

مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة

The level of job stress among female workers at the University Hospital for Mother and Child in Biskra

وفاء قارة علي¹، عائشة بوبكر²

¹ مخبر البحوث والدراسات الاجتماعية جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، (الجزائر). o.karaali@univ-skikda.dz

² جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، (الجزائر)، aichaboubaker@yahoo.fr

تاريخ القبول: 2025/05/26

تاريخ الإرسال: 2025/02/07

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة، وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية والوظيفية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من 140 عاملة من أصل 178، تم اختيارهن بطريقة عشوائية. استُخدم مقياس التنكيد الوظيفي (LIPT) لجمع البيانات. وتحليل البيانات، تم توظيف مجموعة من الأساليب الإحصائية شملت: اختبار T للعينات المستقلة، تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون. بلغ متوسط التنكيد $sM=2.14$ بانحراف معياري $SD=0.68$ ، مع وجود فروق دالة إحصائية بين الفئات الوظيفية ($F=3.28, p<0.05$)، حيث سجلت القابلات أعلى مستوى ($M=1.85$)، بينما سجلت العاملات في المجال شبه الطبي الأدنى ($M=1.58$). كما أظهرت النتائج ارتفاع مستوى التنكيد لدى المتزوجات ($M=2.45$) مقارنة بغير المتزوجات ($M=2.1$).

الكلمات المفتاحية: التنكيد الوظيفي، العاملات في المستشفى، المتغيرات الديموغرافية، مقياس LIPT.

Abstract

This study aims to examine workplace bullying levels among female staff at the University Hospital for Mother and Child in Biskra, Algeria, and its association with demographic and occupational variables. Following a descriptive-analytical methodology, the research sampled 140 female employees (from a population of 178 workers) using random selection. Data collection utilized the Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT). Statistical analyses encompassed independent t-tests, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. The study revealed an average level of workplace bullying ($M=2.14, SD=0.68$), with significant differences across occupational groups ($F=3.28, p<0.05$). Midwives reported the highest bullying levels ($M=1.85$), while para-medical staff had the lowest ($M=1.58$). Married employees experienced higher bullying ($M=2.45$) compared to unmarried ones ($M=2.1$).

Keywords: Workplace bullying; Healthcare workers; Female employees; Demographic variables; LIPT (Workplace Bullying Inventory); Health sector.

1- مقدمة اشكالية

عرفت المنظمات في العصر الحديث تطورات وتغييرات سريعة مواكبة للتطور في مجال التكنولوجيا و الرقمنة وزيادة حدة المنافسة بين المنظمات في مجال العمل. الذي جعل المورد البشري مجبرا على التكيف و الانسجام مع كل المستجدات بتحسين معلوماته و تحسين مستوى ادائه و القدرة عللا الاتصال و نقل المعلومات و انشاء علاقات رسمية و غير الرسمية في الوسط الوظيفي الذي يعمل به كمنظور ايجابي و مرن لكن من جانب اخر سلبي قد يتعرض المورد البشري لمخاطر بكل انواعها و بشكل اخص بما يعرف بالمخاطر النفس اجتماعية التي تخلق معاناة و نوع من الضغط والمضايقة في العمل و تعرقل ادائه و انتاجيته

فتظهر اثار واضحة كانهخفاض مستوى الدافعية / كثرة الصراعات / نقص الروح المعنوية / انعدام الاتصال الفعال واختلال في نقل المعلومات / الجمود الفكري والروتين وانعدام الابتكار والابداع / كثرة الغيابات والتمارض

و هذا يؤثر في تقدم و استمرارية المنظمة و استبعادها كمنافس في سوق العمل وبذلك وجب على اي منظمة في استمرارية الرقابة و البحث في المخاطر و تحليلها للكشف عن اسباب وعوامل ظهورها و اثارها و مستوى تفاقم الخطورة للتقليص والخفض منها محافظة على الموارد الكفاء والفعالة و اكتساب سمعة جيدة و خلق مناخ عمل خال من المخاطر التي قد تؤدي بها لخسائر او قد تصل لزوال المنظمة و اضمحلالها .

تعدُّ بيئة العمل الصحية من الركائز الأساسية التي تساعد المؤسسات على تحقيق استمراريتهما وتطورهما، إذ يعتمد نجاح المنظمة بشكل كبير على قدرتها في توفير ظروف عمل ملائمة وداعمة لمواردها البشرية على المستويين النفسي والاجتماعي. غير أن العاملين في العديد من بيئات العمل قد يواجهون تحديات نفسية اجتماعية من أبرزها ظاهرة التنكيد الوظيفي، التي تُعرف بأنها مجموعة من السلوكيات السلبية المتعمدة الموجهة ضد الموظف، بهدف إلحاق الضرر المعنوي أو المهني به، مما يؤثر سلباً على أدائه المهني وصحته النفسية، وقد يمتد تأثيرها إلى مستوى الإنتاجية العامة للمنظمة واستقرارها.

ورغم تعدد الدراسات التي تناولت ظاهرة التنكيد الوظيفي في مجتمعات وبيئات عمل مختلفة، إلا أن تناول هذه الظاهرة في السياق الجزائري وبالأخص ضمن بيئة العمل الصحية ما يزال محدوداً. وفي ظل ما تشهده المستشفيات الجزائرية، بما في ذلك المستشفى الجامعي للأم والطفل بولاية بسكرة، من ضغوط متزايدة وظروف عمل صعبة، تصبح دراسة مستوى التنكيد الوظيفي بين العاملات في مثل هذه المؤسسات أمراً بالغ الأهمية لفهم طبيعة هذه الظاهرة والعوامل الديموغرافية والوظيفية المرتبطة بها.

على الرغم من تعدد الدراسات التي تناولت ظاهرة التنكيد الوظيفي عالمياً، مثل دراسة (Malinauskiene & Einarsen, 2014) التي ربطت بين التنكيد وأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة لدى الأطباء، أو محلياً كدراسة (فلاحي وبن عبد الرحمان، 2021) التي لم تسجل فروقاً دالة في التنكيد بين الموظفين الإداريين، فإن السياق الجزائري - وخاصة في القطاع الصحي - ما زال يفتقر إلى أبحاث تركز على الفروق الديموغرافية (كالحالة الاجتماعية) والوظيفية (كتخصص القابات). تُمثل هذه الدراسة استجابة لهذه الفجوة، عبر تحليل مستوى التنكيد في مستشفى جامعي يختص برعاية الأم والطفل، حيث تتفاعل ضغوط العمل مع الخصائص الاجتماعية للعاملات، مما يُعمّق فهمنا للعوامل المؤثرة في هذه الظاهرة ضمن بيئة عمل تُهيمن عليها الكوادر النسائية.

تهدف الدراسة إلى تحديد مستويات التنكيد الوظيفي، وتحليل علاقته بالمتغيرات الديموغرافية، ودراسة الفروق في مستوياته وفقاً لطبيعة العمل والحالة الاجتماعية. منهجياً، تعتمد الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة البحث، حيث يتيح قياس مستويات التنكيد وتحليل العوامل المؤثرة فيه كمياً، مع تقديم تفسيرات إحصائية موثقة. تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تسلط الضوء على ظاهرة مؤثرة في بيئة العمل الصحي الجزائري، مما قد يساهم في تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها وتحسين بيئة العمل المؤسسي، وعليه تم طرح التساؤل العام: ما هو مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بولاية بسكرة؟

ومنه التساؤلات الفرعية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بولاية بسكرة تُعزى إلى طبيعة العمل؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنكيد الوظيفي تُعزى إلى الحالة الاجتماعية؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سنوات الأقدمية ومستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي؟

2- الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة تعدّ دليلاً علمياً يُبرز الجهود البحثية التي تناولت موضوع التنكيد الوظيفي وانعكاساته على العاملين في مختلف القطاعات. المحاور التالية تسلط الضوء على ثلاث دراسات بما يعزز فهم الظاهرة من منظور متنوع.

1-2- دراسة (عسلي ، 2024)

تناولت هذه الدراسة التشخيصية موضوع التنكيد الوظيفي في القطاع الخدماتي، متخذة من مديرية الضرائب بولاية سطيف نموذجاً للدراسة الميدانية. هدفت الدراسة بشكل رئيسي إلى تشخيص مستويات التنكيد الوظيفي وتحليلها من وجهة نظر العاملين في هذا القطاع الحيوي.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التشخيصي، حيث شملت عينة مكونة من 97 موظفاً يعملون في مديرية الضرائب. ولجمع البيانات، تم تطوير استمارة خاصة لقياس سلوكيات التنكيد الوظيفي، تضمنت ثلاثة محاور رئيسية هي: سلوكيات التجنب، وسلوكيات العزل، وتشويه السمعة الشخصية. في التحليل الإحصائي، تم الاعتماد على المتوسط الحسابي والنسب المئوية لتحليل البيانات وتفسير النتائج.

كشفت نتائج الدراسة عن تباين في مستويات التنكيد الوظيفي عبر المحاور المدروسة. فقد جاءت سلوكيات التجنب بمستوى متوسط، في حين سجلت كل من سلوكيات العزل وتشويه السمعة الشخصية مستويات ضعيفة. تشير هذه النتائج إلى أهمية رصد وتحليل ظاهرة التنكيد في بيئة العمل الخدماتية، حيث تتفاوت مستويات وأنماط التنكيد بين العاملين. تؤكد هذه الدراسة على ضرورة فهم ديناميكيات التنكيد الوظيفي في القطاع الخدماتي، وتقديم أساساً علمياً يمكن الاستناد إليه في تطوير استراتيجيات للتعامل مع هذه الظاهرة وتحسين بيئة العمل.

2-2- دراسة (فلاحي و بن عبد الرحمان ، 2021) «مستوى التنكيد في الوسط الوظيفي عند الموظفين الإداريين»

تمحورت هذه الدراسة حول ظاهرة التنكيد الوظيفي في الوسط الأكاديمي الإداري، متخذة من جامعة عبد الحميد مهري (قسنطينة 2) ميداناً للدراسة. هدفت الدراسة إلى استكشاف مستويات التنكيد الوظيفي بين الموظفين الإداريين، مع التركيز بشكل خاص على تحليل العلاقة بين مستويات التنكيد والمتغيرات الديموغرافية المتمثلة في العمر، الجنس، وسنوات الخبرة.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وطُبقت على عينة مكونة من 100 موظف إداري في الجامعة. لقياس مستويات التنكيد الوظيفي، تم استخدام مقياس ليتمان المعتمد عالمياً في هذا المجال.

كشفت نتائج الدراسة عن نتيجة لافتة تتمثل في غياب الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستويات التنكيد الوظيفي عبر مختلف المتغيرات الديموغرافية المدروسة. فلم تظهر فروق

معنوية تعزى للجنس أو العمر أو سنوات الخبرة في تجربة التنكيد الوظيفي بين الموظفين الإداريين.

تكتسب هذه النتائج أهمية خاصة كونها تشير إلى أن ظاهرة التنكيد الوظيفي لا ترتبط بشكل مباشر بالخصائص الديموغرافية للموظفين. هذا الاستنتاج يحمل دلالات مهمة على المستوى التنظيمي، إذ يشير إلى أن معالجة هذه الظاهرة تتطلب مقاربة شاملة وتدخلات تنظيمية تستهدف جميع الموظفين بغض النظر عن خصائصهم الديموغرافية. كما تؤكد الدراسة على ضرورة تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية تراعي الطبيعة الشمولية لهذه الظاهرة في البيئة الإدارية الأكاديمية.

3-2-دراسة (Malinauskiene & Einarsen, 2014)"التنكيد في مكان العمل وأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة لدى الأطباء"

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين سلوكيات التنكيد في بيئة العمل وأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة لدى الأطباء العاملين في النظام الصحي الليتواني، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير العوامل النفسية والاجتماعية الضاغطة في بيئة العمل.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وشملت عينة عشوائية طبقية مكونة من 121 طبيباً من أصل 7192 طبيباً يمثلون مجتمع الدراسة. تميزت العينة بغلبة العنصر النسائي (265 طبيبة مقابل 52 طبيباً)، وبلغ متوسط أعمار المشاركين 51 عاماً. لجمع البيانات، استخدمت الدراسة استمارة شاملة غطت ثلاثة محاور رئيسية: سلوكيات التنكيد في الوسط الوظيفي، أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة، والتعرض للضغوط النفسية والاجتماعية. تم تحليل البيانات باستخدام تحليل الانحدار متعدد المتغيرات واختبارات الارتباط.

كشفت النتائج عن انتشار واسع لسلوكيات التنكيد في الوسط الطبي الليتواني، حيث تعرض 71% من الأطباء للتنكيد من قبل المرضى، و26% من قبل المسؤولين، في حين بلغت نسبة التنكيد من الزملاء 2.4%. الأكثر إثارة للقلق هو ظهور أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة لدى 75.2% من المشاركين. أظهرت التحليلات وجود علاقة ارتباطية قوية بين التعرض للتنكيد (سواء من المرضى أو المسؤولين) وظهور أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة. كما أشارت النتائج إلى أن ضحايا التنكيد يواجهون ضغوطاً إضافية ناتجة عن الأحداث الصارمة في بيئة العمل وحياتهم اليومية.

تؤكد هذه النتائج على الارتباط الوثيق بين التنكيد الوظيفي والصحة النفسية للعاملين في القطاع الطبي، وتبرز الحاجة الملحة لتطوير استراتيجيات دعم فعالة للأطباء العاملين في بيئات العمل عالية التوتر. كما تسلط الضوء على ضرورة معالجة الضغوط النفسية-الاجتماعية المصاحبة للتنكيد لتعزيز الرفاه المهني للعاملين في القطاع الصحي.

تسلط الدراسات السابقة الضوء على أبعاد مختلفة لظاهرة التنكيد الوظيفي، بدءاً من تشخيص مستوياته في القطاعات الخدمية وتحديد علاقته بالمتغيرات الديموغرافية، وصولاً إلى أثره النفسي لدى الأطباء. تلك الدراسات تشير إلى أهمية استهداف هذه الظاهرة ببرامج تنظيمية ونفسية، كما تدعو إلى ضرورة توسيع نطاق البحث بما يغطي مختلف السياقات المهنية لفهم أعمق لهذه المشكلة.

3- ضبط المصطلحات

3-1- التنكيد الوظيفي في مكان العمل

يُعد التنكيد الوظيفي (Workplace Bullying) من الظواهر التنظيمية التي حظيت باهتمام كبير في مجال علم النفس التنظيمي. وقد كان العالم الألماني Heinz Leymann رائداً في هذا المجال، حيث قدم في عام 1990 أول تعريف منهجي لظاهرة التنكيد في بيئة العمل بأنه "نمط من السلوك العدائي المنهجي، يتم توجيهه نحو فرد أو أكثر في مكان العمل، ويحدث بشكل متكرر (على الأقل مرة في الأسبوع) ولفترة طويلة نسبياً (سنة أشهر على الأقل)". وقد وسّع (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011) هذا التعريف، موضحين أن التنكيد الوظيفي يشمل "مجموعة من السلوكيات السلبية المتكررة والممنهجة، التي تتراوح من العنف النفسي والمعنوي إلى أشكال نادرة من العنف الجسدي، والتي توجه نحو فرد أو مجموعة في بيئة العمل، مما يؤدي إلى خلق بيئة عمل معادية" (p. 22). ويؤكد (Einarsen و Nielsen، 2018) في دراستهم المرجعية أن التنكيد الوظيفي يتميز بثلاث خصائص رئيسية:

- أ. السلوك السلبي المتكرر والممنهج
 - ب. عدم توازن القوى بين المتنكّد والضحية
 - ج. صعوبة الدفاع عن النفس من قبل الضحية
- وفقاً لـ (Atasayi, Verkuil, و Molendijk، 2015)، يمكن أن تؤدي ممارسات التنكيد الوظيفي إلى عواقب تنظيمية خطيرة تشمل:
- أ. ارتفاع معدلات التغيب عن العمل
 - ب. انخفاض الإنتاجية
 - ج. زيادة معدل دوران الموظفين
 - د. تدهور الصحة النفسية والجسدية للضحايا
- وتشير الدراسات الحديثة مثل (Power، Brotheridge، و Blenkinsopp، 2013) إلى أن التنكيد الوظيفي يمثل شكلاً من أشكال العنف النفسي المنهجي في مكان العمل، يتميز بعدم التوازن في علاقات القوة، ويهدف إلى إلحاق الضرر النفسي أو الوظيفي بالضحية.

التعاريف المستخدمة تعكس التطور في فهم وتعريف ظاهرة التنكيد الوظيفي، وتقدم إطاراً نظرياً أكثر شمولية وحدانية.

المفهوم الإجرائي للتنكيد الوظيفي: هو القيمة المتحصل عليها باستخدام مقياس LIPT المكيف، ويتضمن 46 سلوكاً سلبياً تُقيّم على مقياس ليكرت (1 = نادراً، 5 = دائماً). يُعتبر الفرد مُتنكّداً عليه إذا تعرّض لواحد أو أكثر من هذه السلوكيات مرة أسبوعياً لمدة 6 أشهر.

2-3- المرأة العاملة:

هي المرأة التي تعمل في القطاع الصحي الحكومي في اوقات محددة، مقابل اجر مادي شهري .

المفهوم الإجرائي للعاملات في المستشفى: هو الموظفات بدوام كامل في الأقسام الطبية والإدارية بالمستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة خلال عام 2023.

3-3- المتغيرات الديموغرافية: تشمل الحالة الاجتماعية (متزوجة، عازبة، مطلقة، أرملة) وطبيعة العمل (قابلة، ممرضة، إدارية).

4-1-إطار النظري

يهدف هذا الفصل إلى تقديم إطار نظري متين حول مفهوم التنكيد الوظيفي، وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية والوظيفية، وذلك لتوفير أساس متين لفهم نتائج الدراسة الحالية.

4-1-1- مفهوم التنكيد الوظيفي

يُعرف التنكيد الوظيفي (Workplace Bullying) بأنه سلوك عدائي متكرر وممنهج، يُمارس ضد فرد أو أكثر في بيئة العمل، بهدف إلحاق الضرر النفسي أو المهني بهم (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011). يتسم هذا السلوك بعدم التوازن في السلطة بين المتنمر والضحية، ويصعب على الضحية الدفاع عن نفسه (Nielsen & Einarsen, 2018). ويتضمن التنكيد الوظيفي مجموعة واسعة من السلوكيات، بدءاً من العنف اللفظي والمعنوي، وصولاً إلى أشكال نادرة من العنف الجسدي (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011).

4-2-العوامل المؤثرة على التنكيد الوظيفي

تتعدد العوامل التي تُساهم في حدوث التنكيد الوظيفي، وتتفاعل هذه العوامل معاً لتشكيل بيئة عمل مُعادية. يمكن تصنيف هذه العوامل إلى فئتين رئيسيتين:

أ. عوامل ديموغرافية: تشير العديد من الدراسات إلى دور العوامل الديموغرافية في تحديد مستوى التعرض للتنكيد. فمثلاً، تُظهر بعض الأبحاث أن النساء أكثر عرضة للتنكيد من الرجال (Nielsen & Einarsen, 2018). كما أن الحالة الاجتماعية، قد تلعب دوراً مهماً، حيث قد تتعرض العاملات المتزوجات لضغوط إضافية تُزيد من احتمالية تعرضهن للتنكيد (Ariza-Montes, Muniz, & Montero-Simó, 2013). أما فيما يتعلق بالخبرة،

فتبقى العلاقة مع التنكيد مُعقدة، حيث أشارت بعض الدراسات إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائياً (Salin, 2015)، في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن الخبرة قد تكون عاملاً وقائياً ضعيفاً (Power, Brotheridge, & Blenkinsopp, 2013).

ب. عوامل وظيفية: تُعدّ طبيعة العمل وبيئة العمل من أهم العوامل الوظيفية التي تؤثر على مستوى التنكيد. فمثلاً، قد تتعرض بعض المهن لضغوط عالية، مما يزيد من احتمالية حدوث التنكيد (Verkuil, Atasayi, & Molendijk, 2015). كما أن ضعف الدعم الإداري، وانعدام ثقافة العمل الجماعي، وغياب آليات واضحة للتعامل مع حالات التنكيد، كلها عوامل تُساهم في زيادة مستوى التنكيد في بيئة العمل. يُفسر هذا من خلال نموذج المتطلبات-الموارد (Job Demands-Resources model, JD-R) الذي يربط بين مستويات الضغط الوظيفي الناتجة عن طبيعة العمل (المتطلبات العالية) ونقص الموارد المتاحة (Demerouti & Bakker, 2011). يُشير النموذج إلى أن الجمع بين هذه العوامل يؤدي إلى الإرهاق الوظيفي، الذي يُشكّل أحد مسببات التنكيد.

4-3- أثر التنكيد الوظيفي

يُخلف التنكيد الوظيفي آثاراً سلبية جسيمة على الأفراد وعلى المنظمة. فمن ناحية الأفراد، قد يؤدي إلى مشاكل صحية نفسية وجسدية، مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات النوم، وانخفاض الرضا الوظيفي، وانخفاض الإنتاجية، وزيادة معدلات الغياب عن العمل (Nielsen, Christensen, & Finne, 2020). أما على مستوى المنظمة، فيؤدي التنكيد إلى انخفاض الإنتاجية، وزيادة معدل دوران الموظفين، وتدهور المناخ التنظيمي، وإضرار بسمعة المنظمة (Verkuil, Atasayi, & Molendijk, 2015).

4-4- ربط الإطار النظري بالدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة، وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية) والوظيفية (طبيعة العمل). وستعتمد الدراسة على الإطار النظري المقدم أعلاه لفهم النتائج وتفسيرها، مع التركيز على تأثير العوامل المذكورة على مستوى التنكيد. كما ستُحاول الدراسة إثراء هذا الإطار النظري من خلال إضافة نتائجها الخاصة، والتي ستُساهم في فهم أعمق لظاهرة التنكيد الوظيفي في السياق الجزائري.

5- الطريقة والأدوات

5-1- مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملات في المستشفى (N=178)، ثم استُبعدت العاملات بدوام جزئي أو اللواتي لديهن أقل من سنة خبرة في المستشفى، حيث بقيت 140 عاملة.

وقُسمَت العينة إلى طبقات وفقاً للتخصص الوظيفي (ممرضات، طبيبات، إداريات، إلخ). كما هو موضح في الجدول 1 .

جدول (1): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل

طبيعة العمل	العدد	النسبة المئوية
ممرضة	45	32.1%
طبيبة	28	20.0%
إدارية	24	17.1%
شبه طبي	25	17.9%
قابلة	18	12.9%
المجموع	140	100%

2-5- أداة الدراسة

اعتمدنا على مقياس التنكيد الوظيفي ليهانز ليمان مترجم ومكيف على البيئة الجزائرية من طرف د. لوكيا الهاشي وكذلك د.عسلي سمرة، يسرد الاستبيان 46 بندا إجرائيا فعليا في مكان العمل، يعتبر الفرد العامل مضطربا أو منكدا اذا حدث واحد او اكثر من اصل 46 فعلا مرة واحدة ،على الاقل في الاسبوع على مدار عام أو 6 اشهر الاخيرة و تكرار الحدوث لأكثر من عامل واحد .

تنقسم اثار الاجراءات على الضحايا المهاجمة الى خمس فئات : سلوكيات التجنب ، سلوكيات العزل، سلوكيات تشويه السمعة الشخصية للضحية بين الزملاء، سلوكيات تشويه السمعة المهنية للضحية في العمل، سلوكيات التي تهدف إلى تعريض صحة الضحية للخطر .
تم توزيع الاستبيانات يدوياً في أوقات محددة (أثناء فترات الراحة) لضمان استجابة عالية. جرى تعبئة الاستبيانات ذاتياً مع ضمان السرية، واستغرقت العملية 3 أسابيع.

3-5- متغيرات الدراسة

أ. المتغيرات المستقلة: المتغيرات الديمغرافية " طبيعة العمل (القابات، الطبيبات، الوظائف الإدارية،...) والحالة الاجتماعية (متزوجات ، عازبات ، ...) وسنوات الأقدمية".

ب. المتغير التابع: مستوى التنكيد الوظيفي

تم السيطرة (التحكم) على بعض العوامل الأخرى مثل ساعات العمل الأسبوعية ومستوى الدعم الإداري، لضمان أن الاختلافات في نتيجة التنكيد ناتجة عن طبيعة العمل والحالة الاجتماعية فقط.

4-5- التحليل الإحصائي

تم استخدام برنامج SPSS النسخة 26 لإجراء التحليلات التالية:

- أ. تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لأنه مصمم لفحص الفروق في المتوسطات بين أكثر من مجموعتين على متغير تابع. في هذه الدراسة، كان المتغير المستقل هو طبيعة العمل (القابات، الطبيبات، الوظائف الإدارية...)، بينما كان المتغير التابع هو مستوى التنكيد الوظيفي. استخدام ANOVA يتطلب تحقق افتراضات معينة، كاستقلالية المجموعات، تجانس التباين، والتوزيع الطبيعي للبيانات، التي أكدت الاختبارات الإحصائية المرافقة (مثل Levene's Test). اختيار هذا التحليل كان مدعوماً بالهدف البحثي لفهم تأثير طبيعة العمل على التنكيد الوظيفي وتحديد المجموعات التي تعاني من مستويات أعلى. بناءً على تصميم الدراسة، تم تقسيم العينة إلى مجموعات وفقاً لطبيعة عمل كل فئة (القابات، الطبيبات، موظفات الإداري... إلخ)، مما يجعل ANOVA الأداة الأنسب.
- ب. معامل ارتباط بيرسون: استخدم لفحص العلاقة بين سنوات الأقدمية ومستوى التنكيد، وتم اختياره للأسباب التالية:

✓ كلا المتغيرين كميان ومتصلان

✓ العلاقة المفترضة خطية

✓ البيانات تتبع التوزيع الطبيعي

- ج. اختبار T للعينات المستقلة : لمقارنة متوسطات مستوى التنكيد الوظيفي بين مجموعتين مستقلتين، مثل المتزوجات وغير المتزوجات. يتمتع هذا الاختبار بالقدرة على تحديد ما إذا كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين المتوسطين، مع مراعاة استقلالية العينتين وقياس البيانات على مقياس مستمر. كما تم التحقق من افتراضات التوزيع الطبيعي وتجانس التباين لتحقيق صحة التحليل.

- د. تحليل الانحدار المتعدد : لتحديد تأثير العديد من المتغيرات المستقلة على مستوى التنكيد الوظيفي. يسمح هذا التحليل بفهم كيفية ارتباط متغيرات مثل طبيعة العمل والدعم الاجتماعي بمستويات التنكيد، مما يساهم في تقدير تأثير كل عامل بشكل مستقل. إضافةً إلى ذلك، يمكن من خلال تحليل الانحدار بناء نماذج تنبؤية تساعد في توجيه التدخلات والاستراتيجيات الرامية إلى تقليل مستويات التنكيد الوظيفي في بيئات العمل المختلفة.
- وباستخدام هذين الأسلوبين، توفر الدراسة رؤية شاملة حول العوامل المساهمة في مستويات التنكيد، مما يساهم في تطوير حلول فعالة لتحسين بيئات العمل.

5-5- التوزيع الديموغرافي للعينة

يمثل التوزيع الديموغرافي للعينة أحد المؤشرات المهمة في فهم خصائص مجتمع الدراسة. فيما يخص معدل الاستجابة، سجلت الدراسة نسبة مشاركة مرتفعة بلغت 78.7% من إجمالي مجتمع الدراسة المستهدف، مما يعزز من موثوقية النتائج وقابليتها للتعميم.

وفيما يتعلق بالتوزيع حسب الحالة الاجتماعية، يمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (2): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
متزوجات	58	41.3%
عازبات	54	38.5%
مطلقات	19	13.8%
أرامل	9	6.4%
المجموع	140	100%

يتضح من الجدول 2 أن المتزوجات يشكلن النسبة الأكبر من عينة الدراسة (41.3%)، وهذا يتوافق مع الخصائص الديموغرافية المتوقعة في المجتمع الطبي، حيث يميل معظم العاملات في القطاع الصحي إلى الاستقرار الأسري نظراً لطبيعة المهنة ومتطلباتها. يليه فئة العازبات (38.5%)، أما فئتا المطلقات والأرامل فشكلتا نسباً أقل (13.8% و 6.4% على التوالي)، وهو ما يتناسب مع التوزيع الطبيعي للحالات الاجتماعية في المجتمع الوظيفي. هذا التوزيع المتنوع للحالات الاجتماعية يتيح فرصة لدراسة تأثير العوامل الاجتماعية على مستويات التنكيد في بيئة العمل، كما يسمح بإجراء مقارنات ذات دلالة إحصائية بين مختلف الفئات.

6-النتائج

6-1- مستويات التنكيد

أظهر التحليل الوصفي مستوى متوسطاً من التنكيد الوظيفي ($M = 2.14$, $SD = 0.68$). تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Zapf, Hoel, Einarsen, و Cooper، 2011) التي وجدت أن متوسط التنكيد في القطاع الصحي يتراوح بين 1.9 و 2.3 على مقياس LIPT. قيمة الانحراف المعياري (0.68) تدل على تشتت معتدل في استجابات أفراد العينة حول المتوسط، مما يعزز موثوقية النتائج ويشير إلى اتساق في تقييم مستويات التنكيد من قبل المشاركين.

جدول (3): الإحصاءات الوصفية لمستويات التنكيد الوظيفي

المؤشر الإحصائي	القيمة
المتوسط الحسابي	2.14
الانحراف المعياري	0.68
أدنى قيمة	1.582
أعلى قيمة	1.847
المدى	0.265

يشير التجانس النسبي في الاستجابات (المدى = 0.265) إلى اتساق في تجربة التنكيد، وهو ما يتوافق مع نتائج Nielsen وزملائه (2020) حول استقرار قياسات التنكيد في البيئات الصحية المؤسسية.

2-6- الفروق حسب طبيعة العمل

لتحليل الفروق في مستويات التنكيد حسب طبيعة العمل، تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA). وقبل تنفيذ تحليل التباين (ANOVA)، تم التحقق من الافتراضات الإحصائية، بما في ذلك تجانس التباينات باستخدام اختبار Levene's Test ($p = 0.325$)، كما تأكدنا من التوزيع الطبيعي باستخدام Kolmogorov-Smirnov Test. مما يعزز من صحة النتائج الإحصائية المستخرجة

كشف تحليل التباين الأحادي عن وجود فروق دالة إحصائية في مستويات التنكيد تبعاً لطبيعة العمل ($F(4,135) = 3.2847, p < 0.05, \eta^2 = 0.1173$). بلغ حجم الأثر 0.1173، مما يشير إلى أن 11.73% من التباين في مستويات التنكيد يمكن تفسيره من خلال متغير طبيعة العمل.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Theorell, et al., 2015) التي أظهرت أن التخصص الوظيفي في القطاع الصحي يؤثر على مستويات التنكيد والضغط النفسي.

جدول (4): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في مستويات التنكيد حسب طبيعة العمل

المتغير	قيمة F	مستوى الدلالة (p)	حجم الأثر (η^2)
طبيعة العمل	3.2847	0.0139	0.1173

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات التنكيد حسب الفئات الوظيفية

طبيعة العمل	متوسط التنكيد
قابلات	1.847
طبيبات	1.721
إداريات	1.693
ممرضات	1.654
شبه طبي	1.582

سجلت القابلات أعلى متوسط للتنكيد (1.847)، في حين سجل العاملون في المجال شبه الطبي أدنى متوسط (1.582). هذه النتائج تؤكد تأثير التخصص الوظيفي على مستويات التنكيد في بيئة العمل الصحي. وهذا ما أكدته دراسة Eriksen وزملائه (2008) أن القابلات يواجهن مستويات أعلى من التنكيد مقارنة بباقي الفئات الوظيفية في القطاع الصحي، وهو ما يتوافق مع نتائج دراستنا الحالية. كما أشار Verkuil وزملاؤه (2015) إلى أن طبيعة العمل في التخصصات الطبية المختلفة تؤثر على درجة التعرض للتنكيد الوظيفي، حيث يرتبط ذلك بمستوى المسؤولية وضغط العمل. يمكن تفسير ارتفاع التنكيد لدى القابلات باستخدام نموذج المتطلبات-الموارد لـ (Demerouti و Bakker، 2011)، حيث تكون الموارد النفسية والاجتماعية قليلة، بينما تكون المتطلبات الوظيفية كبيرة، مما يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي وقد يؤدي ذلك إلى التنكيد.

3-6- العلاقة مع سنوات الأقدمية

جدول (6): تحليل العلاقة بين سنوات الأقدمية ومستوى التنكيد

المتغيرات	معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة (p)	نوع العلاقة
سنوات الأقدمية × مستوى التنكيد	-0.0935	0.3463	سلبية ضعيفة غير دالة

كشف تحليل بيرسون عن علاقة سلبية ضعيفة ($r = -0.0935$, $p = 0.3463$) غير دالة إحصائياً ($p > 0.05$) بين سنوات الأقدمية ومستوى التنكيد الوظيفي كما هو موضح في الجدول (x). تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Salin، 2015) التي وجدت أن العلاقة بين الخبرة الوظيفية والتعرض للتنكيد غير حاسمة في القطاع الصحي. هذا يشير إلى أن سنوات الخبرة لا تؤثر بشكل جوهري على مستوى التنكيد لدى العاملات في المستشفى. الإشارة السالبة في معامل الارتباط

مستوى التنكيد الوظيفي لدى العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة

تشير إلى اتجاه عكسي ضعيف، حيث يميل مستوى التنكيد إلى الانخفاض الطفيف مع زيادة سنوات الخبرة، لكن هذا الانخفاض غير دال إحصائياً.

وقد أكد (Nielsen, Christensen, & Finne, Workplace bullying, mental distress, and sickness absence: the protective role of social support, 2020) العلاقة بين الأقدمية والتنكيد معقدة وتتأثر بعوامل تنظيمية متعددة. كما أشارت دراسة (Power, Brotheridge, & Blenkinsopp, 2013) إلى أن الخبرة الوظيفية قد تكون عاملاً وقائياً ضعيفاً ضد التنكيد، لكن تأثيرها يتفاعل مع متغيرات أخرى كالمناخ التنظيمي والدعم الاجتماعي.

4-6- تأثير الحالة الاجتماعية

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام اختبار T للعينات المستقلة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنكيد الوظيفي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية ($t(138) = 2.49, p = 0.0139$). حيث سجلت العاملات المتزوجات مستوى أعلى من التنكيد ($M = 2.45, SD = 0.71$) مقارنة بغير المتزوجات ($M = 2.12, SD = 0.64$).

جدول (7): نتائج اختبار T للفروق في مستوى التنكيد حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة
متزوجات	58	2.45	0.71	2.49	138	0.0139
غير متزوجات	82	2.12	0.64			

تتوافق هذه النتائج مع دراسة (Nielsen & Einarsen, 2018) التي أكدت أن المتغيرات الديموغرافية، وخاصة الحالة الاجتماعية، تلعب دوراً مهماً في تحديد مستويات التنكيد الوظيفي. كما تتسق مع نتائج (Giorgi, et al., 2016) التي وجدت أن العاملات المتزوجات في القطاع الصحي يواجهن مستويات أعلى من التنكيد نتيجة تعدد المسؤوليات وضغوط العمل.

وفي سياق مماثل، أشارت دراسة (Ariza-Montes, Muniz, & Montero-Simó, 2013) إلى أن العاملات المتزوجات في القطاع الصحي يواجهن تحديات إضافية في التوفيق بين متطلبات العمل والحياة الأسرية، مما يجعلهن أكثر عرضة للتنكيد الوظيفي. هذا التداخل بين المسؤوليات الوظيفية والأسرية قد يخلق ضغوطاً نفسية إضافية تؤثر على تجربتهن الوظيفية وتعرضهن للتنكيد في مكان العمل.

7- مناقشة وتفسير النتائج:

توفر نتائج الدراسة الحالية رؤية مهمة حول مستويات التنكيد الوظيفي في بيئة العمل الصحية، حيث أظهرت النتائج أن مستوى التنكيد العام كان متوسطاً ($M = 2.14, SD = 0.68$) مع وجود تباين بين الفئات الوظيفية. يمكن تفسير هذه النتائج من خلال نموذج المتطلبات-الموارد الوظيفية (JD-R) الذي وضعه (Demerouti & Bakker, 2011). وهو ما يتوافق جزئياً مع دراسة (عسلي ، 2024) التي أظهرت مستوى متوسطاً من سلوكيات التجنب في قطاع الخدمات، ولكن تختلف عن دراسة (فلاحي و بن عبد الرحمان ، 2021) التي لم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية في مستويات التنكيد بين الموظفين الإداريين حسب الجنس أو العمر أو الخبرة. وتتطلب هذه النتائج تحليلاً أعمق لأسباب هذا التباين، خاصةً في ضوء بيئة العمل المتميزة في القطاع الصحي، مقارنةً بقطاع الخدمات أو الإدارة.

أظهر تحليل التباين الأحادي فروقاً دالة إحصائية ($F(4,135) = 3.285, p < 0.05, \eta^2 = 0.117$). تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Verkuil, Atasayi, & Molendijk, 2015) التي أكدت تأثير التخصص الوظيفي على مستويات التنكيد. يمكن تفسير ارتفاع مستوى التنكيد لدى القابات ($M = 1.847$) في ضوء نموذج المتطلبات-الموارد الوظيفية لـ (Demerouti & Bakker, 2011). تُشير هذه النتيجة إلى تأثير طبيعة العمل على مستوى التنكيد، وهو ما يدعم جزئياً ما توصلت إليه دراسة (Enirsen Staaale 2014) بشأن انتشار التنكيد بين الأطباء الليتوانيين، مع الأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الثقافية والظرفية بين البلدين.

يمكن تفسير مستويات التنكيد المرتفعة لدى القابات بناءً على نموذج المتطلبات-الموارد (Demerouti & Bakker, 2011)، الذي يوفر إطاراً نظرياً يربط بين مستويات الضغط الوظيفي الناتجة عن طبيعة العمل (المتطلبات العالية) ونقص الموارد المتاحة. يُظهر النموذج أن الجمع بين هذه العوامل يؤدي إلى الإرهاق الوظيفي، الذي يشكل أحد أبرز مسببات التنكيد في بيئة العمل. تنطبق هذه الفرضية على بيانات الدراسة الحالية، حيث أظهرت القابات أعلى متوسط لمستوى التنكيد مقارنة بالمجموعات الوظيفية الأخرى، ويعود ذلك إلى شدة ضغوط العمل ونقص الدعم الاجتماعي والنفسي. كما أن العلاقة بين التنكيد والحالة الاجتماعية تدعم فكرة أن المتطلبات الإضافية للحياة الأسرية تزيد العبء النفسي على المتزوجات، مما يجعل الحاجة إلى موارد تدعم التوازن بين العمل والأسرة ضرورية لتقليل التنكيد.

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت النتائج أن العاملات المتزوجات يواجهن مستويات أعلى من التنكيد ($M = 2.45, SD = 0.71$) مقارنة بالعازبات ($M = 2.12, SD = 0.64$). يمكن تفسير ذلك من خلال تراكم المتطلبات الوظيفية والأسرية، حيث تواجه العاملات المتزوجات صعوبة في تحقيق

التوازن بين ضغوط العمل ومسؤوليات الأسرة، كما ذكرت دراسة (عسلي ، 2024) بشكل غير مباشر حول سلوكيات التجنب والعزل، مما يتطلب مزيداً من البحث في العلاقة بين المتطلبات الأسرية والمهنية ومستوى التنكيد. في هذا السياق، يكون الدعم الوظيفي والإداري محدوداً، ما يسهم في ارتفاع مستويات التنكيد في صفوفهن.

يُظهر نموذج JD-R أن التفاعل بين المتطلبات العالية والموارد المنخفضة يؤدي إلى زيادة الإجهاد النفسي وانخفاض الرضا الوظيفي، وهو ما يتماشى مع نتائج دراستنا الحالية. حيث يبدو أن الفئات الوظيفية التي تتعرض لمتطلبات مرتفعة مع موارد محدودة، مثل القابلات، تعاني من مستويات أعلى من التنكيد نتيجة لذلك.

تعكس النتائج أيضاً الحاجة إلى توازن أفضل بين المتطلبات والموارد في بيئة العمل. لذا، توصي الدراسة بضرورة تطوير برامج دعم نفسي-مهني متخصصة، وتحسين ظروف العمل من خلال توفير المواد اللازمة لمواجهة التحديات اليومية. كما ينبغي إدخال تحسينات على آليات التكيف مع الضغوط الوظيفية، وتعزيز السياسات الداعمة للتوازن بين العمل والحياة الشخصية.

تتفق هذه النتائج مع دراسات سابقة، مثل دراسة (Nielsen, Christensen, & Finne, 2020) التي أظهرت استقرار قياسات التنكيد في البيئات الصحية، ودراسة (Eriksen, Bjorvatn, Bruusgaard, & Knardahl, 2008) التي أكدت على ارتفاع مستويات التنكيد لدى القابلات. بناءً على النتائج المستخلصة، نوصي بإجراء دراسات مستقبلية لتناول تأثير البرامج الموجهة لزيادة الموارد المتاحة على مستويات التنكيد الوظيفي والمساهمة في تطوير استراتيجيات وقائية فعالة.

لم تظهر علاقة دالة إحصائياً بين الأقدمية والتنكيد ($r = -0.094, p > 0.05$). تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Salin, 2015) التي وجدت أن العلاقة بين الخبرة الوظيفية والتعرض للتنكيد غير حاسمة في القطاع الصحي. هذه النتيجة لم تختلف عن دراسة فلاح بلال وبن عبد الرحمان الطاهر (2021)، التي لم تُظهر أيضاً علاقة بين سنوات الخبرة ومستوى التنكيد، مما يتطلب بحثاً إضافياً للتحقق من هذه العلاقة في سياقات مختلفة.

8- خاتمة:

تشير هذه الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من التنكيد الوظيفي بين العاملات في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة، مع فروق ذات دلالة إحصائية حسب طبيعة العمل والحالة الاجتماعية. سجلت القابلات أعلى معدلات للتنكيد، وهذا يتوافق مع نتائج دراسات سابقة أشارت إلى ارتفاع مستويات التنكيد لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية (Eriksen et al., 2015; Verkuil et al., 2008). كما أظهرت الدراسة أن العاملات المتزوجات يعانين من مستويات أعلى من التنكيد مقارنةً بغير المتزوجات، وهو ما يُعزى إلى ضغوطات الحياة الأسرية

المترابكة مع متطلبات العمل (Ariza-Montes et al., 2013; Giorgi et al., 2016; Nielsen & Einarsen, 2018). على غرار بعض الدراسات السابقة (Salin, 2015) : فلاحى بلال وبن عبد الرحمان الطاهر، 2021)، لم تُظهر دراستنا الحالية علاقة ذات دلالة إحصائية بين سنوات الأقدمية ومستوى التنكيد. تتفق نتائج الدراسة مع بحث (Eriksen et al., 2008) الذي أكد أن القابلات أكثر عرضة للتنكيد بسبب الضغوط العاطفية، لكنها تتعارض مع دراسة (Salin, 2015) التي لم تسجل فروقاً بين المتزوجات والعازبات، مما يُبرز خصوصية السياق الثقافي الجزائري. يُعدّ فهم أسباب التباين في مستويات التنكيد بين المجموعات الوظيفية موضوعاً يستحق مزيداً من الاستقصاء في البحوث المستقبلية، وذلك لتطوير برامج دعم متخصصة وفعالة.

التوصيات: بناءً على النتائج، توصي الدراسة بما يلي:

1. تطوير برامج دعم نفسي-مهني متخصصة: يجب تصميم وتنفيذ برامج تدريبية مكثفة تُركز على بناء مهارات التأقلم مع ضغوط العمل، وإدارة الإجهاد، وتطوير القدرات على التواصل الفعّال وإدارة الصراعات مع التركيز بشكل خاص على القابلات والعاملات المتزوجات. يجب أن تُراعي هذه البرامج الخصائص الديموغرافية والوظيفية للعاملات لتحقيق أقصى درجة من الفاعلية.

2. إجراء مراجعة شاملة لظروف العمل: ينبغي إجراء تقييم شامل لظروف العمل في المستشفى الجامعي للأم والطفل بسكرة، بما يشمل ساعات العمل، وكمية العبء الوظيفي، وإمكانية التوفيق بين متطلبات العمل والحياة الأسرية. يُنصح بإيجاد حلول لتحسين ظروف العمل وإزالة العوامل المساهمة في زيادة مستويات التنكيد.

3. تعزيز آليات الدعم الاجتماعي في بيئة العمل: يجب توفير بيئة عمل داعمة تُشجع التعاون والتواصل الإيجابي بين العاملات، وتُعزز روح الفريق والعمل الجماعي. يمكن ذلك من خلال توفير فرص للتفاعل الاجتماعي، وأنشطة بناء الروابط، وإقامة ورش عمل لتعزيز مهارات التواصل والعمل الجماعي.

4. إجراء دراسات مماثلة في مستشفيات أخرى: يُنصح بإجراء دراسات مماثلة في مختلف المستشفيات الجزائرية لتعميم النتائج والتأكد من دقتها في سياقات أخرى. هذا سيساهم في فهم أوسع لظاهرة التنكيد في القطاع الصحي الجزائري.

5. تطوير برامج تُراعي المسؤوليات العائلية: نظراً للفروق ذات الدلالة الإحصائية بين العاملات المتزوجات وغير المتزوجات، نوصي بإعداد برامج خاصة تُراعي المسؤوليات

العائلية، مثل توفير ساعات عمل مرنة، أو دعم للرعاية الأسرية، أو إتاحة إجازات أكثر مرونة. يجب أن تهدف هذه البرامج إلى المساعدة في التوفيق بين متطلبات العمل والحياة الأسرية لتقليل مستويات التنكيد.

6. تطبيق استراتيجيات وقائية: يجب تطبيق استراتيجيات وقائية للحد من التنكيد الوظيفي بناءً على نماذج مُثبتة علمياً، مثل نموذج (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011). يجب أن تشمل هذه الاستراتيجيات تدابير وقائية على مستوى المنظمة، والتدخل المبكر في حالات التنكيد، والتعامل مع المُتَنَمِرِينَ بطريقة فعّالة وحازمة.

هذه التوصيات تهدف إلى تحسين بيئة العمل في القطاع الصحي وتقليل مستويات التنكيد والضغط النفسية التي تُؤثر سلباً على صحة العاملات وكفاءتهن.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. عسلي، س. (2024). دراسة تشخيصية لمستويات التنكيد من وجهة نظر العاملين بالقطاع الخدماتي-دراسة ميدانية بمديرية الضرائب. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية-101، 14(1)، 130. doi:https://asjp.cerist.dz/en/article/248467
2. فلاحي، ب. & بن عبد الرحمان، أ. (2021). مستوى التنكيد في الوسط المهني، عند الموظفين الإداريين. *Les cahiers du LAPSI*, 18(1)، 131-150. doi:https://asjp.cerist.dz/en/article/174041

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

3. Ariza-Montes, A., Muniz, N., & Montero-Simó, M. (2013). *Workplace bullying among healthcare workers. Workplace bullying among healthcare workers*, 10(08), 3121-3139. doi:doi: 10.3390/ijerph10083121
4. Demerouti, E., & Bakker, A. (2011). *The Job Demands– Resources model: Challenges for future research*. SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde, 37(2), Art. #974, 9 pages. doi:doi:10.4102/sajip.v37i2.974
5. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. (2011). *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (éd. 2). CRC Press.
6. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. (2011). *The Concept of Bullying and Harassment at Work: The European Tradition*. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.) (éd. 2).
7. Eriksen, W., Bjorvatn, B., Bruusgaard, D., & Knardahl, S. (2008). *Work factors as predictors of poor sleep in nurses' aides*. . International archives of occupational and environmental health, 81(3), 301–310. doi:https://doi.org/10.1007/s00420-007-0214-z
8. Giorgi, G., Mancuso, s., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2016). *Bullying among nurses and its relationship*

- with burnout and organizational climate. *International journal of nursing practice*, 22(2), 160–168. doi:<https://doi.org/10.1111/ijn.12376>
9. Malinauskiene, V., & Einarsen, S. (2014).). *Workplace bullying and post-traumatic stress symptoms among family physicians in Lithuania: an occupation and region specific approach*. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 27(6), 919–932. doi:<https://doi.org/10.2478/s13382-014-0328-y>
 10. Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2018).). *What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research*. . *Aggression and Violent Behavior*, 42, 71-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>
 11. Nielsen, M., Christensen, J., & Finne, L. (2020). *Workplace bullying, mental distress, and sickness absence: the protective role of social support*. *International archives of occupational and environmental health*, 93(1), 43–53. doi:<https://doi.org/10.1007/s00420-019-01463-y>
 12. Nielsen, M., Matthiesen, S., & Einarsen, S. (2011). *The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta- analysis*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 955-979. doi:DOI:10.1348/096317909X481256
 13. Power, J., Brotheridge, C., & Blenkinsopp, J. (2013). *Acceptability of workplace bullying: A comparative study on six continents*. *Journal of Business Research*, 66(3), 374-380. doi:DOI:10.1016/j.jbusres.2011.08.018
 14. Rabkin, J. G. (1972). *Opinions about mental illness: A review of the literature*. *Psychological Bulletin*. *Psychological Bulletin*, 3(77), pp. 153-171. Récupéré sur <https://doi.org/10.1037/h0032362>
 15. Salin, D. (2015). *Risk factors of workplace bullying for men and women: the role of the psychosocial and physical work environment*. *Scandinavian journal of psychology*, 56(1), 69–77. doi:<https://doi.org/10.1111/sjop.12169>
 16. Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., . . . Hall, C. (2015). *A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms*. *BMC public health*, 15, 738. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
 17. Verkuil, B., Atasayi, S., & Molendijk, M. (2015). *Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data*. *PloS one*, 10(8), e0135225. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135225>