

جامعة مولود معمري تيزي وزو  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

## واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري

دراسة ميدانية على الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز  
الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل-م-د) في علم نفس العمل والتنظيم

اشراف: أ.د. خلفان رشيد

اعداد الطالبة: بركان وردة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسة	جامعة مولود معمري	أستاذة التعليم العالي	أ.د. يحياوي حسينة
مشرفا	جامعة مولود معمري	أستاذ التعليم العالي	أ.د. خلفان رشيد
مناقشا	المدرسة العليا للأساتذة	أستاذ محاضر أ	د. عداد حسن
مناقشا	جامعة عبد الرحمان ميرة	أستاذ محاضر أ	د. حسيني عمار
مناقشة	جامعة مولود معمري	أستاذة محاضرة أ	د. سعودي ملحة
مناقشة	جامعة مولود معمري	أستاذة محاضرة أ	د. خمنو دونيا

## تشكر

نتوجه بالشكر إلى المولى عزوجل على نعمة العقل التي بها وصلنا إلى ما نحن عليه.

كما نتوجه بالشكر إلى العائلة الكريمة خاصة الوالدين وإلى الأستاذ المشرف الدكتور "خلفان رشيد" على توجيهاته ونصائحه لنا ، كما نتوجه أيضا بالشكر إلى الأستاذة الدكتورة "معروف خلفان لويزة" مديرة مخبر مجتمع- تربية -عمل على دعمها المتواصل ونصائحها لنا طيلة فترة التكوين في الدكتوراه، وإلى كل أساتذتنا طيلة مشوارنا الجامعي خاصة لجنة التكوين في الدكتوراه كل باسمه ومقامه، كما لا ننسى بالشكر أعضاء مخبر مجتمع -تربية - عمل وزملائنا وزميلاتنا من أساتذة وطلبة دكتوراه الذين لم يخلوا علينا بنصائحهم ودعمهم المعنوي طيلة فترة التكوين، كما لا ننسى بالشكر المسؤولين والإداريين والممرضين في المؤسسات الصحية التي زرناها وكل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل.

# إهداء

أهدي هذا العمل

الى سندي أمي

الى أبي تغمده الله برحمته

الى عائلتي والى خطيبي

إلى أساتذتي، زملائي، وإلى كل أساتذة وطلبة قسم علم النفس بجامعة مولود معمري بتيزي

وزو.

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع جودة الحياة عند عينة تقدر ب(250) من الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو (المستشفى الجامعي ندير محمد ومستشفى بالوا، والمؤسسة الاستشفائية الخاصة صبيحي تسعديت، ومستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي"، ومستشفى دائرة أزفون، ومركز الصحة الجوارية دراع بن خدة، ومركز الصحة الجوارية أزفون) كما تهدف أيضا إلى التعرف على الفروق في مستويات جودة الحياة بين أفراد العينة حسب الجنس، السن، الأقدمية، فترة التناوب، اختيار فترة التناوب.

للحصول على البيانات تم الاعتماد على المنهج الوصفي، واستخدام استبيان جودة الحياة الذي قمنا بتصميمه، وتوصلت النتائج الى أن مستوى جودة الحياة متوسط عند الممرضين والى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى للجنس، السن، الأقدمية في العمل، فترة التناوب، والى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير اختيار فترة التناوب.

## Résumé :

L'étude actuelle a pour objectif de dévoiler la réalité de la qualité de vie d'un échantillon de (250) infirmiers qui travaillent par équipe dans certains hôpitaux et centres de santé de proximité situés à Tizi-Ouzou (Hôpital Nedir Mohamed, Hopital Baloua, Clinique Sebihi Tassadit, Hôpital Psychiatrique Fernane Hanafi, Hopital Azeffoun, centres de santé de proximité Draa Ben Khedda et Azeffoune

Pour le recueil de données, nous avons établi un questionnaire de qualité de vie qui nous a permis d'appliquer de manière efficace la méthode descriptive.

Les résultats obtenus par cette étude ont montré que la qualité de vie des infirmiers est moyenne et qu'il n'existe pas de différences significatives dans la qualité de vie entre les infirmiers selon les critères Age, genre, ancienneté dans le travail, période de travail. Cependant, le critère du choix d'horaires de travail a montré des différences significatives de qualité de vie entre les infirmiers.

فهرس المحتويات

إهداء

تشكر

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

أ

مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية:

1. إشكالية البحث.....04
2. فرضيات البحث.....21
3. أهمية البحث.....22
4. أهداف البحث.....23
5. تحديد المفاهيم إجرائياً.....24
6. الدراسات السابقة.....24

الجانب النظري

الفصل الثاني: جودة الحياة

- تمهيد .....42
1. لمحة عن علم النفس الايجابي.....42
2. مفهوم جودة الحياة.....44
3. أبعاد جودة الحياة.....48

52.....	4. العوامل المؤثرة في جودة الحياة.
58.....	5. الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة.
62.....	6. نظريات جودة الحياة.
71.....	7. مكونات جودة الحياة.
83.....	8. جودة الحياة في العمل.
85.....	9. قياس جودة الحياة.
92.....	خلاصة الفصل.

### الفصل الثالث: العمل بالتناوب

94.....	تمهيد
94.....	1. مفهوم العمل بالتناوب.
95.....	2. الوتيرة البيولوجية لجسم الانسان
96.....	3. طبيعة الوتيرة البيولوجية
97.....	4. أسباب اللجوء الى العمل بالتناوب.
99.....	5. أهمية العمل بالتناوب.
100.....	6. تهيئة أوقات العمل بالتناوب
102.....	7. تنظيم دوريات العمل.
107.....	8. بعض نماذج دوريات العمل.
110.....	9. مشاركة العاملين في عملية اختيار أوقات العمل
111.....	10. خصوصية العمل بالتناوب بالنسبة للمرضين
113.....	11. آثار العمل بالتناوب.

127.....	12. التكيف مع أوقات العمل بالتناوب.....
131.....	13. الجانب القانوني للعمل بالتناوب.....
135.....	خلاصة الفصل.....

## الجانب الميداني

### الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث في جانبها الميداني

139.....	تمهيد.....
139.....	1. زمان ومكان اجراء البحث.....
142.....	2. منهج البحث.....
142.....	3. الدراسة الاستطلاعية.....
143.....	4. الدراسة الأساسية.....
143.....	5. عينة البحث وكيفية اختيارها.....
144.....	6. خصائص عينة البحث.....
147.....	7. أدوات جمع البيانات.....
148.....	8. الخصائص السيكومترية لأداة البحث.....
155.....	9. أدوات تحليل البيانات.....
155.....	10. حدود البحث.....

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

158.....	1. عرض نتائج البحث.....
174.....	2. مناقشة وتفسير نتائج البحث.....
195.....	الاستنتاج العام.....
197.....	خاتمة .....
198.....	الاقتراحات.....
200.....	قائمة المراجع.....

الملاحق

## فهرس الجداول

01. أبعاد نظرية شالوك لجودة الحياة.....69
02. نظام العمل بالمناوبة في دورية نصف متواصلة بثلاث فرق.....108
03. نظام العمل بالمناوبة في دورية 6 أيام عمل بأربع فرق.....109
04. نظام العمل بالمناوبة في دورية سريعة متواصلة بخمس فرق.....109
05. نظام العمل بالمناوبة في دورية جزئية نصف متواصلة بمركزين.....110
06. نظام العمل بالمناوبة في دورية بطيئة متواصلة بخمس فرق.....110
07. توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....142
08. توزيع أفراد العينة حسب السن.....142
09. توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.....143
10. توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية.....143
11. توزيع أفراد العينة حسب فترات التناوب.....144
12. توزيع أفراد العينة حسب اختيار فترات التناوب.....144
13. اتساق بنود محور الصحة الجسدية.....147
14. اتساق بنود محور الصحة النفسية.....148
15. اتساق بنود محور الحياة الاجتماعية.....149

16. اتساق بنود محور ممارسة أنشطة وقت الفراغ.....150
17. اتساق بنود محور الحياة الوظيفية.....151
18. ارتباط مجموع المحاور بالدرجة الكلية للاستبيان.....152
19. نتائج طريقة التجزئة النصفية.....153
20. نتائج طريقة معامل الفا كرونباخ.....153
21. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء الصحة الجسدية.....159
22. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء الصحة النفسية.....160
23. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء الحياة الاجتماعية.....161
24. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء أنشطة وقت الفراغ.....162
25. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء الحياة الوظيفية.....163
26. نتائج اختبار ت لعينة واحدة لدرجات جودة الحياة للمرضين.....164
27. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب الجنس.....165
28. الفروق في جودة الحياة لدى المرضين حسب الجنس.....165
29. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب السن.....166
30. الفروق في جودة الحياة لدى المرضين حسب السن.....167
31. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب الحالة الاجتماعية.....168

32. الفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب الحالة الاجتماعية.....168
33. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب الأقدمية في العمل....169
34. الفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب الأقدمية في العمل.....170
35. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب فترة التناوب.....171
36. الفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب فترة التناوب.....171
37. اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب اختيار فترة التناوب....172
38. الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى الممرضين حسب اختيار فترة التناوب....173

## مقدمة:

شهدت السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا في الكثير من العلوم، ومن بين العلوم التي عرفت تغييرا واضحا الطب وكل ما يتعلق بالصحة، حيث أصبحت المفاهيم المتعلقة به أكثر ايجابية تركز على المنحى الايجابي عوض التركيز على المرض ومواطن الضعف، حتى المنظمات بدورها أصبحت تسعى لتحقيق الجودة والرفاه بعدما كانت تركز فقط على الإنتاجية. ظهر هذا التغيير خصوصا في علم النفس الايجابي الذي انبثقت منه عدة مفاهيم مثل جودة الحياة أو نوعية الحياة وتم تصميم عدة مقاييس تعنى بهذا الموضوع، نظرا لأهميته في تحقيق التنمية المستدامة وفي تحقيق الرفاه وتحفيز المعنيين لجعل المجتمعات أكثر سعادة، لذلك فإن هذا الموضوع يكتسي أهمية كبيرة حيث يمكن أن يكون مستوى جودة الحياة مؤشرا على نوع الحياة والظروف المحيطة بالشخص وكذا بيئة عمله، حيث تعبر المستويات المرتفعة من المشاكل الصحية الجسدية والنفسية منها وتدهور العلاقات الاجتماعية والأزمات والحوادث عن تدني مستويات جودة الحياة، لذلك فإن تقييمها يساعد على معرفة جوانب الضعف ومحاولة البحث عن أسباب انخفاض معدلات جودة الحياة ومحاولة المساهمة في تحسينها، بالرغم من ان تحقيق ذلك بشكل كامل قد يبدو أمرا صعبا، الا أن السعي وراء ذلك يحقق ايجابيات كثيرة تساهم في عيش حياة أكثر صحة سواء من الناحية الجسمية أو النفسية والاجتماعية، ولعل الواقع الذي نعيش فيه يبين أن العديد من الأفراد يعيشون في ظل ظروف صعبة أو غير ملائمة لشخصياتهم أو لقدراتهم الجسدية والنفسية مما يخلق لديهم نوعا من الصراع والمعاناة بسبب الارغامات المفروضة عليهم مثل العمل في ظل ظروف أو أوقات عمل قد لا تكون مناسبة كالعمل بالتناوب أو العمل ليلا اللذان بينت الدراسات معاناة من يعمل في ظل هذا النوع من تنظيم العمل نفسيا وجسديا واجتماعيا، مما يطرح التساؤل حول نوع الحياة التي يعيشونها ومدى ارتياحهم وماهية جودة حياتهم، ولعل العمل في ظل هذه الظروف في القطاع الصحي تحديدا لدى الممرضين الذين

يعتبرون من بين الفئات التي تمارس العمل بالتناوب والتي أجريت عليها العديد من الدراسات الصحية والنفسية التي أسفرت نتائجها على نوع من المعاناة النفسية والاجتماعية والمهنية لديهم، مما يشير الى تأثير في جودة حياتهم يستدعي منا البحث والتقصي على جودة حياة المرضى والتساؤل عن مستوياتها ان كانت فعلا متدنية وذلك عبر دراستنا التي تناولنا فيها خمسة فصول تتمثل في: الفصل الأول الذي يتضمن، الاطار العام لإشكالية البحث والذي يتكون من مجموعة عناصر تتمثل في اشكالية البحث، فرضيات البحث، أهمية البحث، أهداف البحث، تحديد المفاهيم اجرائيا، الدراسات السابقة وفصل ثاني حول جودة الحياة يتضمن كل من لمحة عن علم النفس الايجابي، مفهوم جودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، العوامل المؤثرة في جودة الحياة، الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة، نظريات جودة الحياة، مكونات جودة الحياة، جودة الحياة في العمل، قياس جودة الحياة وفصل ثالث حول العمل بالتناوب يتضمن كل من مفهوم العمل بالتناوب، الوتيرة البيولوجية لجسم الانسان، طبيعة الوتيرة البيولوجية، أسباب اللجوء الى العمل بالتناوب، أهمية العمل بالتناوب، تنظيم أوقات العمل بالتناوب، نماذج دوريات العمل، مشاركة العاملين في عملية اختيار أوقات العمل، آثار العمل بالتناوب، خصوصية العمل بالتناوب بالنسبة للمرضى، التكيف مع العمل بالتناوب، الجانب القانوني للعمل بالتناوب والفصل الرابع حول الاجراءات المنهجية للبحث في جانبها التطبيقي والذي يتضمن زمان ومكان اجراء البحث، منهج البحث، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، عينة البحث وكيفية اختيارها، وصف عينة البحث، أدوات جمع البيانات وأدوات تحليل البيانات وتناولنا في الفصل الخامس كل من عرض ومناقشة النتائج، استنتاج وختمنا بخاتمة.

## 1- الإشكالية:

يعد موضوع جودة الحياة من المواضيع الحديثة التي تمثل بؤرة اهتمام العديد من الباحثين في تخصصات مختلفة مثل علوم الاقتصاد، البيئة، الطب وعلم النفس... الخ، والتي استمدت مبادئها من علم النفس الايجابي والتوجه الايجابي في دراسة الحالات الطبية والانسانية، ويعبر هذا المفهوم عن الرفاهية أو الارتياح أو السعادة التي يناشدها الأشخاص في كل مكان، والتي يختلفون في تقديرها، فتجد أحد أبعاد جودة الحياة مهما جدا بالنسبة لفئة معينة في حين أنه ليس كذلك بالنسبة لفئة أخرى، لكن ما استنتجناه استنادا الى الأدبيات المنشورة حول الموضوع اتفاق نسبة كبيرة من الناس على أهمية الصحة كبعد رئيسي لجودة الحياة، نظرا لتأثيرها على إدراك الأفراد لحياتهم وهذا الأمر بينته العديد من الدراسات من بينها دراسة (2010) Enguerran ودراسة (2002) Dazord، حيث أجريت أولى الدراسات في الموضوع في المجال الصحي، فقد برز المصطلح في العديد من البحوث والدراسات الطبية التي ربطت بين الصحة ومختلف جوانب حياة الأفراد والتي سعت إلى الكشف عن مستويات الرضا عن الحياة والرفاهية والسعادة وإشباع الحاجات لدى مختلف فئات المجتمع والتي يعبرون عنها عن طريق الإجابة على استبيانات مختلفة لجودة الحياة، ويكون ذلك من طرف الأشخاص أنفسهم أو من قبل أطباء أو قائمين على عملية تقييم جودة الحياة لديهم.

إن البحث في هذا الموضوع يتطلب مجهودا كبيرا وتطلعا على ثقافات مختلفة بسبب تعدد تخصصاته واختلاف تقييم وإدراك الشعوب لمختلف أبعاد جودة الحياة، كما يختلف من فرد إلى آخر بسبب عدة عوامل كالفرق الفردية ومستويات التعليم والتنشئة الاجتماعية وطبيعة المهنة والحالة الاجتماعية، وقد عبرت عن هذا الموضوع العديد من الأدبيات والدراسات الوبائية والبحوث العلمية التي كشفت اتساع مفهوم جودة الحياة واحتوائه على العديد من الأبعاد منها البعد البيئي والعلاقات الاجتماعية والاستقلالية والعلاقات الأسرية والصحة النفسية والجسدية، ولعل هذا الأخير الأكثر تأثيرا في حياة الأفراد كونه عامل مهم

في البقاء والاستمرارية والقدرة على الاستمتاع بالحياة، فعادة حين يسأل عامة الناس عن أحوالهم يجيبون بجملة المهم هو الصحة وتعكس أحاديثهم فكرة واحدة وهي أن تمتع الإنسان بصحة جيدة كفيل بأن يجعله على ما يرام ويكون سعيدا، فارتبط مفهوم الصحة عندهم بغياب المرض، وهذا له دلالة واضحة على أهمية الصحة لدى الأفراد وارتباطها برفاهيتهم وجودة حياتهم بغض النظر عن الأبعاد الأخرى، وبهذا الصدد جاءت مبادرة منظمة الصحة العالمية في تغيير مفهوم الصحة على المستوى العالمي من مفهوم سلبي يشير إلى غياب المرض إلى مفهوم ايجابي يعبر عن حالة من السعادة والرضا عن الجانب الجسمي والجانب النفسي والجانب الاجتماعي، وهذا ما بينه Frossard & al(1999)، والذي يشبه ما جاءت به بخصوص جودة الحياة، حيث اعتبرته مفهوما واسعا يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد وحالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية ومستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته. ولقد تناولت الدراسات الأولى التي أجريت حول جودة الحياة كل من مواضيع الصحة المدركة والدراسات الطولية للمرضى والتحقق من فعالية الأدوية، وبهذا الأمر أولت المريض اهتماما أكبر وجعلته يقيم مرضه بنفسه عن طريق مقاييس يملأها بنفسه ويقوم بدراستها الأطباء بعد ذلك. بالتالي يتضح لنا تقارب مفهومي الصحة وجودة الحياة.

يرتبط مفهوم جودة الحياة كذلك بصورة وثيقة بمفهومين أساسيين وهما الرفاه والتنعم، كما يرتبط أيضا بمفهومين آخرين وهما التنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات وحقوق الإنسان والمعرفة والتي تعتبر خيارات ضرورية لرفاه الإنسان) والتقدم (التقدم في حال الإنسان في الحياة نتيجة التطور العلمي والمعرفي) والتحسين وإشباع الحاجات (الشعور بالرضا والارتياح والأمن عند اشباع الحاجات والدوافع) بالإضافة للفقر (فقر الدخل واللامساواة الاقتصادية فضلا عن فقر التنمية الانسانية والذي يحد من قدرات الإنسان

والبلدان في الاستخدام الأمثل لمواردهم الإنسانية والمادية على حد سواء)) (أورد في: الأنصاري، 2006، ص06).

في نفس السياق وحسب (cozier & al(2005)، فإن التحدث على جودة الحياة يستوجب الاحاطة بها من كل جوانبها، والأخذ بعين الاعتبار الصحة كمفهوم شامل يشمل مجموع الظروف التي يعيشها الفرد والتي تشكل نمط حياته، والتي ترتبط أساسا بالفرد كونها ذاتية.

خلال السنوات الأخيرة تزايد الاهتمام بهذا الموضوع فلم يعد يقتصر فقط على دراسة جودة حياة المرضى كما كان في السابق بل توسع ليشمل الاقتصاد والعمل الذي بينت العديد من الدراسات ارتباطه بالصحة العامة للعمال والمرضى بشكل خاص، منها دراسة المركز الكندي للمعلومات والاحصائيات الصحية (2005)، الذي اعتبر أن العمل عاملا أساسيا مؤثرا في جودة حياة الأفراد العاملين كونهم يعيشون أوقاتا كثيرة فيه قد تؤثر على حياتهم بشكل كبير خاصة مع التغيرات الكثيرة الحاصلة في عالم الشغل في السنوات الأخيرة، من حيث أنواع المهن وطرق تنظيم العمل والقوانين المتعلقة به، وأيضا التطور التكنولوجي الذي يفرض على المؤسسات مواكبة العصر، بالإضافة إلى تزايد وتطور احتياجات الأفراد، حيث يجد كل من العمال والمؤسسات أنفسهم أمام تحديات كبيرة من بينها الحرص على تقديم أفضل المنتجات وأحسن الخدمات وذلك لا يتم إلا بتضافر جهود الأفراد العاملين والشركاء الاجتماعيين، فمثلا لتقديم خدمات أكثر وأفضل في القطاع الصحي، تلجأ المستشفيات الى تبني أوقات عمل غير تقليدية وغير مألوفة كالعمل بالتناوب والعمل الليلي لضمان الخدمة 24/24 ساعة، بالرغم من كون هذا النوع يتعارض مع نوع العمل المعتاد خاصة اذا تضمن العمل ليلا أو لفترات طويلة باعتبار أن مستوى الطاقة يكون أعلى في الصباح من الليل كما أن الوتيرة البيولوجية تتعرض لاختلال باعتبار أن الليل يستغل للاسترجاع والراحة، ولعل هذا هو السبب الذي دفع بالكثير من الباحثين لدراسة العمل بالتناوب والبحث عن العلاقات بينه وبين متغيرات عدة كاضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية والرضا

المهني والعلاقات الأسرية والاجتماعية وكل هذه الدراسات بحثا عن تأثير العمل بالتناوب أو إيجاد نوع من العلاقة بينه وبين جودة الحياة عند العمال والتي تظهر في مدى الارتياح والسعادة والرضا عن مختلف جوانب الحياة لدى مزاولي هذا النوع من الأعمال. نظرا لهذه الأهمية فإننا نحاول تسليط الضوء على جودة الحياة عند الممرضين العاملين بنظام التناوب، والتي نهتم فيها بعدة أبعاد لجودة الحياة عوض التركيز على جودة الحياة الوظيفية فقط، مستنديين في هذا على توجه (sutter 2019) الذي أشار الى أن دراسة الواقع المعاش لدى العامل أو الموظف أو جودة حياته من الأجدر أن لا تكون بشكل أحادي الاتجاه أي لا يجب أن تكتفي بالجانب الوظيفي وجودة الحياة في العمل فقط بمعزل عن الأبعاد الأخرى التي تساهم في تكريس الشعور بالراحة والرفاهية والتي تتفاعل بشكل أو بآخر مع الحياة الوظيفية، حيث يحمل الفرد العامل همومه العائلية والاجتماعية وقلقه معه للعمل، كما يجلب مشاكله المهنية للبيت، مما قد يخلق تداخلا بين مصادر تدني جودة الحياة حول ما اذا كانت نابعة من مكان العمل أو من خارجه، وإنما يستوجب الأمر دراسة جودة حياته الكلية.

تعتبر الحياة الوظيفية أو العمل أحد أبرز أبعاد جودة الحياة التي تلعب دورا محوريا في إشباع الحاجات الأولية كالحصول على الغذاء والاحتياجات الضرورية للبقاء، كما لا تقتصر أهميته على الإشباع المادي والحصول على الأجور فقط وإنما تتعدى ذلك إلى تحقيق الذات والرضا عن النفس وصولا إلى السعادة، حيث يساهم العمل في خلق المشاعر الايجابية، بالإضافة للحصول على الإشباع النفسي من خلال تكوين الهوية والشعور بالإنجاز والحصول على المكانة الاجتماعية، كما يعتبر كذلك مصدرا للحصول على القيمة الاجتماعية الايجابية، بالإضافة لكونه مصدرا للاعتراف من قبل الآخر والذي يسمح له ببناء تصور لذاته وتطوير تقديره لها (Honeth & Peirson, 2011).

لكن بالمقابل قد يكون العمل مسببا للتعباس والمعاناة وهذا ما أظهرته الأدبيات حول هذا الموضوع حيث كانت المفاهيم المتعلقة بالعمل في العالم الغربي والتمثيلات الدينية والفلسفية

والأدبية في أغلبها تتمحور حول القيم السلبية، فقد كان مفهوم العمل عند الرومان يعني إحدى وسائل معاقبة العبيد، وحسب الديانة المسيحية فالعمل يعني العقاب الناتج عن الخطيئة الأولى، أما حسب الماركسية فإن العمل هو حرمان اجتماعي أساسي يبعد الإنسان عن طبيعته الحقيقية وذلك بإلزامه بالقيام بمهام متكررة ومجزئة من أجل حصول المستثمرين ومالكي رؤوس الأموال على الفائدة.

من جهته تناول علم النفس المرضي المهني الموضوع بشكل معاصر، حيث تحدث عن سلبيات العمل عند بعض الأفراد والذين يطلق عليهم تسمية (les workaholics) أين يمكن أن يصبح العمل لديهم إدمانا يؤدي إلى الموت بالإجهاد وهو ما سمي بمتلازمة (karoshi) التي دفعت اليابان إلى تفعيل برامج وقائية وعلاجية من أجل تعزيز الصحة في العمل، كما أشارت أيضا العديد من الدراسات النفسية والاجتماعية والطبية إلى معاناة العمال من الضغوط والاحتراق الوظيفي اللذان يرتبطان بارتفاع خطر الإصابة بالاكنتاب والإقدام على الانتحار بالإضافة إلى كونه أيضا مسببا لتدهور العلاقات الاجتماعية، لهذه الأسباب وغيرها زادت الأهمية التي تولى للعمل حيث ارتبط كذلك بالهوية وتقدير الذات بالإضافة للمكانة الاجتماعية وكذا جودة الحياة وأنشطة وقت الفراغ.

ولعل الوقت الذي يستغرقه الأفراد في العمل بهدف اشباع حاجاتهم المختلفة، هو أحد أهم الأسباب التي تؤثر على حياتهم بأكملها، حيث يعتبر هذا الأخير مكانا لحدوث العديد من الصراعات في القيم بين الأفراد وبين الجماعات، وحتى بين الفرد ونفسه، لذلك يتوضح لنا من هنا ارتباط العمل بالرفاهية والسعادة وجودة الحياة (Jean, cottraux, 2012).

اعتبرت أوقات العمل من حيث مدتها وتوزيعها أحد إرغامات العمل التي تؤثر على صحة وسلامة الأفراد خصوصا في بعض المهن التي يلجأ فيها إلى العمل بالتناوب الذي يتخذ عدة أشكال مثل الساعات الغير منتظمة واختلاف وقت التناوب من صباح ومساء وليل

بالإضافة لاختلاف نوع الدوران، ويتواجد هذا التنظيم في عدة قطاعات من بينها التجارة والصناعة والنقل والقطاع الصحي، فقد بينت الدراسات كيف يسبب هذا التنظيم مختلف الاضطرابات الفيزيولوجية وآثارا مباشرة على الحياة الاجتماعية حيث تسبب عراقيل في الحياة العائلية، وصعوبة المشاركة في النشاطات الاجتماعية خارج العمل، ويمكن أن تتزايد هذه الآثار شدة بالظروف السلبية المعاشة خارج العمل (leplat, cuny,1977). ان العمل في ظل إرغامات وقت شديدة كالعمل دون انقطاع أو انجاز المهام في أوقات محددة وفق وتيرة تتطلبها الادارة أو الزبائن في حالة القطاع الاقتصادي أو المرضى في حالة القطاع الصحي، بالإضافة الى حجم ونوع الرقابة التي يمارسها أرباب العمل على العاملين ومدى قدرتهم على التصرف وحتى نوع العلاقات ومدى التفاهم بين العمال فيما بينهم وبين الادارة، كلها إرغامات تخلف تداعيات كبيرة على صحة العمال (Molinié,Volkoff,1981).

بهذا الصدد أجريت دراسات خلال السنوات الأخيرة حول مسألة ما إذا كان العمل يمثل قيمة مركزية في المجتمعات المعاصرة، واستنادا إلى الأدبيات الموجودة حول الموضوع وتحديدًا في تلك التي تتحدث عن مسببات السعادة، تم طرح تساؤل حول ما هو الأمر الأكثر أهمية للشخص لكي يكون سعيداً؟، أشار ربع الفرنسيين عن العمل بشكل مباشر أو غير مباشر وبينت النتائج أيضا اختلاف علاقة العمل بالسعادة من مجموعة إلى أخرى، كما أشار أكثر من نصف العمال الى أنهم يعانون في العمل (Baudelot, fayard ,2003) .

ان الحديث عن أهمية العمل ونتائجه ليس بالجديد فمنذ سنوات السبعينات كانت تقام الاجتماعات والندوات الدولية التي يجتمع فيها المختصين الارغونوميين وأطباء العمل الذين انحدروا من (20) دولة صناعية تم فيها عرض البحوث والمنهجيات ونتائج البحوث المتعلقة بعوامل الخطر والأعراض المرضية ذات الصلة على وجه الخصوص بالعمل بالتناوب، ومن بين هؤلاء الباحثين الذين كان صوتهم مسموعا على المستوى الدولي: S Folkard,WP

colquihon في بريطانيا، J Rutenfranz, P Knauth في ألمانيا وP Andlauer, A Reinberg في فرنسا، Paul beaud, Marie claude Brulharth, René levy, françoise messant-laurent

يعد وقت العمل مصطلحا متعدد الأبعاد، يشمل كل من مدة العمل، الإلزامية أو المرونة في أوقات العمل، تواصل أو تجزئة هذه الأخيرة، تنبؤ أو انتظام هذه الأوقات، وقت الراحة والاسترجاع، وقت الحضور، الوقت المدفوع عليه، ثبات الأهداف وعبء العمل لوقت معين كل هذه الأبعاد تحدد ظروف العمل التي تؤثر على الأضرار التي يخلفها العمل.

تعد فرنسا من بين أبرز البلدان التي اعتبرت الوقت كأحد عوامل الضرر في العمل وذلك منذ قانون 2010/1330 حيث أدخل فيه ركن خاص بالحماية من الضرر وقد اعتبرت كل من وتيرة العمل وبشكل خاص العمل الليلي والعمل التناوبي والعمل المكرر كعوامل خطر مرتبطة بالوقت (Gwénaélle ,Rocaboy, Le Moustier, Chevance, 2017). بعد ذلك مع بداية الثمانينات تغيرت أوقات العمل في فرنسا كما في العديد من الدول الأوروبية، حيث تم تقليلها، لكن بالمقابل تزايدت إرغامات ووتيرة العمل، كما تنوعت وتغيرت هذه الأوقات (Meillant, Michon, 2002).

تم أخذ العمل بالتناوب بعين الاعتبار كعامل ضرر في كل من قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي في فرنسا منذ سنة (2015) لكون هذا التنظيم الذي يسمح باستمرارية الإنتاج أو الخدمة، يعرض العمال لخطر أو عدة عوامل خطر يمكن أن تسبب آثارا سلبية، وقد ورد الأمر في قانون العمل الفرنسي تحديدا في المادة (5-21-41 D)، حيث تم تحديد الضرر على أنه مدى تعرض العاملين لنظام المناوبة بنوعيه المتحرك والثابت، والذي يمتد من منتصف الليل إلى الخامسة صباحا خلال (120) ليلة في العمل الليلي أو (50) ليلة على الأقل في العمل بالتناوب، وقد لوحظ أن هذا التحديد أخذ بعين الاعتبار فقط هاذين النمطين، بينما لم يتم تناول العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر على صحة العمال مثل: التناوب السريع والتناوب البطيء، عدد الليالي المتتالية في العمل، ساعة أو توقيت الالتحاق بالمنصب، اتجاه دوران المنصب، عدد ليالي الراحة بين كل نوبة عمل، نمط العمل ونوع

المنصب المشغول والتي تعتبر أشكال تنظيم العمل العديدة التي يجب الاهتمام بها ودراستها وتحديد أخطارها (Amiard, Libert, 2015).

الى جانب فرنسا نجد أن الجزائر تولي نوعا من الاهتمام للصحة في العمل، فوفقا لما ورد في الموقعين الرسميين لوزارة العدل ووزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي الجزائريتين فإن الجزائر من بين الدول التي شاركت في عدة اتفاقيات دولية تهدف لحماية العامل من الضرر حيث صادقت على مواد قانونية عديدة تضمن السلامة والصحة في العمل وكذلك حددت الساعات القانونية للعمل بـ40 ساعة أسبوعيا وأن لا تزيد عن 12 ساعة يوميا، الا في بعض الحالات التي تبررها الاتفاقيات الجماعية للعمل، وتم تتصيب المجلس الوطني للوقاية الصحية والأمن وطب العمل تطبيقا للمادة 27 بموجب القرار 88/07 وكذا تتصيب لجنة الأمراض المهنية بموجب القانون 83/13 خلال سنة 2016، بينما تبقى الوتيرة ونوع التنظيم أمور لم تحدها بشكل دقيق من الناحية القانونية ولم تحدد كذلك الأمراض المهنية والأخطار المتعلقة بهذه الوتيرة.

اعتمادا على ما سبق يتبين لنا أن أوقات العمل تمثل أحد أبرز الأسباب المهنية التي يمكن أن تؤثر أو تغير نمط حياة بأكملها، وقد تسبب المعاناة والتعب اذا لم تكن مناسبة للفرد وقدراته ووتيرته البيولوجية، بالتالي تصبح سعادة أو جودة حياة العاملين بنظام التناوب منخفضة، لكن مجرد تخمين هذا الأمر ليس كافيا، لذلك فإنه يستوجب لدراسة جودة حياة المرضين كونهم من فئة العاملين بنظام المناوبة، التقصي عن الدراسات التي ربطت بين أبعاد جودة الحياة والعمل بالتناوب للتعرف على مستويات الرضا أو المعاناة، كون الدراسات التي تناولت جودة حياتهم بشكل عام قليلة ولان الأهمية الكبيرة التي يتسم بها وقت العمل تجعله أحد أهم العوامل التي تساهم في ضمانها، فيمكن لتوقيت العمل أن يحدث تغييرا فارقا

في حياتهم كونه يساهم في التأثير على مختلف جوانب جودة الحياة كالصحة الجسدية والصحة النفسية والحياة الوظيفية وأنشطة وقت الفراغ والحياة الاجتماعية والعائلية.

انطلاقا مما سبق وبناءا على الأدبيات المنشورة حول الموضوع وكذا نتائج الدراسات نجد ان الصحة الجسدية للعاملين بالتناوب تكون سيئة، وهذا ظاهر في تأثر عدة جوانب صحية للأفراد، فقد وردت اضطرابات النوم ضمن الآثار السلبية الأكثر انتشارا عند العمال وقد أوضح (Fischer,1997) أن لهذا التوقيت من العمل تأثيرات سلبية واضحة على النوم فقد بينت نتائجها ان مدة النوم تكون قصيرة لدى عمال الدورية الصباحية ودورية الليل، كما لاحظ أيضا أن جودة النوم منخفضة لدى عمال النوبة الليلية وعمال التناوب البطني مقارنة بزملائهم في التناوب السريع ( Fischer, Bruni, Berwerth, Roberta , Moreno, Lima, Fernandez, Riviello, 1997)

وفي نفس السياق أكدت (Amelie.T.A.2003) على أن النوم صباحا أقل بساعة أو اثنتان عن النوم ليلا، وغالبا ما يكون أقل عمقا، وأقل جودة، حيث يترافق مع صعوبة في الخلود الى النوم، واستيقاظ متكرر ومبكر مع شعور بالإرهاق، وهذه الأعراض تعبر عن خلل في النوم (Toussaint,2003).

في هذا الصدد أكدت (بوديسة وخلفان،2020) على وجود مجموعة من الانعكاسات الفيزيولوجية السلبية اضافة الى وجود نسبة تقدر ب(58.3%) من اضطرابات النوم(النعاس، الأرق، الاستيقاظ المتكرر خلال النوم) عند هذه الفئة.

ان اضطراب النوم وكل من العبء الذهني أو الجسدي أو العمل في ظروف سيئة لدى هذه الفئة يتسبب في مشاكل اخرى منها التعب المزمن، فقد أثبتت العديد من الدراسات هذا الأمر من بينها نتائج دراسة طولية دامت 05سنوات ل (Gaddour, Brahem, Ilahi(2018) أجريت في تونس أن (89.7%) من العاملين بالقطاع الصحي يعانون من الاجهاد، كما بينت

ارتباطه بالعمل أكثر من 03 نوبات عمل أسبوعيا وهذا ما ذهبت إليه أيضا نتائج Garcia&al (2011) التي أوضحت معاناة المرضى من مستويات عالية من الاجهاد المهني.

يؤدي التعب المزمن وكذلك دين النوم بالعمال لتناول أدوية تساعد على النوم لكنها بالمقابل قد تسبب اضرارا كبيرة على صحتهم، من جهة أخرى اعتبرت العديد من الدراسات ان جودة النوم ونقص مدته عند العاملين بنظام المناوبة سببا في ارتفاع نشاط الجهاز العصبي وتغيرات في الضغط الدموي ومعدل ضربات القلب، والتي بدورها تؤدي الى مشاكل في القلب والأوعية الدموية، وهذا ما أشارت إليه كذلك (2003) Amelie بتناولها للعديد من الدراسات التي تؤكد الارتباط بين العمل التناوبي وأمراض القلب والأوعية الدموية آخذة بعين الاعتبار متغير النوم، من بينها نجد ما توصلت إليه دراسة طولية سويدية بينت ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب لدى العاملين بالتناوب، وهذا ما ذهب إليه (Bernard&al, 2013) حيث بينو أن الإصابة بأمراض القلب عند هذه الفئة تظهر على المدى البعيد.

أما فيما يتعلق بمشاكل ارتفاع ضغط الدم لدى هذه الفئة، فقد بينت نتائج بحث ل (2011) marçal pinata Adriano&al لعينة من المرضى والأطباء وعمال القطاع الصحي وجود ارتفاع ضغط الدم عند العاملين بنظام المناوبة خاصة العاملين منهم في النوبة الليلية.

من ناحية أخرى أكد الباحثون اختلال نظام التغذية لدى عمال المناوبة بسبب سلوكهم الغذائي الذي يتميز بعدم انتظام تناول الوجبات بالإضافة لتناول أطعمة غير صحية وتناول مشروبات منبهة مثل الشاي والقهوة، وقد أشار الى الموضوع (Bayon,Léger,2009; 2014) حيث بين أن العمل بالتناوب يمكن أن يسبب مشاكل هضمية مزمنة قد تصل الى حدوث سرطان في الجهاز الهضمي.

اضافة لما سبق سجلت نتائج العديد من الدراسات ظهور الاضطرابات العضلية العظمية عند المرضى ومنها نتائج دراسة (Lghabi & al(2018) التي بينت أن (100%) من المرضى يعانون من اضطرابات عضلية عظمية، (40%) منها في مستوى الكتف و(80%) في مستوى المرفقين، كما وضحت كذلك نتائج دراسات (Béhar(2008) انخفاض مستويات الرضا الوظيفي بمختلف أبعاده عند المرضى.

في نفس السياق بينت كذلك نتائج دراسة المركز الوطني الكندي للدراسات والاحصائيات الصحية(2005) في دراسة حول علاقة العمل بالصحة لدى عينة من (19000) ممرض أن (37%) منهم يعانون من آلام في مختلف اعضاء جسمهم بالخصوص في الظهر والفخذين.

نجد أيضا أن من بين الأخطار المرتبطة بالعمل بالتناوب التي تحدث عنها الدراسات خطر الإصابة بسرطانات مختلفة من أبرزها سرطان الثدي على المدى البعيد من الممارسة خصوصا عند العاملين ليلا، حيث ذهبت العديد من الدراسات الى توضيح هذا الأمر، من بينها دراسات (Hansen (2001) و (Pukkala & al (1990) و (Tynes & al (1996) التي بينت تزايد نسبة المصابين بالسرطان لدى العاملين بالتناوب خاصة الذي يشمل العمل ليلا .

من جهة أخرى، نجد العديد من الآثار النفسية التي يخلفها هذا النمط من العمل، منها ما بينته نتائج العديد من الدراسات العلمية كتدهور الصحة النفسية للمرضى وذلك في بعض الدراسات التي ربطت بالعمل الليلي أو العمل بالتناوب أين تمثل الصحة النفسية أحد جوانب جودة الحياة المتأثرة سلبيا بهذا النظام، حيث يعاني من يعمل وفق هذه الأوقات من بعض الاضطرابات كالقلق والاكتئاب التي قد تكون نتيجة عدم انتظام أوقات عملهم وعدم توافرها مع حياتهم خارج العمل أو عدم تكيفهم نتيجة اختلال وتيرتهم البيولوجية (Bayon, prévot, léger,2009) وقد بينت بعض الدراسات ارتفاع مستويات الضغوط النفسية لدى فئة

المرضى، من بينها دراسة (خميس، 2013) التي أشارت الى العوامل المسببة لذلك الضغط والتي من بينها تنظيم أوقات العمل، كما بينت أيضا دراسات أخرى ارتباطه بالأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية، اضطرابات المزاج، مشاكل الادمان على التدخين والكحول والكافيين، كما أوضحت (Legendre 2019) في دراسة تحليلية ل(20) دراسة تحدثت عن العمل بالتناوب والعمل الليلي خلال الفترة الممتدة بين (2010-2014) أن (18) دراسة منها بينت وجود ارتباط بين العمل بالتناوب المتضمن العمل ليلا الدائم والمتحرك منه وتدهور الصحة النفسية، آخذة بعين الاعتبار عامل تنظيم أوقات العمل مثل (مدة العمل، عدد ليالي العمل، تجربة العمل الليلي).

كذلك تحظى الحياة الاجتماعية باهتمام كبير لدى عمال التناوب، فبالنسبة للعمال المتزوجين والذين لديهم أطفال، فإن أوقات العمل هي عامل أولي مهم في عملية التوفيق بين العمل والحياة العائلية، لذلك يجب التحري عن أوقات العمل التي يمكن أن تشكل ارغاما للعامل سواء من حيث جنسه أو من حيث وجود أو عدم وجود الأطفال، حيث بينت العديد من الدراسات ارتباط العمل بالتناوب بالصعوبات العائلية والاجتماعية، فالأفراد العاملين بهذا النمط ليسوا هم فقط من يتأثر به بل يمتد الأثر لأفراد عائلاتهم وعلى سيرورة حياتهم اليومية وراحتهم النفسية وعلى جودة حياتهم بشكل عام، ومن بين الباحثين الذين نبهوا لهذه المسألة نجد (Banks,1956; Thierry & janson1982;clark,1984).

في هذا الصدد أشارت بعض هذه الدراسات إلى أن العاملين بنظام المناوبة وأزواجهم صرحوا بأن التفاعل مع أولادهم محدود جدا بسبب إرغامات العمل بالتناوب، من بين هذه الدراسات نجد دراسة lensing و Nachreiner (2000) التي أجرت مقارنة بين مجموعتين من الأطفال، الأولى يعمل أولياؤهم بهذا النظام والثانية يعمل أولياؤهم بدوام نهاري عادي، وأثبتت نتائجها اختلافا في الحياة الاجتماعية بين الفئتين، وتطور هذا الاختلاف مع مرور الوقت

حيث تبين أن الحياة الاجتماعية التي تعيشها المجموعة الأولى محدودة جدا إضافة لهذا التأثير طرح الباحث إشكالية انعكاس هذا الأمر على الكفاءات الدراسية، جودة الحياة النفسية، التوازن العاطفي ونمو شخصية الأبناء، فقد بينت دراسة (Stolberg, Jugel, spanenlerg(1978) التي أجريت على مجموعة أطفال ألمانيين يعمل أولياؤهم بنظام المناوبة، أنهم أقل تحصيلًا من زملائهم الذين يعمل أولياؤهم بدوام يومي عادي، حيث يغيب العاملون بنظام المناوبة عن اللقاءات التي تجمع أولياء التلاميذ وكذا مجالس الأقسام، وذهب (Maasen(1979) إلى نتائج مشابهة، حيث بينت دراسته التي أجريت في بلجيكا، أن أبناء العاملين بنظام المناوبة لا يواصلون دراساتهم، ويدخلون عالم الشغل وهم صغار، أما بخصوص تأثير العمل بالتناوب على أزواج العاملين بهذا النظام، فتوصلت نتائج بعض الدراسات أن الشعور بصعوبات هذا العمل يكون أكثر عند الزوجات، وهذا ما أوضحته دراسة أجريت في إنجلترا والتي بينت أن ثلثي زوجات عمال المناوبة، تشرن إلى أن أوقات عمل أزواجهن تؤثر على حياتهن الشخصية وثلاثة أرباعهن لديهن صراعات كبيرة مع أزواجهن، في حين صرح نصفهن أن علاقاتهن الحميمة مع أزواجهن تتأثر بشكل سلبي كما أشارت نفس النسبة إلى تأثر حياتهن الاجتماعية وتواصلهن مع أبنائهن بسبب طبيعة توقيت عمل أزواجهن، وفي هذا الشأن توصلت نتائج دراسة كورية ل (Lee, Moon, cho(1982) إلى أن (57%) من زوجات العاملين بهذا النوع من العمل يتناقشن ويتجادلن مع أزواجهن بسبب هذه الأوقات ويصل الجدل بينهم إلى الطلاق (Gadebois,2004).

في نفس السياق كذلك بينت نتائج دراسة جزائرية لفضلون (2019) حول الواقع النفسي الاجتماعي لمعانة الممرضين في المستشفيات الجزائرية أن التوقيت المناسب في العمل يؤثر إيجابيا في الحياة الاجتماعية لدى (65%) من الممرضين.

ان إمكانية الحصول على ساعات مرنة في العمل متوفرة في بعض الدول كبريطانيا وهولندا لكن التطبيق العملي لها لم يشاهد على أرض الواقع، بالتالي بقيت مجرد حبر على ورق وهذا الأمر أيضا سعت إليه كندا خلال السنوات الأخيرة حيث حدثت فيها نقاشات مهمة حول مسألة التوفيق بين العمل والأسرة، وقد رفعت أمام المحاكم الكندية قضية إمكانية طلب الموظفين ساعات عمل مرنة للتمكن من التوفيق بين حياتهم المهنية وحياتهم العائلية، وقد تحدثت أيضا عدة دراسات أجريت في كيبك الكندية عن المشكلات التي تحدثها بعض أوقات العمل كالعمل التناوبي، بحيث تكلمت عن صعوبة التوفيق بين العائلة والعمل تفسر بنقص في الوقت الذي يملكه الآباء مما يشكل صراع بين الأوقات التي يخصصونها للعمل وتلك التي يخصصونها أو يرغبون في تخصيصها لعائلاتهم ولممارسة الأنشطة الأخرى (السياسية، الاجتماعية، الثقافية)، وقد كشف نفس الباحث في كتابه "التوفيق بين العمل/العائلة والوقت الاجتماع" على أنه غالبا ما يقوم الأفراد باستبعاد الأنشطة الاجتماعية المرتبطة بالحياة المدنية والرياضية وغيرها من حياتهم اليومية، حيث يبدوون أولا بتأجيلها لوقت لاحق ثم ينتهي بهم الأمر إلى استبعادها نهائيا من حياتهم، وهذا ما لوحظ في نتائج الأبحاث التي أجريت على العاملين بنظام المناوبة في مختلف القطاعات (الشرطة، موظفات الخدمات الاجتماعية، موظفي قطاع التربية، موظفي قطاع الصحة، المحاميين)، حيث بينت أن صرامة أوقات العمل في المؤسسات يخلق صعوبات لدى الأولياء خاصة فئة النساء بسبب عدم تغير تقسيم العمل بين الرجال والنساء، مما يجعلهن يتحملن باستمرار معظم مسؤوليات الأسرة، بالتالي يتحملن عبئا مزدوجا. كما أشارت الدراسات أيضا الى أن الصراع بين أوقات العمل ومقدار الوقت الذي يريد الأفراد قضاءه مع عائلاتهم أو في القيام بأنشطة وقت الفراغ التي يحبونها يخلف آثارا سلبية على الموظفين مثل المشاكل الأسرية والشخصية ونقص الرضا الوظيفي ومشاكل الصحة الجسمية والضغط النفسية، كما يمتد أثرها السلبي إلى المؤسسة، حيث يؤثر على أرباب العمل (Diane, Tremblay, 2011)). وكل من

التكلفة الاقتصادية والغياب والخسائر الناتجة عن انخفاض الدافع وانخفاض المردودية بالإضافة لمقاومة التغيير والدوران وصعوبة جذب الموظفين المؤهلين والاحتفاظ بهم، وقد طرح هذا الموضوع في أعمال محاضرة (Board) بكندا (Diane, Tremblay, 2011).

عبرت كذلك نتائج الدراسات والأدبيات التي تناولت موضوع جودة الحياة في العمل عن تدني مستوياتها، لذلك فإن الحياة الوظيفية التي تعتبر أيضا أحد أبعاد جودة الحياة قد تتأثر بطبيعة العمل بالتناوب، فبالإضافة الى العزلة التي قد يعيشها عمال التناوب خاصة خلال النوبة الليلية، نجدهم كذلك عرضة للتحرش الجنسي والنفسي، فحسب ما أشارت اليه (Solignac, 2002) فإن المستشفيات والمراكز الصحية هي أماكن العمل التي يكثر فيها التحرش بشدة، والمضايقات نتيجة انعدام أو نقص الأمان والتغيرات التي تحدث في تنظيم العمل من ناحية أوقات العمل وفرق العمل وحجم المعاناة النفسية للمرضين بسبب الضغوط والصراعات التي يواجهونها، كذلك بينت الدراسات تزايد نسبة حوادث المرور من وإلى العمل في هذه الأوقات وتزايد نسبة حوادث العمل التي تسببها العوامل الفيزيولوجية مثل دين النوم والنعاس، والتي تؤدي بدورها للغياب وتناقص المردودية وانخفاض الرضا الوظيفي، كما أن التغيرات التي تصاحب الوتيرة البيولوجية خلال التعرض لتغيرات في تنظيم أوقات العمل تسبب مشاكل في الأداء خصوصا خلال التناوب الليلي، فقد بينت الأبحاث انخفاض السلامة المهنية ونقص اليقظة والانتباه مما يؤدي الى ارتكاب الأخطاء المهنية وحوادث حوادث العمل (Bjerner & al) وهذا ما توصلت اليه دراسة (Diane, Gold & al, 1992) التي أكدت أيضا على الارتباط بين العمل التناوبي وهذه الآثار عند فئة الممرضين.

إن مختلف المشاكل الصحية النفسية والجسدية منها والاجتماعية والعائلية والمهنية التي تعاني منها فئة الممرضين العاملين بنظام المناوبة تجعلنا نتساءل عن مستوى جودة حياتهم وما هو واقعه خصوصا لدى من يعمل في التناوب الذي يشمل التوقيت الليلي الذي كان

ولازال يشكل محطة نقاش متواصل للباحثين بسبب ضرورته من جهة وآثاره السلبية من جهة أخرى، فإذا كانت اغلب ابعاد جودة الحياة لدى الممرضين تتأثر بشكل سلبي فان هذا يدفعنا لافتراض أن مستويات جودة الحياة لديهم منخفضة، فبالرغم من العدد القليل من الدراسات خاصة الجزائرية منها التي تناولت جودة الحياة العامة لدى فئة الممرضين، الا أننا نجد عدة دراسات تناولت أبعادها بشكل منفصل أثبتت فيها ارتفاع مستويات الضغوط لدى الممرضين وسوء التوافق المهني ومختلف الآثار السلبية النفسية والفيزيولوجية، منها دراسة صامر وخلفان(2016) حول الآثار الفيزيولوجية والنفسية للعمل الليلي في صحة الممرضات بمستشفى ندير محمد بتيزي وزو وتوصلت نتائجها الى وجود تأثير سلبي للعمل الليلي في كل من الصحة الجسدية والنفسية والمهنية لدى الممرضين، وفي دراسة أخرى لآيت اسعد ومعروف(2016) حول تأثير العمل بالدوريات في الانتباه والنوم الليلي والتي بينت نتائجها تأثير العمل بالدوريات على الانتباه وكذلك التغيرات اليومية للانتباه لدى ممرضى الدورية الليلية وتأثيرها كذلك في مدة النوم لدى ممرضى دورية النهار، من جهة أخرى نجد دراسة حلي وخلفان(2016) حول الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين في المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو والتي توصلت نتائجها الى معاناة الممرضين من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي. ولعل هذه النتائج ونتائج دراسات أخرى عديدة صبت في نفس الموضوع تمثل اشارة واضحة لتراجع مستويات جودة الحياة لدى الممرضين، وما يمكن أن يعزز هذه الفرضية هو غلبة العنصر النسوي في قطاع الصحة والتمريض خصوصا الذي يمكن أن يكون له دور في تدني هذه المستويات بالنظر لتعدد أدوارها وطبيعة تكوينها النفسي والجسدي، وهذا ما يجعلنا نتساءل عن مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات وذلك بطرح مجموعة من التساؤلات التي نهدف من خلالها الى التقصي عن الموضوع ومنها ما يلي:

ما هو واقع جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو؟

كما نطرح مجموعة من التساؤلات الجزئية المتمثلة في:

1- ما هو واقع جودة الحياة في بعد الصحة الجسدية لدى الممرضين العاملين بنظام

المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو ؟

2- ما هو واقع جودة الحياة في بعد الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة

في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو ؟

3- ما هو واقع جودة الحياة في بعد الحياة الاجتماعية لدى الممرضين العاملين بنظام

المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو ؟

4- ما هو واقع جودة الحياة في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ لدى الممرضين العاملين

بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو ؟

5- ما هو واقع جودة الحياة في بعد الحياة الوظيفية لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة

في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو ؟

6- هل توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في

بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى للمتغيرات الديمغرافية

والاجتماعية والمهنية(الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الاقدمية، فترة التناوب، اختيار فترة

التناوب)؟

2- فرضيات البحث:

2-1 الفرضية العامة الأولى:

مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض.

## 2-2-1 الفرضيات الجزئية:

**الفرضية الجزئية (01):** مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الصحة الجسدية.

**الفرضية الجزئية (02):** مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الصحة النفسية.

**الفرضية الجزئية (03):** مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الحياة الاجتماعية.

**الفرضية الجزئية (04):** مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ.

**الفرضية الجزئية (05):** مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الحياة الوظيفية.

## 2-2 الفرضية العامة الثانية:

توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى للمتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والمهنية.

**الفرضية الجزئية(01):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير الجنس.

**الفرضية الجزئية(02):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير السن.

**الفرضية الجزئية(03):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

**الفرضية الجزئية(04):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير الأقدمية في العمل.

**الفرضية الجزئية(05):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير فترة التناوب.

**الفرضية الجزئية(06):** توجد فروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو تعزى لمتغير اختيار فترات التناوب.

**3- أهمية البحث:**

يعتبر موضوع جودة الحياة من أهم المواضيع المتداولة حالياً، وقد كثرت فيه الدراسات خاصة فيما يتعلق بالقطاع الصحي، تحديداً عند المرضى الذين تحرص الجهات المسؤولة والباحثون على تقييم صحتهم أو استجابتهم للرعاية الصحية من خلال تقييم جودة حياتهم، لكن بالمقابل فإن فئة الممرضين التي تقدم الرعاية الصحية لم نجد الكثير من الدراسات التي تتكلم عن جودة حياتهم بالرغم من كونها تعاني نفسياً وجسدياً واجتماعياً وهي بدورها بحاجة للدعم وذلك من خلال البحث عن معاناتها ومحاولة فهمها عن طريق إجراء دراسات حول جودة حياتها بمختلف أبعادها لاكتشاف معلومات ومتغيرات جديدة لها علاقة بجودة الحياة لإثراء هذا الموضوع خاصة فيما يخص الجانب المهني منه، ومحاولة الاستفادة من نتائج البحث ميدانياً من خلال الاستعانة بالمعلومات الواردة في هذا البحث لمحاولة إيجاد الحلول للمشاكل التي تواجه الممرضين والتي يمكن أن تحسن من جودة حياتهم.

**4- أهداف البحث:**

تكمّن أهداف البحث فيما يلي:

- التعرف على مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو وذلك من خلال أبعاد جودة الحياة التي يمكن أن تتأثر بالعمل بالتناوب.
- تحديد الفروق في مستويات جودة الحياة لدى أفراد العينة حسب متغيرات الجنس، السن الحالة الاجتماعية، الأقدمية، توقيت المناوبة، اختيار أوقات العمل.
- البحث عن موضوع جودة الحياة من زاوية مختلفة وذلك بربطها بالعمل بالتناوب وبفئة بحثية جديدة وهي الممرضين.

## 5- تحديد المفاهيم اجرائيا:

**5-1 المفهوم الاجرائي لجودة الحياة:** جودة الحياة هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد العامل في مهنة التمريض (ممرض وممرضة) في كل من المؤسسات الصحية التالية (المستشفى الجامعي "ندير محمد"، مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت"، المستشفى العمومي دائرة أزفون، مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون، مستشفى بالوا، مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة) من خلال اجابته على استبيان جودة الحياة الذي قامت الباحثة بتصميمه والمكون من خمسة أبعاد هي (الصحة الجسدية، الصحة النفسية، الحياة الاجتماعية، ممارسة أنشطة وقت الفراغ، الحياة الوظيفية) وفق البدائل التالية: (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) وفق التدرج الخماسي لسلم ليكرت المنقط من (1-5)، وكذلك هي الادراك الايجابي للواقع الصحي والاجتماعي والمهني.

**5-2 المفهوم الاجرائي للعمل بالتناوب:** هو العمل الذي يتم فيه تناوب الممرضين على تقديم الخدمات الصحية التمريضية وفق تناوب الفترة الليلية، تناوب الفترة الصباحية، تناوب 24 ساعة في كل من المستشفى الجامعي "ندير محمد"، مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت"، المستشفى العمومي دائرة أزفون، مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون، مستشفى بالوا، مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة.

**5-3 المفهوم الاجرائي للممرض(ة):** هو الفرد المسؤول عن تقديم الرعاية التمريضية في كل من المؤسسات التالية: (المستشفى الجامعي "ندير محمد"، مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت"، المستشفى العمومي دائرة أزفون، مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون، مستشفى بالوا، مركز الصحة الجوارية دراع

بن خدة). والحائز على شهادة ممرض(ة) معترف بها في القانون الجزائري والذي يشتغل بنظام عمل تناوبي(نهاري، ليلي، 24 ساعة).

#### 6- الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات التي تناولت موضوع جودة الحياة بجوانبه المختلفة، وحسب الأدبيات فإن الكثير منها أجرى في مجال الطب وعلم النفس، ولوحظ أيضا اهتمام كبير بالدراسات التي تتعلق بجودة الحياة في العمل، أما فيما يخص موضوع دراستنا المتعلق بجودة الحياة عند عمال التناوب في مجال التمريض فهناك نقص كبير فيها، لذلك ارتأينا إلى عرض الدراسات التي تعلقت بالعمل التناوبي وبكل بعد من ابعاد جودة الحياة على حدى.

#### 1- الدراسات العربية:

##### دراسة (1999) F Debbabi & al :

هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير العمل الليلي في الصحة والحياة الاجتماعية لدى عينة تقدر ب(118) عامل في مستشفى مدينة سوس التونسية، تم استخدام استبيان موحد للحصول على المعطيات وتم الوصول إلى مجموعة من النتائج منها، وجود صعوبات نوم معتبرة ومرتفعة عند عمال الدورية الليلية مقارنة بعمال النهار مع وجود شكاوي حول الجهاز الهضمي عند (38.2%) عند العاملين ليلا مقابل (23.8%) منها عند العاملين نهارا، وجود اضطرابات نفسية وعصبية، اضطرابات الذاكرة، القلق، الاكتئاب في العمل، التعب العقلي عند (76.3%) من عمال الفترة الليلية و(31.7%) عند عمال النهار (Debbabi, chatti, Magroum , Maalel, Mahjoub, Mrizak.1999).

دراسة شلويح الحربي (2001):

هدفت الدراسة الى البحث عن اثر نظام الدوريات على أداء الموظف لعمله، من حيث وقت الدورية صباحا او مساء أو ليلا ومحاولة الكشف عن الجوانب الإيجابية والسلبية لهذا النظام عند عمال جمارك الميناء واستعمل فيها المنهج المسحي، واعتمد على الاستبيان كأداة للدراسة، وتوصلت إلى عدة نتائج منها أن لنظام العمل بالدوريات خاصة الليلية تأثيرا على حياة الموظف، حيث تظهر بعض العوارض الصحية عليه، خاصة اضطرابات النوم بنسبة (67.4%) من إجمالي أفراد العينة كما بينت أن نظام الدوريات المعمول به يقلل من أداء الموظف العامل به حسب ما صرح به (49.7%) من إجمالي أفراد العينة، كما بينت أن معظم الموظفين (74.4%) يفضلون تثبيت الدورية على دورانها وتقليل ساعات العمل إلى 6 ساعات.

دراسة على عبد الله صالح العقل (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع العمالة التمريضية واتجاهاتها نحو العمل في المستشفى العسكري بالرياض والهدا في السعودية، أجريت الدراسة على عينة تقدر ب(207) ممرض وممرضة يمثلون نسبة (33.7%) من المجتمع الاصلي تم استخدام استبيان يتكون من (108) بندا حول ابعاد الموضوع، وتوصلت إلى عدة نتائج اهمها، وجود عدم احساس بالرضا بهذه المهنة لدى الممرضين والممرضات بمتوسط قدره (2.98) من (5) نقاط وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغيرات الجنس والأقدمية الوظيفية، المستوى التعليمي، اتجاهات الممرضين والممرضات نحو مهنة التمريض، وفيما يخص أسباب الالتحاق بهذه المهنة فارجع السبب لكونها مهنة إنسانية والرغبة في ممارسة المهنة(العقل،2003) .

## دراسة لعريط بشير (2007):

هدفت الدراسة الى الكشف عن بعض انعكاسات العمل التناوبي عند (30) عامل في قطاع السكة الحديدية ببسكرة والذين تتراوح أعمارهم ما بين (32-55) وأقدمية عمل (4-32 سنة) ممن يعملون تحت نظام المناوبة (3-8) واستخدمت قائمة كورنيل للنواحي العصبية والسيكوماتية من تعريب واعداد ابو النيل (2005)، بالإضافة لمقياس اضطراب النوم من اعداد عبد الحميد عبدوني، سليمة سايحي، ساعد صباح وتوصل إلى وجود اضطرابات النوم عند العمال، وكانت أكبر نسبة لبعد الأرق بحوالي (30.22%) ثم يليه بعد فرط النوم بنسبة (19.47%) ثم بعد اضطراب جدول النوم واليقظة نسبة ب(17.64%) وفي أكثر الامراض السيكوماتية انتشارا لديهم هي أمراض الجهاز التنفسي ب(27.25%) وتليها أمراض القلب والاعوية الدموية (16.80%) والجهاز الهضمي (16.18%) الجهاز العصبي (15.98%) ثم التعب ب(19.26%) ثم تكرار المرض (4.50%) (لعريط، 2007).

## دراسة (2012) W.Bourghattas ,O.El Maalel&amp;al :

أجريت الدراسة سنة 2012 في تونس على مجموعتين الأولى ثابتة في العمل نهارا وتكونت من (50) ممرضة والثانية ثابتة في العمل ليلا وتكونت من (50) ممرضة، واستخدم لجمع البيانات مقياس جودة النوم ومؤشر النعاس ومقياسا لجودة الحياة، ومقياسا آخر لدراسة قدرات الانتباه، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر العمل الليلي على جودة النوم وجودة الحياة واليقظة لدى الممرضات، وتوصلت إلى وجود ارتباط دال بين جودة النوم ومتغيرات السن، المصلحة توقيت العمل، اختيار توقيت العمل وتوصلت الى عدم وجود ارتباط بين العمل الليلي والنعاس خلال فترة النهار، ارتباط النعاس بكل من الجنس، السن، مسافة الطريق من مقر العمل إلى البيت، كما بينت نتائجها ارتباط وقت الاستجابة لمختلف

المهام التي تستعمل ميكانيزمات الانتباه ونسبة ارتكاب الخطأ بالعمل الليلي وتسجيل مستويات أفضل في جودة الحياة عند الممرضات العاملات نهارا مقارنة باللواتي يعملن ليلا كما بينت أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الجسدية بين الممرضات العاملات ليلا والعاملات نهارا وتوصلت في الأخير الى نتيجة مفادها تأثر الخدمات الصحية التي يقدمها الممرضين نتيجة تأثر جودة حياتهم (Bourghattas, ElMaalel, Bechikh, Maoua, Kalboussi, Chatti, Debbabi, Doggui, Mrizak, 2012)

### دراسة عزاوي جيلالي 2014 :

أجريت الدراسة على عينة من (211) عامل في الحماية المدنية في ولاية بأدرار بالجزائر وهدفت الدراسة الى البحث عن علاقة نظام العمل بالمناوبة بالضغط المهني لدى هذه الفئة وتوصلت النتائج الى اثبات وجود علاقة بين نظام العمل بالمناوبة والضغط المهني، كما توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغيرات السن، الحالة العائلية، الرتبة والأقدمية المهنية في مستويات الاستجابة للضغط المهني في إطار العمل بالمناوبة لدى عمال الحماية المدنية(عزاوي، 2014).

### دراسة آية فواز عقل (2014):

أجريت هذه الدراسة في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة نابلس الفلسطينية، على عينة تقدر ب(471) ممرضة، وهدفت إلى التعرف على المعوقات التي تواجه عمل الممرضات واستعمل لجمع البيانات استبيان يحتوى على أبعاد تتعلق بمختلف الصعوبات التي تواجه الممرضين وأسفرت النتائج على وجود شعور بالتمييز في المعاملة بين هذه الممرضات وزملائهن الرجال، كما توصلت أيضا إلى ان هناك صرامة في تطبيق القوانين في المستشفيات الخاصة، كما كشفت أيضا عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الصعوبات تعزى لمتغير الأقدمية ( عقل، 2014).

## دراسة متعب حمود الزهراني (2014):

تم اجراء الدراسة في المستشفيات العسكرية بالرياض السعودية على عينة من (153) ممرض وممرضة، هدفت الى معرفة الفروق في أبعاد الضغوط الحياتية والاكنتاب الاكلينيكي بين الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات العسكرية، واستعمل كأداة للدراسة كل من مقياس الضغوط الحياتية لسيد فهمي علي، ومقياس الاكنتاب الاكلينيكي، وأسفرت النتائج على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات مجموع الضغوط الأسرية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، وأثبتت أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مجموع الضغوط المهنية والاسرية تبعا لمتغير السن لصالح فئات العمر (20-25 سنة) و(32 سنة فأكثر)، كما تبين أيضا وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية لأبعاد الضغوط الحياتية والمهنية والصحة النفسية والاكنتاب الاكلينيكي لدى الممرضات والممرضين (الزهراني، 2014).

## 6-2 الدراسات الأجنبية:

## دراسة موريس ومونتال (1965):

قام "موريس" و"مونتال" بدراسة أثر نظام العمل التناوبي على العامل، وخرجا بنتيجة مفادها أن العمل بالليل مغاير لفيزيونومية جسم العامل العادية وأن الليل أحسن وقت للراحة، وفي خطوة أخرى أشرف الباحثان على عدد من الدراسات الأخرى في بعض المؤسسات الصناعية لثلاث دول اسكندنافية هي السويد، النرويج والدانمارك واستمرت ل(06) سنوات وتوصلت نتائجها الى أن (18%) من عمال اليوم العادي يعانون من قلة النوم ويعيشون في ظروف منزلية سيئة وأن (75%) من عمال المناوبة (2\*8) يعانون من قلة النوم ويعيشون في ظروف منزلية سيئة و(97%) من عمال المناوبة (3\*8) يعانون من اضطرابات النوم بالرغم أنهم يعيشون في ظل ظروف منزلية جيدة.

في دراسة أخرى لنفس الباحثان تناولت أثر العمل بالمناوبة على اضطرابات الجهاز الهضمي والاضطرابات النفسية على مجموعة من العمال بينت نتائجها أن (37%) من العمال في المناوبة (2\*8) مصابين بالاضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي، بينما أصيب (44%) منهم من العاملين في المناوبة (3\*8)، كما توصل الباحثان إلى أن الاضطرابات النفسية تتزايد أعراضها لدى عمال المناوبة الذين عملوا وفق هذا النظام منذ أربع سنوات، وتقل لدى العمال الذين عملوا في إطار نظام العمل بالمناوبة من 05 إلى 15 سنة وقد أرجعوا ذلك إلى تكيف العمال مع هذا النمط من العمل.

#### دراسة " كينان " (1981):

أجريت هذه الدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من العمال الذين يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة (3\*8) في مصنع للأدوية ومن النتائج المتوصل إليها أن نسبة (85%) من العينة تعاني من القلق، كما أن نفس النسبة منهم لديها نظرة سوداوية للحياة وقد فسّر الباحث ذلك بالتغير المستمر للظروف الفيزيائية أثناء أداء العمل والذي يساهم في انخفاض فعالية الوظائف العضوية المختلفة كالجهاز الهضمي الذي يفشل في أداء وظائفه المعتادة بسبب قلة تدفق كمية الدم التي تصله (العريط، 2007).

#### دراسة (Folkard&al(1985):

هدفت الدراسة إلى معرفة الآثار الناجمة عن العمل التناوبي وتوصلت النتائج إلى أن عمال عمال المناوبة يشكون من سرعة التعب والإرهاق وضعف الطاقة اللازمة لأداء العمل وآلام في الظهر، إضافة إلى بعض مؤشرات اضطراب النوم خاصة منها صعوبة الاستيقاظ في كل فترات النوم، بالإضافة إلى قلة التركيز الواضحة وبشكل ملموس في أداء العمال.

تتفق نتائج هذه الدراسة تتفق إلى حد بعيد مع أعراض الاكتئاب العضوية التي تعتبر من أكثر الأعراض شيوعاً وأكثرها خداعاً، فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعاً مستتراً في شكل الشكاوي الدالة على سرعة التعب والإرهاق وضعف الطاقة والآلام المختلفة في أنحاء الجسم دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك، ومن الشكاوي الجسمية المميزة للاكتئاب اضطراب النوم ومنها أيضاً اضطرابات الشهية، كفقدان الشهية وعدم التلذذ بالطعام وفقدان الوزن، ومنها أيضاً الشكاوي من الصداع وآلام المعدة إضافة إلى فقدان الرغبة الجنسية والعزوف عنها.

#### دراسة (1988) "Lankry.A" :

أجريت هذه الدراسة في فرنسا على عينة من (1700) عامل يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة وهدفت إلى الكشف عن أهم الاستجابات النفسية للضغط الناتج عن خصائص النظام التناوبي وتوصلت إلى مجموعة من النتائج، منها شعور العمال بصعوبة النوم والتعب الذهني والخوف الدائم والإحباط وعدم القدرة على التركيز كما اتسم سلوكهم بالعدوانية وتوصلت كذلك لوجود مجموعة أخرى من الاستجابات النفسية منها التشاؤم وعدم الاستمتاع بالحياة، صعوبة اتخاذ القرارات، الخوف من فقدان الوعي، الخوف من الموت، الخوف من الفشل ومن الآخرين، عدم القدرة على تحقيق الرغبات.

هذه الدراسة سلطت الضوء على أهم الاستجابات النفسية للضغط الناتج عن نظام العمل بالمناوبة، والتي يمكننا اعتبارها أيضاً كإشارات إنذار على حدوث إجهاد نفسي (أورد في: لعريط، 2007).

## دراسة (2017) Owana manga &amp;al :

أجريت هذه الدراسة في Douala في الكامرون في 09 صيدليات في القطاع الخاص تعمل على مدار 24 ساعة على عينة من (61) مشارك قدرت نسبتهم ب(50%) من المشاركين المتطوعين في كل صيدلية، والذين تتراوح أعمارهم بين 33-59 سنة، تم دراسة الخصائص الفردية، ظروف العمل وتأثير العمل الليلي على الحياة الاجتماعية، وتوصلت النتائج الى أن(68.9%) المشاركين يشربون القهوة و(42.%) و(42.6%) يشكون من اضطرابات النوم و(86.8%) منهم يشكون من علاقات اجتماعية مضطربة و(52.5%) من الزوج من الشبكة الاجتماعية (42.6%) (Manga, Mandengue , Fouda, Nga , Minlang Bida, V deli, E pondo, 2017).

## دراسة (2004) Jansen Nwh&amp;al :

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن علاقة اتجاه دوران نوبات العمل الثلاث(صباح، مساء، ليل) بكل من الصحة النفسية والصراع بين العمل والأسرة، أجريت هذه الدراسة في (45) شركة مختلفة في جنوب Netherlands وذلك خلال مدة 32 شهرا، وتمثلت هذه العينة في(776) عامل بالتناوب، (95) منهم في نوبة عمل ذات اتجاه دوران نحو الأمام و(681) عامل في اتجاه دوران عكسي، كلهم من مجتمع إحصائي قدر ب(12140)، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كان اتجاه دوران نوبات العمل الثلاث له علاقة بالتعب وجودة النوم والحاجة للراحة والاسترجاع والصراع عمل/عائلة ووقت الفراغ لدى عمال النوبات الثلاث وتوصلت النتائج الى وجود ارتباط بين التناوب العكسي وزيادة الحاجة للراحة، وضعف الصحة العامة مقارنة بالتناوب الذي يكون اتجاهه إلى الأمام والى أن تعديل خصائص محيط العمل لا يحدث تغييرا في الارتباطات السابقة، كما توصلت كذلك الى وجود ارتباط بين التناوب ذو اتجاه دوران نحو الأمام بالصراع عمل/عائلة أقل وجودة نوم

أحسن، والى وجود مستويات مرتفعة من التعب والحاجة للاسترجاع بالإضافة لجودة نوم سيئة وصحة عامة سيئة وانتهت الدراسة إلى توصية بضرورة تحسين طرق تنظيم العمل، كما حثت على إجراء دراسات على أشكال التناوب المتنوعة والكثيرة.

#### دراسة (2005) Diane boivin&al:

تم في هذه الدراسة قياس فعالية تدخل لمراقبة التعرض ل الضوء/ الظلام بشكل يعزز تكيف الساعة البيولوجية للعمل الليلي، تم إصدار تعليمات بالتعرض بشكل متقطع إلى ضوء أبيض حي، كامل الطيف (Plein Spectre) بمقدار (202000x) خلال 06 ساعات الأولى من نوبة العمل ب 8 سا، وطلب منهم حماية انفسهم من اشعة الشمس صباحا وذلك باستعمال زجاج مطلي بلون رمادي محايد (انتقال بصري للإضاءة 15%) والحفاظ على حلقات منتظمة من النوم في ظلام في غرفة مظلمة جدا، ويجب ان تبدأ هذه الحلقات بعد ساعتين من انتهاء النوبة الليلية ثم مراقبة العمال ودراساتهم وقد اظهرت الاجراءات بعد (12) نوبة عمل على مدار (03) اسابيع تباين كبير في وقت ظهور الكورتيزول، فضلا عن تعديل الوتيرة إلى توقيت العمل الليلي (Diane, Françoise, casademont, 2005).

#### دراسة (2007) Adam&al:

أجريت هذه الدراسة في فرنسا وألمانيا على عينة (1470) عامل ألماني و(1231) عامل فرنسي وهدفت الى دراسة تأثير ساعات العمل الليلي على جودة النوم، اليقظة وجودة الحياة وللحصول على البيانات تم استعمال استبيان اجتماعي مهني واستبيان Pittsburgh حول جودة النوم، سلم اليقظة Epreoorth واستبيان Horne& aslberg حول الوتيرة واستبيان SF12 لجودة الحياة، تم توزيعهم إلى (04) فرق، العاملون نهارا بساعات ثابتة، عمال النهار ساعات التناوب (8×2) العمال الليلين وتوصلت النتائج إلى أن اضطرابات النوم تمس أكثر من 1/2 من العمال، اضطرابات اليقظة تمس 1/4 من العمال،

عمال الليل وعمال النهار مكيفون مع وتيرة العمل، مع جودة نوم وأقل اضطرابات وعمال التناوب الليلي لديهم أقل جودة حياة جسدية مقارنة بعمال التناوب النهاري، كما توصلت الى وجود ارتباط بين درجات نوعية النوم واليقظة وجودة الحياة (Adam, Courtriat, Vespignani, Emser, Hannarth, 2007).

### دراسة (2007) Fournier:

أجريت هذه الدراسة في كندا، وهدفت إلى تحديد أثر العمل التناوبي المتغير على القلق النفسي للعمال، وعن مدى وجود ارتباط أكبر بين هذا النوع من العمل والقلق النفسي أكثر من غيره وتمت صياغة الفرضيات بالاعتماد على معطيات مأخوذة من الأرشيف المتعلق بإحصائيات من 2000 إلى 2003 للبحث الوطني حول الصحة والمجتمع بكندا وتوصلت النتائج إلى ان هذا النوع من العمل ليس اكثر تأثيرا على القلق النفسي، وبخصوص تغيير أوقات العمل تبين أن ليس لها تأثير على القلق النفسي، لكن بالمقابل أظهرت أن تعرض العامل للتناوب المتغير لشكل مطول يخلق لديه قلق نفسي أكثر مقارنة بالذي كان عنده في اول مزاولته لهذا النوع، بالإضافة لما سبق أشارت النتائج لعدم وجود أثر معدل لكل من الرقابة والدعم الاجتماعي من داخل أو خارج المنظمة على أوقات العمل بالتناوب المتغير والقلق النفسي، لكن تبين أن لها أثرا مباشرا على القلق النفسي (Fournier, 2007).

### دراسة (2009) Owantélé:

أجريت الدراسة في كندا سنة 2009، هدفت الى دراسة التفسير الاجتماعي (الصراع عمل (عائلته) وربطه العمل بالتناوب والصحة النفسية والبحث عما اذا كان الصراع عمل/ عائلة يتدخل في العلاقة بين العمل بالتناوب والصحة النفسية؟ تمت الاستعانة بمعطيات حول الموضوع تعود لسنة 1996، واستعمل لجمع البيانات سلم الصحة النفسية للباحثة

SylvieSt.onge بالإضافة إلى استبيان يتعلق بالضغوط المرتبطة بالعمل والعائلة، وشملت العينة (1306) فرد من بينهم (76%) نساء، متوسط اعمارهن (40) سنة، تتراوح نسبة المتزوجات منهن ب 85% ولدى 52% منهن اكثر من طفلين وكشفت النتائج عن الأثر السلبي للعمل التناوبي على الصراع عمل(عائلة)، كما اثبتت التأثير السلبي للصراع عمل/عائلة على الصحة النفسية، وتم تأكيد لعب صراع عمل/عائلة دورا وسيطا في العلاقة بين العمل بالتناوب والصحة النفسية(Gwenaelle, 2009).

### دراسة (2013) Alfredsson & al:

أجريت هذه الدراسة في ستوكهولم بالسويد على عينة من (4036) امرأة عاملة بنظام العمل التناوبي في مختلف القطاعات وهدفت إلى معرفة ما إذا كان العمل التناوبي المتضمن العمل الليلي أو الذي لا يتضمنه مرتبط بخطر الإصابة بسرطان الثدي الاستعانة بمعطيات مأخوذة من دراسات أخرى، اما المعلومات حول الخصائص الاساسية فتم جمعها من الاستبيانات ومن الفحص المهني، وبيانات حول حدوث السرطان من البداية والمتابعة تم الحصول عليها من الملف الوطني للسرطان، وتوصلت الدراسة إلى أن (94) امرأة مصابة بسرطان الثدي خلال (14.4 سنة)، وبلغت نسبة خطر السرطان ب (1.23%) في العمل التناوبي بدون العمل الليلي، ونسبة (22%) في العمل التناوبي المتضمن العمل الليلي وبالتركيز على النساء الأقل من (60 سنة) فقد كانت نسبتهن (1.18%) في العمل التناوبي دون العمل الليلي و(2.15%) للعمل التناوبي المتضمن للعمل الليلي وبينت نتائج هذه الدراسة تزايد خطر الاصابة في العمل التناوبي خصوصا للعمل الليلي (knustsson,alfredsson,karlsson,akerstedt ,fransson ,westerholn,westerlund, ).(2013).

## دراسة (2014)coté:

دراسة حالة لمرضات في المركز الصحي والخدمات الاجتماعية ب كيبك بكندا (2014) وهدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل التي تسبب اتخاذ قرار ترك العمل لدى المرضات وتوصلت إلى نتائج أهمها: أن من بين أهم الأسباب التي تجعل المرضات يتخذن قرار ترك العمل هي عدم الاستقرار وعدم القدرة على التوفيق بين العمل والمسؤوليات العائلية، حيث يجدن أنفسهن يعملن بأوقات غير ملائمة لهذه المسؤوليات، وهذا الأمر صعب جدا بالنسبة لهن، خصوصا بالنسبة لذوات الخبرة الصغيرة، واللاتي لا يجدن مرونة في أوقات العمل ويشعرن بالعجز إزاء هذا الوضع، فيبادرن إلى قرار ترك العمل، أو وضعهن أمام قرارين حتميين وهما التخلي عن العمل أو التخلي عن الحياة الاجتماعية وبينت النتائج أن البعض الآخر قرار ترك العمل يأتي بعد التعرض لمشاكل صحية بسبب وتيرة العمل، وظهرت أن لسن مستعدات للبقاء في العمل مقابل دفع أي ثمن مثل الصحة أو الاستقرار العائلي (Cote,2014)

## دراسة (2010)knustsson:

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة كل الأدبيات المنشورة المرتبطة بالعمل التناوبي والاضطرابات الهضمية، وتم فيها الاعتماد على مقالات نشرت خلال الفترة من 1966 إلى 2009 وتوصلت إلى ان هناك (20) دراسة ومن بين كل (06) دراسات تظهر (4) منها وجود علاقة دالة احصائيا بين العمل التناوبي وأعراض اضطرابات الجهاز الهضمي و(05) دراسات من كل (06) ذكرت علاقة بين العمل التناوبي والقرحة الهضمية، ودراستين من (03) تبين ارتباط العمل التناوبي وامراض الجهاز الهضمي الوظيفية، وقليل جدا منها التي تدرس الأمراض المعدية والمريئية وامراض الأمعاء الالتهابية المزمنة أو سرطانات الجهاز

الهضمي، وخلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن العمل التناوبي يزيد من خطر الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي (Knutsson,2010).

### دراسة (Biléosantos & al(2014):

تم الاعتماد على معطيات وبيانات دراسة سابقة وتحليلها ل11 مقال علمي يتضمن دراسات حول تأثير العمل الليلي على حياة الممرضين وكذلك حول تأثير العمل الليلي على حياة الممرضين وكذلك تم الاعتماد على مقالات في الطب، وتم الاعتماد على 81 مرجع علمي موثق، 11 منها مقالات منشورة خلال الفترة (2003-2012) وبعد قراءات معمقة وتحليل للبيانات توصلت النتائج الى تأثير العمل الليلي في مختلف أبعاد حياة الممرضين وأكبر تأثير ظهر على النوم، بعدها التعب ونقص في التركيز والقدرات الجسمية، وارتفاع نسبة الاخطاء المهنية وحدوث حوادث، كما ظهر تأثير على المستوى الصحي حيث تبين وجود تأثير واضح على الصحة النفسية بوجود نسب من القلق والاكتئاب، وايضا في مستوى الصحة الجسدية اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي، وتبنى عادات غذائية سلوكية سيئة التي يمكن أن تسبب السمنة وداء السكري، كما بين تحليل البيانات أن العاملين ليلا يعانون من نقص في وقت الفراغ لممارسة أنشطة او هوايات بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية، وظهر تأثير سلبي للعمل الليلي على جودة حياة الممرضين، بالمقابل اظهرت دراسة واحدة ل(Silva (2011 أن العمل الليلي وسيلة تسمح للفرد بقضاء الوقت مع عائلته نهارا(Ferreira, Santos, 2014).

### دراسة (Reis & al(2015):

أجريت هذه الدراسة في البرازيل وهدفت الى الكشف عن تأثير العمل الليلي على حياة الممرضين ولجمع البيانات تم الاعتماد على(10) مقالات علمية تناولت دراسات لتأثير العمل الليلي على حياة الممرضين، خلال فترات زمنية (03 دراسات (2010)، (03

دراسات (2011)، 03 دراسات (2009)، ودراسة واحدة (2012)، وتوصلت الدراسة إلى وجود عدة آثار لهذا التنظيم اضطرابات الغدد الصماء، اضطرابات هضمية، وضعيات عمل غير مريحة، ارتفاع ضغط الدم، زيادة مستويات الكولسترول في الدم، الإجهاد، تغير نوعية النوم، التعب غياب الترفيه مع العائلة، وأفراد المجتمع، العزلة والاكنتاب وختمت بتوصيات تتضمن الاهتمام بصحة الممرضين وتحديد مهامهم والعمل للحد من المخاطر التي يواجهونها وترقية عمل الممرضة (Reis,Braga,2015).

### دراسة (2016)Freire:

تمت الدراسة في مؤسسة استشفائيه خاصة ب Sahador بالبرازيل على (125) ممرض وهدفت إلى تحليل جودة حياة الممرضين العاملين في المستشفيات وتم الاعتماد على بيانات كمية، تم جمعها بالاعتماد على مقاييس جودة الحياة -Whoqol (Bref) واستبيانات أخرى للتعرف على خصائص العينة، توصلت النتائج إلى وجود مستوى جيد لجودة حياة الممرضين بنسبة (72%)، تبين أيضا أن هناك مستوى جودة حياة أقل ويتمثل في (64%) في قسم الاستعجالات مقارنة بنسبة (69%) في قسم العناية المركزة وتوصلت كذلك إلى أن الممرضين لديهم مستوى جودة حياة جيد (Freire,Alves,Santos, 2016).

### دراسة (2016)Ornelas&al:

أجريت هذه الدراسة بمنطقة Minas Gerois شمال البرازيل على عينة من (155) طبيب تتراوح أعمارهم بين 24-73 سنة ويعملون في المراكز الصحية بالمنطقة، واستعمل فيها استبيان للتعرف على بعض من خصائص العينة كالأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والتكوين والمنصب لمشغول، كما استعمل مقياس جودة الحياة المختصر، وأسفرت النتائج على وجود مستوى جودة الحياة مرتفع عند البعد الجسدي ثم يليه البعد النفسي بعده العلاقات

الاجتماعية واخيرا جاء البعد البيئي في المرتبة الأخيرة، وتوصلت ايضا إلى ان هناك تأثيرا لكل من الحالة الاجتماعية والجامعة المرتادة والمدينة التي يعمل فيها وساعات العمل في نوعية حياة الاطباء (ornelas &al, 2016).

### دراسة (Xia yuan&al(2018):

هدفت الدراسة الى الكشف عن علاقة العمل التناوبي بالإصابة بالسرطان عند النساء وقد نشرت نتائجها في مجلة *Biomarkers&reventions Cancer epidemiology* والتي بينت أن هناك ارتباط بين العمل الليلي لمدة طويلة وارتفاع خطر الإصابة ب(11) نوع سرطان لدى المرأة، ومن بينها سرطان الثدي وسرطان الجلد، ركزت الدراسة على (61) دراسة عالمية تشمل (3.909.152) امرأة تعيش في أوروبا، الولايات المتحدة الأمريكية، أستراليا، آسيا، وتوصلت إلى ان النساء العاملات ليلا مثل الممرضات لديهن نسبة (19%) خطر إضافي للتعرض لسرطان مقارنة بالآخرين، كما بينت وجود ارتباط بين العمل الليلي على المدى الطويل و(11) نوع سرطان لدى المرأة، ومن بينها سرطان الثدي، ولاحظ الباحثون أن هذه الفئة تعاني من خطر متزايد للإصابة بالسرطانات بنسبة (41%) سرطان الجلد، (32%) سرطان الثدي، (18%) سرطان الجهاز الهضمي، مقارنة بغيرهن اللواتي لا يعملن ليلا وبينت الدراسة كذلك تزايد خطر الإصابة بسرطان الثدي بنسبة (3.3%) كل خمسة سنوات إضافية من العمل الليلي، كما أظهرت أيضا أن النساء العاملات ليلا في أمريكا الشمالية وأوروبا لديهن أكبر نسبة خطر وفسر هذا بارتفاع الهرمونات الجسمية لديهن والتي تربط بسرطانات الهرمونات مثل سرطان الثدي (Wang,Wei Du,Ma,2018).

### دراسة المعهد الوطني الفرنسي للمرضين (2018):

أجريت الدراسة في (17) مركز استشفائي متواجد جنوب فرنسا وهدفت الى الكشف عن الاكتئاب والاجهاد المهني وعدم الارتياح والتعب والعوامل المسببة له لدى فئة

المرضى، واستخدم فيها استبيان مكون من (25) سؤال، شملت عينة الدراسة (18653) ممرض وممرضة، تتراوح أعمارهم بين 21 سنة و 60 سنة وتوصلت الدراسة الى (25%) من أفراد العينة يشعرون بالقلق والاكتئاب و(48.81%) منهم يشعرون بالتعب و(63%) من أفراد العينة يشعرون بالإجهاد، كما أكد (79%) من الممرضين أن عبء العمل يسبب التعب لديهم، وصرح(57.46%) منهم أن من أسباب التعب عندهم العنف والعدائية في العمل وبينت كذلك النتائج أكثر من(50%) من الممرضين أجابوا أن أوقات العمل تؤثر على حياتهم العائلية وعلى صحتهم [www.actusion.com](http://www.actusion.com)

نستنتج من الدراسات السابقة أن العمل بالتناوب بمختلف أنواعه يؤثر بشكل سلبي على الصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للعمال الذين يمارسونه، وبالرغم من تعدد البيئات التي أجريت فيها هذه الدراسات واختلاف الثقافات إلا أن ما لوحظ فيها هو اشتراك النتائج في الاتجاه نحو المنحى السلبي، ولعل ما يمكن الإشارة إليه هو أنها لم تراعى الجانب الذاتي لجودة الحياة لدى الأشخاص حيث لم يتم البحث عن الأمور التي تشكل جودة الحياة بالنسبة لهم، فقد تكون المواضيع التي تم قياسها لا علاقة لها بمفهوم جودة الحياة عندهم، كون هذا المفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر، كما لم تبين الخصائص السيكومترية لأدوات القياس ومدى صلاحيتها في البيئة التي تم القياس فيها، ولم تشر هذه الدراسات الى أهمية البحث عن مصادر تدني جودة الحياة وامكانية أن تكون هناك متغيرات دخيلة هي السبب وليس العمل التناوبي بحد ذاته، وفي الأخير يمكن القول أن النتائج لا يمكن أن تكون صالحة لمدة زمنية طويلة لأن جودة الحياة تتأثر بتغير الزمان والمكان وبالعوامل البيئية.

## تمهيد

تعد جودة الحياة أحد المواضيع العلمية المتفرعة عن علم النفس الايجابي والتي أخذت تنتشر الدراسات العلمية فيه بشكل سريع، خصوصا في الآونة الأخيرة حيث اهتمت بالبحث عن مكامن القوة والسعادة عوض البحث عن مصادر الألم، وقد اهتمت به أيضا المؤسسات سعيا منها لتحقيق الجودة لموظفيها، فيما يلي سنقوم بتوضيح النقاط التي تتعلق بها والتي نحاول في من خلالها التحدث عن ماهيتها وأبرز المفاهيم التي تتعلق بها من خلال التطرق الى مفهومها، أبعادها، العوامل المؤثرة فيها وبعض الاتجاهات والنظريات المفسرة لها وكيفية قياسها.

## 1-لمحة عن علم النفس الايجابي:

يعتبر علم النفس الايجابي من العلوم الحديثة نوعا ما، فقد سادت في السابق الكتابات عن العجز المكتسب والاكئاب لعدة سنوات، الى أن جاء اقتراح seligman (1990) بدراسة لنموذج التفاؤل المكتسب والذي تأسس على مبدأ أن الدوافع الايجابية أكثر وجودا وأكثر أهمية من الدوافع السلبية والنماذج الطبية التقليدية (أورد في: JeanCottraux.2012) بعد ذلك دخل علم النفس الايجابي إلى الحقل الأكاديمي لعلم النفس سنة (1998)، وذلك بعد ترأس هذا الأخير الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وإلقائه خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية، أين دعا هو وزملاؤه المؤسسين للجمعية علماء النفس للبحث عن القوى الايجابية لدى البشر كبديل للبحث في تلك الجوانب السلبية أو المضطربة في الشخصية الإنسانية والدراسات الوقائية والعوامل المجتمعية والشخصية التي تجعل الحياة جديرة بأن تعاش، مشيرا بذلك إلى مبالغة دراسات علم النفس في التركيز على الجوانب السلبية في الشخصية الإنسانية وعلى الأمراض والاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها، كما أشار الى أنه بالرغم من أهميتها إلا أن اقتصار الدراسات عليها يجعل من محاولة

التصدي لهذه الجوانب وعلاجها أمرا عسيراً، هذا بالإضافة إلى أن التشديد على دراسة المظاهر الايجابية للشخصية قد يسفر عن الكثير من نقاط القوة التي يمكن توظيفها مباشرة في تخطي الصعوبات ومواجهة نقاط الضعف أو غيرها من المظاهر والأعراض السلبية أو المرضية التي قد يعاني منها الفرد. والحقيقة أن التركيز المبالغ على الجوانب السلبية له أسباب، فالكثير من العلماء سارو على النهج الذي انطلق منه فرويد في دراساته التي ركزت على الشخصية وصراعاتها التي أرجعها إلى جوانب سلبية فيها، كذلك ما شهده القرن العشرين من معاناة إنسانية جراء الحروب مما فرض عليهم التكفل بآثارها والاهتمام بنتائجها، هذا بالإضافة إلى الصعوبات التي قد يواجهونها في تحديد وضبط المفاهيم المتعلقة بالمظاهر الايجابية في الشخصية اذ عادة ما يتم طرح هذه الأخيرة بعد أعمال وجهود متراكمة للباحثين.

في هذا السياق أشار محمد عبد الخالق (2008) في دراسته حول الرضا عن الحياة إلى نتائج دراسة أجراها الباحثون حول البحوث النفسية المختلفة وذلك بمراجعة قاعدة المعلومات النفسية (PsychInfo) التي توثق ملخصات البحوث النفسية في الدوريات العلمية في الفترة الممتدة بين (1967-2000) وتوصل الى وجود (5548) بحثاً منشوراً عن الغضب، (41416) عن القلق، (54040) عن الاكتئاب، بينما هناك (415) بحثاً عن الابتهاج، (1710) عن السعادة، (2582) بحثاً عن الرضا عن الحياة، مما يعني أن هناك (21) بحثاً عن الانفعالات السلبية مقابل بحث واحد عن الانفعالات الايجابية.

بصفة عامة، يعرف علم النفس الايجابي على أنه الدراسة الموضوعية للخصال الايجابية في الإنسان وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على ترقية هذه الخصال وتنميتها لإعداد شخصيات ايجابية.

عرفته أيضا (Crystal L.Park) بأنه "دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر وكل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع ضحية الاضطرابات النفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش" (أورد في: مشري، 2014).

بالنظر لما سبق فقد استمدت المفاهيم السابقة من الأرضية النظرية التي قدمها كل من (Seligman) و (Csikszentmihalyi) في تعريفهما لعلم النفس الايجابي، إذ ركزا من خلاله على مجالات البحث التي يهتم بها على مستويات معينة هي: المستوى الذاتي، المستوى الفردي مستوى الجماعة، وينص هذا التعريف على أن "مجال علم النفس الايجابي على المستوى الذاتي أو الشخصي هو علم يهتم بدراسة وتحليل الخبرات الشخصية الذاتية ذات القيمة مثل الرفاهية الشخصية أو جودة الوجود الذاتي الشخصي والقناعة والرضا والأمل والتفاؤل والسعادة. أما على المستوى الفردي، يتعلق علم النفس الايجابي بدراسة وتحليل السمات الايجابية للفرد: القدرة على الحب والعمل والجرأة ومهارات العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين والإحساس والتذوق الجمالي والمثابرة والتسامح والأصالة والانفتاح العقلي والتطلع للمستقل والشغف الروحي والموهبة العالية والحكمة. أما على مستوى الجماعة، فإنه يدور حول الفضائل والمؤسسات المدنية التي تحرك الأفراد تجاه المواطنة الصالحة، المسؤولية، التواد مع الآخرين والاهتمام بهم، الإيثار، الأدب والأخلاق، الاعتدال، التحمل وخلق العمل (أورد في: مشري، 2014).

## 2/ مفهوم جودة الحياة:

تباينت عملية تحديد مفهوم جودة الحياة باختلاف الأطر النظرية التي تناولتها والمؤشرات التي تم الاعتماد عليها في صياغة هذه المفاهيم، وهذا ما يعكس عدم الاتفاق الحاصل بين الباحثين حول جودة الحياة، فأوائل الباحثين ركزوا على الجانب الصحي وتقييم العلاجات

المقدمة للمرضى، بعدها توسع الموضوع ليشمل عدة ميادين مثل الاقتصاد وعلم النفس وعلم الاجتماع وهذا ما يجعله من المفاهيم المتعددة التخصصات والتي قد تحمل أكثر من معنى، بالتالي يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يمكن أن يكون لها معاني كثيرة، قد يكون حسب التقاليد والجماعات المرجعية والحقبة الزمنية والوضع الاجتماعي والسياسي والثقافي الذي نستعمله فيه، على العموم كلمة جودة تجمل معنى كل ما هو جيد، أو ما هو مرجو وتستعمل حاليا في المنظمات للدلالة على بعض الأمور كالفعلالية، مستوى رضا الزبائن التحسين المستدام، في هذا الصدد حدد Schalock ثلاثة جوانب أساسية في تفسير مفهوم جودة الحياة، وهي:

- مشاعر عامة بالرفاهية والسعادة.
- فرص تطوير الفرد لإمكانياته.
- مشاعر المشاركة الاجتماعية الإيجابية (Schalock, 1993).

## 1/2 مفهوم جودة الحياة لغويا:

يرتبط مفهوم الجودة بالكلمة اللاتينية (Quality) وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدقة والإتقان، كما تعني الجودة حسب قاموس اكسفورد الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز.

وبنفس المعنى طبقا لابن منظور، "الجودة أصلها الفعل الثلاثي جود، والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جوده، وجودة أي صار جيدا، وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز والاتساق والحصول على محكات ومستويات محددة مسبقا، وباختصار يقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معينة" (أورد في: البهادلي وآخرون، 2006).

## 2/2 مفهوم جودة الحياة اصطلاحاً:

تعريف ماسلو (1954): "هو إشباع الحاجات والرغبات".

عرف (TARTAR, 1988) جودة الحياة على أنها تتكون من عدة مظاهر وتتضمن قدرات الفرد السلوكية والمعرفية، والقدرات اللازمة للتفاعل مع البيئة المحيطة به، والأدوار الاجتماعية والمهنية التي يقوم بها والسعادة النفسية (أورد في: Meeberg, 1993).

تعريف فلوفيد (1990): "حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به".

تعريف Nordenfeld: "درجة الرضا والسعادة الشاملة التي يشعر بها الفرد في حياته" (أورد في: مبارك، 2012).

وأوضح (Good, 1994) أن جودة الحياة لدى الأفراد الذين يعيشون في نفس البيئة تعبر عن مدى شعورهم بإشباع احتياجاتهم الأساسية ومن ثم قدرتهم على تحقيق أهدافهم الذاتية والمجتمعية.

وعرف (Felce & Perry, 1995) جودة الحياة بأنها السعادة الكلية العامة التي تحدث نتيجة التقييم الذاتي والموضوعي للسعادة الجسمية، المادية، الاجتماعية، والانفعالية معا جنباً لجنب بما يتفق مع مستوى النمو الشخصي للفرد، وأنشطته الهادفة، والتي يقيمها الفرد في ضوء ما لديه من نسق قيمي (Felce & Perry, 1995).

أما ليمان (1998) فقد عرفها على أنها: "الاحساس بالرفاهية والرضا الذي يشعر به الفرد في ظل ظروفه الحالية" (أورد في: صالح والنواجحة، 2012، ص 66).

بين Rogerson(1999) ان جودة الحياة مرتبطة ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد بجودة الحياة وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، كما أن الاهتمام بجودة الحياة متواصل ومنتزاد مع مرور الوقت.

أما RUBIN(2000) فقد عرف جودة الحياة لدى الإنسان بأنها الدمج والتكامل بين اتجاهات عديدة من النواحي الصحية، الجسدية، النفسية، الاجتماعية وهي تشمل المكونات المعرفية، وتتضمن الرضا والمكونات العاطفية وتتضمن السعادة (أورد في: محمود،2016).

أشار Passchier(2000) الى أن مفهوم جودة الحياة يعبر عن ذلك الكل المركب الذي يتألف من مجموعة من المؤشرات المتعلقة بالاحتياجات الإنسانية: كالصحة الجسدية ودرجة الألم، الرضا عن الحياة وما يقوم به الفرد من أدوار اجتماعية بالإضافة إلى العلاقات الشخصية المتبادلة والأنشطة المهنية واليومية التي يمارسها الفرد.

وأكد Cashing(2003) في تعريفه لمفهوم جودة الحياة على المتغيرات الاقتصادية، على اعتبار أنها تحقق للفرد إشباع احتياجاته الأساسية المتنوعة ومن ثم السعادة والرضا عن الحياة (أورد في: الحاييس والنصيبة،2016،ص29).

من ناحية أخرى يرى الكرخي أن جودة الحياة : هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على اشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية والموضوعية التي تتمثل في النمو الشخصي السعادة البدنية والمادية، الاندماج الاجتماعي والحقوق البشرية(أورد في: مبارك،2011،ص24).

أما عبد المعطي(2005): فيعرف جودة الحياة على أنها تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد وتقييمه للجوانب المادية في حياته ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة له في وقت محدد

وفي ظل ظروف معينة ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه والذي يؤثر على تعاملاته وتفاعلاته اليومية (عبد المعطي، 2005، ص17).

من خلال التعاريف السابقة اتضح لنا وجود اختلاف في تحديد هذا المفهوم لدى الباحثين وقد يرجع هذا إلى اختلاف توجهاتهم العلمية وخلفياتهم الثقافية، لكن من الواضح أنها كلها أجمعت على المنحى الايجابي لهذا المفهوم، حيث تعبر أغلبها على السعادة والارتياح، واشباع الحاجات وكل ما هو مستحب ومريح وجيد بالنسبة لحياة الأفراد، كما تبين لنا أيضا اتساع هذا المفهوم، حيث يشمل عدة أبعاد من الصعب حصرها مثل الصحة والبيئة والتعليم والعمل والعلاقات وغيرها من المحددات التي يمكن أن تؤثر أو تعبر بشكل أو بآخر عن مستوى جودة حياة الأشخاص، ولعل الشيء الأهم الذي نستخلصه منها هو أهمية الإدراك الذاتي وهذا ما ظهر في كل من المفهوم الذي تبنته منظمة الصحة العالمية والذي بدأ بجملة إدراك الفرد وكذا ما جاء به (Good 1994) حيث ركز على أهمية شعور الفرد وهذا ما نميل إليه حيث أن ما يعتبر جودة حياة بالنسبة لشخص ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لغيره وما يخلق السعادة أو الرضا والارتياح يختلف من شخص لآخر بسبب اختلاف تقدير الأفراد لقيمة الأشياء ولأولوياتهم في الحياة، من جهة أخرى تكلم الباحثون الآخرون عن مسألة اشباع الحاجات والسعادة ومختلف أبعاد الجودة التي لا تقل أهمية، وما يمكن لنا استنتاجه مما سبق هو أن مفهوم جودة الحياة هو الإدراك الايجابي للتجارب التي يعيشها الفرد ولحالاته الصحية والاجتماعية.

### 3- أبعاد جودة الحياة

تناولت العديد من الأدبيات موضوع جودة الحياة في الماضي بشكل عام، لكن بعد مرور الوقت ظهرت دراسات علمية تكلمت عن وجود شقين للمفهوم، الأول موضوعي يتعلق بكل ما هو خارج عن إرادة وتفكير الفرد، أما الثاني ذاتي وشخصي يتعلق بالفرد، وقد غلب

الغموض في أغلبها حيث أنه حتى الآن لم يتفق الباحثون على تحديد مفهومها وكيفية الفصل بين هذان الجانبين، لكن فيما يلي محاولة لإيضاح المعاني التي يحتويها كل من الجانب الذاتي والجانب الموضوعي لجودة الحياة حسب الأدبيات المنشورة حولهما.

**3-1 البعد الموضوعي:** يتضمن هذا البعد مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية، مستوى المعيشة، البيئة الفيزيائية متمثلة في كل من المسكن ومستوى خدماته.

إن هذا الجانب لجودة الحياة يعبر عن مدى حصول أفراد المجتمع على خدمات مادية واجتماعية متقدمة وتعبر كذلك عن نزوع نحو نمط الحياة الذي يتميز بالرفاهية والترف والذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة.

**3-2 البعد الذاتي:** يتمثل في الجوانب النفسية والمعنوية المرتبطة بمستوى رضا الأفراد عن واقعهم الاجتماعي الموضوعي ودرجة تحقيق السعادة الاجتماعية (الحايس والنصبية، 2016).

في هذا الصدد يقول كلا من Taylor&Bogdan(1994) أن جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لها معنى إلا من خلال ادراك الفرد ومشاعره وتقييمه لخبراته الحياتية، ويشير كذلك Vvrek&al(1998) إلى أن وجود المعايير والقيم الخارجية لا يكون له معنى إلا في سياق ما تمثله من أهمية وقيمة لدى الفرد، بمعنى آخر أن المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة ليس لها قيمة وأهمية بحد ذاتها بل تكتسبها من خلال الإدراك الشخصي للفرد (أورد في: حلاوة، 2010).

إن استخدام المتغيرات الذاتية في قياس جودة الحياة يعتبر واحدة من المقاربات التي أوصت بها لجنة قياس الأداء الاقتصادي والتقدم الاجتماعي برئاسة (Joseph Stiglits 2009)

في أمريكا حيث أشاروا في ديباجيتها الى أن الأفراد هم الأفضل في تقييم حالتهم وجودة حياتهم، فوفقاً ل(Diener.1984)، فإن جودة الحياة الذاتية تتضمن (03) جوانب أساسية منفصلة وهي : الرضا عن الحياة والذي يتمثل في حكم الشخص عن حياته، المشاعر السلبية، المشاعر الايجابية (أورد في: Godfroy & Lolivier, 2014).

توجد مجموعة من الباحثين الذين توجهوا في تعريفهم لجودة الحياة إلى الجمع بين المؤشرات الموضوعية والذاتية، مثل (Frank.2000) الذي يرى أن جودة الحياة هي إدراك الفرد لمختلف خبراته في الحياة مع شعوره بالرضا وتوفر الضروريات له في الحياة: كالغذاء والسكن والشعور بالإنجاز والسعادة، وأشار كذلك الى أنها تتمثل في حسن إمكانية استثمار قدرات الإنسان العقلية الإبداعية وإثراء وجدانه ليسمو بعواطفه وقيمه الإنسانية لنحصل على جودة حياة ونوعية مجتمع أفضل وذلك من خلال التركيز على ثلاثة محاور رئيسية هي: التعليم، التثقيف، التدريب (أورد في: خليل، 2016).

مما سبق يتبين لنا أن الكلام عن السعادة والرفاهية أو جودة الحياة بشكل عام يفهم منه على أنه خلو حياة الأفراد من المشاكل والأمراض وتوفر كل متطلبات الحياة الكريمة واشباع الإنسان لمختلف حاجاته، لكن هذا المفهوم أقرب إلى الأحكام العامة الغير مبنية على ما نلمسه في أرض الواقع من خلال الدراسات، فمسألة جودة الحياة ذاتية تتعلق بتفكير الفرد ومشاعره وطريقة إدراكه للأمور ومصدر حصوله على المشاعر الايجابية التي تجعله يقيم حياته بشكل ايجابي، فأولويات الأفراد وطريقة تحليلهم ونظرتهم للأمور كلها أمور تشكل نقطة محورية في تقييمهم لجودة حياتهم، فقد تسأل شخصاً غنياً يتمتع بكل متطلبات الرفاهية من منزل ووظيفة ومال وبيئة نظيفة سليمة وصحة جيدة، عن جودة حياته فتصدم برده، حيث يقيم حياته بشكل سلبي، في حين قد تسأل شخصاً بسيطاً قد يعاني من مرض عن الأمر فتجد أن تقييمه أكثر ايجابية، وما نعتقده هنا هو أن جودة الحياة ذاتية وترتبط بشكل

وثيق بقدرة الأفراد على التكيف وكذا الصبر والرضا، كما ترتبط أيضا بمدى الدعم الذي يحصلون عليه من محيطهم وعائلاتهم مما يجعلهم يرون الحياة بشكل ايجابي، بالتالي تقييم جودة الحياة يجب أن ينبع من الفرد وليس من غيره فأنسب شخص لذلك هو الفرد نفسه.

اضافة الى البعدين السابقين تناول الباحثون بعدين أساسيين آخرين كمكونين مهمين وأساسيين لجودة الحياة وهما :

**3-3 البعد العاطفي:** يقصد به المشاعر السلبية والايجابية التي تشكل المزاج عند الأفراد والتي ترتبط بعدة متغيرات لديهم، فمثلا العواطف السلبية مرتبطة بكل من القلق وآليات التكيف الغير مناسبة ومختلف الاضطرابات النفسجسمية وتكرار الأحداث السيئة، بينما ترتبط العواطف الايجابية بالنشاطات الاجتماعية والرضا وتكرار الأحداث الجيدة.

اعتبر كذلك بعض الباحثين مثل (McCrae 1980 , Tellegen 1982) أن هذه العواطف كاستعداد داخلي للشعور بالايجابية في حالة العواطف الايجابية وكذهان في حالة العواطف السلبية، لذلك فإن الأفراد ذوي الاستعداد الايجابي يكون مستوى العواطف الايجابية مرتفعا عندهم، في حين يكون الأفراد الذهانيين أكثر عرضة لاضطرابات المزاج الحادة كما تكون مستويات العواطف السلبية عندهم مرتفعة.

تؤثر هذه العواطف بنوعها على مستويات الرضا عن الحياة لدى الأفراد وكذلك على تقديرهم لذواتهم، بالتالي تؤثر على جودة حياتهم، كما انها تعد محددات مهمة في التعرف على الأمراض النفسية لديهم.

**3-4 البعد المعرفي:** يقصد به الأفكار التي تشغل ذهن الفرد حول نفسه وحول كل ما يحيطه سواء كانت سلبية أم ايجابية، وقد أشار السلوكيون الى أهمية دراسة البعد السلبي والايجابي للمعرفة وذلك لفهم الفرد بشكل أوضح، فالأفكار غالبا ما تترجم الى مشاعر وهذا

ما بينه (1976) Beck حيث أشار الى أن استمرار وجود الأفكار السلبية بشكل اتوماتيكي يدل على وجود معارف سلبية مرسخة في ذهن الفرد وبين كذلك دور سيرورة الأفكار السلبية في خلق الاكتئاب وامكانية معالجته عن طريق تغيير هذه الأفكار وتوجيهها ايجابيا

(أورد في: Lavoie, 1997)

يتضح مما سبق أن العلاقة بين الأفكار والمشاعر علاقة متشعبة وعميقة، بسبب عملية التفاعل والتأثير المتبادل بينهما، فالأفكار مهما كانت نوعيتها تترجم نفسها على شكل حالات شعورية تتسم باللذة أو الألم، من جهة أخرى فإن حدوث الأحداث السيئة في حياة الأفراد وتأثر مشاعرهم يؤثر على أفكارهم، لكن بالمقابل هذا التأثير لا يحصل الا اذا كان الفرد واعي وعامل مدرك لما يحدث، أي حصول المعرفة وادراك الموضوع المعاش. لذلك فإن البعد العاطفي والبعد المعرفي جزئيين مهمان لا يتجزآن في عملية تقدير جودة الحياة لدى الأفراد.

#### 4-العوامل المؤثرة في جودة الحياة:

توجد العديد من العوامل المتنوعة التي تؤثر بشكل أو بآخر على عملية تقدير الأفراد لجودة حياتهم وندناول في ما يلي أبرز هذه المتغيرات حسب ما ورد في الدراسات والأدبيات الخاصة بهذا الشأن:

#### 4-1 المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية

حاولت العديد من الدراسات الغوص في موضوع جودة الحياة، حيث قامت بعضها بأبحاث للكشف عن العوامل التي يمكن ان تؤثر في تقييمها لدى الأفراد وتحديد الظروف الموضوعية التي تؤثر على الإدراكات (التصورات) الذاتية لجودة الحياة.

لمعرفة هذه العوامل استخدمت استراتيجيتين، الأولى تتعلق بإنشاء ارتباطات بين المتغيرات السوسيو ديمغرافية والاختلاف في جودة الحياة الملاحظة في التحقيقات الكبيرة، والثانية تتعلق بربط الظروف الفردية للفرد بالإدراك الأكثر مواتاة لجودة الحياة.

مما لا شك فيه أن المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية تلعب دورا هاما في تقييم جودة الحياة، فقد لخص (1969) Cantril في دراسته أن الدول الأغنى كانت الأسعد ومع ذلك فإن الاختلافات بين البلدان الأكثر حظا والدول الأكثر فقرا في الدراسة، كانت غير منتظمة نوعا ما والعلاقة بين الازدهار والسعادة لم تكن قوية.

في نفس السياق أكد كذلك (1976) Gallup، أن الحرمان الاقتصادي والأوضاع المزرية والفقر يؤثران على الروح والصحة النفسية أكثر من الجسد.

عموما فإن البلدان ذات الدخل المرتفع توجد في قائمة اختبارات الرفاهية والرضا عن الجوانب الرئيسية في الحياة، نتائج هذه الدراسة دعمت النظرة القائلة بأن الشعور الوطني بالرفاهية يعتمد على مستوى التنمية الاقتصادية في البلد علاوة على هذا ظهر، في البحث أن الأفراد الأكثر رخاءا يميلون أكثر إلى التقييم الإيجابي لحياتهم مقارنة بالفقراء من الفقراء، كما أن الفرد يتأثر بالمستوى الاقتصادي وذلك بمقارنة مستواه مع أمثاله من نفس البلد.

وجد في أعمال (1981) campbel حول الشعور بالرفاهية عند الأمريكيين أن معظم الناس يصفون حياتهم بشكل إيجابي نسبيا، على الرغم من أن البعض أكثر إيجابية من الآخرين، هذا الاختلاف راجع إلى موقعهم في السلم الاجتماعي، الدخل، التعليم والوظيفة والتي تشكل محددات قوية لظروف الحياة الموضوعية، لكنها تمثل (10%) من التباين في مستوى العام للرضا وجودة الحياة .

من جهة أخرى أشارت العديد من الدراسات مثل دراسة العرجان (2015)، أن مستوى الرضا يرتفع عادة مع التقدم في السن، حيث تكون المشاعر الإيجابية قوية أكثر من السلبية ويكون المرتبطون أكثر إيجابية من الآخرين، بينما يحمل الأشخاص بدون عمل الأحكام الشديدة (القاسية) على الحياة، وعلاوة على ذلك فإن الجنس والأطفال لا يؤثران على إدراك جودة الحياة.

تظهر أيضا هذه النتائج بشكل أكبر في بحث ل (Blad Bwin) حيث توصل الى أن الأشخاص يكونون أكثر سعادة إذا كان لديهم دخل مرتفع وفرص عمل، إذا كانوا صغارا أو كبارا، أما المشاعر السلبية مرتبطة بالصحة النفسية والجسدية السيئة. (أورد في: Mercier Filion, 1987)

#### 4-2 جنس الفرد وجودة الحياة:

يعتبر عامل الجنس أحد العوامل التي ترتبط بتقدير جودة الحياة، حيث يختلف الذكور والإناث في طريقة ادراكهم للأمور وردود أفعالهم، فالمعروف عن جنس الإناث هو مشاعرهن المرهفة وحساسيتهن الشديدة وسرعة تأثرهن بالمقارنة مع الذكور وقد يكون هذا الأمر أحد الأسباب التي تعبر عن اختلاف الحكم على جودة الحياة بين الذكور والإناث، كما أن فئة النساء تعاني من مشاكل صحية كثيرة وهذا حسب ما جاءت به المنظمة العالمية للصحة، ومن المعروف أن الصحة أحد الأبعاد الأساسية لجودة الحياة، حيث ورد في هذا الصدد في الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية بعض المشاكل التي تواجه المرأة وتسبب لها أخطار صحية يمكن أن تؤثر في عملية تقديرها للحياة بشكل عام مثل (الترك الاجباري للمدرسة في وقت مبكر، العنف ضد النساء، الزواج المبكر، تربية الأطفال وهن لازلن في مرحلة المراهقة، ارتفاع خطر الموت والاصابة بالأمراض عند الولادة)، وقد ارتبطت صحة الذكور بالأمراض والحوادث المهنية وشرب الكحول والمخدرات. في هذا الصدد أجريت بعض

الدراسات حول علاقة الجنس بجودة الحياة من بينها دراسة و(Ana Cristina & al, 2014) والتي أجريت في البرازيل على عينة من 2052 فردا بالغا سن 60 سنة، واستعمل مقياس جودة الحياة المصغر لمنظمة الصحة العالمية، وأسفرت النتائج على مستويات مرتفعة من جودة الحياة لدى كلا الجنسين، وقد تبين اقتران ارتفاع مستوى جودة الحياة لدى النساء بالصحة النفسية والجسدية والاجتماعية الجيدة بينما اقترن ارتفاع مستوى جودة الحياة لدى الرجال بالمستوى الاقتصادي الجيد والظروف الاجتماعية الجيدة بالإضافة للصحة النفسية والجسدية والاجتماعية الجيدة (Viana & al, 2014).

#### 4-3 شخصية الفرد وجودة الحياة:

يعتبر الاحساس بجودة الحياة أمرا نسبيا يختلف من شخص لآخر، فقد يميل بعض الأفراد لتقييم حياتهم ايجابيا، ويتميزون بالتفاؤل والايجابية وقد تكون السعادة أحد مكونات الشخصية الثابت عند هؤلاء الأفراد حيث يكونون سعداء أو تعساء بشكل مزمن مهما كانت ظروفهم، ويمكن أن لا يحدث أي تغيير أو تحسن وتطور في الظروف المحيطة في مستويات جودة الحياة عندهم، لأنها مرتبطة بشخصياتهم وليس بالعوامل الخارجية. حيث يساعد التفكير الايجابي عندهم على مقاومة مشاعر الاحباط والتشاؤم والحزن مما يرفع من مستويات الرضا عن الحياة وتحسين تقديرهم لجودة حياتهم.

تحدثت العديد من الدراسات عن العلاقة بين مكونات السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأسفرت نتائجها عن ارتباطات متباينة القيم ومستويات الدلالة، فنجد مثلا نتائج دراسة (Cooper & al, 1995) التي بينت وجود ارتباط موجب دال احصائيا بين الانبساطية وكل من الدرجة الكلية للسعادة النفسية والتمكن البيئي والتطور الشخصي وتقبل الذات والعلاقات الايجابية، وبين في دراسة أخرى له سنة (1998) أن العوامل الخمسة الكبرى تعد منبأ جيد للسعادة لدى الأفراد مع وجود اختلاف في نسبة اسهام كل واحدة فيها،

أيضا توصل Hagberg&al(2001) الى نتائج مشابهة حيث وجد أن هناك ارتباط موجب دال احصائيا بين السعادة النفسية وعوامل الشخصية في قائمة جوردن، من جهة أخرى أشار Sumer&al(2005) الى أن خصائص الشخصية تفسر حوالي(91%) من السعادة النفسية للأفراد (أورد في: أبو هاشم،2010)

#### 4-4 قيم الفرد وجودة الحياة

تعتبر القيم أحد العوامل الأساسية المؤثرة في عملية تقدير جودة الحياة لدى الأشخاص، فالفروق الفردية والثقافة والمجتمع الذي ينحدر منه الأشخاص بالإضافة لتنشئتهم الاجتماعية وكذا مستواهم الاكاديمي كلها عوامل تساهم في تباين القيم لديهم مما يجعل تفضيلاتهم وتقديرهم للسعادة والرفاهية وجودة الحياة يختلف بينهم، ونستند في هذا القول الى كتابات Griffin الذي حاول ايجاد اطار مفاهيمي لجودة الحياة، كما أراد ايضا وضع نظرية لجودة الحياة يتفادى فيها المشاكل المتعلقة بمسألة تقييمها بالطريقة المثلى، فاعتبر أن منظومة القيم لدى الأفراد تتمحور حول نموذجين أساسيين هما:

نموذج الذوق: الأشياء تكتسب قيمة لأنها مرغوبة من طرف الأفراد، بمعنى أن الأفراد يميلون الى اضافة قيمة للأشياء التي يريدونها أو يرغبون فيها(أورد في: Blanc,2013).

نموذج الإدراك: الأشياء تكون مرغوب فيها لأن الأفراد ينظرون اليها على أنها ذات قيمة، وهذا المفهوم يشير الى أن الأفراد الذين يدركون الأشياء بشكل ايجابي أو يضمنون انها ذات قيمة، يرغبون فيها.

لقد فصل هذا الباحث كثيرا في مسألة الأذواق ومدى اعطاء الشخص قيمة للأشياء الموجودة في حياته، كما أنه أشار الى ضرورة النظر في منظومة القيم لدى الفرد، وسؤاله عن المواضيع المشكلة لجودة الحياة والتي نريد قياسها اذا كانت ذات قيمة عنده، واستبعادها

في حال لم تكن ذات قيمة ومعنى في حياته. كما أنه انتقد نموذج السعادة لدى أرسطو الذي اعتبره واحداً، بل اعتبر هو أن للسعادة أشكال وافترض وجود طرق عدة يمكن ان يكون فيها الفرد سعيداً.

من جهة أخرى قدم Griffin قائمة من القيم المرتبطة بجودة الحياة والتي تشكل اللذة حسب منظوره وهي: تحقيق الذات، مكونات الوجود الانساني التي تجعل الحياة البشرية بشكل عام سعيدة بالمعنى النفسي وذات قيمة بما يتضمن كل من الاستقلالية، القدرات الوظيفية، التغذية، الحرية، حرية التعبير، فهم النفس وفهم الآخرين كقيمة في حد ذاتها، السعادة التي تتضمن اللذة وادراك الجمال الاصطناعي والجمال الطبيعي، العلاقات الشخصية(أورد في:Blanc,2013).

#### 4-5 سن الفرد وجودة الحياة:

يعتبر السن أحد العوامل التي يمكن أن تؤثر في جودة الحياة، فمن المتعارف عليه هو التسرع والتهور الذي يصاحب مرحلة الشباب بمقابل الوعي والرزانة والهدوء والرضا الذي يصاحب البالغين والمسنين الذين صقلوا بالتجارب الحياتية التي أكسبتهم قدرات في التعامل مع مختلف الظروف، مما يجعلهم يختلفون في عملية تقييم جودة حياتهم، وبينت هذا الموضوع عدة دراسات، فوفقاً لKozma&al (1997) فإنه قد أجريت أكثر من مئة دراسة حول العلاقة الموجودة بين السن وجودة الحياة، لكن بالرغم من ذلك فإن هذه العلاقة لم تتوضح بعد، وقد أجريت الدراسات في مختلف البلدان وأسفرت النتائج على تنوع بين الارتباطات السلبية والايجابية والضعيفة، ومن بين النتائج المهمة نجد ما أشار اليه veenhoven(1984) بأن المسنين أكثر احساساً بجودة الحياة مقارنة بصغار السن في كل من ايطاليا والفليبين ونورفاج، بينما كانت فئة الشباب أكثر احساساً بجودة الحياة في كل من بلجيكا، الدانمارك، وألمانيا الغربية سابقاً، وقام الباحث بإجراء دراسات حول الموضوع خلال

سنتي (1988، 1991) والتي بينت نتائجها ان الارتباطات بين السن وجودة الحياة ضعيفة، من جهة أخرى بينت نتائج مغايرة في دراسة Horley Lavery (1995) وجود مستويات عالية من جودة الحياة لدى المسنين، وفسر السن (7% من الاختلاف في جودة الحياة. ولكن Kozma اعتبر هذه النتائج غير كافية لأنها دراسات عرضية ولا توجد فيها دراسات طولية، هذا ما دفعه للقيام بدراسة أخرى سنة (1997) برفقة الباحث Stone ومجموعة من الباحثين وحاولوا فيها اكتشاف العلاقة بين السن وجودة الحياة خلال مدة 04 سنوات على عينة من (800) فرد تتراوح اعمارهم بين (21) و(95) سنة، وتوصلت النتائج الى وجود ارتباطات موجبة دالة احصائيا بين السن وجودة الحياة، وفسروا هذه النتائج بأن الأفراد المسنين لديهم تجارب ايجابية أكثر من الشباب، وتكون ردود أفعالهم أقل سلبية في مواجهة تحديات الحياة مقارنة بالشباب، وقد فسر (veenhoven 1984) هذا الاختلاف بتزايد مستويات الرضا عند التقدم في السن وتناقص في حدة ومستويات العواطف (أورد في: Kozma&al, 1997).

### 5-الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

أظهرت الأدبيات التي تناولت موضوع جودة الحياة وجود اتجاهات مختلفة تفسرها، من أبرزها الاتجاهات التالية:

#### 5-1 الاتجاه الاجتماعي:

يرى رواد هذا الاتجاه أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة (1984) وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد ومعدلات الوفيات ومعدل ضحايا المرض ونوعية السكن والمستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المعنوية للفرد وعلاقاته وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين مثل (Michael Argil 1998)

أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا العامل عن عمله.

من جهة أخرى أثبتت نتائج بعض الدراسات أثر العلاقات الاجتماعية كبعد آخر لجودة الحياة في الصحة النفسية للأفراد، حيث تبين من نتائج دراسة (Hu & Goldeman, 1990) أن المتزوجين يعمرن أكثر من العزاب وفي دراسة أخرى ل (gramer, 1994) أن المتزوجين مقارنة بالعزاب والمطلقين والأرامل أحسن حالا وأكثر سعادة وأفضل صحة وأقل عرضة للإصابة بمختلف الاضطرابات النفسية (Ferron, 2011).

## 5-2 الاتجاه النفسي:

اهتم علم النفس بمفهوم جودة الحياة وتبناه في مختلف التخصصات النفسية، ولقد أشار الكاتب العارف بالله الغندور إلى أن علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة عند الإنسان، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة عبارة عن الإدراك الذاتي لها، حيث أن تقييم الفرد للمؤثرات الموضوعية في حياته كالدخل والعمل والتعليم يمثل في إحدى مستوياته انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة له، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف محددة ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يشعر به.

يرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها القيم والإدراك الذاتي والحاجات ومفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية، كما يرى البعض أن إشباع الحاجات مكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقا لمبدأ أهمية إشباع الحاجات في نظرية أبرهام ماسلو (مشري، 2014).

ينظر إلى هذا المفهوم وفقا للمنظور النفسي على أنه "البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، بحيث

يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية. وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعله يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة، فيظهر الرضا " في حالة الإشباع " أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع " نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة (أورد في: مسعودي، 2015).

يرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم وأهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب: الصحة الجسمية، الصحة العقلية والانفعالية، والتفاعل الاجتماعي ( Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002 )

من خلال هذا الاتجاه لعلماء النفس نرى أنه يركز في مضمونه على ما جاءت به منظمة الصحة العالمية في تعريفها لمفهوم الصحة، أي أن جودة الحياة بالنسبة إليهم مرتبطة بشكل وثيق بصحة الإنسان وكيفية الحفاظ عليها.

### 3-5 الاتجاه الطبي:

إن مصطلح جودة الحياة ظهر لأول مرة في كتب الطب سنة 1966، وبعد ذلك تم إدخال عدة مفاهيم فيه مثل الرفاهية، الرضا عن الحياة، السعادة ( Sternna, 2011 ).

يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة أو نفسية أو عقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي، وفي تطوير الصحة ( أورد في: محمدي وبوعيشة، 2013 )

يعتبر هذا الاتجاه أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة كظاهرة لها معنى نفسي مرتبط بإدراك الفرد ومعنى سلوكي مرتبط بالسلوك الملاحظ في الحياة اليومية، ويولي اهتمام كبير لمسألة قياس جودة الحياة كونه يولي نفسها لكل المفاهيم المتعلقة بالصحة والأفراد، ولقد أصبحت العديد من الدراسات الطولية تستفيد منه في معرفة أكثر بتاريخ المرض المدروس ومراقبة

المرض أو في المراقبة الذاتية (المريض يصف حالته الصحية يوميا عن طريق أسئلة مرتبطة بجودة حياته الصحية)، كما يساعد قياس جودة الحياة في اتخاذ القرارات الطبية كتعويض الدواء إن لم تكن له فعالية طبية (أورد في: Leplege & Debout, 2007).

#### 4-5 الاتجاه المهني:

يركز هذا الاتجاه على جودة الحياة في العمل (الوظيفية)، نظرا لأهمية الموضوع بسبب التطورات الاقتصادية وتزايد عدد العمال الغير قادرين على أداء مهامهم بسبب مشاكلهم النفسية وما تخلفه من خسائر وتكاليف اقتصادية على المؤسسات، مما يستدعي تدخل المسؤولين والباحثين للنظر في هذه المشاكل ومحاولة ايجاد حلول لها والسعي لتحقيق الجودة في العمل من خلال توفير كل ما يحقق رفاهية وراحة العمال.

بسبب تعقد مفهوم جودة الحياة في العمل وامكانية تداخل المؤشرات الخاصة به مع المؤشرات العامة، فإن هذا الاتجاه يركز على ثلاث نقاط مهمة تحدد جودة الحياة في العمل وهي:

- جودة الحياة في العمل بناء ذاتي.
- ضرورة ادماج كل من الأبعاد التنظيمية، الشخصية، الاجتماعية في دراسة جودة الحياة في العمل.
- ازدواجية هدف أدوات قياس جودة الحياة في العمل، حيث يتمثل الهدف الأول في الاهتمام بمختلف المشاكل الشخصية والتنظيمية في العمل ويتمثل الهدف الثاني في السعي لتنظيم طرق الحماية (أورد في: Boudouda, 2013).

## 6- نظريات جودة الحياة:

ليس من السهل تحديد مفهوم جودة الحياة بشكل واضح ومتفق عليه من مختلف الخلفيات العلمية، ولقد حاول البعض من الباحثين صياغة نظريات وتحديد العوامل المساهمة فيها، ومن بين هذه النظريات نذكر:

## 6-1 نظرية (Bubolz&amp;al 1980):

ترتبط هذه النظرية بالموازنة بين احتياجات الأفراد ومواردهم من جهة، وبين أدائهم في إنجاز الأدوار والتوقعات، تستمد هذه النظرية من مبادئ علم البيئة، وتعتبر جودة الحياة فيها عن مفهوم شامل عن الرفاهية أو عكسها لدى الأفراد أو المحيط الذي يعيشون فيه من وجهة نظر الفرد، كما تعبر أيضا عن درجة (مستوى) الإنجاز، وإشباع حاجاتهم الجسمية والبيولوجية والنفسية والاقتصادية الأساسية، الذي يحصلون عليه من الموارد البيئية، كما يعتبر أيضا أن جودة الحياة هي مدى قدرة البيئة على توفير الموارد لتلبية الاحتياجات (أورد في: Mercier&Filion 1987).

اعتبرت كذلك هذه النظرية أن المكونات الأساسية للنظام البيئي البشري تساعد في توضيح أي الظواهر البشرية يجب وصفها وأي معلومات يجب اختيارها كمؤشرات لجودة الحياة، حيث أن هذه الأخيرة يمكن أن تصف أو تقيس شيئا يتعلق بظروف وحالة الأفراد (المحيط الإنساني)، الموارد المحلية، البيئة الطبيعية، السلوك أو التفاعل بين الأفراد والمحيط وموارد استخدام هذه البيئة، ووفقا لهذه النظرية فإنه يمكن استخدام المؤشرات الذاتية والموضوعية في تقييم جودة حياة الأفراد.

## 6-2 نظرية (Bigelow &amp; al, 1982):

يضع اتجاه هذه النظرية ارتباطا وثيقا بين مفهوم الرقابة ومفهوم جودة الحياة، كما يعطي أهمية كبيرة للمتغيرات النفسية لجودة الحياة.

تطوير هذا النموذج يرتكز على ركيزتين نظريتين، نظرية جودة الحياة ( Bigelow & al 1982) ونظرية الأدوار (Salvin & Allen 1986) بالتالي حسبها فإن جودة حياة الأفراد ترتكز على عنصرين هما: الإحساس العام بالرفاهية (إشباع الحاجات) والأداء (تجديد مهاراته).

استمدت الحاجات من هرم ماسلو للحاجات (Maslow 1943)، والتي تتمثل في كل من الاحتياجات (الفيزيولوجية والسلامة) الحاجة إلى الانتماء، الحاجة إلى التقدير والاستقلالية وتحقيق الذات، بينما يوفر المحيط فرص إشباع هذه الحاجات والإمكانيات المادية (غذاء، سكن،..الخ)، والاجتماعية (صداقة، شريك (زوج)، عمل)، مع ذلك فإن الفرص التي تتيحها البيئة مرتبطة بالتوقعات أو المتطلبات المرتبطة بالأداء. حيث يجب على الفرد أن يستجيب لمتطلبات مجتمعه من خلال مهاراته المعرفية والسلوكية والوجدانية والإدراكية، في حالة ما حقق الفرد إشباع ملائم لحاجاته ووصل إلى أداء لأدواره يكون بذلك مكيف لبيئته ويتمتع بجودة حياة جيدة (أورد في: Mercier&Filion, 1987).

## 6-3 نظرية (Reich &amp; Zantra 1984-1983):

تستند هذه النظرية على الاعتقاد بأن جودة حياة الفرد مرتبطة بنوع الأحداث التي يعيشها الأفراد حيث تركز خصوصا على التأثير العاطفي والمعرفي للأحداث على جودة الحياة.

وفقا لهذه النظرية فإن تجربة الأحداث أو الأحداث المعاشة يمكن توزيعها على منطقتين متميزتين، حسب ما نسبه نحن أو حسب ما يأتي بشكل مستقل عن إرادتنا، بالتالي فإن

المبدأ النظري العام الذي يدعم هذه النظرية هو السيطرة الإدراكية (المعرفية) والأسباب الداخلية والخارجية التي تعزز المشاركة في بعض الإجراءات.

إن قيام الأفراد ببعض الأمور وأدائهم للأشياء يكون وفقا لاختيارهم (لرغبتهم)، بمعنى أن حرية الاختيار لها تأثيرها على طريقة تفسيرهم لمجرى حياتهم، حيث يميل الشعور بالإيجابية للارتباط بالأحداث التي يكون الفرد متحكما فيها، إضافة لذلك فالجهود التي يبذلها الفرد للتعامل مع متطلبات الحياة ودمج رغباته واحتياجاته في الحياة اليومية، لها تأثير كبير على جودة الحياة. يتعلق الأمر بتحديد في الحياة، الأفراد من أنماط سببية بإتباع سياق: حدث، نشاط حال المشكل أو العقدة، عمليا إن دور الأحداث في جودة الحياة تم تصويره على أنه سيرورة تقييم تضم ثلاثة عناصر:

أولا هناك نوعان من الأحداث الممكنة، الضغوط غير المختارة (الإرغامات) والتي يكون مصدرها المحيط والبيئة بالإضافة للضغوط المختارة (الرغبات).

كما ركز كذلك هذا الباحث على أهمية دور الرضا الذي يشعر به الفرد اتجاه الأحداث والاستجابات في عملية تقييم جودة الحياة (Mercier&Filion,1987).

#### 4-6 نظرية (Abbey & Andrew (1985):

يرتبط الإطار المفاهيمي الذي اقترحته هذه النظرية بين جودة الحياة المدركة من طرف الفرد، والمفاهيم المستوحاة أو الأتية من المؤثرات الاجتماعية والمفاهيم التي يدرسها علم النفس، ولقد ساهمت أعمال (Costa & Mecrea(1980)، Dupuy(1977)، و(1979) Kamman في انطلاق هذه النظرية التي اعتمدها Abey & Andrews، والتي افترض الباحثان فيها أن تفاعل الإنسان مع المحيط الاجتماعي يؤثر على بعض العوامل

النفسية التي تؤثر بدورها على حالاته الداخلية من اكتئاب وقلق والتي تؤثر بدورها أيضا على إحساس جودة الحياة (Mercier, Filion 1987).

تنقسم العناصر الأساسية لهذه النظرية إلى ما يلي:

خمس مفاهيم نفسية (قلق، التحكم في النفس، تحكم الآخرين بك، الدعم الاجتماعي أو المساندة والأداء)، واثنين من المفاهيم النفسية السلبية (الاكتئاب والقلق)، وخمس تقييمات مستقلة لجودة الحياة، بناء على هذه المفاهيم، حدد الباحثون فرضيتهم التي مفادها تأثير القلق ومفهوم السيطرة، المساندة الاجتماعية والأداء على القلق والاكتئاب وهذه الحالات الشعورية بدورها تؤثر على جودة الحياة.

يعتبر القلق والاكتئاب من المشاعر السلبية التي ينبغي أن يكون لها تأثير مباشر على المكونات السلبية لجودة الحياة، وعموما فإن النتائج التي توصل إليها Andrew et Abbey تشير إلى أن القلق والاكتئاب يرتبطان بقوة بالإدراك السلبي لجودة الحياة، أما المراقبة الداخلية والمساندة الاجتماعية والأداء فترتبط بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية عن جودة الحياة، في حين العلاقات بين المشاعر الإيجابية والمراقبة الداخلية والمساندة الاجتماعية والأداء قوية أكثر من التي تربطها بالمشاعر السلبية.

على ما يبدو وفقا ل Andrew et Abbey فإن الأفراد عندما يحاولون تحديد إلى أي مدى يستمتعون بحياتهم، يركزون على المحددات الإيجابية لجودة الحياة مثل المراقبة الداخلية والمساندة الاجتماعية، وعلى العكس عندما يحاولون تحديد إلى مدى يشعرون بالضيق فإنهم يركزون على المحددات السلبية لجودة الحياة كالقلق والمراقبة من طرف الآخرين (أورد في: Filion & Mercier, 1987).

## 6-5 نظرية (1999) Ryff:

تتكلم هذه النظرية عن مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها Ryff بستة أبعاد يضم كل بعد منها صفات تمثل هذه الأخيرة نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية التي تتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحصين مراحل حياته وهذه الأبعاد هي:

- **البعد الأول:** الاستقلالية، وتتجلى في قدرة الشخص على تقرير مصيره بنفسه، والاستقلال بذاته، ومدى قدرته على مقاومة الضغوط الاجتماعية والتصرف بطريقة مناسبة، وتنظيم سلوكه، وتقييم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.
- **البعد الثاني:** التمكن البيئي، ويتجلى في الكفاية الذاتية للفرد وقدرته على التحكم وإدارة نشاطاته والاستفادة من الفرص المتاحة له، بالإضافة لقدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية، وقدرته على اختبار قيمه الشخصية، والتصرف بما يتناسب ومعاييرها معه.
- **البعد الثالث:** النمو الشخصي ويتجلى في شعور الفرد بالنمو، الارتقاء المستمر إدراكه لتطور وتحسن ذاته، وانفتاحه للتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي بالحياة، التطور اليومي لسلوكه، تغيير سلوكه بطرق تزيد من معرفته وفعاليته الذاتية.
- **البعد الرابع:** العلاقات الإيجابية مع الآخرين، وتتجلى في رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، ثقته بالآخرين من حوله، قناعته برفاهية الآخرين، قدرته على التعاطف والتودد للآخرين، اهتمامه بالتبادل الاجتماعي، إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين (مبارك، 2012).
- **البعد الخامس:** تقبل الذات، ومن صفاته: إظهار الفرد توجهها إيجابيا نحو ذاته، قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية، الإيجابية)، الشعور الإيجابي

اتجاه حياته السالفة، تفكيره الإيجابي لذاته المستقبلية، والشعور بخصائص ذاته المميزة، يزهر النقد الإيجابي لذاته.

- **البعد السادس:** الهدف من الحياة، من صفاته: أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة، أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها، أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة وأن تكون له القدرة على توجيه أهداف حياته وأن تكون له القدرة على الإدراك الواضح لأهداف حياته وأن يدرك أن صحته النفسية تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة (مبارك، 2012).
- 6-6 نظرية (Schalock 2002):

يعتبر Schalock من أبرز الباحثين الذين تناولوا موضوع جودة الحياة بشكل مفصل، فقد ارتكزت نظريته حول هذا الموضوع خلال سنة (1990) حول كل من مفاهيم الاستقلالية، الانتاجية، الاندماج الاجتماعي، الرضا. لاحقا أضاف هذا الباحث وفصل كثيرا في الموضوع فأكد على أهمية بعض المحددات في ادراك جودة الحياة منها:

- تصورات الفرد للأشخاص المهمين بالنسبة له (القبول، التشجيع، الفرص المتاحة من الأولياء الأقران، الأصدقاء وزملاء العمل).
- الظروف الموضوعية للحياة التي تتمثل حسبه في كل من الزواج، الحياة الأسرية، الحياة في الحي، العمل، السكن، المستوى المعيشي، التعليم، المدخرات، الانتماء والعضوية في مختلف المنظمات (shalock ,1993).

- الخصائص الشخصية والتي يجب دراستها من ناحية الوظائف الفكرية مثل (الذاكرة، المهارات البصرية المكانية، التحقق من الفرضيات)، الجسدية مثل (الحالة الصحة، الأعراض

الجسدية، الحركة)، الاجتماعية مثل (مشاعر الدعم، شبكة العائلة والاصدقاء)، العاطفية مثل (المزاج، الاحاسيس، الاحساس بالراحة). (shalock ,1993)

حسب shalock (2002) فان مفهوم جودة الحياة يعتبر مفهوما واسعا يتضمن (08) مجالات أوكل مجال يتكون من عدة مؤشرات تشير جميعها الى أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة الشعور بجودة الحياة، مع الاشارة الى الاختلاف في نسبة هذا الشعور بسبب اختلاف طبيعة إدراك جودة الحياة من فرد لآخر، واختلاف هذه الأبعاد في أهميتها وفقا لتوجه الباحث وهدفه من بحثه.

### الجدول رقم (01) ابعاد نظرية شالوك لجودة الحياة:

المجالات							
السعادة	العلاقات الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البدنية	تقرير المصير	الاندماج الاجتماعي	الحقوق البشرية والقانونية
الرضا	التفاعلات	الحالة	التعليم -	الصحة	الاستقلالية	التكامل	الحقوق الفردية
مفهوم الذات	العلاقات	المادية	الكفاءة	الأنشطة	الأهداف	الترابط	حقوق الجماعة
انخفاض الضغوط	الإسناد	العمل	الشخصية	اليومية	الاختبارات	الأدوار	القانون والعمليات
		المتقن	الأداء	وقت الفراغ	المجتمعية	الواجبة	

(أورد في: مبارك. 2012)

### 6-7 نظرية Anderson (2003).

ركز Anderson في نظريته على المفهوم الكلي والتفاعلي لجودة الحياة بين ثمانية نظريات في اطار ذاتي (الجانب الذاتي لجودة الحياة أين يشعر الفرد بجودة حياته ويقومها تبعا لمشاعره نظرته للأمور وقيمه )، وجودي (بمعنى الى أي مدى تكون الحياة جيدة في

عمقها، ومدى اشباع الحاجات البيولوجية مثل ظروف النمو الجيدة، أما من الناحية الروحية ضرورة وجود الاعتقادات الدينية والروحية ( وموضوعي) جودة الحياة الموضوعية التي تتمثل في ظروف الفرد الخارجية التي يسهل تحديدها والتي يمكن لعدة أفراد قائلين على عملية التقييم تقييمها بشكل متماثل، بالإضافة لقدرة الفرد على التكيف مع محيطه والثقافة التي ينتمي إليها) متخذاً من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، واشباع الحاجات، الرضا عن الحياة، فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً شاملاً لتفسير جودة الحياة (Ventegodt, Merrick, 2003, Anderson).

لقد أشار Anderson إلى أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما أن أفكاره هي التي توصله للشعور بالرضا عن الحياة، كما بين أن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة وهي:

**الأولى:** تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

**الثانية:** المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

**الثالثة:** شخصية الفرد والعمق الداخلي لها.

في ضوء هذه السمات، فإن النظرية الكلية تضع المؤشرات التالية الدالة على جودة الحياة:

1- شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته وهذا الشعور يتحقق بالآتي:

• وضع أهداف واقعية يكون قادراً على تحقيقها.

• يسعى إلى تغيير ما حوله كي يتلاءم مع أهدافه.

2- إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة، لأنه

أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد والثقافات.

3- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية، علاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى وعائلة تبث فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة (شيخي، 2013).

نلاحظ مما سبق وجود عدة نظريات لتفسير جودة الحياة فصلت في هذا المفهوم بشكل مختلف نظرا لتعدد وجهات نظر رواد هذه النظريات، مثلا نجد نظرية Bubolz & al (1980) التي اهتمت بشمولية مفهوم جودة الحياة واهتمت بكل من المؤشرات الذاتية والموضوعية في تفسيرها، كما استمدت مبادئها من البعد البيئي حيث تكلمت عن أهمية ودور البيئة في توفير الموارد التي تلبي حاجيات الأفراد، كما قامت بالموازنة بين احتياجات الأفراد والموارد وبين الأداء والتوقعات، من جهة أخرى نجد نظرية Bigelow & al (1982) التي بينت دور الرقابة وأولت أهمية كبيرة للمتغيرات النفسية لجودة الحياة واهتمت كثيرا بإشباع الحاجات التي وردت في هرم ماسلو، كما ارتكزت كذلك في مبادئها على نظرية الأدوار لـ (Salvin & Allen (1986) أما (Reich & Zantra في نظريتهما ركزا على أهمية البعد المعرفي والعاطفي للأحداث ودورهما في التأثير على جودة حياة الأفراد، حيث أشارا إلى أن الرضا وعدم الرضا الذي يشعر به الأفراد اتجاه الأحداث واستجاباتهم مكونات مهمة في عملية تقييم جودة الحياة، وقد جاءت نظرية (1985) Abbey & Andrew لتتكلم عن الجانب الاجتماعي ودور المساندة الاجتماعية في الشعور بجودة الحياة وأشارت إلى اهتمام الأفراد وتركيزهم على المحددات الإيجابية والرقابة الداخلية وكيفية مساهمتها في جودة الحياة، ونجد (1999) Ryff: ركز على السعادة النفسية وتوسع وفصل كثيرا في تحديد مكونات جودة الحياة، أخيرا نجد كلا من نظرية (2002) Schalock ونظرية (2003) Anderson تركزان على الأبعاد الذاتية والادراك الشخصي للأفراد وأهميتهما في عملية الإحساس بجودة الحياة وتقييمها .

قد توضح أيضا من هذه النظريات اهتمامها بالجانب النفسي والتجارب المعاشة واشباع الحاجات بينما أهملت جانب الصحة الجسدية وأهميتها في عملية تقييم جودة حياة الأفراد بالرغم أنها تشكل محورا رئيسيا في حياتهم بالنظر لدورها الكبير في التأثير على الصحة النفسية واشباع الحاجات.

### 7-مكونات جودة الحياة:

تتكون جودة الحياة من عدة أبعاد تتداخل في ما بينها، والتي تتعلق بالأفراد حيث تختلف هذه المكونات من شخص لآخر وحتى من مجتمع لآخر، وقد حاول الكثير من الباحثين التفصيل في هذا الموضوع، منهم (Flanagan 1978) الذي حاول انطلاقا من دراسته تحديد عناصر الحياة اليومية التي تشكل جودة الحياة لدى الأفراد، حيث طلب منهم التعبير عن مدى أهمية الفئات التالية بالنسبة لهم (الأنشطة الترفيهية، العلاقات، الرفاه المادي، الصحة، العمل، التعليم، العمل) ونتج عن دراسته أن المتغير الذي اعتبر الأهم من طرف معظم المستجوبين هو الصحة والأمن الشخصي والتي حصلت (95%) من الأصوات، ثم يليه وجود وتربية الأطفال، ثم فهم النفس، والتي تعتبر من العوامل الهامة والتي حصلت (85%) من إجابات المستجوبين وتبين أن لارتياح المادي، العلاقات الحميمة مع الزوج، العمل، قدرت على أنها مهمة جدا من قبل (80%) من المستجوبين مع جودة ستة مجالات تعتبر من أكبر معاملات الارتباط مع جودة الحياة العامة وهي الارتياح المادي، الصحة، العمل، الأنشطة الترفيهية، التعليم والتعبير، الإبداع. وفي دراسة مماثلة & Bharadaj (1977) حددت الصحة، العائلة والمجتمع كمصادر رئيسية للرضا عن الحياة عند الرجال أما عند النساء، ا مثلت العائلة الأولوية عندهن وعند كبار السن فملئ وقت الفراغ والعائلة كانت الأهم.

أشارت الدراسات الوطنية الأمريكية أن من بين مجالات الحياة التي تشكل متنبئات بالسعادة للفرد، والتي ظهرت في أول اللائحة هي الرضا عن الزواج والحياة العائلية. وهذا ما يشبه النتائج التي حصل عليها (Campbell,1976) والتي بينت أن الزواج والحياة العائلية الناجحة مرتبطين بشكل وثيق بوجود الأصدقاء والعلاقات الحميمة والجيدة معهم وأنها تساهم في جودة الحياة.

وفي دراسة طويلة أجراها (Heady & al (1984) في أستراليا تبين أن الرفاهية والارتياح و الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحة عوامل تؤثر على المشاعر السلبية، لذلك فإن عيش الأفراد في ظروف سيئة يجعلهم يقيمون جودة حياتهم بشكل سلبي، أما الرضا عن النشاطات والأصدقاء والزواج، والعيش ضمن شبكة اجتماعية متطورة عوامل تساهم في الرفع من شعور الرفاهية وتجعل الأفراد يقيمون جودة حياتهم ايجابيا.

انطلاقا مما سبق ومن مراجعة مجموعة من الأدبيات يمكننا أن نلخص مكونات جودة الحياة التي وردت بشكل أكثر في الدراسات في ما يلي:

### 7-1 الجانب الديني والروحي:

يحتل الدين جانبا هاما من جوانب الوجود الإنساني، الأمر الذي يحتم دراسته سيكولوجيا لمعرفة تأثيره على سلوك الإنسان وشخصيته ويمكن النظر إليه بوصفه واحدا من مجالات الشعور بالرضا عن الحياة، والذي تزداد أهميته بالنسبة لبعض الجماعات مثل النساء والمسنين والمتدينين أنفسهم، كما أن هناك ارتباطا قويا بين الشعور بالرضا الديني وبين السعادة، وتبين أن هناك تفسيرين محتملين لفوائد الدين والعقيدة الدينية، الأول يقترن بما تهيئه الأفكار الدينية من معنى وهدف في الحياة والثاني مقرون بالانتماء لها والتكامل معها.

يعتبر الدين مجموعة من العقائد والممارسات والطقوس التي يضمنها نسق شامل يحقق القداسة للإله، قد يتفق عامة الناس على تعريف عام له، بينما تباينت وجهات نظر علماء النفس إزاءه حيث اعتبره Freud عصاباً جماعياً يعطل العقل لدى الإنسان، وفسره Durkheim على أنه ظاهرة اجتماعية تتمثل في مجموعة من النواهي والأوامر بالمقابل يعزو Yang سبب الأمراض النفسية إلى نقص الدين كما عرفه بأنه الخضوع لقوى كبرى، ويساعد الفرد على تحقيق التوافق مع ذاته ومع الآخرين (أورد في: كتلو، 2015).

إن التحدث عن الدين لا يعني حصره في معتقد معين أو ديانة معينة فالبوذي والمسلم واليهودي ومن يعبد الشمس أو القمر أو الهندوسي، كل منهم يجد راحته وقناعته ورضاه في منهجه، ويلجأ إليه لحمايته من مخاوفه حيث يؤمن بوجود قوة عظمى تحميه.

إن للدين صلة وثيقة بجودة الحياة أو السعادة والرضا عن الحياة، وهذا ما بينه Koenig في دراسة مراجعة لسنة (2012) شملت أغلب الدراسات التي تناولت التدين أو الروحانية مع الصحة ما بين سنوات (1872) و(2010)، لما يزيد عن (3300) مقال علمي موثق منهجياً، وأشارت النتائج إلى العلاقة الإيجابية والارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدين، مما يدعو الباحثين إلى أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار في دراسات جودة الحياة (زعطوط، 2012).

يعتبر أيضاً الدين من العوامل المؤثرة في مدى شعور الإنسان بالرضا عن الحياة، كما أنه يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد المعنى الإيجابي للحياة وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط، وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب لذلك يستخدم الإرشاد الديني لخفض الإحساس بضغوط الحياة، وجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة (الهنداوي، 2011)، بالتالي فإن القيم الروحية والإيمان بالعقائد الدينية يعتبر مصدراً مهماً لجودة الحياة، فالإخلاص في العبادة والاعتماد على الله والإيمان بالقضاء

والقدر يخلص الإنسان من القلق ويوفر له الاستقرار النفسي من ثم يشعره بجودة حياته(ابو شمالة،2016).

## 7-2 الجانب المادي (الدخل):

إن المال لا يشتري السعادة ولكنه يلعب دورا في تحقيق الرفاهية وهذا ما أشارت اليه بعض الدراسات، حيث بينت أن الأفراد الذين يعيشون في بلدان يرتفع فيها الناتج المحلي الإجمالي مثل النرويج والولايات المتحدة الأمريكية لديهم مستويات أعلى من الرفاهية مقارنة بالبلدان التي ينخفض فيها الناتج المحلي، وأكدت العلاقة بين الدخل والرفاهية في الدول الفقيرة، كما أشارت كذلك الطنطاوي(2014) إلى أن الدول الأكثر ثراء وغنى أكثر اهتماما بحقوق الإنسان و تكون فيها معدلات الجريمة أقل والديمقراطية أكثر، كما تشهد انخفاضا في معدلات الأمية، وزيادة في طول العمر وصحة أفضل، وكلها عوامل مؤثرة في الرفاهية.

يتضح لنا أيضا أن العلاقة بين المال والسعادة لها تأثير أقوى على الفقراء مقارنة بالأغنياء، عندما لا يتم تلبية احتياجاتهم الأساسية من الغذاء والأمن والرعاية الصحية والمأوى فإن الزيادة في الدخل ستحدث فرقا أكبر، فالأثرياء يعيشون حياة أكثر صحة فلديهم من المال ما يكفيهم وما يجعلهم يقضون أوقات أفضل مع من يحبون ويعيشون في أحياء أكثر أمنا وأقل ازدحاما ويكون المال لهم عاملا عازلا عن المرض والعجز(الطنطاوي،2014).

لكن بالرغم من وجود العلاقة بين الدخل والرفاهية إلا أن الارتباط ليس دائما مرتفعا، وهذا ما ذهب اليه (Ahuria) حيث أكد أن دخل الفرد لا يفسر أكثر من(02%) إلى (03%) من التباين في جودة الحياة، وهو عرض ظاهر أطلق عليه ظاهرة المرفهون المحبطون، وهذا ما جعله يقول أنه رغم تطور الدخل والأحوال المادية في أوروبا وأمريكا الشمالية إلا أن جودة الحياة لا تسير في نفس المنحنى. وهذا الأمر أشار اليه أيضا (Diener & cummins)

سنة 2000 حيث أكد على أن الدخل إذا زاد عن الحاجات الضرورية يتناقص ارتباطه مع جودة الحياة (أورد في: زعطوط، 2012).

ان البعد المادي بعد ضروري وأساسي في جودة حياة الأفراد فالدخل المادي يسمح للأشخاص بإشباع حاجاتهم الأساسية كالأكل الشرب المسكن الملابس العلاج كما أنه يضع الفرد في مكانة اجتماعية جيدة ترضي حاجته للاعتراف من الآخرين، وتسمح له بالإنجاز، وأي فقر أو نقص في الجانب المادي يسبب المعاناة بأحد أشكالها.

### 7-3 الجانب الصحي:

عرفت منظمة الصحة العالمية سنة (1946) الصحة على أنها حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي، ولا تتمثل في غياب المرض، وهذا التعريف شامل لأنه يحدد العلاقة بين مختلف جوانب حياة الأفراد لكن نلاحظ أنه يقتصر فقط على المستوى الفردي فقط دون الأخذ بعين الاعتبار تأثير بعد البيئة التي تساهم في بناء صحة الأفراد.

بعد ما يقارب (60) عاما من تسجيل هذا التعريف في ميثاق المنظمة، أقيم مؤتمر دولي أول من أجل تعزيز الصحة في منطقة أوتواو تحت رعاية منظمة الصحة العالمية وفيه وضعت رؤية جديدة للصحة ليصبح مفهومها "الصحة هي مدى إمكانية فرد أو مجموعة من الأفراد تحقيق طموحاتهم وإشباع حاجاتهم من جهة، والتطور مع البيئة والتكيف معها من جهة أخرى، وهي تعبر عن مفهوم ايجابي يعطي قيمة للموارد الاجتماعية والفردية والقدرات الجسمية، بالتالي الصحة تتجاوز المجال الصحي لتصل إلى تحقيق الرفاه" وهنا تبرز أهمية هذا المفهوم لأنه يشير إلى أن الصحة يمكن أن تكون مقياسا لتحقيق وإشباع الحاجات وتحقيق الذات وعلاقتها مع قدرات التكيف الفردية والظروف الاجتماعية، وهو ما يترجم إلى حالة الرفاه أو جودة الحياة ، كما عرفت أيضا سنة (1995) على أنها: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك

مع أهدافه، توقعاته، قيمه، اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" (Ferron,2011).

لقد تعددت تعريف الصحة بتعدد المؤسسات والمتخصصين والتي من بينها نجد ما يلي الصحة هي مؤشر دال على حياة وسير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال مع استثناء العاهات والإصابات التي قد تصيب الجسم ولكن لا تعيق الأعضاء على أداء وظائفها، كالأعمى مثلا يتوفر على قدر معتبر من الصحة (Dion,2001).

من الواضح أنه لا يوجد تعريف موحد لجودة الحياة ولا تعريف موحد للصحة بسبب تنوع النماذج المفاهيمية، فهناك من يستعمل مصطلح "جودة الحياة"، "جودة الحياة المرتبطة بالصحة"، "الحالة الصحية" كما أن هناك تشابه كبير للأبعاد التي تحددهما، فمثلا فيما يتعلق بأبعاد جودة الحياة، نجد الحالة الجسدية والقدرات الوظيفية، الحالة النفسية، الرفاهية، التفاعلات الاجتماعية، المؤشرات الاقتصادية، وحالة العمل، الحالة الروحية والدينية. أما في ما يخص جودة الحياة المتعلقة بالصحة فهي الأبعاد التي تؤثر على صحة الأفراد وهي الصحة الجسدية، القدرات الوظيفية، الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي (الأنشطة الاجتماعية والدعم الاجتماعي) والقدرة على القيام بمختلف النشاطات (العمل، الدراسة، الاعتناء بالنظافة) وإدراك الرفاه العام (Dion,2001).

في هذا الصدد يرى Nordenfelt(1994) أن مصطلح جودة الحياة غالبا ما يكون مرادفا لمصطلح جودة الحياة المتعلقة بالصحة، حيث أن هذا الأخير يعتمد على عدة أبعاد تكاد تكون نفسها مع تلك التي تتعلق بجودة الحياة وتعرف على أنها "المستوى الأمثل للحالة

النفسية والجسدية الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد) بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة، واللياقة، والارتياح في الحياة والرفاهية. من الدراسات السابقة حول الموضوع ومن خلال مختلف نظريات جودة الحياة أهمية الإدراك الشخصي وأهمية إشباع الحاجات والتي لا يمكن ان تتحقق بدون التمتع بصحة وظهرت أهمية بعد الصحة عند كل المجتمعات، كما تبين أن هناك علاقة بينه وبين الأبعاد الأخرى لجودة الحياة، ومن بين النتائج التي أشارت الى هذا الأمر، نجد ما توصلت اليه دراسة (Narayan, 2000) التي هدفت إلى البحث عن العلاقة بين الرفاه المادي والصحة، والتي أظهرت نتائجها أن الصحة تؤثر على الرفاه المادي وذلك بسبب اللاننتاجية (عدم القدرة على العمل)، من جهة أخرى بينت كيف يؤثر الفقر على الصحة بسبب سوء التغذية وعدم القدرة على الحصول على العناية الصحية والعلاج (أورد في: Enguerran&al,2010).

نستنتج مما سبق أن الصحة مكون مهم ورئيسي من مكونات جودة الحياة، ويعتبر أحد عناصرها الموضوعية التي أثبتت الدراسات ارتباطها بالسعادة بشكل أو بآخر، فالصحة قد تكون مؤشرا على الرفاهية وجودة الحياة، والمرضى قد يعبر عن جودة حياة متدنية، كما تظهر هنا أهمية التمتع بقدر معين من الصحة للتمكن من إشباع الحاجات الأساسية والثانوية والتي تحقق للإنسان الرفاهية والسعادة والرضا، فأى تقييم لجودة الحياة يستلزم تقييم الصحة بكل أبعادها، كذلك أي تقييم للصحة يستوجب النظر في كل الأبعاد التي تشكل جودة الحياة مثل العلاقات الاجتماعية، البيئة، العمل وذلك لارتباطها بصحة الأفراد. وهذا ما يدفعنا إلى القول أن العلاقة بين الصحة وجودة الحياة علاقة تبادلية وتكاملية.

#### 7-4 الجانب الاجتماعي:

يعتبر الإنسان كائنا اجتماعيا بطبعه، وهو بحاجة للحب والانتماء والتقدير ممن حوله، فالشخص الوحيد يعاني في أغلب الأحيان من القلق، الملل، العصبية، عدم تقدير

الذات لأنه يحتاج للآخر والى بناء علاقات اجتماعية معه، والتي تعرف على أنها "مجموعة من الروابط المتبادلة بين الأفراد، وجماعات المجتمع التي تنشأ عن اتصال بعضهم ببعض وتفاعلهم، مثل روابط القرابة، الجمعيات، المؤسسات الاجتماعية(Gravitez,1999).

تعتبر النشاطات والعلاقات الاجتماعية أحد أهم أبعاد جودة الحياة التي يكون نقيضها العزلة والانسحاب الاجتماعي من مختلف الجماعات مثل العائلة، الأصدقاء، العمل والذي يسبب آثار سلبية على صحة الأفراد، لذلك فإن البعد الاجتماعي يقيم نوعاً من الصحة الاجتماعية التي تعبر عن المشاركة والاهتمام بالنشاطات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية مع المجموعات التي ذكرناها (Bruchon.shweitzer,2002).

في هذا الصدد أشار(Griffin.1988) الى أهمية جودة العلاقات لا كميته، أما(Flanagan.1982) فقد بين أن الطريقة التي يقيم بها الفرد نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية تعتبر بمثابة مؤشر على الوظيفة الاجتماعية الجيدة(أورد في:Strenna,2011).

تندرج ضمن هذه العلاقات العلاقة بالزوج، الزوجة، الأطفال، الأقارب، زملاء العمل، الجيران، تساعد هذه العلاقات الإنسان في الاطمئنان والشعور بالراحة النفسية والسعادة، بالتالي يمكن اعتبار تأثيرها كتأثير الغذاء الصحي والرياضة على أجسامنا وحياتنا، وهذا ما كشفته العديد من الدراسات التي بينت أثر التفاعل الاجتماعي وشبكة العلاقات الاجتماعية التي نعيش في ظلها على السعادة والصحة والتخلص من المعاناة بالتالي أي خلل أو انهيار فيها أو غياب للدعم الاجتماعي كمورد هام في امتصاص أحداث الحياة الضاغطة والكرب يؤدي إلى قصور في التكيف والمواجهة لدى مختلف طبقات المجتمع، وقد بينت العديد من الدراسات هذا الأمر ومن بينها دراسة أمريكية أجريت على عينة متمثلة في 400 من أغنياء الولايات المتحدة وبين رعاة المساي الفقراء، والتي بينت أن درجة الرضا عن الحياة

الاجتماعية والدعم الاجتماعي متقاربة جدا بينهما 5.7 مقابل 5.8 وأن تحسن العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي يؤثران بقوة في جودة الحياة (أورد في: ارجايل، 1987).

بين العديد من الباحثين أهمية الدعم الاجتماعي ودوره في الشعور بجودة الحياة، فقد أوضحت (Hartmann.2007) أن ادراك الأفراد لوجود دعم اجتماعي في حياتهم ووجود أشخاص يمكن الاعتماد عليهم عند الحاجة مرتبط ارتباطا مباشرا بالحالات العاطفية والمعرفية الايجابية واستنادا لما جاء به (linville.1985) فإن الاندماج الاجتماعي يسمح بتطوير العديد من المصطلحات الذاتية المرتبطة بالمكانة الاجتماعية التي يشغلها الأفراد، هذا ما يؤثر على طريقتهم في تقييم الأحداث والمعلومات السلبية في حياتهم، كما يساهم في تحسين تقدير الذات والشعور بالقيمة والتكيف مع المواقف الضاغطة والوقاية من الاكتئاب وقد يجعل الفرد يعتني بنفسه وصحته أكثر بسبب ارتفاع مستوى تقديره لذاته.

في نفس التجوه أشارت بحوث أخرى إلى أن الأفراد بحاجة إلى إنفاق (06) ساعات يوميا في الأوساط الاجتماعية وتمتد المدة أحيانا إلى أكثر من ذلك إذا كان عملهم مجهدا فالانفتاح على العالم الخارجي وقضاء الوقت برفقة أفراد آخرين يعزز من مستويات الرفاهية لديهم، كما يشار كذلك إلى أن السعادة معدية، والتفاعل اليومي مع الناس بشكل مباشر أو غير مباشر ضمن شبكات صغيرة أو كبيرة له تأثير كبير على جودة الحياة(شوقي الطنطاوي، 2014) ومن بين العلاقات الاجتماعية نذكر ما يلي:

**الزمالة في العمل:** يزيد الرضا عن العمل لدى أولئك الذين يتمتعون بشعبية في بيئة العمل والذين ينتمون إلى جماعة عمل صغيرة ومتجانسة، ومن تتاح لهم فرص أكثر للتفاعل الاجتماعي، ويتمثل أساس هذه العلاقات في تبادل المساعدة والنصائح.

**الجيران:** يمثل الجيران مجالا أقل أهمية من مجالات الشعور بالرضا، كون مستوى الإشباع الناجم عنهم متواضع، وأهم مصدر للإشباع هنا هو المستوى المرتفع من المساعدة في

بعض الأمور كالعناية بالحديقة وإعارة الأشياء وري النباتات أو التعاون في مسائل أكثر جدية مثل شق الطرق وتنظيف المرافق العامة، لكن قد تسبب العلاقة بالجيران السعادة اذا كانت مبنية على استمتاع وثقة متبادلة. (أورد في: أرجايل، 1987).

### 7-5 العمل

يعد العمل مطلباً إنسانياً تستمر به الحياة وتشبع به الحاجات الأساسية كالحصول على الغذاء والحاجات الثانوية مثل الحصول على الاعتراف والمكانة الاجتماعية وبناء الهوية، كما ان الفرد العامل يعيش الكثير من وقته في بيئة عمله لذلك فإنه يعتبر أحد مكونات جودة حياته فقد يكون مصدر استمتاع وتحقيق للذات أو مصدراً للمعاناة ولعل هذه الأمور هي ما دفع بالباحثين للتقصي عن جودة الحياة الوظيفية التي يعتبرونها امتداداً لجودة الحياة بصفة عامة من خلال تحسين ظروف العمل وهذا ما ذهب إليه (Barger, 1998) الذي أشار الى أن بعض الدراسات في مجال جودة الحياة تناقش المستوى الوظيفي للفرد، وتقييمه لشخصيته في تأثيرها على جودة الحياة، أما (Evans & Romny, 1996) فيعتبران أن الرضا يولد الشعور بالراحة النفسية والجسمية للأفراد والتأكيد على العلاقة بين الرضا المهني وجودة حياة الأفراد الأصحاء، وهذا ما أشار إليه أيضاً (Dupuis & al, 2000) عندما أعطوا تعريفاً عاماً لجودة الحياة في قولهم انها المستوى الذي يبلغه الفرد في تنظيم وترتيب أهدافه المهنية مشيراً الى دور هذه الأخيرة في التأثير ايجابياً على جودة الحياة بشكل عام وعلى قدراته الوظيفية وعلى السير العام للمجتمع (أورد في: Boudouda, 2013)، وقد اعتمد كذلك من (Marcel et Dupuis 2006) هذا التعريف النسقي السابق واستعملوه في تعريف جودة الحياة في العمل واقترحا استعمال استقصاء مكون من (33) مجالاً لإعطاء تعريف عام لجودة الحياة الوظيفية مما يعني أن جودة الحياة الوظيفية هي امتداد لجودة الحياة بشكل عام وأن اغلب دراسات جودة الحياة في السنوات الأخيرة تركز في تناولها لموضوع وقياس

جودة الحياة على أساس مقاربتين كما يرى (Loscocco & Roschelle,1991) الأولى تركز على الرضا عن العمل أما الثانية فهي التوازن والتوافق بين الحياة في العمل والحياة خارج العمل وتتضمن هذه الأخيرة مؤشرات (الرضا عن الحياة بشكل عام، التوافق الأسري، الارتياح النفسي)

في نفس السياق اقترحت دراسة قام بها (Karen, Collins & al,2003) حول التوافق بين الحياة المهنية والعائلية ثلاثة متغيرات تتعلق بالتوازن بين متطلبات العمل والأسرة :

- التقسيم العادل للوقت: حجم الساعات المخصصة للأسرة والعمل.
- التوفيق في مستوى التوازن النفسي في الأدوار المهنية والعائلية.
- الرضا المتوازن: وذلك في مستوى الرضا عن الحياة المهنية والعائلية.

وان كل بعد من هذه الأبعاد للتوازن المهني والعائلي قد يكون ايجابيا أم سلبيا على حسب الوقت والمشاركة وقد توصل إلى نتيجة أن الأفراد الذي يمضون أوقات أكثر مع أسرهم هم الأفراد الأكثر جودة في الحياة من الأفراد الذي يوازنون بين العمل والأسرة وان مستوى الرضا عن الحياة المهنية والعائلية هي متساوية بالنسبة لعينة بحثه ( أورد في: بن خالد . بوحفص مباركي. 2015 ).

#### 7-6 أنشطة وقت الفراغ:

إذا تحدثنا عن وقت الفراغ فإننا لا نعني به بالضرورة الوقت خارج أوقات العمل، فهناك العديد من إرغامات الوقت التي تتوزع على عدة أمور تستغرق مدة زمنية تنقص من هذه الأوقات، مثل الطريق من العمل إلى البيت، الاجراءات الادارية، الوقت المخصص للأكل الوقت المخصص للنوم، لذلك فإن النسبة المتبقية من الوقت هي ما يسمى بوقت الفراغ والذي عادة ما يكون محدودا وغير كاف، مما جعل الشركاء الاجتماعيين يسعون إلى زيادته لتعزيز المشاعر الايجابية لدى الأفراد وذلك من خلال اعطائهم مساحة من الوقت

لقضائها في عمل الأشياء التي يحبونها ومنحهم فرصة للالتقاء لمدة أطول بأصدقائهم وعائلاتهم.

يمكن للأفراد شغل أوقات فراغهم بالراحة والاسترجاع أو بالاستمتاع وممارسة الهوايات المفضلة لديهم، ومن المستحب أن تكون لهذا الوقت وظيفة ايجابية وليس مجرد التوقف عن العمل، بل امكانية عمل شيء محبب أو فرصة ليكون الشخص شخصا آخر (Bureau international du travail.1975)

تمثل تلك الأنشطة التي يقوم بها الأفراد في وقت الفراغ واحدا من العناصر الهامة للشعور بالرضا العام عن الحياة ونقصد بها كل الأشياء التي يفعلها الفرد أثناء الساعات التي لا يكون فيها نائما أو في عمله، كما تعتبر نشاطا تعبيريا يحقق إشباعا ذاتيا له، يقوم بها بناء على رغبته قصد الاستمتاع والترفيه والارتقاء بالذات أو لأهداف اختارها بنفسه كبلوغ كفاءة في مهارة أو رياضة معينة أو كتابة أو زيارة بلدان وأماكن مختلفة، حيث تتخذ أنشطة وقت الفراغ أشكالا عديدة من بينها: مشاهدة التلفزيون، القراءة، الرياضة بمختلف أنواعها، المشاركة في الأندية، العمل التطوعي... الخ

اعتبرت هذه الأنشطة أحد المكونات المهمة للشعور بالرضا العام عن الحياة وأحد المؤشرات التي تنتبأ بجودة الحياة خاصة إذا تم تعريفها على أنها الحياة خارج نطاق العمل وليس مجرد ممارسة هوايات معينة.

نستنتج مما سبق أن موضوع جودة الحياة من المواضيع التي يصعب حصرها في جانب واحد، فالحياة أكبر من أن نلخصها في جانب واحد أو في متغيرات معينة أما الجودة فقد تختلف من فرد لآخر حسب شخصيته ونسق القيم لديه، لذلك فإن الحديث عن جودة الحياة ليس بالسهل أو الأحادي الاتجاه، لكن تبقى بعض المكونات فيه أساسية لتحقيق

السعادة أو لعيش جودة الحياة مثل الصحة الجسمية والعقلية التي بها يتمكن الفرد من ادراك ما يحدث حوله وادراك مشاعره وتفسير ما يحدث حوله والحكم عليه.

### 8- جودة الحياة في العمل:

ظهر مصطلح جودة الحياة في العمل بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة في مجال الإدارة إلا أن أصوله قديمة، فحسب (Rodrigues, 1994) فإن جودة الحياة كانت مصدر اهتمام للإنسان منذ وجوده، وذلك وفق تسميات عديدة كلها تهدف إلى تسهيل وتحقيق رضا ورفاهية العامل خلال تنفيذ عمله والتي تتلخص بشكل رئيسي في ظروف العمل الجيدة وتحقيق الرضا والولاء المهني عند العامل، أما أصول دراسته، فقد أشار (Shmidit&al, 2006) إلى أن أصول دراسة جودة الحياة في العمل ترجع إلى (Trist&al, 1950) الذين قاموا بتطوير مجموعة أبحاث حول الموضوع، وكذلك إلى دراسات معهد Tavistock البريطاني الذي ركز على عدة مفاهيم في العمل مثل تحليل العمل وتنظيم العمل وإعادة هيكلة المهمة من أجل تحسين العمل وبيئة العمل، وذلك من منظور مقارنة تقنية اجتماعية مبنية على مؤسسة متطورة وسلامة وصحة ورضا العمال في آن واحد، وبعدها بسنوات طورت الولايات المتحدة الأمريكية في المفهوم وهدفت بذلك إلى تحقيق الجودة الكاملة، ثم تنوعت نماذج العمل التي تعزز رضا العمال والزبائن والتي تبنتها العديد من البلدان مثل فرنسا، كندا، إنجلترا، السويد والنرويج، هولندا .

حسب (Vierra & Hanashiro, 1990) فإن جودة الحياة في العمل تعبر عن تحسين ظروف العمل مع توسيع في المهام والاهتمام ببيئة المنظمة والتنظيم فيها والاهتمام بالموارد البشرية من خلال تفعيل الجانب الإنساني في العمل من أجل الحصول على نتائج مرضية للعامل والمنظمة (أورد في: Silva, 2017) وقد عرفها ماعظي (2014) على أنها مجموعة من الأنظمة والبرامج المرتبطة بتحسين وتطوير مختلف الجوانب الخاصة برأس المال البشري

للمنظمة والتي من شأنها أن تؤثر على الحياة الوظيفية للأفراد وبيئتهم الاجتماعية والثقافية والصحية والذي بدوره ينعكس إيجاباً على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين، ومن ثم يساهم في تحقيق أهداف المنظمة والفرد وكافة الأطراف ذات العلاقة بالمنظمة (ماعضي، 2014).

بينت الأدبيات التي تناولت موضوع جودة الحياة في العمل عدة محددات لها وبرزت بعضها بشكل أكبر ملخصة في المحددات التالية حسب ما أشار اليه عدة باحثين مثل (Acht&Delaflor(2010) و Sutter(2019) :

- **بيئة العمل المادية:** يقصد بها كل ما يحيط العامل من ظروف العمل، كأدوات العمل والألبسة ووسائل الحماية والأجهزة والاضاءة والتهوية والضوضاء والاضاءة ومختلف الظروف الجيدة التي تسمح للعامل بأداء مهامه بشكل مناسب في الوقت المطلوب.

- **التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الشخصية:** اشباع الحاجات التي تتعلق بالحياة الشخصية وتلك التي تتعلق بالحياة المهنية بشكل متوازن دون أن تؤثر اي منهما على الاخرى، مع أقل أو بدون صراع بينهما وذلك يكون عن طريق دعم الموظف واشراكه في اتخاذ القرارات واعطائه نوعاً من المرونة و جدول أوقات عمل يلائم وتيرته وقدراته مما يعزز ثقته بنفسه ويحسن صحته النفسية ليستطيع الاهتمام بعمله وعائلته في نفس الوقت.

- **الصحة والسلامة المهنية:** يقصد بها حماية العمال من كل المخاطر الصحية والحوادث التي يمكن أن يتعرضوا لها، وذلك عن طريق توفير بيئة عمل نظيفة وسليمة وتوفير أدوات وأجهزة عمل جيدة وتوفير الصيانة الدورية لها، والعمل على التدريب الجيد والارشاد المهني للعمال لتفادي وقوعهم في الأخطاء وتعرضهم للحوادث، والعمل أيضاً على حماية العامل من التهديدات والاعتداءات في مكان العمل وجعل حماية العامل من أولويات المؤسسة للحفاظ على مواردها البشرية وضمان ولائها.

-الاستقرار والأمان الوظيفي: يقصد به شعور العامل بالراحة والأمان والاستقرار في عمله وذلك بحمايته وضمان حقوقه كاملة وتحفيزه معنويا وماديا عن طريق الأجور الملائمة والتكوين الجيد وضمان أمنه وترقيته والاهتمام به وضمان تقدمه الوظيفي، مما يجعله يشعر بهويته وأنه جزء مهم في المؤسسة.

-العلاقات الاجتماعية: يتعلق الأمر هنا بجودة العلاقات وليس بكمها، ومقدار التفاهم والاحترام الذي تتميز به العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة سواء في العلاقات الأفقية أو العمودية.

### 9- قياس جودة الحياة:

اعتبرت (Anota 2014) مفهوم جودة الحياة ذاتي جدا، ومتعدد الأبعاد ويعتمد على القيم الاجتماعية والثقافية للأفراد، سواء أكانوا بصحة جيدة أو مرضى، عندهم مفهوم شخصي لجودة الحياة يتعلق بتوقعاتهم ورغباتهم ومستوى الرضا عن الحياة عندهم وكذلك أهدافهم.

ويعتبر مفهوما واسعا يمكن أن يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسدية والنفسية، مستوى الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالعناصر الأساسية في بيئته.

كما يعتبر أيضا مفهوما ديناميكيا بالتالي لا يمكن للفرد أن يقيم جودة حياته وفقا لنفس المعايير بمرور الوقت، فتوقعاته وأهدافه تتغير بالخصوص حين يصاب الشخص بمرض ما (Anota.2014).

فيما يتعلق بمسألة تقييم وقياس جودة الحياة فبالرغم من وجود عدة محاولات وتوفر مقاييس عدة إلا أن تقييم جودة الحياة يعتبر على العموم أمرا صعبا جدا أن لم يكن مستحيلا، كما أنه يستند على السياق بمعنى أهداف قياس جودة الحياة، صحة، اقتصاد. الخ.

(mercier& Shraub,2005)

كما أشار Kind (1994) إلى وجود مشكلات عديدة تواجه الباحثين عند قياسها ويأتي في مقدمتها صعوبة تحديد مفهومها، بالتالي يتوقف القياس الجيد لها على وصفها بشكل جيد (أورد في: العادلي، 2006).

هناك طريقتين لتقييم جودة الحياة، وهما:

- **المقابلة النفسية:** يكون فيها التقييم أكثر شمولاً ويتسم بالقيمة العلاجية، من عيوبها، صعوبة توحيدها، مما جعل استعمالها في الدراسات المقارنة غير ممكن بالإضافة إلى تكلفتها المرتفعة.

- **أدوات القياس النفسي:** تتكون من المقاييس والاستبيانات (تقييم من طرف الفرد نفسه، أو من طرف شخص آخر)، يكون فيها تقييم جودة الحياة أكثر تقييداً، من مزاياها، وجود إمكانية التوحيد وسهولة الاستعمال، كما تستهدف عينة من الأشخاص يمكن أن تمثل المجموعة بأكملها ويتم استخدامها لدعم القرارات على المستوى الجماعي، تتكون الاستبيانات من عدة أسئلة أو بنود مجمعة في بعد واحد أو عدة أبعاد ترتبط بمختلف جوانب جودة الحياة، ترتبط كل درجة من أبعاده بالدرجة الكلية للمقياس.

تكون الإجابة على البنود باختيار أحد الاحتمالات سواء نعم/ لا، في حالة الأسئلة المغلقة أو بالتدرج حسب الشدة أو التردد وذلك باستخدام سلم ليكرت.

وهناك إمكانية أخرى للإجابة وهي عن طريق رسوم بيانية تدعى (visuelles analogiques)، يرمز إليها بخط أفقي، حيث يجيب المستوجب من خلال وضع علامة بين طرفين متعاكسين "لا"، "على الإطلاق"، أو "بشكل كبير".

يجب أن تتمتع المقاييس أو الاستبيانات بالخصائص السيكومترية التي بها نستطيع الحكم على صلاحية وملائمة الأداة، بالتالي يجب التحقق من كل من صدق وثبات أداة القياس

عن طريق بعض الاختبارات الاحصائية الخاصة بذلك، ويراعي أيضا تكييف المقاييس مع لغة أو ثقافة أخرى للتحقق أيضا من هذه الخصائص السيكومترية.

من المستحسن استكشاف الجوانب الرئيسية لجودة الحياة بعدد محدود من الأسئلة لتفادي الوقت الطويل في الإجابة عليها (mercier, Shraub,2005).

يمكن استكشاف هذه الجوانب عن طريق نوعين من المقاييس هما: المقاييس العامة والمقاييس المتخصصة.

- **المقاييس العامة:** هي عبارة عن استبيانات موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (عينات تمرض وعينات عادية)، وهي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية النفسية والاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييما شاملا (Bruchon,Scheitezer,2002).

- **المقاييس الخاصة:** عبارة عن مقاييس مكيفة لمرض معين أو مشكلة صحية محددة مثل السرطان، تطبق على عينة من الأفراد تم تحديد خصائصها مسبقا، وتعتبر مقاييس حساسة تسمح بدراسة المرض بشكل دقيق، وهي مكيفة للعلاج والمتابعة الطولية لحالة المريض، ولا يمكن مقارنة نتائجها مع أمراض أخرى أو مع عينة الأصحاء. وهناك عدة مقاييس خاصة مثلا لمرض السرطان منها مقياس ( Quality of life questionnaire core-30 ) ( Rébillard, Cormier, Moreau, 2006).

في نفس الصدد اشارت (Strenna.2011) الى أن المقاييس الخاصة يتم تجربتها على عينة معينة تعاني من مشكلة محددة وتستكشف بشكل خاص مجالات الحياة التي يمكن أن تتأثر بمرض معين (Strenna,2011).

أشار كذلك كل من (Simon و Herisson 1993) الى أن المقاييس العامة تعطي أهمية أكبر للصحة بشكل عام والرضا، كما أنها تستكشف بعض الأبعاد مثل الحالة النفسية، الاجتماعية، الراحة والإدراك العام للصحة، بينما تستكشف المقاييس الخاصة منها بطريقة دقيقة أمراضا معينة ودرجة المرض أو تتنبأ بتحسن أو تدهور الحالة المرضية للفرد.

أشار كذلك نفس الباحثان الى أن عملية اختيار مقياس جودة الحياة تعتمد على الميدان الذي نستكشفه ونوع الدراسة والهدف منها، بالإضافة الى امكانية تطبيقه على أرض الواقع.

توجد العديد من المقاييس التي تقيس جودة الحياة من بين الأكثر استعمالا والتي اعتمدنا عليها في بناء استبيان الدراسة نجد:

### مقياس الصحة (SF36):

طور هذا المقياس بناء على الدراسات المنجزة من طرف Corporation Rand في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السبعينات، ويعتبر (ware) أحد مطوريه الأصليين، يهدف المقياس إلى التوصل لإيجاد المعايير النفسية اللازمة لمقارنة المجموعات، واختيرت أبعاده الثمانية من 40 بعدا لكي تمثل المفاهيم المثلى للقياس في المسح الصحي، ولقد أسست معظم فقراته بالاعتماد على الأدوات المستخدمة في ذلك الوقت بما فيها مؤشر الرفاهية السيكولوجية العامة ل(Dupy's 1984).

تأسس المقياس بناء على نتائج دراسة (Rand his/mos) على أكثر من 22000 مريض، تمتع بخصائص سيكومترية جيدة حيث كان معامل الثبات بين 0.60 و0.81، وكان هناك اتساق داخلي بين الفقرات بنسبة (0.80). أما فيما يخص مدة الإجابة فهي تستغرق من (05) الى (10) دقائق للإجابة وهي ذاتية الاستعمال وتستعمل بشكل كبير في دراسات جودة الحياة لدى كبار السن وتوجد نسختين قصيرتين منه وهما (SF20) الذي يتضمن (20) فقرة

و(SF08)الذي يتضمن(08) فقرات أي كل بعد يعبر عنه بفقرة واحدة (حشمت،1995/2008).

### مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية(WHOQOL100):

صمم هذا المقياس من طرف منظمة الصحة العالمية سنة (1995) لـ(15) بلد حول العالم، ليتم من خلاله التعرف على جودة حياة المستجوبين من خلال إجاباتهم على مختلف بنود المحاور المتعلقة بمختلف جوانب جودة الحياة، ويمكن استعمال هذه الأداة في نطاق ثقافات مختلفة، وهو موجود حالياً في(20) لغة، ويوجد منه صورة مصغرة وهي WHOCOL26 أي "BREF26" تربطه بـ "WHOCOL100" درجة ارتباط عالية 0.9 يولي هذا المقياس مكانة أساسية ومهمة للإدراك الشخصي (الفردى)، ويستعمل في مجتمعات ومجالات مختلفة، مثل المرض، الشيخوخة، اللاجئين، ويحتوي المقياس على (06) أبعاد هي الصحة الجسدية(12بندا)، الصحة النفسية(20بندا)، مستوى الاستقلالية (16بندا)، العلاقات الاجتماعية(12بندا)، المحيط(32بندا)، الجانب الديني(4 بنود) بالإضافة إلى بنود حول جودة الحياة العامة والصحة على العموم.

كانت الصيغة الأولية للمقياس به(300) بند، تم تجربتها على (4800) فرد (ذكور وإناث) وعند تحليل النتائج تم اختصار المقياس إلى(100) بند لمسائل متعلقة بالخصائص السيكومترية وكذلك لاعتبارات عملية تتعلق بطول المقياس.

### مقياس جودة الحياة لحسن مصطفى عبد المعطي:

اقتبس هذا المقياس من مقياس ويسكونسن الذي تم اعداده من طرف ماريون بيكر وبيرت شاو ليزا ريب، ينقسم الى قسمين أحدهما لتقدير جودة الحياة المدركة لدى المفحوص

والآخر لتقدير جودة الحياة كما يقدرها مقدم الخدمة النفسية، ووفقا له يتم تقدير عناصر جودة الحياة من أبعادها التالية:

مستوى الرضا، العمل، الصحة البدنية، الصحة النفسية، الجانب المادي، العلاقات الأسرية، العلاقات الاجتماعية والمساندة، أنشطة الحياة اليومية، يتكون المقياس في صورته النهائية من 78 بند تتم الاجابة عليها وفق سلم ليكرت، وقد تم حساب الخصائص السيكومترية، حيث بلغت نسبة الارتباط 0.50 في الاتساق الداخلي، كما تم التأكد من ثبات الاستبيان (عبد المعطي، 2009).

### مقياس جودة الحياة ل Spitzer & al(1981)

يعتبر هذا المقياس أداة لقياس جودة حياة المرضى مثل مصابي (السرطان، السكري)، صمم من طرف Spitzer، Dobson، Sheferd، Levi، Chesterman، Hall، وآخرين سنة (1981)، يتكون المقياس من (05) بنود تستكشف كل من الوظائف الجسدية، النفسية والاجتماعية، الدعم الاجتماعي، النشاطات اليومية، يعطي المقياس درجات تتراوح بين أعلى درجة متمثلة في (10) الى أدنى درجة وهي (0)، تم تصميم نماذج بديلة أو مشابهة ليقوم المريض أو أهله أو المهنيين الصحيين بالإجابة عليها لتتم المقارنة بعدها بين التقديرات المتحصل عليها لمعرفة مدى تماثل هذه النتائج، وقد تم التأكد من صلاحية هذه الأداة في سلسلة من الدراسات لدى المرضى في كل من كندا، استراليا والولايات المتحدة، حيث تم التحقق من ثبات المقياس الذي بلغ (0.75) بمعامل الفا كرونباخ، وتم مقارنة الصيغة التي يقوم المريض بالإجابة عليها والنسخة التي يجيب عليها الطبيب بمعامل سبيرمان وكانت النتيجة تتراوح بين (0.60 و 0.81) (Bowling, 2005).

تعقبا على ما سبق يمكننا القول أن المقاييس تنوعت حسب اختلاف ميادين العلوم وهدف الباحثين من دراساتهم، وقد تناولنا في ما سبق عينة لبعض المقاييس الأكثر

استعمالاً، وقد لاحظنا اختلافها في الطول والصغر حيث يعتبر مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية أطولها كونه يشمل (100) بند وهذا ما يعتبر أمراً غير مستحب عند المستجوبين، فحسب ما لاحظناه كباحثين فإن الأفراد يتجنبون الإجابة على المقاييس المطولة جداً، ويحتوي المقياس على أبعاد كثيرة مفصلة بشكل دقيق، وقد تبين لنا التشابه الكبير في البنود مما يمكن أن يسبب التباساً لدى المستجوب وقد يدفعه للإجابة بإجابات مماثلة بالرغم من اختلاف المعنى بينما يتكون مقياس (Spitzer.1981) من (05) بنود فقط مما يمكن أن يطرح إشكالية فعاليته وإمكانية قياسه فعلياً جودة الحياة بعدد قليل من البنود، أما في ما يخص الفئات التي تستهدفها هذه المقاييس فتنوع من فئة الشيوخ إلى مختلف الفئات العمرية أما ما يتعلق بنوع المقاييس فإن مقياس المنظمة العالمية للصحة يعتبر مقياساً عاماً يستهدف عينة الأصحاء بينما يستهدف مقياس (Spitzer.1981) فئة المرضى. بالإضافة لما سبق نجد أيضاً تنوع الهدف حيث يقيس مقياس (SF36) جودة الحياة النفسية، بينما يقيس مقياس منظمة الصحة العالمية جودة الحياة الكلية.

مسألة قياس أو تقييم جودة الحياة قد تبدو سهلة في ظاهرها إلا أنها عملية معقدة تستلزم حذر ومسؤولية وصدق أثناء القيام بها، لأن الأمانة العلمية تقتضي منا الحذر والحرص على تقديم معلومات صحيحة تعكس الواقع كما هو دون تحريف أو تشويه، وذلك لا يكون إلا بانتقاء الأدوات المناسبة والتي تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة تمكننا من تصديق النتائج المتحصل عليها وتعميمها، ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة للمشكلات المطروحة، بالتالي أي خلل في القياس أو اختيار الأداة قد ينعكس سلباً على كل البحث ومصداقيته.

يمكن للباحث في حالة عدم حصوله على استبيانات مناسبة لبحثه بناء استبيانات تخدم أهداف دراسته مع مراعاته عملية الاطلاع على مقاييس واستبيانات في نفس موضوع بحثه

للاستفادة منها في صياغة البنود وبناء الاستبيان، كما يجب عليه تحري صدق وثبات الأداة التي قام بتصميمها.

### خلاصة الفصل:

يظهر لنا من مما سبق أن موضوع جودة الحياة من المواضيع المتشعبة والمتعددة التخصصات والتي قد تحمل أكثر من معنى، مما يصعب حصرها في جانب واحد أو في تقييم معين ولعل أهميته الكبيرة هي التي دفعت الباحثين الى تناوله بشكل مكثف ومفصل عبر دراسات متنوعة تبحث عن العوامل سواء البيئية، كالعيش في بيئة نظيفة وسليمة والعوامل الاقتصادية كتوفر الدخل المادي وامكانية الحصول على مختلف الخدمات التي تضمن اشباع الحاجات لدى الأفراد وكذلك الاشارة الى دور العمل كأحد أبعاد جودة الحياة حيث تساهم ظروف العمل الجيدة في راحة الأفراد وتعزيز المشاعر الايجابية لديهم، والبحث عن دور العوامل الصحية والاجتماعية وشبكة العلاقات الاجتماعية في التأثير في جودة الحياة، كما والانتقال من التركيز على جودة حياة المرضى الى قياس جودة حياة الأشخاص الأصحاء، والى السعي وراء تحقيق الجودة في المجتمعات وفي المؤسسات عن طريق التركيز على المنحى الايجابي للحياة ومحاولة تعزيز الظروف الايجابية سواء في المجتمعات أو أماكن العمل.

## تمهيد

يعتبر العمل بالتناوب من بين تنظيمات العمل التي تمت الاستعانة بها لضمان استمرارية الإنتاج وتقديم الخدمات على مدار 24 ساعة، طيلة الأسبوع وخلال فترات الأعياد وأيام العطل ولهذا التنظيم مزايا عديدة، لكن العيوب فيه والآثار السلبية كثيرة أثبتتها العديد من الدراسات العلمية، وفيما يلي سنعرض عدة عناصر تتعلق به نتناول فيها كل من مفهوم العمل بالتناوب، أسباب اللجوء اليه وكيفية تنظيمه، أنواعه ومخاطره، خصوصيته بالنسبة للمرضيين، التكيف معه والقوانين المتعلقة به.

## 1- مفهوم العمل بالتناوب:

يعتبر العمل بالتناوب أحد أشكال تنظيم أوقات العمل، والتي نجدها على شكل عدة مسميات مثل العمل بالفرق، العمل بالدوريات، العمل بالورديات، العمل بساعات غير تقليدية، العمل بالأوقات الغير اجتماعية وقد عرفها الباحثون والهيئات القانونية في مختلف البلدان تعاريف متشابهة نذكر منها ما يلي:

**تعريف Gilbert:** العمل بالتناوب عبارة عن تنظيم العمل في شكل أوقات مجزئة على منصب عمل معين من أجل ضمان استمرارية عمل القسم أو المصلحة وكذا استمرارية الإنتاج في المؤسسة خارج الأوقات المعتادة للعمل، كالعمل ليلا، أيام الراحة الأسبوعية وأيام العطل (Gilbert.1980.p475).

عرفه (Prévo, Benzekri&al(2009) على أنه نمط من تنظيم العمل ضمن فرق يتداول فيها العامل بشكل مستمر على فترات عمل مختلفة خلال 24 ساعة حسب فترات أو أيام أو أسابيع (Benzekri le bouet, Bayon, Choudat, Leger, Prévo,2009).

يقصد به أيضا العمل ضمن فرق متناوبة أين تتوالى هذه الأخيرة على نفس المنصب واحدة تلو الأخرى، ومن أشكاله الشائعة (2\*8) و(3\*8) أو على أشكال أخرى أو فرق تعمل خلال يومي عطلة الأسبوع أين يكون توقف الإنتاج غير مستحب لأسباب تقنية أو اقتصادية متعلقة بسوق العمل .

يعتبر العمل بالتناوب من بين الأعمال التي تتعارض مع الوتيرة البيولوجية العادية للإنسان والتي تدور حول 24 ساعة، والتي ينتظم فيها كل من النوم واليقظة، وهذا لكون الأخير خاصة العمل ليلا أو التناوب الطويل الذي يشمل العمل نهارا وليلا يسبب خلا في هذه الوتيرة البيولوجية، حيث يجد الأفراد أنفسهم ملزمين بالعمل في أوقات تكون فيها أجسامهم بحاجة للراحة وهذا ما يسبب عدة أضرار سواء للعمال أو المؤسسات.

## 2- الوتيرة البيولوجية لجسم الإنسان:

إن النظام الدوري لجسم الإنسان والذي بحكم علاقته بتوالي الليل والنهار كان موضوع نقاش منذ أمد طويل، خاصة وأن البعض يرجعه إلى تأثير المحيط والدليل في ذلك أن الرضيع لا يعرف هذا النظام الدوري فهو خلال الأسابيع الأولى من حياته ينام أكثر مما يستيقظ وهناك من يرى أن هذا النظام وراثي واعتبر أن تأخره لدى الرضيع يعود إلى اكتمال نمو الجهاز العصبي المركزي مستندا على دراسة (1964) Grata & Berg، ويعتبر توالي ضوء النهار وظلام الليل أهم عامل من العوامل الضابطة أي المزمدة أو المؤقتة لدى الحيوانات، أما لدى الإنسان فإن توالي العادات الاجتماعية من نشاط خلال النهار وسكون خلال الليل تلعب دور العوامل المزمدة أو الضابطة ومن المعروف أن العوامل الاجتماعية المؤقتة أو الضابطة تنقسم إلى قسمين أساسيين هما: عوامل خاصة باتساق العمل وأخرى تخص اتساق الحياة الأسرية والمجتمع بصفة عامة.

وعالية يمكن النظر إلى موضوع العمل الليلي والنظام الدوري لجسم الإنسان من خلال ثلاث زوايا أساسية هي: الاتساق أو التوقيت البيولوجي لجسم الإنسان وتوقيت العمل، ثم التوقيت الخاص بالحياة الاجتماعية والمحيط بصفة عامة ( بوحفص،2004).

توسع الاهتمام بالوتيرة البيولوجية والكرونوبيولوجية ليصبح علما قائما بحد ذاته، فتعددت الكتابات والدراسات حوله وقد عرف (kleitman(1949 الكرونوبيولوجية على أنها دراسة التغيرات اليومية الكمية المضبوطة ودورية المسارات البيولوجية على مستوى الخلية أو النسيج أو الجسم أو المجتمع(أورد في: معروف،2008).

أما (Reinberg(1957 فقد عرف الكرونوبيولوجية على أنها دراسة البنية الوقتية وتغيراتها لكل كائن حي (أورد في: وعلي،2017).

### 3- طبيعة الوتيرة البيولوجية:

لقد تبين أن العديد من وظائف الجسم تمر بمراحل مختلفة خاضعة بذلك لنظام داخلي يتبعه الجسم خلال 24س، كما تم التوصل إلى أن أغلب الوظائف التي درست إلى حد الآن تتبع وتيرة يومية مثل حرارة الجسم، دقات القلب، ضغط الدم، حجم التنفس القدرات الذهنية، وعادة ما ترتفع نهارا وتخفض ليلا (Grandjean, 1979) وتجدر الإشارة إلى أن هذه الوظائف الجسمية لا تصل أعلى وأدنى مستوى لها في كلتا الحالتين، وهكذا فإن معظم الأعضاء والوظائف الجسمية تكون في حالة نشاط أثناء النهار، بينما يصاب أغلبها بالخمول أثناء الليل ليفسح المجال لعمليات أخرى لتعويض وتجديد الطاقة المستهلكة، مما يجعل الإنسان يكون بطبيعته مستعدا للعمل أثناء النهار والارتخاء وتعويض الطاقة أثناء الليل (بوظيفة،1995).

تتمثل أبرز التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على جسم الانسان والتي تتبع الوتيرة البيولوجية حسب (wangermez,1984) في تغير حرارة الجسم وافراز البول والهرمونات كالكورتيزول والميلاتونين التي تصل الى الحد الأقصى من الإفراز على الساعة السادسة والتاسعة صباحاً. وحسب (Marouf,2014) فإن الدراسات العلمية أثبتت أن هذه التواترات البيولوجية الداخلية يمكن أن تعدل تحت تأثير عوامل خارجية تلعب دوراً ضابطاً كتناوب الليل والنهار وتغيير الفصول (أورد في: وعلي ومعروف،2017).

انطلاقاً مما سبق يمكننا القول أن هناك ارتباطات بين العمل بالتناوب وتغيير الوظائف الفيزيولوجية، كون العامل يمارس عمله في أوقات غير اعتيادية، ويعمل في الليل عوض أن يخلد للراحة وهذا ما يؤثر عليه سلبياً، وفيما يلي توضيحات حول ماهية العمل بالتناوب وآثاره:

#### 4-أسباب اللجوء إلى العمل بالتناوب:

توجد جملة من الأسباب التي تستوجب الاعتماد على العمل بالتناوب والعمل الليلي منها الاقتصادية، التقنية وحتى الاجتماعية، فبالرغم من الأضرار التي يخلقها التناوب خاصة في الفترة الليلية ومدة التناوب الطويلة على المؤسسة والفرد، إلا أن الإحصائيات تعكس انتشاره الواسع. ويمكن أن نوجز أسباب اللجوء إليه فيما يلي:

#### 4-1 الأسباب التقنية:

هذا النوع من الأسباب معروف وهو متعلق أساساً بالإنتاج، خاصة القطاعات التي لا يتوقف فيها العمل كصناعة الحديد والصلب، الزجاج، أفران الجير، الصناعات الكيماوية وفي العديد من القطاعات الأخرى، فإن الأتمتة والبرمجة والمراقبة الأوتوماتيكية تضمن الاستمرارية (Sartin,1967).

أشار Marc(1971) الى ضرورة الاعتماد على العمل بفرق متناوبة في بعض القطاعات كالصناعات الكيماوية وبعض الصناعات الأخرى التي يصعب جدا فيها إيقاف سيرورة الانتاج وأهمية الاستفاداة من الآلات فأى توقف يعود بالتكلفة المرتفعة على المؤسسة.

#### 4-2 الاسباب الاقتصادية:

تعد من اهم العوامل التي تحدد الزيادة الحالية للعمل بالتناوب المتضمن للعمل الليلي، كونها تتعلق بجميع فروع النشاط، فمن جهة ارتفاع تكاليف التجهيزات ومن جهة اخرى التقدم التقني السريع مما يجعل التجهيزات تقدم وتتلف بسرعة، فكلما كانت التجهيزات كاملة ممتازة، كلما كانت أعلى وكلما كانت أسرع تلفا، هذا بالإضافة لأسباب أخرى مثل الحاجة لإنتاج أكبر لتلبية حاجات السوق، كما أن الربح السريع للمؤسسات أدى الى تطور كل من وسائل النقل وتزايد أعداد السكان وضرورة توفير الموارد الأساسية الواسعة الاستهلاك، كما تزايدت عمليات نقل البضائع والأشخاص مما أدى الى خلق أكثر من الخدمات الموازية (Sartin,1967).

#### 4-3 الأسباب الشخصية والاجتماعية:

هناك عدة اسباب اجتماعية تدفع بالأفراد إلى تبني هذا النوع من العمل، نجد منها ما ذكره Maurice &Grossin (1971) اللذان بينا أن العديد من العمال يفضلون هذا النوع من العمل بسبب العلاوات والأجور المرتفعة مقارنة بعمل اليوم العادي، وهذا ما يحقق لهم اشباعا في حاجات معينة، ومنها ما ذكره أيضا كل من Lafarge& Horellow(2010) في دراستهما التي توصلت إلى تحديد الأسباب التالية:

- الرغبة في زيادة وقت الفراغ (النشاطات الثقافية، الرياضية، ...إلخ.
- الشعور بالاستقلالية في العمل وتنظيمه بدون ضغط وجود عدد كبير من الموظفين.

- العدد القليل من العمال وجو العمل ليلا.
- التخلص من مشاكل حضانة الاطفال أو الالتزامات نحو العائلة.
- التعويض المادي وعلاوات العمل الليلي (Horellow& Lafarge, 2011).

### 5- أهمية العمل بالتناوب:

ان تنظيم أوقات العمل بالتناوب يعتبر من الحلول الناجعة لمشكلات البطالة وتقديم الخدمات المستمرة ومواكبة متطلبات السوق، من زيادة الطلب ومنافسة المؤسسات الأخرى، والحصول على رضا الزبائن والعملاء، بالإضافة للاستفادة القصوى من الآلات والتجهيزات التي تكلف الدولة والمؤسسات أموالا طائلة، بمعنى أن العمل التناوبي يكتسب أهمية كبيرة خاصة فيما يتعلق بالجانب الاقتصادي، وقد أشار Maurice(1976) الى هذه الأهمية فلخصها فيما يلي:

#### أ- نمو رأس المال:

العمل بنظام التناوب يعود بالأرباح والفوائد الاقتصادية على المؤسسات، حيث يسمح بتزايد الانتاجية وما ينتج عنها من نمو في رؤوس الأموال وزيادة في الاستثمارات.

#### ب- تقلص ساعات العمل:

يساهم العمل ضمن هذا التنظيم في تقليص ساعات العمل، بالتالي تقليص عدد الحوادث والأخطاء المهنية الناتجة عن ساعات العمل الطويلة أو الاضافية التي قد تكلف كثيرا المؤسسات كما أنها لا تحقق الأهداف المنتظرة.

## ج-تحسين مرونة الانتاج:

يسمح العمل بالتناوب للمؤسسات بالتحكم في عملية توزيع الانتاج وذلك باحترام الآجال المحددة لتسليم السلع أو حتى تقليصها أحيانا، كما أنه يسمح بالتكيف مع العوامل الخارجية خصوصا في الحالات الطارئة.

## د-مسايرة مستوى التنافس:

يساهم العمل بالتناوب في الرفع من امكانية الحصول على زيادة الانتاج كما وكيفا، مما يدعم قدرة المؤسسات على المنافسة والمحافظة عليها لمدة أطول، مما ينعكس ايجابيا عليها.

## هـ-التشغيل:

يعود العمل بنظام التناوب ايجابيا على عالم الشغل حيث يساهم في الرفع من نسبة التوظيف مما يقلل من نسبة البطالة(أورد في: العريط،2007).

ان اهمية العمل بالتناوب لا تقتصر على الجانب الاقتصادي فقط بل تتعدى ذلك لتضمن فرص العمل للأفراد، وتضمن لهم أوقاتا غير تقليدية قد تساعدهم في تنظيم نشاطاتهم خارج العمل والاستفادة من أوقات الفراغ، كما يمكن أن تسمح للأفراد بالعمل ضمن وظيفتين ليلاي احتياجاته، كما يساهم هذا النوع من العمل في قطاع الخدمات خصوصا الصحية منها في الحفاظ على حياة الأفراد والاعتناء بصحتهم بشكل متواصل .

## 6-تهيئة أوقات العمل بالتناوب:

تتحكم مجموعة كبيرة من المتغيرات الاجتماعية والتنظيمية في عملية تحديد وتنظيم أوقات العمل بالتناوب، حيث يحرص المسؤولون على تحديد هذه الأوقات على مراعاتها.وقد لخصوا أهم هذه العوامل فيما يلي:

6-1 محتوى المهام: يجب أن ترتبط مدة العمل بشكل مباشر بمحتوى المهام، حيث يكون من الأفضل العمل في مناصب عمل بمدة تتراوح بين (04-6سا) في المهام التي تتطلب مستوى عال من اليقظة والمسؤولية، بينما في المهام التي يكون فيها العبء الذهني والحسي منخفضان يمكن الاعتماد على مناصب لمدة أطول تتراوح بين (8-10سا).

6-2 الإرغامات الثانوية: يجب على المسؤولين تحليل هذه الإرغامات بحذر وبشكل دقيق بسبب تأثيرها الكبير على اختيارات العمال لساعات عملهم، حيث يمكن اقتراح مناصب عمل ب 04 ساعات، أين يكون وقت المواصلات بيت/عمل صغيراً، لكن إذا كان هذا الوقت يتجاوز 30 دقيقة في ذهاب عادي، فإن هذا الحل لا يعتبر مجدياً، خاصة حين يتعلق الأمر بنساء لدين أطفال صغار في السن، حيث يجب الأخذ بعين الاعتبار النظام الدراسي ودور الحضانة، أما في ما يتعلق بالشباب العزاب فيكون التركيز على أنشطة وقت الفراغ.

6-3 مدة التكيف: مع تغيير العوامل المزامنة والتي تكون طويلة من المستحسن اختيار التناوب السريع (كل يومين)، لكن الدراسات التي تناولت العمل التناوبي بينت أن العمال يفضلون أحيانا التناوب البطيء (كل أسبوع) كونه يسهل الحياة خارج العمل، لكن الاختلاف في تكلفة التكيف الفيزيولوجي ليست ظاهرة بشكل واضح.

دائماً ما تعبر الحلول المقترحة عن تسوية فقط، لأن العمل التناوبي مضاد للنظام الفيزيولوجي والقدرات الإنسانية، لذلك لا ينصح به، وهذا ما يبرر ضرورة القيام بتحليل العمل الذي يأخذ أهمية أساسية في اختيار الحلول المناسبة (Monod, Bkapitaniak, 2003).

ان ما سبق من اجراءات مستخدمة في تنظيم أوقات العمل قد لا تكتمل بسبب الكثير من الصعوبات التي تواجه هذه العملية، فقد حددها (Van Den Bergh, 2013) في ثلاثة أمور تعيق عملية التخطيط لأوقات العمل الغير نمطية تتمثل في:

- ادخال أنظمة العمل بالخدمة في الوقت المناسب مثل مراكز الاتصالات ومحلات المواد الغذائية، حيث تكمن ضرورة الاستجابة في وقت لا يزيد عن (15) دقيقة مما يشكل صعوبة في تحديد العدد اللازم من المستخدمين للاستجابة للطلب مع مراعاة العقلنة بين مستوى الخدمات والتكلفة التي تدفعها المؤسسة.

- صعوبة انشاء جداول أوقات عمل تناوبي ذات جودة لغالبية العمال مع مراعاة الأقدمية والمؤهلات المطلوبة لبعض الوظائف.

- لا مسؤولية بعض المدراء والمسؤولين الذين يوكلون مهمة تنظيم أوقات العمل التناوبي لأشخاص آخرين غيرهم والذين قد يكونون أقل كفاءة (lefrançoise,2018).

#### 7- تنظيم دوريات العمل:

يتشكل العمل بالدوريات ضمن عدة أنماط من بلد لآخر ومن مؤسسة لأخرى وأحيانا داخل نفس المؤسسة، وقد يرجع السبب في ذلك الى حاجات المؤسسة وحجمها وطبيعة المجتمع الذي تتواجد في محيطه، لذلك تأخذ أشكالا متعددة في أوقاتها ومدة واتجاه دورانها.

ويمكن تحديد العمل بالدوريات من خلال 5 صفات حسب (معهد الصحة في العمل لشمال فرنسا، 2009) هي: استمرارية العمل بالدوريات، مدة الدوران، مدة العمل القصوى، تناوب الفرق وتحديد ساعات بداية ونهاية العمل، فهنا يتم الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الفيزيولوجية، كاستبعاد بدء العمل على الساعة الثانية صباحا، لكون هذه الفترة تمثل النوم الجيد، وكذا مراعاة الخصائص الاجتماعية، من خلال مراعاة الساعات المعتادة لتناول الأكل، النوم، وحتى وسائل النقل.

حسب بوظيفة(1995)، فإن الدوريات تأخذ عدة أشكال حسب المدة والانتظام واتجاه الدوران وما يلي عرض لأبرز أشكال دوريات العمل:

## 7-1 تنظيم دوريات العمل حسب شكلها:

### 7-1-1 الدوريات الدائمة:

هذا الشكل من الدوريات يستدعي إبقاء العامل باستمرار في واحدة من الاثنتين أو أكثر (صباحية، مساءية، ليلية) بصفة عامة، ويكثر هذا الشكل في الولايات المتحدة الأمريكية على وجه الخصوص. وفي هذه الدورية يكون العامل مستقرا ويستطيع برمجة عمله وحياته الخاصة، ولكن لهذا النمط سلبيات، تكمن من الناحية الفيزيولوجية في إحداث ضغوط ومشاكل خاصة في دورية الليل (الأكل، النوم).

### 7-1-2 الدوريات المتناوبة أو المتحركة:

يتناوب العامل على مختلف الدوريات تبعا لمدة دوران معينة، كأن يعمل العامل في دورية الصباح لمدة أسبوع أو ثلاثة أيام، لينتقل بعدها إلى دورية المساء ثم الدورية الليلية، وهكذا تتوالى العملية تبعا لجدول الدوران ومدته واتجاهه. والمشكل هنا أن التناوب يشجع على الاسترجاع حقيقة، ولكن يؤدي إلى اضطراب حياة العامل الشخصية والاجتماعية.

## 7-2 تنظيم دوريات العمل حسب الانتظام:

### 7-2-1 التناوب المنتظم:

يتمثل في إتباع وتيرة زمنية معينة بصفة دائمة، كأن تتم عملية التناوب كل ثلاثة أيام أو كل أسبوع، أو كل يوم.

### 7-2-2 التناوب غير المنتظم:

يعتمد فيه على إتباع وتيرة زمنية غير منتظمة، أي توزيع متعدد لأوقات العمل بين العمال، وفق جدول مرسوم على مدى فترات زمنية معينة، وفق خطط مدروسة، ويتبع هذا

النوع من التنظيم أيام عمل تتطلب أيام للراحة تبعا لنوعية كل دورية، كأن تعطى للعامل راحة لمدة يوم أو ثلاثة أيام قبل التنقل إلى دورية أخرى (بوظيفة، 1995).

### 3-7 تنظيم دوريات العمل حسب مدة التناوب:

إن لكل مؤسسة نموذج خاص بها، تعتمد عليه لصياغة مدة دوران معينة، وذلك تبعا لعدة متغيرات مثل طبيعة العمل، احتياجاتها ... إلخ، وليس تبعا لنوع دوريات العمل، كون هذه الأخيرة يمكن أن تكون دائمة ولا تحتاج إلى تناوب.

### مدة التناوب: هناك ثلاثة أنواع للتناوب :

1-3-7 التناوب القصير المدى: من يوم إلى ثلاثة أيام متتالية.

2-3-7 التناوب المتوسط المدى: تكون مدته أقل من أسبوع أو أسبوع.

3-3-7 التناوب الطويل المدى: تكون مدته أكثر من أسبوع.

إن لمدة التناوب بكل أنواعها مزايا وعيوب، فمثلا يفضل بعض الباحثين التناوب القصير المدى، لتأثيره القليل على الصحة والنوم (معهد الصحة في العمل لشمال فرنسا، 2009)، كما أنه لا يؤثر على الحياة الأسرية والاجتماعية، بحيث يمكن للعامل أن يوفق بين هذه الأخيرة وعمله ولو بشكل جزئي. ولقد تبين في دراسة حول الانتقال من نظام المناوبة الأسبوعية إلى نظام المناوبة السريعة بأن 87% من الزوجات صوتن لصالح التناوب السريع، وعبرن بأن النظام الأسبوعي يتعب الزوج في نهاية فترة دورية الليل، بحيث يحتاج إلى عدة أيام للاسترجاع وكان لا يميل للمشاركة في الترفيه مع العائلة في وأوقات الفراغ. بينما في النظام الجديد الذي يتضمن سوى 2 أو 3 نوبات ليلية متتالية، كان العامل أقل تعباً والزوجات يستمتعن بوقت الفراغ (Stellman, 2000).

أما البعض الآخر، فيفضل التناوب الطويل المدى أو المتوسط المدى، على أساس أن العامل يستطيع أن يعكس وتيرته البيولوجية اليومية بعد مدة من العمل، وأنه كلما طالت مدة التناوب، استطاع جسم العامل التكيف مع روتينية الدورية المعينة، بالإضافة إلى أنه يظهر نوع من الثبات المتعلق بأوقات الوجبات والفراغ.

#### 7-4 تنظيم دوريات العمل حسب اتجاه الدوران: يحدد بنوعين :

7-4-1 الإلتجاه الطبيعي للدوران: يعرف بنظام (3×8) وهو مستمر عادة، وفيه ينتقل العمال من الدورية الصباحية إلى المسائية ثم الليلية، ويستمررون على نفس الدوران خلال أسابيع العمل.

7-4-2 الإلتجاه المعاكس أو المقلوب للدوران: في هذا النمط، ينتقل العمال من الدورية الصباحية إلى الليلية ثم المسائية، ويكون ذلك بطريقة منتظمة مثلا، يستمر العمال على نفس الدوران خلال أسابيع من العمل.

#### 7-5 تنظيم دوريات العمل حسب أشكال الدوران:

لكل مؤسسة الحرية في تبني شكل معين من الدوريات، وذلك حسب نظامها الداخلي وامكانياتها من الموارد البشرية بالإضافة للأهداف التي تسعى لتحقيقها، ويمكن تحديد هذه الأشكال في:

#### 7-5-1 الدوريات الجزئية النصف متواصلة :

يشمل هذا النمط دوريتين فقط (8×2)، تتتابعان على العمل في نفس المنصب، حيث تعمل الأولى صباحا والثانية مساء (بعد منتصف النهار)، ولا تعمل المؤسسة في كل من فترتي الليل ونهاية الأسبوع، لتصل مدة العمل ل16سا في اليوم وحوالي 75 إلى 80سا أسبوعيا.

يمكن أن يشمل هذا النمط عدة أنواع من الدوريات صباحية ومساءئية أو نهائية وليلية في بعض المؤسسات، وعدد ساعات العمل لا يفوق ثماني ساعات، أما فيما يخص مدة الدوران فتكون كل يوم، أسبوع أو أكثر من أسبوع، ونجد هذا النوع خاصة في الأعمال التي تتطلب الدقة والتركيز الكبيرين (بوظيفة، 1995).

#### 7-5-2 دوريات الجزئية المتواصلة :

يحتوي هذا الشكل على دوريتين، صباحية ومساءئية، وفي أغلب الأحيان، تدوم الدورية الأولى (الصباحية) من الساعة السادسة صباحا إلى الثانية زوالا، أما الدورية الثانية (المساءئية)، مباشرة بعد الانتهاء من الدورية الأولى، أي من الثانية زوالا إلى العاشرة مساء. فالدوريتان تتناوبان عن العمل بانقطاع يومي، ولكن بدون توقف في نهاية الأسبوع كأن تعمل دورية خلال كل أيام الأسبوع، وتعطى راحة بالتناوب لبعض العمال خلال الأسبوع.

#### 7-5-3 دورية النصف متواصلة :

تتابع 3 دوريات على العمل لضمان استمرارية العمل خلال كل ساعات النهار طيلة 05 أيام من الأسبوع، أي من النوع (3×8)، دورية صباحية، مساءئية ودورية ليلية، مع التوقف عن العمل في نهاية الأسبوع.

#### 7-5-4 دوريات المتواصلة:

هي تدعى بالنمط (4\*8)، فيها ضمان لتواصل سيرورة العمل خلال 24 ساعة (صباح، مساء، ليل) على مدار الأسبوع ودون التوقف في نهاية الأسبوع ولا في أيام العطل، ويتم هذا بتتابع ثلاث فرق على العمل أسبوعيا بينما تكون الفرقة الرابعة في راحة، ويجدر بالذكر أنه يمكن تنظيم هذه الدوريات بشكل آخر مثل (5\*8)(6\*8) (MERAH, 2018). يستدعي هذا النوع من التنظيم فرقا إضافية من أجل استمرارية النشاط اثناء الراحة الضرورية للفرق الأخرى.

7-5-5 الدورية المتواصلة (2×12):

عبارة عن تنظيم حديث لدوريات العمل يكون فيه تناوب فرقتين من العمال على العمل على مدار 24 ساعة وذلك لمدة 12 ساعة يوميا لكل واحدة، يومين نهارا ويومين ليلا وأربعة أيام راحة (Barthe, 2009).

### 8- بعض نماذج العمل بالتناوب:

هناك عدة أشكال من العمل بالتناوب، نلخصها في ما يلي:

**التناوب المستمر:** ويشتمل على ثلاث أنواع هي: النوبة الصباحية المستمرة، النوبة المسائية المستمرة، النوبة الليلية المستمرة (يتعلق الأمر بشكل رئيسي بالرعاية الصحية والخدمات الأمنية بشكل واسع، الصحافة، وكذلك المخابز).

**التناوب المتحرك:** يشمل على نوعين هما: العمل دون توقيت الليل الذي يتضمن (العمل دون العمل في نهاية الأسبوع، العمل مع العمل في نهاية الأسبوع) والعمل المتضمن توقيت الليل المتضمن (العمل دون العمل في نهاية الأسبوع، العمل مع العمل في نهاية الأسبوع).

قام Knouth (1996) بإعداد مجموعة من نماذج العمل بالدوريات بالاعتماد على عدة فرق يمكن العمل بها في عدة قطاعات، مع التأكيد على أهمية مراعاة بعض العوامل كمدة العمل في كل دورة وتوقيت بداية وتوقف العمل، عدد أيام العمل المتتالية في الدورية الليلية واتجاه الدوران (صباح، مساء، ليل أو ليل مساء، صباح).

تجدر الإشارة هنا إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عدة عوامل أخرى في تنظيم دوريات العمل مثل العطل السنوية ومرونة ساعات العمل (Knouth, 1996).

جدول رقم (02): نظام العمل بالمناوبة في دورية نصف متواصلة بثلاث فرق

	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	التوقيت
الأسبوع 1	صباح	صباح	صباح	صباح	صباح	راحة	راحة	14*6 سا
الأسبوع 2	مساء	مساء	مساء	مساء	مساء	راحة	راحة	20*14 سا
الأسبوع 3	ليل	ليل	ليل	ليل	ليل	راحة	راحة	6*20 سا

(Knouth,1996 )

هذا النموذج للتناوب الأسبوعي ل3 فرق مع تأخير المرحلة، مع امكانية النظر في التناوب المعاكس أي تقدم المرحلة والذي يكون أقل ملائمة.

جدول رقم (03): نظام العمل بالمناوبة في دورية 6 أيام عمل بأربعة فرق .

	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	المدة
الفرقة 01	صباح	مساء	مساء	ليل	ليل	راحة	راحة	40 سا
الفرقة 02	راحة	صباح	صباح	مساء	مساء	راحة	ليل	40 سا
الفرقة 03	ليل	راحة	راحة	صباح	صباح	مساء	راحة	32 سا
الفرقة 04	مساء	ليل	ليل	راحة	راحة	صباح	راحة	32 سا

(Knouth,1996 )

يعبر الجدول السابق عن التناوب على مركزين، يكون التوازن جيد في المدد الأسبوعية وتكون عطلة نهاية الأسبوع كاملة، بمتوسط 36 ساعة في الأسبوع .

جدول رقم (04): نظام العمل بالمناوبة في دورية سريعة متواصلة بخمسة فرق .

	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
1	ص	ص	م	م	ل	ل	ر	ر	ر	ر	ص	ص	م	م
2	ل	ل	ر	ر	ص	ص	ص	ص	م	م	ل	ل	ر	ر
3	ر	ر	ص	ص	م	م	ل	ل	ر	ر	ص	ص	م	م
4	م	م	ل	ل	ر	ر	ر	ر	ص	ص	م	م	ل	ل
5	ر	ر	ص	ص	م	م	ل	ل	ر	ر	ص	ص	م	م

(Knouth,1996)

هذا النظام لتناوب 2-2-2 على مدار 10 أسابيع، مع مراحل طويلة ل06 مراكز تكون فترة الراحة طويلة ب04 أيام.

جدول رقم (05): نظام العمل بالمناوبة في دورية جزئية نصف متواصلة ،بمركزين .

	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
الأسبوع 1	صباح	صباح	صباح	صباح	صباح	صباح	صباح
الأسبوع 2	مساء	مساء	مساء	مساء	مساء	مساء	مساء
الأسبوع 3	ليل	ليل	ليل	ليل	ليل	ليل	ليل

(Knouth,1996)

أشار ( Knouth(1996 الى التعب الناجم عن (07) ليال عمل متتالية، بينما يمكن تقديم النظام ب04 فرق، لكن من الناحية العملية من الأفضل ب(05) فرق لأن العمل ب(04)

فرق لمدة أسبوعية تقدر ب 38 ساعة يجب منح 24.6 يوم من الراحة التعويضية سنويا، مع الأخذ بعين الاعتبار الغياب بسبب المرض والحوادث والعطل.

جدول رقم (06): نظام العمل بالمناوبة في دورية بطيئة متواصلة بخمس فرق .

	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
الأسبوع 1	راحة	راحة	راحة	راحة	راحة	ليل 1	ليل 1
الأسبوع 2	راحة	راحة	راحة	راحة	راحة	صباح 1	صباح 1

(Knouth,1996 )

ليلة 1: 18سا-6سا

صباح 1: 16سا-18سا

#### 9- مشاركة العمال في اختيار أوقات العمل بالتناوب:

ان عملية تنظيم نوبات العمل في القطاع الصناعي تختلف عنها في قطاع الخدمات الذي يكون نوعا ما معقدا خاصة في قطاع الاتصالات والمواصلات والتجارة والخدمات الصحية أين تكون الاستجابة للطلب الزامية وضرورية في الوقت المناسب.

غالبا ما تتم هذه العملية في مستوى الادارة العليا، لكن بعض المنظمات تسمح للعمال والمستخدمين بالمشاركة في اعداد وتنظيم الأوقات بما في ذلك دوريات العمل، وهذا ما تحدث عنه الباحث (Asgersson,2013)، حيث بين ثلاثة مستويات لهذه المشاركة تتمثل في:

1-الاختيار حسب الأقدمية: يقوم رب العمل بتحديد عدة أشكال لأوقات العمل ليغطي الاحتياجات التنظيمية بينما يقوم الأفراد باختيار وقت عملهم حسب ترتيب يحدد أقدميتهم في العمل (أورد في:lefrançois,2018).

2- برمجة الأوقات حسب التفضيل: يقوم العمال باقتراح الأوقات المفضلة بالنسبة لهم للمسؤول عن التخطيط ليقوم بعد ذلك بإنجاز جدول يراعي فيه معظم التفضيلات الفردية الممكنة، هذا الشكل له عدة مزايا على المرونة الفردية المكتسبة لكن العدد المرتفع من المتغيرات داخل عملية حساب الأوقات تؤدي الى تأخر في الإنتاج أو تقديم الخدمة بالإضافة لذلك فإن بعض العمال من ذوي أقدمية قصيرة قد يحصلون على أوقات عمل لا تناسبهم ولا يريدونها، وهناك أمثلة على هذا النوع منها التخطيط للموارد البشرية في الطيران (Preferential bidding system).

3- التخطيط الفردي لأوقات العمل: هذا التخطيط يعتمد على مسؤولية العامل حيث يحصل العمال على القواعد التي يجب احترامها للعمل على خلق توقيت عمل واقعي وموضوعي يغطي الاحتياجات التنظيمية، بعد ذلك يتم الاختيار حسب جدول الأقدمية بعد أن يتم مراجعته من طرف رب العمل، وترفع التحديات على مستوى المفاوضات الجماعية لأوقات العمل أين يحاول الأشخاص المتمكنين من تسيير تعقد الأوقات من إيجاد حل مناسب (lefrançois,2018).

### 10- خصوصية العمل بالتناوب بالنسبة للمرضين:

غالبا ما نجد الجوانب النفسية والعاطفية في أغلب المهن، لكنها تكون اقوى في تلك التي تتعلق بالتعامل مع الزبائن أو الجمهور أو مع المرضى والموت كالمستشفيات مثلا، فبالتالي تعتمد اللذة أو الألم الذي يشعر به العمال فيها على الطريقة التي تعتمدها المستشفيات أو المراكز الصحية في توفير أو عدم توفير إمكانية التصرف وتقديم علاج قيم وفعلي.

يتضح من الأدبيات وجود علاقة تكاملية بين التمريض والصحة النفسية، فما تهدف إليه الصحة النفسية هو الوصول بالفرد للرضا والانسجام النفسي والاجتماعي والروحي لتحقيق السعادة والتوافق، كذلك العناية التمريضية تهتم بالمرضى من الناحية الجسمية

والنفسية والعقلية، والجانب النفسي له أثر كبير في تحديد مدى سرعة تماثل المريض للشفاء، هذا ما يستلزم من الممرضين والممرضات الالمام بالجوانب النفسية للأفراد وذلك لتقديم أداء أفضل، وهذا ما بينته شهادات الممرضات العاملات ليلا واللواتي أشرن الى إلزامية تحدثهن مع المرضى لأنهم أكثر تطلبا، حيث يسألونهن أسئلة حساسة مثل "هل سأموت"؟ فيضطر الممرضون للإجابة والتعامل مع هذه الحالات، بينما صباحا يمكنهم الإجابة بقول سأنادي الطبيب أو الأخصائي النفسي، فالمرض يعتبر مخطئا أن قدم العلاج وأمور النظافة فقط دون لعب دور المستمع والمرافق.

مما سبق تظهر أهمية طريقة تعامل الممرضين مع المرضى، لذلك فإن أي اضطراب أو اجهاد لديهم يؤثر على قدرتهم على تقديم الرعاية الصحية وأداء مهامهم، وهذا ما يبدو صعبا نوعا ما لدى الممرضين الجدد، أما بالنسبة للذين لديهم خبرة فإن تجربتهم في العمل ليلا تلعب دورا في تطوير استراتيجيات عمل ليلية بصفة مبكرة، نظرا لبعض المشكلات كغياب الأطباء، وحالة المرضى، حيث لا يكون أمامهم سوى التصرف بمفردهم مما يكسبهم مهارات معينة، على وجه الخصوص استراتيجيات متعلقة بإدارة القلق واحترام نوم المرضى.

بالرغم من توصل بعض الممرضين الى اكتساب مهارات والى التكيف مع مهنتهم وأوقات عملهم، الا أن العديد من الدراسات بينت دور نقص النوم في حدوث بعض اضطرابات الشخصية ومخاطر الاكتئاب التي تكون ظاهرة عند الممرضين العاملين بالتناوب خاصة خلال التناوب الليلي، لكن بالمقابل العديد من الأحكام تكون متسعة في كثير من الأحيان فنقل من قيمة وقدرات الممرضات العاملات ليلا، فالمعاناة التي يسببها العمل الليلي لا تؤدي بالضرورة إلى المرض العقلي فهناك العديد من الممرضين الذين يصلون إلى تحقيق التوازن لكن بعد نضال كبير (Toupin,2005)..

لقد درس هذا الموضوع علم النفس المرضي المهني حيث تكلم عن الحالات التي تسبب اللذة أو الألم في العمل وبين لنا كيف أن العمال يلجؤون إلى استخدام آليات دفاعية بصورة خفية، حيث تسمح لهم هذه الأخيرة بالحفاظ على سلوكهم المعتاد ومواقفهم رغم الصعوبات التي يواجهونها، لكن مع هذا فيمكن أن تؤدي إلى تفاقم الوضع بسبب حالات النسيان، مما يؤدي إلى حدوث أخطاء جسيمة.

يتوصل بعض الممرضين الى التكيف، لكن تبقى مستويات الرضا الوظيفي منخفضة عند الكثير منهم وهذا ما بينته دراسة لKasl (1973) التي أشارت الى أن المستوى المنخفض من الرضا الوظيفي مرتبط بعدم المشاركة في اتخاذ القرار وعدم وجود تغذية راجعية ونقص في الاعتراف بالأداء الجيد ولقد تبين أن هناك اتجاها مرتفعا عند الممرضين بأن معرفتهم بالمريض لا تؤخذ بعين الاعتبار عند اتخاذ القرار.

يجد الممرضون أنفسهم في حالات يجب التصرف اتجاه إرغامات العمل واللجوء إلى تبنى ميكانزمات دفاعية تحميهم من معاناة العمل، ولقد بين Liborbam(1985) أن هناك مظهرين سلوكيين يكتسبان قيمة الاستراتيجية الدفاعية وهما تشكيل فريق متعاون، حيث تظهر قيمة كبيرة للتبادلات التي تحدث بين فريق العمل (إشارة، تعلم) وهذا الأمر يسمح بالتنمية الجماعية للمهارات ومواجهة الضغوط وتمثل الاستراتيجية الثانية في التغيب عن العمل (أورد في: Rivaleau, 2003).

### 11-آثار العمل بالتناوب:

حسب Thomson(2009) فإن للعمل بالتناوب مجموعة من التداعيات والعواقب والجدير بالذكر أن معظم البحوث الصحية الفزيولوجية المهنية، الاجتماعية تشير إلى ان هذا النمط خاصة الليلي منه يكون في الغالب سلبيًا على اللذين يمارسونه وعلى أسرهم ونومهم

وعلاقتهم الاسرية والاجتماعية، كما يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للعامل ويظهر هذا التأثير في ما يلي:

إن مختلف التغيرات الفزيولوجية التي يحدثها العمل بالتناوب خاصة المتضمن العمل ليلا تؤثر على الجانب الصحي للعامل، وعلى الوتيرة البيولوجية لجسم الإنسان، فهو لا يضل ثابتا طيلة النهار والليل بل تمر مختلف الوظائف البيولوجية له عبر حلقة زمنية خلال (24) ساعة تبعا لما يعرف بالوتيرة البيولوجية اليومية لجسم الإنسان، فيشبه هذا الأمر بالساعة الداخلية للجسم، إذ أن نشاط معظم الوظائف الجسمية ينخفض أثناء فترات زمنية معينة، كما هو الحال بالنسبة لحرارة الجسم مثلا وقد توصلت اغلب الدراسات إلى أن لأغلب الوظائف الجسمية التي درست حتى الان تتبع وتيرة يومية، والوظائف الجسمية الموالية، عادة ما ترتفع نهارا وتنخفض ليلا، ذلك ما يؤكد Granjean(1979) وتتمثل أهم هذه الوظائف الجسمية في حرارة الجسم، وتيرة نبضات القلب، ضغط الدم، سرعة التنفس القدرات الذهنية.

تكون هذه الوظائف الجسمية في حالة نشاط أثناء النهار، بينما يصاب أغلبها بالخمول ليلا فيفتح المجال لعمليات أخرى لتعويض وتجديد الطاقة المستهلكة مما يجعل الإنسان بطبيعته مستعدا للعمل اثناء النهار والنوم ليلا لأنها حالة طبيعية(بوظيفة،1995).

أوضح المعهد الوطني للبحث والسلامة للوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية في فرنسا أن الأخطار المرتبطة بالعمل بالتناوب تصنف حسب درجتها وامكانية حدوثها الى:

- **الأخطار المثبتة:** (اضطرابات النوم التي بدورها تؤدي الى التعب وانخفاض في القدرة على الانتباه واليقظة مما يسبب حوادث العمل، بالاضافة لما سبق توجد الاضطرابات الهضمية أيضا من ضمن الآثار التي قامت الدراسات العلمية باثباتها).

**الأخطار المحتملة:** عبارة عن مجموعة من الأخطار المرتبطة بالصحة النفسية مثل الاكتئاب والقلق، اضطرابات المزاج وأخرى تتمثل في تأثر القدرات المعرفية (اللغة، النسيان) والتي ترجع أساسا لاضطرابات النوم والتعب، بالإضافة للسكري من النوع الثاني الذي يعتمد على المدة التي تعرض فيها العامل للعمل الليلي، أمراض القلب، وأخيرا مرض السرطان الذي أجريت العديد من الدراسات التي بينت ارتباط العمل الليلي بخطر الإصابة بسرطانات مختلفة بالخصوص سرطان الثدي عند النساء، لكن بالمقابل يبقى السرطان مستبعدا بالنسبة لكثير من العلماء والمختصين في الطب والذين يعتبرون أن العمل الليلي مجرد عامل ثانوي بسيط والعامل الوراثي والجينات هي المسؤولة عن حدوثه.

**الأخطار المستبعدة وغير مثبتة:** مثل السكتة الدماغية، ارتفاع ضغط الدم والتي تعتبر الدراسات فيها قليلة وفيها أخطاء منهجية ولم تثبت بشكل قطعي وجود أي صلة بين العمل الليلي وهذه المشكلات الصحية (INRS.2020).

### 11-1 آثار العمل بالتناوب على الصحة النفسية:

أظهرت العديد من الدراسات العلمية الآثار السلبية التي يمارسها العمل بالتناوب والليلي على الصحة النفسية للعمال خاصة العاملين منهم في القطاع الصحي كالممرضين فقد اشار الى هذا الموضوع (Ggnon,2006) الذي أوضح أن الصحة النفسية في العمل مصدر قلق دولي يجدر النظر فيه للمساهمة في التقليل من المعاناة النفسية التي تواجه الممرضين، في نفس السياق بينت كذلك كل من الاحصائيات الكندية لسنة (2007) ونتائج دراسات كل من (Marchand (2007) و(Ohler(2010) و(Fountain(2012)

أن التمريض من بين المهن التي تكون المتطلبات الجسدية والنفسية فيها عالية، بالمقابل فإن الواقع المعاش لدى هؤلاء الممرضين يبين ارتفاع مستويات القلق ومعاناتهم من الاكتئاب

الذي قد يكون نتيجة لعدم النجاح في الحصول على التوازن بين المجالات النفسية، الجسدية، الروحية، المالية، والاجتماعية.

### 11-2 آثار العمل بالتناوب على النوم:

يعرف النوم على انه "حالة طبيعية تتصف بالتكرار وباسترخاء العضلات وانخفاض في درجة حرارة الجسم ونقص ضربات القلب والتعمق في التنفس" (العيسوي، 1979، ص385).

حسب كورتس (2007) فإن اضطرابات النوم عبارة عن مجموعة من الأعراض التي تتميز باضطراب أو اختلاف في كمية ونوعية النوم أو توقيته أو في السلوك أو الظروف الفيزيولوجية المرتبطة به والتي يمكن أن تؤثر على حياة الانسان العاطفية والاجتماعية والمهنية (أورد في: الطائي، 2008).

تعد هذه الاضطرابات من بين آثار العمل بالتناوب الأكثر انتشارا، فقد وردت في العديد من الدراسات التي تناولت العمل التناوبي والليلي في القطاع الصحي، فقد قارنت هذه الأخيرة بين نوم الفئات التي تعمل نهارا والتي تعمل في الأوقات الغير اعتيادية للعمل، وقد أشار بوظريفة (1995) الى أن النوم في الفترة الليلية أحسن من النوم نهارا لاسيما إن تجاوزت مدته 06 ساعات، بينما تتدنى نوعية النوم اذا قل عن هذه المدة، لأن النوم نهارا أقصر من النوم ليلا وأقل عمقا، وهذا ما توصل إليه ليل (1967) في دراسته لمدة النوم ونوعيته لدى عمال الدوريات واستنتج أن النوم نهارا أقصر من النوم ليلا فالعامل الليلي يجد نفسه تحت ضغط إحساسه بالحاجة إلى قسط من النوم ليستعيد نشاطه في الوقت الذي يكون فيه باقي المجتمع في نشاط وحيوية مما يثير إزعاجه (أورد في: بوظريفة، 1995).

تكون إضطرابات النوم مسؤولة عن التعب والنعاس ويكون هذا الاضطراب بسبب ظروف البيئة الغير مناسبة للنوم نهارا، (الحرارة، الضجيج، الضوء) بالإضافة إلى العوامل

الكرونوبيولوجيا، لذلك فإن النوم نهاراً يكون اقل ومجزأً ولا يسمح بالاسترجاع (Edouard & François, 2010).

بالمقابل يرى Granjean ان النوم الجيد كما ونوعاً يعتبر شرطاً ضرورياً للمحافظة على الصحة والفعالية لدى الافراد باعتباره من اهم الوظائف التي تخضع للوتيرة اليومية، كما توصل ويلكنس (1969) إلى ان النقصان في مدة النوم يعتبر عاملاً مهماً يمكن ان يؤثر على كفاءة العامل حتى عندما ينخفض النوم بثلاث فقط خلال ليلتين، كما لاحظ بترنست (1977)، أن مدة النوم تختلف بدرجة كبيرة لدى عمال الدوريات الثلاث، وتوصل إلى معدلات النوم التالية:

7 سا و 35 دقيقة بالنسبة لدورية الصباح.

6 ساعات و 30 دقيقة بالنسبة لدورية المساء.

6 ساعات و 3 دقائق بالنسبة لدورية الليل (أورد في: بوظيفة، 1955).

تشكل صعوبات النوم المتعلقة بساعات العمل الغير منتظمة متلازمة إكلينيكية لأنها تصيب اداء الفرد، وتمثل نسبة من المشاكل المنصوص عليها في تصنيف الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية لسنة 2013 (DSM.5) وكذلك توجد ضمن التصنيف العالمي لإضطرابات النوم، وتتميز هذه المتلازمة بثلاث مميزات:

وجود اضطراب متواصل في النوم بسبب خلل في الوتيرة البيولوجية أو اختلاف التوازن بينه وبين ساعات اليقظة/النوم المفروضة من المحيط الفيزيقي والاجتماعي والمهني.

اضطراب النوم بسبب النعاس المفرط أو الأرق أو الاثنين معاً.

اضطراب النوم بسبب طائفة لها معنى عيادي حيث يعيق الأداء في المجال الاجتماعي والمجال المهني (Simon, 2015).

حسب نموذج(Borlely,1984) فإن العمل الليلي يكون سلبي يشكل أساس لدورة اليقظة/النوم وكل العاملين ليلا معرضين لعيش صعوبات النوم لكن يختلف وقت ظهورها فمنهم من تظهر بصفة جدية بعد بضع شهور من العمل الليلي(Reinberg & al, 1985).

في حين ان البعض لا يشتكون منها إلا بعد سنوات أو لا يشتكون بتاتا (Asbkenaz iReinberg & al,1997).

ايضا حسب هذا النموذج فإن هذه الصعوبات تفسر باختلال في الساعة البيولوجية الداخلية، وفترات النوم/اليقظة التي يفرضها العمل الليلي حيث يطلب من العمال ليلا الحفاظ على يقظتهم وأدائهم حين تكون ساعتهم البيولوجية تسعى للنوم (أورد في:Simon,2015).

### 3/11 الاصابة بمرض السرطان

يوجد مرض السرطان ضمن قائمة الامراض والنتائج السلبية للعمل الليلي والذي أثبتته نتائج الأبحاث التي حاولت الكشف عن العلاقة بين العمل التناوبي والسرطان وبشكل خاص خطر حدوث سرطان الثدي عند النساء العاملات ليلا، وخلصت هذه النتائج إلى ان هناك ارتفاع معدل خطر الإصابة بسرطان الثدي عند النساء العاملات ليلا خلال سنوات مقارنة باللواتي يعملن صباحا ومن بين هذه الابحاث نجد دراسة (Oleary & al (2006) ودراسة Viswanathan & al (أورد في:Bayan& leger,2009).

يرجع السبب الاصابة بهذا المرض إلى الاختلاف المتعاقب للوتيرة اليومية (السيرقادية) خلال أداء العمل الليلي بسبب نقص في هرمون الميلاتونين، الذي يؤثر على تنظيم جينات الوتيرة اليومية وهذا بدوره يؤدي إلى تشكل الأورام ولقد أثبت دراسة Sherbammer إرتفاع خطر سرطان الثدي عند الممرضات العاملات في النوبة الليلية مقارنة باللواتي لم يعملن فيها أبدا (أورد في: Natwuruhwga,Chouaniere &al,2008)

## 11-4 آثار العمل بالتناوب على الحياة الاجتماعية:

العامل ليس عضواً في مؤسسة العمل فحسب، بل هو عضو في جماعات كثيرة متعددة الأهداف، ووجهات النظر، ويختلف مركزه في كل منها عن الأخرى، فهو رب أسرة مسؤول وفرد في جماعة الأصدقاء، الحي والنادي.. إلخ وهو محتاج في كل هذه الجماعات لدرجة كافية من الرضا النفسي (المشعان، 1994).

## 11-4-1 الحياة الاجتماعية خارج بيئة العمل:

يعتبر العمل مصدراً للحصول على إشباع للحاجات الإنسانية ولتحقيق الذات لكنه قد يبعد الفرد عن عائلته ومحيطه الاجتماعي بسبب بعد مقر العمل أو طول ساعات العمل أو عدم انتظامها، فالعامل بالساعات الغير نمطية تحديداً العامل ليلاً يخضع لمجموعة من الإغرامات الزمنية بسبب انتمائه لمجموعات اجتماعية في المقام الأول عائلته، فيؤدي عمله إلى اختلال اجتماعي عائلي وإلى التهميش (Queinnec&Verdier,2004).

ظهر الاضطراب في الحياة الاجتماعية بسبب العمل بالتناوب وبصفة خاصة العمل الليلي ضمن أكثر الشكاوي شيوعاً بين المرضيين (Barette, 1995)، وقد تكون فئة النساء الأكثر تضرراً خصوصاً المتزوجات منهن، حيث تتعرض لنقد اجتماعي مباشر أو غير مباشر كما يؤثر عليهن ما يشعر به شركائهن من ضرورة تواجدهن معهم ومع أطفالهم للعناية بهم وقد يزداد الأمر صعوبة بوجود أطفال صغار (خلاوي، 2016).

في نفس السياق بين (Ramaciotti & al(1990 أن كل فرد في نظام العمل بالتناوبي والعمل الليلي يخضع لارغامات مهنية والتزامات اجتماعية وعائلية، بالمقابل نجد أن قدراته وموارده تنتهي، لذلك فإنه حين تتجاوز مجموع الارغامات هذه القدرات والموارد فإن التوازن يختل مما يسبب سوء تكيف اجتماعي قد يؤدي بالمرضى إلى التخلي عن حياتهم أو نشاطاتهم الاجتماعية من أجل ضمان الراحة الكافية (Ramaciotti&Blair,1990).

ان انقطاع الممرضين عن عائلاتهم خلال التناوب الليلي، وغيابهم عن الجو العائلي والاجتماع حول وجبة العشاء ومناقشة بعضهم أو الدردشة مع أفراد عائلاتهم، حول أحوالهم وانشغالهم طيلة اليوم وتفقد الواجبات المدرسية لأولادهم، قد يحدث فشلا في التخطيط المستقبلي وتباعدا بينهم، يؤثر بشكل سلبي على التوافق الأسري والزواجي والاجتماعي، فقد بينت في هذا السياق نتائج دراسة سويح (2005) أن العاملات بالقطاع الصحي خاصة العاملات ليلا هن الأقل درجة من ناحية التوافق الزوجي، وغير راضيات عن زواجهن كما أنهن لسن قدرات على تحمل الأعباء الزوجية وهن أقل سعادة (ياسين، 2013).

في نفس الصدد بينت بحوث علم النفس والارغونوميا والصحة في العمل أن العمل الليلي يمكن أن يخلق تداعيات اجتماعية سلبية، فمثلا بين كل من Folkard & Tuckeur (2003) أنه يسبب إضطرابات في الحياة الاجتماعية والتي بدورها تؤدي إلى تقليل الأداء وسلامة العمال وفي نفس الموضوع بين (Barack&al(1996 علاقة العمل الليلي بالخطر المتزايد للطلاق في قائمة لمؤشرات ونتائج سلبية له (أورد في:Thompson,2009).

أشار كذلك (Iefrançoise (2018 الى أن أوقات العمل الغير نمطية تؤثر على القرارات التي يأخذها الأزواج، مما يسبب ضغوطا نفسية وأعباء زائدة على أحد الطرفين كما تخلق معوقات لأداء الأدوار الأسرية، وعادة ما تكون الزوجة هي من يبادر للتخلي عن هذا العمل للمحافظة على أسرته إذا اشتدت حدة الخلافات.

#### 11-4-2 الحياة الاجتماعية في العمل:

إن الأثر الذي يمارسه العمل بالتناوب على الحياة الاجتماعية ليس مقترضا بخارج نطاق العمل بل حتى في مكان العمل، فمثلا تحتاج الممرضات اللواتي يزاولن عملهن ليلا للتواصل مع زملائهن الذين يعملون صباحا للتكلم مع تجربتهن المهنية معهم وكذلك مع المسؤولين، وإذ لم يتحقق ذلك فإنهن يشعرن بعدم القيمة والعزلة المهنية، التي تكون ضارة لهن للمرضى

خصوصا إذ استمرت على المدى الطويل، ففقدان التواصل وشعور بعدم الأهمية وعدم معرفة الآخر يؤدي إلى العزلة الاجتماعية وتتجلى هذه العزلة في الأمور التالية:

- العلاقات مع إدارة المستشفى: تكون العلاقات المهنية صعبة بسبب التوقيت خاصة مكتب المستخدمين ومكتب التكوين.
- العلاقات مع القسم: (المصلحة) غالبا ما يتم تنظيم الاجتماعات وقت الغذاء أو بعد الظهر أو من النادر أن يحضرها العاملين ليلا وهذا الأمر يعزز لديهم الانطباع بأنهم لا ينتمون لفريق العمل ولا يتم أخذهم بالحسبان، مما يقلل من دافعيتهم في العمل.
- مع الطاقم الطبي: يعهد للحراسة الطبية ليلا للمتدربين ويكونون تحت مسؤولية طبيب وغالبا لا يتلقى هؤلاء العمال برئيسهم أو مساعديه وحتى مؤطريهم والاتصالات مع إدارات المصلحة تكون فقط هاتفيا وهذا ليس كافيا (Rivaleau,2003).

بالمجمل دائما ما يشعر العامل بالتناوب أنه على الهامش وأنه ميت اجتماعيا وعلى هامش الحياة الاجتماعية والنقابية وحياة المؤسسة وعن المعلومات كما أنه يجد صعوبة في المشاركة في التجمعات والجمعيات ويشعر بانزعاج كبير لعدم إمكانيته ممارسة أنشطة خارج العمل (Sartin,1967).

#### 5/11 آثار العمل بالتناوب على الجهاز الهضمي:

تضطرب صحة العامل لسوء التكيف النفسي والفزيولوجي الناتج عن العمل بالتناوب وهذا ما يظهر بوضوح في شكل اضطرابات هضمية حيث يجعل هذا النوع من العمل العامل يأخذ وجبات غير صحية وفي غير مواعيدها، أي في الوقت الذي يكون فيه الجهاز الهضمي في استرخاء وغير مستعد للقيام بعمليات الهضم، وهذا ما يؤكد كل من أنلور وجماعته (1977) وماكدونال ودويل (1981).

وفقا لمجلة أدبية ل Knustsson فإن الاضطرابات الهضمية أكثر شيوعا عند العمال بأوقات غير منتظمة من العمال نهارا، وهم أكثر عرضة لآلام البطن ومشاكل الامساك والاسهال، كما بينت هذه المجلة أيضا أن مشاكل القرحة الهضمية أكثر عند العمال الذين يعملون بأوقات غير منتظمة.

كما وضحت أيضا دراسة مجرات في إيران، والتي قارنت بين شكاوي الاضطرابات الهضمية بين ممرضات بأوقات غير منتظمة وبين العاملات نهارا، وفقا لنتائجها فإنه تشكي 81.9% من اللواتي يعملن بأوقات غير منتظمة من هذه الاضطرابات، مقابل 52.2% فقط من العاملات نهارا وكانت أكثر الاضطرابات انتشارا هي الارتجاع المرئي والانتفاخ، وفي دراسة Pietroiu & team تبين أن قرحة الاثني عشر منتشرة عند العمال بأوقات غير منتظمة أكثر من العمال بأوقات منتظمة (Vetsh & Grossen, 2013).

ترجع هذه الاضطرابات إلى تغير الوتيرة اليومية وإفراز الغدد للعصارات الهضمية من جهة وكذا فقدان الشهية من جهة أخرى بالإضافة إلى طبيعة الوجبات الغذائية.

### 11-6 الاضطرابات العصبية:

تظهر على العامل بالتناوب اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب الغير طبيعية، وتقدر هذه الاضطرابات عند عمال الدوريات بحوالي مرتين ونصف أكثر من العمال نهارا وتظهر أعراض هذه الاصابات العصبية في التعب والوهن، والأرق وتغير الطبع باتجاه العدوانية والاكتئاب، ومما يزيد من خطورتها هو تناول العقاقير للنوم نهارا أو للبقاء في حالة يقظة ليلا، وقد ترجع هذه الاضطرابات إلى الاختلالات الناتجة عن نقص النوم وسوء التغذية، وعن محاولة التكيف مع هذا النوع من العمل، بالإضافة إلى صعوبة التوفيق بينه وبين الحياة الأسرية (أورد في: بوظيفة. 1995).

## 11-7 آثار العمل بالتناوب على درجة حرارة الجسم:

يسبب العمل الليلي اضطرابات في درجة حرارة الجسم حيث أن التنظيم الحراري لا يتم بشكل صحيح، حيث أن في الوقت العادي درجة الحرارة تكون أعلى نهاراً، وحين يعمل ليلاً فإنه يعمل وجسمه بدرجة حرارة منخفضة ويرجع هذا إلى الدور الذي تلعبه الهرمونات، فإفراز هرمون الكورتيزول الذي ليس انخفاض في درجة الحرارة، يكون ليلاً منخفضاً، فهو ينشط صباحاً ودوره يجعل الفرد يستيقظ، بالمقابل نجد هرمون الميلاتونين الذي يدعى بهرمون النوم، يفرز عند حوالي الساعة 22 مساءً، ويثبط الضوء إنتاجه، فهو يلعب دوراً معاكساً لدور الكورتيزول خلال الليل، وهذا ما يمنع الممرضين من النوم صباحاً في حين يحفز الميلاتونين أثناء إنتاجه مع أنهم لا يستطيعون النوم لأنهم في حال عمل (Délize&Saviése,2010).

## 11-8 آثار العمل بالتناوب على الأداء.

لتهيئة الظروف المناسبة للعمل فإنه لا بد من تحديد مناسب لأوقات الراحة حتى يتمكن العامل من الاسترجاع الذي يمكنه من بعده العودة إلى مزاوله العمل بنشاط وحيوية لأنه من الثابت أن الإجهاد الزائد بسبب طول ساعات العمل يؤثر على الراحة النفسية والبدنية للفرد وبالتالي العلاقة مع بقية أعضاء فريق العمل، بمعنى أن تحديد ساعات العمل التي تراعي القدرات النفسية والجسمية للعمال سترفع من رضاهم عن العمل وعن المنظمة التي ينتمون إليها.

وتتأثر إنتاجية الفرد ورضاه بعدد الساعات التي يقضيها في العمل، وهناك بعض المشاكل التي تنجم عن تطبيق نظام المناوبات في بعض المنظمات التي تعمل لمدة 24 ساعة بحكم طبيعة عملها، خاصة المناوبات الليلية والمناوبات ذات الساعات الطويلة، وبالتالي فإن زيادة

ساعات العمل في المناوبات عن حد معين قد يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء والإنتاجية وارتفاع نسبة الأخطاء وحوادث العمل (العتيبي، 2000).

إن مزاوله العمل ليلا لا يسبب خسائر جسمية واجتماعية ونفسية فقط بل ينعكس بالضرورة على الجو العام للعمل وعلى المردودية والأداء.

لقد بينت العديد من الدراسات أثر العمل بدوام ليلي على العامل ففي هذا السياق بين مدير معهد الأرغونوميا والصحة والسلامة في العمل Daniel Ramaciatti بجامعة Neuchâtel أن التعب المتزايد الذي يسببه العمل الليلي له آثار على جودة العمل وذلك من حيث نقص في التركيز والقدرة على التنبؤ اللذان يرتبطان بدورهما بفعالية العمل وعلى الإنتاجية، ويتجلى هذا الأمر في عدد الاخطاء، الوقت المستغرق للاستجابة للاجراءات الخاطئة، خطأ في فهم المعلومات او معالجتها، وفي نفس الإطار قام Dwson(1997) بمقارنة انخفاض الأداء بين أشخاص كانوا في حالة يقظة لمدة طويلة مع مجموعة أشخاص كانوا تحت تأثير الكحول بعد مرور 17 ساعة لاحظ انخفاض مستوى القدرات النفسية والحركية بنفس القدر بينهم وبين من شرب 0.5 غرام كحول، بعد مرور 24 ساعة من اليقظة لاحظ انخفاض في القدرات يصل لدى الشخص إلى نفسه مع شارب 1 غرام كحول.

وحسب (Knauth 2000) فإن ما يزيد صعوبة العمل الليلي هو تغير قدرات الفرد العامل ليلا بسبب عدم امتثاله للوتائر البيولوجية، وعدم كفاية الطاقة التي يوفرها النوم نهارا.

إن ما سبق من آثار قد يؤدي إلى وقوع حوادث عمل وهذا ما بينته (Conne 2004) حيث أشارت إلى أن ما يزيد من خطر وقوع حوادث العمل هو وجود فترات نوم قصيرة غير واعية تحدث للعمال أثناء العمل، بالإضافة إلى تقليل العمال من شأن درجة تعبهم وإفراطهم في تقدير قدراتهم على الأداء مما يؤدي إلى تراكم التعب عندهم، بالتالي تسبب فترات النوم

القصيرة التي عبر عنها Muules بأنها تعبير عن النعاس بفترات نوم قصيرة جدا تدوم ثوان، خلال اليقظة في حدوث أخطار وحوادث للعامل ليلا (أورد في: correla,2008).

إن نقص النوم الناتج عن العمل ليلا، يعتبر في الاصل السبب في حصول العديد من حوادث العمل والتي يكون سببها النعاس والقيولة المرتجلة أثناء العمل، ولعل هذه الاسباب هي التي تجعل أوقات العمل والتعب تصنف على وجه التحديد كعوامل رئيسية مرتبطة بالحوادث في اماكن العمل، فقد بينت العديد من الدراسات في هذا الصدد انخفاض السلامة في العمل أثناء المناوبات الليلية، حيث اظهرت دراسة ل(Hornowitz & cali 2004) أن نسبة الحوادث قدرت ب 176 حادث بالنسبة ل 10.000 عامل في المناوبة الصباحية في حين انها بلغت 324 حادث ل 10.000 من المناوبة الليلية، أي ما يعادل تقريبا الضعف، وانطلاقا من تحليل معطيات الإجازات المرضية تبين أن حوادث الليل أكثر خطورة (أورد في: Gwenaele,2009).

يتضح من ما تناولناه سابقا أن انعكاسات العمل التناوبي على الحالة الجسمية والمزاجية والنفسية تؤدي بالضرورة إلى تأثر الأداء وتراجعته وانخفاض في مستوى المردودية.

### 11-8 التعب:

يمكن تعريف التعب على أنه انخفاض في الكفاية الانتاجية وفي القدرة على الاستمرار في العمل، بسبب بذل الطاقة في انجاز العمل، ويمكن أن يكون التعب ذهني، حسي، أو عصبي، وهو حالة فسيولوجية نفسية تنشأ من الاستمرار لفترة طويلة في العمل حتى وان كان للفرد ميل شديد ودافعية قوية للعمل (أورد في: دويدار، 2004).

وتجدر الإشارة الى أن التعب أنواع ودرجات، منه ما هو تعب على المدى القصير والذي يمكن التخلص منه بأخذ قسط وافر من الراحة، وتعب مزمن يمكن أن يدوم ستة أشهر، اذ

يتميز الأشخاص الذين يعانون منه من استنفاد للطاقة، كما يجدون صعوبات في عيش حياتهم اليومية وتظهر عليهم العديد من الأعراض منها ما يلي:

الأعراض الجسدية: يتعلق الأمر بكل من الأرق، التثاؤب، ثقل الجفون، الغفوة، فقدان الشهية، اضطرابات الهضم، زيادة الضعف العام للجسم، بالإضافة للقابلية الشديدة للتعرض للأمراض.

الأعراض الذهنية: هي أعراض ترتبط بالدرجة الأولى بصعوبة التركيز، انخفاض في الانتباه، تباطؤ في ردات الفعل، اضطرابات الذاكرة، خلل في المنطق، زيادة خطر التعرض للحوادث وارتكاب الأخطاء.

الأعراض الانفعالية: تتمثل في الشعور بالإكتئاب، القلق، التهيج، وعدم الاستقرار الانفعالي (بوديسة وخلفان، 2020).

في هذا الصدد ذكر خلفان (2010) الفرق بين التعب الذهني والتعب الجسدي على أساس الأعراض التي تظهر في كلا منهما، حيث أشار الى أن التمييز بينهما يكون عمليا حيث يعبر التعب الفيزيقي عن تعب العضلات وتعب النظام القلبي العرقي، أما التعب الذهني فهو التعب الذي تسببه التظاهرات الوظيفية للجهاز العصبي المركزي.

ويرتبط التعب الذهني بالمهمة وخصائص العامل، كما يمكن أن يرتبط أحيانا بالجهد في العمل، وهو مصطلح اختلف فيه الأطباء وعلماء النفس والفزيولوجيون حول تحديد محتواه نظرا لصعوبة التمييز بشكل دقيق بينه وبين التعب الفيزيقي.

على العموم يعتبر التعب نتيجة حتمية للمجهودات الجسدية والنفسية المبذولة سواء في العمل أو خارجه، يتراوح هذا الأخير بين التعب البسيط والاجهاد، وقد تنوعت العوامل المهنية التي تساهم في خلقه لدى المرضين ولعل ما يهمنا هو تنظيم أوقات العمل الذي قد لا يناسب

رغبات الممرضين أو قدراتهم أو وتيرتهم البيولوجية مثل أوقات العمل بالتناوب، حيث بينت العديد من الدراسات دور العمل بالتناوب خاصة الذي يشمل العمل الليلي منه في الشعور بالتعب، فنجد ما بينته دراسة (shaffner 2006) حول العوامل المسببة للتعب لدى الممرضين والتي شملت العينة (809) ممرض وممرضة وتوصلت الى وجود العديد من العوامل التي تسببه منها اضطرابات النوم، البيئة العائلية خاصة مكان النوم والسرير، أوقات العمل، العمل أكثر من (40) ساعة أسبوعياً، العمل في دورية ل(12) ساعة أو أكثر، العمل في (03) نوبات عمل متواصلة من (12) ساعة، دوران التناوب.

La fatigue des infirmiers et la sécurité des patients .association des infirmiers et infirmières de canada. Cna-airc.ca.mao.org

في هذا الصدد أكد كذلك كل من (Alfredsson&al(1991) أن التعب أكثر انتشاراً عند العاملين بالمناوبة خاصة في التناوب الليلي بالمقارنة مع غيرهم من المجتمع العامل وهذا ما أثبتته أيضاً (koller(1990) الذي أشار الى أن العمال المناوبين لديهم احساس مرتفع بالتعب مقارنة بالعمال الثابتين في العمل نهاراً.

## 12- التكيف مع أوقات العمل:

حسب (Costa 2003) فإنه بالرغم من كون العمل بالتناوب يسبب عدة آثار سلبية على الصحة الجسدية والنفسية، لكن المقاومة الفردية للعمال تستطيع لعب دور معدل في العلاقة بين أوقات العمل وهذه الآثار، تعود هذه المقاومة إلى تكيف العامل مع أوقات العمل، فعليا الفرد يمكن أن يتكيف على درجات مختلفة: تكيف ضعيف يظهر على شكل آثار جسدية ونفسية مرتبطة بتدهور صحي لدى العامل. هذا المفهوم يشمل عدة عوامل مرتبطة بالخصائص الفردية للأشخاص، ظروفهم العائلية، الاجتماعية والتنظيمية تم توضيحها فيما يلي.

## 1-12 الخصائص الفردية للعامل:

بعض الخصائص الفردية من المحتمل أن تعدل مقاومة الأفراد لأوقات العمل، من بين هذه العوامل السن، الجنس، شكل الوتيرة السيرقادية، الشخصية، السلوك، عادات النوم، والحالة الصحية للعامل، فحسب (Burger & al (1997) فإن العمال ذوي (45) سنة أو أكثر هم عرضة لسوء تكيف على أوقات العمل التناوبي وخاصة العمل ليلا وهذا بسبب التعب المزمن واضطرابات في النوم، أما فيما يخص الجنس فلم يثبت أي فروق بين الذكور والإناث، فيما يخص تعديل الوتيرة السيرقادية بالنسبة لتوقيت العمل. لكن أوضح (Nurminen (1998 أن العادة الشهرية والحمل يمكن أن ينقصا من مقاومة النساء لأوقات العمل التناوبي.

ويعد أيضا عدم التزامن الداخلي للتنظيم السيرقادي أحد الأسباب الرئيسية لعدم تكيف العمال مع أوقات العمل التناوبي، لذلك هناك بعض الأشخاص مهيين لكي تكون وتيرتهم غير متزامنة مثلا ضربات القلب، حرارة الجسم.

وأوضح (Andlauer & Reinberg (1979 أن العمال الذين يتميزون بحرارة جسم مرتفعة يكونون متكيفين بشكل أحسن مع أوقات عملهم مقارنة بزملائهم حيث يقوم في هذه الحالة التنظيم السيرقادي بالتعديل بشكل بسيط مع التغيرات مما يسمح بثبات البنية البيولوجية.

كما يمكن كذلك أن يكون لسمات الشخصية تأثير سلبي على التكيف الفردي للعمال، على سبيل المثال فإن العمال من النمط "نهاري" يختلفون في عملية تعديل وتيرتهم اليومية مقارنة بالعمال من النمط "ليلي"، حيث يتمتع الأفراد من النوع الأول بتكيف أقل في العمل أثناء الليل لأنهم يتميزون بالتنشيط اليومي وغالبا ما يكونون أكثر نشاطا في الصباح ويذهبون إلى الفراش في وقت مبكر من المساء، بل أكثر من ذلك فمن الصعب عليهم التكيف مع نوبات عمل ليلية تتطلب الصحة أثناء الفترة التي ينام فيها هؤلاء الأفراد من النوع النهاري، على عكس مما سبق، يتميز النمط الثاني من العمال بالاستيقاظ في وقت متأخر والذهاب

متأخرين أيضا للنوم مساء وهم أكثر نشاطا في نهاية اليوم، ولهذا السبب يكون هؤلاء الأفراد أكثر استعدادا للعمل في نوبات ليلية. كذلك تعتبر بعض التصرفات كالأكل والنوم ذات علاقة بالتكيف مع العمل التناوبي، فالأفراد القادرين على التغلب على النعاس بسهولة يكونون أكثر ميلا للتكيف مع توقيت العمل بالتناوب، وكذلك الأفراد الذين يمكنهم النوم والأكل في أوقات غير عادية يسهل عليهم التكيف، بالتالي تلعب كل من عادات النوم وتناول الوجبات دورا في تكيفهم.

أخيرا من المرجح أن تعدل صحة الأفراد من تكيفهم، فالأفراد الذين يعانون من بعض الأمراض، حتى ولو لم تكن ذات صلة بتوقيت عملهم تؤدي إلى ضعف في التكيف لديهم (مثل مرضى السكري، الصرع، وضع الهرمونات (أورد في: Founier,2007).

## 12-2 الخصائص العائلية للعامل:

تساهم بعض العوامل المتعلقة بالعائلة في مستوى التكيف لدى العمال، وتتعلق هذه الأخيرة بأسرته وحالته وعدد الأطفال الذين يعيلهم، عمل الزوج أو الزوجة ومختلف المواقف العائلية ودرجة الانسجام وطبيعة العلاقة الزوجية، فقد يستفيد العامل من دعم الشريك مما يسمح له بالتكيف بشكل أفضل مع توقيت عمله، من جهة أخرى قد يسبب السن الصغير للأبناء في تكيف أقل حيث يمكن أن يرجع هذا الأمر الى عدم توافق ساعات العمل مع ساعات رعاية الأطفال، زد على هذه الأمور توافق أو عدم توافق جدول توقيت عمل الزوج أو الزوجة، التدبير المنزلي وكل المهام الموجودة خارج نطاق العمل، حيث كلما كثرت هذه المسؤوليات العائلية من المرجح أن يتأزم الوضع بسبب عدم وجود الوقت الكاف للتوفيق بينهما.

## 12-3 الخصائص الاجتماعية للعامل:

تتضمن الخصائص الاجتماعية للعامل كل من الظروف الاجتماعية، المشاركة، الدعم، توفر الخدمات العمومية، ولقد أشار (costa,2003) إلى أن العامل المنخرط اجتماعيا (مثلا في

العمل التطوعي) والذي يتمتع بدعم اجتماعي كافي من شبكته الاجتماعية يكون تكيفه أحسن مع العمل بالتناوب مما يساعده على تفادي فترات العزلة التي يمكن أن تقلل من تكيفه. كما لا ننسى أيضا دور الخدمات العمومية التي غالبا ما تكون موجودة وفق وتيرة عمال النهار.

#### 12-4 الظروف التنظيمية للعامل:

حسب (2003) COSTA هناك نوعان من الظروف التنظيمية التي تتدخل في عملية التكيف، أولها الموازنة التنظيمية وتعويض الإرغامات الناجمة عن ساعات العمل الغير التقليدية والتي يمكن أن تعبر عن إثراء المهام وإعادة تنظيم العمل، تخفيض ساعات العمل، مثلا عبء عمل فيزيقي منخفض خارج الساعات التقليدية، مقارنة بالعمل في النوبة النهارية يمكن أن يوازن المساوي الناجمة عن أنماط ساعات العمل والرفع من مستوى التكيف الفردي للعمال، ثاني هذه الظروف هي "القيم المضادة" والتي تؤدي إلى الحد أو القضاء على الآثار السلبية لتوقيت العمل والتي يمكن أن تتخذ شكل التعويضات المادية الممنوحة للعمال مثل العلاوات على العمل الليلي والتي يمكن أن تزيد من تكيف العمال وتقبلهم للعمل خلال النوبة الليلية (أورد في: Founier, 2007).

يمكن تحسين عملية التكيف مع العمل بالتناوب والحد من آثاره السلبية عبر تطبيق اقتراحات Sasseville(2013) على مستوى عادات الحياة اليومية ويكون ذلك بما يلي:

- عدم العمل أكثر من 04 نوبات ليلية من 12 ساعة متتالية .
- أن يتم التناوب على ساعات العمل المختلفة (ليل.نهار.مساء)
- أن تكون غرفة النوم محمية بشكل كامل من أشعة الشمس.
- أن تكون درجة حرارة الغرفة ثابتة.
- تقليل الضوضاء خلال فترة النوم.

- تناول وجبة داعمة مع تفادي الوجبات الثقيلة قبل النوم.
  - ممارسة الرياضة بانتظام والتحرك خلال العمل الليلي لتحفيز اليقظة.
- بمجرد تنظيم نمط الحياة، يمكن إجراء العديد من التدخلات الأخرى للتقليل من النعاس المفرط في الليل وذلك بعمل قيلولة ما بعد الظهر وهو نوع من الغفوة الوقائية قبل بدأ النوبة الليلية ويمكن أن تدوم 60 دقيقة أو تزيد عن ذلك، هذا ما يزيد من اليقظة في العمل وينقص من الضغط الناتج عن الحرمان من النوم.
- وهناك أيضا ما يدعى بقيلولة الاسترجاع (خلال النوبة الليلية) وهذه الأخيرة ممكنة فقط إذا كان لدى العمال الوقت والمساحة للقيام بها.
- تجدر الإشارة أنه بالرغم من فوائد القيلولة إلا أنها ترتبط بصعوبة في العودة الى المستوى الطبيعي لليقظة بعد الاستيقاظ منها، وهذا ما يسمى بجمود النوم والذي يمكن أن يستمر بضع دقائق ويمكن أن تستمر أكثر ويؤثر على الأداء إذا كانت القيلولة مطولة، كما يمكن للقيلولة المطولة ليلا أيضا أن تؤدي إلى انخفاض القدرة على النوم خلال النهار، لذلك من المستحسن أن لا تزيد القيلولة عن 20 دقيقة لتجنب ما سبق ذكره.
- في النهاية من الضروري الحذر عند العودة الى المنزل صباحا لأن النعاس المفرط والتعب يسببان حوادث المرور (Sasseville, 2013).

### 13- الجانب القانوني للعمل التناوبي:

تعد الجزائر من بين البلدان التي سنت قوانين وأمضت اتفاقيات دولية ترمي الى تأطير العمل بالتناوب وكذا حماية العامل خلال أدائه لعمله التناوبي والليلي، من بينها ما ورد في الدستور من خلال ما يلي:

مرسوم رقم 81-11 المؤرخ في 25 ربيع الأول عام 1401 الموافق لـ 31 يناير سنة 1981 يحدد كيفيات حساب تعويض العمل التناوبي.

بناء على الدستور لاسيما المواد 10-111-152، وبمقتضى القانون رقم 78-12 المؤرخ في أول رمضان عام 1398 الموافق لـ 05 أغسطس 1978 والمتضمن القانون الأساسي العام للعامل الجزائري لاسيما المواد 146-153-154 وبمقتضى المرسوم رقم 79-301 المؤرخ في 12 صفر 1400 الموافق لـ 31 ديسمبر 1979 والمتضمن ضبط أجور بعض الأصناف المهنية سنة 1980 يرسم ما يلي:

**المادة الأولى:** يخصص عمل التعويض التناوبي المنصوص عليه في المواد 146-153 من القانون رقم 78-12 المؤرخ في أول رمضان عام 1398 الموافق لـ 05 أغسطس سنة 1978 المذكور أعلاه لتعويض تبعات الخدمة المستمرة جزافا ولا سيما:

- أوقات العمل اللازمة لإبلاغ التعليمات.

- العمل الليلي.

- العمل يوم راحة أسبوعية.

- العمل أيام الأعياد المدفوعة الأجر.

يؤدى هذا التعويض شهريا.

**المادة الثانية:** يحدد معدل التعويضات للعمل التناوبي حسب نموذج تنظيم النوبة طبقا للمواد 03-04-05 أدناه.

يتقاضى العمال الموزعون أفواجا الذين يعملون في نظام مستمر (3\*8) أي النظام الذي يتم فيه انتاج السلع أو الخدمات طوال 24 ساعة كاملة وكل أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام الراحة

الأسبوعية القانونية وأيام العطل، تعويضا عن العمل التناوبي الشهري يساوي خمسة وعشرون في المائة من مرتبهم الأساسي.

**المادة الخامسة:** يتقاضى العمال الموزعون على فوجين الذين يعملون في نظام منقطع أي النظام الذي يتم فيه العمل على نوبة صباحية ونوبة بعد الظهر مع التوقف في نهاية الأسبوع تعويضا عن العمل التناوبي يساوي عشرة بالمائة من مرتبهم الأساسي.

**المادة السادسة:** للعمال الموزعين على أفواج، الذين يتخلل نشاطهم فترات تسمى (فترات الفراغ) الحق في تعويض العمل التناوبي تكون نسبته عشرة بالمائة من المرتب الأساسي عن النظام المتقطع.

**المادة السابعة:** يحدد القانون الأساسي الخاص بالمؤسسة المستخدمة قائمة مناصب العمل التي تخول حق التعويض عن العمل التناوبي.

تضبط قائمة مناصب العمل المنصوص عليها في الفترة السابقة، بصفة انتقالية بالنسبة للوظيفة العمومية والوزير أو الوزراء المعنيين، بعد أخذ رأي ممثلي العمال.

**المادة الثامنة:** يتعين على العامل الذي لا يحضر عند انتهاء نوبته أن يبقى في منصب عمله حتى يتم استخلافه حسب المواد المنصوص عليها في التشريع الجاري العمل به في ما يخص مجال العمل اليومي، ويتقاضى في هذه الحالة زيادات عن الساعات الإضافية التي أداها.

**المادة التاسعة:** يحسب التعويض عن العمل التناوبي بصفة انتقالية وخلاف للمادة الخامسة من المرسوم رقم 79-301 المؤرخ في 12 صفر عام 1400 الموافق ل: 31 ديسمبر 1979 المذكور أعلاه، على أساس الحدود الدنيا للأجر الاجمالي الناتج عن المرسوم المذكور يكون

أساس الحساب انتقالياً، وهو أساس مرتب التثبيت بالنسبة للفئات الأخرى من العمال الذين لا يشملهم المرسوم المنصوص عليه في الفترة السابقة.

**المادة العاشرة:** ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

باعتبار العمل الليلي بنوعيه المتواصل وغير متواصل جزءاً من العمل التناوبي فإن القانون كذلك أولى له أهمية من خلال تحديد وتأييده قانونياً من خلال بعض المواد.

جاءت المادة 27 من القانون 11/90 المتعلق بالعمل من قانون العمل الجزائري لتعرف العمل الليلي على أن كل عمل ينفذ من الساعة التاسعة ليلاً إلى الساعة الخامسة صباحاً يعتبر عملاً ليلياً، وتحدد قواعد وشروط العمل الليلي والحقوق المرتبطة به عن طريق الاتفاقيات الجماعية.

يعد عاملاً ليلياً كل من يعمل 03 ساعات على الأقل ليلاً، يوماً أو جزءاً من وقت عمله السنوي، وتكون مدة هذا العمل محددة من طرف الهيئة المعنية (Giovani costa.2016.p20)

أما عن مفهوم العمل الليلي في التشريعات الغربية، فتقريباً هو نفسه مع بعض الاختلافات في توقيت البداية والتوقف عن العمل، فمثلاً في سويسرا فإن المادة 17 من قانون العمل السويسري تقصد به، العمل في فترات زمنية تمتد من 23 مساءً إلى 06 صباحاً مع زيادة أو إنقاص ساعة واحدة. (Betout, cardi & al,2007,p10)

إضافة إلى القانون السويسري نجد قانون العمل الفرنسي يعرفه على أنه "كل عمل ينجز خلال مدة 09 ساعات متواصلة تشمل الفارق بين منتصف الليل والخامسة صباحاً، ويبدأ على الأقل على الساعة 21 ليلاً وينتهي على الأكثر على الساعة السابعة صباحاً (le travail de nuit.travail –emploi.gov.fr.24/112017)

## خلاصة الفصل:

يعتبر العمل بالتناوب من الأعمال التي يطلق عليها اسم ساعات العمل الغير اجتماعية فهو يختلف عن الأعمال الصباحية التي تنتهي في وقت محدد، فنظام المناوبات الذي يتضمن العمل ليلا يحتاج إلى مجهود نفسي وجسدي كبير من الفرد والتضحية ببعض المسؤوليات أو الالتزامات العائلية والاجتماعية، اضافة لما قد يعانيه من مشاكل صحية ونفسية نتيجة اختلال وتيرته البيولوجية، لذلك يمكننا القول أن الآثار التي يسببها تصل الى عدم الاستمتاع بالحياة وانخفاض في مستويات جودة الحياة، هذا ما يجعلنا نعتبره نظام حياة وليس مجرد طريقة لتنظيم أوقات العمل، لكن بالمقابل فإن الاستغناء عنه يعتبر أمرا صعبا ان لم يكن مستحيلا فالضرورة الاقتصادية والاجتماعية تستدعي العمل به، لكن التحدي الأكبر يبقى في كيفية تنظيمه بشكل جيد وملئم لصحة الأفراد وكذا محاولة جعل هذه الأوقات مرنة ومقبولة من طرف العمال بصفة عامة والمرضين بصفة خاصة.

## تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي للبحث من أهم مكونات البحث العلمي، كونه يسمح بالحصول على المعطيات الكمية من الميدان عبر ادوات البحث المناسبة والتحقق من الفرضيات وذلك باتباع خطوات منهجية وعلمية، لذلك سنتناول في هذا الجانب مجموعة من العناصر والتي تتمثل في زمان ومكان اجراء البحث، منهج البحث، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، أدوات جمع البيانات، أدوات تحليل البيانات.

## 1- زمان ومكان إجراء البحث:

أجرينا بحثنا خلال الفترة الممتدة بين شهر أكتوبر 2019 وشهر مارس 2020 وذلك بعد زيارة ميدانية لكل من المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية المتواجدة بولاية تيزي وزو والتي تمثلت في المنظمات السبعة التالية:

## 1-1 المستشفى الجامعي ندير محمد ب تيزي وزو:

مؤسسة استشفائية عمومية بطاقة استيعاب (1043) سرير متواجدة وسط ولاية تيزي وزو متكونة من فرعين الأول، هو مستشفى ندير محمد الجامعي والثاني مستشفى بالوا الذي يبعد عنه ب04 كيلومترات، تم تأسيس المستشفى بتاريخ 1955/07/28 حيث كان يتضمن عددا محدودا من المصالح، بعدها تحول المستشفى الى مستشفى جامعي لتتوسع مصالحه وخدماته خلال سنة (1982)، بعد ذلك تم تدشينه كمؤسسة صحية تابعة لوزارة الصحة بموجب المرسوم التنفيذي 25/86 الصادر 1986/02/11 المعدل بمرسوم رقم 294/86 الصادر بتاريخ 1986/12/16، تشمل المؤسسة (42) مصلحة تتنوع بين المصالح الطبية والإدارية، اخترنا منها المصالح التالية التي تم السماح لنا بزيارتها وهي:

مصلحة الاستعجالات، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض القلب، مصلحة التمريض المنزلي، مصلحة جراحة الأعصاب، مصلحة الانعاش، مصلحة طب العيون.

## 1-2 المستشفى الجامعي بالوا:

مستشفى تابع لمستشفى ندير محمد يقع في منطقة رجاونة على بعد 04 كم منه، يمتد على مساحة (62500) متر مربع، يتكون من (04) بنايات، بقدرة استيعاب (400) سرير، ويحتوي على (10) مصالح طبية تتمثل في: مصلحة الأمراض التنفسية، مصلحة أمراض السكري، مصلحة أمراض الأنف والحنجرة، مصلحة جراحة الصدر والأوعية الدموية، مصلحة طب العيون، مصلحة أمراض الجلد، مصلحة اعادة التأهيل، مصلحة أمراض النساء، مصلحة الأورام، مصلحة أمراض الروماتيزم .

## 1-3 المؤسسة الاستشفائية الخاصة صبيحي تسعديت:

هي مؤسسة طبية عمومية مختصة بالتوليد بطاقة استيعاب 82 سرير، تم تدشينها يوم 08 مارس 1981، تتكون العيادة من عدة اقسام خاصة بتقديم الرعاية الصحية للنساء الحوامل ومتابعة صحتهن وتوليدهن وقسم خاص بالشؤون الادارية.

تتكون المؤسسة من مجموعة من الأقسام التي تتمثل في: قسم الادارة والموارد البشرية، قسم التوليد، قسم الاستعجالات، قسم الانعاش، قسم العمليات الجراحية، قسم المواليد الجدد، قسم استقبال ورعاية النساء الحوامل، قسم التوليد للحالات الخطيرة.

## 1-4 مستشفى فرنان حناني للطب العقلي:

مؤسسة استشفائية عمومية مختصة بالأمراض العقلية، متواجدة بمنطقة واد عيسي بتيزي وزو تمتد على مساحة 14 هكتومتر، دخلت هذه المؤسسة حيز الخدمة سنة (1972) وهي بطاقة استيعاب تقدر ب(330) سرير، تتكون من ثلاث بنايات (02) منها مخصصة للرجال و(01) مخصصة للنساء بالإضافة لوحدة اخرى خاصة بالطب الشرعي واخرى خاصة بالمتابعة اليومية للمرضى، تعمل على مدار 24/24 ساعة طيلة ايام الاسبوع

بالإضافة لوحدة الاستعجال، تم توسيع المستشفى سنة (2015) لتضاف اليه وحدة خاصة بالأطفال والمراهقين ذوي سن أقل من (18) سنة.

#### 5-1 المستشفى العمومي أزفون:

يقع المستشفى وسط مدينة أزفون بولاية تيزي وزو، تم بناؤه خلال سنة 1903 وكان آنذاك يكتسي الطابع العسكري، بعد الاستقلال اصبح مستشفى مدنيا بقدرة استيعاب 36 سرير.

وتم توسيعه كمستشفى بشراكة صينية سعودية، ليتم بعد ذلك تدشينه بتاريخ 2011/02/10 لترتفع طاقة استيعابه لتصل الى 107 سرير، يحتوي هذا الأخير على عدة مصالح هي: مصلحة الأمراض التنفسية، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة أمراض القلب، مصلحة طب العيون، مصلحة أمراض العظام، مصلحة اعادة التأهيل، مصلحة أمراض النساء، مصلحة الأورام، مصلحة طب الأطفال.

#### 6-1 مؤسسات الصحة الجوارية (مركز أزفون، مركز دراع بن خدة)

أنشأت مؤسسات الصحة الجوارية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 07 - 140 المؤرخ في جمادي الأول عام 1428 الموافق 19 ماي 2007، والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية وتنظيمها. وعليه فإن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.

تتكون المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج تغطي مجموعة من احتياجات السكان وتحدد المشتزمات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي احتياجات مجموعة من السكان بقرار

من الوزير المكلف الصحة، تتمثل مهام هذه المؤسسات في التكفل بصفة متكاملة ومرتسلسلة بكل من الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارحي، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

## 2- منهج البحث:

يتطلب اجراء البحوث العلمية والانسانية اتباع منهج معين في اجراءها وذلك للوصول الى نتائج علمية دقيقة قابلة للتعميم والتفسير والمناقشة، فحسب موضوع بحثنا نجد أنه من الأجدر بنا استخدام المنهج الوصفي لأنه الأنسب لذلك كونه يعطي لنا بيانات مقننة كمية تتمثل في درجات المرضين والمرضات في استبيان جودة الحياة والتي يتم تحليلها وتفسيرها بشكل موضوعي يخدم أهداف البحث للحصول على نتائج يمكن تعميمها.

## 3- الدراسة الاستطلاعية:

يهدف معرفة ظروف اجراء الدراسة الأساسية وصلاحيات أداة الدراسة التي تتمثل في استبيان جودة الحياة الذي قمنا بتصميمه، قدمنا طلبات للترخيص بإجراء الدراسة على مستوى ادارات المؤسسات الصحية المعنية، وبعد الحصول على الموافقة قمنا بزيارة أولية للمراكز الصحية السبعة خلال شهري أكتوبر ونوفمبر 2019، وبعد تتبع الاجراءات الادارية كاحترام أوقات الدخول تمكنا من الاتصال بالمرضى وقمنا بتوزيع الاستبيانات على عينة أولية قدرت ب(100) ممرض وممرضة في مختلف المصالح منها مصلحة الاستعجالات ومصلحة التوليد ومصلحة طب النساء، مثلت النساء أكبر نسبة في هذه العينة ب 70% واتسم الأمر بنوع من الصعوبة بسبب طبيعة عملهم، خصوصا في مستشفى ندير محمد ومستشفى بالوا وعيادة صبيحي تسعدت أين يكثر الطلب على الخدمات الصحية، وبعد مناقشات مع بعض المرضى تبين لنا أنهم يفضلون الاستبيانات المصغرة، وتأكدنا أن بنود

الاستبيان واضحة ومفهومة بالنسبة لهم، كما أبدى بعضهم اهتماما بموضوع جودة الحياة بشكل عام ولم يبدو أي انزعاج عندما سألناهم عن أوقات عملهم، كما لا حزننا أثناء الحوار معهم نوعا من الانسجام بين فرق العمل، وبعد استيفاء عدد الاستبيانات توصلنا الى بعض النتائج منها ان درجة جودة الحياة متوسطة عند أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، وأن الاستبيان يتميز بثبات مرتفع، أما الصدق فقد قمنا باستبعاد ثلاثة بنود لم تكن دالة احصائيا وهي (أشعر بالرضا عن الأجر الذي أتقاضاه، أشارك في الحياة النقابية، أنا راضي عن أدائي لواجباتي الدينية) ثم قمنا بالاستعانة به.

#### 4- الدراسة الأساسية:

بعد تأكدنا من صدق وثبات الاستبيان، قمنا بزيارة المؤسسات الصحية خلال الفترة الممتدة بين شهر نوفمبر 2019 وأوائل شهر مارس سنة 2020 ووزعنا (280) استبيان على المرضى العاملين بنظام المناوبة، وقد منها (22) استبيان وتم استبعاد (08) استبيانات غير مكتملة الاجابات، وتم استرجاع الاستبيانات المتبقية ليكون حجم عينة بحثنا (250 فرد) بعد أن توقعنا عن توزيع الاستبيانات مع بداية ازمة جائحة كورونا.

#### 5- عينة البحث وكيفية اختيارها:

تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية من بين المرضى والعاملين بنظام المناوبة في المراكز الصحية التي زرناها، شملت العينة (250 فرد) من المرضى العاملين بالمناوبة الصباحية، الليلية ومناوبة 24سا وتم اختيار افراد العينة من مجتمع اصلي قدر ب(838 ممرض) وقد مثلت العينة نسبة (29.83%) منه وهي نسبة ممثلة للمجتمع، قد أجاب على الاستبيانات الممرضون والمرضات العاملين بنظام المناوبة الراغبون في المشاركة، والذين لم يكونوا في فترة العطلة السنوية أو المرضية، أي أننا وزعنا الاستبيانات على العينة المتاحة لنا وتوقفنا عن توزيع الاستبيانات بسبب جائحة كورونا، توزعت عينة

البحث حسب المؤسسات الاستشفائية كما يلي: (29.6%) من مستشفى ندير محمد، (17.6) من مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنفي، (06%) من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة صبيحي تسعديت (11%) من المستشفى العمومي لدائرة أزفون، (06%) مركز الصحة الجوارية لدائرة أزفون (06%) مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة، (12%) من مستشفى بالوا، وتوزعت على العديد من المصالح منها مصالح الاستعجالات وطب الأطفال.

#### 6- خصائص عينة البحث:

الجدول رقم(07): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
21.2%	53	ذكور
78.8%	197	إناث
100%	250	المجموع

من الجدول السابق نلاحظ وجود نسبة كبيرة للإناث قدرت ب78.8% مقابل نسبة قليلة من الذكور قدرت ب21.2%

الجدول رقم(08): توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
45.2%	113	30-21
39.6%	99	40-31
15.2%	38	50-41
100%	250	المجموع

يتبين لنا من الجدول السابق أن أعلى نسبة هي لفئة السن التي تتراوح بين 21 و30 سنة بتكرار قدر ب(113) وذلك بنسبة (45.2%)، تليها فئة السن التي تتراوح بين 31-40 سنة بتكرار(99) وذلك بنسبة(39.6%) وجاءت أقل نسبة لفئة السن بين 41 و50 سنة بتكرار(38) بنسبة(15.2).

**الجدول رقم(09): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:**

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
48%	120	عازب(ة)
52%	130	متزوج(ة)
100%	250	المجموع

من الجدول السابق نلاحظ وجود نسبة كبيرة قدرت ب 52% من الممرضين المتزوجين، ثم تلتها نسبة الممرضين العازبين ب48%

**الجدول رقم(10): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية:**

النسبة المئوية	التكرار	الأقدمية
8.4%	21	05-1
38%	95	10-06
21.6%	54	15-11
12.04%	31	20-16
6.8%	17	25-21
12.8%	32	30-26
100%	250	المجموع

نلاحظ من الجدول السابق أعلى نسبة تمثل (38%) من افراد العينة من ذوي الأقدمية من 6الى10سنوات بتكرار(95)، تليها نسبة(21.6%) من ذوي أقدمية من 11الى15سنوات بتكرار(54)، تليها نسبة ب(12.8%) لذوي أقدمية من26الى30 سنوات بتكرار(32)، ثم تليها نسبة (8.4%) بتكرار(21)، وجاءت أقل نسبة ب(8.4%) لتمثل الممرضين الأقل أقدمية في العمل والذين تتراوح أقدميتهم بين 01و05 سنوات بتكرار(21).

**الجدول رقم(11): توزيع أفراد العينة حسب فترات التناوب:**

التوقيت	التكرار	النسبة المئوية
تناوب الفترة الصباحية	133	53.2%
تناوب الفترة الليلية	50	20%
تناوب 24ساعة	67	26.8%
<b>المجموع</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

نلاحظ من الجدول السابق أن أغلبية أفراد العينة يعملون وفق نظام تناوب الفترة الصباحية حيث قدرت نسبتهم ب (53.2%)، بتكرار(133) وأتت نسبة العاملين وفق نظام فترة التناوب الليلي ب(20%) بتكرار(50)، بينما العاملين وفق تناوب 24ساعة كانت نسبتهم(26.8%) بتكرار(67).

**الجدول رقم(12): توزيع أفراد العينة حسب اختيار أو عدم اختيار فترة التناوب:**

وقت التناوب	التكرار	النسبة المئوية
اختيار	103	41.2%
الزام	147	58.8%
<b>المجموع</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

يتبين لنا من الجدول السابق ان نسبة أفراد العينة الذين قاموا باختيار أوقات عملهم قدرت ب(41.2%) بتكرار(103)، بينما قدرت نسبة الذين فرضت عليهم أوقات العمل ب(58.8%) بتكرار(147).

الجدول رقم(13):توزيع أفراد العينة حسب مؤسسة الانتماء

النسبة المئوية من عينة البحث	التكرار	مجتمع البحث	المؤسسة
29.6%	74	477	المستشفى الجامعي ندير محمد
12%	32		مستشفى بالوا
06%	15	20	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة صبيحي تسعديت
11.2%	28	79	المستشفى العمومي دائرة أزفون
06%	15	120	مركز الصحة الجوارية أزفون
17.6%	44	120	مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنفي
16.8%	42	22	مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة
100%	250	838	المجموع

يمثل الجدول السابق نسب الممرضين المشاركين في الدراسة حسب مؤسسة الانتماء، وقد كانت أعلى نسبة متمثلة في 29.6% في المستشفى الجامعي ندير محمد وأقل نسبة متمثلة في 06% في كل من مركز الصحة الجوارية أزفون ومؤسسة صبيحي.

#### 7- أدوات جمع البيانات:

أداة الدراسة عبارة عن استبيان قمنا بصياغته بعد اطلاعنا على مجموعة من المقاييس المتعلقة بجودة الحياة وهي: مقياس جودة الحياة ل SPITZER، مقياس جودة الحياة (SF36) ومقياس جودة الحياة للدكتور مصطفى حسن عبد المعطي ومقياس جودة

الحياة لمنظمة الصحة العالمية بنسخته المطولة والمصغرة (WHOQOL100.WHQOL) (Bref)، والتي سبق وأن تحدثنا عن تفاصيلها في ما سبق.

يتكون الاستبيان الذي قمنا بأعداده من تعليمة تتضمن عنوان البحث والهدف منه وطريقة الاجابة وشكر مسبق للمستجوب ومن جزئين متعلقين بالأجوبة، الجزء الأول مخصص للبيانات الشخصية والمعلومات الخاصة بأوقات العمل، أما الجزء الثاني فتكون من 50 بنداً توزعت على خمسة أبعاد هي بعد الصحة الجسدية (11 بند)، بعد الصحة النفسية (11 بند)، بعد الحياة الاجتماعية (09 بنود)، بعد أنشطة وقت الفراغ (09 بنود)، بعد الحياة المهنية (10 بنود) وقد شمل الاستبيان بعض البنود بصيغة السلب وهي ثلاثة بنود في بعد الحياة الاجتماعية وبندين في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ وبنود آخر في بعد الحياة الوظيفية (ب28، ب29، ب30، ب32، ب34، ب42) واعتمدنا على سلم ليكرت الخماسي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) حيث تم اعطاء الإجابات الدرجات التالية (1.2.3.4.5) وتم عكس هذه الدرجات في البنود السلبية، يقوم أفراد العينة بالإجابة على أسئلة الاستبيان باختيار أحد الخيارات الخمسة وذلك بوضع علامة \* في الخيار الذي يناسبه، كما لا يتقيد الأفراد بوقت معين للإجابة.

#### 8- الخصائص السيكومترية لأداة البحث:

##### 8-1 صدق المحكمين:

بعد أن استعنا بالأدبيات والمقاييس الموجودة حول جودة الحياة، قمنا ببناء استبيان جودة الحياة في صيغته الأولية والمتكون من (56) بنداً موزعة على (06) محاور، وبعد توزيعه على (10) من أساتذة قسم علم النفس كلية العلوم الانسانية والاجتماعية لتحكيمه، استعدنا (06) منها، وبناءاً على تصحيحاتهم ونتائج معادلة كوبر تم تعديل الاستبيان وقمنا بالاستغناء عن كل من محور الحياة الدينية المكون من 03 بنود، وبنود الحياة الجنسية

لنتحصل في الأخير على استبيان مكون من (52)بندا، وتم تعديل وازضافة بعض البنود الموضحة في الملحق رقم 03.

8-2 صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (13): اتساق بنود محور الصحة الجسدية

بنود محور الصحة الجسدية	معامل الارتباط	قيمة الدلالة الاحصائية
01 أعاني من الام في مختلف اعضاء جسمي	0.719	دال عند مستوى الدلالة 0.01
02 أعاني من النعاس	0.639	دال عند مستوى الدلالة 0.01
03 أعاني من الأرق	0.541	دال عند مستوى الدلالة 0.01
04 أشعر بالتعب	0.669	دال عند مستوى الدلالة 0.01
05 أعاني من مشاكل هضمية	0.645	دال عند مستوى الدلالة 0.01
06 أعاني من الصداع	0.571	دال عند مستوى الدلالة 0.01
07 لدي نقص في مستوى طاقتي	0.706	دال عند مستوى الدلالة 0.01
08 أشعر بالإجهاد	0.601	دال عند مستوى الدلالة 0.01
09 أعاني من اضطرابات عضلية عظمية	0.659	دال عند مستوى الدلالة 0.01
10 انا راضي عن صحتي الجسدية	0.603	دال عند مستوى الدلالة 0.01
11 أستطيع خدمة نفسي دون مساعدة أحد	0.602	دال عند مستوى الدلالة 0.01

من نتائج الجدول السابق نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المحور الأول الخاص بالصحة الجسدية والدرجة الكلية للمحور دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، وقد تراوح معامل الارتباط بين الحد الأدنى والذي قدر ب 0.541 والذي سجل في البند الثالث والحد الأعلى الذي بلغ 0.719 والذي سجل في البند الأول. وعليه فإن جميع الفقرات متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي له، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الأول.

الجدول رقم (14): اتساق بنود محور الصحة النفسية

بنود محور الصحة النفسية	معامل الارتباط	قيمة الدلالة الاحصائية
01 مزاجي جيد	0.676	دال عند مستوى الدلالة 0.01
02 أشعر بعدم الرضا عن حياتي	0.712	دال عند مستوى الدلالة 0.01
03 أعاني من مشكلة النسيان	0.452	دال عند مستوى الدلالة 0.01
04 لدي القدرة على اكتساب مهارات جديدة	0.528	دال عند مستوى الدلالة 0.01
05 أشعر بعدم الرضا عن حالتي النفسية	0.587	دال عند مستوى الدلالة 0.01
06 أعاني من القلق	0.651	دال عند مستوى الدلالة 0.01
07 أعاني من الاكتئاب	0.728	دال عند مستوى الدلالة 0.01
08 أشعر بالملل	0.680	دال عند مستوى الدلالة 0.01
09 أشعر بالخوف من المستقبل	0.665	دال عند مستوى الدلالة 0.01
10 أشعر بعدم القدرة على التركيز	0.752	دال عند مستوى الدلالة 0.01
11 أشعر بالعصبية	0.673	دال عند مستوى الدلالة 0.01

ظهر من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثاني الخاص بالصحة النفسية والدرجة الكلية للمحور دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 وكان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط 0.452 والذي سجل في البند الثالث، بينما بلغ الحد الأعلى 0.752 والذي سجل في البند العاشر. وعليه فإن جميع فقرات المحور الثاني متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي له، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني.

الجدول رقم (15) اتساق بنود محور الحياة الاجتماعية

قيمة الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط	بنود محور الحياة الاجتماعية	
0.01	0.726	أحضر المناسبات الاجتماعية	01
0.01	0.620	أوفر الدعم لأفراد عائلتي	02
0.01	0.737	أقضي وقتا كافيا مع أفراد عائلتي	03
0.01	0.566	أشعر بالعزلة	04
0.01	0.620	أوفر الدعم لأصدقائي	05
0.01	0.565	لا أعرف ما يجري في المنطقة التي أسكن فيها	06
0.01	0.579	لا أتواصل مع جيراني	07
0.01	0.565	لا أتواصل مع اصدقائي	08
0.01	0.566	أنا راضي عن حياتي الاجتماعية	09

يتبين لنا من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثالث المتعلق بالحياة الاجتماعية والدرجة الكلية للمحور دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 وقد كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط 0.565 بينما بلغ الحد الأعلى 0.737. وعليه فإن جميع فقرات المحور الثالث متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي له، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثالث.

الجدول رقم (16) اتساق بنود محور ممارسة أنشطة وقت الفراغ

قيمة الدلالة	معامل الارتباط	بنود محور ممارسة أنشطة الفراغ	
0.01	0.684	لا أستمتع بوقت فراغي	01
0.01	0.739	لدي الوقت لممارسة الرياضة	02
0.01	0.689	ليس لدي الوقت للتجول	03
0.01	0.732	لدي الوقت للمشاركة في جمعيات	04
0.01	0.739	أشارك في الأعمال التطوعية	05
0.01	0.436	أشاهد التلفاز	06
0.01	0.609	أنا راضي عن الطريقة التي أقضي بها وقت فراغي	07
0.01	0.484	أطالع خلال وقت فراغي	08
0.01	0.689	لدي الوقت للمشاركة في أندية بمختلف انواعها	09

من نتائج الجدول السابق نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المحور الرابع والدرجة الكلية للمحور دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، وقد كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط 0.436 بينما كان الحد الأعلى 0.739. وعليه فإن جميع فقرات المحور الرابع متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي له، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الرابع.

الجدول رقم (17) اتساق بنود محور الحياة المهنية

قيمة الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط	بنود محور الحياة المهنية	
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.602	علاقاتي المهنية محدودة	01
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.371	ليس لدي فرص التقدم المهني	02
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.601	أُتعرض للحوادث المهنية	03
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.660	أُتعرض للتحرش المعنوي	04
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.384	أُتعرض للتحرش الجنسي	05
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.660	أشارك في اتخاذ القرارات	06
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.785	أستطيع التوفيق بين عملي وحياتي خارج العمل	07
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.493	أشعر بعدم الأمان في مكان عملي	08
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.806	أُتلقى اعترافا بمجهوداتي في العمل	09
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.806	أنا راضي عن حياتي المهنية	10

يتضح لنا من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المحور الخامس الخاص بالحياة المهنية والدرجة الكلية للمحور دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وقد كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط 0.371 بينما بلغ الحد الأعلى 0.806. وعليه فإن جميع فقرات المحور الخامس متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي له، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الخامس.

الجدول رقم (18) حساب ارتباط مجموع محاور الاستبيان بالدرجة الكلية للاستبيان

مستوى الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط	محاور الاستبيان
0.01	**0.811	محور الصحة الجسدية
	**0.854	محور الصحة النفسية
	**0.823	محور الحياة الاجتماعية
	**0.669	محور ممارسة أنشطة وقت الفراغ
	**0.735	محور الحياة المهنية

يتضح من الجدول السابق الخاص بمعاملات الارتباط بين مجموع محاور الاستبيان والدرجة الكلية أن كل معاملات الارتباط بين محاور الاستبيان والدرجة الكلية مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة 0.01 وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.669 كأحد أدنى في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ و0.854 كحد أعلى في بعد الصحة النفسية.

انطلاقاً مما سبق نلاحظ وجود ارتباطات دالة بين كل بنود الاستبيان ودرجات المحاور التي تنتمي إليها، ووجود ارتباط بين مجموع المحاور والدرجة الكلية للاستبيان، مع الإشارة أنه تم الاستغناء عن بندين غير دالين وهما (أنا راضي عن الأجر الذي أتقاضاه، أشارك في الحياة النقابية).

3-8 ثبات أداة البحث:

أ- طريقة التجزئة النصفية:

الجدول رقم (19): نتائج ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية

البنود	معامل الفا كرونباخ	التباين	الارتباط بين النصفين	معادلة جتمان
النصف الأول(25بند)	0.907	339.954	0.699	<b>0.821</b>
النصف الثاني(25بند)	0.876	279.562		

يوضح الجول السابق حساب ثبات أداة الدراسة باستخدام طريقة التجزئة النصفية التي بينت نتائجها أن ثبات وتباين نصفي الاستبيان لم يكونا متساويين أو متقاربين لذلك اعتمدنا نتيجة معادلة جوتمان والتي كانت 0.821 والتي تعبر عن مستوى ثبات عالي يمكننا من تطبيق الاستبيان على عينة البحث.

ب- معادلة ألفا كرونباخ.

قمنا أيضا بحساب الثبات بمعادلة الفا كرونباخ باستعمال برنامج الحزمة الاحصائية وتحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم(20): نتائج ثبات الاستبيان بمعامل الفا كرونباخ

العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
100	50	0.937

نلاحظ من الجدول السابق أن ثبات استبيان جودة الحياة مرتفع حيث قدر معامل الفا كرونباخ لأجوبة عينة استطلاعية مكونة من 100 ممرض وممرضة ب0.937.

استنادا لكل ما سبق يمكننا القول ان الاستبيان لديه خصائص سيكومترية جيدة حيث كانت مستويات كل من الصدق والثبات جيدة، فقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.371 كحد أدنى و0.806 كحد أعلى، بينما كان مستوى الثبات 0.821. وهذا ما يسمح لنا بتطبيق الاستبيان على عينة البحث والاعتماد عليه في جمع البيانات.

### 9- أدوات تحليل البيانات.

يتطلب اجراء البحوث العلمية استخدام بعض الأساليب الاحصائية التي تهدف الى معالجة وتحليل البيانات بطريقة علمية، وتتنوع وتتعامل هذه الأساليب حسب نوع الدراسة والهدف منها وفيما يلي مجموعة من الأساليب الاحصائية التي استخدمناها:

قمنا بالاستعانة بالتكرارات والنسب المئوية بهدف معرفة توزيع أفراد عينة البحث واستخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة لإيجاد متوسط درجة جودة الحياة عند الممرضين، واستعملنا أيضا هذا الاختبار لعينتين مستقلتين لمقارنة الفروق ذات الدلالة الاحصائية بين متوسطات جودة الحياة حسب متغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الأقدمية في العمل، فترات التناوب على العمل اختيار أو عدم اختيار فترات العمل).

كما اعتمدنا أيضا على اختبار مان ويتي لحساب الفروق ذات الدلالة الاحصائية في حالة عدم وجود تجانس وتوزيع طبيعي لأفراد عينة البحث، ولجأنا الى استعمال معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي استبيان جودة الحياة ومعادلة كوبر لحساب صدق المحكمين واستعملنا أيضا معادلة جوتمان ومعامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات استبيان جودة الحياة، وكل هذه الأدوات كانت بالاستعانة ببرنامج الحزمة الاحصائية spss2020.

### 10- حدود البحث:

أجري هذا البحث على عينة من الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية، وتمت الدراسة الميدانية في بعض المصالح فقط

بسبب رفض بعض رؤساء المصالح اجراء الدراسات على مستوى مصالحهم، مثل مصلحة الأمراض المعدية وغيرها، كما لم يشمل البحث الا عينة من (250) ممرض(ة) بسبب رفض عينة معتبرة من الممرضين التعاون معنا والاجابة على الاستبيانات وكذلك بسبب بداية جائحة كوفيد19 التي دفعت المؤسسات الى رفض الزيارات واجراء البحوث، مما دفعنا للتوقف عن توزيع الاستبيانات، لذلك فإن نتائج هذا البحث لا يمكن تعميمها على كل المؤسسات فهي تبقى في حدود أهداف وزمان وعينة هذا البحث.

1- عرض النتائج:

بعد أن قمنا بجمع البيانات بتطبيق الاستبيان على (250) ممرض وممرضة، نعرض فيما يلي النتائج المتوصل إليها موضحة في الجداول التالية:

1- عرض النتائج المتعلقة بمستويات جودة الحياة:

1-1 عرض نتائج اختبار "ت" لبعء الصحة الجسدية:

الجدول رقم(21): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لبعء الصحة الجسدية:

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للبعء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة-T-	قيمة الدلالة
الصحة الجسدية	250	33	33.20	8.25	0.38	0.70

يوضح الجدول رقم(22) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة في محور الصحة الجسدية الذين قدر عددهم ب(250) ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب (33.20)، والانحراف المعياري ب(8.25)، كما قدرت قيمة ت ب(0.38) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.70)، ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية(0.70) أكبر من مستوى الدلالة(0.05) وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي في بعء الصحة الجسدية لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للبعء (33) بالمتوسط

الحسابي (33.20) نلاحظ تقارب كبير بينهما مما يعني أن درجات جودة الحياة لدى المرضى والمرضى في بعد الصحة الجسدية متوسطة.

### 2-1 عرض نتائج اختبار "ت" لبعء الصحة النفسية:

الجدول رقم(22): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لبعء الصحة النفسية:

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للبعء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة-T-	قيمة الدلالة
الصحة النفسية	250	33	35.59	8.03	5.11	0.00

يوضح الجدول رقم(23) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة في محور الصحة النفسية الذين قدر عددهم ب(250) ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب (35.59)، والانحراف المعياري ب(8.03)، كما قدرت قيمة ت ب(5.11) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.00)، ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية(0.00) أصغر من مستوى الدلالة(0.05) وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي في بعد الصحة النفسية لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للبعء والذي قدر ب (33) بالمتوسط الحسابي (35.59) نلاحظ أن المتوسط النظري أصغر من المتوسط

الحسابي في درجات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات في بعد الصحة النفسية مما يعني أن درجات جودة الحياة في بعد الصحة النفسية مرتفعة.

### 1-3 عرض نتائج اختبار "ت" لبعء الحياة الاجتماعية:

الجدول رقم(23): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لبعء الحياة الاجتماعية:

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للبعء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"ت"	قيمة الدلالة
الحياة الاجتماعية	250	27	31.01	5.30	11.96	0.00

يوضح الجدول رقم(24) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة في محور الحياة الاجتماعية والذين قدر عددهم ب(250)ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب (31.01)، والانحراف المعياري ب(5.30)، كما قدرت قيمة ت ب(11.96) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.00) ،ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية(0.00) أصغر من مستوى الدلالة(0.05)

وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي في بعد الحياة العائلية لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للبعء (27) بالمتوسط الحسابي (31.01) نلاحظ أن المتوسط النظري أصغر من المتوسط الحسابي في

درجات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات في بعد الحياة العائلية مما يعني أن درجات جودة الحياة في بعد الحياة الاجتماعية مرتفعة.

#### 4-1 عرض نتائج اختبار "ت" لبعده ممارسة أنشطة وقت الفراغ:

الجدول رقم (24): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لبعده ممارسة أنشطة وقت الفراغ:

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للبعده	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
أنشطة وقت الفراغ	250	27	19.88	5.78	-19.475	0.00

يوضح الجدول رقم (25) نتائج اختبار ت لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة في محور أنشطة وقت الفراغ والذين قدر عددهم ب(250) ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب(19.88)، والانحراف المعياري ب(5.78)، كما قدرت قيمة ت ب(-19.475) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.00) ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية (0.00) أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي في بعد أنشطة وقت الفراغ لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للبعده (27) بالمتوسط الحسابي (19.88) نلاحظ أن المتوسط النظري أكبر من المتوسط الحسابي في درجات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات في أنشطة وقت الفراغ مما يعني أن درجات جودة الحياة في بعد أنشطة وقت الفراغ منخفضة.

5-1 عرض نتائج اختبار "ت" لبعء الحياة الوظيفية:

الجدول رقم(25): نتائج اختبار ت لعينة واحدة لبعء الحياة الوظيفية:

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للبعء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
الحياة الوظيفية	250	30	32.27	5.56	6.47	0.00

يوضح الجدول رقم(26) نتائج اختبار ت لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة في محور الحياة الاجتماعية والذين قدر عددهم ب(250) ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب(32.27)، والانحراف المعياري ب(5.56)، كما قدرت قيمة ت ب(6.47) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.00)، ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية(0.00) أصغر من مستوى الدلالة(0.05) وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي في بعء الحياة الوظيفية لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للبعء (30) بالمتوسط الحسابي (32.27) نلاحظ أن المتوسط النظري أصغر من المتوسط الحسابي في درجات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات في بعء الحياة الوظيفية مما يعني أن درجات جودة الحياة في بعء الحياة الوظيفية مرتفعة.

1-6 عرض نتائج جودة حياة الممرضين:

الجدول رقم(26): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لدرجات جودة الحياة للممرضين

المتغير	عدد أفراد العينة	المتوسط النظري للاستبيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
جودة الحياة	250	150	151.99	23.28	1.35	0.17

يوضح الجدول رقم(21) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة الخاص بالفروق في متوسطات درجات جودة الحياة لكل أفراد العينة الذين قدر عددهم ب(250) ممرض وممرضة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب(151.99)، والانحراف المعياري ب(23.28)، كما قدرت قيمة ت ب(1.35) وقيمة الدلالة الاحصائية ب(0.17)، ويتبين لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية(0.17) أكبر من مستوى الدلالة(0.05) وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط جودة الحياة النظري والمتوسط الحسابي لدى أفراد العينة، وإذا قارنا المتوسط النظري للاستبيان (150) بالمتوسط الحسابي (151.99) نلاحظ تقارب كبير بينهما مما يعني أن درجات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات متوسطة.

1-3 عرض النتائج الخاصة بالفروق في المتوسطات ونتائج اختبار ليفين للتجانس:

بعد أن قمنا بعرض النتائج الخاصة بجودة الحياة، سنعرض فيما يلي النتائج المتعلقة بالفروق ذات الدلالة الاحصائية في جودة الحياة حسب المتغيرات المدروسة:

2- عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة حسب المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والمهنية:

عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى المرضى حسب الجنس:

الجدول رقم(27) يمثل اختبار ليفين(F) للفروق في جودة الحياة حسب الجنس:

اختبار ليفين للتجانس(F)	الدلالة الاحصائية(SIG)	مستوى الدلالة(&)
4.613	0.033	0.05

يمثل الجدول رقم(27) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أكبر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.03)، مما يعني عدم وجود تجانس، وبعد أن قمنا بالبحث عن اعتدالية التوزيع تبين لنا أيضا عدم وجود توزيع طبيعي فقمنا بالاعتماد على اختبار لا معلمي لحساب الفروق بين الذكور والاناث في متوسطات جودة الحياة وهو اختبار مان ويتي لدراسة الفروق والذي نتبين نتائجه في الجدول التالي:

الجدول رقم(28): الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى المرضى حسب الجنس:

المتغير	العينة			قيمة مان ويتي	قيمة Z	اختبار ويلكسون	قيمة الدلالة
	الجنس	التكرار	المتوسط الرتبي				
جودة الحياة	إناث	197	127.01	4924	-635	6355	0.52
	ذكور	53	119.91				
	مجموع الرتب		25020				

يتضح من خلال الجدول رقم(28) الخاص بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بـتيزي وزو حسب الجنس، أن المتوسط الرتبي لدى الإناث قدر ب(127.01) وذلك بمجموع رتب قدر ب(25020)، أما بخصوص المتوسط الرتبي لدى الذكور فقد قدر ب(148.83) وذلك بمجموع رتب قدر ب(6355)، بينما قدرت قيمة اختبار مان ويتي ب(4924) وقيمة اختبار z ب(-635) وقيمة اختبار ويلكسون ب(6355)، و قدرت قيمة الدلالة ب(0.526) ومن خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في متوسطات الرتب باستخدام اختبار مان ويتي اللامعلمي لعينتين مستقلتين، يتضح لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية قدرت ب(0.52) وهي أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بـتيزي وزو حسب الجنس.

عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى المرضى حسب السن:

الجدول رقم(29) يمثل اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب السن:

اختبار ليفين للتجانس (F)	الدلالة الاحصائية (SIG)	مستوى الدلالة (&)
1.02	0.36	0.05

يمثل الجدول رقم(29) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أصغر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.36)، مما يعني وجود تجانس ويتحقق هذا الشرط فإننا نتناول فيما يلي نتيجة الفروق في جودة الحياة حسب السن:

الجدول رقم(30): الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى الممرضين حسب السن:

القرار الاحصائي	مستوى الدلالة	الدلالة الاحصائية	قيمة ف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات	فئات السن	متغير الدراسة
غير دالة	0.05	0.59	0.52	23.92	153.37	113	(30-21)	جودة الحياة
				21.51	150.15	99	(40-31)	
				25.95	152.68	38	(50-41)	

يتضح من خلال الجدول رقم(30) المتعلق بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتهيئة وزو حسب السن، أن المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة السن بين(21-30) قدر ب(153.37) وذلك بانحراف معياري قدر ب(23.92)، أما بخصوص المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة السن بين(31-40) فقد قدر ب(150.15) وذلك بانحراف معياري قدر ب(21.51) أما المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة السن بين(41-50) فقد قدر ب(152.68) وذلك بانحراف معياري قدر ب(25.95)

ومن خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار أنوفا، يتضح لنا أن قيمة(ف) قدرت ب(0.52)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.59) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتهيئة وزو حسب السن .

عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم(31) يمثل اختبار ليفين(F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب الحالة الاجتماعية:

اختبار ليفين للتجانس(F)	الدلالة الاحصائية(SIG)	مستوى الدلالة(&)
4.502	0.03	0.05

يمثل الجدول رقم(31) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أكبر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.03)، مما يعني عدم وجود تجانس.

الجدول رقم(32) الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى الممرضين حسب الحالة الاجتماعية:

المتغير	العينة			قيمة-T-	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة	الدلالة
	الحالة الاجتماعية	التكرار	المتوسط الحسابي				
جودة الحياة	العزاب	120	152.52	0.34	0.73	0.05	دالة
	المتزوجون	130	151.50				
	الانحراف المعياري		25.57				

نلاحظ من خلال الجدول رقم(32) الخاص بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو حسب الحالة الاجتماعية، أن المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العزاب قدر ب(152.52) وذلك بانحراف معياري قدر ب(25.57)، أما بخصوص المتوسط

الحسابي في جودة لفئة المتزوجين فقد قدر ب(151.50) وذلك بانحراف معياري قدر ب.(21.03).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين، يتضح لنا أن قيمة ت قدرت ب(0.34)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.73) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والمرمضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتهيئة وزو حسب الحالة الاجتماعية.

عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب الأقدمية في العمل:

الجدول رقم(33) يمثل اختبار ليفين(F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب الأقدمية في العمل:

اختبار ليفين للتجانس(F)	الدلالة الاحصائية(SIG)	مستوى الدلالة(&)
0.89	0.48	0.05

يمثل الجدول رقم(33) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أصغر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.48)، مما يعني وجود تجانس.

الجدول رقم(34): الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى المرضى حسب الأقدمية في العمل:

متغير الدراسة	فئات الأقدمية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	الدلالة الاحصائية	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي
جودة الحياة	5-1	21	154	25.16	1.66	1.44	0.05	غير دالة
	10-6	95	148.88	23.56				
	15-11	54	153.88	21.02				
	20-16	31	158.87	26.25				
	25-21	17	158.82	17.54				
	30-26	32	146.40	23.16				

يتضح من خلال الجدول رقم(34) المتعلق بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو حسب الأقدمية، أن المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(5-1) قدر ب(154) وذلك بانحراف معياري قدر ب(25.16)، أما بخصوص المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(10-6) فقد قدر ب(148.88) وذلك بانحراف معياري قدر ب(23.56) أما المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(15-11) فقد قدر ب(153.88) وذلك بانحراف معياري قدر ب(21.02)، أما بخصوص المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(20-16) فقد قدر ب(158.87) وذلك بانحراف معياري قدر ب(26.25) أما المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(25-21) فقد قدر ب(158.82) وذلك بانحراف معياري قدر ب(17.54) أما المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة الأقدمية بين(30-26) فقد قدر ب(146.40) وذلك بانحراف معياري قدر ب(23.16) .

ومن خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار أنوفا، يتضح لنا أن قيمة (ف) قدرت ب(1.66)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(1.44) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية (0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو حسب الأقدمية .

**عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى الممرضين حسب فترة التناوب:**

الجدول رقم(35) يمثل اختبار ليفين(F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب نوع التناوب:

اختبار ليفين للتجانس (F)	الدلالة الاحصائية (SIG)	مستوى الدلالة (&)
1.13	0.32	0.05

يمثل الجدول رقم(35) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أصغر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.32)، مما يعني وجود التجانس.

**الجدول رقم(36) الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى الممرضين حسب فترة التناوب:**

متغير الدراسة	فترة التناوب	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	الدلالة الاحصائية	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي
جودة الحياة	صباح	133	152.62	24.41	0.1	0.9	0.05	غير دالة
	ليل	50	151.32	21.06				
	24سا	67	151.23	22.85				

يظهر من خلال الجدول رقم(37) الخاص بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية ببنغازي وزو حسب فترة التناوب، أن المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العاملين بتناوب الفترة الصباحية قدر ب(152.62) وذلك بانحراف معياري قدر ب(24.41)، أما بخصوص المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العاملين بتناوب الفترة الليلية فقد قدر ب(151.32) وذلك بانحراف معياري قدر ب(21.06) أما المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العاملين بتناوب 24سا فقد قدر ب(151.23) وذلك بانحراف معياري قدر ب(22.85).

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار أنوفا، يظهر لنا أن قيمة (ف) قدرت ب(0.1)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.9) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية ببنغازي وزو حسب فترة التناوب.

عرض النتائج الخاصة بالفروق في جودة الحياة لدى المرضى حسب اختيار أو عدم اختيار فترة التناوب:

الجدول رقم(38) يمثل اختبار ليفين (F) للفروق في مستويات جودة الحياة حسب اختيار فترة التناوب:

اختبار ليفين للتجانس (F)	الدلالة الاحصائية (SIG)	مستوى الدلالة (&)
1.174	0.280	0.05

يمثل الجدول رقم(38) اختبار ليفين للتجانس، وتوضح النتائج أن قيمة مستوى الدلالة (0.05) أصغر من قيمة الدلالة الاحصائية(0.280)، مما يعني وجود تجانس.

الجدول رقم(38): الفروق في متوسطات جودة الحياة لدى الممرضين حسب اختيار فترة التناوب:

المتغير	العينة			قيمة- T-	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة	الدلالة
	اختيار فترات التناوب	التكرار	المتوسط الحسابي				
جودة الحياة	اختياري	105	156.32	2.53	0.01	0.05	دالة
	الزامي	145	148.85				
	الانحراف المعياري	21.39	24.14				

نلاحظ من خلال الجدول رقم(38) الخاص بالفروق في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتهيئة وزو حسب اختيار فترة التناوب، أن المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العاملين بفترات تناوب حسب اختيارهم قدر ب(156.32) وذلك بانحراف معياري قدر ب(21.39)، أما بخصوص المتوسط الحسابي في جودة الحياة لفئة العاملين بالتناوب الذين يعملون بفترات تناوب الزامية فقد قدر ب(148.85) وذلك بانحراف معياري قدر ب(24.14).

يظهر لنا من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، أن قيمة ت قدرت ب(2.53)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.01) وبما أن قيمة الدلالة أصغر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين

والمرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتمييز وزو حسب اختيار أوقات التناوب، هذه الفروق لصالح المرضين والمرضات الذين اختاروا أوقات عملهم بأنفسهم وذلك لان متوسط التوقيت الاختياري أكبر من متوسط التوقيت الالزامي.

بعد عرض النتائج المتعلقة بالفروض البحثية التي قمنا بصياغتها، استنتجنا أن النتائج المتعلقة بمستويات جودة الحياة جاءت متباينة ومتنوعة بين المستوى المنخفض والمتوسط والمرتفع، كما بينت النتائج المتعلقة بالفروق ذات الدلالة الاحصائية في جودة الحياة لدى المرضين حسب المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والمهنية(السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، الأقدمية، فترة التناوب، اختيار فترة التناوب) فقد وضحت أغلب النتائج عدم وجود فروق حيث لم تشكل أي من هذه المتغيرات عوامل فارقة في جودة الحياة، بينما ظهر أن هناك فروق في متغير اختيار فترة التناوب.

## 2- مناقشة وتفسير النتائج:

بعد عرض النتائج الخاصة بالمعطيات الميدانية في العنصر السابق نناقش ونفسر فيما يلي فرضيات البحث:

## 1-2 مناقشة النتائج الخاصة بالفرضيات المتعلقة بمستويات جودة الحياة:

## 1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالصحة الجسدية:

بعد التحليل والمعالجة الإحصائية للبيانات توصلنا الى أن جودة الحياة لدى المرضى والمرضات في بعد الصحة الجسدية متوسطة، منه نستنتج أن الفرضية التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى المرضى العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الصحة الجسدية لم تتحقق.

تتشابه هذه النتائج مع نتائج دراسة (Palhares 2014) حول جودة الحياة وجودة النوم وخطر الإصابة بأمراض القلب لدى المرضى والتي بينت أن درجة جودة الحياة في بعد الصحة الجسدية متوسطة.

تختلف هذه النتائج عن نتائج دراسة سابقة ل (Jansen & al(2004) والتي بينت وجود مستويات مرتفعة من التعب والحاجة للاسترجاع بالإضافة لجودة نوم سيئة، ونتائج بوديسة وخلفان(2020) في دراسة حول الانعكاسات الفزيولوجية للعمل في الدوريات الليلية عند المرضى في المؤسسة الاستشفائية ندير محمد بتيزي وزو والتي بينت وجود مجموعة من الانعكاسات الفزيولوجية السلبية اضافة الى وجود نسبة تقدر ب(58.3%) من اضطرابات النوم عند هذه الفئة وهذا ما ذهبت اليه ايضا كل من نتائج (Gaddour & al(2018) التي بينت أن (89.7%) من هذه الفئة يعانون من الاجهاد ونتائج (Garcia & al(2011) التي أوضحت معاناة المرضى من مستويات عالية من الاجهاد المهني.

تختلف أيضا هذه النتائج مع ما جاءت به (Lghabi & al(2018) التي بينت أن (100%) من المرضى يعانون من اضطرابات عضلية عظمية، وتختلف هذه النتائج أيضا مع نتائج دراسة المركز الوطني الكندي للدراسات والاحصائيات الصحية(2005) في دراسة حول علاقة العمل بالصحة لدى عينة من(19000) ممرض التي بينت أن(37%) منهم يعانون من آلام في مختلف اعضاء جسمهم بالخصوص في الظهر والفخذين، والتي يمكن أن تكون نتيجة لنقص في اليد العاملة وارتفاع في عبء العمل الجسدي والذهني والذي قد يكون منخفضا في المؤسسات التي زرتها، حيث لا حضا وجود العديد من المرضى ومساعدى التمريض في كل المصالح، كما يمكن أن تكون هذه النتائج كنتيجة لارتفاع مستويات الضغوط النفسية والتشنجات العصبية التي لها دور في ظهور هذه الاضطرابات.

يمكن أن تفسر هذه النتائج بانخفاض العبء الذهني والجسدي لدى المرضى بسبب كفاية أوقات الراحة التي تسمح باسترجاع الطاقة اللازمة لاستئناف العمل لاحقا وتجنب الحوادث التي تتجم عن التعب الشديد ونقص التركيز، بالإضافة للعدد المعتبر من المرضى ومساعدى التمريض الذي يسمح بتقاسم المهام، كما أن الظروف الفيزيائية جيدة حيث تتوفر المؤسسات على معايير السلامة والأمن كما أنها تتوفر على تدفئة ومكيفات هوائية.

## 2-مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالصحة النفسية:

بعد التحليل والمعالجة الاحصائية للبيانات توصلنا الى أن جودة الحياة لدى المرضى في بعد الصحة النفسية مرتفعة منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى المرضى العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بنيزي وزو منخفض في بعد الصحة النفسية، لم تتحقق.

تتشابه هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة جعير(2019) التي توصلت الى وجود مستويات مرتفعة من الصحة النفسية لدى المرضى العاملين بالمناوبة في بعض

المستشفيات الجزائرية، وتتشابه كذلك في الاتجاه نحو الارتفاع مع نتائج دراسة ابو العمرين (2008) حول مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في مستشفيات غزة والتي توصلت نتائجها الى وجود مستوى عالي من الصحة النفسية لديهم، ونتائج دراسة (Palhares 2014) حول جودة الحياة وجودة النوم وخطر الاصابة بأمراض القلب لدى المرضى والتي بينت أن جودة الحياة في بعد الصحة النفسية متوسطة، كما تتشابه أيضا مع ما توصلت اليه دراسة سليمانى وادة (2020) التي بينت وجود درجات متوسطة من الرضا عن الظروف المادية والمعنوية في العمل لدى المرضى الجزائريين والذي يعتبر مؤشرا مهما من بين مؤشرات جودة الحياة الذاتية، وتختلف مع ما جاءت به حول الاحتراق النفسي حيث جاءت الدرجات مرتفعة، كما تختلف أيضا مع ما جاءت به دراسة سليم خميس (2013) التي أكدت على وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى المرضى العاملين بمستشفيات ولاية ورقلة، كما تختلف أيضا مع نتائج دراسة (Lavoie&al, 2008) التي أجريت في كندا والتي بينت نتائجها أن (43.4%) من المرضى الجدد العاملين بنظام المناوبة في المستشفيات العمومية الكندية يعانون من صحة نفسية سيئة.

يرجع السبب في ارتفاع درجة الصحة النفسية عند المرضى العاملين في المؤسسات الصحية التي زرناها، الى تبنيهم استراتيجيات دفاعية تمكنهم من تحمل المواقف الضاغطة كما قد تكون مصادر الضغط عندهم منعدمة أو ثانوية بسيطة لا تؤثر عليهم فمثلا نجد بعض المؤسسات الصحية كمستشفى الأمراض العقلية ومراكز الصحة الجوارية لا يكثر فيها الطلب عكس عيادة صبيحي ومستشفى ندير محمد، خصوصا تلك التي تؤثر على الصحة النفسية والتي ذكرها (Morin Gagné.2009) والتي تتمثل في كل من نقص في الرقابة، نقص في المساندة التنظيمية، العبء المرتفع، نقص في الاعتراف بالمجهودات المبذولة بالإضافة لانعدام الاستقلالية، حيث توظف المؤسسات الصحية التي زرناها عددا معتبرا من المرضى

باعتبارها مؤسسات استشفائية جامعية، كما تستقبل المرضى المتربصين الذين يتقاسمون المهام ويعملون في اطار تعاوني، مما يخفف من عبء العمل الجسدي والذهني منه فيحصل التوازن بين موارد الفرد وما هو مطلوب منه في العمل، كما توفر لهم المساندة التي يحتاجونها وتقوم بالاعتراف بمجهوداتهم ماديا ومعنويا مما يرفع من مستويات تقديرهم لأنفسهم وشعورهم بالإنجاز وتحقيق لذواتهم مما ينعكس ايجابيا على حالتهم النفسية وتحقيقا لمستويات مرتفعة من اللذة وتجاوزا للارغامات والمعاناة المعاشة في العمل والتي أشار اليها (Dejours) في نظريته حول الديناميكية النفسية في العمل.

ان الحالة النفسية التي يكون عليها المرضى الذين أجري عليهم البحث، قد تكون أيضا انعكاسا واضحا لحالة من التحكم في الذات والأحداث، مما يخلق تناغما بين الحالة الجسدية والنفسية للحصول على التوازن النفسي الذي يتسم بالرضا عن النفس وعن الحياة بشكل عام.

### 3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالحياة الاجتماعية:

بعد التحليل والمعالجة الاحصائية للبيانات توصلنا الى أن مستوى جودة الحياة لدى المرضى في بعد الصحة النفسية مرتفع، منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى المرضى والمرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو منخفض في بعد الصحة النفسية، لم تتحقق.

تتشابه هذه النتائج مع نتائج دراسة (Palhares 2014) حول جودة الحياة وجودة النوم وخطر الاصابة بأمراض القلب لدى المرضى، والتي بينت أن جودة الحياة في بعد الحياة الاجتماعية مرتفعة، كما تتشابه هذه النتائج أيضا مع ما توصلت اليه دراسة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في أوروبا (2018) التي أثبتت أن المرضى يعيشون حياة اجتماعية جيدة وأن (87%) منهم يدركون علاقاتهم الاجتماعية بشكل ايجابي.

يمكن أن يرجع السبب في كون مستوى جودة الحياة في بعد الحياة الاجتماعية مرتفعا لكون المرضى والمرضات يعيشون حياة اجتماعية جيدة داخل المؤسسات الصحية التي زرناها، حيث يكونون فرق عمل متعاونة يتبادلون فيها المعلومات والخبرات والارشادات فقد لاحظنا في زيارتنا الميدانية طريقة التواصل التي بدت نوعا ما غير رسمية جدا كأنهم في جو عائلي يتسم بالصدقات بينهم، نتيجة اختيارهم لفريق العمل ونتيجة علاقات جيدة مع الزملاء ونمط اشراف يتوافق مع تطلعاتهم ويسهل اتصالاتهم مع المسؤولين، كما يمكن أن يرجع السبب الى ما نعيشه حاليا من تقدم تكنولوجي غير من معالم الحياة الاجتماعية المعتاد عليها حيث أصبح العالم يعيش ويتفاعل في عالم افتراضي مما يمكن هؤلاء المرضى من الاتصال والتفاعل مع اصدقائهم وعائلاتهم عن طريق المكالمات الهاتفية أو تطبيقات الدردشة والاتصال مثل (فايسبوك، فايبر، سكايب)، حيث تسمح لهم هذه الأخيرة بتقريب المسافات ورؤية الأفراد وعيش حياتهم الاجتماعية حيث أكد لنا المرضى أن الهاتف يجعل حياتهم الاجتماعية أفضل لأنه يسمح لهم بالاطمئنان على عائلاتهم وأصدقائهم، كما يتمكنون من التواصل وحضور المناسبات في أوقات الراحة التي تصل حتى الى ثلاثة أيام وهو ما يعتبر كافيا لحد ما بالنسبة لهم للاهتمام بشؤون العائلة، وممارسة النشاطات الاجتماعية وحضور بعض الفعاليات الاجتماعية، كما يتمكن كذلك المرضى الذين اختاروا أوقات عملهم من تنسيق نشاطاتهم ولقاءاتهم خارج أوقات العمل الرسمية وهذا ما يعدل من مستويات جودة حياتهم الاجتماعية، حيث تلعب أوقات العمل المناسبة دورا في الحياة الاجتماعية وهذا ما توصلت اليه دراسة فضلون الزهراء(2019) حول الواقع النفسي الاجتماعي لمعاناة المرضى في المستشفيات الجزائرية حيث بينت أن التوقيت المناسب في العمل يؤثر ايجابيا في الحياة الاجتماعية لدى (65%) من المرضى.

يمكن ان ترجع درجة جودة الحياة الاجتماعية المرتفعة الى الصحة النفسية الجيدة للمرضيين والتي تمكنهم من تجنب العزلة وتعزز من شعور الثقة بالنفس وبالأخرين وتوفير الدعم الاجتماعي لذويهم وزملائهم وعدم التردد في طلب الدعم في حالة الشعور بالحاجة اليه، كما تحفزهم على المشاركة والتفاعل الايجابي مع محيطهم الاجتماعي داخل وخارج بيئة العمل.

#### 4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بممارسة أنشطة وقت الفراغ:

بعد التحليل والمعالجة الاحصائية للبيانات توصلنا الى أن مستوى جودة الحياة لدى المرضيين منخفض في بعد أنشطة وقت الفراغ، منه نستنتج أن الفرضية الجزئية التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى المرضيين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية يتيزي وزو منخفض في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ تحققت.

يمكن أن يرجع السبب في كون مستوى جودة الحياة منخفض في بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ، لكون المرضيين الذين أجري عليهم البحث لا يستغلون تلك الأوقات في القيام بنشاطات خارج العمل بل يفضلون الراحة والاسترجاع والبقاء في البيت مع عائلاتهم وذلك بسبب حاجتهم للهدوء والاسترجاع خاصة حين يتعلق الأمر بتناوب ليلي، كما أن الالتحاق بالجمعيات أو النوادي يمكن أن يكون في أوقات منتظمة ومحددة قد لا يستطيع المرضيون الالتزام بها بسبب عدم انتظام أوقات عملهم أحيانا، وبسبب التسخير للعمل في فترات العطل ونهاية الأسبوع أو قد يرجع السبب الى تنظيم أوقات العمل والعمل في دوريات غير ثابتة أو العمل ليلا، كما يمكن أن يرجع الى قصر فترات الراحة.

كما يمكن أن يكمن السبب وراء هذه النتائج كون أغلبية أفراد العينة التي أجرينا عليها البحث من فئة الإناث التي تعمل أكثر ولديها وقت فراغ أقل مقارنة بالذكور، فحسب نتائج دراسة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في أوروبا (2018) سلت فيها الضوء على موضوع جدول الأوقات المخصصة للأعمال دون أجر (أعمال منزلية، تسيير، رعاية) وأوقات الفراغ لدى

عينة من (20000) فرد من مختلف أنحاء أوروبا، تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة، فإن الأوقات التي تقضيها الإناث في العمل دون أجر تتراوح بين 3 و6 ساعات يوميا، بينما تتراوح عند الذكور من ساعة الى 2 ساعة، كما بينت كذلك أن أوقات الفراغ لديهم أقل من التي عند الذكور بالتالي يمكن أن تفسر هذه النتائج بنقص في أوقات الفراغ وليس فقط عدم ممارسة أنشطة الفراغ فاستنادا لما أشرنا اليه سابقا حول ما تناوله المكتب الدولي للعمل الذي أوضح أن أوقات الفراغ هي الأوقات التي لا تشمل وقت الأكل ووقت النوم ووقت القيام بالأعمال المنزلية فإن هذا الوقت المتبقي يمكن أن نعتبره لحد ما غير كاف.

### 5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة الخاصة بالحياة الوظيفية:

بعد التحليل والمعالجة الاحصائية للبيانات توصلنا الى أن مستوى جودة الحياة لدى المرضين في بعد الحياة الوظيفية مرتفع منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الخامسة التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى المرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفض في بعد الحياة الوظيفية لم تتحقق.

تشابه هذه النتائج مع نتائج دراسة كندية لـ Shields&al(2005) بالتعاون مع المركز الكندي للمعلومات الصحية، الصحة والاحصائيات الكندية حول عمل وصحة المرضين لدى عينة قدرت بـ(19000) ممرض من مختلف أنحاء كندا والتي هدفت لدراسة العلاقات بين العمل والصحة بشكل عام، حيث بينت نتائجها أن أكثر من (80%) من المرضين علاقاتهم الاجتماعية المهنية جيدة والرضا الوظيفي لديهم مرتفع، كما يعملون ضمن فرق عمل متعاونة، كما بينت كذلك أن (85%) منهم يشاركون في عملية اتخاذ القرارات في العمل.

يمكن أن يرجع السبب في ارتفاع درجات جودة الحياة في هذا البعد لكون تقريبا (50%) من المرضين اختاروا أوقات عملهم بنفسهم، هذا ما يثبت أن لديهم نوع من المرونة في العمل وانهم يشاركون في عملية اتخاذ القرار في المؤسسات التي يعملون فيها، وهذا ما يعزز شعور

الانتماء للمؤسسة والرضا الوظيفي وحب العمل، حيث لم يعبر الممرضون عن أي رغبة في تغيير عملهم أو ترك المؤسسات التي يعملون بها، بل أشاروا فقط إلى رغبتهم في تحسين أدوات العمل، كما أن العلاقات المهنية الجيدة تسمح بالتخفيف من الضغوط التي قد تواجههم، كما تسمح كذلك بإتمام المهام التي أوكلت لهم في إطار تعاوني، كما يمكن أن يكون العدد الكبير من مساعدي التمريض العاملين في هذه المؤسسات يسمح بتخفيف الأعباء وتوزيع المهام بشكل عقلاي يسمح بالعمل في ظروف بعيدة عن الضغوط وضمان الراحة، كما أن العلاقات التي تجمع الممرضين ببعضهم وبالادارة تتسم بنوع من النضج ومبتعدة عن الصرامة حيث لاحظنا في تصرفات وكلام الممرضين ارتياحا وميلا إلى الجو العائلي كما أشار العديد منهم إلى تلقيهم اعترافا معنويا بمجهوداتهم في العمل.

#### 1- مناقشة نتائج الفرضية العامة الخاصة بجودة الحياة:

بعد المعالجة الاحصائية للبيانات توصلنا إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الممرضين والمرضات متوسط، منه نستنتج أن الفرضية العامة التي مفادها مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية يتميزي وزو منخفض، لم تتحقق.

تتشابه هذه النتائج مع نتائج دراسة Freire(2016) التي توصلت إلى وجود مستوى جيد لجودة الحياة عند(72%) من الممرضين بالمستشفيات البرازيلية، بالرغم من استخدامنا مقياس أطول وعينة ضعف ما استخدمه هذا الباحث في بيئة ومجتمع مغاير إلا أن النتائج تشابهت مما قد يشير إلى تشابه الظروف التي تعيشها كلا الفئتين، كما تتفق مع نتائج دراسة Ornelas & al(2016) وآخرون التي أسفرت على وجود مستوى جيد لجودة الحياة في البعد الجسدي والبعد النفسي وبعد العلاقات الاجتماعية والبعد البيئي كما تتشابه أيضا مع نتائج دراسة Palhares (2014) حول جودة الحياة وجودة النوم وخطر الإصابة بأمراض القلب

لدى المرضى، والتي بينت نتائجها أن جودة الحياة متوسطة لديهم، في نفس السياق نجد نتائج دراسة بوديسة وخلفان (2019) التي توصلت الى عدم وجود كل من الاكتئاب والقلق لدى المرضى العاملين ليلا في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو والتي تعتبر من أبرز العوامل التي تؤثر على جودة الحياة كونها تمثل الجانب العاطفي لإدراك جودة الحياة، مما يفسر هذه النتائج في جودة الحياة لدى المرضى، وتختلف مع ما جاءت به نتائج (2004) Jansen Nwh & al التي بينت وجود مستويات مرتفعة من التعب والحاجة للاسترجاع بالإضافة لجودة نوم سيئة وصحة عامة سيئة. وما جاءت به نتائج دراسة جلولي (2003) التي بينت معاناة المرضى من درجة مرتفعة من الإجهاد الانفعالي الذي يكون كنتيجة لعدة ظروف سلبية تؤثر على جودة حياتهم، ونتائج دراسة ميهوبي (2013) التي بينت ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي لدى المرضى.

يرجع السبب في كون مستوى جودة حياة المرضى متوسطا في تبني نصف أو بعض المرضى استراتيجيات مواجهة تسمح لهم بتحقيق توازنهم بالإضافة الى استخدام ميكانيزمات دفاعية مثل التقليل من شأن المشاكل التي تواجههم وتجنب المواقف التي تشكل خطرا عليهم وهذا ما لاحضناه في كل من مستشفى ندير محمد وعيادة صبيحي لدى المرضى الذين لاحظنا خلال الحديث معهم نوعا من الاستهزاء أو السخرية في تعبيرهم عن الإرغامات التي تواجههم، ولعل هذا ما يسمح لهم بالتحكم أو تقليل أو تحمل المواقف المسببة للضغط والحالات الحرجة ويعكس اتسامهم بالنضج الانفعالي مما يعزز من عمليات التكيف لديهم ويخلق شعورا عاما بالرضا عن الحياة يعدل من مستويات جودة حياتهم.

يمكن أن تفسر هذه النتائج بوجود صحة نفسية جيدة في العمل وذلك بسبب المرونة والتعاون الذي لاحضناه لدى المرضى خلال الزيارات الميدانية وسعي المؤسسات الاستشفائية التي زرناها للحفاظ على مواردها البشرية من خلال منحها للمرضى فرصا للتكوين والاستماع

الى شكاويهم حيث عبر الممرضون عن كونهم يناقشون الأشياء التي تزعجهم مع المسؤولين ولا يترددون في طلب التدخل، مما يؤثر ايجابيا على جودة حياتهم، فقد أكدت منظمة الصحة العالمية في موقعها الرسمي على هذا الأمر مشيرة الى دور الصحة النفسية الجيدة في العمل في الصحة بشكل عام وفي الشعور بجودة الحياة.

كما يمكن أن يكون مستوى جودة الحياة المتوسط لدى أفراد العينة، راجعا لكون أغلبية الممرضين الذين التقينا بهم في الميدان من فئة الإناث اللواتي يعرف عليهن القدرة الكبيرة على التحمل والقدرة على أداء عدة نشاطات في وقت واحد، كما أن الممرضين يعملون بالتناوب ولديهم أيام راحة تضمن لهم الاسترجاع ورؤية أفراد عائلاتهم، وعيش حياتهم خارج العمل مما يخلق عندهم نوع من الرضا عن الحياة بشكل عام، واتجاهها نحو تقدير الأمور بصفة معتدلة، وتقييم جودة حياتهم بشكل متوسط. وقد يرجع السبب للدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه الممرضون الذين عبروا عن فخر عائلاتهم بمهنتهم واعتبارها مهنة سامية كالطب، وتمكنهم من التنفيس الانفعالي عن طريق التعبير عن مشاعرهم للمقربين منهم، مما يساهم في استقرارهم النفسي والمهني ويجعل الحياة أكثر راحة وسعادة بالنسبة لهم.

بالرجوع الى ما تحصلنا عليه في الأبعاد الخمسة المكونة لجودة الحياة (الجسدية النفسية، الاجتماعية، ممارسة أنشطة وقت الفراغ، الحياة الوظيفية)، نلاحظ أن مستويات جودة الحياة كانت مرتفعة في كل من بعد الصحة النفسية والحياة الاجتماعية والحياة الوظيفية، ومتوسطة في بعد الصحة الجسدية بينما كانت منخفضة في بعد واحد وهو بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ، وهذه النتائج تفسر بشكل واضح السبب في كون مستوى جودة الحياة الكلية متوسطا عند الممرضين العاملين بالمناوبة، حيث يتمتع الممرضون بصحة نفسية وحياة وظيفية واجتماعية جيدة على حد تعبيرهم، بينما يجدون صعوبة في قضاء وقت فراغهم في عمل الأشياء التي يحبونها أو يرغبون في مشاركتها مع عائلاتهم وزملائهم، ويرجع السبب لكون

وقت الفراغ غير كاف وعدم انتظام أوقات العمل، الذي يشكل عائقا في المشاركة في بعض الجمعيات أو الانخراط في أندية أو ممارسة الرياضة في مؤسسات أو تنظيمات تتبع أوقات رسمية محددة، لا يمكن أن يلتزم بها الممرضون، مما يجعل تقييمهم سلبيا في هذا البعد.

أخيرا قد يرجع السبب في الحصول على هذه النتائج الى مدة تنفيذ الدراسة كونها ليست طويلة، حيث يمكن أن تكون هذه النتائج تعبيراً عن الحالة التي يعيشها أولئك الممرضون في الوقت الذي أجابوا عليه على الاستبانات، وليس بناء لما عاشوه لفترة معينة، كما يمكن أن يكون الموضوع مرتبطا بعدم جدية بعض الممرضين في اجاباتهم وتأثرهم بإجابات زملائهم، أو قد يرجع الأمر الى ميل الممرضين والممرضات لإعطاء اجابات معتدلة لإعطاء انطباع جيد عن حالتهم لأسباب شخصية تخصهم كاستخدامهم للانسحاب وعدم اعطاء أهمية لمشاكلهم كطريقة للتهرب منها.

**مناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والمهنية:**

#### **6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب الجنس:**

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في متوسطات الرتب باستخدام اختبار مان ويتي اللامعلمي لعينتين مستقلتين، يتضح لنا أن قيمة الدلالة الاحصائية قدرت ب(0.526) وهي أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتييزي وزو حسب الجنس، منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الأولى لم تتحقق، وهذا ما يتفق مع ما جاءت به نتائج دراسة موساوي(2001) حول الضغوط المهنية لدى الممرضين والتي بينت عدم وجود فروق في مستويات الضغوط حسب الجنس كما تتوافق أيضا مع نتائج دراسة جلولي

(2003) التي بينت عدم وجود فروق في مستويات الاحتراق النفسي بين المرضين حسب الجنس، كما تتفق كذلك مع نتائج سليمان ووادة (2020) حول نفس الموضوع وتتفق كذلك مع ما توصلت اليه دراسة مأمون (2018) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس، كما تتفق مع نتائج دراسة فلوح (2019) حول المشكلات التي تواجه المرضين حيث بينت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في تقديرهم للمشكلات النفسية والاجتماعية والمهنية.

يمكن أن يكون السبب في عدم وجود فروق في مستويات جودة الحياة حسب الجنس لكون أغلبية أفراد العينة التي أجري عليها البحث من فئة الإناث، وهذا الأمر ليس بالجديد فقد أوضحت العديد من الاحصائيات تواجد النساء بنسبة كبيرة في القطاع الصحي، منها ما ورد في دراسة العواد (2006) التي بينت أن نسبة الاناث في القطاع الصحي وصلت ل(63.05%) وهي في تزايد مستمر (أورد في: بوبكر، 2007)، كما يمكن أن تكون هذه الفئة قد تلقت الدعم المعنوي من عائلاتهما فيما يخص الحياة خارج العمل مما ساهم في تخفيض الضغوط النفسية والمهنية التي تؤثر على الإدراك الجيد لجودة الحياة، كما أن (78%) من أفراد العينة عازبين ليس لديهم التزامات زوجية أو تربية الأولاد التي تلقى غالبا على عاتق المرأة، مما يشعرهن بنوع من الراحة وهذا ما ذهبت اليه أيضا نتائج دراسة بحري (2015) حيث أثبتت وجود علاقة ارتباطية عكسية سالبة بين الضغوط المهنية والمساندة الاجتماعية، أما داخل مكان العمل فيمكن أن يرجع السبب لكون المؤسسات التي زرناها توزع المهام بشكل عادل ولا تعطي امتيازات حسب الجنس، حيث يحرص القانون الجزائري على تساوي أجور الاناث والذكور ومبدأ تكافؤ الفرص في الترقية وتولي المناصب مما يجعل الحياة الوظيفية لا تحدث فارقا في مستوى جودة الحياة لديهم، من جهة أخرى قد يرجع السبب الى ما أشارت اليه دراسة عناني (2018) حول مصادر الضغوط النفسية لدى

المرأة العاملة حيث بينت أن الجانب المهني لا يشكل مصدرا للضغوط النفسية لديهن والتي من شأنها التأثير على الرضا عن الحياة وجودة الحياة بشكل عام وهذا قد يفسر عدم ادراكهن للعمل التناوبي بشكل سلبي ولا يتأثرن به.

يبدو أن المكانة الاجتماعية والمهنية التي تحظى بها المرأة والمرضة على وجه الخصوص في مجتمعنا الحالي تشبه تلك التي عند الرجل وهذا ما يجعل التقييم يتشابه بينهما.

### 7- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب السن:

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار أنوفا اتضح لنا أن قيمة ف قدرت ب(0.52)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.59) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو حسب السن، منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق.

تتفق هذه النتائج مع ما جاءت به نتائج دراسة موساوي(2001) حول الضغوط المهنية لدى الممرضين والتي بينت عدم وجود فروق في مستويات الضغوط حسب السن، يمكن أن تفسر النتائج بكون الدراسة أجريت على المدى القصير حيث من الصعب أن يظهر الفرق في جودة الحياة في مدة قصيرة وهذا ما تبين في بعض الدراسات التي تناولناها مسبقا والتي لم تبين علاقة السن بجودة الحياة الا في الدراسات الطولية، ويمكن أن يرجع السبب لعدم وجود علاقة ارتباطية بين السعادة أو جودة الحياة والسن، بل بتحقيق الذات سواء من ناحية النجاح المهني أو التوافق النفسي والاجتماعي لدى الممرضين، كما يمكن أن يكون السبب راجعا للخصائص الفردية للممرضين كالصبر والقدرة على التحمل ومدى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تتوفر عند الممرضين الذين قابلناهم بمختلف أعمارهم.

بالرجوع الى الأدبيات التي تناولناها نلاحظ أن عامل السن لم يظهر له أثر كبير في جودة الحياة الا في بعض الدراسات، بينما لم تشر الدراسات الأخرى الى أي ارتباط بين المتغيرين بالتالي يمكن أن يكون مستوى جودة الحياة مرتبطا بما أشار اليه Griffin حول مسألة القيم والذوق الشخصي للأفراد، حيث يتشابه الكثير من الأفراد في ميولهم ونظرتهم للأمر رغم اختلاف سنهم، مما يجعلهم يعطون تقييمات مشابهة لجودة الحياة، كما يمكن أن يكون تقييمهم أيضا غير مبني على عوامل داخلية، بل على ظروف وبيئة عمل مشتركة يشتركون في نفس التقييم لها.

#### 8- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب الحالة الاجتماعية:

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، يتضح لنا أن قيمة ت قدرت ب(0.34)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.72) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والمرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية ببيزي وزو حسب الحالة الاجتماعية، منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق.

تتفق هذه النتائج مع ما جاءت به دراسة موساوي(2001) حول الضغوط المهنية لدى الممرضين والتي بينت عدم وجود فروق في مستويات الضغوط حسب الحالة الاجتماعية، كما تتفق مع نتائج دراسة فلوخ(2019) حول المشكلات التي تواجه الممرضين حيث بينت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المتزوجين والعزاب في تقديرهم للمشكلات النفسية والاجتماعية والمهنية.

قد يرجع السبب في عدم وجود الفروق في جودة الحياة بين المتزوجين والعزاب الى تلقي فئة المتزوجين لدعم اجتماعي وعائلي يسمح لهم بالتكيف الزواجي والعائلي والتوفيق بين التزاماتهم المهنية والعائلية، مما يخلق شعورا بالرضا واحساسا بجودة الحياة بالرغم من تعدد أدوارهم والتزاماتهم، كما قد يكون التقسيم التقليدي للمهام بين الرجل والمرأة (تلتزم المرأة بالأعمال المنزلية وتربية الأطفال بينما يكتفي الرجل بشراء المستلزمات) قد تراجع ليتغير الفكر بسبب العدد الكبير للعنصر النسوي في سوق العمل ويصبح بذلك الرجل متعاوناً مع المرأة خاصة المتزوجة والأم .

كما يمكن أن يرجع السبب الى كفاية أوقات الاسترجاع المتمثلة في ايام الراحة التي تسمح لهم بتحقيق اشباع نفسي اجتماعي عائلي (التقاء، تواصل، توفير الدعم لأفراد العائلة والأصدقاء وتلقي الدعم منهم) واستمتاع بوقت الفراغ لكلا الفئتين، وعدم استفادة المتزوجين من اي امتيازات أو استثناءات ادارية، أو في توزيع المهام في مقر العمل والتي يمكن أن تحدث فرقا أو تؤثر بشكل أو اخر في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين من كلتا الفئتين.

### 9-مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب الأقدمية:

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبار أنوفا اتضح لنا أن قيمة ف قدرت ب(1.66)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(1.44) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتهيئة وزوا حسب الأقدمية منه نستنتج أن الفرضية الجزئية الرابعة لم تتحقق.

تتفق هذه النتائج فيما يخص الصحة النفسية مع نتائج دراسة جلولي (2003) التي بينت عدم وجود فروق في مستويات الاحتراق النفسي بين الممرضين حسب الأقدمية كما تتفق مع نتائج دراسة مأمون (2018) التي بينت كذلك عدم وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة في كل من الاحتراق النفسي وجودة الحياة لدى العاملين بالمناوبة الليلية تبعاً للأقدمية، كما تتفق كذلك مع نتائج دراسة فلوح (2019) حول المشكلات التي تواجه الممرضين حيث بينت عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الممرضين في تقديرهم للمشكلات النفسية والاجتماعية والمهنية تبعاً لمتغير الأقدمية، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة أبو العمرين (2008) التي بينت عدم وجود الفروق في الصحة النفسية تبعاً للأقدمية كما تتفق مع نتائج دراسة الشافعي (2002) ودراسة عيسى (1995) حول التوافق المهني لدى الممرضين وتختلف هذه النتائج مع ما توصلت إليه كل من دراسة لعريط (2007) ودراسة بوغطاس وآخرين (2012) ودراسة بوديسة (2019) التي بينت وجود فروق ذات دلالة احصائية في كل من مستويات الاكتئاب والضغط النفسية لصالح الأكثر أقدمية في العمل، ونتائج دراسة العبادي (1992) التي بينت وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والأقدمية في العمل.

قد يعود الأمر لكون الممرضين الذين قمنا باستجوابهم يتمتعون بنفس القدر من المسؤوليات بالإضافة لعدم وجود امتيازات أو تسهيلات تمنح للممرضين نظير أقدميتهم في الوظيفة أو حين يدخلون كممرضين جدد في هذه المؤسسات الصحية، كما يعود السبب الى عدم توفير هذه المؤسسات فرص التقدم المهني والترقية للممرضين، الذين أبدوا انزعاجاً لكونهم في نفس الوضعية المهنية ولا تقوم المؤسسة بترقيتهم، وهذا ما ظهر لنا عند دراسة خصائص عينة البحث، حيث لم نجد غير رتبة ممرض، مما يجعلهم يشعرون أن قيمة عملهم وعلمهم لم تؤخذ بعين الاعتبار، كما يمكن أن يكمن الاختلاف من حيث مستوى نجاحهم وتحقيق أهدافهم التي يمكن أن تتحقق في أي وقت وليس بعد سنوات كثيرة من الأقدمية، وقد يرجع

السبب لكون جودة الحياة عندهم مرتبطة بعوامل خارجية عن بيئة العمل أو عدم وجود علاقة ارتباط بين ما يعيشه هؤلاء الأفراد في مقر عملهم وما يشعرون به من جودة حياة بشكل عام.

يبدو جليا أن الأقدمية التي لا تقييم ولا يرد لها الاعتبار من طرف المؤسسات الصحية لا يمكن أن تشكل فروقا في جودة الحياة بين الممرضين، بسبب تشابه وضعهم الوظيفي.

### 10- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب فترة التناوب:

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، يتضح لنا أن قيمة ت قدرت ب(1.30)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.19) وبما أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو حسب فترة التناوب، منه نستنتج أن الفرضية الخامسة لم تتحقق.

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Bourghatta&al(2012) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الجسدية بين الممرضات العاملات ليلا والعاملات نهارا.

يمكن أن ترجع الأسباب الى كون الممرضين سواء العاملين بتناوب نهارى أو تناوب ليلي أو تناوب متواصل على مدار 24 ساعة، كلهم يمارسون مهامهم في اطار معقول وذلك بانخفاض عبء العمل بسبب العدد المعتبر من الممرضين ومساعدى التمريض الذين يتقاسمون العمل في اطار توزيع المهام والتعاون ضمن فريق عمل محدد، كما يستفيدون من أيام راحة تتراوح

بين يومين وثلاثة أيام يتم الاسترجاع فيها وعيش وتنظيم أوقاتهم خارج العمل، كما يمكن أن يكون السبب الرئيسي هو عملية اشراك المؤسسة موظفيها في عملية تنظيم أوقات عملهم والسماح لهم باختيار أوقات العمل التي تناسبهم، حيث يمكن أن يكون أفراد العينة اختاروا تلك الفترات حسب نمطهم الذي يمكن أن يكون نهاري أو ليلي، حيث يجد البعض منهم راحته خلال العمل ليلا.

من الممكن أن تكون أيضا الوتيرة البيولوجية لأولئك المرضى تغيرت أو تكيفت مع طبيعة عملهم، وما يدل على هذا التكيف هو طلب المرضى أنفسهم لتلك الأوقات، فإن دل هذا الأمر على شيء فهو أنهم يجدون راحتهم في تلك الفترات من العمل، كما يمكن أن تكون الظروف التي يعمل فيها المرضى هي نفسها خلال 24 ساعة مما لا يحدث الفرق.

هذه النتائج لا تتوافق مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت انخفاضا في درجات الصحة النفسية والجسدية والحياة الاجتماعية والوظيفية التي تشكل جودة الحياة لدى فئة المرضى العاملين في فترات التناوب الليلي مقارنة بالمرضى العاملين صباحا، منها ما يتعلق بالتعب اضطرابات النوم، السمنة وخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية لدى العاملين في التناوب الليلي مقارنة بالعاملين صباحا حسب ما ورد في كل من دراسات Amelie.T.A(2003)، بوديسة وخلفان(2020) و Gadour(2018).

## 11-مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات جودة الحياة حسب اختيار فترات التناوب:

من خلال النتائج المتحصل عليها عند حساب الفروق في المتوسطات باستخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، اتضح لنا أن قيمة ت قدرت ب(2.53)، بينما قدرت قيمة الدلالة الاحصائية ب(0.01) وبما أن قيمة الدلالة أصغر من مستوى الدلالة الاحصائية(0.05) فإن النتائج تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة

الحياة لدى المرضى والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو حسب اختيار فترات التناوب، منه نستنتج أن الفرضية السادسة تحققت، هذه الفروق لصالح الممرضين والممرضات الذين اختاروا فترات تناوب عملهم بأنفسهم وذلك لان متوسط التوقيت الاختياري أكبر من متوسط التوقيت الالزامي، وقد ترجع مستويات جودة الحياة المرتفعة عند الممرضين والممرضات الذين اختاروا الفترات مقارنة بالذين أجبروا على العمل في تلك الأوقات الى شعور الثقة بالنفس وبالمنظمة الذي نتج عن المشاركة في اتخاذ القرارات التي تتعلق بالعمل وتوقيته، وذلك من خلال إعطاء المؤسسات الصحية الممرضين فرصة اختيار أوقات العمل التي تناسبهم وهذا ما يشكل نوعا من المرونة المطلوبة في العمل، حيث تمكنوا من تسيير أوقاتهم خارج العمل بشكل يتلاءم مع متطلباتهم واحتياجاتهم العائلية والاجتماعية، وتتقلهم من والى العمل، فقد عبر الممرضون الذين اختاروا العمل ليلا أو على مدار 24سا أن ذلك يناسبهم ويساعدهم فيما يخص موضوع مشاكل النقل خاصة في الشتاء، بالإضافة لما سبق توفر إمكانية قضاء أوقات فراغهم كما خططوا لها مسبقا، مما يخلق شعورا عاما بالرضا لديهم وارتقاعا في مستويات جودة الحياة مقابل الممرضين الذين أجبروا على أوقات عملهم التي لا تتوافق مع انشغالاتهم خارج العمل ومتطلباتهم الاجتماعية والعائلية وأوقات فراغ أزواجهم أو أصدقائهم، وبرامج عائلاتهم فيما يخص الترفيه وأنشطة وقت الفراغ، وهذا ما يجعلهم يشعرون بالاستياء وعدم الرضا وادراك العمل كإرغام مفروض عوض أن يدركوه كتحقيق للذات ومصدر لإشباع الحاجات. وهذا يشبه ما أشارت اليه نظرية(Reich & Zantra(1984 التي بينت أن قيام الأفراد ببعض الأمور وأدائهم للأشياء وفقا لاختيارهم يؤثر على طريقة تفسيرهم لمجرى حياتهم فيميلون للشعور بالإيجابية اتجاه الأحداث التي يكونون متحكمين فيها.

هذه النتائج تشير الى الأهمية الكبيرة التي تتسم بها عملية منح العمال والمرضى على وجه الخصوص فرصة التعبير عن آرائهم والرفع من مستوى قدرتهم على التصرف في العمل، مما يعزز العلاقات والتعاون داخل المؤسسة ويخلق جوا تنظيميا ايجابيا، فامكانية الحصول على أوقات عمل مرنة تلائم احتياجات المرضى يعد دافعا ايجابيا للعمل وباعثا على الراحة والرضا الوظيفي والرضا على الحياة بشكل عام، ولعل هذه الأمور تعكس أهمية ما يسعى اليه علم النفس العمل والتنظيم بشكل عام والارغونوميا بشكل خاص حيث يحرصان على دعم الجانب الانساني في العمل من خلال رد الاعتبار للعامل كإنسان وعدم اعتباره مجرد آلة للخدمة أو الانتاجية، وذلك من خلال الأخذ برأيه واشراكه في اتخاذ القرار الذي يتوافق مع قدراته ورغباته الى حد ما، مراعيًا بذلك أداء واجباته المهنية على أكمل وجه.

تبين هذه النتائج أن المؤسسات الصحية التي زرناها تعطي الى حد ما المرضى حقهم في المشاركة في اتخاذ القرارات، كما تنظم أوقات العمل بشكل مرن وعقلاني يرضي المرضى. توضح النتائج السابقة أن الكثير من المتغيرات الديمغرافية كالسن والجنس و المتغيرات الاجتماعية كالحالة الاجتماعية وبعض من المتغيرات المهنية كالأقدمية في العمل وفترة التناوب في العمل لم تشكل عوامل فارقة مؤثرة في جودة الحياة بينما أحدث اختيار فترة التناوب الفرق في جودة الحياة، وهذا ما يبين أهمية الوقت في العمل، حيث يسمح التنظيم الداخلي الجيد والذي يتميز بالمهنية في توزيع ساعات العمل وكيفية تنظيم دوريات العمل، بشكل صحي يخدم كل من المؤسسة والفرد العامل فيها، وجعل العامل مشاركا في عملية تنظيمها واختيار أوقات عمل تناسبه، مراعيًا بذلك صحته ومصحة المؤسسة التي يعمل فيها، بتحقيق جودة الحياة في العمل وجودة حياة الأفراد العاملين ككل.

## الاستنتاج العام:

تناولنا في دراستنا الحالية واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري، بالتحديد عند عينة تقدر ب(250) ممرض(ة) من فئة الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة، في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية المتواجدة بولاية تيزي وزو، وبعد معالجة الموضوع من جانبه النظري والتطبيقي، توصلنا الى الاجابة على التساؤلات البحثية التي تم طرحها مسبقا، وتحقيق هدف البحث الذي سطرناه، حيث تبين لنا أن الممرضين والممرضات الذين يعملون في كل من المؤسسات الاستشفائية( المستشفى الجامعي ندير محمد ومستشفى بالوا، والمؤسسة الاستشفائية الخاصة صبيحي تسعديت، ومستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي"، ومستشفى دائرة أزفون، ومركز الصحة الجوارية دراع بن خدة، ومركز الصحة الجوارية أزفون) لديهم مستوى جودة حياة متوسط بشكل عام، ما عدا في البعد الذي يتعلق بممارسة أنشطة وقت الفراغ الذي كان فيه المستوى منخفضا، وقد تحققت فرضيتين فقط من فرضيات البحث وهما الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بممارسة أنشطة وقت الفراغ، والفرضية السادسة الخاصة باختيار أو عدم اختيار الممرضين لفترة تناوبهم في العمل، وهذا ما يؤكد ما ظهر عند الممرضين بشكل مبكر حين التقينا بهم خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث لاحظنا عليهم نوعا من الرضا عن الحياة، وأوضحت النتائج تباينا في مستويات جودة الحياة حسب الأبعاد، حيث تنوعت المستويات بين المرتفع في كل من بعد الصحة النفسية والحياة الاجتماعية والحياة الوظيفية، والمتوسط في الصحة الجسدية والمنخفض في ممارسة أنشطة وقت الفراغ. كما بينت كذلك النتائج الخاصة بالفروق، عدم وجود الفروق في مستويات جودة الحياة بين الممرضين حسب متغيرات السن، الجنس، الأقدمية، فترة التناوب، بينما وضحت النتائج وجود فروق في مستويات جودة الحياة تعود لاختيار أو عدم اختيار فترة التناوب، أين جاء مستوى جودة الحياة مرتفعا عند الممرضين الذين اختاروا فترة التناوب، التي يمكن أن تكون من أهم الأسباب التي تساهم في تغيير تقييم معين لجودة

الحياة، ولعل هذا الأمر يمكن أن يكون نتيجة الظروف المهنية والاجتماعية الجيدة التي يعيشها هؤلاء الممرضين، أو نتيجة لارتفاع مستويات التكيف عندهم، مما سمح لهم بالتغلب على المواقف الضاغطة، ونتيجة للدور الذي تقوم به أيضا هذه المؤسسات الصحية والتي تسمح للممرضين باختيار أوقات عملهم مما جعل مستويات الرضا وجودة الحياة ترتفع عندهم، وما تجدر الإشارة إليه هنا هو عدم امكانية تعميم هذه النتائج على جميع الممرضين لأن هذه النتائج تبقى في حدود خصائص عينة البحث، وظروف العمل والتنظيم الداخلي الذي يختلف من مؤسسة لأخرى، بالإضافة لكون جودة الحياة موضوع نسبي يتأثر بشخصيات الأفراد وبمرور الوقت، وما نعتقد هنا أن جودة الحياة لدى الممرضين حاليا لن تكون بهذا المستوى بسبب ظروف جائحة كوفيد19.

إن ما تم التوصل إليه من خلال هذه الدراسة يمثل إشارة واضحة لأهمية ما يسعى إليه تخصص علم النفس العمل والتنظيم، وما يحتويه من مواضيع كالارغونوميا وعلم النفس المرضي المهني والتي تؤكد على ضرورة الاهتمام بالجانب الانساني في العمل عن طريق منح العمال فرصة التصرف والمشاركة في اتخاذ القرارات، والعمل على جعل أوقات العمل مرنة ومريحة للعامل لجعل جودة حياته أحسن، وللرفع من مردوبيته في العمل وولائه للمؤسسة التي يعمل فيها.

## خاتمة

انجز هذا البحث المتواضع بالاستناد على عدة أدبيات حول جودة الحياة والعمل بالتناوب، وكان الهدف منه البحث عن واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري عند عينة من الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المؤسسات الصحية المتواجدة بتييزي وزو، وهذا بسبب اهتمامنا بالموضوع واطلاعنا على العديد من الدراسات التي كانت أغلب نتائجها سلبية بينت الأثر السلبي لهذا النمط من العمل في كل من الصحة النفسية والجسمية للأفراد وفي حياتهم الاجتماعية وحياتهم المهنية، مما حرك الفضول العلمي لدينا للبحث عن الموضوع باتباع مجموعة من الخطوات العلمية، التي مكنتنا من الحصول على نتائج ميدانية تعكس الى حد ما الواقع المعاش لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض مستشفيات ومراكز الصحة الجوارية المتواجدة بولاية تيزي وزو، والذي يعبر عن مستويات جيدة ومقبولة من الرضا ومستوى متوسط لجودة الحياة.

ان موضوع جودة الحياة متعدد التخصصات ومتشعب يتضمن عدة أبعاد من الصعب حصرها، كما أن مفهومها يبقى نسبيا ومتغيرا، بالتالي فإن النتائج المتحصل عليها تعتمد على الأهداف التي سطرناها والطريقة التي قمنا بها بإنجاز البحث ولا تعتبر نتائج مطلقة يمكن تعميمها خاصة خلال الأزمات وظهور جائحة كوفيد19، لذلك فإننا من خلال هذا البحث نشير الى أهمية وقت العمل من حيث المدة وكيفية التوزيع عبر فترات اليوم والأسبوع كما ندعو الى الاهتمام بجودة حياة الممرضين باعتبارهم فئة مهمة وفعالة في المجتمع تساهم جنبا الى جنب مع الأطباء في الحفاظ على صحة وحياة الأفراد وتقديم الرعاية الصحية لهم، لهذا تبرز أهمية انجاز بحوث أخرى لعينات أكبر ولمدة أطول للاستفادة من نتائج البحوث في المساهمة في تحسين ظروف عملهم والرفع من مستوى جودة حياتهم، كما ننوه في الأخير الى أهمية عمل الباحثين المقبلين الذين يريدون البحث في نفس الموضوع لاستقصاء قبلي لمعرفة مفهوم جودة حياة عند الأفراد الذين سيتم تقييم جودة حياتهم.

## الاقتراحات:

بعد الاطلاع على موضوع بحثنا من مختلف جوانبه، وانطلاقا من نتائج زيارتنا الميدانية للمؤسسات الصحية المعنية بالبحث، نعرض فيما يلي بعض الاقتراحات التي حاولنا صياغتها، والتي يمكن للمؤسسات الصحية الاستفادة منها ان اخذتها بعين الاعتبار:

- العمل على تنويع فترات التناوب في العمل داخل المؤسسات الاستشفائية.
- تعزيز الجانب الأمني، خاصة في أقسام الاستعجالات لضمان سلامة الطاقم الطبي.
- تعديل اجراءات تسيير الموارد البشرية والاهتمام بالمسار المهني للموظفين.
- الاستناد على الفئة العمرية المتوسطة في التكوين لخلق التوازن بين الموظفين في المؤسسات الاستشفائية.
- اشراك الممرضين في عملية اتخاذ القرار، والسماح لهم باختيار فترات تناوب تناسبهم.
- العمل على تنويع وجعل الوجبات الغذائية التي تقدم داخل المؤسسة أكثر صحية ونظافة، لتفادي اكل الممرضين للوجبات السريعة خارج المؤسسة الاستشفائية.
- اقتناء وسائل وأدوات عمل جيدة لمساعدة الممرضين على أداء مهامهم على أكمل وجه وضمان سلامتهم.

قائمة المراجع:

أ-المراجع في البيئة العربية:

1- أبو العمرين، ابتسام أحمد.(2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم. رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين.

2-الأنصاري، بدر محمد(2006، ديسمبر). استراتيجيات تحسين جودة الحياة من اجل الوقاية من الاضطرابات النفسية. ورقة مقدمة الى وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. مسقط، عمان.

3-الهنداوي، محمد.(2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة. رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.

4-الزهراني، متعب حمود.(2014). الضغوط الحياتية وعلاقتها بالاكنتاب الاكلينيكي لدى الممرضين العاملين في المستشفيات العسكرية بالرياض. رسالة ماجستير، جامعة نايف للعلوم الأمنية، السعودية.

5-المشعان، عويد سلطان.(1994).علم النفس الصناعي. بيروت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

6-العبادي، عطاق.(1992).العوامل المرتبطة بالرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

7-العيسوي، عبد الرحمن.(1979).سيكولوجية الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

- 8-العقل، علي عبد الله صالح.(2003). واقع العمالة التمريضية الوطنية واتجاهاتها نحو العمل: دراسة تطبيقية في مستشفى القوات المسلحة في كل من الرياض والهدا، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- 9-العتيبي، سلطان بن غازي بن صنيان (2000). اتجاهات العاملين نحو نظام المناوبات في المنافذ الحدودية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- 10-الشافعي، ماهر.(2002).التوافق المهني للمرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 11-بوبر، عائشة.(2006).العلاقة بين صراع الأدوار والضغط النفسي لدى الزوجة العاملة-دراسة الميدانية بوحدات صحية لمدينة طولقة. رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- 12-بوديسة، وردية.(2020).الانعكاسات النفسية والفيسيولوجية للعمل الليلي على المرضين-دراسة ميدانية في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله. الجزائر.
- 13-بوحفص، مباركي.(2004). العمل البشري. وهران: دار الغرب للنشر والتوزيع.
- 14-بولينج، أن.(2008).قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة.(ترجمة حسين حشمت).القاهرة: مجموعة النيل العربية.(العمل الأصلي نشر في عام 1995).
- 15-بوطريفة، حمو.(1995). الساعة البيولوجية. الجزائر: شركة دار الأمة.

- 16-بقادير، عبد الرحمن.(2006).العمل الليلي وآثاره الفيزيولوجية والاجتماعية على العمال دراسة مقارنة بين العزاب والمتزوجين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 17-جلولي شتوحي، نسيمه.(2003). الإنهاك المهني لدى الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 18-دويدار، عبد الفتاح(2004).اصول علم النفس المهني والصناعي والتنظيمي وتطبيقاته. الأزرية: دار المعرفة الجامعية.
- 19-هفرون وبونيوال.(2014).علم النفس الايجابي النظرية البحوث التطبيقات.(ترجمة شوقي، حازم والطنطاوي، محمد ). مصر: جامعة بنها ( العمل الأصلي نشر عام2011).
- 20-وعلي، لامية.(2017).تأثير التوقيت المدرسي في كل من الانتباه ومدة النوم الليلي عند تلاميذ المدرسة الابتدائية: دراسة مقارنة بين النظام الخاص والعام. أطروحة دكتوراه، جامعة مولود معمري، الجزائر.
- 21-زعطوط، رمضان.(2010). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية،5(11)، 251-267.
- 22-زعطوط، رمضان.(2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. اطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- 23-حلي، مصطفى وخلفان، رشيد.(2016). الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين -دراسة ميدانية بمصلحة الاستجالات بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو- .مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 05(03)،ص28-37.

- 24-طبي عناني، رجاء.(2018).مصادر الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- 25-ياسين، آمنة.(2013).العمل بالنظام الليلي والتناوبي وأثره على التوافق العام دراسة ميدانية على عينة من موظفي الجمارك والأمن. دراسات وابحاث،05(12)، 284-304.
- 26-كاظم، علي مهدي والبهادلي، عبد الخالق نجم .(2007). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين: دراسة ثقافية مقارنة. المجلة العلمية للأكاديمية العربية المفتوحة بالدانمارك، (3)، 1-29.
- 27-كتلو، كامل حسن.(2015). السعادة وعلاقتها بكل من التدين والرضا عن الحياة والحب لدى عينة من الطلاب الجامعيين المتزوجين. مجلة دراسات العلوم التربوية، 42(02)، 661-679.
- 28-لعريط، ب وبوحارة، ه .(2016).الانعكاسات النفسية والسلوكية(الاكتئاب، القلق والاحترق النفسي) لنظام العمل بالمناوبة(3\*8) ، حوليات جامعة قالة للعلوم الاجتماعية والإنسانية،(101)، ص591-567 .
- 29-مأمون، عبد الكريم.(2018).الاحترق النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمناوبة الليلية في مصلحة الاستعجالات الطبية. مجلة جيل للعلوم الانسانية والاجتماعية، (38) 09-26.
- 30-موساوي، ليندة.(2001).علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند المرضى. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر، الجزائر.

31-محمد عبد الهادي ابو شمالة، رجاء.(2016). جودة الحياة وعلاقتها بقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة. رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.

32-محمدي، فوزية، وبوعيشة، أمل (2013،أفريل). معوقات جودة الحياة الأسرية. ورقة مقدمة الى وقائع الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة. ورقة، الجزائر .

33-ميهوبي، فوزي.(2013).علاقة المناخ التنظيمي بالاحترق النفسي لدى الممرضين دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالعاصمة. مجلة دراسات نفسية وتربوية، (10)،147-171.

34-مسعودي، امحمد.(2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية،7(20)، 203-220.

35-معروف، لويزة.(2008). أثر نمط تنظيم الوقت المدرسي على كل من الانتباه والسلوك ومدة النوم الليلي والنشاطات خارج المدرسة عند تلاميذ المرحلة الابتدائية(السنة السادسة).أطروحة دكتوراه في علوم التربية، جامعة الجزائر02، الجزائر.

36-مشري، سلاف.(2014).جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي دراسة تحليلية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية،2(05)، 215-237.

37-سليمانى، صبرينة وفتحي وادة (2020، فيفري).الاحترق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الاستجالات الطبية والجراحية بالوادي. ورقة مقدمة الى وقائع الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض تشخيص ومقاربات علاجية. باتنة، الجزائر.

- 38- عبد المعطي، حسن مصطفى(2009).المقاييس النفسية المقننة. القاهرة: زهراء الشرق.
- 39- عزاوي، جيلالي.(2014).نظام العمل للمناوبة وعلاقته بالضغط المهني لدى عمال الحماية المدنية. رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر
- 40- عناد مبارك، بشرى.(2012).جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي للنساء المتأخرات عن لزواج. مجلة كلية الآداب، (99)، 714-770.
- 41- فواز عقل، آية.(2014). المعوقات التي تواجه عمل الممرضات في المستشفيات الحكومية الخاصة بنابلس. رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- 42- فلوح، أحمد .(2019). المشكلات التي يعانيها الممرضون في الجزائر: دراسة ميدانية مقارنة. مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية، (51)، 101-120.
- 43- شيخي، مريم.(2013). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. رسالة ماجستير، جامعة تلمسان، الجزائر.
- 44- خليل محمود، أولفت(2016). نوعية الحياة وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى السيدات العاملات وغير العاملات. اطروحة دكتوراه، لبنان.
- 45- خلفان، رشيد(2010). تحليل ظروف العمل السائدة في المؤسسة الانتاجية الجزائرية-حالة قطنية تيزي وزو والشركة الوطنية للصناعات الكهرومنزلية. رسالة دكتوراه، جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر.
- 46- خميس، محمد سليم.(2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي بورقلة. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية،(13)، 285-298.

ب. المراجع في البيئة الأجنبية:

47-Adam,M-C,A. Courthiat ,H. ,Vespignani. Emser,W, Hannarth,B.(2007).Effets des horaires de travail posté et de nuit sur la qualité de son sommeil la vigilance et la qualité de vie: Étude interrégionale franco-allemande, **Revue Archives des maladies professionnelles et de l'environnement**, 68(5), 482-493.

48-Anota,A.(2014).Analyse longitudinale de la qualité de vie relative à la santé en cancérologie, Thèse de doctorat, Université de Franche-Comté, France.

49-Barette,L,Louise,P,Joanne,B et Teresa, T.(1995).programme de la promotion de la santé et du bien etre au travail :le travail par quarts ça amméliore, **Reflelets**,01(02),115-137.

50-Barth,B ,Queinnec,Y, Verdier,F.(2004). L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit Bilan de 25 an de recherche et perspectives. **le travail humain**, 67(01), 41-61.

51-Barthe,B.(2009). Les 2x12h : une solution au conflit de temporalités du travail posté ? **Temporalités sociales et marchés**,(10)

52-Baudelot,C, Gollac,M,f.(2003).travailler pour être heureux?:le bonheur et le travail en France .Revue cercle psychologie. (136).

53- Boivin, D , James,F , Casademont,A.« L'exposition contrôlée à la lumière et à l'obscurité ajuste le rythme du cortisol salivaire chez les travailleurs de nuit ». Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé,7,2, 2005, mis en ligne le 01 mai 2005, [https://journals.openedition.org/pistes/3200\(05,07, 2020\)](https://journals.openedition.org/pistes/3200(05,07, 2020)).

54-Bayon,V,Prévot,E,Léger,D.(2009). Travail posté et cancers, **Medeine du sommeil**,06(01),25-30

55-Bellagamba,G.(2016). Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : Etudes qualitatives et quantitatives sur les Personnels

en établissement de santé, Thèse de doctorat université Aix-Marseille, Marseille. France.

56-Benabu,J. stoll,F, gonzalez,M, Mathelin,C.(2015). travail de nuit travail posté :facteur de risque du cancer de sein?. **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**,43(12),791-799.

57-Betout,C &Cardi,C,Emmanuelle,M,Stéphanie,P.(Mai ,2007).le travail de nuit des infirmiers :effets sur les conditions,les pratiques professionnelles et qualité des soins de vie .centre hospitalier Sainte-Anne.Paris.

58-Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé. **Journal des psychologues**, 7(260), 28-32.

59-Bowling, A. (2005) .Measuring health : a review of quality of life measurement scales. Maidenhead, U.K. : Open University Press.

60-Burckhardt, C., & landerson, K. (2003). the quality of life scale :reliability malidity and utilisation.**Health and quality of life**. 01(60), 01-07.

61-Correla,E.(2004). la lutte contre le sommeil ou une vie a contre-jour: Quelles sont les incidences du travail de nuit sur les infirmières?, Haute école de la santé La Source, Lausanne, Suisse.

62-Costa,G.(2003). Factors influencing health of workers and tolerance to shift work. **Theoretical Issues in Ergonomics Science**, 4(3-4), 263-288.

63-Côté, N.(2013). Rapport au travail, mobilité professionnelle et parcours de vie : le cas de jeunes infirmières et infirmières auxiliaires d'un centre de santé et de services sociaux. Thèse de doctorat, université de Montréal, Canada.

64-Cottraux,J.(2012).psychologie positive et bien-être au travail .Paris :Elsevier Masson.

- 65-Debbabi,F,chatti,S,Magroum,I,Maalel,D,Mahjoub,H,Mrizak,N.(2004).Le travail de nuit des répercussions sur la santé personnel hospitalier. **Archives des maladies professionnelles et de l'environnement**,65(06),489-492.
- 66-Dion,M.J.(2001). Mesures de la qualité de vie liée à la santé et des préférences auprès des personnes souffrant de la tuberculose. Thèse de doctorat,université MC gill,Montréal.
- 67-Douglas w.Heinrichs, D., Thomas.E, h., & Jr, w. (1984). The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome, **schizophrenia Bulletin**, 10(03), 388-398.
- 68-Enguerran,M, duboz,P, Gueye,L.(2010).Les dimensions de la qualité de vie subjective à Dakar .**sciences sociales et santé**,03(28), 41-71.
- 69-Faria Reis,F , De souzabraga,A.L.(2015). Shift Work and Its Impacts on the Health of the Nursing Team, **Recifa**, 9(3) 445-733.
- 70-Ferron,M .(2011).Relation entre qualité de vie et santé :une question épistémologique. mémoire de maitrise en Anthropologie, université de montréal,Canada.
- 71- Fournier,J.(2007). L'effet de l'horaire de travail par quarts rotatifs sur la détresse psychologique: une étude longitudinale. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise en relations industrielle, université de Montréal, canada.
- 72-Freire,M.N, Costa,E.R, Alves,E.B, Santos,C.M, Santos,C.O .(2016). Quality Of Life Of Nursing Professionals In The Hospital Work Environment, **Nursing Magazine**, 10(06) ,4286-4239.
- Gadbois.c.(2004).Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens. **Le travail humain**, v67(01),63-85.

- 73-Godefroy,P, Lollivier,S.(2014). Satisfaction et qualité de vie .**Economie et statistiques**, (469) ,199-232.
- 74-Gold, D R, Rogacz, S, Bock, N, Tosteson, T D, Baum, T M, Speizer, F E, Czeisler, Charles, A.(1992). Rotating Shift Work, Sleep, and Accidents Related to Sleepiness in Hospital Nurses. **American Journal of Public Health**, 82(07), 1011-1014.
- 75-Gravitez,M.(1999).lexique des sciences sociales .Paris : Dalloz-Serey.
- 76-Grossin William , Marc Maurice.(1972). Le Travail par équipes. **Sociologie du travail**, 14(4) ,pp 467-469.
- 77-Herisson,C.,simon,L.(1993).Evaluation de la qualité de vie .Paris :Edition Masson.
- 78-Honeth,D, peirson,F.(2011).Pour apprentissage de la lutte et de la resistance des cadres pour limiter leur souffrance au travail: les apports de la théorie de la reconnaissance .**AIMS/Management** , 14(05),352-370.
- 79-Knauth,P.(1996).Designing better shift systems. **Applied Ergonomics** , 24(01), 39-44.
- 80-Knutsson A, Bøggild H.(2010). Gastrointestinal disorders among shift workers, **Scand J Work Environ Health**,36(2),85-95.
- 81-knutsson,A, Alfredsson,L Karlsson,B, Akerstedt,T, Fransson,E Westerholn,P Westertude,j.(2013). Breast cancer among Shift workers :Resultats of the wolf longitudinal cohort study, **scand J work environ Health** ,39(2), 170-177.
- 82-Kristine L, Haywood, Andrew, M, Grrat, Louise J, Schimiste, Anna, E, Mackintosh-Ray Fitzpayrik.(2004).Health Status And Quality Of Life In Older People A Structured Review Of Patient-

Reported Health Instruments. Unit Of Health-Care Epidemiology  
Department Of Public Health, University Of Oxford, U.S.A.

83-Lavoie, J. (1997). Relation entre les construits cognitifs et affectifs et les composantes objectives et subjectives. Thèse de doctorat, Université de Moncton, Canada.

84-Lefrançois, M. (2018). Marges de manœuvre pour concilier famille et horaires atypiques contraints : le cas d'agentes et d'agents de nettoyage dans le secteur des transports. Thèse de doctorat, Université de Québec, Montréal, Canada.

85-Legendre, S. (2019). Mesure De L'impact Des Horaires De Travail Sur La Santé Perçue Des Salariés, Et Mise En Place De Mesures De Prévention. Thèse De Doctorat, Université Grenoble Alpes, France.

86-Leger, D. (2009). Horloge biologique sommeil et conséquences médicales du travail posté. **Archives Maladies Professionnelles**. (70), 246-252.

87-Leplat, J., & Cuny, X. (1977). Introduction à la psychologie du travail. Paris : presse universitaire de France.

88-Leplege, A et Debout, C. (2007). Mesure de qualité de vie et soins infirmiers. **Recherche en soins infirmiers**, 01(88), 18-24.

89-Lghabi, M & Allouche, W Benaceur, B.A, El-Kholti, L. (2018). Troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant des urgences. **Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement**, 79(03), 222- 354.

90-Macia, E, Duboz, P, Gueye, L. (2010). Les dimensions de la qualité de vie subjective à Dakar. *Sciences sociales et santé*, 03(28), 41-71.  
Solignac, M. (2002). l'harcèlement moral à l'hôpital. **La presse médicale**. 31(11), pp491-492.

- 91-Meillant,c., michon,f, cottrel,m ,macaire,s,letremy,p.(2002).le temps de travail.des formes particulières d’emplois .**Economie et statistique.** (01) ,169-189.
- 92-Mercier,c Filion,j.(1987). La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques. **Santé mentale au Québec**, 12(01), 135-143.
- 93-Monod,H., &kapitaniak,B.(2003).Ergonomie .Paris :Edition Masson.
- 94-Natwuruhuwa,E ,Chouaniere ,D, Danuser,B, Praz-christinaz.(2008). S.M , **Médecine Suisse.** 4, 20581-20585.
- 95-Ngweyeno,O, Gwenaëlle,S.(2009).Travail par quarts conflit travail famille et santé mentale : vérifications d’une explication sociale, mémoire en vue de l’obtention de grade de maîtrise en relations industrielles, université de Montréal, canada.
- 96-Owana Manga, L.J, Mandengue ,SH, Bita Fouda,A.A , Nanga nga.E, Minlang Mbida, R.A , Deli,V , Pondo, Pondo, E.(2017).Etude de travail de nuit et ses effets chez les personnels des pharmacies privées A Douala. **Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement**, 78(05),448-453.
- 97-Palhares, V.C .(2014). Quality of life, sleep quality and cardiovascular risk factors of nursing professionals in a university hospital. **Rév. Saúde.**48(04), 594-601
- 98-Pimenta,A,M, Kac,G, Rocha,R Souza,C , Barros,l,M , Ferreira,A, Silqueira,s,m,f.(2011).night shift work and cardiovascular risk among employees of a public university .**Rev assoc med Bras** ,58(02),168-177
- 99-Poilpot,G,Dumas,M,Dedessus,n,m,chevance,A.(2017).Dimensions du temps de travail et pénibilité: repérage des risques et des actions

proposées. **Revue de gestion des ressources humaines**, 01(103),03-19.

100-Ramaciotti,D,Blaire,S ,Bousquet,A,Conne,E,Gonik,V,Olagner,E,Zimmermann,C ,Zoganac,L.(1990).Processe De Régulation Des Contraintes Economiques Physiologiques Et Sociales Pour Différents Groupes De Travailleurs En Horaires Irréguliers Et De Nuit, **le travail humain**,53(03),193-212.

101-sandilya,G, shahnawaz,G.(2018). Index of Psychological Well-being at Work :Validation of Tool in the Indian Organizational Context.**vision**,22(2),02-11.

102-Sartin,P.(1967). Le travail en équipes, relations industrielles éditeur département des relations industrielles de l'université Laval ,22(03) 375-374

103-Sasseville,A .(2013).Faciliter L'adaptation Au Travail De Nuit L'utilisation Des Courtes Longueurs D'onde Sur L'horloge Biologique. Thèse De Doctorat En Neurobiologie, Université Laval, Canada.

104-Savièse,D,C .(2010).-Les influences du travail de nuit sur la qualité de vie des infirmiers, travail de bachelor.

105-Schalock,R.L.(1993). La Qualité de Vie Conceptualisation, mesure et application, **Revue francophone de la déficience intellectuelle**, 4(2), 5-17.

106-Sternna,L.(2011).Etude des tracas quotidiens des étudiants de grandes écoles liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi. Thèse de doctorat en psychologie, université Bourgogne,France.

107-Thompson,E.(2009). Understanding Has Night Work Influences The Evryday Family Lives Of Nurses, Their Husbands And Children,the University Of Surrey , doctoral thesis, England, UK.

108-Yuan, X, zhu,C, wang,M, Mo,F, Du,W and Ma,X .(2018).Night Shift Work Increases the Risks of Multiple Primary Cancers in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of 61 Articles ,**Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**,27(01).

109-« Women in Europe still work more and have less free time »  
publié 08/03/2018 , <https://voxeurop.eu/en/women-in-europe-still-work-more-and-have-less-free-time> ,(17,05,2021)

## الملحق رقم (01)

جامعة مولود معمري تيزي وزو  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية

### استبيان جودة الحياة في صيغته الأولى المقدمة للتحكيم

اسم ولقب الاستاذ(ة):

الدرجة العلمية:

التخصص:

الجامعة:

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس تخصص عمل وتنظيم بعنوان: "واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري دراسة على المرضى والمرضى العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو" أقدم الى سيادتكم هذا العمل الذي يتمثل في استبيان أولي يحتوي على مجموعة من الفقرات التي تقيس جودة الحياة، والتي قمنا بصياغتها بعد اطلاعنا على مجموعة من المقاييس المتعلقة بجودة الحياة وهي:

- مؤشر جودة الحياة ل SPITZER
  - المقياس العام لجودة الحياة (SF36)
  - مقياس جودة الحياة للدكتور مصطفى حسن عبد المعطي
  - مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL BREF – WHOQOL100)
- لذا أرجو منكم تقديم رأيكم حول فقرات الاستبيان واقتراح التعديلات المناسبة.

مع خالص عبارات الشكر و الاحترام

برجان وردة. طالبة دكتوراه سنة 03 علم النفس تخصص عمل و تنظيم، جامعة مولود معمري تيزي وزو.  
اشراف الاستاذ الدكتور خلفان رشيد

التعديل المقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		محور الصحة الجسدية
	لا	نعم	لا	نعم	
					1- أشعر بالآلام في مختلف أعضاء جسمي
					2- أعاني من النعاس
					3- أعاني من الأرق
					4- أعاني من التعب
					5- أعاني من مشاكل هضمية
					6- أعاني من الصداع
					7- لدي نقص في مستوى طاقتي
					8- أشعر بالإجهاد
					9- أعاني من اضطرابات عضلية عظمية (TMS)
					10- أنا راضي عن صحتي الجسدية
					11- لدي القدرة الجسدية التي تسمح لي بخدمة نفسي دون مساعدة أحد

التعديل المقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		محور الصحة النفسية
	لا	نعم	لا	نعم	
					12-مزاجي جيد
					13-أشعر بعدم الرضا عن حياتي
					14-أعاني من مشكلة النسيان
					15-لدي القدرة على اكتساب مهارات جديدة
					16-أشعر بعدم الرضا عن حالتي النفسية
					17-أعاني من القلق
					18-أعاني من الاكتئاب
					19-أشعر بالملل
					20-أشعر بالخوف من المستقبل
					21-أشعر بعدم القدرة على التركيز
					22-أشعر بالعصبية
					23-أعاني من مشاكل جنسية

التعديل لمقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		محور الحياة الاجتماعية
	لا	نعم	لا	نعم	
					24-أحضر المناسبات الاجتماعية والثقافية
					25-أوفر الدعم لأفراد عائلتي
					26- أفضي وقت كافي مع عائلتي
					27-أعاني من مشاكل في حياتي الجنسية
					28- أوفر الدعم لأصدقائي
					29-لا أعرف ما يحصل في المنطقة التي أسكن فيها
					30-لا أتواصل مع جيرانني
					31-لا أتواصل مع أصدقائي
					32- أشعر بالرضا عن حياتي الاجتماعية

التعديل المقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		بعد ممارسة أنشطة وقت الفراغ
	لا	نعم	لا	نعم	
					33- لا أستمتع بوقت فراغي
					34- لدي الوقت لممارسة الرياضة
					35- ليس لدي الوقت للتجول و استكشاف الأماكن
					36- لدي الوقت للمشاركة في جمعيات
					37- أشارك في الأعمال التطوعية
					38- أشاهد التلفاز
					39- أطلع خلال وقت فراغي
					40- لدي الوقت للمشاركة في اندية بمختلف انواعها
					41- أنا راضي عن كيفية قضائي لوقت فراغي

التعديل المقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		محور الحياة الوظيفية
	لا	نعم	لا	نعم	
					42-علاقاتي المهنية محدودة
					43-ليس لدي فرص التقدم المهني
					44-أعرض للحوادث المهنية
					45-أعرض للتحرش المعنوي
					46-أعرض للتحرش الجنسي
					47-أشارك في الحياة النقابية
					48-أشارك في اتخاذ القرارات
					49-أستطيع التوفيق بين عملي وحياتي خارج العمل
					50-أشعر بعدم الأمان بسبب عملي
					51-أنتقي اعترافا بمجهوداتي في العمل
					52-أنا راضي عن الأجر الذي أتقاضاه
					53-أنا راضي عن حياتي المهنية

التعديل المقترح	مناسبة للبعد		السلامة اللغوية		محور الحياة الدينية
	لا	نعم	لا	نعم	
					54- أنا مقصر في أداء واجباتي الدينية
					55- علاقتي بربي جيدة
					56- أنا راض عن حياتي الدينية والروحية

نشكركم على ملاحظاتكم القيمة التي سنأخذها بعين الاعتبار.

## الملحق رقم (02)

### استبيان جودة الحياة (la qualité de vie) لدى الممرضين والمرضات (الصيغة المعدلة)

#### تعليمية:

في إطار التحضير لأطروحة دكتوراه في علم النفس تخصص عمل وتنظيم معنونه ب "واقع جودة الحياة في القطاع الصحي الجزائري دراسة ميدانية على الممرضين والمرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو" ، ونظرا لاهتمامنا بوجهة نظرك حول المواضيع الواردة في الأسئلة فإننا ندعوك للتعاون معنا بالإجابة عليها بكل صدق وذلك بوضع العلامة × في الخانة التي تناسب خيارك.

نشرك مسبقا على تعاونك ونذكرك أن البيانات الواردة في الاستبيان سرية و لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي. شكرا

#### البيانات الشخصية:

الجنس:

السن:

الحالة الاجتماعية: : عازب(ة)  متزوج(ة)  مطلق(ة)  أرمل(ة)

المصلحة أو القسم: service

الرتبة: grade :

الاقدمية ancienneté :

نظام المناوبة: ليل  24سا/24سا  صباح

طبيعة التناوب: ثابت  متغير

توقيت العمل الذي تعمل فيه اختياريك  مفروض عليك من المؤسسة

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	محور الصحة الجسدية
					01 أعاني من الام في مختلف اعضاء جسمي
					02 أعاني من النعاس
					03 أعاني من الأرق
					04 أشعر بالتعب
					05 أعاني من مشاكل هضمية
					06 أعاني من الصداع
					07 لدي نقص في مستوى طاقتي
					08 أشعر بالإجهاد
					09 أعاني من اضطرابات عضلية عظمية
					10 انا راضي عن صحتي الجسدية
					11 أستطيع خدمة نفسي دون مساعدة أحد

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	محور الصحة النفسية
					01 مزاجي جيد
					02 أشعر بعدم الرضا عن حياتي
					03 أعاني من مشكلة النسيان
					04 لدي القدرة على اكتساب مهارات جديدة
					05 أشعر بعدم الرضا عن حالتي النفسية
					06 أعاني من القلق
					07 أعاني من الاكتئاب
					08 أشعر بالملل
					09 أشعر بالخوف من المستقبل
					10 أشعر بعدم القدرة على التركيز
					11 أشعر بالعصبية

ابدأ	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	محور الحياة الاجتماعية	
					أحضر المناسبات الاجتماعية	01
					أوفر الدعم لأفراد عائلتي	02
					أقضي وقتا كافيا مع أفراد عائلتي	03
					أشعر بالعزلة	04
					أوفر الدعم لأصدقائي	05
					لا أعرف ما يجري في المنطقة التي أسكن فيها	06
					لا أتواصل مع جيراني	07
					لا أتواصل مع اصدقائي	08
					أنا راضي عن حياتي الاجتماعية	09

ابدأ	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	محور ممارسة أنشطة وقت الفراغ	
					لا أستمتع بوقت فراغي	01
					لدي الوقت لممارسة الرياضة	02
					ليس لدي الوقت للتجول	03
					لدي الوقت للمشاركة في جمعيات	04
					أشارك في الأعمال التطوعية	05
					أشاهد التلفاز	06
					أنا راضي عن الطريقة التي أقضي بها وقت فراغي	07
					أطالع خلال وقت فراغي	08
					لدي الوقت للمشاركة في أنشطة بمختلف أنواعها	09

ابدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	محور الحياة الوظيفية	
					علاقتي المهنية محدودة	01
					ليس لدي فرص التقدم المهني	02
					أعرض للحوادث المهنية	03
					أعرض للتحرش المعنوي	04
					أعرض للتحرش الجنسي	05
					أشارك في اتخاذ القرارات	06
					أستطيع التوفيق بين عملي وحياتي خارج العمل	07
					أشعر بعدم الأمان في مكان عملي	08
					أتلقي اعترافا بمجهوداتي في العمل	09
					أنا راضي عن حياتي المهنية	10

شكرا

## الملحق رقم (03) نتائج معادلة كوبر

### قائمة الأساتذة المحكمين لاستبيان جودة الحياة

الجامعة	الرتبة العلمية	الأستاذ
جامعة مولود معمري تيزي وزو	أستاذ التعليم العالي	01
جامعة الجزائر	أستاذ التعليم العالي	02
جامعة مولود معمري تيزي وزو	أستاذ التعليم العالي	03
جامعة مولود معمري تيزي وزو	أستاذ التعليم العالي	04
جامعة مولود معمري تيزي وزو	أستاذ محاضر صنف أ	05
جامعة مولود معمري تيزي وزو	أستاذ التعليم العالي	06

بعد استرجاع الاستبيانات من عند الاساتذة قمنا بحساب معادلة كوبر بإعطاء البنود المقبولة من طرف

الأساتذة قيمة (01) والبنود المرفوضة قيمة (0)، ثم قمنا باستعمال معادلة كوبر  $(\frac{100 \times \text{عدد البنود الصحيحة}}{\text{عدد الأساتذة}})$ ،

بعدها احتفظنا بالبنود التي جاءت نسبة قبولها أكبر من (80%) واستغنيينا على (04) بنود كانت نسبة رفضها مرتفعة جدا وهي البنود: 23، 54، 55، 56. عدلنا فقط لغويا بعض البنود، والجدول التالي يوضح

نتائج معادلة كوبر:

النسبة المئوية	معادلة كوبر	أ06	أ05	أ04	أ03	أ02	أ01	البند
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	01
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	02
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	03
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	04
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	05
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	06
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	07
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	08
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	09
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	10
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	11
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	12
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	13
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	14
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	15
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	16
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	17
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	18
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	19
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	20
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	21
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	22
%33	$\frac{2 \times 100}{6}$	1	1	0	0	0	0	23
%100	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	24

<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>25</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>26</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>27</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>28</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>29</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>30</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>31</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>32</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>33</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>34</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>35</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>36</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>37</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>38</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>39</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>40</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>41</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>42</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>43</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>44</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>45</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>46</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>47</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>48</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	1	1	1	1	1	1	<b>49</b>

<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>51</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>52</b>
<b>%100</b>	$\frac{6 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>53</b>
<b>%33</b>	$\frac{2 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>54</b>
<b>%33</b>	$\frac{2 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>55</b>
<b>%33</b>	$\frac{2 \times 100}{6}$	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56</b>

## الملحق رقم(04)

### ثبات استبيان جودة الحياة

#### 1- الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

```
GET
  FILE='C:\Users\hp\Desktop\berdjane warda.sav'.
DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17
  8 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 Q27 Q28 Q29 Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q35 Q
  Q37 Q38 Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49 Q50
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

#### Fiabilité

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\berdjane warda.sav

#### Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	100	100,0
Exclus <sup>a</sup>	0	,0
Total	100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,937	50



➔ **Fiabilité**

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\berdjane warda.sav

**Echelle : TOUTES LES VARIABLES**

**Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,907
		Nombre d'éléments	25 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,876
		Nombre d'éléments	25 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments			50
Corrélation entre les sous-échelles			,699
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,823
	Longueur inégale		,823
Coefficient de Guttman split-half			,821

a. Les éléments sont : 5, 3, 2, 2, 2, 4, 3, 4, 3, 4, 4, 5, 4, 4, 3, 5, 2, 3, 4, 2, 2, 3, 4, 5, 5.

b. Les éléments sont : 5, 4, 4, 5, 4, 4, 2, 3, 2, 2, 4, 3, 2, 2, 3, 5, 5, 5, 4, 3, 4, 2, 2, 3.

## الملحق رقم(05)

صدق الاتساق الداخلي:

1- اتساق بنود المحور الأول(الصحة الجسمية) مع الدرجة الكلية للمحور

Q1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,719** ,000 100
Q2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,639** ,000 100
Q3	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,541** ,000 100
Q4	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,669** ,000 100
Q5	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,645** ,000 100
Q6	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,571** ,000 100
Q7	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,706** ,000 100
Q8	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,601** ,000 100
Q9	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,659** ,000 100
Q10	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,603** ,000 100
Q11	Corrélation de Pearson	,602**

2- اتساق بنود المحور الثاني(الصحة النفسية) مع الدرجة الكلية للمحور

		totalantéme ntale
Q12	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,676** ,000 100
Q13	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,712** ,000 100
Q14	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,452** ,000 100
Q15	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,528** ,000 100
Q16	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,587** ,000 100
Q17	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,651** ,000 100
Q18	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,728** ,000 100
Q19	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,680** ,000 100
Q20	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,665** ,000 100
Q21	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,752** ,000 100
Q22	Corrélation de Pearson	,673**

3- اتساق بنود المحور الثالث (الحياة الاجتماعية) مع الدرجة الكلية للمحور

totalviesocial	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	totalviesocial 1 100
Q23	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,726** ,000 100
Q24	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,620** ,000 100
Q25	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,737** ,000 100
Q26	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,566** ,000 100
Q27	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,620** ,000 100
Q28	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,565** ,000 100
Q29	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,579** ,000 100
Q30	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,565** ,000 100
Q31	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,566** ,000 100

4- اتساق بنود المحور الرابع (ممارسة أنشطة وقت الفراغ) مع الدرجة الكلية للمحور

totalloisirs	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	totalloisirs 1 100
Q32	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,684** ,000 100
Q33	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,739** ,000 100
Q34	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,689** ,000 100
Q35	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,732** ,000 100
Q36	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,739** ,000 100
Q37	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,436** ,000 100
Q38	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,609** ,000 100
Q39	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,484** ,000 100
Q40	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,689** ,000 100

## 5- اتساق بنود المحور الخامس (الحياة الوظيفية) مع الدرجة الكلية للمحور

		totalvieprofes sionnelle
Q41	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,602** ,000 100
Q42	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,371** ,000 100
Q43	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,601** ,000 100
Q44	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,660** ,000 100
Q45	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,384** ,000 100
Q46	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,660** ,000 100
Q47	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,785** ,000 100
Q48	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,493** ,000 100
Q49	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,806** ,000 100
Q50	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,806** ,000 100

## 6- اتساق مجموع محاور الاستبيان بالدرجة الكلية للاستبيان

### ➔ Corrélations

[Ensemble\_de\_données3] C:\Users\hp\Desktop\spss doc\berdjane warda.sav

Corrélations

		totaldequalté	totalsantéphy sique	totalsantéme ntale	totalviesocial	totalloisirs	totalvieprofes sionnelle
totaldequalté	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 ,000 100	,811** ,000 100	,854** ,000 100	,823** ,000 100	,669** ,000 100	,735** ,000 100
totalsantéphysique	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,811** ,000 100	1 ,000 100	,655** ,000 100	,507** ,000 100	,397** ,000 100	,547** ,000 100
totalsantémentale	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,854** ,000 100	,655** ,000 100	1 ,000 100	,706** ,000 100	,444** ,000 100	,472** ,000 100
totalviesocial	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,823** ,000 100	,507** ,000 100	,706** ,000 100	1 ,000 100	,556** ,000 100	,486** ,000 100
totalloisirs	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,669** ,000 100	,397** ,000 100	,444** ,000 100	,556** ,000 100	1 ,000 100	,319** ,001 100
totalvieprofessionnelle	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,735** ,000 100	,547** ,000 100	,472** ,000 100	,486** ,000 100	,319** ,001 100	1 ,000 100

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

## الملحق رقم(06)

### نتائج فرضيات البحث

نتائج الفرضية العامة المتعلقة بجودة الحياة:

#### Test-t

[Ensemble\_de\_données2] E:\final\age\_1.sav

##### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
QOL	250	151,9920	23,28348	1,47258

##### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 150					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
QOL	1,353	249	,177	1,99200	-,9083	4,8923

#### T-TEST

/TESTVAL=150

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=QOL

/CRITERIA=CI (.95) .

## نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

```
T-TEST
/TESTVAL=33
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=totalsantéphysique
/CRITERIA=CI(.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age.sav

#### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
totalsantéphysique	250	33,2000	8,25303	,52197

#### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 33					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
totalsantéphysique	,383	249	,702	,20000	-,8280	1,2280

```
T-TEST
/TESTVAL=33
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=totalsantéméntale
/CRITERIA=CI(.95).
```



Activer Windows

Accédez aux paramètres de l'ordinateur pour activer Windows.

## نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

```
T-TEST
/TESTVAL=33
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=totalsantéméntale
/CRITERIA=CI(.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age.sav

#### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
totalsantéméntale	250	35,5960	8,03311	,50806

#### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 33					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
totalsantéméntale	5,110	249	,000	2,59600	1,5954	3,5966

```
T-TEST
/TESTVAL=27
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=totalsantéviesociale
/CRITERIA=CI(.95).
```



Activer Windows

Accédez aux paramètres de l'ordinateur pour activer Windows.

## نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

```
T-TEST
  /TESTVAL=27
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=totalviesociale
  /CRITERIA=CI (.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age.sav

#### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
totalviesociale	250	31,0120	5,30021	,33521

#### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 27					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
totalviesociale	11,968	249	,000	4,01200	3,3518	4,6722

## نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

```
T-TEST
  /TESTVAL=27
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=totalloisirs
  /CRITERIA=CI (.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age.sav

#### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
totalloisirs	250	19,8800	5,78059	,36560

#### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 27					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
totalloisirs	-19,475	249	,000	-7,12000	-7,8401	-6,3999

## نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

```
T-TEST
  /TESTVAL=30
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=totalvieprofessionnelle
  /CRITERIA=CI(.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age.sav

#### Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
totalvieprofessionnelle	250	32,2760	5,56234	,35179

#### Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 30					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
totalvieprofessionnelle	6,470	249	,000	2,27600	1,5831	2,9689

## نتائج الفرضية الجزئية الاولى:

```
NPAR TESTS
  /M-W= QOL BY Genre(1 2)
  /STATISTICS=DESCRIPTIVES QUANTILES
  /MISSING ANALYSIS.
```

### Tests non paramétriques

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age\_1.sav

#### Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Centiles	
						25ème	50ème (médiane)
QOL	250	146,9000	35,05501	2,00	208,00	135,0000	152,0000
Genre	250	1,2120	,40954	1,00	2,00	1,0000	1,0000

#### Statistiques descriptives

	Centiles
	75ème
QOL	168,2500
Genre	1,0000

### Test de Mann-Whitney

#### Rangs

Genre	N	Rang moyen	Somme des rangs
QOL femme	197	127,01	25020,00
QOL homme	53	119,91	6355,00
Total	250		

#### Test<sup>a</sup>

	QOL
U de Mann-Whitney	4924,000
W de Wilcoxon	6355,000
Z	-,635
Signif. (2-taill.)	---

## نتائج الفرضية الثانية:

### Descriptives

QOL

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
21-30	113	153,3717	23,92704	2,25087	148,9119	157,8315	90,00	200,00
31-40	99	150,1515	21,51666	2,16251	145,8601	154,4429	90,00	208,00
41-50	38	152,6842	25,95641	4,21069	144,1525	161,2159	90,00	196,00
Total	250	151,9920	23,28348	1,47258	149,0917	154,8923	90,00	208,00

### Test d'homogénéité des variances

QOL

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
1,020	2	247	,362

### ANOVA à 1 facteur

QOL

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	568,657	2	284,328	,522	,594
Intra-groupes	134419,327	247	544,208		
Total	134987,984	249			



## نتائج الفرضية الثالثة:

```
T-TEST GROUPS=situationmatrimoniale(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=QOL
/CRITERIA=CI(.95).
```

### Test-t

[Ensemble\_de\_données1] E:\final\age\_1.sav

### Statistiques de groupe

situationmatrimoniale	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
QOL célibataire	120	152,5250	25,57998	2,33512
QOL marié	130	151,5000	21,03089	1,84453

### Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
QOL	Hypothèse de variances égales	4,502	,035	,347	248	,729	1,02500	2,95273	-4,79063	6,84063
	Hypothèse de variances inégales			,344	230,904	,731	1,02500	2,97575	-4,83809	6,88809



## نتائج الفرضية الرابعة:

### Descriptives

QOL

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
1-5	21	154,0000	25,16744	5,49199	142,5439	165,4561	97,00	193,00
6-10	95	148,8842	23,56244	2,41746	144,0843	153,6841	90,00	208,00
11-15	54	153,8889	21,02350	2,86094	148,1506	159,6272	113,00	200,00
16-20	31	158,8710	26,25991	4,71642	149,2388	168,5032	113,00	199,00
21-25	17	158,8235	17,54721	4,25582	149,8016	167,8455	137,00	189,00
26-30	32	146,4063	23,16680	4,09535	138,0537	154,7588	90,00	180,00
Total	250	151,9920	23,28348	1,47258	149,0917	154,8923	90,00	208,00

### ANOVA à 1 facteur

QOL

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	4455,251	5	891,050	1,666	,144
Intra-groupes	130532,733	244	534,970		
Total	134987,984	249			

## نتائج الفرضية الخامسة:

```
ONEWAY QOL BY quartdutravail
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/PLOT MEANS
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).
```

### → A 1 facteur

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\hp\Desktop\final\age\_1.sav

### Descriptives

QOL

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
jour	133	152,6241	24,41206	2,11679	148,4368	156,8113	90,00	208,00
nuit	50	151,3200	21,06302	2,97876	145,3340	157,3060	97,00	194,00
24/24	67	151,2388	22,85335	2,79198	145,6644	156,8132	90,00	200,00
Total	250	151,9920	23,28348	1,47258	149,0917	154,8923	90,00	208,00

### Test d'homogénéité des variances

QOL

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
1,136	2	247	,323

## نتائج الفرضية السادسة:

```

DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.
T-TEST GROUPS=choixhoraires(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=QOL
/CRITERIA=CI(.95).
    
```

### → Test-t

[Ensemble\_de\_données1] E:\final\age\_1.sav

#### Statistiques de groupe

Double-cliquez pour activer

choixhoraires	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
QOL oui	105	156,3238	21,39756	2,08819
non	145	148,8552	24,14855	2,00543

#### Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
QOL	Hypothèse de variances égales	1,174	,280	2,530	248	,012	7,46864	2,95174	1,65496	13,28232
	Hypothèse de variances inégales			2,580	238,056	,010	7,46864	2,89522	1,76512	13,17215

Activer Windows  
Accédez aux paramètres de l'ordinateur