

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فرع: علم الاجتماع



تكوين الأطباء المقيمين وعلاقته بالأداء الوظيفي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية

"دراسة ميدانية في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو"

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تخصص: تنظيم وعمل

إشراف الاستاذة :

هلال غنيمة

إعداد الطالبة:

خضير مريم

السنة الجامعية: 2024-2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكرو عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

"و قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله " سورة التوبة الاية 105

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات و بفضلہ و توفيقه أنجزت هذا العمل المتواضع، الذي يعد ثمرة

مجهود سنوات من الدراسة و البحث

أستاذة المشرفة "هلال غنيمه" لم تبخل علي بالنصيحة و التوجيه طيلة مراحل اعداد هذه المذكرة فلها

مني كل التقدير والامتنان

وكل الأساتذة الافاضل الذين كان لهم دور في تكويني العلمي و الاكاديمي خلال سنوات الدراسة

إدارة المؤسسة الاستشفائية ندير محمدCHU وكافة الأطباء المقيمين الذين ساعدوني في جمع البيانات

و شاركوا بوقتهم و معلوماتهم فكان لتعاونهم الأثر الكبير في إتمام هذا البحث

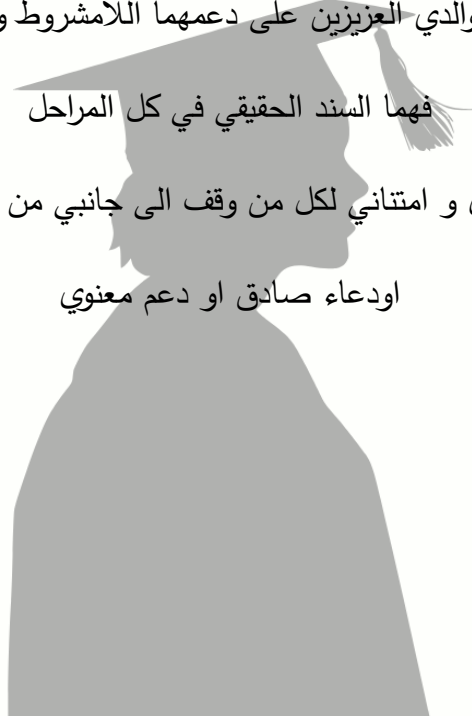
الى عائلتي الكريمة ، وخاصة والدي العزيزين على دعمهما اللامشروط و صبرهما و مساندتهما المستمرة

فهما السند الحقيقي في كل المراحل

ولا انسى أن أعبر عن شكري و امتناني لكل من وقف الى جانبي من قريب او بعيد ، بكلمة طيبة ،

اودعاء صادق او دعم معنوي

مريم



اهـداء

الى من غرست في قلبي بذور الامل ، و سقتني دعاءا و صبيرا ، اهـدي هذا العمل الى " أمي الحبيبة" ،

نـبع الحنـان و سـندي في درب الحـياة

الى "أبي الغالي" ، من علمني ان الإرادة لا تعرف المستحيل

الى اخوتي الغاليات "اكرام" و" ايمان" و" زينب" و ابنتها العزيزة الغالية" سيدرا " وأخي "سعيد" حفظه الله

أهـدي الى جـدي و جـدتي اطلـال الله عمرهما والى أعمامي وعماتي والى كل عائلتي كبيرا وصغيرا

ولا يمكنني ان انهي هذه الكلمة دون ان أتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان لخطيبي "لمين"الذي

كان لي سندا ودعما والى كل عائلته الكريمة



ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التكوين الذي يتلقاه الطبيب المقيم داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية ومستوى أدائه الوظيفي. وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج التحليلي الوصفي باستخدام أداة الاستبيان، التي وُزعت على عينة من الأطباء المقيمين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية محمد ندير بتيزي وزو، في مختلف التخصصات الطبية.

ولتحليل البيانات، تم استخدام برنامج المعالجة الإحصائية SPSS ، حيث مكّنا من تفسير النتائج وتحليلها بطريقة علمية. كما تم دعم التحليل الإحصائي برؤية سوسولوجية، انطلاقاً من تخصص علم الاجتماع تنظيم وعمل، لفهم العوامل الاجتماعية والتنظيمية التي تؤثر على تكوين الطبيب المقيم وأدائه. وقد بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين جودة التكوين الذي يتلقاه الطبيب المقيم ومستوى أدائه الوظيفي، مما يؤكد على أهمية التكوين الأكاديمي والميداني في تحسين مردودية الأطباء داخل المؤسسة الصحية.

الكلمات المفتاحية: التكوين ، البرامج التكوين ، المؤسسة الاستشفائية، الطبيب المقيم ، الاداء الوظيفي والعلاقات العمل

Résumé :

Cette étude vise à connaître la relation entre la formation reçue par le médecin résident au sein de l'établissement hospitalier public et son niveau de performance professionnelle. Notre travail repose sur une approche quantitative, en utilisant l'outil du questionnaire distribué à un échantillon de médecins résidents exerçant au CHU Mohamed Nedir de Tizi Ouzou, dans diverses spécialités médicales.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel de traitement statistique SPSS, ce qui nous a permis d'interpréter et d'analyser les résultats de manière scientifique. Cette analyse statistique a été enrichie par une lecture sociologique issue de notre spécialité en sociologie des organisations et du travail, afin de mieux comprendre les facteurs sociaux et organisationnels influençant la formation et la performance du médecin résident.

Les résultats obtenus montrent une relation positive entre la qualité de la formation reçue par le médecin résident et son niveau de performance professionnelle, ce qui confirme l'importance de la formation académique et pratique dans l'amélioration de la productivité des médecins au sein des établissements de santé.

La formation ; les programmes de formation ; le médecin résident ; **MOTS CLÈ**
l'établissement hospitalier ; la performance professionnelle ; les relations
.sociales

فهرس المحتويات

كلمة الشكر

الإهداء

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الفرنسية

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

المقدمة

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

تمهيد..... 06

1- أسباب اختيار الموضوع 06

2- أهمية الدراسة..... 07

3- أهداف الدراسة 08

4- الإشكالية..... 09

5- الفرضيات 12

6- تحديد المفاهيم 13

7- الدراسات السابقة 17

8- النظريات الدراسة

28 خلاصة الفصل.....

الجانب النظري

الفصل الثاني : مدخل عام الى التكوين

- تمهيد.....30
- 1-تعريف التكوين و اسسه.....30
- 2- أهداف عملية التكوين.....31
- 3-أساليب التكوين.....33
- 4- معوقات التكوين.....35

خلاصة الفصل

الفصل الثالث : التكوين الطبيب المقيم بالمركز الاستشفائي الجامعي

- التمهيد 38
- 1-خصائص المؤسسة الاستشفائية 38
- 2أهداف المؤسسة الاستشفائية.....45
- 3-أنواع المؤسسة الصحية في الجزائر 46
- 4- البناء الاجتماعي و أداء المؤسسة الاستشفائية لوظائفه.....48
- 5-مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائرية.....50
- 6-أخلاقيات مهنة الطب.....58
- 7-مراحل التكوين الطبيب المقيم 60
- 8-أساليب التكوين الطبيب المقيم 62
- 9-العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية.....64
- 10تحديات و عوائق تكوين الاطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية.....66

11-استراتيجيات تحسين تكوين الطبيب المقيم.....68

الخلاصة الفصل

الفصل الرابع: الاداء الوظيفي

التمهيد.....73

_تعريف الأداء الوظيفي.....73

2_ أهمية الأداء الوظيفي.....74

3_ تعريف تقييم الأداء الوظيفي.....75

4_ دور التكوين في تحسين أداء الموظفين.....76

5_ معوقات الأداء الوظيفي.....77

6- محددات الأداء الوظيفي.....78

7_ اهداف الأداء الوظيفي.....80

8-النظريات المفسرة.....80

_ خلاصة الفصل

الاطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....86

1-الدراسة الاستطلاعية.....86

2-مجالات الدراسة.....88

2-1_المجال المكاني للدراسة.....88

89.....	2-2_المجال البشري للدراسة
89.....	2-3_المجال الزمني للدراسة
90.....	3_الإجراءات المنهجية المستخدمة
90.....	3-1_المنهج المتبع
91.....	3-2_المجتمع البحث
92.....	3-3_الأدوات و التقنيات المستخدمة
94.....	3-4_عينة الدراسة

الفصل السادس: تحليل و تفسير البيانات الميدانية

97.....	تمهيد
97.....	1-عرض البيانات الشخصية للمبحوثين
101.....	2-عرض و تحليل البيانات الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى
116.....	3-عرض و تحليل البيانات الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية
120.....	4-مناقشة النتائج الجزئية للدراسة
121.....	4-2_مناقشة النتائج الجزئية للفرضية الثانية
124.....	الاستنتاج العام
125.....	خاتمة
129.....	التوصيات

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
97	توزيع المبحوثين حسب الجنس .	01
98	توزيع المبحوثين حسب السن .	02
99	توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية	03
100	توزيع المبحوثين حسب المتغير التخصص	04
100	توزيع المبحوثين حسب متغير مدة العمل	05
101	توزيع المبحوثين حول مستوى التكوين	06
102	يمثل العلاقة بين مستوى التكوين و فعاليته في الحالة الطارئة	07
103	توزيع المبحوثين حسب نوعية التكوين	08
104	نوعية التكوين و تأثيره على الجودة الرعاية المرضى	09
105	توزيع المبحوثين حسب تقييم برامج التكوين	10
106	إجابات المبحوثين حول التكوين يسمح بتطوير المعارف	11
107	يمثل العلاقة بين المهارات المكتسبة عند المبحوثين و تأثيرها على العمل اليومي	12
108	ايجابات المبحوثين حول تأثير التكوين على جودة الرعاية التي يقدمها للمرضى	13
109	ايجابات المبحوثين عن الحالات المرضية التي تقصد المستشفى لئلا تساعد على التكوين	14
110	ايجابات المبحوثين حول برامج التكوين تآثرت على الأداء الوظيفي اليومي	15
111	يمثل العلاقة المبحوثين بين مدة التكوين و الصعوبات المواجهة اثناء الأداء الوظيفي	16
112	يمثل العلاقة بين هدف التكوين و دور المؤسسة في الأداء الوظيفي	17
113	يمثل علاقة تقييم المبحوثين للبرامج و تأثيره على الأداء الوظيفي .	18
114	يمثل العلاقة بين تأثير مدة التكوين على الأداء الوظيفي لدى المبحوثين	19
115	يمثل العلاقة بين تصور المبحوثين لتأثير التكوين على الجودة الرعاية الصحية و توفر التقييم المستمر للبرامج التكوينية	20
116	يمثل طبيعة العلاقة المبحوثين بالمشرفين	21
117	يمثل العلاقة بين الدعم المقدم من طرف الفريق و سهولة انسيابية المعلومات	22

118	يمثل العلاقة بين الجنس و تدعيم من طرف فريق العمل للمبحوثين .	23
119	الذي يمثل العلاقة بين مدة التكوين و حدوث مشكلات مع الزملاء او الزميلات لدى المبحوثين	24
120	يمثل مدى مساهمة العلاقة القائمة بالمحيط العمل على انسيابية المعلومات	25

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	دائرة النسبية لمتغير الجنس	97
02	دائرة النسبية لمتغير السن	98

مقدمة :

تعتبر الصحة من أحد أهم المؤشرات الحيوية لقياس تطور المجتمعات و الجودة الحياة داخلها ، فهي لا تقتصر فقط على غياب المرض بل تشمل حالة من التوازن الجسدي و النفسي و الاجتماعي .

وتعد الرعاية الصحية الجيدة من حقوق الانسان الأساسية ، و التي تتكفل بتوفيرها المؤسسات الصحية العمومية و الخاصة ضمن منظومة متكاملة من السياسات و الاستراتيجيات و الإمكانيات البشرية و المادية لأن الصحة تعتبر من أهم دعائم الاستقرار الاجتماعي و التنمية الشاملة .

ان مستوى الصحة العمومية يعد مؤشرا حيويا على مدى تطور المجتمعات و قدرتها على توفير الرفاه لمواطنيها ومع تعتقد الحياة المعاصرة وتزايد التحديات الصحية ، أصبحت المنظومة الصحية مطالبة بالرفع من جودة خدماتها و ضمان استمراريتها ، ما جعل احد المحاور الأساسية في إدارة الشأن الصحي العام حيث يعد الطبيب فاعلا مركزيا في تقديم الخدمة الصحية، ففي هذا السياق نجد الطبيب المقيم يشكل حلقة انتقالية بين التكوين الاكاديمي و الممارسة الاحترافية ، وعليه الطبيب المقيم ، بصفة طبيبا في الطور التخصص يخضع لمرحلة تكوينية دقيقة و مكثفة بين المعارف النظرية و التطبيقات العملية، داخل اطار تنظيمي ومهني خاص يتمثل في المستشفى الجامعي او المؤسسة الصحية المؤطرة، حيث تتميز هذه المرحلة الحساسة بكونها تمثل المدخل الفعلي لممارسة الطب التخصصي ، و تستلزم بالتالي تكويننا عالي الجودة يؤهل الطبيب المقيم لتحمل مسؤولياته .

يكتسي التكوين طابعا مزدوجا فهو من جهة يرتبط ببرامج التعليم الطبي العالي التي يشرف عليها الجامعات و كليات الطب ، ومن جهة أخرى يتداخل مع الواقع العملي داخل المستشفى الجامعي أو المؤسسة الصحية التي تستقبل الطبيب المقيم حيث يتلقى هذا الأخير تدريبا مباشرا من خلال الممارسة اليومية تحت اشراف الأطباء الأساتذة و المختصين .

فاعتبار التكوين الفعال للأطباء المقيمين لا يمثل فقط مطلباً تربوياً أو أكاديمياً، بل هو استثمار استراتيجي في الكفاءات الطبية و شرط أساسي لضمان استقرار المنظومة الصحية و تحقيق أهدافها والقيام بأداء الوظيفي فعال،لجأت في هذه الدراسة الكشف عن المقاومات هذا التكوين و تأثيره على الأداء المتميز لهذه الفئة في المستشفى الجامعي حيث اتخذنا مؤسسة ندير محمد نموذجاً و ذلك بالتركيز على الأهمية البرامج التكوين التي يتلقها الأطباء المقيمين و طبيعة العلاقات السائدة في محيط العمل .

ومن اجل الالمام بكل جوانب هذا الموضوع حاولنا الجمع بين المعالجة النظرية و الميدانية فجاءت في بابين حيث يتناول الباب الأول الاطار المنهجي و النظري للدراسة و الذي جاء فيه خمسة فصول،فخصص الفصل الأول للاطار المفاهيمي و العام للاشكالية ،بحيث بدئنا باستعراض كل من أسباب اختيار الموضوع ، الأهمية و الأهداف ، إضافة الى المفاهيم و الدراسات السابقة و النظريات . بينما تناولنا في الفصل الثاني الجانب النظري للمدخل عام للتكوين فقسمناه الى أربعة عناصر تعريفه واسسه وأهدافه و اساليبه و معوقاته .

في حين تناولنا في الفصل الثالث الجانب النظري للتكوين الطبيب المقيم بالمؤسسة الاستشفائية و تنطرقنا الى خصائص المؤسسة الاستشفائية و أهدافها ، أنواع المؤسسة الصحية في الجزاء ،البناء الاجتماعي وأداء المؤسسة الاستشفائية لوظائفه و مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية وأخلاقية مهنة الطب و مراحل التكوين الطبيب المقيم و اساليبه ،العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية و تحديات و عوائق تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية وأخيراً استراتيجية تحسين تكوين الطبيب المقيم .

وفي الفصل الرابع الجانب النظري للأداء الوظيفي و يتناول هذا الفصل تعريف الأداء الوظيفي وأهميته،تعريف تقييم الأداء الوظيفي و دور التكوين في تحسين الأداء الموظفين ومعوقات الأداء الوظيفي و محدداته وأهدافه .

أما الجانب الميداني فهو يضم فصلين الفصل الأول عن الإجراءات المنهجية للدراسة و الفصل الثاني هو الفصل السادس و الأخير عن عرض و تحليل و مناقشة بيانات و فرضيات الدراسة و ختمنا بحثنا بخاتمة ورافقناها ببعض التوصيات للمشكلة المتناولة لهذه الدراسة .

الجانب النظري

الفصل الأول الاطار العام للدراسة

تمهيد

1_أسباب اختيار الموضوع

2- أهمية الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- الإشكالية

5-الفرضيات

6- تحديد المفاهيم

7-الدراسات السابقة

8-النظريات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يحتاج الباحث بعد تحديد موضوع بحثه إلى الاستعانة بالطرق العلمية، وذلك باتباع مجموعة من الخطوات، والاستعانة بأدوات وتقنيات تساعده على جمع المعلومات التي تمكنه من ضبط مشكلة بحثه في إطار نظري حتى تتوصل من خلال الدراسة إلى فك الغموض لديه. وفي هذا الفصل سوف نقوم باستعراض مجموعة من العناصر التي توضح أسباب اختيارنا هذا الموضوع وأهمية دراسته، وأهداف ذلك كما نسعى إلى تقديم إشكالية هذا البحث والفرضيات مع رزمة من المفاهيم وبعض الدراسات المشابهة لهذه الدراسة .

1. أسباب اختيار الموضوع :

عند اختيار موضوع بحث هناك عدة أسباب يمكن ان تؤثر في القرار ، و نحن في دراستنا هذه لقد نصب اعتبارنا على الموضوع التكوين بالخصوص في المجال الرعاية الصحية باعتبارها أحد أعمدة المجتمع .

رغبنا في فهم كيفية تحسين مستوى الأطباء و أثر تكوينهم على الأداء الوظيفي لما له من أهمية بالغة في بناء المؤسسات وتنظيمها.

اعتبار النظام الصحي يواجه تحديات متعددة منها نقص الكفاءة لدى الأطباء مما أثار فيها الفضول لدراسة تكوين هذه الفئة .

احتياجات السوق الصحية تتطلب تكوين أطباء بأساليب جديدة يتوافق مع الابتكارات و التقنيات الحديثة هذا الامر جعلنا نهتم بطبيعة و كشف أساليب التكوين وواقفة في المؤسسة الاستشفائية المحلية .

قابلية الموضوع للبحث و الدراسة .

قلة الدراسات لهذا الموضوع .

2. أهمية الدراسة:

- تعتبر دراسة موضوع التكوين الأطباء المقيمين من الأمور الحيوية في مجال الرعاية الصحية حيث تؤثر بشكل مباشر على جودة الأداء الطبي ، و حيث المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي هي من أهم المشاكل التي تعطي لها المجتمعات و حين يعتبر من ملتزمات حياة الفرد .
- نظرا الدور البالغ لأهمية الصحية و العلاج في حياة الانسان ،تكوين الأطباء بشكل فعال يرفع من مستويات الرعاية المقدمة للمرضى و الاطمئنان و عدم القلق عند مرضة سيكون هناك علاج، و تحسين النتائج الصحية .
- تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية و القطاع الصحي العام و الخاص الذي يبرز في اعداد أطباء مؤهلين يمكنهم العمل بكفاءة في فرق متعددة التخصصات .
- _نوعية التكوين و مدى نجاحته في المؤسسات الاستشفائية العمومية وله دور جد كبير و مهم لدى الأطباء و بفضل هذا التكوين و مدى نجاحته يصبح الطبيب الطالب طبيب مؤهلا ممارس للمهنة بدون مساعدة او استشارة من طرف الزملاء في الحالات الاستعجالية و النادرة ،مما يؤثر إيجابيا على استدامة النظام الصحي .
- طبيعة علاقات العمل بالمستشفى و مدى تأثيرها على الأداء الوظيفي لدى الأطباء المقيمين علاقة العمل مهمة في أي مؤسسة و لدى أي عامل ،لان الفرد العامل يحتاج الى علاقات عمل جيدة مع الزملاء لكي لا يكون لها تأثير سلبي على العمل والتكوين|.
- كما أن للتكوين له علاقة بزيادة الاداء الوظيفي و يساهم في تحسين بيئة العمل .
- كما تظهر لنا أهمية التكوين لهذه الفئة مساعدة الأطباء المقيمين في تطوير مهاراتهم السريرية والتقنية مما يمكنهم من أداء مهامهم بفعالية في كل الحالات المرضية خاصة المعقدة منها.

3. أهداف الدراسة :

3-1 الأهداف العلمية:

- التعرف على ظروف التكوين و العمل المهينة لفئة الأطباء المقيمين .
- الكشف عن المهارات و المعارف التي يحتاجها الأطباء المقيمين لتحقيق الأداء.
- تعرف على طبيعة العلاقات السائدة في المحيط الاستشفائي .
- تحليل العلاقة القائمة بين طبيعة التكوين التي يتلقاها الطبيب و أداءه ومدى فعالية الأساليب المعتمدة في التكوين .

- تعرف على علاقة بين المتغيرين التكوين و الأداء الوظيفي داخل المؤسسة، بالكشف عن مدى توافق برامج التكوين مع المعايير التي تتطلبها مهنة الطب لتحقيق جودة الخدمة .

3-2 الأهداف العملية :

- الكشف عن المشاكل و العراقيل التي يواجهها اثناء التكوين و الصعوبات لتخفيف الضغوط و تقاديتها
- التعرف على مدى مساهمة التكوين في دفع العاملين لتمييز بادائهم .

4-الإشكالية

يعتبر المورد البشري المؤهل اهم المورد في المؤسسات في جميع الميادين والقطاعات اذ يتوقف نجاح هذه الأخيرة على مدى توفر الكفاءات و الموظفين المتكويين ، والمورد البشري يحتاج اعداده و تكوينه بطريقة منتظمة ومستمرة في اطار نظام متطور لإدارة الموارد البشرية وذلك بالتنسيق مع سياسة واهداف المؤسسة في ظل التغيرات والتحديات التي تعرفها هذه الأخيرة خاصة التطورات التكنولوجية المتسارعة حيث نتمكن في التحكم فيها من خلال زيادة فعاليتها ، فقد اصبح ذلك ان التكوين يوفر فرصا للتعلم والتطوير مهارات جديدة تتناسب مع متطلبات العمل المتغيرة و التكنولوجيا الحديثة مما يرفع من كفاءة الموظفين و يزيد من تحسين أدائهم.

ولا توجد أي مؤسسة عمومية في تأدية المهام و تحقيق النجاحة المطلوبة في غياب الاستخدام الأمثل والرشيد لموارد البشرية و استمرارية على تثمينها و رفع قدرتها ،ومنها كل الوسائل العمل الضرورية والإمكانيات المادية لتحسين مردودية و نوعية الخدمة العمومية .

بهذا لا يمكن اعتبار التكوين هدف بل هو وسيلة إدارية وعملية وعلمية لتحقيق اهداف المؤسسة، كما أكده غاري ديسلر من كتابه "إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي" "التكوين ليس مجرد مرحلة تدريبية بل هو استثمار استراتيجي بهدف الى تعزيز كفاءة الموارد البشرية وتمكينها من التكيف مع متطلبات العمل المتغيرة ، مما يساهم في تحقيق اهداف المؤسسة بفعالية"¹

وعليه يعتبر من اهم المواضيع التي لا زالت تحظى اهتمام كبير لدوره المهم والفعال الذي يلعبه في تنمية وتحسين أداء للموظفين . حيث ساهم في عملية التجديد والمحافظة على حيوية النشاط في المنظمة بما يقدمه من المعرفة جديدة وأفكار مستحدثة ومعلومات متنوعة تزود العاملين بمهارات والقدرات فكرية وتساعدهم على تجديد نظرتهم لطبيعة الدور الذي يؤديه في المنظمة . وهذا ما أكده "تشارلز

¹ديسلر غاري، "إدارة الموارد البشرية :مدخل استراتيجي"، ترجمة علي سليمان ،دارالمريخ، 2010، ص 156 .

كينغستونودزامسي" في دراسته عن "اثر التكوين و التطوير على ادائه الموظفين " ¹ فيساهم بشكل كبير في تطوير و تحسين أداء المورد في المؤسسة المدروسة , كما ان النكوبين يزيد من رضى العاملين و يحفزهم على الأداء المتميز .

فعلى غرار باقي المؤسسات الأخرى نجد المؤسسة الاستشفائية , حيث تمثل الركيزة الأساسية في أي نظام صحي من خلال ما تقدمه من خدمات طبية متكاملة مما يساعد على معالجة الامراض والإصابات بشكل فعال فهي تتح للمريض الحصول على التشخيص الدقيق و العلاج المناسب و رعايته في حالة الطوارئ للإنقاذ حياته ,فهي منشأة تقدم خدمات صحية تشمل التشخيص و العلاج و التأهيل من خلال هيكل تطمي يهدف الى تحسين جودة الرعاية الصحية بالإضافة الى تقديم خدمات فعالة للمرضى ² اذ تعتبر موضوع الصحة و المرض من بين اهم المواضيع التي تأخذ القدر الأكبر من الاهتمام لدى كل المجتمعات و الدول, وذلك نظرا لما تحمله من أهمية في الحياة اليومية للأفراد ذلك نجد الدول تجعل من بين الأولويات في سياستها والاهتمام بهذا القطاع الصحي لتوفير كل الظروف والشروط الملائمة من اجل راحة المريض والعاملين بتوفير الرعاية الصحية كالأطباء والعاملين في الصحة والمسؤولين عنها .

حيث ان الصحة جزءا أساسيا في بناء مجتمع قوي و مقدم و تعد الركيزة الأساسية لازدهار المجتمع وتساهم في جودة الحياة المتقدمة و القدرة على العمل والتعلم، فالمجتمع الصحي يكون اكثر انتاجيا واستقرارا, مما ينعكس إيجابيا على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، كما ان يتوقف من انتشار الامراض لذلك يعد الاستثمار في الرعاية الصحية و التوعية ضروريا ومستقبلا مزدهرا ومستداما .

¹ شارلز كينغستون و دزامسي، "اثر التكوين و التطوير على الأداء الموظفين، سنة 2012، ص61
² عبد الفاتح السيد، "إدارة المستشفيات"، دار الفكر العربي، القاهرة 2012، ص15

حيث ان الطبيب هو الشخص المسؤول لهذه الصحة والعارف لمتطلبات المريض وحاجاته الى السفاء يلزم عليه متابعة الدراسة والتكوين والتدريب طوال حياته . وهو القاعدة الأساسية لتقديم الرعاية الطبية لجميع الافراد سواء بالمستشفيات او المستوصفات و نظرا للأهمية توجب على المسؤولين للاهتمام بالدرجة الأولى بالتكوين الطبي الذي يتلقاه ومحاولة تحسين أداء المهني الطبي وبالتالي تحسين الخدمة الصحية و جعلها في متناول الجميع .

في هذا الاطار نجد الأطباء مقيمون جزء أساسي من المنظومة الصحية، حيث يتلقون تدريباً عملياً متخصصاً بعد حصولهم على شهادة شهادة الطب يعملون في المراكز الصحية، تحت المجهرين الاخصائيين، هما من يمتلكون الخبرة المكتسبة في مختلف التخصصات يساهمون في تقديم الرعاية الطبية والتشخيص و العلاج و ذلك يساعدهم على اكتساب الخبرة المكتسبة في مختلف التخصصات يساهمون في تقديم الرعاية الطبية و التشخيص والعلاج و ذلك يساعدهم على اكتساب الخبرة السريرية والتخصص في المجال الطبي معين بالإضافة الى تعزيز مهاراتهم وتحسين الأداء تلك الوظيفة اللازمة بطريقة فعالة .

الأداء الوظيفي حلقة مهمة في أي مؤسسة ولا يمكن تحقيق الأفضل والوصول الى الهدف الذي يسعى اليه الا من خلال الأداء الجيد .

حين ان هذا الأداء لا يتوقف فقط على التكوين و عن العلاقات العمل أيضا داخل العمل ، أي اذا توجد علاقة قوية و تحسين المعاملة اتجاه المكونين المدربين كالأطباء الخبراء المشرفين اتجاه المقيمين كطريقة تكوينهم و اعطاءهم كل المعلومات العلاج بشكل دقيق و تدعيمهم عمليا و نفسيا ، وذلك يؤدي الى تعزيز العلاقات و تؤدي الى نشأ ثقافة جيدة داخل المؤسسة التي تؤدي الى تشجيع روح العمل والمثابرة و على التعليم و التطوير المهني و ذلك يؤدي و ينعكس إيجابيا على الأداء الفعال .

انطلاقاً مما سبق نطرح التساؤل العام التالي: الى أي مدى يساهم التكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة

الاستشفائية في أدائهم؟

وهذا السؤال يتفرع الى سؤالين جزئيين :

1-هل تساهم برامج التكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية في تفعيل أدائهم الوظيفي؟

2-كيف تؤثر العلاقات السائدة في المحيط الاستشفائي على الأداء الوظيفي لدى الأطباء المقيمين اثناء

تكوينهم؟

5.الفرضيات

وفقا لطبيعة الإشكالية و الكيفية التي طرحت فيها الجوانب التي تركز عليها الدراسة قمنا بصياغة

الفرضية العامة كالآتي :

-الفرضية العامة:

يساهم التكوين الذي تعتمد عليه المؤسسة الاستشفائية في تحقيق الأداء الوظيفي فعال لدى الطبيب

المقيم .

وهذه الفرضية تنفرع الى الفرضيات الجزئية التالية :

-الفرضية الجزئية الأولى:

1- تؤدي برامج التكوين الأطباء المقيمين الى تطوير مهاراتهم و تعزيز اداءهم في الممارسة الطبية .

-الفرضية الجزئية الثانية :

2-تساهم العلاقات السائدة في المؤسسات الاستشفائية الى تحسين الكفاءة و الأداء الوظيفي لدى الأطباء

المقيمين اثناء تكوينهم .

6. تحديد المفاهيم و المصطلحات :

تعد عملية تحديد المفاهيم من الخطوات الأساسية التي يتبعها الباحث لاعداد البحث العلمي ،وستنطلق

فيما يلي لأهم المفاهيم التي تناولها موضوع دراستنا ،ونجد من بينها :

التكوين :

-لغة: ان التكوين كمفردة لغوية اسم مشتق من فعل "كون" التي تعني عادة انشأ صنع شكل و التي تعني

بالفرنسية فالمقصود هو التكوين المعنوي و التعديل و التغيير قد يعني اكتساب الانسان

معارف و مهارات و اتجاهات و أسلوب حياة جديدة بما يجعله قادرا على القيام بنشاطات .¹

-اصطلاحا: التكوين هو العملية التي تهدف الى التنمية قدرات و مهارات الافراد المهنية او التقنية او

السلوكية من اجل زيادة كفاءتهم و فعاليتهم في اطار تنفيذ المهام و الأدوار المتصلة بوظائفهم المستقبلية

تعرفه حمداوي وسيلة:التكوين هو عملية تعلم سلسلة من السلوك المبرمج أو مجموعة متتابعة من

التصرفات المحددة مسبقا التكوين يخص جانبيين اساسيين فالجانب الفني يتجه الى تلقين و اكتساب الافراد

خبرات و مهارات تدخل تحت نطاق كيفية أداء الاعمال بطريقة افضل و ادق ومهارة اكبر .

اما الجانب الإنساني فهو يتجه الى اكتساب الافراد عادات اجتماعية و نفسية جديدة ،والتخلي عن العادات

و الاتجاهات القديمة التي تعوق عملية انسجامهم في بيئة عمل .²

التعريف الاجرائي لتكوين: ينظر الى التكوين داخل المؤسسة الاستشفائية الجامعية بتيزي وزو ندير

محمد كأداة تنظيمية تهدف الى تحسين مردودية الأطباء المقيمين من خلال تنمية مهاراتهم المعرفية و

المهنية .لا يعد التكوين مجرد اجراء اداري ، بل هو جزء من ديناميكيات العمل داخل المؤسسة حيث

يساهم في ادماج الطبيب المقيم داخل الفريق الطبي و يساعده على التكيف مع متطلبات العمل و ظروفه

¹احمد عيس الطويبي: اساسيات في التربية المهنية , دار الشروق للنشر و التوزيع ,الأردن 2005ص48.
²حمداوي وسيلة : إدارة الموارد البشرية ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 2004 ص99.

, كما يسهم في تحقيق الانسجام داخل التنظيم و تحسين جودة الخدمات , مما يعكس بشكل مباشرة على فعالية المؤسسة ككل , فالتكوين هنا يجسد تفاعلا بين الأطباء المقيمين بالمراكز الاستشفائي الجامعي بين تطوير القدرات و تحقيق الأهداف التنظيمية .

تعريف الأداء الوظيفي:

هو انجاز لمهمة او دور وهو في المجال الإداري تنفيذ مبرمج لخطة عمل تستلزم القيام بعدة و وظائف متكاملة و تحدد بموجبها شروط الأداء (الواجبات و المسؤوليات) و مستواه , يقاس مستوى الأداء للعمل الاجتماعي بطريقة التحليل الادائي (تعيين و قت العمل و كميته) و بموجب المستوى الادائي اما معدل الأداء فيحسب بكمية العمل التي يحققها المؤدي (فرد- جماعة) في خلال وقت معين , فهو اذن معدل او مستوى المرود و الإنتاجية :كمية العمل , الوقت ¹

-المعجم الإداري:

فيعرف الأداء بأنه الدرجة التي يصل اليها النشاط الائتماني او الشريك الائتماني في العمل و فقا للمعايير , مواصفات مبادئ التوجيه معينة او في تحقيق النتائج و فقا للاهداف او الخطط المعلنة ²

-تعريف الاجرائي :

يمثل الأداء الوظيفة في المؤسسة الاستشفائية تيزي وزو محمد ندير وتلك الإنجازات و المهامات يجب القيام بها وفقا لشروطها و قوانينها وقد يختلف هذا الأداء حسب الأشخاص و الإمكانيات المتوفرة في العمل لكل شخص و حتى حسب الضمائر المهنية و الأحوال الاجتماعية .

¹ جليل احمد جليل , معجم المصطلحات الاجتماعية عربي فرنسي انجليزي ط1 دار الفكر اللبناني , بيروت , لبنان 1905 ص28
² الشويكي سمير , المعجم الإداري ط1 دار أسامة , دار المشرف الثقافي عمان الأردن 2006 ص17 .

-الطبيب المقيم:

المساعدة او المتدرب هو طبيب حصل على رخصة ممارسة مهنة الطب و يقدم تقارير العلاج الى الاختصاصي اثناء تدريبه المتخصص في اختصاص طبي¹ ولذلك تكون واجباته و مسؤولياته وحقوقه محددة .

-التعريف الاجرائي :

يقصد بالطبيب المقيم في هذه الدراسة كل طبيب يزاول تكوينه التخصصي ضمن برنامج الإقامة في المؤسسة الاستشفائية الجامعية تيزي وزو محمد ندير 2024-2025 و يشارك فعليا في النشاطات العلاجية و التكوينية داخل المصلحة التي ينتمي اليها

تعريف المؤسسة الاستشفائية :

بصفتها الوحدة التطبيقية للإصلاحات الاستشفائية هي في مواجهة حقيقة لصدى هذه الإصلاحات في مواجهة طبيعتها التنظيمية بما تحمله من سلوكات و ثقافة ماضي و حاضر ، و سلطة و قواعد تسييرية وهي أيضا في مواجهة محيط مليء بالرهانات و بالخصوص و أن النظام الصحي الجزائري يعاني من الازدواجية ، أي بقاء الامراض الوبائية و المعدية و التي من المفروض انها زالت منذ سنين و ظهور الامراض المزمنة و التي يكلف علاجها و متابعتها مبالغ باهظ².

¹AusbildungBerufGeralt Gobs praktischer Arzt –de , aufgerufen am 3April 2022 Assistenzarzt

نسخة محفوظة 05-04-2023 على الموقع واي باك متين .
²لونيس علي 2017، مجلة المؤسسة العمومية الاستشفائية في مواجهة التعبيرات التنظيمية (الإصلاحات الاستشفائية)، دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين سارة العدد 18 جامعة الجزائر 02 .

-تعريف الاجرائي :

المؤسسة الاستشفائية تيزي وزو ندير محمد تقوم بتقديم الرعاية الصحية الضرورية للانسان من توفير كل مستلزمات الطبية النفسية و الاجتماعية ، و يسهر على تنفيذ طاقم طبي مؤهل ؛ علميا و أخلاقيا بمعنى القيام بعمليات التشخيص و العلاج و تدريب العاملين الصحيين و اجراء البحوث العلمية وفق شروط و ضوابط مهنية و أخلاقية .

-تعريف العلاقات العمل:

1- يعرف د. ل احمد زكي بدوي في مصطلحات العلوم الاجتماعية علاقات العمل :

هي العلاقات التي تنشأ و تتموا بسبب الانسجام ، وهي تشمل تبعا لذلك العلاقات بين العمال و بعضهم وبينهم و بين رؤسائهم او مديرهم و كذلك علاقاتهم بالمنشأة التي تستخدمهم ، كما تشمل بمعناه الواسع العلاقات بين إدارات المنشآت و نقابات العمال و بين أصحاب العمل و الهيئات الحكومية¹

2-علاقات العمل هي مجموعة التفاعلات التي تحدث بين أصحاب العمل و العمال او ممثليهم داخل بيئة العمل و التي تهدف الى تنظيم شروط العمل و توزيع المسؤوليات و ضمان الحقوق والواجبات ، بما يسهم في تحقيق الاستقرار و الإنتاجية داخل المؤسسة .²

تعريف الاجرائي :

نقصد بعلاقات العمل تلك العلاقات التي تشكل بين الأطباء المقيمين و المشرفين فيما بينهم اثناء العمل، تنشأ من خلال السلوكات التي تصدر منهم اثناء تعامل الأطباء المقيمين فيما بينهم مع البعض في أوقات العمل و في مكان العمل ، و تكون في الغالب علاقات مهنية ، و قد تختلف حسب الأشخاص و حسب الفئات العمرية و الجغرافية و ريمى حتى المهنية .

¹احمد زكي بدوي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ط1 ، بيروت ، 1978 ، ص 238
²عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، 2002 ص185

7. الدراسات السابقة :

تمثل الدراسات السابقة ارثا نظريا مهما لبناء البحث السوسولوجي بناء علميا ومنهجيا ،فهي خطوة من اهم الخطوات في عملية البحث الاجتماعي لما تكتسبه من أهمية في تدعيم و توجيه مسارات البحث من تزويد الباحث بالمعايير و المفاهيم التي يحتاجها في توظيف ابعاد المشكلة من جهة و بين موقع الدراسة التي هو بصدد دراستها من جهة أخرى ، فبالثالي تأسيس الموضوع تأسيسا علميا ، وعليه سنعرض الدراسات السابقة التالية :

أ.الدراسة الوطنية (المحلية):

الدراسة الأولى :دراسة بودوح غنية بعنوان " استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية و أداء الموارد البشرية" .

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه للعلوم في علم الاجتماع تخصص تنمية الموارد بشرية للسنة الجامعية 2012- 2013 ، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية و أثرها على أداء الموارد البشرية ، حيث تتمحور إشكالية الدراسة حول معرفة الى أي حد تساهم استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة و أثرها على أداء الموارد البشرية ، حيث تتمحور إشكالية الدراسة حول معرفة الى أي حد تساهم استراتيجية التكوين المتواصل بالمؤسسة الصحية في تحسين أداء الموارد البشرية ، و جمع المعلومات وافرة و متنوعة و القيام بتشخيص موضوعي حول استراتيجية منظومة التكوين المتواصل على مستوى المؤسسة الصحية و أهدافها الجديدة بالنسبة لتحولات الراهنة ،ومعرفة هل استطاع المشرع و كذا مسؤولا و المنظمات الصحية الجزائرية ان يأخذوا بعين الاعتبار التغيرات الجديدة التي عرفتها الساحة لوضع قوانين تتماشى مع الواقع الحالي ، الوقوف على المشاكل التي تعاني منها المؤسسة الصحية العامة و المؤسسة الاستشفائية العمومية خاصة و محاولة التخفيف من هذه المشاكل من خلال وضع استراتيجية جديدة لعملية التكوين المتواصل .

فرضيات الدراسة :

-ان غياب الدقة في تحديد احتياجات المؤسسة من التكوين المتواصل يؤثر سلبا على نجاحه في المؤسسة .

-ان غياب نظام تقييم البرامج التكوينية يؤثر على نجاحه بالمؤسسة الصحية .

وتوصلت هذه الدراسة الى نتائج التالية :

_ ان استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية لها اثر إيجابي في أداء الموارد البشرية ، و تعتبر هذه الاستراتيجية كاستجابة لظروف و متغيرات للبيئة الداخلية و الخارجية للمؤسسة اما التكوين فيكون قصير المدى و ليس تكوين مخطط .

_ ان التكوين يتم وفقا للاحتياجات الفعلية للمؤسسة الصحية و هذا راجع الى أن الطب و طرق العلاج يعرف تطورا مستمرا .

_ هناك توافقا بين الأهداف الاستراتيجية من جهة و اهداف النكوبين من جهة أخرى و كذلك التوافق بين الحاجات و الأهداف يعتبر من بين المعايير المهمة لتحديد درجة فاعلية البرنامج التكويني .

_ هناك استراتيجية تنظيمية في تحديد الاحتياجات من التكوين المتواصل لها تأثير إيجابي في أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الصحية ¹.

التعقيب على الدراسة :

تتفق هذه الدراسة مع دراستي من حيث اهتمامها ببيئة العمل الصحية و علاقتها بأداء الموارد البشرية وتتشركان في التأكد على أهمية التكوين كألية استراتيجية لتحسين الأداء الوظيفي داخل المؤسسات الصحية و كلاهما يتناولان العلاقة بين المتغير الأداء . و تختلف عن دراستي فهي تركز على الجانب

¹بودوح غنية ، استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية و أداء الموارد البشرية ، أطروحة الدكتوراة ، عالم الاجتماع ، تنمية الموارد البشرية ، كلية العلوم الإنسانية الاجتماعية،جامعة محمد خيضر ، يسكرة الجزائر 2012 2013 .

الاستراتيجي و المؤسساتي للتكوين في علاقته بأداء الموارد البشرية بصفة عامة و تشمل فئات مهنية متعددة داخل المؤسسة الصحية ، اما دراستي تركز على فئة محددة و هي الأطباء المقيمين .

-الدراسة الثانية : دراسة ليندة تيموساغ و رتيبة بوهالي بعنوان " دور التدريب في تحسين أداء الأطباء " دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية عبد الحفيظ بوجمعة بقسنطينة 31ديسمبر 2022 .

جاءت هذه الدراسة الى معرفة دور التدريب في تحسين أداء الأطباء بالمؤسسة الاستشفائية حيث تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول دور التدريب في تحسين أداء الأطباء و ذلك من خلال البحث في تاثير التدريب على مستوى أداء الأطيار في المؤسسة الاستشفائية عبد الحفيظ بوجمعة بولاية قسنطينة .

و قد تم صياغة الإشكالية في الشكل التساؤل التالي :

-ماهو دور التدريب في تحسين أداء الأطباء في المؤسسة الاستشفائية ؟ .

الأسئلة الفرعية :

_ ما هي الخلفية النظرية لكل من التدريب و أداء العاملين ؟

_ هل توجد فروق ذات دلالة بالنسبة للتدريب و تحسين الأداء تعزى لمتغير الاقدمية ؟

_ هل تهتم المؤسسة محل الدراسة بتطبيق التدريب على مستواها ، و ما مستوى تاثيره على الأداء؟

فرضيات الدراسة :

الرئيسية : للتدريب دور كبير في تحسين أداء الأطباء في المؤسسة الاستشفائية عبد الحفيظ بوجمعة بقسنطينة عند مستوى دلالة $\alpha=0,05$ من وجهةنظر عينة الدراسة

الفرعية :

1- يوجد فروق ذات دلالات إحصائية للتدريب لمتغير الاقدمية عند مستوى دلالة $\alpha=0,05$

2- يوجد فروق ذات دلالات إحصائية لتحسين الأداء تعزى لمتغير الاقدمية عند مستوى دلالة $\alpha=0,05$

وقد هدفت هذه الدراسة الى تحقيق جملة من الأهداف المتمثلة : الالمام بمختلف المفاهيم ذات الصلة بالتدريب و أداء الأطباء و الوقوف على واقع التدريب في المؤسسة محل الدراسة و محاولة الخروج بتوصيات تعمل على تطوير برامج التدريب فيها و تحديد اثر التدريب على الأداء الأطباء في المؤسسة مجال الدراسة .

التعقيب على الدراسة :

هذه الدراسة اعتمدت على دور التدريب في تحسين الأداء الأطباء و شملت على فئة الأطباء بصفة عامة بمقارنة بدراستي ارتكزت على دور التكوين و علاقته بالأداء الوظيفي و شملت فئة الأطباء المقيمين تحديدا و الى انني دمجت بين التحليل الاحصائي والسياسيولوجيا في حين اعتمدت في دراستهما على التحليل الوصفي فقط دون التعمق في الجوانب الاجتماعية او البيداغوجيا .

ب. الدراسة العربية :

_ الدراسة لدكتور عبد العزيز علي الخزالي، "مكانات وأدوار الممرضين و الممرضات في النسق الطبي"، الاردن .

_ هذه الدراسة كانت في عدد من المستشفيات والمراكز الصحية بالأردن ، تناولت الدراسة موضوع المكانات والأدوار التمريضية وذلك من خلال تتبع تطور التمريض في النسق الطبي في المجتمع الأردني، وقد تم اختيار عينة عشوائية تمثل مختلف العاملين في المجتمع التمريضي ، بلغ حجمها 219 مجوئا وذلك لمعرفة رأيها بمجموعة من المؤشرات ذات العلاقة بالمكانات والأدوار التمريضية ، وهذه المؤشرات هي طبيعة الوظيفة ، الأجر المادي ومزايا المهنة الاستقرار والشعور بالأمن النفسي ، تقدير الآخرين والعلاقة مع الزملاء .توصلت الدراسة إلى أن المكانات والأدوار تختلف باختلاف مجموعة من

المؤشرات مثل الأجر ، الراتب الاستقرار الشعور بالأمن ، العلاقات مع الزملاء ، فرص الترقى والحراك الوظيفي ، العلاقات مع الرؤساء بالحوافز المادية وظروف العمل .

وقد تطور النسق الطبي لدرجة أن حدث هناك قدر كبير من التداخل الوظيفي بين عدد من العاملين الذين يشغلون مكانات اجتماعية متباينة داخل المستشفى وخارجها ، فإجراء عملية جراحية مثلا يحتاج إلى تضافر جهود فريق عمل يتدرج أعضائه من الطبيب الجراح إلى مساعدي الممرضين ، بمعنى أن هناك فارقا كبيرا بين وضع الطبيب ووضع الممرض والممرضة ، سواء داخل المستشفى أو خارجها ، ومن الناحية الفنية وجد أنه كلما زاد تقسيم العمل في المستشفى فإن الطبيب يتنازل بالضرورة عن أجزاء من وظائفه التاريخية أو المهام التي كان يضطلع بها لنفسه في الماضي إلى أفراد من هيئة التمريض أو الفنيين ، ويصبح معتمدا في عمله على مهارات غيره من العاملين معه بنفس القدر الذي يعتمدون به على مهاراته، فكما للطبيب دورا أساسيا في علاج المرضى بالمستشفيات ، فإن هذا العلاج لا يمكن أن يتم بدون تعاون من جانب الممرضين والممرضات والفنيين والفنيات في تشخيص الأمراض ، ويعتمد الأطباء على هيئة التمريض في ملاحظة المرض وتنفيذ تعليماتهم الخاصة بالعلاج والأطباء خاضعون بصفة مستمرة لملاحظات الممرضين وهم الشهود الوحيدون على فشل أو خطأ الطبيب في التشخيص والعلاج وهم كذلك حكام قاسين على أخلاقيات الطبيب وأسلوبه في التعامل.

نتائج الدراسة:

أولاً: تقييم الممرضين والممرضات لدرجة أدراجهم لبعض الأدوار التمريضية:

- العوامل المرتبطة بطبيعة وخصائص وظيفة التمريض وتشمل المعرفة العلمية الجديدة التي كان يضطلع بها لنفسه في الماضي إلى أفراد من هيئة التمريض أو الفنيين ، ويصبح معتمدا في عمله على مهارات غيره من العاملين معه بنفس القدر الذي يعتمدون به على مهاراته، فكما للطبيب دورا أساسيا في علاج المرضى بالمستشفيات ، فإن هذا العلاج لا يمكن أن يتم بدون تعاون من جانب الممرضين

والممرضات والفنيين والفنيات في تشخيص الأمراض ، ويعتمد الأطباء على هيئة التمريض في ملاحظة المرض وتنفيذ تعليماتهم الخاصة بالعلاج والأطباء خاضعون بصفة مستمرة لملاحظات الممرضين وهم الشهود الوحيدون على فشل أو خطأ الطبيب في التشخيص والعلاج وهم كذلك حكام قاسين على أخلاقيات الطب.

الأجر المادي: يعتقد الممرضون والممرضات أن أجرهم المادي دون المتوسط

الاستقرار النفسي والشعور بالأمن: كان تقييمهم للعوامل المرتبطة بالاستقرار النفسي والشعور بالأمن متوسطا في كافة العوامل باستثناء العامل الخاص بعرض الترقية فهو دون المتوسط.

المكانة والتقدير: تراوحت درجة تقييم الممرضين والممرضات للعوامل المرتبطة بالمكانة والتقدير فهو دون المتوسط بالعامل الخاص بتقدير المجتمع لهذه المهنة الأمر الذي يعني أن الممرضين والممرضات يشعرون بأن المجتمع لا يقدر هذه المهنة ، والمستوى متوسط بالنسبة للعامل الخاص بالمكانة الاجتماعية واحترام وتقدير المريض وجيد في شعور الممرضين أنهم أعضاء فاعلون في المجتمع.

كذلك عبر أعضاء العينة الايجابية عالية عن علاقاتهم مع زملائهم داخل المؤسسة الصحية.

ثانياً: ترتيب الممرضون والممرضات للعوامل المؤثرة في المكانات والأدوار الاجتماعية حسب أهميتها على النحو التالي: الأجر والراتب الاستقرار والشعور بالأمن المتعلق بالوظيفة العلاقات مع الزملاء المكانة الاجتماعية ، طبيعة العمل ، حوافز مادية ، وأخيرا ظروف العمل(ترتيب العوامل من أكثرها أهمية على أقلها أهمية) ¹.

التعقيب على الدراسة :

تتقاطع هذه ال دراسة مع دراستي على التركيز على أداء العاملين في القطاع الصحي و أثر العوامل النفسية و التنظيمية والمادية في تشكيل هذا الأداء كما ان كلتا الدراستين تتناولان السياق الداخلي

¹ عبد العزيز علي الخزالي ، مكانات و أدوار الممرضين و الممرضات ، الأردن ، رسالة دكتوراه ، جامعة الجزائر 2017-2018 .

للمؤسسة الصحية وتحلان العلاقات المهنية و درجة الاعتراف بالدور الوظيفي داخل الفرق الطبية سواء تعلق الامر بالمرضى او الأطباء المقيمين . وتتخلف في الفئة المتطرفة في دراستي ارتكزت على الأطباء لمقيمين وفي هذه الدراسة ارتكز على الممرضين و الممرضات ودون التطرق المباشر الى العنصر التكويني .

ج. الدراسة الغربية :

دراسة « Asystematicreview of the effects of residency training on patient outcomes بالعربية "مراجعة منهجية لتأثير التكوين في الإقامة الطبية على نتائج المرضى " التي اجراها COOK و اخرون سنة 2012 في الولايات المتحدة الامريكية و نشرت في مجلة AcadimikMedecin.

تناولت هذه الدراسة محتوى يتمثل في تقييم العلاقة بين التكوين الأطباء المقيمين من جهة ، ونتائج المرضى و جودة الرعاية الصحية من جهة أخرى ، وذلك باعتبار هذه النتائج مؤشرا مباشرا على الأداء المهني و الوظيفي للطبيب المقيم ، وتهدف الى تقييم تأثير التكوين في مرحلة الإقامة الطبية على نتائج المرضى و جودة الرعاية الصحية المقدمة و جاءت إشكالية هذه الدراسة عن هل يؤثر تكوين الطبيب المقيم خلال مرحلة الإقامة على أدائه الوظيفي و جودة الرعاية ؟ و هل وجوده في المؤسسة الصحية يحسن من نتائج المرضى ام يضعفها ؟

الفرضيات :

- 1-التكوين الجيد للطبيب المقيم يساهم في تحسين أدائه الوظيفي .
- 2-وجود اشراف فعال يقلل من الأخطاء الطبية .
- 3-تطور الطبيب المقيم عبر سنوات الإقامة يؤثر إيجابيا على جودة الرعاية الصحية .

4- تعزيز البرامج التدريبية لا يؤدي الى نتائج سلبية بل يدعم الكفاءة .

و اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي حيث قاموا بتحليل شامل ل97 دراسة علمية واستخدام مؤشرات مثل معدلات الوفيات المضاعفات مدة الإقامة و رضا المرضى ، وحيث توصلت نتائج الدراسة الى ان أداء الأطباء المقيمين غالبا ما يكون جيدا أو مماثلا لاداء الأطباء المشرفين بشرط توفر اشراف فعال و برامج تدريبية مناسبة كما أظهرت ان تطور الطبيب خلال الإقامة مرتبط بتحسين النتائج السريرية و أن التكوين الجيد يسهم في تقليل الأخطاء و تحسين رضا الوظيفي .

تعقيب الدراسة :

تتقاطع الدراسة الغربية ل COOK و الاخرون مع دراستنا في التأكيد على أن التكوين الجيد للطبيب المقيم ينعكس إيجابيا على أدائه الوظيفي داخل المؤسسة الاستشفائية ، والا ان الاختلاف الأساسي يتمثل في طبيعة البيئة المهنية ،ففي حين أجريت الدراسة الغربية ضمن نظام صحي متطور و منظم ،و كشفت دراستنا أن الواقع المحلي يعاني من عدة عراقيل مثل محدودية الموارد و ضعف الاشراف مما يحد من فعالية التكوين و يؤثر على مردودية الطبيب المقيم ¹.

8. نظريات الدراسة :

1-نظرية الحوافز :

-تعتبر الحوافز المحرك الأساسي الذي يدفع الافراد الى العمل و الابداع حين كلما كانت الحوافز مدروسة يطرق علمية وواقعية تتماشى مع ازدواجية تحقيق اهداف المنظمة و اهداف الافراد ،فاننا نصل الى تحقيق مبدأ تجسيد الثقافة التنظيمية داخل الفرد ،و هذا الشيء المفقود اليوم و غير الموجود لدى الموارد البشرية الخاص بالإدارة الجزائرية ،و بهذا سوف لن نحقق الولاء التنظيمي و بالتالي لا نصل الى

¹ COOK 'D .A wittich C.M ;ARORA ,V .M ,ten cate O,durning ,SJ , &hatala R.(2012).Asystematic review of the effects of residency traininge on patient outcomes .academic Medecin ;87(8) ;1159-1169.

تحقيق المعنى الحقيقي للمواطنة التنظيمية و كل ما قلناه ناتج عن النظام الحوافز القائم .وتبدأ عملية التحفيز عندما تعرف الإدارة الحاجات التي يرغب العاملون في اتباعها و يمكن معرفة ذلك من خلال سلوك العاملين و فهم ترجمة تلك السلوكيات أو كما يسميها البعض ردود الأفعال و فهم أسبابها، وبأندماجها عنصر الحوافز و الدوافع في دفع الافراد نحو العمل و بذل الجهد نصل الى تحقيق أهدافهم المؤسسة التي يعملون بها.كما تلعب الحوافز و الدوافع دورا مهم في تحديد سلوك أداء الافراد، فعلى الرغم من اختلاف أسباب الأداء الوظيفي الا ان قوة الرغبة و الدافعية يعدان من أحد أهم هذه الاسباب .

فالتحفيز هو بمثابة المحرك الأساسي و الجوهري للموارد البشرية للقيام بأدوارها على أكمل وجه ، والمسير الجيد هو الذي يعرف متى يستعمل هذه الحوافز في الوقت والمكان المناسبين ،و هذا لن يأتي الا بأسلوب الفهم الجيد لهذه التركيبيية البشرية .

فالحوافز هي العامل الذي تستغله الإدارة في جذب المورد البشري المؤهل و الكفاء ومن جهة أخرى تستعمل الإدارة الحوافز للمحافظة على مواردها البشرية وضمان الولاء لها وهي تؤثر على سلوك وتصرفات هذا المورد عن طريق اشباع حاجاته¹

ظهرت مجموعة من النظريات التي تناولت موضوع الحوافز و تنحصر اهم هذه النظريات :

-نظرية العلاقات الإنسانية : تأسست على يد إلتون مايو، حيث إكتشف أهمية العلاقات الإنسانية من خلال البحوث التي قام بها حول دافعية العمال و التي دامت حوالي تسعة (09) سنوات من عام 1924 إلى 1932 بمصنع ها وثورن الشركة الغربية للكهرباء، بعد أن استنجدت به من طرف مسيرها إثر الإنخفاض المذهل في معدل إنتاجها وما نتج عنه من آثار سلبية على العمال مثل: التذمر - الإستياء - عدم الرضا، رغم كون الشركة لا تعاني من المشاكل المالية.

1-مجلة الحقائق الدراسات النفسية و الاجتماعية ، الحوافز و تأثيرها على الموارد البشرية داخل الإدارة و على المجتمع، د محمد منادلي جامعة المدينة ، ترمول محمد لطفي (طالب دكتوراه جامعة الجزائر 2) العدد التاسع ج أ ص 393 .

في هذا السياق، نجد أن شستر برناد نادى بأهمية الأسلوب الديمقراطي في الإدارة، حيث اعتبرت نظرية العلاقات الإنسانية، أن الإنسان كائن اجتماعي و يعطي الأهمية للجماعة و للأسلوب الجماعي التعاملي، فهذه العلاقات الغير الرسمية تزيد من الإنتاج و التنسيق بين الأفراد ولا يقل هذا الحافز المعنوي عن الحافز الإقتصادي أو المادي وهذا ما نريد أن نثبتة أو تنفيه من خلال دراستنا لواقع الإدارة الجزائرية¹ إن هذه الدراسة إتجهت إلى علم النفس الإجتماعي للبحث عن المحرك الأساسي لحوافز العمل، وهي مبنية على أساس العلاقات الإنسانية، وتقوم على أهمية فهم الموارد البشرية داخل المنظمة لبعضهم البعض من حيث سلوكهم و ميولهم و رغباتهم، حتى يمكن خلق جو من التفاهم المتبادل والتعاون المشترك، ومن أبرز الدراسات في هذا المجال أيضا الدراسات التي قام بها رئيسيليكرت وانتهت إلى الأهمية الحيوية للجانب الإنساني، فتوفير مثلا المكان و الجو المناسبين والمبنيين على العدالة التنظيمية و التي يجب على الإدارة توفيرها لخلق التفاهم والإنسجام والتعاون بين الموارد البشرية التي تحرك سلوك الفرد للمشاركة في تحقيق أهداف المنظمة ، و يصبح المورد البشري يفكر بأن تحقيق أهدافه و تحقيق (أهداف المنظمة، وبالتالي نجسد في نفوس هذه الموارد البشرية الولاء التنظيمي الذي يخلق لنا الإلتزام الوظيفي، ويصنع لنا موارد بشرية في داخلها المعنى الحقيقي للمواطنة التنظيمية، وكل هذا سوف ينعكس على المجتمع بالإيجاب الملتيمييه ومنهذا سوف ينعكس على المجتمع بالإيجاب² قام إلتون خلال دراسته بإدخال تغييرات على الظروف المادية مثل: شدة الضوء، الحرارة، فترات الراحة، سلم الأجور، المعرفة مدى تأثيرها على الإنتاج، فازداد إنتاج العمال وأخذ وتيرة الإستمرار في التحسن رغم إختلاف ظروف العمل، وكانت النتيجة أنه إكتشف بأن إنتاجية العمال تزداد عندما يركز عليهم إنتباهه الخاص، وأن إرتفاع الإنتاج لا يرجع إلى الظروف والدوافع الخارجية بقدر ما يرجع إلى إرتفاع الروح المعنوية. والخلاصة هي أن إنتاجية العامل تتوقف على معنوياته بشكل واضح وكبير، أي شعوره نحو عمله وظروف العمل والجماعة التي يعمل معها وينتمي إليها ونحو رؤسائه وهي ناتجة عن نفسه وعن تفسيره لما يدور حوله، و من خلال ما تقدم يمكن القول أن هذه النظرية كان لها الأثر في إبراز مدى أهمية العلاقات الإنسانية في المؤسسات ودورها في رفع الرضا المهني عند العمال وتحفيزهم على العمل لتحقيق إنجازات أكثر³

2-نظمي شحادة ، محمد الباشا ، محمد رسلان الجبوسي و رياض الحلبي ، السلوك التنظيمي مفاهيم و أسس سلوك الفرد و الجماعة في التنظيم ، دار الفكر للطباعة التوزيع ، ط3، عمان 2004 ، ص 31.

1

3-2- كامل البربر مرجع السابق ص 106.

3-4-نور الدين حاروش ،مرجع سابق 120.

3-3- نظرية الحاجات الإنسانية: صاحب هذه النظرية هو إبراهيم ماسلو و هي من أشهر النظريات في التحفيز، أسسها سنة 1954 و تدخل هذه النظرية نظرية سلم الحاجات الماسلو ضمن نظريات تحريك الدوافع، حيث رأى بأن الحاجات و الدوافع الإنسانية مرتبة ترتيبا هرميا، إذ يتم إشباع هذه الحاجات بشكل تتابعي، أي لا بد من إشباع الحاجة الأولى قبل الإنتقال للحاجة الثانية وإشباع الحاجة الثانية قبل إشباع الحاجة الثالثة وهكذا حتى نصل إلى الحاجة الخامسة و هي تحقيق الذات.

و الحاجة حسب ماسلو هي عبارة عن قوة داخلية تدفع الفرد لأن يقوم بعمل ما لإشباع تلك الحاجة الذاتية، حيث نظم هذه النظرية تنظيما هرميا وذلك وفق ضرورة الحاجة وأهميتها، وقد بنى إطار نظريته على إفتراضات على النحو التالي:

وجوب إشباع الحاجات الدنيا أولا قبل العليا، وهذا حسب ترتيبها في هرم الحاجات بدءا من قاعدة الهرم وصولا إلى رأس الهرم - إذا أشبعت حاجة ما فهي لا تعود دافعا للسلوك، وهذا شيء مهم بحيث إذا أشبع المورد البشري الحاجات الفيزيولوجية مثلا من ماكل و مسكن بفضل الحوافز المادية فإنه سوف يرتقي في الحاجات ويصبح يبحث عن الأمن و عندما يحقق الأمن يصبح يبحث عن الانتماء و بالتالي تصبح الحاجات الفيزيولوجية ليس دافعا للفرد نحو أداء عمل بل يصبح الانتماء هو الدافع للعمل و هكذا حتى وصل الى قمة العمر و هي تحقيق الذات.

_ ان سبل إشباع الحاجات العليا أكثر من تلك المتوفرة لإشباع الحاجات الأولية.¹

_ ان في كل انسان شبكة حاجات معقدة مترابطة و الحكيم هو الذي يفك شفرة هذه الحاجات.

¹4-نور الدين حاروش، مرجع سابق 120.

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل الإطار العام للدراسة من خلال عرض الإشكالية المرتبطة بعلاقة التكوين في مرحلة الإقامة الطبية بالأداء الوظيفي للطبيب المقيم داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية. وتم التطرق الى السياق التنظيمي و الاجتماعي للمؤسسات الصحية مع تحديد المفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة مثل: التكوين الطبي المقيم الأداء الوظيفي، وقد ساهم هذا الفصل في بناء أرضية نظرية لفهم الموضوع تمهيدا للتحليل الميداني الذي سيعتمد على أدوات إحصائية و سوسيولوجية لتفسير هذه العلاقة في الواقع العملي.

الفصل الثاني مدخل عام الى التكوين للموارد البشرية

تمهيد

1-تعريف التكوين و اسسه

2-اهداف عملية التكوين

3-أساليب التكوين

4-معوقات التكوين

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد التكوين من ابرز الاليات التي تعتمد عليها المؤسسات لتطوير أداء مواردها البشرية و تحسين كفاءاتها وقد حظي هذا الموضوع باهتمام متزايد من قبل الباحثين و المختصين في ميادين علم الاجتماع، علم النفس التنظيمي و تسيير الموارد البشرية ، نظرا لدوره الحيوي في دعم فعالية الافراد و المؤسسات على حد سواء .

ان التكوين لا ينظر اليه فقط كعملية لنقل المعارف او اكتساب المهارات بل هو مسار استراتيجي يستجيب ل حاجات المؤسسة و تطلعات العاملين ، ويسهم في تحقيق مستويات اعلى من الإنتاجية و الرضا المهني، والاستقرار داخل بيئة العمل . غير ان فعالية التكوين تبقى رهينة بعدة عوامل ،منها وضوح أهدافه ،مدى ملائمة اساليبه ، و قدرته على تجاوز العراقيل التي قد تعيق تنفيذه .

1-تعريف التكوين وأسس:

إن من مهام المشرف هو التعرف على الاحتياجات التكوينية التي تظهر من خلال عملية المراقبة والمتابعة، فدور المشرف في هذه المهمة يكمن في قدرته على تحديد احتياجات الأفراد التكوينية بما يتماشى مع التطورات الحاضرة والمستقبلية والتحديات العالمية وكذا قدرته على تسطير برامج للتكوين.

فالتكوين يعرفه الباحث "SEKIOU على أنه مجمل النشاطات الوسائل الطرق والدعائم التي تساعد في تحفيز العمال لتحسين معارفهم وسلوكياتهم وقدراتهم الفكرية الضرورية في آن واحد لتحقيق أهداف المنظمة من جهة وتحقيق أهدافهم الشخصية والاجتماعية من جهة أخرى بدون أن ننسى الأداء الجيد لوظائفهم الحالية أو المستقبلية."

كما يعرفه Peretti " التكوين هو مجموع العمليات الوسائل المنهجيات والدعائم المخططة التي يمكن من خلالها تحفيز المأجورين على تحسين معارفهم وسلوكياتهم وتصرفاتهم وكفاءاتهم اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة وأهدافهم الخاصة للتكيف مع محيطهم وإنجاز مهامهم الحالية والمستقبلية.

كما يعرف "Dimitri Weiss التكوين على أنه أداة للتكيف المهني الذي يمكن العمال من تحسين ورفع معارفهم والتطور في عملهم للمؤسسة وهو وسيلة لتقوية أو تحويل الكفاءة الحاضرة لأجل تحقيق أهدافهم في ظل التغيرات.

والمقصود بالتكوين في مجال دراستنا بأنه تحسين وتطوير قدرات الموظف الإداري في التسيير والإشراف، بحيث يكتسب رصينا معرفيا جديدا يؤهله لإبراز قدراته قصد النهوض بالطاقات وتحسين الأداء وزيادة فعاليته باستمرار.

أما عن أهم الأسس التي يقوم عليها التكوين متمثل فيما يلي ذكره:

- أن يكون هادها وموجها في برامجه التحقيق أهداف محددة.
- أن يتميز بالاستمرارية والتواصل فهو يتبع الفرد طيلة مساره المهني.
- أن يكون يتماشى مع التحولات والتطورات الحالية ويواكب المستجدات التي نظراً في مختلف المجالات
- يتطلب التكوين الدعم والتأييد الكامل من قبل الإدارة العليا والمشرفين
- أن تلبى البرامج التكوينية لحاجات المنظمةو الموظف و يجب ان تشمل فئات و مستويات الموظفين و كل أقسام ووحدات المنظمة¹.

2-أهداف عملية التكوين: تتركز الأهداف الأساسية للتكوين فيما يلي:

- الزيادة في المردودية من خلال تحسين نوعيتها بتدريب العاملين على كيفية إتقانهم للعمل ومن ثم زيادة قابليتهم لتطوير الخدمات التي يؤدونها في مواقع عملهم.

¹عاشور احمد صقر، السلوك الانساني في المنظماتدارالمعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2005، ص25، 24

-الاقتصاد في النفقات إن التكوين هو اقتصاد في النفقات، إذ تؤدي البرامج التكوينية إلى مردود أكثر من كلمتها، إن تكوين العاملين على استخدام الآلات الجديدة طبقاً لأصولها ووفق الطرق السليمة في لكثير من الاقتصاد في النفقات وسلامة للآلة واقتصاد في المواد وقلة في المخاطر.

-التقليل في دوران العمل: إن تكوين العاملين وتلقينهم المعارف التي تتفق ومداركهم وزيادة قدرتهم على مزاولة أعمالهم يعني إيجاد نوع من الاستقرار والثبات في حياة العاملين وزيادة رغبتهم وقدرتهم في مزاولة أعمالهم رغبتهم في خدمة المؤسسة.

-الرفع من معنويات العاملين حيث للتكوين أثر كبير على معنويات العاملين إذ عندما يشعر الفرد أن المؤسسة جادة في تقديم العون له وراغبة في تطويره وتوفير مهنة يعيش منها يزداد إخلاصه لعمله وبالتالي ينعكس ذلك على علاقته بمؤسسته ويقبل على العمل باستعداد وجداني دون أن يشعر بالكل والملل.

-مساعدة الموظفين على أداء الأعمال والوظائف الحالية بأحسن مستوى ممكن.

-تتمية العاملين للقيام بالأعمال والوظائف المستقبلية.

-تخفيض حوادث العمل إذ تكثر حوادث العمل نتيجة للخطأ من جانب الأفراد عن تلك التي تحدث نتيجة لعيوب في الأجهزة والمعدات وظرف العمل، ويعني هذا أن التكوين الجيد على الأسلوب المأمون لأداء العمل وعلى كيفية أدائه، يؤدي بلا شك إلى تخفيض معدل تكرار الحادث.

-استمرارية التنظيم واستقراره استقرار التنظيم وثباته بمعنى قدرة التنظيم على المحافظة على فاعليته رغم فقدانه لأحد المديرين الرئيسيين والمؤهلين لشغل هذه المراكز فور خلوها لأي سبب من الأسباب، أما المرونة فتعني قدرة التنظيم على التكيف في الأجل القصير مع أي تغيرات في حجم العمل، ويتطلب هذا توافر الأفراد من ذوي المهارات المتعددة للنقل على الأعمال التي تحتاج إليهم، فالأفراد المتكويين ولديهم الحافز للعمل هم أصل استثماري فعال في التنظيم.

-رفع مستوى الأداء والكفاءة وذلك لدى الأفراد سواء في النواحي الفنية أو السلوكية أو الإشرافية وغيرها من العوامل التي يقتضيها ظروف العمل وطبيعته. -تمكين الأفراد من ممارسة الأساليب المتطورة بالفاعلية المطلوبة على أساس تجريبي قبل الانتقال إلى مرحلة التطبيق الفعلي.

-إعداد العمال الجند وتهيئتهم للقيام بعملهم الجديد على أكمل وجه¹.

3_أساليب التكوين: هناك عدة أساليب يمكن استخدامها في مجال التكوين، بحيث أن كل أسلوب له مميزاته وخصائصه التي تنفرد بها ويمكنها أن تحقق أفضل النتائج حسب الموقف والظرف المناسب الذي يتطلب استخدام أحد الأساليب فنجد أن الاختلاف يكون باختلاف الهدف منه فالبرامج الهادفة تهدف إلى زيادة المهارة الفنية و التي تتطلب اساليب مختلفة عن تلك التي تستعمل في البرامج الهادفة للتنمية و تغير الاتجاهات².

وبصفة عامة يمكن تصنيف الاساليب الى صنفين :

- أ- أساليب التكوين المتبعة داخل المؤسسة:وتتميز هذه الأساليب بالإشراف المباشر للمؤسسة على البرامج التكوينية ومن أهمها:

- توزيع إرشادات وتعليمات العمل.

-أسلوب الإشراف المباشر لرؤساء العمل على العمال :هذا الأسلوب يقوم على تدريب الأفراد العاملين في موقع عملهم بحيث أن المتدرب يكون تحت إشراف مسؤول معين يوجهه ويرشده حيث يقوم المدرب بممارسة العمل أمام المتدرب مما يتيح الفرصة له للتعلم وإمكانية نقله لما يراه ويتعلمه أثناء تطبيقه بعد ذلك .. كما يتميز هذا الأسلوب بمعرفة المشرف المباشر لقدرات الأفراد ونقاط قصورهم وضعفهم أي مدى استيعابهم للتكوين .

¹بولغاغ نصيرة ،قواوي احمد ،التكوين و دوره في تحسين أداء موظفي المؤسسات الصحية في الجزائر ،مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات ، جامعة الجزائر 2، الجزائر ، تاريخ النشر 2023_06_30

²بوقطف محمود ، التكوين اثناء الخدمة و دوره في تحسين أداء الموظفين بالمؤسسة الجامعية ص94،93 رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع ،جامعة بسكرة 2014،2013

أسلوب دوران المناصب تبادل الوظائف: يقوم هذا الأسلوب على نقل الأفراد العاملين إلى العمل في أقسام مختلفة على أن يكون تحت إشراف مدرب مناسب بحيث يتلقى معارف ومعلومات حول عمله ويأخذ الخبرة المناسبة وغالباً ما يمس هذا الأسلوب الأفراد العاملين الذين تعتقد أنهم يستطيعون القيام بأعباء المناصب الإدارية في المستقبل.

- ب - أساليب التكوين المتبعة خارج المؤسسة:

تتميز هذه الأساليب في أن التكوين والتدريب يتم خارج المؤسسة وعموماً تقوم إدارة الموارد البشرية بالإشراف على مثل هذه الأساليب من التكوين وتكون أماكن تدريبهم عبارة عن معاهد متخصصة، مراكز التكوين، أو جامعات، ومن أهم هذه الأساليب.

1- التكوين الفردي: ويتمثل في قيام المدرب أو المكون بشرح أو وصف ميدانياً لبرنامج وترك الفرد المتكون إنجاز بقية عمله وفي الأخير توجه له توجيهات ويخضع عمله للتقييم وتشرح أخطائه ويعمل على تقاديبها مستقبلاً. أسلوب المحاضرة: تعتبر وسيلة توصيل المعلومات أو نقلها من المحاضر إلى الدارس فنجاح هذا الأسلوب من التكوين يركز على قدرة المحاضر نفسه وكفاءته في نقل المعلومات الفنية أو العلمية إلى الدارسين ومدى اقتناعهم بها ويعتبر أسلوب المحاضرة مفيداً إذا كان موضوع التدريب يتطلب ضرورة دراسة وتحليل بعض الأفكار والاتجاهات أو النظريات في الإدارة إلا أن سلبياتها تكمن في أن المتكويين لا تمنح لهم فرصة التعبير عن رأيهم أو إجراء المناقشات.

2- دراسة الحالات: يتم في هذه الطريقة طرح فكرة معينة إلى المتدربين حول مهمة إدارية معينة تجري مناقشتها وتقديم الحلول فيما بينهم ومن محاسن هذا الأسلوب من التكوين مشاركة المتكويين بنسبة عالية في مناقشة ودراسة هذه الحالات وهذا باستخدام كل المعارف والمعلومات المكتسبة لديهم بحيث أنهم يساهمون في إبداع حلول للمشاكل الموجودة في المؤسسة. أسلوب المناقشات المبرمجة: وهذه الطريقة تعتمد على المدرب الذي يسمح بمناقشة المتدربين ويشجعهم على طرح الأسئلة وغالباً ما يناسب هذا

الأسلوب من التكوين الأفراد العاملين في الإدارة العليا الذين من سمات عملهم اتخاذ القرار ودراسة المشاكل وتحليلها.

4- معوقات التكوين: توجد معوقات كثيرة للتكوين تختلف حسب المؤسسات يمكن تلخيص أهمها:

- الاهتمام السطحي بعملية التكوين وذلك بقياس نجاحها بحضر عند من تم تكوينهم خلال السنة أو بمقارنة ما أنفق على التكوين في هذه السنة مقارنة بالسنة الماضية، واعتبار الزيادة في النفقات دليلا على النجاح في العملية التكوينية. هذا بالإضافة أننا نجد بعض المؤسسات تقبل على الأنشطة التكوينية دون التفكير في جدواها وأهميتها وآثارها على الكفاءة.

- الفشل في ترجمة المعرفة المكتسبة خلال عملية التكوين إلى عمل فعلي بمعنى أن ما كسبه الفرد خلال هذه العملية، لا يجد سبيله أبدا إلى التطبيق الفعلي في المؤسسة وقد يعود ذلك إلى المتكون نفسه نتيجة لعدم قدرته على تطبيق ما تدرب عليه، كما أنه قد يرجع السبب إلى جو ومناخ العمل غير المساعد والذي لا يتيح للعامل فرصة التجديد والتطوير في أساليب العمل (علاقات العمل والاتصالات نظام المكافآت، جمود نظام الترقيّة)، وقد يرجع السبب أيضا إلى معارضة بعض المسؤولين خاصة في المستويات الهرمية العليا لفكرة التكوين وعدم إيمانهم بأهميتها.

- انخفاض كفاءة المشرفين على التكوين بالمؤسسات ومراكز التدريب.

- نظر البعض للتكوين على أنه وسيلة لراحة العامل من عناء العمل حتى أن بعض المؤسسات تعودت على ترشيح الذين يعانون من التوتر والقلق لحضور الدورات التكوينية، كما أن هناك من يرى أن التكوين هو عملية للتخلص من بعض العناصر المشاكسة، والفوضوية ولو لبعض الوقت وبالتالي أصبح أداة للعقاب.

- هناك من ينظر إلى التكوين على أنه عنصر نفقة لا يبررها عائده¹.

¹ يوقطوف محمود، نفس المرجع السابق.

خلاصة الفصل :

يتضح لنا من خلال هذا الفصل ان التكوين يمثل احد اعمدة الاساسية في تطوير الموارد البشرية داخل المؤسسات ، لما له من أثر مباشر في تحسين الأداء الفردي و الجماعي ، و رفع مستوى الكفاءة المهنية خاصة في السياقات التي تتطلب تأهيلا مستمرا و تحيينا للمعارف ، كما هو الحال في القطاع الصحي.وعليه يجب على كل مؤسسة بضرورة تبني سياسة تكوين فعالة و مستدامة ، تقوم على أساس تشخيص دقيق للاحتياجات التكوينية ، و تصمم وفق خصوصيات كل فئة مهنية ، لا سيما فئة الأطباء المقيمين .

وان التكوين يعد شرطا أساسيا ضروريا لتطوير المؤسسة و تحسين جودة الخدمات المقدمة خاصة في القطاع حيوي كالصحة حيث يرتبط الأداء الوظيفي مباشرة بسلامة و حياة الافراد .

الفصل الثالث تكوين الطبيب المقيم بالمركز الاستشفائي الجامعي

تمهيد

- 1- خصائص المؤسسة الاستشفائية
- 2- اهداف المؤسسة الاستشفائية
- 3- انواع المؤسسة الصحية في الجزائر
- 4- البناء الاجتماعي و اداء المؤسسة الاستشفائية لوظائفها
- 5- مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية
- 6- اخلاقيات مهنة الطب
- 7- مراحل التكوين الطبي المقيم
- 8- اساليب التكوين الطبي المقيم
- 9- العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية
- 10- تحديات و عوائق تكوين الاطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية
- 11- استراتيجية تحسين تكوين الطبيب المقيم

خلاصة الفصل

التمهيد :

يعتبر التكوين الطبيب المقيم داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية أحد المحاور الأساسية التي تستدعي الدراسة والتحليل في إطار فهم الأداء الوظيفي في قطاع الصحة. فهذا النوع من التكوين لا يتم في فراغ، بل يتم داخل مؤسسة معقدة لها بنيتها ووظائفها وأدوارها، وتخضع لجملة من التفاعلات والعلاقات التنظيمية والاجتماعية التي تؤثر على مضمون التكوين وشكله ونتائجه.

ويهدف هذا الفصل إلى تناول تكوين الطبيب المقيم من خلال مقارنة سوسيولوجية وتنظيمية، تستند إلى تحليل خصائص المؤسسة الاستشفائية ونشأتها ووظائفها، باعتبارها مجالاً اجتماعياً يتشكل من شبكة من العلاقات بين مختلف الفاعلين. كما يتطرق إلى أخلاقيات مهنة الطب بوصفها محددًا قيمياً للتكوين والممارسة، ثم إلى مراحل التكوين وأساليبه، والعوامل التي تؤثر فيه سواء كانت تنظيمية، بشرية، أو مادية. كما يُسلط الضوء على التحديات التي يواجهها الأطباء المقيمون داخل هذه المؤسسات، بما في ذلك ظروف العمل، ضغط المهام، ونقص التأطير، ليُختتم الفصل باقتراح مجموعة من الاستراتيجيات التي يمكن أن تساهم في تحسين جودة التكوين وضمان فعاليته، بما يعزز من أداء الطبيب المقيم وقدرته على الاندماج في البيئة المهنية وتحقيق الكفاءة المطلوبة.

1- خصائص المؤسسة الاستشفائية :

تتميز المؤسسة الاستشفائية من مجموعة خصائص يمكن تلخيصها فيما يلي :

أولاً: نسق السلطة المزدوج:

لن نحيد عن الاجماع إن قلنا بأن السلطة هي التي تجسد التنظيم وتعطيه قيمته الفعلية وفضلها يتم تنفيذ الاستراتيجيات والخطط والسياسات والبرامج المستقبلية المسطرة، من خلال اتخاذ القرارات وتوزيع المسؤوليات وتنسيق الجهود لتحقيق الأهداف المنشودة، ومن الضرورة بما كان تكامل وانسجام العاملين ومن يمتلكون سلطة القرار بما يؤدي إلى تماسك جماعة العمل وتعاونهم في تأدية المهام المسندة إليهم،

فمن الصعب في مؤسسة خدماتية كالمؤسسة الاستشفائية تقديم خدمات في جو يفتر إلى التماسك والترابط، لأن شعور العاملين بانتمائهم للمؤسسة يجعلهم يتمسكون بعضويتهم وعملهم في سبيل تحقيق هدف مشترك.

والملاحظ على الخريطة التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية أن التدرج الهرمي لهذه الأخيرة يسير في الاتجاه الأفقي أكثر منه في الاتجاه الرأسي، ورغم أهمية السلطة في التنظيمات الإنسانية إلا أن نشاط وطبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسة للاستشفائية تفرض نسقا مغايرا لعلاقات وخطوط السلطة المعترف بها في غيرها من التنظيمات الإدارية البحتة، «لأن السمة التي تميزها عن غيرها من المؤسسات الأخرى هي وجود خطين اثنين للسلطة، من ناحية يوجد التنظيم التعليمي للهيئة الاستشفائية وفيه ترتب الهيئة هرميا وطبقا للتخصص والمكانة، ومن ناحية أخرى الترتيب البيروقراطي للوظائف والذي يتشكل من الإدارة، ونتيجة لهذا الترتيب تطرح المؤسسة الاستشفائية نسقا مغايرا لعلاقات السلطة يعرف بـ: "ازدواجية السلطة" إذ أنه في الغالب تكون الهيئة الاستشفائية مسيطرة على زمام السلطة على الأقل في الموضوعات المتعلقة برعاية المريض بما يساعدها على توجيه نشاط أغلبية الموضوعات المتعلقة برعاية المريض بما يساعدها على توجيه نشاط أغلبية العاملين، بينما تنحصر سلطة الإدارة وتتركز في الموضوعات المتعلقة بتوفير الوسائل التي يمكن بواسطتها تنفيذ أوامر الهيئة الاستشفائية على نحو يحقق الأهداف المرجوة»¹ ومن هذا المنطلق يمكن تبرز خصوصية وحساسية المؤسسة الاستشفائية باعتبارها نظاما اجتماعيا يشتمل عدد من الأبنية البيروقراطية وعدد من المراكز التسلسلية وظهور خطين اثنين للسلطة، سلطة إدارية من جهة وسلطة مهنية الهيئة الاستشفائية من جهة ثانية.

1-السلطة الادارية: و تتمثل السلطة الادارية داخل المؤسسة الاستشفائية في الهيئة الادارية و على رأسها مدير المؤسسة ووظيفتها تسيير و تحديد الأهداف المرسومة، من خلال اختيار السياسات وتوفير

¹ علي عبد الرزاق جلبي علم اجتماع التنظيم (مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998 ، ص ص 187 - 188.

الوسائل المادية والمالية والإنسانية وإعداد البرامج والإجراءات اللازمة للوصول إلى هذه الأهداف، كما تقوم بتحديد مهام الأفراد وتوجيههم ومراقبة السير الحسن لأداء الأعمال والأنشطة وفقا للخطط والسياسات الموضوعة، كما تتولى الهيئة الإدارية الاهتمام بمختلف شؤون العاملين بالمؤسسة الاستشفائية وتطلع على طبيعة المشاكل التي يمكن أن تنشأ فيها ¹.

2-السلطة المهنية او الفنية : فهي تلك السلطة المستمدة من خلال الخبرة الفنية المعترف بها، وترتكز أساسا على عنصرى الكفاءة والمسؤولية والكفاءة هنا لا تعني املاك المعرفة التقنية فحسب، بل أيضا القدرة على التنظيم والتسيير والتوجيه وكذا التنسيق والمراقبة لضمان تنفيذ الأوامر، والسلطة المهنية في المؤسسة الاستشفائية تتمثل خاصة في الأطباء، إذ أن تمتع هؤلاء بالخبرة والمهارات والمعارف التقنية في مجال اختصاصهم يسمحهم باتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض ومختلف متطلباتها ومستلزماتها، بالإضافة إلى توجيه نشاط باقي العاملين في إطار تقديم الخدمة الصحية وتحقيق الأهداف المرجوة، وبالتالي التأثير على القرارات التي تصدرها الهيئة الإدارية ²

انطلاقا من هذا فإن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية يختلف اختلافا جوهريا عن التصميمات الخاصة بالتنظيمات الأخرى، وعادة ما يؤسس على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز ممثلة بالهرم الإداري من جهة وسلطة المعرفة ممثلة بالأطباء والمهنيين الآخرين من جهة أخرى، مما يخلق هيكلا رسميا منتشرا وغير عادي ³.

وهذا النسق من علاقات السلطة في المؤسسة الاستشفائية يجعل صلاحيات السلطة تتداخل، فمن جهة يوجد التنظيم الإداري الذي يسعى إلى تجنيد وحشد الطاقات البشرية والمادية وتوجيه الأفراد والجماعات، لتحقيق الأهداف المنشودة من خلال السهر على تنفيذ الاجراءات والقواعد والقوانين المعمول بها إداريا،

¹ مزبوة بلقاسم، السلطة والرضا الوظيفي لدى العاملين، بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، دار الوسام العربي، للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر، 2011، ص74

² فاروق مداس، التنظيم و علاقات العمل، دار مدني للتوزيع و النشر، الجزائر، 2000 ص 59 .

³ نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار القصة، 2008 ص 8_9 .

ومن جهة ثانية يوجد التنظيم الاستشفائي الذي يسعى إلى القبض على زمام السلطة على الأقل في الموضوعات المتعلقة برعاية المريض.

فهيئة التمريض مثلا باعتبارها تتلقى الأوامر فيما يتعلق بالمرضى الذين تستقبلهم المؤسسة الاستشفائية من الهيئة الطبية ، وهي ملزمة بتنفيذ الأوامر على نحو يحقق الأداء الفعال والنوعي وفي نفس الوقت تعد هذه الفئة من العاملين المشاركين في المؤسسة، ونتيجة لذلك تخضع للقواعد التنظيمية والترتيب البيروقراطية المعمول بها، وغالبا لا تتمكن من انجاز متطلبات رعاية المريض في إطار القواعد الإدارية خاصة عندما تكون ذات طبيعة اضطرارية، فتجد نفسها أمام صراع توقعات الهيئة الطبية التي تمدها بالتعليمات من ناحية والإجراءات الإدارية التي يجب التقيد بها من ناحية ثانية.

وتجدر الإشارة هنا إلى الطبيعة التسلطية للمؤسسة الاستشفائية نتيجة النشاطات التي تمارسها والمتعلقة بإنقاذ حياة المريض، وذلك لوجود قرارات تستلزم التنفيذ دون مناقشة أو مجادلة خاصة فيما يتعلق بالقرارات التي تكون فيها حالة المريض طارئة، إذ أنه في مثل هذه الحالات يجب العمل بدون تردد أو انتظار للإجراءات الإدارية المفروضة، وبالرغم من أن الحالات الطارئة تعد حالات قليلة نسبيا إلا أن المؤسسة الاستشفائية يجب أن تكون مستعدة دائما لمثل هذه الحالات.

وهكذا فإن هدف التدرج الهرمي الصلب إلى حد ما وقنوات السلطة المميزة بوضوح في البناء الإداري والقواعد الإجرائية المدونة كتابة، يظهر انطلاقا من مساعدة الهيئة الاستشفائية في التعامل مع الحالات الطارئة والحالات العادية في نفس الوقت، وهذا النوع من السلطة يشبه نموذج السلطة في التنظيمات العسكرية وينهض على أساس من القوة المتمركزة في مناصب معينة داخل المؤسسة الاستشفائية.

ثانيا: تقسيم العمل المتطرف

من الخصائص التي يتميز بها تنظيم المؤسسة الاستشفائية هو تقسيم العمل الصلب لوجود هيئة ادارية واخرى استشفائية و احيانا هيئة تقنية و اخرى للعمال المهنيين ، و تسهر كل هيئة على تأدية مجموعة من

الوظائف المتناسقة و المتكاملة يفترض ان تعمل في مجموعها على ابراز الاهداف المرجوة و تحقيقها ، من هنا كان لزاما على المدير التنسيق بين الفئات المختلفة و المتباينة الادوار في سبيل ايجاد نوع من النظام الرشيد، زيادة على هذا فان الدرجة العالية من التخصص في طبيعة نشاطات المؤسسة الاستشفائية تخلق قضايا تنسيقية بالغة الحساسية .

وقد ادى تطور التخصصات التي تمارس على مستوى المؤسسة الاستشفائية الى نوع من التدرج الهرمي بين العاملين فيها ، وهذا عبر خطوط مهنية تقسم مبدئيا الى واجبات عمل استشفائية واخرى ادارية و ثالثة تقنية و اخرى تتعلق بالعمال المهنيين ، ما يجعل الاهتمام و الولاء يكون عادة الى جماعات التخصص وليس بالضرورة الى القسم او المصلحة التي يسهم العامل فيها بإنجاز الأنشطة المسندة إليه، فمثلا قد نجد مراقبا عاما مسؤولا عن مراقبة مدى انجاز الواجبات الضرورية في مجموعة من الوحدات متبوع برئيس الوحدة الذي يعد بمثابة المدير اليومي للنشاطات التي تتم على مستوى الوحدة، وقد يكون لرئيس الوحدة نائبا ينوبه في مباشرة المهام أثناء غيابه، كما نجد عمال هيئة التمريض ممن يقدمون الرعاية للمرضى وهم في الأسرة، وكذا طلاب التمريض من المتربصين الذين تسند إليهم رعاية المرضى لفترات متباينة، ونجد في الوحدة نفسها عمال تسند إليهم أنشطة تتعلق بالجوانب غير المباشرة في الرعاية الطبية للمريض كعاملات النظافة وعمال الوقاية والأمن وغيرهم، كما تسند مهام اعداد وحفظ الوثائق والتقارير الضرورية لإدارة الوحدة إلى عون مكتب دون أن ننسى قائمة الأفراد العاملين في الوحدة من وقت لآخر كالأخصائيين والأطباء المقيمين وعمال الصيانة والكهربائيين ... وغيرهم، كل هؤلاء الأفراد وعلى اختلاف انتماءاتهم الفئوية يؤديون أدوار هدفها الأساسي هو من الرعاية الصحية اللازمة للمريض. وبالرغم من أن هذا التقسيم المتميز بدرجة عالية من التطور يعتبر على الاطلاق التقسيم الذي يساهم في إقامة شبكة من الاتصالات الفعالة والضرورية لتنسيق العمل إلا أنه من الممكن أن يخلق بعض المشكلات كالصراع، فضلا عن أن الأفراد الذين يلعبون أدوارا متماثلة يميلون إلى الارتباط والاتصال

ببعضهم البعض على نحو أكثر سهولة عما يحدث بينهم وبين غيرهم من أصحاب الأدوار غير المتماثلة، ذلك أن هؤلاء الأفراد لديهم الارتباط والاتصال ببعضهم البعض على نحو أكثر سهولة عما يحدث بينهم وبين غيرهم من أصحاب الأدوار غير المتماثلة، ذلك أن هؤلاء الأفراد لديهم إيديولوجيات ومطامح مهنية متماثلة¹.

كما أن التنسيق بواسطة التنظيم الإداري صعب ومعقد في الأعمال غير الروتينية والغير مبرمجة، ومن المستحيل الاعتماد اعتمادا كليا على الاجراءات الإدارية لغايات التنسيق بين الأنشطة المسندة لأفراد المؤسسة الاستشفائية بمختلف انتماءاتهم الفئوية، لذلك فإن إحدى الوسائل الأساسية لتحقيق التكامل بين الأنشطة المتعددة والمختلفة هو التنسيق التطوعي والرغبة من جانب مختلف المشاركين في التعامل بشكل فعال مع الأعمال غير العادية وغير الروتينية

ثالثا: الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى

يعد الطلب على الخدمة الصحية في الجزء الأكبر منه ذو طبيعة طارئة لا تقبل الانتظار أو التأجيل والتأخير، ما يجعل توقع حجم العمل وطبيعة الحالات المرضية من طرف العاملين بالمؤسسات الاستشفائية أمرا غاية في الصعوبة، وهذا ما يتطلب من إدارتها ما يلي:²

1- ضرورة التشغيل المستمر للمؤسسة على مدار 24 ساعة وكل أيام الأسبوع دون استثناء، وما يفرضه ذلك من تكاليف مرتفعة إضافة إلى المشاكل المتعلقة ببرمجة الأنشطة والخدمات المختلفة على مدار الساعة ومشاكل المناوبات والدوريات والأفراد.

2- تتطلب الطبيعة الطارئة للعمل في المؤسسة الاستشفائية جاهزية واستعدادا مستمر من جانب كافة العاملين وما توفره من منشآت وأجهزة وإجراءات لمواجهة الظروف الطارئة التي من الممكن حدوثها في أي وقت مما يضع عبئا ثقيلا على المؤسسة الاستشفائية والعاملين بها.

¹ عبد الرزاق جليبي مرجع سابق ص 19
² فريد توفيق نصریات ، ادارة المستشفيات ، دار الميسر لنشر والتوزيع ، عمان الاردن ، 2014 ص 52-53.

3- إن الطبيعة الطارئة لعمل المؤسسة الاستشفائية تدفع المديرين والمشرفين غالبا إلى تبني أسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف، والأسلوب الأوتوقراطي اكثر من الأسلوب الديمقراطي في الإدارة، حيث لا مجال للتشاور والمناقشة عند التعامل مع الظروف الطارئة والأزمات التي تحدث في بيئة المؤسسة الاستشفائية.

إن المؤسسة الاستشفائية وكما هو الحال في المنظمات المعبئة لتحريك واستخدام الموارد المتاحة لها بسرعة لمواجهة الأزمات والطوارئ بشكل فعال وكفؤ ، يحتاج ويتطلب قدر كبير من الانضباط والسلوك المنظم لذلك لابد من تحديد خطوط السلطة والمسؤولية في المؤسسة الاستشفائية بشكل واضح ولابد من المحافظة على النظام والانضباط بتبني نظام محدد للتأديب والمساءلة، بالاستناد إلى سياسات ولوائح وقواعد تنظيمية واضحة ومحددة، فالمؤسسة الاستشفائية وبحكم تعاملها مع قضايا الحياة والموت وحيثما تكون حياة الإنسان وصحته في خطر فإن احتمالات القبول أو تحمل الخطاء والاهمال في الممارسة الطبية هي قليلة جدا، إضافة إلى أن الأخطاء والاهمال في الممارسة الطبية غير قابل للإصلاح في كثير من الأحيان وتترتب عليه عواقب كبيرة تؤثر مباشرة على صحة وحياة الفرد .

5- إن الطبيعة الطارئة لعمل المؤسسة الاستشفائية تفتح المجال أمام بعض الأطباء لاستغلال الغموض المتضمن في العمل الطبي، حيث لا يترددون في الطب غير المبرر على أشرة هذه المؤسسة وخدماتها، كإدخال بعض الحالات المرضية التي لا تحتاج الرعاية الصحية في المؤسسة الاستشفائية بحجة أنها حالات طارئة، لاسيما أن الأطباء هم الفئة الوحيدة التي يمكنها تحديد وتقرير الحالات الطارئة، وهم في نفس الوقت بشر ولهم غرائزهم التي قد تدفعهم أحيانا إلى ممارسة طبية غير مبررة، وهذا ما يحتم ضرورة مراقبة وتقييم الأنشطة الطبية وضمان الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة عن طريق الهيئة الطبية نفسها ، و الذي تتمتع بالاستقلالية و الحكم الذاتي .

2- أهداف المؤسسة الاستشفائية

على اعتبار المؤسسة الاستشفائية تنظيماً على جانب كبير من التعقيد نتيجة بروز التكنولوجيا المتقدمة والممارسات الطبية المتغيرة، ما ساهم في بروز أهداف جديدة وأساليب متطورة لتحقيقها، بالإضافة إلى أن التركيبة البشرية للمؤسسة الاستشفائية معروفة باختلاف انتماءاتها الفئوية (إداريين، أطباء، ممرضين، عمال المصالح التقنية، عمال مهنيين)، كل هذا جعل من المؤسسة الاستشفائية تنظيم بشري اجتماعي وإنساني معقد، كون مادته الخام هي الإنسان وانتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيسي بواسطة الإنسان وهدفه إنساني، كما أنها هيكل تنظيمي يولي اهتماماً للممارسات الإدارية بغية تحقيق مجموعة من الأهداف التنظيمية والاجتماعية والاقتصادية، ما يجعلها نموذجاً للتنظيم المتعدد الأهداف المتمثلة في تقديم خدمات الرعاية الطبية والتعليم والتدريب والبحث، إذ أن الغاية من إنشاء معظم المؤسسات الاستشفائية تتمثل في توفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاهم، وفي الوقت نفسه تسهر على تلبية احتياجات التدريب الأساسي لعاملها على اختلاف انتماءاتهم الفئوية كما تركز موارد هائلة لمشكلات البحث العلمي، ما يجعل منها مؤسسة متميزة من حيث الإدارة والتنظيم والأهداف.¹

ورغم أن رعاية المرضى غالباً ما تدرج في مقدمة أهداف المؤسسة الاستشفائية، إلا أنها بالإضافة إلى ذلك فهي تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الثانوية، كالاستقرار الاقتصادي والمحافظة على خفض التكاليف مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان، وفي نفس الوقت تسعى الهيئة الطبية إلى التركيز على نوعية المرضى المقيمين باعتبارهم حالات مناسبة للدراسة دون إعطاء أهمية الموضوع التكاليف وقد يرى البعض أن محاولة إنجاز وتحقيق هذه المجموعة من الأهداف المترابطة يبقى عبئاً ثقيلاً على الإدارة التي تتحمل مسؤولية التنسيق بين الجهود المختلفة للأفراد العاملين على اعتبار أن المؤسسة الاستشفائية

¹ عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 71.

تتصف بالتعقيد، كونها تقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيها، الأمر الذي ساهم في صعوبة التنسيق بين تلك الجماعات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وكذا الحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان وما يتبع ذلك من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل¹.

ومن هذا المنطلق يمكن الإشارة إلى اختلاف أهداف المؤسسة الاستشفائية من فرد لآخر باختلاف طبيعة النشاط الذي يقدمه كل فرد الاستشفائية من فرد لآخر باختلاف طبيعة النشاط الذي يقدمه كل فرد والدرجة التي يكون فيها معني بهذا الهدف، فالهيئة الاستشفائية تركز مثلاً:

على أن توفر الهيئة الإدارية وسائل تكنولوجية ذات التقنية المتطورة لضمان تقديم الرعاية الصحية في أرقى صورها، والاستفادة من هذه الوسائل قدر الامكان في مجال التدريب، في حين تسعى الهيئة الإدارية وتحرص على توزيع مواردها وتخفيض التكاليف مع الحرص على تقديم الرعاية الصحية الأفضل للمريض، وهكذا يظهر التشعب في الأهداف التي تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى تحقيقها، تختلف باختلاف الانتماءات الفئوية للأفراد العاملين بها، بالرغم من أن الهدف الأساسي هو تقديم الرعاية الصحية المتطورة للمريض، وما تنوع تركيبة الموارد البشرية كوسيلة لتحقيق الأهداف إلا تفسير لتنوع هذه الأهداف وتعددتها.

3-أنواع المؤسسة الصحية في الجزائر :

لقد حددت المادة 298 من قانون الصحة قائمة المؤسسات العمومية للصحة بحيث نصت على انه تتمثل مختلف المؤسسات العمومية للصحة لاسيما فيما يأتي :

- المركز الاستشفائي الجامعي

¹أروي مصطفى، أحمد سيف، نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية ، 1996 ، ص - ص 14 - 15

- المؤسسة الاستشفائية المخصصة

- المقاطعة الصحية

- مؤسسة الاعانة الطبية المستعجلة.¹

1- المراكز الاستشفائية الجامعية (chu):²

يتم تنظيم هذه المؤسسات بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07_140 المؤرخ 19 مايو 2007

و الذي يتضمن انشاء و تنظيم وتشغيل مؤسسات المستشفيات العامة و مؤسسات الصحة العامة و التي يعرفها بانها مؤسسات عامة ذات طبيعة إدارية و التي تمنح الشخصية الاعتبارية و الاستقلال المالي ، وتوضع تحت وصاية الحاكم تتكون مؤسسة الصحة العامة هذه من هياكل التشخيص والعلاج والاستشفاء و اعداد الناهيل الطبي التي تغطي سكان مدينة او مجموعة من المدن مع ملاحظة ان مؤسسات المستشفيات هذه موجودة في جميع ولايات البلاد

وحددت مهام هذه المؤسسة المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي المذكور بجعلها تتكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان و ذلك يضمن تنظيم و برمجة توزيع العلاج الطبي و التشخيص وإعادة التاهيل الطبي و الاستشفاء و تطبيق البرامج الصحية الوطنية و ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الاضرار و الافات الاجتماعية و ضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية و كذا تجديد معارفهم³

1- عمر شننير رضا، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية و الاقتصادية و السياسية، جامعة الجزائر، العدد 1 مارس 1988، ص 61 .

2- فريد النجار، ادارة المستشفيات و شركات الادوية، الدار الجامعية الاسكندرية، 2004 ص 205

3- عبد العزيز حبيب الله، جودة الصحة الاسس النظرية و التطبيق العلمي، بوفية الافاق للمعلومات، الرياض 2005، ص 262.

4- البناء الاجتماعي و أداء المؤسسة الاستشفائية لوظائفها:

إن الرغبة في التركيز المباشر على البناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية يقودنا بالضرورة إلى تفحص أنماط العلاقات الاجتماعية السائدة بطريقة أكثر عناية، واستنادا إلى النمط التنظيمي السائد فإنه من المتوقع أن تكون مسؤوليات الدور والمكانة وقواعد السلوك بمثابة جوانب هامة في البناء الاجتماعي، من هنا فنسق السلطة المزدوج وتقسيم العمل الصلب في المؤسسة الاستشفائية له تأثير ملحوظ على البناء الاجتماعي لهذه الأخيرة وعلى ما يجري من تفاعل داخلها، ويتجلى هذا التأثير أساسا في نمو قنوات الاتصال، بمعنى أن يقوم البناء الاجتماعي بتحديد الوجهة العامة للتفاعل في مواقف معينة، وذلك بتحديد الجماعات التي تمثل جوانب هامة في هذا البناء.

وفي هذا الإطار من الممكن تحديد جماعات رئيسية ممثلة في هيئة إدارية، هيئة استشفائية، هيئة تقنية وهيئة تتعلق بالعمال المهنيين، ومن خلال هذا التحديد للجماعات الفاعلة يمكن تحليل العلاقات الاجتماعية التي تركز على المشكلات التنظيمية الناشئة عن الترتيب البنائي للأدوار والوظائف فرغم أن الهدف الأول لكل الفاعلين الاجتماعيين بالمؤسسة الاستشفائية هو تقديم الرعاية الصحية للمريض في أحسن الظروف وأرقى صورها، إلا أن كل من نسق السلطة المزدوج وتقسيم العمل المتطرف يعد مصدرا خصباً للصراع على الأهداف التنظيمية، حتى وإن كانت بعض ميادين السلطة مرسومة الحدود بوضوح ومعترف بها، وفي نفس الوقت ينبغي التسليم بأن الطبيعة الكاريزمية لسلطة الأطباء والمنزلة التي تضفيها عليهم نمو القدرات والمعارف الجديدة لديهم، فإن تأثيرهم يكون نافذاً إلى حد يتجاوز قدرتهم الفعلية، إذ قد تتعدى مهامهم اسداء النصح للإدارة عن كيفية تنظيم مكتب المشتريات لتصل إلى اقتراح ما يجب شراؤه، وهذا ما يفسح المجال واسعا لظهور اهتمامات ومستويات السلطة المتداخلة بين الهيئة الإدارية والهيئة الاستشفائية بما يزيد فرص ظهور الصراع فمن ناحيه يوجد هناك الإداري والسلطة مخوله له قانونا ويضع في المقام الأول حساب التكاليف وتخفيض المصاريف الناتجة عن تقديم الرعاية الصحية للمرضى، من

خلال السهر على تطبيق وتنفيذ القواعد التنظيمية الرسمية وترتيب إجراءات رشيدة والزامية اتباعها، في حين تنتظر الهيئة الاستشفائية للمؤسسة على أنها موقع مناسب لتقديم خدمات الرعاية للمرضى على أساس كفاءة العلاج وليس على أساس مقدار تكلفة العلاج¹، وأكثر من ذلك فالمفيد للهيئة الاستشفائية أن يتوافر في المؤسسة عدد محدد من الأسرة التعليمية لتعليم الطلاب والأطباء المقيمين، ما قد يزيد من المتاعب المالية للمؤسسة.

وفي ظل هذا النسق المزدوج للسلطة نجد منظورات مختلفة للجماعات المتباينة فيما يتعلق بمن يمسك زمام السلطة وفي أي مجال؟

-الترج الاجتماعي ووظائف المؤسسة الاستشفائية

إن الفصل الواضح بين واجبات وأنشطة الأفراد بالمؤسسة الاستشفائية أدى إلى ظهور التدرج بين الجماعات الصغيرة وبخاصة تدرج المكانة الذي ينهض على درجة المهارات والمعارف المكتسبة والدرجة التي يتعامل بها الأفراد مع المرضى، حيث يفرض التدرج الصارم قيود شديدة على كيفية تقدم الفرد في مساره الوظيفي وضمن جماعة معينة بالشكل الذي ينقص أو يجد من الحراك الوظيفي للعامل. إذ يمكن للفرد أن يرقى عبر فترة زمنية طويلة من مستوى العامل إلى مستوى رئيس قسم أو فرع في إطار جماعة معينة، ولكن من النادر جدا أن يرقى الفرد من جماعة خاصة إلى أخرى من دون تلقي تدريب رسمي فمثلا عامل الصيانة لا يستطيع الوصول إلى مستوى المختص في علم من العلوم عامل الصيانة لا يستطيع الوصول إلى مستوى المختص في علم من العلوم الطبية، ولا يصبح أفراد هيئة التمريض أطباء، ولا المختصين في الإلكترونيات يرقون في المستويات الإدارية، وهذا ما يفسح المجال لاستمرار الأفراد ذوي الفرص المحدودة في المؤسسة لالتزامهم بأهداف التنظيم أكثر مما يستمر غيرهم من ذوي المطامح الشخصية، وفي الوقت نفسه قد يميل التدرج في المؤسسة الاستشفائية إلى إعاقه عملية

¹ طارق السيد ، اساسيات في علم الاجتماع الطبي ، مؤسسة شباب الجامعة ، الاسكندرية ، 2007، ص 121 .

تنمية قيام الفريق بوظائفه، من خلال إعاقة محاولات الأفراد للتنسيق بين أوجه النشاطات المتباينة التي يؤديونها، إذ يتطلب عمل الفريق في أي موقع تنظيمي وضوح خطوط السلطة وكذا قنوات اتصال تتدفق بحرية وسلاسة، وقد أوضحت الدراسات المختلفة أنه كلما كان نسق السلطة أكثر تدرجا كلما زاد احتمال تعطل عمليات الاتصال وسارت قنواته عبر خطوط المهنة الواحدة، فمثلا أعضاء الجماعات المتمثلة في جماعة الأطباء وجماعة هيئة التمريض وجماعة الإداريين وكذا جماعة غير المهنيين يتكرر تفاعل أفراد كل جماعة فيما بينهم أكثر من تفاعلهم مع باقي الجماعات¹.

وهذا ما يسبب تدرجا طبقيًا يثير الصراع بين الصفوة الفنية والإدارية وبين مختلف الفئات العمالية بالمؤسسة الاستشفائية، كما أن جمود التدرج في الأدوار والمكانات بالمؤسسة الاستشفائية من الممكن أن يقلل من تفاعل أفراد الجماعات على اختلاف انتماءاتها الفئوية، ويتسبب في قصور قنوات الاتصال ويجعلها محصورة في نطاقها .

4-مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائرية:

السياسات الصحية في الجزائر بعد تمرأحل أهمها

المرحلة الأولى: مرحلة تسيير الأزمات الصحية (1962-1974)

بعد الجلاء الفرنسي ورثت الجزائر وضعية متأزمة في جميع المحاللات اتسمت بقلة الموارد المادية والبشرية وكذا عدم توازن تركيبها وتوزيعها، وازدادت خطورة المشكلة الصحية بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين، ونقل المعدات والآلات المستخدمة، وترك المستشفيات دون تسيير إداري وتقني، هذه الوضعية حتمت القيام بعدة إصلاحات على المنظومة الصحية التي كانت في صورة مشوهة، ومن أجل مواجهة هذا الوضع استعانت الجزائر بإطارات من بعض الدول كبلغاريا ورومانيا وروسيا ... الخ، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج من أجل تكوينهم وتدريبهم، كما أدى النقص في المعدات

¹ عبد الرزاق جليبي ، مرجع سابق ذكره ، ص 199 200 .

الصحية ورؤوس الأموال إلى خلق روح التعاون بين المؤسسة الاستشفائية الجزائرية والدول المتطورة لإعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد.

ومن أهم الإصلاحات في هذه المرحلة نجد انتداب العديد من المسؤولين إلى المستشفيات الجامعية بمختلف ولايات الوطن بموجب القرارات المؤرخة في 26 27 1965 نوفمبر إلى 07 ديسمبر 1965، وفي 22 فيفري و 07 مارس صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية ومن ضمن قراراتها أن هؤلاء المسؤولين يمارسون فترة تدريبية بالمراكز الاستشفائية الجامعية، كما تم إنشاء لجنة الشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل شخص من هؤلاء المسؤولين، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وكذا قائمة الاجتماعات واللوازم والمستشفيات¹ وفي هذه الفترة من تطور المؤسسة الاستشفائية كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، وكان نظام التشغيل مبنيا على لجنتين واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، كما يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بأقل تكلفة، كما يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محددة ومبررة²

ومجمل القول بالنسبة لهذه الفترة أو المرحلة من تاريخ المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، أنه بالرغم من وجود نصوص ومراسيم رسمية، وكذا موثيق الثورة الجزائرية كبرنامج طرابلس سنة 1962 وميثاق الجزائر سنة 1964، إلا أن السياسات الصحية في هذه المرحلة لم تكن بارزة المعالم، بل جاءت كنتيجة حتمية لوضعية وريثها الجزائر عن الاستعمار، والهدف منها هو الخروج من الأزمة التي كانت تعاني

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، القرارات المتضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، العدد الاول، ص 341-

342

² بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة ابحاث روسيكادية، جامعة سكيكدة، العدد الاول، الجزائر، ديسمبر 2003، ص 137-148.

منها البلاد في شتى المجالات أكثر منها كسياسة تستجيب للبناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية ويتلاءم والأهداف الدقيقة لها، وبقيت الصلاحيات متداخلة بين الفئات العمالية المختلفة لهذه المؤسسة، ما جعل خطوط وحدود السلطة بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين غير واضحة بالشكل الذي يجعل من تأدية المهام والأنشطة أمرا غير ميسور، وهذا لاختلاف البيئة التعليمية وثقافتها وقيمها بين الأفراد بمختلف انتماءاتهم الفئوية، وبالتالي عدم توازن وتوزيع التركيبة البشرية، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى نقص الموارد المادية والمالية والهياكل والمنشآت الضرورية لتحقيق الأهداف والغايات المرجوة من المؤسسة الاستشفائية.

كل هذه العوامل ساهمت في أن لا تظهر استراتيجية واضحة المعالم لعملية الاتصال بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، لأن الهدف الأول كان الخروج من الوضعية المزرية التي خلفها الاستعمار الفرنسي، دون البحث عن ترشيد علاقات العمل والبحث عن إرضاء الفاعلين الاجتماعيين بها .

المرحلة الثانية: مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980)

عرفت المؤسسة الاستشفائية في هذه المرحلة عدة تطورات، وذلك بتطبيق مجانية العلاج وفقا لمرسوم 28 نوفمبر 1973 ، إذ شكلت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات وكلفت بالمساعدة في تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، وإعداد البرامج الصحية وشبه الصحية، وفي هذه المرحلة اهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية من خلال مشروع الميثاق الوطني سنة 1976، إذ تتكفل الدولة بضمان الوقاية لتحسين صحة الأفراد، ومنه فإن عمل أو نشاط المؤسسة الاستشفائية العمومية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كعنصر مهم في التطور السوسيو - اقتصادي للمجتمع الجزائري، كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مع اقتراح تنظيم الوظيفة الطبية وتوزيع الأدوية، بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الاجتماعية والمخابر اللازمة خاصة في المناطق النائية، وتدعيم البنية التحتية وتلاحم الهياكل الإدارية بحكم التزايد المستمر للسكان وإصلاح السلك الطبي والشبه الطبي،

وإعطاء الأولوية للمناطق التي تعاني نقص في التأطير الطبي وتطوير وقاية الأم والطفل بالمراقبة الطبية المستمرة بطريقة تعطي للصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم. وتواصلت التطورات في النظام الصحي الجزائري حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن وتجسدت مركزية العلاج وشهدت هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين بالقدر الذي انعكس إيجابا على الوضع الصحي بصفة عامة، حيث ارتفع أمل الحياة وانخفض معدل الوفيات بين الأطفال الرضع وتقلصت وتيرة وحدة الأمراض المعدية.

والملاحظ أن هذه المرحلة تميزت بتراجع الدولة في الإنفاق على الصحة ففي سنة 1979 كانت الدولة تساهم بحوالي 61% من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية في حين كان صندوق الضمان المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5%، غير أن هذه النسب تغيرت مع حلول سنوات الثمانينات، كما تميزت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة للسلطة، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، كما أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، وقد ساعد على ذلك ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة، إضافة إلى غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي ما أدى إلى عدم القدرة في حل المشكلات الصحية للمواطنين وهجرة هؤلاء الهياكل العلاج القاعدية، وقد تسبب ذلك في اكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج ورغم دعوة المخططين الرباعيين الأول والثاني الداعية إلى مبادئ المشاركة العمالية في التسيير واتخاذ القرارات، إلا أن ذلك بقي مجرد قوانين ولوائح جامدة ووجد العمال أنفسهم بين المركزية الشديدة والفئات المتصارعة من أجل القبض على زمام السلطة¹، جراء سوء توزيع الموارد المالية بين القطاعات الصحية، وعدم وضع استراتيجية تهتم

¹ مزبوة بلقاسم، السلطة و للرضا الوظيفي لدى العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 59.

بناء العلاقات الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية وتسيير وإدارة مواردها البشرية، وعدم التقسيم الدقيق للعمل وتحديد المسؤوليات والأدوار داخل المؤسسة الاستشفائية، ما جعل قنوات الاتصال غير واضحة رغم تطور إمكاناتها المادية والبشرية في هذه المرحلة عنه في المرحلة السابقة.

المرحلة الثالثة: مرحلة السياسة الصحية الجديدة (1980-1995)

لا تختلف سابقتها فهي الأخرى عرفت تغييرات نوعية في تطور المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، وكانت بمثابة تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر ومن ضمنها السياسة الصحية، حيث تم وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل من خلال إصلاح القطاع الصحي، ولعبت الحكومة آنذاك دورا بارزا في سبيل إصلاح هذا القطاع، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية وركزت اهتمامات هذه الفترة على التثقيف الصحي للسكان بالاعتماد على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة التبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع، كما تميزت هذه المرحلة باستقلالية المستشفيات الجامعية، حيث أصبحت لها ميزانية خاصة وظهور مشاريع رسمية الفتح عيادات طبية وجراحية خاصة، أي أن هذه المرحلة اتسمت بانفتاح المؤسسة. الصحية وليبرالية و العلاج¹

الملاحظ على هذه الفترة من تطور ونمو المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية أنها تميزت بمركزية السلطة على مستوى أجهزة الدولة التي كانت الراعي الرسمي في إدارة وتسيير هذه الأخيرة، وبمجرد بداية انفتاح السياسة الصحية على اقتصاد السوق وليبرالية العلاج، بدأ نزوح الإطارات الطبية والشبه طبية إلى القطاع الخاص، نظرا لقلّة الحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية العمومية للعاملين، كما ساهمت الإصلاحات المعتمدة مساهمة كبيرة في تغذية الصراعات القائمة على مستوى هذه المؤسسة والقطاع الصحي بصفة عامة، هذا الأخير شهد تناقضات عديدة حالت دون تحقيق الأهداف

¹نور الدين بوالشرش، التحول من مفهوم اليد العاملة الراسمال البشري في المؤسسة العمومية الجزائرية، المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، نموذجا رسالة الدكتوراة 2011-2012، ص 191

والغايات التي وجدت من أجلها، « ولا يعود ذلك إلى الأساليب التسييرية فحسب بل أيضا إلى الذهنية المؤسساتية في المجتمع الجزائري، التي أقل ما يقال عنها أنها لم تتخلص من الفعل الثقافي التقليدي وهيمنة القيم المجتمعية المتناقضة في مجملها مع قيم ما جاء به الفعل التحديثي »¹

كما أن الإصلاحات التي عرفتها المؤسسة الاستشفائية الجزائرية ارتكزت على محاولة تطوير المنشآت والهياكل وعصرنتها، دون الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية للعمل والعنصر البشري الذي يعتبر المحور الأساسي لكل عملية تغييرية وتطويرية

المرحلة الرابعة: مرحلة إصلاح المنظومة الصحية (1995- إلى الوقت الحاضر)

عرف قطاع الصحة بداية من جوان 2002 إضافة تسمية جديدة على الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية ليتسع أكثر فأكثر مجال عملها ونشاطها، ألا وهي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والغرض منها الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون نمو هذا القطاع الاستراتيجي والحساس، وإيجاد الحلول المناسبة لإنعاشه عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل بمعنى البحث عن ميكانيزمات جديدة تسمح بتسيير وتمويل هذه المنشآت الصحية ذاتيا أي لا مركزية التمويل والتسيير .

و حاليا تم اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تعرف بنظام التعاقد وهي شكل عصري من المجانية المسيرة أو المنظمة، وهذا لتحقيق المساواة في مجال الصحة بين مختلف جهات الوطن، بحيث تتوفر كل المناطق على نفس الإمكانيات البشرية والتجهيزات والأدوية و إتاحة إنشاء وكالات جهوية تتكفل مباشرة دون وصاية الوزارة بتوفير إمكانيات العلاج على مستوى المناطق التابعة لها، باستثناء بعض التخصصات التي مازالت محل بحث، والتي يتطلب الأمر فيها التنقل إلى المراكز الكبرى و عدى هذه الاستثناءات تبقى كل إجراءات التكفل متوفرة بالمنطقة الصحية.

¹ مزبوة بلقاسم ، الجامعة الجزائرية بين الوظيفة التقليدية و الوظيفة الاستراتيجية ، مجلة أفاق علمية ، منشورات المركز الجامعي تمارست ، العدد 06، الجزائر ، فيفري 2012 ، ص 310 .

المتخصصة إلى E.H.S (وفي هذه المرحلة عرفت اصلاحات المؤسسة الاستشفائية الجزائرية عدة تغييرات على هيكل الصحة العمومية الجزائرية، حيث تشير الإحصائيات الواردة من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى ارتفاع عدد المستشفيات من 156 سنة 1962 إلى 240 مستشفى سنة 2008، كما أثرت إعادة الهيكلة خلال سنة 1998 على البنية الأساسية للصحة، حيث أنشئت المؤسسات الاستشفائية جانب المستشفيات الجامعي (C.H.U) ، ويتفاوت نظام تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من حيث التوزيع المادي والبشري العادل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن، حيث يوجد 13 مركز استشفائي جامعي ومؤسسة استشفائية جامعية واحدة و62 مؤسسة استشفائية متخصصة، كما تشير احصائيات سنة 2005 إلى وجود أكثر من 50000 طبيب، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة¹.

في النهاية يمكن القول أن المؤسسة الاستشفائية الجزائرية ورغم التغييرات والتطورات التي شهدتها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، سواء من حيث عدد العاملين، أو من حيث الهياكل الصحية، إلا أنها تعرف حاليا عدة تناقضات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي وجدت من أجلها، لأن الإصلاح ارتكز على محاولة تطوير المنشآت والهياكل وعصرنتها دون الاهتمام بالعنصر البشري فيها وطبيعة العلاقات الاجتماعية للعمل بالمؤسسة الاستشفائية، كما ظهرت سيطرة الدولة جلية على زمام السلطة وسيرورة هذه المؤسسة وعدم منحها الاستقلالية اللازمة في اتخاذ القرارات، فبقيت الإصلاحات المتخذة في المجال الصحي رهينة لقرارات تصدر من القمة دون العودة إلى المؤسسة المعنية ومعرفة ما يلزمها وما يجب أن يتخذ من قرارات في شأنها. فالبحث عن تناول علمي وعملي في تسيير وإدارة المؤسسة الاستشفائية ليس بالأمر السهل بل يتطلب الكثير من البحث الشاق، غير أن هذه المشكلة

¹ نور الدين بوالشرش، مرجع سابق، ص 202.

لا تمنع من تقديم نقد عام يساهم في فهم المشكلة التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، إذ يمكن تلخيصها من وجهة نظرنا في النقاط التالية:

-إسناد عملية إدارة المؤسسة الاستشفائية إلى أفراد تكنوقراطيين لا يملكون النظرة التنظيمية والخيال الفكري والعلمي في إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية المعروفة ببنائها الاجتماعي وخصائصها التنظيمية المتميزة عن غيرها من الخصائص في المؤسسات الأخرى.

-إقامة اصلاحات يغلب عليها الطابع الأيديولوجي دون مراعاة الجوانب التنظيمية وطبيعة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية

- الخلط بين مفهوم السياسة الصحية التي هي من صلاحيات الدولة ومفهوم الطريقة التنظيمية التي هي من صلاحيات المؤسسة الاستشفائية، باعتبارها شخصية معنوية متميزة تتطلب طريقة تنظيمية ومنهجاً خاصاً لإدارة مواردها البشرية.

- رغم المناداة بتطبيق مبادئ المشاركة العمالية واتخاذ القرارات ولا مركزية التسيير بالمؤسسة الاستشفائية، إلا أن ذلك بقي مجرد قوانين ولوائح جامدة، ووجد العمال أنفسهم بين المركزية الشديدة والفئات المتصارعة من أجل القبض على زمام السلطة، جراء سوء توزيع الموارد المالية بين القطاعات الصحية .

- تمسك القائمين بشؤون المؤسسة الاستشفائية بمفهوم سلطة الخضوع بدلا من سلطة التفاوض التي تقوم على المعارف والمهارات والكفاءات وليس على الوضعية الهيكلية في السلم التنظيمي.

- تخلي النقابات العمالية عن دورها الأساسي المتمثل في تعديل وضبط العلاقات التي ترتبط بحاجات المؤسسة الاستشفائية من جهة، وحاجات الموارد البشرية من جهة أخرى.

- عدم وجود استراتيجيات واضحة المعالم المختلف المتغيرات والعمليات التنظيمية المرتبطة بعمل المؤسسة الاستشفائية كالسلطة والإشراف والقياد والاتصال وغيرها، وكذا عدم تحليل ومناقشة مختلف العلاقات القائمة بين مختلف الفئات العمالية أثناء تنفيذ هذه العمليات.

من هنا يمكن القول أن هذه العوامل ساهمت وبشكل كبير في تأزم المشكلة الصحية في الجزائر وفسحت المجال واسعا لتفشي الصراعات بين أفراد المؤسسة الاستشفائية على اختلاف انتماءاتهم الفئوية.

5- أخلاقيات مهنة الطب :

- لكل مهنة قوانينها التي تحكمها ، أخلاقيتها التي تفرض على كل موظف اتباعها و احترامها و مهنة الطب باعتبارها من المهن الحساسة التي يتعامل ممتنها مع كائن بشري فأن لها قوانين و اخلاقيات صارمة تفرض على الطبيب اتباعها .

ويخضع سلوك الطبيب لثلاثة معايير أساسية و هي ¹: الحياد المؤثر (عزل النفس اجتماعيا وعاطفيا) والشمولية (المساواة في توفير العلاج) والخصوصية الوظيفية (التخصص التقني الضيق) والطبيب يجب عليه الاشفاء عندما يستطيع ، تسكين الألم عندما لا يستطيع ، ويؤاسي عندما لا يستطيع لا الاشفاء ولا تسكين الألم ².

عندما إصابة الفرد بالمرض أول ردة فعل يقوم بها هو الذهاب الى الطبيب لتلقي العلاج لتخفيف ألأمه أو القضاء عليها ،وعندما يستدعي الطبيب من قبل المريض يجب عليه فعل على التوالي : التشخيص، التخمين وعلاج المرض فالتشخيص لا يمكن ان يؤسس الا بالملاحظة والطبيب الذي يتعرف على مرض معين ،لا يتم ربطه بشكل من اشكال الامراض التي لا حضها سابقا المعروفة والموصوفة . فسير و تخمين المرض هما محددتان على حد سواء بالملاحظة فالطبيب عليه معرفة تطور المرض مدته خطورته للتنبؤ بالمجريات و النتائج ، و هنا تأتي الاحصائيات لتوجيه الطبيب ³

¹مان ميشال ،علم الاجتماع الطبي مدخل نظري دار الشروق ،عمان ، الأردن ،ص 643.

²برنارد كلود ،مبادئ الطب التجريبي ، المرجع نفسه ،ص59.

³برنارد كلود ،مقدمة في دراسة الطب التجريبي ،المرجع نفسه ،ص 194 .

فالتشخيص هو التصور أو المفهوم الأكثر استقطابا من التكفل بالمريض، ويتميز هذا من جانب المعارضة بين الحاجة الى الكشف وتحديد المرض مع الوسائل العلمية اللازمة، والحاجة لاكتشاف شخصية المريض الى حد إقامة تشخيص دقيق¹

ولقد كان تطبيق العلم في عمليات التشخيص و المعالجة الطبية اهم السمات في تطور أنساق الرعاية الصحية الحديثة ، ذلك أن تعريف المرض اصبح يتم بطريقة موضوعية ، وبناء على اعراض جسدية ملموسة ، كما ان العناية الطبية الرسمية التي يمارسها الخبراء مدربون أصبحت هي الأساس المتعارف عليه لمعالجة كل من الامراض الجسدية و النفسية و العقلية ، وأصبح الطب على هذا الأساس وسيلة لاصلاح أنماط السلوك و الظروف التي يعتقد انها منحرفة كالجريمة .²

و باعتبار أن مجال الطب يمس الجانب الجسدي للأفراد الذين يصيبهم المرض فانه توجب على ممارسة هذه المهنة احترام الذات الانسانية ، وذلك بتطبيق مبادئ الاخلاق التي حددها قديما أبقراط وذلك في كتبه و في القسم الطبي الذي وضعه وطورتها حديثا الجمعيات العالمية و تنادي الى تطبيقها بصرامة، فمبادئ الاخلاق التي يجب توفرها في الطبيب لممارسة مهنته هي مبادئ الاخلاق العامة

وهو ليس في حاجة الى عملها ،وحسب أبقراط و الأطباء الاخرين فقد وضعوا أهمية كبرى لتتبع الواجبات الأخلاقية للطبيب و بعض المدارس تقوم بتذكير الأطباء المتخرجين من المدرسة لممارسة المهنة خارجا بالواجبات الأخلاقية التي تفرضها المهنة عليه³ وكشئ طبيعى في مجال المهنة ، فإن الطبيب يتوجب عليه بشكل روتيني مخالفة و تجاوز الكثير من المحرمات المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي المعتاد ، وتشمل هذه المحرمات غزو المساحة الشخصية لجسد المريض و الكشف عن أفكاره و مشاعره

¹ف.بيليه و بالوغ "المهنة الطبية ، أطباء الخط الأول في تشيكوسلوفاكيا " ،المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، المرجع نفسه، ص 562.

²ف.بيليه و بالوغ "،المهنة الطبية " ،ص 60.

³مان ميشال، مرجع سابق، ص 435.

و عواطفه الخاصة ،وفي هذه الظروف التي يكون فيها المريض معرضا بصورة مطلقة لانتهاك هذه الجوانب فان مطلب التنظيم القانوني لممارسة المهنة يحمل معه الدليل الذاتي على الشرعية.

و لكن مع التطور لذي شهده الانسان و الذي مس جميع الميادين ،فقد تغيرت أوضاع الناس و احوالهم حيث كانت بعض الاخلاقيات التي ينص عليها القانون الدولي و حرماها ،و سن القوانين بمعاقبة كل من يتسبب في حدوثها ، اصبح جائزا افتعالا كالأجهاض الذي كانت تمنعه القوانين و الاخلاقيات اصبح مقبولا مع الاحترام بعض الشروط التي فرضتها المهنة في بعض البلدان ، بينما الأطباء لهم الا صحة مرضاهم اصبحوا اليوم مطالبين برعاية الميزانيات المالية للوسائل الصحية بالإضافة الى ان تطور التكنولوجيا و العلوم الطبية أحدثت أيضا قضايا أخلاقيا جديدة لا تستطيع الاخلاقيات الطبية الأخلاقية فضها، مثل الانجاب بمساعدة طبية علم الوراثة الخ و من المعلوم ان الاخلاقيات الطبية يجب ان تتطور حسب تقدم التقنيات و تطور العلوم الطبية ،و نظرة المجتمع الى بعض القيم ولذلك تختلف الاخلاقيات الطبية من بلد الى اخران الاخلاق المهنية في الميدان الطبي تختلف بكثير عنها في الميادين الأخرى ،ذلك لانه الميدان الأكثر حرصا على صحة الانسان وعافيته ، فهو الأكثر إنسانية لذلك نجد الأطباء عند حصولهم على شهادة الطبيب يخضعون جميعهم الى القسم الطبي ، الذي يحرس بدوره على الجانب الإنساني للمريض ، احترام الروح البشرية و الحفاظ عليها و محاولة انقاذها من الموت و تخفيف الألم و المعاناة عنها.¹

6- مراحل التكوين الطبيب المقيم :

تشير مراحل تكوين الطبيب المقيم الى فترة تدريب مكثفة بعد التخرج من كلية الطب ،تهدف الى تطوير مهاراتهم المعرفية العملية في تخصصهم . تشمل هذه المراحل دراسة مستيقضة للمواد النظرية بالإضافة الى التدريب العملي تحت اشراف الأطباء الاقدم في المستشفى .

¹ ويليامز جون ،مرجع سابق، ص 12.

مراحل تكوين الطبيب المقيم بشكل عام:

1_ الإقامة (Residency): هي المرحلة الرئيسية في تكوين الطبيب المقيم ، حيث يقضي الطبيب فترة تدريب مدتها عدة سنوات حسب التخصص ، خلال هذه الفترة يكتسب الطبيب المقيم خبرة في تشخيص و علاج الامراض بالإضافة الى تطوير مهاراته في التعامل مع المرضى .

2_ الزمالة (fellowship): بعد الإقامة ، قد يختار بعض الأطباء مواصلة تعليمهم في الزمالة ، و هي فترة تدريب متخصصة في مجال فرعي من التخصص .

3_ الامتحان النهائي: بعد انتهاء من الإقامة و الزمالة ، يخضع الطبيب المقيم للامتحان النهائي في تخصصهم النجاح في هذا الامتحان يمنح الطبيب شهادة التخصص و يجعله قادرا على ممارسة الطب في ذلك المجال.

الدورات التدريبية :

قد يتم تنظيم دورات تدريبية إضافية للطبيب المقيم خلال فترة اقامته لتعزيز مهارات معينة او لتلبية احتياجات التخصص .

المشاركة في الأبحاث :

-قد يتم تشجيع الطبيب المقيم على المشاركة في الأبحاث الطبية ،مما يساهم في تطوير المعرفة في مجال تخصصه .

المشاركة في المؤتمرات :

-قد يتمكن الطبيب المقيم من المشاركة في المؤتمرات الطبية، مما ينتج له تبادل الخبرات و المعرفة مع نظرائه في المجال .¹

¹الحسن مصطفى، (2023،22 مارس)، مراحل يمر بها طالب الطب ليصبح استشاري 1_6 سنوات في كلية الطب بين علوم أساسية و
كلينكية ، <https://twitter.com/stapha/status/163842325249731504>

7- أساليب التكوين الطبيب المقيم :

تتضمن أساليب تكوين الطبيب المقيم في المؤسسة الاستشفائية العديد من الأنشطة والبرامج التعليمية التي تهدف إلى تطوير مهاراته المعرفية والعملية والسلوكية. يشمل ذلك التدريب السريري المباشر، والمشاركة في المناقشات والبرامج التعليمية، بالإضافة إلى البحث العلمي.

أولاً: التدريب السريري المباشر:

المشاركة في الرعاية: يتمكن الطبيب المقيم من المشاركة في رعاية المرضى تحت إشراف الأطباء الأقدم، مما يتيح له اكتساب الخبرة العملية في تشخيص وعلاج الحالات المختلفة.

إجراء الفحوصات: يقوم الطبيب المقيم بإجراء الفحوصات السريرية الأولية للمرضى، مثل فحص السمع والبصر، وتقييم الأعراض والقياسات الحيوية.

طلب الفحوصات: يمكن للطبيب المقيم طلب الفحوصات المختبرية والشعاعية وغيرها من الفحوصات لتشخيص حالات المرضى تحت إشراف الأطباء الأقدم.

تسجيل البيانات: يقوم الطبيب المقيم بتسجيل البيانات المتعلقة بالمرضى، مثل سجلات المرضى وتفاصيل العلاج.

ثانياً: المشاركة في المناقشات والبرامج التعليمية:

المناقشات السريرية: يشارك الطبيب المقيم في المناقشات السريرية مع الأطباء الأقدم، مما يتيح له التعرف على وجهات نظر مختلفة حول حالات المرضى.

الورش التدريبية: يحضر الطبيب المقيم ورش عمل تدريبية حول موضوعات طبية مختلفة، مثل الإسعافات الأولية، وإدارة الحالات الحرجة ومهارات الاتصال.

المحاضرات: يحضر الطبيب المقيم المحاضرات المقدمة من قبل الأطباء الأقدم، مما يتيح له التعرف على أحدث التطورات في مجال تخصصه.

البرامج التعليمية :يشارك الطبيب المقيم في البرامج التعليمية المخصصة للطبيب المقيم، مثل برامج التدريب على استخدام الأجهزة الطبية وتحديد الأدوية، والقياسات الحيوية.

2- البحث العلمي :

إجراء البحوث :يقوم الطبيب المقيم بإجراء البحوث في مجال تخصصه، مما يتيح له التعرف على أحدث التطورات في مجال البحث العلمي.

المشاركة في المشاريع البحثية :يشارك الطبيب المقيم في المشاريع البحثية مع الأطباء الأقدم، مما يتيح له التعرف على كيفية إجراء البحوث العلمية.

نشر الأوراق البحثية :يساهم الطبيب المقيم بنشر الأوراق البحثية في مجال تخصصه، مما يتيح له التعرف على أحدث التطورات في مجال البحث العلمي.

التقديم في المؤتمرات :يشارك الطبيب المقيم في المؤتمرات العلمية، مما يتيح له التعرف على أحدث التطورات في مجال تخصصه.

4-تطوير المهارات السلوكية

4-1التعامل مع المرضى:يكتسب الطبيب المقيم مهارات في التعامل مع المرضى، مثل التواصل والتعاطف والاستماع .

4-2 إدارة الوقت:يكتسب الطبيب المقيم مهارات في التعامل مع المرضى، مثل التواصل والتعاطف والاستماع.

4-3العمل الجماعي:يشارك الطبيب المقيم في العمل الجماعي مع الأطباء الأقدم، مما يتيح له التعرف على كيفية العمل مع فريق من الأطباء.

4-4 الإبداع: يتعلم الطبيب المقيم مهارات في الإبداع، مثل التفكير الإبداعي في حل المشكلات هذه الأساليب تهدف إلى تزويد الطبيب المقيم بالمهارات والمعارف اللازمة لتصبح طبيباً ماهراً في تخصصه

1.

8-العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية:

يتأثر التكوين الطبي الذي يتلقاه الطلبة الأطباء بالدرجة الأولى بنوع و مستوى التكوين الذي يقدمها الأساتذة المؤطرين، فالأساتذة المشرفين على التدريب هم المسؤول الأول عن مدى النجاح الذي يحققه، ضف الى ذلك عامل الوقت الذي يتحكم بقدر كبير فيه، إذ أن الأساتذة المؤطرين لا يسخرون كامل وقتهم الا للتدريس والتدريب الطبيين، كونهم لديهم التزامات أخرى غير التدريس، فأغلبهم رؤساء مصالح ومسؤولين اداريين، وبذلك يتلقى الطلبة الأطباء أساسيات مهنة الطب وباقي الأمور يكتسبها الطلبة بالبحث و الاطلاع وذلك ما يساعدهم في عدم الاتكال فقط على التأطير المبرمج، و يفتح لهم باب الاتكال على النفس .

كما يتأثر التكوين الطبي بعامل بيئة العمل وظروف العمل التي تتحكم فيه، فكل عمل مهما اختلفت مجالاته و اختصاصاته تحكمه ظروف معينة و تقوم بتسييره و مجال الطب كباقي المجالات المهنية تحكمه ظروف قد تختلف عنها في المجالات الأخرى لأن الطبيب يتعامل مع أرواح بشرية لا تحتمل الخطأ، وهي أكثر تعقيدا وأكثر صعوبة على الاطلاق، و هذه الظروف قد تكون السبب في نجاح أو فشل المهمة النبيلة التي يقوم بها، كما قد تكون السبب في نجاح أو فشل التكوين الطبي بصفة أشمل.

ويتأثر التكوين الطبي أيضا بمستوى الطالب فمستويات الطلبة العلمية والذهنية و درجة الذكاء تختلف من طالب إلى آخر، فما يستوعبه طالب معين من أول شرح للظاهرة أو المرض يستوعبه طالب آخر بعد شرحها عدة مرات.

¹بن عائشة عبد القادر، التكوين الطبي المتخصص في الجزائر دراسة في التنظيم و المحتوى و الاساليب ، مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية جامعة باتنة 1 ، العدد 15 ، ص 120-135 .

يتأثر كذلك التكوين الطبي بالحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية يوميا للعلاج، فيوميا تقصد المؤسسة المئات من الحالات المختلفة و الثرية بالمعلومات المفيدة للطلبة، فاستشارة الكثير من الحالات المرضية تزيد من الخبرة الطبية للطلبة لأنهم يعالجون الحالة المرضية و يستفيدون منها بالتجربة.

عامل الأجرة هو الآخر يؤثر في التكوين الطبي، فتخصص الطب تخصص مكلف جدا بالنسبة للطلبة، فهي مهنة الأغنياء ذلك لما فيها من مصاريف خاصة الكتب والمجلات العلمية والمقالات والدورات التكوينية، التي لا يستطيع الطالب العادي شراءها .

يتأثر التكوين الطبي كذلك بالإمكانيات المادية و البشرية والأدوية، فلمزاولة مهنة ما يجب توفر مستلزمات و مواد و امكانيات خاصة بكل مهنة، لذلك قد يستغني أحيانا الطلبة عن بعضها في العلاج وتعويضها بأخرى عند الضرورة.

يتأثر التكوين الطبي أيضا أحيانا بالحالة الاجتماعية للطلبة و الظروف العائلية و الشخصية، كالسكن، النقل...

التكوين الطبي يتأثر أيضا بالتربصات التكوينية المهنية والدراسية في داخل الوطن وخارجه، اذ أنها تربصات مكلفة جدا لا يستطيع الطلبة الحصول عليها، وهي في الغالب تكون مدفوعة من طرف المؤسسة الاستشفائية التي يتدربون بها، ولكنها لا تخص الطلبة المقيمين فهي موجهة الى رؤساء المصالح والأطباء المرسمين، أي الأطباء ذوو الدرجات المهنية العليا، هي تربصات مكلفة و لكنها مفيدة جدا لكسب التجربة و الخبرة الطبية و الاطلاع على الجديد في الميدان الطبي.¹

ونجد الرغبة والاصرار يؤثران في التكوين الطبي الرغبة في اتقان المهنة والاصرار على كسب الخبرة و التجربة الطبية، والطالب الذي يفتقر إلى هذين العاملين يتيه في الدروب الواسعة للطب.

¹سعاد شايب ، مجلة الاداب و العلوم الاجتماعية ، تكوين الاطباء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ، العدد 16،ديسمبر 2016، ص 4-5

ان مدى الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات هي الأخرى تؤثر بقدر كبير في التكوين الطبي، فالطالب الذي يتكل على التأطير المبرمج فقط لا يستطيع اتقان المهنة والغوص في شعبها الواسعة، لذلك توجب عليه الاطلاع الدائم على الجديد في الميدان ليكون على علم بالمستجدات العلمية والطبية بالمراجعة والبحث والقراءة، وهو حال كل الطلبة و في جميع التخصصات وليس فقط التخصص الطبي.

9-تحديات و عوائق تكوين الاطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية :

يواجه الأطباء المقيمون العديد من العوائق والتحديات أثناء تكوينهم في المؤسسات الاستشفائية العمومية، بما في ذلك محدودية الموارد، ونقص الكفاءات، وارتفاع معدل الإجهاد المهني، بالإضافة إلى بعض المشاكل المتعلقة بالتدريب والتوجيه.

9-1- العوائق والتحديات التي يواجهها الأطباء المقيمون:

أ-محدودية الموارد:

-نقص في التجهيزات: يعاني بعض المستشفيات من نقص في التجهيزات الطبية الحديثة، مما يقلل من فرص الأطباء المقيمين في اكتساب الخبرة اللازمة.

نقص في الموارد البشرية : قد يكون عدد الأطباء المقيمين محدودًا بالمقارنة مع عدد المرضى، مما يزيد من ضغط العمل و يؤثر على جودة الرعاية المقدمة.

-نقص في الميزانيات: قد لا تتوفر الميزانيات الكافية لتوفير التجهيزات والموارد اللازمة لتدريب الأطباء المقيمين بشكل فعال.

ب -نقص الكفاءات:

-نقص في الأطباء الخبراء: قد لا يتوافر عدد كاف من الأطباء الخبراء لتقديم التوجيهات والمساعدة اللازمة للأطباء المقيمين.

-غياب الدورات التدريبية: قد لا يتم توفير الدورات التدريبية اللازمة لتحديث المعرفة والمهارات لدى الأطباء المقيمين.

غياب نظام تقييم الأداء : قد لا يتم تقييم أداء الأطباء المقيمين بشكل منتظم، مما يؤثر على قدرتهم على التعلم والتطور.

ت -ارتفاع معدل الإجهاد المهني:

-التحمل المفرط: قد يتعرض الأطباء المقيمون لضغوط العمل المفرطة، مما يؤثر على صحتهم النفسية والجسدية.

-غياب التوازن بين العمل والحياة: قد لا يتمكن الأطباء المقيمون من إيجاد التوازن بين العمل والحياة الشخصية، مما يؤثر على صحتهم وعلاقاتهم.

-الإرهاق النفسي: قد يتعرض الأطباء المقيمون للإرهاق النفسي نتيجة للتعامل مع المرضى في حالات حرجة.

ج -المشاكل المتعلقة بالتدريب والتوجيه:

-غياب برامج تدريبية منظمة: قد لا يتم توفير برامج تدريبية منظمة ومناسبة لتلبية احتياجات الأطباء المقيمين.

-غياب التوجيهات المناسبة: قد لا يحصل الأطباء المقيمون على التوجيهات المناسبة من قبل الأطباء الخبراء، مما يحد من قدرتهم على التعلم والتطور.

- غياب التقييم المنتظم: قد لا يتم تقييم أداء الأطباء المقيمين بشكل منتظم، مما يؤثر على قدرتهم على التعلم والتطور.¹

10- استراتيجيات تحسين تكوين الطبيب المقيم :

- لتحسين تكوين الطبيب المقيم داخل المؤسسة الاستشفائية، يمكن اتباع مجموعة من الاستراتيجيات التي تركز على تطوير المهارات العلمية و العملية للطبيب المقيم ، بالإضافة الى تحسين بيئة التدريب والتعلم.

أولاً: تحسين المناهج الدراسية و التدريب العلمي:

- تحديث المناهج: يجب تحديث المناهج الدراسية بانتظام لكي تتماشى مع احدث المعارف و التقنيات في مجال التخصص .

- توفير فرص تدريب عملي واسعة: يجب زيادة فرص التدريب العملي في جميع الأقسام المتخصصة بالمستشفى مع التركيز على التخصصات ذات الأولوية.

- استخدام طرق تدريس مبتكرة: يمكن استخدام طرق تدريس مبتكرة مثل المحاكاة والتدريب عبر الانترنت لتحسين عملية التعلم.

_ توفير برامج تدريب متخصصة: يجب توفير برامج تدريب متخصصة في مجالات مثل الإسعافات الأولية، والتعامل مع الحالات الحرجة، والإدارة الطبية.

ثانياً: تحسين بيئة التعلم:

توفير بيئة عمل آمنة و محفزة: يجب توفير بيئة عمل آمنة و محفزة للطبيب المقيم ، مع توفير الدعم والمساندة اللازمة من قبل الأطباء المشرفين .

توفير أدوات ووسائل تعليمية حديثة: يجب توفير أدوات ووسائل تعليمية حديثة مثل الكتب والمجلات العلمية، والبرمجيات التعليمية و الشبكات العلمية.

¹ عبد الله كمال ، التكوين الطبي في مرحلة التخصص مقارنة سوسولوجية لاداء الاطباء المقيمين في المستشفيات الجامعية ،مجلة الجزائرية للصحة العمومية ، العدد 12 ص 45-68 .

تفعيل دور النقاش والمناقشة: يجب تفعيل دورة النقاش والمناقشة بين الأطباء المقيمين والأطباء المشرفين وتبادل الخبرات و المعارف .

ثالثا تحسين التواصل و التعاون :

توفير دورات تدريبية في مجال التواصل بين الأطباء المقيمين و الأطباء المشرفين و المرضى و أيضا بين الأقسام المختلفة في المستشفى .

تفعيل دورة التعاون بين الأقسام المختلفة : يجب تفعيل دورة التعاون بين الأقسام المختلفة في المستشفى، وتبادل المعلومات و الخبرات .

توفير قنوات اتصال فعالة: يجب توفير قنوات اتصال فعالة بين الأطباء المقيمين و الأطباء المشرفين والإدارة.

رابعا: تقييم أداء الطبيب المقيم:

استخدام نظام تقييم فعال: يجب استخدام نظام تقييم فعال يقيم أداء الطبيب المقيم في جميع المجالات مع التركيز على نقاط القوة و الضعف.

توفير تغذية راجعة دورية : يجب توفير تغذية راجعة دورية للطبيب المقيم لمساعدته على تحقيق أقصى استفادة من فترة التدريب .

خامسا: تحسين بيئة العمل:

توفير بيئة عمل مريحة: يجب توفير بيئة عمل مريحة للطبيب المقيم، مع توفير أماكن الراحة والنوم. توفير نظام للتعويضات و الحوافز: يجب توفير نظام للتعويضات و الحوافز للطبيب المقيم ، لتحفيزه على

بذل المزيد من الجهد .¹

¹بن طاهر، فوزية ، دورة التكوين المتخصص في تحسين الأداء المهني للطبيب المقيم ،مجلة الدراسات الاجتماعية و الإنسانية ، ، دراسة ميدانية بمستشفى مصطفى باشا الجامعي ،جامعة الجزائر 2 العدد 18 ص 85-104.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل، تبين أن تكوين الطبيب المقيم داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية لا يمكن فصله عن السياق التنظيمي والاجتماعي الذي يُمارس فيه. فالمؤسسة الاستشفائية ليست فقط إطارًا لتقديم الخدمات الصحية، بل هي أيضًا مجال سوسولوجي مركب، تتداخل فيه وظائف التكوين والعلاج والتسيير. وقد أظهرت الدراسة أن خصائص هذه المؤسسة، بما فيها من تنظيم داخلي، تقسيم للمهام، وعلاقات سلطة، تساهم بشكل مباشر في تشكيل تجربة الطبيب المقيم وتؤثر على جودة تكوينه. كما أفرز التحليل أن التكوين الطبي يعاني من عدة إكراهات، تتعلق بتعدد المهام، قلة التأطير البيداغوجي، ضعف الوسائل، وكذا الضغوط النفسية والمهنية التي يعيشها الطبيب المقيم، مما يُضعف من أثر التكوين على تحسين الأداء. وعلى هذا الأساس، فإن تجاوز هذه الإشكالات يستدعي اعتماد رؤية تكوينية شمولية، تركز على تقوية القدرات، تطوير المناهج، إشراك الأطباء المؤطرين، وضمان بيئة تنظيمية محفزة ومهنية.

بالتالي، فإن أي تحسين في أداء الأطباء المقيمين لا يمكن فصله عن تحسين نوعية التكوين المقدم لهم، وهو ما يتطلب تفعيل استراتيجيات واضحة وفعالة داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية.

الفصل الرابع الأداء الوظيفي

تمهيد

- 1- تعريف الأداء الوظيفي
- 2- أهمية الأداء الوظيفي
- 3- تعريف تقييم الأداء الوظيفي
- 4- دور التكوين في تحسين أداء الموظفين
- 5- معوقات الأداء الوظيفي
- 6- محددات الأداء الوظيفي
- 7- اهداف الأداء الوظيفي
- 8- نظريات المفسرة للأداء

خلاصة الفصل

تمهيد :

يعد الأداء الوظيفي من ابرز المؤشرات التي تعتمدها المؤسسات لتقييم فعالية المورد البشري ، و قياس مدى قدرته على تحقيق الأهداف المسطرة وفقا للمهام الموكلة اليه ، وقد حظي هذا المفهوم باهتمام واسع في ادبيات علم الاجتماع التنظيمي ، و الإدارة و علم النفس المهني نظرا لما يعكسه من ارتباط مباشر بكفاءة العاملين و فعالية التنظيم ككل.

يتخذ الأداء الوظيفي ابعادا متعددة ، لا تقتصر فقط على الكفاءة التقنية او الإنجاز الكمي بل تشمل أيضا سلوكيات العمل جودة التفاعل مع الفريق القدرة على اتخاذ القرار والالتزام بالتقييم التنظيمية ،ومن هنا تتبع أهمية تقييم الأداء كوسيلة موضوعية تسمح برصد نقاط القوة و الضعف و تحديد الحاجات التدريبية و تحفيز العاملين على تحسين أدائهم .ويشكل التكوين احد العوامل الجوهرية المؤثرة في الأداء الوظيفي اذ يسهم في تطوير القدرات المعرفية و المهارية والسلوكية مما ينعكس إيجابيا على جودة المخرجات وسيرورة العمل و من هنا هناك علاقة متكاملة بين التكوين والأداء الوظيفي .

1-تعريف الأداء الوظيفي:

-هناك العديد من التعاريف التي أعطيت للأداء الوظيفي ويمكن أن نذكر منها:

الأداء التنظيمي يشير إلى درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد، وهو يعكس الكيفية التي يشبع بها الفرد متطلبات الوظيفة) ، ويعرف كذلك (قدرة العامل على القيام بمهام وواجبات ومسؤوليات الوظيفة المحددة له بأقل وقت وكلفة من أجل تحقيق أقصى درجة من الإنتاج، في ظل بيئة تنظيمية متكاملة، تتصف بمناخ ملائم وجيد للعمل مع توفير التعليمات الإدارية في ظل هيكل تنظيمي يأخذ في الإعتبار كافة المتغيرات المحيطة)

ويعرف كذلك الأداء الوظيفي : (الأثر الصافي الجهود الفرد التي تبدأ بالقدرات وإدراك الدور، أو المهام الذي تشير إلى درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد)¹

من التعارف السابقة يمكن أن نقول بأن الأداء الوظيفي هو محصلة النتائج والمخرجات التي يحققها الفرد في المؤسسة نتيجة الجهد المبذول في المهام والواجبات والمسؤوليات الموكلة لهذا الفرد الموظف.

2- أهمية الاداء الوظيفي :

أهمية الأداء الوظيفي للأداء الوظيفي أهمية كبيرة في أي منظمة وتتجلى هذه الأهمية فيما يلي:

- تتألف أي عملية من عدة مراحل حتى تخرج للوجود وتنتج منتجات وتحقق الأهداف المصممة لها، كما أنها تحتاج إلى عدة أمور مع بعضها البعض لنتج مادة جديدة تحقق أهدافها، وهذه العملية قد تكون عمليات إنتاج صناعي، أو عمليات تقديم الخدمات في المجالات المختلفة.

والأداء هو المكون الرئيسي للعملية، وهو الجزء الحي منها لأنه مرتبط بالإنسان (العنصر البشري)، الذي يدير العملية ويحول المواد الخام (الموارد) إلى مواد مصنعة ذات قيمة مادية، يتم بيعها للمستهلك بقيمة أعلى من قيمة الموارد التي استخدمت فيها وقيمة جهد وعمل (إنتاجية) العنصر البشري، ومنه يتحقق الرخ. للأداء الوظيفي أهمية كبيرة لأي منظمة تريد النجاح والتقدم، فإذا كان الأداء مرتفعا فإن ذلك يعد مؤشرا واضحا لنجاح المنظمة واستقرارها وفعاليتها، فالمنظمة تكون أكثر استقرارا وأطول بقاء حين يكون أداء عاملها كما هو مطلوب، ويمكن القول بأن الاداء الوظيفي للعاملين في أي منظمة لا يعد إلا انعكاسا لقدرات و دوافع المرؤوسين و القادة ايضا .

ترجع أهمية الأداء الوظيفي بالنسبة للمنظمة إلى ارتباطه بدورة حياتها في مراحلها المختلفة المتمثلة في مرحلة الظهور، مرحلة البقاء والاستمرارية مرحلة الاستقرار، مرحلة السمعة و الفخر، مرحلة التميز، مرحلة الريادة، حيث أن تطور المنظمة من مرحلة نمو لأخرى إنما يعتمد أساسا على مستوى الأداء بها.

¹ مريم ارفيس، الأداء الوظيفي للعاملين في المنظمة ، مقال، جامعة بسكرة الجزائر، ص 478_479.

أهمية الأداء الوظيفي لا تتوقف على مستوى المنظمة فقط بل تتعدى ذلك إلى نجاح خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدولة¹

3 -تعريف تقييم الأداء الوظيفي:

هو قياس الأعمال التي تتم أو تمت. ويتم القياس بواسطة المعايير الرقابية التي تقررت. ويعرف أيضا بأنه قياس مدى قيام العاملين بالوظائف المسندة إليهم، وتحقيقهم للأهداف المطلوبة منهم، ومدى تقدمهم في العمل وقدرتهم على الاستفادة من فرص الترقى وزيادة الأجور.² وهو عملية تقدير أداء كل فرد من العاملين خلال فترة زمنية معينة لتقدير مستوى ونوعية أدائه، وهذا الأداء قد يشمل تنفيذ الأعمال المسندة للفرد و لجهود وسلوكه³.

وكذا يعرف بأنه عملية منظمة تتضمن جمع وتمحيص معلومات، لاتخاذ قرارات المخض عنها الاستخدام الأمثل للموارد المستخدمة.

ويشير إلى عملية قياس أداء الأفراد العاملين في المنظمة، وتحديد الاستعدادات والقدرات التي يمتلكها الأفراد ومدى احتياجاتهم إلى التطوير، وذلك من خلال فحص خصائص الأفراد ومهارات أدائهم لمهامهم. وتحقيق النتائج وفق الأهداف المسطرة.

من هذه التعاريف يمكن تعريف تقييم الأداء الوظيفي بأنه قياس وتحليل وفحص لكيفية انجاز الأفراد العاملين لأعمالهم في المنظمة، من خلال دراسة خصائصهم ومهاراتهم وتحديد الاستعدادات والقدرات التي يمتلكونها، ومقارنة النتائج المحققة بالأهداف المطلوبة منهم بالاعتماد على معايير علمية محددة خلال فترة زمنية معينة، لاستنتاج عناصر القوة والضعف في التسيير وفي الأفراد، بهدف التحسين والتطوير.

¹ عبد الله الحساسبي، "الاداء الوظيفي لدى اعضاء الهيئات التدريبيه في الجامعات الاردنية الرسمية من وجهة نظر رؤساء الاقسام فيها"، مجلة جامعة دمشق العدد الاول و الثاني جامعة مؤتة ، الأردن 2011 ،ص104.

² عبد الناصر موسى "تقييم الاداء الافراد كأداة لرفع اداء المنظمات" مجلة العلوم الانسانية ،العدد السادس ،جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر 2004 ص 4 3

³سعاد نانف برنوطي " ادارة الموارد البشرية و ادارة الافراد، دار وائل عمان 2001 ،ص 378.

4- دور التكوين في تحسين أداء الموظفين:

إن التكوين هو النشاط الذي توليه المؤسسة الجامعية اهتماما كبيرا ، حيث يهدف إلى تنمية قدرات الموظفين في العمل، ومن خلاله يزود الفرد بالمعلومات والمهارات الجديدة المطلوبة لتحقيق إستراتيجية المؤسسة في البيئة، إذ طبيعة التغييرات التي تعيشها المنظمات في الوقت الحاضر سواء كانت تكنولوجية أو تنظيمية أصبحت تفرض عليها ضرورة توافق قدرات الموظفين مع ما يستجد من هذه التطورات بغية تحقيق ما تصبو إليه المؤسسة ، وأصبح لزاما عليها أن تبحث عن برامج التكوين المناسبة للموظفين في مؤسسات التكوين المختلفة و المؤهلة ، كما ينظر إلى وظيفة التكوين على أنها الوظيفة المكملة للتعيين ، فلا يكفي أن تقوم المؤسسات باختيار الموظفين وتعيينهم ، إنما يجب إعداد هؤلاء الأفراد وتنمية قدراتهم على أداء الأعمال المسندة إليهم ومساعدتهم في الحصول على الجديد من المعلومات والمعارف وتزويدهم بالاساليب الجديدة لاداء الاعمال و صقل مهاراتهم .

وللتكوين تأثيرات متعددة على أداء الموظفين و من أهمها ما يلي:

رفع مستوى الأداء وتحسينه من الناحية الكمية والنوعية.

تقوية العلاقات الإنسانية بين الأفراد وتطوير اتجاهاتهم.

تنمية شعور الموظفين بالانتماء والولاء للمنظمة.

تخفيض معدلات كل من الغياب ودوران العمل.

توعية الموظفون بأهمية التكوين، وإكسابهم القدرة على البحث عن الجديد و المستحدث في شتى مجالات العمل.

للتكوين دور في ربط أهداف الأفراد العاملين بأهداف المؤسسة وخلق اتجاهات إيجابية داخلية وخارجية لصالح المؤسسة، كما يساعد في انفتاحها على العالم الخارجي و توضيح السياسات العامة لها مما يساعد الأفراد في تحسين فهمهم للمؤسسة و استيعابهم لدورهم فيها و بالتالي المساهمة في تحسين أدائهم

المساعدة في تجديد و إثراء معلومات الأفراد و حل مشاكلهم في العمل و تحسين قراراتهم ، بالإضافة إلى

تطوير مهارات الاتصال في جميع المستويات¹

-توثيق العلاقة بين الإدارة و الأفراد العاملين بها

-تطوير أساليب التفاعل الاجتماعي بين الأفراد في المؤسسة.

-تطوير إمكانيات الأفراد لقبول التكيف مع التغييرات الحاصلة .

-توثيق العلاقة بين الإدارة و الأفراد العاملين بها .

5-معوقات الأداء الوظيفي:

هناك عدة عوامل مؤثرة في سلوك الفرد وأداء بصفة سلبية هما يعرقل نشاطه هذه العوامل خارجية عن

نطاق الفرد وإرادته إلا أنها تؤثر على مستوى أدائه من بينها العوامل البيئية المحيطة به في مجال

بالإضافة إلى مؤشرات تحفيزية ومعنوية تقلل منه نشاط الفرد في المنظمة ومن أكثر العوائق شيوعا في

الأداء ما يلي:

النقص في المتطلبات على وقت الفرد أو العكس.

قلة التسهيلات في العمل والتركيبات والتجهيزات.

السياسات المحددة والتي تؤثر على الوظيفة.

نقص التعاون بين الأفراد.

عدم استغلال نظام التحفيز وأثره على أداء الفرد.

إلى جانب هذه المؤشرات التي تعد من أهم المؤشرات على الجهد والقدرة يمكن أن نظيف عامل النقص

في التدريب الذي يتسبب في الاستغلال السيئ قد يتسبب في التوجه الخاطئ للجهود.

¹مرسلي عبد الله ،مجلة اثر التكوين على تحسين الاداء الوظيفي للعمال ، دراسة ميدانية بمديرية الحماية المدنية لولاية تيبازة ، المجلد 08 العدد 1
افريل 2023 ص 57-70.

بالإضافة إلى أن للقائد الإداري دور فعال في تحقيق أداء الفرد ذلك أنه كما كانت نسبة الأداء متوقعة بشكل ناجح وفعال والعوامل السابقة كلها مهمة ولها أثرها البالغ في تحقيق الأداء وبالتالي تحقيق أهداف المنظمة لذا فالمنظمة التي تهتم بتحقيق نتائج إيجابية تسعى للوصول إلى مستوى جيد من الأداء عليها أن تراعي متطلبات الوظيفة والموظف وإن تحترم مبدأ الرجل المناسب في المكان المناسب وتحرس أن لا تقع في الخطأ التي تعمل على عرقلة نشاطها كما عليها أن تتخطى كل العقبات التي تعترض سبيلها في القيام بمهامها¹.

6- محددات الأداء الوظيفي:

إنطلاقاً من إعتبار أن الأداء الوظيفي ممارسة الفرد للأنشطة والمهام المختلفة التي تتكون منها الوظيفة المسؤول عليها للقيام بها، وأن ذلك يعتبر سلوكاً، فإن لهذا السلوك عناصر مكونة له، وهذا الأخير عرضة للتأثير سلباً وإيجاباً ببعض العوامل أو العناصر التي من شأنها في نهاية الأمر أن تؤثر على الأداء، وهذه العوامل عادة ما تسمى بمحددات وتنقسم إلى محددات داخلية وأخرى خارجية وهي:

أ. المحددات الداخلية:

الجهد : وهو الجهد الناتج من حصول العامل على الدعم والحافز والذي يترجم إلى الطاقات الجسمية والحركية والعقلية المبذولة لأداء مهمته.

التدريب والتكوين: ونعني بها تلك البرامج التي تنمي الخصائص والمهارات الشخصية اللازمة لأداء الوظيفة وتسمى أحياناً بتنمية الكفاءات أو السمات الشخصية، وهي تؤثر بشكل مباشر في الأداء، وهي كذلك عبارة عن تحديد الخصائص الشخصية التي يستخدمها الفرد العامل في أداء عمله وتدريبه لتأدية العمل بالطريقة الصحيحة، حتى تكن هناك القدرة على تنفيذ ما هو مخطط له القدرة على الإتصال للتحسين

¹مزارعة عيسى ونوفي عبد القادر ، مجلة معوقات عملية تقييم الاداء الوظيفي بالنسبة للأفراد العاملين في المنظمة ، جامعة زيان عاشور ، الجلفة الجزائر ، ص 132-133.

النتائج من خلال إكتساب أكبر قدر من المهارات والقيام بالعمل كما هو بشكل صحيح، هذه القدرات التي يتم بناؤها عن طريق عملية التدريب التعلم .

إدراك الدور: ويشير إلى الإتجاه الذي يعتقد العامل أنه من الضروري توجيه جهوده في العمل من خلاله، وهي العملية المعرفية الأساسية الخاصة بتنظيم المعلومات أو تفسيرها من قبل الفرد تمهيدا لترجمتها إلى سلوك معين .

ب. المحددات الخارجية:

متطلبات العمل(الوظيفة) : تتعلق بكل من الواجبات والمسؤوليات والأدوات والتوقعات المأمولة من الفرد العامل بالإضافة إلى الطرق والأساليب والأدوات والمعدات المستخدمة في ممارسة العامل المهامه. إلتزام الإدارة العليا وتشير إلى البيئة التنظيمية السائدة في المؤسسة التي تؤدي الوظيفة فيها، والتزام الغدارة العليا بالمؤسسة بتوفير مناخ العمل الإشراف توفير الموارد الأنظمة الإدارية، الهيكل التنظيمي السلطة، أسلوب القيادة التدريب.

الدعم التنظيمي يشير الدعم التنظيمي إلى قدرة المؤسسة على رعاية ورفاهية أعضائها من خلال الدعم والإنصات لشكاويهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم ومعاملتهم بعدالة، المساهمة في تقديم المساعدات ادراك وفعالية المؤسسة في استمرارية العناية بأرادها والاهتمام بصحتهم النفسية والدعم الايجابي.

البيئة الخارجية: تؤثر البيئة الخارجية للمؤسسة على الأداء كالمنافسة الخارجية، كما تلعب التحديات الاقتصادية إلى التأثير على الأداء كانهفاض الرواتب والحوافز واختلاف الرتب من مؤسسة لأخرى، فتأثر سلبا على أداء العاملين في حالة تدنيها وإيجابا في حالة ارتفاعها¹

¹عزوز محمد ، اثر التدقيق محددات الاداء الوظيفي على فعالية الموظفين في الادارة الرياضية ،دراسة ميدانية للموظفين بالمركب الرياضي 1 نوفمبر 54 –الجلفة، ص 55-56.

7- أهداف الاداء الوظيفي :

يعد الاداء الوظيفي من المفاهيم المحورية في علم اجتماع العمل و التنظيم ، نظرا لارتباطه المباشر بفعالية المؤسسات و جودة الخدمات . و تتمثل أبرز أهدافه فيما يلي:

تحقيق الكفاءة و الانتاجية : يهدف الاداء الوظيفي الى ضمان تنفيذ المهام بكفاءة عالية و جودة متقنة ما يسهم في رفع المردودية و تحقيق الاهداف العامة للمؤسسة

تحسين الرضا الوظيفي : يسهم الاداء الفعال في تعزيز شعور العاملين بالرضا و الاندماج داخل البيئة العمل ، مما ينعكس ايجابيا على الولاء و الانتماء التنظيمي

تحقيق العدالة المهنية : يستخدم الاداء كمعيار موضوعي في اتخاذ قرارات الترقية و المكافآت، بما يضمن الشفافية و العدالة داخل المؤسسة

تحديد الحاجات التكوينية : من خلال تقييم الاداء ، يمكن تحديد النقائص التي يعاني منها الموظفون، ما يسمح بوضع خطط تدريبية مناسبة

تحقيق التكيف مع التغيرات التنظيمية : يساعد الاداء الجيد في تعزيز قدرة المؤسسة على التكيف مع التحولات الهيكلية و التكنولوجية

08- النظريات المفسرة للاداء الوظيفي :**1_ نظرية التحليل الاستراتيجي :**

- في علم الاجتماع تشير هذه العبارة الى الطريقة التي أسسها ميشال كروزوي ، و تهدف هذه النظرية الى التحليل كيفية عمل الأنظمة من خلال سلوك الفاعلين ، و ذلك بالاستعانة بالمسلمات التالية :انهم يتمتعون بهامش من الحرية و بتطويرهم الاستراتيجيات يندرج سلوكهم في علاقات سلطة و يشكلون نظام عمل و يمكن لهذه الطريقة أن تكون مؤشرا يقود سلوك التغيير التنظيمي و قد تستخدم عبارة التحليل الاستراتيجي في معنى آخر مغاير تماما كان تستخدم في الاستشارة الى دراسة استراتيجيات المؤسسة¹

1- دورتيه جان فرانسوا ،ترجمة جورج كتورة ،معجم العلوم الإنسانية ،ط1 ،دار كلمة و مجد،المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع¹ ابوظبي ، الامارات الم العربية 2009ص208.

- اذن حسب ميشال كروزي يدرس الفاعل الذي يراه عنصرا انساني للنسق ، يقوم بتمثيل الدور و دوره في التحليل الاستراتيجي فيه ابداع و كل فاعل مهما فعل داخل التنظيم و مهما كان هذا التنظيم صارما ، يبقى له هامش من الحرية يجعل دوره مبدعا ضف الى ذلك قضية النسق و الفاعل كما ينها في كناية المذكور أعلاه تتميز بعلاقة سلطة و السلطة (أ) على (ب) عندما (أ) يجعل (ب) يفعل ما يريده و بذلك يستطيع ان يتوقع سلوكه ، و العلاقة بين الفاعلين هي علاقة السلطة¹
- فالمستشفى باعتبارها نسق مهم في حياتنا اليومية يحتوي على مجموعة كبيرة من الفاعلين ينقسمون أدوارا مختلفة في داخله .
- باعتبار ان الطبيب هو عبارة عن فاعل بين هؤلاء الفاعلين يقوم بدوره داخل هذا النسق المتمثل في العلاج و البحث الدائم و المستمر على الحول المختلفة الامراض و الأوبئة ، يعمل لصالح المريض و العامة من الناس .
- في داخل هذا النسق يخضع بعض الفاعلين لنظام هرمي للسلطة حيث يكون الأطباء في الاطار التكويني تحت سلطة الأطباء المدربين المسؤولين عن تاهيلهم كذلك يخضع المرضى بسلطة الأطباء المشرفين عليهم أثناء فترة تكوينهم . في الوقت نفسه ، يرتبط الأطباء و الموظفون الاداريون سلطة الإدارة وفقا لمستوياتهم المهنية و العلمية .
- اثناء أداء الأدوار داخل عملية التنسيق ، يحدث تفاعل بين جميع الأطراف ، مما يترجم الى علاقات مهنية متباينة و فقا لاختلاف مستوياتهم العلمية و المهنية .
- و ما يهنا في عملنا هذا العلاقات بين الأطباء و الممرضين الأطباء المشرفين و الأساتذة مع الأطباء المقمين مما يؤثر على طريقة تقديم العلاج اليومي .

02-نظرية الدور :

و لقد استعارت العلوم الإنسانية و لا سيما علم النفس الاجتماعي و علم الاجتماع على التعبير للإشارة الى ظاهرة يعتبرها العديد من الكتاب أساسية في كل مجتمع في سياق ما ، اذ يميل كل عضو من هذا المجتمع الى اظهار جملة من التصرفات التي تتميز شخصية ما كما في المسرح ، و قد يكون الدور نفسا او اجتماعيا²

1-2-محاضرات الأستاذ بوزيد ، السنة الأولى ماجستير 2002.

2_ دورتيه جان فرانسوا ، قاموس الخدمة الاجتماعية ، الخدمات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ، مصر ، 200 ص 392.

_ يتضمن كل التنظيم مجموعة من الأدوار متميزة مثلا المدير الناظر العام للتلاميذ في المدرسة للأطباء.. الخ.

هذه الأدوار يمكن تعريفها بصفاتها أنظمة الزامات معيارية يفترض بالفاعلين الذين يقومون بها الخضوع لها و حقوق مرتبطة بهذه الالتزامات و هكذا يحدد الدور منطقة موجبات و الزامات مرتبطة خاصة بمنطقة استقلال ذاتي مشروط ، فالمدير مثلا لانه عليه ان يحافظ في تحسين سير المؤسسة يمكنه في حدود معينة ، شروط معينة تقريبا اللجوء الى عقوبات معينة .. الخ .

يعتبر الدور مهما جدا لسبب توجيهه الافراد كيفية تصرفهم و انجاز انشطتهم فهو يمثل و طابعا اجتماعيا و هكذا فانه يتبع أنماط منتظمة ، و يستخدم علماء الاجتماع الأدوار على انها وحدات تساهم في بناء المؤسسات الاجتماعية¹

فالدور الاجتماعي للطبيب يتضمن منظومة من أنماط السلوك التي يمارسها الأطباء في العادة يصرف النظر كما يحملونه من اراء و توجهات شخصية ، و حيث ان الجميع الأطباء يشاركون في هذا الدور فان من الممكن ان نتحدث بصورة عامة عن السلوك المعبر عن الدور المهني للأطباء بعض النظر عن الأطباء الافراد الذين يحتلون هذه المواقع الاجتماعية²

اذ هنا الأطباء باعتبارهم فاعلين في النسق الذي ينتمون اليه و هي تحركهم أدوار مصحوبة بحقوق و التزامات و يستوجب على كل فاعل تمثيل دوره و كانه في المسرح، هذه الأدوار التي يقوم بها كل فاعل مهما اختلفت درجة المهنية و الاجتماعية في التنظيم تساهم في بناء النسق الذي ينتمون اليه و هي المستشفى بصفة خاصة ، و النسق الكلي الذي هو المجتمع يصفة عامة ، فكل فاعل في هذا النسق يحركه دوره ، و قد يكون لنفس الفاعل أدوار عدة في نفس الوقت ، فهذا الفاعل الذي هو الطبيب |، نجده يؤدي دوره في المستشفى المتمثل في معالجة المرضى في أوقات العمل .

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال هذا الفصل أن الأداء الوظيفي يُعد من المفاهيم الجوهرية في علم تنظيم العمل، لما له من دور محوري في ضمان فعالية المؤسسات وجودة خدماتها، لا سيما في القطاعات الحساسة كقطاع الصحة. وقد تبين أن الأداء ليس مجرد ناتج فردي، بل هو حصيلة تفاعل مركب بين قدرات الموظف،

العمر معن خليل معجم علم الاجتماع المعاصر ط1 دار الشروق ، عمان الأردن 200 ص362-363.¹

- حيدنز انتوني ، ترجمة فايز الصياغ ، علم الاجتماع مع مدخلات عربية، مرجع سابق ص 362-363.²

دافعيته، ظروف العمل، وأساليب التسيير المعتمدة. وفي هذا السياق، يحتل التكوين مكانة استراتيجية كأداة لتحسين الأداء، من خلال تطوير الكفاءات المهنية وتعزيز الممارسات الوظيفية. كما أن تقييم الأداء يمثل خطوة أساسية لتشخيص الوضع المهني وتوجيه الجهود نحو التحسين المستمر. غير أن جملة من المعوقات التنظيمية والبشرية قد تعيق تحقيق الأداء المرجو، مما يستدعي اعتماد مقاربات شمولية تراعي المحددات المتداخلة للأداء وتوجهه نحو تحقيق أهداف المؤسسة والعامل في آنٍ واحد. وعليه فإن الاستثمار في التكوين المستمر والتقييم الموضوعي للأداء، يُعدّان من أهم آليات ضمان جودة الخدمات وتعزيز فعالية المنظمات.

الاطار الميداني

للدراسة

الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- مجالات الدراسة

3- الإجراءات المنهجية المستخدمة

تمهيد:

تعد الإجراءات المنهجية عنصرا أساسيا في أي دراسة علمية ،اذ تمثل الوسيلة التي تترجم بها الإشكالية والفرضيات الى خطوات تطبيقية تسمح بجمع البيانات و تحليلها و يكتسي هذا الجانب أهمية بالغة لكونه يحدد معالم الطريق التي يسير عليها الباحث من اجل الوصول الى نتائج دقيقة و موضوعية ،وفي هذا الفصل سنعرض اهم الخطوات المنهجية التي تم اتباعها لانجاز هذه الدراسة الميدانية .

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة قيمة و لها أهمية كبيرة في عملية البحث العلمي ، حيث تمثل خطوة حاسمة لتساعد الباحث على تحديد مشكلة بحثه و المتغيرات العامة التي يركز عليها دراسة ، نظرا لما توفره له من بيانات أولية لتقدير الظاهرة فنحن في دراستنا هذه التي تتعلق بتكوين الأطباء المقيمين فقمنا باستطلاع الميدان الذي يمثل في المؤسسة الاستشفائية ندير محمد تيزي_وزو من خلال مجموعة من الخرجات الاستطلاعية المعتمدة و ذلك مباشرة بعد قبولنا للموضوع من طرف الإدارة .

_ في بداية العمل الميداني ، توجهت الى المؤسسة الاستشفائية ندير محمد تيزي_وزو من أجل طلب الموافقة على اجراء البحث و ذلك يوم 2024/12/25 لم يتم الاستجابة لطلبي في البداية بحجة انشغال الطاقم الطبي و عدم توفر الوقت الكافي للتعاون في تلك الفترة . رغم ذلك واصلت التردد على المؤسسة بشكل منتظم ، و بذلت مجهودا كبيرا في شرح طبيعة البحث و خطواته ، مع التأكيد على ان المعلومات التي سيتم جمعها ستستخدم لأغراض علمية فقط ،و في اطار احترام أخلاقيات البحث العلمي .

_ بعد هذه المحاولات المتكررة تم في النهاية قبول طلبي و السماح لي بإجراء البحث داخل المؤسسة وذلك بتاريخ 2025/01/05 .

_ اعتمدت فيها على مقابلات استكشافية مع العدد من الأطباء المقيمين والأطباء المشرفين ومسؤولي الإدارة:

_ وقد تمت هذه اللقاءات يومي الأربعاء و الخميس على الساعة 08:30 صباحا و دامت هذه الخرجات لمدة أسبوعين ومقسمة بين الأطراف الثلاثة :

_ ركزت هذه الدراسة على المجموعة من المحاور الأساسية التي لخصتها كما يلي:

بالنسبة الأطباء المقيمين:

كشف الأطباء المقيمون أن برامج التكوين الذي تلقوه حتى الان يعتبر في مجمله مفيدا ، الا أن هناك رغبة دائمة في تعزيزه بمزيد من التكوين التطبيقي أشاروا الى أن أبرز الصعوبات التي تواجههم أثناء التدريب تتمثل في نقص الموارد ضعف التنظيم أحيانا ، وضغط العمل لاستشفائي الذي قد يعيق استفادتهم المثلى من التكوين .

كما اوضحوا ان طريقة اشتراكهم في التعامل معي المرضى تسهم في تطوير مهاراتهم السريرية ، حيث أكد معظمهم أن تجربتهم ساعدتهم على بناء ثقة بالنفس رغم بعض الصعوبات المتعلقة بنقص الاشراف في بعض الأقسام .

بالنسبة للمشرفين :

أشار الاطباء المشرفون الى أهمية التكوين العملي للأطباء المقيمين و أكدوا أن البرامج الرسمية للتكوين العملي للأطباء المقيمين و أكدوا أن البرامج الرسمية للتكوين تعتبر أساسا جيدا، لكنها تحتاج الى تحسين دوري ، أما بالخصوص تقييم فعالية برامج التكوين فقد اعتمدوا على ملاحظة الأداء السري للأطباء المقيمين داخل المصالح الطبية .

وقد نوه المشرفين الى ضرورة دعم المقيمين من خلال تنظيم ورشات عمل إضافية ، لتحسين مخرجات التكوين و الرفع جاهزية الأطباء المقيمين لمتطلبات المهنة .

بالنسبة للإدارة:

أظهرت نتائج المقابلات مع مسؤولي الإدارة أن هناك دعماً مؤسسياً واضحاً لبرنامج تكوين الأطباء المقيمين ، إلا أن النقص أحياناً في الموارد المالية و البشرية بشكل عائقاً أمام تطبيق جميع جوانب البرامج التكوينية بالشكل الأمثل .

أكدت الإدارة أنها تسعى إلى تحفيز الأطباء المقيمين عبر تشجيع مبادرات البحث العلمي وتنظيم دورات تكوينية دورية ، كما أشارت إلى وجود بعض الصعوبات الإدارية والتنظيمية التي تتطلب معالجة لضمان سير التكوين بطريقة أكثر فعالية .

2-مجالات الدراسة :

-المجال المكاني للدراسة :

تم اختيار المؤسسة الاستشفائية الجامعية لولاية تيزي وزو كمجال مكاني للدراسة ، نظراً لما توفره من بيئة مهنية و تعليمية غنية تسمح بفحص واقع التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين ، و مدى تأثيره على أدائهم الوظيفي . تأسست هذه المؤسسة سنة 1986 ، و تضم مجموعة من المرافق الصحية الكبرى ، أهمها مستشفى " نذير محمد " و مستشفى " سيدي بلوة " بطاقة استيعابية تفوق 900 سرير ، و تغطي أكثر من 42 تخصصاً طبياً و جراحياً ، ما يجعلها من بين أهم الأقطاب الصحية في منطقة القبائل و الجزائر عموماً .

وتعد هذه المؤسسة الاستشفائية "نذير محمد" فضاءاً جامعياً تربوياً تابعاً لكلية الطب تيزي وزو ، حيث تمارس فيها مهام التكوين ، البحث و التطبيق المهني . و تستقبل سنوياً عدداً كبيراً من الأطباء المقيمين في إطار التكوين التخصصي بعد التخرج ، مما يجعل مناسبة تماماً لدراسة العلاقة بين البرامج التكوينية من جهة و الأداء المهني داخل محيط العمل من جهة أخرى .

كما توفر المؤسسة موارد بشرية هامة ، منها ازيد من 980 طبيبا و 1000 عامل شبه طبي ما يعكس تنوعا وظيفيا يسمح بقياس التفاعل بين مختلف الفاعلين الصحيين داخل المؤسسة .و يضاف الى ذلك توافر بنايات جديدة مثل قسم الطوارئ العصري الذي تم افتتاحه سنة 2022 ،ما يعكس سعي المؤسسة نحو تحسين جودة الرعاية و التكوين على حد سواء .

تحتوي على مجموعة من التخصصات الطبية 19 تخصصا (الطب الباطني ، الأطفال ،التخدير والإنعاش ، القلب...الخ) ، اما التخصصات الجراحية 9 تخصصات (الجراحة العامة ، الأطفال ، العيون....الخ) موزعين على وحدتي المؤسسة .

وعليه ،فان الطابع الجامعي للمؤسسة و تنوع تخصصاتها و كثافة نشاطها و التحديات التنظيمية التي تعرفها كلها عوامل تجعل من تيزي وزو اطارا مثاليا لدراسة موضوع التكوين لدى الأطباء المقيمين واثره على الأداء الوظيفي ، سواءا من الجانب الكمي و من الزاوية السيسولوجيا .

-المجال البشري للدراسة :

من خلال عنوان بحثنا يتبين لنا المجال البشري الذي يهتم به هذا البحث و هو الأطباء المقيمين العاملين على مستوى المؤسسة الاستشفائية الجامعية ندير محمد تيزي وزو والذين ينتمون الى مختلف التخصصات الطبية و الجراحية .

ونظرا لبعض الظروف لم يتبن لنا الحصر الشامل لجميع الأطباء المقيمين و قمنا بالتوزيع على 35 طبيبا موزعين على عدد 28 تخصصا طبيا و جراحيا .

-المجال الزمني للدراسة :

نقصد به الفترة الزمنية التي يلتزم بها الباحث لإجراء دراسة و اعداد مشروع بحثه و قد أجريت هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2024_2025 انطلاقا من شهر جانفي بعد الموافقة ، حيث تم الشروع مباشرة في القيام بالبحث وقد تحدد هذا المجال وفقا لما استغرقته مراحل البحث المختلفة وهي كالتالي :

المرحلة الأولى: تم اللقاء مع الأستاذة المشرفة والاتفاق معها حول الموضوع وعنوان الدراسة ذلك في شهر الأسبوع الثاني من شهر ديسمبر .

المرحلة الثانية : حيث قمت في الأسابيع الأخيرة بالبحث عن المراجع للموضوع ، و من خلال القراءات والبحث في المراجع و الدراسات السابقة له و قمت بخرجات ميدانية لاستكشاف الموضوع هل هو قابل للدراسة و قمت ببعض المقابلات مع الأطباء المقيمين و المشرفين و التي تعمل في الإدارة و طرحت بعض الأسئلة .

المرحلة الثالثة : و هي مرحلة النزول الى الميدان و كان في شهر فيفري لغرض جمع البيانات من الميدان و ذلك بتوزيع استمارات البحث على عدد افراد العينة و هم الأطباء المقيمين حيث تم توزيع 35 استمارة و بعد أربعة أيام .

3- الإجراءات المنهجية المستخدمة :

1- المنهج المتبع :

ان كل البحوث العلمية تسعى لبلوغ الحقيقة و ذلك عن طريق مجموعة من الخطوات و القواعد المنهجية التي يستعين بها الباحث لبلوغ الهدف الذي يصبو اليه المتمثل في اكتشاف حقيقة وواقع المشكلة المدروسة و بالتالي إيجاد حلول لها .

_ يعد اختيار المنهج العلمي خطوة جوهرية في أي بحث أكاديمي ، حيث يشكل الاطار المنظم الذي يسترشد به الباحث لفهم الواقع المدروس و تحليله . فالمنهج العلمي ليس مجرد خطوات تقنية ، بل هو رؤية منهجية متكاملة تساعد على التعمق في الإشكالية المطروحة ، من خلال توظيف أدوات وتقنيات بحثية مناسبة لطبيعة الموضوع .

_ نظرا لطبيعة الموضوع الذي يتناول تكوين الأطباء المقيمين و علاقته بالأداء الوظيفي ، تم الاعتماد **المنهج الوصفي التحليلي** كإطار منهجي للدراسة ، يعتبر هذا المنهج من بين اكثر المناهج ملائمة لدراسة

الظواهر الاجتماعية و المهنية ، اذ يسمح بوصف الظاهرة كما هي في الواقع و تحليل مكوناتها بهدف فهم علاقاتها الداخلية و العوامل المؤثرة فيها .

فالمنهج الوصفي الذي هو الطريق المؤدي الى الكشف عن الحقيقية في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيم على سير العقل و تحديد عملياته حتى يصل الى نتيجة معلومة¹ ، يتيح رصد واقع التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين من خلال استعراض البرامج و الممارسات المعتمدة في حين يمكن الجانب التحليلي من تفسير العلاقة بين هذا التكوين و بين الأداء الأطباء في بيئة العمل ، من حيث الكفاءة و المرودية و الرضا الوظيفي . و بذلك لا يقتصر المنهج على الوصف المعطيات بل يتعداها الى تحليلها و استنتاج دلالاتها بهدف الوصول الى نتائج علمية دقيقة تساهم في فهم الإشكالية واقتراح توصيات عملية لتطوير التكوين و تحسين الأداء المهني لدى هذه الفئة .

2-المجتمع البحث :

يتمثل المجتمع البحثي الأطباء المقيمين في المؤسسة الاستشفائية تيزي وزو ندير محمد يشمل هذا المجتمع الأطباء المقيمين في مختلف التخصصات الطبية و على مراحل مختلفة من التدريب بدءا من السنة الأولى حتى السنة الأخيرة ،تم اختيار هذا المجتمع بناء على أهميته في النظام الصحي ، و دوره البارز في تقديم الرعاية الطبية في المستشفيات، مما يجعله نموذجا مثاليا لدراسة التجارب المهنية و التحديات التي يواجهها الأطباء في بيئة العمل، حيث ان مجتمع البحث في دراستي يتكون من 250 طبيبا مقيما موزعين على عدد من التخصصات، نذكر منها : الطب الباطني الجراحة العامة طب النساء و التوليد التخدير و الإنعاش امراض القلب طب الأطفالم توزيع أفراد هذا المجتمع وفقا للتخصصات على النحو الاتي :

¹أحمد بن مرسي ، الأسس العلمية لبحوث الاعلام و الاتصال الورسوم للنشر ، و التوزيع ، ط الأولى 2013 ص 172 .

الطب الباطني : 60 طبيبا مقيما

الجراحة العامة: 45 طبيبا مقيما

طب النساء و التوليد: 40 طبيبا مقيما

التخدير و الإنعاش: 35 طبيبا مقيما

طب الأطفال: 40 طبيبا مقيما

امراض القلب: 30 طبيبا مقيما

ونظرا لبعض الصعوبات التي واجهتها في الميدان لم أتمكن من القيام بالمسح الشامل لكل افراد المجتمع في الدراسة الميدانية، فقد تم دراسة عينة ممثلة لهذا المجتمع و التي سنتعرض على خصائصها في عناصر اللاحقة .

3-الأدوات و التقنيات المستخدمة :

عند اجراء أي بحث علمي يستعمل الباحث لاجرائه تقنيات و أدوات تساعد لفهم و شرح الظاهرة المراد دراستها و باعتبار البحث الذي أنا بصدد دراسته هو بحث ميداني فقد تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات لجمع المعلومات و البيانات و تتمثل هذه الأدوات فيما يلي :

المقابلة : تعتبر المقابلة كاداة تدعيمية وهي من أدوات جمع المعلومات والبيانات من الأفراد والجماعات التي هي حبيسة صدورهم، أي أنها لم توثق بعد، وهذا عبر مقابلتهم وجها لوجه في شكل حوار منظم يأخذ أسلوب سؤال جواب.

وبذلك فإننا نجد محمد عبد الحميد أشار إليها بالتفاعل اللفظي المنظم بين الباحث والمبحوث أو المبحوثين للحصول على المعلومات والبيانات ذات الصلة بالظاهرة المدروسة، وصنفها إبراهيم البيومي غانم ضمن الأدوات الميدانية لجمع المعلومات من خلال الاتصال المباشر بين الباحث والمبحوث

باستخدام السؤال الشفهي كوسيلة أساسية للحصول على البيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة، كما ذكر

مصطفى حميد الطائي وخير الدين ميلاد أبو بكر الأهداف العلمية المطلوبة". 1-1-

وقمنا بالاستعانة بهذه الأداة في المرحلة الاستكشافية مثل الاستطلاع الراي و الحصول على بعض المعلومات الأولوية بخصوص الظاهرة المدروسة .

الملاحظة: هي إحدى أدوات جمع البيانات ، وتعني الانتباه و النظر لشيء ما ، وهي أداة تجمع بواسطتها

المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث و اختبار فروضه .¹

وتعرف الملاحظة بأنها عملية مراقبة او مشاهدة لسلوك الظواهر و المشكلات و الاحداث و مكوناتها

المادية والبيئية و متابعة سيرها و اتجاهاتها وعلاقاتها ، بأسلوب علمي منظم و مخطط و هادف يقصد

التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات و التنبؤ سلوك الظاهرة و توجيهها لخدمة أغراض الانسان و تلبية

احتياجاته ، فأسلوب الملاحظة مفيد في جمع البيانات و كذلك في استنباط الفروض و النظريات

تستخدم الملاحظة لرصد ووصف المدى واسع من السلوك ، أما الظواهر المعرفية كالاتجاهات والدوافع

والتفضيلات فلا يمكن ملاحظتها و لهذا فهي لا يقدم تفسيرات لاسباب حدوث سلوك معين الا أنها

تختص بملاحظة السلوكيات التي تستغرق زمنا قصيرا لحدوثها²، و قد قمنا بالاعتماد عليها من خلال

التردد على بعض المصالح الطبية و متابعة سير العمل و طبيعة العلاقات المهنية بين الأطباء المقيمين

والمشرفين عليهم و كذا ملاحظة مدى تطبيق مضامين التكوين في السياق العملي .

الاستمارة :

¹لحسن عبد الله باشيوة و آخرون ، البحث العلمي ، مفاهيم أساليب تطبيقات مؤسسة الوراق، للنشر و التوزيع عمان 2009 ،ص 377 ص

378 .

²مجلة الشامل للعلوم التربوية و الاجتماعية ، المجلد 05 ، العدد 01 جوان 2022، ص 48-58

تعد الاستمارة من أكثر أدوات جمع البيانات انتشارا وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة حول موضوع معين، بحيث تغطي كافة جوانبه مما يسمح لنا بالحصول على البيانات اللازمة للبحث من إجابات المبحوثين.

تعتبر الاستمارة أداة منظمة ومضبوطة لجمع بيانات الدراسة الحقلية وتعرف بأنها: "تقنية مباشرة للتقصي العلمي إزاء الأفراد وتسمح باستجوابهم بطريقة موجهة والقيام بسحب كمي بهدف إيجاد علاقات رياضية والقيام بمقارنات.

وهي: " قائمة تتضمن مجموعة من الأسئلة معدة بدقة ترسل إلى عدد كبير من أفراد المجتمع الذين يكونون العينة الخاصة بالبحث .

وهي تصميم فني لمجموعة من الأسئلة تحتوي على ابرز نقاط موضوع البحث، بحيث تقدم إلى عينة عشوائية من المجتمع للإجابة عليها، ويجب أن تكون هذه العينة ممثلة لكافة الطبقات أو الطبقة المراد بحثها، و يجب أن تكون لكل عينة فرصة الاختيار دون أن يكون هناك تحيز لفرد دون آخر ، وبقدر ما تكبر العينة بقدر ما تقترب من المجتمع الحقيقي الذي تمثله وهذا ما يؤدي بالوصول إلى تعميمات جيدة 4-وجاءت الاستمارة تحتوي على 26 أسئلة منها الأسئلة المغلقة و أخرى مفتوحة موزعة على ثلاث محاور وحيث يتناول المحور الأول البيانات الشخصية.

بالإضافة تم الاعتماد على استخدام برنامج SPSS لمعالجة وتحليل البيانات والمعلومات المتحصل عليها من الميدان .

4-عينة الدراسة :

يتعذر على الباحث في بعض الأحيان دراسة مجتمع البحث ككل لذا يتوجب عليه اختيار عينة تمثل هذا المجتمع و تعتبر العينة " جزء من ذلك المجتمع و تمثله لأنها تتجمع فيها صفات ذلك المجتمع و بالتالي يجد نفسه غير قادر على القيام بدراسة شاملة لجميع المقررات الداخلية في البحث ولا يجد غير وسيلة

بديلة واحدة يستطيع الاعتماد عليها وهي الاكتفاء بعدد قليل من القرارات التي يمكن اخذها ضمن حدود الوقت و الجهد و الإمكانيات المتوفرة لديه ¹

وفي دراستنا هذه تم الاعتماد أو الاستعانة على تقنية العينة القصدية تعيني في استثمار المعلومات المجمعة من عينة محدودة الحجم التي تستهدف فئة الأطباء المقيمين، تم توجيهي من طرف الإدارة المؤسسة الى مصلحة الطب الداخلي حيث تلقيت 35 طبيبا مقيما نظرا لظروف التي لم تسمح لنا بالحصر الشامل للأطباء المقيمين و لذلك وقد بلغ عدد افراد العينة 35 طبيبا مقيما تم توزيع الاستبيان عليهم بهدف جمع البيانات كمية حول تجاربهم المهنية وتمثيلاتهم لبيئة عمل .

¹ وائل عبد الرحمن ، عيسى محمد وحل ، البحث العلمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية، ط 2 دار الجامد للنشر و التوزيع 2007 ص44.

الفصل السادس تحليل و تفسير البيانات الميدانية

تمهيد

- 1- عرض البيانات الشخصية للمبحوثين
- 2- عرض و تحليل البيانات الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى
- 3- عرض و تحليل البيانات الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية
- 4- مناقشة النتائج الجزئية للدراسة

الاستنتاج العام

خاتمة

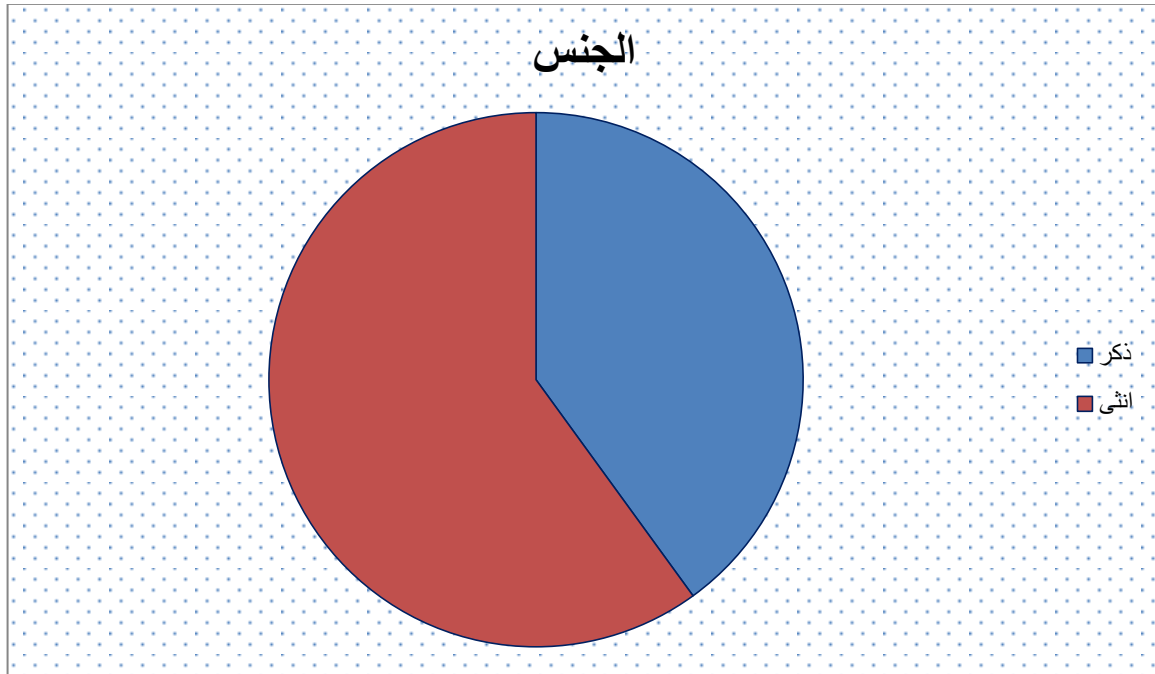
التوصيات و الاقتراحات.

- عرض البيانات الشخصية للمبحوثين:

جدول رقم (01) : توزيع المبحوثين حسب الجنس .

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	14	40%
انثى	21	60%
المجموع	35	100%

الشكل رقم (01) : يمثل المبحوثين حسب الجنس



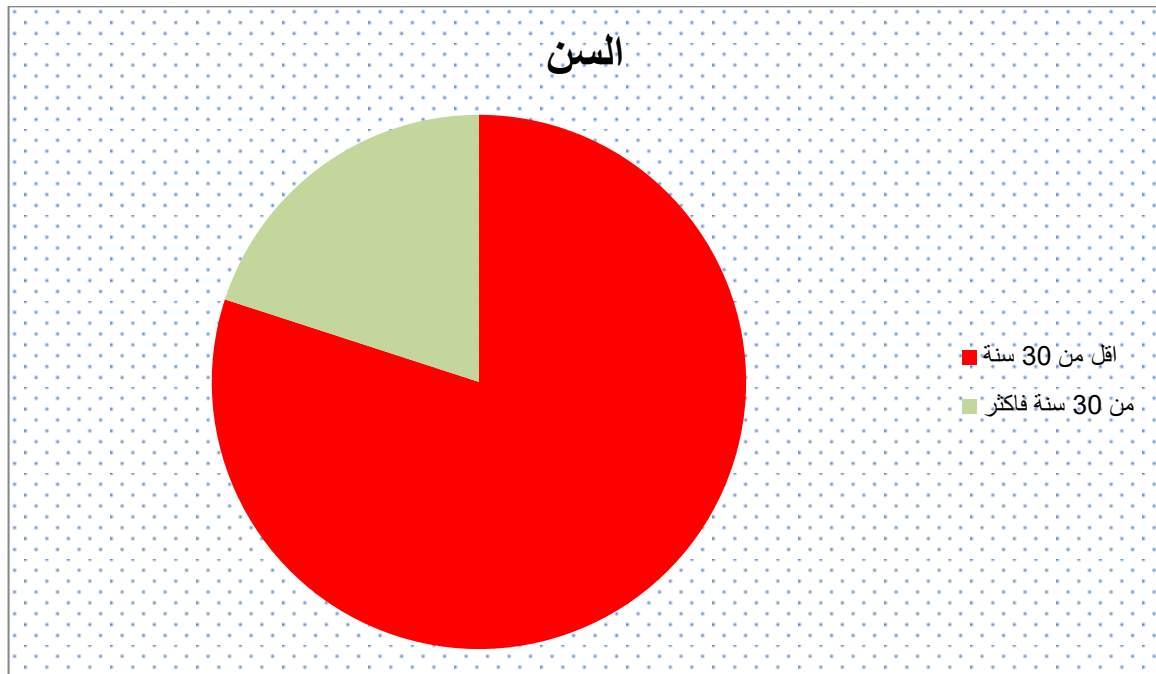
يظهر من خلال الجدول اعلاه الذي يمثل جنس المبحوثين و يتبين لنا ان أكبر نسبة من المبحوثين والتي تقدر بـ 60% من الاناث من اجمالي المستجوبين ،و ذلك مقابل تمثل نسبة الذكور 40% ، مما سبق نستنتج أن أغلبية المبحوثين هم الاناث في حين أن المرأة تميل أكثر في تخصص الى الوظائف المرتبطة بالرعاية و الخدمات الاجتماعية ، كما انه يشهد العالم تزايد نسبة الاطباء اناث بمقارنة بالذكور

، و قد يعود ذلك الى التغيرات الاجتماعية كزيادة قبول المرأة في مهن الطب و ارتفاع نسبة الفتيات في التعليم العالي و نجاحهن .

جدول رقم (02) : توزيع المبحوثين حسب السن .

السن	التكرار	النسبة
أقل من 30 سنة	28	%80
من 30 سنة فأكثر	7	20%
المجموع	35	100%

الشكل رقم (02.) يمثل المبحوثين حسب السن



من خلال الجدول رقم (02) الذي يبين فئات أعمار المبحوثين ، حيث ان 80% من أفراد العينة تقل أعمارهم عن 30 سنة و 20% تتراوح أعمارهم بين 30 سنة و 40 سنة ، في حين يشير هذا التوزيع الى أن العينة يغلب عليها الطابع الشبابي و هم شباب في ربيع عمرهم ما بين العشرين و الثلاثين ،اذن ميل فئة الشباب الى التكوين اكثر من غيرهم ليس مجرد خيار فردي بل هو نتيجة منطقية لعدة عوامل

اجتماعية و مؤسساتية و تنظيمية و لان مرحلة الشباب هي الفترة التي يكون فيها الفرد صورته عن نفسه داخ العمل لذلك فهم بسعون الى تطوير معارفهم و مهاراتهم ليحققوا الترقية داخل السلم الوظيفي و حسن أداء الدور و خاصة مع التطورات الحديثة و الشعور بالانتماء الى المهنة أو المؤسسة .

جدول رقم (03) : توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية :

الحالة المدنية	التكرار	النسبة
عازب	30	85,7 %
متزوج	5	14,3 %
المجموع	35	100 %

من خلال الجدول رقم(03) و الذي يبين الحالة الاجتماعية للمبحوثين يتبين أن أغلب أفراد العينة من فئة عزاب بنسبة 85,7% بينما يمثل المتزوجون 14,3% فقط ، هذا التوزيع بين هيمنة واضحة لفئة غير المتزوجين ضمن المبحوثين ،و يشير هذا المعطى الى أن الغالبية الساحقة من المشاركين في الدراسة هم في وضعية اجتماعية فردية (غير مرتبطة) و هذه النسبة المرتفعة للعزاب تظهر تركيبة سكانية يغلب عليها الطابع الشبابي و هو ما يتقاطع مع معطى متغيرالسن الذي أظهر % 80 من افراد العينة تقل أعمارهم عن 30 سنة ، أي انهم في مرحلة ما قبل الزواج غالبا . تعكس الحالة الاجتماعية للمبحوثين علاقة قوية بين الوضع العائلي و المسار المهني و التكويني ،حيث ان الزواج اصبح يرتبط اكثر بالاستقرار المهني و المادي مما يدفع فئة واسعة من الشباب خاصة في بداية حياتهم المهنية الى تأجيل الزواج الى حين الحصول على وظيفة دائمة و تحقيق الاستقرار المادي و الانتهاء من مراحل التكوين والتدريب .

جدول رقم (04) : توزيع المبحوثين حسب المتغير التخصص :

التخصص	التكرار	النسبة
الامراض المعدية	6	17,1 %
الجراحة العامة	10	28,6 %
امراض الصدر	2	5,7 %
جراحة الاعصاب	3	8,6 %
طبيب الطوارئ	0	5,7 %
التخدير و الانعاش	7	20 %
جراحة العظام	4	11,4 %
طب الأطفال	1	2,9 %
المجموع	35	100 %

من خلال الجدول رقم (04) بين لنا توزيع الأطباء المقيمين في التخصصات الطبية و التي بلغت 08 تخصصات ، نلاحظ ان اكبر نسبة تقدر % 28,6 من عينة الدراسة ينتمون الى تخصص الجراحة العامة، تليها نسبة %20 من تخصص التخدير و الإنعاش ، تليها نسبة %17,1 من تخصص الامراض المعدية ،تليها التخصص جراحة العظام ب %11,4 بمقارنة بجراحة الاعصاب ب %8,6 ،ثم تخصص امراض الصدر %5,7 مع طب الطوارئ بنفس النسبة و في الأخير تخصص طب الأطفال ب %2,9 ،تبين لنا ان اكثر تخصص هو الجراحة العامة بينما باقي التخصصات ممثلة بنسب متفاوتة وأقل .

جدول رقم (05) : توزيع المبحوثين حسب متغير مدة العمل .

مدة العمل	التكرار	النسبة
من السنة الأولى الى أربعة سنوات	18	51,4 %
من خمسة سنوات فما فوق	17	48,6 %
المجموع	35	100 %

من خلال النتائج الموضحة في الجدول اعلاه نلاحظ ان العينة تنقسم تقريبا بالتساوي بين المبحوثين في السنوات الأولى الى الرابعة من التكوين %51,4 و المبحوثين في السنوات المتقدمة الخامسة فما فوق بنسبة %48,6. و من خلال هذا التوزيع المتقارب يشير الى ان العينة تمثل بشكل متوازن كل مراحل التكوين من المبتدئين الى القدامى. و نستنتج ان هذه المؤسسة تعتمد في تكوين الأطباء على كل أنواع التكوين (النظري والتطبيقي و المزدوج) و هو ما يوضح تنظيم نوعية التكوين بحسب المستويات التكوينية مما يتيح لهؤلاء المتكويين فرص كبيرة للحصول على المعارف في مجال تخصصهم ومن ثم تجنيدها وتطبيقها في الميدان حول المرضى و هو ما سيرفع من مستويات أدائهم .

1- تحليل و تفسير البيانات الفرضية الأولى :

نصت الفرضية الفرعية الأولى على : "تؤدي برامج التكوين الأطباء المقيمين الى تطوير مهاراتهم في تحقيق الأداء الوظيفي فعال لدى الطبيب المقيم "

جدول رقم (06) توزيع المبحوثين حول مستوى التكوين .

مستوى التكوين	التكرار	النسبة
ضعيف	10	%28,6
متوسط	18	%51,4
جيد	7	%20
المجموع	35	%100

من خلال الجدول أعلاه يمثل مستوى التكوين داخل المؤسسة المؤسسة الاستشفائية ندير محمد أن أكبر نسبة %51,4 ترى أن التكوين متوسط بالمقابل بنسبة %28,6 ترى التكوين ضعيف و هي نسبة مهمة تستدعي الانتباه لانها يرون ان التكوين في المؤسسة غير كاف او غير فعال ، %20 فقط يرون ان التكوين جيدو هي نسبة صغيرة مقارنة بالابقية الآراء ما يدل على ان هناك نقصا ادراكيا و فعليا في جودة التكوين حسب اغلب افراد العينة،وهو ما قد ينعكس سلبا على الأداء الوظيفي للأطباء المقيمين

حيث ان اعتبار التكوين غير الفعال او الغير الكاف من طرف نسبة معتبرة من المبحوثين يدل على وجود تاثير مباشر على تطوير مهاراتهم و كفاءتهم المهنية و بالتالي فان ضعف التكوين قد يؤدي الى انخفاض جودة الخدمات الطبية المقدمة داخل المؤسسة الاستشفائية .

جدول رقم (07):يمثل العلاقة بين مستوى التكوين و مدى فعاليته في الحالة الطارئة .

المجموع		جيد		متوسط		ضعيف		مستوى التكوين مدى فعاليته في الحالة الطارئة
		%	ت	%	ت	%	ت	
%54,3	19	100%	7	50%	9	30%	3	نعم
%45,7	16	0%	0	50%	9	70%	7	لا
%100	35	100%	7	100%	18	100%	10	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يمثل العلاقة بين مستوى التكوين و مدى فعاليته في الحالة الطارئة ، يظهر لنا أن الاتجاه العام هو % 50,3 و الذي يمثل نسبة المبحوثين صرحوا ان للمستوى التكوين له فعالية في الحالات الطارئة ، حين تدعمها نسبة قليلة اكدوا فيها ان مستوى جيد تقدر % 10 و % 50 تاكدوا ان مستوى التكوين متوسط ، تقابلها تراجع نسبة الفعالية لدى الفئة المبحوثين التي وصفت التكوين بمستوى ضعيف بنسبة %70 ، ممن نفوا وجود فعالية في مستوى التكوين بنسبة %45,7 .

ونستنتج ان التكوين كعامل محدد في تمثلاتهم لفعاليته ، فالتكوين الذي ينظر اليه كمستوى جيد و فعال يتم على الأرجح يتوازن بين الجوانب النظرية و التطبيقية و يتوفر وسائل الدعم و التأطير ، مما يمكن الأطباء من ترجمة ما تعلموه الى كفاءات ميدانية، و بالمقابل للذين حكموه ليس فعال على انه ضعيف

بسبب غياب شروط التكوين الجيد سواء من المحتوى أو الوسائل أو نقص الموارد خاصة كما صرحوا من قبل و مما يدعوا الى إعادة النظر في مضامين التكوين الطبي و طرقه .

جدول رقم (08): توزيع المبحوثين حسب نوعية التكوين .

نوعية التكوين	التكرار	النسبة
تكوين بصري محض	1	2,9%
تطبيقي	6	17,1%
ممزوج	28	80%
المجموع	35	100%

من خلال الجدول (07) نلاحظ ان نسبة الغالية من المبحوثين 80% صرحوا بانهم يتلقون تكويننا ممزوجا بين النظري و التطبيقي (و هو مؤشر إيجابي من حيث المبدأ) في المقابل 17,1% ان تكوينهم تطبيقي فقط ، بالمقابل نسبة 2,9% ترى ان التكوين نظري فقط ونستنتج ان هذه المؤسسة تعتمد على المزج بين التكوين النظري و التطبيقي مما يساهم في التحصيل الجيد لهؤلاء الفئة من الأطباء من خلال الحصول على المعارف و المهارات الميدانية و الامر الذي يؤثر بشكل فعال على الأداء و يساهم ذلك في بناء هوية مهنية متكاملة للطبيب ا لمقيم و يكون طبيب المستقبل و الناجح . ولذلك يجب على توفير التكوين فعلا لان مهم في حياة الفرد .

جدول رقم (09) : نوعية التكوين و تأثيره على جودة الرعاية المرضى .

المجموع		ممزوج		تطبيقي		تكوين بصري محض		نوعية التكوين
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	تأثيره على الجودة الرعاية
77,1%	27	78,6%	22	83,3%	5	0,0	0	نعم
22,9%	8	21,4%	6	16,7%	1	100	1	لا
100%	35	100%	28	100%	6	100	1	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان الاتجاه العام يميل الى فئة المبحوثين الذين صرحوا بان نوعية التكوين تؤثر على الجودة الرعاية المرضى و ذلك بنسبة %77,1 ،حيث تدعمها نسبة كبيرة تصل الى %83,3 منهم يجدون ان التكوين التطبيقي هو الذي يؤثر بشكل فعال لما نلاحظ ان نسبة معتبرة منهم تصل الى %78,6 يحدون النوع الممزوج هو الفعال و ذلك مقابل نسبة قليلة من المبحوثين الذين صرحوا بان لا يوجد تأثير التكوين تصل الى %22,9 .

ومن هنا نستنتج ان معظم المبحوثين يفضلون التكوين التطبيقي والممزوج الذي تعتمده البرامج التكوينية في هذه المؤسسة اثر فعال على تحقيق الجودة و الرعاية الصحية الملائمة بحالات المرض فالتكوين التطبيقي و الممزوج يعتبران اكثر ملائمة لسياق العمل الطبي نظرا لما تساهم به هذين النوعين من التكوين في تنمية المهارات العلمية لدى هذه الشريحة من الأطباء حيث تتيح لهم فرصة تطبيق المعرفة النظرية المكتسبة على ارض الواقع مما يجعلهم اكثر كفاءة في تقديم الرعاية الصحية مما يؤدي الى تحسين نتائج المرضى .

جدول رقم (10): توزيع المبحوثين حسب تقييم برامج التكوين :

التقييم البرامج التكوين	التكرار	النسبة
جيد	6	17,1%
مقبول	21	60%
ضعيف	6	17,1%
لا يتواءم مع المستجدات	2	5,7%
المجموع	35	100%

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أعلى نسبة من المبحوثين بنسبة 60% يرون ان برامج التكوين مقبول، و تليها نسبة 17,1% من هم يرون ان البرامج جيدة ،في حين تسجل 15,1% ترى ان التكوين ضعيف ما يعكس وجود خلل في الجودة او غياب آليات فعالة للتأطير ،في الأخير نجد نسبة 5,7% يجدون ان هذه البرامج لا تتواءم مع المستجدات العلمية و الطبية و هو مؤشر سلبي يظهر فجوة بين الواقع العلمي والتطبيقي الفعلي ، يوجد مستوى متوسط من الرضى عن برامج التكوين وحيث ان تقييم الطبيب المقيم لبرامج التكوين ليس فقط حكما معرفيا بل هو انعكاس لشعوره بالانتماء و اعتراف داخل المؤسسة فاعتبارهم للتكوين مقبول يدل نوعا من التكيف مع الواقع رغم الشعور بالنقص او عدم الكفاية ،وتمثل هذه التقييمات تمثلات متفاوتة لجودة التكوين داخل المؤسسة

جدول رقم (11) : إجابات المبحوثين حول التكوين يسمح بتطوير المعارف

التكوين يسمح بتطوير المعارف	التكرار	النسبة
قليلا	9	25,7%
نوعا ما	21	60%
كثيرا	5	14,3%
المجموع	35	100%

يتبين لنا من خلال البيانات الجدول أعلاه على ان اكبر نسبة تمثل % 60 من المبحوثين يعتبرون ان التكوين نوعا ما يؤدي الى تطوير معارفهم ، كما ان نسبة قليلة منهم تمثل يساهم قليلا ب % 25,7 ، %14,3 فقط يرون فعالا بدرجة كبيرة ، وتدل هذه النسب وجود ضعف نسبي في فاعلية البرامج التكوينية من حيث الاثراء المعرفي، باعتبار ان التكوين أداة للارتقاء المعرفي وعليه يمكن القول انه من الضروري مراجعة هذه البرامج من حيث المادة العلمية المعتمد عليها ،قد يعود الى عدة أسباب حيث يمكن ان تعود الى نقص التنوع في محتوى هذه البرامج مما يحدها في تغطية مجالات طبية معينة الامر الذي يؤدي الى نقص في المعرفة ،من جانب اخر قد يكون السبب في المعاناة من ضغوط العمل التي تعيق فرص التعليم و التطوير الذاتي كما انه يجب ان تكون هذه البرامج مواكبة للتغيرات السريعة في المجال الطبي لمواكبة اخر التطورات و الابتكارات في الطب .

وعليه تتوجب على هذه المؤسسة بالخصوص القائمين على الاشراف في تكوين هذه الفئة اتخاذ استراتيجيات من شأنها تحسين برامج التكوين وجعلها اكثر فاعلية لتطوير معارف و مهارات هؤلاء الأطباء.

جدول رقم (12):يمثل العلاقة بين المهارات المكتسبة عند المبحوثين و تأثيرها على العمل اليومي.

المجموع		حالات استعجالية		مهارات سريرية		لا توجد		المهارات المكتسبة تأثيرها على العمل اليومي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
%28,6	10	%23,1	6	20%	1	75%	3	لم تؤثر
%25,7	9	%23,1	6	60%	3	0%	0	قليلا
%17,1	6	%23,1	6	0%	0	0%	0	نوعا ما
%28,6	10	%30,8	8	20%	1	25%	1	كثيرا
%100	35	%100	26	100%	5	100%	4	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين المهارات المكتسبة و تأثيرها على العمل اليومي، يتقاسمه قبل كل من فئة المبحوثين الذين اجابوا بأن المهارات لم تؤثر بنسبة 28,6% على العمل اليومي وتدعمها الفئة التي صرحوا انها لا توجد المهارات المكتسبة بنسبة 75% بنفس النسبة تؤثر كثيرا وتدعمها المهارات المكتسبة في الحالات الاستعجالية التي تؤثر بالكثير على العمل اليومي بنسبة 30,8% وتليها نسبة 25,7% التي أثرت بالقليل و بالمقابل التي تاترت المهارات نوعا ما على العمل بنسبة 17,1% و المتمثلة في المهارات المكتسبة في الحالات الاستعجال .

وعليه من خلال القراءات الإحصائية يظهر لنا ان المهارات المكتسبة في حالات الاستعجالية لها دور وتؤثر على المبحوثين في عملهم اليومي بخصوص الحالات الاستعجالية و تعد هذه الحالات امرا حيويا ويتوجب على الطبيب ان يتحكم فيها ذلك أن القرارات السريعة و الدقيقة في هذه الحالات قد تنقذ الأرواح خاصة في الحالات الصعبة و الإصابات الشديدة ، خاصة و أن الواقع يبين لنا وجود هذه الحالات يوميا في المؤسسات الاستشفائية لكثرة الحوادث و ضغوطات الحياة اليومية للأفراد داخل المجتمع نتيجة

التغيرات و التحديات التي يواجهونها يوميا و عليه فالطبيب الناجح هو الذي يعرف كيف يتصرف في هذه الحالات .

من هنا يمكن القول ان هذه البرامج جعلت المبحوثين يتحصلون على مهارات في بالغ الأهمية في تكوينهم المهني ،من جانب آخر نجد ان البعض الآخر يعانون من ضعف الأثر المباشر للمهارات المكتسبة على العمل اليومي يعكس ما يسميه علماء الاجتماع " غياب الوظيفة العملية للتكوين " حيث لا يمكن الأطباء من تحويل ما تعلموه الى سلوك مهني فعال اما سبب ضعف الجانب التطبيقي للتكوين ، او نتيجة لغياب التأطير الميداني الكافي أو حتى بسبب عدم ملائمة البرامج لواقع العمل داخل مصالح الاستشفاء أو قد يعود ذلك الى أسباب تتعلق بالمبحوثين أو أسباب ذات علاقة بمتغيرات أخرى كعدم كفاية الوقت بسبب جداول العمل المكثفة او الافتقار الدعم في توجيه هذه الفئة او التعرض لضغوط العمل التي قد تؤدي ارهاقات نفسية أو جسدية تجعلهم لا يستوعبون و لا يركزون في عملية التعلم .

جدول رقم (13) : ايجابيات المبحوثين حول تاثير التكوين على جودة الرعاية التي تقدمها

للمرضى .

النسبة	التكرار	التاثير التكوين على الجودة الرعاية التي تقدمها للمرضى
77,1%	27	نعم
22,9%	8	لا
100 %	35	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين ان اكبر نسبة من المبحوثين تقدر 77,1% صرحوا باعتقادهم بأن التكوين أثر إيجابيا على جودة الرعاية الطبية التي يقدمونها ،في حين نجد نسبة 22,9% منهم بانهم لم يلاحظوا هذا التأثير و من خلال ما سبق نستنتج أن اغلبية المبحوثين يجدون ان التكوين اثر إيجابيا على ممارستهم الطبية اليومية ،و هذا يدل على ان الأطباء يطورون نوعا من الاعتماد المهني على التكوين باعتباره عاملا مهما في تطوير الأداء،فالتكوين يعزز من الثقة بالنفس المهني و الفاعلية الاجتماعية للطبيب ما ينعكس إيجابيا على علاقاته بالمريض و جودة الخدمات المقدمة .

جدول رقم (14) : ايجابيات المبحوثين عن الحالات المرضية التي تقصد المستشفى ليلا

تساعد على التكوين .

النسبة	التكرار	الحالات المرضية ليلا تساعد على التكوين
54,3%	19	نعم
45,7%	16	لا
100%	35	المجموع

يشير الجدول أعلاه ان اكبر نسبة تقدر 54,3% من المبحوثين يعتبرون ان الحالات المرضية التي يواجهونها اثناء المناوبات الليلية تساعدهم على التكوين بينما يرى 45,7% منهم العكس و نستنتج ان التكوين الليلي يشكل فضاءا للتعلم غير رسمي لدى البعض ، بينما يبقى تجربة مرهقة وذات مردودية ضعيفة لدى الاخرين مما يحتم إعادة النظر في طرق تنظيم و تاطير المناوبات الليلية لضمان تكافؤ الفرص في التعليم .

جدول رقم (15): ايجابيات المبحوثين حول برامج التكوين تآثرت على الأداء الوظيفي

اليومي.

النسبة	التكرار	برامج التكوين تآثرت على الأداء الوظيفي
28,6%	10	لم تؤثر
25,7%	9	قليلا
17,1%	6	نوعا ما
28,6%	10	كثيرا
100%	35	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نجد أكبر نسبة تقدر 28,6% صرحوا أن التكوين لم يؤثر على أدائهم، مقابل نفس النسبة التي رأَت أنه اثر كثيرا ، بينما افاد 43% ان الأثر كان محدودا او متوسطا ، و نستنتج على ان فعالية لا تتوقف فقط على محتوى البرنامج بل أيضا على سياقات تطبيقية و جودة التاطير و مدى ارتباطه بواقع العمل

جدول رقم (16) : يمثل العلاقة المبحوثين بين مدة التكوين و الصعوبات المواجهة أثناء الأداء

الوظيفي .

صعوبات التكوين	ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات		ما بين خمسة سنوات فما فوق		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
نقص الموارد	14	77,8%	10	58,8%	24	68,6%
الوقت	4	22,2%	1	5,9%	5	14,3%
قلة الاستوعاب	0	0%	1	5,9%	1	2,9%
الضغط في العمل	0	0%	5	29,4%	5	14,3%
المجموع	18	100%	17	100%	35	100%

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام هو 68,6% و الذي يمثل نسبة المبحوثين الذين أجابوا نقص الموارد في كلا المديتين من التكوين ،حيث تدعمها نسبة كبيرة تصل الى 77,8% منهم يجدون أن صعوبة المواجهة في نقص الموارد ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات ، نلاحظ أن نسبة معتبرة منهم تصل الى 58,8% يؤكدون صعوبة نقص الموارد ما بين خمسة سنوات فما فوق ، و ذلك نسبة قليلة صرحوا بأن قلة الاستوعاب ب 2,9% حيث تدعمها نسبة 5,9% يجدون أن قلة الاستوعاب ما بين خمسة سنوات فما فوق و لا تدعمها أي منهم نسبة 0% في مدة ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات . ونستنتج أن هناك اختلافا في تمثيلات الصعوبات حسب موقع في مسار التكوين و يظهر لنا أكثر صعوبة يواجهونها هي نقص الموارد وذلك سيؤثر سلبيا على تكوينهم النظري و التطبيقي فمن خلال هذه البيانات يظهر لنا ان هذه المؤسسة تفتقر الى الموارد اللازمة لتوفير تكوين متميز لهؤلاء الفئة من الأطباء وذلك في مختلف مراحل تكوينهم و الامر الذي يحد من فرص تدريبهم العملي كما ان نقص المعدات الطبية

سوف يؤثر سلبيا على اكتساب المهارات وعليه من الضروري أن تتخذ هذه المؤسسة الإجراءات اللازمة لتحسين الموارد المتاحة و توفير ما ينقصها من اجل ضمان تكوين فعال و شامل للأطباء الذي بدوره سيؤثر بصفة فعالة على أدائهم في المؤسسات الاستشفائية ، فما يستدعي المؤسسة في توفير كل الملزمات اللازمة للتكوين و دعم الطبيب المقيم خلال امتداد مختلف مراحل تكوينه.

جدول رقم (17):يمثل العلاقة بين هدف التكوين و دور المؤسسة في الأداء الوظيفي .

المجموع		الحصول على شهادة		تكوين الأطباء فقط		اكساب مهارات جديدة		تفعيل و تحسين الأداء		هدف التكوين
		%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	دور المؤسسة
34,3	1	28.6	2	7.7%	1	75%	6	42.9	3	نعم
%	2	%						%		
% 65,7	2	71.4	5	92.3	12	25%	2	57.1	4	لا
	3	%		%				%		
100%	3	100%	7	100%	13	100	8	100	7	المجموع
	5					%		%		

من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين هدف التكوين و دور المؤسسة في الأداء الوظيفي، يظهر لنا ان الاتجاه العام هو 65,7% الذين أجابوا ان "لا" للدور المؤسسة في هدف التكوين، وتدعمها أكبر نسبة 92,3% أ، للمؤسسة تقوم فقط تكوينهم و تليها نسبة 71,4% ممن اجابوا انهم للحصول على شهادة و نسبة ضئيلة جدا متتلة 25% على اكساب مهارات جديدة ، و بالمقابل صرحوا نسبة% 34,3 ان "نعم للمؤسسة دور في الهدف التكوين في حين تدعمها % 75 ان للمؤسسة تساعد على اكساب

مهارات جديدة و تليها نسبة 42,9% تأكد على تحسين و تفعيل الأداء وتليها نسبة ضئيلة جدا بنسبة 7,7% تأكد على أنتكوين الأطباء فقط .

ونستنتج ان هناك فرق بين الوظيفة النظرية و الوظيفة العملية للتكوين الطبي داخل المؤسسات وهنا يبرز ضرورة إعادة تعريف و وظيفة التكوين في ضوء ديناميكيات العمل اليومي و مطالب الأطباء المقيمين و لاتقان الدور الالزم كما نتطرقنا اليه في نظرية الدور " اذ أن الأطباء باعتبارهم فاعلين في النسق الذين ينتمون اليه و هي تحركهم أدوار مصحوبة بالحقوق و التزامات " و يستوجب للمؤسسة توفير كل حقوقهم و التزاماتهم للقيام بالاداء الفعال .

جدول رقم(18):يمثل علاقة تقييم المبحوثين للبرامج و تأثيره على الأداء الوظيفي .

المجموع	مع		لايتواكب		ضعيف		مقبول		جيد		تقييم البرامج تأثيره
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	
25.7%	9	%2	2	50%	3	19%	4	0	0	قليلًا	
60%	21	%0	0	50%	3	76,2%	16	33,3	2	نوعًا ما	
14.3%	5	%0	0	0%	0	4,8%	1	66,7	4	كثيرًا	
100%	35	%100	2	100	6	%100	21	100	6	المجموع	

من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين التقييم البرامج و تأثير على الأداء الوظيفي ، ويظهر لنا ان اتجاه العام للبرامج التي تتعرض للتقييم التي تؤثر نوعًا ما بنسبة 60% و تكون تلك البرامج تقييمها مقبولة بالنسبة 76,2% ، و تليها نسبة 50% ان البرامج ضعيفة و تدعمها نسبة 33,3% ان البرامج جيدة ، و بالمقابل نجد ان البرامج تؤثر قليلا على تكوين المبحوثين تتعرض للتقييم بنسبة 7,25% تدعمها نسبة 50% بانها تقييم ضعيف و النسبة الضئيلة تقدر 0% للتقييم الجيد ، تقابلها ان التأثيرالكثير

لا تتعرض للتقييم بنسبة 14,3% و تدعمها التقييم الجيد بالنسبة 66,7% والمقبول بنسبة 4,8% و التقييم الضعيف و لا يتواكب مع المستجدات بنسبة 0% .

وتشير النتائج الى محدودية الأثر الفعلي للتكوين في تعزيز الممارسة المهنية ، حيث تبقى نسبة الذين يرون ان تأثيره كبير منخفضة مقارنة بباقي المستويات هذا المعطى يعكس وجود فجوة بين محتوى التكوين و واقع العمل الطبي ،خاصة في ظل ضعف الترجمة العملية للمضامين الاكاديمية و غياب اليات مرافقة مهنية فعالة ،كما ان غموض الأهداف البيداغوجية و نقص التقييم المستمر قد يؤثران على مدى اندماج الأطباء في عملية التكوينية ،وعليه تبرز الحاجة الى مراجعة البرامج بما يضمن مواءمتها مع متطلبات الممارسة الطبية الحديثة.

جدول رقم(19): يمثل العلاقة بين تأثير مدة التكوين على الأداء الوظيفي لدى المبحوثين .

المجموع		ما بين خمسة سنوات فما فوق		ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات		تأثيره على الأداء الوظيفي
		ت	%	ت	%	
ت	%	ت	%	ت	%	لم تؤثر
10	28,6%	5	29,4%	5	27,8%	قليلاً
9	25,7%	6	35,3%	3	16,7%	نوعاً ما
6	17,1%	2	11,8%	4	22,2%	كثيراً
10	28,6%	4	23,5%	6	33,3%	المجموع
35	100%	17	100%	18	100%	

يمثل الجدول أعلاه العلاقة بين تأثير مدة التكوين على الأداء الوظيفي لدى المبحوثين و نلاحظ ان الاتجاه العام يتقاسمها كل من فئة التي صرحوا أن مدة التكوين لم تؤثر على الأداء الوظيفي بنسبة 28,6% و تدعمها نسبة 29,4% في مدة خمسة سنوات فما فوق ، والفئة التي صرحوا بتأثير المدة كثيراً

على الأداء الوظيفي بنسبة 28,6% وتدعمها 33,3% لها تاثير كثير ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات ، تليه نسبة 17,1% لها تاثير للمدة نوعا ما على الأداء الوظيفي خاصة في مدة ما بين السنة الأولى الى أربعة سنوات .

ونستنتج أن التكوين لا يعتمد على مدته بقدر ما يعتمد على محتواه و أساليبه ، والتكوين الطويل لا يضمن تأثيرا إيجابيا بل قد يؤدي الى الروتين و الجمود المعرفي بالمقابل يرى البعض الأطباء ان التكوين القصير كان اكثر تأثير ربما لارتباطه بالحماس المهني و البداية العملية و هنا ان المدة التكوين لا علاقة بالتاثير على الأداء الصح في المضمون في البرامج التكوين و كيفية التكوين . كما نستنتج ان العامل الزمني كعنصر داعم لاكتساب الكفاءات و تعزيز الفعالية في الممارسة المهنية وهذا التاثير الكثير يشير الى ان التكوين الممتد يمنح فرصا اكبر للتفاعل مع محتوى التكوين والتدرب بشكل معمق مما يساهم في تحسين القدرة على أداء المهام اليومية داخل الوسط الاستشفائي .

جدول رقم(20): يمثل العلاقة بين تصور المبحوثين لتاثير التكوين على الجودة الرعاية الصحية و

توفر التقييم المستمر للبرامج التكوينية.

المجموع		لا		نعم		تأثير التكوين على الجودة الرعاية	تقييم البرامج التكوينية
%	ت	%	ت	%	ت		
11,4%	4	37,5%	3	3,7%	1	لا توجد	
45,7%	16	25%	2	51,9%	14	متقاطعة	
42,9%	15	37,5%	3	44,4%	12	تقييم مستمر	
100%	35	100%	8	100%	27	المجموع	

من خلال الجدول أعلاه والذي يمثل العلاقة بين تأثير التكوين على الجودة و التقييم ، تبين لنا أن الاتجاه العام ان التقييم المتقاطع بنسبة 45,7% تدعمها ان هناك تأثير على الجودة في هذا التقييم بنسبة 51,9% و نسبة 25% ان لا يوجد ذلك التأثير ، و تليه التقييم المستمر بنسبة 42,9% بحيث تدعمها نسبة 44,4% ان نعم هناك تأثير و نسبة 37,5% لا يوجد تأثير ، و تقابله نسبة ضئيلة 11,4% ان لاتوجد تقييم المستمر و ذلك يؤثر بنسبة 3,7% و لا تؤثر بنسبة اكبر 37,5% .

و نستنتج من خلال هذه المعطيات أن التقييم و البناء المنظم يمثل أداة حيوية لضمان فاعلية التكوين في المجال الطبي فالتكوين دون تقييم يبقى غير موجه و لا يترجم الى تحسينات ملموسة في جودة الرعاية الصحية فالتقييم يسمح بتحديد النقائص و تصحيحها ، كما يضمن ان يكون التكوين متلائماً مع حاجيات الميدان و التحديات اليومية التي يواجههاالمبجوثين للقيام بالاداء الفعال والجودة الرعاية .

3- عرض و تحليل البيانات الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية :

نصت الفرضية الفرعية الثانية على : " تساهم العلاقات العمل السائدة في المؤسسات الاستشفائية الى تحسين الكفاءة و الأداء الوظيفي لدى الأطباء المقيمين أثناء تكوينهم " .

جدول رقم (21) :يمثل طبيعة علاقة المبجوثين بالمشرفين

النسبة	التكرار	طبيعة العلاقة المبجوثين بالمشرفين
37,1%	13	علاقة تعاون و تضامن
45,7%	16	علاقة بناءة و تبادل المعلومات
17,1%	6	علاقة سيئة و احتكار المعلومات
100%	35	المجموع

من خلال الجدول أعلاه أظهرت البيانات ان اكبر نسبة من المبحوثين بقيمة 45,7 يتمتعون بعلاقة جيدة بينما اكد %37,1 انها علاقة تعاون و تضامن في حين يرى البعض بنسبة تقدر 17,1% ان علاقة تتسم بالسلبية و عليه نستنتج ان معظم المبحوثين علاقة جيدة مع الأطباء المشرفين .

و تعكس هذه البيانات أهمية البعد التفاعلي في التكوين ، حيث يمثل المشرفون احد اهم مصادر التعلم و التوجيه داخل المؤسسة ، فكما كانت العلاقة إيجابية و منفتحة زادت فرص الطبيب المقيم في تنمية معارفهم و مهاراته اما في الحالات التي يسود فيها الاحتكار و التسلط ، فان الأداء يتراجع و يصاب الطبيب بالإحباط المهني .ومن هنا نتمكن القول ان هذه العلاقة ستؤثر إيجابيا على الأداء المهني لهؤلاء المبحوثين مما يعزز بيئة تعليمهم إيجابية كما ان هذا الامر سيخلق قنوات للتواصل الفعال مما يجعل هذه الشريحة من الأطباء اكثر ارتياحا لطرح الأسئلة و طلب المساعدة عند الحاجة مما يزيد من مستوى أدائهم.

جدول رقم(22):يمثل العلاقة بين الدعم المقدم من طرف الفريق وسهولة انسيابية المعلومات .

المجموع		لا تدعم		كثيرا		قليلا		الدعم المقدم
		%	ت	%	ت	%	ت	
%74,3	26	%33,3	2	%92,9	13	%73,3	11	انسيابية المعلومات
%25,7	9	%60,7	4	%7,1	1	%26,7	4	نعم
%100	35	%100	6	%100	14	%100	15	لا
								المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين الدعم من طرف الفريق و سهولة انسيابية المعلومات نلاحظ ان الاتجاه العام هو %74,3 و الذي يمثل نسبة نعم سهولة انسيابية المعلومات و المعارف اذ

هناك دعم تدعمها نسبة كبيرة 92,9% هناك دعم كثيرا و تليها 73,3% قليلا و نسبة 33,3% ان لا تدعم ، بالمقابل ان لا سهولة انسيابية المعلومات لان لا يوجد الدعم بنسبة 25,7% تدعمها نسبة 60,7% لا تدعم .

نستنتج أن الدعم المؤسسي و المهني ليس مجرد عنصر مكمل في التكوين ، بل هو شرط أساسي لنجاح عملية التعلم وانسيابية المعلومات ، غياب الدعم لا يضعف فقط الأداء بل يحد من قابلية الطبيب لاكتساب المهارات و المعارف الضرورية .و لذلك بالضرورة توقي الدعم داخل فريق العمل للسهولة الأداء الوظيفي .

جدول رقم (23) : يمثل العلاقة بين الجنس و تدعيم من طرف فريق العمل للمبجوثين .

المجموع		الانثى		الذكر		الجنس الدعم من طرف فريق العمل
%	ت	%	ت	%	ت	
42,9%	15	38,1%	8	50%	7	قليلا
40%	14	33,3%	7	50%	7	كثيرا
17,1%	6	28,6%	6	0%	0	لا تدعم
100%	35	100%	21	100%	14	المجموع

من خلال الجدول أعلاه الذي يمثل العلاقة بين الجنس و تدعيم من طرف الفريق العمل للمبجوثين نلاحظ أن الاتجاه العام هو 42,9% يلقي الدعم قليلاو يدعمها 50% من الجنس الذكور و تليها 38,1% من الجنس الاناث ، و نجد نسبة 40% تدعم كثيرا و تدعمها 50% من الجنس الذكور و 33,3% من الاناث ، و بالمقابل نسبة ضئيلة تقدر 17,1% لا تدعم 28,6% من الاناث تليها 0% من الجنس الذكر .

ومن خلال الاحصائيات نلاحظ ان عند الذكور حصلوا على الدعم دون ان يسجل أي منهم حالة عدم الدعم مقارنة بالاناث .

ونستنتج أن هناك تحديات خاصة تواجه الطبيبات في بيئة العمل ، و هذا قد يؤثر سلبا على اندماجهن في الفريق و على ثقتهم في قدراتهم المهنية ، ولذا يجب توفير بيئة عمل تراعي كل المستلزمات و الدعم المهني .

جدول رقم (24) : الذي يمثل العلاقة بين مدة التكوين و حدوث مشكلات مع الزملاء او الزميلات لدى

المبحوثين .

المدة	السنة الأولى الى السنة الرابعة		من خمسة سنوات فما فوق		المجموع
	ت	%	ت	%	
هناك مشاكل					
نعم	8	%44,4	7	%41,2	15
لا	10	%55,6	10	%58,8	20
المجموع	18	%100	17	%100	35

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان الاتجاه العام و هو %57,1 الذي صرحوا المبحوثين ان لا يوجد مشاكل تدعمها %58,8 أنها لا توجد في مدة خمسة سنوات فما فوق و تليها %55,6 لا توجد في المدة السنوات الأولى ، بالمقابل نجد نسبة %42,9 انهم صرحوا وجود المشاكل في حين تدعمها %41,2 في المدة خمسة سنوات فما فوق و تليها نسبة %44,4 في المدة السنوات الأولى .

نستنتج انالفارق ليس بكثير و هذا قد يدل ان المشاكل ليست مرتبطة فقط بطول مدة التكوين بل قد ترتبط بعوامل أخرى متعددة كظروف العمل ، ضغوطات العمل العلاقات الاجتماعية داخل الفريق ...الخ كما أن استقرار نسبة المشاكل عبر المدد المختلفة يشير الى أن الدعم و التوجيه المستمر خلال مراحل التكوين ضروريات لتجاوز هذه المشاكل .

جدول رقم(25): يمثل مدى مساهمة العلاقات القائمة بالمحيط العمل على انسيابية

المعلومات

النسبة	التكرار	مساهمة العلاقات في انسيابية المعلومات
74,3%	26	نعم
25,7%	9	لا
100%	35	المجموع

من خلال الجدول أعلاه ان اكبر نسبة من المبحوثين 74,3% صرحوا بان طبيعة العلاقة القائمة بمحيط العمل تساهم في تسهيل انسيابية المعلومات ،مما يعكس بيئة مهنية محفزة على التعلم و التبادل المعرفي بالمقابل تشير نسبة % 25,7 من المبحوثين يجدون أن تلك العلاقات لا تساهم في الوصول المعلومة أو تلقي التوجيه و هو ما يشير الى وجود بعض مظاهر احتكار المعرفة او الضعف قنوات التواصل داخل المؤسسة .

ونستنتج ان ترتبط انسانية المعلومات بشكل وثيق بجودة العلاقات المهنية و كلما غابت هذه الديناميكية تعرقل التكوين وتراجع الأداء الوظيفي . وعليه يمكن القول انه في هذه المؤسسة المعلومة يتم الحصول عليها بكل سهولة مما يساهم في تخفيف الضغوط المرتبطة بالتكوين الطبي و يساعد على تطوير مهارات هذه الفئة بشكا افضل .

4- مناقشة النتائج الجزئية للدراسة :

تكتسي عملية التفسير ومناقشة النتائج أهمية بالغة في البحث السوسيوولوجي اذ انها تبرز مهارة الباحث و براعته التحليلية ، وفي هذه الخطوة نقوم بالمناقشة النتائج في ضوء الفرضيات حول موضوع الدراسة .

أ- مناقشة نتائج بيانات خصائص المبحوثين :

- اتضح من خلال هذه الدراسة أن التوزيع المبحوثين حسب الجنس معظمهم إناث وذلك نسبة 60% بحيث يعود ذلك إلى طبيعة العمل والميول الفئدة الأنثوية للقطاع الصحة ،و من جانب آخر قد يكون إلى تقنية العينة القصدية : أما فيما يخص السن فمعظم الأعمار تتراوح أقل من 30 سنة بحيث تقدر نسبة 80% وهو ما يشير إلى أن أغلب المبحوثين في فترة التكوين ينتمون إلى فئة الشباب مما يسمح لهم بالتأقلم مع متطلبات التكوين ومهامهم المهنية. كما أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المبحوثين غير متزوجين بنسبة 85.7% هو ما يمكن تفسيره بطبيعة المرحلة المهنية إلى تتطلب جهدا ووقتا كبيرا مما يجعل الالتزامات العائلية مؤجلة لدى الكثير منهم وكما يمكن القول أن الكثير منهم لا يريدون الزواج إلا أن الزواج أصبح يرتبط أكثر بالاستقرار المهني والمادي مما يدفع فئة واسعة من الشباب خاصة في بداية حياتهم المهنية إلى تأجيل الزواج إلى حين الحصول إلى وظيفة دائمة.

كما تبين لنا تعدد تخصصات الطبية مما تظهر لهؤلاء المبحوثين تخصص الاجراحة العامة كانت ممثلة نسبة أعلى 28.6% حين بعد تخصص الجراحة العامة من التخصصات الأساسية والمركزية في المؤسسات الاستشفائية انظرا لطبيعة الحيوية في التعامل مع الحالات الاستعجالية والعمليات الجراحية اليومية مما يستوجب وجود عد كاف من الأطباء المقيمين لضمان سير العمل بإنظام وكفاءة. وأن أغلب المبحوثين نسبة 51,4% تتراوح مدة علمهم و تكوينهم .بين السنة الأولى إلى السنة الخامسة الرابعة مما يدل على معظم الأطباء المقيمين لا يزالون في مراحلهم التكوينية الأولى .

ب -مناقشة النتائج الجزئية للفرضية الاولى :

وأن مستوى التكوين لدى أغلب المبحوثين يجدون ان مستوى تكوينهم متوسط بنسبة 51,4% ، ما يعكس ادراكا عامًا بوجود جوانب إيجابية في عملية التكوين ، لكنه في الوقت نفسه يكشف عن بعض النقائص التي ستدعي تحسينات على مستوى المحتوى الوسائل الموارد... الخ ، اما بخصوص نوعية التكوين

فتبين لنا غالبا من يتم الاعتماد في هذه المؤسسة على التكوين الممزوج بنسبة 80% وهذا راجع الطابع التكاملية الذي يتميز به التكوين الطبي حيث يراعي الجانب المعرفي إلى جانب الممارسة الميدانية في بيئة العمل الاستشفائي أما فيما يخص تقييم البرامج كشف لنا هذه الدراسة أن أغلبية الذين قيموا برامج التكوين "جيد وضعيف" بلغت 17.1% مما يعكس تباين واضحا في الآراء للأطباء المبحوثين حول فعالية البرامج التكوينية، ويدل على وجود تفاوت في التجارب الفردية مع التكوين سواء من حيث المحتوى أو أساليب التلقين أو التأطير. وأظهرت أن 60% من المبحوثين يرون أن التكوين يسمح بتطوير المعارف الى حد ما، وهذا راجع الى وجود ادراك جزئي أثر التكوين ويبرز الحاجة الى تعزيزه بمضامين اكثر عمقا و فعالية .واغلبية المبحوثين أفادوا 77,1% من المبحوثين بأن التكوين يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية و ذلك راجع الى دوره في تعزيز الكفاءة المهنية للطبيب و تمكينه من تقديم خدمات علاجية اكثر فعالية داخل المؤسسة .اضافة الى الحالات التي تقصد لئلا تساعد على التكوين حيث نسبة 54,3% من المبحوثين يعتبرون تساعد على التكوين ، وذلك راجع الى التنوع و شغب الحالات السريرية ،مما يمنح الطبيب المقيم فرصا تطبيقيا لتطوير مهاراته و تحسين خبرته الميدانية ، اما فيما يخص تقييم تأثير برامج التكوين على الأداء الوظيفي جاء منقسما حيث صرح 28,6% من الأطباء المقيمين بأنها لم تؤثر في حين اكد ان نفس نسبة 28,6 انها اثرت كثيرا و هذا راجع الى اختلاف التخصصات الطبية وتفاوت الخبرات المهنية بالإضافة الى مدى ملائمة محتوى البرامج التكوينية للواقع العملي داخل المؤسسة الاستشفائية ،و ما يخص العلاقة مع المشرفين صرحوا المبحوثين نسبة 45,7% من علاقة يناءة وتبادل المعلومات ، و راجع الى أهمية الاشراف الطبي في مراحل التكوين و دور المشرفين في مرافقة الأطباء المقيمين مهنيا و معرفيا .و يشير الى أن 74,3% من الأطباء المقيمين يرون ان العلاقات المهنية تساهم في انسيابية المعلومات راجعا ذلك الى فعالية التواصل داخل الفريق الطبي .

تساهم البرامج التكوينية في تفعيل الأداء لدى الأطباء المقيمين ، فانطلاقاً من مجموعة من الأسئلة التي يتناولها المحور الثاني من الاستمارة التي تمت معالجتها احصائياً على شكل جداول و تفسيرها .

حيث تشير النتائج المتحصلة عليها ان اغلبية المبحوثين ان نوعية التكوين الممزوج كان لها اثر إيجابي على جودة الرعاية الصحية ، بنسبة 77,1% و راجع ذلك الى الدمج الفعال بين الجانبين النظري والتطبيقي الذي يمكن الطبيب المقيم من اكتساب معارف و مهارات مهنية متكاملة .

_ كما ان اغلبية المبحوثين بنسبة 68,6% صرحوا ان نقص الموارد يعد من ابرز الصعوبات التي تواجههم اثناء فترة تكوينهم و هذا راجع الى محدودية الإمكانيات المتاحة داخل المؤسسة الاستشفائية . ومن جانب آخر أشار اغلب المبحوثين بنسبة 50,3% الى ان مستوى التكوين فعال في التعامل مع الحالات الطارئة ، و هذا راجع الى ما يوفره التكوين من كفاءات أساسية في الاستجابة السريعة و الفعالة في الوضعيات الحرجة .

وتشير النتائج الى ان اغلبية المبحوثين بنسبة 65,7% صرحوا بأن للمؤسسة الاستشفائية دورا غير واضح او ضعيف في تحقيق اهداف التكوين و هذا راجع الى غياب المتابعة او نقص في التخطيط البيداغوجي داخل بيئة العمل.

ومن جانب آخر كشفت لنا هذه الدراسة ان برامج التكوينية التي تخضع للتقييم تؤثر نوعا ما على الأداء بنسبة 60% وهذا راجع الى ان عملية التقييم قد تكون شكلية او غير فعالة بما يكفي لتحسين جودة التكوين .

كما تبين لنا ان معظم المبحوثين صرحوا بنسبة 28,6% لم تؤثر المهارات المكتسبة اثناء التكوين على العمل اليومي بينما رأى نفس نسبة 28,6% انها تؤثر كثيرا ،و هذا راجع الى اختلاف جودة التكوين وتفاوت فرص تطبيق هذه المهارات في السياق العملي داخل المؤسسة الاستشفائية .

وتبين من النتائج أن يروا المبحوثين ان تاثير التكوين على الجودة الرعاية يخضع لتقييم متقاطعة بنسبة 45,7% و هذا راجع الى اختلاف وجهات النظر حول فعالية التكوين و صعوبة قياس اثره المباشر على جودة الأداء المهني .

ت- مناقشة النتائج الجزئية للفرضية الثانية :

جاءت هذه الفرضية لتهتم بمساهمة العلاقات السائدة في المحيط الاستشفائي على الأداء الوظيفي لدى الطبيب المقيم ، فانطلاقا من مجموعة الأسئلة التي تمت معالجتها احصائيا في شكل جداول و تفسيرها . كما يظهر لنا ان اغلب المبحوثين ممن يمثلون اكبر نسبة ب74,3% اكدوا ان الدعم المقدم داخل المؤسسة يسهم في سهولة الاندماج المهني ،وهذا راجع الى أهمية بيئة العمل الداعمة في تحسين التكيف و التكوين.

أظهرت النتائج ان اكبر نسبة من الذكور تلقوا دعما كثيرا مقارنة بالاناث حيث بلغت نسبة عدم تلقي الدعم 17,1% لدى الاناث مقابل 0% لدى الذكور و هذا راجع الى تحديات مهنية و اجتماعية قد تواجه الطبيبات و تؤثر على اندماجهن داخل الفريق .

و أخيرا نرى ان اكبر نسبة من المبحوثين 57,1% صرحوا بعدم وجود مشاكل اثناء التكوين خاصة لدى من قضاوا مدة طويلة و هذا راجع الى قدرة اكبر على التكيف في حين ان 42,9% واجهوا صعوبات مما يعكس ان طول المدة وحده لا يكفي بل يتطلب الامر دعما و توجيها مستمرا لتجاوز التحديات .

الاستنتاج العام :

من خلال محاولتنا لاسقاط الاطار النظري في الميدان من خلال تطبيقه على مجموعة الافراد الذين يمثلون أطباء المقيمين الذين تم الالتقاء بهم في ملتقى دراسي بالمؤسسة الاستشفائية ندير محمد توصلنا الى مجموعة من النتائج التي تخص تكوين و علاقته بالاداء الوظيفي لدى هذه الشريحة من المجتمع بقدر عال و التي لخصناها فيما يلي :

تبين لنا ان التكوين يلعب دورا محوريا في تحسين الأداء و تسهيل الاندماج المهني الا ان فعاليته تتفاوت حسب عدة عوامل ،فقد أظهرت النتائج ان نوعية التكوين ومدته والدعم المؤسسي والاجتماعي والعلاقات المهنية داخل الفريق ، كلها عناصر تؤثر بدرجات متفاوتة على تجربة التكوين و نتائجه .

كما لوحظ ان الصعوبات التي يواجهها الأطباء المقيمون لا ترتبط فقط بعنصر واحد مثل نقص الموارد او طول التكوين، بل تتداخل فيها عوامل متعددة ، من بينها التوجيه، التواصل و البيئة التنظيمية .

و بالرغم من وجود نسبة معتبرة من المبحوثين عبرت عن رضاها عن التكوين و تأثيره الإيجابي الا ان وجود تفاوت في فرص الدعم و التقدير ،خاصة حسب الجنس و التخصص ، يؤكد على ضرورة إعادة النظر في سياسات التكوين و التاطير المعتمدة داخل المؤسسات الاستشفائية .

وبالتالي يمكن القول ان تحقيق تكوين طبي فعال يرتبط بتكامل الجوانب البيداغوجية والإدارية والاجتماعية مما يستدعي تبني رؤية شاملة تراعي حاجات المقيمين و توفر لهم بيئة مهنية محفزة و داعمة تسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية والأداء العام للمؤسسة و خلصن الدراسة من خلال تحليل المعطيات الميدانية أظهرت النتائج ان الفرضيات قد تحققت بشكل نسبي ،بالنسبة للفرضية الأولى و التي تقترض ان البرامج التكوين تؤدي الى تطوير مهارات الأطباء المقيمين و تعزيز أدائهم في الممارسة الطبية فقد تم التحقق منها بشكل واضح ،حيث أظهرت النتائج ان معظم من المبحوثين عبروا عن استقائهم من التكوين من حيث تحسين الكفاءة المهنية و تطوير الأداء، لا سيما حينما يكون التكوين منظما ومبنيا على

احتياجات فعلية ،في حين البعض صرحوا بعدم الاستفادتهم للتكوين و يعود ذلك الى بعض النقائص كضعف محتوى التكوين و غياب التأطير المناسب و نقص الوسائل و الإمكانيات الضرورية بالإضافة الى ضغط العمل .

اما الفرضية الثانية التي تقترض ان العلاقات السائدة داخل المؤسسات الاستشفائية تساهم في تحسين الكفاءة و الأداء الوظيفي ،فقد تم التحقق منها أيضا حيث كشفت النتائج ان العلاقات الإيجابية كالدعم والتعاون و التواصل الجيد مع الزملاء والمسؤولين تلعب دورا مهما في تعزيز بيئة التكوين وتحفيز المبحوثين ،ما ينعكس إيجابيا على كفاءتهم و شعورهم بالرضا المهني و تحسين الأداء الوظيفي، غير ان هذا الأثر لم يكن موحدا بين جميع المبحوثين حيث أشاروا الى وجود علاقة متوترة أو غياب التواصل الفعال مما اثر سلبيا على تجربتهم المهنية ، وعليه يمكن القول ان الفرضيتين محل الدراسة قد تم التحقق منها بشكل نسبي فقد تبين لنا كلا من التكوين و العلاقات العمل داخل المؤسسة الاستشفائية لهما تاثير على الأداء الوظيفي لدى الأطباء المقيمين الا ان هذا التاثير يختلف حسب طبيعة الظروف التنظيمية و مستوى التأطير ، و جودة العلاقات داخل محيط العمل .

الخاتمة

خاتمة:

تعد الموارد البشرية في قطاع الصحة، وخاصة فئة الأطباء المقيمين الركيزة الأساسية في تحسين جودة الرعاية الصحية وضمان استمرارية الخدمات داخل المؤسسات الاستشفائية. ومن خلال هذا البحث تبين أن فعالية التكوين الطبي الموجه لهذه الفئة لا تنفصل عن مستوى أدائهم المهني، بل تشكل عاملاً جوهرياً في صقل مهاراتهم وتوجيههم نحو ممارسة طبية مسؤولة ومتكاملة.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة تفاعلية بين محتوى التكوين، ومدة التأطير، والعلاقات المهنية والدعم المؤسسي، وهو ما يبرز أهمية تبني مقاربات تكوينية شاملة تراعي البعد المهني والاجتماعي في آن واحد. كما أن التحديات المسجلة، مثل نقص الموارد ضعف التقييم وتفاوت فرص الدعم، تؤكد الحاجة إلى إصلاحات عميقة في منظومة التكوين الطبي.

وعليه، فإن الرهان الحقيقي اليوم لا يتمثل فقط في تقديم برامج تكوين، بل في ضمان بيئة مهنية محفزة تقوم على التقدير المرافقة والتطوير المستمر، بما يمكن الطبيب المقيم من أداء دوره بكفاءة وفعالية داخل المؤسسة الاستشفائية.

لذا يستلزم على المركز الاستشفائي الجامعي بضرورة إيلاء أهمية أكبر لتنظيم التكوين و تحسين بيئة العمل، بما يعزز أداء الاطباء المقيمين و يضمن جودة الرعاية الصحية .

ولا يمكن اغفال أهمية الدور الذي تلعبه الدولة في دعم هذا القطاع . فكلما أولت الدولة اهتماما أكبر بقطاع الصحة ، وحرصت على تحسين اوضاع العاملين فيه ، وعلى رأسهم الاطباء المقيمون كلما ساهم ذلك في بناء منظومة صحية فعالة قادرة على تلبية حاجات المواطنين و ضمان جودة الرعاية ،ان تطوير التكوين وتوفير بيئة مهنية محفزة ليس فقط مسألة مهنية بل هو استثمار مباشر في رأس المال البشري ينعكس ايجابيا على التنمية الاجتماعية و الاقتصادية للبلاد.

التوصيات :

- ومن خلال هذه الدراسة توصلنا الى اقتراح بعض التوصيات لتحسين نظام التكوين :
- تطوير محتوى برامج التكوين بما يتماشى مع حاجات الأطباء المقيمين ومقتضيات الممارسة الميدانية، مع التركيز على الجوانب التطبيقية والمهارات السلوكية.
 - تعزيز آليات التأطير والتوجيه المهني من خلال إشراك أطباء ذوي خبرة في مرافقة المقيمين وتوفير أطر للتقييم المنتظم والدعم المستمر
 - تحسين ظروف العمل والتكوين داخل المؤسسات الاستشفائية، عبر توفير الموارد المادية والبشرية اللازمة، بما يسمح للطبيب المقيم بالتركيز على تطوير كفاءاته.
 - ترسيخ ثقافة العمل الجماعي وبناء علاقات مهنية قائمة على التعاون والتواصل الفعال بين المقيمين وزملائهم والمسؤولين.
 - ضمان المساواة في فرص الدعم والتكوين بين الجنسين، من خلال الحد من التمييز غير المعلن وتوفير بيئة مهنية عادلة ومحفزة لجميع الأطباء.
 - إعادة النظر في نظام تقييم التكوين الطبي وجعله أكثر شمولية وموضوعية، مع إشراك المقيمين في عملية التقييم من خلال استبيانات وآليات ملاحظات دورية.
 - اقتراح شراكات مع جامعات أو هيئات طبية دولية لتبادل الخبرات وتطوير أساليب التكوين المعتمدة في المؤسسات الصحية الوطنية.

قائمة المصادر و المراجع :

أولا المراجع العربية :

1- الأطروحات ورسائل الماجستير والدكتوراه :

1. أروي مصطفى، أحمد سيف، *نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، 1996، ص 14 – 15.
2. بوقطف محمود، *التكوين أثناء الخدمة ودوره في تحسين أداء الموظفين بالمؤسسة الجامعية*، رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2013-2014، ص 93-94.
3. بودوح غنية عبد، *استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية*، أطروحة دكتوراه، تخصص تنمية الموارد البشرية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2012-2013.
4. بوالشرش نور الدين، *التحول من مفهوم اليد العاملة إلى رأس المال البشري في المؤسسة العمومية الجزائرية*، المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية نموذجًا، رسالة دكتوراه، 2011-2012، ص 191.
5. الخزالي عبد العزيز علي، *مكانات وأدوار الممرضين والممرضات*، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2017-2018.

2-المقالات الأكاديمية :

6. بولغاغ نصيرة، قواوي أحمد، *التكوين ودوره في تحسين أداء موظفي المؤسسات الصحية في الجزائر*، مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، جامعة الجزائر 2، الجزائر، تاريخ النشر: 2023/06/30.
7. لونيس علي، *المؤسسة العمومية الاستشفائية في مواجهة التعبيرات التنظيمية (الإصلاحات الاستشفائية)*، دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين سارة، مجلة المؤسسة العمومية الاستشفائية، العدد 18، جامعة الجزائر 2، 2017.
8. شنتير رضا عمر، *المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والاقتصادية والسياسية*، جامعة الجزائر، العدد 1، مارس 1988، ص 61.
9. مجلة الحقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، *الحوافز وتأثيرها على الموارد البشرية داخل الإدارة وعلى المجتمع*، د. محمد منادلي، جامعة المدية، وترمول محمد لطفي (طالب دكتوراه، جامعة الجزائر 2)، العدد التاسع، ج أ، ص 393.

10. مزبوة بلقاسم، الجامعة الجزائرية بين الوظيفة التقليدية والوظيفة الاستراتيجية، مجلة آفاق علمية، منشورات المركز الجامعي تماراست، العدد 06، الجزائر، فيفري 2012، ص 310.

3-الكتب :

11. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، ط1، بيروت، 1978، ص 238

12. بوزيد، الأستاذ، محاضرات السنة الأولى ماجستير، 2002.

13. الطويسي أحمد عيسى، أساسيات في التربية المهنية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 48.

14. الشويكي سمير، المعجم الإداري، ط1، دار أسامة، دار المشرف الثقافي، عمان، الأردن، 2006، ص .

15. الطويسي أحمد عيسى، أساسيات في التربية المهنية، دار الشروق، الأردن، 2005، ص 48.

16. ديسلر غاري، إدارة الموارد البشرية: مدخل استراتيجي، ترجمة علي سليمان، دار المريخ، 2010، ص 156.

17. الدويبي عبد السلام بشير، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، الأردن، 2005، ص 71.

18. دورتيه، جان فرانسوا، قاموس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر، 2000، ص 392.

19. ريد توفيق نصريات، إدارة المستشفيات، دار الميسر للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2014، ص 52-53.

20. زكي بدوي أحمد، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978، ص 238.

21. شحادة نظمي، الباشا محمد، الجبوسي محمد رسلان، الحلبي رياض، السلوك التنظيمي: مفاهيم

وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، دار الفكر للطباعة والتوزيع، ط3، عمان، 2004، ص 31.

22. صقر عاشور أحمد، السلوك الإنساني في المنظمات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص 24-25.

23. عبد العزيز حبيب الله، جودة الصحة: الأسس النظرية والتطبيق العلمي، مكتبة بوفية الآفاق للمعلومات، الرياض، 2005، ص 262.

24. علي عبد الرزاق جلبي، علم اجتماع التنظيم: مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 187-188.

25. فاروق مداس، *التنظيم وعلاقات العمل*، دار مدني للتوزيع والنشر، الجزائر، 2000، ص 59.
26. فريد النجار، *إدارة المستشفيات وشركات الأدوية*، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص 205.
27. مان ميشال، *علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري*، دار الشروق، عمان، الأردن، ص 643.
- مداس فاروق، *التنظيم وعلاقات العمل*، دار مدني، الجزائر، 2000، ص 59.
- 28 مزبوة بلقاسم، *السلطة والرضا الوظيفي لدى العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية*، دار الوسام العربي للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر، 2011، ص 74.
- 29 محمد حسن الباسط، *علم الاجتماع الصناعي*، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2002، ص 185.
- 30 وسيلة حمداوي، *إدارة الموارد البشرية*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2004، ص 99.
- 31 هاروش نور الدين، *إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية*، دار القصة، الجزائر، 2008، ص 9-8.
- 32 العمر، *معن خليل، معجم علم الاجتماع المعاصر*، ط1، دار الشروق، عمان – الأردن، 2000، ص 363-362.

ثانيا: المراجع الاجنبية :

1. AusbildungBerufGeralt Gobs praktischer Arzt –de, aufgerufen am 3 April 2022, Assistenzarzt, "نسخة محفوظة 05-04-2023 على الموقع "واي باك متين".
2. Charles Kingston & Dzamsi (2012), *Les effets de la formation et du développement sur la performance des employés*, p. 61.
3. Cook D.A., Wittich C.M., Arora V.M., ten Cate O., Durning S.J., & Hatala R. (2012). *A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes*, Academic Medicine, 87(8), 1159–1169.
4. Jaleel Ahmed Jaleel, *Arabic-French-English Dictionary of Social Terms*, 1st ed., Dar Al-Fikr Al-Lubnani, Beirut, Lebanon, 1905, p. 28.

الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم : علم الاجتماع

تخصص : تنظيم و عمل

الإستمارة حول

تكوين الأطباء المقيمين و علاقتهم بالاداء الوظيفي في المؤسسة الاستشفائية العمومية

ملاحظة:

في اطار اعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم الاجتماعية تخصص علم الاجتماع تنظيم و عمل اجري هذا الاستبيان كجزء من دراسة ميدانية تهدف الى تحليل و فهم بعض الجوانب المرتبطة بواقع عمل الأطباء المقيمين داخل المؤسسات الصحية من خلال التركيز على التكوين الأطباء المقيمين .

لقد قمت باعداد هذا الاستبيان باستخدام منهج علمي معتمد و يراعي المالمعايير الأخلاقية في البحث العلمي , من حيث صياغة الاسئلة و تسلسلها و طبيعتها بما يضمن جمع بيانات موثوقة و موضوعية تخدم اهداف البحث .

تؤكد للمشاركين ان جميع المعلومات المقدمة ستعامل بسرية تامة و لن تستخدم الا لغرض البحث العلمي كما سيتم التعامل مع المعطيات بشكل مجهول الهوية .

تعد مشاركتكم قيمة و مهمة جدا لانجاح هذا البحث , و و بينهم في اغناء المعرفة العلمية حول واقع

الاممارسة المهنية للأطباء المقيمين .

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد :

أ. هلال غنيمة

- خضير مريم

السنة الجامعية : 2024-2025

❖ البيانات الشخصية:

- 1- الجنس : ذكر أنثى
- 2- السن : أقل من 30 سنة من 30 إلى 40 سنة
- من 41 إلى 50 من 51 سنة فما فوق
- 3- الحالة المدنية : أعزب متزوج أرمل مطلق
- 4- التخصص:.....
- 5- مدتكم في التكوين :.....

❖ البيانات الخاصة بالبرامج التكوينية:

- 6- ما هو رأيك في مستوى التكوين الذي تتلقونه ؟ ضعيف متوسط جيد
- أخرى:.....
- 7- ما نوع التكوين الذي تتلقونه هو ؟ تكوين بصري محض تطبيقي ممزوج
- 8- كيف تقيم برنامج التكوين الذي تلقيته من الآن ؟ جيد مقبول ضعيف
- لا يتواكب مع المستجدات
- 9- هل هذا التكوين يسمح لكم بتطوير معارفكم ؟ قليلا نوعا ما كثيرا
- 10- ما هي المهارات التي شعرت بأنها أكثر فائدة خلال تكوينك ؟
- لا توجد مهارات سريرية حالات إستعجال
- إخرى :
- 11- ما هي الصعوبات التي واجهتها أثناء التدريب ؟

- نقص الموارد الوقت قلة الاستوعاب الضغط في العمل

12- هل تعتقد أن تكوينك أثر بشكل إيجابي على جودة الرعاية التي تقدمها للمرضى؟

نعم لا

إذا كانت نعم : تشخيص أدق و أسرع تحسين الخطط العلاجية تعزيز سلامة المرضى

الكفاءات في التدخلات الطبية الاستجابة السريعة للحالات الطارئة

13- هل الحالات المرضية التي تقصد المستشفى ليلا تساعدك على التكوين كونها حالة طارئة ؟

نعم لا

إذا كانت نعم فكيف يكون ذلك؟.....

14- إلى أي مدى تعتقد أن برامج التكوين اثرت على دائك الوظيفي اليومي ؟

لم تؤثر قليلا نوعا ما كثيرا

15- هل فيه تقييم مستمر لأدائك ؟ لا دورات متقاطعة تقييم مستمر

16- كيف تجد برامج التكوين ؟ مكثفة نسب الإجهاد ضعيفة

17- ما رايك حول هدف هذه البرامج ؟ تفعيل و تحسين الاداء اكساب مهارات جديدة

تكوين الاطباء فقط الحصول على الشهادة

18- هل هذه المؤسسة تور مجالات لتطوير المعارف و المهارات ؟ نعم لا

19- كيف تجد طبيغة عملك ؟ سهل صعب نوعا ما تحتاج إلى دور في تكوين

إضافية

❖ البيانات الخاصة بنوعية العلاقة :

20- هل واجهت مسبقا مشكل مع احد الزملاء أو الزميلات ؟ نعم لا

نعم و ما السبب؟.....

21- عندما يكون هناك الكثير من المرضى هل تكون هناك مساعدة من طرف الاطباء فيما بينهم ؟

نادرة احيانا دائما

22- كيف هي علاقتك بالمشرفين ؟ علاقة تعاون و تضامن علاقة بناءة و تبادل المعلومات

علاقة سيئة و احتكار المعلومات

23- علاقتك بالمرضى ؟ جيدة سيئة

و اذا كانت سيئة لماذا ؟

24- هل تعتقد أن بيئة العمل تدعم بين الفريق في الداء ؟ قليلا كثيرا لا تدعم

اذا كانت نعم كيف؟

25- هل تساهم هذه العلاقات على سهولة إنسيابية المعلومات ؟ نعم لا

اذا كانت نعم كيف؟

26- هل تساهم هذه العلاقات القضاء على التكتلات في هذه المؤسسة . نعم لا