

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية



قسم علم النفس



جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالاحترق
النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير
محمد بولاية تيزي وزو

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل-م-د في علم النفس العمل والتنظيم

تحت إشراف:

أ.د. الأحسن حمزة

من إعداد:

بوقزولة حسين

أعضاء اللجنة المناقشة

رئيسا	جامعة مولود معمري تيزي - وزو	أستاذ التعليم العالي	أ.د. خلفان رشيد
مقررا	جامعة مولود معمري تيزي - وزو	أستاذ التعليم العالي	أ.د. الأحسن حمزة
مناقشا	جامعة مولود معمري تيزي - وزو	أستاذ محاضر -أ-	د. حمر العين عبد الرزاق
مناقشا	جامعة مولود معمري تيزي - وزو	أستاذ محاضر -أ-	د. علوزوهير
مناقشا	جامعة أبو القاسم سعد الله - الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بوعمامة اسماعيل
مناقشا	جامعة لونيبي علي -البليدة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. عيلان زكرياء

السنة الجامعية: 2024/2023

كلمة شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعانني فبلغت، ووفقني فأنجزت، له كل الحمد من قبل و من بعد، و بدأ وفي الختام، أما بعد...

فقد شرفت على إنهاء هذا العمل المتواضع و ما كان لهذا العمل أن يتم إلا بفضل الله وتوفيقه وفضل أصحاب الفضل الذين لهم أدين، وكنت بهم بعد الله أستعين.

فمن هذا المقام أتقدم بخالص شكري وتقديري وامتناني إلى الأستاذ الدكتور الأحسن حمزة الذي أشرف على إنجاز هذه الأطروحة، وغمرني بفيض علمه، وكثر نصحه، وحسن معاملته، والذي تعلمت منه الكثير ولا زلت، فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر والتقدير والعرفان إلى الأستاذ الدكتور خلفان رشيد الذي أشرف على تكويني في التخصص، وإلى الأستاذ الدكتور ميزاب عبد الناصر رئيس مشروع الدكتوراه، وبالتقدير العميق والعرفان إلى جامعة مولود معمري التي كونتني وأنارت دربي واحتضنتني، ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والتقدير العميق إلى لجنة المناقشة الموقرة التي ستفضل بقراءة هذه الأطروحة ومناقشتها وتقديم التوجيهات والتوصيات القيمة لإثراء هذا العمل.

دون أن أنسى تقديم جزيل الشكر والتقدير لكل مسؤولي وممضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو على مساعدتهم وتعاونهم معي لانجاز هذه الدراسة.

وأخيرا أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى زملائي في الدفعة وإلى كل من مد لي يد العون والمساعدة في إتمام هذا العمل وإخراجه في أحسن صورة.

وجزاهم الله عني خير الجزاء...

الباحث: بوقزولة حسين

إهداء

أهدي هذا العمل إلى:

أمي الغالية التي سهرت علينا الليالي وضحت من أجلنا، جزاها الله خيرا وأطال الله في عمرها.

إلى والدي العزيز الذي طالما أمدني بعونه الكبير والذي كرس نفسه من أجلنا، جزاه الله خيرا وأطال الله في عمره.

إلى أخواتي: نوال، أمال، ونادية وأبنائهم، اعترافا بمحبتهم لهم ومتمنيا لهم كل السعادة والهناء، حفظهم الله وجزاهم خيرا، وإلى كامل عائلة "بوقزولة" أينما وجدت، وإلى كل أفراد عائلة "إسعد" و"أوقاسي" و"سعداوي" و"سحالي" و"إزوين".

إلى كل الأصدقاء و زملاء دفعة الدكتوراه عمل وتنظيم، وأساتذة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، وكل من ساندني من قريب ومن بعيد، تقديرا لوقوفهم إلى جانبي سواء في السراء أو الضراء، متمنيا لهم المزيد من النجاح.

الباحث : بوقزولة حسين

ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية موضوع "جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو"، حيث هدفت إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل ومستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، إضافة إلى تحديد الفروق الموجودة بين أفراد هذه العينة في مستويات جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية، كما حاولت هذه الدراسة الكشف عن العلاقة الموجودة بين كل من جودة الحياة في العمل والدرجة الكلية للاحتراق النفسي من جهة، وأبعاده الثلاث من جهة ثانية والمتمثلة في (الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، الشعور بالإنجاز الشخصي)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي، واستخدام استبيان خاص بجودة الحياة في العمل (من إعداد الباحث) ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش وجاكسون" (MBI- Maslach & Jackson 1981) لجمع البيانات الضرورية للدراسة، والتي تم توزيعها على عينة قوامها (295) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المجموع الكلي للممرضين المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وبعد الانتهاء من جمع البيانات اللازمة تم تحليلها إحصائيا بالاعتماد على برامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-2.0)، وقد أسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.
- يعاني مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.

- وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

-Résumé de l'étude :

L'étude actuelle porte sur le thème de «La corrélation entre la Qualité de vie au travail et le Burnout chez les infirmiers travaillant au centre hospitalo-universitaire Nadir Mohammed de la willaya de Tizi-Ouzou», et elle a pour objectifs de découvrir le niveau de Qualité de vie au travail, ainsi que celui du Burnout chez ces infirmiers, et de déceler les différences individuelles pouvant exister entre ces infirmiers selon leur sexe, leur situation familiale, et leurs années d'expérience, et enfin la corrélation existante entre la Qualité de vie au travail d'un coté et le Burnout et ces différentes dimensions de l'autre. Et pour atteindre les objectifs de l'étude on s'est appuyé sur la méthode descriptive, ainsi que sur un questionnaire que nous avons établi spécialement pour mesurer la Qualité de vie au travail, et le test de Burnout de Maslach et Jackson (1981) afin de recueillir les données nécessaires a l'étude actuelle, et cela sur un échantillon aléatoire de (295) infirmiers et infirmières œuvrant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou.

Après avoir récolté les données nécessaires à l'étude, elles ont été analysées statistiquement à l'aide du programme de statistique des sciences sociales (SPSS-2.0), a la fin l'étude a aboutis aux résultats suivants :

- Les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohamed de Tizi-Ouzou ont un niveau moyen de Qualité de vie au travail.



- Il n'existe pas de différences statistiquement établie parmi les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou concernant leur niveau de Qualité de vie au travail selon leur sexe, leur situation familiale, et leurs années d'expérience.
- Les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou souffrent d'un niveau élevé de Burnout.
- Il n'existe pas de différences statistiquement établie parmi les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou concernant leur niveau de Burnout selon leur sexe, leur situation familiale, et leurs années d'expérience.
- Il existe une corrélation négative entre la Qualité de vie au travail et le Burnout chez les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou.
- Il existe une corrélation négative entre la Qualité de vie au travail et l'épuisement émotionnelle chez les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou.
- Il existe une corrélation négative entre la Qualité de vie au travail et la dépersonnalisation chez les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou.
- Il existe une corrélation positive entre la Qualité de vie au travail et le sentiment d'accomplissement personnelle chez les infirmiers travaillant au CHU Nadir Mohammed de Tizi-Ouzou.



فهرس المحتويات	
-أ-	كلمة شكر وتقدير
-ب-	الإهداء
-ج-	ملخص الدراسة باللغة العربية
-د-	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
-و-	فهرس المحتويات
-ي-	فهرس الجداول
-ل-	فهرس الأشكال
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
6	1. إشكالية الدراسة
16	2. فرضيات الدراسة
18	3. أهمية الدراسة
19	4. أهداف الدراسة
19	5. تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة
20	6. الدراسات السابقة
54	- التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: جودة الحياة في العمل	
59	تمهيد
60	1. لمحة تاريخية حول ظهور مصطلح جودة الحياة في العمل
63	2. مفهوم جودة الحياة في العمل
66	3. جودة الحياة في العمل لدى الممرضين
68	4. اتجاهات دراسة جودة الحياة في العمل
68	1.4. اتجاه مدرسة العلاقات الإنسانية (Ecole des relations humaines)
69	2.4. اتجاه مدرسة المقاربة التقنية الاجتماعية (Approche Socio-technique)
70	3.4. المساهمات الحديثة (Approche Psycho-dynamique)
70	5. أبعاد جودة الحياة في العمل
80	6. أهداف جودة الحياة في العمل

83	7. أهمية جودة الحياة في العمل
85	8. نظريات جودة الحياة في العمل
86	1.8. نظرية هرم الحاجات لـ "ماسلو"
87	2.8. نظرية العاملين لـ "هرزبرغ"
87	9. النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة في العمل
87	1.9. نموذج التحويل والتأثير المتبادل (Transfer Model and Spill-over)
88	2.9. نموذج التعويض (Compensation Model)
89	3.9. نموذج التجزئة (Segmentation Model)
89	4.9. نموذج الإدماج (intégration model)
89	5.9. نموذج التوفيق (Accommodation Model)
90	6.9. نموذج جودة الحياة في العمل لدى المرضى
91	10. استراتيجيات تحسين جودة الحياة في العمل
95	11. مبادئ جودة الحياة في العمل
96	12. أنواع برامج جودة الحياة في العمل
97	13. المراحل الرئيسية لتطبيق جودة الحياة في العمل
98	14. عوائق تطبيق جودة الحياة في العمل
101	15. عوامل نجاح جودة الحياة في العمل
102	16. علاقة جودة الحياة في العمل ببعض المصطلحات
104	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الاحتراق النفسي	
106	تمهيد
107	1. لمحة تاريخية حول ظهور مصطلح الاحتراق النفسي
109	2. مفهوم الاحتراق النفسي
112	3. المصطلحات المختلفة لظاهرة الاحتراق النفسي
112	1.3. المصطلح الانجليزي "الاحتراق النفسي" (Burnout)
113	2.3. المصطلح الياباني "كاروشي" (Karoshi)
113	3.3. المصطلح الفرنسي "الإجهاد المهني" (Epuisement professionnel)
114	4. الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات الأخرى
116	5. أبعاد الاحتراق النفسي

116	1.5. الإجهاد الانفعالي
117	2.5. تيلد المشاعر
117	3.5. الشعور بالنقص في الانجاز الشخصي
118	6. مراحل الاحتراق النفسي
122	7. أسباب الاحتراق النفسي
122	1.7. العوامل المرتبطة بالجانب الوظيفي
126	2.7. العوامل الفردية
128	8. آثار الاحتراق النفسي وأعراضه
132	9. مستويات الاحتراق النفسي
132	10. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي
135	11. النماذج النظرية المفسرة للاحتراق النفسي
135	1.11. نموذج ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson)
137	2.11. نموذج شرنيس (Chernis)
139	3.11. نموذج سغريست (Siegrist)
140	4.11. نموذج بينس (Pines)
141	5.11. نموذج ديميروتي وزملائه (Demerouti & col)
143	6.11. نموذج كرزك (karasek)
144	7.11. نموذج هوبفول (Hobfoll)
145	12. الوقاية من الاحتراق النفسي وعلاجه
149	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
152	تمهيد
152	1. ميدان الدراسة
153	2. منهج الدراسة
153	3. الدراسة الاستطلاعية
154	4. مجتمع الدراسة
155	5. عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها
156	6. خصائص عينة الدراسة

161	7. أدوات جمع البيانات
164	8. الخصائص السيكمترية لأداة جمع البيانات
170	9. الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها	
172	1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
الفصل السادس: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
186	1. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
227	2. الاستنتاج العام للدراسة
228	3. مقترحات الدراسة
231	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	محتوى الجدول	الصفحة
01	تعريف جودة الحياة في العمل وفقا للإطار الزمني لظهورها	64
02	أوجه التشابه والاختلاف بين الاحتراق النفسي والاكتئاب	114
03	توزيع الاستبيانات على الممرضين حسب المصالح التابعة لها	155
04	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	156
05	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	157
06	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	158
07	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	159
08	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الاقدمية	160
19	توزيع بنود استبيان جودة الحياة في العمل وفقا لمحاوره (أبعاده)	161
10	درجات مقياس ليكرت خماسي البدائل	162
11	مستويات استبيان جودة الحياة في العمل	162
12	توزيع عبارات مقياس ماسلاش وفقا لمحاوره (أبعاده) الثلاث	163
13	درجات مقياس ليكرت سباعي البدائل	163
14	مستويات الاحتراق النفسي على أبعاده الثلاث	163
15	معاملات الارتباط بين بنود الاستبيان وكل من درجة المحور والدرجة الكلية	165
16	نتائج ثبات مقياس جودة الحياة في العمل بالتجزئة النصفية	166
17	نتائج الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ	167
18	معاملات الارتباط بين بنود الاستبيان وكل من درجة المحور والدرجة الكلية	168
19	نتائج ثبات مقياس الاحتراق النفسي بالتجزئة النصفية	169
20	نتائج الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ	170
21	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة الدراسة وفقا لمستوى جودة الحياة في العمل لديهم	172
22	الإحصاءات الوصفية لأفراد العينة حسب متغير الجنس	173
23	مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب الجنس	173
24	مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب الحالة العائلية	174
25	مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب سنوات الأقدمية	175
26	الإحصاءات الوصفية للممرضين حول مستوى الاحتراق النفسي لديهم وفقا للأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش	176

177	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	27
178	مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين حسب متغير الجنس	28
179	مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين حسب متغير الحالة الاجتماعية	29
180	مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين حسب متغير سنوات الأقدمية	30
181	معامل الارتباط بيرسن بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي	31
182	معامل الارتباط بيرسن بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي	32
183	معامل الارتباط بيرسن بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر	33
184	معامل الارتباط بيرسن بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي	34

فهرس الأشكال

الصفحة	محتوى الشكل	رقم الشكل
86	نظرية هرم الحاجات لـ "ماسلو" مقترنا بجودة الحياة في العمل.	01
91	نموذج جودة الحياة في العمل لدى الممرضين لـ O'Brien-pallas & Baumann	02
98	مراحل تطبيق جودة الحياة في العمل.	03
119	مراحل الاحتراق النفسي لدى الممرضين.	04
136	سيرورة الاحتراق النفسي وفقا لنموذج ماسلاش وجاكسون (1981).	05
139	نموذج الاحتراق النفسي لـ "شرنيس" Cherniss (1980)	06
140	نموذج "سيجريست" Siegrist (Balance effort-récompenses)	07
142	نموذج المتطلبات الوظيفية والموارد لـ "باكر وزملائها" (JD-R Model)	08
143	نموذج كرزاك (Karasek)	09
156	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	10
157	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	11
158	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	12
159	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	13
160	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الأقدمية	14

مقدمة:

لقد عرف عصرنا الحالي العديد من التحولات السريعة والتغيرات الجذرية التي مست كافة الميادين من صناعة وتجارة وطب وتعليم، ولم تكن لهذه الموجة من التحولات أثارا ايجابية فحسب، بل كانت لها أيضا انعكاساتها السلبية سواء تعلق الأمر في ذلك بالتنظيمات بمختلف أنواعها وأحجامها، أو مواردها البشرية نتيجة لما حملته من مصادر ضغوط إضافية وأعباء كثيرة، وهذا ما أدى بطبيعة الحال إلى تعقد مأمورية تلك الموارد أمام حتمية تعاملهم مع هذه المواقف الجديدة المشحونة بمختلف أنواع الإلزامات، تزامنا في نفس الوقت مع ارتفاع سقف حاجياتهم وصعوبة استجابتهم لها وإشباعها في ظل تلك الصعوبات والعراقيل التي أصبحوا يواجهونها يوميا، مما دفعهم إلى مضاعفة جهودهم من أجل بلوغ وتحقيق نوع من الاستقرار الناتج عن مختلف المواقف التي يتعايشون معها، والتي تدخل في إطارها مختلف المواقف المهنية والمرتبطة بالمؤسسات والتنظيمات المختلفة التي ينتسبون إليها.

فبعدها كان اهتمام معظم المؤسسات في وقت سابق موجه بشكل كبير نحو تحقيق أهدافها التنظيمية من إنتاجية وقدرة تنافسية، تحولت تلك النظرة وانتقلت بموجب التطورات التي مست مجالات التسيير والإدارة وعلم النفس نحو الاهتمام بشكل أكبر بمواردها البشرية بدل تجريدها من إنسانيتها، وهذا الاهتمام الذي أصبحت تحظى به تلك الموارد حاليا ليس وليد اليوم، بل يعود إلى الجهود التي انبثقت أوائل القرن العشرين والتي ساهمت في تبيين الدور المحوري للعنصر البشري وإبراز دور العلاقات الاجتماعية في تنمية وتطوير إنتاجية العمال، ليكون ذلك الاهتمام انطلاقة فعلية للاستثمار في المورد البشري والبحث عن أنسب الطرق والإجراءات التي يمكن تطبيقها من أجل استخلاص الأحسن منه.

وتعتبر جودة الحياة في العمل من المقاربات الحديثة والقضايا الإدارية التي احتلت مكانا بارزا في أدبيات إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي والنتيجة عن الجهود التي بذلت أوائل القرن العشرين، حيث أصبحت في الوقت الراهن من العناصر الحيوية والهامة بالنسبة للمؤسسات مهما كان نوعها نظرا لما تحتويه من عناصر أساسية تمس مباشرة أداءها وتؤثر عليه، إذ يشير هذا المصطلح إلى الإجراءات والتدابير الإدارية المتخذة في إطار الاهتمام الفعلي بالعنصر البشري الذي يعد جوهر التنظيمات والرأس المدبر لها، وهذا ما يتم تجسيده من خلال تطبيق البرامج الخاصة بجودة الحياة في العمل والتي ترمي إلى تحسين مختلف الجوانب المتعلقة بحياته المهنية بهدف إرضائه وتحقيق رفاهيته وضمان ولائه واستمرارية عطائه المهني من جهة، وتحقيق الأهداف التنظيمية من جهة أخرى، ولا يتوقف دورها عند هذا الحد فقط

بل يؤدي الاستثمار في إطار هذه المقاربة إلى جعل محيط العمل مكانا لبناء الصحة والحفاظ عليها، كما يؤدي تطبيقها أيضا إلى ضمان نوع من الاستقرار والرخاء النفسي الناتج عن توافر جميع مقومات الممارسة الصحية للنشاط الوظيفي بعيدا عن كل مصادر التوتر والقلق التي قد تهدد سلامة واستقرار العنصر البشري سواء على المستوى النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي، فالاستثمار في تطبيق الممارسات الخاصة بجودة الحياة في العمل يؤدي إلى بلوغ الرفاهية النفسية بالنسبة للعمال وتجنب الإصابة بالاحتراق النفسي.

إذ يعد الاحتراق النفسي من أبرز المشكلات والاضطرابات النفسية استقطابا للاهتمام من قبل الباحثين والمفكرين في الآونة الأخيرة نظرا لتأثيره السلبي والسيئ على العمال والمنظمات ومتلقي الخدمات على حد سواء، لا سيما بعد التغيرات الجذرية الذي عرفتتها المجتمعات الإنسانية خلال العقود الأخيرة والتي حولتها إلى مجتمعات مهنية بحتة، ناهيك أيضا عن الخطورة التي أصبحت تشكلها نتيجة لانتشارها الواسع ما بين المهنيين وبشكل خاص لدى أصحاب المهن الخدماتية على غرار التدريس والتمريض والتطبيب والأمن، حيث يشير الاحتراق النفسي عادة إلى تلك الحالة من الإجهاد النفسي والجسدي الناتج عن المسؤوليات المهنية والأعباء الوظيفية التي تفوق قدرة الفرد وطاقته والمتواصلة على حساب إمكانياته النفسية والجسدية، مولدة في الأخير حالة من الإرهاق والانهيار التام.

ومما لا شك فيه أن مهنة التمريض تبقى من أكثر المهن تعقيدا وإثارة للإجهاد والتعب نظرا لطبيعة النشاطات التي تتطلبها من شغلها والمسؤوليات المهنية المرتبطة بها والأعباء الواجب عليه تحملها، لذا يعتبر من المنطقي الاهتمام بهذه الفئة المهنية ذات الدور الحساس من خلال التركيز على جودة الحياة المهنية داخل المستشفيات لما لها من دور في تحسين جودة الخدمات الصحية من جهة، وجعل ذلك المحيط المهني أكثر إرضاء بالنسبة للمرضين، ومكانا يحققون فيه رفاهيتهم ورخاءهم النفسي بالشكل الذي يمكنهم من الابتعاد عن كل أنواع الاضطرابات النفسية التي قد يكونون عرضة لها.

ومن هذا المنطلق انبثقت فكرة تناولنا لموضوع هذه الدراسة والتي تهدف إلى الكشف عن مستويات جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، بالإضافة إلى طبيعة العلاقة التي تربط بين هذين المتغيرين، ولتحقيق هذه الأهداف قمنا بتقسيم الدراسة الحالية إلى جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي على النحو التالي:

✚ **الجانب النظري:** حيث شمل هذا الجانب على ثلاثة فصول محددة فيما يلي:

الفصل الأول: تناولنا فيه إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهميتها وأهدافها، وتحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة، بالإضافة إلى ذكر الدراسات السابقة الخاصة بمتغيرات الدراسة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: وتطرقنا فيه إلى موضوع جودة الحياة في العمل، حيث تم تقديم لمحة تاريخية حول ظهور جودة الحياة في العمل، ومفهومها بشكل عام ولدى الممرضين بشكل خاص، ثم تقديم اتجاهات دراسة جودة الحياة في العمل، لننتقل إلى أبعادها وأهدافها وأهميتها والنظريات والنماذج المفسرة لها، ونتناول بعدها استراتيجيات تحسينها ومبادئها وأنواع البرامج الخاصة بها، لنتحول في الأخير إلى ذكر مراحل تطبيق برامج جودة الحياة في العمل وعوائق تطبيقها وعوامل نجاحها وعلاقتها ببعض المصطلحات الأخرى.

الفصل الثالث: تطرقنا فيه إلى موضوع الاحتراق النفسي، حيث قدمنا فيه لمحة تاريخية حول ظهور الاحتراق النفسي، ومفهومه والمصطلحات المختلفة له، وعلاقته ببعض المصطلحات، ثم تناولنا أبعاده ومراحله وأسباب حدوثه، لننتقل إلى أثاره وأعراضه ومستوياته، بعدها قمنا بذكر مختلف النماذج النظرية المفسرة للاحتراق النفسي، وأخيرا كيفية الوقاية منه.

✚ أما الجانب التطبيقي فقد احتوى هو الآخر على ثلاثة فصول محددة فيما يلي:

الفصل الرابع: تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث ذكرنا فيه المنهج المستعمل في الدراسة، ثم الدراسة الاستطلاعية، ثم ميدان البحث، لننتقل إلى مجتمع وعينة الدراسة وخصائصها، بعدها قمنا بوصف أدوات جمع البيانات وذكر خصائصها السيكمترية، وفي الأخير أشرنا إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الحالية.

الفصل الخامس: قمنا فيه بعرض وتحليل مختلف النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة الحالية.

الفصل السادس: قمنا فيه بمناقشة وتفسير نتائج فرضيات هذه الدراسة، ثم الخروج باستنتاج عام وتقديم جملة من المقترحات العلمية المتعلقة بموضوع هذه الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام لأشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

عاش الإنسان منذ بداية وجوده في الكون وعلى امتداد السنين باحثاً عن الأمن والاستقرار، ذلك من خلال العمل وبذل الجهد، ساعياً من ورائه تخفيف أعباء الحياة وتأمين متطلبات وجوده، ولما ازدادت الحياة تعقيداً ارتفعت معه محاولاته لمواكبة تلك التعقيدات، ولعلّ أبرز ما يميّز الحياة مع بداية القرن الحالي التحولات السريعة والتغيرات الجذرية الذي طرأت على كل أنشطة الحياة وفي جميع المجالات من صناعة وتجارة وتعليم وطب، فكل تلك التغيرات في نمط الحياة شكلت في حد ذاتها تحدياً كبيراً لقدرات الإنسان وضغطاً نفسياً عليه نتيجة لما أفرزته من أعباء وإرغامات وظيفية يتوجب عليه تحملها، خاصة داخل المهن التي تمتاز بالاحتكاك المباشر مع الجمهور أو العملاء كالتدريس والمحاماة والأمن والتمريض، ولهذا فقد باتت الضغوط النفسية في يومنا هذا العلامة الفارقة التي تميز عصرنا الحالي وعلى الفرد على التكيف معها ضماناً لحياة نفسية متوازنة وصحية (ملوم، 2018، ص 9).

فقد أشار Langford (1987) في ضوء ما سبق إلى أن أكثر المهن إثارة للضغوط هي تلك التي تمتاز بالمواجهة المباشرة مع الناس، وهذا ما يجعل مهنة التمريض من ضمن هذه المهن كونها تتطلب في المقام الأول التعامل مع الآخرين، إذ تعتبر هذه المهنة ركناً أساسياً داخل المستشفيات لقدرتها على تأدية رسالتها الإنسانية على أكمل وجه، ولذا لا بد من تقدير الدور الذي يلعبه الممرض فيها باعتباره عنصراً أساسياً في المنظومة الصحية، إذ تقع على عاتقه أثقل الأدوار فلا يمكنه في أي حال من الأحوال أن يحافظ على استمرارية عطائه المهني ما لم تجسد له مهنته جميع حاجاته النفسية والاجتماعية كغيره من سائر البشر، فهو يتأثر بصورة مباشرة بما يصيب حاجاته من إهمال، ولذلك فمهنة التمريض تستدعي توفير جميع المتطلبات التي يستطيع الممرض بموجبها أداء مهامه بأريحية وثقة كاملة مع تحصيل القدر المطلوب من الاستقرار النفسي لديه، كما تعد هذه المهنة أيضاً من المهن الشاقة نظراً لتعدد وتنوع المخرجات السلبية التي يتعرض لها الممرضون خلال تأدية مهامهم لساعات طويلة وفي ظروف موقفية مختلفة، ومما لا شك فيه أن كل ما يتعرض إليه الممرض من ضغوط في محيط عمله لها انعكاساتها السلوكية والنفسية والذهنية والاجتماعية (جودة، 2003، ص ص 04-05)

ونظراً للدور الأساسي الذي يلعبه الممرض في المجتمع من خلال ما يقدمه من خدمات صحية، والمكانة البارزة التي يحتلها داخل المنظومة الصحية كعنصر أساسي لا غنى عنه، استلزم الالتفات حول هذه الفئة المهنية الحساسة التي تعاني الأمرين بسبب طبيعة نشاطهم المهني من جهة وظروف تأديته من

جهة أخرى، مما يجعلها من أكثر المهن شحنا بالضغوط والأخطار النفسية الاجتماعية، فقد أفادت على خلفية ما سبق العديد من الدراسات المهمة بظروف العمل أن البيئة الاستشفائية على خلاف البيئات المهنية الأخرى تتميز بالعديد من المشاكل والعوائق على غرار إرغامات الوقت، وتيرة العمل العالية، الإرغامات الفيزيائية، العلاقة بالآخرين، العبء الذهني والانفعالي (HAS, 2016)، وهذا أمر لا يصبّ بطبيعة الحال سواء في صالح الممرض الذي يُعَرِّض صحته النفسية والجسدية للخطر، أو في صالح المنظومة الصحية التي ينتسب إليها نظرا للعواقب التي قد تلحق بها والنتيجة بشكل أساسي من ارتفاع نسب التغيب والعطل المرضية لدى الممرضين، وتخلفهم عن مناصبهم نتيجة لما يلحق بهم من إصابات وأمراض مهنية لها علاقة مباشرة بتدهور ظروف العمل داخل المستشفيات والوحدات التابعة لها.

فحفاظا على هذا الركن الأساسي أضحي من الضروري على المسؤولين تقدير احتياجات الممرضين من خلال التزامهم الفعلي بجعل محيط عملهم مكانا آمنا وصحيا، ولهذا فلا يجب إلقاء اللوم على العمل مباشرة، وإنما على الطريقة التي ينظم ويسير بها (Legeron, 2015)، فالأمر هنا مرتبط برغبة المسؤولين في إحداث التغيير من خلال الاستثمار في إيجاد أحسن الطرق وتطبيق الإجراءات اللازمة التي ترمي إلى تحسين جودة الحياة المهنية، والذي يتم عبر مراجعة الأنماط الإدارية وتشخيص مواطن الخلل وصولا إلى الحلول التي يمكن من خلالها مجابهة مختلف العواقب والعراقيل التي تحول أمام الممرض دون تمكنه من تحقيق رضاه أو بلوغ مستوى راق من الرفاهية والاستقرار في العمل.

وقد انبثق مفهوم جودة الحياة في العمل كمقاربة حديثة بعد الاهتمام المتنامي بالموارد البشري بداية من القرن العشرين بغية ترقية العلاقة الرابطة بين الفرد وعمله، فكان أول ظهور رسمي لهذا المصطلح بداية من سنوات السبعينيات في البلدان الانجلوسكسونية مقتصرًا وقتها على ظروف وخصائص العمل المساهمة في الرفع من الدافعية والأداء والرضا لدى الفرد العامل، حيث أشارت الاتفاقية الوطنية ما بين المهنيين (ANI) إلى أن جودة الحياة في العمل تركز في المقام الأول حول العمل وظروفه، وإمكانية القيام بعمل جيد في ظروف جيدة، حيث استمدت هذه المقاربة أسسها وجذورها من علم النفس الإيجابي الذي يركز على الجوانب الإيجابية للفرد، وصبت جل اهتماماتها نحو الكشف عن المتغيرات التي تلعب دورا هاما في تعزيز الفعالية التنظيمية وتصميم العمل بمعايير صحية (Sauvezon, 2018)، والتي أشار إليها (Sherman & al (2002) على أنها: "مجموعة الجهود التي تبذلها المنظمة من أجل تحسين جودة

الحياة في العمل، بالإضافة إلى البحث عن أفضل الأساليب لتحسين بيئة العمل وتخفيض القلق والضغط لدى العاملين" (مرزوق، 2017، ص101)

علاوة على ما سبق ذكره، يبقى المبدأ الرئيسي للمقاربة عن طريق جودة الحياة في العمل دائما ما يشير إلى أن المشكلة لا تكمن في الأفراد بالضرورة وإنما يتعدى الأمر في ذلك إلى العمل وكيفية تنظيمه، فهذه المقاربة تسعى إلى معالجة المشاكل الفعلية من خلال التدخل مباشرة على العمل وتنظيمه لجعله أكثر موائمة وإرضاء للفرد، عكس ما هو الحال بالنسبة للمقاربة الكلاسيكية من خلال الأخطار النفسية الاجتماعية والتي تركز على الأعراض الظاهرة على المهنيين وعلى صعوبات التكيف التي يعاني منها الفرد في تفاعله مع العمل الذي يشغله، والتي أضحت غير كافية أمام الأزمات التي تعاني منها المؤسسات الإستشفائية عبر مختلف أنحاء العالم (Haliday, 2018)، وبشكل عام فهذا المدخل الجديد يعكس لنا مجموعة من الأنظمة والبرامج المرتبطة بتحسين وتطوير الجوانب المرتبطة برأس المال البشري، والتي تؤثر على الحياة المهنية للممرض وبيئته الاجتماعية والثقافية والصحية (البلوشي والظفري، 2019، ص389)، كما تعد كذلك عنصرا مهما في تعزيز وتحسين أداء المنظمات على اختلاف أنواعها وأحجامها، إذ تساهم جودة الحياة في العمل داخل منظمات الرعاية الصحية في خلق نتائج ومخرجات ايجابية لمقدمي ومتلقي الخدمات الصحية، حيث يسعى الأفراد العاملين في المنظمات الإستشفائية إلى تحسين مكان عملهم ومزاولة نشاطهم المهني بكامل طاقتهم الجسمية والعقلية والروحية (غنيم، 2020، ص63).

وبالرجوع إلى الإهتمام والمكانة التي أصبح يحتلها موضوع جودة الحياة في العمل في حيز الاستخدام الأكاديمي والعلمي سواء تعلق الأمر في ذلك بالمنظمات بشكل عام أو المنظمات الصحية بشكل خاص، فقد أشار (Dupuis 2006) إلى أن عدد المقالات العلمية التي أخصيت في قاعدة البيانات العلمية (PubMed & PsychInfo) قد قاربت 10722 مقالا اهتم بهذا الموضوع في مجال الخدمات الصحية، وهذا العدد لا يمثل إلا ثلث المقالات التي نشرت حول منتسبي قطاع الصحة، ولعل تبرير هذا الإهتمام المتنامي بدراسة جودة الحياة في العمل داخل المنظومات الصحية وفقا لـ (Gheorghiu & Moatty 2014) راجع بشكل خاص إلى تدهور ظروف العمل والتي ربطها بشكل مباشر بالتحويلات الكبيرة التي مست تنظيم العمل داخل تلك المنظومات الصحية خلال السنوات الأخيرة، وهذا ما سلط عليه الضوء المخطط الوطني الفرنسي في إحدى تقاريره مشيرا إلى أن التغيرات

التي شهدتها تنظيم العمل وإعادة هيكلة المؤسسات تعتبر خطرا وتهديدا حقيقيا على جماعات العمل والأفراد نظرا لما قد ينتج عنها من أضرار وخيمة على الصحة الجسدية والنفسية لمهنيي الصحة (Bellagamba, 2016)

ويعتبر تراجع مقومات الصحة النفسية في الوقت الراهن من الأسباب الرئيسية وراء ارتفاع معدلات التغيب المسجلة في مختلف البلدان المتقدمة، حيث أشار Vézina (2011) إلى أن 60% من هذه الغيابات ناتجة بشكل جزئي أو كلي عن العمل وظروف تأديته، مخلفة بذلك تكاليف باهظة قدرت بـ 20,7 مليار دولار عام 2012 في كندا فقط (Tornare et Rinfret, 2019)، وفي عام 2018، أشار Chapelle بدوره إلى أن السبب الرئيسي للاهتمام بجودة الحياة في العمل ليس ذات طابع إنساني بحت، وإنما راجع للأرقام المسجلة والتي تشير إلى احتمال تعرض 10% من الأفراد إلى الاحتراق النفسي بسبب التزامهم الكبير في العمل، علاوة على ظهور مشاكل جديدة داخل المؤسسات على غرار الإجهاد الناتج عن الملل وفقدان الروح المعنوية بسبب روتينية النشاطات الواجب إنجازها، إضافة إلى النفقات المالية المترتبة عن ظاهرة التغيب والصدمات المختلفة والضغط التي تكلف المؤسسات سنويا ما بين 2 إلى 3 مليار دولار (P255).

بالإضافة إلى ما سبق ذكره، فقد تعددت وتنوعت الدراسات والأبحاث الأكاديمية التي تناولت موضوع جودة الحياة في العمل داخل القطاع الصحي ولدى فئة الممرضين، حيث أشارت دراسة "جلال وزقاوة" (2022) إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في حاسي بحبح بولاية الجلفة، وكذا دراسة كل من "بوضياف وبوجلال" (2021) والتي توصلت هي الأخرى إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، كما خلصت أيضا دراسة "هريكش وحديد" (2020) إلى وجود ممارسة متوسطة لجودة الحياة في العمل بمستشفى محمد الصديق بن يحيي في ولاية جيجل، وهذا ما يتوافق مع النتائج التي بينتها دراسة "الجابري" (2020) Al Jabari لدى الممرضين العاملين في 5 مستشفيات مختلفة داخل قطاع غزة، والتي كشفت أيضا عن وجود فروق بين هؤلاء الممرضين في مستوى جودة الحياة في العمل ولصالح الممرضات، وانعدام فروق وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة، وفي عام 2019 توصل "سليمان وآخرون" Suleiman & al في دراستهم على ممرضين مصالحي الاستجالات بالأردن إلى وجود نفس المستوى من جودة الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، وغياب

اختلافات بينهم تعزى إلى متغيري الجنس والحالة الاجتماعية، ومن جهتهما توصل كل من "قهيري وكسنة" (2018) إلى توافر الأبعاد المكونة لجودة الحياة الوظيفية بدرجة متوسط لدى موظفي مستشفى الأم والطفل بولاية الجلفة، في حين سجلنا اختلافات بينهم تعزى إلى متغير الجنس ومتغير سنوات الأقدمية لصالح الفئة أكثر من 15 سنة.

وفي الجهة المقابلة كشفت دراسة (Kadourah 2018) عن وجود مستوى منخفض جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بمركزين استشفائيين في الرياض السعودية، وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة كل من "مرسي وصبرة" (Morsy & Sabra 2015) اللذان توصلا إلى عدم رضا ممرضي مستشفى أسيوط الجامعي بمصر عن مستوى جودة حياتهم المهنية، وكذا نتائج دراسة "المغربي عبد الفتاح" (2004) التي أشار فيها إلى وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى عمال المراكز الطبية المتخصصة بمستشفيات جامعة المنصورة المصرية، إضافة إلى إشارته في نفس الوقت إلى الأبعاد الرئيسية المشكلة لجودة الحياة في العمل والمتمثلة في: ظروف بيئة العمل المعنوية، خصائص الوظيفة، الأجور والمكافآت جماعة العمل، أسلوب الرئيس في الإشراف، والمشاركة في اتخاذ القرارات، أما بخصوص نتائج دراسة "قريوة" (2021) فقد سجلت من جهتها وجود مستويات مرتفعة من جودة الحياة في العمل لدى الأطباء والممرضين العاملين بالمؤسسة الصحية المتعددة الخدمات "عليوة تركية" ببلدية أم الطوب بسكيكدة.

كما تعددت كذلك الدراسات السابقة الأجنبية التي اهتمت بموضوع جودة الحياة في العمل والمسئلة على منتسبي القطاع الصحي على غرار دراسة (Borhani & al 2016) التي أسفرت عن وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بمختلف المصالح التابعة للمستشفى الجامعي كرمان بإيران، وهي نفس الحصيلة التي توصل إليها كل من (Eren & Hisar 2016) التي سجلت مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى ممرضي المستشفى الجامعي بأنقرة التركية، علاوة على ما بينته نتائج دراسة (Boonrod 2009) التي توصلت إلى وجود مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى ممرضي مستشفى فرامونج كوتكلاو التايلندية، مع غياب اختلافات فردية بينهم تعزى إلى متغيري الحالة الاجتماعية والخبرة المهنية.

أما بخصوص العناصر المكونة لجودة الحياة في العمل فقد اختلف حصرها من باحث إلى آخر وذلك تبعا لاتجاهاتهم وأهدافهم البحثية، إذ توصل (Gascon 2001) في دراسة أجراها على عينة من

المرضى بمنطقة كيبك الكندية إلى أن جودة الحياة في العمل لدى هؤلاء المرضى مرتبطة مباشرة بالانسجام بين جوانبهم الشخصية، الاجتماعية، الروحية والمهنية، وذلك من خلال الاعتماد على فلسفة تراعي ظروف العمل، النمط القيادي، الاستقلالية المهنية، والعلاقات بالزملاء والرؤساء، كما قام Brousseau (2006) بتحديد العوامل البارزة والمساهمة في تحقيق الرضا المهني لدى منتسبي القطاع الصحي فيما يخص جودة حياتهم المهنية والتمثلة في: ظروف العمل المناسبة لتأدية المهام، الأجور والتعويضات التي تتماشى مع الوظيفة، المساحات والأماكن الخاصة للاسترخاء والاسترجاع، الموازنة بين الحياة المهنية والخاصة، بيئة العمل الصحية والأمنة، الرفاهية والرضا المهني، ساعات العمل المرنة، والتسيير الإنساني من طرف المسؤولين، بينما أضاف Gillet & al (2013) دور العدالة كمتغير وسيط في تقوية العلاقة بين نمط قيادة الإداريين وجودة حياة المرضى في العمل، إذ أن المشاركة والمسؤولية المباحة من طرف الرؤساء لمؤوسيتهم تساهم وفقا لهم في تحسين جودة الحياة في العمل وتؤدي إلى خلق التزام أكبر لدى المرضى في عملهم وذلك من خلال تعزيز إحساسهم بالعدالة التنظيمية (Piasecki & Steiner, 2019)

ومما لا شك فيه أن مهنة التمريض من المهن الشاقة والمتعبة نفسيا وجسديا، فهي لا تقتصر فقط على تقديم العناية الصحية للمرضى، بل تتعدى ذلك لكونها مهنة إنسانية بالدرجة الأولى دورها الأساسي صون صحة الإنسان ومساعدته على الاستشفاء واسترجاع قوته، ولهذا فشاغل هذه الوظيفة يتعرض إلى إجهاد نفسي كبير بحكم متطلبات وواجبات مهنته النبيلة المتمثلة في التخفيف من معاناة وآلام المرضى، ناهيك عن ما يترتب عنها كذلك من إجهاد جسدي نتيجة لإرغاماتها المتعددة والمرتبطة بالمناوبات الليلية وساعات العمل الطويلة التي تستنزف طاقته إلى درجة الإجهاد التام، فتواتر تلك الحالة من الإجهاد لدى المرضى قد تؤدي إلى تذبذب وضعه النفسي وتجعله هشاً وأكثر عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي، وهذا ما تطرق إليه Morse et al (2012) في دراستهم التي أشاروا فيها إلى أن حوالي 21 إلى 67 % من مهنيي الصحة يعانون من الاحتراق النفسي، وهذا ما قام chapelle (2018) بتدعيمه عبر الإحصائيات التي توصل إليها مشيراً إلى تعرض ما يقارب 19000 شخص في بلجيكا سنويا إلى الاحتراق النفسي.

كما يجدر الإشارة أيضا إلى أن ظاهرة الاحتراق النفسي لدى المرضى ليست وليدة الساعة، بل قد سبق التنبيه إليها من طرف الطبيب النفسي (Freudenberger (1974 من خلال معالجته للمرضى المدمنين على المخدرات، واصفا الاحتراق النفسي على أنه عرض يمس بشكل خاص العمال الممارسين

لمهن تتطلب التفاعل والتعامل مع الآخرين كالمريض، الطب، والتدريس (Leroy-frémont & al, 2014) والذي يتجسد وفقا له في حالة من التعب والإحباط والاكتئاب الناتجة عن الإخلاص لقضية ما، لنمط حياة، أو لعلاقة فشلت في توليد النتائج المتوقعة (Truchot, 2004)، ومن ضمن الأسباب التي تجعل الممرضين من أكثر المرشحين احتمالا للوقوع في خانة الاحتراق النفسي طبيعة النشاط الذي يمارسونه والذي يتطلب منهم المواجهة اليومية لمعاناة المرضى وحالات الوفاة.

كما أفادت العديد من الدراسات التي أجريت بفرنسا وبلجيكا إلى أن الاحتراق النفسي لدى الممرضين راجع لهشاشة العوامل الشخصية لديهم على غرار نشاطهم المفرط أو الزائد واستثمارهم الكامل في مهامهم، والعوامل التنظيمية كالكفاءات العالية المطلوبة، وعبء العمل، مما يجعلهم يشكون عادة من وجود فرق كبير بين التصورات التي كانوا يحملونها من قبل عن مهنة التمريض وحقيقة الواقع المتمثلة في مهنة تتطلب استثمارا شخصيا وانفعاليا يفوق مواردهم (Esnard, 2018)، ونظرا لما يخلفه الاحتراق النفسي من نتائج وخيمة على الصحة النفسية والجسدية للممرضين بشكل خاص، وعلى المؤسسات الصحية التي ينتسبون إليها بشكل عام، احتل هذا الموضوع اهتمام العديد من الباحثين والمفكرين الذين أسألوا الكثير من الحبر رغبة منهم في فهم وتفسير هذه الظاهرة النفسية التي أصبحت تجتاح الأوساط المهنية، والوقوف وراء الأسباب التي تؤدي إلى ظهورها.

فقد تعددت وتنوعت الدراسات والبحوث الأكاديمية التي تناولت ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين نظرا لأهمية دورهم ومكانتهم داخل المنظومة الصحية التي تعتبر من القطاعات الحيوية في المجتمعات العصرية، حيث توصلت دراسة "عزوز وقهار" (2022) إلى وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى ممرضي مصالح الطب العقلي، ووجود فروق بينهم تعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور، مع غياب كامل للفروق وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية، أما دراسة "شريف والعزب" (2022) والتي أجريت على ممرضي المستشفيات الحكومية في صنعاء اليمنية فقد توصلت إلى وجود مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي لدى هذه الفئة، مع وجود فروق تعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور، والحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، ومتغير سنوات الأقدمية لصالح فئة الأقل من 03 سنوات، وبدورها أسفرت دراسة "الكويش" (2021) هي الأخرى عن وجود مستوى عال من الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في مصلحتي المسرة وصرمان الكبرى بمدينة صرمان الليبية، إلى جانب وجود اختلافات بين هؤلاء الممرضين وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث ومتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، وفي

القطاع نفسه دائما أسفرت دراسة "سليمانى ووادة" (2020) عن وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى مرضي مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بولاية الوادي الجزائرية، مع غياب فروق بين الجنسين، وهذا ما تم رصده أيضا في دراسة كل من "موفق وطالب" (2020) لدى أطباء وممرضي مصلحة التخدير والإنعاش بولاية عين تيموشنت، أما في الجهة المقابلة فقد توصلت دراسة "سبع وملال" (2021) إلى وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى عمال الوسط الشبه الطبي بمستشفى وهران الجامعي وغياب فروق بين الجنسين في هذا المستوى، كما انتهت دراسة "واكلي" (2018) هي الأخرى عند الكشف عن مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى سطيف، إلى جانب غياب فروق بينهم وفقا لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة، في حين رصدت "طايبي" (2013) في دراستها على مرضي المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة وجود مستويات متفاوتة من الاحتراق النفسي.

علاوة على ما سبق ذكره من دراسات سابقة ذات الصلة بمتغير الاحتراق النفسي، فقد نالت هذه الظاهرة قسطا كبيرا من اهتمام الباحثين الأجانب، إذ تعتبر دراسة (Lidvau-Girault 1989) الدراسة الأولى من نوعها حول ظاهرة الاحتراق النفسي بفرنسا، حيث توصلت الباحثة من خلالها إلى أن 41% من الأطباء والممرضين العاملين بفرنسا يعانون من الاحتراق النفسي، وفي دراسة أخرى أجراها Franceschi-Chaix (1992) على مرضي المؤسسة الاستشفائية الفرنسية (Esquirol) توصل إلى وجود احتراق نفسي يمس 15 إلى 21% من أفراد العينة المدروسة (Loriol, 2003)، وفي الجهة المقابلة أسفرت دراسة (Lin & al 2009) عن وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى بكين الصينية، وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة (Spooner-Lane & Patton 2007) والتي كشفت عن وجود مستويات معتدلة من الاحتراق النفسي في أبعاده الثلاث لدى مرضي المستشفيات العمومية المتواجدة جنوب وشرق منطقة كوينزلاند الأسترالية، بينما انتهت دراسة (Argentero 2008) عند وجود مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى مرضي وأطباء مصلحة تصفية الدماء شمال إيطاليا.

وتكملة لما سبق، أشار استقصاء أجري بفرنسا عام 2005 إلى أن 47% من الأطباء الأحرار يعانون من عجز سببه نفسي، وأن 10 إلى 48% من الممرضين لديهم مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي، أما في بلجيكا فقد أشارت إحدى الدراسات التي أجريت على (166) ممرض وممرضة إلى أن 38% منهم يعانون من الإجهاد الانفعالي، وفي السياق ذاته وضحت كذلك دراسة اسكتلندية عام

(2001) أن 42% من الممرضين قد تحصلوا على درجات مرتفعة في بعد الإجهاد الانفعالي (Mion & al, 2010)، كما كشفت دراسة أخرى أجراها Embriaco & al (2007) على (1000) طبيب في وحدات الإنعاش التابعة للمستشفيات العمومية الفرنسية أن 46% منهم يعانون من مستويات عالية من الاحتراق النفسي، أما بالنسبة لدراستي Ferdinande & al عامي 2008 و 2011 على الأطباء والممرضين الناشطين في بلجيكا فقد توصلنا إلى أن 15% من الأطباء والممرضين يعانون من إجهاد انفعالي مرتفع، وأن 28% من الممرضين مقابل 38% من الأطباء تحصلوا على درجات عالية في بعد تبدل المشاعر، في حين 43% من الممرضين و 32% من الأطباء يعانون من انخفاض في الشعور بالانجاز الشخصي (CSS, 2017).

وبما أن جودة الحياة في العمل من بين العناصر البارزة في الفكر الإداري الحديث والتي تهدف بالدرجة الأولى إلى تحقيق الرضا النفسي والوظيفي للفرد، فضلا عن توفيرها لبيئة مهنية آمنة وصحية ومحفزة، يتوافر فيها الدعم والمشاركة اللازمة والتوازن الضروري بين متطلبات عمله وموارده الشخصية بالشكل الذي يعود بالإيجاب على صحته واستقراره النفسي، وبالطريقة التي تحميه من مختلف الاضطرابات النفسية والأعراض الجسدية التي قد يكون عرضة لها في محيطه المهني، ارتأت العديد من الدراسات إلى محاولة فهم العلاقة القائمة بين جودة الحياة في العمل من جهة والاحتراق النفسي من جهة أخرى، فقد أسفرت نتائج دراسة "وادي" (2016) عن وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاحتراق النفسي لدى العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار، وتوصلت كذلك نتائج دراسة Srivastava (2019) إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء العاملين بمختلف المناطق التابعة لدولة الهند، وهذا ما انتهت إليه دراسة Bakhshi (2019) التي كشفت عن وجود علاقة سلبية بين كل من جودة الحياة الوظيفية والاحتراق النفسي لدى موظفي مراكز العناية الصحية بإسلام آباد الإيرانية، وهذا ما يتفق أيضا مع نتيجة دراسة Ashrafi & al (2017) على ممرضتي مستشفى الإمام حسين ومستشفى شاحرود للعلوم الطبية بإيران، ومن زاوية مختلفة توصل Mansouri & al (2013) إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعدي الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر لدى موظفي مراكز العناية وإعادة التأهيل بمدينة الأهواز الإيرانية، وفي الدراسة التي أجراها Rostami & al (2020) توصل هو الآخر إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعدي الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر من جهة، وعلاقة إيجابية مع بعد

الشعور بالإنجاز الشخصي من جهة أخرى لدى موظفي السلك الطبي بإحدى المستشفيات العسكرية بطهران الإيرانية.

وبالرجوع إلى الواقع المعاشي لمرضى المستشفيات الجامعية الجزائرية بشكل عام، والمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو بشكل خاص، ونظرا لحساسية القطاع الصحي الذي يعتبر من أكثر القطاعات المهنية تعقيدا نسبة لطبيعة الخدمات التي تقدمها والمتمثلة في الحفاظ على الصحة وصيانتها، ارتأينا انطلاقا من معطيات الدراسات السابقة التي تناولناها حول متغيري جودة الحياة في العمل والاحترق النفسي إلى صياغة وطرح التساؤلات التالية:

➤ التساؤل العام الأول:

- ما مستوى جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

➤ التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية؟

➤ التساؤل العام الثاني:

- ما مستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

➤ التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية؟

➤ التساؤل العام الثالث:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

➤ التساؤلات الجزئية:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبلد المشاعر لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو؟

2. فرضيات الدراسة:

➤ الفرضية العامة الأولى:

- يوجد مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

➤ الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

➤ الفرضية العامة الثانية:

- يعاني ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.

➤ الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

➤ الفرضية العامة الثالثة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

➤ الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

3. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها تتناول أبرز وأحدث المواضيع المرتبطة بمجال علم النفس العمل والتنظيم والمتمثل في جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى فئة الممرضين، إذ تعد جودة الحياة في العمل من أكثر الفلسفات الإدارية انتشارا واستقطابا للاهتمام في الأدبيات في عصرنا الحالي، وهذا نتيجة لإيجابيات تطبيقها والاعتماد عليها سواء تعلق الأمر في ذلك بالموارد البشرية أو المنظمات التي ينتسبون إليها، حيث يؤدي الاستثمار الفعلي فيها إلى إشباع حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والاقتصادية بالطريقة التي تتعكس إيجابا على المنظمة التي يعمل فيها، خاصة داخل مجال التمريض المعروف بخصائصه الفريدة من نوعها والتي تجعل منه من أكثر المهن شحنا بالارغامات والصعوبات، وهذا ما يجعل من الضروري الاهتمام بجودة حياة الممرض داخل محيطه المهني نظير ما قد تحمله هذه الفلسفة من إيجابيات لهذه الفئة من خلال إرضائهم ومساعدتهم على بلوغ مساعيهم وتحقيق طموحاتهم الشخصية، إضافة إلى بلوغ نوع من الاستقرار والرخاء النفسي نتيجة اشتغالهم في أحسن الظروف الممكنة، وهذا ما يولد بطبيعة الحال مخرجات إيجابية على مستوى جودة الخدمات الصحية.

أما بخصوص المتغير الثاني والمتمثل في الاحتراق النفسي والذي يعد من أبرز المشاكل والاضطرابات النفسية انتشارا داخل الأوساط المهنية في الوقت الراهن، فأهمية تناوله تكمن بشكل أساسي في الخطورة التي قد يشكلها سواء تعلق الأمر في ذلك بالموارد البشرية المعرضة مباشرة لعواقبه الوخيمة أو المؤسسات التي ينشطون فيها نتيجة انعكاساته السلبية على إنتاجيتها واستقرارها وجودة الخدمات التي تقدمها، خاصة داخل بعض القطاعات الحساسة كقطاع الصحة أين يزاول الممرضون مهامهم في ظروف استثنائية تفرض عليهم ضغوطا وأعباء كثيرة تجعلهم أكثر احتمالا للوقوع في الاحتراق النفسي.

فجل المعطيات السالفة الذكر تجعل من الاهتمام بهذين المتغيرين المتكاملين والبارزين أمرا بالغ الأهمية في عصر الحالي نظرا للنتائج الإيجابية التي قد يمكن الاستفادة منها من خلال الاستثمار الفعلي في تطبيق فلسفة جودة الحياة في العمل داخل القطاعات الصحية المعروفة بدورها الحيوي المتمثل في الحفاظ على الصحة وصيانتها، والتي قد تتمكن بموجب تطبيقها من تحقيق رفاهية مواردها البشرية بشكل عام وممرضيه بشكل خاص، وإرضائهم ومساعدتهم على تحقيق طموحاتهم وبلوغ الاستقرار الذي يناشدون به، وهذا ما قد ينعكس على صحتهم النفسية لأن دور جودة الحياة في العمل لا يكمن فقط في معالجة محيط العمل ومحاولة إشباع احتياجات الموارد البشرية، بل تهتم كذلك بسلامتها وصحتها من خلال إيجاد

أحسن الطرق للتخفيف من حدة الأعباء الوظيفية والضغط المهنية التي يتعرضون لها بما قد يساهم في إبعادهم عن خطر الاحتراق النفسي.

4, أهداف الدراسة:

تسعى دراستنا الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

1. الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
2. التحقق من وجود فروق بين الممرضين في مستوى جودة حياتهم المهنية وفقا للمتغيرات الفردية المتمثلة في الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.
3. الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
4. التحقق من وجود فروق بين الممرضين في مستوى الاحتراق النفسي الذي يعانون منه وفقا للمتغيرات الفردية المتمثلة في الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.
5. التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة في العمل من جهة والاحتراق النفسي وأبعاده الثلاثة (الإجهاد الانفعالي، تبلد المشاعر، الشعور بالإنجاز الشخصي) من جهة أخرى.

5. تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1.5. التعريف الإجرائي لجودة الحياة في العمل:

هو التقييم العام السلبي أو الايجابي الذي يعطيه الممرضون المزاولون لنشاطهم التمريضي داخل المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو حول مستوى جودة الحياة الوظيفية السائدة في محيطهم المهني من خلال الدرجات التي يحصلون عليها عند إجابتهم على استبيان جودة الحياة في العمل والمكون من سبعة أبعاد (التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية، محتوى العمل وظروفه، الرضا عن العمل والمسار الوظيفي، المشاركة في اتخاذ القرارات، الأجور والمكافآت، العلاقات في العمل، والرفاهية العامة)، حسب تدرج خماسي البدائل وفقا لطريقة ليكرت.

2.5. التعريف الإجرائي للاحتراق النفسي:

هي الدرجات التي يتحصل عليها الممرضون المنتسبون للمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو عند إجابتهم على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي والمكون من ثلاثة أبعاد والمتمثلة في كل من الإجهاد الانفعالي، تباد المشاعر، والشعور بالإنجاز الشخصي، وهذا وفقا لتدرج سباعي البدائل حسب طريقة ليكرت.

6. الدراسات السابقة:**1.6. الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة في العمل:****1.1.6. الدراسات العربية:****➤ دراسة "سلام" (2022):**

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الحياة الوظيفية لدى موظفي القطاع الشبه الطبي بمستشفى بومرداس، وشملت الدراسة عينة من موظفي القطاع الشبه الطبي بمستشفى بومرداس، وبعد جمع البيانات وتحليلها إحصائيا أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى موظفي القطاع الشبه الطبي بمستشفى بومرداس.
- توصلت أيضا إلى أن فعالية برامج جودة الحياة الوظيفية وتحسينها وتطويرها يرتكز على وجود نظام اتصالات فعال ومفتوح بين الموظفين والمؤسسة والجهة الوصية أي وزارة الصحة.

➤ دراسة "معوشه" (2022):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة المهنية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى العاملين بقطاع الصحة، والتعرف ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة المهنية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى أفراد هذه العينة وفقا لمتغيرات الجنس، السن، والحالة المدنية، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين جودة الحياة المهنية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، ولتحقيق هذه الأهداف تم الاعتماد على مقياس جودة الحياة المهنية ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، التي تم تطبيقها على عينة مكونة من (148) عامل بقطاع الصحة في بعض المؤسسات الصحية بدائرة بوحمامة التابعة إقليميا لولاية خنشلة والمؤسسة الصحية أولاد فاضل "توفانة" التابعة إقليميا لولاية باتنة وبعد جمع بيانات الدراسة وتحليلها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- تختلف مستويات جودة الحياة المهنية لدى العاملين بقطاع الصحة.
- تختلف مستويات جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة المهنية بين أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغيرات الجنس السن، والحالة المدنية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة بين أفراد عينة الدراسة تعزى إلى متغيرات الجنس، السن، والحالة المدنية.
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة المهنية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة عند العاملين بقطاع الصحة.

➤ دراسة "حيرش وهزشي" (2022):

هدفت الدراسة إلى تحليل مستوى جودة الحياة الوظيفية المدركة من وجهة نظر العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية وعلاقتها بالسلوك الأخلاقي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الإستبان كأداة لجمع البيانات، وتم توزيعها على عينة مكونة من (60) عاملاً، وبعد التحليل الإحصائي تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة طردية قوية بين جودة الحياة الوظيفية المدركة والسلوك الأخلاقي من وجهة نظر العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية.
- وجود مستوى متوسط لجودة الحياة الوظيفية والسلوك الأخلاقي لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية تعزى لمتغير النوع الاجتماعي والمؤهل العلمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين نحو جودة الحياة الوظيفية والسلوك الأخلاقي في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية تعزى لمتغير العمر لصالح الفئة (أكثر من 50 سنة) والفئة (بين 41 و50 سنة)، وكذلك فروقا تعزى إلى متغير الخبرة الوظيفية لصالح الفئة (ما بين 5 و10 سنوات) والفئة (بين 10 و15 سنة).

➤ دراسة "جلال وزقاوة" (2022):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والالتزام التنظيمي لدى عينة من عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي بحج بولاية الجلفة، ولبلوغ أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي واعتمد على الاستبيان كأداة لجمع البيانات، حيث تم تطبيقها على عينة قوامها (60) عاملا من مجتمع أصلي قدره (366) عامل، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الوظيفية والالتزام الوظيفي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية والالتزام الوظيفي لدى عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي بحج في ولاية الجلفة.

➤ دراسة "بوضياف وبوجلal" (2021):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة الوظيفية ومستوى الاستغراق الوظيفي، وكذا العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والاستغراق الوظيفي لدى الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، والاعتماد على استبيانين لجمع البيانات وهذا على عينة مكونة من (50) ممرض وممرضة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود مستوى متوسط من الاستغراق الوظيفي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين تقديرات أفراد العينة لجودة الحياة الوظيفية وبين متوسط تقديراتهم للاستغراق الوظيفي.

➤ دراسة "قريوة" (2021):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية، وذلك من خلال دراسة ميدانية بالمؤسسة الصحية المتعددة الخدمات عليوة تركية ببلدية أم الطوب ولاية سكيكدة، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (52) موظف بما فيهم الأطباء والممرضين والعمال الإداريين، وبعد التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة تم التوصل في الأخير إلى النتائج التالية:

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية بالعيادة المتعددة الخدمات بأم الطوب.

- وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة في العمل لدى عمال العيادة المتعددة الخدمات بأم الطوب.
- وجود مستوى متوسط من الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة "حداد وآخرون" (2020):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق الموجودة في استجابة أفراد العينة المنتمون إلى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية قايس والديبيلة حول أبعاد جودة الحياة الوظيفية وفقا لمتغيرات الجنس، الخبرة المهنية والوظيفة، وتكونت عينة الدراسة من (196) عامل بما فيهم أطباء، شبه طبيين، ومهنيين، وبعد استرجاع البيانات وتحليلها توصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد جودة الحياة الوظيفية تعزى إلى متغير الجنس.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد جودة الحياة الوظيفية تعزى إلى متغير الخبرة المهنية ورتبة الوظيفة.

➤ دراسة "هريكش وحديد" (2020):

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر جودة حياة العمل في سلوك المواطنة التنظيمية للعاملين بالسلك الشبه الطبي بمستشفى محمد الصديق بن يحيى-جيجل، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الاستبانة لجمع البيانات اللازمة، وأجريت على عينة شملت (170) فردا، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود ممارسة متوسطة لجودة حياة العمل وسلوك المواطنة التنظيمية في المستشفى.
- وجود أثر ايجابي لجودة حياة العمل في سلوك المواطنة التنظيمية بالمستشفى.

➤ دراسة (Al Jabari 2020):

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الحياة في العمل لدى ممرضين وحدات الإنعاش بالمستشفيات الحكومية في قطاع غزة، وذلك على عينة قدرت بـ (102) ممرض وممرضة من خمسة مستشفيات مختلفة، حيث تم الاعتماد على الإستبان كأداء لجمع بيانات الدراسة، وقد توصل الباحث في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين بمتوسط قدر بـ (3,31)، ونسبة بلغت 66,2% من عينة الدراسة.
- كما احتل بعد الاستقلالية في العمل المرتبة الأولى بنسبة (72%)، يليه بعد الرضا الوظيفي بـ (69,4%)، متبوعا ببعيد الاحتفاظ بالموظفين بوزن نسبي قدر بـ (63,5%)، في حين احتل بعد ظروف العمل المرتبة الأخيرة بـ (62,5%).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الممرضين حول جودة حياتهم في العمل تعزى إلى متغير الجنس وهذا لصالح الممرضات، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغيرات المؤهل العلمي، اسم المنصب، الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة.

➤ دراسة "سليمان وآخرون" (2019) Suleiman & al :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل وعلاقتها ببعض العوامل لدى الممرضين العاملين في مصالح الاستعجالات بالأردن، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس جودة الحياة في العمل لـ "بروكس" لجمع البيانات اللازمة، والذي تم تطبيقه على عينة مكونة من (186) ممرض وممرضة، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات أسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- اكتشاف مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بمصالح الاستعجالات في الأردن.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضي مصالح الاستعجالات وفقا للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، السن، الأقدمية في المهنة، الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي).
- عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضي مصالح الاستعجالات وفقا للمتغيرات المهنية التالية (الأجر، ساعات العمل، عدد المرضى المكلف بهم، ونوع المستشفى).

➤ دراسة "بورزق وأم الخيوط" (2018):

هدفت الدراسة إلى معرفة واقع جودة الحياة في العمل في ضوء بعض المتغيرات لدى أساتذة التعليم الثانوي بمدينة مستغانم، ولقد اعتمد الباحثان على مقياس جودة الحياة في العمل لـ "حسني فؤاد الدحوح" الذي طبق على عينة قدرها (148) أستاذ وأستاذة، وأظهرت الدراسة في الأخير على النتائج التالية:

- وجود درجة متوسطة من جودة حياة في العمل لدى أساتذة التعليم الثانوي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة حياة العمل بين أساتذة التعليم الثانوي تعزى إلى متغيري الجنس والخبرة المهنية.

➤ دراسة " قهيري وكسنة " (2018):

وهدفت هذه الدراسة إلى التعريف بمفهوم جودة الحياة الوظيفية ومعرفة فوائد تطبيقه في المؤسسات وتحديد أهم مخارجه، وقياس مستوى توفر أبعاد جودة الحياة الوظيفية بمستشفى الأم والطفل بولاية الجلفة فقد تم تطبيق الدراسة على عينة عشوائية مقدر بـ (60) موظف وموظفة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى توفر أبعاد جودة الحياة الوظيفية بمستشفى الأم والطفل كان متوسطا.
- وجود اختلاف بين استجابات أفراد العينة حول جودة الحياة الوظيفية تعزى للبيانات الشخصية والوظيفية (الجنس، السن، المؤهل العلمي).
- وجود فروق بين استجابات أفراد العينة حول جودة الحياة الوظيفية تعزى إلى متغير الخبرة الوظيفية وهذا لصالح الفئة أكثر من 15 سنة خبرة في المستشفى.

➤ دراسة "تميش وآخرون" (2018):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الحياة في العمل لدى السلك الطبي بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي في ولاية وهران، بالإضافة إلى اختبار الفروق بين المتغيرات الشخصية والمهنية لديهم، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس "متشيغن" لجودة الحياة في العمل على عينة تكونت من (38) فرد، وبعد تفريغ البيانات وتحليلها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توفر درجة متوسطة من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المؤشر العام لجودة الحياة في العمل وأبعاده تبعاً لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، والأقدمية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المؤشر العام لجودة الحياة في العمل يعزى لمتغير الفئة المهنية، ولكن توجد فروق في مستوى بعدي الأجور والمكافآت وأسلوب الرئيس في الإشراف تبعاً لمتغير الفئة المهنية.

➤ دراسة (Kadourah 2018):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل لدى عينة من الممرضين، وعلاقتها برغبتهم في التخلي عن مناصبهم، وقد طبقت الدراسة على عينة مؤلفة من (364) ممرض وممرضة ينتمون إلى مركزين استشفائيين بالرياض عاصمة الإمارة السعودية، وأسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية الممرضين بنسبة بلغت (54,7%).
- أغلبية الممرضين أبدوا رغبتهم في ترك مناصبهم حيث بلغت نسبتهم (94%).

➤ دراسة "بن خالد عبد الكريم" (2017):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل وعوامل لثقافة التنظيمية لدى عمال القطاع الصحي، وكذا التأثير المعنوي بينهما، بالإضافة إلى الكشف عن الفروق لدى عينة الدراسة اتجاه جودة الحياة في العمل والثقافة التنظيمية وفقاً للمتغيرات الشخصية والمهنية، ولتحقيق هذه الأهداف تم الاعتماد على المنهج الوصفي وعلى الاستمارة كأداة لجمع المعطيات على عينة مكونة من (312) موظف وموظفة في مجال القطاع الصحي في ولاية أدرار، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات تم التوصل في الأخير إلى النتائج التالية:

- توفر عوامل جودة الحياة في العمل وعوامل الثقافة التنظيمية بدرجة متوسطة لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود تأثير دال إحصائياً لبعض أبعاد جودة الحياة في العمل (خصائص منصب العمل، الأجور والمكافآت، جماعة العمل، المشاركة في القرار) على الثقافة التنظيمية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل تبعاً لمتغيرات الجنس، السن، وخصائص الوظيفة، بينما تم اكتشاف فروق تعزى إلى متغيرات الأقدمية في العمل ومكان العمل.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية اتجاه أبعاد الثقافة التنظيمية تبعا لمتغيرات الجنس، السن، وخصائص الوظيفة، بينما تم اكتشاف فروق تعزى إلى متغيرات الأقدمية في العمل ومكان العمل.

➤ دراسة "عمار والساسي" (2017):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية عي جودة الحياة الوظيفية لدى أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة الشهيد "حمه لخضر" بولاية الوادي، واعتمد الباحثان على أداة الاستبيان من إعدادهما والتي طبقت على عينة قدرها (88) أستاذ وأستاذة، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين في مستوى جودة الحياة الوظيفية بين أفراد العينة تعزى إلى متغيري الجنس والرتبة الأكاديمية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى جودة الحياة الوظيفية تعزى إلى متغير عدد سنوات الخدمة.

➤ دراسة (Morsy & Sabra 2015) :

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين جودة الحياة في العمل والرضا المهني لدى ممرضي مستشفى أسبوت الجامعي بمصر، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على استبيان جودة الحياة في العمل واستبيان الرضا المهني وهذا على عينة قوامها (148) ممرض وممرضة، وبعد التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة توصل الباحثان إلى النتائج التالية:

- أغلبية الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي أسبوت بمصر غير راضين عن مستوى جودة الحياة في العمل لديهم.

- وجود علاقة قوية بين المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، الخبرة المهنية، المؤهلات، والأجر) من جهة وكل من جودة الحياة في العمل والرضا المهني من جهة أخرى.

- وجود علاقة قوية بين جودة الحياة في العمل والرضا المهني لدى ممرضي مستشفى أسبوت الجامعي.

➤ دراسة "جلط وآخرون" (ب.س):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة الوظيفية لدى أساتذة كلية العلوم الاقتصادية بجامعة ابن خلدون بتيارت في ظل بعض المتغيرات الديموغرافية، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على

أداة الاستبيان من تصميمهم، وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة قوامها (38) أستاذ وأستاذة، وفي الأخير توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث على مصدر فرص الترقى والتقدم الوظيفي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في بعد المشاركة في اتخاذ القرار والالتزام التنظيمي والاستقرار والأمان الوظيفي، الأجور والمكافآت المالية، التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية، العلاقات الاجتماعية، وأبعاد جودة الحياة الوظيفية ككل.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تقدير أفراد العينة لمستوى جودة الحياة الوظيفية تعزى لمتغيرات العمر، الرتبة الأكاديمية، سنوات الخدمة.

➤ دراسة (2012) Almalki & al :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة في العمل وعلاقتها بالدوران في العمل لدى عينة من الممرضين، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس "بروكس" لجودة الحياة في العمل، ومقياس الدوران في العمل على عينة بلغت (508) ممرض وممرضة ينتمون إلى منطقة جازان بالمملكة العربية السعودية، وفي الأخير أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- أغلبية الممرضين غير راضين عن مستوى جودة حياتهم المهنية.
- 40% من الممرضين أبدوا رغبتهم في تغيير مناصبهم.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والدوران في العمل لدى الممرضين في منطقة جازان.

2.1.6. الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة (2020) Faizin & al :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين جودة الحياة في العمل وبعض المتغيرات الشخصية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد الأطفال، الوضعية المهنية، الخبرة المهنية، والحوافز) لدى ممرضى مستشفى لامونغان محمدي (Lamongan Muhammadiyah Hospital) في اندونيسيا، ولتحقيق أغراض الدراسة تم الاعتماد على مقياس "بروكس" لجودة الحياة في العمل وهذا على عينة مكونة من (166) ممرض وممرضة، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة في العمل وفقاً لمتغيرات: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد الأطفال، الوضعية المهنية، الخبرة المهنية، والحوافز).

➤ دراسة (Borhani & al (2016) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة في العمل وتقييم أداء الممرضين، وكذا العلاقة الموجودة بين الاحتراق النفسي والأداء، ولتحقيق هذه الغاية إعتد الباحثون على الاستبيان كأداة لجمع البيانات على عينة مكونة من (266) ممرض وممرضة يعملون بمختلف المصالح التابعة للمستشفى الجامعي كرمان الليبية، وقد أسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح المستشفى.
- وجود مستوى منخفض من الأداء لدى أفراد عينة الدراسة.
- تعتبر جودة الحياة في العمل وأبعادها من العوامل المنبئة بالأداء لدى أفراد العينة.

➤ دراسة (Eren & Hisar (2016) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة في العمل والالتزام التنظيمي، والكشف عن العلاقة الموجودة بين المتغيرين لدى مرضي المستشفى الجامعي بأنقرة-تركيا، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على مقياس جودة الحياة في العمل واستبيان الالتزام التنظيمي، اللذان تم تطبيقهما على عينة مكونة من (163) ممرض وممرضة، وبعد استرجاع بيانات الدراسة وتحليلها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي بأنقرة.
- وجود مستوى متوسط من الالتزام التنظيمي لدى مرضي المستشفى الجامعي بأنقرة.
- وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والالتزام التنظيمي لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة (Moradi & al (2014) :

وهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل لدى مرضي مستشفى كاشانس بإيران، وأجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (200) ممرض وممرضة اعتماداً على مقياس جودة الحياة في العمل لـ "والتون"، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أغلبية الممرضين لديهم مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل بنسبة بلغت (60%)، بينما تحصل (37,1%) على مستويات ضعيفة، و(2%) منهم على مستويات مرتفعة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين الممرضين تعزى إلى متغيرات المستوى التعليمي، الخبرة المهنية، ونوع المؤسسة الاستشفائية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين الممرضين تعزى إلى متغيرات الوضعية المهنية، الراتب، السن، الجنس، والحالة الاجتماعية.

➤ دراسة (Nayeri & Noghabi (2011):

- هدفت الدراسة إلى اكتشاف مستوى جودة الحياة في العمل والعلاقة التي تربطها بالأداء لدى ممرضى المستشفى الجامعي في طهران بإيران، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (360) ممرض وممرضة، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات أسفرت الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية الممرضين بوزن نسبي بلغ (61,4%)، بينما عبر (3,6%) من المستجوبين عن عدم رضاهم من مستوى جودة حياتهم المهنية.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والأداء لدى ممرضى المستشفى الجامعي في طهران.

➤ دراسة (Boonrod (2009):

- هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين كل من خصائص الوظيفية، المناخ التنظيمي، الالتزام التنظيمي، الرضا الوظيفي وجودة الحياة في العمل لدى الممرضين الممارسين في مستشفى "فرامونج كوتكلاو" (Phramongkotkloa) في تايلاند، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على أداة مكونة من: الخصائص الشخصية للعينة، خصائص الوظيفة، المناخ التنظيمي، الالتزام والرضا الوظيفي، وجودة الحياة في العمل، وهذا على عينة مكونة من (231) ممرض وممرضة، وبعد استعادة البيانات وتحليلها توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى ممرضى مستشفى فرامونج كوتكلاو بتايلاندا.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين هؤلاء الممرضين وفقا للمتغيرات التالية: السن، الحالة الاجتماعية، التكوين، الوضعية المهنية، الخبرة المهنية، والأجر.

- وجود علاقة موجبة بين الرضا المهني والمستوى المرتفع من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة موجبة بين المناخ التنظيمي، الالتزام الوظيفي، خصائص الوظيفة والمستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرضي هذا المستشفى.

➤ دراسة (Sale & Smoke (2007):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة في العمل لدى موظفي المركز الكندي للسرطان والذي يخدم قرابة 2,3 مليون مواطن في مقاطعة أنتاريو، وقدرت عينة الدراسة بـ (450) موظف، حيث قام الباحثان بتقديم استمارة الدراسة في فترتين (العام الأول والثاني)، وقد أسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أفراد العينة وهذا خلال العام الأول والثاني.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين الأطباء، الممرضون، الفيزيائيون، والمعالجون بالإشعاع.

2.6. الدراسات التي تناولت متغير الاحتراق النفسي:

1.2.6. الدراسات العربية:

➤ دراسة "عزوز وقهار" (2022):

هدفت الدراسة إلى تقصي مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة، والكشف كذلك عن علاقته بمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، والسن، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي المقارن، ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش وجاكسون" على عينة قوامها (40) ممرض وممرضة، وقد توصلت الدراسة بعد التحليل الإحصائي للبيانات إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى ممرضي مصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاحتراق النفسي بين ممرضي مصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة حسب متغير الجنس وذلك لصالح الذكور.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاحتراق النفسي بين ممرضي مصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة وفقا لمتغيري الحالة الاجتماعية والسن.

➤ دراسة "حيرش وإبراهيم" (2022):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الاحتراق النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا (nCov19)، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثين على المنهج الوصفي، وطبقا مقياسي الاحتراق النفسي لـ"ماسلاش" والاكتئاب لـ"بيك"، على عينة تكونت من (140) ممرض وممرضة من مستشفى محمد بوضياف بالمدينة، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- وجود مستويات متفاوتة من الاحتراق النفسي لدى ممرضى مستشفى محمد بوضياف بالمدينة.
- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الاحتراق النفسي والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى محمد بوضياف بالمدينة.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاحتراق النفسي والاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس.

➤ دراسة "بن فردي والعايب" (2022):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى عناصر الحماية المدنية، والكشف عن الفروق في مستوى الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث (الاستنزاف الانفعالي، تبلد المشاعر، الشعور بتدني الانجاز الشخصي) بين أفراد هذه العينة تبعا لمتغيرات: السن، الحالة الاجتماعية، والأقدمية في العمل، وقد اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي، وشملت عينة الدراسة (51) عنصرا من عناصر الحماية المدنية العاملين بالوحدة الثانوية بسوق نعمان التابعة لولاية أم البواقي، وخلصت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي عند بعد الاستنزاف الانفعالي، ومستوى متوسط عند بعدي تبلد المشاعر والشعور بتدني الانجاز الشخصي لدى عناصر الحماية المدنية بالوحدة الثانوية بسوق نعمان.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاث بين عناصر الحماية المدنية وفقا لمتغيري السن والحالة الاجتماعية، في حين وجدت فروق بين هذه العناصر تبعا لمتغير الأقدمية في العمل.

➤ دراسة " شريف والعزب " 2022:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين في المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة-صنعاء، والتعرف على الفروق في مستوى الاحتراق النفسي وفقا لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، ومدة الخدمة. وتكونت عينة البحث من (200) ممرض وممرضة، وقام الباحثان بإعداد مقياس للاحتراق النفسي يتكون من (20) فقرة. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني الممرضين في المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة صنعاء من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.
- كما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي تعزى إلى متغير مدة الخدمة لصالح ذوي الخدمة أقل من (03) سنوات.

➤ دراسة "سبع وملال" (2021):

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الاحتراق النفسي ومستوى الصحة العامة لدى عمال الوسط شبه الطبي، حيث تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (300) عامل بالوسط شبه الطبي بمستشفى وهران الجامعي، بالاعتماد على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش وجاكسون" (MBI-HSS)، ومقياس الصحة العامة لـ "غولدبارغ و ويليامز"، وأسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستويات متوسطة من الاحتراق النفسي والصحة العامة لدى عمال الوسط شبه الطبي بمستشفى وهران الجامعي.
- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي والصحة العامة لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي والصحة العامة بين أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس.

➤ دراسة "قزقوز وإغمين" (2021):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين في فترة انتشار جائحة كورونا (Covid-19)، وكذا الكشف عن الفروق الموجودة في مستوى الصحة النفسية بين هؤلاء الممرضين وفقا لمتغيري الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة، وقد استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي واعتمدتا على الاستبيان للحصول على البيانات اللازمة، وذلك على عينة قدرها (30) فردا من الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل بقالمة، وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة كوفيد في مستشفى الأم والطفل بقالمة.
- عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين أفراد عينة الدراسة وفقا لكل من متغير الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة.

➤ دراسة "الكويش" (2021):

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصليتي المسرة وصرمان الكبرى بمدينة صرمان، والتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي بين الممرضين وفقا لمتغيرات الجنس، السن، والحالة الاجتماعية، وتكونت العينة من (98) ممرض وممرضة، حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصليتي المسرة وصرمان الكبرى.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصليتي المسرة وصرمان الكبرى تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصليتي المسرة وصرمان الكبرى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ولصالح المتزوجين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصليتي المسرة وصرمان الكبرى تعزى لمتغير السن ولصالح الممرضين الذين أعمارهم من 40 سنة فأكثر.

➤ دراسة "سليماني ووادة" (2020):

هدفت الدراسة إلى اكتشاف مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بالمناوبة الليلية بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالوادي، ومعرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي والذي طبق على عينة قدرت بـ (80) ممرض وممرضة، وقد جاءت نتائج الدراسة كالتالي:

- يعاني الممرضين العاملين بالمناوبة الليلية في ملحمة الاستعجالات الطبية والجراحية بالوادي من مستوى عال من الاحتراق النفسي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس.

➤ دراسة "موفق وطالب" (2020):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش بولاية عين تيموشنت، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثتين على المنهج الوصفي وعلى مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش"، والذي قامتا بتطبيقه على عينة مكونة من (26) طبيبا مختصا في التخدير والإنعاش، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى أطباء التخدير والإنعاش بولاية عين تيموشنت.
- عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في مستوى الاحتراق النفسي.

➤ دراسة "بخوش وباتشو" (2019):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين فكرون ولاية أم البواقي، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" من أجل جمع البيانات اللازمة وهذا على عينة تكونت من (60) ممرضة (متزوجة وغير متزوجة)، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود مستويات عالية من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة، حيث أن 70% من المبحوثين يعانون من الإنهاك الانفعالي، و65% منهم من تبلد المشاعر، في حين يشعر 68,33% من أفراد نفس العينة من نقص في الشعور بالانجاز الشخصي.

➤ دراسة "هلايلي" (2019):

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور أساليب مواجهة ضغوط العمل في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى الممرضين، وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي واستخدام مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية لـ "بولهان"، وهذا على عينة تكونت من (80) ممرضا وممرضة يعملون بالعيادات الخاصة في ولاية باتنة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى عال من الاحتراق النفسي في جميع أبعاده لدى ممرضي العيادات الخاصة بولاية باتنة.
- أكثر استراتيجيات المواجهة استخداما من قبل الممرضين في إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2,98)، وفي المرتبة الثانية إستراتيجية التجنب بمتوسط حسابي (2,76)، وإستراتيجية التأنيب الذاتي في المرتبة الثالثة بمتوسط (2,43)، لتليه بعدها إستراتيجية حل المشكل بمتوسط حسابي (2,05)، لتحل في الأخير إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي بمتوسط حسابي قدر بـ (1,99).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين العاملين في العيادات الخاصة ولاية باتنة حسب متغير سنوات الخبرة.

➤ دراسة "بومعالي شهيناز" (2019):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى الممرضين في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية (مستشفى باب الواد، بني مسوس، مصطفى باشا)، حيث تكون مجتمع الدراسة من (221) ممرض وممرضة، وقد استخدم في الدراسة مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش"، ومقياس استراتيجيات المواجهة لـ "لازاروس وفولكمان"، ومقياس الدافعية للإنجاز، وعليه توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني الممرضين من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، ومستوى متوسط من الدافعية للإنجاز، وأن الممرضين يستعملون استراتيجيات مواجهة مختلفة.

- وجود علاقة دالة إحصائية بين مستوى الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة واستراتيجيات المواجهة، بينما لم تسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز تعزى لمتغير الجنس.

➤ دراسة "بن السايح" (2018):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين بمدينة الأغواط، وكذا معرفة الفروق بين الممرضين وفقا لمتغيري (الحالة الاجتماعية والخبرة المهنية)، ولقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش وجاكسون" على عينة مؤلفة من (32) ممرض وممرضة، حيث توصلت في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى الممرضين بالأغواط.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغيري الحالة الاجتماعية والخبرة المهنية.

➤ دراسة "واكلي" (2018):

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي وفاعلية الذات لدى الممرضين، وكذا الفروق الموجودة في مستويات الاحتراق النفسي وفاعلية الذات بين أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة، ولبلغ أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على مقياسي الاحتراق النفسي والفاعلية الذاتية على عينة مكونة من (30) ممرض وممرضة يعملون بمستشفى سطيف، وفي الأخير توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى ممرضي مستشفى سطيف.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضي مستشفى سطيف وفقا لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى فاعلية الذات بين ممرضي مستشفى سطيف تبعا لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة.
- وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وفاعلية الذات لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة "زاوي ومزيان" (2018):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي الذي يعاني منه مرضي مصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي تيجاني دمرجي-تلمسان، ولبلوغ أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس ماسلاش وجاكسون (1981) على عينة من الممرضين قوامها (36)، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- يعاني ممرضي المستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان من مستوى عال من الاحتراق النفسي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاحتراق النفسي وهذا لصالح الذكور.
- وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاحتراق النفسي بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وهذا لصالح الممرضين غير المتزوجين.

➤ دراسة "موساوي وبن حمدي" (2018):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من الاحتراق النفسي وأبعاد الصحة النفسية لدى عينة من الأطباء في بعض مستشفيات الجزائر، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" ومقياس الصحة النفسية من إعدادهما، وتكونت عينة الدراسة من (65) طبيب وطبيبة، وفي الأخير أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الاحتراق لنفسي وأبعاد الصحة النفسية لدى هؤلاء الأطباء.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين الأطباء وفقا لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الأطباء وفقا لمتغيري الجنس وسنوات الخبرة (شريف والعزب، 2022، ص23)

➤ دراسة "الجندي والحلاق" 2017:

هدفت الدراسة إلى استقصاء واقع الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المكثفة في مستشفيات مدينة الخليل، والتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي لدى الممرضين وفقا لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، ونوع المستشفى، والحالة الاجتماعية، والسن، وتكونت العينة من (101) ممرض وممرضة، واستخدم الباحثان مقياس الاحتراق النفسي لـ "جيلدرد"، وقد أظهرت الدراسة أن:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المكثفة في مستشفيات مدينة الخليل.

- وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، وفروقا تعزى للسن لصالح الأكبر سنا، وفروقا تعزى للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، بينما لم تسجل فروق دالة إحصائية وفقا للمؤهل العلمي ونوع المستشفى (شريف والعزب، 2022، ص 22)

➤ دراسة "حلي وخلفان" (2016):

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والممرضين بمصلحة الاستعجالات التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، إضافة إلى معرفة الفروق في مستوى الاحتراق الوظيفي لدى العينة وفق متغيرات الفئة المهنية، الجنس، والسن، وتم إجراء الدراسة على عينة قوامها (120) معالج، منهم (47) طبيب (ة) و(73) ممرض (ة)، ولقد تم الاعتماد في جمع البيانات على مقياس الاحتراق الوظيفي لـ "ماسلاش وجاكسون" (1981)، واستنادا إلى نتائج التحليل توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- يعاني أطباء وممرضي مصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد من مستوى مرتفع من الاحتراق الوظيفي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق الوظيفي بين أفراد العينة تعزى إلى متغيرات الفئة المهنية والجنس.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق الوظيفي بين أفراد العينة تعزى إلى متغير السن.

➤ دراسة "مدوري يمينه" (2015):

هدفت الدراسة إلى التقصي حول وجود علاقة ارتباطية بين الاحتراق النفسي وكل من أنماط الشخصية، أساليب المواجهة، وكذا أثر بعض المتغيرات المهنية على الاحتراق النفسي، واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كما تكونت عينة هذه الدراسة من (345) فرد عامل مختارين من خمسة قطاعات مهنية مختلفة وهي: الصحة، التعليم، البريد، الإدارة وقطاع المحروقات من ولايتي تلمسان وسكيكدة، وطبق عليهم استمارة طبيعة الممارسات المهنية ومقياس الاحتراق النفسي ومقياس أيزنك للشخصية، ومقياس أساليب المواجهة، واعتمادا على برنامج Logiciel Modalisa version 4 تمت معالجة البيانات والتي أسفرت على النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات الاحتراق النفسي وأبعاده ودرجات أساليب المواجهة وأبعادها، مع عدم تحقق هذه العلاقة بين أساليب التماس العون وبين الاحتراق النفسي.
- وجود فروق دالة في درجة الاحتراق النفسي تبعا لنمط الشخصية.
- وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0,05) في درجة أساليب المواجهة بأبعاده تبعا لنمط الشخصية (المنطوي والمنبسط).
- وجود فروق دالة في مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة حسب تصنيفهم لطبيعة مهنتهم.
- وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01) بين مستويات الاحتراق النفسي تعزى إلى سنوات الخبرة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستويات الاحتراق النفسي تبعا للجنس، الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاحتراق النفسي على أساس القطاعات المهنية التي ينتمي إليها أفراد العينة، لشكل ساعات العمل، التوظيف الانفعالي والعاطفي، طبيعة العلاقات السائدة في الوسط المهني، ولتوفر فرص التطور المهني.
- تأثير مستويات تقييم متغيرات الأداء المهني على الاحتراق النفسي بأبعاده على متغيرات الدراسة الديموغرافية والمهنية.

➤ دراسة "فوزي ميهوبي" (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وعلاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحث على استبيان المناخ التنظيمي من تصميمه ومقياس الاحتراق النفسي لجمع البيانات اللازمة، حيث تكونت عينة الدراسة من 271 ممرض (138 ذكور) و(133 إناث) وشملت الدراسة 11 مؤسسة استشفائية عبر الجزائر العاصمة، وفي الأخير أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة.

➤ دراسة "طايبي نعيمة" (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي التي يعاني منها الممرضون، وعلاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك، والأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب، بالإضافة إلى الكشف عن وجود اختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للمرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة بطريقة عشوائية وتكونت من (227) ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة، ولجمع بيانات الدراسة تم الاعتماد على مقياس الاحتراق النفسي ومقياس الضغط المدرك ومقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس الأعراض السيكوسوماتية ومقياس الاكتئاب، وبعد جمع البيانات والقيام بالتحليلات الإحصائية توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- معاناة الممرضين من مستويات متفاوتة من الاحتراق النفسي.
- وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- وجود اختلافات في مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين باختلاف أساليب المواجهة.
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض الاكتئابية لدى الممرضين.

2.2.6. الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة (Kowalski & al (2010):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة الموجودة بين كل من رأس المال الاجتماعي وحرية اتخاذ القرارات والضغوط المهنية في المستشفى والإجهاد الانفعالي لدى الممرضين، وكذا الكشف عن علاقة الإجهاد الانفعالي بمتغيرات الجنس، السن، وسنوات الخبرة في مهنة التمريض، حيث تم تطبيق هذه الدراسة على عينة مكونة من (959) ممرض وممرضة يعملون في أربع مستشفيات شرق وغرب ألمانيا، وأسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- تعد ضغوط العمل والحرية في اتخاذ القرارات من محددات الإجهاد الانفعالي لدى ممرضين مستشفيات شرق وغرب ألمانيا.
- وجود علاقة إرتباطية سلبية بين رأس المال الاجتماعي والإجهاد الانفعالي لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود علاقة بين الإجهاد الانفعالي ومتغيرات الجنس، السن، وسنوات الخبرة في المهنة لدى ممرضين مستشفيات شرق وغرب ألمانيا.

➤ دراسة (Lin & Al (2009) :

هدفت الدراسة إلى اكتشاف مستوى الاحتراق النفسي لدى مرضي المستشفى الجامعي ببكين في جمهورية الصين، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي على عينة قوامها (249) ممرض وممرضة، وفي الأخير توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستويات متوسطة من الإجهاد الانفعالي والشعور بالانجاز الشخصي، مقابل مستوى منخفض من تبدل المشاعر لدى مرضي مستشفى بكين الجامعي، وهذا يشير إلى وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى أفراد هذه العينة.

- وجود علاقة موجبة بين متغيرات (الجنس، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي) وبعدي الإجهاد الانفعالي والشعور بالانجاز الشخصي.

- الممرضين الكبار والمتزوجين والشاغليين لمناصب ذو مسؤولية يعانون من مستويات أعلى من الإجهاد الانفعالي.

كما أشار الباحثون أيضا إلى أن العوامل المرتبطة بمحيط العمل كالعلاقات المهنية بالزملاء والمشرفين يمكنها أن تقلل من مستوى الاحتراق النفسي، كما يعد من الضروري مناقشة المسائل المرتبطة بالمساندة المهنية والشخصية، والتوازن بين الحياة المهنية والأسرية، وبرامج التكوين لأنها تساهم في الحد من مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين.

➤ دراسة (Argentero (2008) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين العاملين في مصلحة تصفية الدماء (Dialysis) ومستوى الرضا لدى المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة في 10 مراكز لتصفية الدماء في شمال إيطاليا، وقدرت عينة الدراسة بـ (68) طبيب، (334) ممرض(ة)، و(695) مريض(ة)، حيث أسفرت الدراسة في الأخير عن النتائج التالية:

- وجود مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الأطباء والممرضين.

- رضا المرضى عن معاملة الطاقم الطبي لهم، وعدم رضاهم عن الجوانب التنظيمية وخاصة جودة المعلومات المقدمة.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالانجاز الشخصي لدى الأطباء والممرضين ومستوى رضا المرضى، وعلاقة ارتباطية سلبية بين الإجهاد الانفعالي لدى الأطباء والممرضين ورضا المرضى، في حين لم تسجل أي علاقة بين تبدل المشاعر والرضا لدى المرضى.

➤ دراسة (Spooner-Lane & Patton 2007) :

هدفت الدراسة إلى اكتشاف مستويات ومحددات الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بالمستشفيات العمومية، ولبلوغ أهداف الدراسة تم الاعتماد على عينة قوامها (273) ممرض وممرضة يعملون في ثلاث مستشفيات عمومية جنوب شرق كوينزلاند بأستراليا، وبعد تحليل البيانات إحصائياً توصلت الباحثتان إلى النتائج التالية:

- وجود مستويات متوسطة من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- كشف التحليل الإحصائي أن العوامل الاجتماعية والديموغرافية لها تأثير ضعيف ودال على مستويات الاحتراق النفسي.
- تساهم الأعباء الوظيفية وصراع الأدوار ومحدوديتها في ظهور مستويات كبيرة من الإجهاد الانفعالي.
- تساهم محدودية الأدوار وغموض المستقبل الوظيفي في بروز مستويات مرتفعة من تبدل المشاعر.
- محدودية الأدوار وغموضها يساهم في انخفاض الشعور بالانجاز الشخصي.
- كما توصلتا أيضاً إلى أن الدعم الموفر من طرف المشرف يلعب دوراً هاماً في المستويات المسجلة من طرف الممرضين على بعدي تبدل المشاعر والشعور بالانجاز الشخصي.

➤ دراسة (Kent 2007) :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من الممرضين، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحث على عينة مكونة من (574) ممرض وممرضة يشتغلون في منطقة فيكتوريا بأستراليا، وهذا بالاعتماد على مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- وجود مستويات منخفضة من تبدل المشاعر ومستويات مرتفعة من الشعور بالانجاز الشخصي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة دالة إحصائياً بين كل من متغير السن وانخفاض ساعات العمل من جهة والمستويات المنخفضة من الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر لدى ممرضين منطقة فيكتوريا من جهة أخرى.

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين ساعات العمل الإضافية وبعد الإجهاد الانفعالي.
- المرضيين العاملين في منطقة فيكتوريا لا يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

➤ دراسة (Stordeur & al (1999) :

هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف مستوى الاحتراق النفسي وتشخيصه في أحد المستشفيات الجامعية ببلجيكا، وقد تكونت عينة الدراسة من (625) ممرض(ة) ومعالج(ة)، وبعد التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى المفحوصين.
- وجود علاقة عكسية بين الاحتراق النفسي وكل من الفعالية المدركة والرضا المهني لدى أفراد العينة.
- تعتبر مصادر الضغط من الأسباب وراء ظهور الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة، كما تتفاعل ضغوط العمل مع الشعور بالتحكم في تحديد مستوى الاحتراق النفسي.

3.6. الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي:

1.3.6. الدراسات العربية:

➤ دراسة "أمنية خير توفيق سعد" (2020):

سعت الدراسة إلى معرفة واقع جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بالاحتراق الوظيفي لدى العاملين بمكتبات جامعة الإسكندرية بغرض تحليل العلاقة الثنائية بين متغيرين من أحدث أدبيات السلوك التنظيمي: (جودة الحياة الوظيفية والاحتراق الوظيفي)، ونظراً لأن أعراض الاحتراق الوظيفي تزداد في المهن والوظائف التي يكون فيها التعامل مباشراً مع الجمهور كمهنة أخصائي المكتبات والمعلومات، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، وأداة الاستبيان في جمع المعلومات المطلوبة على عينة قوامها (148) أخصائي مكتبات جامعة الإسكندرية، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود مستوى منخفض من الاحتراق الوظيفي لدى أخصائي مكتبات جامعة الإسكندرية.
- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01) بين المجموع الكلي للاحتراق الوظيفي والمجموع الكلي لجودة الحياة الوظيفية لدى عينة الدراسة.

- كان لأبعاد جودة الحياة الوظيفية تأثير بدرجة دالة إحصائية في تحديد قيمة الاحتراق الوظيفي. كما أوصت الباحثة بإعادة النظر في عوامل جودة الحياة الوظيفية التي بها قصور والسعي نحو تصحيحها ومعالجتها من خلال وضع إستراتيجية لإدارة والتحكم في الاحتراق الوظيفي، كما قدمت بعض الاقتراحات التي تفيد في معالجة القصور في النواحي المادية والمعنوية والتنظيمية والوظيفية.

➤ دراسة "لونيس وفيلاي" (2019):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور أبعاد جودة الحياة في التخفيف من ظاهرة الاحتراق النفسي لدى العاملين بمهنة التمريض في ضوء متغيري الجنس والخبرة المهنية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على استبانة لجودة الحياة ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" والذان تم تطبيقهما على عينة بلغ حجمها (55) ممرضا، وبعد المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائية بين أبعاد جودة الحياة والاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث، في حين لم تسجل أي فروق وفقا لمتغير الخبرة المهنية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين أفراد العينة وفقا لمتغيري الجنس والخبرة المهنية.

➤ دراسة "الشوبري" (2018):

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والاحتراق الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات التعليمية، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي بالعينة من خلال تطبيق أداة الاستبيان على عينة قوامها (70) أخصائي اجتماعي منتمون إلى إدارة التربية والتعليم لمدينة بني سويف بجمهورية مصر، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى الأخصائيين الاجتماعيين.
- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية (بيئة العمل المادية والمعنوية، وبيئة العمل التنظيمية والوظيفية) ومستوى الاحتراق الوظيفي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الوظيفية بين الأخصائيين الاجتماعيين تعزى إلى المتغيرات التالية: الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الخبرة.
- وجود فروق دالة إحصائية وفقا للحالة الاجتماعية للأخصائيين الاجتماعيين لصالح المتزوجين أنهم أقل تعرضا للاحتراق.
- وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الوظيفية والاحتراق الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين.
- وأشارت الباحثة في الأخير إلى ضرورة القيام بتدخلات من أجل تحسين جودة الحياة الوظيفية وتقليل الاحتراق الوظيفي، وزيادة مستوى الشعور بالانجاز الشخصي لدى الأخصائيين الاجتماعيين، بالإضافة إلى تزويد العملاء بخدمات أفضل.

➤ دراسة "البريري" (2016):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة توافر أبعاد جودة الحياة الوظيفية، وقياس مستوى الاحتراق الوظيفي، والكشف عن دور أبعاد جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في شبكة الأقصى للإعلام والإنتاج الفني، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد على المنهج الوصفي وعلى الاستبانة كأداة أساسية لجمع البيانات الضرورية وهذا على عينة قوامها (198) موظف، وبعد تحليل البيانات اعتمادا على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توافر أبعاد جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة بدرجة متوسطة وبنسبة بلغت 61,33%.
- مستوى انتشار ظاهرة الاحتراق الوظيفي بين العاملين كانت بـ 49,64%.
- وجود علاقة عكسية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الحياة في العمل والاحتراق الوظيفي لدى أفراد عينة الدراسة ($r = -0,242$).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) حول توافر أبعاد جودة الحياة الوظيفية تعزى إلى المسمى الوظيفي ولصالح من يعملون في وظيفة (مدير عام، مدير دائرة)، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الراتب لصالح من يتقاضون (1000 دولار فأكثر)، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى المتغيرات الفردية التالية: الجنس، السن، المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة في المؤسسة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين حول الاحتراق الوظيفي تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية التالية: الجنس، السن، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة، المؤسسة، والراتب.

وعلى ضوء النتائج السابقة قدم الباحث بعض التوصيات من أهمها:

- ضرورة تعزيز توافر أبعاد جودة الحياة الوظيفية من أجل التقليل من ظاهرة الاحتراق الوظيفي، وذلك من خلال: تقوية العلاقات الاجتماعية، زيادة مشاركة العمال في اتخاذ القرارات، برامج التدريب والتطوير، منح الترقيات بناء على معايير واضحة، والمزيد من الاهتمام برفاهية العمال.

- مراجعة وإعادة تقييم نظام التعويضات وتطويره، والتأكد من عدالة توزيع المكافآت ليتناسب مع توقعات العمال.

- تبني فلسفة إدارية تدعم ثقافة العمل الجماعي والتوفيق بين أعباء العمل وقدرات العاملين والتخفيف من حدة الروتين لما لها من دور في تحسين الثقة والراحة النفسية.

➤ دراسة "وادي" (2016):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة حياة العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار-عنابة، والكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة بها وطبيعة العلاقة الموجودة بين جودة حياة العمل ومستوى الاحتراق النفسي، والتعرف على دلالة الفروق في مستوى الاحتراق النفسي في ظل مستوى جودة حياة العمل (المرتفع والمنخفض)، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث على المنهج الوصفي ومقياس جودة حياة العمل والاحتراق النفسي لجمع البيانات اللازمة، وقد تمت الدراسة على عينة قوامها (60) عاملة (طبيبة، ممرضة، إدارية)، وبعد التحليل الإحصائية للبيانات أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة حياة العمل لدى العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار.
- وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار.
- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاحتراق النفسي لدى العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملات مرتفعات جودة حياة العمل والعاملات منخفضات جودة حياة العمل في مستوى الاحتراق النفسي ولصالح العاملات منخفضات جودة حياة العمل.

2.3.6. الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة (Borges & al (2023):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى العاملين المنسبين إلى قطاع الخدمات الصحية، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس جودة الحياة في العمل ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" لجمع البيانات اللازمة، وهذا على عينة مكونة من (112) موظف ينتمون إلى 34 وحدة صحية متواجدة في مدينة بالماس بالبرازيل، وبعد التحليل الإحصائي أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود علاقة سلبية بين بعد الإجهاد الانفعالي وجودة الحياة في العمل لدى العاملين في قطاع الخدمات الصحية بمنطقة بالماس بالبرازيل.
 - وجود علاقة سلبية بين بعد تبدل المشاعر وكل أبعاد جودة الحياة في العمل ودرجتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة.
 - وجود علاقة موجبة بين بعد الانجاز الشخصي والمجالات النفسية والشخصية، والدرجة الكلية لجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- إضافة إلى هذه النتائج، استنتج الباحثون أن توفر حياة مهنية ذات جودة عالية مرتبط بمستويات منخفضة من الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر، وبمستويات مرتفعة من الشعور بالانجاز الشخصي.

➤ دراسة (Malekzade & al (2023):

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين جودة الحياة في العمل لدى القابلات اللواتي يعملن في المستشفيات العمومية والخاصة بأصفهان في إيران، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على استبيان جودة الحياة في العمل ومقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي للحصول على البيانات اللازمة، وهذا على عينة قوامها (287) قابلة من مختلف المستشفيات العمومية والخاصة التابعة لمنطقة أصفهان، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من الإجهاد الانفعالي، ومستوى منخفض من تبدل المشاعر، ومستوى مقبول من الشعور بالانجاز الشخصي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة عكسية بين المستوى الكلي لجودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى القابلات بمختلف المستشفيات العمومية والخاصة بأصفهان.

- نسبة التباين التي تحددها أبعاد جودة الحياة في العمل على بعدي الاحتراق النفسي هي بـ 28% على بعد الإجهاد الانفعالي و12% على بعد الشعور بالانجاز الشخصي ($R^2=0,28 - R^2=0,12$)

➤ دراسة (Zahednezhad & al (2021) :

هدفت الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين جودة الحياة في العمل وكل من المرونة والاحتراق النفسي لدى مرضي ثلاث مستشفيات تعليمية بطهران في إيران، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس جودة الحياة في العمل لـ "بروكس"، ومقياس المرونة المهنية لـ "كونور ديفيدسون"، ومقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش"، وهذا على عينة تتكون من (202) ممرض وممرضة ينتمون إلى هذه المستشفيات التعليمية التابعة لمنطقة طهران. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة موجبة بين جودة الحياة في العمل والمرونة المهنية لدى الممرضين العاملين بالمستشفيات التعليمية في طهران.
- وجود علاقة سلبية بين المرونة المهنية والأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وكل من بعد الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالانجاز الشخصي (-0.38) لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة (Saygili & al (2020) :

هدفت الدراسة إلى اكتشاف مستوى جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى موظفي القطاع الصحي (التخضير، المخابر، والتحليل بالأشعة) في المستشفى العمومي بأنقرة، بالإضافة إلى العلاقة بين المتغيرين، ولتحقيق هذه الأهداف اعتمد الباحثون على استبيان جودة الحياة في العمل ومقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي" وهذا على عينة قوامها (328) موظف، وفي الأخير توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى جيد من جودة الحياة في العمل ومستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.
- وجود علاقة ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين مستوى جودة الحياة في العمل ومستوى الاحتراق النفسي لدى المفحوصين.

➤ دراسة (Rostami & al (2020):

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين كل من الاحتراق النفسي والدافعية والصلابة من جهة، وجودة الحياة في العمل من جهة أخرى لدى عناصر الطاقم الطبي بإحدى المستشفيات العسكرية بطهران في إيران، ولتحقيق أغراض الدراسة اعتمد الباحثون على مقاييس جودة الحياة في العمل والدافعية والاحتراق النفسي والصلابة لجمع البيانات اللازمة، وقد تم تطبيقها على عينة قوامها (300) موظف ينتمون إلى الطاقم الطبي، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة سلبية بين بعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر وجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة موجبة بين بعد الانجاز الشخصي وجودة الحياة في العمل لدى موظفي السلك الطبي.
- وجود علاقة موجبة بين كل من تنوع الكفاءات، نوع المهام، التغذية الرجعية وجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة موجبة بين الصلابة وجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة (Srivastava & al (2019):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين جودة الحياة في العمل وكل من الاحتراق النفسي والرضا المهني لدى عينة من الأطباء، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على عينة قوامها (240) طبيب وطبيبة يشتغلون في أربعة مناطق مختلفة بالهند، وبعد التحليل الإحصائي للبيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي والرضا المهني لدى أفراد عينة الدراسة.
- وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والرضا المهني لدى الممرضين العاملين بالهند.
- وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق النفسي وجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.

➤ دراسة (2019) Bakhshi:

سعت الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين جودة الحياة في العمل وكل من الاحتراق النفسي والأداء المهني لدى موظفي مراكز العناية الصحية في إسلام آباد، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس "والتون" لجودة الحياة في العمل ومقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي، إضافة إلى مقياس "قولدسميث" للأداء المهني، والتي تم تطبيقها على (136) موظف ينتمون إلى مراكز العناية الصحية، وانطلاقاً من التحليل الإحصائي للبيانات توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية أفراد عينة الدراسة بنسبة مئوية بلغت 72,63%.

- وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى موظفي مراكز العناية الصحية بإسلام آباد ($r = -0,291$).

- وجود علاقة ايجابية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل والأداء المهني لدى موظفي مراكز العناية الصحية بإسلام آباد ($r = 0,642$).

انطلاقاً من النتائج السالفة الذكر فهذه الدراسة تشير إلى وجود علاقة واضحة بين جودة الحياة في العمل وكل من الاحتراق النفسي والأداء المهني، وبالتالي على ضرورة اتخاذ إجراءات من أجل تحسين جودة الحياة في العمل كمنح العمال فرصة مواصلة تكوينهم، والرفع من رواتبهم وعلاواتهم والترويج لوظائفهم.

➤ دراسة (2018) Acar & Erkan:

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى موظفي الفنادق بإسطنبول في تركيا، ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (410)، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثين على مقياس جودة الحياة في العمل لـ "سيرجي وآخرون" (2001)، ومقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي، وأسفر التحليل الإحصائي للبيانات على النتائج التالية:

- وجود مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.

- وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى موظفي هذه الفنادق.

- وجود علاقة سلبية متوسطة ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل وبعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر لدى المفحوصين على التوالي ($r = -0,682$)، ($r = -0,584$).

- وجود علاقة موجبة متوسطة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد نقص الشعور بالانجاز الشخصي لدى المفحوصين ($r= 0,491$).
- وجود علاقة سلبية متوسطة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والدرجة الكلية للاحتراق النفسي لدى المفحوصين ($r= -0,525$).

➤ دراسة (Ashrafi & Al (2017):

هدفت الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى الإمام حسين ومستشفى شاحرود للعلوم الطبية بإيران، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس "التون" لجودة الحياة في العمل ومقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي لجمع البيانات، والتي تم تطبيقها على عينة من المرضى بلغ عددهم (134) تم اختيارهم بطريقة عشوائية ضمن المرضى العاملين في المتشفيين، وفي الأخير توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية أفراد عينة الدراسة بنسبة بلغت 90,3%.
- وجود مستويات مرتفعة على بعدي الاحتراق النفسي (تبلد المشاعر والشعور بالانجاز الشخصي) لدى أغلبية المستجوبين.
- وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى الإمام حسين ومستشفى شاحرود للعلوم الطبية.
- وعلى اثر النتائج المتوصل إليها اقترح الباحثون إجراء تدخلات من اجل تحسين مستوى جودة الحياة في العمل والتقليل من مستوى الاحتراق النفسي الذي يعاني منه المرضى، إلى جانب تحسين مستوى الشعور بالانجاز الشخصي، وفي الأخير تقديم خدمات صحية ذات جودة للمرضى.

➤ دراسة (Jaafarpour & Al (2015):

- هدفت الدراسة إلى التقصي حول العلاقة بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى أصفهان للعلوم الطبية، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (120) ممرض وممرضة اعتماداً على أداة الاستبيان لجمع البيانات، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:
- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى مرضي مستشفى أصفهان للعلوم الطبية.
 - وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.

- وجود علاقة ذات دلالة بين أبعاد الاحتراق النفسي وجودة الحياة في العمل لدى مرضي مستشفى أصفهان للعلوم الطبية.

بالإضافة إلى ما سبق، استنتج الباحثون أن المستويات العالية من جودة الحياة في العمل مرتبطة بمستويات منخفضة من الاحتراق النفسي لدى الممرضين، وبالتالي فنتائج هذه الدراسة تقترح أن فعالية جودة الحياة في العمل تساهم في انخفاض مستوى الاحتراق النفسي.

➤ دراسة (Mansouri & Al (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين الاحتراق النفسي وجودة الحياة في العمل لدى موظفي مراكز العناية وإعادة التأهيل بمدينة الأهواز بإيران، ولبلوغ أهداف الدراسة اعتمد الباحثون على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" ومقياس جودة الحياة في العمل لـ "التون"، والتي أجريت على عينة قوامها (178) موظف. وأسفر التحليل الإحصائي للبيانات في الأخير على النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية أفراد العينة بنسبة قدرت بـ 79,8%.
- وجود إجهاد انفعالي منخفض لدى 51,7%، ومستوى مرتفع من تبدل المشاعر لدى 78,6%، في حين سجل 99,4% من المبحوثين مستوى مرتفع من نقص الشعور بالانجاز الشخصي.
- وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي ($r = -0,48$) لدى موظفي هذه المراكز.
- وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر ($r = -0,35$) لدى أفراد نفس العينة.

➤ دراسة (Schmidt & Al (2013):

سعت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي، وكذا العلاقة الموجودة بين المتغيرين لدى مرضي وحدة العناية المكثفة للمستشفى الجامعي لوندرينا بالبرازيل، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة في العمل ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي من أجل الحصول على البيانات اللازمة، والتي تم تطبيقها على عينة مكونة من (53) ممرض(ة)، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية:

- أغلبية الممرضين راضين عن مستوى جودة حياتهم المهنية حيث بلغ متوسط إجاباتهم 71,10.

- وجود مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة على الأبعاد الثلاث.
- وجود علاقة عكسية قوية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي فقط ($r = -0,68$)

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال التمعن والتدقيق في الدراسات السابقة السالفة الذكر، نلاحظ بأنه قد تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام وذلك استنادا إلى متغيرات الدراسة الحالية، حيث تناولنا في القسم الأول الدراسات السابقة الخاصة بمتغير "جودة الحياة في العمل"، في حين تناولنا في القسم الثاني الدراسات الخاصة بمتغير "الاحتراق النفسي"، وفي الأخير تطرقنا إلى الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين كل من جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي.

كما قمنا من جهة أخرى بتصنيف هذه الدراسات إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية، مع ترتيبها وفقا لتسلسل زمني من الأحدث إلى الأقدم.

- الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة في العمل:

إن الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير جودة الحياة في العمل والتي تناولناها في الدراسة الحالية ما هي إلا جزء صغير من مجمل الدراسات التي تناولت هذا المتغير، وقد يعود هذا الأمر إلى الاهتمام الكبير الذي أصبح يوجه إلى هذا الموضوع في الآونة الأخيرة وذلك في مختلف القطاعات المهنية.

وللإشارة فأغلبية الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها اهتمت بجودة الحياة في العمل لدى الممرضين في مختلف المؤسسات الاستشفائية، بالإضافة إلى دراسات أخرى قد طبقت على شرائح مهنية أخرى كالأطباء، والمعلمين، والشبه الطبيين، كما تميزت هذه الدراسات المتتالية لمتغير جودة الحياة في العمل بالتنوع من حيث الجهات المشرفة على إنجازها من باحثين وأساتذة عرب وأجانب.

وبعد اطلاعنا على هذه الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة في العمل، يمكننا استخلاص نقاط التشابه التالية:

- التعرف على مستوى جودة الحياة في العمل الذي يتمتع به أفراد العينات المدروسة.
- الكشف عن الفروق الموجودة بين أفراد العينات المدروسة في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لبعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في الجنس، الحالة الاجتماعية، وسنوات الأقدمية.

ومن جهة أخرى اشتركت هذه الدراسات في الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يهدف إلى وصف الظاهرة كما هي في الواقع وإعطائها دلالات إحصائية، أما طبيعة العينة التي طبقت عليها هذه الدراسات فقد انصبت في معظمها على فئة الممرضين، مع وجود بعض الدراسات التي تناولت شريحة الأطباء والعاملين بالمستشفيات بمختلف القطاعات، كما تم انتقاء هذه العينات اعتماداً على أسلوب واحد ألا وهو أسلوب المعاينة العشوائية.

وبالرجوع إلى الأدوات المعتمدة في جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسات فنجدها منحصرة ما بين تطبيق استبيان مصمم من طرف صاحب الدراسة، أو مقياس Easton & Van Laar، أو مقياس Brooks & Anderson، أو مقياس المغربي عبد الفتاح.

أما بخصوص النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات السابقة فقد سجلنا أن:

- أغلبيتها توصلت إلى وجود مستويات متوسطة من جودة الحياة في العمل على غرار دراسة (سلام، 2022) و(حيرش وهزوشي، 2022) و(جلال وزقاوة، 2022) و(بوضيف وبوجلal، 2021)، (نميش وآخرون، 2018)، (قهيري وكسنة، 2018)، و(بن خالد عبد الكريم، 2017)، و (Moradi & al، 2014) و(Nayeri & Noghabi، 2011) و(Sale & Smoke، 2007).

- وجود تباين في النتائج بخصوص الكشف عن الفروق الموجودة في مستوى جودة الحياة في العمل وفقاً لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.

- الدراسات التي تناولت متغير الاحتراق النفسي:

لقد قمنا برصد عدد كبير من الدراسات السابقة التي تناولت متغير الاحتراق النفسي، والتي صنفناها إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية، وبعد التمعن في هذه الدراسات استنتجنا أن معظمها تشترك في الأهداف التالية:

- اكتشاف مستوى الاحتراق النفسي لدى أفراد عينات هذه الدراسات.

- تحديد الفروق الموجودة بين أفراد عينات هذه الدراسات فيما يخص مستوى الاحتراق النفسي لديهم وفقاً لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة في العمل.

- وجود إجماع كبير بين هذه الدراسات في استخدام المنهج الوصفي نظرا لملائمته لطبيعة الهدف الرئيسي المتمثل في الاستقصاء حول ظاهرة الاحتراق النفسي.

- أغلبية هذه الدراسات تناولت متغير الاحتراق النفسي في قطاع الخدمات وبشكل خاص لدى فئة الممرضين، وبدرجة أقل لدى فئة الأطباء.

- أما بالنسبة للأدوات المستعملة في جمع البيانات الخاصة بمتغير الاحتراق النفسي فاشتركت أغلبية هذه الدراسات في الاعتماد على مقياس "ماسلاش" (Maslach & Jackson) والذي يعتبر من أشهر وأبرز المقاييس اعتمادا للاستقصاء حول هذه الظاهرة.

أما بخصوص أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات السابقة فقد سجلنا النقاط التالية:

- أغلبية الدراسات السابقة العربية التي تم رصدها والمتعلقة بهذا المتغير سجلت مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي على غرار دراسة (شريف والعزب، 2022)، (الكويسح، 2021)، (سليمانى وودة، 2020)، (موفق وطالب، 2020)، (بخوش وبانتشو، 2019)، (بومعالي، 2019)، و(حلي، 2016).

- تباينت نتائج الدراسات السابقة الأجنبية وتعارضت مع نتائج الدراسة الحالية فمنها من سجلت مستويات منخفضة ومنها من سجلت مستويات متوسطة على غرار دراسة (Saygili, 2020)، (Jaafarpour, 2015)، (Schmidt, 2013)، (Lin & al, 2009)، (Argentero, 2007)، (Kent, 2007)، و(Stordeur, 1999).

- وجود تباين في النتائج الخاصة بالفروق الموجودة بين أفراد عينات هذه الدراسات وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، وسنوات الأقدمية.

- الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي:

فيما يخص الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين وذات الصلة بموضوعنا الحالي، فقد اتضح لنا محدوديتها في البيئة العربية وبالأخص لدى فئة الممرضين، في حين رصدنا عددا معتبرا من هذه الدراسات في البيئات الأجنبية، والتي أشارت معظمها إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي، وتوصلت كذلك إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل من جهة وبعدي الإجهاد الانفعالي وتبليد المشاعر، وعلاقة موجبة ببعيد الشعور بالانجاز الشخصي، مع

الإشارة إلى أن أغلبية هذه الدراسات السابقة أجريت على الممرضين، مع تواجد بعض الدراسات على فئات مهنية أخرى كالأطباء وعمال الفنادق والأساتذة والإداريين.

اتفقت مجمل الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين من حيث الهدف والمنهج المعتمد في الدراسات، في حين يوجد اختلاف بين هذه الدراسات بخصوص الأداة التي اعتمدت في قياس جودة الحياة في العمل.

وفي الأخير يمكن القول أن نتائج هذه الدراسات السابقة كان لها الفضل في تبيان أهمية موضوع جودة الحياة في العمل وعلاقته بالاحترق النفسي لدى فئة الممرضين التي لا طالما أهملت نتيجة لغياب استراتيجيات واضحة تقتضي بضرورة الاكتراث أكثر فأكثر بهذه الفئة التي تعاني من التهميش، ولهذا اقتنعنا بالاهتمام بجودة حياة الممرضين وتسهيل الضوء على الإجراءات والتدابير اللازمة التي سيتمكن بموجبها الممرض من استرجاع كرامته والتعايش داخل محيط عمله بكل رفاهية وراحة ورضا، بالإضافة إلى الاهتمام بصحته النفسية والجسدية نظرا لما يتعرض له يوميا من ضغوط نفسية كبيرة وما يتحمله من عبء كبير نتيجة للمتطلبات المرتفعة لوظيفته.

الفصل الثاني

جودة الحياة في العمل

تمهيد:

تعتبر جودة الحياة في العمل من المفاهيم الحديثة نسبياً والتي تعود جذورها إلى سبعينيات القرن الماضي، حيث ظهرت هذه الفلسفة المعاصرة في مجال التسيير والإدارة لمواكبة التغيرات السريعة والجزرية التي مست عالم الشغل، وبرغبة من المسؤولين في تحسين ظروف العمل التي أصبحت تزداد سوءاً، إذ تشير هذه المقاربة إلى جملة من الإجراءات الإدارية التي تسعى المنظمات وراء الاستثمار فيها إلى تحقيق رضا ورفاهية مواردها البشرية من خلال تحسين مختلف الجوانب والمحاور المشكلة للحياة المهنية لها، وهذه المجهودات التي وجهت صوب المورد البشري لم تأتي بمحض الصدفة فقط، بل جاءت بعد الاعتراف بقيمة الإنسان كعنصر فعال وذات قيمة تفوق الموارد المادية الأخرى التي بحوزة المنظمات وذلك مهما كان نوعها، فشرع أكبر المؤسسات العالمية في تطبيق مبادئ جودة الحياة في العمل أظهرت ثمارها من خلال جاذبيتها في استقطاب الموارد البشرية الجديدة وذات الكفاءة وقدرتها على الاحتفاظ بها، علاوة عن ارتفاع قدراتها التنافسية نتيجة لنجاعة وفعالية مواردها البشرية.

وقد دفعتنا الإيجابيات المسجلة حول التطبيق الفعلي لفلسفة جودة الحياة في العمل والاهتمام الكبير الذي أصبحت تحظى بها خلال العشرية الأخيرة إلى تسليط الضوء على هذه المقاربة من خلال استدرج الأدبيات المتعلقة بها بشكل أعمق عبر الفصل التالي.

1. لمحة تاريخية حول ظهور مصطلح جودة الحياة في العمل:

على الرغم من حداثة مصطلح جودة الحياة في العمل والذي يعود إلى سبعينيات القرن الماضي، إلا أن بوادر الاهتمام به ظهرت مع أواخر القرن التاسع عشر وهذا انطلاقاً من الجهود التي بذلتها بعض الشركات والمتمثلة في تقاسم الأرباح مع موظفيها، والتي اعتبرت بمثابة مبادرات كانت تهدف إلى تحسين جودة الحياة في العمل (Martel & Dupuis, 2006)، لكن الالتفاتة الحقيقية للعلوم الإنسانية والاجتماعية صوب العمل لم تظهر إلا بعد مرور عدة عقود من الزمن، وذلك عبر توضيح العلاقة التي تربط مواقف وسلوكيات العمّال بإنتاجية وأداء الشركات بفضل نتائج دراسة (Elton Mayo 1933) حول تأثير ظروف العمل على أداء عاملات شركة "هاوثورن إليكتريك" (Bagtasos, 2011).

وبالرجوع إلى الأسس الأولى لمفهوم جودة الحياة في العمل فقد ظهرت خلال خمسينيات القرن العشرين على يد الباحث Eric Trist المنتمي إلى معهد تافيسستوك للأبحاث بلندن، والذي حاول من خلال أبحاثه تسليط الضوء على حدود النظام التaylorي الذي جرد العامل من إنسانيته، حيث أثبت من خلالها وجود علاقة وثيقة بين الفعالية وجودة الحياة في العمل، وهي علاقة مرتبطة بتنظيم العمل وطرق الإنتاج، كما أشار أيضاً بمشاركة زميله Bamforth إلى الأهمية التي تشكلها فرق العمل والحرية التي تتمتع بها في الدعم المقدم للأفراد على المستويين النفسي والإنتاجي (Pelletier, 2017)، ولم يتوقف عند هذا الحد فقط بل قام كذلك بتوجيه أسهم الانتقاد نحو المدارس الفكرية التقليدية التي كانت تركز على الرضا الوظيفي والعلاقات الإنسانية، والتي اعتبرها غير كافية في تفسير ما كان يحدث في الوسط المهني، وهذا ما ساعده في تصميم نموذج يفسر من خلاله التغير العميق في طريقة النظر إلى العمل والأشخاص في محيطه، وكان هذا الاتجاه وليداً للحاجة إلى مواجهة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي أصابت المجتمع (Ordowich, 1985).

مع نهاية الستينيات قام (Irvin Bluestone) بتوظيف مصطلح جودة الحياة في العمل لأول مرة للتعبير عن برنامج صمم لهدف تقييم رضا موظفي شركة "جنرال موتورز" (General Motors) الأمريكية، إذ أتاح هذا البرنامج الفرصة للعمال بلعب دور فعال في صناعة القرارات المرتبطة بظروفهم المهنية، وقد كان الهدف الأساسي من ورائه هو الرفع من إنتاجية العمال من خلال تطوير سلسلة من الإجراءات.

عاد بعد ذلك مصطلح جودة الحياة في العمل إلى حيز الاستعمال في سبتمبر من عام 1972 بمناسبة المؤتمر الدولي الذي أجري بالولايات المتحدة الأمريكية، أين اقترح مجموعة من الباحثين مقارنة لجودة الحياة في العمل تتضمن الجوانب التالية: السلامة الجسدية، السلامة النفسية، تنمية الحوار الاجتماعي والموازنة بين الحياة داخل العمل وخارجه، وكاستجابة لفعاليات هذا المؤتمر أنشئ عام 1973 "المجلس الدولي لجودة الحياة في العمل" (Conseille internationale pour la QVT) في الولايات المتحدة الأمريكية لتشجيع البحوث حول جودة الحياة في العمل كميدان مستقل بحد ذاته (Bellagamba, 2016)

ورغم كل هذه المحاولات فقد لاحظ (Lawler 1975) غياب تعريف واضح ومقبول لجودة الحياة في العمل، وحسب وجهة نظره فهذا راجع إلى اختلاف توجهات جماعات العمل المتواجدة داخل المنظمات، فمنها جماعات تركز على سلامة المناصب، ومنها جماعات أخرى تصوب اهتماماتها نحو دوافع العمال وزيادة الإنتاجية، وهذا ما دفعه إلى تقديم بعض الاقتراحات التي تهدف إلى إحداث اتفاق بين هذه الجماعات، حيث يرى أنه من الضروري اعتبار الرضا في العمل كجزء هام من جودة الحياة في العمل، وشدد كذلك على ضرورة إدخال قياس الضغط والتوتر المتواجدين داخل محيط العمل في التصميم المفاهيمي لجودة الحياة في العمل (Dupuis & al, 2009).

توقفت برامج جودة الحياة في العمل أواخر السبعينيات من القرن العشرين وتراجع الاهتمام بها، وكان ذلك راجعا إلى ارتفاع معدلات التضخم وتفاقم أزمة الطاقة، الأمر الذي جعل الشركات والمؤسسات تتمسك بالقوانين الفيدرالية، إضافة إلى ارتفاع شدة المنافسة الخارجية للشركات الأمريكية، هذا ما أدى إلى زيادة حجم الاندماج بين الشركات خلال تلك الفترة، وبالتالي انخفض الاهتمام برضا العمال عن وظائفهم وحياتهم المهنية، ما جعل برامج جودة الحياة في العمل تأتي في مرتبة ثانوية، لكن هذا لم يمنع أحد مصانع شركة جنرال موتور (General Motors) الأمريكية المتواجدة بمدينة "تاري تاون" (Tarry Town) من الاستمرار في تطبيق برامج جودة الحياة في العمل خلال الفترة الممتدة من (1971-1976)، فبعدما كان هذا المصنع هو الأسوأ بين سلسلة مصانع جنرال موتور، أصبح يعتلي مرتبة متقدمة، حيث أظهر تطبيق هذه البرامج مؤشرات ايجابية كانخفاض معدلات التغيب وشكاوى العمال (جاد الرب، 2006، ص17-18).

ومنذ منتصف الثمانينيات وحتى منتصف التسعينيات تقريبا عاد الاهتمام مرة أخرى ببرامج جودة الحياة في العمل في الشركات والمؤسسات الأمريكية للعديد من الأسباب بعضها داخلي مرتبط بحالة العاملين والقوانين الفيدرالية في أمريكا، وبعضها خارجي يتمثل في الاستجابة للمنافسة الخارجية ونتيجة للنجاح الذي حققته بعض الأنظمة الإدارية في اليابان وبعض الدول الأوروبية، ومع حلول التسعينيات قامت عدة شركات عالمية منتشرة عبر دول العالم بتطبيق برامج جودة الحياة في العمل، وتزايد الاهتمام نتيجة التركيز على إشباع الحاجات الداخلية والخارجية للعامل، وتطبيق أسلوب إعادة هندسة الموارد البشرية (Reengineering) وإكسابها مهارات متنوعة والنظر إليها كأحد الاستراتيجيات التنافسية (المغربي، 2004، ص4).

واستجابة للمشاكل العديدة والتكاليف الباهظة الناتجة عن الدوران في العمل، التغيب، الأمراض المهنية، حوادث العمل وموجات الانتحار التي مست العديد من الشركات، أعيد النظر في مسألة جودة الحياة في العمل في أوروبا بداية من القرن الواحد والعشرين، وقد شكلت قمة لشبونة عام 2000 و"ليكن" عام 2001 المناسبة الأمثل للهيئة الأوروبية في إعادة بعث المحادثات حول موضوع جودة الحياة في العمل، حيث وضعت على إثر هاتين القمتين العديد من الأهداف من أجل تحقيق جودة الحياة المهنية والمتمثلة في:

- تحقيق رضا الموظفين اتجاه مناصبهم.
- التربية والتكوين المهنيين على مدى الحياة.
- العدالة بين النساء والرجال.
- عدم التعرض للتمييز.
- تخفيض نسبة حوادث العمل والأمراض المهنية ومستوى الضغط.
- دعم القدرة على التنقل المهني والجغرافي.
- إدماج الشباب والبطالين على المدى الطويل.
- تحقيق التوازن بين المجالين المهني والأسري.
- الحوار الاجتماعي ومشاركة العمال في حياة المؤسسة.
- الزيادة في الإنتاج ومستوى الحياة.

واكتملت هذه الأهداف في إطار الإستراتيجية الأوروبية حول "الصحة والسلامة في العمل" والتي ترمي إلى تطوير ثقافة وقائية ومقاربة شاملة حول الرفاهية في العمل، حيث حددت الوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل (ANACT) ست عوامل أساسية لتحقيق جودة الحياة في العمل والمتمثلة في: العلاقات الاجتماعية والمهنية، محتوى العمل، محيط العمل الفيزيقي، تنظيم العمل، التطوير والتنمية المهنية، والتوفيق بين الحياة المهنية والأسرية (Gendron, 2017).

2. مفهوم جودة الحياة في العمل:

ظهر مصطلح جودة الحياة في العمل في البلدان الأنجلوسكسونية بداية سنوات السبعينيات والذي يشير إلى ظروف وخصائص العمل التي تساهم في الدافعية، الأداء والرضا في العمل، فوفقا للاتفاقية الوطنية ما بين المهنيين (ANI, 2013) فجودة الحياة في العمل تستهدف العمل وظروفه، إلى جانب إمكانية القيام بعمل جيد "Du bon travail" في ظروف جيدة (Sauvezon & al, 2019)، وقد تميّز مفهوم جودة الحياة في العمل منذ فترة السبعينيات بالتطور المستمر نظير المرونة التي يمتاز بها، إلا أنه لا يوجد إلى حد الآن تعريف متفق عليه من طرف الباحثين، حيث أشار (Thorsrud) في هذا الصدد إلى أن تعريف جودة الحياة في العمل يختلف من بلد لآخر وهذا وفقا للميراث التاريخي والثقافي، والسياق السوسيو-اقتصادي (Larouche & trudel, 1983).

وعلى الرغم من غياب تعريف واضح ومتفق عليه حول مصطلح جودة الحياة في العمل، أشار (Lawler 1975) إلى ظهور عدة محاولات من أجل إضفاء تعريف لهذا المصطلح، والتي اتفقت في مجملها على أن جودة الحياة في العمل بناء مفاهيمي يشتمل على الجوانب التنظيمية، الفردية، والاجتماعية، وأن العمل يؤثر على مجالات الحياة الأخرى ويعتبر جزءا من جودة الحياة العامة (colombat, 2012).

وبالمقابل أشار (Turcotte 1988) هو الآخر إلى ضرورة الاستناد إلى مفاهيم اجتماعية، نفسية، واقتصادية من أجل الوصول إلى فهم وتفسير هذا المصطلح وحصص حدوده، لأنه يمس علاقات الأفراد داخل محيطهم المهني، دوافعهم العميقة، تعويضاتهم مقابل ما يبذلونه من جهد، بالإضافة إلى فعالية المنظمات (P.38)، وبالرجوع إلى الاهتمام الواسع الذي حظي به هذا المفهوم وتعدد التعاريف التي اقترحتها الباحثون من أجل تفسيره، سنحاول فيما يلي تقديم البعض منها استنادا إلى التسلسل الزمني لظهورها:

الجدول رقم (01): تعاريف جودة الحياة في العمل وفقا للإطار الزمني لظهورها.

المصدر	تعريف جودة الحياة في العمل	المؤلف	السنة
(بن خالد ومباركي، 2015، ص118)	تشتمل جودة الحياة في العمل على تصورات وإدراك العمال لمستوى البيئة المادية والمعنوية للعمل، وتتكون البيئة المادية والمعنوية من مجموعة عوامل أهمها: المزايا والفوائد، أنظمة الحوافز والمكافآت، الأمن الوظيفي، المشاركة في صناعة القرارات، والرضا الوظيفي	Lawler	1971
(Bonnville, 2014)	جودة الحياة في العمل هي مجموعة النتائج الايجابية للحياة المهنية على الفرد، المنظمة والمجتمع"	Boisvert	1977
(Pelletier, 2017)	جودة الحياة في العمل هي القدرة على التوفيق بين حاجيات العاملين ومحتوى عملهم (الاستقلالية، معنى العمل، وتنوع المهام) والتي تضمن في أن واحد تحقيق الرفاهية والفعالية الإنتاجية	Hackman & Oldman	1980
(Pelletier, 2018)	تعني التطبيق الفعلي لفلسفة إنسانية عن طريق الاعتماد طرق المشاركة التي تهدف إلى تعديل جانب أو عدة جوانب من محيط العمل من أجل خلق وضعية جديدة تكون أكثر ملائمة لرضا الموظفين	Bergeron	1982
(Locufier, 2015)	جودة الحياة في العمل تحتوي على هدف عام يتمثل في منح القدرة للمنظمات والإجراءات الإدارية والعمل في استغلال كامل قدرات وكفاءات الفرد بالطريقة التي تجعل العمل أكثر إثارة وإرضاء، بالإضافة إلى تحسين الفعالية التنظيمية والإنتاجية	Larouche & Trudel	1983
(Brousseau, 2006)	تشير جودة الحياة في العمل إلى مستوى عال من الفعالية لدى الفرد في أبعاده النفسية، البدنية، الاجتماعية، والثقافية، من خلال مختلف أشكال تفاعله مع محيط عمله"	Elyzur & Shye	1990
(Colombat, 2012)	جودة الحياة في العمل تشير إلى إدراك الفرد لمكانته في الوجود وهذا في السياق الثقافي ونسق القيم التي يعيش فيها، وهذا في علاقة مع أهدافه، توقعاته، معايير ومخاوفه."	(OMS) المنظمة العالمية للصحة	1993
(Colombat, 2012)	ترتكز جودة الحياة في العمل حول العلاقات التي تربط الأفراد بمحيط عملهم، مع اعتبار العمل نشاطا يمتلك معنا خاصا وأن محيط العمل ليس بنسق تقني فقط وإنما تنظيم معقد يدعى بالاجتماعي"	Laflamme	1994

(المغربي، 2004، ص 05)	جودة الحياة في العمل تبدو من خلال استجابة المنظمة لمتطلبات وحاجات العاملين بها، من خلال توفير نظم وآليات تتيح للأفراد حرية المشاركة في اتخاذ القرارات وتحديد الأبعاد الوظيفية لبيئة العمل	Lau & May	1998
(تيسير، 2016، ص 109)	جودة الحياة في العمل هي مجموعة الأنشطة التي تمارسها المنظمات بهدف تنمية وتطوير الحياة أثناء العمل بما ينعكس ايجابيا على إنتاجية وكفاءة المنظمة	Lewis & Goodman	1999
(Sojka, 2014)	جودة الحياة في العمل تتوافق في وقت معين مع المستوى الذي توصل إليه الفرد في سعيه الديناميكي لتحقيق أهدافه داخل مجالات عمله، أين يعتبر تقليص الفجوة التي تفصل الفرد عن أهدافه ذو أثر ايجابي على جودة حياته العامة، على الأداء التنظيمي، وبالتالي على الأداء العام للمؤسسة	Martel & Dupuis	2006

المصدر: من إعداد الباحث

نستقرئ من خلال ما تم تقديمه من تعريفات حول مصطلح جودة الحياة في العمل أن عدم الاستقرار على تعريف موحد ومتفق عليه من طرف الباحثين ما هو إلا نتاج للتطورات السريعة والتغيرات العميقة التي مست عالم الشغل ومكوناته، علاوة عن الاختلافات الموجودة بين الباحثين حول طريقة تناول هذا المصطلح والعناصر المكونة له، فمع تطور حاجيات العمال أصبحت هذه العناصر أكثر صعوبة للتناول والحصص، ومن ضمن التعاريف الأكثر قبولا واعتمادا تعريف Martel & Dupuis نظرا لشموليته واحتوائه على أبرز العناصر التي تعكس المعاش المهني بشكل أحسن مقارنة بالتعاريف الأخرى.

وبالرجوع إلى صعوبة إضفاء تعريف موحد ومتفق عليه لمصطلح جودة الحياة في العمل، أشار (Lawler 1975) إلى أن غياب تعريف متفق حول هذا المصطلح راجع إلى اختلاف اهتمامات واتجاهات المنظمات، فمنها التي تهتم أكثر بسلامة مناصب العمل، ومنها التي تصب اهتماماتها على تحفيز العاملين وزيادة الإنتاجية، واعتبر أن هذه التعاريف نابعة من جماعات العمل وأنها تحمل طابعا ذاتيا، وبالإضافة إلى ما سبق حاول كل من Lawler & Nadler فهم وتفسير صعوبة تحديد هذا المفهوم مستندين في ذلك إلى تطور الاتجاهات الخاصة بجودة الحياة في العمل:

➤ من 1969 إلى 1972 كانت جودة الحياة في العمل تعتبر بمثابة "متغير".

➤ من 1969 إلى 1975 اعتبرت بمثابة "مقاربة" (تناول).

➤ من 1972 إلى 1975 اعتبرت كمنهجية أو كطريقة.

- من 1975 إلى 1980 كانت تعتبر بمثابة "حركة".
- ثم في عام 1982 اعتبرت "لا شيء" (Nothing).

فبالنسبة لكل من Lawler & Nadler (1983) جودة الحياة في العمل تعتبر بمثابة فلسفة عمل، حيث تتوافق مع الكيفية التي ينظر بها الأفراد إلى العمل والمنظمة، وهي تهتم بتأثير العمل على الأفراد أكثر مما يؤثر به على فعالية المنظمة، كما ينضم (2001) Sekiou إلى هذه النظرة معتبرا جودة الحياة في العمل بمثابة برنامج يهدف إلى خلق محيط عمل يحقق رفاهية ورضا الموظفين، بدلا من التركيز حول أداء المنظمة وأهدافها (Locufier, 2015).

3. جودة الحياة في العمل لدى الممرضين:

تشير أغلبية الأدبيات التي تناولت مفهوم جودة الحياة في العمل إلى أن الممرضين عرضة للعديد من مصادر الضغط المرتبطة بمهنة التمريض على غرار نقص التعداد من الممرضين والإمكانات اللازمة للقيام بالمهام، تدهور العلاقات الإنسانية، العبء الوظيفي، ضعف العوائد، ارتفاع مطالب المرضى وازدياد ساعات العمل، فقد لاحظ العديد من الباحثين أن هذه المشاكل كلها نابعة من جودة الحياة في العمل ومن المحتمل أن تؤثر على الثقافة التنظيمية والفعالية في العمل، وعلى صحة الممرضين ونسبة الوفيات المسجلة داخل مختلف المنظمات الصحية، علاوة على نقص الفعالية وجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين، فالأمور هذه أدت إلى تسجيل العديد من الشكاوى وارتفاع التكاليف الطبية المباشرة كنتيجة لضعف جودة الحياة في العمل، وبالتالي فالجهود والمبادرات المتخذة في إطار تحسين جودة الحياة في العمل لصالح الممرضين تلعب دورا هاما نظير مساهمتها الكبيرة في تطوير أداءهم والتقليل من معاناتهم من الاحتراق النفسي (Nayeri & al, 2011).

ومن الملاحظ كذلك أن أبرز الأبحاث التي تناولت جودة الحياة في العمل أجريت في معظمها داخل منظمات ذات أغلبية ذكرية كقطاعات الاقتصاد، الإدارة، والهندسة، أما بخصوص قطاع الخدمات الصحية فمعظم الباحثين الذين اهتموا بجودة الحياة في العمل داخل هذه القطاعات هم نساء وممرضات أمثال (1990) Attridge & callahan، (1992) O'Brien-Pallas & Baumann، و (1995) Villeneuve & al، وقد سبق لـ (1972) Herzberg أن أشار إلى أن مهنة التمريض تختلف عن المهن الصناعية، فالممرضين لديهم إمكانيات أكبر للنمو النفسي، أعباء نفسية أكثر، ومسؤوليات ومهام متعددة، ووفقا لـ (2005) Brooks & Anderson فجودة الحياة في العمل

لدى الممرضين بناء مفاهيمي يستند إلى نظريات الجودة الخاصة بالحياة المهنية، كما أن الاهتمام الذي حظي بها هذا المفهوم يعود له الفضل إلى نظرية الأنساق التقنية-الاجتماعية والدراسات الأولى التي اهتمت به والتصورات المفاهيمية الأولى الخاصة بهذا المصطلح لدى شريحة الممرضين.

وبالعودة إلى التعاريف التي حظي بها مصطلح جودة الحياة في العمل لدى فئة الممرضين، أشار Vagharseyyedin & Al (2011) إلى غياب إجماع حول التعريف الخاص بهذا المصطلح لدى فئة الممرضين من قبل الباحثين ، فالبعض منهم يعتبرونها كنتيجة، بينما يعتبرها الآخرون كسيرورة، ويمكن أيضا اعتبارها كتفاعل بين الأشخاص وكل أبعاد العمل، وسنحاول فيما يلي تقديم البعض من هذه التعاريف على النحو التالي:

عرف كل من Brooks & Anderson (2004) جودة الحياة في العمل لدى الممرضين على أنها: "بناء يسمح بوصف وتقييم التجربة التي يعيشها الممرضون داخل العمل، العمل في حد ذاته، رفايتهم داخل العمل، ومحيط العمل"، وفي عام 2005 قام بتقديم تعريف آخر أشار من خلاله إلى أن: "جودة الحياة في العمل تحدد الأهمية التي يتمكن الممرضون من خلالها إشباع حاجاتهم الشخصية عبر تجاربهم في العمل، مع تحقيق الأهداف التنظيمية"

وأشار Lee & al (2015) إلى أن: "جودة الحياة في العمل تشير إلى الرضا الذاتي للموظف اتجاه حياته المهنية، والمبنية على مشاعر وإدراكات شخصية، والتي تلعب دورا هاما في نسبة دوران الممرضين في العمل ونيتهم في ترك مناصبهم"

أما Vagharseyyedin & al (2011) فقد أشار بدوره إلى أن: "جودة الحياة في العمل عبارة عن ظاهرة ذاتية تتأثر بالمشاعر والادراكات الشخصية المرتبطة بالحياة المهنية" (Marceau, 2022).

نستقرئ مما سبق ذكره أن مفهوم جودة الحياة في العمل لدى الممرضين قد اتخذ بعدا أكثر أهمية نتيجة للدور الفعال الذي تلعبه هذه الشريحة والتأثير الذي تمارسه على مخرجات الخدمات الصحية، وكذا الوعي بضرورة الالتفات حول هذه العناصر التي تعاني الأمرين بسبب ظروف العمل المحيطة بهم وشروط الممارسة المهنية التي لا ترقى لتطلعاتهم وآمالهم، إذ يمكننا بالتالي تعريف جودة الحياة في العمل لدى الممرضين على أنها مستوى الرضا والراحة والرفاهية التي يتوصل الممرضون في بلوغها نتيجة للاهتمام الواضح والفعلي من طرف المسؤولين بتحسين الجوانب المتعلقة بحياتهم المهنية.

4. اتجاهات دراسة جودة الحياة في العمل:

لقد أثار مصطلح جودة الحياة في العمل منذ أزيد من 30 سنة اهتمام العديد من الباحثين، ولم يظهر هذا المصطلح بمحض الصدفة وإنما كنتيجة لبروز بوادر فكرية كانت تناشد بضرورة الاهتمام أكثر بالعنصر البشري والجانب الإنساني في التسيير والإدارة، وقد استمد هذا المصطلح أسسه من تيارين أساسيين ظهرا خلال القرن العشرين، ويتعلق الأمر بكل من حركة العلاقات الإنسانية والمقاربة التقنية الاجتماعية اللذان حاولا دراسة وتناول هذا الموضوع بمنظورهما الخاص، وفيما يلي سنحاول التطرق إلى هذين التيارين على حدا.

1.4. اتجاه مدرسة العلاقات الإنسانية: (Ecole des relations humaines)

يستند مصطلح جودة الحياة في العمل إلى الفلسفة الإنسانية في الإدارة والتي ظهرت موازاة مع حركة العلاقات الإنسانية لـ (Elton Mayo (1933، والتي استمرت في الوجود بعد ذلك مع أعمال Mc Gregor (1960 في العلوم السلوكية، وقد تقدمت هذه الفلسفة بمجموعة من المبادئ المرتبطة بقيمة الإنسان والعامل في المؤسسة، فالإداري (المسير) الذي يتحلى بفلسفة إنسانية في التسيير يبتعد كل البعد عن سياسة التحكم والتلاعب بالموظفين، بل يحاول أن يضمن لهم محيط عمل يتناسب مع تطلعاتهم ويحقق لهم إشباع حاجاتهم العليا، حيث لخص (Bergeron (1982 مصطلح جودة الحياة في العمل مشيرا إلى أنه: "يعتبر العمل كعامل أساسي لنمو الإنسان، والذي يعد بدوره عنصرا أساسيا بالنسبة للمؤسسة التي تسعى إلى تعديل جانب أو عدة جوانب في محيط العمل لجعله أكثر موائمة لتحقيق رضا الموظفين" (Barnabè, 1993)

وقد سلطت مدرسة العلاقات الإنسانية الضوء على أهمية إشباع الحاجات الداخلية والخارجية للفرد، كما دعا هذا التيار إلى فسخ المجال أمام الفرد للمشاركة في اتخاذ القرارات ومنحه حرية أكبر للسماح له بالنمو، وفي هذا السياق أعطى (Sanderson (1978 تمثيلا واضحا لهذا التيار من خلال تعريفه لجودة الحياة في العمل استنادا إلى نظرية "ماسلو" Maslow مشيرا إلى أن: الفلسفة الأساسية وراء جودة الحياة في العمل هو الاعتراف بأن الاهتمام بكل القيم الإنسانية يمرّ أساسا عبر التركيز على محيط العمل الذي يقضي فيه العامل معظم وقته ويكسب منه عيشه، فالعمال حاليا لا يترقبون الحوافز المادية فقط بل يتطلعون إلى فرص التعبير، الحصول على الاعتراف وإمكانية تحقيق الذات، وحسب Sanderson فالفرد يستفيد من جودة حياة مهنية جيدة عندما يتمكن من إشباع حاجاته في تقدير الذات، وهذا لا يتحقق إلا

من خلال تطبيق مختلف أساليب تسيير النشاطات كالحصول على مسؤولية وحرية أكبر في العمل، تنوع وإثراء المهام، إضافة إلى التناوب في العمل لرفع الرصيد المعرفي (Locufier, 2015).

2.4. اتجاه مدرسة المقاربة التقنية-الاجتماعية: (Approche Socio-technique)

لقد ظهرت المقاربة التقنية الاجتماعية في خمسينيات القرن العشرين بمعهد تافيستوك للعلاقات الإنسانية (Tavistock Institute of humane relations) بالمملكة المتحدة، إذ يعتقد كل من Emery & Trist واللذان يعتبران من أبرز علماء النفس الاجتماعي المنتمين لهذا التيار أن مدرسة العلاقات الإنسانية لم تنتقد بالقدر الكافي التنظيم التaylorي (Organisation Taylorienne)، فعلى الرغم من تسليطها الضوء على العوامل الفردية والنفسية للأداء، وديناميكية جماعات العمل، والأبعاد العاطفية، إلا أنها لم تستهدف المجال الإنتاجي، والطريقة الذي ينظم بها العمل، والإجراءات التقنية المعتمدة، فبالنسبة لهذين الباحثين فلا يمكن التفكير في جودة الحياة في العمل دون الاهتمام في آن واحد بنسق العلاقات الاجتماعية والنسق التقني، وهذه النتيجة ما هي إلا حوصلة لدراسة ميدانية أجريت من طرف Eric Trist في مناجم الفحم بإنجلترا (Bourdu & al, 2016)، وبالإضافة إلى ما سبق أُلح كذلك على ضرورة تحقيق أقصى قدر من الفعالية في الإجراءات من خلال التحسين المشترك للجوانب الاجتماعية والتقنية (Barnabè, 1993)

وفي نفس سياق ما سبق سلط E.Trist & Bamforth الضوء كذلك على أهمية جماعة العمل والحرية التي تحظى بها في وظيفتها المتمثلة في دعم الأفراد على المستويين النفسي والإنتاجي، وبعبارة أخرى فإن جودة الحياة في العمل تستمد مصدرها من قدرة المؤسسة على الربط الأنسب والسليم بين البعد الإنساني، الاجتماعي، والتقني للعمل (Pelletier, 2017).

وقد أيدت هذه المقاربة حديثاً من طرف Johnson et al حيث اتفقوا على أن مصطلح جودة الحياة في العمل يتضمن إعادة هيكلة طرق العمل، إعادة تكييف التكنولوجيا وتعديل هياكل المنظمة، ووفقاً لوجهة نظرهم فهذا المصطلح يدعو إلى مشاركة ومساهمة أكبر للعمال في محيطهم المهني، الأمر الذي يتيح لهم مسؤوليات أكثر، وبالتالي فهي سيرورة تعليمية ديناميكية في تطور مستمر (Larouche, 1983).

3.4. المساهمات الحديثة: (L'approche Psychodynamique)

بالنسبة للمختص الفرنسي في علم النفس العمل (2010; 2008) Yves Clot فالعمل يعتبر محور التساؤلات المرتبطة بجودة الحياة في العمل والصحة المهنية، حيث ساهم من خلال أعماله الحديثة في تطوير التصورات حول العمل وتمكن من توسيع نطاق جودة الحياة في العمل، فالأولية بالنسبة له تكمن في معالجة العمل عوضاً من البحث في معالجة الأفراد، لأن الأعراض التي يعانون منها (الضغط، الاضطرابات العضلية العظمية (TMS)، والأخطار النفسية الاجتماعية) ما هي إلا نتائج لآلام عميقة خاصة بكل منظمة عمل.

فجودة الحياة في العمل شأنها ك شأن الوقاية من الضغوط أو الأمراض المهنية تتولد مكان حدوث النشاط، أي بالقرب من سيرورة العمل، وبالنسبة لـ Clot فلا مجال لجودة الحياة في العمل ولا للصحة المهنية دون جودة العمل (Bourdu & al, 2016).

نلاحظ مما سبق أن الاهتمام الفعلي بجودة الحياة في العمل ليس وليد القرن الحالي، بل يعود إلى أوائل القرن العشرين كاستجابة حتمية لمحدودية النظام التaylorي الذي جرد العمال من إنسانيتهم، وقد مثلت هذه الحقبة انطلاقة حقيقية للاهتمام الذي أصبحت الموارد البشرية تحظى به، ومؤشراً واضحاً على الوعي الإداري الذي أصبح يتميز به المسيرين نظير توجيه اهتماماتهم واستثماراتهم صوب العنصر البشري.

5. أبعاد جودة الحياة في العمل:

لقد حظي موضوع جودة الحياة في العمل بالكثير من الاهتمام بموجب النظرة الجديدة التي أتى بها والمغايرة عن النظرات التقليدية، حيث وجه العديد من الباحثين اهتمامهم صوب هذا المصطلح بداية من سبعينيات القرن الماضي كمحاولة منهم لتفسيره وتحديد معالمه، وهذا من خلال تناوله تحت زوايا مختلفة ووفقاً لاتجاهاتهم وخصائص محيطهم الاجتماعي والأهداف التي يسعون لتحقيقها، مما أدى إلى تباين الأبعاد التي استند إليها كل باحث من دراسة لأخرى، فمن خلال مطالعتنا لمختلف الأدبيات التي تناولت هذه الظاهرة لاحظنا تعددية الأبعاد المعتمدة عبر مختلف الدراسات، ولهذا سنحاول فيما يلي عرض بعض الأبعاد التي استند إليها الباحثون في دراساتهم حول جودة الحياة في العمل وفقاً لتسلسلها الزمني:

لقد كان الباحث (Walton (1973 أول من قدم تعريفاً خاصاً بمصطلح جودة الحياة في العمل وأداة قياس لتقييم مستوياتها، وبالنسبة له فهذا المصطلح يشتمل على ظروف وخصائص العمل التي تساهم في إثارة الدافعية، تحقيق الأداء والرضا في العمل (Gronier & al, 2015)، كما أضاف إلى أن العمال وبغض النظر عن طبيعة مهنتهم يعانون بدون استثناء من عدم الرضا عن حياتهم المهنية، وهذه المشكلة ناتجة عن صعوبة تحديد العناصر المكونة لجودة الحياة في العمل والغموض الذي يحوم حولها، ففي هذا الإطار قام (Walton (1973 بتحديد أبعاد جودة الحياة في العمل وحصرها في ثمانية مكونات كالتالي:

- التعويضات المناسبة والعادلة.
- ظروف العمل الصحية والأمنة.
- إتاحة الفرص لاستعمال وتطوير الكفاءات.
- فرص الترقية والأمن الوظيفي.
- الاندماج الاجتماعي في العمل.
- مناخ العمل والعلاقات الإنسانية.
- الموازنة بين الحياة المهنية والحياة الأسرية.
- المشاركة في اتخاذ القرارات (Fernandes & al, 2017).

ومن جهتهما قام كل من (Brooks & Anderson (2001 بحصر العناصر المشكلة لجودة الحياة الوظيفية في قطاع التمريض استناداً إلى الإطار النظري لـ O'Brien-Pallas and Baumann، والتي اتضحت معالمها في أربعة أبعاد كالتالي:

- الحياة المهنية-الحياة الأسرية: يشير إلى العلاقة المتبادلة بين مجالي الحياة المهني والأسري.
- تصميم العمل: يشير إلى محتوى العمل ويصف الأداء الفعلي للممرض.
- ظروف العمل: يشير إلى محيط العمل وظروفه وأثرها على الممرضين والمرضى.
- عالم الشغل: يشير إلى التغييرات الاجتماعية وأثرها على مهنة التمريض (Brooks & Anderson, 2003).

وفي نفس الاتجاه دائماً قام (Sirgy & al (2001 بتحديد العناصر المكونة لجودة حياة العمل في سبعة أبعاد رئيسية، ولكل بعد منها عدة أبعاد فرعية هي:

➤ حاجات الصحة والأمان (الحماية من سوء الحالة الصحية والإصابة في العمل وخارجه، وتعزيز الصحة الجيدة).

➤ الحاجات الاقتصادية والأسرية (الأجر، الأمن الوظيفي، وحاجات أخرى).

➤ الحاجات الاجتماعية (العمل الجماعي ووقت الفراغ من العمل).

➤ حاجات تقدير الذات (الاعتراف والتقدير للعمل داخل المنظمة وخارج المنظمة).

➤ حاجات تحقيق الذات (استخدام إمكانيات الفرد داخل المنظمة ويقدر كبير من الكفاءة).

➤ الحاجات المعرفية (التعلم لتعزيز المهارات الوظيفية والمهنية).

➤ الحاجات الجمالية (الإبداع في العمل وكذلك الإبداع الشخصي والجمالية العامة).

أما Lee & al (2007) فقد قاموا من جهتهم بتصنيف أبعاد جودة الحياة في العمل إلى مجموعتين من الحاجات الرئيسية: الحاجات العليا والحاجات المرتبة في مستوى أدنى.

➤ الحاجات العليا: وتشمل على الحاجات الاجتماعية، حاجات تقدير الذات، حاجات تحقيق الذات،

الحاجات المعرفية، والحاجات الجمالية.

➤ الحاجات المرتبة في المستوى الأدنى: حاجات الصحة والأمان، الحاجات الاقتصادية والعائلية

(فواتيح، 2016، ص 343).

وقد حدد كل من Ruzevicius & Akranaviciute (2007; 2010) الأبعاد المكونة لجودة

الحياة في العمل فيما يلي:

➤ الموقف اتجاه العمل (المادي والمعنوي).

➤ الحالة الانفعالية (التقييم، التقدير، الدوافع الشخصية، الرضا المهني، الأمن الوظيفي).

➤ التكوين والترقية (الفرص الوظيفية، اكتساب معارف و كفاءات جديدة).

➤ العلاقات الاجتماعية بالمؤسسة (العلاقة بالزملاء والرؤساء، الاتصال، الإدارة، تقسيم العمل).

➤ النمو الشخصي (الآفاق المهنية، المشاركة في صناعة القرار....).

➤ الحالة البدنية (الضغط، التعب، الإجهاد، عبء العمل).

➤ الأمن والمحيط المهني (Ruzevicius, 2013).

أما الهيئة الوطنية لتحسين ظروف العمل (ANACT) فقد سلطت عام 2007 الضوء على ستة أبعاد أساسية لجودة الحياة في العمل وهي كالتالي:

- العلاقات الاجتماعية والمهنية: الاعتراف، الاحترام، الإنصاف، التقدير من الزملاء والرؤساء، المعلومات، الحوار الاجتماعي والمشاركة في اتخاذ القرارات.
- محتوى العمل: الاستقلالية، تنوع المهام ومقدار المسؤولية.
- المحيط الفيزيقي للعمل: الأمن، الضوضاء، الحرارة، الإنارة، النظافة والإطار المكاني.
- تنظيم العمل: جودة تسطير العمل، إمكانية المنظمة في المساندة على حل الإختلالات، مبادرات التطوير التنظيمي، المشقة، عبء العمل والوقاية من الأخطار المهنية.
- الانجاز والتقدم المهني: الأجر، التكوين، إثبات المكتسبات، تطوير الكفاءات وسلامة المسار المهني.

➤ التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الأسرية: وتيرة وساعات العمل، الحياة العائلية، الحصول على الخدمات، الأنشطة الترفيهية والنقل (Brillet & al, 2017).

ومن جهة أخرى قام (Easton & VanLaar (2012 حديثاً بتحديد الأبعاد المكونة لجودة الحياة في العمل وبناء مقياس ذات خصائص سيكومترية عالية، وهذا استجابة للقصور الذي كان يعاب لمصطلح جودة الحياة في العمل والذي كان يركز أساساً على المجال المهني فقط من دون مجالات الحياة الأخرى، وبالتالي فقد تم حصر الأبعاد المكونة لجودة الحياة في العمل فيما يلي:

- الرضا عن العمل والمسار الوظيفي.
- الرفاهية العامة.
- التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية.
- الضغط في العمل.
- التحكم في العمل.
- ظروف العمل.

كما قدم بعدها كل من (Martel & Dupuis, 2009) نموذجا إلكترونيا لجودة الحياة في العمل يتكون من ثمانية أبعاد كالتالي:

➤ **الأجور (Rémunération):** يشتمل هذا البعد على الدخل (الأجر، العمولة)، الامتيازات الاجتماعية (العطل، التأمين، الإجازات المرضية)، إضافة إلى أمن الدخل.

➤ **المسار المهني (Cheminement professionnel):** يشتمل هذا البعد على فرص التقدم والترقية المهنية والتدريب.

➤ **ساعات العمل (Heures de travail):** يرتبط هذا البعد بساعات العمل العادية (تأثير ساعات العمل والتوقيت الساعي على صحة العامل)، الساعات المتغيرة (مرونة ساعات العمل)، الغياب لأسباب عائلية (إمكانية الغياب على إثر مرض أحد الأقارب أو على إثر وفاة).

➤ **العلاقة بالزملاء (Relation avec les collègues):** يتعلق هذا البعد بشعور الانتماء (الانتماء اتجاه جماعة العمل أو المؤسسة)، المنافسة (شدة المنافسة داخل العمل)، العلاقة مع الزملاء أثناء ساعات العمل الفعلية، صراع الأدوار داخل العمل.

➤ **العلاقة بالرؤساء (Relation avec les responsables):** هذا البعد يتمثل في العلاقة مع المسؤول المباشر، الرئيس أو الإدارة.

➤ **خصائص المحيط الفيزيقي (Caractéristiques de l'environnement physique):** يرتبط بالظروف الفيزيكية لمحيط العمل (الضوضاء، الإنارة، الحرارة، النظافة)، المعدات (الأدوات والوسائل المتوفرة).

➤ **الدعم المقدم للموظف (Soutien offert a l'employeur):** كل ما يتعلق بالتكفل بالغيابات (ما هو منجز في المهام عند اضطرار الموظف للغياب)، إعادة توزيع المهام (توزيع كمية العمل الناتجة عن الغيابات)، التسهيلات (مراكز رعاية الأطفال، المطاعم، أماكن توقيف السيارات)، العلاقة مع نقابة العمال (دعم النقابة في مختلف نواحي العمل).

➤ **العوامل المؤثرة في تقدير المهام (Facteurs affectant l'appréciation de taches):** يشير هذا البعد إلى الفعالية في العمل (النوعية والكمية)، الوقت المخصص للمهام، التوافق بين الكفاءات والعمل، الاستقلالية، تنوع المهام، العبء الانفعالي، المتطلبات البدنية، المشاركة في اتخاذ القرارات ووضوح الدور (Locufier, 2015).

ومن جهته كذلك قام بن خالد عبد الكريم (2016) بتقديم نموذج يتكون من ستة أبعاد مستوحى من مقياس جودة الحياة في العمل والمترجم من طرف "المغربي عبد الفتاح" (2004)، حيث اشتمل على الأبعاد التالية:

- ظروف بيئة العمل:
 - ظروف بيئة العمل المادية.
 - ظروف العمل المعنوية.
- خصائص الوظيفة.
- الأجور والمكافآت.
- جماعة العمل.
- أسلوب الرئيس في الإشراف.
- المشاركة في القرارات.

أما بخصوص الأبعاد التي اعتمدنا عليها في دراستنا الحالية فقد استعنا بالدراسات السابقة الخاصة بجودة الحياة في العمل، وهذا استنادا إلى درجة تكرار هذه الأبعاد في مختلف الدراسات والأهمية التي تكتسيها في تحقيق أهداف دراستنا، حيث قمنا باللجوء إلى جملة من المقاييس على غرار مقياس جودة الحياة في العمل المترجم من طرف "المغربي عبد الفتاح" (2004) والمعتمد بعد التعديل من طرف "بن خالد عبد الكريم" (2016)، ومقياس (Brooks & Anderson 2001)، ومقياس Easton & VanLaar (2012)، ويمكن حصر هذه الأبعاد فيما يلي:

❖ التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الأسرية:

تعتبر مسألة تحقيق التوازن بين الحياة المهنية والحياة الأسرية من أهم واكبر التحديات التي تواجه كل من أرباب العمل والموظفين على حد سواء، وهي تحتاج بالتالي إلى تبني إستراتيجية مميزة خاصة بالتوفيق بين مجالي الحياة المهني والأسري، فأرباب العمل يواجهون تحدي إيجاد ثقافة تنظيمية مناسبة يضمنون بموجبها تركيز موظفيهم على واجباتهم الخاصة أثناء تأدية نشاطاتهم المهنية، والموظف من جهته يواجه تحدي تلبية التزاماته الشخصية دون التقصير في مسؤولياته المهنية (الشنطي، 2016).

وقد استعملت في الأدبيات العديد من المصطلحات للتعبير عن العلاقة الموجودة بين مجالي الحياة المهني والأسري، بما في ذلك مصطلح "التوفيق" والذي يشير إلى محاولة إدارة وتحقيق التوازن بين

المتطلبات المهنية والأسرية بما يحقق في ذلك رضا العامل ومحيطه الاجتماعي، ويؤدي تراكم المتطلبات المهنية والأسرية إلى نشوء صراع أدوار، حيث يشير مصطلح الصراع إلى عجز الفرد على تلبية متطلبات الدور الأخر، وهذا نظرا للكمية المحدودة من الوقت والطاقة التي يملكها الفرد والتي يجب عليه توزيعها واستثمارها بما يتوافق ومتطلبات الدورين (Lachance & al, 2004)، فالصعوبات التي يجدها الفرد في التوفيق بين حياته المهنية وحياته الأسرية بالشكل السليم قد تكون مصدرا للمزيد من الضغط وهي مرتبطة بعدم الرضا الوظيفي، الدوران في العمل، ارتفاع نسبة الغيابات لأسباب صحية نفسية، ووقوع حوادث العمل، وبالمقابل فالمستخدم الذي يوفر الدعم والمساندة الكافية لموظفيه في هذا المجال سيعزز من التزامهم للمؤسسة ويقلل من الشكاوى المرتبطة بالصحة النفسية في العمل (Tornare & Rinfret, 2019).

❖ محتوى العمل وظروفه:

يعد هذا البعد من الجوانب الأساسية التي تركز عليها المنظمات في الوقت الحالي، حيث تسعى جاهدة نحو إيجاد بيئة وظروف عمل صحية وآمنة تجعل العاملين يعملون فيها بأريحية وثقة دون التخوف من إصابتهم بأضرار أو أمراض، فضلا عن سعيها لتقليل المخاطر الصحية والإصابات الجسدية والنفسية، فظروف العمل وما تحتويه من عوامل مادية على غرار طريقة التصميم، الظروف الفيزيائية، ووسائل الصحة والسلامة، وغيرها من العوامل يكون تأثيرها مباشر على العمال ومستوى أدائهم وحبهم لعملهم، فإذا كان جو العمل غير مناسب فهذا يؤدي إلى النفور منه، ويتولد لدى العاملين ضغوطات بمستويات مختلفة ترتفع وتنخفض وفقا لنوع العمل وطبيعته (حيرش وهزوشي، 2022).

يتضح لنا مما سبق أن بيئة العمل وما تحتويه من ظروف من المحاور الأساسية التي تتضمنها المقارنة من خلال جودة الحياة في العمل، وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى دور بيئة العمل الجيدة في تنمية الرفاهية المهنية للعاملين والرفع من مستوى الروح المعنوية والرضا الوظيفي، إلى جانب إبعادهم عن المخاطر التي قد يتعرضون لها سواء كان ذلك على المستوى الجسدي أو النفسي، خاصة في البيئة الاستشفائية المعروفة بصعوباتها وعوائقها والأخطار النفسية الاجتماعية التي تميزها عن باقي المهن الأخرى.

❖ الرضا عن العمل والمسار الوظيفي:

يعتبر الرضا الوظيفي من مجالات دراسة السلوك التنظيمي وممارسات إدارة الموارد البشرية، وهناك أهمية متزايدة بهذا المفهوم لما ينتج عنه من خفض لمعدلات الدوران في العمل وشعور الموظفين بالانتماء والولاء لعملهم وللمنظمة، كما يعد كذلك من المتغيرات الأساسية التي تعتبر مؤشرا مهما لجودة الحياة في العمل، حيث يزداد شعور الأفراد بالرضا عند تلبية احتياجاتهم وإشباعها من خلال تجاربهم وخبراتهم المهنية بالمنظمات التي ينتمون إليها، فالفرد أكثر رضا وتعلقا بالمنظمة والبيئة التي توفر له الظروف والشروط المناسبة بالنسبة له (الجمال، 2019، ص14).

كما يعبر كذلك الرضا عن المسار الوظيفي عن فرص الترقية المتاحة بالنسبة للممرضين، حيث تشير الترقية إلى إمكانية إعادة تعيين الفرد في وظيفة أعلى من وظيفته الحالية، وهذا الأمر يستلزم بالضرورة إعادة تحديد واجبات ومسؤوليات الفرد، وتعتبر الترقية شكلا من أشكال التحفيز المعنوي والمادي لما يترتب عنها من زيادة في راتب الفرد بسبب شغله لوظيفة أعلى (البياري، 2018، ص19)، علاوة عن فرص التكوين والتدريب التي توفرها الإدارة من أجل تحسين مستوى العمال وتلبية طموحاتهم وتطلعاتهم، فهذه الأمور من شأنها التعزيز من المكانة التي يحتلها الفرد في مؤسسته والرفع من الروح المعنوية لديه وجعله أكثر التزاما وولاء.

❖ المشاركة في اتخاذ القرارات:

تعرفها الحسن (2019) على أنها "دعوة المدير لمروؤسيه والالتقاء بهم لمناقشة المشكلات الإدارية التي تواجههم وتحليلها وتفسيرها، بهدف الوصول إلى أحسن الحلول الممكنة لها، مما يوفر الثقة لديهم والتعاون الفعال لمشاركتهم في وضع الحلول المناسبة لها"، وتتبع أهمية المشاركة في اتخاذ القرارات من خلال إتاحة الفرصة للموظفين في صياغة السياسات وإبداء أفكارهم وآراءهم بالشكل الذي يساهم في تحسين طرق العمل وخفض الصراع بين الموظفين والإدارة، والرفع من مستوى الانسجام داخل بيئة العمل، كما أنها ترتبط ارتباطا وثيقا وإيجابيا برضا الموظف وتعتبر عاملا تحفيزيا معنويا من خلال ما تتضمنه من أساليب متعددة تساعد على تحسين الأداء من خلال تنمية قدرات الموظفين وتطويرها وتأهيلهم للعمل في المستويات القيادية (عيسري والذيابي، 2022، ص ص1031-1032)

يتضح لنا من خلال ما سبق ذكره أن إشراك الإدارة للموظفين في عملية اتخاذ القرارات وصناعتها أمر بالغ الأهمية يساهم في ترقية جودة الحياة في العمل، وهذا من خلال تنمية شعورهم بالانتماء وضمن

التزامهم وولاءهم للمنظمة التي يعملون فيها، فهي بمثابة اعتراف من طرف المسؤول بأهمية موظفيهم والمكانة التي يحتلونها داخل المنظمة، فانتهاج هذه السياسية دليل على ديمقراطية المنظمة وسعيها نحو تحقيق أهداف المنظمة وأهداف الموظفين على حد سواء.

❖ الأجرور والمكافآت:

تعتبر الأجرور والمكافآت من أهم وأبرز الأنظمة أكثرها تأثيرا في استقرار الفرد واندماجه في عمله، حيث تلعب الأجرور والرواتب التي يتقاضاها العامل دورا كبيرا في تحقيق مستوى الرضا بالنسبة له مما ينعكس على سلوكه العام في المنظمة كالاستقرار الوظيفي وتقليل الغيابات والانتظام في العمل (عطا المنان، 2018، ص15).

كما تعد كذلك محددًا للمكانة الاجتماعية للعامل داخل المنظمة وخارجها، ولها تأثير على قدرة المنظمة في الحصول على أداء ذو كفاءة عالية، ولا يمكن للمنظمات الحفاظ على عمالها إلا من خلال تطبيق نظام أجرور عادل، وبالتالي فالسياسات السليمة للأجرور أمر حيوي وهام لضمان فعاليتها وكفاءتها، حيث تكمن العدالة في ما يوفره العامل من جهد وما يتلقاه نظير ذلك، إذ يحكم الأفراد على عدالة التعويضات من خلال مقارنة جهودهم وأدائهم مع أداء الآخرين ومعدل العوائد التي يتقاضونها (الهاشمي والعضايلية، 2017، ص6).

فالأجرور والمكافآت تشكل بفضل قدرتها التحفيزية محركا دافعا للقدرات البشرية ومصدرا للميزة التنافسية بين أفراد المؤسسة الواحدة، فالأهمية التي تكتسيها بالغة سواء كان ذلك على مستوى الفرد أو على مستوى المنظمة ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- المساهمة في إشباع حاجات العمال والرفع من روحهم المعنوية.
- المساهمة في إعادة صياغة منظومة احتياجات العمال وتنسيق أولوياتهم.
- التحكم في سلوك العاملين بالشكل الذي يضمن توجيهه وتعديله وتعزيزه وفقا للمصلحة المشتركة بين المنظمة والعامل نفسه.
- تنمية عادات وقيم سلوكية تسعى المنظمة إلى توافرها لدى العاملين.
- المساهمة في تعزيز العاملين لأهداف المنظمة أو سياساتها وتعزيز قدراتهم وميولهم.
- تنمية الطاقات الإبداعية لدى العاملين بما يضمن ازدهار المنظمة وتفوقها.

➤ المساهمة في بلوغ كل الأهداف التي تسعى المنظمة في تحقيقها (البابلي، 2019، ص5).

❖ العلاقات الاجتماعية في العمل:

إن العلاقات الاجتماعية الايجابية في بيئة العمل هي تلك العلاقات المبنية على قيم مهنية كاحترام المتبادل، التعاون والانتماء للجماعة، الإيمان بالهدف العام، الحرص على المصلحة العامة والابتعاد عن الأنانية، والتي يجب أن يتميز ويتحلى بها أفراد المنظمة والمتعاملين معها، فقد أشارت العديد من الدراسات ذات الصلة بالموضوع على غرار دراسة معهد "مستقبل العمل" بمدينة بون الألمانية عام (2009) إلى أن الشركات التي تقوم باستقطاب موظفين يرتبطون فيما بينهم بعلاقات صداقة طيبة تحقق إنتاجاً أفضل مقارنة بغيرها من الشركات، فالحافز المعنوي الذي توفره العلاقات الاجتماعية الايجابية في محيط العمل لا يقل أهمية عن الحوافز المادية، وجوهر العلاقات الإنسانية أمر مهم يجب أن تعكسه القيادة الإدارية وهذا من خلال توفير بيئة عمل ناجحة يتم فيها احترام الموظف، ويعطى له قدر من الرعاية، ويسمح له بالتطور حتى يصبح مكان العمل مرغوب فيه، ولا بد على القائد أن يتعامل مع الموظفين بعدالة وإنصاف.

إن أثر العلاقات الاجتماعية على جو العمل سلاح ذو حدين، فإذا كانت ايجابية فان روح العائلة والمحبة ستسود مكان العمل، ويصبح هناك مستوى عال من التعاون والمشاركة والاستمتاع بالعمل وانجازه بالشكل المطلوب، أما إذا كانت سلبية فستكون مصدراً للمشاكل والنزاعات، وتعرقل سير العمل، وتسبب في كثرة الغياب والتأخر عن العمل، كما تؤدي غالباً إلى ترك العمل (البربري، 2016، ص ص 21-22).

❖ الرفاهية العامة:

لقد أشار Bernard 2016 إلى أن تحسين ظروف العمل من خلال تطبيق جودة الحياة في العمل يشكل في حد ذاته مفتاح لتحقيق الرفاهية، حيث تعتبر هذه الأخيرة كحالة من المتعة والراحة الجسدية والعقلية التي تؤدي إلى رضا العامل (P.17)، والتي يمكن تعريفها أيضاً على أنها مجمل العوامل المرتبطة بالظروف التي ينجز فيها العمل، فأصحاب العمل ملتزمين قانونياً بضمان وتنمية رفاهية موظفيها، بالإضافة إلى السهر على تحسين ظروف عملهم وضمان سلامتهم وصحتهم الجيدة ومكافحة أخطار الحوادث، إذ تعتبر الرفاهية حالياً سبيلاً يُهدف الوصول إليه لتجاوز صعوبات العمل التي تتميز بالبحث المستمر لتحسين الإنتاجية والمتطلبات المفرطة اتجاه العاملين، ولهذا الغرض توجهت الجهود نحو

تنمية الرفاهية المهنية من خلال اتخاذ الإجراءات والقواعد والتطبيقات المبنية التي ترمي إلى تحسين ظروف العمل وجعله أكثر ملائمة ورضا للعاملين (Achte & al, 2010).

6. أهداف جودة الحياة في العمل:

أشار Turcotte (1988) إلى أن الهدف الرئيسي من وراء جودة الحياة في العمل هو اعتبار العمل كمتابفة سيرورة للتبادل والتفاوض بين أفراد محيط العمل الواحد (عمال، مسيرين، منظمات نقابية)، ووسيلة لحل المشاكل جماعيا استنادا إلى مبادئ مبنية على الاحترام المتبادل، وأضاف في نفس السياق أن أهداف جودة الحياة في العمل متنوعة ويمكن لكل منظمة تكيفها وفقا لحاجياتها واختيار نوع التدخل الذي يناسبها، وفيما يلي سنلخص هذه الأهداف كالتالي:

- 1) تحسين جودة الحياة في العمل على كل مستويات المنظمة.
- 2) تمييز الإنسان عن الآلة.
- 3) السعي إلى خلق جو من التضامن في العمل وتعزيز التعاون بين الرؤساء والمرؤوسين، وبين الإدارة والنقابة.
- 4) زيادة الرضا الشخصي الذي يحس به الموظف بكونه شريكا وليس مجرد عامل في مؤسسة فعالة.
- 5) وضع التكنولوجيا في خدمة الفرد وليس العكس.
- 6) إحياء الكرامة المهنة في محيط العمل. (Pp.44-46)

وبدورها قام كل من Srivastava & Kanpur (2014) بحصر مجموعة من الأهداف على النحو التالي:

- 1) زيادة الإنتاجية الفردية، المسؤولية والالتزام.
- 2) تعزيز العمل الجماعي وتحسين نظام الاتصال.
- 3) تخفيض الضغط التنظيمي.
- 4) تحقيق ظروف عمل آمنة.
- 5) تقديم برامج ملائمة لتطوير وتنمية الموارد البشرية.
- 6) تدعيم العملية التعليمية في محيط العمل.
- 7) المشاركة على كل المستويات في التسيير من أجل تحديد شكل المنظمة (P56).

كما قام Kulkarni (2013) من جهته بتصنيف الأهداف التي تصبوا جودة الحياة في العمل إلى تحقيقها على النحو التالي:

(1) **الأهداف الفردية:** تؤدي جودة الحياة في العمل إلى تحقيق أهداف الفرد الشخصية مثل إشباع حاجاته ورغباته وزيادة مستوى رضاه المهني.

(2) **الأهداف التنظيمية:** تساعد جودة الحياة في العمل المنظمة على تحقيق أهدافها من خلال ضمان فعالية الفرد، وتمثل في:

✓ تدريب الفرد على مواكبة التغيرات السريعة في العمل وإعداد المنظمة على مواجهة الحاضر والمستقبل.

✓ نقل المعرفة والمهارات للموظفين الجدد الذين يحتاجون إلى أداء أفضل للوظيفة.

✓ إعداد الفرد على القيام بمهام أعلى في المستوى الوظيفي.

✓ مساعدة الفرد على العمل بصورة أكثر فعالية في أماكن عملهم عن طريق المفاهيم والمعلومات والتقنيات وتطوير المهارات الحديثة التي يحتاجونها في مجال عملهم.

✓ بناء خط ثاني من العمال الأكفاء في المنظمة وإعدادهم لشغل مناصب أعلى وأكثر مسؤولية، لضمان العمل المرن والفعال على مستوى الإدارات.

✓ التأكد من النواتج الاقتصادية من خلال الجودة المطلوبة.

(3) **الأهداف المهنية:** التي تحافظ على مستوى مناسب لاحتياجات المنظمة.

(4) **الأهداف الاجتماعية:** فهي مسؤولية أخلاقية واجتماعية تضمنها المنظمة لمواجهة الاحتياجات والتحديات السريعة المتلاحقة (الجمال، 2019، ص9)

وتكلمة لما سبق، فالشروع في تطبيق برامج جودة الحياة في العمل قد يكون مبررا من خلال مختلف أبعاد الحياة الخاصة بالمؤسسة وعمالها كتعزيز الجاذبية، الالتزام، انسجام الفرق، الدافعية، تعزيز الابتكار، ولاء العمال، تفادي الأخطار النفسية الاجتماعية، التقليل من التغيب، وتحسين جودة الخدمات، وفيما يلي سنسلط الضوء على الأهداف التي أشارت إليها الجمعية الوطنية لتحسين ظروف العمل (ANACT) والمتمثلة في:

1- الاستجابة للحاجة إلى إعطاء معنى حقيقي للعمل:

إن مسألة إعطاء معنى حقيقي للعمل ذات أهمية بالغة في قطاع الوظيفة العمومية، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أن تقديم الخدمات عامل رئيسي في التزام العمال، بناء الهوية المهنية والمعنى الذي يمكن أن يستحوذ العمل خاصة في إطار الظروف الصعبة التي تميزه، فإمكانية إعطاء معنى حقيقي للعمل يعتبر عاملا للصحة بالنسبة للعمال. وبالتالي فبرامج جودة الحياة في العمل تسعى إلى تحسين سيورة العمل وتجويد الخدمات المقدمة، ولهذا يعتبر ميزة لتعزيز الحاجة في إعطاء معنى للعمل.

2- تعزيز الالتزام والدافعية:

إن التعبير عن صعوبات العمل اليومية والاختلالات التنظيمية التي تمسه ليس بالأمر السهل دائما، ولهذا يعتبر تعزيز القدرة على التعبير في محيط العمل محورا رئيسيا في تحسين جودة الحياة في العمل، فالشروع في تطبيق برامج الجودة يستند إلى الإجراءات المتخذة في إطار حرية التعبير الممنوحة للعمال والتي تسمح لهم في إبداء آرائهم حول محتوى عملهم، إذ تساهم هذه الأخيرة في تعزيز الالتزام في العمل وتتمية دافعية العمال ونجاحتهم في وضعيات العمل الفعلية، حيث تعتبر مصدرا رئيسيا لمشاريع التغيير ومحورا أساسيا في عملية تحسين جودة الحياة في العمل.

3- الوقاية من الأخطار المهنية وتعزيز الصحة في العمل:**3-1- متابعة وتعميق الإجراءات المتخذة في إطار الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية:**

إن إجراءات تطبيق برامج جودة الحياة في العمل ليست طريقة سهلة لتعويض المقاربة من خلال الأخطار النفسية الاجتماعية ولا يمكن أن تتخذ محلها في مساعيها الوقائية من الأخطار المهنية التي تمس الوظيفة العمومية، لكنها تساهم في التقييم المشترك والواسع لوضعيات العمل، وتعزز انتقالا منطقيا نحو التجسيد الفعلي من خلال معالجة مختلف مجالات تنظيم العمل، الحوار الاجتماعي والمهني والإداري.

3-2- القيام بالوقاية بشكل آخر:

بما أن الهدف الرئيسي لكل مشروع تنظيمي أو تغييرية هو تطوير وتحسين محتوى العمل، فهو يؤثر حتما على جودة الحياة في العمل وظروفها، ونظرا للمكانة المحورية التي تستحوذها الصحة عند تطبيق برنامج جودة الحياة في العمل، فالميزة الأولى لهذا البرنامج أنه يأخذ الأخطار النفسية الاجتماعية بعين

الاعتبار منذ المرحلة الأولى للمشروع التنظيمي والتغيير، وهذا ما يسمح لبرامج جودة الحياة في العمل من القيام بتدخلات وقائية أولية.

4- متابعة التحولات التي تطرأ على المنظمات:

يجب على كل مشروع يستهدف إحداث تغييرات أن يأخذ بعين الاعتبار ظروف تأدية العمل كالأعمال المهنية، العلاقة بالزملاء والوحدات المشاركة في تحقيق النشاطات، وهذا منذ مرحلة التصميم حفاظا على جودة ظروف العمل والمعنى الذي تشكله، فتطبيق برامج جودة الحياة في العمل تمنح فرصة أكبر لإشراك العمال في التحولات والأخذ بعين الاعتبار ظروف عملهم الحقيقية.

5- تعزيز التوفيق بين الأوقات:

تثير مسألة التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية العديد من القضايا المرتبطة بمتطلبات الخدمات العمومية، الارغامات التنظيمية، والحالة الشخصية للعمال، فالتوفيق بين المجالين المهني والأسري يساهم في تجويد الحياة المهنية للعمال، حيث تساهم البرامج المطبقة في إطار جودة الحياة في العمل في تحقيق توزيع مثالي للأوقات المخصصة لكلا المجالين، لا سيما من خلال تطوير تشريعات خاصة بالوقت وإدارة تكنولوجيات المعلومات والاتصال عن طريق التفكير المنسق حول العمل عن بعد (télétravail) (ANACT, 2019).

7. أهمية برامج جودة الحياة في العمل:

تشكل برامج جودة الحياة في العمل البذرة الأساسية لنجاح العديد من المنظمات، إذا ما طبقت بالأسلوب الصحيح من قبل الفاعلين في المؤسسة (إدارة وعمال) وذلك سعيا لإرضاء كافة الأطراف العاملة بها، إذ تعتبر جودة الحياة في العمل ضرورية لجذب العمال والاحتفاظ بهم، وبالنسبة Sirgy & al فالموظف الذي يشعر بالرضا اتجاه المؤسسة التي يعمل بها وطبيعة العمل الذي يقوم به يكون أكثر إنتاجية والتزاما وولاء لها.

وقد دعت العديد من الأسباب إلى ضرورة الاهتمام ببرامج جودة الحياة في العمل، حيث واجهت المنظمات العديد من المشاكل المتمثلة في:

- انخفاض الجودة وزيادة حدة المنافسة والحرص الشديد على خلق عميل دائم.
- تهرب العمال من العمل (الانسحاب الجسدي أو النفسي).

- انخفاض العوامل الاجتماعية والإنسانية في محيط العمل.
- التصميم التقليدي للوظائف الذي لم يعد كافيا لإشباع حاجات الأفراد.
- تطور احتياجات وطموح الأفراد الذي أصبح أكثر استتارة وتعلّما ووعيا مما دفعهم بالمطالبة على الحاجات العليا (الجادر والعاملي، 2016، ص ص 263-264).

استنادا إلى ما سبق ذكره فأهمية برامج جودة الحياة في العمل يمكن تلخيصها في النقاط الأساسية

التالية:

- 1) تخفيض الصراعات بين العمال والإدارة من خلال تطوير مناخ لعلاقات عمل أكثر إنتاجية، وتسوية المظالم الكامنة من خلال بيئة عمل مساعدة على حل المشاكل.
- 2) مشاركة أكبر من القوة العاملة بالأفكار البناءة التي يمكن أن تؤدي إلى تحسينات في الأبعاد المختلفة لعمليات التصنيع وظروف العمل.
- 3) زيادة انتماء العاملين وولائهم وتحقيق التكامل والتفاعل بين أهدافهم وأهداف المنظمة.
- 4) المساهمة في تعزيز الجودة والتعلم والإبداع.
- 5) زيادة درجة الرضا الوظيفي.
- 6) تحسين ودعم العلاقات الإنسانية في المنظمة.
- 7) انخفاض معدلات الغياب في المنظمة.
- 8) تراجع معدل الدوران في العمل.
- 9) زيادة الكفاءة والفعالية التنظيمية للمنظمة.
- 10) الاستثمار الأفضل والأمتثل للموارد البشرية في المنظمة (ماضي، 2014، ص 67)
- 11) السعي وراء زيادة التحسينات الايجابية في اتجاهات وسلوك العاملين، بما يؤول إلى منافع من قبيل زيادة كفاءة المنظمة وجودة الإنتاجية والتقليل من الحوادث والإصابات التي يتعرض لها العمال.
- 12) تصميم أنظمة أجور ومكافآت تجعل العاملين أكثر رضا عن عملهم.
- 13) السعي لإيجاد بيئة عمل آمنة وظيفيا من خلال الاهتمام بحقوق العاملين في المنظمة (العنزي، 2007، ص 71).

ومن جهتهم أشارت (Bora & al, 2015) إلى أن جودة الحياة في العمل بالغة الأهمية في الوصول إلى تحقيق الأهداف التنظيمية للمؤسسات، وأضافوا أن تجارب الموظفين في ما يخص جودة الحياة في العمل مرتبطة بشكل مباشر بالتغييرات التنظيمية المرغوب تحقيقها كالتقليل من معدلات الغياب والتأخر عن العمل، تخفيض التكاليف المرتبطة بالعلاج والصحة، والتقليل من ظاهرة الدوران في العمل، وعليه فإن هذا المفهوم أكثر أهمية في إطار الاستخدام الكفء والفعال للموارد البشرية في المنظمات العصرية، وبعد مراجعات كثيفة للأدبيات خلصت (Bora & al, 2015) إلى أن الموظف السعيد قادر على التركيز في العمل وتقديم المزيد من الأداء، أما بخصوص الموظف الكفء فيمكن أن يوظف من طرف أي مؤسسة في حالة رضاه، وبالتالي يمكن اعتبار جودة الحياة في العمل بمثابة عنصر محوري في تحسين رضا الموظفين (Ramawickrama & al, 2017).

8. نظريات جودة الحياة في العمل:

تعتبر الموارد البشرية بمثابة العمود الفقري للمنظمات أيا كان نوعها، وهذا لما تحمله من ثقل وأهمية في صياغة السياسات التنظيمية وصناعة القرارات، فحاليا أصبحت المنظمات العصرية تولي اهتماما واضحا لمواردها البشرية في تحديد سياساتها ووضع برامجها الموجهة صوب الحفاظ على دافعية ورضا ورفاهية موظفيها، وهذا عكس ما كان عليه الحال في وقت مضى.

فلقد شهد القرن الماضي ظهور العديد من النظريات في مجال العلوم السلوكية، على غرار نظريات الدافعية والتي ساهمت بشكل كبير في بلورة وتطوير المفهوم الحديث لجودة الحياة في العمل (Verma & Sharma, 2018)، فمن أبرز النظريات التي كان لها الفضل في ظهور مصطلح جودة الحياة في العمل وتحديد خطوطه العريضة نظرية هرم الحاجات لـ "أبراهام ماسلو" Abraham Maslow، ونظرية العاملين لـ "هرزبرج" Herzberg، والمبدأ الأساسي وراء هذه النظريات أن كل إنسان لديه حاجات يسعى إلى إشباعها من خلال العمل، وبالتالي فالعمال يحصلون على رضاهم من خلال العمل وهذا الأمر يتوقف بطبيعة الحال على الدرجة التي يساهم بها هذا العمل في تلبية حاجاتهم.

1.8. نظرية هرم الحاجات "ماسلو" Maslow:

لقد طور "ماسلو" (1954) Maslow النموذج الذي تم الاعتماد عليه على نطاق واسع وشامل من طرف المنظمات، حيث كانت نظريته مبنية على جملة من الملاحظات التي أشار من خلالها إلى أن دافعية كل فرد تتبثق من رغبته في إشباع خمس حاجات مرتبة وفقا لترتيب تصاعدي على شكل هرم حسب أهمية الحاجة، إذ أشار إلى أن الدافع يستمر في الوجود إن لم يتم إشباع الحاجة، وبالتالي عندما يحقق الفرد أهدافه من خلال إشباع حاجته ينتقل دافعه تلقائيا نحو الرغبة في إشباع الحاجة التي تليها في ترتيب الهرم، وهذا حتى بلوغ أعلى حاجة في ترتيب الهرم (Bellagamba, 2016)، وتشمل هذه الحاجات على:

❖ الحاجات الفيزيولوجية (Physiological needs)

❖ حاجات الامن والسلامة (Safety needs)

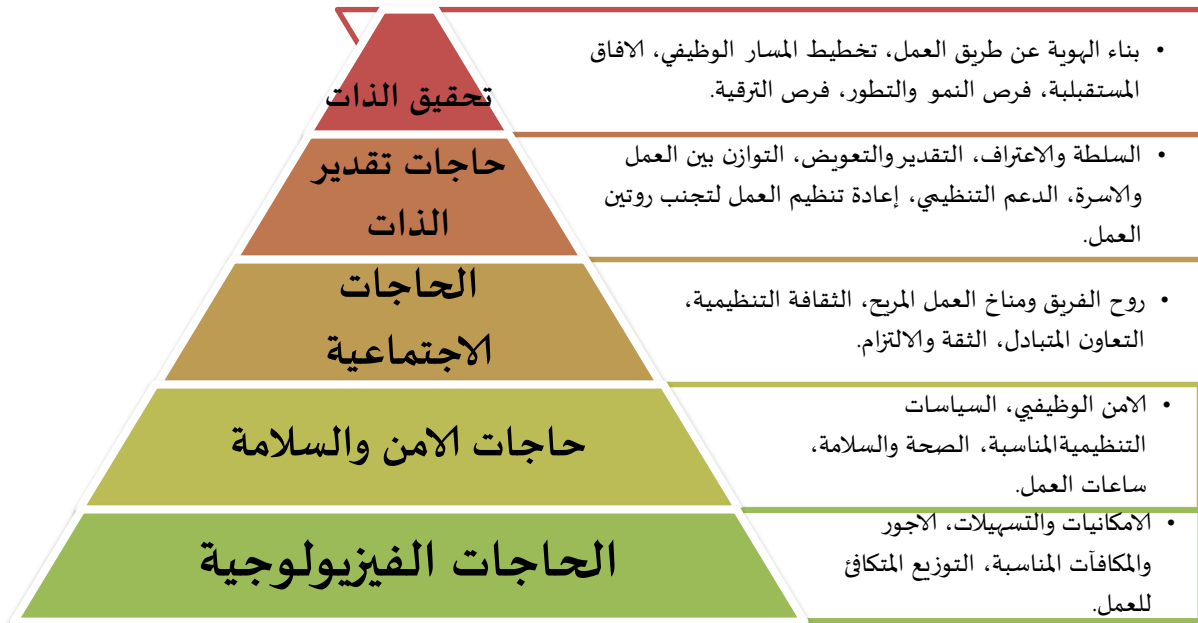
❖ الحاجات الاجتماعية (Social needs)

❖ حاجات تقدير الذات (Self-esteem needs)

❖ الحاجة إلى تحقيق الذات (Self-actualization need)

وبالنسبة للعمال فعليهم أولا تحقيق الحاجات الدنيا من اجل الانتقال إلى الحاجات التي تليها في ترتيب الهرم، لكي يتمكنوا من ضمان جودة حياة مهنية محترمة (Verma & Sharma, 2018).

الشكل رقم (01): نظرية هرم الحاجات لـ "ماسلو" مقترنا بجودة الحياة في العمل.



المصدر: (Verma & Sharma, 2018, P163).

2.8. نظرية العاملين لـ "هرزبرغ" Herzberg :

إن نظرية العاملين التي طورها "هرزبرغ" Herzberg ما هي إلا نتيجة لأبحاثه الأكاديمية وخبرته المكتسبة في إطار تقديم المؤتمرات التي كانت موجهة لرجال الأعمال، فهدفه الأولي كان تصحيح الطريقة التي تشكل بها مفهوم الطبيعة البشرية في المنظمات الرائدة على حساب اللذة أو المتعة في العمل، وغالبا ما كان القطاع الصناعي يفسد السعادة التي يسعى الإنسان لتحقيقها وهذا رغما من بعض المحاولات الصادقة من طرف بعض المسيرين، فالوظيفة الأساسية للوحدات الاجتماعية (المؤسسات) هو تفعيل الإمكانيات التي تسمح للإنسان بالتمتع من حياة ذو معنى حقيقي.

وقد اكتشف "هرزبرغ" Herzberg انطلاقا من أبحاثه الامبريقية وجود عاملين أساسيين يتدخلان في سيكولوجية العمل وهما:

1-العوامل الخارجية (عوامل النظافة): والتي تشير قبل كل شيء إلى جودة المحيط، وتستجيب لجملة من الحاجات التي ينتج عن عدم توفرها أو إشباعها حالات عدم الارتياح والإحباط، وقتها أو الاختلالات التي تمسها تؤدي إلى حالات عدم رضا، فهذا يدفع بالموظفين إلى تقديم الشكاوي بخصوص شروط النظافة والسلامة، ظروف العمل، الأجور، والعلاقات المهنية أو العلاقات بالسلطة الهرمية، وبالعكس فتوفر هذه العوامل ينتج عنها حالة من الارتياح.

2-العوامل الثانية داخلية (الدوافع الذاتية): وهي مرتبطة بالهدف من العمل، المسؤوليات المستلمة، المكافآت ذات الطابع التحفيزي، وإمكانيات الحصول على الاعتراف وتحقيق الذات من خلال النشاط المهني، فهذه الأخيرة هي العوامل التي نصح "هرزبرغ" Herzberg بتطويرها من خلال إثراء العمل وما يشتمل بذلك من تحضير، ورقابة، ومناقشة للأهداف وتعقيد للمهام (Louart, 2002).

9. النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة في العمل:

1.9. نموذج التحويل والتأثير المتبادل: (Transfer Model and Spill-over)

لقد أشار (Sirgy & al (2001) إلى وجود مقاربتين رئيسيتين لجودة الحياة في العمل والمتمثلتين في إشباع الحاجات والتحويل، فالمقاربة الأولى المتمثلة في إشباع الحاجات تستند إلى النماذج النظرية المطورة من طرف (Maslow (1954، McClelland (1961، Herzberg (1966، وAlderfer (1972)، والمبدأ الأساسي لهذه المقاربة أن الأفراد لديهم حاجات أساسية يحاولون تحقيقها من خلال العمل، وأن مستوى رضاهم يتوقف على الكيفية التي يستجيب بها هذا العمل لحاجاتهم، أما

بخصوص التحويل فقد أضاف أن الرضا عن أحد مجالات الحياة (المهني أو الأسري) قد ينعكس ويؤثر على المجال الآخر، فالرضا عن العمل مثلا قد ينعكس على مجالات أخرى كالأسرة، النشاطات الترفيهية، الجانب الاجتماعي، الصحة، والجانب الاقتصادي (p243)

ووفقا لهذا النموذج دائما، فالرضا المهني يؤثر على المجالات الأخرى من الحياة والنعكس صحيح كذلك، وقد توصل في هذا الإطار كل من (Schmitt & bedian 1982) إلى وجود علاقة موجبة بين العمل ومجالات الحياة خارجه، كما توصل بدوره كذلك (Staines 1980) وبعد تحليل معمق إلى أن المجالات خارج العمل تتأثر بمجالات معينة من العمل فقط، وبالمقابل أشار (Rousseau 1978) أن هذا النموذج لا ينطبق على كل الأصناف المهنية، فالوظائف ذات الخصائص والظروف الصعبة كالعزلة المطولة، والمتطلبات الجسدية العالية... تتماشى أكثر مع نموذج التعويض.

ومن جهتهما أضاف كل من (Leiter & Durup 1996) أن التأثير المتبادل بين الرضا المهني والحياة الشخصية قد يكون مباشرا كما قد يكون غير مباشر، فالتأثير المباشر يمكن ملاحظته عبر تأثير الظروف الموضوعية للحياة في العمل أو الحياة الشخصية (تغيير مكان العمل، وصول مولود جديد...) على البيئة دون تدخل للإدراك الذاتي للفرد، أما التأثير غير المباشر ينتج عن إدراك الفرد لظرف موضوعي يخلق إما حالة ضغط أو حالة رضا (Mamedu, 2016).

2.9. نموذج التعويض: (Compensation Model)

يفترض هذا النموذج أن الفرد الذي يبدي عدم رضاه اتجاه عمله يميل نحو محاول تصحيح هذا الوضع من خلال ممارسة أنشطة أخرى خارج العمل تكون أكثر تحفيزا بالنسبة له، وقد جاء (Staines 1980) ببعض الملاحظات بخصوص هذا النموذج، حيث أشار أن بعض مجالات الحياة المهنية مرتبطة بشكل سلبي مع مجالات أخرى خارج العمل، وأضاف على سبيل مثال لتعليل ذلك أن العمال الذين لديهم وظائف مجهدة بدنيا يميلون عموما للبحث عن نشاطات غير مجهدة للاسترجاع بشكل أحسن، والانتقاد الرئيسي الذي وجه من طرف الباحثين لهذا النموذج أنه قد اظهر محدوديته، حيث ينبأ هذا النموذج بعلاقة عكسية بين الرضا داخل العمل والرضا خارجه، وهذا ما لا تشير إليه الأبحاث في العموم.

3.9. نموذج التجزئة: (Segmentation Model)

يفترض هذا النموذج أنه لا يوجد هناك تأثير متبادل بين الحياة المهنية والحياة خارج العمل، فهذا النموذج يشير إلى أن الرضا المهني والرضا عن الحياة الشخصية منفصلان ومستقلان عن بعضهما البعض، وليس هناك بالتالي أي علاقة بين الرضا الحاصل على مستوى هذين المجالين، فالفرد الذي يبدي عدم رضاه عن عمله على سبيل المثال يمكنه عزل هذا الشعور وتركه داخل المجال المهني تقاديا لانعكاسه وتأثيره على المجالات الأخرى المرتبطة بحياته الشخصية.

ومن ضمن الانتقادات التي وجهت لهذا النموذج هو الإدراج الجزئي الذي يتميز به، وهذا يعني أنه يشير إلى إمكانية التعبير عن جزء من الشخصية فقط في كلتا المجالين (Bonnevillie-Hebert, 2014)، وقد أشار Foucher & Al (2003) في هذا السياق أنه يمكن وصف الحالة التي تميز بها الفرد الذي يفكر بمنطق التجزئة بـ "الانسحاب النفسي المنطقي" في مواجهة مجالات الحياة المهنية أو الأسرية (Martel & Dupuis, 2006).

4.9. نموذج الإدماج: (intégration model)

يعتبر هذا النموذج جودة الحياة في العمل كحركة اجتماعية ذو أثر يتجاوز الإطار التنظيمي الصارم الذي انبثق للمفهوم السابق لهذا المصطلح، فقد أشار العديد من المؤلفين أن العمال أصبحوا ذو مستوى تعليمي أفضل وأنهم يعتبرون العمل بمثابة أداة لتحقيق نموهم الشخصي والحصول على الدعم الاجتماعي بدلا من اعتباره كمجرد وسيلة لبلوغ الاستقلال المالي، فهذا الأمر يجعل من جودة الحياة في العمل جزءا لا يتجزأ من جودة الحياة العامة وفقا لهذا النموذج.

5.9. نموذج التوفيق: (Accommodation Model)

وفقا لهذا النموذج فالتخفيض المتعمد من الوقت والجهد المستثمران في إحدى مجالات الحياة المهني أو الأسري يخلق استجابة تتناسب وتتوافق مع متطلبات المجال الأخر من الحياة، وبالنظر للاهتمام المتزايد مؤخرا بمسألة التوفيق بين الحياة المهنية والسرية، فهذا يجعل من هذا النموذج أكثر ملائمة لمزيد من فئات العمال ذكورا كانوا أم إناثا (Rekhi & Sharma, 2019).

نلاحظ من خلال ما سبق طرحه من نماذج مفسرة لجودة الحياة في العمل أن بعد التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية قد أخذ مؤخرا مكانة بارزة في الفكر الإداري، وهذا نتيجة للعلاقة الوثيقة الموجودة بين

الحياة المهنية من جهة والحياة الأسرية من جهة أخرى، فلا سبيل للأول دون الثاني والعكس صحيح، بسبب التأثير والانعكاس المتبادل بينهم، لان التمتع بحياة مهنية مزدهرة وجيدة من جميع النواحي لا يمكنها إلا التأثير إيجاباً على الحياة الأسرية للفرد، والعكس صحيح أيضاً فالتعايش في محيط مهني معفن ينعكس سلباً على معنويات الفرد وعلى حالته النفسية التي تحول بعدها نحو مجال حياته الخاص.

6.9. نموذج جودة الحياة في العمل لدى الممرضين:

تعد كل من O'Brien-Pallas & Baumann أول من حاولنا وضع نموذج نظري يهدف إلى تحليل مختلف المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة في العمل لدى شريحة الممرضين، إذ هدفت الباحثتان إلى توضيح العلاقة الموجودة بين كل من محيط عمل الممرضين، خبرتهم المكتسبة، وخصائص المنظومة الصحية من جهة، وجودة الحياة في العمل من جهة أخرى، كما قامت كذلك بتصنيف الأبعاد المختلفة لمحيط العمل إلى مجموعتين: الأبعاد الداخلية والخارجية للمنظمة، فالأبعاد الداخلية للمنظمة تركز حول أربعة محاور أساسية هي:

1- رفاهية الأشخاص.

2- المجال الاجتماعي-البيئي.

3- تنظيم العمل.

4- الإدارة.

أما بالنسبة للأبعاد الخارجية للمنظمة فتشتمل على المحاور التالية:

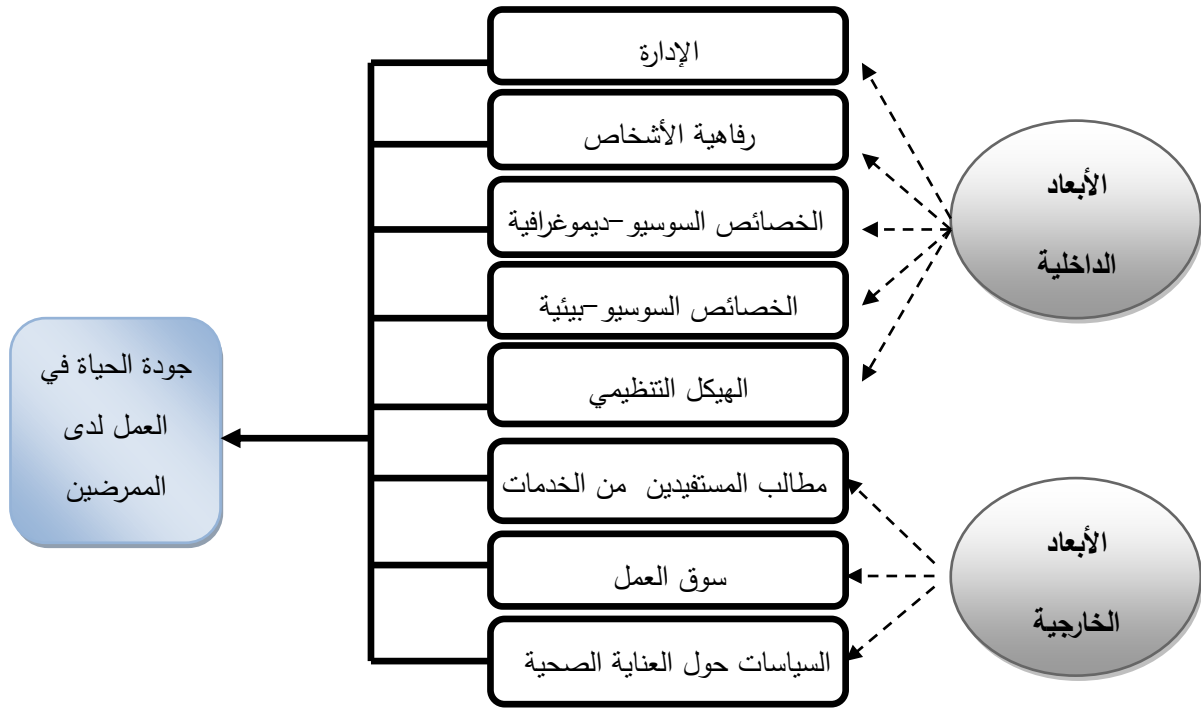
1- المطالب المقدمة من طرف المستفيدين من الخدمات.

2- السياسة حول الرعاية الصحية.

3- سوق العمل.

فهذا النموذج يحدد علاقات ذات دلالة بين العمل، الممرضين، الخبرة الشخصية والمهنية، المجال السوسيو-اقتصادي والسياسي، وعلى الرغم من الأهمية التي اكتسبها هذا النموذج إلا أنه لم يسلم من الانتقاد، حيث لم يتم وضع الفرد ضمن محور اهتماماته، زد على ذلك فإنه لا يحتوي على مصطلحات محورية وإنسانية خاصة بمهنة التمريض والمعارف المنتسبة إليها (Brousseau & al, 2016).

الشكل رقم(02): نموذج جودة الحياة في العمل لدى الممرضين لـ O'Brien-Pallas & Bauman



المصدر: (Brousseau, 2015, P37)

10. استراتيجيات تحسين جودة الحياة في العمل:

يمكن للإدارة من خلال قيامها ببعض التعديلات التي تهدف إلى التحسين الوصول إلى تنمية شعور الانتماء، التضامن والالتزام لدى الموظفين، وهذا ما يفتح المجال نحو جودة حياة حسنة في العمل من خلال إرضاء مختلف أطراف المؤسسة (Srivastava & Kanpur, 2014)، إذ تتمثل الاستراتيجيات المتبعة من أجل تحقيق جودة الحياة في العمل فيما يلي:

- العمل على بناء فرق العمل المسيرة ذاتيا.
- تبني استراتيجيات إعادة تصميم الوظائف وإثرائها.
- إستراتيجية الإدارة بالمشاركة وتعديل السلوك.
- تبني إستراتيجية القيادة الفعالة والسلوك الإشرافي.
- تنمية المسار الوظيفي والعدالة التنظيمية.
- إتباع سياسة ربط توزيع الأرباح بمعدل الإنتاجية (زاهر، 2015، ص110).

وقد أضاف (Srivastava & Kanpur (2014) إلى أن التحسينات على مستوى جودة الحياة في العمل تترسم على كل مستويات المنظمة، وتهدف إلى تحقيق فعالية تنظيمية أكبر من خلال دعم الكرامة الإنسانية، وهي بالتالي سيرورة يقوم بموجبها أصحاب السلطة والقرار في المنظمة، الإدارة، النقابات والعمال معا بتحديد الإجراءات، التغييرات والتحسينات القابلة للتطبيق من أجل تجسيد أهدافهم المشتركة المتمثلة في تحقيق مستويات عالية من جودة الحياة في العمل بالنسبة لكل أعضاء المنظمة ومن أجل فعالية أكبر للمؤسسة والنقابات (P58).

وفي سياق ما سبق ذكره، فجودة الحياة في العمل مسؤولية مشتركة لا تخص فقط الإدارة والعمال، وإنما تخص كذلك النقابات، ممثلي السلطة، والأخصائيين السلوكيين، ولقد أشار كل من "هاكمان وسوتل" (Hackman et Suttle) إلى وجود ستة استراتيجيات أساسية يتم الاعتماد عليها في إطار تحسين جودة الحياة في العمل وهي كالتالي:

➤ تطوير الوظائف والمسارات المهنية:

يشير المسار المهني إلى سلسلة المناصب التي يشغلها الفرد طوال مساره المهني، وتعتبر عملية تطوير الوظائف والمسارات المهنية وسيلة لتحسين إنتاجية العمال، أو على الأقل الحفاظ عليها، إلى جانب إعدادهم للتحويلات التنظيمية التي تمس العمل، وهذا أمر يقتضي العديد من الأفاق كالإرشاد المهني، رسم المسارات الوظيفية، نسق المعلومات، تخطيط الموارد البشرية، والتقييم الدوري للمهارات.

وبشكل فعلي فتطوير الوظائف والمسارات المهنية يستلزم عملية متكاملة تشمل المنظمة، الفرد، والبيئة الثقافية، وقد تؤدي الإدارة هذه العملية بشكل فعال وهذا من خلال مراعاة دورات حياة الأفراد، واحتياجات المنظمة والمجتمع وقواعد وقيم النسق الثقافي.

➤ تصميم العمل:

إن تصميم المهام يؤثر على رضا ودافعية وإنتاجية العمال، وكإستراتيجية لتحسين جودة الحياة في العمل يجب عليها أن تأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تعدل استجابة العمال اتجاه عملهم، والمتمثلة في الفروق الفردية والعوامل الشخصية والتنظيمية، وتختار الإدارة إستراتيجية التصميم وفقا لمتطلبات الوضعية، ومهما كانت هذه الاستراتيجيات المعتمدة فيجب اتخاذ بعض الإجراءات من أجل ضمان التحسين الفعال لجودة الحياة في العمل من خلال إعادة تصميم العمل في الأوساط المهنية من خلال:

- ✓ نشر المعارف النظرية والتطبيقية حول إعادة تصميم العمل.
- ✓ نشر المستجدات حول إعادة تصميم المناصب.
- ✓ إعطاء المزيد من الأهمية للوظائف الإدارية من المستوى الأول.
- ✓ إعطاء المزيد من الأهمية لدور النقابات في مجهود إعادة تصميم العمل.

➤ الممارسات الإدارية:

إن جودة الحياة في العمل وظيفية تستند إلى الممارسات الإدارية، حيث يلعب التسيير والإدارة دورا هاما في تحسين جودة الحياة في العمل، كما يلعب المسير دورا هاما من خلال تأثيره على السلوك الإنتاجي بشكل مباشر من خلال معاملاته للأفراد، وبشكل غير مباشر من خلال تأثيره على تصميم الوظائف وأنظمة المكافآت وتطوير العمل الجماعي، وبالتالي فإنه يلعب ثلاث أدوار رئيسية والمتمثلة في:

- ✓ تقديم الاعتراف.
- ✓ يساهم في تسهيل العمل للموظفين.
- ✓ التشجيع بالقدر الكافي للمشاركة في اتخاذ القرارات الهامة.

بالإضافة إلى التسيير والممارسات الإدارية، تتأثر جودة الحياة في العمل أيضا بالخصائص التنظيمية للمؤسسات والعمل النقابي، فموازاة مع محاولات تحسين جودة الحياة في العمل يمكن توجيه الجهود نحو جعل الهياكل التنظيمية أكثر إنسانية والحصول على مساهمة والتزام النقابات (Vaganan & Vikkraman, 2013).

➤ العلاقات ما بين الجماعات:

يشكل الحفاظ على العلاقات السائدة داخل الجماعة عاملا آخر يساهم في تحسين جودة الحياة في العمل، فالجماعات عبارة عن وحدات أساسية بالنسبة للمؤسسات نظرا لإمكانيتها على انجاز كميات كبيرة من العمل في وقت وجيز، عكس العمل بشكل فردي، فالجودة مرتبطة بشكل كبير بالقدرة على الاستفادة من قوى الجميع من أجل الوصول إلى نتائج أكبر والتي تستجيب للمطالب التنظيمية، حيث تدعى التفاعلات الموجودة بين أعضاء الجماعة بـ "ديناميكية الجماعة"، وبالتالي فتحسين جودة الحياة في العمل مرتبط باهتمام الإدارة بديناميكية العلاقات داخل الجماعة وما بين الجماعات، ولهذا فيجب تقادي التكتلات والصراعات للتقليل من أثارها غير المرغوبة لتحسين جودة الحياة في العمل، كما يجب على جماعات العمل الحصول على تغذية راجعية إيجابية من أجل تحفيزهم على تحسين جودة العمل.

➤ المكافآت والتعويضات:

تأثر المكافآت والتعويضات المناسبة بشكل مباشر وفوري على جودة الحياة في العمل، حيث تمكن الأفراد من تلبية حاجياتهم وهذا رغم تباين هذه الحاجيات، فقد يفضل البعض المكافآت المادية (الأجر) على المكافآت المعنوية والعكس صحيح، حيث وضع (Maslow 1943) في هرم الحاجات أن الأفراد يتمتعون بمستويات مختلفة من الحاجيات، لأنه بطبيعة الحال ما هو مهم لبعض الأفراد قد لا يكون بالضرورة مهم للآخرين على الرغم من معاملتهم على قدم المساواة في نفس المنظمة، فمقارنة جودة الحياة في العمل من خلال نظم المكافآت قد يرضي الموظف ويقلل من نقص الثقة الموجودة بينه وبين المستخدم.

➤ فرق العمل المسيرة ذاتيا:

إن الاعتماد حديثا على فرق العمل المسيرة ذاتيا في المنظمات رفع من قدرتها التنافسية بشكل معتبر نظرا للتحديات التي يشهدها عالم الشغل، حيث تشكل فرق العمل المسيرة ذاتيا وسيلة بالنسبة للمؤسسات من أجل تحسين جودة الحياة في العمل والإنتاجية، وأصبحت جزء هاما من جودة الحياة في العمل لأنها تؤثر على أداء الموظفين بفضل الدافعية التي تمنحها والعلاقات المهنية التي توفرها، ولقد اتضح أن الأعضاء المنتمون لهذه الفرق والذين يتمتعون بالحرية في انجاز عملهم ويتحكمون بما يحدث في مؤسستهم يتمتعون بجودة حياة مهنية جيدة (Ahmad, 2013).

وتكملة لما سبق ذكره من تقنيات يتم الاعتماد عليها كسبيل لتحسين جودة الحياة في العمل، يمكن لنا كذلك الاستناد إلى جوانب أخرى أشار إليها كل من (Ajayakumar & Kalasaiselvi 2012) والتمثلة في:

➤ تحقيق جودة الحياة في العمل من خلال إشراك الموظفين:

تعد تقنية إشراك الموظفين من التقنيات الأكثر شيوعا لتحقيق جودة الحياة في العمل، وتشير إلى مجموع التقنيات التي تسمح للموظفين بالمشاركة في القرارات التي تعنيهم وتعني منظماتهم، فبفضل هذه التقنية يشعر الموظفون بمسؤولية أكبر نظرا لحجم القرارات التي يشاركون في اتخاذها وصناعتها.

➤ دوائر الجودة:

دوائر الجودة عبارة عن مجموعات صغيرة من الموظفين الذين يلتقون بانتظام مع مسؤولهم المشترك من أجل اكتشاف وتشخيص المشاكل المتعلقة بالعمل ومحاولة حلها، فهو شكل فريد من أشكال بناء فرق العمل الشائعة الانتشار في اليابان، والذي اكتسب كذلك استحسانا وشعبية كبيرة في أمريكا الشمالية وأخر السبعينيات وأوائل الثمانينيات من القرن الماضي، فخلال فترة الثمانينيات كانت معظم الشركات اليابانية تعتمد على دوائر مراقبة الجودة، وهذا المجهود قد بدأ كمجرد برنامج لتحسين الجودة، وأصبح منذ ذلك الحين إجراء روتينيا يعتمد عليه العديد من الإداريين وحجر الأساس لجودة الحياة في العمل بالنسبة للعديد من الشركات اليابانية.

➤ الأنساق التقنية-الاجتماعية:

إحدى التقنيات الأخرى التي يمكن الاعتماد عليها في تحسين جودة الحياة في العمل هي الأنساق التقنية-الاجتماعية، والمتمثلة في التدخلات التي تطبق على حالات العمل الفعلية والتي ترمي إلى إعادة هيكلة العمل، فرق العمل، والعلاقة التي تربط العمال بالتكنولوجيا التي يستخدمونها لانجاز عملهم، فهي ليست مجرد إثراء للعمل بل مقاربات قد تنتج عنها تغيرات جذرية في بيئة العمل.

11. مبادئ جودة الحياة في العمل:

أشار كل من Herrick & Maccoby (1975) إلى وجود أربعة مبادئ أساسية تجعل من العمل أكثر إنسانية وتساهم في تحسين جودة الحياة في العمل:

1.11 مبدأ الأمن: (Principe de sécurité)

لا يمكن تحسين جودة الحياة في العمل إلا من خلال التخلص من القلق والخوف الذي ينتاب الموظفين نتيجة لفقدانهم المحتمل لوظيفتهم مستقبلا، إلى جانب توفير ظروف عمل وبيئة آمنة والاستجابة للحاجات الأساسية للموظف، وبالتالي فسلامة المنصب والوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية يعتبران من أسس العمل الإنساني.

2.11 مبدأ المساواة: (Principe d'équité)

يشير هذا المبدأ إلى العلاقة المباشرة والايجابية بين ما يبذله الموظفين من جهود والمكافآت التي يحصلون عليها مقابل ذلك، حيث يجب على الموظف الحصول على أجر مناسب ومجموعة من الامتيازات المادية والمعنوية مقابل مساهمته القيمة في الخدمات المقدمة، وهذا بعيدا عن التمييز بين موظفي نفس المستوى أو نفس المؤسسة، فالمعاملة يجب أن تتم على أساس العدالة بين الموظفين.

3.11. مبدأ الفردية: (Principe de l'individualisme)

دائماً ما توجد هناك اختلافات بين الموظفين سواء من حيث الاتجاهات أو الكفاءات أو الإمكانيات، ويجب عليه توفير الموارد المناسبة لكل فرد كي يتمكن من تحقيق نموه الفردي وتزويده بآفاق وظيفية مستقبلية تساعده في تحسين كفاءاته والرفع من مستواه، فتحقيق الإنسانية في العمل يتطلب من الموظفين أن يكونوا أصحاب قرار بخصوص وتيرة عملهم وتصميم طرق القيام بها، وبالتالي فعلى العمل أن يكون مصدراً لتطوير الكفاءات ونموها.

4.11. مبدأ الديمقراطية: (Principe de démocratie)

وفقاً لهذا المبدأ فوجهة نظر الموظف مهمة ويجب الاستماع لها وأخذها بعين الاعتبار عند الشروع في اتخاذ القرارات، ويجب تصميم ميكانيزمات تعطي للموظف قدرة أكبر في التحكم بما يضمن خلق هيكل تنظيمي يُعترف فيه بسلطة ومسؤولية الموظف، كما يعتبر كذلك من الضروري أن يتمتع بقدر من الحرية من خلال إشراكه في سيرورة اتخاذ القرارات والاستقلالية في العمل، فهذا الأمر بالغ الأهمية بالنسبة له ويساهم في تحسين جودة الحياة في العمل (Zerara, 2019).

12. أنواع برامج جودة الحياة في العمل:

لقد صنف كل من hoggetts and kreeck برامج جودة الحياة في العمل إلى برامج تقليدية وبرامج حديثة، فالأولى يقصد بها تلك البرامج المعتادة استخدامها في المنظمات الصناعية منذ خمسينيات القرن الماضي والتي تأثرت بالإرث الفكري والإداري للمدارس التقليدية المعروفة بمبادئها، حيث تستند هذه البرامج التقليدية على ما يلي:

- ✓ تحسين ظروف العمل وبيئتها.
- ✓ الاعتماد على برامج الصيانة البشرية.
- ✓ إعادة النظر إلى ساعات العمل.
- ✓ توفير برامج الرفاهية الاجتماعية.
- ✓ التركيز على برامج الأمن والسلامة المهنية.
- ✓ الاهتمام بالعلاقات الإنسانية في العمل.

أما بخصوص البرامج الحديثة (المعاصرة) فيقصد بها تلك النشاطات التي تمارسها المنظمات المعاصرة بما يتناسب مع طبيعة التغيرات التي تطرأ في أعمالها وخصائص الموارد البشرية العاملة فيها، بالإضافة إلى خصائص البيئة التي تعمل في إطارها الوحدات والتي تتعدى في أهدافها حدود الشعور بالزيادة في الرضا والدافعية لدى العمال وخلق شعور الانتماء والولاء العالي لوحداتهم الصناعية، انطلاقاً

من هنا أصبحت برامج جودة الحياة في العمل تُوَظَر بهدف استراتيجي يرمي إلى إنماء الشعور بالمصير المشترك للفرد العامل والوحدة الصناعية على حد سواء، وتتمثل هذه البرامج في:

- ✓ الإثراء الوظيفي.
- ✓ الإدارة بالمشاركة.
- ✓ فرق العمل البديلة.
- ✓ حلقات النوعية (cercles de qualité)
- ✓ إدارة النوعية الشاملة.
- ✓ استخدام النظم الاجتماعية التقنية.
- ✓ المصير المشترك (الحمداني، 2005، ص 139-140)

13. المراحل الرئيسية لتطبيق جودة الحياة في العمل:

لقد قدم Gilbert نموذجا يعتبر من أفضل نماذج التغيير التنظيمي الذي يسمح بوصف المراحل الأساسية التي تمر بها عملية تطبيق جودة الحياة في العمل، وهذا ما يتوافق مع ما قدمه كل من French & Bell من مراحل، حيث تعتبر عملية تنفيذ برامج جودة الحياة في العمل عملية متكاملة تتطلب تضافر وتعاون جميع الأطراف المعنية في المنظمة، كما أنها عملية تطوير مستمرة تعتمد أساسا على التغذية الرجعية لمعرفة أثر تطبيق برامج الجودة على المنظمة والعاملين، للوقوف على درجة التقدم من أجل تبني القرارات المناسبة بشأن تطبيق برامج الجودة، وهذا ما سنحاول توضيحه عبر الشكل التالي:

الشكل رقم (03): مراحل تطبيق جودة الحياة في العمل.



المصدر: (الدمرداش، 2018، ص20)

14. عوائق تطبيق برامج جودة الحياة في العمل:

في دراسة أجريت من قبل (Ellis & Pompli (2002) حول جودة الحياة في العمل لدى الممرضين في كامبيرا، اكتشفوا جملة من العوائق التي تقف حائلا أمام تطبيق جودة الحياة في العمل وهي كالتالي:

- (1) بيانات العمل الرديئة.
- (2) عبء العمل.
- (3) عدم القدرة على تقديم رعاية ذات جودة.
- (4) اختلال التوازن بين الحياة داخل العمل وخارجها.

- (5) العمل بنظام الدوريات.
- (6) نقص المشاركة في صناعة القرارات.
- (7) العزلة المهنية.
- (8) نقص الاعتراف.
- (9) سوء العلاقات بالمسؤول، صراع الأدوار وعدم وجود فرص لاكتساب مهارات جديدة (Swamy, 2015)

بالإضافة إلى العوائق السالفة الذكر، قام Bohander كذلك بالإشارة إلى ثلاثة مشاكل رئيسية تقف عائقاً أمام تطبيق برامج جودة الحياة في العمل والمتمثلة في:

- ✓ الاتجاهات الإدارية.
- ✓ التأثير النقابي.
- ✓ الطبيعة المقيدة للهندسة الصناعية (Srivastava & Kanpur, 2014).

علاوة على ما سبق ذكره من عوائق، أضاف "البليسي" هو الآخر ثلاثة عوائق رئيسية لتطبيق جودة الحياة في العمل والمتمثلة في:

- (1) الموقف السلبي للإدارة من إضفاء المناخ الديمقراطي في مكان العمل، ومنح العمال فرصة التعبير عن آرائهم.
- (2) موقف الاتحادات والنقابات العمالية من أن برامج تحسين وتطوير جودة الحياة في العمل هدفها فقط الربحية دون دفع عوائد ربحية للعمال.
- (3) خشية الإدارة من التكلفة المالية لبرامج تحسين جودة الحياة في العمل دون وجود أي ضمان لنجاح هذه البرامج (الشنطي، 2016، ص31).

وفي نفس الاتجاه دائماً، أشار السويطي (2016) إلى أن العوائق التي تقف حائلاً أمام تطبيق برامج جودة حياة العمل في المنظمات كثيرة ومتنوعة، خاصة لاختلاف وجهات نظر الإدارة والموظفين، والنقابات المهنية والعمالية حول جدوى هذا التطبيق، ومن أبرز هذه العوائق:

➤ تخوف الإدارة العليا بمستوياتها المختلفة من مشاركة مستويات تنظيمية دنيا في صناعة القرارات، ومعارضتهم لهذا الأمر.

➤ تقدير الإدارة العليا المستويات الإدارية بأن برامج المشاركة للعاملين ضمن برامج ومعايير جودة حياة العمل قد لا تعمل على تحقيق الأهداف الإستراتيجية والمستدامة للمؤسسة، بل تهتم وتعمل على تحقيق الأهداف ذات المدى القصير جدا ونتيجة لذلك فإن المستويات الدنيا تصاب بالإحباط مما يترتب بالسلب على المؤسسة

➤ فشل بعض الإدارات بقياس اثر تطبيق جودة حياة العمل على نفسيات ورضا العاملين عن العمل، وإهمالها للمقترحات التي يتقدم بها الموظفون، وعدم أخذها لهذه المقترحات على محمل الجد لتقوم بدراستها بجدية.

➤ اعتقاد بعض الإدارات بأنه لا حاجة لإجراء المزيد من التحسين في هذه المؤسسات من خلال تطبيق المزيد من عناصر جودة حياة العمل فيه.

➤ عدم الإدراك الصحيح من جانب الموظفين لأهداف وأهمية برامج جودة حياة العمل والقيمة المتبادلة التي يمكن أن تحققها هذه البرامج لكل من الإدارة والموظفين.

➤ عدم قيام المؤسسات بتقدير الاحتياجات التدريبية للمستويات الإدارية المختلفة لديها، وما يحتاجونه من تعليم وتدريب ليكونوا قادرين على التفاعل مع هذه البرامج بما يحقق الفائدة للمؤسسات والعاملين على حد سواء.

➤ تخوف بعض الإدارات من التكاليف المالية العالية التي يحتاجها تطبيق برامج جودة حياة العمل في المؤسسات، والتي لا يمكن للمؤسسة من تحملها، خاصة بأنهم يرون بأنه لا يوجد ضمانات بنتائج تطبيق هذه البرامج والمردودات جراء هذه التطبيق (أبو حميد، 2017، ص ص20-21).

وتكملة لما سبق ذكره، أشار الدمرداش (2018) إلى أن جودة الحياة الوظيفية كغيرها من الأفكار والبرامج التنظيمية تلاقى بالرغم من تأثيراتها الايجابية المقاومة والعقبات المختلفة أثناء تطبيقها، والتي من الممكن إدراج أهمها فيما يلي:

➤ موقف إدارة المنظمة:

يتطلب تطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية إتاحة مبدأ الديمقراطية في مكان العمل، وبالتالي شيوع الرغبة في مشاركة الموظفين في اتخاذ القرارات ومنحهم فرصة التعبير عن آرائهم، إلا أن هذا الأمر يعوقه

رفض المشرفين في التخلي عن جزء من صلاحياتهم لاعتباره تهديدا بالنسبة لهم، بالإضافة كذلك إلى اعتقاد الإدارة في بعض الأحيان أن جودة الحياة الوظيفية المتوفرة داخل المنظمة مرضية وأنه لا حاجة لمزيد من الإجراءات لتحسينها نظرا لعدم قدرتها على قياسها وقياس أثرها على إنتاجية المنظمة.

➤ تكلفة التطبيق:

تلعب تكلفة تطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية دورا مهما في قبول المنظمات على الشروع فيها، وهذا الأمر مرتبط أساسا بقدراتها، وانعدام ضمانات حول فعالية ونجاح تطبيق هذه البرامج، مما يؤدي إلى بطء اتخاذ القرارات بتطبيقها خصوصا في المنظمات ذات الموارد المحدودة، فتوفير ظروف عمل جيدة، ومنح أجر جيد تشكل تكلفة ليست بالهينة، ولتوفير الضمانة المذكورة فمن الواجب تطبيق هذه البرامج بعناية وحذر ضمن ميزانية محددة للوصول للنتائج المرجوة (ص21).

15. عوامل نجاح جودة الحياة في العمل:

تتكون من الجهود والأنشطة المنظمة التي تستخدمها إدارة الموارد البشرية في المنظمة بهدف توفير حياة وظيفية أفضل للعاملين بقصد إشباع احتياجاتهم من خلال توفير بيئة عمل صالحة، ومشاركتهم في اتخاذ القرارات وتوفير متطلبات الأمن والاستقرار الوظيفي والعاطفي لهم، وإتاحة الفرص الملائمة لتحسين الأداء، بقصد إنجاح جودة الحياة في المؤسسات. ويمكن تحديد بعض العوامل الأخرى مثل : نظام الاتصالات، نظم المقترحات، مجهودات المنظمة (محمد ومحمد، 2018، ص101).

➤ نظام الاتصالات:

تعتبر المؤسسة بيئة حيوية لمختلفة الأنشطة الاتصالية الرسمية والتي يعرفها Stèohane (2002) على أنها عملية تبادل المعلومات أو نشر المعلومات الرسمية الخاصة بالمؤسسة، وهي مجموعة من الأنشطة الاتصالية التي تحدث داخل المؤسسة من خلال العلاقات الرسمية واللا رسمية التي تحدث ضمن محيط المنظمة.

➤ نظم المقترحات:

إن جودة الحياة في العمل الجيدة وبرامج إشراك العاملين تقتض أنهم لديهم أفكار جديدة وأن مسؤولية الإدارة تتمثل في متابعة وتطبيق هذه الأفكار، وهذا من خلال فتح المجال أمام نظم المقترحات التي تعتبر طريقة منظمة في جمع الأفكار من العاملين، فمعظم نظم المقترحات الحديثة يتم معالجتها عن طريق "صندوق المقترحات"، أو يقوم العامل بتقديم المقترح لمشرف وسيط، وبعد تلقي التعليقات من طرف

هذا المشرف فالالتزام بها يجب أن يكون واضحا عبر كلمات وتصريحات عامة ورسائل إلى العاملين أو مقالات وأخبار، أما إذا رأى المشرف في اقتراحات العامل نقد ضمني فسوف لن تتلقى هذه الأفكار الجديدة أي تشجيع، وفي الأخير يجب على كل منظمة خلق بيئة عمل تحترم فيها كل فكرة مطروحة سواء كانت مجدية أم لا.

➤ مجهودات المنظمة:

إن جهود المنظمة عامل ضروري لنجاح الجودة الوظيفية وذلك من خلال الاستخدام الأمثل لقدراتها التنظيمية والإدارية لتسيير وترشيد سبل التوفيق بين أهداف العاملين وأهداف المنظمة كما يشير الباحثين في المجال التنظيمي (بن خالد، 2015، ص123).

16. علاقة جودة الحياة في العمل بمصطلحات أخرى:

1.16. جودة الحياة في العمل والأخطار النفسية الاجتماعية:

بدأ مصطلح جودة الحياة في العمل في السنوات الأخيرة في تعويض مصطلح الأخطار النفسية الاجتماعية الذي يعتبر قديما نسبيا مقارنة به، وقد جاء ذلك استجابة لضرورة إزاحة مشكلة التكاليف الباهظة التي تعاني منها الشركات، فالأخطار النفسية الاجتماعية ظهرت نتيجة لموجات الانتحار التي مست العديد من الشركات الكبرى، أما مصطلح جودة الحياة في العمل فهو أكثر حداثة ويتعلق بمبادرة تجمع المنظمات، الموظفين، الجمعيات والسلطات العمومية، والتي تهدف إلى إيجاد ظروف عمل تكون أكثر ملائمة للصحة الجسدية والنفسية للعمال، وبالتالي فهذين المصطلحين متكاملين أكثر مما يتعارضان، حيث تركز المقاربة عن طريق الأخطار النفسية الاجتماعية على الأخطار التي تعتبر تهديدا حقيقيا بالنسبة للفرد وحول وضعيته المهنية، بينما تركز جودة الحياة في العمل أكثر على إدراك الفرد لمستوى رفايته أثناء تأدية عمله، فالعمل والبحث المشترك حول مصادر سوء الحال في العمل وحول تحسين ظروف العمل يساهم في تراجع الإحصائيات المخيفة حول الصحة النفسية للعمال، وقد أثبت أن الموظف السعيد والراضي عن عمله يكون أكثر إنتاجية وأكثر ربحية لمؤسسته (Gendron, 2016,

P47)

2.16. جودة الحياة في العمل (QWL) وجودة الحياة (QOL):

إن جودة الحياة مرتبطة بالإدراك الذي يحمله الفرد حول صحته الجسدية والنفسية، وحول ما يعيشه وما يخطه لمستقبله الشخصي والمهني، وهذا يشير إلى حاجات الفرد ورضاه الذاتي، فالتركيز حول جودة الحياة يؤدي إلى التحدث حول رضا الفرد اتجاه وضعيته على المستوى الاجتماعي والبدني، فبالنسبة لـ (Meeberg 1993) فجودة الحياة تتشكل من أربعة مكونات: الشعور بالرضا اتجاه الحياة بشكل عام، القدرة الذهنية على تقييم مستوى الرضا عن الحياة، القدرة على اكتساب حالة مقبولة على المستوى الجسدي، الذهني، الاجتماعي والانفعالي، وإمكانية الحصول على تقييم موضوعي حول ظروف العمل من طرف شخص آخر.

وفي الجهة المقابلة فجودة الحياة في العمل مرتبطة بشكل أساسي بمحيط العمل وترتبط بمفاهيم كظروف العمل وتنظيمه، ويتعلق الأمر هنا بوثيرة العمل، الالتزامات، الارغامات المختلفة ونوعية العلاقة بالأشخاص المحيطة في العمل، بالإضافة إلى ظروف العمل الفيزيائية، والظروف الأمنية (Emeriat, p95)

ونستقري مما سبق أن جودة الحياة أشمل وأوسع من جودة الحياة في العمل، لأن هذا الأخير يعتبر بعد من أبعاد جودة الحياة العامة التي تشير إلى مستوى الرضا والرفاهية التي يشعر بها الفرد اتجاه كل العناصر المشكلة لحياته.

خلاصة الفصل:

نستخلص من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل الخاص بجودة الحياة في العمل، أن هذا المصطلح أضحى في الوقت الراهن من الاهتمامات الأساسية للمدراء والمسيرين الواعين بالأهمية التي تحملها الموارد البشرية داخل مختلف المؤسسات، وهذا نظرا لما قد يمكنهم جنيته من فوائد وعوائد ايجابية وراء استثمارهم الفعال في تنمية وتطوير وتحسين الجوانب المختلفة المتعلقة بالحياة المهنية لموظفيهم، إذ تعد الموارد البشرية من القوات المحركة والفعالة في أي منظمة مهما كانت نوعها لما لها من قدرة على التسيير والتنظيم والإبداع والتكيف مع مختلف الوضعيات، فهذا ما دفع الباحثين والمختصين إلى صياغة هذه المقاربة الحديثة والاستقصاء حولها لاكتشاف أوجه القصور إلي تمس الأوساط المهنية لتفسير وفهم سلوك الموارد البشرية، وبالتالي الوصول إلى تعديل مواطن النقص ضمانا للاحتفاظ بتلك الموارد واستقطاب كفاءات جديدة، إلى جانب تقليص التكاليف الناتجة عن سوء الأوضاع المهنية.

الفصل الثالث

الأحتراف النفسي

تمهيد:

على الرغم من النظرة الايجابية التي يحملها العمل بالنسبة للإنسان كمصدر للصحة النفسية ومنبع لإشباع حاجاته الأساسية، إلا انه قد لا يكون دائما كذلك وهذا نظرا للتغيرات السريعة والجذرية التي طالت مختلف قطاعات العمل مفرزة بذلك العديد من مصادر الضغط، والتي يتوجب على كل إنسان التعامل والتكيف معها تقاديا للمعاناة والوقوع في المرض النفسي، فالمشكل الكبير لا يكمن في تلك الضغوط فحسب، بل يتمثل في تداعياتها وتطوراتها الخطيرة على الصحة والسلامة النفسية والجسدية للموارد البشرية، إذ يؤدي استمرارية تلك الضغوط لفترات ممتدة إلى ظهور الاحتراق النفسي المعروف بنتائجه الوخيمة على صحة الإنسان سواء على الجانب النفسي، أو الجسدي، أو السلوكي، أو الاجتماعي، وقد اكتشف هذا العرض لأول مرة من طرف الطبيب النفساني الأمريكي فرودنبيرجر لدى الأفراد الملتزمين في وظائف ذات طابع إنساني أو خدماتي، فطبيعة هذه المهن تتطلب من شاغلها التفاني والالتزام فيها وهذا ما يؤدي بهم إلى استنزاف طاقاتهم الانفعالية والحيوية إلى درجة الإجهاد والإنهاك التام.

فعلى ضوء ما سبق، سنحاول عبر الفصل الحالي تسليط الضوء على ظاهرة الاحتراق النفسي التي أصبحت مشكلة حقيقية بالنسبة للعديد من المؤسسات وتهديدا على صحة وسلامة مواردها البشرية.

1. لمحة تاريخية عن ظهور مصطلح الاحتراق النفسي:

إن مصطلح الاحتراق النفسي حديث النشأة نسبياً، إلا أن جذوره الأولى تعود تقريباً إلى القرن الثامن عشر موازاة مع الثورة الصناعية التي أحدثت تغييرات جذرية في عالم الشغل، أين كان العمال آنذاك يستغلون كعبيد وكان الأكثر منهم تحملاً ينتهي بهم المطاف بالمرض، الأمر الذي دفع المستشار الألماني "أوتو فون بيسمارك" (Otto von Bismarck) إلى اقتراح قانون يقتضي مسؤولية أرباب العمل حول الانتهاكات التي تمس سلامة وصحة العمال.

وفي عام 1768 أشار الطبيب السويسري "سامويل تيسو" (Samuel Tissot) الذي يعتبر من أبرز رواد علم النفس المرضي المهني وصاحب المقاربة المرتكزة أساساً حول الصحة والنظافة في العمل إلى الآثار السلبية للعمل الشاق على الصحة (Bergonnier, 2016)، ليأتي بعدها دور (Villerme) عام 1840 في إظهار اهتمامه بالموضوع عبر مقاله المعنون بـ "صورة الحالة الجسدية والمعنوية للعمال"، والذي أشار من خلاله إلى أهمية الأمراض النفسية في عالم الشغل (Guinaud, 2006).

لكن الفضل في إعطاء الوصف الأول للاحتراق النفسي (Burn-out) يعود إلى الطبيب النفسي الفرنسي "كلود فاي" (Claude weil)، الذي كتب عام 1959 "حالات الإجهاد في العمل" وذلك بمناسبة مسابقة طبية تحمل عنوان "Premium non nocere" وهذا خلال فترة اشتغاله كمستشار في الطب النفسي للعمل، حيث اتضح له أن مصطلح "حالات الإجهاد" يعتبر وسيلة معرفية جيدة لمحاولة فهم ومعالجة الحالات المحيرة والمعقدة والتي لا تدخل ضمن تصنيف الأمراض الكلاسيكي (Canoui, 2016).

ويعتبر المحلل النفسي الأمريكي "هربرت فردينبرجر" (Herbert freudenberger) أول من أدخل مصطلح الاحتراق النفسي (Burnout) إلى حيز الاستخدام الأكاديمي عام 1974 للإشارة إلى الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية، والذين يجهدون أنفسهم سعياً لتحقيق أهداف صعبة (العزوي ويحيى، 2007، ص 289)، ونشر على إثر أعماله مقالا تحت عنوان "الإجهاد العقلي والبدني للمتطوعين الشباب المكلفين بالرعاية الطبية والاجتماعية للمدمنين على المخدرات"، واتضح له أن الإجهاد الذي يعانون منه ناتج عن الصدام الواقع بين الممارسة المهنية المتميزة بمثالية اجتماعية عالية والحقائق المتعددة والمتناقضة للمهنة، ولتصور هذا المفهوم استعمل الأخصائي استعارة "الاحتراق الداخلي" قائلا:

"اتضح لي من خلال عملي اليومي أن الأشخاص ضحايا للحرائق شأنهم شأن المباني، وذلك تحت تأثير التوترات التي يفرزها عالمنا المعقد، فمواردهم الداخلية مقبلة على الاستنزاف كأنها تحت تأثير اللهب، تاركة فراغا شاسعا من الداخل حتى ولو بدا الغلاف الخارجي سليما إلى حد ما" (Kirouac, 2015).

تزامنا مع أبحاث "فروندنبرجر" Freudenberger وبشكل مستقل صادفت "ماسلاش وزملائها" (Maslach & al) عام 1976 مصطلح "الاحترق النفسي" (Burnout) أثناء إجرائها لمقابلات مع عمال قطاع الخدمات الاجتماعية، ونظرا لاختصاصها في مجال علم النفس الاجتماعي فقد ركزت اهتمامها بشكل كبير حول الكيفية التي كان يتعامل بها العمال مع المنبهات الانفعالية اعتمادا على استراتيجيات معرفية، وكنتيجة لهذه المقابلات اكتشفت أن هؤلاء العمال يعانون من إجهاد انفعالي، بالإضافة إلى تطويرهم لمشاعر وتصورات سلبية اتجاه المستفيدين من الخدمات (المرضى)، وأن الأزمات التي تعرضوا لها في إطار ممارساتهم المهنية ناتجة عن الاضطرابات الانفعالية.

وبناء على المقابلات والملاحظات التي اعتمدت عليها "ماسلاش وزملاءها" توصلوا إلى تطوير وسيلة لتقييم الاحترق النفسي معتبرين إياه بناء متعدد الأبعاد يتجاوز المعنى الضيق للإجهاد، حيث اكتشفوا هذه الظاهرة بشكل كبير داخل مجال الخدمات الإنسانية، وقد عرفته على أنها: "متلازمة الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، والشعور بالنقص في الانجاز الشخصي الذي يمكن أن يحدث للأشخاص الذين يتعاملون مع الآخرين"، ومع حلول أواخر الثمانينات اعترف الباحثون والممارسون بأن الاحترق النفسي لا يحدث إلا في مجال الخدمات الإنسانية فحسب، وإنما يمكن أن يحدث في مجالات أخرى (لدى المديرين ورجال الأعمال، وذوي البدلة الزرقاء والبيضاء)، وبهذا الشكل انتقلت استعارة "الاحترق النفسي" من ميدان الخدمات الاجتماعية الذي يتميز بمتطلباته العالية إلى مجالات أخرى تتطلب الإبداع، حل المشكلات، والتوجيه أو الإرشاد، وفي إطار هذا الشكل العام عرّف الاحترق النفسي على أنه: "حالة من الإجهاد يكون فيها المرء ساخرا على قيمة عمله وشاكا في قدرته على الأداء" (Schaufeli & al, 2009).

وللوصول إلى تقديم تعريف دقيق وأشمّل لمصطلح الاحترق النفسي قامت الباحثة ماسلاش وفرقة عملها Maslach & Col بتصميم أداة لقياس هذه الظاهرة عام 1981 (Maslach Burn-out Inventory) والتي تقمّم الفئات العمالية الملتزمة في مهن ذات طابع إنساني، وفي الجهة المقابلة قام

"بينس وزملائه Pines & Col موازاة مع هذه الفترة بتقديم أداة قياس أخرى (Burn-out measure) عرفت استخداما واسعا من طرف العديد من الباحثين.

وبالعودة إلى الاهتمام الذي أحيط بهذا الموضوع والأدبيات التي نشرت حوله، سيتبين لنا أنه خلال الفترة الممتدة ما بين 1983 و2013 قد أحصي ما يقارب 4000 مقالا أصليا حول ظاهرة الاحتراق النفسي، مع ارتفاع ملحوظ للدراسات التي أجريت حول الممرضين انطلاقا من بداية القرن الواحد والعشرين، كما وضع لنا التاريخ كيفية بروز مصطلح الاحتراق النفسي انطلاقا من ملاحظات امبريقية أسفرت عن وجهين متكاملين لهذه الظاهرة "كمشكل اجتماعي بنتائج الملموسة وكحقل دراسة بنطاقه النظري".

وبعد الوصف الذي أعطته ماسلاش وجاكسون (Maslach et Jackson) للأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي لدى الممرضين والتمثلة في الإجهاد الانفعالي، تلبد المشاعر، وفقدان الشعور بالانجاز في العمل، اهتم العديد من الباحثين بهذه المتلازمة من أجل صياغة تعريف لها يتناسب مع جميع الفئات المهنية من جهة، وإعطاء مكانة خاصة لهذا الاضطراب ضمن تصنيف الأمراض المهنية (Coutanceau & al, 2016)

2. مفهوم الاحتراق النفسي:

إن الاحتراق النفسي (Burnout) مصطلح إنجليزي الأصل يعني "الاحتراق الداخلي" (Brulures internes) المرتبط بالضغط المزمن والذي يستنفذ طاقات الفرد إلى درجة الاستنزاف التام (Grésy & al, 2013)، وقد تم اكتشاف هذه الظاهرة لأول مرة من طرف الباحث الأمريكي الأصل "فروندنبرجر" Freudenberger خلال تجربته في ميدان الطب العقلي ومعالجته للمدمنين على المخدرات، حيث لاحظ أن المتطوعين العاملين في هذا المحيط يفقدون حماسهم وينقص دافعهم للعمل شيئا فشيئا مع مرور الوقت، إلى جانب معاناتهم من أعراض جسدية كالتعب والإجهاد المزمن (Bernaud et Lemoine, 2012)، كما تم رصدها أيضا من طرف الباحثة "ماسلاش" Maslach ذات الاختصاص النفسي الاجتماعي بفضل دراستها الكيفية على عينة من العمال في قطاع الخدمات (Carrier-Vernhet, 2012)

فجل التعاريف المتداولة في الأدبيات حول مصطلح الاحتراق النفسي تتفق في مجملها وبشكل عام على أن هذه الظاهرة ناتجة عن الضغوط المستمرة في محيط العمل، وبعبارة أخرى فالاحتراق النفسي

يظهر نتيجة لعدم التطابق بين المتطلبات الوظيفية من جهة وموارد العامل من جهة أخرى، وهو بالتالي ثمرة لفشل النظام التكيفي للفرد في إحداث التوازن على المدى الطويل (Bianchi & al, 2015)، ورغم المحاولات العديدة لإضفاء تعريف كامل وشامل لمصطلح الاحتراق النفسي، إلا أنه لا يوجد إلى حد الساعة إجماع علمي حول تعريف دقيق لهذه المتلازمة، وهذا راجع إلى اختلاف الاتجاهات العلمية لدى الباحثين وتناولهم لهذه الظاهرة من زوايا مختلفة، وعليه فيمكننا تقديم التعاريف الأكثر اعتماداً في مختلف الدراسات على النحو التالي:

لقد عرف (Freudenberger 1974) ظاهرة الاحتراق النفسي بعد اكتشافها لدى العاملين في قطاع الخدمات على أنها: "حالة ناتجة عن الاستخدام المفرط للطاقة والموارد، والتي تخلق شعوراً بالإخفاق والإجهاد والإنهاك" (Toure, 2022, P12)

وأشار (Robert Kahn 1978) إلى أن الاحتراق النفسي: "متلازمة التصرفات غير اللائقة اتجاه العملاء أو اتجاه الذات، والمرتبطة عادة بأعراض جسدية وانفعالية مزعجة"

وبدورهما قام كل (Pines & Aronson 1988) بتعريف هذه الظاهرة على أنها: "حالة من الإجهاد الجسدي، الانفعالي والذهني الناتج عن التعرض لمواقف تتطلب التزاماً انفعالياً كبيراً"

وفي نفس السياق عرف كل من (Richelson & freudenberger 1980) بدورهما الاحتراق النفسي على أنه: "حالة من التعب والإحباط والاكنتاب الناتجة عن الالتزام في قضية ما، نمط حياة أو علاقة أخفقت في إنتاج المكاسب المتوقعة، والتي تؤدي في آخر المطاف إلى انخفاض المبادرة وتدني الشعور بتحقيق الذات" (Zawieja & Guarnieri, 2013, P13-14).

وبالنسبة لكل من (Gevry & alain 1988) فالاحتراق النفسي عبارة عن: "متلازمة الإجهاد الانفعالي والجسدي الحاملة لصورة سلبية حول الذات، واتجاه سلبي نحو العمل، إلى جانب فقدان الاهتمام بالآخرين"

أما بخصوص تعريف كل من (Perlman & Hartman 1982) فقد استندا في صياغته على أبعاد الاحتراق النفسي المعتمدة في نموذج ماسلاش، حيث أشارا إلى أنه: "استجابة للضغط الانفعالي المزمّن من خلال ثلاثة أبعاد: الإجهاد الانفعالي أو الجسدي، انخفاض الإنتاجية وتبدل الشخصية الحاد" (Truchot, 2004).

وبدوره أشار (1987) Kyriacou إلى الاحتراق النفسي على أنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة (بني أحمد، 2007، ص13)

أما "علي عسكر" فقد عرفه على أنه: "حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني والانفعالي نتيجة للتعرض المستمر لضغوط عالية، ويتمثل الاحتراق النفسي في مجموعة من الظواهر السلبية منها: التعب، والإرهاق، والشعور بالعجز، وفقدان الاهتمام بالعمل وبالأخرين، والسخرية من الآخرين، والكآبة، والشك في قيمة الحياة والعلاقات الاجتماعية والسلبية في مفهوم الذات (المحيسي والصميلي، 2017، 272).

وقد أبرزت (1980) Cherniss الطابع الديناميكي للاحتراق النفسي عبر تعريفها التي أشارت من خلاله إلى أن: "الاحتراق النفسي عبارة عن سيرورة تبدأ بمستوى عالٍ ومستمر من الضغط المرتبط بالعمل، والذي لا يمكن معالجته بواسطة التقنيات العادية والفعالة لحل المشكلات"، فوفقاً لهذا التعريف فالمرحلة الأولى تشير إلى اختلال التوازن بين الموارد والمطالب (الضغط)، وهذا الضغط يشكل بدوره إرغاماً على الفرد في عمله، لتظهر بعدها الأعراض من خلال الإحساس بالتوتر والتهيج والتعب، فالعامل يقوم في هذه الحالة بإدارة ضغطه من خلال انتهاج طريقة دفاعية من خلال الانسحاب تدريجياً من العمل وعدم المبالاة والبلادة والتصلب (Estryn-Behar, 1997).

أما بالنسبة لـ (1980) Edelwich & Brodsky فالاحتراق النفسي ناتج عن خيبة أمل تظهر بسبب الفارق الموجود بين التطلعات والمعايير من جهة، والواقع المهني الملاحظ يومياً، وقد أشارا إلى أن هذه المتلازمة تمر عبر أربعة مراحل قبل الوصول إلى درجة الاحتراق النفسي والمتمثلة في مرحلة الحماس، مرحلة الركود، مرحلة الإحباط، وأخيراً مرحلة اللامبالاة (Guilbon, 2013)، أما التعريف الذي أنسبناه للاحتراق النفسي فقد يستند إلى مصطلح المثالية، فكلما كانت المثالية في العمل كبيرة كلما كان الإحباط كبيراً، إذ يعتبران هذه المتلازمة على أنها: "فقدان تدريجي للمثالية والطاقة والدافع لدى الأشخاص الذي يعملون في مهن المساعدة".

وفي نفس الاتجاه دائماً، عرفت كل من (1998) Bédard & Duquet الاحتراق النفسي على أنه: "تجربة نفسية سلبية يعيشها الفرد والمرتبطة بالضغط الانفعالي والمزمن الناتج عن عمل يهدف إلى مساعدة الآخرين" (Manoukian, 2016).

وبالعودة إلى التعريف الأكثر اعتمادا وتداولاً في الدراسات التي تناولت ظاهرة الاحتراق النفسي، يمكننا ذكر التعريف الذي أنسبته (1981) Maslach لهذه الظاهرة والتي تعد وفقاً لها: "عبارة عن حالة من الإجهاد الانفعالي، وتبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي، والمحمتمل إيجادها لدى الأشخاص الذين يتعاملون مع الآخرين"، ويمكن استخلاص المفاهيم التالية:

✓ الإجهاد الانفعالي: الإحساس بأن المصدر الذي يمدنا المتانة الانفعالية قد جف.

✓ فقدان الإنسانية في العلاقة مع الآخرين: الميل إلى عدم إدراك المرضى بمثابة أشخاص والتظاهر بالتشاؤم والعدوانية.

✓ فقدان الشعور بالإنجاز: عدم تقدير القدرات الشخصية والإحساس بعدم الإنجاز الشخصي (Bugel, 2003)

انطلاقاً من سياق التعاريف التي تم عرضها سابقاً، يتبين لنا أن ظاهرة الاحتراق النفسي قد نالت اهتماماً واسعاً منذ مرحلة اكتشافها في سبعينيات القرن العشرين، وهذا ما يتضح أساساً من خلال الكم المعتمتر من التعاريف التي حظيت بها، والتي لاحظنا من خلالها انقساماً بين الباحثين حول كيفية صياغة التعريف الأنسب، فمنهم من اعتبرها كسيرورة أمثال (Edelwich & brodsky ; Cherniss) حيث أشاروا إلى أن الاحتراق النفسي يظهر بصفة تدريجية بسبب عدم تحقيق الفرد للتوازن بين موارده وقدراته من جهة ومتطلبات عمله من جهة أخرى، وبعبارة أخرى فهو اضطراب تكيفي ناتج عن عجز الفرد على الاستجابة لمتطلبات وظيفته، ومنهم من اعتبرها كحالة أمثال (Freudenberger ; Maslach & jackson ; Pines & aronson) ووصفوها وفقاً للأعراض الظاهرة لها، وما يمكننا قوله انطلاقاً من التعاريف السالفة الذكر أن الاحتراق النفسي عبارة عن تجربة نفسية سلبية يعيشها الأفراد الملتزمين مهنيًا في عملهم، والناجمة أساساً عن سوء التوافق وعدم الانسجام بين تطلعاتهم وآمالهم من جهة والواقع الذي تفرضه البيئة المهنية والاجتماعية التي ينشطون فيها.

3. المصطلحات المختلفة لظاهرة الاحتراق النفسي:

1.3 المصطلح الانجليزي "الاحتراق النفسي" (Burnout):

يمكن للمصطلح الانجليزي "الاحتراق النفسي" (Burnout) اتخاذ عدة معانٍ كالفشل، الاستنزاف، أو الإجهاد أمام المتطلبات المفرطة على مستوى الطاقة، القوة أو الموارد، كما يشير هذا المصطلح أيضاً إلى الالتهاب التام الذي يؤدي بالشيء الملتهب للتحويل إلى رماد، وقد أشار Canoui أن هذا المصطلح قد

استعير من الصناعة الفضائية أين يشير إلى حالة مركبة يؤدي استنفاد وقودها إلى ارتفاع درجة حرارتها وخطر انفجارها، فالعمال بالتالي يستنفذون طاقاتهم إلى درجة الانفجار أو الانهيار شأنهم كشأن هذه المركبات (Benatia, 2008)

2.3. المصطلح الياباني "كاروشي" (Karoshi):

الكاروشي مصطلح ياباني الأصل يُقصد به "الموت المفاجئة" بسبب الإجهاد العصبي أو الموت نتيجة للإفراط في العمل، وقد تم الإبلاغ عن الحالة الأولى في اليابان عام 1969 وكان سببها راجع بشكل أساسي إلى عبء العمل المرتفع (ساعات العمل الطويلة، العمل الذهني المستمر)، وكل هذا في بلد يعمل فيه العامل النموذجي 24 ساعة في اليوم، والأسباب الرئيسية للوفاة ترجع إلى ارتفاع ضغط الدم (Hypertension artérielle)، النزيف الدماغي (Hémorragie cérébrale)، الإحتشاء الدماغي (Infarctus cérébrale)، واحتشاء عضلة القلب (Infarctus du myocarde)، حيث قدر المجلس الوطني الياباني عدد الضحايا سنويا بـ 10000 ضحية (Mangen, 2007).

3.3. المصطلح الفرنسي "الإجهاد المهني" (épuisement professionnel):

يتميز المصطلح الفرنسي "متلازمة الإجهاد المهني" (Syndrome d'épuisement professionnel) بنوع من الغموض نظير تغطيته لجميع الآثار السلبية الناتجة عن العمل، والى جانب هذا المصطلح يمكن كذلك إيجاد مصطلحات أخرى تعبر عن نفس المعنى، على غرار "الاستنزاف المهني" (Usure professionnelle)، "الاستنزاف في العمل" (Usure au travail)، وتعتبر الترجمة الفرنسية للمصطلح الإنجليزي "الاحتراق النفسي" (Burnout) غير مرضية تماما لأنها تميل إلى إبراز بعد التعب الذي غالبا ما يكون حاضرا على الرغم من أنه ليس سمة خاصة بالاحتراق النفسي، ولهذا السبب احتفظ بمصطلح الاحتراق النفسي (Burnout) في العديد من الدراسات الفرنسية، حيث وضح Pierre canoui & Al بخصوص هذه المسألة أن مختلف الترجمات الفرنسية للمصطلح الإنجليزي لا تغطي معناه بشكل تام بل تغطيه بصفة جزئية فقط، إذ تشير فقط إلى الميكانيزمات التدريجية لحدوث هذه المتلازمة (Benferhat, 2008).

4. الاحترق النفسي وعلاقته ببعض المصطلحات الأخرى:

1.4. علاقة الاحترق النفسي بالاكتئاب:

غالبا ما يحدث هناك التباس بين مصطلحي الاحترق النفسي والاكتئاب، وهذا راجع إلى تواجد مشاعر اكتئابية أثناء حالة الاحترق النفسي، مع وجود بعض الأعراض التي تجعلك تفكر في الاكتئاب، ولهذا يجب التمييز بين هذين المصطلحين، فالشعور بالنقص في الانجاز الشخصي مرتبط أساسا بالمجال المهني والذي نجده في بداية مرحلة الإجهاد ولا يغمر الحياة الشخصية للفرد، وفي الجهة المقابلة فأسباب الاكتئاب متعددة ولا تختصر على الحياة المهنية فقط، كما يتميز الاكتئاب بإحساس عميق من الحزن الذي لا نجده بالخصوص لدى ضحايا الاحترق النفسي (Barruel, 2015).

وبالنظر إلى نقاط التشابه والاختلاف الموجودة بين مصطلحي الاكتئاب والاحترق النفسي، سنحاول توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (02): أوجه التشابه والاختلاف بين الاحترق النفسي والاكتئاب.

الاكتئاب	الاحترق النفسي
- الإجهاد الانفعالي ومزاج الكره (متغير وغير ثابت).	- الإجهاد الانفعالي ومزاج الكره.
- يمتد على جميع جوانب الحياة.	- مرتبط أساسا بالعمل.
- يتميز بفقدان حلاوة الأشياء وطعم الحياة.	- الاحتفاظ بحلاوة الأشياء المرتبطة بالجوانب الأخرى من الحياة غير العمل.
- ضعف تقدير الذات وحيوية أقل.	- تقدير الذات، واقعية وحيوية أكبر مقارنة بالاكتئاب.
- يمكن لأسباب الاكتئاب تعزيز ظهور الاحترق النفسي.	- يمكن للاحتراق النفسي أن يتحول إلى اكتئاب.

المصدر: (Guédon, 2016, P16)

وقد أشار Freudenberger في هذا الخصوص أن الاكتئاب عادة ما ينتسب إلى نوع من التأنيب، أما الاحترق النفسي فغالبا ما يرتبط بالغضب، إذ يؤكد أن الاحترق النفسي في مراحله الأولى مرتبط بالعمل فقط، فالأشخاص التي تعاني من هذا الاضطراب تبقى سعيدة وفعّالة في الجوانب الأخرى من حياتها، كما توصل أيضا إلى وجود علاقة بين الاكتئاب وبعد الإجهاد الانفعالي للاحتراق النفسي (Guedon, 2016).

نستقرى من خلال ما سبق ذكره حول الاكتئاب والاحترق النفسي أنه على الرغم من وجود نقاط تشابه على مستوى الأعراض التي تميزهما، إلا أن الاكتئاب أشمل لأنه يمس كل جوانب الحياة عكس الاحترق النفسي الذي يرتبط أساسا بالعمل، والذي يشكل في حد ذاته انعكاس حتمي وطبيعي للضغوط الدائمة والمستمرة الواجب على العامل التعايش معها، والتي قد تؤدي به في آخر المطاف إلى الاحترق نفسيا.

2.4. علاقة الاحترق النفسي بالضغوط المهنية:

عادة ما يكون هناك لبس وغموض حول مفهوم الاحترق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية نتيجة للتداخل الموجود بين المصطلحين، ويعتبر "نيوهاوس" (Niehaus) الاحترق النفسي انعكاس للضغوط المهنية، كما قام بالتمييز بين هذين المصطلحين من خلال ثلاث خصائص:

- ✓ الاحترق النفسي يحدث نتيجة لضغوط العمل النفسية المتمثلة في تضارب الأدوار وغموضها وازدياد حجم العمل وأحوال ظروف العمل التي تتطوي على بعض المخاطر.
- ✓ الاحترق النفسي يحدث للأشخاص الذين يلتحقون بالمهنة برؤية مثالية وأنهم لا بد من النجاح في مهنتهم.
- ✓ عادة ما يرتبط الاحترق النفسي بالمهام التي يتعذر على الفرد تحقيقها (الأحمد، 2016، ص30).

ويرى باحثون آخرون أن الاحترق النفسي هو التحصيل الحاصل أو المرحلة المأسوية للضغوط، أي أن الاحترق هو عرض من أعراض الضغوط المهنية، ويرى البعض الآخر أن هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما، فقد ذكر "فاربر" Farber أنه يمكن للضغوط أن تكون سلبية أو إيجابية على عكس الاحترق النفسي الذي دائما وأبدا ما يكون سلبيا، ويرى كذلك أن استجابة الاحترق النفسي لا تكون دائما ناتجة عن الضغوط النفسية المحضة أي لمجرد حدوث الضغط، بل تكون نتيجة للضغوط التي لا تحظى بالاهتمام اللازم ولا تجد المساندة الضرورية بالشكل الذي يؤدي إلى تلطيف آثارها والحد من مضاعفاتها (جواد، 2015، ص397).

استنادا إلى ما سبق طرحه حول مصطلحي الضغوط المهنية والاحترق النفسي، نلاحظ أن الأول يعبر بشكل واضح عن جملة من العوامل والظروف السلبية والصعبة التي يتميز بها المحيط المهني على

غرار إرغامات الوقت، العبء الوظيفي، صراع الأدوار وغموضها، أما بالنسبة للاحتراق النفسي فهو بمثابة نتيجة سلبية وتحصيل حاصل لما يحمله العمل من ضغوط دائمة ومستمرة على عاتق الأفراد وبدرجة تفوق عتبة تحملهم.

3.4. علاقة الاحتراق النفسي بالتعب المزمن:

إن التشخيص الخاص بالتعب المزمن يرتبط أساساً بأعراض جسدية بحتة، بينما يستند التشخيص المرتبط بالاحتراق النفسي وخاصة في مراحله الأولى إلى أعراض نفسية، وأصل التعب المزمن ليس مرتبط بالضرورة مع العمل، إلا أن الأشخاص الذين يعانون من التعب المزمن يستوفون معايير الاحتراق النفسي في خمسين بالمئة من الحالات، إذ يتضح لنا وفقاً لنموذج Pines & Aronson أن التعب المزمن يدخل في خانة الإجهاد الجسدي (Guedon, 2016).

نلاحظ من خلال ما سبق أن الاختلاف الجوهرى الموجود بين الاحتراق النفسي والتعب المزمن يكمن في الأعراض الخاصة بكل منهما، فالاحتراق النفسي يحمل تداعيات أكبر تنعكس على الجانب الجسدي، الانفعالي، والسلوكي، عكس ما هو الحال بالنسبة للتعب المزمن الذي يكون في العموم ذات طابع جسدي بحت.

5. أبعاد الاحتراق النفسي:

يعتبر الاحتراق النفسي (Burnout) من النتائج السلبية للإجهاد الحاد الذي يتعرض إليه الفرد في محيط عمله والذي ينعكس عليه وعلى العمل بحد ذاته، إذ يبدأ الإجهاد بالتعب والقلق ليصل إلى حد الانهيار، كما يتمثل أيضاً في فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل، حيث يحس الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفي اللذان يجعلان الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز ويفقد بذلك تعاطفه اتجاه الآخرين (حيواني، 2017، ص79)، وبالتالي فالاحتراق النفسي عبارة عن مجموعة متداخلة من الضغوط تشمل جوانب مترابطة وتنقسم إلى ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الإجهاد الانفعالي، تلبد المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي. (الجعافرة وآخرون، 2013)

1.5. الإجهاد الانفعالي: (L'épuisement émotionnel)

يتميز هذا البعد بالشعور باستنفاد الموارد الانفعالية، ويمكن الشعور به نفسياً وجسدياً إذ يشير إلى الإحساس بالفراغ الداخلي، فقدان الدافع والوصول إلى عتبة التشبع على المستوى الانفعالي، ما ينعكس

من خلال رفض الفرد على التصرف وإبداء الرأي، كما يمكن أن يؤدي إلى نوبات الغضب أو على العكس التحكم المفرط في الانفعالات، وبالنسبة لهذه الحالة فإنه من الصعب الحكم على الفرد ما إذا كان في حالة تحكم تجعله يدرك أن الاعتراف بالإجهاد هو بمثابة الاعتراف بالضعف، فهذه الحالة مرتبطة بفقدان الإنسانية في العلاقة بالآخرين (Ruiller, 2008).

إن الاستثمار المفرط للفرد في نشاطاته المهنية يستنزف طاقاته تدريجياً وذلك من خلال استنفاد الطاقة اللازمة لتحقيق نشاطاته من خزانه أو موارده، علماً بأن تلك الموارد محدودة وقابلة للانتهاء حتماً، فمجرد تفكير الفرد في مواجهة يوم جديد من العمل في ظل تلك الظروف الصعبة تعتبر بمثابة فكرة لا تطاق بالنسبة له (Maslach & Leiter, 2016).

2.5. تبليد المشاعر: (Deshumanisation)

ينطوي هذا البعد على تطوير اتجاهات سلبية منفصلة وباردة اتجاه الآخرين، فالفرد يشعر بأنه غير معني بعمله ويُقيم بالتالي حاجزاً يفصله عن زملائه والآخرين، كما يمكن أن يتخذ هذا البعد أشكالاً أكثر قسوة من خلال تبني اتجاهات وسلوكيات الرفض، الوصم والإساءة، حيث تُنصّب هذه الوضعية نفسها تدريجياً وببطء وتعتبر بمثابة وسيلة لحماية الذات والسلامة النفسية، وتعد السبيل الوحيد لإنجاز العمل، فوضع المسافة أو إبعاد الآخرين يحدث بطريقة مآكرة بلا وعي من الممرض أو رغماً منه، وغالباً ما يتم الإحساس بالألم نتيجة لهذه الوضعية كشكل من أشكال الإخفاق الشخصي والذي يعبر عنه علناً في البعد الثالث من الاحتراق النفسي.

3.5. الشعور بالنقص في الانجاز الشخصي: (Diminution de l'accomplissement)

يعتبر هذا البعد تحصيل للبعدين السابقين ويتميز بإحساس فقدان الفعالية، نسيان كيفية مساعدة الآخرين، الإحباط في العمل، وبالكلمة الواحدة الشعور بعدم انجاز عمل قيم.

وبما أن الأساس والدافع الرئيسي وراء اختيار مهنة التمريض هو العلاقة بالآخرين ومساعدتهم، فالممرض وبعد ملاحظته للمسافة المتخذة والابتعاد عن المرضى سيشعر بالإخفاق، وأنه ليس في المستوى ويبدأ في التشكيك في قدرته على التعامل مع الآخرين، وبالتالي سيظهر التقييم السلبي للذات، التأنيب، وفقدان الدافع، إضافة إلى هذا فالآثار الناتجة عن هذه الصعوبات مختلفة ومتنوعة كالتغيب المبرر أو غير المبرر، التخلي عن المنصب، نقص الصرامة وارتكاب الأخطاء المهنية، حيث يصبح

الاشتغال اليومي في المنصب أكثر صعوبة، وعادة ما تلاحظ مواقف التهرب لدى بعض الفئات المهنية كالتمرريض (Canoui & Mauranges, 2015).

وقد أشارت (Pronost (1997 أن "هذا البعد يتميز بالتقييم السلبي للذات، الشعور بعدم القدرة على مواكبة متطلبات العمل وتحقيق عمل ذو قيمة، ما يؤدي إلى انحطاط المعنويات وتأثر الأداء" (p77).

6. مراحل الاحتراق النفسي:

قام كل من Edlewich & Brodsky بتصنيف مراحل حدوث الاحتراق النفسي في أربع مراحل أساسية وهي كالتالي: الحماس، الركود، الإحباط، وخيبة الأمل أو اللامبالاة.

✓ الحماس: (Enthousiasme)

وهي المرحلة التي يتميز فيها المبتدئين بمواقف خيالية، آمال غير واقعية وحماس عال، حيث يبدا كل شيء لديهم جميل، إذ يشعر الممرض هنا بكامل طاقاته وأنه سيغير العالم ويشفي الكثير من المرضى، فكل هذا مرتبط باستثماره المفرط في وظيفته إذ يكاد أن يتفانى كليا لعمله باعتبار هذا الأخير المصدر الأول لإشباع حاجاته ويعطي الانطباع بأن عمله سيملاً حياته ويسد ثغراتها، فمن هنا جاءت فكرة "الاحتراق".

✓ الركود: (Stagnation)

يبدأ الممرض في هذه المرحلة بالإرهاق حيث لا تسير الأمور كما كان يتوقعها، فالمرضى لا يتغيرون بسرعة والإدارة لا تتضامن معه ولا تقوم بدعمه، بالإضافة إلى عدم انخفاض المتطلبات المرتبطة بخدمات الرعاية، حتى ولو قرر تكريس المزيد من الوقت والطاقة والجهد إلا أن هذا لا يعطي النتائج المرتقبة، لذا فهو يشعر وكأنه يصطدم بحائط، وهذا ما يؤدي إلى انسحابه (Larouche, 1985).

✓ مرحلة الإحباط: (Frustration)

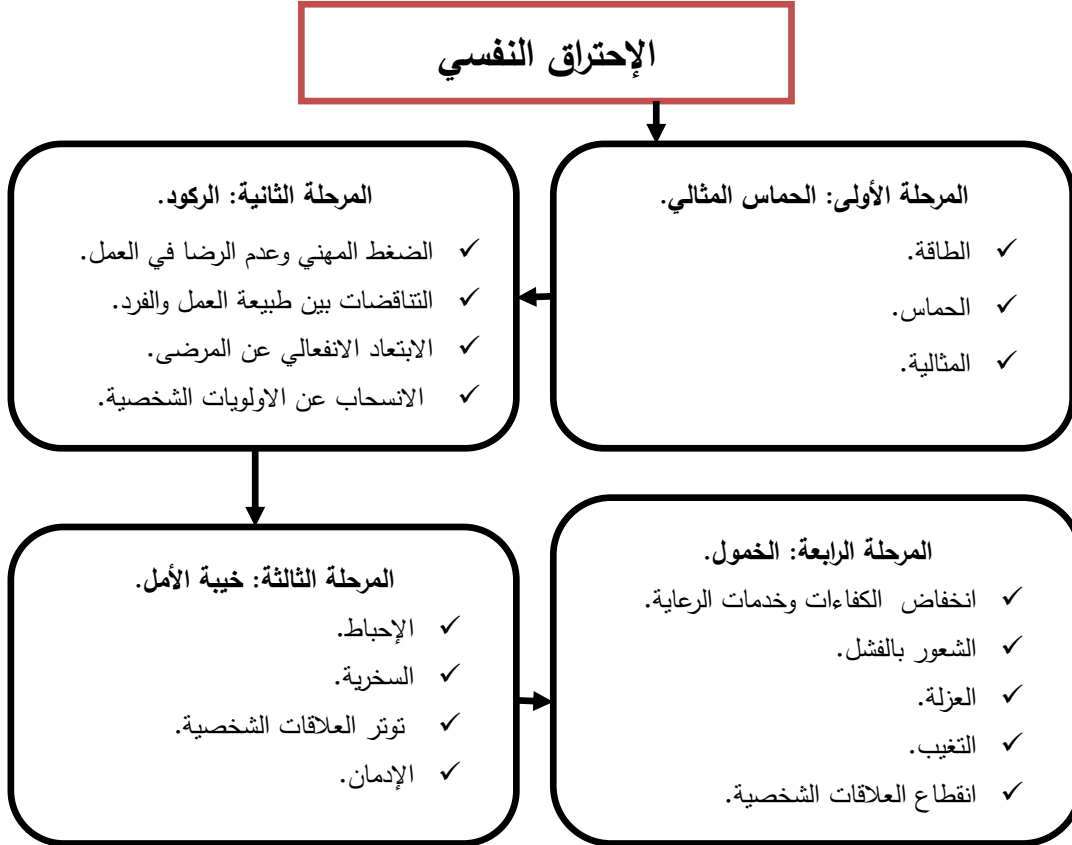
يكتشف هنا أن نظرياته الوردية السابقة أصبحت قمرزية وأنه فعلاً محدود جداً فيما يريد إنجازه، وأنه مجرد قطرة في بحر من المعاناة والأمراض، وأنه لن يغير ولن يستطيع أن يغير حتى الجزء البسيط مما كان يتوقعه في الماضي (علي، 2002، ص13)، إذ تتطور عادة في هذه المرحلة الاضطرابات الجسدية، السلوكية والانفعالية للعرض، حيث يتساؤل الفرد عن معنى عمله ويشكك في اختياراته ويشعر بالمعاناة ويفقد الرغبة في العمل، كما يبدأ الشك في حكمه وقدراته وفعاليتها في مهنة التمريض، وبالتالي يفقد القدرة على تحمل المرضى ويعتبر أن زملاءه لا يقدمون له الدعم المرغوب فيه، فيشعر الممرض

بانخفاض قيمته أكثر فأكثر، كل هذا يخلق لديه الإحساس بالابتعاد عن حياته الشخصية وعن أقرباءه، إضافة إلى ظهور مشاكل صحية يحاول علاجها ذاتيا من خلال تعاطي الأدوية وبعض المواد الأخرى (الكحول والمخدرات) التي تؤدي إلى تآزم وضعيته أكثر فأكثر، وفي هذه اللحظة بالضبط يقوم الاضطراب الاكتئابي بترقبه.

✓ مرحلة التبدل أو اللامبالاة: (Apathie)

يشعر في هذه المرحلة المرشح للاحتراق نفسيا بالإجهاد، نقص الكفاءة والإحباط الشبه المزمن في عمله، مع اعترافه على أنه بحاجة إلى هذا العمل لأسباب اقتصادية بحتة، بالتالي لا يعد يؤمن بعمله ويحاول البحث عن وضعية آمنة من خلال السعي وراء تجنب الخلافات والعلاقات الإنسانية ويحمي نفسه من أي شيء يعرضه للخطر، فالفرد هنا يطور شعور الكراهية اتجاه عمله، يصل متأخرا ويستنهزأ بمسؤولياته المهنية ويرغب بالتخلي على كل شيء إلى درجة التفكير في الانتحار، ففي هذه المرحلة يحتاج الفرد المحترق نفسيا إلى عناية خاصة لأنه في حال استمرار الوضع قد يؤدي به الحال إلى درجة الاكتئاب العام (Ben moussa, 2016).

الشكل رقم (04): مراحل الاحتراق النفسي لدى الممرضين



المصدر: (Ben moussa, 2016, P50)

كما قام بدورها كل من North & Freudenberger بتحديد اثني عشر مرحلة لظهور عرض الاحتراق النفسي كالتالي:

✓ المرحلة الأولى المتمثلة في "الحاجة الملحة لتأكيد الذات" والمرتبطة بأفكار ومعتقدات وقيم الفرد الذي يمتلك معايير ومتطلبات عالية اتجاه ذاته.

✓ تتميز المرحلة الثانية بالشدة (القوة) المستثمرة في مشروع ما، فالفرد يريد أن يفعل كل شيء بنفسه من أجل تحقيق هدفه، ولا يسمح لنفسه بطلب يد العون أو التفويض.

✓ تنتم المرحلة الثالثة بنسيان الذات والعجز على النظر إلى الحاجات الخاصة وحتى المشاعر الشخصية.

✓ تظهر المرحلة الرابعة عندما يفقد الفرد حساسيته، ولتحقيق السيطرة على شعور القلق الذي ينتابه يقوم الفرد بحجب تجاربه السلبية على نفسه وعلى غيره، ويبدأ في استعمال استراتيجيات إنكار معاناته.

✓ تظهر في المرحلة الخامسة تغيرات جذرية على مستوى التصورات والقيم، وتتنخفض قدرة الفرد على التعاطف مع العالم الخارجي، وتبدأ المشاكل العلائقية تنشأ حتى مع الأقارب.

✓ في المرحلة السادسة يصبح الكبت والإنكار أكثر فأكثر استراتيجية دفاع تمنعه من رؤية الواقع كما هو، فالكبت يسمح بتفادي مشاعر القلق والخوف، ويصبح فكره بالتالي أكثر صلابة وأقل تسامحا وأسرع انفعالا مع من يحوله.

✓ تتميز المرحلة السابعة باللامبالاة حيث يشعر الفرد كأنه بمثابة آلة وأنه لم يعد قادرا على إنشاء علاقات مع الآخرين، فيميل الفرد المحترق في هذه المرحلة إلى استخدام المسكنات (المهدئات، الكحول والمخدرات) لمقاومة هذه الحالة من المعاناة، بالإضافة إلى تدهور حكمه وميله للجنون (paranoia).

✓ تشهد المرحلة الثامنة تغيرات كبيرة على مستوى السلوك، فالفرد ينطوي على نفسه أكثر فأكثر ويعزل نفسه، ويتجنب التواصل ويصبح عاجزا على التركيز على أي موضوع، ويقابل الأصدقاء الذين ينتابهم القلق من خطورة اضطراباته السلوكية بالرفض، وبالتالي يزداد إقباله على المسكنات المعتمدة ضد الاحتراق النفسي.

✓ تتميز المرحلة التاسعة بتبدل المشاعر من خلال فقدان الصلة بالذات وعدم الاكتراث التام (اللامبالاة) بما يمكن أن يصيبه أو يصيب الآخرين.

✓ يشعر الفرد في المرحلة العاشرة بالفراغ الداخلي، كما يمكن للآخرين من المعاناة من القوبيا بمختلف أنواعها.

✓ عندما يمر الفرد بالمرحلة الحادية عشر هذا يعني أنه يعيش حالة اكتئاب، فيشعر بخيبة أمل وعجز على القيام بأي شيء، فتصبح الأفكار الانتحارية حاضرة أكثر فأكثر حتى ولو كان الفرد غير واع بخطورة حالته.

✓ بحلول المرحلة الثانية عشر والأخيرة يكتمل الاحتراق النفسي ولم يعد للحياة معنى، وبالتالي يصبح من الضروري على الفرد رؤية مختص لأن حالته السيئة تهدد حياته (Laviolette, 1994).

علاوة على ما سبق، اقترح (Burke & Al (1985) في نموذجهم الديناميكي ثمانية مراحل للاحتراق النفسي وهذا انطلاقاً من الأبعاد الثلاث المحددة من طرف الباحثة ماسلاش:

1. الإجهاد الانفعالي المنخفض، تبدل المشاعر المنخفض، الانجاز الشخصي المرتفع: الفرد هنا متحمس ويهدف إلى الكمال في مشروعه.

2. الإجهاد الانفعالي المنخفض، تبدل المشاعر المرتفع، الانجاز الشخصي المرتفع: يعاني الفرد هنا من الإحباط والفشل، وعضوا من التخلي عن مشروعه أو إعادة صياغته في إطار أكثر واقعية فهو يستمر فيه رغبة في النجاح، فيصبح بالتالي مرًا، متشائمًا، مع الالتزام الدائم في مشروعه.

3. الإجهاد الانفعالي المنخفض، تبدل المشاعر المنخفض، الانجاز الشخصي المنخفض: يشعر الفرد هنا بتدهور حاله، ويتبنى سلوك التجنب الذي يمنح له مبدئياً راحة البال، والذي يخلق له بالمقابل شعورا بفقدان الدافع.

4. الإجهاد الانفعالي المنخفض، تبدل المشاعر المرتفع، الانجاز الشخصي المنخفض: يشعر الفرد هنا مرة أخرى برغبة نرجسية في الكمال، والتي تخلق لديه دافعا كبيرا في النجاح، بالإضافة إلى شعور متنامي بتبدل المشاعر.

5. الإجهاد الانفعالي المرتفع، تبدل المشاعر المنخفض، الانجاز الشخصي المرتفع: يبدأ الفرد هنا بالإحساس بالإجهاد.

6. الإجهاد الانفعالي المرتفع، تبدل المشاعر المرتفع، الانجاز الشخصي المرتفع: يظهر الإحباط من جديد، لكن الفرد لا يستسلم.

7. الإجهاد الانفعالي المرتفع، تبدل المشاعر المنخفض، الانجاز الشخصي المنخفض: لم يعد للفرد أية طاقة، وبالتالي يقوم بتبنى سلوك التجنب وفك الارتباط.

8. الإجهاد الانفعالي المرتفع، تبدل المشاعر المرتفع، الانجاز الشخصي المنخفض: تتميز هذه المرحلة الثامنة والأخيرة باحترق نفسي حاد، فالفرد هنا مرهق وليس لديه القدرة على الاستمرار في مشروعه، وينتابه شعور كبيرا بالإحباط والكراهية اتجاه ذاته والتقليل من قيمته (Thevenet, 2011).

وانطلاقا من المراحل التي أشار إليها (Burke & col (1985) والتي حددت انطلاقا من الأبعاد الثلاث للاحترق النفسي، نلاحظ أن كل مرحلة تتوافق في مستوى معين مع الأبعاد الثلاث المحددة من طرف ماسلاش، حيث تنطلق في المرحلة الأولى بالحماس والمثالية والرغبة الشديدة في النجاح لتنتهي في المرحلة الأخيرة بالإرهاك والاحترق الكلي.

7. أسباب الاحتراق النفسي:

1.7. العوامل المرتبطة بالجانب الوظيفي: (Facteurs liés au travail)

يعد هذا الجانب الأكثر وزنا في ايجابية وسلبية المهني نظرا للدور المهم الذي يلعبه العمل في حياة الفرد في العصر الحديث، فالعمل يحقق حاجات أساسية للفرد على غرار السكن والصحة، كما يلبي أيضا حاجات نفسية ذات أهمية كبيرة في تكوين الشخصية مثل: التقدير واحترام الذات والنمو والاستقلالية، ولهذا يعتبر عجز الفرد في التحكم على بيئة العمل من العوامل التي تؤدي إلى شعوره بالقلق والكآبة والضغط العصبي مما يؤدي إلى الاحتراق النفسي (بني أحمد، 2007، ص16)، وسنحاول عبر هذا العنصر تقديم أبرز العوامل المرتبطة بالعمل والتي تلعب دورا كبيرا في ظهور الاحتراق النفسي.

1.1.7. طبيعة العمل: (La nature du travail)

يعتبر العمال خاصة المشتغلين في مهن المساعدة أمثال الممرضين والأساتذة الأكثر عرضة للاحترق النفسي وهذا نظرا لطبيعة عملهم، فوفقا لـ (hyphanis & mavreas (2005) فالدراسات التي أنجزت حول الاحتراق النفسي توضح أن هذه المتلازمة تحدث بشكل كبير في المهن التي تتميز بمواقف ذات مطالب انفعالية مرتفعة، ويمكن ملاحظة هذه المواقف خاصة لدى العاملين في مهن المساعدة وبشكل كبير لدى الممرضين، وبالتالي فالتفاعل الدائم والمتكرر مع أشخاص يعانون، ومواجهة الموت، والتعرض إلى حالات سوء المعاملة مواقف ذات مطالب انفعالية عالية، مما يؤدي إلى ضعف وهشاشة العمال المشتغلين في هذه المهن ما يجعلهم عرضة لخطر الاحتراق النفسي.

2.1.7. عبء العمل: (Charge de travail)

يشير عبء العمل إلى المهام المرتبطة بمركز العمل والذي يمكن أن يتخذ شكلين مختلفين: العبء الكمي والنوعي، فالأول يتعلق بكمية العمل الواجب على العامل إنجازها، حيث يشير العبء الكمي إلى الكمية الكبيرة من النشاطات التي يجب على العامل القيام بها، أما الثاني فيتمحور حول الصعوبات المرتبطة بالعمل وقدرات العامل، إذ أن العبء النوعي الكبير يشير إلى عجز العامل على إنجاز عمله بسهولة نظراً لتعقده، ويتعلق الأمر هنا بالأشخاص المعتادين على الاشتغال في وظيفة واحدة فقط، فقد أشار (Karasek & al (1987) في إطار الدراسات التي أجروها حول عبء العمل إلى ارتباطه بظهور الاحتراق النفسي، الاكتئاب، عدم الرضا، الأعراض السيكوسوماتية، وأمراض القلب (Spector, 2011).

وقد أشار (Maslach & al (2001) إلى أن عبء العمل يظهر عادة نتيجة للمتطلبات العالية الملقاة على عاتق العامل والتي تؤدي به إلى استنفاد طاقته والتي يصعب عليه استرجاعها بعد ذلك، كما يمكن أن يظهر نتيجة لعدم توافق إمكانيات الفرد مع طبيعة العمل وهذا حتى ولو كانت متطلبات ذلك العمل منخفضة، فالعمل ذو المطالب الانفعالية المجهدة بشكل خاص يتطلب من العامل استجابات انفعالية لا تتناسب مع طبيعة تكوينه، ولهذا فعادة ما يعتبر عبء العمل ذو صلة مباشرة بالاحتراق النفسي (p.414).

3.1.7. صراع الدور وغموض الدور: (Conflit et ambigüité de rôle)

يحدث على مستوى الأدوار في العمل وهذا تحت شكلين: صراع الدور وغموض الدور، فالأول يشير إلى عدم توافق المهام مع قيم العامل، المطالب، التوقعات المتناقضة، إضافة إلى الافتقار على الموارد الأساسية للاستجابة على متطلبات العمل، فعلى سبيل المثال مطالبة العامل برفع نسق العمل مع تحسين جودة الخدمات المقدمة تعتبر بمثابة مطالب متناقضة، وتعتبر كذلك مطالبة الأستاذ بزيادة الصعوبات على التلميذ مع ضمان نسبة نجاح عالية مثال على صراع الدور، فكل هذه التناقضات قد تؤدي بالعامل إلى الإحباط، نقص الدافع وتراجع الأداء.

أما بخصوص غموض الدور فهو مرتبط بنقص المعلومات والاتصال المرتبط بالدور وما هو مطالب على العامل، كما يمكن أن يحدث غموض الدور عندما لا يكون العامل على دراية بحدود مهامه ومسؤولياته، حيث يوضح فيزيينا (Vezina (1992) في هذا السياق أن العامل بحاجة إلى التوضيح عند وجود غموض في دوره، وهذا من أجل تخفيض التوتر والضغط النفسي عليه، فكل الصعوبات التي

يواجهها العامل والمتعلقة بدوره سواء عند غموضه أو وجود صراع فيه يترتب عنها آثار سلبية على صحته النفسية.

4.1.7. المساندة الاجتماعية: (Soutien sociale)

يمكن للمساندة أن تلعب دورين في آن واحد، دور الوسيط أو المعدل ويمكن لها أيضا أن تكون سببا في بروز الاحتراق النفسي، حيث أشار Truchot (2004) إلى أن نقص المساندة أو انعدامها يشكل عاملا من العوامل المؤدية إلى ظهور الاحتراق النفسي، كما يمكن لها أيضا أن تلعب دور المعدل في ظهور الاحتراق النفسي وهذا عند تلقي الفرد المساندة اللازمة من طرف زملاءه ورؤسائه عند شعوره بالعبء، وحسب (Maslach & Leiter, 1988) فالمحيط المهني الذي تسوده علاقات سلبية بين الزملاء يؤدي إلى ظهور الاحتراق النفسي، وأضافا في هذا السياق أن العلاقات المضطربة والصراعات داخل العمل لا تساعد العامل بل بالعكس تتطلب منه بذل مجهودات إضافية عند أداء مهامه، وبالتالي فهذه العوامل قد تؤدي إلى انخفاض قدرة العامل على التعامل مع الضغط وزيادة خطر تعرضه للاحتراق النفسي (Kane, 2009).

5.1.7. الأجور غير الكافية: (Rémunération insuffisante)

إن الأزمة الاقتصادية التي تجتاح العالم في الوقت الراهن تحدّ من قدرة المؤسسات على توفير أجور وتعويضات مغرية لموظفيها، فالأفراد يسعون دائما من خلال عملهم إلى الحصول على تعويضات مادية كالنقود، المكانة الراقية والأمن، إلا أن العمل في الفترة الأخيرة يجلب لهم اقل مما يتوقعون وهذا رغم استثمارهم والتزامهم الكبير في مهنتهم، لكن الأمر الذي يساهم بشكل كبير في نشوء الاحتراق النفسي هو فقدان التعويض الداخلي (Compensation intrinsèque) المتمثل في القيام بعمل مريح واكتساب المزيد من المهارات والتفاعل مع زملاء محترمين، حيث يؤدي فقدان التعويض الداخلي والخارجي (Intrinsèque et extrinsèque) في الوقت نفسه إلى تخفيض قدرة العمل كمصدر للالتزام (Maslach & Leiter, 2016).

6.1.7. العدالة في محيط العمل: (La justice au travail)

يرتبط هذا المصطلح بشعور المساواة في التبادلات الاجتماعية، فالعدالة في العلاقات الاجتماعية مرادف لمصطلحي الاحترام والاعتراف، ولهذا السبب يتأثر الفرد نفسيا عند إدراكه للظلم فيما يتلقاه مقابل استثماره في عمله (Carrier vernhet, 2006)، حيث يعد انعدام العدالة التنظيمية المدركة في محيط

العمل سببا من أسباب ظهور الاحتراق النفسي، حيث كشفت دراسة أجريت على (424) عامل في القطاعين الطبي والشبه الطبي أن الظلم وانعدام المساندة وتواجد التحرش المعنوي يؤدي الى ظهور الاحتراق النفسي، وقد تم الإشارة أيضا في دراسات أخرى أن العدالة والمساندة الاجتماعية عوامل تساعد في الوقاية من خطر الاحتراق، بالإضافة إلى اكتشاف وجود علاقة بين الأشكال الثلاث للعدالة، ومصادر المساندة من جهة، وظهور الاحتراق النفسي من جهة أخرى لدى عينة من الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين والذين طوروا اتجاهات الانسحاب من العمل (Bouterfas, 2016).

7.1.7. العلاقات في العمل: (Relations de travail)

تلعب علاقات العمل دورا هاما في حياة الفرد العامل لأنها تحدد مدى إصابته بالاحتراق النفسي، وهذا وفقا لدرجة تفاعله وتعامله مع الأشخاص المتواجدين في محيط عمله من زملاء ومسؤولين، فالعلاقة بين الزملاء تعتبر بمثابة مصدر للدعم الاجتماعي بالنسبة للعامل، ويؤدي فقدان الدعم من طرف الزملاء إلى الشعور بالعزلة عن الآخرين، وعدم الأمان والاستقرار معهم، ونقص المساهمة في تحقيق أهداف المؤسسة، إلى جانب الشعور بفقدان احترامهم وتقديرهم ويقلل من العلاقات الإنسانية السائدة داخل بيئة العمل، كما يؤدي أيضا إلى فقدان العامل لشعور الانتماء إلى جماعة العمل مما يعرضه للاكتئاب والضيق كإحدى مظاهر الاحتراق النفسي.

أما بخصوص العلاقة التي تربطه بالمسؤولين فقد تنعكس هي الأخرى على حالته النفسية وأدائه في المؤسسة، وهذا خاصة في المنظمات ذات الطابع البيروقراطي، فالعمال الذين يخضعون لرئيس متسلط غير متعاون وغير مدعم وغير عادل في معاملته لهم، ولا يراعي مشاعرهم ويرفض إشراكهم في اتخاذ القرارات، أمر يخلق لديهم صعوبات كثيرة في العمل ويشعرهم بعدم الرضا المهني، فيكونون بالتالي تحت ضغط دائم ومستمر يفقد لهم حماسهم في العمل ويصبحون أكثر عرضة للاحتراق النفسي (تلاي، 2017، ص 58-59)

8.1.7. التحكم في العمل: (Contrôle sur le travail)

أشار Hoffman (2005) إلى وجود صلة وثيقة بين المتطلبات النفسية المرتبطة بالعمل والحرية المتاحة لاتخاذ القرارات، وبتعبير آخر إمكانية التحكم في العمل (والتي تشمل في آن واحد على الحرية في اتخاذ القرارات ومستوى التأهيل)، فاقتران المتطلبات المرتفعة بدرجة منخفضة من التحكم تخلق حالة من

التوتر والضغط المرتفع، والعكس يمكن أن يحدث حالة من الاسترخاء والراحة، أما وجود متطلبات مرتفعة في ظل قدرة كبيرة من التحكم ينتج ضغطا ايجابيا.

ويمكن للتحكم أيضا أن يرتبط بإمكانية تغيير المحيط والذي ليس دائما بالممكن، فعلى سبيل المثال: المرضى الذين يعملون تحت ظروف خاصة كالظرف الإستعجالي أوفي ظرف انتشار وباء والتي ليس لديهم القدرة على السيطرة عليها، يضطرون إلى أشكال من التحكم المتمثلة في إعادة تفسير الوضعية، وإعادة تكييف التوقعات مع الإدراك الغير المباشر لإمكانية التغيير أو السيطرة (p84).

2.7. العوامل الفردية: (Les facteurs individuels)

1.2.7. شخصية الفرد: (La personnalité de l'individu)

ترتبط العوامل الفردية المسببة في ظهور الاحتراق النفسي أساسا بشخصية الفرد، فوفقا لـ (Freedman & Rosman, 1974) هناك نمط من الشخصية يعتبر الأكثر عرضة لخطر الاحتراق النفسي، إذ يتميز الأشخاص الذين يتصفون بنمط الشخصية هذا بالميل للمنافسة والاندفاع في العمل، الإحساس بضغط الوقت، عدم الصبر والشعور بعدم الأمان، والرغبة في التقدم والتطور في العمل، ويتعلق الأمر هنا بالشخصية من صنف "أ"، وبالتالي فهؤلاء الأشخاص يجدون صعوبات عديدة في حياتهم ويعتبرون الأكثر انفعالا مقارنة بالأشخاص الآخرين (Tremblay, 2006).

2.2.7. الاتزان الانفعالي: (Stabilité émotionnelle)

يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية التي تعد بدورها موردا نفسيا لمواجهة الاحتراق النفسي، فالأفراد الذين يتميزون باتزان انفعالي مرتفع هم الأقل احتمالا للوقوع في الاحتراق النفسي، عكس الأفراد الغير متزنين انفعاليا والذين تسود لهم الحياة، حيث يركزون على الجوانب السلبية للواقع والتي تخلق لديهم أفكارا ومشاعر تجعلهم في وضعيات غير مريحة، وبالتالي فهؤلاء الأفراد يجدون أنفسهم تحت وطأة خطر فقدان التوازن بين المتطلبات التي يدركونها والموارد التي يعتقدون أنها بحوزتهم للاستجابة لهذه المطالب (Levy-Leboyer, 2003).

3.2.7. القدرات التكيفية: (Capacités d'adaptation)

ويتعلق الأمر هنا بالقدرة على التكيف مع الحالات الصعبة المرتبط بمحيط العمل، فعتبة التحمل تختلف من فرد لآخر، إذ نجد لدى البعض استجابات نفسية، انفعالية ووظيفية، بينما نلاحظ غيابها لدى

البعض الآخر وهذا تحت نفس شروط وظروف العمل، وبالتالي فإنه من المهم على الفرد معرفة قدراته التكيفية وحدودها في مواجهة الصعوبات التي يصادفها في محيط عمله (Barbier, 2004).

4.2.7. تقدير الذات: (Estime de Soi)

يشير تقدير الذات إلى التقييم الذي يقوم به الفرد عادة لنفسه ويحتفظ به، وهو تعبير بالموافقة أو الرفض ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر وله أهمية وأنه ناجح وأن له جدارته، فقد عرفه "كوهن" (Cohen) على أنه درجة التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية، بينما نظر إليه "ارجيل" على أنه التقدير الشخصي للتباعد بين هذين المفهومين (محمد، 2004، ص242).

ووفقا لـ Maslach (1993) فإن حدوث الاحتراق النفسي مرتبط بعملية تقييم الفرد لذاته، وهذا ما اتفق عليه كل من (HobFoll & Freddy (1993 حيث أشارا إلى أن الأفراد ذوي تقدير ذات عالي أقل تأثرا بالضغوط (Leroy, 2015)، فتقدير الذات الايجابي يلعب دورا واقيا من الاحتراق النفسي، وهذه الحالة مرتبطة بالقيمة والفضل الذي ينسبه الفرد لنفسه، وهذا التقييم الذاتي الايجابي يشير إلى الثقة بالذات والشعور بالكفاءة، والافتتاح باكتساب قيمة لدى الآخرين (Bernaud & Lemoine, 2012).

5.2.7. تطلعات الفرد: (Les Attentes de l'individu)

إن التباين الموجود بين تطلعات الفرد من جهة والواقع الوظيفي من جهة أخرى قد يخلق لديه شعورا بخيبة أمل تؤدي تدريجيا إلى المعاناة بالاحتراق النفسي، ويمكن لهذه التطلعات أن ترتبط إما بمحتوى العمل في حد ذاته أو بتحقيق الأهداف المسطرة اتجاه الآخرين واتجاه الذات (Bouterfas, 2014).

6.2.7. القيم: (Les Valeurs)

إن قضية التوافق بين قيم الفرد وقيم المؤسسة التي يعمل فيها جانب من الجوانب المهمة في الحياة المهنية، فالتباين بين القيم التي يحملها الفرد وقيم المؤسسة قد يتسبب في ظهور تطلعات غير واقعية تجعل الفرد عرضة للاحتراق النفسي، وقد أشار كل من (Maslach & Leiter (1999 أن سوء التوفيق بين هذه القيم سيخلق انهيارا في جودة العلاقة التي تربط بين الفرد وعمله، أما في حال انسجام تلك القيم فهذا سيؤدي إلى خلق عقد نفسي بين الفرد ومؤسسته، وهذا العقد يشكل في حد ذاته أساسا متينا لبناء علاقة قوية بينهما (Chevrier, 2009).

8. آثار الاحتراق النفسي وأعراضه:

لقد برزت في الأدبيات الخاصة بمصطلح الاحتراق النفسي وهذا منذ فترة ظهوره العديد من التصنيفات الخاصة بالأعراض والآثار الناتجة عنه على صحة العاملين، وهذا وفقا لاتجاه كل باحث واستنادا للأبعاد التي اعتمدها في دراسته، حيث سنحاول فيما يلي تقديم البعض منها على النحو التالي:

قام كل من (Cordes et Daugherty) (1993) بحصر أعراض الاحتراق النفسي في خمس فئات

كبرى كالتالي:

1- الأعراض الجسدية والانفعالية: (Signes physiques et émotionnelles)

إن الإصابات النفسية والجسدية الناتجة عن الاحتراق النفسي توضح لنا مدى خطورته، إذ يعد الإحساس بالتعب والإجهاد والاستنزاف الأعراض الجسدية الأكثر شيوعا لها، فالأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي عادة ما يعانون أيضا من اضطرابات النوم وشعور كبير بالتعب خلال الاستيقاظ، فالتعب الناتج عن الاحتراق النفسي تعب مزمن يختلف تماما عن التعب المحسوس عادة والذي يزول بعد فترة من الراحة.

كما يربط الاحتراق النفسي كذلك بآلام وشكاوى بدون أعراض ظاهرة (asymptomatiques): على غرار الآلام العضلية العظمية (بالخصوص آلام الظهر)، الآلام المعدية، الاضطرابات السيكوسوماتية كالقرحة، اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي التي تم ملاحظتها في بعض الحالات، إلى جانب تسجيل بعض الأعراض الكلاسيكية الخاصة بالضغط كالتعرق والقلق، كما وضحت بعض النتائج كذلك أن الاحتراق النفسي مثل الضغط يتسبب في انخفاض المناعة ويجعل الفرد أكثر عرضة للالتهابات الفيروسية.

وفي نفس السياق دائما، سلطت بعض الدراسات الطولية حديثا الضوء على بعض الأعراض التي تمس الأفراد الذين يعانون من احتراق نفسي حاد كارتفاع مستوى الكولسترول (Cholestérol)، الدهون (Triglycéride)، حمض اليوريك (Acide urique)، بالإضافة إلى ارتباطه بمستويات مرتفعة من الكورتيزول (Cortisol)، وتسببه في التهابات تؤدي إلى تصلب الشرايين، والإصابة بالداء السكري من الفئة الثانية الذي شاع حاليا في البلدان المتقدمة، وبالتالي فكل هذه التغيرات البيو-كيميائية تعرض إلى اضطرابات القلب والأوعية.

2- الأعراض والآثار السلوكية: (Signes comportementaux)

إن أعراض الاحتراق النفسي السلوكية متعددة ويمكن ملاحظتها على مستوى الفرد، علاقاته، بالإضافة إلى محيطه المهني:

1.2. على مستوى الفرد: (Au niveau individuel)

إن الأشخاص المصابين بالاحتراق النفسي لا يتقبلون الإحباط وهذا ما ينتج لديهم التهيج، الحساسية الزائدة والعدوانية، وعادة ما نجد لديهم انخفاضا في الموارد النفسية كتراجع تقدير الذات، حالات الحزن وخيبة الأمل، والقلق، ففي دراسة أجراها (Lee & Ashforth 1990) على مديري وحدة اجتماعية توصلوا إلى أن الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر يصطحبهما إحساس بالعجز واضطرابات معرفية كصعوبات التركيز والأفكار الدخيلة.

2.2. على مستوى الحياة الشخصية: (Au niveau de la vie privée)

إن آثار الاحتراق النفسي يفيض على الحياة الشخصية وهذا ما يتعارض مع فكرة انفصال واستقلال العمل عن الحياة الشخصية، فللاحتراق النفسي انعكاسات على المجال الاجتماعي بشكل عام والمجال الشخصي بشكل خاص، حيث أشارت (Maslach 1976) في تقاريرها الأولى أن الاحتراق النفسي يؤدي إلى الطلاق، فاحتراق الزوج نفسيا نتيجة لخطر تقليص اليد العاملة يخلق توترات ويزيد من السلوكات والاتجاهات السلبية نحو الزوجة، وفي دراسة أخرى أجرتها مع زميلتها (Jackson 1982) على 142 زوجا توصلوا إلى أن المحترقين نفسيا عادة ما يعزلون أنفسهم عن الأصدقاء، ويميلون للتصرف بطريقة مهنية (احترافية) مع أولادهم.

3.2. على مستوى العمل: (Au niveau du travail)

يؤدي الاحتراق النفسي هنا إلى زيادة الإحساس بعدم الرضا في العمل والتقليل من الالتزام، وهذا ما أكدته دراسة طويلة أجريت على المصابين بالاحتراق النفسي، حيث توصلت إلى أنهم أقل التزاما وأكثر ميلا إلى التفكير في مغادرة مهنتهم، زيادة على هذا فالاحتراق النفسي يؤدي إلى تدهور العلاقات بين الزملاء، ومع الزبائن أو المرضى، حيث أن الأطباء والمرضى النفسيين المحترقين نفسيا يجيبون أقل على استفسارات المرضى ويهملونهم أكثر، بالإضافة إلى تأثيره على اتخاذ القرارات وهذا على الرغم من قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، وهذا ما يسمح باعتباره كنتيجة سلبية محتملة لهذه المتلازمة (Truchot, 2004).

وقام كل من (Schaufeli & Enzman, 1998) انطلاقاً من ملاحظتهما بإحصاء ما يقارب 132 عرض مرتبط بالاحترق النفسي، والموزعة على ثلاث فئات في النحو التالي:

➤ الأعراض الجسدية: (Signes Physiques)

ونجد في مقدمة هذه الأعراض الجسدية التعب (Asthénie) والذي يرتبط بالضعف الجسدي، النفسي والجنسي، والمصحوب غالباً بشكاوى وظيفية كالأضطرابات الهضمية (آلام في البطن أو اضطرابات الهضم)، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل، الصداع، الاضطرابات العضلية-العظمية (TMS)، أمراض الجلد، الأمراض الفيروسية، إضافة إلى الاستجابات الفيزيولوجية المختلفة للضغط كتسارع دقات القلب في وضعية كمون الراحة، ارتفاع ضغط الدم (HTA)، وارتفاع غلوكوز الدم (Troubles lipidiques).

➤ الأعراض الانفعالية والسلوكية: (Signes affectifs et comportementaux)

الأعراض الانفعالية كثيرة ومتعددة وبإمكاننا الإشارة إلى القلق، الملل، فقدان الاهتمام، الشك، اليأس، فقدان التعاطف، الشعور بفقدان الفعالية أو الكفاءة، التشاؤم، الرفض أو الغضب.

➤ الأعراض المعرفية: (Signes cognitifs)

على المستوى المعرفي يسعنا بالذكر اضطرابات الانتباه والتركيز، تشتت الانتباه، بالإضافة إلى اضطرابات الذاكرة (Caudron, 2016).

وبدورها أشار كل من (Zanotti & thibodeau, 2007) إلى أن توزيع الأعراض الخاصة بالاحترق النفسي يتم على أربع فئات كالتالي:

➤ **التصنيف الأول:** ويتعلق الأمر هنا بالاضطرابات الجسدية التي تتميز بالتوتر الداخلي والضعف، كاضطرابات الجهاز الهضمي، الغثيان، الأرق، الصداع وآلام الظهر، التوترات العضلية، أمراض الجلد والاضطرابات الفيروسية.

➤ **التصنيف الثاني:** والذي يتعلق بالاضطرابات الانفعالية كالقلق، الموقف السلبي اتجاه الذات، الشعور بعدم الكفاءة والعجز، اليأس، الإحباط، التهيج، النفور عن العمل، نقص الاهتمام، الملل، فقدان الثقة ونقص تقدير الذات، الإحساس بالوقوع في مصيدة والشعور بالضعف.

➤ **التصنيف الثالث:** مرتبط بالاضطرابات الذهنية كالفوضى في العمل، صعوبة تأدية النشاطات اليومية، انخفاض الفعالية الفكرية، انخفاض التركيز، الارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، تأثر الحكم، فقدان الإحساس بالأولويات وفقدان الذاكرة.

➤ **التصنيف الرابع والأخير:** فيتعلق بالاضطرابات السلوكية كالتغيب، تعاطي المواد السامة، "التطبيب الذاتي" (Automédication)، زيادة عدد ساعات العمل، عدم القدرة على الابتعاد عن الصعوبات المرتبطة بالعمل، عدم الاستقرار والعزلة، الميل إلى إهمال الحياة الشخصية والمجالات الأخرى من الحياة (Picart, 2017).

وفي الجهة المقابلة اختصر تصنيف (Truchot 2004) للأعراض التي يمكننا من خلالها التعرف على الاحتراق النفسي على فئتين رئيسيتين:

➤ **الأعراض الجسدية والانفعالية: (Signes physiques et émotionnelles)**

وتشتمل هذه الفئة على التعب المزمن، اضطرابات النوم، الاضطرابات العضلية-العظمية، اضطرابات الجهاز الهضمي، التعرق، القلق، ضعف الجهاز المناعي (ما يجعل الفرد أكثر هشاشة وعرضة للالتهابات الفيروسية)، عدم انتظام دقات القلب، ارتفاع كوليسترول الدم، ارتفاع حمض اليوريك، ارتفاع كورتيزول الدم، بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية التي نجدها في متلازمة التكيف العام لـ "سيلي" (Hans Selye).

➤ **الأعراض الشخصية، الموقفية والسلوكية: (Signes personnelles, attitudinales et comportementales)**

يمكن على هذا المستوى ملاحظة حيز من الأعراض على غرار سوء نمط الحياة، قلة النشاط الرياضي (على الرغم من تميز المرحلة الأولى من العرض بالنشاط الكبير)، الإدمان (التدخين، الكحول، القهوى، المهدئات)، عدم تحمل الإحباط، التهيج، العدوانية، تراجع تقدير الذات، الحزن، القلق، الشعور بالعجز، فك الارتباط المهني، تدهور العلاقات الشخصية (مع الزوج (ة)، الزملاء، الأصدقاء، الزبائن أو المرضى) (Zaweija & Guarnieri, 2013).

9. مستويات الاحتراق النفسي:

أشار "سبانيول" spagnol أن الاحتراق النفسي عبارة عن مشاعر ترتبط بروتين العمل وقد حدد له ثلاثة مستويات كالتالي:

➤ **المستوى المنخفض من الاحتراق النفسي:** وينتج عنه نوبات قصيرة من التعب والقلق والإحباط والتهيج.

➤ **المستوى المتوسط من الاحتراق النفسي:** ينتج عنه نفس الأعراض السابقة، مع استمراريتها لأسبوعين على الأقل.

➤ **المستوى الشديد من الاحتراق النفسي:** وينتج عنه أعراض جسدية كالقرحة وآلام الظهر المزمنة ونوبات الصداع الشديدة، وليس من الغريب أن يشعر الممرضون بمشاعر الاحتراق النفسي المعتدلة والمتوسطة في حين لآخر، ولكن عندما تلح هذه المشاعر وتظهر على شكل أعراض جسدية ونفسية مزمنة عندئذ يصبح الاحتراق النفسي مشكلة حقيقية وخطيرة (لملوم، 2018، ص28).

10. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي:

1.10. نظرية التحليل النفسي:

ترتكز نظرية التحليل النفسي على ضرورة تحليل الشخصية من أجل اكتشاف الخبرات اللاشعورية، كون مثل هذه النظرية تمثل الاندفاعات اللاشعورية للسلوك، وترى هذه النظرية أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية مرتبطة بجملة من الأسباب مثل الأزمات والصدمات النفسية، حيث يرى "فرويد" Freud أن الشخصية الإنسانية تتألف من ثلاثة أنظمة نفسية تتنافس فيما بينها للحصول على الطاقة النفسية وهي كالتالي:

1- **الهو (Le Soi):** هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أية صورة و بأي ثمن.

2- **الأنا (Le Moi):** هو مركز الشعور والإدراك الحي الداخلي والخارجي، والعمليات العقلية، والمشرف على الحركة والإدارة والمسئول بالدفاع عن الشخصية وتوافقها.

3- **الأنا الأعلى (Le Sur-moi):** هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير، والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي (مصطفى، 2011، ص87).

إن الاحتراق النفسي هنا يحدث نتيجة لفقدان وظيفة الأنا ومثاليته في علاقتها بالآخرين المؤثرين في حياة الفرد، حيث يسعى الفرد إلى التعلق بمن يمثل محطة مهمة في حياته، إذ ذكرت "صفاء إسماعيل ومحمد نجيب" (2004) أن الفرد يتعلق مثلا بأسرته لأنها تمدّه بالمساندة والدعم اللازمين في حياته، ففي حال شعور الفرد بالتخلي من طرف الشخص الذي تعلق به، وأن الأنا فقدت مثاليته في علاقتها بالآخرين، فإنه يصبح معرضا للاحتراق النفسي، كما يرى أيضا أصحاب المنظور التحليلي أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة للكف الراجع إلى الدفاعات غير الملائمة، حيث يحدث الصراع بين مكونات الشخصية الثلاثة فتضطر الأنا إلى كبت الدفاعات غير الملائمة أو المتعارضة، فوفقا لـ "جمعة يوسف" (2001) فالمتعارض الذي يحدث بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى، يدفع الفرد إلى كبت الرغبات عن طريق الأنا، وبهذا يستعيد الأنا جزءا من تنظيمها، ثم يبدأ الفرد في تحويل الرغبات المكبوتة إلى أعراض عصابية تعتبر بمثابة بدائل للرغبات المكبوتة، وعند إخفاق الكبت في حل الصراع بين مكونات الشخصية فإن الفرد يعيش صراعا عصابيا مركزا، فالفرد المنهك يحاول كبت مجموعة من الرغبات غير الملائمة، ولكنها مع مرور الوقت تتحول إلى أعراض عصابية كوسيلة تنفسية لذلك الصراع فيظهر حينها الاحتراق النفسي كنتيجة نهائية (نميش، 2017، ص 23-24).

2.10. النظرية السلوكية:

يؤكد أنصار المدرسة السلوكية الكلاسيكية على عملية التعلم ويتخذون منه محورا أساسيا في تفسير السلوك الانساني، ويركزون كذلك على دور البيئة في تكوين شخصية الفرد، حيث تفترض هذه النظرية أن كل أنماط السلوك متعلمة بالاشراط والتعزيز، وترى أن كل مثير لا بد له من استجابة، وعليه فإنه وفقا للمنحى السلوكي تحدث استجابة الضغط عندما تكون أنماطنا السلوكية غير ملائمة للموقف الذي نواجهه (يوسفي، 2016، ص 37)، كما يعتبرون أن جميع الأفعال التي نقوم بها سواء كانت سوية أم لا فهي متعلمة، وبالتالي يمكن أن نعد لها من خلال القوانين الخاصة بالتعلم، لذا فالاحتراق النفسي سلوك ينتج عن عملية تعلم الفرد وتفاعله مع ظروف بيئية غير مناسبة، لهذا يعتبر سلوك غير سوي ويمكن استخدام قوانين التعلم واستراتيجيات تعديل السلوك للتخفيف من أثار الاحتراق النفسي (المعموري، 2013، ص 177).

وتعتبر هذه النظرية السلوك على أنه ذات مصدر معرفي داخلي، كسيرورات عقلية يدرك الفرد من خلالها الموقف ويستجيب له لتحقيق الهدف المحدد، فإذا كان الإدراك ايجابيا فهذا يؤدي إلى الرضا

وارتفاع المعنويات، ويحدث عكس ذلك في حال سلبيته، فيؤدي إلى أعراض تؤدي بالضرورة للاحتراق النفسي (السلخي، 2013، ص 1210)

3.10. النظرية المعرفية:

إن استجابة الفرد للأحداث في البيئة تتحدد بشكل كبير بتفسيرات الفرد لتلك الأحداث، وتبرز أهمية الدور المعرفي في نشأة الضغوط في النموذج التفاعلي الذي قدمه "لازاروس وفولكمان" Lazarus & Folkman والذي أكدوا فيه على عملية التقييم الأولي والثانوي في نشأة الضغوط والتعامل معها، كما يستند هذا المنحنى أيضا إلى أفكار علماء النفس المعرفيين الآخرين مثل "ألبرت أليس وآرون بيك وميكنبوم" والذين يؤكدون على أن العوامل المعرفية تلعب دورا كبيرا في نشأة الضغوط لدى الفرد، وأن الاعتقادات السلبية لدى الفرد هي لب المشكلة والضغط، حيث يرى "أليس" Ellis الرائد في الإرشاد العقلاني الانفعالي أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد ليست هي التي تسبب له الضغط وإنما الطريقة التي يدرك بها هذه الظروف وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها عنه، حيث أن هذه الأخيرة تؤثر على الانفعال الذي يؤثر بدوره على السلوك.

أما "بيك" Beck فيرى أن الضغط استجابة يقوم بها الكائن نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته أو مشكلة يصعب حلها وتسبب له إحباطا أو موقف يثير أفكارا عن الشعور بالعجز واليأس لديه، ومن هذا المنطلق فطريقة الفرد في التفكير وإدراكه للموقف تؤثر في انفعالاته وسلوكه كما أنها تحدد مدى تأثره بالمواقف التي يواجهها (يوسفي، 2016، ص ص 40-41).

فانطلاقا مما سبق، نلاحظ أن أصحاب الفكر المعرفي يستندون في تفسيرهم للضغط والمواقف الضاغطة على السيرورة المعرفية التي يعتمد عليها الفرد في إدراكه لتلك المواقف، وحسب أنصار هذه النظرية فالانفعالات والاستجابات السلوكية تتحدد استنادا للطريقة التي يدرك بها الأفراد مختلف الوضعيات التي يواجهونها، فإذا كان إدراكهم للموقف سلبي فهذا يعتبر مصدرا للضغط والشعور بالعجز على مواكبة تلك الصعوبات وهذا ما يزيد بطبيعة الحال من احتمال وقوعهم في الاحتراق النفسي.

11. النماذج النظرية المفسرة للاحتراق النفسي:

1.11. نموذج "ماسلاش وجاكسون" (Christina Maslach & Jackson (1981):

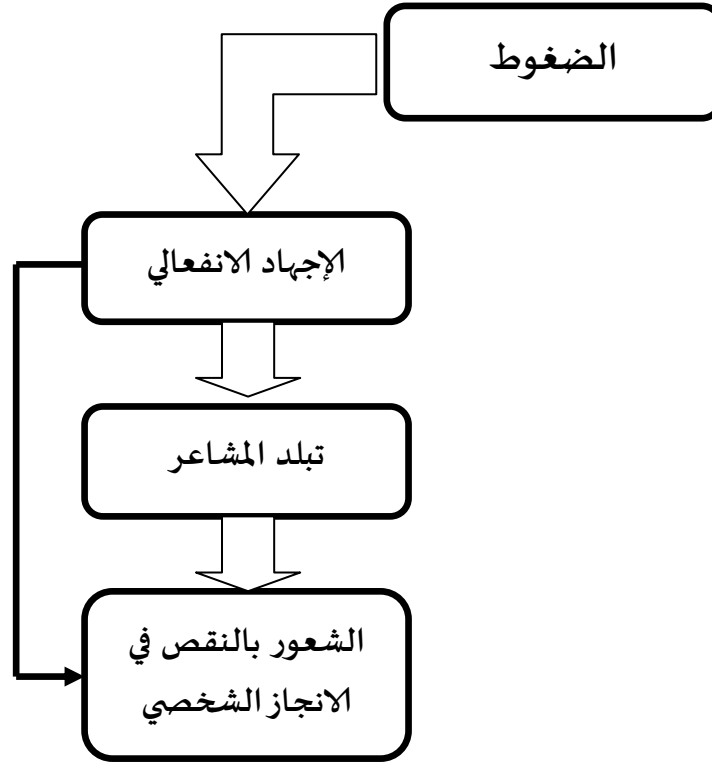
توصلت كل من "ماسلاش وجاكسون" (Maslach & Jackson (1981 من خلال أبحاثهما إلى تقديم نموذج ثلاثي الأبعاد للاحتراق النفسي الذي تم ملاحظته ولأول مرة لدى الأشخاص الملتزمين مهنيًا في علاقاتهم مع الآخرين، وتشتمل الأبعاد المكونة للاحتراق النفسي تواليًا على الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، والشعور بالانجاز الشخصي.

➤ بعد الإجهاد الانفعالي: نلاحظ من خلال هذا البعد استنزاف لطاقات الفرد وفقدان الدافع والإحساس بالفراغ الداخلي، كما يتميز هذا البعد بالتعب، الاندفاع، والتهيج، إذ يصبح الفرد غير محفزًا في عمله، ويطور الفرد خلال هذه المرحلة استراتيجيات التفادي (فك الالتزام، الانسحاب، النشاط المرتفع) كما سيمر بمرحلة الإحباط والتوتر.

➤ بعد تبدل المشاعر: يتميز الفرد هنا باللا-إنسانية في علاقاته مع الآخرين، حيث يشير هذا البعد إلى اتخاذ الفرد لمواقف اجتنابي (وضع المسافة)، وتكوين اتجاهات سلبية نحو الزبائن أو المرضى، حيث يقوم الفرد هنا بالاعتماد على مثل هذه المواقف لمواجهة الإجهاد الذي يهدد استقرار موارده الداخلية، من خلال إفقاد الشرعية لمطالب المرضى أو الزبائن بهدف إبعادهم.

➤ بعد الشعور بالنقص في الانجاز الشخصي: يتميز بتدني الشعور بالفعالية والكفاءة، والفقدان التام للدافع، إذ يقوم الفرد في هذه المرحلة بالتقليل من قيمة عمله وكفاءته، كما يلاحظ أيضًا على مستوى البعد انخفاض كبير لتقدير الذات والإحساس بالفعالية الذاتية لدى الفرد، وبالتالي يشعر الفرد بعدم القدرة على الاستجابة على مطالب عمله ويعتبر نفسه عاجزًا (Picart, 2017).

الشكل رقم (05) : سيرورة الاحتراق النفسي وفقا لنموذج "ماسلاش وجاكسون"



المصدر: (Picart et Jaussaud, 2018, P37)

لقد اكتشفت ماسلاش ظاهرة الاحتراق النفسي خلال دراستها لاستراتيجيات المقاومة لدى موظفي الخدمة الاجتماعية، والمتمثلة في مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى التحكم أو التقليل أو تحمل المطالب الداخلية والخارجية التي تفوق موارد الفرد وتهددها، وعلى إثر تطوير هذا النموذج عرفت "ماسلاش" Maslach الاحتراق النفسي على أنه "عدم قدرة مقدم الرعاية (الممرض) التكيف مع الضغط الانفعالي المستمر الناتج عن محيط العمل" (zappaterra, 2018).

انطلاقاً مما سبق، نلاحظ أن النظرية التي وضعتها ماسلاش لتفسير الاحتراق النفسي تعد من أشهر وأكثر النظريات المفسرة لهذه الظاهرة تداولاً عبر الأبحاث الأكاديمية، وهذا راجع أساساً لتفسيرها العقلاني والواقعي للظاهرة، مستندة في ذلك إلى مستوى الضغوط التي يتعامل معها الفرد يومياً وبشكل مستمر والتي اعتبرتها نقطة اندلاع السيرورة الخاصة بالاحتراق النفسي انطلاقاً من مرحلة الإجهاد الانفعالي، مروراً من مرحلة بلادة المشاعر، وصولاً في الأخير إلى التقييم السلبي للإنجاز الشخصي، ونظراً للفعالية التي أظهرتها هذه النظرية في تفسير هذه الظاهرة اعتمدنا عليها في دراستنا الحالية من أجل قياس وتقييم الاحتراق النفسي السائد لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

2.11. نموذج "شرنيس" (1980) Carla Cherniss:

لقد عرفت الباحثة (1980) Carla Cherniss الاحترق النفسي على أنه عبارة عن سيرورة ينسحب بموجبها الفرد الملتزم في وقت سابق عن عمله وهذا نتيجة للقلق والضغوطات التي يعاني منها، وانطلاقاً من تفسيرها فالفرد والمحيط الذي ينشط فيه يتفاعلان بصفة متبادلة ومستمرة وأن الاحترق النفسي ناتج عن فقدان التوازن بين الموارد الفردية والتنظيمية للفرد من جهة ومتطلبات العمل من جهة أخرى، وينبثق هذا الاختلال في التوازن من التباين الموجود بين التوقعات الأولى التي يحملها الفرد عن عمله وحقيقة الميدان، وكمثال عن ذلك، الإجراءات الواجب إتباعها وأهمية النشاطات الإدارية في قطاع الخدمات الاجتماعية تكبح حرية الموظف الاجتماعي، وقد استنتجت بالتالي أن الاحترق النفسي ينبع من ظروف العمل التي يتعرض لها العمال، وحددت على إثره ثلاثة مجموعات من المتغيرات التي تعزز ظهور الاحترق النفسي، وهي كالتالي: (Bouterfas, 2014)

➤ خصائص المحيط (بشكل خاص بيئة العمل):، تعتبر البعد التنظيمي الأول المساهم في ظهور الاحترق النفسي والتي يمكن ربطها بالفوضى وافتقار المعايير، حيث يؤدي إلى زعزعة الاستقرار النفسي للأفراد الذين لم تعد لديهم الموارد الكافية لمواجهة المواقف الصعبة، حيث تؤدي ضعف القدرة على التصرف في المواقف الصعبة إلى وقوع الفرد في حالة من الضغط، والتي يترتب عنها استجابات فيزيولوجية كالتعب، الإجهاد الانفعالي، التوتر والقلق، وقد أشار في هذا الخصوص إلى وجود ثمانية خصائص مرتبطة بمحيط العمل وهي كالتالي:

- 1- ضعف التنشئة الاجتماعية: يواجه المهني الشاب نفس متطلبات العمل مع المهني الخبير.
- 2- عبء العمل المرتفع: يخضع العامل إلى عدة مهام قد تؤثر على الآخرين وتجعل عليه من الصعب مطالبة المساعدة من الزملاء.
- 3- العمل الروتيني: تشتمل مهن المساعدة على أنشطة ذات طابع تكراري وغير محفز وهذا على المدى الطويل.
- 4- المدى المحدود للتفاعلات: يأخذ المهني بعين الاعتبار جانب واحد من التفاعل، فالطبيب سيرتكز على البعد الفيزيولوجي والمعلم على العملية التعليمية.
- 5- فقدان الاستقلالية: القواعد الإدارية والمؤسسية تصعب الإجراءات.

6-الاختلاف مع أهداف المؤسسة: عدم ملائمة أهداف المؤسسة مع قيم الموظف.

7-نقص الفعالية في الإشراف والقيادة: يتم الشعور بهذا الخلل عند الحصول على القليل من الدعم ونقص التغذية الرجعية من طرف صاحب العمل.

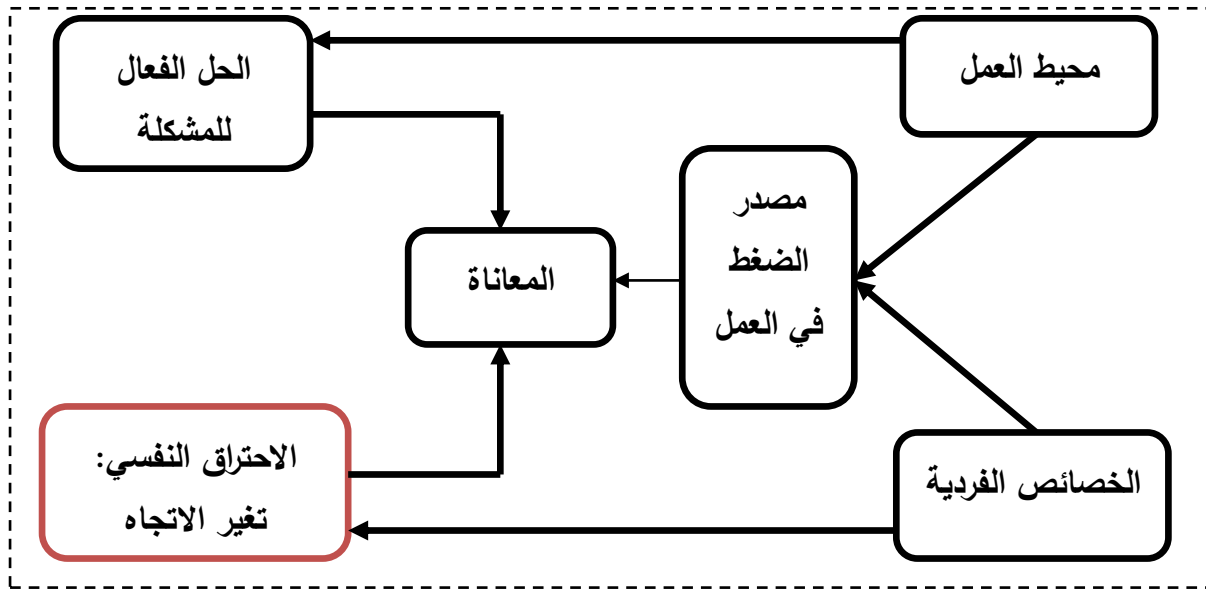
8-العزلة الاجتماعية: عدم الحصول على المساندة من طرف الزملاء عند الحاجة.

وقد قامت بعدها بتحديد البعد الثاني والذي يؤدي بدوره إلى ظهور الاحتراق النفسي والمتمثل في الخصائص الفردية، حيث أشارت إلى أن العوامل المتمثلة في السن، الجنس، التواصل الاجتماعي والتوقعات المهنية يؤثر على الاحتراق النفسي تبعا للاستعداد على الحفاظ على التوازن بين الروابط الاجتماعية، المتطلبات الخارجية عن المهنة والتوقعات في مكان العمل.

وأخيرا نجد مصادر الضغط كبعد ثالث مسبب في ظهور الاحتراق النفسي، فالسبب الرئيسي لظهور الضغط هنا هي خيبة الأمل التي يعاني منها العامل عند إدراكه للحقيقة التي تفصل بين التصورات التي كانت بحوزته وواقع الحياة المهنية، فحسب Cherniss فمصادر الضغط هذه مصنفة في خمس فئات:

- 1) الشك في القدرات: على الرغم من التكوين فإن المهني الشاب لا يشعر دائما بالاستعداد الجيد.
- 2) صعوبة العلاقة مع المستفيدين من الخدمات.
- 3) التداخلات البيروقراطية بما فيها المتطلبات الإدارية التي تقيد الحرية.
- 4) نقص الحافز أو الانجاز بسبب الروتين عندما يكون العامل في مستوى لا يرقى لقدراته.
- 5) نقص الزمالة بسبب التغيرات في نمط العلاقات بين الزملاء، فيسود الصراع بينهم بدلا من الدعم المفترض أن يكون (Ntssame Sima, 2012) .

الشكل رقم (06): نموذج الاحتراق النفسي لـ "شرنيس" (Cherniss 1980)



المصدر: (Ruiller, 2008, P54)

3.11. نموذج سيجريست: (Siegrist: Modèle équilibre effort-récompenses)

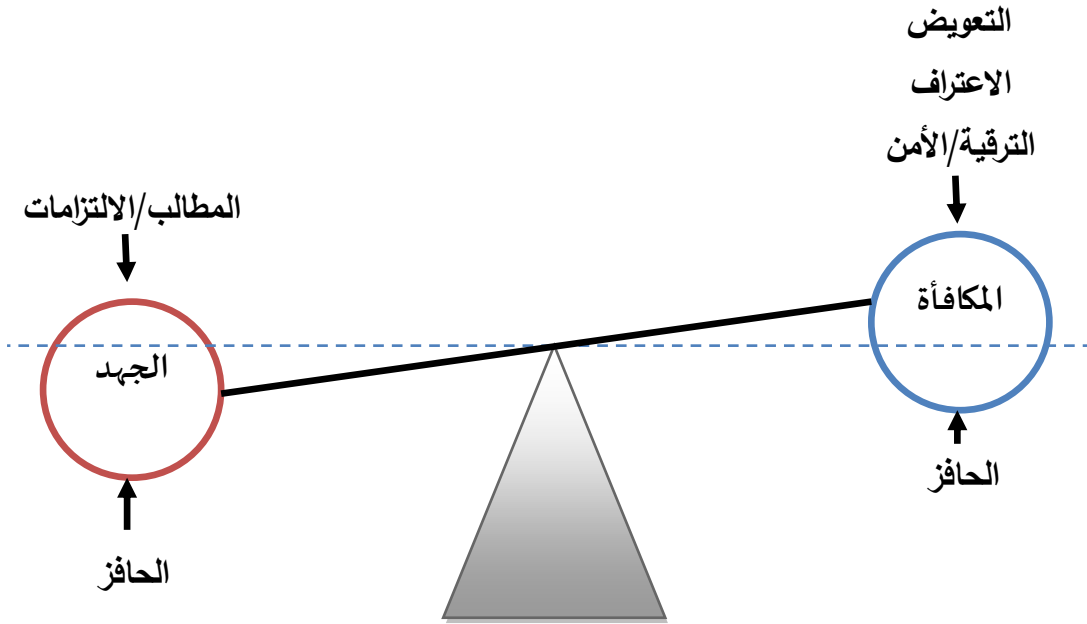
يفترض نموذج اختلال التوازن بين الجهد والمكافأة الذي طور من طرف الباحث Siegrist وأخر الثمانينات أن الوضعية المهنية التي تتطلب جهودا كبيرة والتي تقابلها علامات اعتراف ضعيفة من المحتمل أن تؤدي إلى استجابات مرضية على المستويين الانفعالي والفيزيولوجي، فضعف الاعتراف قد يأخذ طابعا اقتصاديا (أجر غير كاف)، أو اجتماعيا (نقص التقدير والاحترام في العمل)، أو تنظيميا (انعدام الأمن الوظيفي ونقص فرص الترقية) (kirouac, 2011).

وقد أضاف عام 1996 أن الضغط ما هو إلا نتيجة لفقدان التوازن بين مجهودات العامل والاعتراف والمكافآت التي يتلقاها، وأضاف أن فكرة مستوى المجهودات ليست مرتبطة بمنصب العمل فحسب، وإنما أيضا بخصائص العامل (شخصيته، أنماطه المعرفية، ارغاماته خارج العمل...)، وفقدان التوازن بين الجهد والمكافأة هو نتيجة للأبعاد الثلاث التالية:

- (1) **الجهد الخارجي (Effort extrinsèque):** ويشير إلى ضغط الوقت، تواتر الانقطاعات، درجة المسؤولية، تجاوزات الوقت، المطالب الفيزيائية، زيادة عبء العمل.
- (2) **ضعف المكافآت (Faiblesse des récompenses):** ويتعلق الأمر هنا بالاعتراف (الاحترام، الدعم غير الكافي، المعاملة غير العادلة)، الأجر وترقب المكانة (إمكانية الترقية، التغيير المرفوض، انعدام الأمن الوظيفي، عدم تكامل المكانة)

(3) **الجهد الداخلي (Effort intrinsèque):** ويشير إلى الحاجة على التحكم، البحث عن التأييد، روح المنافسة، التهيج الزائد، صعوبة الانسحاب من العمل (Sarnin, 2007).

الشكل رقم (07): نموذج "سيجريست" (Siegrist (Balance effort-récompenses)



المصدر: (Wiertz, 2012, P31)

وقد أشار Siegrist إلى أن اختلال التوازن يعود إلى ثلاثة أسباب رئيسية، من جهة الفرد الذي ليس لديه الخيار ويكون مجبرا على العمل من أجل العيش حتى ولو لم يتوصل إلى تحقيق التوازن بين ما يبذله من جهد وما يتحصل عليه من مكافأة، كما نجد أيضا أشخاص يختارون إستراتيجية ظروف العمل الصعبة لغرض التقدم الوظيفي والتي تتسنى لهم كوسيلة مناسبة، وأخيرا هناك من يقوم باستثمار الجهد عن وعي أو بدون وعي في عمله، وكنيتجة لهذا الاختلال أشار إلى أنه يمكن تسجيل انخفاض في تقدير الذات لدى هؤلاء الأشخاص والشعور بالظلم، ورصد نتائج وخيمة على المستوى الصحي بما فيها أمراض القلب والشرابين والاضطرابات الاكتئابية (Gendron, 2016).

4.11. نموذج (1993) Pines (L'approche motivationnelle)

قدم Pines (1993) استنادا إلى منظور وجودي مقارنة تحفيزية تعتبر الاحتراق النفسي كنتيجة لعجز الفرد على استخدام قدراته، ووفقا له فالضغط والعبء الوظيفي لا يحدثان الاحتراق النفسي لوحدهما، فقد يشكل غياب المعنى عن العمل نقطة بحث أساسية في محاولة فهم وتفسير الاحتراق النفسي.

وقد أضاف الباحث كذلك أن الفرد الذي لا يجد قيمة في حياته المهنية يشعر سريعا بتعب جسدي وذهني حاد، فطالما يشعر بالعجز على استخدام كفاءاته وتحقيق طموحاته، سيجد نفسه في حالة الاحتراق النفسي، حيث أن الفرد الذي يصبح عاجزا على إدراك نتائج أفعاله على العمل يفقد دافعه والتزامه.

إن النموذج الذي اقترحه (Pines 1993) مبني على مقارنة تفاعلية وينتمي إلى النماذج المفسرة للضغط، والتي تركز حول اختلال التوازن بين التطلعات وحقيقة الواقع في تفسير الضغوط والاحتراق النفسي، كما يمكننا هذا النموذج أيضا من تقييم شكل من أشكال عدم التوافق بين الحاجات، التطلعات، ودوافع الفرد من جهة والواقع الذي يصطدم به في عمله (Malki & Al, 2022).

5.11. نموذج "ديميروتى وزملائه" (Modèle JD-R) : Demerouti & Col (2001)

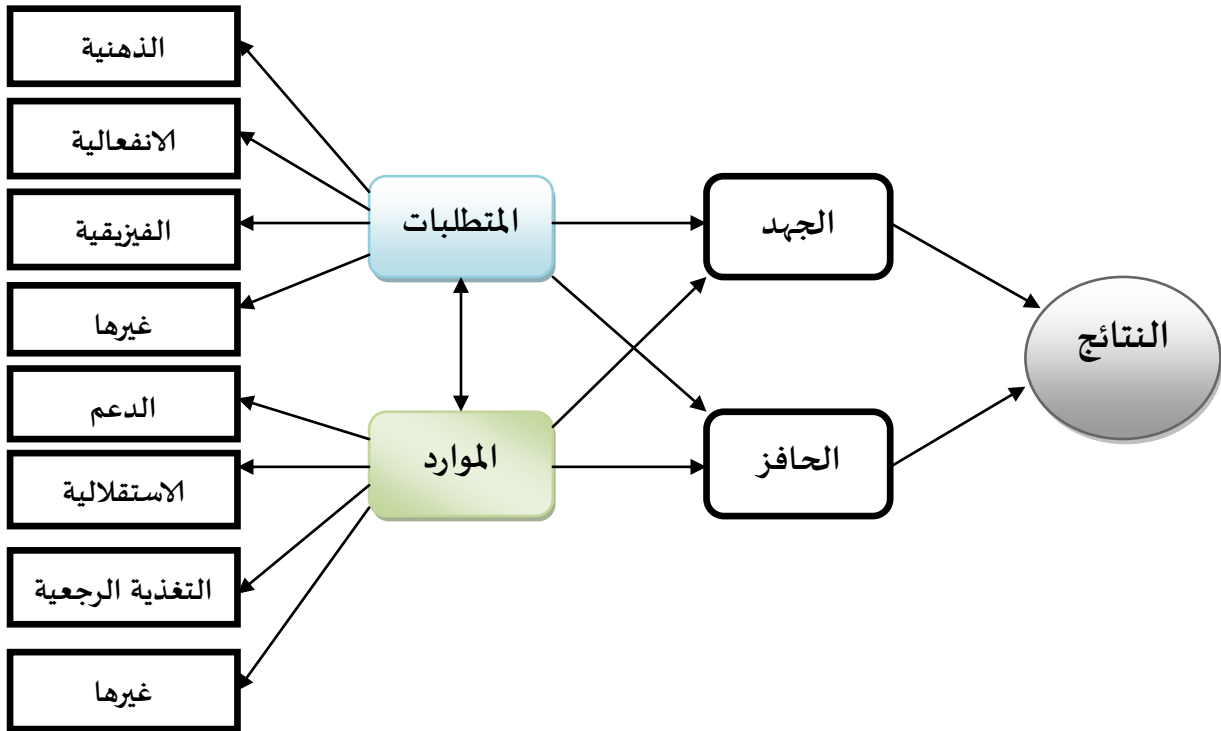
إن النموذج الذي طوره Demerouti & Col يتوافق تماما مع النظرة التي طورها "هوب فول" (HobFoll)، إذ يؤكد التفكير المحوري لهذا النموذج أن كل وظيفة تحتوي على عوامل الخطر الخاصة بها، إلا أن هذه العوامل يمكن تصنيفها إلى فئتين رئيسيتين: العوامل التي تشكل متطلبات والعوامل التي تشكل موارد، فالمتطلبات تشير إلى جوانب النشاط التي تتطلب استراتيجيات التعويض أو التوافق والتي ينتج عنها التعب، أما الموارد فتعتبر كمودة للحوافز (الدوافع) لأنها تسمح للمهنيين بالتطور والتواجد داخل سيرورة تعلمية وتطور شخصي، وعلى سبيل المثال: الاستقلالية تعتبر موردا يسمح بحصول الفرد على التقدير من خلال منحه مجالا أوسع للتدخل، منحه مسؤوليات أكبر، والشهادة له بالثقة كدليل للاعتراف بقدراته (haberey-knuessi, 2011)

وفي اتجاه آخر أشار Bakker & Col إلى أن هذا النموذج يركز على سيرورتان تلعبان دورا هاما في بروز الإجهاد من جهة وتطور الحافز (الدافع) من جهة أخرى، فالأولى تتمثل في عملية تدهور الصحة، التصميم الخاطئ للوظيفة أو المتطلبات المرتفعة للعمل (عبء العمل، المتطلبات الانفعالية) التي تقوم باستنفاد الموارد الذهنية والبدنية للموظفين والتي قد تؤدي إلى استنزاف الطاقة وخلق مشاكل صحية، حيث أشار Hockey (1993) في هذا السياق أن الأفراد يتجهون إلى استخدام استراتيجيات لحماية أداءهم من تأثير متطلبات البيئة، وهذا بالاعتماد على التنشيط الودي (Activation) (Sympatique) (اللاإرادي والغدد الصماء)، أو الجهد الذاتي (الاعتماد على السيطرة الفعالة في معالجة المعلومات)، فكلما كان التنشيط كبيرا وهاما، كلما ارتفعت التكلفة الفيزيولوجية التي تصطحبها على الفرد، ووفقا لنفس الباحثين دائما فمن الممكن اكتشاف أشكال مختلفة من التدهور والمرتبطة بالتكاليف

التعويضية (الزيادة في الجهد الذاتي)، استراتيجيات التوافق (التقليل من الانتباه، إعادة تحديد متطلبات المهام)، والعواقب الناتجة عن التعب (خطورة الخيار، المستويات المرتفعة من التعب الذاتي)، فالاعتماد على استراتيجيات التعويض هذه على مدى طويل يؤدي إلى استنزاف طاقة الفرد والوصول به في آخر المطاف إلى الاحتراق نفسياً.

وبخصوص السيرورة الثانية التي أشاروا إليها فهي تحمل طابعا تحفيزيا، فقد افترضوا أن الموارد المرتبطة بالوظيفة لها قدرة تحفيزية وتؤدي إلى الالتزام العالي في العمل وانخفاض التشاؤم وامتياز الأداء، كما يمكن لهذه الموارد أيضا أن تلعب دورين أساسيين، على غرار دور المحفز الداخلي لأنها تعزز النمو، التعلم، وتساهم في تطور الموظفين، بالإضافة إلى دور المحفز الخارجي لأنها تؤدي إلى تحقيق أهداف المنظومة (Bakker & al, 2007).

الشكل رقم (08): نموذج المتطلبات الوظيفية والموارد لـ "باكر وزملائها" (JD-R Model)



المصدر: (Fremont, 2013, P46)

6.11. نموذج "كرزك" Karasek (Demande-contrôle)

إن النموذج الذي طوره Karasek يوفر لنا فهما أفضل للعلاقات التي تربط بين الخصائص النفسية والاجتماعية للعمل من جهة والصحة والدوافع من جهة أخرى، وقد استثار هذا النموذج العديد من الأبحاث العلمية نظرا لبساطته وهذا من خلال البحث عن محددات صحة العمال ودوافعهم (Truchot, 2010)

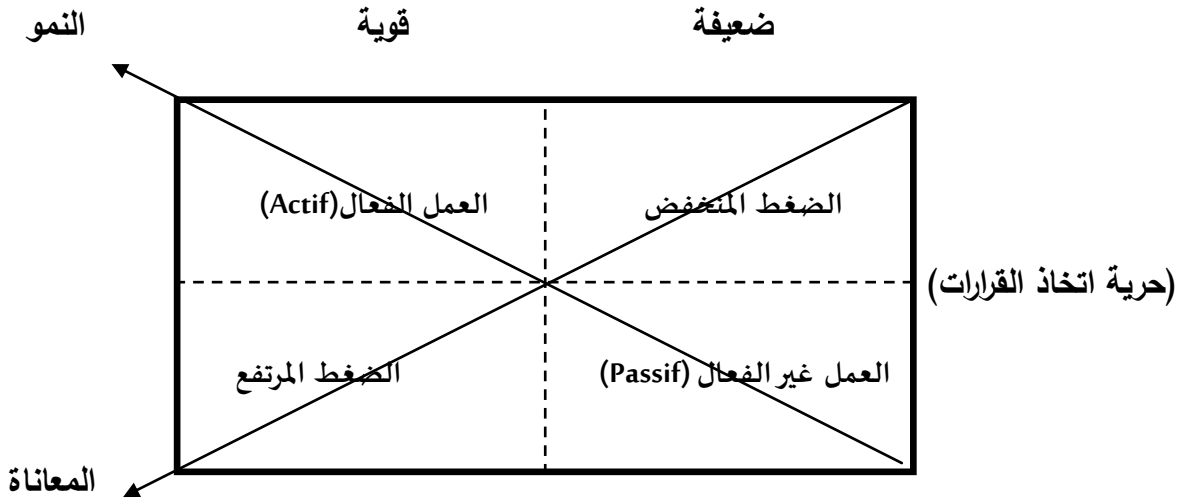
ولقد استند Karasek في نموذجه على مفهوم "التوازن" (Equilibre) بين بعدين أساسيين والمتمثلين في:

➤ "المطالب النفسية" (Demandes psychologiques): المرتبطة بمتطلبات مركز العمل (ضغط الوقت، العمل المعقد والمرهق ذهنيا، كمية العمل المطلوبة).

➤ "حرية اتخاذ القرار" (Latitude décisionnelle): والتي تشير إلى سلطة العمال في اتخاذ القرارات المرتبطة بالوظيفة ومجمل المهارات التي يستخدمها العامل في عمل (Montreuil, 2014).

الشكل رقم (09): نموذج "كرزك" (Karasek)

المتطلبات المهنية



المصدر: (Alis & al, 2010)

ويستند هذا النموذج على افتراضين أساسيين، الأول هو أن الإجهاد النفسي (التعب المزمن، القلق، أمراض القلب والأوعية) يحدث نتيجة للمتطلبات النفسية العالية التي تقابلها ضعف القدرة على اتخاذ القرارات، ومن جهة أخرى غياب الإجهاد ناتج عن وظيفة ذات متطلبات منخفضة وتتميز بحرية أكبر في اتخاذ القرارات، أما بخصوص الافتراض الثاني فيشير إلى أن دافع العمل وفرص التعلم والتطوير تحدث

نتيجة لمتطلبات العمل عالية (لكن ليست ساحقة) والتي تقابلها حرية اتخاذ قرارات مرتفعة، بينما يحدث عكس هذا في الوظيفة التي لا تكون فيها متطلبات العمل ولا حرية اتخاذ القرار مرتبطة بمستوى متطلبات الوظيفة (Demerouti & al, 2001) .

وتكملة لما سبق، قام Karasek بإضافة بعد ثالث لنموذجه والمتمثل في الدعم الاجتماعي، حيث أوضح في هذا الشأن أن اقتران المطالب النفسية المرتفعة بحرية اتخاذ قرار ضعيفة تعتبر خطر على الصحة الجسدية والنفسية، وبالتالي فقد سجل بنفسه بعض القصور في نموذجه والمتمثلة في إهمال العلاقات الاجتماعية على مستوى جماعات العمل وعلى مستوى المنظمة ككل، وأشار في هذا الصدد إلى وجود خصائص تنظيمية قد تخفف من الآثار الناتجة عن الضغط المرتفع وضعف الحرية في اتخاذ القرار على الموظف، فالأفراد المتعرضين لحالات الضغط المهني يعتمدون على موارد متنوعة بما في ذلك الدعم الاجتماعي، وكسبيل مثال فنماذج التخفيف من حدة الضغط وأساليب المقاومة تشير إلى أن الدعم الاجتماعي يحمي الفرد من الآثار السلبية للضغط (من خلال مساعدة الفرد مثلا على إعادة صياغة المشكلة وإيجاد الحل لها)، وأن الإجهاد المهني يتوقف على ثلاث خصائص مرتبطة بالعمل: المطالب، الارغامات (التحكم والحرية)، والدعم، فتوفر الدعم داخل المؤسسة يساهم في التقليل من الجهد التكيفي عند مواجهة الوضعيات المهنية المكونة من مطالب مرتفعة وحرية ضعيفة (Van Wassenhove, 2014)

7.11. نموذج (Hobfoll 1988-2001) : (Conservation des ressources)

تشير الفكرة الأساسية لهذا النموذج إلى أن الأفراد محفزين على اكتساب الموارد التي يرونها ذو قيمة بالنسبة لهم ويحاولون الاحتفاظ بها وحمايتها، وأن كل حدث أو واقعة تساهم في فقدانها سواء كانت حقيقية أو مدركة ستخلق لديهم حالة من الضغط النفسي، وبالتالي فكل فرد يحاول تطوير موارده الخاصة واكتساب موارد جديدة، وهذا ما ينتج لديه حالة من الرفاهية والرضا، وبالمقابل سيطور ردة فعل للضغط ويحاول التقليل من الخسائر المحتملة على مستوى موارده في حالة شعوره بتهديد أو خطر عليها، فالضغط النفسي هي عبارة على ردة فعل اتجاه محيط يحتوي سواء على تهديد بفقدان الموارد، أو فقدان الفعلي لتلك الموارد، أو حتى نقص الأرباح مقابل الاستثمار في عمل ما.

وتعتبر الموارد عنصرا ضروريا عند محاولة فهم ميكانيزمات الضغط، حيث عرفها Hobfoll (1989; 1988) على أنها كل حاجة يعتبرها الأشخاص ذات قيمة جوهرية بالنسبة لهم، والتي تنطبق على الإمكانيات التي تسمح لهم بتحقيق الأهداف المرغوبة أو حماية الموارد ذات قيمة بالنسبة لهم، وقد

ميز في هذا السياق بين أربعة أنواع من الموارد: الموارد المادية، الموارد الاجتماعية، الموارد الشخصية، والموارد الطاقوية.

وتشتمل الموارد المادية على مختلف الأشياء التي يمكن على اكتسابها على غرار (السكن، السيارة، الملابس، الأثاث المنزلية...) فهي ليست هامة فقط نظرا لفوائدها المباشرة، بل بالنظر أيضا الى قيمتها الاجتماعية والمكانة التي تمنحها، وكسبيل مثال على ذلك فامتلاك منزل كبير لا يسمح فقط بالعيش في رفاهية، لكنه يعكس أيضا المكانة الاجتماعية لصاحبه.

أما الموارد الاجتماعية فتشير الى الظروف والوضعيات الاجتماعية (الزواج، الوظيفة...)، إضافة إلى المحيط الاجتماعي (المساعدة الخارجية الموفرة، صحة الأقارب...) والفكرة هنا أن المحيط الذي يعيش فيه الفرد يجب أن يوفر له الظروف المثالية لكي يتحصل على حياة مرضية ولكي يحمي نفسه من المواقف البغيضة.

وبالنسبة للموارد الشخصية فتشتمل على الخصائص الشخصية والنفسية، وتتكون على حد سواء من الكفاءات الشخصية (الكفاءات المهنية، الضمان الاجتماعي...)، وسمات الشخصية (التفاؤل، الأمل، روح المداعبة...).

وبخصوص الموارد الأخيرة والمتمثلة في الموارد الطاقوية (الوقت، المال، المعارف...) فهي لا تأخذ بعين الاعتبار نظرا لقيمتها الذاتية فقط بل لدورها الهام عند اكتساب موارد جديدة، وبالتالي فامتلاك الوقت يسمح بالقيام بنشاطات تهدف على الاحتفاظ بالموارد واكتساب أخرى جديدة (توفر الوقت للراحة، تخصيص الوقت للأصحاب....) (Dodeler & al, 2018)

12. الوقاية من الاحتراق النفسي وعلاجه:

إن حالة الاحتراق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تفاديها والوقاية منها، إذ يعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث التغذية، النشاط الحركي، والاسترخاء الذهني من الأمور الحيوية والمكملة للجهود المؤسسية التي تؤدي إلى تجنب الوقوع في الاحتراق النفسي، وبشكل عام يوصي المختصون باتباع الخطوات التالية:

- (1) إدراك الفرد أو تعرفه على الأعراض التي تنبأ بحدوث الاحتراق النفسي.
- (2) تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الاختبارات التي توضح له الأسباب.

3) تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوات السابقة، فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة.

4) تطبيق الأساليب واتخاذ خطوات عملية لمواجهة تلك الضغوط منها:

➤ تكوين صداقات لضمان الحصول على المساندة الاجتماعية.

➤ إدارة الوقت بأحسن شكل.

➤ تنمية الهوايات وحضور الأنشطة الترفيهية.

➤ مواجهة الحياة كتحدى للقدرة الذاتية.

➤ الابتعاد عن جو العمل كلما أمكن.

➤ الاستعانة بالمتخصصين.

➤ الاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الايجابية في التعامل معها.

5) تقييم الخطوات العملية التي اتبعتها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها واتخاذ البدائل

إذا استلزم الأمر ذلك (سماني، 2012، ص30).

كما يشير باحثون آخرون انه بعد تشخيص الاحتراق النفسي كنتيجة لعدة عوامل وكخطر حقيقي

بالنسبة للفرد والمؤسسة، يتم باتخاذ إجراءات وقائية فردية وجماعية، مهنية ونفسية، حيث تركز هذه

الإجراءات أساسا على الفرد والمتمثلة في:

- **الإجراءات التنظيمية:** تركز أساسا على المحاور الخاصة بمحيط العمل أين تفتقر العلاقة التي تربط

بين الفرد والعمل إلى الانسجام، وتتمثل هذه المحاور في: عبء العمل، أنظمة المكافأة والاعتراف، الدعم

الاجتماعي وانسجام فرق العمل، العدالة في العمل وصراع القيم، القيمة المدركة للعمل، التكوين،

والانقطاعات.

- **الإجراءات الفردية:** تركز هذه الإجراءات حول إستراتيجيتين وقائيتين تركزان حول الفرد وهي:

➤ الاستراتيجيات الهادفة إلى تعديل العلاقة التي تربط الفرد بعمله (تغيير عادات العمل، استخدام

الدعم الاجتماعي المتوفر في العمل وخارجه، تطوير تقنيات إدارة الضغط)

➤ الإجراءات الهادفة إلى تحسين الموارد الشخصية للفرد بهدف جعله أكثر مقاومة للآثار السلبية

للضغط المتواجد في العمل (تبني أسلوب حياة أكثر استرخاء والعلاج النفسي) (Grebob, 2011).

نستقرى مما سبق ذكره أن الاحتراق النفسي ظاهرة متفشية في الأوساط المهنية في الوقت الراهن، والوقاية منها مرتبط أساساً بتوعية الأفراد والمؤسسات من خطورة هذه الظاهرة من أجل اخذ الإجراءات الاحترازية اللازمة، وهذا من خلال حملات التوعية على المستوى الفردي والتزام المؤسسات بمسؤولياتها الاجتماعية اتجاه عمالها من خلال توفير البيئة السليمة والأمنة للفرد ، فيجب أن تكون بيئة العمل مكاناً لبناء الصحة النفسية لا لتدميرها.

وفي نفس السياق دائماً، أشار (2004) Truchot إلى أنه من السهل التمييز بين مختلف أنواع الوقاية الخاصة بالاحتراق النفسي، حيث يمكن وفقاً له تصنيفها على النحو التالي:

➤ الوقاية الأولية: Prévention Primaire

ترتكز أساساً على الفرد وتهدف إلى القضاء على مصادر الاحتراق النفسي أو التقليل منها، وبالنسبة لـ (1979) Newman & Beehr فهذه البرامج تنقسم إلى ثلاث فئات رئيسية:

- ✓ تغيير الخصائص التنظيمية: هيكل البيئة، السيورة التنظيمية، وتطوير الخدمات الصحية.
- ✓ تغيير خصائص الأدوار التنظيمية: من خلال إعادة صياغة الأدوار، التقليل من الضغوط المرتبطة بالأدوار، تعزيز المشاركة في اتخاذ القرارات، والتقليل من صراعات الأدوار.
- ✓ تغيير خصائص المهام: من خلال تصميم العمل بشكل يتناسب مع قدرات وطموحات الموظفين، الامتثال إلى ما هو محبذ لدى الموظفين عند الاختيار والتوزيع، الاعتماد على برامج التكوين والتكفل الفردي للموظفين.

وكمثال على ذلك أوضحت (2001) A.M.Pronost كونها مديرة لمصلحة الممرضين أن التكوين الذي خضعت له الممرضات واللواتي يواجهن الموت بصورة متكررة، مكنتهم من تطوير تقنيات الانسحاب والتقليل من خطر الاحتراق.

➤ الوقاية الثانوية: Prévention Secondaire

تهدف إلى التخفيف من التوترات التي يشعر بها الموظف، وبالنسبة لـ Newman & Beehr (1979) فهذه التدخلات تنتزع على أربع فئات:

- ✓ التدخلات التي تهدف إلى تغيير الظروف النفسية (تخطيط وتسيير الحياة الشخصية، التقييم الذاتي).

- ✓ التدخلات التي تهدف إلى تغيير الظروف الفيزيائية والفيزيولوجية (نمط الحياة الصحي، الاسترخاء، التدليك).
- ✓ التدخلات التي تهدف إلى إحداث تغييرات على مستوى السلوك (الابتعاد من نمط الشخصية من صنف -أ-، الاستجابات الهادئة، الترفيه، المساندة الاجتماعية).
- ✓ التدخلات التي تهدف إلى تغيير بيئة العمل (الوظيفة أو التنظيم ذو المطالب الأقل)

➤ الوقاية الثلاثية: Prévention Tertiaire

يجب الاعتماد هنا على مصطلح "المعالجة" بدلا عن مصطلح "الوقاية"، لأن الأمر يتعلق هنا بمعالجة الفرد الذي يعاني من الاحتراق النفسي، فإلاج هنا يتم بالاعتماد على الأدوية أو العلاج النفسي (العلاج السلوكي-المعرفي، علم النفس الديناميكي، المعالجة الوجدية) (Tourmann, 2008).

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق ذكره أن ظاهرة الاحتراق النفسي مشكلة حقيقية لا يمكن الاستهانة بها أبداً، فانتشارها أصبح يطال جميع قطاعات العمل بدون استثناء وبدرجة اكبر تلك التي تتطلب التعامل مع الآخرين كالتدريس والتدريس، حيث يؤدي الاحتراق النفسي إلى تداعيات واسعة النطاق لا تخص الفرد المحترق نفسياً فحسب، بل تمس محيطه الخارجي كعلاقاته المهنية والاجتماعية، كما تعتبر عبئاً حقيقياً بالنسبة للمؤسسات التي تعاني هي الأخرى من عواقب هذا العرض نظراً لما يخلفه من تكاليف باهظة مرتبطة بالعطل المرضية والغيابات المتكررة والتعويضات، ولهذا يعتبر من الضروري الاستثمار في الوقاية من هذه الظاهرة عن طريق تقليص مصادر الضغوط المهنية وتوفير التسهيلات والإمكانيات اللازمة والضرورية للموارد البشرية لجعل محيطهم المهني مكاناً لبناء الصحة النفسية وتحقيق الرفاهية.

الخطب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها قصد جمع البيانات اللازمة لاختبار فرضيات الدراسة الحالية، وقد استهلناه بوصف ميدان الدراسة، وتقديم المنهج الذي اعتمدنا عليه في دراستنا الحالية، لتليه الدراسة الاستطلاعية، بعدها قمنا بتقديم مجتمع الدراسة، عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها وكذا خصائصها، ثم تطرقنا إلى وصف أدوات جمع البيانات وحساب خصائصها السيكمترية، لنشير بعده في الأخير إلى الأدوات الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات الخاصة بهذه الدراسة.

1. ميدان الدراسة:

تم إجراء الدراسة الحالية بالمستشفى الجامعي ندير محمد الذي يقع وسط مدينة تيزي وزو والمكون من فرعين (المستشفى الجامعي ندير محمد ومستشفى بالوا)، وتقدر مساحة المستشفى الجامعي ندير محمد بـ 42 287,50 متر مربع، وقد تم افتتاحه بتاريخ 1950/02/12 حيث كان يشمل على عدد محدود من التخصصات، ليتم تحويله لاحقا إلى مستشفى جامعي تابع لوزارة الصحة بموجب المرسوم رقم 86-306 المؤرخ بتاريخ 16 ديسمبر 1986، وتقدر طاقته الاستيعابية بـ (1100) سرير موزعة على (42) مصلحة علاجية، كما يضم المستشفى 3487 منصب عمل موزع على ثلاث فئات مهنية، لندج بين هذا المجموع الكلي (981) طبيب وطبيبة، (1067) فرد من الطاقم الشبه الطبي، و(1439) إداري.

أما بالنسبة لمستشفى بالوا التابع للمستشفى الجامعي ندير محمد فيقع بمنطقة رجاونة المتواجدة على بعد 05 كيلومترات من مدينة تيزي وزو، حيث يتكون هذا المستشفى من (04) بنايات موزعة على مساحة مقدرة بـ 62500 متر مربع وبقدرة استيعابية تبلغ (320) سرير، ويحتوي على العديد من المصالح الطبية المتخصصة على غرار: مصلحة الأورام، مصلحة طب العيون، مصلحة أمراض الأنف والأذنين والحنجرة، مصلحة إعادة التأهيل، مصلحة الأمراض التنفسية، مصلحة أمراض الروماتيزم، مصلحة داء السكري، مصلحة طب العيون، مصلحة طب النساء، مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي.

2. منهج الدراسة:

إن اختيار منهج الدراسة يعد نقطة هامة في البحوث الإنسانية والاجتماعية، إذ يتوقف اختيار نوع المنهج الذي يخدم أغراض البحث على متغيرات الدراسة من حيث الموضوع، من حيث الأهداف والنتائج المراد التوصل إليها.

وتتعدد المناهج التي تستعمل لدراسة المواضيع المتعلقة بالظواهر الإنسانية والاجتماعية، ومن بين هذه المناهج نجد المنهج الوصفي الذي اعتمدنا عليه في الدراسة الحالية لأنه يساعد على دراسة الظاهرة كما هي موجودة في الواقع ووصفها وصفا دقيقا يعبر عنه بطريقة كمية تعطي لنا وصفا رقميا يوضح مقدار الظاهرة وحجمها ودرجتها، ويعرف "رابح تركي" المنهج الوصفي على أنه "استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر العلمية والنفسية كما هي قائمة في الحاضر قصد تشخيصها والكشف عن جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها وبين ظواهر علمية أو نفسية أخرى" (تركي، 1984، ص22).

3. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أولى الخطوات التي يقوم بها الباحث تمهيدا لإعداد البحث العلمي، فهي بمثابة اللبنة الأولى التي تركز عليها الدراسات الميدانية، حيث تساعد الباحث على معرفة ميدان الدراسة والإلمام بجميع جوانب الموضوع من خلال إحصاء مختلف المشكلات واكتشاف الجوانب الخفية لمشكلة الدراسة ومحاولة فك الغموض عنها، كما تسعى أيضا إلى المساهمة في اكتشاف الأفكار الجديدة التي قد تساعد الباحث على تفسير وفهم المشكلة المراد دراستها، علاوة عن جمع القدر الكافي من المعلومات حول الإمكانية الفعلية لإجراء الدراسة الميدانية. فبعد عملية بناء وتصميم استبيان جودة الحياة في العمل الموجه لفئة الممرضين وذلك استنادا على مجموعة من المقاييس على غرار مقياس "إيستون وفان لار" (Easton & Van Laar (2012)، مقياس "بروكس وأندرسون" (Brooks & Anderson (2001)، ومقياس "المغربي عبد الفتاح" المعدل والمكيف من طرف "بن خالد عبد الكريم" (2016)، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المختصين في مجال علم النفس العمل والتنظيم من أجل الحصول على آراءهم وملاحظاتهم القيمة حول مضمون وشكل الاستبيان بالنظر إلى الموضوع وأهدافه وفرضياته، وقد كانت ملاحظاتهم جد مفيدة حيث مكنتنا بإجراء التعديلات اللازمة من خلال حذف البنود المركبة وتعويضها وتغيير بعض البنود والعبارات ضمانا لسلامة البناء اللغوي لاستبيان الدراسة، وبعد الضبط النهائي

لاستبيان جودة الحياة في العمل لدى المرضى قمنا بتجميعه مع مقياس الاحتراق النفسي من تصميم الباحثة "كريستينا ماسلاش وجاكسون" (Christina Maslach & Jackson (1981).

وبعد الانتهاء من عملية ضبط أداة جمع البيانات قمنا بالتوجه نحو الميدان قصد إجراء دراستنا الاستطلاعية وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين أوائل شهر جوان وأواخر شهر أوت من عام 2022، حيث قمنا بتوزيع أداة جمع البيانات باللغتين العربية والفرنسية على عينة أولية مكونة من (80) ممرض وممرضة يشتغلون في بعض المصالح العلاجية التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد والمتمثلة في مصلحة طب الأطفال، مصلحة الأمراض المعدية، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة أمراض القلب، ومصلحة طب الأنف والأذن والحنجرة بـ "بالوا" بنسبة استرجاع بلغت (87,5%) بعد فقدان (10) إستبيانات، وبالتالي فقد شملت عينة الدراسة الاستطلاعية على (70) ممرض وممرضة، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التحقق من صلاحية الأداة المستعملة ومدى وضوح عباراتها وسلامة التعليمات التي تحتوي عليها واكتشاف الصعوبات التي قد يواجهها الممرضون عند إجابتهم على فقرات الاستبيان، وبعد استرجاع الاستبيانات الأولية الموزعة اتضح لنا وجود بعض الفقرات الغامضة التي لم تكن في متناول أفراد العينة الاستطلاعية بسبب استعمالنا لبعض المفردات الصعبة والمعقدة، مما دفعنا إلى إعادة صياغتها وتبسيطها بشرط الاحتفاظ بمعناها، وهذا ضمانا للفهم الجيد لجميع فقرات الاستبيان عند إجراء الدراسة الأساسية، كما سمحت لنا هذه الدراسة الاستكشافية من حساب صدق وثبات أداة الدراسة والتحقق من صلاحيتها كما هو موضح لاحقا في عنصر "الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة".

4. مجتمع الدراسة:

نقصد بمجتمع الدراسة الوحدة الكاملة للأفراد أو الأشخاص الذين يضعهم الباحث في اعتباره أثناء بحثه، ونظرا للصعوبات المرتبطة بإجراء دراسة شاملة تحتوي على جميع مفردات المجتمع الأصلي والمتمثلة في الجهد الكبير الذي تتطلبه تلك الدراسة، والوقت الطويل الذي قد تستغرقه، والتكاليف المادية الناتجة عنها، يكفي على الباحث اختيار عينة ممثلة لذلك المجتمع الأصلي بشرط أن تحتفظ تلك العينة بجميع خصائص المجتمع الذي تنتسب إليه وتمكن الباحث من تحقيق أهداف بحثه وتساعده على انجاز مهمته، ويتمثل مجتمع الدراسة الحالية في جميع الممرضين والممرضات المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بفرعيه: فرع تيزي وزو وفرع بالوا والبالغ عددهم (1067) ممرض وممرضة والموزعين على مختلف المصالح الطبية التابعة لها.

5. عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها:

تكونت عينة الدراسة الحالية من (295) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة من بين المجموع الكلي للمرضيين المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، والبالغ عددهم (1067) ممرض وممرضة والموزعين على مختلف المصالح العلاجية التابعة للمستشفى والمقدر عددها (42) مصلحة، حيث قمنا بتوزيع أداة الدراسة والمكونة من استبيان جودة الحياة في العمل ومقياس الاحتراق النفسي في الدراسة النهائية على عينة قدرها (400) ممرض وممرضة يشتغلون في المصالح الطبية الموضحة في الجدول رقم (03) التالي:

جدول رقم (03): توزيع الاستبيانات على الممرضين حسب المصالح التابعة لها

الفرع	المصالح التابعة لكل فرع	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المسترجعة	الاستبيانات الصالحة	النسبة %
المستشفى الجامعي ندير محمد بمدينة تيزي وزو	مصلحة الاستجالات	30	21	18	60%
	مصلحة الإنعاش الحيوي	20	18	17	85%
	مصلحة جراحة الأطفال	20	16	16	80%
	مصلحة طب العظام	20	17	14	70%
	مصلحة أمراض الكلى	20	16	15	75%
	مصلحة جراحة الأحشاء	15	13	13	86,6%
	مصلحة أمراض المسالك البولية	20	13	12	60%
	مصلحة جراحة الأعصاب	15	14	14	93,3%
	مصلحة الأمراض العقلية	20	17	15	75%
	مصلحة أمراض القلب	20	19	16	80%
	مصلحة علاج الحروق	25	25	20	80%
	مصلحة أمراض الدم	20	17	17	85%
مصلحة أمراض الجهاز الهضمي	25	21	20	80%	
مستشفى بالوا	مصلحة مرض السكري	20	15	15	75%
	مصلحة طب العيون	20	16	16	80%
	مصلحة طب النساء	15	12	10	66,6%
	مصلحة طب الأورام	20	09	07	35%
	مصلحة إعادة التأهيل	20	14	13	65%
	مصلحة الأمراض التنفسية	15	12	12	80%
	مصلحة أمراض الروماتيزم	20	15	15	75%
المجموع	/	400	320	295	73,75%

يتبين لنا من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (03) والخاصة بتوزيع الاستبيانات على أفراد عينة الدراسة الحالية، أنه بعد عملية التوزيع والتي شملت على (400) استبيان، تمكننا من استرجاع ما يقارب (320) استبيان بنسبة بلغت (80%)، ليتقلص عددها فيما بعد إلى (295) استبيان صالح للدراسة بنسبة استرجاع قدرت بـ (73,75%) وهذا بعد استبعاد (25) استبيان بنسبة قدرت (6,25%) وذلك لعدم اكتمال البيانات الواردة فيها. مع العلم أن فعاليات الدراسة الحالية قد أجريت خلال الفترة الممتدة ما بين شهر أوت 2022 وأواخر شهر نوفمبر 2022.

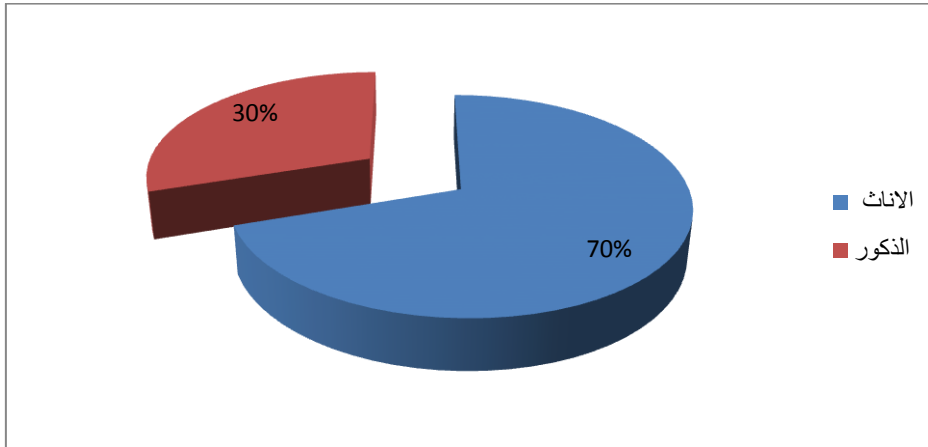
6. خصائص عينة الدراسة:

1.6. توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

الجدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

النسبة المئوية	التكرار	نوع الجنس
30,2%	89	ذكور
69,8%	206	إناث
100%	295	المجموع

الشكل رقم (10): الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس



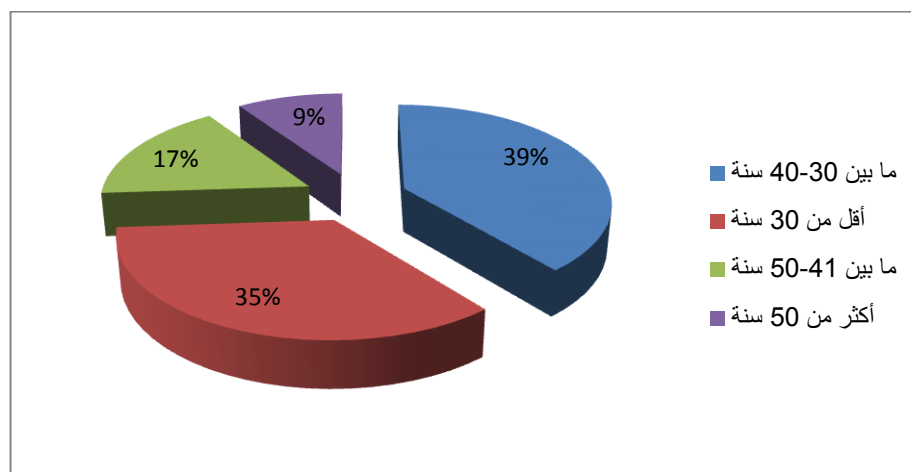
يتبين من خلال الجدول رقم (04) والشكل رقم (10) أن عدد الممرضات يفوق عدد الممرضين، حيث بلغ عدد الإناث (206) بنسبة 69,8%، في حين بلغ عدد الذكور (89) بنسبة 30,2%، وهذا قد يرجع أساساً إلى خصائص مهنة التمريض والتي تستقطب الجنس الأنثوي أكثر من الذكور.

2.6. توزيع أفراد العينة حسب متغير السن:

الجدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

النسبة المئوية	التكرار	فئة السن
34,9%	103	أقل من 30 سنة
39%	115	ما بين 30 - 40 سنة
16,6%	49	ما بين 41 - 50 سنة
9,5%	28	أكثر من 50 سنة
100%	295	المجموع

الشكل رقم (11): الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.



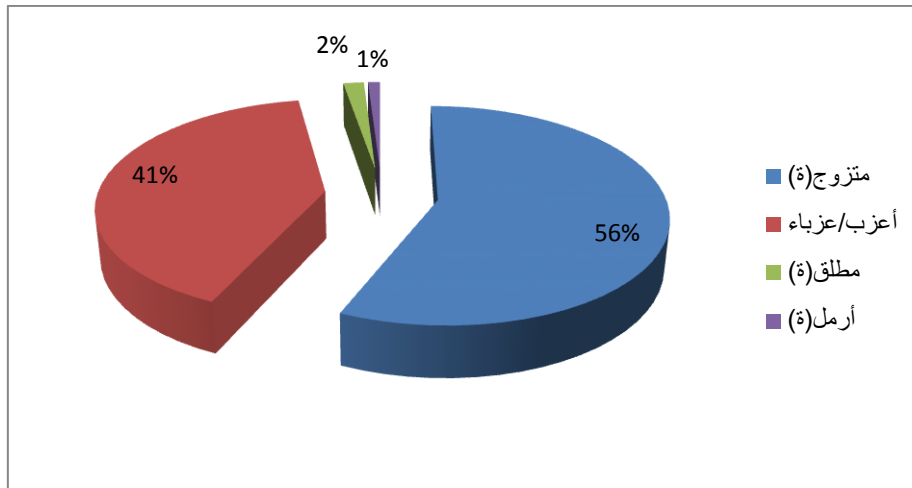
نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (05) والشكل رقم (11) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة والمقدر عددهم (115) ممرض وممرضة بنسبة 39% تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 40 سنة، ثم تليها الفئة العمرية أقل من 30 سنة والتي قدر عددها بـ (103) ممرض وممرضة بنسبة 34,9%، ثم تأتي بعدها الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم ما بين 41 و 50 سنة والتي قدر عددها بـ (49) ممرض وممرضة بنسبة قدرت بـ 16,6%، وفي الأخير الفئة العمرية الأكثر من 50 سنة والتي بلغ عددها (28) ممرض وممرضة بنسبة 9,5%، ويمكن إرجاع هذا الإقبال الكبير على مهنة التمريض من طرف فئة الشباب إلى كثرة العروض المهنية المتاحة في القطاع الشبه الطبي دون غيرها من القطاعات الأخرى.

3.6. توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية:

الجدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة العائلية
40,7%	120	أعزب/عزباء
56,6%	167	متزوج (ة)
1,7%	05	مطلق (ة)
1%	03	أرمل (ة)
100%	295	المجموع

الشكل رقم (12): الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية



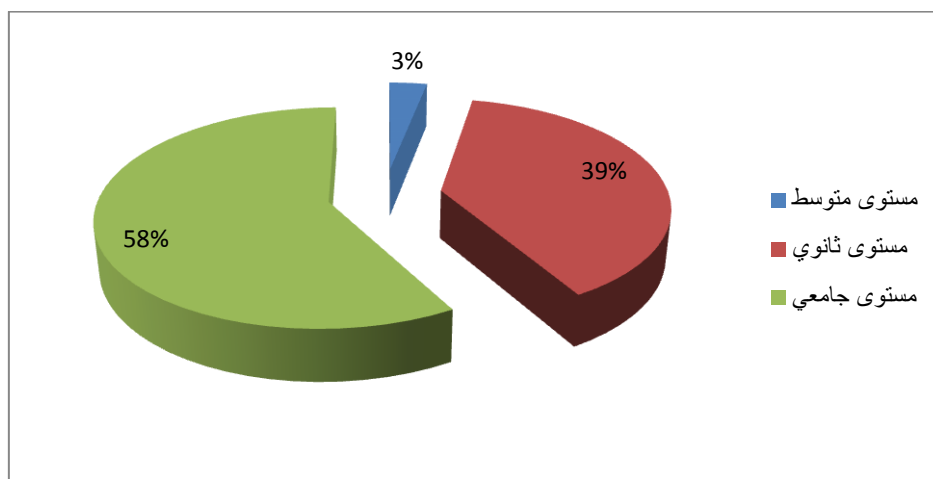
يتضح لنا من خلال الجدول رقم (06) والشكل رقم (12) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة متزوجين، حيث بلغ عدد الممرضين المتزوجين (167) ممرض وممرضة بنسبة 56,6%، تليه فئة العزاب التي قدر عددها بـ (120) ممرض وممرضة بنسبة 40,7%، في حين قدر عدد الممرضين المطلقين بـ (05) بنسبة 1,7%، وفي الأخير تسجيل ثلاث (03) ممرضين أرامل بنسبة 1%.

4.6. توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
3,1%	09	متوسط
38,6%	114	ثانوي
58,3%	172	جامعي
100%	295	المجموع

الشكل رقم (13): الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



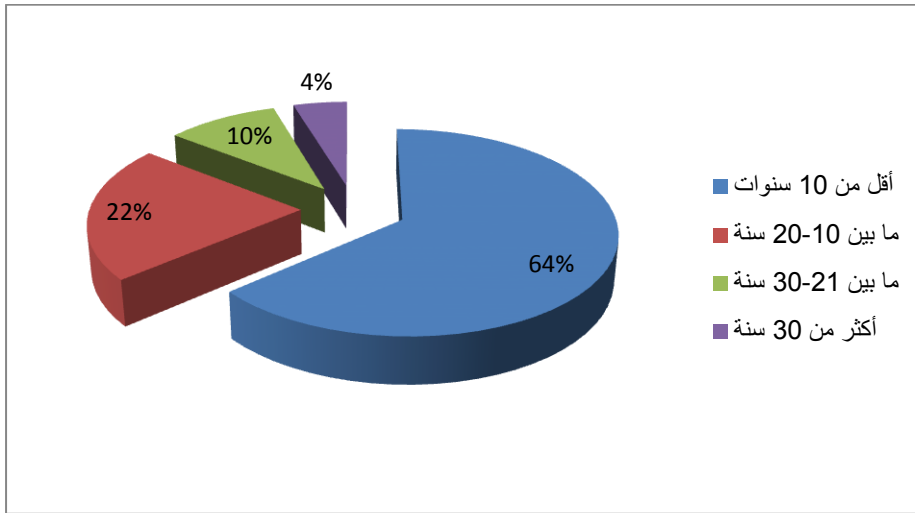
يتبين لنا من خلال الجدول رقم (07) والشكل رقم (13) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى تعليمي جامعي، حيث بلغ عددهم (172) ممرض وممرضة بنسبة 58,3%، أما الممرضين ذوي المستوى التعليمي الثانوي فقد بلغ عددهم (114) ممرض وممرضة بنسبة 38,6%، في حين بلغ عدد الممرضين ذوي المستوى التعليمي المتوسط (09) بنسبة 3,1%، وقد تعكس لنا هذه البيانات ظاهرة إقبال وتوجه الطلبة الجامعيين نحو مهنة التمريض التي تعتبر من القطاعات الأكثر حاجة إلى الموارد البشرية وهذا نظرا لنقص الآفاق المهنية المستقبلية المتوفرة بالنسبة لهم.

5.6. توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الأقدمية:

الجدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الأقدمية.

سنوات الأقدمية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 10 سنوات	188	63,7%
ما بين 10-20 سنة	64	21,7%
ما بين 21-30 سنة	29	9,8%
أكثر من 30 سنة	14	4,7%
المجموع	295	100%

الشكل رقم (14): الدائرة النسبية لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الأقدمية.



نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) والشكل رقم (14) أن أغلبية أفراد عينة الدراسة تقل سنوات أدميتهم في مهنة التمريض عن 10 سنوات، إذ قدر عددهم بـ (188) ممرض وممرضة بنسبة 63,7%، تليه فئة الأقدمية التي تتراوح ما بين 10 - 20 سنة والبالغ عددهم (64) ممرض وممرضة بنسبة 21,7%، ثم فئة الأقدمية ما بين 21-30 سنة الذين بلغ عددهم (29) ممرض وممرضة بنسبة 9,8%، لتأتي في الأخير فئة الممرضين التي تفوق سنوات أدميتهم 30 سنة والذين بلغ عددهم (14) ممرض وممرضة بنسبة 4,7%، وقد يتضح لنا من خلال هذه البيانات أن القطاع الشبه الطبي يعد من أكثر القطاعات حاجة للموارد البشرية خلال السنوات الأخيرة، وهذا ما يفسر لنا حاليا ارتفاع نسبة الممرضين حديثي التوظيف في هذا القطاع.

7. أدوات جمع البيانات:

تنقسم أداة هذه الدراسة المستعملة في جمع البيانات إلى ثلاثة أجزاء، حيث خصص الجزء الأول للحصول على البيانات الشخصية المتعلقة بمرضى وممرضات المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، أما الجزء الثاني فيتمثل في استبيان معد من طرف الباحث لقياس جودة الحياة في العمل، في حين تمثل الجزء الثالث في مقياس الاحتراق النفسي من تصميم "ماسلاش وجاكسون".

1.7. الجزء الأول: ويتمثل في البيانات الشخصية المتعلقة بالمستجوبين من حيث الجنس، السن،

الحالة العائلية، المستوى التعليمي، وسنوات الأقدمية.

2.7. الجزء الثاني: ويشمل على استبيان قمنا بإعداده لغرض قياس جودة الحياة في العمل لدى

المرضى استنادا إلى مجموعة من المقاييس أبرزها مقياس "إيستون وفان لار" (2012) Easton & Van Laar المطبق في صيغته الأصلية على عمال القطاع الصحي جنوب إنجلترا بمعامل ثبات قدر بـ 0,91، وكذلك مقياس "بروكس وأندرسون" (2001) Brooks & Anderson الذي صمم خصيصا لفئة المرضى بمعامل ثبات قدر بـ 0,90 في بيئته الأصلية، وهو نفس المقياس الذي طبقتة الباحثة "منى مصطفى" (2014) على مرضى مستشفى عين الشام بجمهورية مصر بمعامل ثبات بلغ 0,86، بالإضافة إلى مقياس "المغربي عبد الفتاح" (2004) الذي طبق من طرف الباحث "بن خالد عبد الكريم" (2017) على مرضى المؤسسات الاستشفائية بولاية أدرار بمعامل ثبات بلغ 0,96، وانطلاقا من هذه المقاييس قمنا باستخلاص الأبعاد الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): توزيع بنود استبيان جودة الحياة في العمل وفقا لمحاوره.

أرقام البنود المنتمية إليها	محاور الاستبيان
(5.4.3.2.1)	التوفيق بين الحياة المهنية والحياة العائلية
(15.14.13.12.11.10.09.08.07.06)	محتوى العمل وظروفه
(22.21.20.19.18.17.16)	الرضا عن المسار الوظيفي
(26.25.24.23)	المشاركة في اتخاذ القرارات
(31.30.29.28.27)	الأجور والمكافآت
(41.40.39.38.37.36.35.34.33.32)	العلاقات في العمل
(46.45.44.43.42)	الرفاهية العامة
46 بند	المجموع الكلي

ويتم الاستجابة على بنود الإستبيان وفقا لتدرج خماسي البدائل على طريقة "ليكرت" (Likert)، وتتراوح درجة كل بند من بنود الاستبيان ما بين (01 و 05) على التوالي للبدائل، ما عدا البنود السلبية والمتمثلة في (41.15.5) فدرجتهم تتراوح ما بين (05 و 01) على التوالي وفقا لتسلسل البدائل. كما هو موضح في الجدول رقم (10):

الجدول رقم (10): درجات مقياس ليكرت خماسي البدائل (Likert)

البدائل	معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة
البنود الموجبة	01	02	03	04	05
البنود السلبية	05	04	03	02	01

وتمكننا من تحديد المستويات الثلاث لجودة الحياة في العمل لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد من خلال حساب الدرجة الدنيا للاستبيان عن طريق ضرب عدد بنود الاستبيان بأدنى تقدير (46=01×46)، وحساب الدرجة القصوى للاستبيان من خلال ضرب عدد بنود الاستبيان بأقصى تقدير (230=05×46)، ليتم بعدها حساب المدى من خلال إيجاد المسافة ما بين الدرجة الدنيا والقصوى (184=46-230)، وتقسيم الفرق بين أدنى درجة وأقصى درجة للحصول على مسافات متساوية في المستويات الثلاث كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): مستويات استبيان جودة الحياة في العمل.

المستويات	الدرجات
المستوى المنخفض	ما بين 46-107
المستوى المتوسط	ما بين 108-169
المستوى المرتفع	ما بين 170-230

المصدر: من إعداد الباحث

3.7. الجزء الثالث: اعتمدنا في هذه الدراسة على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش وجاكسون" (Maslach & Jackson, 1981)، والذي يعتبر من أكثر مقاييس الاحتراق النفسي اعتمادا في الدراسات المختلفة، حيث تم الاعتماد عليه في دراسة "ساعد تباني" (2018) وقد سجل المقياس ثباتا قدر بـ 0,82، ودراسة "طايبي نعيمة" (2013) بثبات بلغ 0,70، ويتكون المقياس من (22) عبارة تسأل الممرض عن شعوره نحو مجموعة من السلوكيات المرتبطة بمهنة التمريض، ويستجيب المشارك على هذه

العبارات للدلالة على تكرار الشعور من جهة وشدته من جهة أخرى، وينقسم مقياس الاحتراق النفسي إلى ثلاثة أبعاد كما هو موضح في الجدول رقم (12):

الجدول رقم (12): توزيع عبارات مقياس "ماسلاش" وفقا لمحاوره الثلاث.

أرقام البنود المرتبطة بكل محور	محاور المقياس
20.16.14.13.08.06.03.02.01	الإجهاد الانفعالي
22.15.11.10.05	تبلد المشاعر
21.19.18.17.12.09.07.04	نقص الشعور بالانجاز الشخصي
22 بند	المجموع الكلي

ويتم الاستجابة على مقياس الاحتراق النفسي وفقا لسلم سباعي البدائل حسب طريقة ليكرت كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13): درجات مقياس ليكرت سباعي البدائل (Likert)

البدائل	أبدا	بعض الأحيان في السنة على الأقل	مرة واحدة في الشهر على الأقل	بعض الأحيان في الشهر	مرة واحدة في الأسبوع	بعض الأحيان في الأسبوع	دائما
الدرجات	00	01	02	03	04	05	06

أما بخصوص الدرجة الكلية للمقياس فيتم حسابها بجمع الدرجات المتحصل عليها في المحاور الثلاث للمقياس كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): مستويات الاحتراق على الأبعاد الثلاث.

المحاور	المستوى المنخفض	المستوى المتوسط	المستوى المرتفع
الإجهاد الانفعالي	أقل من 17 درجة	ما بين 18 و 29 درجة	أكثر من 30 درجة
تبلد المشاعر	أقل من 5 درجات	ما بين 6 و 11 درجة	أكثر من 12 درجة
نقص في الانجاز الشخصي	أكثر من 40 درجة	ما بين 34 و 39 درجة	أقل من 33 درجة

المصدر: (Bontoux, 2016)

8. الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات:**1.8. استبيان جودة الحياة في العمل:****1.1.8. صدق المحكمين:**

لقد قمنا بعرض الاستبيان الخاص بجودة الحياة في العمل على مجموعة من الأساتذة المختصين في مجال علم النفس العمل والتنظيم، حيث طلبنا منهم إبداء الرأي والحكم على مدى مناسبة بنود هذا الاستبيان في قياس الغرض والهدف الذي أعدت من أجله، وقد تم الأخذ بأرائهم واقتراحاتهم من حيث إعادة صياغة بعض العبارات والقيام بالتعديلات اللازمة، علما أن عدد بنود هذا الاستبيان في صورته الأولى كان يحتوي على 48 بنداً، فبعد التعديلات التي قمنا بها استناداً إلى الملاحظات القيمة التي قدمها الأساتذة المحكمين أصبحت الصيغة النهائية للاستبيان تتكون من 46 بنداً، كما يجدر الإشارة إلى أن الاستبيان قد تم تقديمه على أفراد عينة دراستنا باللغتين العربية والفرنسية استجابة لخصائصهم ووظائفهم.

2.1.8. صدق التكوين الفرضي (البنائي):

لقد تم حساب هذا النوع من الصدق عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين كل بند ودرجة المحور الذي ينتمي إليه من جهة، وعلاقة كل بند بالدرجة الكلية للاستبيان من جهة أخرى، علما أنه سيتم حذف أي بند يكون ارتباطه بالمحور الذي ينتمي إليه أو بالدرجة الكلية للاستبيان غير دال إحصائياً، وقد أسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن النتائج الموضحة في الجدول رقم (15) التالي:

الجدول رقم (15): معاملات الارتباط بين بنود الاستبيان وكل من درجة المحور والدرجة الكلية.

المحاور	البنود	معامل الارتباط بدرجة المحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	المحاور	البنود	معامل الارتباط بدرجة المحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	
التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الأسرية	1	0,740**	0,592**	المشاركة في اتخاذ القرارات	23	0,678**	0,404**	
	2	0,707**	0,422**		24	0,648**	0,289*	
	3	0,655**	0,439**		25	0,694**	0,425**	
	4	0,687**	0,419**		26	0,620**	0,442**	
محتوى العمل وظروفه	5	0,479**	0,396**	المكافآت والأجور	27	0,754**	0,536**	
	6	0,714**	0,627**		28	0,547**	0,302*	
	7	0,631**	0,575**		29	0,701**	0,477**	
	8	0,636**	0,571**		30	0,714**	0,413**	
	9	0,557**	0,577**		31	0,623**	0,437**	
	الرضا عن المسار الوظيفي	10	0,703**	0,624**	العلاقات في العمل	32	0,690**	0,412**
		11	0,618**	0,535**		33	0,682**	0,393**
		12	0,520**	0,409**		34	0,502**	0,450**
		13	0,486**	0,483**		35	0,540**	0,567**
		14	0,488**	0,392**		36	0,543**	0,500**
15		0,536**	0,413**	37		0,524**	0,497**	
16		0,492**	0,434**	38		0,466**	0,410**	
17		0,594**	0,493**	39		0,458**	0,421**	
18		0,615**	0,554**	40		0,378**	0,381**	
الرفاهية العامة	19	0,703**	0,547**	الرفاهية العامة	41	0,658**	0,538**	
	20	0,626**	0,453**		42	0,754**	0,423**	
	21	0,582**	0,396**		43	0,641**	0,487**	
	22	0,517**	0,433**		44	0,709**	0,381**	
					45	0,848**	0,553**	
					46	0,668**	0,438**	

(**) دال عند 0,01 / (*) دال عند 0,05

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (15) وجود علاقة ارتباطية دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01 و 0,05) بين كل بند والمحور الذي ينتمي إليه، وبين كل بند والدرجة الكلية لاستبيان جودة الحياة في العمل، وعليه يمكن القول بأن هذا الاستبيان يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.

3.1.8. الثبات:

ويقصد بثبات المقياس أو الاختبار أن يعطى هذا المقياس نفس النتائج لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وقد تحققنا من ثبات استبيان جودة الحياة في العمل من خلال التجزئة النصفية وحساب معامل ألفا كرونباخ.

أ- التجزئة النصفية:

ويتم حساب معامل الثبات هنا من خلال تقسيم بنود الاستبيان إلى جزئين متكافئين، حيث يضم الجزء الأول البنود التي تحمل الأرقام الفردية والجزء الثاني يتضمن البنود التي تحمل الأرقام أرقاما زوجية، ويتم هذا التقسيم بعد توزيع الاستبيان على أفراد العينة وجمعها، ليتم بعدها حساب معامل ارتباط بيرسن (Pearson) بين الجزء الفردي والزوجي كما هو موضح في الجدول رقم (17):

الجدول رقم (16): نتائج ثبات استبيان جودة الحياة في العمل باستخدام التجزئة النصفية.

(p)	م.الدلالة	(r)	البنود	
0,00	0,01	0,896**	-21-19-17-15-13-11-9-7-5-3-1 -39-37-35-33-31-29-27-25-23 45-43-41	النصف الأول (بند 23)
			-20-18-16-14-12-10-8-6-4-2 -38-36-34-32-30-28-26-24-22 46-44-42-40	النصف الثاني (بند 23)

ومعامل الارتباط بين الجزء الفردي والزوجي لاستبيان جودة الحياة في العمل يمثل في الواقع نصف الاختبار الأصلي، ولتصحيح هذا الأثر نقوم بتطبيق معادلة "سبيرمان براون" (Spearman-Brown) التالية:

ر ث ص = $\frac{X(2) \text{ رزف}}{(1) \text{ رزف} + 1}$ بحيث أن (ر ث ص) يمثل معامل الثبات الأصلي، و(ر ز ف) = معامل الارتباط بين المحورين.

$$ر ث ص = \frac{(0,896) \times (2)}{(0,896) + (1)} = 0,945^{**}$$

وبعد تطبيق معادلة "سبيرمان براون" (Spearman-Brown) لتحديد معامل ثبات الاستبيان الأصلي، اتضح لنا أن قيمة معامل ثبات استبيان جودة الحياة في العمل لدى الممرضين المعد من طرف الباحث عالية جدا ($0,945^{**}$)، وعليه يمكننا القول بأن هذا الاستبيان يصلح تطبيقه على أفراد عينة الدراسة الحالية.

ب- معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach):

قمنا بحساب الثبات أيضا عن طريق إيجاد معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول رقم (17) التالي:

الجدول رقم (17): نتائج الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ.

جميع بنود الاستبيان	معامل الارتباط	بنود كل محور	محاور المقياس
0,919	0,728	5-4-3-2-1	التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية
	0,796	15-14-13-12-11-10-9-8-7-6	محتوى العمل وظروفه
	0,703	22-21-20-19-18-17-16	الرضا عن المسار الوظيفي
	0,645	26-25-24-23	المشاركة في اتخاذ القرارات
	0,712	31-30-29-28-27	الأجور والمكافآت
	0,757	41-40-39-38-37-36-35-34-33-32	العلاقات في العمل
	0,773	46-45-44-43-42	الرفاهية العامة

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول رقم (17) أن قيمة الثبات بالاعتماد على إيجاد معامل ألفا كرونباخ تتراوح ما بين 0,645 و 0,796 على مستوى كل محور، في حين بلغ معامل الثبات لجميع بنود استبيان جودة الحياة في العمل 0,919، وهذا ما يدل على تمتع استبيان جودة الحياة في العمل بمستوى عال من الثبات.

2.8. مقياس الاحتراق النفسي (Maslach Burnout Inventory):

1.2.8. صدق التكوين الفرضي (البنائي):

وقد تم حساب صدق التكوين الفرضي عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين كل بند ودرجة المحور الذي ينتمي إليه من جهة، وبين كل بند والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى، وسيتم حذف أي بند يكون ارتباطه بالمحور الذي ينتمي إليه أو بالدرجة الكلية للمقياس غير دال إحصائياً. وقد أسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): معاملات الارتباط بين بنود المقياس وكل من درجة المحور والدرجة الكلية

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معامل الارتباط بدرجة المحور	البنود	المحاور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معامل الارتباط بدرجة المحور	البنود	المحاور
0,301*	0,373**	04	نقص في الأجزاء الشخصية	0,577**	0,604**	01	الإجهاد الانفعالي
0,430**	0,595**	07		0,507**	0,495**	02	
0,340**	0,540**	09		0,547**	0,614**	03	
0,502**	0,363**	12		0,421**	0,352**	06	
0,573**	0,802**	17		0,628**	0,686**	08	
0,496**	0,729**	18		0,477**	0,520**	13	
0,407**	0,756**	19		0,491**	0,558**	14	
0,356**	0,488**	21		0,671**	0,719**	16	
0,05 دال عند (*) / دالة عند 0,01 (**)				0,558**	0,709**	20	
				0,516**	0,632**	05	
				0,432**	0,666**	10	
				0,488**	0,688**	11	
				0,364**	0,526**	15	
				0,522**	0,595**	22	

استناداً إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم (18) نلاحظ وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01 و 0,05) بين كل بند والمحور الذي ينتمي إليه، وبين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي، وعليه يمكننا القول بأن مقياس الاحتراق النفسي يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.

2.2.8. الثبات:

ويقصد بثبات المقياس أو الاختبار أن يعطي هذا المقياس نفس النتائج لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وقد تحققنا من ثبات مقياس الاحتراق النفسي من خلال التجزئة النصفية وحساب معامل ألفا كرونباخ.

أ- التجزئة النصفية:

ويقصد بثبات المقياس أو الاختبار أن يعطي هذا المقياس نفس النتائج لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وقد تم التحقق من ثبات مقياس الاحتراق النفسي من خلال التجزئة النصفية وحساب معامل ألفا كرونباخ.

الجدول رقم (19): نتائج ثبات مقياس الاحتراق النفسي باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

(p)	م.الدالة	(r)	البنود	
0,00	0,01	0,756**	-17-15-13-11-9-7-5-3-1	النصف الأول
			21-19	(11 بند)
			-16-14-12-10-8-6-4-2	النصف الثاني
			22-20-18	(11 بند)

ومعامل الارتباط بين الجزء الفردي والزوجي لمقياس الاحتراق النفسي يمثل في الواقع نصف الاختبار الأصلي، ولتصحيح هذا الأثر نقوم بتطبيق معادلة "سبيرمان براون" (Spearman-Brown) التالية:

$$r_{\text{ث ص}} = \frac{r_{\text{زف}} \times 2}{r_{\text{زف}} + 1}$$
 بحيث أن (ر ث ص) يمثل معامل الثبات الأصلي، و(ر ز ف) = معامل الارتباط بين المحورين.

$$r_{\text{ث ص}} = \frac{(0,756) \times (2)}{(0,756) + (1)} = 0,861. \text{ فمعامل ثبات مقياس الاحتراق النفسي} = 0,861$$

وبعد تطبيق معادلة "سبيرمان براون" (Spearman-Brown) لتحديد معامل ثبات الاستبيان الأصلي، اتضح لنا أن قيمة معامل ثبات مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش مرتفعة حيث بلغت (0,861**)، وعليه يمكننا القول بأن هذا الاستبيان يصلح تطبيقه على أفراد عينة الدراسة الحالية.

ب- معامل ألفا كرونباخ:

قمنا هنا بحساب الثبات أيضا عن طريق إيجاد معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach) كما هو موضح في نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (20): الثبات من خلال نتائج معامل ألفا كرونباخ.

محاور المقياس	بنود كل محور	معامل الارتباط	جميع بنود مقياس الاحتراق النفسي
الإجهاد الانفعالي	20.16.14.13.8.6.3.2.1	0,790	0,853
تبدل المشاعر	22.15.11.10.5	0,612	
الشعور بالانجاز	21.19.18.17.12.9.7.4	0,747	

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (20) أن قيمة الثبات بالاعتماد على معامل ألفا كرونباخ تتراوح بين 0,612 و 0,790 على مستوى المحاور الثلاث لمقياس الاحتراق النفسي لماسلاش، في حين بلغ معامل ثبات المقياس ببنوده الإجمالية 0,853 وهي قيمة تعكس لنا مستوى عال من الثبات.

9. الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

بعد توزيع الاستبيانات على أفراد عينة الدراسة واسترجاعها، قمنا بتفريغها ثم تحليلها ومعالجتها اعتمادا على مجموعة برامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.20)، وقد استخدمنا الأدوات الإحصائية التالية:

➤ التكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

➤ معامل ارتباط برسن (Pearson).

➤ معادلة سبيرمان براون (Spearman Brown).

➤ معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach) لحساب الثبات.

➤ اختبار الفروق (ت) T.Test.

➤ اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova).

الفصل الخامس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى:

توقعنا فيها وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا بتحديد المستويات الثلاث لجودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وهذا انطلاقاً من عدد البنود المكونة لاستبيان جودة الحياة في العمل وما يقابلها من بدائل، وعليه تمكننا من تحديد الدرجة الدنيا والقصى لكل مستوى، كما يلي:

- ❖ مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل: مجموع إجابات المفحوص ما بين (46 و107).
- ❖ مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل: مجموع إجابات المفحوص ما بين (108 و169).
- ❖ مستوى مرتفع من جودة الحياة في العمل: مجموع إجابات المفحوص ما بين (170 و230).

بالإضافة إلى إيجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة في العمل كما هو موضح في الجدول رقم (21).

الجدول رقم(21):الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة الدراسة وفقاً لمستوى جودة الحياة في العمل لديهم.

مستويات جودة الحياة في العمل	التكرارات	النسبة %	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المستوى المنخفض (46-107)	47	16%	128,14	20,31
المستوى المتوسط (108-169)	242	82%		
المستوى المرتفع (170-230)	06	02%		
المجموع	295	100%	/	/

لقد أظهرت لنا نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (21) أن أغلبية ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد يتمتعون بمستوى متوسط من جودة الحياة في العمل والذي تتراوح درجته ما بين (108-169) بعدد قدر بـ (242) ممرض وممرضة وبنسبة مئوية بلغت 82%، ثم يليه الممرضين ذوي المستوى المنخفض من جودة الحياة في العمل والمتراوح درجته ما بين (46-107)، حيث قدر عددهم بـ (47)

ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ 16%، في حين بلغ عدد الممرضين ذوي المستوى المرتفع من جودة الحياة في العمل (06) بنسبة مئوية قدرت بـ 2%، أما فيما يخص متوسط إجابات أفراد عينة دراستنا حول مستوى جودة حياتهم في العمل فقد تمكننا من تسجيل متوسط حسابي قدر بـ 128,14 بانحراف معياري قيمته 20,31، وعليه فقد جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة وبالتالي يمكن القول أن ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد يتمتعون بمستوى متوسط من جودة الحياة في العمل.

1.1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس، وقد اعتمدنا في حساب دلالة هذه الفروق بين متوسطات هاتين العينتين المستقلتين على اختبار (T.Test)، وقبل عرض نتائج التحليل سنتطرق أولاً إلى الإحصاءات الوصفية للذكور والإناث كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): الإحصاءات الوصفية لأفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	مستوى جودة الحياة في العمل
22,09	125,98	89	ذكور	
19,47	129,07	206	إناث	

يتبين من خلال الإحصاءات الوصفية المبينة في الجدول رقم (22) أن متوسط جودة الحياة في العمل لدى الممرضين قد بلغ 125,98 بانحراف معياري قيمته 22,09، في حين قدر متوسط جودة الحياة في العمل لدى الممرضات بـ 129,07 وانحراف معياري بلغ 19,47.

الجدول رقم (23): مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب الجنس.

اختبار (T)				اختبار (f)			مستوى جودة الحياة في العمل
د. الاحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	د. الحرية (ddi)	قيمة (T)	د. الاحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	قيمة (f)	
0,23	0,05	293	-1,20	0,44	0,05	0,59	

يتضح من خلال الجدول رقم (23) بأن اختبار التجانس (f) غير دال لأن الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a) [(a=0,05) > (p=0,44)]، وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما بخصوص دلالة الفروق بين الجنسين من حيث مستوى جودة الحياة في العمل لديهم، فقد أظهرت لنا قيمة (T) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث، لأن الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a=0,05) حيث كانت قيمة (T) كالتالي:

- (ت = -1,20) وهي غير دالة لأن [(a=0,05) > (p=0,23)]، وعليه فقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين الذكور والإناث، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

2.1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية، وقد قمنا بحساب دلالة الفروق بين فئات الحالة العائلية الأربعة المحددة في هذه الدراسة والمتمثلة في كل من: أعزب/عزباء، متزوج (ة)، مطلق (ة)، وأرمل (ة)، باستخدام اختبار التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون هذا التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، وقد أسفر هذا الأخير عن النتائج المبينة في الجدول رقم (24):

الجدول رقم (24): مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب الحالة العائلية.

الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مستوى جودة الحياة في العمل
0,06	0,05	2,46	1002,73	03	3008,28	بين المجموعات
			406,68	291	118316,44	داخل المجموعات
				294	121324,73	المجموع

وتشير نتائج التحليل الموضحة في الجدول رقم (24) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد حول مستوى جودة حياتهم المهنية حسب متغير الحالة

العائلية، لان الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة أو الخطأ $[p > (a=0,05)]$ مما يدل بكل وضوح إلى عدم وجود فروق بين إجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد الذين شملتهم هذه الدراسة ويتبين ذلك من خلال قيمة (f) التالية:

- قيمة (ف=2,46)، وهي غير دالة لأن $[(p=0,06) > (a=0,05)]$ ، وعليه فقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية".

3.1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية، وقد قمنا بحساب دلالة الفروق بين فئات سنوات الأقدمية الأربعة المحددة في هذه الدراسة والمتمثلة في: فئة أقل من 10 سنوات، وفئة ما بين 10-20 سنة، وفئة ما بين 21-30 سنة، وفئة أكثر من 30 سنة، باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون هذا التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، وقد أسفرت نتائج التحليل عن النتائج الموضحة في الجدول رقم (25):

الجدول رقم (25): مستوى جودة الحياة في العمل لدى الممرضين حسب متغير سنوات الأقدمية.

الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مستوى جودة الحياة في العمل
0,92	0,05	0,15	66,13	3	198,39	بين المجموعات
			416,24	291	121126,34	داخل المجموعات
				294	121324,73	المجموع

ويتضح من خلال نتائج التحليل المدونة في الجدول رقم (25) المبين أعلاه، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد حول مستوى جودة حياتهم المهنية وفقا لمتغير سنوات الأقدمية، وذلك لان الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة أو الخطأ $p > (a=0,05)$ ، وهذا يدل بكل وضوح على غياب فروق بين إجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو الذين شملتهم هذه الدراسة، ويتبين ذلك من خلال قيمة (f) التالية:

- قيمة (ف=0,15)، وهي غير دالة لأن $[p=0,92) > (a=0,05)$ ، وقد جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية:

توقعنا فيها وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المستويات الثلاث (منخفض، متوسط، مرتفع) لأبعاد مقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي والمتمثلة في كل من (بعد الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، والشعور بالإنجاز الشخصي) من خلال إيجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لهذه الأبعاد الثلاث، إضافة إلى استخراج النسب المئوية للمستويات الثلاث المقابلة لكل بعد كما هو موضح في الجدول رقم (26):

الجدول رقم (26): الإحصاءات الوصفية للمرضين حول مستوى الاحتراق النفسي لديهم وفقا

للأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع		المستويات	أبعاد الاحتراق النفسي
		%	ت		
10,43	33,89	6,8%	20	المنخفض [أقل أو يساوي 17]	الإجهاد الانفعالي
		27,5%	81	المتوسط [18-29]	
		65,8%	194	المرتفع [30 فأكثر]	
05,65	12,33	11,5%	34	المنخفض [أقل أو يساوي 5]	تبدل المشاعر
		33,6%	99	المتوسط [6-11]	
		54,9%	162	المرتفع [12 فأكثر]	
06,22	31,97	53,6%	158	المنخفض [أقل أو يساوي 33]	الشعور بالإنجاز الشخصي
		35,3%	104	المستوى المتوسط [34-39]	
		11,2%	33	المرتفع [40 فأكثر]	

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (26) وجود مستوى مرتفع من الإجهاد الانفعالي لدى أغلبية أفراد عينة الدراسة والمقدر عددهم بـ (194) ممرض وممرضة بنسبة 65,8%، أين بلغ المتوسط الحسابي لإجاباتهم بـ 33,89 وانحراف معياري 10,43، كما تبين أيضا وجود مستوى مرتفع من تبدل المشاعر لدى (162) ممرض وممرضة بنسبة 54,9%، ومتوسط حسابي قدر بـ 12,33 بانحراف معياري قيمته 5,65، وبالمقابل اتضح من خلال البيانات الواردة في نفس الجدول وجود مستوى منخفض من الشعور بالانجاز الشخصي لدى (158) مفحوص من أفراد عينة الدراسة الحالية بنسبة 53,6%، حيث قدر المتوسط الحسابي لإجاباتهم على هذا البعد بـ 31,97 وانحراف معياري قدر بـ 6,22.

فمن خلال النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الموضحة في الجدول رقم (26) ومقارنتها بمعايير تقدير مستويات الاحتراق النفسي المقننة من طرف ماسلاش، يتبين لنا وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو انطلاقا من المعادلة التالية: [المستوى المرتفع من الاحتراق النفسي = إجهاد انفعالي مرتفع + تبدل مشاعر مرتفع + شعور منخفض بالانجاز الشخصي] وهو الأمر الذي تم تسجيله من خلال إجابات أفراد عينة الدراسة على الأبعاد الثلاث للمقياس، وعليه فقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة.

1.2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس، وقد قمنا بحساب دلالة الفروق بين متوسطات هاتين العينتين المستقلتين باستخدام اختبار (T.Test)، وقبل عرض نتائج التحليل سنتطرق أولا إلى الإحصاءات الوصفية للذكور والإناث.

الجدول رقم (27): الإحصاءات الوصفية للممرضين حسب متغير الجنس.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	مستوى الاحتراق النفسي
15,88	78,25	89	ذكور	
14,37	78,19	206	إناث	

يتبين من خلال الإحصاءات الوصفية المبينة في الجدول رقم (27) أن متوسط الاحتراق النفسي لدى فئة الممرضين قد بلغ 78,25 بانحراف معياري قيمته 15,88، في حين قدر متوسط الاحتراق النفسي لدى فئة الممرضات بـ 78,19 وانحراف معياري بلغ 14,37.

الجدول رقم (28): مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين حسب الجنس.

اختبار (T)				اختبار (f)			مستوى الاحتراق النفسي
د. الاحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	د. الحرية (ddi)	قيمة (T)	د. الاحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	قيمة (f)	
0,97	0,05	293	0,03	0,16	0,05	1,97	

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (28) بأن اختبار التجانس (f) غير دال لأن الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a) [$p=0,16 > a=0,05$] وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما بخصوص دلالة الفروق بين الجنسين من حيث مستوى الاحتراق النفسي لديهم، فقد أظهرت لنا قيمة (T) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين والممرضات، لان الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a=0,05) حيث كانت قيمة (T) كالتالي:

- (ت=0,03) وهي غير دالة لأن [$p=0,97 > a=0,05$]، وعليه فقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

2.2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية، وقد قمنا بحساب دلالة الفروق بين فئات الحالة العائلية الأربعة المحددة في هذه الدراسة والمتمثلة في: أعزب/عزباء، متزوج (ة)، مطلق (ة)، وأرمل (ة)، وهذا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كونه التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، والنتائج التي أسفر عنها هذا التحليل موضحة في الجدول رقم (29):

الجدول رقم (29): مستوى الاحتراق النفسي لدى المرضى حسب الحالة العائلية.

الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدالة (a)	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مستوى الاحتراق النفسي
0,39	0,05	1,006	220,93	3	662,81	بين المجموعات
			219,67	291	63924,73	داخل المجموعات
				294	64587,54	المجموع

وقد أشارت نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (29)، إلى عدم وجود فروق دلالة إحصائية بين استجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد حول مستوى احتراقهم النفسي وفقا لمتغير الحالة العائلية، ذلك لان الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a=0,05) $p > a$ ، ويتبين ذلك في قيمة (f) التالية:

- قيمة (f = 1,006)، وهي غير دالة لأن $[p=0,39 > a=0,05]$ ، وقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية.

3.2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توقعنا فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية، وقد قمنا بحساب دلالة الفروق بين فئات سنوات الأقدمية الأربعة المحددة في الدراسة والمتمثلة في: فئة أقل من 10 سنوات، وفئة ما بين 10-20 سنة، وفئة ما بين 21-30 سنة، وفئة أكثر من 30 سنة، باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، والنتائج التي أسفر عنها هذا التحليل موضحة في الجدول رقم (30):

الجدول رقم (30): مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين حسب متغير سنوات الأقدمية.

الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مستوى الاحتراق النفسي
0,19	0,05	1,56	342,09	3	1026,27	بين المجموعات
			218,42	291	63561,27	داخل المجموعات
				294	64587,54	المجموع

وقد أشارت نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (30)، إلى عدم وجود فروق دلالة إحصائية بين استجابات ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد حول مستوى احتراقهم النفسي وفقا لمتغير سنوات الأقدمية، ذلك لان الدلالة الإحصائية (p) أكبر من مستوى الدلالة (a=0,05) $p > a$ ، ويتبين ذلك في قيمة (f) التالية:

- قيمة (f = 1,56)، وهي غير دالة لأن $[a=0,05) > (p=0,19)$ ، وقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة، وبالتالي نرفض الفرض البديل (H1) ونقبل الفرض الصفري (H0) الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثالثة:

توقعنا فيها وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل ومستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ولاختبار هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على معامل الارتباط البسيط بيرسن (Pearson) الذي يسمح بالتعرف على نوع وطبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري هذه الدراسة (جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي)، كما هو موضح في الجدول رقم (31):

الجدول رقم (31): معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين جودة الحياة في العمل والاحترق النفسي.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	معامل الارتباط (Pearson)	عدد أفراد العينة	متغيري الدراسة
دال	0,000	0,01	-0,338**	295	جودة الحياة في العمل
					الاحترق النفسي

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (31) أن قيمة معامل الارتباط (Pearson) دالة عند مستوى الدلالة أو الخطأ ($a= 0,01$)، لان الدلالة الإحصائية (p) أصغر من مستوى الدلالة ($a=0,01$) ، مما يدل بكل وضوح إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين متغيري جودة الحياة في العمل ومستوى الاحترق النفسي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ويتضح ذلك من خلال قيمة (r) التالية:

- قيمة ($r = -0,338^{**}$) وهي دالة لان [$a=0,01$) < ($p=0,000$)]، وبالتالي فهذه النتائج قد جاءت موافقة لتوقعاتنا السابقة والتي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل ومستوى الاحترق النفسي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

1.3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توقعنا فيها وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ولاختبار هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على معامل الارتباط البسيط بيرسن (Pearson) الذي يسمح بالتعرف على نوع وطبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري هذه الدراسة (جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي)، كما هو موضح في الجدول رقم (32):

الجدول رقم (32): معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	معامل الارتباط (Pearson)	عدد أفراد العينة	متغيري الدراسة
دال	0,000	0,01	-0,444**	295	جودة الحياة في العمل بعد الإجهاد الانفعالي

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (32) أن قيمة معامل الارتباط (Pearson) دالة عند مستوى الدلالة أو الخطأ ($a= 0,01$)، لان الدلالة الإحصائية (p) أصغر من مستوى الدلالة ($a= 0,01$)، مما يدل بكل وضوح إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ويتضح ذلك من خلال قيمة (r) التالية:

- قيمة ($r = -0,444^{**}$) وهي دالة لان [$a= 0,01$) < ($p= 0,000$)]، وبالتالي فهذه النتائج قد جاءت مطابقة لتوقعاتنا السابقة والتي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

2.3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توقعنا فيها وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ولاختبار هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على معامل الارتباط البسيط بيرسن (Pearson) الذي يسمح بالتعرف على نوع وطبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري هذه الدراسة (جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر)، كما هو موضح في الجدول رقم (33):

الجدول رقم (33): معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين جودة الحياة في العمل وبعد تبليد المشاعر.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	معامل الارتباط (Pearson)	عدد أفراد العينة	متغيري الدراسة
دال	0,000	0,01	-0,236**	295	جودة الحياة في العمل بعد تبليد المشاعر

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (33) أن قيمة معامل الارتباط (Pearson) دالة عند مستوى الدلالة أو الخطأ ($a= 0,01$)، لان الدلالة الإحصائية (p) أصغر من مستوى الدلالة ($a= 0,01$)، مما يدل بكل وضوح إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبليد المشاعر لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ويتضح ذلك من خلال قيمة (r) التالية:

- قيمة ($r = -0,236^{**}$) وهي دالة لان [$a= 0,01$) < ($p= 0,000$)]، وبالتالي فقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة والتي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبليد المشاعر لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

3.3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توقعنا فيها وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ولاختبار هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على معامل الارتباط البسيط بيرسن (Pearson) الذي يسمح بالتعرف على نوع وطبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري هذه الدراسة (جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي)، كما هو موضح في الجدول رقم (34):

الجدول رقم (34): معامل الارتباط بيرسن (Pearson) بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (a)	معامل الارتباط (Pearson)	عدد أفراد العينة	متغيري الدراسة
دال	0,008	0,01	0,155**	295	جودة الحياة في العمل بعد الشعور بالإنجاز الشخصي

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (34) أن قيمة معامل الارتباط (Pearson) دالة عند مستوى الدلالة أو الخطأ ($a= 0,01$)، لان الدلالة الإحصائية (p) أصغر من مستوى الدلالة ($a= 0,01$)، مما يدل بكل وضوح إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، ويتضح ذلك من خلال قيمة (r) التالية:

-قيمة (r = 0,155**) وهي دالة لان [$a= 0,01$] < [$p= 0,000$]، وعليه فقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة والتي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

الفصل السادس

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

1. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة الأولى:

وجود مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

لقد اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وقد جاءت هذه الأخيرة مخالفة لتوقعاتنا السابقة، إذ بإمكاننا أن نرجع هذا التباين في النتائج إلى جملة من الحثيات والأسباب التي من خلالها قد نوفق في إصابة التحليل المناسب لذلك.

ولكي نتمكن من تقديم التفسير الأنسب لهذه النتيجة علينا أولاً أن نتطرق إلى طبيعة الأبعاد المشكلة لجودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة هذه الدراسة كما هي موجودة في الواقع، إذ تمكنا من خلال مجريات دراستنا الأساسية تسجيل العديد من الملاحظات التي قد يمكننا الاستناد إليها في شرحنا للمستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، إذ نستهلها في البداية بظروف العمل الحقيقية وما يحتويه ذلك العمل في حد ذاته، والذي قد يكون له دخل في ما توصلنا إليه من نتائج في دراستنا الحالية، فمن خلال تعاملنا وتحليلنا الكمي والنقدي لإجابات أفراد عينة الدراسة الحالية التمسنا بعض النقائص على مستوى مكونات هذا البعد وعلى رأسها عدم توافر المعدات والتجهيزات اللازمة لأداء مهام التمريض بالكمية والنوعية المطلوبة، مما يزيد من مهام الممرض إلا صعوبة وضغطاً نظراً لعدم توفر كل المستلزمات الأساسية للعمل بالجودة أو الكمية التي تساعده، وهذا ما تم ملاحظته من طرف العديد من الباحثين في دراسات ميدانية مطبقة في القطاع الصحي، كما قد نصادف في بعض الأحيان نفس الوضعية داخل مؤسسات ذات طابع خاص والتي قد تعاني هي الأخرى من نقص في المعدات اللازمة أو تعقد إجراءات الحصول عليها في حال توفرها.

إضافة إلى ما سبق طرحه، فقد يمكننا أيضاً الاستناد في تفسيرنا لهذا المستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة دراستنا على العدد غير الكافي من الممرضين المزاولين لنشاطهم داخل المستشفى الجامعي ندير محمد والموزعين على مختلف مصالح هذا المستشفى، والذي قد يكون راجع إلى ترك العديد من الممرضين لمناصبهم نتيجة لما عايشوه من أوضاع صعبة خلال فترة (كوفيد-19)، إضافة إلى بلوغ الكثير منهم سن التقاعد، فالنقص في تعداد الممرضين بالمستشفى قد يشكل مصدراً من

مصادر العبء والارتباك في العمل، كما يمكننا الإشارة أيضا إلى التوزيع غير المنتظم لهؤلاء الممرضين على تلك المصالح الاستشفائية دون مراعاة المعايير الأساسية في ذلك كعدد المرضى المتواجدين في كل مصلحة ومدة الاستشفاء فيها، ورغم وجود عدد غير كافي من الممرضين في المستشفى إلا أن تشجيع إدارة المستشفى على العمل الجماعي واتسام العلاقة بين الممرضين بالود والتعاون يخفف من وطأة العبء والضغط الذي تشكله هذه الوضعية عليهم.

كما بإمكاننا كذلك أن نعزو المستوى المسجل من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة دراستنا الحالية إلى وجود بعض السلبيات والايجابيات في بيئة المستشفى والمرتبطة أساسا بضمان صحة وسلامة منتسبيها، وعلى رأسها توفير وسائل الوقاية الفردية والجماعية، فهذه الأخيرة حتى وإن توفرت فقد لا تكون بالكمية المطلوبة أو الجودة الكافية، وكم هي كثيرة الحالات التي يلجأ فيها الممرض إلى شرائها من مصروفه الخاص، وتبقى جائحة كورونا التي عايشناها أصدق مثال على ذلك في عز شح وسائل الوقاية والتي حتى إن توفرت فقد كانت لا تفي بالغرض أحيانا، إلى جانب هذه النقطة السلبية تمكننا من تسجيل تحسن ملحوظ في ما يخص ضمان نظافة المحيط الاستشفائي كقاعات العلاج ودورات المياه وغيرها من المرافق وهذا قد يكون راجع إلى الصرامة والمراقبة المستمرة من طرف المسؤولين.

أما فيما يخص بعد التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الأسرية أو التوأمة بينهما بشكل يحقق التوازن ولا يكون على حساب أي جهة (العمل أو الأسرة)، اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية أن المستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد قد يرجع كذلك إلى قدرة الممرض على التوفيق بين مجالي حياته، فالعلاقة التي تربط بين المجال المهني والمجال الأسري علاقة تكاملية، حيث لا يمكننا أبدا أن نتصور وجود رخاء نفسي ومعنوي لدى الممرض في منصب عمله وهو في نفس الوقت يعايش مشاكل عائلية والعكس صحيح، حيث سجلنا من خلال إجابات أفراد عينة دراستنا قلة المبادرات التي تتخذها إدارة المستشفى لتمكين الممرضين من التوفيق بين حياتهم المهنية والأسرية، فهي لا تضع تحت تصرفهم كل التسهيلات والإمكانيات التي يحتاجون إليها من أجل تحقيق التوازن بين هاذين المجالين ولا تراعي ظروفهم بالشكل الذي قد يساعدهم على تحقيق ذلك، وهذا ما قد يشكل عليهم ضغطا نفسيا بسبب عجزهم على تأدية أدوارهم الخاصة بمجال حياتهم الأسرية بالشكل المرغوب فيه نتيجة عدم توافر الظروف المناسبة لذلك، حيث أشار كل من (Greenhaus & Beutell 1985) في ذات السياق أن العجز أو الإخفاق في التوفيق بين الأدوار الواجبة على الفرد تأديتها (الأدوار المهنية

والأدوار الأسرية) يؤدي إلى بروز صراع بين الدورين، وأن التأثير بين مجالي الحياة تأثير متبادل (تأثير المجال المهني على المجال الشخصي، وتأثير المجال الشخصي على المجال المهني)، كما قاموا كذلك بتحديد الأشكال الثلاث التي يمكن لهذا الصراع أن يتخذها، فالشكل الأول يتمثل في صراع قائم على الوقت ويشير إلى عجز الفرد في الحصول على توزيع مثالي لوقته بين مجالي حياته، في حين يتمثل الشكل الثاني في صراع قائم على الطاقة أو الجهد ويشير إلى استهلاك الفرد لكميات كبيرة من الطاقة في أداء عمله كقيامه بمهام مجهددة بدنيا أو ذهنيا أو في تعويضه لساعات إضافية، مما يؤدي إلى استنفاد طاقته بشكل يؤثر على دوره الطبيعي في حياته الأسرية، بينما يتمثل الشكل الثالث في صراع قائم على السلوك ويشير إلى اكتساب الفرد سلوكيات متناقضة مع مجال حياته الأسري من خلال احتكاكه اليومي بالعمل، كأن ينقل سلوكا عدوانيا مكتسبا في العمل ويتصرف بنفس الطريقة اتجاه أفراد عائلته (Rhima & al, 2014).

وبالاستناد إلى بعد الأجور والمكافآت في تفسير ما توصلنا إليه من نتائج، فقد لاحظنا من خلال إجابات أفراد عينة دراستنا أنها لا ترتقي إلى طموحاتهم وتوقعاتهم، وتبقى وفقا لهم غير كافية لتغطية احتياجاتهم اليومية خاصة مع تراجع القدرة الشرائية وتأزم الأوضاع الاقتصادية، ناهيك عن غموض اللوائح الإدارية المرتبطة بنظام الأجور والمكافآت وآليات منحها، فهذه الأمور قد تؤثر سلبا على الحالة المعنوية والنفسية للممرض وتفقد الحافز والدافع نحو العمل، كما يمكن أن تخلق لديه شعورا بعدم الأمن والاستقرار نتيجة تقاضيه لرواتب ومكافآت لا تعكس الجهود التي يبذلها ولا تثمن الدور والعمل الذي يقوم به، لذا فقد يكون لهذا الجانب أيضا دخل في المستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل المسجل لدى أفراد عينة دراستنا، حيث أشار Willis (2001) بخصوص هذا البعد أن الأجور تعد من العوامل الرئيسية التي تساهم في جذب الموارد البشرية والقدرة على الاحتفاظ بها، وأن التعويضات المادية تؤثر على سلوك العمال من خلال بناء اتجاهاتهم، بينما أضاف Mercer (2003) في ذات الصدد أن العمال يبقون منتمين إلى منظماتهم طالما وفرت لهم التعويضات المادية التي يترقبونها، وأنهم أكثر استعدادا لترك مناصبهم في حال ما لم ترقى هذه التعويضات لتوقعاتهم (Terera & Ngirande, 2014).

وفي سياق ما سبق ذكره، وبخصوص البعد المرتبط بالرضا عن المسار المهني للممرضين، فقد اتضح لنا من خلال إجاباتهم وجود نوع من التحفظ بخصوص الآفاق المستقبلية لمهنة التمريض والتي لا ترقى وفقا لهم إلى تطلعاتهم، إذ بوسعنا التكلم هنا عن طموحات الممرضين اتجاه تحسين مساهم

الوظيفي، سواء تعلق الأمر بأحقيتهم في المشاركة في الدوريات التكوينية القصيرة المدى منها والبعيدة المدى الهادفة إلى تحسين مستواهم وما يتبعها من فرص للترقية المتاحة داخل المستشفى، أو ما يقابلها كذلك من مزايا مادية ومعنوية، فمن خلال ما سجلناه حول هذه النقطة اتضح لنا رغبة هؤلاء المرضى في الحصول على فرص أكبر من خلال مراجعة معايير وآليات تحسين مساهم المهني، سواء من خلال زيادة فرص الترقية أو فتح المجال لهم وإعطائهم المزيد من المسؤوليات والصلاحيات بالشكل الذي يتماشى مع قدراتهم من جهة وتطلعاتهم من جهة أخرى، كما تمكننا أيضا من رصد بعض النقاط الإيجابية المرتبطة بوضوح الأدوار والرضا عن التكوين الذي تحصلوا عليه لأداء عملهم.

وتكملة لما سبق ذكره وفي إطار الحديث عن الأبعاد المؤثرة في مستوى جودة الحياة في العمل، فقد يمكننا الاستعانة كذلك بأهمية بعد المشاركة في اتخاذ القرارات بالنسبة للمرضين، والذي يبقى من أبرز طموحات وأهدافهم، فمن خلال إجابات أفراد عينة دراستنا تمكننا من رصد بعض السلبيات والإيجابيات التي قد يكون لها شأن في المستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل المسجل في دراستنا الحالية، حيث اتضح لنا قلّة المبادرات المتخذة من طرف إدارة المستشفى والمتعلقة بإشراك المرضى في وضع الخطط المتعلقة بتنظيم العمل وصناعة القرارات المرتبطة به أو مناقشة الإجراءات واللوائح الإدارية المتخذة، بينما التمسنا نوعا من الليونة لدى المشرفين على المرضى في مسألة منحهم حرية إبداء الرأي والسماح لهم باتخاذ بعض القرارات الخاصة بمحيط عملهم وليس كلها، وهذا ما يجعل نطاق تدخل المرضى محدودا ومسؤولياتهم منحصرة ومتعلقة على الإجراءات التمريضية التي يقومون بها فقط، ما قد يشكل عائقا أمام المرضى في تفجير طاقاتهم وإمكانياتهم في المبادرة والإبداع في العمل عوضا من جعله عنصرا فعالا في المنظومة الصحية، فكيف لا وإشراك المرضى في اتخاذ القرارات وحل المشكلات خطوة استباقية نحو تعزيز شعورهم بالأهمية والثقة والمكانة التي قد تنعكس على المستوى العام لجودة حياتهم المهنية.

ويشكل بدوره بعد العلاقات الاجتماعية في العمل عنصرا بارزا وجزءا مهما في الحياة المهنية للعامل، فقد تمكننا من خلال دراستنا الميدانية من جس نبض المرضى حول نوعية العلاقات الاجتماعية التي تربطهم ببقية أعضاء التنظيم الاجتماعي الذي هم جزء منه، وبالتالي سجلنا في هذا الجانب العديد من النقاط الإيجابية والسلبية التي قد تؤثر بشكل أو بآخر على المستوى العام لجودة الحياة في العمل بالنسبة للمرضين، فبخصوص العلاقة التي تربطهم بالأطباء العاملين معهم في نفس المصالح، فقد

لاحظنا أنها حسنة على العموم وأنهم يتعايشون في جو يسوده الاحترام المتبادل فيما بينهم، وهذا ما تم تسجيله أيضا على مستوى العلاقات السائدة بين الممرضين أنفسهم والتي اتسمت بأغلبيتها بالود، والتعاون، والاحترام المتبادل، فحسن تلك العلاقات بين الممرضين راجع إلى الاحتكاك المباشر والتفاعل المستمر والدائم بينهم ضمن محيط العمل المشترك، بالإضافة إلى القيم والمعايير الموحدة، ودوام العلاقات الاجتماعية الايجابية بين الممرضين لها تأثير ايجابي على مستوى رضاهم المهني، حيث تؤدي التفاعلات اليومية المبنية على الود والتعاون والتفاهم إلى الرفع من الروح المعنوية للممرض، وهذا دليل على الانسجام الموجود ما بين الممرضين، والى جانب ما سبق ذكره فقد سجلنا بالمقابل بعض الأمور السلبية المرتبطة بطبيعة العلاقة الموجودة بين الممرضين ورؤسائهم والتي اتسمت بنقص الثقة بين الطرفين فيما يخص مسائل العمل ومشكلاته، فقد يرجع هذا الأمر بطبيعة الحال إلى نوعية الأنماط الإشرافية المنتهجة من طرف المشرفين المباشرين والرؤساء في تسيير وتنظيم الشؤون المهنية والاجتماعية للممرضين والتي لا بد أن تبقى قائمة على مبدأي العدالة والإنصاف.

وانطلاقا مما سبق ذكره كسبيل لتعليل النتائج التي توصلنا إليها، يمكننا الإشارة إلى أن جودة الحياة في العمل لا يمكن بلوغها إلا عبر تحقيق العديد من العوامل والظروف الايجابية التي يرقى الممرضين الوصول إليها، فالانسجام الواضح والتوفيق بين الجوانب المادية والمعنوية لديهم يعد مفتاح وسر تحقيق مستوى راق من جودة الحياة في العمل، وهذا ما لم يتجلى من خلال نتائج دراستنا الحالية بسبب تسجيلنا لمستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، والذي لا يعود بالضرورة إلى الغياب شبه التام للعوامل والأبعاد المكونة لها، بل إلى عدم توفرها بالكمية والنوعية اللازمة لكي تكون في مستوى تطلعات هؤلاء الممرضين وتمكنهم من الاستقرار النفسي وتحقيق أعلى مستويات جودة الحياة الوظيفية.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية التي تناولت موضوع جودة الحياة في العمل لدى الممرضين، على غرار دراسة "سلام" (2022) والتي أسفرت عن وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى موظفي القطاع الشبه الطبي بمستشفى بومرداس، ودراسة "جلال وزقاوة" (2022) والتي انتهت هي الأخرى إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي بحبح في ولاية الجلفة، وهذا ما يتوافق كذلك مع نتائج دراسة "بوضياف وبوجلال" (2021) التي توصلت إلى وجود مستوى متوسط من جودة

الحياة في العمل لدى ممرضى المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، ودراسة "هريكش وحديد" (2020) التي سجلت ممارسة متوسطة من جودة حياة العمل بمستشفى محمد الصديق بين يحيى في جيجل، وتوصل (2020) Al Jabari من جهته إلى وجود نفس المستوى من الجودة لدى ممرضى وحدات الإنعاش بالمستشفيات الحكومية بغزة، تطابقاً مع نتائج (2019) Suleiman & al التي توصلت إلى وجود مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى ممرضى مصالح الاستعجال بالاردن، وفي نفس الاتجاه دائماً ولدى نفس الفئة المهنية أسفرت دراسة "تميش وآخرون" (2018) إلى وجود مستوى معتدل من جودة الحياة في العمل لدى السلك الطبي بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي بوههران، كما لا ننسى كذلك دراسة "قهيري وكسنة" (2018) التي سجلت هي أيضاً مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية في مستشفى الأم والطفل بالجلفة، وهذا ما يتوافق مع ما توصلت إليه دراسة "بن خالد عبد الكريم" (2017) من نتائج على موظفي القطاع الصحي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية أدرار، وفي دراسة أخرى أجراها "وادي" (2016) على العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار-عنابة انتهى هو الآخر إلى وجود مستوى متوسط من جودة حياة العمل.

أما فيما يخص الدراسات السابقة الأجنبية، فقد تم رصد العديد من الدراسات التي اتفقت نتائجها مع نتائج دراستنا الحالية، على غرار نتائج دراسة (2016) Borhani & al والتي أسفرت عن وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح المستشفى الجامعي كرمان بإيران، هذا إلى جانب دراسة (2016) Eren & Hisar والتي سجلت هي الأخرى مستوى متوسط من جودة الحياة الوظيفية لدى ممرضى المستشفى الجامعي بأنقرة في تركيا، ناهيك عن دراسة (2015) Jaafarpour & Al التي أشارت هي الأخرى إلى وجود نفس المستوى من الجودة لدى ممرضى مستشفى أصفهان للعلوم الطبية، وفي نفس القطاع دائماً توصلت دراسة (2014) Moradi & Al إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أغلبية الممرضين العاملين بمستشفى كاشانس بإيران بنسبة بلغت 60%، وهذا ما يتطابق مع نتائج دراسة كل من (2011) Nayeri & Noghabi لدى ممرضى مستشفى طهران بإيران بنسبة قدرت بـ 61,4%، وكذا دراسة (2007) Sale & Smoke على موظفي القطاع الصحي بكندا والتي انتهت إلى وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة.

ومن جهة أخرى اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة التي اهتمت بنفس الموضوع، من أبرزها نتائج دراسة "قريوة" (2021) التي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة في العمل لدى عمال العيادة المتعددة الخدمات بأب الطوب في سكيكة، وكذا دراسة Saygili & al (2020) التي أسفرت نتائجها عن وجود مستويات جيدة من جودة الحياة في العمل لدى موظفي القطاع الصحي في المستشفى العمومي بأنقرة عاصمة تركيا، في حين سجلت نتائج دراسة Kadourah (2018) مستويات منخفضة من جودة الحياة في العمل لدى ممرضين مركزين استشفائيين بمدينة الرياض، وهذا ما يتطابق مع نتائج دراسة Almalki & al (2012) التي توصلت هي الأخرى إلى عدم رضا الممرضين العاملين بمنطقة جازان عن مستوى جودة حياتهم المهنية، أما دراسة Schmidt & Al (2013) لدى ممرضين وحدة العناية المكثفة للمستشفى الجامعي لوندرينا بالبرازيل فقد أشارت إلى أن أغلبية الممرضين العاملين في هذا المستشفى راضين عن مستوى جودة حياتهم المهنية.

ولعل الأسباب المفسرة لهذا الاختلاف الموجود بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج هذه الدراسات السابقة المهتمة بموضوع جودة الحياة في العمل راجع إلى جملة من الاعتبارات والحتميات، وعليه فإننا سنركز في هذا المقترح على جملة من التفسيرات، فقد يكون سبب هذا التباين في النتائج راجع لاعتبارات منهجية على غرار اختلاف حجم العينات من دراسات لأخرى، أو إلى اختلاف الخصائص الاجتماعية والثقافية وحتى الاقتصادية والسياسية لتلك العينات التي تمثل بطبيعة الحال مرآة عاكسة لما هو سائد في تلك المجتمعات من قيم وعادات وتقاليد ومستويات ثقافية، فقد يكون ما هو مقبول في بيئة العمل المحلية مرفوضا في بيئات متقدمة تقدر قيمة العمل ومكانة اليد العاملة، فتسهر على تسهيل كل الإجراءات المتعلقة بالسير الحسن للعمل سواء تعلق الأمر بالجانب التنظيمي، التقني أو البشري، ولعل النهضة التي شهدتها تلك المجتمعات المتقدمة فيما يتعلق بترقية وتحسين الحياة المهنية جودة دليل قاطع على أهمية هذه الأخيرة في تطوير المؤسسات وتحسين الخدمات وتغطية الحاجات التي تنعكس في الأخير ايجابيا على طرفي معادلة العمل (المؤسسة واليد العاملة).

كما يمكن لنا أيضا إرجاع هذا التباين من جهة أخرى إلى الاختلاف الموجود بين الفلسفات الإدارية المنتهجة في الإدارة والتسيير من بيئة لأخرى، فالمستويات المرتفعة من جودة الحياة في العمل قد تعود للاهتمام الكبير الذي أصبحت تحظى به الموارد البشرية في البلدان المتقدمة في السنوات الأخيرة والجهود والاستثمارات المتواصلة في مجال البحث لإيجاد أنسب الطرق والحلول للتوفيق بين إشباع حاجات تلك

الموارد من جهة وتحقيق الأهداف التنظيمية للمؤسسات من جهة أخرى، خاصة المنظمات الصحية التي تعتبر من القطاعات الحساسة والتي تحتاج إلى عناية خاصة واهتمام أكبر، أما عن المستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل والمسجل أساسا في البلدان العربية فقد يعود إلى نقص الصرامة في تطبيق الإجراءات الإدارية اللازمة لجعل حياة موظفيها أكثر جودة وإلى الإهمال الناتج عن سوء التسيير، فتطبيق برامج جودة الحياة في العمل يحتاج إلى المتابعة والمراقبة من أجل التحقق من السير الحسن للإجراءات، في حين يمكن إرجاع المستوى المنخفض من جودة الحياة في العمل إلى الغياب شبه للإجراءات المطبقة في إطار تحسين وترقية جودة الحياة المهنية في بعض البلدان النامية، نظرا لعدم انتهاجها للسياسات المناسبة في التسيير والإدارة وعدم اهتمامها بمواردها البشرية بالقدر الكافي والأنسب.

1.1.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد تعزى إلى متغير الجنس.

لقد اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس، وقد جاءت هذه النتائج معارضة لتوقعاتنا السابقة التي أشرنا من خلالها إلى وجود فروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى جودة الحياة في العمل لديهم، وبالتالي يمكننا أن نرجع هذا الاختلاف في النتائج إلى جملة من الأسباب والاحتمالات التي يمكن أن نحصرها في جانبين، الجانب الأول المتعلق بتوافر نفس الظروف المهنية لكلا جنسي عينة دراستنا الحالية واشتغالهم تحت نفس الشروط، أما الجانب الثاني فهو مرتبط بتشكيلة تلك العينة في حد ذاتها.

وبالرجوع إلى الجانب الأول، فقد نجد أنه لتشابه ظروف العمل والبيئة المحيطة به والمساواة في معاملة الممرضين دون مراعاة نوع الجنس بما يضمن توفير فرص عادلة في كل لواحق العمل ومخرجاته دخل في تقارب إجابات الممرضين والممرضات فيما يخص مستوى جودة الحياة في العمل لديهم وعدم تسجيل فروق بينهم، وبعبارة أخرى ما يحضى به الذكور من واجبات وحقوق هو نفس القدر الموجود لدى الإناث، كأن نقول أن الجنسين لما يبذلان نفس الجهد سيحصلان على نفس الراتب ونفس فرص الترقية، ويخضعان لنفس نمط الإشراف ويحصلان على نفس الصلاحيات والسلطة وغيرها من العناصر المشكلة لمبدأ العدالة الاجتماعية في العمل.

أما بخصوص الجانب الثاني والمتعلق بتشكيلة العينة الحالية، فهذا الأمر قد يكون له دخل من قريب أو من بعيد على الإجابات النهائية المتحصل عليها، حيث لو دققنا في خاصية الجنس لأفراد عينة دراستنا لوجدنا أن أغلبية عناصرها هم إناث (206 إناث مقابل 89 ذكور)، وهذه النقطة لم يتم تسجيلها فقط على مستوى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وإنما سجلت في العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع الحالي والعينة الحالية، أين لوحظ تفوقا واضحا لعدد الإناث على حساب عدد الذكور، ويبقى بطبيعة الحال تفسير الوجود النسوي في مهنة التمريض مرتبط بمميزات وخصائص هذه الأخيرة بما يتناسب مع ميول واستعدادات فئة الإناث، أما بخصوص غياب الفروق بين الذكور والإناث فيما يخص مستوى جودة الحياة في العمل فقد يكون مرهون بتفوق الأغلبية، وبالتالي فقد يكون للتفوق العددي للإناث تأثير واضح على ما توصلنا إليه من نتائج.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات العربية السابقة، على غرار دراسة "معوشه" (2022) على العاملين بقطاع الصحة في بعض المؤسسات الصحية والتي توصلت إلى غياب فروق حول مستوى جودة الحياة في العمل بين أفراد هذه العينة وفقا لمتغير الجنس، وكذا دراسة كل من "طويل واصبيرة" (2021) على مرضي مستشفى تشرين الجامعي التي أسفرت عن عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة في العمل تعزى إلى متغير الجنس، كما نجد نفس النتيجة في دراسة "حداد وآخرون" (2020) لدى الموظفين المنتمين إلى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية "قايس والديلة" تبعا لجنسهم، وفي نفس السياق دائما أشارت نتائج دراسة "لعجايلية" (2020) إلى غياب فروق في معوقات جودة الحياة في العمل لدى مرضي مصلحة الاستجالات الطبية بالمركز الاستشفائي الجامعي بعنابة وفقا لمتغير الجنس، وهذا ما سجلته كنتيجة دراسة "نميش وآخرون" (2018) على مرضي مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي في ولاية وهران حيث اكتشفوا غياب فروق بين أفراد عينة دراستهم وفقا لمتغير الجنس، دون أن ننسى أيضا دراسة "بن خالد عبد الكريم" (2017) والتي بدورها أسفرت عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى جودة الحياة في العمل لدى موظفي القطاع الصحي في المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية أدرار، وهذا ما توصلت إليه دراسة كل من "الهاشمي والعضايلية" (2017) هي الأخرى إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا نحو جودة الحياة الوظيفية في المستشفيات العسكرية التابعة لمنطقة الرياض تبعا لمتغير الجنس.

علاوة على لما سبق ذكره من دراسات سابقة لتدعيم تفسيرنا لنتائج هذه الفرضية، يمكننا كذلك الاستناد إلى دراسات سابقة أجريت في مجالات أخرى وعلى عينات تشترك مع عينة دراستنا الحالية باعتبار مهنة التمريض من المهن الخدماتية مثلها مثل مهنة التدريس، المحاماة، الحماية المدنية، الأمن وغيرها، ومسايرة لهذا الجانب يمكننا أن نستند في مناقشتنا إلى هذه الدراسات السابقة الأخرى التي اتفقت هي الأخرى في نتائجها مع نتائجنا الحالية، ففي مجال التربية والتعليم مثلا توصلت دراسة "بورزق وأم الخيوط" (2018) إلى عدم وجود فروق بين أساتذة التعليم الثانوي بولاية مستغانم في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الجنس، وهذا ما أشارت إليه أيضا دراسة "العمار والساسي" (2017) والتي بينت هي الأخرى غياب فروق تعزى إلى متغير الجنس بين أساتذة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة "حمة لخضر" بواد سوف في مستوى جودة الحياة في العمل لديهم، ولدى الأخصائيين الاجتماعيين أسفرت دراسة "الشويري" (2018) هي الأخرى عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى جودة الحياة في العمل بالمؤسسات التعليمية التابعة لمدينة بني سويف بجمهورية مصر، كما توصل من جهة أخرى "البربري" (2016) إلى نفس النتيجة لدى عمال شبكة الأقصى للإعلام والإنتاج الفني.

أما فيما يخص الدراسات السابقة الأجنبية التي جاءت مطابقة لنتائج دراستنا الحالية فهي قليلة على غرار دراسة (Moradi & al (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضي مستشفى كاشانس بإيران.

في حين تم رصد جملة من الدراسات السابقة التي خالفت نتائج دراستنا الحالية، على غرار دراسة (Al Jabari (2020) التي سجلت فروقا ذات دلالة إحصائية بين استجابات الممرضين العاملين بوحدات الإنعاش في المستشفيات الحكومية بغزة حول جودة حياتهم المهنية وفقا لمتغير الجنس ولصالح الممرضات، وكذلك دراسة "قهيري وكسنة" (2018) والتي توصلت إلى وجود اختلاف بين موظفي مستشفى الأم والطفل بولاية الجلفة حول جودة الحياة الوظيفية تبعا لمتغير الجنس، وفي نفس القطاع دائما أشار كل من "لونيس وفيلالي" (2019) إلى وجود فروق بين العاملين في قطاع التمريض حول مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

ولعل الأسباب المفسرة للتباين والاختلاف الموجود بين نتائج دراستنا الحالية ونتائج الدراسات السالفة الذكر بخصوص الفروق الموجودة بين الجنسين من حيث مستوى جودة الحياة في العمل، قد يكون راجع لجملة من الاعتبارات، فمن ضمن الأسباب التي يمكننا أن نستند إليها في تفسيرنا لهذا الاختلاف قد يكون

مرتبطة بخصائص مجتمعات البحث والتي تختلف بطبيعة الحال من دراسة لأخرى ومن بيئة اجتماعية لأخرى وهذا وفقا للميراث الثقافي والاجتماعي لمختلف المجتمعات التي كانت محل الدراسة.

2.1.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد تعزى إلى متغير الحالة العائلية.

وقد تبين لنا من خلال التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الحالية عدم وجود فروق دالة إحصائية بين استجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد حول مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لحالتهم العائلية سواء كان الفرد متزوجا أو أعزبا أو مطلقا وحتى أرملًا، وهذا ما جاء معارضا لتوقعاتنا السابقة، وغياب الفروق بين هذه الفئات يمكن إرجاعه إلى مجموعة من الأسباب والاحتمالات.

ففي المقام الأول عدم وجود فروق بين تلك الفئات الأربعة للحالة العائلية لا ربما هو دليل قاطع على تشابه وتطابق اتجاهات وإدراكات المرضين المنتسبين للمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو حول جودة الحياة الوظيفية السائدة في محيطهم المهني، سواء تعلق الأمر بمحتوى العمل وظروف تأديته، أو كيفية متابعة وتنمية مساره الوظيفي، أو نظام منح الأجور والمكافآت وغيرها من العلاوات، أو تعلق الأمر كذلك بطبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة في محيط العمل بين مختلف الأطراف الفاعلة فيه، دون أن ننسى أيضا المجال المتاح لهم في صنع القرارات المهنية واتخاذها وقدرتهم على تحقيق التوازن بين حياتهم المهنية والأسرية، وبناء عليه فمن الطبيعي أن تغيب تلك الفروق بين أفراد عينة الدراسة بخصوص مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لحالتهم العائلية، وخاصة بين فئتي المتزوجين والعزاب باعتبارهما الفئتين الأكثر تمثيلا في تركيبة العينة الحالية (56,6% متزوجين و40,7% عزاب)، ما دام أنه لا توجد اختلافات مهنية بينهما، فهذه النقطة جد ايجابية تسجل لصالح مسؤولي المستشفى في إرساء المبادئ الحقيقية والموضوعية لجودة الحياة في العمل ذات القيم الحديثة والمعاصرة المبنية على أسس المساواة والعدالة التنظيمية، إذ لا يمكن مثلا تفضيل فئة المتزوجين بمنحهم بعض الامتيازات أو التسهيلات في العمل قصد تمكينهم من التفرغ لمسؤولياتهم العائلية على غرار التقليل من ساعات العمل، الحصول على عطل ظرفية، أو الإعفاء من العمل بحجة أنهم أرباب عائلات ولديهم أطفال، وذلك على حساب زملائهم العزاب في العمل اللذين هم ضحية لمصطلح العزوبية، فالفرد العازب ليس في نظرنا ذلك

الشخص المنقرغ الذي لا تربطه أي علاقة أو أي مسؤولية اجتماعية خارج إطار عمله، بل هذه النظرة النمطية السلبية فيها الكثير من الظلم الاجتماعي والمهني لتلك الفئة وهي خالية من الفكر الإنساني.

وتكلمة لما سبق، فالأفراد غير المرتبطين (العزاب) هم الأكثر حرصا في الحفاظ على ديمومة علاقاتهم الاجتماعية سواء مع الأصدقاء أو مع الأقارب مقارنة بأقرانهم المتزوجين الذين هم أكثر عزلة وأكثر اهتماما وتركيزا على أسرهم، مما يجعل حياتهم أكثر روتينية ومرتبطة بحلقتين لا أكثر وهي الأسرة والعمل، في حين تتعدد علاقات وارتباطات الفرد العازب وتفرض عليه استهلاك المزيد من الوقت والجهد.

بالإضافة إلى ما سبق طرحه من تأويلات فيما يخص فكرة مواثمة الحياة المهنية بما تشمله من أبعاد مع فئة العزاب بالقدر الذي تتناسب فيه مع فئة المتزوجين، الذين حتى وان افترضنا بأنهم قد يبدوون بعض التحفظات أو التوجهات السلبية اتجاه مستوى جودة حياتهم المهنية، إلا أنهم قد يتحصلون مقارنة مع زملائهم العزاب على نوع من المساندة والدعم الاجتماعي المتوفر داخل حياتهم الأسرية، فالأسرة بمثابة السند والداعم الحقيقي في مواجهته قسوة ظروف العمل وسوء تنظيمه، زد على ذلك قد يعتبر تكوين الأسرة وامتلاكها إرغاما حقيقيا ودافعا لاستمرارية الفرد في مزاولة عمله حتى وان كانت لديه اتجاهات سلبية نحو ذلك العمل، عكس الفرد العازب الذي قد تكون لديه عدة بدائل متاحة لتعديل وتغيير مساره المهني نحو ما هو أفضل وأحسن منه، فاستنتاجا مما سبق ذكره يمكننا القول أن سعي واهتمام المستشفى بكل الفئات الاجتماعية للمرضيين دون إقصاء أو تفضيل من خلال توفير نفس الظروف ونفس الحقوق والمطالبة بنفس الواجبات، قد تكون من بين الأمور التي جعلت من اتجاهات المرضيين مهما كانت وضعيتهم الاجتماعية تتناسق وتتسجم بخصوص إدراكهم ووجهة نظرهم حول مستوى جودة الحياة المهنية السائدة في المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

ناهيك كذلك عن طموحات مختلف المرضيين مهما كانت حالتهم العائلية والتي تصب كلها نحو اتجاه موحد ومشترك ألا وهو تحسين وتجويد حياتهم المهنية والمضي نحو الأفضل، وبما أنهم بطبيعة الحال يعيشون في نفس البيئة الاجتماعية ويؤدون نشاطاتهم المهنية ضمن محيط مشترك، فالأمور التي تؤثر على إدراك واتجاهات فئة ما سواء بالسلب أو بالإيجاب قد تؤثر على فئة أخرى.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية منها، على غرار دراسة "معوشة" (2022) التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين استجابات عمال قطاع الصحة

ببعض المؤسسات الصحية حول مستوى جودة حياتهم المهنية وفقا لحالاتهم الاجتماعية، كما توصل بدورهما أيضا كل من "حيرش وهزشي" (2022) إلى غياب فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الوظيفية لدى العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالادريسية تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي، ولدى مرضي وحدات الإنعاش بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة توصل Al jabari (2020) إلى انعدام فروق تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية بين هؤلاء المرضى حول مستوى جودة الحياة في العمل، دون أن ننسى دراسة (Suleiman & al (2019) والتي انتهت هي الأخرى إلى غياب فروق بين مرضي مصالح الاستجالات بالأردن حول مستوى جودة الحياة في العمل تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، وهذا ما توصل إليه أيضا "نميش وآخرون" (2018) في دراستهم لدى السلك الطبي بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران، علاوة عن نتائج دراسة (Moradi (2014 على مرضي مستشفى كاشانس بإيران والتي أسفرت هي الأخرى عن غياب فروق في تقديرات أفراد العينة حول مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية، وهذا ما يتطابق أيضا مع نتائج دراسة (Boonrod (2009 لدى المرضى الممارسين في مستشفى "فرامونج كوتكلو" بتايلاندا.

3.1.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

من خلال وقوفنا على نتائج دراستنا الحالية فيما يخص هذه الفرضية، اتضح لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير سنوات الأقدمية، وبطبيعة الحال فهذه النتائج قد جاءت مخالفة لتوقعاتنا السابقة، وبالتالي يمكننا أن نرجع هذا الاختلاف على مستوى النتائج النهائية إلى جملة من الاحتمالات والأسباب.

ففي المقام الأول غياب الفروق بين أفراد عينة الدراسة ربما هو دليل من الدلائل الموضوعية على عدم وجود اختلافات حول الأبعاد المكونة لجودة الحياة في العمل داخل المستشفى، وعندما نتحدث عن تطابق الرؤى أو الاتجاهات حول تلك الأبعاد من منظور عدد سنوات العمل في المهنة، فذلك قد يعني وجود نوع من القبول أو التكيف لدى أفراد العينة الحالية مع ما هو سائد في بيئة العمل من تلك الأبعاد سواء تعلق الأمر بظروف العمل وما يحتويه، أو كيفية متابعة وتسيير المسارات الوظيفية للموارد البشرية عامة وفئة المرضى خاصة، أو الجانب المتعلق بنظام منح الأجور وتسديدها بما يتوافق مع التطلعات

الاجتماعية والاقتصادية لتلك الفئة، والآليات العملية والحقيقية المنتهجة في منح المكافآت والعلاوات التي يجب أن تتم وفقا لمبدأ العدالة الاجتماعية بين الأفراد، أو نمط العلاقات الاجتماعية السائد في مكان العمل سواء بين الممرضين أنفسهم، أو بينهم وبين المسؤولين، وكذلك المجال المتاح للمشاركة في صنع القرارات المهنية واتخاذها، من دون أن ننسى مدى قدرة الممرضين على الموازنة بين حياتهم المهنية والأسرية بما يضمن لهم درجة من الشعور بالراحة والرفاهية.

وزيادة على الأبعاد التي أشرنا إليها في سبيل تحليل غياب التباين في مستوى جودة الحياة في العمل بين الممرضين المنتسبين للمستشفى الجامعي ندير محمد وفقا لمتغير سنوات الاقدمية لديهم، فإنه قد يمكننا أن نرجح ذلك أيضا إلى إمكانية وجود دخل بطريقة قد تكون غير مباشرة لتركيبية العينة الحالية فيما يخص عدد سنوات الأقدمية، ومن خلال الإحصائيات الوصفية للعينة الحالية اتضح لنا أن أغلبية أفرادها ذوي سنوات أقدمية تقل عن 10 سنوات، وبطبيعة الحال فاستمرارية عمل هذه الفئة في ظل متغيرات مهنية متشابهة وروتينية من شأنه أن يخلق أو يولد انطبعا مشتركا وموحدا بين أفراد تلك الفئة فيما يخص الحكم على نوعية حياتهم المهنية سواء كان ذلك قبولا أو رفضا، بل قد يمتد إلى بقية الفئات الأخرى ذات التمثيل النسبي المنخفض في تركيبية العينة.

كما يمكن لنا أيضا إرجاع هذا الغياب في الفروق إلى تأثير أحكام وأفكار الممرضين الجدد بآراء واتجاهات الممرضين ذوي الأقدمية في مهنة التمريض حتى ولو كان تمثيل هذه الفئة الأخيرة في العينة قليل، كونهم جماعة مرجعية يتفاعل ويحتك معهم الممرضون الجدد بشكل دائم ومباشر ضمن بيئة مشتركة ويستندون إليهم لاكتساب المزيد من الخبرة والحنكة في مجال التمريض، وبالتالي فالصورة والأفكار التي ينقلونها إلى الممرضين الجدد سواء الايجابية منها أو السلبية قد تكون سببا من أسباب غياب الفروق واشتراك الممرضين في إدراكهم لجودة الحياة السائدة في المحيط الإستشفائي.

وقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية، على غرار دراسة (Al Jabari (2020 التي أشارت إلى عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضين وحدات الإنعاش بالمستشفيات الحكومية في قطاع غزة تعزى إلى متغير الخبرة المهنية، وكذا دراسة "تميش وآخرون" (2018) والتي أسفرت هي الأخرى عن غياب فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الوظيفية لدى السلك الطبي بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية وهران وفقا لمتغير الأقدمية، ولدى الأخصائيين الاجتماعيين توصلت دراسة "الشوبري" (2018)

هي الأخرى إلى عدم وجود فروق بين أفراد عينة دراستها وفقا لعدد سنوات الخبرة، وبالمقابل أشار "البريري" (2016) هو الآخر إلى غياب فروق في استجابات العاملين في شبكة الأقصى للإعلام والإنتاج الفني في استجاباتهم حول جودة الحياة الوظيفية وفقا لسنوات خبرتهم في المؤسسة، وهذا ما توصلت إليه كذلك دراسة (Boonrod 2009) هي الأخرى لدى الممرضين الممارسين في مستشفى فرامونج كوتكلاو بتايلاندا.

في حين اختلفت نتائج دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، حيث أشارت دراسة "حيرش وهزشي" (2022) إلى وجود فروق حول مستوى جودة الحياة في العمل بين العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالادريسية تبعا لخبرتهم الوظيفية وهذا لصالح الفئتين (5-10 سنوات) و(10-15 سنة)، وكذا دراسة "حداد وآخرون" (2020) على العاملين من أطباء وشبه طبيين ومهنيين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية قايس والديبيلة والتي توصلت هي الأخرى إلى وجود فروق بين هؤلاء العمال حول مستوى جودة الحياة في العمل لديهم وفقا لمتغير الخبرة المهنية، وفي نفس الاتجاه دائما أسفرت دراسة كل من "قهيري وكسنة" (2018) عن وجود اختلافات بين استجابات موظفي مستشفى الأم والطفل بالجلفة حول مستوى توافر أبعاد جودة الحياة الوظيفية لديهم وفقا لخبرتهم المهنية لصالح الفئة الأكثر من 15 سنة خبرة، وفي قطاع التعليم العالي توصلت كذلك دراسة كل من "عمار والساسي" (2017) إلى وجود فروق في مستوى جودة الحياة الوظيفية بين أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة الشهيد "حمة لخضر" بمدينة الوادي تعزى إلى متغير عدد سنوات الخدمة.

أما بخصوص نتائج الدراسات السابقة الأجنبية التي تعارضت بدورها مع نتائج دراستنا الحالية فهي قليلة، على غرار دراسة (Faizin & al 2020) والتي توصلت إلى وجود فروق بين استجابات ممرضي مستشفى لامونغان محمدي بأندونيسيا حول مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الخبرة المهنية، وكذا دراسة (Moradi & al 2014) التي أشارت هي الأخرى عن وجود اختلافات بين ممرضي مستشفى كاشانس بإيران حول مستوى جودة الحياة في العمل تبعا لخبرتهم المهنية.

2.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة الثانية:

وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى مرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

لقد اتضح لنا من خلال نتائج الدراسة الحالية وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى مرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، والتي جاءت مطابقة لتوقعاتنا السابقة، وذلك ما تم استنتاجه من خلال المعادلة المفسرة لمستويات الاحتراق النفسي، أي حتى نحكم على وجود مستوى مرتفع من ذلك الاحتراق فيجب بالضرورة وجود مستويات مرتفعة في كل من بعد الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر مقابل مستوى منخفض في بعد الشعور بالانجاز الشخصي، وهو ما تم الوصول إليه فعلا من خلال المعالجة الإحصائية لإجابات أفراد عينة دراستنا فيما يخص هذه النقطة، وبما أن الأمر فقد يمكننا أن نرجع هذه النتائج إلى عدد من الاحتمالات والأسباب.

إذ يمكننا في المقام الأول أن نربط ما توصلنا إليه من نتائج بمجموعة من المتغيرات التنظيمية والتقنية المتعلقة بالعمل في حد ذاته، على غرار ظروف تأدية مهنة التمريض وما يحتويه محيطها من إمكانيات تلعب دورا بارزا في تسهيل مهام الممرضين إن وجدت بطبيعة الحال بالعدة والجودة المطلوبتان، حيث التمسنا من خلال زيارتنا الميدانية المتكررة إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وجود نقص معتبرا في المعدات والتجهيزات الضرورية لتأدية مهام التمريض مما يصعب ويعقد من مأمورية الطاقم الشبه الطبي، خاصة في الحالات المستعجلة والخطيرة التي قد تكون مصيرية بالنسبة للمرضى، فمثل هذه الوضعيات الحرجة يمكنها أن تشكل مصادرا ضاغطة ومقلقة في العمل، خصوصا عند غياب الإمكانيات اللازمة في حوزة الممرض لتقديم الخدمات الصحية على أكمل وجه، فحالة عدم التوافق ما بين ما هو مطلوب وما هو متوفر من إمكانيات وموارد بين أيدي الممرضين تؤدي بهم إلى الارتباك في العمل والشعور بالعجز على مسايرة مجريات العمل والإخفاق في تحقيق ما هو مطلوب منهم، فوفقا لـ (Lazarus & Folkman (1984) فالضغط ناتج عن العلاقة الخاصة التي تربط بين الفرد ومحيطه المهني، والتي يقيّمها على أنها تفوق قدراته" (Sauvezon & al, 2018)، فبطبيعة الحال عندما تكون متطلبات المهنة مرتفعة والموارد التي تساعد على تأدية المهام المرتبطة بالمهنة غائبة أو موجودة بكمية وجود لا تسمح للفرد القيام بما هو منوط به، هذا قد يؤدي حتما إلى عدم التوافق وارتفاع مصادر الضغط بالشكل الذي يؤدي بالفرد إلى الانهيار والاستسلام.

وبالإضافة إلى ما سبق ذكره كسبيل لتعليل المستوى المرتفع من الاحتراق النفسي المسجل لدى أفراد عينة دراستنا، فقد تمكنا كذلك من خلال ملاحظتنا الميدانية رصد عوامل أخرى قد يكون لها دخل في ما توصلنا إليه من نتائج، إذ يمكننا اعتبار القدرة الاستيعابية للمستشفى من مصادر العبء المتعددة التي يعاني منها الممرضون ومن الدلائل الموضوعية على كمية العمل الواجب التعامل معها يوميا، فهذا الأمر راجع بالدرجة الأولى إلى كثافة سكان ولاية تيزي وزو ومختلف المناطق والقرى التابعة لها وإقبال أغليبتهم على المستشفى الجامعي ندير محمد، وهذا نظرا لغياب مؤسسات استشفائية مماثلة بتخصصات طبية متعددة في حدود منطقة تيزي وزو، فهذه المؤسسة الاستشفائية ذات القدرة الاستيعابية المحدودة لا يمكنها تغطية كل احتياجات سكان ولاية تيزي وزو من خدمات العناية الصحية، ضف على ذلك أيضا العدد الإجمالي للمرضيين المزاولين لنشاط التمريض في هذا المستشفى والذي لا يكفي لتغطية حاجاته وضمان استمرارية المداومات داخل مختلف مصالحتها، فهذا النقص في الموارد البشرية يضع الممرضين تحت ضغط كبير بسبب زيادة العبء الكمي للعمل وارتفاع وتيرته من خلال الإقبال على ساعات إضافية بشكل أكبر والمناوبات الليلية الضرورية لتغطية الخدمة التمريضية، فكل هذه الأمور من شأنها أن تشكل تحديات حقيقية للممرضين والتي قد تفوق في الكثير من الأحيان قدراتهم التحملية جسدية كانت أو ذهنية، مستنزفة في الوقت نفسه جل طاقاتهم ليرتب على إثرها حالات من الإجهاد البدني والانفعالي وشعورا بالعجز على تلبية متطلبات المهنة، وما قد يصاحبها من توترات انفعالية.

كما لا يمكن لنا كذلك غض النظر على طبيعة مهنة التمريض المصنفة ضمن الوظائف الخدماتية الإنسانية التي تهدف إلى تقديم العناية الصحية للمرضى والذي يجعل منها من أبرز المهن وأكثرها إفرازا للاحتراق النفسي والاضطرابات النفسية المختلفة، فهذه المهنة تفرض على شاغلها استثمارا كبيرا وتقانيا في العمل لان الخطأ في إطار الممارسة التمريضية غير مسموح به لما قد ينجر عنه من نتائج قد لا يحمد عقباها، وهذا الأمر يجعل من هذه المهنة مصدرا دائما ومستمر للضغط على عاتق الممرض، ضف على ذلك صعوبة التعامل مع الحالات المرضية المختلفة والاستجابة لمتطلباتها، كما يمكن كذلك الاستعانة في تفسيرنا بالعلاقة المباشرة بالمعاناة والموت أحيانا والتي تعد في حد ذاتها تحديا كبيرا للقدرات النفسية والانفعالية للممرضين، فوفقا لـ (Aloulou et al (2013) " توجد علاقة بين الاحتراق النفسي من جهة ومعاناة ومتطلبات المرضى من جهة أخرى، فالصعوبة التي يقابلها الممرضين الذين يواجهون حالات الوفاة بشكل متكرر تؤدي بهم إلى معاشة لحظات مؤلمة، فكلما كانوا قريبين من ضعف المرضى

ومعاناة عائلاتهم كلما أحسوا بقلق الفراق"، فوفاة المرضى أمر يؤدي بالمرضى للتساؤل حول الأهمية التي تكتسبها مهنته، وتزرع الشك في نفسيته حول أدائه المتمثل في تقديم العناية الصحية، مما يؤثر على تقييمه لذاته والذي يكون سلبيا في أغلب الأحيان، كما أن التعامل الروتيني مع هذا النوع من الوضعيات يستنزف من الطاقة الانفعالية للممرض تدريجيا وتشعره بالفشل وتأنيب الذات مما يجعله أكثر هشاشة وعرضة للاحتراق النفسي، وكاستجابة للمتطلبات الانفعالية الكبيرة لهذه المهنة يميل الممرض أكثر نحو الانسحاب العاطفي والانفعالي من خلال وضع المسافة مع المرضى وفقدان التعاطف اتجاههم والتعامل معهم بشكل جاف وبرودة أعصاب، وهذا السلوك لا يأتي بالصدفة وإنما هي إستراتيجية دفاعية يحمي بها الممرض نفسه من الاعتداءات الخارجية التي قد تمس بكيانه واستقراره النفسي.

وتعتبر العلاقات الاجتماعية كذلك من الخصائص الهامة التي تميز مهنة التمريض عن باقي المهن الأخرى، والتي قد يكون لها دخل في المستوى المرتفع من الاحتراق النفسي المسجل لدى أفراد عينة دراستنا، حيث يتوجب على الممرضين في إطار ممارستهم اليومية التفاعل مع عدد كبير من الأشخاص، سواء تعلق الأمر بالتواصل مع زملائهم في العمل أو المشرفين عليهم، أو العلاقات التي تربطهم سواء بالمرضى الذين يتكفلون بهم أو أقاربهم، فهذه العلاقات قد لا تكون في غالب الأحيان بالجيدة ولا يحول التواصل بينهم دون أن تكون توترات وحتى صراعات ناتجة عن الأدوار تارة أو لاعتبارات شخصية تارة أخرى، أو مع المشرفين كذلك والذين يستحوذون في بعض الأحيان على سلطة اتخاذ القرار وصناعته بشكل مفرط، بالإضافة إلى تبنيهم لأنماط إشرافية غير عادلة بعيدة كل البعد عن الاعتبارات المهنية في معاملتهم للممرضين، وهذه الأمور من شأنها أن تثير سخطهم وتفقدهم كل الثقة بإدارة المستشفى الذي يعملون فيه وحتى الشعور بالانتماء الذي يعد مولدا للحوافز والفعالية في العمل، حيث أشار Lin & Al (2009) حول هذه النقطة أن العوامل المرتبطة بمحيط العمل كالعلاقات السائدة بين الممرضين وزملائهم ومع المشرفين عليهم تساهم في التخفيف من وطأة الاحتراق النفسي، وهذا دليل على أهمية العلاقات المهنية ودورها في توفير السند الاجتماعي والمهني للممرض، وأضاف من جهتها كل من Spooner (2007) Lane & Patton إلى أن الدعم الموفر من طرف المشرف له تأثير كبير على المستويات التي يسجلها الممرضون على بعدي تبلد المشاعر والشعور بالإنجاز الشخصي، فهذا الأمر يؤكد لنا أن العلاقات الاجتماعية والمهنية تلعب دورا وقائيا من الأخطار النفسية الاجتماعية.

كما لا يمكن أيضا غض النظر عن العلاقات التي تربط الممرضين بالمرضى وتفاعل الدائم والمستمر معهم والذي قد يكون كذلك مصدرا من مصادر الضغط والتوتر والقلق في العمل، إذ أن الحالات الصحية المختلفة التي تميز المرضى عن بعضهم البعض يصطحبها أحيانا مزاجا خاصا وسلوكيات عدوانية يصعب على الممرضين التعامل معها ويدفعهم إلى اجتناب التفاعل معهم، ناهيك أيضا عن سوء المعاملة والسلوكيات الصادرة عن أقارب هؤلاء المرضى وما قد يصطحبها كذلك من عنف سواء تعلق الأمر بالعنف اللفظي أو حتى العنف الجسدي في بعض الأحيان، فهذه العوامل مجتمعة قد تهدد الاستقرار النفسي للممرضين ويدفعهم إلى الانسحاب النفسي وتكوين اتجاهات سلبية نحو العمل بشكل عام والأشخاص الذين يتعاملون معهم بشكل خاص، وتجعلهم يتعاملون مع المرضى ببلاهة وبرودة أعصاب وسخرية وكأنهم مجرد أشياء.

كما يمكن لنا كذلك الاستناد في تفسير نتائج دراستنا الحالية إلى الحيز المتاح للممرضين في صناعة واتخاذ القرارات المرتبطة بمجال عملهم، فوفقا لملاحظاتنا الميدانية سجلنا نوعا من المركزية في صناعة القرارات وعدم إشراك الممرضين فيها رغما من تمتعهم بنوع من الحرية في القرارات الخاصة بتأدية مهامهم، ما يجعل منهم مجرد منفذين للأوامر، وبطبيعة الحال فهذه الوضعية المهنية قد يعيقهم في تكوين هويتهم المهنية وإثبات ذاتهم وتعزيز شعورهم بالتحكم في محيطهم، وهذا السلوك الإداري ناتج في أغلبية الأحيان من اعتقاد المسؤولين أن الاستجابة للأفكار المطروحة من طرف هؤلاء الممرضين سيؤدي إلى التقليل من قوتهم وصلاحياتهم التنظيمية، حيث أشار (Fox & al, 1993) في هذا السياق "أن منح الممرضين القدرة على اتخاذ القرارات المرتبطة بالعناية المقدمة للمرضى يسمح بالتقليل من الآثار السلبية لعبء العمل" (Stordeur & al, 1999)، حيث يؤدي القدر المتاح من الحرية في التصرف واتخاذ القرارات المرتبطة بالعمل إلى شعور الممرضين بالمزيد من القدرة والقيمة في العمل والعكس صحيح، وقد أشار (Karasek, 1979) إلى هذه النقطة في وقت سابق معتبرا أن الضغط في العمل وآثاره السلبية على الصحة الجسدية والنفسية ليس نتاج لمحيط العمل فحسب، وإنما للآثار المزدوجة لمتطلبات العمل من جهة والحرية التي يحظى بها العامل في اتخاذ القرارات عند مواجهته لهذه المتطلبات من جهة آخر (Truchot, 2004).

زد على ذلك عدم توفير الإمكانيات والتسهيلات المناسبة للممرضين لتمكينهم من الموازنة بين حياتهم داخل العمل وخارجه قد يكون له دخل كذلك فيما توصلنا إليه من نتائج، وبطبيعة الحال فنمط العمل

داخل المستشفى والظروف السائدة فيه لا تسمح لهم في بعض الأحيان بالحصول على توزيع مثالي لأوقاتهم بين مجالي حياتهم، إذ تؤدي الأعباء المهنية المرتبطة بمهامهم وساعات العمل الطويلة والمداومات وغيرها من الظروف إلى استنفاد طاقاتهم بشكل يعيق تأدية أدوارهم المرتبطة بحياتهم الشخصية، فمسألة التوفيق بين المجال الشخصي والمجال المهني للممرض أمر تنظيمي محض يدخل ضمن المسؤوليات الاجتماعية للمسؤولين اتجاه موظفيهم، فالإجراءات التي تتخذها المنظمات في إطار التوفيق بين مجالي الحياة المهني والأسري هي بمثابة موارد يعتمد عليها الموظفون ويستعينون بها لتحقيق أهدافهم من جهة، والتخفيف من حدة الضغوط التي تفرضها مهامهم من جهة أخرى، حيث أشار كل من Bakker et Demerouti (2007) في نموذجهما إلى أن متطلبات المهنة قد تكون مصدرا للضغط والآثار السلبية على الصحة النفسية في حال غياب الموارد المادية والنفسية والاجتماعية والتنظيمية التي تساهم في بلوغ الأهداف التنظيمية وتساعد في التخفيف من عبء المتطلبات الوظيفية وآثارها (Boulet & Le Bourdais, 2016).

وقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج العديد من الدراسات العربية السابقة التي تناولت ظاهرة الاحتراق النفسي، على غرار دراسة "شريف والعزب" (2022) والتي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي لدى ممرضات المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة صنعاء، ودراسة "الكويح" (2021) والتي أسفرت عن معاناة ممرضات مصلحتي المسرة وصرمان الكبرى بمدينة صرمان من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي، وفي نفس السياق دائما كشفت نتائج دراسة "سليمانى وودة" (2020) على الممرضات العاملات بالمنوبة الليلية بمصلحة الاستجالات الطبية والجراحية بالوادي عن وجود مستوى عال من الاحتراق النفسي لدى هذه العينة، وهذا ما تم رصده أيضا من نتائج من طرف كل من "موفق وطالب" (2020) لدى عينة من الأطباء المختصين في التخدير والإنعاش بولاية عين تيموشنت، وفي نفس الاتجاه دائما توصل كل من "بخوش وباتشو" (2019) إلى وجود مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي لدى ممرضات المؤسسة الاستشفائية بعين الفكرون، كما تم تسجيل مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي كذلك لدى ممرضات مصلحة الاستجالات الطبية والجراحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية (باب الواد، بني مسوس، مصطفى باشا) من طرف الباحثة "بومعالي" (2019)، وفي القطاع نفسه كشفت كذلك نتائج دراسة كل من "الجندي والحلاق" (2017) عن معاناة ممرضات وحدة العناية المكثفة في مستشفيات مدينة الخليل من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي، وهذا ما تم رصده كذلك في دراسة "حلي وخلفان" (2016) على عينة مكونة من أطباء وممرضات يشتغلون بالمستشفى الجامعي

ندير محمد بولاية تيزي وزو، إضافة الى نتائج دراسة "ميهوبي" (2013) على مرضي بعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة والذين يعانون هم أيضا من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

ومن جهة أخرى اختلفت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، على غرار دراسة (2020) Saygili والتي توصل من خلالها إلى وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى موظفي القطاع الصحي في المستشفى العمومي بأنقرة-تركيا، وكذا دراسة (2015) Jaafarpour التي أسفرت عن وجود مستويات متوسطة من الاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى أصفهان للعلوم الطبية، وفي نفس القطاع دائما توصل (2009) Lin & al إلى وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى مرضي مستشفى بكين الجامعي، وهذا ما يتوافق مع النتائج المسجلة في المستشفيات العمومية جنوب شرق كوينزلاند بأستراليا أين اكتشفت كل من Spooner-Lane & Patton (2007) أن الممرضين العاملين في هذه المستشفيات لديهم مستويات متوسطة من الاحتراق النفسي، وهذا ما تم رصده أيضا من طرف (1999) Stordeur & al في دراستهم على مرضي ومعالجي إحدى المستشفيات الجامعية ببلجيكا، أما في الجهة المقابلة فقد اكتشف (2013) Schmidt وجود مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى مرضي وحدة العناية المكثفة بمستشفى لوندرينا الجامعي بالبرازيل، وأسفرت نتائج دراسة (2008) Argentero هي الأخرى عن معاناة الأطباء والممرضين العاملين بمصلحة تصفية الدماء بعشرة مراكز صحية شمال إيطاليا من مستويات منخفضة من الاحتراق النفسي، وهذا ما لا يتوافق مع نتائج دراسة (2007) Kent على الممرضين العاملين في منطقة فيكتوريا بأستراليا والتي أسفرت عن معاناتهم من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

وقد يمكننا إرجاع هذا الاختلاف الموجود بين الدراسات السابقة فيما يخص النتائج التي تم تسجيلها بخصوص مستويات الاحتراق النفسي إلى جملة من الأسباب والاعتبارات، فقد يكون هذا الاختلاف راجع إلى أسباب منهجية بحتة مرتبطة بحجم العينات وخصائصها، أو إلى أسباب اقتصادية وتنظيمية مرتبطة بمستوى التقدم الاقتصادي والثقافي للبيئات المعنية بهذه الدراسات، وتنظيمية مرتبطة بالسياسات الإدارية المنتهجة في مختلف المجتمعات الدراسية، والملاحظ مما سبق من دراسات أن الاختلاف في النتائج بينها واضح جدا بين الدراسات العربية التي سجلت مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي والدراسات الأجنبية التي سجلت مستويات مقبولة وحتى ضعيفة منه، وهذا دليل قاطع على تقدم البلدان الأجنبية على البلدان العربية بأشواط كبيرة فيما يخص تطبيق برامج تحسين ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية وتوفير

شروط الممارسة المهنية السليمة، التي تضمن من جهة سلامة مواردها البشرية والتزامهم وفعاليتهم، ومن جهة أخرى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

1.2.1. مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الأولى:

وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية عدم وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين والممرضات العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وقد جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة، وللوصول إلى تقديم التفسير والتعليل الأنسب لغياب الاختلافات في مستوى الاحتراق النفسي بين أفراد عينة دراستنا من حيث الجنس، لا بد علينا الاستناد في ذلك إلى مجموعة من الأسباب والعوامل.

فقد تكون هذه النتائج راجعة في المقام الأول إلى البيئة المهنية المشتركة، فالممرضين بغض النظر عن جنسهم ذكورا كانوا أو إناثا يتعرضون لنفس الأعباء الوظيفية ويواجهون نفس الصعوبات ونفس المستويات من الضغوط التي يفرزها الوسط الاستشفائي يوميا، فالجنس قد لا يكون بذلك المعيار الموضوعي في تحديد مستوى الاحتراق النفسي خاصة في عصرنا الحالي المعروف بالتطورات السريعة والتغيرات الجذرية التي مست كافة المجالات محولة بذلك المعايير الاجتماعية التي كانت تميزها عن وقت مضى، إذ أصبحت المرأة في وقتنا الراهن ركيزة أساسية وعنصرا فعالا في مختلف المنظمات تتمتع بنفس حقوق الرجل وعليها نفس الواجبات، سواء كان ذلك داخل العمل أو خارجه عكس ما كان عليه الحال سابقا، أين كان دورها محدودا ومقتصر على التكفل بالبيت العائلي وتربية الأولاد، فالتوزيع الساعي للعمل والمناوبات الليلية بالمستشفى الجامعي يبنى على اعتبارات مهنية محضة بغض النظر عن جنس الممرض وهذا وفقا لمعايير موضوعية مبنية على العدالة التوزيعية للمهام والعدالة الاجتماعية بين الجنسين.

كما يمكننا أيضا أن نرجع هذا التجانس إلى خصائص مهنة التمريض التي تمتاز بالمواجهة المباشرة للمرضى وتتطلب من شاغلها مهما كان جنسه نفس المستوى من الالتزام والاستثمار في العمل ومثالية عالية في أداء واجباته، فالتعرض اليومي والمستمر للمعاناة والموت داخل المحيط الاستشفائي

ليس من نصيب فئة واحدة على حساب فئة أخرى، والصدمات النفسية الناتجة عنها حتى ولو اختلفت في شدتها إلا أنها قد تؤثر بنفس الشكل على كلا الجنسين، وبالتالي فتأثير البيئة الاستشفائية قد يكون تأثيراً شاملاً يمس كافة الممرضين ذكورا كانوا أو إناثاً، حيث تقوم باستنفاد طاقاتهم الانفعالية والحيوية تدريجياً نظراً لطبيعة المشاهد الواجب عليهم تحملها ومتطلبات هذه الوظيفة ودرجة المسؤولية المرتبطة بها.

كما يمكن لنا الاستناد في تفسيرنا على عامل التكوين والذي قد يكون له دخل من قريب أو من بعيد في ما توصلنا إليه من نتائج، فالممرضين ذكورا أو إناثاً هم خريجي معاهد التكوين الشبه الطبي، وبالتالي فقد تلقوا نفس التكوين الذي يعتبر ناقصاً نظراً لعدم سماحه لهم من اكتساب المهارات اللازمة والأساسية للتعامل مع مختلف الحالات ومواجهة الضغوط المتنوعة لمهنة التمريض، وكيفية الاعتماد على الآليات الدفاعية المناسبة لحماية استقرارهم النفسي من الاعتداءات الخارجية التي هم عرضة لها يومياً.

بالإضافة إلى ما سبق الاستناد إليه من حجج لتعليل نتائجنا الحالية، فقد يكون كذلك لخصائص عينة دراستنا دخل من قريب أو من بعيد في غياب الفروق أو زوالها بين الذكور والإناث فيما يخص مستوى الاحتراق النفسي الذي يعانون منه، فإذا تمعننا أكثر في تشكيلة العينة قيد الدراسة سنلاحظ أن أغلبية الممرضين المزاولين لعملم داخل المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو إناث (206 إناث مقابل 89 ذكور)، فعامل الغلبة هنا قد يكون سبباً من الأسباب الموضوعية لغياب تلك الفروق بين الجنسين وانسجام اتجاهات هاتين الفئتين في منظورهما نحو المستوى العال من الاحتراق النفسي الذي يعانون منه.

وقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج العديد من الدراسات العربية السابقة، على غرار دراسة "حيرش وبرايم" (2022) التي أسفرت عن غياب فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين العاملين في مستشفى محمد بوضياف بولاية المدية وفقاً لمتغير الجنس، وكذا دراسة كل من "سبع وملال" (2021) والتي سجلت هي الأخرى غياب فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين عمال الوسط الشبه الطبي بمستشفى وهران وفقاً لنفس المتغير، وهذا ما كشفت عنه نتائج دراسة كل من "سليمان وواد" (2020) على الممرضين العاملين بنظام المناوبة الليلية بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بولاية الوادي، وفي نفس السياق دائماً ولدى فئة مهنية أخرى توصل كل من "موفق وطالب" (2020) لدى أطباء التخدير والإنعاش بولاية عين تيموشنت إلى غياب فروق بينهم بخصوص مستويات احتراقهم النفسي تبعاً لمتغير الجنس، بينما اكتشفت "بومعالي" (2019) لدى فئة الممرضين العاملين في مصالح

الاستعدادات الطبية والجراحية التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية للجزائر العاصمة (باب الواد، بني مسوس، ومصطفى باشا) انعدام فروق بين الذكور والإناث بخصوص مستوى الاحتراق النفسي لديهم، ولدى الممرضين دائما توصل "واكلي" (2018) إلى غياب فروق بين الممرضين العاملين بمستشفى سطيف حول مستويات الاحتراق النفسي لديهم وفقا لمتغير الجنس، وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة "موساوي وبن حمدي" (2018) لدى الأطباء العاملين في بعض مستشفيات الجزائر العاصمة، وكذا نتائج دراسة "حالي" (2016) لدى ممرضين وأطباء مصلحة الاستعدادات بمستشفى ندير محمد بولاية تيزي وزو، وفي دراسة أشمل لدى عمال الصحة، التعليم، البريد، الإدارة، وقطاع المحروقات بولائي تلمسان وسكيدة توصلت "مدوري" (2015) هي الأخرى في دراستها إلى غياب فروق بين الجنسين في مستوى الاحتراق النفسي المسجل لديهم.

في حين اختلفت نتائج دراستنا الجالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة الأخرى ذات نفس الموضوع، حيث توصلت دراسة "عزوز وقهار" (2022) إلى وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين الممرضين العاملين بمصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة تبعا للجنس ولصالح الذكور، كما توصل أيضا كل من "شريف والعزب" (2022) لدى ممرضين المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة صنعاء إلى وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين هؤلاء الممرضين وفقا لمتغير الجنس ولصالح الذكور، وفي نفس الاتجاه دائما سجلت دراسة "الكويسح" (2021) نتائج مماثلة لدى ممرضين مصلحة المسرة وصرمان وفقا لجنسهم ولصالح الإناث، وبدورهما اكتشف كل من "زاوي ومزيان" (2018) عن وجود فروق بين ممرضين مصلحة الاستعدادات بالمستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان في مستوى الاحتراق النفسي لديهم وفقا لمتغير الجنس ولصالح الذكور.

2.2.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضين المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة العائلية.

اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية عدم وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضين المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة العائلية سواء كان ذلك الممرض أعزبا أو متزوجا أو مطلقا أو أرملًا، وقد جاءت هذه النتائج مخالفة لما توقعناه سابقا، ولكي نتوصل إلى

تقديم تفسير وتعليل أنسب لنتائج دراستنا والتي أشارت إلى غياب فروق بين الممرضين وفقا لحالتهم العائلية، سنحاول تقديم جملة من الاحتمالات والأسباب التي قد تكون وراء تسجيل هذه النتائج.

فقد يرجع الأمر في غياب تلك الفروق بين مختلف الفئات العائلية الأربعة للممرضين في المقام الأول إلى تشابه بيئة العمل وظروفها، فالممرضون يزاولون نشاطهم التمريضي تحت نفس الظروف ويتعرضون إلى نفس المؤثرات والضغوط المهنية التي تميز مهنة التمريض عن باقي المهن، كما يتمتعون أيضا بنفس الحقوق وعليهم نفس الواجبات وهذا بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية، فما يتعرض له الممرضون العزاب من إرغامات في إطار ممارساتهم المهنية اليومية وما تتطوي عليها وظيفتهم من واجبات وحقوق تنطبق على باق الفئات العائلية الأخرى.

وبالرجوع إلى تشكيلة عينة دراستنا والتي تتكون أساسا من فئتي العزاب والمتزوجين فتحليلنا ومناقشتنا للنتائج التي توصلنا إليها سينصب بشكل كبير حول هاتين الفئتين دون الفئات العائلية الأخرى، وبالتالي فساعات العمل الطويلة، ومطالب المرضى، والمناوبات الليلية التي تفرضها مهنة التمريض، والتعرض المستمر واليومي للصدمات النفسية الناتجة عن المشاهد المؤلمة تؤثر على فئة العزاب بقدر ما تؤثر به على فئة المتزوجين، حيث تؤدي مثل هذه الحالات والظروف إلى شعور الممرض مهما كانت فئته الاجتماعية باستنزاف كامل لطاقته الانفعالية والحيوية نظرا للمتطلبات الانفعالية والكمية العالية لمهنته وما تحمله من مسؤوليات، مما يجعل من الممرض الأكثر تعرضا للاحتراق النفسي.

كما يمكن لنا كذلك تفسير هذه النتائج استنادا إلى الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية والتي تختلف في قيمها ومعاييرها وفي طبيعة العلاقة التي تربط بين مختلف عناصرها عن باق المجتمعات، فقد يكون لهذا الأمر أيضا دخل من قريب أو من بعيد فيما توصلنا إليه من نتائج، حيث أن الحالة العائلية للممرض داخل المجتمع الجزائري أعزبا كان أو متزوجا قد لا تعني بالضرورة أن العزاب أقل مسؤولية وواجبات مقارنة بفئة المتزوجين والعكس صحيح، ويمكن تفسير هذه النقطة استنادا إلى خصائص الأسرة الجزائرية ونسق العلاقات الاجتماعية التي تربط بين مختلف عناصرها والمبنية على المساندة الاجتماعية والود والتعاطف والتعاون وتقاسم المسؤوليات والواجبات بينهم، وحتى لو اختلفت الوضعية العائلية للممرض فهذا لا يعني بتاتا أن المتزوج أكثر مسؤولية من الأعزب، والعزوبية لا تشير بالضرورة إلى ذلك الفرد المتفرغ ومنعدم المسؤوليات الاجتماعية، إذ تربطه علاقات اجتماعية متنوعة داخل العمل وخارجه وهو الأكثر دواما على هذه العلاقات من أجل المحافظة عليها مقارنة بالمتزوج، ناهيك عن تفكيره في

المستقبل والاجتهاد وبذل الجهد من أجل الوصول إلى تغيير وضعيته العائلية هو الآخر، فـعكس ما يتوقعه الآخريـن فالعزوبية إذا وضعية ذات مسؤوليات وواجبات وارتباطات متعددة قد تفوق في بعض الحالات ارتباطات الأفراد المتزوجين، وبالتالي فهذا الاختلاف في الحالة العائلية قد لا يكون بمعيار موضوعي في وجود اختلافات بين مختلف الفئات العائلية حول مستوى الاحتراق النفسي الذي هم عرضة له.

ولقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوعنا الحالي، حيث توصل كل من "عزوز وقهار" (2022) إلى عدم وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي مصالح الطب العقلي بالجزائر العاصمة وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية، كما أشار كذلك كل من "قزقوز وإغمين" (2021) إلى غياب فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي مستشفى الأم والطفل بقالمة من حيث الوضعية الاجتماعية، وفي نفس الاتجاه دائما أسفرت أيضا نتائج دراسة "بن السايح" (2018) لدى عينة من الممرضين بمدينة الاغواط عن غياب اختلافات بين أفراد هذه العينة وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية، وهذا ما يتوافق مع النتائج التي توصلت إليها "مدوري" (2015) على عينة شاملة مكونة من عمال الصحة، البريد، التعليم، الإدارة، وقطاع المحروقات، وفي قطاع مغاير عن قطاع التمريض توصل كل من "بن فردي والعايب" (2022) إلى غياب فروق بين عناصر الحماية المدنية العاملين بالوحدة الثانوية بسوق نعمان-ام الوافي من حيث حالتهم الاجتماعية.

وبالمقابل اختلفت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي تناولت الفروق في مستوى الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث سجلت دراسة كل من "شريف والعزب" (2022) وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة صنعاء وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية ولصالح المتزوجين، كما توصلت نتائج دراة "الكويـسح" (2021) هي الأخرى إلى وجود فروق بين مرضي مصلحتي المسرة وصرمان الكبرى بخصوص مستويات احتراقهم النفسي تبعا لحالتهم الاجتماعية ولصالح المتزوجين دائما، بينما سجل كل من "زاوي ومزيان" (2018) وجود فروق بين مرضي مصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان بخصوص مستويات الاحتراق النفسي لديهم وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب.

3.2.1. مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاحتراق النفسي بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية.

من خلال وقوفنا على النتائج التي أسفرت عنها دراستنا الحالية بخصوص هذه الفرضية، اتضح لنا عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين إجابات مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو حول مستوى الاحتراق النفسي لديهم وفقاً لمتغير سنوات الأقدمية، فهذه النتائج قد جاءت مخالفة لتوقعاتنا السابقة، ويمكننا بالتالي إرجاع هذا الاختلاف على مستوى النتائج النهائية إلى جملة من الاحتمالات والأسباب التي قد نوفق من خلالها في تفسيرنا ومناقشتنا.

إن غياب الفروق بين مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بخصوص مستويات احتراقهم النفسي وفقاً لمتغير سنوات الأقدمية في مهنة التمريض قد يكون دليلاً من الدلائل القاطعة حول انسجام المرضين في اتجاهاتهم وآرائهم حول ظروف العمل الحقيقية السائدة في محيطهم المهني والتي لا تتناسب ولا تتوافق مع طموحاتهم وتوقعاتهم، فالمستوى المرتفع من الاحتراق النفسي لدى هذه العينة يعكس لنا بشكل واضح وموضوعي انخفاض مستوى الرضا لدى هؤلاء المرضين وعدم الارتياح الذي يسودهم بخصوص ما يحتويه محيطهم من شروط لتأدية مهامهم، والتي لا تنطبق مع تصوراتهم وأفكارهم واتجاهاتهم نحو هذه المهنة قبل الالتحاق بها والاصطدام بالواقع، وهذا الأمر ينطبق على جميع شاغلي وظيفة مهنة التمريض وبدون استثناء سواء كانوا حديثي التوظيف أو ذو أقدمية في مهنة التمريض، ففي تحليلنا للفروق وفقاً لمتغير سنوات الأقدمية لم نتضح لنا اختلافات بين أفراد عينتنا فيما يخص مستوى الاحتراق النفسي لديهم، وهذا يشير إلى أن سنوات الأقدمية لم تلعب دوراً مؤثراً في تحديد استجابات المرضين حول ما يعانون منه من صعوبات ذهنية كانت أو نفسية أو جسدية عند مواجهتهم للمتطلبات المرتفعة التي تفرضها بيئتهم المهنية، وبالتالي فغياب تلك الفروق قد يعود إلى مزاولة المرضين لنشاطهم تحت نفس الشروط وتعرضهم لنفس الضغوط وتحملهم لنفس الأعباء، كما قد يمكن لنا أن نعزو هذه النتائج إلى الممارسات الإدارية والسياسات الإشرافية داخل المستشفى والمبنية على أسس عادلة ومعايير موضوعية، فالإداريين والمشرفين على الأطقم الشبه الطبية لا يأخذون بعين الاعتبار سنوات خبرة المرضين عند توزيع وتحديد المهام والمسؤوليات، حيث يحظى حديثي التوظيف من نفس المعاملة

وعليهم نفس الواجبات مقارنة بأقرانهم ذوي الخبرة، وهذا ما قد ينتج تقييمًا مشتركًا واتجاهات موحدة نحو مستوى الاحتراق النفسي الذي يعانون منه.

وتكملة لما سبق ذكره، فقد يمكننا أيضا أن نربط تفسيرنا لهذه النقطة بخصائص العينة في حد ذاتها، وإذا رجعنا إلى التركيبة البشرية لأفراد العينة الحالية من حيث سنوات الأقدمية، يتبين لنا بكل وضوح أن أغلبيتها تنتمي إلى الفئة أقل من 10 سنوات، أي أغلبيتهم حديثي التوظيف يتوفرون على طاقات عالية لتأدية العمل والإبداع فيه، ولديهم قدرة كبيرة على التحمل ومواجهة معوقات العمل ومشاكله سواء كانت اجتماعية أو تنظيمية، عكس العناصر ذوي الخبرة في مهنة التمريض والذين هم أقل طاقة وقدرة على التحمل وأكثر حنكة وخبرة في تسيير وضعيات العمل الصعبة وحسن التعامل معها مقارنة بحديثي التوظيف، فحديثي التوظيف يعوضون نقص الخبرة والحنكة لديهم بقدرتهم على التحمل وطاقتهم الكبيرة، أما أصحاب الخبرة فيعوضون نقص طاقتهم وضعف قدراتهم التحملية بخبرتهم وحنكتهم في التعامل مع مختلف الوضعيات الصعبة التي تقابلهم في العمل، ولهذا فقد يكون لهذا الأمر دخل في تحديد النتائج الموجودة بين أيدينا خاصة فيما يتعلق بغياب الفروق حول مستوى الاحتراق النفسي وفقا لسنوات الأقدمية في مهنة التمريض.

كما قد يمكن لنا أيضا إرجاع هذا الغياب في الفروق إلى تأثير أحكام وأفكار الممرضين الجدد بآراء واتجاهات الممرضين ذوي الأقدمية في مهنة التمريض حتى ولو كان تمثيل هذه الفئة الأخيرة في العينة قليل، وهذا نظرا لاحتكاكهم وتفاعلهم المباشر والدائم بهم ضمن بيئة مشتركة والاستناد إليهم والاستعانة بهم لاكتساب المزيد من الخبرة والحنكة في مجال التمريض، وبالتالي فالصورة والأفكار التي ينقلونها إلى الممرضين الجدد سواء كانت ايجابية أو السلبية قد تكون سببا آخر في غياب الفروق وانسجام رؤى الممرضين حول مستوى الاحتراق النفسي الذي يعانون منه وهذا مهما كانت عدد سنوات خبرتهم في مهنة التمريض.

وقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة، على غرار دراسة كل من "قزقوز وإغمين" (2021) التي أسفرت عن غياب فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضين مستشفى الأم والطفل بقالمة وفقا لمتغير سنوات الخبرة، كما توصل "هلايلي" (2019) هو الآخر إلى غياب فروق تعزى إلى متغير سنوات الأقدمية بين ممرضين العيادات الخاصة بولاية باتنة حول مستوى احتراقهم النفسي، وهذا ما توافق أيضا مع ما توصلت إليه "بن السايح" (2018) على عينة من

الممرضين العاملين بمدينة الاغواط، ولدى نفس العينة دائما سجلت "واكلي" (2018) غياب اختلافات في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى مستشفى سطيف حسب خبرتهم المهنية، ولدى فئة مهنية مغايرة أشار كل من "موساوي وبن حمدي" (2018) إلى غياب فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين أطباء بعض مستشفيات الجزائر العاصمة وفقا لسنوات الأقدمية.

وفي الجهة المقابلة تعارضت نتائج دراستنا مع نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث أشارت دراسة "شريف والعزب" (2022) إلى وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضى المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة صنعاء وفقا لمتغير سنوات الخبرة ولصالح الأقل من 03 سنوات، وتوصلت كذلك دراسة "مدوري" (2015) إلى وجود فروق في مستويات الاحتراق النفسي بين عمال قطاع الصحة، البريد، التعليم، الإدارة، والمحروقات وفقا لمتغير سنوات الخبرة، وفي قطاع آخر أسفرت نتائج دراسة "بن فردي والعايب" (2022) عن وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي بين عناصر الحماية المدنية بالوحدة الثانوية "سوق نعمان" بولاية أم البواقي تعزى إلى متغير الأقدمية في العمل.

3.1. مناقشة وتفسير الفرضية العامة الثالثة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

لقد تبين لنا من خلال نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى أفراد عينة دراستنا، وهذا ما يتوافق مع توقعاتنا السابقة، أي كلما انخفض مستوى جودة الحياة في العمل ارتفع معه مستوى الاحتراق النفسي، وبالتالي فالمستوى المرتفع من الاحتراق النفسي المسجل لدى أفراد عينة الدراسة الحالية ما هو إلا نتيجة مرهونة بالمستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل السائدة في المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وبما أن الأمر كذلك فيمكننا أن نرجع هذه النتائج إلى جملة من الاحتمالات والتفسيرات.

فقد يمكن لنا أن نربط بالدرجة الأولى ما توصلنا إليه من نتائج إلى الأبعاد المكونة لجودة الحياة في العمل في حد ذاتها على غرار ظروف العمل ومحتواه، إذ يعد هذا الأخير عنصرا مهما في تجسيد المستوى المرغوب من جودة الحياة في العمل، إذ لا يمكن أن يختلف اثنان على أن توافر الإمكانيات المادية والتقنية بالعدّة والجودة المطلوبتان من الأمور التي تساهم بشكل كبير في تسهيل مهام الممرضين،

فمن خلال خرجاتنا الميدانية المتكررة التمسنا بعض النقائص بخصوص توافر التجهيزات والإمكانات والتسهيلات المقدمة للطواقم الشبه الطبي من أجل القيام بنشاطه على أكمل وجه، وهذا ما قد يجعل من هذه النقطة مصدرا للضغط والارتباك في العمل، فالممرض الذي لا يستطيع الحصول على موارد العمل اللازمة من أجل الاستجابة لمتطلبات وظيفته يجد نفسه عاجزا على مسايرة مجرياتها، ناهيك أيضا عن العدوى التي هو عرضة لها وإحساسه الدائم بالخطر نتيجة خصائص بيئة عمله من جهة وقلة وسائل الوقاية الفردية من جهة أخرى، وما قد تشكله هذه الحالة من قلق وتوتر وخوف دائم لديه، فالضغوط اليومية الناتجة عن مثل هذه الوضعية تشكل تهديدا حقيقيا على الصحة النفسية والجسدية للممرض، وتجعله هاشا ومقبلا على مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.

وتكملة لما سبق ذكره، فإنه لا يمكننا أن نتجاهل أبدا دخل الأعباء الوظيفية الناجمة عن مهنة التمريض في دعم تفسيرنا لأصل العلاقة الموجودة بين متغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي، إذ استطعنا من خلال تعاملاتنا الميدانية أن نربط مصادر تلك الأعباء بالقدرة الاستيعابية للمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، إذ يعرف هذا الأخير توافد عدد كبير من المرضى من مختلف المناطق التابعة لها ويشكل لا يسمح له بالاستجابة على كل المطالب ويجعله مكتظا عن آخره، أضف على ذلك نقص تعداد الممرضين المزاولين لنشاطهم التمريضي والذي لا يتوافق مع متطلبات العمل اليومية والحقيقية الواجب انجازها، فهذه الأمور تعتبر بطبيعة الحال مصدرا هاما للإجهاد والإرهاق بالنسبة لهم نظرا لوتيرة العمل وكمية النشاطات التي يترتب عنها، الأمر الذي يؤدي حتما إلى استنفاد القوى الحيوية للممرضين، وتبقى بالتالي محاولة الاستجابة لهذه الإرغامات تحديا كبيرا لقدراتهم المحدودة، كما أن استمرار تواتر هذه الأعباء دون وجود تدخلات تنظيمية من شأنه أن يكرس ويخلق تعباً دائما ومزمنا لا يزول حتى مع الابتعاد عن العمل واتخاذ الراحة، وهذا ما قد يؤدي إلى الإصابة بالاحتراق النفسي وتدهور جميع مقومات الصحة النفسية السليمة.

كما يمكننا أيضا أن نربط تفسير دلالة العلاقة المشار إليها سلفا في نفس سياق أبعاد جودة الحياة في العمل على غرار الممارسات الإدارية والتسهيلات التي توفرها في إطار مساعدة الممرضين على التوفيق بين كل من حياتهم المهنية وحياتهم الأسرية، حيث تعد هذه النقطة من المسائل الهامة والبارزة في وقتنا الراهن والتي أصبحت تندرج ضمن المسؤوليات الاجتماعية للمؤسسات اتجاه موظفيها، لأن عدم القدرة على التوفيق والموائمة بين المسؤوليات المهنية والالتزامات الأسرية يعتبر مصدرا لصراع الأدوار

المسببة لضغوطات إضافية على الممرض، لا سيما عندما يتعلق الأمر بالمناوبات الليلية وقضاء ساعات إضافية أو العمل خلال عطل الأسبوع، فهذه الجملة من المعوقات والإرغامات المرتبطة بمهنة التمريض تستنفذ طاقة الممرض وتعرقل تأدية التزاماته المرتبطة بالمجال الشخصي من حياته، كما تؤدي أيضا إلى استهلاك وقته بشكل لا يسمح له بتخصيص جزء منه للتفرغ للمسؤوليات والواجبات التي يقتضيها دوره الآخر، فكل هذه النقاط قد يكون لها تأثير على المستوى العام لجودة الحياة في العمل والتي قد تنعكس بدورها سلبا على الراحة والصحة النفسية للممرض، بل تؤدي استمرارية مزاوله المهام التمريضية في مثل هذه الظروف المهنية إلى الإنهاك والانهيار وصولا إلى الاحتراق النفسي.

وفي نفس الاتجاه دائما، فقد يمكننا أيضا تدعيم تعليلنا لسلبية العلاقة التي تربط بين متغيري دراستنا الحالية بالجوانب المعنوية لجودة الحياة في العمل، فقد نرجع النتائج المتوصل إليها في هذا الحال إلى الحرية المتاحة للممرضين للمشاركة في صناعة القرارات المرتبطة بمجال عملهم، إذ تعتبر هذه النقطة جد هامة بالنسبة للممرضين من جهة والمؤسسة الاستشفائية من جهة أخرى، حيث تساهم بشكل كبير في تنمية شعور الممرضين بالانتماء، مع إحساسهم بالأهمية وتعزيز التزامهم وولائهم للمؤسسة التي يشتغلون فيها، أما بخصوص المؤسسة الاستشفائية فهي تساهم بطبيعة الحال في تحسين سمعتها التنظيمية وجاذبيتها في استقطاب المزيد من الموارد البشرية ذات الكفاءة، بالإضافة إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، فانطلاقا مما سبق ذكره يعد بعد المشاركة في اتخاذ القرارات هو الآخر عنصرا محوريا في ترقية جودة الحياة في العمل بالنسبة للممرضين، إذ يؤدي توافرها بالدرجة اللازمة إلى الرفع من مستوى الروح المعنوية لدى الممرضين بدلا من إفشالهم وإحباطهم ودفعهم نحو الاغتراب النفسي، وهذا بالضرورة ما يعزز من الصحة النفسية في العمل ويساعد على تحقيق الذات وبناء الهوية المهنية السليمة وبشكل خالي من الاضطرابات النفسية بعيدا عن خطر الاحتراق النفسي، وهذا ما قد ينطبق أيضا على بعد الرضا عن العمل وعن المسار الوظيفي، من خلال ما توفره إدارة المستشفى من دورات تكوينية ودوريات لتحسين المستوى، وما يتماشى معها من فرص للترقية وما غيرها من مزايا مادية ومعنوية مرتبطة بالتقدم الوظيفي، فهذه الأمور تحمل معنى حقيقي بالنسبة للممرضين فهي بمثابة شهادة بالنسبة لهم على أحقيتهم ومكانتهم داخل المنظومة الصحية وعلى الاهتمام والدعم الذي يحضون به، حيث أشار في هذا السياق كل من (Durmus & Alkan (2021 إلى أن الممرضين الذين يتلقون التكوين الملائم لمهنة التمريض يتمتعون بمستويات مرتفعة من جودة الحياة في العمل ومستويات منخفضة من الاحتراق

النفسي، وهذا دليل على أن التكوين ضروري وأساسي في تحسين جودة الحياة المهنية للممرض وحماية كيانه من الخطر الذي قد يشكله الاحتراق النفسي لصحته.

زد على ذلك، فالعمل يعتبر بالنسبة للإنسان المصدر الأساسي لإشباع حاجاته وتحقيق أهدافه وطموحاته الشخصية، وهذا من خلال الأجر الذي يتقاضاه مقابل ما يبذله من جهد، وهذا ما يجعله من العناصر الفعالة في تحقيق كمال جودة الحياة في العمل، حيث تعكس لنا الأجور المرتفعة قدرة شرائية أحسن وإشباعاً أكبر للحاجات ومستوى عال من الرفاهية، عكس ما ينطبق على الأجور المنخفضة التي تشكل مصدراً للقلق والإحباط نظراً لعدم كفايتها وقدرتها على تغطية الحاجات بالشكل المتوقع، فالممرض شأنه شأن جميع الفئات العمالية الأخرى يتربح دائماً أجره ويسعى أن يكون موافقاً لطموحاته وتطلعاته، فقد يكون بذلك مصدراً للرضا في حال ما كان عادلاً مقارنة بما يبذله من جهد، كما قد يكون مصدر عدم رضا وقلق وضغط في حال شعوره بانعدام العدالة التوزيعية فيما يخص مستحقاته المادية، بالتالي فهذا العنصر يلعب دوراً هاماً وبارزاً في الحياة المهنية للممرض بما يساهم من رضا ورفاهية وتحقيق للطموحات الشخصية، ويعد تراكم مصادر الضغوط من المعايير الموضوعية على تراجع مستوى جودة الحياة المهنية، وما الاحتراق النفسي إلا نتيجة حتمية لتراكم تلك الضغوط واستمرارها.

كما لا يمكننا أيضاً إهمال الجوانب المتعلقة بالعلاقات المهنية السائدة داخل المحيط الاجتماعي للمستشفى سواء تعلق الأمر بتلك العلاقات التي تربط بين الممرض وزملائه، أو تلك التي تربطه بالمشرفين عليه، أو حتى العلاقات التي تربطه بالمرضى وأقاربهم أثناء تأدية مهامه، فالعلاقات المبنية على الود والاحترام والتعاون المتبادل بين عمال المحيط المشترك تعتبر مصدراً للراحة النفسية وسندا اجتماعياً يعتمد عليه الممرض في تجاوز تحديات العمل، كما تساهم أيضاً في السير الحسن والفعال للعمل، والترقية من مستوى جودة الحياة والمعاش المهني للممرض، عكس ما عليه الحال بالنسبة للعلاقات المتوترة التي تؤدي إلى تعفن مناخ العمل وعرقلة السير الجيد للنشاطات المهنية، والتي غالباً ما تكون مصدراً للصراعات والمشاكل بين الأطراف الفاعلة في العمل، أما بخصوص العلاقات التي تربط الممرض بالمرضى فقد يكون لها أيضاً تأثيراً سلبياً على الممرضين وعلى حياتهم المهنية، فالتعامل اليومي مع المرضى ليس بالأمر السهل نظراً لوضعياتهم الصحية المعقدة وانعكاساتها على حالاتهم النفسية التي تفرز سلوكيات ومزاج يصعب التعامل معه، ناهيك عن الضغط الذي يفرضه أقاربهم وما يصاحبها من اعتداءات لفظية وحتى جسدية في بعض الأحيان، واستشهاداً مما سبق ذكره في حق

العلاقات الاجتماعية داخل العمل، فإنها قد تكون من الأسباب الرئيسية في تسجيل مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى الممرض، حيث تدفعه الصعوبات التي يصطدم بها يوميا أثناء تفاعله داخل محيط عمله إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو العمل بشكل عام والأشخاص الذين يتعامل معهم بشكل خاص، فيصبح العمل بذلك غير مطاق وغير مرغوب فيه ولا يجد أي متعة ولا راحة في تأديته، وهذا ما قد يرفع من احتمالية تعرضه للاحتراق النفسي.

وانطلاقاً من المعطيات التي استندنا إليها كسبيل لتعليل العلاقة السلبية التي تربط بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى أفراد عينة دراستنا، بوسعنا القول أن جودة الحياة في العمل والأبعاد المكونة لها ضرورية التوافر بالكمية والنوعية اللازمة وذات أهمية بارزة داخل البيئة الاستشفائية التي تتميز بخصائص فريدة من نوعها تجعلها من أصعب البيئات المهنية، فمصادر الضغوط المختلفة التي أشرنا إليها سلفاً ما هي إلا دليل على عدم توفر كل شروط العمل بالشكل الذي يتماشى مع تطلعات الممرضين ويساهم في تحقيق رفاهيتهم المهنية، في حين يساهم الاهتمام وتكريس الوقت والجهد لتحسين تلك الجوانب المتعلقة بجودة الحياة المهنية إلى التقليل من الظواهر السلبية في العمل والحد من الضغوط المهنية السائدة فيه، وهذا ما استنتجه (Jaafarpour & al (2015) في دراستهم على الممرضين مشيرين أن المستويات العالية من جودة الحياة في العمل مرتبطة بمستويات منخفضة من الاحتراق النفسي، وبالمقابل ينعكس التقصير أو الإهمال في توفير وتطبيق ممارسات جودة الحياة في العمل سلماً على الحياة المهنية للممرض ويجعله تحت وطأة الضغوط الكثيرة والأعباء الكبيرة التي لا تساعده على بناء صحته النفسية، بل تساهم في تدهورها وتدفعه نحو المعاناة النفسية والوقوع في الاحتراق النفسي.

ولقد انفتحت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين متغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي على غرار دراسة "وادي" (2016) والتي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاحتراق النفسي لدى العاملات في المؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار-عنابة، بالإضافة إلى دراسة Ashrafi & Al (2017) والتي كشفت عن وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضين مستشفى الإمام حسين ومستشفى شاحرود للعلوم الطبية بإيران، وفي نفس الاتجاه دائماً أسفرت دراسة (Bakhshi (2019) لدى موظفي مراكز العناية الصحية في إسلام آباد بإيران عن وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي.

علاوة على ما سبق، تم رصد دراسات سابقة أخرى ذات الصلة بموضوع دراستنا والتي توافقت هي الأخرى في نتائجها مع نتائجنا الحالية، إلا أن تناولها للموضوع انصب على عينات مختلفة عن عينة دراستنا الحالية، وخدمة لأغراض الدراسة استعنا بهذه الدراسات نظراً لتشابه خصائص عيناتها الدراسية مع خصائص عينتنا الحالية تقريباً، حيث أشارت دراسة "سعد" (2020) إلى وجود علاقة سلبية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموع الكلي لجودة الحياة في العمل والمجموع الكلي للاحتراق النفسي لدى أخصائيي المكتبات بجامعة الإسكندرية، كما توصل أيضاً كل من (Acar & Erkan 2018) إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والدرجة الكلية للاحتراق النفسي لدى موظفي الفنادق باسطنبول في تركيا، وفي قطاع الإعلام والإنتاج الفني توصلت دراسة "البريري" (2016) إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين أبعاد جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى العاملين في شبكة الأقبص للإعلام والإنتاج الفني، وبما أن جودة الحياة في العمل جزء من جودة الحياة العامة يمكننا أيضاً الاستعانة بدراسة كل من "لونيس وفيلالي" (2019) والتي أسفرت هي الأخرى عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين أبعاد جودة الحياة والاحتراق النفسي لدى العاملين بمهنة التمريض.

1.3.1. مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

لقد اتضح لنا من خلال نتائج دراستنا الحالية وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى أفراد عينة دراستنا، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة المشيرة إلى وجود مستوى مرتفع من الشعور بالإجهاد الانفعالي المرتبط بالمستوى المتوسط من جودة الحياة في العمل داخل المحيط الإستهفائي الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وانطلاقاً من هذه النتائج سنحاول تقديم جملة من التفسيرات والاحتمالات التي قد نوفق من خلالها في إيجاد التعليل الأنسب لهذه النتائج.

فقد يمكننا تفسير سلبية العلاقة الموجودة بين متغير جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية بمدى توافر أبعاد جودة الحياة في العمل كمّاً ونوعاً داخل المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، حيث توصلنا من خلال خرجاتنا الميدانية المتكررة إلى ربط هذه النتائج بجملة من المبررات التي قد تكون سبباً رئيسياً في تسجيل مستوى متوسط من جودة الحياة في

العمل من جهة وارتفاع مستوى الإجهاد الانفعالي لدى الممرضين من جهة أخرى، على غرار الصعوبات والمعوقات التي يواجهها الممرض يوميا في إطار تأدية نشاطه الفعلي، والتي تحول دون أن يتمكن من الالتزام بواجباته بالشكل المتوقع، والمرتبطة أساسا بقلّة الإمكانيات المادية الضرورية سواء تعلق الأمر بأدوات ومعدات التمريض التي لا تتوفر بالكمية والنوعية المطلوبة وما قد تشكله من ضغط وتوتر على الممرض الذي يتوجب عليه التعامل والتكيف مع هذه الوضعية المعقدة، أو تعلق الأمر كذلك بوسائل الوقاية الفردية والجماعية التي يحمي بموجبها الممرض سلامته وصحته من الأخطار المهنية التي تميز المحيط الاستشفائي، إضافة أيضا إلى نقص الوعي والثقافة الوقائية لدى عناصر الطاقم الشبه الطبي نتيجة لضعف تكوينهم على المستوى التوعوي ونقص المبادرات التحسيسية من طرف إدارة المستشفى.

كما لا يمكننا أيضا تجاهل مختلف مصادر العبء المرتبطة بمهنة التمريض وما قد تشكله من تحديات لقدرات الممرض والتي تعتبر من أبرز المعوقات في تحقيق مستوى راق من جودة الحياة داخل محيط المستشفى، فقد سجلنا بخصوص هذا الشأن زيادة معتبرة في الطلب الخاص بالخدمات الصحية مقارنة بما يمكن توفيره محليا، وهذا مرتبط أساسا بنقص تعداد الممرضين داخل المستشفى مقارنة بكمية الخدمات الصحية المطلوب تقديمها، إذ تفرض مثل هذه الحالة على الممرض تكبد أعباء وظيفية تفوق قدراته، إذ يجد نفسه مجبرا على القيام بعمل إضافي إلزامي وتحمل المزيد من الساعات الإضافية، والالتزام بمزيد من المناوبات، وحتى العمل في ظروف استثنائية خلال العطل الأسبوعية والأعياد الدينية والوطنية، وهذا كله استجابة لتغطية العجز الذي يعاني منه المستشفى وعلى حساب سلامة صحته النفسية والجسدية، حيث أشار (Kowalski & al (2010 في هذا الصدد إلى أن ضغوط العمل من محددات الإجهاد النفسي لدى الممرضين المزاولين لنشاطهم التمريضي غرب وشرق ألمانيا.

وبوسعنا أيضا دعم تفسيرنا استنادا إلى الإطار التنظيمي للمؤسسة في حد ذاته وما قد يقدمه المسؤولين من حوافز معنوية ومادية للممرضين، فقد التمسنا من خلال احتكاكنا الميداني نقضا في المبادرات التي يتخذها المسؤولين في إطار إشراك الممرضين في صناعة القرارات المرتبطة بمحيط عملهم، وضعف الدعم الاجتماعي الذي يوفره لهم لتجاوز العقبات التي قد تصادفهم في إطار ممارسة نشاطهم التمريضي المشحون بالضغوط والأعباء، ناهيك عن التبعية التي تربط مهام التمريض بمهام التطبيب والتي تعتبر امتدادا لهذه الأخيرة، حيث غالبا ما يعود القرار النهائي في إجراءات التمريض إلى الطبيب المشخص للمريض، ففي هذا السياق توصل (Laraqui & al (2008 من خلال دراستهم التي

أجريت على (3554) ممرض وممرضة أن المتطلبات النفسية المرتفعة ونقص حرية اتخاذ القرارات والدعم الاجتماعي في محيط العمل تعتبر مصادر للضغط بالنسبة للممرضين، فهم ليسوا مجرد منفذين للأوامر، بل يحتاجون إلى قدر من الحرية في التصرف والابتكار والإبداع من أجل القيام بعملهم بالطريقة التي يتوقعونها، وذلك من خلال اتخاذ الإجراءات واختيار القرارات المهنية التي تتماشى مع قدراتهم والتي تعزز راحتهم النفسية والجسدية في العمل، فضلا عن أنظمة الأجور والمكافآت وكيفية تسديدها، والتي لم تلقى استحسانا ورضا لدى عناصر الطاقم الشبه الطبي نتيجة لعدم كفايتها في تعويض المجهودات التي يبذلونها يوميا وعدم قدرتها على تغطية حاجياتهم وإشباعها، فمن البديهي توفير العوامل ذات التأثير المعنوي والمادي نظرا لقدرتها على توجيه سلوكيات الممرضين وتعزيز الايجابية منها من خلال تحقيق رضاهم ورفاهيتهم في محيط العمل.

وبناء على ما سبق ذكره، فالآثار الناتجة عن عدم توافر هذه العوامل بالشكل المطلوب لا يمكن تجاهلها أبدا لأنها قد تكون من ضمن الأسباب التي أدت إلى تسجيل مستوى متوسط من جودة الحياة في المستشفى، وقد تكون وراء المستوى المرتفع من الإجهاد الانفعالي المسجل لدى أفراد عينة دراستنا، وهذا ما قد يمكن ملاحظته عبر الإجهاد والتعب الذي يعاني منه الممرضين نتيجة لاستنفاد قواهم، إلى جانب مستويات القلق والتوتر التي تتناوب في العمل.

وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوعنا الحالي، حيث أشار (Zahednezhad (2021 في دراسته على الممرضين العاملين بالمستشفيات التعليمية بطهران الإيرانية إلى وجود علاقة سلبية بين جودة حياتهم المهنية ومستوى إجهادهم الانفعالي، كما توصل أيضا (Mansour & al (2013 إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى موظفي مراكز العناية وإعادة التأهيل بمدينة الأهواز بإيران، وفي نفس القطاع دائما أسفرت نتائج دراسة (Schmidt & al (2013 عن وجود علاقة عكسية بين كل من جودة الحياة في العمل والإجهاد الانفعالي لدى ممرضى وحدة العناية المكثفة بمستشفى لوندرينا بالبرازيل، كما تتوافق نتيجتنا الحالية كذلك مع نتائج دراسة (Chwala (2009 التي توصلت هي الأخرى إلى سلبية العلاقة بين جودة الحياة في العمل والإجهاد الانفعالي لدى الممرضين، وفي قطاع مهني آخر أشار (Acar & Erkan (2018 إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل والإجهاد الانفعالي لدى موظفي الفنادق بإسطنبول في تركيا.

2.3.1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى ممرضى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

لقد تبين لنا بعد إجراء التحليل الإحصائي المتعلق بهذه الفرضية وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى أفراد عينة دراستنا، وقد جاءت هذه النتيجة مطابقة لتوقعاتنا السابقة، وهذا دليل على انعكاس المستوى المسجل من جودة الحياة في العمل على الجانب النفسي والعاطفي للممرض عندما لا تكون هذه الأخيرة في مستوى توقعاته وطموحاته، وهذا أمر يمكن ملاحظته عبر تصرفاته وسلوكياته اليومية داخل محيط عمله والتي تكون بمثابة مرآة عاكسة لما يعاينها داخل وجدانه من تبدل في مشاعره وأحاسيسه، ولتقديم التفسير الأنسب لهذه العلاقة الرابطة بين هاذين المتغيرين سنحاول التركيز حول النقاط التي سجلناها خلال خرجاتنا الميدانية المتكررة والمرتبطة أساسا بمهنة التمريض في حد ذاتها وما يحتويه محيطها من ظروف صعبة مرتبطة بتأدية المهام ومشاكل تنظيمية مرتبطة بتسيير العمل وإدارة شؤون الممرضين.

فقد يمكننا أن نعزو النتائج التي أسفر عنها التحليل الإحصائي الخاص بهذه الفرضية إلى الأوضاع المهنية السائدة داخل المرافق الصحية التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو والتي تؤثر على المستوى العام لجودة الحياة الوظيفية لدى أفراد عينة دراستنا، وهذا ما يزيد من الطين بلة نظرا للصعوبات التي تميز مهنة التمريض في الأصل مقارنة ببقية الفئات المهنية الأخرى، وقد استطعنا من خلال إجراءاتنا الميدانية رصد مجموعة من المؤشرات السلوكية والتصرفات السلبية في العمل لدى هذه الفئة المنتمة للقطاع الشبه الطبي، ونشير بالذكر هنا إلى الارتفاع النسبي في معدلات التغيب لدى الممرضين وعدم احترامهم لأوقات الالتحاق بالعمل والخروج منه، بالإضافة إلى تكوينهم لاتجاهات سلبية نحو العمل والأشخاص المتواجدين فيه خاصة المسؤولين والمرضى، والتي يمكن ملاحظتها عبر بلادة مشاعرهم في تعاملهم معهم، إذ يتخذون في بعض الحالات مواقف ساخرة اتجاه المرضى ويستهزئون بهم ويحاولون تجنبهم، ناهيك أيضا عن ضعف التزامهم بواجباتهم المهنية وعدم مبالاتهم بمخرجاتها على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى داخل المستشفى الجامعي جراء الخمول أو الكسل وفقدان الدافعية الناتجة عن الإصابة بالبلادة على المستوى العاطفي، كما قد ينتج عنها كذلك صعوبات

في الشعور بالسعادة والانجذاب العاطفي للآخرين، إلى جانب الضعف في بناء العلاقات الشخصية وصعوبة التواصل الاجتماعي.

فهذه الجملة من السلوكات والتصرفات ما هي إلا جزء من الأعراض الناتجة عن ارتفاع مستوى الشعور ببلادة المشاعر لدى الممرضين المزولين لمهامهم داخل المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، والتي قد تكون بمثابة ميكانيزمات وآليات دفاعية يعتمد عليها الممرضين لمواجهة شدة الإجهاد الانفعالي المترتب عن المستوى المتوسط من جودة الحياة المهنية نتيجة لمحتوى عملهم الذي لا يتوفر على كل الإمكانيات والتسهيلات التي تنماشى مع متطلبات مهنة التمريض كما ونوعا، أو ظروف العمل السائدة فيه والتي لا تساعد الممرضين على تأدية مهامهم بالشكل المطلوب والمتوقع منهم، والتي تعد مصدرا رئيسيا للضغوط التي تضاف إلى الصعوبات التي تميز هذه المهنة، كما يمكن أيضا تفسير ذلك بالرجوع إلى الإطار التنظيمي وما تطبقه إدارة المستشفى من إجراءات تنظيمية تخفف بموجبها من حدة الأعباء المهنية الملقاة على الممرضين نظير كمية العمل التي يجب عليهم التعامل معه يوميا، إذ تعد إدارة المستشفى المسؤولة المباشرة عن الإجراءات السارية الفعل في محيط العمل وهي المخولة بتسيير شؤون الممرضين، فالتوزيع الساعي للعمل وورزنامة المناوبات الليلية والساعات الإضافية التي تقوم ببرمجتها قد لا تتوافق مع قدرات عناصرها الشبه الطبية، وهذا راجع بشكل رئيسي إلى حاجة المستشفى لعدد أكبر من الممرضين كي يتمكنوا من توزيع العمل عليهم بشكل مثالي يراعي قدراتهم.

وفي نفس سياق ما سلف ذكره، فقد يمكننا الاستناد أيضا في تحليلنا إلى الجهود التي يجب أن يستثمرها المسؤولين في إطار إشراك الممرضين في السيرورات الخاصة بصناعة القرارات داخل بيئة العمل، والتي التمسنا أنها لا ترقى إلى طموحاتهم ولا تحسسهم بالأهمية والضرورة التي تجعلهم يشعرون بالتقدير والاحترام والانتماء للمؤسسة، دون أن ننسى كذلك الهدف الرئيسي من العمل والمتمثل في حصول الممرضين على تعويضات مادية مقابل ما يبذلونه من جهد لأداء مهامهم، والملاحظ أن هذا العامل لا يرقى ولا يتوافق مع تطلعات أغليبيتهم نظرا للظروف الاقتصادية الهشة التي يمرون بها خلال الفترة الراهنة والتي لا تسمح لأغليبيتهم من إشباع حاجياتهم وتحقيق اكتفاءهم بالشكل المرغوب فيه.

كما بوسعنا أيضا تدعيم ما سبق استنادا إلى نوعية العلاقات المهنية السائدة بين مختلف الأطراف الفاعلة بالمستشفى الجامعي ندير محمد، والتي تشير في جوهرها إلى التفاعلات التي تتم بين أفراد المحيط الواحد باعتبارهم بشرا ذوي مشاعر وقيم وحاجات نفسية واجتماعية يسعون إلى تحقيقها من خلال

العمل، إذ تعتبر العلاقات الاجتماعية داخل العمل من مصادر الصحة النفسية بالنسبة للممرض لما توفره له من دعم ومساندة اجتماعية يخفف بموجبها من المعاناة وتساعد على تجاوز الصعوبات والعقبات التي تصادفه في عمله، فجودة العلاقات الاجتماعية داخل العمل تساعد في تحسين تقدير الذات والثقة بالنفس وتنمي مشاعر الأمن والاستقرار والانتماء لجماعة العمل، حيث يميل الممرضون الذين يحصلون على مساندة اجتماعية أكبر في العمل إلى إدراك المواقف الصعبة على أنها أقل تهديدا بالنسبة لهم، وهذا ما يساعدهم على الاستجابة مع تلك الضغوط بشكل يكون أقل ضررا على صحتهم النفسية، فقد لاحظنا بهذا الخصوص من خلال تفاعلنا بالممرضين واحتكاكنا ببيئة عملهم شعورهم بنقص الثقة اتجاه المشرفين وصناع القرار داخل المستشفى، رغم ارتباطهم بعلاقات تتسم بالود والتعاون مع زملائهم والأطباء في العمل، فالعلاقات التي تربطهم بالمشرفين عليهم قد تكون سببا في خلق مناخ عمل غير مستقر لا تسوده العدالة التنظيمية والعلاقات المهنية المبنية على التفاهم المتبادل بين مختلف أطرافها، حيث تؤدي مثل هذه الأمور إلى فقدانهم للاهتمام والدافع نحو العمل.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة الأجنبية، حيث توصلت دراسة Borges & al (2023) الى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى موظفي 34 وحدة صحية في مدينة بالماس البرازيلية، كما كشفت دراسة Malekzade & al (2023) هي الأخرى عن وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى القابلات بمختلف المستشفيات العمومية والخاصة بأصفهان في إيران، وهذا ما يتوافق مع النتيجة التي توصل إليها Rostami & al (2020) لدى عناصر الطاقم الشبه الطبي بإحدى المستشفيات العسكرية بطهران، دون أن ننسى دراسة Mansouri & al (2013) والتي أسفرت هي الأخرى عن علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى موظفي مراكز العناية وإعادة التأهيل بمدينة الأهواز بإيران.

3.3.1. مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالانجاز الشخصي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

اتضح لنا من خلال تحليلنا الإحصائي للبيانات الخاصة بهذه الفرضية وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والشعور بالانجاز الشخصي لدى أفراد عينة دراستنا الحالية، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة، وهذا ما يبين لنا بكل وضوح أن المستوى المتوسط من

جودة الحياة في العمل المسجل لدى الممرضين المزاولين لنشاطاتهم داخل مختلف المصالح العلاجية التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد قد يكون له أثر سلبي على مستوى شعورهم بالإنجاز الشخصي في العمل، وانطلاقاً من هذه النتيجة سنحاول تقديم جملة من التفسيرات التي قد نوفق من خلالها في مناقشتنا لأصل العلاقة التي تربط بين هاذين المتغيرين.

حيث بإمكاننا ربط أصل هذه العلاقة قبل كل شيء بالتحديات المهنية التي يعيشها ويتعامل معها الممرض يوميا وما قد تشكله من مواقف صعبة ومشاكل تقف سدا أمامه أثناء تأدية نشاطه الفعلي، فمهنة التمريض في الأصل ليست بتلك المهنة السهلة بل تعد من أكثر المهن صعوبة وتعاشيا، وهذا نظرا لخصائصها الفريدة من نوعها والتي تتطلب من شاغلها استثمارا كبيرا وتفانيا في العمل، فما لاحظناه من عوامل سلبية داخل محيط المستشفى أثناء إجراءاتنا الميدانية ما هي إلا مصادر إضافية من الضغط والعبء الناتجة عن الإهمال والتقصير في توفير الشروط الأساسية للعمل، والتي لا تقتصر فقط على تزويد الممرضين بالإمكانات المادية الضرورية من لوازم طبية ومعدات لممارسة نشاط التمريض، بل تشمل كذلك على الإجراءات التنظيمية التي يتخذها المسؤولون في إطار تسيير وإدارة شؤون عناصرها الشبه الطبية، ويجدر بالإشارة هنا إلى كيفية توزيع المهام والأعباء المرتبطة بها وتنظيم ساعات العمل، وبرمجة المناوبات الليلية، بالإضافة إلى ما تقدمه إدارة المستشفى كحوافر مادية من أجور ومكافآت ومنح إضافية كتقدير على مجهودات الممرضين، وحوافر معنوية كالتقدير والاحترام وفتح المجال أمامهم من خلال جعلهم شركاء في صناعة القرارات بالشكل الذي يسمح لهم بالشعور بالانتماء والأهمية والولاء إلى المؤسسة الاستشفائية.

إضافة إلى ما سبق ذكره من عوامل، فقد يمكننا أيضا الاستناد إلى ما يواجهه الممرض من صعوبات خلال تعاملاته اليومية مع مختلف الحالات المرضية التي يتكفل بها وتأثره النفسي بمعاونة هؤلاء المرضى ومواجهته لحالات الوفاة أثناء تأدية نشاطه، فهذه المشاهد المؤثرة قد تتعكس سلبا على الاتزان الانفعالي للممرض وتستنزف طاقته الحيوية والانفعالية، كما قد يؤدي كذلك التعود على مثل هذه الظروف السالفة الذكر إلى فقدان التعاطف اتجاه الآخرين وبلادة مشاعره كسبيل لحماية كيانه النفسي من الاعتداءات الخارجية التي قد تهدد صحته النفسية، فالشعور بالإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر يؤدي بطبيعة الحال إلى تساعل الممرض حول أهمية عمله ومخرجاته وهذا ما يشعره بالعجز والشعور بالنقص في الانجاز الشخصي نتيجة لعدم قدرته على التغيير، فالأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي انطلاقا من بعد الإجهاد

الانفعالي ما هي إلا عواقب سلبية ناتجة عن تدهور الأوضاع والظروف المهنية المحيطة بالمرضى وعدم قدرته على التكيف مع خصائص وظيفته والتعامل معها بالشكل الذي يسمح من الحد من خطورتها على كيانه النفسي والجسدي، حيث يؤدي الإحساس بالإجهاد الانفعالي إلى تكوين اتجاهات سلبية ومعادية نحو العمل والأشخاص المتواجدين فيه وهذا ما يظهر عبر السلوكيات السلبية وبلادة المشاعر وقساوة التعامل مع الآخرين، ويبدأ المريض على إثرها في التساؤل حول أهمية عمله، فعلى الرغم من بذله لجهود كبيرة غير أن هذا لا يشعره بالقدرة على التغيير، وبالتالي سيتجه نحو تقييم عمله بالسلب والشعور بالنقص في الانجاز الشخصي.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة الأجنبية، على غرار دراسة (Borges 2023) والتي أسفرت عن وجود علاقة موجبة بين الدرجة الكلية لجودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى موظفي قطاع الخدمات الصحية في مدينة بالماس البرازيلية، وهذا ما يتوافق أيضا مع نتائج دراسة (Rostami & al 2020) والتي توصلت إلى وجود علاقة موجبة هي الأخرى بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى موظفي السلك الطبي بإحدى المستشفيات العسكرية في طهران بإيران، ونظرا لقلّة الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين جودة الحياة في العمل وأبعاد الاحتراق النفسي لدى الممرضين ارتأينا إلى استخدام نتائج دراسة كل من (Acar & Ercan 2020) على موظفي الفنادق بإسطنبول، حيث انتهت دراستهما إلى وجود علاقة موجبة بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالإنجاز الشخصي لدى أفراد عينتهم.

وفي الجهة المقابلة لم يتم رصد العديد من الدراسات السابقة ذات النتائج المعارضة لنتائج الدراسة الحالية، ويجدر بالذكر هنا دراسة (Zahednezhad 2021) فقط والتي توصلت إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة في العمل وبعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي لدى ممرضات المستشفيات التعليمية التابعة لمنطقة طهران الإيرانية.

2, الاستنتاج العام للدراسة:

حاولنا عبر الدراسة الحالية الكشف عن مستوى جودة الحياة في العمل لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، مع التحقق من وجود اختلافات بينهم في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغيرات الفردية المتمثلة في كل من الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية، كما سعينا أيضا إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى هؤلاء الممرضين، إلى جانب معرفة إذا ما كان لتلك المتغيرات الفردية المذكورة سلفا دخل في مستوى الاحتراق النفسي المسجلة لديهم، وفي الأخير الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين كل من متغير جودة الحياة في العمل ومتغير الاحتراق النفسي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد من جهة، وبين جودة الحياة في العمل والأبعاد الثلاث للاحتراق النفسي المتمثلة في الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، والشعور بالانجاز الشخصي من جهة أخرى.

وبعد الإلمام بكل جوانب الموضوع من الناحية النظرية، قمنا بإعداد أداة الدراسة المناسبة وتطبيقها على عينة قوامها (295) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين العدد الإجمالي للممرضين المنتسبين إلى المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، وبعد استرجاع بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائيا بالاعتماد على برامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من جودة الحياة في العمل لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة في العمل بين ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.
- يعاني ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق النفسي بين ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، الحالة العائلية، وسنوات الأقدمية.
- وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي لدى ممرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

- وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
- وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.
- وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالانجاز الشخصي لدى مرضي المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

3. مقترحات الدراسة:

على ضوء النتائج التي تمخضت عن هذه الدراسة، ارتأينا إلى تقديم المقترحات التالية:

- 1- ضرورة اهتمام القائمين على شؤون المستشفى الجامعي بتحسين جودة الحياة في العمل من خلال اتخاذ القرارات والتدابير اللازمة.
- 2- اهتمام إدارة المستشفى بشكل أكبر بالظروف المهنية السائدة داخل المحيط الاستشفائي من خلال إعادة هيكلة المرافق الصحية التابعة للمستشفى وتجهيزها بالمعدات الضرورية والأساسية لتأدية مهام التمريض على أكمل وجه.
- 3- مراعاة الجوانب الاجتماعية الخاصة بالمرضى من خلال انتهاج المسؤولين القائمين على شؤونهم لسياسات جديدة تساهم في تقديم التسهيلات والإمكانيات اللازمة لهم لمساعدتهم على تحقيق التوازن بين حياتهم المهنية والأسرية.
- 4- إتاحة الفرصة أمام المرضى للمشاركة في اتخاذ القرارات وصناعتها بشكل يزيد من ثقتهم في قدراتهم ومهاراتهم، وتشعرهم بالمكانة والانتماء والأهمية داخل محيط عملهم.
- 5- التحفيز المادي والمعنوي للمرضى من خلال مراجعة أنظمة تسديد الأجور والمكافآت، وفتح أفق جديدة للتقدم الوظيفي كاعتراف من المسؤولين بقيمة ومكانة الممرض داخل المنظومة الصحية.
- 6- تشجيع المرضى ودعمهم على متابعة دورات التكوين المستمر والترقيات المختلفة من أجل تنمية وتطوير كفاءاتهم ومواكبة التطورات الحاصلة في مجال التمريض.
- 7- التشجيع على العمل الجماعي وتنمية العلاقات الاجتماعية داخل العمل.

- 8- تخصيص ميزانية مالية خاصة بتطبيق الإجراءات الميدانية الهادفة إلى تحسين جودة الحياة في العمل.
- 9- تطوير الفكر الإداري الخاص بالمستشفى فيما يتعلق بالإدارة الصحية وتسيير شؤون الممرضين فيما يتعلق بالمعايير الخاصة بجودة الحياة في العمل.
- 10- عقد اجتماعات دورية مع مختلف الفئات المهنية العاملة بالمستشفى من أجل الاستماع الى انشغالاتهم ومحاولة الاستجابة لها.
- 11- ضرورة الانتباه إلى ظاهرة الاحتراق النفسي واتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية منها والحد من خطورتها.
- 12- القيام بحملات تحسيسية داخل المستشفى لتوعية الممرضين من خطورة الاحتراق النفسي، وتقديم الإرشادات والنصائح اللازمة لهم.
- 13- إعادة تصميم مراكز العمل بالشكل الذي يراعي قدرات وإمكانيات الممرضين، مع مراجعة الجوانب التنظيمية المرتبطة بتوزيع ساعات العمل من أجل التقليل أو الحد من ظاهرة الاحتراق النفسي من خلال تجنب مصادره ككثرة الأعباء الوظيفية وارتفاع وتيرة العمل.
- 14- مساعدة الممرضين على مواجهة الاحتراق النفسي من خلال مساعدتهم على تنمية قدراتهم الشخصية في مواجهة الضغوط.
- تبقى نتائج الدراسة الحالية محدودة في الزمان والمكان ويمكن اعتبارها بمثابة دراسة تمهيدية، لذا يعتبر من الضروري فتح المجال أمام دراسات أخرى للاهتمام بمتغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي داخل القطاع الصحي، من خلال الاعتماد على أدوات بحثية أخرى وتناول هاذين المتغيرين من زوايا مختلفة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

➤ المراجع باللغة العربية:

- (1) أبو حميد، هاشم عيسى عبد الرحمن (2017). أثر أبعاد جودة حياة العمل على فاعلية اتخاذ القرارات الإدارية في جامعة الأقصى بغزة. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- (2) الأحمد، عبد العزيز بن عبد الله (2016). الاحتراق النفسي وعلاقته بمستوى الايجابية لدى عينة من العاملين بشركة الاتصالات السعودية (الرد الآلي) بالرياض. مجلة الطفولة والتربية، 1(28)، 7-77.
- (3) البابلي، ماجد منصور محمد (2019). نظام الحوافز والمكافآت وأثرهما على تحسين الأداء الوظيفي في مستشفى عمران العام بالجمهورية اليمنية. مجلة مركز جزيرة العرب للبحوث التربوية والإنسانية، 1(3)، 1-27.
- (4) بخوش، وليد وباتشو، الهادي (2019). مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات بقطاع الصحة العمومية -دراسة ميدانية. حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 27، 269-290.
- (5) البربري، مروان حسن (2016). دور جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في شبكة الأقصى للإعلام والناتج الفني. رسالة ماجستير في برنامج القيادة والإدارة، جامعة الأقصى، غزة.
- (6) البلوشي، مريم والظفري، سعيد (2019). جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بمعتقدات الكفاءة الذاتية التدريسية لدى المعلمين بسلطنة عمان. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 15 (04)، 387-398.
- (7) بن السايح، مسعودة (2018). مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين بالأغواط. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 03 (02)، 666-687.
- (8) بن خالد، عبد الكريم (2017). جودة حياة العمل وأثرها في تنمية الثقافة التنظيمية لدى موظفي القطاع الصحي: دراسة ميدانية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية أدرار. أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة وهران 2، الجزائر.
- (9) بن خالد، عبد الكريم (2015). فلسفة إدارة جودة الحياة الوظيفية في المجال المهني . مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 7 (20)، 117-129.

- 10** بن فردي، موسى والعايب، رايح (2022). مستوى الاحتراق النفسي لدى عناصر الحماية المدنية- دراسة ميدانية بالوحدة الثانوية للحماية المدنية بسوق نعمان. *المجلة الجزائرية للأمن الإنساني*، 7(2)، 33-57.
- 11** بني أحمد، أحمد محمد عوض (2007). *الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس*. ط1، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 12** بورزق، يوسف وأم الخيوط، إيمان (2018). واقع جودة حياة العمل لدى أساتذة التعليم الثانوي في ضوء بعض المتغيرات. *دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 10(04)، 683-692.
- 13** بوضياف، نوال وبوجلل، سهيلة (2021). جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بالاستغراق الوظيفي لدى الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة. *مجلة الروائر*، 05(01)، ص 115-127.
- 14** بومعالي، شهيناز (2019). *الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى الممرضين: دراسة ميدانية في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية (مستشفى باب الواد، بني مسوس، مصطفى باشا)*. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
- 15** تركي، رايح (1984). *مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس*. الجزائر : المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 16** تلاي، نبيلة (2017). *الاحتراق النفسي وعلاقته بالتوافق المهني لدى الزوجة العاملة-دراسة ميدانية على عينة من القابلات ببعض مصالح التوليد لكل من ولايتي باتنة وبسكرة*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة محمد خيضر-بسكرة، الجزائر.
- 17** تيسير، زاهر (2016). *أثر جودة حياة العمل في الالتزام التنظيمي:دراسة ميدانية على مركز خدمة المواطن محافظة دمشق*. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية-سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*، 38(01)، 103-118.
- 18** جاد الرب، سيد محمد (2008). *جودة الحياة الوظيفية QWL في منظمات الأعمال العصرية*. مراجع إدارة الأعمال، جامعة قناة السويس.

- (19) الجادر، سهير عادل والعاملي، علا باسم (2016). دور نوعية حياة العمل في الاغتراب التنظيمي. *مجلة العلوم الاقتصادية*، 22(94)، 258-277.
- (20) الجعافرة، أسى عبد الحافظ، بدح، أحمد محمد، الخطيب، بلال عادل والخرابشة، عمر محمد (2013). الاحتراق النفسي لدى الطلبة الجامعيين القاطنين في المنازل الداخلية وعلاقته بعدد من المتغيرات. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، 21(1)، 295-325.
- (21) جلال، بن محمد وزقاوة، أحمد (2022). جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي في الصحة الجوارية. *مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية*، 08(01)، 887-906.
- (22) الجمال، محمد عاطف (2019). *جودة حياة العمل والمسار الوظيفي*. قسم شركات ومؤسسات.
- (23) جواد، جعفر جابر (2015). الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في مدينة بغداد، *مجلة كلية التربية*، 1(19)، 383-410.
- (24) جودة، يحيى عبد الجواد درويش (2003). *مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية*. رسالة لنيل شهادة ماجستير في الصحة العامة، كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- (25) حداد، عمار وخليل، صبرينة وزديرة، شرف الدين (2020). تحليل أبعاد جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. *مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية*، 07(02)، 539-557.
- (26) حريش، لطف محمد يحيى والعزب، عباس صالح مسعد (2022). الاحتراق النفسي لدى الممرضين في المستشفيات الحكومية بأمانة العاصمة. *الآداب للدراسات النفسية والتربوية*، مج 2022، (14)، 48-07.
- (27) الحمداني، ناهدة إسماعيل (2005). الثقافة المنظمة وأثرها في تحسين نوعية حياة العمل. *تنمية الرافدين*، 27(79)، 129-149.
- (28) حيرش، أمينة وهزشي، طارق (2022). جودة الحياة الوظيفية المدركة وعلاقتها بالسلوك الأخلاقي لدى العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية. *مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال*، 08(01)، ص 10-32.

- (29) حيرش، رضا وبراهيم بلهوارى، توفيق (2022). الاحتراق النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا -دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف-المدية. مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، 08(01)، 127-142.
- (30) حيواني، كريمة (2017). تكيف استبيان محتوى العمل لروبار كرزاك JCQ على البيئة الجزائرية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي- أم البواقي، الجزائر.
- (31) الدحدوح، حسني فؤاد (2015). جودة الحياة الوظيفية لدى معلمي المرحلة الأساسية بمحافظات غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم. رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير في قسم أصول التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- (32) زاوي، أمال ومزيان، محمد (2018). مستوى الاحتراق النفسي لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية -المستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان نموذجاً. مجلة آفاق للعلوم، ب مجلد (11)، 115-127.
- (33) سبع، هاجيرة وملال، خديجة (2021). الاحتراق النفسي وعلاقته بمستوى الصحة العامة لدى عمال الوسط شبه الطبي. الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 13(2)، 168-177.
- (34) سعد، أمنية خير توفيق (2020). واقع جودة الحياة الوظيفية وعلاقتها بظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين بمكتبات جامعة الإسكندرية: دراسة ميدانية. المجلة العلمية للمكتبات والوثائق والمعلومات، 03(05)، 193-254.
- (35) سلام، سليمة (2022). قياس مستوى جودة الحياة الوظيفية لدى موظفي شبه طبي مستشفى ببومرداس. مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، 05(01)، 1103-1119.
- (36) سليمانى، صبرينة ووادة، فتحي (2020). الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالوادي. أعمال الملتقى الدولي: المعاناة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض-تشخيص ومقاربات علاجية-أيام 12/11 فيفري 2020، جامعة باتنة.
- (37) سماني، مراد (2012). استراتيجيات التعامل *Coping* عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران. رسالة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران، الجزائر.

- (38) الشنطي، نهاد عبد الرحمن (2016). واقع جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الحكومية وعلاقته بأخلاقيات العمل (دراسة تطبيقية على وزارة الأشغال العامة والإسكان). رسالة ماجستير في إدارة الدولة والحكم الرشيد، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى، فلسطين.
- (39) الشويري، نهى محمد هلال (2018). العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والاحتراق الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات التعليمية. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الفيوم، 13(13)، 582-633.
- (40) العزاوي، أنور قاسم وبحيى، أياد محمد (2007). الاحتراق النفسي لدى معلمات الصفوف الخاصة. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 5(2)، 285-301.
- (41) عزوز، حميدة وقهار، صبرينة (2022). مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين العاملين بمصالح الطب العقلي في الجزائر العاصمة. مجلة أفكار وآفاق، 10(4)، 265-283.
- (42) عطا المنان، هويدا علي محمد (2018). جودة حياة العمل وأثرها على الاستغراق الوظيفي: الدور الوسيط لرأس المال النفسي. رسالة لنيل درجة ماجستير العلوم في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- (43) علي، محمد حسين (2002). الاحتراق النفسي. مجلة الطب النفسي-أبو ظبي، (19)، 11-14.
- (44) عمار، حمادة والساسي، الشايب محمد (2017). جودة الحياة الوظيفية لدى أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة الشهيد "حمة لخضر" بالوادي في ظل بعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 04(21)، 368-380.
- (45) العنزري، سعد والفضل، سما سعد خير الله. (2007) فلسفة نوعية حياة العمل في منظمات الألفية الثالثة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، 13(45)، 68-85.
- (46) عيسري، عبد اللطيف يحي عبده والذيابي، يوسف بن هذال (2022). الاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية لدى معلمي الإعاقة الفكرية بمدينة جدة في ضوء رؤية (2030). مجلة كلية التربية بالمنصورة، 119(1)، 1021-1069.
- (47) غنيم، منال أحمد محمد (2020). أثر جودة الحياة الوظيفية على الرضاقة التنظيمية دراسة تطبيقية على المستشفيات الجامعية في محافظة المنوفية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، 5(01)، 62-90.

- (48) فواتيح، محمد الأمين أحمد ومباركي، بوحفص (2016). جودة حياة العمل في ظل إدارة الجودة الشاملة -دراسة ميدانية. *مجلة تنمية الموارد البشرية*، 11(01)، 337-377.
- (49) قريوة، زينب (2021). جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية -دراسة ميدانية بالعيادة الصحية المتعددة الخدمات عليوة تركية ببليّة أم الطوب-ولاية سكيكدة. *مجلة آفاق للبحوث والدراسات*، 05(02)، 474-489.
- (50) قزقوز، حميدة وإغمين، نذيرة (2021). مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد 19 -دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل قالمّة. *حوليات جامعة قالمّة للعلوم الاجتماعية والإنسانية*، 15(02)، 279-298.
- (51) قهيري، فاطنة وكسنة، محمد (2018). دراسة وتحليل أبعاد جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة الخدمية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بولاية الجلفة. *دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 10(03)، 666-691.
- (52) الكويش، فتحى ضوء العربي (2021). مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصلحتي المسرة وصرمان الكبرى بمدينة صرمان. *مجلة كليات التربية*، 1(22)، 379-400.
- (53) لجلط، ابراهيم؛ كلاخي، لطيفة وبوادو، فاطيمة (2018). جودة الحياة الوظيفية في ظل بعض المتغيرات الديمغرافية لدى أساتذة كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية بجامعة ابن خلدون بتيارت. *مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي-جامعة المسيلة*، 2(02)، 290-300.
- (54) لموم، زينب أحمد محمد (2018). *الاحتراق النفسي للمعلم*. ط1، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر.
- (55) لونيس، سعيدة و فيلاللي، أسماء (2019). دور أبعاد جودة الحياة في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى العاملين بمهنة التمريض. *دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 32(02)، 322-350.
- (56) ماضي، خليل إسماعيل إبراهيم (2014). *جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين : دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية*. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة: قسم إدارة الأعمال، جامعة قناة السويس، مصر.
- (57) محمد، علي مؤيد ومحمد، محمود علي (2018). ظروف بيئة العمل التربوية وعلاقتها بجودة الحياة الوظيفية: دراسة ميدانية لدى المعلمين في مرحلة التعليم الثانوي بمدارس محافظة دمشق. *مجلة جامعة حماة*، 1(3)، 93-115.

- (58) محمد، محمد جاسم (2004). مشكلات الصحة النفسية: أمراضها وعلاجها. ط1، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- (59) المحيسي، محمد عثمان والصميلي، حسن إدريس (2017). الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى الدارسين في دبلوم التوجيه والإرشاد في جامعة نجران. *مجلة كلية التربية*، (10)، 267-304.
- (60) مرزوق، عبد العزيز علي (2017). علاقة جودة حياة العمل بالإحباط الوظيفي: دراسة تطبيقية على العاملين بوحدات الحكم المحلي بمحافظة المنوفية. *المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة*، (04)47، 99-146.
- (61) المعموري، ناجح (2013). الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الأسري لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة بابل. *مجلة العلوم الإنسانية*، 1(14)، 175-186.
- (62) معوشه، عبد الحفيظ (2022). جودة الحياة المهنية عند العاملين بالقطاع العام للصحة -دراسة ميدانية. *مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف*، 07(02)، 241-261.
- (63) المغربي، عبد الحميد عبد الفتاح (2004). جودة حياة العمل وأثرها في تنمية الاستغراق الوظيفي: دراسة ميدانية. *مجلة الدراسات والبحوث التجارية*، بدون مجلد (02)، 02-50.
- (64) منصور، لنا حسن محمد (2013). الاحتراق النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى الموظفين الإداريين في مديريات التربية والتعليم في محافظة الخليل. رسالة لنيل شهادة ماجستير في التربية- تخصص إرشاد نفسي وتربوي، كلية الدراسات العليا-جامعة القدس.
- (65) موفق، كروم وطالب، بهية (2020). مستوى الاحتراق النفسي لدى أطبا التخدير والإنعاش: دراسة ميدانية بولاية عين تيموشنت. *مجلة التنظيم والعمل*، 09(01)، 76-87.
- (66) ميهوبي، فوزي (2013). علاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي لدى الممرضين-دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالعاصمة. *دراسات نفسية وتربوية*، العدد 10، 147-171.
- (67) نميش، زوييدة؛ قدور، بن عباد هوارية ومقدم، سهيل (2018). أبعاد جودة الحياة في العمل لدى السلك الطبي بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي في ظل بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الفئة المهنية، الحالة الاجتماعية والاقدمية): دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي وهران. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد 34، 237-250.

- (68) نميش، نورة (2017). الاحتراق النفسي وعلاقته بالذات المهنية والدافعية للإنجاز لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات العقابية: دراسة وصفية على عينة في المؤسسات العقابية بالجزائر. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة البليدة 2، الجزائر.
- (69) الهاشمي، رياض بن حسين والعضايلية، علي بن محمد (2017). أثر جودة الحياة الوظيفية على الفاعلية التنظيمية في المستشفيات العسكرية بمنطقة الرياض من وجهة نظر العاملين فيها. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 13(1)، 1-30.
- (70) هليلي، يسمينة (2019). دور أساليب مواجهة ضغوط العمل في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى الممرضين. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(1)، 217-231.
- (71) وادي، لمين (2016). جودة حياة العمل كمدخل لإدارة الاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الحجار-عناينة. مجلة دراسات وأبحاث، 08 (22)، 264-284.
- (72) واكلي، بديعة (2018). الاحتراق النفسي وعلاقته بفاعلية الذات لدى الممرضين -دراسة ميدانية بمستشفى سطيف-، المرشد، 08 (01)، ب.ص.
- (73) يوسف، حدة (2016). الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية. ط1، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

-المراجع باللغة الأجنبية:

- 74) Achte, I., Delafore, J-l., & Fabre, C. (2010). *Comment concilier la performance et le bien-être au travail ?*. MBA RH, Université Paris Dauphine, France.
- 75) Ahmad, Shoeb (2013). Paradigms of Quality of Work Life. *Journal of human values*, 19(01), 73-82.
- 76) Ajayakumar & Kalaiselvi, K. (2012). Quality of Work Life-An Overview. *International Journal of Marketing, Financial Services & Management Research*, 1 (10), 140-151.
- 77) Al Jabari, Mohammed A. (2020). *The quality of work life among intensive care unit nurses at governmental hospitals in Gaza Strip*. M.Sc. Thesis, Deanship of graduate studies Al-Quds University, Jerusalem-Palestine.

- 78) Alis, D., Dumas, M. & Poilpot-Rocaboy, G. (2010). *Risques et souffrance au travail- Nouvelles contraintes, nouveaux remèdes*. France : Edition DUNOD.
- 79) Allam, Z ; Malik, A ; & George, S (2021). The relationship between Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal accomplishment, and Job satisfaction: An empirical study in Saudi Arabia. *Journal of Asian finance, economics, and business*, 08 (05), 1109-1117.
- 80) Almalki, M., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia, *BMC Health Services Research*.
- 81) Aloulou, J., Damak, R., Masmoudi, F., Sidhoum, O. & Amami, O. (2013). L'épuisement professionnel du soignant : étude tunisienne a propos de 142 infirmiers. *La Tunisie Médicale*, 91(1), 44-49.
- 82) ANACT (2019). *Guide de la qualité de vie au travail : outils et méthodes pour conduire une démarches QVT*. Ministère de l'action et des comptes publics.
- 83) Argentero, P., Dell'Olivo, B., & Ferretti, M (2008). Staff Burnout and patient satisfaction With the Quality of Dialysis care. *American Journal of Kidney Diseases*. 51 (01). 80-92.
- 84) Ashrafi, Z., Ebrahimi, H., Khosravi, A., Navidain, A., & Ghajar, A. (2017). The Relationship Between Quality of Work Life and Burnout : A Linear Regression Structural-Equation Modeling. *Journal of Health Scope*, 07 (01), 01-07.
- 85) Bagtasos, M. R. (2011). Quality of work life: A review of literature. *DLSU Business & Economics Review*, 20(2), 1-8.
- 86) Bakhshi, Ehsan; Gharagozlou, Faramarz; Moradi, Ali; & Naderi, Mohammad Reza (2019). Quality of work life and its association with Job Burnout and Job Performance among Iranian healthcare employees in Islamabad-e Gharb. *Journal of occupational health and epidemiology*, 08 (02), 94-101.
- 87) Bakker, A. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art, *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- 88) Barbier, D. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, *La Presse Médicale*, 33(6), 394-399.

- 89) Barnabè, C. (1993). La qualité de vie au travail et l'efficacité des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 19(02), 345-355.
- 90) Barruel, F. (2015). Burn-out ou risques psychosociaux (RPS) ? Pour une approche psycho dynamique du travail, *Psycho-Oncol*, 9, 14-18.
- 91) Bellagamba, G. (2016). *Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives sur les personnels en établissement de santé*. Thèse de doctorat en recherche clinique et santé publique, Université AIX-MARSEILLE, France.
- 92) Ben Moussa, M.K. (2016). *Le burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech*. thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention Du Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université CADI AYYAD-Marrakech, Maroc.
- 93) Benatia, Y. (2008). *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes*. Thèse présenté en vue de l'obtention du diplôme de Magister en psychologie clinique, Département d psychologie et des sciences de l'éducation et d'orthophonie, Université Mentouri de Constantine, Algérie.
- 94) Benferhat, Amirouche (2008), *L'étude du syndrome du burn-out chez une population a risque : cas des médecins des SAMU d'Alger, Blida, et Médéa intervenants dans le cadre de l'urgence médicale dans un contexte de catastrophe*. Thèse de magister en psychologie clinique spécialité psychopathologie. Université d'Oran, Algérie.
- 95) Bergonnier, R. (2016). *Syndrome d'épuisement professionnel et Qualité de vie des internes de médecine générale de l'ile de la réunion*. thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine, U.F.R des Sciences Médicales, Université de BORDEAUX, France.
- 96) Bernard, N. (2016). *Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes*. Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Grenoble Alpes, France.
- 97) Bernaud, J.L. & Lemoine, C. (2012). *Traité de psychologie du travail et des organisations*, 3eme édition, Paris : Edition DUNOD.
- 98) Bianchi, R., Schonfeld, I.S. & Laurant, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review, *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41.
- 99) Bonneville-Hébert, N. (2014). *L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle: son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique*, Thèse présentée comme

exigence partielle du Doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.

- 100)** Bontoux, E. (2016). *Prévalence et facteurs de risque du Burnout chez les médecins généralistes du GERS*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Université Toulouse 3- PAUL SABATIER, France.
- 101)** Boonrod, W. (2009). Quality of Working Life : Perceptions of professional Nurses at Pramongkutklo Hospital, *Journal Med Assoc Thai*, 92 (Suppl), 7-15.
- 102)** Borges, M.M.S. ; Nunes, V.R ; Pires, M.P ; Lima, B.G ; Hipolito, U.V. & Almeida, M.C.S. (2023). Quality of Work life and Burnout in Family Health Strategy Workers, *Rev Gaucha Enferm*, 44, 1-16.
- 103)** Borhani, F ; Arbabisarjou, A ; Kianian, T ; & Saber, S (2016). Assessment of predictable Productivity of Nurses Working in Kerman University of Medical Sciences' Teaching Hospitals via the dimensions of Quality of Work Life. *Global Journal of Health Science*, 8 (10), 65-72.
- 104)** Boulet, M., & Le Bourdais, C. (2016). Pratiques de conciliation travail-famille et détresse psychologique des salariés québécois : Une comparaison selon le genre. *Relations industrielles/Industrial relations*, 71(3), 442-467.
- 105)** Bourdu, E., Péretié, M.M. & Richer, M. (2016). *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité Refonder les organisations du travail*. Paris : Presse des Mines.
- 106)** Bouterfas, N. (2014). *Vers un Modèle de la santé Psychologique au Travail des agents du social et de l'insertion : Quels inducteurs organisationnels, psycho-sociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement ?*. Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie Sociale, Psychologie du Travail et des Organisations, Ecole Doctorale des Sciences de L'homme et de la Société, Université De Lille Nord de France.
- 107)** Brillet, F., Sauviat, I. & Soufflet, E. (2017). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail : Définitions, concepts, méthodes*. France : Edition DUNOD.
- 108)** Brooks, B.A. (2001). *Development of an instrument to measure Quality of Nurses' Work-Life*, Submitted as partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing Science, University of Illinois at Chicago, USA.

- 109)** Brousseau, S. (2015). *La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissement de santé*. These présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Docteur en Sciences Infirmières, Faculté des études supérieures et postdoctorales, Université de Montréal.
- 110)** Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2016). Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 187-196.
- 111)** Bugel, P. (2005). Le Burn-out, *Santé Conjuguée*, n°32, 32-36.
- 112)** Canoui, P., Mauranges, A. & Florentin, A. (2015). *Le burnout a l'hôpital- Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 5eme édition, France : Elsevier Health Sciences.
- 113)** Caudron, M. (2016). *Burnout chez les infirmiers exerçants en psychiatrie : état des lieux, facteurs de risque et apports du concept de flexibilité psychologique*. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecine, Faculté de médecine HENRI WAREMBOURG, Université LILLE 2 Droit et Santé, France.
- 114)** Chevrier, N., (2009). Adaptation Québécoise de L'Oldenberg Burnout Inventory (OLBI). Thèse présentée comme exigence partielle du Doctorat en Psychologie, Université du Québec a Montréal, Canada.
- 115)** Colombat, P. (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Paris : Editions LAMARRE.
- 116)** Conseil Supérieur de la Sante. (2017). Burnout et travail. CSS N° 9339, Belgique. (www.css-hgr.be)
- 117)** Coutanceau, R., Bennegadi, R. & Bornstein, S. (2016). *Stress, Burn-out, Harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris : Edition DUNOD.
- 118)** Demerouti, E., Bakker, A.B., De Jonge, J. & Jansen, P.P.M. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J work Environ Health*, 27(4), 279-286.
- 119)** Dodeler, V., Lanfranchi, J.B., Mabire, C., Houbre, B. & Hobfoll, S. (2018). Proposition d'une version Française de l'inventaire de Conservation des Ressources (ICR). *Bulletin de Psychologie*, 557 (5), 807-822.

- 120)** Dupuis, G., Martel, J.J., Voirol, C., Bibeau, L. & Hebert-bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail-Bilan des connaissances- L'inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT)*, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales «CLIPP».
- 121)** DURMUŞ, M., & ALKAN, H. (2021). Investigation of the relationship between quality of work life, burnout and spiritual well-being in intensive care nurses. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 264-272.
- 122)** Easton, S., & Van Laar, D. (2012). *User Manuel for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale : A Mesure of Quality of Working Life*. First Edition, University of PORSMOUTH, United Kingdom.
- 123)** Eren, H., & Hisar, F. (2016). Quality of Work Life perceived by nurses and their organizational commitment level. *International Journal of Human Sciences*, 13 (01), 1124-1132.
- 124)** Esnard, C. (2018). L'expression de l'épuisement professionnel en contexte soignant : une question de normativité sociale ?. *Revue québécoise de psychologie*, 39 (1), 161-179.
- 125)** Estryng-Behar, M. (1997). *Stress et Souffrance des soignants a l'hôpital : Reconnaissance, analyse et prévention*, Edition ESTEM.
- 126)** Faizin, R., Fitriyasari, R., Wahyuni, E.D., & Nursalam, N. (2020). Nurse's Individual Factors May Predict Quality of Nursing Work Life (Qnwl) in Clinical setting. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(7), 9042-9049.
- 127)** Fernandes, R.B., Martins, B.S., Caixeta, R.P., Da Costa Filho, C.G., Braga, G.A. & Antonialli, L.M. (2017). Quality of work life : an evaluation of Walton model with analysis of structural equations. *Revista Espacios*, 38(03), 5.
- 128)** Gendron, B. (2012). *Management des risques psychosociaux et capital émotionnel pour une qualité de vie au travail et vers des organisations capacitantes: essai réflexif et intervention sur le stress dans le monde du soin et de l'éducation via une approche de la pleine conscience, de l'acceptation et de l'engagement et de management de projet*. Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Neuropsychologie et psychopathologie, Université Paul-Valéry Montpellier, France.
- 129)** Grébot, E. (2008). *Stress et Burnout au travail : Identifier, prévenir, guérir*. France : Edition Eyrolles.

- 130)**Grésy, J.E., Nuckel, R.P. & Emont, P. (2013), *Gérer les risques psychosociaux-Performance et qualité de vie au travail*. 2eme édition, ESF Editeur.
- 131)**Gronier, G., Barlatier, P.J., & Miglioranzo, E. (2015). La qualité de vie au travail au Luxembourg : bilan et perspectives de recherche. Luxembourg Institute for Science and Technology, 50eme Congrès international : Société d'ergonomie de langue Française, 1-8.
- 132)**Guedon, A. (2016). *Le burnout de médecin : prévalence et déterminants dans le monde*. Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, France.
- 133)**Guilbon, G. (2013). *Impact des régulations émotionnelles au travail sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie*. Thèse pour l'obtention du grade de Doctorat en Psychologie : société, politique, santé publique, Université BORDEAUX SEGALEN, France.
- 134)**Guinaud, M. (2006). *Evaluation du Burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés*. thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine, Faculté de Médecine de Créteil, Université Paris Val-de-Marne, France.
- 135)**Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences au ressources, le model de DEMEROUTI Au service des soins infirmiers. *Recherche En Soins Infirmiers*, 104, 23-29.
- 136)**Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Ethique et santé-Elsevier Masson*, N° 15, 118-124.
- 137)**Hoffman, A. (2005). Questions réponses sur le Burnout. *Santé Conjugée*, n°32, 84-93.
- 138)**Jaafarpour, M., Khani, A., & Mahmodian, M.R. (2015). Evaluation of the Quality of nursing Work Life and its association with job Burnout in Isfahan University of Medical Sciences. *International Journal of Epidemiologic Research*, 02 (01), 30-39.
- 139)**Kane, S. (2009). *Epuisement professionnel : Facteurs facilitant et entravant le retour au travail*. mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Administration des Affaires, Université du Québec a Montréal.

- 140)** Kent, P. (2007). BURNOUT IN NURSING. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24 (3), 43-48.
- 141)** Kirouak, L. (2011). Instruments de mesure et voies thérapeutiques du burn-out : la responsabilité sociale court-circuité. *Reflets Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(1), 30-57.
- 142)** Kirouak, L. (2015). *L'individu face au travail-sans-fin : Sociologie de l'épuisement professionnel*. Collection Sociologie Contemporaine, Presse de l'Université LAVAL.
- 143)** Kowalski, C., Ommen, O., Driller, N., Wirtz, M.A, Kohler, T. & Pfaff, H. (2010). Burnout in Nurses – The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1654-1663.
- 144)** Lachance, L., Richer, L., Coté, A., & Poulin, J.R. (2004). Conciliation travail-famille chez des parents d'enfants ou d'adolescents ayant une déficience intellectuelle, 1ere édition, Canada : Bibliothèque nationale du Québec.
- 145)** Laraqui, O., Laraqui, D., Tripodi, D., Verger, C., & Laraqui, C.H. (2008). Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : a propos d'une étude multicentrique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69(5-6), 672-682
- 146)** Larouche, L.M. (1985). Manifestations cliniques du «Burnout» chez les médecins. *Santé Mentale au Québec*, 10 (2), 145-150.
- 147)** Larouche, V., & Trudel, J. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. *Relations industrielles*, 38(3), 568-597.
- 148)** Laviolette, I. (1994). *L'épuisement professionnel et l'actualisation de soi dans le secteur des services sociaux*. thèse présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Psychologie, Université du Québec A Trois-Rivières, CANADA.
- 149)** Légeron, P. (2015). *Le stress au travail : un enjeu de santé*. Paris : Edition Odile Jacob.
- 150)** Leroy, N. (2013). *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? déterminants psychologiques, sociaux, et organisationnels auprès des cadres a responsabilités et élaboration d'un modèle*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en psychologie du travail et des

organisations, Faculté des Lettres, Arts, Sciences Humaines et Sociales, Université de LILLE3, France.

- 151)** Leroy-fremont, N., Desrumaux, P., Moundjiegout, T., & Lapointe, D. (2014). Effet mediateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel. *Psychologie du travail et des organisations*, 20 (02), P.175-202.
- 152)** Lévy-Leboyer, C., Huteau, M., Louche, C. & Rolland, J.P. (2003). *La Psychologie du Travail*. 2eme édition, Editions d'organisation.
- 153)** Lin, F., St John, W. & Mcveight, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of nursing management*, 17 (3), 294-301.
- 154)** Locufier, A. (2015). *Rôle des pratiques de recrutement et d'intégration et de la qualité de vie au travail sur la réussite de l'entrée organisationnelle du nouvel embauché*. Thèse de doctorat en Psychologie, Université de Bordeaux, France.
- 155)** Lorient, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du burnout des infirmières hospitalières. Journées d'étude «Les approches du travail en ergonomie et en sociologie». *Version d'auteur du texte paru dans Travail et Emploi*, N°94, 65-74.
- 156)** Louart, P. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Les cahiers de la recherche*, 1-18.
- 157)** Malekzade, N; Janighorban, T. & Dadkhahtehrani, T. (2023). Correlation between Quality of work life and Job burnout in Midwives. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28 (2), 194-199.
- 158)** Malki, S., El Amili, O. & Hait, M. (2022). Facteurs et symptômes de l'épuisement professionnel des téléopérateurs : Analyse descriptive. *Revue internationale des sciences de gestion*, 5 (4), 887-904.
- 159)** Mamedu, O. P. (2016). Quality of work-life and university goal attainment perception by academic staff in the South-south Geo-political Zone of Nigeria. *American Journal of Educational Research*, 4(20), 1323-1336.
- 160)** Mangen, M.H. (2007). *Etude du Burnout chez les médecins généralistes LUXEMBOURGEOIS*. Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en Médecine, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Université Pierre et Marie Curie, France.

- 161)**Manoukian, A. (2016). *La souffrance au travail – les soignants face au Burn-out*. 2eme edition, France: Edition LAMARRE.
- 162)**Mansouri, N., Zahiri, M., Zadeh, R.G., Jafari, G.A., Latifi, M., & Mahdinejad, L. (2013). Evaluation the correlation between Quality of work life and staff burnout in Rehabilitation and Welfare centers in Ahvaz city. *Jentashapir J Res*, 04 (05), 346-353.
- 163)**Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social indicators research*, 77, 333-368.
- 164)**Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016). *BURN-OUT: Des Solutions Pour se Préserver et pour Agir-Préface du Dr P.Légeron*. Paris : Editions des Arènes.
- 165)**Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annu.Rev.Psych*, 52, 397-422.
- 166)**Mion, G., Libert, N., Petitjeans, F., & Journois, D. (2010). *Burnout en anesthésie-réanimation*. Cited in : Enjeux éthiques en réanimation. Springer, Paris.
- 167)**Montreuil, E. (2014). *Prévenir les risques psychosociaux-Des outils pour agir sur la pénibilité et préserver la santé au travail*. 2eme édition, Paris : Edition DUNOD.
- 168)**Morsy, S.M, & Sabra, H.E. (2015). Relation Between Quality of Work Life and Nurses Job Satisfaction At ASSIUT University Hospitals. *Al-Azhar Assiut Medical Journal*, 13(01), 163-171.
- 169)**Nayeri, N.D., & Noghabi, T.S.A.A.A. (2011). Quality of work life and productivity among iranian nurses. *Contemporary Nurse*, 39 (01), 116-128.
- 170)**Ntsame Sima, M.N. (2012). *Pour un Modèle Explicatif de L'épuisement professionnel et du Bien-être Psychologique : Vers une Validation Prévisionnelle et Transculturelle*. Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie Sociale, Psychologie du Travail et des Organisations, Ecole Doctorale des Sciences de L'homme et de la Société, Université De Lille Nord de France.
- 171)**Ordowich, C. (1985). La qualité de vie au travail, le remède au stress occupationnel. *Santé mentale au Québec*, 10(02), 156-159.
- 172)**Pelletier, J. (2017). *Agir sur la QVT*. France : Editions Eyrolles.

- 173)** Pelletier, J. (2018). Qu'es-ce que la qualité de vie au travail? *Risques et Qualité*, 15(01), 07-11.
- 174)** Piasecki, C., & Steiner (2019). La justice organisationnelle comme levier pour promouvoir la qualité de vie au travail. *Psychologie du travail et des organisations-Elsevier Masson*, n°25, 116-126.
- 175)** Picart, L. & Jaussaud, J. (2018). Risques psychosociaux : envisager le burnout comme un processus organisationnel. *RIMHE-Revue interdisciplinaire Management Homme & Entreprise*, 33, 34-52.
- 176)** Picart, L. (2017). *Facteurs organisationnels déterminants du Burnout des managers*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en sciences de gestion, Ecole Doctorale 481 Sciences Sociales et Humanités, Université de Pau et Des Pays de L'Adour.
- 177)** Pronost, A.M. & Tap, P. (1997). Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 75-85.
- 178)** Ramawickrama, J., Opatha, H.H.D.N.P. & PushpaKumari, M.D. (2017). Quality of work life, Job Satisfaction, and the Facets of the relationship between the Two Constructs. *International Business Research*, 10(4), 167-182.
- 179)** Rekhi, S., & Sharma, P. (2019). A study on quality of work life (QWL) in PSPCL. *South Asian Journal of Marketing & Management Research*, 9(2), 14-21.
- 180)** Rhnima, A., Wils, T., Pousa, C.E., & Frigon, M. (2014). Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 69(03), 477-500.
- 181)** Rostami, H., Fathi, A., Azmodeh, M., Rezaye Malajeg, R., & Ebrahimzadeh Asl, E. (2020). Relationship between Job Burnout, Job Motivation and Resilience with Quality of Work Life of Treatment Staff in one of the Armed Forces Hospitals in 2018. *Journal of Police Medicine*, 9(1), 35-42.
- 182)** 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 grade de Docteur en Science de gestion, Ecole doctorale des sciences Economiques et de Gestion, Université de Rennes 1, France.

- 183)** Sale, J-E.M., & Smoke, M (2007). Measuring Quality of Work Life: A Participatory Approach in the Canadian Cancer Center. *Journal of Cancer Education*, 22 (01), 62-66.
- 184)** Salem, E.A., & Ebrahim, S.M. (2018). Psychosocial work environment and oxidative stress among nurses. *J Occup Health*, 60(02), 182-191.
- 185)** Sarnin, P. (2007). *Psychologie du travail et des organisations*. 1^{re} Edition, Belgique : Edition De Boeck.
- 186)** Sauvezon, C., Ferrieux, D., & Priolo, D. (2019). Le stress au travail : du paradigme des risques psychosociaux à celui de la qualité de vie au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25, Issue 2, 86-99.
- 187)** Saygili, M., Avci, K., & Sonmez, S. (2020). Quality of Work Life and Burnout in healthcare workers in Turkey. *Journal of health Management*. 01-13.
- 188)** Schaufeli, W., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- 189)** Schmidt, D.R.C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J.D., & Oliveira, A.R (2013). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 66(01), 13-17.
- 190)** Sirgy, J., Efraty, D., Siegel, P. & Lee, D.J. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social indicators research*, 55(3), 241-302.
- 191)** Sojka, L. (2014). Specification of the quality of work life characteristics in the Slovak economic environment. *Sociológia* 46, 03, 283-299.
- 192)** Spector, P. (2011). *Psychologie du Travail et des Organisations*. Belgique : Edition De Boeck.
- 193)** Spooner-Lane, R. & Patton, W. (2007). Determinants of Burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 8-16.
- 194)** Srivastava, S., & Kanpur, R. (2014). A study on quality of work life: key elements & It's Implications. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(3), 54-59.
- 195)** Srivastava, S., Misra, R., & Madan, P. (2019). The saviors are also humans : Understanding the Role of Quality of Work Life on Job Burnout

- and Job Satisfaction Relationship of Indian Doctors. *Journal of Health Management*, 21 (2), 1-20.
- 196)**Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières: une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 57-67.
- 197)**Suleiman, K., Hijazi, Z., Al Kalaldehy, M., & Abu Sharour, L. (2019). Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan, *Journal of Occupational Health*, 61, 398-406.
- 198)**Swamy, D. R., Nanjundeswaraswamy, T. S., & Rashmi, S. (2015). Quality of work life: scale development and validation. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 281.
- 199)**Tayebeh, M., Maghaminejad, F., & Azizi-Fini, I. (2014). Quality of Working Life of Nurses and its Related Factors. *Nurs Midwifery Stud*, 03(02), 1-6.
- 200)**Terera, S.R., & Ngirande, H. (2014). The impact of Rewards on job satisfaction and employee retention. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(01), 481-487.
- 201)**Thevenet, M. (2011). *Analyse du Burnout chez les internes de Médecine générale sur la base d'une étude comparative entre L'Ile-de-France et le Languedoc Roussillon*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Université Pierre et Marie Curie (Paris6), France.
- 202)**Tornare, J., & Rinfret, N. (2019). La performance comme vecteur des besoins individuels et organisationnels : cadre d'analyse de la qualité de vie au travail. *Humain et organisation*, 5(1), 29-43.
- 203)**Toure, I. (2022). *L'effet de la justice organisationnelle sur l'épuisement professionnel*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Maitrise en Relations Industrielles, Université de Montréal.
- 204)**Tourmann, P. (2008). Le burnout (du concept aux actions), (*SFMU*) *Société Française de Médecine d'Urgence*, Chapitre 109.
- 205)**Tremblay, M. (2006). *L'épuisement professionnel et les habiletés de communication chez les intervenants œuvrant dans le domaine de la défense des droits*. thèse présenté en vue de l'obtention du grade de Maitre en Service social (M. Ser. Soc), Faculté des sciences sociales, Université de LAVAL, Québec.

- 206)** Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. France : Edition DUNOD.
- 207)** Turcotte, P. (1988). *La qualité de vie au travail : une voie vers l'excellence*. Montréal : Les éditions agence d'arc.
- 208)** Vaganan, R. Miyal & Vikkraman, P. (2013). POTENTIAL DIFFICULTIES OF QUALITY OF WORK LIFE AND STRATEGIES FOR IMPROVING QUALITY OF WORK LIFE. *Shanlax International Journal of Management*, 01(02), 65-71.
- 209)** Van Wassenhove, W. (2014). Modele de Karasek. Dictionnaire des risques psychosociaux, 170-174.
- 210)** Verma, P. & Sharma, D. (2018). Quality of Work Life in Academics with reference to Motivational Theories. *Pacific Business Review International*, 11(4), 159-165.
- 211)** Vernhet, A.C. (2012). *Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources*. Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de gestion, Université de GRENOBLE, France.
- 212)** Wiertz, R. (2012). *Psychiatres et Burnout ? Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des Psychiatres hospitaliers du Nord Pas de Calais*. Thèse en vue de l'obtention du Grade de Docteur en Sciences de Médecine Générale, Lille, France.
- 213)** Zappaterra, P.M.C. (2018). *Créativité et Burnout : Etude de la relation entre la créativité et le syndrome d'épuisement professionnel auprès des médecins généralistes exerçant dans le Bas-Rhin*. Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine, Université de STRASBOURG, France.
- 214)** Zawieja, P. & Guarnieri, F. (2013). *L'épuisement professionnel Diagnostic, analyse, prévention*. Paris : La collection Armand Colin.
- 215)** Zerara, A. (2019). *Le rôle du management de la qualité de vie au travail dans l'amélioration du climat organisationnel*. Thèse de doctorat L.M.D : Management des Hommes et Organisations, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Université Mustapha Stambouli Mascara, Algérie.

الملاحظ

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

استبيان بحث

سيدي (تي) الفاضل (ة) :

في إطار قيامنا بدراسة لنيل شهادة دكتوراه في مجال علم النفس العمل والتنظيم، نضع بين أيديكم هذا الاستبيان المخصص لانجاز دراستنا العلمية، ولهذا نرجو منكم التكرم بقراءة كل عبارة بعناية ثم وضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة لها وعدم ترك عبارات بدون إجابة، علما بأنه ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة، كما يسعى لنا أن نلفت انتباه سيادتكم بأن ما ستدلون به من آراء لن يستخدم إلا لأغراض علمية بحثية وإجاباتكم ستبقى محفوظة في غاية السرية، ويرجى منكم تقبل شكرنا المسبق على حسن تعاونكم.

✓ أولاً: البيانات الشخصية (Informations personnelles) :- الجنس (sexe) : ذكر *Masculin* أنثى *Féminin*

- السن (âge): سنة

- الحالة العائلية (Situation familiale):

متزوج (ة) *Marié (e)* أعزب/عزباء *Célibataire* مطلق (ة) *Divorcé (e)* أرمل (ة) *Veuf (ve)*

-المستوى التعليمي (Niveau d'instruction):

متوسط *Moyen* جامعي *Universitaire* ثانوي *Secondaire*

- سنوات الأقدمية (Ancienneté) : سنة

-ثانياً: اقرأ كل عبارة بعناية ثم ضع علامة (x) أمام الخانة التي تراها مناسبة.

موافق جداً	موافق	محايد	معارض	معارض جداً	العبارات
					1.توفر لي إدارة المستشفى التسهيلات والمرونة اللازمة لكي أتمكن من التوفيق بين عملي وحياتي العائلية. -la direction de l'hôpital me fournit une infrastructure adaptée et une flexibilité adéquate pour que mon travail s'accorde avec ma vie familiale.
					2. ساعات عملي الحالية تتوافق مع التزاماتي العائلية. -Mes horaires de travail actuel sont adaptés a mes engagements familiales.
					3. سياسة المستشفى فيما يتعلق بالعتل المقترحة مناسبة لي ولأسرتي. -La politique de l'hôpital en matière de congé est adéquate pour moi et pour ma famille.
					4. لدي ما يتبقى من الجهد للتكفل بشؤوني الأسرية بعد نهاية الدوام. -Il me reste assez d'énergie pour m'occuper de mes affaires familiales après le travail.
					5. يؤثر العمل بالمناوبة سلبا على حياتي الشخصية. -Le travail de rotation affecte négativement ma vie privée.
					6. توفر لي المؤسسة الوسائل والمعدات اللازمة لإنجاز عملي بفعالية. -l'établissement me fournit les moyens et équipements nécessaires pour réaliser mon travail efficacement.
					7. أعمل في بيئة مهنية صحية وأمنة. -Je travail dans un environnement sain et sécurisé.
					8. أنا راض عن ظروف العمل السائدة في المستشفى. -Je suis satisfait des conditions de travail qui règnent dans l'hôpital.
					9. يشجع المستشفى الذي أعمل فيه على العمل الجماعي. -on est encourager a travailler collectivement a l'hôpital.
					10. يتوفر المستشفى الذي أعمل فيه على القدر الكافي من الممرضين. -Il y'a suffisamment d'infirmiers dans l'hôpital ou je travaille.
					11. أعمل في بيئة تتسم بالثقة المتبادلة بين جميع أطرافها. -Je travail dans un environnement caractérisé par la confiance entre ses différentes parties.
					12. لدي الوقت الكافي لانجاز عملي على أحسن وجه. - J'ai assez de temps pour bien faire mon travail.
					13. سياسات وإجراءات التمريض تسهل عملي. -Les politiques et procédures de soins infirmiers facilitent mon travail.
					14. عبء عملي عال جداً. -Ma charge de travail est trop lourde.

موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	العبارات
					15. أشعر غالبا بمستويات مرتفعة من الضغط في العمل. -Je ressens souvent des niveaux excessifs de stress au travail
					16. لدي مجموعة من الأهداف الواضحة التي يجب أحققها من أجل تأدية عملي. -J'ai un ensemble d'objectifs clairs a atteindre pour pouvoir faire mon travail
					17. يتيح لي عملي فرصا لاستخدام مهاراتي. -J'ai l'opportunité d'utiliser mes compétences au travail.
					18. ألتقى الاعتراف من المسؤول عند قيامي بعمل جيد. -Le responsable est reconnaissant a l'égard du bon travail que je fais.
					19. أتحصل على التشجيع الكافي من أجل تطوير كفاءات جديدة. -On m'encourage à développer de nouvelles compétences.
					20. أنا راض عن فرص التقدم الوظيفي المتاحة لي في عملي. -Je suis satisfait (e) des opportunités de carrière disponible dans mon travail.
					21. أنا راض عن التكوين الذي تلقيته لتأدية عملي. -Je suis satisfait (e) du niveau de formation que j'ai reçu pour réaliser mon travail.
					22. تشجعني إدارة المستشفى على المشاركة في برامج التكوين المستمر. - La direction de l'hôpital m'encourage à participer à des programmes de formation continue.
					23. أشعر بالقدرة على التعبير عن رأيي في بيئة عملي. -Je sens que je suis capable d'exprimer mes avis au travail.
					24. لدي قدرة التأثير على القرارات التي تمس عملي. -J'ai la capacité d'influencer les décisions concernant mon travail.
					25. لدي الإستقلالية في اتخاذ القرارات المرتبطة بالعبارة المقدمة للمرضى. -J'ai la latitude de prendre les décisions concernant les soins administrés aux patients.
					26. لدي القدر الكافي من الحرية لأداء عملي. -J'ai suffisamment de liberté pour faire mon travail
					27. أنا راض على ما أتحصل عليه من دخل مقابل عملي. -Je suis satisfait(e) du salaire que je perçois.
					28. أجري عادل مقارنة بما يتلقاه بقية زملائي. -Mon salaire est équitable comparé a celui de mes collègues.
					29. الأجر الذي أتقاضاه عادل مقارنة بمستوى أدائي. -Mon salaire est juste par rapport a mon niveau de performance.
					30. أفهم بشكل جيد نظام تحديد الأجر في عملي. -Je comprend parfaitement le système de rémunération dans mon travail.
					31- أفهم بشكل جيد نظام تحديد المكافآت المعتمد عليه في عملي. - je comprend bien le système de récompenses adopté dans mon travail.

موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	العبارات
					32. أتلقى الاحترام من طرف الأطباء في مكان عملي. -Je suis respecter par les médecins dans mon milieu de travail
					33. أتواصل بطريقة جيدة مع الأطباء في محيط عملي. -Je communique bien avec les médecins dans mon milieu de travail.
					34. لدي القدرة على التواصل الجيد مع مسؤولي المستشفى. -J'ai la capacité de bien communiquer avec les responsables de l'hôpital.
					35. يتبنى المسؤول أنماطا إشرافية مناسبة عند تعامله مع الممرضين. -Le responsable adopte le mode de supervision adéquat avec les infirmiers.
					36. أشعر أن إدارة المستشفى تحترم جميع الممرضين. -Je sens que la direction de l'hôpital respecte les infirmiers
					37. يعاملنا رئيسنا بعدالة وإنصاف. - Le responsable nous traitent équitablement.
					38. علاقاتي بزملائي في العمل جيدة. - J'ai de bonnes relations avec mes collègues au travail.
					39. أتواصل بشكل جيد مع زملائي في العمل. -Je communique bien avec mes collègues au travail.
					40. أتلقى تعليقات من زملائي على ما أقوم به من عمل. -Je reçois des commentaires par mes collègues sur le travail que je réalise.
					41. أشعر أنني جزء هام من جماعة عملي. -J'ai le sentiment d'appartenance a mon groupe de travail.
					42. أشعر بالراحة النفسية حاليا. -Je me sens psychologiquement bien en ce moment.
					43. شعرت مؤخرا بالحزن والاكتئاب. -Je me suis senti(e) dernièrement triste et déprimé.
					44. غالبا ما تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي. -Généralement, les choses se passent bien pour moi
					45. أشعر بالسعادة في محيط عملي. -Je me sens heureux(se) dans mon environnement de travail.
					46. حياتي قريبة من المثالية في كل جوانبها تقريبا. -Ma vie est proche de l'idéal dans presque tout ses aspects.

-ثالثاً: إليك مجموعة من الفقرات التي تعبر عن مجموعة من المشاعر المرتبطة بالوظيفة التي تشغلها، ويرجى منك قراءتها بتأني والإجابة وفقاً لدرجة تكرارها بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة لكل فقرة.

أبداً	بعض الأحيان في السنة على الأقل	مرة واحدة في الشهر على الأقل	بعض الأحيان في الشهر	مرة واحدة في الأسبوع	بعض الأحيان في الأسبوع	دائماً	العبارات
							1-أشعر أنني مستنزف انفعالياً نتيجة ممارسة مهنتي. -je me sens émotionnellement vidé (e) par mon travail.
							2-أشعر بالإرهاق مع نهاية يوم عملي. -je me sens a bout a la fin de ma journée de travail.
							3-أشعر بالتعب عندما أستيقظ صباحاً وأعرف أنه علي مواجهة يوم آخر من العمل. -je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai a affronté une autre journée de travail.
							4-أستطيع أن أفهم بكل سهولة ما يشعر به المرضى. -je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.
							5-أشعر بأنني أتكفل ببعض المرضى ببرودة وكأنهم مجرد أشياء. -je sens que je m'occupe de certains patients comme s'ils étaient des objets.
							6-العمل مع الأشخاص طوال اليوم يتطلب مني الكثير من الجهد. -travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.
							7-أتكفل بمشاكل المرضى بفعالية كبيرة. -je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.
							8-أحس بالإنهيار نتيجة للعمل الذي أمارسه. -je sens que je craque a cause de mon travail.
							9-أشعر أنه لدي تأثير إيجابي على الأشخاص بفضل عملي. - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.

أبدا	بعض الأحيان في السنة على الأقل	مرة واحدة في الشهر على الأقل	بعض الأحيان في الشهر	مرة واحدة في الأسبوع	بعض الأحيان في الأسبوع	دائما	العبارات
							10- أصبحت عديم الإحساس اتجاه الأشخاص منذ أن توليت هذه الوظيفة. -Je suis devenu insensible aux gens depuis que j'occupe ce travail.
							11- أخشى أن تجعلني هذه الوظيفة قاسيا انفعاليا. - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
							12- أشعر بالحيوية والطاقة. -Je me sens plein(e) d'énergie
							13- أشعر بالإحباط بسبب عملي. - Je me sens frustré(e) par mon travail.
							14- أشعر أنني أعمل بقسوة كبيرة في عملي. - Je sens que je travaille trop dur dans mon travail
							15- لا أهتم كثيرا بما يحدث لبعض المرضى الذين أتكفل بهم. - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.
							16- التعامل بشكل مباشر مع الأشخاص يسبب لي ضغطا كبيرا. - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.
							17- أتمكن بسهولة في خلق جو مريح نفسيا مع المرضى. - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.
							18- أشعر بالانتعاش عندما أكون في عملي قريبا من المرضى. - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients.
							19- لقد حققت في هذا العمل العديد من الأشياء القيّمة. - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
							20- أشعر أنني في قمة الانهيار. - Je me sens au bout du rouleau
							21- أعالج المشاكل الانفعالية في عملي بكل هدوء. - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.
							22- أشعر أن المرضى يحملونني مسؤولية المشاكل التي يعانون منها. - J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

الملحق رقم (02)

الإحصائيات الوصفية لأفراد عينة الدراسة

Statistiques

		sexe	âge	Situation f	niveau	ancienneté
N	Valide	295	295	295	295	295
	Manquante	0	0	0	0	0

❖ توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

sexe

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	MAL	89	30,2	30,2	30,2
	FEMEL	206	69,8	69,8	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

❖ توزيع أفراد العينة حسب السن:

âge

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	moin30	103	34,9	34,9	34,9
	30-40	115	39,0	39,0	73,9
	41-50	49	16,6	16,6	90,5
	plus50	28	9,5	9,5	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

❖ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:

Situation Familiale					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	MARIE	167	56,6	56,6	56,6
	CELIB	120	40,7	40,7	97,3
	DIVORCE	5	1,7	1,7	99,0
	VEUF	3	1,0	1,0	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

❖ توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

Niveau d'instruction					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	MOYEN	9	3,1	3,1	3,1
	SECONDAIRE	114	38,6	38,6	41,7
	UNIVERSITAIRE	172	58,3	58,3	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

❖ توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية في العمل:

ancienneté					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	moin10	188	63,7	63,7	63,7
	10-20	64	21,7	21,7	85,4
	21-30	29	9,8	9,8	95,3
	30plus	14	4,7	4,7	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

❖ الثبات: التجزئة النصفية في استبيان جودة الحياة في العمل

Corrélations			
	F	Z	
F	Corrélation de Pearson	1	,896**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	70	70
Z	Corrélation de Pearson	,896**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	70	70

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

❖ معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور جودة الحياة في العمل ودرجته الكلية.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,728	5

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,796	10

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,703	7

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,645	4

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,712	5

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,757	10

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,773	5

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,919	46

❖ الثبات: التجزئة النصفية لمقياس الاحتراق النفسي

		FARDI	ZAWDJI
FARDI	Corrélation de Pearson	1	,756**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	70	70
ZAWDJI	Corrélation de Pearson	,756**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	70	70

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

❖ معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور مقياس الاحتراق النفسي ودرجته الكلية.

		N	%
Observations	Valide	70	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	70	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,790	9

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,612	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,747	8

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,853	22

الملحق رقم (04)

التحليل الإحصائي لفرضيات الدراسة

❖ الفرضية العامة الأولى: مستوى جودة الحياة في العمل.

QWL

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
46-107	47	15,9	15,9	15,9
108-169	242	82,0	82,0	98,0
170-230	6	2,0	2,0	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
QVT	295	72,00	202,00	128,1458	20,31426
N valide (listwise)	295				

-الفرضية الجزئية الأولى: الفروق في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الجنس.

Statistiques de groupe

	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Quality	MAL	89	125,9888	22,09252	2,34180
	FEMEL	206	129,0777	19,47866	1,35714

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes								
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
Quality	Hypothèse de variances égales	,592	,442	-1,200	293	,231	-3,08891	2,57489	-8,15654	1,97873
	Hypothèse de variances inégales			-1,141	149,784	,256	-3,08891	2,70664	-8,43702	2,25921

-الفرضية الجزئية الثانية: الفروق في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية.

ANOVA à 1 facteur

Quality

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3008,289	3	1002,763	2,466	,062
Intra-groupes	118316,443	291	406,586		
Total	121324,732	294			

-الفرضية الجزئية الثالثة: الفروق في مستوى جودة الحياة في العمل وفقا لمتغير سنوات الأقدمية.

ANOVA à 1 facteur

Quality

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	198,391	3	66,130	,159	,924
Intra-groupes	121126,341	291	416,242		
Total	121324,732	294			

-الفرضية العامة الثانية: مستوى الاحتراق النفسي.

EPUISEMENT EMOTIONNEL

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1,00	20	6,8	6,8	6,8
2,00	81	27,5	27,5	34,2
3,00	194	65,8	65,8	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
EP	295	13,00	54,00	33,8949	10,43407
N valide (listwise)	295				

DEPERSONNALISATION

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
5	34	11,5	11,5	11,5
6-11	99	33,6	33,6	45,1
12	162	54,9	54,9	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
DEPERSONNALISATION	295	,00	27,00	12,3390	5,65989
N valide (listwise)	295				

ACCOMPLISSEMENT

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Moin33	158	53,6	53,6	53,6
34-39	104	35,3	35,3	88,8
40plus	33	11,2	11,2	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ACCOMPLISSEMENT	295	17,00	45,00	31,9797	6,22806
N valide (listwise)	295				

-الفرضية الجزئية الأولى: الفروق في مستوى الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الجنس.

Statistiques de groupe

	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
burnout	MAL	89	78,2584	15,88562	1,68387
	FEMEL	206	78,1942	14,37821	1,00178

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
								Inférieure	Supérieure
burnout	1,978	,161	,034	293	,973	,06425	1,88331	-3,64228	3,77078
			,033	153,084	,974	,06425	1,95933	-3,80657	3,93507

-الفرضية الجزئية الثانية: الفروق في مستوى الاحتراق النفسي وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية.

ANOVA à 1 facteur

burnout

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	662,810	3	220,937	1,006	,391
Intra-groupes	63924,736	291	219,673		
Total	64587,546	294			

-الفرضية الجزئية الثالثة: الفروق في مستوى الاحتراق النفسي وفقا لمتغير سنوات الأقدمية.

ANOVA à 1 facteur

burnout

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1026,271	3	342,090	1,566	,198
Intra-groupes	63561,275	291	218,424		
Total	64587,546	294			

❖ الفرضية العامة الثالثة: العلاقة بين متغيري جودة الحياة في العمل والاحتراق النفسي.

Corrélations

		qvt	BURNOUT
qvt	Corrélacion de Pearson	1	-,338**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	295	295
BURNOUT	Corrélacion de Pearson	-,338**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	295	295

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-الفرضية الجزئية الأولى: العلاقة بين جودة الحياة في العمل وبعد الإجهاد الانفعالي.

Corrélations

		qvt	EP
qvt	Corrélacion de Pearson	1	-,444**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	295	295
EP	Corrélacion de Pearson	-,444**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	295	295

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-الفرضية الجزئية الثانية: العلاقة بين جودة الحياة في العمل وبعد تبدل المشاعر.

Corrélations

	qvt	DEP
Corrélation de Pearson	1	-,236**
qvt Sig. (bilatérale)		,000
N	295	295
Corrélation de Pearson	-,236**	1
DEP Sig. (bilatérale)	,000	
N	295	295

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-الفرضية الجزئية الثالثة: العلاقة بين جودة الحياة في العمل وبعد الشعور بالانجاز الشخصي.

Corrélations

	qvt	ACC
Corrélation de Pearson	1	,155**
qvt Sig. (bilatérale)		,008
N	295	295
Corrélation de Pearson	,155**	1
ACC Sig. (bilatérale)	,008	
N	295	295

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملحق رقم (05)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

إلى السيد: مدير المستشفى الجامعي
ندير محمد - تيزي وزو

الموضوع: رخصة إجراء بحث ميداني

يشرفني سيدي، أن أطلب من سيادتكم السماح للطالب: بوقزولة حسين المولود في:
1988/01/06 ب: - برج منايل، بإجراء بحث ميداني في مؤسستكم علما أن الطالب
المذكور أعلاه مسجل على مستوى قسمنا في السنة الخامسة دكتوراه تخصص علم النفس
العمل و التنظيم، تحت إشراف الدكتور الأخصن حمزة

تقبلوا منا سيدي فائق الاحترام و التقدير.

تيزي وزو في : 2022-03-14

رئيس القسم
السيدة خننو دونيا زوجة مقروس
مكلف بما بعد الخارج
و البحث العلمي

SIDFA
المركز الإستشفائي الجامعي لتيزي وزو
المدير العام
موزاوي محمد