

جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع

التكوين وأثره على أداء العاملين في المؤسسة
الإستشفائية لدى فئة شبه الطبي

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية - نقاوس -

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.

تخصص: تنظيم ومانجمنت.

إشراف:

أ.د. مقراني الهاشمي

إعداد الطالب:

بوخنوفة يحي

السنة الجامعية

2015 - 2014

الصفحة	الموضوع
	كلمة شكر
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
01.....	مقدمة.....
الباب الأول: الجانب المنهجي والنظري للدراسة	
الفصل الأول: الجانب المنهجي للدراسة	
04.....	أسباب اختيار الموضوع.....
05.....	أهداف الدراسة.....
05.....	الإشكالية.....
08.....	الفرضيات.....
08.....	تحديد المفاهيم والمصطلحات.....
17.....	المنهج والتقنيات المتبعة في الدراسة.....
22.....	الدراسات السابقة.....
31.....	المقاربة السوسيو سيولوجية.....
الفصل الثاني: الاقتراب النظري للتكوين	
35.....	المبحث الاول:مدخل للتكوين.....
35.....	المطلب الاول:أهمية وأهداف التكوين.....
37.....	المطلب الثاني:مبادئ وأسس التكوين.....
38.....	المطلب الثالث:طرق وأساليب التكوين.....
42.....	المطلب الرابع:متطلبات التكوين.....
43.....	المطلب الخامس:معوقات ومشكلات التكوين.....

45.....	المبحث الثاني:مراحل العملية التكوينية.
45.....	المطلب الاول:تحديد الإحتياجات التكوينية.
54.....	المطلب الثاني:تخطيط أو تصميم البرامج التكوينية.
54.....	المطلب الثالث:تنفيذ برامج التكوين.
55.....	المطلب الرابع:تقييم برامج التكوين.
	الفصل الثالث:الاطر النظرية للأداء.
58.....	المبحث الاول:مدخل إلي الأداء.
58.....	المطلب الاول:مؤشرات الأداء.
60.....	المطلب الثاني:محددات الأداء.
60.....	المطلب الثالث:أبعاد الأداء.
61.....	المطلب الرابع:أنواع الأداء.
63.....	المبحث الثاني:تقييم الأداء.
63.....	المطلب الاول:مفهوم تقييم الأداء.
65.....	المطلب الثاني:أهمية تقييم أداء العاملين.
66.....	المطلب الثالث:مبادئ تقييم الأداء.
67.....	المطلب الرابع:طرق تقييم الأداء.
73.....	المطلب الخامس:مشكلات تقييم الأداء.
	الفصل الرابع :الاقتراب النظري للمؤسسة الاستشفائية
77.....	المبحث الاول:ماهية المؤسسة الاستشفائية.
77.....	المطلب الاول:خصائص المستشفى.
78.....	المطلب الثاني:وظائف المؤسسة الإستشفائية.
80.....	المطلب الثالث:أنواع المستشفيات.

المطلب الرابع:السياسة الصحية في الجزائر.....	81
المبحث الثاني:مدخل لمهنة التمريض.....	85
المطلب الاول:أهداف التمريض.....	85
المطلب الثاني:نشأة وتطور مهنة التمريض.....	86
المطلب الثالث:التعريف و التصنيف الرتبي لممارسي مهنة التمريض.....	88
المطلب الرابع:العلاقات المهنية والاجتماعية لممارسي مهنة التمريض.....	90
المطلب الخامس:المعوقات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض.....	95

الباب الثاني:الجانب الميداني للدراسة

الفصل الاول:الإحاطة المكانية والزمنية بميدان الدراسة وتحديد خصائص المجتمع المدروس.

المبحث الاول:التحديد المكاني والزمني لميدان الدراسة.....	100
المطلب الاول:تعريف المؤسسة الاستشفائية - نقاوس.....	100
المطلب الثاني:الهيكل التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية- نقاوس.....	104
المطلب الثالث:المجال المكاني و الزماني.....	109
المبحث الثاني:خصائص مفردات الدراسة.....	110

الفصل الثاني:تحليل ومناقشة المعطيات الميدانية

المبحث الاول:الأثر الايجابي للتكوين المستمرعلى الأداء.....	126
المطلب الاول:تحليل معطيات الأثر الايجابي للتكوين المستمرعلى الأداء.....	126
المطلب الثاني:مناقشة نتائج الأثرالاجيبي للتكوين المستمرعلى الأداء.....	150
المبحث الثاني:أثرالتكوين في تحقيق الرضا عن العمل.....	153
المطلب الاول:تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.....	153
المطلب الثاني:مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.....	190

المبحث الثالث: أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.....	192
المطلب الاول: تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.....	192
المطلب الثاني: مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.....	208
الاستنتاج العام.....	210
خاتمة وتوصيات.....	211
قائمة المراجع.....	214

الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع الاستثمارات على المصالح الاستشفائية	20
02	المبحوثين الذين لم تطبق عليهم الاستثمار نتيجة تواجدهم في عطلة	21
03	طريقة المقاييس المتدرجة	68
04	يوضح طريقة الترتيب	69
05	توزيع المبحوثين وعلاقته بالجنس	110
06	توزيع المبحوثين وعلاقته بالسن	111
07	توزيع المبحوثين حسب السن وعلاقته بالجنس	111
08	توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي	112
09	توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالجنس	113
10	الحالة العائلية وعلاقتها بالجنس	114
11	توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية وعلاقتها بالمستوى التعليمي	115
12	توزيع المبحوثين حسب رتبهم الوظيفية	116
13	وضعية العمل في منصبه	117
14	الوضعية في الوظيفة وعلاقتها بالجنس	117
15	الاقدمية في العمل	118
16	توزيع المبحوثين حسب الاقدمية وعلاقتها بالجنس	119
17	توزيع المبحوثين على المصالح الإستشفائية	121
18	توزيع المبحوثين وفقا لفترة المداومة وعلاقتها بالجنس	123
19	مزاولة المبحوثين للتكوين قبل التحاقهم بالعمل	126
20	المشاركة في دورات التكوين بعد الالتحاق بالعمل وعلاقتها بالجنس	127
21	طريقة الاستفادة من دورات التكوين وعلاقتها بالجنس	128

فهرس الجداول

130	الاستفادة من دورات التكوين وعلاقتها بالأقدمية	22
131	حاجة المبحوثين للتكوين	23
132	دوافع حاجة المبحوثين للتكوين	24
133	الاستفادة من التكوين وعلاقته بالجنس	25
133	جوانب الاستفادة من التكوين وعلاقته بالجنس	26
134	بآراء المبحوثين حول برامج التكوين وعلاقته بالجنس	27
135	أساليب التكوين الأكثر نجاعة في إيصال برامج التكوين وعلاقتها بالمستوى التعليمي	28
136	مواجهة المبحوثين للمشاكل أثناء أدائهم العمل وعلاقتها بالجنس	29
137	أهم المشكلات التي تواجه المبحوثين في أدائهم العمل وعلاقتها بالجنس	30
138	السلوك الذي ينتهجه المبحوثين في أدائهم العمل في حالة مواجهته مشكلات ضعف التكوين وعلاقتها بالجنس	31
140	السلوك الذي ينتهجه المبحوثين في أدائهم العمل في حالة مواجهته مشكلات ضعف التكوين وعلاقته بالأقدمية	32
141	جدية العامل المبحوثين في أدائهم العمل وعلاقتها بالجنس	33
142	مشكلات عدم جدية المبحوثين في أدائهم العمل وعلاقتها بالجنس	34
143	أداء المبحوثين عملهم على أحسن وجه وعلاقته بالجنس	35
145	مساهمة التكوين في إنجاز العمل في الوقت المحدد وعلاقته بالجنس	36
146	توفير التكوين للمهارات اللازمة لأداء العمل وعلاقته بالأقدمية	37

فهرس الجداول

147	اكتساب المبحوثين للكفاءة التي تمكنهم من أداء العمل وعلاقته بالأقدمية	38
148	العوامل التي تحول دون اكتساب المبحوثين للكفاءة التي تمكنهم من أداء العمل وعلاقته بالأقدمية	39
153	كفاية الأجر الذي يتقاضاه المبحوثين لسد حاجاتهم وعلاقته بالأقدمية	40
155	ممارسة المبحوثين لنشاط آخر خارج العمل وعلاقته بالجنس	41
156	دوافع ممارسة المبحوثين لنشاط آخر خارج العمل وعلاقته بالجنس	42
157	تقديم المؤسسة للامتيازات للمبحوثين وعلاقتها بالجنس	43
158	تقديم المؤسسة للامتيازات للمبحوثين وعلاقتها بالأقدمية	44
160	استفادة المبحوثين من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة وعلاقتها بالجنس	45
161	استفادة المبحوثين من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة وعلاقتها بالأقدمية	46
163	الاعتبارات التي تحول دون استفادة المبحوثين من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة وعلاقتها بالأقدمية	47
165	عدم التحاق الزميل بمنصب العمل عند نهاية الدوام وعلاقته بالأقدمية	48
167	تغيب المبحوثين عن عملهم وعلاقته بالجنس	49
168	المتعلق بدوافع عدم غياب المبحوثين عن العمل وعلاقته بالجنس	50
169	وجود صعوبات لدى المبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالجنس	51

فهرس الجداول

170	وجود صعوبات لدى المبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالجنس وفترة المناوبة	52
172	نظرة المبحوثين إلى منطلق تقديم خدماتهم للمريض وعلاقتها بالأقدمية	53
174	وقوع المبحوثين في الأخطاء أثناء تقديم خدمات للمريض وعلاقتها بالأقدمية	54
175	العوامل الدافعة لوقوع المبحوثين في الأخطاء أثناء تقديم خدمات للمريض وعلاقتها بالأقدمية	55
177	مساهمة التكوين في الحد من أخطاء العمل وعلاقته بالجنس	56
178	مساهمة التكوين في توفير الراحة للمبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالأقدمية	57
179	عدم توفير التكوين الراحة في أداء العمل وعلاقته بالأقدمية	58
180	رضا المبحوثين على أدائهم من خلال التكوين الذي تلقوه وعلاقته بالجنس	59
182	شعور المبحوثين بالفخر والاعتزاز اتجاه عملهم وعلاقته بالجنس	60
183	مساهمة التكوين الذي خضع له المبحوثين في تحقيق طموحاتهم الحياتية وعلاقته بالأقدمية	61
184	أنماط مساهمة التكوين الذي خضع له المبحوثين في تحقيق طموحاتهم الحياتية من عدمه وعلاقته بالأقدمية	62
186	تفكير المبحوثين في مغادرة العمل وعلاقته بالأقدمية	63
188	الاعتبارات التي تدفع المبحوثين الي التفكير في مغادرة العمل وعلاقته بالأقدمية	64

فهرس الجداول

192	اطلاع العامل المبحوثين على القانون الأساسي للعمل في المؤسسة بعد التحاقهم بالعمل وعلاقته بالجنس	65
193	مساهمة التكوين في تدرج المبحوثين في السلم الهرمي للمؤسسة وعلاقته بالأقدمية	66
195	حصول المبحوثين على ترقية منذ التحاقهم بالعمل و علاقته بالأقدمية	67
197	كيفية حصول المبحوثين على الترقية في العمل و علاقته بالأقدمية	68
199	آراء المبحوثين حول الأسس التي تمنح بها الترقيات في المؤسسة وعلاقته بالجنس	69
201	رغبة المبحوثين في الحصول على ترقية وعلاقته بالجنس	70
202	دوافع رغبة المبحوثين في الحصول على ترقية وعلاقته بالجنس	71
203	مساهمة التكوين في تغيير مناصب المبحوثين وعلاقته بالجنس	72
204	مساهمة التكوين في تغيير مناصب المبحوثين وعلاقته بالجنس من خلال المتحصلين علي دورات التكوين	73
205	مساهمة التكوين في تغيير الوضعية المهنية للمبحوثين وعلاقته بالجنس	74
206	جوانب مساهمة التكوين في تغيير الوضعية المهنية للمبحوثين وعلاقته بالجنس	75
207	نظرة للمبحوثين لنظام الترقية في المؤسسة	76

فهرس الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
48	نموذج ميجر وبايب في الأداء الإنساني وتحديد الاحتياجات التدريبية	01
50	نموذج دوجان ليرد في تحديد الاحتياجات التدريبية	02
51	مدخل كوبر وبروكو بنكو في تحديد الاحتياجات التدريبية	03
53	المدخل المتكامل لتحديد الاحتياجات	04
65	يحدد مستويات تقييم الأداء في المنظمة	05
70	يوضح التوزيع الإجباري للعاملين وفقا لتقديرات الأداء	06
103	المصالح الاستشفائية العمومية - نقاوس	07
104	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية - نقاوس	08
105	الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للموارد البشرية	09
106	الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمصالح الصحية	10
107	الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل	11
108	الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة	12

كلمة شكر

الحمد لله الذي أنعم علينا بالخيرات وجعل العلم نورا نتخطى به العقبات والصلاة والسلام على خير الخلق محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه ومن تبعه بإحسان إلى يوم الدين وبعد:

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف * الهاشمي مقراني * الذي رافقنا طوال هذا البحث بنصائحه وتوجيهاته السديدة..... لك كل الشكر والتقدير.

كما أشكر كل الأساتذة الكرام الذين لهم فضل علينا بإرشاداتهم وتوجيهاتهم ، ولا يفوتني أن اشكر كل العاملين بالمكتبات الجامعية على مستوى الجامعات التي قمنا بزيارتها والذين لم يخلوا بالمساعدة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل العاملين بالمؤسسة الاستشفائية ب:نقاوس والذين ساهموا في إنجاز هذا البحث ونخص بالذكر الأستاذ الذي رافقنا في الميدان **صفية الزاهي** الذي لم يتوان في مساعدتنا .

وإلى كل الزملاء والزميلات وإلى كل من أعاننا من قريب أو من بعيد

مقدمة:

يزداد الاهتمام بالموارد البشري يوماً بعد يوم ومع زيادة الحاجة إليه تظهر أهمية اليد العاملة المؤهلة وتتجلى معها أهمية التكوين المستمر كبديل إستراتيجي لصناعة التميز في الأداء ، اعتماداً على الدعائم و المناهج المخططة لتحفيز العاملين وتحسين معارفهم وسلوكياتهم وتصرفاتهم وتنمية مهاراتهم وكفاءاتهم واستغلالها بالصورة التي تجعلها قادرة على مواجهة العمليات المختلفة التي يفرضها المحيط الدائم التغير ، وبذلك تجاوز الفكر التنظيمي تلك الافكار القديمة المعتمدة على القوة العضلية والجسمية واعتبار الإنسان آلة ، إلى الاهتمام بالإنسان كعقل مبدع حيث اهتمت بالجانب الإنساني فيه المرتكز على المهارة الفنية لتحقيق التكامل والتنسيق بين مختلف عناصر العملية التنظيمية .

والمؤسسة الاستشفائية كنسق جزئي من المنظومة الصحية تعمل على استقطاب اليد العاملة المؤهلة التي تعتمد عليها في تحقيق أهدافها الآنية والمستقبلية لاسيما ما يتعلق منها بتقديم الخدمات التمريضية والعلاجية لذوي الحاجة إليها من خلال تطوير أنظمة التكوين والتعليم المعتمدة في إعداد قوى العمل وتفعيل الجانب التوعوي للوقاية من مختلف الأمراض التي أضحت تنفث في المجتمع وتزداد حدتها على اختلاف أنواعها ؛ وعلى اعتبار أن العلوم الطبية في تطور مستمر أضحت على متخذي القرار في المنظمة الصحية انتهاج استراتيجيات واضحة من شأنها العمل على تأهيل العاملين الشبه طبيين وتنمية قدراتهم من خلال الاعتماد على التكوين المستمر وجعلهم في مستوى المهام الموكلة إليهم ، فالعامل شبه الطبي يعتمد على التكوين قبل التوظيف من خلال الاعداد والتأهيل لأداء الادوار في المؤسسة ويطمح الى التكوين المتواصل بعد التوظيف والتثبييت في المنصب ومنه تظهر أهمية التكوين في الوسط الاستشفائي وتظهر معه دلائل ومؤشرات الاستفادة منه في الميدان على

اعتبار أن المسؤولية الملقاة على عاتق العاملين شبه الطبيين كبيرة واحتياجاتهم في تزايد متواصل خاصة في الوقت الراهن ، فالتكوين رهان حقيقي تعتمد عليه المنظمات على اختلاف نشاطها نتيجة لما يتركه من آثار تنعكس على أداء العاملين باعتباره يزيد من قدرات ومهارات العاملين وتنمية الروح المعنوية لديهم وسيادة روح التعاون كما يمنح آفاقا للارتقاء الوظيفي وتوليد الشعور بالانتماء لمشروع المنظمة وتحقيق الرضا الوظيفي ، فغياب التكوين من شأنه أن يعكر صفو الحياة المهنية للعامل الشبه طبي ويولد لديه الشعور بعدم الرضا.

فالتكوين في الوسط الاستشفائي إذن يكتسي أهمية بالغة تنعكس آثارها على أداء العاملين وهو ما يجعل الموضوع جدير بالدراسة وما جعلنا نعمل على معالجة موضوع التكوين وأثره على أداء العاملين في المؤسسة الاستشفائية لدى فئة شبه الطبي معتمدين على خطة مقسمة إلى بابين نظري وتطبيقي.

فالباب النظري ينقسم إلى أربعة فصول حيث تناولنا في الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة، أما الفصل الثاني فيمثل الاقتراب النظري للتكوين من حيث المبادئ والأهمية وتحديد مراحل العملية التكوينية في حين تناولنا في الفصل الثالث الأطر النظرية للأداء من خلال تحديد مؤشرات وأبعاد الأداء وكذا سبل تقييم الأداء، كما تناولنا في الفصل الرابع مفهوم وخصائص المستشفى مع التطرق إلى السياسة الصحية في الجزائر وكذا التطرق لمهنة التمريض من حيث النشأة والتطور. أما الباب الميداني فهو بدوره ينقسم إلى فصلين، حيث حاولنا في الفصل الأول الإحاطة بمكان وزمن الدراسة وتحديد خصائص المجتمع المدروس أما الفصل الثاني فيتعلق بتحليل ومناقشة محاور فرضيات الدراسة والوصول إلى الاستنتاج العام وأخيرا الخاتمة.

الباب الأول: الجانب النظري للدراسة.

أسباب اختيار الموضوع:

هذه الدراسة وهذا الموضوع ليس وليد الصدفة ولم يكن عفوي وإنما جاء نتيجة مجموعة من الملاحظات المباشرة من خلال الزيارات المتكررة للعديد من المستشفيات الجزائرية وباعتبار أن وظائف المستشفى كثيرة وتخصصاتها متعددة والفاعلون فيها كثيرون ونتيجة هذا التشعب حاولنا الأخذ بالدراسة فئة الشبه الطبي وذلك في حدود الإمكانيات المتاحة ويعود ذلك للأسباب التالية :

- 1- اهتمامي بهذا الموضوع من خلال كثرة التداول على المستشفيات وملاحظة العدد الهائل من شبه الطبيين وهم يجولون يمينا وشمالا.
- 2- بعض التجاوزات التي في الغالب يكون المتسبب فيها هم شبه الطبي.
- 3- الفضول الذي دفعني إلى الإطلاع من قريب على أداء العمل شبه الطبي.
- 4- العلاج والتداوي هو عمل إنساني يقدمه الشبيه الطبي لكن في الغالب ما يحول دون النتائج المرجوة.
- 5- تدهور وتراجع المستوى الصحي في المستشفيات الجزائرية كونه الرغبة أكثر في دراسة هذا الموضوع أكثر من غيره.
- 6- اقتناعي بأن الموضوع جدير بالدراسة لاسيما وأن هذا الموضوع لم يؤخذ بالدراسة في المؤسسات الخدمانية خاصة الإستشفائية منها إذا ما قورن بالمؤسسات الاقتصادية، وعلى هذا الأساس ارتأينا أن يكون موضوع هذه الدراسة كيوابة للإطلاع عن كثب ومن قريب على أداء العامل شبه الطبي من خلال الأثر الذي يتركه التكوين على أداء هذه الفئة.
- 7- السبب الآخر في كثير من الحالات ما نسمع ونحن نتداول على هذه المستشفيات، كثرة الأخطاء وكثيرا ما تكون المبررات فيها هي ضعف التكوين وبالتالي هذه الدراسة جاءت لربط التكوين بالأداء.
- 8- الاعتقاد الجازم بأن شبه الطبي هو مورد بشري حقيقي يسترعى الأخذ بالدراسة، باعتبار أنه يتعامل مع فئة لا تملك سوى الحق في الحياة وهم المرضى وبالتالي فإن أي تقصير في جانبهم يعتبر تقصير في حياتهم.

أهداف البحث:

يسعى أي عمل علمي إلى تحقيق العديد من الأهداف و التي نسعى الي الوصول اليها من خلال هذا البحث هو محاولة التعرف عن قرب على أثر التكوين على أداء العامل الشبه طبي من خلال دراسة المؤسسة الإستشفائية العمومية بنقاوس ولاية باتنة ، وكما نسعى إلى تحقيق أهداف أخرى والتي تصب في نفس السياق و المتمثلة فيما يلي:

- محاولة تقصي وتتبع أثر التكوين على أداء العامل شبه الطبي كفاعل اجتماعي .
- التعرف على حقيقة ووعي العاملين شبه الطبيين بعملية التكوين وأثرها في صقل معارفه وتحسين مهاراته.
- محاولة الكشف عن المعوقات التي تحول دون حصولهم على التكوينات المكملة في هذا المجال.
- التعرف على طبيعة الخدمات المقدمة من طرف الفئة شبه الطبية.
- التعرف على طبيعة العلاقات الاجتماعية بين فئة شبه الطبي ورواد هذه المؤسسة الإستشفائية.
- التعرف على نمط المعاملات بين فئة شبه الطبي فيما بينهم وبين المعاملات الخارجية بينهم وبين المتقدمين لتلقى الخدمات " العلاج " وأهم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء.

الإشكالية:

مما لا شك فيه أن المورد البشري يعتبر من أهم اهتمامات التسيير الحديث للمؤسسات , هذا المورد أضحي استثمارا حقيقا تنفق المنظمات في سبيل تأهيله وتطويره اموالا طائلة ,وبذلك تخطى الفكر التنظيمي النظرة القديمة الى العامل باعتباره يد عامله ينحصر دورها في التنفيذ الحرفي للتعليمات والأوامر الى فاعل ذي قدرات ومهارات فكرية وذهنية تتجاوز المقدرة العضلية,ومن هذا المنطلق طرح التحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه مسلمة " ان كل فرد يتمتع بهامش من الحرية

يتيح له الاختيار بين عدة حلول، وهو بذلك عقل قادر على اختيار الحل الأصلح لخدمة مشروعاته⁽¹⁾.

فالاهتمام بالموارد البشري كحقيقة جوهرية للتسيير الحديث للمؤسسات لايتأتى إلا بتعريف كامل وشامل لمناصب العمل بمفهومها الضيق المتمثل في دراسة ظروف العمل المادية، الفيزيولوجية، السيكلوجية و الاجتماعية أو بمفهومها الواسع الذي يشمل العمل الواجب انجازه في المنصب⁽²⁾.

وإذا سلمنا بأن منصب العمل يعتبر من أهم أولويات تسيير الموارد البشرية فإن هذا المنصب لا يتاح للفرد إلا من خلال عملية التكوين والتمثلة في نقل مجموعة مترابطة من المعارف والمهارات التي تسمح للفرد بالقيام بمهام أخرى⁽³⁾، كما يعتبر التكوين عملية منظمة لتنمية وتحسين الاتجاهات، من أجل قيام الأفراد بمهامهم المهنية في أقل وقت ممكن⁽⁴⁾، فالتكوين إذن عملية مستمرة تساهم في تفعيل أداء الأفراد في نطاق معين، هذا الأداء الذي يمثل الأثر الصافي لجهود الفرد التي تبدأ بالقدرات وإدراك الدور والمهام⁽⁵⁾. ومن هنا كان الاهتمام بالتكوين وأثره على أداء العاملين. من أهم الموضوعات التي لقيت وحظيت باهتمام المفكرين على اختلاف مستوياتهم. وعلى اعتبار أن التكوين هو عملية مرتبطة بالعامل بوضعه ومكانته بالمؤسسة ومن خلال تنمية قدراته ومهاراته الفنية والعملية التي تمكن من الوصول إلى أداء مقبول من جهة و من جهة أخرى بما يحققه لمشروع المؤسسة وتنفيذ مخططاتها وتحقيق أهدافها والولاء والانتماء لها.

والمؤسسة الإستشفائية على غرار كافة المؤسسات الأخرى كمؤسسة تتطلع إلى جودة عالية وخدمات نوعية فهي تعتمد على التكوين كوسيلة لتحقيق الأداء والفعالية، هذا التكوين الذي قد يكون قبلي كما قد يكون بعدي وباختلاف آلياته وتشعب ميادينه

(1) - ميشال كروزية نقلا عن: ريمون كفي ولوك فان كمبهود، دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، ترجمة يوسف الجباعي، المكتبة العصرية، لبنان، ط1، 1997، ص301.

(2) - mucchielli: نقلا عن الحبيب ثابتي. دور ومكانة التحليل الوظيفي في صنع القرارات، iefpedia.com يوم 2013/10/30 الساعة 20 و50د.

(3) - عبدالكريم قريشي، "التكوين والتوظيف في الجزائر"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، ورقة 1، (ديسمبر، 1998)، ص22.

(4) - غياث بوفلجة، الأسس النفسية للتكوين ومناهجه، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 5.

(5) - محمد سعيد سلطان، السلوك الإنساني في المنظمات دار الجامعة الجديدة، مصر، 2002، ص219.

ومستوياته وكذا أسلاكه وتخصصاته، ولعل من الفئات التي لقيت اهتماما كبيرا في هذه المؤسسة فئة شبه الطبي والتي تعتبر من أكثر الفئات تواجداً في المؤسسة الإستشفائية هذه الفئة التي تحتاج إلى تكوين مستمر ودائم وتأهيل متواصل لإضفاء كل مقومات التغيير وتأكيد المعارف لأداء أدوارهم المنوطة بهم⁽¹⁾ والتي تتطلب منهم دراية وقدرة كافية وكفاءة عالية باعتبارهم يتعاملون مع شريحة تحتاج إلى رعاية خاصة وهم المرضى ولذلك كان التحلي بروح المسؤولية والجدية في العمل هي ما تطمح إليه هذه الفئة التي لا تملك سوى الحق في الحياة ، لأن أي تقصير في جانبهم يعتبر تقصير في حياتهم.

ولقد زاد الاهتمام الرسمي بموضوع التكوين لدى فئة الشبه طبي من خلال تلك القوانين والمراسيم التي سنتها السلطة الوصية لاسيما المرسوم التنفيذي 107/91 المؤرخ في 1991/04/27 وكذا المرسوم التنفيذي 92/11 المؤرخ في 24 فبراير 2011 والذي تناول في الفصل الخامس منه موضوع التكوين لدى فئة شبه الطبي لاسيما المادة 14 منه والتي تنص على أنه "يتعين على الهيئة المستخدمة أن تضمن التكوين وتحسين وتجديد المعلومات لفائدة شبه الطبي للصحة العمومية بهدف تحسين دائم لمؤهلاتهم وترقيتهم"⁽²⁾.

وأمام هذا الاهتمام الرسمي بموضوع التكوين سنحاول في هذه الدراسة تقصي طبيعة العلاقة بين التكوين والأداء، وتتبع الأثر الذي يتركه التكوين على الأداء لدى فئة شبه الطبي بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بنقاوس انطلاقاً من التساؤل الآتي:

إلى أي حد يؤثر التكوين في تحقيق فعالية الأداء في المؤسسة الإستشفائية لدى فئة شبه الطبي؟

وكانت الأسئلة الفرعية كمايلي:

❖ كيف يؤثر التكوين على أداء شبه الطبي؟

❖ هل التكوين يحقق الرضا لدى العامل شبه الطبي ؟

(1) - عبدالكريم القنبيعي الادريسي، الثقافة المقاولاتية من نظريات المدارس الي البيات المقاربات، منشورات مقاربات، المملكة المغربية، 2013، ص56.

(2) - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية ، العدد 17 ، 20 مارس 2011، المطبعة الرسمية ، الجزائر، ص11.

- ❖ هل للتكوين دور في أداء العاملين في المؤسسة الإستشفائية العمومية؟
- وللإجابة عن هذه الاسئلة قمنا بصياغة الفرضيات الآتية :
- ❖ يؤثر التكوين المستمر ايجابا على اداء العاملين من فئة شبه الطبيين .
- ❖ كلما زاد التكوين للعاملين من فئة شبه الطبيين كلما زاد رضاهم عن العمل.
- ❖ التكوين المتواصل للعاملين من فئة شبه الطبيين يمنح لهم فرصة الارتقاء في السلم الوظيفي .

تحديد المفاهيم والمصطلحات:

يقصد بتحديد المفاهيم إزالة أي لبس قد يعلق بذهن المستمع أو المطلع لأن المفهوم الواحد قد يحمل أكثر من معنى، والمفهوم هو مجموعة من الرموز التي يستعين بها الفرد لتوصيل ما يريد من معاني لغيره إذ يعتر المفهوم لغة العلم في مرحلة من مراحل البحث العلمي ألا وهي مرحلة التحقق من الفرضيات التي تمت صياغتها والتي يحتاج من خلالها الباحث إلى مفاهيم علمية إجرائية أو متغيرات ملموسة ، فالمفاهيم إذن هي عملية الانتقال من التجريدي إلى الملموس أو بمعنى أدق هي نزول في السلم التجريدي من مفاهيم نظرية مركزة إلى مفاهيم فرعية والتي هي عبارة عن خصوصيات أو صفات ملموسة أكثر للمفهوم المركزي⁽¹⁾.

وعليه فكل عمل علمي مجموعة من المفاهيم والمصطلحات التي يستوجب على الباحث تحديدها وبناءها بدقة حتى تأخذ دراسته البحثية طابعا علميا وبيانا للمقاصد المراد أخذها بالدراسة حتى لا يأخذ البحث مسارا آخر ونحن في هذه الدراسة سنحاول الاقتصار على مجموعة من المفاهيم التي تحتاج إلى بيان وتحديد والتي تعبر عن صلب الموضوع.

التكــوين:

لغة: كَوْن الشيء بمعنى أحدثه وأوجدته، وهو إخراج المعدوم من العدم إلى الوجود⁽²⁾، وهو نفس المعنى الذي يأخذه في القاموس الجديد للطلاب تكون، يتكون، تكوّن

(1)- سعيد سبعون و حفصة جرادى، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع ، دار القصة ، الجزائر، 2012، ص 115.

(2)- المنجد في اللغة والإعلام ، منشورات دار المشرق، بيروت، ط31، 1991، ص 704.

الشيء: بمعنى حدث أي إحداث الشيء من العدم⁽¹⁾. والتكوين هو ترجمة للكلمة الفرنسية formation والتي تعني التركيب والتأليف لشيء معين وتحويله من حالة إلى أخرى⁽²⁾، أما في اللغة الإنجليزية فيعني traning أي التدريب وهنا نلاحظ تداخل بينهما في المضمون؛ فالتكوين هو أحد العمليات الأساسية لتأهيل الأفراد، إذ يفضلهُ يكتسب الأفراد بعض المعارف التطبيقية savoir faire والنظري savoir من أجل بلوغ أهداف المؤسسة⁽³⁾.

فهناك عديد المعاني ومختلف الدلالات لمفهوم التكوين والذي يمكن ان يأخذ معاني التدريب، التعليم، التطوير، الإعداد، التأهيل... إذ نجد منظمة العمل الدولية تستخدم مصطلح التدريب المهني للدلالة على الإعداد المهني الموجه للعمال في مستويات العمل الأساسية وهو غير مرتبط بمرحلة تعليمية محددة او بفئة واحدة مستهدفة من المجتمع⁽⁴⁾، ومهما كانت المسميات فان الاختلاف لا يكمن في مدلول الكلمة وإنما في اختلاف البيئة التي يستخدم فيها، فمثلا في بعض الأقطار العربية كمصر ولبنان تستخدم مصطلح التدريب اما في دول المغرب العربي كالجائر والمغرب تستخدم مسمى التكوين.

وحسب جون ماري بريتي J.M.peretti فإن التكوين هو "مجموع العمليات، الوسائل، المنهجيات والدعائم المخططة التي يمكن من خلالها تحفيز المأجورين على تحسين معارفهم، سلوكياتهم، تصرفاتهم وكفاءاتهم اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة و أهدافهم الخاصة للتكيف مع محيطهم، وإنجاز مهامهم الحالية والمستقبلية"⁽⁵⁾.

(1)- علي بن هانية و بلحسن البليش و الجيلالي بن الحاج يحيى. القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط9، 1991، ص 215.

(2)- سهيل إدريس، المنهل: قاموس فرنسي-عربي، دار الآداب، بيروت، ط 28، 2000، ص 544.
(3)- نقلا عن: نجاة حسناوي، " دور متطلبات الموارد البشرية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة"، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة البليدة، الجزائر، 2012، ص 35.
(4)- أحمد مصطفى، مخرجات التدريب المهني وسوق العمل في الأقطار العربية، المركز العربي للتدريب المهني واعداد المدربين، 2001، ص 31.

(5)- Jean marie peretti, Gestion du ressources humaines personnel, Vuibert, Paris, 1994, p 99.

ويرى بيار كاس أن التكوين هو "العملية التي تهدف إلى تنمية القدرات ومهارات الأفراد المهنية والتقنية أو السلوكية من أجل زيادة كفاءاتهم وفعاليتهم في إطار تنفيذ المهام والأدوار المتصلة بوظائفهم الحالية والمستقبلية"⁽¹⁾.

ويعرفه بوفلجة غياث أنه تنمية منظمة، وتحسين للاتجاهات والمعارف والمهارات، ونماذج السلوك المتصلة بمواقف العمل المختلفة من أجل قيام الأفراد بمهامهم أحسن قيام وفي أقل وقت ممكن⁽²⁾، ويعرفه عبد الرحمن العيسوي "بأنه عمل منظم مقصود به تنمية عادات وقدرات ومهارات الفرد"⁽³⁾ ويرى Morineau Menger أن التكوين يسعى إلى البناء وإلى تحليل المواقف وإلى توضيح المكتسب المعرفي وامتلاك المهارات والكفاءات مع إمكان استثمارها من جديد في التكوين وفي السلوك وفي تحليل المواقف المختلفة بقدر الإمكان⁽⁴⁾.

من الواضح من التعاريف السابقة أنها كل تصب في قالب واحد وهي محاولة تنمية المهارات والقدرات للمورد البشري في سبيل قيامه بالدور المنوط به وعلى هذا الأساس نرى أن التكوين في تقديرنا الشخصي هو "إكساب وتعليم المورد البشري مجموعة من المعارف التي تساعد على أداء دوره على أحسن حال".

الأداء:

لغة: بمعنى أدى ويقال أدى الشيء = أوصله ، الأداء = إيصال الشيء إلى المرسل إليه⁽⁵⁾ وهو نفس المعنى الذي أشار إليه معجم لسان العرب والذي يقصد به أدى الأمانة وأدى الشيء قام به⁽⁶⁾ ؛ والأداء مصطلح مستمد من الكلمة الإنجليزية to

(1)- Pierre casse, la formation performante, office des publications universitaire centrale , Ben AKnoun , Alger, 1994, p 48.

(2)- غياث بوفلجة، مرجع سابق، ص 5 .

(3)- عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية الإدارة، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، 1998، ص 18 .

(4)- لحسن بو عبد الله و محمد مقداد ، تقويم العملية التكوينية في الجامعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998، ص 9.

(5)- المنجد في اللغة والإعلام ، مرجع سابق، ص 06.

(6)- ابن منظور، لسان العرب ، دار صادر، بيروت ، المجلد 14، ص 26.

perform والمشتقة بدورها من الكلمة اللاتينية performer والتي تعني تنفيذ مهمة أو تأدية عمل⁽¹⁾ وهو نفس المعنى الذي ذهب إليه قاموس petit Larousse⁽²⁾.

والأداء يعبر عن الأثر الصافي لجهود الفرد التي تبدأ بالقدرات وإدراك الدور أو المهام، كما يشير إلى درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد⁽³⁾ ويعرفه قاموس أكسفورد بأنه تنفيذ مطلوب⁽⁴⁾.

و يعرف الأداء أيضا بأنه الأساس الذي يتم من خلاله الحكم على فعالية الأفراد والجماعات والمؤسسات ويقصد به من زاوية أخرى انجاز هدف أو أهداف المؤسسة⁽⁵⁾.

كما أنه ينظر إلى الأداء على أنه نتائج للعلاقة المتداخلة بين الجهد، القدرات وإدراك الدور والمهام⁽⁶⁾

كما يعرف الأداء أيضا بأنه انعكاس لكيفية استخدام المؤسسة لمواردها المادية والبشرية واستغلالها بالصورة التي تجعلها قادرة على تحقيق أهدافها⁽⁷⁾. وهو نفس التعريف الذي قدمه Miller et Bromily "هو انعكاس لكيفية استخدام المؤسسة لمواردها المالية والبشرية واستغلالها بكفاءة وفعالية بصورة تجعلها قادرة على تحقيق أهدافها"⁽⁸⁾ فالأداء إذن هو محصلة لتفاعل القدرة مع الرغبة مع البيئة⁽⁹⁾ والمعبر عليه بالمعادلة: الأداء = القدرة * الرغبة * البيئة ؛ والأداء هو "فعل action يعبر عن مجموعة من المراحل والعمليات processus وليس النتيجة التي تظهر في وقت

(3)- الشيخ الداوي، "تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 7 (2010/2009) : ص 217

(2)- petit la rousse, édition librairie la rousse, Paris, 1990.

(3)- محمد سعيد سلطان، مرجع سابق، ص 219 .

(4)- أحمد سيد مصطفى. "إستراتيجيات إدارة الأداء والتطوير الوظيفي": ورقة بحثية مقدمة إلى مؤتمر التطوير الوظيفي الأول. الكويت. 4-2 أكتوبر 2002، ص 03.

(5)- كمال بربير، إدارة الموارد البشرية، دار المنهل اللبناني، لبنان، د س ط، ص 172.

(6)- صالح بن نوار، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم الاجتماع للإتصال والبحث قسنطينة، الجزائر، ص 92.

(7)- وائل محمد صبحي إدريس و طاهر محسن منصور الغالبي، أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، دار وائل للنشر، عمان، 2009، ص 39.

(8)- الشيخ الداوي، مرجع سابق، ص 218.

(9)- أبو النصر مدحت محمد، الأداء الإداري المتميز، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، ط1، 2012، ص 65.

من الزمن "(1) ويرى باحث آخر أن الأداء يعني قيام الفرد بالأنشطة والمهام المختلفة التي يتكون منها عمله (2).

من خلال هذه الرؤى المتباينة يمكن أن نعتبر الأداء في تقديرنا بأنه "مجموع الممارسات والسلوكيات التي يتبعها الفرد في تنفيذ المهام الموكلة إليه في حدود عمله".

المؤسسة الصحية الإستشفائية:

قبل التطرق إلى تعريف المؤسسة الصحية، لا بد من تقديم تعريف المؤسسة وتعريف الصحة بصفة عامة:

المؤسسة:

المؤسسة في اللغة العربية تعود إلى كلمة أسس البيت فتأسس جعل له أساساً، لكن مصطلح "مؤسسة" في اللغة الفرنسية والإنجليزية هي ترجمة لكلمة institution فهي في الفرنسية تعني مجموعة الهياكل والقواعد الموضوعية لإرضاء المصالح المشتركة، أما في الإنجليزية فالمؤسسة تعني جمعية أو هيئة ذات صفة عامة أو ممارسة لقانون أو تقليد جهاز على الإستقرار (3).

والمؤسسة حسب محمد أكرم العدلوني هي نظام اجتماعي نسبي وطار تنسيقي عقلاني بين أنشطة مجموعة من الناس تربطهم علاقات مترابطة ومتداخلة يتجهون نحو تحقيق أهداف مشتركة وتنظيم علاقاتهم بهيكلية محددة في وحدات إدارية وظيفية ذات خطوط محددة السلطة والمسؤولية (4).

ومن هنا نستطيع القول أن المؤسسات هي وحدات إدارية تمتلكها الدولة أو تشترك في ملكيتها أو يمثلها الأفراد عن طريق المساهمة في رؤوس أموالها، وإذا كانت الدولة هي المالكة للمؤسسة فإن الدولة هي التي ترسم سياستها العامة (5).

(1) يوسف بومدين، "إدارة الجودة الشاملة و الأداء المتميز"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة 5(2007): ص 33.

(2) أحمد صقرعاشور، إدارة القوى العاملة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ببيروت، ط 2، 1979، ص 50.

(3) سيف الإسلام شوية، سلوك المستهلك والمؤسسة الخدمائية، مختبر التربية جامعة عنابة، الجزائر، ص 04.

(4) محمد أكرم العدلوني، العمل المؤسسي، دار ابن حزم للنشر والتوزيع، الكويت، ط 1، 2002، ص 14.

(5) أمين سعيد عبد الغني، إدارة المؤسسات الإعلامية في عصر اقتصاد المعرفة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، ط 1، 2006، ص 43.

أما في الجزائر يسود استعمال مصطلح مؤسسة بشكل عام، ويستعمل مفهوم société بشكل شبه كامل للإشارة إلى الشركة أو المنشأة، ويلحق بها كلمة Nationale، وأحيانا يشار إلى مصطلح منشأة "Entreprise" فالمنشأة أحد أشكال التنظيم الاقتصادي الذي يتميز بالشخصية الاعتبارية من الناحية القانونية⁽¹⁾. فالمؤسسة إذن هي نسق جزئي من نسق كلي وهو المجتمع أي أن المؤسسة هي نمط تفاعلي بين طلبات داخلية وطلبات خارجية أي تلك التي تجمع المؤسسة بالمحيط الخارجي.

الصحة: حسب تعريف نيومان هي "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم التي تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها"⁽²⁾.

ويعرفها أحمد فايز النماس في كتابه الخدمة الاجتماعية الطبية بأن الصحة هي "غياب المرض"⁽³⁾، ونفس التعريف الذي يتبناه طارق السيد في كتابه أساسيات في علم الاجتماع الطبي والذي يرى بأن الصحة هي "الحالة الخالية من الأمراض". أما دستور منظمة الصحة العالمية فيرى أن الصحة "هي تمتع الفرد بالرفاهية الكاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا وليس مجرد الخلو من الأمراض والعاهات"⁽⁴⁾.

كما تعرف الصحة كذلك بأنها مدى المطابقة للحدود والأبعاد الطبيعية للمستويات الصحية المتفق عليها بحسب السن والجنس والمجتمع والمكان"⁽⁵⁾. ويعرفها ونسلو Winslow "بأنها علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع"⁽⁶⁾.

المؤسسة الإستشفائية:

المستشفى هو اسم مشتق من استشفى أي طلب الشفاء من المرض ، وهو المكان الذي يطلب فيه الشفاء ، والمستشفى في اللغة الفرنسية تعني Hôpital وهي مشتقة من الكلمة اللاتينية hospos والتي تعني المكان الذي يعالج فيه المرضى مجانا ،

(1) - سيف الإسلام شوية ، مرجع سابق، ص 05.

(2) - أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار البازوري العلمي ، ط1، 2001، ص 424.

(3) - أحمد فايز النماس ، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، بيروت، ط1، 2000، ص 49.

(4) - طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، مصر، 2008، ص 27.

(5) - مسيس عبد العليم جمعة، التخطيط الصحي لمجتمع الإشرافية والتنمية، عدد4 ، الدار القومية للطباعة والنشر، 1966، ص 7.

(6) - أيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، ص ص 42-47.

والأصل في الكلمة اللاتينية "hospice" أي المنزل أو الدليل الذي يستضيف فيه الكهنة والقساوسة عابري السبيل والمسافرين والأيتام ممن لا مأوى لهم⁽¹⁾ أما عند المسلمين فالمستشفى أطلق عليه تسميات عديدة منها "البيمارستان" والمستشفى⁽²⁾ ومهما اختلفت التسميات باختلاف الأقطار والبيئات فالوظيفة واحدة وهي مكان لتلقي العلاج وإن اختلف الرؤى حول رواد هذه المؤسسة أين اعتبرت في الدول الفرنسية قديماً أنها قاصرة على الطبقات الاجتماعية المنبوذة في المجتمع من كبار السن والفقراء وغيرهم ممن يشكل خطر على المجتمع. أما في المجتمع الإسلامي فالمستشفى هو مكان للراحة والعلاج⁽³⁾ أي دون تمييز بين رواده وزواره ، أما في المجتمع الحديث فالمستشفى يعتبر تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المحترفة ، والجماعات غير المهنية من الأفراد من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية إلى المرضى⁽⁴⁾ ، هذا التنظيم يعتبر في غاية التعقيد بالنظر إلى التكنولوجيا المتقدمة التي تقف جنباً إلى جنب مع الممارسات الطبية المتغيرة والتي خلقت أهدافاً جديدة وأساليب متطورة⁽⁵⁾.

فالمؤسسة الإستشفائية اذن هي كل هيئة طبية تستهدف تقديم رعاية صحية للأفراد سواء كانت الرعاية علاجية أو وقائية أو إنشائية وسواء كانت رعاية عامة أو متخصصة ، تقدم هذه الخدمات لإفراد يقيمون في بيئة جغرافية معينة أو يتبعون قطاعاً مهنياً، وهذه الخدمات تكون للجميع وبدون استثناء⁽⁶⁾.

ويتضح جلياً أن المؤسسة الإستشفائية هي: "الجزء المتكامل من المنظمة الاجتماعية الصحية، ووظيفتها هي توفير العناية الصحية الكاملة لجميع السكان الوقائية والعلاجية، وإن خدمات العيادة الخارجية فيها تصل إلى كل عائلة في مسكنها ، كما

(1)- صالح المازقي، مدخل إلى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي، تونس، 2008، ص 237.

(2)- نفس المرجع ، ص 240.

(3)- نفس المرجع ، ص 241.

(4)- الحاج عرابية ، "ازدواجية السلطة في المستشفيات المفهوم والإشكالية" ، مجلة الباحث ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ع7(2009-2010)، ص 234.

(5)- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الأردن، ط1، 2012، ص 10.

(6)- نفس المرجع ، ص 47.

أن المستشفى هو مركز لتدريب العاملين في حقل الصحة وللأبحاث الاجتماعية البيولوجية⁽¹⁾.

وتعرفها هيئة المستشفيات الأمريكية بأنها "منشأة أو مؤسسة أو مكان يقدم خدمات أو تسهيلات دائمة من خلال هيئة أو كادر طبي أو مهني يسهر على تقديم الرعاية الصحية للمرضى"⁽²⁾.

وبالرجوع إلى المرسوم التنفيذي رقم: 140/07 المتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية على أنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي"⁽³⁾.

حيث ينص نفس المرسوم على أن الهدف من إنشاء هذه المؤسسات هو تقديم الرعاية الصحية والعلاجية وتغطية احتياجات السكان.

فالمؤسسة الإستشفائية هي ظاهرة نسقيه من نظام كلي وظيفتها تقديم الرعاية الصحية للأفراد ، هذه الوظيفة لا يمكن الاستغناء عنها سواء في السلم أو الحرب.

شبهه الطبي: قبل التطرق الى اعطاء تعريف للشبه الطبي او ما يعرف بممارسي مهنة التمريض لابد من التطرق أولا الى تعريف التمريض من حيث وجهات النظر لمن خاض في هذه المسألة

التمريض: لقد اقترن التمريض بمهنة الطب منذ أقدم العصور نظرا لمكانته بين العلوم والمهن ؛ وهو تلك الوظيفة التي تعتمد على معايير وأسس علمية وثقافية ورسالة إنسانية لها عمقها في تاريخ البشرية ، فمهنة التمريض تفرض على شاغليها وممارسيها قدرا من التضحية والشجاعة بتقديم الخدمات والرعاية الصحية لذوي الحاجة إليها من بني البشر ومواساتهم وتخفيف آلامهم⁽⁴⁾. فالتمريض هو علم وفن ومهارة⁽⁵⁾ فهو علم لاعتماده على كثير من العلوم الأساسية كعلم التشريح ووظائف

(1) عبد المهدي بواغنة، مدخل إلى إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان ، 2004، ص 142.

(2) نفس المرجع ، ص 143.

(3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية ، العدد 33 ، 20 ماي 2007، المطبعة الرسمية ، الجزائر ، ص 10.

(4) نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 47.

(5) بهية إبراهيم التويجري، " المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل "، رسالة ماجستير، كلية ادارة الاعمال ، جامعة الملك سعود، السعودية، 2007 ، ص 24-25. تحميل يوم 2013/7/14 على الساعة 22 و32د. /متاحة على الرابط

repository.ksu.edu.sa

الأعضاء وهو فن ومهارة لأنه يتطلب دقة في العمل وسرعة في البديهة والأداء مع الإخلاص والصبر والتحمل وبالتالي فهي ليست مهنة للكسب بقدر ما هي معايشة إنسانية مع الآخرين⁽¹⁾.

تعرف وديعة الداغستاني التمريض بأنه "فن وعلم يهتم بالإنسان ككل جسماً وعقلاً وروحاً ويسعى لتحسين وضعه الجسمي والنفسي والاجتماعي وذلك عن طريق تقديم الخدمات ، ومساعدته علي تلبية حاجاته الضرورية والتأقلم مع مرضه أو عاهته أو عن طريق تعليم الإنسان الصحيح الأسس والممارسات الصحيحة في الحياة وذلك للحفاظ علي صحة جيدة ومنع الإصابة بالأمراض ، وأخيراً فالتمريض لا يهتم بالشخص المريض فقط ، بل يهتم بالفرد والعائلة والمجتمع"⁽²⁾.

أما علي عابد فقد اعطى تعريفاً للتمريض خلال ملتقى التمريض و القبالة سنة 1999 بأنه " الخدمة المقدمة للبشرية والتي تساعد الإنسان على استعادة أو الحفاظ على حالة الجسم والعقل في مستواها الطبيعي والمساعدة في إزالة المعاناة الجسدية والروحانية والقلق النفسي"⁽³⁾.

ممارسوا مهنة التمريض:

الممرض حسب منظمة الصحة العالمية سنة 1981 هو كل شخص أستكمل برنامجاً مخططاً لتعليم أساسيات خدمة المريض ويكون مؤهلاً ومرخصاً له في بلده بتقديم خدمات مسؤولة فيما يتعلق بتعزيز الصحة ومنع الأمراض ورعاية المرضى⁽⁴⁾. الممرض هو إنسان مهني لديه الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنه من العمل في مختلف الوحدات الصحية بالتعاون مع زملائه من أفراد الطاقم الصحي، وهو عنصر نشط في إدارة المؤسسة الصحية ولحداث التغييرات الإيجابية فيها ، ولديه الكثير من الأدوار التي يؤديها⁽⁵⁾.

(1) - حبيب الود، "أثر المناخ التنظيمي على ممارسة مرونة العمل لدى فئة شبه الطبي"، رسالة ماجستير. كلية العلوم الانسانية

والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2012/2011، ص 14.

(2) - ماهر عطوة الشافعي، " التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية"، رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية - غزة، 2002، ص85. تحميل يوم 2013/10/20 على الساعة 18 و50د. متاحة على الرابط:

library.iugaza.edu.ps

(3) - نفس المرجع ، ص 85.

(4) - بهية إبراهيم التويجري مرجع سابق، ص21.

(5) - ماهر عطوة الشافعي، مرجع سابق، ص87.

الرضا الوظيفي: لقد حظي هذا المفهوم باهتمام كبير من طرف الباحثين على اختلاف دراساتهم، فهو يشير الى مجموعة اتجاهات الفرد من ناحية عمله كالرضا على المدفوعات والترقيات، التقدير، الاشراف، شروط العمل، زملاء العمل والسياسة التنظيمية⁽¹⁾، أما مركز البحوث بجامعة متشجن فيعتبر الرضا ذلك الارتياح الذي يستخلصه العامل من الاوجه المختلفة لانتمائه للمشروع⁽²⁾، فالشعور بالارتياح يجعل العامل مقبلا على عمله مقدما عليه كما أن الشعور بخلاف ذلك يجعله غير راض على عمله ساخطا عليه.

فالرضا الوظيفي اذن هو ذلك التوافق والتكامل بين العامل وعمله.

الترقية:

الترقية حسب معجم العلوم الاجتماعية هي انتقال المستخدم الى مركز أعلى من حيث المسؤولية والسلطة من مركزه الحالي وما يصاحب ذلك من الزيادة في الاجور والمرتاتب⁽³⁾، فهي حصول العامل على درجة اعلى مما هو عليه في وظيفته الحالية فالترقية اذن هي النمو والارتقاء من درجة مهنية الى درجة أعلى منها في الوظيفة ذاتها أو في وظيفة توازيها، وما يصاحب ذلك من عوائد وامتيازات.

المنهج والتقنيات المتبعة في الدراسة:

منهج الدراسة: إن طبيعة الدراسة تفرض دائما نوعية المنهج المتبع في أي عمل علمي وفي هذا الصدد يرى هويتى أن المنهج يرتبط بالعمليات العقلية نفسها اللازمة لحل مشكلة من المشاكل وهذه العمليات تتضمن وصف الظاهرة أو الظواهر المتعلقة بالمشكلة⁽⁴⁾ قصد دراستها بشكل شامل وكامل وتكون النتائج أقرب ما تكون إلى الصحة والثقة⁽⁵⁾ فالمنهج هو فن تنظيم الأفكار سواء للكشف عن حقيقة غير معلومة

(1)- راوية حسن، السلوك في المنظمات، الدار الجامعية، مصر، 169.

(2)- طلعت ابراهيم لطفي، علم اجتماع التنظيم، دار غريب للطباعة والنشر، مصر، ص135.

(3)- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978، ص332.

(4)- هويتى نقلا عن: أمين محمد سلام المناسبة، قواعد البحث العلمي ومناهجه ومصادر الدراسات الإسلامية، مؤسسة رام للتكنولوجيا والكمبيوتر، الأردن، 1995، ص44.

(5)- أمين ساعاتي، تبسيط كتابة البحث العلمي، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، السعودية، ط1، 1991 ص 44.

لنا أو للإثبات حقيقة نعرفها⁽¹⁾ أما قاموس اكسفورد فيرى أن المنهج هو "الإدراك الذي يتحصل بواسطة الدراسة التي لها علاقة أو تضطلع بنوع من أنواع المعرفة"⁽²⁾. ونحن في هذا البحث قد اعتمدنا على المنهج الكمي لأننا بصدد قياس الظاهرة موضوع الدراسة⁽³⁾. والذي نراه الأنسب لحل المشكله المطروحة .

التقنيات المستعملة: مبدئياً ونحن في صدد اعداد هذا البحث فقد اعتمدنا على مجموعة من التقنيات .

المقابلة: والتي أجريناها مع مدير الموارد البشرية للمؤسسة الإستشفائية التي حصلنا فيها على الموافقة لإجراء البحث الميداني ، وكذلك كانت لنا عديد اللقاءات مع بعض المسؤولين المكلفين بتسيير المستخدمين أين قام أحدهم باصطحابنا إلى عديد المصالح الطبية ومحاولة تقربنا من هذه المصالح سعياً في المساعدة من أجل الإفادة بالمعلومات اللازمة.

الملاحظة: كما أسلفنا الذكر في أسباب اختيار الموضوع أن كثرة الزيارات إلى عديد المستشفيات وبالتالي فقد لفت انتباهنا ضرورة التوجه ودراسة هذا الموضوع والذي سنحاول من خلاله إن أمكن تقصي أثر التكوين على أداء العاملين في المؤسسة الإستشفائية لدى فئة شبه الطبي .

الاستمارة: دائماً طبيعة الموضوع تفرض نوعية الأداة المستعملة وبما أننا في هذا البحث قد اعتمدنا على المنهج الكمي على اعتبار أننا بصدد الحصول على معطيات كمية رقمية فإننا سنعتمد على استمارة الاستبيان ، والاستمارة هي تقنية مباشرة لطرح الأسئلة على الأفراد وبطريقة موجهة، ذلك لأن صيغ الإجابات تحدد مسبقاً هذا ما يسمح بالقيام بمعالجة كمية بهدف اكتشاف علاقات رياضية وإقامة مقارنات كمية⁽⁴⁾.

(1)- محمد الصاوي محمد مبارك، البحث العلمي أسسه وطريقة كتابته، المكتبة الأكاديمية، مصر، 1992، ص26 .

(2)- منصور نعمان و غسان ذيب النمري، البحث العلمي حرفتوفن ، أريد ، الأردن، ط1 ، 1998 ، ص17.

(3)- موريس أنجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية، ترجمة صحراوي بوزيد وآخرون، دار القصة للنشر، الجزائر، ط2، 2008، ص100.

(4)- نفس المرجع، ص 204.

اختيار العينة:

يسعى كل باحث من خلال بحثه إلى الوصول إلى حقائق صادقة وبالتالي فهو يبذل ما في وسعه للوصول إلى هذه الحقيقة حول المجتمع الأصلي المعني بالدراسة أو ما يعرف بمجتمع البحث والذي يعرف بأنه "جميع عناصر ومفردات المشكلة أو الظاهرة قيد الدراسة"⁽¹⁾، فإذا كان المجتمع كبيراً فإن الباحث يحاول في أي حال دراسة موضوعه معتمداً على عينة أو جزءاً من وحدات المجتمع الأصلي المعني بالدراسة والتي تكون ممثلة له بحيث تحمل صفاته المشتركة⁽²⁾، وبما أن المجتمع الأصلي الممثل للدراسة يقدر بـ 214 فرداً من خلال المعلومات التي تحصلنا عليها من إدارة المستخدمين بالمؤسسة الإستشفائية بنقاوس، وقصد إعطاء المصادقية للبحث فقد ارتأينا إجراء مسح شامل لكل مفردات المجتمع الأصلي المتمثلة كما ذكرنا بـ 214 شبيه طبي، ولكن بعد التطبيق الفعلي للاستمارة في المصالح الإستشفائية لم نجد سوى 161 مبحوث وكانت الاستمارات المقبولة 131 استمارة موزعة على المصالح الموضحة في الجدول التالي:

(1) - ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000، ص 137.

(2) - عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات العلمية، عمان، ط1، 1999، ص 137.

المصلحة	الاستثمارات الموزعة	الاستثمارات المسترجعة	الاستثمارات الملغاة	الرافضين الاجابة	الاستثمارات المقبولة
المصالح الادارية(*)	09	08	-	-	08
الاستعجالات	17	14	01	-	13
تصفية الدم	14	14	01	-	13
المخبر	11	08	01	-	07
حقن الدم	02	02	-	-	02
الصيدلة	04	04	-	-	04
الاشعة	10	09	-	-	09
الرعاية المركزة	08	06	-	-	06
العمليات	21	18	03	-	15
طب الرجال	08	07	-	-	07
طب النساء	07	07	-	-	07
طب الاطفال	09	09	01	-	08
جراحة الرجال	07	07	-	-	07
جراحة النساء	09	09	-	-	09
الولادة	11	09	-	-	09
أمراض النساء والتوليد	07	04	-	03	04
حديثي الولادة	07	03	-	02	03
المجموع	161	138	07	05	131

الجدول رقم (01): توزيع الاستثمارات على المصالح الاستشفائية

(*) - تتمثل المصالح الادارية شبه الطبية في (الرقابة الطبية 04 مبحوثين, منسق النشاطات 01, مدير فرعي للمصالح الصحية 01, مكتب الوقاية 01, ملحق التكوين شبه الطبي 01).

أما باقي المبحوثين الذين لم نطبق عليهم الاستمارة والذين كانوا في عطلة والمقدر عددهم بـ 53 مبحوث 40 منها موضحة في الجدول التالي :

عطلة أمومة	عطلة مرضية		عطلة سنوية		المصلحة
	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
-	-	-	-	01	المصالح الادارية
-	-	-	-	01	الاستعجالات
01	-	-	01	01	تصفية الدم
-	-	-	01	01	المخبر
01	-	-	-	02	الاشعة
-	02	02	02	01	الرعاية المركزة
01	-	01	01	03	العمليات
-	-	01	-	02	طب الرجال
-	-	-	02	-	طب النساء
-	03	-	-	-	طب الاطفال
-	-	-	-	02	جراحة الرجال
01	-	-	01	-	جراحة النساء
-	01	-	02	-	الولادة
-	-	-	02	-	أمراض النساء والتوليد
04	06	04	12	14	المجموع

الجدول رقم (02):المبحوثين الذين لم تطبق عليهم الاستمارة نتيجة تواجدهم في عطلة.

في حين كان 03 مبحوثين في حالة انتداب لدى مؤسسة أخرى و 03 في عطلة طويلة الامد وكان 07 منهم في حالة غياب مبرر.

الدراسات السابقة:

في واقع الأمر ونحن بصدد إعداد هذا البحث حاولنا قدر المستطاع أن نعتمد على الدراسات التي تطرقت إلى متغير التكوين وربطه بمتغير الأداء لاسيما في المؤسسة الإستشفائية ولكن الدراسات الموجودة بين أيدينا في أغلبها تطرقت إلى التكوين وربطه بمتغير آخر ولم تتناول المؤسسة الإستشفائية ولكن أغلب الدراسات تناولت المؤسسة الاقتصادية ونحن في هذا البحث سنحاول الاستفادة من بعض هذه الدراسات التي تناولت المؤسسة الاقتصادية ومحاولة إسقاطها على واقع شبه الطبي في المؤسسة الإستشفائية.

ومن خلال ذلك اعتمدنا على مجموعة من الدراسات التي نرى أنها تقي بالغرض وتخدم هذا البحث الذي نحن بصدد إعداده.

الدراسة الأولى: تحت عنوان "استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية

وأداء الموارد البشرية" , المؤسسة الإستشفائية العمومية بسكرة - نموذجاً (1)

وهي الدراسة التي قامت بها الباحثة بودوح غنية ومن خلالها حاولت الباحثة تسليط الضوء على واقع استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية، انطلاقاً من التساؤل العام الآتي:

إلى أي حد تساهم استراتيجية التكوين المتواصل بالمؤسسة الصحية في تحسين أداء الموارد البشرية؟

وفي سبيل الإجابة على هذا التساؤل صاغت الباحثة مجموعة من الفرضيات والتي جاءت مرتبة كالتالي:

1- إن غياب الدقة في تحديد احتياجات المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل يؤثر سلباً على نجاحه في المؤسسة.

2- إن غياب الدقة في تحديد أهداف المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل يؤثر سلباً على نجاحه في المؤسسة الصحية.

(1)-غنية بودوح، "استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة، 2013/2012.

3- إن غياب الإستراتيجية التنظيمية في التكوين المتواصل يؤثر سلبا على الوصول بالمؤسسة الصحية إلى تحقيق أهدافها.

4- إن غياب نظام تطبيقي للتكوين المتواصل يؤثر سلبا على نجاحه في المؤسسة الصحية.

وفي سبيل التحقق من هذه الفرضيات اعتمدت الباحثة على عينة تتكون من 178 مبحوثا بنسبة مئوية تقدر بـ 27% من المجتمع الأصلي المكون من 645 مبحوث ، حيث شملت عينة البحث الفئات المهنية الآتية :

- فئة الأطباء

- فئة شبة الطبي

- فئة الإداريين

ومن خلال التطبيق الميداني الذي اعتمدت فيه الباحثة على استمارة الإستبيان توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

- بالنسبة للفرضية الأولى : ومن خلال تحليل معامل الارتباط بيرسون الذي يشير إلى وجود علاقة بين الدقة في تحديد احتياجات المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل وبين تأثير التكوين المتواصل في أداء الموارد البشرية فكما تم تحديد احتياجات المؤسسة الصحية بدقة أكثر كلما كانت الفائدة من التكوين المتواصل أكثر نجاعة .

- بالنسبة للفرضية الثانية: وبعد حساب معامل الارتباط عند مستوى الدلالة 0.01 فإنه يشير إلى وجود علاقة إرتباطية بين الدقة في تحديد أهداف المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل وبين تأثير التكوين المتواصل في أداء الموارد البشرية. فكما كانت أهداف التكوين المتواصل أكثر وضوحا ودقة كلما توصل هذا التكوين إلى تحقيق الأهداف التي يسعى لها.

- بالنسبة للفرضية الثالثة : فقد توصلت الباحثة إلى وجود علاقة إرتباطية بين وجود استراتيجية تنظيمية للتكوين المتواصل وبين أثره في أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الصحية ، حيث ترى الباحثة أن غياب الطرق والخطط العقلانية يؤدي إلى ظهور

عوائق و سلوكات اعتراضية من طرف المتكويين مما يؤثر سلبا على العملية التكوينية.

- بالنسبة للفرضية الرابعة : توصلت الباحثة إلى وجود علاقة ارتباطية بين التكوين المتواصل المؤسسة الصحية وبين أثره في الموارد البشرية ، فغياب التقييم بعد التكوين لا يسمح بمعرفة مدى تحقيق الأهداف أي أنه لا يتم تشخيص القدرات المحققة مقارنة بالأهداف المنتظرة وهو ما يسمح بظهور مواقف سلبية اتجاه التكوين. وخلصت الباحثة في الأخير إلى القول أن استراتيجية التكوين المتواصل المؤسسة الصحية لها أثر إيجابي في أداء الموارد البشرية ، وهي استراتيجية إستجابية تفرضها الظروف والمتغيرات للبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة قصير المدى في غالبيته ، وليس تكوين تنبؤي يخضع لإستراتيجية طويلة المدى. وفي ضوء النتائج المتوصل إليها حاولت الباحثة تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات.

إن تدني الإنتاجية وارتفاع معدلات البطالة بين المتعلمين وضعف الأداء للعمالة العربية اتجاه العمالة الأجنبية ما هو إلا مؤشر للهوة الكبيرة بين التعليم العالي ومتطلبات سوق العمل وضعف برامج التعليم والتكوين المهني للموارد البشرية في الجزائر خاصة وفي الدول العربية عامة ، لذا على هذه الدول العمل على تغيير استراتيجياتها التكوينية ، والعمل على جعلها في مستوى يؤهلها للحاق بركب التطور، من خلال رصد النقائص في هذا المجال ورسم استراتيجية تكوينية تتماشى مع احتياجاتها و احتياجات أفرادها.

الدراسة الثانية: تحت عنوان " أثر التكوين على الحراك المهني في المؤسسة

الجزائرية " . دراسة ميدانية بشركة الطباعة وتوضيب الورق بوج بوعريرج⁽¹⁾

من خلال هذه الدراسة حاولت الباحثة تتبع أثر التكوين على الحراك المهني في مؤسسة توضيب الورق. حيث تناولت الباحثة في إشكالية بحثها"..... أن التكوين في العصر الحالي لم يعد مجرد خدمة اجتماعية أو أداة تربية تقدمها إدارة الموارد

(1)-غنية بلعربي، " أثر التكوين على الحراك المهني في المؤسسة الجزائرية "، رسالة ماجستير.كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2011/2012.

البشرية بل أصبح إستثمارا للفرد والمؤسسة على حد سواء، كما أنه عملية مقصودة وهادفة لأنه يهدف إلى تحويل الموارد البشرية إلى ثروة و طاقة إنتاجية مبدعة..." وانطلقت الباحثة من تساؤل رئيسي مفاده ، إلى أي مدى يمكن اعتبار التكوين أداة حقيقية لإحداث الحراك المهني للعمال على مستوى مؤسسة الطباعة وتوضيب الورق؟ وفي سبيل الإجابة على هذا التساؤل المتبوع بالتساؤلات صاغت الباحثة مجموعة من الفرضيات وكانت الفرضية الأولى الرئيسية كالآتي:

كلما زاد التكوين بمؤسسة الطباعة وتوضيب الورق كلما فرص الترقية زادت.

أما الفرضيات الجزئية فكانت كمايلي:

- كلما زاد تكوين العمال على المهنة التي يشغلون بها كلما قل احتمال تنقلهم منها.
- كلما شعر العامل أنه في مركز يختلف عن تكوينه وقدراته الشخصية كلما كانت رغبته شديدة في ترك المؤسسة.
- للأجر والدرجة المهنية أثر على الحراك التصاعدي.
- وفي سبيل اختبار هذه الفرضيات اعتمدت الباحثة على عينة تحتوي على 75 مفردة، والتي خلصت بها الباحثة الى النتائج التالية:
- ضعف فعالية نظام الترقية في المؤسسة باعتبار أن الدورات التكوينية تجرى داخل المؤسسة من حين لآخر.
- إرتفاع معدلات ترك العمل، الإضرابات المتكررة والمطالبة برفع الأجور .
- وكخلاصة عامة حاولت الباحثة من خلال النتائج المتوصل اليها أن تظهر أن للتكوين دور في تسهيل عملية الحراك المهني ولكن ليس هو العامل الوحيد في تحديده بل هناك عوامل دخيلة لها الأثر في ذلك، وترى أن التكوين يعمل على توسيع قنوات الحراك المهني كما ترى أن أغلب عمليات التكوين تمت داخل المؤسسة والفئة المستفيدة من التكوين مقصورة على فئة الإطارات وعمال التحكم وفئة قليلة جدا من عمال التنفيذ وكذلك الحال بالنسبة للترقية.
- وخرجت الباحثة بمجموعة من الاقتراحات والتي نحاول أن نوجزها فيما يلي:

- إعطاء القدر الكافي والاهتمام بالعامل باعتباره مورد بشري دون الاقتصار والاهتمام على الجوانب التقنية.
- إعطاء القدر الكافي وفتح مجال التكوين أمام أكبر عدد ممكن من العمال.
- التوزيع العادل لفرص الترقية ومحاولة تنمية الولاء التنظيمي وبالتالي القضاء على دوران العمل والتسرب الوظيفي.

الدراسة الثالثة : تحت عنوان "فعالية التكوين في تطوير الكفاءات" (1)

حيث جاءت إشكالية البحث كالآتي: "نظرا للأهمية المتزايدة للموارد البشرية التي أصبحت أحد الركائز الأساسية لتمكين المؤسسة من التحكم أكثر في الظروف السائدة وسط محيط سريع التغير ، وباعتبار هذا الاهتمام يعكس اتساع دور التكوين في المؤسسة وإدراك أهميتها في تضيق الفجوة بين مهارات وكفاءات الأفراد وبين متطلبات الوظائف".

وكان التساؤل الرئيسي في هذا البحث كمايلي:

ما مدى فعالية التكوين في تطوير كفاءات العاملين في المؤسسة؟

وتتدرج تحت هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة الفرعية والمتمثلة في:

- كيف يتم تحديد الإحتياجات وتصميم البرامج التكوينية؟

- كيف يتم تنفيذ وتقييم البرامج التكوينية في المؤسسة؟

- ما هو واقع التكوين في المركب محل الدراسة؟

وللإجابة على هذه التساؤلات صاغ الباحث مجموعة من الفرضيات، وكانت الفرضية

العامة "تطبيق التكوين في المؤسسة يؤدي إلى تطوير كفاءات العاملين".

أما الفرضيات الفرعية فجاءت كمايلي:

- التكوين يؤدي إلى زيادة معلومات ومهارات العاملين مما يساعد في تحسين

الأداء.

(1) - بلال جعري، "فعالية التكوين في تطوير الكفاءات"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة،

- التكوين يؤدي إلى زيادة إنتاجية العاملين في المؤسسة.
وسعيًا للتحقق من صحة الفرضيات قام الباحث باختبارها على عينة تتكون من 334 عامل تشمل الإطارات والأعوان "تحكم ، تنفيذ".
من خلال التطبيق الميداني باستخدام استمارة الاستبيان التي تضم 62 سؤال موزعة على أربعة محاور ومن خلال تطبيق الاستمارة توصل الباحث إلى النتائج التالية:
- أن التكوين في المركب محل الدراسة قد ساهم في زيادة المعلومات والمهارات وفي تحسين أداء العاملين.
- أدت برامج التكوين في المركب إلى زيادة الإنتاجية كما وكيفا كما أدت إلى تقليل حوادث العمل، ومعدل دوران العمل.
- وفي؛ ضوء النتائج المتوصل إليها يرى الباحث من خلال إجابات المبحوثين أن هناك قصور في الفهم الصحيح للتكوين والهدف منه، وتسجيل رضا نسبي فيما يخص استعمال طرق وأساليب التكوين.
- وعلى هذا الأساس استطاع الباحث تقديم مجموعة من الإقتراحات التي نذكر منها:
- يجب أن ينظر المركب إلى التكوين على أنه وسيلة وليس غاية.
- ضرورة التوعية بالمفهوم الصحيح للتكوين، أهدافه وأهميته من خلال البرامج التكوينية واستخدام الأساليب الحديثة في التكوين.
- يجب النظر إلى التكوين على أنه عملية مستمرة وليست دورية كما يجب مراعاة الإحتياجات التكوينية والتي لا بد أن تكون ملائمة لتخصصات العاملين ووظائفهم.
- الدراسة الرابعة:** تحت عنوان "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"⁽¹⁾
- دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل، حيث تناولت الباحثة في إشكالية بحثها "بشكل عام حققت قطاعات الصناعة والتجارة نجاحا ملموسا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلا أن تطبيق برامج التحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية لم يصل في نجاحه إلى ما وصلت إليه القطاعات الأخرى، ويعود

(1)- نبيلة كحيلة، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم التسيير، جامعة قسنطينة. 2009-2008.

ذلك إلى تأخر إدارة المؤسسات الصحية في إدراك مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومزايا تطبيقها...".

حيث طرحت الباحثة الإشكال العام والمتمثل في: ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض بها؟ وتحت هذا الإشكال تتدرج مجموعة من التساؤلات الفرعية.

- ما مدى أهمية مبادئ إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل؟

- ما مدى وعي ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل بالمزايا التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

- ما هي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل؟

- ما مدى إدراك ممارسي مهنة التمريض لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي؟

وللإجابة على هذه التساؤلات حاولت الباحثة صياغة أربع فرضيات وكانت كالتالي:

- يدرك ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة مهمة.

- هناك وعي مرتفع لدى ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل بالمزايا التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- يدرك ممارسو مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعترضه معوقات.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك ممارسي مهنة التمريض لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل.

وفي سبيل اختبار هذه الفرضيات اعتمدت الباحثة على عينة تتكون من 60 ممارس لمهنة التمريض من مجتمع أصلي يقدر بـ 399 ممارس للمهنة، وذلك بنسبة 15% من المجتمع الأصلي أما المنهج الذي المتبع فكان المنهج الوصفي كما اعتمدت الباحثة على الإستمارة كأداة تجمع البيانات الميدانية.

ومن خلال التطبيق الميداني توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- أن أفراد عينة البحث يدركون أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة مهمة جدا. حيث ترى ضرورة التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة، وكذا التحسين المستمر لكل العمليات المنجزة لمختلف الأقسام.

- أن أفراد عينة الدراسة يدركون بمستوى مرتفع من الوعي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يحقق العديد من المزايا ولعل أهمها تقليل الأخطاء الطبية، تحقيق احتياجات المرضى في الوقت المطلوب.

تطبيق إدارة الجودة تعترضها مجموعة من المعوقات أهمها:

غياب العمل الجماعي وغياب روح الفريق، ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم، عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية.

وفي ضوء النتائج المتوصل إليها الباحثة تقديم مجموعة من الاقتراحات أهمها:

- تشجيع العمل الجماعي والتعاوني وتدعيم مشاركة العاملين في عمليات التحسين والتطوير المستمر للخدمات الصحية.

- توفير نظام فعال للحوافز المادية والمعنوية يتماشى مع معدلات الأداء ومكافأة العاملين على إنجازاتهم المتميزة.

الدراسة الخامسة : تحت عنوان " المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في

بيئة العمل"⁽¹⁾ وهي الدراسة التي استهدفت ممارسي مهنة التمريض العاملين بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض والتي من خلالها حاولت الباحثة التعرف على أهم المشكلات التي يعاني منها ممارسو مهنة التمريض في بيئة العمل حيث انطلقت من مجموعة من التساؤلات والتي كانت مرتبة كالاتي:

(1)- بهية إبراهيم التويجري، مرجع سابق.

- ماهي المشكلات التي يعاني منها ممارسو مهنة التمريض في بيئة العمل وأكثرها أهمية من وجهة نظر المبحوثين؟

- هل هناك علاقة بين المتغيرات الشخصية (العمل ، المؤهل العلمي ، مدة الخدمة العملية ، عدد الدورات التدريبية ...) ورؤية أفراد العينة للمشكلات التي يواجهها ممارسو مهنة التمريض في بيئة العمل؟

- هل تختلف آراء عينة الدراسة نحو المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل باختلاف (الجنس ، الجنسية ، الحالة الاجتماعية ، الوظيفة ، مكان العمل في المستشفى ، نوع العمل) ؟

وفي سبيل الإجابة عن التساؤلات المطروحة فقد تم استخدام منهج البحث الوصفي بأسلوبه المسحي والاعتماد على استمارة الاستبيان كأداة لجمع المعطيات الميدانية معتمدة على عينة قدرها 625 ممرض وممرضة من مجموع الممارسين لمهنة التمريض بمدينة الرياض حيث توصلت الدراسة إلى تحديد أبرز المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل مرتبطة حسب الأهمية حيث احتلت مشكلة ضعف المستوى التثقيفي والتوعوي المرتبة الأولى وتليها صعوبة المهنة وكثرة ضغوط العمل في المرتبة الثانية ، ثم مشكلة ضعف الحوافز المادية والمعنوية في المرتبة الثالثة ، ومشكلة قلة المرونة وضعف القيادات في المرتبة الرابعة ، ثم مشكلة عدم وضوح المهام وغياب المعايير في المرتبة الخامسة ، ضعف التعاون والمشاركة في المرتبة السادسة ، وأخيرا مشكلة ضعف البيئة المادية والخدمات المساندة في المرتبة السابعة. كما خلصت الباحثة في ضوء النتائج السابقة إلى مجموعة من التوصيات:

- العمل على رفع المستوى التثقيفي والتوعوي وتحسين النظرة الاجتماعية للمهنة من خلال تكثيف الندوات والمحاضرات داخل المستشفيات والجامعات والمدارس تحث عن أهمية مهنة التمريض في المجتمع.

- العمل على إيجاد التكوين الملائم والتعليم المناسب والمتماشي مع احتياجات وطبيعة العمل في المراحل المبدئية والمستمرة لممارسي مهنة التمريض والعمل على

تحضيرهم لمستقبل طويل في المهنة يواكب التغيرات السريعة والمستمرة في بيئة العمل الصحية.

- الاهتمام بالحوافز المادية والمعنوية لممارسي مهنة التمريض واستخدامها كعنصر جذب للمهنة وإعطاء ممارسي المهنة الفرصة في الترقى وتولي المناصب الإدارية في المستشفيات وإيصال آرائهم.

المقاربة السوسيوولوجية:

تعتبر المقاربة السوسيوولوجية إحدى الدعائم الأساسية التي يقوم عليها التحليل السوسيوولوجي لأي دراسة ، وهي الخلفية التي من خلالها يرى الباحث موضوع بحثه، المقاربة هي مجموعة المفاهيم المستمدة من إحدى النظريات والتي تشكل إطارا عاما يساعد على فهم مشكلة البحث فهما علميا كما تساعد على تحقيق الانسجام والاتساق بين مختلف أجزاء البحث ، ولما كانت المقاربة بديلا عن الاتجاه أو المدخل ومع تعدد المداخل وكثرة المقاربات أضحت على الباحث أو الدارس أن يحدد بدقة المنظور الذي يعمل من خلاله والزاوية التي على أساسها يرى موضوع دراسته وعلى اعتبار أننا في هذه الدراسة اعتمدنا على الاتجاه الوظيفي كمدخل للدراسة وأنه لا يسعنا في هذا المقام أن نذكر كل المقاربات التي جاء بها رواد هذا الاتجاه ، فإننا نرى أن المقاربة الأنسب لتناول موضوع التكوين وأثره على أداء العاملين في المؤسسة الإستشفائية هي نظرية التحليل الإستراتيجي "لميشال كروزي michel crozier" وتلميذه "ارهارد فريدبرغ" erhard friedberg لاسيما ما تناوله في كتابهما "الفاعل والنسق" والذي شكل فيه الفعل الاجتماعي دورا محوريا ، هذا الفعل الذي يقصد به "كل نوع من أنواع السلوك البشري الذي تدفعه وتوجهه المعاني التي يكونها الفاعل عن العالم الخارجي والتي يأخذها في اعتباره ويستجيب لها عند قيامه بأي سلوك" (1) فالتحليل الإستراتيجي إذن يهتم بفهم كيفية بناء الأفعال الجماعية انطلاقا من السلوكيات الفردية والتنسيق في العمل الذي يفرض جملة من الأفعال الفردية ويكون

(1)- علي غربي، علم الاجتماع والثنائيات النظرية- التقليدية والمحدثة ، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة بقسنطينة ، الجزائر ، 2007 ، ص 98.

التحليل استراتيجيا عندما يعاين سلوك الفاعلين المتعلق بالأهداف الواضحة والواعية التي يضعونها⁽¹⁾.

والتكوين كنسق جزئي من نسق كلي وهو المنظومة التعليمية وشكل من أشكال التعلم وكظاهرة ديناميكية وفي تغير مستمر الأمر الذي يستوجب على المنظمة اعتماد استراتيجية واضحة لتطوير وتنمية قدرات ومؤهلات الفاعلين فيها لجعلها تواكب التطورات الحاصلة في مختلف الميادين لاسيما ما يتعلق بالمنظمة الصحية كمجال للدراسة ، وإذا سلمنا أن التنظيم بناء إنساني أو جماعة إنسانية مهيكلة تظم أعضاء يطورون إستراتيجيات خاصة ويهيكلون في نظام علاقات متأثرة بضغوط المحيط الدائم التغير⁽²⁾ وهو ما يجعل للتكوين دورا كبيرا وأثرا على أداء العاملين أو الفاعلين في المؤسسة الإستشفائية .

وما تجدر الإشارة إليه أن لكل نظرية مفاهيمها الخاصة ومبادئها الأساسية التي تقوم عليها والتي تميزها عن غيرها من النظريات، والتحليل الإستراتيجي يركز على مجموعة من المبادئ وهي:

1- مبدأ السلطة: ويعتبر مفهوم مركزي ومفصلي لأي تنظيم وعلى اعتبار أن التنظيم عبارة عن جماعة إنسانية مهيكلة تختلف من حيث التكوين والوظائف والأهداف والوسائل المستخدمة. وحسب كروزي فإن السلطة هي علاقة وليست سمة وأنها علاقة تبادلية تفاوضية لكنها غير متوازنة⁽³⁾ وهنا نرى أن كروزي ركز على الطابع المحدود لعقلانية الأفراد في تحديد مفهوم السلطة على أسس التبادل والتفاوض والصراع⁽⁴⁾.

2- مبدأ منطقة الشك: من الاساليب الإستراتيجية التي يستغلها الفاعل حتى يضمركه ويجعله غير متوقع بقصد توسيع مجال حرية التحرك ومراقبة الآخرين⁽⁵⁾ وعليه لا يمكن فهم السلطة إلا من خلال استقلالية الفاعل المتعلقة بالمكانة التي يحتلها او

(1)- عبد القادر خريش ، التحليل الإستراتيجي عند ميشال كروزي ، مجلة جامعة دمشق، 27، 01 و 02 (2011): ص 576.

(2)-philippe bernoux , La sociologie des organisations , 6^{eme}éd, seuil, paris, P 156.

(3)-michel crozier et erhard friedberg , l'acteur et système , éd seuil,1977, P 65.

(4)- عبد القادر خريش، مرجع سابق، ص 583.

(5)- نفس المرجع، ص 588.

من خلال دوره أو منصب العمل محل كفاءته والاستقلالية موجودة في أعلى الهرم كما توجد في أسفله ، وعليه من يتحكم في هذه المنطقة يمتلك السلطة النابعة من هامش حرية الأفراد أو الجماعات اتجاه بعضهم البعض ، فمنطقة الشك موجودة في جميع المستويات التنظيمية فالفاعل الذي يتحكم في هذه المنطقة يتمتع بالاستقلالية والقدرة على إخفاء العابه ومناوراته.

3- مبدأ نسق الفعل الملموس: والذي عرفه كروزي بأنه جماعة إنسانية منظمة ومهيكلية تتسق أفعال المشاركين فيها من خلال آليات مستقرة نسبيا للحفاظ على هيكلها ، أي استقرار المناورات والألعاب والعلاقة فيما بينها من خلال آليات تنظيمية والتي تشكل غيرها من الألعاب والمناورات⁽¹⁾ فالفاعل هو الذي يحدد الفاعل الذي يقصد به ذلك الفرد الذي يملك القدرة على التدخل والمشاركة في مشكلة ما انطلاقا من رهانات أو أهداف وقضايا يكتشفها ويتبناها والتي من أجلها يقوم الفاعل ببناء إستراتيجية اتجاه الآخرين وهي دائما في حالة تغير وتحول وما تجدر الإشارة إليه أن الفاعل قد يكون فردا كما قد يكون جماعة⁽²⁾.

فالتحليل الإستراتيجي انطلاقا من المبادئ السابقة هو أداة للفحص الداخلي والخارجي للمحيط الدائم، والمؤسسة الإستشفائية كتنظيم بالغ التعقيد يحتاج إلى إستراتيجية واضحة لتسيير مواردها البشرية واعتماد منظومة متكاملة للتكوين يشكل فيها المورد البشري الدعامة الأساسية لتفعيل دورة وأداء مهامه على الوجه المحبوب والمرغوب.

⁽¹⁾-michel crozier et erhard friedberg, op,cit,P 286.

⁽²⁾-philippe bernoux, op,cit, p 188.

الفصل الثاني: الاقتراب النظري للتكوين

المبحث الاول:مدخل للتكوين

- المطلب الاول: أهمية وأهداف التكوين .
- المطلب الثاني: مبادئ وأسس التكوين.
- المطلب الثالث: طرق وأساليب التكوين.
- المطلب الرابع: متطلبات التكوين.

- المطلب الخامس: معوقات ومشكلات التكوين .

المبحث الثاني: مراحل العملية التكوينية.

- المطلب الاول : تحديد الإحتياجات التكوينية.
- المطلب الثاني: تخطيط أو تصميم البرامج التكوينية.
- المطلب الثالث: تنفيذ برامج التكوين.
- المطلب الرابع: تقييم برامج التكوين.

تمهيد:

يحظى التكوين باهتمام متزايد باعتباره الوسيلة المناسبة لإعداد وتنمية الموارد البشرية ورفع معدلات الأداء ، من منطلق الاعتراف بالدور الذي يلعبه المورد البشري في خلق وتنمية الميزة التنافسية في هذه المنظمات ، ومن خلال اتباع استراتيجية مشتركة بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين في سبيل تطوير منظومة متكاملة للتكوين والاستغلال الأمثل لمختلف التقنيات والموارد المتاحة ومسايرة التطورات المختلفة التي تشهدها مختلف هياكل المجتمع.

المبحث الأول:مدخل للتكوين

يعتبر التكوين من الموضوعات التي لقيت اهتمام واسع من المفكرين نظرا لما له من أهمية وما تسعى المنظمات لتحقيقه من اهداف.

المطلب الأول: أهمية وأهداف التكوين:

1- أهمية التكوين:

يعتبر التكوين وظيفة استراتيجية في إدارة وتنمية الموارد البشرية باعتباره مدخلا استراتيجيا في عملية إعداد الكفاءات البشرية وتطوير قدراتها للقيام بوظائفها وتحمل المسؤوليات المنوطة بها بكل فاعلية ونجاح ، فالتكوين يهتم بإعداد العمال قبل تعيينهم في العمل ويعرفهم بالعمل عند التعيين ورفع مستوياتهم بصفة مستمرة ودائمة بعد التعيين وخلال فترات الخدمة⁽¹⁾.

"فالتكوين خطوة هامة في إكساب الفرد المتكون مهارات قيادية عالية تمكنه من التخطيط والتنظيم والتنبؤ وتساعده على اتخاذ القرار المناسب"⁽²⁾ ، كما يمكن التكوين من إعداد أجيال من الأفراد لشغل الوظائف القيادية على جميع الأصعدة

(1) - مجدى أحمد بيومي ومحمد السيد لطفى ، الكفاءة التنظيمية والسلوك الإنتاجي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2009، ص 290.

(2)- صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد ، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ، مصر ، ط1، 2001، ص 263.

داخل المنظمة وبالتالي يعود بالفائدة على الأفراد والجماعات الصغيرة والتنظيمات الكبيرة والمجتمع ككل⁽¹⁾.

2- أهداف التكوين:

يعتبر التكوين مدخلا استراتيجيا واستثمارا حقيقيا متعدد الأوجه⁽²⁾ فالتكوين ليس حشوا للمفاهيم وإنما هو فرصة لحمل هذه المفاهيم المعروضة محمل الجد⁽³⁾ فهو غاية في حد ذاته بقدر ما هو وسيلة لتحقيق أهداف متعددة⁽⁴⁾.

وعلى هذا الأساس نجد منظمات اليوم تولى أهمية للتكوين باعتباره يساهم في تحقيق مجموعة من الأهداف والتي يمكن أن نوجزها فيما يلي:

- تطوير وتعزيز مهارات الأفراد وتعزيز إبداعهم وبراعة قدراتهم على التكيف مع التغيرات.

- تصحيح وتعديل المعرفة والدراسة savoir-être^(*) ومنع الأخطاء⁽⁵⁾

- إكساب الأفراد مهارات وسلوكيات جديدة تفرضها حاجة العمل ومواجهة حالات اضطرارية وتغيرات طارئة تفرضها الحالات الغير عادية كالأزمات⁽⁶⁾.

- رفع الكفاءات وخلق فرص التدرج الوظيفي⁽⁷⁾.

- اختزال الوقت والاقتصاد في النفقات.

(1)- عبد البارى إبراهيم درة، تكنولوجيا الأداء البشري في المنظمات، منشورات المنظمات العربية لتنمية الإدارة، مصر، 2000، ص 104.

(2)-Barnard gazier, Les stratégies des ressources humaines , la découverte, paris, 3^{ème} éd, 2004, p. 61.

(3)- Henry Mintzberg, Des managers, des vrais! Pas des MBA, traduit de l'anglais par marie-France pavillet, Edition d'organisation, paris, 2005, p.248.

(4)- علي عبد الرزاق الجلبى، علم الاجتماع الصناعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003، ص 435.

(*) savoir-être: تعني المهارات الحياتية وهذه الأخيرة يقصد بها "القدرة على إنتاج الأعمال وتكييفها مع البيئة الإيكولوجية والتفاعلات البشرية"... أنظر. fr.wikipedia.org

(5)-philippe Ramond, Manegment opérationnel direction et animation des équipes, MAXIMA, paris, 3^{ème} éd, 2004, p.152.

(6)-Claude lévy-leboyer, La gestion des compétences, groupe eyrolles, paris, 2^{ème} éd, 2009, p. 119.

(7)-serge guérin et gérard fournier, Le management des seniors, eyrolles, paris, 2^{ème} éd, 2009, p.121.

- تحقيق نوع من التكامل وسد الفجوة بين العمال المتكويين والعمال الأقل تكويناً⁽¹⁾.
- تنمية الاتجاهات وتكوين الوعي الجماعي.
- تأهيل الأفراد لمهنة معينة للتغلب على الصعاب التي تعترضهم في العمل الآني أو المستقبلي مع تمكينهم من النمو ومسايرة التقدم والتحسين المستمر لمهاراتهم وتنمية وعيهم الإنساني وقدرتهم على تحمل المسؤولية⁽²⁾.

المطلب الثاني: مبادئ وأسس التكوين:

باعتبار التكوين مهمة إدارية إستراتيجية تنطلق من تكامل إستراتيجيات المنظمة فإنه يحاط بكل الضمانات وتوفير كل المقومات الصحية لتحقيق العائد منه⁽³⁾ وبذلك فهو يركز على مجموعة من المبادئ والأسس التي يجب مراعاتها في كل مرحلة من مراحل العملية التكوينية وهذه المبادئ نوجزها فيما يلي:

1- الشرعية: ومعنى هذا أن التكوين يتم وفقاً للتشريعات السائدة في المنظمة والتي تستمد منها القوانين الداخلية لكل مؤسسة⁽⁴⁾، إذ نجد أن المشرع الجزائري تطرق في الباب الخامس من قانون الوظيفة العمومية رقم 03/06 المؤرخ في 15/07/2006 إلى مطلب التكوين كحق مكفول قانوناً وهذا ما نصت عليه المادة 104 والتي جاء فيها أنه "يتعين على الإدارة تنظيم دورات التكوين وتحسين المستوى بصفة دائمة، قصد ضمان تحسين تأهيل الموظف وترقيته المهنية وتأهيله لمهام جديدة"⁽⁵⁾.

2- الهدف: فالتكوين يكون محدد الأهداف والمقاصد كما تكون منطلقاته واضحة ودقيقة وقابلة للتطبيق الميداني.

3- الشمول: ومعنى هذا أن التكوين يشمل كل الفئات المهنية في السلم الوظيفي للمؤسسة كما يمس كل جوانب تنمية القدرات البشرية.

(1)-Barnard gazier, Op, cit, p. 61.

(2)- بديع محمود مبارك القاسم، علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2001، صص 203-204.

(3)- علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، ص 239.

(4)- نجم العزاوي، التدريب الإداري، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، ط6، 2006، ص 19.

(5)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية. العدد 46، 15 جويلية 2006، المطبعة الرسمية، الجزائر، ص 10.

4- الإستمرارية: بمعنى أن التكوين يرافق الفرد خلال حياته الوظيفية وتنمية قدراته بما يتوافق مع متطلبات المسار الوظيفي للفرد ومواكبة التطور⁽¹⁾ فالتكوين المستمر طوال الحياة يعد أكثر فائدة كما يعتبر ضمان للحفاظ على الوظيفة⁽²⁾.

5- التدرج: بمعنى أن التكوين يسمح بمعالجة الموضوعات والمشكلات بإتباع مبدأ التدرج من البسيط إلى المعقد إلى أكثر تعقيدا.

6- الواقعية: أي أن التكوين ينطلق من الاحتياجات الفعلية للمتكونين أو المتدربين ويتناسب مع مستوياتهم ودرجاتهم الوظيفية⁽³⁾.

وما تجدر الإشارة إليه أن هذه المبادئ تختلف من مفكر إلى آخر وباختلاف البرامج التكوينية وكذا الأهداف المنوطة من التكوين، حيث نجد بعض المفكرين الذين أضافوا إلى هذه المبادئ، الدافعية، الفروق الفردية، المشاركة الفعالة في العملية التكوينية...

المطلب الثالث: طرق وأساليب التكوين:

باعتبار أن التكوين عملية سلوكية تهدف إلى تنمية قدرات الأفراد ورفع كفاءاتهم، فهو يتخذ ألوانا وأساليب شتى تطورت بتطور الحضارة الإنسانية وتختلف هذه الأساليب باختلاف الغاية والغرض من التكوين واختلاف المستوى الوظيفي للأفراد المراد تكوينهم وكذا اختلاف ثقافات وخبرات المتكونين إضافة إلى اختلاف تكاليف التكوين⁽⁴⁾ ومكانه ومدته وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف أساليب التكوين إلى أساليب فردية وأساليب جماعية⁽⁵⁾ كما يمكن أن يكون هذا التكوين للموظفين الجدد وقد يكون ذلك أثناء الوظيفة كما قد يكون خارجها⁽⁶⁾.

1- التكوين الفردي: ويقصد به أن كل موظف يخضع إلى تكوين منفرد ويتم بعده طرق:

(1)- حسن أحمد الطعاني، التدريب الإداري المعاصر، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 23.
(2)- serge guérin et gérard fournier , Op, Cit, p. 123.
(3)- عليوة السيد، تحديد الاحتياجات التدريبية، ابتراك للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2001، ص 14.
(4)- صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص 277.
(5)- نجم العزاوي، مرجع سابق، ص 38.
(6)- مالكولم بيل، التدريب الناجح للموظفين، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، لبنان، ط1، 1997، ص 59.

أ- **التكوين أثناء العمل:** وفيه يخضع الفرد للتكوين في بيئة العمل وخلال الأوقات الرسمية للعمل تحت إشراف الرئيس المباشر أو المشرف الذي توكل إليه متابعة المتكون أو المتدرب إلا أنه يعاب على هذه الطريقة أنه قد تحدث اضطرابات في خطة العمل نتيجة انشغال المشرف بالمتكون وكذا عدم مراعاة المبادئ التربوية والسلوكية في التكوين⁽¹⁾ وعليه يتوقف نجاح هذه العملية على الجهد الذي يبذله المتكون⁽²⁾.

ب- **تكوين الموظف لنقله بصفة مؤقتة لأداء أعمال أخرى:** وفي هذه الطريقة يتم إلحاق الموظف بعدة وظائف على فترات مؤقتة قصد الإلمام بمهام كل وظيفة وهذه الطريقة تتيح للموظف اكتساب مهارات وخبرات جديدة تتصل بوظيفته وتحقق نوع من المرونة في العمل⁽³⁾ إلا أنه يعاب على هذه الطريقة أن المتكون قد تختلط عليه أوجه الاستفادة من الأنشطة المقدمة له الأمر الذي يؤدي به إلى الخلط بين أوجه توظيف هذه الخبرات والمهارات المتحصل عليها في ميدان العمل.

ج- **تكوين الموظف لتكليفه بأعمال ذات مسؤولية أعلى:** وهنا يخضع الموظف للتكوين المنفرد قصد تنمية قدراته ومهاراته وهذه الطريقة مفتوحة لأولئك الذين يحتمل حصولهم على ترقيات وتولي مناصب قيادية⁽⁴⁾.

2- **طرق جماعية:** معنى أن هذه الطريقة تستهدف أكثر من موظف وأنه يتم خارج أوقات العمل الرسمية، وقد يتم في مركز التدريب داخل المؤسسة ذاتها إذا كانت تتوفر على مركز للتكوين أو التدريب أو يتم في مراكز التكوين خارج المؤسسة، وهذا النوع من التكوين يتيح أفق أوسع لتبادل الخبرات وكساب المهارات أين يلتقى الأفراد بوجهات نظر متعددة وخلفيات مختلفة⁽⁵⁾ وهنا تتعزز مهارات العمل وروح الفريق وهذه الأساليب الجماعية هي الأكثر شيوعاً في عمليات التدريب أو التكوين، ومن أهم هذه الأساليب مايلي:

(1)- محمود موسى الخطيب، التدريب والتنمية، جامعة حلوان- متاح على الرابط www.obegs.org تحميل يوم 2014/02/23 على الساعة 19 و57 دقيقة.

(2)- عبد الغفار حنفي، السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002، ص 356.

(3)- مالكولم بيل، مرجع سابق، ص 65.

(4)- نفس المرجع، ص 69.

(5)- حسن أحمد الطعاني، التدريب الإداري المعاصر، مرجع سابق، ص 43.

أ- **المحاضرة:** تعتبر من أكثر الأساليب استخداما في عملية التكوين الجماعي، والمحاضرة هي "عملية تعلم وإخبار"⁽¹⁾ فهي إذن حديث ينقله فرد وهو المدرب إلى الجماعة وهم المتكونين وقد يتخلل هذا الحديث نقاش وقد لا يحدث ذلك، وعليه فنجاح هذا الأسلوب يعتمد على براعة المحاضر وكفاءته وقدرته على نقل أفكاره إلى غيره؛ إلا أنه يعاب على هذا الأسلوب الفشل في تحقيق عنصر الممارسة والتطبيق وعدم المشاركة الجماعية من قبل كافة المتكونين كما أنها لا تعطي الضمان الكافي بأن جميع الحاضرين يتابعون المحاضر وهم واعون بما يقدمه لهم⁽²⁾.

ب- **الأسلوب التطبيقي العلمي:** من خلال هذا الأسلوب يقوم المكون أو المدرب بأداء عمل ما أمام مجموعة من الأفراد المتكونين ويصاحب ذلك شرح نظري وتطبيقي لكل مراحل أداء العمل قصد تمكينهم من الاستيعاب والمناقشة والاستفسار ويعتبر هذا الأسلوب أكثر فائدة واستيعابا وأقل تكلفة.

ج- **المناقشات:** يعتبر هذا الأسلوب من بين أكثر الأساليب استخداما في عمليات التكوين حيث أفادت الدراسات أن الفرد من خلال الحوار والمناقشة يحافظ على نسبة 95% من المعلومات التي تحصل عليها وفي هذا الصدد يقول الحكيم الصيني كونفوشيوس "قل وسوف أنسى، أرني ولعلي أتذكر، شاركني وسوف أتذكر"⁽³⁾. ويستهدف هذا الأسلوب اكتشاف الملامح الرئيسية في المشكلات المعروضة على المشاركين وإيجاد حلول لها، ويتخذ هذا الأسلوب عدة أشكال أهمها المؤتمرات^(*) والندوات^{(**)(4)}.

د- **دراسات الحالة:** يتمثل هذا الأسلوب باعتباره نبذة تاريخية أو وصفا قصيرا، وغالبا ما يقوم على أحداث واقعية، ويستخدم هذا الأسلوب في المساعدة على

(1)- مصطفى نجيب شاويش. إدارة الموارد البشرية، دار الشروق، الأردن، ط3، 2005، ص 240.

(2)- صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص 280.

(3)- علي الحمادي. 333 تقنية للتدريب والإلقاء المؤثر، دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع، 1999، لبنان، ط1، ص 10.

(*)- المؤتمرات: conférences: المؤتمر هو اجتماع مشترك فيه عدد من الأعضاء لدراسة موضوع معين له أهمية لكافة الأعضاء ويتم تحت قيادة عضو من الأعضاء تختاره المجموعة من بينها.

(**)- الندوات: séminaires هي عبارة عن مناقشة جماعية لموضوع أو مشكلة معينة بهدف الوصول إلى حل مناسب لها ويقوم بها أشخاص ذوي خبرة وكفاءة وهنا يقوم كل مشارك في الندوة بدراسة جانب معين من الموضوع المطروح للدراسة.

(4)- مصطفى نجيب شاويش، مرجع سابق، ص 242.

تشخيص المشكلات وحلها وقد استخدم هذا الأسلوب بشكل علمي من طرف كرسنوفر لانجدر بكلية الحقوق في جامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1871 فقد عوض أسلوب المحاضرة بأسلوب الحالة حتى يتخذ تدريسه طابعا واقعيا⁽¹⁾، إلا أنه يعاب على هذه الطريقة أنه قد ينظر إليها على أنها لا تعكس الواقع أو الحقيقة وذلك لأن القرارات التي تأخذ في الفصل لا تأخذ بعين الاعتبار في محيط العمل بالقدر الكافي⁽²⁾.

هـ - تمثيل الأدوار: وفيها يقوم المدرب أو المكون باختيار مجموعة من الأفراد لتمثيل موقف معين، وهذا الأسلوب مشابه إلى حد كبير للأسلوب المتبع في دراسة الحالة إلا أن وجه الاختلاف يكمن في أن الأفراد قد يلعبون أدوار مختلفة، وما يستفاد من هذا الأسلوب أنه يلقي الضوء على وجهات نظر مختلفة⁽³⁾، وكذا تقبل الأفكار الجديدة التي يقترحها الزملاء المتكويين بالإضافة إلى توجيهات المكون أو المدرب وبالتالي فإن هذا الأسلوب ينمي في الشخص القدرة على مناقشة الغير وإبداء آراءه ونقلها إلى الآخرين⁽⁴⁾.

و - أسلوب الأحداث الحرجة: وهو أسلوب مماثل أيضا لدراسة الحالة ومن خلال هذا الأسلوب تقدم الخطوط العريضة للمتكون حول موقف معين تحت إشراف المدرب أو المكون الذي قد يلجأ إليه المتكون متى دعت الحاجة، وتعتبر هذه الطريقة فرصة للمتكون لإكساب وتكوين معلومات حول المشكلة أو الموقف تماما كما يحدث في بيئة العمل الحقيقية⁽⁵⁾.

ز - الأساليب السمعية-البصرية: تعتبر من بين الأساليب المستخدمة في تنمية وزيادة المهارات للمتدربين ولقد أثبتت العديد من الدراسات لاسيما الأبحاث التي أجرتها جامعة ويسكانسين أن هناك زيادة بنسبة 200% في مستوى التعليم في حالة التعبير عنها بالكلمات والمساعدات المرئية وأن الصورة لها تأثيرها أكبر من الكلمات

(1) - علي الحمادي، مرجع سابق، ص 27.

(2) - باري كشواي، إدارة الموارد البشرية ، دار الفاروق للنشر والتوزيع، مصر، ط2، 2006، ص 134.

(3) - نفس المرجع ، ص 134.

(4) - مصطفى نجيب شوايش، مرجع سابق، ص 242.

(5) - راوية حسن، إدارة الموارد البشرية رؤية مستقبلية ، الدار الجامعية، مصر ، ص 192.

بمفردها بمقدار ثلاثة أضعاف وأن الكلمة والصورة معا لها تأثيرها أكبر من الكلمات بمفردها بمقدار ستة أضعاف⁽¹⁾.

وعليه فإن استخدام الوسائل السمعية-البصرية كأساليب إيضاحية لعملية التكوين لها دور كبير في إكساب الفرد المهارات اللازمة وتسهم إلى حد كبير في الوصول إلى أدق التفاصيل وفي سرعة قياسية وبأقل التكاليف وبالتالي فإن هذه الأساليب تساهم في إضفاء نوع من الأثر الإيجابي على العملية التكوينية.

المطلب الرابع: متطلبات التكوين:

هناك مجموعة من الاعتبارات لابد من مراعاتها حتى يحقق التكوين الفعالية⁽²⁾ وهذه الاعتبارات يمكن أن نوجزها فيما يلي:

1- الاعتبار المالي: لكي تحقق المنظمة أهدافها المرجوة من التكوين فإنها لابد أن تخصص قدر من الإهتمام بالجانب المالي وتخصيص ميزانية للتكوين لتغطية كل التكاليف الناجمة عن هذا الأخير كالتكاليف المرتبطة بالنقل وأجور المكونين والمشرفين، المنح والعلاوات وغيرها من المصاريف المتعلقة بسير العملية التكوينية.

2- الاعتبار الزمني: يعتبر عامل الوقت أو الزمن عاملا مهما في العملية التكوينية سواء للمكون أو المتكون على حد سواء، فالتكوين مضبوط بعامل الوقت أو الزمن وهو محدد المدة فقد يكون طويل المدى وقد يكون قصير المدى وهذا حسب الاحتياجات المستهدفة من التكوين، وكذا إعطاء القدر الكافي للمكون أو المدرب لإيصال المادة التكوينية وكذا الوقت الكافي للمكون أو المتدرب لتلقي وفهم المادة وتطبيقها على أرض الواقع، فالتكوين الذي يستغرق سنوات ليس كالتكوين الذي يستغرق أسابيع أو أيام.

3- اختيار مكان التكوين: المكان المناسب لعملية التكوين له أهمية ودور كبير في إنجاح عملية التكوين، وعليه فتوفير الجو الملائم للتكوين وتهيئة مكان التكوين بكل الوسائل الضرورية كالقاعات، أدوات التكوين كالوسائل السمعية-البصرية وتوفير

(1)- علي الحمادي، مرجع سابق، ص 29.

(2)- حسن أحمد الطعاني، التدريب مفهومه وفعالياته ، دار الشروق، الأردن ، 2007، ص 22.

سبل الراحة للمكون والمتكون على حد سواء يسهم في إعطاء نظرة أكثر شمولية وأكثر مصداقية لعملية التكوين وبالتالي تحقيق النتائج المرجوة.

4- الإختيار السليم للمكونين أو المشرفين: لا يمكن تنفيذ عملية التكوين دون أن يكون هناك مكون أو مدرب أو مشرف على هذه الأخيرة وعليه فنجاح العملية التكوينية يتوقف على براعة وكفاءة المدرب أو المشرف وقدرته على الإقناع. فالمكون لابد أن يكون أهلا للمهمة الموكلة إليه ويكون هو ذاته قد تحصل على المعلومات والمهارات التي يمكن تلقينها لغيره فمسؤولية المكون أو المدرب إذن هي توجيه وإرشاد وتصحيح أخطاء المتكون ومتابعته أول بأول طيلة تنفيذ العملية التكوينية⁽¹⁾.

5- اختيار المتكونين: يجب على المؤسسة أن تأخذ في الحسبان اختيار الأفراد الذين تتوفر فيهم شروط محددة مسبقا. حيث يجب أن تراعي في اختيار المترشحين للتكوين، الأفراد الذين لهم دراية واسعة بمحيط العمل والقدرة على الاتصال والتعامل مع الغير والرغبة في المساعدة⁽²⁾ إلى جانب ذلك يمكن اختيار عدد المرشحين في حدود الإمكانيات المتاحة ، وبالتالي فالاختيار لن يكون عشوائيا وإنما يكون عن طريق دراسة كل المؤهلات العلمية والخبرات المكتسبة في ميدان العمل⁽³⁾.

المطلب الخامس: معوقات ومشكلات التكوين:

بالرغم من الأهمية الكبيرة التي توليها المنظمات والمؤسسات للتكوين باعتباره الوسيلة المناسبة لتنمية و رفع كفاءة العاملين , إلا انه قد تتخلل عملية التكوين مجموعة من المعوقات والمشكلات اين تتحمل المنظمة الجانب الأكبر من هذه المعوقات والجزء الآخر قد يتحمله المكون او المشرف والمتكون على حد سواء ,و التي تؤدي في الغالب الى فشل او انحراف عملية التكوين عن مسارها في تحقيق الاهداف المرجوة ويمكن اجمال هذه المشكلات و المعوقات فيما يلي :

(1)- فرج عبد القادر طه، علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار قباء للنشر والتوزيع، مصر، ط9، 2001، ص 345.

(2)- كمال دسوقي، سيكولوجية إدارة الأعمال، مكتبة الإشعاع، مصر، 1994، ص 252.

(3)- نفس المرجع ، ص 253.

* على مستوى المنظمة :

- غياب استراتيجية واضحة للتكوين محددة الابعاد والمقاصد وضعف القناعة بأهمية ودور التكوين⁽¹⁾ أين نجد بعض متخذي القرار ممن يملك السلطة في تنشيط برامج التكوين يعتبرون أن التكوين عبئ تتحمله الادارة وبالتالي نجدهم يتسترون على ذلك بحجة الحفاظ على الاموال .

- ضعف ميزانية التكوين:وهي محصلة لضعف القناعة بأهمية ودور التكوين واعتباره عبأ وتكلفة وبالتالي تخصيص ميزانية ضعيفة والتكشف والحد من المصروفات⁽²⁾.

- تكوين الاشخاص غير المناسبين :في العادة تكون عملية التكوين للمنصب المراد تنمية القدرات والكفاءة لتسييره او تنظيمه ,الا انه في الغالب قد يوجه بعض الافراد غير المناسبين في دورات تكوينية لتولي تسيير هذا المنصب دون مراعاة الاحتياجات الحقيقية للمنصب او المؤهلات المكتسبة للموظف المترشح للدورة .

- عدم وجود حوافز لتشجيع التكوين او التدريب وغياب استراتيجية واضحة لمكافأة المتفوقين الاوائل في الدورات التكوينية رغم وجود وسائل التقييم وكذا عدم اعطاء الفرصة للمتكويين لإبداء مهاراتهم وتوظيف ابتكاراتهم في العمل⁽³⁾.

* بالنسبة للمكون او المشرف :

- عدم الكفاءة التربوية⁽⁴⁾ حيث نجد بعض المدربين لا تتوفر لديهم الكفاءة اللازمة التي تؤهلهم الى اىصال وتلقين المهارات للمتكويين .

- عدم كفاية البرنامج التدريبي أو التكويني واعتماد اساليب غير فعالة في التكوين وهذا يعتبر نتيجة حتمية لعدم الكفاءة التربوية للمشرف او المدرب الامر الذي يجعله يخفق في اختيار الاسلوب الامثل الذي يساهم في تفعيل عملية التكوين وبالتالي يخفق في انجاح البرنامج التكويني⁽⁵⁾.

(1)- باسم الحميري ، التدريب الفعال ، دار الحامد للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2009، ص21.

(2) - نفس المرجع ، ص ص 21- 22.

(3)- عبدالهادي الجوهري، علم اجتماع الإدارة - مفاهيم وقضايا، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1998، ص191.

(4)- Yves pimor et michel fendre, logistique"production- distribution- soutien", dunod, paris, 5^{ème} éd, 2008,p.528.

(5)- باسم الحميري, مرجع سابق,ص24.

- عدم وجود فهم معمق ودراية واسعة ببعض المفاهيم وجهل المكون لسبل الحصول عليها وتوضيحها للمتكون.

* بالنسبة للمتكون او المتدرب :

- صعوبة الفهم للمعلومات والمفردات المعقدة وعدم قدرة المكون على اقبال المعلومات والمفاهيم اللازمة لافتقاده للكفاءة التربوية .

- شعور المتكون بالقلق لاعتقاده انه لا يستطيع تطبيق ما تعلمه في بيئة العمل "الاتقان مثلا"(1).

- عدم قدرة المتكون على اظهار ما تعلمه خشية التعرض الى مواقف محرجة .

- صعوبة الاتصال والتواصل بين المدرب او المكون خاصة اذا كان لا يتوفر على الكفاءة .

المبحث الثاني: مراحل العملية التكوينية.

تمر عملية التكوين بعدة مراحل وكل منها تقتضي وجود الأخرى والتي يمكن حصرها فيما يلي:

المطلب الاول: تحديد الاحتياجات التكوينية .

تعتبر من المراحل المهمة في عملية التكوين وعليها يتوقف نجاح العملية وتوجيهها توجيهها سليما ، والاحتياجات التدريبية هي " مجموعة التغيرات والتطورات المطلوب إحداثها في معلومات العاملين ومهاراتهم وسلوكهم لرفع كفاءاتهم وفقا لمتطلبات لازمة يحتاجها العمل لتحقيق هدف معين وللتغلب على المشكلات التي تعترض سير العمل في المنظمة وتعمق تنفيذ السياسة العامة في مجالات الإنتاج والخدمات" (2) كما يعبر أيضا على الاحتياجات التدريبية بأنها"نواحي القصور أو الضعف في الأداء الحالي أو المتوقع وهو ما يعبر عنه بالفجوة الأدائية(*)"(3).

(1)-Yves pimor et michel fendre,op,cit,p.529.

(2)- سمير محمد عبد الوهاب وليلي مصطفى البرادعي، إدارة الموارد البشرية المفاهيم والمجالات والاتجاهات الجديدة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، القاهرة، 2006، ص 133.

(*)- الفجوة الأدائية: الأداء المستهدف – الأداء الحالي.

(3)- محمد حافظ حجازي، إدارة الموارد البشرية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، دون سنة طبع، ص 315.

1- مؤشرات الحاجة إلى التكوين: فالحاجة إلى التكوين تتعدد وتتنوع بتنوع وتعدد طبيعة العمل المراد إنجازه وكذا الأشخاص المراد تحسين أدائهم وعليه فإن تحديد الاحتياجات إلى التكوين يمكن النظر على مستوى المنظمة والفرد على حد سواء وهناك مؤشرات عديدة دالة على وجود الفجوة الأدائية ، فالفجوة الأدائية قد تظهر نتيجة تغير نظام العمل في المنظمة وذلك نتيجة إعادة التنظيم أو الترقيات أو التقلات أو باستخدام أساليب جديدة في العمل كإدخال الآلات، الأمر الذي يتطلب تكوين وتأهيل العاملين للقيام بالمهام الموكلة إليهم في نطاق الوظيفة الجديدة.

- التوسع في أنشطة المنظمة مما يستلزم تعيين أفراد جدد وتدريبهم.

- قصور وعجز أداء العاملين في المنظمة حيث تبين أن الأداء الفعلي لبعض الأفراد لا يرقى إلى المستوى المرغوب نتيجة نقص المهارات والمعلومات ، وكذا وجود شكاوي تكشف عن جوانب القصور في أداء الخدمة⁽¹⁾.

فالحاجة إلى التكوين إذن تكون عندما يكون هناك قصور في المعلومات أو في المهارات، أما إذا كان هناك قصور في إمكانيات الأداء كسوء تصميم الوظائف وعدم توافر الإمكانيات، سوء ظروف العمل... ففي هذه الحالة فإن القصور لا يعالج عن طريق التكوين وإنما يكون بمعالجة الأسباب المؤدية إلى هذا القصور⁽²⁾ وأن اللجوء إلى التكوين في مثل هذه الحالات لا يعتبر حلاً مناسباً وعتيد الفائدة⁽³⁾.

2- مداخل ووسائل كشف الاحتياجات التكوينية : هناك عدة مداخل نظرية لتحديد

الاحتياجات التدريبية ويمكن حصرها في ثلاثة مداخل أساسية وهي:

أ- المداخل التقليدية:وتقوم على أسلوبين وهما:

1- أسلوب التحليل والمسح الشامل:ويهدف إلى التعرف على مختلف المقومات الكلية والجزئية في المنظمة المعنية، بحيث تشمل التنظيم العام للمنظمة سواء من الناحية البنائية أو الوظيفية أو العلائقية. كما تشمل الأهداف والسياسات والبرامج

(1)- عبد الله حسن جوهر، إدارة الموارد البشرية- التنظيم- التدريب- السكرتارية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2011، ص 100.

(2)- محمد عبد الفتاح الصيرفي، التدريب الإداري، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص ص 13- 14.

(3)- مايك ويلز. إدارة عملية التدريب ووضع المبادئ موضع التنفيذ ، ترجمة: محسن إبراهيم الدسوقي، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، 2005، ص 58.

والمخططات التي تنوي المنظمة إنجازها ، مع التركيز على دراسة وتحليل القوى البشرية فيها ومؤشرات كفاءاتها وفعاليتها⁽¹⁾.

2- أسلوب التحديد والتحليل الجزئي: وهذا الأسلوب يكون بالاختصار على مجال أو جانب محدد من جوانب وظائف المنظمة بهدف التعرف على الاحتياجات اللازمة فيها وفي الغالب يركز هذا الأسلوب على الأفراد لقياس أداءهم وتحديد فجوات المعرفة أو المهارات لديهم ومعرفة منظومات قيمهم واتجاهاتهم وتحديد أين يفترض التعديل أو التغيير أو التطوير⁽²⁾.

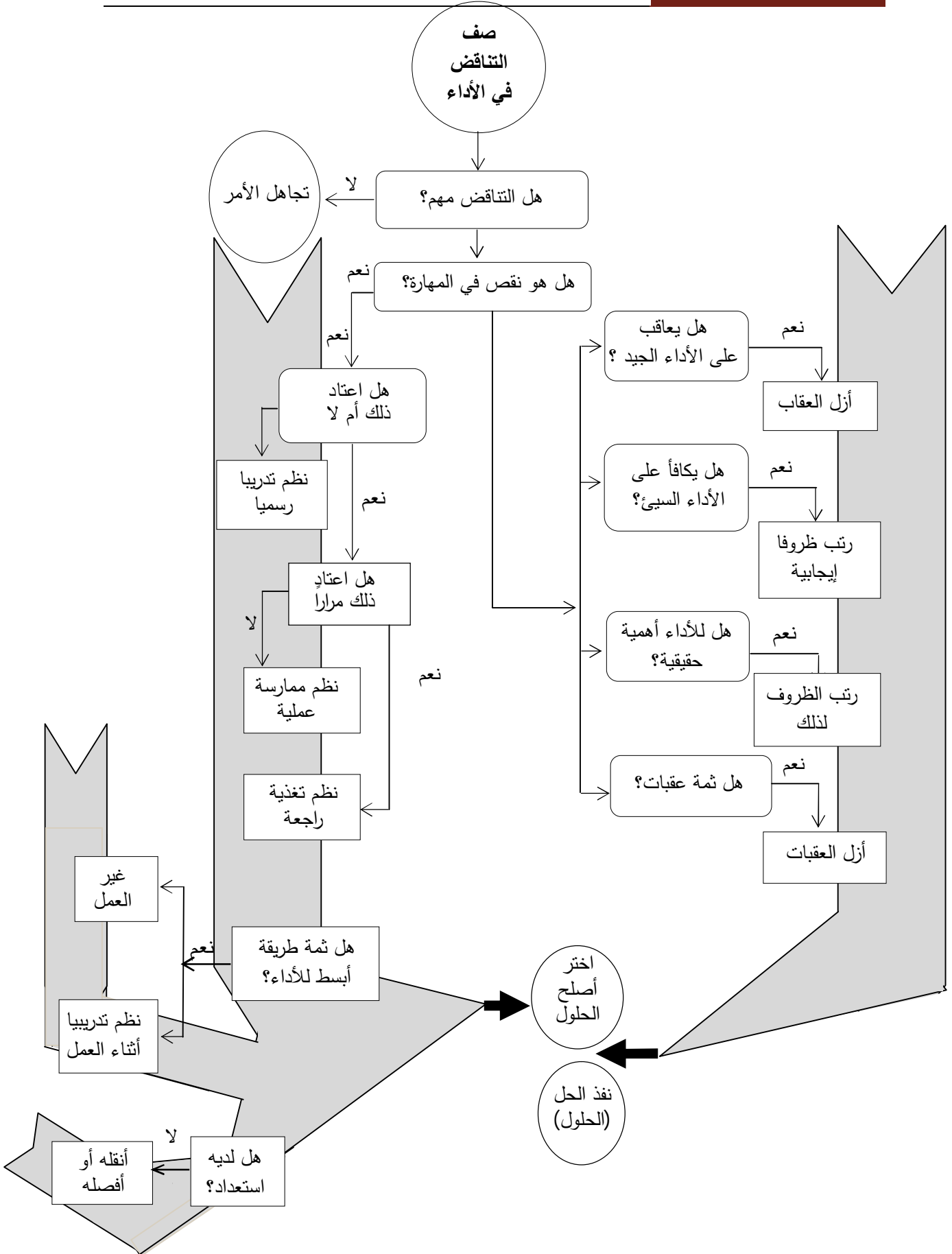
ب- المداخل الحديثة: ويركز أنصار هذا الاتجاه على تنمية وتطوير المورد البشري باعتباره أساس الثروة ومصدر القوة والتنافس بين المنظمات فبحثوا في أداءه في المنظمة وهدفوا إلى تشخيص مشكلاته بأسلوب عقلاني منظم. واقتراح الحلول التي تتناسب كل منظمة، وهناك عدة مداخل نذكر منها:

1- مدخل روبرت ميجر Robert Mager وبيتربايب peter pipe : ويعتمد هذا النموذج على تحليل أداء العاملين بالاعتماد على خبير التحليل الذي يستند في ذلك على الإجابات المتحصل عليها من خلال مجموعة من الأسئلة^(*).
والشكل التالي يوضح نموذج روبرت ميجر وبيتربايب في تحديد الاحتياجات التدريبية.

(1)- عبد المعطي محمد عساف، التدريب وتنمية الموارد البشرية، دار زهران، عمان، 2008، ص 89.

(2)- نفس المرجع ، ص 89.

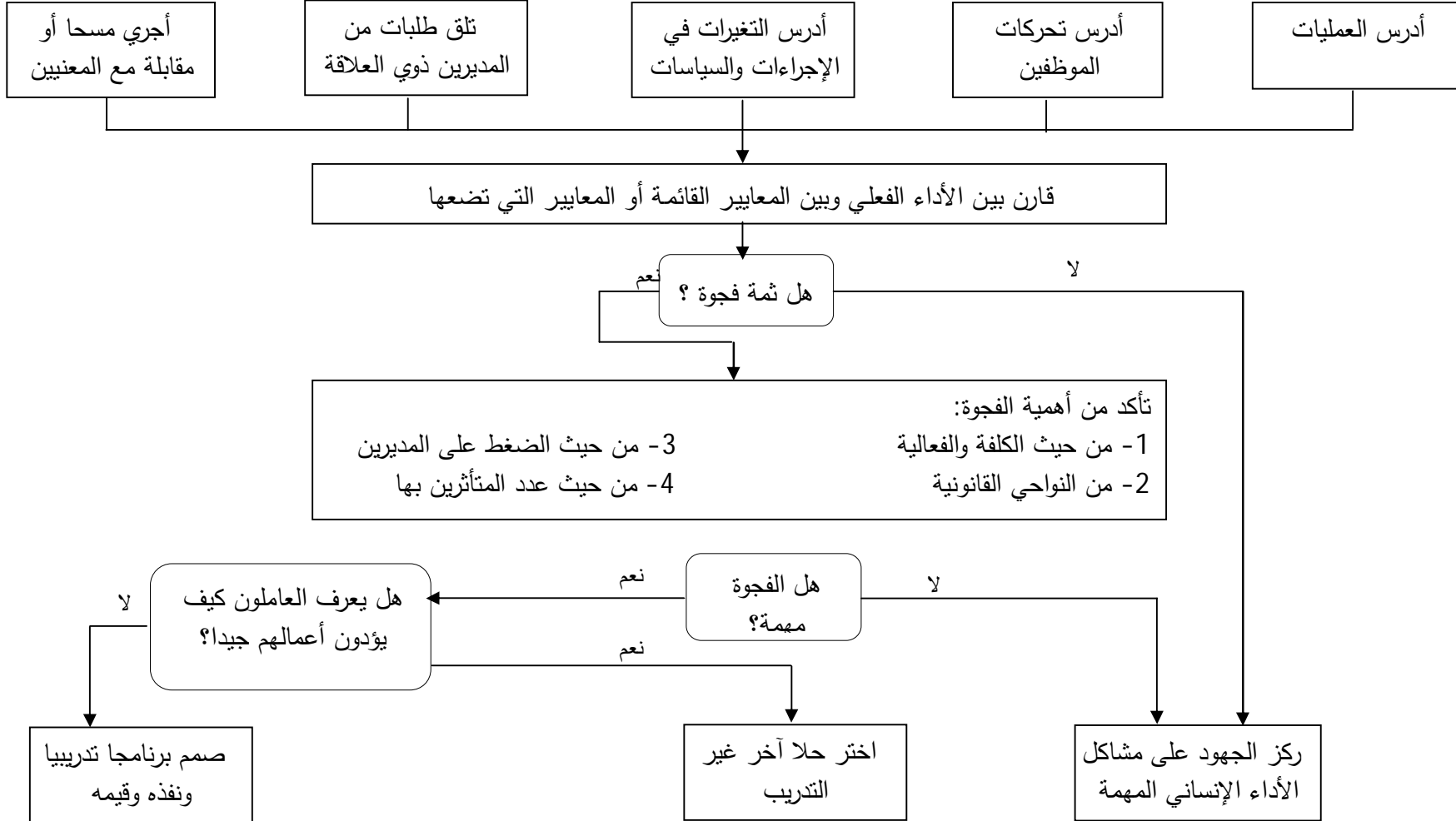
(*)- للتفسير أكثر أنظر: عبد المعطي. محمد عساف . مرجع سابق.



شكل رقم 01: نموذج ميجر وبايب في الأداء الإنساني وتحديد الاحتياجات التدريبية

- 2- مدخل دوجان ليرد (dugan laird): ويركز هذا النموذج على الفجوة بين مستويات الأداء والمعايير المحددة. وتتم عملية تحديد الاحتياجات التدريبية وفق هذا المدخل بإتباع الخطوات التالية⁽¹⁾
- جمع المعلومات حول المشكلة التي تواجهها المنظمة.
 - مقارنة الأداء الفعلي مع المعايير الموجودة.
 - إكتشاف وجود فجوة من عدمه.
 - تقدير أهمية الفجوة.
 - تقدير مدى معرفة العاملين بأداء أعمالهم بشكل مناسب.
 - تقدير الحلول التدريبية وغير الحلول التدريبية.
- والشكل التالي يوضح ذلك.

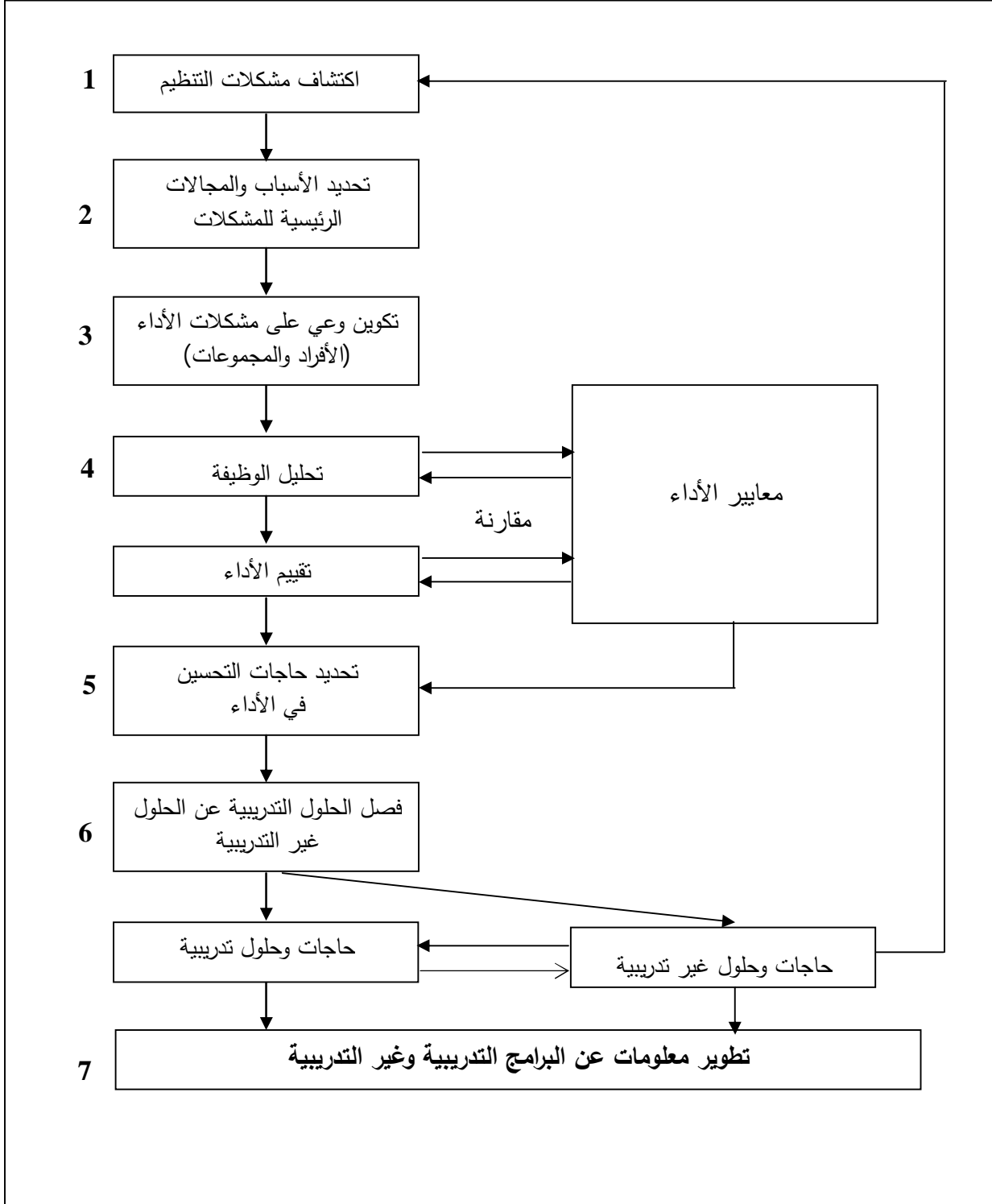
(1)- حسن أحمد الطعاني. التدريب مفهومه وفعالياته، مرجع سابق ، ص 31.



شكل رقم 02: نموذج دوجان ليرد في تحديد الاحتياجات التدريبية

المصدر: عبد المعطي محمد عهاف، مرجع سابق ، ص 97.

3- مدخل ميلان كوبر (Milan kuper) وجوزيف بروكوبينكو (Josef prokopenko): ويركز هذا النموذج على تحديد حاجات العاملين ومتطلبات المنظمة وخاصة مشكلات ومعوقات الأداء والاحتياجات اللازمة لحلها كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم 03:مدخل كوبر وبروكوبينكو في تحديد الاحتياجات التدريبية

المصدر: عبد المعطي محمد عساف، مرجع سابق ، ص 100.

4- نموذج بيرنستاين⁽¹⁾: ويتمثل هذا النموذج فيمايلي:

- اختيار استراتيجية تتصل بالحاجات المرتبطة بالكفاءات وتتعلق بتحليل الأداء.
- تحديد الاحتياجات التدريبية والمتمثلة في الأداء المرغوب فيه - الأداء الفعلي.
- التمييز بين الحاجات المتعلقة بالتدريب والحاجات المتصلة بالعوامل الأخرى.
- تحديد الأهداف التدريبية.

ج- المدخل المتكامل في تحديد الاحتياجات التدريبية:

الفكرة الأساسية التي ينطلق منها هذا المدخل هي عدم جواز فصل الاحتياجات عن فلسفة المنظمة والأهداف الأساسية وهو ما أغفلته المداخل السابقة كالمداخل التقليدية التي انصرف اهتمامها في البحث في احتياجات العاملين والمداخل الحديثة التي ركزت على موضوع الأداء في المنظمة ، وبذلك كان تركيز هذا المدخل على مشكلة المنظمة ككل بدلا من مشكلة الأداء وعلى هذا الأساس سمي بالمدخل المتكامل ويمكن حصر مشكلة المنظمة في ثلاثة أقسام رئيسية. فالقسم الأول يمثل المشكلات الآنية أو الحالية التي تعاني منها المنظمة خلال سيرورتها وحياتها. وهذه المشكلات قد تكون ظاهرة كما قد تكون خفية تحتاج إلى بحث مكثف للكشف عنها.

أما القسم الثاني فيتمثل في المشكلات المتوقعة وهي تلك المشكلات المحتملة وقوعها في المستقبل القريب أو البعيد.

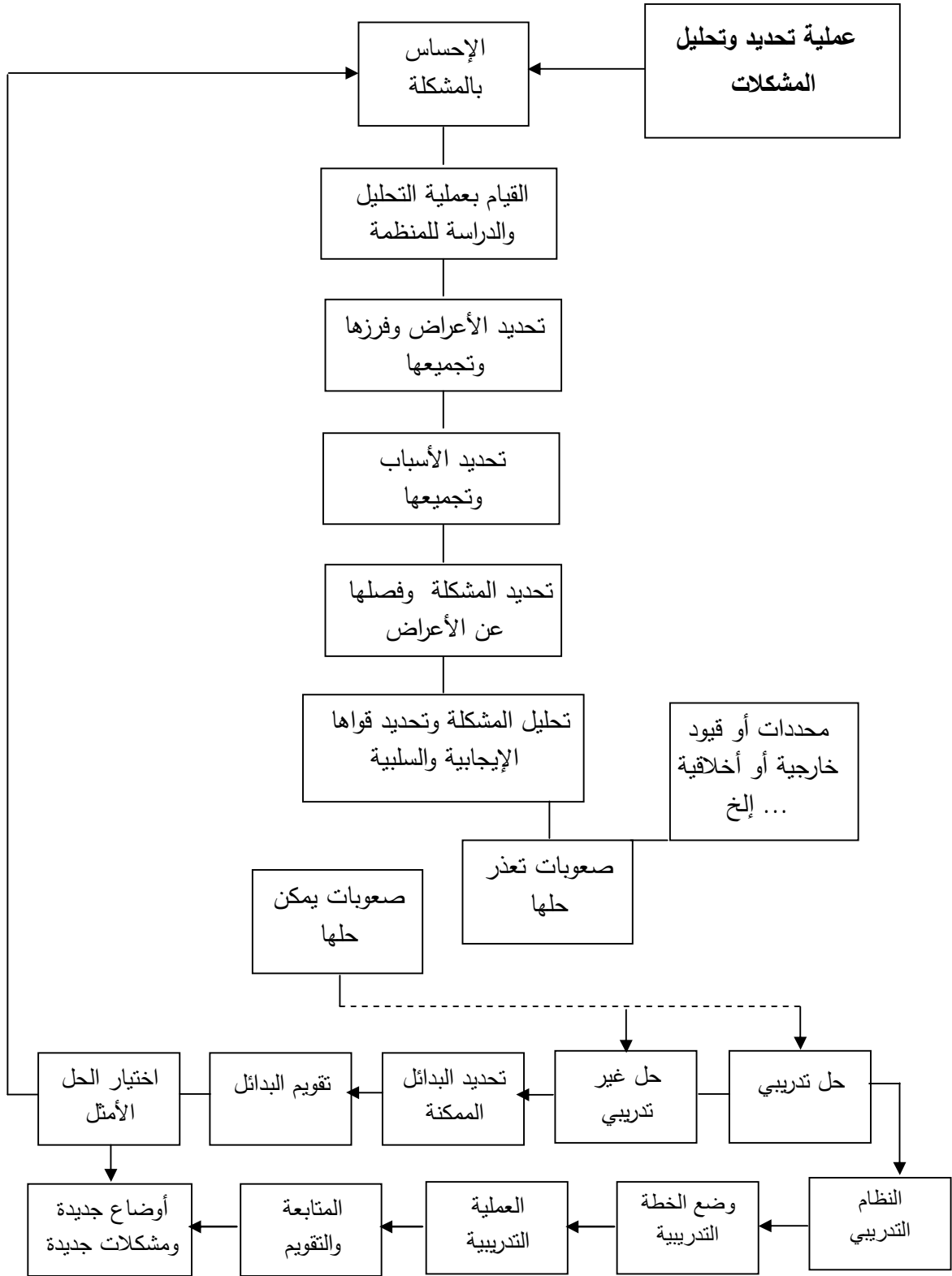
أما القسم الثالث من مشكلات المنظمة فيتمثل بتلك المشكلات المتصلة بالعمليات والتحديات الإبداعية وهنا يستوجب على المنظمة معرفة الاحتياجات اللازمة لإطلاق الطاقات والقدرات الإبداعية الغير محدودة أو محددة بطبيعتها ، وهذا القسم الأخير يعتبر من أخطر المشكلات التي تواجهها المنظمات ، فالاهتمام بهذه الأخيرة يعتبر معيار النجاح في المستقبل⁽²⁾.

وبالتالي ينظر هذا المدخل إلى العملية التكوينية كإطار متكامل يجمع بين مختلف العوامل الداخلية والخارجية في المنظمة وعليه يمكن تكوين نظرة أكثر شمولية تتيح الفرصة للتفكير في مكونات النظام الأساسي وتجزئته إلى نظم فرعية يمكن دراستها والتوصل إلى حلول للمشكلات المطروحة التي تواجه سيرورة العمل والنظام بشكل عام⁽³⁾، وهو ما يوضحه الشكل التالي:

(1)- محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سابق ، ص 26.

(2)- عبد المعطي محمد عساف ، مرجع سابق، ص ص 101- 102.

(3)- حسن أحمد الطعاني، التدريب مفهومه وفعالياته، ص45.



شكل رقم 04: المدخل المتكامل لتحديد الاحتياجات

المصدر: عبد المعطي محمد عساف، مرجع سابق، ص 100.

المطلب الثاني: تخطيط و تصميم البرامج التكوينية.

بعد الإنتهاء من تحديد الإحتياجات التدريبية تأتي مرحلة تخطيط أو تصميم البرامج التكوينية والتي تتضمن المحاور الاساسية التي تقوم عليها سياسة التكوين (1) :

- تحديد الأهداف والغايات من البرنامج التدريبي بمعنى تحديد المراد إحداثه من تغيير في السلوك والمهارات ومستويات الأداء للأفراد.
- تحديد محتوى البرنامج التدريبي والمادة التدريبية المقدمة من خلال هذا البرنامج أو ما يعبر عنه بالمنهاج التدريبي (2).
- تحديد أساليب التدريب(المحاضرة، الحالات....)(*).
- توفير المعدات والتجهيزات اللازمة للعملية التدريبية(3) كالوسائل السمعية البصرية وغيرها.

- تحديد مدة البرنامج التكويني ومكانه.
- تعيين وإعداد المكونين الذين تتوفر فيهم الكفاءة والخصائص المناسبة لتكوين الأفراد المقبلين على التكوين أو التدريب.

ويمكن القول أن هذه المرحلة هي عملية تهيئة البيئة والظروف المناسبة لإنجاح عملية التكوين.

المطلب الثالث: تنفيذ برامج التكوين.

بعد تخطيط وتصميم البرنامج التدريبي يخرج إلى الوجود في مرحلة جديدة وهي مرحلة التنفيذ والتطبيق على أرض الواقع ، فتنفيذ برنامج التكوين يتطلب موارد مادية وموارد بشرية وتتمثل الموارد المادية في تقدير ميزانية مالية لتحمل تكاليف وأتعاب المكونين وكذا مصاريف الإقامة وتجهيز القاعات وغيرها ، أما الموارد البشرية فتتمثل في كل الطاقات البشرية التي تسهر على تنفيذ العملية من مدربين ومعاونين وتنسيق الجهود لإنجاح العملية في الوقت المطلوب.

(1)-Chantal Bussenault et Martine Pretet , Economie et Gestion De L'entreprise, Librairie Vuibert ,Paris, 3e edition, 2002,p109.

(2)- مصطفى نجيب شلويش ، مرجع سابق ، ص 238.

(*)- الأساليب تم أخذها بالدراسة في المبحث السابق.ص ص 38-41.

(3)- صلاح الدين عبد الباقي. إدارة الأفراد ، مرجع سابق، ص 284.

المطلب الرابع: تقييم برامج التكوين.

وهي المرحلة الأخيرة من مراحل العملية التكوينية والتي تهدف إلى تقييم مدى فعالية البرنامج التكويني ونجاحه في تحقيق الأهداف المسطرة، والتقييم هو "التحقق بصورة منظمة وموضوعية من سلامة النشاطات وفعاليتها وكفاءتها وتأثيرها في ضوء ما تتوخاه من أهداف وهي عملية تنظيمية تهدف إلى تحسين مستوى النشاطات التي لا تزال قيد التنفيذ، وإلى مساعدة الإدارة في الاضطلاع بأعمال التخطيط والبرمجة وضع القرار في المستقبل⁽¹⁾".

فالتقييم إذن هو حساب وتقدير قيمة شيء ما وهو ما تقوم به الكثير من المنظمات التي تسعى إلى معرفة العائد من استثمارها في المورد البشري ، ومن أشهر النماذج المستخدمة في تقييم وتقدير فعالية برامج التكوين ما يعرف باسم نموذج إسترلي- سميت⁽²⁾ the Easterly- smuth والذي يعتمد على تقسيم خمسة أبعاد في العملية التدريبية والتي يرمز لها بالحروف CAPIO وذلك على النحو الآتي:

- 1- سياق ومناخ التدريب context: وتعني القيم والثقافة التنظيمية السائدة التي تحكم عملية انتقاء واختيار المتكويين وحجم الدعم الموجه للعملية التكوينية.
- 2- النواحي الإدارية Administration: وتهتم بتقييم النواحي الإدارية لعملية التكوين أو التدريب، كالإعلان عن برنامج التكوين، ومدته، ومكانه، والموارد المتاحة لهذه العملية.
- 3- العملية process: وهي الكيفية التي يتم من خلالها تنفيذ عملية التكوين ومدى مطابقة وسائل التدريب لأهداف العملية وكذا تحديد حجم المشاركة ومدى التفاعل بين المكونين والمتكويين من خلال البرنامج التكويني.

(1)- حسين محمد حسين. تقييم التدريب ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2005، ص 60.
(2)- صلاح الدين عبد الباقي وعلي عبد الهادي مسلم، رواية حسن، إدارة الموارد البشرية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007، صص 228- 230.

4- المدخلات Inputs: وهنا يكون التركيز على محتوى المادة التدريبية المستخدمة ومدى شموليتها وكذا طبيعة الموضوعات التي تحتويها ومدى تسهيل إجراءات ترجمة المعلومات النظرية إلى واقع الممارسة الميدانية.

5- المخرجات outputs: ويعبر هذا البعد على المهارات والسلوكيات الجديدة التي اكتسبها الفرد من جراء عملية التكوين ، كما يركز أيضا على مدى وصول البرنامج التكويني إلى تحقق الأهداف المصممة من خلال البرنامج التدريبي.

خاتمة الفصل:

ان التكوين يعتبر عملية جوهرية في تسيير الموارد البشرية و يحظى باهتمام متزايد باعتباره الوسيلة المناسبة لإعداد وتأهيل المورد البشري وتنمية قدراته بما يتوافق مع المتطلبات الراهنة ولتفعيل أداء هذا المورد في المنظمات عامة وفي المنظمة الصحية خاصة هذه العملية التي تمر بمراحل متباينة وكل مرحلة تقتضي وجود الاخرى وطبقا لإستراتيجية واضحة ووفقا لاحتياجات يفرضها المحيط الدائم التغير.

الفصل الثالث: الأطر النظرية للإداء

- المبحث الأول:مدخل إلي الأداء.
- المطلب الأول:مؤشرات الأداء.
- المطلب الثاني:محددات الأداء.
- المطلب الثالث:أبعاد الأداء.
- المطلب الرابع:أنواع الأداء.
- المبحث الثاني:تقييم الأداء.
- المطلب الأول:مفهوم تقييم الأداء.
- المطلب الثاني:أهمية تقييم أداء العاملين.
- المطلب الثالث:مبادئ تقييم الأداء.
- المطلب الرابع:طرق تقييم الأداء.
- المطلب الخامس:مشكلات تقييم الأداء.

تمهيد:

يعتبر موضوع الأداء من المواضيع التي نالت اهتمام الفكر التنظيمي نظرا لاتسامه بالديناميكية والتغير في مكوناته ومحتوياته ومنطلق هذا التغير والديناميكية هو التحول في عوامل وظروف العمل في المنظمات للوصول إلى تحقيق أهدافها ومخططاتها وفقا لإستراتيجية واضحة لتسيير المورد البشري كفاعل اجتماعي وسعيا لتحقيق الكفاءة والفعالية.

فالتحديد الجيد والفهم الصحيح لمصطلح الأداء وتحديد عوامله ومؤشراته يعتبر في حد ذاته تمهيد وتهيئة للظروف المناسبة لمتابعة وتقييم أداء العاملين والحكم الموضوعي على مدى كفاءة وفعالية المورد البشري في تنفيذ المهام الموكلة إليه وفي هذا الصدد يرى Angelir "أن أداء المؤسسة يتجسد في قدرتها على تنفيذ استراتيجيتها وتمكنها من مواجهة القوى التنافسية"⁽¹⁾.

المبحث الأول:مدخل إلي الأداء**المطلب الأول: مؤشرات الأداء.**

على اعتبار أن الأداء هو الأساس الذي بواسطته يتم الحكم على فعالية الأفراد في المنظمات فإن ذلك لا يتم إلا عن طريق مجموعة من المؤشرات والتي يمكن أن نوجزها فيما يلي:

1- الفعالية *efficacité*: يقصد بالفعالية "درجة تحقيق الأهداف مهما كانت الوسائل المستعملة في ذلك"⁽²⁾ كما تشير إلى "الاهداف المحققة من قبل المنظمة بغض النظر عن التكاليف المترتبة على هذه الاهداف"⁽³⁾ أيضا يقصد بها "الفرق بين النتائج المحققة والنتائج المتوقعة"⁽⁴⁾.

(1)- عبد المالك مزهودة، "الأداء بين الكفاءة والفعالية. مفهوم وتقييم"، مجلة العلوم والإنسانية لجامعة بسكرة ، 1 (نوفمبر، 2001)، ص 87.

(2) - Martory Bernard et daniel crozet, *gestion des ressources humaines, pilotage social et performances*, dunod, paris, 6^{ème} éd, 2005, p. 164.

(3)- طاهر محمود الكلالدة، *الاتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية*، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، الاردن، 2011، ص75.

(4)- الشيخ الداوي، مرجع سابق، ص 220.

فالفعالية إذن هي درجة تحقيق الأهداف المرجوة في الوقت المطلوب وعلى الوجه المرغوب.

2- الكفاءة competence: تعرف الكفاءة بأنها " الأهداف أو المخرجات التي يسعى النظام تحقيقها "(1) كما تشير أيضا إلى " العلاقة بين النتائج المتحصل عليها والوسائل المستخدمة فيها للوصول لهذه النتائج "(2). ويرى جون ماري بيرتي أن الكفاءة هي: "تلك المعارف والسلوكيات والمهارات المتحركة أو القابلة للتحويل بغية القيام بمهمة محددة "(3). فالكفاءة إذن هي بلوغ الأهداف بأقل تكلفة وأقل جهد وفي أسرع وقت وعلى أحسن وجه.

بالإضافة إلى مؤشر الفعالية والكفاءة فهناك من أضاف مؤشرات أخرى وهي (4):

- الإنتاجية: وهي ملازمة للفعالية وتعتبر عن الأداء الشامل (5).
 - الروح المعنوية للأفراد العاملين ومعدلات الغياب عن العمل.
 - مدى إنجاز المهمات والواجبات بدقة وإتقان وسرعة.
 - القدرة على الإبداع و الابتكار.
 - درجة الانضباط واحترام النظام وأسلوب التعامل مع الموظفين.
 - مستوى التعاون مع فريق العمل والمرونة والقدرة على اتخاذ القرارات.
- ويمكن القول أن هذه المؤشرات في جميعها تتفاعل لتحقيق هدف واحد وهو الوصول إلى فعالية الأداء وهي الغاية تسعى المنظمات اليوم إلى الوصول إليها وصناعة التميز (*).

(1) - عبد المالك مزهودة، مرجع سابق، ص 87.

(2) - Martory Bernard et daniel crozet, op,cit, p, 164.

(3) - Jean Marie peritti, dictionnaire des ressources humaines, éd Vuibert, paris, 1999, p. 58.

(4) - العربي عطية، "أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي للعاملين في الأجهزة الحكومية المحلية"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة. 10(2012)، ص 323.

(5) - عبد المالك مزهودة، مرجع سابق، ص 87.

(*) - التميز Excellence: هو القدرة على الأداء الوظيفي في ظل الظروف البيئية المتغيرة وهو ما يعبر عنه بالمعادلة: التميز = الفعالية % * الكفاءة % أنظر: أبو النصر مدحت محمد.

المطلب الثاني: محددات الأداء.

ينظر للأداء على أنه نتاج للعلاقة المتداخلة بين مجموعة من العناصر والتي تعتبر محددات للأداء⁽¹⁾ وهذه الأخيرة تتمثل فيما يلي:

1- الجهد : وهو مجموعة القدرات والطاقات الجسمية والعقلية التي يبذلها الفرد في تنفيذ المهام الموكلة إليه وهو ما يعبر عنه بالدافعية أو القوة التي تحرك سلوك الفرد لأداء عمل معين⁽²⁾.

2- القدرات: وهي السمات والخصائص الذاتية والشخصية المستخدمة في تنفيذ وأداء المهام، هذه الخصائص لا تتغير ولا تتقلب على المدى القصير.

3- إدراك الدور أو المهام: تشير إلى المسلك أو الاتجاه الذي يرى الفرد أنه ضروري لتوجيه جهوده للعمل في اتجاهه وتنسيق الجهود نحو هذا الاتجاه من أجل الحصول على الأداء المرضي وذلك من خلال الفهم الجيد للمهام وإدراك الدور ، فالمعرفة الصحيحة للفرد بالمهام والأدوار الموكلة إليه تجعل مهمة التنفيذ سهلة وبالتالي يكون أداءه مقبول، كما أن عدم إدراك الفرد للدور والمهام يجعل تنفيذ المهام صعبة وبالتالي يكون أداءه سيئاً أو غير مقبول.

وهناك من يرى أن محددات الأداء تتمثل فيما يلي⁽³⁾:

- المعرفة بمتطلبات الوظيفة: وتشمل المعرفة بالمهارات المهنية والمعرفة الفنية، والخلفية العامة عن الوظيفة والجوانب المرتبطة بها.

- نوعية العمل وتشمل جوانب الدقة والنظام، الإتقان والبراعة، القدرة على تنظيم وتنفيذ العمل، عدم الوقوع في الخطأ.

- كمية العمل: ويقصد به حجم العمل المنجز في الظروف العادية وسرعة الاتجاه.

المطلب الثالث: أبعاد الأداء.

لقد اختلف المفكرين في تحديد أبعاد الأداء وهذا الاختلاف يعود إلى تباين واختلاف النظرة إلى هذا المفهوم فبعضهم يركز على الجانب الاقتصادي والبعض الآخر يرى

(1)- رواية حسن، إدارة الموارد البشرية. رؤية مستقبلية، مرجع سابق، ص 210.

(2)- محمد الحناوي، السلوك التنظيمي، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 205.

(3)- زكي عبد المعطي أبو زيادة، "إدارة الوقت والجودة الشاملة وأثرها في الأداء الوظيفي"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 8، (2012)، ص 179. متاحة على الرابط journals.jv-edu.jo تحميل يوم 2014/03/20 على الساعة 20^h10.

أنه لابد الأخذ بالجانب الاجتماعي والتنظيمي وهذا من منطلق أن الأداء مفهوم شامل⁽¹⁾ ويمكن أن نجمل هذه الأبعاد فيما يلي.

1- البعد التنظيمي للأداء : ويقصد به الطرق والآليات التي تنتهجها المؤسسات في المجال التنظيمي للوصول إلى تحقيق أهدافها ، وهو ما يستوجب على مسيري المؤسسات اعتماد معايير على أساسها تقاس فعالية الإجراءات التنظيمية المنتهجة ، وهذا القياس يتعلق مباشرة بالهيكل التنظيمية وليس بالنتائج المتوقعة ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية هذه الأخيرة يمكن من خلالها أن تحقق المؤسسة قدر من الفعالية فالبعد التنظيمي له أثر كبير في تقويم الاداء حيث يتيح للمؤسسة إدراك الصعوبات والمعوقات التنظيمية واتخاذ القرار المناسب في الوقت المطلوب. في حين أن الآثار الاقتصادية لا يمكن إدراكها في الوقت المناسب إلا بعد ظهور نتائجها.

2- البعد الاجتماعي للأداء: ويشير هذا البعد إلى درجة ومستوى تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين في المؤسسة على اختلاف مستوياتهم الوظيفية باعتباره مؤشرا للوفاء والولاء للمؤسسة. فالإقتصار على الجانب الاقتصادي وإهمال الجانب الاجتماعي قد يؤثر سلبا على أداء المؤسسة على المدى البعيد ولذلك فالوصول إلى تحقيق الفعالية في الأداء يستوجب الاهتمام بالجانب الاجتماعي وكل ما له صلة بالعمليات الاجتماعية. ومن هنا يتجلى أن الأداء لا يقتصر على البعد الاقتصادي فحسب وإنما هو نتيجة تفاعل مجموعة من الأبعاد الاقتصادية التنظيمية والاجتماعية.

المطلب الرابع: أنواع الأداء.

تتعدد أنواع الأداء وتختلف باختلاف الزوايا والأهداف المراد تحقيقها ويمكن تصنيف أنواع الأداء بالاستناد إلى عدة معايير هذه الأخيرة تتمثل في معيار مصدر الأداء ، معيار الشمولية و معيار الطبيعة.

1- معيار مصدر الأداء⁽¹⁾: يمكن تقسيم الأداء حسب هذا المعيار إلى أداء داخلي وأداء خارجي.

(1)- الشيخ الداوي، مرجع سابق، صص 218-219.

أ- الأداء الداخلي: وهو محصلة تفاعل الأداءات لمختلف الأنساق الفرعية للمؤسسة والمتمثلة في أداء المورد البشري والأداء التقني والأداء المالي.

ب- الأداء الخارجي: هو محصلة تفاعل المتغيرات البيئية المحيطة بالمؤسسة والخارجة عن إرادة المؤسسة أي أن المؤسسة ليست سببا في حدوثها، ويتجلى هذا خاصة في الجانب الاقتصادي حينما ترتفع حجم مبيعات المؤسسة بسبب تحسن الأوضاع أو حصولها على إعانات من طرف الدولة ، هذه التغيرات التي قد تنعكس سلبا أو إيجابا على المؤسسة مما يستوجب على هذه الأخيرة القيام بتحليل وقياس الأداء للتأكيد من أن هذه التغيرات لا تشكل تهديد للمؤسسة وبالتالي فالأداء الخارجي لا تتحكم فيه المؤسسة وإنما تفرض متغيرات المحيط الخارجي على خلاف الأداء الداخلي الذي يمكن التحكم فيه وتسييره باعتباره خاضع لسلطة أو سياسة المؤسسة.

2- **حسب معيار الشمولية⁽²⁾**: وحسب هذا المعيار يمكن تقسيم الأداء إلى أداء كلي وأداء جزئي.

أ- الأداء الكلي: ويتمثل في الإنجازات المحققة بتفاعل مختلف العناصر والوظائف والأنظمة الفرعية في المؤسسة وليست وليدة عنصر أو وظيفة أو نظام دون غيره ، وفي إطار الأداء الكلي تتجلى الكيفيات والسبل التي تتبعها المؤسسة لتحقيق أهدافها الشاملة كالاستمرارية ، الشمولية ، الأرباح والنمو.

ب- الأداء الجزئي: وهو الذي يتحقق على مستوى الأنظمة الفرعية للمؤسسة وينقسم بدوره إلى أنواع تختلف باختلاف المعيار المعتمد لتقسيم عناصر المؤسسة، حيث يمكن أن ينقسم حسب المعيار الوظيفي إلى:

1- أداء الوظيفة المالية : والمتمثلة في قدرة المؤسسة على تحقيق التوازن المالي وتحقيق المردودية وتعظيم العائد على الاستثمار.

2- أداء وظيفة الأفراد: إن استمرارية المؤسسة وبقائها مرهون بأداء المورد البشري من خلال الإهتمام بالكفاءات واختيار الأفراد المناسبين لأداء العمل.

(1)- جلال الدين بوعطيط ، "الإتصال التنظيمي وعلاقته بالأداء الوظيفي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس

وعلوم التربية ، جامعة قسنطينة، 2009/2008، ص 76.

(2)- عبد المالك مزهودة، مرجع سابق، ص 89.

3- أداء وظيفة الإنتاج: وهنا يتعلق الأمر بإنتاجية المؤسسة بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى ومدى جودة المنتجات المقدمة.

4- أداء وظيفة التسويق: ويتحدد هذا الأداء من خلال مجموعة من المؤشرات كحجم المبيعات، العلامة التجارية، إرضاء الزبائن... وكما أسلفنا الذكر فإن هذا النوع من الأداء خاضع لتغيرات البيئة المحيطة بالمؤسسة وعلى هذه الأخيرة تقديم قراءات صحيحة حتى تتجاوز الصعوبات التي قد تواجهها في نطاق هذا المحيط المتغير.

3- **حسب معيار الطبيعة:** ويمكن تصنيفها إلى أهداف اقتصادية، اجتماعية، تقنية، سياسية...، فالمؤسسة التي تسعى إلى تحسين أدائها لا يمكنها الاعتماد على هدف واحد بل لابد من تفاعل هذه الأهداف جميعها.

المبحث الثاني: تقييم الأداء.

المطلب الأول: مفهوم تقييم الأداء .

لقد اختلف الفكر التنظيمي في تحديد مفهوم تقييم الأداء إذ يعتبر البعض أن تقييم الأداء هو آخر حلقات العملية الإدارية ويرى الآخرون أن تقييم الأداء يعتبر جوهر عملية الرقابة أي جزء منها بينما يذهب آخرون إلى أن عملية التقييم مرتبطة بنهاية السنة المالية وهناك من يرى أنها عملية مستمرة ومصاحبة لتدفق الأنشطة⁽¹⁾. وفي ظل هذا الاختلاف سنحاول سرد بعض التعريفات التي جاء بها المفكرين لهذا المفهوم، حيث يقصد بتقييم أداء العاملين قياس مدى قيام العاملين بالوظائف المسندة إليهم وتحقيق الأهداف المطلوبة منهم ، ومدى تقدمهم في العمل وقدرتهم على الاستفادة من فرص الترقى وزيادة الأجور⁽²⁾، يقصد أيضا بتقييم أداء العاملين "دراسة وتحليل أداء العاملين لعملهم وملاحظة سلوكهم وتصرفاتهم أثناء العمل وذلك للحكم

(1)- أبو النصر مدحت محمد ، مرجع سابق، ص 124.

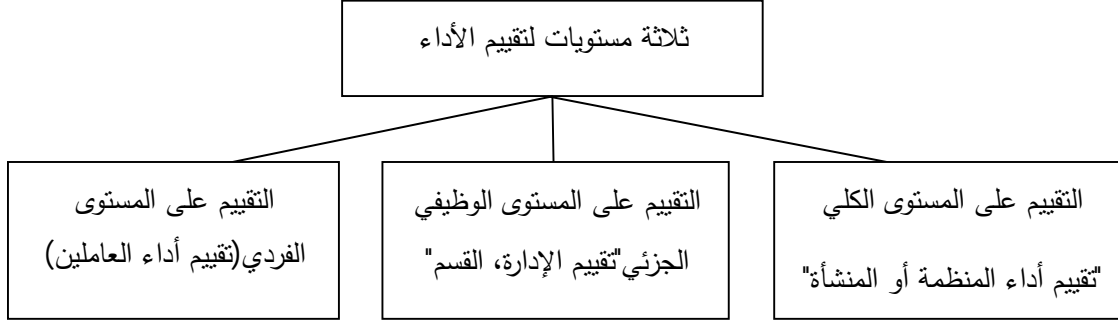
(2)- زهير ثابت، سلسلة الدليل العملي لمدير القرن 21، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة ، 2001، ص 87.

على مدى نجاحهم ومستوى كفاءتهم بالقيام بأعمالهم الحالية⁽¹⁾ ويرى آخر أن تقييم الأداء هو الأسلوب الذي يمكن من إصدار حكم موضوعي على قدرة الموظف في أداء واجباته والقيام بمسؤوليات وظيفته ، والتحقق كذلك من سلوكه وتصرفاته في أثناء العمل⁽²⁾، ويعرف تقييم الأداء أيضا "بأنه العملية التي يستخدمها أرباب العمل لمعرفة أي من الأفراد أنجز العمل وفقا لما ينبغي له أن يؤدي ، ويترتب على هذا التقييم وصف الفرد بمستوى كفاية أو جدارة واستحقاق معين"⁽³⁾ ويذهب آخر في تحديد القصد من تقييم أداء العاملين بأنه "عملية منظمة وشاملة تهدف إلى مقارنة حجم ومستوى العمل المراد إنجازه في نفس الفترة في ضوء معدلات أداء موضوعية"⁽⁴⁾، ويذهب البعض إلى أن عملية تقييم الأداء هي عملية تطبيق الأحكام الرسمية على الآخرين من خلال الأبعاد المختلفة المتعلقة بالمهام المؤداة⁽⁵⁾ فهو نظام يتم من خلاله تحديد مدى كفاءة العاملين في أداء أعمالهم⁽⁶⁾، يضاف إلى التعاريف السابقة أن تقييم الأداء هو الصفة النظامية أو الرسمية التي تعبر عن مكانن قوى ومكانن ضعف المساهمات التي يغطيها المديرون وباقي الأفراد للوظائف التي كلفا بإنجازها"⁽⁷⁾.

يبدو واضحا من هذه التعاريف السابقة أن القصد من تقييم الأداء هو تتبع المسار الوظيفي للفرد العامل خلال فترة زمنية معينة والحكم على مدى فعالية وكفاءته في أداء المهام المسندة إليه وفقا للطريقة المطلوبة.

(1) - صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص 303.
(2) - سعد عامر أبوشندي، إدارة الموارد البشرية في المؤسسات التعليمية، الاردن، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2011، ص 95.
(3) - عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص ص 361-362.
(4) - سمير محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 98.
(5) - محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص 60.
(6) - أحمد ماهر، الاختبارات واستخداماتها في إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، مصر، 2003، ص 381.
(7) - حسن إبراهيم بلوط، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، دار النهضة العربية، لبنان، ط1، 2005، ص 37.

وما تجدر الإشارة إليه أن التقييم لا يكون للفرد العامل فحسب وإنما يشمل المنظمة ككل والوظيفة كنسق جزئي منها ومن هنا يبدو أن هناك ثلاثة مستويات لتقييم الأداء وهو ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم 5: يحدد مستويات تقييم الأداء في المنظمة.

المصدر: زهير ثابت. مرجع سابق، ص 15.

المطلب الثاني: أهمية تقييم أداء العاملين.

يكتسى موضوع تقييم الأداء أهمية بالغة في سبيل تحقيق الفعالية التنظيمية ، فالتقييم من شأنه أن يوفر الأجواء الإدارية القادرة على متابعة الأنشطة الجارية في المنظمة والتحقق من مدى التزام الأفراد العاملين في المنظمة بالقيام وتحمل المسؤوليات والواجبات وفق معطيات العمل البناء⁽¹⁾ وبالتالي بناء منظور واضح يبين الغايات الفردية والغايات التنظيمية⁽²⁾ ومن هذا المنطلق نرى أن عملية تقييم الأداء لها أهمية كبيرة سواء للمنظمة أو للأفراد العاملين في هذه المنظمات أو المؤسسات وتتجلى هذه الأهمية فيما يلي:

1- بالنسبة للأفراد العاملين: يساعد التقييم على تعريف العاملين بنواحي القصور في الأداء مما يساعد على العمل على تجاوزها في المستقبل ، كما يساهم أيضا في التعريف على نواحي القصور في السلوك غير المقبول الذي يحد من كفاءة العاملين من وجهة نظر الإدارة وبالتالي العمل على تجنبها⁽³⁾، أي إمداد العاملين بتغذية مرتدة عن أدائهم بالمقارنة مع ما كان متوقعا منهم⁽⁴⁾.

(1)-خضير كاظم حمود وآخرون، إدارة الموارد البشرية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2007، ص 152.

(2)- وائل محمد صبحي إدريس وظاهر محسن منصور الغالبي، سلسلة إدارة الأداء الإستراتيجي ، دار وائل للنشر، الأردن، ط1، 2009، ص 156.

(3)- زهير ثابت، مرجع سابق ، ص 89.

(4)- صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص ص303-304.

2- بالنسبة للمنظمة: يساهم التقييم الفعال لأداء العاملين بالنسبة للمنظمة في إعداد السياسات المنتهجة في استقطاب واختيار الموارد البشرية لشغل الوظائف في المنظمة, حيث من خلال التقييم يتبين مدى كفاءة عملية الاختيار وفي حالة ثبوت العكس فإن على المنظمة مراعاة ومراجعة جوانب القصور في الاستقطاب والاختيار , فكلما كان أداء العاملين مرتفعا كانت وظيفة الاختيار أكثر توفيقا والعكس صحيح⁽¹⁾.

- يساهم تقييم العاملين في المنظمة إلى تحسين علاقات العمل وبالتالي تكوين الشعور بالراحة والطمأنينة بين العاملين مما يشجع العمل الجماعي.
- يساعد تقييم الاداء في وضع معايير موضوعية يتم على أساسها تقديم الحوافز⁽²⁾ كالترقية والمكافآت والتعويضات أو النقل وفي المقابل فرض العقوبات⁽³⁾ كالتوبيخ أو الفصل.

- يساهم تقييم الأداء في احترام نظام العمل وقواعده نتيجة شعور العامل بأن هناك من يقيم سلوكه وتصرفاته الأمر الذي يجعله أكثر انضباطا والتزاما بقواعد العمل⁽⁴⁾.
المطلب الثالث: مبادئ تقييم الأداء⁽⁵⁾

يقوم تقييم الأداء على مجموعة من المبادئ التي يجب الاسترشاد بها عند القيام بهذه العملية لتحقيق الاهداف المسطرة والنجاح في تنفيذ المهام, وهذه المهام تتمثل فيما يلي:

- 1- مبدأ الوضوح:** ومعنى ذلك اعتماد تقييم وقياس الأداء على معايير وأهداف واضحة وجلية وواقعية.
- 2- مبدأ الموضوعية:** أي استخدام مفاهيم ومعايير موضوعية في تقييم أداء العاملين والابتعاد عن التحيز والذاتية فالتقييم لا بد أن يكون موضوعي.

(1)- سمير محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 100.

(2)- كمال بربر، مرجع سابق، ص 172.

(3)- فاروق عبد فليه والسيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن ، ط1، 2005، ص 267.

(4)- صلاح الدين عبد الباقي. إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص 305.

(5)- أبو النصر مدحت محمد، مرجع سابق، صص 129-130.

3- مبدأ الشمول: ومعنى هذا أن عملية تقييم الأداء تشمل الإيجابيات والسلبيات على حد سواء ولا يمكن الاقتصار على جانب محدد بعينه كالتركيز على تحديد مناطق القوة فقط أو الضعف فقط وبالتالي عملية تقييم الأداء تشمل تقييم وقياس مناطق القوة والضعف وأن الاقتصار على جانب محدد دون الآخر يؤدي إلى نقص وسوء التقدير والتقييم مما يؤدي في النهاية إلى الخلل في تقييم الأداء.

4- مبدأ التكامل: يمكن القول أن هذا المبدأ منبثق من مبدأ الشمول فعملية التقييم لا يمكن أن تقتصر على جانب بعينه وإنما تكون شاملة بكل الجوانب وبالتالي فإن تقييم الأداء لابد أن يتضمن ويشمل قياس المعارف والاتجاهات والسلوكيات والمهارات وغيرها.

5- مبدأ الإستمرارية: ومنطلق هذا المبدأ أن عملية تقييم الأداء تعتبر عملية مستمرة ودائمة طوال السنة وليس عملية دورية أو موسمية ، وبالتالي إمكانية الرئيس أو المشرف على تتبع وتقييم العامل من حين لآخر دون انتظار للتوقيات المحددة للتقييم.

المطلب الرابع: طرق تقييم الأداء.

يخضع تقييم الأداء في المنظمة إلى تصنيفات وطرق مختلفة تختلف باختلاف الأهداف والمقاصد المرجوة من كل طريقة ويمكن تصنيف هذه الطرق إلى طرق تقليدية وطرق حديثة.

1- الطرق التقليدية: وتعتبر أكثر الطرق استخداما في تقييم الأداء ومن أهم الطرق التقليدية نذكر ما يلي :

أ- طريقة المقاييس المتدرجة⁽¹⁾: وتعتبر أكثر طرق تقييم الأداء استخداما في المنظمات لسهولة تطبيقه وإمكانية تطويره وتعتمد هذه الطريقة على البحث في مجموعة من الصفات والعناصر المرتبطة بالتقييم ، حيث يتم استخدام مقياس متدرج لكل صفة أو عنصر من عناصر التقييم ويحدد المقيم درجة معينة يحصل عليها

(1)- زهير ثابت، مرجع سابق، ص 114.

الفرد العامل الخاضع للتقييم وتجمع الدرجات التي حصل عليها كل عامل لتقارن النتائج في الأخير واختيار التقييم الأحسن أول بأول. وهو ما يوضحه الجدول التالي:

الفرد ج	الفرد ب	الفرد أ	الصفات أو العناصر
5	3	2	1- التعاون مع الزملاء
3	2	3	2- العلاقة مع المرؤوسين
2	5	4	3- العلاقة مع الرؤساء
1	5	5	4- الدقة في المواعيد
—	3	1	5- السرعة في إنجاز الأعمال
4	2	2	6- القدرة على حل المشاكل
4	1	1	7- القدرة على التفاهم
19	21	18	المجموع

جدول رقم (3): طريقة المقاييس المتدرجة.

المصدر: علي السلمي، إدارة الأفراد والكفاية الإنتاجية، مكتبة غريب، القاهرة، ص 332. وما يمكن استنتاجه من هذا الجدول أن التقييم يتراوح بين صفر وخمسة، أي أن التقدير صفر يدل على انعدام الصفة في الفرد محل التقييم والدرجة خمسة هي الحد الأقصى الذي يحصل عليه العامل محل التقدير الذي تتوفر فيه الصفات محل التقييم، وعلى هذا الأساس يمكن أن يحصل كل عامل على التقدير الخاص به والذي يمثل كفاءته في أداء العمل استنادا إلى الصفات محل التقييم⁽¹⁾ وما تجدر الإشارة إليه أن هذا التقييم يتم من خلال الرئيس المباشر للأفراد محل التقييم.

ب- طريقة الترتيب العام: وفق هذه الطريقة يقوم الرئيس المباشر بترتيب المرؤوسين ترتيبا تصاعديا أو تنازليا طبقا لبعض الخصائص المفترض وجودها بين أفراد مجموعة العمل ومن خلال إجراء المقارنة بينهم حيث يتم ترتيب أفراد المجموعة محل التقييم بناء على الأداء الإجمالي أو الشامل⁽²⁾. والجدول التالي يوضح ذلك:

(1)- علي السلمي. إدارة الأفراد والكفاية الإنتاجية، مكتبة غريب، القاهرة، دون سنة نشر، ص 332-333.
 (2)- سمير محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 109.

الأفراد محل التقييم					عناصر التقييم
أ	ب	ج	د	هـ	
1	3	4	5	2	كمية الإنتاج
3	2	1	4	5	جودة الأداء
2	1	3	4	5	تحمل المسؤولية
5	3	4	2	1	المواظبة
5	2	3	4	1	العلاقة مع الرؤساء
2	3	5	4	1	العلاقة مع الزملاء
18	14	20	23	15	المجموع
الثالث	الأول	الرابع	الخامس	الثاني	الترتيب

الجدول رقم (4): يوضح طريقة الترتيب

المصدر: سمير، محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي. مرجع سابق، ص 109. وما تجدر الإشارة إليه من خلال هذه الطريقة أن أفضل الموظفين هو الحاصل على أقل مجموع؛ وإذا كانت هذه الطريقة تتميز بالسهولة في التطبيق وإيجاد مفهوم موحد للتقييم بدلا من الاعتماد على عدة معايير للتقدير ، وما يعاب عن هذه الطريقة أنها لا تعطي صورة دقيقة لأداء العاملين وأنها لا تقيم خصائص محددة في أداء الفرد ولكنها تقيم أداءه ككل⁽¹⁾.

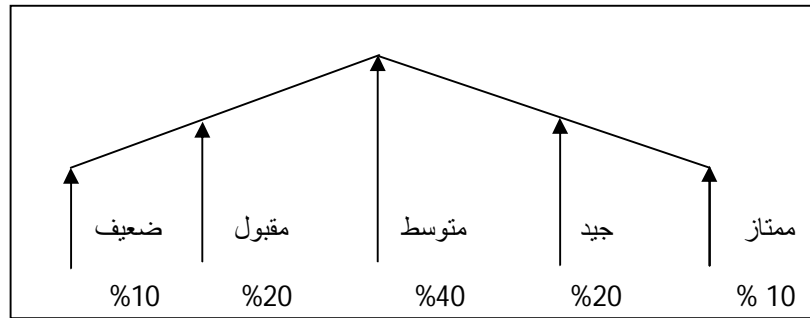
ج- طريقة قائمة المراجعة أو الاختيار: وفق هذه الطريقة يقوم الرئيس المباشر بإعداد قائمة تتضمن مجموعة من الأسئلة التي تحتمل الإجابة بنعم أو لا، وهذه الأسئلة تختار من طرف خبراء ذوي دراية واسعة بسلوكيات الوظيفة محل التقييم ، كما تتضمن القائمة في الوقت ذاته أوزان لهذه الإجابة والمحددة مسبقا من طرف إدارة الموارد البشرية دون علم المقيم وهذا تحريا للموضوعية وتجنبنا للتحيز والذاتية ، وإذا كانت هذه الطريقة تتميز بالبساطة والسهولة إلا أنها تستهلك وقتا طويلا كما أن الأسئلة المختارة قد تحمل معاني مختلفة لمقيمين مختلفين⁽²⁾.

(1) - زهير ثابت، مرجع سابق، ص 117.

(2) - رواية حسن، إدارة الموارد البشرية، مرجع سابق، ص 220-221.

2- الطرق الحديثة:

أ- **طريقة التوزيع الإجباري:** تستند هذه الطريقة إلى فكرة منحى التوزيع الطبيعي حيث تتركز قيم أي ظاهرة حول القيمة المتوسطة لهذه الظاهرة ، وانخفاض التركيز حول الطرفين ، وفي هذه الطريقة يقوم الرئيس المباشر بتوزيع أعضاء المجموعة محل التقييم على مستويات التقييم المختلفة وبنفس النسب المحددة للمستويات المختلفة وطبقا للمستوى العام لأداء كل عامل ، والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (6): يوضح التوزيع الإجباري للعاملين وفقا لتقديرات الأداء

المصدر : سمير محمد عبد الوهاب و ليلى البرادعي ، مرجع سابق ص 112 .
وما تجدر الإشارة إليه أن هذه الطريقة تتميز أيضا بالسهولة والبساطة في التطبيق إلا أنها تفترض أن كل مجموعات العاملين تنقسم إلى الدرجات والمحددة مسبقا والتي تتراوح بين الضعيف والممتاز ، إذ يرى البعض أن هذا الافتراض خاطئ ، فهناك بعض الأقسام محل التقييم نجد العاملين فيها يتمتعون ويتصفون بالأداء الممتاز لعلمهم كما هو الحال في قسم بحوث التسويق⁽¹⁾ وبالتالي من غير المعقول تصنيفهم حسب الدرجات السابقة.

ب- **طريقة الاختيار الإجباري:** وفق هذه الطريقة يقوم الرئيس المباشر بتجميع أكبر عدد من العبارات حول أداء العامل على أن توزع هذه العبارات إلى مجموعات كل مجموعة تضم عبارتان مرغوبتان لدى العامل و عبارتان غير مرغوبتان لدى العامل محل التقييم أين يختار الرئيس عبارة واحدة من العبارات المرغوبة وعبارة واحدة من العبارات غير المرغوبة، كما هو موضح في المثال التالي⁽²⁾:

(1)- زهير ثابت، مرجع سابق، ص ص120-121.

(2)- علي السلمي، إدارة الأفراد والكفاية الإنتاجية ، مرجع سابق، ص 337.

1- الصفات المرغوبة : أ- هذا الشخص سريع الملاحظة والفهم.

ب- أنه شخص لمام وحاضر البديهة.

2- الصفات غير المرغوبة: أ- هذا الشخص يميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات الهامة.

ب- من صفاته التردد في أوقات الازمات.

وما تجدر الإشارة إليه وأمام جهل المقيم للأوزان المخصصة لكل عبارة فإنه لا يدري على نحو دقيق أيها يختار لصالح العامل أو ضده⁽¹⁾ مما يؤدي إلى شعور المقيم بعدم الثقة فيما يختاره⁽²⁾.

ج- طريقة الأحداث الهامة: "الحرجة"

ومنطلق هذه الطريقة هو تجميع أكبر عدد من الوقائع التي تتسبب في نجاح أو فشل العامل في أداء وظيفته ولا يركز الرئيس أو المشرف في تطبيقه لهذه الطريقة على الحدث أو الواقعة في حد ذاتها، وإنما على السلوكيات والتصرفات المرضية أو الغير مرضية التي يسلكها العامل في مواجهة هذه الأحداث أو الوقائع وبذلك يقوم الرئيس المباشر بملاحظة أداء مرؤوسيه أول بأول وتسجيل الوقائع والأحداث الهامة التي يقومون بها، وعندما يحين وقت التقييم يقوم الرئيس بمراجعة السجل الذي يدون فيه الملاحظات على أداء المرؤوسين ويحدد في تقرير أداء كل مرؤوس للأحداث الحرجة ذات التأثير الهام التي صدرت منه ومعدل تكرار حدوثها؛ ويعاب على هذه الطريقة أنه لا بد على المقيم أن يسجل كل الأحداث للعامل محل التقييم بانتظام وهذا ما يشكل عبئاً عليه وضيقاً للوقت كما أن متابعة المقيم بانتظام للعامل الخاضع للتقييم يسبب حاجزاً نفسياً بين الرئيس والمرؤوسين نتيجة شعور هذا الأخير أن الرئيس يحتفظ بسجل خاص به⁽³⁾.

د- طريقة التقرير المكتوب : تعتمد هذه الطريقة على قيام الرئيس المباشر بكتابة تقارير دورية عن كل المرؤوسين في نهاية الفترة التي يعد فيها التقييم يقوم من خلالها بالحكم على أداء مرؤوسيه ، وتتشابه هذه الطريقة إلى حد كبير مع طريقة

(1)- زهير ثابت، مرجع سابق، ص 121.

(2)- روية حسن، إدارة الموارد البشرية، مرجع سابق، ص 225.

(3)- طاهر محمود الكلالدة، مرجع سابق، ص 86.

الأحداث الهامة أو الحرجة ولكن الاختلاف يكمن في أن الرئيس لا يعتمد على سجل يدون فيه جميع الأحداث وإنما يعتمد على ذاكرته وملاحظاته المباشرة وتصنيفها طبقاً لعناصر معينة كأن تنصب ملاحظاته على تقبله للنقد وتحمل المسؤولية والتعاون مع الزملاء...، وإذا كانت هذه الطريقة توفر للرؤساء فرصة التركيز على بعض الصفات أو نقاط الضعف في مرؤوسيه فإنها تحتاج في ذات الوقت إلى مهارات عالية من جانب الرئيس في إعداد وكتابة التقارير⁽¹⁾، كما أن هذه الطريقة عرضة لحدوث أخطاء التحيز والتشدد والتساهل، زيادة إلى احتياجها إلى وقت أكثر من الرؤساء لإعداد التقارير خاصة إذا كان عدد المرؤوسين كبيراً⁽²⁾.

هـ - طريقة الإدارة بالأهداف والنتائج⁽³⁾: جاءت هذه الطريقة لوضع حد للعيوب التي شابت الطرق التقليدية في تقييم الأداء ومنطلق هذه الطريقة هي مقارنة نتائج الأداء بالأهداف المخططة وفي هذا الصدد يرى J.Humble "أن الإدارة بالأهداف نظام حركي يعمل على دمج أهداف المنظمة وأهداف المديرين، وتعتبر الإدارة بالأهداف من الطرق التي يشترك فيها الرئيس والمرؤوس، بدءاً بتحديد الأهداف وانتهاءً بتقييم مدى تحققها"⁴ ويقوم هذا الأسلوب على مجموعة من العناصر والمحددة فيما يلي:

- * تحديد أهداف كمية يمكن قياسها.
- * إشراك وتعاون كل من الرئيس والمرؤوسين في تحديد الأهداف.
- * الاعتماد على خطة عمل لبلوغ الأهداف.
- * تحديد المعايير التي يتم من خلالها قياس نتائج الأداء.
- وعليه وفقاً لهذه الطريقة يطلب من كل مرؤوس أن يحدد بنفسه مجموعة الأهداف وكذلك الأساليب التي عن طريقها يمكن تحسين أداءه وبالتالي فهي تعطي الفرصة لكل مرؤوس لكي يعم نفسه عن طريق قياس النتائج التي يحققها إضافة إلى أنها تركز على الأداء المستقبلي للفرد وكيفية الارتقاء به وتحسينه بدلاً من التركيز على ماضيه ونقده، إلا أن البعض يرى أن هذه الطريقة في تقييم الأداء ليست مطلقة

(1) - زهير ثابت، مرجع سابق، ص 125.

(2) - سمير محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 115.

(3) - زهير ثابت، مرجع سابق، ص 125-127.

(4) - سعد عامر أبوشندي، مرجع سابق، ص 105-106.

وإنما نسبية وأنها عملية مظهرية ليس إلا وأن التركيز على الجانب الكمي قد يشجع على تغطية بعض أوجه القصور في الأداء أو تحديد الأهداف عند مستوى منخفض لا يمثل الحقيقة، كما أن هذه الطريقة وإن كانت توفر مقياسا خاصا لكل مرؤوس في عمله مبنيا على خصائص وطبيعة وظيفته الأمر الذي أدى بالبعض الي اعتبار أنها طريقة لقياس أداء الفرد في وظيفته الحالية فقط وليس قياسا دقيقا وحكما سليما على نجاحه في وظائف أخرى في المستقبل كما يرى البعض الآخر أن هذا الأسلوب يركز أكثر على الفرد دون الجماعة وهو ما يؤدي إلى المنافسة غير الشريفة ونقل المسؤولية من شخص لآخر. قد يؤدي إلى انخفاض الإنتاج نتيجة ضعف التماسك الجماعي ، والمسؤولية الإدارية والاعتبارات الأخرى كالروح المعنوية ، تنمية الفرد ، والتطوير التنظيمي في الأجل البعيد⁽¹⁾.

المطلب الخامس: مشكلات تقييم الأداء .

على الرغم من تعدد المداخل والطرق في تقييم أداء العاملين وما توفره كل طريقة من مزايا مختلفة إلا أنها تتخللها بعض العيوب هذه الأخيرة تفرز مجموعة من المشكلات والصعوبات مما يؤدي إلى ظهور أخطاء في تقييم أداء العاملين هذه الأخطاء تختلف حدتها من مؤسسة لأخرى باختلاف طبيعتها ونشاطها ووظائفها ، ويمكن تلخيص أهم الصعوبات والمشكلات التي تعترض عملية تقييم الأداء فيمايلي:

1- عدم وضوح معايير تقييم الأداء⁽²⁾: من الصعوبات التي تواجه عملية تقييم الأداء هي عدم وجود معايير موحدة لتقييم أداء العاملين حيث تتعدد وتختلف التفسيرات للصفات والسلوكيات محل التقييم ،فكل مقيم يراها من زاوية مختلفة فمنهم من ينظر إليها من خلال جودة العمل والبعض الآخر يراها من واجهة القدرة على تحمل المسؤولية في حين يراها البعض الآخر من خلال القدرة على الابتكار والاختراع وبالتالي أمام تباين الرؤى ووجهات النظر تختلف التقييمات الأمر الذي

(1)- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 379.

(2)- سمير محمد عبد الوهاب و ليلى مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 119.

يؤدي إلى وقوع الخطأ في التقييم نتيجة غياب نموذج للتقييم على أساسه يمكن الحكم على أداء العاملين⁽¹⁾.

2- الإعتقاد الخاطئ بأن عملية تقييم الأداء روتينية دورية تكون في الغالب مرة في نهاية السنة الأمر الذي يراه بعض المديرين والرؤساء والمشرفين بأنه عبئ وإهدار للوقت وهو ما يجعلهم يتجاهلون حقيقة العملية وكذا اعتبار نتائج التقييم منعزلة عن باقي عمليات إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية كالإختيار والتوظيف والتدريب والتنمية المستمرة للموارد البشرية⁽²⁾.

3- الاعتماد على الرأي الشخصي للرئيس المباشر دون غيره الأمر الذي يؤدي إلى ظهور أخطاء في التقييم⁽³⁾ كتأثر الرئيس بفكرة معينة وعلى أساس هذه الفكرة يمنح للفرد الخاضع للتقييم تقديراً منخفضاً أو عالي وبالتالي فهو يتجاهل النواحي الأخرى كان يكون تقييم الرئيس للمرؤوس من خلال ارتكازه على فكرة معينة أو صفة اكتسبها العامل في عمله كالأمانة مثلاً أو باعتباره حسن المظهر أو قدم له خدمة أثناء أداءه لعمله، أو لانتمائه لجماعة معينة... إلى غير ذلك من اخطاء الهالة⁽⁴⁾ التي من خلالها يقوم المقيم بمنح تقييماً عالياً للعامل محل التقييم، ويتجاهل في المقابل كفاءته في العمل، والروح المعنوية، وقدرته على المبادرة والمبادأة...، وكذلك أن الاعتماد على الرأي الشخصي للرئيس المباشر من شأنه أن يؤدي إلى التحيز في التقييم إلى بعض المرؤوسين دون غيرهم كما يؤدي إلى التشدد أو التساهل في التقييم، أو يقوم بمنح تقديرات متوسطة لجميع العاملين وبالتالي فهو يتجاهل التباين والاختلاف في معدلات الأداء بين مختلف العاملين في المؤسسة.

4- الاعتقاد بأن عملية تقييم الأداء هي عملية تخص فقط العمال ذوي الدرجات المنخفضة وأن أصحاب الدرجات العالية هم في غنى عن التقييم وبالتالي مثل هذه النظرة لا تمكن من الإطلاع على الأداء الحقيقي للموارد البشرية واكتشاف مواطن

(1)- محمد الصيرفي، قياس وتقييم أداء العاملين، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، ط1، 2008، ص 49.

(2)- علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة، دون سنة طبع، ص 172-173.

(3)- صلاح الدين عبد الباقي. إدارة الأفراد، مرجع سابق، ص 306-307.

(4)- زاهد محمد دبيري، إدارة الموارد البشرية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2011، ص129.

القوة والضعف فيها⁽¹⁾ وكذلك النظر إلى عملية تقييم الأداء بأنها وسيلة لتقدير وتقدير الترقيات والعلوات فقط دون النظر إلى دورها في الكشف عن مجالات وأولويات تحسين الأداء وتطويره⁽²⁾.

خاتمة الفصل:

ما يمكن أن يستخلص مما تقدم أن الأداء يعتبر من المفاهيم التي نالت قدرا وافرا من الاهتمام والتحليل من طرف مختلف الباحثين علي اختلاف اتجاهاتهم وعلى اعتبار أن الأداء هو الأساس الذي بواسطته يتم الحكم على فعالية الأفراد في المنظمة الامر الذي جعل هذه الأخيرة تعتمد استراتيجيات محددة لبحث أداء المورد البشري والعمل علي تقييمه وبحث السبل الكفيلة لتطويره، وأمام تعدد سبل تقييم الأداء التي تمنح للمنظمة امكانية المفاضلة بين مختلف الاساليب سواء التقليدية منها أو الحديثة والعمل علي اختيار الانسب والأصلح منها لتقدير وتقدير مكامن القوة وتدعيمها وكذا تقدير نقاط الضعف في أداء المورد البشري والعمل علي معالجتها وتجاوزها، فالفهم السليم للمورد البشري وتحديد احتياجاته يمكن من استغلال طاقاته بالشكل المرغوب والأسلوب المطلوب لتحقيق أهدافه وأهداف المنظمة وهو ما يمكن في النهاية من تجاوز الصعوبات والمشكلات في الأداء أي سد الفجوة في الأداء.

(1) - سمير محمد عبد الوهاب و ليلي مصطفى البرادعي، مرجع سابق، ص 118.
(2) - علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، مرجع سابق، ص 173.

الفصل الرابع: الاقتراب النظري للمؤسسة الاستشفائية

تمهيد:

المبحث الاول: ماهية المؤسسة الاستشفائية

المطلب الاول: خصائص المستشفى

المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الاستشفائية

المطلب الثالث: أنواع المستشفيات

المطلب الرابع: السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الثاني: مدخل لمهنة التمريض

المطلب الاول: أهداف التمريض

المطلب الثاني: نشأة وتطور مهنة التمريض

المطلب الثالث: التعريف و التصنيف الرتبي لممارسي مهنة التمريض

المطلب الرابع: العلاقات المهنية والاجتماعية لممارسي مهنة التمريض

المطلب الخامس: المعوقات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض

خاتمة الفصل

تمهيد:

مما لا شك فيه أن المؤسسة الإستشفائية تعتبر مؤشر لقياس مستويات الصحة والمرضى في المجتمع ، ودليل على مستوى التطور الحضاري الذي آلت إليه المجتمعات البشرية وهو ما تعكسه نوعية الخدمات المقدمة من طرف هذه الأخيرة ، وهذا ما لا يدركه إلا رواد وزوار هذه المؤسسة التي تعتبر نسق جزئي من نسق كلي وهو النظام الصحي الذي غايته توفير الرعاية الصحية للأفراد والتغلب على الأمراض والأوبئة ورفع مستويات الصحة لدى الجنس البشري وتمكينه من التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته⁽¹⁾. وعلى هذا الأساس نجد منظمات اليوم تولي جانب من الاهتمام لهذه المؤسسات الصحية وتعمل على تكوين وتأهيل العاملين فيها لأداء أعمالهم على الوجه السليم ، وكذا توفير الإمكانيات اللازمة التي تتطلبها المؤسسة لأداء وظيفتها لرفع عجلة التنمية الصحية ومواكبة التطور والرقي في شتى المجالات.

المبحث الاول: ماهية المؤسسة الاستشفائية**المطلب الاول: خصائص المستشفى⁽²⁾:**

تتميز المؤسسة الإستشفائية بمجموعة من الخصائص والمميزات التي تميزها عن باقي المنظمات ونذكر من ذلك مايلي:

1- يعتبر المستشفى ظاهرة معقدة كونه يقوم على ترتيبات تنظيمية في غاية التعقيد وهذا لاختلاف وتباين مسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، مما يؤدي إلى صعوبة التنسيق بين مختلف الجماعات نتيجة التفاوت الوظيفي والثقافي، وكذا باعتبار أن العمل المقدم يمس حياة الإنسان وما يتبع ذلك من ضغوط نفسية وجسمية طوال فترات العمل والتي تخرج عن الأمور التنظيمية التي يقوم عليها المستشفى.

(1)- نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي - ثقافة الصحة والمرض ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ، 2006 ، ص 26.
(2)- الحاج عرابية ، مرجع سابق، ص 235.

- 2- أن المستشفى يقدم خدمات بصفة دائمة ومستمرة وبدون توقف على مدار الساعة.
- 3- أن المستشفى نظام متكامل مصدره المورد البشري الذي يملك القدرة على التفاعل والتناغم والإتصال الجيد مع الفئات التي يتعامل معها وبالتالي العمل على تشخيص وحل مشكلاتها.
- 4- أن المستشفى يحتاج في أداء وظائفه إلى درجة عالية من الكفاءة والتخصص.
- 5- ازدواجية السلطة-السلطة الإدارية، والطبية ما ينجر عليه تداخل الوظائف مما يؤدي إلى عدم وضوح أدوار العاملين.
- 6- انعدام الحراك الوظيفي واستقرار العاملين في نفس التخصص الوظيفي الذي يحمل المؤهل للعمل فيه الأمر الذي يؤدي في غالب الأحيان إلى نشوء صراعات بين مختلف العاملين في المؤسسة الإستشفائية.
- المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الإستشفائية:**

إذا اعتبرنا أن المستشفى نظام متكامل فهو يعمل على تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية، والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية. ويسهم بذلك في رفع المستوى الصحي⁽¹⁾، وتختلف وظائف المستشفى باختلاف حجمه فقد يؤدي المستشفى الصغير الوظيفة العلاجية والوقائية فقط بغض النظر عن الوظائف الأخرى كالوظيفة التعليمية والتدريبية والبحثية وغيرها، ويمكن أن نبرز أهم الوظائف التي تقوم بها المستشفى:

1- الوظيفة العلاجية: ومن خلال هذه الوظيفة يقوم المستشفى بتوفير كل الوسائل الخاصة بعلاج المرضى وتقديم الخدمات الطبية الملائمة. ومتابعة المرضى، وإجراء العمليات الجراحية، وكذا التنسيق بين مختلف الوحدات والأقسام العلاجية، حيث أن الوظيفة العلاجية لا تخص مستشفى بعينه وإنما تشمل جميع المستشفيات دون تمييز مع اختلاف نوعي وطرق العلاج التي تختلف باختلاف نوعية المرضى أين يتم التعامل معهم بشكل موحد دون تمييز بين المجبرين على ملازمة السرير وغيرهم من

(1)- علوية السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، إيتراك للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2001، ص 79.

القادرين على الحركة وبذلك نجدهم يخضعون إلى سلطة إدارية تحدد اللوائح العامة التي يخضع لها جميع المرضى، وسلطة طبية تسمح بمتابعة العلاج أو تمنح تراخيص بالخروج عند نهاية العلاج⁽¹⁾.

2- الوظيفة التنظيمية : وتتجلى هذه الوظيفة بالإشراف على كافة الشؤون المتعلقة بالمستشفى كالشؤون المالية والإدارية والهندسية، ومتابعة تنفيذ التعليمات الخاصة بتسيير المؤسسة ومتابعة أداء العاملين اليومية وما تجدر الإشارة إليه أن تسيير المستشفى في العصر الحديث غير خاضع للشكل الهرمي التقليدي الذي يخضع لسلطة إدارية محضة. كما هو الشأن في التحليل البيروقراطي الفيبري، بل تتنازع في التسيير الإستشفائي سلطتان متناقضتان ، الأولى تتمثل في بيروقراطية الإدارة ولوائحها القانونية وضغوطاتها المالية، والثانية سلطة الإطار الطبي والتقني والتي تعد أشد نفوذا وهيمنة من الأولى⁽²⁾ وأمام هذا التعقيد في الفصل بين السلطتين يستوجب تقسيم العمل والفصل بين المهام مما يتطلب إنتقاء العاملين ذوي الكفاءة اللازمة لتحقيق الأهداف التي يسعى المستشفى تحقيقها لاسيما ما يتعلق بتدعيم الأنشطة التعليمية والتكوين المستمر للعاملين في التخصصات المختلفة للحفاظ على الصحة العامة والوقاية من الأمراض والأوبئة وكذا تدعيم الأنشطة البحثية في المجال الطبي عن طريق تنسيق الجهود بين مختلف العاملين في المؤسسة من إداريين وأطباء. وشبه طبي وغيرهم من الفئات المهنية المتواجدة في المستشفى للعمل على توفير الجو الملائم للمريض لتلقي العلاج في أحسن الظروف وتوفير الرعاية الطبية اللازمة⁽³⁾.

وما يمكن الإشارة إليه أن هذه الوظائف جميعها تشكل كلا متكاملًا تتفاعل فيما بينها لخدمة مصلحة المريض حتى يتعافى أو يقضى الله بالموت.

(1)- صالح المازقي، مرجع سابق، ص 254.

(2)- نفس المرجع، ص 259.

(3)- عليوة السيد، مرجع سابق، ص ص 86-87.

المطلب الثالث: أنواع المستشفيات⁽¹⁾:

يعتبر المستشفى المكان الذي يقصده المريض قصد الحصول على الرعاية الصحية اللازمة للشفاء من مرضه حيث تعدد أوجه الاستفادة من الخدمات الطبية باختلاف وتعدد المؤسسة الإستشفائية المقصودة ، حيث يستند في تحديد أنواع المؤسسات الإستشفائية إلى مجموعة من المعايير:

1- حسب معيار الملكية: وتنقسم وفقا لهذا المعيار إلى نوعين أساسين وهما:

أ- المستشفيات الحكومية أو العمومية: وهي تلك المستشفيات التي تكون تابعة للدولة تدير وفق لوائح وتنظيمات قانونية خاضعة للسلطة المركزية ، خدماتها في الغالب مجانية ولا تسعى لتحقيق الربح غايتها السهر على توفير الرعاية الطبية للمرضى.

ب- المستشفيات الخاصة: وهي تلك المؤسسات المستقلة عن ملكية الدولة وتخضع لتسيير خاص لا يخرج عن نطاق القوانين السائدة في المستشفيات الحكومية إلا أنها تختلف من حيث الملكية والتسيير والتي قد تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات خيرية أو دينية أو شركات خاصة تعمل على تقديم الرعاية الصحية للأفراد بمقابل مالي يدفعه المريض مع نهاية العلاج وغايتها في ذلك تحقيق الربح.

2- حسب معيار التخصص: ويمكن تصنيفها إلى نوعين:

أ-مستشفيات عامة: أي أنها لا تقتصر على تقديم الخدمات الصحية في اختصاص طبي معين وإنما تحتوي مصالحتها على تخصصات عديدة كطب الأطفال، أمراض النساء والتوليد، الجراحة العامة، جراحة العظام... وغيرها.

ب- مستشفيات متخصصة: وهي تلك المستشفيات التي تعمل على تقديم خدماتها في تخصص وحيد كجراحة العظام أو جراحة القلب... وغيرها.

(1)- أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات. نقلا عن وهبة عيسوي، "أثر الثقافة التنظيمية على الرضا الوظيفي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية والتسيير، قسم إدارة الافراد وحوكمت الشركات، جامعة تلمسان، 2011-2012، ص ص 127-130.

3- طبقا لمعيار متوسط إقامة المريض: وتنقسم وفق هذا المعيار إلى:

أ- مستشفيات ذات عناية طويلة الأجل: وفيها يكون متوسط إقامة المريض أكثر من 30 يوما، كما هو الحال في مستشفى الأمراض النفسية والعقلية أين تستلزم متابعة المريض حتى تستقر حالته

ب- مستشفيات ذات عناية قصيرة الأجل: وفيها يكون متوسط إقامة المريض أقل من 30 يوما، كما هو الحال في أمراض النساء والتوليد.

4- طبقا لمعيار التعلم: وتنقسم إلى:

أ- مستشفيات تعليمية: وهي تلك المستشفيات الكبيرة التي تؤمن خدمات صحية وطبية متكاملة كما تستعمل في تدريب وتعليم الإطارات المتخصصة للبحث العلمي في العلوم الطبية⁽¹⁾.

ب- مستشفيات غير تعليمية: وهي تلك المستشفيات الصغيرة التي تقدم الرعاية الطبية للمواطنين، كما أنها لا تمارس أنشطة تدريبية تعليمية وفي حالة الحاجة إلى التعلم والتدريب تلجأ إلى المراكز المختصة في التدريب والتطوير.

المطلب الرابع: السياسة الصحية في الجزائر

مما لا شك فيه أن الصحة تعتبر مؤشر لقياس مستوى التطور الحضاري لبلد ما والجزائر كغيرها من الدول التي عانت ويلات الاستعمار، وبالتالي كانت خلال تلك الفترة الاستعمارية خاضعة للسياسة التي يفرضها المستعمر والتي في غالب الأحيان هي خدمة لمصالحه الخاصة ومصالح الموالين إليه، وبعد الإستقلال وجدت نفسها في وضعية مزرية في مختلف المجالات والمستويات مما حتم على متخذي القرار آنذاك إلى البحث عن الحلول الكفيلة لتسيير تلك الأزمة التي خلفها المستعمر والدخول في تنمية شاملة في شتى القطاعات الحيوية ، وباعتبار الصحة من المجالات الفعالة في عملية التنمية فقد عمدت الدولة إلى تطبيق عديد الإصلاحات شملت مختلف الهياكل القاعدية الصحية كما مس ذلك تكوين الموارد البشرية التي

(1)- أحمد فايز النماس، مرجع سابق، ص 70.

تسهر على تسيير هذه المنشآت من الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية⁽¹⁾ وكان ذلك وفق مراحل⁽²⁾:

المرحلة الأولى: مرحلة تسيير الأزمات الصحية 62-74 تميزت هذه المرحلة بنقص ملحوظ في الموارد البشرية خاصة مع المغادرة الجماعية لمعظم الأطباء الفرنسيين في ماي 1962 والمقدر عدده بـ 2200 طبيب و 2700 ممرض تاركين ورائهم 144 مستشفى⁽³⁾ وفي سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 طبيبا جزائريا، و 264 صيدليا و 151 طبيب أسنان ، يسهرون على تقديم العلاج والإستشفاء للمواطنين من خلال المؤسسات الإستشفائية الخاضعة لقرارات وزارة الصحة العمومية المستحدثة سنة 1965⁽⁴⁾، ومع صدور المراسيم والقوانين المنظمة لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966. الأمر الذي أدى إلى تحسين ورفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، حيث ارتفع عدد الأطباء الي 1378 طبيبا منهم 364 جزائريا و 171 طبيب أسنان منهم 86 جزائريا ، كما بلغ عدد المساعدين الطبيين 4834⁽⁵⁾.

مع إنشاء الهياكل القاعدية بين 1967-1969 على مستوى الأحياء والبلديات وكذا إنشاء العيادات الخاصة سنة 1874⁽⁶⁾ وما تجدر الإشارة إليه أنه خلال هذه الفترة أن سياسة الدولة لم تكن مبنية على استراتيجية صحية مضبوطة وإنما كانت حلول ترقيعية للخروج من الأزمة التي كانت تعاني منها المنظومة الصحية الموروثة من الاستعمار.

المرحلة الثانية: مرحلة مجانية العلاج(1974-1980) من خلال هذه المرحلة برز ما يعرف بمجانبة العلاج التي جاء بها المرسوم المؤرخ في 28 نوفمبر 1973 أين تم تعميم هذه السياسة على كافة القطاعات الصحية، سعيا لتطوير المنظومة

(1)- نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص 189.

(2)- بلقاسم مزبوة، "السلطة والرضا الوظيفي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة سكيكدة، 2008-2009، ص 84.

(3)- نفس المرجع ، ص 85.

(4)- نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص ص 192-193.

(5)- Farid Chaoui et autres , les système de sante en Algérie , Maroc et Tunisie .institut de prospective économique du monde méditerranéen, 2012, p47.

(6)- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 194.

الصحية من خلال مشروع الميثاق الوطني الذي يضمن تكفل الدولة بالوقاية وتحسين صحة الأفراد وبذلك يمكن القول أن الطب المجاني شكل قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية في الجزائر وكذا تنظيم الوظيفة الطبية وتوزيع الأدوية بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الإجتماعية والمخابر اللازمة خاصة في المناطق النائية⁽¹⁾ وكذا إصلاح العلوم الطبية وإعادة ترتيب التكوين شبه الطبي ففي سنة 1979 بلغت الهيئة الطبية الجزائرية 3761 طبيبا مقابل 2320 طبيبا أجنبيا، وبلغ الطاقم شبه طبي 46669 ممرضا وعونا بمختلف التخصصات والفروع⁽²⁾.

المرحلة الثالثة: مرحلة السياسة الصحية الجديدة (1980-1995) هذه المرحلة لم تشهد اختلافا ملحوظا في السياسة الصحية وإنما هي امتداد طبيعي للمرحلة السابقة ومواصلة دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني إلا أنه ما يميز هذه المرحلة هو إنشاء هيكل جديدة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 1986/02/11 المتضمن إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية⁽³⁾. إضافة إلى تحديد مجال تدخل الدولة في الوقاية ومكافحة الأمراض لاسيما ما تضمنته المادة 51 من الدستور لسنة 1989 وهو ما تم تأكيده من خلال قانون المالية لسنة 1993 الذي جاء فيه أنه بداية من هذه السنة سيكون مجال تدخل الدولة في الوقاية والتكفل بالمعوزين وبالتكوين والبحث في العلوم الطبية ، أما باقي العلاجات فتم وفق اتفاق بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي⁽⁴⁾.

المرحلة الرابعة: مرحلة إصلاح المنظومة الصحية (1995-الوقت الحالي) وتتميز هذه المرحلة بالإنفتاح على اقتصاد السوق والسماح بإنشاء هيكل قاعدية صحية تحت إشراف القطاع الخاص وكذا إلغاء مجانية العلاج بمقتضى المنشور الوزاري المشترك رقم 1 المؤرخ في 8 أفريل 1995 والمتضمن مساهمة المرضى في تحمل تكاليف الإيواء والإطعام داخل المؤسسة الإستشفائية⁽⁵⁾.

(1)- بلقاسم مزبوة، مرجع سابق، ص 86.

(2)- نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص 199.

(3)- نفس المرجع، ص 200.

(4)- نفس المرجع، ص 200.

(5)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. وزارة الصحة والسكان. منشور وزاري رقم 7 المتضمن مساهمة المرضى. ص 2.

وما يمكن أن يقال في هذا الشأن أن هناك تراجع في مركزية الدولة في تسيير الهياكل الصحية وتفويض جزء من صلاحياتها من خلال بروز هياكل لا مركزية يعهد إليها ممارسة وتسيير المصالح الصحية ومنح المؤسسات الإستقلالية اللازمة والقوانين الأساسية التي تتلاءم وخصوصياتها⁽¹⁾. وفي سياق الإصلاحات التي عرفتھا المنظومة الصحية صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 20 ماي 2007 القاضي بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، أي اعتماد تنظيم صحي جديد يقضي بفصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي وهو ما يعني التركيز عن المهام الإستشفائية دون إغفال نشاطات الوقاية وكذا تحسين العلاقة الجوارية مع المواطنين و تحقيق الاستقرار في النظام الصحي وتحسين أدائه لضمان حق المساواة في الصحة⁽²⁾ وفي سنة 1996 تم انشاء المعهد الوطني للتعليم و التدريب للسهر علي تنظيم ومراقبة الامتحانات⁽³⁾ وفي سبيل تجسيد هذه السياسة الجديدة استفاد قطاع الصحة من اعتمادات مالية فاقت 244 مليار دينار ما بين سنة 2005 و 2009⁽⁴⁾ وحسب إحصائيات 2006 المقدمة من طرف الديوان الوطني للإحصائيات في الجانب المتعلق بالصحة⁽⁵⁾ تشير إلى وجود أكثر من 56410 طبيب , 9684 طبيب اسنان , 7267 صيدلي و 89968 شبه طبي اما من حيث المنشآت القاعدية فقد تم إحصاء 276 مستشفى منها 13 مستشفى جامعي , 476 عيادة توليد منها 77 خاصة , 520 عيادة متعددة الخدمات , 1248 مركز صحي و 4684 قاعة علاج , إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لم ترقى بعد إلى المستويات المطلوبة في مصاف الدول وبقيت هشة⁽⁶⁾ وحسب تقرير المنظمة العالمية للصحة فإن الجزائر

(1) - نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص 205.

(2) - Ministère de la Santé et de la Population et de la reformer hospitaliere, Projection du développement du secteur de la santé Perspective décennale, 2003, p4.
<http://www.santemaghreb.com/algerie/manage/manage5.pdf>

(3) - Farid Chaoui et autres, Op, cit, p. 52.

(4) - نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص 206.

(5) - Office National des Statistiques <http://www.ons.dz/-Sante-2003-.html>

(6) - بلقاسم مزبوة، مرجع سابق، ص 88.

الجزائر تحتل المرتبة 45 من بين 192 دولة عضوه في منظمة الصحة العالمية بالنسبة للمستوى الصحي ، والمرتبة 110 بالنسبة لمستوى توزيع الخدمات الصحية أما فيما يتعلق بالإنفاق الصحي فتحتل المرتبة 114 وهذا ما يدل أن المؤسسة الصحية الجزائرية لازالت بعيدة عن مستويات الأداء الحقيقية حسب ما أكده عبد اللطيف بن اشنهو من خلال مقال له حول وضعية المؤسسة الجزائرية من حيث مستويات الأداء حيث يرى "بأن ظروف استقبال المرضى وإقامتهم غير جيدة ، ندرة الأدوية ، ارتفاع معدل الانتظار " إلى جانب قلة النظافة والتأخر في معالجة المريض⁽¹⁾ وكما يبدو أن مشكلة النظام الصحي الجزائري ليست مشكلة إتمادات مالية بقدر ما هي مشكلة تنظيم بين مختلف مكونات المنظومة والبيئة المحيطة بها، فإصلاح المنظومة الصحية يستوجب أولاً إصلاح الجوانب التنظيمية التي تعتبر أكثر فعالية وأكثر مردودية لاسيما ما يتعلق منها بالجانب التسييري⁽²⁾ وكذا تكييفها مع متطلبات الخدمة العمومية التي تفرضها طبيعة التحولات في مختلف الميادين لاسيما منها الاقتصادية والاجتماعية وبالتالي العمل على بناء ثقافة تنظيمية صحية بعيدة عن كل الذهنيات التقليدية للوصول إلى تقديم خدمات نوعية والعمل على ترقية مستويات الصحة الجزائرية لتجاوز المستويات المتدنية في مصاف الترتيب العالمي.

المبحث الثاني: المدخل النظري لمهنة التمريض.

المطلب الاول: أهداف التمريض.

لقد كانت مهنة التمريض على مر العصور مهنة لصيقة بمهنة الطب إلا لأنها أقل درجة منه ، إذ يقتصر دور ممارسي مهنة التمريض على تقديم يد العون والمساعدة للطبيب في أداء مهامه ، ومع التطور المستمر الذي عرفته العلوم الطبيعية وتوسع مجالات اختصاصها برزت بذلك علوم شبيهة ومهن موازية لها⁽³⁾ وبذلك انفصلت مهنة التمريض كمهنة قائمة بذاتها وأصبحت تتمتع بجانب من الاستقلالية وأصبح الشبيه الطبي يتمتع بهامش من الحرية بممارسة مهامه وأداء أدواره الوظيفية سعياً

(1)- بومعروف الياس و عماري عمار، "من أجل تنمية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 7(2009-2010)، ص32.

(2)- نور الدين حاروش ، مرجع سابق، ص 204.

(3)- صالح المازقي، مرجع سابق، ص 167.

لتحقيق الأهداف النبيلة لهذه المهنة والمستوحاة من أهداف المؤسسة الإستشفائية وما يتخللها من تنسيق الجهود بين مختلف المصالح تحقيقا لمطلب الرعاية والسلامة الصحية وكذا الحرص على حماية المجتمع ووقايته من الأمراض والأوبئة التي تفتك به من كل جانب والعمل على نشر الثقافة الصحية والتوعية المستمرة لمختلف شرائح المجتمع تجنباً للأمراض وتقديم الخدمات العلاجية والطبية في حالة إصابتهم بالمرض وهو ما أشار إليه ابن خلدون بأن ثمرة الطب هو "حفظ الصحة للأصحاء ودفع المرض عن المرضى بال مداواة"⁽¹⁾.

المطلب الثاني: نشأة وتطور مهنة التمريض.

مما لا شك فيه أن مهنة التمريض ليست وليدة اليوم وإنما تضرب بجذورها في أعماق الماضي شأنها في ذلك شأن الكثير من العلوم الطبية التي نشأت وترعرعت في أحضانها حيث مرت بمجموعة من المراحل⁽²⁾ والتي يمكن أن نوجزها على النحو التالي:

1- التمريض البدائي: خلال هذه المرحلة كانت المرأة الكبيرة السن هي التي تمثل دور ممرضة اليوم فهي المعالجة وهي القابلة وهي التي تسهر على تقديم الرعاية الصحية لذوي الحاجة إليها. كما تعتبر مدرسة لتدريب وتكوين من ينوب عنها في حالة غيابها من بناتها وجيرانها وقريباتها من خلال تلك العلاقة القرابية التكافلية والتعاونية بين سكان المنطقة أو العشيرة الواحدة وفيها استحكمت لقب الجارة الوفية ؛ هذا الأسلوب البدائي الذي يعتمد على المحاولة والخطأ ساد حيناً من الدهر استخدمت فيه أبسط الوسائل البدائية وكان في الغالب يعتمد على الأعشاب الطبيعية.

2- التمريض الديني: تؤكد كل الأديان السماوية أن التمريض مهنة نبيلة غايتها توفير الرعاية الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي لنفر من البشر ألا وهم المرضى ، إذ ترى الديانة المسيحية أن المساعدة والشفقة والمودة والمحبة تعتبر المبادئ الأساسية لمهنة التمريض. وكانت قاصرة في بادئ الأمر على النسوة خاصة الغير متزوجات

(1)- نفس المرجع، ص 146.

(2)- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 45.

وكن يمارسن مهنة التمريض تحت وصاية وسلطة الكنيسة التي كانت تشجع ممارسة مهنة التمريض ، أما الديانة الإسلامية فقد أولت اهتماما كبيرا لمهنة التمريض نظرا لمكانته العالية ودوره في خدمة الجيوش الإسلامية في غزواتهم ضد الكفار وكانت أيضا قاصرة على النساء لأن الرجال كانوا منشغلين بالقتال "وقد أذن الرسول صلى الله عليه وسلم للصحابيات بالخروج في غزواته للتمريض كما يجيز أيضا لخروجهن لممارسة هذه المهنة دون إذنه"⁽¹⁾ وهي المهنة التي أطلق على من يمارسها من النساء في ذلك الحين بالآسيات أو الأواسي لأنهن يعالجن ويواسين في آن واحد وتعتبر كعبية بنت سعد الأسلمية «رفيدة» أول ممرضة في الإسلام⁽²⁾.

3- التمريض الخدمي : برز التمريض الخدمي في القرون الوسطى خاصة في أوروبا من خلال تأسيس جمعية أخوات البر عام 1633 والتي ضمت إلى جانب الراهبات أعضاء آخرين وتطورت هذه الجمعية التي تعد اليوم من أكبر الهيئات التنظيمية لشؤون التمريض في العالم⁽³⁾ وقد كان للثورة الصناعية آنذاك صدى كبير في نمو وتطور مهنة التمريض بعد أن عرفت ركود وخدمات سيئة ما بين القرنين 17 و 19 نتيجة النزوح الكبير للسكان من الريف إلى المدينة⁽⁴⁾ الأمر الذي تطلب توظيف يد عاملة مؤهلة لمواكبة التطورات والتغيرات الحاصلة في ميدان الطب والتمريض ، وهو ما أدى إلى بروز أسماء عهد إليها تنظيم مهنة التمريض ففي أوروبا تعتبر "فلورانس نانكيل" والتي كانت تلقب "بسيده المصباح"^(*). أول من وضع أسس التمريض وفق منهاج علمي وتعتبر أول من أنشأ مدرسة للتمريض عام 1860 بلندن ، مفتوحة لخريجي الثانوية العامة كشرط للقبول⁽⁵⁾، أما في أمريكا فقد قامت جامعة مينسوتا سنة 1909 بوضع منهاج للتكوين في التمريض الجامعي يمنح بموجبه شهادة البكالوريا لخمس سنوات دراسة⁽⁶⁾.

(1)- بهية إبراهيم التويجري، مرجع سابق، ص 28.

(2)- نفس المرجع، ص 28.

(3)- نفس المرجع، ص 30.

(4)- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 46.

(*)- سيده المصباح= سميت بسيده المصباح لأنها كانت تحمل معها مصباحا صغيرا وهي تسير في الظلام لتفقد المرضى - أنظر

بهية إبراهيم التويجري، مرجع سابق، ص 30.

(5)- نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 46.

(6)- نفس المرجع، ص 46.

أما في البلدان العربية فتعتبر مصر الدولة الأولى التي أنشأت معاهد عليا للتمريض تمنح درجة البكالوريا من خلال جامعة عين شمس والتي تضم جميع الكليات الطبية ومدارس التمريض والقبالة سنة 1952⁽¹⁾ ثم السودان سنة 1956 والتي تشترط إنهاء الدراسة الثانوية للالتحاق بالكلية ، والأردن سنة 1972 ، سوريا سنة 1975 وفي تونس سنة 1989 تم استحداث ثلاث مدارس عليا للصحة دفعة واحدة⁽²⁾.

أما في الجزائر وغداة استرجاع السيادة الوطنية كانت مدارس التكوين في الشبه الطبي متمركزة في ثلاثة ولايات فقط وهي الجزائر العاصمة ، وهران ، قسنطينة⁽³⁾، أما اليوم ومع التطور الحاصل في مختلف الهياكل ونتيجة الإصلاحات التي مست مختلف الميادين لاسيما ميدان الصحة فيما يتعلق بالشبه الطبي فقد تم تحويل مدارس التكوين الشبه طبي إلى معاهد وطنية للتكوين الشبه الطبي والمقدر عددها بـ 32 معهدا موزعة على مجموعة من ولايات القطر الوطني⁽⁴⁾. حيث يشترط الحصول الحصول على شهادة البكالوريا للإلحاق بهذه المعاهد وهذا في سبيل تحقيق الإستراتيجية التي رسمتها السلطة الوصية والمتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وسعيا لتكوين يد عاملة فنية ومؤهلة تواكب التطورات الحاصلة في هذا الميدان ، ومحاولة تقريب الخدمات وتوفير الرعاية لذوي الحاجة إليها من المرضى وفي المقابل توفير الوقاية اللازمة للأصحاء لتفادي الإصابة بالأمراض والأوبئة ، إذ يعتبر الاهتمام بصحة البشر مطلب أساسي ومؤشر حقيقي لقياس التنمية والتطور في بلد ما وعلى أساسه تبنى كل الإستراتيجيات والسياسات التنموية المحلية والعالمية.

المطلب الثالث: التعريف والتصنيف الرتبي لممارسي مهنة التمريض.

مما لا شك فيه أن تطوير المورد البشري في المؤسسة الصحية لم يقتصر على تكوين الأطباء فحسب وإنما أمتد إلى كل الفئات المهنية الأخرى التي من شأنها الوقوف على الرعاية الصحية والعلاجية لذوي الحاجة إليها من المرضى وتعتبر فئة

(1) - بهية إبراهيم التويجري، مرجع سابق، ص 31.

(2) - صالح المازقي، مرجع سابق، ص 329.

(3) - وهبية عيساوي، مرجع سابق، ص 120.

(4) - <http://forum.golbdz.com> بتاريخ 15-06-2014 على الساعة 22:40.

ممارسي مهنة التمريض أو ما يعرف بالشبه طبي فئة محورية في المؤسسة الإستشفائية باعتبارها وسيط فعال بين المريض والطبيب ، فالطبيب يشخص المرض ويحدد ويصف العلاج المناسب والممرض أو الشبيه الطبي يسهر على تنفيذ وتقديم العلاج بناء على وصفة الطبيب المعالج أو المشخص ، وعلى اعتبار أن العلوم الطبية في تطور مستمر واستجابة لمواكبة التطور وجودة الخدمات المقدمة تعمل المؤسسة الإستشفائية على تكوين الإطارات شبه الطبية المؤهلة لأداء الأدوار المنوطة بها وعلى هذا الأساس يعتبر الشبيه الطبي ذلك الفرد الفاعل والوسيط بين المريض والخدمة الطبية وتشتمل هذه الفئة المفصلية في المؤسسة الإستشفائية على الفنيون السامون والممرضون ومساعدتي التمريض⁽¹⁾ ويمكن تصنيف الإطارات شبه الطبية حسب الرتب في ضوء ما ورد في الفصل الرابع من المرسوم التنفيذي 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 المتضمن القانون الأساسي لأسلاك شبه الطبية للصحة العمومية، لاسيما ما تضمنته المادة 38 منه المحددة لأهم الرتب الوظيفية لسلك التمريض والمواد التي تليها والمحددة لمهام سلك التمريض⁽²⁾.

- 1- **رتبة ممرض مؤهل:** تضم هذه الفئة جميع العاملين شبه الطبيين الذين يسند إليهم تنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية والسهر على حفظ الصحة وكذا حفظ العتاد وترتيبه. وما تجدر الإشارة إليه أن هذه الرتبة أيلة للزوال⁽³⁾.
- 2- **رتبة ممرض حاصل على شهادة الدولة:** ومهمتهم السهر على تنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات المتعددة وكذا المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق مداومة المطبقة والعمل على التوعية والتوجيه والمساعدة الصحية للمرضى ومحاولة إدماجهم أو إعادة إدماجهم في بيئتهم العادية كما يعملون على المشاركة في مختلف النشاطات الوقائية المتعلقة بحفظ الصحة العمومية الفردية منها أو الجماعية.
- 3- **رتبة ممرض للصحة العمومية:** وتسند إليه مهمة حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص والعمل ترقيتها وكذا إنجاز العلاجات المرتبطة بمهامهم وبناء

(1) - صالح المازقي، مرجع سابق، ص 247.

(2) - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية . العدد 17 ، 20 مارس 2011، المطبعة الرسمية ،

الجزائر، ص ص 13-14.

(3) - نفس المرجع ، ص 13.

على وصفة طبية أو بحضور طبيب في حالة الاستعجالات القصوى، كما تسند إليهم متابعة تطور الحالة الصحية للمرضى ومراقبتها وتقييمها ، والعمل على تخطيط النشاطات المرتبط بالعلاج ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض، كما تسند إليهم أيضا مهمة إستقبال الطلبة المتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا .

4- رتبة ممرض متخصص للصحة العمومية: وتسند إلى الفئات المنضوية تحت لواء هذه الرتبة تنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلا عاليا ، لاسيما العلاجات المعقدة والمتخصصة منها، كما تسند إليهم أيضا المشاركة في تكوين شبه الطبيين .

5- رتبة ممرض ممتاز للصحة العمومية: ومهمته إعداد مشروع المصلحة والسهر على تنفيذه بالتناوب والإتصال مع الفريق الطبي وبرمجة مختلف النشاطات المتعلقة بالعلاج ومتابعته وتقييمه داخل الوحدة، وكذا ضمان تسيير المعلومات المتعلقة بالنشاطات الطبية العلاجية والتسيير الطبية والعمل على استقبال المستخدمين والطلبة المتربصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم. وما تجدرالإشارة إليه أن مهام ممرض الممتاز للصحة العمومية تعتبر مهام إدارية تسييرية أكثر منها ترميضية.

المطلب الرابع: العلاقات المهنية والاجتماعية لممارسي مهنة التمريض .

لا أحد ينكر أن المؤسسة الإستشفائية على اختلاف أنواعها هي البيئة الأساسية لتوفير الرعاية الصحية والوقاية من مختلف الأمراض والأوبئة كما تعد المكان الذي من خلاله تعمل الإطارات الطبية وشبه الطبية على تقديم خدماتها لذوي الحاجة إليها من المرضى ، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور أنماط مختلفة من العلاقات المهنية والاجتماعية التي تربط الكوادر شبه الطبية أو ما يعرف بممارسي التمريض الذي يخضع لسلطتين متباينتين وهما السلطة الإدارية والسلطة الطبية إضافة إلى العلاقة المهنية والاجتماعية التي تربطهم بذوي الحاجة إلى خدماتهم من المرضى وغيرهم ، وفي ضوء ذلك سنحاول تحديد أهم العلاقات المهنية والاجتماعية لممارسي مهنة التمريض.

1- علاقة الممرض أو الشبيه الطبي بالطبيب: لقد ارتبطت مهنة التمريض ارتباطا وثيقا بمهنة الطب وضلت هذه العلاقة سائدة لقرون لعب فيها الطبيب الدور الحاسم بينما كان دور الممرض دور هامشي وجانبي ولكن مع مطلع القرن 19 ونتيجة التطورات التي عرفتها العلوم الطبية واستقلال مهنة التمريض كغيرها من العلوم تم تجاوز تلك الفكرة الخاطئة القاضية بالاعتماد الضئيل للطبيب على الممرض في تقديم خدماته⁽¹⁾. وأمام الحاجات الملحة التي فرضتها التغيرات المتسارعة عبر الزمن برزت مهنة التمريض وبرز معها دور الممرض كفاعل اجتماعي له مكانته الاجتماعية وسلطته المهنية شأنه في ذلك شأن الطبيب الذي يعتمد على الممرض في تقديم خدماته في إطار علاقة تعاونية تكاملية ومن خلال التفاعل المستمر سعيا لتقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي سبيل الوصول إلى الأداء المهني المميز لتحقيق رضى المريض من جهة ولتحسين مستوى الخدمات من جهة أخرى وهي الغاية التي تسعى المؤسسة الإستشفائية لتحقيقها⁽²⁾. فالعلاقة إذن بين الممرض والطبيب في مجملها تقوم على التقسيم التقني للعمل كل حسب مؤهلاته ومكانته ضمن السلم الهرمي الذي ينتمي إليه. كما أن هذه العلاقة لا تخرج على الطابع التكاملي والتعاوني بين الهيئة الطبية وشبه الطبية الذي يشكل رهانا خاصا ومهما لسير العمل في المصالح المختلفة وتنسيق الجهود في سبيل نجاحه⁽³⁾، فالطبيب المتخصص في الجراحة مثلا لا يستطيع إجراء عملية جراحية بمفرده إذ يستعين في ذلك بالإطارات شبه الطبية سواء في إجراء التحاليل أو الأشعة كما يحتاج إلى الممرض المؤهل في التخدير والممرض المساعد في تحضير وسائل الجراحة وأدواتها ، وبعد نهاية العملية توكل مهمة متابعة المريض إلى الممرض الذي يسهر على رعايته وسلامته واسترجاع عافيته وبالتالي فإن نجاح مهمة الطبيب تعتمد إلى حد كبير على مهارة وكفاءة الكوادر شبه الطبية التي ترافق المريض منذ دخوله المستشفى حتى خروجه منه.

(1)- حسن عبد الحميد أحمد رشوان، دور الخدمات الاجتماعية في الطب ولأمراض ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1، 1999، ص 148.

(2)- عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 75.

(3)- فوزية رمضان أيوب: نقلا الود حبيب، مرجع سابق، ص 105.

2- علاقة ممارسي التمريض بالمصالح الإدارية: كما أن للتمريض علاقة تفاعلية تكاملية مع مختلف المصالح الطبية فإن له أيضا علاقات مهنية واجتماعية بين مختلف المصالح الإدارية التي تسهر على توفير الجو الملائم لسير مهامه في أحسن الظروف ، إذ تعتبر رعاية المريض وخدمته الغاية المثلى التي تسعى المؤسسة الإستشفائية لتحقيقها من خلال مواردها البشرية على اختلاف مهامها وتخصصاتها ؛ وتظهر علاقة التفاعل بين ممارسي مهنة التمريض والجهاز الإداري من خلال منسقي المصالح الإستشفائية ومهام المراقب الطبي الذي يعتبر وسيط بين الإدارة والمصالح الإستشفائية، فالعلاقة بين ممارسي التمريض والمصالح الإدارية لا تخرج عن نطاق التعاون والتكامل كما أنها قد تتخللها مظاهر الصراع والتعارض من جراء التنافس ومحاولة البروز وهو ما قد يفرز علاقات سلبية لها دلالاتها وانعكاساتها على وظيفة المؤسسة⁽¹⁾، وقد يبدو هذا واضحا من خلال مهام المراقب الطبي الذي يميل إلى أداء مهام إدارية أكثر منها إستشفائية وهو ما يعتبر من وجهة نظر ممارسي التمريض على أنه خادم لمصالح الإدارة أكثر مما هو خادم لمصالحهم وانتشغالهم⁽²⁾ وهو ما يفرز نوع من التذمر وعدم الرضا مما يؤدي في النهاية إلى نشوء علاقات الصراع والتنافر.

بما أن علاقة الإدارة بممارسي التمريض قائمة على الضبط القانوني الذي يخول لمدير المؤسسة الحق في التصرف والتوجيه واتخاذ القرارات والتدابير اللازمة للسير الحسن للمؤسسة⁽³⁾ هذا الضبط لا يخرج عن نطاق الحقوق والواجبات.

3- علاقة ممارسي مهنة التمريض بالمرضى : يعتبر ممارسي مهنة التمريض في تفاعل مستمر بين مختلف الفئات المهنية والشرائح الاجتماعية المتواجدة أو الوافدة إلى المؤسسات الصحية ، ويعتبر المرضى الشريحة الأكثر تعاملًا مع ممارسي مهنة التمريض في أداء واجباتهم المهنية وأدوارهم الوظيفية ، أين تنشأ بينهم أنماطًا مختلفة من العلاقات التي يمتزج فيها ما هو إجتماعي بما هو نفسي بما هو تخصصي⁽⁴⁾.

(1)- عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 75.

(2)- حبيب الود، مرجع سابق، ص 106.

(3)- الحاج عرابة، مرجع سابق، ص 235.

(4)- عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 73.

ولقد حاولت العديد من الدراسات تشخيص طبيعة العلاقة بين ممارسي مهنة التمريض وذوي الحاجة إلى خدماتهم من المرضى، والتي لا تخرج عن نطاق التكامل والتعاون والتكيف كما أنها لا تخلو من الصراع والتعارض، وتعتبر دراسة david hughes سنة 1988 بعنوان "عندما تعرف الممرضة بشكل أفضل بعض جوانب العلاقة التفاعلية بين الممرضة والطبيب في قسم الطوارئ"⁽¹⁾ وهي الدراسة التي كان التركيز فيها على تطوير الجوانب السلوكية المهنية للهيئات الطبية والشبه طبية تبعا لطبيعة المرضى المستفيدين من خدمات هذا القسم، أين اعتبرت أن فشل ممارسي التمريض في تنمية المعرفة الطبية والثقافية بما يتلاءم مع أفراد الهيئة الطبية، ستكون ناتجة كارثية مع المرضى⁽²⁾ وما يستخلص من ذلك أن العلاقة تكاملية تعاونية بين الهيئة الطبية والشبه الطبية سعيا لتحقيق الرعاية الصحية الجيدة للمرضى وتفاديا للصراع والتعارض الذي قد ينجر عنه تدني مستوى الأداء في تعاملهم مع المرضى الأمر الذي قد تكون نتائجه كارثية.

أما دراسة إحسان محمد الحسن في تحديد العلاقة الإنسانية بين الممرضة والمريض والمطبعة على عينة تتكون من 90 مريض و60 ممرضة في عدد من مستشفيات بغداد⁽³⁾ والتي حاول فيها الباحث فهم واقع العلاقة الإنسانية بين المرضى والممرضات في ظل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتحديد جوانب القوة والضعف في هذه العلاقة ومن خلال التطبيق الميداني خلصت الدراسة إلى أن العلاقة بين الطرفين ليست قوية و متماسكة كما ينبغي وليست مفككة وسلبية ومتنافرة كما كان يعتقد فهي في الغالب علاقة رسمية وعابرة تحتاج إلى تعميق أواصرها وتوطيد صلات جوانبها وتتطلب معرفة العوامل الموضوعية والذاتية التي تعكر صفوها وسلامتها حيث تشير الكثير من البراهين إلى أن الممرضات والمرضى مسؤولون بالتساوي عن سطحية وهامشية العلاقة الإنسانية بينهما. أين ينظر البعض إلى أن الممرضات لا يتعاونن مع المرضى ولا يقدمن الاحترام والتقدير الكافي كما

(1)- محمد الجوهري وآخرون. علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009، ص 43.

(2)- نفس المرجع، ص 44.

(3)- إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، عمان، ط1، دار وائل للنشر، 2008، ص 309.

ينظر إلى البعض منهن على أنهن لا يتصفن بشروط ومواصفات المهنة حسب اعتقاد المرضى كما يشكون في استقامة سلوك الممرضة ونزاهتها في أداء مهنتها والبعض الآخر يقلل من قيمتها وأهمية عملها وعدم كفاية معلوماتها الثقافية والطبية⁽¹⁾ وفي جانب يرى البعض أن الممرضات تربطن علاقة صميمية مع المرضى إذ يرى بعض المرضى أن الممرضة تعتبر محل التقدير والاحترام إزاء الخدمات الجليلة التي تقدمها لتخفيف آلامه و معاناته وبعث بوادر الأمل والشفاء عنده وتقوية معنوياته وتعميق ثقته بنفسه في مجابهة المرض ومقاومته والتحرر من قبضته⁽²⁾ وأمام هذه المسؤولية المتبادلة للمرضى والممرضات حول سطحية وهامشية العلاقة بينهما تظهر جليا واقع العلاقة الإنسانية بينهما في الوسط الإستشفائي إذ تتجلى مسؤولية المرضى في تلك المواقف والممارسات السلبية التي يتميز بها البعض منهم والتي تسيء بطريقة أو بأخرى إلى العلاقات الاجتماعية في المؤسسات الصحية ، أما مسؤولية الممرضات فمصدرها العوامل المختلفة المرتبطة بعدم التزام المرضى بالقوانين ، انخفاض المستوى الثقافي لبعض المرضى واتباعهم الأسلوب الخشن عند تعاملهم مع الممرضات⁽³⁾؛ الأمر الذي يستوجب مزيد من التكيف مع الأوضاع القائمة والتي يميزها التباين والاختلاف في السلوكات والمستويات الثقافية ومحاولة تجاوز مختلف الصراعات والعمل على تعميق العلاقة التكاملية لتحسين الخدمة الصحية وبذل جهود أوسع لزرع الثقة المتبادلة وتقوية العلاقة بين المرضى والممرضات وهذا لا يتأتى إلا من خلال العمل الجاد الذي مصدره الاحترام المتبادل والاهتمام الكافي للمرضى بأهمية الخدمة التي تقدمها هيئة التمريض كما أنه على ممارسي مهنة التمريض بذل مزيد من الجهود وتجاوز بعض المشكلات السلبية الصادرة من المرضى والناجمة عن اضطراب في سلوكياتهم من جراء المرض فالتكيف مع المريض والعمل على تحسين حالته تعبر عن جوهر العلاقة الإنسانية التي تربط المريض بممارسي مهنة التمريض. فمعظم العلاقة المهنية والاجتماعية

(1)- نفس المرجع ، ص 317.

(2)- نفس المرجع ، ص 318.

(3)- نفس المرجع ، ص 321.

لممارسي مهنة التمريض بالمرضى لا تخرج عن نطاق مختلف العمليات الاجتماعية والتي تتفاعل جميعها لتوضح مختلف العلاقات القائمة في المؤسسة الصحية.

المطلب الخامس: المعوقات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض.

يعتبر ممارسي مهنة التمريض في تفاعل دائم ومستمر مع مختلف الفئات المهنية والشرائح الاجتماعية الوافدة الي المؤسسة الإستشفائية، إذ تعتبر راحة المريض الهدف الاسمي الذي تعمل المؤسسة الإستشفائية على تحقيقه بمختلف هياكلها البشرية والمادية، وإذا كان الشبيه الطبي أو الممرض هو الفاعل الأساسي في العملية التمريضية أو العلاجية والعنصر الأكثر تواجدا وتعاملا مع المريض والقادر على إصدار قرارات فاعلة داخل المؤسسة⁽¹⁾ إلا أن هذا الأخير يواجه معوقات كثيرة تقف أمام تنفيذ مهامه ودوره الوظيفي وتتلخص هذه المعوقات فيما يلي :

- النظرة الهامشية لمهنة التمريض أي النظرة إلى مهنة التمريض نظرة إستعلائية⁽²⁾ إذ يعتبر البعض أن الممرض ما هو إلا معاون ومساعد للطبيب ليس أكثر وأن الطبيب هو الفاعل المحوري في العملية وبدونه لا يمكن للممرض أو شبه الطبي أن يعمل أي شيء.
- إشكالية التسيير في المؤسسة الإستشفائية والخاضع لسلطتين مختلفتين ، سلطة إدارية قانونية وسلطة طبية، الأمر الذي يجعل ممارسي مهنة التمريض في تبعية دائمة وصراع متواصل لإبراز المكانة وإثبات الدور في ظل السلطتين المتنافرتين وأمام غياب الإطار القانوني الواضح المحدد لتسيير مهنة التمريض الأمر الذي أدى بممارسي هذه المهنة إلى تقديم شكاوي عديدة للإفراج عن القانون الأساسي للممرض⁽³⁾.
- التدرج الوظيفي المحدود جدا في السلم الهرمي للمؤسسة وغياب نظام الحوافز⁽⁴⁾ وكذا قلة الإعتمادات المالية الموجهة لهذه الفئة بما فيها الرواتب والعوائد المختلفة

(1)- أنسالام أشتروس نقلا عن: صالح المازقي، مرجع سابق، ص 259.

(2)- نورالدين حاروش، مرجع سابق، ص 47.

(3)- نفس المرجع ، ص 146.

(4)- نفس المرجع ، ص 47.

والمنح ، الأمر الذي يفرز نوع من التذمر وعدم الرضا في أوساط هذه الشريحة المهنية.

خاتمة الفصل:

كما أسلفنا الذكر فان المؤسسة الإستشفائية تعتبر مؤشر لقياس مستويات الصحة والمرضى في المجتمع ، وانعكاس لمستوى التطور الحضاري المجتمعات البشرية وهو ما تعكسه نوعية الخدمات المقدمة من طرف هذه الأخيرة ، وهذا ما لا يدركه إلا رواد وزوار هذه المؤسسة

وعلى هذا الأساس نجد المنظمة الصحية تعمل من خلال مواردها البشرية على توفير الرعاية الصحية الضرورية لتلبية احتياجات افراد المجتمع ،والظاهر أن مستويات الصحة في الجزائر متدنية مقارنة بنظيراتها من الدول الاخرى وهو ما يعبر عن ضعف الاستراتيجية الصحية المتبعة وما يعيق السير الحسن للمنظمة الامر الذي يستوجب انتهاج استراتيجية واضحة من شأنها أن تضمن التكفل السليم بالمرضى من خلال توفير الإمكانيات اللازمة التي تتطلبها المؤسسة لأداء وظيفتها ولدفع عجلة التنمية الصحية ومواكبة التطورات الحاصلة في الميدان.

الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة.

الفصل الأول: الإحاطة المكانية والزمنية بميدان الدراسة وتحديد خصائص المجتمع
المدرّوس.

المبحث الأول: التحديد المكاني والزمني لميدان الدراسة.

المطلب الأول: تعريف المؤسسة الاستشفائية .

المطلب الثاني: الهياكل التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية.

المطلب الثالث: المجال المكاني و الزماني .

المبحث الثاني: خصائص مفردات الدراسة.

تمهيد:

بعد أن استعرضنا في الباب النظري مختلف المعطيات المتعلقة بمتغيرات الدراسة في مختلف الفصول وكذا استعراض مختلف الدراسات التي خاضت في موضوع التكوين وأثره على الاداء في المؤسسة الاستشفائية فإننا سنحاول في هذا الفصل التطرق الى التحديد الدقيق لميدان الدراسة من خلال تعريف المؤسسة الاستشفائية - نقاوس - وتحديد المجال المكاني والزمني ومختلف الهياكل التنظيمية للمؤسسة السالفة الذكر وكذا التطرق الى تحديد خصائص مجتمع البحث من خلال المتغيرات المختلفة كجنس المبحوث ، عمره ، المستوى التعليمي.....

المبحث الأول: التحديد المكاني والزمني لميدان الدراسة.

المطلب الأول: المؤسسة العمومية الإستشفائية نقاوس .

تغطي المؤسسة العمومية الإستشفائية نقاوس حوالي 185576 ساكن موزعة على 03 دوائر وهي : دائرة نقاوس ، دائرة رأس العيون ، ودائرة أولاد سي سليمان و 10 بلديات على مساحة تقدر بـ 1256.80 كلم².

الموقع: تقع المؤسسة العمومية الإستشفائية نقاوس غرب مدينة نقاوس على الطريق المؤدي إلى ولاية سطيف وقد تم إنشاء هذه المؤسسة سنة 1985.

تتكون المؤسسة العمومية الإستشفائية نقاوس من المصالح التالية:

1- المصالح الصحية:

عدد الأقسام الإستشفائية 8 وهي:

- ✓ مصلحة الطب الداخلي و تحتوي على 60 سرير موزعة على وحدتين طب الرجال وطب النساء.
- ✓ مصلحة طب الأطفال و تحتوي على 60 سرير موزعة على وحدتين طب الأطفال وحديثي الولادة.
- ✓ مصلحة الجراحة العامة و تحتوي على 60 سرير موزعة على وحدتين جراحة الرجال وجراحة النساء.
- ✓ مصلحة الإنعاش الطبي و تحتوي على 10 أسرة.
- ✓ مصلحة أمراض النساء والتوليد و تحتوي على 60 سرير موزعة على وحدتين أمراض النساء والولادة.
- ✓ مصلحة تصفية الدم و تحتوي على 10 أجهزة لتصفية الدم.
- ✓ مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية و تحتوي على 08 أسرة وتحتوي أيضا على:

- 01 غرفة العمليات.
- 01 مخبر للتحاليل الطبية.
- 01 وحدة للأشعة : تحتوي على جهاز أشعة مثبت وجهاز أشعة متنقل.
- 01 كرسي لجراحة الأسنان.
- 04 مكاتب للفحوصات الطبية المتخصصة.
- 05 مكاتب خاصة بمصلحة الدخول.

- طاقم تقني مكون من:
- 04 غرف للعمليات الجراحية.
- غرفة عمليات خاصة بالتوليد.
- مصلحة الأشعة وبها جهازان للتصوير بالأشعة مثبت وجهاز أشعة متنقل.
- مصلحة المخبر المركزي للتحاليل الطبية الخارجية والداخلية.
- مركز حقن الدم.
- صيدلة مركزية
- عجرة morgue.
- مصلحة الصيانة.

2- الموارد البشرية

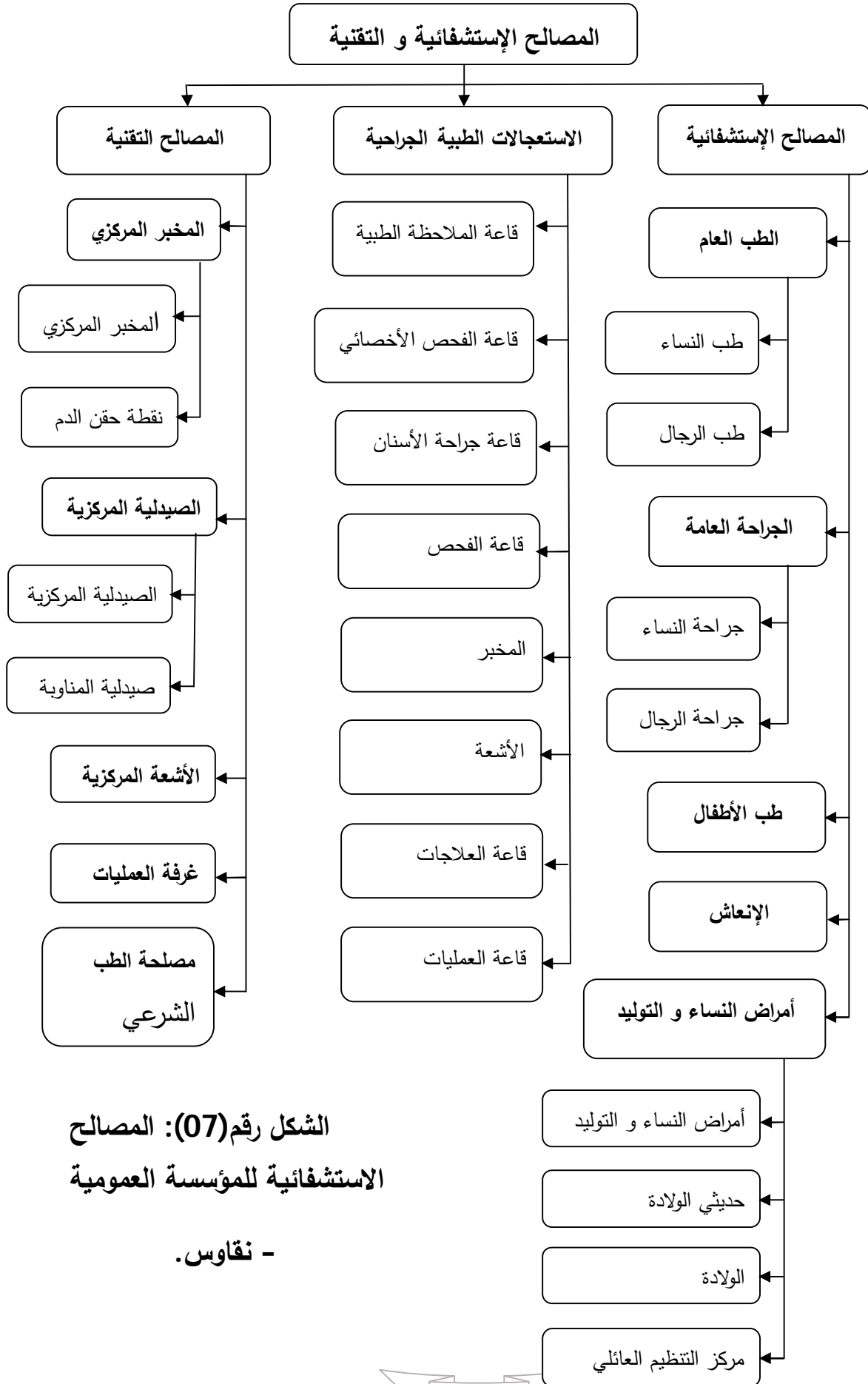
- الأطباء : تتوفر المؤسسة على 18 طبيب أخصائي موزعين كالتالي:
- ❖ 03 أطباء في اختصاص الجراحة العامة.
- ❖ 03 أطباء في اختصاص أمراض النساء والتوليد
- ❖ 02 أطباء في اختصاص الطب الداخلي.
- ❖ 03 اطباء في اختصاص جراحة العظام والرضوض .
- ❖ 01 طبيب مختص في طب الاطفال
- ❖ 01علم الأحياء المجهرية

- ❖ 01 طب أمراض الكلى
- ❖ 01 الطب الشرعي
- ❖ 02 طب التخدير و الإنعاش
- ❖ 01 أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة
- عدد الأطباء العامون 23 طبيب عام في الصحة العمومية
- جراحي الأسنان
- عدد جراحي الأسنان 02.
- الأطباء النفسيين:

01- طبية في علم النفس العيادي

- الصيدلة :
- 01 صيدلية
- شبه الطبيين:
- عدد شبه الطبيين بالمؤسسة 214 بمختلف الرتب.
- الأسلاك المشتركة: 52 مستخدم.
- الأعوان المتعاقدين بالتوقيت الكامل وبالتوقيت الجزئي 52.
- مستخدمو الإدماج المهني للشباب 58.

يسهر كل العاملين بمختلف الفئات والرتب على السير الحسن للمؤسسة، حيث تستقبل المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس المئات من المرضى ويتم توجيههم كل حسب حالته، والشكل التالي يبين المصالح الاستشفائية بالمؤسسة العمومية - نقاوس:

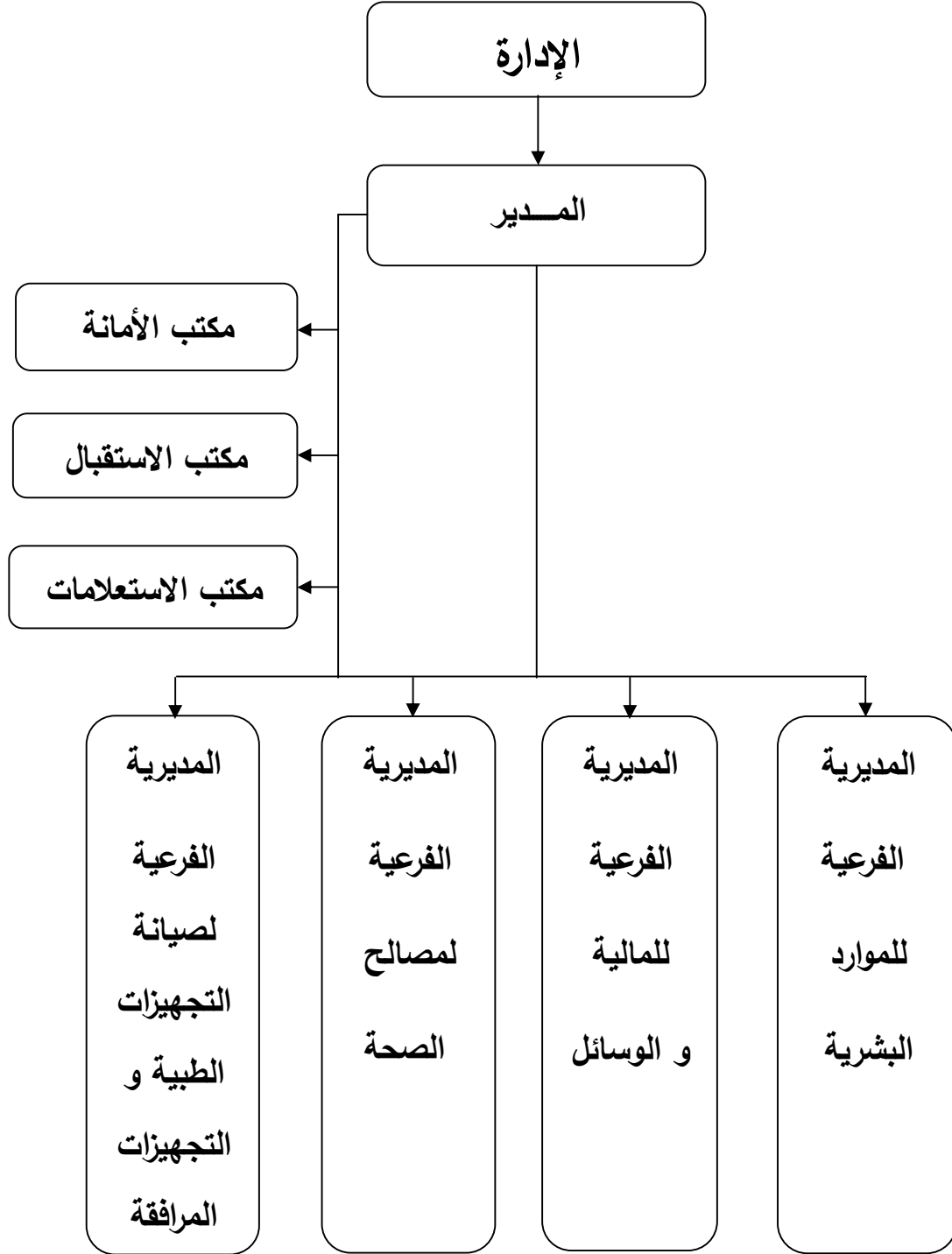


الشكل رقم (07): المصالح
الإستشفائية للمؤسسة العمومية

- نقاوس.

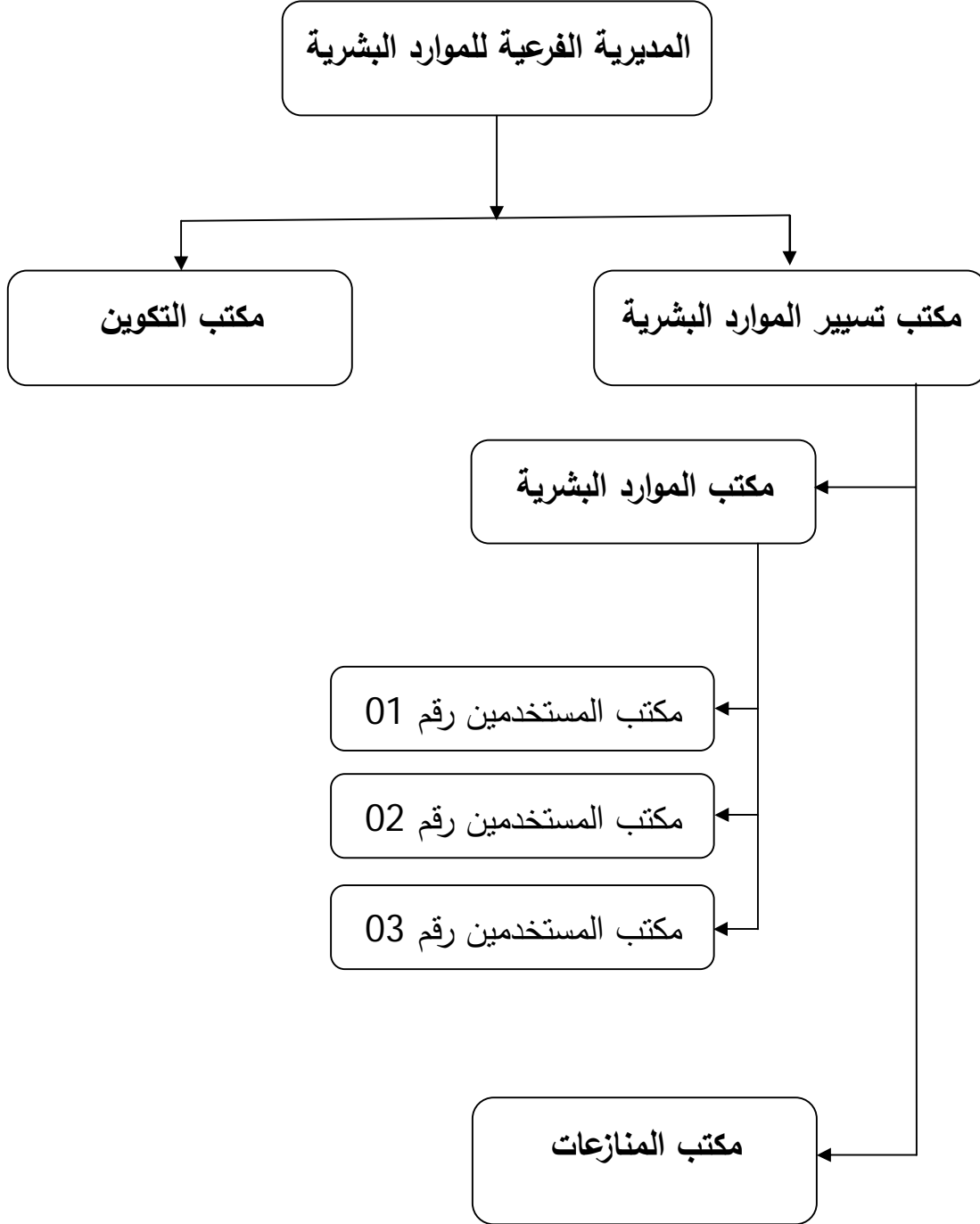
المطلب الثاني: الهياكل التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية والمصالح المختلفة بها.

1 - الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية - نقاوس -.



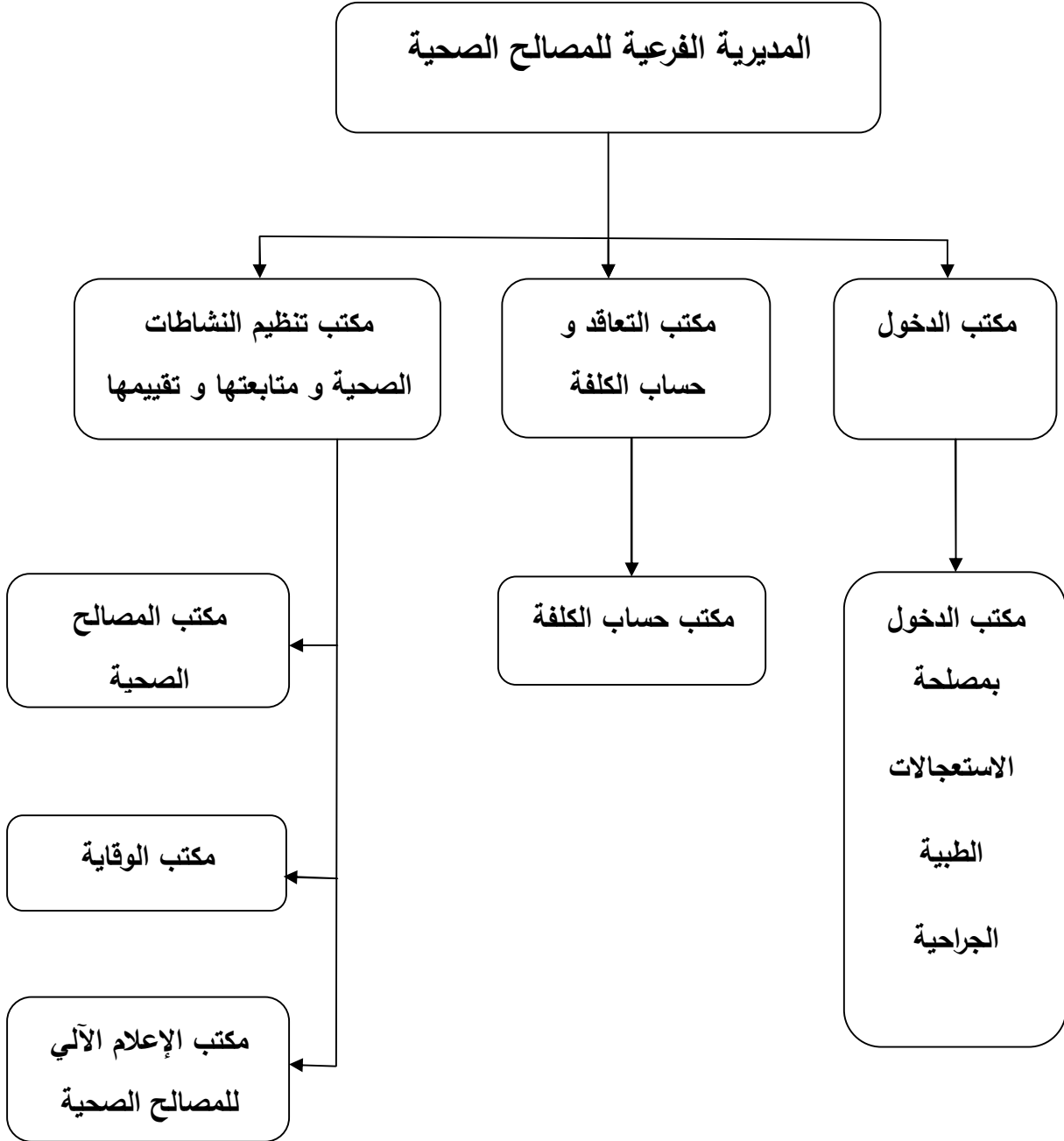
الشكل رقم (08): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية - نقاوس.

2- الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للموارد البشرية.



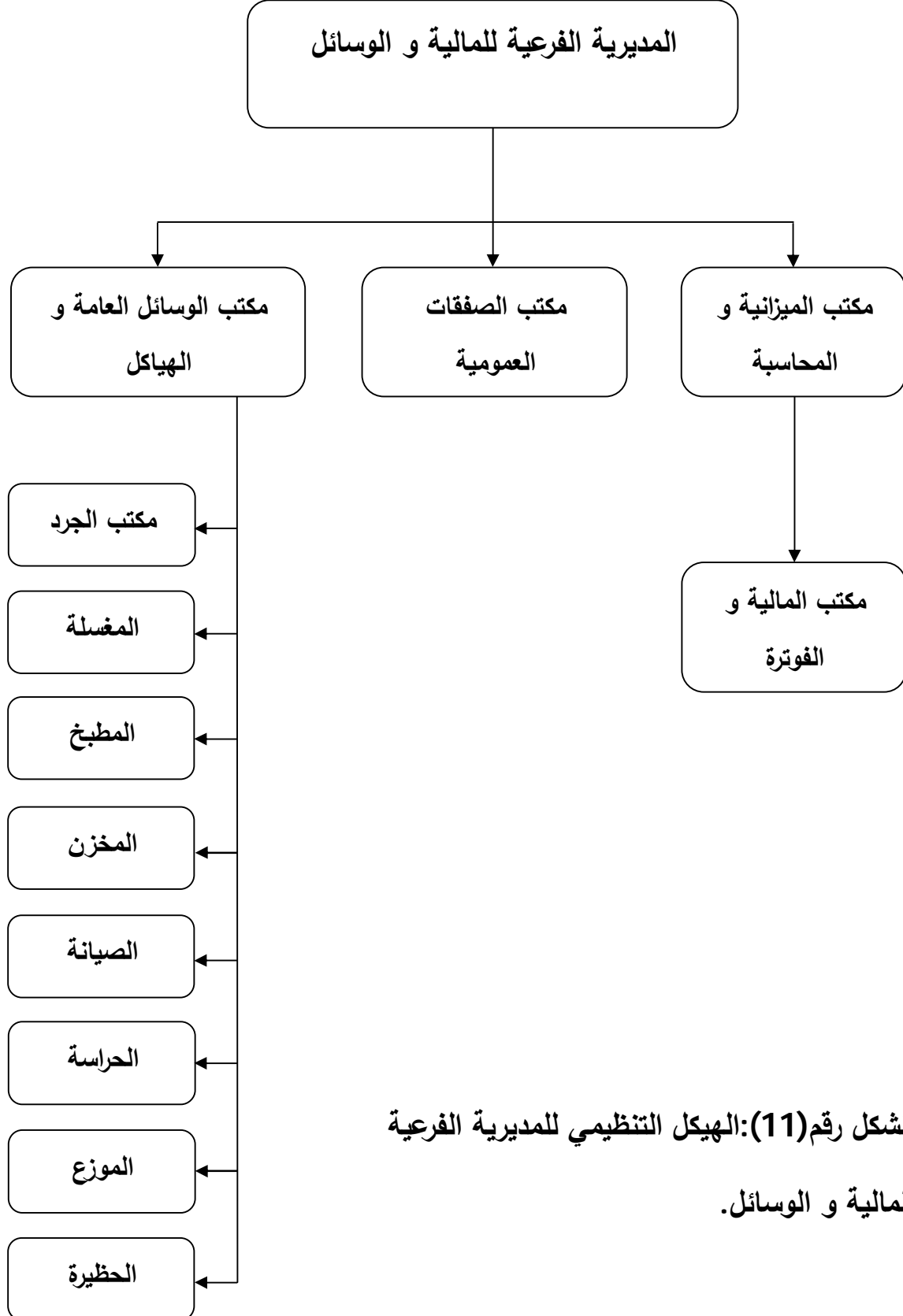
الشكل رقم (09): الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للموارد البشرية.

3- الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمصالح الصحية.



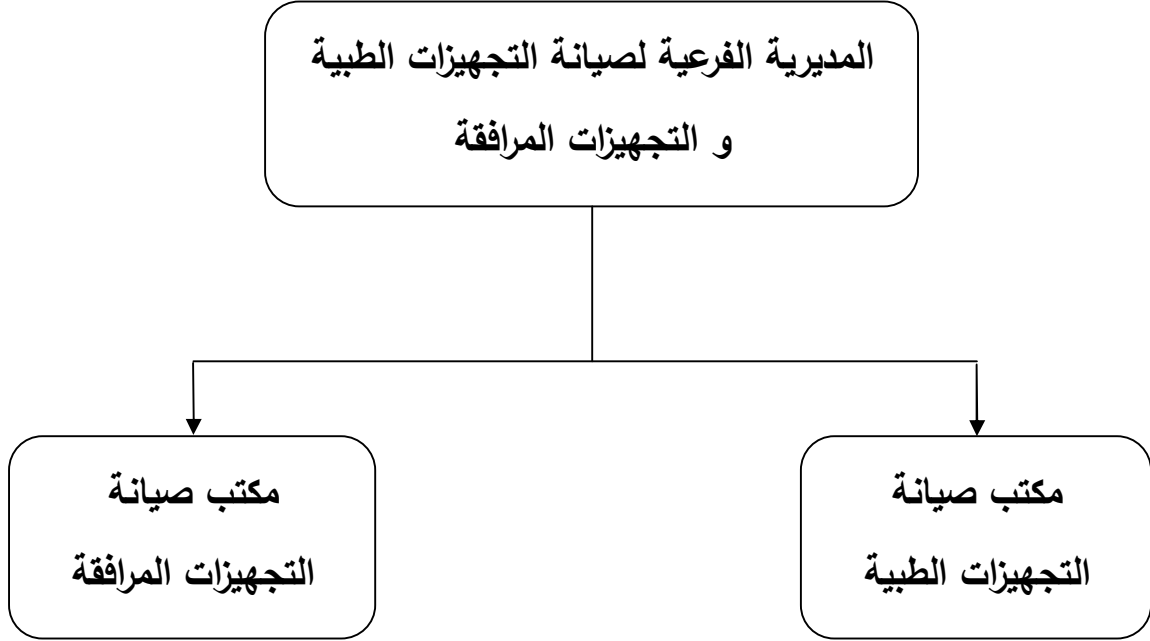
الشكل رقم (10): الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمصالح الصحية.

4- الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل.



الشكل رقم(11):الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية
للمالية و الوسائل.

5- الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات
المرافقة.



الشكل رقم(12):الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و
التجهيزات المرافقة.

المطلب الثالث: المجال المكاني والزمني.

1- المجال المكاني:

على اعتبار أن البحث يقتضي النزول الى الميدان وجمع البيانات اللازمة واستقصاء معارف الفاعلين فيه فقد وقع اختيارنا على الوسط الاستشفائي وتم اختيار المؤسسة الاستشفائية - نقاوس- كميدان للدراسة وهو ما يستوجب الحصول على الموافقة باجراء البحث فيها ، وبما أن المؤسسة الاستشفائية تخضع لسلمتين مختلفتين سلطة ادارية وسلطة طبية ما يستلزم موافقة الطرفين وهو ما تم من خلال الموافقة على الطلب المقدم ولكن في بداية الامر لم يسمح لنا بالتطبيق في جميع المصالح الاستشفائية وتم تحديد مصلحة تصفية الدم فقط .

2- المجال الزمني:

بداية التفكير في الميدان كانت مع مطلع 2013 من خلال الزيارات الاستطلاعية الى المؤسسة والتي من خلالها حصلنا على تأشيرة النزول الى الميدان بموافقة ادارة قسم علم الاجتماع على طلب الترخيص بالتطبيق في المؤسسة الاستشفائية بداية شهر مارس 2013 وتم تقديم هذا الطلب الى مدير المؤسسة الاستشفائية حيث حظي بالموافقة في 30 مارس 2013 ولكن بالتطبيق في مصلحة تصفية الدم فقط ،وبما أن مصلحة تصفية الدم لا تتوفر على العدد الكافي من المبحوثين فقد تم تقديم طلب ثان بالتطبيق في جميع المصالح الاستشفائية وهو ما تم بالفعل من خلال حصولنا على الموافقة في 05 جوان 2014 .

بداية توزيع الاستمارات كانت في 08 جوان 2014 وفقا للترخيص الممنوح لنا من قبل ادارة المؤسسة الاستشفائية واستمرت عملية توزيع واسترجاع الاستمارات الى غاية 30 جوان 2014 ؛ حيث واجهتنا في هذه الفترة عوائق عديدة لاسيما في المناوبة الليلية أين منعنا من الدخول الى المؤسسة في الكثير من المرات .

المبحث الثاني: خصائص مفردات الدراسة.

سنحاول من خلال هذا المبحث تبيان الخصائص المميزة لمفردات العينة المدروسة من خلال عرض عدد من المؤشرات الجنس ، السن ، المستوى التعليمي ، الحالة العائلية، الرتبة، الوضعية في الوظيفة ، الاقدمية في العمل،المصلحة وفترة المداومة.

جدول رقم(05): توزيع المبحوثين حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	63	% 48
أنثى	68	% 52
المجموع	131	% 100

من خلال الجدول نلاحظ أن الإناث أكثر من الذكور بنسبة 52% من مجموع مفردات العينة مقابل نسبة بـ 48% من المجموع الكلي للعينة المدروسة ، وهذا راجع في الأساس إلى طبيعة العمل الاستشفائي منذ الازل كان من اختصاص المرأة ، كما نلاحظ أيضا أن هناك تقارب بين النسبتين وهذا راجع الي طبيعة المنطقة وما تمتاز به من شكل محافظ يمنع خروج المرأة للعمل خاصة الليلي منه وولوج الرجل للعمل الاستشفائي في هذه المنطقة راجع الى قلة المرافق التي تستقطب اليد العاملة وغياب المنشآت الصناعية واستفحال البطالة حيث اصبح منصب العمل يعتبر الشغل الشاغل لأبناء هذا المجتمع وبدون مفاضلة بين الوظائف.

جدول رقم(06): توزيع المبحوثين حسب السن.

النسبة	التكرار	السن
34.4	45	[30-20[
21.4	28	[40-30[
30.5	40	[50-40[
13.7	18	[60-50[
100	131	المجموع

نلاحظ أن أغلبية المبحوثين تتمركز في الفئة العمرية [30-20[بنسبة 34.4 متبوعة بالفئة العمرية [50-40[بنسبة مقدرة بـ 30.5 وتليها الفئة العمرية [40-30[بنسبة 21.4 بينما نسجل كأقل نسبة في الفئة العمرية [60-50[بنسبة وما يستخلص من هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين في المؤسسة الإستشفائية شباب وهو ما يجعلهم يعملون على رفع مؤهلاتهم وقدراتهم من خلال التكوين وبذل مستوى أكثر للأداء، على اعتبار أن لعامل السن دورا كبيرا في تحقيق الفعالية و مدى قدرة الفرد على تحقيق المرونة في الاداء ، فهو يعبر عن الديناميكية و النشاط في العمل، كما نجد أن الإناث أكثر حظوظا وحضور في مهنة التمريض وهذا ما يبرزه الجدول التالي:

جدول رقم(07): توزيع المبحوثين حسب السن وعلاقته بالجنس.

المجموع	السن				الجنس
	[60-50[	[50-40[	[40-30[	[30-20[
63 %100	15 %23.8	27 %42.9	8 %12.7	13 %20.6	ذكر
68 %100	3 %4.4	13 %19.1	20 %29.4	32 %47.1	أنثى
131 %100	18 %13.7	40 %30.5	28 %21.4	45 %34.4	المجموع

من خلال الاتجاه العام يظهر أن الأغلبية تتمركز في الفئة [20-30] بنسبة 34.4% حيث تمثل نسبة الإناث فيها 47.1% وهذا يدل على ولوج المرأة في هذا المجتمع عالم الشغل وكسر بعض الحواجز التي كانت في الماضي تمنع خروجها للعمل , متبوعة بنسبة 42.9% بالنسبة للذكور في الفئة [40-50] وهذا يدل أنه كلما زاد سن العاملين كلما كانت نسبة الذكور في المهنة أكثر من الإناث والعكس صحيح.

جدول رقم(08): توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي.

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
6.1	8	متوسط
55	72	ثانوي
38.9	51	جامعي
100	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين مستواهم ثانوي بنسبة 55% متبوعة بنسبة 38.9% لذوي المستوى الجامعي في حين أن النسبة المتبقية والمقدرة بـ 6.1% فتمثل المبحوثين ذوي المتوسط. هذه النسبة الأخيرة تمثل المبحوثين الذين لهم أقدمية في العمل أين كان يسمح بمشاركة ذوي المستوى المتوسط في حين أن في السنوات الأخيرة أصبح الحصول على البكالوريا كشرط للدخول في بعض المسابقات الممنوحة للشبه الطبي، حيث تتباين مستويات المبحوثين على اختلاف جنسهم لاسيما ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (09): توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالجنس.

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	المستوى التعليمي الجنس
63 %100	13 %20.6	43 %68.3	7 %11.1	ذكر
68 %100	38 %55.9	29 %42.6	1 %1.5	أنثى
131 %100	51 %38.9	72 % 55	8 %6.1	المجموع

يظهر من الاتجاه العام للجدول أن المبحوثين ذوي المستوى الثانوي أغلبيتهم ذكور بنسبة 68.3% في حين نجد ذوي المستوى الجامعي أغلبيتهم إناث بنسبة 55.9% وما يعتبر أن الذكور يكون اتجاههم نحو التعليم ورفع المستوى التعليمي ضعيف في حين تكون نظرتهم إلى الحصول على العمل أكبر كسبيل لمواجهة بعض الالتزامات العائلية لتكوين أسرة مثلاً ، كما أن زيادة المستوى التعليمي لدى الإناث كمؤشر قوي لقلّة الالتزامات والرغبة في الحصول على مستوى أعلى خاصة إذا اعتبرنا أن مهنة التمريض منذ الأزل كانت من اختصاص المرأة و أن طموح المرأة دائماً أكثر من الرجل في بلوغ المكانة المقصودة خاصة في الآونة الأخيرة أين تعتقد المرأة أنها استرجعت بعض الحقوق الضائعة التي كفلتها لها القوانين الوضعية.

الجدول رقم (10): الحالة العائلية وعلاقتها بالجنس.

المجموع	مطلق	متزوج	أعزب	الحالة العائلية
				الجنس
63	1	49	13	ذكر
%100	%1.6	%77.8	%20.6	
68	1	40	27	أنثى
%100	%1.5	%58.8	%39.7	
131	2	89	40	المجموع
%100	%1.5	%67.9	%30.5	

من خلال الجدول نرى أن أغلبية المبحوثين متزوجين بنسبة 67.90% متبوعة بنسبة 30.5% للعزاب في حين أن نسبة المطلقين لا تتعدى 1.5% وهذا ما يدل على أن الاستقرار الأسري مهم لدى العاملين بالمؤسسة الإستشفائية حيث نجد أن الذكور هم النسبة الأكثر إقبالا على الزواج بنسبة 77.8% وأن الإناث أكثر عزوبة بنسبة 39.70% فارتفاع نسبة الزواج ينعكس إيجابا على العاملين بالمؤسسة وعلى استقرارهم الوظيفي ومستواهم المعيشي وعلى المستوى الاجتماعي عامة، كما أنه بزيادة المستوى التعليمي يزداد الوعي بأهمية تكوين الأسرة خاصة وأن أغلب المبحوثين متعلمين وهو ما يبرزه الجدول التالي:

جدول رقم(11): توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية وعلاقتها بالمستوى التعليمي.

المجموع	مطلق	متزوج	أعزب	الحالة العائلية المستوى التعليمي
8 %100	0 %0	8 %100	0 %0	متوسط
72 %100	1 %1.4	48 %66.7	23 %31.9	ثانوي
51 %100	1 %2	33 %64.7	17 %33.3	جامعي
131 %100	2 %1.5	89 %67.9	40 %30.5	المجموع

من خلال الاتجاه العام نلاحظ أن أغلبية العاملين متزوجون بنسبة 67.9% حيث يظهر أن نسبة 100% منهم مستواهم متوسط و 66.7% ثانوي في حين أن 64.7% مستواهم جامعي. والملاحظ أن الإقبال على الزواج يزيد في المستويات التعليمية الدنيا على اعتبار أن أغلبية المبحوثين الذين مستواهم متوسط هم العاملين الذين لهم أقدمية في العمل وهو ما يزيد من اقتناعهم بضرورة تكوين أسرة ومواجهة التزامات عائلية وهذا ما يبرز تعبيرنا في الجدول رقم(09) المتعلق بالمستوى التعليمي والجنس والذي من خلاله نرى أن الذكور لهم نظرة أوسع لتكوين أسرة وبالتالي مغادرة مقاعد الدراسة باكرا والاتجاه نحو الوظيفة لريح الوقت من جهة وتوفير المال من جهة أخرى.

الجدول رقم(12): توزيع المبحوثين حسب رتبهم الوظيفية.

النسبة	التكرار	الرتبة
0.8	1	تقني سامي في البيوكيمياء
1.5	2	تقني في الصحة
5.3	7	قابلة
3.1	4	محضر صيدلية للصحة العمومية
4.6	6	مخبري للصحة العمومية
23.7	31	مساعد في التمريض
0.8	1	مساعد في التمريض رئيسي
4.6	6	مشغل أجهزة التصوير الطبي
19.1	25	ممرض حاصل على شهادة دولة
30.5	40	ممرض للصحة العمومية
6.1	8	ممرض مؤهل
100	131	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يشغلون رتبة ممرض للصحة العمومية بنسبة 30.5% متبوعة بنسبة 23.7% بالنسبة لمساعد في التمريض في حين أن 19.1% يشغلون رتبة ممرض حاصل على شهادة دولة وتليها رتبة مؤهل ممرض بنسبة 6.1% هذه الرتبة التي ذكرنا أنها أيلة للزوال أما فيما يتعلق برتبة قابلة كانت نسبتها 6.3% وجاءت على التوالي مخبري للصحة العمومية ومشغل أجهزة التصوير الطبي بنسبة 4.6% في حين لا يتعدى محضر الصيدلة 3.1% متبوعة بنسبة 1.5% فيما يتعلق برتبة تقني للصحة العمومية، أما أقل نسبة والممثلة بـ 0.8% بالنسبة لتقني سامي في البيوكيمياء وكذلك بالنسبة لرتبة مساعد في التمريض رئيسي فالعامل شبه الطبي يعتبر الفاعل الأكثر حضورا في المؤسسة الاستشفائية وما يفسر أيضا ارتفاع النسب في بعض الرتب وانخفاض في رتب أخرى هو التفاوت في المستوى التعليمي ، حيث أصبح التكوين في بعض الرتب لا يتم إلا من خلال الحصول على شهادة البكالوريا وهذا لاستقطاب موارد بشرية ذات كفاءة

وكذا نتيجة تطبيق بعض القوانين المستحدثة في سبيل الإلغاء التدريجي لبعض الرتب وإدماجها في رتب أخرى كما هو الحال في رتبة ممرض مؤهل .

الجدول رقم(13): وضعية المبحوث في منصبه.

النسبة	التكرار	الوضعية في العمل
92.4	121	دائم
6.9	9	متعاقد
0.8	1	متربص
100	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يشغلون مناصبهم بصفة دائمة بنسبة 92.4% وأن 6.9% منهم يعملون في إطار التعاقد في حين أن 0.8% يشتغلون كمتربصين. حيث أنه لا توجد فروق في استقطاب العاملين في المؤسسة الإستشفائية بعض النظر عن جنسهم لاسيما ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم(14): الوضعية في الوظيفة وعلاقتها بالجنس.

الجنس	الوضعية في الوظيفة	دائم	متعاقد	متربص	المجموع
ذكر	59 %93.7	3 %4.8	1 %1.6	63 %100	
أنثى	62 %91.2	6 %8.8	0 %0	68 %100	
المجموع	121 %92.4	9 %6.9	1 %0.8	131 %100	

يظهر من الاتجاه العام للجدول أن أغلبية العاملين بالمؤسسة الإستشفائية هم دائمين بنسبة 92.4% وتمثل نسبة الذكور منها 93.7% ونسبة الإناث 91.2% ويعود السبب في ذلك إلى أن المؤسسة الإستشفائية تستقطب اليد العاملة المؤهلة التي تكونها من خلال مؤسسات مؤهلة لذلك وبالتالي مع نهاية التكوين بالمعاهد

ومؤسسات التكوين شبه الطبي يدخل المتكون في فترة تربص بالمؤسسة التي يوجه إليها لمدة سنة ليتم تثبيته في منصبه بصفة دائمة. أما فيما يتعلق بالعمال المتعاقدين فيتعلق الأمر بالعاملين بالمخبر فيما يخص منه رتبة تقني في البيوكيمياء وكذا بعض العاملين الذين زاولوا التكوين في المؤسسات الخاصة. في حين نجد أن العاملين المتربص تعتبر الأقل نسبة والتي تمثل كما أسلفنا 1.6% من المبحوثين من جنس ذكر والتي تنتظر التثبيت النهائي مع نهاية فترة التربص.

فالوضع في الوظيفة تمنح العامل شبه الطبي مجالاً أوسع ومنطقة شك كبيرة باعتبار أن أغلبية المبحوثين دائمين فهم يتحكمون في منطقة شك كبيرة وبالتالي لديهم مجال للمناورة والقدرة على إخفاء ألعابهم على خلاف العاملين أو الفاعلين المتعاقدين والمتربصين والذين تقل هوامش حرياتهم في إبداء أو إخفاء ألعابهم فالعامل شبه الطبي دائماً يناور في حدود هامش حريته.

الجدول رقم(15): الأقدمية في العمل.

النسبة	التكرار	الأقدمية في العمل
34.4	45	أقل من 5 سنوات
14.5	19	[5 - 10 [
6.1	8	[10 - 15 [
5.3	7	[15 - 20 [
16.8	22	[20 - 25 [
14.5	19	[25 - 30 [
8.4	11	أكثر من 30 سنة
100	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يتمركزون في الأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 34.4 وهذا يعود إلى سياسة التوظيف حيث يتم استقطاب يد عاملة شابة في إطار تحسين المستوى الصحي متبوعة بنسبة 16.8 بالنسبة الأقدمية [25-30] وتليها على التوالي الأقدمية [10-5] و [30-25] بنسبة 14.5 أما

بالنسبة للأقدمية أكثر من 30 سنة فنجد نسبتها 8.4% متبوعة بنسبة 6.1% بالنسبة للأقدمية [15-10] وكأقل نسبة نجد الأقدمية [20-15] بنسبة 5.3%، فالتفاوت في الأقدمية يختلف باختلاف جنس المبحوث كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم(16): توزيع المبحوثين وفقا لمتغير الأقدمية في العمل وعلاقتها بالجنس.

الأقدمية الجنس	أقل من 5سنوات	10-5	15-10	20-15	25-20	30-25	أكثر من 30سنة	المجموع
ذكر	12 %19	7 %11.1	2 %3.2	1 %1.6	16 %25.4	15 %23.8	10 %15.9	63 %10
أنثى	33 %48.5	12 %17.6	6 %8.8	6 %8.8	6 %8.8	4 %6.9	1 %1.5	68 %100
المجموع	45 %34.4	19 %14.5	8 %6.1	7 %5.3	22 %16.8	19 %14.5	11 %8.4	131 %100

نلاحظ من خلال الاتجاه العام للجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 34.4% يتمركزون في الأقدمية أقل من 5 سنوات حيث تمثل نسبة الإناث فيها أكبر نسبة والتي تساوي 48.5% أما الذكور فتقدر بـ 19% وهذا يعود إلى سياسة التوظيف المتبعة لاستقطاب يد عاملة فنية وشابة في إطار رفع المستوى الصحي وكذلك كسر بعض الحواجز التي كانت تمنع خروج المرأة للعمل وكذلك ميل المرأة إلى العمل بالمجال الصحي لاشتغال الرجال بمجالات أخرى قبل أن نجد المرأة قد اقتحمت هذه المجالات. أما بالنسبة للأقدمية [25-20] فنسجل 16.8% حيث تمثل نسبة الذكور 25.4% وكانت نسبة الإناث 8.8% وهذا يعود إلى أن المؤسسة الاستشفائية بنقاوس في السنوات الأولى تستقطب نسبة أكبر من الرجال وهذا يعود إلى طبيعة المنطقة التي تمنع خروج المرأة إلى العمل ، أما فيما يتعلق بالأقدمية [10-5] و [30-25] فقد كانت النسبة 14.5% في كل منهما ، وكانت في الأقدمية أكثر من 30 سنة 8.4% حيث تمثل نسبة الذكور 15.9% والإناث

1.5% متبوعة بنسبة 6.1% بالنسبة للأقدمية [15-20] سنة حيث تمثل الذكور نسبة 1.6% والإناث 8.8% وما يستخلص من هذا الجدول أنه كلما زادت أقدمية العاملين كلما كانت نسبة الذكور أكبر من نسبة الإناث والعكس صحيح وهو ما يجعل الذكور يتحكمون في منطقة شك كبيرة وبالتالي يكون لهم مجال أوسع للمناورة وإخفاء ألعابهم.

جدول رقم (17): توزيع المبحوثين على المصالح الإستشفائية.

النسبة	التكرار	المصلحة
9.9	13	الاستعجالات
6.9	9	الأشعة
4.6	6	الرعاية المركزية
3.1	4	الصيدلة
11.5	15	العمليات
5.3	7	المخبر
6.1	8	المصالح الإدارية
2.3	3	المواليذ الجدد
6.9	9	الولادة
3.1	4	أمراض النساء والتوليد
9.9	13	تصفية الدم
5.3	7	جراحة الرجال
6.9	9	جراحة النساء
1.5	2	حقن الدم
5.3	7	طب الرجال
5.3	7	طب النساء
6.1	8	قسم الأطفال
100	131	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين تتمركز في قسم العمليات بنسبة 11.5% متبوعة على التوالي بنسبة 9.9% في مصلحة الاستعجالات ومصلحة تصفية الدم وارتفاع نسبة العاملين في هذه المصالح دليل على كثرة الحالات الوافدة

إلى المستشفى فمثلا مصلحة تصفية الدم تشرف على 60 مريضا يتابعون عملية التصفية بصفة منتظمة، كما نلاحظ أن نسبة 6.9% جاءت على التوالي في مصلحة عة وجراحة النساء ومصلحة التوليد وهذه الأخيرة التي تشهد ضغط كبير على اعتبار أنه المستشفى الوحيد في المنطقة والذي يعمل على تقديم خدمات لأكثر من 3 دوائر ببلدياتها حيث تشهد هذه المصالح نقصا في الوسائل وكذا قلة اليد العاملة التي تلبى احتياجات طالبيها. الأمر الذي يدفع القائمين على هذه المصلحة إلى تحويل المرضى إلى عيادات الولادة على مستوى الولاية خاصة في بعض الحالات الحرجة والتي تتطلب متابعة أكثر تخصص وهذه الحالات المحولة في غالب الأحيان ما تكون نتائجها وخيمة على المرضى المحولين إلى هذه العيادات الولائية ، كما نلاحظ أيضا أن 6.1% من العاملين يشغلون مناصب إدارية وهي نفس النسبة المسجلة فيما يتعلق بقسم الأطفال. أما نسبة 5.3% فهم يتمركزون في المخبر ومصلحة طب الرجال وطب النساء ونفس النسبة المسجلة فيما يتعلق بجراحة الرجال متبوعة بنسبة 4.6% بالنسبة للرعاية المركزة كما جاءت نسبة 3.1 من العاملين موزعة على التوالي على مصلحة النساء والتوليد والصيدلة ، وتليها في ذلك 2.3% من العاملين موزعة على مصلحة المواليد حديثي الولادة، كما أن أقل نسبة مسجلة بـ 1.5% في مصلحة حقن الدم. والجدير بالذكر أن شدة الضغط تزيد في بعض المصالح الحساسة التي تشهد إقبال كبير من المرضى ونقل في مصالح أخرى فمثلا مصلحة الاستعجالات تعتبر بوابة كل المصالح فالمرضى قبل أن يحول إلى المصالح الأخرى لا بد أن يمر على مصلحة الاستعجالات والتي تحدد العلاج المناسب وكذا تحديد المصلحة التي يوجه إليها المريض إذا كانت حالته تستدعي إقامة للعلاج أو تحويل إلى مؤسسات أعلى إذا كانت الحالة تستدعي ذلك ، كما نسجل استثناءا في ذلك فيما يتعلق بمصلحة الولادة حيث توجه المريضات مباشرة نحو هذه المصلحة .

جدول رقم(18): توزيع المبحوثين وفقا لفترة المداومة وعلاقتها بالجنس.

المجموع	ليلية	نهائية	فترة المداومة
			الجنس
63 %100	16 %25.4	47 %74.6	ذكر
68 %100	20 %29.4	48 %70.6	أنثى
131 %100	36 % 27.5	95 %72.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين شبه الطبيين بنسبة 72.5% يعملون في الدوام النهاري في حين أن 27.5% فقط يعملون ضمن الدوام الليلي كما نسجل أن 74.6% من العاملين في الدوام النهاري ذكور. أما الإناث فيمثلن 70.6% خلال الدوام النهاري ، أما في الدوام الليلي سجلنا 25.4% ذكور و 29.4% إناث وما تجدر الإشارة إليه أن كل العاملين يعملون في الدوام الليلي والنهاري وذلك وفق نظام يومي عمل ويومين راحة بالتداول والتناوب.

و الظاهر أن أغلبية العاملين يشتغلون في الدوام النهاري وذلك خلال النهار تكون هناك حركة أكثر داخل كل المصالح تشمل الملاحظة والعلاج والمتابعة للمرضى من قبل الأطباء كما تشمل أيضا تسريح بعض المرضى الذين امتثلوا للعلاج وتحسن حالتهم. أما في الدوام الليلي فالمرضى أو العامل شبه طبي مهمته فقط صرف العلاج اللازم الذي حدده الطبيب للمريض وبالتالي السهر على تنفيذ الوصفة وتقديم الدواء وبالتالي تقل الحركة ، في حين لا يخضع لهذا النظام العاملين في المصالح الإدارية الذين يعملون بنظام عمل 8 ساعات وكذا العاملين في مصلحة حقن الدم، كما نجد من العاملين الشبهيين من يعمل بدوام 24 ساعة خاصة ما يتعلق بالعاملين في قسم العمليات وأعاون التحذير والإنعاش حيث يعمل أولئك على ملازمة الأطباء حتى إنهاء العمليات الجراحية خاصة التي تأخذ وقتا طويلا ، وعموما تعتبر الإدارة

هي المسئولة على عمليات تنظيم أوقات العمل إلا أنه ومع عدم كفاية أعداد العاملين نجد العاملين شبه الطبيين يختارون فيما بينهم طريقة العمل بالاتفاق مع رؤساء المصالح والفرق وهنا يبرز الجانب الغير رسمي في التسيير حيث يختار العاملين زملائهم في العمل وكذا فترات المداومة. وفي هذه الحالة تبقى مسؤولية الإدارة هي ضمان الحد الأدنى من التنظيم لضمان حد أدنى من الخدمة.

خاتمة الفصل:

تعمل المؤسسة العمومية الاستشفائية - نقاوس - على تقديم الخدمات للمئات من المرضى الذي يتم التكفل بهم و توجيههم كل حسب حالته ، عن طريق مواردها البشرية على اختلاف جنسها ورتبها والتي تسهر على السير الحسن للمؤسسة، حيث يلاحظ أن أغلبية المبحوثين من جنس الاناث على اعتبار أن مهنة التمريض منذ الازل كانت من اختصاص المرأة ، كما أن العنصر الاكثر تواجدا في المؤسسة شباب وهو ما يبرز اتجاها للأداء ، مستواهم التعليمي يتراوح بين الثانوي والجامعي وفئة قليلة مستواها متوسط ، والملاحظ ايضا أن أغلبية المبحوثين متزوجين موزعين على مختلف المصالح على اختلاف رتبهم يشغلون وظائفهم بصفة دائمة وأن فئة قليلة منهم تعمل بصفة متعاقد ومتربص في انتظار التثبيت النهائي، أما طبيعة العمل فتكون بالتداول على المناوبات النهارية و اليلية على اختلاف أقدميتهم في العمل .

الفصل الثاني: تحليل ومناقشة المعطيات الميدانية

تمهيد.

المبحث الاول: الأثر الايجابي للتكوين المستمر على الأداء.

المطلب الاول: تحليل معطيات الأثر الايجابي للتكوين المستمر على الأداء.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج الأثر الايجابي للتكوين المستمر على الأداء.

المبحث الثاني: أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

المطلب الاول: تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

المبحث الثالث: أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.

المطلب الاول: تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي

الاستنتاج العام.

تمهيد:

نعمل من خلال هذا الفصل على تحليل ومناقشة البيانات التي تم جمعها من الميدان والتي تعتبر اجابة لمختلف الفرضيات المصاغة ،وهذا بعد التحديد لمختلف خصائص وصفات المجتمع المبحوث والاستعانة ببعض المؤشرات كالجنس ،المستوى التعليمي والأقدمية في العمل لإبراز العلاقة أكثر بين المتغيرات

المبحث الاول : الأثر الايجابي للتكوين المستمرعلى الأداء.

المطلب الاول: تحليل معطيات الأثر الايجابي للتكوين المستمرعلى الأداء.

الجدول رقم(19): مزاولة المبحوثين للتكوين قبل التحاقهم بالعمل.

النسبة	التكرار	مؤسسة التكوين
%91.6	120	عمومية
%8.4	11	خاصة
100	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن كل العاملين في المؤسسة الإستشفائية استفادوا من التكوين قبل التحاقهم بمناصبهم المهنية على اختلاف رتبهم أي بنسبة 100% حيث نلاحظ أن نسبة 91.6% منهم تلقوا تكويناتهم في المؤسسات العمومية المتمثلة في معاهد ومدارس التكوين شبه الطبي في حين أن 8.4% منهم تلقوا تكويناتهم في المدارس الخاصة للشبه الطبي المعتمدة من طرف الدولة والتي تعمل بنفس نظام المؤسسات العمومية ، إلا أن الإقبال على هذه المدارس الخاصة يعتبر إقبالا ضئيلا الأمر الذي يبرز سيطرة وسلطة المؤسسة العمومية كما أن هذه المدارس الخاصة يلجأ إليها إلا بعض العاملين الميسوري الحال الذين يسعون إلى تحسين وضعيتهم المهنية وكذا بعض العاملين الذين لم تعطى لهم فرصة الحصول على التكوين في ظل المؤسسة العمومية.

ومن هنا يبدوا جليا حرص المنظمة الصحية عامة والمؤسسة الإستشفائية خاصة في اختيار العاملين الإستشفائيين اعتمادا على التكوين كمعيار لرفع قدرات ومهارات العاملين ومعيار للكفاءة والفعالية ، حيث تعمل على انتقاء العامل قبل التوظيف ويخضع للتكوين وفقا لمعايير تحددها المنظمة والمطابقة لاحتياجاتها كما يخضع الشبيه الطبي إلى فترة تربص بعد انتهاء مدة التكوين في المؤسسة المستقبلية وبعد انتهاء فترة التربص يثبت المتربص آليا في منصبه ويباشر مهامه طبقا للقانون الداخلي السائد في المؤسسة ، كما يمكن للعامل شبه الطبي بعد التثبيت في منصبه الاستفادة من التكوين المتواصل سواء في المؤسسة ذاتها أو خارج المؤسسة وذلك وفقا للقوانين واللوائح التي تحدد ذلك ، فالتكوين شبه الطبي إذن يعتبر أداة لاستقطاب الموارد الإستشفائية التي يعهد إليها السهر على سلامة وصحة المرضى كما يعتبر أيضا وسيلة لرفع وتنمية المهارات والقدرات لعاملين في المؤسسة من خلال آلية التكوين المتواصل.

الجدول رقم (20): المشاركة في دورات التكوين بعد الالتحاق بالعمل وعلاقته بالجنس .

المجموع	دورات التكوين		الجنس
	لا	نعم	
63 %100	27 %42.9	36 %57.1	ذكر
68 %100	44 %64.7	24 %35.3	أنثى
131 %100	71 % 54.2	60 %45.8	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 54.2% لم تمنح لهم فرصة المشاركة في دورات التكوين في حين أن 45.8% منهم فقط استفادوا من دورات التكوين كما نلاحظ أن الإناث الأقل استفادة من دورات التكوين مقارنة بالذكور حيث

نسجل نسبة 64.7% مقابل 42.9% للذكور الغير مستفيدين من دورات التكوين في حين الذكور المستفيدين نسجل 57.1% في مقابل 35.3% للإناث ، أما من حيث طريقة الاستفادة من التكوين فنوجزها في الجدول التالي:

الجدول رقم(21): طريقة الاستفادة من دورات التكوين وعلاقته بالجنس .

الاختيار "نعم" الجنس	بطلب من رئيسك المباشر	باقتراح من إدارة الموارد البشرية	بطلب منك	المجموع
ذكر	7 %19.44	23 %63.89	6 %16.67	36 %100
أنثى	4 %16.6	16 %66.6	4 %16.67	24 %100
المجموع	11 %18.33	39 %65	10 %16.67	60 %100

حيث نلاحظ أن أغلبية المبحوثين بنسبة 65% استفادوا من التكوين المتواصل باقتراح من إدارة الموارد البشرية وأن 18.33% منهم كان بطلب من الرئيس المباشر في حين أن 16.67% استفادوا من التكوين من خلال تقديم طلب للحصول على التكوين. كما سجلنا أن أغلبية المتحصلين على التكوين باقتراح من إدارة الموارد البشرية كان من جنس الإناث بنسبة 66.66% مقابل 63.89% من جنس الذكور في حين توزع بنسب متقاربة ومتساوية في بعض الحالات بين الجنسين على اختلاف طريقة الاختيار.

وعامة ما يمكن أن يستخلص من هذا الجدول أن التكوين المتواصل كآلية لرفع المهارات وتنمية الكفاءات غير مفتوحة لجميع العاملين في المؤسسة وإنما مضبوطة وفقا لقوانين محددة من طرف الإدارة الوصية وإذا كانت الوزارة الوصية تعتبر أن

التكوين يعتبر جوهر التغيير وعامل التطوير للكفاءات⁽¹⁾ إلا أننا نلمس من خلال هذه النتائج المسجلة في المؤسسة الاستشفائية بنقاوس أن التكوين ما هو إلا عملية روتينية يستفيد منها بعض العاملين شبه الطبيين والتي يراها البعض منهم أنها عملية غير مجدية وبدون فعالية على اعتبار أن العامل الموجه للتكوين المتواصل لا يستفيد من كافة الامتيازات الممنوحة للتكوين كمنح الوقت الكافي للتكوين والاستفادة من العائد المادي لذلك. إذ ترى إحدى العاملات في مصلحة الولادة أن التكوين لا بد أن يمنح فرصة أكبر للمتكون لبلوغ الأهداف المسطرة. فهي ترى أنها في مرحلة تكوين كما أنها مجبرة على الالتحاق بدوامها وضمان الحد الأدنى للعمل والذي تعتبره غير منطقي، فالمتكون لا بد أن يكرس كل وقته وكل جهده وفكره على التكوين حتى تكون نتائجه مجدية. وتضيف "أنا وزميلتي في فترة تكوين لكن في ذات الوقت ملزمات على العمل بالتناوب، فالتحاق الأولى بالتكوين يقتضي وجود الثانية في العمل، وهذا ما يفسره الضغط الكبير في العمل إضافة إلى قلة العاملين في المصلحة".

فالحصول على التكوين لا يتم إلا وفقاً لشروط محددة من طرف السلطة الوصية، وقد يلعب مبدأ الأقدمية العامل الحاسم فيها حيث نجد أن العاملين ذوي الأقدمية الكبيرة هم الأكثر استفادة من دورات التكوين وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

(1)- رشيدة دبوب، "وزارة الصحة تفعل التكوين في الكوارث الطبيعية"، الخبر، 24 جويلية 2014، نقلا من الموقع <http://www.elkhabar.com> ، يوم 29 أكتوبر 2014 على الساعة 20h و30د.

الجدول رقم(22): الاستفادة من دورات التكوين وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	دورات التكوين الأقدمية في العمل
45 %100	39 %86.7	6 %13.3	أقل من 5 سنوات
19 %100	9 %47.4	10 %52.6	[10-5[
8 %100	6 %75	2 %25	[15-10[
7 %100	2 %28.6	5 %71.4	[20-15[
22 %100	6 %27.3	16 %72.7	[25-20[
19 %100	7 %36.8	12 %63.2	[30-25[
11 %100	2 %18.2	9 %81.8	أكثر من 30 سنة
131 %100	71 %54.2	60 %45.8	المجموع

من خلال الجدول المتعلق بالاستفادة من دورات التكوين بعد الالتحاق بالعمل نلاحظ أن نسبة المبحوثين المستفيدين تمثل 45.8% حيث تتمركز نسبة 81.8% في الأقدمية أكثر من 30 سنة متبوعة بنسبة 72.7% بالنسبة للأقدمية من [25-20[سنة تليها الأقدمية [20-15[سنة بنسبة 71.4% ونسبة 63.2% للأقدمية [30-25[، كما سجلنا أن أقل نسبة هي للأقدمية الأولى 13.3%، كما نجد في المقابل أن نسبة 86.7% لم يتحصلوا على التكوين في الأقدمية أقل من 5 سنوات وهذا ما يبرز أنه كلما زادت أقدمية العامل شبه الطبي في عمله كلما كانت له

حظوظ أوفر للحصول على دورات التكوين أي أنها بزيادة أقدمية العامل نجده يملك منطقة شك كبيرة ومجال حرية أوسع للحصول على فرصة للتكوين وبالتالي التحكم في منطقة الشك تمنح له مجال للمناورة واللعب والتفاوض مع الإدارة لتحقيق مطالبه لاسيما ما يتعلق منها بالتكوين المتواصل .

الجدول رقم(23): حاجة المبحوثين للتكوين.

المجموع	لا	نعم	حاجة المبحوثين للتكوين
			الجنس
63 %100	7 %11.1	56 %88.9	ذكر
68 %100	10 %14.7	58 %85.3	أنثى
131 %100	17 % 13	114 %87	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أنهم في حاجة إلى التكوين بنسبة 87 % تشكل نسبة الذكور فيها 88.9% مقابل 85.3% للإناث في حين نجد أن 13% منهم يرون أنهم في غنى عن التكوين وأنهم ليسوا بحاجة إلى هذا التكوين ، أما بالنسبة للذين أجابوا بأنهم في حاجة إلى التكوين فهذا يعود لاقتناعهم بضرورة تجديد المعلومات والمعارف المتحصل عليها وكذا الاعتقاد بأن التكوين حق مكفول قانونا ضف إلى ذلك القناعة بصعوبة توظيف المعلومات المتحصل عليها وهو ما يوضحه أكثر الجدول التالي:

الجدول رقم(24): دوافع حاجة المبحوثين للتكوين.

الاختيار نعم الجنس	الاقتناع بضعف المؤهلات	الاقتناع بضرورة تجديد المعارف	الاقتناع بصعوبة توظيف المعلومات المتحصل عليها	الاقتناع بأن التكوين حق مكفول قانونا	المجموع
ذكر	2 %3.22	42 %67.74	1 %1.61	17 %27.42	62 %100
أنثى	2 %3.125	40 %62.50	2 %3.125	20 %31.25	64 %100
المجموع	4 %3.17	82 %65.08	3 %2.38	37 %29.36	*126 %100

(*): اختيار المبحوث أكثر من إجابة أو اختيار.

من الاتجاه العام نلاحظ أن نسبة 65.08% من المبحوثين يرون أن حاجتهم إلى التكوين تعود إلى اقتناعهم بضرورة تجديد المعلومات والمعارف وعلى اعتبار أن العلم دائما في ديناميكية وحركة دائمة وتطور متواصل. ويعتبر الذكور الأكثر حاجة إلى التكوين بنسبة 67.74% مقابل 62.50% للإناث على اعتبار أن الذكور يغادرون مقاعد الدراسة ويلتحقون بالعمل لمواجهة بعض الاحتياجات العائلية وهو ما يجعل حاجتهم إلى التكوين كبيرة , كما نلاحظ أيضا أن نسبة 29.36% يرون أنهم في حاجة إلى التكوين من منطلق أن التكوين حق مكفول قانونا حيث سجلنا نسبة 31.25% للإناث و 27.42% للذكور في حين سجلنا 3.17% من المبحوثين يرون أنهم في حاجة إلى التكوين من منطلق اقتناعهم بضعف مؤهلاتهم وأن 2.38% تعود حاجتهم إلى التكوين نتيجة اقتناعهم بصعوبة توظيف المعلومات المتحصل عليها، ويبدو جليا من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين مقتنعون بضرورة تجديد مؤهلاتهم من خلال معطى التكوين. فالتكوين يمنح للعامل شبه الطبي مستوى ثقة أكبر ودرجة حرية أعلى للتحكم في العمل بالدرجة الأولى وتقديم خدمات نوعية.

الجدول رقم(25): الاستفادة من التكوين وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	الاستفادة من التكوين الجنس
63 %100	13 %20.6	50 %79.4	ذكر
68 %100	6 %8.8	62 %91.2	أنثى
131 %100	19 % 14.5	112 %85.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أجابوا بأنهم استفادوا من التكوين بنسبة 85.5% حيث تشكل نسبة الإناث 91.2% أما الذكور فتشكل نسبة 79.4% أما الذين يرون أنهم لم يستفيدوا من التكوين بنسبة 14.5% وتشكل نسبة الذكور 20.6% مقابل 8.8% للإناث. ختلف جوانب الاستفادة من التكوين باختلاف الحاجة اليه والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(26): جوانب الاستفادة من التكوين وعلاقته بالجنس.

المجموع	قدرتك على تحمل مسؤوليات أخرى	انخفاض وقلة الأخطاء في العمل	سرعتك في انجاز العمل	قدرتك على مواجهة المشكلات	الاستفادة من التكوين الجنس
50 %100	12 %24	12 %24	7 %14	19 %38	ذكر
62 %100	15 %24.19	11 %17.74	9 %14.52	27 %43.55	أنثى
112 %100	27 %24.10	23 %20.54	16 %14.29	46 %41.07	المجموع

يظهر من الاتجاه العام للجدول أن نسبة 41.07% يرون أن وجه الاستفادة من التكوين يتمثل في القدرة على مواجهة المشكلات في العمل و أن 24.10% منهم يرون أنهم استفادوا من التكوين من خلال القدرة على تحمل مسؤوليات أخرى في حين منهم ترى نسبة 20.54% أن التكوين يساهم في الحد من الأخطاء في العمل وأجابت نسبة 14.29% منهم بأن الاستفادة من التكوين يعود إلى سرعتهم في إنجاز العمل ، فالتكوين وفق هذا المنطلق ومن خلال إجابة المبحوثين يزيد من قدرات العاملين على حل المشكلات المرتبطة بالعمل والسرعة في إنجازه مع قلة الأخطاء وانخفاضها ، وكذا القدرة على تحمل مسؤوليات ومهام أخرى.

الجدول رقم (27): آراء المبحوثين حول برامج التكوين وعلاقته بالجنس.

المجموع	النفسية	السلوكية	الفنية	العلمية والتقنية	آراء المبحوثين بالجنس
63 %100	8 %12.7	8 %12.7	4 %6.3	43 %68.3	ذكر
68 %100	12 %17.6	14 %20.6	10 %14.7	32 %47.1	أنثى
131 %100	20 %15.3	22 %16.8	14 %10.7	75 %57.3	المجموع

من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 57.3% يرون أن المكونين يركزون على البرامج العلمية والتقنية متنوعة بنسبة 16.8% تركز على الجانب السلوكي و 15.3% يركزون على الجوانب النفسية في حين أن البرامج الأقل تركيزا من قبل المكونين بنسبة 10.7% هي البرامج الفنية ومن خلال الاتجاه العام نرى أن أغلبية المبحوثين الذين يرون أن المكونين يركزون على الجوانب العلمية والتقنية هم من جنس ذكر بنسبة 68.3% مقابل 47.1% من جنس الإناث. في حين نسجل كأقل نسبة للذين يرون أنهم يركزون على الجوانب الفنية هم للذكور بنسبة 6.3% مقابل 14.7% للإناث.

والظاهر أن العامل شبه الطبي في سبيل تطوير مساره المهني يبحث في الجوانب العلمية والتقنية التي تساعد على أداء عمله وكذا طريقة التحكم في الوسائل المستخدمة خاصة ما يتعلق منها بكيفية استخدام الوسائل الطبية كالأجهزة وغيرها. فالتكوين المتواصل يسمح للعامل شبه الطبي بالإطلاع على المستجدات في الواقع الطبي وبالتالي يعمل على تأهيل نفسه ليوكب هذه المتغيرات كما يسمح له بتثمين جهوده في ميدان العمل وبالتالي هذه المعلومات المكتسبة من خلال التكوين تمكن العامل شبه الطبي من القيام بالواجبات المنوطة به على أحسن حال.

الجدول رقم (28): أساليب التكوين الأكثر نجاعة في إيصال برامج التكوين وعلاقته بالمستوى التعليمي.

المجموع	الأيام الدراسية	الوسائل السمعية البصرية	دراسة الحالة	تمثيل الأدوار	الندوات	المؤتمرات	المناقشات	المحاضرات	البرامج التعليمية
8 %100	2 %25	1 %12.5	0 %0	0 %0	1 %12.5	0 %0	3 %37.5	1 %12.5	متوسط
72 %100	20 %27.8	13 %18.1	1 %1.4	2 %2.8	1 %1.4	0 %0	22 %30.6	13 %18.1	ثانوي
51 %100	10 %19.6	7 %13.7	10 %19.6	1 %2	2 %3.9	1 %2	10 %19.6	10 %19.6	جامعي
131 %100	32 %24.4	21 %16	11 %8.4	3 %2.3	4 %3.1	1 %0.8	35 %26.7	24 %18.3	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أن من الأساليب الأكثر نجاعة في إيصال برامج التكوين أسلوب المناقشات بنسبة 26.7% متبوعة بنسبة 24.4% للأيام الدراسية ونسبة 18.3% للمحاضرات أما الوسائل السمعية البصرية فتشكل نسبة 16%، أما الذين يرون أن أسلوب دراسة الحالة هو الأسلوب المناسب في إيصال برامج التكوين فكانت نسبتهم 8.4% متبوعة بأسلوب الندوات بنسبة 3.1% وتليها نسبة 2.3% بالنسبة لتمثيل الأدوار وسجلنا أقل نسبة للذين يرون أن المؤتمرات هو الأسلوب الأكثر نجاعة في إيصال برامج التكوين بنسبة 0.8% ، وتعتبر هذه الأساليب الأكثر شيوعا واستخداما في تكوين العاملين فكل أسلوب له

خصائصه التي تميزه عن الآخر ، وتختلف اتجاهات العاملين نحو هذه الأساليب باختلاف مستواهم التعليمي حيث نرى من الاتجاه العام للجدول أن أغلبية المبحوثين الذين يرون أن أسلوب المناقشات هو الأنجع بنسبة 37.5% للمستوى متوسط و 30.6% بالنسبة للثانوي و 19.6% للمستوى الجامعي كما نسجل أقل نسبة تتعلق بأسلوب المؤتمرات حيث نسجل 2% للمستوى الجامعي.

الجدول رقم(29):مواجهة المبحوثين للمشاكل أثناء أدائهم العمل وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	مواجهة المشاكل الجنس
63 %100	19 %30.2	44 %69.8	ذكر
68 %100	13 %19.1	55 %80.9	أنثى
131 %100	32 % 24.4	99 %75.6	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أنهم واجهوا مشكلات في أداء أعمالهم بنسبة 75.6% حيث تسجل نسبة الإناث فيها 80.9% والذكور 69.8% أما الذين لم تعترضهم مشكلات في أداء العمل فكانت بنسبة 24.4% حيث تشكل نسبة الذكور 30.2% أما الإناث فتشكل نسبة 19.1% ، ويمكن تلخيص أهم المشكلات التي يراها الشبيه طبي أنها تعترض مساره في الجدول التالي:

الجدول رقم(30):أهم المشكلات التي تواجه المبحوثين في العمل وعلاقتها بالجنس.

المشكلات	ضعف التكوين	عدم توفر ظروف العمل	ضعف التواصل مع الزملاء	أخرى	المجموع
ذكر	2 %4.76	31 %73.80	8 %19.05	1 %2.38	42 %100
أنثى	5 %8.77	39 %68.42	13 %22.80	/	57 %100
المجموع	7 %7.07	70 %70.70	21 %21.21	1 %1.01	99 %100

نلاحظ من الاتجاه العام أن أغلبية المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض تتلخص في عدم توفر ظروف العمل بنسبة 70.70% وتشكل نسبة الذكور 73.80% أما الإناث فتشكل نسبة 68.42% متبوعة بمشكلة ضعف التواصل مع الزملاء بنسبة 21.21% حيث تشكل نسبة الإناث 22.80% بينما الذكور تشكل 19.05%، أما مشكلة ضعف التكوين فقد شكلت نسبة 7.07% حيث بلغت نسبة الإناث 8.77% أما نسبة الذكور فقد بلغت 4.76%، أما المشكلات الأخرى فقد شكلت نسبة 1.01% حيث شكلت نسبة الذكور فيها 2.38% إذ يردها البعض إلى ضعف التسيير الإداري وعدم كفاءته فيما يتعلق بالاختيار "أخرى".

الجدول رقم(31):السلوك الذي ينتهجه المبحوثين في أدائهم العمل عند مواجهتهم مشكلات ضعف التكوين وعلاقتها بالجنس.

السلوك المنتهج الجنس	تقدم طلب بتكوين إضافي	تطلب المساعدة من الرئيس المباشر	تطلب المساعدة من الزملاء	تعمل ولا تتالي	المجموع
ذكر	20 %31.7	10 %15.9	27 %42.9	6 %9.5	63 %100
أنثى	15 %22.1	12 %17.6	38 %55.9	3 %4.4	68 %100
المجموع	35 %26.7	22 %16.8	65 %49.6	9 %6.9	131 %100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 49.6% أجابوا بأنهم يطلبون المساعدة من الزملاء في حالة اعتراض المشكلات طريقهم حيث تشكل نسبة الإناث 55.9% أما الذكور فتشكل نسبة 42.9%، وهذا ما يدل على ارتفاع الروح المعنوية وسيادة روح التعاون بين العاملين شبه الطبيين ، في حين نرى نسبة 26.7% من العاملين تطلب تكويننا إضافيا حيث تشكل نسبة الذكور 31.7% والإناث 22.1% أين يرى هؤلاء أن مشكلات العمل يجب أن تعالج بالتكوين باعتباره الوسيلة المناسبة لرفع وزيادة المؤهلات، كما ترى نسبة 16.8% منهم أنه في حالة اعتراض طريقهم لمشكلات مصدرها ضعف التكوين فإنهم يلجأون إلى طلب المساعدة من الرئيس المباشر باعتباره المسؤول الأول في العمل وعادة ما يختار لهذه المسؤولية من هو أهل لها، إلا أنه في الغالب ما يعتمد شبه الطبي على بعضهم البعض دون اللجوء إلى الرئيس المباشر حتى لا يظهر الممارس الطبي نقاط ضعفه. كما ينظر دائما إلى الرئيس المباشر بأنه ممثل الإدارة وبالتالي لا يلفت انتباه المسؤول حتى لا يكون عرضه للملاحظة والمتابعة من طرف الرئيس المباشر فاللجوء إلى الزملاء يمنح حرية أكثر واستقلالية أوسع للعامل شبه الطبي. كما سجلنا أقل نسبة والمقدرة بـ 6.9% أين شكلت نسبة الذكور فيهل 9.5% أما الإناث تشكل نسبة 4.4% فهم

يرون أنهم في حالة اعتراضهم مشكلات ناجمة عن ضعف التكوين فأنهم لا يبالون بذلك فهذه الأخيرة يمكن القول أنها لا تعلم حجم المسؤولية الملقاة على عاتقها.

فالعمل على مواجهة مشكلات العمل يعتبر في حد ذاته عامل مهم لتفعيل الأداء كما أن تصحيح مشكلة ما يعتبر في ذات الوقت إنجاز للعمل وطريقة للتغلب على حل مشكلات أخرى ، كما أن اللامبالاة تدفع بالعامل شبه الطبي إلى عدم القيام بعمله على أحسن حال على اعتبار أنه يتعامل مع شريحة حساسة فأى تقصير في حقهم يعتبر تقصير في حياتهم. وتختلف اتجاهات العاملين حول طريقة التعامل في حل المشكلات على اختلاف أقدميتهم في العمل كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(32): السلوك الذي ينتهجه المبحوثين في أدائهم العمل عند مواجهتهم مشكلات ضعف التكوين وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	تعمل ولا تبالى	تطلب المساعدة من الزملاء	تطلب المساعدة من الرئيس المباشر	تقدم طلب بتكوين إضافي	السلوك المنتهج الأقدمية
45 %100	3 %6.7	24 %53.3	7 %15.6	11 %24.4	أقل من 5 سنوات
19 %100	0 %0	12 %63.2	4 %21.1	3 %15.8	[10-5[
8 %100	0 %0	3 %37.5	1 %12.5	4 %50	[15-10[
7 %100	1 %14.3	5 %71.4	0 %0	1 %14.3	[20-15[
22 %100	1 %4.5	12 %54.5	3 %13.6	6 %27.3	[25-20[
19 %100	1 %5.3	5 %26.3	7 %36.8	6 31.6	[30-25[
11 %100	3 %27.3	4 %36.4	0 %0	4 %36.4	أكثر من 30 سنة
131 %100	9 %6.9	65 %49.6	22 %16.8	35 %26.7	المجموع

كلما زادت أقدمية العامل شبه الطبي في عمله كلما قل اعتماده على زملائه في العمل حيث نسجل 49.6% كأكبر نسبة مدعمة بنسبة 71.4% للأقدمية [20-15[سنة متنوعة بنسبة 63.2% للأقدمية [10-5[سنوات أما من حيث أقل نسبة فهي مسجلة بالنسبة للأقدمية [30-25[سنة متنوعة بنسبة 36.4% كثاني أقل نسبة بالنسبة للأقدمية أكثر من 30 سنة، أما فيما يتعلق بالاختبار "أعمل ولا أبالي" فنجد أنه يسود في الأقدمية أكثر من 30 سنة بنسبة 27.3%.

الجدول رقم(33): جدية المبحوثين في أدائهم العمل وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	الجدية في العمل الجنس
63 %100	7 %11.1	56 %88.9	ذكر
68 %100	4 %5.9	64 %94.1	أنثى
131 %100	11 %8.4	120 %91.6	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 91.6% أجابوا بأنهم جادون في عملهم وتشكل نسبة الإناث 94.1% أما نسبة الذكور فبلغت 88.9% ، في حين نجد أن نسبة 8.4% من المبحوثين يرون أنهم غير جادين في عملهم إذ تشكل نسبة الذكور 11.1%، أما الإناث 5.9% ، و يرى بعض العاملين منهم أن عدم الجدية في العمل يعود إلى عدم ملائمة منصب العمل للتكوين الذي تلقاه والبعض الآخر يرى أنه غير مقتنع بالتكوين الذي تلقاه في حين يرى آخرون أنهم غير جادون في العمل نتيجة عدم توفر ظروف العمل وكذلك غياب التحفيز المادي والمعنوي وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم(34): مشكلات عدم جدية المبحوثين في أدائهم العمل وعلاقته بالجنس.

الجنس	الاختيار لا	عدم الاقتناع بالتكوين الذي تلقينه	عدم ملائمة منصب العمل	أخرى	المجموع
ذكر	1	12.5%	5	2	8
			62.5%	25%	100%
أنثى	1	33.33%	2	/	3
			66.67%		100%
المجموع	2	18.18%	7	2	11
			63.64%	18.18%	100%

حيث يظهر من الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين بنسبة 63.64% يرون أن عدم جدية في العمل يعود الى عدم ملائمة منصب العمل حيث تشكل نسبة الإناث 66.67% أما الذكور فتمثل 62.5% فعدم حصول العامل على المكانة التي تلائم قدراته وتوجهاته يجعله غير جاد في عمله وذلك يستوجب وضع الفرد المناسب في المكان المناسب. أما الذين يرون عدم جدية مصدرها عدم الاقتناع بالتكوين الذي تلقوه فهو يعود إلى اختيار بعض العاملين للتكوين عن غير رغبة منه أي تحقيقاً لرغبة الأهل مثلاً أو لمواجهة ظروف مؤقتة كالبطالة في انتظار تغيير منصب العمل ، في حين كانت إجابات أخرى بنسبة 18.18% والممثلة للمبحوثين الذين يرون في ضعف ظروف العمل وغياب الحوافز المادية والمعنوية مصدر عدم جديتهم في العمل .

فالاهتمام بالعامل في منصبه وتوفير الظروف الملائمة وتثمين جهوده من خلال التحفيز المادي والمعنوي من شأنه أن يجعل العامل شبه الطبي يعمل على تكريس جهوده على العمل ويجعله يعمل بجدية وهو ما ينعكس على أدائه .

الجدول رقم(35): أداء المبحوثين لعملهم على أحسن وجه وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	أداء العمل على أحسن وجه
			الجنس
63 %100	9 %14.3	54 %85.7	ذكر
68 %100	12 %17.6	56 %82.4	أنثى
131 %100	21 %16	110 %84	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أجابوا بأنهم يؤدون أعمالهم على أحسن وجه أي أن نسبة 84% أجابوا بـ"نعم" وتشكل نسبة الذكور فيها 85.7% في حين بلغت نسبة الإناث 82.4% أما الذين أجابوا بـ"لا" فنسجل 16% أين شكلت نسبة الإناث 17.6% والذكور 14.3% ، فكل عامل له تداعياته الخاصة في تقديم هذه الإجابة حيث يرى بعض الذين أجابوا بنعم أنهم يؤدون عملهم على أحسن وجه من خلال التغلب على مشكلات العمل وقلة الأخطاء أما البعض الآخر فيرون أنهم يحبون عملهم مما يجعلهم يعملون على إتقانه، ويرى آخرون أن الضمير المهني هو الذي يملئ عليهم ذلك في حين لم يقدم البعض منهم أي تبرير، أما الذين يرون أنهم لا يؤدون عملهم على أحسن وجه فيرجعون ذلك إلى عدم توفر ظروف العمل ، كما يرى البعض منهم أن أسباب ذلك هو قصور في المعلومات و يرى آخرون أن ذلك مرده إلى وجود ضغوط ومشكلات في العمل.

الجدول رقم(36): مساهمة التكوين في إنجاز العمل في الوقت المحدد وعلاقته بالجنس.

المجموع	أبدا	أحيانا	دائما	مساهمة التكوين في العمل الجنس
63 %100	2 %3.2	27 %42.9	34 %54	ذكر
68 %100	1 %1.5	40 %58.8	27 %39.7	أنثى
131 %100	3 %2.3	67 %51.1	61 %46.6	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أن التكوين يساهم في إنجاز العمل في الوقت المحدد حيث شكل الاختيار "أحيانا" أكبر نسبة والقدرة بـ 51.1% وشكلت نسبة الإناث فيها 58.8% مقابل 42.9% للذكور متبوعة بنسبة 46.6% للاختيار "دائما" أين شكلت نسبة الذكور فيها 54% أما الإناث فشكلت 39.7% في حين سجلنا كأقل نسبة للاختيار أبدا بنسبة 2.3% حيث شكلت نسبة الذكور 3.2% أما الإناث نسبة 1.5% فمن خلال إجابات المبحوثين يبدو أن للتكوين دور نسبي في مساعدة العاملين في أداء أعمالهم في الوقت المحدد وتختلف باختلاف الجنس. فالتكوين كآلية تنتهجها المنظمة لتنمية قدرات العاملين تساهم بشكل متفاوت في المساعدة على إنجاز العمل في الوقت المحدد وهو ما يعبر على أن اعتماد المؤسسة على التكوين كسبيل لرفع مهارات العاملين شبه الطبيعي ضئيل مما يعيق إنجاز العمل في الوقت المحدد.

الجدول رقم (37): توفير التكوين للمهارات اللازمة لأداء العمل وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	توفير التكوين للمهارات الأقدمية
45 %100	12 %26.7	33 %73.3	أقل من 5 سنوات
19 %100	3 %15.8	16 %84.2	[10-5[
8 %100	2 %25	6 %75	[15-10[
7 %100	3 %42.9	4 %57.1	[20-15[
22 %100	7 %31.8	15 %68.2	[25-20[
18 %100	2 %11.1	16 %88.9	[30-25[
11 %100	2 %18.2	9 %81.8	أكثر من 30 سنة
130 %100	31 %23.8	99 %76.2	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أن التكوين أسهم في تلقينهم المهارات اللازمة بنسبة 76.2% في حين نجد أن 23.8% ترى أن التكوين لا يوفر القدرات اللازمة لأداء العمل بفعالية فمن الاتجاه العام نجد أن المبحوثين ذوي الأقدمية [30-25[تشكل الأغلبية بنسبة 88.9% متبوعة بنسبة 84.2% للأقدمية [10-5[تليها نسبة 81.8% بالنسبة للأقدمية أكثر من 30 سنة ، ونسبة 75% للأقدمية [15-10[سنة و 73.3% للأقدمية أقل من 5 سنوات في حين نسجل أقل نسبة للأقدمية [20-15[سنة بنسبة 57.1%.

وكما يبدو من خلال النتائج أن أغلبية المبحوثين أجابوا بأنهم اكتسبوا المهارات اللازمة لأداء عملهم بفعالية وهو ما يعني درجة تحقيقهم للأهداف مهما كانت الوسائل المستخدمة في ذلك والفعالية هي ذلك الفرق بين ما هو محقق وما هو متوقع ، فمن خلال الإستراتيجية التي تنتهجها المؤسسة الإستشفائية نلاحظ أن للتكوين دور حساس في العملية التنظيمية بدليل أن المؤسسة تعمل على استقطاب اليد العاملة المؤهلة كما تعمل في ذات الوقت على تكوينها في المدارس والمؤسسات المعتمدة قبل التوظيف كما أنها تمنح فرص إضافية للعاملين لاكتساب مهارات جديدة ومواكبة التطورات الحاصلة في الميدان من خلال التكوين المستمر للعاملين ، فالفاعل شبه الطبي يرى في التكوين الوسيلة المناسبة لرفع كفاءته وبالتالي فهو يضع رهانات وأهداف يعمل على تحقيقها ضمن استراتيجية المؤسسة التي لها رهاناتها الخاصة وهي تقديم خدمات صحية أكثر ما يقال عنها أنها نوعية ، في حين أن الفاعل شبه الطبي يستغل هذه الرهانات المرسومة ضمن استراتيجية المؤسسة والتي هي الهدف الذي يعمل من أجله وتكوين رهانات تتعلق به يعمل على تحقيقها ، فالتكوين قد يكون باب في الحصول على ترقية أو بلوغ المكانة التي يطمح إليها الفاعل الشبه طبي ، كما قد تكون منفذ للزيادة في الأجر أو الراتب،فاكتساب المهارات أو القدرات من خلال التكوين تعطي للفاعل شبه الطبي الثقة في النفس والقدرة على مواجهة المشكلات المرتبطة بالعمل وبالتالي فالتكوين يمنح له قدر من الاستقلالية والحرية في الاختيار بين البدائل التي تمكنه من اللعب ضمن منطقة الشك التي يحتلها في نطاق الإستراتيجية المرسومة.

الجدول رقم (38): اكتساب المبحوثين للكفاءة التي تمكنهم من أداء العمل وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	اكتساب المبحوثين للكفاءة للأقدمية
45 %100	16 %35.6	29 %64.4	أقل من 5 سنوات
19 %100	3 %15.8	16 %84.2	[10-5[
8 %100	4 %50	4 %50	[15-10[
7 %100	2 %28.6	5 %71.4	[20-15[
22 %100	7 %31.8	15 %68.2	[25-20[
19 %100	2 %10.5	17 %89.5	[30-25[
11 %100	0 %0	11 %100	أكثر من 30 سنة
131 %100	34 %26	97 %74	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أجابوا أنهم يتمتعون بالكفاءة اللازمة التي تمكنهم من أداء العمل حيث نجد 74% منهم أجابوا بـ "نعم" وأن 26% منهم يرون أنهم لا يملكون الكفاءة اللازمة لأداء العمل.

ويظهر من الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين الذين أجابوا باكتسابهم الكفاءة اللازمة لأداء العمل يتمركزون في الأقدمية أكثر من 30 سنة بنسبة 100% متبوعة بنسبة 89.5% بالنسبة للأقدمية [30-25[سنة ونسبة 84.2% للأقدمية من [10-5[سنوات في حين بلغت نسبة 71.4% الأقدمية [20-15[سنة ونسبة 64.4% للأقدمية أقل من 5 سنوات وتم تسجيل أقل نسبة والمقدرة بـ 50% بالنسبة للأقدمية

[10-15] سنة، أما الذين أجابوا بـ "لا" فهم يرون أنهم لا يتمتعون بالكفاءة اللازمة و يعود ذلك إلى محدودية التكوين وأن طرق التكفل بالمريض هي في تطور مستمر كما يرى البعض منهم أن ذلك يعود الى ضعف التأطير وغياب الكفاءات التي تمكنهم من اكتساب مهارات جديدة تمكنهم من أداء العمل بكفاءة، في حين نجد البعض الآخر منهم لم يقدم أي تبرير. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(39):العوامل التي تحول دون اكتساب المبحوثين للكفاءة التي تمكنهم من أداء العمل وعلاقته بالأقدمية.

الاختيار لا الأقدمية	محدودية التكوين وتطور طرق التكفل بالمريض	ضعف التأطير وغياب الكفاءات	دون تبرير	المجموع
أقل من 5 سنوات	7 %43.75	5 %31.25	4 %25	16 %100
[10-5[	2 %66.67	1 %33.33	0	3 %100
[15-10[	0	2 %50	2 %50	4 %100
[20-15[	1 %50	0	1 %50	2 %100
[25-20[	4 %57.14	1 %14.29	2 %28.57	7 %100
[30-25[	0	1 %50	1 %50	2 %100
المجموع	14 %41.18	10 %29.41	10 %29.41	34 %100

نلاحظ من الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين الذين يرون أنهم لا يتمتعون بالكفاءة اللازمة لأداء العمل ويعود ذلك إلى محدودية التكوين وتطور طرق التكفل بالمريض

بنسبة 41.18% حيث تتمركز نسبة 66.67% منهم في الأقدمية [5-10] سنوات متبوعة بنسبة 57.14% للأقدمية [20-25] سنة. أما أقل نسبة فسجلت عند الأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 43.75%، في حين ترى نسبة 29.41% أنهم لا يتمتعون بالكفاءة اللازمة نتيجة ضعف التأطير وغياب الكفاءات في المؤسسة حيث جاءت بنسب متساوية بالنسبة للأقدمية [10-15] و [25-30] سنة كما أن نسبة 29.41% أيضا من المبحوثين الذين أجابوا بأنهم لا يتمتعون بالكفاءة اللازمة لأداء العمل لم تقدم أي تبرير حول دوافع الإجابة.

ومهما كانت الإجابات التي تشير إلى عدم اكتساب العامل شبه الطبي للكفاءة التي تمكنه من أداء عمله تبقى أغلبية الإجابات تشير إلى أن العامل شبه الطبي يتمتع بالكفاءة اللازمة من خلال إجابات المبحوثين الذين أجابوا بالإيجاب. ويبدو جليا من الاتجاه العام أنه بزيادة أقدمية العامل في مجال عمله نجده يتمتع بالكفاءة اللازمة التي تمكنه من أداء عمله ، هذه الأخيرة التي تمثل مجموعة من السلوكات والمعارف والأهداف أو المخرجات التي تسعى المؤسسة أو المنظمة الإستشفائية تحقيقها أو بلوغها. فاعتقاد العامل شبه الطبي كفاعل تنظيمي أنه يتمتع بالكفاءة وأنه قادر على تحويل هذه المدخلات الى مخرجات الأمر الذي يمنح له هامش من الحرية وامتلاك منطقة شك تمكنه من فرض ألعابه والقدرة على إخفاء مناوراته مما يمكنه في النهاية إلى اكتساب سلطة يستطيع من خلالها التأثير على الآخر في سبيل تحقيق رهانات وأهداف يضعها ، إلا أن هذا الاعتقاد قد يصدم في الميدان ببعض العوائق الأمر الذي يحول دون تحقيق هذه الرهانات والقضايا.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج الأثر الإيجابي للتكوين المستمر على الأداء.

يعتبر التكوين عملية جوهرية في تسيير الموارد البشرية باعتباره الآلية المباشرة في تنمية ورفع قدرات العاملين فالمؤسسة الإستشفائية تعمل على استقطاب اليد العاملة التي يعهد إليها تسيير مصالحها الإستشفائية وتعمل على تكوينهم وإعدادهم وفقا لمتطلباتها ولمواجهة احتياجاتها، فالعامل شبه الطبي يخضع للتكوين قبل الالتحاق بمنصبه كما يخضع للتكوين المتواصل بعد التوظيف سواء في المؤسسة ذاتها أو خارجها ، أما من حيث الجهة التي تقوم بالتكوين فقد يعهد إلى مؤسسة عمومية وهو الطابع الشائع في المؤسسة العمومية كما قد يكون في المؤسسات الخاصة والمعتمدة من طرف الدولة ، أما من حيث دورات التكوين فالمؤسسة الإستشفائية تنتهج ضمن استراتيجيتها التكوين المتواصل كآلية لتحسين مستويات العاملين شبه الطبيين وتعمل على تأهيلهم لأداء الأدوار المنوطة بهم ، حيث يبدأ من الاتجاه العام للحاصلين على فرصة التكوين أن للإدارة السلطة العليا في اختيار العاملين الذين تمنح لهم الفرصة للالتحاق بالتكوين المستمر وهو الأمر الذي يعتبره العامل شبه الطبي لا ينطلق من قناعات ذاته وإنما يعتبر في حد ذاته قرارات تفرضها الإدارة العامة لتدبير أمورها فهي لا تعبر عن احتياجات المؤسسة في حد ذاتها وإنما هي نابعة من قرارات فوقية صادرة من المنظمة الوصية لاسيما ما يصدر من متخذي القرار في المنظمة الصحية وكذا لا تمنح القدر الكافي من الوقت ولا تركز كل الجهد على عملية التكوين وإنما هي عملية روتينية في الغالب ما تتم وفق شروط محددة ضمن استراتيجية المؤسسة لاسيما ما يتعلق منها بمبدأ الأقدمية في العمل، حيث أن العامل ذو الأقدمية في العمل له هامش من الحرية ويمتلك منطقة شك كبيرة يستطيع من خلالها المناورة واللعب في سبيل تحقيق قضايا ورهانات يرسمها هذا الفاعل شبه الطبي والذي يمتلك من خلالها سلطة يستطيع بها التأثير على الآخر لاسيما وأنه يعتبر أن التكوين الغاية المثلى التي من خلالها يستطيع التغلب على المشكلات التي تعترض مسيرته الوظيفية والتي يمكن أن تعيق أو تحد من أدائه.

فالفاعل شبه الطبي يرى أنه في حاجة مستمرة إلى التكوين لأنه على قناعة تامة بأنه الوسيلة المناسبة لرفع وتنمية القدرات المهنية في المؤسسة الإستشفائية ويعتبر التكوين المستمر الآلية التي من خلالها يبقى الفاعل شبه الطبي في اتصال مع المستجدات التي تطرأ في المجال الصحي ، فالحاجة إلى التكوين غير مقتصرة على فئة بعينها أو على جنس بذاته وإنما هي نابعة من احتياجات مصلحة قد يراها العامل شبه الطبي والتي تحركه دوافع معنوية كانت أو مادية كما قد ترى بعيون الرئيس المباشر الذي يسهر على تسيير المصلحة واقتناعه بضعف مؤهلات العاملين الذين يسهر على إدارتهم ولاقتناعه بصعوبة توظيف المعلومات التي حصلوا عليها وانهم في حاجة إلى تدعيم قدراتهم ، أما من حيث مدى الاستفادة من التكوين الذي تلقاه العامل شبه الطبي فأغلبية المبحوثين الذين يرون أنهم استفادوا من التكوين الذي تلقوه من خلال قدرتهم على مواجهة مشكلات العمل وكذا انخفاض الأخطاء وذلك من خلال البرامج المقدمة في إطار رفع القدرات وتنمية المهارات للعاملين شبه الطبيين وفي صدارتها البرامج العلمية والتقنية دون إهمال الجوانب السلوكية والنفسية، أما من حيث توجهات العاملين حول الأساليب المتبعة في العملية التكوينية فيعتبر الفاعلين الإستشفائيين أن المناقشات والأيام الدراسية هي الأساليب الأكثر نجاعة في إيصال البرامج المقترحة لتأهيل وتكوين الفاعلين شبه الطبيين ، لاسيما وأن أغلب ممارسي مهنة التمريض يرون أنهم واجهوا مشكلات أثناء أدائهم لعملهم خاصة ما يتعلق منها بانعدام ظروف العمل ، حيث يرون في ذات الوقت أن تجاوز هذه المشكلات والعقبات يتم بالاعتماد على الزملاء بنسبة كبيرة كما أن البعض يواجه هذه المشكلات من خلال طلب تكوين إضافي وهو ما لا يتاح إلا وفق قوانين تحددها السلطة العليا، وكما يبدو أن العامل شبه الطبي يمارس نشاطه وعمله بجدية وأن أغلبية المبحوثين يعتبرون أنهم جادون في عملهم إلا أن هناك من يرى أنه غير جاد في العمل ويرجعون ذلك إلى عدم توفر ظروف العمل وغياب التحفيز المادي والمعنوي وبالرغم من ذلك فالعامل شبه الطبي نجده يؤدي عمله على أحسن وجه والعمل على إتقانه، إلا أنهم يرون أنهم يعانون من ضغوط في العمل إلا أن الضمير

المهني هو المحرك الأساس لأداء أعمالهم على أحسن وجه لاقتناعهم أنهم يتفاعلون ويتعاملون مع شريحة حساسة لا تملك سوى الحق في الحياة وأن أي تقصير اتجاهها يعتبر تقصير في حياتهم.

فالاعتماد على التكوين كآلية لرفع فعالية الفاعل شبه الطبي وتثمين اتجاهه نحو الأداء يجعل المؤسسة الإستشفائية تنتهج استراتيجية التكوين المتواصل لتحقيق رهانات وقضايا تمثل صلب احتياجات المؤسسة وكذا لتفعيل دور العامل شبه الطبي في العملية الإستشفائية والتنظيمية كفاعل استراتيجي يعهد آلية تنفيذ استراتيجية المؤسسة ونجاحها متوقف على نجاحه، إذ تعتبر الفعالية والكفاءة من معايير النجاح وصناعة التميز من خلال تحويل المدخلات إلى مخرجات قابلة للقياس، فالعامل شبه الطبي ومن منطلق اعتقاده أنه يتمتع بالكفاءة والفعالية الأمر الذي يمنح له هامش من الاستقلالية والحرية ما يمكنه من اكتساب منطقة شك كبيرة تسمح له من فرض ألعابه ومناوراته وهو ما يمكنه في النهاية من اكتساب السلطة التي من خلالها يستطيع التأثير على الآخر في سبيل تحقيق الرهانات والقضايا المرسومة ضمن استراتيجية المؤسسة، فالتكوين بهذا المنطلق ومن خلال اتجاهات العاملين شبه الطبيين يوفر القدر الكافي من المعارف والمعلومات التي تمكنه من أداء دوره الوظيفي على أحسن حال وبالتالي يجعل للتكوين أثر إيجابي على أداء العامل شبه الطبي وهو ما يحقق الفرضية المصاغة.

المبحث الثاني: أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

المطلب الاول: تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

الجدول رقم(40): كفاية الأجر الذي يتقاضاه المبحوثين لسد حاجاتهم وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	كفاية الاجر الأقدمية في العمل
45 %100	28 %62.2	17 %37.8	أقل من 5 سنوات
19 %100	15 %78.9	4 %21.1	[10-5[
8 %100	7 %87.5	1 %12.5	[15-10[
7 %100	6 %85.7	1 %14.3	[20-15[
22 %100	19 %86.4	3 %13.6	[25-20[
18 %100	14 %77.8	4 %22.2	[30-25[
11 %100	8 %72.7	3 %27.3	أكثر من 30 سنة
130 %100	97 %74.6	33 %25.4	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 74.6% أجابوا بعدم كفاية الأجر لسد حاجاتهم في حين أجاب منهم 25.4% بأن الأجر الذي يتقاضونه كاف لسد حاجاتهم و يظهر جليا من الاتجاه العام أن أغلبية العاملين غير راضون على الأجر الذي يتقاضونه وهذا على اختلاف أقدميته في العمل وينسب متقاربة بين

مختلف الأقدميات، حيث سجلنا 87.5% للأقدمية من [10-15] متبوعة بنسبة 86.4% للأقدمية [20-25] ونسبة 85.7% للأقدمية [15-20] و 78.9% بالنسبة للأقدمية [5-10] و 77.8% للأقدمية [25-30] أما الأقدمية أكثر من 30 سنة فسجلنا 72.5% وتم تسجيل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 62.2% فهذه الأخيرة تعتبر حديثة التوظيف وأقدميتها غير كبيرة، وأن الأجر الذي تتقاضاه منخفض نسبيا مقارنة بالأقدميات الأخرى كما نلاحظ أيضا أن الأقدمية أكثر من 30 سنة تسجل كثاني أقل نسبة والسبب في ذلك يعود إلى عدم حصول بعض العاملين ذو الأقدمية الكبيرة على فرصة للارتقاء في السلم الهرمي. وبالتالي ترى أن الأجر غير كاف لسد حاجاتهم ، فالأجر كمؤشر قوي لقياس أداء الفاعلين في المؤسسة الاستشفائية، إذ نجد أن أغلبية العاملين شبه الطبيين يعتبرون الأجر الذي يتقاضونه غير كاف نتيجة ارتفاع الأسعار وغلاء ظروف المعيشة إذ يلاحظ أنه كلما كانت هناك زيادة في الأجر كلما صاحبها ارتفاع في الأسعار، فالأجر يعتبر من المطالب الكبرى التي رفعها العاملون شبه الطبيين في مختلف وقاتهم الاحتجاجية حيث لجأت في سبيل تحقيق هذا المطلب إلى الإضرابات المختلفة، وإذا كان الأجر بالنسبة لهذه الفئة قد عرف زيادة معتبرة فإنه لا يلبي احتياجات العامل شبه الطبي، فالاهتمام بالعامل في منصبه من حيث توفير ظروف العمل وتحسين الأجر يجعله يكرس كل فكره وجهده على العمل دون التواني أو التفكير في مغادرته، فالأجر قد يكون عامل لجذب واستقطاب الموارد البشرية كما قد يكون عامل للطرد خاصة إذا كان لا يتوافق ومتطلبات العامل، كما يمكن أن يكون عامل محفز على الأداء و يمكن أن يولد الشعور لدى العامل بالانتماء إلى المؤسسة، والتكوين باعتباره يزيد من قدرات العاملين وينمي المهارات لديهم فإنه يساهم في ذات الوقت في تحسين العائد المادي للفرد.

الجدول رقم(41): ممارسة المبحوثين لنشاط آخر خارج عملهم وعلاقتها بالجنس.

المجموع	لا	نعم	ممارسة نشاط آخر الجنس
63 %100	48 %76.2	15 %23.8	ذكر
68 %100	62 %91.2	6 %8.8	أنثى
131 %100	110 % 84	21 %16	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين لشبهه الطبيب بنسبة 84% أجابوا بأنهم لا يمارسون نشاطا آخر خارج وقت العمل حيث يرى أولئك أنه لا يمكن الجمع بين وظيفتين ما يترتب عنه تشتيت الجهد والفكر وكذا لاعتبار البعض أن ذلك يتعارض مع القوانين الوضعية والتي لا تسمح بذلك ، في حين نجد أن 16% من المبحوثين أجابوا بأنهم يمارسون نشاطات اخرى عند نهاية الدوام الرسمي ، وحول تداعيات ممارسة المبحوثين لنشاطات اخرى خارج الدوام الرسمي فيرى البعض منهم أن ذلك يعود الى مواجهة احتياجات أخرى ولسد العجز المالي الناجم عن قلة الأجر كما أن البعض الاخر يرى في ذلك استغلالا لوقت الفراغ والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(42): دوافع ممارسة المبحوثين لنشاط آخر خارج العمل وعلاقته بالجنس.

المجموع	استغلال وقت الفراغ	قلة الأجر	الاختيار نعم الجنس
15 %100	0	15 %100	ذكر
6 %100	2 %33.33	4 %66.67	أنثى
21 %100	2 %9.52	19 %90.48	المجموع

نلاحظ من خلال الاتجاه العام الدافع لممارسة العامل شبه الطبي لنشاط آخر هو قلة الأجر بنسبة 90.48% من المبحوثين حيث شكلت نسبة الذكور 100% في حين بلغت نسبة الإناث 66.67% ، وهو الأمر الذي يراه العامل شبه الطبي بأنه طبيعي وعادي على اعتبار أنه أنهى دوامه وبالتالي يعتبر هذا النشاط كعائد يغطي به المتطلبات الإضافية الناجمة عن قلة الأجر خاصة أولئك الذين يعملون أسر كبيرة ، أما من حيث الأنشطة التي يمارسها العامل شبه الطبي فهي تمثل بعض المهن والأنشطة الموازية كإنشاء متاجر أو مزولة بعض الأنشطة خارج التأمين. أما فيما يتعلق بالإناث فنجدهن يمارسن بعض الأعمال المنزلية الموجهة للغير والتي توافق طبيعتهم الاجتماعية كامرأة ، كما نجد أن أغلبهن بنسبة 33.33% يعتبرن أنهن يمارسن هذا النشاط بغية استغلال وقت الفراغ ومن جهة أخرى لمواجهة بعض المتطلبات المنزلية خاصة إذا اعتبرنا أن معظم النساء يساهمن في تغطية المصاريف المنزلية مع أزواجهن ، و في حالات عديدة تعتبر المرأة مصدر للدخل الأسري خاصة إذا كان الرجل لا يعمل أو يمارس أنشطة لا توفر دخل كبير مع المتطلبات التي تزداد يوم بعد يوم ومع ارتفاع وغلاء ظروف المعيشة. فالعامل شبه الطبي يعمل على بناء إستراتيجية متعلقة به في حدود الإستراتيجية التي ترسمها

المنظمة التي يعمل بها فهو يعمل على استغلال الوقت خارج الدوام في سبيل زيادة الأجر، هذا الأخير نجده غير مبني على قواعد صلبة تتوافق مع متطلبات العاملين على اختلاف وظائفهم ومهامهم وكذا لا يراعي تطلعاتهم المستقبلية بالنظر إلى وضعياتهم الاجتماعية، فالمنظمة الصحية كمنسق جزئي من نسق كلي وهو النظام الاجتماعي يجب أن تعمل على اعتماد سياسة واضحة للأجور تعتمد على تطلعات واحتياجات العاملين بها ومراعاة ظروفهم الاجتماعية حتى لا يشتم فكره وجهده بين العمل الرسمي والعمل الغير الرسمي الذي يلجأ إليه في سبيل زيادة المداخل ولمواجهة احتياجات يراها طارئة.

الجدول رقم(43): تقديم المؤسسة للامتيازات للمبحوثين وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا أدري	لا	نعم	تقديم الامتيازات الجنس
63	17	33	13	ذكر
%100	%27	%52.4	%20.6	
68	28	34	6	أنثى
%100	%41.2	%50	%8.8	
131	45	67	19	المجموع
%100	%34.4	%51.1	%14.5	

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين شبه الطبيين بنسبة 51.1% يرون أن المؤسسة لا تقدم امتيازات للعاملين لديها وتمثل نسبة الذكور 52.4% مقابل 50% للإناث في حين أجابت 34.4% أنها لا تعلم ما إذا كانت المؤسسة تقدم امتيازات للعاملين من عدمه حيث نسجل نسبة 41.2% للإناث و 27% للذكور، كما ترى نسبة 14.5% من المبحوثين أن المؤسسة تقدم امتيازات للعاملين حيث تشكل نسبة الذكور 20.6% بينما بلغت نسبة الإناث 8.8%، ومن هذا يظهر جليا أن المؤسسة الإستشفائية العمومية لا تقدم امتيازات للعاملين وغياب نظام الحوافز

كأساس لرفع أداء العاملين وعدم وجود استراتيجية واضحة للاهتمام بالعامل شبه الطبي لرفع معنوياته والاعتراف بقدراته الكامنة ، حيث تختلف وجهات النظر من حيث اعتراف العاملين شبه الطبيين بتقديم المؤسسة لامتيازات للعاملين لديها على اختلاف أقدميتهم في العمل لاسيما ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم(44): تقديم المؤسسة لامتيازات للمبجوثين وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا أدري	لا	نعم	تقديم المؤسسة للامتيازات الأقدمية في العمل
45 %100	29 %64.4	13 %28.9	3 %6.7	أقل من 5 سنوات
19 %100	4 %21.1	11 %57.9	4 %21.1	[10-5[
8 %100	1 %12.5	6 %75	1 %12.5	[15-10[
7 %100	1 %14.3	6 %85.7	0	[20-15[
22 %100	4 %18.2	16 %72.7	2 %9.1	[25-20[
19 %100	6 %31.6	10 %52.6	3 %15.8	[30-25[
11 %100	0	5 %45.5	6 %54.5	أكثر من 30 سنة
131 %100	45 %34.4	67 %51.1	19 %14.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبجوثين يرون أن المؤسسة لا تقدم امتيازات للعاملين حيث تتمركز في الأقدمية [20-15[متبوعة بالأقدمية [15-10[بنسبة

75% وتليها نسبة 72.7% بالنسبة للأقدمية [20-25] وكذا الأقدمية [5-10] بنسبة 57.9% و 52.6% للأقدمية [25-30] و 45.5% للأقدمية أكثر من 30 سنة في حين نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 28.9% كما نلاحظ أن نسبة 34.4% أجابوا بعدم درايتهم إن كانت المؤسسة تقدم امتيازات للعاملين وتتمركز بنسبة 64.4% للعاملين الأقل أقدمية ونسبة 31.6% بالنسبة للأقدمية [25-30] كما أنه لم نسجل أي نسبة فيما يتعلق بالأقدمية أكثر من 30 سنة ، أما الذين يرون أن المؤسسة تقدم امتيازات للعاملين فتتمركز في الأقدمية أكثر من 30 سنة بنسبة 54.5% ويبين أن هذه الفئة على دراية واسعة عما يجري في محيط العمل كما نسجل نسبة 6.7% بالنسبة للأقدمية أقل من 5 سنوات وهذه الأخيرة تتميز بقلة خبرتها في الميدان وحدائتها في المنصب ، حيث أنها لا تملك حرية أكبر مقارنة بالأقدمية أكثر من 30 سنة والتي لها هامش حرية ومنطقة شك كبيرة تستطيع من خلالها المناورة لتحقيق القضايا والرهانات المرسومة ضمن استراتيجية المؤسسة وعليه مع زيادة أقدمية العامل شبه الطبي في منصبه تزيد الرهانات والقضايا التي يعمل على تحقيقها وبالتالي زيادة سلطته.

الجدول رقم(45):استفادة المبحوثين من الامتيازات الممنوحة وعلاقته بالجنس.

المجموع	الاستفادة من الامتيازات		الجنس
	لا	نعم	
63 %100	51 %81	12 %19	ذكر
68 %100	65 %95.6	3 %4.4	أنثى
131 %100	116 % 88.5	15 %11.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 88.5% أجابوا بأنهم لم يستفيدوا من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة حيث بلغت نسبة الإناث 95.6% في حين بلغت نسبة الذكور 81% أما الذين يرون أنهم استفادوا من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة فلا تمثل سوى 11.5% أين شكلت نسبة الذكور 19% والإناث 4.4% وبيدوا واضحا أن نظام الحوافز في المؤسسة الإستشفائية يبدوا ضعيفا بالنظر إلى نسبة المستفيدين مقارنة بالغير المستفيدين من هذه الامتيازات كما أن الذكور أكثر استفادة مقارنة بالإناث ، إذ يعتبر معيار الأقدمية العامل الحاسم في ذلك والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(46):استفادة المبحوثين من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	الاستفادة من الامتيازات الأقدمية في العمل
45 %100	45 %100	0	أقل من 5 سنوات
19 %100	15 %78.9	4 %21.1	[10-5[
8 %100	8 %100	0 %0	[15-10[
7 %100	7 %100	0 %0	[20-15[
22 %100	20 %90.9	2 %9.1	[25-20[
19 %100	16 %84.2	3 %15.8	[30-25[
11 %100	5 %45.5	6 %54.5	أكثر من 30 سنة
131 %100	11 %88.5	15 %11.5	المجموع

نلاحظ من الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين الذين لم يستفيدوا من الامتيازات الممنوحة من طرف المؤسسة تتمركز في المستويات الأقل أقدمية حيث بلغت نسبة 100% بالنسبة للأقدمية أقل من 5 سنوات وكذا الأقدمية من [15-10[و [20-15[وبلغت نسبة 90.9% للأقدمية [25-20[في حين نجد أقل نسبة تتمركز في الأقدمية أكثر من 30 سنة بنسبة 45.5%، وفي المقابل نجد أن أكبر نسبة للمستفيدين من الامتيازات الممنوحة من طرف المؤسسة تتمركز في الأقدمية أكثر

من 30 سنة بنسبة 54.5% وتقل في المستويات الأخرى كما تتعدم تماما في المستويات الدنيا بالنسبة للعاملين الأقل خبرة كما هو الحال لدى العاملين الأقل من 5 سنوات وكذا الأقدمية من [10 - 15] سنة و [15 - 20] سنة إذ يبدو واضحا أن العامل كلما كانت له أقدمية في عمله كلما نجد له هامش حرية ويمتلك منطقة شك كبيرة تمكنه من فرض ألعابه وتحقيق أهدافه ورهاناته ، فالعامل شبه الطبي الأقل خبرة وأقدمية في العمل تقل رهاناته كما تقل حريته في المفاضلة واختيار القضايا والأهداف التي يعمل على تحقيقها ، وأن العامل الأكثر أقدمية يعتبر على دراية واسعة بالبيئة والمحيط الذي يعمل فيه وبالتالي تمكنه أقدميته من التفاوض والمناورة ضمن نسق العلاقات التي يرسمها ضمن استراتيجيته الخاصة وفي حدود إستراتيجية المؤسسة ، ومن منطلق أن المؤسسة الإستشفائية تعتمد على مجموعة من القواعد والشروط في منح تلك الامتيازات لاسيما ما يتعلق بالأقدمية في العمل وكذا اعتبارات أخرى كالمحسوبية والمحاباة التي يراها الفاعل شبه الطبي على اختلاف أقدميته في العمل والتي تحول دون حصوله على هذه الامتيازات الممنوحة من طرف المؤسسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(47):الاعتبارات التي تحول دون استفادة المبحوثين من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة وعلاقته بالأقدمية.

الاختيار "لا" الأقدمية في العمل	أداؤك ضعيف	عملك غير مهم	خبرتك غير كافية	اعتبارات المحسوبية والمحاباة	بدون إجابة	المجموع
أقل من 5 سنوات	0	0	38	6	1	45 %100
[10-5[	0	1	7	7	0	15 %100
[15-10[	0	0	3	5	0	8 %100
[20-15[	0	0	3	3	1	7 %100
[25-20[	0	0	4	4	2	20 %100
[30-25[	0	0	7	8	1	16 %100
أكثر من 30 سنة	0	1	0	4	0	15 %100
المجموع	0	2	62	47	5	116 %100

إذ نلاحظ أن أغلبية العاملين بنسبة 53.45% يعتبرون أنهم لم يحصلوا على الامتيازات الممنوحة من طرف المؤسسة نتيجة قلة خبرتهم في الميدان حيث نجد نسبة 84.45% تتمركز في الأقدمية أقل من 5 سنوات في حين تنعدم في الأقدمية أكثر من 30 سنة كما نجد أن 40.52% يعتبرون أن المحسوبية والمحاباة هي العامل الذي يمنع حصولهم على الامتيازات الممنوحة ، حيث تتمركز نسبة 80% في الأقدمية أكثر من 30 سنة كما نجد أن أقل نسبة تتمركز في الأقدمية أقل من 5

سنوات بنسبة 13.33%، في حين نجد نسبة 4.31% من المبحوثين لم تقدم أية تفسير حول سبب منعهم من الحصول على الامتيازات وأن نسبة 1.72% ترى أن عملها غير مهم وبالتالي لم تلقى أية اهتمام وهو ما يحول بينها وبين الحصول على الامتيازات التي تقدمها المؤسسة.

فالعامل شبه الطبي حسب إجابات المبحوثين حول حصولهم على الامتيازات التي تقدمها المؤسسة وبالرغم من قلة نسبتها وإقرار الأغلبية بعدم وجودها يرى أن عامل الأقدمية أو الخبرة في العمل هي العامل الحاسم في حصولهم أو عدم حصولهم على هذه الامتيازات ، كما أن هناك اعتبارات أخرى كالمحسوبية والمحاباة التي يراها البعض بأنها موجودة ولا تكاد تخلوا من كل المنظمات والمؤسسة الوطنية وحتى العالمية على اختلاف أشكالها وأنشطتها ، فالمؤسسة بقدر ما تعمل بالجانب الرسمي بقدر ما تتخلله علاقات لا رسمية يمكن أن تساهم كما يمكن أن تعيق المسار التنظيمي والتوجيهي لهذه الامتيازات والسير الحسن للمؤسسة ككل.

الجدول رقم(48):عدم التحاق الزميل بمنصب العمل عند نهاية الدوام وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	تغادر ولا تبالي	تنتظر وتشتكي عليه	تنتظر حتى يلتحق	عدم التحاق الزميل الأقدمية في العمل
45 %100	1 %2.2	1 %2.2	43 %95.6	أقل من 5 سنوات
19 %100	0 %0	1 %5.3	18 %94.7	[10-5[
8 %100	0 %0	1 %12.5	7 %87.5	[15-10[
7 %100	0 %0	1 %14.3	6 %85.7	[20-15[
22 %100	0 %0	2 %9.1	20 %90.9	[25-20[
19 %100	1 %5.3	1 %5.3	17 %89.5	[30-25[
11 %100	2 %18.2	0 %0	9 %81.8	أكثر من 30 سنة
131 %100	4 %3.1	7 %5.3	120 %91.6	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 91.6% يرون أنهم عند نهاية الدوام الرسمي ينتظرون التحاق زميلهم الذي يعوضهم في العمل، وينسب متقاربة في مختلف الأقدميات، في حين نرى أن نسبة 5.3% تنتظر قدوم الزميل لكن في المقابل تشتكي عليه للرئيس المباشر نتيجة هذا التأخير. إذ نجد أكبر نسبة متمركزة في الأقدمية من [15-10[والمقدرة بـ 12.5%، في حين نجد 2.2% فيما يتعلق بالأقدمية أقل من 5 سنوات، كما نجد أن نسبة 3.1% من المبحوثين أجابوا بشأن تأخر الزميل أو عدم قدومه بالمغادرة واللامبالاة حيث نجد أن نسبة 18.2% تتمركز

في الأقدمية أكثر من 30 سنة متبوعة بنسبة 5.30% بالنسبة للأقدمية [25-30] ونسبة 2.2% بالنسبة للأقدمية أقل من 5 سنوات كما نجدها تنعدم بالنسبة للأقدميات الأخرى .

فالعامل شبه الطبي وعلى اعتبار أن المسؤولية الملقاة على عاتقه كبيرة نجده ينتظر قدوم الزميل الذي يعوضه ولا يغادر مكان العمل مهما كانت الظروف إلى غاية التحاقه أو تعويضه بزميل آخر وهذا ما يدل على ارتفاع الروح المعنوية لديه والاحترام المتبادل من طرف الزملاء في العمل وكذا الاقتناع بحجم المسؤولية الملقاة عليهم وهو ما يظهر أن العامل شبه الطبي يعمل على تسيير أموره بنفسه ، كما أن اختيار زميل العمل والمناوبات تخضع في الغالب إلى علاقات لا رسمية وفي حدود التنظيمات الرسمية كما أن العاملين شبه الطبيين لا يحبذون تقديم شكاوي للمسؤول المباشر وهذا تجنباً للفت انتباه المسؤول من جهة وكذلك لكسب الزمالة وعدم إحراج الزميل من جهة أخرى لأن هذا الموقف يمكن أن يصادفه في يوم من الأيام ولا يحبذون تدخل الإدارة في حياتهم المهنية، إذ يرى العامل شبه الطبي أن انتظار الزميل حتى التحاقه بالعمل يعتبر عرف شائع في المؤسسة الإستشفائية بغض النظر عن التعقيدات والقوانين الرسمية ، وإن كان البعض يرى أنه ينتظر لكنه يشتكي تأخر زميله في العمل إلى الرئيس المباشر فيتعلق الأمر ببعض العاملين الذين يميلون إلى الاعتماد على أنفسهم ولا يرون للزميل دور في حياتهم المهنية، فبقدر المسؤولية وما تقتضيه القوانين الرسمية بالانتظار حتى التحاق الزميل بقدر ما يرى في تخلفه عن العمل هو عصيان لتلك القوانين وبالتالي لا بد من تدخل الرئيس المباشر الذي يعتبر وسيط بينه وبين الزملاء في العمل وكذا الإدارة لضبط ومعالجة ذلك وهذا لتفادي تكرار هذا السلوك، في حين يرى البعض الآخر أنه غير مجبر على الانتظار حتى التحاق الزميل الذي يعوضه في العمل وعلى المسؤول المباشر العمل على معالجة هذا العجز باستقطاب عامل آخر من مصلحة أخرى حيث تقع هذه المسؤولية في الغالب على عاتق المراقب الطبي الذي يسهر على التنظيم المباشر للعمل داخل المصالح الإستشفائية ويبدوا واضحاً أن العامل الشبه طبي يكتسب هامش حرية في

اختيار زميل العمل ضمن علاقات لا رسمية في بناء استراتيجية يعمل من خلالها على تسيير أموره المتعلقة بالعمل وذلك في حدود الضبط الرسمي وضمن استراتيجية المؤسسة.

الجدول رقم(49): علاقة تغيب المبحوثين عن العمل بالجنس .

التغيب عن العمل الجنس	نعم	لا	المجموع
ذكر	9 %14.3	54 %85.7	63 %100
أنثى	4 %5.9	64 %94.1	68 %100
المجموع	13 %9.9	118 %90.1	131 %100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 90.1% أجابوا بأنهم لا يتغيبون عن العمل حيث تمثل نسبة الإناث 94.1% أما الذكور فبلغت نسبتهم 85.7% كما أن نسب العاملين الذين يتغيبون عن العمل فنقدر بـ 9.9% حيث تقدر نسبة الذكور بـ 14.3% مقارنة بالإناث المقدر بـ 5.9% و يبدووا واضحا أن الإناث أقل غيابا مقارنة بالذكور ، أما من حيث دوافع عدم الغياب فتختلف باختلاف تطلعات العاملين شبه الطبيعي والتي يمكن أن نجملها في الجدول التالي:

الجدول رقم(50): دوافع عدم غياب المبحوثين عن العمل وعلاقته بالجنس.

الجنس	الاختيار "لا"	تخوفك من العقاب الذي يفرضه المسؤول	طبيعة العمل تفرض عليك الالتحاق بالعمل	الإحساس بالمسؤولية اتجاه المريض	أخرى	المجموع
ذكر	2 %3.92	12 %23.5	36 %70.59	1 %1.96	51 %100	
أنثى	5 %7.46	21 %31.34	39 %58.21	2 %2.98	67 %100	
المجموع	7 %5.93	33 %27.97	75 %63.56	3 %2.54	118 %100	

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين بنسبة 63.56% يبررون دوافع التحاقهم بالعمل من منطلق الإحساس بالمسؤولية اتجاه المرضى حيث نسجل نسبة 70.59% للذكور و 58.21% للإناث في حين نجد أن 27.97% أجابت بأن طبيعة العمل تفرض عليك الالتحاق بالعمل خاصة مع نقص أعداد العاملين وأن غياب العامل شبه الطبي عن منصبه يخل بالعمل في المصلحة خاصة و أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بنقاوس تغطي الاحتياجات الصحية لثلاث دوائر "3" و "10" بلديات وإن حدث وأن حصل الغياب فهذا يؤدي إلى حصول ضغط في العمل ؛ كما ترى نسبة 5.93% أن دوافع عدم الغياب تعود إلى التخوف من الإجراءات العقابية المفروضة من طرف المسؤولين ، وترى نسبة 2.54% من العاملين دوافع عدم غيابهم تعود الى حب لعمل إضافة إلى ما يمليه عليهم الضمير المهني من ضرورة الالتحاق بالعمل. فالعامل شبه الطبي كفاعل تنظيمي له مكانته ضمن النسق المؤسساتي يتمتع بالاستقلالية وحرية الاختيار بين البدائل المختلفة لأداء العمل حيث نجد أن أغلبية العاملين شبه الطبيين يلتحقون بمناصبهم بدافع المسؤولية التي تملئها عليهم الوظيفة وما يتخللها من حب العمل إضافة إلى ما يمليه عليهم الضمير المهني.

الجدول رقم(51): وجود صعوبات لدى المبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالجنس.

المجموع	أبدا	أحيانا	دائما	وجود صعوبات الجنس
63 %100	11 %17.5	47 %74.6	5 %7.9	ذكر
68 %100	11 %16.2	48 %70.6	9 %13.2	أنثى
131 %100	22 %16.8	95 %72.5	14 %10.7	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أجابوا بشأن مدى وجود صعوبات في أداء أعمالهم حيث اختاروا "أحيانا" بنسبة 72.5% إذ نجد نسبة الذكور تمثل 74.6% بينما تمثل نسبة الإناث 70.6%، كما نلاحظ أن نسبة 16.8% من المبحوثين أجابوا بأنهم لا يواجهون أية صعوبة في أداء أعمالهم وتمثل فيها نسبة الذكور 17.5% بينما الإناث تمثل 16.2%، وفي المقابل نجد أن 10.7% يرون أنهم في مواجهة دائمة للصعوبات أثناء أدائهم لعملهم إذ تمثل نسبة الإناث 13.2% في مقابل الذكور بنسبة 7.9% وتختلف شدة هذه الصعوبات باختلاف مصدرها وكذا باختلاف فترة المناوبة وهو ما يمكن أن نجمله في الجدول التالي:

الجدول رقم(52):وجود صعوبات لدى المبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالجنس وفترة المناوبة.

المجموع	من جانب المرضى	من جانب الزملاء	من جانب الرؤساء	فترة الصعوبات المناوبة	
				الجنس	الفترة
2 %100	1 %50	1 %50	0	ذكر	نهائية
3 %100	1 %33.33	1 %33.33	1 %33.33		ليالية
5 %100	2 %40	2 %40	1 %20	المجموع الجزئي	
10 %100	3 %30	4 %40	3 %30	أنثى	نهائية
5 %100	1 %20	1 %20	3 %60		ليالية
115 %100	4 %26.67	5 %33.33	6 %40	المجموع الجزئي	
* 20 %100	6 %30	7 %35	7 %35	المجموع	

(*) يعبر على اختيار المبحوث لأكثر من اختيار

فمن تتبع الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن أغلبية الصعوبات التي تواجه العاملين شبه الطبيين تتمركز بالتساوي بنسبة 35% من جانب الرؤساء وكذا من جانب الزملاء حيث نجد في الأولى أن نسبة الإناث تمثل 40% مقارنة بالذكور التي تمثل 20% وبإدخال مؤشر فترة المناوبة نجد أن النسبة تتجه نحو الزيادة في المناوبة الليلية حيث نجدها تمثل 60% مقارنة بالمناوبة النهارية تمثل 30% ويبدو واضحاً أن الضغط يعتبر أشد حدة للإناث مقارنة بالذكور من حيث فترة المناوبة على اعتبار أن الإناث لا يحبذن العمل في الفترة الليلية وبالتالي يظهر أن مجمل الصعوبات التي

تعترض مسيرة الإناث في الفترة الليلية تتلخص في التأخر عن الالتحاق بالعمل نتيجة صعوبة ظروف التنقل خاصة فيما يتعلق بوسائل النقل ما يؤدي في بعض الحالات إلى التغيب عن العمل وهو ما يستدعي تدخل الرئيس المباشر بما تخوله له القوانين الوضعية على اعتبار أنه يمتلك سلطة تطبيق هذه القوانين ، في حين نجد العامل شبه الطبي لا يملك أية سلطة سوى تبرير هذا الغياب. أما من حيث أولئك الذين يرون أنهم يواجهون صعوبات من جانب الزملاء فتتمركز الأغلبية في جهة الذكور بنسبة 50% مقابل 40% للإناث على اعتبار أن الذكور لا يحبذون العمل في المناوبة النهارية خاصة مع زيادة الضغط في المصالح المختلفة والتي تشهد حركة كبيرة من خلال قدوم المرضى وكذا الرقابة المختلفة من قبل الأطباء للمرضى والإشراف على توجيههم عند نهاية العلاج ، وخلال هذه الحركة المتزايدة تظهر الصراعات بين الزملاء لاعتقاد بعض العاملين شبه الطبيين أنهم يعملون أكثر من زملائهم، إلا أنه من المبحوثين من يرى أنه مواجهته للصعوبات في العمل مصدرها المرضى القادمين إلى المصالح بنسبة 50% ويعتبر الذكور الأكثر مواجهة للصعوبات مقارنة بالإناث خاصة في المداومة النهارية وكما أسلفنا فإن ذلك يعود إلى الضغط الكبير للزيارات المتكررة للمرضى ويتجلى هذا بوضوح أكثر في مصلحة تصفية الدم حيث يخضع 60 مريضا للتصفية أين يحاول بعض المرضى إجراء عملية التصفية قبل غيره وهو ما يؤدي إلى بعض الصدمات لاحترام الأولوية.

فالعامل شبه الطبي يعتبر في مواجهة دائمة للصعوبات والمشكلات التي تعترض مسيرته المهنية هذه الصعوبات التي قد يكون العامل شبه الطبي فاعلا فيها أو جزء منها والتي يرى البعض أنها مفروضة عليه ولا بد أن يعمل على تجاوزها وتصحيحها من خلال انتهاج استراتيجية متكاملة لمواجهة هذه الصعوبات في ظل المحيط الدائم التغير.

الجدول رقم(53): نظرة المبحوثين إلى منطلق تقديم خدماتهم للمريض وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	تتظر إليهم نظرة شفقة	تتظر إليهم على أساس أنهم عبئ عليك	تخدمهم باعتبار أنك مأجور على هذا العمل	منطلق تقديم الخدمة الأقدمية في العمل
45 %100	17 %37.8	0 %0	28 %62.2	أقل من 5 سنوات
19 %100	3 %15.8	1 %5.3	15 %78.9	[10-5[
8 %100	1 %12.5	1 %12.5	6 %75	[15-10[
7 %100	2 %28.6	0 %0	5 %71.4	[20-15[
22 %100	6 %27.3	0 %0	16 %72.7	[25-20[
19 %100	2 %10.5	1 %5.3	16 %84.2	[30-25[
11 %100	0 %0	0 %0	11 %100	أكثر من 30 سنة
131 %100	31 %23.7	3 %3.2	97 %74	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أجابوا بشأن نظرتهم إلى المريض ومنطلق خدمتهم فيرى العامل شبه الطبي أن يقدم خدماته للمريض من منطلق أنه مأجور على هذا العمل بنسبة 74% على اختلاف أقدميتهم في العمل وبنسب متفاوتة تصل إلى 100% في الأقدمية أكبر من 30 سنة متبوعة بنسبة 84.2% للأقدمية [30-25[ونسبة 78.9% بالنسبة للأقدمية [10-5[سنوات و 75% بالنسبة للأقدمية [15-10[سنة، 72.7% للأقدمية [25-20[سنة ونسبة 71.4%

للأقدمية [15-20] سنة حيث نسجل أقل نسبة والمقدرة بـ 62.2% بالنسبة للأقدمية أقل من 5 سنوات. حيث يرى هؤلاء أن المسؤولية المهنية هي التي تملي عليهم ذلك وهذا لا يعني أن العامل شبه الطبي يتحرك بمحرك مادي وغياب العاطفة إذ نجد أن نسبة 23.7% تنتظر إلى المريض نظرة شفقة حيث يتمركز في الأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 37.8% وتتعدم في الأقدمية أكثر من 30 سنة وهذا لأن الفئة الأولى تعتبر حديثة العهد في المؤسسة وخبرتها في الميدان قليلة في حين أن الأقدمية أكثر من 30 سنة مع كثرة الحالات المرضية التي صادفتهم خلال مسارهم المهني أكسبهم ثقة أكبر وبعد نظرة أوسع ، وهذا لا يعني بالضرورة غياب جانب الشفقة وانعدام العواطف لهذه الفئة ، ومن جانب آخر نجد أن 2.2% من المبحوثين يعتبرون أن المريض يعتبر عبئ عليهم خاصة إذا كانت حالته محرجة وتستدعي المتابعة المستمرة .

الجدول رقم(54): وقوع المبحوثين في الأخطاء أثناء تقديم خدمات للمريض وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	الوقوع في الاخطاء الأقدمية في العمل
45 %100	22 %48.9	23 %51.1	أقل من 5 سنوات
19 %100	8 %42.1	11 %57.9	[10-5[
8 %100	3 %37.5	5 %62.5	[15-10[
7 %100	5 %71.4	2 %28.6	[20-15[
22 %100	9 %40.9	13 %59.1	[25-20[
19 %100	8 %42.1	11 %57.9	[30-25[
11 %100	6 %54.5	5 %45.5	أكثر من 30 سنة
131 %100	61 %46.6	70 %53.4	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين شبه الطبيين بنسبة 53.4% قد وقعوا في الخطأ أثناء أدائهم لعملهم وتقديم الخدمات للمريض وذلك بنسب متفاوتة نسبيا باختلاف أقدميتهم في العمل إذ نجد أن نسبة 62.5% تتمركز في الأقدمية [15-10[سنة، متبوعة بنسبة 59.6% بالنسبة للأقدمية [25-20[و 57.9% للأقدمية [10-5[والأقدمية [30-25[وبنسبة 51.1% لأقل من 5 سنوات ، كما سجلنا 45.5% للأقدمية أكثر من 30 سنة ونسجل كأقل نسبة للأقدمية [20-15[سنة، ومن جهة نلاحظ أن نسبة 46.6% ترى أنها لم تصادف في مسيرتها الوظيفية أية أخطاء فيما يتعلق بتقديم خدمات للمريض ونسجل أكبر نسبة والمقدرة بـ 71.4% للأقدمية [20-15[سنة وكانت أقل نسبة 40.9% بالنسبة

للأقدمية [20-25] ، وما تجدر الإشارة إليه أنه مهما كانت أقدمية العامل وخبرته في مجال عمله فقد صادف أخطاء مهنية تختلف شدتها وحدتها حسب ما تقتضيه الحالة الصحية للمريض وكذا بالنظر الى المعارف التي اكتسبها العامل شبه الطبي من خلال عملية التكوين أو المكتسبة من جراء العمل ذاته وفي ضوء ذلك يرى العاملين شبه الطبيين الذين أجابوا بأنهم صادفوا أخطاء في تقديم خدماتهم للمرضى وذلك يعود إلى عدة عوامل والتي يمكن إجمالها في الجدول التالي:

الجدول رقم(55):العوامل الدافعة لوقوع المبحوثين في الأخطاء أثناء تقديم خدمات للمريض وعلاقته بالأقدمية.

الاختبار " نعم" الأقدمية	ضعف التكوين الذي تلقته	صعوبة العمل الممارس	خطورة الحالة الصحية للمريض	المجموع
أقل من 5 سنوات	3 %12.5	16 %66.67	5 %20.83	24 %100
[10-5[	0	8 %80	2 %20	10 %100
[15-10[	0	2 %40	3 %60	5 %100
[20-15[	0	2 %100	0	2 %100
[25-20[	2 %10.53	11 %57.89	6 %31.58	19 %100
[30-25[	2 %15.38	10 %76.92	1 %7.69	13 %100
أكثر من 30 سنة	2 %33.33	3 %50	1 %16.67	6 %100
المجموع	9 %11.39	52 %65.82	18 %22.79	*79 %100

إذ يلاحظ من الاتجاه العام للجدول أن أغلبية المبحوثين الذين أخطأوا في تقديم خدماتهم للمريض يعتبرون صعوبة العمل الممارس وما يتخلله من ضغوط في العمل هي العامل الحاسم المساهم في وجود أخطاء في العمل حيث نسجل أكبر نسبة في

الأقدمية[15-20] بنسبة 100% ونسبة 80% في الأقدمية[5-10] سنوات متبوعة بنسبة 76.92% في الأقدمية[25-30]، كما نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية[10-15] متبوعة بنسبة 50% للأقدمية أكثر من 30 سنة ، كما يرى آخرون أن خطورة الحالة الصحية للمريض تفرض وجود أخطاء في العمل وذلك بنسبة 22.79%، كما أجابت نسبة 11.39% بأن ضعف التكوين الذي تلقاه العامل الشبه طبي هي الدافع إلى وجود أخطاء في تقديم خدمات للمرضى الوافدين إلى المؤسسة الاستشفائية ، فالعامل شبه الطبي وبحكم التفاعل الدائم مع المرضى في محيط العمل نجده في حركة دائمة ومستمرة ونشاط متواصل سعياً لتخفيف آلام المريض ومساعدته لاستعادة عافيته فقد يصاحب ذلك وقوع أخطاء ناجمة عن خطورة الحالة الصحية وكذا وجود ضغوط في العمل أو وجود قصور في المعارف المتحصل عليها من جراء عملية التكوين وهو ما يجعله يعمل على تفاديها والاستفادة من أخطائه وعدم تكرارها في مساره المهني مما قد ينعكس على أدائه ، إذ يعتبر التكوين المتواصل الآلية المناسبة لتصحيح الأخطاء التي يقع فيها أولئك العاملين لاسيما وأن الأخطاء في الوسط الإستشفائي تعني حياة مريض أو وفاته وهو ما يستوجب تركيز الجهود على اختيار الكفاءة كأساس للأداء.

الجدول رقم(56): مساهمة التكوين في الحد من أخطاء العمل وعلاقته بالجنس.

الحد من الأخطاء الجنس	دائما	أحيانا	أبدا	بدون إجابة	المجموع
ذكر	25 %39.7	36 %57.1	1 %1.6	1 %1.6	63 %100
أنثى	26 %38.2	38 %55.9	2 %2.9	2 %2.9	68 %100
المجموع	51 %38.9	74 %56.5	3 %2.3	3 %2.3	131 %100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 56.5% يرون أن التكوين يساهم أحيانا في الحد من أخطاء العمل وبنسب متقاربة بين الجنسين حيث بلغت نسبة 57.1% للذكور و 55.9% للإناث ، وأن نسبة 38.9% ترى أن للتكوين دور كبير والآلية المناسبة لحد من أخطاء العمل في حين أن نسبة 2.3% ترى أن التكوين لا دور له في الحد من أخطاء العمل على اعتبار أن الأخطاء يفرضها محيط العمل المتغير وأن عملية التكوين تعتبر عملية روتينية وغير مبنية على قواعد وأسس منطقية تراعي الاحتياجات الفعلية للعاملين ، كما نجد في ذات الوقت أن نسبة 2.3% لم تقدم أية إجابة بشأن مساهمة التكوين في الحد من أخطاء العمل، إلا أن العامل شبه الطبي وعلى اختلاف جنسه يعتبر أن للتكوين دور في الحد من أخطاء العمل لكن لا يعتبره العامل الوحيد في ذلك وإنما تتدخل عوامل أخرى كالانضباط وإعطاء القدر الكافي من الاهتمام والتفاني في العمل وإدراك حجم المسؤولية الملقاة على عاتقهم خاصة إذا كان الأمر يتعلق بحياة إنسان، وفي المقابل فإن اهتمام الإدارة كسلطة عليا بالعاملين من حيث توفير شروط الراحة والاستقرار للعامل شبه الطبي تجعل هذا الأخير يركز على إعطاء القدر الكافي من الاهتمام على عمله ويكرس كل جهده وفكره لأداء مهامه على أحسن حال وهو ما يقلل حتما من الوقوع في الأخطاء ، وإن حدثت تكون أخطاء عرضية وغير جسيمة يمكن معالجتها ، فالعامل شبه الطبي وإن كان يتمتع بهامش من الحرية والاستقلالية في

الاختيار والمفاضلة بين عدة أمور كاختيار المناوبة وكذا اختيار زملاء العمل فإن هذه الاستقلالية وهذا الهامش من الحرية يقل وينعدم أحيانا خاصة مع وقوع الأخطاء المهنية لاسيما ما يتعلق منها بحياة المريض ، فالعامل الذي يتوفر على قدر من التأهيل يتمتع باستقلالية وحرية أكثر من العامل الأقل تأهيلا.

الجدول رقم(57):مساهمة التكوين في توفير الراحة للمبحوثين في أداء عملهم وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	المساهمة في توفير الراحة الأقدمية في العمل
45 %100	14 %31.1	31 %68.9	أقل من 5 سنوات
19 %100	7 %36.8	12 %63.2	[10-5[
8 %100	6 %75	2 %25	[15-10[
7 %100	5 %71.4	2 %28.6	[20-15[
22 %100	10 %45.5	12 %54.5	[25-20[
19 %100	5 %26.3	14 %73.7	[30-25[
11 %100	2 %18.2	9 %81.8	أكثر من 30 سنة
131 %100	49 %37.4	82 %62.6	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 62.6% أجابوا بأن التكوين قد يساهم في توفير الراحة لهم في محيط عملهم على اعتبار أن التكوين يعمل على تنمية قدرات العاملين إذ يظهر من الاتجاه العام على أن الأغلبية تتمركز في الأقدمية أكثر من 30 سنة بنسبة 81.8 متبوعة بنسبة 73.7% في الأقدمية من [30-25[على اعتبار أن هاتين الأقدميتين تملك سلطة أوسع وخبرة مناسبة

تمكنها من العمل باستقلالية وحرية المناورة في سبيل تحقيق القضايا والرهانات التي تضعها كما نلاحظ أن هذه السلطة تقل نسبيا في بعض الأقدميات كما هو الحال في الأقدمية [15-20] والمقدرة نسبتها بـ 28.6% والأقدمية [10-15] سنة التي تمثل نسبة 25% ، وفي المقابل نجد أن نسبة 37.4% ترى أن التكوين الذي تلقوه لم يوفر لهم أية راحة في محيط العمل إذ يعتبر هؤلاء أن مدة التكوين غير كافية بالإضافة إلى غياب الإمكانيات والوسائل التي تساهم في أداء العامل شبه الطبي لعمله الأمر الذي يؤدي إلى وجود ضغوط في العمل والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (58): عدم توفير التكوين الراحة في العمل وعلاقته بالأقدمية.

الاختيار " لا "	غياب الإمكانيات والوسائل	ضغوط في العمل	مدة التكوين غير كافية	بدون تبرير	المجموع
أقل من 5 سنوات	2 %14.29	6 %42.86	4 %28.57	2 %14.29	14 %100
[10-5[	1 %16.67	3 %50	1 %16.61	1 %16.67	6 %100
[15-10[	1 %16.67	0	1 %16.67	4 %66.67	6 %100
[20-15[	2 %40	3 %60	0	0	5 %100
[25-20[	2 %18.18	0	3 %27.27	6 %54.55	11 %100
[30-25[	0	0	2 %33.33	4 %66.67	6 %100
أكثر من 30 سنة	1 %33.33	1 %33.33	0	1 %33.33	3 %100
المجموع	9 %17.65	13 %25.49	11 %21.57	18 %35.29	*51 %100

نلاحظ من خلال الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين بنسبة 35.29% لم يقدموا أي تبرير بشأن مدى مساهمة التكوين في توفير الراحة للعامل شبه الطبي في حين أن نسبة 25.49% ترى وجود ضغوط في العمل والتي تحول دون راحة العامل شبه الطبي في عمله حيث نجد أن نسبة 60% تتمركز في الأقدمية [15-20] سنة ، كما نجد أن نسبة 21.57% ترى أن مدة التكوين غير كافية إذ تتمركز أكبر نسبة في الأقدمية [25-30] سنة بنسبة 33.33% على اعتبار أن أغلبية العاملين ذوي الأقدمية الكبيرة التحقوا بالعمل في الميدان شبه الطبي وهذا نتيجة الاحتياجات التي صاحبت المؤسسة آنذاك نتيجة نقص العاملين فمنهم من استفاد من التكوين بالمؤسسة لمدة قليلة والتحق مباشرة بالعمل، في حين نجد أن 17.65% من العاملين ترى أن عدم راحتها في العمل يعود إلى غياب الإمكانيات والوسائل المستخدمة في العمل حيث تتمركز في الأقدمية [15-20] بنسبة 40% فالعامل شبه الطبي وبحكم التجارب المختلفة في محيط العمل اكتسب سلطة التمييز بين البدائل المختلفة واتخاذ القرار الذي يراه مناسب والذي يعبر عن مصدر سلطته.

الجدول رقم (59): رضا المبحوثين على أدائهم وعلاقة التكوين الذي تلقوه بالجنس.

المجموع	أبدا	أحيانا	دائما	رضا المبحوثين الجنس
63 %100	3 %4.8	33 %52.4	27 %42.9	ذكر
68 %100	2 %2.9	40 %58.8	26 %38.2	أنثى
131 %100	5 %3.8	73 %55.7	53 %40.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين اختاروا "أحيانا" بنسبة 55.7% حيث تشكل نسبة الإناث 58.8% مقابل 52.4% للذكور ويرون في ذلك مساهمة التكوين في تحقيق الرضا عن أداء العمل بشكل نسبي ومتقارب بين الذكور والإناث حيث أنه

لا توجد فروق كبيرة بين الجنسين كما أن نسبة 40.5% يرون أن التكوين وفر لهم رضا مطلق عن أدائهم في العمل في حين ترى نسبة 3.8% من المبحوثين أنه لا علاقة للتكوين في رضاهم من عدمه في أداء العمل وعلى اعتبار أن الرضا هو ذلك الائتمان الذي يشعر به العامل في سبيل تحقيق استراتيجية ضمن مشروع المنظمة أو المؤسسة والمرتبط بارتفاع الروح المعنوية ومدى تحقيقه لرهاناته وقضاياها ودرجة تمتعه بالحرية والاستقلالية في فرض أعباءه على اعتبار أن التكوين يعتبر منفذ مناسب لاكتساب القدرات والمهارات اللازمة التي يحتاج إليها في محيط عمله ففي هذا الصدد يرى SUPER أن رضا الفرد على عمله يتوقف على المدى الذي يجد فيه العامل منفذا مناسبة لقدراته ومهاراته وميوله وسماته الشخصية ويتوقف ذلك على موقعه العلمي وطريقة الحياة التي يستطيع بها أن يلعب الدور الذي يتماشى معى نموه وحرية⁽¹⁾. أما STONE فيرى أن الرضا عن العمل هو الحالة التي يتكامل فيها الفرد مع وظيفته وعمله ويصبح إنسانا تستهويه وتستغرقه هذه الوظيفة ويتفاعل معها من خلال طموحه الوظيفي ورغبته في النمو والتقدم وتحقيق أهدافه الاجتماعية⁽²⁾، فالرضا عن العمل يعتبر سلوك يكتسب العامل من خلاله قيم ومعايير المواطنة والانتماء التنظيمي كما أن عدم الرضا يحول دون تحقيق هذا الانتماء وهذا الإحساس بمشروع المؤسسة ، فإحساس العامل شبه الطبي على أنه جزء من المؤسسة ويعمل على تجسيد استراتيجياتها فعلى هذه الأخيرة أن تعمل على زرع روح المواطنة والانتماء لديه بما يتوافق مع تحقيق احتياجاته لاسيما ما يتعلق برفع قدراته ومهاراته وزيادة كفاءته من خلال إثراء برامج التكوين وتحسين ظروف العمل وكذا تفعيل نظام الحوافز ورفع الروح المعنوية.

(1)- صلاح الدين عبد الباقي ، السلوك الفعال في المنظمات ، دار الجامعة الحديثة للنشر ، مصر ، 2002 ، ص ص 211 ، 212.

(2)- محمد سعيد سلطان ، السلوك الإنساني في المنظمات ، مرجع سابق ، ص ص 195 ، 196.

الجدول رقم(60):شعور المبحوثين بالفخر والاعتزاز اتجاه عملهم وعلاقته بالجنس.

الشعور بالفخر اتجاه العمل الجنس	دائماً	أحيانا	أبداً	المجموع
ذكر	36 %57.1	25 %39.7	2 %3.2	63 %100
أنثى	35 %51.5	30 %44.1	3 %4.4	68 %100
المجموع	71 %54.2	55 %42	5 %3.8	131 %100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 54.2% يرون أنهم يشعرون بالفخر والاعتزاز اتجاه عملهم حيث تمثل في ذلك نسبة الذكور 57.1% في حين بلغت نسبة الإناث 51.5%، في حين أجابت نسبة 42% من المبحوثين أنها تشعر أحيانا بالاعتزاز والافتخار اتجاه عملها ، كما ترى نسبة 3.8% من المبحوثين أنهم لا يشعرون أبداً بالفخر والاعتزاز اتجاه العمل الذي يمارسونه. فالفخر والاعتزاز حالة وجدانية شعورية نابعة من ذات الفرد والتي يصدرها اتجاه مجموعة من الأمور التي يراها تحقق له الدافعية نحو العمل الذي يحقق أداء متميز ومجدي ، فالفرد عندما يكون سعيداً راضياً على عمله يظهر هذا من ملامحه وفي طريقة تعامله مع بيئته وزملائه أو مع الوسط الذي يتعامل معه وتظهر أيضاً في انتظامه ودرجة حرصه على التواجد في العمل وتمسكه بوظيفته ، فالعامل شبه الطبي باعتباره العنصر أكثر تواجداً في محيط المؤسسة الإستشفائية والأكثر تعاملًا مع المرضى فشعوره بالارتياح في العمل يجعله راضياً على عمله كما أن اهتمام المؤسسة به ومراعاة احتياجاته تولد لديه الشعور بالاعتزاز والفخر اتجاه عمله وتجعله يعمل على تكريس كل اهتمامه على خدمة المريض ومراعاة احتياجاته وتحمل الضغوطات التي تنجر على

ذلك وتحويلها إلى مكاسب تتعكس إيجاباً على أدائه على وجه الخصوص وعلى أداء المؤسسة بوجه عام.

الجدول رقم (61): مساهمة التكوين الذي خضع له المبحوثين في تحقيق طموحاتهم الحياتية وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	المساهمة في تحقيق الطموحات الأقدمية في العمل
45 %100	22 %48.9	23 %51.1	أقل من 5 سنوات
19 %100	11 %57.9	8 %42.1	[10-5[
8 %100	3 %37.5	5 %62.5	[15-10[
7 %100	4 %57.1	3 %42.9	[20-15[
22 %100	14 %63.6	8 %36.4	[25-20[
19 %100	11 %57.9	8 %42.1	[30-25[
11 %100	9 %81.8	2 %18.2	أكثر من 30 سنة
131 %100	74 %56.5	57 %43.5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 56.5% يرون أن التكوين الذي تلقوه لم يسهم في تحقيق طموحاتهم الحياتية إذ نجد أن نسبة 81.8% تتمركز في الأقدمية أكثر من 30 سنة متبوعة بنسبة 63.6% للأقدمية [25-20] سنة ونسبة 57.9% على التوالي في الأقدمية [30-25] سنة والأقدمية [10-5] ونسبة 57.1% بالنسبة للأقدمية [20-15] في حين نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية [15-10] بنسبة 37.5% متبوعة بنسبة 48.9% فيما يتعلق بالأقدمية أقل من 5

سنوات، وفي المقابل نجد أن نسبة 43.5% ترى أن للتكوين دور في تحقيق طموحاتهم الحياتية، أما بشأن تبرير هؤلاء العاملين شبه الطبيين لدوافع اختيارهم لإجابة دون غيرها حول مدى مساهمة التكوين في تحقيق طموحاتهم الحياتية من عدمه فقد أجابوا على ذلك وفق ما يحدده الجدول التالي:

الجدول رقم (62): أنماط مساهمة التكوين في تحقيق الطموحات الحياتية للمبحوثين من عدمه وعلاقته بالأقدمية.

المجموع الكلي	لا			نعم				نمط المساهمة الأقدمية في العمل
	مجموع جزئي	بدون إجابة	الجهد المبذول لا يقدر بثمن	مجموع جزئي	بدون إجابة	مساعدة الآخرين	يسر لي تدبير أموري	
43 %100	21 %100	11 %52.38	10 %47.62	22 %100	12 %54.55	3 %13.64	7 %31.81	أقل من 5 سنوات
20 %100	12 %100	5 %41.67	7 %58.33	8 %100	5 %62.5	2 %25	1 %12.5	[10-5[
10 %100	5 %100	4 %80	1 %20	5 %100	2 %40	2 %40	1 %20	[15-10[
10 %100	7 %100	4 %57.14	3 %42.86	3 %100	2 %66.67	0	1 %33.33	[20-15[
22 %100	13 %100	8 %61.54	5 %38.46	9 %100	6 %66.67	2 %22.22	1 %11.11	[25-20[
17 %100	9 %100	5 %55.56	4 %44.44	8 %100	3 %37.5	0	5 %62.5	[30-25[
9 %100	7 %100	4 %57.14	3 %42.86	2 %100	0	1 %50	1 %50	أكثر من 30 سنة
131 %100	74 %100	41 %55.41	33 %44.59	57 %100	30 %52.63	10 %17.54	17 %29.82	المجموع

يبدو من خلال الاتجاه العام للجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 52.63% لم يقدموا أي تبرير بشأن دور التكوين في تحقيق طموحاتهم الحياتية فيما يتعلق الذين أجابوا

"بنعم" وأن للتكوين دور في تحقيق طموحاتهم، أما الذين يرون أن التكوين لم يساهم في تحقيق طموحاتهم الحياتية فبلغت 55.41% أما بشأن الذين قدموا تبريرات حول الاختيار الأول "نعم" فنجد أن نسبة 29.82% ترى أن التكوين يسر لهم تدبير أمورهم من خلال مساهمة العائد المالي المتمثل في الأجر الذي يتقاضاه العاملين شبه الطبيين في تغطية نفقاتهم وإعالة أسرهم، فالعاملين الأكثر أقدمية أكثر قبولاً لدور التكوين في تحقيق طموحاتهم الحياتية حيث نسجل نسبة 62.5% بالنسبة للأقدمية [25-30] ونسبة 50% للأقدمية أكثر من 30 سنة كما نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية [20-25] متبوعة بنسبة 12.5% بالنسبة للأقدمية [5-10] وترى نسبة 17.54% أن مساهمة التكوين في تحقيق طموحاتهم تتجلى في تمكينهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين ، إذ يرى هؤلاء أن العائد المادي أمر محتوم لا بد للعامل أن يأخذ جراء العمل الذي يقوم به المقابل الذي يوازيه كما يتطلع هؤلاء إلى الجراء الأخرى حيث يرى أولئك أن الجراء والأجر الأخرى لا يقدر بثمن، أما بشأن الذين أجابوا بـ"لا" فنلاحظ نسبة 44.59% ترى أن العائد الذي يتقاضونه لا يحقق طموحاتهم بالموازاة مع الجهد المبذول وأن العامل شبه الطبي يقدم أفضل ما لديه لكنه لا يحصل على المقابل الذي يوازي هذا الأداء ، وما يمكن أن يستخلص من إجابة المبحوثين أنهم غير راضين على ظروف العمل والعوامل التابعة له كالأجر، إذ يرى هؤلاء أن للتكوين دور نسبي في تحقيق طموحات العامل شبه الطبي الذي يرى أن تطلعاته لا تتوقف إلى حد الأجر الملموس بل تتعداه إلى البحث عن المكانة والتقدير وتحسين ظروف العمل والإشراف ، وغيرها من العوامل التي تحقق الرضا عن العمل ومبتغاه في تحقيق طموحاتهم الحياتية تحقيقاً كلياً أو جزئياً.

الجدول رقم(63): تفكير المبحوثين في مغادرة العمل وعلاقته بالأقدمية .

المجموع	لا	نعم	التفكير في مغادرة العمل الأقدمية في العمل
45 %100	37 %82.2	8 %17.8	أقل من 5 سنوات
19 %100	14 %73.7	5 %26.3	[10-5[
8 %100	5 %62.5	3 %37.5	[15-10[
7 %100	1 %14.3	6 %85.7	[20-15[
22 %100	13 %59.1	9 %40.9	[25-20[
19 %100	9 %47.4	10 %52.6	[30-25[
11 %100	6 %54.5	5 %45.5	أكثر من 30 سنة
131 %100	85 %64.9	46 %35.1	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 64.9% يرون أنهم لا يفكرون في مغادرة العمل في الوقت الحالي حيث يظهر من الاتجاه العام للجدول أن الاغلبية تتمركز في الأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 82.2% متبوعة بنسبة 73.7% للأقدمية [10-5[سنوات ونسبة 62.5% للأقدمية [15-10[سنة، أما من حيث أقل نسبة والمقدرة بـ 14.3% مسجلة في الاقدمية [20-15[متبوعة بنسبة 47.4% للأقدمية [30-25[ونسبة 54.5% للأقدمية أكثر من 30 سنة، ويظهر جليا أنه كلما قلت أقدمية العامل في منصبه كلما نجده أكثر تمسك بالعمل من العاملين الأكثر

أقدمية ، فالعامل الأقل أقدمية أكثر تمسكا بالعمل نتيجة غياب البدائل، فالتفكير في مغادرة العمل يدفع لا محالة إلى البطالة خاصة في الوقت الراهن أين أصبح الحصول على منصب عمل يعتبر أمر عسير ، أما العاملين الأكثر أقدمية فنجدهم أقل تمسكا بالعمل وهذا لوجود البدائل كالتقاعد مثلا أو التحويل على اعتبار هذه الفئة تملك الخبرة الكافية التي تؤهلها لأداء عملها على أحسن وجه كما هو الحال في بعض المؤسسات الصناعية التي تحتاج إلى عاملين مؤهلين ، في حين نجد بعض العاملين الأكثر أقدمية أكثر تمسكا بالعمل لأنه يعتبر جزء منهم وأفنوا حياتهم في خدمته الأمر الذي ولد لديهم الشعور بالانتماء لمشروع المؤسسة ؛ وفي المقابل نجد أن نسبة 35.1% تفكر في مغادرة العمل على اختلاف أقدميتهم حيث نسجل 85.7% للأقدمية [15-20] سنة متبوعة بنسبة 52.5% للأقدمية [25-30] أو 45.5% للأقدمية أكثر من 30 سنة ، وترى هذه الفئة أن مغادرة العمل الحالي يفتح مجالا للبحث عن البدائل التي يمكن أن تحقق طموحاتهم الحياتية وفي سبيل زيادة الكسب على اعتبار أن العاملين شبه الطبيين غير راضين على نظام الحوافز والعوائد ، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (64): الاعتبارات التي تدفع المبحوثين الي التفكير في مغادرة العمل وعلاقته بالأقدمية .

الاختيار لا الأقدمية في العمل	لم يحقق طموحاتك	تكوينك ضعيف	لأن أداؤك ضعيف	أخرى	المجموع
أقل من 5 سنوات	7 %87.50	1 %12.50	0	0	8 %100
[10-5[	4 %80	0	1 %20	0	5 %100
[15-10[	1 %33.33	0	1 %33.33	1 %33.33	3 %100
[20-15[	2 %33.33	0	0	4 %66.67	6 %100
[25-20[	8 %88.89	1 %11.11	0	0	9 %100
[30-25[	6 %60	0	2 %20	2 %20	10 %100
أكثر من 30 سنة	4 %80	0	0	1 %20	5 %100
المجموع	32 69.56%	2 %4.35	4 %8.70	8 %17.39	46 %100

حيث يلاحظ أن نسبة 69.56% من العاملين الذين يرون في مغادرة العمل حلا بديلا لتحقيق طموحاتهم والبحث عن وظيفة أخرى تلبي احتياجاتهم ويظهر من الاتجاه العام أن نسبة 88.89% تتمركز في الأقدمية [25-20[متبوعة بنسبة 87.5% في الأقدمية أقل من 5 سنوات و 80% بالنسبة للأقدمية [10-5[وأكثر من 30 سنة في حين نسجل أقل نسبة والمقدرة 33.33% بالنسبة للأقدمية من [15-10[والأقدمية [20-15[، ويبدو من هذه النتائج أن أغلبية العاملين غير

راضين على طبيعة العمل في المؤسسة ، حيث نجد أن العاملين الأكثر أقدمية والذين يرون أنهم يرغبون في مغادرة العمل الحالي لأنه لم يحقق طموحاتهم خاصة أولئك الذين لم تتحقق لهم فرصة الحصول على تكوين أو ترقية أو حوافز مادية ومعنوية كما تتطلع هذه الفئة إلى الخلود للراحة كما نسجل نفس الملاحظة للفئة أقل أقدمية أي فئة الشباب والتي تعتبر أكثر طموحا لتحقيق مستوى أفضل وتطلعات أكبر ، في حين نجد أن نسبة 17.39% من المبحوثين يرجعون أسباب قبولهم فكرة المغادرة إلى عوامل عديدة كغياب الحوافز المادية والمعنوية وغياب الحماية القانونية للعامل الشبه طبي في منصبه وانعدام ظروف العمل الحسنة ، إضافة إلى غلاء ظروف المعيشة وكذا ضعف التسيير الإداري وإسناد الأمر إلى غير أهله حيث نسجل أعلى نسبة في الأقدمية [15-20] سنة بنسبة 66.66% و 20% مسجلة كأقل نسبة بالنسبة للأقدمية أكثر من 30 سنة. كما نجد أن نسبة 8.70% من العاملين تفكر في مغادرة العمل وهذا نتيجة إحساسهم بأن أدائهم في العمل ضعيف وغير مجدي بالنظر إلى حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقهم وبالتالي فهي تبحث عن ظروف أخرى للعمل ، ومن جهة أخرى نجد نسبة 4.35% ترجع التفكير في مغادرة العمل يعود إلى عدم الاقتناع بمؤهلاتهم المكتسبة عن طريق التكوين وغياب الآليات المختلفة التي تنمي قدراتهم ومهاراتهم فالتفكير في مغادرة العمل حالة شعورية يصدرها العامل نتيجة عدم تحقيقه لمجموعة من الأمور والتي يراها ضرورية في حياته التي تعبر عن عدم رضاه عن العمل وهو ما يجعله يفكر في المغادرة الفورية لمحيط العمل كما نجده يلجأ إلى عوامل أخرى كالغياب والتمارض والتقاعد في العمل والتي تعتبر في حد ذاتها مؤشرات لعدم رضا العامل في محيط عمله.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الرضا عن العمل.

إذا سلمنا أن التكوين هو عملية تنمية المهارات وقدرات العاملين للقيام بوظائفهم الحالية والمستقبلية، فالمؤسسة الاستشفائية وعلى غرار كافة المؤسسات الأخرى تعتمد على التكوين كسبيل لرفع أداء العاملين الإستشفائيين وتولد لديهم معايير وقيم الانتماء الوظيفي وتحقيق الشعور بالسعادة والرضا من خلال العوامل التنظيمية المختلفة. ويعتبر الأجر من بين المحددات والعوامل التي تحقق الرضا للعامل في وظيفته كما تحقق له الأمان الوظيفي ، فالأجر هو المقابل الذي يحصل عليه العامل من جراء أدائه لعمله ومدى تلبية احتياجاته الشخصية وتناسبه مع حجم العمل الذي يؤديه العامل حيث يظهر من خلال اتجاهات العاملين حول مدى كفاية الأجر الذي يتقاضاه العامل شبه الطبي لسد حاجاته الشخصية أجاب أغلب المبحوثين أن الأجر الذي يتقاضونه غير كاف لسد حاجاتهم الشخصية على اختلاف أقدميتهم في العمل وهو ما يدفع ببعض العاملين شبه الطبيين إلى ممارسة أنشطة أخرى موازية خارج العمل لتغطية بعض المصاريف والنفقات الناجمة عن عدم كفاية الأجر ، كما أن غياب الامتيازات المقدمة من طرف المؤسسة يحد من اهتمامات العاملين الإستشفائيين نحو أدائهم لعملهم حيث نجد أن أغلب الفاعلين الإستشفائيين يعتبرون أن المؤسسة لا تقدم أي امتيازات للعاملين على اعتبار أن أغلبية العاملين لم يحصلوا على هذه الامتيازات وهذا لانعدام الخبرة الكافية وكذا لاعتبارات المحسوبة والمحابة والتي تحول دون استفادة العامل شبه الطبي من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة رغم إقرار الأغلبية بعدم وجودها، ومن العوامل الأخرى المحددة لرضا العامل على عمله عامل الغياب حيث يظهر أن أغلبية العاملين شبه الطبيين يلتحقون بمناصبهم في الوقت المحدد ولا يميلون إلى الغياب لأن ذلك يؤثر على سير مصالحهم ولأنهم يرون في مصلحة المريض الغاية المثلى والهدف الأسمى لالتحاقهم بالعمل كما يلاحظ أيضا أن أغلبية العاملين شبه الطبيين لا يغادرون العمل قبل التحاق الزملاء الذين يعوضونهم في العمل وهو ما يدل على ارتفاع الروح المعنوية لدى العاملين ومدى احترامهم للزمالة في العمل وتشبعهم بقيم العمل وضوابطه رغم

الصعوبات والعوائق المختلفة التي تعترض مسيرتهم المهنية لاسيما ما يتعلق منها بخدمة المريض وأنه يقدم خدماته على اعتبار أنه مأجور على هذا العمل الذي تتخلله الأخطاء من كل جانب نتيجة غياب ظروف العمل مما يجعل تنفيذ المهام صعب خاصة وأن التعامل في محيط العمل يكون مع شريحة حساسة جدا غايتها في ذلك الحصول على العلاج.

فالتكوين المتواصل وباعتباره الآلية المناسبة لرفع قدرات العاملين نحو الأداء ، فإن أغلبية الباحثين يعتبرون أن للتكوين دور في الحد من الأخطاء المهنية لكن ليس العامل الوحيد في ذلك على اعتبار أن محيط العمل الإستشفائي دائم التغير كما أن الحالات المرضية كثيرة والتي تختلف من مريض إلى آخر، فالعامل شبه الطبي وبالرغم من الضغوط المختلفة في العمل وكذا بعض الأخطاء التي تعترض طريقه والتي تحد من حريته فإنه يرى في التكوين الوسيلة المناسبة التي حققت له الراحة في العمل على الرغم من أنه غير راض رضا مطلقا على فرص التكوين المتاحة ومدى مساهمتها في تحسين أدائه وتحقيق طموحاته الحياتية لاسيما وأن معظم العاملين شبه الطبيين يعتبرون أن العوائد المادية هي التي تحركهم وتدفعهم إلى تفعيل أدائهم ، أما من حيث تفكير العامل شبه الطبي في مغادرة العمل الحالي فنجد أن أغلب العاملين لا يرغبون في مغادرة العمل الذي يمارسونه وعلى اختلاف أقدميتهم في العمل بالرغم من الضغوط وغياب آليات العمل وانعدام استراتيجيات واضحة يعمل على أساسها الفاعلون شبه الطبيين وغياب الوعاء القانوني الذي من خلاله ينشط الفاعل شبه طبي لتحقيق أهدافه ورهاناته ، وعلى الرغم من ذلك نجد أن العامل شبه الطبي يشعر بالفخر والاعتزاز اتجاه عمله والذي يعتبره مصدر رزقه ، فافتناع العامل شبه الطبي أنه جزء من العمل يولد له الشعور بالانتماء لمشروع المؤسسة كما يولد له الدافعية نحو العمل وفي سبيل صناعة التميز وتقديم أداء أكثر ما يقال عنه أنه نوعي. فالرضا هو محصلة إشباع الحاجات المختلفة وهو حالة يشعر بها العامل في محيط عمله وتعكسها ملامحه ويراها كل من يحيط به. وكما يبدو أن

العاملين شبه الطبيين يعتبرون أن للتكوين دور في تحقيق الرضا الوظيفي غير أن هذا التحقيق ليس مطلق وهذا ما يحقق نسبيا الفرضية المقترحة.

المبحث الثالث: أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.

المطلب الاول: تحليل معطيات أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي.

الجدول رقم(65): اطلاع المبحوثين على القانون الأساسي للعمل في المؤسسة بعد التحاقه بالعمل وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	الاطلاع على القانون الاساسي
			الجنس
63 %100	35 %55.6	28 %44.4	ذكر
68 %100	46 %67.6	22 %32.4	أنثى
131 %100	81 % 61.8	50 %38.2	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 61.8 % لم يطلعوا على القانون الأساسي للمؤسسة بعد التحاقهم بالعمل حيث تمثل نسبة الإناث 67.6% مقارنة بالذكور 55.6% ، في حين نجد أن نسبة 38.2% من المبحوثين اطلعوا على القانون المنظم لسير المؤسسة حيث تمثل نسبة الذكور 44.4% في حين بلغت بنسبة الإناث 32.4% وهو ما يبرز أن أغلبية المبحوثين يجهلون بالقوانين المطبقة في المؤسسة و التي تنظم شؤونهم الوظيفية لا سيما ما يتعلق منها بنظام الحوافز و الأجور و الترقية وغيرها. وهو ما يبرز غياب الاتصال بين المؤسسة و العاملين فيها من جراء غياب الاعلام و التوجيه و نقص الوعي، فالمسؤولية مشتركة بين المؤسسة و العامل فالمؤسسة غائبة كون العامل أثناء حصوله على عقد العمل لا بد أن يكون على دراية واسعة بكل ما لديه من حقوق وما عليه من واجبات و المحددة في قانون

العمل، فالعامل شبه الطبي لا بد أن يكون على دراية واسعة بالتنظيم الساري في المؤسسة لمعرفة حقوقه وواجباته حتى يحافظ عليها و يعمل على تجسيدها.

الجدول رقم(66): مساهمة التكوين في تدرج المبحوثين في السلم الهرمي للمؤسسة وعلاقته بالأقدمية.

المجموع	لا	نعم	التدرج الهرمي الأقدمية في العمل
45 %100	39 %86.7	6 %13.3	أقل من 5 سنوات
19 %100	8 %42.1	11 %57.9	[10-5[
8 %100	4 %50	4 %50	[15-10[
7 %100	6 %85.7	1 %14.3	[20-15[
22 %100	10 %45.5	12 %54.5	[25-20[
19 %100	11 %57.9	8 %42.1	[30-25[
11 %100	6 %54.4	5 %45.5	أكثر من 30 سنة
131 %100	84 %64.1	47 %35.9	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 64.1% يرون أن التكوين لم يسهم في تدرجهم في السلم الهرمي للمؤسسة حيث نجد أن أكبر نسبة تتمركز في الأقدمية وهذا أقل من خمس سنوات بنسبة 86.7% على اعتبار أن هذه الفئة حديثة التوظيف في المؤسسة ولا تملك الخبرة الكافية التي تؤهلها إلى الارتقاء في السلم الهرمي ،متبوعة بنسبة 85.7% للأقدمية [20-15]سنة وبنسبة 57.9% في

الأقدمية[25- 30]متبوعة بنسبة 54.5% للأقدمية أكثر من 30 سنة كما نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية[5- 10] سنوات ، و في المقابل نجد أن العاملين شبه الطبيين الذين يرون أن للتكوين دور في تدرجهم في السلم الهرمي للمؤسسة بنسبة 35.9% نجدهم يتركزون في الأقدمية[5- 10]سنوات بنسبة 57.9% متبوعة بنسبة 54.5% بالنسبة للأقدمية[20- 25] و50% للأقدمية[10-15] في حين نسجل أقل نسبة فيما يتعلق بالأقدمية أقل من 5 سنوات ، فالتكوين كما يبدو من اتجاهات العاملين لا يتيح فرصة كبيرة للتدرج في السلم الهرمي و إن كان يسهم بشكل ضئيل في زيادة الدرجة من الجانب المتعلق منها بالعائد المالي في حين لا يمس الدرجة المهنية من حيث الارتقاء في المنصب من حيث الرتبة الوظيفية خاصة ما يتعلق منها بالتكوين القصير المدى الذي تستخدم فيه الأيام الدراسية، أما التكوين الطويل المدى فإنه يرفع الدرجة المهنية و الارتقاء في السلم الهرمي، فاتجاهات العاملين إلى التكوين ضئيلة على اختلاف أقدميتهم في العمل.

الجدول رقم (67): حصول المبحوثين على ترقية منذ التحاقهم بالعمل و علاقته بالأقدمية .

المجموع	لا	نعم	الحصول على الترقية الأقدمية في العمل
45 %100	42 93.3%	3 %6.7	أقل من 5 سنوات
19 %100	11 %57.9	8 %42.1	[10-5[
8 %100	5 %62.5	3 %37.5	[15-10[
7 %100	5 %71.4	2 %28.6	[20-15[
22 %100	6 %27.3	16 %72.7	[25-20[
19 %100	5 %26.3	14 %73.7	[30-25[
11 %100	3 %27.3	8 %72.7	أكثر من 30 سنة
131 %100	77 %58.8	54 %41.2	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين شبة الطبيين أجابوا بأنهم لم يحصلوا على ترقية منذ التحاقهم بالعمل بنسبة 58.8% حيث نسجل أكبر النسب في المستويات الدنيا و الأقل أقدمية حيث بلغت نسبة 93.3% في الأقدمية أقل من 5 سنوات و 71.4% في الأقدمية [15-20 سنة متبوعة بنسبة 62.5% للأقدمية [10-15 سنة و نسبة 57.9% للأقدمية [5-10 في حين نسجل أدنى نسبة للعاملين ذوي الأقدمية [25-30 بنسبة 26.3% متبوعة بنسبة 27.3% على

التوالي للأقدمية [20-25] وأكثر من 30 سنة ، و في الاتجاه المقابل نجد أن نسبة 41.2% تحصلوا على ترقيات منذ التحاقهم بالعمل حيث نجد أن العاملين الأكثر أقدمية هم الأكثر استفادة من التكوين حيث نسجل 73.7% في الأقدمية [25-30] ونسبة 72.7% على التوالي للأقدمية [20-25] وأكثر من 30 سنة، في حين نسجل أن أدنى نسبة مسجلة في الأقدمية أقل من 5 سنوات بنسبة 6.7% ، ويظهر من الاتجاه العام أن العاملين الأكثر أقدمية الأوفر حظا للحصول على ترقيات مقابل العاملين الأقل أقدمية ، فالترقية باعتبارها إحدى الدعائم الأساسية لنظام العمل حيث يحصل من خلالها العامل على مزايا أكثر مما كان عليه في السابق كما تمنح للعامل الأمان الوظيفي والشعور بالاستقرار و الاهتمام من طرف المؤسسة ، وعلى اعتبار أن النتائج تشير إلى أن أغلبية العاملين لم يحصلوا على ترقية منذ توليهم مناصبهم فهذا يشير إلى أن العامل في هذه المؤسسة لا يشعر بالاستقرار و الأمان الوظيفي بالمقارنة مع أولئك الذين تحصلوا على ترقية و هو ما يعبر على أن العامل في المؤسسة الإستشفائية لا يشعر بالرضا على عمله و بالتالي قد يسلك سلوكات أخرى لها أثر على أدائه.

أما من حيث طرق الاستفادة من هذه الترقية فهي تختلف باختلاف العاملين شبه الطبيعيين و اتجاهاتهم الوظيفية حيث كما يبدو أن للأقدمية الأثر الأكبر مقارنة بالاتجاهات الأخرى وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (68): كيفية حصول المبحوثين على الترقية في العمل و علاقته بالأقدمية.

المجموع	أخرى	الخبرة في العمل	الأداء الجيد	التكوين الجيد	كيفية الحصول على الترقية للأقدمية في العمل
3 %100	0	0	0	3 %100	أقل من 5 سنوات
8 %100	0	0	4 50%	4 %50	[10-5[
3 %100	0	0	2 %66.67	1 %33.33	[15-10[
2 %100	0	2 %100	0	0	[20-15[
16 %100	0	13 %81.25	3 %18.75	0	[25-20[
15 %100	1 %6.67	9 %60	5 %33.33	0	[30-25[
9 %100	0	4 %44.44	1 %11.11	4 %44.44	أكثر من 30 سنة
56 %100	1 1.79	28 %50	15 %26.79	12 %21.43	المجموع

يلاحظ من الاتجاه العام للجدول المعبر عن الكيفية التي حصل بها العاملون شبه الطبيين على ترقياتهم الوظيفية إذ نجد أن 50% تحصلوا عليها عن طريق الأقدمية في العمل وتتمركز بنسبة 100% في الأقدمية [20-15[متبوعة بنسبة 81.85% للأقدمية [25-20[و 60% للأقدمية [30-25[في حين نسجل 44.44% لأكثر من 30 سنة كما نجد أنها تنعدم تماما بالنسبة للأقدمية أقل من 5 سنوات و [10-5[سنوات و [15-10[سنة، حيث أنه يبدو من النتائج أنه كلما زادت أقدمية العامل شبه

الطبي في منصب عمله كلما كان له هامش كبير من الحرية يستخدمها للضغط و المناورة في تحقيق أهدافه وإثبات مكانته، في حين نجد أن هذا الهامش الذي يستغله العاملين ذوي الأقدمية الكبيرة لا نجده يتوفر لدى العاملين الأقل أقدمية ، حيث نجدهم أقل استقلالية و حرية في فرص الترقى إذ نلاحظ أن هذه الفئة الأقل أقدمية لها اتجاهات أخرى للترقية حيث نجد أن نسبة 26.79% تحصلت على الترقية الوظيفية من خلال أدائها الجيد وتسجل أكبر نسبة في الأقدمية [10- 15] سنة بنسبة 66.67% و 50% للأقدمية [5-10] كما نجد أن هذه النسبة تقل في المستويات ذوي الأقدمية الكبيرة أين تم تسجيل نسبة 11.11% و ما يمكن أن يقال في هذا الصدد أن العاملين الأقل أقدمية تبرز لديهم الرغبة في الظهور و إبراز القدرات للفت الانتباه و للبحث عن المكانة في العمل، وفي المقابل نجد أن نسبة 21.43% حصلوا على ترقية من خلال التكوين حيث نجد أن أكبر نسبة تتمركز بنسبة 100% في الأقدمية أقل من 5 سنوات متبوعة بنسبة 50% للأقدمية من [5-10] سنوات و نسبة 44.44% للأقدمية أكبر من 30 سنة ، كما سجلنا نسبة 33.33% للأقدمية [10-15] سنة في حين تنعدم في الأقدميات الأخرى.

و هنا نلاحظ أن العاملين الأقل أقدمية لديهم اتجاهات نحو التكوين كوسيلة للارتقاء في الوظيفة كما نجد أن هذه الفئة أغلبها شباب و بالتالي يزداد طموحها للبروز أكثر كما أنها لديها قابلية في استغلال قدراتها و تحسين مستواها من خلال التكوين خاصة في المدارس الخاصة على اعتبار أن فرص التكوين أيضا تمنح على أساس الأقدمية في العمل وهو ما يفسر أن لعامل الأقدمية في العمل دور في منح العامل شبه الطبي هامش من الحرية و الاستقلالية في تنفيذ استراتيجيتها و هو ما يمكنها من اكتساب سلطة وظيفية نتيجة لخبرتها و بالتالي تجسيد هذه السلطة للضغط على الإدارة كسلطة عليا لتحقيق أهدافها .

كما نلاحظ أيضا من خلال اتجاهات المبحوثين أن نسبة 1.79% ترى أنها بقدر ما تتمتع بالأقدمية في العمل و استغلال المنافذ المتاحة للترقية لا بد من اللجوء إلى

الوساطة لتسهيل عملية الاستفادة و تعجيل حصولهم على الترقية من خلال العلاقات اللارسمية.

الجدول رقم (69): آراء المبحوثين حول الأسس التي تمنح بها الترقيات في المؤسسة وعلاقتها بالجنس.

اسس منح الترقيات الجنس	على أساس التكوين	على أساس الكفاءة	على أساس الاقدمية و الخبرة	على أساس المحسوبة و الجهوية	المجموع
ذكر	8 %12.7	9 %14.3	26 %41.3	20 %31.7	63 %100
أنثى	9 %13.2	6 %8.8	33 %48.5	20 %29.4	68 %100
المجموع	17 %13	15 %11.5	59 %45	40 %30.5	131 %100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يرون أن الترقية الوظيفية تتم على أساس الأقدمية بنسبة 45% و تمثل نسبة الإناث من ذلك 48.5% مقابل 41.3% للذكور و أنه كلما زادت أقدمية العامل في منصبه كلما كان الأوفر حظا للحصول على الترقية والتدرج الوظيفي وهو ما يدعم رأينا في الجدول السابق المتعلق بمدى حصول العامل على ترقية منذ التحاقه للعمل، كما نلاحظ أيضا أن نسبة 30.5% من المبحوثين يرون أن الترقيات في المؤسسة تمنح على أساس المحسوبة و المحاباة و أن العاملين الأكثر اتصالا بالإدارة هم الأوفر حظا بغض النظر عن أقدميتهم في العمل، و هذا ما يعني ميل بعض العاملين شبه الطبيعيين إلى تكوين علاقات غير رسمية لتحقيق أهداف ومطالب رسمية على اعتبار أن الترقية الوظيفية حق من الحقوق المكفولة للعاملين الذين تتوفر فيهم الشروط المطلوبة و التي يحددها الضبط الرسمي في المؤسسة، حيث يظهر من الاتجاه العام أن الذكور أكثر قبولا

لهذا الرأي بنسبة 31.7% مقارنة بالإناث 29.4% ، وفي اتجاه آخر ترى نسبة 13% من المبحوثين أن الترقية تمنح للعاملين على أساس فرص التكوين المتاحة لها خاصة التكوين الطويل المدى والذي من خلاله يمكن للعامل الانتقال من درجة مهنية إلى درجة أعلى و بالتالي يكون هناك امتيازات أكثر و استقلالية أوسع في تجسيد استراتيجيته ضمن استراتيجية المؤسسة، في حين نجد أن نسبة 11.5% من المبحوثين ترى أن الترقية الوظيفية تتم على أساس الكفاءة و الفعالية في المنصب و عليه من يبرز قدرات و مهارات وظيفية أكثر هو الأوفر حظا للحصول على ترقية وظيفية، كما يظهر من اتجاهات وأراء العاملين حول كيفية الحصول على الترقية الوظيفية أن أغلبية المبحوثين شبه الطبيعيين يعتبرون أن المعيار الشائع الاستخدام في ذلك هو الأقدمية في العمل، و كذا ما يتخلل ذلك من العلاقات الغير رسمية و التي تساهم بشكل أو بآخر في تجسيد هذا الحق كما أن للتكوين الجيد و الكفاءة في العمل دور نسبي في ذلك، و ما يمكن أن يقال في هذا الصدد أن كل هذه العوامل تساهم بشكل متفاوت في تجسيد إحدى الدعائم الوظيفية والمتمثلة في الترقية الوظيفية والتي تساهم بشكل أو بآخر في تحقيق الرضا الوظيفي للعامل وهو ما ينعكس على أدائه بالإيجاب أو بالسلب، وبالتالي يفرض على المؤسسة استراتيجية واضحة الأهداف و المقاصد حتى لا تكون هناك إختلالات وظيفية وهو ما فرض على متخذي القرار في المنظمة الصحية على انتهاج سياسة جديدة مفادها الاعتماد على التكوين كشرط ضروري للترقية بدل احتساب سنوات العمل والخبرة المهنية والأقدمية للانتقال من منصب إلى منصب، أو من رتبة إلى رتبة أعلى⁽¹⁾.

(1)- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. "الاعتماد على التكوين في الترقية بدل الأقدمية في العمل". الفجر، 25 جانفي 2015 ، نقلا من الموقع <http://www.al-fadjr.com> ، يوم 25 جانفي 2015 على الساعة 15h و30د.

الجدول رقم (70): رغبة المبحوثين في الحصول على ترقية وعلاقتها بالجنس.

المجموع	الرغبة في الترقية		الجنس
	لا	نعم	
63	9	54	ذكر
%100	%14.3	%85.7	
68	6	62	أنثى
%100	%8.8	%91.2	
131	15	116	المجموع
%100	% 11.5	%88.5	

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين على اختلاف جنسهم يرغبون في الحصول على ترقية بنسبة 88.5% حيث نجد أن الإناث الأكثر رغبة في الحصول على ترقية بنسبة 91.2% مقابل 85.7% للذكور، في حين نسجل نسبة 11.5% من العاملين لا ترغب في الحصول على ترقية ، فالطموح إلى الارتقاء في السلم الهرمي هو شعور يصاحب أغلبية العاملين شبه الطبيين و هو يعبر عن اشباع حاجة ذاتية و يحقق له السعادة في العمل و بالتالي الوصول إلى الرضا الوظيفي الذي يجعل العامل شبه الطبي يعمل بمجهود أكبر و يكون أداءه أحسن ، وتختلف اتجاهات العاملين من حيث رغبتهم في الحصول على ترقية على اختلاف تطلعاتهم و نظرتهم إلى الحياة المهنية و مدى استجابتها و تحقيقها لرهاناتهم و قضاياهم لا سيما ما يوضحه الجدول التالي :

الجدول رقم (71): دوافع رغبة المبحوثين في الحصول على ترقية وعلاقتها بالجنس.

الجنس	دوافع الرغبة في الترقية	تحسين الأجر	الحصول على المكانة	السلطة و المسؤولية	المجموع
نكر	43 %75.44	13 %22.81	1 %1.75	57 %100	
أنثى	40 %57.14	29 %41.43	1 %1.43	70 %100	
المجموع	83 %65.35	42 %33.07	2 %1.57	* 127 %100	

*اختيار العامل شبه الطبي لأكثر من رغبة

حيث نلاحظ من الاتجاه العام أن أغلبية المبحوثين شبه الطبيين بنسبة 65.35% يرغبون في الحصول على الترقية من أجل تحسين الأجر حيث نجد أن الذكور الأكثر قبولاً لفكرة الترقية من أجل الأجر بنسبة 75.44% في حين نجد أن نسبة الإناث 57.14% على اعتبار أن الأجر هو المصدر الأساسي للدخل للغالبية العظمى من العاملين شبه الطبيين وعليه تتوقف قدرتهم في تحقيق وإشباع حاجاتهم و رفع مستواهم المعيشي، فالأجر يمثل إذن أهم اهتمامات العاملين شبه الطبيين كما يعتبر من أهم العوامل التي تحقق الرضا الوظيفي لدى العاملين في المؤسسة و بالتالي زيادة الدافعية نحو الأداء .

كما نلاحظ أيضاً أن 33.07% من العاملين يرغبون في الارتقاء في المهنة بغية الحصول على المكانة و الرغبة في الحصول على تقدير الآخرين لهم، حيث نجد أن الإناث أكثر رغبة في الحصول على المكانة و إبراز الذات بنسبة 41.43% مقارنة بالذكور بنسبة 22.81% ، ومن جهة أخرى نجد أن نسبة 1.75% من العاملين

تتجسد رغبتها في الحصول على الترقية بغية اكتساب السلطة و المسؤولية و التطلع إلى المشاركة في اتخاذ القرارات و العمل على تجسيدها في الميدان.

الجدول رقم (72): مساهمة التكوين في تغيير مناصب المبحوثين وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	المساهمة في تغيير المنصب
			الجنس
63	44	19	ذكر
%100	%69.8	%30.2	
68	56	12	أنثى
%100	%82.4	%17.6	
131	100	31	المجموع
%100	% 76.3	%23.7	

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 76.3% لم يغيروا مناصبهم في حين نجد أن نسبة 23.7% غيروا مناصبهم من جراء عملية التكوين حيث نجد أن الذكور الأكثر ميلا إلى تغيير المنصب بنسبة 30.2% مقارنة بالإناث 17.6% ، فالتكوين باعتباره يساعد على اكتساب المهارات والمعارف فإنه يكسب العامل الذي شارك في دورات التكوين لاسيما الطويل الأمد منها و يتيح فرصة للعامل شبه الطبي لتغيير منصبه إلى أعلى وفي نفس المصلحة كما قد يكون التغيير في نفس الدرجة المهنية ولكن إلى مصلحة أخرى حسب الاحتياجات الوظيفية التي تقتضيها المصالح وعموما تختلف آليات تغيير المنصب باختلاف العاملين ودرجة حصولهم على التكوين وما يلاحظ أنه ليس كل عامل حاصل على التكوين يحق له تغيير منصبه لاسيما ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (73): مساهمة التكوين في تغيير مناصب المبحوثين وعلاقته بالجنس من خلال المتحصليين علي دورات التكوين.

المجموع	لا	نعم	الحصول على الاختيارات دورات التكوين	
			الجنس	الاختيارات
36 %100	25 %69.4	11 %30.6	نعم	ذكر
27 %100	19 %70.4	8 %29.6	لا	
63 %100	44 %69.8	19 %30.2	المجموع	
24 %100	17 %70.8	7 %29.2	نعم	أنثى
44 %100	39 %88.6	5 %11.4	لا	
68 %100	56 %82.4	12 %17.6	المجموع	
60 %100	42 %70	18 %30	نعم	المجموع
71 %100	58 %81.7	13 %18.3	لا	
131 %100	100 %76.3	31 %23.7	المجموع الكلي	

من خلال الجدول الذي ربطنا فيه بين درجة حصول العامل شبه الطبي على التكوين الذي مكنه من تغيير منصبه من عدمه وكذا من خلال متغير الجنس نلاحظ أن 30.2% من العاملين الذكور استفادوا من عملية التكوين في حين استفادت الإناث بنسبة 17.6% أما من حيث نسبة العاملين الذين غيروا مناصبهم بالموازاة مع تكوينهم نجد أن 30.6% من الذكور قاموا بتغيير مناصبهم مقابل 29.2% من الإناث، فتغير العامل شبه الطبي لمنصبه الوظيفي يتبعه تغيير واجبات الفرد الوظيفية وتزداد معها متطلبات العامل أكثر كما تزداد مسؤولياته والتزاماته، وبالنظر

إلى الاتجاه العام الذي يؤكد أن الأغلبية الساحقة من العاملين لم يغيروا مناصبهم من جراء عملية التكوين وهو ما يوحي بغياب إحدى الركائز والآليات الأساسية في بناء وتنمية الكفاءات وتوفير المناخ التنظيمي الملائم لأداء العاملين لوظائفهم على أحسن حال، وما يقتضي على المؤسسة العمومية الإستشفائية تأهيل وتمكين جهود عاملها وتوفير الظروف الملائمة للتكيف مع بيئة العمل والتي تتميز دائما بالديناميكية والتغير وعدم الاستقرار على اعتبار أن الواقع الصحي في تطور دائم وهو ما يتطلب مواكبة هذا التطور، فالعامل شبه الطبي كفاعل اجتماعي يعمل على توسيع مناطق شكه من خلال عملية التكوين لمواجهة ظروف البيئة الغير مستقرة، ولتضييق حرية الآخرين وبالتالي امتلاك سلطة وظيفية وحرية أكبر ومنطق لا يقين أوسع لتفعيل وتحقيق رهاناته وقضاياها في حدود النسق التنظيمي ووفق استراتيجية المؤسسة.

الجدول رقم (74): مساهمة التكوين في تغيير الوضعية المهنية للمبحوثين وعلاقته بالجنس.

المجموع	لا	نعم	المساهمة في تغيير الوضعية المهنية الجنس
63 %100	33 %52.4	30 %47.6	ذكر
68 %100	46 %67.6	22 %32.4	أنثى
131 %100	79 % 60.3	52 %39.7	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية العاملين شبه الطبيين بنسبة 60.3% يرون أن التكوين لم يساهم في تغيير وضعيتهم المهنية وتشكل نسبة الإناث فيها 67.6% في حين بلغت نسبة الذكور 52.4%، فالتكوين باعتباره يعمل على زيادة كفاءة العامل في منصبه وتمكينه من الاستخدام الأمثل للوسائل المستخدمة وما يصاحب ذلك من تغيير الوضعية المهنية لاكتساب مكانة أعلى وزيادة الأجر وبالتالي اكتساب سلطة

أكثر واستقلالية أكبر في الاختيار بين البدائل وهو ما يظهر من اتجاهات العاملين شبه الطبيين الذين يرون أن التكوين يساهم في تغيير وضعيتهم المهنية بنسبة 39.7% حيث تختلف أوجه الاستفادة من التكوين باختلاف جنسهم لاسيما ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (75): جوانب مساهمة التكوين في تغيير الوضعية المهنية للمبحوثين وعلاقتها بالجنس.

المجموع	كلاهما	معنوية	مادية	جوانب المساهمة في تغيير الوضعية المهنية الجنس
30 %100	21 %70	3 %10	6 %20	ذكر
22 %100	20 %90.9	0 %0	2 %9.1	أنثى
52 %100	41 %78.8	3 %5.8	8 %15.4	المجموع

حيث نلاحظ من الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 78.8% يرون أن للتكوين دور في تغيير وضعيتهم المهنية من خلال مساهمته في إشباع حاجاتهم المادية والمعنوية وأن الإناث أكثر إشباعاً بنسبة 90.9% مقارنة بالذكور 70%.

ويبدو أن العامل شبه الطبي من خلال هذه النتائج المتعلقة بتغيير الوضعية المهنية ومن حيث إشباع الحاجات المادية والمعنوية غير راض على سياسة المؤسسة من حيث فرص التكوين المتاحة والتي تحقق قدر من هذا الإشباع وما يتبعه من ارتفاع الروح المعنوية والقدرة على تحمل الضغوط في العمل، فحرية الفاعلين شبه الطبيين تزداد مع زيادة فرص التكوين وفي المقابل مع انعدام فرص التكوين تقل هذه الحرية وتضيق منطقة اللايقين وبالتالي تقل معها الرهانات والقضايا التي يعمل العامل شبه الطبي على تحقيقها في نطاق المحيط الدائم التغير.

الجدول رقم (76): نظرة المبحوثين لنظام الترقية في المؤسسة وعلاقته بالجنس.

النظرة الى الترقية	عادلة جدا	عادلة	إلى حد ما	غير عادلة	المجموع
ذكر	5 %7.9	8 %12.7	26 %41.3	24 %38.1	63 %100
أنثى	0 %0	9 %13.2	26 %38.2	33 %48.5	68 %100
المجموع	5 %3.8	17 %13	52 %39.7	57 %43.5	131 %100

نلاحظ أن أغلبية العاملين شبه الطبيين غير راضين على سياسة الترقية في المؤسسة الإستشفائية على اعتبار أن نسبة 43.5% ترى أن سياسة الترقية في المؤسسة غير عادلة على اختلاف جنس المبحوث حيث سجل نسبة 48.5% للإناث و 38.1% للذكور، كما نلاحظ أن 39.7% راض إلى حد ما على سياسة الترقية في المؤسسة وأن نسبة 13% تعتبرها عادلة في حين نجد أن نسبة 3.8% من العاملين الإستشفائيين ترى أن سياسة الترقية في المؤسسة عادلة جدا، فالترقية باعتبارها انتقال من مرتبة وظيفية إلى مرتبة أعلى منها في الوظيفة ذاتها أو في مركز وظيفي آخر يوازيه في نفس المؤسسة والتكوين باعتباره إحدى الدعائم الأساسية والآليات المستخدمة من طرف المؤسسة لرفع وتنمية المهارات والكفاءات ولتنفيذ أداء العامل شبه الطبي وبتجلى هذا من الخطابات الرسمية لمتخذي القرار في المنظمة الصحية ، حيث يركز على التكوين كبديل وظيفي لرفع الروح المعنوية وللبحث عن الكفاءة التي تعتبر معيار من معايير الترقية التي تستند إليها الكثير من المؤسسات ضمن استراتيجياتها ومخططاتها التسييرية، فاقتناع العامل شبه الطبي على اختلاف جنسه بأن الترقية في المؤسسة غير عادلة يدل على أن الاعتماد على آلية التكوين كأساس للترقية ضئيل وعلى اعتبار أن التكوينات في المؤسسة على حد تعبيرهم غير عادلة ولا تلبى احتياجاتهم الوظيفية وتتم في الغالب وفق معيار الأقدمية

في العمل وما يتخللها من الإجراءات اللارسمية ، فمن واجب المؤسسة الإستشفائية العمومية لتفعيل سياسة الترقية ولكسب رضا العاملين شبه الطبيين أن تنتهج ضمن استراتيجياتها الأسس الموضوعية التي من شأنها وضع نظام عادل للترقية، فالترقية العادلة ترفع الروح المعنوية للعامل وتتمى فيه الشعور بالانتماء والولاء للمؤسسة ومنه الوصول إلى مستوى أعلى من الرضا والذي ينعكس على أدائه حتما بالإيجاب، كما أن عدم الرضا على معايير الترقية من شأنه أن يولد النفور وعدم الرضا على العمل وبالتالي ينعكس ذلك سلبيا على أدائه.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج أثر التكوين في تحقيق الارتقاء الوظيفي

من الدعائم الأساسية التي يقوم عليها نظام العمل توفير فرص الترقية هذه الأخيرة تمنح حظوظا للعامل في الارتقاء في السلم الهرمي من وظيفة أدنى إلى وظيفة أعلى منها وما يتبع ذلك من حصول العامل على امتيازات أعلى كالأجر والمكانة الاجتماعية وغيرها من العوامل التي تجعل العامل سعيدا في عمله متفانيا في أدائه ، والظاهر أن العاملين شبه الطبيين على اختلاف رتبهم يعتبرون أن الترقية هي باب من أبواب الحصول على المكانة وتحقيق الطموحات الحياتية لاسيما ما يتعلق منها بالأجر وغيرها من الحوافز المادية، إلا أن هذا المطلب لم يتحقق للكثير من العاملين على اختلاف أقدميتهم في العمل على اعتبار أن معيار الأقدمية يعتبر العامل الحاسم في الحصول على هذه الترقيات في المؤسسة بغض النظر عن كفاءاتهم وتكويناتهم فأغلبية العاملين شبه الطبيين بنسبة 64.1% يعتبرون أن التكوين لم يسهم في تدرجهم الوظيفي على اعتبار أن فرص التكوين تمنح للعاملين الأكثر أقدمية باعتبارهم يمتلكون سلطة أكبر وخبرة أوسع في المناورة والتفاوض وبالتالي حظوظهم تكون أوفر في الارتقاء في السلم الهرمي وهو ما يظهر من اتجاهات العاملين الذين استفادوا من الترقيات في المؤسسة حيث أن نسبة 50% منهم اعتبروا أن الأقدمية هي العامل الحاسم في منح العامل شبه الطبي سلطة للارتقاء في السلم الهرمي للمؤسسة ، فأغلبية العاملين شبه الطبيين على اختلاف جنسهم يرغبون في الارتقاء في السلم الهرمي للمؤسسة باعتباره إحدى الحقوق المكفولة للعامل في

منصبه وهذا ما لا يدركه 61.8% من العاملين نتيجة عدم اطلاعهم على القوانين واللوائح التي تحدد واجباتهم والتزاماتهم الوظيفية وتكفل لهم في ذات الوقت حقوقهم المهنية في محيط العمل وخارجه، فغياب الوعي بأهميته الإطلاع على القوانين الأساسية للعمل ينمي في العامل سلوك آخر اتجاه المؤسسة ونظرة سلبية في طريقة الحصول على الترقيات في المؤسسة وهذا ما يظهر من خلال اتجاهات العاملين عندما سألناهم عن رأيهم في الأسس التي تمنح بها الترقيات في المؤسسة، وإذا كانت نسبة 45% من العاملين أجابت على أساس الأقدمية فإن 30.5% منهم أجابت على أساس المحسوبية والمحاباة، وإن كانت المسؤولية مشتركة بين العامل والمؤسسة في غياب الاتصال والإعلام فالمسؤولية تلقى أكثر على العامل باعتباره هو الفاعل الحاسم في العملية الإستشفائية وغياب الوعي يولد لديه الشعور بعدم الرضا الذي يحول دون إتمام وأداء مهامه على أحسن حال وإذا سلمنا أن الترقية هي انتقال من درجة مهنية إلى درجة أعلى منها فإننا من خلال اتجاهات العاملين حول مساهمة التكوين في تغيير مناصبهم يظهر أن أغلبية العاملين المستفيدين من التكوين لم يغيروا مناصبهم في حين تقتصر مساهمة التكوين في تغيير الوضعية المهنية ونظام العوائد لاسيما ما يتعلق منها بالأجور والامتيازات، وهو ما يولد الشعور بعدم الرضا والإحساس بعدم عدالة نظام الحوافز خاصة وأن أغلبية العاملين شبه الطبيعيين يعتبرون أن نظام الترقية في المؤسسة غير عادل وأن فرص التكوين في المؤسسة ضئيلة، زيادة على أنها تمنح على أساس الأقدمية في العمل وهو ما يجعلنا نتساءل هل فرص التكوين تمنح للعامل الأقل أداءً حتى يعمل على تنمية قدراته وجعلها تواكب زملائه وتحسين أدائه، أم تمنح للعامل الأكثر أداءً والأكثر كفاءة حتى تولد لديه الشعور بالانتماء والولاء للمؤسسة أكثر؟ فمنح العامل شبه الطبي حظوظ متساوية في التكوين واهتمام أكثر من خلال توفير فرص الترقية يستوجب على المؤسسة الإستشفائية وعلى متخذي القرار في هذه المؤسسة انتهاج استراتيجية واضحة تراعي فيها قدرات ومهارات الفاعلين فيها حتى تولد لديهم الشعور بالرضا على العمل عامة وبالتالي تنمية قدراته إلى الأداء الجيد، فالتكوين يساهم بشكل نسبي

في منح العامل شبه الطبي حظوظ في الارتقاء في السلم الهرمي وهو ما يحقق نسبيا الفرضية المصاغة .

الاستنتاج العام:

يمكن البحث في موضوع معين من الوصول الى اجابات منطقية للتساؤلات المطروحة في المحيط المدروس فموضوع التكوين وأثره على اداء العاملين في المؤسسة الاستشفائية لدى فئة شبه الطبي من الموضوعات التي فرضت نفسها بشدة في الوسط الصحي، حيث يظهر جليا من النتائج المتوصل اليها أن للتكوين أثر ايجابي على أداء الفاعلين شبه الطبيين، وعلى اعتبار أن كل العاملين شبه الطبيين استفادوا من التكوين قبل الالتحاق بالعمل وأن أغلبيتهم يتطلعون الى التكوين المتواصل كآلية لتنمية قدراتهم ومهاراتهم الوظيفية ولتحقيق طموحاتهم المهنية على الرغم أن أغلبية العاملين لم تمنح لهم فرصة الاستفادة من التكوين المستمر، فالتكوين وفر جانبا مهما من الرضا الوظيفي الا أن هذا الرضا جزئي وليس كلي، فرضا العامل شبه الطبي عن العمل يحركه الضمير المهني نتيجة ما يقدمه من خدمات للمريض لكنه غير راض على نظام الحوافز والأجور التي لا تلبى ولا تشبع حاجاته ولا توازي ما يقدمه من خدمات، ومن جهة أخرى نجد أن العاملين شبه الطبيين غير راضين على نظام الترقية في المؤسسة ويرون أنها تتم بالمحسوبية والمحاباة، كما أن فرص التكوين التي تمنح الترقية ضئيلة جدا، فالعامل شبه الطبي نجده راض على عمله من منطلق المسؤولية الاجتماعية وما يمليه عليه الضمير المهني لكنه غير راض على ظروف العمل والعوامل المرتبطة به كالأجر والحوافز ونظام الترقية، حيث يظهر أن للتكوين دور وأثر نسبي في تحقيق الرضا الوظيفي للعامل شبه الطبي إلا أن هذا الاثر يتضاءل نسبيا فيما يتعلق في منح العامل شبه الطبي حظوظ أكثر للارتقاء في السلم الوظيفي للمؤسسة على اعتبار أن أغلب الترقيات الممنوحة في المؤسسة تتم على اساس الاقدمية فالتكوين أذن يساهم بشكل نسبي في تحقيق الحراك التصاعدي للعاملين شبه الطبيين.

خاتمة وتوصيات:

يعتبر المورد البشري محل اهتمام المنظمات الرائدة التي أضحت تعتمد على اليد العاملة المؤهلة وتعمل على تطويرها من خلال أنظمة التكوين والتعليم المعتمدة في إعداد قوى العمل واستثمارا حقيقيا يساهم في تحقيق أهدافها ورهاناتها أجل تحقيق الفعالية وللحفاظ على توازن النسق التنظيمي بوجه عام .

والمنظمة الصحية وعلى غرار كافة المنظمات الرائدة تولي أهمية التكوين كبديل استراتيجي لصناعة التميز في الأداء من خلال استقطاب اليد العاملة المؤهلة التي تعتمد عليها في تدبير أمورها لاسيما ما يتعلق منها بتقديم الخدمات التمريضية والعلاجية لذوي الحاجة إليها.

من خلال هذه الدراسة التي تناولنا فيها موضوع " التكوين وأثره على أداء العاملين في المؤسسة الاستشفائية لدى فئة شبه الطبي " في شقين نظري وتطبيقي؛ فالشق الاول تناولنا فيه متغيرات الدراسة بشيء من التحليل انطلاقا من آراء واتجاهات الباحثين الذين خاضوا في موضوع التكوين وربطه بمتغير الأداء من خلال ما يكتسبه العامل من قدرات ومهارات معرفية لتحقيق الشيء المرغوب والقابل للقياس والتقييم في محيط الخدمة الصحية، وتجسيديا لإستراتيجية المنظمة الصحية المعتمد على الكفاءات التي تضمن الخدمة الصحية للفرد والمجتمع، أما الشق الثاني فتطرقنا فيه لميدان الدراسة مع التطرق الى تحليل ومناقشة مختلف الفرضيات حيث أظهرت النتائج المتوصل إليها أن التكوين يترك أثر ايجابي على أداء الفاعلين الشبه طبيين و يحقق نوع من الرضا النسبي عن العمل كما يساهم بشكل متفاوت في تحقيق الحراك المهني التصاعدي بالمؤسسة لكن ليس بالقدر الكافي وهو ما يبرز بعض مظاهر عدم الرضا خاصة ما يتعلق منها بنظام الحوافز والأجور.

والظاهر أن المسؤولية الملقاة على عاتق العاملين شبه الطبيين كبيرة واحتياجاتهم في الميدان في تزايد مستمر خاصة في الوقت الراهن وهو ما يتطلب قدرا من الاهتمام ويفرض على متخذي القرار في المؤسسة الاستشفائية بنقاوس بذل مزيدا من الجهود لتحسين وتوفير الجو الملائم الذي من خلاله يعمل العامل شبه الطبي على تقديم خدماته في أحسن الظروف ولتنمية مزيدا من الرضا ولتوسيع قنوات الحراك المهني ومنح فرص وحظوظ أكثر للارتقاء الوظيفي وما يستوجب على المؤسسة الاستشفائية العمومية تحديد وبدقة ما هي الغاية من التكوين والتي تنطلق من الاحتياجات الفعلية للعاملين شبه الطبيين بعيدة عن القرارات الفوقية ولا يتجلى هذا إلا من خلال التسيير العقلاني للكفاءات والمهارات للاستفادة منها في الواقع وفي محيط الخدمة.

- اعطاء فرص أكثر للعامل شبه الطبي للالتحاق واثراء برامج التكوين المستمر بالأسس والآليات الكفيلة بإحداث فوارق جوهرية بين العاملين المتكويين والغير متكويين .

- توفير الجو الملائم والظروف الحسنة للعامل شبه الطبي لأداء دوره الوظيفي على أحسن حال.

- ربط نظام التكوين بنظام المكافآت والحوافز من أجل تشجيع وإثارة الرغبة في التكوين لدى العامل شبه الطبي.

- فتح قنوات الحوار والاتصال من خلال إقامة دورات تحسيسية بأهمية التكوين ودوره في احداث التغيرات الوظيفية وفي تنمية المهارات والقدرات .

- اعطاء القدر الكافي من الوقت للعامل شبه الطبي المستفيد من التكوين والعمل على تركيز جهوده على عملية التكوين حتى تكون هناك فروق محسوسة بين العاملين المستفيدين من فرصة التكوين المستمر والغير مستفيدين منه .

- تنمية روح المبادرة وحسن التعامل لدى العامل شبه الطبي وتثمين الجانب الإنساني فيه خاصة وأن التعامل في المؤسسة يكون أكثر مع المرضى .

- توفير أكبر قدر من العمالة شبه الطبية لتخفيف الضغط على المصالح الاستشفائية ولتحقيق نوع من المرونة في العمل ولتحسين مستوى الخدمات الصحية ولتحقيق نوع من الشعور بالأمان والاستقرار الوظيفي للعامل شبه الطبي .

- التقييم العادل للعاملين من خلال اعطاء فرص متساوية للعاملين شبه الطبيين للاستفادة من فرص التكوين وفق خطة منظمة وإستراتيجية واضحة تعكس أهمية التكوين المستمر في الحياة المهنية وترغب العاملين على اختلاف مستوياتهم المهنية في الاقدام على التكوين كعامل من عوامل تنمية الكفاءات والمهارات وتوليد مظاهر وعلامات الرضا الوظيفي من خلال توفير نسق تنظيمي يمكن العامل شبه الطبي من تنمية نظام العوائد والحوافز ومنه الارتقاء في السلم الهرمي .

فالتكوين إذن حتمية تفرضها المستجدات الوظيفية ورهان حقيقي لمواكبة التطورات في شتى المجالات وغياب التكوين المستمر والجيد حتما سيترك المؤسسة حبيسة معلومات الماضي رهينة ضغوطات ومشكلات الحاضر غائبة لا تتطلع لما يخفيه المستقبل .

وما يكمن الإشارة إليه أن نقطة التوقف في هذا البحث يمكن أن تكون نقطة انطلاق لبحوث أخرى تتناول الأشكال المختلفة للتنظيمات .

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1- أبو النصر مدحت محمد، الأداء الإداري المتميز، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة ، ط1، 2012.
- 2- إحسان محمد الحسن، علم الإجتماع الطبي، عمان ، ط1، دار وائل للنشر، 2008.
- 3- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978.
- 4- أحمد صقرعاشور، إدارة القوى العاملة ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت ، ط2 ، 1979.
- 5- أحمد فايز النماس ، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، بيروت ، ط1، 2000.
- 6- أحمد ماهر، الإختبارات واستخداماتها في إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، مصر ، 2003.
- 7- أحمد مصطفى مخرجات التدريب المهني وسوق العمل في الاقطار العربية، المركز العربي للتدريب المهني واعداد المدربين ، 2001.
- 8- أمين ساعاتي، تبسيط كتابة البحث العلمي، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، السعودية ، ط1، 1991.
- 9- أمين سعيد عبد الغني، إدارة المؤسسات الإعلامية في عصر اقتصاد المعرفة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2006.
- 10- أمين محمد سلام المناسبة، قواعد البحث العلمي ومناهجه ومصادر الدراسات الإسلامية، مؤسسة رام للتكنولوجيا والكمبيوتر، الأردن، 1995.
- 11- أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمي ، ط1، 2001.

- 12- باري كشواي، إدارة الموارد البشرية ، دار الفاروق للنشر والتوزيع، مصر، ط2، 2006.
- 13- باسم الحميري، التدريب الفعال، دارالحامد للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2009.
- 14- بديع محمود مبارك القاسم ، علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان ، ط 1 ، 2001.
- 15- حسن إبراهيم بلوط، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، دار النهضة العربية، لبنان، ط1، 2005.
- 16- حسن أحمد الطعاني، التدريب الإداري المعاصر، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، ط 1، 2007.
- 17- حسن أحمد الطعاني، التدريب مفهومه وفعالياته ، دار الشروق، الأردن ، 2007.
- 18- حسن عبد الحميد أحمد رشوان، دور الخدمات الإجتماعية في الطب ولأمراض ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1، 1999.
- 19- حسين محمد حسين، تقويم التدريب ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2005.
- 20- خضير كاظم حمود وآخرون، إدارة الموارد البشرية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2007.
- 21- راوية حسن، إدارة الموارد البشرية رؤية مستقبلية ، الدار الجامعية، مصر.
- 22- راوية حسن، السلوك في المنظمات، الدار الجامعية، مصر.
- 23- ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان، ط 1، 2000.
- 24- ريمون كيني ولوك فان كمبنهود، دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، ترجمة يوسف الجباعي، المكتبة العصرية، لبنان ، ط 1، 1997.
- 25- زاهد محمد دبيري، إدارة الموارد البشرية ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2011.

- 26- زهير ثابت، سلسلة الدليل العملي لمدير القرن 21، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة ، 2001.
- 27- سعدامر أبوشندي، إدارة الموارد البشرية في المؤسسات التعليمية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2011.
- 28- سعيد سبعون وحفصة جرادي، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع ، دار القصة ، الجزائر ، 2012.
- 29- سمير محمد عبد الوهاب وليلى مصطفى البرادعي، إدارة الموارد البشرية المفاهيم والمجالات والاتجاهات الجديدة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، القاهرة، 2006.
- 30- سيف الإسلام شوية، سلوك المستهلك والمؤسسة الخدمائية ، مختبر التربية جامعة عنابة ، الجزائر .
- 31- صالح بن نوار، فعالية التنظيم في المؤسسات الإقتصادية ، مخبر علم الاجتماع للاتصال والبحث قسنطينة، الجزائر .
- 32- صالح المازقي، مدخل إلى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي، تونس، 2008.
- 33- صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الأفراد ، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ، مصر ، ط1، 2001.
- 34- صلاح الدين عبد الباقي ، السلوك الفعال في المنظمات ، دار الجامعة الحديثة للنشر، مصر، 2002.
- 35- صلاح الدين عبد الباقي وعلي عبد الهادي مسلم ،رواية حسن، إدارة الموارد البشرية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007.
- 36- طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، مصر ، 2008.
- 37- طاهر محمود الكلالدة، الاتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، الاردن، 2011.

- 38- طلعت ابراهيم لطفي، علم اجتماع التنظيم ، دار غريب للطباعة والنشر، مصر.
- 39- عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات العلمية، عمان، ط1، 1999.
- 40- عبد الله حسن جوهر، إدارة الموارد البشرية- التنظيم- التدريب- السكرتارية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2011.
- 41- عبد البارى إبراهيم درة، تكنولوجيا الأداء البشري في المنظمات، منشورات المنظمات العربية لتنمية الإدارة، مصر، 2000.
- 42- عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية الإدارة، الدار الجامعية ، الإسكندرية، 1998.
- 43- عبد الغفار حنفي، السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002.
- 44- عبدالكريم القنبي الادريسي، الثقافة المقاولاتية من نظريات المدارس الي اليات المقاربات، منشورات مقاربات ،المملكة المغربية، 2013 .
- 45- عبد المعطي محمد عساف، التدريب وتنمية الموارد البشرية، دار زهران، عمان، 2008.
- 46- عبد المهدي بواعنة، مدخل إلى إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان ، 2004.
- 47- عبدالهادي الجوهري، علم اجتماع الادارة - مفاهيم وقضايا،المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1998 .
- 48- علي بن هادية و بلحسن البليش و الجيلالي بن الحاج يحي، القاموس الجديد للطلاب،المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط9 ، 1991.
- 49- علي الحمادي، 333 تقنية للتدريب والإلقاء المؤثر ، دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، ط1، 1999.
- 50- علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.

- 51- علي السلمي. إدارة الأفراد والكفاية الإنتاجية، مكتبة غريب، القاهرة ، دون سنة نشر.
- 52- علي السلمي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية ، دار غريب للنشر والتوزيع ، القاهرة، دون سنة طبع.
- 53- علي عبد الرزاق الجلي ، علم الإجتماع الصناعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003.
- 54- علي غربي، علم الاجتماع والثنائيات النظرية- التقليدية والمحدثة ، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة بقسنطينة ، الجزائر ، 2007.
- 55- عليوة السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، إيتراك للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2001.
- 56- عليوة السيد، تحديد الإحتياجات التدريبية ، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2001.
- 57- غياث بوفلجة، الاسس النفسية للتكوين ومناهجه، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984 .
- 58- فاروق عبد فليہ والسيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن ، ط1، 2005.
- 59- فرج عبد القادر طه، علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار قباء للنشر والتوزيع، مصر، ط9، 2001.
- 60- كمال بربر، إدارة الموارد البشرية ، دار المنهل اللبناني، لبنان، د س ط.
- 61- كمال دسوقي، سيكولوجية إدارة الأعمال، مكتبة الإشعاع، مصر، 1994.
- 62- لحسن بوعبد الله و محمد مقداد ، تقويم العملية التكوينية في الجامعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998.
- 63- مالكولم بيل، التدريب الناجح للموظفين ، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، لبنان، ط1، 1997.

- 64- مايك ويلز. إدارة عملية التدريب ووضع المبادئ موضع التنفيذ ، ترجمة: محسن إبراهيم الدسوقي، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، 2005.
- 65- محمد أكرم العدلوني، العمل المؤسسي ، دار ابن حزم للنشر والتوزيع، الكويت ، ط1 ، 2002.
- 66- محمد حافظ حجازي، إدارة الموارد البشرية ، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، دون سنة طبع.
- 67- محمد الحناوي ، السلوك التنظيمي ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، 1997 .
- 68- محمد الجوهرى وآخرون. علم الاجتماع الطبي ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009.
- 69- محمد سعيد سلطان، السلوك الانساني في المنظمات دار الجامعة الجديدة، مصر، 2002.
- 70- محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية ، 2004 .
- 71- محمد الصاوي محمد مبارك، البحث العلمي أسسه وطريقة كتابته، المكتبة الأكاديمية، مصر، 1992.
- 72- محمد الصيرفي، قياس وتقويم أداء العاملين ، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، ط1، 2008.
- 73- محمد عبد الفتاح الصيرفي، التدريب الإداري، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 74- محمود موسى الخطيب، التدريب والتنمية، جامعة حلوان - متاح على الرابط www.obegs.org
- 75- مجدى أحمد بيومي ومحمد السيد لطفي ، الكفاءة التنظيمية والسلوك الإنتاجي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2009.
- 76- مسيس عبد العليم جمعة، التخطيط الصحي لمجتمع الإشتراكية والتنمية، عدد4 ، الدار القومية للطباعة والنشر، 1966.

- 77- مصطفى نجيب شاويش. إدارة الموارد البشرية ، دار الشروق، الأردن، ط3 ، 2005.
- 78- مورييس أنجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية، ترجمة صحراوي بوزيد وآخرون، دار القصبه للنشر، الجزائر، ط2، 2008.
- 79- منصور نعمان و غسان ذيب النمري، البحث العلمي حرفتوفن ، أريد ، الأردن، ط1 ، 1998 .
- 80- نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي - ثقافة الصحة والمرض ، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة ، 2006 .
- 81- نجم العزاوي، التدريب الإداري، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، ط6، 2006.
- 82- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الأردن، ط1، 2012 .
- 83- وائل محمد صبحي إدريس و طاهر محسن منصور الغالبي، أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن ، دار وائل للنشر، عمان، 2009.
- 84- وائل محمد صبحي إدريس وطاهر محسن منصور الغالبي، سلسلة إدارة الأداء الإستراتيجي ، دار وائل للنشر، الأردن، ط1، 2009.
- المجلات والدوريات**
- 1- الياس بومعروف و عماري عمار، من أجل تنمية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، 7(2009-2010).
- 2- الحاج عرابة، ازدواجية السلطة في المستشفيات المفهوم والإشكالية ، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، 7(2009-2010) .

- 3- زكي عبد المعطي أبو زيادة، "إدارة الوقت والجودة الشاملة وأثرها في الأداء الوظيفي"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 8، 1(2012)، متاحة على الرابط journals.jv-edu.jo
- 4- الشيخ الداوي، "تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مباح ورقلة، 7(2010/2009).
- 5- عبد القادر خريش، التحليل الإستراتيجي عند ميشال كروزي، مجلة جامعة دمشق، 27، 01 و 02 (2011).
- 6- عبد الكريم قريشي، "التكوين والتوظيف في الجزائر"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، ورقلة، 1(ديسمبر، 1998).
- 7- عبد المالك مزهودة، "الأداء بين الكفاءة والفعالية - مفهوم وتقييم"، مجلة العلوم والإنسانية لجامعة بسكرة، 1(نوفمبر، 2001).
- 8- العربي عطية، "أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على الأداء الوظيفي للعاملين في الأجهزة الحكومية المحلية"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مباح ورقلة، 10(2012).
- 9- يوسف بومدين، "إدارة الجودة الشاملة و الأداء المتميز"، مجلة الباحث، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مباح ورقلة، 5(2007).
- الرسائل العلمية :**
- 1- بلال جعري، "فعالية التكوين في تطوير الكفاءات"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2008/2009.
- 2- بلقاسم مزبوة، "السلطة والرضا الوظيفي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة سكيكدة، 2008-2009.
- 3- بهية التويجري إبراهيم، "المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل"، رسالة ماجستير، كلية ادارة الاعمال، جامعة الملك سعود، السعودية، 2007.

- 4- جلال الدين بوعطيط، "الإتصال التنظيمي وعلاقته بالأداء الوظيفي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قسنطينة، 2009/2008.
- 5- حبيب الود، "أثر المناخ التنظيمي على ممارسة مرونة العمل لدى فئة شبه الطبي"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا جامعة الجزائر، 2012/2011.
- 6- غنية بلعربي، " أثر التكوين على الحراك المهني في المؤسسة الجزائرية"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2012/2011.
- 7- غنية بودوح، "استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة، 2013/2012.
- 8- ماهر عطوة الشافعي، " التوافق المهني للمرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية"، رسالة ماجستير، غزة، 2002.
- 9- نبيلة كحيلة، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم التسيير، جامعة قسنطينة، 2009-2008.
- 10- نجاه حسناوي، " دور متطلبات الموارد البشرية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة"، رسالة ماجستير، كلية الاداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة البليدة، الجزائر، 2012.
- 11- وهيبة عيساوي، "أثر الثقافة التنظيمية على الرضا الوظيفي"، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية والتسيير، قسم ادارة الافراد وحوكمت الشركات، جامعة تلمسان، 2012-2011.

الأوراق العلمية:

- 1- أحمد سيد مصطفى, إستراتيجيات إدارة الأداء والتطوير الوظيفي: ورقة بحثية مقدمة إلى مؤتمر التطوير الوظيفي الأول. الكويت. 2-4 أكتوبر 2002 .
- 2- الحبيب ثابتي ،"دور ومكانة التحليل الوظيفي في صنع القرارات"،iefpedia.com،
التقارير والوثائق الرسمية:
- 1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية ،
العدد 17 ، 20 مارس 2011، المطبعة الرسمية، الجزائر .
- 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية،
العدد 33 ، 20 ماي 2007 ، المطبعة الرسمية، الجزائر .
- 3- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية .
العدد 46، 15 جويلية 2006، المطبعة الرسمية، الجزائر .
- 4 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، منشور وزاري
رقم 7 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات العلاج.

القواميس والمعاجم:

- 1- ابن منظور،لسان العرب ، دار صادر، بيروت ، المجلد 14.
- 2- سهيل إدريس، المنهل: قاموس فرنسي-عربي ، دار الآداب ، بيروت ، ط 28 ،
2000 ، ص 544 .
- 3- المنجد في اللغة والإعلام ، منشورات دار المشرق، بيروت، ط31، 1991،
ص 704.

الجرائد والصحف:

- 1- رشيدة دبوب، " وزارة الصحة تفعل التكوين في الكوارث الطبيعية"، الخبر، 24
جويلية 2014 ، نقلا من الموقع <http://www.elkhabar.com> ، يوم 29 أكتوبر
2014 على الساعة 20h و30د.

2- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. "الاعتماد على التكوين في الترقية بدل الاقدمية في العمل ". الفجر، 25 جانفي 2015 ، نقلا من الموقع <http://www.al-fadjr.com> ، يوم 25 جانفي 2015 على الساعة 15h30د.

المراجع باللغة الفرنسية :

الكتب:

- 1- Barnard gazier, Les stratégies des ressources humaines , la découverte, paris, 3^{eme}éd, 2004.
- 2- Chantal Bussenault et Martine Pretet , Economie et Gestion De L'entreprise, Librairie Vuibert ,Paris, 3e edition, 2002.
- 3- Claude lévy-leboyer, La gestion des compétences, groupe eyrolles, paris, 2^{eme}éd, 2009.
- 4-Farid Chaoui et autres ,les système de sante en Algérie , Maroc et Tunisie .institut de prospective économique du monde méditerranéen, 2012.
- 5- Henry Mintzbery, Des managers, des vrais! Pas des MBA, traduit de l'anglais par marie-France pavillet, Edition d'organisation, paris, 2005.
- 6- Jean Marie peritti, dictionnaire des ressources humaines, éd Vuibert, paris, 1999.
- 7- Jean marie peretti ,Gestion du ressources humaines personnel, Vuibert, Paris, 1994.
- 8-Martory Bernard et daniel crozet, gestion des ressourses humaines, pilotage social et performances, dunod, paris, 6^{eme} éd, 2005.

9- michel crozier et erhard friedberg , l'acteur et système , éd
seuil,1977.

10- philippe Ramond, Manegment opérationnel direction et
animation dés équipes ,MAXIMA, paris,3^{eme} éd, 2004.

11- philippe bernoux , La sociologie des organisations
,6^{eme}éd, seuil, paris.

12-Pierre casse, la formation performante,office des
publications universitaire centrale ,Ben AKnoun , Alger, 1994.

13- serge guérin et gérard fournier, Le management des
seniors, eyrolles, paris,2^{eme}éd, 2009.

14-Yves pimor et michel fendre, logistique"prodiction-
distribution- soutien",dunod, paris, 5^{eme} éd, 2008.

التقارير والوثائق الرسمية:

1-Ministère de la Santé et de la Population et de la reformer
hospitaliere. Projection du développement du secteur de la
. santé Perspective décennale,2003

<http://www.santemaghreb.com/algerie/manage/manage5.pdf>

2-Office National des Statistiques

<http://www.ons.dz/-Sante-2003-.html>

القواميس والمعاجم:

1- petit la rousse, édition librairie la rousse, Paris, 1990.

الملاحق

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

استمارة بحث:

تندرج هذه الاستمارة ضمن إطار علمي لبحث موضوع " التكوين وأثره على أداء العاملين في المؤسسة الاستشفائية بنقاوس" موجهة لفئة " الشبه طبي" استكمالا للحصول على شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم ومانجمنت ؛ وقصد الحصول علي إجابات موضوعية للأسئلة المطروحة أرجو منكم تخصيص جزء من وقتكم لملء هذه الاستمارة بعناية تامة لأن نجاح هذا البحث مرهون بمساهمتم في تقديم إجابات صادقة في سبيل إثراء هذا الموضوع ؛ وما يجدر التأكيد عليه أن هذه البيانات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

لذا يرجى منكم وضع علامة (X) في الخانة المناسبة .

شكرا مسبقا على صبركم و تعاونكم.

إشراف:

إعداد الطالب:

* أ.د. مقراني الهاشمي

*بوخنوفة يحي

السنة الجامعية

2014-2013

المحور الأول: بيانات شخصية.

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن «العمر»: سنة.
- 3- المستوى التعليمي:
متوسط ثانوي جامعي
- 4- الحالة العائلية:
أعزب متزوج مطلق أرمل
- 5- الرتبة:
- 6- الوضعية في الوظيفة:
دائم متعاقد متربص
- 7- الأقدمية في العمل : سنة.
- 8- المصلحة التي تعمل بها:
- 9- فترة المداومة:
نهائية ليلية

المحور الثاني: الأثر الايجابي للتكوين المستمر على الأداء .

- 10- قبل التحاقك بالعمل ما نوع المؤسسة التي تلقيت فيها التكوين ؟
- عمومية
- خاصة
- 11- بعد التحاقك بالعمل هل شاركت في دورات التكوين؟
نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم فهل؟
- بطلب من رئيسك المباشر
- باقتراح من إدارة الموارد البشرية
- بطلب منك

12- هل ترى أنك في حاجة إلى التكوين ؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل؟

- اقتناعك بضعف مؤهلاتك وقدراتك على الأداء
- اقتناعك بضرورة تجديد المعلومات والمعارف
- قناعتك بصعوبة توظيف المعلومات التي حصلت عليها
- اقتناعك بأن التكوين حق مكفول قانونا

13- هل استفدت من التكوين الذي تلقيتَه؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- قدرتك على مواجهة مشكلات العمل
- سرعتك في إنجاز العمل
- انخفاض وقلة الأخطاء في العمل
- قدرتك على تحمل مسؤوليات أخرى

14- من خلال برامج التكوين المدروسة على أي الجوانب كان التركيز من قبل

المكونين؟

- العلمية والتقنية
- الفنية
- السلوكية
- النفسية

15- أي أساليب التكوين أكثر نجاعة في إيصال برامج التكوين؟

- المحاضرات
- المناقشات
- المؤتمرات
- الندوات
- تمثيل الأدوار
- دراسة الحالة
- الوسائل السمعية البصرية
- الأيام الدراسية

16- هل واجهتك مشكلات أثناء أدائك لعملك؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- ضعف التكوين
- عدم توفر ظروف العمل
- ضعف التواصل مع الزملاء
- أخرى تذكر.....

17- إذا واجهتك مشكلات في العمل مصدرها ضعف التكوين ماذا تعمل؟

- تقدم طلب بتكوين إضافي
- تطلب المساعدة من الرئيس المباشر
- تطلب المساعدة من الزملاء
- تعمل ولا تبالي

18- هل أنت جاد في عملك؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ لا فهل يعود ذلك إلى:

- عدم اقتناعك بالتكوين الذي تلقيته

- عدم ملاءمة منصب العمل للتكوين الذي تلقيته

- أخرى تذكر.....

19- هل ترى أنك تؤدي عملك على أحسن وجه؟

نعم لا

في كلتا الحالتين لماذا؟.....

20- هل التكوين الذي تلقيته يساعدك على إنجاز عملك في الوقت المحدد؟

دائماً أحياناً أبداً

21- هل وفر لك التكوين الذي تلقيته المهارات اللازمة لأداء عملك بفعالية؟

نعم لا

22- من خلال التكوين الذي تلقيته هل تعتقد أنك تتمتع بالكفاءة اللازمة لأداء

العمل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ لا لماذا؟.....

المحور الثالث : مساهمة التكوين في تحقيق الرضا الوظيفي.

23- هل الأجر الذي تتقاضاه كاف لسد حاجياتك؟

نعم لا

24- هل تمارس نشاطاً آخر خارج عملك؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- قلة الأجر

- استغلال وقت الفراغ

25- هل مؤسستك تقدم امتيازات للعاملين؟

نعم لا لا أدري

26- هل سبق لك وأن استفدت من الامتيازات التي تمنحها المؤسسة؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ لا فهل يعود ذلك إلى:

- أن أدائك ضعيف

- أن عملك غير مهم

- أن خبرتك غير كافية

- اعتبارات المحسوبية والمحاباة

27- ماذا تفعل عند نهاية الدوام الرسمي للعمل وزميلك الذي يعوضك في العمل لم

يلتحق؟

- تنتظر حتى يلتحق

- تنتظر وتشتكي عليه للرئيس المباشر للعمل

- تغادر ولا تبالي

28 - هل تتغيب عن العمل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ لا فهل يعود ذلك إلى:

- تخوفك من العقاب الذي قد يفرضه المسؤول

- طبيعة العمل تفرض عليك الالتحاق بالعمل

- الإحساس بالمسؤولية اتجاه المرضى

- أخرى تذكر.....

29- هل تجد صعوبة في أداء عملك بالمؤسسة؟

- دائماً أحياناً أبداً

إذا كانت الإجابة دائماً فهل يكون ذلك من:

- جانب الرؤساء
- جانب الزملاء
- جانب المرضى

..... أخرى تذكر

30- على اعتبار أن تكوينك موجه لخدمة فئة لا تملك سوى الحق في الحياة ما هي

نظرتك إلى هذه الفئة؟

- تخدمهم باعتبار أنك مأجور على هذا العمل
- تنتظر إليهم على أساس أنهم عبء عليك
- تنتظر إليهم نظرة شفقة

31- هل سبق لك وأن أخطأت في تقديم الخدمة للمريض؟

- نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- ضعف التكوين الذي تلقيته
- صعوبة العمل الذي تمارسه
- خطورة الحالة الصحية للمريض

32- هل تعتقد أن التكوين يحد من أخطاء العمل؟

- دائماً أحياناً أبداً

33- هل التكوين الذي تلقيته وفر لك الراحة في عملك؟

- نعم لا

..... إذا كانت الإجابة بـ لا فلماذا؟

34- هل التكوين الذي تلقيته جعلك راضياً على أدائك في العمل؟

- دائماً أحياناً أبداً

35- هل تشعر بالافتخار والاعتزاز اتجاه عملك؟

دائمًا أحيانًا أبدًا

36- هل ساهم التكوين الذي خضعت له في تحقيق طموحاتك؟

نعم لا

في كلتا الحالتين لماذا؟.....

37- هل تفكر في مغادرة العمل الحالي؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- أنه لم يحقق طموحاتك

- أن تكوينك ضعيف

- إحساسك بأن أدائك بالمؤسسة ضعيف

- اعتبارات أخرى تذكر.....

المحور الرابع: مساهمة التكوين المتواصل في تحقيق الارتقاء الوظيفي في المؤسسة .

38- بعد التحاقك بالعمل هل اطلعت على القانون الأساسي للمؤسسة؟

نعم لا

39- هل التكوين الذي تلقينته ساهم في تدرجك في السلم الهرمي للمؤسسة؟

نعم لا

40- هل حصلت على ترقية منذ التحاقك بالعمل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- تكوينك الجيد

- أدائك الجيد

- أقدميتك في العمل

- أسباب أخرى أذكرها.....

41- في رأيك على أي أساس تمنح الترقيات في المؤسسة؟

- على أساس التكوين
- على أساس الكفاءة
- على أساس الخبرة والأقدمية
- على أساس المحسوبية والجهوية

42- هل تسعى إلى ترقية؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل يعود ذلك إلى:

- الرغبة في تحسين الأجر
- الرغبة في الحصول على المكانة
- الرغبة في السلطة والمسؤولية

43- هل التكوين ساهم في تغيير منصبك؟

- نعم
- لا

44- هل ساهم التكوين في تحسين وضعيتك المهنية؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بنعم فهل هي:

- مادية
- معنوية
- كلاهما معا

45- كيف تنتظر إلى سياسة الترقية في المؤسسة؟

- عادلة جدا
- عادلة
- إلى حد ما
- غير عادلة