



جامعة محمد بن أحمد - وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
أطروحة مقدمة لنيل شهادة: دكتوراه العلوم
تخصص: علم النفس العيادي

الإحترق النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي وتقدير الذات
لدى الممرضين.

(دراسة إحصائية عيادية ببعض مصالح مؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم)

تحت إشراف:

أ. د مكّي محمد

من إعداد الطالب:

بن درف سماعين

لجنة المناقشة:

رئيسا	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	فسيان حسين
مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مكي محمد
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	غياث بوفلجة
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	بن أحمد قويدر
مناقشا	المركز الجامعي عين تموشنت		مسعودي أحمد
مناقشا	المركز الجامعي غليزان		زقاوة أحمد

السنة الجامعية: 2020/2019

إهداء

أهدي ثمرة عملي وجهدي المتواضع إلى روح والدي الطاهرة أحمد وروح أخي ميلود، وإلى أمي
رعاها الله وحفظها من كل شرّ.

إلى زوجتي الفاضلة، وإلى أبنائي أحمد شريف وسيم، ريم أنفال، أمانى وأنس.

إلى جميع أفراد عائلة بن درف وعائلة قونار.

إلى جميع زملائي الأساتذة بالمعهد الوطني للتكوين العالي الشبه طبي بمستغانم.

أهدي هذا العمل، إلى كل طالب علم، همّه الرقي بمستوى العلم والمعرفة في الأمة العربية على

العموم وفي وطني العزيز الجزائر على الخصوص.

شكر وتقدير

الشكر والحمد لله الذي بعونه وتوفيقه وبركاته تم إنجاز هذا العمل، والصلاة والسلام على معلم البشرية وهاديها سيدنا ونبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ الدكتور مكي محمد المشرف على أطروحة تخرجي هذه، الذي كان لي سنداً في إثراء هذا العمل المتواضع بتوجيهاته ونصائحه القيّمة لإظهار هذه المذكرة على النحو المطلوب.

الشكر الوافر إلى جميع أساتذة علم النفس بجامعة الجزائر2، جامعة وهران2 وجامعة مستغانم. كما أتقدم بالشكر إلى المختصين في علم النفس العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية بولاية مستغانم.

الشكر موصول إلى الدكتور مسعودي محمد، الدكتور العرابي محمود، الدكتور فوزي ميهوبي، الأستاذ بن درف سفيان، والأستاذ بوجة عمر على مساعدتهم لي.

الشكر والتقدير كذلك إلى جميع الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم (مؤسسة شقي فارا بمستغانم، مؤسسة لطرش العجال بعين تادلس، مؤسسة حمادو الحسين بسيدي علي).

وعظيم شكري وإمتناني إلى أفراد أسرتي على مساعدتهم وتشجيعهم المستمر لي.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين تبعاً لمتغيرات مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس، لذا استخدم الباحث المنهجين الوصفي والعيادي لملاءمتها الدراسة الحالية، فشمّل مجتمع البحث الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم، حيث بلغت عينة الدراسة 225 ممرض وممرضة (128 ذكور و97 إناث) أخذوا بطريقة عشوائية بسيطة، وتم استخدام مقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش"، ومقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث"، وإستبيان الرضا الوظيفي للمرضين من إعداد الباحث، وذلك بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وأتبع بتحليل البيانات بالإعتماد على الأساليب الإحصائية من خلال برنامج الرزم الإحصائية spss.v 20. وبالنسبة للمنهج العيادي إعتد الباحث على المقابلة العيادية، وهذا من خلال إختيار سبعة حالات ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس "ماسلاش" للإحترق النفسي والدرجات المنخفضة على كل من مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين، وخلصت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، لصالح مصلحتي الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمكان العمل، لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

- توجد علاقة ارتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

- توجد علاقة ارتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

- توجد علاقة ارتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

وعليه، عرض الباحث مجموعة من التوصيات أهمها:

- إجراء دورات تدريبية ومحاضرات تعليمية للممرضين بمؤسسات الصحة العمومية من طرف مختصين نفسيين في كيفية مواجهة المشاكل النفسية المهنية التي تعترضهم.

- القيام بدراسة مقارنة في الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات بين الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية والعاملين في مؤسسات الصحة للقطاع الخاص.

الكلمات المفتاحية:

الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي، تقدير الذات، الممرضين، مؤسسات الصحة العمومية.

Résumé de l'étude :

La présente étude visait à révéler la relation entre le burn out, la satisfaction au travail et l'estime de soi des infirmiers en fonction des variables du lieu de travail, de l'ancienneté professionnelle et du sexe. En effet, le chercheur a utilisé des méthodes descriptives et cliniques adaptées à l'étude actuelle.

La population de l'étude est : les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique de la wilaya de Mostaganem, dont l'échantillon étudié a compris 225 infirmiers et infirmières (128 hommes et 97 femmes) ont été pris de manière aléatoire simple, le chercheur a utilisé le test du burn out de MASLASH, le test de l'estime de soi de Cooper Smith et un questionnaire de satisfaction au travail des infirmiers élaboré par le chercheur, et ceci, après avoir vérifié les propriétés psychométriques des outils de l'étude, puis, une analyse statistique a été procédée à l'aide du logiciel statistique (SPSS v.20). Quant à l'approche clinique, le chercheur s'est appuyé sur l'entretien clinique en sélectionnant sept cas présentant des scores élevés sur le test du burn out de MASLASH et des scores faibles sur le test de l'estime de soi de Cooper Smith et le questionnaire de satisfaction au travail des infirmiers, la présente étude a conclu les résultats suivants:

- Les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique présentent un degré élevé de burn out, et des faibles degrés de satisfaction au travail et d'estime de soi.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les dimensions de burn out parmi les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique en fonction du lieu de travail, en faveur des deux services, les urgences médico-chirurgicales et la réanimation.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les dimensions du burn out parmi les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique en fonction de leur ancienneté professionnelle, en faveur à ceux qui ont une ancienneté de (5-10 ans) et de (plus de 10 ans).
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les dimensions de burn out parmi les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique selon la variable sexe.
- il existe des différences statistiquement significatives dans la satisfaction au travail des infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique, en faveur des deux services, les urgences médico-chirurgicales et la réanimation.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans la satisfaction au travail parmi les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique en fonction de leur ancienneté professionnelle, en faveur à ceux qui ont une ancienneté de (5-10 ans) et de (plus de 10 ans).
 - Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans la satisfaction au travail parmi les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique selon la variable sexe.
 - Il existe des différences statistiquement significatives d'estime de soi chez les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique, en fonction du lieu de travail, en faveur des deux services, les urgences médico-chirurgicales et la réanimation.
 - Il existe des différences statistiquement significatives d'estime de soi chez les infirmiers travaillant dans des établissements de santé publique en fonction de leur ancienneté professionnelle, en faveur à ceux qui ont une ancienneté de (5-10 ans) et de (plus de 10 ans).
 - il n'y a aucune différence statistiquement significative d'estime de soi chez les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique selon la variable sexe.
 - Il existe une corrélation entre le burn out et la satisfaction au travail chez les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique.
 - Il existe une corrélation entre le burn out et l'estime de soi chez les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique.
 - Il existe une corrélation entre la satisfaction au travail et l'estime de soi chez les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique.
- Et par conséquent, le chercheur a présenté un certain nombre de recommandations, dont les plus importantes sont:
- Organiser des cycles de formation et des conférences pédagogiques pour les infirmiers dans les établissements de santé publique par des spécialistes en psychologie sur la manière de traiter les problèmes psychologiques auxquels ils sont confrontés.
 - Mener une étude comparative qui concerne le burn out, la satisfaction au travail et l'estime de soi, entre les infirmiers travaillant dans les établissements de santé publique et ceux qui travaillent dans les d'établissements de santé du secteur privé.

Les mots clés :

Burn out, satisfaction au travail, estime de soi, infirmiers, établissements de santé publique.

Abstract of the study:

The present study aimed at revealing the relationship of burn out to job satisfaction and self-esteem among nurses according to the variables of the workplace, professional seniority and gender. Therefore, the researcher used descriptive and clinical methods adapted to current study.

The population of the study is: nurses working in public health institutions in the wilaya of Mostaganem, whose the sample of the study included 225 males and females nurses (128 men and 97 women) were taken at random simple. the researcher used the MASLASH burn-out scale, Cooper Smith's self-esteem scale and a nurse's job satisfaction questionnaire developed by the researcher, after checking the psychometric properties of the tools of the study, and followed by analyzing the data using statistical methods through the SPSS program. v 20. For the clinical approach, the researcher relied on the clinical interview, by selecting seven cases with high scores on the MASLASH burn out scale and low scores on both the Cooper Smith Self Esteem scale and the Nurses Job Satisfaction Questionnaire, and the current study concluded the following results:

- Nurses working in public health institutions have a high level of burn out, and low levels of job satisfaction and self-esteem.
- There are statistically significant differences in the burn out dimensions among nurses working in public health institutions according to the workplace, in favor both services, medical-surgical emergencies and intensive care unit.
- There are statistically significant differences in the dimensions of burn out among nurses working in public health institutions according to their professional seniority, in favor of those with a seniority of (5-10 years) and (more than 10 years).
- There are no statistically significant differences in the burn out dimensions among nurses working in public health institutions according to the gender variable.
- there are statistically significant differences in the job satisfaction of nurses working in public health institutions, in favor both services, medical-surgical emergencies and intensive care unit.
- There are statistically significant differences in job satisfaction among nurses working in public health institutions according to professional seniority, in favor of those with a seniority of (5-10 years) and (more than 10) years).

- There are no statistically significant differences in job satisfaction among nurses working in public health institutions according to the gender variable.
- There are statistically significant differences in self-esteem among nurses working in public health institutions, according to the workplace, in favor both services, medical-surgical emergencies and intensive care unit.
- There are statistically significant differences in self-esteem among nurses working in public health institutions according to their professional seniority, in favor of those with a seniority of (5-10 years) and (more than 10 years).
- There is no statistically significant difference in self-esteem among nurses working in public health institutions according to the gender variable.
- There is a correlation between burn out and job satisfaction among nurses working in public health institutions.
- There is a correlation between burn out and self-esteem among nurses working in public health institutions.
- There is a correlation between job satisfaction and self-esteem among nurses working in public health institutions.

Accordingly, the researcher presented a number of recommendations, the most important of which are:

- Organize training cycles and pedagogical conferences for nurses in public health institutions by psychological specialists on how to deal with the psychological problems that they face.
- proceed a comparative study on burn out, job satisfaction and self-esteem among nurses working in public health institutions and those working in private sector health institutions.

Key words:

Burn out, job satisfaction, self-esteem, nurses, public health institutions.

قائمة المحتويات

أ	إهداء.....
ب	شكر وتقدير.....
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
هـ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....
ز	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....
ط	قائمة المحتويات.....
ن	قائمة الجداول.....
ف	قائمة الأشكال.....
01	المقدمة.....

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

05	1- تحديد إشكالية البحث.....
10	2- التساؤلات الفرعية للبحث.....
11	3- الفرضيات العامة.....
11	4- الفرضيات الفرعية للبحث.....
12	5- أهداف البحث.....
12	6- أهمية البحث.....
13	7- دواعي إختيار الموضوع.....
13	8- مصطلحات الدراسة.....
16	9- الدراسات السابقة.....
32	10- التعليق على الدراسات السابقة.....

الفصل الثاني: الإحترق النفسي

34	تمهيد.....
54	1- تعريف الإحترق النفسي.....
36	2- أبعاد الإحترق النفسي.....
37	3- أسباب الإحترق النفسي.....

38	4- أعراض الإحترق النفسي.....
39	5- مراحل الإحترق النفسي.....
42	6- النظريات المفسرة لظاهرة الإحترق النفسي.....
44	7- مصادر الإحترق النفسي لدى الممرضين.....
46	8- إدارة الإحترق النفسي.....
49	.....خلاصة.

الفصل الثالث: الرضا الوظيفي

51	تمهيد.....
51	1- نظرة تاريخية حول الرضا الوظيفي.....
52	2- مفهوم الرضا الوظيفي.....
54	3- نظريات الرضا الوظيفي.....
63	4- قياس الرضا الوظيفي.....
64	5- علاقة الرضا الوظيفي بكل من الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى المهني في المؤسسة
65	6- الرضا الوظيفي لدى الممرضين.....
66	7- أهمية الرضا الوظيفي.....
66	.....خلاصة.

الفصل الرابع: تقدير الذات

69	تمهيد.....
69	1- نشأة مفهوم تقدير الذات.....
70	2- تعريف تقدير الذات.....
72	3- نظريات تقدير الذات.....
77	4- مستويات تقدير الذات.....
79	5- أقسام تقدير الذات.....
80	6- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....
81	7- قياس تقدير الذات.....
82	8- أهمية تقدير الذات في حياة الفرد.....

83	.....9- الدراسات التي تناولت تقدير الذات في ميدان العمل
84	.....خلاصة
الفصل الخامس: التمريض في النظام الصحي الجزائري	
86	.....تمهيد
86	.....1- النظام الصحي في الجزائر
87	.....2- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
91	.....3- قانون الصحة الجزائري الجديد (29 جويلية 2018)
93	.....4- مهنة التمريض
93	.....5- أسس التمريض
94	.....6- أهداف التمريض
94	.....7- سلك الممرض للصحة العمومية في الجزائر
97	.....8- حماية صحة المهنيين في وسط العمل
98	.....9- الجوانب الأخلاقية المتعلقة بالمرضى
98	.....10- دراسات تناولت معاناة الممرض في الوسط المهني
100	.....خلاصة
الفصل السادس: الدراسة الإستطلاعية	
102	.....تمهيد
102	.....1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
102	.....2- مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية
102	.....3- عينة الدراسة الإستطلاعية
104	.....4- أدوات القياس المستعملة في الدراسة الحالية
104	.....5- خطوات بناء إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين
108	.....6- الخصائص السيكومترية لإستبيان الرضا الوظيفي
125	.....7- مقياس تقدير الذات لـ كوبر سميث Cooper Smith
128	.....8- مقياس الإحترق النفسي لـ ماسلاش Maslach
134	.....خلاصة

الفصل الرابع: الدراسة الأساسية

136	تمهيد.....
136	1- منهج الدراسة.....
137	2- مكان وزمان الدراسة الأساسية.....
139	3- مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.....
139	4- حجم عينة الدراسة الأساسية.....
140	5- خصائص عينة الدراسة الأساسية.....
141	6- أدوات الدراسة الأساسية.....
147	7- ظروف إجراء الدراسة الأساسية.....
147	8- الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل نتائج الدراسة الحالية.....
148	خلاصة.....

الفصل الثامن: عرض النتائج

150	تمهيد.....
150	1- عرض نتائج الفرضية الأولى.....
152	2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....
159	3- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....
163	4- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....
168	5- عرض نتائج الفرضية الخامسة.....
169	6- عرض نتائج الفرضية السادسة.....
171	7- عرض نتائج الفرضية السابعة.....
171	8- عرض نتائج الدراسة العيادية.....
181	خلاصة.....

الفصل التاسع: تفسير ومناقشة النتائج

183	تمهيد.....
183	1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى.....
188	2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية.....
191	3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة.....

195	.....	4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة.....
198	.....	5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة.....
198	.....	6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة.....
199	.....	7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة.....
201	.....	..... خلاصة عامة.....
202	.....	..... توصيات واقتراحات.....
204	.....	..... المراجع.....
222	.....	..... الملاحق.....

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
168	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	01
168	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الأقدمية المهنية	02
169	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مصلحة العمل	03
172	أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وفق فقراته قبل التحكيم	04
176	توزيع عينة المحكمين وخصائصها	05
177	المعلومات الشخصية الخاصة بالمرضى قبل وبعد التحكيم	06
178	فقرات الرضا الوظيفي للمرضيين الملغاة وفق آراء المحكمين	07
178	الفقرات المعدلة قبل وبعد التحكيم مع التعليل	08
180	توزيع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي وفق الأبعاد بعد التحكيم	09
181	أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وفق فقراته بعد التحكيم	10
184	التحليل العاملي لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين قبل التدوير	11
187	التحليل العاملي لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين بعد التدوير	12
191	توزيع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي وفق أبعاده بعد التحليل العاملي	13
192	أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وفق فقراته في صورته النهائية	14
195	مصفوفة الإرتباطات بين الفقرات وأبعادها والدرجة الكلية لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين	15
198	مصفوفة معامل الإرتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين	16
200	نتائج التجزئة النصفية لأبعاد الرضا الوظيفي للمرضيين والدرجة الكلية	17
201	قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين	18
204	نتائج صدق مقياس تقدير الذات بطريقة الإتساق الداخلي	19

205	نتائج صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لمقياس تقدير الذات	20
206	نتائج التجزئة النصفية لفقرات مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية	21
207	ثبات مقياس تقدير الذات بطريقة ألفا كرونباخ	22
210	تصنيف مستويات مقياس الإحترق النفسي لـ"ماسلاش" حسب درجاته	23
211	مصفوفة الارتباطات بين الفقرات وأبعادها لمقياس الإحترق النفسي لـ"ماسلاش"	24
212	مصفوفة معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الإحترق النفسي لـ"ماسلاش"	25
213	نتائج صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لأبعاد مقياس الإحترق النفسي لـ"ماسلاش"	26
215	نتائج التجزئة النصفية لأبعاد مقياس الإحترق النفسي والدرجة الكلية	27
216	قيم معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الإحترق النفسي	28
221	برنامج سير المقابلات العيادية على عينة من 07 ممرضين وممرضات	29
223	مجتمع البحث حسب مؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم	30
224	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	31
225	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية المهنية	32
225	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب مكان العمل	33
240	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الإحترق النفسي لـ"ماسلاش"	34
241	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين	35

243	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس تقدير الذات لكوبر سميث الموجه للمرضيين	36
244	مقارنة بين الممرضين العاملين في مصلحة الإسعجات الطبية الجراحية، العاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على أبعاد الإحترق النفسي تبعاً لمكان العمل	37
245	إتجاه الفروق في أبعاد الإحترق النفسي بين الممرضين تبعاً لمكان العمل	38
247	مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على أبعاد الإحترق النفسي	39
248	إتجاه الفروق في أبعاد الإحترق النفسي بين الممرضين تبعاً للأقدمية المهنية	40
250	المقارنة بين الذكور (الممرضين) والإناث (الممرضات) على أبعاد الإحترق النفسي	41
252	مقارنة بين الممرضين العاملين في مصلحة الإسعجات الطبية الجراحية، والعاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على إستبيان الرضا الوظيفي النفسي	42
253	اتجاه الفروق في الرضا الوظيفي بين الممرضين تبعاً لمكان العمل	43
254	مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على إستبيان الرضا الوظيفي	44
255	إتجاه الفروق في الرضا الوظيفي بين الممرضين تبعاً للأقدمية المهنية	45
256	المقارنة بين الذكور (الممرضين) والإناث (الممرضات) على إستبيان الرضا الوظيفي	46

257	مقارنة بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، والعاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على مقياس تقدير الذات	47
258	إتجاه الفروق في تقدير الذات بين الممرضين تبعاً لمكان العمل	48
260	مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث	49
261	إتجاه الفروق في تقدير الذات بين الممرضين تبعاً للأقدمية المهنية	50
262	المقارنة بين الذكور (الممرضين) والإناث (الممرضات) على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث	51
263	العلاقة بين الإحترق النفسي و الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية	52
264	العلاقة بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية	53
266	العلاقة بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية	54

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مراحل الإستجابة للإحترق النفسي ومظاهرها حسب نظرية "هانز سييلي"	72
02	نموذج التوقع لـ "فيكتور فروم"	94
03	نموذج "بورتر ولولر"	97
04	هرم "ماسلو" للحاجات الإنسانية	126

مقدمة عامة:

إنّ العصر الحالي هو عصر الضغوطات والتوترات، وذلك لكثرة إحتياجات الإنسان، وكثرة مشاكله الحياتية، مما فرض إزيادا ملحوظا ومتواليا في عدد المؤسسات التي تقدم الخدمات الضرورية له، وأصبح على هاته المؤسسات إشباع هذه الإحتياجات، وحل مشاكله من خلال المختصين العاملين فيها، والذين يفترض فيهم أن يقوموا بواجباتهم إتجاه طالبي المساعدة، مما أدى إلى زيادة الأعباء الملقاة على عاتقهم والتي تمثل ضغوطا تواجه الأفراد العاملين في مؤسسات المجتمع، التي تؤدي مع مرور الوقت إلى القلق والتوتر، مما يؤدي إلى إعاقة العاملين عن تأديتهم لواجبهم بالشكل المطلوب (العرايضة، 2016: 202)، ومن بين أهم المؤسسات الخدمائية الإجتماعية نجد المؤسسات العمومية الإستشفائية، التي تعتبر من أنبل المؤسسات إنسانية حيث لها دور كبير في تحقيق الأهداف التي أقيمت من أجلها لأي مجتمع، وحتى تؤدي هذه المؤسسات مهمتها فانه ثمة حاجة ملحة إلى إطارات ماهرة، فالعاملين في المجال الصحي هم الذين يستطيعون الدفع بعجلة قطاع الصحة إلى الأمام، وأنّ دورهم يعتبر حجر الزاوية الذي تقوم عليه الخدمات الطبية في مختلف المصالح الإستشفائية، وبالتالي فان المعاناة النفسية التي تنتابهم تقودهم بلا محالة إلى نقص في فعالية الأداء المهني لديهم، ومن بين العناصر المهمة في الخدمات الصحية نذكر الممرضون، والتي تعد مهنتهم أي التمريض من الركائز الأساسية في العملية العلاجية التي من أهدافها عمليتي الوقاية والعلاج، ولأسباب متعددة يتعرض الممرض إلى بعض الظروف التي لا يستطيع التحكم فيها، والتي تحول دون القيام بدوره بشكل فعال، الأمر الذي يساهم في إحساسه بالعجز عن قيامه بالمهام المطلوبة منه، وبالمستوى الذي يتوقعه منه المسؤولين عن الصحة، بالإضافة إلى الآثار السلبية الخطيرة التي يتركها على المرضى، ولأنّ مهنة التمريض ضمن مهن المساعدة الإجتماعية التي تفرض على مزاوليها ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الإحتراق النفسي الذي يظهر في شكل فقدان الممرض للإهتمام بعمله ومرضاه، إذ ينتابه شعور بالتشاؤم وتبدل المشاعر واللامبالاة والإهمال وقلة الدافعية، وفقدان القدرة على الإبتكار والإبداع في مجال التمريض، إضافة إلى كثرة الغيابات المتكررة والغير مبررة، فالإحتراق النفسي حالة إرهاق جسدي وإنفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات مشحونة إنفعاليا ويترافق هذا الأخير بمجموعة من الأعراض كالتعب الجسدي، والإحساس بالعجز والخيبة والأفكار السلبية عن الذات والمواقف السلبية إتجاه العمل والزملاء (طايبي، 2013: 2)، ما يجعل رضاه عن مهنته على المحك، بمعنى أنه في حال تدمره ونفوره وعدم مبالاته بوظيفته فإن العواقب قد

تكون وخيمة على المستوى الفردي والجماعي خاصةً إذا علمنا أن الأمر يتعلق بتقديم الخدمات إلى المرضى، فموقع العمل أي المؤسسة الصحية هو المكان الذي يتواجد فيه الممرض لساعات طويلة ، وعليه يجب أن يتوفر فيه كل المناخ الصالح الذي يحقق الرضا الوظيفي له داخل تلك المؤسسة ، فى كل الجوانب حتى يتمكن من تأدية مهامه بالصورة المثلى من أجل تحقيق أهداف المؤسسة الإستشفائية التي ينتمي إليها، فرضا الممرض عن وظيفته تكون لإعتبارات مختلفة منها طبيعة العمل الذي يزاوله، الظروف التي يعمل فيها، نظام الترقيّة والحوافز التي تمنح له وكذا الراتب والعلاوات، علاقته مع زملائه من الممرضين والمسؤولين عنه في مؤسسته، ناهيك عن المكانة والتقدير الذي يحظى بهما سواء كان ذلك من طرف الأطباء، من طرف المرضى أو من أطراف أخرى داخل المؤسسة الإستشفائية.

ومن بين المشاكل كذلك التي يواجهها الممرضون في المؤسسات الصحية النظرة الاستعلائية للآخرين عليهم وعدم الثقة بجهودهم وعدم إقرار عدد من الأطباء بمستواهم العلمي والثقافي وتصورهم أن طبيعة عمل الممرض تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الدواء للمريض فكل هذا يؤدي إلى عدم الإنسجام واختلال مستوى الصحة النفسية لديهم الذي بدوره قد يؤدي إلى إنخفاض في مستوى الإنتاجية والأداء في العمل (خزاعلة، 1997: 221)، وذلك من خلال إستدخال الممرض لتلك الصورة السلبية المستمرة لذاته من طرف الآخرين مما ينتابه شعور بمستوى منحط من تقدير لذاته، علماً أنّ لتقدير الذات أهمية كبيرة في مركبة شخصية الفرد، وهو من المقومات الأساسية اللازمة لأي شخص، وليس فقط لأن الذات المتفاعلة مع العالم هي مصدر السلوك بل لأنها البعد الداخلي والأكثر أهمية في كل أبعاد شخصية الإنسان، فتقدير الذات متغيراً مهماً من المتغيرات التي تؤثر في الممرض وفي توافقه ونجاحه في أداء وظيفته، لذا فإن الدراسة الحالية جاءت لتسليط الضوء على العلاقة الموجودة بين ما يتعرض له الممرضون من إحترق نفسي ورضاهم عن مهنتهم و كذا تقديرهم لذواتهم، في ظل متغيرات مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس، حيث إشملت الدراسة الحالية على تسعة فصول، خمسة فصول للجانب النظري وأربعة فصول للجانب التطبيقي، ففي الفصل الأول تناول الباحث الإطار العام لإشكالية الدراسة، حيث تم تحديد بشكل مفصل إشكالية البحث للوصول إلى صياغة تساؤلات رئيسية وأخرى فرعية، وعلى ضوء ذلك، تمت صياغة الفرضية العامة والفرضيات الفرعية، لينتم فيما بعد تسطير أهداف البحث الحالي وإبراز أهميته ودواعي إختياره، كما تم تناول التعريف بالمصطلحات المستخدمة كالإحترق النفسي، الرضا الوظيفي، تقدير الذات، وكذا مصطلح الممرض، ثم عرض الباحث جملة من

الدراسات السابقة (وذلك في حدود إطلاعه) والتي تناولت الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي، تقدير الذات، علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي، علاقة الإحترق النفسي بتقدير الذات، وكذا علاقة الرضا الوظيفي بتقدير الذات، ثم أضيف تعليقاً على تلك الدراسات المتناولة.

وتناول الفصل الثاني، الإحترق النفسي، حيث تم التطرق إلى تعاريفه، أبعاده، أسبابه، أعراضه، مراحلها، النظريات المفسرة له، ومصادر الإحترق النفسي لدى الممرضين، وكذا إدارة هذه الظاهرة من خلال إتخاذ بعض الإستراتيجيات.

وإحتوى الفصل الثالث، الرضا الوظيفي، من خلال نظرة تاريخية حول هذا المصطلح، مفهومه، نظرياته، قياسه، وعلاقة هذا المفهوم بكل من الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى المهني في المؤسسة، ثم تم تناول الرضا الوظيفي لدى فئة الممرضين وكذا إبراز مدى أهميته.

في الفصل الرابع، خصص لتقدير الذات، نشأته، تعاريفه، نظرياته، مستوياته، أقسامه، العوامل المؤثرة فيه، قياسه، أهميته في حياة الفرد، وكذا الدراسات التي تناولته في ميدان العمل.

وفي الفصل الخامس المتعلق بالتمريض في النظام الصحي الجزائري وهو الأخير في الجانب النظري، تم التطرق إلى هذا النظام في الجزائر، والتطور التاريخي له، وكذا قانون الصحة الجزائري الجديد (29 جويلية 2018)، ثم إلقاء الضوء على مهنة التمريض، أسسها، أهدافها، وكذا إعطاء نظرة عن سلك الممرض للصحة العمومية في الجزائر، وحماية صحة المهنيين في وسط العمل، الجوانب الأخلاقية المتعلقة بالمرضى، وإبراز الدراسات التي تناولت معاناة الممرض في الوسط المهني.

أما الجانب التطبيقي، إشتمل على أربعة فصول، فقد إحتوى الفصل السادس على الدراسة الإستطلاعية من خلال تحديد أهدافها، مكان وزمانها، عينتها من حيث الحجم والخصائص، أدوات القياس المستعملة، وخطوات بناء إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين المعد من طرف الباحث وخصائصه السيكومترية، كما تم الكشف عن نتائج الصدق والثبات لمقياسي تقدير الذات لـ "كوبر سميث" والإحترق النفسي لـ "ماسلاش" .

ويعرض الباحث في الفصل السابع المخصص للدراسة الأساسية، من حيث المنهج المتبع، مكان وزمان الدراسة، المجتمع المستهدف، حجم وخصائص عينتها، الأدوات المستعملة في الدراسة، ظروف إجرائها، وكذا الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل نتائجها.

في الفصل الثامن تم عرض النتائج تبعا للفرضيات المصاغة في الدراسة الحالية.

وفي الفصل التاسع والأخير، تم تفسير ومناقشة النتائج المتوصل إليها، حيث كانت متفقة أحياناً، ومختلفة أحياناً أخرى مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة، ثم أنهى البحث بخلاصة عامة حول الدراسة، وكذا عدة توصيات وإقتراحات على ضوء النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية.

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

- 1 - تحديد إشكالية البحث
- 2 - التساؤلات الفرعية للبحث
- 3 - الفرضية العامة
- 4 - الفرضيات الفرعية للبحث
- 5 - أهداف البحث
- 6 - أهمية البحث
- 7 - دواعي إختيار الموضوع
- 8 - مصطلحات الدراسة
- 9 - الدراسات السابقة
- 10 - التعليق على الدراسات السابقة

1- تحديد إشكالية البحث:

لا تكاد تخلوا مهنة في عصرنا الحالي من الضغوط النفسية حيث تختلف مستوياتها لدى الأفراد في العمل تبعاً لتنوع المهنة وطبيعتها، وعليه يشير "لانفورد" (1987) بهذا المفهوم إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس، والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالمرضى والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون، معرضون للضغوط أكثر من غيرهم، حيث إختار هؤلاء مهنتهم ولديهم الرغبة القوية لمساعدة الآخرين، فيعملون بأقصى جهدهم، ولكنهم سرعان ما يدركون حجم المشاكل المستمرة عندها يصيبهم الإنهاك ويشعرون بالاحتراق لشعورهم بأنهم عديمو الفائدة (ندى، 1998: 32).

فالمرضى والمرضى العاملون في المستشفيات يتعرضون إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية والاجتماعية المتعلقة بالعمل، حيث يشعرون بأن جهودهم في العمل لا تحظى بالتقدير، لذلك فإن مهنة التمريض تعتبر واحدة من المهن التي تتطلب من العاملين فيها مهاماً كثيرة، فهي تعد من المهن الضاغطة التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط، فتجعل بذلك بعض المرضى والمرضى غير راضين وغير مطمئنين عن مهنتهم، مما تترتب عليه آثار سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي والمهني (جودة يحيى، 2003: 3)، فالتمريض يمثل قطاعاً حيويًا هاماً في مجتمعاتنا حيث يشكل المرضى الفئة العظمى من العاملين في المجال الصحي في القطاعين الحكومي والخاص (السباعي، 1995: 123)، فطبيعة العمل في

المجال التمريضي تتصف بمجموعة من العلاقات المتشابكة التي تؤثر في تحقيق الرضا المهني وكلما كان التوافق والرضا مع المهنة مرتفعاً كلما كان الأداء والعطاء والنجاح في العمل متميزاً، فهاته المهنة نفوض على الممرض قدر عالٍ من المشقة أو الضغوط لكثرة المواقف التي لا يستطيع فيها تقديم أي خدمة أو مساندة سواء كان للمريض أو أقاربه (النيال، 1991:

110) مما يجعله عرضة للإحتراق النفسي الذي أصبح مصطلحاً واسع الانتشار وسمة من سمات المجتمعات المعاصرة ورغم تعدد تعريفاتها إلا أن هناك إتفاق على معناه وخصائصه بشكل عام، فتعرفه ماسلاش (1982) بأنه "فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل حيث يحس الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفيين اللذان يجعلان الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز ويولدان عنده الاتجاهات السلبية نحو الزبائن ويفقد بذلك تعاطفه نحوهم" (طوابه، 1999) (نقلاً عن ميهوبي، 2007: 5)، فحسب "بينس وأرنسون" (1982) يعتبر الاحتراق النفسي في الخدمة الاجتماعية ظاهرة مرضية تؤثر على فاعلية الممارسة المهنية والعلماء

المستفيدين من الخدمة وعلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية نتيجة التوجه السلبي لدى الأخصائيين الناشئ عن تأثير الإحترق النفسي المرتبط بالتوتر الذي تفرزه طبيعة العمل (فهد السيف، 2000)، وقد استخدم "فروندبيرجر" (1974) مصطلح الإحترق النفسي للتعبير عن الاستجابات الجسمية والانفعالية الناتجة عن التعرض طويل الأمد لضغوط العمل لدى العاملين في المهن التي تكون توقعاتهم فيها عالية وغير واقعية، وبالذات المهن التي تقدم الخدمات الإنسانية كالصحة، والتربية والإعلام، والشرطة (Richard, Marion & Marich, 2006) كما أكد "قارقيلو" و"بيك" (1983) على أن الإحترق النفسي حالة من الإنهاك الإنفعالي والجسدي والذهني الناتج عن الضغط النفسي الزائد والذي يفوق طاقة وقوة الممرضين، لا سيما وأن مجملهم يعانون من إجهاد إنفعالي يصحبه خمول مفرد وعجز على إستغلال الطاقة الكامنة في تلبية متطلبات العمل، ويضيف "دايلي" في دراسته (1978) بأن الإحترق النفسي هو رد فعل للضغوط النفسية المتراكمة ذات التأثير السلبي على الممرض، وتتنوع الإستجابة لهذه الضغوط في طبيعتها من حيث تكرارها ودرجة تعرض الممرض لها (يوسف، 1996: 110)، كما تشير دراسة "أرونسون" و"بينس" (1981) إلى أن الإحترق النفسي ليس بضغط مرتفع الشدة فقط وإنما هو تكرار لضغط مزمن في إطار مهني خاصة بالنسبة إلى اللذين يعملون بمصالح الخدمات الإنسانية التي تستوجب من العاملين في قطاعاتها كمية هائلة من الطاقة والمرونة، وتكرار هذه التدخلات بصفة يومية، غالبا ما ينهك الممرض إنفعاليا، وفي نفس السياق تؤكد دراسات كل من "باومان وألان" (1985)، "جاربار" (1983)، على إنتشار الإحترق النفسي بين مهني المؤسسات الصحية، خاصة الممرضين، وتكشف كذلك دراسة "هاوك وسكوت" (1986) عن تعرض فئات الممارسة الطبية والمعالجين للضغط المزمن داخل العمل منتجا بذلك الإحترق النفسي لديهم.

ولطالما إرتبط الإحترق النفسي في العديد من البحوث والدراسات بمفهوم الرضا الوظيفي وذلك من خلال دراسات كل من "قارنر وكنايت" (2007) ودراسة "ساري" (2004)، ودراسة "بلاطسيديو وأغالويستيس" (2008)، دراسة "الزيودي والزرغول" (2008) التي أثبتت عدم رضا المعلمين في عملهم جراء الضغوطات المهنية التي يتعرضون لها (طشطوش وآخرون، 2013: 7)، وفي دراسة لـ"ساندرز، وفولكس، ونوبلت" (1995)، التي كشفت على أن الشراكة في العمل بين الموظفين ومديريهم أدت إلى إنخفاض إدراك العاملين بضغط العمل عموما، وإلى إرتفاع الرضا الوظيفي، وإنخفاض معدلات الغياب والتترك خصوصا، في دراسة "بلجين"

(1993)، التي أجريت على عينة من الممرضات حيث تبين أن ثمة علاقة سلبية بين الرضا الوظيفي وضغوط العمل التمريضي (كريب، 2010: 15)، وكذا في دراسة "عسكر وعبد الله" (1988) التي حددا فيها مدى تعرض العاملين لضغوط العمل، ودرجة رضاهم الوظيفي في مهنة التدريس بالمعاهد الخاصة، والتمريض، والخدمة الاجتماعية، والخدمة النفسية، فوجدا أن العاملين في مجال التمريض والتدريس كانوا، أكثر من غيرهم غير راضين عن أعمالهم بسبب الإرهاق الناجم عن العبء الوظيفي ومتطلبات الأعمال، وعدم الشعور بالأمان الوظيفي، وانخفاض العائد المادي، وقلة المشاركة في إتخاذ القرار، فضلا عن الروتين وغياب الدعم والترابط الإجتماعي في العمل (كريب، 2010: 16)، عدم وجود فحسب "بلاندفورد" (2000) لا يمكننا إيجاد تعريف محدد لمفهوم الرضا الوظيفي وهذا راجع إلى الإختلافات في الظروف والبيئة المحيطة والمتطلبات المرتبطة بالمهن المختلفة (طشوش، وآخرون، 2013: 4)، فغياب الرضا الوظيفي لدى الممرضين في مؤسسات الصحة العمومية، يجلب الكثير من التراجع والتقهقر في فعالية المهنة، وقد ذكر جودة يحيى أن الممرضون الذين يتمتعون برضا وظيفي مرتفع، سوف يقومون بتقديم رعاية تمريضية فعالة وناجحة، وقد وجد أن هناك ضعفا في العناية التمريضية المقدمة (في المؤسسات الصحية الفلسطينية)، ونبه بأن هذا كاف للبحث والاستفسار عن الحلول، كما يرى أن الخلل في الأداء وعدم الفعالية في هذه المؤسسات أثر في طريق إختيار إداريي هذه المؤسسات، وبالتالي يولد ضغطا نفسيا ينعكس على سلوك الممرضات إيجابيا أو سلبا وقد يؤثر في تقدير الذات لديهم بناء على أسلوب الإدارة و نمطها القيادي، فلا بد من التعامل مع إتجاهات هؤلاء الممرضون والعمل على معالجتها ودعمها وتقويتها إيجابيا للدفع على تقديم خدمات تمريضية ممتازة للمرضى (جودة يحيى، 2003: 24).

وباعتبار أن النفس البشرية في غاية التعقيد والتشابك من حيث البناء، وكون أن الإنسان إجتماعي بطبعه، فإنه بذلك عرضة للمثيرات الخارجية من بيئته مما يجبر للإستجابة لها لا إراديا كرد فعل لذلك، ومن بين العناصر المهمة في التكوين النفسي لشخصية الفرد نجد تقدير الذات، فإذا كان تقديره لذاته وتقييمه لها ضعيفا أو سلبيا فلن يعرف هذا الفرد مسلكاً للنجاح وهذا لتفاعله بعدة متغيرات منها المشاكل النفسية المتعلقة بالمهنة ونخص بالذكر الإحترق النفسي، الذي يؤثر تأثيراً مباشرا في المشاعر والأحاسيس التي يملكها الممرضون إتجاه أنفسهم فيكسبهم تقدير ذات سلبى من خلال نظرتهم لأنفسهم إذ أن عطاءهم وإنتاجهم يتأثر كذلك بتلك

الصورة السلبية عن ذواتهم فيقل بذلك إن لم نقل ينعدم مردودهم المهني إتجاه المرضى الذين هم في أمس الحاجة إلى تلك الخدمات التمريضية.

فتقدير الذات من المواضيع التي لاقت إهتماماً بارزاً في الدراسات الأكاديمية من خلال العديد من الباحثين في علم النفس، حيث يعرف "كوبر سميث" (1967) تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه و يعمل على المحافظة عليه، ويتضمن تقدير الذات إتجاهات الفرد الايجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى إعتماد الفرد بأنه قادر وهام وناجح و كفاء، أي أن تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية كما يعبر عن إتجاهاته نحو نفسه ومعتقداته عنها، و هذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة (الدريني وسلامة، 1983: 484)، ويعرفه "روزنبرغ" (1991)، بأنه إتجاهات الفرد الشاملة، سالبة كانت أم موجبة نحو نفسه (عسكر، 1991: 9)، كما يعرفه "فهيمي" و"القطان" (1979) على أنه عبارة عن مدرك أو إتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه وعن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال وتصرفات ويتكون هذا المدرك في إطار حاجات الطفولة وخاصة الحاجة إلى الإستقلال والحرية والتفوق والنجاح (فهيمي والقطان، 1979: 71)، ومن بين الدراسات التي تناولت إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى المهنيين جراء الضغوط في العمل نجد دراسة "إبراهيم" (1994) حيث أكدت دراسته عن وجود علاقة عكسية بين الضغوط المهنية التي يتعرض لها المعلم المصري، وكل من الثقة في النفس وتقدير الذات، وكذلك دراسة "بدران" (1997) التي أثبتت وجود علاقة سلبية بين التعرض للضغوط المهنية ومفهوم الذات لدى معلمي المرحلة الثانوية بمصر، وهي نفس النتيجة التي آلت إليها دراسة "السمادوني" (1993) حيث وجدت علاقة عكسية بين الضغط المهني ودرجة تقدير الذات لدى معلمي التربية الخاصة والتعليم العام في مصر، وفي دراسة "ببريني" (2007) على المعلمين الفرنسيين التي أثبتت أن مستويات تقدير الذات لدى عينة دراسته تختلف باختلاف ظروف عملهم (الأحسن، 2015: 192).

وبناءً على ماسبق، يمثل الإحترق النفسي الناجم عن تراكم الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون والمرمضات في مؤسسات الصحة العمومية بإستمرار موضوعاً بالغ الأهمية لما يخلفه من إستياء هاته الفئة المهنية من الظروف التي يعملون فيها، ما ينجر عنه بذلك النظرة السلبية لأنفسهم من خلال تدني تقديرهم لذواتهم، وعليه نجد أنّ هذا الطرح جدير بالبحث والإهتمام لما للأمر من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة الممرض والمريض على حد

سواء، بإعتبار أنّ الأول هو معالج للثاني، ويهدف التعرف على مستويات كل من الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات وعلاقة هاته المفاهيم ببعضها في ظل متغيرات مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس لدى الممرضين نظرح التساؤلين الرئيسيين التاليين:

- ما مستوى الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلك المستويات تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس ؟

- هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية ؟

2- التساؤلات الفرعية للبحث:

على ضوء التساؤلين الرئيسيين تصاغ التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس؟
5. هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟
6. هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟
7. هل توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟

3- الفرضيات العامة:

تصاغ الفرضيتين العامتين على النحو التالي:

- للمرضيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومنخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلك المستويات تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
- توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.

4- الفرضيات الفرعية للبحث:

تصاغ الفرضيات الفرعية على الشكل التالي:

1. للمرضيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومنخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
5. توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.
6. توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.
7. توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

5- أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على مستوى الإحترق النفسي، مستوى الرضا الوظيفي ومستوى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.
- المقارنة بين الممرضين في مستوى الإحترق النفسي تبعاً لمكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
- المقارنة بين الممرضين في مستوى الرضا الوظيفي تبعاً لمكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
- المقارنة بين الممرضين في مستوى تقدير الذات تبعاً لمكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.
- معرفة العلاقة الموجودة بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.
- معرفة العلاقة الموجودة بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.
- معرفة العلاقة الموجودة بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.

6- أهمية البحث:

باعتبار أن عمال مؤسسات الصحة العمومية بصفة عامة، والممرضين خاصة يتعاملون مباشرة مع أناس يحتاجون إلى رعاية صحية وتكفل صحي مميز وأي خطأ منهم قد يكلف حياة المريض، لذا كان من الواجب وضع النقاط على الحروف بمعرفة مدى إصابة هذه الشريحة من المجتمع بالإحترق النفسي ومدى علاقته برضاهم الوظيفي و تقديرهم لذواتهم، خاصة أين أداءاتهم المختلفة ترتبط بالتركيز والمواظبة (حيث أنّ اللامبالاة في هذه المهام قد تؤدي بالمريض إلى تعقيدات حالته الصحية أو الموت). فتسخير هذه الحقيقة العلمية التي يمكن الوصول إليها إنطلاقاً من دراسة ميدانية من شأنها أن تكون في خدمة طب العمل للقيام بتدابير وقائية وعلاجية في الوقت المناسب.

7- دواعي إختيار الموضوع:

- بحكم تجربة الباحث المتواضعة كأستاذ في المعهد الوطني للتكوين العالي للشبه الطبي، وإشرافه وتأطيره المستمر للمرضين داخل مؤسسات الصحة لولاية مستغانم وملاحظته عن قرب لتفشي التذمر لدى المهنيين في التمريض في بعض المصالح الإستشفائية على حساب مصالح أخرى، وكثرة شكاوي هاته الفئة من سوء ظروف عملهم، ناهيك عن غياباتهم المتكررة عن العمل، والعطل المرضية الغير مبررة، ضف إلى ذلك عدد طلباتهم في تغيير أماكن العمل محاولين بذلك النزوح من المصالح الإستشفائية التي تكسبهم ظغوطا تفوق طاقتهم.

- إنخفاض الأداء المهني للمرضين بشكل ملحوظ داخل بعض مصالح مؤسسات الصحة العمومية، وظهور أعراض المعاناة النفسية لديهم دون علم منهم.

- نفت إنتباه المسؤولين عن الصحة العمومية (مدراء المستشفيات، المدراء الجهويين للصحة العمومية) على خطورة الموقف جزاء المشاكل النفسية المهنية التي يعاني منها المرضى وتأثيرها على مردودية أدائهم وتشكيلهم بذلك مصدر خطر على المريض.

8- مصطلحات الدراسة:

8-1- تعريف الإحتراق النفسي:

• الإحتراق النفسي لغةً:

- الإحتراق إسم من فعل إحترق، يحترق، إحتراقًا، فهو مُحترق، إحترق الشيءُ: إشتعل، إحترق الشخصُ: إحتدّ وطار طائرُه. (المنجد، 2007: 128).

- النفسي من النفس أي الرُّوح، الذات، نفس الشيء : ذات الشيء وعينه، وفلان عزيزُ النَّفس أي عزيزُ الهمة، وصغيرُ النَّفس : الدليلُ. (المنجد، 2007: 862).

• الإحتراق النفسي إصطلاحًا:

يعرف "فرويدنبارغر" (1974) الإحتراق النفسي بأنه " حالة من الإستنزاف الإنفعالي، والاستنفاد البدني بسبب ما يتعرض له الفرد من الضغوط، إضافة إلى عدم القدرة على الوفاء بمتطلبات المهنة " (ميسون ومحمدي، 2010: 293)، وعرفت ماسلاش و جاكسون (Maslach, 1981) بأنه " تناذر نفسي ي تمثل في الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي من خلال الإحساس بعدم الرضا عن إنجازهم في المجال المهني والتي يمكن أن تحدث لدى الأفراد الذين يقومون بأعمال تقضي طبيعتها تعاملهم مع الآخرين " Gaudet,

(8 : 2004)، كما عرفه "جولد وروث" (1993) بأنه حالة تتسبب عن شعور الفرد بأن احتياجاته لم تُلب وتوقعاته لم تتحقق، ويتصف بخيبة الأمل، وتصحب بأعراض جسمية نفسية، تؤدي إلى تدني مفهوم الذات (5 : 2004 : Gaudet). ويعرف الباحث الإحترق النفسي إجرائياً بأنه " مجموع الدرجات التي يحصل عليها الممرض أو الممرضة بعد الإجابة على فقرات مقياس ماسلاش للإحترق النفسي المستخدم في الدراسة الحالية ".

8-2- تعريف الرضا الوظيفي:

• الرضا الوظيفي لغةً:

- الرضا من فعل رضي، يرضى، رضى، وراضٍ بالشيء: إختاره وقنع به، عَن رَضِيَ: بِطِيبِ خَاطِرٍ، أَيْ تَعَبِيرٍ عَنِ الْمُوَافَقَةِ وَالْإِزْتِيَا حِ (المنجد، 2007: 265).
- الوظيفي من فعل وظَّفَ، يوظف، توظيفاً، والمفعول مُوظَّف، تَوَظَّفَ الرَّجُلُ: حَصَلَ عَلَى مَنَصِبٍ أَوْ عَمَلٍ أَوْ مَهْنَةٍ، وَالْوِظْفِيُّ هُوَ إِسْمٌ مَنْسُوبٌ إِلَى الْوِظْفِيَّةِ (المنجد، 2007: 907).

• الرضا الوظيفي اصطلاحاً:

ويعرف "عبدالخالق" (1986) الرضا الوظيفي بأنه الحالة التي يتكامل فيها الفرد مع وظيفته وعمله، فيصبح إنساناً تستغرقه الوظيفة ويتفاعل معها من خلال طموحه الوظيفي و رغبته في النمو والتقدم وتحقيق أهدافه الاجتماعية، من خلالها يمكن تسمية الفرد حينئذ بالشخص المتكامل (عبد الخالق، 1986: 24)، ويعرفه "التوجري" (1999) بأنه موقف الشخص إتجاه العمل الذي يؤديه، ويكون نتيجة لإدراكه لعمله، ويكون إتجاه الراتب والترقية، والرئيس، والزملاء، ومحيط العمل، والأسلوب السائد في المعاملة، وفي إجراءات العمل اليومي (التوجري، 1999: 42)، كما تعرفه كل من "كامبل وسكاريل" (1983) بأنه ذلك الإرتياح الذي يشعر به الفرد نتيجة تحقق توقعاته نحو ما يحصل عليه من العوائد كالمكافأة & Compell (111: 1983: Scarpelle).

ويعرف إجرائياً: بمجموع الدرجات التي يحصل عليها الممرض أو الممرضة بعد الإجابة على فقرات إستبيان الرضا الوظيفي (من تصميم الباحث) المستخدم في الدراسة الحالية.

8-3- تعريف تقدير الذات:

• تقدير الذات لغةً:

تَقْدِيرٌ هو إسم من الفعل قَدَّرَ، يُقَدَّرُ، تقديراً، وتقدير الشيء: إعطائه مقدارا ووزنا ومقاساً (المنجد، 2007: 612).

الذات إسم مؤنث، جمع: ذوات، الذات: ما يصلح لأن يعلم ويخبر عنه، وذات الشيء: نفسه وعينه وجوهره (المنجد، 2007: 240).

• تقدير الذات إصطلاحاً:

يَعْرِفُ "رزونبرغ" (Rosenberg 1965) تقدير الذات بأنه "تقويم يعبر عن الإحترام الذي يكتسبه الفرد لذاته والذي يحافظ عليه بشكل معتاد لأنه يعبر عن إتجاه مقبول أو غير مقبول نحو الذات" (الألوسي، 2014: 58)، كما يعرفه "كوبر سميث" (Cooper smith 1967) بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه ويعمل على المحافظة عليه و يتضمن إتجاهات الفرد الإيجابية والسلبية نحو ذاته" (شريم، 2009: 213)، ويعرفه "أندري كريستوف" (2005) بأنه حكم الفرد على درجه كفاءته الشخصية كما يعبر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه ومعتقداته عنها ، وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة . (André, 2005: 26)

ويعرف إجرائياً: بمجموع الدرجات التي يحصل عليها الممرض أو الممرضة بعد الإجابة على فقرات مقياس تقدير الذات لكوبر سميث المستخدم في الدراسة الحالية.

8-4- تعريف الممرض:

• الممرض لغةً:

مُمرض: إسم من الفعل أَمْرَضَ، ومَرَّضَ، يَمْرُضُ، تَمْرِضُ، فهو ممرّض، والمؤنث ممرّضة: المرأة التي تعنتي بالمرضى في المستشفيات وغيرها، مَرَّضَ المريض: داواه وأحسن القيام عليه ليزول مرضه (المنجد، 2007: 757).

• الممرض إصطلاحاً:

يَعْرِفُ خزاعلة (1997) الممرض بذلك الشخص الذي يسمح له بتقديم خدمات تمريضية تهدف إلى إقامة الصحة والعناية بالمريض (خزاعلة، 1997: 223)، ويعرفه ميهوبي (2013) " بأنه العامل المتحصل على الشهادة العلمية والمعرفة والكفايات التي تأهله لتقديم العلاجات، وتمكنه للعمل في مختلف الوحدات الصحية، والمشاركة في مختلف التدخلات في الميدان الوقائي،

والتربية الصحية، وفي تكوين وتأطير الإطارات الشبه طبية، وهو عنصر نشط وفعال في إدارة المؤسسة الصحية وفي العملية العلاجية " (ميهوبي، 2013: 34)، ويعرّفه " الجنابي وحسن " (1984) على أنه الشخص المهني الذي يقدم أفضل الخدمات التمريضية الصحية للأفراد لإدامة حياتهم و منع حدوث الأمراض والعناية بهم وكذلك القيام على راحة المريض وتمريضه أثناء فترة مرضه (الجنابي وحسن، 1984: 51)، ويعرفه "علي العقل" (1982) بأنه الشخص الذين يقوم بمختلف الأعمال التمريضية التي تحتاج إلى المعرفة والمعلومات والمهارة الجيدة ليكون ضمن الفريق الطبي ويحمل شهادة أو دبلوم في علم التمريض (العقل، 1982: 14).

وفي الجريدة الرسمية الجزائرية يعرّف الممرضون بأنهم أشخاص مكفون بالمساهمة في حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص وإسترجاعها وترقيتها، وكذا إنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناءً على بروتوكولات إستعجالية مكتوبة في الحالات الإستعجالية القصوى، وكذا مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها، والقيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض، وإستقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا. (الجريدة الرسمية الجزائرية، 2011، المادة 41: 14)، و يُعرّف في الموسوعة العالمية لاروس (encyclopédie universelle larousse, 2008) على أنه شخص ذو أهلية وكفاءة تمكنه من تقديم العلاج بترخيص طبي أو ضمن دوره الخاص به، وجاء تعريفه في المعجم الفرنسي (le nouveau petit Robert, 2009) على أنه شخص مؤهل الذي يضمن مراقبة المرضى، تقديم لهم علاجات تمريضية وإعطائهم الدواء تحت إدارة الاطباء مباشرة أو بتنفيذ أوامرهم العلاجية.

9- الدراسات السابقة:

9-1- الدراسات التي تناولت الإحترق النفسي:

- دراسة أمال زاوي (2018) بعنوان "مستوى الاحترق النفسي عند ممرضي مصلحة الاستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية "، التي تهدف إلى الكشف عن مستويات الاحترق النفسي الذي يعاني منه ممرضي مصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان نظرا للضغوطات التي تفرضها عليهم طبيعة مهنة التمريض وذلك من خلال إيجاد العلاقة بينها وبين بعض المتغيرات الديمغرافية كالجنس والحالة الاجتماعية، فاشتملت عينة البحث على 36 ممرضا منهم 12 إناث و 24 ذكور

إختبروا بطريقة عشوائية، واستخدم الباحث مقياس ماسلاش (1981) لحساب شدة الاحتراق النفسي، وقد أشارت النتائج إلى أن الممرضين يعانون من مستوى عال من الاحتراق النفسي، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من الممرضين لصالح الذكور، وأظهرت النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وذلك لصالح الممرضين غير المتزوجين.

- دراسة نبيل جبرين الجندي ورائد جميل الحلاق (2017) بعنوان: درجات الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين في وحدة العناية المكثفة في مستشفيات مدينة الخليل، التي هدفت إلى إستقصاء واقع الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدة العناية المكثفة بمستشفيات مدينة الخليل، والتحقق من وجود فروق في درجات الاحتراق النفسي، وفقاً لبعض المتغيرات المستقلة كجنس الممرض، والمؤهل العلمي، ونوع المستشفى، والحالة الاجتماعية، والفئة العمرية، وقد إختار الباحثان عينة قوامها 101 من الممرضين والممرضات، ممن يعملون في وحدات العناية المكثفة، وطبق عليهم مقياس (جيلدرد) للاحتراق النفسي، بعد التحقق من دلالات صدقه، وثباته، وملاءمته لعينة الممرضين والممرضات، فضلاً عن استخدامهما للمنهج الوصفي. وخُصت الدراسة إلى أنّ درجات الاحتراق النفسي لدى طاقم التمريض، العامل في مستشفيات مدينة الخليل مرتفعة، وأنّ هناك فروقاً في درجات الاحتراق النفسي تُعزى للجنس لصالح الإناث، ووجود فروق تُعزى للفئة العمرية لصالح الفئة ذوي الأقدمية أو الأكبر سناً (أكثر من 35 سنة)، وكذلك وجود فروق تُعزى للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، فيما لم تكن هناك فروق في درجات الاحتراق النفسي تُعزى لمكان العمل (نوع المستشفى) أو المؤهل العلمي.

- دراسة موساوي ليندة (2001) تحت عنوان: "علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين " التي توصلت إلى أن:
 - يعاني الممرضون من الضغط المهني.
 - علاقة بين طبيعة المهمة والضغط المهني.
 - توجد علاقة بين العلاقات داخل المستشفى والضغط المهني
 - توجد علاقة بين الأجر والضغط المهني.
 - توجد علاقة بين الترفيه والضغط المهني.

- توجد علاقة بين وسائل العمل والضغط المهني.
- لا توجد فروق بين فئات السن المختلفة فيما يخص الشعور بالضغط.
- لا توجد فروق بين الجنسين من حيث الشعور بالضغط.
- توجد فروق بين الحالة المدنية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق) من حيث شعورهم بالضغط.
- دراسة تانج وبانج (Tang & Pang 2006) التي هدفت إليه معرفة علاقة الإنهاك النفسي بالجنس والخبرة ، لدى عينة تبلغ 896 من المعلمين الصينيين من الجنسين وقد اختيروا من عشر مدارس متوسطة وأربع مدارس ابتدائية في ولاية " هيمان " ومما توصلت إليه الدراسة أن الإنهاك النفسي في الصين لدى المعلمين أعلى من المعلمين، وأن المعلمين ذوي الخبرة الأكبر لديهم درجة أعلى من الإنهاك النفسي من ذوي الخبرة الأقل، ومن الأدوات المستخدمة مقياس ماسلاش للإنهاك النفسي.
- دراسة رجاء مريم (2008) بعنوان " مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض " حيث قامت الباحثة بدراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق، بغية قياس الضغوط النفسية المهنية التي تواجه الممرضات في المستشفيات في ضوء أربعة متغيرات : الحالة الإجتماعية، العمر، عدد سنوات الخدمة، القسم أو شعبة العمل، بلغت عينة الدراسة 204 ممرضة، تم إختيارهم بطريقة عشوائية، طبقت الباحثة إستبيان من تصميمها لقياس مصادر ضغوط العمل لدى الممرضات مكون من 55 فقرة، فتوصلت الدراسة إل ما يلي:
- بينت النتائج أنّ 78,9 % من الممرضات يشعرن بدرجات مرتفعة من الضغوط النفسية المهنية.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفقا لمتغير الحالة الإجتماعية على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بطبيعة العمل، وبعد العلاقة مع زملاء العمل وذلك لمصلحة الممرضات العازبات.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الضغوط النفسية للممرضات وفقا لمتغير العمر على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بالعوامل التنظيمية في العمل، وبعد المصادر المتعلقة بالعلاقة مع الإدارة وذلك لمصلحة الممرضات اللواتي لديهن سنوات خدمة أقل.

- عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات الضغوط النفسية للممرضات وفقا لمتغير القسم أو شعبة العمل في المستشفى.
- دراسة عازم سهيلة (2017)، التي هدفت إلى الكشف عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها الممرضات والكشف عن أثر المتغيرات الشخصية والتنظيمية في الضغط المهني ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، ولتحقيق هذه الأهداف صممت الباحثة إستبيان لقياس مستوى الشعور بالضغط وطبق على عينة من 160 ممرضة وتمت الدراسة بستة مؤسسات صحية على مستوى الجزائر العاصمة كما طبق إستبيان قياس مصادر الضغط مأخوذ من مؤشر الضغط المهني لـ (Cooper) والذي يهدف إلى معرفة مستوى الضغط في مختلف مصادره، ومقياس تقدير الذات لـ Rozemberg وأخيرا مقياس مركز التحكم لـ Rotter، أسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضات تعاني من ضغط مهني مرتفع، كما أن هذه الفئة تعاني من مختلف مصادر الضغط المهنية إلا أن تأثيرها يختلف من مصدر لآخر.
- حيث يوجد مصدر واحد من بين المصادر الستة لديه درجة فوق وخارج الدرجات المتوقعة وهو العمل في حد ذاته.
- أما المصادر الخمسة المتبقية يقع متوسطهم داخل منطقة الدرجات المتوقعة مع وجود اختلافات هامة فيما بينها .
- أن الشعور بالضغط لا يتأثر بالعوامل التنظيمية فقط، وإنما للعوامل الشخصية دور في ذلك.
- كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغط المهني و تقدير الذات.
- إن نتائج مركز التحكم تبين أن أغلب الممرضات يتميزن بمركز تحكم خارجي، وهذا ما يفسر معاناتهم في مختلف مصادر الضغط.
- دراسة جلولي شتوحي نسيمة (2003) تحت عنوان: " الإنهاك المهني لدى الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة " حيث توصلت الدراسة إلى:
 - يعاني الممرضون من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد فقدان الشعور التعاطفي وبعد نقص الشعور بالإنجاز.

- يميل الممرضون إلى استخدام استراتيجية التجنب كأول استراتيجية للتقليل من شدة الاحتراق النفسي.
- هناك فرق بين ممرضي المصلحات الطبية والعناية المركزة في الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر.
- وجود فروق بين ممرضي المصلحات الطبية والعناية المركزة في استخدام استراتيجيات المقاومة.
- لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي.
- لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في إستراتيجيات المقاومة.
- لا يوجد فروق في شدة الاحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل.
- توجد فروق في استخدام استراتيجيات المقاومة حسب الأقدمية.
- دراسة إبراهيم التويجري (2008) بعنوان " المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل"، حيث تكونت عينة الدراسة من 625 ممرض وممرضة من ممارسي مهنة التمريض العاملين بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، والتي شملت المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، والمستشفيات العسكرية، والمستشفيات التعليمية، فأظهرت الدراسة وجود إختلاف ذو دلالة إحصائية بين مكان العمل في المستشفى ومشكلة صعوبة المهنة وكثرة الضغوط النفسية في بيئة العمل، ومشكلة ضعف المستوى التثقيفي والتوعوي، ومشكلة عدم وضوح المهام وغياب المعايير، حيث اتضح أن ممارسي مهنة التمريض العاملين في أقسام العناية المركزة هم الأكثر عرضة لهذه المشكلات من العاملين في العيادات الخارجية، كما أكدت الدراسة أن ممارسي مهنة التمريض في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة أكثر معاناة من الضغوط النفسية من زملائهم العاملين في المستشفيات التعليمية كما لم تظهر الدراسة وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل.
 - دراسة بن عطية ياسين (2008) التي هدفت إلى تقييم ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصالح الاستجالات لولاية قسنطينة وعلاقتها ببعض الخصائص الإجتماعية-المهنية وظروف ممارسة العمل حيث إستخدم الباحث سلم هامبورغ

للإحترق النفسي (HBI) على 526 ممرض بمصالح الاستعجالات، وقد تم الحصول على 83 % من المستجوبين حسب معايير HBI فكانت النتائج كالتالي :

- 33.56 % من هؤلاء الممرضين لديهم إحترق نفسي شديد.
 - 50 % منهم يعانون من الإحساس بالعجز.
 - 30.80 % لديهم شعور بفرغ داخلي.
 - 35.86 % يعبرون عن اشمئزازهم من العمل.
 - 28.50 % يظهرون ردود أفعال عدوانية.
- دراسة فوزي ميهوبي (2007) التي كان هدفها تشخيص مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والإحترق النفسي، ولتحقيق أهداف دراسته صمم الباحث مقياس للمناخ التنظيمي (تحقق من خصائصه السيكومترية) وطبقه على عينة من 271 ممرض (138 ذكور و 133 إناث) وتمت الدراسة بـ 11 مؤسسة صحية على مستوى الجزائر العاصمة، كما طبق مقياس الإحترق النفسي لـ "مسلاش" بعد التحقق من خصائصه السيكومترية كذلك، وأسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الإحترق النفسي وعلى ارتباط موجب ودال مع المناخ التنظيمي.
 - دراسة حاتم وهيبة (2005) التي تطرقت لظاهرة الإنهاك النفسي لدى أطباء مصلحة الاستعجالات لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة وكانت العينة متكونة من 300 طبيب بواقع 105 طبيب و 195 طبيبة تم تطبيق عليهم مقياس الإنهاك النفسي لمسلاش Maslach Burn out Inventory وقد توصلت الباحثة إلى نتائج تؤكد مستوى الإنهاك النفسي العالي لدى عينة الدراسة كما توصلت إلا أن الطبيبات أكثر إنهاكا من الذكور، وقد إنتهت النتائج إلى كون البعد التنظيمي من أهم العوامل المسببة للضغط والإنهاك النفسي حيث تراوحت نسبته ما بين 20 إلى 82 % إذا ما قوبل بعامل الجنس، السن، الأقدمية ونوعية المهام، فيما كان البعد النفسي العلائقي أقل تأثرا (من 10 إلى 21 %).

9-2- الدراسات التي تناولت الرضا الوظيفي:

- دراسة عويد سلطان المشعان (1993) بعنوان: "دراسة مقارنة في الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص"، هدفت هذه الدراسة إلى

مقارنة مستوى الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص في دولة الكويت. تكونت عينة الدراسة من 395 موظف وموظفة من العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص، إستخدم الباحث مقياس الرضا المهني من إعدادة، وكانت أهم نتائج الدراسة:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الرضا المهني تبعا لمكان العمل (بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص).
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الرضا المهني تبعا للجنس (بين الذكور والإناث).

- دراسة بوخمخ عبد الفتاح وعمارة شريف (2011) بعنوان: "قياس الرضا الوظيفي للممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية"، حيث تم الاستعانة بمقياس "مسح الرضا الوظيفي" لـ"سباكتر (Spector)" والذي يتكون من 36 عبارة مصممة لقياس تسعة أوجه للوظيفة ومحيط العمل، تشمل أغلب العوامل المؤثرة في تحديد مستوى الرضا الوظيفي، تكونت عينة الدراسة من 80 ممرضا وممرضة من جميع مستويات السلم الوظيفي لهذه المهنة، وتم التوصل في هذه الدراسة إلى:

- الممرضين العاملين في مستشفى منتوري بشير بالميلية درجات متدنية من الرضا الوظيفي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى الممرضين يعزى لمتغير الجنس، لمتغير المستوى الدراسي، ولمستوى الدخل الشهري.
- فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى الممرضين تعزى لمتغير السن لصالح فئة (من 46 - 50 سنة).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى الممرضين تعزى لسنوات الخبرة المهنية لصالح الفئة (أكثر من 25 سنة) أي أنّ درجة الرضا مرتفعة عند هذه الأخيرة.

- دراسة دجلة مهدي محمود وعلاء حسين عمران أنصاف (2012) بعنوان: "الرضا الوظيفي لدى الكادر الصحي العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لدائرة صحة واسط بالعراق"، التي هدفت إلى قياس مستوى الرضا الوظيفي للعاملين بالمراكز

الصحية والمستشفيات لدائرة صحة واسط بمدينة كوت العراقية، تكونت عينة الدراسة من 298 عاملاً بالصحة، وإستخدم الباحثان مقياس الرضا الوظيفي من إعدادهما، وتوصلت النتائج إلى:

- وجود الرضا الوظيفي لدى العاملين بالصحة.
- وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمكان العمل (المراكز الصحية، المستشفيات) لصالح المراكز الصحية.
- وجود فروق دالة إحصائية تعزى للخبرة المهنية لصالح الفئة أكثر من 9 سنوات.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لنوع الجنس.

9-3- الدراسات التي تناولت تقدير الذات:

- دراسة بوبكر دبابي (2016) بعنوان: مستوى تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية، التي هدفت إلى معرفة مستوى تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية بورقلة، وقد شملت الدراسة 440 معلماً ومعلمة من مجموع 1096، أي ما نسبته 40 % من المجموع الكلي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق إستمارة تقدير الذات من إعداد الباحث والتي إشملت على أربعة أبعاد وهي البعد الجسمي، الأكاديمي، الاجتماعي والشخصي، توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من تقدير الذات لدى غالبية المعلمين بنسبة 95.49 %.
- دراسة إبراهيم سليمان المصري (2014) تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة، التي هدفت إلى التعرف على تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات كالجنس، العمر والمستوى الدراسي، بلغت عينة الدراسة 80 طالبا وطالبة، وزعت عليهم إستبيان لقياس مستوى تقدير الذات، وإستبيان الصحة النفسية، وإستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومن بين النتائج المتحصل عليها أنّ درجة تقدير الذات لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة كانت عالية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات تقدير الذات تعزى لمتغير الجنس.
- دراسة بوبكر دبابي (2007) التي تناولت موضوع " تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمدينة ورقلة وعلاقته ببعض المتغيرات"، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة

- مكونة من 450 معلم ومعلمة تم إختيارهم بطريقة عشوائية من بين معلمي المدارس الابتدائية في مدينة ورقلة، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
- عدم وجود فروق بين أفراد عينة هذه الدراسة في مستوى تقدير الذات تعزى إلى متغيرات منطقة العمل والجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة المهنية.
 - وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى تقدير الذات ودرجة الرضا المهني لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمدينة ورقلة.
 - عدم وجود فروق في علاقة تقدير الذات بالرضا المهني لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمدينة ورقلة تعزى لمتغيرات الدراسة.
- دراسة هتوف سمارة ومحمد خير السلامة (2012) بعنوان: " درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة لذواتهم وعلاقتها بدافعية الإنجاز لديهم" هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا لذواتهم ومستوى دافعية الإنجاز لديهم، وتحديد الفروق الموجودة بين أفراد عينة هذه الدراسة في كل من درجة تقدير الذات ودافعية الإنجاز تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في: الجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة التدريسية، بالإضافة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين متغيري تقدير الذات ودافعية الإنجاز. وقد طبقت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من 108 معلم ومعلمة، تم إختيارهم بطريقة عشوائية من بين معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة بالأردن، وقد أسفرت هذه الدراسة عن النتائج التالية:
 - وجود درجة مرتفعة من تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا.
 - عدم وجود فروق بين معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في درجة تقدير الذات تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (الجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة التدريسية).
 - وجود مستوى مرتفع من دافعية الإنجاز لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا.
 - عدم وجود فروق بين أفراد عينة هذه الدراسة في مستوى دافعية الإنجاز تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (الجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة التدريسية).
 - وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا لذواتهم ومستوى دافعية الإنجاز لديهم.

9-4- الدراسات التي تناولت علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي:

- دراسة بوفرة ومنصوري (2014) بعنوان علاقة الاحترق النفسي بالرضا الوظيفي لدى أساتذة التعليم الثانوي، التي هدفت إلى معرفة علاقة الاحترق النفسي بالرضا الوظيفي، وكذلك معرفة ما إذا كانت هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي تبعا للجنس، واختلاف سنوات الخبرة لدى عينة من أساتذة التعليم الثانوي بولاية معسكر قوامها 337 أستاذا وأستاذة، طبق عليهم مقياس ماسلاش للاحترق النفسي ومقياس الرضا الوظيفي، وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين الاحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى أساتذة التعليم الثانوي، بينما عدم وجود علاقة إرتباطية بين الاحترق النفسي والرضا الوظيفي تعزى لمتغير سنوات الخبرة ومتغير الجنس.
- دراسة كريبع محمد (2010) بعنوان: الرضا الوظيفي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى المدربين، التي هدفت معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الرضا الوظيفي والإحترق النفسي لدى المدربين" فشملت عينة البحث 35 مدربا في كرة القدم ينشطون بمدينة ورقلة، حيث إعتد الباحث إستبيان الرضا الوظيفي من إعدادة، ومقياس الإحترق النفسي للمدربين لـ "مارتنز"، فخلصت النتائج إلى أنّ هناك علاقة سالبة دالة إحصائيا بين مستوى الرضا الوظيفي ودرجة الاحترق النفسي للمدربين في كرة القدم بولاية ورقلة.
- دراسة علي محمد الوليدي (2003) تحت عنوان: الضغوط النفسية والرضا الوظيفي لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة أبها، التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية والرضا الوظيفي لدى معلمي التربية الخاصة بأبها، وقد بلغت العينة 331 معلماً من معلمي التربية الخاصة، وقد طبق الباحث مقياس مينسوتا للرضا الوظيفي (M.S.Q) وكانت النتائج كالتالي:
 - توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي والرضا الوظيفي لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة أبها .
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين أفراد العينة الكلية ترجع إلى متغيرات (السن، الخبرة، المؤهل الدراسي).

- دراسة محمد رفقي عيسى (1995) بعنوان: التوافق المهني وعلاقته بالاحترق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال، التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين التوافق المهني والاحترق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في دولة الكويت.
 - تكونت عينة الدراسة من 105 معلمات رياض أطفال موزعين على المناطق التعليمية الخمسة بدولة الكويت، وإستخدم الباحث مقياس التوافق النفسي ومقياس الاحترق النفسي لجمع البيانات وهما من إعداد الباحث.
 - كانت أهم نتائج الدراسة:
 - معلمات رياض الأطفال يتمتعن بمستوى جيد من التوافق المهني.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التوافق المهني تعزى لمتغيرات العمر، منطقة العمل التعليمي، سنوات الخبرة، والمؤهل الدراسي.
 - عدم وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين التوافق المهني ودرجة الإحترق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال.
- دراسة ديكر (1998) بعنوان: "عوامل الرضا الوظيفي والضغط النفسي المهني والغير مهني لدى الممرضين"، التي هدفت إلى التعرف على أهم العوامل التي تؤثر في الرضا الوظيفي والضغط النفسي لدى الممرضين، سواء كانت تلك العوامل نابعة من مكان العمل أو من خارجه. تكونت عينة الدراسة من (376) ممرض وممرضة من مختلف الأقسام، وأظهرت نتائج الدراسة أن:
 - العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي تمثلت في (العلاقة مع رؤساء التمريض، الزملاء، الأطباء، الأقسام الأخرى، والصراع الوظيفي).
 - العوامل المؤثرة في الوضع النفسي تمثلت في (التوافق الاجتماعي، التثبيت في القسم، الخبرة المهنية، الوضع الوظيفي، الصراع الوظيفي والغير وظيفي، بالإضافة إلى العلاقة مع رؤساء التمريض والأطباء).
 - وجود علاقة سلبية بين التثبيت في القسم والرضا، بينما كانت العلاقة إيجابية مع الضغط النفسي.
 - عدم وجود علاقة ذات دلالة بين الخبرة المهنية والرضا الوظيفي.

9-5- دراسات تناولت علاقة الإحترق النفسي بتقدير الذات:

- دراسة حمزة الأحسن (2015) بعنوان: الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية وإنعكاساتها على مستوى تقدير الذات لديهم، التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية في ولايتي البليدة وتيبازة، والكشف عن المصادر المسببة لهذه الضغوط، بالإضافة إلى تحديد مستوى تقدير الذات الموجود لدى هذه الفئة من المعلمين والتعرف على طبيعة العلاقة الإرتباطية بين متغيري مصادر الضغوط المهنية ومستوى تقدير الذات، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 115 معلم ومعلمة يدرسون في المرحلة الابتدائية، وتوصل الباحث إلى النتائج التالية:
- وجود ضغوط مهنية مرتفعة لدى 66.08 % من معلمي المرحلة الابتدائية، حيث تظهر لديهم هذه الضغوط بسبب مصادر متعلقة بكل من أعباء المهنة وظروف العمل، والتلاميذ وأولياء أمورهم، والسياسة التعليمية، والأجر والحوافز والعلاقات المهنية والنمو والتطور المهني، والمكانة الاجتماعية.
- وجود مستوى منخفض من تقدير الذات لدى 60 % من معلمي المرحلة الابتدائية.
- وجود علاقة إرتباطية عكسية بين مصادر الضغوط المهنية وتقدير الذات.
- دراسة مهند عبد سليم عبد العلي (2003)، مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته بظاهرة الإحترق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية الحكومية في محافظتي جنين ونابلس، التي هدفت إلى التعرف على مستوى مفهوم الذات، ومستويات الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي (الإجهاد النفعالي، وتبدل الشعور، ونقص الشعور بالإنجاز) وذلك من وجهة نظر معلمي ومعلمات المرحلة الثانوية في المدارس الحكومية في محافظتي جنين ونابلس، كما هدفت إلى التعرف على أثر متغيرات (الجنس، العمر، الخبرة، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مكان السكن، الحالة الاجتماعية) على مفهوم الذات لدى هذه الفئة من المعلمين، فقد تكونت عينة الدراسة من 280 معلمًا ومعلمة، وقد قام الباحث بتعديل مقياسين، مقياس "تنسي" لقياس مفهوم الذات، والثاني مقياس "ماسلاش" لقياس الإحترق النفسي، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- أن مستوى مفهوم الذات جاء بدرجة متوسطة على أبعاد الذات (الجسمية، والشخصية، والأسرية، والأخلاقية، والدرجة الكلية)، بينما جاء بدرجة ضعيفة على بعد الذات الاجتماعية.
- أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة مرتفعة على بعد الإجهاد الانفعالي، وبدرجة متدنية على بعد نقص الشعور بالإنجاز، وبدرجة معتدلة على بعد تبدل الشعور.
- توجد علاقة طردية ذات ارتباط هام دال إحصائياً بين مفهوم الذات والإحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة.
- وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى مفهوم الذات بين الذكور والإناث لصالح الإناث أي أن لديهم مفهوم ذات أعلى مما هو عليه لدى الذكور على هذه الأبعاد والدرجة الكلية.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى مفهوم الذات تعزى إلى متغيرات (العمر، والخبرة، والمؤهل العلمي، ومستوى الدخل، ومكان السكن).
- أما بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية، فلم توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى مفهوم الذات بين المتزوجين وغير المتزوجين على أبعاد الذات (الشخصية، والأسرية، والاجتماعية، والجسمية)، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً على بعد الذات (الأخلاقية والدرجة الكلية) حيث كانت الفروق لصالح غير المتزوجين أي أن مفهوم الذات لدى المعلمين غير المتزوجين أعلى مما هو عليه لدى المعلمين المتزوجين .
- دراسة حمدان زيدان محمد (2003) بعنوان: برامج مقترحة جديدة لإعداد المعلمين في التخصصات الأكاديمية باعتبار تكنولوجيا الوسائط المتعددة المعاصرة، التي حاولت الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الضغوط النفسية بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى معلمي ومعلمات مدارس التربية الخاصة بجمهورية مصر العربية، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 335 معلم ومعلمة، تم إختيارهم بطريقة عشوائية من بين معلمي ومعلمات التربية الخاصة بمصر، وإستخدم هذا الباحث في دراسته كل من مقياس الضغوط النفسية ومقياس تقدير الذات لمعلم التربية الخاصة، وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية ودرجة تقدير الذات لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، أي أنه كلما زاد الضغط النفسي للمعلم نقص تقديره لذاته.

9-6- دراسات تناولت علاقة الرضا الوظيفي بتقدير الذات:

- دراسة جمال علي عثمان (2009) بعنوان: علاقة الرضا الوظيفي بمفهوم الذات لدى الممرضات بشعبية المرقب في ليبيا، التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين الرضا الوظيفي ومفهوم الذات لدى العاملين بقطاع الصحة ولتنفيذ هذه الدراسة قام الباحث بتوظيف المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تشكلت عينة الدراسة من الممرضات العاملات بقطاع الصحة بشعبية المرقب وعددهم 217 ممرضة، تكونت أدوات الدراسة من مقياس مفهوم الذات من إعداد عماد الدين إسماعيل، وإستبيان الرضا الوظيفي من إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن:
 - إنخفاض كل من مستوى الرضا الوظيفي ومستوى مفهوم الذات لدى عينة الدراسة.
 - وجود فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي ككل لصالح الممرضات حملة الدبلوم المتوسط وذوات سنوات الخبرة الأكبر (10 سنوات فأكثر) وفي الفئة العمرية من (38 سنة فأكثر).
 - وجود فروق دالة في مفهوم الذات لصالح الممرضات حملة الدبلوم المتوسط وذوات سنوات الخبرة الأكبر (10 سنوات فأكثر).
 - عدم وجود فروق دالة بين الممرضات في مفهوم الذات تبعاً لمتغير العمر.
 - وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين الرضا الوظيفي ومفهوم الذات لدى الممرضات العاملات بقطاع الصحة بشعبية المرقب.
- دراسة خالد بن زيدان بن سليمان الزيدان (2014)، بعنوان " الرضا الوظيفي وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من معلمي التربية الخاصة بمراحل التعليم بمنطقة حائل" التي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الرضا الوظيفي وفاعلية الذات لدى معلمي التربية الخاصة من عينة الدراسة، حيث إستعمل الباحث المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتكونت عينة الدراسة من 189 معلم من معلمي التربية الخاصة بمدارس التعليم العام الحكومي بمراحله الثلاث (إبتدائي، متوسط، ثانوي) للبنين بمنطقة حائل، وطبق مقياس الرضا الوظيفي (من إعداد الشابي)، مقياس فاعلية الذات (من إعداد العدل)، وأسفرت نتائج الدراسة على:
 - وجود علاقة ارتباطية طردية متوسطة دالة إحصائياً بين درجات الرضا الوظيفي وفاعلية الذات لمعلمي التربية الخاصة بمنطقة حائل .

- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير مكان العمل.
- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير الخبرة المهنية
- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير الراتب الشهري
- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير التخصص.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات فاعلية الذات لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير مكان العمل، والفرق لصالح من كان عملهم إبتدائي.
- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات فاعلية الذات لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغيرات الخبرة والراتب الشهري والتخصص .
- لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات فاعلية الذات بين مرتفعي ومنخفضي الرضا الوظيفي.

- دراسة منيرة بنت سالم مبارك آل حمود (2015) بعنوان: الصلابة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجانوات ، التي هدفت إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الالتزام، التحكم والتحدي) وتقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجانوات لكل من لمتغيرات العمر، الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي، تكونت عينة الدراسة من جميع السجانوات بسجن الملز بالرياض والبالغ عددهن 54 سجانة والمتدربات بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية من السجانوات من مختلف مناطق المملكة، وإستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي في دراستها، كما استخدمت مقياس الصلابة النفسية ومقياس تقدير الذات ومقياس الرضا الوظيفي، وأسفرت النتائج عن إرتفاع مستوى الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة(التحكم،التحدي،الالتزام) بنسبة أعلى من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الرضا الوظيفي والصلابة النفسية بأبعادها الثلاث، وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات والصلابة النفسية بأبعادها الثلاث، عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات والرضا الوظيفي،

عدم وجود فروق دالة إحصائية لكل من تقدير الذات والصلابة النفسية بأبعدها الثلاث والرضا الوظيفي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي، وتبعاً لمتغير الخبرة للصلابة النفسية والرضا الوظيفي، ووجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغير سنوات الخبرة، عدم وجود فروق دالة إحصائية لكل من تقدير الذات والرضا الوظيفي والصلابة النفسية بأبعدها الثلاث تبعاً لمتغير العمر ومنطقة العمل والمستوى التعليمي ووجود فروق دالة إحصائية في بعد التحدي في الصلابة النفسية تبعاً للمستوى التعليمي.

- دراسة ناهد محمد حسن سعد (2003) بعنوان: الضغوط المهنية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى أخصائي النشاط الرياضي بجامعة المنيا، حيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي، فأشتمل مجتمع البحث على أخصائيين في النشاط الرياضي (ذكور وإناث) العاملين بالكليات والإدارات الرياضية بنفس الجامعة في العام الجامعي 2003/2002 م، وقد قامت الباحثة باختبار عينة عمدية قوامها 100 إختصاصي (65 ذكور و 35 إناث)، حيث تم تقنين مقياس للضغوط المهنية لإختصاصي النشاط الرياضي بجامعة المنيا، وفي ضوء أهداف البحث وفروضه توصلت الباحثة إلى الاستخلاصات التالية :
 - كلما زادت الضغوط المهنية لدى الإختصاصيين الرياضيين قل الرضا الوظيفي لديهم والعكس أي أنه كلما كانت الضغوط المهنية قليلة كلما كان هناك رضا عن الوظيفة.
 - كلما زادت الضغوط المهنية لدى الإختصاصيين الرياضيين كلما قل تقدير الذات لديهم والعكس صحيح.
 - كلما إنخفض الرضا عن الوظيفة لدى الإختصاصيين الرياضيين إنخفض تقدير الذات لديهم والعكس صحيح.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الرضا عن أسلوب التقييم، الرضا عن أسلوب الترقية لصالح الأخصائيين.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من أخصائيين وأخصائيات النشاط الرياضي بجامعة المنيا في تقدير الذات في اتجاه الأخصائيين (الذكور).

10- التعليق على الدراسات السابقة :

لقد أورد الباحث في الدراسة الحالية 28 دراسة سابقة (في حدود إطلاعه) والتي على علاقة بمتغيرات دراسته والمتمثلة في الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات، فأشتملت تلك الدراسات السابقة على نقاط مشتركة وأخرى مختلفة، وكانت كالتالي:

- **نقاط الإشتراك:** لقد إشتراكت الدراسات السابقة سواءً تلك التي تناولت العاملون بمهنة التمريض أي الممرضون والممرضات أو غيرهم من المهنيين في قطاعات أخرى في ما يخص معاناتهم النفسية أثناء تأدية مهامهم، كما نجد أن جميع البحوث المتناولة هي بحوث وصفية، وأن عددا منهم إستعمل مقاييس الإحترق النفسي لماسلاش.
 - **نقاط الإختلاف:** تختلف الدراسات السابقة من حيث العينة المتناولة حيث أن 13 دراسة من بين الدراسات السابقة بنسبة 46.42 % تمحورت حول مجتمع الممرضين، 12 دراسة بنسبة 42.85 % حول مجتمع المعلمين، دراسة واحدة بنسبة 3.57 % لكل من مجتمع الأطباء، مجتمع الطلبة ومجتمع السجّانات، كما إختلفت نفس الدراسات في الإستبيانات والمقاييس المستخدمة من حيث المصمّمين.
- والدراسة السابقة الأقرب إلى الدراسة الحالية هي دراسة ناهد محمد حسن سعد (2003) بعنوان: "الضغوط المهنية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى أخصائي النشاط الرياضي بجامعة المنيا"، حيث هناك تقارب كبير من حيث المتغيرات المتناولة، لكنها تختلف عنها من حيث مجتمع البحث والأدوات المستخدمة وكذا من حيث النتائج المتحصل عليها.

الفصل الثاني
الإحتراق النفسي

تمهيد

- 1- تعريف الإحتراق النفسي
 - 2- أبعاد الإحتراق النفسي
 - 3- أسباب الإحتراق النفسي
 - 4- أعراض الإحتراق النفسي
 - 5- مراحل الإحتراق النفسي
 - 6- النظريات المفسرة لظاهرة الإحتراق النفسي
 - 7- مصادر الإحتراق النفسي لدى الممرضين
 - 8- إدارة الإحتراق النفسي
- خلاصة

تمهيد:

إنّ المجال المهني محفوف بمجموعة من المشاكل التي من شأنها أن تكون عائقاً أمام العامل مما لا يتسنى له القيام بدوره على أكمل وجه، الأمر الذي يساهم في شعوره بالعجز عن تقديم المهام المنوطة به بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون منه، وبالتالي فإنّ العلاقة التي تربط العامل بمهنته تأخذ منحى سلبياً له إنعكاسات خطيرة على العملية المهنية برُمَتِها، ويؤدى هذا الإحساس بالعجز مع إستنفاد جهد العامل إلى حالة من الإنهاك الانفعالي وتبلد مشاعره والتي يمكن تعريفها بالإحتراق النفسي، فقد حظي هذا المفهوم باهتمام العديد من الباحثين في عصرنا الحالي، وتناولته العديد من الدراسات الأكاديمية، خاصة بعد أن لوحظ أن عدداً كبيراً من العاملين يتركون مهنتهم، ويتجهون إلى ممارسة أعمال أخرى، هروباً من الضغوط النفسية التي لا تكاد تفارقهم أثناء مزاولتهم لعملهم.

1- تعريف الإحتراق النفسي:

الاحتراق النفسي من المفاهيم الحديثة نسبياً، حيث يعتبر "هيربرت فرويدنبرغر" H. freudenberger (1974) أول من إستخدم هذا المصطلح في أوائل القرن العشرين من خلال دراسته لمظاهر الاستجابة للضغوط التي يتعرض لها المشتغلون بقطاع الخدمات، كالتعليم والطب والتمريض وغيرها من المهن الإجتماعية، (السمادوني، 1990: 733)، للإشارة إلى الإستجابات الجسمية والإنفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية المختلفة، فهم يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة، ولقد أصبح مفهوم الإحتراق النفسي مصطلحاً واسع الانتشار، وسمة من سمات المجتمع المعاصر، فقد بيّنت "ماسلاش" (1982) أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب أصحاب المهن الإنسانية فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوي المطلوب، ويعد المؤتمر الدولي الأول للإحتراق النفسي الذي عقد بمدينة فيلادلفيا بأمريكا في نوفمبر 1981 البداية الحقيقية لتطور مصطلح الإحتراق النفسي حيث شارك فيه الرواد الأوائل لهذا المفهوم أمثال "فريدنبرج"، "ماسلاش"، "بينس" و"شيرنس" (عبدالله جاد ، 2005:260).

لقد صيغ للإحتراق النفسي عدة تعريفات حيث عرّفته "ماسلاش" (1977) بأنه "حالة نفسية تتميز بمجموعة من الصفات السلبية؛ مثل التوتر، وعدم الاستقرار، والميل للعزلة، وأيضاً بالاتجاهات السالبة نحو العمل والزملاء، وفي تعريف آخر لـ "ماسلاش وجاكسون" (1981) "بأن الإحترق النفسي هو إحساس الفرد بالإجهاد الانفعالي، تبلد المشاعر، تدني الشعور بالإنجاز الشخصي، ويقصد بالإجهاد الإنفعالي هو فقدان طاقة الفرد على العمل والأداء،

والإحساس بزيادة متطلبات العمل، أما تبدل المشاعر فهو شعور الفرد بأنه سلبي وإحساسه باختلال الحالة المزاجية، ويظهر الشعور بإنخفاض الإنجاز الشخصي فهو إحساس الفرد بتدني نجاحه واعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدى (دردير، 2007: 30)، وكما ويضيف "جاكسون" (1984) بأنه إرهاق انفعالي وجسماني وسخط على الذات، وعلى الآخرين، وأيضا على العمل، مع فقدان الحماس، والكسل، وتبدل المشاعر، نقص الإنتاجية (السمادوني، 1995: 2)، ويعرفه "كاننقهام" (1983)، على أنه عبارة عن أعراض ناتجة عن الضغوط الجسدية والانفعالية المتواصلة التي يواجهها العامل، ويتفق معه كل من "بيك وقارقلو" (1983) في تعريف الإحترق النفسي على أنه حالة من الإنهاك الانفعالي والعاطفي والجسدي والذهني الناتج عن الضغط الزائد في العمل، كما يشير "مقابلة نصر يوسف" (1996) على أن هناك إتفاق لكل من "ديلي" (1979) و"كرياكو" (1987) في تعريفهم للإحترق النفس بأنه رد فعل للضغوط المتراكمة ذات التأثير السلبي على الفرد، وتتنوع الاستجابة لهذه الضغوط في طبيعتها، من حيث تكرارها، ودرجة تعرض الفرد لها، وفي تعريف لباحثين آخرين منهم "بينس، أروزون" و"كارفي" (1981) على أن الإحترق النفسي هو نتيجة التوترات المستديمة والمتكررة للفرد، المرتبطة بإندماج شديد مع من يقدم لهم الخدمة لمدة زمنية أطول مما ينبغي (راكوباو وميلر، 1989) (عن مزياني، 2010: 155)، كما يعرف "علي عسكر" (2000) الإحترق النفسي " بأنه حالة من الإنهاك أو الإستنزاف البدني والإنفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية، ويتمثل الإحترق النفسي في مجموعة من الظواهر السلبية منها التعب والإرهاق، والشعور بالعجز وفقدان الإهتمام بالعمل وبالآخرين، والسخرية منهم، الكآبة، العلاقات الإجتماعية المتدهورة والسلبية في تقدير الذات (دردير، 2007: 30).

وقد أشار "باردو" (1979) إلى أنّ العامل يكون في بداية مشواره المهني أكثر تقاعلا في عمله وأكثر إخلاصا وحماسا، ومتحكما في رغباته، ومرونا في تعامله مع ضغوط العمل، ولكن بعد سنوات من الوظيفة ونتيجة تراكم الضغوط النفسية لديه، قد يفقد حماسه، وطموحه، ويصبح غير مهتم بالمهنة، بالتالي يكون فرداً محترقا نفسياً، كما أوضح "ساراسون" (1972) أنّ العامل كلما طال عهده بممارسة مهنته كلما أصبح أقل تأثيرا وحيوية وإستجابة لما يحيط به من مؤثرات، فيما يتعلق بالدور الذي يقوم به، وقد أرجع ذلك إلى أن زيادة الخبرة ربما تؤدي إلى الإحساس بالسأم، مما ينجم عنه إنخفاض الدافعية للعمل، فتؤدي إلى زيادة مستوى الضغط لديه (ياركندي، 1993: 28)، وفي نفس الصدد ويقول هوك (1980) أن هناك عدة عوامل تؤدي إلى شعور الفرد بالإحترق النفسي منها العبء الزائد في العمل والحاجة إلى المكافآت،

بالإضافة إلى النظام العمل الغير الملائم، العزلة عن الأصدقاء والحاجة إلى المساندة الإدارية (عادل عبد الله، 1995: 2).

2- أبعاد الاحترق النفسي:

2-1- الإجهاد الانفعالي:

يعتبر "شيوث وآخرون" (2000) الإجهاد الإنفعالي "كسمة مميزة لتناذر الإحترق النفسي"، ويعتبره "شيروم" (1989) "كعرض جوهري في الاحترق النفسي"، كما تعتبره "ماسلاش و"جاكسون" (1984) بأنه شعور الفرد بإستنزاف إنفعالي مفرط نتيجة إحتكاكه بالناس الآخرين، ويقول عنه "بيزي" (1999) بأنه شعور الفرد بتشبع إنفعالي وعاطفي في عمله وإستنزاف موارد قوته نتيجة إلتزامه الشديد في علاقته بالآخرين، وفي نفس السياق إعتبره "تاريس وآخرون" (1999) بأنه شعور الفرد بتوتر إنفعالي زائد وإستنزاف موارده الانفعالية. وقد أشار "كاولي" (1995) أن الفرد في هذه المرحلة يشعر بإستنزاف وإستنزاف موارده الإنفعالية وليس لديه مصدر للتزويد بالطاقة، فيضع مسافة بينه وبين من هم بحاجة إلى خدماته و الطلبات التي تغمره فلا يجد الفرد في هذه المرحلة وسيلة للتخفيف عن هذا الشعور إلا بوضع مسافة بينه و بين من يتعامل معهم (مزياي، 2010: 153).

2-2- تبدل الشعور:

يشير تبدل الشعور حسب "ماسلاش وجاكسون" (1984) إلى إستجابة الأفراد العديمة الشعور والقاسية إتجاه الأشخاص الذين يتلقون منهم الخدمة والرعاية، بالإضافة إلى معاملة الأفراد الآخرين كأشياء كما يعتبر "تاريس وآخرون" (1999) تبدل الشعور بأنه إتجاهات الفرد السلبية الحيادية المنفصلة والمفرطة إتجاه الآخرين وفي نفس المنحى يشير "شيوث وآخرون" (2000) بأن تبدل الشعور هي إتجاهات ومشاعر الفرد السلبية والساخرة والمستقلة والمبنية للمجهول إتجاه الأفراد الآخرين والشعور السلبي والشعور بالقسوة والإهمال وتطور مشاعر السخرية و عدم الاحترام، وبالتالي يطور هؤلاء الأفراد حسب "ستانون، ريش وإيزو، أهولا" (1998) إعتقادات وضيعة وحقيرة عن الأشخاص الآخرين ويتوقعون الأسوأ لهم وسريعا ما يكرهونهم تماما، ففي هذه المرحلة يفقد هؤلاء الأفراد الإهتمام بالغير والتطابق معهم كفرد منهم، ومن المحتمل حسب "جاكسون وآخرون" (1986) أن يقلص تبدل المشاعر إتجاه طالبي الخدمات من شدة الاستثارة الانفعالية، فتعديل مستويات مبادعة مناسبة تكون ضرورية للأداء الفعال، وهذا منشأه حسب "بيزي" أن يرفع قليلا من معنويات المهنيين لأنه يسمح لهم بالتراجع إتجاه مشاكل زبائنهم لكن إذا زاد الأمر عن حده فإنه يؤدي لا محالة إلى نتائج سلبية، فتلك

الإتجاهات والسلوكات (الابتناعدية) حسب "بيزي" يقصد بها العلاقة التباعدية التي تضع بين مقدم الخدمة والزبون مسافة (مزياني، 2010: 153).

2-3- نقص الإنجاز الشخصي:

يعني نقص الإنجاز الشخصي لدى "ماسلاش وجاكسون" (1984) إنخفاض شعور الفرد بكفاءته و إنجازة المثمر في عمله مع الناس ويعني لدى "شيبوت وآخرون" (2000) إنخفاض شعور الفرد بكفاءته وميله إلى التقييم السلبي لذاته خاصة فيما يتعلق بعمله مع الأفراد الآخرين، ويعني عند "تاريس وآخرون" (1999) إنخفاض مشاعر الكفاءة والإنجاز المثمر في العمل، ويرجع نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل كما تذكر "بيزي" إلى التقييم خاصة فيما يتعلق بالعمل إتجاه الزبائن فالأفراد في مهن تقديم المساعدة لديهم صورة سلبية حول ذواتهم كمهنيين، فتظهر الطريقة التي ينجزون بها عملهم على نقيض ما يجب أن تكون عليه في إطار علاقة المساعدة، لديهم إحساس عام بتعكير الصفو وبأنهم ليسوا في مستوى متطلبات وكفاءات المركز الذين يشغلونه ويظنون أنهم أخطئوا في توجيههم المهني، ففي هذا الصدد بين الباحثون في العجز المكتسب أن الحالات التي تتناقص فيها جهود الفرد بصفة متكررة عن تحقيق نتائج إيجابية تطوّر لديه أعراض الضغط والإكتئاب خاصة عندما يعتقد أن عمله لا يضيف له شيئاً، فيفقد بذلك القدرة على الإحتمال ويشعر بالإرهاق شيئاً فشيئاً(جاكسون وآخرون، 1986) (مزياني، 2010: 154).

3- أسباب الإحترق النفسي:

تتاول شيرنس (1983) العوامل التي تتداخل مع بعضها وتسبب الإحترق النفسي وهي كما ذكرها "علي عسكر" (عسكر، 1986: 348):

3-1- العوامل الفردية: حيث يرى الكثير من الباحثين أن المهني الأكثر إلتزاماً بعمله وإنتماءً لعمله والذي يمتاز بالدافعية والطموح هو الأكثر عرضة للإحترق النفسي من غيره، وذلك بسبب ما يواجهه من عقبات تقف حائلاً دون تحقيق طموحاته، وبسبب المجهود الكبير الذي يبذله مع مواجهته لظروف خارجية تقلل من قيمة عطائه.

3-2- العوامل الإجتماعية: حيث ساهم التطور الإجتماعي في تزايد إعتداد الأفراد على

المؤسسات الإجتماعية، وقد أدى هذا الأمر إلى إزياد العبء الوظيفي للعاملين في هذه المؤسسات، وإنعكس ذلك على طبيعة ونوعية الخدمات المقدمة للمجتمع، حيث يجد العاملون الأكثر إلتزاماً لمهنتهم أنفسهم عاجزين عن تقديم خدمات متميزة مما يسبب لهم الشعور بالإحباط، ويحدث لديهم حالة من عدم التوازن تجعلهم عرضة للإحترق النفسي.

3-3- العوامل المتعلقة بالوظيفة: حيث يبدي المهنيون إهتماما خاصا بهذا الجانب وذلك يعود لما للعمل من دور مهم في حياة الأفراد والمجتمعات في نفس الوقت، وتلعب بيئة العمل وظروفه دورا كبيرا في إنخفاض حدة العمل، ويعد عجز الفرد عن التحكم في بيئة العمل من العوامل التي تسبب له الشعور بالقلق والضغط النفسي، كما أشار "ماهر" (1983) من خلال إستعراضه عدة دراسات بحثت في أسباب الإحترق النفسي وهي كالتالي:

- العمل لساعات طويلة دون الحصول على قسط كاف من الراحة.
 - إتساع الدور وغموضه (القيام بواجبات متعددة، والغموض في متطلبات الدور).
 - تدني الشعور بالسيطرة على الإنتاج.
 - الشعور بالعزلة، وضعف العلاقات مع زملاء العمل.
 - ضعف إستعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل.
- كما أشار "مقابلة وسلامة" (مقابلة وسلامة، 1993: 33) إلى أن عدة دراسات أجمعت على دور المؤسسة في إحداث الإحترق النفسي من خلال قلة فرص الترقية، وعدم التطور المهني وروتين العمل اليومي، أما "محمود العقرباوي" (1994) فقد ذكر مجموعة من العوامل تؤدي للإحترق النفسي، منها عوامل نفس - جسدية تتمثل في القلق والتوتر والإرهاق، وعوامل وظيفية مثل عدم المساواة في الرواتب بين العاملين مقارنة بالجهود المبذولة، غموض الدور وإنخفاض الدعم الإجتماعي (علي الضمور، 2008: 10)

4- أعراض الإحترق النفسي:

- أورد "علي عسكر، حسن جامع ومحمد الأنصاري" (1986) مجموعة من الأعراض التي تظهر على الأفراد الذين يتعرضون للإحترق النفسي، ومنها:
- فقدان الإهتمام بالعمل وتكوين إتجاه سلبي نحوه والتعامل معه كأنه عبء إضافي من أعباء العمل.
 - أداء العمل بطريقة روتينية بعيدة عن التجديد وتزيد بالشعور بالملل والإجهاذ ويقاوم التغيير والتطوير.
 - النقص في الدافعية للعمل والإحساس باللوم والذنب وتأنيب الضمير.
 - فقدان الإبتكارية والروح المعنوية.
 - تجنب التحدث مع الزملاء في شؤون العمل.
 - الإحساس بالتعب والإنهاك والإرهاق الجسدي وكثرة التذمر والشكوى.
- وأشارت "هند حرتاوي" (1990) لعدة أعراض للإحترق النفسي، منها:

- الإعياء الجسمي، فنجد الفرد دائم الشكوى من التعب والآلام، وإستنفاد طاقته للقيام بأي مهمة.
 - عدم الرضا عن العمل، لعدم تقدير الآخرين لما يقوم به.
 - كثرة التغيب عن العمل، لأسباب لا تستدعي الغياب لأجلها وذلك بسبب فقدان الدافعية نحو العمل.
 - الخلافات الأسرية، نتيجة تأثير مشاعره السلبية نحو العمل على حياته الخاصة في تعاملاته مع أفراد أسرته.
 - وذكر كل من "ماهر وفرومان" (1983) أهم الأعراض التي الناجمة عن الإحترق النفسي، وهي:
 - تدني الروح المعنوية، الشعور بالتعب والإرهاق، الملل والإجهاد الجسمي.
 - الشعور بالإجهاد الإنفعالي.
 - تدني مستوى الأداء في العمل، قلة الإنتاجية، قلة الإبداع، كثرة التغيب، التهرب من العمل وتجاهل أداء بعض الأعمال الأساسية في المهنة.
 - التقييم السلبي للذات وعدم الشعور بالرضا الوظيفي وما ينجزه فيها.
 - الغضب والعزلة، ويتمثل ذلك في التعامل الجاف مع العملاء والزملاء.
 - أما "سيدولين" (1982) فأكد على وجود الإحترق النفسي بوجود ثلاثة أعراض، وهي:
 - شعور الفرد بالإنهاك الجسمي والنفسي، مما يؤدي إلى شعوره بفقدان الطاقة النفسية، ضعف الحيوية والنشاط وفقدان الشعور بتقدير الذات.
 - الإتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي تقدم لها الخدمة وفقدان الدافعية للعمل.
 - النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والفشل (علي الضمور، 2008: 13).
- 5- مراحل الإحترق النفسي:**
- تشير "مزياني فتيحة" (2010) إن الإحترق النفسي يمر بعدة مراحل كما يصفه "شوفلي وبيترز" (2000) هو عبارة عن سيرورة تتطور تدريجيا عبر الزمن، ويشير "ويلبن وزملاؤه" (1990) إلى أنّ مفهوم المراحل التطورية قد أُيدت من طرف العديد من الباحثين وعليه فإن الإحترق النفسي يمر بمراحل كما أوردتها جملة من الباحثين ومنهم (مزياني، 2010: 156-159):

5-1- مراحل الإحترق النفسي عند "ماسلاش وجاكسون":

يتكون الإحترق النفسي حسب "ماسلاش وجاكسون" (برونوست وتاب، 1997) من ثلاثة أبعاد يمر تطورها بثلاث مراحل تتبع ترتيباً زمنياً معيناً وهي:

- الإجهاد الانفعالي

- تبدل المشاعر

- إنخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.

فعندما تصبح طلبات الفرد غير محتملة، يشعر هذا الأخير بإنهاك إنفعالي الذي يأتي في المرحلة الأولى، ثم تتبدل مشاعره في المرحلة الثانية وهذا من أجل حماية نفسه من هذه الطلبات التي تصبح غير محتملة، ثم ينجم عن ذلك فقدان الإنجاز الشخصي في المرحلة الثالثة والأخيرة.

5-2- مراحل الإحترق النفسي عند "إدلويش وبرودسكي":

لقد ميز "إدلويش وبرودسكي" أربع مراحل الإحترق النفسي كما جاء عن "شوفولي وبيترز" (2000)، "برونوست وتاب" (1997)، "كرونبيز وآخرون" (1985)، وهي كالتالي:

- الحماس

- الخمود

- الإحباط

- اللامبالاة

- **الحماس:** تترجم هذه المرحلة بقيام الفرد بأعمال كثيرة وبمشاريع طموحة وغير محققة تقريباً، فيشعر الفرد بكل إمكانياته فيصبح العمل لديه كالمخدر ومن فرط ما يقوم به من عمل يجد المحيطون به أنه يقدم الكثير إلا أنه مع الوقت يتعب ويصبح أقل فعالية ويدور في الفراغ.

- **الخمود:** في هذه المرحلة يرجع الفرد سبب عدم قدرته على العمل إلى نقص طاقاته، غير أنه بالمقابل يصرف ساعات أكثر في العمل، فنجدته يشتكي من التعب والآلام السيكوسوماتية مع إضطراب الإنتباه والنوم، فيلجأ إلى شرب الأدوية، ويصبح الرضا عن حاجاته الخاصة وإرتفاع مداخله والتقدم المهني من أولوياته.

- **الإحباط:** يشعر الفرد في هذه المرحلة بالذنب وبالعجز، فيتساءل عن فعاليته وعن قيمته في العمل ومدى ملاءمته لعمله، فيخمد ويصبح بالتالي سريع الاستئثار وتبدأ الإضطرابات السيكوسوماتية والإنفعالية في الظهور لديه.

- اللامبالاة: في هذه المرحلة تنخفض معنويات الفرد وينقص أدائه، فيصبح الفرد محبطا تماما فلا يستطيع إتمام عمله، مع ذلك يواصل المقاومة من أجل البقاء، فيحاول أن ينتهي من عمله في أقل وقت ممكن و يتفادى التحديات و يحمي نفسه ممن قد يضعه في خطر.

5-3- مراحل الإحترق النفسي عند "إتييزر":

من جهته يقترح "إتييزر" (1981) عدة مراحل لتطور الإحترق النفسي، إذ يشير إلى إستقرار الإكتئاب نتيجة الإحباط غير المعبر عنه من خلال حلقة مفرغة تتيه بالفرد، وتكون المراحل كالتالي:

- الإحباط
- الغضب
- الإكتئاب
- العدوانية
- النكوص

يرتبط الاكتئاب بالعجز إتجاه الواقع والشعور بعدم المنفعة الاجتماعية وبعدم الكفاءة، تتبع هذه المرحلة بالغضب فيشعر الفرد بالذنب (الغضب والسخط عن الذات) أو بسلوكات عدوانية إتجاه الآخرين والتي تظهر على شكل إنتقادات معلنة ولادغة أو بعدائية غير معبر عنها، ثم تأتي مرحلة النكوص التي تترجم بالعودة إلى ردود أفعال صيبانية كالشكوى المزمنة، الثثرة والحاجة الدائمة لإعتراف الآخرين به، بعدها يستسلم الفرد، فيترك حل المشاكل و يركز إهتمامه على ردود أفعاله الخاصة ويتهرب من الأماكن أو الأشخاص الذين يسببون له ضغطا، فيستقر الإكتئاب لديه والذي يحدد بعدم الرضا الشديد والعام وبأخذ مسافة إتجاه الآخرين و إتجاه المؤسسة (التغييب الغير مبرر، الهروب...) مما يزيد من شعوره أكثر فأكثر بالإحباط.

5-4- مراحل الاحترق النفسي عند شوفولي وبيترز:

يشير كل من "شوفولي وبيترز" (2000) إلى أنّ المرحلة الأولى تتصف بإختلال التوازن بين موارد الفرد والطلبات (الضغط)، بعدها تتطور لدى هذا الأخير مجموعة من الإتجاهات والسلوكات السلبية، كالميل إلى معاملة متلقي الخدمة بطريقة ميكانيكية أو بإهتمام تهكمي في إرضاء حاجة الآخرين، وتعتبر هذه السلوكات والإتجاهات كميكانيزمات مقاومة دفاعية تعمل على تقليص الإنهاك الإنفعالي، ففي هذه المرحلة يضع الفرد مسافة بينه وبين الآخرين من أجل حماية نفسه ضد المحيط الإجتماعي الضاغط، وهي إستراتيجية مقاومة غير فعالة، إذ

أنها تزيد من الضغط بدلا من تخفيفه، وتزيد من خطورة المشاكل البيئشخصية وكنتيجة لذلك تقل فعالية الفرد في تحقيق أهدافه وبالتالي ينقص إنجازة الشخصي.

5-5- مراحل الإحترق النفسي لدى بيورك، شيرر ودييزكا (1984):

بالنسبة لـ "بيورك وشيرر ودييزكا" (1984) فقد حددوا ثمان مراحل للإحترق النفسي عند أفراد إحدى المهن الضاغطة وهم رجال الشرطة حيث تبدأ هاته المراحل بنقطة إنطلاق تتميز بدافعية شديدة ومعنى عال بالإنجاز الشخصي، تتبعها مشاعر العجز والخجل والذنب التي تحاط بالشعور بالفشل مما يؤدي إلى ظهور إتجاهات السخرية والإحتقار إتجاه الأفراد الذين يتلقون منهم المساعدة، تتبعها بدورها حالة اليأس التي تؤدي إلى تبدل الشعور ثم إلى الاحترق النفسي (برونوست وتاب، 1997: 76).

ويشير "إفرلي" (1985) حسب "علي عسكر" (2000) أنه ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الإحترق النفسي في كل هذه المراحل، بل وجود أو ظهور عنصرين أو عرضين في كل مرحلة يمكن أخذها كمؤشر على أن الفرد يمر بمرحلة معنية من مراحل الإحترق النفسي.

6- النظريات المفسرة لظاهرة الإحترق النفسي:

لقد أخذت ظاهرة الإحترق النفسي بعدا عالميا، حيث تم تناوله من العديد من الباحثين والعلماء في مجال علم النفس، فظهرت عدة نظريات، نذكر منها:

6-1- نظرية التحليل النفسي:

يذكر "قوزي ميهوبي" (2012) أن الفرد يعيد ويكرر لاشعوريا ما قد إستدخله لاشعوريا فتصرفات وسلوكيات اللامبالاة، واللاإعتبار، وعدم أخذ انشغالات ومشكلات التي يعاني منها الممرض من طرف مدير المؤسسة، والبروفيسيور رئيس المصلحة، والمراقب الطبي يسقطها الممرض بدوره لاشعوريا على منهم تحت وصايتة وهو المريض، حيث يصبح ينظر إلى كل ما يصدر من من هم مشرفين على هو تصرف ضده ويحول دون أداء مهامه على أحسن ما يرام.

وتشير "قروبو" أن تصرفات الممرض في مرحلة تبدل المشاعر لها دور إيجابي، حيث أن التباعد النفسي للممرض يحميه من عواقب تبدل المشاعر السلبية التي يُعتبر الممرض ضحيتها (قروبو، 2008: 109)، فهذه السلوكات هي ميكائزومات دفاعية حفاظاً على الذات التي تعيش آلام الإحترق النفسي ومضاعفاته، فالممرض يفرغ نفسه لا شعوريا بهذه التصرفات من

الشحنات السالبة (الطاقة السلبية) التي بداخله، والتي نقلته وتسبب له آلاماً (ميهوبي، 2012: 113).

6-2- نظرية زملة التكيف العام «GAS» عند "هانز سيللي":

يعتبر "هانز سيللي" أول من إستخدم مصطلح Stress وذلك في مجال الطب والبيولوجيا الضغط عام 1926، وكان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوماً فسيولوجياً، ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم (دردير، 2007: 41).

قدم "سيللي" نظريته عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976 وأطلق عليها متلازمة التوافق العام General Adaptation Syndrome وفيها يقرر "سيللي" أن التعرض المتكرر للإحترق يترتب عليه تأثيرات سلبية على حياة الفرد، حيث يفرض الإحترق الوظيفي على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية، أو إجتماعية، أو نفسية، أو تجمع بينها جميعاً، ورغم أن الإستجابة لتلك الضغوط قد تبدو ناجحة فإن حشد الفرد لطاقاته لمواجهة تلك الإحترقات قد يدفع ثمنه في شكل أعراض نفسية وفسيولوجية، وقد

وصف "سيللي" هذه الأعراض على أساس ثلاثة أطوار للإستجابة لتلك الإحترقات، والتي تتضح من الشكل التخطيطي التالي الذي يوضح أطوار الإستجابة للإحترقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية "سيللي" (طايبي، 2013: 29).

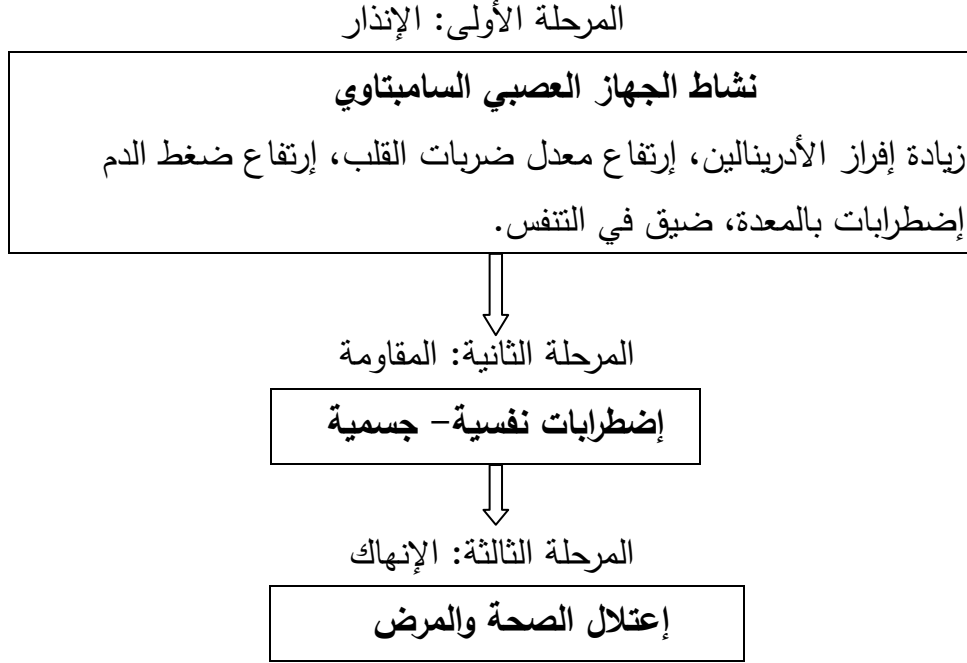
وكما هو موضح في الشكل أدناه فإن الإحترق النفسي عند "سيللي" عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية والتي تمر بثلاث مراحل، وهي:

المرحلة الأولى: رد فعل الإنذار بالخطر وهي إستجابة أولية للخطر، وفيما يميز الجسم مواقف الخطر، ويستعد لمواجهةها، ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة نبضات القلب، وسرعة التنفس، وتوتر النسيج العضلي.

المرحلة الثانية: المقاومة، يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط، وعندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم، نتيجة الضغط المستمر، تظهر علامات الإستنزاف والتعب الشديدين.

المرحلة الثالثة: الإنهاك، فعندما تفشل أساليب المواجهة، وتتدهور المقاومة مع إستمرار الضغوط، يحدث الإنهاك، وقد تظهر بعض الاضطرابات النفس-جسمية، وقد أوضح "سيللي" أن تكوين الاضطراب السيكوسوماتي يمر بمراحل، حيث يبدأ بمثير حسي، يعقبه إدراك وتقدير

معرفي للموقف، مما يؤدي إلى إستثارة إنفعالية، وعندئذ يحدث إتصال الجسم بالعقل وينتج عن ذلك إستثارة جسمية، ثم آثار بدنية تؤدي إلى المرض (طايبي، 2013: 30).



الشكل رقم (01): مراحل الإستجابة للإحترق النفسي ومظاهرها حسب نظرية "هانز سيللي"،
المصدر: (طايبي، 2013: 29)

7- مصادر الإحترق النفسي لدى الممرضين:

تعد مهنة التمريض من أنبل المهن نظرا لما تقدمه من خدمات إنسانية بالدرجة الأولى وهي مهنة كثيرة المتطلبات يكون فيها العطاء أكثر من الأخذ فالمرض إنسان نبيل يتميز بالخصائص الحميدة تتمثل في روح التضحية وحسن المعاملة وحفظ السر والصبر والعطف والحنان، ويقوم الممرض بمهمته ضمن الفريق الطبي وهذا الفريق متكون من عدة أجزاء يكمل بعضها البعض هدفها تقديم العلاج للمرضى والعناية بهم وهنا تبرز مهام قسم التمريض في العناية بالمرضى سواءً على المستوى المادي أو النفسي فمهمة الممرض تتعدى العناية الجسدية إلى الإحساس بمعاناة وآلام المريض وطمأنته محاولا بذلك تقديم الراحة النفسية له، لذلك يتوقع أن يتعرض العاملون في التمريض إلى مصادر ضغوط مختلفة تؤثر على الأداء بشكل عام وبالتالي على عرقلة مسيرة المهنة في تحقيق أهدافها التي وجدت لأجلها، لذا ينبغي التعرف إلى مصادر تلك الضغوط والتعامل معها بحكمة لزيادة فاعلية خدمات تلك المؤسسات، لاسيما أن الدراسات العلمية في هذا الجانب لم تنتظر بإهتمام كبير لضغوط

العمل للعاملين في القطاع الصحي بشكل يتناسب مع دورهم الكبير المؤثر في قطاع المؤسسات الخدماتية وتنفيذ الخطط الوطنية بشكل عام، فمهنة التمريض مهنة مولدة للضغط الناجم عن طبيعتها كونها تنتمي للمهن ذات المساعدة الإجتماعية التي يصنفها الدارسون بأنها من المهن المولدة للإحترق النفسي، كما يؤكد المختصون بتأثر محيط العمل ومناخه على زيادة المعاناة النفسية لدى الممرضين، ففي دراسة أجرتها "ماسلاش" (1978) (غربي، 2012: 54) تكمن مصادر الإحترق النفسي لدى الممرض في:

- توقعات المرافقين ومعاملتهم تفرض عليه تبني سلوك معين يرضي عائلة المريض مما يسبب له إحترق نفسي.

- المخاطرة في العمل داخل الأقسام المعدية الخطيرة.

- مواجهة التغيرات المستعجلة حيث توصل "ديوي" كالعامل المكثف، يليه توتر العلاقة مع جماعة العمل، وخصائص المهمة، والمسائل التنظيمية.

وفي دراسة "تورنيسيد" (1994) حول العلاقة بين محيط العمل والإحترق النفسي لدى الممرضات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- العلاقات الجيدة داخل العمل تخفض من الاحترق النفسي.

- حب العمل هو مصدر لزيادة درجة الإحترق النفسي.

- وأن هناك عوامل أخرى كالإعتقادات الدينية التي تساهم في تخفيف الإحترق النفسي.

- تتمثل أيضا مصادر الاحترق النفسي لدى الممرضين في خصائص المهمة كالإهتمام بإفرازات المريض.

- المواجهة اليومية للحالات الخطيرة.

- إحتضار المريض.

- ظروف العمل، كالعمل الليلي وعدم توفير شروط الأمن والوقاية.

- تحمل فوق الإستطاعة للمرضى والمرفقين لهم.

- صعوبة التوفيق بين العمل والبيت أي يأخذ المريض من الممرض كل العناية بينما يفتقدها أفراد أسرته.

كما توصل "ميهوي فوزي" (2007) إلى أن للمناخ التنظيمي داخل المؤسسة الإستشفائية علاقة بأبعاد الإحترق النفسي، وقد ركز في دراسته على العوامل التنظيمية التالية: الهيكل

التنظيمي، المسؤولية، نظام المكافآت، الدعم، الصراع، التماسك، وظروف العمل (ميهوبي، 2012: 116).

8- إدارة الإحترق النفسي:

يشير "محمد طوالبه" (1999) إلى أن الإحترق النفسي يعبر عن إستنزاف للطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد، مما يؤدي به إلى إضطراب الإلتزان النفسي، والذي يظهر نتيجة للضغوط النفسية الشديدة التي تسببها أعباء العمل ومتطلباته مما تنعكس آثاره سلبا بشكل مباشر على العمال والمؤسسة التي يعمل بها الفرد، ولا يمكن التخلص من هذه الحالة إلا من خلال التعامل المباشر مع العوامل البيئية التي سببها، وليس من خلال التركيز على دور الفرد في مساهمة تلك المواقف فقط، وعليه وجدت عدة نماذج إستخدمت في خفض ضغوط العمل وإدارة الإحترق النفسي والحد من تفاقم الأعراض على الفرد وتذكر "نعيمة طايبي" (2013) بعض النماذج المستخدمة في إدارة الإحترق النفسي والتعامل معه بتضافر جهود كل من الفرد العامل والمؤسسة التي يعمل بها وهي كما يلي (طايبي، 2013: 71) :

8-1- نموذج "قوردن" (1993) Gordon:

وضع "قوردن" برنامجا للتعامل مع الضغوط والحد من الإحترق النفسي على مستوى المنظمة مستخدما في ذلك الإستراتيجيات التالية:

8-1-1- إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل : من خلال هذه الإستراتيجية يمكن

إدارة الإحترق النفسي على مستوى الفرد عن طريق:

- **التكيف الإدراكي** : حيث يستطيع الفرد تعلم التكيف مع الضغوط من خلال إدراكه للضغوط التي تسبب له مواقف ضاغطة في العمل.

- **إدارة الوقت** : ينبغي على الأفراد العاملين التدريب على إدارة الوقت بطريقة فعالة تعتمد على التخطيط والتنظيم الجيد ووضع أولويات للمهام وتحديد الوقت الكافي لأداء كل مهمة.

- **الدعم والمساندة من أقران العمل**: لاشك بأن حصول الأفراد العاملين على المساعدة من أقرانهم في العمل أو من الرؤساء يعتبر مصدرا قويا وحافزا على مواجهة المواقف الضاغطة في بيئة العمل.

- **تغيير الوظائف**: من خلال إتاحة الحرية للأفراد العاملين بالانتقال إلى مهام تتناسب

مع التوقعات الخاصة بهم و مع قدراتهم وإمكانياتهم.

كما يمكن إدارة الإحترق النفسي على مستوى المنظمة من خلال إستراتيجية المواجهة المتمركزة على حل المشكل وذلك عن طريق ما يلي:

- إعادة تصميم الوظيفة: بهدف التخلص من غموض الدور وعبء العمل وصراع الدور والظروف البيئية للعمل.
 - الإنتقاء: يتم الإنتقاء عن طريق تقويم إمكانيات و قدرات الفرد حتى يتم إختيار المهام التي تتناسب معها بحيث لا تمثل عبئاً عليه في المستقبل .
 - التدريب: و يعتبر ذا أهمية خاصة للقضاء على المصادر الرئيسية المسببة للضغوط وينبغي أن يشمل هذا توضيح الدور وتحديد واجبات الوظيفة وتفعيل العلاقات البين-شخصية بين العاملين في المنظمة التي يعملون بها.
 - بناء فرق عمل: يتم بناء فرق عمل داخل المنظمة بحيث يسود بيئة العمل روح الفريق في ظل مناخ يشجع على التفاعل والتعاون الإيجابي.
- 8-1-2- إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال :

يمكن إدارة الإحتراق النفسي للفرد من خلال إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال وذلك عن طريق ما يلي:

- الإسترخاء: حيث يساعد الإسترخاء على خفض توتر العضلات ومعدل ضربات القلب والتنفس وضغط الدم.
- التأمل العقلي: و ينتج عن ذلك التأمل إستهلاك الأوكسيجين بشكل كامل مما يؤدي إلى إنخفاض معدل ضربات القلب وضغط الدم.
- التمارين الرياضية: القيام بالأنشطة الرياضية تفيد في التخلص من توتر العضلات وتخفف الإستثارة الفيزيولوجية بالإضافة إلى أنها تصرف فكر الفرد على التفكير في الأحداث الضاغطة .

تستطيع المنظمة هي الأخرى المساهمة في إدارة الإحتراق النفسي من خلال خفض الحالات الإنفعالية السلبية للأفراد العاملين بها، وذلك من خلال :

- التواصل المفتوح: حيث يزداد مستوى شدة الضغوط في التعامل في ظل إنغلاق الأفراد على أنفسهم و عدم تعاونهم مع أقرانهم في العمل في حين أن قنوات التواصل المفتوحة بين الأفراد في المنظمة تؤدي إلى تحسين أدائهم .
- برامج مساعدة الموظف: تسعى بعض المنظمات إلى وضع برامج مساعدة الموظف تعتمد على تقديم الخدمات الإرشادية والتوجيهية التي تعمل على تدعيمهم وجدانها وتحفزهم على الأداء وتقديم المساعدة والخدمات لهم من أجل القضاء على المشكلات الأخرى الغير مرتبطة بالعمل كالمشكلات السرية والصحية.

- برامج الرعاية الصحية: حيث تتيح المنظمات للأفراد العاملين بها الحصول على أي إجازات للترفيه والإسترخاء بهدف التخلص من التوترات والقلق الناجم عن ضغوط العمل (طايبي، 2013: 73).

8-2- نموذج "ستيرز وبلاك" (1994) Steers and Black:

يستند البرنامج الذي وضعه "ستيرز وبلاك" (1994) على إستراتيجيات خاصة بالفرد والمنظمة أيضا، وتتمثل فيما يلي:

8-2-1- إستراتيجيات خفض الضغوط على مستوى الفرد : حيث تركز على:

- تنمية الوعي الذاتي: يمكن للأفراد أن يزيدوا من الوعي بكيفية معرفتهم للعمل، والإطلاع على حقوقهم وواجباتهم والتنبؤ بالمشكلات الناجمة عن ضغوط العمل والوعي بمشاعرهم وإنفعالاتهم وكيفية التحكم والسيطرة عليها.

- تنمية الإهتمامات الخارجية: يشارك الأفراد في الأنشطة البديلة والتي تصرفهم عن الشعور بضغوط العمل في البيئة المنظمة وبالتالي محاولة الاندماج فيها.

- ترك المنظمة: عندما يستعصي على الفرد تحسين موقفه وسلوكه في محيط العمل لا بد من إتاحة الفرصة له لترك المنظمة أو المؤسسة وإيجاد بديل عن عمله في مكان آخر.

- التقييم المعرفي: تتكاثف الضغوط في العمل من عملية التقييم المعرفي السلبي وتفسير وإدراك الأحداث التي تتمحور في محيط العمل، وبالتالي لا بد من إعادة التقييم بطريقة إيجابية.

8-3- إستراتيجيات خفض الضغوط على مستوى المنظمة :

توجد أساليب عدة تتصدى بها المنظمة للضغوط محاولة التكيف معها، وهي كالآتي:

- الإنتقاء: بحيث ينتقي المشرف الأفراد تبعا لقدراتهم وإمكاناتهم بحيث تتناسب مع الوظائف والمهام المخولة إليهم .

- التدريب: يمكن تقليل ضغوط العمل من خلال إجراءات التدريب على المهارات المتعلقة بالوظيفة حيث يتعلم الأفراد كيف يؤديون عملهم بشكل جيد وأكثر فعالية وأقل ضغطا .

- إعادة تصميم الوظيفة: يقوم المشرف بتغيير وتعديل جوانب من الوظيفة أو الطريقة التي يؤدي بها الأفراد تلك الوظيفة بحيث تصبح توقعات كل دور تتطلبه الوظيفة واضحا و يصبح الفرد قادرا على إدراكها .

- البرامج الإرشادية: وتتم بدعم من المشرف والمديرين للأفراد العاملين نفسياً وإجتماعياً بحيث يتم تقديم النصائح والتوجيهات والخدمات العلاجية والإرشادية المناسبة لهم.
- المشاركة: حيث تتاح للأفراد العاملين فرصة المشاركة بشكل فعال في عملية صنع القرارات داخل بيئة العمل مما يساهم في الاندماج في العمل.
- تماسك الجماعة: كلما زاد الارتباط بين أفراد الجماعة وبين جماعات العمل إزداد مستوى عملية التواصل الفعال والإيجابي بين الأفراد، وبالتالي ينخفض غموض وصراع الدور في المنظمة.
- برامج النقاهة والمرح: ويتمثل في قيام بعض المنظمات بعمل برامج للنقاهة الصحية والترفيه والمرح بحيث يساعد ذلك الأفراد العاملين على تعلم واكتساب القدرة على تعديل أنماط سلوكهم (طايبي، 2013: 74).

خلاصة:

تشهد المهن ذات الطابع الإنساني والإجتماعي ضغوط نفسية مختلفة تحول دون قيام المهني بدوره المطلوب منه، فتراكم تلك الضغوط بشكل مستمر يرهق العامل ويفرز لديه مشكلاً نفسياً وصفه العلماء والباحثون المتخصصون في علم النفس بالإحترق النفسي، ونظراً لما تقتضيه مهنة التمريض من متطلبات في التعامل مع فئات متنوعة من الأشخاص عاديين كانوا أو مرضى حيث يعتبر كل مريض حالة خاصة يتطلب من الممرض نمطاً خاصاً من الخدمة والتكفل والمساندة، فقد يتولد لديه الشعور بالإحباط ونقص الشعور بالإنجاز أو النجاح، الأمر الذي من شأنه أن يضعف مردوده إيجابياً الخدمة، مما يؤثر سلباً على المؤسسة الإستشفائية برمتها، ولهذا كان من الأجدر الإهتمام بهاته الفئة التي تحترق في صمت، فنكون بذلك قد تكفلنا بالمرضى والمريض وجل المنظومة الصحية.

الفصل الثالث
الرضا الوظيفي

تمهيد

- 1 نظرة تاريخية حول الرضا الوظيفي
 - 2 -مفهوم الرضا الوظيفي
 - 3 -نظريات الرضا الوظيفي
 - 4 -قياس الرضا الوظيفي
 - 5 -علاقة الرضا الوظيفي بكل من الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى المهني في المؤسسة
 - 6 -الرضا الوظيفي لدى الممرضين
 - 7 -أهمية الرضا الوظيفي
- خلاصة

تمهيد:

يطلق عموماً على الفرد ذو الشعور الإيجابي نحو وظيفته بأنه راضٍ عن عمله وعن المؤسسة التي يعمل فيها، حيث يكون ثمة توافق بينه وبين البيئة الداخلية لموقع عمله فيتحقق بذلك إستقراره وقناعاته في نفسه بأن توقعاته ورغباته مشبعة، فالرضا الوظيفي حالة نفسية تتكامل فيها شخصية الموظف مع موجبات عمله، والذي يأتي من إدراك الشخص لعمله، وعلى النقيض من ذلك، نجد أنّ الفرد الغير راضٍ عن وظيفته يعيش جملة من المشاكل داخل المؤسسة التي يشتغل فيها والتي تترجم لنا حالة عدم الرضا، كالحوادث والإصابات التي يتعرض لها، ناهيك عن اللامبالاة والتخريب وكثرة الشكاوي والتذمر الدائم مما يؤدي إلى الغياب الغير المبرر والتمارض نتيجة التوتر والقلق، بالإضافة إلى الإضرابات المتكررة للعمال التي تعد تعبيراً صارخاً عن عدم الرضا الوظيفية التي يعيشونها، وباعتبار أنّ الموظف هو نواة الإنتاج في أي عمل كان، كان من الضروري الالتفاف حوله من أجل ديمومة المؤسسة والرفي بها، وبالتالي يتحقق الإنسجام بين الإثنين.

1- نظرة تاريخية حول الرضا الوظيفي:

تعود بدايات الإهتمام بموضوع الرضا الوظيفي وتأثيره على سلوك الأفراد إلى بدايات القرن العشرين، وكانت أولى المحاولات هي محاولة تايلور صاحب نظرية الإدارة العلمية، إن أصحاب هذه النظرية هم أول من فكروا عملياً في تفسير سلوك العامل في المنظمة وفي كيفية تحفيزه من أجل المزيد من العطاء، ولكن منطلقهم لم يكن البحث في تحسين أحوال الفرد الإجتماعية وزيادة راتبه ومنحه حريته الفردية وديمقراطية الإدارة في المنظمة، وإنما كان منطلقهم مناقشة مشكلات الإنتاجية وكيفية رفع إنتاجية الفرد العامل، ولقد أدت نظرتهم نحو زيادة الإنتاج إلى اعتبار العامل أداة من أدوات الإنتاج، وعليه فلكي يتمكن الفرد من إعطاء أقصى طاقته الإنتاجية فلا بد أن تهتم الإدارة بتدريبه على العمل وأن تراقبه بواسطة المشرفين مع تحفيزه مادياً ومعاقبته إذا قصر في إنتاج الكمية المطلوبة منه (العميان، 2005: 38).

وقد قام "فردريك تايلور" (1856-1917) بوضع نظرية الإدارة العلمية في بداية القرن العشرين كطريقة لجعل إدارة أنشطة العمل أكثر كفاءة، والإفتراض الرئيس للدوافع حسب هذه الطريقة هو أن الأفراد العاملين مستعدون للعمل بجد من أجل الحصول على المكافآت المالية فالعاملين يعطون الحوافز المادية أهمية كبرى، ولكن لم تستطع هذه الإدارة تحقيق الرضا المطلوب للعمال وكان يؤخذ عليها إهمالها للجوانب الإنسانية في حياة العمال إلا أنها لفتت

الانتباه للعنصر البشري في العمل وإلى قدراتهم وتأهيلهم وتحفيزهم للعمل (العديلي، 1981: 32).

وخلال هذه الفترة ظهرت حركة العلاقات الإنسانية التي إهتمت بالجانب الإنساني ومن رواد هذه الحركة "ألتون مايو" وزملاؤه وقد تضمنت هذه الحركة عدة أفكار أهمها: إن المكافآت والحوافز غير المادية تلعب دور رئيسي في تحفيز الأفراد وشعورهم بالرضا، وأن حجم العمل الذي يؤديه الفرد ومستوى كفايته الإنتاجية لا يتحدد بطاقته الفسيولوجية فحسب، وإنما تحدده إرادة الجماعة وخلفيته الإجتماعية، وقد شخصت هذه المدرسة ما لمعنويات العاملين وعلاقات العمل من أثر على إنتاجيتهم وهذه النظرية هي التي تنادي بضرورة تفهم طبائع وتصرف العاملين وميولهم ورغباتهم لخلق تعاون مشترك بينهم وبين الإدارة لتحقيق أهداف مشتركة (زويلف، 1998: 228)، وفي عام 1935 قام "هوبوك" بدراسة الرضا الوظيفي لدى عمال مصنع صغير، بقرية بولاية بنسلفانيا بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث قام بقياس رضا العاملين عن العمل، وفحص العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي مثل أوضاع العمل، الإشراف والإنجاز مستخدماً أسلوب الاستقصاء، حيث أن هذه الدراسة تعد الأولى للرضا الوظيفي، ونقطة الانطلاق لجميع الدراسات المتعلقة بهذا المفهوم (الحيدر وبن طالب، 2005: 22).

2- مفهوم الرضا الوظيفي (Job Satisfaction) :

إن مفهوم الرضا الوظيفي متعدد الجوانب والأبعاد، ويتأثر بعوامل يعود بعضها إلى العمل ذاته بينما يتعلق بعضها الآخر بجماعة العمل وبيئة العمل المحيطة، ومن الخطأ الاعتقاد أنه إذا زاد رضا الفرد عن جانب معين في عمله فإن ذلك يعني أنه راض بالضرورة عن بقية جوانب الوظيفة وأبعادها، حيث قد نجد أحدهم راضياً عن العلاقة مع الزملاء وليس راضياً عن الراتب أو ظروف العمل أو غيرها، والرضا الوظيفي مسألة نسبية وليست مطلقة، إذ ليس هناك حد أعلى أو حد أدنى له، والشعور بالرضا هو حصيلة التفاعل بين ما يريد الفرد وبين ما يحصل عليه فعلاً في موقف معين (الحيدر وبن طالب، 2005: 25).

ويعتبر الرضا الوظيفي مفهوماً أكثر دقة واستخداماً، وهو يعني بكل وضوح أن الرضا نابع من العمل نفسه، وليس من أي مصدر آخر، ويعني أيضاً أن التغييرات يمكن أن تحدث من خلال الوظيفة وأن درجة التحسن التي تطرأ يمكن أن يتم قياسها.

وقد بين "فردريك هيرزبيرج" أن مصطلح الرضا الوظيفي لا يعني أنه يقابل مصطلح على النقيض له على الطرف الآخر وهو مصطلح عدم الرضا الوظيفي وهذه هي النظرة التقليدية،

بينما يرى "هيرزبيرج" أنهما مفهومان مختلفان ويتأثران بعوامل مختلفة، وأن كل من الرضا الوظيفي (الرضا العام عن العمل) وعدم الرضا الوظيفي (الإستياء العام) هما جانبان يمكن أن يتم قياسهما بشكل مستقل، وبعبارة أخرى يمكن لموظف أن يكون راضياً وغير راضٍ في العمل في نفس الوقت حيث أن العوامل التي تسبب الشعور بالرضا التام عن العمل لا تسبب الإستياء الشديد منه والعكس صحيح، لأن العوامل التي تسبب الشعور بالرضا العام عن العمل هي (العوامل الدافعة)، أما العوامل التي تسبب الشعور بالإستياء الشديد من العمل فهي (العوامل الصحية)، وعندما تزداد درجة إشباع العوامل الصحية يقل الشعور بالإستياء إلى النقطة التي يصل فيها هذا الشعور إلى درجة الحياد أو الصفر، وعندما تزداد درجة إشباع العوامل الدافعة يزداد الشعور بالرضا ليصل إلى حالة الرضا التام (الحيدر وبن طالب، 2005: 63).

وقد أشار كل من "لاندي" و"ترامبو" عام 1980 أن عبارة الرضا الوظيفي تستخدم للدلالة على مشاعر العاملين إتجاه العمل، ويرى "لوك" أن مسألة الرضا أو عدم الرضا الوظيفي هي محصلة ما يراه المرء من علاقة بين الشيء الذي يريد تحقيقه من واقع وظيفته التي يشغلها وبين الشيء الذي يعتقد حصوله عليه من هذه الوظيفة فعلاً، ويشير "هوبوك" إلى أن مسألة الرضا الوظيفي عبارة عن مجموعة من الإهتمامات بالظروف النفسية والمادية والبيئية التي تحمل المرء على القول بصدق: "إنني راضٍ في وظيفتي"، وقد ذكر "عاشور" (1986) أن درجة الرضا عن العمل بالمعنى السابق تمثل سلوكاً ضمناً أو مستتراً يكمن في وجدان الفرد وقد تظل هذه المشاعر كامنة في نفس الفرد وقد تظهر في سلوكه الخارجي الظاهر، ويتفاوت الأفراد في الدرجة التي تنعكس فيها إتجاهاتهم النفسية الكامنة على سلوكهم الخارجي.

ويرى "عبد الخالق" أن الرضا الوظيفي هو تعبير العاملين إتجاه أعمالهم، وهذه المشاعر تعتمد على بعدين أساسيين هما: ما يعتقد العاملون بأن العمل يتجه بهم إلى ما هو كائن، وما يتطلع العاملون إلى تحقيقه من وظائفهم (النمر، 1993: 75)، كما يذكر "أبو هنطش" (1989) أن رضا العاملين هو عبارة عن مشاعرهم إتجاه أعمالهم وأنه ينتج عن إدراكهم لما تقدمه الوظيفة لهم، ولما ينبغي أن يحصلوا عليه من وظائفهم، وعليه كلما قلت الفجوة بين الإدراكيين كلما زاد رضا العاملين (شاويش، 2004: 110)، ويعرف "الأغبري" (2002) الرضا الوظيفي بأنه يعكس مستوى الإتران في المشاعر الإيجابية والسلبية نحو العمل بمختلف أبعاده كالراتب، ظروف العمل، العلاقة مع الرؤساء والزملاء، فرص الترقى الوظيفي والنمو المهني (الأغبري، 2002: 172)، وتعرفه "إيناس فؤاد نواوي فلمبان" (2008) بأنه مشاعر وإتجاهات الفرد نحو

وظيفته حيث يؤدي الرضا إلى شعور الفرد بالسعادة، ويؤدي عدم الرضا إلى نقص الرغبة في العمل، ويعتبر رضا العاملين في المنشأة محصلة للإتجاهات الخاصة نحو مختلف العناصر، والتي يمكن إجمالها فيما يأتي (فؤاد نواوي فلمبان، 2008: 44):

- سياسة الإدارة في تنظيم العمل وتوفير ظروفه الملائمة.

- نوعية الإشراف والعلاقات مع الرؤساء المباشرين.

- العلاقة مع العاملين.

- الراتب أو الأجر.

- فرص الترقية والتقدم في العمل.

- مزايا العمل في المنشأة.

- الأمن والسلامة والاستقرار في العمل.

- مسؤوليات العمل وإنجازه.

- المكانة الوظيفية والإعتراف به وتقديره.

- ساعات العمل وجماعة العمل.

- ظروف العمل المادية.

ولا شك أن دراسة المدير للرضا الوظيفي عند موظفيه، هي عملية تقويم شاملة تغطي جميع جوانب العمل وتتعرف الإدارة من خلالها على نفسها، فتتكشف لها الإيجابيات والسلبيات والتي يمكن في ضوءها أن يتم التطوير ورسم السياسات المستقبلية للإدارة، وقد توصل المهتمون والباحثون في هذا الشأن إلى أن السلوك الإنساني داخل المؤسسات يمثل إهتماماً مشتركاً بين علوم الإدارة من ناحية والعلوم الإنسانية من ناحية أخرى، وأصبح الحوار المتصل بين الطرفين بأن التركيز لجانب واحد لا يكفي لفهم السلوك الإنساني ومعرفة مدى الرضا الوظيفي، وإذا كانت الدول المتقدمة قد إهتمت وما تزال تهتم بالبحث عن الرضا الوظيفي فيجب على الدول النامية أن تكون أكثر إهتماماً نظراً لتأثيره المباشر على تقدم المجتمع وتطور، فالرضا الوظيفي ما هو إلا تجميع للظروف النفسية والفسولوجية والبيئية التي تحيط علاقة الموظف بزملائه ورؤسائه وتتوافق مع شخصيته والتي تجعله يقول بصدق أنا سعيد بعملتي (البدوي، 2006: 48).

3- نظريات الرضا الوظيفي:

هناك العديد من النظريات التي تفسر ظاهرة الرضا أو عدم الرضا الوظيفي، وتعد النظريات التي تناولت موضوع الدافعية والحوافز نظريات مفسرة للرضا الوظيفي حيث يوضح "العديلي"

(1985) أن كلاً من الرضا الوظيفي والدوافع والحوافز تعتبر عملية واحدة متداخلة الأبعاد لإرتباطها جميعاً بمشاعر الموظف وميوله وتوقعاته، ومن أهم هذه النظريات:

3-1- نظرية ذات العاملين لـ "هيرزبيرغ" (1959) Herzberg Two Factor Theory:

تسمى هذه النظرية بنظرية العاملين وتعد محاولة للتعرف على المؤثرات المحفزة للعمل وتستند هذه النظرية إلى عدة إفتراضات أهمها: تبني الأفراد لسلوكيات معينة تدفعهم إلى إشباع أعلى مستويات الحاجات، وبالمقارنة مع نظرية "ماسلو" للحاجات فإن المستويات الثلاثة الأولى أي الحاجات الأساسية وحاجة الأمن والحاجات الاجتماعية يقابل العوامل الصحية أو الوقائية لدى "هيرزبيرغ" Hygiene Factors، أما حاجات تقدير الذات وتحقيق الذات أي المستويين الرابع والخامس من هرم "ماسلو" فيقابل العوامل الدافعة لدى "هيرزبيرغ" Motivator Factors وتعد هذه النظرية من أهم النظريات التي عالجت موضوع الدافعية وأثره في الرضا وتعد هذه النظرية من أهم النظريات التي عالجت موضوع الدافعية وأثره في الرضا الوظيفي، فقد أسهمت بشكل فعال في توضيح العلاقة بين الرضا عن العمل والإنتاجية، حيث أجرى "هيرزبيرغ" ورفاقه دراستهم على (200) من المهندسين والمحاسبين في الولايات المتحدة الأمريكية، للتعرف على دوافع العاملين ودرجة رضاهم الوظيفي تجاه الأعمال التي يقومون بها. إن تحقيق الرضا الوظيفي وعدم تحقيقه للعاملين يرتبط بالمحفزات أو العوامل الدافعة وهي تلك الحاجات التي تدفع الفرد لتقديم المزيد من العطاء والنشاط ولذا فإن وجودها في المنظمة له أثر إيجابي كإعتراف الإدارة بالعمل الجيد ومثل: الإنجاز والتقدير من الزملاء والرؤساء والمسئولية وفرص النمو والترقي الوظيفي، وهذه العوامل تزيد من دافعية الفرد إتجاه عمله، وفي حالة غياب بعض هذه العوامل السابقة يشعر الفرد بدرجة أقل من الرضا ولكنها لا تؤدي إلى شعوره بعدم الرضا أي تمنع حالات عدم الرضا (العميان، 2005: 286)، أما العوامل الخارجية الأخرى فقد أطلقوا عليها العوامل الوقائية حيث ترتبط ببيئة العمل وظروفه والحالة الاجتماعية والعلاقة مع الزملاء والرؤساء والراتب والضمانات في العمل، والأمن الوظيفي وأسلوب الإشراف والمركز الوظيفي وعدم توفر هذه العوامل يسبب عدم الرضا الوظيفي للفرد، ولكن إذا تم توفرها بشكل معقول فإنها تضمن عدم الإستهياء في العمل وتمنع تدمير العاملين (زويلف، 1998: 228).

ولقد وجهت عدة إنتقادات إلى نظرية "هيرزبيرغ" أهمها الإنتقاد العائد إلى طبيعة العينة التي تم إستخدامها في أبحاثه بحيث إقتصرت على طبقة المديرين ولم تكن شاملة لكل المستويات الإدارية.

3-2- نظرية "مكلياند" في الحاجات Mc Clelland's Needs Theory أو نظرية الإنجاز Achievement Theory:

وضع هذه النظرية" ديفيد مكلياند" (1967) ويعود أساسها إلى علم النفس السريري وإلى نظرية الشخصية، وقد جرى تطبيقها في مجال الإدارة والتنمية الاقتصادية، وقد أجرى "مكلياند" وجماعته دراسات على عدة ثقافات شملت الولايات المتحدة، إيطاليا، بولندا والهند وقد تم إستخدام أساليب تنبؤ لتحديد سمات الأفراد الذين لديهم الحاجات الثلاث: الإنجاز، القوة والانتماء.

أ - الحاجة إلى الإنجاز Need for Achievement :

وهي الدافع للتفوق وتحقيق الإنجاز وفق مجموعة من المعايير، وترى هذه النظرية أن الأفراد الذين لديهم حاجة شديدة للإنجاز يكون لديهم دافع التفوق والكفاح من أجل النجاح وذلك لمجرد تحقيق النجاح دون اعتبار إلى المردود المادي ما لم ينظر إليه على أنه مؤشر للنجاح، وهذه الفئة من الأفراد مهتمة نفسياً بإنجاز الأعمال بصورة أفضل وتطوير العمل والرغبة في التحدي والقيام بمهام صعبة من أجل تحقيق الأهداف المطلوبة، أما الأفراد ذو الحاجة الشديدة للإنجاز فإنهم يرون في الإلتحاق بالمنظمة فرصة لحل مشاكل التحدي والتفوق ويتجهون نحو الأعمال الحرة بدلاً من ممارسة المهن، فلقد وجد أن رجال الأعمال يملكون خاصية الحاجة إلى الإنجاز بشكل قوي جداً كما يحتاجون القوة مع إنخفاض في مستوى الحاجة إلى الانتماء.

ب الحاجة إلى القوة Need For Power :

القوة والسيطرة والإشراف على الآخرين حاجة اجتماعية تجعل الفرد يسلك الطريق الذي يوفر له الفرصة لكسب القوة والتأثير على سلوك الآخرين والأفراد الذين لديهم حاجة شديدة إلى القوة يرون في المنظمة فرصة للوصول إلى المركز وإمتلاك السلطة وممارسة الرقابة والتأثير على الآخرين ويشير كل من "فرانتش ورافن" إلى وجود خمسة مصادر للقوة وهي (العميان، 2005: 291):

- قوة منح المكافأة وهي القدرة على مكافأة الآخرين.
- القوة القسرية وهي القدرة على معاقبة الآخرين بسبب عدم امتثالهم للأوامر أو الفشل في إنجاز ما هو مطلوب منهم.

- القوة الشرعية وهي السلطة القانونية في تحديد السلوك الواجب إتباعه من قبل الآخرين.
- قوة الإعجاب وهذه مبنية على توفر سمات شخصية لدى الشخص الذي يمتلك القوة.
- قوة الخبرة الفنية وهذه مبنية على امتلاك معرفة خاصة في مجال أو موضوع معين.

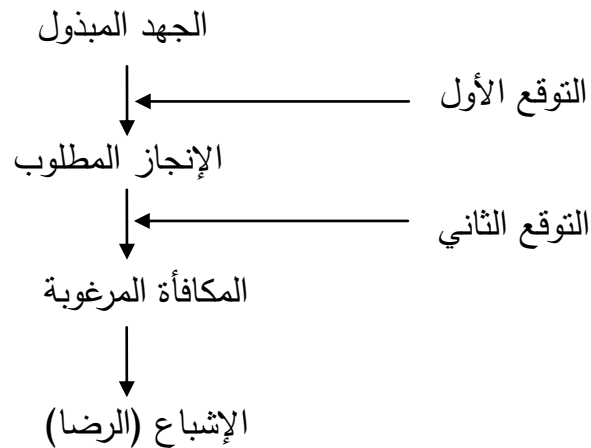
ج- الحاجة إلى الانتماء Need for Affiliation :

وهي الرغبة في بناء علاقات الصداقة والتفاعل مع الآخرين، ويشبع الأفراد هذه الحاجة من خلال الصداقة والحب وإقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين والتواصل معهم، والأفراد الذين لديهم حاجة شديدة إلى الانتماء يرون في المنظمة فرصة لإشباع علاقات صداقة جديدة، كما أنهم يندفعون وراء المهام الجماعية والتي تتطلب المشاركة مع زملاء العمل (علاقي، 1981: 559).

3-3- نظرية التوقع The Expectancy Theory :

طور هذه النظرية "فكتور فروم" (1964)، وتفسر قيام الفرد بإختيار سلوك معين دون غيره، وترى أن دافعية الفرد للقيام بسلوك معين تتحدد بإعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على القيام بذلك السلوك، وأن القيام بذلك السلوك سيؤدي إلى نتيجة معينة وأن هذه النتيجة ذات أهمية للفرد، وهذا يعني أن حفز الفرد يعتمد على توقعاته كما يلي:

- التوقع الأول: إن الجهد المبذول سيؤدي إلى الإنجاز المطلوب.
- التوقع الثاني: إن الإنجاز المطلوب سيحقق المكافأة المرغوبة من قبل الفرد والتي بدورها تشبع حاجته وبالتالي تحقق له الرضا.



الشكل (02): نموذج التوقع لـ "فيكتور فروم"

المصدر: (فؤاد نواوي فلمبان، 2007: 52).

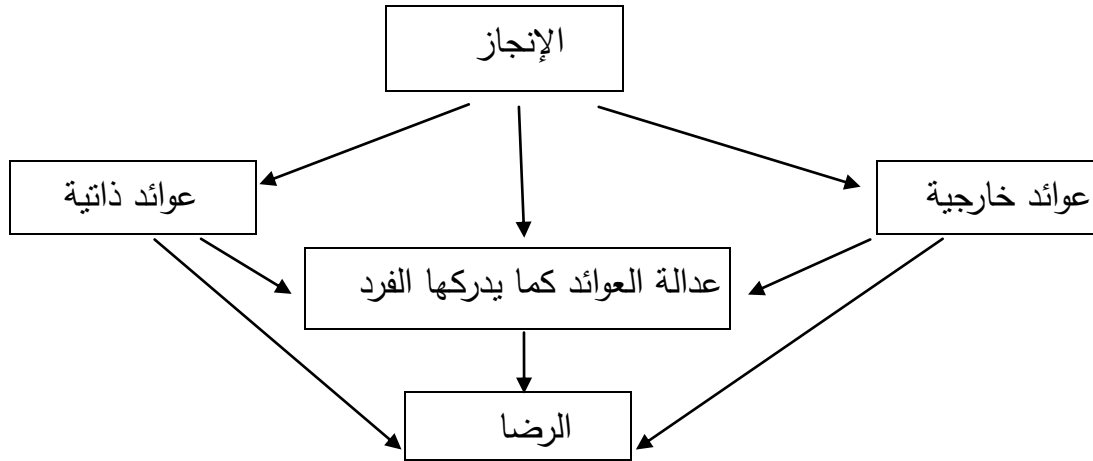
وهذا يعني أن الفرد لن يسلك سلوكاً يتوقع أن نتيجته ستكون منخفضة، وكذلك لن يختار سلوكاً يحقق مكافأة لا تشبع حاجاته، لهذا فإن تحفيز الفرد للقيام بعمل ما يعتمد على قوة الرغبة

والتوقع، ويوضح الشكل رقم (02) بصورة مبسطة جوهر نظرية التوقع عند "فروم"، ويشير إلى أن قوة التحفيز عند الفرد لبذل الجهد اللازم لإنجاز عمل ما، ففي التوقع الأول في نظرية "فروم" يعتمد الفرد على مدى توقعه في النجاح بالوصول إلى ذلك الإنجاز، وفي التوقع الثاني حسب "فروم" إذا حقق الفرد إنجازاً فسيكافأ على هذا الإنجاز، فهناك نوعان من التوقع، فلأول يرجع إلى قناعة الشخص وإعتقاده بأن القيام بسلوك معين سيؤدي إلى نتيجة معينة، والثاني هو حساب النتائج المتوقعة لذلك السلوك وهي ماذا سيحصل بعد إتمام عملية الإنجاز، وبناءً على هذه النظرية فإن الأفراد يتعلمون من تجاربهم التي من خلالها يتكون لديهم احتمالات بأن نوعاً معيناً من السلوك سيؤدي إلى تحقيق نتائج معينة، فجوهر نظرية التوقع يشير إلى أن الرغبة أو الميل للعمل بطريقة معينة يعتمد على قوة التوقع بأن ذلك العمل أو التصرف سيترتب عنه نتائج معينة كما يعتمد أيضاً على رغبة الفرد في تلك النتائج. وتعتبر نظرية التوقع ضمناً وسيلة لتحقيق غاية، فقد نجد أن النتيجة التي حصل عليها الفرد ليست هدفاً بحد ذاتها وإنما تكون وسيلة أو وسيطاً لتحقيق نتيجة أخرى مرغوب فيها، كأن يرغب الفرد في الترقية في وظيفته ليس بهدف الترقية وإنما بسبب إدراكه واعتقاده بأن الترقية هي السبيل لتحقيق حاجة التقدير والإحترام والتميز والحصول على المردود المادي (سالم وآخرون، 1995: 214)، ولقد تعرضت النظرية لعدة إنتقادات، فحسب "علاقي" (1981) أن هاته النظرية لم توضح كيفية إختلاف الأفراد في تقديرهم للتوقعات وأهمية تلك التوقعات، تجاهلها لإختلاف الأفراد في تقرير عدد ونوعية النتائج التي يسعون إلى تحقيقها قبل إتخاذهم للقرارات، كما أن النظرية تجاهلت عوامل نفسية لها علاقة بسلوك الفرد كميوله أو تصرفه كدور الإحساس والعواطف في تحريك سلوك الفرد مقابل الحصول على المكاسب، وتجاهلت أيضاً تأثير العقل الباطن في تحفيز الأفراد في الإقدام على تصرفات معينة (علاقي، 1981: 563).

3-4- نموذج "بورتير ولولر" (Porter and Lawler):

طور "بورتير ولولر" (1968) نموذج "فروم" وقد ربطا الرضا الوظيفي بكل من الإنجاز والعائد، فوضعوا حلقة وسيطة بين الإنجاز والرضا وهي العوائد، وبموجب هذا النموذج يتحدد رضا الفرد بمدى تقارب العوائد الفعلية مع العوائد التي يعتقد الفرد بأنها عادلة ومنسجمة مع الإنجاز أو الجهد المبذول، فإذا ما كانت العوائد الفعلية لقاء الإنجاز تعادل أو تزيد على العوائد التي يعتقد الفرد بأنها عادلة فإن الرضا المتحقق سيدفع الفرد إلى تكرار الجهد، أما إذا قلت هذه العوائد عما يعتقد الفرد أنه يستحقه، فستحدث حالة عدم رضا فتتوقف الدافعية لديه للاستمرار في الجهد، لذلك فإن أبرز ما أضافه نموذج "بورتير ولولر" إلى نظرية "فروم" هو المفهوم الذي

يشتمل عليه نموذجهما بأن إستمرارية الأداء تعتمد على قناعة العامل ورضاه، وأن القناعة والرضا تتحدد بمدى التقارب بين العوائد الفعلية التي تم الحصول عليها وما يعتقد الفرد. وقد بين "بورتر ولولر" أن هناك نوعين من العوائد، عوائد ذاتية وهي التي يشعر بها الفرد عندما يحقق الإنجاز المرتفع، وهذه تشبع الحاجات العليا عند الفرد، وعوائد خارجية وهي التي يحصل عليها الفرد من المنظمة لإشباع حاجاته الدنيا كالترقية والأجور والأمن الوظيفي.



الشكل (03): نموذج "بورتر ولولر"

المصدر: (فؤاد نواوي فلمبان، 2007: 54).

يوضح نموذج "بورتر ولولر" التداخل بين عملية التحفيز والإنجاز والإشباع والرضا وهذا يعني أنه يتعين على الإداريين ضرورة إدراك أن تكون أهداف المرؤوسين متوسطة الصعوبة ومتفقة مع قدراتهم ومهاراتهم، وربط نظام التحفيز مع الحاجات الفعلية للمرؤوسين والعمل على إشباعها.

3-5- نظرية ألدرفر Alderfer's Theory:

قام "ألدرفر" بتقليص الحاجات إلى ثلاث مجموعات تتماثل في المحصلة النهائية مع تلك التي جاء بها "ماسلو"، وقد لخص هذه النظرية "لاندي وترامبو" (Landy & Trumbo) سنة 1980 والتي تعرف بالرموز E.R.G والتي يعتقد فيها "ألدرفر" أن الأفراد لديهم ثلاث حاجات أساسية وهي:

- **حاجة الوجود Existence:** وهي الحاجات التي يتم إشباعها بواسطة الماء والغذاء والأجور وظروف العمل وتماثل الحاجات الفيزيولوجية والأمن عند "ماسلو".
- **حاجة الإرتباط Related Needs:** ويتم إشباعها بواسطة العلاقات الاجتماعية التبادلية مع الآخرين، وتشبه الحاجات الاجتماعية عند ماسلو.

• **حاجة النمو Growth:** تركز على تطوير قدرات وإمكانيات الفرد والرغبة في النمو الشخصي، ويتم إشباعها من خلال القيام بعمل منتج أو إبداع، وهذه تماثل حاجات التقدير والاحترام وتحقيق الذات عند ماسلو.

لقد إتفق "ألدرفر" و"ماسلو" على وجود سلم للحاجات، وأن الفرد يتحرك على هذا السلم تدريجياً من أسفل إلى أعلى، كما إتفقا على أن الحاجات غير المشبعة هي التي تحفز الفرد، وأن الحاجات المشبعة تصبح أقل أهمية ولكن تختلف نظرية "ألدرفر" عن نظرية "ماسلو" في كيفية تحرك الفرد وإنتقاله من فئة إلى أخرى، إذ يرى "ألدرفر" أن الفرد يتحرك إلى أعلى وإلى أسفل على سلم الحاجات، أي أنه في حالة إخفاق الفرد في محاولته لإشباع حاجات النمو تبرز حاجات الارتباط قوة دافعية رئيسية تجعل الفرد يعيد توجيه جهوده لإشباع حاجات المرتبة الدنيا (حريم، 1997: 131).

3-6- نظرية عدالة العائد Equity Theory:

تدور هذه النظرية حول العلاقة بين الرضا الوظيفي للفرد والعدالة وتفترض أن درجة شعور العامل بعدالة ما يحصل عليه من مكافأة وحافز من عمله تحدد بدرجة كبيرة شعوره بالرضا مما يؤثر على مستوى إنتاجيته وأدائه.

وتستند هذه النظرية التي وضعها "ستاسي آدمز" (Stacey Adams) سنة 1963 إلى أن الفرد يقيس درجة العدالة من خلال مقارنته النسبية للجهود التي يبذلها (المدخلات) في عمله إلى العوائد (المخرجات) التي يحصل عليها مع تلك النسبة لأمثاله العاملين في الوظائف الشبيهة بنفس الظروف فإذا كانت نتيجة المقارنة عادلة وتساوت النسبتان تكون النتيجة هي شعور الفرد بالرضا، أما إذا كان العكس فإن النتيجة هي شعور الفرد بعدم الرضا عن عمله، وذلك بالإعتماد على ثلاث خطوات أساسية هي: التقييم، المقارنة والسلوك، ويتضمن التقييم قياس المدخلات (جدارة الشخص، مستوى التعليم، المهارة، مقدار الجهد المبذول في العمل ونحو ذلك) والمخرجات (العوائد المالية، الترقية، الإهتمام الذاتي، التميز والتقدير والاحترام وغير ذلك)، أما السلوك فهو عملية إدراك العلاقة بين التقييم والمقارنة فعندما يدرك الشخص بأن الوضع يتسم بالعدالة فإنه يستجيب بشكل إيجابي، وعلى العكس من ذلك إذا شعر بأن الوضع غير عادل، فإنه يعمل على إعادة المساواة بين النسبتين. وهذا السعي لإعادة المساواة يستخدم لتفسير دافعية العمل، وتتناسب قوة الدافعية طردياً مع حجم المساواة المدركة، وتقترح النظرية الطرق التالية لإعادة الشعور بالمساواة:

• تقليل الجهد المبذول في العمل.

- المطالبة بزيادة في الأجر .
- تغيير في عوائد الشخص الآخر الذي تمت المقارنة به.
- الانتقال إلى عمل آخر في المنظمة.
- ترك العمل.

ومن الإنتقادات الموجهة لهذه النظرية ميل الناس إلى المبالغة في تقدير جهودهم التي يبذلونها، والمبالغة في تقدير العوائد التي يحصل عليها الآخرون، فينشأ عن ذلك ميل الأفراد بالشعور بعدم المساواة، وفي المقابل تمتاز هذه النظرية بأنها تهتم بالجماعة وتأثيراتها، وفهم الفرد وإدراكه للآخرين، كذلك تدعو إلى إيجاد الطرق والوسائل المختلفة التي تجعل الفرد يشعر بعدالة الإدارة معه كما تركّز على الحوافز النقدية نظراً لسهولة قياسها والإحساس بها وإدراك أهميتها وربطها بالعدالة (العميان، 2005: 300).

3-7- نظرية التكيف الوظيفي Theory of Work Adjustment:

قام كل من "جرين، داوس وويس" (Graen, Dawis and Weiss) سنة (1968) بعرض نظرية التكيف الوظيفي التي تم تطويرها بإستخدام مقياس مينيسوتا للرضا الوظيفي حيث أفاد هؤلاء الباحثون بأن الرضا الوظيفي هو محصلة التوافق أو التكيف الفعال ما بين حاجات الفرد التي تعززها دوافع الحاجة لتحقيق الذات في إطار نظام العمل، وأنّ بالإمكان الإستدلال على تأقلم الموظف مع وظيفته من خلال معرفة مدى التوافق بين شخصية الموظف في عمله وبيئة العمل (العديلي، 1981: 37).

3-8- نموذج "ستيرز وبورتر" Steers and Porter Model:

إقترح "ستيرز وبورتر" (Steers and Porter) سنة (1979) في كتابهما "الدوافع وسلوك العمل" نموذجاً متكاملًا للدوافع حيث إفترضا بأن الدوافع ظاهرة معقدة يمكن فهمها من خلال هيكل متعدد الجوانب، ويرى الباحثان أن أي نظرية متكاملة في الدوافع إذا أريد لها أن تكون قابلة للتطبيق العملي فإنها ينبغي أن تعنى بثلاث مجموعات على الأقل من المتغيرات المهمة التي تشكل موقف العمل في الوظيفة وهي:

- **صفات ومميزات الفرد:** وهي الفروق الفردية التي يحملها الموظف معه إلى العمل الذي يؤديه مثل المصالح أو الرغبات والإتجاهات أو المواقف والحاجات وقد بين الباحثان أن المصالح أو الرغبات هي التي توجه إنتباه الفرد، ويعتقدان بأن إتجاهات الموظفين أو إعتقاداتهم قد تلعب دوراً مهماً في دفعهم إلى الأداء.

-**صفات ومميزات العمل:** حيث تشمل العوامل ذات العلاقة بتوزيع عمل الفرد على نشاطات مختلفة والمهام ونوع التغذية العكسية التي يتلقاها من إنجازات العمل.
 -**خصائص بيئة العمل:** وهذه تُعنى بطبيعة البيئة العملية أو التنظيمية فعوامل بيئة العمل يمكن تقسيمها إلى مجموعتين، الأولى ترتبط مع بيئة العمل المباشرة مثل جماعة العاملين، والثانية ترتبط بالمشكلات الأوسع على نطاق المنظمة مثل نظام المكافآت والحوافز (العديلي، 1981: 52).

3-9- نموذج " لولر " Lawler Model:

يرى " لولر " (Lawler) سنة 1973 أن العمليات النفسية التي تحدد رضا الفرد في عمله تقريباً واحدة وذات علاقة بثلاثة أبعاد بالنسبة للوظيفي، وهذه الأبعاد الثلاثة تتدرج كما يلي:
 - الراتب.

- الإشراف (المديرين وعلاقاتهم وأنماطهم القيادية).

- الرضا عن العمل ومحتوى الوظيفة كالإنجاز والمسؤوليات والصلاحيات (الحري، 1994: 27).

3-10- نظرية " Z " لـ " ويليام أوشي " William Ouchi:

أسست هذه النظرية من قبل العالم الياباني " أوشي " (Ouchi) سنة 1981 للاهتمام بالجانب الإنساني للعامل، حيث لاحظ أن قضية إنتاجية العامل لن تحل من خلال بذل المال أو بعملية التطوير، فهذه أمور لا تكفي دون تعلم إدارة الأفراد العاملين بطريقة تجعلهم يشعرون بروح الجماعة والأسس التي تقوم عليها نظرية (Z) ثلاثة هي :

- **الثقة Trust:** فالمؤسسات اليابانية تؤكد على جو الثقة بين العاملين بها.

- **الحدق والمهارة Sutlety:** أي الدقة وحدة الذهن والمهارة في التعامل.

- **الألفة والمودة Intimacy:** وهي الإهتمام بالآخرين وتكوين علاقات إجتماعية متينة وصدقات بين الأفراد تشعرهم بالأمن والأمان (المشعان، 1993: 67).

3-11- نظرية (X) ونظرية (Y) لـ "دوغلاس ماكريجور" Douglas McGregor:

نشر "ماكريجور" سنة 1960 كتابه The Human Side of Enterprise الذي كان متأثراً كثيراً بما سلفه وضمنه هاتين النظريتين:

تقوم نظرية (X) على الافتراضات التالية :

- إن معظم الناس لا يحبون العمل ويتجنبونه كلما إستطاعوا ذلك.

- إن معظم الناس لا يعملون إلا إذا أجبروا على ذلك وتحت المراقبة والتهديد والعقاب.

- إن معظم الناس يرغبون في أن يكونوا موجهين، ولا يتحملون المسؤولية وقليلي الطموح ويهتمون بالأمن إلى حد بعيد.
- أما نظرية (Y) فتقوم على الإفتراضات التالية :
- إن معظم الناس يوجهون أنفسهم لإنجاز الأهداف التي إلتزموا بتحقيقها، وإن هذا الإلتزام يزداد مع المكافأة المصاحبة لإنجاز هذه الأهداف.
- إن معظم الناس يمكن أن يتعلموا البحث عن تحمل المسؤولية وليس قبولها فقط.
- إن معظم الناس مبدعون في العمل ولكن طاقتهم الخلاقة في أغلب المؤسسات مستمرة جزئياً.

وتعتبر هذه النظرية الوظيفة بالنسبة للأفراد أمراً طبيعياً وذاتياً وأنهم لا يعملون لتجنب العقاب ولكن لإنجاز شيء ذي قيمة، ومعنى بالنسبة لهم، وهذه الإفتراضات هي التي أكسبت هذه النظرية الأهمية في البحوث السلوكية المتعلقة بالعمل (الحيدر وبن طالب، 2005: 64).

4- قياس الرضا الوظيفي:

من أجل معرفة رضا العامل من عدمه، كان من الضروري إستعمال أدوات لقياس ذلك، مما جعل الباحثون في علم النفس ينتجون مقاييس وإستبيانات لغرض قياس الرضا الوظيفي، وهي نوعان، مقاييس موضوعية وأخرى ذاتية، ونوجزها فيما يلي:

4-1- المقاييس الموضوعية: حيث يمكن قياس إتجاهات المهنيين ورضاهم عن طريق

إستخدام أدوات قياس معينة والتي تعتمد أساساً على أساليب إحصائية ومعادلات رياضية لحساب النتائج، مثل معدل الغياب، معدل ترك الخدمة، معدل الحوادث في العمل، معدل الشكاوي ومستوى إنتاج الموظف (عريضة، 2008: 26)

4-2- المقاييس الذاتية: تقيس الرضا مباشرة بأساليب تقديرية ذاتية، وذلك عن طريق سؤال الأفراد عن مشاعرهم إتجاه جوانب العمل المختلفة، ومدى الإشباع الذي يحقق لهم العمل (الدوسري، 2010: 44)، ونذكر منها:

4-2-1- مؤشر وصف الخدمة (The Job Descriptive Index (JDI):

لقي هذا المقياس رواجاً كبيراً، حيث تم تطويره في أواخر الستينات من طرف "سميث" (Smith)، "كاندال" (Kendall)، و"هولين" (Hulin) سنة 1969، بحيث يقيس هذا المؤشر خمسة مظاهر، الرضا عن الإشراف، الرضا عن الأجر، الرضا عن الترقيات، الرضا عن زملاء العمل، الرضا عن العمل نفسه، ويتكون كل مظهر من عدة عبارات، فهذه المفردات عبارة عن

كلمات أو جمل قصيرة، فيشير العامل ما إذا كانت المفردة تصف أو لا تصف الوظيفة، وفي استطاعته أن يعطي إجابة لست متأكدا (بوخمخ وعماره، 2011: 108).

4-2-2-2- الإستبيان مينيسوتا The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)

عرف هذا المقياس قبولا وإستخداما واسعين في مجال علم النفس التنظيمي، و قد طور هذا الإستبيان سنة 1967 من طرف فريق من الباحثين من جامعة مينيسوتا الأمريكية وهم: "وايس" (Weiss)، "داوييس" (Dawis)، "إنغلند" (England)، "لوفكويست" (Lofquist)، إن الصيغة المطولة من هذا الإستبيان تتكون من مئة عبارة مصممة لقياس الوجوه العشرين للعمل، وهناك أيضا الصيغة المصغرة لإستبيان مينيسوتا تتكون من 20 عبارة، تتمحور عباراته حول أوجه متعددة من العمل، ويطلب من المستجوب الإشارة إلى مستوى رضاه بخصوص كل منها، ومقارنة مع مؤشر وصف الخدمة (JDI) فإستبيان "مينيسوتا" (MSQ) قياس مبني بصفة كبيرة على العاطفة، لذلك فالإجابات تشير إلى حب ذلك الشيء أو كرهه أكثر منها عملية وصف له.

4-2-3- مسح الرضا الوظيفي Job Satisfaction Survey (JSS)

تم تطوير هذا المقياس من طرف "سباكتر" (Spector) سنة 1985 كأداة لقياس مستويات الرضا الوظيفي، فهو يتكون من 36 عبارة مصممة لقياس تسعة أوجه للوظيفة ومحيط العمل، مع وصف وجيز لها، مقارنة بالقياسات الأخرى الموصوفة سابقا، هذا المقياس يعتبر نموذجيا، حيث أن مكوناته تمثل عبارات حول عمل الفرد أو وضعية العمل، والمستجوبون مطالبون بالإشارة إلى أي مدى يوافقون على كل عبارة من خلال وضع دائرة حول أحد الأرقام الست، ونظرا لطبيعة هذا المقياس، فإنه يعتبر أكثر شبها بمؤشر وصف الخدمة (JDI) لأنه أكثر وصفا في طبيعته من إستبيان مينيسوتا (بوخمخ وعماره، 2011: 114).

5- علاقة الرضا الوظيفي بكل من الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى المهني في المؤسسة:

5-1- علاقة الرضا الوظيفي بتقدير الذات:

من المتوقع أنه كلما كان لدى العامل إعتزاز بالنفس عالي وتقدير إيجابي لذاته كان، كلما كان الرضا عن وظيفته مرتفعا، والعكس صحيح، وهذا ما أثبتته في نفس السياق عدة أبحاث لدراسة خالد بن زيدان بن سليمان الزيدان (2014) ودراسة جمال علي عثمان (2009) وكذا دراسة منيرة بنت سالم مبارك آل حمود (2015) ودراسة ناهد محمد حسن سعد (2003)، فتعقيد شخصية الفرد وتشابكها يجعل تأثر أي عنصر من مركبات شخصيته يلقي بظلاله على العناصر الأخرى كما هو الحال بالتأثير السلبي لتقدير الذات على الرضا الوظيفي.

5-2- علاقة الرضا الوظيفي بالإحترق النفسي:

إن الفرد الذي يتميز بالقدرة العالية على تحمل الضغوط المهنية والتكيف معها، يكون نسبياً أو إلى حد ما أكثر رضا من ذلك الذي يتميز بالقدرة الضعيفة على تحمل تلك الضغوط، حيث أن هذا الأخير ينهار ويستسلم لتلك المشاكل بسرعة لوجود عقبات أمامه، وهذا ما أكدته عدة دراسات أكاديمية في المجال المهني، كدراسة بوفرة ومنصوري (2014)، دراسة كريبيع محمد (2010)، دراسة علي محمد الوليدي (2003)، دراسة محمد رفقي عيسى (1995) ودراسة ديكر (1998)، فمن شأن الضغوط المتراكمة لدى العامل مهما تنوع المجال الذي يعمل به أن تعيق مساره المهني وتجعله غير راض عن وظيفته، مما يؤثر سلباً على مردوده، وبالتالي يكون هو في حد ذاته عائق أمام السير الحسن للمؤسسة التي يعمل بها.

6- الرضا الوظيفي لدى الممرضين:

يعتمد نشاط المستشفى على العنصر البشري وكفاءته، وأن تقديم الخدمات يعتمد على المهارات الفردية مثل حسن الإستقبال والأمانة والكفاءة العلاجية والتمريضية، ولذلك، فإن رضا الممرضين (بجميع مستوياتهم) يساهم بشكل كبير في تحديد جودة الخدمة المقدمة للزبائن وأيضاً على رضاهم، فحسب الباحثان "ويسمان وثانسون" فإن درجة الرضا الوظيفي للممرضين هي المحدد الأكبر للرضا العام للزبائن (المرضى) (بوخمخ وعامرة، 2011: 120)، كما توصل عبدالله العيدروس (1989) في دراسته التي هدفت إلى تحديد العوامل التي ترتبط بالرضا وعدم الرضا عن مهنة التمريض لدى عينة من الممرضات السعوديات، إلى وجود عوامل محددة للرضا الوظيفي وهي: ظروف العمل، والمسئولية والإعتراف، والتقدير، والعلاقة مع الزملاء والمرؤوسين، والضمان، والرواتب، وفرص التقدم والترقي الوظيفي، والنمو النفسي لإتخاذ قرارات خاصة في العمل، وأنظمة وإجراءات الإدارة، والحالة الإجتماعية (العيدروس، 1989: 5). إن الرضا الوظيفي أضحي مطلباً ضرورياً في ميدان التمريض، فرضا الممرضين عن مهنتهم يعتبر من مكونات بيئة العمل الرئيسية لديهم، ومن الحقائق العلمية أن عطاء الممرض وكفاءته المهنية دليل على مدى رضاه عن عمله ويزداد هذا العطاء بمقدار ما توفره له المؤسسة الصحية التي يعمل بها من إشباع لحاجاته ودوافعه، وهو يمثل مؤشر هام على فعالية تلك المؤسسة، فيتضاعف ولاء الممرض لها، مما يجعله يرقى بالخدمات المقدمة إلى المرضى مقدماً بذلك صورة مثالية عن نفسه وعن المؤسسة التي ينتمي إليها.

7- أهمية الرضا الوظيفي:

يعطي الرضا الوظيفي إشارة حول السلوك الفردي للعمال إتجاه عملهم، فالموظف الذي لديه مستوى عال من الرضا الوظيفي يعطي سلوك إيجابي إتجاه عمله، وفي حالة عدم الرضا سيكون سلوكه بالطبع سلبي إتجاهه، فالرضا الوظيفي هو نتيجة إدراك الموظفين لمدى توفير وظائفهم للأشياء التي تعتبر مهمة في المؤسسة وذات الأهمية في مجال السلوك التنظيمي (سبرايتز وآخرون، 1997: 142)، كما أن للرضا الوظيفي أهمية بالغة على صعيدين: بالنسبة للفرد وللمؤسسة.

7-1- أهمية الرضا الوظيفي للفرد: تبرز أهميته من خلال:

- القدرة على التكيف مع بيئة العمل، من خلال الوضعية النفسية المريحة.
- الرغبة في الإبداع والإبتكار، حيث إشباع الحاجات العامل الأساسية تزيد في رغبته في تأدية المهنة بطريقة مميزة.
- زيادة مستوى الطموح والتقدم، فالعامل الذي يتمتع بالرضا الوظيفي تكون لديه الرغبة أكثر في تطوير مستقبله المهني.
- الرضا عن الحياة، فإعتبار أن الرضا الوظيفي جزء من الرضا عن كل جوانب الحياة، فمن شأن هاته الأخيرة التحقق نظرا للمزايا المادية والغير المادية التي توفرها الوظيفة للعامل (علي محمد حسن، 2000: 147).

7-2- أهمية الرضا الوظيفي للمؤسسة: شعور الفرد بالرضا الوظيفي له إنعكاسات إيجابية

على المؤسسة التي يعمل بها، ويتضح ذلك من خلال:

- إرتفاع مستوى الفعالية، حيث يصبح الفرد أكثر تركيزا على عمله.
- الإرتفاع في الإنتاجية، من خلال إبداء الرغبة في الإنجاز وتحسين الاداء.
- تخفيض تكاليف الإنتاج، وذلك من خلال تخفيض معدلات التغيب عن العمل، والإضرابات، والتذمر، والشكاوي.
- إرتفاع مستوى الولاء للمؤسسة، فإشباع رغبات العامل يزيد من تعلقه بمؤسسته (شنوفي، 2005: 191).

خلاصة:

إنطلاقا من فكرة أن العنصر البشري هو المحرك الرئيسي للإنتاج في المؤسسات المعاصرة فإن إعطاء الإعتبار لرضاه عن العمل يعتبر أمراً ضروريا لما يكتسبه من الأهمية في رفع كفاءة وفعالية العمل ومواجهة التحديات والمنافسات، فسر نجاح أي مؤسسة في تحقيق أهدافها

والمحافظة على ديمومتها هو العمل على تحريك الطاقات البشرية وتطويرها وتحفيزها على العمل من خلال توفير جميع الوسائل الممكنة لتحقيق درجة معينة من الرضا الوظيفي لديها، على عكس الإهتمامات الأولى التي كانت تركز أساساً على المؤسسة والعمل، وإهمال الجانب الإنساني، فقد كان ينظر للفرد العامل نظرة مادية بحتة بإعتباره أداة للإنتاج فقط، ولم ينظر له على أنه إنسان له ميوله ورغباته وتطلعاته وحاجاته، فدراسة السلوك الإنساني في بيئة العمل دراسة نفسية علمية عميقة من شأنه أن يحقق الإستقرار النفسي للموظفين، ودفعم للعمل بكل جدية وإخلاص، وتعميق الروابط بين الموظفين ومؤسساتهم، وتكريس عنصر الولاء والإنتماء لديهم، فتحقيق الرضا الوظيفي في عصرنا أضحي ذو أهمية بالغة لإرتباطه بالنجاح في العمل وتأثيره على مستوى الأداء والإنتاجية، وبالتالي المحافظة على السمعة الجيدة للمؤسسة.

الفصل الرابع

تقدير الذات

تمهيد

- 1- نشأة مفهوم تقدير الذات
 - 2- تعريف تقدير الذات
 - 3- نظريات تقدير الذات
 - 4- مستويات تقدير الذات
 - 5- أقسام تقدير الذات
 - 6- العوامل المؤثرة في تقدير الذات
 - 7- قياس تقدير الذات
 - 8- أهمية تقدير الذات في حياة الفرد
 - 9- الدراسات التي تناولت تقدير الذات في ميدان العمل
- خلاصة

تمهيد:

لقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولت موضوع تقدير الذات نظراً لما له تأثير بالغ الأهمية في شخصية الفرد، فهذا البعد ركيزة أساسية في الشخصية الإنسانية، فيؤثر ويوجه سلوك الأفراد بشكل كبير، سواءً إلى الإيجابية أو إلى السلبية في التعامل مع الذات وقدراتها أو مع الآخرين، فعندما يكون للأفراد اتجاهات إيجابية نحو أنفسهم يكون تقدير الذات لديهم مرتفعاً، وعندما يكون لديهم اتجاهات سلبية نحوها يكون تقدير الذات لديهم منخفضاً، وبعبارة أخرى فإن تقدير الذات هو التقييم العام لحالة الفرد كما يدركها بنفسه هو، فهو موجود بدرجات متفاوتة لدى الأفراد ويعكس مدى إحساسهم بقيمتهم وكفاءتهم، فهذا التأثير يكون واضح المعالم عندما يتعلق الأمر بالعاملين في المهن ذات الطابع الإنساني والاجتماعي كالتمريض، أين يكون مستوى المردود لديهم متدني، فيجعل بذلك حياة المريض على المحك، مما يستوجب على المسؤولين القيام بالتدابير اللازمة من أجل التكفل بالمرضى في مجال عمله.

1- نشأة مفهوم تقدير الذات:

يأخذ مفهوم تقدير الذات حسب "أيمن غريب" (1994) مصدره من الحاجات الأساسية للإنسان، التي أشار إليها "أبراهام ماسلو"، حيث صمم الحاجات على شكل سلم هرمي الذي أخذ إسمه وكان له شهرة منقطعة النظير في العلوم الاجتماعية والإنسانية بشكل عام، وتقع الحاجة لتقدير الذات وتحقيقها في ذروة الهرم، كما أشار كذلك كل من "فروم وروجرز" على أن تقدير الذات ركيزة أساسية في المحافظة على توازن شخصية الفرد وتحقيق الصحة النفسية (نصر، 2011: 301).

فالكثير من الباحثين يرجعون الفضل إلى الباحثين "مارقرت ميد" و"كولي" في إدخال مصطلح تقدير الذات إلى مجال علم النفس، حيث تشير "مارقرت ميد" إلى أن الفرد يأتي إلى مرحلة تكوين مفهومه عن ذاته، من خلال تعريفه للسلوك الذي ينبغي أن يقوم به، وكذلك على ضوء رد فعله اتجاه الآخرين، أما "كولي" يذكر أن ما يكونه الفرد من صورة عن ذاته ماهي إلى محصلة لإنعكاسات تقييم الآخرين له، لدرجة أنّ "كولي" سماها الذات المرآوية، لما تحمله في طياتها من تأثير بشكل كبير على سلوك الفرد وتصرفاته (الخطيب وآخرون، 2003: 103)، كما يرى " كامل عبد الوهاب" أن تقدير الفرد لذاته ينتج عن رؤية سليمة وموضوعية لها، فحينما يغالي الفرد في تقدير لذاته فإنه يصاب بما يمكن وصفه بـ"سرطان الذات" الذي يجعله

غير مقبول من الآخرين، ويرتكب نوع من أنواع السلوك العدواني ومنها العدوانية اللفظية (كامل، 1993: 173).

ويشير "رمضان" إلى أنّ "فرويد" تطرق إلى موضوع البناء السليم للشخصية الذي لا يتحقق إلا وجود توازن بين رغبات "الهو" ومطالب "الأنا"، وعلى الفرد أن يشبع قدرًا كافيًا من رغباته دون أن يشعر بالإحباط طوال الوقت، وعليه أن يفعل ذلك دون أن يصاب بالضرر وبطريقة تسمح له بالشعور بأنه شخص مهذب ومقبول، وقد لا يكون هذا الأمر بالسهل، ويمدّى نجاح الفرد في تحقيق هذا التوازن ينمو لديه قدر مقبول من مفهوم الذات أي الصورة التي يكوّنّها عن نفسه يحبها ويرضاها وعندئذ يتكون لديه تقدير موجب لذاته وبدرجة مرتفعة (رمضان، 2000: 205)، وفي نفس السياق يشير "عبدالحافظ" أنه من الطبيعي أن يشعر الفرد بذاته وتقديرها، لكن قد يشتد هذا الشعور في شكل زائد من الثقة بالنفس، أو قد يضعف فيبدو في مشاعر النقص والإحساس بعدم الكفاءة (عبد الحافظ، 1982: 1).

2- تعريف تقدير الذات:

نظرا لأهمية تقدير الذات في بناء شخصية الفرد، إهتم العديد من الباحثين بهذا المفهوم من خلال دراساتهم، ووضعوا له تعريفات كثيرة، كل حسب نظريته، حيث يرى "كفافي" أن معنى تقدير الذات هو حسن تقدير المرء لذاته وشعوره بجدارته وكفايته (كفافي، 1989: 101)، كما عرفه "بونر" (1981) على أنه الأسلوب الذي يدرك به الأفراد أنفسهم في علاقتهم مع الآخرين (عكاشة، 1998: 10)، ويرى "عبد الفتاح" على أن تقدير الذات هو نظرة الفرد وإتجاهه نحو ذاته، فنظريته عن ذاته تنبثق من علاقته مع الآخرين في المجتمع والأدوار التي يمارسها سواء في الأسرة أو في مهنته (عبد الفتاح، 1993: 239)، ويذكر "كوبر سميث" (1976) على أن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية، والتي يتم التعبير عنها من خلال إتجاهاته عن نفسه (عكاشة، 1998: 10)، ويضيف "كوبر سميث" بأنه هو ذلك التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه، ومدى إعتقاده بأنه قادر وهام وناجح وكفاء، أي حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية، فهو خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين بإستعمال الأساليب التعبيرية المختلفة (الدريني وسلامة، 1983: 484)، ويذكر "رمضان" (2000)، أنّ "كارل روجرز" (1951) أول من وضع إطارًا متكاملًا لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ويتضح ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل، وتعتبر الذات مفهومًا محوريًا في نظرية "روجرز" للشخصية، حيث يعرفها بأنها تنظيم عقلي معرفي

منظم من المدركات والمفاهيم والقيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة، وبعبارة أخرى أن تقدير الذات هي إتجاهات الفرد نحو ذاته والتي لها مكوّن سلوكي وآخر إنفعالي، وقد أشار "رمضان" خصائص الذات طبقاً لآراء "كارل روجرز"، حيث يشير إلى (رمضان، 2000: 210):

- أن الذات تنمو من التفاعل بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها وخاصة المحيطة به.

- يمكن للذات أن تستوعب وتتمثل قيم الآخرين وتدرّكها بطريقة مشوقة، أن الكائن الحي يكافح ويسلك سلوكاً يساير الذات.

- أن الذات قابلة للتعديل نتيجة للنضج والتعلم.

- في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات وتصبح أكثر واقعية، ويحقق الكائن ذاته، أي أن "روجرز" يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة توافق تام بين المجال الظاهري (عالم الخبرة) وبين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تحرر الفرد من التوتر الداخلي ومن القلق، وتمكنه من تحقيق إستقرار نفسي (رمضان، 2000: 398)، ويعرفه "عبد الفتاح مصطفى كامل" (1993) على أنه نظرة الفرد وإتجاهه نحو ذاته، ومدى تقديره لها من الجوانب المختلفة كالمركز الأسري والمهني وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال علاقته بالواقع، وبذلك يكون تقييم الفرد لذاته في حدود طريقة إدراكه لآراء الآخرين فيه (يمان، 2015: 143)، ويعرف "ماكفن" (1998) تقدير الذات بأنه القدرة على أن يحب الفرد وهو نفسه ويحترمها عندما يخسر، كما يحبها ويحترمها عندما ينجح، أكثر من مجرد شعور طيب إتجاه الذات وإنجازاتها، حيث يتعلق بالطريقة التي نحكم بها على أنفسنا وعلى قدراتنا، على رؤية أنفسنا من منظور قيمتها (ديب عبد الله، 2010: 7).

ويعرفه "أندري ولوفورد" (1999) تقدير الذات بأنه تقدير الفرد لنفسه ويقصد من وراءه الكيفية التي يرى من خلالها ذاته وقيمها، فهو الحكم الذي يحمله بخصوص ذاته والذي يقع على مستواه الفكري (André et Leford, 1999: 11)، كما يشير "فهمي والقطان" إلى أن تقدير الذات عبارة عن إتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه وعن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال وتصرفات، ويتكون هذا الإتجاه في إطار مجموعة من الحاجات وخاصة الحاجة إلى الإستقلال والحرية والتفوق والنجاح (فهمي والقطان، 1979: 71)، وحسب "ديغوري" أن الشعور بالإكتفاء وتقييم الذات هي أجزاء من تقدير الذات، حيث يرى أن الأساس في ذلك هو

أن الفرد يسعى إلى تحقيق أهداف جراء الأفعال التي يقوم بها، وعلى ذلك يضع تقييما لنفسه بالنظر إلى فاعليته في تحقيق تلك الأهداف المسطرة مسبقا (الضيدان، 2003: 19)، وعرف "سليمان" تقدير الذات على أنه التقييم الذي يقوم به الفرد نحو ذاته، فضلا عن كونه التقدير تعبير سلوكي يعبر الفرد من خلاله عن مدى تقديره لذاته، والذي يعكس شعوره بالجدارة والكفاية (سليمان، 1992: 89)، ويعرف "حسن محمد بيومي" (1989) تقدير الذات بالتقييم الذي يضعه الفرد لذاته وكما يدركها الآخرون من وجهة نظره (حسن، 1989: 402)، أما "شوكت" فعرف تقدير الذات بأنه تقييم الفرد لذاته، ومعرفة حدود إمكاناته ورضاه عنها، وثقته في نفسه وفي قدرته على تحمل المسؤولية، ومواجهة المواقف المختلفة مع الآخرين، وشعوره بحب وإهتمام وتقدير الآخرين له (شوكت، 1993: 34)، ويصف "إبراهيم وعبد الحميد" (1994) تقدير الذات على أنه التقييم الوجداني للشخص لكل ما يملكه من خصائص عقلية ومادية وقدرة على الأداء، ويعتبر حكماً شخصياً للفرد على قيمته الذاتية في أثناء تفاعله مع الآخرين، ويعبر عنه من خلال إتجاهات الفرد نحو مشاعره ومعتقداته وتصرفاته كما يدركها الآن في اللحظة الراهنة (إبراهيم وعبد الحميد، 1994: 38)، وعرفته "قطب" بأنه كل ما يعطيه الفرد من تقديرات للصفات الحسنة والسيئة من حيث درجة توافرها في ذاته، أو مدى إعتراز الفرد بنفسه، أو بمعنى آخر مستوى تقييمه لنفسه (قطب، 1998: 33).

3- نظريات تقدير الذات:

لقد قدّم العديد من الباحثين في مجال علم النفس إسهامات علمية جديرة بالإهتمام، فكان لهم الفضل في فهم الذات الإنسانية من خلال نظرياتهم المميزة، على غرار "روجرز"، "روزنبرغ"، "زيلر"، "كوبر سميث" و"ماسلو".

3-1- نظرية روجرز (1961) Rogers:

تعتبر نظرية "روجرز" (Rogers) عن الذات من أهم النظريات المعاصرة إذ يمثل مفهوم الذات جانبا أساسيا فيها يتحدد على أنه تنظيم عقلي معرفي مرن ومتماسك، وينطلق روجرز من فرضية أن لكل فرد عالمه المتغير أو مجاله الظاهري الذي يعرفه عن نفسه وهو يستجيب له كما يدركه، فالفرد بهذه الصفة أقر الناس على أن يعطي المعلومات عنه، غير أن فكرته عن الواقع من حوله ليست فكرة حقيقية وإنما هي إفتراض عنها قد يصدق أو يكذب ويبقى الفرد هو الوحيد القادر على إختيار هذه الصورة بمقارنة المعلومات التي يتلقاها عن واقعه من مصادر مختلفة، ويتجه "روجرز" إلى أن الفرد يستجيب لمجاله الظاهري منظم ويسعى دائما

إلى تحقيق ذاته وهو ما يمكنه من التغلب على المشاكل التي تواجهه ويتجه في نضجه نحو الإستقلال والتميز والإتساع وبصبح بذلك أكثر وعياً بذاته، حيث يؤدي تطور الوعي بالذات حسب "روجرز" إلى نمو حاجتين مترابطتين تهدفان إلى حفظ الذات وتدعيمها وهما، الحاجة إلى الإعتبار الإيجابي من الآخرين، أي تلك الحاجة التي تدفع الشخص إلى الحصول على التقبل والحب والرعاية والإحترام من طرف المحيط، وذلك من خلال التنشئة الإجتماعية للفرد، وكذا الحاجة إلى الإعتبار الذاتي (التقدير الذاتي)، بمعنى إن الفرد لا يحتاج إلى الإعتبار الإيجابي من الآخرين فقط بل أيضاً من ذاته، وتتم الحاجة إلى الإعتبار الذاتي من خبرات الذات المرتبطة بإشباعها أو إحباطها، و يتحقق التكيف مع المحيط إذا حدث الإتساق بين الحاجة للإعتبار الذاتي وبين الإعتبار الإيجابي الذي يتلقاه من الآخرين، وإذا كان هناك إتساق بين هاتين الحاجة وتقييم الفرد لذاته والذي يترتب عنه نمو إعتبار الذات، ويشير إبراهيم أبو زيد (1987) و"جاكوبسن" (1999) و"أحمد الظاهر" (2000) أن فهم "روجرز" للذات لا يقتصر على أساس الإتساق والثبات فحسب بل يمكن أن يتغير نتيجة للنضج والتعلم و أن التقبل غير المشروط للتعامل من طرف المعالج يساعده على تقبل ذاته كما هي كما يساعده على الإتجاه نحو التغيير، لذلك بني تصور "روجرز" على أن التطور الإيجابي للذات يتم بتطابق بين المجال الظاهري للخبرة والبناء التصوري للذات، وهو موقف إذا تحقق فإنه يمثل حداً أعلى من التوافق الواقعي (نوار، 2008: 29).

3-2- نظرية روزنبرغ (1965) Rosenberg:

تدور أعمال "روزنبرج" حول محاولته دراسة نمو وإرتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وذلك من خلال المعايير السائدة في المجتمع المحيط به، وقد إهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم، وأوضح أنه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته وقيمها بشكل مرتفع بينما التقدير المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها (سليمان، 1992: 89).

كذلك إهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد للذات وعلى توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة، وأساليب السلوك الإجتماعي للفرد مستقبلاً، والمنهج الذي إستخدمه "روزنبرغ" هو الإعتدال على مفهوم الإتجاه بإعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق في الأحداث والسلوك .

وأعتبر "روزنبرغ" أن تقدير الذات مفهوم يعكس إتجاه الفرد نحو نفسه، وطرح فكرة أن الفرد يكوّن إتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات، ولكنه عاد واعترف بأن إتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف من الناحية الكمية عن إتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى (الشناوي، 2001: 126).

3-3- نظرية "زيلر" (Ziller 1969):

تفترض نظرية "زيلر" أن تقدير الذات ما هو إلا البناء الإجتماعي للذات، فتقدير الذات ينشأ ويتطور بلغة الواقع الاجتماعي، أي داخل الإطار الاجتماعي للمحيط الذي يعيش فيه الفرد، لذا ينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، وأن تقييم الذات لا يحدث إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف "زيلر" تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي (أبو مغلي، 2002: 111).

وعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك. إن تأكيد "زيلر" على العامل الاجتماعي جعله يسهم مفهومه بأنه تقدير الذات إجتماعي، في حين أن المناهج الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات (كفافي، 1989: 104).

3-4- نظرية "كوبر سميث" (Cooper Smith 1967):

تمثلت أعمال "كوبر سميث" في دراسة تقدير الذات عند الأطفال ما قبل المدرسة الثانوية، ويرى أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات تقسيم الذات وردود الأفعال والإستجابات الدفاعية، فذهب إلى أن مفهوم الذات مفهوم متعدد الجوانب، ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين: الأول التعبير الذاتي، وهو إدراك الفرد لذاته، والثاني هو التعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية (الشناوي، 2001: 127)، ويميز "كوبر سميث" بين نوعين في تقدير الذات هما تقدير الذات الحقيقي، وتوجد عند الأشخاص الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة، وتقدير الذات الدفاعي، الذي يوجد عند الأشخاص الذين يشعرون أن لا قيمة لهم ولكنهم لا يستطيعون الإعتراف بمثل الشعور، وقد إفترض "كوبر سميث" أربع مجموعات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، القيم، الطموحات، والدفاعات، وهناك ثلاثة من

حالات الرعاية الوالدية تبدو مرتبطة بنمو المستوى الأعلى من تقدير الذات وهي: تقبل الأطفال من جانب الآباء، وتدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من قبل الآباء، وإحترام مبادرة الأطفال وحريرتهم عن التعبير من قبل الآباء (أبو جادو، 2007: 153).

3-5- نظرية "ماسلو" ذات التدرج الهرمي للحاجات الإنسانية (1943-1954)

Maslow Hierarchical Needs

تعد نظرية عالم النفس "أبراهام ماسلو" (A.Maslow) للحاجات من أكثر النظريات شيوعاً في مجال العمل والمؤسسات بصفة عامة، حيث فسّر "ماسلو" سلوك الإنسان على أساس حاجاته الإنسانية وطبقاً لهذه النظرية فإن الحاجات غير المشبعة تصبح المحدد الرئيسي للسلوك الفردي لحين إشباعها، فهي تؤدي إلى عدم إتران الفرد وتدفعه إلى الإتيان بسلوك يؤدي إلى خفض حالة التوتر هذه وإعادة حالة التوازن الداخلي والفيولوجية ولا يزول التوتر إلا بإشباع الحاجة. والحاجات المهمة في أي وقت من الأوقات تكون تلك الحاجات غير المشبعة ولا يستطيع أحد أن يرقى لإشباع حاجة من الحاجات الأخرى إلا عن طريق إشباع الحاجات الأهم، ثم الأقل أهمية وفقاً للتسلسل الهرمي، فمثلاً عدم إشباع الحاجات الدنيا الفسيولوجية يجعلها الأهم من الحاجات العليا حتى يتم إشباعها، ثم يرتقي الفرد على درجات سلم الحاجات ليصبح الحاجات تبعاً لتسلسلها (المشعان، 1993: 58)، وقسم "ماسلو" الحاجات الإنسانية إلى خمسة مستويات ووزعها على النحو التالي:

أ- **الحاجات الأساسية:** وتسمى أحياناً الفسيولوجية أو الطبيعية العضوية كحاجات المأكل والمشرب والسكن والراحة، وهي أدنى تنظيم للحاجات الإنسانية.

ب- **الحاجة إلى الأمن والضمان:** وهي الحاجات التي تتعلق بحماية الفرد من الأذى الجسدي والنفسي أو ضمان الدخل والمحافظة على مستوى معيشي لائق. ويرى البعض أن هناك دعامات ثلاث يقوم عليها شعور العاملين بالأمن هي:

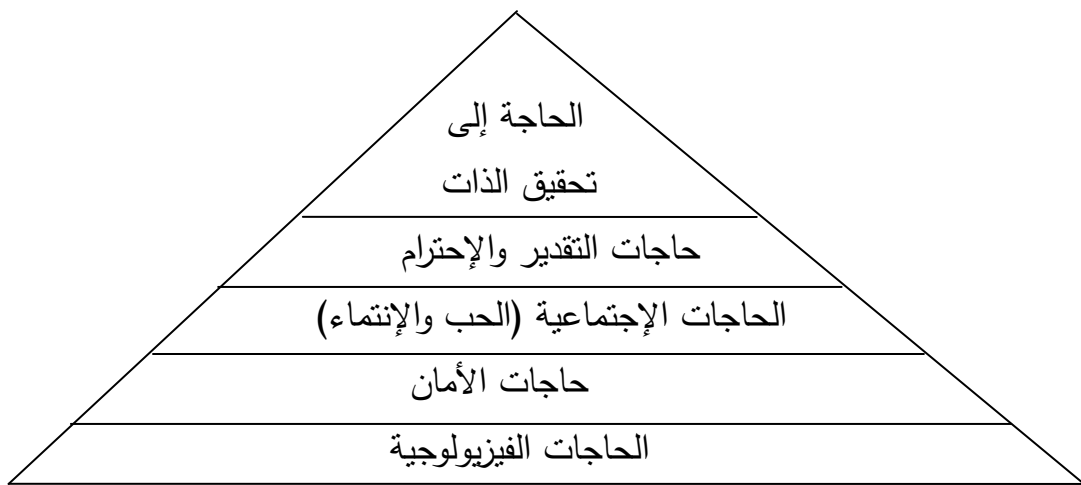
- موقف الرؤساء من العاملين وإتجاهاتهم النفسية نحوهم، فالفرد لا يشعر بالأمن إن لم تقابل جهوده ونشاطه بالاستحسان من رؤسائه والمشرفين عليه.
- معرفة الفرد لما يراد منه، كمعرفته للأنظمة واللوائح التي تخص المنظمة وفرص التقدم في عمله ودرجة قبول عمله ولذا فإن تنمية ذلك يتم عن طريق تحديد الإختصاصات والواجبات ليتعرف الفرد على ما يراد منه بدلاً من أن يترك عرضة للغموض والإبهام .
- ثبات نظم الثواب والعقاب (زويلف، 1998: 231).

ج- الإحتياجات الإجتماعية أو الحاجة إلى الانتماء: وتمثل الحاجة لمشاركة الآخرين والتفاعل الإجتماعي والحاجة إلى الصداقة والحب والعطف والقبول من الآخرين، وتعتبر الحاجات الإجتماعية نقطة الإنطلاق نحو حاجات أعلى وبعيدة عن الحاجات الأولية.

د- الحاجة إلى الإحترام وتقدير الذات: كالحاجة إلى الإحترام والتقدير من الآخرين والتميز عنهم، وتتصل بما يؤديه ويقدمه الفرد ضمن مجال عمله فبإستطاعته تحمل مختلف الأعباء والمسئوليات الموكلة إليه وقدرته على إبتداع الطرق والأساليب التي تعتبر كإسهامات إضافية في المجال المهني، إذ يعزز ذلك لدى الفرد الشعور بإحترام الذات لنفسه ومن طرف الأفراد المحيطين به، ويقول "ماسلو" بأن هذه الحاجة تأتي عقب إشباع الحاجات الثلاث السابقة.

هـ- الحاجة إلى تحقيق الذات: وتمثل الحاجة إلى تحقيق الأهداف والطموحات التي يرغبها الفرد في الحياة، وتعد هذه الحاجة أعلى مستوى في تنظيم "ماسلو" الهرمي للحاجات (سالم وآخرون، 1995: 210)، وتستند هذه الهرمية أو تدرج الحاجات إلى إفتراضين أساسيين هما:

- أن الحاجة غير المشبعة هي التي تدفع السلوك.
- وعندما يتم إشباع الحاجة فإنها لن تعود دافعة للسلوك، ولهذا فإن الحاجات العليا عند غالبية الناس تكون هي الأقل إشباعاً بالمقارنة مع الحاجات الدنيا (سلامة، 2003: 34).



الشكل (04): هرم "ماسلو" للحاجات الإنسانية

المصدر: (لوكيا الهاشمي، 2006: 179)

إن جوهر نظرية "ماسلو" لا يعتمد على تصنيفه لأنواع الحاجات (الدوافع) عند الفرد وإنما يعتمد على ترتيب هذه الحاجات بحسب أولويتها لذلك الفرد، وعلى الرغم من أن هذه النظرية لا تفسر بشكل واضح وكلي للتحفيز الإنساني إلا أن مساهمتها واضحة وأساسية وتعتبر نقطة البداية في فهم التحفيز عند الأفراد (سالم وآخرون، 1995: 211).

إنّ الحاجات العليا (حاجات المستويات الثلاثة الأخيرة) في سلم "ماسلو" تظهر متأخرة في حياة الفرد وهي لازمة لسعادته وغالباً يؤدي كبتها إلى أمراض نفسية، ولها طرق شتى لإشباعها، كما أن الحاجات الدنيا هي حاجات ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد وأن طرق إشباعها محددة (زويلف، 1998: 231).

3-6- نظرية القياس الاجتماعي لـ "مارك لييري" (2000) Mark Leary:

وفقاً لنظرية القياس الاجتماعي يعد تقدير الذات قياساً نفسياً يراقب نوعية علاقات الفرد بالآخرين، وتقوم النظرية على أساس إفتراض أن الناس يمتلكون دافعا سائداً نحو تعزيز العلاقات البينشخصية المهمة، وأن نظام تقدير الذات يراقب جودة العلاقات بين الأشخاص، وأفعال الفرد، وعلى وجه التحديد الدرجة التي يقيم بها الفرد علاقته مع الآخرين على أنها تحمل قيمة، وأنها مهمة ووثيقة، وعندما يتم المرور بخبرة التقويم الواطئ فإن نظام القياس الاجتماعي يستثير الضيق الإنفعالي كعلاقة تحذير أو إنذار، ويدفع بالفرد إلى إظهار سلوكيات تسترجع التقدير الإيجابي، ومحاولة المحافظة عليه، إن تقدير الذات الواطئ لدى الفرد يكون مقترنا بحالات الفشل في إنجاز المهمات أو الإنتقاد أو الرفض من الآخرين، وغيرها من الأحداث التي لها مضامين سلبية، ويرتفع تقدير الذات عندما ينجح الفرد في إنجاز المهمات، وعندما يختبر حب الآخرين. ويرتبط تقدير الذات الواطئ بعدد من المشاكل الشخصية و النفسية مثل الإكتئاب، الوحدة، الإدمان، الفشل الدراسي والسلوك الإجرامي (الجيزاني، 2012: 78).

4- مستويات تقدير الذات:

يشير "محمد الشناوي" (2001) إلى أن تقدير الذات يتعرض لتغيرات حسب تصرفات الفرد وردود أفعاله، فله مستويات ولكل مستوى خصائص ومميزات حسب شخصية كل فرد، ومن بين العلماء الذين صنفوا تقدير الذات إلى مستويات نجد تصنيف "هاماشيك" المتمثل في مستوى مرتفع (عالي)، ومستوى منخفض (متدني) لتقدير الذات (الشناوي، 2001: 125).

4-1- المستوى العالي (المرتفع) لتقدير الذات:

عرف "جوزيف موتان" تقدير الذات العالي بأنه الصورة الإيجابية التي يكونها الفرد حول نفسه، إذ يشعر بأنه ناجح وجدير بالتقدير، وينمو لديه الثقة بقدراته لإيجاد الحلول لمشكلاته ولا يخاف في المواقف التي يجدها حوله، بل يواجهها بكل إرادة (أمزيان، 2007: 34)، كما أظهرت الدراسات التي أجريت في مجال تقدير الذات أن الأشخاص ذوو التقدير المرتفع للذات يؤكدون دائماً قدراتهم وجوانب قوتهم وخصائصهم الطيبة (سلامة، 1991: 279)، كذلك يورد "سانتريك" بعض المؤشرات السلوكية الدالة على تقدير الذات الإيجابية منها:

- إملاء التوجيهات والأوامر للآخرين.
- التعبير عن الأفكار والعمل التعاوني.
- مشاركة الآخرين في الأنشطة الاجتماعية (الريماوي، 2003: 231).
- ويذكر "جبريل" (1983) أن الأفراد الذين يتمتعون بتقدير الذات إيجابي، تكون لديهم بعض الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الأفراد، ومن تلك الخصائص:
- يشعرون بالأهمية.
- يشعرون بالمسؤولية إتجاه أنفسهم والآخرين.
- لديهم إحساس قوي بالنفس، ويتصرفون بإستقلالية، ولا يقعون تحت تأثير الآخرين بسهولة.
- يعترفون بقدراتهم ومواهبهم، كما أنهم فخورون بما يفعلون.
- يؤمنون بأنفسهم، فلديهم القدرة على المخاطرة ومواجهة التحديات.
- لديهم القدرة العالية على تحمل الإحباط.
- يتمتعون بالقدرة على التحكم العاطفي في الذات.
- يشعرون بالتواصل مع الآخرين، كما أنهم يتمتعون بمهارات جيدة في التواصل.
- يولون العناية بمظهرهم وأجسامهم (خليل محمود سمور، 2015: 18).

4-2- المستوى المتوسط لتقدير الذات:

يشير "كوبر سميث" (1967) على وجود فئة من الأشخاص تقع بين ذوي التقدير المنخفض وتقدير الذات المرتفع، وهي فئة الأشخاص ذوو التقدير المتوسط للذات إذ ينمو ذلك لديهم من خلال قدراتهم على عمل الأشياء المطلوبة منهم، حيث تكون إنجازاتهم متوسطة (مؤمن، 2004: 515).

4-3- المستوى المتدني لتقدير الذات:

يعرف المستوى المتدني لتقدير الذات بعدة تسميات، منها التقدير المنخفض للذات، التقدير السلبي للذات، وغيرها، ويعرفه "روزنبرغ" المستوى المتدني لتقدير الذات بأنه عدم رضا الفرد بحق ذاته أو رفضها (أمزيان، 2007: 36)، كذلك يشعر أصحاب التقدير المنخفض للذات بالإحباط، ويشعرون أن تحصيلهم أقل ويعتقدون أن ذكاء الآخرين أفضل من ذكائهم لذلك ينتابهم الإحساس بالعجز والقلق نحو التعامل مع الآخرين، كما يبذون عدم رضاهم عن مظهرهم العام ووزنهم، كما يشعرون بالخجل، ويرون بأنهم فاشلون (إبراهيم وعبد الحميد، 1994: 58)، من هذا المنطلق يمكن تحديد السمات العامة لذوي الذات المنخفضة في:

- إحتقار الذات والتشاؤم.
- الميل إلى سحب أو تعديل آرائهم خوفاً من سخرية الآخرين.
- عدم الشعور بالكفاية من الأدوار والوظائف.
- الشعور بالغرابة عن العالم.
- الشعور بالذنب دائماً (العطا، 2014: 24).
- كما يشير "جبريل" (1983) أن الأفراد الذين لديهم تقدير الذات سلبي، تكون لديهم بعض الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الأفراد، ومن تلك الخصائص:
- الحساسية نحو النقد، حيث يرون في النقد تأكيداً لصحة شعورهم بالنقص.
- إتجاه نقدي متطرف يستخدم للدفاع عن صورة الذات المهزوزة، ويظهر ذلك من خلال توجيه الإنتباه إلى عيوب الآخرين وتجاهل العيوب الشخصية.
- الشعور بالإضطهاد، حيث إن الفشل هو نتيجة تخطيط خفي من قبل الآخرين، وهكذا يتم إنكار الضعف الشخصي والفشل، ويتم إسقاط اللوم على الآخرين.
- النزوع إلى ظهور إستجابة قبول نحو التملق.
- الميل إلى العزلة والإبتعاد عن التنافس، وذلك بهدف إخفاء النقص المتوقع ظهوره (خليل محمود السمور، 2015: 18).

5- أقسام تقدير الذات:

يذكر "إبراهيم بن محمد بلكيلاني" (2008) أن علم النفس يقسم التقدير للذات إلى قسمين:

- **تقدير الذات المكتسب:** هو تقدير الذات الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته، فيحصل على الرضا بقدر ما أدى من نجاحات.

• **تقدير الذات الشامل:** يعود إلى الحس العام للافتخار بالذات، فليس مبني على مهارات محددة أو إنجازات معينة فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفء تقدير الذات العام، والإختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والانجاز الأكاديمي، ففكرة تقدير الذات المكتسب تقول: أن الإنجاز يأتي أولاً ثم يتبعه تقدير الذات، بينما مفاد فكرة الشامل أن تقدير الذات يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل والإنجاز (بلكيلاني، 2008: 33).

6- العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يشير "فهمي والقطان" (1979) إلى أن هناك نوعين من العوامل المؤدية إلى تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض، فمنها ما تعلق بالفرد نفسه، ومنها ما تعلق بالبيئة الخارجية:

6-1- عوامل تتعلق بالفرد نفسه: فالقد ثبت أن درجة تقدير الذات لدى الفرد تتحدد بقدر خلوه من القلق أو عدم الإستقرار النفسي بمعنى أنه إذا كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة، ساعد ذلك على نموه نمواً طبيعياً ويكون تقديره لذاته مرتفعاً أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتالي ينخفض تقديره لذاته.

6-2- عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية: وهي متصلة بظروف التنشئة الإجتماعية والظروف التي تربي ونشأ فيها الفرد وكذلك نوع التربية (فهمي والقطان، 1979: 78)

وفي نفس السياق تشير "كاميليا عبد الفتاح" (1987) إلى أن العوامل التي تؤثر في تقدير الفرد لذات كثيرة منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل إستعداداته وقدراته والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية وبالأفراد الذين يتعامل معهم فإذا كانت البيئة تهيبء للفرد المجال والإنطلاق والإنتاج والإبداع فإن تقديره لذاته يزداد، أما إذا كانت البيئة محبطة وتضع العوائق أمام الفرد بحيث لا يستطيع أن يستغل قدراته وإستعداداته ولا يستطيع تحقيق طموحاته فإن تقدير الفرد لذاته ينخفض، كذلك فإن نمو تقدير الذات لا يتأثر بالعوامل البيئية والموقفية فحسب ولكنه يتأثر بعوامل دائمة مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسمات شخصيته والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها (عبد الفتاح، 1987: 21)، كما يذكر "الماضي" (1993) بعض العوامل المؤثرة في تقدير الذات ومنها :

- مقدار الإحترام والتقبل والمعاملة التي تتسم بالإهتمام التي يحصل عليها الفرد من قبل الآخرين الهامين في حياته.

- تاريخ نجاح الفرد والمناصب التي تقلدها، حيث يقاس النجاح بالناحية المادية ومؤشرات التقبل الاجتماعي.

- مدى تحقيق طموحات الفرد في الجوانب التي يعتبرها هامة، مع العلم بأن النجاح والنفوذ لا يدرك مباشرة ولكنه يدرك من خلال مصفاة في ضوء الأهداف الخاصة والقيم الشخصية.

- كيفية تفاعل الفرد مع المواقف التي يتعرض فيها للتقليل من قيمته، فبعض الأشخاص قد يكتبون أي تصرفات تشير إلى التقليل من قيمتهم من قبل الآخرين أو نتيجة فشلهم السابق، حيث تخفف القدرة على الدفاع عن تقدير الذات من شعور الفرد بالقلق وتساعد في الحفاظ على توازنه الشخصي (الماضي، 1993: 62).

7- **قياس تقدير الذات:** لقد أشار العديد من الباحثين في علم النفس إلى ضرورة وجود أداة لقياس تقدير الذات لدى الفرد وذلك من أجل إتخاذ التدابير اللازمة بشكل دقيق وموضوعي في التشخيص والتدخل العلاجي المناسبين، ولهذا الغرض أنجزت عدة مقاييس، ونذكر منها ذات الإستعمال الواسع :

7-1- مقياس تقدير الذات لـ "روزنبارغ" (1962) Rosenberg:

يتكون مقياس " روزنبارغ " لتقدير الذات من (10) بنود أو عبارات بواقع خمس عبارات موجبة والعبارات الباقية سالبة، وله بعد واحد صمم أصلا سنة 1962 لقياس تقدير الذات لدى طلبة الثانويات والمدارس العليا، ومنذ تطويره وهو يستعمل مع مجموعة أخرى من الراشدين من مختلف الأعمار ومن أكبر نقاط القوة فيه تطبيقه وإستخدامه في بحوث مختلفة مع عينات كبيرة ولسنوات عديدة (مقدم، 2011: 303).

7-2- مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" (1967) Cooper smith:

أعد هذا المقياس في الأصل سنة 1967، يوجد له حاليا نموذجان أحدهما مخصص للأطفال والآخر للكبار، ويستعمل لقياس تقدير الذات في المجالات الاجتماعية والعائلة والشخصية (جاب الله، 2010: 68)، وحسب "كوبر سميث" يقيس الإختبار مجموعة إتجاهات ومعتقدات الشخص وتوقعه النجاح أو الفشل، ومقدار الجهد الذي ينبغي أن يقوم به، فمن الناحية النفسية يوفر الثقة بالنفس للرد وفق التوقعات للنجاح والقبول، وقوة الشخصية.

7-3- مقياس تقدير الذات لـ "قوردون" (1982) Gordon:

يتضمن مقياس "قوردون" لتقدير الذات أربعة مقاييس فرعية وهي الإرتقاء ويمثل القدرة على التأثير على الغير، والصلابة وتمثل المواظبة للوصول إلى الهدف، والإستقرار الإنفعالي، وعكسه القابلية للإنفعال والقلق الإجتماعي ويمثل القدرة على تكوين علاقات (ديب، 2014: 22).

8- أهمية تقدير الذات في حياة الفرد:

تأتي أهمية تقدير الذات خلال ما يصنعه الفرد لنفسه ويؤثر بوضوح في تحديد أهدافه وإتجاهاته وإستجاباته نحو الآخرين ونحو نفسه، مما جعل المنظرين في مجال الصحة النفسية يبرزون تأثير أهمية تقدير الذات في حياة الأفراد، وكان إريك فروم (1931) أحد الأوائل الذين لاحظوا الإرتباط الوثيق بين تقدير الشخص لنفسه ومشاعره نحو الآخرين وأن تقدير الذات المنخفض يعتبر شكلاً من أشكال العصاب، ويقول "عبد الرؤوف" (1985) أن الذات هي أساس التوافق بالنسبة للفرد، وأن الإنسان يسعى لتحقيق ذاته عن طريق إشباع حاجاته المختلفة دون حدوث تعارض مع متطلبات وظروف البيئة المحيطة به، وتضيف "كامل حمام فادية والهويش خلف" (2010) أنه بمدى نجاح الفرد في تحقيق هذا التوازن ينمو لديه تقدير موجب لذاته بدرجة مرتفعة ويختلف الأفراد في تحقيق هذا التوازن مما يعمل على إختلاف تقدير الذات لديهم، وهو ما يؤدي إلى التقدير المرتفع أو المنخفض للذات، ويرجع هذا الإختلاف حسب المواقف، إذ يتأثر بالظروف البيئية فيكون تقدير الذات إيجابياً إذا كانت مثيرات البيئة إيجابية، وتحترم الذات الإنسانية وتكشف عن قدرتها وطاقاتها، أما إذا كانت البيئة محبطة فإن الفرد يشعر بالدونية ويسوء تقديره لذاته (كامل حمام والهويش، 2010: 81).

وتشير "أمل ملا" (2008) إلى أن تقدير الذات مهم جداً من حيث أنه هو البوابة لكل أنواع النجاح الأخرى المنشودة، فمهما تعلم الشخص طرق النجاح وتطوير الذات، فإذا كان تقييمه لذاته وتقييمه لها ضعيفاً، فلن ينجح بالأخذ بأي من تلك الطرق للنجاح، لأنه يرى نفسه غير قادر، وغير أهل، ولا يستحق هذا النجاح، كما أن تقدير الذات لا يولد مع الإنسان، بل هو مكتسب من تجاربه في الحياة، وطريقة رد فعله إتجاه التحديات والمشكلات في حياته، وضعف تقدير الذات ينمو بسبب كثرة الهروب من مواجهة المشكلات وعدم الرغبة في الحديث عنها، وهذا يتطلب شجاعة في أن يعترف الإنسان بأخطائه وعيوبه، لذلك كانت الخطوة الأولى هي رفع مستوى الشجاعة عند الشخص لمواجهة عيوبه ويعمل على حلها. وإن تقدير كل شخص

لذاته يؤثر في أسلوب حياته، وطريقة تفكيره، وعمله، ومشاعره نحو الآخرين، ويؤثر في نجاحه، ومدى إنجازه لأهدافه في الحياة، فمع إحترام الشخص وتقديره لذاته تزداد إنتاجيته، وفاعليته في حياته العملية والاجتماعية، فلا يجب أن تكون إخفاقات وعثرات الماضي عجلة تقودنا للوراء، وتقيدنا عن السير قدماً، بل العكس يجب أن يكون ماضينا سراجاً يمدنا بالتجارب والخبرة في كيفية التعامل مع القضايا، والأحداث، ولكن يعتمد ذلك على مستوى تقديرنا لذاتنا، وعلى تجاربنا الفردية (ملا، 2008: 22)، وبضيف "كفاي" (1989) أن تقدير الذات يشير إلى نظرة الفرد الإيجابية على نفسه، بمعنى أن ينظر الفرد إلى ذاته نظرة عالية تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية، كما تتضمن إحساس الفرد بكفاءته وجدارته وإستعداداه لتقبل الخبرات الجديدة، وبصفة عامة يرتبط تقدير الذات بالسلوك الذي يعبر عن النمو أكثر مما يعبر عن الدفاع، كما يعبر عن ذلك أصحاب التوجه الإنساني في علم النفس (كفاي، 1989: 111)، وحسب "كفاي" فإن "باندورا" يشير إلى أن فاعلية الذات تؤدي دوراً محورياً في تحديد درجة التحكم في أنماط التفكير المثير للقلق، فالفرد الذي يعتقد أن لديه قدرة مرتفعة على التحكم في مصادر التهديد المحتملة، لا تكون أنماط تفكيره مثيرة للقلق، في حين أن الفرد الذي يعتقد أن لديه قدرة منخفضة في التحكم في هذه التهديدات، تتنابه درجة مرتفعة من الإحساس بالقلق، ويركز تفكيره حول عجزه عن التوافق ويدرك أن العديد من جوانب بيئته مشحونة بالمخاطر (كفاي، 1989: 108).

9- الدراسات التي تناولت تقدير الذات في ميدان العمل:

إن الدراسات التي تناولت تقدير الذات لدى المهنيين (في حدود إطلاع الباحث) قليلة ولم ترقى إلى الإهتمام الذي حظيت به المجالات الأخرى، ومع ذلك نذكر دراسة "بويكر دبابي" (2016) بعنوان "مستوى تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية، التي هدفت إلى معرفة مستوى تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية بورقلة"، ودراسة "إبراهيم سليمان المصري" (2014) بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة"، وكذا دراسة "هتوف سمارة ومحمد خير السلامة" (2012) بعنوان "درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة لذواتهم وعلاقتها بدافعية الإنجاز لديهم".

فمسألة تقدير الذات لدى العاملين في المهن ذات الخدمات الإنسانية والاجتماعية كالتمريض لم تأخذ نصيبها من البحث مثل الميادين الأخرى كالتعليم مثلاً، حيث أن الدراسات التي

تناولت فئة الممرضين (في حدود إطلاع الباحث) تكاد تتعدم، مما يجعل منه ميدان بحث جد خصب، نظرا لما ينتاب هؤلاء المهنيين من معاناة نفسية أثناء تأديتهم لمهامهم النبيلة والتمثلة في إنقاذ حياة البشر والإهتمام بصحتهم.

خلاصة:

يعتبر تقدير الذات أبرز سمة من سمات الشخصية القوية والفعالة لدى الفرد، فيكتسب من خلاله القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة والإحباط والفشل، حيث يهدف لأن يشعر بقيمته وأهمية الدور الذي يقوم به خاصة في حياته المهنية المحفوفة بالمشاكل والمخاطر التي قد ترهن الحياة النفسية للعامل، حيث أن التمريض من المهن التي أثبتت العديد من الدراسات الأكاديمية تأثيرها بالضغوط المهنية، والتي ينتج عنها نظرة الممرض السلبية لذاته جرأً نقص التقدير والإحترام الموجه له في تعامله وتفاعله مع الآخرين في محيطه المهني كمؤسسات الصحة العمومية، وبحكم طبيعة مهنة الممرض التي تستوجب التفاني في العمل من أجل السهر على صحة المرضى، فيجد بذلك نفسه بين المطرقة والسندان، مطرقة المسؤولين عن الصحة العمومية وأصحاب القرار، وسندان المرضى ومرافقيهم، من خلال إلقاء اللوم عليهم في معظم المشاكل المرتبطة بمجال عمله.

إنّ الممرض إنسان يؤثر ويتأثر من خلال معاملته مع الناس، فمن شأن تثمين الدور المنوط به والإعتراف بما يقدم من مجهودات والإلتفات حوله، وتقديم له كل التقدير والإحترام، وعدم الوقوف كحجرة عثرة أمام طموحاته أن يرفع معنوياته، فيزيده ذلك ثقة بالنفس ويدعم توازنه النفسي، مما يغير منحي تقديره لذاته من السلبية إلى الإيجابية.

الفصل الخامس

التمريض في النظام الصحي الجزائري

تمهيد

- 1- النظام الصحي في الجزائر
 - 2- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
 - 3- قانون الصحة الجزائري الجديد (29 جويلية 2018)
 - 4- مهنة التمريض
 - 5- أسس التمريض
 - 6- أهداف التمريض
 - 7- سلك الممرض للصحة العمومية في الجزائر
 - 8- حماية صحة المهنيين في وسط العمل
 - 9- الجوانب الأخلاقية المتعلقة بالمرضى
 - 10- دراسات تناولت معاناة الممرض في الوسط المهني
- خلاصة

تمهيد:

يأخذ الممرض داخل المؤسسات العمومية للصحة حصة الأسد من حيث تواجده، حيث يتوقف عليه الأمر في عملية التمريض، تنفيذ الأداءات التمريضية لصالح المرضى، مرافقة الأطباء في مختلف العمليات العلاجية للمرضى حسب نوع المرض ونوع المصلحة العلاجية المتواجد فيها المريض فهذا الأخير رهين الكفاءة الأدائية للممرض الذي يستدعيه الأمر إلى أن يكون في صحة نفسية جيدة لمجابهة أعباء العمل والقيام بمهامه في أحسن الظروف، فبالرغم من إهتمام الجزائر بتطوير النظام الصحي والهيكل الصحية وكذا بالتكوين والرقي من الناحية المادية والجانب التعليمي المستمر بهذه الفئة إلى أنها لم تهتم بالقدر الكافي لحجم معاناتهم النفسية وتذمرهم المستمر أثناء تأديتهم لمهامهم.

1- النظام الصحي في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100000 ساكن متركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 ممرض أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطواقم الإداري المسير (حوالف، 2010 : 133).

وإتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمتقلة، على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال، ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع : مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية، وتميز العمل على ارض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) والوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملا ريا والسل). ومن هنا أصبح لزاما انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة، والمهم بالنسبة لمسئولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات، والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والممرضين و الاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية، لان العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي.

وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي:

- تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسميا من يناير 1974، تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 والذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية.
- إصلاح التعليم الطبي و الشبه طبي في مختلف التخصصات.
- إنشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بانجاز العديد من المرافق الصحية، وخصوصا المستشفيات والهيكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية وهي الرعاية و التدريب والبحث.

وخلال عقدي الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة ومرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة أخرى، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1994، بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي.

وخلال الفترة ما بين 1989-1998 شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها، بالإضافة إلى تدمير العديد من العاملين في الصحة العمومية وخاصة الممرضين بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية وظهور العيادات الخاصة المنافسة (حاروش، 2009 : 132).

2- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر: فقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتتمثل في (الوافي، 2013: 96):

1-2- المرحلة الأولى (1962-1965): ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر، هران وقسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة

مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على عدد قليل جدا من الممرضين. إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية. هذه المرحلة إمتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات، والتي تسير من طرف البلديات. وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التعليم. ومن جهة أخرى، هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

2-2 - المرحلة الثانية (1965-1979) :

ميّز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 إلى 1979، وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 (حاروش، 2009 : 11).

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض. ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني (الجريدة الرسمية، العدد 01: جانفي 1974)، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات

لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعاً محسوساً في عدد العيادات المتعددة الخدمات. حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي :

- المشكلات الصحية : كمكافحة الأمراض المتنتقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية... الخ.
- مكافحة الأمراض غير منتقلة : كأمراض القلب، الأمراض العقلية... الخ.
- المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.
- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

3-2- المرحلة الثالثة (1979-2007): تميزت هذه المرحلة بـ (الوافي، 2013: 99):

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976، إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط وزارة الصحة، وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لان مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- البطاقة الصحية كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية

- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية و نجاعة.

- بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.

في سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية في الجزائر لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الإستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

وتضمن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :

- المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques)، أو إلى قاعات للعلاج (salles de soins) حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وتحدد المشتريات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية :

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة (المرسوم التنفيذي رقم "140-07" المؤرخ في جمادي الأولى 1428 الموافق لمايو سنة 2007)، أما مهامه حسب المادة "8" من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي :

- الوقاية والعلاج القاعدي

- تشخيص المرض

- العلاج الجوارى

- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي

- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي

- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية. أما فيما يخص مؤشرات التغطية التمريضية في الجزائر ، فقد كان عدد الممرضين سنة 1962 هو ممرض واحد لـ 2979 مواطن، وأصبح سنة 1999 ممرض واحد لكل 364 مواطن إلى أن وصلت التغطية التمريضية سنة 2009 إلى ممرض واحد لكل 370 مواطن (تقرير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، سبتمبر 2009).

3- قانون الصحة الجزائري الجديد (29 جويلية 2018):

بغية حماية صحة المواطن وترقيتها، إنتهجت الجزائر عدة إجراءات تخص المجال الصحي، حيث تم إنشاء العديد من الهياكل الصحية (مستشفيات) عبر التراب الوطني، وذلك تزامناً مع التزايد السكاني الذي عرفته الجزائر، فكان لزاماً على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أخذ التدابير اللازمة وذلك بإنشاء قانون جديد للصحة، ومن بين ما تضمنه ، نذكر (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018: 28):

• الخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي:

والتي تهدف إلى:

حيث تهدف الخريطة الصحية إلى ما يأتي:

- التنبؤ بالتطورات الضرورية من أجل تكييف عروض العلاج.
 - التلبية القصوى لاحتياجات الصحة.
 - تحديد تنظيم منظومة العلاج.
 - تحديد شروط ربط مؤسسات الصحة بالشبكة الصحية.
 - ضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني وتحسينها.
- كما تحدّد الخريطة الصحية مقاييس التغطية الصحية وتضبط الوسائل الواجب تعبئتها على المستوى الوطني والجهوي، مع الأخذ في الحسبان، لا سيما الحوض السكاني والخصائص الوبائية والصحية والجغرافية، والديموغرافية والإجتماعية، والإقتصادية، قصد ضمان توزيع عادل للعلاجات الصحية، وتعدّ الخريطة الصحية وتقييم، وتحين دوريا، وفق كفاءات تحدّد عن طريق التنظيم.

• مهام هياكل ومؤسسات الصحة ضمن قانون الصحة الجديد:

تكون هياكل ومؤسسات الصحة في متناول جميع المواطنين، وتمارس مهامها ضمن إحترام حقوق المرضى، حيث تضمن هياكل ومؤسسات الصحة، لفائدة كل المواطنين، تقديم علاجات أولية وثانوية وذات المستوى العالي وكذا الإستجالات، حسب مخطط تنظيمي محدد عن طريق التنظيم، كما يمكن هياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة أن تتولى تقديم:

- علاجات بالمنزل.

- إستشفاء بالمنزل.

- علاجات تلطيفية.

• القانون الأساسي للمؤسسة العمومية للصحة:

المؤسسة العمومية للصحة هي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، وتتمثل مهمتها في ضمان وتطوير وترقية كل نشاطات الصحة، كما يمكنها ضمان نشاطات التكوين والبحث في مجال الصحة، وتتمثل مختلف المؤسسات العمومية للصحة فيما يلي:

- المركز الإستشفائي الجامعي.

- المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.
- المقاطعة الصحية.
- مؤسسة الإعانة الطبية المستعجلة.

4- مهنة التمريض:

ليس هناك خلاف على أهمية ومكانة مهنة التمريض، فهي من المهن التي تتعامل مع الإنسان في أوقات ضعفه والتي يكون فيها في أشد الحاجة إلى من يأخذ بيده ويلبي حاجاته البدنية والنفسية فيفيض عليه من رعايته ليخفف عنه الامه ويخرجه من إحساسه بالضعف ويعيد إليه ثقته بنفسه وبالحياة، فالتمريض في حقيقته رسالة إنسانية قبل أن يكون مهنة تزاوُل للكسب (الجنابي وحسن، 1984: 121).

فالتمريض علم وفن ومهارة، يتم من خلاله تقديم الخدمات الصحية للمجتمع فهو علم لأنه يعتمد على الكثير من العلوم الأساسية كعلم التشريح ووظائف الأعضاء، وهو فن ومهارة لأنه يتطلب دقة في العمل وسرعة في البديهة والأداء مع الإخلاص (الجنابي وحسن، 1984: 121). فالتمريض يضمن الرعاية الشاملة للمريض من النواحي العضوية، النفسية والاجتماعية، كما توفر الخدمة للمرضى والأصحاء، وتهتم بوقاية المجتمع كله من الأمراض ورفع المستوى الصحي وكفالة الصحة للجميع.

5- أسس التمريض:

- أداء التمريض على الوجه الأكمل يتطلب من ممارسي هذه المهنة مراعاة عدد من الأسس الهامة المرتبطة ببعضها إرتباطا وثيقا وهي كالاتي (العقل، 2003: 14) :
- توفر المثل العليا الأخلاقية و الصحية و أهمها :
 - روح العطف والشفقة.
 - الشعور بالمسؤولية ومحاسبة النفس على التقصير.
 - العناية وملاحظة أية أعراض طارئة على المريض وتنبيه الطبيب لها.
 - روح التعاون بين ممارسي مهنة التمريض والطبيب وأهل المريض حتى يتم العلاج.
 - حفظ الاسرار، فبحكم طبيعة العمل يتسنى لممارسي مهنة التمريض معرفة أسرار المرضى وعائلاتهم، لذا لا بد أن يؤتمنوا على الأسرار وأن يحفظوها.

5-1- علاقة الممرضون بالمريض:

يقوم الممرضون بأنبيل الأعمال الإنسانية وهذا لقيامهم بخدمة المريض بطريقة جيدة نظراً لما قد يصيبه من حالات ومؤثرات نفسية نتيجة للمرض فيكون أكثر حساسية منه في حالته السليمة وعليهم أن يكونوا صبورين ومثابرين وبشوشين في خدمة المريض وأن يتعلموا طرق كسب تعاونه في تنفيذ العلاج، ويأتي ذلك من خلال دراسة النواحي المختلفة للمريض سواء الثقافية أو النفسية أو الدينية أو الإجتماعية (الوافي، 2013: 115).

5-2- علاقة الممرضون بالفريق الطبي:

يعدّ الممرضون الحلقة الأهم في جميع الأعمال الطبية وعليهم مساعدة الطبيب لعلاج المرضى من مبدأ الإحترام والطاعة والتعاون كما يتضمن ذلك أسلوب عملهم الذي يعتمد على التعاون والمساعدة مع زملائهم في العمل (الوافي، 2013: 115).

5-3- علاقة الممرضون بالمجتمع:

بحكم عملهم، يقوم الممرضون بالإختلاط بجميع أفراد المجتمع، فعليهم إلتزام الأخلاق الحميدة والسلوك المؤدب في التعامل مع المرضى، كما يقع على عاتقهم رفع المستوى الصحي للمجتمع والحرص على وقايته من الامراض والأوبئة، كما على الممرضين أن يتعرفوا على العادات والتقاليد والسلوك الديني والمستوى الثقافي للمجتمع حتى يسهل عليهم الطرق الصحيحة في علاج المرضى (الوافي، 2013: 115).

6- أهداف التمريض:

هناك مجموعة من الأهداف العامة للتمريض، وهي كما يلي (الوافي، 2013: 115):

- المساعدة في تقديم الخدمة الطبية والعلاجية للمرضى.
- الإهتمام بتوفير خدمات الرعاية الصحية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع.
- الحرص على وقاية المجتمع من الأمراض والأوبئة لضمان الحياة الصحية السليمة لكل فرد.
- تقديم التثقيف الصحي للأفراد لزيادة مستوى الوعي المجتمعي.
- التعاون مع جميع الأقسام لتحقيق الأهداف الرئيسية للؤسسة الصحية.
- بذل أقصى جهد لتقديم الخدمات الإسعافية في الحالات الطارئة وعلاج المصابين.

7- سلك الممرض للصحة العمومية في الجزائر:

يضم سلك الممرض للصحة العمومية (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011: 13)

خمس (5) رتب وهي:

- رتبة ممرض مؤهل وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة ممرض حاصل على شهادة دولة.
- رتبة ممرض للصحة العمومية.
- رتبة ممرض متخصص للصحة العمومية.
- رتبة ممرض ممتاز للصحة العمومية.

7-1- تحديد مهام الممرض:

نظرياً تحدد مهام الممرضون العاملون في الصحة العمومية (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011: 13) حسب الرتب المسندة إليهم وهي كالآتي:

- يكلف الممرضون المؤهلون بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية ويسهرون على حفظ الصحة والحفاظ على العناد وترتيبه.
- يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات المتعددة، وبهذه الصفة، يقومون بما يأتي :
- المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداواة المطبقة.
- تشجيع بقاء المرضى في إطار حياتهم العادية وإدماجهم أو إعادة إدماجهم فيها.
- المشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصحة الفردية والجماعية.
- كما يكلف الممرضون للصحة العمومية بما يأتي :
- المساهمة في حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص واسترجاعها وترقيتها.
- إنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناء على بروتوكولات إستعجالية مكتوبة في الحالات الإستعجالية القصوى.
- مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها.
- القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض.

- إستقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا.

يكلف الممرضون المتخصصون للصحة العمومية حسب تخصصاتهم بما يأتي :

- تنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلا عاليا لا سيما العلاج المعقد والمتخصص.
- المشاركة في تكوين الشبه الطبيين.

ويكلف الممرضون الممتازون للصحة العمومية بما يأتي :

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروعا المصلحة وإنجازه.
 - برمجة نشاطات فريق الوحدة.
 - ضمان متابعة نشاطات العلاج وتقييمها.
 - مراقبة نوعية وسلامة العلاجات والنشاطات شبه الطبية.
 - ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات شبه الطبية.
 - إستقبال المستخدمين والطلبة والمتربين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.
- 7-2- شروط توظيف الممرض وترقيته:**

يتم توظيف الممرضون في النظام الصحي الجزائري ويرقون بالطريقة التالية (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011: 14-15):

يرقى الممرض بصفة ممرض حاصل على شهادة دولة :

- عن طريق إمتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها للممرضون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل في حدود 20 % من المناصب المطلوب شغلها، للممرضون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية. ويوظف و يرقى بصفة ممرض للصحة العمومية بالطريقة التالية :

- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي الشبه الطبي شعبة العلاج تخصص العلاجات العامة. ويتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.

- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها للممرضون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة، كما يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

كما يرقى بصفة ممرض متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات في حدود المناصب المطلوب شغلها للمرضين للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته من 12 إلى 18 شهرا حسب التخصصات، وتحدد مدة ومحتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

ويرقى بصفة ممرض ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الممرضون المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

8- حماية صحة المهنيين في وسط العمل:

تسهر الدولة الجزائرية على حماية الصحة في وسط العمل وترقيتها طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، فهي تهدف إلى ما يأتي (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018: 11):

- ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهن والحفاظ على أعلى درجة لها.
- الوقاية من كل ضرر يلحق بصحة العمال جراء ظروف عملهم.
- حماية العمال في شغلهم من الأخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرّة بصحتهم.
- وقاية العمال وحمايتهم من حوادث العمل والأمراض المهنية.
- تنصيب العمال في منصب عمل ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية والنفسية وإبقاؤهم فيه.

كما أنّ طب العمل واجب على عاتق المستخدم لفائدة العامل طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، فيتكفل بنشاطات طب العمل مستخدموا الصحة المجتمعون ضمن مصالح طب العمل، الذين يتولون مهام وقائية أساسا وعلاجية بشكل ثانوي، وتهدف النشاطات في مجال طب العمل إلى الحفاظ على صحة العمال وقدرتهم على العمل وترقيتهما، وتحسين ظروف العمل لضمان الأمن والصحة في العمل، من خلال اعتماد نظام تنظيم للعمل يهدف إلى ترقية مناخ إجتماعي ملائم وثقافة حفظ الصحة والأمن والصحة في العمل (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018: 12).

9- الجوانب الأخلاقية المتعلقة بالمرضى:

لا يمكن القيام بأي عمل طبي ولا بأي علاج دون الموافقة الحرة والمستنيرة للمريض، ويجب على الطبيب إحترام إرادة المريض، بعد إعلامه بالنتائج التي تتجرّ عن خياراته، وتخص هذه المعلومة مختلف الإستكشافات أو العلاجات أو الأعمال الوقائية المقترحة ومنفعتيها وطابعها الإستعجالي المحتمل، وعواقبها والأخطار الإعتيادية أو الخطيرة التي تتطوي عليها، والتي يمكن عادة توقعها، وكذا الحلول الأخرى الممكنة والعواقب المتوقعة في حالة الرفض، ويضمن تقديم المعلومة كل مهني الصحة، في إطار صلاحياته ضمن إحترام القواعد الأدبية والمهنية المطبقة عليه، كما تمارس حقوق الأشخاص القصر أو عديمي الأهلية، حسب الحالات، من قبل الأولياء أو الممثل الشرعي، وفي حالة رفض العلاجات الطبية، يمكن إشتراط تصريح كتابي، من المريض أو ممثله الشرعي، غير أنه، في حالات الإستعجال أو في حالة مرض خطير أو معد، أو عندما تكون حياة المريض مهددة بشكل خطير، يجب على مهني الصحة أن يقدم العلاجات، وعند الاقتضاء، تجاوز الموافقة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018: 33).

ومن جهة أخرى، يجب على المرضى وكذا مرافقيهم، الإلتزام بالإحترام والسلوك اللائق إتجاه مهنيي الصحة، ولا يمكنهم، في كل الظروف، اللجوء إلى العنف بأي شكل من الأشكال، أو إرتكاب أي فعل تخريب لأملك، هياكل، ومؤسسات الصحة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2018: 6).

10- دراسات تناولت معاناة الممرض في الوسط المهني:

كشفت دراسة جلولي (2003) أن الممرضون يعانون من شدة مرتفعة من الإجهاد الإنفعالي ومن شدة متوسطة من تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز، وأكدت دراسة "عباس وعسكر" (1988) أن تعرض المهن الإجتماعية لضغوط العمل يؤثر على مسؤولياتهم ووظائفهم، كما ترى "ماسلاش" (Maslash, 1981) أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرا للضغط والإنهاك نظرا لكون الممرض عرضة للضغوط، بالرغم من أهمية التمريض، إلا أنه لم يحضى بمكانة عالية في نظر المجتمع إذ ينظر إلى الممرض أو الممرضة على أساس أنه خادم أو خادمة لا غير، لأنهما يقدمان الخدمات المختلفة للمرضى. فالمكانة الإجتماعية للممرض في الجزائر منحط، إذ يعتقد عامة الناس أنها في متناول الجميع ولا تتطلب أي قدرات خاصة أو تكوين، فحسب "لرابا" (A.Laraba, 2007) " يصل الممرض إلى تبدل المشاعر

تدريجياً، وهي أحياناً نتيجة للإجهاد الانفعالي. فهو نوع من حفظ الذات، هذا السلوك يحدث بطريقة لاشعورية عند الممرض، وحتى لو لم يكن راض بذلك، فهو يشعر بألم كونه لم يصل إلى الشعور بالإنجاز" (ميهوبي، 2013: 61)، ومرجع هذا الموقف السلبي إتجاه هذه المهنة إلى الخلفية التاريخية لنشأة التمريض وإلى النوعية المتواضعة للأفراد الذين عملوا كمرضى في البداية، هذا بالإضافة إلى نظرة الإحتقار من قبل الكثيرين للمهام التي يقوم بها، ومن ثم عيش الممرض في صراع دائم نتيجة فقدان الهوية والقيمة وصعوبة تحقيقه لذاته ولطموحاته الذاتية بإعتباره إمتداد للطبيب ليس إلا، ويبدأ هذا الشعور قبل ذلك في مراكز التكوين الشبه الطبي، حيث يكون الممرض الطالب مجبراً على البقاء فيها لأنه لم يتمكن من التسجيل في أماكن أخرى كالجامعات والمعاهد العليا، وبالتالي يعتبر هذا التكوين عموماً إستصغار لقيمة الفرد الذي يسعى جاهداً لكسب صورة إيجابية وتقدير لذاته (ميهوبي، 2013: 162). وفي نفس السياق أظهرت دراسة قام بها فريق من الأطباء المختصون في الأمراض العقلية بالمستشفى الجامعي بولاية تيزي وزو سنة 2013 حول القلق في الوسط المهني (المستشفيات) لدى الممرضين، وقد عرضت هاته الدراسة من طرف البروفيسور "زيري عباس" طبيب مختص في الأمراض العقلية والذي يشغل منصب مدير عام بالمستشفى الجامعي بتيزي وزو (بمناسبة اليوم الوطني الأول للطب العقلي) فأسفرت نتائجها على أن 41 % من الممرضين الذين يعملون بهذا المستشفى يعانون من القلق، شملت هاته الدراسة عينة مكونة من 436 ممرض بمتوسط السن 37 سنة، حيث كانت نسبة القلق مرتفعة بالدرجة الأولى لدى الممرضون الذين يعملون بالمصالح الجراحية، تليها بالدرجة الثانية لدى الممرضون الذين يعملون في الإستعجالات الطبية الجراحية ثم بالدرجة الثالثة لدى الممرضين الذين يعملون في مصلحة الإنعاش و يضيف البروفيسور "زيري" إلى أن ما نسبته 64.2 % من الذين شملتهم الدراسة يرجعون هذا القلق إلى العنف الذي يتعرّضون له في الوسط المهني، حيث ما نسبته 75.7 % من هاته الفئة يعنّفون من طرف عائلات المرضى وزائريهم، و 37.5 % يعنّفون من طرف المرضى أنفسهم، كما تشير ذات الدراسة إلى أن 39 % من الممرضين يتعاطون العقاقير المخدرة بمختلف أنواعها مما يؤثر سلباً على حياة الممرض الشخصية وعلى حياته المهنية (نشر في الموقع الرسمي للمعهد الوطني للتكوين العالي للقابات بتيزي وزو بتاريخ 2013/04/02) (بن درف، 2014: 40).

خلاصة :

يعتبر الممرض العنصر البشري الهام لإنجاح أي مؤسسة صحية مهما كان نوعها، فبسلامته وصحته النفسية خاصة تستقيم الأوضاع، ويتعرضه للإضطرابات أثناء تأديته لعمله تتعدد الأمور داخل تلك المؤسسة فتقل مردوبيته، مما قد يؤثر سلباً على الآخرين بإعتباره حلقة من الكل وعلى كل المؤسسة التي يعمل فيها بصفة عامة، ناهيك عن الصورة السلبية للمؤسسة التي تترسخ عند الرأي العام، خاصة إذا تعلق الأمر بمؤسسة ذات طابع خدماتي إنساني وإجتماعي مثل المؤسسات العمومية للصحة على إختلاف أنواعها، أين الخطأ فيها غير مسموح، لكن للأسف ماذا يكمن أن ننتظر من شخص هو بذاته ينتظر إلى نظرة من الآخرين، فأعطاء المزيد من الإعتبار للمرضيين وإبعاد الضغوطات عنهم في المؤسسات الصحية أمراً في غاية الأهمية، فهم جزء مهم في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، لذا كان من الأجدر مضاعفة الإهتمام بهاته الفئه، من خلال إشراكهم ومنحهم الصلاحيات والثقة لتحقيق أهداف تلك المؤسسة.

الفصل السادس

الدراسة الإستطلاعية

تمهيد

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
 - 2- مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية
 - 3- عينة الدراسة الإستطلاعية
 - 4- أدوات القياس المستعملة في الدراسة الحالية
 - 5- خطوات بناء إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين
 - 6- الخصائص السيكومترية لإستبيان الرضا الوظيفي
 - 7- مقياس تقدير الذات لـ كوبر سميث Cooper Smith
 - 8- مقياس الإحتراق النفسي لـ ماسلاش Maslach
- خلاصة

تمهيد :

تعدّ الدراسة الإستطلاعية الجانب الأهم في عملية البحث فهي دراسة أولية تمكننا من التعرّف على الميدان الذي يكون محل بحث، إضافة إلى تزويدنا بتصوّر أولي لمضمون البحث، كما تعطينا إيضاحات على أفراد العينة وخطة البحث المنتهجة، ففيها يتم توضيح مدى توافق المعلومات التي تقيسها أداة القياس مع ما هو موجود في الميدان، وتهدف إلى تصور الطريقة التي يمكن أن تقدم بها الأداة، إضافة إلى أنها تمكننا من تقادي وتجنب المشاكل والصعوبات التي يمكن أن نواجهها في الدراسة الأساسية بإعتبارها تمهيدا لهذه الأخيرة، ولهذا كان من الضروري القيام بها.

1- أهداف الدراسة الإستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى :

- معرفة مدى صلاحية أدوات البحث.
- معرفة خصائص المجتمع الأصلي للعينة، ومواصفاته.
- معرفة مدى وضوح بنود أدوات القياس المستعملة، وفهم أفراد عينة البحث لفقراته.
- التعرف على قوة أدوات القياس باحتساب خصائصها السيكمترية (صدقها وثباتها).

2- مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية:

أجريت الدراسة الإستطلاعية من 02 أفريل 2018 إلى غاية الـ 23 من نفس الشهر والسنة بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية مستغانم وهم على التوالي : المؤسسة العمومية الإستشفائية شريقي فارا بمستغانم، المؤسسة العمومية الإستشفائية بلطرش العجال بعين تادلس، المؤسسة العمومية الإستشفائية حمادو الحسين بسيدي علي، المؤسسة العمومية الإستشفائية بماسرة، المؤسسة العمومية الإستشفائية ببوقيرات، المؤسسة العمومية الإستشفائية بعشعاشة. ولكون الباحث يعمل بقطاع الصحة لذات الولاية لم يجد أي إشكال في تطبيق أدوات الدراسة الإستطلاعية على عينة من الممرضين والمرضات العاملين بالمؤسسات المذكورة.

3- عينة الدراسة الإستطلاعية:**3-1- حجم عينة الدراسة الإستطلاعية:**

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من 50 ممرضا وممرضة من مجموع 60 ممرضا وممرضة من المؤسسات العمومية الإستشفائية المذكورة سابقاً، حيث تم إلغاء 10 وثائق لعدم إحترامهم

لتعليمه أداة البحث. أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية يمثلون بذلك عينة الدراسة الأساسية التي بدورها تمثل مجتمع البحث في هذه الدراسة.

3-2- خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية:

توضح الجداول في الأدنى مميزات عينة الدراسة الإستطلاعية:

أ- حسب الجنس:

الجدول (01): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	25	25	50
النسبة المئوية	%50	%50	100 %

يتضح من الجدول أن عدد العينة الإستطلاعية موزعة بالتساوي بين الذكور والإناث، 25 ممرضا (بنسبة %50) و 25 ممرضة (بنسبة 25 %) من المجموع المقدر بـ 50 ممرضا وممرضة.

ب- حسب الأقدمية المهنية:

الجدول (02): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الأقدمية المهنية.

الأقدمية المهنية	أقل من 5 سنوات	من 5 إلى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	المجموع
العدد	14	16	20	50
النسبة المئوية	%28	%32	%40	%100

يتضح من الجدول (02) أن غالبية أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية تتراوح مدة الأقدمية المهنية لديهم في التمريض أكثر من 10 سنوات أي ما نسبته 40 %، بالمقابل 32 % لديهم من 5 إلى 10 سنوات أقدمية، بينما 28 % لديهم أقل من 5 سنوات من الأقدمية المهنية في نفس المجال.

ج- حسب مصلحة العمل بالمؤسسات الإستشفائية العمومية :

الجدول (03) : توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مصلحة العمل.

مكان العمل	مصلحة الإستجالات الطبية-الجراحية	مصلحة الإنعاش	مصلحة الطب الداخلي	المجموع
العدد	22	14	14	50
النسبة المئوية	44 %	%28	% 28	%100

يتضح من الجدول (03) أن أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية يعملون في ثلاثة مصالح مختلفة وهي على التوالي: مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية 22 ممرض وممرضة بنسبة 44 % أما مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي لكل منهما 14 ممرض وممرضة بنسب متساوية تقدر بـ 28 %.

4- أدوات القياس المستعملة في الدراسة الحالية:

بهدف التوصل إلى معرفة ما إذا كان للإحترق النفسي علاقة بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم، إختار الباحث مجموعة أدوات للقياس من أجل تطبيقها ميدانيا والمتمثلة في :

- إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين (تم بناؤه من طرف الباحث).

- مقياس تقدير الذات لـ كوبر سميث Cooper Smith.

- مقياس الإحترق النفسي لـ ماسلاش Maslach.

ونظرا للأهمية البالغة التي يكتسيها الموضوع المطروح إرتأى الباحث تدعيم الدراسة بإجراء مقابلات عيادية لـ 07 حالات (04 ممرضين و03 ممرضات).

5- خطوات بناء إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين:

أعد هذا الإستبيان بعد الإطلاع على المقاييس، الأطر النظرية والأبحاث الأكاديمية التي تناولت الرضا الوظيفي، فحسب "هيرزبيرغ" Herzberg في نظريته المعروفة بنظرية العاملين التي تُعد من النظريات المفسرة للرضا الوظيفي والمرتبطة أصلاً بهم "ماسلو" للحاجات (العلاونة والعنزي، 2013: 49)، حيث يرى "هرزبيرغ" أن هناك مجموعتين من العوامل إحداهما مرتبطة بالوظيفة أو العمل نفسه، وقد حصرها في القدرة على إنجاز العمل، المشاركة في إتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل، الحصول على تقدير وإحترام الآخرين، فرص الترقية في العمل أما

المجموعة الأخرى من العوامل فيعتبرها عوامل محيطة بالوظيفة أو العمل، وقد حصرها في تلك الظروف التي تحيط بالعمل كالرئاسة أو الإدارة أو الإشراف أو نمط القيادة، وطبيعة العلاقات بين الفرد وزملائه، وبينه وبين رؤسائه، وظروف البيئة المحيطة بالعمل (شكري، 1991: 18). وفي دراسة للباحثان "كروكيت وبرايڤيلد" التي أظهرت أن إشباع حاجات الأفراد قد يرفع معنوياتهم وأجروا مقابلات لأعداد كبيرة من الموظفين إستنتجوا من خلالها أن الرضا الوظيفي يرتبط بعدة عوامل:

- مدى إعتزاز العاملين وفخرهم بإنتمائهم للمؤسسة التي ينتمون إليها.
- الرواتب والأجور والترقيات والانجازات وما تحققه من إشباعات للحاجات الإجتماعية للعاملين.

- طبيعة العمل أو المهمات التي يقوم بها العاملون.

- السياسة الإدارية المالية التي تنتهجها

المؤسسة (Brayufield and Crockett, 1955: 58)

كما تم الإطلاع على بعض الإستبيانات التي تناولت الرضا الوظيفي منها إستبيان الرضا الوظيفي للمشرفين التربويين لـ "إيناس فؤاد نواوي فلمبان" (2007)، إستبيان محددات النجاح في العمل الإداري في إطار نظرية "فريدريك هرزبيرغ" للدافعية لـ "بغول زهير" (2007)، مقياس مسح الرضا الوظيفي لـ سباكتر (Paul Spector (Job Satisfaction Survey (jss)) (E.Spector, 1985) The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Martins, 2012)

وإعتماًداً على ما ذكر سابقاً من النظريات، الدراسات والمقاييس التي تصب في مضمون الدراسة الحالية توصل الباحث إلى بناء إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين مكوناً من 40 فقرة (كما هو موضح في الجدول (04)) موزعة على 06 ابعاد وهي على التوالي: طبيعة العمل، ظروف العمل، أنظمة الترقيات والحوافز، الراتب والعلاوات، العلاقة مع الزملاء والمسؤولين، المكانة والتقدير.

الجدول(04):أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين وفقراته قبل التحكيم (في صورته الأولى).

رقم الفقرة	البعد الاول: طبيعة العمل
01	توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في المهنة.
02	تتيح لي وظيفتي الإستقلالية بالعمل والقرارات.
03	توفر لي وظيفتي فرص للتطور المهني.
04	تحقق لي وظيفتي مكانة إجتماعية جيدة.
05	المهام المنوطة بي واضحة.
06	هناك وضوح في إجراءات العمل.
07	تتيح لي وظيفتي فرص الإبداع والتطور في مجال العمل.
08	توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا.
09	تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في الدورات والمؤتمرات العلمية.
	البعد الثاني: ظروف العمل
10	الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل الذي أمارسه.
11	توجد تهوية وتدفئة مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
12	تتوفر المصلحة التي أعمل بها على الوسائل الضرورية للتمريض.
13	غرف المصلحة التي أعمل بها مناسبة مع عدد المرضى.
14	تخصيص غرفة المناوبة للممرضين.
15	أعتقد أن ساعات عملي الأسبوعية مناسبة.
16	أيام الراحة التي أحصل عليها مناسبة.
	البعد الثالث: أنظمة الترقيات والحوافز
17	توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.
18	معايير الترقية بالمستشفى واضحة.
19	ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.

20	توفر لي إدارة المستشفى فرص التكوين المتواصل الذي يؤهلني للترقية.
21	نظام التقاعد في المستشفى مناسب.
	البعد الرابع: الراتب والعلوات
22	أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم العمل الذي أؤديه.
23	الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.
24	يعتبر أجري مناسباً مقارنة مع آخرين في مهن بنفس المستوى التعليمي.
25	ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.
26	تحرص إدارة المستشفى على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.
27	منحة العدوى التي أحصل عليها مناسبة.
	البعد الخامس: العلاقة مع الزملاء والمسؤولين
28	يتقبل رئيس المصلحة التي أعمل بها إقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.
29	علاقتي مع زملائي الممرضين جيدة.
30	يتعامل المسؤولون معي بالتقدير والاحترام.
31	يتيح لي عملي فرص تبادل الخبرات داخل المستشفى.
32	أحصل على قدر مناسب من التحفيز والتشجيع من الزملاء في المستشفى.
33	أهتم بشؤون زملائي الممرضين في العمل.
34	أستشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.
	البعد السادس: المكانة والتقدير
35	أحظى بإهتمام المسؤولين بالمستشفى.
36	أشعر بأني أنال تقدير واحترام الآخرين في المجتمع.
37	مهنتي مصدر فخر وتقدير للعائلة.
38	أنال إحترام وتقدير المريض في المستشفى.
39	أحظى بإحترام وتقدير أهل المريض المستشفى.
40	أحصل على إحترام وتقدير أطباء المستشفى.

تمت كتابة فقرات الإستبيان على ضوء تدرج ثلاثي الإختيارات (غير راض، راض قليلا، راض بشدة) وذلك بعد إطلاعي على إستبيان الباحثة "حبيبة محمد دفع الله أحمد" (2006) الذي يقيس الرضا الوظيفي لدى العاملين بوزارة الاستثمار بالسودان والذي يحتوي على ثلاث بدائل (غير راضي، لا أدري، راضي).

يصحح الإستبيان (الرضا الوظيفي للمرضين) بإعطاء الدرجات (1، 2، 3) على التوالي وبناء عليه يتم تحديد مستوى الرضا الوظيفي للمرض من خلال حساب متوسط إستجاباته على فقرات الإستبيان.

6- الخصائص السيكومترية لإستبيان الرضا الوظيفي:

1-6- الصدق:

1-1-6- صدق المحكمين: عرض الباحث الإستبيان في صورته الاولية على تسعة محكمين هم أساتذة في علم النفس قصد تحكيمه بإبداء آرائهم حول الشكل العام للإستبيان وتعليمته وملائمة فقراته وأبعاده من عدمها مع تقديم الملاحظات والتعديلات التي يرونها مناسبة. الجدول (05): توزيع عينة المحكمين وخصائصها.

مكان العمل	التخصص	الأساتذة المحكمون
جامعة الجزائر 2	علم النفس	- صالحى سعيدة
جامعة البليدة 2	علم النفس	- ميهوبي فوزي
جامعة مستغانم	علم النفس	- مرنيذ عفيف
جامعة مستغانم	علم النفس	- بلعباس نادية
جامعة مستغانم	علم النفس	- عمار ميلود
المركز الجامعي عين تموشنت	علم النفس	- مسعودي أمحمد
جامعة سيدي بلعباس	علم النفس	- فارس زين العابدين
المركز الجامعي غيليزان	علم النفس	- فلوح احمد
المركز الجامعي غيليزان	علم النفس	- زقاوة أحمد

وبناء على الملاحظات والتوجيهات المقدمة من طرف المحكمين قام الباحث بالتعديلات الآتية:

- المعلومات الشخصية: أغلب آراء الأساتذة المحكمين رجحت تغيير المعلومات الشخصية الخاصة بالمرض وفقا لما يخدم الدراسة الحالية وكانت حسب الجدول التالي:

الجدول (06) المعلومات الشخصية الخاصة بالمرضى قبل وبعد التحكيم:

قبل التحكيم	بعد التحكيم
- الولاية - المؤسسة العمومية الإستشفائية	- تم حذف عبارتي "الولاية" و"المؤسسة العمومية الإستشفائية" لأنهما ليستا بمتغيرين في الدراسة الحالية.
- مصلحة العمل	- مكان العمل
- الأقدمية المهنية: من 05-10 سنوات من 10-15 سنة من 15-20 سنة أكثر من 20 سنة	- الأقدمية المهنية: وفق سلم الترقية في مهنة التمريض. • أقل من 05 سنوات • من 05 إلى 10 سنوات • أكثر من 10 سنوات

من خلال الجدول (06) يلاحظ أنه تم حذف عبارتي "الولاية" و"المؤسسة العمومية الإستشفائية" لأنهما ليستا بمتغيرين في الدراسة الحالية، كما تم تعديل سلم سنوات الأقدمية المهنية كما هو موضح أعلاه وذلك وفقا لسلم الترقية في مهنة التمريض وكذا تغيير عبارة "مصلحة العمل" بعبارة "مكان العمل" وتم الإبقاء على متغير "الجنس" وعبارة "الأحرف الأولى للإسم واللقب".

- الفقرات الملغاة من إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين:

الجدول (07) فقرات الرضا الوظيفي للمرضين الملغاة وفق آراء المحكمين.

الرقم	الفقرة	سبب الإلغاء
03	توفر لي وظيفتي فرص للتطور المهني.	مكررة في الفقرة 17
06	هناك وضوح في إجراءات العمل.	مكررة في الفقرة 05
07	تتيح لي وظيفتي فرص الإبداع والتطور في مجال العمل.	غير مناسبة

نلاحظ من الجدول (07) أنه تم إلغاء ثلاث فقرات من الإستبيان إثنين منهما بسبب التكرار والثالثة لعدم مناسبتها لمحتوى الإستبيان.

- الأبعاد والفقرات المعدلة من إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين:
الجدول (08): الفقرات المعدلة قبل وبعد التحكيم مع التعليل.

السبب	البعد قبل التحكيم	البعد قبل التحكيم
في كل المؤسسات يوجد " نظام الترقية " وليست " أنظمة " ضمن فصل خاص الذي تندرج تحته عدة معايير.	نظام الترقية	أنظمة الترقيات والحوافز
السبب	الفقرة بعد التحكيم	الفقرة قبل التحكيم
فقرة مركبة من فقرتين فيجب تفكيكهما	2- تتيح لي وظيفتي <u>الإستقلالية بالعمل</u> . 3- تتيح لي وظيفتي <u>الإستقلالية بالقرارات</u> .	2- تتيح لي وظيفتي <u>الإستقلالية بالعمل والقرارات</u> .
إعطاء صياغة أكثر دلالة	7- تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في <u>الملتقيات والمؤتمرات العلمية</u> .	9- تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في <u>الدورات والمؤتمرات العلمية</u> .
فقرة مركبة من فقرتين فيجب تفكيكهما	09- توجد <u>تهوية</u> مناسبة في المصلحة التي أعمل بها. 10- توجد <u>تدفئة</u> مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.	11- توجد <u>تهوية وتدفئة</u> مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.

تعديل الصياغة اللغوية	13- يخصص لي المستشفى غرفة للمناوبة	14- <u>تخصيص</u> غرفة المناوبة للمرضين.
حذف عبارة "أعتقد أن"	14- ساعات عملي الأسبوعية مناسبة.	15- <u>أعتقد أن</u> ساعات عملي الأسبوعية مناسبة.

الجدول (08) يوضح الفقرات المعدلة لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضين قبل وبعد التحكيم مع التعليل، حيث تم تفكيك الفقرتين المركبتين (الفقرة 2 والفقرة 11) ففصلت الفقرة 2 المركبة إلى الفقرة 2 والفقرة 3 (بعد التحكيم) ونفس الشيء بالنسبة إلى الفقرة 11 المركبة التي فصلت الفقرة 9 والفقرة 10 (بعد التحكيم) أما بخصوص الفقرات 9، 14 و15 على التوالي (قبل التحكيم) فأحتوت على أخطاء في الصياغة اللغوية فتم تعديلها لتصبح فقرات ذات الأرقام 7، 13 و14 على التوالي (بعد التحكيم).

- صيغة أبعاد وفقرات إستبيان الرضا الوظيفي بعد التحكيم:

الجدول (09): توزيع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي وفق الأبعاد بعد التحكيم.

المجموع	أرقام فقراته	البعد
07	.07-06-05-04-03-02-01	1- طبيعة العمل.
08	.15-14-13-12-11-10-09-08	2- ظروف العمل.
05	.20-19-18-17-16	3- نظام الترقية.
06	.26-25-24-23-22-21	4- الراتب والعلاوات.
07	.33-32-31-30-29-28-27	5- العلاقة مع الزملاء والمسؤولين.
06	.39-38-37-36-35-34	6- المكانة والتقدير.
39		مجموع الفقرات الإستبيان بعد التحكيم

الجدول (09) يوضح توزيع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي وفق الأبعاد بعد التحكيم حيث تم قبول أبعاد الإستبيان من طرف المحكمين بعد عرض الأطر النظرية للبحث الحالي فأصبح للإستبيان بعد التحكيم والتعديل 39 فقرة موزعة على 06 أبعاد، فأصبح شكله الموضح في الجدول (10) جاهزا لتوزيعه على العينة الإستطلاعية للدراسة الحالية.

الجدول (10): أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين وفقراته بعد التحكيم.

رقم الفقرة	البعد الاول: طبيعة العمل
01	توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في المهنة.
02	تتيح لي وظيفتي الإستقلالية بالعمل.
03	تسمح لي وظيفتي الإستقلالية بالقرارات.
04	تحقق لي وظيفتي مكانة إجتماعية جيدة.
05	المهام المنوطة بي واضحة.
06	توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا.
07	تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في الملتقيات والمؤتمرات العلمية.
البعد الثاني: ظروف العمل	
08	الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل الذي أمارسه.
09	توجد تهوية مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
10	توجد تدفئة مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
11	تتوفر المصلحة التي أعمل بها على الوسائل الضرورية للتمريض.
12	غرف المصلحة التي أعمل بها مناسبة مع عدد المرضى.
13	يخصص لي المستشفى غرفة للمناوبة.
14	ساعات عملي الأسبوعية مناسبة.
15	أيام الراحة التي أحصل عليها مناسبة.
البعد الثالث: نظام الترقية	
16	توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.
17	معايير الترقية بالمستشفى واضحة.
18	ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.
19	توفر لي إدارة المستشفى فرص التكوين المتواصل الذي يؤهلني للترقية.
20	نظام التقاعد في المستشفى مناسب.

البعد الرابع: الراتب والعلوات	
21	أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم العمل الذي أؤديه.
22	الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.
23	يعتبر أجري مناسبا مقارنة مع آخرين في مهن بنفس المستوى التعليمي.
24	ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.
25	تحرص إدارة المستشفى على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.
26	منحة العدوى التي أحصل عليها مناسبة.
البعد الخامس: العلاقة مع الزملاء والمسؤولين	
27	يتقبل رئيس المصلحة التي أعمل بها إقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.
28	علاقتي مع زملائي الممرضين جيدة.
29	يتعامل المسؤولون معي بالتقدير والاحترام.
30	يتيح لي عملي فرص تبادل الخبرات داخل المستشفى.
31	أحصل على قدر مناسب من التحفيز والتشجيع من الزملاء في المستشفى.
32	أهتم بشؤون زملائي الممرضين في العمل.
33	أستشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.
البعد السادس: المكانة والتقدير	
34	أحظى بإهتمام المسؤولين بالمستشفى.
35	أشعر بأني أنال تقدير وإحترام الآخرين في المجتمع.
36	مهنتي مصدر فخر وتقدير للعائلة.
37	أنال إحترام وتقدير المريض في المستشفى.
38	أحظى بإحترام وتقدير أهل المريض المستشفى.
39	أحصل على إحترام وتقدير أطباء المستشفى.

6-1-2- التحليل العاملي:

إعتمد الباحث في الدراسة الحالية على إجراء التحليل العاملي بطريقة المحاور الرئيسية (principal component) وإستخدم محك الجذر الكامن أكثر من واحد صحيح للعوامل التي تم إستخراجها، وأعقب ذلك تحصيل التشبع قبل تدوير متعامد بطريقة فريماكس (varimax)،

كما أخذ هذا التشبع بقيمة 0.40 بمعنى أنه لن تقبل الفقرات ما دون ذلك. وأمكن على ضوء هاته المعطيات تحصيل الجدول التالي:

الجدول (11): التحليل العاملي لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين قبل التدوير.

الشيوع	قبل التدوير						رقم الفقرة
	الأبعاد						
	06	05	04	03	02	01	
0.81				0.81		0.50	01
0.81				0.81		0.50	02
0.81				0.81		0.50	03
0.81				0.81		0.50	04
0.81				0.81		0.50	05
0.81				0.81		0.50	06
							07
0.74					0.40	0.74	08
0.74					0.40	0.74	09
0.74					0.40	0.74	10
0.74					0.40	0.74	11
0.74					0.40	0.74	12
0.74					0.40	0.74	13
							14
0.740					0.40	0.74	15
0.79	0.41				0.79		16
0.79	0.41				0.79		17
0.79	0.41				0.796		18
0.79	0.41				0.796		19
0.79	0.41				0.796		20
0.69					0.49	0.69	21

0.69					0.49	0.69	22
0.69					0.49	0.69	23
0.69					0.49	0.69	24
0.69					0.49	0.694	25
0.69					0.49	0.69	26
0.76			0.54			0.76	27
0.76			0.54			0.76	28
0.76			0.54			0.76	29
0.76			0.54			0.76	30
0.76			0.54			0.76	31
0.76			0.54			0.76	32
0.76			0.54			0.76	33
0.78		0.50				0.78	34
0.78		0.50				0.78	35
0.78		0.50				0.78	36
0.788		0.502				0.788	37
0.788		0.502				0.788	38
0.78		0.50				0.78	39
	2.47	2.88	3.78	5.14	6.55	16.46	الجزر الكامن
	6.37	7.40	9.71	13.19	16.79	42.21	نسبة التباين

- يتضح من الجدول (11) أعلاه أن تشبع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين قبل التدوير المتعامد بطريقة varimax كان جيدا وأبقى على الأبعاد الستة للإستبيان إلا أنه حذف فقرتين التي كان تشبعها أصغر من 0.40 وهما الفقرة السابعة (تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في الملتقيات والمؤتمرات العلمية) من البعد الأول (طبيعة العمل) وكذا الفقرة الرابعة عشر (ساعات عملي الأسبوعية مناسبة) من البعد الثاني (ظروف العمل).

وللحصول على الصورة النهائية للإستبيان نلجأ إلى التشبع بعد التدوير المتعامد بطريقة فريماكس varimax، فكانت النتيجة في الجدول التالي:

الجدول (12) : التحليل العائلي لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين بعد التدوير .

الشيوع	بعد التدوير						رقم الفقرة
	الأبعاد						
	06	05	04	03	02	01	
0.87						0.87	01
0.87						0.87	02
0.87						0.87	03
0.87						0.87	04
0.87						0.87	05
0.87						0.87	06
							07
0.83					0.83		08
0.83					0.83		09
0.83					0.83		10
0.83					0.83		11
0.83					0.83		12
0.83					0.83		13
							14
0.83					0.83		15
0.87				0.87			16
0.87				0.87			17
0.87				0.87			18
0.87				0.87			19
0.87				0.87			20
0.82			0.82				21

0.82			0.82				22
0.82			0.82				23
0.82			0.82				24
0.82			0.82				25
0.82			0.82				26
0.84		0.84					27
0.84		0.84					28
0.84		0.84					29
0.84		0.84					30
0.84		0.84					31
0.84		0.84					32
0.84		0.84					33
0.80	0.80						34
0.80	0.80						35
0.80	0.80						36
0.80	0.80						37
0.80	0.80						38
0.80	0.80						39
	5.80	7.26	5.99	5.12	6.98	6.13	الجذر الكامن
	14.88	18.62	15.37	13.14	17.90	15.73	نسبة التباين

الملاحظ من الجدول (12) أعلاه أن تشبع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين بعد التدوير المتعامد بطريقة varimax كان بقيم جيدة جدا فأبقى على الابعاد الستة للإستبيان إلا انه حذف فقرتين التي كان تشبعها أصغر من 0.40 وهما الفقرة السابعة من البعد الأول وكذا الفقرة الرابعة عشر من البعد الثاني (نفس الحذف الذي تم في الجدول 09). وبالتالي أصبح

الإستبيان في صورته النهائية (بعد التحليل العاملي) يتكون من 37 فقرة موزعة على 06 أبعاد كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (13): توزيع فقرات إستبيان الرضا الوظيفي وفق أبعاده بعد التحليل العاملي.

التشبع	المجموع	أرقام فقراته	البعد
0.87	06	06-05-04-03-02-01	1- طبيعة العمل.
0.83	07	13-12-11-10-09--08-07	2- ظروف العمل.
0.87	05	.18-17-16-15-14	3- نظام الترقية.
0.82	06	24.-23-22-21-20-19	4- الراتب والعلاوات.
0.84	07	31.-30-29-28-27-26-25	5- العلاقة مع الزملاء والمسؤولين.
0.80	06	37.-36-35-34-33-32	6- المكانة والتقدير.
	37	مجموع فقرات الإستبيان في صورته النهائية	

نلاحظ من الجدول (13) أن التحليل العاملي للإستبيان بعد التدوير المتعامد أسفر عن نتائج تشبع للفقرات بقيم مرتفعة جداً، والجدول (14) التالي يوضح إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين في صورته النهائية (الأبعاد والفقرات).

الجدول (14): أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين وفقراته في صورته النهائية.

رقم الفقرة	البعد الأول: طبيعة العمل
01	توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في المهنة.
02	تتيح لي وظيفتي الإستقلالية بالعمل.
03	تسمح لي وظيفتي الإستقلالية بالقرارات
04	تحقق لي وظيفتي مكانة إجتماعية جيدة.
05	المهام المنوطة بي واضحة.
06	توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا.
	البعد الثاني: ظروف العمل
07	الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل الذي أمارسه.

08	توجد تهوية مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
09	توجد تدفئة مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
10	تتوفر المصلحة التي أعمل بها على الوسائل الضرورية للتمريض.
11	غرف المصلحة التي أعمل بها مناسبة مع عدد المرضى.
12	يخصص لي المستشفى غرفة للمناوبة.
13	أيام الراحة التي أحصل عليها مناسبة.
	البعد الثالث: نظام الترقية
14	توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.
15	معايير الترقية بالمستشفى واضحة.
16	ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.
17	توفر لي إدارة المستشفى فرص التكوين المتواصل الذي يؤهلني للترقية.
18	نظام التقاعد في المستشفى مناسب.
	البعد الرابع: الراتب والعلاوات
19	أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم العمل الذي أؤديه.
20	الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.
21	يعتبر أجري مناسباً مقارنة مع آخرين في مهن بنفس المستوى التعليمي.
22	ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.
23	تحرص إدارة المستشفى على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.
24	منحة العدوى التي أحصل عليها مناسبة.
	البعد الخامس: العلاقة مع الزملاء والمسؤولين
25	يتقبل رئيس المصلحة التي أعمل بها إقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.
26	علاقتي مع زملائي الممرضين جيدة.
27	يتعامل المسؤولون معي بالتقدير والاحترام.
28	يتيح لي عملي فرص تبادل الخبرات داخل المستشفى.
29	أحصل على قدر مناسب من التحفيز والتشجيع من الزملاء في المستشفى.
30	أهتم بشؤون زملائي الممرضين في العمل.

31	أستشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.
	البعد السادس: المكانة والتقدير
32	أحضى بإهتمام المسؤولين بالمستشفى.
33	أشعر بأني أنال تقدير وإحترام الآخرين في المجتمع.
34	مهنتي مصدر فخر وتقدير للعائلة.
35	أنال إحترام وتقدير المريض في المستشفى.
36	أحضى بإحترام وتقدير أهل المريض المستشفى.
37	أحصل على إحترام وتقدير أطباء المستشفى.

6-1-3- الإلتساق الداخلي:

تم حساب الإلتساق الداخلي لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين بإستخدام معامل الإرتباط الخطي، وذلك بحساب معاملات إرتباط (بيرسون) بين كل فقرة من فقرات الإستبيان والدرجة الكلية، وكذا حساب معاملات الإرتباط بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، وحساب معاملات الإرتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للإستبيان كما يتضح من خلال الجدول (15) الموالي:

الجدول (15): مصفوفة الإرتباطات بين الفقرات وأبعادها والدرجة الكلية لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين.

الدرجة الكلية	الأبعاد						رقم الفقرة
	6	5	4	3	2	1	
**0.81						**0.81	01
**0.82						**0.82	02
**0.79						**0.80	03
**0.85						**0.79	04
**0.81						**0.83	05
**0.79						**0.80	06
**0.83					**0.82		07
**0.80					**0.81		08
**0.78					**0.83		09

**0.83					**0.79		10
**0.74					**0.80		11
**0.84					**0.80		12
**0.72					**0.78		13
**0.82				**0.80			14
**0.75				**0.78			15
**0.81				**0.76			16
**0.82				**0.81			17
**0.74				**0.80			18
**0.83			**0.79				19
**0.80			**0.79				20
**0.78			**0.80				21
**0.85			**0.78				22
**0.80			**0.83				23
**0.71			**0.81				24
**0.75		**0.78					25
**0.79		**0.79					26
**0.82		**0.83					27
**0.83		**0.82					28
**0.76		**0.79					29
**0.82		**0.82					30
**0.72		**0.79					31
**0.77	**0.79						32
**0.82	**0.81						33
**0.77	**0.79						34
**0.78	**0.75						35

**0.75	**0.80						36
**0.74	**0.81						37
	**0.82	**0.81	**0.83	**0.82	**0.81	**0.82	الدرجة الكلية

** كل الإرتباطات دالة عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول (15) أن قيم الإرتباط التي تم الكشف عنها دالة عند مستوى 0.01، وقد تراوحت قيم معاملات الإرتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية ما بين (0.71 و 0.85)، بينما تراوحت قيم معاملات إرتباط كل فقرة بالبعد الذي تنتمي إليه ما بين (0.75 و 0.83)، وهي قيم أكبر من قيم معاملات إرتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للإستبيان. أما قيم معاملات إرتباط كل بعد بالدرجة الكلية للإستبيان فتراوحت ما بين (0.81 و 0.83). معاملات الإرتباط المتحصل عليها مرتفعة مما يؤكد وجود إتساق داخلي بين فقرات الإستبيان، أبعاده ودرجته الكلية. الجدول (16): مصفوفة معامل الإرتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضين.

الدرجة الكلية	المكانة والتقدير	العلاقة مع الزملاء والمسؤولين	الراتب والعلاوات	نظام الترقية	ظروف العمل	طبيعة العمل	البعد
**0.85	**0.82	**0.80	**0.77	**0.76	**0.82	1	طبيعة العمل
**0.81	**0.74	**0.78	**0.83	**0.73	1	**0.82	ظروف العمل
**0.83	**0.71	**0.76	**0.74	1	**0.73	**0.76	نظام الترقية
**0.79	**0.65	**0.83	1	**0.74	**0.83	**0.77	الراتب والعلاوات
**0.80	**0.70	1	**0.83	**0.76	**0.78	**0.80	العلاقة مع الزملاء والمسؤولين

**0.82	1	**0.70	**0.65	**0.71	**0.74	**0.82	المكانة والتقدير
	**0.82	**0.80	**0.79	**0.83	**0.81	**0.85	الدرجة الكلية

** كل الإرتباطات دالة عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول (16) أن قيم الإرتباط التي أسفر عنها دالة عند مستوى 0.01 وقد تراوحت قيم معاملات الإرتباط بين كل بعد وبعد ما بين (0.65 و 0.83)، بينما تراوحت قيم معاملات إرتباط كل بعد بالدرجة الكلية ما بين (0.79 و 0.85)، وهي قيم أكبر من قيم معاملات إرتباط كل بعد بآخر، إن معاملات الإرتباط المتحصل عليها مرتفعة وهذا ما يؤكد وجود إتساق داخلي بين أبعاد الإستبيان ودرجته الكلية.

ومن خلال نتائج صدق المحكمين والإتساق الداخلي يمكن إعتبار الإستبيان صادقا وإعتماده كإستبيان يقيس الرضا الوظيفي للمرضيين.

2-6- الثبات:

هو مدى إستقرار الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس يقيس لديه سمة معينة، حيث أنه إذا ما تم تطبيق المقياس على الشخص أكثر من مرة، فإنه يسجل نفس النتائج في كل مرة (شاكر، 2013: 120)، ولإجراء إختبار الثبات لأسئلة إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين نستخدم طريقتين: التجزئة النصفية (Split-Half) ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، فكلما إقتربت قيمة معامل الثبات من الواحد الصحيح كان الثبات مرتفعا، وكلما إقتربت من الصفر كان الثبات منخفضا.

1-2-6- التجزئة النصفية:

الجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها بإستعمال برنامج spss.v 20

الجدول (17): نتائج التجزئة النصفية لأبعاد الرضا الوظيفي للمرضيين والدرجة الكلية.

أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين	عدد الفقرات	التجزئة النصفية	معامل الثبات	معامل الإرتباط سبيرمان براون
طبيعة العمل	06	03	0.81	0.83
		03	0.79	

0.80	0.79	04	07	ظروف العمل
	0.78	03		
0.84	0.81	03	05	نظام الترقية
	0.82	02		
0.81	0.78	03	06	الراتب والعلاوات
	0.80	03		
0.80	0.79	04	07	العلاقة مع الزملاء والمسؤولين
	0.82	03		
0.81	0.80	03	06	المكانة والتقدير
	0.82	03		
0.84	0.82	19	37	الرضا الوظيفي للممرضين
	0.83	18		

من خلال الجدول السابق، نلاحظ أن معاملات الارتباط بين جزئي كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي للممرضين ينحصر بين 0.80 و 0.84 حيث أنه يتميز بثبات عال. أما معامل الثبات لنصفي إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين فبلغ 0.84 وهي قيمة دالة على النسبة العالية لثباته.

6-2-3- معامل الثبات ألفا كرونباخ:

الجدول (18) يوضح قيم معاملات ثبات إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين بطريقة ألفا كرونباخ.

الجدول (18): قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين.

معامل ثبات ألفا كرونباخ	أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين
0.80	طبيعة العمل
0.83	ظروف العمل
0.81	نظام الترقية
0.79	الراتب والعلاوات
0.80	العلاقة مع الزملاء والمسؤولين

0.82	المكانة والتقدير
0.85	الدرجة الكلية

يتضح من خلال هذه النتائج أن معاملات الثبات لألفا كرونباخ لجميع الأبعاد كانت مرتفعة فتراوحت ما بين 0.79 و 0.83 وتدل بذلك على ثبات الإستبيان وصلاحيته للتطبيق، كما كانت الدرجة الكلية للثبات مرتفعة كذلك إذ بلغت 0.85 مما يؤكد قدرة الإستبيان على تحقيق أهداف الدراسة الحالية.

7- مقياس تقدير الذات لـ كوبر سميث Cooper Smith:

تم تصميم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي كوبر سميث (cooper smith) سنة 1967 ولهذا المقياس إتجاه تقييمي نحو الذات في المجال الشخصي، الأسري، الإجتماعي، المدرسي والمهني (قدوري، 2016: 252).

قام الباحث البروفيسور بشير معمريه بتقنين المقياس على عينة مكونة من 419 فردا منهم 198 ذكراً و 221 أنثى، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 17- 46 سنة بمتوسط حسابي قدره 28,41 وانحراف معياري قدره 4,26 وتراوحت أعمار الإناث بين 16- 46 سنة بمتوسط حسابي قدره 27,21 وانحراف معياري قدره 4,21 وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن طلاب وطالبات كليات جامعة الحاج لخضر بباتنة، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة من مراكز التكوين المهني ومعاهد التكوين الشبه طبي بمدينة باتنة (حمزاوي، 2017: 174).

تميز مقياس تقدير الذات لكوبر سميث بخصائص سيكومترية ممتازة على عينة جزائرية للدراسة سابقة الذكر للباحث البروفيسور بشير معمريه حيث بلغت القيمة الكلية لصدق المقياس في حدود 0.75 (بإستعمال عدة أنواع من الصدق، كالصدق التمييزي، الصدق الإتفاقي، الصدق التعارضية)، كما تراوحت قيمة ثبات المقياس بين 0.70 و 0.82 بإستعمال إعادة تطبيق الإختبار ومعامل ألفا كرونباخ (بشير معمريه، 2012: 103).

طريقة تصحيح المقياس:

يحتوي مقياس تقدير الذات على 25 فقرة تنقسم إلى فقرات سالبة وأخرى موجبة وهي كالاتي:

- الفقرات السالبة: 1، 2، 3، 4، 6، 7، 10، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25.

- الفقرات الموجبة: 5، 8، 9، 11، 14، 19، 20.

تصحح الفقرات الموجبة على النحو التالي: ثلاث درجات (3) للإجابة (كثيرا)، درجتين (2) للإجابة (قليلًا)، ودرجة واحدة (1) للإجابة (لا). وتعكس الدرجات في حالة الفقرات السالبة: ثلاث درجات (3) للإجابة (لا)، درجتين (2) للإجابة (قليلًا) ودرجة واحدة (1) للإجابة (كثيرا).

يمكن معرفة مستوى تقدير الذات للممرض بجمع الدرجات المتحصل عليها لتعطي الدرجة الكلية لتقدير الذات للمستجيب، ومن الناحية النظرية فإن أعلى درجة يحصل عليها هذا الأخير على الإستبيان هي 75 درجة وأدنى درجة هي 25 بمتوسط نظري قيمته 50 درجة. وتصنف الدرجة التي تحصل عليها الممرض أو الممرضة في ضوء متوسط الوزن النسبي الفارق على النحو التالي:

- من 25 إلى 41 درجة تعبر عن مستوى منخفض من تقدير الذات.
- من 42 إلى 58 درجة تعبر عن مستوى متوسط من تقدير الذات.
- من 59 إلى 75 درجة تعبر عن مستوى مرتفع من تقدير الذات.

7-1-1- صدق مقياس تقدير الذات: قصد التأكد من صدق المقياس إعتد الباحث طريقتين: صدق الإتساق الداخلي وصدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي).

7-1-1-1- صدق الإتساق الداخلي لمقياس كوبر سميث:

يوضح الجدول (19) نتائج صدق مقياس تقدير الذات بطريقة الإتساق الداخلي.

رقم الفقرة	الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الدرجة الكلية	رقم الفقرة	الدرجة الكلية
01	**0.82	10	**0.78	19	**0.77
02	**0.82	11	**0.76	20	**0.79
03	**0.80	12	**0.80	21	**0.80
04	**0.80	13	**0.81	22	**0.82
05	**0.79	14	**0.82	23	**0.81
06	**0.79	15	**0.82	24	**0.80
07	**0.79	16	**0.81	25	**0.80
08	**0.79	17	**0.82		
09	**0.78	18	**0.81		

** دالة عند مستوى 0.01

نلاحظ من الجدول (19) أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية له تراوحت ما بين 0.76 و 0.82 وهي قيم مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى

الدلالة 0.01، مما يؤكد أن فقرات المقياس تتميز بإتساق داخلي جيد، بمعنى أنه صادق وبالتالي يصلح كأداة للقياس في الدراسة الحالية.

7-1-2- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لمقياس تقدير الذات:

إعتمد الباحث على طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات بنسبة 27 % لكل من المجموعة العليا والمجموعة الدنيا بالتساوي (بواقع 14 ممرضا وممرضة) من العينة الكلية (50 ممرضا وممرضة) وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (20): نتائج صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لمقياس تقدير الذات.

الصدق التمييزي	متوسط المجموعة العليا	الانحراف المعياري للمجموعة العليا	متوسط المجموعة الدنيا	الانحراف المعياري للمجموعة الدنيا	ت المحسوبة	ت الجدولية	قيمة Sig.
مقياس تقدير الذات	2.24	0.10	1.04	0.09	43.64	1.70	0.000

نلاحظ من الجدول (20) أعلاه أن قيمة ت المحسوبة 43.64 أكبر من قيمة ت الجدولية 1.70 عند درجة الحرية 26 ونستخلص بذلك أنه توجد فروق بين المجموعتين (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) في قياس السمة المقاسة (تقدير الذات) مع ملاحظة قيمة sig. التي تساوي 0.000 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، وبالتالي مقياس تقدير الذات لكوبر سميث يمتاز بالصدق التمييزي أي يمتاز بالقدرة العالية على التمييز بين المنخفضين والمرتفعين في تقدير الذات.

7-2- ثبات مقياس تقدير الذات:

لإختبار ثبات المقياس إعتمد الباحث طريقتين: التجزئة النصفية وطريقة معامل ألفا كرونباخ.

7-2-1- التجزئة النصفية لمقياس تقدير الذات:

إعتمد الباحث في الدراسة الحالية على طريقة التجزئة النصفية للتأكد من ثبات مقياس تقدير الذات كما هو مبين في الجدول الموالي.

الجدول (21): نتائج التجزئة النصفية لفقرات مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية.

معامل الارتباط	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	فقرات مقياس تقدير الذات
0.83	0.82	13	25
	0.81	12	

من خلال الجدول (21) نلاحظ أن قيمة الارتباط ألفا كرونباخ لنصفي إستبيان تقدير الذات بلغت 0.82 و 0.81 على التوالي، كما بلغت قيمة معامل الارتباط "سبيرمان براون" 0.83 وهي دالة بذلك على أنه يتميز بثبات عال.

7-2-2- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس تقدير الذات:

من أجل التأكد من ثبات مقياس تقدير الذات إعتد الباحث على معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (22) : ثبات مقياس تقدير الذات بطريقة ألفا كرونباخ.

معامل الثبات ألفا كرونباخ	مقياس تقدير الذات
0.80	

يتضح من خلال الجدول (22) أن نتيجة معامل الثبات لألفا كرونباخ بلغت 0.80 وهي قيمة مرتفعة دالة بذلك على ثبات وصلاحيّة المقياس للتطبيق.

وبناء على ما سبق يتضح أن مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" يتمتع بدرجتي صدق وثبات مناسبين مما يسمح للباحث بتطبيقه في الدراسة الحالية.

8- مقياس الإحترق النفسي لـ ماسلاش Maslach:

قامت الباحثة الأمريكية "كريستينا ماسلاش" بمساعدة الباحثة "سوزان جاكسون" سنة 1982 ببناء مقياس ليقاس الإحترق النفسي لدى العاملين في مجالات الخدمات الإنسانية والإجتماعية في البيئة أمريكية (بوحارة، 2012: 187).

وقد تم تناول هذا المقياس في الكثير من الدراسات سواء في الدول الأجنبية كانت أو العربية وهذا لثبوت فعاليته الميدانية الجيدة حيث إستخدمه العديد من الباحثين العرب منهم "محمد عبد الرحمن طولبه" (1999)، "سمير أبو مغلي" (1988)، "فاروق السيد عثمان" (1988)، "كمال الدواني وزملاؤه" (1989)، "محمود الدبابسة" (1993)، كما أنه يتمتع بصدى جيد في البيئة الجزائرية أيضاً من خلال العديد من البحوث الأكاديمية التي إعتمدته كأداة للقياس، بعد

تحكيمة، واختبار صدقه وثباته، ليتم العمل به في صورته الموضحة في الملحق رقم (01) كدراسة الباحثة "جلولي شتوحي نسيمة" (2003) على ممرضى مستشفى مصطفى باشا(الجزائر) ودراسة الباحثة "وهيبة حاتم" (2005) على أطباء الاستعجالات بمستشفيات العاصمة وكذا دراستي الباحث "فوزي ميهوبي" (2007) و(2013) على الممرضين ببعض مستشفيات الجزائر العاصمة ، حيث تم إختبار صدق المقياس في الدراسات السابقة الذكر بطريقة المحكمين، وكذا صدق المفردات والتي تراوحت قيمته ما بين 0.53 و 0.71 وهي معاملات ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 أما بخصوص ثبات المقياس فقد قام كل من "ليتر وماسلاش" (1988) بتطبيق المقياس على عينة تتكون من 52 ممرض وممرضة في مستشفى خاص بشمال كاليفورنيا، فكانت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بالنسبة للأبعاد كالأتي: الإجهاد الإنفعالي: 0.91، تبدل المشاعر: 0.63، الشعور بالإنجاز: 0.73، أما في البيئة الجزائرية فقد قام "ميهوبي" (2007) بإستخراج معاملات الإتساق الداخلي لكل بعد من الأبعاد الثلاثة، وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ على عينة استطلاعية مستقلة قوامها (37) ممرض وممرضة، وقد بلغت معاملات الاتساق الداخلي لبعد الإجهاد الانفعالي، وتبدل الممرض، الشعور بالإنجاز على التوالي: (0.80)، (0.53) و(0.67)، وفي دراسة لنفس الباحث على عينة حجمها 677 ممرض وممرضة بلغ معامل ألفا كرونباخ للأبعاد السابقة الذكر على التوالي: (0.76)، (0.66)، (0.77) (ميهوبي، 2013: 246).

ونظرا لنجاعة المقياس العالية إرتأى الباحث إستخدامه كأداة لقياس الإحترق النفسي للممرضين في الدراسة الحالية.

- طريقة تصحيح المقياس:

ويتكون المقياس من 22 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

1. الإجهاد الإنفعالي: ويتضمن 09 الفقرات (1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16، 20).
 2. تبدل المشاعر: ويتضمن 05 فقرات (5، 10، 11، 15، 22).
 3. تدني الشعور بالإنجاز: ويتضمن 08 فقرات (4، 7، 9، 12، 17، 18، 19، 21).
- بنيت فقرات المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، ويطلب من المفحوص أن يجيب مرة واحدة لكل فقرة وتعتمد الإجابة على العبارات على مقياس متدرج كالتالي:

لا يحدث إطلاقاً (0)، يحدث بعض المرات في السنة على الأقل (1)، يحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل (2)، يحدث بعض المرات في الشهر (3)، يحدث مرة واحدة في الأسبوع (4)، يحدث بعض المرات في الأسبوع (5)، يحدث كل يوم (6).

ووفقاً لمقياس "ماسلاش" للإحترق النفسي، فإن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على كل من بعد الإجهاد الإنفعالي وبعد تبدل المشاعر، ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالإنجاز يعانون من الإحترق النفسي، والفرد حسب هذا المقياس لا يصنف على أساس أنه يعاني أو لا يعاني من الإحترق النفسي، ولكن يصنف على أساس أن درجة الإحترق عنده تراوحت ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (23): تصنيف مستويات مقياس الإحترق النفسي لماسلاش حسب درجاته.

البعـد	مستوى مرتفع من الإحترق النفسي	مستوى معتدل من الإحترق النفسي	مستوى منخفض من الإحترق النفسي
الإجهاد الإنفعالي	30 درجة فما فوق	18 إلى 29 درجة	0 إلى 17 درجة
تبدل المشاعر	12 درجة فما فوق	6 إلى 11 درجة	0 إلى 5 درجات
تدني الشعور بالإنجاز	0 إلى 33 درجة	34 إلى 39 درجة	40 درجة فما فوق

8-1- صدق مقياس الإحترق النفسي لماسلاش :

8-1-1- الإتساق الداخلي:

تم حساب الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس الإحترق النفسي باستخدام معامل الارتباط الخطي، وذلك بحساب معاملات ارتباط (بيرسون) بين كل فقرة والبعـد الذي تنتمي إليه، كما يتضح من خلال الجدول (24) التالي:

الجدول (24): مصفوفة الارتباطات بين الفقرات وأبعادها لمقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش".

رقم الفقرة	البعـد 1: الإجهاد الإنفعالي	رقم الفقرة	البعـد 2: تبدل المشاعر	رقم الفقرة	البعـد 3: تدني الشعور بالإنجاز
01	**0.77	05	**0.83	04	**0.86
02	**0.82	10	**0.84	07	**0.83
03	**0.85	11	**0.85	09	**0.86

**0.84	12	**0.85	15	**0.84	06
**0.83	17	**0.85	22	**0.85	08
**0.86	18			**0.82	13
**0.81	19			**0.84	14
**0.80	21			**0.81	16
				**0.83	20

** كل الإرتباطات دالة عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول (24) أن قيم الإرتباط التي تم الكشف عنها دالة عند مستوى 0.01، فقد تراوحت قيم معاملات إرتباط كل فقرة بالبعد الذي تنتمي إليه ما بين (0,77 و 0,86)، معاملات الإرتباط المتحصل عليها مرتفعة مما يؤكد وجود إتساق داخلي بين فقرات الإحتراق النفسي وأبعاده.

الجدول (25): مصفوفة معامل الإرتباط بين أبعاد مقياس الإحتراق النفسي لـ"ماسلاش".

البعد	الإجهاد الإنفعالي	تبلد المشاعر	تدني الشعور بالإنجاز
الإجهاد الإنفعالي	1	**0.86	**0.86
تبلد المشاعر	**0.86	1	**0.85
تدني الشعور بالإنجاز	**0.86	**0.85	1

** كل الإرتباطات دالة عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول (25) أن قيم الإرتباط التي أُسفر عنها دالة عند مستوى 0.01 وقد تراوحت قيم معاملات الإرتباط بين كل بعد وبعد ما بين (0.85 و 0.86). إن معاملات الإرتباط المتحصل عليها مرتفعة وهذا ما يؤكد وجود إتساق داخلي بين أبعاد المقياس. ومن خلال نتائج صدق المحكمين والإتساق الداخلي يمكن إعتبار مقياس الإحتراق النفسي لـ"ماسلاش" صادقا وإعتماده كأداة يقيس الإحتراق النفسي لدى الممرضين.

8-1-2- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لأبعاد مقياس الإحتراق النفسي:

إعتمد الباحث على طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لإختبار صدق أبعاد مقياس الإحتراق النفسي حيث تمت المقارنة بين عينتين لكل بعد على حدى تم سحبهما من طرفي الدرجات بنسبة 27 % لكل من المجموعة العليا والمجموعة الدنيا بالتساوي (بواقع 14 ممرضا

وممرضة) من العينة الكلية (50 ممرضا وممرضة) وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (26): نتائج صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لأبعاد مقياس الإحتراق النفسي لـ"ماسلاش".

الصدق التمييزي	متوسط المجموعة العليا	الإنحراف المعياري للمجموعة العليا	متوسط المجموعة الدنيا	الإنحراف المعياري للمجموعة الدنيا	ت المحسوبة	ت الجدولية	قيمة Sig.
البعد الأول	4.98	0.65	1.90	0.46	19.17	1.70	0.000
البعد الثاني	2.56	0.85	1.87	0.55	14.34	1.70	0.000
البعد الثالث	3.88	0.69	1.65	0.51	16.12	1.70	0.000

دالة عند مستوى 0.05

نلاحظ من الجدول (26) أعلاه أن قيمة ت المحسوبة للبعد الأول بلغت 19.17 وهي أكبر من قيمة ت الجدولية 1.70 عند درجة الحرية 26 ونستخلص بذلك أنه توجد فروق بين المجموعتين (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) في قياس السمة المقاسة للبعد الأول من مقياس الإحتراق النفسي مع ملاحظة قيمة sig. التي تساوي 0.000 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، كما بلغت قيمة ت المحسوبة للبعد الثاني 14.34 وهي أكبر من قيمة ت الجدولية 1.70 مع ملاحظة قيمة sig. التي تساوي 0.000 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.05. وكذلك قيمة ت المحسوبة للبعد الثالث بلغت 16.12 وهي أكبر من قيمة ت الجدولية 1.70 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، وبالتالي أبعاد مقياس الإحتراق النفسي لماسلاش يمتازون بالقدرة على التمييز بين المنخفضين والمرتفعين في كل بعد من أبعاده.

8-2-2- ثبات مقياس الإحتراق النفسي لـ"ماسلاش":

لإجراء إختبار الثبات لمقياس الإحتراق النفسي لماسلاش نستخدم طريقتين: التجزئة النصفية (Split-Half) ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، فكلما إقتربت قيمة معامل الثبات من الواحد الصحيح كان الثبات مرتفعا، وكلما إقتربت من الصفر كان الثبات منخفضا.

8-2-1- التجزئة النصفية:

الجدول التالي (27) يوضح النتائج المتحصل عليها بتجزئة كل بعد من أبعاد مقياس الإحتراق النفسي إلى جزئين (عن طريق spss) ثم ملاحظة معاملات ثباتها (ألفا كرونباخ) وومعاملات إرتباطها (سبيرمان براون).

الجدول (27): نتائج التجزئة النصفية لأبعاد مقياس الإحتراق النفسي والدرجة الكلية.

أبعاد مقياس الإحتراق النفسي	عدد الفقرات	التجزئة النصفية	معامل الثبات	معامل الإرتباط سبيرمان براون
الإجهااد الإنفعالي	09	05	0.83	0.85
		04	0.83	
تبلد المشاعر	05	03	0.85	0.86
		02	0.85	
تدني الشعور بالإنجاز	08	04	0.83	0.84
		04	0.83	

من خلال الجدول السابق، نلاحظ أن معاملات الإرتباط بين جزئي كل بعد من أبعاد مقياس الإحتراق النفسي الموجه للمرضين ينحصر بين 0.83 و 0.85 وهي قيمة دالة على النسبة العالية لثباته.

8-2-2- معامل ألفا كرونباخ لإختبار ثبات مقياس الإحتراق النفسي:

الجدول (28) يوضح قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس الإحتراق النفسي بطريقة ألفا كرونباخ.

الجدول (28): قيم معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الإحتراق النفسي.

أبعاد مقياس الإحتراق النفسي لماسلاش	معامل ألفا كرونباخ
الإجهااد الإنفعالي	0.74
تبلد المشاعر	0.77
تدني الشعور بالإنجاز	0.75

يتضح من خلال هذه النتائج أن معاملات ألفا كرونباخ لجميع الأبعاد كانت مرتفعة فتراوحت ما بين 0.74 و 0.77 ، وتدل بذلك على ثبات الإستبيان وصلاحيته للتطبيق في الدراسة الحالية.

خلاصة :

بعد عرض الباحث للخصائص السيكومترية لمقياس الإحترق النفسي لماسلاش، ومقياس تقدير الذات لكوير سميث، وبعد تأكده من جدوى إستبيان الرضا الوظيفي الذي بناه في إطار الدراسة الحالية من خلال تحكيمه من طرف مجموعة من أساتذة جامعيين، ثم تعديله، والتحقق من صدقه وثباته بعد تمريره على عينة إستطلاعية من نفس خصائص المجتمع الأصلي للبحث، مما سمح للباحث بإعتمادهم بكل إطمئنان في الدراسة الأساسية للبحث الحالي.

الفصل السابع
الدراسة الأساسية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
 - 2- مكان وزمان الدراسة الأساسية
 - 3- مجتمع و عينة الدراسة الأساسية
 - 4- حجم عينة الدراسة الأساسية
 - 5- خصائص عينة الدراسة الأساسية
 - 6- أدوات الدراسة الأساسية
 - 7- ظروف إجراء الدراسة الأساسية
 - 8- الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل نتائج الدراسة الحالية
- خلاصة

تمهيد :

بعد التأكد من صلاحية أدوات القياس المستعملة كمرحلة أولية، وبعد تحديد عينة البحث ومكانها الممثلة لمجتمع الدراسة، كان لزاماً على الباحث المرور إلى المرحلة الحاسمة في البناء المنهجي للبحث وهي الدراسة الأساسية، وذلك إنطلاقاً من تحديد منهج الدراسة الأساسية، مكانها وزمانها، مجتمع وعينة الدراسة الأساسية، وكذا حجمها وخصائصها، إضافةً إلى الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل النتائج المتحصل عليها.

1- منهج الدراسة :

يعرف علي عبد الرزاق جليبي وآخرون المنهج بأنه إستراتيجية عامة في الطرح العلمي أي الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة معتمداً بذلك على مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات لتحقيق أهداف بحثه أو العمل العلمي (جليبي وآخرون: 1992: 8).

يريد الباحث في الدراسة الحالية وصف ظواهر نفسية معينة كالإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات عند فئة من الممرضين بمؤسسات الصحة العمومية بولاية مستغانم وعلاقة تلك الظواهر ببعضها، فليعتمد لأجل هذا الغرض على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعرفه محمد شفيق بالطريقة المنظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بظاهرة أو موقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة بهدف إكتشاف حقيقة جديدة أو التأكد من صحة حقائق قديمة وأثارها والعلاقات المنبثقة عنه وتفسيرها وكشف الجوانب التي تحكمها (شفيق، 1985: 84). كما عرّفه خالد حسين مصلح و آخرون بأنه دراسة الظواهر الطبيعية والاجتماعية دراسة كيفية لتوضيح ووصف خصائص الظاهرة، و دراسة كمية لتوضيح حجمها وتغيراتها ودرجة إرتباطها مع الظواهر الأخرى (مصلح وآخرون، 1999: 107). وإعتمد الباحث أيضاً على المنهج العيادي الذي يعرفه روجي بيرون بأنه منهج معرفي للسير النفسي، الذي يهدف إلى رسم بناء واضح لأحداث نفسية صادرة من شخص معين (PERRON, 1979 : 38) فاستعان الباحث في هذا الصدد بالمقابلة التي تعتبر من أهم الأدوات المنهجية لجمع البيانات من خلال نجاعتها في الحصول على آراء الأفراد وإتجاهاتهم مباشرة من دون تدخل أي وسيط، كما يعرفها محمد علي محمد بأنها "حوار لفظي وجها لوجه بين باحث قائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو مجموعة أشخاص آخرين" (محمد، 1983: 463)، ومن أجل تدعيم الدراسة الكمية الإحصائية وإثراء والتعمق في وصف وفهم الظواهر النفسية محل البحث قام الباحث بإجراء مقابلات لـ 07 حالات ممن كانت درجاتهم مرتفعة على مقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش"، ومنخفضة على كل من إستبيان الرضا الوظيفي ومقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث". وحسب الباحثة في علم النفس

العيادي البروفيسور "حدادي دليلة" هناك وضعيتين هامتين لتطبيق المنهج العيادي: وضعية العيادة ووضعية البحث، حيث يرتبط الاختلاف بين الوضعيتين أساساً في الطلب الذي يصدر من المفحوص في الوضعية الأولى، ويصدر من الفاحص في الوضعية الثانية، وبهذا الاختلاف تختلف الوضعيتان في طريقة صياغة العمل، ففي وضعية العيادة يجب احترام تسلسل أدوات الفحص العيادي (مقابلة، إختبارات الفعاليات وإختبارات الشخصية) أمّا في وضعية البحث قد يجوز إستعمال تسلسل آخر يُبرر بأهداف البحث كتقليص عدد المقابلات (حدادي، 2014 : 07).

2- مكان وزمان الدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الأساسية بمؤسسات عمومية إستشفائية التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وعددها ستة (06) مؤسسات متباعدة نسبياً تقع بولاية مستغانم، حيث تمت الدراسة بثلاث مصالح إستشفائية بهاته المؤسسات (مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي) والمؤسسات المعنية هي: المؤسسة العمومية الإستشفائية "شوقي فارا" بمستغانم، المؤسسة العمومية الإستشفائية "لطرش العجال" بعين تادلّس، والمؤسسة العمومية الإستشفائية "حمادو الحسين" بسيدي علي، أما على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية ببوقيرات، المؤسسة العمومية الإستشفائية بامسرة و المؤسسة العمومية الإستشفائية بعشعاشة ولعدم توفرها على جميع المصالح الإستشفائية لأنها مستشفيات حديثة النشأة أخذ الباحث عينة بحثه منها فقط بمصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية.

تمت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 28 جوان 2018 إلى غاية 06 سبتمبر 2018، حيث خصص الباحث جزء من هاته الفترة (من 28 جوان إلى 26 جويلية 2018) من أجل توزيع أدوات الدراسة على عينة البحث (الممرضين العاملين بالمؤسسات الإستشفائية المذكورة سابقاً) وإسترجاعها ثم عملية تفريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، وجزء آخر من هاته الفترة (من 05 أوت إلى 12 سبتمبر 2018) خُصص لإجراء مقابلات عيادية مع 07 حالات (04 ذكور و 03 إناث) وكان سير المقابلات كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (29): برنامج سير المقابلات العيادية على عينة من 07 ممرضين وممرضات.

المقابلة	الحالة	التاريخ	المدة	الهدف
المقابلة الأولى	الحالة 01	12 أوت 2018	20 د	جمع معلومات عن الحالة
	الحالة 02	12 أوت 2018	25 د	
	الحالة 03	13 أوت 2018	20 د	
	الحالة 04	13 أوت 2018	20 د	
	الحالة 05	15 أوت 2018	25 د	
	الحالة 06	15 أوت 2018	20 د	
	الحالة 07	16 أوت 2018	20 د	
المقابلة الثانية	الحالة 01	19 أوت 2018	45 د	تناول جوانب الدراسة الحالية (مع إعادة تطبيق مقاييس البحث الحالي)
	الحالة 02	19 أوت 2018	40 د	
	الحالة 03	20 أوت 2018	45 د	
	الحالة 04	20 أوت 2018	45 د	
	الحالة 05	22 أوت 2018	40 د	
	الحالة 06	22 أوت 2018	45 د	
	الحالة 07	23 أوت 2018	40 د	
المقابلة الثالثة	الحالة 01	27 أوت 2018	45 د	التطرق للمعاش النفسي للحالة في مجال العمل
	الحالة 02	29 أوت 2018	50 د	
	الحالة 03	02 سبتمبر 2018	40 د	
	الحالة 04	05 سبتمبر 2018	45 د	
	الحالة 05	09 سبتمبر 2018	40 د	
	الحالة 06	11 سبتمبر 2018	40 د	
	الحالة 07	12 سبتمبر 2018	50 د	

3- مجتمع وعينة الدراسة الأساسية :

يهتم الباحث في دراسته الحالية بالعلاقة بين الإحترق النفسي، الرضا المهني وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية بولاية مستغانم، وبالضبط بالمؤسسات العمومية الإستشفائية المذكورة آنفاً، ولهذا الغرض تمت الدراسة الحالية على عينة من الممرضين حيث بلغت العينة الإجمالية لمجتمع البحث 733 ممرضا وممرضة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (30): مجتمع البحث حسب مؤسسات الصحة العمومية لولاية مستغانم.

المجموع	الإناث	الذكور	المؤسسة العمومية الإستشفائية
255	120	135	مستغانم
190	80	110	سيدي علي
195	90	105	عين تادل
27	11	16	ماسرى
29	14	15	بوقيرات
37	19	18	عشعاشة
733	334	399	المجموع

4- حجم عينة الدراسة الأساسية :

تم توزيع 233 إستمارة وإسترجاع 225 فقط، أي تم إلغاء 08 إستمارات لعدم توفرها على شروط قبولها في البحث الحالي حتى لا تخل بنتائجه، كملء المقياس من طرف بعض أفراد العينة بوضع أكثر من إختيار واحد لأكثر من فقرة، رغم شرح الباحث لتعليمية المقاييس المستعملة وكيفية الإجابة عنها، وبالتالي فقد أخذ الباحث عينة عددها 225 ممرض وممرضة لإعتمادها في الدراسة الأساسية، ويقوم أفراد عينة البحث الأساسية بمناطق مختلفة بولاية مستغانم لهم تقريبا نفس الظروف المهنية والاجتماعية، فهم يمثلون بذلك مجتمع البحث في هذه الدراسة.

5- خصائص عينة الدراسة الأساسية :

أ حسب الجنس :

الجدول (31) : توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

الجنس	المرضى	المرضات	المجموع
العدد	128	97	225
النسبة المئوية	56.89 %	43.11 %	100 %

من خلال الجدول رقم (31) أعلاه نلاحظ أن توزيع العينة الأساسية من حيث الجنس متقارب إذ أن عدد الذكور (المرضى) في المؤسسات العمومية الإستشفائية محل الدراسة بلغ 128 ممرضاً بنسبة مئوية 56.89 % وبلغ عدد الإناث (المرضات) 97 ممرضة بنسبة مئوية 43.11 % ، أي بفارق 13.78 %.

ب حسب الأقدمية المهنية :

الجدول (32) : توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية المهنية.

الأقدمية المهنية	أقل من 05 سنوات	من 05 إلى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	المجموع
العدد	68	70	87	225
النسبة %	30.22 %	31.11 %	38.67 %	100 %

يتضح من الجدول (32) أن النسب المئوية للأقدمية المهنية لدى أفراد عينة الدراسة الأساسية متقاربة حيث كانت الأغلبية لذوي الأقدمية المهنية لأكثر من 10 سنوات بنسبة 38.67 % من مجموع عينة الدراسة الأساسية، تليها 31.11 % لذوي الأقدمية المهنية من 05 إلى 10 سنوات، وتتبع في الأخير بنسبة 30.22 % لذوي الأقدمية المهنية أقل من 05 سنوات.

ج- حسب مكان العمل:

الجدول (33) : توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب مكان العمل.

مكان العمل	مصلحة الإستعجلات الطبية الجراحية	مصلحة الإنعاش	مصلحة الطب الداخلي	المجموع
العدد	134	45	46	225
النسبة المئوية	59.56 %	20 %	20.44 %	100 %

يتضح من الجدول (33) أن أفراد عينة الدراسة الأساسية الذين يعملون في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية نسبتهم 59.56 %، وهاته النسبة تفوق أفراد ذات العينة الذين يعملون في مصلحة الإنعاش (20 %)، وكذا أفراد العينة التي تعمل في مصلحة الطب الداخلي (20.44 %).

6- أدوات الدراسة الأساسية :

6-1- مقياس الإحترق النفسي لماسلاش:

يتكون مقياس الإحترق النفسي لماسلاش من 22 فقرة موزعة على ثلاثة (03) أبعاد وهم على التوالي بعد الإجهاد الإنفعالي، بعد تبدل المشاعر وبعد تدني الشعور بالإنجاز، وتتم الإجابة عن فقراته وفق التدرج على الإختيارات (لا يحدث إطلاقاً، يحدث بعض المرات في السنة على الأقل، يحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل، يحدث بعض المرات في الشهر، يحدث مرة واحدة في الأسبوع، يحدث بعض المرات في الأسبوع، يحدث كل يوم) كما هو موضح في الملحق (01).

البعد الأول: الإجهاد الإنفعالي، يتكون هذا البعد من 09 فقرات.

- أشعر بأني منهار إنفعاليا.
- أشعر بأن طاقتي مستنفذة مع نهاية يوم عملي.
- أشعر بالتعب عندما أستيقظ من نومي وأعرف أن علي مواجهة يوم جديد من العمل.
- التعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني جهد كبير.
- أشعر بالإحترق النفسي بسبب عملي.
- أشعر بالإحباط من ممارسة عملي.
- أشعر أنني أبذل جهدا كبيرا في عملي.
- إن العمل بشكل مباشر مع الناس يسبب لي ضغطا شديدا.
- أشعر وكأنني على حافة الهاوية جراء ممارستي مهنتي.
- البعد الثاني: تبدل المشاعر،** يتكون هذا البعد من 05 فقرات.
- أشعر أنني أتعامل مع بعض المرضى ببرودة وكأنهم أشياء.
- أصبحت أقل شعورا بالناس منذ إلتحاقني بهذا العمل.
- أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسيا إنفعاليا.
- حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض المرضى.
- أشعر أن المرضى يلومونني عن بعض المشاكل التي تواجههم.

البعد الثالث: تدني الشعور بالإنجاز، يتكون هذا البعد من 08 فقرات.

-أستطيع أن أفهم بسهولة مشاعر المرضى.

-أحل بفعالية عالية مشاكل المرضى.

-أشعر أن لي تأثيرا إيجابيا في حياة الناس من خلال عملي.

-أشعر بالحيوية والنشاط.

-أستطيع أن أنشأ بسهولة جوا مريحا مع المرضى.

-أشعر بالسعادة بعد العمل عن قرب مع المرضى.

-أنجزت الكثير من الأشياء ذات الأهمية في مهنتي.

-أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الإنفعالية أثناء ممارستي لعملي.

6-1-1- طريقة تصحيح مقياس الإحترق النفسي لماسلاش:

عدد فقرات المقياس 22 فقرة، بسبعة (07) إختيارات متفاوتة الدرجة، فالفرد الذي يضع العلامة

(X) مقابل الخانة " لا يحدث إطلاقا" يأخذ 0 درجة.

مقابل الخانة " يحدث بعض المرات في السنة على الأقل" يأخذ 1 درجة واحدة.

مقابل الخانة " يحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل " يأخذ 2 درجتين.

مقابل الخانة " يحدث بعض المرات في الشهر " يأخذ 3 درجات.

مقابل الخانة " يحدث مرة واحدة في الأسبوع " يأخذ 4 درجات.

مقابل الخانة " يحدث بعض المرات في الأسبوع " يأخذ 5 درجات.

مقابل الخانة " يحدث كل يوم " يأخذ 6 درجات.

لمقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش" بعدين سلبيين وهما: بعد الإجهاد الإنفعالي وتبدل

المشاعر، وبعد موجب وهو المتعلق بتدني الشعور بالإنجاز، ولهذا لا نستطيع حساب الدرجة

الكلية للمقياس، بل نحسب درجة الفرد على كل بعد ثم نرى إلى أي مستوى ينتمي إليه هذا الفرد

على المقياس، وتصنف مستويات الأفراد على مقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش" حسب

الدرجات المتحصل عليها على كل بعد كما هو موضح في الجدول (23) الذي سبق التطرق

إليه في الدراسة الإستطلاعية.

البعـد	مستوى مرتفع من الإحترق النفسي	مستوى معتدل من الإحترق النفسي	مستوى منخفض من الإحترق النفسي
الإجهااد الإنفعالي	30 درجة فما فوق	من 18 إلى 29 درجة	من 0 إلى 17 درجة
تبلد المشاعر	12 درجة فما فوق	من 6 إلى 11 درجة	من 0 إلى 5 درجات
تدني الشعور بالإنجاز	من 0 إلى 33 درجة	من 34 إلى 39 درجة	40 درجة فما فوق

6-2- إستبيان الرضا الوظيفي:

يتكون إستبيان الرضا الوظيفي (المُعَد من طرف الباحث) الموجه للمرضيين في صورته النهائية في الدراسة الحالية من 37 فقرة، وقد تم إستخدام تدرج ثلاثي الإختيارات (غير راض، راض قليلا، راض بشدة) كما هو موضح في الملحق (02)، عباراته كلها موجبة موزعة على ستة (06) أبعاد تقيس الرضا الوظيفي لدى المرضيين.

البعـد الأول: طبيعة العمل، ويضم 06 فقرات.

- توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في المهنة.
- تتيح لي وظيفتي الإستقلالية بالعمل.
- تسمح لي وظيفتي الإستقلالية بالقرارات
- تحقق لي وظيفتي مكانة إجتماعية جيدة.
- المهام المنوطة بي واضحة.

- توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا

البعـد الثاني: ظروف العمل، ويشمل 07 فقرات.

- الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل الذي أمارسه.
- توجد تهوية مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
- توجد تدفئة مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
- تتوفر المصلحة التي أعمل بها على الوسائل الضرورية للتمريض.
- غرف المصلحة التي أعمل بها مناسبة مع عدد المرضى.
- يخصص لي المستشفى غرفة للمناوبة.
- أيام الراحة التي أحصل عليها مناسبة.

البعـد الثالث: نظام الترقية، ويحتوي على 05 فقرات.

- توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.
- معايير الترقية بالمستشفى واضحة.

- ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.
- توفر لي إدارة المستشفى فرص التكوين المتواصل الذي يؤهلني للترقية.
- نظام التقاعد في المستشفى مناسب.
- البعد الرابع: الراتب والعلاوات،** ويتكون من 06 فقرات.
 - أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم العمل الذي أؤديه.
 - الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.
 - يعتبر أجري مناسباً مقارنة مع آخرين في مهن بنفس المستوى التعليمي.
 - ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.
 - تحرص إدارة المستشفى على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.
 - منحة العدوى التي أحصل عليها مناسبة.
- البعد الخامس: العلاقة مع الزملاء والمسؤولين،** ويشمل 07 فقرات.
 - يتقبل رئيس المصلحة التي أعمل بها إقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.
 - علاقتي مع زملائي الممرضين جيدة.
 - يتعامل المسؤولون معي بالتقدير والاحترام.
 - يتيح لي عملي فرص تبادل الخبرات داخل المستشفى.
 - أحصل على قدر مناسب من التحفيز والتشجيع من الزملاء في المستشفى.
 - أهتم بشؤون زملائي الممرضين في العمل.
 - أستشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.
- البعد السادس: المكانة والتقدير،** ويشمل 06 فقرات.
 - أحضى بإهتمام المسؤولين بالمستشفى.
 - أشعر بأني أنال تقدير وإحترام الآخرين في المجتمع.
 - مهنتي مصدر فخر وتقدير للعائلة.
 - أنال إحترام وتقدير المريض في المستشفى.
 - أحضى بإحترام وتقدير أهل المريض المستشفى.
 - أحصل على إحترام وتقدير أطباء المستشفى.
- 6-2-1- طريقة تصحيح إستبيان الرضا الوظيفي:**
- عدد فقرات الإستبيان 37 فقرة، ب 03 إختيارات متفاوتة الدرجة، فالفرد الذي يضع العلامة (X) مقابل الخانة " غير راض " يأخذ 1 درجة واحدة.

مقابل الخانة " راض قليلا " يأخذ 2 درجتين.

مقابل الخانة " راض بشدة " يأخذ 3 ثلاث درجات.

عدد فقرات البعد الأول 06 فقرات، فالدرجة القصوى هي 18 درجة، والدرجة الدنيا هي 6 بمستوى نظري قيمته 12 درجة.

عدد فقرات البعد الثاني 07 فقرات، فالدرجة القصوى هي 21 درجة، والدرجة الدنيا هي 7 بمستوى نظري قيمته 14 درجة.

عدد فقرات البعد الثالث 05 فقرات، فالدرجة القصوى هي 15 درجة، والدرجة الدنيا هي 5 بمستوى نظري قيمته 10 درجة.

عدد فقرات البعد الرابع 06 فقرات، فالدرجة القصوى هي 18 درجة، والدرجة الدنيا هي 6 بمستوى نظري قيمته 12 درجة.

عدد فقرات البعد الخامس 07 فقرات، فالدرجة القصوى هي 21 درجة، والدرجة الدنيا هي 7 بمستوى نظري قيمته 14 درجة.

عدد فقرات البعد السادس 06 فقرات، فالدرجة القصوى هي 18 درجة، والدرجة الدنيا هي 6 بمستوى نظري قيمته 12 درجة.

تحسب الدرجة الكلية للمستجيب على الإستبيان بجمع الدرجات التي تحصل عليها في كل عبارة من عبارات الإستبيان، ومن الناحية النظرية فإن أعلى درجة يتحصل عليها المستجيب على

الإستبيان هي 111 وأدنى درجة هي 37 درجة بمتوسط نظري قيمته 74، كما تحسب درجة المستجيب على البعد بجمع الدرجات التي تحصل عليها عن كل عبارة من العبارات المكونة له، وتصنف الدرجة التي نالها الممرض في ضوء متوسط الوزن النسبي الفارق على النحو التالي:

من 37 إلى 61 درجة تعبر عن مستوى رضا وظيفي منخفض.

من 62 إلى 86 درجة تعبر عن مستوى رضا وظيفي متوسط.

من 87 إلى 111 درجة تعبر عن مستوى رضا وظيفي مرتفع.

6-3- مقياس تقدير الذات لكوبر سميث:

مقياس تقدير الذات لكوبر سميث تم تعريبه وتقنينه على البيئة الجزائرية من طرف الباحث البروفيسور بشير معمري، حيث يتكون هذا المقياس من 25 فقرة، وتتم الإجابة عن فقراته وفق التدرج على الإختيارات (لا، قليلا، كثيرا) كما هو موضح في الملحق (03).

يحتوي المقياس على فقرات موجبة وأخرى سالبة وهي كالتالي:

- الفقرات الموجبة:

- 5- يسعد آخرون بوجودهم معي.
- 8- أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني.
- 9- تزاغي أسرتي مشاعري عادة.
- 11- تتوقع أسرتي مني نجاحات عالية.
- 14- يتبع الناس أفكارني.
- 19- إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله.
- 20- تهمني أسرتي.

- الفقرات السالبة:

- 1- أتضايق من كثير من الأمور والأشياء عادة.
- 2- أجد من الصعب عليّ أن أتحدث أمام جماعة من الناس.
- 3- أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي.
- 4- يصعب عليّ إتخاذ قرار خاص بي.
- 6- أتضايق بسرعة في المنزل.
- 7- أحتاج إلى وقت طويل كي أعود على الأشياء الجديدة.
- 10- أستسلم وأنهزم بسرعة.
- 12- يصعب عليّ جدا أن أبقى كما أنا.
- 13- تختلط الأشياء كلها في حياتي.
- 15- أقل من قدر نفسي.
- 16- أريد أن أترك البيت.
- 17- أشعر بالضيق من عملي.
- 18- مظهري ليس جيدا مثل معظم الناس.
- 21- معظم الناس محبوبون أكثر مني.
- 22- أشعر عادة كما لو كنت أدفعُ لفعل الأشياء.
- 23- ينقصني تلقي التشجيع على ما أقوم به من أعمال.
- 24- أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر.
- 25- ينبغي على الناس ألا يعتمدوا علي.

6-3-1- طريقة تصحيح مقياس تقدير الذات لكوبر سميث:

- عدد فقرات المقياس 25 فقرة، ب 03 إختيارات متفاوتة الدرجة، والفرد الذي يضع العلامة (X) في الفقرات الموجبة مقابل الخانة " لا " يأخذ 1 درجة واحدة.
مقابل الخانة " قليلا " يأخذ 2 درجتين.
مقابل الخانة " كثيرا " يأخذ 3 ثلاث درجات.
وفي الفقرات السالبة مقابل الخانة " لا " يأخذ 3 درجات.
مقابل الخانة " قليلا " يأخذ 2 درجتين.
مقابل الخانة " كثيرا " يأخذ 1 درجة واحدة.

يمكن معرفة مستوى تقدير الذات للممرض بجمع الدرجات المتحصل عليها لتعطي الدرجة الكلية لتقدير الذات للمستجيب، ومن الناحية النظرية فإن أعلى درجة يحصل عليها هذا الأخير على الإستبيان هي 75 درجة وأدنى درجة هي 25 بمتوسط نظري قيمته 50 درجة. وتصنف الدرجة التي تحصل عليها الممرض أو الممرضة في ضوء متوسط الوزن النسبي الفارق على النحو التالي:

- من 25 إلى 41 درجة تعبر عن مستوى منخفض من تقدير الذات.
من 42 إلى 58 درجة تعبر عن مستوى متوسط من تقدير الذات.
من 59 إلى 75 درجة تعبر عن مستوى مرتفع من تقدير الذات.
7- ظروف إجراء الدراسة الأساسية:

بما أن الدراسة الأساسية أجريت بستة (06) مؤسسات عمومية إستشفائية مختلفة من نفس الولاية وهي متباعدة نسبياً، فقد كان الباحث يجد صعوبة متعلقة بظرف الزمن في تطبيق أدوات القياس لكون أن أفراد العينة (الممرضون) ملزمون بتأدية واجبههم بشكل إستعجالي وبحكم أن مهامهم غير قابلة للتأخير أو للتأجيل (الدرجة أن غالبيتهم لم يكن لديهم الوقت لأخذ وجبة غذائية) مما أجبر الباحث في بعض الأحيان الإنتظار إلى آخر الوقت بالنسبة لذوي نظام العمل العادي، والتوجه باكراً تارة، والذهاب ليلاً تارةً أخرى بالنسبة لذوي نظام العمل بالمنوبة. كما تلقى الباحث المساعدة اللازمة والتسهيلات من رؤساء المصالح الإستشفائية وكذا التعاون المثمر من طرف الإختصاصيين النفسانيين العاملين في المؤسسات العمومية الإستشفائية.

8- الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل نتائج الدراسة الحالية:

من أجل تفسير النتائج الخام المتحصل عليها والإجابة على فروض الدراسة، إعتد الباحث على الأساليب الإحصائية التالية :

- التكرارات والنسب المئوية
- المتوسطات الحسابية
- الانحراف المعياري
- معامل ارتباط بيرسون
- اختبارات (T test) للمقارنة بين عينتين مختلفتين.
- تحليل التباين الأحادي (Anova one- way) للمقارنة بين المجموعات.
- معادلة (LSD) لتحديد اتجاه الفروق.

وتمت كل هذه العمليات ببرنامج الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS v.20
خلاصة: تعتبر الدراسة الأساسية من أهم دعائم البحث الميداني، و ذلك لإحتوائها على ثلاث
 ركائز رئيسية، والمتمثلة في إلقاء الضوء على المنهج المتبع في هاته الدراسة، توضيح
 خصائص العينة محل البحث، والتعريف بالأدوات المتناولة وطريقة إستعمالها، فهي بذلك تمثل
 ورقة طريق من أجل المضي قدما إلى فصل عرض نتائج فرضيات الدراسة الحالية.

الفصل الثامن

عرض النتائج

تمهيد

- 1- عرض نتائج الفرضية الأولى
 - 2- عرض نتائج الفرضية الثانية
 - 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
 - 4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
 - 5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
 - 6- عرض نتائج الفرضية السادسة
 - 7- عرض نتائج الفرضية السابعة
 - 8- عرض نتائج الدراسة العيادية
- خلاصة.

تمهيد:

تم التطرق في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصل عليها بعد تفرغ الاستجابات وإدخالها في البرنامج الإحصائي (SPSS .20) حيث قام الباحث بإجراء العمليات الحسابية التي يقتضيها البحث، والتي تسمح بإختبار الفرضيات المعتمدة في الدراسة الحالية، وتتمثل هذه العمليات في الأساليب الإحصائية الوصفية وتنظيم النتائج في بايانات بطريقة رياضية متنوعة بتعاليق وتوضيحات عن كل جدول وهذا من أجل التأكد من تحقق الفرضية من عدمها، كما تم عرض نتائج المقابلات العيادية لسبعة (07) ممرضين وممرضات المنتمين لنفس عينة الدراسة الحالية.

1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

- للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.

1-1- مستوى الإحترق النفسي لدى للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مرتفع.

للإجابة على هذا السؤال إستخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإستجابات أفراد العينة على أبعاد مقياس الإحترق النفسي لماسلاش، كما هو مبين في الجدول (34).
الجدول (34): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الإحترق النفسي.

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الإجهاد الإنفعالي	36.07	5.98
تبلد المشاعر	16.67	5.06
تدني الشعور بالإنجاز	15.36	6.20

يلاحظ من الجدول (34) أن المتوسط الحسابي لبعده الإجهاد الإنفعالي على مقياس الإحترق النفسي لماسلاش قدر بـ 36.07 وبانحراف معياري ما قيمته 5.98، وهو مستوى مرتفع مقارنة مع معيار المقياس على هذا البعد (المستوى المرتفع من 30 درجة فما فوق)، كما قدر المتوسط الحسابي لبعده تبلد المشاعر بـ 16.67 وبانحراف معياري ما قيمته 5.06 وهو أيضا مستوى مرتفع مقارنة مع معيار المقياس على هذا البعد (المستوى المرتفع من 12 درجة فما فوق)، أما بعد تدني الشعور بالإنجاز فكانت قيمة متوسطه الحسابي مساوية لـ 15.36 وبانحراف معياري ما قيمته 6.20 وكذلك هاته القيمة مرتفعة مقارنة مع معيار المقياس على هذا البعد (المستوى المرتفع من 0 إلى 33 درجة).

فمن خلال ملاحظة المتوسطات الحسابية المتحصل عليها في الجدول أعلاه ومقارنتها مع معيار (درجات المستويات) مقياس الإحترق النفسي لماسلاش، نجد أنّ للمرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي.

2-1- مستوى الرضا الوظيفي لدى للمرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية منخفض.
 إستخدم الباحث المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستجابات أفراد العينة حسب أبعاد إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين وكذا متوسطه الحسابي والإنحراف المعياري الكلي له، كما هو مبين في الجدول (35).

الجدول (35): المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لإستبيان الرضا الوظيفي للمرضين.

الأبعاد	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
طبيعة العمل	12	8.26	2.36
ظروف العمل	14	10.41	3.02
نظام الترقية	10	6.36	3.60
الراتب والعلاوات	12	7.78	2.29
العلاقة مع الزملاء والمسؤولين	14	10.14	4.01
المكانة والتقدير	12	8.30	4.29
الرضا الوظيفي (الدرجة الكلية)	74	50.48	10.93

يلاحظ من الجدول (35) أن المتوسط الحسابي لبعده طبيعة العمل على إستبيان الرضا الوظيفي قدر بـ 8.26 وإنحراف معياري ما قيمته 2.36، وهي درجة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري لهذا البعد الذي قدر بـ 12، كما قدر المتوسط الحسابي لبعده ظروف العمل بـ 10.41 وإنحراف معياري ما قيمته 3.02 وهو أيضا مستوى منخفض مقارنة بالمتوسط النظري لهذا البعد قدر بـ 14، أما بعد نظام الترقية فكانت قيمة متوسطه الحسابي مساوية لـ 6.36 وإنحراف معياري ما قيمته 3.60 وكذلك هاته القيمة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري لهذا البعد الذي بلغ 10، وبلغ المتوسط الحسابي لبعده الراتب والعلاوات 7.78 وإنحراف معياري قدر بـ 2.29، فهاته القيمة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري الذي بلغ 12، كما بلغ المتوسط الحسابي لبعده العلاقة مع الزملاء والمسؤولين 10.14 وإنحراف معياري قدره 4.01، فهذه القيمة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري للبعد الذي بلغ 14، أما المتوسط الحسابي لبعده المكانة والتقدير فبلغ 8.30 وإنحراف معياري قدره 4.29، فذلك هاته القيمة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري للبعد الذي بلغ 12، كما بلغت القيمة الكلية للمتوسط الحسابي لإستبيان الرضا الوظيفي 50.48 بإنحراف معياري مساوي لـ 10.93، وبذلك فهي قيمة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري الذي بلغ 74.

- فمن خلال ملاحظة المتوسطات الحسابية المتحصل عليها في الجدول أعلاه ومقارنتها بالمتوسطات النظرية لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين، نجد أنّ للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى منخفض من الرضا الوظيفي.

3-1- مستوى تقدير الذات لدى للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية منخفض.

إستعمل الباحث المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإستجابات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث الموجه للممرضين، كما هو مبين في الجدول (36).

الجدول (36): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس تقدير الذات لكوبر سميث الموجه للممرضين.

المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تقدير الذات (الدرجة الكلية)
50	34.11	8.39	

يلاحظ من الجدول (36) أن المتوسط الحسابي لمقياس تقدير الذات قدر بـ 34.11 وانحراف معياري ما قيمته 8.39، وهي درجة منخفضة مقارنة بالمتوسط النظري لهذا المقياس الذي قدر بـ 50، بمعنى أن للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى منخفض من تقدير الذات.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

2-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمكان العمل.

جدول (37): مقارنة بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، العاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على أبعاد الإحتراق النفسي تبعاً لمكان العمل.

مستوى الدلالة 0.05	قيمة المعنوية sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي المتغيرات
دالة	0.000	206.73	990.69	2	1981.38	بين المجموعات	بعد الإجهاد الإنفعالي تبعاً لمكان العمل
			4.79	222	1063.82	داخل المجموعات	
دالة	0.000	226.71	1136.29	2	2272.59	بين المجموعات	بعد تبدل المشاعر تبعاً لمكان العمل
			5.01	222	1112.66	داخل المجموعات	
دالة	0.000	193.31	1607.64	2	3215.29	بين المجموعات	بعد تدني الشعور بالإنجاز تبعاً لمكان العمل
			8.31	222	1846.15	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (37) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، والممرضين العاملين في مصلحة الطب الداخلي على أبعاد الإحتراق النفسي حيث بلغت قيمة المعنوية (sig.) ب 0.000 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05. ولمعرفة اتجاه الفروق بين الممرضين العاملين في المصالح المذكورة سابقاً استخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية :

الجدول (38): إتجاه الفروق في أبعاد الإحترق النفسي بين الممرضين تبعاً لمكان العمل.

قيمة الفروق بين المتوسطات			مجموعات المقارنة	المتغيرات
مصلحة الطب الداخلي	مصلحة الإنعاش	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية		
دالة *12.50 sig. = 0.000	0.33 غير دالة sig. = 0.21	/	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية	بعد الإجهاد الإنفعالي تبعاً لمكان العمل
دالة *12.17 sig. = 0.000	/	0.33 - غير دالة sig. = 0.21	مصلحة الإنعاش	
/	دالة *12.17 - sig. = 0.000	دالة *12.50 - sig. = 0.000	مصلحة الطب الداخلي	
دالة *15.62 sig. = 0.000	0.50 غير دالة sig. = 0.32	/	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية	بعد تبدل المشاعر
دالة *15.11 sig. = 0.000	/	0.50 - غير دالة sig. = 0.32	مصلحة الإنعاش	
/	دالة *15.11 - sig. = 0.000	دالة *15.62 - sig. = 0.000	مصلحة الطب الداخلي	
دالة *17.01 sig. = 0.000	0.81 غير دالة sig. = 0.58	/	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية	بعد تدني الشعور بالإنجاز
دالة *17.42 sig. = 0.000	/	0.81 - غير دالة sig. = 0.58	مصلحة الإنعاش	
/	دالة *17.42 - sig. = 0.000	دالة *17.01 - sig. = 0.000	مصلحة الطب الداخلي	

مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول (38) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش، مصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنه :

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الطب الداخلي في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية.

-توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح مصلحة الإنعاش.

- إلا أنه عدم وجود فروق دالة إحصائياً في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الإحترق النفسي تبعاً لهاتين المصلحتين.

2-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية.

جدول (39): مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على أبعاد الإحترق النفسي.

مستوى الدلالة	قيمة sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي
0.05			4857.797	2	9715.59	بين المجموعات	المتغيرات
دالة	0.000	388.12	12.516	222	2778.55	داخل المجموعات	بعد الإجهاد الإنفعالي تبعاً للأقدمية المهنية

دالة	0.000	401.30	5749.03	2	11498.07	بين المجموعات	بعد تبدل المشاعر
			14.32	222	3180.37	داخل المجموعات	
دالة	0.000	388.12	4857.79	2	9715.59	بين المجموعات	بعد تدني الشعور بالإنجاز تبعاً
			12.51	222	2778.55	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (39) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على أبعاد الإحترق النفسي، حيث بلغت قيمة المعنوية (sig.) ب 0.000 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05.

ولمعرفة إتجاه الفروق بين الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية المذكورة سابقاً إستخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية :

الجدول (40) : إتجاه الفروق في أبعاد الإحترق النفسي بين الممرضين تبعاً للأقدمية المهنية.

المتغيرات	مجموعات المقارنة	قيمة الفروق بين المتوسطات		
		أقل من 5 سنوات	من 5 إلى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
بعد الإجهاد	أقل من 5 سنوات	/	22.01 * دالة sig. = 0.000	22.88 * دالة sig. = 0.000
الإنفعالي تبعاً	من 5 إلى 10 سنوات	22.01 * دالة sig. = 0.21	/	0.86 غير دالة sig. = 0.000
للأقدمية المهنية	أكثر من 10 سنوات	22.88 * دالة sig. = 0.000	0.86 غير دالة sig. = 0.75	/

أقل من 5 سنوات	/	دالة *25.02- sig. = 0.000	دالة *25.78- sig. = 0.000
من 5 إلى 10 سنوات	دالة *25.02 sig. = 0.000	/	0.76 غير دالة sig. = 0.81
أكثر من 10 سنوات	دالة *25.78 sig. = 0.000	0.76 غير دالة sig. = 0.81	/
أقل من 5 سنوات	/	دالة *19.92 - sig. = 0.000	دالة *19.32- sig. = 0.000
من 5 إلى 10 سنوات	دالة *19.92 sig. = 0.000	/	0.59 غير دالة sig. = 0.93
أكثر من 10 سنوات	دالة *19.32 sig. = 0.000	0.59 - غير دالة sig. = 0.93	/

مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول (40) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه :

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح الممرضين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات).

-توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

إلا أنه عدم وجود فروق دالة إحصائياً في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الإحترق النفسي تبعاً لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية.

2-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

الجدول (41): المقارنة بين الذكور(الممرضين) والإناث (الممرضات) على أبعاد الإحترق النفسي.

المتغيرات	الأسلوب الإحصائي		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (t)	درجة الحرية df	قيمة Sig	مستوى الدلالة عند 0.05
	الذكور	الإناث						
بعد الإجهاد الإنفعالي	الذكور	35.93	6.12	1.01	223	0.33	غير دالة	
	الإناث	36.41	5.78					
بعد تبدل المشاعر	الذكور	16.89	5.18	1.17	223	0.23	غير دالة	
	الإناث	17.05	4.89					
بعد تدني الشعور بالإنجاز	الذكور	15.17	4.61	1.07	223	0.38	غير دالة	
	الإناث	14.90	6.80					

يظهر من الجدول (41) أن المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي لمراسلش كانت متقاربة بين الذكور والإناث حيث كانت على بعد الإجهاد الإنفعالي 35.93 للذكور و36.41 للإناث، بإنحراف معياري تأرجح بين 5.78 للإناث و6.12 للذكور، كما بلغت قيمة ت 1.01 وقيمة المعنوية 0.33 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. وعلى بعد تبدل المشاعر بلغت المتوسطات الحسابية 16.89 للذكور و17.05 للإناث، بإنحراف معياري تراوح بين 4.89 للإناث و5.18 للذكور، كما بلغت قيمة ت 1.17 وقيمة المعنوية 0.23 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05.

أما على بعد تدني الشعور بالإنجاز فقدرت المتوسطات الحسابية بنسبة 15.17 للذكور و14.90 للإناث، بإنحراف معياري تراوح بين 6.80 للإناث و4.61 للذكور، كما بلغت قيمة ت 1.07 وقيمة المعنوية 0.38 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أن لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضين والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية في مستويات الإحترق النفسي.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

3-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل.

جدول (42) : مقارنة بين المرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، والعاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على إستبيان الرضا الوظيفي النفسي.

مستوى الدلالة 0.05	قيمة sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي المتغيرات
							الرضا الوظيفي تبعاً لمكان العمل
دالة	0.002	14.12	3192.25	2	6384.50	بين المجموعات	الرضا الوظيفي تبعاً لمكان العمل
			226	222	50172	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (42) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين المرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، المرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، والمرضى العاملين في مصلحة الطب الداخلي في الرضا الوظيفي حيث قدرت قيمة المعنوية (sig.) ب 0.002 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين المرضين العاملين في المصالح المذكورة سابقاً استخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية :

الجدول (43) : إتجاه الفروق في الرضا الوظيفي بين الممرضين تبعاً لمكان العمل.

قيمة الفروق بين المتوسطات			مجموعات المقارنة	المتغيرات
مصلحة الطب الداخلي	مصلحة الإنعاش	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية		
10.92 * دالة sig = 0.004	1.73- غير دالة sig.= 0.64	/	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية	الرضا الوظيفي تبعاً لمكان العمل
12.65 * دالة sig. = 0.006	/	1.73 غير دالة sig.= 0.64	مصلحة الإنعاش	
/	12.65 * دالة sig. = 0.006	10.92- * دالة sig = 0.004	مصلحة الطب الداخلي	

مستوى الدلالة 0.05.

ينتضح من الجدول (43) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات للرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنه :

- توجد فروق دالة إحصائياً في الرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية والعاملين في مصلحة الطب الداخلي وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية.

- توجد فروق دالة إحصائياً في الرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش والعاملين في مصلحة الطب الداخلي، وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش.

إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية والممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش.

3-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للأقدمية المهنية.

جدول (44): مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على إستبيان الرضا الوظيفي.

مستوى الدلالة	قيمة sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي المتغيرات
دالة	0.000	16.30	5053.31	2	10106.62	بين المجموعات	الرضا الوظيفي تبعا للأقدمية المهنية
			310	222	68820	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (44) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على إستبيان الرضا الوظيفي، حيث بلغت قيمة المعنوية (sig.) ب 0.000 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05.

ولمعرفة إتجاه الفروق بين الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية تبعا للأقدمية المهنية المذكورة سابقاً إستخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية:

الجدول (45) : إتجاه الفروق في الرضا الوظيفي بين الممرضين تبعاً للأقدمية المهنية.

المتغيرات	مجموعات المقارنة	قيمة الفروق بين المتوسطات	
		أقل من 5 سنوات	من 5 إلى 10 سنوات
الرضا الوظيفي تبعاً للأقدمية المهنية	أقل من 5 سنوات	/	دالة *13.92- sig.= 0.000
	من 5 إلى 10 سنوات	دالة *13.92 sig.= 0.000	/
	أكثر من 10 سنوات	دالة *13.61 sig.= 0.000	دالة *13.61- sig.= 0.000

مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول (45) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه :

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في الرضا الوظيفي وهاته الفروق لصالح الممرضين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات).

-توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في الرضا الوظيفي وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الرضا الوظيفي تبعاً لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية.

3-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

الجدول (46): المقارنة بين الذكور(الممرضين) والإناث(الممرضات) على إستبيان الرضا الوظيفي.

المتغيرات	الأسلوب الإحصائي		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (t)	درجة الحرية df	قيمة Sig	مستوى الدلالة عند 0.05
	الذكور	الإناث						
الرضا الوظيفي	الذكور	50.87	2.27	0.31	223	0.77	غير دالة	
	الإناث	49.96	3.30					

يظهر من الجدول (46) أن المتوسطات الحسابية بين الذكور والإناث كانت متقاربة حيث بلغت 50.87 للذكور و 49.96 للإناث، بإنحراف معياري تأرجح بين 3.30 للإناث و 2.27 للذكور، كما بلغت قيمة ت 0.31 وقيمة المعنوية 0.77 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أن لا توجد فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين الممرضين والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

4-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل.

جدول (47): مقارنة بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، والعاملين في مصلحة الإنعاش، والعاملين في مصلحة الطب الداخلي على مقياس تقدير الذات.

مستوى الدلالة	قيمة sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي المتغيرات
0.05	0.007	11.10	2394.80	2	4789.61	بين المجموعات	تقدير الذات تبعاً لمكان العمل
			215.63	222	47870.30	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (47) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، والممرضين العاملين في مصلحة الطب الداخلي في تقدير الذات حيث قدرت قيمة المعنوية (sig.) بـ 0.007 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05. ولمعرفة اتجاه الفروق بين الممرضين العاملين في المصالح المذكورة سابقاً استخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية :

الجدول (48): إتجاه الفروق في تقدير الذات بين الممرضين تبعاً لمكان العمل.

قيمة الفروق بين المتوسطات			مجموعات المقارنة	المتغيرات
مصلحة الطب الداخلي	مصلحة الإنعاش	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية		
دالة *7.38 sig = 0.004	-1.16 غير دالة sig.= 0.64	/	مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية	تقدير الذات
دالة *8.55 sig. = 0.006	/	1.16 غير دالة sig.= 0.64	مصلحة الإنعاش	تبعاً لمكان العمل
/	- 8.55 * دالة sig. =0.006	- 7.38 * دالة sig = 0.004	مصلحة الطب الداخلي	

مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول (48) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات لتقدير الذات بين الممرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية والعاملين في مصلحة الطب الداخلي وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية.

- توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش والعاملين في مصلحة الطب الداخلي، وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش.

إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية والممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش.

4-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية.

جدول (49): مقارنة بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث.

مستوى الدلالة	قيمة sig	قيمة ف (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	الأسلوب الإحصائي المتغيرات
0.05	0.000	12.60	2389.74	2	4779.48	بين المجموعات	تقدير الذات تبعاً للأقدمية المهنية
			189.63	222	42098.30	داخل المجموعات	

يتضح من الجدول (49) تحقق هذه الفرضية حيث كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) على مقياس تقدير الذات، حيث بلغت قيمة المعنوية (sig.) ب 0.000 وهي أقل من مستوى دلالة 0.05.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية المذكورة سابقاً استخدم الباحث معادلة LSD التي كشفت عن النتائج التالية :

الجدول (50): إتجاه الفروق في تقدير الذات بين المرضين تبعاً للأقدمية المهنية.

المتغيرات	مجموعات المقارنة	قيمة الفروق بين المتوسطات		
		أقل من 5 سنوات	من 5 إلى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
تقدير الذات تبعاً للأقدمية المهنية	أقل من 5 سنوات	/	-9.94 * دالة sig.= 0.000	-9.14 * دالة sig.= 0.000
	من 5 إلى 10 سنوات	*9.94 دالة sig.= 0.000	/	0.80 غير دالة sig. = 1.010
	أكثر من 10 سنوات	*9.14 دالة sig.= (0.000)	-0.80 غير دالة sig. = (1.010)	/

مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول (50) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين المرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين المرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في تقدير الذات وهاته الفروق لصالح المرضين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات).

-توجد فروق دالة إحصائياً بين المرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في تقدير الذات وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في تقدير الذات تبعاً لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية.

4-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

الجدول (51): المقارنة بين الذكور (الممرضين) والإناث (الممرضات) على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث.

مستوى الدلالة عند 0.05	قيمة Sig	درجة الحرية df	قيمة ت (t)	الانحراف المعياري	الأسلوب الإحصائي المتغيرات	
					الذكور	الإناث
غير دالة	0.76	223	0.30	5.37	34.37	تقدير الذات
				6.74	33.76	

يظهر من الجدول (51) أن المتوسطات الحسابية بين الذكور والإناث كانت متقاربة حيث بلغت 34.37 للذكور و 33.76 للإناث، بإنحراف معياري تأرجح بين 6.74 للإناث و 5.37 للذكور، كما بلغت قيمة ت 0.30 وقيمة المعنوية 0.76 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أن لا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

- توجد علاقة ارتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

الجدول (52): العلاقة بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي	معامل الارتباط بيرسون	قيمة المعنوية Sig.	مستوى الدلالة عند 0.01
علاقة بعد الإجهاد الإنفعالي بالرضا الوظيفي	-0.81**	0.000	دالة
علاقة بعد تبدل المشاعر بالرضا الوظيفي	-0.83**	0.000	دالة
علاقة بعد تدني الشعور بالإنجاز بالرضا الوظيفي	0.86**	0.000	دالة

يتضح من الجدول (52) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد الإحترق النفسي والرضا الوظيفي حيث كانت طبيعة هاته العلاقة كالتالي:

- علاقة عكسية وقوية بين بعد الإجهاد الإنفعالي والرضا الوظيفي لدى الممرضين بمعنى أنه كلما زادت شدة الإجهاد الإنفعالي إنخفض الرضا الوظيفي، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة -0.81.

- علاقة عكسية وقوية بين بعد تبدل المشاعر والرضا الوظيفي لدى الممرضين بمعنى أنه كلما زادت شدة تبدل المشاعر إنخفض الرضا الوظيفي، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة -0.83.

- علاقة طردية وقوية بين بعد تدني الشعور بالإنجاز والرضا الوظيفي لدى الممرضين بمعنى أنه كلما إنخفضت شدة تدني الشعور بالإنجاز إنخفض كذلك الرضا الوظيفي لديهم، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة 0.86.

6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

- توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

الجدول (53): العلاقة بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

علاقة الإحترق النفسي بتقدير الذات	معامل الارتباط بيرسون	قيمة المعنوية Sig.	مستوى الدلالة عند 0.01
علاقة بعد الإجهاد الإنفعالي بتقدير الذات	- 0.84 **	0.000	دالة
علاقة بعد تبدل المشاعر بتقدير الذات	- 0.81 **	0.000	دالة
علاقة بعد تدني الشعور بالإنجاز بتقدير الذات	0.80 **	0.000	دالة

يتضح من الجدول (53) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد الإحترق النفسي وتقدير الذات حيث كانت طبيعة هاته العلاقة كالتالي:

- علاقة عكسية وقوية بين بعد الإجهاد الإنفعالي وتقدير الذات لدى الممرضين بمعنى أنه كلما زادت شدة الإجهاد الإنفعالي إنخفض تقدير الذات، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة -0.84.

- علاقة عكسية وقوية بين بعد تبدل المشاعر وتقدير الذات لدى الممرضين بمعنى أنه كلما زادت شدة تبدل المشاعر إنخفض تقدير الذات، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة -0.81.

- علاقة طردية وقوية بين بعد تدني الشعور بالإنجاز وتقدير الذات لدى الممرضين بمعنى أنه كلما إنخفضت شدة تدني الشعور بالإنجاز كذلك تقدير الذات لديهم، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون (ر) قيمة 0.80.

7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

- توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية

الجدول (54): العلاقة بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

علاقة الرضا الوظيفي بتقدير الذات	معامل الإرتباط بيرسون	قيمة المعنوية Sig.	مستوى الدلالة عند 0.01
	0.88 **	0.000	دالة

يتضح من الجدول (54) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية، حيث بلغ معامل الإرتباط لبيرسون (ر) قيمة 0.88 وهي علاقة طردية وقوية، بمعنى أنه كلما إنخفض رضا الممرضين عن وظيفتهم إنخفض كذلك تقديرهم لذواتهم.

8- عرض نتائج الدراسة العيادية:

- ملخص المقابلات العيادية للحالات السبعة:

- الحالة الأولى:

العميلة "ب.س"، أنثى، 45 سنة، متزوجة (أم لأربعة أطفال)، ذات وضع إقتصادي متوسط تقيم مدينة مستغانم، لا تعاني العميلة من أية أمراض، ذات مستوى السنة الثالثة ثانوي علمي، تعمل كممرضة منذ 1996، لديها 22 سنة خبرة مهنية، تعمل بمصلحة الإستعجالات الطبية- الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "شقي فارا" بمستغانم، وساعات عملها من 08 إلى 16:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميلة تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاءم الإستمارات من طرف العميلة) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحتراق النفسي لـ "ماسلاش" تحصلت العميلة على 35 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 13 درجة على بعد تبدل المشاعر و05 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، كما تحصلت العميلة على 27 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وهي درجة منخفضة على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 39 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أن العميلة "ب.س"

لديها مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.

وفي حديث العميلة عن معاشها النفسي داخل العمل، تقول بأنها تشعر بأنها منهارة إنفعالياً، وأن طاقتها مستنفذة مع نهاية العمل وذلك بشكل يومي لدرجة أنها لا تقوى على ممارسة واجباتها العائلية بعد الرجوع إلى المنزل مما يسبب لها في الكثير من الأحيان خلافات زوجية بسبب (حسب العميلة) لإهمالها للتكفل بالأطفال (حقيقة راني مقصرة في حق زوجي وولادي) وشعورها بالتعب لمجرد أنها ستباشر يوم جديد من العمل غداً، فالتعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب منها جهد كبير يفوق قدراتها في بعض الأحيان (كان رئيس المصلحة يقولي مين ما تقدرين تخدمي كون ما خطاريتيش هاذي الخدمة من النهار اللول) وهذا مازاد شعورها بالإحباط من ممارسة عملها الذي يتكرر بشكل يومي، ناهيك عن الضغط الشديد الذي يمارس عليها جراء العمل بشكل مباشر مع الناس ما جعلها تشعر وكأنها على حافة الهاوية (خطرات نفكر باش نحبس هاذي الخدمة) فهاته المهنة جعلتها أقل شعوراً بالناس لدرجة لم تعد تبالي في التعامل مع بعض المرضى (tellement) نشوف الدم والموتى presque يوم أو يومين في السيمانة ولاو

tous les malades qu'ils soient en état très grave ou moins grave كيف وكيف) وتقول العميلة أن مهنتها لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى رغم أنها أعطت الكثير من الأشياء الإيجابية للإنسانية (مهنتنا مليحة بزاف parce que'on sauve des vies humaines de la mort ولكن لا المجتمع ولا المسؤولين يستعرفو بينا، يقولونا نتوما تع ليرة برك). وتشتكي العميلة ب.س من عدم توفر الفرص لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في مهنة التمريض وكذا عدم الإستقلالية في العمل والقرارات، حتى أصبحت المهام المخولة للممرض أو الممرضة غير واضحة مما جلب المشاكل لبعض الممرضين (ديما نطicho في les sutures des plaies problèmes avec les malades concernant les المسؤول باش يحميك يلتزم الصمت) فوظيفتها لا ترقى بأن تمنحها مكانة إجتماعية جيدة حيث تقول (حماتي ساكنة معايا وهي أستاذة في المتوسطة عندها قيمة في الكرطي خير مني، وحتى في الدار، ييغوها أكثر مني) ولا مكانة لها أيضا داخل العمل (كل ما نبغي ندخل على مسؤول باش نهدر على مشاكل العمل ما ييغيش يستقبلنا) أما عن وظيفة في حد ذاتها فنقول العميلة أنها لا تمنحهم فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا (جامي قيمونا وعيطولنا باش نحضرو les séminaires)، فالمصلحة التي تعمل بها العميلة لا تتوفر على الوسائل الضرورية للتمريض

(خطرات نرسلو المريض أو son accompagnateur باش يشري les seringues jettables ou autre materiel qui n'est pas disponible à notre niveau لنحشمو، ويزاف من المرضى يتاهموننا بالسرقة تاع هذي الأشياء وندخلو معاهم في les conflits)، كما أن غرف مصلحة الإستعجالات الطبية-الجراحية التي أعمل بها غير مناسبة مع عدد الهائل للمرضى الذي يتوافد إليهم خاصة حسب العميلة في الفترة الليلية أي في المناوبة (على هذا الشيء كرهت الخدمة تاع الليل) وتضيف العميلة بأن أيام الراحة التي تحصل عليها غير مناسبة مقارنة بالمعانة التي يتلقونها (ليام تاع le repos والله ما فيهم البنة)، كما أن نظام التقاعد غير مناسب حسب العميلة (والله لو كان يخلو النظام تاع 32 سنة أكثرية الممرضين رايعين يخرجو للتقاعد) حتى الترقية في اللجنة المتساوية الأعضاء غير عادل (tousjours يفوتو غير صاحبهم في les échelons) الشيء الوحيد الإيجابي هو أن الممرضون متساندون ومتعاونون فيما بينهم (heureusement que les infirmiers sont soudés) وأن الأجر ومنحة العدوى التي تحصل عليهم غير كافيتين مقارنة بما تبذل من جهد والمخاطر التي تعترضهم في العمل. أما فيما يخص تقديرها لذلتها فتصرح العميلة أنها تتضايق من كثير من الأمور والأشياء عادة سواء في العمل أو خارجه، كما تشعر بالخجل والتوتر عندما تتحدث أمام جماعة من الناس، وسريعة الإستسلام والإنهزامية لدرجة أنها تذرع الدموع لمجرد إرتفاع صوت المسؤول عليها حيث أصبحت تشعر بالضيق من عملها لدرجة أنها تفكر دائما في ترك هاته المهنة.

- وعن السيميائية العامة للعميلة فهي نظيفة وأنيقة، ذات بنية جسمية متوسطة، بطيئة الحركة، تتكلم بكلام كثير (جراة في الكلام) ويطيء ذو نطق غير واضح في بعض الأحيان، بنبرات صوت منخفضة، ذات المزاج متقلب بين التوتر والهدوء، ذات إنتباه وتركيز مضطربين حيث تنتابها لحظات من الشرود، أفكارها سليمة ولكن غير منسقة، لديها ضعف في الذاكرة بعيدة المدى، ومن ناحية العاطفة، فالعميلة أضحت غير مبالية بالآخرين سواء داخل العمل أو خارجه (بالمنزل)، الاتصال بالعميلة كان سهلاً، لكنها كانت مترددة من حيث التواصل.

- الحالة الثانية:

العميلة "ش.ر"، أنثى، 35 سنة، متزوجة (أم لطفلين)، ذات وضع إقتصادي متوسط تقيم بضواحي مدينة عين تادلس، لا تعاني العميلة من أية أمراض، متحصلة على شهادة البكالوريا علمي، تعمل كمرضة منذ 2005، لديها 13 سنة خبرة مهنية، تعمل بمصلحة الإستعجالات

الطبية- الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "طرش العجال" بعين تادل، وساعات عملها من 08 إلى 16:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميلة تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاءمة الإستمارات من طرف العميلة) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش" تحصلت العميلة على 33 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 15 درجة على بعد تبدل المشاعر و 07 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، كما تحصلت العميلة على 29 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وهي درجة منخفضة على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 37 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أنّ العميلة "ش.ر." لديها مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.

وعن معاشها النفسي داخل العمل، العميلة كثيرة التذمر، حيث أنها تشعر بالإنهيال الإنفعالي، وأن طاقتها مستنفذة مع نهاية العمل، وشعورها بالتعب لمجرد أنها ستباشر يوم جديد من العمل غداً، فالتعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب منها جهد كبير يفوق قدراتها ويسبب لها الضغط والإحراج أمام المرضى، وهذا مازاد شعورها بالإحباط من ممارسة عملها الذي يتكرر بشكل يومي، فهاته المهنة جعلتها أقل شعورا بالناس لدرجة لم تعد تبالي في التعامل مع بعض المرضى وتقول العميلة أن مهنتها لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى كالتعليم مثلا، رغم أنها أعطت الكثير من الأشياء الإيجابية للإنسانية، وتشتكي العميلة ش.ر. من عدم توفر الفرص لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في مهنة التمريض وكذا عدم الإستقلالية في العمل والقرارات، حتى أصبحت المهام المخولة للممرض أو الممرضة غير واضحة مما جلب المشاكل لبعض الممرضين فوظيفتها لا ترقى بأن تمنحها مكانة إجتماعية جيدة، أما عن المهنة في حد ذاتها فتقول العميلة أنها لا تمنحهم فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا، كما أن غرف مصلحة الإستعجالات الطبية-الجراحية التي أعمل بها غير مناسبة وغير مهيأة بشكل يتناسب مع العدد الهائل للمرضى الذي يتوافد إليهم، وعن أيام الراحة التي تحصل عليها العميلة فتقول أنها غير مناسبة مقارنة بحجم العمل الذي تقدمه، وأن الأجر ومنحة العدوى التي تحصل عليهم غير كافيتين مقارنة بالجهد والمخاطر التي تعترضهم في العمل. أما فيما يخص تقديرها لذاتها فتصرح العميلة أنها تتضايق من كثير من الأمور والأشياء عادة سواء في العمل أو خارجه، كما تشعر

بالضيق عندما تتحدث أمام جماعة من الناس، وسريعة الإنفعال لدرجة تصرحها بأنها قاسية نوعاً ما مع أطفالها في المنزل وترجع ذلك للظروف التي تعمل فيها والتي أثرت سلباً على حياتها الخاصة (وبليت وكأني إنسانة أخرى في البيت، وبليت ما نحملش الصوت المرتفع فالدار سواءً من الزوج ولا من لولاد).

- وعن السيميائية العامة للعميلة فهي نظيفة، ذات بدانة جسمية، بطيئة الحركة، قليلة الكلام ذو نطق غير واضح في بعض الأحيان، بنبرات صوت منخفضة، متوتر أثناء الكلام، ذات حركات نمطية في تدوير الإبهمين، ذات إنتباه وتركيز مضطربين حيث تنتابها لحظات من الشرود، نظرات ثاقبة إلى الأسفل، أفكارها يسودها التردد وغير منسقة، ذاكرتها سليمة، ومن ناحية العاطفة، فالعميلة أصبحت قاسية نوعاً ما منذ إلتحاقها بمهنة التمريض، الاتصال بالعميلة كان سهلاً.

- الحالة الثالثة:

العميلة "ك.ل"، أنثى، 33 سنة، غير متزوجة، ذات وضع إقتصادي متوسط، تقيم بمدينة سيدي علي، لا تعاني العميلة من أية أمراض، متحصلة على شهادة البكالوريا علمي، تعمل كممرضة منذ 2008، لديها 10 سنوات خبرة مهنية، تعمل بمصلحة الإنعاش التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "حمادو الحسين" بسيدي علي، وتعمل ضمن نظام المناوبة، ساعات عملها من 16:00 إلى 8:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميلة تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاء الإستمارات من طرف العميلة) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش" تحصلت العميلة على 33 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 12 درجة على بعد تيلد المشاعر و 08 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، كما تحصلت العميلة على 29 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وهي درجة منخفض على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 40 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. فالعميلة "ك.ل" لديها مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.

وفي حديث العميلة عن معاشها النفسي داخل المجال المهني، تقول بأنها تشعر بإنهيار إنفعالي رهيب، وأن طاقتها تستنفذ مع نهاية العمل أي في الصباح، وأن التعب يلاحقها حتى في يومي الراحة، فالتعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب منها جهد كبير، لديها شعور بالإحباط من ممارسة عملها، تمارس مهنتها في لضغط شديد جراء التعامل المباشر مع الناس ما جعلها تشعر وكأنها

على حافة الهاوية (خطرات نندم على إختياري لهاذي الخدمة)، كما أصبحت أقل شعورا ببعض المرضى، وتقول العميلة أن مهنتها لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى وتتذمر العميلة "ك.ل" من عدم توفر الفرص لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في مهنتها، وكذا عدم الإستقلالية في العمل والقرارات، فوظيفتها لا تمنحها المكانة الإجتماعية المتوقعة، كما لا تمنحها فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا، فالمصلحة التي تعمل بها العميلة تتوفر على الوسائل الضرورية للتمريض والإنعاش، والعمل في الفترة الليلية بالنسبة للعميلة أصبح لا يطاق، وتضيف العميلة بأن أيام الراحة التي تحصل عليها غير كافية مقارنة بالمعاناة التي تتابها (ليام تاغ le repos مشي كافيين خطرات نفوتهم غير في الرقاد)، كما أن نظام التقاعد غير مناسب حسب العميلة (ماذا بينا لوكان يدخلونا مع المهن الشاقة)، وأن الأجر ومنحة العدوى التي تحصل عليهم غير كافيتين مقارنة بما تبذل من جهد ناهيك عن المشاكل التي تعترضهم في العمل جراء المسؤولية الكبيرة إتجاه المرضى بهاته المصلحة. أما فيما يخص تقديرها لذلتها فتصرح العميلة أنها تتضايق من كثير من الأمور والأشياء عادة سواء في العمل أو خارجه، كما تشعر بالتوتر بشكل يومي تقريبا (عندما يموتلي مريض في المصلحة نتقلق ونبكي بزاف).

- وعن السيميائية العامة للعميلة فهي نظيفة، ذات بنية جسمية متوسطة، سريعة الحركة، تتكلم بكلام سريع ذو نطق، بنبرات صوت معتدلة، ذات مزاج متوتر نوعا فتحاول العميلة إخفائه بالإبتسام من حين إلى آخر، ذات إنتباه وتركيز عاديين، أفكارها سليمة ولكن غير منسقة في بعض الأحيان، لديها ذاكرة سليمة، ومن ناحية العاطفة، فالعميلة أقل إهتماماً بالآخرين سواء داخل العمل أو خارجه، والإتصال بالعميلة كان سهلاً.

- الحالة الرابعة:

العميل "ج.أ"، ذكر، 34 سنة، متزوج (أب لطفلين)، ذات وضع إقتصادي متوسط، يقيم بمدينة مستغانم، لا يعاني العميل من أية أمراض، متحصل على شهادة البكالوريا علمي، يعمل كممرض منذ 2008، لديه 10 سنوات خبرة مهنية، يعمل بمصلحة الإستعجالات الطبية- الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "شقي فارا" بمستغانم، وساعات عمله من 08 إلى 16:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميل تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاءم الإستمارات من طرف العميل) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحتراق النفسي لـ "ماسلاش" تحصل العميل على 33 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 14

درجة على بعد تبلد المشاعر و 09 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، كما تحصل العميل على 29 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوير سميث" وهي درجة منخفض على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 41 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أنّ العميل ج.أ" لديه مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات. وفي حديث العميل عن معاشه النفسي داخل العمل، يقول بأنه يشعر بأنه منهار إنفعاليا، وأن طاقنته مستنفذة مع نهاية العمل جراء التعامل مع الناس طوال اليوم والذي يتطلب منه الجهد الكبير في بعض الأحيان، فالعميل كثير الغيابات في العمل، لديه شعور بالإحباط، لتعرضه للضغوط الذي يمارس عليه من خلال العمل بشكل مباشر مع الناس تشعر، فهاته المهنة جعلته أقل شعورا بالناس لدرجة لم يعد يبالي في التعامل مع بعض المرضى، ويقول العميل أن مهنته لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى ويشتهي العميل "ج.أ" من عدم توفر الفرص لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في مهنة التمريض وكذا عدم الإستقلالية في العمل والقرارات، حتى أصبحت المهام المخولة للممرض أو الممرضة غير واضحة مما جلب المشاكل لبعض الممرضين، أما عن الوظيفة في حد ذاتها فيقول العميل أنه لا تمنحه فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا، كما أن المصلحة التي يعمل بها العميل لا تتوفر على الوسائل الضرورية للتمريض كما أن غرف مصلحة الإستجالات الطبية-الجراحية التي يعمل بها غير مناسبة مع عدد الهائل للمرضى الذي يتوافد إليهم، ويضيف العميل بأن أيام الراحة التي يحصل عليها غير مناسبة مقارنة بالجهد المبذول، كما أن نظام التقاعد غير مناسب حسب العميل، وأن الترقية في اللجنة المتساوية الأعضاء غير عادل، وأن الأجر ومنحة العدوى التي يحصل عليها غير كافيتين مقارنة بحجم العمل والمخاطر التي تعترضه في العمل. أما فيما يخص تقديره لذاته فالعميل ذو طبع هادئ، يقول أنه نادم على إختياره لهاته المهنة (كانت عندي الإمكانية باش نختار مهنة أحسن من هادي، أنا رححت الكونكور تاع les officiers militaires à Cherchel بصح الوالد مابغاش، dommage dommage dommage ، لوكان راني ضابط كبير تتحل كل مشاكلي الإجتماعية من سكن وأشياء أخرى ونكسب مكانة إجتماعية جيدة على العكس من مهنة التمريض).

- وعن السيميائية العامة للعميل فهو نظيف، ذات بنية جسمية جيدة، بطيئ الحركة، يتكلم ببطء ذو نطق واضح، بنبرات صوت منخفضة، ذو توتر مقنّع (يلتفت يمينا وشمالا وذو حركات نمطية

للرجلين)، إنتباهه سليم، أفكاره سليمة، لديه ضعف في الذاكرة بعيدة المدى، ومن ناحية العاطفة، فالعميل غير مبالي صراحة لا بالمرضى ولا بالمسؤولين في العمل، بل حتى بالزملاء، الاتصال بالعميل كان بعد الإلحاح من الباحث.

- الحالة الخامسة:

العميل "طن"، ذكر، 36 سنة، متزوج (أب لثلاثة أطفال)، ذات وضع إقتصادي متوسط، يقيم بضواحي مدينة مستغانم، لا يعاني العميل من أية أمراض، متحصل على شهادة البكالوريا علمي، يعمل كمرمض منذ 2007، لديه 11 سنوات خبرة مهنية، يعمل بمصلحة الإنعاش التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "شقي فارا" بمستغانم، وساعات عمله من 08 إلى 16:00. كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميل تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاء الإستمارات من طرف العميل) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش" تحصل العميل على 36 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 16 درجة على بعد تبلد المشاعر و 10 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، كما تحصل العميل على 28 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وهي درجة منخفض على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 43 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أنّ العميل "طن" لديه مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات. وعن المعاش النفسي داخل العمل للعميل، يقول بأنه يشعر بأنه منهار إنفعاليا، وأن طاقته مستنفذة مع نهاية العمل جراء التعامل مع الناس طوال اليوم والذي يتطلب منه الجهد الكبير في بعض الأحيان، لديه شعور بالإحباط، بل ينتابه في بعض اللحظات إكتئاب جراء تعرضه للضغوط الذي يمارس عليه من خلال العمل بشكل مباشر مع الناس تشعر، فهاته المهنة جعلته أقل شعورا بالناس لدرجة لم يعد يبالي في التعامل مع بعض المرضى وعدم القدرة على حل مشاكلهم الصحية، ويقول العميل أن مهنته لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى ويشتكى العميل "طن" من عدم توفر الفرص لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في مهنة التمريض وكذا عدم الإستقلالية في العمل والقرارات وكذا غموض الدور، أما عن الوظيفة في حد ذاتها فيقول العميل أنه لا تمنحه فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا، كما أن المصلحة التي يعمل بها العميل لا تتوفر على الوسائل الضرورية للتمريض كما أن غرف مصلحة الإنعاش التي أعمل بها غير مناسبة مع عدد المرضى الذي يتوافد إليهم، ويضيف العميل بأن أيام الراحة التي

يحصل عليها غير مناسبة مقارنة بالجهد المبذول، كما أن نظام التقاعد غير مناسب حسب العميل، وأن الترقية في اللجنة المتساوية الأعضاء غير عادلة، وأن الأجر ومنحة العدوى التي يحصل عليها غير كافيتين مقارنة بحجم العمل والمخاطر التي تعترضه في العمل. أما فيما يخص تقديره لذاته فالعميل، يقول أنه أقل تقدير من الآخرين حيث يقارن نفسه بالطبيب (الطبيب عندو كلمتو في هذا السبيطار، بصح الفرمللي ماكان والو)، ويضيف معبرا عن عدم رضاه عن مهنته (لوكان جات الساعة تع الزمن ترجع ما نخطارش هادي المهنة).

- وعن السيميائية العامة للعميل فهو ذو جسم بدين، بطيئ الحركة، يتكلم بسرعة ذو نطق واضح، بنبرات صوت مرتفعة، إنتباهه سليم، أفكاره سليمة، الذاكرة سليمة، ومن ناحية العاطفة، فالعميل غير إجتماعي، الاتصال بالعميل لم يكن سهلا.

- الحالة السادسة:

العميل "م.ك"، ذكر، 49 سنة، متزوج (أب لخمسة أطفال)، ذات وضع إقتصادي متوسط، يقيم بضواحي مدينة عين تادلس، لا يعاني العميل من أية أمراض، متحصل على مستوى السنة الثالثة علمي، يعمل كمررض منذ 1989، لديه 29 سنة خبرة مهنية، يعمل بمصلحة الإنعاش التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "لطرش العجال" بعين تادلس، يعمل في المناوبة الليلية وساعات عمله من 16:00 إلى 8:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميل تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاءم الإستمارات من طرف العميل) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحتراق النفسي لـ "ماسلاش" تحصل العميل على 33 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 14 درجة على بعد تبدل المشاعر و4 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، كما تحصل العميل على 26 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوير سميث" وهي درجة منخفضة على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 39 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للمرضيين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أنّ العميل "م.ك" لديه مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات. وعن معاشه النفسي داخل المستشفى، يقول بأن هاته المهنة جعلته أقل شعورا بالناس لدرجة أنه لم يعد يبالي في التعامل مع بعض المرضى وعدم القدرة على التجاوب معهم، ويقول العميل أن مهنته لا تحظى بالأهمية التي تحظى بها المهن الأخرى كالأطب، وهذا لعدم الإستقلالية في العمل والقرارات وكذا غموض الدور، كما يعبر العميل عن عدم رضاه عن مهنته (مهنتي لم

تحقق لي ما كنت أطمح إليه)، كما أن تقديره لذاته منحط حيث يقول (الممرض هو آخر إنسان في المجتمع).

- وعن السيميائية العامة للعميل فهو ذو جسم نحيف، بطيئ الحركة، يتكلم ببطء ذو نطق واضح، بنبرات صوت منخفضة، العميل كثير الصمت والإبتسام، إنتباهه سليم، أفكاره سليمة، الذاكرة سليمة، الاتصال بالعميل كان سهلاً.

- الحالة السابعة:

العميل "س.ج"، ذكر، 50 سنة، متزوج (أب لستة أطفال)، ذات وضع إقتصادي متوسط، يقيم بمدينة سيدي علي، لا يعاني العميل من أية أمراض، متحصل على مستوى السنة الثالثة علمي، يعمل كممرض منذ 1988، لديه 30 سنة خبرة مهنية، يعمل بمصلحة الإستعجالات الطبية- الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية الإستشفائية "حمادو الحسين" بسيدي علي، يعمل ضمن المناوبة الليلية وساعات عمله من 16:00 إلى 8:00.

كانت النتائج المتحصل عليها من طرف العميل تبعا للأدوات المستعملة في الدراسة الحالية للمرة الثانية (للتأكد من عدم عشوائية ملاءة الإستمارات من طرف العميل) كالتالي: بالنسبة لمقياس الإحتراق النفسي لـ "ماسلاش" تحصل العميل على 36 درجة على بعد الإجهاد الإنفعالي، 15 درجة على بعد تبلد المشاعر و 8 درجات على نقص الشعور بالإنجاز وهو مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، كما تحصل العميل على 28 درجة على مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث" وهي درجة منخفضة على هذا المقياس، وتحصلت نفس العميلة على 41 درجة على إستبيان الرضا الوظيفي للممرضين وهي درجة منخفضة على هذا الإستبيان. مما يثبت أنّ العميل "م.ك" لديه مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات. وعن معاشه النفسي داخل المستشفى، يقول بأن منهك إنفاعليا لدرجة أن يأخذ معه مشاكل عمله إلى أسرته حيث يقول (عائلتي تعبت معايا بزاف، نحكيلهم على المشاكل تاوعي في السببطار وكأنهم راهم يخدمو معايا)، كما عبر أيضا عن عدم رضاه وتذمره من إختياره لمهنة التمريض حيث يقول (صحابي لي راهم في التعليم راهم أحسن مني إجتماعيا)، وعن تقديره لذاته يقول العميل (ماعدناش قيمة لا في سببطار ولا برا مع الناس أو مع السلطات، كيما الطبيب وين يروح يرحبو بيه).

- وعن السيميائية العامة للعميل فهو ذو جسم متوسط، ذو حركات عادية، يتكلم ببطء، وذو نطق واضح، بنبرات صوت عادية، العميل ذو نظرات تارة صوب السماء وتارة صوب الأسفل ويتحاشى

النظر إلى الباحث، كان يبدو عليه التوتر من إيماءات وجهه كما كان ينظر كثيرا إلى ساعته، غير مركز في الإجابة، كثير التردد، الذاكرة بعيدة المدى مضطربة قليلا، الاتصال بالعميل كان نوعا ما سهلا.

خلاصة:

بعد عرض نتائج فرضيات الدراسة الحالية وكذا الدراسة العيادية للحالات السبعة، تم التوصل إلى أنّ للمرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، كما أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمكان العمل، الأقدمية المهنية إلا أنه لا توجد فروق في تلك الأبعاد تعزى لمتغير الجنس، كذلك تم التوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية ولم تكن أي فروق على إستبيان الرضا الوظيفي بدلالة الجنس، كمت تم التوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية و عدم وجود فروق في تقدير الذات تعزى للجنس، كما تم التأكد من وجود علاقة إرتباطية عكسية وقوية بين الإحترق النفسي وكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، وعلاقة طردية وقوية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

الفصل التاسع

تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

- 1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى.
- 2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية.
- 3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة.
- 4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة.
- 5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة.
- 6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة.
- 7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة.

تمهيد:

إستهدفت الدراسة الحالية الكشف عن ما إذا كان للإحترق النفسي علاقة بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية، ولتحقيق ذلك وضع الباحث عدد من التساؤلات فإفترض لها إجابات مؤقتة، وسعى إلى التحقق من هذه الإجابات ميدانياً وتحليل نتائجها إحصائياً، بالإضافة إلى أخذ 07 حالات من العينة الأساسية في إطار الدراسة العيادية. وبناءً على النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، وإعتماداً على جانبي البحث النظري والتطبيقي، والدراسات السابقة، قام الباحث بمناقشة فرضيات البحث كما هو وارد في هذا الفصل.

1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

نص الفرضية الأولى: " للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحترق النفسي ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.

1-1- مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مرتفع.

لقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحقق هذه الفرضية إحصائياً كما يتضح ذلك من نتائج الجدول رقم (34)، وعبادياً من خلال دراسة للحالات السبعة المتتالية في الدراسة الحالية، حيث كشفت عن وجود مستوى مرتفع من الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية، فكان هذا المستوى مرتفع وفق أبعاد المقياس حيث كانت المتوسطات الحسابية لبعدى الإجهاد الإنفعالي وتبلد المشاعر مرتفعة، بينما كانت منخفضة في بعد تدني الشعور بالإنجاز مما يثبت وجود مستوى مرتفع من الإحترق النفسي لدى الممرضين، ويفسر الباحث هذه النتيجة كون التمريض يفرض على الممرض التفاني في العمل لأن الخطأ في هاته المهنة قد يؤدي بالمريض إلى ما لا يحمد عقباه مما يجعله يعيش ضغطاً رهيباً الذي يكون متعدد الأوجه في بعض الأحيان بمعنى من جهة المريض، من مرافقي المريض، من الأطباء، ومن إدارة المستشفى ناهيك عن ظروفه المهنية الإجتماعية الغير لائقة، فإحساس الممرض بنقص الدعم ومساندة الآخرين يجعله يتآكل نفسياً إلى درجة الإحترق النفسي، وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة منها دراسة " جلولي" (2003) المعنونة بالإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتيجيات المقاومة المستخدمة حيث توصلت الدراسة إلى أنّ الممرضين يعانون من شدة مرتفعة الإحترق النفسي، وأيضاً مع دراسة "بن عطية" (2008) التي هدفت إلى تقييم ظاهرة الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين

بمصالح الاستعجالات لولاية قسنطينة وعلاقتها ببعض الخصائص الإجتماعية والمهنية وظروف ممارسة العمل حيث إستخدم الباحث سلم هامبورغ للإحترق النفسي (HBI) على 526 ممرض بمصالح الاستعجالات وقد تم الحصول على 83 % من المستجوبين حسب معايير HBI حيث أنّ 33.56 % من هؤلاء الممرضين لديهم إحترق إنفعالي شديد، 50 % منهم يعانون من الإحساس بالعجز، 30.80 % لديهم شعور بفراغ داخلي، 35.86 % يعبرون عن اشمئزازهم من العمل و 28.50 % أظهروا ردود أفعال عدوانية، وإتفقت كذلك مع دراسة "ميهوبي" (2007) التي هدفت إلى تشخيص مستوى الاحترق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة على عينة من 271 ممرض وممرضة وتمت الدراسة بـ11 مؤسسة صحية على مستوى الجزائر العاصمة حيث طبق الباحث مقياس الاحترق النفسي لـ"ماسلاش"، فأسفرت نتائج الدراسة على أنّ الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحترق النفسي، وأيضاً مع دراسة " زاوي" (2018) المعنونة بمستوى الاحترق النفسي عند ممرضي مصلحة الاستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية بمصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي تيجاني دمرجي بتلمسان، فليحتوت عينة بحثها على 36 ممرضا منهم 12 إناث و 24 ذكور إختيروا بطريقة عشوائية، وإستخدمت الباحثة مقياس "ماسلاش" لحساب شدة الإحترق النفسي، وخلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أنّ الممرضين يعانون من مستوى عال من الاحترق النفسي، كذا مع دراسة الباحثان "الجندي والحلاق" (2016)، التي هدفت إلى إستقصاء واقع الاحترق النفسي لدى طاقم التمريض في وحدة العناية المكثفة بمستشفيات مدينة الخليل، وخلصت الدراسة إلى أنّ درجات الاحترق النفسي لدى طاقم التمريض العامل في مستشفيات مدينة الخليل مرتفعة، ومع دراسة "عبد العلي" (2003) التي هدفت إلى التعرف على مستوى مفهوم الذات، ومستويات الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي (الإجهاد النفعالي، تبدل الشعور ونقص الشعور بالإنجاز) وذلك من وجهة نظر معلمي ومعلمات المرحلة الثانوية في المدارس الحكومية في محافظة جنين ونابلس وقد توصلت أن مستوى الاحترق النفسي كان بدرجة مرتفعة، ومع دراسة "موساوي" (2001) الموسومة بعلاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين والتي توصلت إلى أن الممرضون يعانون من الضغط المهني داخل المستشفيات، ومع دراسة "رجاء مريم" (2008) تحت عنوان " مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض" حيث قامت الباحثة بدراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق، فتوصلت إلى

أنّ 78.9 % من الممرضات يشعرن بدرجات مرتفعة من الضغوط النفسية المهنية، وكذا مع دراسة "حاتم" (2005) التي تطرقت لظاهرة الإنهاك النفسي لدى أطباء مصلحة الاستجالات لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة حيث طبقت عليهم مقياس الإنهاك النفسي "لماسلاش" وقد توصلت الباحثة إلى نتائج تؤكد مستوى الإنهاك النفسي العالي لدى عينة الدراسة.

1-2- مستوى الرضا الوظيفي لدى للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية منخفض.

من ملاحظة المتوسطات الحسابية المتحصل عليها إحصائيا في الجدول (35) لإستبيان الرضا الوظيفي، نجد أنّ للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى منخفض من الرضا الوظيفي، ونفس النتيجة المتحصل عليها من خلال المقابلات العيادية، ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن الظروف النفسية والمهنية الغير ملائمة التي يمر بها الممرضون تجعلهم يعيشون حالة عدم رضاهم عن مهنتهم فينقص مردودهم مما يؤثر ذلك سلبا على أنفسهم، على المريض وعلى المؤسسة الصحية بشكل عام. فالأداء الجيد في مهنة التمريض يتطلب من الممرض تمتعه براحة نفسية ومهنية بمعنى أن يكون راضيا عن عمله وهذا لإنجاز ما هو مطلوب منه بالشكل الأفضل وتحقيق النجاح وتجنب الفشل، والقيام بالمهام الموكلة إليه، كما أن ذلك يدفع الممرض للمثابرة في أداء مهنته والشعور بالانتماء للمؤسسة التي يعمل بها، فالممرضون والممرضات الذين يتمتعون بمستويات عالية من الرضا الوظيفي يكون أدائهم ذا مستوى عالي ويتميزون بقدرة عالية على إنجاز المهام المطلوبة منهم بشكل سليم بدون الوقوع في أخطاء، كما أن علاقاتهم تكون ودية مع زملاء العمل ومع المرضى والزائرين على حد سواء، فنتائج الدراسة الحالية جاءت متفقة مع دراسة "كركالدي ومارتن" (2000) بعنوان "ضغط العمل والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في مستشفيات إيرلندا الشمالية"، فتكونت عينة دراسته من 276 ممرض وممرضة، حيث طبقت عليهم إستبيانات من تصميم الباحثين، فأسفرت النتائج على أنّ الممرضين بهاته المستشفيات تحصلوا على أدنى مستوى وفق مقياس الرضا الوظيفي، وكذا مع دراسة "باكارد وموتيدلو" (2007) بعنوان "الضغط الغير الموضوعي، الرضا الوظيفي، والأداء الوظيفي لدى ممرضي المستشفيات" حيث شملت الدراسة 366 ممرض وممرضة، 165 مشرف تمريض، و 139 مساعدين في التمريض في إحدى المستشفيات الأمريكية، طبقت عليهم إستبيانات من تصميم الباحثان، حيث أظهرت النتائج على أنّ الضغوط المهنية التي يتلقاها الممرض تؤدي إلى إنخفاض مستواه من الرضا

الوظيفي في المستشفى الذي يعمل به، وكذا مع دراسة "سليمان وأبو غربية" (1996) المعنونة بالعوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن وتقدير الفترة المتوقعة للتوقف، حيث هدفت هاته الدراسة إلى تحديد العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي عند الممرضين والممرضات في الأردن، وتقدير الفترة المتوقعة لإنسحابهم من العمل، فخلصت الدراسة إلى أنّ الممرضين والممرضات في الأردن بشكل عام غير راضين تماما عن ظروف عملهم وفق مقياس الرضا الوظيفي كما بلغ معدل الانسحاب من مهنة التمريض ما معدله 18.4% من المجموع الكلي، ومع دراسة "أبو حمد" (1997) بعنوان "الرضا الوظيفي بين مرشدي التمريض بغزة" التي هدفت إلى التعرف على درجات الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض والعوامل المؤثرة في ذلك، تكونت عينة الدراسة من 15 مرشداً بطريقة عشوائية، حيث توصل الباحث نتيجة مفادها ظهور خمس عوامل غير مرضية للمرشدين في وظيفة التمريض أهمها إنخفاض الراتب وعبء العمل الثقيل في هاته المهنة، ومع دراسة "ديكر" (1998) بعنوان "عوامل الرضا الوظيفي والضغط النفسي المهني والغير مهني لدى الممرضين" التي هدفت إلى التعرف على أهم العوامل التي تؤثر في الرضا الوظيفي والضغط النفسي لدى الممرضين، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين التثبيت في القسم والرضا الوظيفي، بمعنى أنه كلما زادت مدة عمل الممرض في نفس القسم نقص رضاه عن العمل بشكل كبير، وفي دراسة الباحثان "بوخمخ وعامرة" (2011) التي هدفت إلى قياس الرضا الوظيفي للممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل، حيث تم التوصل في هذه الدراسة إلى أنّ للممرضين العاملين في مستشفى منتوري بشير بالميلية درجات متدنية من الرضا الوظيفي، إلا أن نتيجة الدراسة الحالية اختلفت مع دراسة "محمود وأنصاف" (2012) والتي توصلت إلى أنّ العاملين بالمراكز الصحية والمستشفيات لدائرة صحة واسط بمدينة كوت العراقية راضون عن وظيفتهم.

1-3- مستوى تقدير الذات لدى للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية منخفض.

من خلال الدراسة الإحصائية المتمثلة في الجدول (36) نلاحظ أنّ المتوسطات الحسابية التي تحصل عليها الممرضون وفق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث كانت منخفضة أي أنّ الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية لديهم مستوى منخفض من تقدير الذات، وهي نفس النتيجة المتحصل عليها من خلال المقابلات العيادية، ويفسر الباحث النتيجة المتوصل إليها في الدراسة الحالية كون الممرضين يتعرضون إلى جملة من الضغوط الممارسة عليهم من

إدارة المستشفى والأطباء من جهة، ومن المرضى ومرافقيهم من جهة أخرى مما ينتابه شعور بأنه الحلقة الأضعف في المنظومة الصحية، ناهيك عن غموض الدور المنوط به في بعض الأحيان ما يجعله يتحمل مسؤولية الأخطاء الجسيمة إتجاه المرضى فهذا الشعور السلبي المتراكم والمستدخل في نفسيته تكون مخرجاته لا محالة تقدير ذات سلبي، وفي نفس الصدد يذكر "روزنبرغ" أن الدرجة المتدنية لتقدير الذات يعني عدم رضا الفرد بحق ذاته أو رفضها (أمزيان، 2007: 36)، كذلك يشعر أصحاب التقدير المتدني للذات بالإحباط ويشعرون أن تحصيلهم أقل ويعتقدون أن ذكاء الآخرين أفضل من ذكائهم لذلك ينتابهم الإحساس بالعجز والقلق نحو التعامل مع الآخرين كما يبدو عدم رضائهم عن مظهرهم العام ويشعرون بالخجل بأنهم فاشلون (عبد الله إبراهيم، 1994: 58)، فدوي الذات المنخفضة يتصفون بإحتقار الذات والتشاؤم، الميل إلى سحب أو تعديل أرائهم خوفاً من سخرية الآخرين، عدم الشعور بالكفاية من الأدوار والوظائف، الشعور بالغرابة عن العالم، الشعور بالذنب دائماً، كما يميل الفرد ذو تقدير الذات المنخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة حيث أنه يتوقع فقدان الأمل مستقبلاً (رمضان، 2000: 218)، حيث وجد "كوبر سميث" (1967) أن الدرجة المنخفضة للذات يشمل الأفراد الضعفاء أكاديمياً واجتماعياً، وغالباً ما يعانون ضغوط نفسية وعصبية، فتقدير الذات يتأثر بالظروف البيئية فيكون إيجابياً إذا كانت مؤشرات البيئة إيجابية، وتحترم الذات الإنسانية وتكشف عن قدرتها وطاقتها، أما إذا كانت البيئة محبطة فإن الفرد يشعر بالدونية ويسوء تقديره لذاته (كامل حمام وخلف الهويش، 2010: 81)، حيث إتفقت نتائج الدراسة الحالية مع "دراسة عثمان" (2009) التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين الرضا الوظيفي ومفهوم الذات لدى العاملين بقطاع الصحة بشعبية المرقب بليبيا، فأسفرت النتائج على إنخفاض مستوى مفهوم الذات لدى عينة الدراسة، كما إتفقت كذلك مع دراسة "حمزة الأحسن"

(2015) بعنوان "الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية وانعكاساتها على مستوى تقدير الذات لديهم" التي توصلت إلى وجود مستوى منخفض من تقدير الذات لدى 60 % من معلمي المرحلة الابتدائية، ومع دراسة "عبد العلي" (2003) التي هدفت إلى التعرف على مستوى مفهوم الذات، ومستويات الأبعاد الثلاثة للإحتراق النفسي (الإجهاد النفعالي، وتبدل الشعور، ونقص الشعور بالإنجاز) وذلك من وجهة نظر معلمي ومعلمات المرحلة الثانوية في المدارس الحكومية في محافظتي جنين ونابلس، حيث إنتهت الدراسة إلى أنّ مستوى مفهوم الذات لدى عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة على أبعاد الذات (الجسمية، والشخصية،

والأسرية، والأخلاقية، والدرجة الكلية)، بينما جاء بدرجة ضعيفة على بعد الذات الاجتماعية، إلا أن الدراسة الحالية اختلفت مع دراسة "المصري" (2014) التي هدفت إلى التعرف على تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات كالجنس، العمر والمستوى الدراسي، ومن بين النتائج المتحصل عليها أن درجة تقدير الذات لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة كانت عالية، وكذا مع دراسة "دبابي" (2016) والتي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من تقدير الذات لدى غالبية معلمين عينة دراسته بنسبة 95.49 %، ونفس النتائج في دراسة "سمارة والسلامات" (2012) التي هدفت إلى تحديد درجات تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة وعلاقتها بدافعية الإنجاز لديهم حيث كشفت عن وجود درجة مرتفعة من تقدير الذات لدى عينة دراستهما.

2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

2-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل.

يتضح من الجدولين (37) و (38) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش، مصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الطب الداخلي في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، وتوجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح مصلحة الإنعاش، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الإحترق النفسي تبعاً لهاتين المصلحتين، يفسر الباحث النتيجة الحالية بأن الممرضون العاملون بالمصالح الإستشفائية يتعرضون للضغوط النفسية والمهنية

والمصالح المعنية هي مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية ومصحة الإنعاش، لكن هاته المعاناة تزيد حدتها في مصلحتي الإستجالات الطبية الجراحية والإنعاش ما يجعلهم يحترقون نفسياً جراء تلك الضغوط سواءً من جانب العدد الهائل من المرضى الذي يفوق طاقتهم أو المشاكل المترتبة عن ذلك من طرف المرضى أو مرافقيهم الذين ينهلون عليهم بالسب والشتم وفي بعض المرات بالضرب، إضافة إلى عدم إنصافهم من إدارة المستشفى التي يعملون بها، لذي وجب على المسؤولين على هذا القطاع تحسين ظروف العمل بمؤسسات الصحة العمومية عموماً وبالمصالح الإستشفائية سابقة الذكر خصوصاً، وإتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "التويجري" (2007) بعنوان "المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل"، حيث شملت الدراسة المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، المستشفيات العسكرية، والمستشفيات التعليمية، فأظهرت الدراسة وجود إختلاف ذو دلالة إحصائية بين مكان العمل في المستشفى ومشكلة صعوبة المهنة وكثرة الضغوط النفسية في بيئة العمل، حيث إتضح أن ممارسي مهنة التمريض العاملين في أقسام العناية المركزة هم الأكثر عرضة لهذه المشكلات من العاملين في العيادات الخارجية، كما أكدت الدراسة أن ممارسي مهنة التمريض في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة أكثر معاناةً من الضغوط النفسية من زملائهم العاملين في المستشفيات التعليمية، ولم تتفق الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة "رجاء مريم" (2008) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات الضغوط النفسية للممرضات وفقاً لمتغير مكان العمل (القسم أو شعبة العمل) في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق، وكذا مع دراسة الباحثان "الجندي والحلاق" (2016) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في درجات الاحتراق النفسي تُعزى لمكان العمل (لنوع المستشفى).

2-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية.

يتضح من الجدول (39) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبلد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح

المرضى ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات)، ووجود فروق دالة إحصائية بين المرضى ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، إلا أنه لم يثبت وجود فروق دالة إحصائية في كل من بعد الإجهاد الإنفعالي، تبدد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الإحترق النفسي تبعاً لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية، ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأن تراكم الضغوط المهنية والنفسية للمرضى يزداد بمرور سنوات الأقدمية المهنية ما يجعلهم يشعرون بإحترق نفسي كبير مقارنة بالمرضى الذين لهم سنوات قليلة في المهنة، واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الباحثان "الجندي والحلاق" (2016)، التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية تُعزى لفئة ذوي الأقدمية أو الأكبر سناً (أكثر من 35 سنة)، ومع دراسة "كركالدي ومارتن" (2000) والتي توصلت إلى أن كبار السن أو من لديهم خبرة كبيرة في التمريض أنهم يتعرضون لضغوط العمل أكثر من صغار السن، واتفقت جزئياً مع دراسة "رجاء مريم" (2008) من حيث سنوات الأقدمية المهنية، حيث أثبتت الباحثة وجود فروق دالة بين متوسط درجات الضغوط النفسية للممرضات وفقاً لمتغير الأقدمية المهنية على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بالعوامل التنظيمية في العمل، وبعد المصادر المتعلقة بالعلاقة مع الإدارة وذلك لمصلحة الممرضات اللواتي لديهن سنوات خدمة أقل، وكذا مع دراسة "تانج وبانج" (2006) التي توصلت إلى أن ذوي الخبرة الأكبر لديهم درجة أعلى من الإنهاك النفسي من ذوي الخبرة الأقل، ولم تتفق الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة "جلولي" (2003) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في شدة الإحترق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل.

2-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي لدى المرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للجنس.

يظهر من الجدول (41) أن المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد الإحترق النفسي لـ"ماسلاش كانت متقاربة بين الذكور والإناث وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضى والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية في مستويات الإحترق النفسي، ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأن كل من المرضى والممرضات يعانون من نفس المشاكل المهنية والنفسية ما ينجر عنه إحترق نفسي، وبحكم أنهم يزاولون

نفس المهنة بدون إستثناء فإننا لا نجد فرق بين الجنسين في المعاناة التي تتناوبهم، وقد إنتفتت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة "جلولي" (2003) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي، وكذا مع دراسة "كركالدي ومارتين" (2000) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغط العمل تعزى إلى الجنس، ونفس النتيجة التي إستخلصتها دراسة "موساوي" (2001) أي أنه لا توجد فروق بين الجنسين من حيث الشعور بالضغط، وكذا دراسة "التويجري" (2007) التي لم تظهر وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض كالضغط في بيئة العمل، وتعارضت الدراسة الحالية مع دراسة "زاوي" (2018) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحتراق النفسي بين الذكور والإناث من المرضين لصالح الذكور، وكذا مع دراسة للباحثان "الجندي والحلاق" (2016) التي من أهم نتائجها أنّ هناك فروقاً في درجات الاحتراق النفسي تُعزى للجنس لصالح الإناث، وكذا مع دراسة "حاتم" (2005) التي توصلت إلى نتائج تؤكد أنّ هناك فروقا دالة إحصائية لدى عينة الدراسة تعزى للجنس لصالح الإناث أي أنّ الطبيبات أكثر إنهاكا من الذكور، وكذا مع دراسة "تانج ويانج" (2006) التي توصلت إلى أنّ هناك فروقا بين الجنسين في مستوى الإنهاك النفسي لدى المعلمين في الصين لصالح الإناث، أي أنّ المعلمات أعلى من المعلمين في درجات الإنهاك النفسي على مقياس "ماسلاش" للإحتراق النفسي.

3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

3-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى المرضين العاملين

بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل.

يتضح من الجدول (42) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات للرضا الوظيفي بين المرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنّه توجد فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين المرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية والعاملين في مصلحة الطب الداخلي وهذا لصالح المرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، وتوجد أيضاً فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي

بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش والعاملين في مصلحة الطب الداخلي، وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستجالات الطبية الجراحية والممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، ويفسر الباحث النتيجة الحالية كون أن العمل في مصلحتي الإستجالات الطبية الجراحية والإنعاش يتطلب من الممرضين مجهود أكبر مما هو عليه في مصلحة الطب الداخلي، ما ينجر عنه تآمر مستمر إتجاه مهنتهم وعدم الرضا عنها، حيث إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "كركالدي ومارتن" (2000) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجات الرضا الوظيفي تبعاً لمكان العمل، حيث أنّ الممرضين الذين يعملون في أقسام الجراحة والأقسام الباطنية تحصلوا على أدنى الدرجات على مقياس الرضا الوظيفي، كما إتفقت مع دراسة "محمود وأنصاف" (2012) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمكان العمل (المراكز الصحية، المستشفيات) لصالح المراكز الصحية، وكذا في دراسة "ديكر" (1998) التي أثبتت وجود علاقة سلبية بين التثبيت في القسم والرضا الوظيفي أي أنه كلما كان إشغال الممرض في نفس مكان العمل أطول كان الرضا الوظيفي متدني. إلا أنّ الدراسة الحالية لم تتفق جزئياً مع دراسة "عيسى" (1995) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التوافق المهني تعزى لمتغير منطقة العمل التعليمي، وكذا وفي دراسة "الزيدان" (2014) بعنوان "الرضا الوظيفي وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من معلمي التربية الخاصة بمراحل التعليم بمنطقة حائل التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير مكان العمل، ونفس النتيجة في دراسة "المشعان" (1993) التي إهتمت بمقارنة الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص في دولة الكويت، حيث كانت من أهم نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الرضا المهني تبعاً لمكان العمل (بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص)، وفي دراسة "آل حمود" (2015) التي خلصت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا الوظيفي لدى السجّانات تبعاً لمتغير منطقة العمل.

3-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للأقدمية المهنية.

يتضح من الجدول (44) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في الرضا الوظيفي وهاته الفروق لصالح الممرضين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات)، كما توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في الرضا الوظيفي وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في الرضا الوظيفي تبعا لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية، ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأن الممرضين والممرضات خلال السنوات الأولى من العمل في مهنة التمريض يشعرون بضغط أقل بحكم ما يجعلهم راضون نسبياً عن مهنتهم، ولكن بمرور سنوات الأقدمية (أي أكثر من 5 سنوات) يبدأ الرضا عن المهنة يتناقص بسبب المعاناة النفسية والمهنية المتكررة، حيث إتفقت الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة " عثمان (2009)، التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي لصالح الممرضات ذوات سنوات الخبرة الأكبر (10 سنوات فأكثر)، وكذا في دراسة "كركالدي ومارتن" (2000) والتي خلصت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين ضغط العمل ومن لديهم خبرة كبيرة في التمريض حيث أن كبار السن يتعرضون لضغوط في العمل أكثر من صغار السن ، وكذا في دراسة "محمود وأنصاف" (2012) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية لدى العاملين في المراكز الصحية والمستشفيات تعزى للخبرة المهنية لصالح الفئة أكثر من 9 سنوات، كما إتفقت كذلك مع دراسة الباحثان "بوخمخ وعامرة" (2011) التي أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى الممرضين تعزى لسنوات الخبرة المهنية لصالح الفئة (أكثر من 25 سنة) أي أنّ درجة الرضا مرتفعة عند هذه الأخيرة، وتعارضت الدراسة الحالية مع دراسة "الزيدان" (2014) حيث توصل الباحث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الرضا الوظيفي وأبعاده لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير الخبرة المهنية، وكذا مع دراسة

"ديكر" (1998) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين الخبرة المهنية والرضا الوظيفي، وكذا مع دراسة "عيسى" (1995) بخصوص معلمات رياض الأطفال حيث توصل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التوافق المهني لديهن تعزى لسنوات الخبرة، ونفس النتيجة في دراسة "الوليدي" (2002) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين أفراد عينة الدراسة ترجع إلى متغير سنوات الخبرة المهنية.

3-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

يظهر من الجدول (46) أن المتوسطات الحسابية بين الذكور والإناث كانت متقاربة وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أن لا توجد فروق دالة إحصائية في الرضا الوظيفي بين الممرضين والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية، ويفسر الباحث النتيجة الحالية أن كلا الجنسين (الممرضون والممرضات) يعملون في نفس الظروف المهنية ويتقاسمون نفس المعاناة النفسية المهنية، لذا لا نلاحظ الفرق في الرضا الوظيفي بينهم، حيث إنققت هاته الدراسة مع دراسة "محمود وأنصاف" (2012) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا الوظيفي تعزى لنوع الجنس لدى العاملين بالمراكز الصحية والمستشفيات لدائرة صحة واسط بمدينة كوت العراقية، وكذا مع دراسة الباحثان "بوخمم وعامرة" (2011) التي خلصت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرضا الوظيفي لدى الممرضين يعزى لمتغير الجنس، وكذا مع دراسة "المشعان" (1993) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الرضا المهني تبعا للجنس، وتعارضت الدراسة الحالية مع دراسة "سعد" (2003)، التي تناولت الضغوط المهنية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الأخصائيين والأخصائيات في النشاط الرياضي بجامعة المنيا بمصر حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي تعزى للجنس لصالح الذكور (الأخصائيين).

إن العاملين في مهنة التمريض يعملون في نفس الظروف وعليه فهم يتقاسمون نفس أعباء الضغوط المهنية التي يتلقونها باستمرار، ما يجعل الجنسين من ممرضين وممرضات ينتابهم نفس الشعور من إستياء وعدم الرضا عن الوظيفة التي يزاولونها.

4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

4-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل.

يتضح من الجدول (47) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات لتقدير الذات بين الممرضين العاملين في المصالح الإستشفائية (مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، مصلحة الإنعاش ومصلحة الطب الداخلي) حيث نجد أنه توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية والعاملين في مصلحة الطب الداخلي وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية، كما توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش والعاملين في مصلحة الطب الداخلي، وهذا لصالح الممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين العاملين في مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية والممرضين العاملين في مصلحة الإنعاش، ويفسر الباحث هاته النتيجة كون الممرضين والمرضات الذين يعملون بالمصلحتين الأخيرتين أي الإستعجالات الطبية الجراحية والإنعاش يتلقون العديد من المشاكل النفسية والمهنية المرتبطة بالمهنة كنظرة الإستعلاء عليهم من طرف الأطباء، نقص التقدير والإحترام من طرف المرضى أو مرافقيهم، كما أنهم لا يحظون بالإهتمام اللازم من إدارة المستشفى الذي يعملون به ما يجعلهم يتذمرون ويشعرون بنقص التقدير لذواتهم، حيث إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "الزيدان" (2014) التي توصلت إلى وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات فاعلية الذات لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغير مكان العمل، والفرق لصالح من كان عملهم بالإبتدائي، إلا أنّ الدراسة الحالية تعارضت مع دراسة "آل حمود" (2015)، التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى السجّانات تبعاً لمتغير مكان العمل، وكذا مع دراسة "دبابي" (2007) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين معلمي المدارس الإبتدائية في مستوى تقدير الذات تعزى إلى متغير منطقة أو مكان العمل.

4-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية.

يتضح من الجدولين (49) و (50) أن هذه الفرضية تتحقق جزئياً، وذلك من خلال قيم فروق المتوسطات بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات)، ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) حيث نجد أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) في تقدير الذات وهاته الفروق لصالح الممرضين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات)، كما توجد فروق دالة إحصائياً بين الممرضين ذوي أقدمية مهنية (أقل من 5 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات) في تقدير الذات وهاته الفروق لصالح ذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات)، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة في تقدير الذات تبعاً لهاتين الفترتين من الأقدمية المهنية، ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأن النظرة السلبية للممرض نحو ذاته تتزايد بمرور سنوات الأقدمية المهنية بحكم عدم شعوره بالأمان المهني جراء الضغوطات المتعلقة بالعمل وعدم تلقيه الحماية الكافية من الجهات المخولة بحمايته من الإعتداءات الجسدية من مرافقي المرضى، لدرجة أن الكثير من الممرضين يحاولون النزوح من المصالح الإستشفائية ذات الضغط المهني المرتفع إلى مصالح أومستوصفات أقل ضغطاً، كما أن عدداً منهم غادر الوظيفة إلى وظائف أقل ضغطاً كذلك، فالتمريض من أقدم المهن على الأرض وأنبهها نظراً للخدمات الإجتماعية الإنسانية الراقية التي يقدمها للمرضى لكن للأسف تلك الخدمات تكون في أغلب الأحيان على حساب نفسية مزاويليه، لذا يتطلب الأمر الإلتفات إليه من أجل إعطائه إنسانته المسلوية منه، حيث إتفقت الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة "آل حمود" (2015)، التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في تقدير الذات لدى السجّانات تبعاً لمتغير سنوات الخبرة، ومع دراسة "عثمان" (2009)، التي توصلت إلى وجود فروق دالة في مفهوم الذات لصالح الممرضات سنوات الخبرة الأكبر (10 سنوات فأكثر)، إلا أنّ الدراسة الحالية تعارضت مع دراسة "عبد العلي" (2003) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى مفهوم الذات لدى معلمي ومعلمات المرحلة الثانوية في المدارس الحكومية في محافظتي جنين ونابلس تعزى إلى متغير الخبرة المهنية، وكذا مع دراسة "الزيدان" (2014) التي توصلت إلى عدم وجود لفروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسطات درجات فاعلية الذات لدى معلمي التربية الخاصة ترجع إلى متغيرات الخبرة المهنية، وكذلك مع دراسة "دبابي" (2007) التي خلصت إلى عدم وجود فروق بين أفراد عينة دراسته في مستوى تقدير الذات تعزى إلى الخبرة المهنية ، ونفس النتائج في دراسة "هتوف والسلامات" (2012) التي كشفت عن عدم وجود فروق في درجات تقدير الذات لدى عينة دراستهما (المعلمين) تعزى للخبرة المهنية.

4-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا للجنس.

يظهر من الجدول (51) أن المتوسطات الحسابية بين الذكور والإناث كانت متقاربة وبالتالي عدم تحقق هذه الفرضية أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين الممرضين والممرضات العاملين في مؤسسات الصحة العمومية، ويفسر الباحث النتيجة الحالية كون أن تقدير الذات عنصر هام في تكوين شخصية الفرد مهما كان جنسه ذكر أو أنثى بمعنى أنه إذا توفرت ظروف المعاناة النفسية المهنية للممرضين والممرضات فإنهم يتأثرون بذلك مع عدم أخذ الجنس بالحسبان لأنهم يزاولون نفس المهنة وفي نفس المصلحة دون تمييز، وقد إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "دبابي" (2007) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين معلمي المرحلة الابتدائية في مستوى تقدير الذات تعزى إلى متغير الجنس، وكذا مع دراسة "المصري" (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات تقدير الذات لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة تعزى لمتغير الجنس، ونفس النتائج في دراسة "سمارة والسلامات" (2012) التي كشفت عن عدم وجود فروق في درجات تقدير الذات لدى عينة دراستهما (المعلمين) تعزى لمتغير الجنس . وتعارضت الدراسة الحالية مع دراسة "سعد" (2003)، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من أخصائيين وأخصائيات النشاط الرياضي بجامعة المنيا في تقدير الذات في إتجاه الذكور (الأخصائيين)، وكذا مع دراسة "عبد العلي" (2003) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى مفهوم الذات بين الذكور والإناث لصالح الإناث أي أن لديهم مفهوم ذات أعلى مما هو عليه لدى الذكور.

5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

يتضح من الجدول (52) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد الإحترق النفسي والرضا الوظيفي حيث كانت هناك علاقة عكسية وقوية بين بعد الإجهاد الإنفعالي والرضا الوظيفي لدى الممرضين، وعلاقة عكسية وقوية بين بعد تبدل المشاعر والرضا الوظيفي لدى الممرضين، وعلاقة طردية وقوية بين بعد تدني الشعور بالإنجاز والرضا الوظيفي لدى الممرضين، ويفسر الباحث النتيجة الحالية بالمنطقية بما أنّ الممرضين والممرضات المحترقون نفسياً يجدون صعوبة كبيرة في مزاوله مهنة التمريض في أحسن الظروف وعلى أحسن وجه نظرا للمعاناة النفسية الجسيمة التي يمرون بها مما يجعلهم غير راضيين على مهنتهم، حيث إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "كريبع" (2010) التي توصلت إلى أنّ هناك علاقة سالبة دالة إحصائياً بين مستوى الرضا الوظيفي ودرجة الإحترق النفسي لدى المدرسين في كرة القدم بولاية ورقلة، ومع دراسة "سعد" (2003)، التي إستخلصت أنه كلما زادت الضغوط المهنية لدى الإختصاصيين الرياضيين قل الرضا الوظيفي لديهم، ومع دراسة "الوليدي" (2002) التي خلصت إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي والرضا الوظيفي لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة أ بها، وتعارضت الدراسة الحالية مع دراسة "عيسى" (1995) التي إنتهت إلى عدم وجود إرتباط ذو دلالة إحصائية بين درجة الإحترق النفسي والتوافق المهني لدى معلمات رياض الأطفال، وكذا مع دراسة "كركالدي ومارتن" (2000) والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة بين ضغط العمل والرضا الوظيفي لدى الممرضين.

6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة:

توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

يتضح من الجدول (53) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين أبعاد الإحترق النفسي وتقدير الذات حيث كانت هناك علاقة عكسية وقوية بين بعد الإجهاد الإنفعالي وتقدير الذات لدى الممرضين، و علاقة عكسية وقوية بين بعد تبدل المشاعر وتقدير الذات لدى الممرضين، وعلاقة طردية وقوية بين بعد تدني الشعور بالإنجاز وتقدير الذات لدى

الممرضين، ويفسر الباحث هاته النتيجة بأن الإحترق النفسي الناتج عن الضغوط النفسية والمهنية المتعددة والمتراكمة للممرضين يؤثر سلباً على النظرة التي يحملونها عن أنفسهم ما يجعل تقديرهم لذواتهم ينخفض جراء تلك المعاناة المرتبطة بمهنة التمريض، حيث إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "عبد العلي" (2003) التي توصلت إلى وجود علاقة طردية ذات إرتباط هام ودال إحصائياً بين مفهوم الذات والإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة، وكذا مع دراسة "سعد" (2003)، التي إنتهت إلى نتيجة مفادها كلما زادت الضغوط المهنية لدى الإختصاصيين الرياضيين كلما قل تقدير الذات لديهم، ومع دراسة "الأحسن" (2015) التي خلصت إلى وجود علاقة إرتباطية عكسية بين مصادر الضغوط المهنية وتقدير الذات لدى معلمي المرحلة الإبتدائية، وكذا مع دراسة "عازم" (2017)، التي أظهرت وجود علاقة إرتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغط المهني وتقدير الذات، وكذا مع دراسة " حمدان" (2003) التي حاولت الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الضغوط النفسية بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى معلمي ومعلمات مدارس التربية الخاصة بجمهورية مصر العربية حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية ودرجة تقدير الذات لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، أي أنه كلما زاد الضغط النفسي للمعلم نقص تقديره لذاته.

7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة:

توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

يتضح من الجدول (54) أن هذه الفرضية تحققت، أي أنه توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية، وهي علاقة طردية وقوية، بمعنى أنه كلما إنخفض رضا الممرضين عن وظيفتهم إنخفض كذلك تقديرهم لذواتهم، ويفسر الباحث هاته النتيجة بأن ظروف مزولة المهنة تساهم إما سلباً أو إيجاباً في تقبل العمل من طرف الممرضين والممرضات بمعنى أن المناخ الغير المناسب في المهنة الناتج عن جملة المشاكل النفسية المهنية تجعل الفرد غير راض عن مهنته، وكنتيجة حتمية فإن الممرض يتأثر بذلك مما يشعره بنقص في تقديره لذاته بإعتباره فرد يؤثر ويتأثر في محيطه، وقد إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "دبابي" (2007) التي خلصت إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى تقدير الذات ودرجة الرضا المهني لدى معلمي المرح لة الابتدائية بمدينة

ورقلة، وكذا مع وفي دراسة "سعد" (2003)، التي تناولت الضغوط المهنية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى أخصائي النشاط الرياضي بجامعة المنيا بمصر حيث أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية بين الرضا عن الوظيفي وتقدير الذات لدى الإختصاصيين الرياضيين أي كلما إنخفض الرضا عن الوظيفة إنخفض تقدير الذات لديهم، إلا أن الدراسة الحالية تعارضت مع دراسة "آل حمود" (2015)، التي إنتهت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجّانات بالرياض.

خلاصة عامة:

إنّ الإهتمام بالموارد البشرية المؤهلة أضى في عصرنا الحالي من الأولويات في جميع القطاعات إقتصادية كانت أم خدماتية، بإعتبار أنّ العنصر البشري هو الحلقة الأهم في المؤسسة على غرار المؤسسات العمومية الإستشفائية وذلك لضمان الأداء الحسن للخدمات الصحية، فنشتمين أداء العاملين في ميدان الصحة كالمرضى من خلال الإعتراف بمجهوداتهم وتحفيزهم بمختلف الحوافز قد يضمن الإرتقاء بمستوى تلك الخدمات التمريضية المقدمة للمرضى، ومن أجل ذلك كان من الواجب كشف الستار عن معاناة المرضى العاملين في المصالح الإستشفائية بالمؤسسات الصحية نظراً لشدة المشاكل النفسية و الضغوط المهنية المتراكمة التي يتعرضون لها أثناء تأديتهم لمهامهم كالإحتراق النفسي و ما يخلفه من عدم الرضا لديهم على وظيفتهم، ناهيك عن نظرتهم السلبية إتجاه ذواتهم ما جعل الكثير من هاته الفئة يفكر في الإنسحاب من مهنة التمريض التي تُعد من أكثر المهن إنسانيةً، وذلك بحثاً منهم على وظائف أخرى أقل معاناةً، فتسخير هاته الحقائق ووضعها على طاولة المسؤولين على المؤسسات الصحية قد يعجل بإستدراك المشكلة، خاصة عندما يتعلق الأمر بميدان الخطأ فيه غير مسموح، ومن أجل ذلك هدفت الدراسة الحالية إلى التقصي عن ظاهرة الإحتراق النفسي لدى المرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لديهم، وذلك من خلال دراسة إحصائية عيادية، حيث أبرزت نتائج الدراسة مجموعة من الإستنتاجات نجلها فيما يلي:

- للمرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي ومستوى منخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحتراق النفسي لدى المرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، لصالح مصلحتي الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحتراق النفسي لدى المرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإحتراق النفسي لدى المرضى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمكان العمل، لصالح مصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية ومصلحة الإنعاش.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للأقدمية المهنية، لصالح ذوي أقدمية مهنية (من 5 إلى 10 سنوات) وذوي أقدمية مهنية (أكثر من 10 سنوات).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً للجنس.

- توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

- توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي و تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

- توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

توصيات وإقتراحات:

- ضرورة إهتمام المسؤولين في مؤسسات الصحة العمومية بالمشاكل التي تواجه الممرضين في عملهم.

- الإهتمام بالجوانب المادية والمعنوية للممرضين.

- التكتيف من البرامج التكوينية للممرضين.

- ضرورة إعطاء المزيد من العناية لمهنة التمريض، وذلك بتهيئة الجو النفسي المناسب للمرضيين بتوفير أماكن للترفيه، غرف خاصة بهم في مؤسسات الصحة العمومية.
- ضرورة توفير عدد كاف من الممرضين يتناسب مع حجم العمل في مؤسسات الصحة العمومية.
- إجراء دورات تدريبية ومحاضرات تعليمية للممرضين بمؤسسات الصحة العمومية من طرف مختصين في كيفية مواجهة المشاكل النفسية المهنية التي تعترضهم.
- إقتراح إنشاء برنامج علاجي نفسي من أجل التكفل بالمرضى الذين يعانون من الإحتراق النفسي الشديد في مؤسسات الصحة العمومية.
- القيام بدراسة مقارنة في الإحتراق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات بين الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية والعاملين في مؤسسات الصحة للقطاع الخاص.

المراجع

أولاً- الكتب والمصادر باللغة العربية:

1. أبو جادو، صالح محمد علي (2007). علم النفس التطوري-الطفولة والمراهقة. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
2. أبو مغلي، سميح (2002). التنشئة الاجتماعية للطفل. ط1. عمان: دار اليازوري العديسة.
3. الألوسي، أحمد أسماعيل (2014). فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة. ط1. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
4. الجنابي، ناهدة وحسن ووداد صالح (1984)، أسس التمريض، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. بغداد. العراق.
5. الجيزاني، محمد كاظم (2012). مفهوم الذات والنضج الإجتماعي بين الواقع والمثالية. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
6. الحيدر، عبد المحسن وبن طالب، إبراهيم (2005). الرضا الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي في مدينة الرياض. الرياض: معهد الإدارة العامة.
7. الخطيب، إبراهيم وآخرون (2003). التنشئة الاجتماعية للطفل. عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.
8. السباعي، زهير (1995). طب المجتمع. ط1. مصر: الدار العربية للنشر والتوزيع.
9. الشناوي، محمد (2001). التنشئة الاجتماعية للطفل. ط1. عمان: دار صفاء للنشر.
10. العقل، علي (1982). تاريخ و آداب التمريض. الكويت: دار القلم.
11. العميان، محمود (2005). السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال. ط3. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
12. المشعان، عويد (1993). دراسات في الفروق بين الجنسين في الرضا المهني. ط1. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
13. بدوي، عبد الرحمن (1963). مناهج البحث العلمي. القاهرة: دار النهضة العربية.
14. جاب الله، حورية أحسن (2010)، النمو والإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. الجزائر: طباعة Business Xerox Center.
15. جلي، علي عبد الرزاق، وآخرون (1992). مناهج البحث الاجتماعي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

16. حاروش، نور الدين (2009). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية. ط1. الجزائر: دار الكتامة للنشر والتوزيع.
17. حريم، حسين (1997). سلوك الأفراد في المنظمات. عمان: دار زهران للنشر.
18. ديب عبد الله، عابدة (2010). الإنتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة. ط1. عمان: دار الفكر.
19. رمضان، رشيدة عبد الرؤوف (2000). آفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء. ط1. القاهرة: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع.
20. زويلف، مهدي (1998). إدارة الأفراد مدخل كمي. ط3. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
21. سالم، فؤاد ورمضان، زياد، الدهان، أميمة ومخامرة، محسن (1995). المفاهيم الإدارية الحديثة. ط5. الأردن: مركز الكتب الأردني.
22. شاكر مجيد، سوسن (2013). أسس بناء الإختبارات والمقاييس النفسية والتربوية. ط1. عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
23. شوايش، مصطفى (2004). إدارة الموارد البشرية " إدارة الأفراد". ط3. عمان: دار الشروق.
24. شريم، رعدة (2009). سيكولوجية المراهقة. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
25. شفيق، محمد (1985). الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
26. عبد الحميد عبد الحافظ، ليلي (1982). مقياس تقدير الذات للصغار والكبار. القاهرة: دار النهضة.
27. عسكر، عبد الله (1991). إختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين. القاهرة: المكتبة الأنجلو المصرية.
28. عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
29. علاقي، مدني (1981). الإدارة- دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية. ط1. جدة: تهامة.
30. فهمي، مصطفى والقطان، محمد على (1979). التوافق الشخصي والاجتماعي. القاهرة: مكتبة الخانجي.

31. كامل، عبد الوهاب (1993). المكونات العاملة لتقدير الذات- بحوث في علم النفس. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
32. كاميليا، عبد الفتاح (1987). مفهوم الذات لدى الشباب. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. القاهرة : الكتاب السنوي لعلم النفس.
33. لوكيا، الهاشمي (2006). السلوك التنظيمي. عين مليلة: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
34. محمد، علي محمد (1983). علم الاجتماع و المنهج العلمي - دراسة في طرائق البحث و أساليبها- . ط3. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
35. مصطفى كامل، عبد الفتاح (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار سعاد الصباح.
36. مصلح، خالد حسين، وآخرون (1999). في مناهج البحث العلمي و أساليبه. عمان: دار مجدلوي للنشر.
37. معمريّة، بشير (2012). علم نفس الذات. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
38. مقدم، عبد الحفيظ (2011). الإحصاء والقياس النفسي والتربوي. ط3. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون.
39. ملا، أمل (2008). تقدير الذات. الكويت: مجلة تواصل.
40. مؤمن، داليا عزت (2004). سيكولوجية الطفل المراهق. ط1. القاهرة: مكتبة مذبولي.
41. ناصف، عبد الخالق (1982). السلوك التنظيمي في البلاد العربية. الكويت: دار العلوم.
- ثانيا- المجلات العلمية والدوريات:**
42. إبراهيم، عبد الله وعبد الحميد، محمد نبيل (1994)، العدوانية وعلاقتها بموضوع الضبط وتقدير الذات، مجلة علم النفس، العدد 30. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 38-58.
43. الأحسن، حمزة (2015). الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية وانعكاساتها على مستوى تقدير الذات لديهم. مجلة العلوم النفسية والتربوية. جامعة حمة لخضر الوادي. 1(1). 188-215.
44. الأغبري، عبد الصمد (2002). الرضا الوظيفي لدى عينة من مديري مدارس التعليم العام بالمنطقة الشرقية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية. مجلس النشر العلمي. العدد 109. 169-197.

45. الجندي، نبيل جبرين والحلاق، رائد جميل (2017)، درجات الاحتراق النفسي لدى المُمرّضين العاملين في وحدة العناية المكثّفة في مستشفيات مدينة الخليل. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية. 17(2). 587-599.
46. النمر، سعود (1993). الرضا الوظيفي للموظف السعودي في القطاعين العام والخاص. مجلة العلوم الإدارية. جامعة الملك سعود. 5 (1). 63-109.
47. الدريني، حسين عبد العزيز وسلامة، محمد أحمد (1983). قياس تقدير الذات في البيئة القطرية. بحوث ودراسات في الاتجاهات والميول النفسية. جامعة قطر. 7(2). 481-510.
48. السمدوني، السيد إبراهيم (1990). إدراك المتفوقين عقليا للضغوط والإحترق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والبيئية. أبحاث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر من 22 إلى 24 يناير. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. الجزء الثاني. 729-761.
49. السمدوني، السيد إبراهيم (1995). الإحترق النفسي لمعلمي التربية الخاصة وتبعاته. مجلة التربية المعاصرة. أبريل 1995. 1-85.
50. العرايضة، عماد صالح نجيب (2016). مستوى الإحترق النفسي لمعلمي التربية الخاصة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. 2(1). 197-227.
51. المصري، إبراهيم سليمان (2014). تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الإجتماعية في جامعة القدس المفتوحة. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. عدد 13. ديسمبر 2014. 131-148.
52. بوخمخ، عبد الفتاح، وعمارة، شريف (2011). قياس الرضا الوظيفي للممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية. مجلة الإقتصاد والمجتمع. العدد 7. 103-134.
53. حمدان، زيدان محمد (2003). برامج مقترحة جديدة لإعداد المعلمين في التخصصات الأكاديمية باعتبار تكنولوجيا الوسائط المتعددة المعاصرة. المجلة العربية للتربية. تونس. (23). 154-178.
54. كامل حمام، فادية والهويش خلف (2010). الاغتراب النفسي وتقدير الذات لدى خريجات الجامعة العاملات والعاطلات عن العمل. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد الثاني. يوليو 2010. 63-138.

55. خزاعلة، عبد العزيز (1997). الرضا الوظيفي للممرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة بالأردن. مجلة دراسات المستقبل. جامعة أسيوط. العدد الثاني. 217-251.
56. دبابي، بوبكر (2016). مستوى تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية. مجلة العلوم النفسية والتربوية. جامعة حمة لخضر الوادي. 3(2). 353-365.
57. ديب، فتيحة (2014). أهمية تقدير الذات في حياة الفرد. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. العدد 17. ديسمبر 2014. 17-24.
58. زاوي، آمال (2018). مستوى الاحتراق النفسي عند مرضي مصلحة الاستعجالات وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة آفاق للعلوم. جامعة زيان عاشور بالجلفة 3(2). 115-127.
59. سليمان، وفيقة وأبو غربية، باتريشيا (1996). العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن وتقدير الفترة المتوقعة للتوقف عن العمل. مجلة دراسات العلوم الطبية والبيولوجية. المجلد 23. العدد 2. 78-87.
60. سلامة، ممدوحة محمد (1991). المعاناة الاقتصادية في تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة. مجلة دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. المجلد 1. الجزء 3. 475-476.
61. طشطوش، رامي وجروان، علي ومهيدات، محمد وبني عطا، زايد (2013). ظاهرة الإحترق النفسي والرضا الوظيفي والعلاقة بينهما لدى معلمي غرف المصادر في الأذن. مجلة جامعة النجاح للأبحاث في العلوم الإنسانية. 27(8). 1727-1762.
62. طوالبه، محمد عبد الرحمن (1999). مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي الحاسوب في المدارس التابعة لمحافظة اربد والمفرق وعجلون وجرش. مجلة مؤتة للبحوث والدراسات. المجلد 14. العدد الثاني. 169-195.
63. عازم، سهيلة (2017). مصادر الضغط المهني لدى الممرضات- دراسة ميدانية ببعض مستشفيات مدينة الجزائر العاصمة. شبكة ضياء للمؤتمرات دراسات وأبحاث. 1-15.
64. عبدالله جاد، محمود (2005). بعض عوامل الشخصية والمتغيرات الديموغرافية المساهمة في الإحترق النفسي لدي عينة من المعلمين. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. العدد 56. 235-313.

65. عسكر، علي (1986). الإحترق النفسي لدى المهنيين في المؤسسات الإجتماعية. مجلة العلوم الإجتماعية. جامعة الكويت. 14(4). 354-348.
66. عسكر، علي وجامع، حسن والأنصاري، محمد (1986). مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية بدولة الكويت لظاهرة الإحترق النفسي. المجلة التربوية. 3(10). 9-43.
67. العالونة، حاتم سليم والعنزي، عبدالله (2013). الرضا الوظيفي لدى ممارسي العلاقات العامة في المستشفيات السعودية. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية. جامعة السلطان قابوس. 47-65 -
68. عيسى، محمد رقي (1995). التوافق المهني وعلاقته بالاحترق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال. المجلة التربوية. المجلد 9. العدد 34. 117-161.
69. قدوري، الحاج (2016). تقدير الذات لدى التلاميذ المعيدين للمستوى النهائي من التعليم الثانوي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. العدد 26. 245-256.
70. كفاي، علاء الدين (1989). تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي- دراسة في عملية تقدير الذات. مجلة العلوم الاجتماعية. 9(35). 101-128.
71. محمود، دجلة مهدي وأنصاف، علاء حسين عمران (2012). الرضا الوظيفي لدى الكادر الصحي العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لدائرة صحة واسط. مجلة الكوت للعلوم جامعة واسط. 1-26.
72. مريم، رجاء محمود (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض بمستشفيات محافظة دمشق. مجلة جامعة دمشق. 24(2). 2-15.
73. مزباني، فتيحة (2010). مفهوم الاحترق النفسي- أبعاده و مراحل تكوينه. عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 150-161.
74. مقابلة، نصر وسلامة، كايد (1993). ظاهرة الإحترق النفسي لدى عينة من المعلمين الاردنيين في ضوء عدد من المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. 9(9). 21-79.
75. مقابلة، نصر يوسف (1996). العلاقة بين مركز الضبط والإحترق النفسي لدى عينة من المعلمين. الهيئة المصرية العامة للكتاب. العدد 39. السنة العاشرة. 110-119.

76. ميسون، سميرة ومحمدي، فوزية (2010). إدراك مصادر الضغط المهني وعلاقته بالإحترق النفسي لدى المعلمين بالمرحلة الابتدائية بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. (3)3. 290-302.

77. ميهوبي، فوزي (2011). علاقة المناخ التنظيمي بالإحترق النفسي لدى الممرضين "دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة". مجلة دراسات نفسية وتربوية. العدد8. 85-105.

78. ميهوبي، فوزي (2013). علاقة المناخ التنظيمي بالإحترق النفسي لدى الممرضين. مجلة دراسات نفسية وتربوية. العدد10. جوان 2013. 147-171.

79. نصر، حسين عبد الأمير (2011). تقدير الذات وعلاقتها بالأداء المهاري للاعبين الناشئين والشباب بكرة السلة. مجلة علوم التربية الرياضية. (4)3. 295-330.

80. هتوف، سمارة والسلامات، محمد خير (2012)، درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة لذواتهم وعلاقتها بدافعية الإنجاز لديهم، مجلة جامعة النجاح للأبحاث : العلوم الإنسانية. نابلس. فلسطين. (3)26. 661-686.

81. ياركندى، هانم حامد (1993). مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية. المجلة المصرية للدراسات النفسية. سبتمبر 1993. 28-44.

82. يمان، شما (2015). الفلق الإجتماعي وعلاقته بتقدير الذات "دراسة ميدانية على تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حمص". مجلة جامعة البعث. (37)6. 139-165.

ثالثا- الأطروحات والرسائل الجامعية:

83. أبو حمد، بسام (1997). الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة شيفلد: بريطانيا.

84. أمزيان، زبيدة (2007). علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص إرشاد نفسي مدرسي. قسم علم النفس. جامعة الحاج لخضر باتنة.

85. التويجري، بهية إبراهيم (2008) المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الرياض.

86. الحربي، حمود (1994). الرضا الوظيفي وعلاقته بالإنتاجية العلمية لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود رسالة ماجستير غير منشورة بكلية التربية. جامعة الملك سعود.
87. العيدروس، عبد الله (1989). الرضا الوظيفي وعلاقته بمستوى الطموح لدى الممرضات السعوديات وعلاقة كل منهما ببعض المتغيرات الشخصية والمهنية. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة أم القرى.
88. العديلي، ناصر (1981). الرضا الوظيفي-دراسة ميدانية لإتجاهات ومواقف الأجهزة الحكومية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الإداري. جامعة كاليفورنيا.
89. العطا، عايدة محمد (2014). تقدير الذات وعلاقته بالمستوى الإجماعي الإقتصادي والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدارس محلية جبل أولياء. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات العليا. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. السودان.
90. العقرباوي، محمود (1994). مستويات ومصادر الإحترق النفسي لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية في مديرية التربية والتعليم لعمان الكبرى. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية.
91. الدوسري، مبارك بن فالح بن مبارك (2010). ضغوط العمل وعلاقتها بالرضا الوظيفي لأفراد العاملين في مراكز حرض الحدود بمنطقة المدينة المنورة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.
92. الضيدان، الحميدي محمد (2003). تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية. كلية الدراسات العليا. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
93. الزيدان، خالد بن زيدان بن سليمان (2014). الرضا الوظيفي وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من معلمي التربية الخاصة بمراحل التعليم بمنطقة حائل. رسالة الماجستير غير منشورة في علم نفس تخصص الإرشاد النفسي. جامعة أم القرى.
94. بغول، زهير (2007). محددات النجاح في العمل الإداري بالمؤسسات الوطنية في إطار نظرية فريدريك هرزبرغ للدافعية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الإخوة منتوري قسنطينة.

95. بلكيلاني، إبراهيم بن محمد (2008). تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوصلو في النرويج. رسالة ماجستير غير منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك.
96. الماضي، وفاء (1993). بعض الخصائص النفسية المحددة للأفراد الأكثر عرضة لإستجابة الضغط النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة بكلية التربية. جامعة الملك سعود.
97. الوافي، الطاهر (2013). التحفيز وأداء الممرضين. رسالة ماجستير غير منشورة تخصص عمل وتنظيم. جامعة قسنطينة2.
98. الوليدي، علي محمد (2003)، الضغوط النفسية والرضا الوظيفي لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة أبها. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.
99. بن درف، سماعيل (2014). تأثير الاكتئاب الارتكاسي على التذكر البصري لدى الممرضين في مؤسسات الصحة العمومية. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2.
100. بوحارة، هناء (2012). الإحترق النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى أعوان الحماية المدنية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة فرحات عباس سطيف.
101. جلولي، نسيم شتوحي (2003). الإنهاك المهني عند الممرضين وإستراتيجيات المقاومة المستخدمة. رسالة الماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.
102. جودة، يحيى عبدالجواد (2003). مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. فلسطين.
103. حاتم، وهيب (2005). الإنهاك المهني عند أطباء مصلحة الإستعجالات. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي غير منشورة. جامعة الجزائر.
104. حبيبة محمد دفع الله، أحمد (2006). الرضا الوظيفي وأثره علي أداء العاملين بوزارة الاستثمار. رسالة ماجستير غير منشورة في الإدارة العامة كلية الدراسات العليا. جامعة الخرطوم.
105. ميهوبي، فوزي (2013). علاقة نمط القيادة والمناخ التنظيمي بالإحترق النفسي والولاء التنظيمي لدى الممرضين. أطروحة الدكتوراه في علم النفس والعمل والتنظيم. جامعة الجزائر2.

106. كريبع، محمد (2010). الرضا الوظيفي وعلاقته بالإحترق النفسي لدى المدرسين. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر بسكرة.
107. حرتاوي، هند (1990). مستويات الإحترق النفسي لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك.
108. حسن سعد، ناهد محمد (2003). الضغوط المهنية وعلاقتها بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى أخصائي النشاط الرياضي. رسالة ماجستير غير منشورة في التربية الرياضية. قسم علم النفس الرياضي. كلية التربية الرياضية. جامعة المنيا. مصر.
109. حمزاوي، زهية (2017). صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق. أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الجماعات والمؤسسات. جامعة وهران 2.
110. حوالف، رحيمة (2010). تطبيق إدارة الجودة الشاملة- دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان.
111. ختام، علي الضمور (2008). الإحترق النفسي لدى الأم العاملة وأثره في طريقة تعامل الأم مع الأبناء من وجهة نظر الأمهات العاملات في محافظة كرك. رسالة ماجستير غير منشورة في الإرشاد النفسي والتربوي. جامعة مؤتة.
112. خليل محمود سمور، أماني (2015). تقدير الذات وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الإجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة بكلية التربية. الجامعة الإسلامية غزة.
113. دبابي، بوبكر (2007). تقدير الذات لدى معلمي المرحلة الابتدائية وعلاقته ببعض المتغيرات- دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس التربوي. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
114. دردير، نشوة كرم عمار أبو بكر (2007). الإحترق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ و ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس التربوي والصحة النفسية. جامعة الفيوم. مصر.
115. سلامة، رتيبة (2003). الممارسات الإدارية لمديري المدارس الثانوية العامة في الأردن وعلاقتها بالرضا الوظيفي والولاء التنظيمي للمعلمين. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

116. شنوفي، نورالدين (2005). تفعيل نظام تقييم أداء العامل في المؤسسة العمومية الاقتصادية. أطروحة دكتوراه علوم التسيير غير منشورة. جامعة الجزائر.
117. شوكت، محمد (1993). تقدير المراهق لذاته وعلاقته بالإتجاهات الوالدية والعلاقات مع الأقران. مركز البحوث التربوية بكلية التربية. جامعة الملك سعود.
118. طايبي، نعيمة (2013). علاقة الإحتراق النفسي ببعض الإضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين. رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2.
119. عبد العلي، مهند عبد سليم (2003). مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته بظاهرة الإحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية الحكومية في محافظتي جنين ونابلس. رسالة الماجستير في الإدارة التربوية لكلية الدراسات العليا. جامعة النجاح الوطنية. نابلس.
120. عريضة، إيهاب أحمد (2008). أثر الرضا الوظيفي على الولاء التنظيمي لدى العاملين في المنظمات الأهلية. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية غزة.
121. علي محمد حسن، سالي (2000). العلاقة بين أبعاد تمكين العاملين ودرجات الرضا الوظيفي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عين شمس.
122. غربي، صبرينة (2012). مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم. جامعة الجزائر 2.
123. فؤاد نواوي فلمبان، إيناس (2008). الرضا الوظيفي وعلاقته بالالتزام التنظيمي لدى المشرفين التربويين والمشرفات التربويات بإدارة التربية والتعليم بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة في قسم الإدارة التربوية والتخطيط. جامعة أم القرى.
124. مبارك آل حمود، منيرة بنت سالم (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات والرضا الوظيفي لدى السجانات. رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس. تخصص علم النفس الجنائي. كلية العلوم الاجتماعية والإدارية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. المملكة العربية السعودية.
125. محمد دفع الله أحمد، حبيبة (2006). الرضا الوظيفي وأثره على أداء العاملين بوزارة الاستثمار. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات العليا. جامعة الخرطوم.

126. موساوي، ليندة (2001). علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند المرضى. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 2.

127. ميهوبي، فوزي (2007). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالإحترق النفسي لدى المرضى. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس والعمل والتنظيم. جامعة الجزائر 2.

128. نوار، شهرزاد (2008). علاقة تقدير الذات بالنشاط المعرفي لدى عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 2.

129. يحيى، ندى (1998). مصادر ومستوى الضغوط النفسية وعلاقتها بالروح المعنوية كما يراها معلموا وكالة الغوث في منطقة نابلس. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس التربوي. كلية الدراسات العليا. جامعة النجاح الوطنية بنابلس. فلسطين.

رابعاً - مراسيم وقرارات:

130. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية (2011). المادة 40. المادة 41. العدد 17. 20 مارس 2011.

131. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية (2018). المادة 06. المادة 11. المادة 12. المادة 28. المادة 33. العدد 46. 29 جويلية 2018.

132. المرسوم التنفيذي رقم "07-140" المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ ماي 2007.

خامساً - قواميس ومعاجم:

133. قاموس المنجد في اللغة والإعلام (2007). ط42. لبنان: دار المشرق، بيروت.

134. Delamare, L.G.(1995). dictionnaire des termes de medicine. 24^{ieme} édition .Maloine. paris.

135. Dubois, C.(2008). Encyclopédie universelle Larousse. Édition larousse. Paris.

136. Rey, A.(2009). Le nouveau petit Robert de la langue Française. Paris.

سادساً - مراجع باللغة الأجنبية:

137. Aandré, Ch. (2005). l'estime de soi. revue de recherche en soins infirmiers No 82 - septembre 2005. l'université Paris 10. France. pp 26-30.

- 138.** Algoni CA. & Kirvan-Jones (1998). Reducing Variations in Nurse Performance in A telephone-based Nurse Triage Center. Abstr. Book Assoc Health Serv Res Meet. 1998. 15. 168. Access Health. Inc. Broomfield. USA.
- 139.** André, Ch., Lelord, F. (1999). L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Editions Odile Jacob.
- 140.** Beck, C. & Gargiulo, R. (1983), Burnout in Teachers of Retarded and Non- Retarded children, Journal of Educational Research, Vol 76. No (3).
- 141.** Benatia, Y (2008). L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes. thèse de magistère en psychologie Clinique non publiée. faculté des sciences humaines et sociales. département de psychologie et des sciences de l'éducation et d'orthophonie. université mentouri de constantine. Algerie.
- 142.** Blandford, S. (2000). Managing Professional Development in Schools. Routledge. London.
- 143.** Bowman. M.A & Allen. D.I (1985). Stress and women physicians; Springer verlag. New York.
- 144.** Brayufield, a, Crockett, w (1955). employee attitudes and employee performance. psychological bulletin. No 33.
- 145.** Cavanaugh, S. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. Journal of Advanced Nursing. Vol.17. pp 704-711.
- 146.** Cedoline, A. J. (1982). Jop burnout in public education: symptoms causes and survival skill, Gollege press: New York.
- 147.** Compell, J.P & Scarpelle, V. (1983). Job Satisfaction, Journal of Personal Psychology, Vol 36, No 4. P101.
- 148.** Crombez, J., Gascon, L.L., Legault, L. & Al, (1985). Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel. In l'Union Médicale du Canada. Tome114. Mars.
- 149.** Cunningham, W.G (1992). Teacher Burn out: Stylish fad or proffer problem. Planning & changing. 12. pp 219- 244.
- 150.** Decker, F,H. (1998). Occupational and Non-occupational Factors In Job satisfaction and Psychological Distress among Nurses. Research in nursing & Health. Vol. 20, issue 5. pp 453-464.
- 151.** Freudenberger, H. (1974) . staff Burnout . Journal of Social Issues. 50 (1). pp 159-165.

152. Garner, B. & Knight, K., (2007), "Counselor burnout and the therapeutic relationship. In K. Knight & D. Farabee (Eds.)". Treating addicted offenders: A continuum of effective practices, Kingston. NJ: Civic Research Institute. pp 1-35.
153. Gaudet, L (2004). l'épuisement professionnel chez les enseignants. thèse de maîtrise en psychologie. université de Quebec à Trois-rivières. Canada.
154. Gerber, L. A (1983). Married to their careers and family dilemmas in doctor's lives. Tavistock . New York.
155. Gold, Y., & Roth, R. A. (1993). Teachers managing stress and preventing burnout. The Professional Health Solution. Washington: The Flamer Press.
156. Gordon, J, (1993). A Diagnostic Approach to Organizational Behavior. 4th Ed. Allyn and Bacon. London.
157. Grebot, É (2008). Stress et burnout au travail: identifier, prévenir, guérir. Éditions d'organisation. Groupe Eyrolle. Paris. France.
158. Hawk. J & Scott. C.D (1986). A case of family medicine: sources of stress in residents and physicians in practice. in Scott and Hawk (eds) Heal Thyself : The health of health professionals. Bruder / Mazel. New York.
159. John S. Packard & Stephan J. Motowidlo (2007). Subjective Stress. Job Satisfaction. and Job Performance of Hospital nurses. Research in nursing & Health. Vol. 10. issue 4. pp 253-261.
160. Kirkcaldy, B.D, Martin, T. (2000). Job Stress and Satisfaction among Nurses: Individual Differences. Stress Medicine. Vol. 16. issue 2. pp 77-89.
161. Langford, d. M. (1987). The Relation Between Stress And Job Satisfaction As Per-ceived By Seventh-day Adventist Board Academy Teachers In The Southern And Western Union. Unpublished Doctoral Dissertation. Tennessee State University. Tennessee.
162. Maher, E. (1983). Burnout and commitment, A theoretical Alternative Personal and Guidance Journal, 61, (7). pp 390-393.
163. Martins, H, (2012). Minnesota satisfaction questionnaire psychometric Properties and validation in a population of

Portuguese. Hospital workers. No 471. october 2012. University of Porto.

164. Maslach , C. & Jackson, S.E (1984). Burnout in organizational settings. In *Applied Social Psychology Annual*. No 5. pp 133-153.
165. Maslach, C.(1982a). Burnout: A Social psychological analysis. In J. W. Jones. *The burnout syndrome: Current research*. Park Ridge. Illinois: London House Press. pp 30-53.
166. Perron, R (1979). Les problèmes de la preuve dans les démarches de la psychologie dite clinique. Plaidoyer pour l'unité de la psychologie. *Psychologie Française*. tome 24. No 1. pp 37-49.
167. Pezet-Langevin, V. & Rolland, J.P. (1999). Caractéristiques des situations de travail. burnout et attitude de retrait. In *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. Vol. 49. No 3. pp 239-248.
168. Pines,A, Aronson,E & Kafry,D (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New York: Free Press.
169. Pronost, A.M., & Tap, P. (1997). Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. In *les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. No 3. pp 75-86.
170. Raquepaw, J.M. & Miller, R.S (1989). Psychotherapist burnout: a componential analysis. In *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol.20. No 1. pp 32-36.
171. Richard, G. & Marion, G. & Marich, E. (2006). “Beginning Teacher Burnout in Queensland Schools Associations with Serious Intentions to leave”. *The Australian Educational Researcher*. 33(2). pp 61-76.
172. Schaufeli, W.B. & Peeters, M.C.W, (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. In *International Journal Of Stress Management*. Vol.7. No 1. pp 754-760.
173. Schute, N, Toppinen, S, Kalimo, R. & Schaufeli, W.B, (2000). The factorial validity of the Maslach burnout inventory. general survey across occupational and organizational psychology. No 73. pp 53-66.
174. Spector, P, (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the job satisfaction survey. *American journal of community psychology*. Vol .13. No 6.

175. Spreitzer, Gretchen & Kizilos, Mark & Nason, Stephen, (1997), A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain, Journal of management, Vol.23, No 5. p 142.
176. Stanon-rich, H.M. & Iso-Ahola, S.E. (1998). Burnout and leisure. In Journal Of Applied Psychology. 28 (21). pp 1931-1950.
177. Steers, R & Black, S (1994). Organizational Behavior. 5th Ed. Harper Collins College Publishers. London.
178. Tang, F. & Pang, Y. (2006) . Job burnout, work-family interface and personal control of primary. junior and senior middle school teachers. Chinese Journal of Rehabilitation. 10 (46). pp 82-85.
179. Taris, T.W, Schreurs, P.J.G. & Schaufeli, W.B, (1999). Burnout Inventory. General Survey: a two sample examination of its factor structure and correlates. In Work and Stress. Vol.132. No 3. pp 223-237.
180. Turnipseed. D. L (1994). An Analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burn out syndrome. journal of applied social psychology. 24 (9). pp 782-800.

سابعا - مراجع إلكترونية:

181. البديوي، محمود (2006). الرضا الوظيفي والقيادة الفعالة. مجلة عالم السعودية. <http://www.egyview.com/vb/showthread.php>. المتصفح بتاريخ: 2018/01/12.
182. التويجري، محمد إبراهيم (1999). المواقف الوظيفية والرضا الوظيفي للعاملين من السعوديين وغير السعوديين في الشركات متعددة الجنسيات. المجلة العربية للإدارة. <https://www.arado.org/AJA> المتصفح بتاريخ: 2017/12/10.
183. النبال، مایسة (1991). الفروق بين ممرضات العناية المركزة والأقسام الأخرى في كل من قلق الموت والعدوانية والعصابية والانبساط والاكنتاب- دراسة عاملية مقارنة. مجلة علم النفس، السنة الخامسة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- <http://arabpsynet.com/Journals/p/p17.htm> المتصفح بتاريخ: 2017/11/01.
184. المشعان، عويد سلطان (1993). دراسة مقارنة في الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

http://arabpsynet.com/Journals/pq/index.pq.htm المتصفح بتاريخ:
2017/011/13

185. حدادي، دليلة (2014). محاضرات في الفحص العيادي. عن مخبر علم النفس العيادي والقياسي. جامعة الجزائر2.

http://www.lapcm.univ-alger2.dz/pdf المتصفح بتاريخ: 2017/12/02

186. شكري، أحمد السيد (1991). الرضا عن العمل لدى معلمي ومعلمات الرياضيات وعلاقته بتأهيلهم العلمي وخبرتهم التدريسية. كلية التربية. جامعة قطر.

https://qspace.qu.edu.qa/handle المتصفح بتاريخ 2018/02/19

187. عبد الله، محمد عادل (1995). بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين. مجلة دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

http://arabpsynet.com/Journals/pq/index.pq.htm المتصفح بتاريخ:

2018/01/19

188. عبدالرحمن، سيد سليمان (1992)، بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة علم النفس، السنة السادسة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

http://arabpsynet.com/Journals/p/.htm المتصفح بتاريخ: 2017/12/01

189. عثمان، جمال علي (2009). علاقة الرضا الوظيفي بمفهوم الذات لدى الممرضات بشعبية المرقب في ليبيا. دراسة ميدانية غير منشورة في علم النفس. قسم التربية وعلم النفس. جامعة الفاتح. طرابلس.

http://www.acofps.com/vb/showthread.php المتصفح بتاريخ: 2017/11/03

190. محمد بيومي، حسن (1989)، تقدير الذات لدى التلاميذ ذوي التحصيل الدراسي المنخفض، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس، القاهرة.

http://arabpsynet.com/Journals/p/.ht المتصفح بتاريخ: 2017/01/18

الملاحق

الملحق (01): مقياس الإحترق النفسي لماسلاش:

أخي الممرض(ة):

يشرفني أن أضع بين أيديكم هذه الاستمارة لمعرفة آرائكم وإتجاهاتكم حول العبارات الموجودة فيها، وذلك بوضع الإشارة (x) تحت البديل المناسب من البدائل المقترحة عليكم، كما نرجو منكم التأكد من الإجابة على جميع العبارات لأن الإجابات الناقصة تؤدي إلى إلغاء الاستمارة، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، لا تضع إلا إشارة واحدة أمام كل عبارة.

لكم منا جزيل الشكر المسبق على تعاونكم معنا.

البيانات الشخصية:

الأحرف الأولى للإسم واللقب:

- الجنس: ذكر أنثى
- مكان العمل: الإستعجالات الطبية-الجراحية
- مصلحة الإنعاش
- مصلحة الطب الداخلي
- الأقدمية المهنية: أقل من 05 سنوات
- من 05-10 سنوات
- أكثر من 10 سنوات

الرقم	العبارة	لا يحدث إطلاقاً	يحدث بعض المرات في السنة على	يحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل	يحدث بعض المرات في الشهر	يحدث مرة واحدة في الأسبوع	يحدث بعض المرات في الأسبوع	يحدث كل يوم
1	أشعر بأني منهار إنفعاليا جراء ممارسة مهنتي							
2	أشعر بأن طاقتي مستنفذة مع نهاية يوم عملي							
3	أشعر بالتعب عندما أستيقظ من نومي وأعرف أن علي مواجهة يوم جديد من العمل							
4	أستطيع أن أفهم بسهولة مشاعر المرضى							
5	أشعر أنني أتعامل مع بعض المرضى ببرودة وكأنهم أشياء							
6	التعامل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني جهد كبير							
7	أحل بفعالية عالية مشاكل المرضى							
8	أشعر بالإحترق النفسي بسبب مهنتي							
9	أشعر أن لي تأثيرا إيجابيا في حياة الناس من خلال عملي							
10	أصبحت أقل شعورا بالناس منذ إلتحقي بهذه المهنة							
11	أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسيا إنفعاليا							
12	أشعر بالحيوية والنشاط							
13	أشعر بالإحباط من ممارسة مهنتي							

							أشعر أنني أبذل جهدا كبيرا في عملي	14
							حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض المرضى	15
							إن العمل بشكل مباشر مع الناس يسبب لي ضغطا شديدا	16
							أستطيع أن أنشأ بسهولة جوا مريحا مع المرضى	17
							أشعر بالسعادة بعد العمل عن قرب مع المرضى	18
							أنجزت الكثير من الأشياء ذات الأهمية في مهنتي	19
							أشعر وكأنني على حافة الهاوية جراء ممارسة مهنتي	20
							أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الإنفعالية أثناء ممارسة مهنتي	21
							أشعر أن المرضى يلومونني عن بعض المشاكل التي تواجههم	22

الملحق (02): إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين في صورته النهائية:

أخي الممرض(ة):

يشرفني أن أضع بين أيديكم هذه الاستمارة لمعرفة آرائكم وإتجاهاتكم حول العبارات الموجودة فيها، وذلك بوضع الإشارة (x) تحت البديل المناسب من البدائل المقترحة عليكم، كما نرجو منكم التأكد من الإجابة على جميع العبارات لأن الإجابات الناقصة تؤدي إلى إلغاء الاستمارة، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، لا تضع إلا إشارة واحدة أمام كل عبارة.

لكم منا جزيل الشكر المسبق على تعاونكم معنا.

البيانات الشخصية:

الأحرف الأولى للإسم واللقب:

الجنس:	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى
مكان العمل:	<input type="checkbox"/> الإستعجالات الطبية-الجراحية	
	<input type="checkbox"/> مصلحة الإنعاش	
	<input type="checkbox"/> مصلحة الطب الداخلي	
الأقدمية المهنية:	<input type="checkbox"/> أقل من 05 سنوات	
	<input type="checkbox"/> من 05-10 سنوات	
	<input type="checkbox"/> أكثر من 10 سنوات	

راض بشدة	راض قليلا	غير راض	العبـارات
			1- توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة في المهنة.
			2- تتيح لي وظيفتي الإستقلالية بالعمل.
			3- تسمح لي وظيفتي الإستقلالية بالقرارات
			4- تحقق لي وظيفتي مكانة إجتماعية جيدة.
			5- المهام المنوطة بي واضحة.
			6- توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد أكاديميا.
			7- الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل الذي أمارسه.
			8- توجد تهوية مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
			9- توجد تدفئة مناسبة في المصلحة التي أعمل بها.
			10- تتوفر المصلحة التي أعمل بها على الوسائل الضرورية للمريض.
			11- غرف المصلحة التي أعمل بها مناسبة مع عدد المرضى.
			12- يخصص لي المستشفى غرفة للمناوبة.
			13- أيام الراحة التي أحصل عليها مناسبة.

			14- توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.
			15- معايير الترقية بالمستشفى واضحة.
			16- ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.
			17- توفر لي إدارة المستشفى فرص التكوين المتواصل الذي يؤهلني للترقية.
			18- نظام التقاعد في المستشفى مناسب.
			19- أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم العمل الذي أؤديه.
			20- الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.
			21- يعتبر أجري مناسباً مقارنة مع آخرين في مهن بنفس المستوى التعليمي.
			22- ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.
			23- تحرص إدارة المستشفى على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.
			24- منحة العدوى التي أحصل عليها مناسبة.
			25- يتقبل رئيس المصلحة التي أعمل بها إقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.
			26- علاقتي مع زملائي الممرضين جيدة.
			27- يتعامل المسؤولون معي بالتقدير والاحترام.

			28- يتيح لي عملي فرص تبادل الخبرات داخل المستشفى.
			29- أحصل على قدر مناسب من التحفيز والتشجيع من الزملاء في المستشفى.
			30- أهتم بشؤون زملائي المرضى في العمل.
			31- أستشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.
			32- أحضى بإهتمام المسؤولين بالمستشفى.
			33- أشعر بأني أنال تقدير وإحترام الآخرين في المجتمع.
			34- مهنتي مصدر فخر وتقدير للعائلة.
			35- أنال إحترام وتقدير المريض في المستشفى.
			36- أحضى بإحترام وتقدير أهل المريض المستشفى.
			37- أحصل على إحترام وتقدير أطباء المستشفى.

الملحق (03): إستبيان تقدير الذات لكوبر سميث (Cooper Smith).

ترجمة وتكييف: أ.د. بشير معمرية.

أخي الممرض(ة):

تتضمن القائمة التالية مجموعة من العبارات تتحدث عن شخصيتك ومدى فهمك لنفسك وفهم الآخرين لك. اقرأ كل عبارة منها وأجب عنها بوضع علامة X تحت كلمة "لا" أو "قليلا" أو "كثيرا"، وذلك حسب انطباق العبارة عليك. أجب من فضلك عن كل العبارات.

العبارات	لا	قليلا	كثيرا
1- أتضايق من كثير من الأمور والأشياء عادة			
2- أجد من الصعب عليّ أن أتحدث أمام جماعة من الناس			
3- أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي			
4- يصعب عليّ اتخاذ قرار خاص بي			
5- يسعد آخرون بوجودهم معي			
6- أتضايق بسرعة في المنزل			
7- أحتاج إلى وقت طويل كي أعود على الأشياء الجديدة			
8- أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني			
9- تراعي أسرتي مشاعري عادة			
10- أستسلم وأن هزم بسرعة			
11- تتوقع أسرتي مني نجاحات عالية			
12- يصعب عليّ جدا أن أبقى كما أنا			
13- تختلط الأشياء كل ها في حياتي			

			14- يتبع الناس أفكاره
			15- أقل من قدر نفسي
			16- أريد أن أترك البيت
			17- أشعر بالضيق من عملي
			18- مظهري ليس جيدا مثل معظم الناس
			19- إذا كان لدي شيء أريد أن أقول فإني أقول
			20- تهمني أسرتي
			21- معظم الناس محبوبون أكثر مني
			22- أشعر عادة كما لو كنت أدفعُ لفعل الأشياء
			23- ينقصني تلقي التشجيع على ما أقوم به من أعمال
			24- أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر
			25- ينبغي على الناس ألا يعتمدوا علي

الملحق (04): إستمارة صدق المحكمين.

جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

إستمارة صدق المحكمين

أستاذي/أستاذتي الفاضل(ة)

في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه في العلوم الموسومة بـ"الإحترق النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين. على ضوء متغيرات: مصلحة العمل- الأقدمية المهنية- الجنس " يشرفني أن أضع بين أيديكم إستمارة الرضا الوظيفي التي تعتبر أداة البحث.

تساؤلات الدراسة:

تعتبر مهنة التمريض من الركائز الأساسية في العملية العلاجية التي من أهدافها عمليتي الوقاية والعلاج، ولأسباب متعددة يتعرض الممرض إلى بعض الظروف التي لا يستطيع التحكم فيها، والتي تحول دون القيام بدوره بشكل فعال، الأمر الذي يساهم في إحساسه بالعجز عن قيامه بالمهام المطلوبة منه، وبالمستوى الذي يتوقعه منه متخذوا القرارات، بالإضافة إلى الآثار السلبية الخطيرة التي يتركها على المرضى، لذى فان هذه الدراسة جاءت للتركيز على دراسة العلاقة الموجودة بين ما يتعرض له الممرضون من إحترق

نفسى ورضاهم عن مهنتهم و كذا تقديرهم لذاتهم، وعليه نطرح التسؤالين الرئيسيين
التاليين:

- ما مستوى الإحتراق النفسى، الرضا الوظيفى وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين
بمؤسسات الصحة العمومية وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى تلك المستويات
تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس ؟

- هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحتراق النفسى، الرضا الوظيفى وتقدير الذات لدى
الممرضين العاملين فى مؤسسات الصحة العمومية ؟

وفى ضوء هاذين التسؤالين الرئيسيين تصاغ التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الإحتراق النفسى، الرضا الوظيفى وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين
بمؤسسات الصحة العمومية ؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى أبعاد الإحتراق النفسى لدى الممرضين
العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية
والجنس؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الرضا الوظيفى لدى الممرضين العاملين
بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى تقدير الذات لدى الممرضين العاملين
بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس؟

5. هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحتراق النفسى والرضا الوظيفى لدى الممرضين
العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟

6. هل توجد علاقة إرتباطية بين الإحتراق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟

7. هل توجد علاقة إرتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية ؟

الفرضيتين العامتين:

- للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، ومنخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلك المستويات تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

- توجد علاقة إرتباطية بين الإحتراق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين في مؤسسات الصحة العمومية.

وبالتالي تصاغ الفرضيات الفرعية التالية:

1. للممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي، ومنخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعا لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية تبعاً لمتغير مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس.

5. توجد ارتباطية بين الإحترق النفسي والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

6. توجد علاقة ارتباطية بين الإحترق النفسي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

7. توجد علاقة ارتباطية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية.

وعليه نرجو منكم التفضل بتحكيم هذه الاستمارة مع إمكانية تقديم البديل، وتقديم وجهات نظرکم وملاحظاتکم واقتراحاتکم.

مع العلم أن:

- هذه الاستمارة موجهة للممرضين والمرضات العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية مستغانم.

- تتكون هذه الاستمارة من ستة أبعاد (بعد طبيعة العمل، بعد ظروف العمل، بعد أنظمة الترقيات والحوافز، بعد الراتب والعلاوات، بعد العلاقات مع الزملاء والمسؤولين، بعد المكانة والتقدير).

إعتمدنا في الإجابة على العبارات على مقياس متدرج وفق نمط مقياس ليكرت الخماسي (غير راض- راض قليلا- راض بشدة).

- الخلفية النظرية لإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين:

المقياس مستمد من نظرية العاملين لـ هرزبرغ (Herzberg's two factor theory)

حيث قام فريدريك هرزبرغ بتطوير نظرية أسماها نظرية العاملين، فعلى ضوء دراسته إستطاع أن يميز بين مجموعتين من العوامل، عوامل مرتبطة بالوظيفة نفسها (كالقدرة على إنجاز العمل، الحصول على تقدير وإحترام الآخرين، فرص الترقية في العمل...)، وأخرى مرتبطة بمحيط الوظيفة (ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء والمسؤولين...).

معلومات خاصة بالمحكم:

الإسم واللقب:

الدرجة العلمية:

التخصص:

المهنة:

المؤسسة / الجامعة التي تعملون بها:

ولكم منا جزيل الشكر والتقدير مسبقا.

الباحث : بن درف سماعيل

تخصص علم النفس العيادي

جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

إستبيان الرضا الوظيفي للمرضين

أخي الممرض(ة):

في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه الموسومة بـ " الإحتراق النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية على ضوء متغيرات: مصلحة العمل - الأقدمية المهنية " يشرفني أن أضع بين أيديكم هذه الاستمارة لمعرفة آراءكم و اتجاهاتكم حول العبارات الموجودة فيها، وذلك بوضع الإشارة (×) تحت إحدى الخيارات الخمس (غير راض- راض قليلا- راض بشدة) كما نرجو منكم التأكد من الإجابة على جميع العبارات لأن الإجابات الناقصة تؤدي إلى إلغاء الاستمارة، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة، لا تضع إلا إشارة واحدة أمام كل عبارة.

أملنا أن تسهم إجاباتكم في دراسة هذا الموضوع، وفي إثراء البحث العلمي.

لكم منا جزيل الشكر المسبق على تعاونكم معنا.

الباحث

البيانات الشخصية:

الولاية:

مؤسسة الصحة العمومية:

الجنس: ذكر أنثى

المصلحة التي تعملون بها: الإستعجالات الطبية-الجراحية

مصلحة الإنعاش

مصلحة الطب الداخلي

الأقدمية المهنية: أقل من 05 سنوات

من 05-10 سنوات

من 10-15 سنة

من 15-20 سنة

أكثر من 20 سنة

إستمارة الرضا الوظيفي للمرضين للتحكيم

إقتراح البديل	المحتوى		الصياغة اللغوية		العبارات	البعد
	مناسب	غير مناسب	مناسبة	غير مناسبة		
					1-توفر لي وظيفتي فرصا لاكتساب مهارات وخبرات جديدة .	طبيعة العمل
					2-تتيح لي وظيفتي استقلالية بالعمل والقرارات.	
					3-توفر لي وظيفتي فرص للتطور المهني.	
					4-تحقق لي وظيفتي مكانة ومنزلة اجتماعية جيدة.	
					5-المهام المنوطة بي واضحة وملائمة.	
					6-هناك وضوح في إجراءات العمل.	
					7-تتيح لي وظيفتي فرص الإبداع والتطور في مجال العمل.	
					8-توفر لي وظيفتي فرص للاطلاع على ما هو جديد متصل بطبيعة وظيفتي أكاديميا.	
					9-تتيح لي وظيفتي فرص للمشاركة في الدورات والمؤتمرات العلمية.	
					10-الإضاءة مناسبة لطبيعة العمل.	ظروف العمل
					11-وجود تهوية وتدفئة مناسبة في العمل.	
					12-كل الوسائل الضرورية للعمل متوفرة.	
					13-غرف المصلحة تتناسب مع عدد المرضى.	
					14-تخصيص غرفة المناوبة للمرضين بكل متطلباتها.	
					15-اعتقد أن ساعات عملي الأسبوعية مناسبة.	
					16-أيام الراحة و العطل التي أحصل عليها مناسبة.	

					17-توفر لي وظيفتي بالمستشفى فرص التقدم والترقية.	أنظمة الترقيات والحوافز
					18-معايير وأنظمة الترقية بالمستشفى واضحة.	
					19-ترتبط الترقية بالمستشفى بالكفاءة وفاعلية الأداء.	
					20-إدارة المستشفى توفر لي فرص للتكوين المستمر الذي يؤهلني للتقدم في عملي.	
					21-نظام التقاعد في المستشفى مناسب.	
					22-أتقاضى أجرا يتناسب مع حجم عملي الذي أؤديه.	الراتب والعلوات
					23-الأجر الذي أتقاضاه يتناسب مع متطلبات المعيشة.	
					24-يعتبر أجري مناسب مقارنة مع زملائي الآخرين في المهنة.	
					25-ما أتقاضاه يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به.	
					26-إدارة المستشفى تحرص على أن تستوفي كل مستحقاتي المالية.	
					27-منحة العدى التي أحصل عليها مناسبة.	
					28-يتقبل رئيس المصلحة اقتراحاتي حول تطوير مهنة التمريض.	
					29-علاقة الممرضين مع بعضهم يسودها الود والمحبة.	العلاقة مع الزملاء والمسؤولين
					30-تعامل المسؤولون معي يسوده التقدير والاحترام.	
					31-عملي يتيح لي فرص تكوين صداقات داخل المستشفى.	

					32-أحصل على قدر مناسب من التحفيز و التشجيع من الزملاء في العمل.	
					33-يهتم الممرضون بأحوال بعضهم البعض	
					34-استشير زملائي في حل بعض المشكلات المتعلقة بالعمل.	
					35-أرى أن المسؤولين عن التمريض يهتمون بالمرضى كثيرا.	المكانة والتقدير
					36-اشعر بأن الممرض ينال تقدير واحترام الآخرين في المجتمع.	
					37-العمل في مهنة التمريض مصدر فخر وتقدير من العائلة.	
					38-ينال الممرض احترام وتقدير المريض.	
					39-يحصل الممرض على احترام وتقدير ذوي المريض.	
					40-يحصل الممرض على احترام وتقدير أطباء المستشفى.	

الإحترق النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين.

المخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة الإحترق النفسي بالرضا الوظيفي وتقدير الذات لدى الممرضين تبعاً لمتغيرات مكان العمل، الأقدمية المهنية والجنس، لذا استخدم الباحث المنهج الوصفي والعيادي لملاءمة الدراسة الحالية، حيث بلغت عينة الدراسة 225 ممرض وممرضة، وتم استخدام مقياس الإحترق النفسي لـ "ماسلاش"، ومقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث"، وإستبيان الرضا الوظيفي للممرضين من إعداد الباحث، فأسفرت نتائج الدراسة أن للممرضين مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، ومنخفض لكل من الرضا الوظيفي وتقدير الذات، وأظهرت النتائج أيضاً أنه توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي وتقدير الذات تبعاً لمتغيري مكان العمل والأقدمية المهنية، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية في المقاييس المستعملة تبعاً لمتغير الجنس، كما أسفرت الدراسة على وجود علاقة إرتباطية عكسية بين كل من الإحترق النفسي والرضا الوظيفي وكذا تقدير الذات، وكذا علاقة إرتباطية طردية بين الرضا الوظيفي وتقدير الذات، وقد عرضت الدراسة مجموعة من التوصيات إستناداً إلى النتائج المتوصل إليها.

الكلمات المفتاحية :

الإحترق النفسي، الرضا الوظيفي، تقدير الذات، الممرضين، مؤسسات الصحة العمومية.

Le burn out et sa relation avec la satisfaction au travail et l'estime de soi chez les infirmiers.

Résumé : L'étude visait à mettre en évidence la relation entre le burn out, la satisfaction au travail et l'estime de soi des infirmiers selon les variables du lieu de travail, de leur ancienneté professionnelle et de leur sexe, et le chercheur a donc utilisé les méthodes descriptives et cliniques correspondant à l'étude en cours, l'échantillon de l'étude est composée de 225 infirmiers et infirmières. Le chercheur a utilisé l'échelle du burn out de Maslash, le test de l'estime de soi de Cooper Smith et un questionnaire de satisfaction au travail des infirmiers élaboré par le chercheur. Les résultats de l'étude ont montré que les infirmiers présentaient un degré élevé de burn out et un faible degré de satisfaction au travail et de l'estime de soi, ainsi qu'il y avait des différences statistiquement significatives dans les dimensions du burn out, de la satisfaction au travail et de l'estime de soi en fonction des variables du lieu de travail, de l'ancienneté professionnelle, bien qu'il n'y ait pas de différences statistiquement significatives dans les tests utilisées selon la variable sexe. L'étude a également révélé une corrélation inverse entre le burn out, la satisfaction au travail ainsi que pour l'estime de soi, et une corrélation positive entre la satisfaction au travail et l'estime de soi. L'étude a présenté un ensemble de recommandations basées sur les résultats obtenus.

Les mots clés :

Burn out, satisfaction au travail, estime de soi, infirmiers, établissements de santé publique.

Burnout and its relationship to job satisfaction and self-esteem among nurses

Abstract: The study aimed at revealing the relationship of the burn out to job satisfaction and self-esteem among nurses according to the variables of the workplace, professional seniority and gender. Therefore, the researcher used descriptive and clinical methods adapted to current study. The study sample was 225 nurses. The researcher used the MASLASH burn-out scale, Cooper Smith's self-esteem scale and a nurse's job satisfaction questionnaire developed by the researcher. The results of the study showed that nurses have a high level of burn out, and low level for both job satisfaction and self-esteem. The results showed that there are statistically significant differences in the dimensions of burn out, job satisfaction and self-esteem according to the variables of the workplace and professional seniority, while there are no statistically significant differences in the tests used according to the gender variable, the study also showed an inverse correlation between the burn out and job satisfaction as well as a positive correlation between job satisfaction and self-esteem. The study presented a number of recommendations based on the results obtained.

Key words:

Burn out, job satisfaction, self-esteem, nurses, public health institutions.