

علاقة ظروف العمل في المؤسسات الصحية بتبلد المشاعر

لدى الممرضين.

ميهوبي فوزي⁽¹⁾

(1) جامعة البليدة 2، علي لونيبي

تاريخ الإرسال: 2020-10-25 تاريخ القبول: 2020-11-01

الملخص:

هدف البحث إلى معرفة ظروف عمل الممرضين، ومستوى تبلد المشاعر لديهم، وهل توجد فروق في تبلد المشاعر الممرضين تعزى للجنس والأقدمية المهنية، وكذلك معرفة ما إذا توجد علاقة بين ظروف العمل وتبلد المشاعر. لتحقيق ذلك استخدمنا مقياس لظروف العمل، ومقياس تبلد المشاعر، بعد التحقق من خصائصهما السيكومترية. تم تطبيقهما على عينة متكونة من (677) ممرضة وممرضة من (20) مؤسسة صحية، شملت الجهات الأربعة للوطن. أسفرت النتائج على أن نسبة ظروف العمل غير ملائمة تساوي (31.8%)، مقابل (19.8%) ظروف عمل ملائمة، وأن (48.4%) متوسطة. وأن (64.3%) من العينة لهم مستوى تبلد المشاعر مرتفع، كما لا توجد فروقا في مستوى تبلد المشاعر تعزى للجنس والأقدمية المهنية، وأنه توجد علاقة دالة بين ظروف العمل وتبلد المشاعر لدى الممرضين.

الكلمات المفتاحية: ظروف العمل – تبلد المشاعر – الممرضون.

1. مقدمة:

تعتبر العناية الصحية إحدى معايير درجات تحضر الدول، فلا نمو ولا ازدهار بدون الاعتناء الكامل والشامل بالمواطن. وتزداد ضرورة الاهتمام بالخدمات الصحية في الجزائر كون إصلاح المستشفيات الذي شرعت فيه منذ (2002) لم يحقق مبتغاه، فرغم الجهود، والأموال، والأوقات إلا أن إهمال تنظيم وتسيير هذه المرافق الصحية، وعدم توفير ظروف عمل ملائمة للسلك الطبي والشبه طبي، والإغفال عن وقاية هذه الأسلاك من الاحتراق النفسي الناجم عن طبيعة هذه المهن وعن ظروف العمل، ساعدت على تفشي سلوكيات أقل ما يُقال عنها أنها بليدة، وجافة وعديمة التعاطف مع مستقبلي هذه الخدمات.

لقد ركزنا على الممرضين، حيث هناك افتراض يكاد يجمع عليه كثيرون، وهو إذا

كان المستشفى يعاني من نقص الملاك التمريضي (كمّاً ونوعاً)، فلا جدوى من توفير أحدث التجهيزات الطبية، وأرقى الأطباء، وأفضل الإدارة (العنزي، 2009، ص 30).

2. الإشكالية:

باشرت الجزائر منذ (2002) في إصلاح المؤسسات الصحية سعياً لعصرنة و" أنسنة" الخدمات المقدّمة لمواطنيها، وهذا في إطار احترام القوانين الدستورية، حيث تنص المادة 54 منه على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين..." (تقرير لجنة حقوق الإنسان 2010، ص 11). وقد تجلّى هذا الإصلاح في المساعي الجبارة، من إنشاء المؤسسات الصحية، واستيراد الأجهزة المتطورة، وشراء وصنع الأدوية، والتكوين المستمر لمختلف الفئات المهنية، والموازنة المتزايدة كل سنة، إلخ، وسُمّيت الوزارة منذ ذلك الحين بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ورغم كل الجهود لم تتوصل المؤسسات الاستشفائية إلى تحقيق الأهداف المتوخاة، ولا تزال الخدمات المقدّمة بعيدة عن تطلعات المواطن، يرى خروبي (2011) أنه: إصلاح المنظومة الصحية قطع فترة زمنية طويلة دون الوصول إلى تحسين الخدمات، فهذا يعني أنه عبارة عن سياسات ترقيعية من أجل ربح الوقت لا غير، ودليلنا يتجلّى من خلال سوء التسيير الذي تشهده حل المؤسسات الاستشفائية". ويعبر بومعزة (2008, p 272 Boumaza, عن أسفه ويُصرح "ولكن لا شيء تغيّر في الواقع بالنسبة للمريض الذي ينتظر تكفلاً لائقاً، فالعملية الإصلاحية طال أمدها". كما كشفت سعدي (2010) أن القطاع: "يشهد أزمة سلوكية لموظفيه تستوجب تدخل الدولة لإيجاد الحلول، غير أنه بالرجوع للمحطات الأساسية لسلسلة الإصلاحات التي شهدتها القطاع الصحي، نجد أنها لم تؤخذ بعين الاعتبار الأبعاد المكونة للمناخ التنظيمي السائد في المؤسسات الصحية، والذي يعد من أسباب لتلك السلوكيات السلبية، الأمر الذي حال دون بلوغ القطاع الصحي خدمات ذات جودة تلقى رضا المريض والمواطن". ويشير خروبي (2011) أنه "إتضح مع مرور السنوات أن المنظومة الصحية في الجزائر لا تستطيع تحسين وتطوير نوعية الخدمات الصحية، والسبب في ذلك هو أن الأفراد أو الموظفين في هذه المؤسسات لم يعودوا مهتمين بتقديم أقصى ما لديهم من مجهودات في أداء مهنتهم، بدعوى أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى المهنية التي

تميّز حياتهم المهنية بصفة عامة لم تعد تشجعهم على ذلك، الأمر الذي أدى إلى تدهور قطاع الصحة بصفة عامة".

إن خلاصة نتائج دراسات وملاحظات الباحثين، وكذا خبرتنا الميدانية في قطاع الصحة، دفعتنا كي نركز على علاقة ظروف العمل بتبلد المشاعر، اعتقاداً منا بأنها من أهم عوامل فهم وتفسير مصدر نوعية الخدمات الصحية، المنقوصة "الأنسنة".

لقد توصلت دراسة سعدي (2010) أنه: "إذا اعتبر الأطباء العوامل المادية هي ما يحول دون أداء خدمة ذات جودة إضافة لغياب الدوافع، فإن الإداريين وأفراد السلك شبه الطبي أرجعوا ذلك بالدرجة الأولى لظروف العمل التي لم تنجح في خلق الجوِّ الملائم لإثارة حماسهم للعمل". والجدير بالملاحظة هو أن سياق هذه البيئة جعل الفئات المهنية داخل المؤسسات الصحية أقل إحساساً بالمريض، وسادت سلوكيات بليدة، وهي مؤشر على وجود تبلد مشاعر مرتفع، وذلك ما كشفت عنه دراسة طايبي (2013) وحدييات (2011) وميهوبي (2011)، ولقد جاء الأمر المتعلق بالاهتمام بالصحة النفسية لعمال الصحة في التعليمية الوزارية رقم (18) المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 التي ذُكر فيها: "...غالباً ما يواجه مهنتي الصحة العاملين في المصالح الاستعجالية والعناية المركزة وضعيات قاسية في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى، فهم يخضعون لعبء العمل، ولأعباء فكرية وانفعالية نظراً للضغوط التنظيمية والعلائقية، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا، نقص المشاركة في اتخاذ القرارات ... الخ، وقد ينجر عن هذه الإرغامات معاناة نفسية، خصوصاً لما تكون ظروف العمل غير ملائمة، فتؤدي إلى مضاعفات الضغوط القصوى: الاحتراق النفس (Instruction Ministérielle, 2002 N°18)، إلا أنها لم تؤخذ هذه التعليمية محمل الجد.

إن الاحتراق النفسي هو ظاهرة عالمية، فحسب دراسة أجريت في ست (6) بلدان، شملت (55000) ممرضاً وممرضة، تبين أن مستويات مرتفعة للاحتراق النفسي لها علاقة بدرجات منخفضة لنوعية العلاجات بوغوزين وآخرون، (Poghosyan et al, 2010)؛ بيري وكوري، (Berry & Curry, 2012). وتأكيداً على ما توصلت إليه الدراسة الكندية التي قام بها بومان وآخرون، (Baumann et al, (2001) فإن للمرضى درجات منخفضة للرضا عن العلاجات، في المستشفيات أين توجد درجات مرتفعة لعدم الرضا والاحتراق النفسي

لدى المرضين (ماك هوغ، McHugh et al, 2011؛ بيرى وكوري، Berry & Curry, 2012). أما الدراسة التي شملت (546) ممرض وممرضة من (42) مستشفى في بلجيكا أسفرت على وجود علاقة بين بيئة العمل في مستوى وحدة العلاجات والاحترق النفسي والرضا في العمل، والرغبة لمغادرة العمل، وإدراك جودة العلاجات (فان بوجارت وآخرون، Van Bogaert et al, 2010؛ بيرى وكوري، Berry & Curry, 2012). وحسب دراسة أمريكية أجريت في (430) مستشفى فإن جودة بيئة العمل لها علاقة إيجابية مع رضا المرضى (كوتني وآخرون، Kutney-Lee et al, 2009؛ بيرى وكوري، Berry & Curry, 2012). أما سندا مهيري (Sinda Mhiri, 2013) فتزى أن رداءة المناخ التنظيمي وظروف العمل، وتدهور علاقة الإنسان بالمنظمة، أصبحت تُشجب من طرف الكل باحثين والمنظرين، فهم يعتبرون أن مواقف الضغط المهني والاحترق النفسي تبدو على أنها مؤشرات واضحة لعدم صلاحية هذه العلاقة، وأن أثر هذه الأخطار على الصحة كارثي، وبالتالي يجعل من الوقاية انشغال متزايد في ميدان الصحة في العمل. كما يؤكد أحمد ماهر (1993) وعباسة أمينة (2018) إن اختلال ظروف العمل المادية من إضاءة وحرارة ورطوبة وتهوية وضوضاء وترتيب مكان العمل، وغيرها يمكن أن تؤدي إلى شعور الفرد بالتوتر والضغط النفسي. إن ظروف العمل غير الملائمة، ونقص المرضين نجم عنه مواقف غير مقبولة من طرف العمال، ويؤثر مباشرة على نوعية العلاجات، وأمام هذا التحدي يجب وضع سياسة صحية ذات الصلة (ليونار، Leonard. J.M2009) ومما جاء ذكره ارتأينا طرح الأسئلة التالية:

- 1- ما طبيعة ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية في الجزائر؟
- 2- هل يعاني المرضون من تبلد المشاعر؟
- 3- هل توجد علاقة دالة بين ظروف العمل وتبلد المشاعر لدى المرضين؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى لمتغيري الأقدمية والجنس؟

3. الفرضيات:

- 1- ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية في الجزائر غير ملائمة.
- 2- يعاني المرضون من مستوي مرتفع من تبلد المشاعر.

- 3- توجد علاقة دالة بين ظروف العمل وتبلد المشاعر لدى المرضى.
- 4- أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى لمتغير الأقدمية.
- 4- ب - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى لمتغير الجنس.

4. أسباب اختيار الموضوع:

- الاحتجاجات المتزايدة من طرف المواطنين وجمعيات المرضى على الخدمات الصحية.
- خبرتنا الميدانية المقدرة بحوالي (20) سنة داخل المؤسسات الصحية.

5. أهمية الدراسة:

- الصحة هي قطاع له موازنة (Budget) مهمة وخاصة، ولكن البرنامج الوطني للصحة يحتوي على مجلة (catalogue) متحيزة لجانب الأمراض ومشكلاتها، وقليلة جداً بل تكاد تنعدم نتائج البحوث الاقتصادية، (أوفرية، 2002، p 31, Oufriha)، والنفسية والاجتماعية... إلخ.
- يمكن أن تكون هذه الدراسة مؤشراً وحافزاً لبحوث أخرى مستقبلية.

6. أهداف الدراسة:

- معرفة طبيعة ظروف عمل المرضى ومستوى تبلد المشاعر لديهم.
- معرفة ما إذا توجد علاقة بين ظروف العمل وتبلد المشاعر لدى المرضى. وما إذا توجد فروق بين متوسطات درجات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى لمتغيري الجنس والأقدمية.

7. تحديد المفاهيم:

1.1. تعريف ظروف العمل:

هي مجموعة الخصائص الثابتة نسبياً التي تصف بيئة العمل، وتميّزها عن البيئات الأخرى، والتي تتمحور في ظروف عمل المريض في إيجاد الوسائل التي تساعد للقيام بمهامه،

وفي التوزيع المناسب لساعات العمل، وعلى سهولة الحصول على تعويض الأيام، وعلى حرية اختيار العطلة السنوية، كما تكمن هذه الظروف في رضا المريض على تاريخ الحصول على الراتب الشهري، وعلى الامتيازات الاجتماعية.

2.7. تعريف تبلد المشاعر:

تبلد المشاعر هو حالة نفسية تتسم بالإرهاق الجسدي والفكري والانفعالي لدى المريض تفقده حيويته، احساسه، وتعاطفه واهتمامه بمرضه، وهو نتيجة الدينامية التفاعلية اللاشعورية بين المريض والظروف المهنية التي يعمل فيها.

3.7. المرض:

هو عضو نشط وفعال في العملية العلاجية، متحصل على شهادة علمية وكفايات تأهله للعمل في مختلف الوحدات، والمشاركة في مختلف التدخلات في الميدان الوقاية والتربية الصحية.

8. الخلفية النظرية:

يرجع مصدر تبلد المشاعر حسب الباحثين المختصين كما سلاش وليتر (Maslach & Leiter) إلى ظروف العمل وحسبهما "لقد ساد الاعتقاد بأن تبلد المشاعر هو مشكل شخصي، وبأن الأفراد يشعرون بالاحتراق النفسي بسبب سماتهم الشخصية، أو السلوكية، أو الأدائية، والحل يكمن في تغييرهم أو التخلص منهم، لكن أبحاثنا أوصلتنا إلى عكس ذلك، فنتائج أبحاثنا العديدة، دفعتنا إلى التفكير بأن مصدر الاحتراق النفسي لا يعود إلى الأشخاص أنفسهم، بل إلى المحيط الاجتماعي الذي يعملون فيه" (كورتيال وهوتو، 2005، Courtial, Huteau, & وهذا صالح كذلك في المؤسسات الصحية الجزائرية إذ كشفت دراسات كل من طايبي، (2013) وميهوبي، (2011) وجديات، (2011) عن علاقة بين المتغيرات التنظيمية ومختلف أبعاد الاحتراق النفسي لدى المرضى، وتوصلت جلولي، (2003) إلى أن المحيط الاستشفائي يضم الكثير من عوامل الاحتراق النفسي، بعضها مرتبط بتنظيم العمل نفسه كالعبء الكمي والنوعي للمهمة، وبعضها مرتبط بالعلاقات الإنسانية التي تربط المريض بالمريض ومختلف عناصر الفريق الطبي، وبعضها الآخر مرتبط بطريقة تنظيم العمل

كنظم الترقية والأجور ومواعيد العمل ووسائله.

كما يصرح كل من جامي وآخرون (Jeamet & al,1996, p 379) بأن "سير المصلحة الاستشفائية يتطلب شئنا أم أينا علاقات الفريق، فهو على شاكلة العائلة، ويسير الفريق الطبي كنظام مغلق، فإذا كان الاتصال داخله رديء، فسواجده الكثير من الأخطار، كضياع معلومات مهمة حول المريض، كما أن الاضطراب في الاتصال يحول دون تقديم خدمات صحية نوعية.

ويعتبر تبلد المشاعر بعد من أبعاد الاحتراق النفسي الذي يعتبر المرض المهني للقرن الواحد والعشرين (21) (دولاي وبودرندي، 2010، Delaye et Boudrandi). وحسب هوفمان (Hoffman, 2005) فقد ظهرت أول مؤشرات مفهوم الاحتراق النفسي، حين استعمله (Bradly) وكان ذلك سنة (1969) في مقال «Communitybased treatment for Young adult offenders» الذي نُشر في " إجرام وانحراف " أين عرّفه الباحث كضغط خاص له علاقة بالعمل.

ويرجع أول استعمال لهذا المصطلح للطبيب العقلي والمحلل النفسي فريد نبرغر، (Freud enberger) سنة (1974)، والذي أدخله لوصف حالة مجموعة من المتطوعين العاملين معه في هياكل العناية الطبية الاجتماعية، والذي أصبح تصرفهم أسوأ من سلوك المرضى، واختار فريد نبرغر استعمال لفظ (Burnout) الذي تُرجم للفرنسية (Brulure interne) وقد جاء عنه: "أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحياناً ضحايا حرائق مثلهم مثل البنائيات، فَتَحَتَ تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد، تلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية وكأنها تحت فعل النيران ولا يبقى إلا فراغاً شاسعاً يحتل دواخل أنفسهم، حتى ولو بدت هيأتهم الخارجية سليمة نوعاً ما" (فريدنبرغر، 1978: 3). تشير (Grebot) أن تصرفات الممرض في مرحلة تبلد المشاعر لها دور إيجابي، حيث أن التباعد النفسي للممرض يحمي من عواقب تبلد المشاعر السلبية التي يُعتبر الممرض ضحيتها (Grebot, 2008: 109). فهذه – السلوكيات – هي ميكانزمات دفاعية حفاظاً على الذات التي تعيش آلام الاحتراق النفسي ومضاعفاته، فالمرض لا شعورياً يفرغ نفسه بهذه التصرفات من الشحنات السالبة (الطاقة السلبية) التي بداخله،

والتي تقلقه وتسبب له آلام.

9. المنهج المستخدم في الدراسة:

استخدمنا المنهج الوصفي، حيث يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها عن طريق النتائج وتفسيرها، وللوصول إلى حقائق دقيقة عن الوضع القائم من أجل تحسينه.

10. عينة الدراسة وطريقة اختيارها:

أجرينا البحث على عينة قوامها (677) ممرضاً، (283) ذكوراً تمثل (41.8%) و(394) إناثاً، تمثل (58.2%)، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية غير الاحتمالية. وللعلم فإن هذه العينة تمثل (1.77%) من مجموع عدد المرضين عبر الوطن والمقدر بـ (38154) - إحصائيات وزارة الصحة (2009)، تقرير (2011).

الولاية	اسم المؤسسة الاستشفائية	عدد الأفراد	المجموع	النسبة المئوية
الجزائر العاصمة	نفيسة حمود	40	141	20.82
	سليم زمري	41		
	العادي فليسي (القطار)	33		
	العيادة المركزية للمحروقين (باستور)	27		
المدينة	محمد بوضياف	25	68	10.04
	بن يوسف بن خدة	43		
البلدية	فرانز فانون	40	40	5.90
وهران	1 نوفمبر 1954	50	50	7.38
بلعباس	عبد القادر حساني	57	57	8.14
مستغانم	لطرش العجال	23	86	12.70
	شريقي فارا	10		
	سيدي علي	23		
	الأمراض العقلية	30		
برج بوعريبيج	لخضر بوزيدي	22	40	5.90
	الإخوة سقال	18		
سكيكدة	المؤسسة الاستشفائية	49	49	7.23
المسيلة	الزهرراوي	32		

8.56	58	26	سليمان عميرات	
8.41	57	57	محمد بوضياف	ورقلة
4.57	31	31	ترايي بوجمعة	بشار
100	677	677	المجموع	

الجدول (1): توزيع أفراد العينة حسب المؤسسة والولاية.

يبيّن الجدول (1) أن عدد المرضين المشاركين في الدراسة والعاملون بمؤسسات الجزائر العاصمة هو (141) ما نسبته (20.82%)، وبولاية المدية هو (68) ما نسبته (10.04%)، وبالبليدة هو (40) ما نسبته (5.90%)، أما في وهران فهو (50) ما نسبته (7.38%)، وبسيدي بلعباس (57) ما بنسبة (8.41%)، وبمستغانم (86) ما نسبته (12.70%)، بينما المرضون العاملون بـ برج بو عريـرج هو (40) أي بنسبة (5.90%)، وبسكيكدة (49) ما نسبته (7.23%)، وبالمسيلة (58) ما نسبته (8.56%)، كما أنفي ورقلة (57) ما بنسبة (8.41%)، في حين ببشار (31) أي بنسبة (4.57%).

1.10 خصائص العينة:

أ-الجنس:

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	283	41.8
إناث	394	58.2
المجموع	677	100

يظهر الجدول (2) توزيع أفراد العينة حسب الجنس، حيث بلغ الحجم الكلي للعينة (677) فرداً، منهم (238) أي نسبة (41.8%) ذكور، و(394)، أي نسبة (58.2%) إناث، ويلاحظ أن العينة

جدول (2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

متجانسة من حيث الجنس.

ب - الأقدمية المهنية:

الأقدمية المهنية	العدد	النسبة
(> 10 سنوات)	317	46.82
(≤ 10 سنوات)	360	53.18
المجموع	677	100%

يبين الجدول (3) أن (317) من أفراد العينة أي نسبة (46.82%) لهم أقدمية أقل من (10) سنوات، و(360) أي

الجدول (3): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية المهنية

نسبة (53.18%) لهم أقدمية أكثر من (10) سنوات.

1.11. أدوات الدراسة:

1.11.1 مقياس ظروف العمل:

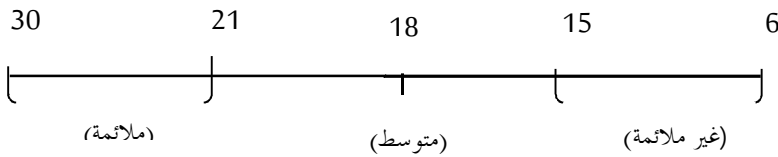
لقد صممنا استبيان يحتوي على المعلومات الشخصية، والمهنية، ومقياس لظروف العمل استناداً على البحوث والدراسات، وعلى بعض المقاييس وخبرتنا الميدانية المقدرة بحوالي (20) سنة. يحتوي المقياس على البنود التالية:

الرقم	العبارة	الرقم	العبارة
1	في أغلب الأحيان يجد الممرض الوسائل للقيام بمهامه.	4	الممرض راض على حرية اختيار العطلة السنوية.
2	توزيع ساعات العمل مناسب للممرضين.	5	الممرض راض على تاريخ الحصول على الراتب الشهري.
3	يحصل الممرض بسهولة على تعويض الأيام.	6	الممرض راض على الامتيازات الاجتماعية

جدول (4): بنود مقياس ظروف العمل.

تم تصميم المقياس وفق طريقة ليكرت (Likert) الخماسية. تراوح درجة الفرد بين 6 درجة (6 × 1) وهي أدنى درجة تمثل عدم ملائمة ظروف العمل، وبين 30 درجة (6 × 5) وهي تمثل الملائمة، في حين تشير 18 درجة (6 × 3) إلى ظروف عمل متوسطة.

ولكي نحدد مجال وفق لطريقة شرجلي وكوبال (Shrigley & Koballa, 1984) (البداينة، 2001) كما يلي: تعيين القيمة الوسطى للمقياس (عدد بنود المقياس ÷ 2 = 3) وإضافتها لنقطة الوسط للحصول على الحد الأدنى للمجال الموافق (18 + 3 = 21)، وحذف هذه القيمة من نقطة الحياد للحصول على الحد الأعلى للمجال المعارض (18 - 3 = 15) وبينهما يوجد مجال الوسط [15 - 21]. فيصبح المجال كآلاتي:



شكل (1): مجالات مقياس ظروف العمل.

1.1.11. صدق مقياس ظروف العمل:

أ- صدق المحكّمين: تم التحقق من صدق الأداة بعرضها على مجموعة من المحكّمين، وفي ضوء ملاحظاتهم، قام الباحث بإجراء التعديلات التي اتفق عليها المحكّمون.

ب - صدق المفردات:

معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند
0.576 **	5	0.609 **	3	0.537 **	1
0.652 **	6	0.644 **	4	0.551 **	2

الجدول (5): يمثل معامل ارتباط درجة كل بند مع درجة الكلية لمقياس ظروف العمل.

يظهر من الجدول (5) أن معاملات الارتباط بنود المقياس مع الدرجة الكلية قد تراوحت بين (0.537) و(0.652)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

1.1.11. ثبات مقياس ظروف العمل:

للتحقق من ثبات الأداة تم تطبيقها على كامل عينة الدراسة البالغ حجمها (677) ممرض وممرضة لحساب معامل الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ، كما تم تطبيق معاملات الثبات التجزئة النصفية لـ سبيرمان - براون.

المقياس	معامل كرونباخ	معامل سبيرمان - براون
ظروف العمل	0.606	0.623

الجدول (6): معامل ألفا كرونباخ وسبيرمان - براون لمقياس ظروف العمل.

يظهر الجدول (6) أن معاملا ألفا كرونباخ وسبيرمان - براون لمقياس ظروف العمل جاءت على التوالي: (0.606) و(0.623)، وهما قيمتان كافيتان لغايات إجراء الدراسة.

11.2. مقياس تبلد المشاعر لـ ماسلاش (Maslach):

استخدمنا مقياس تبلد المشاعر الذي يعتبر بعد من مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI). وقد دُرجت الاستجابات من صفر (0) (حيث يحدث الشعور قليلا في السنة) إلى ستة (6) (يحدث الشعور يوميا). ووفقاً لمقياس تبلد المشاعر، فإن الفرد يصنف على أساس أن تبلد المشاعر عنده يتراوح ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة.

يبين الجدول (7) تصنيف تبلد المشاعر حسب ماسلاش، فدرجة تبلد المشاعر (12 فما فوق) تعبر عن تبلد مرتفع، ومتوسط إذا كان بين (6 إلى 11) درجة، ومنخفض عند بين (0-5).

المقياس	مرتفع	متوسط	منخفض
تبلد المشاعر	12 فما فوق	11 - 6	5 - 0

الجدول (7): تصنيف تبلد المشاعر حسب ماسلاش

11.2.1. صدق مقياس تبلد المشاعر:

أ- صدق المحكمين:

عرضنا المقياس بالغة العربية (المصدر: محمد عبد الرحمن طوالبه 1999) وباللغة الفرنسية (المصدر: Martel, 1991)، على مجموعة من الأساتذة المتمكنين من اللغتين العربية والفرنسية، من أجل المراجعة اللغوية. ثم عرضناه للمرة الثانية على مجموعة من المحكمين. وفي ضوء ملاحظاتهم قمنا بتعديل صياغة بعض العبارات حتى تزداد الأداة ملائمة.

ب- صدق المفردات:

معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند
**0.680	15	**0.635	5
**0.573	22	**0.699	10
		**0.684	11

الجدول (8): معاملات ارتباط درجة بنود تبلد المشاعر مع المقياس ككل.

يوضح الجدول (8) أن معاملات الارتباط درجات بنود مقياس مع الدرجة الكلية قد تراوحت بين (0.573) و(0.699)، وهي ذات دلالة عند مستوى (0.01).

11.2.2. ثبات المقياس:

قمنا بحساب معامل الاتساق الداخلي لـ ألفا كرونباخ، كما تم حساب معامل

ثبات التجزئة النصفية لقوتمان.

المقياس	معامل كرونباخ	معامل قوتمان
تبلد المشاعر	0.665	0.572

الجدول (9): معامل ألفا كرونباخ وقوتمان لمقياس تبلد المشاعر.

يبين الجدول (9) أن معاملاً ألفا كرونباخ وقوتمان لمقياس تبلد المشاعر جاءت على التوالي: (0.665) و(0.572)، وهما قيمتان عاليتان لغاية إجراء الدراسة.

12. أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية للنتائج:

بعد التطبيق ثم تفرغ بيانات البحث في مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 26.0)، وذلك لإيجاد الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، ومعامل الارتباط بيرسون، كما استعملنا اختبار (t).

13. عرض وتحليل النتائج:

1.13. عرض وتحليل نتائج السؤال الأول:

غير ملائمة	متوسطة	ملائمة	المجموع
215	328	134	677
%31.8	%48.4	%19.8	%100
التكرار			
النسبة			

الجدول (10): التوزيع التكراري لظروف العمل.

يتضح من الجدول (10) توزيع أفراد العينة حسب إدراكهم لظروف العمل أن أغلبية أفراد العينة (48.4%) يدركون بأن ظروف العمل متوسطة، وأن الأقلية (19.8%) يدركون أن ظروف العمل ملائمة. بينما تدرك نسبة (31.8%) من مجموع أفراد العينة أن ظروف العمل غير ملائمة.

2.13. عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
34	208	435	677
%5.0	%30.7	%64.3	%100
التكرار			
النسبة			

الجدول: (10) التوزيع التكراري لمقياس تبلد المشاعر.

يظهر الجدول أن (435) ممرض ما نسبته (64.3%) لهم تبلد مشاعر مرتفع، وأن (34) ما نسبته (5.0%) لهم تبلد منخفض، بينما (208) ما نسبته (30.7%) لهم تبلد متوسط.

3.13. عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

يوضح الجدول (11) أن قيمة معامل الارتباط بين ظروف العمل بتبلد المشاعر، هي (-0.086)، وهي علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05.

تبلد المشاعر = r	
ظروف العمل	- 0.086 *

الجدول: (12) معامل الارتباط بين ظروف العمل وتبلد المشاعر

14. عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب اختبار (t) للفروق بين متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر بين المرضى تعزى للأقدمية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	F	
0.051	675	- 1.953	0.404	0.696	ظروف العمل
0.648	675	0.456	0.339	0.916	تبلد المشاعر

جدول (13): يمثل الفروق بين المتوسطات تعزى للأقدمية المهنية.

يبين الجدول (13) أن الفرق بين المتوسطات بالنسبة لمتغير ظروف العمل جاءت دالة عند مستوى (0.05) لصالح الأقدمية المهنية أكبر أو يساوي عشر (10) سنوات، أما فيما يخص تبلد المشاعر، فقد جاءت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي هي غير دالة.

أ- وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب اختبار (t) للفروق بين متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر بين الجنسين (المرضى والمرضات).

مستوى الدلالة	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	F	
0.588	675	0.542	0.229	1.452	ظروف العمل
0.709	675	0.373	0.461	0.545	تبلد المشاعر

جدول (14): يمثل الفروق بين المتوسطات تعزى للجنس.

يلاحظ من الجدول (14) عدم وجود اختلافات في متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى الجنس. وقد جاءت أكبر من مستوى (0.05)، وبالتالي هي غير دالة.

13. مناقشة وتفسير النتائج:

1.14. مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

أسفرت نتائج البحث من خلال الجدول (9) أن نسبة (19.8%) فقط التي تدرك أن ظروف العمل ملائمة، وهي غير مساعدة على تقديم خدمات راقية، أما نسبة (48.4%) تعتبر أن الظروف متوسطة وأن نسبة (31.8%) ترى أن الظروف غير ملائمة.

لقد افترضنا أن ظروف عمل الممرضين والممرضات غير ملائمة، وقد تحققت الفرضية، وتتفق هذه النتائج في جوهرها مع ما أقرته دراسة خروبي، (2011) بأن الظروف المهنية التي تميز حياة الموظفين بصفة عامة لم تعد تشجعهم على تقديم أقصى ما لديهم. كما تتفق مع دراسة سعدي، (2010) إذ أرجع الإداريين وأفراد السلك شبه الطبي رداءة الخدمات الصحية بالدرجة الأولى لظروف العمل التي لم تنجح في خلق الجو الملائم لإثارة حماسهم للعمل. ويرجع مصدر هذه الظروف بصفة كبيرة إلى مسيري المؤسسات الذين غالباً لا يوفرون للممرض والممرضة الوسائل للقيام بمهامهم، كما لا يستقبطون ولا يوظفون ممرضين وممرضات لملء نقص العدد في المؤسسات الصحية وهو مشكل عالمي وليس وطني فقط. مما يجعل توزيع ساعات العمل خاصة الممرضة غير مناسب، وبالتالي يُحرم الممرض من الحصول على تعويض الأيام بسهولة، كما يُجبر الممرض على أخذ العطلة السنوية في الفترات التي لا يكون راض عنها، وغالباً ما يشتكي الممرضون على تاريخ الحصول على الراتب، فكثيراً ما تتغير بل تتأخر تواريخ الراتب، ما يُولد تضمرراً وضغطاً لديهم، وينعكس سلباً على حياتهم ليس خارج العمل فحسب، بل وداخل العمل أيضاً. أما فيما يخص الامتيازات الاجتماعية التي تخفف من ضغوط عمل الممرضين، وتجعلهم يشعروا باهتمام المسيرين بهم، وبدعمهم مادياً ومعنوياً، فذاك ما لا يُفكر فيه المسؤولين أصلاً حسب اعتقادهم، وحتى الخدمات الاجتماعية والتي أصل موازنتها الاقطاعات التي تؤخذ شهريا من راتب العمال، وتشرف عليها نقابة العمال، تصرف في أمور لا تصب في صالح الممرضين.

2.14. مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

لقد بيّن الجداول (11)، بأن للممرضين مستوى مرتفع من تبلد المشاعر، وبالتالي قد تحققت الفرضية الثانية، وقد اتفقت هذه النتائج مع الدراسات الصحية الجزائرية: دراسات كل من بومعالي، (2019)، وطايبي، (2013)، وميهوبي، (2011)، وجديات، (2011) ورجولي، (2003) التي أسفرت على أن الممرضين يعانون من تبلد مشاعر مرتفع.

وهذا ما أكده المختصين بأنها أكثر المهن ذات المساعدة الاجتماعية المولدة لتبلد المشاعر، وذلك قائم على الاحتكاك المباشر بالمريض والمرض، ومرافقي المريض، فإرضاء كافة الناس غاية لا تدرك، زيادة على أن حياة المريض هي الرهان، فهي مهنة تتطلب السرعة والنجاعة، تُجبر الممرض على التكيف مع المواقف الضاغطة، وبذل جهود مكثفة وإضافية، وأن يعمل بقواه العقلية، والجسمية، والانفعالية، والعاطفية، فكل القوة الكامنة تستثار كل مرة، فضلاً على الوفاء بمتطلبات مهنته ذات ساعات العمل الطويلة، وقد يُعزى ارتفاع مستوى تبلد المشاعر أيضاً إلى شعور الممرضين باستنفاد طاقاتهم بسبب الأعباء الكثيرة، والمهام العديدة، ناهيك عن الظروف البيئية. وهو ما يؤثر على سلوكيات هذه الفئة المهنية الهامة في السيورة العلاجية بداية بالاستقبال، إلى الاستشفاء، إلى العلاج، إلى المتابعة والمراقبة، كما لا يجب الإغفال عن العدوى، فهي تؤثر بالضرورة على الفئات الأخرى وهو ما يؤثر بدوره على سير المؤسسة ككل، وبالتالي نصل إلى خدمات صحية أقل ما يقال عنها أنها بليدة ومنقوصة الشعور بالعاطف نحو الآخر، أو بالأحرى منقوصة "الأنسنة".

3.14. مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

أظهرت نتائج الجدول (12) وجود علاقة عكسية دالة عند (0.05) بين ظروف العمل وتبلد المشاعر، وبالتالي قد تحققت الفرضية الثالثة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مستشفى بلجيكا التي أسفرت عن وجود علاقة بين بيئة العمل والاحتراق النفسي والرضا في العمل، والرغبة لمغادرة العمل، وإدراك جودة العلاجات (فان بوجارت وآخرون Van Bogaert et al, 2010، وكوري، Berry & Curry, 2012).

كما اتفقت مع دراسة البدوي (2000) (غربي، 2012) التي أظهرت أن أهم مصادر الاحتراق النفسي لدى الممرضين تمثلت بعدم إتاحة الفرصة للالتحاق بالدورات

التدريبية، عدم توفر أمكنة للراحة والترفيه، وإلقاء اللوم الجائر من قبل المسؤولين على المرضى عند حدوث أخطاء طبية. أما دراسة فرج (1994) غربي، (2012)، فقد توصلت إلى أن مصادر الضغوط الرئيسية تضمنت قلة العاملين في الهيئة التمريضية، وقلة التعاون بين أعضاء الفريق الطبي، قلة الأجهزة، سوء فهم دور التمريض من قبل المسؤولين، الحماية غير الكافية من الأمراض المعدية. أما سندا مهيري، (2013) Sinda Mhiri ترى أن رداءة ظروف العمل، وتدهور علاقة الإنسان بالمنظمة أصبحت تُشجع من طرف الباحثين والمنظرين، فهم يعتبرون أن الاحتراق النفسي يبدو على أنه مؤشر واضحة لعدم صلاحية هذه العلاقة، وأن أثر هذه الأخطار على الصحة كارثي، وبالتالي يجعل من الوقاية انشغال متزايد في ميدان الصحة في العمل.

يمكن تفسير ذلك كون ظروف العمل غير الملائمة، تتولد عنها فوضى التسيير غالباً ما ينجر عنه انعدام الوسائل لقيام المرض بمهامه، وأن ساعات العمل تُفرض عليهم ولا يختارونها بأنفسهم، وخاصة بالنسبة للمرأة التي هي مجبرة على العمل داخل وخارج البيت، وهي المسؤولة عن ذهاب وإياب الأطفال للروضة والمدرسة بل حتى المتوسطة والثانوية، كما يصعب على المرضى والمرضات الحصول على تعويض الأيام (récupération)، وتُعطى لهم في الأيام والأوقات التي هم في غير حاجة إليها، وقد عبّر أحد المرضى على ذلك قائلاً: "عندما يحتاجوننا نضطر للعمل في أي وقت وفي أي يوم، وعندما نطلب تعويض على ذلك قائلاً: تُفرض علينا الفترة مكرهين، أليس هذا اجحاف؟"، كما يُلاحظ انعدام للامتيازات الاجتماعية المهنية داخل المؤسسات الصحية مقارنة بالمؤسسات المهنية الأخرى صناعية كانت أو غيرها... وفي الحقيقة هذا النوع من الامتيازات تخفض من الاحتراق النفسي الناجم عن ظروف العمل غير الملائمة، والناجم عن طبيعة المهنة أيضاً، وهو ما ينعكس إيجاباً على الخدمات الصحية.

4.14. مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

أ- هل توجد فروق في المتوسطات تعزي للأقدمية؟

لقد افترضت الدراسة الحالية وجود فروق في متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزي للأقدمية، ففيما يخص ظروف العمل قد تحققت الفرضية، أي توجد فروق بين

متوسطات ظروف العمل تعزى للأقدمية لصالح الأقل خبرة، أي ذوي أقل من عشر سنوات خبرة مقارنة مع ذوي أكثر من عشر سنوات خبرة. أما فيما يخص تبلد المشاعر فلم تتحقق الفرضية، أي لا توجد فروق بين متوسطات تبلد المشاعر تعزى للأقدمية، وتختلف هذه النتائج مع ما جاء في بوترفاس (2014) Bouterfas, أنه في الواقع هناك دراسات تؤكد على أن الشباب أكثر عرضة للاحتراق النفسي بحكم نقص الخبرة المهنية، بالرغم من وجود دراسات أخرى تفند ذلك.

ويمكن تفسير أن عدم الاكتراث بعدم ملائمة ظروف العمل من طرف الشباب الأقل أقدمية، كونهم لازالوا حديثي العهد بالعمل، ولا زالوا ملتزمين ومتحمسين ومتعاطفين مع المرضى، ويركزوا اهتمامهم على رضا المرضى ومرافقي المرضى، فشكر المريض ومرافقي المريض، وابتسامتهم، على ما بذله المريض والمرضة من أجلهم، تزدهم حماساً وشعوراً بأنهم يقدموا شيء ثمين للأخر، فهذا يعتبر تعويض، وملطف ومخفف لما يعانون منه من ظروف العمل غير ملائمة.

ب- هل توجد فروق تعزى للجنس؟

لقد افترضنا عدم وجود فروق في متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى للجنس، ومنه فإن الفرضية تحققت، وتتفق هذه النتائج مع دراسة بومعالي (2019) ودراسة عابدين (2010)، ومع دراسة الزيود (2002)، ومع دراسة القريوتي والخطيب (2006) التي أظهرت أنه لا توجد فروق في الاحتراق النفسي تعزى للجنس. وقد اختلفت هذه النتائج مع دراسة بورفانوف وميروس، (2010) Purvanova & Muros والتي أسفرت على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات تبلد المشاعر تعزى للجنس لصالح الرجال. ودراسة دولاي وبودرندي، (2010) Delaye & Boudrandi اللذان وجدوا بأن النساء أكثر مستوى للاحتراق النفسي من الرجال.

تجدر الإشارة إلى أن عدم وجود فروق بين متوسطات ظروف عمل، وتبلد المشاعر، يؤكد معاناة المرضى والمرضات على حد سواء من بيئة المؤسسات الصحية، وعلى حقيقة عدم ملائمة ظروف العمل، وما ينجم عنه من تبلد لمشاعر المرضى والمرضات.

14. خاتمة:

لقد ظلت المتغيرات البيئية بعيدة عن اهتمام المعنيين بقضايا التغيير والإصلاح المستشفيات لعدم وضوح تأثيراتها المباشرة في الأداء، وتعد ظروف العمل من المتغيرات الكامنة التي بدونها كل الإصلاحات تبقى إصلاحات سطحية ما فتئت أن تبوء بالفشل في الأخير. لقد أسفرت النتائج على أن طبيعة ظروف عمل المرضين ليست ملائمة، لدرجة أنها تولد تبلد مشاعر مرتفع لدى هذه الفئة المهنية، كما بينت عدم وجود فروق في متوسطات ظروف العمل وتبلد المشاعر تعزى لتغيري الجنس.

وللتعمق في فهم وتفسير ومعرفة خصوصيات ظروف عمل مهنيي الصحة، ومعاناتهم من الضغوط والاحتراق النفسي والأمراض السيكوسوماتية، نقترح إجراء نفس الدراسة مع فئة الأطباء. ودراسات حول الصراعات بين نفس الفئة، وبين الفئات المختلفة، وإدارة الصراعات.

15. قائمة المراجع:

1.15. المراجع باللغة العربية:

- 1- أمينة عباس. (2018) الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط. أطروحة دكتوراه في علم النفس. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة وهران 2.
- 2- إبراهيم أمين القريوتي وفريد مصطفى الخطيب. (2006) الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد 23.
- 3- اللجنة الوطنية الاستشارية لترقية حقوق الإنسان وحمايتها. (2010) تقرير حول زيارة وفد اللجنة الوطنية الاستشارية لترقية حقوق الإنسان وحمايتها إلى المؤسسات الاستشفائية 2008/2009، المؤسسة الوطنية للاتصال، النشر والإشهار، الجزائر.
- 4- ذياب البداينة. (2001) تطوير مقياس الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني. مجلة العلوم الاجتماعية. مجلد 29 عدد 03. جامعة الكويت، ص 79 – 119.
- 5- سعد علي العنزي. (2009) الإدارة الصحية. دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع. عمان – الأردن.
- 6- شهيناز بولمالي. (2019) الاحتراق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والدافعية للإنجاز لدى المرضين، أطروحة دكتوراه في علم النفس والعمل والتنظيم، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
- 7- صبرينة غربي. (2012) مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى المرضين. أطروحة دكتوراه في علم النفس والعمل والتنظيم. جامعة الجزائر 2 – الجزائر.

- 8- عبد الحميد جديات. (2011) الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى أطباء وممرضين الصحة العمومية، مذكرة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر 2- الجزائر.
- 9- عمر خروبي بزارة. (2011) إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 3.
- 10- فوزي ميهوبي. (2011) علاقة المناخ التنظيمي بالاحترق النفسي لدى المرضين، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 8، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر 2.
- 11- محمد عبد الرحمان طالبة. (1999) مستويات الاحترق النفسي لدى معلمي الحاسوب، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني، ص 169 - 195.
- 12- مودة الشيخ محمد عابدين. (2010) الاحترق المهني وعلاقته بتقدير الذات للمعالجين النفسانيين بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخراطوم، بحث تكميلي مقدم لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس العلاجي، كلية الآداب، قسم علم النفس - جامعة الخراطوم. السودان.
- 13- نادر فهمي الزبود. (2002) واقع الاحترق النفسي للمرشد النفسي والتربوي في محافظة الزرقاء في الأردن، مجلة العلوم التربوية، العدد الأول.
- 14- نسيم شتوحي جلولي. (2003) الإنهاك المهني عند المرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 15- نعيمة طايبي. (2013) علاقة الاحترق النفسي ببعض الاضطرابات النفسجسدية لدى المرضين، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر 2.
- 16- وداد سعدي. (2010) ظاهرة التسيب الإداري في القطاع الحكومي الجزائري، مذكرة في إدارة الموارد البشرية بقسم العلوم السياسية لاستكمال متطلبات التخرج والحصول على شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3 - الجزائر.

2.15. المراجع باللغة الفرنسية:

- 17-Boumaza. M. (2008) L'histoire des hôpitaux. Éditions et Impressions Amerdhil / CREAPSY. Alger - Algérie.
- 18-Bouterfas N. (2014) Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion: quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-etre, la détresse et l'épuisement? Thèse de doctorat en psychologie sociale, psychologie du travail et des organisations. Université Lille 3. France.
- 19-Courtial. J.P & Huteau. S. (2005) Le burnout des infirmières en psychiatrie. De la recherche à l'hôpital. Santé publique. 3 vol. 17, 385 - 402.
- 20-Delaye. R et Boudrandi. S. (2010) L'épuisement professionnel chez le manager de proximité : Le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du burnout. Management et avenir. 2 N° 32, 254 - 269.
- 21- Freudenberger Herbert. J. (1978) L'épuisement professionnel: "la brûlure interne". gaëtanmorin éditeur. Québec - CANADA.
- 22-Grebot Élisabeth. (2008) Stress et burnout au travail: identifier, prévenir, guérir. Éditions d'organisation. Groupe Eyrolles. Paris - France.

- 23-Hoffman Axel. (2005) Burnout: Biographie d'un concept. Santé conjuguee. N° 32
- 24-Instruction Ministérielle N° 18 Du 27 / 10 / 2002. Relative à la Protection De La Santé Des Personnels De Santé.
- 25-Jeammet. Ph, Reynaud. M &Consoli. S. M. (1996) Psychologie Médicale. Éditions Masson. 2^{ème} éd. Paris – France.
- 26-Martel. F. (1991) Concept de soins et outillage infirmier : ont – ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières. Recherches en soins infirmiers. N° 24. France.
- 27-Oufriha. F. Z. (2002) système de santé et population en Algérie. Éditions ANEP – Algérie.
- 28-Berry. L & Curry. P. (2012) Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers www.fcsij.ca. Plantagenet Printing. Canada.
- 29-Leonard Jean-Marie. (2009) Les conditions de travail du personnel soignant. Revue Santé conjuguee no 47. Belgique.
- 30-Rodastina K. Purvanova, John P. Muros. (2010) Gender differences in burnout: Ameta-Analysis. Journal of vocational behaviour. www.elsevier.com/locate/jvb.
- 31-Sinda Mhiri. (2013) l'impact du stress sur l'implication organisationnel, l'absentéisme et l'intention de quitter chez les cadres. Thèse de doctorat. U.F.R institut d'administration des entreprises. Université de Nice Sophia Antipolis – France.

The relationship of working conditions in health institutions to depersonalization among nurses.

Abstract :

The research aims to know the nurses' working conditions, their level of depersonalization, and if there are statistically significant differences in the depersonalization due to gender and professional seniority, as well as to know if there is a statistically significant relationship between working conditions and depersonalization. To achieve this, we used a measure of working conditions and a measure of the depersonalization, after checking their psychometric properties. The two measures were applied to a sample consisting of (677) male and female nurses from (20) health institutions, which included the four regions of the country (North - South - East - West). The results revealed that the percentage of male and female nurses who see that inappropriate working conditions is equal to (31.8%), compared to (19.8%) who believe that working conditions are appropriate, and that (48.4%) see them as medium. Also, (64.3%) of male and female nurses have a high level of the depersonalization, and there are no differences in the level of depersonalization due to sex and professional seniority, and the research revealed a statistically significant relationship between working conditions and the depersonalization among nurses.

Keywords: working conditions, depersonalization, nurses.