جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بولاية تيزي وزو

The quality of life of nurses working through the system of shift work in some Tizi-Ouzou hospitals and approximated health centers

برجان وردة، أ.د خلفان رشيد

مخبر مجتمع–تربية–عمل جامعة تيزي وزو

Corresponding author: berdjanewarda@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2020/05/16 تاريخ النشر:2020/06/30

ملخص: *تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند عينة تقدر ب(250) من الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية المتواجدة بولاية تيزي وزو، كما تهدف أيضا إلى التعرف عما إذا توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين أفراد العينة حسب الأقدمية في العمل ، وتوصلت النتائج الى أن جودة الحياة متوسطة عند أغلبية الممرضين والى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الأقدمية في العمل.*

الكلمات المفتاحية: *جودة الحياة، الممرضين، الأقدمية، المستشفيات*

***- Abstract** : This survey aims to know the level of quality of life of 250 nurses from some hospitals and nearby health institutions which adopt shift work at Tizi-ouzou . The purpose of the study was also to find if there are differences in the quality of life among workers according to their level of seniority.. The findings showed a medium level of quality of life for most subjects but no statistically significant differences according to seniority in work.*

***Keyswords** : quality of life , nurses, seniority , hospitals*

-مقدمة: بتطور العلوم وتغير مفهوم الصحة من سلبي إلى ايجابي وظهور النظرة الإيجابية للحياة، زادت نسبة الدراسات التي تناولت موضوع جودة الحياة سواء في العمل أو في الصحة أو في الحياة ككل، وأصبحت المنظمات تسعى إلى تحقيق الجودة والرفاه بعدما

كانت تركز فقط على الإنتاج، وتم تصميم عدة مقاييس تعنى بهذا الموضوع نظرا لأهميته في تحقيق التنمية المستدامة وفي تحقيق الرفاه وتحفيز المعنيين لجعل المجتمعات أكثر سعادة، بالتالي يصبح مستوى جودة الحياة مؤشرا على نوع الحياة والظروف المحيطة بالشخص وكذا بيئة عمله، ويساعد تقييمها على معرفة جوانب الضعف ومحاولة البحث عن أسباب انخفاض جودة الحياة ومحاولة المساهمة في تحسينها.

-**الاشكالية:** يعتبر Thomson (2009) العمل التناوبي مطلبا اقتصاديا وحاجة إنسانية، كونه يسمح باستمرارية الإنتاج ويضمن الخدمة 24/24ساعة، خصوصا في القطاع الصحي الذي لا يمكن فيه الاستغناء عن هذا النوع من تنظيم العمل، حيث يكون فيه منظما على شكل دوريات يتناوب فيها العمال على العمل على مدار24ساعة، لكن بالرغم من فوائد هذا التنظيم، إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت الآثار السلبية التي يمارسها على الحياة العائلية والاجتماعية وحتى الصحية للعمال، وبالأخص فئة الممرضين الذين يشكلون نسبة مهمة من الطاقم الطبي الذي يتحمل مسؤوليات كثيرة وأعباء جسمية ونفسية معتبرة، يضاف إليها أوقات العمل غير الاجتماعية والتي تؤثر سلبيا على صحتهم، والتي يمتد أثرها إلى الحد من استمتاعهم بالحياة وشعورهم بجودة حياتهم، فمثلا نجد دراسة المعهد الوطني الفرنسي للممرضين (2018) على مستوى (17) مركزا استشفائيا متواجدا جنوب فرنسا والتي تناولت عدة متغيرات متعلقة بجودة الحياة لديهم، من بينها الاكتئاب والإجهاد المهني وعدم الارتياح والتعب والعوامل المسببة له لدى فئة الممرضين وتوصلت نتائجها إلى تبيان معاناة هذه الفئة من كل ما سبق بنسب مرتفعة، كما بينت أن أوقات العمل تؤثر على حياة أكثر من 50% من الممرضين.

وفي نفس السياق، أجرى W.Bourghattas O.El Maalelآخرون(2012) دراسة في تونس على عينة من (100) ممرض موزعين على مجموعتين، الأولى ثابتة في العمل نهارا والثانية ثابتة في العمل ليلا، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر العمل الليلي على جودة النوم و جودة الحياة واليقظة لدى الممرضات. وتوصلت النتائج إلى أن مستويات جودة

الحياة كانت أفضل عند الممرضات العاملات نهارا من اللواتي يعملن ليلا، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الجسدية بين الممرضات العاملات ليلا والعاملات نهارا.

كما نجد من جهة أخرى دراسة لعريط ، بوحارة (2016) حول الانعكاسات النفسية والسلوكية(الاكتئاب، القلق، الاحتراق النفسي) لنظام العمل بالمناوبة(8X3) بمركب المواد البلاستيكية بسكيكدة و التي توصلت نتائجها إلى أن خصائص نظام العمل التناوبي تشكل أحداثا مثيرة للضغوط. كما أكدت نفس الدراسة أن العمل بالمناوبة له تأثير سلبي على عادات النوم والعلاقات الاجتماعية التي ترتبط بحالات الشعور بالتعب و النوم المتقطع و اضطرابات الشهية، والتي تمثل مؤشرات عامة تدل على ارتفاع الاستجابة الاكتئابية و القلق والاحتراق النفسي.

وفي نفس السياق، نجد دراسة على عبد الله صالح العقل (2003) التي أجريت في السعودية والتي هدفت إلى التعرف على واقع العمالة التمريضية واتجاهاتها نحو العمل في المستشفى العسكري بالرياض على عينة من (207 ممرض)، وتوصلت إلى أن من أسباب العزوف عن مهنة التمريض، وجود مناوبات ليلية تؤثر على الالتزامات الأسرية بـ 77.4% وطول ساعات العمل بنسبة 71.3. .%.

بالإضافة لما سبق نجد العديد من الدراسات عن الآثار السلبية التي يسببها العمل التناوبي على المستوى الاجتماعي منها دراسة Owantélé (2009) التي أجريت في كندا، حيث كشفت النتائج وأثبتت الأثر السلبي للعمل بالتناوب على الصراع عمل /عائلة. كما أثبتت تأثيره على الصحة النفسية، في نفس السياق كذلك، نجد دراسة Nancy coté (2014) لحالة (4) ممرضات في المركز الصحي والخدمات الاجتماعية بكيبك الكندية ،أين تناولت أسباب ترك العمل لديهن، وتوصلت النتائج الى أن من بين اهم الاسباب التي تجعل الممرضات يتخذن قرار ترك العمل هي عدم الاستقرار وعدم القدرة على التوفيق بين

العمل والمسؤوليات العائلية، حيث يجدن أنفسهن يعملن بأوقات غير ملائمة لهذه المسؤوليات.

على مستوى الصحة الجسمية نجد ما توصلت اليه دراسة Anders Knutsson ، Lars Alfredsson وآخرون(2013)التي تناولت موضوع سرطان الثدي عند عمال التناوب في ستوكهولم بالسويد، والتي هدفت إلى معرفة ما إذا كان العمل بالتناوب المتضمن العمل الليلي أو الذي لا يتضمنه مرتبط بخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى عينة من (4036) ممرضة. وتوصلت الدراسة إلى أن (94) امرأة أصيبت بسرطان الثدي خلال (14.4) سنة ، وبلغت نسبة خطر السرطان بـ (1.23) في العمل التناوبي بدون العمل الليلي، ونسبة (2.2) العمل التناوبي المتضمن العمل الليلي.

وفي نفس الإطار، نجد أيضا نتائج دراسة Andres knustsson وآخرون(2010) حول اضطرابات الجهاز الهضمي عند عمال التناوب، والتي هدفت إلى مراجعة الادبيات المنشورة المرتبطة بالعمل التناوبي والاضطرابات الهضمية، وتم فيها الاعتماد على مقالات نشرت خلال الفترة الممتدة من سنة 1966 إلى سنة 2009، وتوصلت إلى أن هناك (20) دراسة حول الموضوع و4 من 6 دراسات منها دلت على وجود علاقة دالة احصائيا بين العمل التناوبي وأعراض اضطرابات الجهاز الهضمي.

كما تناولت بعض الدراسات الجزائرية أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالعمل الليلي والتناوبي على المستوى الوطني منها دراسة صامر، خلفان (2016) حول الآثار الفيزيولوجية والنفسية للعمل الليلي في صحة الممرضات بمستشفى ندير محمد بتيزي وزو وتوصلت نتائجها الى وجود تأثير سلبي للعمل الليلي في كل من الصحة الجسدية والنفسية والمهنية لدى الممرضين.

و في دراسة أخرى قام بها أيت اسعد ، معروف (2016) حول تأثير العمل بالدوريات في الانتباه والنوم الليلي والتي بينت نتائجها تأثير العمل بالدوريات على الانتباه وكذلك التغيرات اليومية للانتباه لدى ممرضي الدورية الليلية وتأثيرها كذلك في مدة النوم لدى ممرضي دورية النهار. كما يمكن ذكر دراسة حلي ، خلفان (2016) حول الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والممرضين في المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو والتي توصلت نتائجها الى معاناة الممرضين من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي. ولعل هذه النتائج ونتائج دراسات أخرى عديدة صبت في نفس الموضوع تمثل اشارة واضحة لتراجع مستويات جودة الحياة لدى الممرضين، وهذا ما دفعنا للبحث في الموضوع وطرح التساؤلات التالية:

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

-هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى لمتغير الأقدمية في العمل؟

-فرضيات الدراسة:

-مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو منخفضة.

-توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى لمتغير الأقدمية في العمل.

-**أهداف الدراسة:** تكمن أهداف الدراسة في التعرف على مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو موضوع الدراسة وتحديد الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة حسب الأقدمية.

-**التعريف الاجرائي لمفهوم جودة الحياة:** جودة الحياة هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الفرد العامل في مهنة التمريض(ممرض وممرضة) في كل من المؤسسات الصحية التالية: المستشفى الجامعي "ندير محمد"، مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت"، المستشفى العمومي دائرة أزفون ، مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون ، مستشفى بالوا، مركز الصحة الجوارية ذراع بن خدة، من خلال إجابته على استبيان جودة الحياة المتكون من خمسة أبعاد هي: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، الحياة الاجتماعية، أنشطة وقت الفراغ، الحياة المهنية، وفق البدائل التالية(دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) .

-**منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المنهج الوصفي لأنه الأنسب لموضوعنا الذي هو عبارة عن تقصي منظم عن جودة الحياة ووصفها كميا كما هي في الواقع، من خلال معطيات مأخوذة من ميدان الدراسة.

-**عينة الدراسة:** تكونت العينة من(250) ممرض وممرضة من مجتمع احصائي قدر بـ (1300) ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة في كل مؤسسة من المؤسسات الصحية الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (1): توزيع افراد العينة حسب المؤسسات الصحية

المؤسسة	التكرار	النسبة المئوية
المستشفى الجامعي "تدير محمد"	74	%29.6
مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي"	44	%17.6
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت"	15	%06
المستشفى العمومي دائرة أزفون	28	%11.2
مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون	15	%06
مستشفى بالوا	32	%12
مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة	42	16.8%
المجموع	250	%100

نلاحظ من الجدول السابق تفاوت نسب الممرضين حسب مؤسسة الانتماء وهذا راجع لاختلاف حجم المؤسسات الصحية وعدد الممرضين المنتمين لها، فكانت أكبر نسبة متمثلة في 29.6% على مستوى المستشفى الجامعي "تدير محمد"، تليها نسبة 17.6% على مستوى مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي"، ثم نسبة 16.8% مركز الصحة الجوارية دراع بن خدة، ونسبة 12% في مستشفى بالوا، ثم نسبة11.2% على مستوى المستشفى العمومي لدائرة أزفون ، بعدها نسبة 06% في كل من مركز الصحة الجوارية بلدية أزفون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "صبيحي تسعديت".

-**أداة البحث:** استعملنا قصد جمع البيانات من الميدان، استبيان يقيس جودة الحياة قمنا بتصميمه استنادا الى مجموعة من الأدبيات والمقاييس السابقة المتعلقة بموضوع جودة الحياة والمتمثلة في مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية بنسختيه المطولة والمصغرة(WHOQOL100وWHQOL Bref)، مقياس جودة الحياة لـSPITZER. ، مقياس جودة الحياة(SF36) ،مقياس جودة الحياة لمصطفى حسن عبد المعطي.

يتكون من (50) بندا موزعا على خمسة أبعاد وهي:

- **بعد الصحة الجسمية**
- **بعد الصحة النفسية**
- **بعد الحياة الاجتماعية**
- **بعد انشطة وقت الفراغ**
- **بعد الحياة المهنية**

تتم الاجابة على بنود الاستبيان وفق البدائل هي: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا وفق التدريج الخماسي لسلم ليكرت المنقط من (1-5) ، وتم تصنيف الدرجات الى منخفضة ومتوسطة ومرتفعة بحساب الرباعيات.

-الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

-صدق الاتساق الداخلي: قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية الاصدار20، وقد بينت النتائج أن جميع قيم ومعاملات الارتباط بين البنود دالة عند مستوى الدلالة (0.01)،كما بينت كذلك ارتباط درجات كل بعد بالدرجة الكلية للاستبيان كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم(02): نتائج اتساق محاور الاستبيان مع الدرجة الكلية للاستبيان

محاور الاستبيان	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الاحصائية
محور الصحة الجسدية	0.815**	0.01
محور الصحة النفسية	0.848**	
محور الحياة الاجتماعية	0.805**	
محور أنشطة وقت الفراغ	0.685 **	
محور الحياة المهنية	0.715**	

يتضح من الجدول السابق أن كل معاملات الارتباط بين محاور الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يثبت أن الاستبيان صادق ويقيس ما صمم من اجله.

-**ثبات أداة الدراسة:** تم حساب ثبات الاستبيان عن طريق التجزئة النصفية وذلك بالاستعانة ببرنامج الحزمة الاحصائيةSpss20 ،وقد تم فيها تجزئة فقرات الاستبيان الى جزئين من بعهدها تم الحساب وقد وردت النتائج كما يلي:

الجدول رقم(03): نتائج ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية

50 بند	معامل الفا كرونباخ	التباين	الارتباط بين النصفين	معادلة جتمان
النصف الأول(25بند)	0.907	339.954	0.699	**0.821**
النصف الثاني(25بند)	0.876	279.562		

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

-**أدوات تحليل البيانات:** تم الاعتماد في الدراسة على مجموعة من الأدوات الاحصائية الوصفية المتمثلة في النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، اختبار ت ، وقد تمت معالجة المعطيات ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS20 .

-**عرض ومناقشة النتائج:** يمثل الجدول التالي نتائج أفراد العينة في استبيان جودة الحياة مصنفة الى مستويات حسب مفتاح التصحيح.

جدول رقم (04): مستويات جودة الحياة لدى أفراد العينة

مستويات جودة الحياة	التكرار	النسبة المئوية
منخفض 50-82	02	%0.8
متوسط 83-165	179	%71.6
مرتفع 166-250	69	%27.6

نلاحظ من الجدول رقم(04) أن أغلبية أفراد العينة الذين قدرت نسبتهم ب71.6% كان مستوى جودة حياتهم متوسطا، بينما كان مستوى جودة الحياة مرتفعا عند 27.6% منهم، في حين جاءت أقل نسبة وهي 0.8% لتمثل الممرضين الذين لديهم جودة حياة منخفضة.

الجدول رقم(5): متوسطات درجات الأفراد في أبعاد استبيان جودة الحياة

أبعاد جودة الحياة	متوسطات درجات الأفراد في الأبعاد
الصحة الجسدية	2.01
الصحة النفسية	3.44
الحياة الاجتماعية	3.44
أنشطة وقت الفراغ	2.20
الحياة المهنية	3.22

يمثل الجدول متوسطات درجات أفراد العينة في مختلف أبعاد جودة الحياة، حيث ورد أن بعد الصحة الجسدية قد حصل على أقل درجة حيث كان المتوسط الحسابي له2.01 ، يليه متوسط بعد أنشطة وقت الفراغ الذي قدر بـ2.20 ، ثم بعد الحياة المهنية بمتوسط قدره3.22، وأخيرا متوسط بعد الحياة الاجتماعية ومتوسط بعد الصحة النفسية بـ3.44 لكل واحد منهما .

يظهر لنا من نتائج الجدول(04)عدم تحقق الفرضية التي تقول بأن مستويات جودة الحياة منخفضة ،قد يرجع هذا الأمر الى تكيف عام لدى أغلب أفراد العينة واتجاه عام نحو الرضا عن الحياة، كما يمكن أن يكون الأفراد لا يعيرون أهمية كبيرة للمواضيع التي تم قياسها ، كما نلاحظ في الجدول رقم(5) أن بعد الحياة الاجتماعية حصل على درجات مرتفعة مقابل الأبعاد الأخرى وقد يرجع الأمر الى عيشهم حياة اجتماعية وتفاعلهم المستمر داخل مكان العمل، كما يمكن أن يرجع السبب في انخفاض درجات بعد أنشطة وقت الفراغ الى عدم انتظام أوقات العمل خاصة عند الممرضين العاملين في المناوبات الطويلة والليلية حيث لا يتمكنون من ممارسة أنشطة وقت الفراغ، ويستغلون الوقت المتاح لهم للاسترجاع والراحة .

الجدول رقم (06): الفروق بين الممرضين في جودة الحياة حسب الأقدمية

المتغير	العينة				قيمة– T–	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة	الدلالة
	الأقدمية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	0.713	0.351	0.05	غير دالة
جودة الحياة	أقل من05سنوات	123	152.98	24.51				
	أكثر من 05سنوات	127	150.85	22.58				

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم(06) أنه بلغ عدد الممرضين الذين تقل أقدميتهم في العمل عن (05) سنوات (123) ممرض وممرضة بمتوسط حسابي قدر بـ(152.98)، وانحراف معياري قدر ب(24.51)، أما فيما يخص فئة الممرضين الذين تزيد اقدميتهم في العمل عن(05) سنوات فقد بلغ عددهم (127) بمتوسط حسابي قدر بـ(150.85) وانحراف معياري قدر بـ(22.58)،بالتالي يظهر لنا أن المتوسطات لم تظهر

فرقا كبيرا بين الفئتين في مستويات جودة الحياة، ولإثبات ما اذا كانت هذه الفروق ذات دلالة احصائية قمنا بحساب اختبار (T)لدلالة الفروق بين المتوسطات.

بعد الحساب تم ايجاد قيمة (T)التي قدرت حسب الجدول بـ(0.713) حيث بلغت قيمة الدلالة (sig0.351)وبعد مقارنتها بمستوى الدلالة (0.05) اتضح لنا أن قيمة (sig0.351) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، لذلك فإننا نرفض الفرضية الثانية التي مفادها : توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى لمتغير الأقدمية في العمل. ونقبل الفرضية الصفرية التي مفادها: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستويات جودة الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بنظام المناوبة في بعض المستشفيات ومراكز الصحة الجوارية بتيزي وزو تعزى لمتغير الأقدمية في العمل.

يمكن أن يفسر السبب في عدم وجود فروق في مستويات جودة الحياة والتي تشمل الأبعاد الخمسة التي تم ذكرناها سابقا بين الفئتين الى كون العوامل التي تسبب انخفاض جودة الحياة لا تتعلق بمدة العمل والأقدمية بل بعوامل أخرى قد تكون خارجة عن بيئة العمل، ويمكن أن يرجع السبب أيضا الى البيئة الخارجية ومدى توفر الخدمات بالإضافة لأنشطة وقت الفراغ التي كانت درجات الممرضين منخفضة فيها، حيث تمارس خارج اطار بيئة العمل ولا تتداخل مع عدد السنوات التي أمضاها الفرد في المؤسسة.

أثبتت النتائج التي تحصلنا عليها اعتدالية مستويات جودة الحياة وأن أغلب أفراد العينة يتأثرون بشكل بسيط بالعمل التناوبي سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية أو المهنية، وهذه النتائج لا تتشابه مع نتائج دراسة حلي، خلفان (2016) وصامر، خلفان (2016)، كما لا تتوافق أيضا مع نتائج ايت اسعد، معروف(2016) والتي أثبتت كلها تراجع في مستويات الصحة الجسمية والنفسية لدى الممرضين العاملين بالمناوبة.

-**خاتمة:** كما لاحظنا في نتائج دراستنا فإنه يبدو أن مستويات جودة الحياة تتجه نحو الاعتدالية فقد جاءت الدرجات متوسطة عند أغلب أفراد العينة، لكن هذا الأمر لا يدل بالضرورة على أن كل ظروف العمل جيدة وكل مقومات جودة الحياة ايجابية لدى الممرضين، فقد يكمن السبب في ذلك توجه شخصي لدى أفراد العينة الى اعطاء اجابات موجبة لدوافع شخصية متعلقة بهم، أو في عدد الأسئلة الذي قد يكون غير كاف ،في الأخير يمكن لنا القول أن مفهوم جودة الحياة ذاتي لذلك من الممكن أن تكون المتغيرات التي تم قياسها لا تمثل جودة الحياة لدى هذه الفئة.

-قائمة المراجع:

1-أيت اسعد،م ومعروف،ل (2016).تأثير نظام العمل بالدوريات في الانتباه والنوم الليلي. مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري ،تيزي وزو

2-حلي،م وخلفان،ر (2016).الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والممرضين. مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري ،تيزي وزو

*3-لعريط،ب وبوحارة،ه (2016).الانعكاسات النفسية والسلوكية(الاكتئاب، القلق والاحتراق النفسي) لنظام العمل بالمناوبة(3*8) . حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 101 ، ص567-591 .*

4-العقل، علي عبد الله صالح (2003). واقع العمالة التمريضية الوطنية واتجاهاتها نحو العمل:دراسة تطبيقية في مستشفي القوات المسلحة في كل من الرياض والهدا. مذكرة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

5- صامر،س وخلفان،ر (2016).الآثار النفسية والفيزيولوجية للعمل الليلي في صحة الممرضات. مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري ،تيزي وزو

6-Coté ,N.(2014). Rapport au travail mobilité Professionnelle et par cours de vie, le cas des jeunes infirmières et infirmiers auxiliaires d'un centre de santé et des service sociaux faculté des arts et sciences , universiteMontréal,

7-Knutsson, A., Alfredsson, L., Karlsson, B., Åkerstedt, T., Fransson, EI., Westerholm ,P., Westerlund, H.(2013). Breast cancer among shift workers: results of the WOLF longitudinal cohort study. Scand J Work Environ Health ;39(2):170-177

8-Knutsson,A. Boggild,H.(2010). Gastrointestinal disorders among shift workers Scandinavian Journal of Work. Environment & Health,. 36 ;(02) p 85-95.

9.Boughattas, w., El maalel, O ., Bechikh, R., Kalboussi, H., Chatti,S ., Debbabi, F ., Doggui, M., Mrizak, N. (2012).Qualité de sommeil ,qualité de vie et troubles de la vigilance chez l'infirmier de nuit. Médecine Du Sommeil. v09.p56