي توقع أو اعتقاد بأن تصرفات الطرف الآخر ستكون مدفوعة بالنوايا الحسنة، في حين أشار (Whitener, 1998) الى ان الأفراد يخاطرون في هذا الاعتقاد لأن الطرف الآخر قد لا يتصرف بسبب الإحسان (أورد في: (Michele, Gwen & Jones, 2014).

2-الثقة ما بين المرضى والمسؤول عنهم:

إن الثقة في علاقة العمل أن يعتقد الممرض أن المسؤول عنه في العمل لديه نوايا حسنة اتجاهاه وأنه يمكنه الاعتماد عليه وأنه سيحصل على دعمه في إدارة المطالب التي تواجهه في العمل، فالشعور بالثقة يجعله يحس بالقبول والتقدير من جانبه حتى لو لم يكن مثاليا.

على هذا الأساس فان الثقة عنصر أساسي في الرعاية الصحية حيث تستوجب علاقات عمل موثوق بها فكلما ارتفع مستوى الثقة بين أعضاء الفريق كلما عملوا معا بشكل تعاوني وهذا يحفز الرضا الوظيفي والروح المعنوية والإحتفاظ بالوظيفة. في حين تحدث الخيانة عندما تشير كلمات أو تصرفات الممرض أو المسؤول عنه إلى أنه يفتقر إلى النوايا الحسنة اتجاه الآخر، من ناحية أخرى تشير الدلائل إلى أنه عندما يشعر الممرضون بالخيانة فإنهم يبذلون الطاقة لحماية أنفسهم من الزملاء ويكونون أقل فعالية في تقديم الرعاية للمرضى. والأسوء من ذلك أنها تبدأ في إساءة تفسير الإشارات السلوكية وتخصيص المعلومات على أنها ضارة مما يسبب المزيد من القلق والتقصير في رعاية المرضى، فعندما لا يثق

المرضى في المسؤول يكونون أقل عرضة لطلب المساعدة أو المشورة وقد يؤدي ذلك إلى زيادة الأخطاء والتواصل غير الفعال الذي قد يضعف من اتخاذ القرارات السريرية، بالتالي الثقة المكسورة تتسبب في خسائر بشرية واقتصادية ومعاناة منظمة الرعاية الصحية بأكملها، فانعدام الثقة تحول دون الإبداع ومشاركة المعلومات والعمل الجماعي والتواصل (أورد في:

<https://www.americannursetoday.com/trust-in-the-workplace-build-it-break-it-mend-it/>)

نستخلص مما سبق الذكر أن العمال بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة يتعرضون إلى مجموعة من الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة السائدة في بيئة العمل والتي تشمل كل من التنبؤ في العمل، الإعتراف في العمل، العدل في العمل، غموض الأدوار، صراع الأدوار، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والإدارة، حيث تشكل كل هذه العوامل في حد ذاتها أخطار على صحة الممرض النفسية والاجتماعية.

3-6 الأخطار المرتبطة بالعلاقات الأفقية:

إنّ العمل والتواصل لا ينفصلان على المستوى العملي، حيث تشمل العلاقات الأفقية في بيئة العمل تلك العلاقات التي تجمع بين العمال بعضهم البعض وتتسم هذه العلاقات بالدعم الاجتماعي والثقة فيما بينهم.

أولاً-الدعم الاجتماعي ما بين الزملاء:

قد أشارت اللجنة الجامعية للصحة والسلامة في العمل (2005) La cusstr إلى أنّ الدعم بين الزملاء وخلق الحماس في أجواء العمل عاملين في الرضا يتم الإبلاغ عنهما في كثير الأحيان من طرف العمال، على وجه الخصوص عندما تكون المهمة ذو عبء انفعالي عالي فإن المساعدة وتبادل الخبرات يساعدان بشكل كبير في انجاز المهمة.

أشار (Iverson, 1996) إلى أنه يمكن أن يكون زملاء العمل مصدرا رئيسيا لموارد الموظفين بشرط أن يكون زملاء العمل على استعداد للإستماع إلى المشكلات المتعلقة بالوظيفة ويكونوا ملتزمين بالمساعدة فيما يخص المشاكل المرتبطة بالوظيفة ويمكن الإعتماد عليهم عندما تصبح الأمور صعبة على تنفيذ المهام ومشاركة المخاوف مع بعضهم البعض.

في حين ذكر المعهد الوطني للصحة العامة في كندا INSPQ إلى ان ظهور ارتفاع في الدعم الإجتماعي للزملاء مرتبط بقوة الثقة بين أعضاء نفس فريق العمل، حيث يترجم هذا الدعم إلى زملاء يقدمون المساعدة للتغلب على الصعوبات ويشاركون في المهام ويقسمون العمل ويتولون المهام معا للتداول حول طرق القيام بالعمل.

نستنتج مما سبق الذكر أنّ الدعم الإجتماعي من طرف الزملاء يمكن أن يكون مصدرا أساسيا لموارد الموظفين بشرط أن يبدي زملاء العمل استعداد للإستماع إلى المشكلات ويكونوا ملتزمين بالمساعدة فيما يخص المشاكل المرتبطة بإنجاز المهام والمساندة في تجاوز العقبات والمخاوف التي تعترضهم.

ثانيا - الثقة ما بين الزملاء:

إن الثقة هي التوقع والإيمان بأن الطرفين سيعملان على ضمان المنفعة المتبادلة، حيث يتم بنائها عن طريق سلوك المنفعة المتبادلة في الماضي ويتم تعزيز الثقة والتعاون من خلال تلبية توقعات السلوك المتبادل والمنفعة في الوقت الحاضر، وقد أشار في هذا السياق (Lewika & Krot, 2012) أن الثقة الأفقية هي رغبة العامل في أن يكون عرضة لأفعال زملائه حيث تتطلب الإتجاهات في مكان العمل الحديث مثل اللامركزية وفرق العمل مزيدا من التفاعل والتعاون ونقل المعلومات بين زملاء العمل نتيجة تتطلب ظروف العمل الجديدة مزيدا من الثقة الأفقية بين زملاء العمل.

نستنتج مما سبق الذكر أنّ العلاقات الاجتماعية في العمل بما فيها الدعم الاجتماعي بين الزملاء والثقة فيما بينهم عامل للصحة والرفاهية حيث يمكن أن تساعد في الحصول على احترام الذات والشعور بالقبول في جماعة العمل كما تعزز الرفقة والشعور بالانتماء، غير أنه يمكن اعتبار غياب هذه العلاقات في مكان العمل مصدرا مهما يمكن أن يخلق خطر نفسي - اجتماعي على صحة الممرض.

4-6 الأخطار المرتبطة بالاستقلالية:

أولا - تعريف الاستقلالية:

لقد تعددت التعاريف المقدمة لمصطلح الاستقلالية وذلك حسب اتجاهات الباحثين وتخصصاتهم العلمية حيث عرفتها (Emilie, 2004, p3) أنها امكانية انقاذ الفرد لنفسه وفق ميزانية قانونية تعبر عن كل من الإنبساط الاعتراف بحقوقه للآخرين مع مراعاة القواعد والنظم التي تحكم الحياة في الجماعة وعرفها (Warchol, 2007, p80) "أنها قدرة أو حق أي شخص في أن يختار لنفسه قواعد سلوكه واتجاه تصرفاته والأخطار التي يكون مستعدا لخوضها"، في حين يرى كل من (De Charms, 1968; Deci & Ryan, 1985; Ryan, 1993) أن الاستقلالية تعبر عن شعور الفرد بحرية التصرف في بيئته ويقرر بطواعية ما يفعله في نشاطاته وأن يتفق مع نفسه، كما أنها نابعة من الذات الحقيقية وإدراك سببيتها من الداخل (أورد في: Bouterfas, 2014).

نستنتج مما سبق الذكر أنّ الاستقلالية بصفة عامة تعبر عن قدرة أو حق أي فرد في اختيار قواعد سلوكه واتجاه تصرفاته والأخطار التي يكون مستعدا لخوضها وشعوره بحرية التصرف فيما يخص ذاته.

ثانيا - تعريف الاستقلالية في العمل:

حسب كل من (Batey & Lewis (1982 فإنّ الاستقلالية تعبر عن حرية التصرف والربط في القرارات بما يتفق مع نطاق واحد من الممارسة، وحرية التصرف بناء على تلك القرارات التي يمكن

تطبيقها في أي مهنة (أورد في: Wade, 1999). وعرفها (chatzis, 1999, p29) قائلاً "بأنها قدرة عامل ما على تحديد بحرية قواعد العمل التي يقدمها وذلك لإصلاح وضمن مجال عمله والطرق المحددة لنشاطه دون ان يفرض عليه الخارج معايير".

تشير الإستقلالية حسب (Everaere (2007 إلى فكرة القدرة على المبادرة والتميز، التنظيم الذاتي أو حتى الحرية في العمل، فهي تتطلب الذكاء والتفكير للرد بسرعة على المواقف والتنبؤ بها بغض النظر عن المستوى الهرمي للأفراد حتى ولو كان مستوى الإستقلالية يميل إلى الزيادة مع تصنيفاتها. ويضيف koche أن استقلالية الجماعة ليست استقلالية فريق مستقل لا يعمل كما يحلو له ولا يتم التخلي عنه لنفسه، بل إنها قادرة على قيادة عمل يومه لمعرفة ما اذا كان اليوم ناجحاً (أورد في: Bourdu, Pérétié & Richer, 2016).

وعرفها (Morin, 2008, p11) قائلاً "أنها تعبر عن درجة ترك العمل لمجال جيد من الحرية والإستقلالية وتقدير الشخص لتنظيم جداول أعماله وتحديد طرق القيام بذلك، ما يؤدي إلى الشعور بالمسؤولية عن إنجاز المهام وتحقيق الأهداف"، حيث ذكرت اللجنة الجامعية للصحة والسلامة في العمل (la cusstr, 2009, p9) "أن الإستقلالية في العمل غالباً ما ترتبط بمسؤوليات العمال فغياب الإستقلالية يمكن أن يسبب الإحساس بالنفور من العمل وغياب الثقة بالنفس غير أن الكثير منها يعتبر سبب للضغط".

كما قد ترجع الإستقلالية في العمل حسب (Mazet (2014, p27 "إلى الإمكانية التي تعطي للعامل كي يكون فاعل في عمله، حيث تجعل العامل يدير عمله خاصة اذا كان هذا الأخير متطلب، كما يسمح له أن يكون أكثر فعالية في ادارة حياته المهنية في حين يعبر غياب الإستقلالية عن عامل ظهور الأمراض بما فيها النوبات القلبية والعقلية.

على هذا الأساس يمكن أن نستدل على الإستقلالية من خلال فسخ مجال التدخل وإمكانية التطور في العمل، حيث إستخدم مفهوم مجال التدخل منذ فترة طويلة من طرف علماء بيئة العمل، حيث

يتيح تحليل نشاط العمل تسليط الضوء على المواقف الحرجة التي لا يملك فيها الشخص الموارد اللازمة للنجاح في تحقيق أهداف وظيفته مع حماية صحته الجسدية والنفسية، حيث يعتبر في هذه الحالة مجال التدخل غير كاف ما ينتج عنه عواقب سلبية، قد ركّز علماء بيئة العمل في المقام الأول على ظروف العمل والموارد التي يوفرها مكان العمل بمعنى كيف يمكن توفير إطار عمل يقوم فيه مجال التدخل بتعزيز تطور الشخص ونشاطه أو استراتيجياتها للتعامل مع المواقف الحرجة التي تصادفه في بيئة العمل أثناء أداء مهامه.

حيث قام (Durand & al , 2009) بتطوير مفهوم مجال التدخل من خلال ربط زيادة الموارد الخارجية بمحاولة من الفرد في زيادة الموارد الداخلية من حيث القدرات البدنية والنفسية وذلك لدعم عودته إلى العمل (أورد في: Vezina, Durand, Richard & Calvet, 2016). وذكر كل من (Durand, Vézina, Baril, Loisel, Richard & Ngomo, 2008, p3) "أن مجال التدخل عبارة عن الإمكانية أو الحرية المتاحة للعامل من أجل إعداد طرق مختلفة للعمل، قصد تلبية أهداف الإنتاج"، غير أنّ هذا ليس له أي تأثير معاكس في الصحة، فمجال التدخل يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد ومتطلبات عمله بما في ذلك الوسائل والأدوات المقدمة له في سياق العمل، حيث يتم تعديل نشاط العمل بشكل دائم من قبل العامل اعتماداً على التغيير في كل من حالته الداخلية على سبيل المثال التعب، الألم، مستوى الدافعية وظروف أداء العمل على سبيل المثال حالة المواد الخام أو الوقت المتاح بالتالي فإن مجال التدخل عملية ديناميكية بما أن مكوناته في حركة دائمة.

وتؤكد ذلك العديد من الكتابات في الإرغونوميا على أن الحاجة إلى وجود ما يكفي من مجال التدخل في العمل قصد المحافظة على التوازن بين الإنتاج المطلوب وصحة الفرد، في حين سيؤدي نقص مجال التدخل إلى عدم توازن في حلقة تنظيم العمل، مما يهدد التوازن بين الإنتاج والصحة، من الناحية المادية

قد يؤدي إلى وجود عجز في الإنتاج المقدم من قبل الفرد على سبيل المثال نوعية رديئة، كمية غير كافية أو إعاقة صحية مع إمكانية الغياب عن العمل بسبب مشكلة الألم والعجز.

ويرى في نفس السياق (Coutarel, 2005) أن إمكانية التدخل تعبر عن الصلة بين الصحة ومراقبة كل فرد عامل وضعيه عمله، فإدراك العامل بأن له دخل بما يحدث لصحته الخاصة يسمح له من خلال مجموعة من العمليات الإدراكية بتطوير إمكانية التدخل لديه، حيث طور مفهوم التمييز داخل وضعيات العمل من خلال مجال التدخل الداخلي الذي يتوافق مع تصور من طرف العامل بالتبسيط الممكن لعمله ومجال التدخل الخارجي الذي يعود إلى الوقت، تصميم المناصب، وضبط سلسلة العمل وتنظيم وتقسيم المهام.

نستنتج مما سبق الذكر أنّ مجال التدخل عبارة عن مساحة تنظيم العامل في نشاطاته ومهامه مع الأخذ بعين الاعتبار من ناحية خصائصه الذاتية ومن ناحية أخرى متطلبات المهام والوسائل التي يوفرها مكان العمل، واعطاء العامل فرصه لتطوير مهاراته وقدراته من خلال تعلم الأشياء الجديدة والمشاركة في المهام الجديدة والمتنوعة، فكلها عوامل تحقق الإستقلالية في العمل، غير أن وجود قدر ضئيل من الحرية في تقرير عن كيفية أداء المهام وعدم وجود فرصة لتوظيف وتطوير المهارات يمثل أحد المظاهر الأكثر شيوعا في انعدام الإستقلالية، حيث تشكل في حدّ ذاتها خطر نفسي-اجتماعي على صحة العامل.

ثالثا - الإستقلالية لدى الممرضين:

فيما يخص الاستقلالية لدى عينة الممرضين فقد أشار كل من (Nietsche, Ballou, 1998 & 2000) إلى أن تعزيز استقلالية الممرضين ذات أهمية كبيرة بالنسبة لأولئك الذين يرغبون في الحفاظ على معايير التمريض وتعزيز الكفاءة المهنية، حيث ينظر إلى الإستقلالية كمفهوم إيجابي للممرضين. كما أكد كل من (chaboyer & al.2001) في اطار مراجعة أدبيات العديد من الدراسات أن الممرضون

غير راضون في عملهم حيث يرغبون في ظروف عمل أفضل وزيادة استقلاليتهم في بيئة العمل (أورد في: Mrayyan, 2004). قد ذكر كل من (Lewis & Soule, 2006) أن الإستقلالية تتمتع ببعدين أساسيين ذات درجة من الأهمية بعد شخصي أو موضوعي ما نسميه الموقف بالإضافة إلى بعد هيكلي ما نسميه بناء.

بالنسبة للإستقلالية كموقف فهي عبارة عن جزء من موقف الممرض بمعنى أن لديه شعور شخصي عالي من الإستقلالية، ملتزم ويقدر استقلالية الممارسة، وهذا يعكس الممرضين الذين يقدرون أو يريدون أو يجسدون موقفا مستقلا، بمعنى إذا أراد الممرض أن يمارس الإستقلالية فعليه أن يدرك ويقدر الحرية في القيام بذلك ويكون مستعدا، في حين لم يقدر الإستقلالية أو لا يرى الحرية في تنفيذ أعماله المستقلة لا نقول عنه أنه ممرض مستقل.

أما بالنسبة للإستقلالية كبناء فهي تشمل هيكل مؤسسة الرعاية الصحية ونطاق الممارسة المحددة في أدبيات ممارسات التمريض بما فيها قوانين ترخيص الممرضين، معايير الممارسة المهنية للمؤسسة شهادات الممارسة المتقدمة وتطوير المعرفة في علم التمريض، حيث يعكس هيكل مؤسسة الرعاية الصحية درجة استقلالية الممرضين مع تنوع المؤسسات ووجود اختلاف في مدى تشجيعهم وتوظيفهم ومكافأتهم بشكل إيجابي لتنفيذ القرارات والإجراءات التقديرية والملزمة.

فإذا كان على الممرضين طلب الإذن بممارسة أفعالهم التي تقع ضمن تدريبهم التعليمي معناه لا يوجد في الأساس أي استقلالية في ذلك، غير أنه إذا تم تشجيع الممرض بزيادة الأجر عند اتخاذه قرارات تقديرية وملزمة لرعاية المرضى، فإن هيكل المؤسسة يدعم ويشجع الإستقلالية.

نستخلص ممّا سبق الذكر أنّ العمال يتعرضون إلى مجموعة من الأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالإستقلالية في العمل، حيث أنه في حالة توفر إمكانية التدخل على مستوى العمل وإمكانية تطوير العامل لمهاراته يحفز استقلاليته وفي حين تعرض لغياب أو ضعف مساحة التدخل وإمكانية التطور للعامل يشكل ضعف في استقلاليته وتشكل في حد ذاتها أخطار على صحة الممرض النفسية والاجتماعية.

6-5- الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية:

• تعريف الصحة:

حسب التعريف التقليدي المستمد من منظمة الصحة العالمية (OMS) فإن الصحة عبارة عن حالة من كمال الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية، بمعنى أنها ليست فقط غياب الأمراض أو الخلل إنما تشمل جانبا جسديا وجانبا عقليا ونفسيا (أورد في: Lerouge, 2009)، حيث عرّفها (عبد الله، 2001، ص15) "أَنَّها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ورضاه عن نفسه والتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه أي سلامة الفرد من الصراعات الداخلية، وقدرته على التكيف مع متغيرات البيئة المادية والاجتماعية من حوله"، في حين عرفها (غزال، 2008، ص23) "أنها حالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على التوافق المرن الذي يناسب الموقف الذي يمر به، والمقصود بالتوافق المرن هو قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتميز بالمرونة يتضمنها التعاون والإحترام والتقدير المتبادل مع الناس".

• تعريف الرفاهية:

عرف (1987) Levi الرفاهية أنها حالة ديناميكية تتميز بقدر معقول من الإنسجام بين قدرات الفرد واحتياجاته وتوقعاته ومطالبه البيئية ومختلف فرصه، ويرى كل من (Achte, Delaflore, Fabre, 2010, p10) Magny & Songeur "أنها الحالة التي تأخذ بعين الإعتبار الفرد بمجمله وترجمته بمشاعر الإنبساط التفتح، الراحة، الرضا العام وذلك جسدا وروحا". ويرى في نفس السياق (2005) Netz أن

الرفاهية نتيجة لأربعة جوانب تتمثل في الرفاهية الإنفعالية التي تعبر عن حالات من القلق، الضغط التوتر، الإكتئاب، التوتر الطاقة، التعب، الإنفعالات، التفاؤل والتصورات الذاتية التي تعبر عن المهارات إدراك الذات، التقدير العام للذات، ادراك الحالة الجسدية إدراك السيطرة على النفس، الإحالة السببية، أما الرفاهية النفسية تعبر عن الألم، ادراك الإضطرابات الجسمانية (أورد في: Cia, 2015).

نستنتج مما سبق الذكر أن الرفاهية بصفة عامة تعبر عن شعور عام من الموافقة والنمو حيث توفر بالكامل الرضا للإحتياجات البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد.

تتميز الرفاهية بعدة أنواع منها الرفاهية الحيوية، الرفاهية الوجودية، الرفاهية الاجتماعية العلائقية الرفاهية المادية، الرفاهية التنظيمية، حيث تعبر الرفاهية الحيوية بصفة أساسية على أن يتمتع الفرد بصحة جيدة وهذا ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية (1964) أن الصحة حالة من كمال الرفاهية الجسدية العقلية والاجتماعية ولا تشمل فقط غياب الأمراض والرعاية.

أما الرفاهية الوجودية فهي تمثل البعد الرئيسي الذي تحدث عنه ماسلو (1943) والذي سماه الحاجة الى التحقيق أو الإنجاز، معناه مختلف التطلعات الفردية والمهنية نحو الحيوية المهنية والبحث عن التوازن في الحياة والمعنى في العمل، وتشير الرفاهية الاجتماعية العلائقية إلى نوعية العلاقات ما بين الأفراد كالإحساس بالعضوية، الدعم والمشاركة الاجتماعية، فهي عبارة عن محركات مهمة لرفاهية الأفراد سواء الذين تعرضوا لمواقف الحياة الصعبة أو لم يتعرضوا لها.

وفيما يخص الرفاهية المادية فقد أشار Cahour (2006) إلى أن البعد المادي يغطي الرفاهية في أبعاد الفائدة البراغماتية والإرغونومية من خلال مفهوم الراحة التي تتعلق بالراحة الجسدية كارغونوميا المنصب أجواء الراحة، غياب الآلام، وأشار Nielsen (1993) إلى أنها الراحة النفسية بعبارة العبء الذهني في تفاعله مع منصب عمله أو مع منتج عمله، في حين أشار Helander (2002) بأنها الشعور بالمتعة المثيرة في بيئته المهنية من حيث الديكور، البناء، التصميم.

في حين تطرقت الرفاهية التنظيمية إلى عوامل الرفاهية في المنظمة التي أشار إليها Meyer & Allen (1991) وتتمثل في وظيفة الفرد في مجال العمل (وظيفة الفرد في مهنته، حالة المؤسسة الأحداث في العمل، محتوى العمل، التوقيت بقدر العناصر التي تقدم على صحة ورفاهية العمال وكذلك تنظيم العمل واحترام الحاجات، وتيرة الأفراد، ضمان القيم والأمن في العمل، المساهمة في ترقية الرفاهية والالتزام التنظيمي) وعوامل تتعلق بالفرد والتي أشار إليها Rioux (2005) وتتمثل في الالتزام الإنفعالي والأخلاقي المنفعي كما نلاحظ أيضا ان المؤسسة التي تتمتع بالجمال تقوي الفخر وانجذاب العمال لبيئة عملهم (أورد في: Cia, 2015).

نستنتج أن للرفاهية أنواع منها ما يتعلق بالجانب الحيوي للفرد من خلال تمتع الفرد بصحة جيدة ومنها ما يتعلق بالجانب الوجودي من خلال خلق التوازن وما يتعلق بالجانب الاجتماعي العلائقي من خلال خلق علاقات مبنية على الدعم والثقة والمشاركة الاجتماعية ومنها ما يتعلق بالجانب المادي من خلال خلق الجودة والنوعية في راحة الفرد سواء النفسية أو الجسدية ومنها ما يتعلق بالجانب التنظيمي من خلال خلق الإستقرار المهني.

• تعريف الرفاهية في العمل:

عرّف كل من (Achte, Delaflore, Fabre, Magny & Songeur, 2010, p10) "الرفاهية في العمل أنها مجموعة من العوامل المتعلقة بالظروف التي يتم من خلالها انجاز العمل، حيث يستوجب من أرباب العمل ضمان وترقية الرفاهية لمستخدميهم أثناء قيامهم بمهامهم، كما يجب أن يسهروا على تحسين كل من ظروف العمل، ضمان الأمن، السهر على صحتهم ومحاربة أخطار الحوادث، كما يمكن اعتبارها امكانية تجاوز بعض الصعوبات في العمل بالبحث والمثابرة من أجل تحسين الإنتاجية أكثر مع الأخذ بعين الاعتبار آراء العمال".

وعرفها المعهد الوطني للبحث والأمن بفرنسا (INRS, 2018, p1) " أنها مفهوم شامل أوسع في نطاقه من مفاهيم الصحة الجسدية والنفسية في العمل، بالتالي تشير إلى الرضا العام والتنمية في العمل التي تتعدى غياب الضرر الصحي، فالرفاهية تؤكد على الإدراك الشخصي والجماعي لمختلف الوضعيات والإرغامات في المجال المهني"، ويرى Galès على أنها شعور الفرد العامل بالمعلومة الإيجابية أكثر من الشعور بالمعلومة السلبية في وضعية عمله، فهي نتيجة الأفكار بين الفرد والواقع المدرك لنشاطه (أورد في: Cia, 2015).

قد ذكرت الأدبيات المتعلقة بموضوع الرفاهية وجود خمسة نماذج تصور مفهوم الرفاهية النفسية في العمل بما فيها نموذج (Warr 1987, 2009)، نموذج (Danna & Griffin, 1999)، نموذج (Cotton 2003) & Hart، نموذج (Daniels, 2002)، ونموذج (Dagenais-Desmarais, 2010).

-نموذج (Warr 1987, 2009): حسب هذا النموذج فإن البيئة وخاصة الخصائص المتعلقة بالعمل تؤثر على الرفاهية، فهما مرتبطتان بشكل خطي حيث نجد نوعان من المميزات المرتبطة بالمهمة منها الخصائص الخارجية للعمل حيث تتطابق مع الأجور، الأمن الجسدي، الموقف الاجتماعي، التوقعات الوظيفية، الدعم الهرمي والإنصاف، الخصائص الجوهرية للعمل حيث تتعلق باستخدام المهارات ومراقبة العمل وتنوع العمل، بيئة العمل، الأدوار في العمل والتبادلات الاجتماعية.

- نموذج (Danna & Griffin, 1999) : تتطابق الرفاهية النفسية مع الشعور بالرضا من قبل الفرد في مواجهة تجارب الحياة العامة والخبرات في كل من الرضا أو عدم الرضا عن الراتب، الرغبة في الترقية حيث تجمع الرفاهية بين كل من المؤشرات النفسية مثل التأثيرات، الإحباط والقلق والمؤشرات الفسيولوجية مثل الضغط الدم وأعراض الصحة البدنية العامة.

- نموذج (Daniels, 2002): يشير هذا النموذج إلى أن الرفاهية النفسية في العمل عبارة عن مفهوم انفعالي يعمل من خلال خمسة عوامل مستمرة تتمثل في متعة الإكتئاب، الجهد، القلق، القوة والملل الحماس والغضب، الهدوء.

- نموذج الهيكل الصحي التنظيمي لـ (Cotton & Hart, 2003) : الرفاهية في العمل هو مزيج من الضغط النفسي والأخلاق والرضا الوظيفي.

- نموذج الرفاهية النفسية العمل لـ (Dagenais-Desmarais, 2010): يقترح هذا النموذج في محورين يمثل المحور الأول المجال المرجعي الذي يشير إلى التجربة الإيجابية التي يمر بها الفرد في العمل حيث يحتوي على ثلاثة مجالات، تشمل المجال الفردي الذي يشير إلى الحالة الإيجابية للعامل فيما يتعلق بنفسه، ويشير المجال المترابط الحالة الإيجابية للعامل من خلال التفاعل الذي يختبره في عمله وأخيرا يشير المجال التنظيمي إلى التفاعل بين العامل والمنظمة.

أما المحور الثاني فهو الإتجاه الذي يمثل الآلية التي يطور بها العامل تجربته الإيجابية، يتم تحقيق الرفاهية النفسية في العمل بطريقتين معاكستين، فقد عرف الرفاهية النفسية في العمل الإسقاطي بناء على الخبرة الإيجابية للعامل عن طريق إضفاء طابع خارجي على كائن معين، وكذلك السعادة النفسية في العمل الجريء يصف بناء الخبرة الإيجابية للعامل من خلال استيعاب كائن معين (أورد في: Bouterfas, 2014).

نستنتج مما سبق أنّ الصحة والرفاهية في مكان العمل هي مصدر قلق متزايد في المجتمعات المعاصرة وذلك راجع إلى الإستخدام المكثف للتكنولوجيات الجديدة والسعي المستمر لزيادة الإنتاجية من خلال توحيد طرق فعل الأشياء والقضاء على الوقت غير مثمر ما يخلق ضغطا متزايدا على العمال حيث لا يمكن أن يتحقق هذا السعي لتحقيق الأداء دون التسبب في آثار ضارة، وهذا ينعكس على سلبا

في الفرد العامل وذلك بظهور مجموعة من الأخطار النفسية الاجتماعية التي تبرز في كل من الضغط الإحترق المتطلبات الإنفعالية، انعدام الأمن المهني، صراع أسرة/عمل.

- أهم الأخطار الناتجة عن سوء الصحة والرفاهية في العمل:

أولاً-الضغط:

1-تعريف الضغط:

تم استخدام كلمة "الضغط" لأول مرة من قبل الباحث Hans Selye في عام (1936)، وقد تم تحديده وفق المصطلحات البيولوجية بأنه استجابة غير محددة من الكائن الحي بعد ممارسة أي طلب على ذلك الكائن (أورد في: Organisation internationale du travail, 2016). عزّف (Soyer, 2006, p5) الضغط "أنه عبارة عن كلمة مألوفة غالباً ما تكون مشحونة بدلالات سلبية فأصل الضغوط ظاهرة طبيعية، عملية حيوية، الية، دفاعية منقوشة في جينات الإنسان كما يمثل ظاهرة ملموسة مدروسة علمياً وليس فقط مجرد مصطلح قابل للتشكيل"، ويرى (Morgan & Tromborg) أن الضغط شرط لوجود مطالب داخلية أو خارجية غير متوازنة مع قدرة الإنسان على الإستجابة أو القدرة على مواجهة تلك المطالب. ويرى في نفس المنوال (Hans Selye) بأنه رد فعل مطول للجسم على أي استفسار أو طلب.

وصفه (Eng-ström & al, 2006) على أنه سلسلة متصلة ببعضها البعض في مراحل مختلفة على سبيل المثال قد ينتقل الشخص من مشاعر غريبة إلى مشاعر حزن معتدلة / معتدلة وإلى الشعور بالضيق المزمن مع نتائج نفسية وجسدية مختلفة (أورد في: kurki, 2018)، ووصفه (Kim & yoon, 1990) أنه عبارة عن كل الظروف التي تعطل التوازن النفسي والجسدي (أورد في: Camelot, 2012)، في حين يصفه (Adam & al, 1994) أنه سلسلة من الإستجابات الجسدية اتجاه ضغوطات مفرطة تهدد توازن الفرد (أورد في: Moisson & Peretti, 2005).

نستنتج مما تم استعراضه من التعريفات أن هناك باحثين قد تطرقوا لتعريف الضغوط على أنها مثير واخرون تناولوا الضغوط على أنها استجابة، والبعض الآخر تناولوها على أنها تفاعل بين الفرد والبيئة.

2- تعريف الضغط في العمل:

تعددت تعاريف ضغوط العمل بسبب ارتباط هذا المفهوم بالكثير من العلوم الأخرى، فهو يمثل أحد الإهتمامات المشتركة بين الباحثين في كل من المجالات الطبية، النفسية، الاجتماعية... الخ، حيث ترتبط الضغوط حسب (Dollard, 2001) بطبيعة الأعمال والأنشطة التي يمارسها الأفراد في عملهم ولذلك أطلق عليها الضغوط المهنية.

عرّف كل من (Green & Physio, 2015, p2) " أنّ ضغط العمل عبارة عن الدرجة التي تشير إلى أن العمال لديهم تجربة في ضغط العمل مثل مستوى مرتفع من التعب، مستوى مرتفع من جهد الإنفعالات مستوى مرتفع من الإحباط وضعف الإنسجام ما بين العمل والحياة الخاصة"، وعرّفها (De Keyser & Hansez, 1996) أنه استجابة العمال اتجاه متطلبات وضعية ما عندما يشعرون أنهم لا يمكنهم التكيف بسبب ضعف الموارد.

وفي هذا الصدد ذكر كل من (Lefebvre & Poirot, 2011; Maslach & Leiter, 2011) أن له عواقب مهمة على صحة العمال، ويمكن اعتبار الضغط مثل سبب ونتيجة للأخطار النفسية التي يتكبدتها العامل وفي هذا السياق اعتبره كل من (Légeron & Nasse, 2008) أنه الخطر النفسي - اجتماعي الأول، في حين يرى (Salengro, 2005) أنّ الضغط لا يتعتبر مجرد ضغط عمل، بل هو عرض لحالة عدم التوافق بين الأشخاص في مواجهة متطلبات الوضع الذي قد يؤدي في النهاية إلى مشاكل صحية (أورد في: (Schaufeli & Delicourt, Congard, Montaleytang & Gros)، وعلى هذا الأساس ذكر كل من (Schaufeli &

(Enzmann, 1988) أنّ الضغط حالة عابرة من سوء التوافق المهني، حيث ترتبط بالأعراض النفسية والفسولوجية والسلوكية نتيجة محاولة فاشلة للتوافق.

كما ذكر كل من (Beehr & Newman, 1978) أنّ الضغط في العمل يرجع الى الوضعية التي ترتبط فيها عوامل العمل التي تتفاعل مع العمال بطرق يمكن عن طريقها تعديل الظروف الفيزيولوجية أو النفسية التي يضطر الفرد أن يتجنبها في الوظيفة العقلية.

نستنتج من التعريفات السابقة الذكر أنّ الضغط عبارة عن حالة يتعرض لها الفرد نتيجة لسوء توافقه مع بيئة العمل ومع تعرضه لمثيرات ذاتية وبيئية تفوق طاقته التكيفية، ينتج عنها مجموعة من الآثار النفسية والفسولوجية والسلوكية.

3- عوامل الضغط المهني:

تعتبر عوامل الضغط في كل من المكونات التي تشكل جزءا من بيئة العمل والتي تولد توتر أو حالة من الضغط لدى العمال، ففي نفس السياق المهني الضاغط توجد عدة اختلافات كبيرة في الإدراك بين الأفراد الذين يتعرضون اليه، فإن بعض العوامل يتم تحديدها غالبا بأنها مسؤولة عن حالة الضغط وتتمثل في:

-العوامل المتعلقة بالمهمة: تشمل متطلبات كمية مرتفعة مثل عبء العمل، الإنتاجية، ضغط الوقت حجم المعلومات المراد معالجتها، ومتطلبات كيفية قوية مثل الإتقان، النوعية، اليقظة، وخصائص المهمة مثل رتبة العمل، غياب الإستقلالية، التكرار، التجزئة، بالإضافة إلى أخطار كامنة في التنفيذ الفعلي للمهمة.

-العوامل المتعلقة بتنظيم العمل: تشمل غياب التحكم حول تقسيم وتخطيط المهام، غياب الإشراف والمراقبة، عدم وضوح المهام والأهداف غير الدقيقة، تناقض ما بين متطلبات المنصب ما بين الكمية

والنوعية، عدم ملائمة توقيت العمل مع الوتيرة البيولوجية والحياة الاجتماعية والعائلية، أساليب التنظيم الجديدة، عدم ثبات عقود العمل.

-العوامل النفسية الاجتماعية: تشمل عوامل تتعلق بعلاقات العمل مثل غياب المساعدة من طرف الزملاء أو من طرف المسؤول الهرمي، إدارة استبدادية، انعدام الإعتراف بالعمل المنجز وما إلى ذلك.
-عوامل تتعلق بالبيئة المادية والتقنية: تشمل تصور سيء لأماكن أو لمناصب العمل مثل نقص المساحة ضعف الإضاءة، أضرار جسدية لمناصب العمل مثل الضوضاء، الحرارة، الرطوبة، نقص الإمكانيات المادية.

-عوامل تتعلق بحالة البيئة الاجتماعية الإقتصادية للمؤسسة: تشمل بيئة منافسة على المستوى الإقتصادي للمؤسسة وتردها حول مستقبلها (أورد في: Belarif, 2004).

4- الضغط المهني لدى الممرضين:

فيما يخص الضغط المهني لدى الممرضين فقد أشار كل من (Daniel, Wong, Leung, So & Lam, 2001) إلى أن الضغط المهني ينشأ عندما لا تتطابق متطلبات العمل مع قدرات الأفراد، بالتالي تظهر المشاكل الجسدية والإستجابات النفسية في مكان العمل ووفقا لذلك يمكن أن يكون الضغط المهني هو أساس المشكلات الصحية وحتى الإصابات الضارة، فمعظم الممرضين في Hong Kong هونغ كونغ يعانون من مشاكل نفسية بسبب متطلبات العمل. وعلى هذا الأساس أشار (Pender & al, 2011) إلى أن أسباب الضغط لدى الممرضين ترجع إلى كل من مشاكل شخصية، العمل الزائد والعجز عن تحقيق احتياجات المرضى (أورد في: Kurki, 2018).

نستنتج من التعريفات السابقة الذكر أنّ الضغط عبارة عن حالة يتعرض لها الفرد بصفة عامة والممرض بصفة خاصة وذلك نتيجة لسوء توافقه مع بيئة العمل ومع تعرضه لمثيرات ذاتية وبيئية تفوق طاقته التكيفية، ينتج عنها مجموعة من الآثار النفسية والفيولوجية والسلوكية، حيث يرتبط بعدة عوامل

منها العوامل المتعلقة بالمهمة، العوامل المتعلقة بتنظيم العمل، العوامل النفسية والاجتماعية، عوامل تتعلق بالبيئة المادية والتقنية، عوامل تتعلق بحالة البيئة الاجتماعية الاقتصادية للمؤسسة. وعلى هذا الأساس يعتبر الضغط خطر نفسي -اجتماعي على صحة الفرد.

ثانياً - الإحترق:

حظي موضوع الإحترق باهتمام العديد من الباحثين وتناولته العديد من الدراسات بالبحث بطرق متعددة، الأمر الذي أدى إلى ظهور تعاريف متنوعة للإحترق تتسم بعدم الإتفاق على مفهومه. قام الباحث (1974) Freudenberger باقتراح أول تعريف قدم في قاموس Webster بأن الإحترق المهني عبارة عن حالة ناتجة عن الإستخدام المفرط لطاقة وموارد الفرد التي تسبب بدورها الشعور بالفشل والإرهاق والإنهاك، في حين ألحت (1976) Maslach في بوصف الإحترق المهني بالإشارة الى مهن المساعدة مثل عدم القدرة على التكيف المتدخل أو المستجيب على مستوى الضغط الإنفعالي المستمر والناجم عن بيئة العمل.

في (1980) عرّف كل من Richelson & Freudenberger أن الإحترق المهني عبارة عن احتراق الموارد الداخلية للفرد وعلى انخفاض طاقته وحيويته وقدرته الوظيفية، الناتجة عن جهد مستمر من قبل هذا الفرد لتحقيق هدف بعيد المنال في نطاق العمل وخاصة في مهن المساعدة، وفي (1985) أصبح مصطلح الإحترق مثل عملية تطويرية (أورد في: Mauranges, 2015)، كما عرّفه على نفس المنوال عكاشة (1999، ص92) قائلاً "أن الإحترق عبارة عن حالة من الإستنزاف الإنفعالي نتيجة الإستنزاف الزائدة عن حد الإحتمال، والناجمة عن عدم وجود أساليب تكيفية لدى الفرد لمواجهة الضغوط التي يتعرض لها مع زيادة شدتها ووقوعها النفسي الأليم عليه، كما يشير الى التغيرات السلبية في علاقات الفرد واتجاهاته نحو الآخرين بسبب المتطلبات الإنفعالية الزائدة عن حد الإحتمال".

وعلى هذا الأساس عرّفه (Pines & Aronson) أنه عبارة عن حالة من الإحترق البدني والإنفعالي والعقلي الناجم عن المشاركة على المدى الطويل في المواقف المتطلبة انفعاليا (أورد في: Ribeil, 2016).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن ظاهرة الإحترق تعتبر مشكلة خطيرة جدا على صحة العمال والمنظمة ككل، فهي تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للعامل وهذا بدوره يؤثر على أدائه كما ونوعا وبهذا يعتبر خطر نفسي -اجتماعي على صحة الفرد بصفة عامة وصحة الممرض بصفة خاصة.

ثالثا - المتطلبات الإنفعالية:

قد حققت الآونة الاخيرة تقدما هاما فيما يخص فهم دور الانفعالات في البيئة المهنية غير انه بالرغم من زيادة اهتمام الباحثين بدراسة التأثيرات التي تمارسها العاطفة والإنفعالات على السلوك التنظيمي إلا أنه لا تزال هناك بعض اختلافات بين الباحثين بشأن الطريقة التي يمكن ان تحدد بدقة تعريف الإنفعالات.

1- تعريف الإنفعالات:

تعد الإنفعالات وطرق التعبير عنها من الظواهر النفسية التي تؤدي أدوارا متعددة في حياة الفرد وفي هذا الصدد ذكر (Izard, 1980, p4) "أن التعريف المناسب للإنفعالات لابد أن يأخذ بعين الاعتبار ثلاثة مكونات أساسية منها (الخبرة الإنفعالية أو الشعور بالإنفعال، العملية التي تحدث داخل الدماغ والجهاز العصبي، الأنماط التعبيرية الملاحظة خصوصا التعابير المتعلقة بالوجه"، وحسب القاموس الفرنسي Larousse فان الإنفعالات عبارة عن استجابة انفعالية عابرة من شدة عالية نسبيا وعادة ما تنتج عن منبه خارجي من البيئة، أما Cosnier فقد اعتبرتها مجموعة من الإثباتات النفسية الخاصة التي ترافق المظاهر النفسية والسلوكية، في حين عرّفها Fernandez أنها استجابة رد فعل مؤثر مفاجئ

وخاطف، ممتع أو مؤلم في كثير من الأحيان ترافقه مظاهر نفسية أو اضطرابات فيزيولوجية" (أورد في: Jullian, 2013).

وذكر كل من (Harder & al, 1992; Mowrer, 1970 ;1974 ,Dunbar) أن الإنفعالات تتسبب في إعاقة التوافق وأنها مصدر للمشكلات الإنسانية (أورد في: Goleman, 2000)، في حين يرى (بدوي، 1986 ص131) أن "الإنفعال قد ينشأ من إعاقة فجائية لرغبات قوية كما في حالة الخوف والغضب، أو عن طريق إرضاء قوي غير متوقع لهذه الرغبات، فقد يأخذ الانفعال شكل ايجابي توافقي ويثير نشاط الفرد كالمرح والإبتهاج، أو يأخذ شكل سلبي يؤدي إلى عدم الرضا ويخفض من نشاط الفرد كالحزن". وعلى هذا الأساس أشار (weerd, 2007) أن الإنفعالات ضرورية ومفيدة لإنجاز العمل وللأداء (أورد في: weerd, 2011).

2- تعريف المتطلبات الإنفعالية في العمل:

ذكر (Hochschild, 1985) أن العمل الإنفعالي قد ينشأ في التفاعل مع المستفيدين من العمل حيث يستلزم من العامل التحكم في الإنفعالات الخاصة به من أجل السيطرة على انفعالات المستفيدين من العمل ويمكن أن تشمل المتطلبات الإنفعالية عدد من الوضعيات مثل الإتصال مع الجمهور أو المعاناة التي يمكن أن تقود العامل إلى الإضطراب لإخفاء انفعالاته ومشاعر الخوف لديه، غير أنّ هذه التداخلات ليست بالضرورة خطية من حيث العلاقة السببية، فقد يمكن أن يكون اخفاء المشاعر مرتبط بال إتصال مع الجمهور، كما يمكن أن يكون السبب ذات الصلة بتنظيم العمل نفسه (أورد في: Murcia, 2012).

في حين وصف (Zapf & Holz 2006) المتطلبات الإنفعالية في العمل بشكل أكثر توسعا كمتطلب لعرض العواطف الإيجابية والمشاعر السلبية والحساسية اتجاه مشاعر العميل والتناظر العاطفي العام بمعنى التعبير عن العواطف التي تتناقض مع العواطف الخاصة (أورد في: Jonker, 2012).

كما إعتبرها (Brun & Milczarek, 2007) أنها أحد الأخطار الناشئة في مكان العمل، حيث يحاول العمال إخفاء صعوباتهم في التعامل مع هذه المطالب كرد فعل على الخوف من فقدان وظائفهم والتي قد تكون مصدرا لضغط إضافي لا سيما في قطاع الرعاية الصحية.

في حين ربطها (Vegchel & al, 2004) بجوانب معينة من عمل الفرد التي تتطلب جهود انفعالية مستمرة بسبب التفاعلات مع العميل، حيث أشار في هذا السياق (Cadieux, 2013) أن العديد من المهن مثل التمريض، الطب بكل تخصصاته والمحاماة على اتصال دائم مع العملاء ما يجعلهم يتعرضون لإنفعالات معينة (أورد في: Martin, 2016).

كما أشار في نفس الصدد (OHS, 2012, p11) إلى "أن المتطلبات الإنفعالية تتعلق بكل العاملين الذين لديهم اتصال مع الجمهور، ما يستوجب السيطرة على الإنفعالات والعواطف على الدوام، والحفاظ على وجه بشوش، فالإتصال مع الجمهور عبارة عن منبع للتوتر الناتج عن الإتصال الدائم بالضغط الإجتماعي، المعاناة بكل أشكالها، الخطر العدوانى اللفظي والجسدي والإحساس بالخوف".

وذكر كل من (Jones & Fletcher, Peeters & al, 2005) أن توافق متطلبات العمل مرتبط مع مدى احتواء بيئة العمل على محفزات تتطلب بذل جهد لتحقيق أهداف العمل، غير أن هذا الأخير له عواقب سلبية (أورد في: Al-Homayan, Shamsudin, Subramaniam & Islam, 2013).

كما عرّفها البعض الآخر بالتركيز على أشكالها هذا ما أشار إليه كل من Kinman & Leggetter (2016) أن العمل الإنفعالي يعبر عن الجهد المبذول في إدارة المشاعر عندما يحدد دور العمل أنه يجب عرض مشاعر معينة ويجب إخفاء أخرى، حيث يشمل العمل الإنفعالي على ثلاثة عناصر تنحصر في العلاقة المباشرة مع الجمهور، الإتصال بالمعاناة، وجوب إخفاء الإنفعالات، وقد ربطها (Loriol, 2013) بالعمل الإنفعالي الذي يساهم في وصف الجهد المزدوج الذي يبذله الموظفين من أجل

السيطرة على انفعالاتهم الخاصة وذلك من خلال الإتصال مع الجمهور في الهدف المقصود من طرف المنظمة التي ينتمون إليها.

نستنتج من خلال التعريفات سابقة الذكر أن المتطلبات الإنفعالية حدوث العمل الانفعالي في تفاعلات وجهها لوجه أو من خلال الصوت مع العملاء أو الزبائن بمعنى عبر الهاتف أو ما شابه، يتم عرض الانفعالات للتأثير على انفعالات الآخرين ومواقفهم وسلوكياتهم حيث يجب أن يتبع عرض الإنفعالات قواعد معينة، كما يمكن أن يكون للعمل الانفعالي تأثيرات سلبية أو إيجابية على رفاهية وتوافق الفرد في بيئة عمله.

3- المتطلبات الإنفعالية لدى الممرضين:

فيما يخص المتطلبات الإنفعالية لدى الممرضين فقد أشار (loriol 2013) أن الإنفعالات تحتل بعدا مركزيا في الخدمات التمريضية، عادة ما يعترف بالعمل الإنفعالي بشكل سيء لأنه يبدو جزءا طبيعيا من الرعاية الصحية، كما يعبر عن استعدادات فطرية متعلقة عادة بالإناث حيث تضطر ممرضة الأطفال إلى إطعام طفل مريض أو إقناعه بتناول الدواء، وهذا غالبا ما يعتبر انجازا قيما نظرا للطاقة والصبر الذي يتطلبه انجاز ذلك، على الرغم من كل هذه الجهود التي يبذلها الفرد الممرض إلى أنه يتم الاعتراف بعمل الطبيب فقط من قبل العائلة وتهتمش كل مجهودات الممرض.

فبشكل دائم يجب على الممرض أن يعمل بانفعالاته الخاصة فيما يتعلق بالمريض، فلا يجب أن يعبر عن الإشمئزاز أو النفور وإنما يحافظ على الهدوء وراحة الشخص المريض سواء كان عدواني أو مضطرب، كما يستوجب عليه أن يضحك مع مريض محبط بسبب تدهور حالته. فالرفاهية الإنفعالية تعتبر مثل إحدى مفاتيح الشفاء بالنسبة للمريض وخاصة فيما يتعلق بالإضطرابات النفسية، التوترات والتوبيخات داخل الفرق، حيث تشهد لها تأثير مباشر على أعراض المرضى عندما تكون العلاقة اللفظية صعبة بسبب الإضطرابات النفسية، التواصل غير شفهي.

فمتطلبات الوظيفة هي مفهوم يحتوي على جوانب مختلفة حيث أبلغ الباحثون عن أشكال مختلفة تعتبر أجزاء من متطلبات العمل بين الممرضين على وجه الخصوص، حيث أكد Kar & Suar على أن متطلبات العمل تعكس كل من تعارض الأدوار، غموض الأدوار، عبء العمل، الصراع بين العمل / الأسرة، وتحول موقف العمل والطلب على رعاية المرضى، وإدراك السياسة التنظيمية، وتعقيد الوظائف والبيئة المادية، فهناك حاجة للبحث عن عوامل مخففة تقلل من ضغوط التمريض وعواقبها وتوقف العلاقة بين الطلب على الوظيفة والرضا الوظيفي (أورد في: Bani-Hani, Mansour & Alslman, 2016).

نستخلص مما سبق الذكر أنّ المتطلبات الإنفعالية مرتبطة بمدى احتواء بيئة العمل على المنبهات التي تحتاج إلى جهد إضافي لتحقيق الإستجابات الإنفعالية المناسبة، حيث يستوجب على العامل بصفة عامة والممرض بصفة خاصة نشر أفعال مثل الصبر والتعاطف، وقمع ردود الفعل الإنفعالية غير اللائقة على الوظيفة مثل الإحباط والإشمزاز هذه الأخيرة التي تشكل بدورها خطر نفسي -اجتماعي على صحة الفرد.

رابعاً - صراع أسرة / عمل:

1- تعريف صراع أسرة / عمل:

حسب (Lambert, 1990, p105) فإن صراع أسرة/ عمل عبارة عن شكل من صراع الدور، حيث يركز على العلاقة بين الأسرة والعمل وأكثر من التركيز على علاقات العمل وخارج العمل، حيث عرّفه Pal (2012) أنه علاقة ثنائية الإتجاه في تلك العائلة التي يمكن أن تتعارض وتتداخل مع العمل (أسرة نحو صراع العمل، أسرة /صراع عمل أو صراع أسرة/عمل) والعمل يمكن أن يتعارض مع الأسرة (عمل نحو صراع أسرة، عمل/صراع أسرة، صراع عمل/ أسرة).

في هذا السياق ذكر (Farhadi & al., 2013, p. 107) "أن صراع أسرة /عمل عبارة عن صراع بين الأوساط التي تتداخل فيها المطالب العامة للوقت في الأسرة وتؤدي إلى توترها مع أداء المسؤوليات المرتبطة بالعمل" واعتبر كل من (Takeuchi & Yamazaki (2010) أن مسؤوليات العمل والأسرة يمكن أن تكون جسدية ونفسية مما يزيد من حدة الصراع أو التوتر بين كلا المجالين. وترى (Naithani, 2010) أن صراع عمل / أسرة هو نوع من الضغط، فشعور الموظفين بعبء عمل مرتفع دائم يؤدي إلى مواجهة الصراع عمل / أسرة الذي يؤثر بدوره على الأداء في مكان العمل وأيضاً على حياتهم الشخصية، في حين يرى (Greenhaus & Beutell (1985) أن صراع عمل/ أسرة شكل من أشكال صراع الدور حيث تكون فيه دور الضغوط من مجالات العمل والأسرة في تعارض وعدم التوافق في بعض النواحي.

وقد يظهر صراع أسرة/ عمل حسب (Carlson & al, 2000) من خلال ثلاثة أشكال تتمثل في الصراع القائم على التوتر، الصراع القائم على الوقت، الصراع القائم على السلوك . نستنتج مما سبق ذكره أن صراع أسرة/عمل نوع من الصراع بين الأدوار الناتجة عن الضغوط الصادرة عن مطالب متزامنة من أدوار العمل والأسرة، حيث يحدث عندما تكون متطلبات الأسرة تمنع الأفراد من الوفاء بالمسؤوليات والأدوار المرتبطة بالعمل.

2- أشكال صراع أسرة / عمل:

قد ذكر كل من (Greenhaus & Beutell, 1985) أن صراع أسرة /عمل يمثل شكل من الصراع بين مختلف الأدوار المشغولة من طرف نفس الفرد حيث يظهر هذا الصراع في ثلاثة أشكال: صراع الوقت، صراع التوتر بين الأدوار، وصراع السلوكيات.

يحدث صراع الوقت عندما تكون إدارة الوقت صعبة للتمكن من متطلبات الأدوار المختلفة، فالوقت المستغرق في الدور يجعل الشخص غير متاح للإستثمار في دور آخر، بالإضافة إلى ذلك

الإنشغالات الناشئة عن احتلال دور قد يتعدى على توافر الفرد لأداء مهام دور آخر حتى وإن كان موجودا جسديا.

أما صراع التوتر بين الأدوار يفسر أن الضغط الذي يشعر به الفرد في إحدى هذه الأدوار المختلفة يؤثر على كيفية الإستجابة لمتطلبات أدوار أخرى، على سبيل المثال يمكن أن يكون التعب والإجهد الذي يتعرض لهما أثناء العودة إلى المنزل في الحياة الأسرية والعكس صحيح، علاوة على ذلك فالباحثين يعترفون أكثر ان هذه العلاقة المتبادلة بين الأسرة والعمل تتبنى منظور ثنائي الإتجاه للصراع بين الأسرة والعمل، ذلك انهم مهتمون في نوعين الصراع بين العمل / الأسرة بحيث يتداخل العمل مع الحياة الأسرية، والصراع الأسرة / العمل حيث أن مطالب الحياة الأسرية تتعارض مع الإلتزامات المهنية، حيث تؤكد نتائج العديد من الدراسات أمثال (St-Onge & coll., 2002) أن الأفراد يعبرون عن احساسهم بصراع عمل / أسرة أكثر من صراع أسرة / عمل، فأغلبيتهم تركوا القليل من مسؤولياتهم ومشاكلهم العائلية للتدخل في عملهم ويظهر ذلك في المسؤوليات الوظيفية التي تؤدي الحياة الأسرية أو العكس.

صراع السلوكيات يشرح الظاهرة التي بموجبها أن سلوك معين للدور غير متوافق مع السلوك المتوقع في دور آخر، حيث أن بعض الخصائص المميزة في عالم الشغل مثل كونها موضوعية وعدوانية قد تكون غير متناسقة مع توقعات واحتياجات أفراد الأسرة، فصعوبة الفرد في التوافق مع هذه المطالب المختلفة يمكن أن يؤدي إلى صراع السلوك (أورد في: St-Amour, Laverdure, Devault & Manseau, 2005).

3- نظريات العلاقات بين العمل والأسرة:

من بين أهم النظريات التي تحدثت عن العلاقة بين الأسرة والعمل نظرية التجزئة، نظرية التعويض ونظرية التجاوز التي سنتناولها فيما يلي ببعض من التفصيل.

3-1- نظرية التجزئة:

حسب هذه النظرية فإن العمل والأسرة عبارة عن نشاطات مستقلة لا يمكنها التأثير ببعضها البعض، بالتالي صعوبة الحفاظ على تطفل أمور العمل على الأسرة وهذا يعكس عدم قدرة الفرد على تحديد الأولويات بين العمل والأسرة. قد أشار في هذا الصدد (Dubin, 1956) أن مؤسسات العمل ومختلف المؤسسات الاجتماعية خارج العمل كلها منفصلة جسدياً ونفسياً، فكل مؤسسة تتطور بشكل مستقل سواء من حيث القيم أو المتطلبات السلوكية لدى الأفراد.

بعبارة أخرى السلوكيات المرتبطة في مجال ما ليس بالضرورة مرتبطة بالسلوكيات المرتبطة بمجال آخر فالتجزئة المرغوب بها من طرف الأفراد تكمن عندما يرون أن النتائج السلبية تتدخل من دور لآخر (أورد في: Ruiller, 2008).

3-2- نظرية التعويض:

حسب (Thevenet, 2001) فإن هذه النظرية تشير إلى أن الموظفين غير الراضين في مجال ما يبحثون عن مصادر أخرى للرضا في مجال آخر، أما (Kofodimos, 1990) فقد اكتشف أن التعويض الذي نجده في العمل مثل الإعراف، نوعية الحياة في العمل تفوق ما نتحصل عليه من خارج العمل (أورد في: Ruiller, 2008).

3-3- نظرية الفائض:

تعتبر هذه النظرية الأكثر دراسة، فغالبا ما يشير الباحثين إلى أنّ العمال يسرحون في التفكير بعائلتهم على شكل سلوكيات تتميز بالإنفعالات المتطورة في عملهم بصفة عامة، كما تشير دراسات إلى وجود العلاقة بين الرضا عن العمل وخارج العمل.

يتضح مما سبق ذكره فيما يخص نظريات العلاقات بين العمل والأسرة أنّ كل منها قد ركّز على جانب معين، حيث ركزت نظرية التجزئة على تحديد صعوبة الحفاظ العامل على تطفل أمور عمله على

الأسرة، فيما ركزت نظرية التعويض على الرضا بالنسبة للعامل بمعنى غير الراضين عن مجال العمل يبحثون عن الرضا في مجال الأسرة والعكس وفيه يخص نظرية التجاوز فقد ركزت على تفكير العامل في أمور العائلة على شكل سلوكيات إنفعالية في مكان العمل.

4- صراع أسرة / عمل لدى الممرضين:

فيما يخص صراع أسرة/ عمل لدى الممرضين فقد أشار كل من (Burke & Grenglass, 2000) إلى أنه قد تمت دراسة قضية الصراع بين الأسرة والعمل بشكل شامل في الأدب ولكن التركيز الدقيق على مهنة التمريض يعتبر ناقص، فبهذا فان التمريض مهنة تهيمن عليها النساء وتتم بحالة عمل صعبة ولهذا تعتبر دراسة الصراع بين الأسرة والعمل في منظور التمريض أمر مهم نظرا لأثاره النظرية والعملية.

يرى كل من (Elfer & Dearnley, 2007) أن بيئة عمل التمريض أسهل في العديد من بلدان العالم الأول والثاني، ولكن في البلدان النامية بسبب بعض المحرمات والقيم تصبح بيئة العمل صعبة، وهذا يؤدي إلى الضغط وانخفاض الرضا والأداء الوظيفي، كذلك ساعات العمل الطويلة وظروف العمل الصعبة والإجهاد الوظيفي كلها تعزز الصراع بين الأسرة والعمل للممرضات في البلدان النامية. أما (Pal, 2012) فقد ذكر أنه يمكن وصف صراع الأدوار لدى الممرضين بأنه توتر نفسي تثيره ضغوط الأدوار المتضاربة، يشعر بهذا التوتر اللذين يقومون بأدوار إضافية إلى جانب كونهم ممثلون عن الأدوار الأخرى على سبيل المثال الحالة الاجتماعية، مشاركة الأسرة، الأبوة والأمومة رعاية الأبوبين المسنين فكل هذه الأدوار يمكن أن تمارس ضغوطا سلبية على صحتهم.

نستنتج مما سبق ذكره أنّ المطالب التي تشكل عائق أمام الكثير من العاملين في المؤسسات الصحية هو تحقيق الموازنة بين مطالب العمل من جهة ومطالب العائلة من جهة أخرى، فالإشغال في أداء الأعمال غالبا ما يولد صعوبة أمام العاملين في القيام بالالتزامات الخاصة بالعائلة، كما أنّ

متطلبات العمل قد تنعكس سلبا على راحة العامل وبهذا تشكل خطر نفسي -اجتماعي على صحة العامل بصفة عامة وعلى صحة الممرض بصفة خاصة.

رابعاً - إنعدام الأمن المهني:

عرّف كل من (Greenhalgh & Rosenblatt, 1994) أن انعدام الأمن المهني عبارة عن الإحساس بالعجز في الحفاظ على الإستمرارية المطلوبة في الحالات المهنية المهددة، حيث يعكس توقع حدث أساسي غير مرغوب فيه. فانعدام الأمن في العمل ينطوي على فكرة مؤقتة تحمل شك ممدد وتهديد فقدان العمل في المستقبل حيث توجد مختلف أدوات القياس لإنعدام الأمن المهني، لكن لا يوجد أي اجماع يسمح باتخاذ قرار توصية بأداة معينة على أخرى، فمصطلح انعدام الامن المهني هو أيضا جزء من نموذج عدم التوازن بين الجهد والمكافأة لـ Siegrist عبر بعد التعويض الذي يغطي استقرار وضعيّة العمل (أورد في: Murcia, 2012).

ويرى كل من (Brun & Milczarek, 2007) أنّ انعدام الأمن المهني عبارة عن مصدر قلق عام بشأن استمرار وجود الوظيفة في المستقبل، ما يعتبر أيضا تهديدا محسوسا لمختلف ميزات الوظائف مثل الوظيفة داخل المنظمة أو أفاق العمل.

إن الصحة النفسية والرفاهية نسبية وغير مستقرة، حيث يتعرض العمال بصفة عامة والممرضين بصفة خاصة إلى مجموعة من الإضطرابات النفسية بما فيها الضغط، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية صراع أسرة/ عمل، انعدام الأمن المهني، قد تنعكس هذه الإضطرابات سلبا في الصحة النفسية الجسدية والاجتماعية للفرد وذلك بدرجات متفاوتة من فرد لأخر على حسب درجة التعرض لها وهذا يشكل في مجمله أخطار نفسية اجتماعية.

6-6 الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني:

يبرز المعاش المهني من خلال معنى العمل الذي يظهر في الترابط والتماسك الذي يخلق بين العامل وعمله ودرجة الإلتزام التي يشعر بها اتجاه منظمته ومدى رضاه عن عمله بشكل عام.

أولاً- معنى العمل:

1- تعريف معنى العمل:

يشير مصطلح المعنى بشكل عام حسب (Frankl, 1969) إلى أنه عبارة عن تجربة الترابط والتماسك والتوازن وحتى التمام، ويرتبط المعنى أيضا مع سبب الوجود والمعيشة، في حين يمكن تصور معنى العمل بشكل خاص حسب (Yalom, 1980) على أنه تأثير للتماسك بين الموضوع والعمل الذي ينجزه، ودرجة الانسجام أو التوازن الذي يحققه في علاقته بالعمل. أمّا بالنسبة لـ (Isaksen, 2000) فإنه حالة من الرضا تنشأ عن إدراك التماسك بين الشخص والعمل الذي يؤديه والتي تظهر في ثمانية ميزات تتمثل في:

- القدرة على التجديد في العمل، وفي مكان العمل.
- الفرصة لإقامة علاقات جيدة مع الآخرين والاهتمام برفاهيتهم.
- الشعور بأن العمل مفيد ويساهم في إنجاز مشروع مهم.
- الشعور بأن العمل المنجز مهم ومفيد بالنسبة للآخرين.
- فرصة التعلم وامتعة الوفاء في عمله.
- الفرصة للمشاركة في تحسين كفاءة العمليات وظروف العمل.
- الشعور بالاستقلالية والحرية في أداء العمل.
- الشعور بالمسؤولية والإعتزاز بالعمل المنجز (أورد في: Morin, 2008).

قد ربط كل من (Neck & Milliman, 1994) جوهر المعنى في مكان العمل بالنتائج الإيجابية لكل من الفرد والمؤسسة بما في ذلك تحسينات في الأداء التنظيمي (أورد في: Cartwright, Holmes, 2006). وأكد كل من (Morrison, Burke, & Greene, 2007; Pattakos, 2004) أن العاطفة الإيجابية في العمل هي مؤشر على تجربة المعنى والشعور بالقيمة وتحقيق الذات، فعلى سبيل المثال عندما يكتشف الموظفون المعنى في العمل يشعرون بمزيد من التقدير والوفاء من خلال تحقيق قيم أو أغراض العمل الخاصة بهم، كما قد يرتبط المعنى من العمل نفسه بإدراك لصفات العمل الجديدة والتي يتم بناؤها اجتماعيا وتشمل أهمية العمل وقيم العمل وتوجه العمل، الغرض من العمل وأهدافه، فهو فكرة موجّهة نحو المستقبل تشرح سبب مشاركة الموظفين في عملهم أو ما يبحثون عنه في العمل، العمل كجزء من الحياة نحو الوجود الحقيقي الذي يمكن وصفه بأنه تأثير المعنى في العمل على حياة الفرد الشخصية وسبب شخصي للوجود ونفس حقيقية.

ويرى (Lee, 2015) من نفس وجهة نظر أن المعنى في العمل عبارة عن اكتشاف المعنى الوجودي من خلال تجربة المشاعر الإيجابية وإيجاد المعنى من العمل مع السعي لتحقيق هدف أو أهداف في مكان العمل، حيث يتضمن المعنى في العمل أربع سمات مهمة تشمل كل من عاطفة إيجابية في العمل معنى من العمل نفسه، أهداف عمل قيمة، العمل كجزء من الحياة نحو وجود هدف. غير أن فقدان المعنى في العمل ينعكس سلبا على العامل، هذا ما أكد عليه (Adam, 2011) في قوله أن فقدان المعنى في العمل يخلق ضعف نفسي بالغ وهذا بدوره يولد اضطرابات نفسية اجتماعية، بالتالي يجب على الأفراد أن يعملوا على خلق المعنى للعمل الذي يقومون به مثل الفرد الذي لديه انطباع بأنه قادر على فعل أي شيء ماعدا احباط وظيفته، أو عدم استطاعته بمساعدة زميله في العمل يشكل لديه معاناة أخلاقية تقوده إلى فقدان المعنى في العمل.

2- معنى العمل لدى المرضى:

يعد العثور على معنى في العمل أمراً مهماً بالنسبة للمرضى، لأنه يمكن أن يخلق مشاعر وأفكار وسلوكيات أكثر إيجابية لأنفسهم وفرقهم وحتى مرضاهم، فعلى سبيل المثال قد يكون للمرضى الذين يجدون معنى في العمل أو أهداف واضحة في عملهم يمكن أن تحفزهم بشكل جوهري، فعندما يحدث هذا قد يكونون أكثر عرضة للاستمتاع بالتمريض بنوع من العاطفة ومشاركة هذا الجو الإيجابي مع الآخرين.

علاوة على ذلك عند مواجهة الصعوبات الخاصة بهم قد يستجيب المرضى الذين يكتشفون معنى في العمل بشكل مختلف لهذه الأحداث من خلال جعل المعنى وتطوير فهم أكبر للأحداث وبالتالي قد يكونون أكثر التزاماً برعاية المرضى على الرغم من الصعوبات.

نستنتج مما سبق الذكر أنّ المعنى في العمل يساهم في تحفيز عمل الموظفين على الشعور بالحيوية من خلال الإيجابية اتجاه العمل وشعورهم ككائنات مهمة لديها أهداف مع السعي لتحقيق ذواتهم الحقيقية، غير أن غياب ذلك يشكل خطر نفسي -اجتماعي على صحة العامل.

ثانياً- الإلتزام بالمنظمة:

1- تعريف الإلتزام بالمنظمة:

منذ إدخال مفهوم الإلتزام في مجال السلوك التنظيمي تم اقتراح العديد من التعريفات حيث نستعرض البعض منها قصد التوضيح عن كيفية تطور مفهوم الإلتزام، الذي ظهر كمفهوم أحادي البعد وقد برز في اتجاهين يمثلان في اتجاه المواقف، والاتجاه السلوكي.

اهتم انصار اتجاه المواقف أمثال كل من (Buchanan, 1974; Steers, 1977) بالعوامل المؤثرة في تطور الإلتزام وعواقب هذا الموقف، في حين اهتم أنصار الاتجاه السلوكي أمثال كل من (Caldwell, 1981)

(Pfeffer & Lawler, 1980) بالظروف التي تفضل تكرار سلوك معين فضلا عن تأثيرات هذا السلوك على الموقف.

وفي سنة (1960) قام Becker بتعريف الإلتزام على أنه استعداد لمتابعة مسار عمل متماسك، وعرفه كل من (Mowday, Steers et Porter, 1979; Porter, Steers, Mowday & Boulian, 1974) بأنه القوة النسبية لتحديد هوية الفرد داخل المنظمة ومدى مشاركته فيها" في حين عرفه (Wiener, 1982) بأنه مجموعة من الضغوط المعيارية الداخلية التي تدفع الفرد للتصرف بطريقة تتطابق مع أهداف المنظمة ومصالحها، ويرى (Reichers, 1985) على أنه عملية تحديد أهداف الكيانات المختلفة داخل المنظمة. وفي أواخر الثمانينات بدأ الباحثون يرون الإلتزام كمفهوم متعدد الأبعاد حيث تم اقتراح عدة مفاهيم للإلتزام فقد عبّر بعض الباحثين عن الإلتزام كحلقة متصورة أمثال كل من O'Reilly & Chatman (1986) قائلين أن الإلتزام التنظيمي عبارة عن التعلق النفسي للفرد بمؤسسته، معنى الرابط النفسي الذي يوحد الفرد والمنظمة. وفي بداية التسعينات عبّر عنه كل من (Mathieu & Zajac, 1990) أنه رابط توحيد الفرد والمنظمة، بمعنى الرابط الذي يوحد الفرد بالمنظمة، في حين اعتبره (Meyer & Allen, 1991) أنه الحالة النفسية التي تميز علاقة الموظف بمنظّمته والتي لها اثر على قرار فيما اذا كان سيضل عضوا فيها أم لا " (أورد في: Panaccio, 2009).

وفي سنة (1992) أشار كل من (Ketchum & Trist) إلى أن الإلتزام التنظيمي هو معيار هام للفعالية التنظيمية لأنه يتنبأ باستقرار الموظفين ودرجة التفاعل، فهو يشير إلى مدى قدرة المؤسسة بالإعتماد في استمرارية مساهمات الموظفين في أنشطتها وتطويرها، بالإضافة إلى ذلك يعد الإلتزام التنظيمي مؤشرا جيدا لجودة الحياة في العمل، كما يرتبط الإلتزام بالمنظمة حسب كل من (Meyer & Allen, 1997) باستقرار الموظفين (أي انخفاض معدل المغادرة الطوعية)، وحضور الموظف (أي انخفاض التغيب) والأداء الوظيفي وجودة خدمة العملاء، وما يسمى سلوكيات الشركات (أي السلوكيات المهنية التي

تتجاوز التوقعات وتعيين متطلبات الدور). وفي سنة (2010) أشار كل من (Leiter & Bakker) إلى أن الإلتزام في العمل يمثل حالة وجدانية إيجابية مرتبطة بالعمل الذي يتميز بمشاعر عابرة مؤقتة (أورد في: Pietersen, 2005).

ويضيف كل من (Christian, Garza & Slaughter, 2011) أنّ الإلتزام في العمل عبارة عن حالة ذهنية دائمة نسبياً، تشير إلى الإستثمار المتزامن للطاقات الشخصية في تجربة العمل أو أدائه، وإلى وجود صلة نفسية بأداء مهام العمل بدلا من الموقف تجاه ميزات المنظمة أو الوظيفة .

نستنتج مما سبق الذكر أنّ الإلتزام بالمنظمة عبارة عن حالة نفسية تعبر عن ميل أو حاجة أو إلتزام بالخدمة في المنظمة، بمعنى أن الإلتزام هو الموقف والشعور الداخلي للشخص اتجاه المنظمة أو المهنة أو المجموعة المهنية التي ينتمي إليها.

2- أشكال الإلتزام بالمنظمة:

توجد ثلاثة أشكال من الإلتزام بالمنظمة تضم كل من الإلتزام الوجداني العاطفي، الإلتزام بالإستمرارية الإلتزام المعياري.

يرجع الإلتزام الوجداني العاطفي إلى التعلق ولتحديد ومشاركة الموظف في المنظمة، بمعنى أن الموظف الذي لديه التزام عاطفي قوي يبقى في وظيفته لأنه يريد ذلك، أما الإلتزام المعياري فإنه يعكس إحساس الموظف بالواجب أو المسؤولية اتجاه المنظمة، بمعنى يبقى الموظف الذي يعبر عن التزام معياري قوي في وظيفته لأنه يعتقد أن لديه التزاما أخلاقيا اتجاه المنظمة، في حين يشير الإلتزام بالإستمرارية إلى مدى إدراك الموظف للتكاليف المرتبطة برحيله في نهاية المطاف، بمعنى موظف لديه التزام قوي من الإستمرارية يبقى في وظيفته لأنه يحتاج إليها وقد يرتبط هذا النوع من الإلتزام بموقفين، فمن ناحية الإفتقار إلى البدائل المتاحة له في سوق العمل أو التضحيات الشخصية التي يتعين على الموظف تقديمها إذا ترك وظيفته (أورد في: Morin, 2008).

3- الإلتزام بالمنظمة لدى المرضى:

يمكن تصور الإلتزام التنظيمي من حيث ثلاثة أبعاد متميزة منها الإلتزام العاطفي الذي يشير الى الرغبة في البقاء هذا يعني التعلق الداخلي والعاطفي بالمنظمة، فالمرضى يبقى في المنظمة لأنه لديه موقف إيجابي تجاه الأهداف والقيم التنظيمية، حيث يحدث هذا النوع من بسبب الإرتباط العاطفي الذي يدفع الفرد لإستعداد مواصلة عمله في المنظمة، ويشير الإلتزام بالاستمرارية إلى المدى الذي يشعر فيه الموظفون بالإلتزام اتجاه مؤسساتهم بحكم أن المرضى يحتاج إلى البقاء في المنظمة. والإلتزام المعياري الذي يشير إلى شعور المرضى بالإلتزام بالبقاء في المنظمة، حيث ينشأ هذا النوع من قيم الفرد في المنظمة أي أن المرضى ملتزم مدين بالتنظيم، حيث لا لأي منظمة أن تحقق أهدافها دون أن تلتزم بمواردها البشرية.

وفي هذا السياق أشار (Butt & al, 2012) أن التزام المرضى بمهنة التمريض أهمية بالغة للباحثين والأكاديميين في مؤسسات الرعاية الصحية، حيث يشكل ذلك دورا رئيسيا في أدائهم التنظيمي وأن المرضى الذين كانوا أكثر ارتياحا لمهنتهم كانوا أكثر تكريسا وإلزاما لمنظماتهم.

نستنتج مما سبق الذكر أن الإلتزام بالمنظمة هو العملية التي يحدث فيها التوافق والتشابه بين أهداف الفرد وأهداف المنظمة، حيث يرتبط نجاح أي منظمة أو مؤسسة بزيادة إنتاجيتها وقدرتها على تحقيق أهدافها وهذا يعتمد بشكل كبير على مدى قدرة أفرادها وكفاءتهم وكلما كان العاملين بالمنظمة على مستوى عال من الإلتزام بعملهم كلما استطاعت هذه المنظمة القيام بدورها وتحقيق أهدافها المسطرة غير أن غياب هذه العوامل يعد خطر نفسي -اجتماعي على صحة العامل.

ثالثاً - الرضا في العمل:

1- تعريف الرضا في العمل:

قد تعددت التعريفات المقدمة للرضا في العمل وذلك حسب تعدد اتجاهات وتخصصات الباحثين

حيث سنتطرق الى بعضها فيما يلي:

عرف (Locke 1976) الرضا في العمل على أنه الحالة الإنفعالية السارة أو الإيجابية الناتجة عن تقييم الشخص للعمل أو لخبراته المهنية، وعرفه (Barrette, 1990, p29) "أنه يتكون من سلسلة استجابات فردية خاصة حيث تأخذ بعين الاعتبار مختلف العناصر المتعلقة بوضعية العمل، هذه الإستجابات تعمل بالصدفة ما بين احتياجات الفرد وما تفرضه وضعية العمل".

وذكر كل من (Cranny, Smith & Stone 1992) أنه عبارة عن رد فعل انفعالي لوظيفة أو عمل يؤدي إلى تأطير صاحب الوظيفة بمقارنة النتائج الفعلية مع تلك المتوقعة، وذكر على نفس المنوال Spector (1997) أنّ الرضا في العمل عبارة عن كيفية شعور الأفراد اتجاه وظائفهم مع مراعاة الجوانب المختلفة لوظائفهم، فهو يتضمن الرضا من حيث امتداد ميل الأفراد أو عدم الرضا من حيث ما ينفرون منه في العمل، بالتالي الرضا عن العمل عبارة عن تغيير اتجاهات الأفراد (أورد في: Comeau, 2005) كما يرى (Lu & al 2005) بأنه مدى شعور الشخص بالرضا عن مجموعة من خصائص وظيفته بما في ذلك طبيعة عمله ومكافآته لظروف العمل وآفاق التطوير الوظيفي.

نستنتج من التعريفات سابقة الذكر أن الرضا في العمل هو حالة من الإشباع النفسي والمادي لدى الفرد من خلال العمل، إذ يعبر الرضا عن الإتجاه الإيجابي الذي يحمله الفرد نحو عمله أما عدم الرضا فإنه يعبر عن الإتجاه السلبي الذي يحمله العامل نحو عمله، وهذا بدوره يشكل خطر نفسي - اجتماعي على صحة العامل.

2- الرضا في العمل لدى الممرضين:

تم إجراء أول مسح لرضا الممرضين في جامعة مينيسوتا عام 1940 من طرف (Nahm, 1940) الذي خلص إلى أن الرضا في العمل يتأثر بالأجر الذي يتقاضاه العامل وساعات العمل، علاقات العمل مع كبار السن والإهتمام بالعمل والحالة العائلية، فرص التطور وكذلك العلاقات الاجتماعية. وأكد نفس الفكرة كل من (Irvine & Evans, 1995) اللذان ربطا الرضا في العمل بالدور المحدد داخل مكان العمل والإعتراف بجماعة العمل. كما أكد (Willem & al 2007) أن الممرضين قد أظهروا انخفاضا في الرضا الوظيفي مقارنة بالمجموعات المهنية الصحية الأخرى في الرعاية النفسية.

على نفس المنوال يرى (Mache & al, 2009) أن متطلبات الوظائف يمكن أن تقلل من الرضا، فإن الموارد مثل الأجر يمكن أن تزيدها، كما ربط (Piko, 2006) المستويات المنخفضة من الرضا في العمل لدى الممرضين بالتغيرات المتكررة وأوجه القصور في طاقم التمريض (أورد في: Andrioti, Skitsou, 2017). (Karlsson, Krassias & Charalambous, 2017).

نستخلص مما سبق أن العمال بصفة عامة والممرضين بصفة خاصة يتعرضون إلى مجموعة من الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني في العمل، حيث انه في حالة ما حدث تطابق وتشابه بين أهداف الممرض وأهداف المؤسسة الإستشفائية وتحقيقهم مستوى عال من الإلتزام بعملهم والرضا فيه، كلما استطاعت هذه المؤسسة القيام بدورها وتحقيق أهدافها المسطرة بالتالي انعكس إيجابا على صحتهم النفسية، الجسدية والإجتماعية والعكس في ضعف تحقيق معنى للعمل الذي يقوم به وابتعاده عن الإلتزام بمهامه ومنظّمته وانعدام الرضا لديه تشكل في مجملها أخطار نفسية اجتماعية على صحة العامل.

خلاصة الفصل:

نستنتج مما سبق الذكر أنّ الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل متعددة، تنشأ عن خلال التعرض لمجموعة من العوامل التي تسبب الأضرار في صحة الفرد بما فيها الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية، حيث يمكن أن تنشأ من التعرض للإرغامات بما فيها الكمية التي تمس كل من من عبء العمل، وتيرة العمل والمتطلبات المعرفية، كما قد تنشأ من التنظيم والقيادة السائدة في بيئة العمل والتي تمس كل ضعف التنبؤ في العمل، ضعف الإعراف، انعدام العدل، غموض في الأدوار، صراع الأدوار ضعف جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، ضعف الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي وانعدام الثقة ما بين العمال والإدارة.

قد تنشأ أيضا من خلال العلاقات الاجتماعية في العمل وذلك في انعدام الدعم الاجتماعي بين الزملاء وانعدام الثقة بينهم، وتنشأ أيضا من خلال الإستقلالية في العمل التي تمس تعرض العامل لغياب أو ضعف مساحة التدخل وافتقاره لإمكانية التطور، كما قد تنشأ من خلال سوء الصحة والرفاهية وذلك بتعرض العامل إلى مجموعة من الإضطرابات النفسية بما فيها الضغط، الاحتراق، المتطلبات الإنفعالية صراع أسرة /عمل، انعدام الأمن المهني حيث تنعكس هذه الإضطرابات سلبا في الصحة النفسية الجسدية والاجتماعية للفرد قد تنشأ من المعاش المهني للعامل وذلك في انعدام تطابق وتشابه بين أهداف العامل وأهداف المؤسسة وعدم اعطاء معنى للعمل الذي يقوم به وضعف إلتزامه بمهامه ومنظّمته وشعوره بعدم الرضا، حيث يشكل المعاش المهني في هذه الحالة خطر نفسي-اجتماعي على صحته. على هذا الأساس فإن الأخطار النفسية الاجتماعية متعددة وتلعب دورا سلبيا في صحة العامل بصفة عامة وصحة الممرض بصفة خاصة.

الفصل الثالث:

التوافق المهني

تمهيد

يعتبر التوافق المهني أحد مجالات التوافق العام، فحياة الإنسان موزعة في أغلبها بين الحياة الأسرية والحياة المهنية ومن ثمّ فإنّه ينبغي على الفرد أن يحقق في هذين المجالين القدر الأكبر من التوافق.

يتم تقديم فيما يلي عرض نظري لمفهوم التوافق من خلال التطورات التي عرفها هذا المصطلح ليصبح على ما هو عليه اليوم، محددين التوافق العام بصفة عامة مع الإلمام بكل العناصر المرتبطة به بما فيها لمحة تاريخية عن تطور المفهوم، تعريف التوافق العام، تحليل عملية التوافق، مؤشرات التوافق العوامل المرتبطة بالتوافق، نظريات التوافق، معايير تحديد التوافق، مجالات التوافق، ومن ثمّ الإشارة إلى الوجه السلبي لهذه العملية والمتمثل في سوء التوافق مع تحديد تعريفه والعوامل المؤدية إليه ثمّ التطرق إلى التوافق المهني بصفة خاصة مع الإلمام بكل العناصر والمتغيرات المرتبطة به.

أولاً: التوافق العام.

1- لمحة تاريخية عن تطوّر مصطلح التوافق:

يعتبر التوافق مصطلح مركب وغامض إلى حدّ كبير لأنّه يرتبط بالتصوّر النظري للطبيعة الإنسانية وتعدد النظريات والأطر الثقافية المتباينة، حيث ذكر الشاذلي (2001) أنّ أحد أسباب غموض هذا المصطلح هو الخلط بين المفاهيم، ففي الإنكليزية نجد كل من الكلمات (Accommodation, Adaptation, Conformity, Adjustment) تقابلها بالعربية (توافق، تكيف، تلائم، مسايرة) ويمكن

التفريق بين هذه المفاهيم اعتماداً على التعريفات التالية:

تترجم كلمة (Accommodation) إلى العربية بتلاؤم وهو مصطلح إجتماعي يستخدم باعتباره عملية إجتماعية وظيفتها التقليل أو تجنب الصراع بين الجماعات، بينما تترجم كلمة (Conformity) إلى المسايرة ويعتبر بدوره مصطلح إجتماعي يعني الإمتثال للمعايير والتوقعات الشائعة في الجماعة، في حين تترجم كلمة (Adaptation) إلى التكيف وهو مصطلح بيولوجي يشير إلى قدرة الكائن الحي على أن يعدّل نفسه أو يغيّر من بيئته إذا كان له أن يستمر في البقاء حيث يؤدي الفشل في هذا التعديل إلى إنقراض الكائن الحي، أمّا كلمة (Adjustment) تترجم إلى العربية بالتوافق وهذا المفهوم النفسي الإجتماعي يرتبط بالدراسة الحالية.

قد أشار الدسوقي (1974) إلى أن الإنسان قد سعى منذ القديم لبلوغ التوافق وذلك بتحقيق التواءم والإنسجام مع البيئة التي يعيش فيها، فكان في كثير من الأحيان يلجأ إلى السحر والشعوذة والتنجيم سعياً لمعرفة الحظ والاطلاع على أمور الغيب للحصول على درجة معينة من الإستقرار والإطمئنان، أمّا في العصر الحديث فقد أشارت النيال (2002) أنّ أغلبية الأدبيات أكّدت على أنّ أصل مفهوم التوافق مشتق من علم البيولوجيا ويعني التآلف والتقارب، فهو نقيض التخالف والتنافر مستمد من

مصطلح التكيف الذي إستخدم في علم الأحياء وعبر عنه بالبناء البيولوجي والعمليات التي تساهم في بقاء الأجناس.

هذا ما أكد عليه (1976) Lazarus في قوله أنّ مفهوم التكيف انبثق من علم الأحياء وكان حجر الزاوية في نظرية داروين (Darwin) للنشوء والإرتقاء، وقد أستعير وعدّل من قبل علماء النفس وسمي بالتوافق مؤكداً على كفاح الفرد للبقاء طويلاً أو العيش في محيطه الطبيعي والإجتماعي، ويتفق معه محمد (2003) في قوله أنّ التكيف من وجهة نظر علم الأحياء يرتكز على قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع الظروف البيئية وقد استفاد علماء النفس من المفهوم البيولوجي للتكيف واستخدم في المجال النفسي بمصطلح التوافق.

أشار من نفس وجهة النظر عبد الحليم (1990، ص23) إلى "أنّ التوافق يراد منه التكيف أي تكيف الفرد مع متطلبات حياته الإجتماعية والعملية، حيث استعار علماء النفس مفهوم التكيف وأعادوا تسميته بالتوافق، ويمثل التوافق والتكيف معا منظور ملاحظة وفهم السلوك البشري والحيواني"، كما أكد الحميد (1998) أن مجال علم النفس يفضل استخدام مفهوم التوافق دون استخدام مفهوم التكيف وذلك لإختلافهما في المعنى. فالتكيف يستخدم في علم الأحياء ومعناه بقاء الكائنات الحية، أمّا التوافق فهو مدى سيطرة الفرد على البيئة ويعد أحد فروع علم النفس لأنّه أحد المتطلبات النفسية والإجتماعية في البيئة.

ومن هنا يمكن التساؤل عن الفرق بين مصطلح التكيف بمعناه البيولوجي ومصطلح التوافق بمعناه السيكولوجي.

في هذا السياق أشار كل من المليجي وعبد المنعم (1973) أنّ استخدام لفظ تكيف للدلالة على التكيف البيولوجي بمعنى التكيف مع البيئة، في حين يستخدم لفظ التوافق للدلالة على التوافق الإجتماعي بوجه عام. كما اتفق معه الخالدي (2002) مشيراً إلى أنّ التوافق مفهوم إنساني بحت أمّا مفهوم التكيف

فيشمل تكيف الكائن الحي عامة بما فيه الإنسان، الحيوان، النبات اتجاه البيئة التي يعيش فيها ولا بد على الكائن أن يتكيف مع البيئة لكي يتمكن من العيش فيها. هذا ما عبّر عنه (Oxford 2002, p12) قائلاً "أن التكيف عبارة عن تغير او عملية التغير من طرف الكائن الحي أو الجنس البشري ليصبح أكثر تناسبا مع بيئته".

حسب عبد الله (1996) فإن المنظور النفسي قد إستعار المفهوم البيولوجي ووظفه باسم التوافق بدلا من التكيف ليدلّ بطريقة أكثر وضوحا من العملية السلوكية والتي بواسطتها تتمكن الكائنات الحية من إشباع حاجاتها وتجاوز العوائق البيئية والاجتماعية.

نستنتج أنّ كل من التكيف، التوافق، المسايرة، التلائم كلها مفاهيم تختلف حسب المعنى والمجال الذي تستعمل فيه، فالتكيف مصطلح بيولوجي يعبر عن قدرة الفرد في تعديل وتغيير من بيئته في حين أنّ المسايرة تعبر عن الإمتثال للمعايير والتوقعات الشائعة في الجماعة، أمّا التوافق فهو مفهوم يعبر عن سلوك نفسي اجتماعي.

فمن جهة أشار مرسى (1994، ص 52) "أنّ الإنسان كما يتلاءم مع البيئة الطبيعية يستطيع أن يتوافق مع الظروف النفسية والاجتماعية المحيطة به والتي تستلزم منه باستمرار أن يتلاءم ويتكيف معها وتدفع ظروف الحياة الفرد إلى هذا التكيف ويساعده على ذلك ما لديه من ذكاء وقدرة على التطبيع الاجتماعي". ومن جهة أخرى أشار الدسوقي (1974) أن عملية التوافق تتضمن إمّا تضحية الفرد بذاته تنازلا عن مقتضيات العالم الخارجي وثمنا لسلام اجتماعي أو تتضمن تشبث الفرد بذاته وفرضها على العالم الخارجي.

فلكي يحقق الفرد التوافق في حياته لابد من توظيف جميع إمكانياته الذاتية والاجتماعية والبيئة في مواجهة الصعوبات التي تعترضه هذا ما أكد عليه زهران (2005، ص32) قائلاً "أن الفرد المتوافق هو

الشخص الذي يستغل جميع إمكانياته الجسمية، النفسية، الإجتماعية والإنفعالية إلى أقصى درجة ممكنة في مواجهة مشكلاته حتى يحقق الصّحة النفسية".

نستنتج ممّا سبق أنّ موضوع التوافق قد تناولته العديد من العلوم من علم الأحياء وعلم النفس وعلم الاجتماع، بالتالي مصطلح التوافق أعمّ وأشمل من مصطلح التكيف لأنّه يهدف إلى تحقيق أغراض وإشباع حاجات بالتغيير الذي يقصد به إعادة تنظيم عناصر البيئة. فإذا كان التكيف هو طبيعة كل كائن حي والذي يحاول أن يواءم نفسه بالعالم الطبيعي من أجل البقاء وبنا العلاقة المنسجمة التي يأتي بها الفرد باتفاقها مع شروط التنظيم الإجتماعي ومعايير الجماعة، فالإنسان بعالمه العقلي له القدرة على تغيير عالم الواقع لتحقيق الموائمة ومن ثم التوافق الذي يشمل طريقتين منها التغير والتغيير، لذا يمكن القول أنّ الإنسان يتكيف بيولوجيا ويتوافق نفسيا واجتماعيا.

2- تعريف التوافق:

إنّ التوافق العام كغيره من المفاهيم الأخرى، ليس له تعريف محدّد حيث اختلفت التعريفات المقدمة بشأنه حسب الإهتمامات والإتجاهات الفكرية المختلفة للعلماء والباحثين، حيث نستعرض فيما يلي بعضا منها.

عرف (1959) Carter التوافق أنه عملية إيجاد وتبني أنماط السلوك المناسبة للبيئة أو التغيير البيئي وعرفه (Shaffer, 1961) أنه العملية التي من خلالها يحافظ الكائن الحي على التوازن بين احتياجاته والظروف التي تؤثر على رضا هذه الإحتياجات، كما عرفه (Roger) أنّه قدرة الشخص على تقبل الأمور التي يدركها بما فيها ذاته، ثم العمل من بعد ذلك على تبنيها في تنظيم شخصيته (أورد في: Lazarus, 1969)، ووصفه فهمي (1979، ص 23) "أنّه عملية ديناميكية مستمرة يهدف من خلالها الشخص إلى تغيير سلوكه لإحداث علاقة أكثر تلاؤما بينه وبين بيئته، أي القدرة على بناء علاقات مرضية بين الفرد وبيئته".

كما وصفه كل من (Dawis & Iofquist, 1984) أنه عبارة عن عملية مستمرة يحاول الفرد بواسطتها الحصول والمحافظة على إنسجامه مع البيئة المحيطة به، أما (Lazarus & Folkman, 1984) عرّفه أنه مجموعة من قوى معرفية متغيرة بإستمرار، تسمح بإدارة المتطلبات الداخلية والخارجية للفرد الخاصة بموقف معين (أورد في: Marilou & Bruno, 2001). ويرى (Feldman, 1989) أن التوافق عبارة عن جهود الأفراد لتحقيق الشيء الذي يريدونه وأن يكونوا قادرين على مواجهة البيئة التي تحيط بهم (أورد في: Moita, 2015)، ويرى على نفس المنوال كل من (Benjamin & Wolman, 1989) أن التوافق هو علاقة الإنسان مع البيئة التي تنطوي على القدرة على تلبية معظم احتياجات الفرد وتلبية معظم العناصر المادية والاجتماعية (أورد في: Busse & Yim, 2017).

عرّفه عبد الخالق (2001) أنه حالة من التوافق والإنسجام بين الفرد ونفسه وبين الفرد وبيئته حيث تبدوا في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته وتصرفه تصرفاً مرضياً إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية حيث يتضمن التوافق قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفاً جديداً أو مشكلة مادية أو إجتماعية أو خلقية أو صراعاً نفسياً تغييراً يناسب هذه الظروف الجديدة، في حين عرّف عطية (2001)، ص 15) "أنه قدرة الفرد التي تؤهله إلى الشعور بالرضا والتقبل لذاته من خلال المبادئ والقيم والشعور بالرضا الإجتماعي وتقبل الجماعة التي يعيش فيها". بالتالي يتضح أنّ عملية التوافق ترتكز على الفرد وما ينطوي عليه من بناء نفسي وحاجات ودوافع، كما ترتكز على المحيط الذي يعيش فيه الفرد سواء طبيعياً أو إجتماعياً أو ثقافياً.

أشارت الشوريجي (2002، ص 13) قائلة "أنّ التوافق عملية دينامية مستمرة يحاول فيها الإنسان عن طريق تغيير سلوكه أن يحقق التوافق بينه وبين نفسه، بينه وبين البيئة التي تشمل على كل ما يحيط بالفرد من مؤشرات وإمكانيات للوصول إلى حالة من الإستقرار النفسي البدني والاجتماعي". كما يتفق معه عثمان (2006، ص 26) قائلاً "أنّ التوافق هو قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ما يعرف بالتوافق

الذاتي، أما قدرة الفرد على التوافق مع بيئته الإجتماعية في مختلف جوانبها المنزلية المهنية والإقتصادية والدينية والثقافية فيعرف بالتوافق الإجتماعي".

ذكر من نفس وجهة النظر ربيع (2010) إلى أنّ التوافق هو توازن ثابت بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها، أو في حالة من الإنسجام مع البيئة، حيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحاجاته، مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات، وعرفه (Strivastava, 1996) أنه العلاقة المتناغمة مع البيئة التي تلبي فيها معظم احتياجات الفرد بطرق مقبولة اجتماعيا وتؤدي إلى أشكال من السلوك، قد تتراوح من المطابقة السلبية إلى الإجراءات الصارمة وعرفه (Setia (1991 قائلاً أنه علاقة مرضية بين الفرد والبيئة فيما يتعلق بخمسة مجالات للتوافق بما فيها المنزل، الصحة، المجتمع، العاطفي والتعليم، وعرفه (Dunn, 1963) أنه عملية مستمرة للحفاظ على الإنسجام مع سمات الظروف الفردية والبيئية التي تحيط به (أورد في: sharma, 2017).

نستنتج من التعريفات سابقة الذكر أن عملية التوافق عبارة عن تلك العملية التي يسعى من خلالها الفرد إلى إحداث التوازن بين إشباع حاجاته وطموحاته وما تتطلبه البيئة المحيطة به مما يخلق لديه الإحساس بالرضا والإرتياح في معظم مجالات حياته.

3- تحليل عملية التوافق:

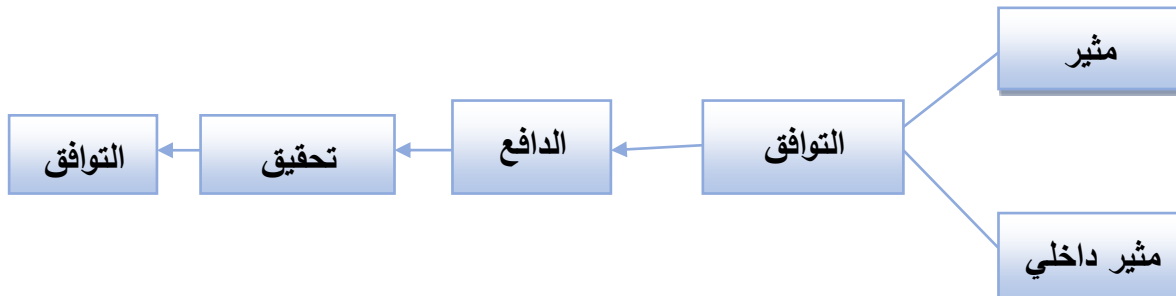
لفهم عملية التوافق لابد من تحليلها وفهم كل مرحلة من مراحلها هذا ما أشار Chaffer & Shoben (1965) في قولهما أنّ عملية التوافق عبارة عن مجموعة مراحل تبدأ بالإحساس بحاجة معينة وتنتهي بإشباع تلك الحاجة، كما أشار من نفس وجهة النظر الداھري (2008) أن عملية التوافق تبدأ بوجود دافع أو رغبة معينة تدفع الإنسان وتوجه سلوكه نحو غاية معينة أو هدف خاص، ثم يظهر عائق ما يعترض سبيل الكائن الحي من الوصول إلى هدفه، وعندما يعاق الكائن الحي من الوصول إلى هدفه يحبط إشباع دافعه فيلجأ إلى القيام بالكثير من العمليات والحركات المختلفة لمحاولة التغلب على هذا

العائق والوصول إلى هدفه فبالوصول إلى الهدف الذي يشبع الدافع تتم عملية التوافق. ويتفق معه علي (1977) حيث أشار إلى أنّ عملية التوافق تبدأ بدوافع لم يتمكن الفرد من إشباعها نتيجة ظروف أو أحوال منعت الفرد من تحقيق هذا الإشباع. وهذا ما جعله يعاني الإحباط وخيبة أمل ويصاحب ذلك قوة التوتر والقلق عندها يقوم الفرد بمحاولات لحل المشكلة محاولاً بذلك إشباع دوافعه وحاجاته.

يمكن الذكر ممّا سبق أنّ عملية التوافق تحتاج إلى وقت وجهد، خصوصاً عندما تكون هناك صعوبة في إشباع الدافع أو هناك استحالة إشباعه وذلك لوجود عوائق من شأنها عرقلة الفرد في بلوغ تحقيق أهدافه، فالتوافق إذن عبارة عن عملية معقدة يزداد تعقيدها تبعاً لخصائص الفرد والبيئة المحيطة به، حيث يميّز الخالدي والعلمي (2009) بين نوعين من التوافق: التوافق السهل والتوافق الصعب.

• التوافق السهل:

يختلف توافق الشخص من موقف لأخر بحسب خبراته السابقة بالموقف والهدف المطلوب تحقيقه، ففي المواقف البسيطة يتوافق معها بسهولة ويصل إلى أهدافه بجهد قليل وباستجابات تعود عليها كما يوضح الشكل التالي:

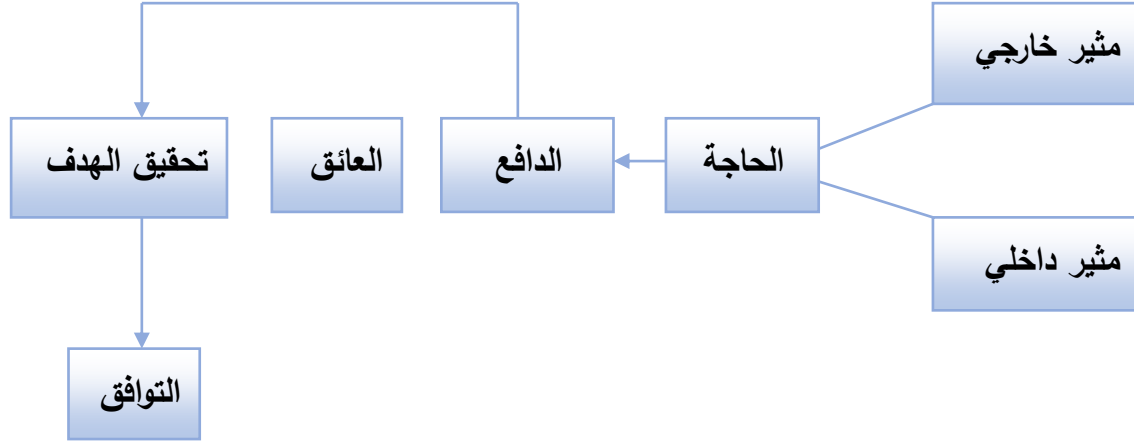


شكل رقم (2) : نمط التوافق السهل (أورد في: الخالدي والعلمي، 2009)

• التوافق الصعب:

يكون في المواقف التي تنشأ فيها عوائق فيتوافق معها الشخص بصعوبة وقد يستخدم إحدى الأساليب التكيفية المتمثلة في زيادة الجهد للتغلب على العائق، تعديل السلوك لتجاوز العائق، تعديل

الهدف أو تبديله بهدف آخر تأجيل تحقيق الهدف، التخلي عن الهدف نهائيا أو إزالة الحاجة، الشعور بالفشل والإحباط واللجوء للحيل النفسية والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (3): نمط التوافق الصّعب (أورد في: الخالدي والعلمي، 2009).

3-1 عوائق التوافق:

بالرغم من أنّ الكثير من الناس يستطيعون أن يحققوا إشباع الكثير من حاجاتهم ودوافعهم الفسيولوجية والاجتماعية، لكن هناك بعض من هذه الدوافع القوية التي لم يستطع الفرد أن يهيئ لها الإشباع التام، فهناك بعض العقبات ولعوائق العنيفة التي تحول دون إشباع بعض الحاجات الضرورية وتدفع الفرد إلى تقبل حلول توافقية أقل إشباعا لحاجاته أو على سلوك يتعارض مع قيم المجتمع ومعاييرها فيكون في ذلك إنحراف أو شذوذا. فقد ميّز جبل (2000) بين نوعين من العوائق المتمثلة في الإحباط والصراع.

• الإحباط:

حالة من التأزم النفسي تنشأ عن مواجهة الفرد لعوائق تحول دون تحقيق حاجة ملحة كما تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع الفرد لحاجاته أو توقع حدوث العائق في المستقبل، وأهم ما ينتج عنه تغيير سلوك الفرد حينما يواجه سلوكا إحباطيا في حياته حيث يتخذ في ذلك مجموعة من الصّور

المتمثلة في عدم الإستسلام واللجوء إلى التفكير وتكرار المحاولات وتجريب وسائل عدّة حتى يصل في النهاية إلى الهدف الذي يشبع هذا الدافع أو على الأقل يبحث عن هدف بديل يستطيع من خلاله أن يشبع الدافع ولو إشباعاً جزئياً مؤقتاً يؤدي إلى خفض توتره النفسي، في حين يستسلم آخرون من أول محاولة وذلك بكتب دوافعهم في صورة دوافع مكبوتة تبقى في اللاشعور وتظهر في صورة أعراض مرضية، وهناك البعض الآخر حينما يفشل بعد محاولات في إشباع حاجاته ودوافعه يضطرب ويختل توازنه ويدفعه الشعور بالفشل باللجوء إلى أساليب سلبية معوجة شاذة متطرفة تنقذه مما يعانيه من توتر وتأزم نفسي متجهاً بذلك إلى الحيل اللاشعورية، وبهذا يمكن الإشارة إلى نوعين من مصادر الإحباط يمكن تقسيمها إلى قسمين رئيسيين يتمثلان في: العقبات البيئية، والعقبات الذاتية أو الشخصية.

تشمل العقبات البيئية كل من العقبات المادية واللامادية التي تعتبر من المصادر الرئيسية التي يمكن أن تحبط دوافع الفرد وهي عقبات متعددة، بحيث لا يمكن حصرها نظراً لما تحتويه هذه البيئة من عوامل فيزيقية كالمرتفعات المنخفضات، الجبال، البحار، الأنهار، الطقس وعوامل لامادية كالقواعد والنظم والقوانين والمؤسسات، في حين تشمل العقبات الذاتية عقبات متعدّدة وذات أثر عميق في نفسية الفرد ترجع إلى عدّة أسباب نذكر منها الأهداف بعيدة المنال، تعدّد أهداف الفرد وعدم تناسقها مع الوقت الأهداف المتطرفة.

• الصراع:

حسب المنسي (1998) الصراع هو حالة نفسية مؤلمة تنشأ نتيجة التنافس بين دافعين كل منهما يريد إشباعاً، أي ينشأ من تعارض دافعين لا يمكن إشباعهما في الوقت نفسه، بالتالي الصراع سمة الحياة فالإنسان منذ نعومة أظافره حتى مماته يقع في صراع ينشأ في الرغبة الأكيدة في إشباع الدوافع مثل الطفل في نشأته الأولى يقع في صراع بين إرضاء دوافعه وبين إرضاء أمّه خاصة في عملية

الرضاعة والفظام وتنظيم عملية الإخراج وأيضا الصّراع بين رغباته ومعايير المجتمع التي تقع حائلا دون إشباعها.

نستنتج مما سبق أنّ الإحباط هو وجود عقبة تحول دون إشباع دافع واحد ما، أمّا الصراع فهو التعارض بين إشباع دافعين قد يكون أحد دوافع الإحباط واحد منها، فوجود دافعين أو أكثر يعمل على حدوث صراع مما يصيب الإنسان بحالة من التأزم النفسي وعدم التوافق وعليه ليس الصراع بالغريب في حياتنا فما من كائن أدمى مهما كان جنسه أو نوعه أو درجة ثقافته أو مركز ماله أو أدبه أو علمه إلّا واجتاز أو سيجتاز في حياته ضربا من ضروب الصراع.

3-2 ميكانيزمات التوافق:

أشار عويضة (1996) إلى أنّ ميكانيزمات التوافق عبارة عن حيل دفاعية نفسية تحاول صد الهجمات التي تتعرض لها الذات الإنسانية وهي تحاول إحداث التوافق النفسي كما تعتبر وسائل وأساليب لا شعورية تساعد الفرد على التخفيف من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات المختلفة حيث قسّم الحيل الدفاعية إلى قسمين: حيل الدفاع السوية، حيل الدفاع غير السوية.

• حيل الدفاع السوية:

فيما يخص حيل الدفاع السوية فهي حيل لا شعورية تساعد الفرد على إستعادة ثقته بنفسه وتحقيق إتزانه النفسي مثل التعويض والإعلاء والتقمص.

- التعويض:

ذكر عبيد (1979) أنّ التعويض هو ميكانيزم للتكيّف يستخدمه الفرد ليغطي ضعفا أو نقصا في صفة مقبولة إجتماعيا لإحراز التوافق وتعتبر أحلام اليقظة من مظاهر عملية التعويض ومن أسهل الوسائل لإشباع رغباتنا ودوافعنا التي لا تحتاج إلى الكثير من الجهد والطاقة، هذا يعني وجود انسحاب ذهني من عالم الواقع لتحقيق ما نرمي إليه.

- الإِعلاء:

حيث عرّفه عويضة (1996) بأنه الإرتفاع والتسامي بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتضعيدها إلى مستوى أعلى وأسمى والتعبير عنها بوسائل، فالفرد الذي يجد في ذاته قوة بدنية عالية ورغبة في الآخرين، قد يجد في ممارسة الرياضة العنيفة منفذا لهذه القوة وتلك العدوانية.

- التَقَمص:

كما يعرّف التَقَمص بأنه عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص شخص آخر، حيث يتحول كليا أو جزئيا تبعاً لنمو ذاته وتتكوّن الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التمويهات.

• حيل الدفاعية غير السوية:

- الإسقاط:

يشير عشوي (2003، ص 180) "أنّها عملية دفاعية غالبا ما يلجأ إليها الإنسان في حياته اليومية حيث يثبت الآخرين بعض الصفات السلبية التي يعانيتها هو نفسه فيلصق فيها فردا ما يتصف به من صفات غير مقبولة إجتماعيا إلى شخص آخر". كما يتفق مع هذا التعريف إسماعيل (2001) في قوله أنّ الإسقاط عملية دفاعية يلجأ إليها الفرد من أجل إلحاق بعض الصفات السلبية التي يعانيتها بأفراد آخرين.

- النكوص:

حسب عويضة (1996، ص 80) "هي عملية يقوم بها الفرد بالعودة إلى مرحلة الطفولة هروبا من المواقف الحاضرة التي لا يمكن أن يحقق فيها إشباعا لدوافعه وتعتبر لديه مرحلة الطفولة مرحلة سهلة للتخلص من أعباء عدم التوافق وتراكمات أعباء النفس".

- التبرير:

حسب (Mazet 1979) هي حيلة دفاعية يحاول بها الشخص إعطاء صفة منطقية لصراعات وانفعالات بغية السيطرة عليها، كما أشار الحجاوي (2004، ص 28) إلى "أنّ التبرير آلية لاشعورية تدفع الشخص إلى تكوين أسباب حقيقة يبرر من خلالها السلوك أو الدافع أو المشاعر غير المقبولة". نستنتج مما سبق الذكر أنّ التوافق هو هدف كل شخص في الحياة ليعيش حياة هادئة مع نفسه ومع بيئته، حيث أنّ الفرد لا يعتمد في حياته على ميكانيزم واحد وإنّما قد يستخدم عدّة ميكانيزمات للتوافق وهذا حسب طبيعة الموقف والظروف والضغوطات التي قد يتعرض لها الفرد في حياته.

4- نظريات التوافق:

يعتبر البعد النظري لتفسير أي ظاهرة علمية الأساس في كل البحوث حيث يعد موضوع التوافق من المواضيع الحديثة في البحوث النفسية وذلك لما له من علاقة مباشرة بحياة الفرد خاصة الفرد العامل ومن أهمّ النظريات التي فسرت التوافق نذكر منها نظريات التحليل النفسي، المدرسة السلوكية، الإتجاه الإنساني، النظرية البيولوجية والنظرية الإجتماعية والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

4-1 نظريات التحليل النفسي:

يرى (freud) أنّ عملية التوافق غالباً ما تكون لا شعورية، أي أنّ الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية للكثير من سلوكياته، فالشخص المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية بوسائل مقبولة إجتماعياً، حيث يرى أنّ العصاب والذهان ما هي إلا أشكال تعبير عن سوء التوافق وبهذا فإن الأنا القوية هي التي تسيطر على الهو والأنا الأعلى وتحدث توازن فيما بينهما وبين الواقع (أورد في: سفيان، 2004). أمّا الباحث (Yong) فيرى أنّ مفتاح التوافق والصحة النفسية يكمن في إستمرار النمو الشخصي دون توقف، كما أكدّ على أهمية إكتشاف الذات الحقيقية وأهمية التوازن في الشخصية السوية

المتوافقة وأنّ الصحة النفسية والتوافق يتطلبان الموازنة بين الميولات سواء الإنطوائية أو الإنبساطية (أورد في: عبد اللطيف، 1990).

نستنتج أن رواد هذه النظرية يشيرون إلى أنّ التوافق عملية مكتسبة عن طريق الخبرات التي يمر بها الفرد والسلوك يشمل على خبرات تشير إلى كيفية الإستجابة لتحديات الحياة والتي ستقابل بالتعزيز أو التدعيم.

2-4 النظرية السلوكية:

يشير رواد هذه النظرية إلى أنّ التوافق عملية متعلّمة ومكتسبة عن طريق الخبرات التي يمر بها الفرد والسلوك يشمل على خبرات تشير إلى كيفية الإستجابة لتحديات الحياة والتي ستقابل بالتعزيز أو التدعيم، فالتوافق لدى السلوكيين يتمثل في استجابات مكتسبة من خلال الخبرة التي يتعرض لها الفرد والتي تؤهله للحصول على توقعات منطقية وعلى الإثابة، فنكرار سلوك ما من شأنه أن يتحول إلى عادة. وعملية التوافق الشخصي لدى (Watson) و (Skinner) لا يمكن أن تنمو عن طريق ما يبذله الجهد الشعوري للفرد، ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات أو إثابات البيئة. وفي هذا السياق أشارت النبال (2002) أنّ السلوكيون المعروفون (Bandura) و (Mahoney) قد إستبعدوا تفسير التوافق على أن يحدث بطريقة آلية ما يبعده عن الطبيعة البشرية، وإعتبروا أن الكثير من الوظائف البشرية تتم لدى الفرد على درجة عالية من الوعي والإدراك.

3-4 النظريات الإنسانية:

أشار (Rogers & Maslow) إلى أنّ هذا الإتجاه جاء كرد فعل على النظريتين السابقتين في علم النفس (التحليلية والسلوكية) حيث يقوم على رفض المسلمات التي تقوم عليها هاتين النظريتين حيث حدّد (Rogers) ذات الإنسان على أنّها المحرك الأساسي للسلوك لأنّها تعتبر حجر الزاوية في بناء شخصيته وتتكوّن الذات عنده من الذات الواقعية المتمثلة من مجموعة قدرات وإمكانيات تحدّد

الصورة الحقيقية للفرد، والذات الإجتماعية المتمثلة في مجموعة من مدركات وتصورات يحملها الفرد من خلال تعامله مع المجتمع والذات المثالية المتمثلة في مجموعة أهداف وتصورات مستقبلية يسعى الفرد للوصول إليها، فإذا ما إنفقت عليه الذات الواقعية والذات الإجتماعية والذات المثالية أنّ الفرد يشعر بالتوافق مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه. أمّا إذا كان هناك تنافر وعدم التحالف حدث سوء التوافق وعدم الإلتزان، كما يشير إلى أنّ الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق يعبرون عن بعض الجوانب التي تقلقهم فيما يتعلق بسلوكياتهم غير المتسقة مع مفهوم ذواتهم (أورد في: عبد اللطيف، 1990).

تتمثل الذات المثالية من مجموعة أهداف وتصورات مستقبلية يسعى الفرد للوصول إليها، فإذا ما انفقت الذات الواقعية والذات الإجتماعية والذات المثالية فإن الفرد يشعر بالتوافق مع نفسه والمحيط الذي يعيش فيه أمّا إذا كان هناك تنافر وعدم التحالف فحدث سوء التوافق وعدم الإلتزان. حيث يؤكد (Maslow) من خلال نظريته على أهمية تحقيق لبلوغ التوافق السوي وقام بوضع عدّة معايير في ذلك شملت الإدراك الفعال للواقع، قبول الذات التلقائية، التمرکز حول المشكلات لحلّها، نقص الإعتماد على الآخرين الإستقلال الذاتي، إستمرارية الإعجاب بالأشياء وتقديرها (أورد في: عوض 1990).

4-4 النظرية البيولوجية:

من رواد هذه النظرية (دارون، مندل، كالمان وجالتون) حيث تركّز على النواحي البيولوجية للتوافق وترى أن أشكال سوء التوافق يعود إلى أمراض تصيب أنسجة الجسم خاصة المخ، ومثل هذه الأمراض يمكن توارثها أو إكتسابها خلال الحياة عن طريق الإصابات، الجروح، العدوى أو الخلل الهرموني الناتج عن ضغط الواقع على الفرد، فقد تؤثر المظاهر الفيزيولوجية الشاذة عن الوضع الطبيعي في عملية التوافق كالبدانة المفرطة أو وجود إعاقة في الجسم أو الحواس والتشوهات الخلقية تؤدي حتما إلى إضطرابات سلوكية (أورد في: مياسا، 1997).

نستنتج أنّ هذه النظريات مكملة لبعضها البعض في فهم عملية التوافق، فليس هناك نظرية منعزلة عن أخرى بل تبدأ من حيث انتهى الآخرون وكلها تتآزر في تقديم تفسير واف، فتوافق الفرد يكون بالتوازن بين غرائزه البيولوجية ودوافعه الداخلية من جهة وبين دوافعه الإجتماعية من جهة أخرى.

5- العوامل المؤثرة في التوافق:

حدّد مياسا (1997) مجموعة من العوامل التي تتدخل في الأشكال التي يأخذها سلوك الفرد في عملية التوافق تتمثل فيما يلي:

1-5 إشباع الحاجات الأولية والحاجات النفسية الإجتماعية: حيث تشير الأولى إلى الحاجات الأساسية للبقاء والثانية تمثل الحاجة إلى الحب والإحترام والنجاح وهي الحاجات التي يحققها الإنسان من خلال إتصاله بالمحيط.

2-5 تأثير الحالات الجسمية الفسيولوجية الخاصة على التوافق: مثل تأثير الوراثة والصدمات الدماغية والأمراض.

3-5 دور الطفولة وخبراتها: حيث تعد من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان فمن خلالها تتكوّن عناصر الشخصية وأنماط السلوك والقدرات وتشكيل العادات السلوكية. في حين يأتي عامل القدرات العقلية التي تلعب دورا كبيرا في نجاح عملية التوافق واستمرارها. فكلما كان الفرد أكثر ذكاء وإملاكه لتخيل مبدع كلما كان باستطاعته القيام بتحديد أهداف معينة تتفق مع بيئته وإمكانياته ومحيطه الإجتماعي وذلك بمساعدة هذا الأخير على تحقيق أهدافه.

يعتبر أيضا المستوى الإجتماعي الثقافي عاملا يؤدي إلى التوافق أو سوء التوافق من خلال التقيد بمجموعة من القيم وأنماط السلوك التي تسودها الجماعة وهذا ما يسمح له بالتوافق في هذه الفئة بينما قد يكون عاملا لسوء التوافق حين ينتقل الفرد إلى طبقة أو فئة إجتماعية مختلفة عن السابقة. كما يؤثر

أيضا موقف الإنسان عن ذاته وذلك بمعرفة قدراته وإمكاناته وعدم تجاوزها أو التقليل من شأنها يمكنه من التوافق (أورد في: غريب، 1974).

6- مؤشرات التوافق:

- حسب حشمت وباهي (2006) هناك عدّة مؤشرات تدل على السلوك التوافقي للفرد تتمثل في:
- الراحة النفسية: بمعنى أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يستطيع مواجهة العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاها نفسه وبقراها المجتمع.
 - الكفاية في العمل: بمعنى أن الفرد الذي يزاول مهنة أو عملا فنيا تتاح له الفرصة لإستغلال كل قدراته و تحقيق أهدافه الحيوية، كل هذا يحقق له الرضا والسعادة النفسية.
 - مدى إستمتاع الفرد بعلاقات إجتماعية: إنّ بعض الأفراد أقدر من غيرهم على إنشاء علاقات إجتماعية وعلى الإحتفاظ بالصدقات والروابط المتينة في المجموعات التي يتصلون بها وتعتبر هذه العلاقات سندا وجدانيا هاما ومقوما أساسيا من مقومات الصحة النفسية.
 - الشعور بالسعادة: حيث أن الشخصية السوية هي التي تعيش في سعادة دائمة خالية من الصراع و المشاكل العديدة.
 - القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية: إن الشخص السوي هو الذي يستطيع أن يتحكم في رغباته، وأن يكون قادرا على إشباع حاجاته فهو لديه القدرة على ضبط ذاته وعلى إدراك عواقب الأمور.
 - ثبات إتجاهات الأفراد: إنّ ثبات إتجاهات الأفراد يتم عن طريق تكامل في الشخصية ويتم كذلك عن الإستقرار الإنفعالي إلى حدّ كبير.
 - إتخاذ أهداف واقعية: أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يضع أمام نفسه أهدافا ومستويات للطموح، حيث يسعى للوصول إليها حتى ولو كانت تبدو له في غالب الأحيان بعيدة المنال، فالتوافق المتكامل ليس معناه تحقيق الكمال بل يعني بذل الجهد والعمل المستمر في سبيل تحقيق الأهداف.

- تنوع نشاط الفرد: إنّ الإستماع بالحياة وإتساع مجال التجاوب معها يتطلب العناية بعدة أنواع من المهارات والمعارف، وهذا يقضي الحرص على النمو المتكامل المتوازن الذي يهتم بكافة الجوانب.

نستنتج من خلال ما سبق أنّ تمتع الفرد بهذه السمات دلالة على توافقه الإيجابي سواء مع ذاته عن طريق الإحساس بالمسؤولية وقدرته على مواجهة مختلف المواقف التي قد يتعرض لها في حياته أو مع بيئته أو مع المجتمع الذي يعيش فيه وذلك عن طريق إحترامه للعادات والتقاليد والقوانين السائدة فيه.

7- معايير تحديد التوافق:

للحكم على الشخص على أنه متوافق أو غير متوافق نعتد على عدة محكات يتم عرضها فيما يلي:

1-7 المعيار الإحصائي:

حسب سعد جلال (1985) المعيار الإحصائي هو المحك الذي يعتمد في تحديده لدرجة التوافق على التوزيع الطبيعي، والذي يفترض أنّ أي خاصية بشرية تتوزع على شكل منحنى حيث تتجمع الأغلبية في الوسط والأقلية في الأطراف بالتالي فإنّ التوافق سيكون موضعه قريب من متوسط المنحنى أي مع أغلبية الناس بينما سيئ التوافق هو الذي يقترب من طرفي المنحنى.

2-7 المعيار القانوني:

أشار راجح (1976) إلى أنّ الشخص المتوافق حسب المعيار القانوني هو الشخص الذي يستطيع إشباع حاجاته وفق ما تمليه عليه النصوص القانونية والشخص غير المتوافق أو سيئ التوافق هو الشخص الذي يعمل على تحقيق رغباته وفق ما يتصادم مع النصوص القانونية، ما يعاب على هذا المعيار هو عدم شموليته لكل الأفراد والظروف والمواقف، وأن الحكم على السلوك أمر يتوقف على ثقافة المجتمع.

3-7 المعيار الثقافي:

يذكر سفيان (2004) أنّ المحكّ الثقافي هو المحكّ الذي يعتمد في تحديده لدرجة التوافق من خلال اقتراب الفرد من ما هو سائد في مجتمعه، فالنازي في مجتمع نازي قد يكون متوافقا على عكس إذا كان في مجتمع آخر، فهو محك يقترّب من المحك الإحصائي إلاّ أنّه أكثر تركيزا على الجانب الثقافي المحلي وبالتالي فالسلوك المتوافق يختلف في خصائصه من مجتمع لآخر.

4-7 المعيار الإكلينيكي:

أشارت روبرت (1999) إلى أنّ المحكّ الإكلينيكي هو الذي يعتمد في تحديد التوافق من خلال أعراض عيادية، فسوء التوافق هنا حالة مرضية لها أعراضها تتمثل في أنّ الفرد يفقد كل مشاعر العلاقات الإنسانية نتيجة للتبدّل العاطفي، كما أنّه يفقد الصلة بالواقع وينسى أحداث الصدمة الحالية محاولا في ذلك إستعادة الصدمات الماضية، فلا يريد أن ينساها بل يتجنب الأشخاص والأماكن وأي شيء يذكره بالصدمة، كما يحس بفتور في عواطفه نحو الآخرين، يشعر بالنقص في الكفاءة إزاء أي عمل يؤديه أو أي نشاط يأتيه.

نستنتج أنّه يتحدّد مفهوم التوافق في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المرضية فالصحة النفسية تتحدّد على أساس غياب الأعراض العصابية والخلو من مظاهر القلق.

5-7 المعيار الذاتي:

يمثل التوافق كما يدرسه الشخص ذاته بصرف النظر عن المسابرة التي قد يبديها الفرد على أساس المعايير السابقة، فالمحكّ الهام هو ما يشعر به الفرد وكيف يرى في نفسه الإحساس بالسعادة وهذا يعني أنّ التوافق إحساس داخلي فإذا كان الشخص يخالف هذا المعيار فإنّه يشعر بالتعاسة أو القلق يعدّ غير متوافق.

رغم ما لهذا المعيار من أهمية في الإحساس بالتوافق ذاتيا إلا أنّ علماء النفس يقررون أنّ بعض المرضى النفسيين يملكون تقديرات ذاتية وانطباعات شخصية عن هويتهم وإحساسهم بالسعادة بالإضافة إلى أنه كثيرا ما يمر معظمنا بحالات من الضيق والقلق.

6-7 المعيار المثالي:

هو محك متأثر بالفلسفة والأديان حسب عوض (1989) ويعتمد في تحديده لدرجة التوافق على مدى الإقتراب من الحد الأعلى أو المثل أو الكمال. إلا أنّ المشكلة هي في كيفية تحديد درجة الكمال وخاصة فيما يتعلق بصفات وخصائص البشر لدى الفلاسفات أو الديانات الوضعية.

7-7 المعيار الطبيعي:

يشق التوافق طبقا لهذا المفهوم من حقيقة الإنسان الطبيعية وأصحاب هذا الإتجاه حسب عبد الحميد (بدون سنة) يستنبطون التوافق من البيولوجيا وهي نظرة تبحث عما ينبغي تحقيقه ويستخلص مفهوم التوافق طبقا لهذا المعيار بناء على خاصيتين يتميز بهما الإنسان. فالخاصية الأولى تتمثل في قدرة الإنسان الفريدة على إستخدام الرموز، حيث تمكّن عن طريقها من تحقيق حاجاته وإشباعاته وأن يحتفظ في عقله بالأهداف البعيدة، والتعامل مع الأشياء في حاضرها وغيابها وليس أن يتعلم من خبرته فقط ولكن من خبرة الآخرين أيضا. أمّا الخاصية الثانية تتمثل في طول فترة الطفولة لدى الإنسان بسبب عدم اكتمال النمو البيولوجي للطفل إذا ما قورن بالحيوان، فهي فترة تطول كلما أصبحت الثقافة أكثر تعقيدا.

طبقا لهذا المحك نستنتج أنّ الفرد المتوافق هو من لديه إحساس بالمسؤولية الإجتماعية حيث أنّ هذه الأخيرة مقدرة ومميزة تتبع من احتفاظ الإنسان في عقله بصورة رمزية عن المستقبل كما أنّ اكتساب المثل والقدرة على ضبط الذات طبقا لهذا المفهوم من معالم الشخصية المتوافقة.

7-8 معيار النمو الأمثل:

إنّ قصور المعيار الإكلينيكي ساعد على تبني نظرة أكثر إيجابية في تحديد الشخصية المتوافقة يستند في تحديده إلى نماذج السمات أو الأنماط السلوكية التي تشكل النمو الأمثل، فما يعتبر مرغوباً يعكس ثقافة المجتمع كما يعكس المعتقدات والقيم الشخصية، ولذا فإن مفهوم النمو الأمثل يمكن اعتباره مبدأ علم وليس محكاً يمكن تحديده بقياسه.

نستنتج ممّا سبق الذكر أنّ عملية التوافق يمكن تفسيرها بالإعتماد على مجموعة من المعايير فالتوافق الموجود في الواقع هو توافق نسبي، حيث يستطيع الإنسان أن يتعايش مع مجتمعه ومع نفسه وأن يحقق قدراً من النجاح والإنجاز، كما أن التطرق إلى معايير التوافق يفسح لنا المجال للقول بأن لكل معيار نقائص وعيوب يحتوي عليها وذلك لاقتصراره على تحديد التوافق على جانب واحد من جوانب حياة الفرد وهذا ما يجعل جميع المعايير تتصف بالنسبية مما أدى إلى صعوبة تحديد معيار متكامل نستطيع من خلاله الحكم على شخص بأنه متوافق وهذا لأن التوافق في حد ذاته يشمل عدة جوانب.

8- مجالات التوافق:

هناك مجالات مختلفة للتوافق تبدوا في قدرة الفرد على أن يتوافق توافقا سليماً وأن يتلاءم مع بيئته الاجتماعية والمهنية مثل التوافق العقلي، التوافق الديني، التوافق السياسي والتوافق الجنسي، التوافق الزواجي، التوافق الأسري، التوافق الإقتصادي، التوافق المدرسي، التوافق الترويحي وأخيراً التوافق المهني ممّا يدل على أن التوافق عملية معقدة إلى حدّ كبير.

• التوافق العقلي:

تتكوّن عناصر التوافق العقلي حسب عوض (1996) من الإدراك الحسي، التعلم، التذكر، التفكير الذكاء، الإستعدادات، ويتحقق التوافق العقلي بقيام كل بعد من هذه الأبعاد بدوره كاملاً ومتعاوناً مع بقية العناصر.

• التوافق الديني:

يعتبر الجانب الديني حسب صبره ومحمد (2004) جزء من التركيب النفسي للفرد وكثيرا ما يكون مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة مثلا على ذلك ما نجده عند كثير من الشباب أصحاب الإتجاهات الإلحادية والتعصبية، ويتحقق التوافق الديني من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الأفراد ويلعب دورا كبيرا في تكامل الشخصية واتزانها.

• التوافق السياسي:

يتحقق التوافق السياسي عندما يعتنق الفرد المبادرة الأساسية التي تتماشى مع هذه الأخيرة التي يعتنقها المجتمع أو يوافق عليها وذلك بمسايرة معايير الجماعة التي يعيش فيها، وإذا ما خالف تلك المعايير تعرض لكثير من الضغوط المادية والنفسية أو قد ينشأ صراعا داخليا يعوق إشباع كثير من حاجاته ويصيبه التوتر والقلق. لذا عليه أن يساير معايير الجماعة أو يغير مبادئه السياسية، أو أن يوفق بينها وبين تلك التي تسود مجتمعه أو أن يقمع هذه المبادئ والأفكار، أو أن ينتقل إلى مجتمع آخر يرحب بمبادئه حتى يتحقق التوافق بينه وبين مجتمعه.

• التوافق الجنسي:

يلعب الجنس دورا بالغا الأهمية في حياة الفرد لما له من أثر في سلوكه وعلى صحته النفسية فذلك النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية وكثيرا من الحاجات الشخصية والإجتماعية في حين يؤدي إحباطه إلى الصّراع والتوتر الشديدين، وتختلف الطريقة التي يشبع بها الحاجات الجنسية ودرجة الإشباع إختلافا واسعا وذلك باختلاف ظروف الحياة وخبرات تعلم الفرد ويعتبر عدم التوافق الجنسي دليلا على سوء التوافق العام للفرد.

• التوافق الزوجي:

أشار شاذلي (2001) أنّ التوافق الزوجي يتضمن السعادة الزوجية والرضا الزوجي قد يتمثل في الإختيار المناسب للزوج والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والحب المتبادل بين الزوجين والإشباع الجنسي وتحمل مسؤوليات الحياة الزوجية والقدرة على حل مشكلاتها وتحقيق الإستقرار.

• التوافق الأسري:

يتمثل التوافق الأسري حسب عبد الحميد (بدون سنة) في تلك العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة (الأب، الأم، الأبناء) على نحو يحقق التوازن داخل الأسرة، فهو يتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار والتماسك والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين والأبناء وبين الأبناء بعضهم البعض ما يحقق المحبة والثقة بين الجميع، كما يمتد التوافق الأسري ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب.

• التوافق الإقتصادي:

إنّ التغيير المفاجئ بالارتفاع أو الانخفاض في سلم القدرات الاقتصادية يؤدي إلى نشوء اضطراب عميق في أساليب توافق الفرد حيث يلعب حدّ الإشباع دورا بالغا في الأهمية لتحديد شعور الفرد بالرضا أو الإحباط، فيغلب على الفرد الشعور بالحرمان والإحباط إذ كان حد الإشباع عنده منخفض ويغلب عليه الشعور بالرضا إذا كان حدّ الإشباع عنده مرتفعا.

• التوافق المدرسي:

حالة تبدوا في العملية الديناميكية المستمرة التي يقوم بها الطالب باستيعاب مواد الدراسة والنجاح فيها وتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة الدراسية ومكوناتها الأساسية. فالتوافق الدراسي تبعا لهذا المفهوم قدرة مركبة تتوقف على بعدين أساسيين: بعد عقلي وبعد اجتماعي يتوقف على الكفاية الإنتاجية والعلاقات

الإنسانية، أما المكونات الأساسية للبيئة الدراسية فهي الأساتذة والزملاء، أوجه النشاطات، الوقت، أي وقت الدراسة وقت الفراغ، وقت المذاكرة وطريقة الاستذكار.

• التوافق الترويجي:

يقوم التوافق الترويجي حسب الشاذلي (2001) في حقيقته على إمكانية التخلص مؤقتاً من أعباء العمل ومسؤولياته، أو التفكير فيه خارج مكان العمل والتصرف في الوقت بحرية وممارسة السلوك الحرّ التلقائي الذي يحقق فيه الفرد فرديته ويمارس فيه هواياته فيزيقية كانت كالرياضة أم عقلية أو ترويجية كالإستجمام. وهناك من تطاردهم أعمالهم أثناء الليل وطوال النهار بل وفي الأماكن التي يذهبون إليها للترويح أو قضاء إجازة سنوية كالأطباء وأساتذة الجامعات ما يعوق ذلك توافقهم المهني وتأثير هذا الأخير على أنواع التوافق الأخرى.

• التوافق المهني:

كما أشار أيضا إلى أنّ التوافق المهني يتضمن الرضا عن العمل وإرضاء الآخرين فيه ويتمثل في الإختيار المناسب للمهنة عن قدرة وقناعة شخصية والإستعداد لها علما وتدريباً والدخول فيها والصلاحية المهنية والكفاءة والإنتاج والشعور بالنجاح والعلاقات الحسنة مع الرؤساء والزملاء والتغلب على المشكلات.

نستنتج ممّا سبق الذكر أنّ هناك مجالات كثيرة للتوافق، ولكنها تنحصر في إتجاهين، الإتجاه الأوّل يمثل في التوافق النفسي أو الشخصي أو الذاتي في حين يشير الإتجاه الثاني إلى التوافق الاجتماعي علما أنّ الإنسان هو محصلة نفسية اجتماعية وداخل هذه الإتجاهات العريضة أو الأبعاد الكبرى تكمن مجموعة عناصر مكونة لها.

بعد مناقشة التوافق العام نستنتج أنه من الضروري مناقشة الوجه السلبي عنه والتمثل في التوافق غير السوي ما يسمى بسوء التوافق العام والتطرق لمختلف تعريفاته والمظاهر المعبرة عنه.

9- تعريف سوء التوافق:

يرى عبد الغني (2001، ص 221) "أنّ سوء التوافق بمعناه العام عجز الفرد عن إقامة علاقات راضية ومرضية بينه وبين من يتعامل معهم من الناس والأشياء في بيئته الإجتماعية والمادية، أي عجزه عن حل مشكلاته اليومية على إختلافها"، أمّا طارق (2007، ص 233) فقد أشار إلى "أنّ سوء التوافق بمعناه العام هو حالة دائمة أو مؤقتة تجعل الفرد غير قادر على حل المشاكل اليومية سواء كان ذلك من مكان العمل أو في أي مكان آخر". كما يتفق معهما طه (2001، ص 46) بقوله "أنّ سوء التوافق يمثل حالة عجز من قبل لفرد في أن يحقق حلا مناسباً لمشاكله، وإرضاء موففاً لحاجاته، ومن ثم يفشل في خفض توتراته".

في حين ذكر (Rathus & Nevid, 1995) الى ان سوء التوافق يعبر عن سوء التكيف اتجاه الضغوطات" (أورد في: Matin & Jones)، ووصفه (Busse & Yim (2017) أنه عبارة عن نتيجة لعدم كفاية الإستجابة للمطالب التي قد تحدث في جميع مراحل الحياة وتؤدي إلى ضعف الأداء والضغط النفسي أو سوء الحالة الصحية، فمصطلح سوء التكيف يشير إلى العمليات التي تشمل سلوكيات معينة أو أنماط فكرية أو عاطفية تؤدي إلى نتائج سلبية في حين أن سوء التوافق عبارة عن نتيجة لهذه العملية.

نستنتج من خلال التعارف السابقة الذكر أن سوء التوافق العام حالة عجز تمثل في فشل الفرد في تحقيق الإنسجام والتواءم بينه وبين بيئته وفي هذه الحالة لا يستطيع الفرد من خفض التوترات والصراعات التي قد تنتابه بطريقة مقبولة.

10- العوامل المؤدية لسوء التوافق: ومن اهم العوامل المؤدية لسوء التوافق العام

ما اشار اليها حشمت وباهى (2006) المتمثلة في:

-النقص الجسماني:

تؤثر الحالة الجسمانية العامة للفرد على مدى توافقه، فالشخص العليل الذي تتنابه الأمراض تقل كفاءته ويكون عرضة لمواجهة مشاكل لا يواجهها عادة الشخص السليم.

-عدم إشباع الحاجات بالطرق التي تقرها الثقافة:

للفرد حاجات جسمانية وحاجات إجتماعية مكتسبة وإذا ما استثريت الحاجة أصبح الإنسان في حالة توتر وإختل توازنه ولا بد للحاجة من مشبع لإزالة التوتر وإعادة التوازن، حيث تحدد الثقافة الطرق التي يتم بها إشباع هذه الحاجات.

- عدم تناسب الإنفعالات والمواقف:

إنّ الإنفعالات الحادة المستمرة تخل من توازن الفرد ولها أثرها الضار جسمانيا وإجتماعيا، فقد يؤدي الخوف الشديد في بعض المواقف بالإضافة إلى سرعة النبض تصيب العرق، فقدان الفرد لسيطرته على الطريقة التي يتم بها التعبير عن هذا الغضب.

- تعليم سلوك مغاير لمعايير الجماعة:

أشار علماء النفس الإجتماع بدراساتهم لأفراد الجماعات في مواقف مختلفة ولفترة من الزمن أنّ هناك ما يشير إلى وجود نوع من السلوك يعتبر نمطا سائدا بين أفراد الجماعة، حيث يتميز به ويشترك فيه معظم أفرادها ولهذا النمط أثر على النموذج الناجح في عملية التنشئة الإجتماعية ويتخذ أساسا لتمييز السلوك السوي من السلوك المنحرف في هذه الجماعة ولا يوجد شخصية يتفق سلوكها تماما مع هذه المعايير، إذ أنّ الأفراد ينحرفون بدرجات متفاوتة عن السلوك النمطي أو النموذجي للجماعة.

-الصراع بين أدوار الذات:

الصراع بين الأدوار يؤدي عادة إلى الصراع وعدم تكيف حاجة الفرد إلى أن يلعب دورين متعارضين في وقت واحد.

كحوصلة لما تم عرضه في مناقشة سيكولوجية التوافق العام يبرز لنا أنّ التوافق مصطلح اعم واشمل من التكيف حيث يستدل التوافق الجيد للفرد من بإمكانياته على المواءمة مع البيئة الداخلية والبيئة الخارجية ويظهر من خلال رضا الفرد العام والثبات النفسي، في حين يعبر سوء التوافق عجز الفرد على إقامة علاقة متنسقة مع ذاته والبيئة المحيطة به، ويبدو ذلك في قلة مرونة إستجاباته وعدم الإستقرار النفسي الإجتماعي لديه.

ثانيا: التوافق المهني.

يعتبر التوافق المهني أحد مجالات التوافق العام، فحياة الإنسان موزعة في أغلبها بين الحياة الأسرية والحياة المهنية وبهذا ينبغي على الفرد أن يحقق في هذين المجالين القدر الأكبر من التوافق. بعدما تم التطرق للتوافق العام لدى الفرد والتفصيل فيه وتكوين فكرة عن هذه العملية سيتم التطرق فيما يلي لتقديم عرض نظري لمفهوم التوافق المهني من خلال تعريفه وتحديد عوامله وميكانيزماته وأبعاده وكذا المراحل التي يمر بها الفرد لكي يكون متوافقا مهنيا، مع الإشارة لأهم مصادره ومن ثم التطرق الى الوجه السلبي لهذه العملية المتمثلة في سوء التوافق المهني والآثار المترتبة على سوء التوافق المهني مع تحديد وسائل وتقنيات قياس التوافق المهني.

1- تعريف التوافق المهني:

يمكن تعريف التوافق المهني بالتركيز على دور القدرات الخاصة وحاجات الأفراد في توجيه السلوك بهدف تحقيق درجة معينة من التوافق المهني، هذا ما أكد عليه مجموعة من الباحثين من بينهم

كل من (Lunie & Lazarus, 1978) في قولهما أن التوافق المهني مجموعة من القوى المعرفية والسلوكية مخصصة للسيطرة على المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد القدرات الشخصية للفرد (أورد في: Banyasz, 1998)، وهذا يتفق مع تعريف (Graruitz, 1981) الذي يشير إلى إرتباط التوافق المهني بالمجهود المبذول من أجل التكيف مع بيئة العمل، ويتفق معهما من نفس وجهة النظر أحمد (1983)، (ص 7) في قوله "أنّ التوافق المهني هو التكيف الشخصي الذي يحققه الإنسان في عمله، والذي يستطيع أن يؤديه على الوجه المطلوب لأنه يتناسب مع ذكائه وقدراته والذي يمارسه وهو راض عنه، لأنّه يتفق مع ميوله ومستوى طموحه وفكرته عن نفسه".

كما أكد على ذلك كل من عويضة (1996، ص 165) في قوله "أنه يمثل العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة المهنية والمادية والاجتماعية مع المحافظة على هذا التلاؤم"، وعبد الحميد (1998، ص 130) في تعريفه للتوافق المهني على أنه " تلك العملية التي يسلك بها الفرد ويتفاعل وينسجم مع بيئة العمل وذلك من خلال مجموعة فريدة من قدراته وحاجاته". ويتفق معهم عبد الله (2004) في تعريفه قائلاً "أنّ التوافق المهني هو قدرة الفرد على الإنتاج المعقول في حدود ما ينتظم شخصيته من إمكانات عقلية معرفية مزاجية جسمية واجتماعية وقدرات وميول وإستعدادات مهنية كما يعبر أيضا على قدرة الفرد أن يتكيف تكيفا سليما وأن يتواءم مع بيئته المادية والمهنية والاجتماعية ومع نفسه".

كما أنّ هناك من عرّف التوافق المهني بتركيزهم على مظاهر التوافق المتمثلة في الرضا والإرضاء ومن أبرزهم (Black, 1988, Black and Stephens, 1989) في تعريفهم للتوافق المهني على أنه الراحة النفسية مع مختلف جوانب العمل مثل الإشراف والمسؤوليات المهنية (أورد في: Selmer & Fenner, 2009)، ويتفق معهم من نفس وجهة النظر غباري (1991، ص 101) في قوله "أنّ التوافق

المهني هو التكيف السليم مع ظروف العمل والظروف الأسرية ومع المجتمع الخارجي ممّا يشعر العامل بأنّه راض عن نفسه وعديم الشكوى في حياته ممّا يساعده على الإنتاج الأفضل كما وكيفا".

كما يؤيدهم تعريف عكاشة (1999) الذي ينص على أنّ التوافق المهني هو ما إذا دخل الفرد للعمل ورضا عنه واستقر فيه وكدح وأجاد وترقى وتوافق إجتماعيا مع زملائه ورضا بالدخل الذي يدركه من العمل، فإذا كل هذا يشعره بالسعادة وإذا ما صادفته مشاكل عمل على حلّها في حينها وهكذا يتزايد إرتباطه بالعمل ويتحقق التوافق المهني كما يجب العمل على إتاحة جميع الفرص من التقدم والترقي الرأسي في العمل إلى درجات وهذا من أهم عوامل الرضا والتوافق المهني، ويشير من نفس وجهة نظر (Takeuchi & al 2005, p86) في قوله "أن التوافق عبارة عن رفاهية الفرد مع الجوانب المتعددة للعمل" وفي نفس السياق يعرّف رياض (2005) أنّ التوافق المهني حالة ما ترتبط بين الفرد وعمله مما يؤدي إلى حالة من الرضا عن الدور الذي يقوم به الفرد ومن خلاله يشعر بالأمان والإستقرار في عمله.

ومن جهة أخرى يرى البعض الآخر أنّ التوافق المهني لا يجب حصره في التوافق مع البيئة فقط إنّما يشمل كل التغييرات التي تطرأ على البيئة وخصائص الفرد الذاتية، هذا ما أكدّ عليه تعريف مرسى (1965) في قوله أن التوافق المهني عبارة عن تقبل الفرد للعاملين معه ورضاه عن التغييرات التي تعترض محيط العمل من وقت لآخر وانسجامه مع ظروف العمل المختلفة وتميزه الكمي والكيفي في الأداء (أورد في: ياسين وعسكر والموسوي، 1999)، ويتفق معه تعريف كل من (Lofquist & Dawis, 1969) في قولهما أن التوافق المهني يرجع إلى الإنسجام ما بين الفرد وبيئته.

ويتفق معهم القاسم (2001) في قوله أن التوافق المهني هو توافق العامل مع جميع متغيرات العمل بما يبعث على الرضا المهني، كما يتفق من نفس وجهة نظر دويدار (2004) بتعريفه للتوافق المهني على أنه عملية معقدة إلى حد كبير تتضمن عوامل جسمية و نفسية واجتماعية كثيرة، فالعامل يبدأ عمله فيجد نفسه مضطرا في العمل على التكيف لظروف ومطالب كثيرة، فعملية التكيف هذه لا تقتصر على تكيفه

للآلة، بل تتجاوز ذلك إلى التكيف للروتين الجديد ولزملائه ولمزاج رئيسه ولنظام العمل الخاص في المصنع وللظروف الفيزيائية المحيطة به".

وعلى نفس المنوال عرّف (2005) Ducheve التوافق المهني بإتزان ديناميكي في بيئة عمل الفرد، ويتفق معه عثمان (2006) بربط التوافق المهني بتوافقه لمختلف العوامل البيئية التي تحيط به في العمل وتوافقه للمتغيرات التي تطرأ على هذه العوامل على فترات من الزمن وتوافقه لخصائصه الذاتية.

نستنتج من خلال التعريفات السابقة الذكر أنّها قد اختلفت في تفسيرها لعملية التوافق المهني فمنها من ركّز على دور القدرات الخاصة وحاجات الأفراد في توجيه السلوك بهدف تحقيق درجة معينة من التوافق المهني، كما أنّ هناك من ركّز على مظاهر التوافق المهني المتمثلة في الرضا والإرضاء ومن جهة أخرى يرى البعض أنّ التوافق المهني لا يجب حصره في التوافق مع البيئة فقط إنّما يشمل كل التغيرات التي تطرأ على البيئة وخصائص الفرد الذاتية.

2- العوامل المؤثرة في التوافق المهني :

بعدما تطرقنا في التوافق العام إلى أهم العوامل المؤثرة في التوافق بصفة عامة سيتم إلقاء الضوء بصفة خاصة على مجموعة من العوامل التي تؤثر في التوافق المهني للفرد ورضاه عن عمله سواء كانت عوامل حضارية وتكنولوجية، عوامل من داخل المؤسسة والتي تشمل العمل في حد ذاته، نظام المؤسسة، الظروف الفيزيائية في العمل، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع المسؤولين، وعوامل خارج المؤسسة، عوامل شخصية بما فيها الميول، الإستعدادات والقدرات العقلية، الذكاء، السمات الشخصية الحالة الصحية وعوامل متعلقة بسوق العمل وعامل الأجر.

2-1 عوامل حضارية وتكنولوجية:

أشار عوض (2006) إلى أنّ التوافق المهني للموظف يتأثر بما يحدث في حياته اليومية من تغيرات حضارية وتكنولوجية قد تهدد أمنه واستقراره النفسي أو تحفظ حاجاته الأساسية وتعززها. فالتكنولوجيا

أحدثت تغييرات هامة في الكيان الإجتماعي حيث أصبحت الحاجة إلى الأيدي العاملة قليلة مع تطور الآلة ومناقتها القوية للإنسان وإحتلال مكانته في كثير من الأعمال. كما صاحب التطور التكنولوجي تحوّل المجتمعات الريفية إلى مجتمعات صناعية تعتمد على التخصص في العمل بالتالي فإنها تتطلب قدرات عقلية عالية لإعتمادها على الآلة مما يسبب قلقا مستمرا وخطرا دائما للموظف.

2-2 عوامل متعلقة بالمؤسسة:

إنّ العامل يؤدي دورا بالغ الأهمية في عمله فزيادة الإنتاج يتطلب منه مجهودات تتسم بالسرعة والدقة في الإنتاج، وهذا على حساب راحته وسعادته ولذلك فقد أصبح العامل أكثر حاجة إلى العمل من ذي قبل وفق من يحترمه ويقدر شعوره وتربطه معهم علاقات جيدة لكي يحقق التوافق المهني وهذا سوف يكون من خلال العلاقات التالية:

• علاقة العامل بعمله:

حسب أبو النيل (1984) أنّ توجيه العامل للعمل الذي يتناسب مع قدراته وامكانياته وميوله واستعداداته ضرورة لتحقيق أكبر قدر من التوافق المهني والتوجيه ويساعدنا لذلك في عمليتي الاختيار المهني والتوجيه، بالتالي يترك العامل عمله عندما لا يحدث توافق مهني، مما يترتب عنه فصله لعدم كفاءته الإنتاجية ولعدم ثقته بنفسه وبزملائه مما يتسبب في إحداث خسائر مادية ومعنوية للمؤسسة.

• علاقة العامل بظروف عمله الفيزيائية:

ترتبط ظروف العمل حسب طه (1992) بالبيئة المهنية التي يعمل فيها العامل وتتمثل في كل من الحرارة، الرطوبة الغبار، فترات العمل والراحة ... الخ ، فقد يختار العامل اختيارا نفسيا صحيحا فيوضع في المهنة التي تناسبه من حيث الميول والإستعدادات والسمات الإنفعالية وقد يدرّب تدريبا ناجحا على استخدام قدراته إلى أحسن وجه لمصلحته ومصلحة المؤسسة التي يعمل فيها بحيث نتاح

له أكبر فرصة ممكنة للتوافق الإيجابي مع بيئة العمل، علاوة من ذلك فلا بد من تهيئة الأسباب قصد الاحتفاظ بهذا التوافق الصحي وذلك بتوفير الظروف البيئية الطبيعية لدوام هذا التوافق وتحسينه.

• علاقة العامل بنظام المؤسسة:

أشار طه (1988) إلى أنّ كلما شعر العامل بالإرتياح النفسي والأمن زادت قدرته الإنتاجية وازداد ولائه وانتمائه للمؤسسة التي يعمل، ذلك أنّ التوافق النفسي لعامل في عمله وظروفه الخارجية والداخلية ينعكس بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية بالمؤسسة ونظامها، فقد أظهرت الدراسات ان رفع المستوى المادي للعامل لا يكفي لتحقيق التوافق المهني معهم فهو في حاجة إلى الشعور بالرضا والسعادة واحترام رؤسائه وزملائه له لكي يتحقق له التوافق النفسي السليم مع بيئته. وعليه فإنّ الإنسان أهم عنصر في العملية الإنتاجية، فلا بد أن يلقى الإهتمام والرعاية من قبل المنظمة.

• علاقة العامل مع الزملاء:

لا يقتصر التوافق المهني في أداء الفرد فقط وإّما في نظام العلاقات الشخصية التي تكشف عن جوانب حياة الفرد حيث يمثل مكان العمل يمثل موقفا إجتماعيا ينتمي إليه الزملاء ويمثلون ما يمثله الأخوة في الأسرة الواحدة، فكلما كان الفرد أكثر إنتماءا لهذه الجماعة زادت فرصة كسبه تقدير الآخرين وفرصة تحقيقه لأهدافه الشخصية. كما أنّ هناك ظاهرتين أساسيتين تحددان العلاقة بين الموظف وزملائه داخل المؤسسة والمتمثلة في كل من التعاون والمنافسة ونجد أنّ الكثير من المؤسسات تستخدم عامل التنافس الفردي ما يفسد العلاقات الداخلية بين الموظفين ويظهر روح العداوة. لذا يمكن القول أن علاقة العامل بزملائه عامل هام وفعال في تحقيق التوافق أو سوء التوافق المهني.

• علاقة العامل برؤسائه:

حسب عوض (2006) فإن الرئيس يمثل الإدارة العليا في نظر العمال ويؤثر في سلوك من يديروهم أو يشرف عليهم وفي روحهم المعنوية، فيما يعود ذلك على المؤسسة بالإنتاجية الجماعية

والمحافظة على الدوام والإنجاز والإبتكار. أمّا عندما تكون الإدارة سيئة نجد الغياب المتكرر والتنقلات بين الموظفين والعمال، فالجو الإستبدادي يؤدي إلى سلوك عدواني إتجاه القائد والزملاء والجماعات ومع إختفاء القائد المناسب يختفي العمل الإبتكاري والإتقان فيه، حيث تدل البحوث الحديثة على أنّ المدير أو الرئيس ربما كان أخطر عامل في البيئة السيكولوجية للعامل هذا ما بينته أبحاث كل من (Lawin, libit & Hhite) وكانت نتائجها تدل على أنّ الجو الإستبدادي يؤدي إلى سلوك عدواني إزاء القائد والزملاء وحتى الجماعات.

وأنته كانت علاقة الأعضاء بالقائد الديمقراطي علاقة تفاهم وصدقة بينما كانت علاقاتهم بالقائد الإستبدادي علاقة خضوع. وأنّ التكتاف والتآزر أكثر ظهوراً في المجموعة التي كان يشرف عليها القائد الديمقراطي وأنّ العمل والتفنن والإتقان في العمل يختفي في المجموعة الإستبدادية عند غياب القائد.

3-2 عوامل خارج المؤسسة:

كما أشار إلى أنّ العامل ليس فقط عضواً في المؤسسة، وإنما هو عضو في جماعات كثيرة متعددة مثل جماعة الأسرة، جماعة الشارع، الرفاق، كما أنه محتاج في هذه الجماعات لدرجة كافية من التوافق النفسي حتى يكون مع كل فرد من الأفراد الذين يتعامل معهم علاقات صحية خالية من الشذوذ. غير أنه يضاف العديد من الصعوبات الشخصية المتنوعة في سبيل الحصول على هذا التوافق وليس من شك أنّ العلاقات الأسرية غير السعيدة والتي تتسم بالصراع بين الزوجين وظروف إنفعالية كمرض مزمن لأحد أفراد الأسرة أو إبنة جانحة أو ابن منحرف أو أعباء عائلية غير محتملة كوجود الأهل بعيداً عن مقر العمل، واضطرار العامل للسفر دوماً مما يجعله يصرف أموالاً وهو بأشد الحاجة إليها، فكل هذه العوامل تعتبر من أشيع العوامل التي تؤدي إلى سوء توفيق العامل في عمله ويقدر نجاحه في التغلب على هذه الصعوبات يشعر العامل براحة نفسية عامة تنعكس على المظاهر المختلفة لحياته أهمها العمل.

4-2 عوامل شخصية:

يقتضي التوافق المهني حسب المنسي (1989) بدراسة كل فرد دراسة وافية وشاملة من أجل تقدير ما لديه من قدرات وسمات مختلفة جسمية حركية حسية عقلية وإجتماعية مع مراعاة ما لديه من ميول تؤثر بشكل أو بآخر في توافق الفرد العامل ومن أهم هذه العوامل الشخصية ما يلي:

• الميول:

تعتبر الميول من أهم جوانب الشخصية التي تدور حول التوجيه التربوي والمهني ويرجع هذا الإهتمام إذا ما لوحظ أنّ أكثر العمال رضا عن عملهم وسعادة في حياتهم في مجال العمل وخارجه هم الذين يعملون في مهن تتفق مع ميولهم.

• الإستعدادات والقدرات العقلية:

يتم النجاح في الدراسة أو العمل على أساس إستعداد الفرد وقدراته لمتابعة دراسة ما أو القيام بعمل من الأعمال ومن الممكن أن تعرف القدرة بأنّها القوة الفعلية على أداء عمل فكري أو حركي يصل إليها أناس عن طريق التدريب أو دونه، أمّا الإستعداد فهو السرعة المتوقعة في ناحية من النواحي.

• الذكاء:

وجد بصورة عامة أنّ الأفراد أكثر ذكاء كانوا الأكثر حكمة في إختيار المهن الملائمة لهم أي كانوا الأكثر إستبصار في قدراتهم وميولهم وقد ظهر أيضا أن المهن المختلفة تتطلب حدا أدنى من الذكاء فبدونه يصبح النجاح في مهنة ما أمرا صعبا إن لم يكن مستحيلا. يتضح لنا أنّ الذكاء يلعب دورا هاما في تحديد العمل الذي يختاره الفرد وفي التوافق المهني من حيث أنه يكون عاملا مساعدا على التكيف وبالتالي الرضا عن العمل إذا كان متناسبا معه وعاملا مساعدا على عدم التكيف إذا كان الذكاء غير متناسبا مع العمل.

- السمات الشخصية:

ذكر فهمي (1979) إلى أن السمات الشخصية تعتبر قدرة الفرد على معاملة الناس وقدرته على مسايرة المعايير الإجتماعية والخلقية وقدرته على ضبط نفسه ومنها أسلوبه في الحياة ومستوى طموحه ونضجه الإنفعالي وما يتصف به من مرح أو إكتئاب إنطواء أو إنبساط، مثابرة، تخاذل أو سيطرة. كذلك فإن مزاج الفرد من المقومات الهامة للشخصية ويقصد به مجموع الصفات الإنفعالية المميزة للفرد كعمق إنفعالاته، وثباتها أو تقلبها تناسبها أو عدم تناسبها.

كذلك فإن مزاج الفرد من المقومات الهامة للشخصية ويقصد به مجموع الصفات الإنفعالية المميزة للفرد كعمق إنفعالاته، وثباتها أو تقلبها تناسبها أو عدم تناسبها مع مثيراتها، حيث ظهر في العديد من الدراسات أن عدد الموظفين والعمال الذين طردوا لسماتهم الشخصية غير المرغوبة فيها كان (8) أمثال من طردوا لنقص في القدرات اللازمة للعمل. فقد كان لإهماله والكسل وعدم المبالاة وعدم الأمانة والتغيب لأسباب غير المرض وإنعدام روح المبادرة والولاء للمؤسسة هو السبب في طرد العمال فمن المعروف أن بعض المهن تتطلب مزاجاً أثبت من غيرها وسمات إجتماعية خاصة.

- الحالة الصحية:

ترجع الحالة الصحية من وجهة نظر ناجي (بدون سنة) إلى أساس فيزيولوجي، ذلك أن أي خلل في الكيمياء الجسدية يؤدي إلى خلل في وظائفها وهذا الخلل بطبيعة الحال يؤثر في سلوك الفرد وفي إستجاباته للمواقف المختلفة، حيث كلما كان الخلل كبيراً كان تأثيره أعمق وأوسع، إذ يمتد إلى الوظائف النفسية المختلفة ذلك أن التكوين البيولوجي ليس بمنفصل عن التكوين النفسي بل أنهما معا يكوّنان وحدة متكاملة لكون الفرد وحدة جسمية نفسية.

2-5- سوق العمل وأثرها على التوافق المهني:

قد يقبل الشباب أول عمل يعرض عليه ولو في غير تخصصه، إذا كان محتاجا أو كان العرض مغريا، حينئذ فإنّ التوافق مع المهنة يكون صعبا، ففي البلاد الرأسمالية أدى اكتظاظ سوق العمل ودقة التخصصات وتوافر الكفاءات إلى المنافسة وكثرة العرض لزم معها ألا يختار العامل إلا من ستجني منه الجهة المستخدمة أضعاف راتبه. حيث يخضعوا طالبوا التوظيف إلى إختيارات ومعاينات وفحص مؤهلاتهم وخبراتهم ما يجعل الإنسان يشعر أنه يبيع نفسه لجهة العمل. أما البلاد الإشتراكية حيث تتكفل الدولة بمجانية التعليم وتوظيف كل الخريجين بالآلاف سنويا، حيث يتعين تأخير إستخدام هذا العدد الهائل سنة أو سنتين بعد تخرجه حتى ما إذا استدعي للعمل فهو يوزع على غير تخصصه ورغبته وتصبح المسألة في نظره مجرد أكل وعيش، الشيء الذي يجعل الشباب مصابين بخيبة أمل على سنوات الدراسة والتخصص.

2-6 الأجر:

فيما يخص عامل الأجر فقد أشار مرسى (1994) أنه لا يمكن للعمل الذي لا يدرك ربحا كافيا أن يؤدي إلى التوافق، أي أنّ الرضا عن الراتب من أهم العوامل المحققة للتوافق المهني إذ يساعد الفرد على تحقيق إشباع حاجاته الأولية. أمّا (2004) Mattelart فقد أشار إلى أنّ البحوث التي قام بها (Taylor) تعتبر مثالا لأولى الدراسات التي أقيمت في هذا المجال حيث وضع الكثير من الأسس في دعم الإنتاج عند تطبيقها على العمال والإدارة بذلك توصل إلى تسجيل زيادات عالية في الإنتاج كانت تصل لغاية (80%) في حالة الزيادة في الأجر.

نستنتج مما سبق عرضه فيما يخص العوامل المؤثرة أنّ التوافق المهني ليس فقط توافق الفرد لواجبات عمله المحددة بل يعني توافق الفرد لبيئة العمل بما تتضمن من عوامل بيئية تحيط به وكل التغيرات التي تحدث لهذه العوامل سواء حضارية أو تكنولوجية. كما يتضمن توافقه لمختلف خصائصه

الذاتية بمعنى التوافق مع صاحب العمل ومع رئيسه في العمل ومع متطلبات العمل نفسه ومع الظروف الإقتصادية للعمل، كما يتوافق أيضا مع إستعداداته الذاتية ومع ميوله ومزاجه.

3- مظاهر التوافق المهني:

يمكن الإستدلال على التوافق المهني حسب وجهة نظر (Dawis 1960) من خلال محكين هما: الرضا والإرضاء.

يتضمن الرضا عموما الرضا عن العمل والرضا عن مختلف الجوانب المحيطة ببيئة العمل مثل الرضا عن المشرف، زملاء العمل، المؤسسة التي يعمل فيها، ظروف العمل، ساعات العمل، الأجر وطبيعة المهنة التي يمارسها ولكي يحقق العامل الرضا فإنه يتطلب إرضاء ضرورياته وحاجياته والسعي إلى تحقيق طموحاته وتوقعاته، وإتفاق ميوله المهنية مع ميول الأفراد الأكثر نجاحا ممن يعمل معهم.

في حين يتضمن الإرضاء الكفاية والفعالية الإنتاجية التي يحققها، بالإضافة إلى وجهة نظر كل من مشرفه وزملاء العمل والمؤسسة التي يعمل فيها، حيث كل من سلوكيات الغياب والتأخر وإيقاف العمل أو مرضه أثناء ساعات العمل تعتبر كلها صورة سلبية للعامل، كما يشير أيضا الإرضاء إلى إنسجام وتطابق قدرات العامل ومهاراته الشخصية التي يتطلبها العمل.

فعلى هذا الأساس يظهر التوافق المهني على مر الوقت، حيث يمكن أن يختلف حتى لدى الفرد الواحد في عدة مراحل من حياته للرضا وعدم الرضا، ومرحلة الإرضاء وعدم الإرضاء يمكن أن تكون أفضل دلالة لمظاهر التوافق المهني، هذا الأخير الذي يحتمل أن يكون متأثر ببعض العوامل الشخصية أو الفروق الفردية مثل السن، الجنس، التعليم، التدريب، نمط الشخصية، والتكيف خارج العمل.

4- سوء التوافق المهني:

4-1 تعريف سوء التوافق المهني:

عرف عوض (1988، ص 122) "أنّ سوء التوافق المهني هو عجز الفرد عن التكيف السليم لظروف عمله المادية والإجتماعية أو لكليهما معاً، مما يجعله غير راض عنها وغير مرض عنه منها" واعتبره القاسم (2001، ص 49) "أنّه يمثل الوجه السلبي لعملية التوافق، وهو نمط غير ملائم يتمثل في عجز العاملين عن التكيف السليم لظروف عملهم أو لظروفهم الشخصية أو لهما جميعاً ممّا يجعلهم غير راضين".

نستنتج من خلال التعريفين أن سوء التوافق المهني يعبر عن عجز الفرد العامل عن تحقيق التكيف السليم لمختلف الظروف المتواجدة في محيط العمل.

4-2 عوامل وأسباب سوء التوافق المهني:

هناك العديد من الأسباب حسب عبد الهادي (1991) والتي تعود إمّا للعامل نفسه أو للرئيس حيث نتطرق إليها فيما يلي ببعض من التفصيل:

• العامل المشكل:

عبارة عن أسباب تعود للعامل نفسه مثل عدم الشعور بالأمن والحساسية الزائدة والخوف، والإنهاك والقصور الإدراكي والإكثار من الخطأ والحوادث، التمرد والإسراف في الشكوى، ومن بين العوامل المؤدية لسوء التوافق المهني العوامل الذاتية والعوامل البيئية.

تعد العوامل الذاتية أو الشخصية من الأسباب الهامة التي تسبب ظاهرة سوء التوافق، ومن العوامل التي تتدرج ضمنها نجد العوامل الجسدية التي تلعب أثر على سوء التوافق لدى العامل في مركز عمله فالمرض يمكن أن يكون على سبيل المثال يشمل ضعف النظر، العاهة، ضعف السمع، كل ذلك يسبب للعامل اضطراب نفسي ممّا يجعله غير قادر على ممارسة العمل بنجاح فيصبح كثير التغيب مستهدف

لمختلف للحوادث، فسوء التوافق المهني الناتج عن العوامل الجسمية يجعل العامل أكثر عرضة لأخطار العمل.

فيما يخص العوامل النفسية فقد ذكر عبد الهادي (1991) أن لها تأثير كبير على مختلف جوانب الشخصية والتي تسبب معظمها الصراعات النفسية لدى العامل مما قد يؤدي إلى بروز سوء التوافق بشكل واضح وملفت للإنتباه، مما قد يسبب له العديد من المشاكل الأخرى ومن بينها القلق، عدم الإلتزان الإنفعالي، الإحباط حيث تشكل في مجملها عوامل ذات تأثير في تعرض الفرد لحوادث العمل هذا ما تحدثت عنه مدرسة التحليل النفسي التي ترجع معظم إصابات العمل إلى الدوافع اللاشعورية.

-وفيما يخص العوامل العقلية فهي من العوامل المسببة لسوء التوافق المهني، لها ارتباط كبير بحوادث العمل وتغيب العامل عن عمله، قد أثبت الباحثون المتخصصون أن هناك علاقة طردية بين مستوى الذكاء وحوادث العمل، هذا ما أثبتته دراسة (yong) بأن عدم القدرة على الإنتباه من طرف العامل يسبب مشكلات كثيرة بينه وبين العاملين معه في التنظيم الصناعي.

أما العوامل البيئية تشكل عدم الإلتزان بين العامل وبيئته من ضمن الأسباب المؤدية إلى ظاهرة سوء التوافق المهني، فالعوامل البيئية المتمثلة في الأسرة وما يحدث داخلها من تفكك أو إنهيار أو اضطراب قد يسبب للعامل عدم التوافق الذاتي والإجتماعي وكذلك العوامل البيئية المهنية فتحتوي على الكثير من العوامل منها: العلاقة مع الزملاء، المشرفين، الإدارة والآلات، فكلها ذات صلة وثيقة بسوء التوافق المهني.

على هذا الأساس يعتبر العامل الذي تظهر عليه هذه العلامات من وجهة نظر دويدار (2004) عاملاً ساء توافقه لعمله ولزملائه ورؤسائه ولنظام الشركة أو المصنع، فهو يسبب له إشكالا ويكون مصدر إزعاج وإتلاف وتبذير. كما أنه عامل يميل إلى العدوان على كل ما يتربق منه ويكره غيره دون سبب

معقول ويغضب إن لم يأخذ برأيه في كل شيء وسرعان ما يعتقد أن الناس تهمله وتزدريه، كثير الشكوى متقلب في سلوكه، غير ثابت في عمله ومعاملاته، متقلب المزاج.

• الرئيس المشكل:

يعتبر المرض النفسي الذي يسمى العصاب من أكبر العوائق حسب عبد الغني (2001) والتي تحول دون الشخص أن يكون رئيساً أو مديراً ناجحاً، ذلك أن العصاب يجعله عاجزاً عن أن يضع نفسه موضع ثقة مرؤوسيه وأن يفهم حالاتهم النفسية ومشاعرهم وحاجاتهم ومتاعبهم وألامهم. ومن ثم يعجز عن تعديل سلوكه إزائهم وأن يجيبهم في مطالبهم أو يعينهم على حل مشاكلهم أو يستمع إلى شكاوهم بروح العدل والحياد وسعة الصدر. فنجده يتهاون حين يجب التشدد، ويقسوا ويتشدد لأخطاء وهفوات تافهة ويعزوا أخطائه إلى مرؤوسيه، ويكثر من الشكوى والسخرية، التأنيب، عدم ثباته في معاملاته. نستنتج مما سبق أن المظاهر المختلفة لسوء التوافق المهني لا تقتصر فقط على العمال والموظفين بل يتجاوز ذلك إلى الرؤساء والمديرين، فإذا كان هناك عمال يمثلون مصدر المشاكل فإن هناك أيضاً مصدر آخر يسمى بالرؤساء.

5- مظاهر سوء التوافق المهني:

يتميز سوء التوافق المهني بدرجات ومستويات شتى أشار إليها طه (1999) أنها تختلف في شدتها وحدتها وقد يبدو في ميدان العمل أوضح منه من الناحية الاجتماعية، ومن المظاهر التي نستدل بها على سوء التوافق المهني، هذا ما أثبتته دراسة طه (1983) حول سيكولوجية العامل المشكل أو العامل المعوق للإنتاج، حيث تبين له أن هذا العامل أكثر عدوانية بالمقارنة مع العامل غير المشكل مما يشير إلى اضطرابه النفسي، قد عبّر عنها في شكل (14) مظهراً سلوكياً يسلكه العامل سيئ التوافق وتتمثل في: ترك محل العمل بإذن، ترك محل العمل بدون إذن، الغياب بعذر، الغياب بدون عذر، حدوث إصابات كثيرة، حدوث أخطاء فنية كثيرة في العمل، قلة الإنتاج في العمل، سوء العلاقات مع الزملاء

أو الرؤساء، أو المرؤوسين، كثرة الشكاوى والإيذاء، الإستهياء من الرؤساء والزملاء، أو نظام العمل ولوائحه، تحريض الزملاء على الشكوى من الرؤساء، إساءة إستعمال الألة، سوء إستعمال المواد الخام المرض، إدعاء المرض.

كما عبّر عنها أيضا دويدار (1995) قائلاً أنّ الفرد العامل الذي تظهر عليه هذه الأعراض يعتبر عامل يعجز عن التكيف والإنسجام لبيئته الإجتماعية في عمله فتكون مصدر تعب وقلق لزملائه ورؤسائه، ومرؤوسيه ويبدوا سوء توافقه في مظاهر عدّة تعود أسبابها للعامل نفسه وتتمثل في عدم الشعور بالأمن، الحساسية الزائدة، الخوف والإنهاك القصور الإدراكي، الإكثار من الخطأ والحوادث، التمرد والإسراف في الشكوى.

نستنتج أنّ العامل الذي تظهر عليه هذه المظاهر السلوكية يعتبر عاملاً قد ساء توافقه المهني، حيث سنتطرق بالتفصيل لبعض منها فيما يلي:

-**تعطيل الآلات:** حيث يكون هناك الإساءة في إستخدام الآلات والأدوات حسب (leplat 1977) وهذا راجع إلى عدم معرفة العامل غير المدرب كيفية تشغيل الآلة أو التحكم فيها وهذا ما يتسبب بالمشاكل التي تؤدي إلى تعطيلها.

-**الأخطاء:** تتمثل في الأخطاء التي يرتكبها العامل في مركز عمله والتي تتمثل في ذلك الفرق الذي يظهر في سلوك العامل على ما هو مطلوب منه وما قام به فعلاً وبصورة عامة هذا الفرق يرجع إلى عدم التناسب بين الخصائص وتعليمات العمل. وتقاس هذه الأخطاء وتقدر عن طريق المنتج الغير المرغوب فيه من حيث الكم والكيف.

-**الحوادث:** هي حوادث مفاجئة يتسبب فيها العامل، عادة ما تخلق أضراراً جسمية وعقلية ومادية وربما تؤدي حتى لعاهات جسمية.

-التأخر والتغيب: يقصد بالتأخر حسب (Roger 1984) تأخر العامل عن عمله وكذلك تأخره في إنتاجه اليومي بالتحجج فيما يخص العمل. أما التغيب فهو عدم حضور العامل لعمله لأسباب متنوعة، وغيابه عن العمل دون عذر مقبول وتنقله من عمل لآخر.

-الرضا: يتمثل في الرضا عن العمل وعن المؤسسة، وعن جماعة العمل والرضا يعرف على أنه حالة نفسية تحقق نوعاً من الإرتياح للعامل في منصب عمله وخارجه نتيجة الطرق الحسنة للعمل والعامل سيئ التوافق يكون غير راض عن عمله بمعنى أنه يكون غير مرتاح في منصب عمله و في المؤسسة ككل.

- المردود الكمي: أشار إليه مراد (1977) بأنه سوء إنتاج العامل من حيث الكيف وقلته من حيث الكم. كما يشير طه (1980) إلى أنه المردود الذي يحققه العامل إذ كان مطابق للمعايير المحددة أم لا من حيث الكمية فقط. بما أن الجانب الآخر هو النوعية وسوء إنتاج العامل من حيث الكيف وقلته ومن حيث الكم. إضافة لإسرافه في الشكوى وتبدو عليه علامات ومظاهر التمرد على اللوائح والتعليمات والرؤساء بالمصنع كما يكون سلوكه أحياناً عدوانياً.

كما عبّر (Kay) عن المظاهر العقلية والجسمية في الصناعة قائلاً أن سوء التوافق ينعكس في جوانب عديدة ومترابطة عند العامل وهذا فعلى العامل سيء التوافق قد لا تحدد مظاهر سوء توافقه في الغياب والشكوى والإصابات أو غيرها فقط من السلوك غير المرغوب في العمل بل يمكن في العلاقة بين هذه الجوانب من السلوك في العمل.

كما ذكر "ترست وهيل" في بحث قاما به في (1953) حيث قاما بتحليل العلاقة من الحوادث وبعض أنواع الغياب فينتبين أن الأفراد الذين يصابون بأكثر عدد من الحوادث لهم بالمثل غيابات كثيرة بدون عذر عن الغيابات بسبب المرض وعدد أقل من الغيابات بإذن مسبق (أورد في: Roger, 1984).

في حين أشار براون (Brawn) إلى ارتباط المظاهر المختلفة من سوء التوافق المهني حيث ربط تأثير موقف الإحباط بمجالات صناعية مختلفة وهي:

- ✓ الإنتاج كما وكيفا واقتصادا.
- ✓ الحوادث والأمراض الصناعية.
- ✓ الغياب والإضراب.
- ✓ العصاب والإعتدال الصحي والتعب الصناعي.
- ✓ التنقل في العمل (أورد في: طه، 1980).

فسوء التوافق المهني قد تعود أسبابه حسب طه (2001) إلى عوامل ترجع إلى العامل كالتقص في الكفاءة أو عدم الاستعداد لهذا العمل أو قلة تأهيله المهني وتدريبه أو لعدم تناسب قدراته مع نوع عمله أو هناك خلل نفسي أو اعتلال في صحته النفسية وتبدوا المظاهر عديدة في التكيف السيئ منها اضطراب علاقاته مع زملائه في العمل قلة إنتاجه، كثرة حوادث العمل، كثرة خلافاته مع الزملاء حتى يبدأ التذمر واضحا في سلوكه ويؤدي بعد ذلك إلى التكاثر واللامبالاة في العمل والشكوى والتمارض وعدم الإلتزام بالتعليمات الصادرة عن العمل.

6- قياس التوافق المهني:

يمكن قياس التوافق المهني للعامل باستخدام ما يلي:

- ✓ مقياس لقياس الرضا الإجمالي عن العمل.
- ✓ مقياس اتجاه يشمل مقاييس فرعية لقياس الاتجاهات نحو جوانب العمل المختلفة.
- ✓ مقياس للرغبات.
- ✓ مقياس لقياس مستوى الطموح.
- ✓ بطارية قدرات.

- ✓ مقياس للميول.
 - ✓ مقياس للإنتاجية أو الكفاية الإنتاجية.
 - ✓ مقاييس مقننة للغياب، الحوادث، التنقل، مخالفات النظام والشكاوي.
 - ✓ إستبيان عن التاريخ المهني الذي يشمل قائمة بالأعمال التي شغلها الفرد منذ بدء عمله طول الوقت، مع وصف هذه الأعمال، ومدّة بقاءه في كل منها، ومستوى كل منها وسبب تركه لكل منها وسائله في إيجاد العمل وفترات تعطله.
 - ✓ صحيفة متابعة الفرد في العمل.
 - ✓ محك للصلاية المهنية ويمكن أن يقارن على أساسه مدى كون العامل مناسباً للعمل من حيث خصائصه كاستعداداته وميوله.
- لكي نستخدم المقاييس السابقة الذكر لتحديد مدى توافق الفرد المهني فإنه ينبغي أن يسبق ذلك دراسة نظرية وتجريبية لكل مقياس لتقدير الوزن الذي ينبغي إعطاؤه له داخل بطارية تجمعه وغيره على حساب ما تسفر منه الدراسة من كفاءته في الدلالة على مدى توافق الفرد المهني.

7- طرق وسبل تحقيق التوافق المهني:

أشار كل من ياسين وعسكر والموسوي (1999) إلى مجموعة من سبل وطرق تحسن من التوافق المهني للعامل والمتمثلة فيما يلي:

➤ وضع العامل المناسب في المكان المناسب:

حيث لا يتم ذلك إلا من خلال عمليتي الإختيار المهني والتوجيه المهني، إذ أنّ هذا الأسلوب من شأنه تقوية علاقة العامل بمهنته فيتمسك بها حيث يحقق ذاته من خلالها فضلا عن المزايا والفوائد التي يمكن أن تحققها الشركات أو المؤسسات.

➤ **تقوية علاقة العامل بمؤسسته:**

تتبعكس العلاقة الجيدة في التوافق المهني للعاملين، حيث ينبغي أن يكون لكل مؤسسة إنتاجية وحدة للبحوث النفسية والإجتماعية والتي يكون من بين أهدافها دراسة مشكلات العاملين والوقوف على مصادر الضغوط الخاصة بهم، وكذلك المتغيرات الخاصة بتقبلهم أو رفضهم للمهنة، فدراسة هذه المتغيرات يمكن أن تساعد على وضع الحلول الوقائية والعلاجية لمشكلات العاملين والعمل على تقوية عوامل الرضا والإرضاء لديهم.

➤ **خلق الإنسجام بين العامل وعمله:**

التوافق المهني علاقة دينامية بين العامل وعمله الذي يتضمن الآلات والظروف الفيزيائية والعلاقة بالزملاء والمشرفين، وإذا أردنا أن نحقق توافقاً نفسياً مهنياً للعامل فعلىنا تقوية العلاقة بين الرئيس والمرؤوس ولن يتم ذلك إلا من خلال الإعتبارات المتمثلة في أن تكون العلاقة بين الرئيس والمرؤوس قائمة على الإحترام المتبادل، أن يكون قوامها الود والدفء، أن يكون للعامل حضوراً وتمثيلاً قوياً في مجلس الإدارة والنقابة حيث يشعرون بذواتهم ويقوي انتمائهم للعمل، أن يسلك رئيس العمل سلوكاً مثالياً يحتذي به المرؤوسين، أن يسلك رئيس العمل سلوكاً مثالياً يحتذي به المرؤوسين وفتح أبواب الترقى أمام العاملين، فهذا من شأنه أن يعاونهم على النمو المهني وأن يعود بالخير عليهم وعلى أرباب العمل.

➤ **تقوية علاقة العامل مع الزملاء:**

يعتبر من أهم أبعاد التوافق المهني والنفسى وهذا يدعونا للتوصية بتقوية أجواء العمل من المنافسة المذمومة، حيث أنّ علاقة العامل مع الزملاء تعتمد على إعتبارين رئيسيين هما التعاون والمنافسة فضلاً عن أثر الحياة الإجتماعية داخل المؤسسة الإنتاجية ولن يتم ذلك إلا من خلال تعددية الأنشطة وإثرائها من حيث الرحلات والحفلات والمسابقات الإجتماعية والرياضية.

➤ التوافق المهني يعني بإختصار تقبل العامل لمهنته:

لن يتقبل العامل المهنة إلا إذا إختار العمل الذي يناسب قدراته ويتفق مع ميوله وإستعداداته وكذلك سماته الشخصية، لذا ينبغي على أصحاب العمل أن يوظفوا مبدأ الإختيار والتوجيه المهني الذي بدوره يكفل رفع معدلات الإنتاج ويزيد من رضا العامل عن مهنته. يضيف لندجرن أن العمل يمكن أن يساعد العامل في تحقيق توافقه بأن يعطيه دورا مهنيا، وأن يتيح له الفرصة بالإحساس بالتوحد في الجماعة، كما يمكن تحسين الروح المعنوية والإنتاج يجعل العامل يشارك في إتخاذ القرارات التي تؤثر على ظروف العمل ومصالحته وبتحسين الإتصال بين العمال والإدارة (أورد في: طه، 2001).

كما يضيف ياسين وآخرون (1999) أنّ خلق الموائمة بين العامل والآلة يكفل لنا أمتنا صناعيا ونفسيا جيدا، كما يعمل على تقوية التوافق المهني حيث أنّ تعامل الفرد مع الآلة يحتاج من المؤسسة تدريب جيد. أما طه (2001) فيقترح تصميم آلات حيث تكون أكثر ملائمة للإمكانيات البشرية وتعديل طرق أداء العمل لتخفيض من التعب والأخطار والملل التقليل من الإصابات والحوادث.

في حين يقترح عويضة (1996) فيقول أنّ التوافق المهني للفرد لا يستمد من خلال البيئة الداخلية للعمل فقط، حيث المؤسسة الإنتاجية تتأثر بالمجال الحيوي والوسط الإجتماعي المحيط بها يلاحظ أنّ أي خلل في التوافق الأسري يؤثر في بقية مجالات التوافق وفروعه المختلفة ولهذا حتى تخلق توافقا مهنيا جيد للعامل يجب أن تحل مشكلاته على المستوى الداخلي والخارجي للمؤسسة. ويمكن الحد من المشكلات الناتجة عن سوء توافق العمال بالوسائل الآتية:

• إتباع الطرق العلمية في الإختيار والتوجيه والتدريب:

إن عملية إختيار العمال وتوجيههم وتدريبهم قد تحسنت كثيرا عن ذي قبل ويرجع ذلك إلى تقدم علم النفس الصناعي وإنتهاجه الأسلوب العلمي لتحليل الأفراد وتحليل الأعمال. فما من شك أنّه إذا

إتبعنا الطرق العلمية لإختيار العمال لأداء الأعمال التي تتناسب قدراتهم سوف نجني الكثير من ثمار توافق هؤلاء العمال كما أن التوجيه والتدريب وقد أصبح له طرقه ونظرياته ووسائله التي تتواءم مع التطور التكنولوجي للألات المستخدمة في العمل. ولا شك أنه بالإتباع الطرق العلمية في التعامل مع مثل هذه الأمور يسهم بقدر كبير في توافق العامل في عمله.

• الإرشاد النفسي والإجتماعي:

يساعد الإرشاد النفسي العامل عن طريق تشجيعه للتعبير عن إنفعالاته لإستخراج المشاعر السلبية (كالعداء، الغضب) والمؤثرات والدوافع العدوانية، إذ أنّ العامل يتردد في التعبير عن مشاعره لزملائه أو مشرفيه وينتج عن ذلك قمع هذه المشاعر وتراكمها وخطورتها بعد ذلك في الظهور بصورة سيئة تضر بالعمال والعمل، وينتج عن تعبير العامل عن هذه المشاعر والإنفعالات بعض الراحة والخلص من القلق ويستطيع مواجهة مشكلاته بهدوء وإتزان أكثر.

كما يعمل الإرشاد النفسي عند مساعدة العامل على معالجة مشكلاته بنفسه فحسب ولكن يجعله أكثر قدرة على معالجة مشكلاته اللاحقة بطريقة طبيعية ودون الحاجة إلى المساعدة، أي التنمية الشخصية الناضجة للعامل ليتمكن من معالجة جميع مشكلاته بكفاية. وتقوم الكثير من المصانع بتعيين الأخصائيين النفسيين للقيام بمهمة الإرشاد النفسي للعامل وكذا تعيين الأخصائيين الإجتماعيين بهذه المصانع للعمل على حل المشكلات الإجتماعية لهؤلاء العمال.

• الخدمات الإستشارية:

يعمل الأخصائي الإجتماعي بالمصنع مستخدماً طرق الخدمة الإجتماعية المختلفة لتحقيق مناخ جيد في العلاقات بين العمال بعضهم وبينهم وبين المشرفين عليهم وبين جماعة العمل ككلّ ويضع الأخصائي الإجتماعي في إعتبره تقديم الخدمات الإجتماعية المختلفة للعمال بما يحقق لهم الإشباع لإحتياجاتهم النفسية الأساسية لتحقيق توافق ورضا العمال عن عملهم ويعمل على رفع روحهم المعنوية

من أجل مزيد من الإنتاج. بل إن دور الأخصائي الإجتماعي يتعدى حدود تقديم الخدمات الفردية والجماعية والمجتمعية للعمال إلى تحسين طرق الإختيار المهني الديمقراطية والفوائد التي تعود من جراء ذلك فدوره قد يتعدى ذلك إلى مخاطبة الرأي العام للإعلان والإعلام عن وجود منتجات المصنع الذي يعمل به ويمكن تحديد هذا الدور من خلال الخدمات التالية:

- العمل على إشباع الحاجات النفسية الأساسية لدى العمال قدر طاقته بالتعاون مع إدارة المصنع.
- تنمية العلاقات بين العمال بعضهم وبين الرؤساء والإدارة.
- مساعدة العمال على التوافق والتكيف وذلك بالإشتراك مع الأخصائي النفسي في دراسة المشكلات العمالية، والعمل على حلها لإزالة التوترات لدى العمال.
- دراسة وحل المشكلات الإجتماعية والأسرية التي تصادف العمال وأسرههم حتى يمكنهم التفرغ للأداء حيث أشار ليتارت إلى (6) مبادئ لتحقيق التوافق المهني وفق المتطلبات النفسية للعامل وتتمثل في:

- ✓ أن يكون العمل مرغوبا ومتنوعا.
- ✓ أن يشترك العمال في وضع القرار.
- ✓ أن يحتوي العمل على عملية التعليم المستمر.
- ✓ أن يحتوي العمل على التدعيم الإجتماعي والمعرفة.
- ✓ أن ترتبط الحياة المهنية بالحياة الخاصة والإجتماعية للعمال.
- ✓ أن يؤدي العمل كمستقبل يريجه العامل.

خلاصة الفصل:

التوافق المهني عبارة عن عملية دينامية يقوم من خلالها الفرد بتحقيق التلاؤم بين متطلباته الشخصية ومتطلبات بيئته المهنية والعمل في المحافظة على هذا التلاؤم، فقد يتأثر التوافق المهني للفرد بمجموعة من العوامل منها الشخصية كالذكاء، الفروق الفردية بما فيها السن والجنس ومستوى الخبرة ومنها ما تخص طبيعة العمل كنظام المؤسسة، الأجر، الترقية ومنها ما تخص الظروف الفيزيائية للمؤسسة التي يعمل فيها الفرد كالضوضاء، الحرارة.

غير أن اضطراب بعض هذه العوامل يؤدي بطبيعة الحال إلى الوجه السبي لعملية التوافق المتمثلة في سوء التوافق المهني التي تمثل عجز الفرد عن تحقيق التلاؤم بينه وبين بيئته المهنية وهذا يظهر في عدة مظاهر سلوكية مثل التغيب، كثرة الشكوى، ضعف الإنتاج والتأخر حيث نميز منها ما يعود على الفرد العامل نفسه وما يعود على المؤسسة أو الرئيس المشرف، كما توجد أسباب تخص بيئة العمل مثل عدم توفر الظروف الصحية والأمنية وفي كل الأحوال لا يمكن الحكم على الفرد بسوء التوافق المهني مباشرة وإنما الحكم عليه يكون بدراسة شاملة لجميع العوامل المحيطة بالفرد.

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية في جانبها التطبيقي

بعد اتمام عرض الأدبيات المتعلقة بمتغيرات الدراسة المتمثلة في الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني في الجانب النظري، سنتطرق إلى الجانب الميداني الذي سنتناول من خلاله أهم الإجراءات المنهجية المعتمد عليها وذلك من خلال ذكر المنهج المتبع، وصف ميدان الدراسة، كيفية إجراء الدراسة الإستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المعتمد عليها من الصدق والثبات بمختلف طرقها، كما تم التطرق إلى عينة الدراسة وكيفية اختيارها ومن ثم ذكر أهم الأدوات المعتمد عليها في تحليل البيانات.

1- منهج البحث:

يتحدّد المنهج الذي يستخدمه الباحث لدراسة ظاهرة معينة في إطار موضوع ومحتوى الظاهرة المراد دراستها وكذلك التساؤلات المطروحة وأهميتها، وبهذا اقتضت الدراسة الحالية الإعتماد على المنهج الوصفي كونه الأكثر ملائمة للدراسات الإرتباطية المتمثلة في علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

2- وصف ميدان الدراسة:

تم إجراء الدراسة الحالية في المستشفى الجامعي ندير محمد الذي يقع في ولاية تيزي وزو يحده من الشمال وسط مدينة تيزي وزو، من الجنوب المجمع الرياضي أول نوفمبر، من الشرق الطريق الوطني رقم (1) ومن الغرب شارع لامالي أحمد، حيث تبلغ مساحته الإجمالية (42.287.50 متر مربع)، أما مساحة البناء تقدر بـ (11.587 متر مربع).

تم افتتاح المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو في 28 جويلية (1955) حيث شمل عددا محدودا من التخصصات الطبية وفي عام (1974) أصبح قطاعا صحيا بفضل مختلف الوحدات

الصحية المرتبطة به، وفي عام (1982) تحوّل من القطاع الصحي إلى القطاع الصحي الجامعي (SSU) وذلك من خلال افتتاح التدريب الطبي متعدد التخصصات، وبهذا أصبح (CHU) مؤسسة إدارية عامة ملحقة بوزارة الصحة، وقد تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 25/86 المؤرخ 11 فبراير (1986) الذي تم الإنهاء منه وتعديله بموجب المرسوم رقم 294/86 المؤرخ 16 ديسمبر 1986، حيث تم إنشاء مركز مستشفى جامعة تيزي وزو بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ 2 ديسمبر 1989 الذي يحدد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل مراكز المستشفيات الجامعية وكجزء من مهامها يدير المركز الإستشفائي الجامعي (CHU) في تيزي وزو مجلس إدارة يرأسه مدير عام مع مجلس علمي وتساوده لجنة استشارية، حيث تم تثبيت المقر الرئيسي للمستشفى الجامعي تيزي وزو بمستشفى ندير محمد .

المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد هو مؤسسة إدارية عامة بسعة (1043) سريرا مقسما إلى (42) قسم، حيث يشمل جميع التخصصات الطبية والجراحية، البيولوجيا، الأشعة وغيرها من الإستكشافات كما يعتبر مؤسسة مرجعية يغطي عدد سكانها حوالي 03 مليون نسمة، بالإضافة إلى مهنته المضيافة فإنه يوفر التدريب، حيث يتكون من:

- وحدة الأم ندير محمد.
- وحدة بلوا.
- عيادة الأسنان.
- طب العمل.

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي هو المسؤول فيما يتعلق بمؤسسة التعليم العالي والتدريب في العلوم الطبية، ومهام التشخيص، الإستكشاف والرعاية، الوقاية والتدريب، الدراسة والبحث ومن أبرز مهامه ما يلي:

- **الصحة:** يعمل على ضمان أنشطة التشخيص والرعاية والإستشفاء والإستجالات الطبية الجراحية والوقاية وكذلك أي نشاط يساهم في حماية وتعزيز الصحة والسكان، ويعمل على تطبيق البرامج الصحية الوطنية والإقليمية والمحلية، والمساهمة في تعزيز وحماية البيئة في مجالات الوقاية والنظافة والصرف الصحي ومكافحة المضايقات والشورور الإجتماعية، بالإضافة إلى هذه المهام، تضمن وحدة الرعاية الصحية للسكان المقيمين في المناطق المجاورة.

- **التدريب:** يعمل على ضمان التعاون مع مؤسسة التعليم العالي للتدريب في العلوم الطبية والتدريب المتخرج والدراسات العليا في العلوم الطبية والمشاركة في تطوير وتنفيذ البرامج ذات الصلة، المشاركة في تدريب وإعادة تدريب وتطوير العاملين الصحيين.

- **البحث:** يعمل على القيام في إطار اللوائح المعمول بها بإجراء الدراسات والبحوث في مجال العلوم الصحية وتنظيم الندوات والملتقيات وأيام دراسية وغيرها من الأحداث التقنية والعلمية لتعزيز أنشطة الرعاية والتدريب والبحث في العلوم الصحية.

3- الدراسة الإستطلاعية:

حسب ما هو متفق عليه من طرف الباحثين فإن أي بحث علمي في جانبه الميداني يحتاج إلى دراسة استطلاعية تساعده في التعرف على مدى توفر أدوات الدراسة على الخصائص السيكمترية بما فيها الصدق والثبات بمختلف طرقها، لذا يكمن الهدف من إجراء دراسة استطلاعية في التحقق من مدى إمكانية الوصول في الدراسة النهائية إلى العينة المستهدفة والتأكد من مدى توفر المتغيرات التي بنيت عليها الدراسة الحالية والتي تكمن في كل من الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني والعينة المتمثلة في الممرضين العاملين في بعض المصالح العلاجية لمستشفى الجامعي ندير محمد، حيث هدفنا من خلال الدراسة الإستطلاعية إلى التحقق من جميع البنود الواردة في أدوات القياس المتمثلة في

استبيان الأخطار النفسية الاجتماعية واستبيان التوافق المهني المعتمد عليها ومدى وضوح عباراتها وكذا مدى قياسها للظاهرة المدروسة.

قد تم إجراء الدراسة الإستطلاعية في شهر سبتمبر (2018) في المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وذلك على عينة قدرت ب (50) ممرض ممرضة تمّ اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وذلك من ضمن الممرضين الذين يعملون في بعض من المصالح العلاجية للمستشفى بما فيها مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة جراحة العظام، مصلحة أمراض القلب مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض الدم، مصلحة غسل الكلى، مصلحة طب الأطفال الكبار مصلحة الإنعاش الحيوي، مصلحة الأمراض المعدية، مصلحة طب الكلى، مصلحة المسالك البولية مصلحة جراحة الأحشاء، مصلحة الإنعاش الجراحية، مصلحة جراحة الأعصاب ومصلحة الإستجالات. حيث أظهروا حماسا ورغبة في المشاركة فيما يخص موضوع الدراسة المتمثل في علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني وهذا بعد إعلامهم أن الهدف من الدراسة علمي يسعى إلى البحث عن أهم الأخطار التي يتعرضون اليها قصد تقديم اقتراحات تساهم في تسهيل القيام بمهام هذه المهنة الإنسانية وتحقيق التوافق والإستقرار في مهنتهم.

بعد اختيار عينة الدراسة الإستطلاعية تمّ توزيع على أفرادها استبيان الأخطار النفسية الاجتماعية الذي أعدّه كل من لـ Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin (2012) (ملحق رقم 1) هذا الأخير الذي تمت ترجمة عباراته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية وفقا ما يتناسب مع البيئة الجزائرية (ملحق رقم 2) وتطبيق استبيان التوافق المهني للممرضين من اعداد الباحثة (ملحق رقم 3) وذلك بعد عرضهما على مجموعة من المتخصصين في علم النفس العمل والتنظيم وقد كان غرضنا من ذلك التأكد من مدى صلاحية الأدوات المعتمد عليها ومدى وضوح عباراتها وسلامة تعليماتها.

وبعد جمع البيانات واختبارها احصائيا توصلنا إلى تحقق صدق المقياسين بنوعيه صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي للبنود، مع تحقق خاصية الثبات بنوعيه ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية والتي سيتم عرض نتائجها بالتفصيل في عنصر الخصائص السيكومترية لأدوات القياس، أما فيما يخص النتائج الأولية لإجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية نلخصها فيما يلي:

• اجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حول الأخطار النفسية الإجتماعية:

يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بما فيهم الذكور والإناث الى مختلف الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل والتي تنحصر في التي تم ذكرها في الطبعة الثالثة من استبيان كوبناغن للأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ v3) الذي أعده كل من (Dupret, & al,) (2012) وذلك بنسب متفاوتة يتم تلخيصها فيما يلي:

-فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالارغامات الكمية:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فان الممرضون يتعرضون إلى أخطار نفسية اجتماعية ترجع إلى الإرغامات الكمية في العمل بما فيها عبء العمل حيث صرحت نسبة (48%) أنهم نادرا ما يتأخرون في عملهم، وأفادت نسبة (60%) أنهم نادرا ما يكون لديهم الوقت الكاف لإنجاز المهام المرتبطة بعملهم، أما فيما يخص وتيرة العمل فقد صرحت نسبة (52%) أنهم غالبا ما يعملون طوال اليوم ضمن وتيرة مرتفعة وأفادت نسبة (48%) أنه عليهم المحافظة على هذه الوتيرة المرتفعة، وفيما يخص المتطلبات المعرفية فقد صرحت نسبة (46%) أنه عليهم توجيه نظرهم على أشياء كثيرة أثناء القيام بعملهم، وأفادت نسبة (46%) أن عملهم يتطلب منهم تذكر أشياء كثيرة.

-فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالتنظيم والقيادة:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية يتعرض الممرضون إلى أخطار نفسية اجتماعية ترجع الى التنظيم والقيادة بما فيها التنبؤ، الإعتراف، العدل، وضوح الأدوار، صراع الأدوار، الدعم

الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الثقة ما بين العمال والادارة.

بالنسبة للتنبؤ في العمل فقد أشارت نسبة (62%) أن اطلاعهم مسبقا حول موضوع مثلا قرار مهم للتغيير أو مشروع مستقبل في حدود ضعيفة وأفادت نسبة (42%) أنهم لا يتلقون المعلومات التي يحتاجونها لإنجاز عملهم على أحسن وجه، أما فيما يخص الإعتراف في العمل فقد أشارت نسبة (30%) ان الادارة لا تعترف ولا تقدر عملهم وذلك في حدود ضعيفة جدا وافادت نسبة (38%) أنهم لا يعاملون بإنصاف في العمل، وفيما يخص العدل في العمل فقد أشارت نسبة (40%) أنه لا يتم حل الصراعات بطريقة عادلة وأفادت نسبة (42%) إلى انعدام العدل في تقسيم العمل بين المرضين.

فيما يخص وضوح الأدوار فقد أشارت نسبة (40%) أن أهداف عملهم غير واضحة بما فيها الكفاية وذلك في حدود ضعيفة وأفادت نسبة (44%) أنهم لا يعرفون ما ينتظرهم في العمل وذلك في حدود ضعيفة، فيما يخص صراع الأدوار فقد أشارت نسبة (52%) إلى تقديم لهم طلبات متناقضة في العمل إلى حد كبير، حيث صرحت نسبة (58%) أنهم يقومون بأشياء كان من الأجدر القيام بها بشكل مختلف في حدود ضعيفة، فيما يخص جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي فقد أشارت نسبة (62%) أن إعطاء المسؤول عليهم أولوية للرضا عن العمل في حدود ضعيفة، حيث أفادت نسبة (52%) أن المسؤول كفاء في تخطيط العمل وذلك في حد كبير، فيما يخص الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي فقد أشارت نسبة (40%) أن المسؤول الهرمي نادرا ما يبدي استعداد للإستماع لمشاكل العمل حيث أفادت نسبة (50%) أنهم نادرا ما يتلقون الإعانة والدعم من قبل المسؤول الهرمي، فيما يخص الثقة ما بين العمال والإدارة فقد اشارت نسبة (40%) أن الإدارة تمنح الثقة لموظفيها فيما يخص قدرتهم في انجاز العمل على أحسن وجه في حدود ضعيفة، حيث أفادت نسبة (40%) أنهم لا يتقنون في المعلومات التي تصدر عن الإدارة.

- فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالعلاقات الأفقية:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فان الممرضون يتعرضون إلى أخطار نفسية اجتماعية مرتبطة بالدعم الإجتماعي من طرف الزملاء والثقة ما بين الزملاء، وفيما يخص الثقة ما بين الزملاء فقد أشارت نسبة (40%) أن التعاون ما بين الزملاء في العمل في حدود ضعيفة وأفادت نسبة (38%) أنهم يتقنون ببعضهم البعض في حدود ضعيفة جدا، وفيما يخص الدعم ما بين الزملاء فقد أشارت نسبة (40%) أنهم نادرا ما يتلقون المساعدة والدعم من طرف الزملاء وأفادت نسبة (50%) أنهم نادرا ما يبدي زملائهم الإستعداد للسماع لهم حول مشاكل العمل.

- فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالإستقلالية:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فان الممرضون يتعرضون إلى أخطار نفسية اجتماعية ترجع إلى الإستقلالية، فيما يخص مجال التدخل فقد أشارت نسبة (52%) ليس لديهم مجال كبير للتدخل في العمل وأفادت نسبة (38%) أنهم لا يمكنهم التدخل في كمية العمل الموكلة اليهم، فيما يخص امكانية التطور فقد أشارت نسبة (48%) أنه نادرا ما يتطلب عملهم اتخاذ مبادرات وأفادت نسبة (50%) أن عملهم يسمح لهم بتعلم أشياء جديدة في حدود ضعيفة.

- فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بالصحة والرفاهية:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية يتعرض الممرضون إلى أخطار نفسية إجتماعية ترجع إلى الصحة والرفاهية بما فيها تقييم الصحة الذاتية، الضغط، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية صراع أسرة/ عمل، انعدام الامن المهني.

بالنسبة لتقييم الصحة الذاتية فقد أشارت نسبة (54%) أن صحتهم بالأحرى سيئة، فيما يخص الضغط فقد أشارت نسبة (46%) أنهم يتعرضون للإثارة في كثير من الأحيان وافادت نسبة (48%) أنهم يتعرضون إلى الضغط في كثير من الأحيان، فيما يخص الأحتراق فقد أشارت نسبة (52%) أنهم في

كثير من الأحيان يشعرون أنهم منهكي القوى، وأفادت نسبة (42%) أنهم في كثير من الأحيان يشعرون أنهم منهكين انفعاليا، فيما يخص المتطلبات الإنفعالية فقد أشارت نسبة (76%) أنهم غالبا ما يجدون أنفسهم في حالات عدم الإستقرار انفعاليا بسبب العمل وأفادت نسبة (56%) غالبا ما يعتبرون عملهم شاق من الناحية الإنفعالية، فيما يخص صراع أسرة/عمل فقد أشارت نسبة (72%) أنهم يشعرون الى حد ما أن عملهم يستنفذ طاقتهم ويؤثر سلبا على حياتهم الشخصية وأفادت نسبة (50%) أنهم يشعرون إلى حد ما أن عملهم يأخذ منهم الكثير من الوقت لدرجة أنه يؤثر سلبا على حياتهم الشخصية، فيما يخص انعدام الأمن المهني فقد أشارت نسبة (60%) أنهم يشعرون بالقلق الى حد كبير من فكرة فقدان العمل وأفادت نسبة (48%) أنهم خائفين إلى حد كبير من تحويلهم إلى مركز عمل آخر رغما عن إرادتهم.

-فيما يخص تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالمعاش المهني:

يتعرض الممرضون للأخطار النفسية الإجتماعية التي ترجع إلى المعاش المهني في العمل بما فيها معنى العمل، الإلتزام بالمنظمة، الرضا في العمل، فيما يخص معنى العمل فقد أشارت نسبة (40%) أن للعمل الذي يقومون به معنى بالتقريب وأفادت نسبة (52%) أن العمل الذي يقومون به عملا مهما إلى حد كبير، فيما يخص الإلتزام بالمنظمة فقد أشارت نسبة (62%) أنهم لا ينصحون صديق مقرب بالتوظيف في المؤسسة في حين أفادت نسبة (52%) أن للمؤسسة التي يعملون فيها أهمية بالنسبة لهم فيما يخص الرضا في العمل فقد أشارت نسبة (40%) غير راضين عن الإطلاق في عملهم.

وفقا للنتائج الأولية التي تم التوصل اليها من خلال تطبيق استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية على عينة الممرضين في الدراسة الإستطلاعية نستنتج وجود الأخطار النفسية الإجتماعية في ميدان الدراسة ولدى عينة الدراسة.

• اجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حول التوافق المهني:

يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، بما فيهم الذكور والإناث مستويات منخفضة في أبعاد التوافق المهني التي تم ذكرها في الإستبيان الذي تم بناءه من طرف الباحثة وهذا بنسب متفاوتة حيث أسفرت النتائج على:

- فيما يخص التوافق من حيث ظروف العمل:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فإن الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بظروف العمل، حيث صرحت نسبة (46%) أنهم يوافقون بشدة على شعورهم بالإختناق لسوء التهوية في بعض القاعات ونسبة (38%) موافقين على وجود الضوضاء في بيئة العمل، ونسبة (44%) غير موافقين على ملائمة الإضاءة في قاعات العلاج ونسبة (46%) موافقين على نظام الساعات الإضافية ونسبة (50%) غير موافقين على عدد ساعات الدوام الرسمي، ونسبة (50%) غير موافقين على نظافة بيئة العمل، ونسبة (40%) غير موافقين على امكانيات تقادي نقل العدوى، ونسبة (50%) موافقين نوعا ما عن عدم وجود مهام محددة لكل ممرض فأى ممرض يقوم بعدة مهام.

- فيما يخص التوافق من حيث الأجر:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فإن الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالأجر حيث صرحت نسبة (34%) غير موافقين على اكتفاء الأجر الذي يتقاضونه لمتطلبات المعيشة ونسبة (48%) موافقين بشدة ما على وجود نظام فعال لضبط الاجور حسب المؤهل ونسبة (46%) موافقين نوعا ما على حصولهم على الأجر بانتظام ونسبة (46%) غير موافقين على أن الأجر يحقق لهم الرفاهية، ونسبة (46%) غير موافقين على الإطلاق بتناسب الأجر مع طبيعة العمل الذي يقومون به، ونسبة (52%) موافقين على عدم كفاية الأجر ما يستدعي البحث عن مصدر آخر للرزق، ونسبة

(38%) موافقين نوعا ما على نقص أجرهم بسبب غيابتهم ونسبة (50%) موافقين نوعا ما أن الأجر الذي يتقاضوه يحقق لهم مكانة اجتماعية.

- فيما يخص التوافق من حيث الترقية:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فإن الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالترقية في العمل حيث صرحت نسبة (40%) غير موافقين على تلقيهم التقدير مقابل الإبداع في العمل، ونسبة (40%) موافقين بشدة على أن الترقية مبنية على أساس المعارف الشخصية، ونسبة (50%) موافقين بشدة على أن الترقية مبنية على أساس الكفاءة لا على أساس طول فترة الخدمة، ونسبة (40%) موافقين نوعا ما على أن معايير الترقية واضحة للجميع، ونسبة (50%) غير موافقين على أن المؤسسة تعمل على ترفيتهم لخدمة مصالحها، ونسبة (50%) غير موافقين على نسبة (40%) غير متوافقين على أن حصولهم على ترقية يكوف لهم حافز في زيادة مجهوداتهم ومستوى أدائهم ونسبة (50%) موافقين نوعا ما على أن الترقية تحدد المسار المهني للممرض في المستشفى الذي يعمل فيه.

- فيما يخص التوافق من حيث العلاقة مع زملاء العمل:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فإن الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالعلاقة مع زملاء العمل حيث صرحت نسبة (44%) موافقين نوعا ما على تبادل الممرضين المعلومات فيما بينهم ونسبة (30%) موافقين نوعا ما على وجود التنسيق في العمل ما بين الأطباء والممرضين ونسبة (38%) غير موافقين على تعاون الزملاء في حل المشكلات التي يمكن أن تحدث في العمل ونسبة (40%) موافقين نوعا ما على أنهم يعانون من الخلافات في العمل، ونسبة (50%) موافقين نوعا ما على أن الدعم من طرف الزملاء يساهم في سهولة انجاز العمل، ونسبة (50%) موافقين بشدة على شعورهم بالانتماء إلى جماعة العمل التي ينتمون إليها على نظافة بيئة العمل، ونسبة (40%) موافقين

نوعا ما على شعورهم بالمضايقة جراء اهمال بعض الزملاء في تأدية مهامهم، ونسبة (50%) غير موافقين على تعامل الممرضين فيما بينهم على أساس الثقة.

- فيما يخص التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين:

حسب إجابات افراد عينة الدراسة الاستطلاعية فان الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالعلاقة مع المسؤولين، حيث صرحت نسبة (40%) يوافقون نوعا ما على تلقيهم الدعم من طرف المسؤول ونسبة (50%) غير موافقين على احترام المسؤولين لإقتراحاتهم المهنية ونسبة (40%) غير موافقين على معاملة المسؤولين لهم بموضوعية ونسبة (46) موافقين نوعا ما على شعورهم بالضيق من النقد الذي يوجهه لهم المسؤولين، ونسبة (46%) موافقين على شعورهم بانعدام المساواة في المعاملة من طرف المسؤولين، ونسبة (34%) غير موافقين على طريقة معالجة المسؤول المباشر لمشاكل العمل ونسبة (50%) غير متوافقين على امكانيات تقادي نقل العدوى، ونسبة (36%) موافقين نوعا ما على تقدير المسؤول لما يقومون به من خدمات إضافية.

- فيما يخص التوافق من حيث التطور المهني:

حسب إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية فان الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالتطور المهني، حيث صرحت نسبة (30%) يوافقون على توفير المستشفى لهم دورات تدريبية لزيادة المعرفة التمريضية، ونسبة (40%) موافقين بشدة على أنهم لديهم دافعية للاضطلاع على كل ما هو جديد في الصحة والتمريض ونسبة (50%) موافقين بشدة على أنهم يشاركون بفعالية في الدورات التدريبية المنظمة في المستشفى، ونسبة (60%) موافقين نوعا ما على أن وسائل الإتصال الحديثة موجودة في المستشفى، ونسبة (50%) غير موافقين على تبادل الخبرات مع المستشفيات الأخرى، ونسبة (50%) غير موافقين بشدة على اتاحة الفرصة للممرضين في إكمال دراستهم، ونسبة (32%) متوافقين

بشدة على المشاركة في انجاز البحوث العلمية، ونسبة (40%) موافقين على وجود أجهزة الحاسوب لتخزين المعلومات المتصلة بعملهم.

- فيما يخص التوافق من حيث الإستقرار في العمل:

حسب إجابات افراد عينة الدراسة الاستطلاعية فان الممرضين غير متوافقين مهنيا فيما يتعلق بالتطور المهني حيث صرحت نسبة (40%) لا يوافقون بشدة على نقلهم من مصلحة إلى أخرى في نفس المستشفى ونسبة (50%) موافقين نوعا ما على شعورهم بالإستقرار في العمل ونسبة (40%) موافقين على سوء اختيارهم لمهنة التمريض، ونسبة (40%) غير موافقين على احترام المجتمع لمهنة التمريض، ونسبة (40%) موافقين نوعا ما على ان وظيفتهم تحقق لهم الطموحات الشخصية، ونسبة (40%) موافقين على أن عملهم يحقق لهم مكانة اجتماعية جيدة، ونسبة (40%) غير متوافقين عن عملهم كونه لا يناسب مؤهلاتهم العلمية، ونسبة (60%) غير موافقين على نقلهم من مستشفى إلى اخر بسبب الخلافات الشخصية في العمل.

يتضح من خلال النتائج السابقة الذكر أن متغيرات الدراسة بما فيها الأخطار النفسية الإجتماعية بكل أبعادها والتوافق المهني بكل أبعاده متوفرة في الميدان الإستشفائي ولدى عينة الدراسة الإستطلاعية مما يسمح لنا بالقول أن أدوات الدراسة المطبقة في الدراسة الإستطلاعية صالحة لتطبيقها تطبيقا نهائيا على مجتمع الدراسة.

4- عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها:

يتمثل المجتمع الأصلي للدراسة في مجموع الممرضين من كلا الجنسين (ذكورا واناث) بلغ عددهم (1104) ممرض يعملون في مختلف الأقسام العلاجية التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد والتي يبلغ عددها (42) مصلحة علاجية، حيث تم توزيع (400) استمارة ونظرا لضياع البعض واستبعاد الإستمارات التي تتسم باجابات ناقصة أصبح حجم عينة الدراسة الأساسية (320) ممرض وممرضة

يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (30.36%) تم إختيارهم بطريقة العينة القصدية (العمدية)، وذلك في نفس المصالح العلاجية التي تمت فيها الدراسة الإستطلاعية التي تتمثل في كل من مصلحة الجراحة العامة مصلحة الطب الداخلي مصلحة جراحة العظام، مصلحة أمراض القلب، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض الدم، مصلحة غسل الكلى، مصلحة طب الأطفال الكبار، مصلحة الإنعاش الحيوي، مصلحة الأمراض المعدية، مصلحة طب الكلى مصلحة المسالك البولية، مصلحة جراحة الأحشاء، مصلحة الإنعاش الجراحية ومصلحة جراحة الأعصاب ومصلحة الإستجالات . مع استبعاد (50) ممرض من ضمن الذين شاركوا فيها حيث يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (4.52%)، وقد حافظنا على نفس المصالح العلاجية اسنادا لما تم التوصل إليه نتائج أولية أشارت إلى تعرض الممرضين فعلا للأخطار النفسية الإجتماعية في هذه المصالح.

- خصائص عينة الدراسة:

تتوزع عينة الدراسة حسب مجموعة من الخصائص المتمثلة في كل من الجنس، السن، الحالة العائلية، الأقدمية في العمل، المصلحة التي يعملون فيها.

- حسب الجنس:

جدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	التكرارات الجنس
31.56%	101	الذكور
68.44%	219	الإناث
100%	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (1) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة تتكوّن من فئة الإناث حيث بلغ عددهن (219) ممرضة ويمثلن نسبة مئوية تقدر بـ (68.44 %) من مجموع أفراد عينة الدراسة في حين بلغ عدد الذكور (101) ممرضا ويمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (31.56 %) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

نستنتج أنّ نسبة الممرضات تفوق نسبة الممرضين بالضعف وقد يكون ذلك راجع إلى طبيعة مهام مهنة التمريض التي تجلب النساء أكثر من الرجال.

-السن:

جدول رقم (2): توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	العدد	السن التكرارات
4.68%	15	أقل من 20 سنة
42.18%	135	من 20 الى 30 سنة
46.88%	150	من 31 الى 40 سنة
6.26%	20	أكثر من 40 سنة
100 %	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أنّ عدد الممرضين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (أقل من 20 سنة) قد بلغ عددهم (15) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (4.68 %) حيث تمثل أصغر نسبة من مجموع أفراد العينة، ونلاحظ أنّ الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (من 20 سنة الى 30 سنة) قد بلغ عددهم (135) ممرض وممرضة ويمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (42.18 %)، كما نلاحظ أنّ الذين

ينتمون إلى الفئة العمرية (31 إلى 40 سنة) قد بلغ عددهم (150) ممرض وممرضة ويمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (46.88%)، في حين نلاحظ أن الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة) قد بلغ عددهم (20) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (6.26%).

نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى الفئة العمرية المنحصرة بين (31 إلى 40 سنة) وذلك دليل على الإقبال الكثيف لفئة الشباب نحو مهنة التمريض.

- حسب الحالة العائلية:

جدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

النسبة المئوية	العدد	الحالة العائلية التكرارات
56.26%	180	أعزب
40.62%	130	متزوج
1.25%	4	أرمل
1.87%	6	مطلق
100%	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من فئة العزاب، وقد بلغ عددهم (180) ممرض وممرضة حيث يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (56.26%)، في حين تليها فئة المتزوجين التي بلغ عددها (130) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (40.62%)، تأتي بعدها فئة المطلقين

التي بلغ عددها (6) أفراد بنسبة مئوية تقدر بـ (1.87%) ممرض وممرضة، وأخيراً تأتي فئة الأراذل وهي نسبة ضئيلة جداً حيث بلغ عددها إلى (4) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (1.25%).

-حسب الأقدمية في العمل:

جدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية في العمل.

النسبة المئوية	العدد	التكرارات الأقدمية في العمل
37.18 %	119	أقل من 5 سنوات
62.82 %	201	5 سنوات فأكثر
100 %	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (4) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة يتمتعون بأقدمية عمل (أكثر من 5 سنوات) وقد بلغ عددهم (201) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (62.82%)، في حين نجد أن باقي أفراد العينة الذين بلغ عددهم (119) ممرض وممرضة يتمتعون بأقدمية عمل (أقل من 5 سنوات) بنسبة مئوية تقدر بـ (37.18%).

- حسب المصلحة.

جدول رقم (5): توزيع أفراد العينة حسب المصلحة التي يعملون فيها.

النسبة المئوية	عدد الممرضين	التكرارات المصلحة
% 7.81	25	الجراحة العامة
% 6.56	21	جراحة العظام
% 6.87	22	الطب الداخلي
% 6.56	21	أمراض القلب
% 5.93	19	الأمراض المعدية
% 6.56	21	طب الأطفال
% 6.56	21	أمراض الدم
% 6.25	20	الإنعاش الحيوي
% 6.25	20	طب الأطفال الكبار
% 5.93	19	طب الكلى
% 5.93	19	المسالك البولية
% 5.62	18	جراحة الاعصاب
% 5.93	19	جراحة الاحشاء
% 6.56	21	غسل الكلى
% 5.62	18	الإنعاش الجراحية
% 5	16	الإستجالات
% 100	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (5) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة ينحدرون من مصلحة الجراحة العامة حيث بلغ عددهم (25) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (7.81%)، ثم تليها مصلحة الطب الداخلي في المرتبة الثانية حيث بلغ عددهم (22) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بنسبة (6.87%)، ثم تليها كل من مصلحة جراحة العظام، أمراض القلب، طب الاطفال، أمراض الدم، غسل الكلى في المرتبة الثالثة حيث بلغ عددهم في كل مصلحة (21) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (6.56%)، ثم تليها مصلحة طب الأطفال الكبار والإنعاش الحيوي في المرتبة الرابعة، حيث بلغ عددهم (20) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (6.25%)، ثم تليها مصلحة الأمراض المعدية، طب الكلى المسالك البولية، جراحة الأحشاء في المرتبة الخامسة حيث بلغ عددهم في كل مصلحة (19) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (5.93%)، ثم تليها مصلحة الإنعاش الجراحية وجراحة الأعصاب في المرتبة السادسة التي بلغ عددها (18) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (5.62%) وفي الأخير مصلحة الإستجالات التي بلغ عددها (16) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (5%).

بناء على هذه النسب المئوية نستنتج أنّ عدد أفراد عينة الدراسة في كل مصلحة متقاربة، في حين نجدها بنسبة قليلة في مصلحة الإستجالات وذلك راجع إلى صعوبة التدخل على مستوى هذه المصلحة نظرا لحالات الإستجالات التي تعيشها يوميا.

5- أدوات جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية تم الإعتماد على كل من الطبعة الثالثة من استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية لـ (Dupret & al (2012) لقياس الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل ولقياس التوافق المهني تم الإعتماد على بناء استبيان، حيث سنتناولهما فيما يلي ببعض من التفصيل.

5-1 - إستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية:

- لمحة تاريخية عن تطور استبيان كوبنهاغن للأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ):
منذ سنة (2000)، قام فريق وطني دنماركي من الباحثين التابعين لمعهد الصحة المهنية في كوبنهاغن (copenhagen) بإعداد استبيان لتقييم الأخطار النفسية الإجتماعية والذي سمي بـ (COPSOQ) وذلك استنادا إلى مجموعة من الإستبيانات المطبقة في العديد من البلدان مثل فنلندا، السويد، الولايات المتحدة الدنمارك، هولندا... وغيرها من البلدان، حيث كان الهدف الرئيسي للباحثين أن يكون الإستبيان أداة صالحة لتقييم شبه شامل للعديد من العوامل النفسية الإجتماعية لبيئة العمل.
كما وجهوا إهتمامهم إلى أن يكون الإستبيان مرتكزا على عدة نظريات وليس على نظرية واحدة، بالتالي فإن الطبعة الأولى لـ (COPSOQ I) تم وضعها في سنة (2000) وقدمت باللغة الإنجليزية سنة (2005) حيث شملت معظم أبعاد النظريات الرئيسية السبعة الكبرى للأخطار النفسية الإجتماعية والتي تم وضعها من طرف (Kompier)، ما وجهوا إهتمامهم أيضا إلى أهداف أخرى ثابتة أثناء إعداد هذه الأداة من بينها:
- صدق الإستبيان تحت ثلاثة أشكال، علما أن الطبعة الطويلة للباحثين، الطبعة المتوسطة للمهنيين في بيئة العمل والطبعة المختصرة للإستخدام في أماكن العمل.
- الرغبة في نشر (COPSOQ) إلى أكبر حد في الدول بعد إتمام عبارات الإستبيان بمقارنات دولية.
- تسهيل التقييم للمتدخلين في أماكن العمل حيث يعتبر (COPSOQ) استبيان ذو طابع قابل للتطبيق في كل أنواع الحرف والمهن وذلك منذ تكييفه وإثبات صدقه الدنماركي والذي كُتِبَ في إنجلترا، ألمانيا وإسبانيا.

أما فيما يخص الطبعة الثانية للإستبيان الأصلي فقد تم إعدادها لوظيفة تحليل المعطيات التي تم جمعها بمقابل الخبرة الناتجة عن المؤسسات، ومن ثم قد تم الإلتقاء بالفريق الدنماركي وقرروا تكييف (COPSOQ) للغة الفرنسية.

غير أن إستعمال مثل هذه الأدوات إستعمالا صحيحا والثوق في نتائجها وجب أن تتماشى الأداة وتناسب الخصائص الثقافية والإجتماعية للبيئة التي تطبق فيها، الأمر الذي جعل العديد من الباحثين من مختلف الدول يسعون إلى تقنيه وتكييفه على بيئاتهم. من أبرز الدراسات التي جاءت في هذا السياق نجد دراسة كل من (Dicke, Marsh, Riley, Parker, Guo & Horwood, 2011) حول التحقق من صحة الطبعة الثانية من إستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) بتطبيقه على عينة مديري المدارس باستراليا، دراسة (Moncada & al, 2013) حول تكييف الطبعة الثانية لإستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) في البيئة الإسبانية ودراسة (Rosário, Azevedo, João Fonseca, Nienhaus, 2013) حول تكييف الطبعة الثانية لإستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) على البيئة البرتغالية، ودراسة (Iordache & Petreanu, 2014) حول تكييف استبيان (COPSOQ) على البيئة الرومانية. ودراسة (Berthelsen & al, 2014) حول صدق المحتوى للطبعة الثانية لإستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) في السويد، ودراسة (Aminian, Dianat, 2015) حول النسخة الإيرانية من استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) لتقييم عوامل الخطر النفسي -اجتماعي في العمل ودراسة (Sahan, Baydur & Demiral, 2018) حول تكييف إستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية (COPSOQ) على البيئة التركية... وغيرها من الدراسات من مختلف البلدان.

قد تطوّر استبيان كوبنهاغن (COPSOQ) عبر ثلاثة طبعات أساسية حيث إتخذ الإستبيان في طبعته الأولى الدنماركية (COPSOQ V1) ثلاثة نسخ (الطويلة، المتوسطة والمختصرة)، وذلك على يد

كل من (Kristensen, Hannerz, Høgh, & Borg (2005)، حيث تحتوي النسخة الطويلة على (141) بند موزعة على (30) سلم مجمعة في (6) أبعاد، أما النسخة المتوسطة فهي تحتوي على (95) بند موزعة على (26) سلم، في حين تحتوي النسخة المختصرة على (44) بنداً موزعة على (8) سلال. أما فيما يخص الطبعة الثانية الألمانية (COPSOQ V2) للإستبيان فإنها تتوفر دائماً بثلاث نسخ بما فيها الطويلة، المتوسطة، المختصرة وذلك على يد كل من (Bjorner, Pejtersen, Kristensen (2010) & Borg حيث تحتوي النسخة الطويلة على (127) بند، (41) سلم مجمعة في (6) أبعاد، أما النسخة المتوسطة فهي تحتوي على (87) بند موزعة على (28) سلم، بينما تحتوي النسخة المختصرة على (40) بنداً موزعة على (23) سلم.

أما الطبعة الثالثة فقد تمت باللغة الفرنسية متخذة بدورها ثلاثة طبعات (V1, V2, V3) وذلك عن طريق تكيف النسخة المختصرة للطبعة الثانية الألمانية (COPSOQ v2)، حيث سنتناولها فيما يلي بعض من التفصيل.

• إعداد وتطوير الطبعة الفرنسية لـ (COPSOQ):

تم إعداد الطبعة الفرنسية الأولى لإستبيان كوبنهاغن النفسي-اجتماعي (COPSOQ) في سنة (2008) وذلك حسب الإجراءات الإعتيادية لـ (ترجمة/ الطبعة)، حيث تمت ترجمة الإستبيانات الدنماركية والإنجليزية في طبعتها الطويلة أولاً للفرنسية، ثم الطبعتين الأخرتين الفرنسيتين تمت لهدف ترجمة/ وإعادة ترجمة في لغتها الأصلية. بعد تكييفها بهذه الطريقة، تمت الطبعتين الأخرتين الفرنسيتين من أجل مقارنة الإختيار المحدد لعنوان البنود التي تم مناقشتها وتحديدها.

وقد تم الإختبار القبلي على (60) فرداً، بهدف التحقق من التعبير الجيد للعبارات والبنود وذلك في مؤسسة كبيرة فرنسية قبلت المشاركة في وجهة صدق الطبعة المختصرة لـ (COPSOQ V2) وذلك في إستبيان يتكون من (32) بنداً موزعة على (17) سلم مجمعة في (5) أبعاد، حيث تم التحقيق في أكتوبر

(2008) وذلك على عينة قدرت بـ (935) عامل وقد كانت نتائج التحليلات السيكومترية مرضية للغاية حيث أظهرت تشابه تام ما بين النموذج الفرنسي والألماني والدنماركي.

• مراحل تطور الطبعة الفرنسية المختصرة (COPSOQ):

- الطبعة الأولى (v1) : تحتوي على (32) بنداً موزعة على (17) سلم مجمعة في (4) أبعاد تتمثل في الإرغامات في العمل، العلاقات الشخصية والإدارة، التأثير والتطور، الصحة والرفاهية في العمل، الرضا في العمل الذي حدد أخيراً كبعد مستقل بحد ذاته نظراً لنتائج التحليلات التي صدرت عن التكيف، وقد طبقت على (935) عامل بمؤسسة صناعة الطائرات الفرنسية (Dupret & al, 2012).

- الطبعة الفرنسية الثانية (v2) : تحتوي على (40) بنداً، (21) سلم مجمعة في (6) أبعاد تتمثل في الإرغامات الكمية، التنظيم والإدارة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني وقد طبقت على (3166) عامل من نفس المؤسسة.

- الطبعة الفرنسية الثالثة (v3) :

قد تم الإعتماد في الدراسة الحالية على الطبعة الفرنسية الثالثة (v3)، تحت عنوان إستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية، هدفه تقييم عوامل الأخطار النفسية الإجتماعية في بيئة العمل، حيث يحتوي على (46) بنداً موزعة على (24) سلم، مجمعة في (6) أبعاد تتعلق ببيئة العمل وتتمثل في كل من الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني وقد توزعت البنود حسب الأبعاد على النحو التالي:

- يحتوي بعد الإرغامات الكمية على (6) بنود ترجع إلى عبء العمل، ووتيرة العمل، المتطلبات المعرفية وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (1) إلى (6).

- يحتوي بعد التنظيم والقيادة على (16) بندا ترجع إلى التنبؤ، الإعراف، العدل، وضوح الأدوار صراع الأدوار، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي والثقة ما بين العمال والإدارة وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (7) إلى (22).
- يحتوي بعد العلاقات الأفقية على (4) بنود ترجع إلى الثقة ما بين الزملاء، الدعم الإجتماعي من طرف الزملاء، وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (23) إلى (26).
- يحتوي بعد الإستقلالية على (4) بنود ترجع إلى مجال التدخل، امكانية التطور وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (27) إلى (30).
- يحتوي بعد الصحة والرفاهية على (11) بندا ترجع إلى تقييم الصحة الذاتية البند (31)، الضغط (32، 33)، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة/ عمل، انعدام الأمن المهني وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (31) إلى (41).
- يحتوي بعد المعاش المهني على (5) بنود ترجع إلى معنى العمل، الإلتزام بالمنظمة، الرضا في العمل وتشمل البنود المرقمة في الإستبيان من (42) إلى (46).

- الخصائص السيكومترية لإستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية:

أولاً: الصدق

لتحديد مؤشرات صدق الطبعة الثالثة من استبيان كوبنغاغن للأخطار النفسية الإجتماعية الذي أعده Dupret & al (2012) تم الإعتماد على كل من صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي، حيث سنتناولهما فيما يلي ببعض من التفصيل.

1- صدق المحكمين:

بعد اتمام ترجمة استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية تم عرضه على عشرة (10) أساتذة في العلوم الإنسانية والاجتماعية وعلم النفس وفق تخصص علم النفس العمل والتنظيم، وذلك للحكم على مدى صلاحية محتواه المترجم إلى اللغة العربية ومدى سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية.

بناء على الملاحظات التي قدمها المحكمين هناك اتفاق على أن الإستبيان يقيس ما وضع لقياسه وكذا سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومناسبتها ما عدا بعض العبارات التي أشار الأساتذة المحكمين بوجود خلل في صياغتها اللغوية مثل البند (9) هل تعامل بعدل في عملك؟ البند (43) هل تشعر أن العمل الذي تقوم به عملا مهما؟ وبناء على ذلك قمنا بتعديل صياغة العبارات حسب آراء وملاحظات المحكمين على النحو التالي البند (9) هل تعامل بانصاف في عملك؟ والبند (43) هل لديك إحساس أن العمل الذي تقوم به مهم؟ كما قمنا بحساب نسبة اتفاق الأساتذة المحكمين على مدى صدق الإستبيان الحالي وذلك بتطبيق معادلة كوبر، حيث تم ايجاد أن نسبة الإتفاق تتراوح ما بين (80) إلى (100) مما يدل على أن المقياس الحالي صادق بحسب آراء المحكمين.

2- صدق الإتساق الداخلي:

تمت دراسة صدق الإتساق الداخلي عن طريق تحديد الإرتباط بين كل بند من بنود الإستبيان والدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه وكذلك درجة الإرتباط لكل سلم من سلالم الإستبيان بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ودرجة الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للإستبيان وذلك طبقاً لمعادلة بيرسون. قد أسفرت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

- الإرتباط بين البنود والسلالم التي تنتمي إليها.

جدول رقم (6): ارتباط بنود بعد الإرغامات الكمية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه.

البيد	السلالم	البنود	قيمة بيرسون	الدالة
الإرغامات الكمية	عبء العمل	1	0.864**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		2	0.841**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الوتيرة	3	0.880**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		4	0.890**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	المتطلبات المعرفية	5	0.897**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		6	0.848**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (6) أن جميع بنود البعد الأول المتمثل في

الإرغامات الكمية مرتبطة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه ارتباطاً دالاً احصائياً عند مستوى الدلالة

(0.01) بالنسبة لكل البنود (1، 2، 3، 4، 5، 6).

الجدول رقم (7): ارتباط بنود بعد التنظيم والقيادة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.

البعد	السلام	البنود	قيمة برسون	الدلالة
التنظيم والقيادة	التنبؤ	7	0.815**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		8	0.848**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الإعتراف	9	0.887**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		10	0.866**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	العدل	11	0.879**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		12	0.896**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	وضوح الأدوار	13	0.875**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		14	0.917**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	صراع الأدوار	15	0.849**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		16	0.843**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	القيادة من طرف المسؤول الهرمي	17	0.850**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		18	0.867**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي	19	0.892**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		20	0.915**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الثقة من طرف المسؤول الهرمي	21	0.875**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		22	0.917**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال الجدول رقم (7) أن جميع بنود البعد الثاني المتمثل في التنظيم والقيادة مرتبطة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بالنسبة لكل البنود (7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21).

جدول رقم (8): الإرتباط بين درجات بنود بعد العلاقات الأفقية مع الدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.

البعد	السلام	البنود	قيمة برسون	الدلالة
العلاقات الأفقية	الثقة ما بين الزملاء	23	0.850**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		24	0.846**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الدعم ما بين الزملاء	25	0.898**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		26	0.846**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (08) أن جميع بنود البعد الثالث المتمثل في العلاقات الأفقية مرتبطة بالسلم الذي تنتمي اليه ارتباطا دالا احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بالنسبة لكل البنود (23، 24، 25، 26).

جدول رقم (9): ارتباط بنود بعد الإستقلالية مع الدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.

البعد	السلام	البنود	قيمة برسون	الدلالة
الإستقلالية	مجال التدخل	27	0.850**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		28	0.834**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	امكانية التطور	29	0.803**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		30	0.659**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال الجدول رقم (9) أن جميع بنود بعد الإستقلالية مرتبطة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) لكل البنود (27، 28، 29، 30).
جدول رقم (10): ارتباط بنود بعد الصحة والرفاهية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.

البعد	السلام	البنود	قيمة برسون	الدلالة
الصحة والرفاهية	التقييم الذاتي للصحة	31	0.382*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	الضغط	32	0.807**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		33	0.857**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الإحترق	34	0.868**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		35	0.895**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	المتطلبات الانفعالية	36	0.817**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		37	0.904**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	صراع عمل اسرة	38	0.835**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		39	0.910**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	انعدام الأمن المهني	40	0.883**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		41	0.912**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال الجدول رقم (10) ان جميع بنود بعد الصحة والرفاهية مرتبطة بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بالنسبة للبنود (31)، وعند مستوى الدلالة (0.01) بالنسبة كل من البنود (32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41).

جدول رقم (11): إرتباط بنود بعد المعاش المهني بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي اليه.

البعد	السلام	البنود	قيمة برسون	الدالة
معنى العمل		42	0.880**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		43	0.856**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
المعاش المهني	الإلتزام التنظيمي	44	0.850**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
		45	0.867**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الرضا في العمل	46	0.382*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن جميع بنود بعد المعاش المهني مرتبطة بالدرجة الكلية

للسلم الذي تنتمي إليه إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بالنسبة للبنود (42، 43، 44،

46)، وعند مستوى دلالة (0.05) النسبة للبنود (46).

- معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل سلم مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.

جدول رقم (12): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل سلم مع البعد الذي تنتمي اليه.

الابعاد	السلام	قيمة معامل الارتباط	الدالة
الارغامات	عبء العمل	0.31*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	وتيرة العمل	0.894**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	المتطلبات المعرفية	0.803**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
التنظيم والقيادة	التنبؤ	0.280*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	الاعتراف	0.450**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	العدل	0.895**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	وضوح الأدوار	0.927**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	صراع الأدوار	0.579**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	نمط القيادة من طرف المسؤول الهرمي	0.513**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي	0.922**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الثقة ما بين الادارة والعمال	0.927**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الثقة ما بين الزملاء	0.993**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الدعم الاجتماعي من طرف الزملاء	0.992**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
الاستقلالية	مجال التدخل	0.670**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	امكانية التطور	0.707**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
الصحة والرفاهية	الضغط	0.930**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الاحتراق	0.852**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	المتطلبات الانفعالية	0.915**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	صراع عمل /اسرة	0.910**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	انعدام الامن المهني	0.963**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
المعاش المهني	معنى العمل	0.819**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الالتزام التنظيمي	0.630**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	الرضا في العمل	0.382**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (12) أن جميع السلام مرتبطة بالدرجة الكلية للبعد

الذي تنتمي إليه ارتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05).

• ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للإستبيان.

جدول رقم (13): ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للإستبيان.

الأبعاد	الدرجة الكلية	الإرغامات الكمية	التنظيم والقيادة	العلاقات الأفقية	الإستقلالية	الصحة والرفاهية	المعاش المهني
الدرجة الكلية	1						
الإرغامات الكمية	0.751**	1					
التنظيم والقيادة	0.856**	0.483**	1				
العلاقات الأفقية	0.572**	0.335*	0.422**	1			
الإستقلالية	0.298*	0.471**	0.319*	0.833**	1		
الصحة والرفاهية	0.643**	8.53**	0.317*	0.501**	-0.301*	1	
المعاش المهني	0.563**	0.623**	0.402**	0.325*	0.411**	0.302*	1

**دالة عند (0.01) / * دالة عند (0.05).

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن جميع أبعاد الإستبيان مرتبطة بالدرجة الكلية للإستبيان

إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، (0.05)، وهذا ما يسمح لنا بالقول أنّ الصدق عن

طريق الإتساق الداخلي قد تحقق.

2- ثبات الإستبيان:

للتأكد من ثبات الإستبيان تم الإعتماد على طريقتين بما فيها طريقة التجزئة النصفية وطريقة

ألفا كرومباخ.

1-2 طريقة التجزئة النصفية:

لحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية، تم تجزئة بنود الإستبيان إلى جزئين الأسئلة التي تنتمي للنصف الأول والأسئلة التي تنتمي إلى النصف الثاني، من ثم تم حساب معامل الارتباط برسون بين النصف الأول والنصف الثاني للإستبيان كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (14): الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

سبيرمان براون	برسون	القيمة الأسئلة
0.784**	0.815**	الأسئلة الفردية
		الأسئلة الزوجية

يتضح من خلال الجدول رقم (14)، أن قيمة بيرسون قد بلغت (0.815^{**}) وهي قيمة قوية تدل على الارتباط الموجب بين النصف الأول والنصف الثاني للإستبيان، وبعد التصحيح باستعمال معادلة سبيرمان وبراون بلغ معامل الثبات الكلي (0.784^{**}) وهو معامل ثبات قوي ودال إحصائياً هذا ما يؤكد على ثبات الإختبار وإمكانية تطبيقه.

2-2 طريقة ألفا كرومباخ:

جدول رقم (15): الثبات بطريقة ألفا كرومباخ.

معامل ألفا كرومباخ	المتغير
0.739	الأخطار النفسية الإجتماعية

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيمة معامل ألفا كرومباخ قد بلغت (0.739) وهي قيمة قوية تدل على ثبات الإختبار.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن معامل الصدق بما فيه صدق المحكمين، صدق الإتساق الداخلي ومعامل الثبات بما فيه التجزئة النصفية، معامل الفا كرومباخ قد تحققت بدرجة عالية مما يمكن من تطبيق الإستبيان على عينة الدراسة الأساسية (أنظر ملحق رقم 4).

2-5 استبيان التوافق المهني:

لقياس التوافق المهني لدى أفراد عينة الدراسة فقد تم بناء استبيان التوافق المهني للممرضين حيث قمنا بمراجعة الآراء المختلفة حول مفهوم التوافق المهني، كما تمت مراجعة ما توافر لدى الباحثة من أدبيات الموضوع ومراجعة استبيانات ومقاييس أعدت لقياس التوافق المهني في العمل بصفة عامة والتوافق المهني لدى الممرضين بصفة خاصة مثل مقياس التوافق المهني للممرضين للشافعي (2002) ومن ثم تحديد التعريف الإجرائي الذي يشمل الأبعاد الأساسية للإستبيان، حيث يتكوّن الإستبيان من مجموعة بنود بلغ عددها (56 بندا) موزعة على (7) أبعاد، كل بعد يقاس جانب من جوانب التوافق المهني للعاملين في مجال التمريض وتتمثل أبعاده فيما يلي:

-التوافق من حيث ظروف العمل: يعبر هذا البعد عن التوافق مع ظروف العمل المتمثلة في كل من التهوية، الضوضاء، الإضاءة، نظام العمل بما فيها الساعات الإضافية والدوام الرسمي نظافة بيئة العمل توفر ظروف تفادي نقل لعدوى ويشمل كل من العبارات التالية: (1)، (2)، (3)، (4)، (5)، (6)، (7) (8).

-التوافق من حيث الأجر: يعبر هذا البعد عن توافق الممرض مع الأجر الذي يتقاضاه من خلال عمله من حيث كفايته، وتناسبه مع طبيعة العمل ومقدار الرفاهية التي يوفرها ويشمل العبارات التالية: (9) (10)، (11)، (12)، (13)، (14)، (15)، (16).

-التوافق من حيث الترقية في العمل: يعبر هذا البعد عن توافق الممرض مع نظام الترقيات المطبقة في المؤسسة من حيث أسس ومعايير الترقية ويشمل العبارات التالية: (17)، (18)، (19)، (20) (21)، (22)، (23)، (24).

-التوافق من العلاقة مع زملاء العمل: يعبر هذا البعد عن توافق الممرض من حيث تبادل المعلومات مع زملائه، التنسيق في العمل بين الممرضين والأطباء، التعاون، الاخلاقات، الدعم الإلتئام، الإعتراف الثقة. ويشمل العبارات التالية: (25)، (26)، (27)، (28)، (29)، (30)، (31) (32).

-التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين: يعبر هذا البعد عن توافق الممرض من حيث العلاقة مع المسؤولين من حيث الدعم، الإحترام والتقدير، الإلتئاد، المساواة. ويشمل العبارات التالية: (33)، (34) (35)، (36)، (37)، (38)، (39)، (40).

-التوافق من حيث التطور المهني: يعبر هذا البعد عن توافق الممرض من حيث التطور المهني الذي يواكب العصر من الدورات التدريبية، توفر امكانيات ووسائل حديثة. ويشمل العبارات التالية: (41) (42)، (43)، (44)، (45)، (46)، (47)، (48).

-التوافق من حيث الإستقرار في العمل: حيث يعبر هذا البعد عن توافق الممرض من تحقيق استقرار نفسي في العمل وشعوره بالأمان للمستقبل ويشمل العبارات التالية: (49)، (50) (51) (52)، (53) (54)، (55)، (56).

قد تمّ تصحيح الإستبيان وفق التدرج الخماسي لسلم ليكرت وذلك في ضوء خمسة اختيارات والمتمثلة

في موافق بشدة (5 نقاط)، موافق (4 نقاط)، موافق نوعا ما (3 نقاط)، غير موافق (نقطتان) غير موافق على الإطلاق (نقطة واحدة)، موافق (نقطتان)، موافق نوعا ما (3 نقاط)، غير موافق (4 نقاط)، غير موافق على الإطلاق (5 نقاط). عليه تصبح الدرجة الكلية القصوى للمستجيب على الإستبيان (280=5×56) درجة) وأدنى درجة كلية للمستجيب تساوي (56 = 1×56) درجة).

كما تمّ حساب صدق وثبات الإستبيان على عينة الدراسة الإستطلاعية التي تتكوّن من (50) ممرضا وممرضة من ضمن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو كما يلي:

• الخصائص السيكومترية لإستبيان التوافق المهني:

أوّلا: الصدق

لتحديد مؤشرات صدق استبيان التوافق المهني تم الاعتماد على طريقتين الممثلة في كل من صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي حيث سنقدم النتائج التي تم التوصل إليها:

1- صدق المحكمين:

بعد اتمام بناء اسئلة استبيان التوافق المهني تم عرضه على (10) أساتذة في علم النفس وفق تخصص علم النفس العمل والتنظيم، وذلك للحكم على مدى سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية.

وبناء على الملاحظات التي قدمها المحكمين اتفقوا على أن الإستبيان يقيس ما وضع لقياسه وكذا سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومناسبتها ما عدا بعض العبارات التي أشار الأساتذة المحكمين بوجود خلل في صياغتها اللغوية البند (3) اعتقد ان ظروف العمل ملائمة من حيث الإضاءة والبند (28) اعاني من مشاكل مع زملائي في العمل والبند (47) أرى أن فرص اكمال الدراسة متوفرة وبناءا على

ذلك قمنا بتعديل صياغة هذه العبارات التي يشوبها عيب في الصياغة أخذنا بعين الإعتبار آراء وملاحظات المحكمين على النحو التالي (3) أعتقد أن ظروف عملي ملائمة من حيث الإضاءة، البند (28) اعاني من الخلافات مع زملائي في العمل والبند (47) أرى أن الفرصة متاحة للمرضين لإكمال دراستهم، كما قمنا بحساب نسبة اتفاق الأساتذة المحكمين على مدى صدق الإستبيان الحالي وذلك بتطبيق معادلة كوبر، حيث تم ايجاد أن نسبة الاتفاق تتراوح ما بين (80) إلى (100) مما يدل على أن الإستبيان الحالي صادق بحسب آراء المحكمين.

2- صدق الإتساق الداخلي:

جدول رقم (16): إرتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث ظروف العمل مع الدرجة الكلية للبعد:

البند	قيمة برسون	الدلالة
1	0.711**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
2	0.773**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
3	0.312*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
4	0.482**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
5	0.597**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
6	0.284*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
7	0.542**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
8	0.597**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (16) أن جميع درجات بنود البعد الأول المتمثل

في التوافق من حيث ظروف العمل مرتبطة إرتباطا دالا إحصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى

دلالة (0.01) بالنسبة لكل من البنود (1، 2، 4، 5، 7، 8)، وبمستوى دلالة (0.05) لكل من البنود (3، 6).

الجدول رقم (17): ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث الأجر مع الدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
9	0.612**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
10	0.799**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
11	0.305*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
12	0.501**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
13	0.486**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
14	0.293*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
15	0.469**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
16	0.576**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (17) أن جميع درجات بنود البعد الثاني المتمثل في التوافق من حيث الأجر مرتبطة ارتباطاً دالاً إحصائياً بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة (0.01) بالنسبة للبنود (9، 10، 12، 13، 15، 16)، وبمستوى دلالة (0.05) بالنسبة للبنود (11، 14).

جدول رقم (18): ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث الترقية مع الدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
17	0.722**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
18	0.857**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
19	0.299*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
20	0.534**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
21	0.593**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
22	0.299*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
23	0.534**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
24	0.593**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (18) ان جميع درجات بنود البعد الثالث المتمثل

في التوافق من حيث الترقية مرتبطة ارتباطا دالا احصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة

(0.01) بالنسبة للبنود (17، 18، 20، 21، 23، 24) وبمستوى دلالة (0.05) بالنسبة للبنود

(19، 22).

الجدول رقم (19): ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث العلاقة مع زملاء العمل بالدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
25	0.558**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
26	0.662**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
27	0.607**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
28	0.655**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
29	0.539**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
30	0.278*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
31	0.549**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
32	0.246*	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (19) ان جميع درجات بنود الرابع المتمثل في

العلاقة مع زملاء العمل مرتبطة ارتباطا دالا احصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة (0.01)

بالنسبة للبنود (25، 26، 27، 28، 29، 31)، وبمستوى دلالة (0.05) بالنسبة للبنود (30، 32).

جدول رقم (20) يمثل: ارتباط درجات بنود بعد العلاقة مع المسؤولين بالدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
33	0.865**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
34	0.466**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
35	0.831**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
36	0.441**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
37	0.404**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
38	0.896**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
39	0.656**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
40	0.867**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (20) ان جميع درجات بنود البعد الخامس

المتمثل في العلاقة مع المسؤولين مرتبطة ارتباطا دالا احصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة

(0.01) بالنسبة لكل البنود (33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40).

جدول رقم (21): ارتباط درجات بنود بعد النمو المهني مع الدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
41	0.363**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
42	0.748**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
43	0.737**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
44	0.551**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
45	0.391**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
46	0.612**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
47	0.712**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
48	0.639**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (21) أن جميع درجات بنود البعد الخامس

المتمثل في التطور المهني مرتبطة ارتباطا دالا إحصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة

(0.01) بالنسبة لكل البنود (41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48).

جدول رقم (22): ارتباط درجات بنود بعد الإستقرار في العمل مع الدرجة الكلية للبعد:

البنود	قيمة برسون	الدلالة
49	0.656**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
50	0.661**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
51	0.621**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
52	0.828**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
53	0.674**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
54	0.711**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
55	0.877**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
56	0.467**	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (22) أن جميع درجات بنود البعد الخامس

التمثل في الإستقرار في العمل مرتبطة إرتباطا دالا إحصائيا بالدرجة الكلية للبعد وذلك بمستوى دلالة

(0.01) بالنسبة لكل البنود (49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56).

جدول رقم (23): الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للإستبيان.

الأبعاد	الدرجة الكلية	ظروف العمل	الأجر	الترقية	العلاقة مع الزملاء	العلاقة مع المسؤولين	التطور المهني	الإستقرار في العمل
الدرجة الكلية	1.00							
ظروف العمل	0.753**	1.00						
الأجر	0.754**	0.960**	1.00					
الترقية	0.780**	0.993**	0.961**	1.00				
العلاقة مع الزملاء	0.617**	0.685**	0.677**	0.689**	1.00			
العلاقة مع المسؤولين	0.761**	0.404**	0.437**	0.432**	0.269*	1.00		
التطور المهني	0.721**	0.383**	0.398**	0.400**	0.468**	0.493**	1.00	
الإستقرار في العمل	0.613**	0.434**	0.419**	0.452**	0.727**	0.747**	0.279*	1.00

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (23) أن جميع درجات أبعاد الإستبيان مرتبطة

بالدرجة الكلية للإستبيان إرتباطا دالا إحصائيا وذلك بمستوى دلالة (0.01)، (0.05).

ثانيا: ثبات الإستبيان:

1- طريقة التجزئة النصفية:

تم تجزئة فقرات الإستبيان إلى جزئين، الأسئلة التي تنتمي للنصف الأول المتمثلة في الأسئلة

الفردية والأسئلة التي تنتمي إلى النصف الثاني من الإستبيان المتمثلة في الاسئلة الزوجية، من ثم تم

حساب معامل الإرتباط بيرسون بين النصف الأول والنصف الثاني.

جدول رقم (24): الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

قيمة سبيرمان براون	قيمة برسون	القيمة المتغيرات
0.829**	0.817**	الأسئلة الفردية
		الأسئلة الزوجية

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة بيرسون قد بلغت (0.817**) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة قوية وهذا ما يدل على الإرتباط الموجب بين النصف الأول والنصف الثاني للإستبيان وبعد التصحيح باستعمال معادلة سبيرمان وبراون بلغ معامل الثبات الكلي (0.829**) وهو معامل ثبات قوي ودال إحصائياً وهذا ما يؤكد على ثبات الإختبار وإمكانية تطبيقه.

2- طريقة ألفا كرومباخ:

جدول رقم (25): حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ.

معامل ألفا كرومباخ	المتغير
0.863	التوافق المهني

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أنه قد تمّ حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ وقد قدرت قيمته بـ (0.863) وهو معامل قوي يدل على ثبات الإختبار.

نستنتج من خلال النتائج أن معامل الصدق والثبات لإستبيان التوافق المهني قد تحققا بدرجة عالية مما يمكننا من تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية (أنظر ملحق رقم 5).

على هذا الأساس نستنتج فيما يخص دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات القياس بما فيها الصدق بنوعيه صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي والثبات بنوعيه التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرومباخ سواء بالنسبة لإستبيان كوينهاغن للأخطار النفسية الإجتماعية أو لإستبيان التوافق المهني فإنها قد تحققت بنسب عالية لكلا المتغيرين، هذا ما يسمح لنا بالقول أن أدوات القياس المعتمدة في هذه الدراسة صادقة وثابتة وهذا يمكننا من تطبيقها في الدراسة الأساسية.

6- أدوات تحليل البيانات:

إن الدراسة العلمية مبنية على تقنيات إحصائية تساعدها في الوصول إلى نتائج وتحليلات دقيقة، فمن أجل اختبار الفرضيات التي تمت صياغتها قمنا بالإعتماد على مجموعة من الأدوات الإحصائية التي تتناسب معها وتتمثل في كل من الإحصاء الوصفي بما فيه النسب المئوية، التكرارات بالنسبة لدراسة خصائص عينة الدراسة والمتوسط الحسابي، المتوسط النظري، الإنحراف المعياري بالنسبة لتحديد درجة تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية ودرجة تحقيقهم للتوافق المهني.

كما إعتدنا في دراستنا الحالية على أدوات الإحصاء الإستدلالي بما فيها معامل الارتباط بيرسون معادلة سبيرمان براون، معادلة ألفا كرومباخ لحساب صدق وثبات الإستبيان، معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني، كما طبقنا كل من اختبار ت- لعينة واحدة لتحديد ما إذا كان الممرضون يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية وما إذا كان الممرضون يحققون توافق مهني. وقد تمت معالجة البيانات بالإعتماد على برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم

الإجتماعية SPSS Version 19.

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح أهم الخطوات المنهجية التي تم تطبيقها في الدراسة الميدانية والتطرق لأهم الأدوات المستخدمة في جمع وتحليل البيانات ومدى ملائمة المنهج المتبع لموضوع الدراسة، قد شكلت هذه العناصر والأدوات في مجملها سندا منهجيا ساعد في تسيير ومعالجة الموضوع ميدانيا وتوفير بيانات هامة ومتنوعة عنه وكانت في نفس الوقت المرحلة التي تمهد لنا المرور إلى المرحلة الأخيرة من الدراسة الميدانية والمتمثلة في مرحلة عرض ومناقشة النتائج.

الفصل الخامس:

عرض تفسير ومناقشة النتائج

بعد الإنتهاء من الإجراءات المنهجية للدراسة سيتمّ في هذا الفصل تقديم عرض تفصيلي للنتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية واستبيان التوافق المهني، بالإضافة إلى مناقشة ما تمّ التوصل إليه من نتائج وذلك بعد اختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة مع تفسيرها في ضوء علاقتها بنتائج الدراسات السابقة وما تم استطلاعه في الدراسة الميدانية.

أولاً- عرض النتائج:

بعد تطبيق أدوات جمع البيانات المعتمد عليها في الدراسة الحالية على عينة الممرضين في المستشفى الجامعي ندير محمد، وبعد تفرغها وحسابها سيتم عرض النتائج التي تم التوصل إليها في الجداول الإحصائية التالية:

1- عرض النتائج المتعلقة بالأخطار النفسية الإجتماعية:

لدراسة مدى تعرض الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الإجتماعية تمّ الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري للإستبيان، والإحصاء الإستدلالي المتمثل في حساب إختبار -ت- لعينة واحدة حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (26): مدى تعرض الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية.

المتغير	حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة-ت- لعينة واحدة	قيمة الدلالة Sig	الدلالة
الأخطار النفسية الاجتماعية	320	92	120.54	11.07	46.09	0.00	دالة

مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (26) أنّ متوسط الأخطار النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد قد بلغ (120.54) بانحراف معياري (11.07)، في حين بلغت قيمة المتوسط النظري للإستبيان (92)، أمّا قيمة (T) لعينة واحدة فقد قدرت بـ (46.09) بمستوى دلالة $Sig = (0.00)$ وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05). بالتالي نستنتج أن الممرضون الذين يعملون في المستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون إلى الأخطار النفسية الاجتماعية بدرجة مرتفعة.

وللتفسير أكثر فقد تمّ ترتيب أبعاد الإستبيان حسب درجة تعرض الممرضون للأخطار النفسية الاجتماعية في كل بعد، حيث تمّ حساب التكرارات لإستخراج المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لهذه التكرارات في كل بعد من أبعاد الإستبيان والجدول رقم (27) يوضح ذلك.

جدول رقم (27): مدى تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية حسب ترتيب الأبعاد.

الأبعاد	عدد البنود	العينة	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب
الارغامات الكمية	6	320	5169	16.15	1.62	%67.30	4
التنظيم والقيادة	16	320	14495	45.29	4.26	%70.76	2
العلاقات الأفقية	4	320	4221	13.19	1.37	%82.44	1
الإستقلالية	4	320	3306	10.33	0.92	%64.57	5
الصحة والرفاهية	11	320	7576	23.67	7.83	%53.80	6
المعاش المهني	5	320	4330	13.53	1.56	%67.65	3
الأخطار النفسية الإجتماعية ككل	46	320	38575	120.54	11.07	%65.51	درجة مرتفعة

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (27) أنّ بعد العلاقات الأفقية قد إحتمل المرتبة الأولى من ترتيب أبعاد استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية وذلك حسب أهميته لعينة الدراسة وذلك بنسبة مئوية قدرت بـ (82.44%)، يليه بعد ذلك وفي المرتبة الثانية بعد التنظيم والقيادة بنسبة مئوية تقدر بـ (70.76%)، يأتي بعدها بعد المعاش المهني ليحتل المرتبة الثالثة حيث تقدر النسبة المئوية له بـ (67.65%)، أمّا بعد الإرغامات الكمية فقد إحتمل المرتبة الرابعة بنسبة مئوية تقدر بـ (67.30%)، يليه بعد الإستقلالية في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية تقدر بـ (64.57%)، أمّا بعد

الصحة والرفاهية فقد إحتل المرتبة السادسة بنسبة مئوية تقدر (53.80 %)، في حين بلغ مستوى تعرض المرضين للأخطار النفسية الإجتماعية ككل نسبة مئوية قدرت بـ (65.51%).

2- عرض النتائج المتعلقة بالتوافق المهني:

- عرض النتائج المتعلقة بمدى تحقيق المرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافقي مهني.

لدراسة مدى تحقيق المرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافقي مهني تمّ الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري للإستبيان والإحصاء الإستدلالي المتمثل في حساب اختبار -ت- لعينة واحدة، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (28): مدى تحقيق المرضون العاملون في المستشفى الجامعي ندير محمد للتوافق المهني.

المتغير	حجم العينة	المتوسط النظري للإستبيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة -T- لعينة واحدة	قيمة الدلالة Sig	الدلالة
التوافق المهني	320	186	115.29	09.70	-130.26	0.00	دالة

مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (28) أنّ متوسط التوافق المهني الذي يحققه المرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد قد بلغ (115.29) بإنحراف معياري (9.70)، في حين بلغ المتوسط النظري للإستبيان (186)، أما قيمة (T) لعينة واحدة فقد قدرت بـ (-130.26)

بمستوى دلالة (0.00) Sig = وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05). نستنتج أن الممرضون

العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يحققون توافق مهني بدرجة منخفضة.

وللتفسير أكثر فقد تم ترتيب أبعاد الإستبيان حسب درجة تحقيق الممرضين للتوافق المهني في كل بعد

حيث تمّ حساب التكرارات لإستخراج المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لهذه التكرارات في كل بعد

من أبعاد الإستبيان والجدول رقم (29) يوضح ذلك.

جدول رقم (29): مدى تحقيق الممرضين للتوافق مهني حسب ترتيب الأبعاد.

الترتيب	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	العينة	عدد البنود	الأبعاد
5	%37.51	1.62	15.00	4802	320	8	ظروف العمل
6	%36.17	1.66	14.47	4631	320	8	الأجر
7	%34.93	2.07	13.97	4472	320	8	الترقية
4	%37.60	1.01	15.04	4813	320	8	زملاء العمل
2	%48.96	1.93	19.58	6268	320	8	المسؤولين
1	%52.23	2.02	20.89	6686	320	8	التطور المهني
3	%42.19	1.66	16.87	5401	320	8	الإستقرار المهني
درجة منخفضة	%25.73	9.70	115.29	36893	210	83	التوافق المهني كل

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (29) لترتيب أبعاد التوافق المهني حسب الدرجة التي يحققها الممرضون أنّ بعد التوافق من حيث التطور المهني قد إحتل المرتبة الأولى من ترتيب أبعاد إستبيان التوافق المهني وذلك بنسبة مئوية تقدر بـ (52.23%)، يليه بعد ذلك وفي المرتبة الثانية بعد التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين بنسبة مئوية تقدر بـ (48.96%)، يأتي بعدها بعد التوافق من حيث الإستقرار في العمل ليحتل المرتبة الثالثة حيث تقدر النسبة المئوية له بـ (42.19%) أما بعد التوافق من حيث العلاقة مع الزملاء فقد إحتل المرتبة الرابعة بنسبة مئوية تقدر بـ (37.60%) يليه بعد ذلك بعد التوافق من حيث ظروف العمل في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية تقدر بـ (37.51%) أما بعد التوافق من حيث الأجر فقد إحتل المرتبة السادسة بنسبة مئوية تقدر بـ (36.17%)، في الأخير يأتي بعد التوافق من حيث الترقية ليحتل المرتبة الأخيرة بنسبة مئوية تقدر بـ (34.93%) في حين بلغت درجة التوافق المهني ككلّ نسبة مئوية تقدر بـ (25.37%).

3- عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالتوافق المهني تمّ الإعتماد على حساب معامل الارتباط برسون بين كلا المتغيرين حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (30) فيما يلي:

جدول رقم (30): العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

المتغيرات	القيمة	قيمة بيرسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
الأخطار النفسية الاجتماعية					
التوافق المهني		-0.79**	0.00	0.01	دالة

يتضح من خلال الجدول رقم (30) لدراسة العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني أن قيمة بيرسون قد بلغت $r = -0.79^{**}$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً. بالتالي نستنتج أنه توجد علاقة سالبة عكسية بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

3-1 عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الإغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين الإغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين فقد تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط بيرسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (31): العلاقة بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

القيمة المتغيرات	قيمة بيرسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
الإرغامات الكمية	-0.68**	0.00	0.01	دالة
التوافق المهني				

يتضح من خلال الجدول رقم (31) لدراسة العلاقة بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين أن قيمة بيرسون قد بلغت $r = (-0.68^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائية، بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

2-3 عرض النتائج المتعلقة بعلاقة التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط بيرسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

-جدول رقم (32): العلاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

المتغيرات	قيمة برسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
التنظيم والقيادة	-0.79**	0.00	0.01	دالة
التوافق المهني				

يتضح من خلال الجدول رقم (32) لدراسة العلاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني أن قيمة برسون قد بلغت $r = (-0.79^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

3-3 عرض النتائج المتعلقة بعلاقة العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط برسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (33): العلاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

الدالة	مستوى الدلالة	قيمة Sig. (bilatérale)	قيمة بيرسون	القيمة المتغيرات
دالة	0.01	0.00	-0.414**	العلاقات الأفقية
				التوافق المهني

يتضح من خلال الجدول رقم (33) لدراسة العلاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين أن قيمة بيرسون قد بلغت $r = (-0.414^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً، بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير.

3-4 عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط بيرسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (34): العلاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

المتغيرات	القيمة	قيمة بيرسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
الإستقلالية					
التوافق المهني					
		-0.706**	0.00	0.01	دالة

يتضح من خلال الجدول رقم (34) لدراسة العلاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني أن قيمة برسون قد بلغت $r = (-0.706^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

3-5- عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط برسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (35): العلاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

القيمة المتغيرات	قيمة بيرسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
الصحة والرفاهية	-0.621**	0.00	0.01	دالة
التوافق المهني				

يتضح من خلال الجدول رقم (35) لدراسة العلاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني أن قيمة بيرسون قد بلغت $r = -0.621^{**}$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

3-6- عرض النتائج المتعلقة بعلاقة المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

لدراسة العلاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين تم الإعتماد على حساب معامل الارتباط بيرسون بين كلا المتغيرين، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (36): العلاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

القيمة المتغيرات	قيمة برسون	قيمة Sig. (bilatérale)	مستوى الدلالة	الدلالة
المعاش المهني	-0.360**	0.00	0.01	دالة
التوافق المهني				

يتضح من خلال الجدول رقم (36) لدراسة العلاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني أن قيمة برسون قد بلغت $r = (-0.360^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية دالة إحصائياً بالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

ثانياً-مناقشة النتائج:

بعد عرض النتائج التي تحصلنا عليها في المعالجة الإحصائية لإختبار الفرضيات سنقوم في هذا العنصر بالتذكير بفرضيات الدراسة ومن ثم سنقوم بمناقشة ما تم التوصل اليه من نتائج في ضوء ما تطرقنا اليه في الجانب النظري مع مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة وما تمت ملاحظته في الدراسة الميدانية.

• التذكير بالفرضيات:

قبل مناقشة النتائج سيتم التذكير بفرضيات الدراسة الحالية والتي جاءت على النحو التالي:

-الفرضية الأولى: يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية بدرجة مرتفعة.

-الفرضية الثانية: يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني بدرجة منخفضة.

-الفرضية العامة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-الفرضيات الجزئية:

-الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-الفرضية الجزئية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

- الفرضية الجزئية الرابعة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-الفرضية الجزئية الخامسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

-الفرضية الجزئية السادسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى: يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية بدرجة مرتفعة.

قد تم التوصل من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (26) إلى تأكيد تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية في العمل، حيث قدرت قيمة الدلالة ل اختبار ت- لعينة واحدة $(0.00) = \text{Sig}$ وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما دل على تعرض الممرضين إلى الأخطار النفسية الإجتماعية ولتحديد مستوى التعرض تمت مقارنة قيمة المتوسط الحسابي المقدر ب (120.54) مع قيمة المتوسط النظري للإستبيان المقدر ب (92) بالتالي المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري ما يدل على تعرض الممرضين الى مستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل.

قد دلت هذه النتائج على أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية، بالتالي تقبل الفرضية البحثية الأولى القائلة: يتعرض الممرضون العاملون في المستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية اجتماعية بدرجة مرتفعة وترفض الفرضية القائلة بالعكس: لا يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية.

ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تتفق مع نتائج دراسة (Hegg-Deloye, 2011) حول التعرض للإرغامات النفسية الإجتماعية في العمل التي أشارت إلى أن $(\frac{3}{4})$ من الممرضين يتعرضون إلى أخطار صحية نفسية وجسدية، كما تتفق مع نتائج دراسة كل من (Vásquez & al 2015) حول العوامل النفسية الإجتماعية وعبء العمل التي أشارت إلى أن غالبية الممرضين قد حققوا مستوى مرتفع

من الأخطار على مستوى أبعاد العوامل النفسية الإجتماعية في العمل. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة (Kirilmaz & Santas, 2015) حول تحديد عوامل الأخطار النفسية الإجتماعية لدى العاملين في مجال الصحة بمستشفى عام بتركيا التي توصلت إلى أن نسبة (42.6%) من الممرضين يعانون من أخطار بدرجة مرتفعة ونسبة (76.7%) كانوا في مستوى خطر متزايد من التوتر والعنف، كما تتفق مع نتائج دراسة (Oliveira & al 2010) حول الأخطار النفسية الإجتماعية لدى الممرضين في مصلحة الإستعجالات بمستشفى ريو دي جانيرو Rio de Janeiro التي توصلت إلى وجود الأخطار النفسية الإجتماعية المستمدة من الضغط المهني مثل نقص الموارد البشرية والمعدات والغموض في أدوار العمل. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة (قرينعي، 2018) حول نموذج مقترح لتقييم الأخطار النفسية الإجتماعية في بيئة العمل لدى الطاقم الطبي المتكون من أطباء وممرضون بمستشفيات جزائرية والتي تشير إلى وجود أخطار نفسية إجتماعية في بيئة العمل الإستشفائية، كما تتفق أيضا في نفس السياق مع نتائج دراسة (Okeafor & Alamina, 2018) حول الأخطار النفسية الإجتماعية لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية في جنوب نيجيريا التي توصلت إلى أن العاملين في مجال الرعاية الصحية يتعرضون للأخطار النفسية الإجتماعية في مكان العمل وأن عبء العمل أعلى نسبة من جميع الأخطار النفسية الإجتماعية على مستوى المصالح العلاجية وكانت الأخطار الأخرى تتجلى في علاقات سيئة بين الزملاء، والإعتداء من أقارب المرضى وانعدام الرضا الوظيفي.

للدعم والتفصيل أكثر فإن ما تم عرضه في الجدول رقم (27) في تحديد مدى تعرض الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الإجتماعية حسب ترتيب الأبعاد فقد أشارت النتائج إلى أنهم يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية بنسبة مئوية قدرت بـ (65.51%) ترجع بالدرجة الأولى إلى العلاقات الأفقية وذلك بنسبة مئوية قدرت بـ (82.44%) حيث تشمل كل من ضعف الدعم الإجتماعي ما بين الزملاء وانخفاض مستوى الثقة فيما بينهم، وترجع إلى التنظيم والقيادة في المرتبة

الثانية بنسبة مئوية قدرت بـ (70.76%) والتي تشمل كل من عدم تطابق ما يتوقعه الممرضون وما يصادفهم من عقبات أثناء أداء المهام وانعدام المساواة في المعاملة، بالإضافة إلى ضعف الإعراف المقدم سواء من طرف الزملاء أو من طرف المسؤول الهرمي، صراع الأدوار وغموضها وانخفاض مستوى جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي وضعف الدعم الاجتماعي والثقة المقدمة من طرف المسؤول عن الممرضين.

وترتبط بالمعاش المهني في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية قدرت بـ (67.65%) والتي تشمل كل من المعنى في العمل الذي يعد أمراً مهماً بالنسبة للممرضين لأنه يمكن أن يخلق مشاعر وأفكار وسلوكيات أكثر إيجابية لأنفسهم وفرقهم وحتى مرضاهم والعكس يشكل خطر على صحته، وكذا ضعف التزام الممرض بالمؤسسة التي ينتمي إليها وانخفاض مستوى الرضا لديه، وترجع إلى الإغرامات الكمية في العمل في المرتبة الرابعة بنسبة مئوية قدرت بـ (67.30%) والتي تشمل كل من تعرض الممرضين لعبء عمل مرتفع، ومتطلبات ذوي عبء معرفي عالي ومتطلبات ذوي عبء معرفي منخفض ووتيرة العمل غير المستقرة.

كما ترجع إلى الإستقلالية في العمل في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية قدرت بـ (64.57%) وتشمل معاناة الممرضين من ضيق مجال التدخل وذلك بعدم إتاحة لهم فرص في اعداد طرق مختلفة للعمل وعدم منح الممرض فرص لتطوير مهاراته وقدراته من خلال تعلم الأشياء الجديدة وعدم فسح له المجال للمشاركة في المهام الجديدة، وترجع أيضاً إلى الصحة والرفاهية في المرتبة السادسة والأخيرة بنسبة مئوية قدرت بـ (53.80%) وتشمل كل من معاناة الممرضين من مستويات مرتفعة من الإحترق الضغط، متطلبات انفعالية مرتفعة بما فيها الإتصال مع الجمهور بما فيهم أقارب المرضى والإتصال بالمعاناة ونشوء صراع أسرة /عمل وانعدام الأمن المهني لديهم.

على هذا الأساس فإن تعرض الممرضون العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الإجتماعية بدرجة مرتفعة والتي ترجع بالدرجة الأولى حسب استجابات الممرضين إلى العلاقات الأفقية التي تشير إلى أهمية العلاقات الإجتماعية في العمل ولاسيما أن التمريض مهنة انسانية واجتماعية مبنية أساسا على التعاطف والتأزر مع المريض وحسن التعامل معه ورعايته، فالعلاقة الجيدة بين الممرضين من خلال تبادل الدعم الإجتماعي الذي يظهر في المساعدة والمساندة فيما بينهم وابداء استعداد للإستماع إلى مشاكل بعضهم والثقة فيما بينهم من خلال وثوقهم بتلقي التعاون من طرف الزملاء على أداء المهام وعلى حل المشاكل التي قد تعترضهم، فكل هذا يشكل جانب ايجابي يحفز الأداء لدى الممرض ويحسن صحته النفسية، غير أن ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية حسب إجابات الممرضين تشير إلى غياب الدعم والثقة فيما بينهم وهذا بدوره قد شكّل جانب سلبي يحد من الأداء الجيد واعتبر خطر نفسي - اجتماعي على صحتهم.

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية: يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني بدرجة منخفضة.

توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (28) إلى تحقيق الممرضين لمستوى منخفض من التوافق المهني حيث قدرت قيمة الدلالة لإختبار -ت- لعينة واحدة Sig= (0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما دلّ على تحقيق الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للتوافق المهني ولتحديد درجة التوافق المهني تمت مقارنة قيمة المتوسط الحسابي المقدر بـ (115.29) مع قيمة المتوسط النظري للإستبيان المقدر بـ (186) بالتالي المتوسط الحسابي أصغر من المتوسط النظري ما يدل على درجة منخفضة من التوافق المهني.

دلّت هذه النتائج على أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يحققون مستوى منخفض من التوافق المهني، بالتالي تقبل فرضية البحث الثانية القائلة: يحقق الممرضون العاملون في المستشفى

الجامعي ندير محمد توافق مهني بدرجة منخفضة وترفض الفرضية القائلة بالعكس: لا يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني.

بناء على هذه النتائج فالتوافق المهني للممرض يستلزم توفر العديد من الظروف الملائمة لتأدية العمل والمتمثلة في ظروف عمل ملائمة، كفاية الأجر، الترقية بأسس عادلة، علاقات جيدة مع الزملاء في العمل، علاقات جيدة مع المسؤولين، توفر إمكانيات تطوير النمو المهني، الشعور بالإستقرار في العمل هذا ما أكد عليه طه (1986) في تعريفه للتوافق المهني، غير أن وجود ضعف في هذه العوامل دليل على سوء التوافق أو انخفاضه بمثل ما توصلنا اليه في الدراسة الحالية.

ما توصلت إليه الدراسة الحالية تتفق مع نتائج دراسة (بوتوتة، معروف، 2015) حول التوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد التي توصلت إلى أن الممرضون يحققون توافق مهني بدرجة منخفضة، كما تتفق أيضا مع نتائج دراسة (Reghuram & Mathias, 2014) حول العلاقة بين القلق الإجتماعي والتوافق المهني لدى الممرضين التي أشارت إلى أنّ نسبة (76%) من الممرضين يحققون توافق مهني ضعيف.

في حين لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (عبد الله، 2006) حول التوافق المهني لدى المرأة العاملة في المجال الطبي التي تشير إلى أنّ مستوى التوافق المهني متوسط بمجموع درجاته البالغة (61.91)، كما تخالف أيضا نتائج دراسة الشافعي (2002) التي توصلت إلى أنّ الممرضون يتمتعون بتوافق مهني متوسط.

للدعم والتفصيل أكثر فإن ما صرّح به الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد في الدراسة الميدانية والذي تم عرضه في الجدول رقم (29) في مدى تحقيق الممرضين للتوافق المهني حسب ترتيب الأبعاد فقد أشارت النتائج إلى أنهم يحققون مستوى منخفض من التوافق المهني وذلك بنسبة مئوية قدرت بـ (25.73%)، ويرجع هذا الانخفاض حسب اجابات الممرضين إلى بعد الترقية في العمل حيث

احتل هذا البعد المرتبة الأولى من ترتيب أبعاد التوافق المهني الأقل انخفاضا بنسبة مئوية قدرت بـ (34.93%) وقد يرجع ذلك إلى نظام الترقية غير العادل وشيوع فكرة أنها قائمة على معرفة أحد كبار المسؤولين والذي يظهر من خلال فرص الترقية القليلة المتاحة للمرضين، كما يرجع هذا الانخفاض في المرتبة الثانية إلى بعد التوافق من حيث الأجر بنسبة مئوية تقدر بـ (36.17%) حيث يمكن لعامل الأجر أن يلعب دور سلبي يحد من توافق الممرض لمهنته وفي هذا السياق صرح أغلبية الممرضين من تدني الأجر الذي يتقاضونه من خلال عملهم وأنه لا يتناسب مع طبيعة المهام التي ينجزونها ولا يكفي ولا يسد احتياجاتهم الأساسية.

كما يرجع انخفاض التوافق المهني حسب ما صرح به الممرضون إلى بعد التوافق من حيث ظروف العمل في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية تقدر بـ (37.51%) والتي تشمل ظروف العمل التي يواجهها الممرضون في البيئة التمريضية والتي تظهر في تدهور المحيط الفيزيقي ويمس ذلك كل من سوء التهوية في القاعات والإنزعاج الذي تسببه الضوضاء سواء من الزملاء في العمل أو من المرضى أو من الأجواء التي تخلقها عائلات المرضى أثناء الزيارات، كما يمكن أيضا للإضاءة سواء الضعيفة أو المرتفعة في بعض قاعات العلاج أن تؤثر على أداء الممرضين لمهامهم. كذلك سوء نظافة بيئة العمل التي يشتكي منها أغلبية الممرضين ونقص الإمكانيات المادية لتفادي نقل العدوى، وسوء التسيير الذي لا يتماشى مع الطموحات المهنية والمستقبلية للممرض وكذا نظام العمل، كما أن عدم التلاؤم ما بين متطلبات العمل وقدرات الممرضين من شأنها التعقيد من الحالة النفسية لديهم وبالتالي انخفاض مستوى توافقهم المهني.

ومن ناحية أخرى يمكن أن يرجع انخفاض التوافق المهني حسب إجابات الممرضين إلى سوء العلاقات الإنسانية والاجتماعية داخل البيئة الإستشفائية التي تمس بعد التوافق من حيث العلاقة مع الزملاء فقد احتل المرتبة الرابعة بنسبة مئوية تقدر بـ (37.60%) ويظهر ذلك في سوء العلاقة مع زملاء العمل

سواء من حيث تبادل المعلومات أو انعدام التنسيق في العمل بين الممرضين والأطباء أو بين الممرضين أنفسهم، وغياب التعاون فيما بينهم، ما يؤدي لنشوء الخلافات وضعف الدعم والإعتراف فيما بينهم وانعدام الثقة.

يأتي بعدها بعد التوافق من حيث الإستقرار في العمل ليحتل المرتبة الخامسة، حيث تقدر النسبة المئوية له بـ (42.19%)، ويرجع ذلك إلى أن العمل لا يعطي الفرص الكافية للتعبير عن الأفكار والخوف عن المستقبل المهني الغامض ما يخلق شعور سلبي للممرض فيما يخص استقراره في العمل، وهذا ينافي ما أشار إليه رياض (2005) أنّ التوافق المهني حالة ما ترتبط بين الفرد وعمله مما يؤدي إلى الشعور بالأمان والإستقرار في عمله.

ويرجع انخفاض التوافق المهني حسب إجابات الممرضين وفي المرتبة السادسة إلى بعد التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين وذلك بنسبة مئوية تقدر بـ (48.96%)، حيث يمكن أن يرجع ذلك إلى سوء العلاقات بين الممرضين والمسؤول عنهم وذلك من خلال ضعف الدعم الإجتماعي والإحترام والمساواة في المعاملة المقدمة من طرف المسؤول الهرمي، وفي المرتبة السابعة بعد التوافق من حيث التطور المهني وذلك بنسبة مئوية تقدر بـ (52.23%).

بناء على هذا الأساس فإنّ تحقيق الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد لمستوى منخفض من التوافق المهني يرجع بالدرجة الأولى حسب إجابات الممرضين إلى بعد التوافق من حيث الترقية في العمل حيث يشكل نظام الترقية العادل ما بين الممرضين جانب ايجابي يحفزهم ويخلق لديهم الدافعية للعمل ما ينعكس ايجابا على توافقتهم، على العكس فإن ما أشارت إليه نتائج الدراسة الحالية من غياب أسس الترقية العادلة يشكل جانب سلبي يحد من توافق الممرض في مهنته ويعد عاملا من عوامل سوء التوافق المهني.

3-مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى

المرضى العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

قد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (31) إلى تأكيد

وجود علاقة بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى المرضى العاملين بالمستشفى الجامعي ندير

محمد، حيث قدرت قيمة بيرسون ب $r = (-0.68^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية

وهذا ما دل على أنه كلما ارتفع مستوى الإرغامات من حيث عبء العمل، وتيرة العمل، المتطلبات

المعرفية انخفض مستوى التوافق المهني.

قد دلت هذه النتائج على أن المرضى العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى

مرتفع من الإرغامات بما فيها عبء العمل، وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية، ما ينعكس سلبا على

التوافق المهني لديهم، بالتالي تقبل الفرضية الجزئية الأولى القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين

الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى المرضى العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. وترفض

الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى

المرضى العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تشير إلى تعرض المرضى إلى أخطار نفسية

اجتماعية مرتبطة بإرغامات كمية مرتفعة ما جعلها تنعكس سلبا على توافقهم المهني وهذا مرتبط بالدور

الذي يلعبه عبء العمل على راحة العامل النفسية، فالمتطلبات المرتفعة للعمل والظروف الفيزيائية السيئة

وطبيعة العمل والنظام السائد في المؤسسة عبارة عن عوامل من شأنها الرفع من العبء المحسوس في

العمل والزيادة من الضغط على عاتق الممرض. بالتالي شعورهم بعدم التوافق مرتبط بعدم قدرتهم على

تحقيق مهامهم بكل راحة وعدم قدرتهم على مواجهة كل الإرغامات التي من شأنها اعاقتهم في مسارهم

المهني.

نظرا لإنعدام دراسات سابقة تناولت متغيري الإرغامات الكمية والتوافق المهني وباعتبار أن الإرغامات الكمية تمس كل من عبء العمل، وتيرة العمل والمتطلبات المعرفية فقد اعتمدنا على مجموعة من الدراسات التي تتفق مع نتائج الدراسة الحالية مثل دراسة كل من (Vásquez, & al, 2015) حول العوامل النفسية الإجتماعية وعبء العمل لدى الممرضين التي توصلت نتائجها إلى أن نسبة (64%) يتعرضون إلى مستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية والتي ترجع إلى عبء العمل. كما تتفق مع نتائج دراسة (Sébastien, 2013) حول دور الارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية في الحالة الصحية للممرضين التي توصلت إلى وجود مشاكل من بينها الإنقطاعات المتكررة أثناء القيام بالمهام المتعلقة بالرعاية الصحية. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) حول عوامل الخطر النفسي- اجتماعي ومشاكل الصحة العقلية لدى الممرضين في المستشفى الجامعي تارتو باستونيا Estonia التي أشارت أن أعلى درجات عوامل الخطر النفسي-اجتماعي مرتبطة بالعمل مثل المطالب الكمية بما فيها عبء العمل والمتطلبات المعرفية، وتيرة العمل.

وبما أن التوافق المهني عبارة عن مجموعة من قوى معرفية وسلوكية مخصصة للسيطرة على المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد القدرات الشخصية للفرد بحسب ما أكد عليه كل من (Lazarus & Lunie بالتالي فإن حدوث ضعف في هذه القوى حتما ينعكس سلبا على مستوى توافقه المهني.

الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالإرغامات الكمية في العمل بما فيها العبء الذي يظهر من خلال التأخر في انجاز العمل أو عدم وجود الوقت الكاف لإنجاز المهام أو وتيرة العمل من خلال العمل على وتيرة مرتفعة طوال اليوم والاضطرار إلى المحافظة على هذه الوتيرة، بالإضافة إلى المتطلبات المعرفية في العمل من خلال اضطرار الممرض الى توجيه نظره وانتباهه لأشياء عديدة في آن واحد مع ضرورة تذكر أشياء كثيرة، فكلها عوامل تعرقل عملية التوافق المهني وتؤدي إلى انخفاض مستوى تحقيقه.

4- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

قد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (32) إلى تأكيد وجود علاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد، حيث قدرت قيمة بيرسون ب (-0.79^{**}) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية وهذا ما دل على أنه كلما ارفع مستوى الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالتنظيم والقيادة بما فيها ضعف التنبؤ، انعدام الإعتراف، انعدام العدل، غموض الأدوار، صراع الأدوار، ضعف في جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، ضعف الدعم الإجتماعي من طرف المسؤول الهرمي، انعدام الثقة ما بين العمال والإدارة انخفض مستوى التوافق المهني.

وقد دلت هذه النتائج على أن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لنقائص على مستوى التنظيم والقيادة في العمل، ما ينعكس سلبا على توافهم المهني، بالتالي تقبل الفرضية الجزئية الثانية القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد، وترفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

تتفق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج مع نتائج تحقيق (Sumer, 2003) في الدول الأوربية التي أشارت إلى أن نسبة (9 %) من العمال يصرحون بغياب التعاون بين الزملاء في العمل، وأن نسبة (14 %) يصرحون بغياب المساعدة بين زملاء العمل، وربع (4/1) من العمال يصرحون بعدم تلقي الدعم من طرف المسؤولين عليهم، كما تتفق مع نتائج إدارة البحوث والدراسات والإحصاءات في الدول

الأوروبية (Dares, 2014) في تحقيق الصحة والمسار المهني (2010) التي أشارت إلى أن نسبة (19%) يتعرضون لنقص الإعراف في عملهم.

تتفق أيضا في نفس السياق مع نتائج دراسة (Tunc & Kutanis, 2009) حول صراع الدور وغموض الدور والإحترق لدى الممرضين والأطباء في المستشفى الجامعي بتركيا، التي أشارت إلى أن الممرضين يعانون من مستويات مرتفعة جدا من صراع وغموض الأدوار، كما تتفق أيضا مع نتائج دراسة (Vásquez & al 2015) حول العوامل النفسية الإجتماعية وعبء العمل لدى الممرضين التي أشارت إلى أن نسبة (47.7%) لم تكن أدوارهم محددة بوضوح وأن دعم الرؤساء غير كاف.

وتتفق أيضا مع دراسة (Belarif, 2004) حول العوامل المرتبطة بالضغط المهني في المحيط الإستشفائي لدى الممرضين بالمغرب التي أشارت أهم النتائج المتوصل إليها إلى تصريح نسبة (53%) بغموض الدور في العمل، ونسبة (35%) صرحوا بعدم كفاية الإشراف، مع الدعم الضعيف للمسؤول الهرمي. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة (Sébastien, 2013) حول دور الإرغامات النفسية الإجتماعية والتنظيمية في الحالة الصحية للممرضين العاملين بمستشفيات فرنسية التي توصلت إلي معاناة الممرضين من مشاكل ترتبط بالعلاقات السيئة مع المسؤول الهرمي والإنقطاعات المتكررة أثناء القيام بالمهام المتعلقة بالرعاية.

إن الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالتنظيم والقيادة في العمل بما فيها ضعف التنبؤ مثل عدم اطلاع الممرضين مسبقا على قرار مهم للتغيير في المؤسسة أو مشروع مستقبل وعدم تلقيهم كل المعلومات التي هم في الحاجة إليها لإنجاز عملهم على أحسن وجه، وضعف الإعراف من حيث عدم اعتراف وتقدير الإدارة للعمل الذي يقوم به الممرضين، وانعدام العدل من حيث حل الصراعات وتقسيم العمل بطريقة غير عادلة، وانعدام في الأدوار من حيث عدم وجود وضوح في الأدوار الموكلة للممرضين

وجعلهم لما قد يصادفهم في العمل أثناء أداء المهام الموكلة اليهم، وصراع الأدوار من حيث تلقي طلبات متناقضة في العمل واضطرار الممرض للقيام بمهام كان الأجدر به القيام بها بشكل مختلف، وجودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي من خلال عدم إعطاء أولوية لرضا الممرضين في العمل، وعدم تلقيهم الإعانة والدعم من طرف المسؤول، وضعف الثقة ما بين العمال والإدارة من خلال عدم منح الإدارة الثقة لممرضيهما فيما يخص قدرتهم في انجاز العمل على احسن وجه وعدم ثقة الممرضين في المعلومات التي تصدر عن الإدارة وبهذا فكل هذه التصريحات الصادرة عن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تشير إلى تعرضهم للأخطار النفسي الإجتماعية المرتبطة بالتنظيم والقيادة والتي تعتبر من الأخطار ذات التأثير الأكبر على مجال العمل والتي تنعكس سلبا على التوافق المهني لدى الممرضين لذا يستوجب على الجهات المعنية أن تتخذ في ذلك الإجراءات اللازمة لبناء نظام سليم للمؤسسات الصحية وتحقيق قيادة فعالة والتي من شأنها ان ترفع من مستوى توافقهم في المهنة.

5- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: توجد علاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

قد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (33) إلى تأكيد وجود علاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد، حيث قدرت قيمة بيرسون ب $(r = -0.414^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية وهذا ما دل على انه كلما ارتفع سوء العلاقات الأفقية من حيث المتغيرات المرتبطة بها إنعدام الدعم الإجتماعي من طرف الزملاء، وانعدام الثقة ما بين الزملاء أدى إلى انخفاض مستوى التوافق المهني لديهم.

قد دلت هذه النتائج على أن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لنقصان على مستوى العلاقات الأفقية في العمل بمعنى علاقات سلبية بين زملاء العمل من حيث الدعم

والثقة المتبادلة فيما بينهم، ما ينعكس سلباً على التوافق المهني للمرضيين، بالتالي تقبل الفرضية الجزئية الثالثة القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. ورفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تشير إلى تعرض المرضيين إلى سوء في العلاقات الأفقية في بيئة العمل بدرجة كبيرة بما فيها انعدام الدعم الاجتماعي من طرف الزملاء وانعدام الثقة فيما بينهم ما جعلها تنعكس سلباً على توافق المرضيين في مهنتهم، حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Vásquez & al 2015) حول العوامل النفسية الاجتماعية وعبء العمل لدى المرضيين في وحدة العناية المركزة والتي أشارت أن نسبة (47.7%) يصرحون بعدم كفاية دعم الزملاء، كما تتفق في نفس السياق مع نتائج تحقيق المراقبة الطبية لتعرض العمال للأخطار المهنية (Sumer,2003) في الدول الأوروبية التي أشارت إلى أن نسبة (9%) من العمال يصرحون بغياب التعاون بين الزملاء في العمل وأن نسبة (14%) يصرحون بغياب المساعدة بين زملاء العمل.

في حين تخالف نتائج الدراسة الحالية نتائج دراسة (Chang,1975) حول علاقة الإحترافية بالتوافق المهني لدى المرضيين التي توصلت إلى عدم وجود علاقة بين علاقات العمال في ميدان العمل ومستوى توافقهم المهني.

لتحقيق التوافق المهني لا يقتصر الأمر فقط في أداء الممرض وإنما يشمل نظام العلاقات الشخصية التي تكشف عن جوانب حياة الفرد، حيث يمثل مكان العمل بيئة إجتماعية ينتمي إليها الزملاء ويمثلون ما يمثله الأخوة في الأسرة الواحدة، فكلما كان الممرض أكثر إنتماء لهذه الجماعة زادت فرصة كسبه تقدير الآخرين وفرصة تحقيقه لأهدافه الشخصية، ومن أبرز العلاقات الأفقية التي يبينها الممرض وزملائه داخل المؤسسة والتي تظهر في كل من الدعم الاجتماعي بين الزملاء والثقة المتبادلة فيما

بينهم، لذا يمكن القول أنه كلما ارتفعت نسبة الدعم الإجتماعي والثقة ما بين الممرضين انعكس ذلك إيجاباً على توافقهم المهني. وبالعكس حسب ما صرح به الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد من ارتفاع مستوى انعدام الدعم الإجتماعي من طرف الزملاء وانعدام الثقة بينهم قد إنعكس سلباً على توافقهم المهني، هذا ما أكد عليه عبد الغني (2001) قائلاً أنّ سوء التوافق بمعناه العام عجز الفرد عن إقامة علاقات راضية ومرضية بينه وبين من يتعامل معهم من الناس والأشياء في بيئته الإجتماعية والمادية، أي عجزه عن حل مشكلاته اليومية على إختلافها.

بما أن الممرض جزء من المجتمع الذي يركز اهتمامه على بناء العلاقات فان الدعم الإجتماعي من طرف الزملاء والثقة المتبادلة فيما بينهم مهمة جداً بالنسبة لصحته، غير أن ما توصلت اليه الدراسة الحالية حسب إجابات الممرضين في الدراسة الميدانية تشير إلى عدم وجود تعاون جيد ما بين الممرضين وضعف الثقة فيما بينهم وعدم تلقيهم الدعم والمساعدة وعدم ابداء استعداد لسماع مشاكل بعضهم البعض وهذا قد انعكس سلباً على صحتهم وتوافقهم في المهنة وهذا ما جعل العلاقات الأفقية خطر نفسي-اجتماعي يرتبط بصورة سلبية في التوافق المهني للممرض.

6- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة: توجد علاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

قد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (34) إلى تأكيد وجود علاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد حيث قدرت قيمة بيرسون (**-0.706) بمستوى دلالة (0.00) وهي قيمة سالبة عكسية وهذا ما دل على انه كلما ارتفع مستوى الأخطار المرتبطة بالإستقلالية بما فيها ضيق مجال التدخل في العمل وغياب فرص التطور انخفض مستوى التوافق المهني لدى الممرضين.

وقد دلت هذه النتائج على أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى مرتفع من انعدام الإستقلالية، ينعكس سلبا على التوافق المهني للمرضين، بالتالي تقبل الفرضية الجزئية الرابعة القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. ورفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج تشير إلى انعدام الإستقلالية ما جعلها تنعكس سلبا على التوافق المهني للممرضين وهذا يتفق مع نتائج دراسة (Belarif, 2004) حول العوامل المرتبطة بالضغط المهني لدى الممرضين بالمغرب التي أشارت إلى أن (38%) من الممرضين قد صرحوا أن الإستقلالية غير كافية في العمل، وأن نسبة (59%) قد صرحوا بانخفاض مشاركة الممرضين في صنع القرار.

كما تفق أيضا مع نتائج دراسة (Mrayyan, 2004) حول الإستقلالية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات بالولايات المتحدة الأمريكية التي توصلت نتائجها إلى أن الممرضون ينظرون إلى استقلاليتهم على مستوى معتدل، غير أن أولئك الذين كانوا مستقلين في اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى من المحتمل أيضا أن يكونوا مستقلين في عملية صنع القرار في الوحدة، كما كان لإجراءات المسؤولين علاقة قوية مع استقلالية الممرضين في اتخاذ قرار بشأن رعاية المرضى وقرارات تشغيل الوحدة وكذلك مع الإستقلالية التامة. أما أهم العوامل الثلاثة التي قيل أنها قللت من استقلالية الممرضين هي الإدارة الإستبدادية والعلاقة مع الأطباء وعبء العمل.

في حين تخالف نتائج الدراسة الحالية نتائج دراسة (Jahromi & al, 2015) حول تقييم الإستقلالية المهنية وارتباطها بالعوامل الفردية لدى الممرضين العاملين في المستشفيات التعليمية في جنوب شرق ايران التي توصلت إلى أن الموقف العام للممرضين نحو الإستقلالية المهنية ايجابية نسبيا، بالإضافة إلى ذلك

لوحظ أن الإستقلالية المهنية تزداد مع ارتفاع مستوى التعليم والرضا الوظيفي وصنع القرار الهرمي للفريق.

لتحقيق التوافق المهني يستوجب الأمر منح الممرض مساحة كافية للتدخل في عمله، فكلما توفرت لدى الممرض مساحة كافية للتدخل وتخطيط عمله ومهامه واتخاذ مبادرات بما يتوافق مع ذاته كلما زادت فرصة كسبه مهارات جديدة وهذا ينعكس إيجاباً على توافقه في المهنة، غير أنه حسب إجابات الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد فقد أكدت العكس في ذلك بمعنى ارتفعت نسبة حرمان الممرض من التدخل في المهام الموكلة اليه ومعاناته من الحد من تطوير قدراته وهذا انعكس سلبياً على توافقه المهني.

7- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة: توجد علاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

قد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (35) إلى تأكيد وجود علاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، حيث قدرت قيمة برسون $r = (-0.621^{**})$ بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية وهذا ما دل على انه كلما ارتفع مستوى الإضطرابات المرتبطة بالصحة والرفاهية انخفض مستوى التوافق المهني لدى الممرضين.

قد دلت هذه نتائج الدراسة الحالية وحسب ما صرح به الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد فإنهم يتعرضون لمستوى مرتفع من الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية بما فيها الضغط الإحترق، انعدام الأمن المهني المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة/عمل، هذا ما ينعكس سلبياً على توافقه المهني. بالتالي تقبل الفرضية الجزئية الخامسة القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. وترفض الفرضية

القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

بما أن الصحة والرفاهية تتأثر بعدة عوامل سواء شخصية واجتماعية فان تحقيقها من المطالب النمائية الواجب حصولها، فالإنسان باعتباره كائنا اجتماعيا ويولد بخلفية وراثية معينة وينشأ في بيئة طبيعية وإطار اجتماعي محدد ونظام عمل محدد، بالتالي عليه أن يكافح من أجل ايجاد في كل لحظة من اللحظات نوعا من أنواع التوازن الذي يوصله للتوافق خاصة في ميدان العمل. هذا ما أكد عليه مرسى (1988) أن التوافق المهني ينمي الصحة النفسية، فكلما زاد توافق العامل في عمله نمت صحته النفسية وكلما نمت صحته النفسية زاد توافقه المهني لأن العامل المتمتع بالصحة النفسية حسن الخلق حريص على إتقان عمله، يسعى إلى كسب الخبرات والمهارات التي تحسن من أدائه وترفع من كفاءته وتزيد إنتاجه ويحافظ على وقت عمله وأجهزته ويعامل رؤساءه وزملاءه ومرؤوسيه معاملة حسنة.

غير أن العاملون في مهنة التمريض يواجهون العديد من المواقف العصبية أثناء أداء مهامهم لأن عملهم يتطلب مسؤولية كبيرة، حيث يواجهون اتصال دائم بالأمراض ومواجهة المعاناة والموت وبالمثل يجب عليهم العمل تحت الضغط والإمتثال لمواقيت العمل الصعبة بما في ذلك مناوبات ليلية التي تتداخل مع حياتهم الإجتماعية والأسرية، مما يسبب الكثير من التوتر والقلق والإكتئاب هذا بدوره ينعكس سلبا على صحتهم ويسبب لهم الضغوطات، الإحترق، انعدام الأمن المهني، متطلبات انفعالية عالية وتعرضهم لصراعات اسرية/عمل. هذا ما أكد عليه (Takeuchi & al 2005, p86) في قولهم "أن التوافق عبارة عن رفاهية الفرد مع الجوانب المتعددة للعمل، كما أكد عليه من نفس وجهة نظر كل من (Black, 1988, Black & Stephens, 1989) حيث أشاروا إلى أن التوافق المهني يعبر عن الراحة النفسية مع مختلف جوانب العمل.

تتفق ما توصلت اليه الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من (Alves & al 2012) حول تقييم الرفاهية في العمل لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي بالبرازيل التي أشارت إلى أن الممرضون يحققون مستوى متوسط من الرفاهية في مكان العمل، كما تتفق مع نتائج دراسة (خميس، 2012) التي أشارت نتائجها إلى أن عمال القطاع الصحي يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية، كما تتفق أيضا مع نتائج دراسة (Belarif, 2004) التي أشارت إلى تصريح نسبة (65%) من الممرضين أنهم يشعرون بالضغط بسبب عملهم. كما تتفق مع نتائج دراسة (Oliveira & al 2010) حول الأخطار النفسية الإجتماعية لدى الممرضين في قسم الإستعجالات بمستشفى بمدينة ريو دي جانيرو Rio de Janeiro التي توصلت نتائجها الى وجود الأخطار النفسية الإجتماعية المستمدة من الضغط المهني مثل نقص الموارد البشرية والمعدات والغموض في أدوار العمل والعنف.

وتتفق أيضا مع نتائج دراسة ميهوبي (2007) التي أشارت نتائجها إلى أنّ الممرضون يعانون من مستوى مرتفع ودال إحصائيا من الإحترق النفسي، كما تتفق في نفس السياق مع نتائج دراسة (Bakeer & Mohammed, 2017) التي أشارت إلى وجود علاقة سلبية بين الإحترق المهني والتوافق المهني بمعنى كلما ارتفع مستوى الإحترق المهني كلما قل مستوى التوافق المهني.

وبما ان ارتفاع مستوى المتطلبات الإنفعالية من ضمن الإضطرابات المرتبطة بالصحة والرفاهية لدى الممرضين بصفة خاصة فان هذا ينعكس على التوافق المهني، هذا ما أكد عليه كل من (Dunbar 1974; Mowrer, 1970; Harder & al, 1992) أن الإنفعالات تتسبب في إعاقة التوافق وأنها مصدر للمشكلات الإنسانية، كما أكد عليه من نفس وجهة النظر كل من حشمت وباهي (2006) في قولهما أن عدم تناسب الإنفعالات مع المواقف من أهم العوامل المسببة لسوء التوافق.

ومن ناحية أخرى تتفق أيضا مع نتائج دراسة (Hanif & Naqvi, 2014) حول تحليل صراع أسرة/عمل حسب وجهة نظر الممرضين في قطاع الصحة بباكستان التي أشارت نتائجها إلى أن صراع أسرة/عمل

لدى الممرضين سلبى، كما تتفق أيضا مع نتائج دراسة (Ekici, Cerit & Mert, 2017) حول العوامل المؤثرة على صراع أسرة /عمل لدى الممرضين، ورضاهم الوظيفي ونيتهم في ترك المستشفيات الخاصة في تركيا التي أشارت نتائجها إلى أن الممرضون قد صرحوا بمستويات عالية من الصراع بين الأسرة والعمل وفق لعامل عبء العمل وأوضح عامل الدعم من طرف المسؤول الهرمي نسبة (48%) من صراع أسرة /عمل.

الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالصحة والرفاهية في العمل لا تقل خطرا ولا أهمية عن الأخطار الجسمية، فالحالة النفسية تنعكس في أداء الممرض لمهامه التي تتسم بالتعقيد والدقة والمسؤولية اتجاه فرد ضعيف يحتاج الرعاية، هذا ما يعرضه لمختلف الإضطرابات النفسية بما فيها الضغط الإحتراق، المتطلبات الإنفعالية، انعدام الأمن المهني، صراع أسرة/عمل، وهذا ما أكدته إجابات الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد في الدراسة الميدانية، وكل هذه الإضطرابات تعتبر من المشاكل ذات التأثير الأكبر على مجال العمل والتي تنعكس سلبا على التوافق المهني لدى الممرض وعلى ذلك فمن الضروري توفير جو صحي من الناحية النفسية والعقلية للعمال والعمل على حل مشاكلهم وإعطائهم حقوقهم والزامهم بالقيام بواجباتهم الوظيفية في غاية تحقيق التوافق في مهنتهم.

8-مناقشة الفرضية الجزئية السادسة: توجد علاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (36) إلى تأكيد وجود علاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد حيث قدرت قيمة برسون ر = (-0.360^{**}) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة عكسية هذا ما يدل على أن المعاش المهني ينعكس سلبا على انخفاض مستوى التوافق المهني.

قد دلت هذه النتائج على أن المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى مرتفع من الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني من حيث انعدام معنى العمل، ضعف الإلتزام بالمنظمة انعدام الرضا في العمل وهذا ينعكس سلبا على توافقه المهني، بالتالي تقبل الفرضية الجزئية السادسة القائلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد. ورفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج تشير إلى أن مهنة التمريض مهنة تحتضن المهام الصعبة للغاية وتتطلب التفاعل مع المرضى في حالاتهم الأكثر ضعفاً، ولكي يتعامل الممرض بنجاح مع متطلبات هذه المهنة يحتاج إلى أكثر بكثير من المكافآت المادية أو الأمن الوظيفي حيث يعد العثور على معنى في عمل الفرد والإلتزام به وتحقيق الرضا فيه أمر ضروري للتغلب على الضغوطات التي تتسم بها هذه المهنة وتحقيق التوافق فيها.

فان المعاش المهني للممرض ينطوي على إعطاء معنى للعمل وإدراك التماسك بين الممرض والعمل الذي يؤديه هذا ما أكد عليه (Frankl, 1969) أن معنى العمل عبارة عن تجربة الترابط والتماسك والتوازن وحتى التمام، ويرتبط المعنى أيضا مع سبب الوجود والمعيشة وعلى قوة الإلتزام التنظيمي من حيث درجة الإلتزام التي يشعر بها اتجاه مؤسسته، هذا ما أكد عليه كل من (Mowday, Steers & Porter, 1979; Porter, Steers, Mowday & Boulian, 1974) حيث أشاروا إلى أنه القوة النسبية لتحديد هوية الفرد داخل المنظمة ومدى مشاركته فيها ومدى رضاه عن عمله بشكل عام في العمل تنعكس إيجابا على التوافق في المهنة، غير ما توصلت اليه الدراسة الحالية وحسب ما صرح به المرضيين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد فانهم يعانون من انعدام معنى في العمل وضعف الإلتزام بالمستشفى وانعدم الرضا في العمل وكل هذا يشكل خطر نفسي -اجتماعي ينعكس سلبا على توافقه المهني.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة (Almualm & al, 2019) حول الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في مستشفيات المكلا الحكومية والخاصة باليمن التي توصلت إلى أن نسبة عالية من الممرضين في المستشفيات الخاصة كانوا راضين بينما كانت نسبة العاملين في المستشفيات الحكومية غير راضون عن وظائفهم. كما تفق مع نتائج دراسة كل من (Nasiripour, & al 2015) حول العلاقة بين الإلتزام التنظيمي للممرضات وجودة الخدمات بإيران التي توصلت إلى أن الإلتزام التنظيمي للممرضين كان على مستوى معتدل.

كما تتفق في نفس السياق مع نتائج دراسة (الحواجرة، 2011) حول علاقة الضغوط المهنية والإلتزام التنظيمي لدى الممرضين بمستشفيات في الأردن والتي أشارت إلى أن (40%) من الممرضين لديهم إلتزام تنظيمي.

الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالمعاش المهني لدى الممرضين لا تقل خطورة عن الأخطار السابقة الذكر، حيث إذا تحقق أن حدث تطابق وتشابه بين أهداف الممرضين وأهداف المؤسسة الإستشفائية التي ينتمون إليها وتحقيقهم مستوى عال من الإلتزام بعملهم والرضا فيه كلما استطاع المستشفى القيام بدوره وتحقيق أهدافه المسطرة، وبالتالي انعكس إيجابا على التوافق المهني للممرضين والعكس حسب إجابات الممرضين في الدراسة الحالية تشير إلى ضعف تحقيق معنى للعمل الذي يقومون به وعدم تمكنهم في الإلتزام بمهامهم ومنظمتهم ما يجعلهم في حالة عدم رضا وكل هذا يشكل خطر نفسي - اجتماعي على صحتهم وينعكس سلبا على توافقتهم المهني.

الإستنتاج العام:

كحوصلة عامة نستنتج أن ما توصلنا إليه من خلال الجانب الميداني للدراسة يدعم ما تم عرضه في الجانب النظري الذي تطرقنا إليه في الأدبيات المرتبطة بمتغيرات الدراسة والمتمثلة في الأخطار

النفسية الإجتماعية بأبعادها المتمثلة في الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية الصحة والرفاهية، المعاش المهني ومتغير التوافق المهني، حيث تحققت جميع فرضيات الدراسة سواء المتعلقة بالمستوى أو العلاقة، هذا ما جعل الأخطار النفسية الإجتماعية كعامل مهدد لصحة وسلامة الممرض في بيئة العمل.

بعد إختبار فرضيات الدراسة أسفرت النتائج كما يلي:

يتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى أنّ الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون الى أخطار نفسية اجتماعية وذلك بدرجة مرتفعة وتعود بالدرجة الأولى إلى الأخطار المرتبطة بالعلاقات الأفقية في العمل والتي تتضمن حسب اجابات الممرضين كل من انعدام الدعم الإجتماعي ما بين الممرضين وانعدام الثقة فيما بينهم، وتعود بالدرجة الثانية إلى الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة، وترجع بالدرجة الثالثة إلى الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني وترجع بالدرجة الرابعة إلى الأخطار المرتبطة بالإرغامات الكمية في العمل وبالدرجة الخامسة إلى الأخطار المرتبطة بالإستقلالية في العمل وأخير ترجع بالدرجة السادسة إلى الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية في العمل.

كما يتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية أنّ الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يحققون توافق مهني بدرجة منخفضة ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى بعد الترقية حيث صرّح الممرضون أن أسس الترقية في المستشفى غير عادلة وتكون على أساس معرفة أحد كبار المسؤولين، وتعود بالدرجة الثانية إلى تدني الأجر الذي يتقاضونه، وترجع بالدرجة الثالثة إلى ظروف العمل السيئة وترجع بالدرجة الرابعة إلى سوء العلاقات بين الممرضين، وبالدرجة الخامسة إلى انعدام الإستقرار المهني لدى الممرضين، وترجع بالدرجة السادسة إلى سوء العلاقات بين المسؤولين والممرضين وأخير ترجع بالدرجة السابعة إلى ضعف الفرص الممنوحة للممرضين من أجل تطوّرهم في المهنة.

وظهر من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الأولى أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالإرغامات الكمية بما فيها عبء العمل المرتفع الذي يعاني منه الممرضون، واضطراره للعمل ضمن وتيرة غير المستقرة بين الحالات الإستعجالية للمرضى، وما يتطلبه ذلك من متطلبات معرفية ذوي عبء عالي تنعكس كلها سلبا على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

واتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثانية أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالتنظيم والقيادة والتي صرّح بها الممرضون من ضعف التنبؤ بالمهام التي يؤديها، وضعف الإعراف سواء المقدم من المسؤول عنهم أو من الممرضين بعضهم البعض، وانعدام العدل في تقسيم العمل بين الممرضين، وتعرضه لغموض في المهام الموكلة إليه، صراع في الأدوار التي يؤديها من خلال تقديمه الرعاية الصحية للمرضى، وعدم تلقيه الدعم الكاف من طرف المسؤول عنهم وانعدام الثقة فيما بين الممرضين وإدارة التمريض، ما جعل كل هذا ينعكس سلبا على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثالثة أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالعلاقات الأفقية والتي تتضمن حسب اجابات الممرضين كل من انعدام الدعم الإجتماعي المقدم من طرف الممرضين، وغياب معايير المساندة والتعاون فيما بينهم بالإضافة إلى انعدام الثقة فيما بينهم كلها تنعكس سلبا على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

كما يظهر من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الرابعة أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالإستقلالية والتي تتضمن حسب اجابات الممرضين كل من ضيق مساحة التدخل

واضطراب الممرضين للتقيد بتعليمات الطبيب والإدارة يحد من تطوير قدراته في العمل وهذا ينعكس سلباً على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

كما يتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الخامسة أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالصحة والرفاهية والتي تتضمن حسب اجابات الممرضين كل من تعرضهم لضغوطات مهنية، واحتراق ومواجهتهم لمتطلبات انفعالية عالية سواء مع المرضى أو مع الأطباء أو حتى مع عائلات المرضى، وشعورهم بانعدام الأمن في العمل نظراً لما يواجهونه يومياً من مواقف عنف وتهجم من العامة، كلها انعكست سلباً على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية السادسة أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالمعاش المهني والتي تتضمن حسب اجابات الممرضين كل من ضعف معنى العمل لدى الممرضين وضعف الإلتزام بمؤسستهم وشعورهم بانعدام الرضا في العمل، كلها تنعكس سلباً على التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

وانطلاقاً لما تم التوصل إليه يمكن القول أنّه قد تمت الإجابة على كل التساؤلات التي طرحناها في الدراسة الحالية وذلك من خلال تحقق فرضيات الدراسة التي قمنا بصياغتها وهذا يمكننا من الحكم على الفرضية العامة التي صغناها على النحو التالي: توجد علاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد، وبالتالي نرفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

على هذا الأساس فإنّ تعرض الممرضين إلى مجموعة من الإرغامات في العمل بما فيها عبء العمل وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية واضطرابهم للعمل في وسط يسوده تنظيم وقيادة تتسم بضعف التنبؤ

في العمل، وعدم تلقيه الإعتراف الذي يستحقه وتعرضه لغموض في الأدوار التي يؤديها أو حدوث صراع أو تناقض في هذه الأدوار، وانعدام العدل والمساواة في المعاملة التي يتلقونها وانخفاض جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي من خلال ضعف الدعم الإجتماعي وضعف الثقة ما بين الممرضين والإدارة فكلها عوامل تحد من توافق الممرضين في مهنتهم.

كما يمكن أيضا لعلاقات العمل الصعبة التي تنقر إلى الدعم الإجتماعي ما بين الممرضين وانعدام الثقة فيما بينهم بالإضافة الى استقلالية ضعيفة من حيث مجال التدخل في العمل وامكانيات محدودة في تطوير مهاراتهم وظهور اضطرابات نفسية كالضغط، الإحترق، المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة/ عمل، انعدام الأمن المهني وشعوره بانعدام معنى للعمل الذي يقوم به وضعف التزامه بالمؤسسة التي يعمل فيها وانعدام الرضا في العمل، كلها أخطار تحد من التوافق المهني لدى الممرضين. بالتالي كلما ارتفع مستوى الأخطار النفسية الإجتماعية المذكورة انخفض مستوى التوافق المهني لدى الممرضين.

- الإقتراحات:

استنادا إلى النتائج التي توصلنا إليها من خلال الدراسة الميدانية نقدم مجموعة من الإقتراحات التي من شأنها أن تحد أو تقلل من التعرض للأخطار النفسية الإجتماعية في البيئة التمريضية من ناحية والمساهمة في الرفع من مستوى التوافق المهني لدى الممرضين من ناحية أخرى ومن أهم ما توصلنا إلى اقتراحه ما يلي:

- تنظيم ملتقيات وأيام تحسيسية يتم فيها مناقشة حالات الأخطار التي يتعرض لها الممرضون والتي على رأسها حسب نتائج الدراسة الحالية الأخطار النفسية الإجتماعية المتعلقة بالعلاقات الأفقية في العمل وذلك من أجل نشر الوعي لدى الممرضين بأهمية العلاقات المبنية على الثقة والدعم الإجتماعي فيما بينهم سواء لصحتهم النفسية وتوافقهم في المهنة أو بالنسبة لجودة الخدمات التي يقدمونها للمريض.

- أن تراعي إدارة المستشفى العدل في الترقية بين المرضين والإعتراف بمجهوداتهم والعمل على تحديد أدوار العمل بأكثر دقة ممكنة، وحث المسؤولين على تقديم الدعم والثقة للمرضين والعمل على توفير فرص تطوير القيادة من خلال عقد دورات تدريبية التي تؤكد على أهمية العلاقات والديناميات بين المشرفين والمرضى.

- توعية المؤسسات الإستشفائية بالتواصل والتشاور مع أصحاب المصلحة ومراجعة الأخطار والوسائل للحد منها من أجل تحديد الأخطار التي تتطلب التشخيص والبحث عن الحلول لتخفيفها والسيطرة عليها.

- تعزيز ثقافة الشفافية والانفتاح والإحترام والإنصاف بين المرضى.

- نقترح القيام ببحوث أخرى حول الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني بمناهج بحث أخرى كدراسات مقارنة بين المرضى العاملين بالمستشفيات العمومية والمرضى والعاملين بالمستشفيات الخاصة قصد الكشف والتعمق في أبرز الأخطار النفسية الإجتماعية التي يتعرض لها المرضى وإدراك النقائص في ذلك من خلال المقارنة بين القطاعين قصد إيجاد الحلول.

- نقترح على إدارة المستشفى بذل مجهود في توفير ظروف عمل مناسبة لضمان الرفاهية البدنية والنفسية للمرضى.

- تعزيز ثقافة التعاون والدعم وتشجيع المناقشة المنتظمة بين المرضى بعضهم البعض وبين المرضى والمشرفين وتشجيعهم على الإنخراط في حوار مفتوح حول احتياجاتهم من الدعم.

- دعم التواصل المفتوح وتشجيع المرضى على تبادل مخاوفهم بشأن الإضطرابات التي قد يتعرضون لها كالضغوطات المرتبطة بالعمل في مرحلة مبكرة قصد أخذ الإجراءات المناسبة للحد منها.

- منح المرضى فرصة للتعبير عن أفكاره وآرائه حول كيفية تحسين بيئة العمل وممارسات القيادة.

- تصميم العمل بطريقة تؤكد على تعاون الفريق بدلا من العمل المستقل مع تنفيذ نظام مراجعة الأداء الذي يضمن تزويد الممرضين بنصائح إيجابية وبناءة للأداء المستقبلي.
- زيادة الوعي بالمكافأة والإعتراف داخل مكان العمل مع تشجيع الممرضين على الإعتراف بمساهمات زملائهم في العمل.

خاتمة:

إن الأخطار التي تشمل مناحي الحياة سمة من سمات العصر الحديث، وتعتبر الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل أحد المظاهر الأساسية في مختلف القطاعات، والتي على رأسها القطاع الصحي حيث يتعرض العاملون فيه وعلى وجه الخصوص الممرضين لدرجات متباينة من الأخطار النفسية الإجتماعية والمرتبطة بكل من الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية في العمل، الصحة والرفاهية، المعاش المهني. حيث تعتبر الأخطار النفسية الإجتماعية المرتبطة بالعلاقات الأفقية من أبرز الأخطار التي تعاني منها هذه الشريحة والناجمة عن ضعف الدعم الاجتماعي ما بين الممرضين وانخفاض مستوى الثقة فيما بينهم، فمنهم من يستطيع التوافق معها والإستفادة من وجودها إذ تشكل له حافزا يدفعه لمزيد من الجهد والعمل ومنهم من يفشل في ذلك فيتعرض إلى العديد من المشاكل النفسية والصحية مما يؤثر سلبا على سلوكه ومستوى أدائه وعلى المؤسسة التي يعمل فيها وهذا ما يجعل التوافق المهني للممرض في انخفاض.

على هذا الأساس فإن الممرضين هم في صميم الخدمات الصحية ويساهمون في رفاة المجتمعات، أما أماكن العمل في قطاع الخدمات الصحية فهي بيئات معقدة يمكن أن تكون خطيرة في بعض الأحيان ويمكن أن تؤدي ظروف العمل غير الآمنة إلى تناقص القوى العاملة في قطاع الخدمات الصحية لهذا يجب على ظروف العمل اللائق في هذا القطاع أن تأخذ بالحسبان صحة الممرضين ورفاههم لأن جودة الرعاية التي يقدمها العاملون الصحيون تعتمد جزئيا على مدى انسجامهم وتوافقهم مع بيئتهم المهنية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- باللغة العربية:

- 1- إبراهيم شوقي، عبد الحميد (1998). علم النفس وتكنولوجيا الصناعة. القاهرة: دار قباء للطباعة.
- 2- إبراهيم (1972). المعجم الوسيط. (الجزء الأول). قطاع دار المعارف القاهرة.
- 3- أبو النيل، محمود السيد. (1984). الأمراض السيكوسوماتية. دراسات عربية وعالمية. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- 4- أحمد عزت، راجح (1976). أصول علم النفس. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.
- 5- أحمد محمد، عبد الخالق (2001). أصول الصحة النفسية. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 6- أديب، الخالدي (2002). مرجع في الصحة النفسية. ليبيا: الدار العربية.
- 7- اشرف محمد، عبد الغني (2001). علم النفس الصناعي (أسسه وتطبيقاته). مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- 8- أشرف عبد الغني، شريت وصبره محمد، علي (2004). سيكولوجية الصناعة (أسسه وتطبيقاته). مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 9- الحميميدي، محمد بن علي (2014). التنظيم والتخطيط. سلسلة القائد للدراسات والبحوث العسكرية. الرياض.
- 10- الشهري، عبد الله بن علي (2000). علاقة التوافق المهني ببعض سمات الشخصية لدى موظفي القطاعين الحكومي والخاص في مجال الخدمات الصحية الرياض.
- 11- الزبيري إبراهيم، عبد الهادي (1991). علم النفس الصناعي. بغداد: دار الحكمة للطباعة والنشر.
- 12- السيد، عبد الحليم (1990). علم النفس العام. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- 13- المنجد الأبجدي (1968). لبنان: دار المشرق.

- 14- إيديري وهيبة، خلفان رشيد. (2016). الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الإستشفائية الجزائرية. دراسة ميدانية على أطباء وممرضين بعض مصالح المستشفى ندير محمد بتيزي وزو. رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، جامعة مولود معمري، الجزائر.
- 15- بدوي، أحمد زكي (1986). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- 16- بديع محمود مبارك، القاسم (2001). علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق. الأردن: مؤسسة الوراق.
- 17- براحيل، فاطمة الزهراء (2009). دور الطبيب والممرض في العلاج الطبي. الجزائر: إصدار جامعة باجي مختار عنابة. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية التواصل العدد 24.
- 18- لامية بوتوتة، لويذة معروف. (2015). التوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، جامعة مولود معمري الجزائر.
- 19- بهية إبراهيم، التويرجي (2008). المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل. رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 20- حامد عبد السلام، زهران (2005). الصحة النفسية. عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- 21- حمدي، ياسين وعلي، عسكر وحسن، الموسوي (1999). علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق، بيروت: دار الكتب العلمية.
- 22- حامي، المليجي وعبد المنعم، المليجي (1973). النمو النفسي. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 23- حسن، المنسي (1998). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

24-حسين أحمد، حشمت ومصطفى حسين، باهى (2006). التوافق النفسي والتوازن الوظيفي. الدار العلمية للنشر والتوزيع.

25-حسين الشارف، عبد الله (2006). التوافق المهني لدى المرأة العاملة في المجال الطبي: دراسة ميدانية في مركز البطنان الطبي بمدينة طبرق. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الفاتح، ليبيا.

26-دويدار، عبد الفتاح (1995). أصول علم النفس المهني وتطبيقاته. بيروت: دار النهضة العربية.

27-دويدار، عبد الفتاح (2004). أصول علم النفس المهني وتطبيقاته. بيروت: دار النهضة العربية.

28-ديانا هيلز، روبرت (1999). العناية بالعقل والنفس. (تعريب واقتباس وتقديم عبد العالي الجسماني) بيروت: الدار العربية للعلوم.

29-رجاء، مريم (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض (دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق). دمشق: مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الثاني.

30-رشيد، خلفان (2010). تحليل ودراسة ظروف العمل السائدة في المؤسسة الإنتاجية الجزائرية: حالة قطنية تيزي وزو والشركة الوطنية للصناعات الكهرومنزلية. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم. جامعة الجزائر.

31- رمزية محمد، غريب (1974). التعلم (دراسة نفسية تفسيرية توجيهية). القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

32-سعد، رياض (2005). الصّحة النفسية للعمال. مصر: دار الكلمة.

33-سعد، جلال (1985). المرجع في علم النفس. القاهرة: دار الفكر العرب.

- 34- سعيد محمد، عثمان (2006). دراسات في علم النفس الصناعي (سيكولوجية التوافق المهني للعامل). الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 35- سفير، ناجي (بدون سنة). محاولات في التحليل الإجتماعي. الجزء الثاني. ترجمة الأزهر بوغنبور.
- 36- سيد عبد، الحميد مرسي (1994). الإيمان والصحة النفسية (سلسلة دراسات نفسية إسلامية) القاهرة: مكتبة وهبة.
- 37- طارق، كمال (2007). علم النفس المهني والصناعي. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 38- عبد الكريم، الحجاوي (2004). موسوعة الطب النفسي. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- 39- عباس محمود، عوض (1988). دراسات في علم النفس الصناعي والمهني. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 40- عباس محمود، عوض (1989). الموجز في الصحة النفسية. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 41- عباس محمود، عوض (1990). علم النفس العام. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 42- عباس محمود، عوض (1996). الموجز في الصحة النفسية. مصر: دار المعارف.
- 43- عباس محمود، عوض (2006). دراسات في علم النفس الصناعي والمهني. الأزايطة: دار المعرفة الجامعية.
- 44- عبد الخالق، أحمد محمد (1983). علم النفس المهني. بيروت: دار المعرفة الجامعية للنشر.
- 45- عبد الحميد محمد، شاذلي (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- 46- عبد الله، محمد قاسم (2001). مدخل إلى الصحة النفسية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

47- علي، بن هادية وبلحسن، البليش والجيلاني، بن الحاج يحي (1979). القاموس الجديد للطلاب. تونس. الجزائر: الشركة التونسية للتوزيع.

48- علواني نعيمة (2010). مصادر ضغوط العمل عند الممرضين. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة السانبا، وهران.

49- عطا لله فؤاد، الخالدي ودلال سعد الدين، العلمي (2009). الصّحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. عمان: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

50- علي محمد، علي (1977). الصّحة النفسية. القاهرة: جامعة عين الشمس.

51- فرج عبد القادر، طه (1980). سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج في التوافق المهني والصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الخانجي.

52- فرج عبد القادر، طه (1982). علم النفس الصناعي والتنظيمي، مصر: دار المعارف.

53- فرج عبد القادر، طه (1983). قراءات في علم النفس الصناعي والتنظيمي. القاهرة: دار المعارف.

54- فرج عبد القادر، طه (1999). سيكولوجية الحوادث والإصابات. القاهرة: دار المعارف

55- فرج عبد القادر، طه (2001). علم النفس الصناعي والتنظيمي. القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.

56- فوزي محمد، جبل (2000). الصّحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

57- فؤاد، أبو حطب ومحمد سيف الدين، فهمي (1984). معجم علم النفس والتربية. مصر: الهيئة العامة لشؤون المطابع الاميرية.

- 58- قرينعي، احمد (2018). نموذج مقترح لتقييم الأخطار النفسية الاجتماعية في بيئة العمل لدى الطاقم الطبي (أطباء، وممرضون) في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية الجلفة الجزائر. أطروحة دكتوراه نظام، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه نظام. LMD . جامعة الجلفة.
- 59- صبره، محمد (2003). الصحة النفسية والتوافق النفسي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 60- صلاح حسين، الداھري (2008). أساسيات التوافق والإضطرابات السلوكية والإنفعالية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 61- غزال، عبد الفتاح (2008). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. الازيطة: ماهي للنشر والتوزيع.
- 62- مایسة أحمد، النیال (2002). سيكولوجية التوافق. القاهرة.
- 63- مجدي أحمد محمد، عبد الله (1996). السلوك الاجتماعي وديناميكيته. مصر: دار المعرفة الجامعية الأزارطة.
- 64- محمد سلامة، غباري (1991). مدخل لعلاج المشكلات من منظور الخدمة الإجتماعية. المكتب الجامعي الحديث.
- 65- محمد شحاتة، ربيع (2010). أصول علم النفس. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 66- محمود فتحي، عكاشة (1999). علم النفس الصناعي. الإسكندرية: مطبعة الجمهورية.
- 67- مصطفى، فهمي (1979). التوافق الشخصي والإجتماعي. القاهرة: مكتبة الخانجي. للنشر.
- 68- محمد نبيل، عبد الحميد (بدون سنة). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. كلية الآداب. جامعة المنصورة: الدار الفنية للنشر والتوزيع.
- 69- مياسا، محمد (1997). الصحة النفسية والأمراض النفسية (وقاية وعلاج). بيروت: دار الجليل.

70- خميس، محمد سليم (2012). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 13 ديسمبر 2013.

71- ماهر، عطوة الشافعي (2002). التوافق المهني للممرضين وعلاقته بسماتهم الشخصية. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

72- ميهوبي، فوزي (2007). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالإحترق النفسي لدى الممرضين (دراسة ميدانية بالمستشفيات الجزائرية). ورقة مقدمة إلى الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.

73- نوال، عطية (2001). علم النفس والتكيف النفسي والإجتماعي. مصر: دار القاهرة للكتاب.

74- نبيل، سفيان (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي. القاهرة: إيترك للنشر والتوزيع.

75- نبيلة عباس، الشورجي (2002). المشكلات النفسية للأطفال (أسبابها، علاجها). القاهرة: دار النهضة العربية.

76- يوسف، مراد (1977). مبادئ علم النفس العام. القاهرة: دار المعارف.

- باللغة الأجنبية:

77- Achte, I., Delaflore, J.L., Fabre, C. Magny, F. & Songeur, C. (2010). *Comment Concilier la Performance et le bien-être au travail ?*. Université Paris.

78- Adzakupah, G., Laar, A. & Fiadjoe, H. (2016). *Occupational Stress among Nurses in a hospital setting in Ghana*. Clin Case Rep Rev, 2016 Doi: 10.15761/Ccrr.1000207 Volume 2(2): 333-338.

79- Al-Hawajreh, K. (2011). *Exploring the Relationship between Occupational Stress and Organizational Commitment among Nurses in Selected Jordania Hospitals*.

Department of business administration, Petra University, Jordan. An - Najah Univ. J. Res. (Humanities). Vol. 25 (7), 2011.

80- Al-Homayan, A.M, Shamsudin, F.M, Subramaniam, C. & Islam, R. (2013). *Impacts of job demands on nurses' performance working in public hospitals*. American Journal of applied sciences 10 (9): 1050-1060, 2013 ISSN: 1546-9239.

81- Almualm, Y.K, Banafa, N.S, Al-Hanshi, A.S, & Ba-Abbad, M.M. (2019). *Job satisfaction among Yemeni Nurses Working in Mukalla Governmental and private hospitals*. Hadhramout University, Yemen. Acta Scientific Medical. Volume 3 Issue 2 February 2019.

82- Alves, P. C., Neves, V. F., Dela Coleta, M. F., & Oliveira, Á. F. (2012). *Evaluation of well-being at work among nursing professionals at a university hospital*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol.20 No.4 Ribeirão Preto July/Aug.

83- Aminian M, Dianat I, Miri A, & Asghari-Jafarabadi M. (2015). *The Iranian version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) for assessment of psychological risk factors at work*. Health Promot Perspect. 2017;7(1):7-13. doi: 10.15171/hpp.2017.03.

84- Amri, A. (2016). *Reconnaissance au Travail et Comportements Discrétionnaires : Comportement d'entraide et Comportement d'innovation auprès du Personnel infirmier Tunisien*. Thèse pour l'obtention du Doctorat en Sciences de Gestion Option : Gestion des ressources humaines, Université de limoges institut d'administration des entreprises de limoges.

85- Andrioti, D., Skitsou, A. Karlsson, L.E, Krassias, A. Charalambous, G. & Pandouris, C. (2017). *Job Satisfaction of Nurses in various clinical practices*. International journal of caring sciences January– April 2017 Volume 10, Issue 1.

86- Anisa, Z. (1994). *Influennce strategies used when couples make work-Family Decisions and their importance for marital satisfaction*. Journal articales of family relations, Vol. (43) No. (2) P.P. 182-188.

- 87- Askenazy, P., Baudelot, C., Brochard, P., & al. (2011). *Mesurer les facteurs Psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail.*
- 88- Asstsas, L, L. (2011). *Conflits de rôles et de valeurs au travail ? parlez-en ! santé psychologique.* Sanssepins, Vol. 13, N^o3, Octobre 2011.
- 89- Athènes, S., Averty, PH., Puechmorel, S., Delahaye, D., & Colle, ch. (2002). *ATC complexity and controller workload: Trying to bridge the gap.* HCI-Aero 2002.
- 90- Away, K. (2012). *Psychosocial Hazards and Occupational Stress.*
- 91- Bani-Hani, M. A., Ayman, M., Mansour, H., Atiyeh, H. M., & Alslman, E.T. (2016). *Theoretical Perspective of Job demands correlates among Nurses: Systematic Literature Review.* University of Jordan, Amman, Jordan 2 Department of Community Health Nursing. 2016, 8, 1744-1758
[Http://Www.Scirp.Org/Journal/Health.](http://www.scirp.org/journal/health)
- 92- 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. Service Ergonomie et Psychologie Industrielle. Paris
- 93- Bakeer, H. M & Mohammed, R., K. (2017). *Occupational Burnout and Work Adjustment: it is Relation to Self-Efficacy among Academic Nursing Staff.* Faculty of Nursing, Menoufia University, Egypt. OSR Journal of Nursing and Health Science (Iosr-Jnhs) E-Issn: 2320–1959.P- Issn: 2320–1940 Volume six, Issue 5 Ver. Vii (Sep. - Oct. 2017), Pp 10-18 [Www.Iosrjournals.Org.](http://www.iosrjournals.org)
- 94- Barrette, T.L. (1990). *Étude Sur La Satisfaction au Travail d'un Groupe de Travailleurs œuvrant dans un Ministère Québécois au Saguenay Lac-St-Jean.* Maitrise en Gestion des Petites et Moyennes. Organisations Université du Québec à Chicoutimi.

- 95- Beehr, T.A. and Newman, J.E. (1978) Job Stress, Employee Health and Organizational Effectiveness: A Facet Analysis, Model and Literature Review. *Personnel Psychology*, 31, 665-699. <http://dx.doi.org/10.1111/j.174>
- 96- Belarif, E.H. (2014). *Facteurs liés au Stress Professionnel en milieu Hospitalier : Cas des Infirmiers du Centre Hospitalier Provincial de Beni Mellal*. Mémoire de Fin d'études Pour l'obtention du diplôme de maîtrise en administration sanitaire et Santé Publique (Option : Administration Sanitaire), Institut National D'administration sanitaire. Royaume du Maroc ministère de la Sante.
- 97- Berthelsen, H., et al. (2016). *A Qualitative Study on the Content Validity of the Social Capital Scales in the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)*. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*, 1(1): 5, pp. 1–13, DOI: <http://dx.doi.org/10.16993/sjwop.5>.
- 98- Bilheran, A. & Adam, P. (2011). *Risqués psychosociaux en Entreprise les Solutions Psychologiques et juridiques* Armand colin. Paris.
- 99- Benatia, Y. (2009). *L'épuisement Professionnel Chez Les Infirmiers Urgentistes*. Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de Magister en Psychologie Clinique. Option : Psychologie Traumatique. *Université Mentouri de Constantine*, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Algérie.
- 100- Bouffartigue, P. (2012). *Mesurer Les Risques Psychosociaux : Mesures et Démesures du Travail-XIII Emme Journées Internationales de Sociologie du Travail- Bruxelles-25-27 Janvier 2012*. Jan 2012, Bruxelles, Belgique.
- 101- Bourdu, E. & Madeleine, M., Pérétié & Richer, M. (2016). *Vers des Organisations du Travail Responsabilisantes*. Terra Nova – Note - 1/9. [Www.Tnova.Fr](http://www.tnova.fr).
- 102- Bouterfas, N. (2014). *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-Etre, la Détresse et l'épuisement*. Thèse de

Doctorat en Vue de l'obtention du Grade de Docteur d'université, Psychologie du Travail et des Organisations, Université Lille 3.

- 103-Brun, E. & Milczarek., M. (2007). *Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health*. European Agency for Safety and Health Atwork, 2007.
- 104-Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S., & Fiksenbaum, L. (2012). *Job Demands, Social Support, Work Satisfaction and Psychological Well-Being among Nurses in Spain*. Ramon Llull University, Esade Working Paper N° 233 July 2012.
- 105-Busse, D. and Yim, L., S. (2017). *Maladaptive/Maladjustment*. Department of Psychology and Social Behaviour, University of California, Irvine, CA, USA.
- 106-Buunk, B., & Hoorens, V. (1992). Social Support and Stress: The Role of Social Comparison and Social Exchange Processes. *British Journal of Clinical Psychology*. 31,445-457.
- 107-Camelot, F. (2012). *Le Risque Psychosocial en Odontologie Enquête Parmi les Chirurgiens-Dentistes de l'est de la France*. Diplôme d'état de Docteur en Chirurgie Dentaire Académie de Nancy-Metz, Université de Lorraine, Faculté d'odontologie.
- 108-Camps, E. *Sens du Travail et Rapports Vie de Travail - Vie Hors Travail Chez Trois Catégories de télétravailleurs et Chez les Travailleurs Classiques. Développement, Cognition, Acquisition*. Université Paul Valéry, Rte de Mende, B.P. 5043 34199 Montpellier Cedex 5. Vol 14 – N°1.
- 109-Canadian Oncology Nursing Journal (2017). Volume 27, Issue 1. *Revue Canadienne de Soins Infirmiers en Oncologie*.
- 110-Canouï, P. & Mauranges, A. (2015). *Le Burn-Out à L'hôpital le Syndrome D'épuisement Professionnel des Soignants*. 5e edition, Elsevier Masson.

- 111-Carlson, D. S., Kacmar, M. K. & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behaviour*, 56, p. 249-276.
- 112-Cartwright, S. & Holmes, N. (2006). *The Meaning of Work: The Challenge of Regaining Employee Engagement and Reducing Cynicism*. The University of Manchester, Human Resource Management Review 16 (2006) 199–208.
- 113-Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández- Feraud, E., Díaz Cabrera, D., Paravic-Klijn, T., & Burgos-Moreno, M. (2015). *Psychosocial Factors and Mental Work Load: A Reality Perceived by Nurses in Intensive Care Units.* Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015 Mar.-Apr.; 23(2):22.
- 114-Chou, P. (2015). *The Effects of Workplace Social Support on Employee's Subjective Well-Being*. European Journal of Business and Management. ISSN 2222-1905 (Paper) ISSN 2222-2839 (Online). Vol.7, No.6, 2015.
- 115-Chung-Yung H. and Chung-Tung L. (1975). *Professionalism and Professional Adjustment: (A Study of Nurses)*, Department of Humanities, National Defense Medical. Professional School of Nursing.
- 116-Cherian, S. & Karkada, S. (2017). *A Review on Leadership in Nursing*. International Journal of Nursing Research and Practice EISSN 2350-1324; Vol. 4 No. 1 (2017) January —June.
- 117-Chatzis, Konstantinos. *L'Autonomie dans les Organisations : Quoi de Neuf?* Editions l'Harmattan, 1999, Pages 29-30.
- 118-Cia, N. (2015). *Le Numérique Au Service Du Bien-Etre au Travail*. Institut Leonard de Vinci. [Http://Www.Spotpink.Com/Spotpink/Wp](http://Www.Spotpink.Com/Spotpink/Wp) .

- 119-Coutarel F. (2005). *La Prévention des Troubles Musculo Squelettiques en Conception : Quelles Marges de Manœuvre pour le Déploiement de l'activité*. Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- 120-Comeau, É. (2005). *Les Facteurs de Satisfaction au Travail chez les Guides du Musée Canadien des Civilisations*. Mémoire Présenté à l'université du Québec à Trois- Rivières Comme Exigence Partielle de la Maîtrise en Loisir, Culture et Tourisme. Université du Québec.
- 121-Dares (2014). *Les Risques Psychosociaux au Travail : Un Panorama d'après L'enquête Santé et Itinéraire Professionnel 2010*. Avril 2014, N^o 031.
- 122-Day, D.M, & Wanklyn, S.G. (2012). *Détermination et Définition des Principaux Facteurs de Risque du Comportement Antisocial et Délinquant Chez les Enfants et Les Jeunes Rapport de Recherche : Rapport Présenté au Centre National de Prévention du Crime (CNPC) – Sécurité Publique Canada*.
- 123-Debard, A. (2015). *La Prise en Compte des Risques Psychosociaux par les Managers*. Thèse de Doctorat en Psychologie du Travail, Université Lumière Lyon 2. École Doctorale : Éducation, Psychologie, Information Communication (Ed 485) Institut de Psychologie. *Laboratoire : Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)*.
- 124-Delicourt, A., Congard, A., Montaleytang, A., & Gros, F. *Risques Psychosociaux au Travail : Le Rôle Modérateur des Stratégies de Coping. Psychosocial Risk at Work: The Moderating Influence of Coping Strategies*. / PTO – Vol 19 – N^o3. Section d'études de Recherches des Applications de la Psychologie, France.
- 125-Dicke, T., Marsh, H.W, Riley, Ph., Parker, Ph.D, Guo, J. and Horwood, H. (2018). *Validating the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II) Using Set-ESEM: Identifying Psychosocial Risk Factors in a Sample of School Principals*. Institute for Positive Psychology and Education, Australian Catholic University. *Frontiers in Psychology | Wwv.Frontiersin.Org 1 April 2018 | Volume 9 | Article 584*.

- 126-Dionne, S., Rhéaume, A. (2008). *L'ambiguïté et le Conflit de Rôle Chez les Infirmières dans le Contexte des Réformes de la Santé au Nouveau- Brunswick*. Revue de l'Université de Moncton, Vol. 39, Nos 1 Et 2, 2008, P. 199-223.
- 127-Dollard & Maureen. (2001). *Work Stress: Theory and Intervention*. University of South Australia, Nohsc Symposium on the OHS Implications of Stress.
- 128-Dupret, É., Bocéréan, C., Teherani, M., & Feltrin, M. (2012). *Le COPSOQ : Un Nouveau Questionnaire Français D'évaluation des Risques Psychosociaux*. Santé Publique 2012, Volume 24, N° 3, Pp. 189-207.
- 129-Ducheva, Z. (2005). *Professional Adjustment in Carrier Development of the Teacher*. Technical College - Yambol. Trakia University: Trakia Journal of Svciences, Vol.3no.8.
- 130-Ducoulombier, A. (2013). *Le Sens Du Rôle dans La Profession Infirmière*. Institut De Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Versailles.
- 131-Durand, M., J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M., C. & Ngomo, S. (2008). *La Marge de Manœuvre de Travailleurs Pendant et Après un Programme de Retour Progressif Au Travail Définition Et Relations Avec Le Retour A L'emploi*. [Www.Irsst.Qc.Ca](http://www.irsst.qc.ca) Cliquez Recherche. RSST.
- 132-Elfer, P. & Dearnley, K. (2007). *Nurseries and Emotional Well-Being: Evaluating an Emotionally Containing Model of professional development early years* 27(3):267-279 · October 2007 With 74 Reads.
- 133-Emilie, S. (2004). *L'autonomie Pourquoi et Comment la Favoriser à l'école Primaire ?* IUFM de Bourgogne.
- 134-Ejesi, I. (2018). *Relationship between Role Conflict, Role Ambiguity, and Interprofessional Team Collaboration among Nurses Caring For Older Adults in the Intensive Care Unit (Icu)*. Nursing York University Toronto, Ontario.

- 135-Ekici, D., Cerit, K. & Mert, T. (2017). *Factors that Influence Nurses' Work-Family Conflict, Job Satisfaction, and Intention to Leave in a Private Hospital in Turkey*. University, Besevler, Ankara, Turkey. *Hospital Practices and Research* 2017; 2(4):102-108.
- 136-Freimann, T. & Merisalu, E. (2015). *Work-Related Psychosocial Risk Factors and Mental Health Problems amongst Nurses at a University Hospital in Estonia: a Cross-Sectional Study*. *Scand J Public Health*. 2015 Jul; 43(5):447-52. Doi: 10.1177/1403494815579477. Epub 2015 Apr 7.
- 137-Fernbach, A. (2006). *Rôle infirmier dans la prise en charge des douleurs chroniques des personnes âgées*. Hôpitaux Civils de Colmar : Institut de formation en soins infirmiers.
- 138-Fournier, P.S., Montreuil, S., Brun, J.P, Bilodeauet, C. & Villa, J. (2010). *Étude Exploratoire des Facteurs de la Charge de Travail Ayant un Impact sur la Santé et la Sécurité Étude de cas dans le Secteur des Services*. IRSST, Université Laval.
- 139-Greenhauss, J. H. & Beutel, N. J. (1985). *Source of conflict between work and family roles*. *Academy of Management Review*, 10(1), p. 76-88.
- 140-Gollac, M. (2010). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*.
- 141-Gollac, M. & Volkoff, S. (1996). *Citius, Altius, Fortius. L'intensification du Travail*. Actes de La Recherche en Sciences Sociales, N° 114, P. 54-67.
- 142-Goleman, D. (2000). *Emotional Intelligence*. London: Bantom Books.
- 143-Graruitz, M. (1981). *Lexique des sciences Sociales*. Paris: Ed Dallog .

- 144-Green, N., & Physio, D .(2015). *Psychosocial Risk Factors: What Are They And Why Important?. Wellnomics® White Paper.*
- 145-Hanif, F. & Naqvi, R. (2014). *Analysis of Work Family Conflict in View of Nurses, in Health Sector of Pakistan. International Journal of Gender and Women's Studies.* December 2014, Vol. 2, No. 4, Pp. 103-116. Published By American Research Institute For Policy Development. URL: [Http://Dx.Doi.Org/10.15640/Ijgws.V2n4a6.](http://Dx.Doi.Org/10.15640/Ijgws.V2n4a6)
- 146-Haubold, B. (2008). *Les Risques Psychosociaux Identifier Analyser Prévenir Les Risques Humaines.* Eyrolles Éditions D'organisation.
- 147-Hegg-Deloye, S. (2014). *Contraintes Psychosociales au Travail, Risque d'obésité Et Risque Cardiovasculaire Chez Les Paramédics.* Université Laval. Doctorat En Kinésiologie Philosophiae Doctor (Ph.D.) Québec, Canada.
- 148-Hoonakker, P., Carayon, P., Gurses, A, Brown, R, Mcguire, K, Khunlertkit, A, Walker, J.M. (2011). *Measuring Workload of icu Nurses With a Questionnaire Survey: The Nasa Task Load Index (Tlx).* IIE Trans Healthc Syst Eng. 2011; 1(2): 131–143.
- 149-Huvila, I. (2006). *The Ecology of Information Work a Case Study of Bridging Archaeological Work and Virtual Reality Based Knowledge Organisation.* Åbo Akademis Förlag – Åbo Akademi University Press. Finland.
- 150-INRS. (2015). *Les risques psychosociaux.* Santé et sécurité au travail.
- 151-INRS. (2018). *Bien Etre au Travail.* Santé et Sécurité au Travail. [Www.Inrs.Fr/Risques/Bien-Etre-Travail.Html.](http://www.inrs.fr/Risques/Bien-Etre-Travail.Html)
- 152-Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Fiche 2-D. *Indicateur : Soutien Social des Collègues.*

- 153- Iordache, R., Petreanu, V. (2014). *The Romanian Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire – Short Report*. The National Research and Development Institute for Occupational Safety, Bucharest, 061692, Romania. *Social and Behavioral Sciences* 149 (2014) 424 – 427.
- 154-Izard, C.E (1980). *Human Emotions*. London: Plenum.
- 155-Jahromi1, M.M., Jalali, T., Eshghi, F., Zaher, H., Dehghan, S.L. (2015). *Evaluation of Professional Autonomy and the Association with Individual Factors among Nurses in the South East of Iran*. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2015; 2(4): 37-42.
- 156-Jonker, C. (2012). *Measures of Emotion Work: Factor Structure and Group Differences in a Care-Giving Population in South Africa*. Wei International European October 14-17, 2012 Academic Conference Proceedings.
- 157-Jullian, C. (2013). *Le Vécu de L’infirmier Quand De Soins Apporté A La Personne en Fin de Vie ne Répond Qu’en Partie aux Besoins Identifiés*. Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de Montpellier.
- 158-Khademi, M., Mohammadi, E & Vanaki, Z. (2015). *Resources–Tasks Imbalance: Experiences of Nurses from Factors Influencing Workload to Increase*. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* | July-August 2015 | Vol. 20 | Issue 4.
- 159-Khan, A.S & Jan, F. (2015). *The Study of Organization Commitment and Job Satisfaction among Hospital Nurses: A Survey of District Hospitals of Dera Ismail Khan*. Gomal University, Pakistan. *Global Journal of Management and Business Research: An Administration and Management*. Volume 15 Issue 1 Version 1.0 Year 2015.
- 160-Kinman, G. & Leggetter, S. (2016). *Emotional Labour Andwellbeing: WhatProtects Nurses?*. University Of Bedfordshire, Luton, Bedfordshire. Healthcare.

- 161-Kirkcaldy, B.D, & Martin, T. (2000) *Job Stress and Satisfaction among Nurses: Individual Differences*. *Stress Medicine*, V. 16, issue 2, (77 – 89).
- 162-Kirilmaz, H., Santas, G. (2016). *A Research for Determining Psychosocial Risk Factors among Health Employees*. *Oalib Journal*. 2016, Volume 3, E3149.
- 163-Kostenko, A. S. (2017). *Évaluation multidimensionnelle et dynamique de la maîtrise de la situation par l'opérateur : création d'un indicateur temps réel de charge mentale pour l'activité de supervision de drones*. *Interface homme-machine*. Université de Bretagne Sud, 2017. Français. NNT : 2017LORIS438. tel-01677692.
- 164-Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E. & Sobolewski, M. (2013). *The Reciprocal Effect of Psychosocial Aspects on Nurses' Working Conditions*. Department of Integrated Medical Care, Medical University Of Białystok, Białystok, Poland.
- 165-Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. (2005). *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—A Tool for the Assessment and Improvement of the Psychosocial Work Environment*. *Original Article*. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31(6):438–449.
- 166-Krot, K. and Lewicka, D. (2012). *The Importance of Trust in Manager-Employee Relationships*. *International Journal of Electronic Business Management*, Vol. 10, No. 3, Pp. 224-233 (2012).
- 167-Kurki, R. (2008). *Stress Management among Nurses: A Literature review of the Causes and Coping Strategies*. Arcada.
- 168-Lamy. (2010). *Les Risques Psychosociaux : Identifier, Prévenir, Traiter*. France : Wolters Kluwer.
- 169-Lamy, S. (2013). *Le Rôle des Contraintes Psychosociales et Organisationnelles sur l'état de Santé des Infirmières et des Aides-Soignantes : Analyse Longitudinale des Données de 7 CHU En France*. Doctorat d'université Toulouse, Paris.

- 170-Laraqui, O., Manar, N., Laraqui, S., Boukili, M., Ghailan, T., Deschamps, F. & Laraqui, C., E. (2017). *Perception du Travail et Bien-Etre Chez le Personnel de Santé Au Maroc*. Afrique, Santé Publique & Développement. Santé Publique Volume 29 / N°6 - Novembre-Décembre 2017.
- 171-Larousse *Dictionnaire de Français*. (2008). France.
- 172-Lau, E. & Kong, J.J. (2006). *Identification of Constraints in Construction Projects to Improve Performance*. Division of Science and Technology, City University of Hong Kong; Kong.
- 173-Lazarus, R. (1976). *Patterns of Adjustment*. 3^{ed} Edition: MC Graw Hill Kogakusha Ltd.
- 174-Lazarus, R. (1969). *Adjustment And Human Effectiveness*. New York: Grow Book Company.
- 175-La CUSSTR. (2005). *Commission Universitaire de Sécurité et Santé au Travail Romande. Les Risques liés aux Relations Humaines au Travail. (Ou les Risques Psychosociaux au Travail)*. Version 1, 2005.
- 176-La Cusstr (2009). *Les Risques Psychosociaux au Travail*.
- 177-Lee, S. (2015). *Meaning in Work in nursing as a Positive Personal Attribute*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Nursing) In the University of Michigan. États-Unis.
- 178-Leka, S. & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview Institute of Work, Health & Organizations*, University Of Nottingham.
- 179-Leonard, D. *Quality Leadership*. Copyright – Quality Texas Foundation.
- 180-Leplat, J. (1977). *Introduction a la Psychologie du Travail*. France : Press de France Universitaire.

- 181-Lerouge, L. (2009). *Risques Psychosociaux au Travail : Etude Comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, l'Harmattan, Paris.
- 182-Lewis, F.M & Soule, E.S (2006). *Autonomy in Nursing*. University of Washington. Ishikawa Journal of Nursing Vol.3 (2), 2006.
- 183-Locke, E. A. (1976). *The Nature and Causes of Job Satisfaction*. in M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and organizational Psychology*. Chicago, IL: Rand McNally.
- 184-López, J.P. (2014). *Intervention Psychologique Pour La Réduction Des Accidents Du Travail*. Thèse De Diplôme En Relations Industrielles Et Ressources Humaines.
- 185-Loriol, M. (2013). *Travail Emotionnel et Soins Infirmiers*. Santé Mentale, Acte Presse, 2013, Pp.60-63.
- 186-Louis, P. (2001). *Dictionnaire des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques*. Académie Nationale de Pharmacie. 2^{ème} Edition.
- 187-Lourel M., Abdellaoui S., Courtat, E., Baron G., & Villieux A. (2008). *Santé et Travail : le Cas des Facteurs de Risque des Troubles Musculo-Squelettiques du Membre Supérieur*. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 14(4), 295-310.
- 188-Macovei, D. I. (2013). *Evaluation des Contraintes Psychosociales de L'environnement de Travail Perçues Suite à une Demarche Pluridisciplinaire de Prevention Des Rps Au Chu De Toulouse*. Unité De Recherche : Umr Inserm – Ups 1027, Faculté De Médecine Purpan. Université Toulouse Iii – Paul Sabatier Facultes De Médecine. Thèse Pour Le Diplôme D'état de Docteur En Medecine Specialisee Clinique.
- 189-Marilou, S.et Bruno, Q. (2001). *Personnalité et maladies (stress coping et ajustement)*. Paris : Dunod.

- 190-Martin. G. A. (2016). *Les Facteurs De Risque Et De Protection Sociaux, Individuels, Organisationnels Et Hors Travail Au Stress Et A La Détresse Psychologique Chez Les Avocats Membres Du Barreau Du Québec*. Mémoire Présenté A La Faculté D'administration En Vue De L'obtention Du Grade De Maître En Sciences. Université De Sherbrooke.
- 191-Martins J.T, Ribeiro R.P, Bobroff , M.C.C, Marziale M.H.P, Robazzi MLCC, & Mendesac (2012). *Meaning Of Workload on the View of Cleaning Professionals*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(1):63-70.
- 192-Martin, A.J & Jones, L. Employee Adjustment during Organisational Change: Differences between Occupational Groups in a Hospital Environment. *Athe School Of Management, Griffith University, Australia*.
- 193-Mazet, M. (2014). *Le Bien Etre Au Travail*. Master Rédacteur Professionnel.
- 194-Mrayyan, M.T. (2004). *The Influence of Standardized Languages on Nurses' Autonomy*. Faculty of Nursing, the Hashemite University, Zarqa, Jordan. Journal of Nursing Management, 2005, 13, 238–241.
- 195-Mauranges, P. C. A. (2015). *Le Burn-Out A L'hôpital Le Syndrome D'épuisement Professionnel Des Soignants. 5e Edition*. Elsevier Masson.
- 196- Mayer, R.C., Davis, J.H. & Schoorman, F.D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust", *Academy of Management Review*, 20: 709 -34.
- 197-Michele, D., Gwen, S. & E. Jones, E. (2014). *Trust In the Workplace: Factors Affecting Trust Formation between Team Members*. The Journal of Social Psychology, 2004, 144(3), 311–321.
- 198-Moisson, V. & Peretti. J.M. (2005). *La Diversite Des Definitions Et Des Strategies D'ajustement Autour De La Problematique Du Stress Professionnel*. Université De Droit, D'economie Et Des Sciences D'aix Marseille Université Paul Cezanne.

- 199-Moncada, S., Utzet, M., Molinero, E., Llorens, C., Moreno, N., Galtés, A., and Navarro, A. (2013). *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) in Spain—A Tool for Psychosocial Risk Assessment at the Workplace*. American Journal of Industrial Medicine.
- 200-Morin, E. (2008). *The Meaning of Work, Mental Health and Organizational Commitment*. Psychological Health Studies and Research Projects, Montréal, Québec.
- 201-Moita, P. (2015). *Adjustment to the Work Place by New Recruits in Libraries*. International Journal of Library and Information Studies. Vol.5 (2) Apr-Jun, 2015 ISSN: 2231-4911.
- 202-Murcia, M. (2012). *Rôle Des Facteurs Psychosociaux Au Travail Sur Les Troubles De La Santé Mentale Et Leur Contribution Dans Les Inégalités Sociales De Santé Mentale*. Médecine Humaine Et Pathologie, Université Paris Sud – Paris.
- 203-Nasiripour, A., Raeissi, P., Omrani, A., Khosravizadeh, O. & Alirezaei, S. (2015). *The Relationship between Nurses' Organizational Commitment and Services Quality*. Client-Centered Nursing Care. August 2015. Volume 1. Number 3.
- 204-Ndjaboué, R., Michel Vézina, M. & Chantal Brisson, Ch. (2012). *Effets Des Facteurs Psychosociaux Au Travail Sur La Santé Mentale*. Une Revue De Littérature Des Etudes Prospectives. *Travail Et Emploi* N° 129 • 23 •
- 205-Nasse, PH., Honoraire, M. & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la Détermination, la Mesure et Le Suivi Des Risques Psychosociaux au Travail*. Ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.
- 206-Nicola, G., & Dip, Ph. (2015). *Psychosocial Risk Factors: What are they and Why Important?* Wellnomics White Paper.
- 207-OHS Body of Knowledge. (2012). *Psychosocial Hazards and Occupational Stress*.

- 208-Okefor, C. H & and Alamina, F. E. (2018). *A Qualitative Study on Psychosocial Hazards among Health Care Workers in a Tertiary Health Facility in South-South NIGERIA*. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*. Vol. 16 No. 1, June 2018.
- 209-Oliveira, E. B, Pinel, J.S, Gonçalves, J.B.A & Diniz, D.B. (2010). Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. ¹Rio de Janeiro State University Nurse. Vol 12, No 1 (2013) Online Brazilian.
- 210-Organisation Internationale du Travail. (2016). *Stress au Travail : un Défi Collectif. Journée Mondiale de la Sécurité et de la Santé au Travail 28 Avril 2016*. Conception et Impression Par le Centre International de Formation de l'OIT, Turin Italie.
- 211-Oxford. (2002). *The South African Concise Oxford Dictionary*. Cape Town, RSA: Oxford University Press.
- 212-Pal, S. (2012). A Qualitative Inquiry into Work-Family Conflict among Indian Doctors and Nurses. *Work*, 42(2), 279-288.
- 213-Panaccio, A.J. (2009). *Trois études Sur l'engagement des employés : Une approche Multi-Formes et Multi-Cibles*. Thèse Présentée a la Faculté Des Etudes Supérieures En Vue De L'obtention Du Grade De Philosophie Doctor (Ph. D.) En Administration Spécialisation : Management Hec Montréal Affiliée A L'université De Montréal.
- 214-Parlat, L. (2008). *Étude Des Liens Entre Le Soutien Social, L'ajustement Universitaire Et La Persévérance En Première Année De Baccalauréat*. Université du Québec à Montréal en Association avec Université du Québec à Trois-Rivières. Thèse Présentée Comme Exigence Partielle du Doctorat En Éducation. Québec.
- 215-Pejtersen, J.H, Kristensen, T.S & Borg, V. & Bjorner, J.B. (2010). *The Second Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38 (Suppl 3): 8–24. National Research Centre for the Working Environment, Copenhagen, Denmark.

- 216-Petit, J., Dugué, B., & Daniellou, F. (2011). *intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques*. *Le travail humain* 74(4) :391-409 · January 2011 with 77 Reads DOI: 10.2307/41428965.
- 217-Pichon, N. (2015). *Les Risques Psychosociaux*. Ecole de Commerce de Lyon.
- 218-Pietersen, C. (2005). *Job Satisfaction of Hospital Nursing Staff*. SA Journal of Human Resource Management, 2005, 3 (2), 19-25. Department of Human Resource Management. University of Limpopo.
- 219- Plamondon, M. (2014). *Exposition Aux Risques Psychosociaux et Détresse Psychologique des Travailleurs Québécois Selon la Taille d'entreprise*. Université Laval. Québec, Canada.
- 220-Ragab, S.A, Al Torky, M. A & Ghallab, S. A. (2017). *Relationship between Performance Obstacles and Workload among Intensive Care Nurses at Assiut University Hospitals*. General Manger of Nursing at Assuit University Hospitals, Professor of Community Medicine Nursing Assuit University, Egypt. *The Malaysian Journal of Nursing* | Vol. 9 (2) October 2017.
- 221-Reghuram, M. (2014). *A Study on Occurrence of Social Anxiety Among Nursing Student And its Correlation With Professional Adjustment in Selected Institutions at Mangalore*. Nitte University Journal of Health Science, Nujhs Vol 4, No 2, June 2014, Issn 2249-7110.
- 222-Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health Ninth Session. (1984). *Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control*. Geneva, 18-24 September 1984.
- 223-Réseau des Acteurs de Prévention. (2015). *L'évaluations des Risques Professionnels, Les Risque Psychosociales*.

- 224-Rogelberg, S.G. (2007). *Encyclopedia of Organizational Psychology*. University of North Carolina Charlotte. Sage Publications. Thousand Oaks .London. New Delhi.
- 225-Ribeil, J. (2016). *La Prévention Des Risques Psychosociaux*. A L'usage Des Médecins du Travail et de Leurs Equipes. le VADE-MECUM RPS : 2ème Edition. Edito.
- 226-Richoz, P., Spori, S., L. (2014). *Les Risques Psychosociaux Au Travail : Des Défis Supplémentaires Pour Bon Nombre d'entreprises*. la Vie Economique Revue de Politique Economique 4-2014.P29.
- 227-Robert, J.M. (2010). *Charge Mentale de Travail : Définitions et Facteurs Déterminants*. École Polytechnique de Montréal. IND6406 Ergonomie Cognitive.
- 228-Rosário, S., Azevedo, L., João A. Fonseca, J.A, Nienhaus, A., Nübling, M., and José Torres da Costa, J (2013). *The Portuguese Long Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) – A Validation Study*. Journal of Occupational Medicine and Toxicology (2017) 12:24 DOI 10.1186/S12995-017-0170-9.
- 229-Ruiller, C. (2007). *Construction d'une echelle de la Perception du Soutien Social : Premiers Résultats d'une etude de Cas Sur un Centre Hospitalier*. Université de Rennes.
- 230-Ruiller, C. (2008). *Le Soutien Social au Travail : Conceptualisation, Mesure et Influence sur L'épuisement Professionnel et L'implication Organisationnelle : L'étude d'un Cas Hospitalier*. Thèse Pour l'obtention du Titre de docteur de L'université de Rennes 1.
- 231-Saad, N., F., & Abd rabou, H., M. (2016). *Organizational Trust and Commitment among Nurse Managers*. Integrata Ginecologia e obstetricia 2016 1: 103.

- 232-Sahan, C., Baydur, H., Demiral, Y. (2018). *Copenhagen psychosocial questionnaire-3(copsoq-3): turkish validation study*. Occupational and Environmental Medicine · April 2018.
- 233-Samra, J., Gilbert, M., Shain, M. & Bilsker, D (2012). *Gestion de la Charge de Travail*. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA).
- 234-Selmer, J., Charles R. & Fenner, j. (2009) Job Factors and Work Outcomes of Public Sector Expatriates. Human Resource Management Journal, Vol 19, No 1, 2009, Pages 75–90.
- 235-Chaffer and shoben (1965). *Psychology of adjustment on approach through the study of healthy- personality*.
- 236-Sharma, S. (2017). *Adjustment among Working Women in Relation to Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence And Life Satisfaction*. International Journal of Education, Issue June 2017, Vol. 8, Ugc Approved Journal (S.No.63022).
- 237-Silva, A. (2016). *What Is Leadership?*. Keiser University, Journal of Business Studies Quarterly 2016, Volume 8, Number 1. ISSN 2152-1034.
- 238-Šotić, A., Rajić, R. (2015). *The Review of the Definition of Risk*. Tehnikum Taurunum High Engineering School of Professional Studies, Belgrade-Zemun, Serbia.
- 239-Soyer, S. (2006). *La Gestion du Stress*. Service Conditions de Travail Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale d'Ille et Vilaine.
- 240 - Sperandio, J.C. (1972). *Charge de Travail et Régulation des Processus Opératoires*. Le Travail Humain, Vol. 35, No. 1 (Janvier 1972), Pp. 85-98. Presses Universitaires de France. <https://www.jstor.org/stable/40659903>.

- 241-Srivastava, S.K. (2002). *An Empirical Study of Job Satisfaction and Work Adjustment in Public Sector Personnel*. Delhi Business Review, Vol. 3, No. 2, July - December 2002.
- 242-St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. & Manseau, S. (2005). *La Difficulté de Concilier Travail-Famille : Ses Impacts Sur la Santé Physique et Mentale des Familles Québécoises*. Direction Développement des Individus et des Communautés. Institut National de Santé Publique du Québec.
- 243-Sтивен G. & Rogelberg. (2007). *Encyclopedia of Organizational Psychology*. University of North Carolina Charlotte. Sage Publications.Thousand Oaks .London. New Delhi.
- 244-Takeuchi, R., Tesluk, P.E., Yun, S., & Lepak, D.P. (2005). An Integrative View of International Experience. *Academy of Management Journal*, 48(1), 85-100.
- 245-Takeuchi, T., & Yamazaki, Y. (2010). *Relationship between Work-Family Conflict and a Sense of Coherence among Japanese Registered Nurses*. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2).
- 246-Thomas B. S., Dawis,V., George,W. E, & Lloyd, H. L . (1960). *A Definition of Work Adjustment*. University of Minnesota.
- 247-Tunc, T. & Kutanis, R.O. (2009). *Role Conflict, Role Ambiguity, and Burnout in Nurses and Physicians at a University Hospital in Turkey*. <https://doi.org/10.1111/J.1442-2018.2009.00475.X>. 158-168
- 248-*Trust in The Workplace: Build it, Break it, Mend it* November 11, 2011. <https://www.americannursetoday.com/trust-in-the-workplace-build-it-break-it-mend-it/>.
- 249- *Vademecum en matière de prévention des risques psychosociaux (RPS)*. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. République française.

- 250-Vaezi, M., Vala, M., Souri, M., Mousavi, A. & Ghavamzadeh, A. (2016). *Emotional, Social and Occupational Adjustment among Oncology Nurses*. International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research. IJHOSCR, 1 October. Volume 10, Number 4.
- 251-Vásquez, P.C., Rolo-González, R. G., Fernaud, H. E., Cabrera, D.D, Klijn, P. T., & Moreno, B. M. (2015). *Psychosocial Factors and Mental Work Load: A Reality Perceived By Nurses in Intensive Care Units* Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015 Mar.-Apr.; 23(2):22.
- 252-Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., Trudel, L. (2006). *Définir les Risques Note De Recherche : Sur la Prévention des Problèmes de Santé Mentale*. 2006/3 No 163 | Pages 32 A 38, Actes de la Recherche en Sciences Sociales.
- 253-Wade, G.H. (1999). *Professional Nurse Autonomy: Concept Analysis and Application to Nursing Education*. College of Health and Nursing Sciences, University Of Delaware, Newark, Delaware, USA. Journal Of Advanced Nursing, 1999, 30(2).
- 254-Warchol, N. (2007). *La Consultation Infirmière : Un Pas Vers L'autonomie Professionnelle*. Recherche En Soins Infirmiers N° 91 - Décembre 2007. Association De Recherche En Soins Infirmiers (ARSI).
- 255-Weerdt, C.R. (2011). *Les Contraintes de Travail et les Stratégies de Régulation Emotionnelle en Centre de Relation Clientèle*. *Le Travail Humain* 2011/4 (Vol. 74), P. 321-339.

الملاحق

ملحق رقم (1)

استبيان الأخطار النفسية الإجتماعية

من اعداد Dupret & al (2012)

في صورته الأصلية.

Les questions	Mode de réponse				
	toujours	souvent	parfois	rarement	Presque jamais
1- Prenez-vous du retard dans votre travail ?					
2- Disposez-vous d'un temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ?					
3- Travaillez-vous à une cadence élevée tout au long de la journée ?					
4- Est-il nécessaire de maintenir un rythme soutenu au travail ?					
5- Durant votre travail, devez-vous avoir l'œil sur beaucoup de choses ?					
6- Votre travail exige-t-il que vous vous souveniez de beaucoup de choses ?					
	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans Une très faible mesure
7- Au travail, êtes-vous informé(e) suffisamment à l'avance au sujet par exemple de décisions importantes, de changements ou de projets futurs ?					
8- Recevez-vous toutes les informations dont vous Avez besoin pour bien faire votre travail ?					
9- Votre travail est-il reconnu et apprécié par le management ?					
10- Êtes-vous traité(e) équitablement au travail ?					
11- Les conflits sont-ils résolus de manière équitable ?					
12- Le travail est-il réparti équitablement ?					
13- Votre travail a-t-il des objectifs clairs ?					
14- Savez-vous exactement ce que l'on attend de vous au travail ?					
15- Au travail, êtes-vous soumis(e) à des demandes contradictoires ?					

16- Devez-vous parfois faire des choses qui auraient dû être faites autrement ?					
17- Dans quelle mesure diriez-vous que votre supérieur(e) hiérarchique..... accorde une grande priorité à la satisfaction au travail ?					
18-... est compétent(e) dans la planification du travail ?					
	Toujours	souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais
19- À quelle fréquence votre supérieur(e) hiérarchique est-il(elle) disposé(e) à vous écouter au sujet de vos problèmes au travail ?					
20- À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur(e) hiérarchique ?					
	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
21- Le management fait-il confiance aux salariés quant à leur capacité à bien faire leur travail ?					
22- Pouvez-vous faire confiance aux informations venant du management ?					
23- Y a-t-il une bonne coopération entre les collègues au travail ?					
24- Dans l'ensemble, les salariés se font-ils confiance entre eux ?					
	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
25- À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de vos collègues ?					
26- À quelle fréquence vos collègues se montrent-ils à l'écoute de vos problèmes au travail ?					

	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
27- Avez-vous une grande marge de manœuvre dans votre travail ?					
28- Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ?					
29- Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ?					
30- Votre travail vous donne-t-il la possibilité d'apprendre des choses nouvelles ?					
	Très bonne	Très souvent	Parfois	Très peu souvent	Jamais
31- En général, diriez-vous que votre santé est:					
32- À quelle fréquence avez-vous été irritable ?					
33- À quelle fréquence avez-vous été stressé(e) ?					
34- À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) à bout de force ?					
35- À quelle fréquence avez-vous été émotionnellement épuisé(e) ?					
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais
36- Votre travail vous place-t-il dans des situations déstabilisantes sur le plan émotionnel ?					
37- Votre travail est-il éprouvant sur le plan émotionnel ?					
	Oui, certainement	Oui, jusqu'à un certain point	Oui, mais juste un peu	Non, pas du tout	
38- Sentez-vous que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?					

39- Sentez-vous que votre travail vous prend tellement de temps que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?					
	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
40- Êtes-vous inquiet (ête) à l'idée de perdre votre emploi ?					
41- Craignez-vous d'être muté(e) à un autre poste de travail contre votre volonté ?					
42- Votre travail a-t-il du sens pour vous ?					
43- Avez-vous le sentiment que le travail que vous faites est important ?					
44- Recommanderiez-vous à un ami proche de postuler sur un emploi dans votre entreprise ?					
45- Pensez-vous que votre entreprise est d'une grande importance pour vous ?					
	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	
46- À quel point êtes-vous satisfait(e) de votre travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects ?					

ملحق رقم (2)

استبيان الأخطار النفسية الاجتماعية في صورته المترجمة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

سيدي (ة) المحترم (ة)، نحن بصدد تحضير أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم بعنوان " علاقة الاخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين " .

وعلى هذا الأساس يشرفنا أن نضع تحت أيديكم هذا الاستبيان والذي نرجوا منكم أن تطلعوا على أسئلته ثم اختيار إجاباتكم على الأسئلة.

نحيطكم علماً أن البيانات التي سنتحصل عليها من هذا الاستبيان ستستخدم لأغراض علمية بحثية نهدف من خلالها تحسين بيئة العمل التمريضية.

ملاحظة: نرجوا منكم الإجابة على أسئلة المقياس بوضع علامة (X) أمام الإجابة التي تبدو مناسبة لكم.

البيانات العامة

ضعوا علامة (X) أمام الاجابة المناسب لكم

الجنس: ذكر أنثى

الحالة العائلية: أعزب متزوج مطلق أرمل

-السن:

-الأقدمية:

-اسم المصلحة التي تعمل فيها:

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	خيارات الإجابة الأسئلة
					1- هل تتأخر في عملك؟
					2- هل لديك الوقت الكاف لإنجاز مهامك المهنية؟
					3 - هل تعمل في وتيرة مرتفعة طوال اليوم؟
					4 - هل من الضروري الحفاظ على وتيرة مرتفعة في العمل
					5 - هل توجه نظرك على أشياء كثيرة أثناء القيام بعملك
					6- هل يتطلب منك عملك أن تتذكر أشياء كثيرة؟
إلى حد كبير جدا	إلى حد ضعيف	تقريبا	إلى حد كبير	إلى حد كبير جدا	
					7- هل انت على إطلاع مسبقا حول موضوع مثلا قرار مهم، للتغيير او مشروع مستقبل؟
					8- هل تتلقى كل المعلومات التي تحتاجها لإنجاز عملك على أحسن وجه؟
					9- هل عملك معترف به ومقدر من طرف الإدارة؟
					10- هل تعامل بإنصاف في عملك؟
					11- هل يتم حل الصراعات بطريقة عادلة؟
					12- هل يتم تقسيم العمل بعدل؟
					13- هل لعملك اهداف واضحة؟
					14- هل تعلم بدقة ما ينتظر منك في العمل؟
					15- هل تقدم لك طلبات متناقضة في العمل ؟
					16- هل وجب عليك احيانا القيام بأشياء كان من الأجدد القيام بها بشكل مختلف؟

					17- إلى أي حدّ يمكن القول أن المسؤول عليك في العمل يعطي أولوية كبيرة للرضا عن العمل ؟
					18- إلى أي حد يمكن القول انه كفاً في تخطيط العمل؟
ابدأ	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	
					19- إلى أي قدر يبدي مسؤولك في العمل استعداداه للايك حول مشاكلك في العمل؟
					20- كم من مرة تتلقى الاعانة والدعم من قبل المسؤول العمل؟
الى حد ضعيف جدا	الى حد ضعيف	تقريباً	الى حد كبير	الى حد حد كبير جدا	
					21- هل تمنح الادارة الثقة لموظفيها فيما يخص قدرتهم فإنجاز العمل على أحسن وجه؟
					22- هل تثق في المعلومات التي تصدر عن الإدارة؟
					23- هل يوجد تعاون جيد ما بين الزملاء في العمل؟
					24- بشكل عام هل يثق الموظفون ببعضهم البعض؟
ابدأ	نادر	أحياناً	غالباً	دائماً	
					25- كم من مرة تتلقى المساعدة والدعم من طرف الزملاء؟
					26- كم من مرة يظهر زملاءك إستعداد لسماع مشاكلك العمل؟

الى حد ضعيف جدا	الى حد ضعيف	تقريبا	الى حد كبير	الى حد حد كبير جدا	
					27- هل لديك مجال كبير للتدخل في عملك؟
					28- هل يمكن لك التدخل في كمية العمل الموكلة اليك؟
					29- هل يتطلب منك عملك اتخاذ مبادرات؟
					30- هل يمنح لك عملك إمكانية تعلم أشياء جديدة؟
سيئة	بالأحرى سيئة	متوسطة	جيدة	ممتازة	
					31- بصفة عامة هل نقول أن صحتك:
ابدا	غالبا قليلا	احيانا	غالبا جدا	طوال الوقت	
					32- كم مرة تعرضت للإثارة؟
					33- كم مرة تعرضت للضغط؟
					34- كم مرة شعرت أنك منهك القوى؟
					35- كم مرة شعرت أنك منهك إنفعاليا؟
ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما	
					36- هل يضعك عملك في حالات عدم الإستقرار عاطفيا
					37- هل تعتبر عملك شاق من الناحية الانفعالية؟
	لا على الإطلاق	نعم لكن قليلا	إلى حد ما	نعم عموما	
					38- هل تشعر بأن عملك يستنفذ طاقتك وانه يؤثر سلبا حياتك الشخصية؟
					39- هل تشعر بأن عملك يأخذ منك الكثير من الوقت لدرجة انه يؤثر سلبا على حياتك الشخصية؟

الى حد ضعيف جدا	الى حد ضعيف	تقريبا	الى حد كبير	الى حد حد كبير جدا	
					40- هل أنت قلق من فكرة فقدان عملك؟
					41- هل أنت خائف من تحويلك الى مركز عمل اخر رغما عن ارادتك؟
					42- هل للعمل الذي تقوم به معنى؟
					43 - هل لديك إحساس بأن العمل الذي تقوم به عملا مهما ؟
					44- هل تتصح صديق مقرب بالترشح للتوظيف في مؤسستك؟
					45- هل تفكر بأن مؤسستك لها أهمية كبيرة بالنسبة لك؟
	غير راض على الإطلاق	غير راض	راض	راض جدا	
					46- إلى أي حد أنت راض عن عملك بشكله العام مع الأخذ بعين الاعتبار كل جوانبه؟

ملحق رقم (3)
استبيان التوافق المهني في صورته النهائية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

سيدي (ة) المحترم (ة)، نحن بصدد تحضير أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم بعنوان " علاقة الاخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين". وعلى هذا الأساس يشرفنا أن نضع تحت أيديكم هذا الاستبيان والذي نرجوا منكم أن تطلعوا على أسئلته ثم اختيار إجاباتكم على الأسئلة.

نحيطكم علماً أن البيانات التي سنتحصل عليها من هذا الاستبيان ستستخدم لأغراض علمية بحتة نهدف من خلالها تحسين بيئة العمل التمريضية.

ملاحظة: نرجوا منكم الإجابة على أسئلة المقياس بوضع علامة (X) أمام الإجابة التي تبدو مناسبة لكم.

البيانات العامة

ضعوا علامة (X) أمام الاجابة المناسب لكم

الجنس: ذكر أنثى

الحالة العائلية: عزب متزوج مطلق ارمل

-السن:

-الأقدمية:

-اسم المصلحة التي تعمل فيها:

غير موافق على الإطلاق	غير موافق	موافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة	الاسئلة	الرقم
					أشعر بالاختناق لسوء التهوية في بعض قاعات العلاج.	1
					أعتقد أن ظروف عملي غير ملائمة من حيث الضوضاء.	2
					أعتقد أن ظروف عملي ملائمة من حيث الاضاءة.	3
					أعتقد أن نظام الساعات الإضافية واضح ومناسب.	4
					اعتقد ان عدد ساعات الدوام الرسمي التي يتطلبها مني العمل تناسبني.	5
					بيئة المستشفى الذي أعمل فيه مرتبة ونظيفة.	6
					اعتقد ان كل الظروف متوفرة لتفادي خطر نقل العدوى من المرضى.	7
					لا أشعر بوجود مهام محددة لكل ممرض، فأني ممرض يقوم بعدة مهام.	8
					أعتقد أن الاجر الذي اتقاضاه يكفي لمتطلبات المعيشة.	9
					أعتقد أنه يوجد نظام فعال لضبط الاجور حسب المؤهل في مؤسستنا.	10
					احصل على راتبي بانتظام.	11
					أعتقد بأن الاجر الذي اتقاضاه يحقق لي الرفاهية.	12
					اعتقد أن الاجر الذي اتقاضاه يتناسب مع طبيعة العمل الذي أقوم به.	13
					لا يكفي الاجر الذي اتقاضاه من عملي الحالي ولا بد من أن أجد مصدر آخر للرزق.	14

					15	يحق لي الاجر الذي اتقاضاه مكانة اجتماعية جيدة.
					16	يزعجني نقص اجري بسبب غياباتي عن العمل
					17	أحصل على تقدير مقابل الإبداع في العمل.
					18	تتم الترقية في المؤسسة التي اعمل فيها على اساس المعارف الشخصية
					19	أفضل أن تكون الترقية على أساس الكفاءة لا على أساس طول فترة الخدمة.
					20	أرى أن معايير الترقية في العمل واضحة للجميع.
					21	تعمل المؤسسة على ترقيتك لخدمة مصالحها.
					22	اعتقد ان فرص الترقية واضحة
					23	منحي ترقية يكوف لي حافز في زيادة مجهوداتي ومستوى ادائي
					24	تحدد الترقية مساري المهني في المؤسسة
					25	يتبادلوا الممرضون المعلومات فيما بينهم المعلومات.
					26	أؤكد على وجود تنسيق في العمل بين الممرضين والاطباء في المستشفى.
					27	يتعاون معي زملائي في حل المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء العمل.
					28	اعاني من خلافات مع زملائي في العمل
					29	اعتقد ان الدعم من طرف الزملاء يساهم في سهولة انجاز العمل
					30	اشعر بالانتماء الى جماعة العمل في المؤسسة الاستشفائية التي اعمل فيها.
					31	أعتقد أن زملائي في العمل يعترفون لما ابذله من مجهودات في العمل.

					32	بضايفتي إهمال بعض زملائي في تادية مهامهم.
					33	اعتقد ان الممرضون يتعاملون مع بعضهم البعض على أساس الثقة المتبادلة
					34	اجد كل الدعم على انجازاتي من طرف المسؤولين.
					35	أشعر أن المسؤولين يحترمون اقتراحاتي المهنية.
					36	أعتقد أن المسؤولين يتعاملون معي بموضوعية
					37	اشعر بالضيق من النقد الذي يوجهه لي المسؤولين.
					38	اشعر بانعدام المساواة في المعاملة من طرف المسؤولين.
					39	أرى أن طريقة معالجة رئيسي المباشر لمشاكل العمل جيدة.
					40	يهتم المسئولون بقراءة الشكاوي التي نقدمها لها
					41	يقدر المسئول ما اقوم به من خدمات إضافية.
					42	أرى أن المستشفى توفر لي دورات تدريبية لزيادة المعرفة التمريضية.
					43	لدي دافعية للاضطلاع على كل ما هو جديد في الصحة والتمريض.
					44	اشترك بفعالية في الدورات التدريبية المنظمة من طرف المستشفى.
					45	أعتقد أن وسائل الاتصال الحديثة (الانترنت) متوفرة في المستشفى.
					46	اعتقد أن الممرضون يتبادلون الخبرات في المستشفى ومع المستشفيات الأخرى.
					47	أرى أن الفرصة متاحة للمرضين في إكمال دراستهم.
					48	أعتقد أن الممرضين يشاركون في انجاز البحوث العلمية.

					أعتقد أن أجهزة الحاسوب لتخزين المعلومات المتصلة بعملية متوفرة.	49
					انتقل نقلي من مصلحة الى اخرى في نفس المستشفى.	50
					أشعر بالاستقرار النفسي في العمل.	51
					أشعر أن اختياري لهذا العمل أكبر خطأ ارتكبته في حياتي.	52
					أعتقد أن المجتمع يحترم المهنة التي أعمل بها "التمريض".	53
					أعتقد أن وظيفتي تحقق لي طموحاتي الشخصية.	54
					أرى أن عملي يؤمن لي مكانة اجتماعية جيدة.	55
					لا انتقل نقلي من مستشفى لآخر بسبب الخلافات الشخصية في العمل	56

ملحق رقم (4) صدق وثبات استبيان

الأخطار النفسية الاجتماعية على البيئة الجزائرية.

- الصدق بطريقة الإتساق الداخلي.
- ارتباط درجات بنود البعد الأول الارغامات الكمية بالسلم الذي تنتمي اليه.

Corrélations

		q1	charge
q1	Corrélation de Pearson	1	,864**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
charge	Corrélation de Pearson	,864**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q2	charge
q2	Corrélacion de Pearson	1	,841**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
charge	Corrélacion de Pearson	,841**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q3	rythme
q3	Corrélacion de Pearson	1	,880**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
rythme	Corrélacion de Pearson	,880**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		rythme	q4
rythme	Corrélation de Pearson	1	,890**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q4	Corrélation de Pearson	,890**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		exigences	q5
exigences	Corrélation de Pearson	1	,897**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q5	Corrélation de Pearson	,897**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		exigences	q6
exigences	Corrélation de Pearson	1	,848**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q6	Corrélation de Pearson	,848**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط درجات بنود بعد التنظيم
والقيادة بالسلم الذي تنتمي اليه.

Corrélations

		q7	A
q7	Corrélation de Pearson	1	,815**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
a	Corrélation de Pearson	,815**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		a	q8
a	Corrélation de Pearson	1	,848**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q8	Corrélation de Pearson	,848**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q9	b
q9	Corrélation de Pearson	1	,887**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
b	Corrélation de Pearson	,887**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		b	q10
b	Corrélation de Pearson	1	,866**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q10	Corrélation de Pearson	,866**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q11	c
q11	Corrélation de Pearson	1	,879**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
c	Corrélation de Pearson	,879**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		c	q12
c	Corrélation de Pearson	1	,896**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q12	Corrélation de Pearson	,896**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		d	q13
d	Corrélation de Pearson	1	,875**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q13	Corrélation de Pearson	,875**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		d	q14
d	Corrélation de Pearson	1	,917**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q14	Corrélation de Pearson	,917**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		e	q15
e	Corrélation de Pearson	1	,849**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q15	Corrélation de Pearson	,849**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		e	q16
e	Corrélation de Pearson	1	,843**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q16	Corrélation de Pearson	,843**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		f	q17
f	Corrélation de Pearson	1	,850**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q17	Corrélation de Pearson	,850**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		f	q18
f	Corrélation de Pearson	1	,867**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q18	Corrélation de Pearson	,867**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		g	q19
g	Corrélation de Pearson	1	,892**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q19	Corrélation de Pearson	,892**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		g	q20
g	Corrélation de Pearson	1	,915**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q20	Corrélation de Pearson	,915**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود البعد الثالث المتمثل في العلاقات الأفقية بالسلم الذي تنتمي إليه.

Corrélations

		q21	g
q21	Corrélation de Pearson	1	,892**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
g	Corrélation de Pearson	,892**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		g	q22
g	Corrélation de Pearson	1	,884**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q22	Corrélation de Pearson	,884**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		aa	q23
aa	Corrélation de Pearson	1	,850**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q23	Corrélation de Pearson	,850**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q24	aa
q24	Corrélation de Pearson	1	,846**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
aa	Corrélation de Pearson	,846**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q25	bb
q25	Corrélation de Pearson	1	,898**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
bb	Corrélation de Pearson	,898**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		bb	q26
bb	Corrélation de Pearson	1	,846**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q26	Corrélation de Pearson	,846**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط درجات بنود بعد الإستقلالية بالسلم الذي تنتمي اليه.

Corrélations

		q27	mar
q27	Corrélation de Pearson	1	,761**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
mar	Corrélation de Pearson	,761**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		mar	q28
mar	Corrélation de Pearson	1	,827**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q28	Corrélation de Pearson	,827**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		epan	q29
epan	Corrélation de Pearson	1	,844**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q29	Corrélation de Pearson	,844**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		epan	q30
epan	Corrélation de Pearson	1	,827**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q30	Corrélation de Pearson	,827**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط درجات بنود الصحة والرفاهية بالدرجة الكلية للسلم الذي تنتمي إليه.

Corrélations

		q32	stress
q32	Corrélation de Pearson	1	,807**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
stress	Corrélation de Pearson	,807**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		stress	q33
stress	Corrélation de Pearson	1	,857**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q33	Corrélation de Pearson	,857**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		epuisement	q34
epuisement	Corrélation de Pearson	1	,868**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q34	Corrélation de Pearson	,868**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		epuisement	q35
epuisement	Corrélation de Pearson	1	,895**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q35	Corrélation de Pearson	,895**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		emotionnelles	q36
emotionnelles	Corrélation de Pearson	1	,817**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q36	Corrélation de Pearson	,817**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		emotionnelles	q37
emotionnelles	Corrélation de Pearson	1	,904**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q37	Corrélation de Pearson	,904**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		q38	conflit
q38	Corrélation de Pearson	1	,835**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
conflit	Corrélation de Pearson	,835**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		conflit	q39
conflit	Corrélation de Pearson	1	,910**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q39	Corrélation de Pearson	,910**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		insécurité	q40
insécurité	Corrélation de Pearson	1	,883**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q40	Corrélation de Pearson	,883**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		insécurité	q41
insécurité	Corrélation de Pearson	1	,912**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q41	Corrélation de Pearson	,912**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		sens	q42
sens	Corrélation de Pearson	1	,880**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q42	Corrélation de Pearson	,880**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		sens	q43
sens	Corrélation de Pearson	1	,856**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q43	Corrélation de Pearson	,856**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		engagement	q44
engagement	Corrélation de Pearson	1	,850**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q44	Corrélation de Pearson	,850**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		engagement	q45
engagement	Corrélation de Pearson	1	,867**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q45	Corrélation de Pearson	,867**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم عبء العمل بالدرجة الكلية لبعء الارغامات الكمية.

Corrélations

		charge	contraintes
charge	Corrélation de Pearson	1	,318*
	Sig. (bilatérale)		,025
	N	50	50
contraintes	Corrélation de Pearson	,318*	1
	Sig. (bilatérale)	,025	
	N	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		contraintes	rythme
contraintes	Corrélation de Pearson	1	,894**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
rythme	Corrélation de Pearson	,894**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم وتيرة العمل بالدرجة الكلية لبعء الارغامات

الكمية.

		contraintes	rythme
contraintes	Corrélation de Pearson	1	,894**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
rythme	Corrélation de Pearson	,894**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم المتطلبات المعرفية بالدرجة الكلية لبعء الارغامات الكمية.

		contraintes	exigences
contraintes	Corrélation de Pearson	1	,803**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
exigences	Corrélation de Pearson	,803**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم التنبؤ بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة

		a	Organisation
a	Corrélation de Pearson	1	,280*
	Sig. (bilatérale)		,049
	N	50	50
organisation	Corrélation de Pearson	,280*	1
	Sig. (bilatérale)	,049	
	N	50	50

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الإعتراف بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations			
		organisation	B
organisation	Corrélation de Pearson	1	,459**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
b	Corrélation de Pearson	,459**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم العدل بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations			
		organisation	C
organisation	Corrélation de Pearson	1	,895**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
c	Corrélation de Pearson	,895**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم وضوح الأدوار بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations			
		organisation	D
organisation	Corrélation de Pearson	1	,927**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
d	Corrélation de Pearson	,927**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم صراع الأدوار بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations

		Organisation	E
organisation	Corrélation de Pearson	1	,579**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
e	Corrélation de Pearson	,579**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations

		organisation	F
organisation	Corrélation de Pearson	1	,513**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
f	Corrélation de Pearson	,513**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations

		organisation	G
organisation	Corrélation de Pearson	1	,922**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
g	Corrélation de Pearson	,922**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الثقة من طرف المسؤول الهرمي بالدرجة الكلية لبعء التنظيم والقيادة.

Corrélations			
		organisation	H
organisation	Corrélation de Pearson	1	,927**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
h	Corrélation de Pearson	,927**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الثقة ما بين الزملاء بالدرجة الكلية لبعء العلاقات الأفقية.

Corrélations			
		aa	Relation
aa	Corrélation de Pearson	1	,993**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
relation	Corrélation de Pearson	,993**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الدعم الاجتماعي ما بين الزملاء بالدرجة الكلية لبعء العلاقات الأفقية.

Corrélations			
		relation	Bb
relation	Corrélation de Pearson	1	,992**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
bb	Corrélation de Pearson	,992**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم مجال التدخل بالدرجة الكلية لبعء الإستقلالية.

Corrélations

		mar	autonomie
mar	Corrélation de Pearson	1	,951**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
autonomie	Corrélation de Pearson	,951**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم إمكانية التطور بالدرجة الكلية لبعء الإستقلالية.

Corrélations

		autonomie	Epan
autonomie	Corrélation de Pearson	1	,951**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
epan	Corrélation de Pearson	,951**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الضغط بالدرجة الكلية لبعء الصحة والرفاهية.

Corrélations

		tsanté	stress
tsanté	Corrélation de Pearson	1	,930**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
stress	Corrélation de Pearson	,930**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الاحتراق بالدرجة الكلية لبعء الصحة والرفاهية.

Corrélations

		tsanté	Epuisement
tsanté	Corrélation de Pearson	1	,852**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
epuisement	Corrélation de Pearson	,852**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم المتطلبات الإنفعالية بالدرجة الكلية لبعء الصحة والرفاهية.

Corrélations

		tsanté	Emotionnelles
tsanté	Corrélation de Pearson	1	,915**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
emotionnelles	Corrélation de Pearson	,915**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم صراع اسرة/ عمل بالدرجة الكلية لبعء الصحة والرفاهية.

Corrélations

		tsanté	Conflit
tsanté	Corrélation de Pearson	1	,910**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
conflit	Corrélation de Pearson	,910**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم انعدام الأمن المهني بالدرجة الكلية لبعء الصحة والرفاهية.

Corrélations

		tsanté	insécurité
tsanté	Corrélation de Pearson	1	,963**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
insécurité	Corrélation de Pearson	,963**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم معنى العمل بالدرجة الكلية لبعء المعاش المهني.

Corrélations

		vecu	Sens
vecu	Corrélation de Pearson	1	,819**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
sens	Corrélation de Pearson	,819**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الالتزام التنظيمي بالدرجة الكلية لبعء المعاش المهني.

Corrélations

		vecu	Engagement
Vecu	Corrélation de Pearson	1	,630**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
Engagement	Corrélation de Pearson	,630**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية لسلم الرضا في العمل الكلية لبعء المعاش المهني.

Corrélations

		Vecu	q46
vecu	Corrélacion de Pearson	1	,382**
	Sig. (bilatérale)		,006
	N	50	50
q46	Corrélacion de Pearson	,382**	1
	Sig. (bilatérale)	,006	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط الدرجة الكلية للأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان.

Corrélations

		y	contraintes	organisation	relation	autonomie	tsanté	Vecu
y	Corrélation de Pearson	1	,751**	,856**	,572**	,290*	,643**	-,174
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,003	,000	,226
	N	50	50	50	50	50	50	50
contraintes	Corrélation de Pearson	,751**	1	,483**	,335**	,471**	,853**	,204
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,176	,001	,000	,156
	N	50	50	50	50	50	50	50
organisation	Corrélation de Pearson	,856**	,483**	1	,422**	,319*	,317*	,402**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,002	,045	,025	,004
	N	50	50	50	50	50	50	50
relation	Corrélation de Pearson	,572**	,335**	,422**	1	,833**	,501**	,325*
	Sig. (bilatérale)	,000	,176	,002		,000	,000	,021
	N	50	50	50	50	50	50	50
autonomie	Corrélation de Pearson	,290*	,471**	,319*	,833**	1	-,301*	,411**
	Sig. (bilatérale)	,003	,001	,045	,000		,034	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50
tsanté	Corrélation de Pearson	,643**	,853**	,317*	,501**	-,301*	1	,302*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,025	,000	,034		,033
	N	50	50	50	50	50	50	50
vecu	Corrélation de Pearson	,563**	,623**	,402**	,325*	,411**	,302*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,004	,021	,000	,033	
	N	50	50	50	50	50	50	50

ثانياً - الثبات:

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

Corrélations

		negatives	positives
negatives	Corrélacion de Pearson	1	,815**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
positives	Corrélacion de Pearson	,815**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

			negatives	positives
Rho de Spearman	negatives	Coefficient de corrélacion	1,000	,784**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	50	50
	positives	Coefficient de corrélacion	,784**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- الثبات بطريقة الفا كرومباخ.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,739	6

ملحق رقم (5) نتائج صدق وثبات استبيان التوافق المهني.

أولاً: الصدق بطريقة الإتساق الداخلي.

-ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث ظروف العمل بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		q1	y1
q1	Corrélation de Pearson	1	,708**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
y1	Corrélation de Pearson	,708**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q2
y1	Corrélation de Pearson	1	,757**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q2	Corrélation de Pearson	,757**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q3
y1	Corrélation de Pearson	1	,316*
	Sig. (bilatérale)		,026
	N	50	50
q3	Corrélation de Pearson	,316*	1
	Sig. (bilatérale)	,026	
	N	50	50

* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q4
y1	Corrélation de Pearson	1	,472**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
q4	Corrélation de Pearson	,472**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q5
y1	Corrélation de Pearson	1	,597**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q5	Corrélation de Pearson	,597**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q6
y1	Corrélation de Pearson	1	,281*
	Sig. (bilatérale)		,048
	N	50	50
q6	Corrélation de Pearson	,281*	1
	Sig. (bilatérale)	,048	
	N	50	50

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q7
y1	Corrélation de Pearson	1	,544**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q7	Corrélation de Pearson	,544**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y1	q8
y1	Corrélation de Pearson	1	,597**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q8	Corrélation de Pearson	,597**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث الأجر بالدرجة الكلية لهذا البعد .

Corrélations

		y2	q9
y2	Corrélation de Pearson	1	,594**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q9	Corrélation de Pearson	,594**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q10
y2	Corrélation de Pearson	1	,788**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q10	Corrélation de Pearson	,788**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q11
y2	Corrélation de Pearson	1	,307*
	Sig. (bilatérale)		,030
	N	50	50
q11	Corrélation de Pearson	,307*	1
	Sig. (bilatérale)	,030	
	N	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q12
y2	Corrélation de Pearson	1	,495**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q12	Corrélation de Pearson	,495**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q13
y2	Corrélation de Pearson	1	,469**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
q13	Corrélation de Pearson	,469**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q14
y2	Corrélation de Pearson	1	,292*
	Sig. (bilatérale)		,039
	N	50	50
q14	Corrélation de Pearson	,292*	1
	Sig. (bilatérale)	,039	
	N	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q15
y2	Corrélation de Pearson	1	,455**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
q15	Corrélation de Pearson	,455**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y2	q16
y2	Corrélation de Pearson	1	,572**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q16	Corrélation de Pearson	,572**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث الترقية بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		y3	q17
y3	Corrélation de Pearson	1	,722**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q17	Corrélation de Pearson	,722**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q18
y3	Corrélation de Pearson	1	,857**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q18	Corrélation de Pearson	,857**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q19
y3	Corrélation de Pearson	1	,299*
	Sig. (bilatérale)		,035
	N	50	50
q19	Corrélation de Pearson	,299*	1
	Sig. (bilatérale)	,035	
	N	50	50

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q20
y3	Corrélation de Pearson	1	,534**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q20	Corrélation de Pearson	,534**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q21
y3	Corrélation de Pearson	1	,593**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q21	Corrélation de Pearson	,593**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q22
y3	Corrélation de Pearson	1	,299*
	Sig. (bilatérale)		,035
	N	50	50
q22	Corrélation de Pearson	,299*	1
	Sig. (bilatérale)	,035	
	N	50	50

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q23
y3	Corrélation de Pearson	1	,534**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q23	Corrélation de Pearson	,534**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y3	q24
y3	Corrélation de Pearson	1	,593**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q24	Corrélation de Pearson	,593**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث العلاقة مع زملاء العمل بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		y4	q25
y4	Corrélation de Pearson	1	,559**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q25	Corrélation de Pearson	,559**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q26
y4	Corrélation de Pearson	1	,658**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q26	Corrélation de Pearson	,658**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q27
y4	Corrélation de Pearson	1	,592**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q27	Corrélation de Pearson	,592**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q28
y4	Corrélation de Pearson	1	,650**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q28	Corrélation de Pearson	,650**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q29
y4	Corrélation de Pearson	1	,536**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q29	Corrélation de Pearson	,536**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q31
y4	Corrélation de Pearson	1	,548**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q31	Corrélation de Pearson	,548**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y4	q32
y4	Corrélation de Pearson	1	,290*
	Sig. (bilatérale)		,041
	N	50	50
q32	Corrélation de Pearson	,290*	1
	Sig. (bilatérale)	,041	
	N	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث العلاقة مع المسؤولين بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		y5	q33
y5	Corrélation de Pearson	1	,861**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q33	Corrélation de Pearson	,861**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q34
y5	Corrélation de Pearson	1	,465**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
q34	Corrélation de Pearson	,465**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q35
y5	Corrélation de Pearson	1	,830**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q35	Corrélation de Pearson	,830**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q36
y5	Corrélation de Pearson	1	,832**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q36	Corrélation de Pearson	,832**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q37
y5	Corrélation de Pearson	1	,391**
	Sig. (bilatérale)		,005
	N	50	50
q37	Corrélation de Pearson	,391**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q38
y5	Corrélation de Pearson	1	,892**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q38	Corrélation de Pearson	,892**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q39
y5	Corrélation de Pearson	1	,654**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q39	Corrélation de Pearson	,654**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y5	q40
y5	Corrélation de Pearson	1	,855**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q40	Corrélation de Pearson	,855**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث التطور المهني بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		y6	q41
y6	Corrélation de Pearson	1	,364**
	Sig. (bilatérale)		,009
	N	50	50
q41	Corrélation de Pearson	,364**	1
	Sig. (bilatérale)	,009	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q42
y6	Corrélation de Pearson	1	,747**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q42	Corrélation de Pearson	,747**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q43
y6	Corrélation de Pearson	1	,734**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q43	Corrélation de Pearson	,734**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q44
y6	Corrélation de Pearson	1	,551**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q44	Corrélation de Pearson	,551**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q45
y6	Corrélation de Pearson	1	,386**
	Sig. (bilatérale)		,006
	N	50	50
q45	Corrélation de Pearson	,386**	1
	Sig. (bilatérale)	,006	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q46
y6	Corrélation de Pearson	1	,623**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q46	Corrélation de Pearson	,623**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q47
y6	Corrélation de Pearson	1	,707**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q47	Corrélation de Pearson	,707**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y6	q48
y6	Corrélation de Pearson	1	,640**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q48	Corrélation de Pearson	,640**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

- ارتباط درجات بنود بعد التوافق من حيث الاستقرار في العمل بالدرجة الكلية لهذا البعد.

Corrélations

		y7	q49
y7	Corrélation de Pearson	1	,655**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q49	Corrélation de Pearson	,655**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q50
y7	Corrélation de Pearson	1	,671**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q50	Corrélation de Pearson	,671**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q51
y7	Corrélation de Pearson	1	,622**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q51	Corrélation de Pearson	,622**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q52
y7	Corrélation de Pearson	1	,827**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q52	Corrélation de Pearson	,827**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q53
y7	Corrélation de Pearson	1	,668**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q53	Corrélation de Pearson	,668**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q54
y7	Corrélation de Pearson	1	,711**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q54	Corrélation de Pearson	,711**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q55
y7	Corrélation de Pearson	1	,875**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
q55	Corrélation de Pearson	,875**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		y7	q56
y7	Corrélation de Pearson	1	,469**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	50	50
q56	Corrélation de Pearson	,469**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ثانيا:

1- الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

Corrélations

		negative	positive
negative	Corrélacion de Pearson	1	,817**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
positive	Corrélacion de Pearson	,817**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

			negative	positive
Rho de Spearman	negative	Coefficient de corrélacion	1,000	,829**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	50	50
	positive	Coefficient de corrélacion	,829**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	50	50

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

2-الثبات بطريقة الفا كرمباخ.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,863	7

ملحق رقم (6)

النتائج المتحصل عليها بالتحليل الإحصائي spss version 19 لإختبار فرضيات الدراسة.

- نتائج اختبار الفرضية الأولى: يعاني الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو من الاخطار النفسية الاجتماعية بدرجة مرتفعة.

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
x	320	120,5469	11,07813	,61929

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 92					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
x	46,096	319	,000	28,54688	27,3285	29,7653

-نتائج اختبار الفرضية الثانية: يحقق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو توافق مهني بدرجة منخفضة.

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
y	320	115,2906	9,70989	,54280

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 186					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
y	-130,268	319	,000	-70,70938	-71,7773	-69,6415

-نتائج اختبار الفرضية العامة: توجد علاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والتوافق المهني لدى الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

Corrélations

Corrélations

		x	y
x	Corrélacion de Pearson	1	-,792**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
y	Corrélacion de Pearson	-,792**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-نتائج اختبار الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة بين الإرغامات الكمية والتوافق المهني لدى

المرضى العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

Corrélations

		y	x1
y	Corrélacion de Pearson	1	-,681**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x1	Corrélacion de Pearson	-,681**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-نتائج اختبار الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة بين التنظيم والقيادة والتوافق المهني لدى

المرضى العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

Corrélations

		y	x2
y	Corrélacion de Pearson	1	-,790**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x2	Corrélacion de Pearson	-,790**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-نتائج اختبار الفرضية الجزئية الثالثة: توجد علاقة بين العلاقات الأفقية والتوافق المهني لدى
المرضى العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو

		y	x3
y	Corrélation de Pearson	1	-,414**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x3	Corrélation de Pearson	-,414**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-نتائج اختبار الفرضية الجزئية الرابعة: توجد علاقة بين الإستقلالية والتوافق المهني لدى المرضى
العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

		Y	x4
y	Corrélation de Pearson	1	-,706**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x4	Corrélation de Pearson	-,706**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-نتائج اختبار الفرضية الجزئية الخامسة: توجد علاقة بين الصحة والرفاهية والتوافق المهني لدى الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

		y	x5
y	Corrélacion de Pearson	1	-,621**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x5	Corrélacion de Pearson	-,621**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

-اختبار الفرضية الجزئية السادسة: توجد علاقة بين المعاش المهني والتوافق المهني لدى الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

		y	x6
y	Corrélacion de Pearson	1	-,360**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	320	320
x6	Corrélacion de Pearson	-,360**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	320	320

** La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).