

University Ibn Khaldoun Of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Faculty Of Humanities and Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

Department of Psychology, Philosophy, and Speech Therapy

M

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.

تخصص علم النفس عمل وتنظيم

العنوان

جودة حياة العمل وعلاقتها بالالاكتئاب لدى الممرضين

- دراسة ميدانية في مستشفى تجيني هدام - تيارت.

تحت إشراف:

د. أوبراهم ويزة

إعداد الطلبة

✓ بن سلطان إلهام الزهرة

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صدقاوي كمال
مشرفا ومقررا	أستاذة محاضر أ	د. أوبراهم ويزة
مناقشا	أستاذ محاضر أ	د. مرزوقي محمد

الموسم الجامعي: 2024م - 2025م.

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله الذي أنعم عليّ بالصحة والعافية، ووفقني لإتمام هذا العمل المتواضع.

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم التقدير إلى أستاذتي الفاضلة « أوبراهم ويزة »، التي تولّت

الإشراف على هذه المذكرة، وتحملت بكل صبر واقتدار عناء المتابعة والتوجيه، فلم تبخل

عليّ بالنصح والإرشاد طيلة مراحل إنجاز هذا العمل.

فجزاها الله عني وعن جميع طالباتها خير الجزاء، وجعل ذلك في ميزان حسناتها.

ولا يفوتني أن أتوجه بخالص الشكر لكل من أسهم، من قريب أو بعيد، في إنجاز هذه

المذكرة.

إهداء

إلى من كانت دعواتها زادي، وحنانها سكني، وابتسامتها طريق نجاتي

إلى أمي رحمها الله

وإلى أبي، الذي علّمني كيف يكون العطاء بلا حدود.

وكيف يكون الصبر رجولة، والحكمة سندًا لا يلين.

إلى خطيبي العزيز.

رفيق روحي ودربي.

شكرًا لوجودك الدافئ، ولكلماتك التي كانت ضوءًا في أوقات العتمة.

وإلى إخوتي وأخواتي.

نبض قلبي، وعالمي الأجل.

كنتم دومًا السند الحقيقي، والمحفز الصادق في كل خطوة.

لكم جميعاً، أقدم ثمرة هذا الجهد المتواضع.

عرفانًا لما قدمتموه لي من حب، وصبر، ودعاء.

الهام الزهرة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى محاولة التعرف على جودة حياة العمل وعلاقتها بالاكنتاب لدى الممرضين - دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي الملائم لطبيعة الدراسة، وقد اعتمد في جمع المعلومات على استبيان جودة الحياة في العمل، ومقياس بيك للاكنتاب، وزعت على عينة عشوائية قدرها 60 ممرض، وبعد جمع المعلومات وتصنيفها وتبويبها في جداول إحصائية ومعالجتها باستخدام برنامج الحزم الإحصائية (SPSS VR 21) ، توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- مستوى جودة حياة العمل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية تيارت مرتفع.

- مستوى الاكنتاب لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية تيارت منخفض .

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكنتاب.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المادية والاكنتاب .
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكنتاب .
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأجور والمكافآت والاكنتاب.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جماعة العمل والاكنتاب.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكنتاب.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مشاركة القرارات والاكنتاب.

الكلمات المفتاحية: جودة حياة العمل - الاكنتاب - بيئة العمل - الممرضون - مستشفى تجيني هدام - تيارت-.

Abstract:

The study aimed to explore the quality of work life and its correlation with depression among nurses, through a field study conducted at the Tadjini Hedam Public Hospital Institution in Rahouia.Tiaret, The study employed the descriptive analytical method , The data collection relied on the Quality of Life at Work questionnaire and the Beck Depression Inventory.which was distributed to a random sample consisting of 60 core individuals. After collecting, classifying, and organizing the data into statistical tables and processing them using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS VR 21), along with descriptive analysis, a set of results emerged, which can be summarized as follows:

- There is a high level of quality of work life in the work environment at the Tadjini Hedam Public Hospital Institution in Rahouia.Tiaret
- There is a low level of depression in the work environment at the Tadjini Hedam Public Hospital Institution in Rahouia.Tiaret
- There is statistically significant correlation between quality of work life and depression.
- There is statistically significant correlation between psychological working conditions and depression.
- There is statistically significant correlation between physical working conditions and depression.
- There is statistically significant correlation between job characteristics and depression.
- There is statistically significant correlation between wages and rewards and depression.
- There is statistically significant correlation between the workgroup and depression.
- There is statistically significant correlation between the supervisor's leadership style and depression.
- There is statistically significant correlation between participation in decision-making and depression.

Keywords: Quality of Work Life – Depression – Work Environment – Nurses, Tadjini Hedam Public Hospital Institution in Rahouia.Tiaret

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة: أ

الفصل الأول: الإطار التصوري للدراسة

أولاً: الإشكالية: 4

ثانياً: تساؤلات الدراسة: 7

ثالثاً: فرضيات الدراسة: 8

رابعاً: اسباب اختيار الموضوع: 9

خامساً: أهداف الدراسة: 10

سادساً: أهمية الدراسة: 10

سابعاً: التعاريف الاجرائية: 10

الفصل الثاني: جودة حياة العمل

تمهيد: 13

أولاً: تعريف جودة حياة العمل: 14

ثانياً: أهمية جودة الحياة الوظيفية : 16

ثالثاً: نظريات جودة الحياة في العمل: 18

رابعاً: أهداف جودة الحياة الوظيفية : 23

خامساً: أبعاد جودة حياة العمل 24

سادساً: اتجاهات دراسة جودة الحياة في العمل: 26

- 29.....سابعا: طرق قياس جودة حياة العمل
- 32.....ثامنا: معوقات تطبيق جودة الحياة الوظيفية:
- 33.....خلاصة:

الفصل الثالث: الاكتئاب

- 35.....تمهيد:
- 36.....أولا: تعريف مرض الاكتئاب
- 36.....1. تعريف الاكتئاب لغة:
- 36.....2. تعريف الاكتئاب اصطلاحا:
- 37.....3. تعريف بيك للإكتئاب المنظور المعرفي :
- 37.....4. تعريف الاكتئاب من المنظور النفسي التحليلي.
- 38.....5. تعريف الاكتئاب حسب التصنيف التشخيصي للاكتئاب وفق DSM-IV
- 38.....6. وجهة النظر السلوكية في تعريف الاكتئاب.
- 39.....7. تمييز الاكتئاب بين الحالة المرضية وانخفاض المزاج.
- 39.....8. الاكتئاب كحالة مزاجية متقلبة:
- 39.....9. الاكتئاب حزن شديد مستمر:
- 40.....ثانيا: أعراض الاكتئاب:
- 40.....1. الأعراض الجسدية الفسيولوجية:
- 43.....2. الأعراض النفسية السيكلوجية:
- 41.....3. الأعراض السلوكية:
- 41.....4. الأعراض الوجدانية:
- 41.....5- أعراض الاكتئاب وفقا لدليل التشخيصي الأمريكي الرابع DSM.
- 43.....6- نموذج بيك (Beck) لأعراض الاكتئاب.
- 44.....ثالثا: تصنيف الاكتئاب:
- 44.....1. الاكتئاب العصبي:
- 45.....2. الاكتئاب الذهاني:
- 45.....3. الاكتئاب العصبي الدفاعي:

45	4. الاكتئاب الانفصالي:
45	5. الاكتئاب القهري:
45	6. اكتئاب الميالينكولي:
46	7. أنواع أخرى من الاكتئاب:
46	8. الاكتئاب الخارجي المنشأ
46	9. الاكتئاب الداخلي المنشأ:
46	رابعاً: المسببات الاكتئابية:
47	1. العوامل البيئية:
47	2. العوامل البيولوجية:
47	3. العوامل الوراثية:
48	4. العوامل النفسية:
49	خامساً: الصورة الإكلينيكية للاكتئاب:
49	سادساً: علاج الاكتئاب:
49	1. العلاج النفسي:
50	2. العلاج البيئي:
50	3. العلاج بالأدوية النفسية:
50	4. العلاج الكهربائي:
51	خلاصة الفصل:

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

53	تمهيد:
54	1. منهج الدراسة:
54	2- المجتمع الأصلي للدراسة:
56	3- الدراسة الاستطلاعية.
56	3.1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
56	3.2- مكان الدراسة الاستطلاعية ومدتها
56	3.3- عينة الدراسة الاستطلاعية.

57.....	4.3- إجراء الدراسة الاستطلاعية
58.....	4- الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة
58.....	1.4- الخصائص السيكمترية لاستبيان جودة الحياة في العمل
66.....	5- الدراسة الأساسية:
66.....	1.5- مكان إجراء الدراسة الأساسية:
66.....	2.5- مدة الدراسة
66.....	3.5- عينة الدراسة الأساسية:
66.....	4.5- خصائص عينة الدراسة الأساسية:
72.....	6 الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:
73	خلاصة الفصل:
	الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج
75.....	1- عرض وتحليل ومناقشة النتائج
	1-1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الأولى:
	75Erreur ! Signet non défini.
77.....	1-2- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:
78.....	1.3- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:
78.....	1.4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:
79.....	1.5- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:
80.....	1,6- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:
81.....	1.7- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:
81.....	1.8- عرض نتائج الفرضية الفرعية الخامسة:
82.....	1.9- عرض نتائج الفرضية الفرعية السادسة:
83.....	1.10- عرض نتائج الفرضية الفرعية السابعة:
	2- مناقشة وتفسير نتائج
	الدراسة..... 84Erreur ! Signet non défini.

84.....	2-1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الاولى
85.....	2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:
86.....	2.3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:
87.....	2.4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الاولى
87.....	2.5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية:
88.....	2.6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:
88	2.7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:
89.....	2.8- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الخامسة:
90.....	2.9- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية السادسة:
91.....	2.10- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية السابعة:
92.....	الخاتمة:
93.....	-مقترحات الدراسة:
94.....	-آفاق الدراسة:
96.....	قائمة المصادر والمراجع:
.....	الملاحق:

10102

قائمة الجداول:.

23.....	الجدول رقم (01): يوضح أبعاد جودة الحياة في العمل
24.....	الجدول رقم (02): يوضح أهداف جودة الحياة في العمل
30.....	جدول رقم (03): يوضح معايير قياس جودة الحياة الوظيفية
57.....	الجدول رقم (04): يمثل درجات استبيان جودة حياة العمل
58.....	الجدول رقم (05): سلم تنقيط مقياس بيك للاكتئاب
59.....	الجدول رقم (06): يبين العبارات المعدلة بعد صدق المحكمين
59.....	جدول رقم (07): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد ظروف العمل المعنوية
60.....	جدول رقم (08): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد ظروف العمل المادية
61.....	جدول رقم (09): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد خصائص الوظيفة

- جدول رقم (10): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد الأجور والمكافآت.....62
- جدول رقم (11): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد جماعة العمل.....63
- جدول رقم (12): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد أسلوب الرئيس في الإشراف.....64
- جدول رقم (13): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد مشاركة القرارات.....64
- جدول رقم (14): يوضح ثبات مقياس جودة حياة العمل بطريقة التجزئة النصفية.....65
- جدول رقم (15): يبين مستوى الثبات جودة حياة العمل بطريقة الفا كرونباخ.....65
- جدول رقم (16): يبين توزيع افراد العينة حسب الجنس.....66
- جدول رقم (17): يبين توزيع افراد العينة حسب السن.....67
- الجدول رقم (18): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....68
- الجدول رقم (19) يبين توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية.....69
- الجدول رقم (20): يبين توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.....70
- الجدول رقم (21): يبين توزيع أفراد العينة حسب مدى رضاهم عن ظروف العمل.....71
- الجدول رقم (22): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستبيان جودة الحياة....75
- الجدول رقم (23): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الاكتئاب:.....77
- الجدول رقم (24) يوضح معامل الارتباط بين جودة حياة العمل والاكتئاب.....78
- الجدول رقم (25) يوضح معامل الارتباط بين ظروف العمل المعنوية والاكتئاب.....78
- الجدول رقم (26) يوضح معامل الارتباط بين ظروف العمل المادية والاكتئاب.....79
- الجدول رقم (27) يوضح معامل الارتباط بين خصائص الوظيفة والاكتئاب.....80
- الجدول رقم (28) يوضح معامل الارتباط بين الأجور والمكافآت والاكتئاب.....81
- الجدول رقم (29) يوضح معامل الارتباط بين جماعة العمل والاكتئاب.....81
- الجدول رقم (30) يوضح معامل الارتباط بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكتئاب.....82
- الجدول رقم (31) يوضح معامل الارتباط بين مشاركة القرارات والاكتئاب.....83

قائمة الاشكال:

- الشكل رقم (01): نظرية هرم الحاجات ل ماسلو مقترنا بجودة الحياة في العمل.....20
- الشكل رقم (02): توزيع افراد العينة حسب الجنس.....67

- الشكل رقم (03): توزيع افراد العينة حسب السن.....68
- الشكل رقم (04): توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي.....69
- الشكل رقم (05): توزيع افراد العينة حسب الاقدمية.....70
- الشكل ر قم (06): توزيع افراد العينة حسب الوظيفة.....71
- الشكل رقم (07): توزيع افراد العينة حسب رضاهم عن ظروف العمل.....72

المقدمة

مقدمة:

يشهد قطاع الصحة في المجتمعات المعاصرة تحولات عميقة نتيجة تداخل عوامل متعددة، من أبرزها التطورات التقنية والطبية وارتفاع متطلبات الرعاية المقدمة للمرضى. ومع تصاعد وتيرة العمل وازدياد ضغوطاته، باتت جودة حياة العمل لدى الكوادر الصحية محورا أساسيا يحدد مدى استدامة أدائهم الوظيفي وقدرتهم على التكيف مع بيئة العمل المعقدة، حيث لا تقتصر جودة الحياة في العمل على عدد ساعات العمل أو الأجور، بل تتعداها إلى عوامل نفسية وتنظيمية واجتماعية تتداخل لتشكل تجربة يومية يعيشها العاملون في المستشفيات والعيادات.

ويقصد بجودة حياة العمل في السياق الصحي تلك الظروف التي تمكن الممرضون وأطقم الكفاءات الطبية والإدارية من أداء مهامهم بكفاءة وثبات نفسي، وتشمل بيئة العمل المادية، ووضوح الأدوار والمسؤوليات، وأساليب التواصل مع الإدارة والزملاء، وفرص التطوير المهني. ولا يقتصر تأثير هذه العناصر على الأداء التقني فحسب، بل يتعداه إلى مستوى الرضا الوظيفي والدافعية، وهو ما يعد ركيزة أساسية لاستمرارية المنظومة الصحية في تقديم خدمات عالية الجودة.

من جانبٍ آخر تعد الصحة النفسية للأفراد العاملين في القطاع الصحي من أبرز التحديات التي تواجه المؤسسات، حيث يتعرضون لضغوطات كثيرة تؤثر سلبا عليهم، وتسبب لهم اضطرابات نفسية كثيرة ، فيعيشون حالات من التوتر، الاحباطات المستمرة، والتي قد تتطور احيانا الى اضطرابات اكثر حدة لاسيما الاكتئاب، والذي يُعرف على انه اضطراب نفسي يتجسّد في مشاعر الحزن المستمر وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية وصعوبة التركيز والنوم، بما يؤثر سلباً على القدرة على اتخاذ القرارات وتنفيذ الإجراءات بدقة.

وتُظهر التجربة العملية أن غياب آليات لدعم التكيف النفسي والتواصل الاجتماعي داخل بيئة العمل يفاقم من وطأة هذه الأعراض، ويرتبط بانخفاض الأداء وارتفاع معدلات التغيب والإنهاك المهني.

في ضوء ما سبق يسلط هذا البحث الضوء على طبيعة العلاقة بين جودة حياة العمل ومستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية الاستشفائية، مع التركيز على العوامل التنظيمية والنفسية التي تيسر أو تعرقل التكيف الوظيفي. وسيسعى الباحث إلى استخلاص معالم هذه العلاقة عبر منهجية وصفية تعتمد على أدوات قياس معتمدة لفهم احتياجات الأفراد وتقديم توصياتٍ ببناءٍ لتعزيز بيئة العمل ودعم الصحة النفسية، بما يضمن رصانة الأداء واستدامة جودة الرعاية الصحية.

تقسيم هيكل الدراسة:

يتضمن هيكل هذه الدراسة خمسة فصول مترابطة، يبدأ الفصل الأول بتحديد الإطار التصوري للدراسة، حيث يتناول الإشكالية المطروحة، والفرضيات المقترحة، إلى جانب عرض لأسباب اختيار الموضوع، وأهدافه، وأهميته العلمية والمجتمعية. أما الفصل الثاني، فيخصص لدراسة مرض الاكتئاب، من خلال تعريفه لغويًا واصطلاحًا، وتناول مختلف المنظورات النظرية لتفسيره، بالإضافة إلى تصنيفه وأعراضه ومسبباته، والصورة الإكلينيكية له، ثم استعراض أبرز أساليب علاجه. وينتقل الفصل الثالث إلى مفهوم جودة حياة العمل، حيث يعرض تعريفها وأهميتها، وأهم النظريات المفسرة لها، وأبعادها، وأهدافها، ومعوقاتهما، وطرق قياسها، مع استعراض أبرز الاتجاهات في دراستها. ويعالج الفصل الرابع الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة، كنوع المنهج، والدراسة الاستطلاعية، وخصائص العينة، والأساليب الإحصائية المستخدمة. أما الفصل الخامس، فيتم فيه عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة، من خلال التطرق للفرضية العامة والفرضيات الفرعية، مع تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. وتُختتم الدراسة بقائمة المصادر والمراجع والملاحق ذات الصلة.

الفصل الأول

الإطار التصوري للدراسة

أولاً: الإشكالية:

لقد شهد العالم في الآونة الأخيرة تغيرات جذرية في كافة المجالات، خاصة في قطاع الصحة الذي يعد من أبرز القطاعات الحيوية في حياة المجتمعات، إذ ارتفعت مستويات التعقيد في طبيعة العمل وتطورت أدواته مع تطور التكنولوجيا الطبية وزيادة التحديات التي يواجهها العاملون في هذا القطاع، هذا التحول أدى إلى تغييرات عديدة في بيئة العمل، مثل زيادة ضغوط العمل وطول ساعات العمل وصعوبة التوازن بين الحياة الشخصية والمهنية، مما يؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية للعاملين وينعكس بشكل مباشر على أدائهم المهني.

وفي ظل هذه التحديات، تُعد جودة حياة العمل من المواضيع الحيوية في دراسة بيئة العمل الصحية، والتي تشير إلى توفير ظروف عمل ملائمة وتحفيز مناسب مع إشراك العاملين في اتخاذ القرار داخل مؤسساتهم (زريبي أحلام، 2023، ص 98). وانطلاقاً من ذلك، تناولت عدة دراسات تأثير جودة حياة العمل على الصحة النفسية والأداء الوظيفي.

فعلى سبيل المثال تناولت دراسة ليمين (2016) بعنوان "جودة حياة العمل كمدخل لإدارة الاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالحجار - عنابة" تقييم مستوى جودة حياة العمل ومستوى الاحتراق النفسي لدى النساء العاملات - من طبيبات وممرضات إداريات - بالمؤسسة المذكورة. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي من خلال تطبيق مقاييس جودة حياة العمل والاحتراق النفسي على عينة مكونة من 60 عاملة وتحليل البيانات باستخدام (SPSS). وأظهرت النتائج أن المؤسسة تتمتع بمستوى متوسط من جودة حياة العمل ومستوى احتراق نفسي متوسط أيضاً، كما بينت النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية؛ إذ سجلت العاملات ذوات جودة حياة العمل المرتفعة مستويات أقل من الاحتراق النفسي مقارنة بنظيرتهن ذوات الجودة المنخفضة.

وفي دراسة لجفال عايدة، (2021) والتي تناولت "مستوى جودة حياة العمل لدى العمال الإداريين: دراسة ميدانية على عينة من العمال الإداريين القطب (2) بجامعة ورقلة". هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى العمال الإداريين - مصنفة إلى مرتفع، متوسط، ومنخفض - والتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بناءً على متغيري الجنس والأقدمية. وباستخدام عينة من 40 عاملاً إدارياً مختارين بطريقة عشوائية طبقية وأداة دراسة تم التحقق من صدقها وثباتها، أظهر التحليل الإحصائي باستخدام (SPSS) أن مستوى جودة حياة العمل لدى هؤلاء العمال كان مرتفعاً دون ظهور فروق ذات دلالة إحصائية تتعلق بالجنس أو الأقدمية.

وفي سياق متصل تناولت دراسة (تواتي، قريصات، بلعربي، بشلاغم، (2018) موضوع "مستوى جودة حياة الطالب الجامعي: دراسة ميدانية على طلبة اختصاص علم النفس" بهدف قياس مستوى جودة الحياة لدى طلبة هذا التخصص في جامعات الجزائر (مستغانم، تلمسان، باتنة، وقسنطينة). واعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة الذي أعده تواتي وبشلاغم (2015) وتم تطبيقه على عينة مكونة من 211 طالبا وطالبة تم اختيارهم عشوائياً. وأظهر التحليل الإحصائي باستخدام (SPSS) أن الطلبة يتمتعون بمستوى عالٍ من جودة الحياة في محاور مثل جودة الصحة العامة والحياة الأسرية والجودة الأكاديمية والسعادة الشخصية والرضا عن الحياة والصحة النفسية، بينما كان محور جودة الحياة الاجتماعية بمستوى متوسط، مع فروق ذات دلالة إحصائية في بعض المحاور تبعاً لمتغير الجامعة. وأوصت الدراسة بضرورة تحسين جودة الحياة الاجتماعية لتعزيز العلاقات والدعم النفسي.

إن جودة حياة العمل في بيئة العمل الصحية تؤثر بشكل كبير على رفاهية العاملين، وخاصة الممرضين، إذ تساهم بيئة العمل الإيجابية والدعومة اجتماعياً في تحسين الأداء الوظيفي وجودة الخدمات المقدمة. ومع تزايد الضغوط المهنية والنفسية، يبرز الاهتمام

بالمورد البشري في المؤسسات الصحية وما يتعرض له من اضطرابات نفسية جراء عوامل بيئة العمل خاصة فيما يتعلق بظاهرة الاكتئاب.

يعتبر الاكتئاب اضطراباً نفسياً يتسم بالأفكار السوداوية وفقدان الشهية والشعور بالذنب وصعوبة اتخاذ القرارات والأرق (طالب حنان، 2020، ص 408). هذه الحالة، التي تتجلى في الشعور المستمر بالحزن وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية وصعوبة التركيز، تؤدي إلى تراجع الأداء المهني وضعف العلاقات الاجتماعية داخل بيئة العمل، وتزداد سوءاً عند غياب استراتيجيات التكيف والدعم النفسي الكافي.

ولم يقتصر الاهتمام بموضوع الاكتئاب على فئة معينة، فقد تناولت دراسة (بشيش وبودودة، 2024) دور استراتيجيات التكيف كمتغير وسيط ومعدل للعلاقة بين الاكتئاب وجودة الحياة لدى المسنين المتقاعدين في ولاية قالمة، حيث أظهرت أن البحث عن المساندة يقلل من تأثير الاكتئاب على جودة الحياة. كما تناولت دراسة (عطاب حميمي، 2016) موضوع الاكتئاب لدى النساء المريضات بالسكري اللاتي يتناولن الأنسولين، وكشفت عن فروق في درجات الاكتئاب حسب الفئة العمرية والالتزام بتناول الدواء. وفي دراسة (روتس فولفغانغ، ترجمة سامر رضوان، 2011)، تم تسليط الضوء على الفجوة الكبيرة بين نسب الانتحار لدى الرجال والنساء في أوروبا، مؤكدة أن الاكتئاب الإكلينيكي يرتبط بنسبة 70%-90% من حالات الانتحار، مع اختلاف أعراضه بين الجنسين مما يستدعي تشخيصاً خاصة لدى الرجال. وفي سياق مشابه، أظهرت دراسة (محيوز كريمة وتباني صفية، 2021) أن مستوى الاكتئاب بين الممرضين العاملين بنظام المناوبة بالمركز الاستشفائي الجامعي بسطيف كان شديداً جداً، مع فروق ذات دلالة إحصائية بحسب الجنس (بصالح الإناث) والأقدمية المهنية.

من خلال الربط بين هذه الدراسات، يتضح أن جودة حياة العمل والصحة النفسية للعاملين في القطاع الصحي مترابطتان بشكل وثيق؛ إذ تساهم بيئة العمل الملائمة والداعمة في تقليل مستويات الاحتراق النفسي والاكتئاب، مما يؤدي إلى تحسين الأداء الوظيفي وجودة

الخدمات المقدمة. ومن هنا تتبع أهمية إجراء دراسات شاملة لتقييم جودة حياة العمل وتحديد استراتيجيات التكيف والدعم النفسي الملائمة للمورد البشري في المؤسسات الصحية، لمواجهة التحديات المتزايدة في هذا القطاع الحيوي.

إن هذه الدراسات تسلط الضوء على أهمية جودة حياة العمل في بيئة العمل الصحية من جهة، ومن جهة أخرى أهمية دراسة الاكتئاب داخل بيئة العمل في المستشفيات. وفي مقابل ذلك جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء على إمكانية وجود علاقة بين جودة حياة العمل والاكتئاب في بيئة العمل، وعليه فإن التساؤل الرئيسي للدراسة يتبلور كالتالي:

ثانياً: تساؤلات الدراسة:

التساؤلات الرئيسية:

1- ما مستوى جودة حياة العمل لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام، الرحوية تيارت؟

2- ما مستوى الاكتئاب لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية تيارت؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية تيارت ؟

ولتضمن معالم الوضوح في سياقاتها الموضوعية تتبلور الأسئلة الفرعية التالية:

- التساؤلات الفرعية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف بيئة العمل المادية والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

2- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف بيئة العمل المعنوية والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين تماسك جماعة العمل والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

4- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات

والاكتئاب في بيئة العمل لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

5- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الإشراف

والاكتئاب في بيئة العمل لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

6- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نظام الأجور والمكافآت والاكتئاب

في بيئة العمل لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

7- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكتئاب في

بيئة العمل لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية؟

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

- الفرضيات الرئيسية:

1- مستوى جودة حياة العمل لدى ممرضى المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية مرتفع.

2- مستوى الاكتئاب لدى ممرضى المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية منخفض.

3- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية. تيارت.

وينبثق عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

-الفرضيات الفرعية:

1- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف بيئة العمل المادية والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية.

2- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف بيئة العمل المعنوية والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية.

- 3- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين تماسك جماعة العمل والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية.
 - 4- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية.
 - 5- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الإشراف والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية.
 - 6- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نظام الأجور والمكافآت والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية.
 - 7- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية.
- رابعاً: أسباب اختيار الموضوع:

غالبا ما يتوقف اختيار موضوع البحث على جملة من الأسباب، منها ما هو ذاتي؛ ومنها ما هو موضوعي بيد أن الجانبين لا ينفصلان عن بعضهما البعض، فالجانب الموضوعي يفرضه مجال وإطار البحث أما الجانب الذاتي فيفرض طبيعة موضوع البحث، وهو الأمر نفسه الذي توقف عليه اختيارنا لموضوع هذه الدراسة:

- الاهتمام الشخصي بمواضيع جودة حياة العمل ، وكذا الاكتئاب في بيئة العمل.
 - الدور الهام التي تلعبه جودة حياة العمل في شعور الممرضون والعمال بصفة عامة وما ينجر عن ذلك من نتائج ايجابية على العامل وعلى المؤسسة كزيادة الدافعية للعمل، نقص الغيابات عن العمل ونقص الدوران في العمل أيضا.
 - يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الحادة التي يجب دراستها وتحديد كل العوامل المسببة فيه، بغية الحفاظ على الصحة النفسية للعمال وبالتالي توافقه النفسي والمهني.
- فهم الموضوع ودراسته ميدانيا بالاعتماد على التراث النظري لجودة الحياة في العمل وكذا الاكتئاب.

خامسا: أهداف الدراسة:

إن أي باحث يقوم ببحث علمي في أي مجال كان لابد أن يكون له هدف أو مجموعة من الأهداف المحددة يرجو بلوغها من خلال بحثه، ونظرا لأهمية موضوع جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية فقد هدفنا من وراء هذا البحث إلى:

إن الهدف الرئيسي الذي تسعى الدراسة الى تحقيقه هو قياس مستويات جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل عند الممرضين.، ومعرفة العلاقة بين جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل وذلك من خلال إنشاء قاعدة معرفية وهذا بالاعتماد على أساليب علمية وكيفية حل المشاكل القائمة وإيجاد الحلول المناسبة.

سادسا: أهمية الدراسة:

- تعتبر هذه الدراسة مساهمة علمية في إبراز أهمية ودور جودة حياة العمل لدى ممرضي المستشفيات في الحفاظ على الصحة النفسية للمرضين، وكذا دراسة ظاهرة الاكنتاب في بيئة العمل.

- تساهم هاته الدراسة في زيادة الاهتمام العلمي بموضوع جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل لدى ممرضي المستشفيات.

- تتجلى أهمية الدراسة كون موضوع جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل من المواضيع المهمة التي تخصص فيها العديد من الباحثين وخاصة تلك التي عالجت جودة حياة العمل والاكنتاب في بيئة العمل عند الممرضين وبالتالي تعتبر اضافة معرفية جديدة تثري الحقل المعرفي والعلمي .

- سادسا: التعاريف الاجرائية:

- **جودة الحياة في العمل:** هي العمليات المتكاملة والمخططة والمستمرة التي تتبعها المؤسسات بغرض تحسين الجوانب المختلفة المؤثرة على الحياة الوظيفية والشخصية

للعاملين، وهي مجموع استجابات المرضى على استبيان جودة الحياة في العمل المطبق في الدراسة.

الاكتئاب: هو حالة مرضية تتضمن مجموعة معقدة من الأعراض لتشمل هذه الأعراض النفسية مشاعر الذنب وتأنيب الذات، إضافة إلى أعراض جسدية قد يصعب تمييزها. كما يظهر الاكتئاب في بعض الأحيان من خلال شعور عام باليأس، التشاؤم، وفقدان الاهتمام بالحياة ، وهو مجموع استجابات المرضى على مقياس بيك للاكتئاب المستعمل في هذه الدراسة.

الفصل الثاني

جودة حياة العمل

تمهيد:

مع بداية السبعينيات من القرن الماضي، تزايد الاهتمام بمفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات، خاصة في البلدان المتقدمة، حيث ترسخ هذا المفهوم كفلسفة إدارية حديثة ونهج إداري شامل. تقوم إدارة الجودة الشاملة على إحداث تغييرات إيجابية وجذرية في كل جوانب المنظمة، بما في ذلك الأفكار والقيم السائدة، وإجراءات العمل، والعمليات الإنتاجية، والسلوكيات، والمفاهيم الإدارية، ونمط القيادة، والعلاقات داخل وخارج المؤسسة. وفي هذا الإطار، تبلور مفهوم جودة حياة العمل بشكل أكبر، حيث تم التركيز على توفير بيئة عمل صحية تدعم مشاركة العاملين في صنع القرار، وتوفير فرصًا للتطوير الذاتي، وتضمن حصولهم على أجور ومكافآت عادلة. حيث تساهم هذه العوامل في تعزيز رضا العاملين وولائهم لمؤسساتهم، مما ينعكس إيجابًا على أداء المنظمة ويساعدها في تحقيق أهدافها الاستراتيجية بشكل أكثر فعالية واستدامة.

أولاً: تعريف جودة حياة العمل:

تعددت التعريفات الخاصة بجودة حياة العمل نظراً لاختلاف وجهات النظر التي تناولت هذا المفهوم في هذا المجال.

حيث يشير إلى الظروف والخصائص المرتبطة بالعمل التي تعزز الدافعية، الأداء، والرضا الوظيفي. وفقاً للاتفاقية الوطنية بين المهنيين (ANI, 2013)، فإن جودة الحياة في العمل تركز على تحسين ظروف العمل، بالإضافة إلى توفير إمكانية أداء عمل جيد في بيئة عمل ملائمة. (Sauvezon & al, 2019 : 45).

منذ سبعينيات القرن الماضي، تميز هذا المفهوم بالتطور المستمر، وذلك بفضل مرونته وقدرته على التكيف مع التغيرات المختلفة. ومع ذلك، لا يزال هناك غياب لتعريف موحد متفق عليه بين الباحثين. كما أشار Thorsrud، فإن تعريف جودة الحياة في العمل يختلف من بلد إلى آخر، وذلك تبعاً للعوامل التاريخية، الثقافية، والسياق الاجتماعي والاقتصادي لكل مجتمع. (Larouche. 1983 : 569)

ظهر مفهوم جودة الحياة في العمل في بداية السبعينيات، حيث قدم Lawler (1974) تعريفاً يركز على تصورات العمال للبيئة المادية والمعنوية للعمل، بما في ذلك المزايا، الحوافز، الأمن الوظيفي، المشاركة في صنع القرارات، والرضا الوظيفي (بن خالد ومباركي، 2015، ص 118). وفي عام 1977، عرّف Boisver جودة الحياة في العمل بأنها النتائج الإيجابية للحياة المهنية على الفرد، المنظمة، والمجتمع (Bonnville, 2014: 45)

تطور المفهوم مع (Hackman & Oldman (1980)، الذين ركزوا على التوفيق بين احتياجات العاملين ومحتوى العمل، مثل الاستقلالية، معنى العمل، وتنوع المهام، لتحقيق الرفاهية والفعالية الإنتاجية (Pelletier, 2017: p57)

وفي عام 1982، أشار Bergeron إلى أن جودة الحياة في العمل تعني تطبيق فلسفة إنسانية تعتمد على المشاركة لتعديل جوانب العمل. (Pelletier, 2018: 43)

أضاف (Larouche & Trudel, 1983) أن الهدف العام يتمثل في تمكين المنظمات من استغلال قدرات الأفراد بشكل كامل، مما يجعل العمل أكثر إثارة وإرضاءً، مع تحسين الفعالية التنظيمية. (Locufier, 2015) وفي عام 1990، ركز Elyzur & Shye على الفعالية العالية للفرد في الأبعاد النفسية، البدنية، الاجتماعية، والثقافية من خلال تفاعله مع بيئة العمل (Brousseau, 2006).

عرفت المنظمة العالمية للصحة (1993) جودة الحياة في العمل بأنها إدراك الفرد لمكانته في الوجود، مرتبطاً بأهدافه، توقعاته، ومعايير. (Colombat, 2012) وفي عام 1994، أكد Laflamme على أهمية العلاقات بين الأفراد ومحيط العمل، معتبراً العمل نشاطاً ذا معنى خاص.

في سنة 1998، أشار Lau & May إلى أن جودة الحياة في العمل تظهر من خلال استجابة المنظمة لاحتياجات العاملين، بتوفير نظم تسمح بالمشاركة في صنع القرارات (المغربي، 2004، ص 05). وفي عام 1999، عرّف Lewis & Goodman جودة الحياة في العمل بأنها الأنشطة التي تنفذها المنظمات لتحسين حياة العاملين، مما ينعكس إيجاباً على الإنتاجية. (تيسير، 2016: 109).

أخيراً، في عام 2006، رأى Martel & Dupuis أن جودة الحياة في العمل تتوافق مع تحقيق الفرد لأهدافه في العمل، مما يؤثر إيجاباً على أدائه التنظيمي والأداء العام للمؤسسة.

كما عرّفها جاد الرب بأنها: "العمليات المتكاملة والمخططة والمستمرة التي تهدف إلى تحسين الجوانب المختلفة المؤثرة على الحياة الوظيفية والشخصية للعاملين، بما يساهم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة والعاملين والمتعاملين معها. (مرداسي، 2022: 623).

من جهة أخرى، أشار الشريفى والدليمي إلى أن جودة حياة العمل تعني اتباع سياسات للموارد البشرية تهدف إلى توفير حياة وظيفية تشبع احتياجات العاملين، مما يؤدي إلى تحسين أداء المنظمة. (اشتوي، 2015: 22).

ويتمثل مفهوم جودة حياة العمل في جانبين أساسيين: الأول يتمثل في استغلال الإمكانيات البشرية لزيادة الإنتاجية، بينما يركز الجانب الثاني على سعي العاملين لإشباع احتياجاتهم الأساسية في العمل. (سامي، 2013: 74).

ثانيا: أهمية جودة الحياة الوظيفية :

إن جودة حياة العمل تكتسب أهمية كبيرة في القرن الحادي والعشرين وتؤثر في نتائج أعمال المنظمة من عدة جوانب، ويمكن تحديد أهمية جودة حياة العمل باختصار في العناصر التالية:

- قدرة المؤسسة على إستقطاب الكفاءات والإحتفاظ بها وبناء قدراتها لخدمة أهدافها
 - إستثمار الكفاءات والتي تعتبر ميزة تنافسية على المدى البعيد خصوصا بحالة إزدياد معدل رضا الموظفين مما يحقق الأهداف التنظيمية للمؤسسة.
- (إبراهيم، 1998: 74)
- القدرة على ربط الأهداف الشخصية للموظفين بأهداف المؤسسة لتحقيق التوازن بينهم.
 - توفير بيئة عمل وسياسات وإجراءات مناسبة للموظفين لزيادة الانتاجية بالعمل والرغبة بالبقاء في المؤسسة مما يؤدي إلى جودة الخدمات المقدمة.

(عبد الكريم، 2015: 117).

وتكمن أهمية جودة الحياة الوظيفية من خلال تأثيرها المباشر وغير المباشر على الظواهر والسلوكيات الإدارية داخل المنظمات، وما يمكن أن تؤثر على مجمل أنشطة ومهام هذه المنظمات سواء في أدائها لمهامها أو علاقتها بالبيئة الخارجية وبالتالي تحقيق أهدافها، وهذا ما أكدته العديد من البحوث والدراسات التطبيقية التي أجريت في بيئات مختلفة والتي

أثبتت أن درجة نجاح أية منظمة تتوقف إلى حد كبير على القدرة على خلق بيئة عمل ملائمة بهذه المنظمات. (أبو عودة، 2018: 17).

أشار مرسى إلى أن جودة الحياة الوظيفية تلعب دوراً محورياً في تحقيق العديد من الفوائد الإيجابية للمنظمات، حيث تسهم في خفض معدلات الغياب ودوران العمل. كما أن لها تأثيراً معنوياً واضحاً على الاستجابات السلوكية للعاملين، مثل تعزيز الهوية التنظيمية وزيادة الرضا الوظيفي وتقليل الشعور بالعزلة الشخصية. بالإضافة إلى ذلك، لا تقتصر أهمية جودة الحياة الوظيفية على تعزيز قدرة المنظمة على جذب العاملين الأكفاء فحسب، بل تساهم أيضاً في تعزيز قدرتها التنافسية في السوق، مما يجعلها عاملاً استراتيجياً في تحقيق النجاح والاستدامة للمنظمات. (بدوي، 2013: 566).

وعلى العموم فإن أهمية جودة الحياة الوظيفية بالنسبة لأي منظمة أو لأي فرد عامل داخل أي تنظيم رسمي تتضمن في كونها مطلب وظيفي يعمل على توفير أهم الإشباعات الأساسية للتحقيق الأمثل للأهداف التنظيمية من جهة واستيفاء طموحات الأفراد العاملين من جهة أخرى. (المغربي، 2004: 06)

تُعد برامج جودة حياة العمل بمثابة البذرة الأساسية لنجاح العديد من المنظمات، حيث تسهم بشكل فعال في زيادة الإنتاجية وتحسينها. وفي الوقت نفسه، تُحقّق هذه البرامج تطلعات العاملين من خلال تلبية احتياجاتهم ومتطلباتهم المختلفة في بيئة العمل. وبذلك، تصبح جودة حياة العمل عاملاً محورياً في تحقيق التوازن بين أهداف المنظمة وتطلعات العاملين، مما يعزز من أداء المنظمة بشكل عام. (العنزي، 2009: 43).

ثالثاً: نظريات جودة الحياة في العمل:

لقد شهد القرن الماضي تطوراً ملحوظاً في النظريات التي حاولت تفسير العلاقة بين العمل ورفاهية الأفراد، حيث ظهرت العديد من النظريات في مجال العلوم السلوكية التي ساهمت في صياغة مفهوم جودة الحياة في العمل. من أبرز هذه النظريات نظرية هرم الحاجات لأبراهام ماسلو، التي تؤكد على أن الأفراد يسعون إلى إشباع حاجاتهم الأساسية والنفسية من خلال العمل، ونظرية العاملين لفريدريك هرتزبرج، التي ميزت بين العوامل الصحية (التي تمنع عدم الرضا) والعوامل المحفزة (التي تعزز الرضا والدافعية) .

(Verma. 2018 : 161)

هذه النظريات وغيرها ساعدت في فهم كيفية تأثير العمل على حياة الأفراد، وكيف يمكن للمنظمات أن تصمم بيئات عمل تدعم رفاهية الموظفين وتحفزهم على الإنتاجية والإبداع. وبالتالي، فإن جودة الحياة في العمل لم تعد مجرد مفهوم ثانوي، بل أصبحت مكوناً أساسياً في استراتيجيات إدارة الموارد البشرية الحديثة، التي تهدف إلى تحقيق التوازن بين أهداف المنظمة ورفاهية موظفيها.

1. نظرية هرم الحاجات "ماسلو" Maslow:

طور "أبراهام ماسلو" (1954) نموذجاً نظرياً أصبح مرجعاً أساسياً ومعتمداً على نطاق واسع في العديد من المنظمات. تقوم نظريته على فكرة أن دافعية الأفراد تنبع من سعيهم لإشباع خمس حاجات أساسية، مرتبة بشكل هرمي وفقاً لأولويتها وأهميتها. ووفقاً لماسلو، فإن الدافع لدى الفرد يظل قائماً طالما أن الحاجة لم تُشبع، وعندما يتم إشباع حاجة معينة، ينتقل الدافع تلقائياً نحو السعي لإشباع الحاجة التالية في ترتيب الهرم. هذه العملية تستمر حتى يصل الفرد إلى أعلى مستوى في الهرم، وهو تحقيق الذات.

(Bellagamba. 2016 : 39)

تشمل هذه الحاجات الخمس ما يلي :

1. الحاجات الفيزيولوجية

وهي الحاجات الأساسية اللازمة لبقاء الإنسان على قيد الحياة، مثل الطعام، الماء، المأوى، والنوم. بدون إشباع هذه الحاجات، لا يمكن للفرد أن يركز على أي شيء آخر.

2. حاجات الأمن والسلامة

بعد إشباع الحاجات الفيزيولوجية، يسعى الفرد إلى تحقيق الأمان والاستقرار، سواء على المستوى المادي (مثل العمل الثابت والدخل المنتظم) أو النفسي (مثل الشعور بالأمان في بيئة العمل). (Verma. 2018 : 163)

3. الحاجات الاجتماعية

يشعر الفرد بالرغبة في الانتماء إلى مجموعة أو مجتمع، سواء في العمل أو الحياة الشخصية. هذه الحاجة تتعلق بالعلاقات الاجتماعية، الصداقات، والتفاعلات الإيجابية مع الآخرين.

4. حاجات تقدير الذات

هنا يسعى الفرد إلى الحصول على الاحترام والتقدير من الآخرين، بالإضافة إلى تعزيز ثقته بنفسه وقيمه الذاتية. في بيئة العمل، يمكن أن يتحقق ذلك من خلال الاعتراف بالإنجازات أو الترقيات.

5. حاجة تحقيق الذات

تمثل هذه الحاجة أعلى مستوى في هرم ماسلو، حيث يسعى الفرد إلى تحقيق إمكاناته الكاملة وتطوير مهاراته وقدراته بشكل كامل. في العمل، يمكن أن يعبر ذلك عن نفسه من خلال الإبداع، الابتكار، والبحث عن التميز.

بالنسبة للعمال، فإن تحقيق الحاجات الدنيا (الفيزيولوجية والأمن) هو شرط أساسي للانتقال إلى الحاجات الأعلى (الاجتماعية، تقدير الذات، وتحقيق الذات). فقط عندما يتم إشباع هذه الحاجات بشكل متدرج، يمكن للعامل أن يضمن جودة حياة مهنية مرضية

ومحترمة. هذا النموذج يسلط الضوء على أهمية تصميم بيئات عمل تدعم تلبية هذه الحاجات بشكل متوازن، مما يعزز رفاهية الموظفين ويزيد من إنتاجيتهم والتزامهم بالعمل. (Verma. 2018 : 163)



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

المصدر: (Sharma 2018, P163 & Verma).

2- نظرية العاملين لـ "هرزبرغ":

طور "فريدريك هرزبرغ (Herzberg) "نظرية العاملين بناءً على أبحاثه الأكاديمية وخبرته العملية التي اكتسبها من خلال تقديم المؤتمرات الموجهة لرجال الأعمال. كان هدفه الرئيسي تصحيح الطريقة التي تُفهم بها الطبيعة البشرية في المنظمات، خاصة في ظل تركيز العديد من المؤسسات على الكفاءة والإنتاجية على حساب المتعة والرضا في العمل. لاحظ هرزبرغ أن القطاع الصناعي غالبًا ما يُفقد العمال الشعور بالسعادة والرضا، رغم الجهود الصادقة التي يبذلها بعض المديرين. ووفقًا له، فإن الوظيفة الأساسية للمؤسسات هي تمكين الأفراد من عيش حياة ذات معنى حقيقي من خلال تفعيل إمكانياتهم.

من خلال أبحاثه التجريبية، توصل هرزبرغ إلى وجود عاملين رئيسيين يؤثران على

سيكولوجية العمل، وهما: (LOUART. 2002 : 17)

وقد اكتشف "هرزبرغ" انطلاقاً من أبحاثه الامبريقية وجود عاملين أساسيين يتدخلان في سيكولوجية العمل.

تنقسم العوامل المؤثرة في الدوافع والرضا الوظيفي إلى فئتين رئيسيتين: داخلية ترتبط بطبيعة العمل وأهدافه، وخارجية تتعلق ببيئة العمل المحيطة. تُعد العوامل الداخلية، مثل الشعور بالإنجاز، وتحمل المسؤولية، والاعتراف بالجهود، وإمكانيات تحقيق الذات، والمكافآت التحفيزية، محركات أساسية لتعزيز الدافعية والرضا الوظيفي، حيث يؤدي تطويرها إلى إثارة الحماس ورفع مستوى الإنتاجية. في المقابل، ترتبط العوامل الخارجية بجودة الظروف المحيطة بالعمل، كشروط النظافة والسلامة، والأجور المناسبة، وطبيعة العلاقات المهنية، وظروف العمل المادية. ورغم أن توفر هذه العوامل يُسهم في تحقيق الارتياح العام، إلا أن غيابها أو نقصها قد يُولد عدم الرضا دون أن تكون ذات تأثير تحفيزي كبير عند وجودها. بذلك، تبرز أهمية الموازنة بين تعزيز العوامل الداخلية لتحفيز العاملين، وضمان استقرار العوامل الخارجية لتجنب مصادر التذمر. (LOUART. 2002 : 17)

نظرية هرزبرغ تؤكد أن الرضا الوظيفي لا يتحقق فقط من خلال توفير بيئة عمل جيدة، بل يتطلب أيضاً تعزيز العوامل الداخلية التي تحفز الموظفين وتجعلهم يشعرون بقيمة عملهم وإنجازاتهم.

3-نظرية فيليب سليزنيك في تفويض السلطة:

تتعلق نظرية فيليب سليزنيك من فكرة تفويض السلطة كآلية رقابية لتحقيق الأهداف العامة للتنظيم، إذ يُعتبر التفويض أداةً لتعزيز التخصص ورفع الكفاءة عبر تركيز الأفراد على مهام محددة، مما يزيد من خبراتهم في مجالات ضيقة. ومع ذلك، يحمل التفويض نتائج متناقضة: فمن جهة، يُقلص الفجوة بين الأهداف النظرية والإنجازات العملية، ويُحفز الكفاءة عبر توزيع المهام.

ومن جهة أخرى يؤدي إلى تجزئة التنظيم إلى وحدات فرعية مصالحها الخاصة على حساب المصلحة العامة، مما يُنشئ صراعات بين الأقسام بسبب اختلاف أهدافها. يُضاف

إلى ذلك أن تركيز الأفراد على مصالح وحدتهم المباشرة، مدعوماً بثبات العضوية التنظيمية (انخفاض معدل انتقال الأفراد بين الأقسام)، يُعزز الانقسامات الداخلية.

وبالتالي تُصبح القرارات التنظيمية أكثر تعقيداً، إذ تزداد اعتماديتها على الموازنة بين اعتبارات الأجزاء الفرعية والأهداف الشمولية. يُلخّص جوهر النظرية في أن التفويض يُمكن من تحقيق نتائج مقصودة (كالتخصص)، لكنه يولّد أيضاً تحديات غير مقصودة، مثل الصراعات التنظيمية، مما يتطلب إدارة حذرة لمواءمة المصالح (سلمي، 2002: 46).

4-نظرية ماغريغور (X و Y) وتمكين العاملين:

تأسس على أعمال ماسلو ودراسة هوثورن، قدم دوغلاس ماغريغور إطاراً نظرياً لتحليل السلوك الإداري عبر نظريتي X و Y.

تفترض النظرية X أن العاملين بطبيعتهم كسالى، يفتقرون إلى المبادرة، ويحتاجون إلى رقابة صارمة لتوجيه جهودهم. في المقابل، تنطلق النظرية Y من افتراض أن الأفراد طموحون، وقادرون على الإبداع، ويسعون لتحقيق الذات إذا وُفرت لهم بيئة عمل داعمة. يبرز ماغريغور ظاهرة "النبوءة المحققة ذاتياً"، حيث تتشكل سلوكيات الموظفين وفق توقعات المديرين: فالمديرون المنتمون للنظرية X يفرضون رقابة مُفرطة، مما ينتج موظفين سلبيين يعتمدون على التوجيهات المباشرة. بينما يُشجع المديرون المؤمنون بالنظرية Y المشاركة والاستقلالية، مما يُطلق إبداع الموظفين ويعزز انتماءهم للعمل. يؤكد ماغريغور أن الثقة الممنوحة من القيادة تشكل أساس التمكين الفعال؛ فغيابها يولد مقاومة للابتكار، في حين أن تفويض الصلاحيات وتبني أسلوب قيادة ديمقراطي يحفز المسؤولية الفردية والجماعية، ويحقق التكامل بين أهداف الفرد والمنظمة (ملحم، 2006: 23).

هاتان النظريتان تقدمان رؤى متكاملة حول إدارة الموارد البشرية، فبينما يحذر سليزنيك من مخاطر التفويض غير المدروس، يشدد ماغريغور على ضرورة تحول الثقافة الإدارية من السيطرة إلى التمكين لتحقيق التناغم التنظيمي.

رابعاً: أهداف جودة الحياة الوظيفية :

يعد الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية داخل المنظمات أمراً بالغ الأهمية، حيث لا يقتصر تأثيره الإيجابي على العاملين فحسب، بل يمتد ليشمل المنظمة ككل. فمن خلال تعزيز جودة الحياة الوظيفية، يشعر الموظفون بأنهم جزء أساسي من اهتمامات المنظمة، مما يعزز انتماءهم وولائهم. وفي المقابل، تستفيد المنظمة من خلال تحقيق أهدافها الاستراتيجية، مثل زيادة الإنتاجية وتحسين الأرباح، وذلك عن طريق ضمان استقرار العاملين ورفع مستوى رضاهم الوظيفي. وبالتالي، تصبح جودة الحياة الوظيفية عاملاً محورياً في تحقيق التوازن بين مصالح العاملين وأهداف المنظمة، مما يساهم في بناء بيئة عمل مثمرة ومستدامة، ومنه تعددت أهداف جودة الحياة الوظيفية وبرامجها فيما يلي :

لقد أشار (Srivastava & Kanpur 2014) إلى أن جودة الحياة في العمل

تتضمن عدة أبعاد رئيسية، وهي:

الجدول رقم (01): يوضح أبعاد جودة الحياة في العمل

البعد	الوصف
زيادة الإنتاجية والانضباط	تعزيز الإنتاجية والمسؤولية والانضباط بين العاملين
تعزيز العمل الجماعي	تحسين العمل الجماعي وأنظمة الاتصال داخل المنظمة
تخفيض الضغط التنظيمي	تقليل الضغوط التي تؤثر سلباً على أداء العاملين
تحقيق ظروف عمل آمنة	توفير بيئة عمل آمنة وصحية للعاملين
تطوير الموارد البشرية	تقديم برامج تدريبية وتنموية لتحسين مهارات العاملين
تدعيم العملية التعليمية	تعزيز الجانب التعليمي داخل بيئة العمل
المشاركة في التسيير	تشجيع المشاركة الفعالة على جميع المستويات الإدارية في صنع القرار وتحديد شكل المنظمة

المصدر: (Srivastava & Kanpur 2014 ; 56).

قام Kulkarni (2013) بتحديد الأهداف التي تسعى جودة الحياة في العمل إلى تحقيقها، حيث صنفها إلى أربعة أبعاد رئيسية:

الجدول رقم (02): يوضح أهداف جودة الحياة في العمل.

الأهداف	البعد
إشباع حاجات الفرد ورغباته.	الأهداف الفردية
زيادة مستوى الرضا الوظيفي	
تدريب الأفراد على مواكبة التغيرات السريعة في العمل.	الأهداف التنظيمية
نقل المعرفة والمهارات للموظفين الجدد.	
إعداد الأفراد لتحمل مسؤوليات أعلى.	
تزويد الأفراد بالأدوات والتقنيات الحديثة.	
بناء قاعدة من العمال الأكفاء.	
الحفاظ على مستوى مناسب يلبي احتياجات المنظمة	الأهداف المهنية
الوفاء بالمسؤولية الأخلاقية والاجتماعية لمواجهة التحديات السريعة والمتغيرة	الأهداف الاجتماعية

المصدر: ((الجمال، 2019: 09)).

وعلى العموم فإنه مهما تعددت أهداف تحقيق برامج تحسين نوعية الحياة الوظيفية داخل التنظيم، يبقى الهدف الرئيسي مرتبط بمدى قدرتها على توجيه جهود الأفراد نحو تحقيق الأهداف التنظيمية بكفاءة وفعالية.

خامسا: أبعاد جودة حياة العمل.

على الرغم من اتفاق غالبية الباحثين والدارسين في مجال جودة الحياة الوظيفية على أهمية الاهتمام بها كمتطلب أساسي داخل المؤسسات، إلا أن هناك اختلافات في وجهات النظر حول تحديد أبعادها وعناصرها. بشكل عام، تشمل أبعاد جودة الحياة الوظيفية كل ما يتعلق بتلبية الاحتياجات الإنسانية للأفراد داخل المنظمة، وتعزيز مشاركتهم التنظيمية،

وتطوير مهاراتهم الذاتية، بالإضافة إلى تطبيق قواعد تنظيمية تعتمد على العدالة والمساواة في توزيع الامتيازات .

تشمل أبعاد جودة حياة العمل عدة جوانب، منها توفير ظروف عمل آمنة، وتعزيز المشاركة في صنع القرار، وتقديم فرص للتطوير الوظيفي، وتحقيق التوازن بين الحياة العملية والشخصية . واختلف العلماء والباحثين في تحديد أبعاد جودة حياة العمل حسب الأهداف التي أنشئت من أجلها دراسة كل منهم، وتتمثل أهم الأبعاد في:

1. بيئة العمل :

تشمل البيئة المادية (مثل التهوية، الإضاءة، النظافة، وضغط العمل) والبيئة النفسية والاجتماعية (مثل المناخ الاجتماعي والعلاقات بين العاملين). تؤثر هذه العوامل بشكل مباشر على صحة العاملين وفاعلية أدائهم. (بوبكر، 2021: 43)

2. العلاقات الاجتماعية :

تعد العلاقات الإنسانية الإيجابية، مثل الاحترام المتبادل والتعاون، عاملاً محورياً في خلق جو عمل إيجابي. العلاقات السلبية، على العكس، قد تؤدي إلى نزاعات وتقلل من إنتاجية العاملين. (سلطاني، 2022: 13)

3. الأجور والمكافآت :

نظام الأجور العادل والمكافآت المناسبة يعزز دافعية العاملين ويشعرهم بالأمان والاستقرار، مما ينعكس إيجاباً على أدائهم. (الجمال، 2019: 13)

4. التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية:

يساعد تحقيق التوازن بين العمل والحياة الشخصية على تحسين الصحة النفسية للعاملين وزيادة رضاهم الوظيفي. (الحربي، 2022: 66)

5. المشاركة في اتخاذ القرارات:

مشاركة العاملين في صنع القرار يعزز انتماءهم للمنظمة ويزيد من إبداعهم في تقديم حلول مبتكرة. (سلطاني، 2022: 43)

6. الاستقرار والأمان الوظيفي:

يشعر العاملون بالراحة عندما يكون لديهم أمان وظيفي، مما يعزز إنتاجيتهم وولائهم للمنظمة. (بوبر، 2021: 107)

7. أسلوب الرئيس في الإشراف:

أسلوب الإشراف القائم على التعاون والتوجيه يسهم في رفع الروح المعنوية للعاملين وتحسين أدائهم. (الجمال، 2019: 107)

8. فرص الترقى والتقدم الوظيفي:

توفر فرص الترقية والتقدم الوظيفي حافزاً قوياً للعاملين لتحسين أدائهم والالتزام بأهداف المنظمة. (البياري، 2018: 19)

هذه الأبعاد تعكس بشكل طبيعي تحقيق مستويات عالية من الرضا، سواء فيما يتعلق ببيئة العمل المادية أو الخصائص الاجتماعية داخل المنظمة. كما تعتمد على آليات تهدف إلى توجيه هذه الخصائص نحو تعزيز تحقيق الأهداف التنظيمية بشكل أكثر فعالية.

سادساً: اتجاهات دراسة جودة الحياة في العمل:

لقد حظي مصطلح جودة الحياة في العمل باهتمام كبير من قبل الباحثين والمتخصصين منذ أكثر من ثلاثة عقود، ولم يظهر هذا المفهوم بشكل عشوائي، بل جاء نتيجة لتطورات فكرية دعت إلى ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري والجانب الإنساني في عمليات التسيير والإدارة. استند هذا المصطلح إلى تيارين رئيسيين ظهرا خلال القرن العشرين، وهما حركة العلاقات الإنسانية والمقاربة التقنية الاجتماعية، حيث حاول كل منهما دراسة هذا الموضوع من زاوية خاصة به. في هذا السياق، سنتناول هذين التيارين بشكل منفصل لفهم تأثيرهما على تطور مفهوم جودة الحياة في العمل.

1. اتجاه مدرسة العلاقات الإنسانية :

يستند مفهوم جودة الحياة في العمل إلى حركة العلاقات الإنسانية التي قادها إلتون مايو عام 1933. واستمرت هذه الفلسفة في التطور مع أعمال ماكغريغور في الستينيات ضمن علوم السلوك. قدمت هذه الفلسفة مجموعة من المبادئ التي تركز على قيمة الإنسان والعامل داخل المنظمات. المدير الذي يتبنى نهجاً إنسانياً في التسيير يتجنب سياسات التحكم والتلاعب، وبدلاً من ذلك يسعى إلى خلق بيئة عمل تتناسب مع تطلعات الموظفين وتلبي احتياجاتهم العليا. وقد لخص بيرجرون (1982) مفهوم جودة الحياة في العمل بالإشارة إلى أن "العمل يُعتبر عاملاً أساسياً لنمو الإنسان، وهو بدوره عنصر حيوي للمؤسسة التي تسعى إلى تعديل جانب أو أكثر من جوانب بيئة العمل لجعلها أكثر ملاءمة لتحقيق رضا الموظفين. (LOUART. 2002 : 07)

سلطت مدرسة العلاقات الإنسانية الضوء على أهمية إشباع الحاجات الداخلية والخارجية للأفراد. كما دعت هذه الحركة إلى زيادة مشاركة الموظفين في صنع القرارات ومنحهم حرية أكبر لتحقيق النمو الشخصي.

في هذا السياق، قدم ساندرسون (1978) تمثيلاً واضحاً لهذا التيار من خلال تعريفه لجودة الحياة في العمل بناءً على نظرية ماسلو (LOUART. 2002 : 15) ، حيث أشار إلى أن "الفلسفة الأساسية وراء جودة الحياة في العمل هي الاعتراف بأن التركيز على القيم الإنسانية يمر عبر تحسين بيئة العمل التي يقضي فيها الموظفون معظم وقتهم ويكسبون عيشهم. اليوم، لا ينتظر العمال فقط الحوافز المادية، بل يسعون أيضاً إلى فرص للتعبير عن أنفسهم، الحصول على الاعتراف، وتحقيق الذات." وفقاً لساندرسون، يستفيد الأفراد من جودة حياة عمل جيدة عندما يتمكنون من إشباع حاجات تقدير الذات، وهو ما يتحقق فقط من خلال تطبيق أساليب تسييرية متنوعة، مثل منح مسؤولية أكبر وحرية في العمل، تنويع المهام وإثرائها، والتناوب في الأدوار لتعزيز المعرفة والمهارات.

(LOCUFIER. 2015 : 25)

2. اتجاه مدرسة المقاربة التقنية - الاجتماعية :

ظهرت المقاربة التقنية الاجتماعية في خمسينيات القرن العشرين في معهد تافيستوك للعلاقات الإنسانية بالمملكة المتحدة. يعتبر إمري وتريست، وهما من أبرز علماء النفس الاجتماعي المنتمين لهذا التيار، أن مدرسة العلاقات الإنسانية لم تنتقد بشكل كافٍ التنظيم التaylorي، على الرغم من تركيزها على العوامل الفردية والنفسية للأداء، وديناميكية جماعات العمل، والأبعاد العاطفية، إلا أنها لم تستهدف المجال الإنتاجي، وطريقة تنظيم العمل، والإجراءات التقنية المعتمدة. بالنسبة لهذين الباحثين، لا يمكن التفكير في جودة الحياة في العمل دون الاهتمام في آن واحد بنسق العلاقات الاجتماعية والنسق التقني. هذه النتيجة هي خلاصة لدراسة ميدانية أجراها إريك تريست في مناجم الفحم بإنجلترا بالإضافة إلى ذلك، أشارا إلى ضرورة تحقيق أقصى قدر من الفعالية في الإجراءات من خلال التحسين المشترك للجوانب الاجتماعية والتقنية. (BARNABÉ. 1993 : 348)

في نفس السياق، سلط تريست وبامفورث الضوء على أهمية جماعة العمل والحرية التي تتمتع 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 : 97)

وقد أيدت هذه المقاربة حديثاً جونسون وآخرون، حيث اتفقوا على أن مصطلح جودة الحياة في العمل يتضمن إعادة هيكلة طرق العمل، إعادة تكييف التكنولوجيا، وتعديل هياكل المنظمة. وفقاً لوجهة نظرهم، فإن هذا المصطلح يدعو إلى مشاركة ومساهمة أكبر للعمال في محيطهم المهني، مما يتيح لهم مسؤوليات أكثر، وبالتالي فهي سيرورة تعليمية ديناميكية في تطور مستمر. (LOUART. 2002 : 17)

3. المساهمات الحديثة:

يعتبر المختص الفرنسي في علم النفس العمل، إيف كلو (2010؛ 2008)، العمل محوراً رئيسياً للتساؤلات المتعلقة بجودة الحياة في العمل والصحة المهنية. من خلال أعماله الحديثة، ساهم في تطوير التصورات حول العمل ووسع نطاق مفهوم جودة الحياة في العمل. بالنسبة لكلو، فإن الأولوية تكمن في معالجة العمل نفسه بدلاً من التركيز على علاج الأفراد، حيث أن الأعراض التي يعانون منها — مثل الضغط، الاضطرابات العضلية الهيكلية (MSDs) ، والمخاطر النفسية الاجتماعية — هي مجرد نتائج لمشاكل عميقة مرتبطة بكل منظمة عمل.

تولد جودة الحياة في العمل، مثل الوقاية من الضغوط أو الأمراض المهنية، مباشرة من بيئة العمل وعملياته. يؤكد كلو أنه بدون عمل ذي جودة، لا يمكن تحقيق جودة حياة عمل حقيقية أو صحة مهنية. (Bourdu. 2016 : 29)

هذا المنظور يوضح أن الاهتمام بجودة الحياة في العمل ليس ظاهرة حديثة، بل يعود إلى أوائل القرن العشرين كاستجابة للآثار المجردة للإنسانية في النظام التaylorي. مثلت تلك الفترة تحولاً كبيراً في الاعتراف بقيمة الموارد البشرية، مما يعكس وعياً إدارياً متزايداً بأهمية الاستثمار في العنصر البشري.

سابعاً: طرق قياس جودة حياة العمل.

اهتمت مجموعة من الدراسات والبحوث في قياس جودة الحياة الوظيفية وإن كانت قد اختلفت كل دراسة عن الأخرى في معايير قياس جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال.

جدول رقم (03): يوضح معايير قياس جودة الحياة الوظيفية

الدراسة	دراسة (Islam, M.Z., & Siengthai)	دراسة (Garg, C.P., et al., 2012)	دراسة (Kalayanee) (.Koonmee et al
جودة الحياة الوظيفية المعايير المقترحة لقياس	معدلات الأداء الوظيفي	معدل دوران العمل	الالتزام التنظيمي
	درجة الرضا الوظيفي	معدل الغياب الطويل	الرضا الوظيفي
	سياسة الأجور وسياسة الشركة	إنتاجية العاملين	سيادة روح الفريق
	مدى نجاح نقابات واتحادات العاملين	درجة الرضا الوظيفي	داخل المنظمات

يظهر الجدول أن معايير قياس جودة الحياة الوظيفية تختلف باختلاف أهداف الدراسات والمنهجيات المتبعة. بعض الدراسات تركز على العوامل المادية والتنظيمية (مثل سياسة الأجور ومعدل دوران العمل)، بينما أخرى تهتم بالجوانب النفسية والاجتماعية (مثل الالتزام التنظيمي وروح الفريق). هذا التنوع يعكس تعقيد مفهوم جودة الحياة الوظيفية وأهمية تبني مقاييس شاملة لتحقيق بيئة عمل مثالية. (ماضي، 2014: 10).

1. قياس جودة الحياة: منهجيات ونماذج تطبيقية.

تستند محاولات قياس جودة الحياة إلى أطر نظرية وتطبيقية متنوعة، حيث تُوظف نظرية "ماسلو" الهرمية للحاجات كأداة تنبؤية لفهم تطور جودة الحياة على المستوى الوطني عبر الزمن. في هذا السياق، يشير (Barry & Corby, 1993) إلى أن المؤشرات الموضوعية - كالمستوى المعيشي والمهنة والوضع المالي - تُعتبر أدوات قياس أقل إشكالية منهجياً لقدرتها على التحديد الكمي الدقيق، لكنها تفتقر إلى التعبير عن الإدراك الذاتي وقيم الأفراد، إذ تعكس معايير اجتماعية عامة قد لا تتوافق مع أولويات الفرد محل الدراسة. من هنا تبرز أهمية **المؤشرات الذاتية** التي تركز على التقييم الشخصي لجودة الحياة، كما

في مقياس "مانشستر" المختصر، الذي يتقاطع منهجياً مع مقاييس مثل (LQLP) رغم تركيزه الأكبر على الجوانب الذاتية مقابل الموضوعية (سامي، 2001: 30).

2. منهجيات القياس:

وتتنوع منهجيات القياس إلى ثلاثة أنماط رئيسية:

أ. **القياس العالمي:** يُصمم لاستطلاع جودة الحياة بشكل شمولي، كما في مقياس "فلانجان" الذي يعتمد على تقييم الفرد لرضاه عن 15 مجالاً حياتياً عبر سؤال مركزي واحد، مما يوفر نظرةً واسعةً لكنها قد تغفل التفاصيل السياقية.

ب. **القياس العام:** يجمع بين الشمولية والتخصص الوظيفي، كذلك المستخدمة في الرعاية الصحية لرصد تأثير الأمراض على الحياة اليومية، حيث يُطبَّق على عينات سكانية كبيرة لضمان تغطية واسعة، مع التركيز على الربط بين الأعراض الصحية وجودة الحياة.

ت. **المقياس الخاص بالمرضى:** يُطور لرصد استجابات علاجية في حالات سريرية محددة، إذ يركز على مشكلات نوعية تخص فئات مرضية معينة، مع مراعاة حساسية هذه الفئات للتغيرات العلاجية وصعوبة تصورهم لمفاهيم جودة الحياة المجردة.

في سياق جودة حياة العمل، تُستلهم هذه المنهجيات لتصميم أدوات تقييم تراعي التوازن بين المؤشرات المادية (كالأجور وبيئة العمل) والجوانب النفسية (كالرضا الوظيفي وتحقيق الذات)، مع إيلاء اهتمام خاص للتفاعل بين العوامل الموضوعية (كالهياكل التنظيمية) والذاتية (كالتوقعات الفردية)، مما يساهم في بناء أنظمة قياس متكاملة تعكس تعقيدات التجربة البشرية في بيئات العمل المتنوعة.

ثامنا: معوقات تطبيق جودة الحياة الوظيفية:

تتعدد المعوقات التي تحول دون تطبيق جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات، رغم الإجماع على أهميتها في تعزيز الإنتاجية والاستقرار الوظيفي. يأتي في مقدمة هذه التحديات ضعف الثقافة التنظيمية، التي تتجلى في اعتبار فلسفة جودة الحياة الوظيفية مبدأً ثانوياً غير مرتبط بالأهداف الاستراتيجية، بالإضافة إلى نقص الوعي بأهميتها لدى الإدارة العليا، وغياب اللامركزية في اتخاذ القرارات بسبب هيمنة النمط المركزي (بومجان، 2018، ص126).

ويعد العامل المالي عائقاً جوهرياً آخر، إذ تشكل التكاليف المرتفعة عبئاً على المؤسسات، سواء تلك المتعلقة بتهيئة بيئة عمل محفزة أو تلك المرتبطة بزيادة الأجور والمكافآت، مما يدفع العديد منها إلى تفضيل النظرة قصيرة الأمد التي تركز على تعظيم العوائد المالية على حساب الاستثمار في العنصر البشري.

كما تظهر الدراسات وجود فجوة بين الفلسفة التنظيمية والأفراد، حيث يعاني الموظفون من نقص التدريب والتأهيل اللازمين لتبني مفاهيم جودة الحياة الوظيفية، فضلاً عن مقاومة بعضهم لهذه الفلسفة بسبب عدم استيعاب فوائدها أو عدم تقبل التغيير في الممارسات اليومية.

وتتفاقم هذه التحديات في ظل الهياكل التنظيمية الجامدة، التي تتميز بالتعقيد البيروقراطي واعتماد أنماط قيادية تقليدية لا تشجع على الإبداع أو تشاركية القرار، مما يُضعف قدرة المؤسسات على دمج مفاهيم الجودة الشاملة في سياساتها.

أخيراً يعزى تراجع الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية إلى نقص الموارد على المستويين المجتمعي والمؤسسي، فمن ناحية، تؤدي معدلات البطالة المرتفعة إلى انخفاض ضغوط العمالة لتحسين ظروف العمل، ومن ناحية أخرى، تعاني العديد من المؤسسات من شح الموارد المالية أو التنظيمية اللازمة لتنفيذ برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية (بن غربي، 2021: 120). تبرز هذه العوامل مجتمعة الحاجة إلى تبني رؤية استراتيجية متوازنة تدمج بين الكفاءة الاقتصادية والاستثمار في الرأس المال البشري.

خلاصة:

جودة الحياة الوظيفية (QWL) تُعد مفهومًا أساسيًا في الإدارة الحديثة، حيث تركز على تحسين بيئة العمل لتعزيز رفاهية العاملين وزيادة إنتاجيتهم. تعتمد على أبعاد مثل بيئة العمل الآمنة، العلاقات الإيجابية، الأجور العادلة، والمشاركة في صنع القرار. رغم أهميتها، تواجه تطبيقاتها معوقات مثل ارتفاع التكاليف وضعف الثقافة التنظيمية. تسهم جودة الحياة الوظيفية في زيادة الرضا الوظيفي، الولاء التنظيمي، والقدرة التنافسية، مما يجعلها عاملاً استراتيجياً لنجاح المنظمات واستدامتها.

الفصل الثالث

الاكتئاب

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا وتعقيدا، إذ لا يقتصر على مجرد حالة من الحزن بل يتضمن مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية التي تؤثر بعمق على حياة الفرد. يستعرض هذا الفصل تعريف الاكتئاب من منظور لغوي يظهر معانيه المرتبطة بالحزن والإنكسار، ومن ثم ينتقل إلى التعريف الاصطلاحي والطبي الذي يتضمن وصفا دقيقا للتغيرات النفسية والفسولوجية التي قد يواجهها المريض. كما يتناول الفصل نظريات متعددة في تفسير أسباب الاكتئاب، مثل نظرية بيك التي تؤكد على التشوه المعرفي والاتجاه السلبي نحو الذات، ونظريات أخرى تعتمد على العوامل الوراثية والنفسية والبيئية. يعد هذا الطرح المتعدد الأبعاد أساسا لفهم آليات حدوث الاكتئاب وتحديد أساليب التعامل معه وعلاجه.

أولاً: تعريف الاكتئاب:

1. تعريف الاكتئاب لغة:

يقال اكتئاب فلان أي حزن واغتم وانكسر، والكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الحزن. وأما الكآبة فهي شدة الحزن الشديد، ويقال رماد مكتئب اللون: إذا ضرب إلى السواد. كما يكون وجه الكئيب.

اكتئب، اكتئاب، مكتئب كان في غم وسوء حال وانكسار من الحزن. مكتئب: حزين، عابس، كئيب.

الاكتئاب: تغيير النفس وانكسارها من شدة الحزن. (حموي، 2000: 207)

2. تعريف الاكتئاب اصطلاحاً:

يستخدم مصطلح الاكتئاب على نطاق واسع في اللغة الإنجليزية واللغات الأجنبية الأخرى للتعبير عن الاكتئاب النفسي وعن بعض المعاني الأخرى في المناسبات المختلفة ففي علم الاقتصاد يدل هذا المصطلح على الكساد والانكماش في المعاملات المالية وفي علم الأرصاد الجوية هو تعبير عن حالة طقس ويعني حدوث منخفض جوي في علم وظائف الأعضاء هو تعبير عن تناقض في وظائف بعض الأجهزة الجوية.

(الشربيني، 2001: 17)

يُبرز هذا التعريف تعدد معاني مصطلح بحسب السياق المستخدم. ففي المجال النفسي يشير إلى الحالة المزاجية المنخفضة، بينما في الاقتصاد يعني الانكماش المالي. وفي الأرصاد الجوية، يُستخدم للدلالة على أي انخفاض في الضغط الجوي، وأخيراً في وظائف الأعضاء يُعبّر عن اضطرابات في الأداء.

يعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة اكتئابية فمن المعروف أن أعراض الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، و تأنيب النفس، ويجيء عند البعض الآخر مختلفاً مع شكاوي جسمانية، وأمراض بدنية بصورة قد

لا نعرف الحدود بينهما ويعبر عنه البعض الآخر في شكل مشاعر باليأس والتشاؤم والملل السريع مع الحياة و الناس و ربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد .
(إبراهيم، 1998، ص16)

يوضح هذا التعريف أن الاكتئاب ليس مجرد حالة مؤقتة من الحزن، بل هو حالة مرضية تتضمن مجموعة معقدة من الأعراض لتشمل هذه الأعراض النفسية مشاعر الذنب وتأنيب الذات، إضافةً إلى أعراض جسدية قد يصعب تمييزها. كما يظهر الاكتئاب في بعض الأحيان من خلال شعور عام باليأس، التشاؤم، وفقدان الاهتمام بالحياة مما قد يؤدي إلى حالة من الملل وعدم القدرة على الاستمتاع بما كان يعتبر ممتعاً سابقاً

3. تعريف بيك للإكتئاب المنظور المعرفي :

وفقاً لتعريف بيك للإكتئاب، فإن التعرض لموقف صادم أو تجربة مؤلمة قد يؤدي إلى تغيير جذري في طريقة تفكير الفرد. حيث ينتقل تفكيره من نمط معتدل إلى توجه سلبي يشمل مشاعر مثل اللوم الذاتي والشعور بالذنب .
(المرجع السابق: 30)

هذا التحول في الأفكار يُعتبر حجر الزاوية في نشوء الحالة الاكتئابية، إذ يرى بيك أن الاضطراب الأساسي يكمن في التشوهات المعرفية، وليس فقط في الجانب العاطفي.
(مي، 2018: 112)

من هنا يكون الاكتئاب في هذا السياق اضطراباً في التفكير ينبثق من أنماط تفكير خاطئة تؤدي إلى انحيازات معرفية سلبية، مما يؤثر سلباً على تصور الفرد لذاته وللعالم ولمستقبله. يبرز هذا التعريف أهمية التحول المعرفي الذي يمكن أن يحدث نتيجة لصدمات الحياة، مما يدفع الشخص إلى تبني نظرة متشائمة ومحبطة تجاه حياته.

4. تعريف الاكتئاب من المنظور النفسي التحليلي :

حسب سيقموند فرويد، فالإكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثقة إلى علاقة عدوانية، حيث يصبح المريض ضحيته بارتداء العدوان عليه، ويتم تفسير الاكتئاب على أنه

صراع حاد قائم بين الرغبات والاحتياجات الغريزية وبين المحرمات والعادات الاجتماعية المتمثلة في القيم الدينية والمبادئ. (Bergeret, 1998: 32)

يعتمد هذا التعريف على النظرية الفرويدية، حيث يُفسر الاكتئاب بأنه نتيجة لتحول العلاقة العاطفية إلى حالة من (العدوان الداخلي). يُظهر هذا الصراع النفسي التوتر بين **id** (الرغبات الفطرية) والقيود الأخلاقية أو الاجتماعية، مما يؤدي إلى توجيه الشخص لهذه العدوانية نحو نفسه.

5. تعريف الاكتئاب حسب التصنيف التشخيصي للاكتئاب وفق DSM-IV .

حسب 4 DSM إن الاكتئاب هو أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً، وتشير الدراسات إلى أن خطورة حدوث الاكتئاب كبيرة (الانهيار الكلي لدى النساء ما بين 10 إلى 25%، والرجال ما بين 5 إلى 12%). (DSM-IV, 1996: 26)

يستند هذا التعريف إلى DSM-IV (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الرابع)، الذي يُعتبر المعيار الرئيسي لتشخيص الاضطرابات النفسية. يوضح التعريف أن الاكتئاب يُعد من الاضطرابات الأكثر انتشاراً، مع نسب متفاوتة بين الجنسين، مما يؤكد على أهمية المعايير التشخيصية الدقيقة لتحديد الحالة بشكل علمي.

6. وجهة النظر السلوكية في تعريف الاكتئاب.

بينما يرى السلوكيون - وهم أصحاب النظرية السلوكية في علم النفس - أن الاكتئاب سببه ألوان من العجز التي تصيب الفرد عندما تقع له خبرات مؤلمة ومنفردة في نفس الوقت، حيث تعجز البيئة والظروف المحيطة عن تعويضه أو مساندته وتدعيمه لمواجهة تلك الخبرات المؤلمة. (الشربيني، 2001:

(16)

يركز هذا التعريف على أن ينشأ من شعور الفرد بالعجز عندما يواجه تجارب مؤلمة بدون وجود دعم أو من البيئة المحيطة. يرى السلوكيون أن نقص التكيف مع (الخبرات المؤلمة) وعدم تلقي الدعم المناسب يؤدي إلى استمرار الحالة الاكتئابية.

7. تمييز الاكتئاب بين الحالة المرضية وانخفاض المزاج.

نستخدم لفظ الاكتئاب لنعبر عن حالتين: حالة مرضية وحالة انخفاض المزاج الناتج عن ضغوط الحياة؛ ففي السياق الإكلينيكي، لفظ 'اكتئاب' لا يشير إلى مجرد انخفاض المزاج، بل إلى نوع من الاضطرابات الجسمية، حيث إن التشخيص يتطلب استمرار الحالة المرضية لمدة لا تقل عن أسبوعين". (السامراني، 2008: 83)

يفرق هذا التعريف بين (الاكتئاب المرضي)، (انخفاض المزاج المؤقت). ففي الإطار الإكلينيكي، يُنظر إلى الاكتئاب كاضطراب نفسي-جسدي يتضمن أعراضًا متعددة لا تقتصر على الشعور بالحزن، ويجب أن تستمر هذه الأعراض (≤ 2 أسابيع) ليتم اعتبارها اضطرابًا.

8. الاكتئاب كحالة مزاجية متقلبة:

كما يعرف الاكتئاب على أنه حالة تتميز بفترات طويلة إما من الزهو أو الاكتئاب أو تعاقب كليهما مع فترات راحة طويلة بينهما . (المرجع السابق: 83)

يشير هذا التعريف إلى الطبيعة الدورية لبعض الاضطرابات المزاجية، حيث يمكن أن تتعاقب فترات (الزهو) مع فترات (الاكتئاب) تفصلها فترات استقرار، يسلط هذا التعريف الضوء على التباين في المزاج وأهمية مراقبة طول ونمط هذه الفترات لتحديد طبيعة الاضطراب.

9. الاكتئاب حزن شديد مستمر:

كما يعرف على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعتبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي.

(الدسوقي 1999: 122).

يعرف هذا النص الاكتئاب بأنه شعور (حزن مستمر) عميق ناتج عن ظروف محزنة أو مؤلمة. رغم أن المريض قد لا يكون قادرًا على تحديد سبب محدد لهذا الشعور، إلا أنه يعبر عن فقدان أو نقص داخلي يشعر به بشكل دائم.

ثانياً: أعراض الاكتئاب:

يظهر الاكتئاب مجموعة معقدة من الأعراض التي تتنوع بين الجسدية والنفسية والسلوكية، مع اختلاف شدتها وتركيباتها بين الحالات.

1. الأعراض الجسدية الفسيولوجية:

تشمل المظاهر الجسدية لاضطراب الاكتئاب تغيرات ملحوظة في الوظائف الفسيولوجية، مثل انقباض منطقة الصدر والشعور بضيق تنفسي مصحوب بانخفاض في شدة الصوت. كما ينتاب المريض توهم الإصابة بالأمراض مع انشغال مفرط بالصحة البدنية، إضافة إلى اضطرابات جنسية تتجلى في انخفاض الرغبة الجنسية واضطرابات الدورة الشهرية. وتلاحظ أيضاً تقلبات في ضغط الدم، الشعور بالرهبة من الموت، فقدان الشهية، وضعف في النشاط الحسي الحركي؛ إلى جانب أعراض مثل الصداع والتعب والخمول والآلام المتعددة.

(ربيع : 2010 : 83)

كما تضاف إلى هذه القائمة اضطرابات النوم، حيث يعاني المريض من الأرق مع قلة ساعات النوم التي تليها حالة من السوادوية.

(حامد، 2005، 22)

2- الأعراض النفسية -السيكولوجية-:

يتجلى الجانب النفسي والسيكولوجي للاكتئاب في اختلال الوظائف العقلية، حيث يُلاحظ بطء في التفكير وضعف ملحوظ في مستويات الانتباه والتركيز والتردد في اتخاذ القرارات. يصاحب هذا الاضطراب الإدراكي شعور دائم بتأنيب الضمير واللوم، وظهور مشاعر الإثم والخطيئة، وقد تصل الأمور إلى ظهور أفكار انتحارية. كما يعاني المريض من انخفاض في تقدير الذات وثقة منخفضة بنفسه، مما يؤدي أحياناً إلى احتقار الذات وظهور بعض الهلوسات أو الهذيان. إضافة إلى ذلك، ينتاب المريض شعور بتدهور الآنية

مع توهم الإصابة بالأمراض، إذ يبدو له أن شخصيته قد تغيرت وفقد إحساسه بمباهج الحياة، ويتبنى نظرة سوداوية متشائمة تجاه العالم المحيط به. (عبد الرحمان، 2010، 422)

3- الأعراض السلوكية:

تظهر الاضطرابات السلوكية من خلال تدهور المظهر الخارجي، حيث يبرز الإرهاق على ملامح الوجه والعينين. وتنعكس هذه الاضطرابات على السلوك اليومي للمريض من خلال انخفاض قدرته على أداء الأعمال المعتادة وإهمال الواجبات، مع ميل متزايد للانعزال والانسحاب الاجتماعي وإهمال العناية بالنظافة الشخصية. كما يتجلى ذلك في انخفاض النشاط الحركي، إذ قد يعاني من هبوط حركي عام أو خمول ذهني وجسدي يصل في بعض الأحيان إلى شلل حركي تام، مع ظهور نوبات من التهيج أو الاستثارة؛ وفي الحالات الشديدة، يظهر لدى المريض ميول انتحارية وقد يحاول تنفيذها. (حامد، 2005، 23)

4- الأعراض الوجدانية:

تعد السوداوية المستمرة، وفقدان المتعة (Anhedonia)، والشعور باليأس من المستقبل، من السمات المركزية للاكتئاب، والتي غالباً ما تتفاقم في الصباح وتتحسن نسبياً مع مرور اليوم. (رياض، 2003، 41)

يشار إلى أن تشخيص الاكتئاب يتطلب استمرارية هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل، مع تأثيرها السلبي على جوانب الحياة المختلفة، مما يستدعي تدخلاً علاجياً متخصصاً.

5. أعراض الاكتئاب وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM-IV):

يشخص الاكتئاب عند توافر خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين متواصلين، مع ضرورة أن يكون أحدها إما المزاج الاكتئابي المستمر أو فقدان الاهتمام/الاستمتاع (الأنهدونيا).

1.5 الأعراض الانفعالية (العاطفية):

- مزاج اكتئابي (ديسفوريا) يهيمن على معظم اليوم.
- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو فقدان القدرة على الاستمتاع بجميع الأنشطة تقريبًا.

2.5 الأعراض السيكوسوماتية (الجسدية).

- تغيرات واضحة في الوزن (فقدان أو زيادة) دون اتباع حمية.
- اضطرابات النوم (أرق أو فرط نوم).
- اضطرابات حركية (هياج نفسي-حركي أو خمول حركي).
- إرهاق مستمر وفقدان الطاقة. (حامد، 2005، 24)

3.5 الأعراض المعرفية:

- مشاعر تدني القيمة الذاتية أو لوم الذات المفرط.
- ضعف في الوظائف الإدراكية (صعوبة التركيز، تردد في اتخاذ القرارات).
- أفكار متكررة عن الموت أو التخطيط للانتحار.

4.5 الأعراض السلوكية: (عبد الرحمان، 2010، 42)

- انسحاب اجتماعي وتجنب التفاعلات اليومية.
 - تراجع في الأداء المهني أو الأكاديمي.
- يشخص الاكتئاب عند توافر خمسة أعراض أو أكثر تستمر لمدة أسبوعين متواصلين، مع ضرورة أن يكون أحدها إما المزاج الاكتئابي المستمر (ديسفوريا) أو فقدان الاهتمام والقدرة على الاستمتاع (الأنهدونيا).

تشمل الأعراض الانفعالية ظهور المزاج الكئيب الذي يهيمن على معظم اليوم، فيما تُظهر الأعراض السيكوسوماتية تغيرات ملحوظة في الوزن (فقدان أو زيادة دون اتباع نظام غذائي) واضطرابات النوم مثل الأرق أو فرط النوم، إلى جانب اضطرابات حركية تتمثل في هياج نفسي-حركي أو خمول حركي وإرهاق مستمر مع فقدان للطاقة. أما الأعراض المعرفية

فتتضمن مشاعر تدني القيمة الذاتية، ولوم النفس المفرط، وضعف القدرات الإدراكية مثل صعوبة التركيز والتردد في اتخاذ القرارات، وقد تصل إلى ظهور أفكار متكررة حول الموت أو حتى التخطيط للانتحار.

كما يُلاحظ في الجانب السلوكي انسحاب اجتماعي واضح وتراجع في الأداء المهني أو الأكاديمي. (سعد، 2003، 41)

6- نموذج بيك (Beck) لأعراض الاكتئاب :

قسم بيك مظاهر الاكتئاب إلى أربعة أبعاد رئيسية:

1. المظاهر الانفعالية:

- سيطرة المشاعر السلبية مثل الحزن العميق، والتشاؤم، والتهيج العاطفي.

- فقدان القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية (الأنهدونيا) = انعدام التلذذ.

2. المظاهر المعرفية:

(أديب، 2009: 61).

- تشوهات إدراكية تُعرف بـ"الثالوث المعرفي السلبي":

- نظرة سلبية للذات (تدني احترام الذات).

- تفسير سلبي للخبرات الحياتية.

- توقعات متشائمة للمستقبل.

- تضخيم الأخطاء البسيطة، والشعور المزمن بالذنب.

3. المظاهر الدافعية:

- فقدان الحافز نحو تحقيق الأهداف.

- اعتمادية مفرطة على الآخرين.

- انسحاب من المسؤوليات ورفض المشاركة الاجتماعية.

4. المظاهر الفسيولوجية:

(المرجع السابق: 62).

- اضطرابات النوم (خاصة الأرق الصباحي).

- تغيرات في الشهية والوزن.

- انخفاض الرغبة الجنسية (ضعف الليبدو).

- أعراض جسدية غير مبررة طبيًا (مثل الصداع المزمن).

يقسم نموذج بيك لأعراض الاكتئاب إلى أربعة أبعاد رئيسية تُعبر عن المظاهر المختلفة للحالة الاكتئابية.

فمن الناحية الانفعالية، يبرز تأثير المشاعر السلبية مثل الحزن العميق والتشاؤم مع فقدان القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية (الأنهدونيا). وفي البعد المعرفي، يُشكّل ما يُعرف بـ"الثالوث المعرفي السلبي"؛ حيث تتجلى النظرة السلبية للذات، وتفسير الخبرات الحياتية بشكل سلبي، وتوقعات مستقبلية متشائمة، مصحوبة بتضخيم الأخطاء والشعور المزمن بالذنب.

أما البعد الدافعي فيرتكز على فقدان الحافز نحو تحقيق الأهداف، والاعتمادية المفرطة على الآخرين، مع انسحاب من المسؤوليات والأنشطة الاجتماعية. وفي الجانب الفسيولوجي تظهر أعراض مثل اضطرابات النوم، وتغيرات في الشهية والوزن، وانخفاض الرغبة الجنسية، بالإضافة إلى ظهور أعراض جسدية غير مبررة طبيًا كالصداع المزمن. (الدسوقي 1999: 122).

ثالثًا: تصنيف الاكتئاب:

1. الاكتئاب العصبي:

هو نوع من الاضطرابات الاكتئابية يعرف بغياب الأعراض الذهانية، ويتميز بانخفاض ملحوظ في تقدير الذات (ضعف الإحساس بالقيمة الذاتية)، وصعوبة اتخاذ القرارات، والانسحاب الاجتماعي. كما يلاحظ لدى المريض أعراضًا جسدية مثل تسارع دقات القلب، وضعف الطاقة الجنسية، واضطرابات الشهية والأكل مما يؤدي إلى نقص الوزن والإمساك، إلى جانب اضطرابات النوم والشعور المستمر بالحزن واليأس.

(عبد العزيز، 2006: 65)

2. الاكتئاب الذهاني:

يتضمن هذا النوع من الاكتئاب ظهور أعراض ذهانية إلى جانب مظاهر بيولوجية. فيلاحظ لدى المريض عزلة اجتماعية وشعوراً متواصلًا بالقلق، مع صداد شعوري وشعور بالاضطهاد. كما تتجلى أعراضه المعرفية من خلال وجود أفكار انتحارية، وتحطيم للذات يظهر في تحقيرها والشعور المكثف بالذنب، إلى جانب الضجر واليأس والتشاؤم المستمر.

3. الاكتئاب العصبي الدفاعي:

يُعتبر هذا النوع آلية دفاعية ميكانيكية يستخدمها الفرد للتخفيف من نوبات القلق الزائدة والمهيمنة، إذ يظهر كرد فعل داخلي على تهديد واعي مترافق غالبًا مع إحساس بالإحباط. تعمل هذه الآلية على "إزالة" التهديد النفسي من خلال خلق خبرة خيالية يشعر المريض بموجبها بأن الإحباط قد تحقق فعليًا، مما يساعده في استعادة اتزانه النفسي.

4. الاكتئاب الانفصالي:

يصيب هذا النوع من الاكتئاب غالبًا الأطفال الذين يعانون من انفصال طويل عن أمهاتهم. وتتمثل أعراضه في حالة من الشرود الذهني، مع فقدان الشهية، والهزال، واضطرابات في نمط النوم.

5. الاكتئاب القهري:

يلاحظ لدى الأفراد الذين يظهرون نمطًا وسواسيًا جامدًا، ويشار إليه أحيانًا بمصطلح "عصاب نهاية الأسبوع". يتميز هذا النوع بشعور مفرط بالذنب وبالضيق النفسي المستمر.

6. اكتئاب الميالينكولي:

يُعرف بأنه حالة مرضية غير معتادة تتميز بمجموعة من الأعراض مثل الحزن العميق، والحداد، واليأس، مع إفراط في التعبير عن مشاعر الحزن، وقد يميل المريض إلى اتباع أنماط سلوكية تشبه الفصام.

(عبد العزيز، 2006: 68)

7. أنواع أخرى من الاكتئاب:

تشمل الفئات الإضافية: الاكتئاب الانتكاسي، والفجائي، والخلقي، والهياجي، والدوري، حيث تُصنف هذه الأنواع بناءً على اختلاف في طبيعة المسببات وسيرورة الحالة المرضية.

8. الاكتئاب الخارجي المنشأ:

يحدث هذا النوع من الاكتئاب كرد فعل نفسي طبيعي على ظروف خارجية مؤلمة، مثل وفاة شخص عزيز أو وقوع كارثة مالية. يُعرف أيضًا بالاكتئاب التفاعلي، حيث يُعتبر الاستجابة العاطفية المتوقعة للضغوط البيئية الخارجية.

9. الاكتئاب الداخلي المنشأ:

على النقيض من الاكتئاب التفاعلي الخارجي، لا يرتبط هذا النوع بحدث شعوري محدد، بل يعود إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي. يُصنف هذا النوع على أنه "الاكتئاب الحقيقي" وغالبًا ما يُطلق عليه أيضًا الاكتئاب الذهاني، نظرًا لطبيعته البيولوجية والعقلية العميقة.

رابعاً: المسببات الاكتئابية:

تشكل مسببات الاكتئاب محوراً أساسياً لفهم هذا الاضطراب النفسي المعقد، إذ يتأثر بنظام متداخل من العوامل البيئية والنفسية إلى جانب الجوانب البيولوجية. فمن الناحية البيئية والنفسية، يساهم الانتقال إلى سن الرشد، والتعرض للأحداث الحياتية السلبية، والضغوط المالية والعائلية في تعزيز الأنماط الفكرية السلبية والانسحاب الاجتماعي، مما يُهيئ البيئة الملائمة لظهور الحالة الاكتئابية. بينما تُظهر الأبحاث أن الاختلالات البيولوجية، مثل خلل النواقل العصبية (على سبيل المثال، نقص السيروتونين) واضطرابات إفراز الهرمونات، تؤدي إلى خلل وظيفي في مسارات النقل العصبي بالجهاز المركزي، مما يزيد من احتمالية تطور أعراض الاكتئاب. يجمع هذا الإطار المتكامل بين الجوانب النفسية والبيولوجية لتقديم فهم شامل لمسببات الاكتئاب، وبالتالي توجيه الجهود العلاجية نحو استهداف هذه العوامل

المتداخلة. (ربيع : 2010 : 83)

1. العوامل البيئية:

تلعب العوامل البيئية والنفسية دوراً أساسياً في زيادة احتمال الإصابة بحالات اكتئاب خفيفة. فمنها ما يتعلق بالانتقال إلى سن الرشد مع مواجهة تحديات جديدة، والتعرض لمستويات مرتفعة من الأحداث الحياتية السلبية، فضلاً عن الضغوط المالية والعائلية. كما تُعتبر نماذج الفكر السلبي، التي تُشكّل حجر الأساس لنظرية بيك حول الاكتئاب، من العوامل المؤثرة التي تعزز الاتجاهات السلبية والسلوكيات المعيقة للتكيف مع متطلبات الحياة.

(عبد الرحمان، 2010، 42)

2. العوامل البيولوجية:

أظهرت الدراسات وجود خلل في النواقل العصبية، وهي المواد الكيميائية التي تنقل الإشارات العصبية بين الخلايا، مثل نقص السيروتونين، مما يُعتبر مسؤولاً عن ظهور الأعراض النفسية للاكتئاب. كما أثبتت الأبحاث أن الأدوية المضادة للاكتئاب تعمل على تعديل الاستجابات العصبية لهذه المركبات الكيميائية. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم الكشف عن اضطرابات في إفراز بعض الهرمونات المرتبطة بمرض الاكتئاب، مما يؤدي إلى خلل وظيفي في الخلايا العصبية التي تحتوي على مستقبلات ومثيرات كيميائية.

(سعد، 2003، 41)

3. العوامل الوراثية:

تشير الدراسات الحديثة إلى أن العوامل الوراثية تُعد من العوامل المؤثرة بشكل كبير في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية. فقد تبين أن هناك جينات وراثية تلعب دوراً رئيسياً في ظهور حالات الاكتئاب، حيث يُلاحظ في حوالي 50% من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أن أحد الوالدين مصاب بالمرض، مما يجعل الأبناء معرضين للإصابة بنسب تتراوح بين 25% إلى 30%. وفي حال إصابة كلا الوالدين بالمرض نفسه، فإن احتمال إصابة الأبناء يرتفع بشكل ملحوظ إلى حوالي 60%. (نوري، 1990: 193)

4. العوامل النفسية:

يرى زهران (2005) أن العوامل النفسية تلعب الدور الأساسي في نشأة الاكتئاب، في حين أن التأثير الوراثي يُعد محدودًا في حدوثه.

وتتمثل أبرز الأسباب النفسية المؤدية إلى الاكتئاب فيما يلي:

- **التوتر الانفعالي والخبرات الأليمة**: يتسبب التعرض لمواقف حياتية مؤلمة، مثل فقدان أو الانفصال، في زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب.
- **الحرمان النفسي ونقص الدعم العاطفي**: يؤدي غياب الإحساس بالأمان والاحتواء العاطفي إلى مشاعر العزلة واليأس.
- **الصراعات اللاشعورية والتنشئة الخاطئة**: قد ينتج الاكتئاب عن تربية صارمة أو متناقضة، ما يؤدي إلى اضطرابات نفسية طويلة الأمد.
- **الإحباط والفشل وخيبة الأمل**: يؤدي تكرار التجارب السلبية وعدم تحقيق الأهداف إلى انخفاض تقدير الذات والشعور بالعجز.
- **الكبت والقلق**: تراكُم المشاعر المكبوتة وعدم القدرة على التعبير عنها يُسهم في زيادة التوتر النفسي والاكتئاب.
- **ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات**: عندما يكون الفرد غير قادر على تحقيق التوازن بين رغباته ومعاييره الداخلية، فإنه يقع في دوامة جلد الذات.
- **الشعور بالذنب**: الإحساس المستمر بالذنب قد يؤدي إلى مشاعر سلبية متزايدة تُفاقم من حدة الاكتئاب.
- **سوء التوافق النفسي**: يظهر الاكتئاب كأحد أشكال الانسحاب الاجتماعي نتيجة ضعف القدرة على التكيف مع المحيط.
- **العدوانية الموجهة نحو الذات**: قد يتحول الغضب والعدوان المكبوت إلى كراهية للذات تؤدي إلى سلوكيات مؤذية.

- **الميول الانتحارية** :في بعض الحالات، يؤدي تفاقم الاكتئاب إلى التفكير في الانتحار أو محاولة الإقدام عليه. (زهران، 2005: 51)

خامسا: الصورة الإكلينيكية للاكتئاب:

إن أهم مظهر من مظاهر الاكتئاب هو إن إدراك المرء للزمن ليس فقط إن يشعر إن الأربع وعشرين ساعة تمر وكأنها أسبوع، ولكن الأهمية المتعلقة بالماضي والحاضر لذلك فإن الماضي هو الذي يلفت انتباه الشخص المكتئب. (زيد، 2008: 32)

يشير هذا المفهوم إلى أن الشخص المكتئب لا يعيش الوقت بطريقة طبيعية؛ فهو يشعر بأن الزمن يمر ببطء شديد، مما يزيد من حدة الشعور بالعزلة والضيق النفسي. ويتركز تفكير المكتئب في الغالب على الماضي، حيث تسترجع الذكريات المؤلمة وتتفاقم السلبيات التي أثرت عليه، مما يؤثر سلبًا على حالته النفسية الحالية. هذا الإدراك المتغير للزمن وتثبيت الانتباه على الأحداث الماضية يعد من العناصر الجوهرية التي تساهم في تشخيص وتقييم شدة الاكتئاب.

سادسا: علاج الاكتئاب:

يعتبر علاج الاكتئاب عملية متعددة الأبعاد تتضمن مجموعة من التدخلات التي يمكن تطبيقها منفردة أو بالتكامل مع بعضها البعض تبعًا لطبيعة الحالة المرضية:

1. العلاج النفسي:

يشمل العلاج النفسي إجراء جلسات علاجية فردية أو جماعية، حيث يعتمد على أساليب متعددة مثل العلاج بالإحاء، والعلاج التحليلي النفسي، والعلاج السلوكي. تُستخدم هذه الأساليب وفقًا لفنيات دقيقة يقوم بتطبيقها المعالجون النفسيون بهدف تعديل الأفكار والسلوكيات السلبية التي تسهم في استمرار الحالة الاكتئابية.

(الشرييني، 2001: 73)

2. العلاج البيئي:

يركز العلاج البيئي على خلق بيئة داعمة ومناسبة للمريض بعيداً عن العوامل الضاغطة والمواقف المؤلمة التي قد تكون مسببة للحالة. ويشمل ذلك نقل المريض إلى وسط علاجي أو إلى مرفق للاستشفاء، بالإضافة إلى توفير برامج ترفيهية، وتنظيم نشاطاته العملية، وتأهيله لإعادة الاندماج في العلاقات الاجتماعية، مما يساهم في استعادة توازنه النفسي والاجتماعي. (نوري، 1990: 196)

3. العلاج بالأدوية النفسية:

يستند هذا النهج إلى استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف متخصص في الطب النفسي. يقوم الطبيب بتحديد الدواء المناسب وفقاً لتقييم الحالة، ويتابع تقدم المريض خلال فترة العلاج لضمان تحقيق الاستجابة العلاجية المرجوة وتصحيح الاختلالات الكيميائية في الجهاز العصبي. (الشرييني، 2001: 75)

4. العلاج الكهربائي:

يُستخدم العلاج الكهربائي كوسيلة لإعادة تنظيم الإيقاع العصبي لدى المريض، خاصةً في الحالات التي لا تستجيب بشكل كافٍ للعلاجات النفسية أو الدوائية. يعمل هذا الإجراء على تعديل النشاط الكهربائي في الدماغ بما يساهم في تخفيف أعراض الاكتئاب وتحسين الحالة النفسية للمريض. (المرجع السابق: 75)

خلاصة الفصل:

يتجسد الاكتئاب في اضطراب نفسي معقد يتسم بمجموعة من الأعراض المتنوعة؛ فهو ليس مجرد شعور بالحزن وإنما حالة تمتد لتشمل تغيرات في التفكير والسلوك والوظائف الجسدية. تشمل الأعراض النفسية انخفاض مستوى الثقة بالنفس والشعور بالذنب واليأس، في حين تظهر الأعراض الفسيولوجية من اضطرابات النوم وفقدان الشهية والطاقة، وتبرز الأعراض السلوكية بانخفاض القدرة على العمل والعزلة الاجتماعية.

كما يظهر الفصل أن أسباب الاكتئاب متعددة؛ منها العوامل الوراثية والنفسية والبيئية، مما يتطلب اتباع منهج علاجي متكامل يجمع بين العلاج النفسي والدعم البيئي واستخدام الأدوية المناسبة، وقد يلجأ البعض في الحالات الشديدة إلى العلاج الكهربائي. تؤكد هذه النظرة الشاملة على أهمية التشخيص المبكر والدعم المستمر للتغلب على هذا الاضطراب وإعادة المريض إلى حياة طبيعية.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعدما طرحنا أهم الأطر المعرفية وتعرضنا إلى المشكلة البحثية وحصرناها في مجموعة من الأهداف والتساؤلات والفروض، نحاول في هذا الفصل التطرق إلى تقنيات البحث الميداني التي تقودنا إلى اختبار مدى صدق هذه الفروض والتساؤلات وذلك بالاستعانة بأدوات منهجية مناسبة، وهنا تكمن أهمية توضيح منهج البحث وكذا عينة البحث، إضافة إلى وسائل جمع البيانات والمعلومات في الدراسة، وأخيراً الأدوات الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج المتحصل عليه

1. منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الملائم لطبيعة الدراسة، والذي نحاول من خلاله دراسة العلاقة بين جودة حياة العمل وعلاقتها بالإكتئاب لدى المرضى - دراسة ميدانية في مستشفى تجيني هدام - الرحوية- تيارت ، حيث يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، وصفها والتعريف بها والكشف عن مختلف العوامل المسببة لها وتحليل نتائجها.

2- المجتمع الأصلي للدراسة:

أجريت الدراسة في مستشفى تجيني هدام - الرحوية تيارت.

1.2- تقديم عام لمستشفى تجيني هدام - الرحوية تيارت :

هي مؤسسة عمومية ذات الطابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي .

2.2- مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية.

تتمثل في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان

- ضمان العلاج الاستشفائي
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية وتجديد معارفهم
- كما تستخدم المؤسسة كميدان للتكوين الطبي و شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

3.2- التنظيم والتسيير :

يسر كل مؤسسة عمومية استشفائية مجلس ادارة و يديرها مدير و تزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي .

• مجلس الادارة يضم مجلس الادارة مايلى :

- ممثل عن ادارة المالية.
- ممثل عن التأمينات الاجتماعية.

- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي .
 - ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة .
 - ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.
 - ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.
 - ممثل عن جمعيات مرتققي الصحة.
 - ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.
 - رئيس المجلس الطبي
- يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مداولات مجلس الادارة برأي استشاري ويتولى أمانته.
- يعين أعضاء مجلس الادارة لعهد 3 سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها.
- وفي حالة انقطاع عهد أحد أعضاء المجلس، يعين عضو جديد حسب نفس الأشكال لخلافته الى غاية انتهاء العهد.
- يجتمع مجلس الادارة في دورة عادية مرة واحدة كل 6 أشهر و يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بناء على استدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي أعضائه، و تحرر مداولات مجلس الادارة في محاضر يوقعها الرئيس و أمين الجلسة و تقيّد في سجل خاص يرقمه ويؤشر عليه الرئيس .
- **مهام مجلس الإدارة:**
- يتداول مجلس الادارة على الخصوص فيما يأتي:
- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط.
- مشروع ميزانية المؤسسة.
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها.
- الاتفاقيات المتعلقة بالتكوين.

العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة، لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والجامعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى.

مشروع جدول تعداد المستخدمين

و يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتنتهي مهامه حسب الأشكال نفسها.

3. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات المكتملة للدراسة فهي تتيح للباحث فرصة التعرف على الظروف الميدانية للدراسة الأساسية وهذا لتفادي الوقوع في الأخطاء.

1.3 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على المجتمع الأصلي للدراسة وتحديد أفراد العينة المراد دراستها
- تحديد المنهج الملائم للدراسة.
- بناء أداة الدراسة وتحديد الخصائص السيكومترية لها (الصدق والثبات)
- محاولة اكتشاف الأخطاء وتحديد الصعوبات وبالتالي تجنبها في الدراسة الأساسية.

2.3 مكان الدراسة الاستطلاعية ومدتها:

اجريت الدراسة الاستطلاعية بمستشفى تجيني هدام - الرحوية تيارت، وامتدت من 02 أبريل 2025 إلى غاية 13 أبريل 2025 .

3.3 عينة الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الدراسة على اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة من ممرضى مستشفى تجيني هدام - تيارت ، ذكورا، وإناثا من المجتمع الأصلي للدراسة حيث تم اختيار (30) ممرض لتمثيل الدراسة الاستطلاعية.

4.3- اجراء الدراسة الاستطلاعية:

تتعدد أدوات جمع البيانات في البحوث العلمية والتطبيقية ويختلف استخدامها من بحث لآخر، وبكيفية مختلفة وهذا حتى تتلاءم هذه الأدوات وطبيعة المتغيرات التي يسعى الباحث إلى دراستها ميدانياً. وفي هذه الدراسة تم إعداد استبيان حول جودة حياة العمل، كما تم الاعتماد على مقياس بيك للاكتئاب.

أ- استبيان جودة الحياة في العمل: ويتكون من:

القسم الأول: هو عبارة عن البيانات الأولية أو الشخصية عن المستجيب (الجنس، السن، المستوى التعليمي، سنوات الخدمة، الوظيفة، مدى الرضا عن ظروف العمل.

القسم الثاني: ويتكون من 53 فقرة موزعة على 7 محاور متمثلة في :

المحور الأول: ظروف العمل المعنوية ويتكون من 11 فقرة.

المحور الثاني: ظروف العمل المادية ويتكون من 09 فقرات.

المحور الثالث: خصائص الوظيفة ويتكون من 05 فقرات.

المحور الرابع: الأجور والمكافآت ويتكون من 08 فقرات.

المحور الخامس: جماعة العمل ويتكون من 08 فقرات.

المحور السادس: أسلوب الرئيس في الإشراف ويتكون من 06 فقرات.

المحور السابع: مشاركة القرارات ويتكون من 06 فقرات.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابة المبحوثين لفقرات الاستبيان

حسب الجدول رقم 04.

الجدول رقم (04): يمثل درجات استبيان جودة حياة العمل.

الدرجة الفقرة	معارض بشدة	معارض	محايد	غير معارض	غير معارض بشدة
درجة	01	02	03	04	05

المصدر: من اعداد الطالبة

ب- مقياس بيك للاكتئاب: لصاحبه د. آرون بيك، ويتكون من (21) سؤال، (ماجدة الشهري ونور الشريم).

وفيما يلي سلم تنقيط مقياس بيك للاكتئاب.

الجدول رقم (05): سلم تنقيط مقياس بيك للاكتئاب:

لا يوجد اكتئاب	صفر - 9
اكتئاب بسيط	10 - 15
اكتئاب متوسط	16 - 23
اكتئاب شديد	24 - 36
اكتئاب شديد جدا	37 فما فوق

وللتأكد من فرضيات الدراسة ومعالجة البيانات تم الاعتماد على برنامج الحزم الإحصائية اصدار 21.0 .

4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

حتى يمكن للباحث أن يثق بالأداة التي استعملها من أجل جمع البيانات يجب عليه أن يتحقق من صلاحية الأداة ومدى ملائمتها لقياس الظاهرة التي اعدت لها، ويلجأ إلى قياس صدق و ثبات هذه الأداة وهذا لكي تصبح الأداة مقننة و صالحة للبحث العلمي.

1.4- الخصائص السيكومترية لاستبيان جودة الحياة في العمل:

1.1.4- صدق استبيان جودة الحياة في العمل:

تم استخدام نوعين من مقاييس الصدق هما صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي.

- صدق المحكمين:

حيث تم عرض استبيان جودة الحياة في العمل على خمس (05) محكمين وهم أساتذة بقسم علم النفس والارطفونيا والفلسفة، بجامعة ابن خلدون - تيارت - تخصص علم النفس العمل والتنظيم وتسيير الموارد البشرية، والذين تفضلوا مشكورين بإبداء ملاحظاتهم

ومقترحاتهم حول مدى ملائمة ووضوح محتويات الاستبانة لقياس ما وضعت له، وكذلك حول مناسبة العبارات للمحور والبعد الذي تنتمي إليه، تم مناقشة هذه الملاحظات والاقتراحات واستخراج الاستبانة بصورتها النهائية بعد إجراء التعديلات اللازمة، والجدول رقم (06) يبين العبارات التي تم تعديلها.

الجدول رقم (06) يبين العبارات المعدلة بعد صدق المحكمين.

قبل التعديل	بعد التعديل
ظروف العمل المعنوية	
أشعر بالراحة النفسية أثناء أداء عملي	أشعر بالراحة النفسية في عملي.
ظروف بيئة العمل المادية	
أعمل في الضوضاء	أعمل في بيئة عمل خالية من الضوضاء
مشاركة القرارات	
أشارك في حل المشكلات	أستطيع أن أشارك برأيي في حل المشكلات

- صدق الاتساق الداخلي:

-البعد الأول: بعد ظروف العمل المعنوية ويتكون من 11 فقرة:

جدول رقم (07): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد ظروف العمل المعنوية.

جودة العمل	رقم	العبرة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبعد	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
بعد ظروف العمل المعنوية	01	أعمل في بيئة عمل يسودها الاحترام المتبادل بين جميع العاملين	**0.793	**731,
	02	أعمل في بيئة عمل يسودها الثقة المتبادلة بين جميع العاملين	**0.916	**875,
	03	أتمتع بحرية كافية في أداء واجباتي	**0.924	**851,
	04	توجد علاقات طيبة وداعمة بيني وبين زملائي في التمريض	**0.921	**839,

05	أشعر باحترام المرضى والزلاء لي كعضو في الفريق	**0.658	,555**
06	اشعر بالرضا عن الإنجازات التي أحققها في رعاية المرضى	**0.881	,790**
07	يسود روح التعاون بين أعضاء فريق العمل في المستشفى	**0.867	,830**
08	تتميز مهامى بالأهمية في تحسين المرضى	**0.916	,832**
09	تتميز مهامى بالحيوية في تحسين المرضى	**0.912	,862**
10	أشعر بالراحة النفسية في عملي	0.42	-,060
11	أنا راض عما أقوم به بواجباتي	**0.802	,816**

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول رقم (07) أن عبارات بعد ظروف العمل المعنوية صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها، ما عدا العبارة رقم 10.

– البعد الثاني: بعد ظروف العمل المادية ويتكون من 09 فقرات:

جدول رقم(08): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد ظروف العمل المادية.

جودة العمل	رقم العبارة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبند	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
بعد ظروف العمل المادية	12	أعمل في بيئة عمل مناسبة من حيث التهوية	,842**
	13	أعمل في بيئة عمل مناسبة من حيث الإضاءة	,771**
	14	أعمل في بيئة عمل مناسبة كافية للعمل بكل راحة	,816**
	15	أعمل في بيئة عمل خالية من الضوضاء	,675**
	16	أعمل في بيئة عمل معتدلة الحرارة	,762**

17	أعمل في بيئة عمل خالية من الروائح الكريهة	**0.865	**800,
18	أرضية بيئة العمل غير زلقة	**0.901	**821,
19	أعمل في بيئة عمل خالية من الاهتزازات	**0.896	**797,
20	أعمل في بيئة عمل خالية من الإشعاعات	**0.689	**576,

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول رقم (08) أن عبارات بعد ظروف العمل المادية صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها.

-البعد الثالث: بعد خصائص الوظيفة ويتكون من 05 فقرات.

جدول رقم (09): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد خصائص الوظيفة.

جودة العمل	رقم العبارة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبند	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
بعد خصائص الوظيفة	21	أشعر بالمسؤولية اتجاه كل ما أقوم به في عملي	**0.949
	22	أمتلك المهارات اللازمة لتقديم الرعاية بجودة عالية	0.42
	23	لدي حرية التصرف في اتخاذ قرارات مناسبة ضمن إطار العمل	**0.780
	24	حجم المهام الموكل إلي مناسب	**0.895
	25	تتميز مهام عملي بالتحدي والمتعة	**0.857
			**902,
			-0,060
			**788,
			**842,
			**771,

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول رقم (09) أن عبارات بعد خصائص الوظيفة صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها، ما عدا العبارة رقم 22.

البعد الرابع: بعد الأجور والمكافآت ويتكون من 08 فقرات.

جدول رقم (10): يوضح صدق الاتساق الداخلي بعد الأجور والمكافآت.

العمل	جودة الحياة	رقم العبارة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبند	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
بعد الأجور والمكافآت	26	أرى ان الاجر الذي أتقاضاه يتناسب مع حجم العمل	0.953**	908**
	27	تتميز مهامي بالتحدي وتقديم الرضا المهني	0.898**	846**
	28	أنا راض لما أحصل عليه من أجر	0.908**	871**
	29	يعتمد أجري على مستوى الجهد الذي يقدمه في عملي	0.893**	873**
	30	أشعر بنظام الأجور والمكافآت في المستشفى عادل ومنصف	0.942**	909**
	31	أجري عادل مقارنة بما يحصل عليه زملائي	0.896**	797**
	32	أجري عادل بالنظر إلى مهاراتي وجهودي	0.706**	589**
	33	أشعر بالرضا عن مقدار الأجر والمكافآت التي أتلقاها	0.155	012

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول (10) ان عبارات بعد الأجور والمكافآت صادقة ودالة احصائيا عند

0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها، ما عدا العبارة رقم 33.

-البعد الخامس: جماعة العمل ويتكون من 08 فقرات.

جدول رقم (11): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد جماعة العمل.

الدرجة: العمل	الرقم	رقم العبارة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبعد
بعد جماعة العمل	34	أعمل ضمن فريق مهم يسعى مهم يسعى لتحقيق أهداف مشتركة	**0.850	**0.800
	35	لدي حرية التعاون والمساهمة مع زملائي في تحسين الرعاية	**0.937	**0.947
	36	كل أعضاء الفريق لديهم فهم واضح عن أهداف العمل	**0.796	**0.858
	37	يتبادل أعضاء فريق مشاعرهم بحرية	**0.908	**0.953
	38	يتبادل أعضاء فريق آرائهم بحرية	**0.874	**0.924
	39	يشارك فريق العمل في اتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بالرعاية	**0.871	**0.908
	40	يتميز فريق العمل بوجود خبرات متنوعة ومتكاملة تخدم المرضى	**0.828	**0.885
	41	أشعر أنني جزء هام من جماعات العمل	**0.867	**0.940

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول (11) ان عبارات بعد جماعة العمل صادقة ودالة احصائيا عند

0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها.

-البعد السادس: أسلوب الرئيس في الاشراف ويتكون من 06 فقرات.

جدول رقم (12): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعده أسلوب الرئيس في الإشراف.

جودة العمل	الرقم	العبرة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبعده	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
أسلوب الرئيس في الإشراف	42	يشجعني رئيسي على المشاركة في اتخاذ القرارات تخص عملي التمريضي	**0.896	,797**
	43	يمتلك رئيسي القدرة على التخطيط المسبق لتحسين جودة الرعاية	**0.613	,532**
	44	يقدم رئيسي معلومات واضحة وكاملة لدعم عملي التمريضي	**0.800	,850**
	45	يعاملنا رئيس التمريض بعدالة وإنصاف في المستشفى	**0.947	,937**
	46	يوضح رئيسنا أهداف العمل بطريقة تحفزنا على تحقيقها	**0.858	,796**
	47	يمتلك رئيس التمريض رؤية تدفع الفريق لبذل أقصى جهد ممكن	**0.953	,908**

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول رقم (12) أن عبارات بعد أسلوب الرئيس في الإشراف صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها.

-البعده السابع: بعد مشاركة القرارات ويتكون من 06 فقرات:

جدول رقم (13): يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعده مشاركة القرارات.

جودة العمل	الرقم	العبرة	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للبعده	العلاقة بين البند والدرجة الكلية للاستبيان
بعد مشاركة القرارات	48	لدي الفرصة للتأثير على القرارات المتعلقة بالرعاية	**0.924	,874**
	49	أستطيع أن أشارك برأيي في حل المشكلات	**0.908	,871**
	50	أحصل على معلومات كاملة عن أهداف العمل التمريضي في المستشفى	**0.885	,828**
	51	أحصل على معلومات دقيقة ومناسبة حول أدائي في العمل	**0.940	,867**
	52	أستمتع بالتعاون والمشاركة مع زملائي في فريق التمريض	**0.896	,797**

53	أجد قدرا كافيا من الحرية في أداء مهامي	**0.613	**0.532
----	--	---------	---------

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

يتضح من الجدول رقم (13) أن عبارات بعد مشاركة القرارات صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و 0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحيتها.

2.1.4- ثبات استبيان جودة حياة العمل بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (14): يوضح ثبات مقياس جودة حياة العمل بطريقة التجزئة النصفية.

معامل سبيرمان براون Coefficient De Spearman-Brown	معامل غوتمان Coefficient De Guttman Split-half
0.956	0.954

المصدر: مخرجات spss vr21

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01 مخرجات spss vr21

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) ان استبيان جودة حياة العمل يتمتع بدرجة اعلى من المتوسط من الثبات أي أنه صالح نظرا لقيمة معامل غوتمان وقيمة معامل سبيرمان براون العالية.

-كما تم حساب الثبات باستعمال ألفا كرونباخ.

جدول رقم (15): يبين مستوى الثبات جودة حياة العمل بطريقة ألفا كرونباخ

مقياس جودة حياة العمل	قيمة ألفا كرونباخ
ظروف العمل المعنوية.	0.959
ظروف العمل المادية.	0.963
خصائص الوظيفة.	0.841
الأجور والمكافآت.	0.947
جماعة العمل.	0.972
أسلوب الرئيس في الاشراف.	0.944

0.942	مشاركة القرارات
0.992	جودة حياة العمل

المصدر: مخرجات spss vr21

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أن استبيان جودة حياة العمل ذا مستوى عال من الثبات ما يدل على أنه استبيان ثابت وصالح للقياس.

5 - الدراسة الأساسية:

1.5- مكان ارجاء الدراسة الأساسية:

تم تطبيق الدراسة الأساسية في مستشفى تجيني هدام -الرحوية تيارت وهي نفس المؤسسة التي أجريت بها الدراسة الاستطلاعية .

2.5- مدة الدراسة: امتدت مدة الدراسة الأساسية ابتداء من 25أفريل 2025 إلى غاية 10 ماي 2025.

3.5 عينة الدراسة: تمت اختيار العينة عن طريق المعاينة العشوائية وشملت 60 ممرض.

4.5 خصائص عينة الدراسة الاساسية:

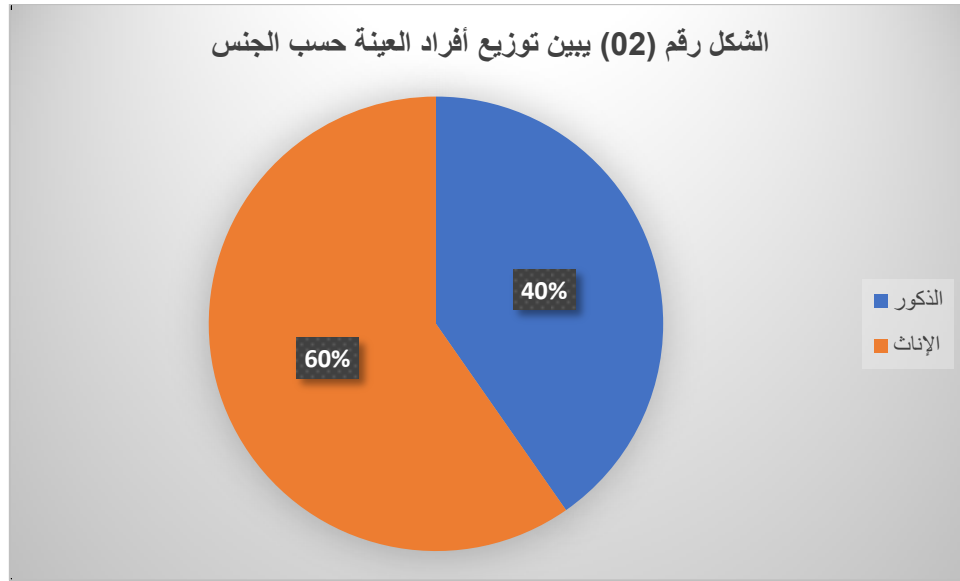
- خصائص عينة الدراسة الاساسية حسب متغير الجنس.

الجدول رقم (16): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية%
الذكور	20	40 %
الإناث	40	60%
المجموع	60	100%

المصدر: مخرجات spss vr21

يُبين الجدول توزيع أفراد العينة البالغ عددهم 60 فرداً وفقاً لمتغير الجنس، حيث بلغت نسبة الاناث (60%) وهي الفئة الغالبة، في حين بلغت نسبة الذكور (40%). للفئات العمرية.



• خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن:

الجدول رقم (17) يبين توزيع أفراد العينة حسب السن:

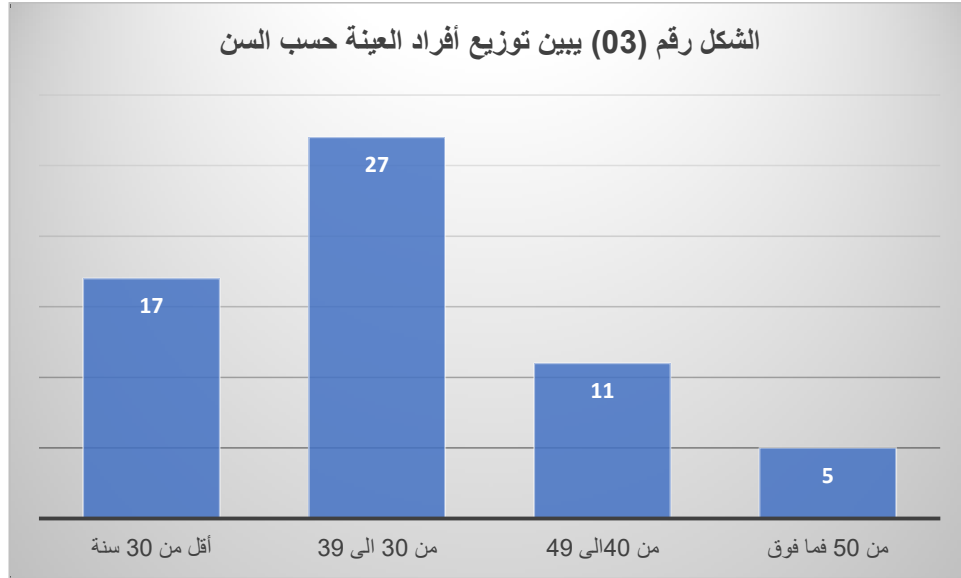
السن	التكرارات	النسبة المئوية %
أقل من 30 سنة	17	28,3
من 30 الى 39	27	45,0
من 40 الى 49	11	18,3
من 50 فما فوق	5	8,3
المجموع	60	%100

المصدر: مخرجات spss vr21

يُظهر الجدول توزيع عينة البحث البالغة 60 فردًا حسب الفئات العمرية، حيث تُشكّل فئة الأقل من 30 سنة نسبة 28.3% فردًا، بينما تُهيمن الفئة العمرية من 30 إلى 39 سنة على العينة بنسبة 45.0%، تليها الفئة من 40 إلى 49 سنة بنسبة 18.3%، أما الفئة العمرية 50 سنة فما فوق فتُمثل النسبة الأصغر 8.3%.

هذا التنوع في التوزيع العمري يُشير إلى توازن بين الشباب الطموح والخبرة المتراكمة، حيث يجمع مستشفى "تجيني هدام" بين طاقة الشباب وقدراتهم الابتكارية، وخبرة الفئات العمرية الأكبر في التعامل مع التحديات الإدارية والفنية المعقدة. هذا المزيج قد يُسهم في

بناء بيئة عمل ديناميكية، قادرة على دمج الكفاءة المهنية مع التطور التكنولوجي، مما يُعزز جودة الخدمات المقدمة ويلبي متطلبات العمل في قطاع صحي متجدد.



• خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي:

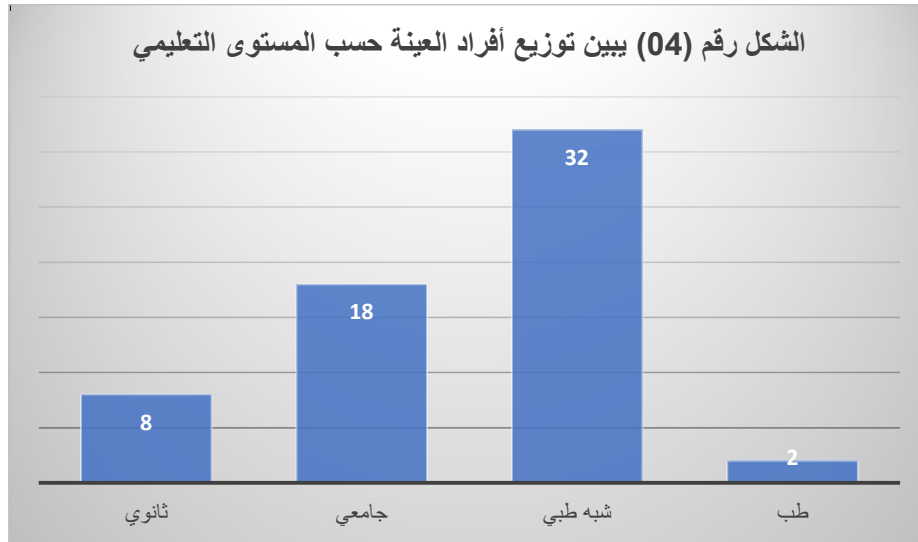
الجدول رقم (18): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى	التكرارات	النسبة المئوية%
ثانوي	8	13,3
جامعي	18	30,0
شبه طبي	32	53,3
طب	2	3,3
المجموع	60	%100

المصدر: مخرجات spss vr21

يُوضح الجدول توزيع أفراد العينة البالغ عددهم 60 فرداً حسب المستوى التعليمي، حيث تُهيمن المؤهلات شبه الطبية على الغالبية بنسبة (53.3%)، وهو ما يتوافق مع طبيعة العينة التي تضم ممرضين ومساعدات ممرض في مستشفى "تجيني هدام" الرحوية، حيث تشكل هذه الفئة العمود الفقري للخدمات التمريضية والرعاية اليومية. تأتي بعدها الفئة الحاصلة على مؤهل جامعي بنسبة (30.0%)، والتي قد تعكس وجود كوادر إدارية أو فنية

متخصصة تدعم العملية الصحية. بينما تمثل الفئة الحاصلة على مستوى ثانوي نسبة (13.3%)، والتي قد تشمل مساعدين أو فنيين في أدوار محددة. أما الحاصلون على مؤهل في الطب فتبلغ نسبتهم (3.3%)، هذا التوزيع يُبرز التخصص الوظيفي للمستشفى، حيث تُركّز أغلب المناصب على المهارات التمريضية والشبه طبية المباشرة، مع وجود دعم من المؤهلات الأكاديمية والإدارية. يُشير ذلك إلى هيكلية تنظيمية تُلبي احتياجات الرعاية الصحية الأساسية والتشغيل اليومي، مع تركيز محدود على الأدوار الطبية المتقدمة في هذه العينة.

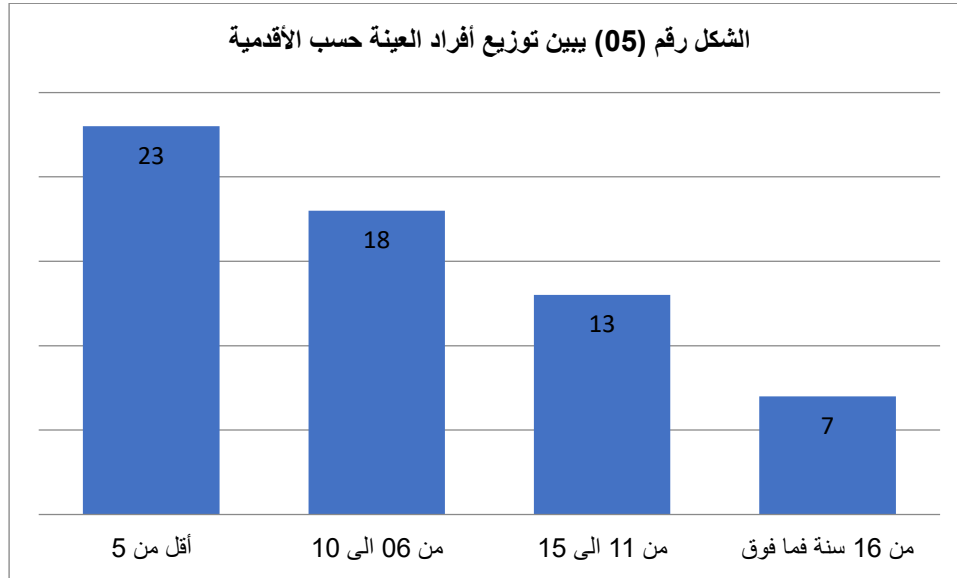


-خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية:

الجدول رقم (19) يبين توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية

النسبة المئوية%	التكرارات	السنوات
38.3	23	أقل من 5
28.3	17	من 06 الى 10
21,7	13	من 11 الى 15
11.7	7	من 16 سنة فما فوق
%100	60	المجموع

من خلال الجدول اعلاه يتضح لنا توزيع العمال حسب الاقدمية، يعكس وجود توازن بين الموظفين الجدد (أقل من 5 سنوات: 38.3%) والموظفين ذوي الخبرة (11 سنة فما فوق: 33.4%)، مما يدعم كفاءة الفريق في التعامل مع الحالات الطبية المتنوعة.

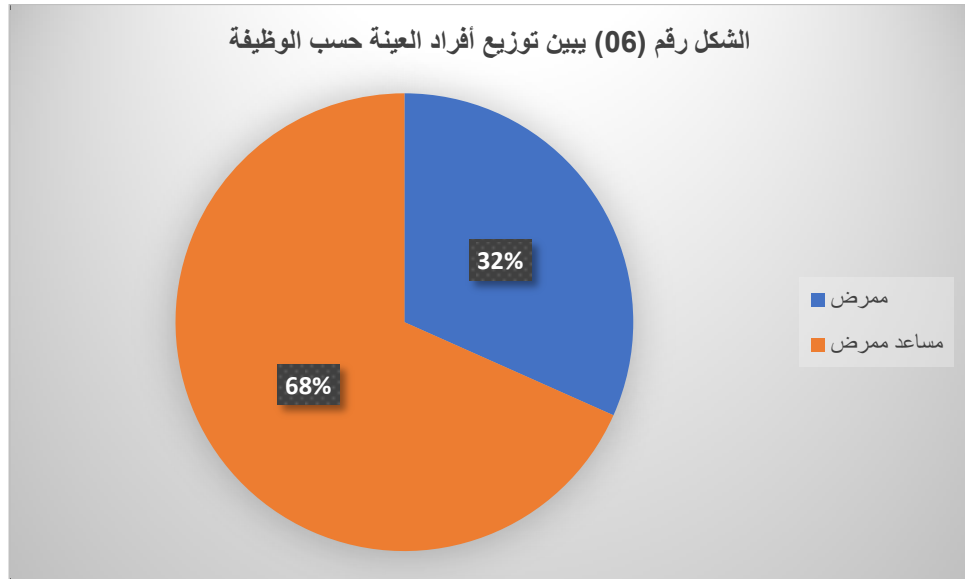


- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الوظيفة:

الجدول رقم (20): يبين توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة:

الوظيفة	التكرارات	النسبة المئوية %
ممرض	19	31,7
مساعد ممرض	41	68,3
المجموع	60	%100

يُبين الجدول توزيع أفراد العينة البالغ عددهم 60 فرداً حسب الوظيفة، ان نسبة الممرضين كانت النسبة الغالبة (68,3%)، تليها نسبة مساعدي التمريض بنسبة 31.7%.



• مدى رضا الممرضين عن ظروف العمل:

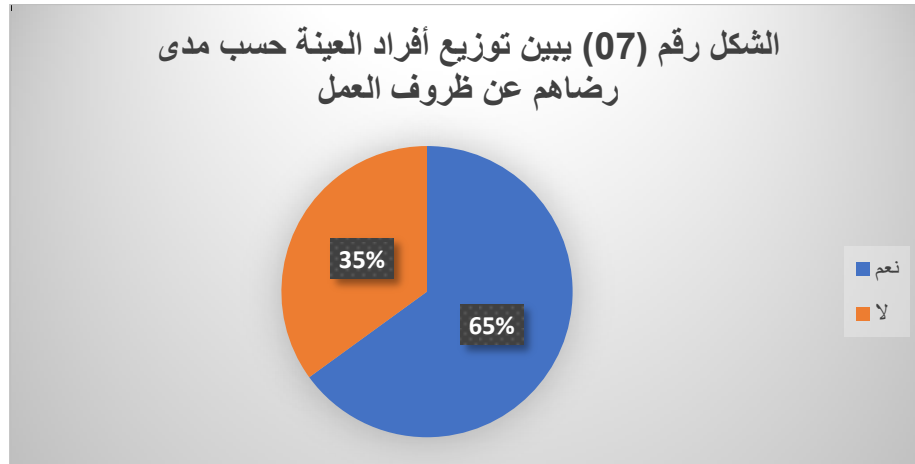
الجدول رقم (21): يبين مدى رضا الممرضين عن ظروف العمل.

النسبة المئوية %	التكرارات	
65,0	39	نعم
35,0	21	لا
%100	60	المجموع

المصدر: مخرجات spss vr21

من خلال الجدول اعلاه يتضح لنا أغلبية العينة (65%) عبروا عن رضاهم عن ظروف العمل، رغم التحديات التي قد تواجههم في بيئة المستشفى، مما قد يعكس تكيف الفريق مع طبيعة العمل أو وجود دعم إداري.

يعزى رضا الغالبية عن ظروف العمل حسبهم إلى عدة عوامل مرتبطة بالسياق الوظيفي والتنظيمي، أن العاملين في القطاع الصحي غالبًا ما يستمدون رضاهم من العوامل الداخلية، مثل الشعور بالإنجاز الناتج عن تقديم الرعاية للمرضى، والتكيف مع طبيعة العمل المُرهقة كجزء من الهوية المهنية.



6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- تم تفريغ الاستبيانات وترميز البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS واستخدام بعض الأساليب الإحصائية وأهمها:
- التكرارات والمتوسطات الحسابية.
 - النسب المئوية.
 - الانحراف المعياري .
 - معادلة ألفا كرونباخ : Cronbach Alpha للتأكد من ثبات الاستبيان.
 - معامل الارتباط بيرسون Pearson .

خلاصة الفصل:

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى مختلف الإجراءات المتبعة في هذه الدراسة حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يتلاءم مع موضوع الدراسة ثم عينة الدراسة التي اختيرت بطريقة عشوائية وقدرت بـ 60 مفردة من ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية ، وتوزيعها حسب متغيرات الدراسة، كما تم التطرق إلى وصف الأدوات المستعملة في جمع البيانات وخصائصها السيكمترية والتي تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، كذلك تم عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج والتي سيتم عرضها في الفصل الموالي.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة ومناقشتها وتفسيرها على ضوء الفرضيات المصاغة، وبالتالي الخروج ببعض الاقتراحات من خلال نتائج الدراسة.

1- عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

1.1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الاولى: والتي مفادها: مستوى جودة حياة العمل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية تيارت مرتفع.

جدول رقم (22): يبين مستوى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستبيان جودة الحياة في العمل

جودة الحياة في العمل	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي لكل بعد	الانحراف المعياري
ظروف العمل المعنوية.	10	45,8	30	10,5
ظروف العمل المادية.	09	38,3	27	8,0
خصائص الوظيفة.	05	21,0	12	4,9
الأجور والمكافآت.	07	34,2	21	6,7
جماعة العمل.	08	33,0	24	7,4
أسلوب الرئيس في الاشراف.	06	25,2	18	5,2
مشاركة القرارات	06	25,1	18	4,8
مقياس جودة حياة العمل	51	222	153	45,8
مقياس الاكتئاب	21	12	31,5	8,0

المصدر: مخرجات spss vr21

يبين الجدول أعلاه نتائج اجابات عينة الدراسة على استبيان جودة الحياة في العمل بمستشفى تجيني هدام - الرحوية، ويقدم نظرة كمية تحليلية لمستويات الأبعاد المختلفة لجودة حياة العمل، بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، مقارنة بالمتوسطات الفرضية .

- حيث نلاحظ ان جميع المتوسطات الحسابية لأبعاد الاستبيان تجاوزت المتوسطات الفرضية، مما يدل على أن جودة حياة العمل قيمت من قبل الممرضين على أنها مرتفعة.
- **ظروف العمل المعنوية** بمتوسط قدره 45.8 تمثل البعد الأعلى من حيث التقييم، وهو أكبر من المتوسط الفرضي والمقدر بـ 30، ما يشير إلى وجود مناخ نفسي واجتماعي داعم ومحفز داخل المستشفى، وقد يعكس ذلك رضا الممرضين عن التقدير المعنوي، التقدير الإداري، احترام الجهد، وغيرها من الجوانب غير المادية.
- **ظروف العمل المادية** بمتوسط قدره 38.3 وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ 27، ما يدل على رضا الممرضين عن المحيط المادي الذي يعملون فيه كالمكاتب، الأدوات، التجهيزات والبيئة الفيزيائية للعمل، حصلت على تقييم مرتفع، ما يدل على توفر إمكانيات مادية كافية تسمح بأداء العمل بشكل مريح.
- **خصائص الوظيفة** بمتوسط حسابي قدره 21 وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ 12، تبين أن الوظائف نفسها تقدم درجة من التنوع والوضوح، وهو عنصر مهم في تعزيز الرضا الوظيفي.
- **الأجور والمكافآت** بمتوسط حسابي قدره 34,2 وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ 21، وتشير إلى أن النظام التحفيزي المالي مرض نسبيا.
- **جماعة العمل** بمتوسط حسابي قدره وهو وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ 24، ما يعكس علاقات اجتماعية إيجابية داخل فرق العمل وتعاوننا بين الممرضين.
- **أسلوب الإشراف** بمتوسط حسابي قدره 25,2 وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ 18، كما قدر المتوسط الحسابي لبعد مشاركة القرارات بـ 25,1 وهو أكبر من المتوسط النظري المقدر بـ 18، يشير إلى أن النمط الإداري السائد يتسم ببعض المشاركة والدعم، وهو مؤشر على وجود إدارة تشاركية بدرجة معقولة.

2.1- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثانية: والتي مفادها - مستوى الاكتئاب لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية منخفض.

جدول رقم (23): يبين مستوى المتوسطات الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الاكتئاب.

المقياس	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري
مقياس الاكتئاب	21	12,0	31,5	8,0

المصدر: مخرجات spss vr21

بخصوص اجابات افراد العينة على مقياس الاكتئاب، فقد قدر المتوسط الحسابي للإجابات بـ 12.0 وهو أقل من المتوسط الفرضي المقدر بـ 31.5، وهو مؤشر إيجابي يدل على أن الممرضين لا يعانون من اكتئاب مرتفع بصفة عامة. ان انخفاض مستوى الاكتئاب في بيئة العمل بالمستشفى يعكس وجود بيئة عمل داعمة نفسيا إلى حد ما، وقد يكون مرتبطا بعوامل مثل:

- رضا الموظفين عن ظروف العمل المادية والمعنوية (كما ظهر في نتائج جودة حياة العمل).

- علاقات إيجابية بين الزملاء.

- نظام إشرافي غير تسلطي.

- إحساس بالانتماء والاندماج داخل الجماعة المهنية.

يشير هذا المستوى المنخفض إلى أن بيئة العمل لا تولد ضغوطا نفسية عالية تفضي إلى أعراض الاكتئاب (مثل فقدان الاهتمام، الإرهاق النفسي، انخفاض الدافعية)، مما يساهم في تعزيز الصحة النفسية المهنية للممرضين.

3.1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية - تيارت.

الجدول رقم (24) يوضح معامل الارتباط بين جودة حياة العمل والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
جودة حياة العمل	222,0	45,8	-0.160	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

المصدر: مخرجات spss vr21

بين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين جودة الحياة في العمل والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرحوية بلغ $r = -0.160$ ، وقدرت القيمة الاحصائية بـ $(Sig = 0.000)$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين جودة حياة العمل والاكنتاب، حيث أن القيمة السالبة تعني أن زيادة جودة حياة العمل قد ترتبط بانخفاض طفيف في الاكنتاب، والعكس صحيح. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكنتاب.

4.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية -

الجدول رقم (25) يوضح معامل الارتباط بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
ظروف العمل المعنوية	45,8	10,5	-0.186	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

بين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرحوية بلغ: ($r = -0.186$) ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ ($Sig = 0.000$) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب، أي أن تحسن ظروف العمل المعنوية قد يرافقه انخفاض طفيف في مستويات الاكنتاب لدى الممرضين، والعكس صحيح.

وعليه نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين ظروف العمل المعنوية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام، الرحوية، تيارت.

5.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المادية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية -

الجدول رقم (26) يوضح معامل الارتباط بين ظروف العمل المادية والاكنتاب

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
ظروف العمل المادية	38,3	8,0	-0.208	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

تبين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين ظروف العمل المادية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرحوية قد بلغ ، ($r = -0.208$) ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ $Sig = 0.000$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين، أي أن تحسن ظروف العمل المادية قد يرافقه انخفاض طفيف في مستويات الاكنتاب لدى الممرضين.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المادية والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام، الرحوية، تيارت.

6.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية -

الجدول رقم (27) يوضح معامل الارتباط بين خصائص الوظيفة والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
خصائص الوظيفة	21,0	4,9	-0.164	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

المصدر: مخرجات spss vr21

تبين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين خصائص الوظيفة والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرحوية قد بلغ: $(r = -0.164)$ ، كما قدرت القيمة الاحصائية ب $(Sig = 0.000)$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين خصائص الوظيفة والاكنتاب، حيث أن القيمة السالبة تعني أن تحسن خصائص الوظيفة (مثل وضوح الادوار، الاستقلالية، فرص الترقية..) قد يرتبط بانخفاض طفيف في مستويات الاكنتاب لدى الممرضين، والعكس صحيح.

وبناء عليه، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام، الرحوية، تيارت.

7.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأجور والمكافآت والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية - تيارت.

الجدول رقم (28) يوضح معامل الارتباط بين الأجور والمكافآت والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
الأجور والمكافآت	34,2	6,7	-0.161	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

المصدر: مخرجات spss vr21

بين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين الأجور والمكافآت والاكنتاب قد بلغ $(r = -0.161)$ ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ $(Sig = 0.000)$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين الأجور والمكافآت والاكنتاب لدى الممرضين، حيث أن القيمة السالبة تعني أن تحسن الأجور والمكافآت قد يرافقه انخفاض طفيف في مستويات الاكنتاب، والعكس صحيح.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأجور والمكافآت والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية تيارت.

8.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الخامسة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جماعة العمل والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية -

الجدول رقم (29) يوضح معامل الارتباط بين جماعة العمل والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
جماعة العمل	33,0	7,4	-0.140	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

بين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين جماعة العمل والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرجوية قد بلغ ($r = -0.140$) ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ: ($Sig = 0.000$) ، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين جماعة العمل والاكنتاب لدى الممرضين، أي ان تحسن جماعة العمل (زيادة التماسك الاجتماعي والدعم في بيئة العمل) قد يرتبط بانخفاض طفيف في مستويات الاكنتاب، والعكس صحيح.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جماعة العمل والاكنتاب. لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرجوية تيارت.

9.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية السادسة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرجوية -

الجدول رقم (30) يوضح معامل الارتباط بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكنتاب.

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
أسلوب الرئيس في الاشراف	25,2	5,2	-0.151	0.000
الاكنتاب	12,0	8,0		

بين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام الرجوية قد بلغ ($r = -0.151$) ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ: ($Sig = 0.000$) ، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكنتاب لدى الممرضين، حيث أن القيمة السالبة تعني أن زيادة مشاركة القرارات قد ترتبط بانخفاض طفيف في الاكنتاب، والعكس صحيح.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام الرجوية تيارت..

10.1- عرض نتائج الفرضية الفرعية السابعة:

والتي مفادها: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مشاركة القرارات والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرجوية -

الجدول رقم (31) يوضح معامل الارتباط بين مشاركة القرارات والاكتئاب

المحور	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	(sig)
مشاركة القرارات	25,1	4,8	-0.176	0.000
الاكتئاب	12,0	8,0		

المصدر: مخرجات spss vr21

تبين نتائج الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين مشاركة القرارات والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام الرجوية قد بلغ: $(r = -0.176)$ ، كما قدرت القيمة الاحصائية بـ $(Sig = 0.000)$ وهي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، ما يشير إلى وجود علاقة عكسية ضعيفة بين مشاركة القرارات والاكتئاب، حيث أن القيمة السالبة تعني أن زيادة مشاركة القرارات قد ترتبط بانخفاض طفيف في الاكتئاب، والعكس صحيح.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مشاركة القرارات والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام الرجوية تيارت.

2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1.2- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الاولى:

بينت نتائج الجدول رقم (22)، أن مستوى جودة حياة العمل لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الرحوية مرتفع.

حيث بينت نتائج الدراسة أن كل جوانب أبعاد جودة العمل جيدة، فبالنسبة لظروف العمل المعنوية فقد بينت الدراسة ان أغلب الممرضون يسود بينهم الاحترام والثقة المتبادلة، كما يتمتعون بالحرية الكافية في أداء واجباتهم، التعاون بين أعضاء الفريق التمريضي في أداء المهام.

أما بالنسبة إلى ظروف العمل المادية فقد بينت النتائج أن أغلب الممرضون تناسبهم بيئة العمل من حيث التهوية، الاضاءة، خلو مكان العمل من الغبار، العمل في حرارة معتدلة، اضافة الى العمل في بيئة خالية من الروائح الكريهة.

وفيما يخص بعد خصائص الوظيفة فقد صرح أغلب الممرضون أنهم مسؤولين إتجاه ما يقومون به ويرون أن حجم العمل الموكل إليهم مناسب، ولهم حرية التصرف في اتخاذ القرارات التي تتعلق بمهامهم.

أما بالنسبة للأجور والمكافآت فأغلب الممرضون يرون أن الاجر الذي يتقاضوه يتناسب مع حجم العمل الموكل إليهم وبالتالي هم راضون عن الأجر المتحصل عليه، كما يدركون ان نظام الاجور والمكافآت في المستشفى عادل ومنصف.

وبالنسبة لجماعة العمل فأغلب الممرضون يعملون ضمن فريق يسعى لتحقيق أهداف مشتركة وكل فرد داخل الفريق يشعر أنه جزء هام من جماعة العمل، كما يتشاركون في اتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بمهامهم.

وعلى نفس المنوال، بينت النتائج أن أسلوب الرئيس في الإشراف جيد فأغلب الممرضون يوافقون أن رئيسهم يشجعهم على المشاركة في القرارات التي تخص العمل ، كما يرون أنه

يملك القدرة على التخطيط المسبق لتحسين جودة الرعاية، إضافة الى انه يقدم لهم كل المعلومات التي تدعم عملهم التمريضي.

وأخيرا بالنسبة لبعد مشاركة القرارات ، فقد بينت النتائج أن الممرضون لهم فرصة التأثير على القرارات المتعلقة بالرعاية، كما يستطيعون المشاركة بأرائهم في حل المشكلات، ويجدون قدرا كافيا من الحرية في اداء عملهم.

وتتوافق نتائج الدراسة معه دراسة سعاد سعادوي واحلام زربي (2024) بشركة الاسمنت عين تموشنت، باتباع المنهج الوصفي، والتي اسفرت على وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة في العمل.

لكنها تتعارض مع نتائج دراسة قهيري فاطنة (2019) بمديرية توزيع الكهرباء والغاز بولاية الجلفة، على عينة قدرها 210 عامل، حيث توصلت الدراسة ان مستوى ادراك جودة الحياة الوظيفية من وجهة نظر موظفي مديرية توزيع الكهرباء والغاز بولاية الجلفة كان متوسطا.

2.2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:

بينت نتائج الجدول رقم (23)، أن مستوى الاكتئاب لدى ممرضي المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام الروحية منخفض.

فقد بينت نتائج اجابات الممرضين على مقياس بيك للاكتئاب انهم يعانون من اكتئاب منخفض، فاعلم الممرضون قد صرحوا انهم يستمتعون بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتادوا من قبل، ولا يشعرون بالحزن، كما ان اغلبية الممرضون لم يفقدوا الاهتمام بالآخرين، وينفذون قراراتهم على نفس المستوى الذي اعتادوا عليه، كم انهم ليسوا متشائمين بالنسبة للمستقبل، وهم يؤدون مهامهم على النمط الذي اعتادوا عليه.

حيث تساعدهم ظروف العمل التي يعملون بها وجودتها على الشعور بالراحة النفسية وبالرضا، ما يقلل من ظهور اعراض التوتر والقلق ، وبالتالي الاستجابات الاكتئابية.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة جيلوسيفك وآخرون (2013) Bjelosevic et al والتي هدفت الى تحديد مدى انتشار اعراض الاكتئاب في منطقة كانتون زينكا في البوسنة والهرسك، اجريت الدراسة على عينة قدرها 200 طبيب، نصفهم يعملون في مراكز صحية، والنصف الاخر في مستشفى، وأشارت النتائج ان 68% من الاطباء لديهم مستوى خفيف من الاكتئاب، وكان مستوى الاكتئاب اعلى قليلا لدى العاملين بالمستشفى، وتبين ان نسبة 42% من الاطباء قد تحصلوا على اجازر بسبب الاكتئاب، كما اوضحت النتائج ايضا انهم لم يحصلوا على دعم اجتماعي من المسؤولين وانهم غير راضون عن العلاقات في اطار العمل.

وتتعارض نتائج الدراسة مع دراسة محيوز كريمة وتباني صفية، (2021) أن مستوى الاكتئاب بين الممرضين العاملين بنظام المناوبة بالمركز الاستشفائي الجامعي بسطيف كان شديدا جدا، مع فروق ذات دلالة إحصائية بحسب الجنس (بصالح الإناث) والأقدمية المهنية.

3.2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والاكتئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية مما يشير إلى أن تحسين جودة حياة العمل في العمل سيؤدي الى خفض مستويات الاكتئاب بشكل ملحوظ.

فالعمل في بيئة عمل تتسم بالجودة، وتتوفر فيها كل الشروط التي تحقق تطلعات الممرضين من خلال تلبية احتياجاتهم ومتطلباتهم المختلفة، سيشعرهم بالرضا والراحة النفسية، وتخلق فيهم التفاؤل والسعادة، ما يقلل من اعراض التوتر، القلق والاكتئاب.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة ليمين (2016) التي أكدت وجود علاقة دالة إحصائية بين جودة العمل والاحترق النفسي، من جهة أخرى، تتعارض مع دراسة محيوز وتباني (2021) التي رصدت مستويات اكتئاب مرتفعة مرتبطة بعوامل أخرى (كاضطراب

(النوم)، مما يبرز أهمية تضمين متغيرات وسيطة في الدراسات المستقبلية لفهم الآلية الكامنة وراء هذه العلاقة.

4.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

بينت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المعنوية والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية -، أي أن تحسين الظروف المعنوية (كالتقدير أو المشاركة في القرارات مثلاً) سيؤدي إلى خفض مستويات الاكتئاب لدى الممرضين.

حيث بينت النتائج أن أغلبية الممرضين يعملون في بيئة عمل يسودها الاحترام المتبادل، انتشار الثقة المتبادلة بين العمال، ووجود علاقات طيبة بين زملاء العمل والمشرفين، انتشار روح التعاون بين فريق العمل، التمتع بالحرية في انجاز المهام، والشعور بالرضا عن الواجبات المنفذة، كلها عوامل توفر جو مريح خال من العوامل الضاغطة التي تسبب التوتر ، والاحباط، وأعراض الاكتئاب.

5.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل المادية والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية - فقد بينت نتائج الدراسة أن مكان العمل مقبول من حيث الحرارة، والتهوية، انعدام الضوضاء المرتفعة، اضافة الى خلو بيئة العمل من الغبار والروائح الكريهة، ما يولد حالة من الرضا، والراحة النفسية، وبالتالي عدم ظهور اعراض القلق، والتوتر وانعدام مؤشرات الاكتئاب.

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة محيوز وتباني (2021) التي كشفت عن مستويات اكتئاب مرتفعة لدى الممرضين بسبب ضغوط العمل، بما في ذلك الظروف المادية الصعبة.

كما تتعارض ايضا مع نتائج دراسة جفال عايدة (2021)، التي بينت أن جودة حياة العمل المرتفعة لا ترتبط دائماً بفروق ذات دلالة في مؤشرات الصحة النفسية.

6.2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

بينت النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين خصائص الوظيفة والاكئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية - فقد بينت اجابات الممرضين على استبيان جودة الحياة في العمل أنهم يعملون في وظائف ذات طبيعة مرنة، أين يملكون كل الاستقلالية والحرية في أداء المهام، وامتلاكهم للمهارت الضرورية لأداء المهام الموكلة لهم، ما يجعلهم يعملون بكل راحة نفسية. وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ليمن (2016) التي بينت أن تعزيز جودة حياة العمل، بما يشمل خصائص الوظيفة، يسهم في تقليل الاحتراق النفسي، ودراسة هوبولت وبيترز (2018) التي أكدت دور الاستقلالية في العمل في خفض مستويات الاكتئاب والقلق لدى الممرضين. كما تتوافق النتائج ايضا مع نموذج "المطالب-الموارد-Job Demands-Resources Model) الذي يوضح أن توفر الموارد الوظيفية يخفف من تأثير الضغوط على الصحة النفسية.

7,2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

أظهرت نتائج الفرضية الفرعية الرابعة وجود علاقة عكسية بين الأجور والمكافآت والاكئاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام. حيث تلعب الاجور والمكافآت دورا هاما واساسيا في شعور الممرضين بالرضا والتوافق النفسي، نتيجة تلبية حاجياتهم ، الامر الذي سينعكس ايجابا على نقص ظهور مؤشرات الاكتئاب وانعدام ظهورها ببيئات العمل. و تتوافق نتائج الدراسة مع دراسات مثل محيوز وتباني (2021) التي أكدت أن الضغوط المالية الناجمة عن نظام المناوبة دون تعويض مناسب تؤدي إلى مستويات مرتفعة

من الاكتئاب. كما تتوافق مع نظرية هيرزبرغ التي تعد الأجور من العوامل الصحية الضرورية لتفادي السخط وعدم الرضا، والذي قد يرتبط بمشكلات نفسية كالاكتئاب.

وتتعارض نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة بشيش وبودودة (2024) حول الدور الوسيط لاستراتيجيات التكيف، مثل الدعم الأسري، في تخفيف أثر الظروف المادية على الصحة النفسية، مما يشير إلى ضرورة عدم الاقتصار على الأجور والمكافآت عند تحليل أسباب الاضطرابات النفسية في بيئات العمل الصحية.

8.2 - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الخامسة:

أظهرت نتائج الدراسة انه توجد علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين جماعة العمل والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية.

حيث بينت نتائج الدراسة ان جماعة العمل المتماسكة تسودها التعاون والدعم الاجتماعي، ويعملون جماعة لتحقيق اهداف المنظمة، الامر الذي سينعكس ايجابا على الحالة النفسية للعمال وعلى توافهم النفسي، وبالتالي على صحتهم النفسية بشكل عام.

وتتوافق نتائج هذه الدراسة مع العديد من الأبحاث التي أكدت أهمية الدعم الاجتماعي المهني في تقليل مشكلات الصحة النفسية. على سبيل المثال، تشير دراسة ليمين (2016) والتي بينت وجود علاقة عكسية دالة بين جودة حياة العمل (والتي تشمل مناخ العمل والتماسك الجماعي) ومستويات الاحتراق النفسي، ما يدل على أن الجماعة المهنية قد تلعب دورًا حاسمًا في تحسين الصحة النفسية للعاملين، خصوصًا في القطاعات الصحية. كما أظهرت دراسة زربي أحلام (2023) أن المشاركة في القرار والاعتراف المهني داخل الجماعة لهما تأثير مباشر على الرفاه النفسي .

وتتوافق الدراسة أيضا مع دراسة تواتي وآخرون (2018) التي بينت أن جودة الحياة الاجتماعية والتي تشمل التفاعل الإيجابي مع الزملاء كانت محورا أساسيا يؤثر في الصحة النفسية والرضا العام لدى الطلبة، مما يعزز فكرة أن الجماعة تلعب دورا نفسيا مهما. كما أن دراسة بشيش وبودودة (2024) حول المسنين بينت أن استراتيجيات التكيف،

وخصوصا التوجه نحو الدعم الاجتماعي، كانت قادرة على التخفيف من آثار الاكتئاب، مما يدعم أهمية الجماعة في الحماية النفسية.

9.2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية السادسة:

بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الرئيس في الاشراف والاكتئاب لدى ممرضى مستشفى تجيني هدام - الرحوية

حيث يلعب أسلوب الاشراف دورا هاما في التأثير على الصحة النفسية للعمال، فكلما كان الأسلوب المتبع تشاركيا يحفز على تحفيز العمال ومشاركتهم في كل القرارات التي تخص حياتهم المهنية، كلما اثر هذا الامر ايجابا عليهم وشعروا بالرضا وبالتوافق النفسي.

وتتوافق نتائج هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات سابقة متعددة، حيث أشارت معظمها إلى أن أسلوب الإشراف الإداري يلعب دورا محوريا في تخفيف التوتر والاحتراق النفسي، بل وحتى في خفض مستويات الاكتئاب لدى العاملين. على سبيل المثال، أظهرت دراسة ليمين (2016) حول جودة حياة العمل والاحتراق النفسي لدى النساء العاملات بالمؤسسات الصحية أن الأسلوب الديمقراطي في الإشراف وتوفير بيئة منفتحة على المشاركة ساهم في تقليل الضغط النفسي وتحسين جودة الحياة المهنية. وبالمثل، أكدت دراسة زربيي أحلام (2023) أن مشاركة الموظفين في اتخاذ القرار وتوفير مناخ من الإنصاف والتواصل الإيجابي يسهم في تحسين الصحة النفسية والرضا الوظيفي.

ويجدر التوقف عند نقطة مهمة تتعلق بثقافة العمل في بعض المستشفيات، إذ قد يتسم الإشراف الإداري بطابع سلطوي أو بيروقراطي لا يشجع على التواصل أو الحوار، ما يجعل تأثير الرئيس محدودًا من الناحية النفسية. في مثل هذه الحالات، يشعر الموظف أن الرئيس هو مصدر تعليمات لا دعم، مما يلغي الأثر الوقائي المفترض في العلاقة بين أسلوب الإشراف والاكتئاب.

10.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية السابعة:

بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين مشاركة القرارات والاكنتاب لدى ممرضي مستشفى تجيني هدام - الرحوية، وبذلك يمكن القول إن زيادة درجة مشاركة الممرضين في اتخاذ القرارات تقترن بانخفاض طفيف في مستوى الاكنتاب. حيث بينت نتائج الدراسة أن للمرضين فرصة المشاركة والتأثير على كل القرارات المتعلقة بعملهم، ويشاركون في حل المشاكل التي تظهر أثناء تأدية العمل، ما يجعلهم يشعرون أنهم جزء أساسي في المؤسسة وأن آرائهم مهمة لدى الإدارة، ما يشعرهم بالانتماء والرضا، وبالتوافق النفسي.

وتتوافق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسات سابقة أكدت على أهمية إشراك العاملين في القرارات كعامل حاسم في دعم الصحة النفسية. فقد أشارت دراسة ليمين (2016)، التي تناولت جودة حياة العمل في مؤسسة استشفائية، إلى أن إشراك العاملين في اتخاذ القرار كان له دور مهم في خفض مستوى الاحتراق النفسي، وهو ما ينعكس إيجاباً على مستوى الاكنتاب. كما أكدت دراسة زربي أحلام (2023) أن البيئة المهنية التشاركية تسهم في تخفيف التوترات وتعزيز الشعور بالرضا والانتماء، مما يقلل من احتمالية ظهور الاضطرابات النفسية.

الختامة

الخاتمة:

في ختام هذه الدراسة، يتجلى بوضوح الدور المحوري الذي تلعبه جودة حياة العمل في التأثير على المستوى النفسي للمرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية تجيني هدام - الروحية - تيارت، ولا سيما فيما يتعلق بمستويات الاكتئاب لديهم. حيث بينت الدراسة أن مستوى جودة الحياة في العمل مرتفعة، وأن مستوى الاكتئاب لدى المرضى منخفض، كما سلطت الدراسة الضوء على مجموعة من الأبعاد التنظيمية والنفسية—منها ظروف بيئة العمل المادية والمعنوية، وتماسك فريق العمل، ومشاركة الموظفين في اتخاذ القرار، وأساليب الإشراف، ونظام الأجور والمكافآت، وخصائص الوظيفة وعلاقتها المتبادلة مع مظاهر الاكتئاب المهني.

وتتبع أهمية هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى توفير بيئة عمل تستند إلى دعائم واضحة توازن بين متطلبات الأداء المهني ودعم الصحة النفسية للكوادر الصحية، بما يضمن استدامة جودة الخدمات المقدمة.

كما بينت الدراسة أيضا، أن ارتفاع مستويات جودة حياة العمل يترافق مع انخفاض ملحوظ في مؤشر الاكتئاب، مما يؤكد الفرضية الرئيسية القائلة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ويشير هذا الارتباط إلى أن معالجة جوانب بيئة العمل المادية والمعنوية لا تقتصر وظيفتها على تحسين الأداء الفني فحسب، بل تتعداها إلى تعزيز التكيف النفسي وتقليل مخاطر الانهاك والاكتئاب المهني لدى المرضى.

- مقترحات الدراسة:

من الناحية التطبيقية، توصي الدراسة بضرورة تبني استراتيجيات متكاملة لتعزيز جودة حياة العمل تشمل تحسين تجهيزات بيئة العمل، وتوفير برامج دعم نفسي واجتماعي منتظمة، وتدريب القادة والمشرفين على أساليب الإشراف التحفيزية، وإنشاء آليات تشاركية للموظفين في عملية صنع القرار. إضافة إلى ذلك، ينظر في تطوير نظام حوافز يتسم

بالعدالة والشفافية، فضلا عن توسيع فرص التطوير المهني والتعلم المستمر، الأمر الذي يرفع من دافعية الممرضين ويخفض من مستوى الاكتئاب المرتبط بضغوط العمل.

- تصميم برامج دعم نفسي دوري للممرضين داخل المؤسسات الصحية بهدف الوقاية من الضغوط النفسية، رغم انخفاض مستوى الاكتئاب، وذلك لضمان الاستمرارية في الأداء المهني الجيد.

- اقتراح إدماج مكونات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن برامج تكوين وإعداد الممرضين.

- تنمية مهارات الإشراف الفعال لدى الرؤساء بما يضمن تواصلًا إيجابيًا وداعم مع الموظفين، الأمر الذي قد يساهم في تعزيز جودة الحياة المهنية.

- مواصلة تشجيع العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بمهامهم اليومية، بما يعزز من شعورهم بالانتماء والمسؤولية.

- اعتماد مؤشرات تقييم دورية لجودة الحياة في بيئة العمل تمكن من التدخل السريع عند وجود اختلالات.

- آفاق الدراسة :

وتفتح هذه الدراسة آفاقًا بحثية مستقبلية تستدعي إجراء دراسات طويلة لرصد تطورات العلاقة بين جودة الحياة والاكتئاب عبر الزمن، وتحليل تأثير المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والثقافية كمتغيرات وسيطة أو معدلة للعلاقة قيد الدراسة. كما يستحسن توسيع نطاق البحث ليشمل مؤسسات صحية أخرى واختلافات نماذج الإدارة فيها، بهدف صياغة إطار عام يساهم في تعزيز رفاهية الكوادر الصحية وضمان جودة الرعاية الصحية على المستوى الوطني.

- توسيع نطاق الدراسة لتشمل فئات مهنية أخرى داخل المنظومة الصحية (كالأطباء، الإداريين، التقنيين...) بغرض دراسة الفروق.
- الربط بين جودة حياة العمل ومتغيرات أخرى غير الاكتئاب، كالإجهاد المهني، الرضا الوظيفي، أو الانتماء التنظيمي.
- فتح المجال لإجراء دراسات مقارنة بين مختلف المؤسسات الصحية، أو بين ولايات مختلفة.
- تشجيع البحوث النفسية والاجتماعية في ميدان العمل الصحي من خلال تبني مقاربات متعددة التخصصات.
- التأسيس لممارسات إدارية تراعي مبدأ "الوقاية النفسية" في بيئات العمل ذات الضغط المرتفع.

قائمة المصادر

والمراجع

1. إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه، أساليبه، وعلاجه. عالم المعرفة.
2. إبراهيم، عبد الستار. (2000). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليب وميادين تطبيق. دار الفجر.
3. أديب، محمد أحمد. (2009). مرجع في الصحة النفسية: نظرية جديدة. دار وائل
4. أحمد، توفيق، & نعرورة، بلقاسم. (2021). أثر جودة الحياة الوظيفية على الاستغراق الوظيفي لدى العاملين بالمؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية بشركة سونغاز بالوادي. المجلة الجزائرية لاقتصاد الإدارة.
5. بومجان، عبد الحق، أقطي، جمال، وآخرون. (2018). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي. مجلة العلوم الإنسانية.
6. الجمال، محمد عبد الله. (2019). جودة حياة العمل والمسار الوظيفي (رسالة ماجستير، د.د.ن).
7. الحربي، أحمد محمد عبد الله سليمان. (2022). أثر أبعاد جودة الحياة الوظيفية في تحقيق الميزة التنافسية لجامعة جدة. المجلة العربية للنشر العلمي.
8. الزهر، سليمة، أبو دولة، جمال، العابدين، زينب زاهر. (2013). تقويم واقع جودة الحياة الوظيفية الداعمة لتطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات التعليمية: دراسة ميدانية. مجلة تشرين للبحوث والدراسات العلمية.
9. زهران، مصطفى حجازي. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب.
10. سلطاني، حنان. (2022). دور جودة الحياة الوظيفية في تعزيز سلوك المواطنة التنظيمية في المؤسسة: دراسة حالة مؤسسة عمر بن عمر قالمة (أطروحة دكتوراه، جامعة العربي بن مهيدي).

11. شحاته، محمد رجب. (2010). أصول علم النفس. دار المسيرة.
12. سمر، سعاد أحمد. (2018). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الالتزام التنظيمي لموظفي وزارتي العمل والتنمية الاجتماعية في قطاع غزة (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة).
13. سطلاني، أسماء. (2018). اتخاذ القرارات وعلاقته بدافعية الإبداع والإجهاذ المهني لدى أعضاء هيئة التدريس والموظفين الإداريين (رسالة ماجستير، جامعة العربي بن مهيدي).
14. عاطف، هشام سيد. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي.
15. عبد اشتوي، محمد. (2015). اتجاهات العاملين نحو جودة حياة العمل في بلدية غزة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الإدارية والاقتصادية.
16. عبد العزيز، حسام. (2006). الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير والتحكم المدرك. رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.
17. عبد الفتاح، محمد. (1997). دراسة إكلينيكية وبائية لاضطراب الاكتئاب لدى سكان إحدى القرى المصرية (رسالة دكتوراه، جامعة الأزهر).
18. عبد الحميد، محمد عبد العظيم. (2008). الاكتئاب: دراسة في سيكوباتومتريّة. دار المعرفة الجامعية.
19. عرب، سامي أحمد. (2018). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الالتزام التنظيمي (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة).
20. عنزي، سلطان، الفضل، سعد سعود خالد. (2017). فلسفة نوعية حياة العمل في منظمات الألفية الثالثة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية.
21. غامدي، حاتم أحمد ضيف الله. (1996). الاكتئاب النفسي وعلاقته بالتذكر (رسالة ماجستير، جامعة أم القرى).

22. فايز، سليمان حسن. (2000). المنجد في اللغة العربية المعاصرة. دار المشرق.

23. محمد، خالد إبراهيم إسماعيل. (2014). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين: دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية (أطروحة دكتوراه، جامعة قناة السويس).

24. محمد، شيرين فؤاد. (2007). الصحة النفسية للمرأة. دار اليقين.

25. ملحم، يعقوب. (2006). التمكين كمفهوم إداري معاصر. المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

26. ماضي، خالد إبراهيم إسماعيل. (2014). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي. أطروحة دكتوراه، جامعة قناة السويس.

27. نبيهة، صفاء السامرائي. (2008). أعراض الأمراض النفسية العصابية تربوياً ومهنياً. دار المناهج.

28. هشام، سيد محمد. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

29. يحيى، مصطفى. (2001). علم النفس المرضي. مكتبة الأنجلو المصرية.

المراجع الأجنبية

1. Barnabè, Claude. (1993). La qualité de vie au travail et l'efficacité des enseignants. Revue des sciences de l'éducation.
2. Bellagamba, Géraldine. (2016). Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : Études qualitatives sur les personnels en établissement de santé (Doctoral dissertation, Université Aix-Marseille).
3. Bourdu, Élodie, Péretié, Marie-Madeleine, & Richer, Marie. (2016). La qualité de vie au travail : Un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail. Presses des Mines.

4. Bjelosevic, E. Sinanovic, O. and Hadzikapetanovic, H. (2013), Depression in doctors of Zenica-Doboj Canton. Med Glas (Zenica), 10(2):359-364
5. DSM-4. (1996). Diagnostique et statistique des troubles mentaux (Version française).
6. Bergeret, Jean. (1998). Psychologie: Théorie et clinique (7e éd.). Masson.
7. Larouche, Vincent, & Trudel, Jean. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. Relations industrielles.
8. Locufier, Audrey. (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 (Doctoral dissertation, Université de Bordeaux).
9. Louart, Philippe. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. Les cahiers de la recherche.
10. Pelletier, Jean. (2017). Agir sur la QVT. Éditions Eyrolles.
11. Verma, Pratibha, & Sharma, Deepika. (2018). Quality of work life in academics with reference to motivational theories. Pacific Business Review International

الملاحق

مقياس بيك للاكتئاب

إعداد د. آرون بيك

تعريف الاكتئاب:

حالة مزاجية هابطة، لا توقف سير حياة الفرد الطبيعية، لكنها تصعب الأمور على الفرد، وفي أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته.

نبذة عن المقياس:

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبدالستار ابراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (٢١) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من (٠ - ٣) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (١٥) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلاً إذا اختار المفحوص البديل رقم (٣) فإن درجته لهذا السؤال هي (٣) ... وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (١٩) يُسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج لتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفراً، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

لا يوجد اكتئاب	صفر - ٩
اكتئاب بسيط	١٠-١٥
اكتئاب متوسط	١٦-٢٣
اكتئاب شديد	٢٤-٣٦
اكتئاب شديد جداً	٣٧ فما فوق

أ.ماجدة الشهري - أ.نوف الشريف

أولاً/

- ٠ - لا أشعر بالحزن.
- ١ - أشعر بالحزن.
- ٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- ٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

- ٠ - لا أشعر بأنني فاشل.
- ١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢ - عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

- ٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

- ٠ - لا أشعر بالذنب.
- ١ - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

أ.ماجدة الشهري - أنوف الشريف

سادساً/

- ٠ - لا أشعر بأنني ألتقى عقاباً.
- ١ - أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢ - أتوقع أن أعاقب.
- ٣ - أشعر بأنني ألتقى عقاباً.

سابعاً/

- ٠ - لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١ - أنا غير راضي عن نفسي.
- ٢ - أنا ممتعض من نفسي.
- ٣ - أكره نفسي.

ثامناً/

- ٠ - لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١ - أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢ - ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- ٣ - ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

- ٠ - أشعر بضيق من الحياة.
- ١ - ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢ - أصبحت أكره الحياة.
- ٣ - أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً/

- ٠ - لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١ - أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أبكي طوال الوقت.
- ٣ - لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

أمجدة الشهري - أنوف الشريف

الحادي عشر/

- ٠ - لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١ - أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣ - لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- ٠ - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١ - إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢ - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣ - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- ٠ - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١ - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢ - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣ - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- ٠ - لا أشعر أنني أبداً في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
- ١ - يقلقني أن أبداً سناً وأقل حيوية.
- ٢ - أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبداً أقل حيوية.
- ٣ - أعتقد أنني أبداً قبيحاً.

الخامس عشر/

- ٠ - أستطيع أن أقوم بعمل كما تعودت.
- ١ - أحتاج لجهد كبير لكي أبداً في عمل شيء ما.
- ٢ - إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣ - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

أ.ماجدة الشهري - أنوف الشريف



جامعة ابن خلدون - تيارت -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

استبانة:

تحية طيبة:

في اطار التحضير لإعداد مذكرة التخرج تخصص علم النفس العمل والتنظيم وتسيير موارد البشرية بعنوان جودة حياة العمل وعلاقتها بالاكثتاب في بيئة العمل لدى الممرضين - دراسة ميدانية في مستشفى تجيني هدام - تيارت. يشرفنا ان نتقدم لكم بهذه الاستبانة الموجهة أساسا لخدمة البحث العلمي لذا نرجو منكم ابداء آرائكم بموضوعية عن الفقرات وذلك بوضع إشارة (X) في الخانة التي تتوافق مع رأيكم ونتعهد لكم بالالتزام بالسرية والأمانة العلمية بما يكفل عدم الكشف عن آرائكم المسجلة واستخدامها فقط في نطاق البحث العلمي. نشكركم على مساهمتكم الجادة في ابداء آرائكم حول هذه الاستبانة المقدمة تقبلوا منا فائق الشكر والاحترام .

البيانات الشخصية :

- 1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- 2- السن: أقل من 30 سنة ☐ من 30 - 40] ☐ من 40 - 50] ☐ من 50 سنة فما فوق ☐
- 3- المستوى التعليمي: ثانوي ☐ جامعي ☐
- 4- سنوات الخدمة: أقل من 05 سنوات ☐ من 05 - 10] ☐ من 10 - 15] ☐ من 15 سنة فأكثر ☐
- 5- الوظيفة: ممرض ☐ مساعد ممرض ☐
- 6- هل أنت راض عن عدم ظروف العمل؟ نعم ☐ لا ☐

ان كانت اجابتك بلا ، برر إجابتك.....
.....
.....
.....

المحور الأول: جودة حياة العمل

الرقم	العبارات	معارض بشدة	معارض	محايد	غير معارض	غير معارض بشدة
ظروف العمل المعنوية						
01	أعمل في بيئة عمل يسودها الاحترام المتبادل بين جميع العاملين					
02	أعمل في بيئة عمل تسودها الثقة المتبادلة بين جميع العاملين					
03	أتمتع بحرية كافية في أداء واجباتي .					
04	توجد علاقات طيبة وداعمة بيني وبين زملائي في التمريض .					
05	أشعر باحترام المرضى والزملاء لي كعضو في الفريق .					
06	أشعر بالرضا عن الإنجازات التي أحققها مع رعاية المرضى					
07	يسود روح التعاون بين أعضاء فريق العمل في المستشفى					
08	تتميز مهامني بالأهمية في تحسين صحة المرضى					
09	تتميز مهامني بالحيوية في تحسين صحة المرضى .					
10	أنا راض عما أقوم به من واجبات .					
ظروف العمل المادية						
01	أعمل في بيئة عمل مناسبة من حيث التهوية .					
02	أعمل في بيئة عمل مناسبة من حيث الإضاءة .					
03	أعمل في بيئة عمل مناسبة للعمل بكل راحة .					
04	أعمل في بيئة عمل خالية من الضوضاء .					
05	أعمل في بيئة عمل معتدلة الحرارة					
06	أعمل في بيئة عمل خالية من الروائح الكريهة .					
07	أرضية بيئة العمل غير زلقة .					
08	أعمل في بيئة عمل خالية من الاهتزازات .					
09	أعمل في بيئة عمل خالية من الإشعاعات .					
خصائص الوظيفة						
01	أشعر بالمسؤولية اتجاه كل ما أقوم به في عملي					
02	لدي حرية التصرف في اتخاذ قرارات مناسبة ضمن إطار العمل					
03	حجم المهام الموكل إلي مناسب					
04	تتميز مهام عملي بالتحدي والمتعة .					
الأجور والمكافآت						
01	أرى ان الاجر الذي أتقاضاه يتناسب مع حجم العمل .					
02	تتميز مهامني بالتحدي .					

					03 أنا راض لما أحصل عليه من أجر .
					04 يعتمد أجري على مستوى الجهد الذي أبدله في عملي.
					05 ارى أن نظام الأجور والمكافآت في المستشفى عادل ومنصف.
					06 أجري عادل مقارنة بما يحصل عليه زملائي .
					07 أجري عادل بالنظر إلى مهاراتي وجهودي.
جماعة العمل					
					01 أعمل ضمن فريق مهم يسعى لتحقيق أهداف مشتركة.
					02 لدي حرية التعاون والمساهمة مع زملائي في تحسين الرعاية
					03 كل أعضاء الفريق لديهم فهم واضح عن أهداف العمل
					04 يتبادل أعضاء الفريق مشاعرهم بحرية
					05 يتبادل أعضاء الفريق آرائهم بحرية.
					06 يشارك فريق العمل في إتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بالرعاية.
					07 يتميز فريق العمل بوجود خبرات متنوعة ومتكاملة تخدم المرضى.
					08 أشعر أنني جزء هام من جماعات العمل
أسلوب الرئيس في الاشراف					
					01 يشجعي رئيسي على المشاركة في اتخاذ القرارات التي تخص عملي .
					02 يمتلك رئيسي القدرة على التخطيط المسبق لتحسين جودة الرعاية
					03 يقدم رئيسي معلومات واضحة وكاملة لدعم عملي التمريضي
					04 يعاملنا رئيس التمريض بعدالة وإنصاف في المستشفى
					05 يوضح رئيسنا أهداف العمل بطريقة تحفزنا على تحقيقها.
					06 يمتلك رئيس التمريض رؤية تدفع الفريق لبذل أقصى جهد ممكن.
مشاركة القرارات					
					01 لدي الفرصة للتأثير على القرارات المتعلقة بالرعاية
					02 أستطيع أن أشارك برأيي في حل المشكلات
					03 أحصل على معلومات كاملة عن اهداف العمل التمريضي في المستشفى
					04 أحصل على معلومات دقيقة ومناسبة حول أدائي في العمل
					05 أستمتع بالتعاون والمشاركة مع زملائي في فريق التمريض
					06 أجد قدرا كافيا من الحرية في أداء مهامي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة ابن خلدون تيارت

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) أ.م.م. بن عبد الحميد

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 21477979 والصادرة بتاريخ: 2025-04-22

المسجل(ة) بكلية: العلوم الإنسانية قسم: علم النفس

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر

عنوانها: جودة حياة العمل
لدى محبي في حشاشتي ترويجي ضد عدم الرخوة يمكن

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 2023/05/11

إمضاء المعني



نظر من أجل المصادقة على توقيع
السيد: أ.م.م. بن عبد الحميد
مقابل له: 11 ماي 2025
الرخوة في: رئيس المجلس الشعبي البلدي



عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
لبلدية الرخوة و بتفويض منه
إمضاء مساعد أم السعد
عون رئيسي للإدارة الإقليمية