مجلة المفكر
EISSN: 2661-7498
ISSN :2543-3830

المجلد الخامس / العـدد: الأوّل (شوال 1442هـ/جوان 2021م)، ص 399– 417

علاقة الصلابة النفسية بنوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المُعدية

. *The relationship of psychological hardness to the quality of life at work among nurses working in the interests of infectious diseases*

الاسم الكامل للباحث الأول[1] بوخروف سمير *Boukhrouf Samir*

[1] مؤسسة الانتماء كاملة والمخبر إيميل الباحث الأول: جامعة الجزائر 02 (أبو القاسم سعد الله)، مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة،

Samir.psycholo@gmail.com

University of Algiers 02 (Abolkassem Saadallah), laboratory of health psychology, prevention and quality of life.

Boukhrouf Samir بوخروف سمير

الإيميل: *Samir.psycholo@gmail.com*

تاريخ الاستلام: 10 /2019/06 **تاريخ القبول: 30 /2019/06**

ملخص: حاولنا من خلال هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة في العمل والصلابة النفسية لدى عينة من الممرضين العاملين على مستوى مصالح الأمراض المعدية، وكذلك إبراز أهمية أبعاد الصلابة النفسية لتعزيز نوعية الحياة في العمل. ولقد تكونت عينة الدراسة من 64 ممرض يزاولون عملهم في مصالح الأمراض المعدية، تتراوح أعمارهم بين 21 و53 سنة، منهم 43% ذكور و57% إناث، 67,18% متزوجون. ولقياس متغيرات الدراسة تم استخدام مقياس نوعية الحياة في العمل للممرضين من إعداد (Beth Brooks et al.)، ومقياس الصلابة النفسية من إعداد (محمد عماد مخيمر). ولقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة في العمل والصلابة النفسية عند عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: نوعية الحياة في العمل، الصلابة النفسية، الممرضون، الأمراض المعدية

Résumé :

Cette étude tentera de révéler la corrélation entre la qualité de vie au travail et l'endurance, mais aussi démontrer l'importance des dimensions de l'endurance pour améliorer le niveau de la qualité de vie au travail. Pour ce faire, 64 infirmiers travaillants au niveau des services des maladies contagieuses (de 21 à53 ans) dont 43% sont de sexe masculin et 57% de sexe féminin forment au total notre échantillon.

La corrélation entre la qualité de vie au travail et l'endurance s'est avérée significative, un résultat sur lequel on s'est basé pour souligner le rôle important de l'endurance dans l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Les mots clés : la qualité de vie au travail, l'endurance, les infirmiers, les maladies contagieuses.

1. مقدمة:

لقد كانت، ولا تزال، الأوساط المهنية مقترنة بمخاطر وتهديدات تؤثر على صحة الأفراد العاملين بطرق مختلفة، هذه المخاطر التي يمكن أن تكون فيزيائية جسمية، كيميائية، بيولوجية، نفسية، وحتى تنظيمية، تختلف وتتفاوت حسب درجة الضرر الذي يمكن أن تُحدثه لدى الموظف.

إن أفراد الطاقم الطبيي تعرض ومن مستويات عالية من الضغوط المهنية، ويعانون من عدّة آثار نفسية وجسمية نتيجة لهذه الضغوط. كما أن العاملين في قطاع الصحة بكفاءتهم، بالأخص المعالجين الذين هم دائما بجانب المرضى، خاصة بوحدات الإستعجالات والعلاج المكثَّف والأمراض الثقيلة، غالبا ما يتعرض لوضعيات ضاغطة قصوى في مكافحتهما المستمرة لمعاناة المرضى الذين يتكفّلون بهم، وبهذا يمكن أن يتعرضوا إلى أعباء بدنية كبيرة في العمل وكذا لضغوط عقلية و نفسية التي من المهم إدراك تأثيرها في تدهور الحالة الصحية بصفة عامة.

فمعوقات بيئة العمل الاستشفائية كثيرة ومتنوعة، كالمشاكل الخاصة بالتنظيم والعلاقات أو المتعلقة بطبيعة المهمة، حيث يمكن أن يمتزج عدم الرضا وعدم المشاركة في اتخاذ القرار بالشعور بنقص أو انعدام الأمن والخطر في العمل، والتي تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة، وتسبّب لهم شعورا بالتوتر والقلق، وتكمن خطورة هذا الشعور في نتائجها السلبية التي تتمثّل في حالات مختلفة منها القيام

بالواجبات بصورة آلية تفتقر إلى الاندماج الوجداني وقلة الدافعية وفقدان القدرة على التركيز أثناء القيام بالوظائف العلاجية[1].

فالمؤسسات الاستشفائية تُعتبر إذا من بين الأوساط المهنية ذات الخطورة العالية على المعالجين، لِما تُشكله من تهديدات على صحتهم الجسمية والنفسية. فمخاطر أحداث العمل أو الأمراض المهنية تؤدي إلى تدهور وضعف المردودية ونوعية الأداء لدى أفراد الطاقم الطبي خاصة الممرضين.

في هذا الاتجاه، أكّد(Swinnen 1.,2010)، وهو استشاري مختص في تسيير الضغوط المهنية على مستوى المؤسسات، أنه بالرغم من أن الضغط المهني يهدّد أي فرد عامل في مكان العمل، فإن بعض أنماط الشخصية وكذا بعض الأنواع من المهن تُعرِّض أصحابها بصفة أكبر لاحتمال الوقوع في هذا المشكل، حيث أنه، وفقا لدراساته وملاحظاته الميدانية في هذا المجال، فإن الممرضون يمثلون الفئة الأولى بين جميع الفئات المهنية الأخرى المعرَّضة للاحتراق النفسي تليها مباشرة فئة أطباء الأسنان، وهذا ما أدى به إلى الاستنتاج بأن المهنيين الذين يتعاملون مع الأفراد ذوي معاناة هم الأكثر عُرضة للضغط المهني[2].

إن تعرض الممرض للضغوط النفسية المهنية يمثل خطرا على صحته وتوازنه، نظرا لما ينجم عنها من آثار سلبية، كعدم القدرة على التكيف، وضعف مستوى الأداء، والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، وانخفاض الدافعية للعمل، والشعور بالإنهاك النفسي، وهذا ما أشارت له العديد من الدراسات، حيث أكدت هذه الأخيرة أن هيئة التمريض من أكثر المهنيين تعرضا للضغط.

فحسب دراسة ذات مقاربة كمية، قام بها (Marchand, 2007)، على العديد من الفئات المهنية، توصلت إلى نتيجة أن مهنيي قطاع الصحة هم من الفئات الأكثر عرضة لتدهور الصحة العقلية، وهذا بصفة أكثر خطورة بالنسبة للممرضين الذين يعانون من الشدة النفسية Détresse (psychologique)، الاكتئاب والإنهاك المهني[3].

فهذه الضغوط الكثيرة والمتنوعة التي يعيشها الممرضون يوميا في إطار أداء وظائفهم العلاجية المختلفة، حظيت باهتمام الباحثين في الكثير من الدول، حيث قاموا بإنجاز العديد من الدراسات في هذا الاتجاه. فلقد بينت دراسة (Roday, 1993)، التي أُقيمت على عينة تتكون من 520 ممرض

وممرضة، أن 55% منهم أظهروا الرغبة في مغادرة العمل، وأن حوالي 25% يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، 16% من فقدان الشعور التعاطفي، و25% من نقص الانجاز الشخصي في العمل[4].

أما دراسة (Bakkour R., 2004) على عينة متكونة من 130 ممرض وممرضة عاملين في مصالح العناية المركّزة على مستوى 13 مستشفى واقع في شمال لبنان، فلقد بيّنت نتائجها أن ما نسبته 50% من هؤلاء الممرضين أبدوا درجة مرتفعة من الانهاك الانفعالي، وأن 7,7% منهم فقط تحصلوا على مستويات منخفضة منه، كما تم التوصل أيضا إلى أن 50% من هؤلاء الممرضين كانت علاقاتهم مع المرضى آلية تفتقر للقيم الانسانية (déshumanisation).

في دراسة كندية قام بها (Bourbonnais et al., 2000)، على عينة قوامها 2006 ممرض وممرضة عاملين في مختلف المستشفيات، تبيّن أنه من بين أكثر المشاكل التي يعاني منها هؤلاء الممرضون كانت متعلقة بالصحة العقلية، حيث تم تشخيص هذا النوع من الاضطرابات لدى 25% من المستجوَبين. كما كشفت أيضا هذه الدراسة أن معدلات تشخيص مشاكل في الصحة العقلية لدى هؤلاء الممرضين قد تضاعفت أربع مرات بين عامي 1993 و1999 [5].

وقد كشفت العديد من الدراسات أن الضغط المهني يمكن أن يكون له العديد من العواقب الضارة لكل من الممرض ومردودية ونوعية العمل، وذلك وفقا لاختلاف الخصائص والمميزات الفردية للممرضين وكذا المحيط المهني الذي يزاولون فيه مهامهم.

في هذا الصدد، تشتمل نظرية(Jex&Beehr)على ثلاثة أنواع من آثار الضغط المهني لدى الممرضين المتمثلة في الآثار الفيزيولوجية خاصة ارتفاع مستوى الكورتيزول، زيادة معدل ضربات القلب واضطرابها، ارتفاع ضغط الدم، أعراض القلب والأوعية الدموية وآلام الظهر، الآثار النفسية التي تتمثل خاصة في الاكتئاب، القلق والانهاك المهني، والآثار السلوكية التي يمكن أن تشمل خاصة العنف في مكان العمل والحدّ من السلوكيات الأخلاقية، ارتفاع معدلات التغيّب.

من جهة أخرى أشار العديد من الباحثين إلى نقص الوعي لدى الكثير من الممرضين حول طبيعة الضغط المهني والآثار التي يمكن أن تنجم عنه، واعتقادهم أن هذه الضغوط تؤثر فقط على طريقة ونوعية أدائهم في العمل، في حين أن الضغط المهني يمكن أن يؤثر كذلك على صحتهم ويؤدي إلى مشاكل صحية يمكن أن تكون خطيرة، حيث أنه إذا لم يكن الممرض على دراية بطبيعة هذه الضغوط

المهنية وتأثيراتها والطريقة الملائمة للتعامل معها وتسييرها، فقد يصبح الأمر أسوأ ويمكن أن يصل في بعض الحالات إلى الانتحار[6].

أما عن مصادر هذه الضغوط المهنية التي يتعرض لها الممرضون فهي كثير ومتنوعة، فقد تنجم عن التفاعل بين عوامل عديدة بيئية وشخصية يمرّ بها الممرض أثناء أداء مهامه، مثل زيادة فترات العمل الليلي وما يتطلبه ذلك من سهر لساعات طويلة، ووضع الممرض تحت الطلب والخدمة في أي وقت كان بحكم المستجدات الطارئة، كل ذلك من شأنه التأثير السلبي على الأداء المهني العادي لعمل الممرضين والممرضات تُجاه المرضى الماكثين في المستشفى، ناهيك عن المطالب المستمرة والملحّة لهؤلاء المرضى والضغط الذي يولّده أقاربهم أو مرافقوهم، الذين يكونون في غمرة القلق الشديد عليهم وفضولهم للتعرف على طبيعة مرضه ومدى خطورته، ومدى إمكانية النجاة من الموت أو الشفاء منه، كما قد تكون الضغوط من خارج نطاق العمل، متمثّلة في ضعف المساندة الاجتماعية الكافية للممرض في المحيط الأسري والاجتماعي...[7].

إلى جانب كل المشاكل وظروف العمل الضاغطة الأخرى التي يتميز بها الوسط الاستشفائي، يواجه الممرضون أخطار تتمثل في إمكانية الإصابة بأمراض مختلفة تنتشر في المستشفيات، حيث تشبه هذه الأمراض المستشفوية الناجمة عن بيئة المستشفى أي مرض معدٍ. فالميكروبات الموجودة في البيئةالإستشفائية(الماء، الهواء، الغبار، المرضى، المهنيين المصابين بمختلف الأمراض) تنقل العدوى إلى المريض عن الطريق التنفسي أو الهضمي، أو بالتماس المباشر. مثال ذلك داء الفيلقيات(Légionellose) الذي ينتقل عن طريق أجهزة تكييف الهواء، أو شبكة المياه، وداء الفطريات التي تبقى جزئياتها معلقة في الهواء وتُستنشق من قِبل المرضى المقيمين في المستشفى. كما أن الأشخاص المصابين بالعدوى كحاملي فيروس السل أو الأنفلونزا أو عدوى تنفسية حادة(SRAS) يستطيعون نقل عدواهم إلى غيرهم من المرضى. وإن الاختلاط وتعدد الاتصال بالآخرين ووجود المصابين بأمراض معدية مع مرضى سريعي التأثر بالعدوى (كالمسنينوالمرضى ضعيفي المناعة) يفسر كون المستشفى مكان ملائم لانتقال هذه الأمراض، مع الاشارة إلى أن هذه الكائنات المجهرية عادة ما تكون لها قدرة المقاومة للمواد المنظِفة والمعقِمة المستعمَلة لتوفير النظافة الصحية في المستشفيات (Hygiène hospitalière).

توصف العدوى بأنها مستشفوية عندما يُصاب بها الفرد في المستشفى، أي إذا كانت ناجمة عن الاجراءات العلاجية التي توفرها المؤسسة الصحية خلال التكفل العلاجي، التشخيصي، العلاج الملطف (Palliatif)، الوقائي أو التربوي، حيث أن هناك نمطان رئيسيان لهذه العدوى هما: العدوى الناجمة مباشرة عن إحدى الاجراءات العلاجية، وتلك الناجمة عن البيئة الاستشفائية. وتحدث العدوى المستشفوية الناجمة عن الاجراءات العلاجية عند دخول الميكروبات في أحد مواقع الجسم العميقة عادة، كما يحصل أثناء العملية الجراحية. إن تصدع الدفاعات الطبيعية الأولية ضد العدوى (الجلد والأغشية المخاطية) يسمح بدخول الجراثيم إلى الأنسجة أو الأعضاء العميقة في جسم المريض، حيث تستقر وتتكاثر مسببة العدوى.

كما أن العاملين في المستشفى لا يسلمون من الإصابة بالعدوى المستشفوية، فقد يُصاب هؤلاء بالعدوى عن طريق التنفس (السل، SRAS...) أو عند التعرض الطارئ لدم مصاب بالتهاب كبد فيروسي من النمط "ب" أو "ج"، أو بفيروس فقدان المناعة البشري (VIH). وإذا أُصيب هؤلاء العاملين بالعدوى، أصبحوا بدورهم قادرين على نقلها للمرضى أو لزملائهم[8].

إن هذه الأمراض تنتشر خاصة على مستوى مصالح الأمراض المعدية التي يتكفل فيها المعالجون بوقاية وعلاج الأمراض المتنقلة، وذلك بمختلف الطرق كالهواء وشبكة المياه، ولعل من أهم أشكال انتقال هذه الأمراض لأفراد الطاقم الطبي نجد حوادث التعرض للدم Accidents d'exposition au sang)، والتي يُقصد بها كل ملامسة أو اتصال عرضي (غير مقصود) لدم أو أي سائل بيولوجي ملوث بالدم، يحدث إما عن طريق وقوع إصابة على مستوى الجلد بأداة حادة ملوثة (وخز، قطع) أو عن طريق الانتشار لهذه السوائل على مستوى الأغشية المخاطية أو جلد مصاب (جرح، خدش، أكزيما...)[9].

العينات البيولوجية المتنوعة التي يتم ملامستها ومعاينتها من الممكن أن تحتوي كائنات مجهرية إمراضية مختلفة، والتي تستطيع أن تنتقل بطرق شتى كالتنفس باستنشاق جزئيات مُعدية منتشرة في الهواء، أو عن طريق الهضم، أو عن طريق الجلد والمخاط التي تحدث بعد ملامسة الدم أو لأي سائل بيولوجي من المحتمَل أن يكون ملوثا، وهذا إما بإحداث جرح على مستوى الجلد (وخز، قطع)، أو عن طريق الانتشار على مستوى جلد مصاب أو غشاء مخاطي (العين، الفم...) [10].

ولقد أُقيمت العديد من الدراسات في وقت مبكر في هذا الاتجاه، حيث تناولت موضوع الخطر الناجم عن حوادث التعرض للدم أو السوائل البيولوجية، والتي أشارت إلى أن التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" من بين الإصابات الأكثر انتشارا. ولقد أظهرت دراسات أخرى تمت في فترات مختلفة، بأن التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" ونمط "ج"، يُعدّ من الأمراض الأساسية المتنقلة للطاقم الطبي عن طريق حوادث التعرض للدم، وهذا قبل عصر فيروس فقدان المناعة المكتسب (VIH)[11].

ولقد أشارت الدراسات إلى أنه إذا كانت أمراض فقدان المناعة المكتسب، والتهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" ونمط "ج"، تمثل أكبر خطر للإصابة عن طريق حوادث التعرض للدم لدى أفراد الطاقم الطبي، فإن ما يناهز 50 نوعا من الأمراض المعدية المتنوعة، تمت الإصابة بها في الوسط الاستشفائي بنفس الطريقة، فلقد تم تسجيل على مستوى المخابر عدّة حالات تعرضت لفيروسات مختلف الأمراض من أهمها: السل، أمراض الفطريات، التوكسوبلاسموس...[12].

أما تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2002 حول الصحة في العالم، فلقد أشار إلى أن من بين 35 مليون عامل في قطاع الصحة على المستوى العالمي، فإن ما يناهز 03 ملايين منهم يتعرضون سنويا لخطر الإصابة بمرض معدٍ، حيث أن مليوني مهني مُهدَّد بمرض التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب"، 0,9 مليون مُهدَّد بالتهاب الكبد الفيروسي نمط "ج"، أما فيروس فقدان المناعة المكتسَب فهو يُهدّد ما نسبته 170 ألف عامل.

أما التقديرات الخاصة بعدد الإصابات التي وقعت جراء التعرض لدم أو سائل بيولوجي ملوّث في الوسط الاستشفائي، فلقد أشار نفس التقرير إلى أن ما بين 16 ألف إلى 150 ألف حالة أُصيبت بفيروس التهاب الكبد نمط "ج"، وما بين 66 ألف إلى 70 ألف حالة أُصيبت بفيروس التهاب الكبد نمط "ب"، في حين أُصيبت ما بين 500 إلى 1000 حالة بفيروس فقدان المناعة المكتسَب، مع الإشارة إلى أن ما يزيد عن 90% من هذه الإصابات التي تحدث أثناء ممارسة العمل في الوسط الاستشفائي تقع في الدول النامية[13].

أما بالنسبة للفئات الأكثر عُرضة لهذه الإصابات، فلقد اتفقت جميع الإحصائيات المتعلقة بحوادث التعرض للدم على أن درجة الخطر القصوى تخص الممرضين. ففي سنة 2009 مثلا، من بين

14472 حالة تعرض للدم، تم تسجيل 04% من الأطباء، 10% من المساعدين الطبيين -Aides soignants)، في حين وصلت نسبة الممرضين إلى 43% و9,5% طلبة في التمريض[14].

أما في الجزائر، فلقد قام (Beghdadli Benali et al.) بدراسة سنة 2008، بعنوان المهنيون الذين يعايشون خطر حوادث التعرض للدم العاملين في مركز استشفائي جامعي في الغرب الجزائري.

Le personnel à risque d'accidents d'exposition au sang dans un CHU de l'ouest algérien)

وهي دراسة أُجريت على الطاقم الطبي العامل على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي لسيدي بلعباس، بهدف تحديد مدى انتشار هذه الحوادث (L'incidence)، الفئات المهنية المعنية بهذا الخطر، والظروف التي تحدث فيها والتي تم تسجيلها في مدة عامين (2005، 2006)، حيث تم جمع العديد من المعطيات خلال هذه الفترة منها المعلومات الشخصية والمهنية، مدى تلقي الفرد التلقيحات الملائمة، الظروف التي حصل فيها الحادث، التصرّف الفوري بعد التعرض للدم، والمتابعة الطبية للمُصاب.

ولقد تم تسجيل خلال هذه الفترة 108 حالة تعرضت للدم في المستشفى أثناء أداء العمل (70 إناث، 38 ذكور)، 44 حالة تم تسجيلها في 2005، و64 حالة سنة 2006، 81,5% من الحالات حدثت عن طريق الوخز (piqure)، أما الحالة المناعية (sérologie) لدى المريض المصدر فهي مجهولة لدى 80,6 % من الحالات، وايجابية لدى 10,2% من الحالات.

ولقد تمت المتابعة الصحية المناعية (Le suivi sérologique) للضحايا لدى 62% منهم في اليوم الأول، حيث لم يتم تسجيل أي إصابة بالسيدا.

وأشارت هذه الدراسة إلى أن الإصابات مرتبطة بالتسيير السيئ للبقايا والنفايات الطبية، وهذا راجع لغياب الوسائل الملائمة لذلك، ولكن كذلك لنقص التحسيس حول هذه المخاطر. فلقد تم التوصل إلى أن 41,7% من هذه الحوادث كان بالإمكان تفادي حدوثها لو أن الوسائل الحادة المستعمَلة تم التخلص منها فور الانتهاء من استخدامها بالطرق الملائمة[15].

إن هذه الدراسات والإحصائيات التي أُقيمت في هذا الاتجاه اهتمت بالعاملين في مختلف المراكز الصحية الذين تعرضوا للإصابة، إلا أن هناك الآلاف من هؤلاء العاملين الذين يزاولون مهنتهم وسط هذه الظروف، ويتعاملون مع هذه الأمراض المعدية، ويعايشون يوميا حالات انفعالية سلبية ناتجة عن ضغوط كبيرة ومخاوف التعرض للإصابة، لأنه حتى وإن تم توفير كافة الوسائل الملائمة لأداء عملهم،

بمعـايير صـحية ووقائيـة، إلا أن خطـر التعـرض للإصـابة يبقـى قائمـا ويترقـب الطـاقم الطـبي، خاصـة الممرضين.

وبناء على هذا، يجدر بنا أن نهتم ونسلط الضوء على الآثار التي تتركها كل هذه الظروف التي يؤدي فيها الممرضون عملهم، في ظل المخاطر التي تحدق بهم يوميا، على نوعية الحياة في العمل لديهم.

لقد دعّم العلماء في أبحاثهم، فيما يقارب عقدين من الزمن، فرضية (Kobasa)، والتي فحواها: أن للصلابة النفسية تأثير ايجابي على الرفاهية النفسية لدى الأفراد الذين يتعرضون لأحداث الحياة الضاغطة((Blaney&Ganellen, 1990,Maddi, Wadha&Hair, 1996). وفي المسار ذاته، وجدت دراسات استطلاعية ترأستها (Kobasa) تأثيرا وقائيا مماثلا للصلابة النفسية، فضلا عن أنها متغير مُعدل (Kobasa, Maddi& Kahn, 1982, Kobasa&Pucceti, 1983).

وفقا ل (Funk, 1992)، فإن الخصائص التي تتميّز بها الصلابة النفسية تُمكّن الفرد للاحتفاظ بصحة جيدة بالرغم من تعرّضه لضغوط متكررة. فالأفراد ذوي الصلابة النفسية يتميّزون بالنشاط، يوجّهون جهودهم نحو هدف ويركزون عليه إلى غاية تحقيقه، ملتزمون نحو أنفسهم والمحيط من حولهم، كما أنهم لا يرون أنفسهم كضحايا للظروف الضاغطة، ولا يعتبرون التغييرات الطارئة كتهديد، بل هم أشخاص فاعلين ومتحكمين للعواقب والنتائج الناجمة عن التغيير والظروف الضاغطة.

في هذا الاطار، وجدت (Kobasa, et al.,1982), (Kobasa, 1979) أن الأشخاص الذين يتمتعون بخصائص الصلابة النفسية هم أقل وقوعا في الأمراض، وكان لديهم قدرة أكبر على تحويل أحداث الحياة الضاغطة إلى فُرص للنمو الشخصي والتقدم.

إن الكثير من الدراسات التي أُجريت لدى الممرضين، وجدت بأن الصلابة النفسية لديهم ترتبط في الغالب سلبيا بمتغيرات الإنهاك والضغط المهنيين (McCranie, Lambert & Lambert, 1987, Fusco, 1994, Rowe, 1998, Toscano&Ponterdolph, 1998)، ترتبط ايجابيا مع الرضا الوظيفي (Littell,

(Tierney& Lavelle, 1997 ,1995، وارتباطها الايجابي أيضا مع الاحتفاظ بالممرضين، والتقليل من سلوكيات التغيّب والدوران المهني (Martin, 1995, Noble, 1993) [16]

وانطلاقا من هذه المعطيات، سوف نحاول في هذه الدراسة معرفة دور الصلابة النفسية في تحسين نوعية الحياة في العمل، والكشف عن العلاقة بينهما عند عينة من الممرضين الذين يزاولون عملهم على مستوى مصالح الأمراض المعدية. ومنه نطرح التساؤل التالي:

– هل هناك علاقة بين أبعاد الصلابة النفسية ونوعية الحياة في العمل عند عينة من الممرضين العاملين على مستوى مصالح الأمراض المعدية؟

فرضية الدراسة: توجد علاقة بين أبعاد الصلابة النفسية ونوعية الحياة في العمل عند الممرضين العاملين على مستوى مصالح الأمراض المعدية.

– **المنهج المتبَع:** تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي، لوصف ومحاولة تفسير العلاقة التي تقوم بين نوعية الحياة في العمل والصلابة النفسية.

– **عينة الدراسة:**تتكون عينة الدراسة من 64 ممرض منهم 43%ذكور و57%إناث، يتراوح سنهم بين 21 و 53 سنة، 67,18% متزوجون، وما نسبته 50% لهم مستوى تعليمي جامعي، أما باقي أفراد العينة فلهم مستوى تعليمي ثانوي.

أما مكان إجراء الدراسة، فلقد تمت على مستوى 04 مراكز استشفائية وهي: مستشفى "بوفاريك" بالبليدة، مستشفى "القطار الهادي فليسي" بالجزائر العاصمة، مستشفى "نذير محمد" بتيزي وزو ومستشفى "فرانتز فانون" ببجاية، واختيار العينة يتطلب قبول المرض المشاركة في الدراسة والاجابة على بنود المقاييس المقترَحة،وأن يكون المرض عامل في مصلحة الأمراض المعدية.

5– أدوات الدراسة:

5–1– مقياس نوعية الحياة في العمل للممرضين:

Quality of Nursing Work Life Scale

تم إعداد هذا المقياس من طرف (Beth Brooks et al.)وهذا سنة 2001، وذلك لقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، حيث يعتبر من مقاييس التطبيق الذاتي (Self-completion)، يتكون من 42 بند تقيس التفاعل والتأثير الموجود بين الجانب المهني والحياة اليومية للممرض، ويهتم أيضا بمحتوى أو ما يتضمنه العمل التمريضي من وظائف وتدخلات علاجية،

كما يصف العمل الحالي الذي يقوم الممرضون بإنجازه، الظروف التي يمارس فيها الممرضون عملهم ومدى تأثير ظروف العمل على الأداء الوظيفي لديهم.

تقع الاجالة على المقياس في 06 مستويات (موافق تماما، موافق إلى حد ما، موافق، غير موافق، غير موافق إلى حد ما، غير موافق مطلقا). وتتراوح الدرجة لكل عبارة بين درجة واحدة و06 درجات، أي إذا كانت الاجابة (موافق تماما 06، موافق إلى حد ما 05، موافق 04، غير موافق 03، غير موافق إلى حد ما 02، غير موافق مطلقا 01)، ويتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 42 إلى 252 درجة، ويشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك الممرض لنوعية حياة ايجابية في العمل.

ولقد تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى، حيث تشير العبارة المعكوسة إلى الجانب السلبي لنوعية الحياة في العمل، وبالتالي فإن هذه البنود ستُصحح في الاتجاه العكسي، أي أن هذه العبارات تُصحح كما يلي: (موافق تماما 01، موافق إلى حد ما 02، موافق 03، غير موافق 04، غير موافق إلى حد ما 05، غير موافق مطلقا 06).

ويبلغ عدد العبارات التي يجب أن توضع لها الدرجة المعكوسة 09 عبارات، وهي تتمثل فيما يلي: 03، 10، 11، 16، 20، 27، 29، 30، 36.

– **خصائصه السيكومترية:** لقد توصل الباحثون الذين قاموا ببناء هذا المقياس إلى أنه يتميز بخصائص سيكومترية جيدة(Beth Brooks et al., 2001)، وذلك قبل أن يتم اعتماده واستعماله في العديد من الدراسات

(MeltemSirin, SerapMankaliyeSokmen, 2015)، حيث استُخدمت طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وكانت النتيجة (r=0,90)، وهي نسبة عالية تدل على ثبات هذا المقياس، واتساق البنود عن طريق ألفا كرونباخ حيث وُجدت قيمته (0,89)، وهذا يدل على أن معامل الثبات للمقياس مرتفع ودال[17].

5–2– مقياس الصلابة النفسية ل "محمد عماد مخيمر" (2006):

هي أداة تعطي تقديرا كميّا لصلابة الفرد النفسية، تم وضعها من طرف "محمد عماد مخيمر" سنة (2006) وتتكوّن من(47) عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الإجابة على المقياس في ثلاثة مستويات (تنطبق دائما– تنطبق أحيانا– لا تنطبق أبدا) تتراوح الدرجة لكل عبارة ما

بين ثلاث درجات ودرجة واحدة بمعنى إذا كانت الإجابة تنطبق دائما يتحصل على درجة (3)، إذا كانت تنطبق أحيانا يتحصل على درجة (2)، إذا كانت لا تطبق أبدا يتحصل على درجة (1).

وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى أي تشير هذه العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة، وبالتالي فإنّ هذه العبارات، والتي تقابل في المقياس الأعداد: (7، 11، 16، 23، 25، 28، 32، 35، 36، 37، 38، 42، 46 ،47) ينبغي أن تُصحح في الاتجاه العكسي.

وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 47 إلى 141 درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية.

وتقع الصلابة النفسية في ثلاث أبعاد هي:

– الإلتزام (commitment):

وهذا البعد يتكوّن من 16 عبارة وهي كالآتي (1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 37، 40، 43، 46)، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد إلى أنّ الفرد أكثر التزاما تُجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين.

– التحكم (control):

وهذا البعد يتكوّن من 15 عبارة وتتجلى في (2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 35، 38، 41، 44) وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد الى أن الفرد لديه تحكم واعتقاد في مسؤوليته الشخصية عما يحدث له.

– التحدي (challenge)

ويتكون هذا البعد من16 عبارة وهي كالآتي (3، 6، 9، 12، 15، 18،21، 24، 27، 30، 33، 36، 39، 42، 45،47).

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بأن أي تغيير يطرأ على حياته إنما هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا له، مما يساعده على المبادرة والاستكشاف والتحدي.

– خصائصه السيكومترية:

قامت الباحثة "ليندة حراوبية" بحساب الصدق التلازمي لمقياس الصلابة النفسية مع مقياس قوة الأنا لـ (محمد ربيع شحاتة،1978)،ولقد كان معامل الارتباط بينهما (R=0,75) وهو دال عند مستوى الدلالة (0,01).

كما تم أيضا حساب الصدق التلازمي لمقياس الصلابة النفسية مع مقياس "بيك" للاكتئاب (غريب عبد الفتاح،1985) وبلغ معامل الارتباط بين المقياسين (R=0,63) وهو دال عند مستوى الدلالة (0,01).

ولقد قامت نفس الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، حيث وجدت ارتباطبين درجة كل مفردة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه،وكذلك درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس وجميعها دالة عند مستوى الدلالة (0,05) ومستوى الدلالة (0,01).

ولقد استخدم مُعد المقياس "عماد مخيمر" معامل "ألفا كرونباخ" لحساب ثبات المقياس، حيث تراوحت النتيجة ما بين 0,69 إلى 0,76، حيث يشير ارتفاع معامل "ألفا" إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد[18].

6 –نتائج الدراسة:

2. جدول رقم (01): ارتباط درجات مقياس الصلابة النفسية بأبعاده مع درجات نوعية الحياة في العمل عند الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.

		نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين
الصلابة النفسية	الالتزام	———
	التحكم	0,37**
	التحدي	0,29*
	الدرجة الكلية للصلابة النفسية	0,32**

من خلال الجدول رقم (01)، نلاحظ أن درجات نوعية الحياة في العمل عند الممرضين ترتبط ارتباطا ايجابيا مع التحكم (0,37) ومع التحدي (0,29) ومع الدرجة الكلية للصلابة النفسية

(0,32)، وهي كلها ارتباطات ايجابية ودالة عند مستوى الدلالة (α 0,01) ومستوى الدلالة (α0,05)، وهذا يشير إلى أن ارتفاع درجات أبعاد الصلابة النفسية يصاحبها ارتفاع في نوعية الحياة في العمل عند الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية، في حين لا يرتبط بُعد الالتزام مع نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.

6-مناقشة النتائج:

بافتراض وجود علاقة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة في العمل عند الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية، جاءت النتائج بعد المعالجة الاحصائية لتبين أن درجات الصلابة النفسية ترتبط ايجابيا مع مستوى نوعية الحياة في العمل عند الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية، حيث تبدو النتائج واقعية إذا ما قارناها مع نتائج دراسات أخرى.

ففي هذا المنحى، قام (Delmas et al., 2004) بدراسة كمية، بمنظور العوامل الإنقاذية(Perspective salutogénique)، حيث كان الباحث يهدف إلى وضع برنامج يسمح بتقوية الصلابة النفسية وتقييم آثارها على الصلابة نفسها، استراتيجيات المواجهة، الضغط النفسي المدرَك ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، وذلك على عينة عشوائية تتكون من 70 ممرض، مقسمة إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، ولقد تم بناء البرنامج اعتمادا على كتابات وتوصيات (Kobasa&Maddi, 1984)، حيث أنه احتوى على 03 تقنيات هي: التركيز (Focusing)، إعادة بناء الموقف، والمقاربة الانفعالية العقلانية.

ولقد توصلت هذه الدراسة من خلال القياس الذي تم على المجموعتين إلى أن هذا البرنامج نجح في تقوية مستوى الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة النشطة، ما أدى لتحسين نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين الذين طُبق عليهم البرنامج، مع تراجع دال في شدة الضغط النفسي المدرَك واستراتيجيات التجنب.

وفي دراسة كمية أخرى ل (Delmas, 1999) على عينة تتكون من 229 ممرض، بهدف التعرف على مستويات نوعية الحياة في العمل، الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة، وهذا انطلاقا من المؤشرات الايجابية للصحة (مقاربة إنقاذية)، حيث اعتمد على الإطار النظري ل (Maddi&Kobasa, 1984)، فلقد توصل إلى أن معظم الممرضين المشاركين في هذه الدراسة يتمتعون بمستوى عال من الصلابة النفسية، التي تعتبر المصدر الأساسي للشخصية، خاصة في بعدي

الالتزام والتحكم الذين تبيّن أن لهما علاقة ارتباطية موجبة مع نوعية الحياة في العمل لدى أفراد العينة، الذين تبيّن أيضا بأنهم يستعملون استراتيجية إعادة التقييم الايجابي وحل المشكل التي لها أيضا علاقة ارتباطية موجبة مع نوعية الحياة في العمل. وهكذا، فإن بعض الممرضين يتبنون سلوكيات ايجابية في العمل بهدف الحفاظ على صحتهم، بالرغم من تدهور الظروف التي يزاولون العمل فيها[19].

إن العديد من الدراسات التي أُقيمت على الممرضين توصلت إلى أن الصلابة النفسية لديهم مرتبطة سلبيا، في معظم الحالات، بمتغيرات الاحتراق النفسي والضغط النفسي المدرَك (Fusco, 1984, Mc cranie, Lambert & Lambert, 1987, Rowe 1988, Toscano et Ponterdolph, 1998)، وذات ارتباط ايجابي مع الرضا المهني (Littell, 1995, Tierney& Lavelle, 1997)، ومدى الاستقرار في الوظيفة وعدم تغييرها بالرغم من ظروفها الضاغطة، ونسبة التغيب عن العمل (Martin, 1995).

بدورهم، توصل كل من (Rich & Rich, 1987, Collins, 1996, Simoni et Peterson, 1997)، في الدراسات التي قاموا بها على الممرضين، إلى أن ذوي الصلابة النفسية المرتفعة لهم قدرة أكبر على تحمل (مقاومة) الضغط النفسي، الشدة (Strain) والاحتراق النفسي.

أما(Virgin,1994) فلقد أشار إلى وجود علاقة قوية ما بين الصلابة النفسية والرضا الوظيفي لدى قدماء الممرضين (الذين لهم سنوات طويلة من ممارسة مهنة التمريض).

إن معظم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، تدعم النظرية التي مفادها أن الصلابة النفسية عبارة عن متغير (أو عامل) معدل للعلاقة بين إدراك الضغط النفسي من جهة، وتقييمه وطريقة الاستجابة له من جهة أخرى.

وتأتي دراسات أخرى، اهتمت بالصلابة النفسية كمتغير معدل (**Rhodewalt& Agustsdottir, 1984, Williams, Weibe& Smith, 1992**) لتُظهر أن الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية يعتبرون الظروف الضاغطة أقل تهديدا لهم، وعلى أنهم أكثر قابلية لإدارتها، ومن ثم فهم يستخدمون مهارات تأقلم أكثر فعالية من ذوي الصلابة المنخفضة [20].

وفقا لكل من (Maddi&Kobasa, 1984)، فإن أي حدث يولّد الضغط النفسي، بما في ذلك الضغوطات المهنية المتعددة، المتواصلة والمتكررة في مكان العمل، يمكن أن يُشكّل تهديدا للفرد،

الذي عادة ما يظهر على شكل توتر جسدي من خلال بعض الأعراض القابلة للملاحظة مثل التعرّق، تسارع دقات القلب وعدم انتظامها، الارتجاف... أما على المستوى النفسي، فهذا التوتر يظهر من خلال سرعة الاستثارة، القلق، المخاوف... حيث تعكس هذه الإشارات حالة التأهب التي يكون فيها الجسم، في ظل الإجهاد المتواصل، الذي من المرَجح أن يقلّل من مقاومته ويصبح مريضا.

وبالتالي يمكن اعتبار الإنهاك المهني بمثابة رد فعل أو إشارة إنذار للجسم ضد الأحداث المهنية الضاغطة المستمرة والمتكررة في مكان العمل، والذي يشكّل تهديدا للصحة البدنية والعقلية.

مع الأخذ في الحُسبان أهمية كلٌ من القابلية والاستعداد للإصابة بالأمراض، ومدى اعتماد السلوكيات الصحية والعادات الايجابية فيما يتعلق بتفادي مسببات الوقوع في الأمراض، يرى كلٌ من (Maddi&Kobasa, 1984) أنه من بين موارد الفرد الأساسية، تبيّن أن الصلابة النفسية أقوى مصدر نفسي يمكن أن يساعد الفرد للاحتفاظ بصحته وتفادي الوقوع في مختلف الأمراض التي يمكن أن تنجم عن المحيط المهني الذي يتميّز بالضغط المتواصل.

حسب العديد من الدراسات التي أُجريت في هذا الاتجاه، يؤكد الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية تركيزهم على استعمال استراتيجيات المواجهة النشطة، وأنهم يبحثون عن دعم الأشخاص الذين يستخدمون مثل هذه الاستراتيجيات، هذا ما يساعد على تقييم معرفي يتميز بالتفاؤل تُجاه الضغوط التي يعايشونها، واتخاذ قرارات مستنيرة من أجل مواجهتها بطريقة فعالة.

وهكذا، فإن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية يسعَون إلى تغيير الأوضاع والظروف الضاغطة والعمل على ايجاد حل للمشاكل بدلا من تفاديها وتجنبها، حيث يستند المنظور النظري الذي اقترحه (Maddi&Kobasa, 1984) إلى العديد من الأبحاث التي أُجريت في الولايات المتحدة على عينات كثيرة من الاطارات والمدراء الذين يتحملون مسؤوليات عالية في أوساط مهنية ضاغطة[21].

– خاتمة:

إن مصادر الضغوط المهنية لدى الممرضين كثيرة ومتعددة من أهمها: عبء العمل وكثرة المهام، ضغوط العلاقات الاجتماعية مع الإدارة، الأطباء، الزملاء ومرافقي المرضى، انخفاض الدعم الاجتماعي، قلة المكافآت والأجور، بالإضافة إلى التعايش اليومي مع معاناة المرضى وألمهم ووفاتهم.

إلى جانب كل المشاكل ومصادر الضغط التي يعيشها زملائهم العاملين في المصالح الأخرى، فأفراد عينة الدراسة الحالية المتمثلة في الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية يواجهون يوميا مشكل أكبر وهو خطر التعرض والإصابة بمرض معدٍ يمكن أن يكون مزمن أو قاتل، وهذا ما يمكن أن يؤثر سلبيا على نوعية الحياة في العمل لديهم.

ولقد تبين من خلال الدراسة الحالية أن الصلابة النفسية لها علاقة ايجابية مع نوعية الحياة في العمل، وأن ارتفاع الصلابة النفسية يصاحبها تحسن في مستوى نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، فمفهوم الصلابة النفسية مركب مهمّ من مركبات الشخصية القاعدية، تلك التي تقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة و تفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية، وكوقاية من العواقب الجسمية النفسية للضغوط، وتسهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط النفسية وتنتهي بالاحتراق النفسي باعتباره ضغوطا نفسية مزمنة. كما يشير هذا المفهوم إلى إدراك الفرد وتقبله التغيرات والضغوط النفسية التي يتعرض لها، حيث أنه وحسب الإطار النظري، تم التوصل إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يكون أقل احتمالا للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية نتيجة لأحداث الحياة الضاغطة من الفرد الذي يتصف بقدر منخفض من الصلابة النفسية، وهو ما يؤدي بدوره لتحسين نوعية الحياة لدى الفرد.

الهوامش

1- خميس محمد سليم (2013): الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، عدد (13)، ص. 286.

2- *Rastelletti A. et al. (2015): Stress infirmier en milieu hospitalier: Prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Neuchâtel, P. 06.*

3- *Camille Boivin-Desrochers, Marie Alderson (2014): Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières: stratégies permettant de*

préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail, In: Recherche en soins infirmiers, N° (118), p. 19.

4- البدوي طلال (2000): درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الموضفين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، عمان، ص. 05.

5- Perruchoud J. (2008): Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan: état des lieux et prévention, Mémoire de fin d'études, Domaine de la santé, Filière Soins infirmiers, Centre de Sion, p. 04.

6- Alomani Q. (2006): Causes and effects of occupational stress in: nursing, Proceedings of 17th IASTEM International Conference, Istanbul, Turkey, p. 13.

7- درويش يحي (2003): مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير في الصحة العامة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، ص.ص. 06-07.

- برنار رونييه (2005): العدوى في المستشفيات، مجلة العلوم، يوليو- أغسطس، المجلد 21، ص.ص. 01-02.

9- Crouzilles C. (2011): Infectiologie et hygiène, Gestion des risques et soins infirmiers, Elsevier Masson, Paris, p. 67.

10- Denis M. et al. (2004): Accidents d'exposition au sang: intérêt d'un «système sentinelle», in: documents pour le médecin de travail, N°(99), p. 383.

11- Benoit christophe et al. (2002): quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier ? pertinence et objectif, EHESP, Paris, p. 13.

12- Institut de veille sanitaire (2002): numéro thématique accidents d'exposition au sang, BEH, Paris, p. 256.

13- Organisation Mondiale de la Santé (2002): Rapport sur la santé dans le monde: réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, p. 24.

14-BeghdadliBenali et al. (2009): Le personnel à risque d'accidents d'exposition au sang dans un CHU de l'Ouest algérien, in: Santé Publique, Vol. (21), p.253.

15- Judkins S. K. (2001): Hardiness, stress, and coping strategiesamongmid-level nurse managers: implications for continuinghighereducation, dissertation prepared for the degree of Doctor of philosophy, university of north Texas, USA, p. 27.

16- Mohammed JubranAlmalki (2012): Quality of work life and turnover intention in primaryhealthcare organisation: a cross-sectionalstudy of registered nurses in saudiarabia, submitted in fulfilment of the requirement for the degree of doctor of philosophy, institute of health and biomedical innovation, p. 157.

17– مخيمر عماد محمد (2011): استبيان الصلابة النفسية، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، ص. 37.

18- Bruchon-schweitzer M., Boujut E. (2014): Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles, DUNOD, Paris, p. 184.

19- GioraZakin et al. (2003): Hardiness, attachment style, and long termpsychologicaldistressamongIsraeliPOWs and combat veteranPersonality and IndividualDifferences, p. 39.

20- Kérouac A. et al. (1997): Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie, in: santé mentale au Québec, Vol. (22), N° (2), p. 19.