



جامعة وهران 2  
كلية العلوم الإجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم  
في علم النفس العمل والتنظيم

التنشئة التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني عند الممرضين  
دراسة ميدانية في المؤسسات الصحية بوهران

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد: لحرر ميلود

أمام لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذ تعليم عالي	تيفزي امحمد
مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2	أستاذ تعليم عالي	مزيان محمد
مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ تعليم عالي	مسلم محمد
مناقشا	جامعة سطيف 2	أستاذ تعليم عالي	معمرية بشير
مناقشا	جامعة تلمسان	أستاذ تعليم عالي	بوغازي الطاهر
مناقشا	جامعة سطيف 2	أستاذ تعليم عالي	بوعبد الله لحسن

السنة 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## الإهداء...

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما، وإلى زوجتي وإبني علي يونس.

الطالب

## شكر وعرّفان

إنتهت هذه الدّراسة بتوفيق من الله سبحانه وتعالى بعد سنوات من الجهد والمثابرة وأيضاً بمساعدة و مساندة بعض الأشخاص الذين يستحقوا مني التحيّة والتقدير و الشكر.

أود في البداية، أن أشكر في هذه الكلمة كل من المشرف الأستاذ الدكتور مزيان محمد على تواضعه والثقة التي منحها لنا طوال سنوات الدّراسة منذ أن عرفناه والذي تفضل بالإشراف وتأطير هذه الرسالة، أعبر له عن امتناني و أشكره على النصائح وتشجيعه المتواصل.

أشكر لجنة المناقشة التي تفضلت بقبول تقييم هذه الرسالة.

أتوجّه بالشكر الجزيل والعرّفان إلى كل من الأساتذة وأذكر منهم الأستاذ الدكتور أحمد بوزيان تيعزة والأستاذ الدكتور إبراهيم ماحي، والأستاذ الدكتور بشير معمريّة من جامعة سطيف<sup>2</sup> والدكتور بشير بن طاهر على التوجيهات والنصائح التي أحاطوني بها.

أشكر الأستاذة الإستشفائية بعطوش جهيدة، طبيبة بمستشفى وهران وأستاذة تعليم عالي بكلية العلوم الطبية بجامعة وهران 1 أحمد بن بلة على التشجيع الذي حضينا به من طرفها مدّة العمل معها حول مشروع جودة الحياة عند مرضى القصور الكلوي وعند المرضين.

كما لا يفوتني في هذا المقام أن أوجه تشكراتي إلى كل أساتذتي بجامعة وهران<sup>2</sup> محمد بن أحمد، وخصوصاً كل من الأستاذة شعبان الزهراء، الأستاذة بزايد نجاة، غريب العربي، عبد العزيز عبادة، محمود عبد العزيز، مكي أحمد، مقدم سهيل، عمر دراس أستاذ في علم الاجتماع، عقباني ربيعة وابن ساعد بلقاسم أستاذ التعليم الإبتدائي والذين وقفوا بجانبنا طيلة إعداد هذه الرسالة.

أشكر الأساتذة على مساهمتهم في تحكيم إستبائي الدراسة وأذكر كل من : يعقوب المستوس أستاذ بالمركز الجامعي أحمد زبانة بغيليزان؛ صوفي عبد الوهاب أستاذ بجامعة أبوبكر بلقايد بتلمسان؛ غريب العربي أستاذ بجامعة وهران 2؛ بوفارس عبد الرحمن أستاذ بالجامعة الإفريقية أحمد دراية بأدرار؛ الأستاذ عبد العزيز محمود أستاذ بجامعة وهران 2؛ فارح سمير باحث دائم بالمركز الوطني للبحث في الأنثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية بملحقة قسنطينة.

الشكر موصول إلى كل من السيّد عبد الرحمن خياط، مدير المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي قعابي جديّة بوهـران وكذلك نائبه المديرية المكلفة بالبيداغوجية الأنسة ماما بوخاتم وكذلك أساتذة التّعليم شبه الطبي، وهم: إسماعيل الجليلي، نوال لشهب والدعم الذي حظينا به أثناء إجراء الدّراسة الميدانية بمعهد التكوين العالي شبه الطبي حي الأمير بوهـران.

الشكر موصول كذلك إلى كل المرضين والمرضات العاملين بالمؤسسات الصّحية على تعاونهم في إنجاز هذا العمل.

## ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات التنشئة التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني وأبعاده لدى عينة تشمل (261) من الممرضين الذين يعملون بمختلف المؤسسات الصحية بولاية وهران. وتبنت الدراسة فرضيتين إثنين أولها: معرفة مدى مساهمة متغير التنشئة التنظيمية وأبعاده في التنبؤ بمستوى متغير الأداء المهني وأبعاده لدى الممرضين. وبجثت الفرضية الثانية لمعرفة مدى إختلاف أثر أبعاد التنشئة التنظيمية على الأداء المهني وأبعاده باختلاف المتغيرات الشخصية (الجنس، السن، المستوى العلمي، الرتبة المهنية، الخبرة، ونوع المؤسسة) لدى عينة الدراسة. واستخدم الطالب في جمع البيانات مقياس التنشئة التنظيمية لجيل هوثر وزملائها 2003، ومقياس الأداء المهني للممرضين لبريسيا شورين 1978، وقام الطالب بترجمتهما إلى اللغة العربية وتأكد من خصائصهما السيكومترية.

ولقد كشفت نتائج الدراسة بمساهمة بعدي التنشئة التنظيمية وهما: "تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى عينة من الممرضين، حيث وجدت علاقة إرتباطية بين المتغير المتنبئ، إذ بلغت قيمة معامل الإرتباط ( $R=0.71$ ) بالنسبة لبعدي "تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة"، كما بلغت قيمة معامل التحديد ( $R^2=0.50$ ) وهو ما يفسر نسبة 50% في التنبؤ بالأداء المهني الكلي للممرضين. أما بعد الدور التنظيمي بلغت قيمة معامل التحديد ( $R^2=0.51$ ) وهو ما يفسر ما قيمته 1% من الأداء المهني. أما البعد الثالث للتنشئة التنظيمية وهو "التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة" لم يساهم في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى عينة الدراسة.

وفي ما يخص أثر التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني لدى عينة الممرضين باختلاف خصائصهم الشخصية من الجنس، السن، المستوى العلمي، الخبرة المهنية، الفئة المهنية، ونوع المؤسسة، بينت النتائج على وجود أثر للتفاعل بين متغير التنشئة التنظيمية على بعض أبعاد الأداء المهني لدى الممرضين باختلاف جنسهم، إلا أنه على مستوى الأداء ككل، لم يوجد أثر دال إحصائيا ( $P=0.11 > 0.05$ ). وكذلك بالنسبة للمتغيرات الشخصية للعينة، أظهرت النتائج كذلك على عدم وجود أثر دال إحصائيا للتفاعل بين متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل بدلالة السن ( $P=0.91 > 0.05$ ) المستوى العلمي ( $P=0.21 > 0.05$ ) والفئة المهنية ( $P=0.48 > 0.05$ ) ومتغير الخبرة المهنية ( $P=0.48 > 0.05$ ) ونوع المؤسسة إن كانت مؤسسة إستشفائية أو مؤسسة في الصحة الحوارية ( $P=0.59 > 0.05$ ).

## قائمة المحتويات

الإهداء.....	أ.....
ملخص البحث:	د.....
قائمة المحتويات.....	ه.....
قائمة الجداول.....	م.....
قائمة الأشكال.....	ص.....
قائمة الملاحق.....	ص.....
مقدمة:	1.....
الفصل الأول: تقديم البحث.....	9.....
1-1- الإشكالية:	9.....
1-2- الفرضيات:	15.....
1-3- دواعي إختيار البحث:	15.....
1-4- أهداف الدراسة:	16.....
1-5- أهمية الدراسة:	17.....
1-6- تعريف مصطلحات البحث إجرائيا:	17.....
الفصل الثاني: مفهوم التّنشئة الإجتماعية.....	25.....
1-2- تعريف مفهوم التّنشئة الاجتماعية:	25.....
1-1-2- التعريف اللّغوي:	25.....
1-2-2- التعريف الإصطلاحي:	26.....
2-2- نظريات التّنشئة الاجتماعية في العلوم الإجتماعية.....	27.....
1-2-2- الإتجاه الاجتماعي لعملية التّنشئة الإجتماعية.....	27.....
1-1-2-2- كارل ماكس.....	28.....

- 28..... 2-1-2-2-2 إميل دوركايم
- 32..... 3-1-2-2-2 ماكس فيبر
- 34..... 2-2-2-2 إتجاه الأنثروبولوجية الثقافية والوظيفية للتشئة الاجتماعية:
- 35..... 1-2-2-2-2 رالف لينتن
- 36..... 2-2-2-2-2 روث بنديكت
- 37..... 3-2-2-2-2 تالكوت بارسونز
- 39..... 4-2-2-2-2 روبر ميرتن
- 40..... 3-2-2-2-2 الاتجاه النفسي للتشئة الاجتماعية
- 40..... 1-3-2-2-2 نظرية التحليل النفسي لسيجموند فرويد
- 42..... 2-3-2-2-2 النظرية التطورية لجون بياجي
- 43..... خلاصة الفصل
- 45..... الفصل الثالث: مفهوم التشئة التنظيمية
- 45..... 1-3- التشئة المهنية
- 45..... تمهيد:
- 45..... 1-1-3- تعريف مفهوم التشئة المهنية:
- 46..... 2-1-3- أهمية التشئة الاجتماعية في العمل
- 48..... 3-1-3- نظرية مور وعملية التشئة المهنية
- 50..... 4-1-3- الهوية في العمل
- 50..... 1-4-1-3- مسألة الهوية
- 51..... 2-4-1-3- هوية الجماعة عند رونو سانساليوا:
- 51..... 1-2-4-1-3- النموذج الإنسحابي
- 51..... 2-2-4-1-3- النموذج الإنصهاري



- 52.....3-1-4-2-3- النموذج التفاوضي
- 52.....3-1-4-2-4- النموذج التآلفي
- 52.....3-1-5-3- الهوية والإندماج المهني عند كلود ديبار
- 53.....3-1-5-3-1- النموذج الإقصائي أو المهمش:
- 53.....3-1-5-3-2- نموذج المهني الجديد
- 54.....3-1-5-3-3- النموذج الأفراد الإنتهازيين
- 54.....3-1-5-3-4- وأخيرا النموذج المتجانس
- 54.....3-1-6- عملية التعلم الإجتماعي لبونديرا
- 56.....3-2- التثنية التنظيمية
- 56.....تمهيد:
- 57.....3-2-1- نظريات التثنية التنظيمية
- 58.....3-2-2- منطري التثنية التنظيمية:
- 60.....3-2-3- مراحل التثنية التنظيمية
- 60.....3-2-3-1- التثنية الأولية أو ما قبل دخول المنظمة
- 61.....3-2-3-2- مرحلة الإندماج:
- 61.....3-2-3-3- إدارة الدور
- 64.....3-2-5- الإجراءات التنظيمية للتثنية:
- 66.....3-2-6- الإستراتيجيات الفردية للإندماج:
- 67.....3-2-6-1- عملية البحث عن المعلومات:
- 70.....3-2-7- قياس التثنية التنظيمية
- 70.....3-2-7-1- تاريخ تطوّر قياس التثنية التنظيمية:
- 71.....3-2-7-1-1- مقياس كاو وآخرون (1994)

- 72..... مقياس تورمينا (1997) 2-7-7-2-3
- 73..... مقياس أنكوي و غرينهوس (1999) 3-1-7-2-3
- 75..... مقياس هوثر وآخرون(2003) 4-1-7-2-3
- 75..... الصعوبات في قياس التثنية التنظيمية 2-7-2-3
- 75..... التثنية التنظيمية وعلاقتها بالمفاهيم الأخرى 8-2-3
- 75..... التثنية التنظيمية والمسار المهني: 1-8-2-3
- 76..... التثنية التنظيمية والإندماج المهني 2-8-2-3
- 79..... الفصل الرابع: الأداء المهني ومحدداته النفسية.....
- 79..... تمهيد: .....
- 79..... 1-4- تعريف الأداء: .....
- 79..... 1-1-4- تعريف الأداء لغويًا: .....
- 80..... 2-1-4- تعريف الأداء إصطلاحا .....
- 82..... 2-4- أبعاد الأداء عند كامل .....
- 84..... 3-4- سياق الأداء: نظرة جديدة للبحث .....
- 86..... 4-4- المحددات الشخصية والتحفيزية للأداء الفردي في العمل.....
- 86..... 1-4-4- العلاقة بين سمات الشخصية، العواطف والأداء الفردي: .....
- 87..... 2-4-4- السمات الشخصية والأداء المهني .....
- 88..... 5-4- تقييم الأداء .....
- 88..... 1-5-4- نموذج تقييم الأداء عند الممرضين في الجزائر.....
- 90..... 2-5-4- نماذج لدراسات قياس الأداء المهني عند الممرضين .....
- 91..... 1-2-5-4- مقياس الأداء المهني للممرضين لـ (Kempf, Florence, 1949).....
- 92..... 2-2-5-4- مقياس الأداء المهني للممرضين لـ (Shirley et al, 1971) .....

94.....	4-5-2-3- مقياس الأداء المهني عند المرضى لـ (Schwirian Patricia, 1978)
94.....	4-5-2-4- مقياس الأداء المهني للمرضى عند لـ (David, Cowan & al, 2008)
95.....	4-5-2-5- مقياس الأداء المهني للمرضى لـ عصمان وآخرون (2011)
96....	4-5-2-6- مقياس الأداء المهني للمرضى لـ (Joanne, Fitzpatric and al, 1997)
97.....	4-5-2-7- مقياس الأداء المهني للمرضى لـ (Huey-Ming Tzen, 2004)
99.....	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة
99.....	تمهيد:
99.....	5-1- الدراسة الإستطلاعية
99.....	5-1-1- الخريطة الصحية لولاية وهران:
99.....	5-1-1-1- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)
100.....	5-1-1-2- المؤسسات العمومية في الصحة الجوارية (EPSP):
101.....	5-1-1-4- مؤسسات التكوين شبه الطبية:
102.....	5-1-1-5- الموارد البشرية (المرضى)
102.....	5-1-2- مكان إجراء الدراسة
103.....	5-1-3- مجتمع الدراسة:
104.....	5-1-4- عينة وزمان الدراسة الإستطلاعية
104.....	5-1-5- توصيف عينة الدراسة الإستطلاعية:
107.....	5-1-6- الخصائص السيكومترية لمقياس التنشئة التنظيمية:
107.....	5-1-6-1- تعريف المقياس:
109.....	5-1-6-2- مراحل تعريب وتقنين مقياس التنشئة التنظيمية:
109.....	5-1-6-2-1- المرحلة الأولى: الترجمة والتعريب
110.....	5-1-6-2-2- المرحلة الثانية: اختبار صدق المقياس

أ- صدق المحكمين: .....	110
ب- التحليل العاملي الإستكشافي لمقياس التنشئة التنظيمية: .....	112
ج- معاملات ثبات مقياس التنشئة التنظيمية .....	118
5-1-6-2-3 طريقة إعطاء التقديرات الكمية لمقياس التنشئة التنظيمية: .....	118
5-1-7-7 الخصائص السيكومترية لمقياس الأداء المهني للمرضين: .....	120
5-1-7-1-1 تعريف المقياس: .....	120
5-1-7-2-2 مراحل تعريب وتقنين مقياس الأداء المهني للمرضين لبتريسيا شويرين .....	122
5-1-7-2-1-1 المرحلة الأولى: الترجمة والتعريب .....	122
أ- صدق المحكمين: .....	122
ب- التحليل العاملي الإستكشافي لمقياس الأداء المهني .....	126
ج- معاملات ثبات مقياس الأداء المهني .....	134
5-1-7-2-3 طريقة إعطاء التقديرات الكمية لمقياس الأداء المهني: .....	134
5-2-2-5 الدراسة الأساسية .....	136
5-1-2-5 مواصفات عينة الدراسة الأساسية: .....	136
5-2-2-2 منهج الدراسة الأساسية: .....	137
5-3-2-5 الأساليب الإحصائية للتحليل: .....	138
الفصل السادس: عرض النتائج .....	140
6-1-6 عرض نتائج الفرضية الأولى .....	141
6-1-1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: .....	144
6-2-1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية .....	146
6-3-1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: .....	149
6-4-1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: .....	152

154	6-1-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
156	6-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة
159	6-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:
160	6-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: ....._Toc464997209
163	6-2-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:
170	6-2-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:
176	6-2-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:
185	6-2-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:
191	6-2-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:
197	الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة
197	7-1 مناقشة النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الأولى:
201	7-1-1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى:
202	7-1-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:
204	7-1-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:
205	7-1-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:
207	7-1-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:
208	7-1-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:
209	7-2- مناقشة نتائج فرضية الدراسة الثانية:
209	7-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:
211	7-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:
212	7-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:
213	7-2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

213	..... مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:
214	..... مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:
216	..... الخاتمة
217	..... التوصيات
222	..... قائمة المراجع
234	..... الملحق

## قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	سيرورة التنشئة الإجتماعية عند دوركاهم	30
2	إختلال عملية التنشئة الإجتماعية حسب دوركاهم	31
3	الإختلاف بين التنشئة الإجتماعية الجماعية والمجتمعية	33
4	مجالات التنشئة التنظيمية لفيشر	63
5	العمليات والإجراءات التنظيمية للتنشئة	64
6	الأبعاد المختلفة لقياس محتوى التنشئة التنظيمية	71
7	فئات المرضى المستفيدين من عملية التكوين التكميلي	103
8	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب نوع المؤسسة الصحية	106
9	التعديلات لفقرات مقياس التنشئة التنظيمية قبل وبعد التحكيم	110
10	الإتساق الداخلي لفقرات التنشئة التنظيمية مقارنة بالمقياس الكلي	112
11	مصفوفة قيم الشيوخ وتشبعات فقرات مقياس التنشئة التنظيمية باستخدام التحليل العاملي قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة Varimax	114
12	الأبعاد المستخلصة بعد التحليل العاملي (بعد التدوير) ومضامينه لمقياس التنشئة التنظيمية	115
13	معاملات الثبات لجيتمان وألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التنشئة التنظيمية	118
14	طريقة إعطاء التقديرات الكمية لمقياس التنشئة التنظيمية	119
15	التعديلات لفقرات مقياس الأداء المهني عند المرضى قبل وبعد التحكيم	123
16	إتساق فقرات الأداء المهني للمرضى مقارنة بالمقياس الكلي لعينة الدراسة الإستطلاعية	126
17	مصفوفة قيم الشيوخ وتشبعات فقرات مقياس الأداء المهني للمرضى باستخدام التحليل العاملي قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة (Varimax)	127
18	يوضح العوامل المستخلصة بعد التحليل العاملي (بعد التدوير) ومضامينه لمقياس الأداء المهني عند المرضى	129

134	معاملات الثبات لجيتمان وألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الأداء المهني	19
134	التقديرات الكمية حسب سلم ليكارت لمقياس الأداء المهني عند المرضى	20
141	تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني ككل لدى عينة الدراسة	21
142	يلخص الإنحدار المتعدد لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى المرضى	22
143	تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني للمرضين	23
144	تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية لدى المرضى	24
144	يلخص تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية لدى المرضى	25
145	يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية عند المرضى	26
146	يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد البحث والتطوير والعمل الجماعي لدى المرضى	27
147	يوضح نتيجة تحليل الإنحدار المتعدد لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد البحث والتطوير والعمل الجماعي لدى المرضى	28
148	يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد البحث والتطوير والعمل الجماعي لدى المرضى	29
149	يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد التعليم، التخطيط والتقييم لدى المرضى	30
150	يلخص نتيجة تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد التعليم والتخطيط والتقييم عند المرضى	31
151	يوضح نتيجة تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد التعليم،	32



	التخطيط والتقييم لدى الممرضين	
152	يوضح تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد الصّحة وتقديم الدعم للمريض وفريق العمل عند الممرضين	33
153	يلخص تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد ترقية الصّحة وتقديم الدعم للمريض وفريق العمل عند الممرضين	34
153	يوضح نتيجة تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد ترقية الصّحة وتقديم الدعم للمريض وفريق العمل عند الممرضين	35
154	يوضح تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض عند الممرضين	36
155	يلخص نتيجة الإنحدار المتعدّد لأبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد الوسائل والتعاطف مع المريض لدى الممرضين	37
155	يوضح نتيجة تحليل الإنحدار المتعدّد لأبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض لدى الممرضين	38
156	يوضح تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد التّمية الشّخصيّة والمهنيّة لدى الممرضين	39
157	يلخص تحليل الإنحدار المتعدّد لاختبار أبعاد التّشئة التّظيمية بعدد التّمية الشّخصيّة والمهنيّة لدى الممرضين	40
158	نتيجة تحليل الإنحدار المتعدّد لأبعاد التّشئة التّظيمية في التنبؤ بعدد التّمية الشّخصيّة والمهنيّة لدى الممرضين	41
160	نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشئة التّظيمية والجنس والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ لدى العينة	42
161	يلخص نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشئة التّظيمية والجنس والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ عند الممرضين	43
162	بيّن متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير الجنس عند الممرضين	44
163	بيّن الفروق بين متوسطات الأداء المهنيّ وأبعاده باختلاف الجنس (L.S.D)	45

164	نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والسّن والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ عند المرضين	46
165	يلخص تحليل نتائج التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والسّن والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ ومستوى الأداء ككل عند المرضين	47
166	يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل وفقاً لمتغير السّن لدى المرضين (L.S.D)	48
170	يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير السّن لدى العينة	49
170	نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والمستوى العلمي والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء الكلي عند المرضين	50
171	يلخص تحليل نتائج التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والمستوى العلمي والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء الكلي عند المرضين	51
173	يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير المستوى العلمي عند المرضين	52
173	يبيّن التباين في أبعاد الأداء المهنيّ وفقاً لمتغير المستوى العلمي عند المرضين	53
175	يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير المستوى العلمي عند المرضين	54
176	نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والفئة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء ككل لدى المرضين	55
177	يلخص تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والفئة المهنية والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء ككل لدى المرضين	56
179	يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير الفئة المهنيّة لدى العينة	57
179	يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التّشعّبة التّنظيمية والفئة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهني ككل لدى المرضين	58
181	يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ وفقاً لمتغير الفئة المهنيّة عند المرضين	59

185	نتيجة تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية والخبرة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء ككل لدى المرضى	60
186	يلخص تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية والخبرة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل لدى المرضى	61
187	يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهني والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقا لمتغير الخبرة المهنيّة لدى المرضى	62
188	يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التّشعّة والخبرة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني كل لدى المرضى	63
189	يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ وفقا لمتغير الخبرة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ عند المرضى	64
191	يلخص تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية ونوع المؤسسة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل لدى المرضى	65
192	يبيّن تحليل التباين المتعدّد لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية ونوع المؤسسة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء ككل لدى المرضى	66
194	يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية ونوع المؤسسة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء الكلي لدى المرضى	67
194	يبيّن المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة للمتغيرات لأبعاد الأداء المهنيّ حسب نوع المؤسسة لدى المرضى	68
195	يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ وفقا لنوع المؤسسة عند المرضى (L.S.D)	69

## قائمة الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
23	النموذج المفاهيمي للدراسة الاستطلاعية	1
38	نظام LIGA لبارسونز	2
57	التنشئة التنظيمية للفرد داخل المنظمة عند لاكاز	3
62	مراحل التنشئة التنظيمية لفلدمان	4
135	النموذج المفاهيمي للدراسة الأساسية	5

## قائمة الملاحق

235	مقياس التنشئة التنظيمية لجيل هوثر باللغة الأجنبية	1
238	مقياس الأداء المهني للممرضين لبتريسيا شويرين باللغة الأجنبية	2
241	إستبيان التنشئة التنظيمية قبل التحكيم	3
249	التعديلات التي ترتبت عن تحكيم مقياس التنشئة التنظيمية والأداء المهني للممرضين	4
252	إستبائي الدراسة في صيغتهما النهائية	5

## مقدمة:

توصف مرحلة دخول الأفراد لأول مرة في المؤسسة بالمرحلة المقلقة والغامضة خاصة بالنسبة لأولئك الذين أنفوا دراساتهم في الجامعات ومراكز التكوين، لأنها مرحلة انتقالية من حياة الطالب الجامعي إلى الحياة المهنية، ويعتبرها باركس (Parks, 1971) عن ديولوا، فركوجولي سارشييلي (Depolo, Fraccoroli & Sarchielli, 1994, P.132) على أنها مرحلة انتقالية نفسية-اجتماعية نظرا للتغيرات التي تطرأ على الفرد من حيث خصائص الهوية الشخصية والاجتماعية والمهنية. ويرى (Perrot, 2006) أنّ فترة التكيف (Accomodation, Adaptation) بين الفرد والمنظمة لها تأثير قوي على نجاح أو فشل عملية التوظيف. ويصف Assaad El Akremi et al (2014, P.317) دخول الموظف الجديد المنظمة بالحدث الهام في المسار المهني للفرد، وأنّ التشنّة التنظيمية على العموم تتسم بالقلق والشك لدى العامل الذي سيتعامل مع متطلبات التكيف والاندماج وكذلك السياق التنظيمي الذي يكون مجهول وصعب التوقع.

فبداية المشوار المهني للموظف الجديد داخل المنظمة، تجعله لا يدرك ولا يفهم كُّلّ الحالات والمواقف التي يلاحظها أثناء تأديته لمهامه، خاصة إذا لم تتوفر لديه مسبقا المعلومات الكافية والدقيقة عن أهداف الدور الذي سيقوم به داخل المؤسسة، وكذلك، عدم معرفة كل الزملاء والأشخاص الفاعلين، والسلوكيات الواجب التقيد بها. ولذا فهو في مرحلة تعلّم وفهم، يسعى من خلالها لمعرفة دوره، فيشرع في مهامه ومسؤولياته المتعلقة بوظيفته، ليكشف عن مستوى الأداء الذي من المفترض أن يقوم به.

كما أنّ التوجهات الحديثة في تنمية وتطوير المسارات المهنية، تقودنا إلى الاعتقاد بأنّ الظواهر التي نحن بصدد التحدث عنها لها تأثير كبير على حياة الأفراد داخل المنظمات بما أنّ منظور المسارات المهنية للأفراد في المنظمة الواحدة حسب (Saks & Ashford, 1997) قد تجاوزها الزمن، لأنّ الموظفين اليوم يغيرون مناصب عملهم و يلجئون إلى مؤسسات أخرى تستجيب لتطلعاتهم، يغيرون مهنتهم ويكتسبون مهارات جديدة خلال حياتهم المهنية.

فالمقاربة النسقية أو النّظمية حسب أوبار ودي جولجاك (Aubert & De Gaulejac, 2007)، تسمح بتوضيح هذه العلاقة بين الفرد والمنظمة والتي هي عبارة عن إشتراك بين النسق النفسي (المتكّون من الرغبات والتّوقعات والحوافز و القلق) والتنظيم المتكّون على أساس تقسيم العمل و إنتاج المنتجات و الخدمات. ومهما كان نوع نشاط المؤسسات، فهي مجبرة على تسيير دخول أفرادها ونقصد بذلك عملية الإنتقاء والتّوظيف وكذلك الخروج منها: (التقاعد، الإستقالات والفصل من العمل) والتي أصبحت تتزايد أكثر فأكثر في المؤسسات وأصبح يشوب عملية التوظيف إختلالا فاضحا بين كل من الإنتقاء الصارم (في بعض الأحيان فرض شروط تعجيزية للتوظيف) من جهة وإنعدام سيرورة الإندماج وولاء الأفراد للمنظمة من جهة أخرى. وأنصب إنشغال المؤسسات في الكيفية التي تتم بها عملية إستقطاب موظفين أكفاء، لا سيما تلك الفئات المهنيّة المؤهّلة، والمتخصصة في بعض القطاعات الحيوية والحساسة كالتّعليم والصحة والتّربية، والتي عرفت في الآونة الأخيرة ندرة من حيث (الكم) و(الكيف)، إضافة إلى إرتفاع نسبة دورانها (الحركية) كالأطباء والمرضى، وأيضا وجود منافسة شرسة بين المؤسسات العمومية والعيادات الطّبية الجراحية الخاصّة، هذه الأخيرة تعطي إمتيازات جد مغرية وجو عمل مريح يجعلها تستقطب هذه الكفاءات.

ولعلّ من بين الصّعوبات التي تواجهها المؤسسات في عملية التّوظيف، هي إختيار عمال يتصفون بسهولة التّعامل مع الزبائن، والذين يمكن لهم من تمثيل وتقديم صورة جيدة عن المؤسسة. كما أنّ ترك الموظف لمنصب عمله في المؤسسة طوعيا يجعل هذه الأخيرة تبحث عن عامل آخر لتعويضه، وهو ما يجعل المؤسسة تتكبّد تكاليف جديدة في التكوين والتّوظيف. علاوة على ذلك، فالمؤسسات الخدمائية تجعل من دوران عمّالها يلحق ضررا بزبائنهم من حيث ضمان التّناسق ونوعية العمل المطلوب، ولهذا فهي مطالبة بتسيير وفعالية دخول الموظفين الجدد ونعني بذلك تدريبهم على إنجاز مهامهم، وكذلك نقل (Transmettre) إليهم قيم ومعايير المؤسسة وإدماجهم ضمن فرق العمل.

فالإندماج عند بريتي (Perreti, 2004) هو عبارة عن مجموعة من الممارسات والإجراءات التنظيمية التي تقوم بها المؤسسة بعد عملية التوظيف، وحثّ الكاتب على ضرورة متابعة ومرافقة الموظف الجديد في المنظمة، ونحن ندرك أنّ دورات التوجيه والإرشاد في العمل هي جزء هام من عملية التوظيف. ويرى بريتي أيضا أنّ قلة من المؤسسات تأخذ وقتا في إمداد وتوفير معلومات كافية وصحيحة للموظفين الجدد (Peretti, 2004, p.212). كما أنّ إدماج الموظفين المبتدئين داخل المنظمة حسب مينار (Menard, J.)، تتدخل فيه آليتين يجب أخذهما بعين الاعتبار وهي قدرات التعلّم المعرفية من جهة، والقدرات العلائقية النفسية-الإجتماعية للفرد من جهة ثانية ( Pierre-Henri François, 2007, P. 94). وتستوجب عملية الإندماج حسب (Menard, Jean-Yves 2004, P. 26)، تقاطع كل من نية المؤسسة في الحفاظ على الموظف ورغبة هذا الأخير في البقاء بداخلها. ويؤكد مينار في هذا الصدد على وُجوب توفر شروط ضرورية ليتم ذلك وهي: سيورة التنشئة التي تسمح بتعزيز التعلق الوجداني للفرد مع الجماعة البشرية والإمكانيات والفرص التي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وتوقعاته. فإكتساب ثقافة المؤسسة حسبه هي عامل مهم للإندماج وكذلك دور الجماعة لتعلّم الفرد كيفية التفكير والتصرف.

إذا، الإندماج هو مرحلة أساسية في عملية التوظيف ويمكن تحليله بإستخدام نظريات تسيير المسار المهني للفرد. ففي علوم التسيير مثلا، نجد الكثير من الأدبيات التي إهتمت بالمسار المهني للموظف والتي ركزت على المسارات داخل المؤسسة، والتي تبدأ منذ توظيف الفرد وتنتهي عند مغادرة العامل للمؤسسة كالتقاعد مثلا. لكن التفكير في كيفية إندماج الأفراد في المؤسسة من منطلق مجموعة من الممارسات التنظيمية تستوجب الفهم. وهذا ما لا يسمح لنا بتفسير كيفية سير العملية والأخذ بالحسبان الجوانب الفردية في ذلك، إذا كان ممكنا تعريف المسار المهني للشخص على أسس موضوعية، علما أنّها تتوقف على أسس ذاتية. لذلك فالمقاربة النفسية-الإجتماعية في بداية المشوار المهني داخل المنظمة تجعلنا نتعمق في دراسة مفهوم التنشئة التنظيمية (Annick Weil-Barais & Cupa, 2008, p.47).

وأشار إدغار شين (Edgar H. Schein, 1968) في دراسته إلى أنّ التّشعّبة التّنظيمية سيرورة يتعلّم من خلالها الفرد طريقة وأسرار العمل لما لها من آثار على المستوى التّنظيمي وعلى مستوى الفرد. إذ تسمح عملية التّشعّبة على ضمان إستمرار المؤسسة من خلال القيم التي تتميز بها وأيضا المعارف والخبرات التي جعلتها تحقق النجاح، واكتساب مكانة وسمعة في السّوق والتي تنقل للموظفين الجدد لتنمية وتطوير مشاعر الإنتماء لديهم والولاء للمنظمة.

وبيّن أشفورد و ساكس ( Ashford & Saks, 1996 ) على أنّ التّشعّبة التّنظيمية تؤثر في سلوك الأفراد ومنها سلوك الأداء ونية البقاء أو ترك المنظمة ويُمكن تسيير التّشعّبة كوسيلة للتقليل من القلق والتقليل من دوران العمالة وزيادة الفعالية التّنظيمية.

وفي نفس السّياق، أوضح فلدمان ( Feldman, 1976 ) بأنّ التّشعّبة في المؤسسة تلازم الفرد طوال حياته الوظيفية إلاّ أنّها تكون مكثّفة عند دخول الموظّف إلى المنظمة لأوّل مرّة.

يهتم موضوع دراستنا بفئة المرضين والتي أصبحت تشكل مصدر قلق لمسؤولي قطاع الصحّة، حيث يشتكي معظم مسيري الموارد البشرية في الصحّة العمومية وحتى العيادات الخاصّة من نقص فادح في المرضين مما إنعكس سلبا على أداء هذه المؤسسات الصحيّة.

قام الطالب بتصميم فصول الدّراسة على النحو التالي:

**الفصل الأوّل** تطرقنا فيه إلى تقديم البحث من حيث الإشكالية، الفرضيات، أسباب اختيار موضوع البحث، الأهداف، أهمية البحث، تعريف مصطلحات البحث إجرائيا.

**في الفصل الثاني** من الرّسالة، سلّطنا الضوء على أهمّ النّظريّات الأساسيّة لسيرورة التّشعّبة الاجتماعيّة ( La socialisation ) في العلوم الاجتماعيّة والتي لقيت إهتمام العديد من العلماء الإجماعيين لتفسير كيف حافظت المجتمعات البشرية عبر عصور خلت على إستمراريتها، بنقل نظام قيمها وتقاليدها وعاداتها وثقافتها عبر أجيال متعاقبة. ومن بين الرّواد الإجماعيين والتّفسائيّين والأنثروبولوجيين الأوائل الذين اهتمّوا بالظاهرة، نذكر على سبيل



المثال لا الحصر (دوركاييم؛ ماكس فيبر، كارل ماركس)، و بعض الأنثروبولوجيين من أمثال (لنتن؛ بنيكديت) وأيضا رواد المدرسة الوظيفية والممثلة في (بارسونز). وبالبرغم من اختلاف آرائهم حول الموضوع، إلا أنهم أجمعوا على هيمنة المجتمع على الفرد.

كما أنّ نظرة علماء النفس إلى التّنشئة الإجتماعية، تعتبر بمثابة سيرورة والتي من خلالها تتكون الشّخصيّة وتنمو كينونة الفرد وتتطوّر. فأعمال كل من فرويد وجون بياجى في تحليل الميكانيزمات النفسية للأشخاص، سمحت بفهم الظواهر الإجتماعية داخل المجتمع.

سنتطرّق في الفصل الثالث إلى أهمية التّنشئة الإجتماعية في العمل، خاصّة مع تطوّر العمل وتعبده والذي شكّل عاملا أساسيا في هيكله العلاقات الاجتماعية، فانتقلت نظريات التّنشئة الإجتماعية إلى عالم الشّغل والمهّن، ومن مؤسسيها عالم الاجتماع الأمريكي مور (Wilbert E. Moore)، سانساليوا (Sainsaulieu) وديبار (Claude Dubar) والذين أشاروا على أنّ العلاقات في العمل بين مختلف الجماعات المهنيّة، ساهمت في تشكيل هويّة الأفراد داخل المؤسسات.

ونظرا لأهمية التّنشئة الإجتماعية في عملية تقمص الهويّة (Identification) وإثباتها، سنستعرض أعمال بونديرا (Albert Bandura)، والذي يعتبر أنّ التّنشئة الإجتماعية لها دور جوهري في عملية التّعلّم الإجتماعي. ونتطرّق في هذا الفصل أيضا، لمفهوم التّنشئة التّنظيمية من حيث التعاريف والمجالات والمحتوى وكيفية قياسه وإرتباطه ببعض المتغيرات التّنظيمية الأخرى. لقد جاءت فكرة توظيف مفهوم التّنشئة الإجتماعية في مجال العمل والمنظمات من طرف الباحثين في المجالات العلمية المختلفة (كعلم النفس الإجتماعي، علم الاجتماع، السلوك التّنظيمي، علوم التسيير... الخ) لسببين إثنين: أولهما، أنّ حياة الأفراد داخل المنظمات أصبحت مرتبطة فيما بينهم وأنهم يتشاركون ويتقاسمون نفس الخصائص؛ ثانيا، أنّ التّنشئة الإجتماعية لا تنتهي بمجرد بلوغ الفرد مرحلة المراهقة، لكنّها عملية

مستمرة طوال حياة الفرد، يكتسب فيها الخبرات والتجارب، خاصّة في منظمات العمل باعتبارها مكانا مفضلا يساهم في عملية التّنشئة الإجتماعية.

أمّا الفصل الرابع، تناولنا فيه، متغير الأداء أو ما يعرف (الإنجاز، الإنتاجية، المردودية) وكيفية تقويمه والذي يعتبر من بين المهام الرّئيسية لإدارة الموارد البشرية، وكذلك بعدا جوهريا في قياس الأداء العام للمؤسسة. لكن يبقى مفهوم الأداء في حدّ ذاته غامضا، إذ إنصبت معظم الدّراسات العلمية على عملية تقويم الأداء من حيث معايير وتقنياته وأيضا محدداته الفردية (التحفيز، المشاركة، الرضا... إلخ)، دون تعريف دقيق عن ماهية الأداء، وستتطرق في هذا الفصل إلى تقديم لمحة عامة عن الأداء والمتغيرات المرتبطة به. كما أنّ الأداء يختلف من نشاط لآخر، ومن مهنة إلى أخرى وهو حال عملية تقييم الأداء عند المرضين في التشريع والقانون الجزائري مع عرض لبعض نماذج الأداء عند المرضين في الدّول الغربية، خاصّة الدّول الأنجلوساكسونية والتي عرفت تطورا هاما في هذا المجال مما ترتب عنه تحسن في مستوى الخدمات التّمرضية.

تطرق الفصل الخامس إلى الإجراءات المنهجية للدّراسة، حيث قدمنا في بدايتها وصف عام عن الخريطة الصّحية لولاية وهران، من حيث توزيع المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصّحة الجوارية والعيادات الخاصّة ومؤسسات التّكوين شبه الطبية وكذلك الموارد البشرية (المرضى). وشملت الدّراسة الإستطلاعية على جملة من الخطوات: أولها، ترجمة أدوات القياس وهما: مقياس التّنشئة التّنظيمية وأبعاده الثلاثة لجيل هوثر وزملائها (Jill Haueter, 2003)، والذي يعتبر من المقاييس الأكثر تداولاً في البحوث عن التّنشئة التّنظيمية للموظفين الجدد في المؤسسات. والأداة الثانية، هي مقياس الأداء المهنيّ وأبعاده الستة لباتريسيا شويرين (P. Schwirian, 1978) وهو من المقاييس الأكثر إستعمالاً في تقويم أداء المرضين خاصّة في الدّول الأنجلوساكسونية بصفة عامة. ثانيا، قمنا بتقنين المقاييس على مجتمع الدّراسة والتّحقق من خصائصهما السيكمترية من حيث الصدق والثبات على عينة من

المرضىين قوامها (142)، ويعملون ببعض المؤسسات الصحية بوهران، مع عرض لمواصفاتها. أما الدراسة الأساسية، تم فيها تطبيق أدوات القياس على عينة متكوّنة من (261) ممرض وممرضة.

ولتحليل البيانات ومعالجتها إحصائيا، إستعمل الطالب جملة من الأساليب الإحصائية ومنها نموذج الإنحدار المتعدّد (La régression multiple) لإختبار الفرضية العامة التي تفحص مدى مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بأبعاد الأداء المهني لدى عينة الممرضين، وكذلك تحليل التباين المتعدّد (Manova) لفحص أثر إختلاف أبعاد التنشئة التنظيمية على الأداء المهني وأبعاده لعينة الدراسة باختلاف متغيراتهم الشخصية (الجنس، السن، المستوى العلمي، الرتبة المهنية، الخبرة المهنية، ونوع المؤسسة)، معتمدا في ذلك على الحزمة الإحصائية في العلوم الإجتماعية (Spss) إصدار 10. وكذلك تم عرض النتائج حسب تسلسل فرضيات الدراسة في الفصل السادس.

أما الفصل السابع من الدراسة، تناولنا فيه مناقشة الفرضيات في ضوء بعض الدراسات السابقة، الإستنتاج، التوصيات، قائمة المراجع والملاحق.

---

<sup>1</sup> Statistical Package for the Social Sciences.

## الفصل الأول: تقديم البحث

## الفصل الأول: تقديم البحث

### 1-1- الإشكالية:

تعدّ التّشكّلة الإجماعية عملية جوهرية في إعداد الفرد وتوجيهه للتعايش في مجتمعه غير أنّها لا تقتصر على مرحلة معينة من حياة الإنسان مثل ما نظّر لها "جون بياجى" (Jean Piaget)، والتي تنتهي حسب مجرد بلوغ الفرد مرحلة المراهقة، الأمر الذي جعل بعض الباحثين مثل "ليكمان وبرجى" (Berger et Luckman, 1966) ينتقدون نظريته، معتبرين أنّ التّشكّلة الإجماعية سيرورة مستمرة وتلازم الفرد طوال حياته بداية من الأسرة إلى المدرسة والعمل... إلخ، ويكتسب فيها الشّخص المعارف والخبرات اللازمة وأدوارا إجماعية جديدة تسمح له بالتّكيف مع مستجدات الحياة.

ظهر مفهوم التّشكّلة الإجماعية مع نهاية القرن التاسع العاشر في مجال العلوم الإجماعية منها علم الاجتماع وعلم النفس وعلم النفس الإجماعي، عندما كانت الحاجة لفهم بعض الظواهر الإجماعية. ومع تطوّر الوضع الإجماعي والإقتصادي والثّقافي، توسّع هذا المصطلح لينتقل إلى منظمات العمل، باعتبارها شكل خاص لجماعة إجماعية يعيش فيها العامل كمواطن وفي تفاعل، أين يحظى بتسهيلات وصعوبات في عملية الإندماج.

بدأت الأبحاث عن التّشكّلة التّظيمية عندما لاحظ أساتذة مدرسة الأعمال (Business Schools) بشيكاغو أنّ القيم التي لقيت لطلبهم في الجامعة سرعان ما تنسى بمجرد أن يتمّ توظيفهم في المؤسسات، مما جعل هؤلاء الأساتذة يحاولون فهم هذه الظاهرة، ومعرفة كيف أمكن لهذه المؤسسات التي عرفت إستقرارا ونجاحا في تلك الفترة من تجريدهم من القيم التي إكتسبوها خلال مرحلة الدّراسة الجامعية، وغرس لديهم قيما جديدة عن المؤسسة، لكي تتناسب مع سياستها التّجارية والتّسويقية.

ومن هذا المنطلق، قام "إدغار شين" (Edgar H. Schein, 1963) أستاذ في علم النفس التّظيم بإجراء دراسة على مجموعة من طلبته المتخرجين من جامعة شيكاغو لدفعات (1961، 1962، 1963)، بغرض التّعرف

على التغيرات التي طرأت على إجتاهاتهم وسلوكياتهم في السنة الأولى من تعيينهم في وظائف بمختلف المؤسسات الأمريكية. ومن بين الملاحظات التي إستنتجها إدغار شين هي أنّ المنظمة لها تأثير في سلوكيات واتجاهات العمال، وأنّ الفرد يعدّل ويكيّف سلوكه مع ثقافة ونظام قيم المنظمة حتى يكون عضوا فاعلا ومشاركا. وقد قدم شين (Schein, 1963) أول تعريف للتشعّبة التنظيمية (Socialisation organisationnelle) على أنّها سيرورة يتعلّم من خلالها العامل الجديد أسرار المهنة أو المهام التي أسندت إليه.

إنطلقت الأبحاث عن التشعّبة التنظيمية في مختلف المؤسسات الخدمائية والإقتصادية خاصّة في الدّول الأنجلوساكسونية لفهم أكثر لظاهرة التشعّبة التنظيمية عند الموظفين الجدد من أجل زيادة إنتمائهم لمؤسساتهم وتسهيل عملية إندماجهم والرّفيع من إنتاجيتهم وأدائهم. وجعلت الدّول الصّناعية الكبرى الفرد محورا جوهريا في عملية التشعّبة التنظيمية لما لها من إيجابيات على الفرد والمؤسسة.

يرى (برابح، 1994) أنّ أداء العمل يتطلب حتمية التّكيف مهنيًا وإجتماعيا للأفراد في المنظمات من خلال تحسين مناخ العمل وظروفه وأن تتوافق حاجاتهم وقدراتهم وتوقعاتهم وأهدافهم مع متّطلبات التنظيم. نفس الفكرة أثارها حسين العلوي (1988) عن (Robbins et Muchinsky) أنّ نجاح أو عدم نجاح عملية التّكيف الفرد في المؤسسة تعتمد في المقام الأول على مدى توافق بين شخصية الفرد وشخصية التنظيم. وأضحت إدارة الموارد البشرية حلقة أساسية في تسيير الأفراد بداية من عملية الإنتقاء والتّوظيف إلى غاية تقاعدتهم، لأنّهم المصدر الأول الذي يصنع التحدّي والمنافسة وزيادة فاعلية أداء المنظمة.

لهذا تقوم كبريات المؤسسات العالمية بتهيئة الموظّف الجديد وتكيفه مع محيط عمله الجديد، وتقوم إدارة الموارد البشرية بإعداد برامج الإستقبال والتّكوين والتّوجيه ومرافقة الموظفين الجدد حتى يتعلّموا ما يجب القيام به ويتسوّى لهم بأن يكونوا أعضاء فاعلين ومشاركين في المنظمة مع إلتزامهم وزيادة ولائهم. وكمثال على ذلك نجد المؤسسة الفرنسية

<sup>2</sup>(SODEXO) والمتخصّصة في خدمة المؤسسات والإدارات والجماعات والتي يبلغ عدد عمالها أكثر من 400 ألف موظف تغطي 80 دولة، حيث تقدم للموظفين الجدد دفتر إستقبال إلى جانب إستفادتهم من دورات تكوينية من أجل تسهيل شغل منصب العمل. أمّا بالنسبة للإطارات، تتضمن عملية الاندماج حسب ( Basseyre des Horts, 2011) في مؤسسة (SODEXO) على سبعة مراحل هي: القيام بتربص لمعرفة النشاط وتقاسم العمل اليومي لفريق العمل؛ فهم المهنة؛ الإلتقاء مع زملاء العمل؛ تنمية وتطوير قدرة الفرد على تسيير علاقته مع الزبون؛ التدريب على قواعد تسيير فريق العمل، إستدخال كيفية إستعمال وسائل التسيير؛ حلقات الإندماج والتي تتركز على تقاسم المعلومات وكذلك الخبرات المشتركة.

أوضح كل من "ريشرز وآخرون" (Reichers, Wanous & Steel , 1994) أنّه على المنظمة المشاركة بفعالية في عملية التّنشئة التّنظيمية وتوزيع مختلف المسؤوليات بين أفرادها. ويؤكّد "لويس وآخرون" ( Louis, Posner & Powell 1983) على أهمية دور إدارة الموارد البشرية في تنسيق عملية التّنشئة التّنظيمية، فعلى المشرفين والمكوّنين توفير المعارف والمعلومات اللازمة للموظفين الجدد. ولاحظ "هولتن" (Holton, 1995) أهمية دعم زملاء العمل للأفراد الجدد والذين يقع على عاتقهم الإستثمار في إنجاح عملية إندماجهم.

وتعرف الأنظمة الصّحية في العالم أزمة حادّة في الموارد البشرية المؤهّلة منها الأطباء والمرضين، إذ أشارت المنظمة العالمية للصّحة في تقريرها السنوي (OMS, 2009)<sup>3</sup> أنّ حاجات الدّول من العمالة في مجال الصّحة ستقدّر بحوالي 2.3 مليون من الأطباء والمرضين في آفاق 2020، وأوصت ذات المنظمة في تقريرها إلى رفع تعداد مهنيّي الصّحة الى 140% في إفريقيا لوحدها. فكندا مثلاً قدّرت حاجاتها من المرضين إلى ما يقارب 17119 ممرض في آفاق 2019-2020 (Lemire et Martel,2007, p. 244) الأمر الذي جعل كندا تلجأ إلى إستقبال إطارات طبية وشبه

<sup>2</sup> Société d'exploitation hôtelière, est une entreprise française de services, fondée par Pierre Bellon en 1966, regroupant 428000 collaborateurs et touchant plus de 75 millions de consommateurs dans 80 pays. Plus de détail voir le site : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sodexo>

<sup>3</sup> L'Organisation Mondiale de la Santé.

طبية من الدول الجنوب وتقوم بتحسين ظروف إستقبالهم وتوجيههم وإعداد برامج تكوينية خاصة تؤهلهم بأن يتكفوا ويندجوا في مجتمع العمل الكندي. كما شهدت المستشفيات الفرنسية صعوبات في توظيف الممرضين في بداية سنة 2000 وهو ما أثار إنتباه السلطات العمومية الفرنسية إلى ضرورة تطوير وترقية معارف الممرضين الذين هم في حالة نشاط وإرضاء حاجاتهم على المدى القصير والمتوسط. ومن هذا المنطلق، تم خلق المرصد الديمغرافي للمهّن في الصحّة (ONDPS)<sup>4</sup> والتي كانت من بين مهامه رصد حاجات المؤسسات الصحّية من العمالة في مجال الصحّة ومنها فئة الممرضين. وأطلق وزير الصحّة الفرنسية في 2008 حملة وطنية إعلامية تهدف إلى ترقية المهّن الصحّية، واقترح 200 ألف منصب عمل على مدى خمسة سنوات، تشمل جميع المهّن الصحّية. وجاءت هذه المبادرة التي أطلقها وزير الصحّة الفرنسي بعد أن تبين أنّ عدد الممرضين المتوجّهين نحو التقاعد في 2015 سيقارب 94000 ممرض (-54%). أمّا مساعدي التمريض (les aides soignantes) فقدّر عدد المتوجّهين نحو التقاعد 100 ألف (Françoise A, 2009, P.91).

والجزائر ليست بمنأى عن هذه الظاهرة فهي كذلك تشهد نقصا في إطاراتها الصحّية، خاصة فئة الممرضين، فحسب الإحصائيات الرّسمية، يبلغ عدد الممرضين ما يزيد عن الأربعين ألف شبه طبي، منهم 60% متوجّهون نحو التقاعد (هنا يظهر مشكل نقل المعارف والخبرات من الجيل القديم إلى الجيل الجديد)، هذا ما عبر عنه رئيس النقابة الجزائرية للشبه الطّبي (SAP)<sup>5</sup> "غاشي الوناس" (جريدة السلام اليوم، 22 يناير 2014)، هذا النقص في الممرضين حسب (Lagraa, K. 2010) ستكون له إنعكاسات في تقديم علاج ذو نوعية، إضافة على ذلك، هجرة هذه الفئة إلى الدّول الغربية للعمل، إذ إستقطبت الدّول المنتمية إلى منظمة التّعاون الإقتصادي والتّنمية (OCDE, 2007)<sup>6</sup> ما يقارب 8796 ممرض جزائري ومعظمهم تكّونوا بمدارس ومعاهد التّكوين الشّبه الطّبي في الجزائر. بالإضافة لنسبة

<sup>4</sup> L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

<sup>5</sup> Le Syndicat Algérienne des Paramédicaux.

<sup>6</sup> L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques.



الإستقلالات المتزايدة والتوجه نحو القطاعات الأخرى وترك مهنة التمريض. فاحتياجات الجزائر للممرضين ستكون أكبر بكثير في السنوات المقبلة خاصة بعدما باشرت السلطات العمومية في السنوات الأخيرة سياسة صحية جديدة تركز على إنشاء العديد من المؤسسات والمراكز الصحية ومنح إتمادات إلى الخواص لفتح عيادات طبية جراحية على كامل التراب الوطني.

إنّ على إدارة الموارد البشرية في المؤسسات الصحية العمل على مرافقة العمّال الجدد (الممرضين) في بداية مشوارهم المهنيّ ومساعدتهم على التكيف وتوفير لهم كل المعلومات والظروف اللاّزمة للقيام بعملهم.

وكانت لنا عدّة مقابلات مع مسؤولي الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية بوهان وكذلك الممرضين، حيث أشار معظمهم إلى أنّ الممرضين الذين يتخرجون من المعاهد ومدارس التكوين، يواجهون صعوبات كبيرة في العمل من بينها: الخوف من ارتكاب أخطاء، عدم قدرتهم على التفاعل مع زملاء العمل، نقص الدعم، عدم القدرة على إتخاذ القرارات، قلة وسائل العمل وثقل العمل وهي كلها مؤشّرات تؤثر على أدائهم وتزيد من قلقهم وتوترهم.

وفي هذا السياق، أكّدت دراسة (Rhéaume, Lebel & Gautreau, 2008) أنّ على الممرضين الجدد التعود على بيئة العمل لأنّ القيم التنظيمية داخل المؤسسة ليست كذلك التي إكتسبوها من خلال برامج التكوين داخل المدارس والمعاهد التكوينية العالي في شبه الطبي.

كما أشارت دراسات أخرى (Bauer, Morrison & Callister, 1998 ; Bradner, Tucker, ) (Erdogan & Truxillo, 2007) إلى وجود علاقة بين نجاح التّشئة التنظيمية والرضا عن الأداء، باعتبارها محركا رئيسيا في عملية تعلّم الموظفين ما يجب القيام به في مناصب عملهم و الإندماج في ثقافة المؤسسة، وتحسين علاقاتهم مع زملاء العمل حيث تعتبر عوامل تساهم في زيادة كفاءة وأداء الممرضين.

وأثبتت دراسات حديثة لـ"روش، ماركو" (Rush & Al, 2013 ; Marco & al , 2014) على أنّ التنشئة التنظيمية من خلال برامج التكوين والتوجيه والمرافقة للمرضين الجدد، ساهمت بشكل كبير في التقليل من التعيب وزيادة في التحفيز والرضا المهني وتحسن في الأداء.

وحسب دراسة "مادلاين استرين بيهار وآخرون" (Estyrn-Behar et al, 2008)، فقد بلغت نسبة المرضين الذين غادروا المستشفيات في السنة الأولى من عملهم (13.5%) منهم (86%) تخلوا طوعيا عن مهنتهم، وترجع أسباب ذلك إلى: ظروف العمل والمشاكل العلائقية والصعوبات الإنفعالية وضغوط العمل ونوعية العلاج المقدم للمرضى وعدم رضا المرضين عن الاستخدام الأمثل لمهاراتهم ونقص الاستقلالية وصعوبات أوقات العمل وعدم رضاهم عن الأجر، إلى جانب أسباب أسرية (كعلاج أحد أفراد الأسرة) وأسباب صحّية والرغبة في متابعة الدّراسة.

فبداية المسار المهني للمرضين المبتدئين تعدّ فترة حاسمة وتعبّر عنها (Lagraa, 2010, P. 23) "بمرحلة الشعور بالاحباط"، والإشكالية التي تطرح نفسها : كيف تؤثر المؤسسات الصحّية وأعضائها في عملية تنشئة المرضين الجدد؟ وما علاقة ذلك بالأداء المهني خاصة في السنوات الأولى من التوظيف؟ والتي تفرعت عنها التساؤلات التالية:

1- هل تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية (التنشئة الإجتماعية للتنظيم، التنشئة الإجتماعية لجماعة العمل، التنشئة الإجتماعية لمهام العمل) في التنبؤ بمستوى الأداء المهني وأبعاده (القيادة، العلاج، التعليم،/التعاون، التخطيط/التقييم/العلاقات الإنسانية والتواصل، التطوير المهني) لدى عينة المرضين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصحّة العمومية بوهراّن؟

2- هل يختلف أثر أبعاد التنشئة التنظيمية على الأداء المهني وأبعاده باختلاف المتغيرات الشّخصية (الجنس، السن، المستوى العلمي، الرتبة المهنية، الخبرة، ونوع المؤسسة) لدى العينة.

## 1-2- الفرضيات:

1- تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني وأبعاده لدى عينة الممرضين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصحة العمومية بوهران.

2- يختلف أثر أبعاد التنشئة التنظيمية على الأداء المهني وأبعاده باختلاف المتغيرات الشخصية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الرتبة المهنية، الخبرة، ونوع المؤسسة) لدى العينة.

## 1-3- دواعي إختيار البحث:

من بين الأسباب التي جعلتنا نهتم بموضوع التنشئة التنظيمية في المؤسسات الصحة العمومية ومن منطلق تخصصنا في علم النفس العمل والتنظيم وخبرتنا المتواضعة بالمركز الاستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب بوهران يمكن تحديدها فيما يلي:

- النقص الحاد في الإطارات شبه الطبية على المستويين الدولي والوطني والذي يستوجب من المؤسسات العمومية في الصحة الاهتمام بتهيئة وتنشئة أفرادها الجدد بما يتوافق مع بيئة العمل الجديدة.

- الإنعكاسات الإيجابية من خلال التسيير الجيد لعملية التنشئة التنظيمية على المستوى التنظيمي (الاستمرارية، المنافسة، صورة المؤسسة)، أما على المستوى الفردي تساعد على تكوين الأفراد لإتجاهات وسلوكات إيجابية كالإلتزام التنظيمي، الولاء نحو المنظمة، الرضا المهني، نية البقاء في المؤسسة الزيادة في التحفيز، الرفع من الأداء المهني، التقليل من الضغوطات والقلق وغموض الدور أو الصراعات وكذلك تماسك جماعة العمل، والحفاظ على خبرات المؤسسة.

- الاهتمام المتزايد للباحثين بعملية التنشئة التنظيمية في الفكر الإداري والتنظيمي وحسب ( Baker et al, 1991) على ضرورة ربط البرامج وسياسات التنشئة الاجتماعية بشكل وثيق مع السياسات الداخلية لإدارة الموارد البشرية لتنمية مهارات الأفراد والتي يمكن إستخدامها لمواجهة التحدّيات الخارجية للمؤسسة، وفهم

الطرق التي تجعل سياسة إدارة الموارد البشرية في عملية التنشئة الاجتماعية تساعد على تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة.

- إنعدام تام لبرامج التنشئة التنظيمية الرسمية على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصحة الحوارية التي تهتم بالمرضى والمرضى الجدد والذين غالبا ما يواجهون صعوبات في الإدماج مقارنة بالدول الأوروبية والأمريكية التي تولي اهتمام كبير لهذا الموضوع.

- غياب نظام تقوم الأداء المرضى المهني في المؤسسات الصحية.

- قصور إدارة الموارد البشرية في مؤسساتنا الصحية على متابعة ومرافقة الأفراد بعد التوظيف إذ يتوقف دورها فقط على تعيين الموظفين ودفع الرواتب.

#### 1-4- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة الغايات العلمية والتطبيقية، نذكر من بينها ما يلي:

- التوسع في مفهوم التنشئة التنظيمية في الفكر الإداري والتنظيمي وواقعه في المؤسسات الصحية في الجزائر من جهة ومدى مساهمته في الأداء المهني عند المرضى من جهة ثانية.

- الإطلاع على مفهوم التنشئة التنظيمية من حيث نظرياته ومجالاته وكيفية قياسه.

- التعرف على أساليب ومستويات التنشئة التنظيمية لدى عينة المرضى في مؤسسات الصحة العمومية.

- تفسير العلاقة بين عملية التنشئة التنظيمية في المؤسسات الصحية العمومية والأداء المهني وأبعاده لدى المرضى

- تقنين مقياس التنشئة التنظيمية على مجتمع الدراسة والتحقق من حيث الصدق والثبات على مجتمع الدراسة.

- تقنين مقياس الأداء المهني لدى المرضى والتأكد من الصدق والثبات على مجتمع الدراسة.

- إقتراح نظام علمي وموضوعي لتقييم أداء المرضى في مؤسساتنا الصحية.

## 1-5- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- الاستفادة من التراث الأدبي لمفهوم التّنشئة التّنظيمية في المجال الصّحي خاصّة أنّ الدّول الأنجوساكسونية تولي إهتمام كبير بهذا المفهوم.

- تطوير برامج تكوينية وتوجيهية في المؤسسات العمومية الاستشفائية وفي الصّحة الجوارية لتسهيل سيرورة إندماج المرضى وتحسين التّكامل في عملية الانتقال من الإطار النظري إلى الإطار التطبيقي في العمل.

- تسمح عملية التّنشئة التّنظيمية بدعم تنمية قدرات ومهارات المرضى قصد تلبية حاجات المواطنين في العلاج.

- تسمح عملية التّنشئة التّنظيمية باكتساب وغرس قيم ومعايير وثقافة المؤسسة لدى المرضى الجدد وزيادة ولائهم وإخلاصهم وإنتمائهم والرفع من أدائهم.

- أنّ نجاح عملية التّنشئة التّنظيمية يقلل من دوران المرضى والإستقالات ويحدّ من نسبة الغيابات.

- تسهم عملية التّنشئة التّنظيمية في تخفيض القلق والضّغوط والتي قد تؤثر على أداء المرضى.

- الاستفادة من نتائج الدّراسة وإمكانية تعميمها على المؤسسات الصّحية في الجزائر.

- تعميق المعارف فيما يخص مفهوم التّنشئة التّنظيمية من حيث محتواه وميادينه.

## 1-6- تعريف مصطلحات البحث إجرائيا:

### 1- التّنشئة التّنظيمية (la socialisation organisationnelle):

عملية يكتسب من خلالها الممرضون والمرضات الجدد المعارف والمهارات اللازمة للتكيف مع مناصب العمل الجديدة، الأدوار، والتفاهم مع زملاء العمل وإكتساب ثقافة المؤسسة حتى يكونوا أعضاء فاعلين ومشاركين في

المؤسسة وتحفيزهم على الأداء. وتشمل التّشئة التّنظيمية على ثلاثة أبعاد وهي كالتالي: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل؛ بعد التّكيف مع قيم وأهداف المؤسسة؛ بعد الدّور التنظيمي.

**2- بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل** ( Apprentissage des compétences de )  
(travail et acquisition des normes de groupe):

هو عملية تنشئة المرضين التي تتم من خلال إدراك المهام والمسؤوليات والدّراية بمردودية العمل ومعرفة طريقة تطوير المهام والقدرة على الحصول على الوسائل والمعدّات وحسن إستخدامها في تأدية المهام وإطلاع المشرفين على المهام المنجزة وطلب المساعدة من زملاء العمل عند الضرورة وفهم سياسة فريق العمل وأهدافه الخاصّة ومدى مساهمتها في تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة وقدرته على تمييز دور كل فرد داخل فريق العمل والقيمة المضافة الخاصّة به مع العمل على تلبية حاجات المرضى وتحسين الخدمات المقدمة لهم.

**3- التّكيف مع قيم وأهداف المؤسسة** (L'adaptation avec les normes et les objectifs de  
(l'entreprise):

هي عملية تنشئة المرضين من خلال فهم السياسة الداخلية والنّظام العام للمؤسسة والوعي بمساهمة مهنته في تحقيق غايات وأهداف المؤسسة ومعرفة معايير وقواعد وإجراءات سير فريق العمل وتحسين أدائه ضمن هذه القيم وإدراك دور الفريق في تعزيز الأداء التنظيمي وفهم اللغة والرموز المستعملة داخل المؤسسات الصّحية.

**4- بعد الدّور التّنظيمي** (le rôle organisationnel):

هي عملية التّنشئة والتي تشمل معرفة المرض بتاريخ مؤسسته التي يعمل بها وطبيعة الخدمات التي تقدمها وكيفية عمل الهيكل التّنظيمي والمصالح ومساهمتها في تحقيق أهداف المؤسسة والإدراك الجيد لطبيعة الإجراءات المتّبعة مع فهم للمسؤوليات والمهام الخاصّة مع فهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة.

## 5- الأداء المهني للممرضين (La performance professionnelle des infirmiers):

وهي درجة مستوى فعالية الممرض في تنفيذ الأدوار والمسؤوليات المتعلقة بالرعاية التمريضية المباشرة وجودة خدمات الرعاية الصحية.

## 6- بعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية للمهنة (Soins et Ethique):

يتضمن الكشف عن مهام الممرض من حيث تقبل وتحمل المسؤوليات، وإظهار الثقة بالنفس وتسيير الذات وتقبل النقد وإظهار اتجاهات إيجابية وإنجاز وتنفيذ بروتوكولات العلاج وإتخاذ كل التدابير اللازمة في الحالات الطارئة مع شرح طريقة العلاج للمريض وإشراك أسرته في العملية.

## 7- بعد البحث والتطوير والعمل الجماعي (Recherche et développement et travail en équipe):

يتضمن الكشف عن أداء الممرض من حيث تطوير مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض والمبادرة في تقديم العلاجات واستخدام المعارف النظرية لاستقبال المريض وفهم خصائصهم الشخصية وتلبية احتياجاته النفسية وإتقان إجراءات العمل وتعزيز العمل ضمن الفريق وذلك بتشجيع الزملاء ذوي الخبرات في مختلف التخصصات والتوجيه والإشراف على أعضاء الفريق مع تفويض بعض المسؤوليات في تقديم العلاج.

## 8- بعد التعليم والتخطيط والتقييم (Enseignement, Planification et Evaluation):

يتضمن الكشف عن مستوى أداء الممرض من حيث إستحداث مخطط علاج وتطويره حسب الظروف الطارئة للمريض والاستخدام الأمثل لمهارات التواصل مع تعليم التدابير الصحية والوقائية الجديدة للمريض وأسرته وقدرته على التنسيق بين عمليات العلاج التمريضي والبروتكول العلاج الطبي وتحمل مسؤوليات زملاء العمل وحسن استخدام تجهيزات العمل.

## 9- بعد ترقية الصّحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل (Promotion de la santé, Soutien du

) :malade et de sa famille et l'équipe de travail

يتضمّن الكشف على قدرة الممرض على تقبل جميع المرضى دون إستثناء والاهتمام بارتياحهم النفسي وإحترام حقوقهم ومساعدتهم على التواصل مع الآخرين وتقديم النصائح إلى أفراد الأسرة ودعمهم معنويًا عند وفاة المريض وكذلك مساهمة الممرض في خلق جو من الثقة المتبادلة والاحترام بين الأعضاء فريق وطلب مساعدتهم عند الضرورة.

## 10- بعد إستخدام الوسائل والتعاطف مع المريض (Utilisation du matériels et l'empathie avec

:le malade

يتضمّن الكشف عن قدرة الممرض على تسجيل الوقائع والأفكار والآراء المهنية بغرض وضع خطة علاج تربط بين إحتياجات المريض وأسرته باستخدام كل الوسائل والموارد الممكنة ومساعدة المريض عند الاحتضار وإستغلال العمليات العلاجية في التفاعل مع المريض.

## 11- بعد التنمية الشّخصية والمهنية (Le développement personnel et professionnel):

يتضمّن الكشف عن قدرة الممرض العمل بكل هدوء في الحالات الاستعجالية واستثمار معارف التكوين المستمر في التنمية الشّخصية والمهنية مع الاطلاع الدائم على الإجراءات القانونية والتشريعية لممارسة مهنة التمريض.

## 12- نوع المؤسسة:

ونقصد بها المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصّحة الجوارية والتي جاءت بمرسوم تنفيذي<sup>7</sup> 141-07 وتتولى المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) التكفل بالحاجات الصحية للسكان من حيث ضمان تنظيم وبرنامج توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛ تطبيق البرامج الوطنية للصّحة؛

<sup>7</sup> مرسوم تنفيذي رقم 140-07 مؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 ماي سنة 2007، يتضمّن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصّحة الجوارية وتنظيمها وسيورها.



ضمان حفظ الصّحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصّحة وتجديد معارفهم إلى جانب أنّها تستخدم كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي في التسيير الاستشفائي على أساس إتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. أمّا المؤسسات العمومية للصّحة الجوارية فتتمثل مهامها في الوقاية والعلاج القاعدي؛ تشخيص المرض؛ العلاج الجوّاري؛ الفحوص الخاصّة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛ الأنشطة المرتبطة بالصّحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛ تنفيذ البرامج الوطنية للصّحة والسكان ومساهمتها في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، علاوة على ذلك فإنّ هذا النوع من المؤسسات يضمن تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصّحة وتجديد معارفهم ومجالاً للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي بناءً على إتفاقيات مع مؤسسات التكوين.

### 13- المستوى العلمي:

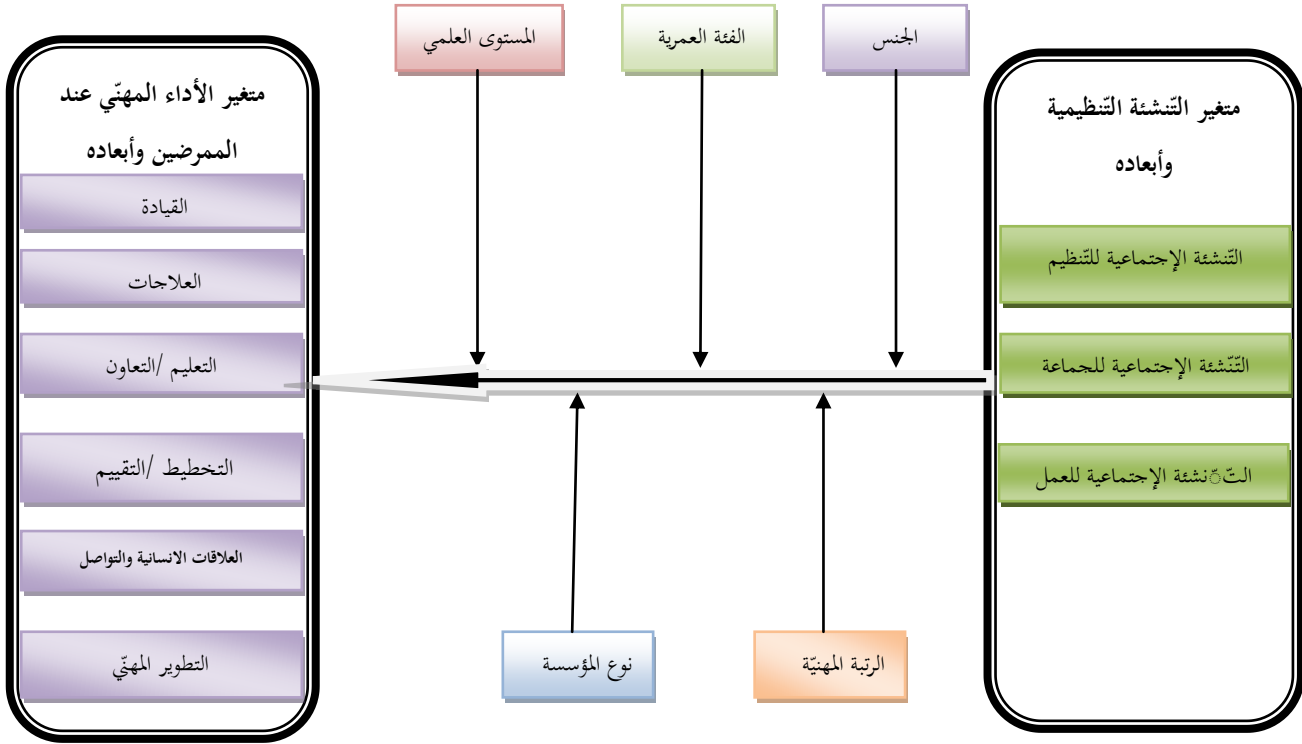
ونقصد به المستويات العلمية التي توصلت إليها عينة الدّراسة قبل دخول مهنة التمريض وبعد التخرّج والحصول على شهادة ممارسة التمريض. فالمرضىين حاملى شهادة دولة فى التمريض وفى الصحة الجوارية عليهم قبل دخول معاهد التكوين العالى شبه الطبي أن يكونوا من حاملى شهادة البكالوريا شعبة العلوم التجريبية والرياضيات وتقنياته مع تكوين مدّة ثلاثة سنوات. أمّا المرضىين المؤهلين (فئة آيلة للزوال) ومساعدى تريض فعليهم إثبات المستوى النهائى فى العلوم التجريبية مع تكوين مدّة سنتين داخل المعاهد ومدارس التكوين الشبه الطبي.

### 14- الخبرة المهنيّة:

وتعنى عملية إكتساب المعارف والتجارب والسلوكيات المرتبطة مباشرة بالمهنة أو منصب العمل وإختلاف مستويات التّنشئة التّنظيمية على أبعاد الأداء فى السنتين الأولى من التوظيف.

تشمل مهنة التمريض (تخصص العلاجات عامة) رتب مهنية مختلفة وهي: الممرضين في الصّحة العمومية، الممرضون حاملو شهادات دولة، الممرضون المؤهلون ومساعدو التمريض. وحدد المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المتضمّن القانون الأساسي مهام كل فئة. يكلف مساعدو التمريض في الصحة العمومية بالنظافة الجسمية للمريض ومحيطهم وتقديم علاجات التمريض الأساسية والقيام بالمهام المرتبطة بالفندقة وحفظ الصحة. كما يقوم الممرضون المؤهلون بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية والسهر على حفظ الصحة والحفاظ على العتاد وترتيبه. وزيادة على المهام المسندة إلى الممرضين المؤهلين، يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ وصفات الطبية والعلاجات المتعدّدة والمشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداواة المطبقة وتشجيع بقاء المرضى في إطار حياتهم العادية وإدماجهم أو إعادة إدماجهم فيها والمشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصّحة الفردية والجماعية.

ويكلف الممرضون في الصّحة العمومية بالمساهمة في حماية الصّحة الجسمية والعقلية للأشخاص واسترجاعها وترقيتها وإنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناء على بروتوكولات استعجالية مكتوبة في الحالات الاستعجالية القصوى ومراقبة تطوّر الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها؛ القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض؛ استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا.



الشكل (01) يوضح النموذج المفاهيمي للدراسة<sup>8</sup>

<sup>8</sup> من تصميم الباحث اعتماداً على مقياس التنشئة التنظيمية لهوثر وزملائها ومقياس الأداء المهني لبريسيا شويرين.

## الفصل الثاني: مفهوم التّشئة الإجتماعية

## الفصل الثاني: مفهوم التَّنشئة الإجتماعية

### تمهيد:

يُعد مفهوم التَّنشئة الإجتماعية مصطلح معقد في أدبيات العلوم الإجتماعية ومن الصَّعب تحديد مفهوم واضح يشمل بدقَّة كل جوانبه المختلفة. فإذا ما أردنا دراسة مفهوم التَّنشئة الاجتماعية فمن الضروري إختيار زاوية معينة للبحث فيه، والاطلاع على البحوث والدراسات العلمية والنظريَّة التي تطرقت لموضوع التَّنشئة الاجتماعية بصفة عامة ومحاوله فهم مختلف التيارات والمدارس التي تناولته، سواء في علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، علم النفس وعلم النفس الإجتماعي ونقاط التقاطع بين هذه العلوم في دراستها للتَّنشئة الإجتماعية.

لقد كانت التَّنشئة الإجتماعية ولا تزال محورا أساسيا لدى العلماء والمفكرين في فهم وتحليل مختلف الظواهر الإجتماعية التي إنتشرت في نهاية القرن التاسع عشر، تبعا للتحوُّلات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية باختلاف الميادين التي تناولتها، ولقد ظهرت أشكال مختلفة للتَّنشئة منه كالتَّنشئة السياسية والمهنيَّة والتنظيمية والدينية... إلخ، ما أدى إلى إعتبارها كعلم قائم بذاته ومحفزا للمفكرين للبحث فيه ومعرفة سيرورته وديناميكيته.

لذا فالتَّنشئة الإجتماعية مصطلح جوهري في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ومن خلال هذا الفصل سنحاول عرض أهم التعاريف الخاصة بمفهوم التَّنشئة الاجتماعية لغويا واصطلاحيا.

### 2-1-1- تعريف مفهوم التَّنشئة الاجتماعية:

#### 2-1-1-1- التعريف اللغوي:

يعود أصل كلمة التَّنشئة حسب المنجد في اللغة و الإعلام (1986: ص:807) إلى كلمة نشأ و نشؤ-

نشأة الطَّفل: شب وقرب من الإدراك.

كما ورد في معجم لسان العرب المحيط لإبن منظور كلمة تنشئة الى الفعل: نشأ، يُنشأ، نُشؤا ونشأ بمعنى ربا

وشب. فالتَّنشأُ قد إرتفعن عن حدِّ الصِّبا إلى الإدراك أو قرئين منه (1988، ص: 632).

وعرّف القاموس الفرنسي بوتي لاروس (le petit Larousse) التّنشئة الإجتماعية على أنّها سيرورة يندمج من خلالها الطّفل مع العناصر الثّقافية للمحيط الذي يعيش فيه من (قيم، معايير، رموز، قواعد التّصرّفات) مما تسمح له من أن يندمج في الحياة الإجتماعية (le Petit Larousse, 2009, p.946).

أما بوتي روبرار (Le Petit Robert 1, 1992): يقصد بالتّنشئة الاجتماعية تنمية العلاقات وتشكيل جماعة إجتماعية في المجتمع، فتنشئة الفرد تعني وضعه في نظام مجتمعي، جماعي وتكون هذه التّنشئة على شكل مؤسسات تعاونية.

من خلال هذه التعاريف يمكننا أن نُعرف التّنشئة الاجتماعية على أنّها العملية التي بموجبها يستدخل الفرد نظام القيم وإستعاب ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه و يصبح عضوا فاعلا كاملا داخل المجتمع.

## 2-1-2- التعريف الإصطلاحي:

أعتبر مصطلح التّنشئة الإجتماعية في البداية أنّه سيرورة شاملة تؤثر في المجتمعات الإنسانية. فهي حسب معجم علم الاجتماع المعاصر: "هو العملية التي يتعلّم الإنسان فيها التأقلم مع المعايير الاجتماعية، عملية تجعل إمكانية إستمرارية المجتمع و نقل ثقافته من جيل إلى آخر وتم تحديد مفهوم هذه العملية بطريقتين هما:

أوّلا: يمكن إدراك التّنشئة الإجتماعية على أنّها غرس المعايير، إذ ثبات القواعد الإجتماعية متجذرة في الأفراد بواسطة الفرض الذاتي أكثر من كونها مفروضة من قبل وسائل خارجية، الأمر الذي يجعلها ثابتة جزئيا من ذاتية الشّخصية عند الفرد وبذلك يتولّد لديه الشّعور بالحاجة إلى أن يتمثال.

ثانيا: بذلك يدرك أنّها عنصرا جوهريا في التّفاعل الإجتماعي على أساس احتمال أنّ المجتمع يرغب في تحسين صورته بواسطة إكتساب القبول ومكانة مرموقة في أعين الآخرين، في هذه الحالة الأفراد المنتسبين كمرشدين لأفعالهم الخاصّة طبقا لتوقّعات الآخرين بالآخر. وقد بات الآن مقبولا أنّ الأفراد نادرا ما يتفاعلوا كليا في ثقافة مجتمعهم (معن، 2006: ص: 388).

أما عن قاموس العلوم الإنسانية "يرجع أصل مصطلح التَّنشئة الإجتماعية إلى فرع علم النفس الإجتماعي، ووفقا لهذا العلم فهو تلك السيورة التي يندمج الأفراد من خلالها في معايير ورموز التَّصرّفات وقيم المجتمع الذي ينتمون إليه، (Dortier,2008,p.683).

أما قاموس علم الاجتماع (2004، ص. 199) فيعتبر بأنّ موضوع التَّنشئة الإجتماعية مفهوما غامضا في علم الاجتماع وكذلك من جانب علم النفس الإجتماعي وأنه سيورة والتي من خلالها يتعلّم الأفراد كيفية التّفكير، والتّفاعل في المحيط الذي يعيشون فيه، ويصبحون أعضاء فاعلين في جماعاتهم، مع إكتسابهم مكانة خاصّة.

ويعرّف قاموس علم النفس التَّنشئة الإجتماعية (بالانجليزية التعلّم الاجتماعي) "على أنّها سيورة بطيئة ومستمرة، يستوعب من خلالها الفرد أنماط التّفكير وخصائص سلوك المجتمع الذي ينتمي إليه، Norbert, Sillamy, (1980,p.1118). باعتبار أنّ هذا الفرد، كائن إجتماعي وهو في حاجة إلى جماعته من أجل العيش والتّطوّر.

ولقد دُرِس مصطلح التَّنشئة الإجتماعية من طرف تيارات نظريّة عديدة منها: علم الأنثروبولوجيا التّقافية، التّحليل النفسي وعلم النفس الجيني أو التّفاعلية. ولمواجهة تعقيد عملية التَّنشئة الإجتماعية، إهتدى الباحثون إلى سياقات أخرى مثل التَّنشئة الإجتماعية في بيئة العمل أو ما تسمّى بـ"التَّنشئة التنظيمية" مصطلح سنتطرق إليه بإسهاب في الفصل الموالي.

وسمحت لنا مراجعة الأعمال والأبحاث الأولى عن التَّنشئة الإجتماعية إلى فهم أفضل للتّطوّرات التي مر بها المصطلح عبر أزمنة ومجالات علمية مختلفة.

## 2-2- نظريّات التَّنشئة الاجتماعية في العلوم الإجتماعية

### 2-2-1- الإِتجاه الاجتماعي لعملية التَّنشئة الإجتماعية

تطرق مفكري العلوم الإجتماعية لمصطلح التَّنشئة الإجتماعية من جوانب مختلفة، فهو موجود في قلب قضايا العلوم الإجتماعية والإنسانية. إذ اهتم كل من أوغيست كونت، إميل دوركايم، كارل ماركس، ماكس فيبر، فردينو

تونيز، سيجمويدي فرويد بعملية التَّنشئة الاجتماعية للفرد في محيطه الاجتماعي. سنوضح بعض الأعمال لبعض علماء الاجتماع وعلاقتها بجدلية (الفرد/المجتمع) في دراسة التَّنشئة الاجتماعية.

## 2-2-1-1-1-2-1 Karl Marx كارل ماكس

لقد أجمع العلماء الكلاسيكيين والمحدثين على التصور الواسع لماركس في فهم وتحليل الواقع الاجتماعي في شموليته: السياسية والإقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما أنه ذكر في العديد من المنشورات العلمية التي إهتمت بظاهرة التَّنشئة الاجتماعية، وفلسفته المادية التاريخية الجدلية الجديدة التي رسمها عن المجتمع، تركز على أساس مادي، أي تسيطر عليه العوامل الإقتصادية التي تساهم في تقدم وتطور المجتمع. ويرى كل من دوريتي وكابا (2010/2000) أنه: "عن طريق العمل يقوم الإنسان بإنتاج نفسه وإنتاج مجتمعه وبالتالي من المناسب أن نبحث عن تشريح المجتمع المدني في الإقتصاد السياسي". كما أنّ الوعي الاجتماعي يتشكّل من خلال الصراعات الطبقيّة بين أرباب العمل والعمّال. وأكّد كارل ماركس على هيمنة الميكانيزمات المادية في تعديل التفاعلات الاجتماعية، ولقيت نظريته إنتقاداً واسعاً، خاصة بعض الدراسات والأبحاث المنجزة والتي عارضت فكرته عن التَّنشئة الاجتماعية وسمح ذلك بتطور تيارات بحث جديدة تدخل في إطار نظريته المادية والتي حثّت على أهمية ودور العلاقات الاجتماعية في عملية التَّنشئة الاجتماعية.

## 2-2-1-2-2-1 Emile Durkheim إميل دوركايم

يعتبر دوركايم (1858-1917) أب علم الاجتماع الحديث. كان يطمح لتأسيس علم مستقل عن المجتمعات البشرية، فمؤلفاته الغزيرة خاصة منها: كتاب "تقسيم العمل الاجتماعي" (1893) وأيضاً كتاب "الإنتحار" (1897) إذ أجمع معظم المفكرين والباحثين على أنّهما مرجعين هامين ويقدمان تصوّراً نظرياً عن التَّنشئة الاجتماعية.

وتساءل دوركايم عن علاقة الشَّخصية الفردية بالتضامن الاجتماعي وكيف يمكن للفرد أن يكون مستقلاً وفي نفس الوقت يبقى دائماً مرتبطاً بمجموعه؟ كيف يمكن للفرد أن يكون أكثر تفرّداً وفي نفس الوقت أكثر تضامناً مع



الآخرين؟" أجاب "دوركاييم" عن هذه التساؤلات بتمييز شكلين من التضامن وهما: التضامن الميكانيكي والتضامن العضوي (Bonnewitz, 2008, p.108).

فيما يخص التضامن الميكانيكي، هو ذلك التضامن الذي يتم عن طريق التشابه الذي يتميز به المجتمع التقليدي، أين نجد الأفراد متشابهون ويتقاسمون نفس الأخلاق " الوعي الجمعي" وهو مجموعة من المشاعر والمعتقدات التي يشترك فيها أفراد المجتمع ويكون هذا الوعي قوي ويتكون البناء الاجتماعي من شرائح أو فئات تتكامل فيما بينها ونجد الأفراد مندمجين فيما بينهم. ويكون القانون في هذه الحالة قمعيا متسلطا، إذ يعاقب ويقصي كل من خالف القواعد ومبادئ المجتمع، وأعطى دوركاييم مثال على ذلك، بأنّ الجريمة هي في حد ذاتها رمزا لإنقطاع رابط التضامن الاجتماعي.

ويتصّف التضامن العضوي في المجتمعات الصناعية الحديثة من خلال التمايز في مهام الأفراد والذي يكون فيه الوعي الجمعي منخفضا، أي كل شخص حر في تفكيره وتصرفاته، كما يكون القانون في هذه الحالة قانونا تشاركيا، يحتكم إلى قوانين تشريعية، وتستمد هذه العلاقات التعاونية من تقسيم العمل.

لذا فإنّ تحليل دوركاييم عن الوعي الاجتماعي للتضامن التقليدي، يترك حقيقة إمكانية لمختلف الشخصيات الفردية أن تنمو مع تطوّر تقسيم العمل. أمّا التضامن العضوي (الذي يعوض التضامن التقليدي)، فيفترض إستيعاب نظام قيم المجتمع، إلى جانب التعاون الإرادي من طرف الأفراد، فكلما أصبحوا أكثر إستقلالية كلما كانوا أكثر ترابطا فيما بينهم، ويتوقف مستقبلهم على التعاون الإيجابي لكل عضو داخل المجتمع الذي ينتمي إليه.

كذلك، تحدث "دوركاييم" في كتابه عن الإنتحار لهذه الإزدواجية (التضامن الميكانيكي، التضامن العضوي) والتي تتعارض مع كل من الإندماج والضبط الاجتماعيين، فمن خلال ظاهرة الإندماج، يجذب المجتمع الفرد إليه ويبقيه تحت سيطرته.

أما فيما يخص الضبط الاجتماعي (La régulation sociale)، فالمجتمع يعدّل ويمثّل سلوك الأفراد ويلعب دورا وسيطا في ممارسة سلطة معنوية على الفرد، تهدف إلى ضمان عدالة وشرعنة النظام الاجتماعي. فالإندماج والضبط الاجتماعيين يعكسان التنشئة الاجتماعية ويتدخلان في ثلاثة مستويات وهي:

- المستوى المرفولوجي أو الشكل الاجتماعي ويعني ذلك دراسة جغرافيا السكان وعلاقتهم بالتنظيم الاجتماعي، وتعداد السكان وكثافتهم.

- المستوى الفسيولوجي أو الوظيفة الاجتماعية ونقصد بذلك مقومات الحياة الاجتماعية (العقيدة الدينية، التربية، القوانين، والثقافة... الخ).

- التمثّلات الاجتماعية (les représentations).

الجدول التالي يوضح سيرورة التنشئة الاجتماعية عند دوركايم:

جدول (01) يوضح سيرورة التنشئة الاجتماعية عند دوركايم

عملية التنشئة الاجتماعية		مستوى التدخل
الضبط الاجتماعي	الإندماج	
طبقات المجتمع	تفاعلات الافراد	المرفولوجية الاجتماعية
تعديل المشاعر	توحيد المشاعر	الوظيفة الاجتماعية
العدالة و شرعية التسلسل الهرمي للمجتمع	أهداف مشتركة	التمثّلات

المصدر: (Philippe Steiner, 2005, P. 43)

يتبيّن من الجدول أنّ عملية الإندماج تنحو في اتجاه تقريب الأفراد، أما عملية الضبط تعدّل تفاعلاتهم. ويرجع دوركايم الإنتحار إلى فشل التنشئة الاجتماعية وإنقطاع الفرد عن جماعته ويعتبر أنّ الأسباب الخارجة عن ما هو غير

إجتماعي ليست صحيحة (العوامل الفردية كالجنون أو العنصرية أو حالة الوسط الفيزيقي كالمناخ) وهو ما سمح لدوركايم من تحديد أنواع الإنتحار حسب إختلال سيرورة التّشئة الإجتماعية.

**جدول (02) يوضح إختلال عملية التّشئة الإجتماعية حسب دوركايم**

إختلال التّشئة الإجتماعية	إختلال عملية التّشئة الإجتماعية	أشكال عملية التّشئة الإجتماعية
ضعيف	مفرط	أنواع المجتمعات
المجتمعات المعاصرة	المجتمعات التقليدية	الضبط الإجتماعي
أنوميا (غياب المعايير والقيم)	قدر	الإندماج الاجتماعي
الإنتحار الأنومي	إنتحار قدري	
الأناية	الإيثار	
الإنتحار الأناي	الإنتحار الايثاري	

المصدر: (Albéric Hounounou, 2007, P.71)

وقدم دوركايم إحصائيات عن الإنتحار حسب درجة إندماج الفرد في الجماعات الإجتماعية، إذ كانت نسبة الإنتحار في المدن أكثر من الأرياف، وعند العازبين أكثر من المتزوجين، والمتزوجين بدون أطفال أكثر من المتزوجين الذين لديهم أطفال، والأفراد الذين لا ينتسبون إلى أي دين أكثر من الذين لهم إعتقاد ديني، وترتفع أيضا نسبة الإنتحار في السّلم أكثر منها في حالة الحرب، فالروابط الإجتماعية بين الأفراد تزداد صلابة عندما تكون هناك حربا. وكانت إسهامات دوركايم جلية إذ أوضح في أطروحته "حول تقسيم العمل الإجتماعي" أنّ الإستقلالية المتزايدة للأفراد في المجتمعات الحديثة لا تنجم عن غياب القوانين ولكن بالعكس من خلال إستدخال القيم والتعاون الإرادي لأفرادها. في المقابل وفي دراسته عن الإنتحار يؤكّد دوركايم أنّ غياب المعايير (Anomie) هي إختلال لسيرورة التّشئة الإجتماعية، فالمجتمعات الصناعية تفرض أن يلعب التعاون بين الأفراد إجماعا حول القيم والبعض من الرّقابة الإجتماعية. كذلك يسمح التمايز الإجتماعي للأفراد بممارسة أحكامهم والإختيار من بين العديد من المعايير والقيم، إذ يشجع تقسيم العمل على التّمائل ولكن بالعكس يتزايد التنوّع بين الأشخاص وبين الجماعات.

ويعقب (زايد، 2006) أنّ جدلية الفرد والمجتمع في فكر "دوركايم" إنّجهدت في الاتجاه المحافظ وأنّ حل مشكلة النظام الاجتماعي ترتكز على التضامن والإلتزام بالقيم والمعايير في العلاقة بين الفرد والمجتمع، وليس حلا مفروضا من الدولة على أفراد لهم مطلق الحرية كما ذهب إليه هوبز.

### 2-2-1-3- ماكس فيبر MAX Weber

وُصِف ماكس فيبر بعالم إجتماع الحداثة، إذ رفض فكرة أنّ المجتمعات البشرية عبارة عن وحدة وظيفية موحدة وكذلك، إضافة إلى معارضته للنظرية الحتمية (le déterminisme) التي أشاد بها كل من دوركايم وكارل ماكس؛ فالصدفة وإتخاذ القرارات الفردية لهما مكانة في علم الإجتماع بالنسبة لويبر. وكان قسم هام من أعماله يتمحور حول الخصائص التي تتميز بها المجتمعات المعاصرة وكذلك فصل آخر تحت عنوان: "عقلانية المجتمع التكنولوجي".

إنّ تحليل التعارض بين التّنشئة الاجتماعية الجماعية (la socialisation communautaire) والتّنشئة الاجتماعية المجتمعية (La socialisation sociétaire)، تسمح بتفسير دور العقلانية في ذلك. ويسمح هذا التوضيح بتحديد موقع مفهوم التّنشئة الاجتماعية عند ماكس فيبر، والذي يرى أنّ التّنشئة الاجتماعية الجماعية ويعني ذلك الدخول في جماعة يتوقف على إستدخال عادات وقيم مشتركة لهذه الجماعة. أمّا النوع الثاني والمتمثل في التّنشئة الاجتماعية المجتمعية، فالدخول في المجتمع يستوجب على الفرد إحترام القواعد التي تحكم نشاط هذا المجتمع. هذا التعارض بين المفهومين -الجماعة/المجتمع- إستعاره ماكس فيبر من أعمال العالم الاجتماعي الألماني "فرديناند تونيز" (Ferdinand Tonnies) في كتابه المعنون "الجماعة والمجتمع". فبالنسبة لتونيز، تسمح الجماعة بحياة حقيقية ودائمة للفرد وترتكز العلاقات في إطار الجماعة بمشاعر الحب والموّدة والثقة المتبادلة بين الأفراد، كعلاقة الدم والقرابة، الروابط الجوارية والعقيدة ومن الأمثلة عن ذلك: الأسرة، العشيرة أو القبيلة، الجماعة الدينية، جماعة الأصدقاء والجماعات الخاصة ذات الطابع المهني. ويعتبر تونيز أنّ هذه الروابط، تحكمها قوة إرادية والتي أطلق عليها إسم

"الإلتزام الوظيفي" والتي تركز على "الفهم" وهي مجموعة من المشاعر المتبادلة والمشاركة ترتبط بكل من العادات، والأعراف والذاكرة.

أما في الطرف الآخر من التطور الاجتماعي، نجد المجتمع في شكله النموذجي كمدينة كبيرة، تكون فيها العلاقات مجتمعية تستند أساسا على العقد وعلى تحقيق الأهداف وما يسميه تونيز "الإلتزام المدرس" وهذه العلاقات تنزل بمجرد إشباع حاجة الفرد وتكرر مستقبلا مثل العلاقات التجارية...إلخ.

### جدول (03) يبين الاختلاف بين التنشئة الاجتماعية الجماعية والمجتمعية

التنشئة الاجتماعية المجتمعية	التنشئة الاجتماعية الجماعية	أنواع العمل
عقلانية من حيث القيم عقلانية من حيث الهدف	تقليدية/ إنفعالية	
التوافق من خلال الإلتزام الإرادي المتبادل	التضامن الموروث	علاقة إجتماعية مهيمنة
مصالح خاصة	العادات والأعراف	الأساس النظامي
الإتفاقيات	المعتقدات الدينية، الايمان بالقيم	النظام القانوني
	تقليدية/كاريزماتية	الأساس التشريعي
	الإحساس بالانتماء المشترك	الحكم السائد
المؤسسات، الجمعيات	العائلة، جماعات أخرى تربطها علاقات وجدانية	نوع الجماعة

المصدر: (Gilles Ferréol, 2010, P. 41)

وأظهر ماكس معارضته في الفصل بين مفهومي الجماعة والمجتمع التي قدمها تونيز، وإعتبر الوجدتين في الواقع يكوّنان دائما مندمجين مع بعضهما البعض: فالنشاطات التقليدية والنشاطات العقلانية هي أنواع خالصة، ملبية لغايات وأهداف البحوث الاجتماعية حيث يتقارب النشاط العقلاي والنشاط التقليدي وأحيانا يحتويهما معا. ويعتقد وير أن معظم العلاقات الاجتماعية تحمل جزء منها طابعا من التنشئة الجماعية وجزء يعود إلى التنشئة المجتمعية ومن هذا المنطلق فإن منظمة مجتمعية دائمة يمكن أن تعزز من الروابط الوجدانية بين أعضائها كالعائلة مثلا.

فالتنشئة التنظيمية التي هي محل دراستنا في الفصل الموالي تقترب أكثر من التنشئة المجتمعية منها إلى التنشئة الجماعية. كما لاحظ ماكس وير أنه إذا كان الإلتزام إلى جماعة لا ينتج عن إختيار فإن التنشئة المجتمعية عملية

إرادية. فالمصالح المشتركة، تجعل الأشخاص الذين لا تربطهم صلة قرابة من اللجوء إلى تنظيم أنفسهم في جماعات. وتعتبر التنشئة المجتمعية حسب وبير نوعا من الإشارات الذي يمارسه المجتمع على الفرد. ولاحظ وبير أيضا ظهور نوع جديد من التنشئة الإجتماعية المهيمنة (Socialisation dominante) فالتنشئة الجماعية تختفي لصالح التنشئة المجتمعية. فالتفكير العقلاني الذي كانت إسهاماته واضحة لدى الباحثين تجاوز البنية التقليدية أو الدينية، أين يكون الإنتماء الموروث محدود. ويكون الفعل العقلاني أداتي ويميل نحو القيم أو هدف ذو منفعة، تتوافق فيه المصالح والوسائل. فالقاول، والعالم أو المستهلك يتصرفون بهذا المنطق، فعقلنة الحياة الإجتماعية تصبح سمة توصف بها المجتمعات المعاصرة. هذا الإنتقال يزيد من إستقلالية وإمكانية التحديد الذاتي للأفراد، ولا تنفصل التنشئة الجماعية بالكامل ولكنها تبقى كإسماح ثقافي خاص بالفرد.

إذا كانت التنشئة الإجتماعية تتوقف على درجة حداثة المجتمع فإنّ دراستها في المجتمعات مع مستويات التطور المختلفة ستساهم لا محالة في فهم المجتمعات المعاصرة وهذا مشروع علماء أنثروبولوجيا الثقافة.

## 2-2-2- إِتْجَاهُ الأَنْثْرُوبُولُوجِيَةِ الثَّقَافِيَةِ وَالوُظُفِيَّةِ لِلتَّنْشِئَةِ الإِجْتِمَاعِيَّةِ:

سمحت الأعمال الميدانية التي قام بها الباحثين في الأنثروبولوجيا عن التنشئة الإجتماعية في المجتمعات البدائية، بظهور عدّة تيارات فكرية للظاهرة ومن زوايا مختلفة. ينظر (لينتن، 1936) للتنشئة الإجتماعية على أنّها عملية تكوين شخصية أعضاء المجتمع من خلال مؤسساتها وتكون الثقافة بأكملها خارج الفرد عند ولادته، ثم تصبح جزءا تندمج في شخصيته إلى غاية فترة البلوغ. فالشخصية نتاج للثقافة وتتشكل من القيم المشتركة لجماعة والإنخراط فيها ويترجم بسلوك ومواقف وإتجاهات تسمح بالتصرف جماعيا وإراديا. وسمح هذا الإطار المفاهيمي بظهور أشكال متعددة من التنشئة الإجتماعية في المجتمعات لما تزخر به من ثقافات مختلفة وخاصة المجتمعات البدائية. وقد كشفت الدراسات الميدانية لهؤلاء العلماء في الأنثروبولوجيا لكل من "لينتن رالف" (Ralf Linton) و"بنيديك" (Benedict) إلى

حقائق هامة، على أنّ الأفراد يعتبرون نتاج المجتمعات التي ينتمون إليها وتختلف حسب النظم التربوية التي أنشئوا عليها في مرحلة الطفولة وهي ما يطلق عليها "بالنظريات الثقافية للشخصية".

## 2-2-1-2 رالف لينتن Linton Ralf

قام لينتن بدراسة سكان جزر الماركيز (Les Iles Marquises) في سنة 1920 ، حيث إهتم بالمناهج التعليمية والتربوية وعملية التنشئة الإجتماعية عند الصغار والمراهقين والتي تختلف تماما عن الممارسات التربوية الغربية، ولاحظ "لينتن" أنّ الرجال هم من يعتنون بالأطفال مع إعطائهم الحرية التامة. ويترك للصغار نوع من الإستقلالية النسبية وتتم عملية التنشئة فيما بينهم، فعملية التعلّم ليست إجبارية بالنسبة إليهم قبل مرحلة المراهقة، وتبدأ عملية التقليد (l'imitation) فعليا عندما يصبح الشاب يافعا ويتمتع بعضويته الكاملة داخل المجتمع.

كانت فكرة "لينتن" أنّ الشخصية نتاج (produit) ثقافة المجتمع، هذه الفكرة كانت بداية الانطلاقة لأبحاثه سنة 1945، وإعتبر أنّ المجتمع هو من يكوّن شخصيات الأفراد بطريقة تجعلهم يندمجون بكل سهولة. ولإيجاد الحلول للمسائل المنهجية في دراسة الشخصيات والثقافة، إهتم "لينتن" بسلوك الأفراد، مشيرا إلى أنّ: "معظم السلوكات البشرية يتم تعلّمها على شكل تمظهرات منتظمة بدّل من أن تكتسب من طرف الأفراد على أساس تجاربهم وخبراتهم في الحياة" عن (Lacaze, 2001, p. 59). وتكتسب الشخصية من خلال عملية التنشئة الإجتماعية، كما أنّه لم ينكر على أنّ جزء من بعض السلوكات والإتجاهات الإنسانية موروثية ويعتقد أنّها تتطوّر عبر مراحل نمو الفرد من خلال مؤسسات التنشئة الإجتماعية. كما ميّز "لينتن" بين الشخصية الأساسية (personnalité de base) المشتركة بين كامل أعضاء المجتمع والشخصية حسب المكانة في المجتمع (la personnalité de statut) والتي لها علاقة بالنظام الهيكلي للمجتمع.

إنتقدت نظرية لينتن لأنّه لم يراعي السلوكات المنحرفة والشخصيات غير النمطية، إضافة إلى ذلك أنّ نظريته تؤسس لمجتمعات لا تتطوّر وبالتالي يصعب تطبيقها على المجتمعات الحديثة.

كانت أعمال "لينتن" التي قام بها بمثابة حجة بالنسبة لكاردينار (Kardiner) في دحض فكرة النظرية الشاملة للتشعة الاجتماعية. كما أنّ كاردينار بدوره أنتقد أطروحة فرويد حول عقدة أوديب.

## Ruth Benedic -2-2-2-2 روث بنديكت

قارنت "بينديكت" (Benedict Ruth) عن (Dubar) بين ثلاثة مجتمعات بدائية وهم: البيبلا (Les Pueblos) في المكسيك الجديدة ودوبي (Les Dobu) بغينيا الجديدة وكواكيوتل (Les Kwakiutil) لشمال غرب أمريكا في 1935، مستخلصة من تجاربها بأنّ للثقافة دور أساسي في تكيف الأفراد بسبب الطاعة الطبيعية التي يتميزون بها. ولاحظت كذلك تنوع في الشخصيات الناتجة من جزاء إختلاف مجالات التشعة الاجتماعية: مثلا وجدت أنّ مجتمع البيبلا، يتسمون باللطافة الفائقة مما صنفوا كأبوليين نسبة إلى أبولوا (Apollo) إسم إله الجمال والفنون في الإغريق، يميل مجتمع كواكيوتل إلى الصراعات والمنافسة مما يؤهلهم لأن يصنفوا ضمن مجتمع ديونيزيان (dionysienne) نسبة إلى (Dionysos) إله الكروم والخمور. دافعت بينديكت على فكرة أنّ شخصيات الأفراد هي نتاج لثقافة المجتمع الذي ولدوا فيه، وليس هناك آلية عامة لإنتاج الشخصيات فكل آلية خاصة بثقافة وبمجتمع معين (Dubar, 2000, P.42).

من جهة أخرى، لاحظت "بينديكت" إختلافا في التعامل في تحولات الحياة حسب المجتمعات، فالثقافات التي تعزز التواصل بين الأدوار المختلفة تتميز عن تلك التي تجعل من هذه التحولات (les transitions) أكثر إبلاما للفرد. وعارضت بينديكت المجتمعات المتطورة عن المجتمعات التقليدية. وتدخل التحولات في الأدوار داخل المجتمع الأمريكي في سياق إنفصالي، فالطفولة تتعارض مع فترة سن الرشد والانتقال إلى مرحلة المراهقة ينظر لها بمرحلة الأزمنة. بالعكس من ذلك وُجد في بعض القبائل الهندية أنّه يتم إعداد الأفراد وتوجيههم للدور الجديد تفاديا للإنتقال المفاجئ. كذلك يشجع الصبيان بالتصرف بسلوك الكبار، إنّ مقارنة "بينديكت" والتي تحثّ على أنّ الأطوار التي يمر بها الأفراد في حياتهم، بلورت فكرة أنّ التشعة الاجتماعية ضرورية في كل عملية إنتقال من دور إلى آخر.



وأكدت أيضا الدراسات الأنثروبولوجية أنّ المعايير الشخصيّة تختلف من مجتمع إلى آخر وأنّ أعضاء أي مجتمع توجد فيه إختلافات فردية للشخصيّة، وأنّ هذه الفروق يمكن مقارنتها من مجتمع إلى آخر فالحميّة الثقافية تكون نسبية مع إختلافها من مجتمع إلى آخر. ويكمن الهدف من الأبحاث التي أجريت من طرف علماء الأنثروبولوجيا في توضيح أهمية السياق الذي تتم عبره عملية التّشعّب الإجتماعية.

كما كشفت بعض الدراسات الأنثروبولوجية على معطيات في غاية الأهمية، إذ إعتبرت أنّ المحافظة على ثقافة المجتمع ترجع بالأساس إلى أنّ الأجيال الجديدة تبقى وقيمة للقيم التي لُفّنت لهم من طرف الأولياء، إلا أنّ هذه العملية تبقى غير ملائمة للمجتمعات الحديثة، باعتبار أنّ كل جيل يحاول أن يبني ثقافته الخاصّة.

وتحاول المدرسة الوظيفية حل التناقض الواضح في المحافظة على البنية الأساسية الثقافية (النواة) والتّغيرات التي لا يمكن إنكارها في الشخصيات الفردية في المجتمعات المتّطورة. ويستند التحليل الوظيفي إلى دراسة العلاقات بين البنيات للجماعة الإجتماعية والوظائف التي تقوم بها.

## 2-2-3- تالكوت بارسونز Talcott Parsons

إعتبر "تالكوت بارسونز" (1902-1970) بأنّ "علم الاجتماع هو المعرفة التي تحاول بناء نظرية تحليلية لنظم الفعل الإجتماعي (Action sociale)، أين تفهم هذه النظم من خلال طبيعة الاندماج التي تتركز على القيم المشتركة" (Thomas, Gay, 2006,p.37).

وحسب "بارسونز"، يتميز الفعل الإنساني بأربعة وظائف وهي: التوجه نحو الهدف؛ والدوافع أو الحوافز؛ والمعايير؛ والمكانة؛ كما ميّز بارسونز أربعة نظم فرعية التي تسمح بهذا الفعل وهي: الجهاز البيولوجي مع إشباع الحاجات والذي له القدرة على إنتاج الطاقة؛ الجهاز النفسي وهو مركز الشخصيّة مع تحفيزه لتحقيق الأهداف؛ النّظام الاجتماعي، وفيه تكون التفاعلات بين الفاعلين وتضبط من خلال المعايير؛ النّظام التّقافي تزود القيم والرّموز والمعلومات الضرورية لهذا الفعل.

حسب نظرية نظام (LIGA)، تربط التَّنشئة الاجتماعية بين أربعة عناصر للفعل الاجتماعي وأربعة بنيات إجتماعية تلي أربعة وظائف حسب بارسونز وهي: وظيفة الاستقرار المعياري (Latence; L) والتي تحافظ على المعايير والقيم لأعضاء المجتمع؛ وظيفة الادمج (Integration; I) وهي التي تحقق وتضمّن التَّناسق الاجتماعي من خلال الاشتراك في القيم والقواعد الجماعية؛ وظيفة متابعة الأهداف (Goal-attainment; G) والتي تسمح بانجاز المشاريع بتثبيت الأهداف؛ ووظيفة التكيف (Adaptation; A) والتي تسمح للمجتمع بمتابعة تحقيق أهدافه مع وسائل المحيط، أنظر الشكل 2:

<p>التكيف A</p> <p>4أ التّضح</p> <p>ب4 العقاب</p>	<p>المراهقة</p>	<p>تعقب الأهداف G</p> <p>3أ كمون</p> <p>ب1 الرّفص</p>
<p>الأزمة الفمية ج1</p> <p>أ1: عدم استقلالية الفمية</p> <p>ب1: التّسامح</p> <p>الإستقرار المعياري</p>	<p>المرحلة الشرحية</p>	<p>الأزمة الأوديبية ج2</p> <p>أ2 التّعلق والحب</p> <p>ب2 الدعم</p> <p>الإندماج I</p>

أ- مراحل التَّنشئة الاجتماعية

ب- الآليات الخاصة

ج- المراحل والأزمات

الشكل (02) يوضح نظام (LIGA) لبارسونز عن Lacaze, 2001,P.62

يحقق الإستقرار المعياري والإندماج تناسق النّظام الإجمالي الفرعي مع النّظام الثقافي ومتابعة الأهداف مع تثبيت تماثل الجهاز النفسي بالبناء الاجتماعي وفي الأخير تؤسس وظيفة التكيف، رابط مستمر بين المعايير والجهاز البيولوجي ومن خلال سيرورة التَّنشئة الاجتماعية يستدخل الأفراد هذه الوظائف الأربعة داخل بنيتهم الشّخصية، مما يسمح للمجتمع بالمحافظة وضمان نقل ثقافته إلى الجيل الجديد والأجيال الأخرى. كما إستمد "بارسونز" نظريته من نظرية فرويد عن تطوّر الشّخصية واعتبر بأنّ التَّنشئة الاجتماعية تسير على مراحل كي يتكيف الأفراد مع النّظام الإجمالي، كما تتخللها فترات أزمة ، كما نستشف من الشّكل أنّ "بارسونز" لا يعتبر الأزمات تنتهي عند مرحلة

المراهقة كما نظر لها "فرويد" وبذلك يتفق بارسونز مع علماء الأنثروبولوجيا الثقافية الذين يعتبرون أنه كلما كانت التنشئة الاجتماعية مبكرة للفرد كلما كانت ناجحة.

#### Robert K. Merton -4-2-2-2 روبرت ميرتن

يعتبر روبرت كينغ ميرتن من رواد البنائية الوظيفية حيث له العديد من الإسهامات النظرية والمنهجية ولم يكن يهتم بالنظرية وهو حال النظرية الوظيفية لمنافوسكي برونيسلاف ومعلمه بارسونز باعتبار أن النظرية يجب أن تمثل حقا بيانات واقع المجتمع المدروس. وبالتالي أوضح ميرتن محدودية وانحرافات أعمال بارسونز ( B. Boutefnouchent, 2004.P.192).

كما قام بإجراء دراسة دوّن فيها ملاحظاته حول تقسيم العمل الاجتماعي لدوركايم سنة 1934 وعمره آنذاك لا يتجاوز 24 سنة. وبعد ذلك ناقش أطروحة الدكتوراه المعنونة: "العلوم، التكنولوجيا والمجتمع" في سنة 1938 وهي الأطروحة التي دافع عنها طوال مسيرته المهنيّة. وفي 1947، نشر كتابه والمعنون بـ"النظرية الاجتماعية والنسق الاجتماعي"، يحتوي على عدد من المقالات الاجتماعية منها ثلاثة مقالات حول الوظيفية ( le fonctionnalisme)، الفعل (L'action) والأنوميا (l'anomie) والتي أُعتبرت إسهامات جوهرية، حيث إقترح بأن علم الاجتماع يركز على معرفة المجتمع من خلال الواقع المعاش للأفراد.

إنطلاقة أبحاث ميرتن من ثلاثة إفتراضات في تحليله الوظيفي للمجتمع:

- فرضية الوحدة الوظيفية، والتي يمكن لأحد عناصر النظام أن يلعب دورا أو أكثر من وظيفة لكامل النسق، وأوضح ميرتن كذلك أنّ ما هو وظيفي بالنسبة لجماعة ما أو مجتمع أو نظام، قد لا يكون في ظروف أخرى (محمد على محمد، 1986، ص.459).

وحسب مرتن، فإنّ أي مجتمع، يتمتّع فيه الأفراد بقدر من الإستقلالية والتي تسمح لهم بتبني إتّجاهات متناقضة للأهداف والوسائل ذات قيمة إجتماعيا ومن خلال تركيبة الإتّجاهات الممكنة، يمكن حصر أربعة أشكال جوهرية للتّكيف:

- الفرد الملتزم أو الممثل (le confirmiste) وهو الفرد الذي يتمسك بشكل إيجابي بالأهداف والوسائل ذات القيمة.

- المبتكر (l'innovateur): بلوغ الفرد بشكل إيجابي الأهداف وتممينها عن طريق الوسائل المثمّنة بشكل سلمي مثل النجاح الإجماعي للمنحرف.

- الفرد الشعائري (le ritualiste) وهو الشّخص الذي يحترم وبصرامة الوسائل المثمّنة إجتماعيا، ولكنه لا يولي اهتمام للأهداف مثل الموظف الذي يحول عمله دون الاحساس بواجباته وعدم قلقه بغايات منظّمته.

- السلوك الانسحابي (le retrait): وهو إبتعاد الفرد بشكل إيجابي عن الأهداف والوسائل ذات القيمة ( R. Boudon, F. Bourricaud, 1994, P. 29).

## 2-2-3 الاتجاه النفسي للتّشئة الإجتماعية

### 2-2-3-1- نظرية التحليل النفسي لسيجمويد فرويد (Sigmud Freud)

برزت أفكار سيجمويد فرويد (1917، 1930) في البحوث والدّراسات التي تناولها كل من علم الاجتماع، علم النفس والأنثروبولوجيا، إذ ركزت نظريته عن عملية التّشئة الإجتماعية على مراحل النّمو التي يمر بها الفرد طوال حياته العمرية، و صنّف فرويد الجهاز النفسي للإنسان في البداية إلى ثلاثة بنيات وهي: اللاشعور، ما قبل الشعور والشعور. إلا أنّه عدّل من نظريته وأعطى ثلاثة أقسام جديدة للجهاز النفسي: الأنا الأعلى أو الأنا المثالي (le surmoi) وهو ما يعرف عادة بالضمير، الهو (le ça)، والأنا (le moi) (سيجموند، 1982/1961، ص.16، ترجمة النجاتي). ويتشكل الأنا الأعلى من خلال إستدخال صورة الوالدين، الذين يمثلون القواعد والقيم التي يجب إتباعها. وتكبث

الغرائز التي لا تتطابق مع القواعد وتسمى الهو. وأخيرا الأنا والذي يسمح للفرد تدريجيا التمييز بين ما هو خارجي وهي الخطوة الأولى نحو إقامة واقع سيهيمن على نموه وتطوره فيما بعد حسب فرويد 1930. فنجد الهو عند الرضيع حاضرا، ثم ينمو الأنا والأنا الأعلى عن طريق التنشئة الاجتماعية، فمرحل نمو الأنا تتمايز مع الأجزاء الوظيفية الأخرى للجسم، تستثار وتستقبل تبعا لطاقة الليبيدية: ونعني بذلك الفم والذي يتعلق بالمرحلة الفمية، ثم المرحلة الشرجية وأخيرا المرحلة التناسلية، وتتسلسل هذه المراحل بحيث لا تسبق مرحلة ما المرحلة الأخرى التي تليها، كما أن كل مرحلة ترتبط بنوع من التفاعل مع المحيط. وحسب فرويد أيضا فالإنتقال من مرحلة إلى أخرى تكون منتظمة وثابتة. ومن خلال الملاحظة والتفاعل مع المحيط، فإنّ الرضيع بعدما يصبح طفلا يكتشف أعضاء جسمه ويدرك التمييز بين الأنا والأخرين عن طريق عملية التقمص (Identification) ثم ينمو لديه الأنا الأعلى بعد إستدخال القيم الأخلاقية لمجتمعه.

كما يؤثر المجتمع في عملية نمو الشعور بالذنب (la culpabilité) لدى الفرد، ويكون هذا الشعور متأثرا من النزوات المكبوتة والتي ينقسم جزء منها مع الثقافة. فالشعور بالذنب يستدعي الخطأ والتسلسل الأوديبوي وهي موجودة في العديد من أعمال فرويد: الرغبة-الممنوع-الإنتهاك، فالتربية الأبوية، والتربية الدينية لهما أيضا القدرة على إنتاج سلوكيات مناسبة للحفاظ على المجتمع، كما أنّ لها القدرة على إنتاج سلوك إنتقامي، عدواني أو التدمير الذاتي. وكانت الرسالة واضحة في هذا الشأن من خلال مؤلفه "مساوى الحضارة" أو "قلق الحضارة، ترجمة جورج طريشي، 1996)، (le malaise dans la culture).

وانتقدت نظرية فرويد فيما بعد من طرف العديد من المفكرين إلا أنّها مازالت تحظى بقدر عال من الأهمية، باعتبارها الحجرة الأولى من بين النظريات التي تناولت التنشئة الاجتماعية، فالأسس النظرية التي قدمها فرويد سمحت بظهور العديد من النظريات المؤيدة والمنتقدة، إذ طرحت عدّة إستفهامات من بعض الباحثين على أنّ: هل التنشئة

الإجتماعية هي تلك المراحل المنظمة والثابتة أم هي مرحلة فوضوية وغير متوقعة؟ هل تتحدد في فترة معينة " كمرحلة الطفولة" أم هي مرحلة مستمرة طوال المسيرة الحياتية للفرد؟

في المقابل، فإنّ النظرة التشاؤمية لفرويد في مؤلفه المعنون بـ "القلق في الثقافة" لم تجد لها في الحقيقة ما يناظرها من بين الباحثين المهتمين بديالتكّيّة الثقافة والفرد، إذ وضع فرويد نظرية كاملة للوظيفة التّفسّية للشخص وإستعملها في تحليل المجتمع، إلا أنّ ثمة إنتقادات وجهت إليه من طرف باحثين لعدم إخضاعها للتجريب وأيضاً محدوديته في التطرق إلى التفاعل الإجتماعي. وجاء بياجى (Jean Piaget) لتغطية هذا النقص باقتراح نظريته عن التطوّر المعرفي التي تركز على دراسات ميدانية أعطت للتفاعل الإجتماعي مكانة في أبحاثه.

## 2-3-2-2- النظرية التطوّرية لجون بياجى (Jean Piaget)

طرح جون بياجى فرضيته على أنّ البنيّات أو الملكات المعرفية ترتبط بمراحل التطوّر والنمو وهو ما يضعه في نفس المنهج مع فرويد. وتعبّر نهاية كل مرحلة بداية مرحلة أخرى. وإذا كانت نظرية فرويد ركزت على محيط ثابت كمحدد لتطور الطّفل، فإنّ تفسير بياجى يقوم على التجريب والتفاعل الإجتماعي، المتغير وغير المتوقع في إجتياز الطّفل لمراحل التطوّر وهو ما يميزه عن فرويد معتبرا أنّ الانتقال من مرحلة إلى مرحلة أخرى تدخل في إطار الإستمرارية، فالوظائف المعرفية التي تنمو في مرحلة تزداد وتعاد تنظيمها من جديد في المرحلة الموالية، ويتشكل لدى الطّفل صوّر معرفية (les schèmes) التي تسمح له بتمثيل المحيط، ثم يوجّه النشاط الفكري من خلال هذه الصوّر المعرفية. أيضا يتميز بياجى عن فرويد باختياره المقاربة التجريبيّة.

فالإتزان النفسي، يوجد في قلب نظرية بياجى ويتعلق باجتياز أبدي من حالة أقل توازنا إلى حالة أعلى توازنا ، مما تسمح للطفل لأن يندمج مع تجارب جديدة خارجية من خلال الصوّر المعرفية الموجودة. وهناك حركتين متكاملتين تدير عملية التكيف " التماثل" وهي تعني دمج الأشخاص والأشياء الخارجية إلى البنيّات الموجودة سابقا. فالطفل

يسترد المعطيات من أجل ادماجها في الصوّر المعرفية التي وضعها، أما التكيف أو التطابق يسهم في إعادة إتزان الملكات حسب التحوّلات الخارجية وبذلك فإنّ الطفل يعيد بناء هذه الصوّر المعرفية ويكيفها مع المعطيات الخارجية. ويسمح الاتّزان النفسي والذي يكون نتيجة التماثل والتكيف إلى تحويل الرضيع المتمركز الذات (égocentrique) إلى مراهق مندمج في المجتمع، بداية من مراحل الدّراسة إلى غاية ولوجه عالم الشغل. وتمثل التّنشئة الإجتماعية عملية الانتقال من ضغوط الوالدين إلى الإستقلالية التعاونية، فالأطفال الذين كانوا يعيشون تحت رقابة مؤسسات التّنشئة الإجتماعية بمجرد أن يصبحوا راشدين فإنّهم يتعاونون طوعيا من أجل تسيير وظيفي جيد للنّظام الإجتماعي.

كما تجلت إسهامات بياجي أيضا في نظرية التعلّم، فمقارنته الجدلية سمحت له بتفسير تطوّر الذكاء كازدواجية منطقية بين المخططات الذهنيّة (les schèmes) وضغوطات الواقع، وحسبه فإنّ المعرفة تتكوّن؛ وعملية تسجيل الملاحظات تنظم من خلال النشاطات المعرفية للفرد، كما أنّ تعميم بعض المخططات المعرفية تسمح للفرد بتكامل أفعاله بانتظام وبنفعالية.

### خلاصة الفصل

حاولنا من خلال هذا الفصل إلى عرض لأهمّ النظريات التي تناولت التّنشئة الإجتماعية من وجهات نظر مختلفة في العلوم الإجتماعية فعلى الرغم من إختلاف وجهة نظر الباحثين حول التّنشئة الإجتماعية إلا أنّهم أجمعوا على هيمنة المجتمع على الفرد.

## الفصل الثالث: مفهوم التّشئة التّظيمية



## الفصل الثالث: مفهوم التّشئة التّظيمية

### 3-1- التّشئة المهنيّة (la socialisation professionnelle)

#### تمهيد:

إنّ دحض المفكرين لفكرة إقتصار التّشئة الإجتماعية على مرحلة عمرية معينة أي مرحلة الطفولة وتتوقف عند مرحلة المراهقة كما نظر لها جون بياجى جعل من المفهوم يتوسع ليشمل عالم الشغل و المهّن والتي أطلق عليها البعض بالتّشئة التّظيمية والبعض الآخر يسميها بالتّشئة المهنيّة، والمتطلّع للظاهرة في أدبيات البحث يمكن أن يستشف فرقا بين التّشئة المهنيّة والتّشئة التّظيمية وهو ما سنتناوله بالتفصيل في هذا الفصل والذي قمنا بتصنيفه إلى جزئين: أولهما يعالج عملية التّشئة المهنيّة والثاني يتطرّق: إلى التّشئة التّظيمية.

#### 3-1-1- تعريف مفهوم التّشئة المهنيّة:

بيّن الباحثون من خلال دراساتهم، أنّ شروط وظروف التّشئة الإجتماعية داخل الوسط الأسري لا تؤطر ولا تناسب مع شروط الانتماء داخل المؤسسات، لأنّها تولد مشاكل يصعب على الشابّ في أن يجد لها حلا وتصبح أزمة المراهقة (الهويّة) حادّة ومستمرّة بسبب المهارات المطلوبة والإستعدادات المكتسبة ووجود الدوافع لذلك، من هنا يمكننا القول أنّ تشئة الأفراد الكبار تتمّ من خلال التجارب المختلفة والمكتسبة في الحياة أي ترتبط بكامل حياة الأفراد.

وعرّفت موسوعة علم الاجتماع (1998/2008) التّشئة المهنيّة على أنّها: "عملية تعلّم الإتجاهات وأساليب السلوك اللّازمة لاكتساب الكفاءة المعترف بها والمستمرّة في إطار ممارسة مهنة معينة، وتتضمّن هذه الإتجاهات وأساليب السلوك، المهارات التي يتمّ اكتسابها خلال التدريب، ومعايير العمل غير الرسمية، وقيم الزملاء والعلاقات بينهم". كما تهدف التّشئة المهنيّة (التربية المهنيّة، الإعداد المهنيّ) إلى تزويد المواطنين ذكورا وإناثا، بالحد الأدنى من المهارات لأخذ مواقعهم في المجتمع وللإستمرار في البحث عن المعرفة؛ تزويدهم بتدريب مهنيّ يساعدهم على إعالة

أنفسهم؛ إثارة رغبتهم في المعرفة وتذوقهم لها؛ تنمية قدراتهم الناقدية؛ تعريفهم بالإنجازات الإنسانية والثقافية، وتدريبهم على تذوقها وتقديرها (سعيد التل وزملائه، 1993، ص.574). كما يرى ابن خلدون أنّ التجربة والصناعة (أي الحرفة أو المهنة) تولّد لدى ممارسيها قوى فكرية، ويقول في هذا الصّدّد، أنّ الصناعات أبداً يحصل عنها وعن ملكتها قانون علمي مستفاد من تلك الملكة. (سعيد التل وزملائه، 1993، ص.577).

ويعطي (Dubar, 1996) في كتاب محرّر بعنوان "التكوين والتنشئة الاجتماعية في العمل" عدّة براديجمات في تعريف مفهوم التنشئة المهنية. فالبراديجم العلاقات الصناعية (Industrial relations)، عرّف (Reynaud, 1989) التنشئة المهنية كتعلم جماعي يهدف إلى إستدخال وتطوير قواعد ومبادئ والتي تكون على أشكال مؤقتة للعلاقات ما بين الأفراد داخل منظمة العمل. أمّا النموذج التفاعلي، يشير إلى أنّ التنشئة هي جوهر الرهانات الاقتصادية وتعرفها على أنّها تعلم فردي وجماعي لعلاقات العمل والتي تشترط على السواء النجاح الإقتصادي للمنظمة وبالاعتراف بالأجر وهوية الأفراد.

كما قدم (Martineau, et autres) في مقال عن التنشئة المهنية لتعاريف بعض الباحثين ومنهم تعريف ل (Helm, 2004) على أنّها سيرورة والتي من خلالها يكتسب الفرد المعارف والمهارات والقيم الضرورية للدخول إلى الحياة المهنية على مستوى متقدم من المعرفة والمهارات المتخصصة. ويذهب (Clark, 1997) في نفس المعنى ويعرفها على أنّها إكتساب المعارف، القدرات، القيم، الأدوار والأدوار المرتبطة لممارسة مهنة معينة. أمّا بالنسبة (Klossner, 2004) يراها بأنّها عملية، يقوم الأفراد على أساسها بتعلم أدوار ومسؤوليات المهنة وأن يصبحوا أعضاء منشئين مع الثقافة المهنية. عن (Martineau, 2009, p. 246).

### 3-1-2- أهمية التنشئة الاجتماعية في العمل

سمحت مقارنة كل (Berger et Luckman, 2003 /1966) في كتابهما إلى التمييز بين التنشئة الأولية (la socialisation primaire) والتنشئة الثانوية (la socialisation secondaire). وحسب مقاربتهم فالتنشئة

الثانوية هي: "إستدخال أخلاق مأسسية خاصّة وإكتساب معارف متخصصة وأدوار تكون بطريقة مباشرة أو غير مباشرة متجدّرة في تقسيم العمل" (Berger et Luckman, 2003, p.189).

إذا كانت الأسرة، تعتبر المؤسسة الأولى للتّنشئة الإجتماعية للفرد ومحطة العديد من الدّراسات التي لقيت إهتمام علماء الاجتماع وعلماء النفس خاصّة تلك المتعلقة بعملية تنشئة الأطفال، فإنّ العمل يحتل مكانة مفضلة في دراسة التّنشئة الإجتماعية عند الراشدين وهو ما أصطلح عليه بالتّنشئة التّنظيمية. ففي المجتمعات المعاصرة، يقضي الأفراد القسم الأكبر من حياتهم اليومية في العمل والذي تنجر عنه تفاعلات إجتماعية داخل المنظمة، كما أنّ العمل يسهم في بناء هويّة الأفراد.

ظاهريا فالمهمّة الأساسية للمنظمات لا تقتصر على تنشئة الأفراد الذين يعملون بها ولكن تعمل على إنتاج سلع أو تقديم خدمات إلى بعض شرائح المجتمع، إلا أنّه بدون تماسك وبدون جماعة إجتماعية داخل المنظمة، فإنّها لا يمكنها إستكمال أداء وظيفتها.

ولأنّ مصالح العمال مختلفة إلا أنّ عليهم على الأقلّ التفاهم فيما بينهم، فيلجئون إلى التفاوض للوصول إلى تسويتها وشرعنتها بقوانين تستجيب لمتطلبات أصحاب العمل، وأيضا المؤهلات والخبرات المكتسبة من طرف الموظفين والتي تعتبر شرعية من طرف الدولة، لذا يجب على الأطراف بناء فضاء مشترك يركز على العقلانية من خلال الدّهنيات المختلفة للعمال. وأيضا عليهم جميعا تقاسم سيرورة التّنشئة التي تُشرك الفعل المشترك (سير العمل) والتمثّلات المشتركة (نموذج الكفاءة، المهارة) والتفاعلات الإيجابية ديار (2000)، ولكي تتحقق الأهداف يجب على المنظمة وأعضاءها تبادل التّنشئة فيما بينهم.

### 3-1-3- نظرية مور (Moore) وعملية التنشئة المهنية

أكد مور في أبحاثه على أهمية التنشئة المهنية، فالتحضير لأي مهنة يعني في نظرية الإشتراط (le conditionnement) هو إلتزام الفرد نحو منظمة، ما يستلزم تقبل المهام والمسؤوليات بحماس وشعور الفرد برضا في ممارسة المهنة أو الوظيفة التي تسند إليه.

بالنسبة لمور، فإنّ منصب العمل هو بناء إجتماعي وسلسلة من الأدوار التي يقوم بها العامل، فالتنشئة من جهة تعلّم معرفي ومن جهة أخرى إستدخال معايير وقيم خاصّة بالوظيفة أو المهنة وثقافة المؤسسة.

وافترض مور بناءً على عملية التنشئة الإجتماعية داخل الأسرة فإنّ إستدخال المعايير في مجال العمل لا يكون ناجعا إلا بوجود أدنى مستوى من العلاقة الوجدانية بين المنشأ والمنشئين. فالخوف من العقاب أو السعي نحو المكافأة لهما بدون شك آثار على السلوك ولكن مؤثرا بقدر ضئيل على مواقف واتجاهات الأفراد.

ويكون الرابط العاطفي موجود مسبقا، وهو مشترط بالتنشئة الإجتماعية السابقة كالمدراس والجامعات ومؤسسات التنشئة الأخرى للتكوين، لأنّها جزء هام في عملية التنشئة "كالتنشئة لمهنة ما" وبعض السلوكات والقيم والاتجاهات، وفي تكوين سمات خاصّة لبعض المهن كمهنة الطب، المحاماة، التمريض والشرطة. وللحفاظ على أخلاقيات هذه المهن، وأنماط التفكير والعمل والتسيير، تحدّد مؤسسات التكوين المختلفة بعض الشروط لدى الطلبة والمتربصين الذين هم بصدد تعلّم المهنة، مثل كيفية التفكير والتصرّف كأعضاء في المجتمع المهني الذي سيلتحقون به فيما بعد. فالتنشئة لمهنة ما قبل العمل، ما هي إلا شكل من التنشئة الإجتماعية المسبقة، ويمكن للتنشئة الإجتماعية أن تكون نتيجة خبرة أو جمع المعلومات لطالب العمل، بعدها تأتي التنشئة التنظيمية والتي تبدأ فعليا عند دخول المؤسسة. كما تؤثر التنشئة الإجتماعية المسبقة في ربط علاقة وجدانية بين الفرد الجديد ومنظّمته، ونعني بذلك أنّ التكوين والخبرات المسبقة تجعل من الأفراد يُقدّمون على مناصب عمل تتناسب وكفاءاتهم وتستجيب لتطلّعاتهم المهنية المستقبلية. وفي نفس السياق، وصف (Hugues, 1958)، عن مينار (Menard, 2004, p. 27) المهّن (les professions)

وسيلة للتشعشع الاجتماعية، وعرف الوظيفة كبداية لاكتساب الثقافة المهنية وكذلك انتقال لهوية جديدة. وإقترح (Hugues) في الفصل التاسع من كتابه (The men and their work) ثلاثة ميكانيزمات للتشعشع المهنية عن (Dubar, 2000):

- الظهور من خلال المرآة le passage à travers le miroir:

ويعني ذلك مشاهدة الناس من الخلف كما هو مكتوب في المرآة، وهي شكل من الانغماس في الثقافة المهنية. أين يوجد تناقض داخلي بين أنماط التفكير الموجود مسبقا وواقع العالم المهني. ولاجتناب الأزمة، فإن الفرد عليه أن يصرف النظر عن الصور النمطية المتعلقة بطبيعة العمل، ومفهوم الدور، وتوقع المسار المهني، وصورة الذات والتي تشكل العناصر الأربعة الأساسية للهوية المهنية.

- تقليص الفارق بين النماذج المثالية والطرق المختلفة للممارسة اليومية فالفارق بين النموذج المثالي للمؤسسة (صورتها، قيمها) والنموذج الممارس المرتبط بتنفيذ العمل اليومي.

- التماهي مع جماعة مرجعية تنتمي لمكانة إجتماعية اعلى يجب على الأفراد أن ينتموا إليها، فيتبنوا بذلك معايير وقيم ونماذج سلوك هذه الجماعة. كذلك فإن وجود جماعة مرجعية حاملة لنموذج المسار المهني عامل أساسي لتحديد درجة التزام الأفراد اتجاه نشاط عمل ما أو مهنة ما.

هذه التشعشع الإجتماعية المسبقة أو الأولية (la socialisation ancipatrice) التي عرضها ميرتن في 1965 والتي تعني العملية التي يتعلم من خلالها الفرد ويستدمج معايير وقيم الجماعة التي يرغب أن ينتمي إليها.

كما أن هناك بعض المواقف أين نجد تأثير التشعشع المسبقة محدودة. فبعض الدول الصناعية (ألمانيا مثلا)، ونظرا لعدم توفر الوقت الكافي في تكيف نظمها التربوية مع الأشكال الجديدة للعمل تلجأ إلى تشعشع أفرادها داخل المؤسسات. فعالم الشغل هو من يسهل عملية تكوين الأفراد وهذا ما ركز عليه بريم وويلر 1966 عن لاكاز (Lacaze, 2001) أي ضرورة التشعشع والتكوين المستمر.

إذا ما قبلنا أنّ الأفراد يُنشئون طوال وجودهم في الحياة وخاصّة خلال تجاربهم وخبراتهم المهنية، فكيف يكون مصير الهوية والتي تشكلت في مرحلة الطفولة؟

### 3-1-4- المهوية في العمل

أخذ الجدل حول تكوين الشخصية توجهها حيادياً منذ سنوات خلت حيث كان في إعتقاد الباحثين ذوي التوجه الفرويدي أنّ الشخصية تتكون عند الطفولة فجاءت الأبحاث الحديثة لتدافع عن فكرة أنّ الشخصية تتكون طوال حياة الفرد وخاصّة باكتساب الخبرات والتجارب أثناء العمل.

### 3-1-4-1- مسألة الهوية

هل تعدّ الهوية جزءاً من البحث في حقل التنشئة المهنيّة؟ وإجابة على هذا التساؤل، إنتقد "كلود ديبار" وأخذ موقفاً في كتابه المعنون بـ "التنشئة الاجتماعية: بناء الهويات الاجتماعية والمهنية (1991)" وأجاب على ضرورة إعادة النظر في تحديد علاقة الهوية من أجل الذات/ الهوية من أجل الغير داخل السيرورة المشتركة والتي تجعله ممكناً والتي تُكوّن التنشئة الاجتماعية. ومن هذا المنطلق، فإنّ الهوية ما هي إلا نتاج مستقر ومؤقت، فردي وجماعي، ذاتي وموضوعي، وظيفي وبنوي، لمختلف عمليات التنشئة الاجتماعية تشترك فيما بينها لبناء الأفراد وتحديد المؤسسات.

فهناك من العلماء الاجتماعيين الفرنسيين الذين إهتموا بمفهوم التنشئة الاجتماعية في المنظمات من زاوية الهوية المهنيّة (l'identité professionnelle)، ومن روادها سانسالو (1977)، الذي أوضح الحركة الإزدواجية التي تجعل الموظفين الجدد يندمجون في بيئة العمل. من جهة كذلك تعتبر المنظمة مقر منتجاً للهويات، أين يتم نموها وتطوّرها، فالأفراد لديهم شعور بالانتماء للثقافة التنظيمية المستقرة (سانسالو وسوكريستان 1986). وللحفاظ على هذا الإستقرار، تلجأ الجماعات الاجتماعية من خلال تصوّراتهم وتمثّلاتهم الجماعية في إنتاج مخططات نقل للثقافة (سانسالو، 1987). كما أنّ مؤهلات الأفراد وعملية الإدماج والتفاعل فيما بينهم، تساهم في تنمية هذه الصوّر

المعرفية داخل المنظمة، يأخذ الموظفون المبتدئين من جانبهم جزءاً من سيرورة الهوية والتي تكون داخل جماعات العمل.

### 3-1-4-2- هوية الجماعة عند رونو سانساليوا:

تُشكل الهوية المهنية حسب سانساليوا والتي تتعلق بالخبرات والعلاقات الوظيفية للسلطة داخل التنظيم. فبالنسبة إليه تتعلق الهوية بالكيفية التي من خلالها تحدد هوية مختلف جماعات العمل من مسؤولين وجماعات الأخرى، وتنشأ الهوية في العمل على أساس الإدراكات الجماعية المتباينة مكونة فاعلين للنظام الاجتماعي للمؤسسة. سمحت ملاحظات "سانساليوا" من خلال علاقات العمل في ورشات العمل والمصالح الإدارية بتحديد أربعة نماذج ثقافية في العمل والتي نشرت في كتابه "الهوية في العمل" (L'dentité au travail, 1977/2014) وهي:

### 3-1-2-4-1- النموذج الإنسحابي (le modèle du retrait):

هو نموذج لفئة من الموظفين داخل المؤسسة، تعتبر أنّ العمل ضرورة اقتصادية أو وسيلة لتحقيق مشروع خارج المؤسسة. يتميز أصحاب هذا النموذج بقلة العلاقات والروابط الاجتماعية. ولديهم عدد قليل من الأصدقاء في العمل ويرفضون الجماعة والقائد، مثال على ذلك النساء اللواتي تعملن في المصنع أو الإدارات واللواتي تستثمرن في الحفاظ على الحياة الأسرية كأولوية.

### 3-1-2-4-2- النموذج الإنصهاري (le modèle fusionnel):

يوجد خاصّة لدى العمّال المهنيين المتخصصين (les ouvriers spécialisés) ويشغلون مهام روتينية لا تتطلب مهارات كبيرة، والعمّال المهاجرين الذين يستقرون في البلد المضيف ويفضلون العمل الجماعي لأنّه يعتبر بالنسبة إليهم ملاذاً تجمعهم فيه علاقات عاطفية عالية. كما تتميز هذه الفئة حسب (Wilfrid, Causer, 2015) بالقوّة والتجانس والتضامن بين زملاء العمل والمعارضون يؤخذون القرارات بالإجماع.

### 3-1-4-2-3- النموذج التفاوضي: (le modèle de négociation):

الإختلافات بين الأفراد مقبولة والتضامن بين الزملاء. وتوجد هذه الثقافة من بين المهنيين من العمال الفنيين والإطارات والذين يشغلون مسؤوليات الإشراف.

### 3-1-4-2-4- النموذج التآلفي (Affinité):

ظهر هذا النموذج في المنظمات والتي عرفت إنتعاشا وطورا إقتصاديا في بداية الستينيات من القرن الماضي وهي الفترة أجرى فيها سانساليوا أبحاثه، حيث لاحظ أنّ العمّال المؤهلين دخلوا في مرحلة تكوين (دروس مسائية، تكوين مستمر) والتي تسمح لهم بتحقيق حركة اجتماعية. والمنطق المهيمن لهذه الخبرة هي الترقية وتطوّر المسار المهني والحصول على مناصب عمل لائقة تسمح بالاستمرار في عملية التكوين والتعليم.

تحت هذه النماذج الأربعة على إستراتيجيات البحث عن السلطة التي تميز مجالات مختلفة. يصب تحليل "سانساليوا" للعلاقات الاجتماعية في العمل من حيث علاقات السلطة. فالتحدّيات الاقتصادية والتقنية لإنتاج السلع والخدمات تتوقف على جودة العلاقات في العمل. فالتعلّم الثقافي ضروري لإندماج العمال في ثقافة الجماعة وبالتالي كل فرد من الجماعة يستدخل الواجبات الجبر القيام بها، مع تطوير إستراتيجيات للرفع من سلطته داخل التنظيم. ويرى "سانساليوا" أنّ ثقافة المؤسسة وسيلة لجمع القوى المختلفة الموجودة في المنظمة والالتفاف حول المشاريع والحصول على حافز والتوازن في علاقات العمل. في المقابل مع جودة العلاقات الفردية، فإنّ علم إجتماع عند "سانساليوا"، يتميز بضرورة التغيير الذي فُرض على المنظمات مع نهاية القرن العشرين. فالترقية والتكوين المستمر يعتبران مصدر للتعلّم الثقافي حيث يسهلان عملية التغيير داخل المنظمة.

### 3-1-5-3- الهوية والإندماج المهني عند كلود ديبيار

بعد عشرين من ظهور كتاب الهوية في العمل لمؤلفه "سانساليوا" ومع تطوّر سوق العمل وظهور أشكال جديدة في العمل والتغيرات الكبيرة لهوية العمل عند الأفراد داخل جماعات العمل، إلى جانب إرتفاع البطالة، جعل عملية



الاندماج المهني خاصّة عند الشّباب تتعدّد أكثر فأكثر؛ وفي هذا السّياق، أعطى "ديبار" في كتابه التنشئة الاجتماعية خاصة في الفصل الخامس والمعنون بـ "نحو نظرية اجتماعية للهويّة" والذي اعتبر أنّ من بين الأحداث الأكثر أهميّة للهويّة الاجتماعية، الخروج من النظام التعليمي ومواجهة سوق العمل والذي تشكل فترة جوهريّة في بناء هويّة مستقلة". (Dubar, 2000, P.117). فبالنسبة لديبار تعتبر مشكلة الإندماج المهنيّ أساسية فهي المنفذ للمواجهة التي تتوقف عليها أساليب بناء هويّة مهنيّة أساسية والتي تشكل ليس فقط هويّة في العمل ولكن أيضا إسقاط الدّات في المستقبل، البدء في مسار عمل وتنفيذ منطق تعلّم أو تكوين أفضل. فالإنتقال من الحياة الدّراسية إلى الحياة المهنيّة تطول مدّتها وتفسير ذلك يرجع إلى إرتفاع البطالة الهيكلية التي تزيد من مدّة الإندماج المهنيّ.

حدّد ديبار في مؤلّفه حول التنشئة الاجتماعية، أربعة مسارات للهويّة المهنيّة من خلال أبحاثه الميدانية التي قام بها في فرنسا منذ بداية السّتينيات ونهاية الثمانينيات من القرن الماضي وهي نموذج الإقصاء أو التهميش؛ نموذج المهنيّ الجديد، نموذج الأفراد الإنتهازيين وأخير النموذج المتجانس:

### 3-1-5-3-1- النموذج الإقصائي أو المهمّش:

والذي يمثّل فئة من العمّال، الذين عمّروا طويلا في المؤسسة، ويعرفون على أنّهم غير أكفاء، فقد اكتسبوا مهنتهم من خلال العمل، وبالتالي فلديهم معارف تطبيقية تجعلهم لا يرون فائدة من التكوين النظري، يبحثون عن الاستقرار، وأي تغيير بالنسبة لهم يعتبر خطرا، فهو قريب من النموذج الانصهاري "لسانساليوا": فالمشاركة في النشاط المهني ضئيل، والعلاقات مع زملاء العمل جيدة.

### 3-1-5-3-2- نموذج المهنيّ الجديد (le nouveau professionnel) :

وهو يمثّل عامل الغد: يطوّر العامل مهاراته في المؤسسة، يحسن تطبيق إجراءات العمل، يفهمها ويكيّفها ويحسنها، ويدعى بالعامل المساعد، وأحيانا التقني، فالمهنيّ الجديد متعدّد التخصصات في المهنة التي تعلّمها خلال حياته الدّراسية، مستعد لمزاولة التكوين مما يجعله يتطوّر في مساره المهنيّ.

### 3-1-3-5-3- النماذج الأفراد الإنتهازيين (les carriéristes):

تتميز هذه الفئة من العمّال بأنّها تشغل مناصب عمل إشرافية عن طريق الترقية الداخلية فتكوينهم كان على مستوى المؤسسة. كما أنّ مؤهلاتهم تجعلهم معترف بها من طرف مسؤوليهم الذين لا يتوانون إلى اللجوء إليهم لما يتميزون به من فعالية وحسن تعاملهم مع الزبائن ومساهماتهم في زيادة مردودية المؤسسة.

### 3-1-3-5-4- وأخيرا النموذج المتجانس (affinitaire):

يجمع الأحرّاء المعرفين كافراديين والذين لا يمثلون إلى المعايير والأدوار الجماعية، ويظهر هذا الإنحراف عند الشّباب الجامعيين الذين يجدون أنفسهم غير مكيفين مع مناصب العمل المقترحة، وتعتبر هذه الوضعية، فشلا لسياسات توظيف الشّباب حاملي الشهادات الجامعية، فهم غير مستفاد منهم بقدر كبير في المؤسسة، غير مستقرين، ومعظمهم يشغلون مناصب تنفيذية ويعتبرون أنّ مؤهلاتهم بالنسبة للمنصب الذي يشغلونه لا يعكس قيمتهم.

فالتشابك المتنامي لمؤسسات التكوين وأيضا عالم الشّغل المرتبط بتطور التكوين المهنيّ يصبح التعلّم فيه شكل من أشكال التّنشئة الإجتماعية. وللتعمق أكثر في مسألة إدخال التعلّم في مفهوم التّنشئة الإجتماعية نلجأ إلى نظرية "بونديرا".

### 3-1-3-6- عملية التعلّم الإجتماعي لبونديرا

يقدم ألبير بونديرا (Albert Bandura, 1969) في نظريته عن التعلّم الإجتماعي (النظرية المعرفية الإجتماعية) تعريفا للتّنشئة الإجتماعية على أنّها عملية لتحديد الهوية (الإنتماء). وتركز نظرية التعلّم الإجتماعي حسب (Carré, 2004) على ثلاثة أسس رئيسية وهي التعلّم بالملاحظة أو النمذجة (Processus Vicariants)، الرموز (symboliques) والضبط الذاتي (Autorégulateurs) في المقابل فإنّ النماذج الإجتماعية تسمح للأفراد بتعلّم سلوكات ملائمة بأكثر سرعة وفعالية على غرار طريقة التعلّم بالمحاولة والخطأ. وحسب "بونديرا"، فإنّ عملية تحديد الهوية تظهر كسلوك مشابه بين الفرد النموذج والمتعلم. فالتقليد والتعلّم عن طريق الملاحظة وتحديد الهوية يستعملان كمرادفات حسب رأيه.

والهويّة (L'identification) هي نتاج مجموعة من العمليات، فمن الضّروري أن يكون الفرد منتبه إلى النموذج الذي يرسل إليه والوعي الجيد والحذر من السلوك الآخر يعني محفزا لاكتساب النموذج وهنا يمكن للرموز تسهيل الإستدكار، بعدها يلجأ الفرد إلى العمل. فتعزيز الفعل إن كان بالسلب أو الايجاب تتبع بعدها بتنوع محتوى التعلّم. فإجراءات التّنشئة الإجتماعية تتم بالتسلسل الزّمني لتطوّر الإنسان، يبدأ الوالدين بتنشئة الطّفل، بعدها يأتي دور المعلمين والأقران. كما إعترف "بونديرا" أنّ التّنشئة الإجتماعية تستمر طوال الحياة وتتعدّد عندما يخرج الفرد من إطار محدد للأسرة. كما أنّ مكان العمل له تأثير كبير على تطوّر الأفراد.

فالمقاربة المعرفية لبونديرا عن التّنشئة الإجتماعية تبين على أنّها عملية تعلّم ومن الضّروري تحديدها من خلال فهم آليات التّنشئة الإجتماعية عند الفرد.

كما وظف ألبير بونديرا مفهوما آخر والمتمثل في فعالية الذات (le sentiment d'efficacité) في عملية التّنشئة التّنظيمية (Bandura, 1997/2007) خاصّة عند العمّال المبتدئين والذين تابعوا برنامج التكوين من أجل تحضيرهم للدور المهنيّ الذي يجب القيام به. ولا يتوقف تنمية مهاراتهم التقنية فقط، ولكن كذلك طبيعة ومجال دورهم المهنيّ ما هو منتظر منهم، كيفية إدارة ثقل العمل وضغط وقت العمل، مصادر ضغوط الأخرى المرتبطة بالعمل وكيفية العمل بفعالية مع زملاء العمل. ففعالية الذات التي يبديها وينميها العمّال الجدد خلال عملية التكوين وفي بداية المسار المهنيّ تساهم في سيرورة التّنشئة الإجتماعية داخل المنظمة. والعمال المبتدئين الذين يأتون بفاعلية ذات قوية يتعلّمون أكثر وينجحون في فترة التكوين مقارنة بزملائهم الذين لديهم فعالية الذات منخفضة.

ويسهل تكييف إستراتيجيات التكوين للفعالية المدركة عند العمّال من إكتساب المهارات المهنيّة والتقليل من القلق والغموض والشك داخل المنظمة. أجرى ساكس (Saks, 1994, 1995) دراسة تتبعية لمسارات مهنيّة لعدد من المحاسبين المبتدئين في مكاتب المحاسبة بأمريكا واستخلص أنّ الأفراد كلما كانت فعالية الذات التقنية، التكوين والعلاقات الشّخصيّة منخفض كلما كانوا أكثر قلقا عند دخولهم المنظمة. فبالنسبة للأفراد الذين لديهم فعالية الذات

منخفض في هذه الحالة يمكن للمنظمة إلى توجيه هؤلاء عن طريق تنظيم توجيهه عن كيفية تسيير النشاطات التنظيمية.  
(Bandura, 1997/2007, p.662).

### 3-2- التثنية التنظيمية (la socialisation organisationnelle):

#### تمهيد:

ظهر هذا المصطلح في أدبيات الأنجلوساكسونية في الستينيات من القرن الماضي. إذ لاحظ الأساتذة بجامعة شيكاغو أنّ القيم التي كانوا يدرسونها ويلقنونها لطلبتهم في الجامعات سرعان ما تُنسى مباشرة بعد إندماجهم في الحياة المهنية. وهو ما جعل الأساتذة يتساءلون، ويحاولون فهم كيف لهذه المنظمات والتي أثبتت جدارتها وقوتها وإستقرارها في غرس أفرادها قيما تتوافق وإستراتيجيتها. ويتوقف نجاح المؤسسات على مدى التماسك والإلتزام بين أفرادها. وفي آخر المطاف، فتشتمل التنوع هو المحفز للإبداع والابتكار. وهذا ما يفسر الأبحاث الأولية في المؤسسة، وجعل العامل هو الفاعل الرئيسي للتثنية.

أستعمل مفهوم التثنية في عدّة تخصصات كعلم الاجتماع، وعلم النفس، وعلم النفس الاجتماعي، وعلوم التسيير باعتبار أنّ المنظمة متكونة من جماعات إجتماعية، يعتبر فيها الموظف مواطنا فهو في تفاعل مع بيئة العمل، ويقضي معظم وقته داخل المؤسسة ويلقى تسهيلات كما يصطدم بصعوبات في الإندماج. وأنّ التثنية التنظيمية ما هي إلا شكل خاص من أشكال التثنية الإجتماعية.

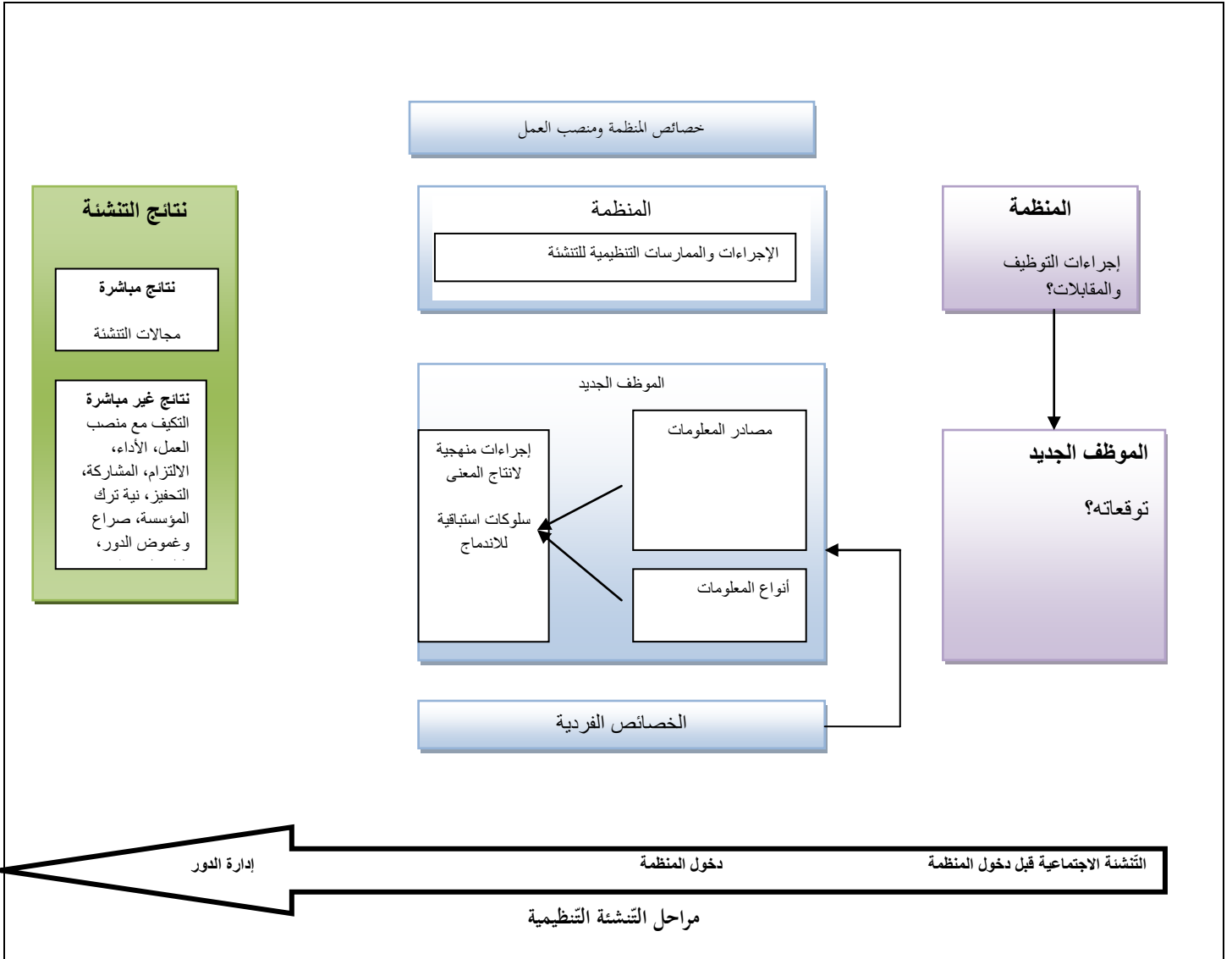
الهدف من هذا المفهوم في علم النفس العمل والتنظيم، أظهرته العديد من الدراسات على أنّ الفرد في بداية مشواره المهني داخل التنظيم له تأثيرات على إتجاهاته ( كالرضا المهني، الأمانة، الولاء، الإستقامة، نية البقاء، الصدق.....) وأيضا سلوكياته (كالإبداع، الإبتكار، والأداء....الخ).

### 3-2-1- نظريات التنشئة التنظيمية

إنّ التنشئة التنظيمية متعدّدة الأشكال، وموضوعها يتشعب في مجالات العلوم الإنسانية والاجتماعية. وإذا ما تمعنا في المفهوم نجده مركب من مصطلحين متفاعلين هما: المنظمة والفرد والفترة الإنتقالية التي يمر بها داخل التنظيم. فبالرغم من الأبحاث الجزئية للموضوع إلا أنّها بدأت تجتمع لتحديد إطارا مرجعيا وتاريخيا لهذا المفهوم.

وقدّم باحثون، عدّة إقتراحات وتعريف عن التنشئة التنظيمية، فمنهم من ركّز على محتوى التنشئة ( Le contenu de la socialisation ) في العمل، أما البعض الآخر تجلّت إهتماماتهم على دور الفرد كفاعل في سيرورة

التنشئة الإجتماعية والشكل (03) يوضح ذلك:



الشكل (03) يوضح التنشئة التنظيمية للفرد داخل المؤسسة عن (لاجاز، 2005، ص.275)

### 3-2-2- منطري التنشئة التنظيمية:

أول من إهتم بهذا المصطلح هو "إدغار شين" أمريكي أحصائي في علم النفس التنظيم (Edgar Schein, 1968) حيث عرف التنشئة التنظيمية كعملية يتعلم من خلالها الموظف الجديد خبايا المهام التي أسندت إليه، والتلقين والتكوين، كما تسمح هذه العملية للفرد بتلقي تعليم عن ما هو أهم في المؤسسة ووحداها. إستنبط شين هذا المفهوم خلال أبحاثه التي قام بها على السجناء الأسرى الكورين إبان الحرب وكان التعليم والتلقين الذي تلقوه في السجن هو نفسه ما كان يحدث في المؤسسات الأمريكية آنذاك، وحسب رأيه تشير التنشئة في العمل إلى تعلم نظام القيم، المعايير، والسلوكيات المناسبة، ويشمل أيضا أهداف المؤسسة، والوسائل المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف، ومسؤولية كل عضو داخل التنظيم وأيضا مجموع القواعد التي تسمح للمنظمة بالمحافظة على هويتها.

وتلجأ بعض المؤسسات، إلى نمذجة موظفيها، وذلك بتفكيك نظام قيمهم القديم وغرس ثقافتها التي تتماشى وإستراتيجيتها، مثل الجندي الجديد عندما يجند في صفوف الجيش فالمرحلة التدريبية التي يمر بها غايتها التفكيك الرمزي لهويته وذلك بخلع الملابس المدنية وإستبدالها بيزة عسكرية موحدة مع حلق الشعر.

يعتبر جون فو ماين (Van Maanen, 1978) أن التنظيم يحول ويغير من إجابات وسلوكيات الأفراد. وحسب رأيه، فإن الفروق الفردية الناتجة عن التنشئة واضحة، وتفسر على أساس أن هناك إختلاف في شخصية الأفراد، وتنتج خاصة باستخدام مختلف الأساليب والطرق لدمج الأعضاء الجدد وتغيير ذهنياتهم، فالفرد حقيقة يصبح منحوتا وعلى شكل قالب في المؤسسة التي يلتحق بها. كما اعتبر "فو ماين" (Van Maanen) أن الفروق الفردية في نتائج التنشئة تفسر على أساس خصائص شخصية كل فرد.

من جهة أخرى، فالتنشئة القريبة من التلقين ليست بالضرورة مفيدة للمنظمات. إذ اكتشف "شين" أن فشل التنشئة يكون في حالتين إثنين هما: عدم الإمتثال وما فوق الإمتثال (extra-conformisme)، فبعض المنظمات لديها معايير وقيم أساسية، مثلا بحث المؤسسات على الربحية، والمنافسة الحرة، وإقتصاد السوق، والتسلسل الهرمي

للسلطة وجودة العمل، في حين نجد قيم أخرى مناسبة لكنّها غير أساسية ( طريقة اللباس، التعامل مع الزبائن والإلتقاء إلى نادي رياضي أو جمعية). وتفشل عملية التّنشئة في حالة تمرد الفرد وعدم تقبله لهذه القيم وهنا تسمى عدم الإمتثال. ولكن أيضا حالة الفرد الذي يقبل كل المعايير والقيم ولكن هناك خطر نسيان شخصيته وتسمى هذه الحالة بما فوق الإمتثال (extra-conformisme)، فالحالة المثالية هي أن يقبل الفرد فقط القيم الأساسية وأن يحافظ على فرديته داخل المنظمة.

فممارسات التسيير المتداولة في المؤسسات، جعلت لويكي (Lewicki Roy, 1981) يقوم بتقديم ترجمة نقدية للتّنشئة التّظيمية. وفي مقال نشر له عن الانجذاب أو الأغواء التّظيمية، (La séduction organisationnelle) فسّر كيف يمكن جذب الأفراد داخل المنظمة عن طريق الإطراء والتملق من طرف المسؤولين وزملاء العمل وبالتالي يتولد لديهم شعور وإنطباع جيد لإختيارهم لهذه المؤسسة، إلى جانب ذلك تُقدم لهم مزايا ومكافآت كي تنمي لديهم الشعور بالولاء والإلتزام.

وميز لويكي أربعة عوامل أساسية التي تخص برامج الإنجذاب التّظيمية وهي:

- الإستقطاب والإختيار الانتقائي الصارم لأفراد لديهم القابلية والقدرة على التعلّم بسهولة وتكون أهدافهم وقيمهم متطابقة مع المؤسسة.

- تتميز المكانة العالية للمنظمة والتي تمنح للموظف فرصا بأن يصبح عضواً في نادي رياضي...إلخ.

- التحفيز على شغل وظائف تكون بالمنافسة بين الموظفين وفرص الترقية في المسار الوظيفي.

- مناخ عمل جيد، يوفر كل الظروف الجيدة للعمل مع مرافقته بنظام أجر يلبي حاجاته ( Lewiki, 1981, P.

7).

كما تشمل التّنشئة التّظيمية عند لويكي (1981) جميع ممارسات إدارة الموارد البشرية حتى تتمكن من جذب عمالها، فالمنظمات التي تمارس عملية إغواء موظفيها يرتفع مستوى أداء عمالها ويزداد ولائهم، إلا أنّ لويكي حذر

من الإفراط من هذه الإستراتيجية، لأنّها لا تدوم طويلا بما أنّ نظام خلق الولاء والمشاركة يجد من الإبداع وحل المشاكل وهي ما سمّاها "شّين" بما فوق التماثل (extra-conformité)، علاوة على ذلك، فنظام التسيير الذي يضمن الترقية الإنتقائية، يؤدي لا محالة إلى إستياء الأفراد الذين لم يستفيدوا منه، وبالتالي إنخفاض وتدهور مناخ العمل وتشويه سمعة المؤسسة من طرف الذين يغادرونها (مشكل عدم الإمتثال).

### 3-2-3- مراحل التّشئة التّظيمية

#### 3-2-3-1- التّشئة الأولى أو ما قبل دخول المنظمة (la socialisation anticipée)

يعتبر فلدمان (Feldman, 1986) أنّ التّشئة التّظيمية هي العملية التي تُمكن الأفراد الإنتقال من وضعية غرباء عن المنظمة إلى وضعية أعضاء مشاركين وفاعلين. هذا الإنتقال يتم عبر مراحل بالتنوع في الشدّة والمحتوى. ويصبح الفرد عضوا فعّالا، عندما يجتاز مختلف مراحل التّشئة التّظيمية، وإستمد فلدمان هذا النموذج من أعمال ميرتن (Merton) عالم نفس إجتماعي في سنوات الخمسينيات من القرن الماضي، عن الجماعة المرجعية والتّشئة الأولى (La socialisation anticipatrice)، وكذلك توصّل كل من شّين وفلدمان إلى حقيقة مفادها أنّ التّشئة الإجتماعية تبدأ حتى قبل دخول المنظمة، لأنّ هناك بعض المهّن تتطلب تكوين وتحضيرا للطلبة لمستقبلهم المهني والمنظمات التي من المفترض أنّهم سيلتحقون بها مستقبلا كحالة الأطباء، الممرضين والمدرسين، والشرطة... إلخ، والذين تتكون لديهم صورة عن حياتهم المهنية المستقبلية، ففي مرحلة الإنتقاء والتوظيف يكون المترشح قد إكتسب المعلومات الكافية عن مؤسسته المستقبلية والمنصب الذي سيشغله وهي ما تجعل الفرد قد أعدّ صورة وصاغ توقعاته وطموحاته. فيبحث عن البيانات والمعلومات مباشرة من المنظمة وأيضا من خلال البحث الشخصي عن طريق الجرائد، المجلات، الوسائط التكنولوجية والتلفزة... إلخ.

يفسر "فلدمان" هذه السيورة بالواقعية والدقيقة والشمولية بالنسبة للفرد عن صورة منظّمته المستقبلية وأيضا مدى التوافق بين خصائص المنظمة من جهة وحاجات ومؤهلات العامل من جهة أخرى، والتي تسمح بتقوم نجاح هذه المرحلة. وفي نفس السّياق، دافع (Wanous, 1980) على أهمية مقابلات الإنتقاء والتوظيف.



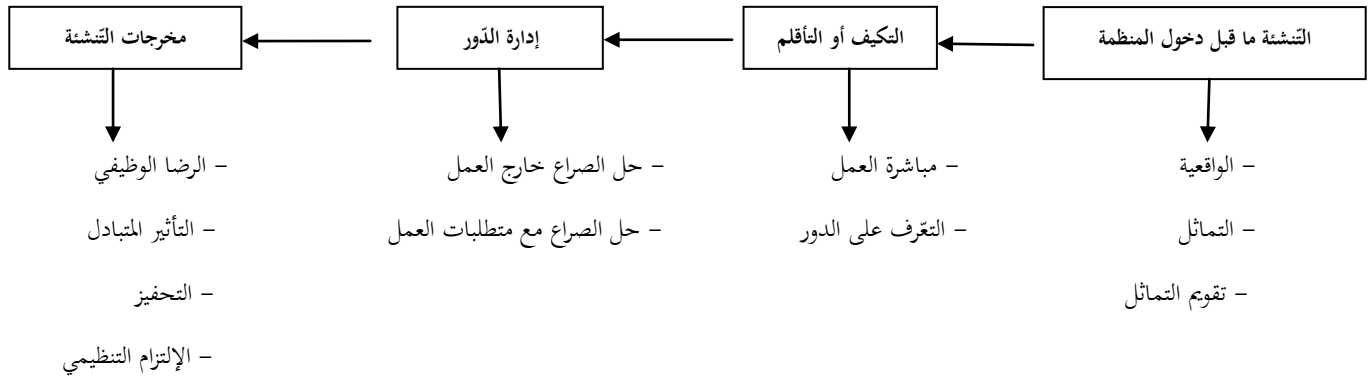
### 3-2-3-2- مرحلة الاندماج:

عرفت هذه الخطوة عدّة تسميات، فلدمان (Feldman, 1976) مثلاً أطلق عليها إسم مرحلة التكيّف أو الدخول ، أمّا فوماينان (Van Maanen, 1975) أطلق عليها إسم "اللقاء" أو "المقابلة" ، وهي الفترة الأولى التي يقضيها الفرد الجديد في المنظمة والتي يسعى من خلالها إلى فهم الواقع التنظيمي والبحث عن الطريقة التي تمكنه من أن يصبح عضواً كامل العضوية، والمشاركة وفعاليتها وباكتشاف القيم والسلوكيات المناسبة، وغرضه من ذلك إدراك المعنى في المحيط الذي يعمل فيه. وتتميز مرحلة الاندماج حسب "لدمان" بأربعة نشاطات جوهرية وهي كما يلي: مباشرة الفرد في تنفيذ المهام؛ الحياة الجديدة مع جماعة العمل؛ التعرف على دوره في التنظيم؛ تقويم مدى تكيفه في منصبه مع المشرفين المباشرين. كما أشارت موريسون (Morrison, 1993) على أنّ الأفراد الأكثر سرعة في الاندماج هم الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من التنشئة التنظيمية وهي مرحلة ضرورية جداً، فبها يتحدّد أداء الفرد، ويندمج مع فريق العمل، وتترسخ لديه قيم وثقافة المؤسسة.

### 3-3-2-3- إدارة الدور (Role management)

كما تدعى أيضاً، حسب فلدمان (1981) بمرحلة "التغيّر والاكْتساب" (changement et acquisition) ، ويسمّيها فوماينان (1975) "بمرحلة التحوّل" (Métamorphose)، والتي يسعى من خلالها الموظف الجديد إلى حل كل أشكال التناقضات والغموض في منصب عمله، وأوضح فلدمان، بوجود نوعين من الصراع قد يعيشهما العامل المبتدئ عند بداية مشواره المهنيّ وهي: الصراع التنظيمي ويتمثل في التعارض أو عدم التوافق بين الحياة المهنية والحياة الشخصية والأسرية فضغوطات الوظيفة الجديدة مثل ساعات العمل الطويلة يمكن أن تؤثر على نوعية الحياة الأسرية. أمّا الصراع الثاني، فيظهر مع فريق العمل والجماعات الأخرى للمنظمة ومن بينها تحديد المهام والمسؤوليات لكل جماعة عمل وداخل فريق عمل فالفرد في هذه المرحلة الإنتقالية يتفاوض على قواعد العمل لتسهيل عملية إتخاذ القرارات. وحسب فلدمان (1981) فإنّ التنشئة التنظيمية تتكامل بمجرد ما يجتاز الفرد المراحل الثلاث للتنشئة الإجتماعية ويتلخص بذلك نموده والذي تكون له إنعكاسات على سلوكه وإبّجاهات الموظفين. فبالرغم من أنّ هذا

النموذج لم يتم إختباره ميدانياً، إلا أنه يحمل تصوّراً ثرياً للتّشعّبة التّنظيمية المعاشة على مستوى الفرد، غير أنّه محدود من حيث قدرته على تفسير كيفية حدوث التّغيرات الناجمة عن الانتقال من مرحلة إلى أخرى حيث توضح الأعمال التي أنجزت عن هذه المراحل، بعض النشاطات من طرف الموظفين الجدد خلال تنشئتهم في المنظمة وهو ما حث لويس (Louis, 1980) بفتح المجال للأبحاث التي ركزت على دور الفرد في هذه العملية. وحسب هذا الباحث فإنّ التّشعّبة الإجماعية عملية تتم من خلالها تمييز الفرد للقيم، والإستعدادات، والسلوكيات المتوقعة والمعارف الإجماعية الضرورية لتقلد الدّور والمشاركة كعضو في المنظمة. ويعود له أيضاً الفضل في طرح المقاربة المعرفية (cognitive) وتطويره لرؤية خاصّة بالهويّة وتفاعلية للتّشعّبة التّنظيمية و المقاربة السلوكية (التكسيكات الفردية من أجل الإندماج) الشكل (04) يوضّح ذلك:



الشكل (04) يبيّن مراحل التّشعّبة التّنظيمية (فيلدمان، 1976، ص.434)

#### 4-2-4- مجالات التّشعّبة التّنظيمية:

إهتمت معظم التعاريف بمحتوى التّشعّبة التّنظيمية، حيث تلتها مجالات أخرى لاستكمال المفهوم الأولي، فالمقاربة الإجرائية تبقى ناقصة لأنها لا تدل بدقة على معنى أن يكون فرداً منشأً ومن هذا المنطلق، أتمت فيشر (1986) (Fisher) هذا النقص، لتعطي نظرة شاملة عن المفهوم وتلخص فيه مجالات التّشعّبة والتي عرّفها على أنّها هي كل

ما يتعلّمه الفرد والتغيرات التي طرأت عليه داخل المنظمة، وهناك أربعة أبعاد تم تلخيصها في الجدول التالي حسب (Lacaze, 2005):

**جدول (04) يوضح مجالات التنشئة التنظيمية لفيشر عن (لاكاز، 2005، ص. 280)**

- 1- القيم، الأهداف وثقافة المؤسسة**  
- يتعلّم الموظف الجديد القواعد-العلاقات في السلم الهرمي - نظام الأجر، التآلف مع الثقافة والأشكال غير الرسمية داخل المنظمة. العقد النفسي الضمني بين الفرد والمنظمة حسب (Schein 1978).
- 2- قيم الجماعة، المعايير، التسيير، الصداقة**  
- تعرّف العامل الجديد على زملاء العمل؛ الإندماج في جماعة العمل؛ فهم أسباب سلوك الآخرين واعتماد سلوك مناسب؛ اكتشاف علاقات النفوذ والسلطة والمصالح السياسية لكل عضو في المؤسسة تمثل أيضا جزء من عملية التنشئة الاجتماعية؛ يتم تقويم التكامل والاندماج الاجتماعي عن طريق الإتصالات وسلوك التعاون داخل فريق العمل أو التنظيم، وكذلك الجوانب العاطفية كالتناسق والتماسك والإنجذاب لجماعة العمل أو المنظمة (O'Reilly, Caldwell, and Barnett, 1989).
- 3- طريقة العمل: المهارات والمعارف المكتسبة**  
- حتى إذا تم تكوين العامل الجديد على المنصب، إلا أن عليه تعلّم الإجراءات، القوانين، المصطلحات الجديدة للعمل؛ إكتساب قدرات مثل السرعة في العمل، الدقّة، القدرة على إحتمال العمل. وأخيرا لكي يصبح الفرد أكثر فعالية فإنّه يرسم خططا وبطاقات معرفية خاصّة به وتمثل تسلسلا لمهامه المختلفة.
- 4- التغير الفردي المتعلق بالهويّة وصورة الذات**  
- تقدم الفرد الجديد إلى المنظمة يصحبه نمو للهويّة الفردية؛ يتعلّم من تلقاء نفسه ويجدد مساره المهني: يكتشف قدراته، مواهبه، دوافعه، حاجاته، أنجذاته وقيمه. يكتشف أيضا أنّ لديه توقعات وأهداف جديدة. ويتّرحم هذا التغير أيضا من خلال تحول السلوك، التفاعلات وطريقة الملابس وهذا يترك المجال إلى التخلي عن هويته القديمة حسب لويس 1980 إذ يعيش الموظف الجديد مرحلة مربكة ومقلقة للغاية.

وأدجت دراسات حديثة، أظهرت أنّ التحكم في الدّور التنظيمي كبعد يتميز عن التحكم في مهام في منصب العمل فالموظفين المبتدئين هم بحاجة إلى تحديدها، ثمّ الفهم وأخيرا تقبّل المسؤوليات المتعلقة بمنصب العمل الذي يشغله داخل المؤسسة.

### 3-2-5- الإجراءات التنظيمية للتنشئة:

ترجع الإجراءات التنظيمية للتنشئة إلى الطريقة التي تكون فيها تجارب وخبرات الأفراد في المرحلة الإنتقالية من دور إلى آخر، تنظم حسبهم من طرف أعضاء آخرين من المنظمة فوماينان وشين (1978). من خلال نموذج المتكون من ستة إجراءات تنظيمية للتنشئة، وصف كل من فوماينان (1979) مختلف أشكال التنشئة المرتبطة باجتياز الفرد لحدود المنظمة مثل التسلسل الهرمي والوظيفي... إلخ. . ويطبق هذا النموذج نظريا في جميع السياقات التنظيمية أين يتم تتبع المسارات المهنية للأفراد داخل الجامعات، المستشفيات، المدارس، الإدارات... إلخ.

ولقد أكمل "جون غيرث" (Jones Gareth, 1986) عمل فوماينان وشين ببناء سلم قياس يختبر العمليات

التنظيمية للتنشئة وميز بعدين هامين وهما كما يلي :

- الإجراءات أو العمليات الفردية (les procédures individualisées).

- الإجراءات أو العمليات المأسسية (les procédures institutionnalisées).

ويوضح الجدول 5 عمليات للتنشئة التنظيمية:

الجدول (05) يوضح العمليات التنظيمية للتنشئة

البعدين لجون Jones 1986	التنشئة المأسسية	التنشئة الفردية
مجال التنشئة التنظيمية	جماعية رسمية	فردية غير رسمية
محتوى التنشئة	عبر مراحل منظمة ثابتة	غير منظمة متغيرة
الأشكال الإجتماعية للتنشئة	متسلسلة مستمرة	مفككة غير مستمرة
الأبعاد الستة لفوماينان وشين (1979)		

المصدر: (Lacaze, 2005, P.281)

يساهم هذا الشرح أو التقدم الوجيز في فهم أفضل للاستجابات عند الموظفين الجدد وتخلق لديهم هذه الإجراءات الجماعية نوع من التجانس أي الشعور بأنهم في مرتبة ومستوى واحد ومنها تتم عملية التنشئة مع بعضهم البعض. وعندما تكون الإجراءات فردية، يبحث الفرد الذي وظف وحيدا إلى إتباع نموذج أو إختراع الدور الذي يحتله في المنظمة. أما فيما يخص إجراءات التنشئة الرسمية، يفصل الموظف الجديد عن باقي أعضاء المؤسسة بإخضاعه لدورات تكوينية قبل إدماجه في المنظمة. أما إجراءات التنشئة غير الرسمية، يوضع العامل الجديد مع أعضاء المنظمة ويأشر العمل وهنا يكون تعلم العمل بالمحاولة والخطأ، وتكون التنشئة التنظيمية عبر مراحل منتظمة، محددة ومتميزة، وعلى العكس من ذلك تكون غير منتظمة في حالة ما إذا لم تحترم مراحل الاندماج. فالإجراءات المتسلسلة ترجع إلى الطابع الزمني وأنّ معيار الوقت أساسي في الانتقال من مختلف مراحل التنشئة التنظيمية. في حالة الإجراءات المتغيرة تكون المراحل التي يجتازها تُبلّغ إلى العامل حسب أدائه والفرص داخل المنظمة. كما أنّ الإجراءات المتسلسلة تسمح للأجير الجديد أن يوجه من طرف شخص يكون قد شغل المنصب من قبل. وتكون الإجراءات غير متسلسلة إذا لم يكن الفرد الجديد يشغل منصبا لم يسبق لأحد أن شغله، وهنا لا تكون تنقصه المراجع أو نماذج سلوكية يتبعها للقيام بمهامه ولكن يمكن أن يجد مخرجا لمهمته الجديدة.

يتبع الفرد في المؤسسة العمليات الجماعية وهو تشكيل جماعات من الموظفين الجدد ما يخلق لديهم نوع من التجانس (أي الاحساس بأنهم في نفس المستوى) وبالتالي نوع من تنشئة بعضهم البعض، إذا كانت العمليات فردية، بالشخص يبحث عن نموذج خاص يتبعه، وخلق دور يلعبه في المنظمة. أما على مستوى الإجراءات الرسمية فيتم فصل الموظف الجديد عن باقي العمال حتى يثبت قدرته على المهمة التي أسندت إليه (تكوين خاص). أما إذا كانت العملية غير رسمية، فإنّ المتقدم للعمل يوضع مع باقي العمال وبالتالي يبدأ عملية التعلم ومن نتائجها الوقوع في الأخطاء نتيجة الممارسة الفعلية. تكون عملية التنشئة تسلسلية عندما يمر الفرد بسلسلة من المراحل المحققة و الواضحة. أما ثبات الإجراءات فترجع إلى عامل الزمن والذي يعتبر معيار ضروري لتجاوز مختلف مراحل التنشئة. وتكون متغيرة عند تخطي الأطوار وإشعار الموظف بأدائه. ويسمح تسلسل العمليات للعامل الجديد بتوجيهه من

طرف عضو شغل من قبل المنصب. وتكون الإجراءات متفككة أو منفصلة عندما لا يجد العامل الجديد أحدا قد مارس هذا المنصب أو قد يكون منصبا أستاذ جديد في الهيكل التنظيمي وبالتالي يتعذر عليه معرفة السلوكيات المطلوبة في المنصب، فتكون له فرص الإبداع والابتكار. أما الممارسات والتي تسمى بالإستثمار والمقصود به تامين وتقدير شخصية العامل الجديد. فالمنظمة في هذه الحالة لا تبحث عن كيفية ضبط أفرادها وتكييفهم مع ثقافتها وإنما البحث عن طريقة إستخدامهم لمؤهلاتهم وقدراتهم بعكس الممارسات وعدم الإستثمار حتى يتمكنوا من التماثل والتطابق مع جميع أفراد المؤسسة، ففي هذه الحالة يمارس على شخصيات الأفراد نوع من الكبت لترسيخ وغرس قيم وسلوكيات معينة.

لقد سمح مقياس جون (Jones 1986) بمعرفة دور العمليات الفردية في تسهيل الإبداع في الدور الذي يقوم به، بخلاف الإجراءات المأسسية التي تحت الأشخاص على أداء أدوارهم متقيدين بالتزامات المنصب مما يحد من المبادرات الشخصية. لهذا الغرض، أوضح كل من (Ashford et Saks, 1996) بوجود حالتين من أشكال التنشئة، إذ نلاحظ في الحالة الأولى أنّ للعمال الجدد معرفة محدودة عن المعالم الخاصة بالمؤسسة، ما يجعلهم يبحثون عن الحلول بإمكانياتهم الخاصة، والقيام بتقويم ذاتي لأدائهم، هذا الشكل من التنشئة، يجعل الأجراء الجدد في حالة من القلق والتردد، وعدم اليقين بما سيحدث لهم مستقبلا داخل هذه المنظمة. ما يصيب بعضهم بعدم الثقة والإحباط، أما في الحالة الثانية، نلاحظ أنّ مرافقة وتوجيه العمال الجدد يقلل من نسبة التوتر، وغموض وصراع الدور ما سيسهم في زيادة الرضا المهني، الولاء والإلتزام التنظيمي والتماثل مع التنظيم، وترسيخ لديهم نية البقاء. كخلاصة يمكن القول بأنّ الإجراءات المؤسسة يمكن أن تكون مثالية في حالة لم تحدد من قدرات الإبداع والابتكار وأدائهم في العمل.

### 3-2-6- الإستراتيجيات الفردية للإندماج:

سمحت الدراسات الخاصة عن سلوكيات الموظفين الجدد بالتعرف على الدور الإستباقي (le rôle proactive) لديهم. وهذا ما أكدته أبحاث (Louis) عن (Jones, 1983)، والتي ركزت على الظواهر المعرفية الفردية والدور

الإستكشافي أو الإستباقي. ويُعرف الدّور الإستباقي بأنّه نشاط لمعالجة المعلومات من طرف العامل الجديد، فالبحوث في التّنشئة الإجتماعية في العمل من معرفة سلوكيات الفرد خاصّة فيما يخص البحث عن المعلومات، ثم أتبعته بدراسات تكميلية أخرى، والتي كشفت عن وجود عدد آخر من هذه السلوكيات الإستباقية. وللإشارة فإنّ التكامل مع العمليات التّنظيمية لعملية الإندماج والذي إستخدم من طرف (Lacaze, 2001) وأعتبرته بأنّه تفسير المعنى (Sensemaking) للتكتيكات (الطرق أو الأساليب) الفردية للإندماج، وهي الأساليب التي تشمل الجهود التي يبادر بها العمّال الجدد بغية إنجاح عملية إندماجهم في المنظمة.

### 3-2-6-1- عملية البحث عن المعلومات:

يحتل سلوك البحث عن المعلومات في الدّراسات والأبحاث مكانة هامة ضمن السلوك الإستباقي (le comportement proactif) عند الموظفين المبتدئين. فمرحلة دخول المنظمة أو منصب عمل لأوّل مرّة، يتميز بعدم الرضا من خلال الشك وعدم اليقين (L'incertitude) والتي يحاول العامل التقليل منها وذلك باكتساب المعلومات حسب (موريسون 1993؛ فلدمان 1983) ويتوقف جزء من هذه التكتيكات، على نوع المعلومات التي تكون محل البحث. وحسب كل من (Morrison, 1995, 1993 ; Chao & al, 1994 ; Ostrof & ; Koslowski, 1992 ; Feldman, 1983 ;) فمن بين المعلومات ذات الأولوية التي يبحث عنها الموظف الجديد هي تلك المتعلقة بالمهارات الفنية (les informations techniques)، وتشمل هذه المعلومات كيفية تنفيذ المهام، والمهارات، والقدرات التي يجب تطويرها وتنميتها، وتطبيق الإجراءات و القواعد، والرغبة في معرفة ردود الفعل عن أداء عمله (إن كان مقبولا أم لا)، ويعني ذلك عملية تقويم أدائه، وإعلامه في حالة ما إذا كان عمله غير مرض وبالتالي ضرورة تعديله. إنّ المعلومات المتعلقة بالدور الذي سيقوم به الفرد والتي تسمى أيضا بالمعلومات المرجعية والتي تم ملاحظتها أيضا في المراحل الأولى من عملية الاندماج والتي تزيد من وضوح الدور. في المقابل من ذلك، فالإندماج داخل جماعة العمل يتطلب من العمال الحصول على المعلومات من النوع العلائقي وعن سياسة المنظمة. أمّا فيما يخص المعلومات المعيارية والتنظيمية، ونقصد بذلك المعلومات حول معايير وقيم وثقافة وإجراءات المؤسسة، والتي تبدوا

أقل اهتمام لدى الموظفين الجدد ولكنها ضرورية وذات أولوية بالنسبة لأرباب العمل وهو ما يستوجب مرافقة هؤلاء الموظفين لتحسين ذلك.

أما المرحلة الثانية، يبدأ فيها الأفراد الجدد بتحديد مصدر المعلومات الأكثر ملائمة. ويمكن أن تكون هذه الأخيرة إما علاقات شخصية (المسؤولين، الزملاء والزملاء) أو غير علائقية (كالوثائق المكتوبة، والملفات إلى آخره). وقبل أن يلجأ الموظفون الجدد إلى الشخص مصدر المعلومات، فإنهم يقومون باختبار مستوى الخبرة لديه، من حيث السلطة، سهولة الوصول إليه ونوعية العلاقة مع الشخص المطلوب، أما الزملاء والمشرفين المباشرين فيعدّون المصدر الأول للمعلومات الأكثر طلبا. وبصفة عامة، فإنّ سلوك البحث عن المعلومات لدى المشرفين وزملاء العمل، يزيد من الرضا المهني والالتزام نحو المنظمة والتقليل من الضغط ونية مغادرة المؤسسة. وأشارت (موريسون، 1993) إلى أنّ البحث الفعّال عن المعلومات له تأثير إيجابي على المستوى المعرفة للمجالات الأربعة للتّنشئة التنظيمية وهي: (التحكم في المهام؛ وضوح الدور؛ الثقافة؛ والإندماج الاجتماعي).

وأخيرا، فإنّ الأفراد الجدد عليهم اختيار سلوك البحث عن المعلومات المناسبة، من خلال الملاحظة، والقراءة، والإستماع. (Ashforth et Cumming, 1983; Morrison, 1995, 1993) وتعتبر (Lacaze, 2005) هذا السلوك تكتيكي ومميز. وكخلاصة، لقد أوضحت نتائج الدراسات أنّ المعلومات المتحصل عليها بمهمة لها تأثير إيجابي على مستوى التطابق والضبط. وأيضا على مستوى المعرفة للمجالات الأربعة للتّنشئة الاجتماعية في العمل ( التحكم في مهام الوظيفة، وضوح الدور، الثقافة والإندماج الاجتماعي). كما أنّ البحث الفعال للمعلومات له تكلفة إجتماعية: منها الحصول على ردود الفعل حول أداء الفرد الجديد، خاصّة إذا كان ضعيفا وحفاظا على صورته يتردد في بعض الأحيان على طرح الأسئلة، لتفادي الاحراج. لذا يمكن القول أنّ الفرد يلجأ مباشرة إلى العمّال الأكثر خبرة، للحصول على بعض المعلومات الفنية وأنّ هذا السلوك يتطلب علاقات شخصية جيدة داخل المنظمة.



### 3-2-6-2- السلوكيات الإستكشافية أو الاستباقية الأخرى:

بيّنت البحوث عن بعض السلوكيات التي يلجأ إليها الموظفون الجدد في مرحلة الاندماج من بينها الإختبار والتجريب، و إدارة الذات، وتطوير العلاقات مع أعضاء المنظمة، التفاوض على تغييرات العمل والرؤى الإيجابية، وتقود البعض من هذه السلوكيات إلى تعلّم أكثر فعالية إن أستعملت جميعها.

فالتجريب ضروري من أجل إكتساب المهارات والخبرات (de savoir-faire)، فالمعارف المكتسبة من خلال البحث عن المعلومات تترجم ميدانيا في السياق الإجتماعي لاكتساب المهارات المهنية، ولقد أوضحت الدّراسة النوعية التي قامت بها لاكاز (Lacaze, 2005) كيفية إكتشاف المهارات لدى العمّال الجدد الذين يكون لديهم إتصال مباشر مع الزبائن لتقدم أحسن الخدمات تحت إشراف مكّون أو الزملاء الأكثر خبرة. هذا الشكل من التعلّم بالمحاولة والخطأ يكون بالأخص جد متكيفا مع المهام الفنية ، كما بيّن كل من (أستروف وكسلوسكي، 1992) على أنّه إذا كان السعي وراء المصادر الشّخصية يساعد على الحصول على المعلومات، فإنّ التجريب (l'expérimentation) هو سبيل الموظف الجدد للرفع من مستوى المعارف والفهم لمختلف أشكال التّنشئة التّنظيمية.

أمّا إدارة الدّات (Auto-management) فتسمح للفرد أولا بالتقليص من الضغوط والقلق وأيضا تنمية حوافزه الداخلية حتى يتكيف بفاعلية مع الدّور الذي أسند إليه في المنظمة. وحسب ليتانس و دافيز (Luthans & Davis, 1979) فإنّ التجريب يرتبط مع تكتيكية إدارة الدّات للفرد ومدى إستخدامها في حياته المهنية. وأعتبر كل من (Sacks & Ashforth 1996) أنّ إدارة الذات هو نوع من التعلّم خاصة عندما يندمج مع سلوك البحث عن المعلومات. أمّا (Lacaze 2005) فلقد بيّنت في نموذجها التفسيري للتّنشئة التّنظيمية والذي أثبتته ميدانيا على أنّ التجربة والبحث عن المعلومات وأيضا إدارة الذات تساهم في التحكم في المهام وفي فهم أكثر للدّور وللمؤسسة .

وأخيرا نشير أنّ التّشعّئة هي العملية التي تبرز التفاعلات ما بين الأفراد. منطقيًا فإنّ المتقدمين الجدد، ينبغي عليهم بذل الجهود لبناء التكامل الإجماعي وتكوين علاقات جيدة مع زملاءهم ومرؤوسهم حسب التسلسل الهرمي، وجميع أعضاء المنظمة. وأنّ النجاح المهنيّ للفرد حسب (Reichers 1987)، يتوقف على قدرته في عملية الاندماج الإجماعي، لأنّ السلوك الاجتماعيّ يسهل بناء علاقات الصداقة و تكون بمثابة شبكة للدعم الاجتماعيّ داخل المنظمة.

### 3-2-7- قياس التّشعّئة التّظيمية

منذ أن ظهر مصطلح التّشعّئة التّظيمية توالى طرق قياسه بإنشاء الباحثين لمقاييس مختلفة باختلاف مقاربات تعريفه. ففي البداية كانت الدّراسات تعتمد على المقاربات الوصفية والتحليلية وعلى أساس أبعاد كمية. ثمّ قيس محتوى التّشعّئة مع مراعاة الثبات الداخليّ للمقاييس. وأخيرا قياسات تتبعية (Longitudinal) والتي عوضت بالقياسات العرضية، حيث فشلت في قياس الطبيعة الدينامية لسيرورة التّشعّئة.

### 3-2-7-1- تاريخ تطوّر قياس التّشعّئة التّظيمية:

إرتكزت الأبحاث الأولية على نماذج عملية التعلّم وليس على محتوى الاكتساب خلال التّشعّئة. هذا التوجّه عقد من عملية قياس المفهوم إجرائيا.

تمّ جاء كل من فلدمان (Feldman 1976) وولويس (Louis 1980) وأنشأ نموذج لفهم ظاهرة التّشعّئة التّظيمية إلا أنّها لم يتمّ تأكيدها ميدانيا حيث قدما نموذج يتطرق إلى الإجراءات الشّخصية للفرد دون معرفة العناصر المؤثرة كالأجراءات التّظيمية للتّشعّئة أو خصائص الشّخصية.

وجاءت أعمال (Van Maanen et Schein 1979)، حيث قدما مجموعة من التصنيفات الخاصّة بعملية التّشعّئة. وعالجوا آثار السياسات المختلفة للتّشعّئة على إتجاهات وسلوك الأجراء.

وقاس لويس (Jones, 1986)، التنشئة باعتبارها مرحلة، يبدأ فيها العامل مشواره المهني ومدى إرتباطها بالممارسات الأساسية وكانت النتيجة وجود إرتباط موجب بالإلتزام والرضا المهني، والبقاء في المؤسسة، ووضوح الدور وتبعيتها دراسات أثبتت ذلك كأعمال كل من (Ashford et Sacks, 1996).

إلا أن بعض الباحثين الآخرين لم يقتنعوا بأن هذه المتغيرات تقيس حقيقة التنشئة التنظيمية.

فوضع كل من ( Taormina, 1997, 2004; Anakwe et Greenhaus, 1999 Haueter & al, ) مقاييس خاصة بالتنشئة التنظيمية، وركزت هذه الجهود على تحديد النتائج المباشرة والخاصة بالتنشئة في بيئة العمل وهي: التحكم في مختلف مجالات التنشئة، وكان الهدف من وراء ذلك التعرف على العناصر التي تعبر عن محتوى التنشئة ووضعت لها المؤشرات التي تقيسها، يوضح الجدول مقاييس التنشئة التنظيمية:

#### جدول (06) يوضح الأبعاد المختلفة لقياس محتوى التنشئة التنظيمية

كاو وآخرون (1994)	توارمينا (1994)	أنكوي وجرينهوز (1999)	هوتر، مكين ووينتر (2003)
1- المهارة المهنية	1- التكوين	1- التحكم في المهام	1- التنشئة وعلاقتها بالمنظمة
2- العلاقات الشخصية	2- فهم الدور وتسيير المؤسسة	2- تسيير جماعة العمل	2- التنشئة وعلاقتها بجماعة العمل
3- المستوى السياسي	3- المساعدة والدعم المعنوي	3- معرفة ثقافة المؤسسة	3- التنشئة وعلاقتها بالمهام
4- اللغة	4- الأفاق المستقبلية التي تقدمها المؤسسة لأفرادها	4- تقبل الثقافة التنظيمية	
5- أهداف وقيم المنظمة	5- التعلّم الشخصي	5- التعلّم الشخصي	
6- تاريخ المنظمة	6- وضوح الدور	6- وضوح الدور	

المصدر: (Lacaze, 2005 :297)

#### 3-2-7-1-1- مقاييس كاو وآخرون (1994)

من بين أبعاد مقياس التنشئة التنظيمية لجورجيا كاو وزملائها (1994) نجد:

- التحكم في المهارات: إكتساب المعارف والخبرات المطلوبة للمهام المرتبطة بمنصب العمل.

- العلاقات الشخصية: القدرة على إقامة علاقات مهنية مرضية مع أعضاء آخرين للتنظيم.

- مستوى السياسة: القدرة على الفهم وإستعمال العلاقات والعمليات الرسمية وغير الرسمية وكذلك نظم السلطة داخل المؤسسة.

- اللغة: معرفة وإستعمال اللغة الفنية الخاصة للمهنة ولغة المؤسسة.

- الأهداف والقيم التنظيمية: معرفة وقبول معايير ومبادئ المنظمة.

ويشمل المقياس على 34 فقرة حيث أختبرت وتم تحسينها على عينة من 432 من الشباب الجامعي يعملون كمهندسين ومسيرين والذين توبعوا لمدة خمسة سنوات، وأعطت نتائج مرضية حيث بلغ الثبات ألفاكرونباخ = 0.78 أما التباين المفسر للأبعاد الستة أبعاد كان يساوي 58%. وكشف الباحثين أن الستة أبعاد كان الإرتباط مختلف مع المتغيرات الناتجة لدراساتهم ( الأداء، التكيف، الرضا المهني، الإلتزام التنظيمي، المشاركة).

### 3-2-7-7-2-3 - مقياس تورمينا (1997)

صمّم (Taormina R.J) نموذج قياس التثنية التنظيمية (organizational socialization inventory) والذي شمل أربعة أبعاد وهي: التكوين؛ الفهم للوظيفة والمنظمة؛ دعم زملاء العمل؛ الأفاق المستقبلية للمؤسسة التي توظفهم.

**التكوين:** ويمكن أن يطلق عليه تطوير القدرات ومهارات العمل. وهو الفعل أو العملية أو الطريقة التي تمكن الفرد أن يكتسب نوع من المهارة الفنية أو القدرة المطلوبة لأداء العمل. ويكون هذا التكوين إما رسميا من طرف المنظمات التي تقوم بتكوين موظفيها عند التوظيف ويمكن أن يكون تكوين غير رسمي وهي طريقة غير منظمة يكتسب أو يحسن الفرد مهاراته المهنية في بيئة العمل بالملاحظة أو بالمحاولة والخطأ أو طلب المساعدة من الزملاء المؤهلين. ويقاس بـ 5 فقرات.

**الفهم للوظيفة والمنظمة:** يشير تحديدا إلى مدى فهم الموظف بشكل كامل ويمكنه تطبيق المعارف عن وظيفته، والمنظمة والعمال وثقافته. ويقاس بـ 5 فقرات.

**دعم الزملاء:** ويتمثل في الدعم الوجداني والدعم المعنوي والاجتماعي من قبل الأفراد بغرض التخفيف من الضغط والقلق والشك ويتم ذلك من خلال التشجيع. ويقاس بـ 5 فقرات.

**الأفاق المستقبلية:** وهي مدى التوقعات الفرد للمساره المهني داخل المنظمة التي وظفته. ومنها عدم الفصل، الراتب والزيادات المحتملة، الترقية والاعتراف والجوائز... إلخ. ويقاس بـ 5 فقرات.

### 3-1-7-2-3 - مقياس أنكوي و غرينهوس (1999)

تعتبر التّشعّبة في التّنظيم حسب أنكوي و غرينهوس (Anakwe et Greenhaus) على أنّها بناء يشمل ستّة أبعاد. فالأبعاد الأربعة الأولى تتعلق ب: المهارات المهنيّة؛ العلاقات الشّخصيّة؛ الأهداف والقيم التّنظيمية لكاو وزملائها، أما البعد الخامس يتمثل في التعلّم الفردي والبعد السادس متمثلا في وضوح الدور. وانطلق الباحثان من ثلاثة تساؤلات وهي: أولاً، هل هناك علاقة إرتباطية بين زملاء العمل من ذوي الخبرة والتحكم في مهام العمل وفريق العمل ومعرفة وتقبل ثقافة المنظمة والتعلّم الشّخصي ووضوح الدور؟ ثانيا: هل هناك علاقة إرتباطية بين التكوين والتحكم في مهام العمل وفريق العمل، معرفة وتقبل ثقافة المنظمة والتعلّم الشّخصي ووضوح الدور؟ هل هناك علاقة إرتباطية بين الزملاء ثقافة المنظمة والتعلّم الشّخصي ووضوح الدور؟ ثالثا: هل هناك علاقة إرتباطية بين التكوين والتحكم في مهام العمل وفريق العمل، معرفة وتقبل ثقافة المنظمة والتعلّم الشّخصي ووضوح الدور؟

واحتوت عينة الدّراسة على 200 موظّف جديد الذين كانوا يعملون مع شركة فورتين 200 لمدة تتراوح ما بين ثلاثة أشهر وثلاث سنوات والمشاركين في برنامج التطوير المهنيّ (centralised career development program) وصممت الشركة هذا البرنامج خصيصا لخرجي الجامعات المعيّنين حديثا. وتستغرق هذه العملية مدّة 10 أشهر مع إمكانية إعادة العملية من جديد. كما يوفر هذا البرنامج للموظفين المبتدئين من خلال التوجيه والإرشاد والدعم من

أجل إنتقاء الوظيفة اللازمة ودائمة لكل مترشح داخل المنظمة. وكانت نسبة الاجابات 89% وبلغ متوسط أعمارهم 25 سنة والأقدمية 16 شهرا وبانحراف معياري 8.5 شهر. وقد تم قياس تكتيكات التَّنشئة التَّنظيمية باختبار يتكوّن من 35 بندا وأصبح يتألف من 27 بندا بعد تعديله بشكل طفيف والمستمد من المقياس الأصلي لجون (1986) وأضيفت إليه ستّة فقرات تقيس الدعم للمشرف والذي طوّره غرينهوس وزملائه 1990 وأضيفت فقرتين تقيسان دعم زملاء العمل للموظفين الجدد والدخول إلى الشبكات الغير الرسمية. تم الإبقاء على ثلاثة عوامل وهي: خبرة زملاء العمل، التكوين وزملاء العمل تم إستخراجها من خلال التحليل العاملي وقد صنفت على أساس أنّها أساليب التَّنشئة المأسسية مقابل التكتيكات الفردية.

بعد التَّنشئة مع مهام العمل تم قياسه بنظام تقويم الأداء المصمم من طرف المؤسسة المشاركة على شكل سلم ليكارت من موافق بشدة إلى غير موافق بشدة ويتكون من 14 فقرة. فيما يخص العمل ضمن فريق العمل تم اختباره ب 12 فقرة تقيس القبول، التوافق، الثقة، الشعور بالإنتماء إلى الجماعة والتي تعكس ضمينا التكيف مع ثقافة فريق العمل وأحدث البنود الستّة الأولى من مقياس غرينهوس وزملائه 1990 والبنود المتبقية من الدراسات الأخرى. المعرفة وقبول ثقافة المؤسسة تم اختبارها ب 44 فقرة تقيس ثقافة المؤسسة. التعلّم الشّخصي يشمل 8 فقرات وقد تم تصميم هذا الإختبار من طرف (Callanan, 1989) وتقيس مستوى فهم الفرد الأهداف، الكفاءة، القيم، المواهب. ووضح الدّور وتم قياسه بسبعة فقرات ل (Rizzo and al, 1970) تختبر صراع الدّور. وحسب النتائج المتوصل إليها من خلال الإرتباطات ونموذج الإنحدار المتعدّد أشارت إلى أنّ الثلاث تكتيكات للتَّنشئة التَّنظيمية لعب فيها زملاء العمل ذوي الخبرة دورا بارزا في التنبؤ في فاعلية التَّنشئة الإجماعية وكما كان متوقعا فزملاء العمل ذوي الخبرة كانوا أكثر تأثيرا على الموظفين الجدد في التحكم في مهام العمل والنجاح ضمن الفريق ومعرفة وتقبل ثقافة المؤسسة ووضح الدّور. فزملاء العمل ذوي الخبرة يعتبرون مصدرا هاما للمعلومات بالنسبة للأفراد الجدد وهي نفس النتائج التي توصل إليها كل من (Ashford & al, 1996 ; Jones, 1986 ; Allen & Meyer, 1990). أمّا الفرضيتين الأخرتين فلم تتحقا.

### 3-2-7-1-4- مقاياس هوتر وآخرون (2003)

حددت هوتر وزملائها ثلاثة مستويات تقيس التّشئة التّظيمية وهي: مستوى التّظيم؛ مستوى جماعة العمل؛ ومستوى مهام العمل؛ والتي تقيس درجة معرفة الأفراد تاريخ وأهداف وقيم، نظام السياسة الخاصّة بالمؤسسة واللّغة ودرجة التحكم في الدّور الذي سيقوم به العامل. واحتوى المقياس على 43 فقرة وقد تمّتع المقياس بثبات وصدق عالين. وهو المقياس المستخدم في دراستنا.

### 3-2-7-2- الصعوبات في قياس التّشئة التّظيمية

إنّ معظم مقاييس التّشئة التّظيمية الحالية تخلط العناصر المعرفية والوجدانية والسلوكية. ففي مقياس كاو وزملائها، نجد أنّ الفقرات التي تقيس تاريخ المنظمة، اللّغة، نظم السلطة، تقيس في حقيقة الأمر درجة إدراك وفهم الموظفين الجدد لهذه المستويات المختلفة، أمّا الفقرات التي تقيس قيم المنظمة فهي فقرات تقيس مدى الإلتزام بهذه القيم وليس بفهمها. والفقرات التي تخصّ علاقات الجماعة، تقيس درجة الإندماج الوجداني للموظف الجديد في الجماعة وليس فهم قواعد ونظام العلاقة.

### 3-2-8- التّشئة التّظيمية وعلاقتها بالمفاهيم الأخرى

نحاول في هذا المحور إبراز علاقة التّشئة الإجماعية ببعض المفاهيم الأخرى كالمسار، الإندماج، والهويّة.

### 3-2-8-1- التّشئة التّظيمية والمسار المهني:

إنّ التّشئة التّظيمية هي مصطلح مركب من مفهومين هما التّشئة و التّظيم، وحسب كل من هول (Hall, 1987) و (Roger, 1992) عن (لاكاز، 2005) يشترك هذين المفهومين في عدّة نقاط من حيث تطوّرها عبر الزمن وحسب وجودها داخل المجال التّظيمي، هذا الأخير إمتد إلى المجال الشّخصي ويقصد بذلك المسار المهني والذي هو التسلسل في المناصب طوال حياة العمل " وكخبرات يكتسبها الفرد من خلال الأدوار التي يزاؤها في المؤسسة (Hall,1976). إنّ المسار المهني هو مجموعة الأدوار التّظيمية التي تتخللها فترات إنتقالية وهنا تتعلق

التنشئة بدقّة العملية التي تجعل الفرد يمر من دور إلى آخر، فالتنشئة التنظيمية تنظر إلى المسار المهني على أنه تراكم للخبرات عن طريق التنشئة، تصحبها مراحل إنتقالية من دور إلى دور.

لقد إهتمت التنشئة التنظيمية بسلوك الأفراد عند بداية المشوار المهني، وتناولت دراسات ناذرة الموضوع في منتصف المسار المهني وعند نهايته، باعتبار الوصول إلى مرحلة التقاعد هي مرحلة إنتقالية أساسية في حياة الفرد.

يعتبر الإدماج مرحلة تشتد فيها التنشئة التنظيمية، و به يتحدد مصير الشخص في بيئة العمل. ويتميز الإدماج بأنه ينفذ حسب الحالات، والشّدّة، والتكتيكات الفردية لتحقيق مستوى من المعارف، والتمكّن والتحكّم في مجالات التنشئة. وتبقى عملية التنشئة على عاتق واهتمامات المسيرين وكيفية تنمية ولاء الموظفين المبتدئين للمنظمة، وترسيخها في عملية شاملة، ويكون الإدماج عن طريق مرافقة جهودات الأفراد الجدد (تكتيكات الفردية للإندماج) ولكن أيضا يشمل إسهامات التنشئة الأولية (الجامعة، معاهد التكوين....) وأيضا مرحلة إدارة الدور. كل هذه الإسهامات تندرج في إطار تسيير المسار المهني.

### 3-2-8-2- التّشئة التنظيمية والإندماج المهني

قبل الخوض في مفهوم التنشئة التنظيمية، يجب التّويه أنه ثمة إختلاف بين مفهوم التنشئة التنظيمية والإندماج المهني (L'insertion professionnelle)، لأنهما مرتبطين في السياق الإجتماعي، والذي يحتل فيه العمل مكانة أساسية، فالمصطلحين يهتمان بموضوع دخول الفرد في منصب عمل جديد أو دخوله في مؤسسة جديدة.

والدراسات الحديثة التي أنجزت عن الإدماج المهني، أثبتت الإختلاف بين المفهومين، فالإندماج المهني حسب (Michel Vernières, 1997) هو: "مجموعة من الآليات التي تسمح للشخص المتخرج من جهاز التكوين إلى شغل منصب عمل مستقر في سوق العمل" (Lacaze, 2005, P. 289). وعلى هذا الأساس، يجب دراسة الطّواهر التي ترتبط بالإنتقال من مرحلة الدّراسة إلى الحياة المهنيّة.



وأجريت معظم الدراسات عن الإدماج المهني حسب مقاربتين مختلفتين: مقاربات كمية ومقاربات نوعية. ومن باب المنهج الكمي، صنف سرج بوكام (Serge Paugam, 2007) في كتابه "le salarié de la précarité" أربعة أشكال للإندماج المهني وهي: الإدماج المستقر؛ الإدماج غير المستقر؛ الإدماج الشاق؛ والإندماج عند الأفراد غير المؤهلين. وتسمح المقاربة النوعية بوصف الواقع المعاش من خلال تحليل تصوّرات وإدراكات الشباب وهو ما تبنته (Drancourt, 1994) المنهج النوعي والشامل: فالإندماج المهني للشباب يوجّه من خلال إستراتيجيات تكيفية وتتطوّر على أساس التعقّد المتزايد لرهانات الإدماج في النظام الاجتماعي. ومن الأمثلة الأخرى عن المقاربة الكيفية ما قدمه كل من (Demazière & Dubar, 1997) من خلال التحليل البنوي لقصص حياة الشباب عن الإدماج المهني والذي حدّد فيه أربعة فئات سوسيو-مهنية: عالم المهّن؛ عالم الشغل المحمي؛ عالم مناصب العمل؛ عالم الوظائف.

فالتنوّع في المواضيع ومناهج البحث، حثت بعض الباحثين في التفكير على أنّ الإدماج المهني موضوع معقد ومبهم. فالأبحاث الاجتماعية حول الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل سمحت بجمع معارف ميدانية.

الفصل الرابع: الأداء المهني ومحدداته النفسية

## الفصل الرابع: الأداء المهني ومحدداته النفسية

### تمهيد:

شغل موضوع الأداء ومنذ أمد بعيد إهتمام العديد من الباحثين في شتى التخصصات العلمية، فهو مفهوم شامل وموحد في نفس الوقت وبالتالي يصعب تعريفه بدقة. وقدمت معظم الدراسات والبحوث المنجزة عن الأداء، تعاريف مختلفة حسب المجال العلمي المستعمل وهو ما أشار إليه سوسيبي (Saucier, 1994) " إن مصطلح الأداء يجب أن يحدد في كل مرة نريد أن نستعمله ".

### 4-1- تعريف الأداء:

#### 4-1-1- تعريف الأداء لغوياً:

حسب المنجد في اللغة العربية المعاصرة، تعني كلمة "أداء": تسديد أو دفع ما هو واجب ومستحق // أداء دين // "أدى": عمل ما عليه، قام بما هو مُلزم به // أدى الواجب // قام بوفاء ما وجب عليه أو إستحق عليه، وفي، دفع، سدد، أتم، أنهى، أنجز: // أدى مهمّة // "أدى خدمة": أسداها // "أدى دوراً": قام به، مثله // تأدية: تحقيق كامل: " تأدية عمل" تمثيل. (المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2008، ص. 14).

أمّا لوبيتي لاروس، (Le petit Larousse, 2012)، فيرجع أصل كلمة (Performance) إلى اللّغة الفرنسية (Parformanre) وتعني الإنجاز (Accomplissement). ولقد حدّد القاموس خمسة تعاريف للأداء، إلّا أنّنا إقتصرنا على ثلاثة منها هي:

- الأداء هو النتيجة المحصل عليها من طرف رياضي أو حصان سباق في إختبار أو إمتحان؛ وتكون النتيجة عبارة عن قيمة.

- الأداء هو النتيجة المحصل عليها من خلال تنفيذ مهمّة.

- الأداء هو مجموعة من الاختبارات في القياسات النفسية وهي اختبارات غير لفظية وغرضها الكشف عن بعض القدرات العقلية (Le petit Larousse 2012, P. 806).

يعتبر الأداء (الإنتاج، الإنتاجية، المرودية) وتقويمه من بين المهام الأساسية لإدارة الموارد البشرية وكذلك بعدا جوهريا في قياس الأداء العام للمؤسسة. لكن يبقى المفهوم في حد ذاته غامضا، إذ اهتمت معظم الدراسات العلمية بعملية تقويم الأداء من حيث معايير وتقنياته وأيضا محدداته الفردية من بينها: (التحفيز، المشاركة، الرضا المهني... إلخ)، دون التطرق إلى تعريف دقيق عن ماهية الأداء. سيتم في هذا الفصل تقديم لمحة عامة عن الأداء والمتغيرات المرتبطة به.

#### 4-1-2- تعريف الأداء إصطلاحا

عرّف موتويدلوا: الأداء في العمل على أنه: "القيمة الاجمالية والمنتظرة من طرف المنظمة لحلقات سلوكية كامنة يمارسها الفرد في فترة معينة من الزمن" عن (Brigitte et autres, 2007, P. 98).

ويعتبر الأداء الفردي من المتغيرات الرئيسية التي دأب علماء النفس العمل و التنظيم على تفسيره والتنبؤ به في أبحاثهم. وهدفت العديد من التقنيات والبرامج التي وضعت داخل التنظيمات على تحسين الأداء الفردي، ويقدم هذا الفصل لمحة عامة عن المسائل ذات الصلة بالأداء الفردي في منظمات العمل ويلخص أيضا أهم الأبعاد أو المحددات النفسية للأداء المهني.

إنّ الأداء المهني مفهوم ديناميكي وأيضا سلوك متعدد الأبعاد وهي:

- **البعد الأول:** يتمثل في الفروق الفردية التي تركز على الخصائص الشخصية كمصادر للتباين في الأداء.

- **البعد الثاني:** يهتم بوضعية العمل التي يوجد فيها العامل أو الوظيفة التي يشغلها مع التركيز على سهولة وصعوبة الأداء.

- أما البعد الثالث: يتمثل في تنظيم العمل مع التركيز على عملية الأداء.

وتجدر الإشارة إلى زيادة اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة بهذا المفهوم، من أجل معرفة وتحديد المسببات والعمليات المرتبطة بالأداء، خاصة وأن المنظمات تشهد تغيرات وتطورات باستمرار، مما يجعل مفهوم الأداء يتغير كذلك.

إقترح موتويدلوا Motowidlo نموذجاً للأداء الفردي والذي يُميز بين أداء المهام الوظيفية أو منصب العمل و سياق العمل (le contexte du travail) أما الأبحاث الحديثة الأخرى فهي تحاول أن تضع نظرة تكاملية وشاملة للروابط بين المحددات النفسية الرئيسية للأداء والأداء الفردي في العمل.

تتضمن هذه المقاربة للأداء الفردي العديد من المعطيات و المقترحات التي يستوجب الوقوف عندها والتمحيص فيها:

أولاً، يعتبر الأداء الفردي مجموعة متجانسة من السلوكيات الكامنة التي يستعملها الفرد في فترات زمنية مختلفة: حلقات سلوكية مثل (تحقيق الأهداف المسطرة، المؤهلات اللازمة لتنفيذ المهام... إلخ).

ثانياً، يعود الأداء الفردي إلى السلوكيات التي تتمناها المنظمة والمنتظرة من موظفيها.

كما نستنتج إمكانية زيادة فعالية الفرد في بعض الأعمال وانخفاض مستوى نشاطه في البعض الآخر، وقد يتخلف عن أداء مهامه في بعض الأوقات، لذلك يجب في كل مرة إجراء تقويم شامل لمجموع سلوكياته حتى يتسنى لنا الوقوف على مواطن القوة والضعف وتصحيح أداءه.

وإنه لمن الأهمية أن نشير إلى أن الأداء حسب موتويدلوا هو ليس سلوك في حد ذاته و لا ببساطة نتيجة لسلوكيات وإنما خاصية سلوكية، فالأداء هو قيمة متوقعة من طرف المنظمة وما يحققه الفرد عند تأدية عمله. وبشكل أكثر

تحديد، إنّ بعض المنظمات تثن السلوكات التي تساهم في تحقيق الأهداف الإنتاجية والإبداع والابتكار والنمو والجودة ورضا الزبائن...إلخ.

واقعيًا، إذا ما قيدنا الأداء بالنتائج المتحصل عليها من خلال النشاط الذي يؤديه العامل في منصبه فسيكون من غير المجدي إذا ما أهملنا سياق العوامل التي تساعد أو تعيق الفرد عن القيام بواجباته (حضوره، جودة المعدات، الربحية، القرارات الإستراتيجية والتشغيلية الخارجة عن سيطرة الشخص، وضعية السوق). نجد في هذا التعريف أيضًا، أنّ توجيه المساهمة الفردية في بلوغ الأهداف الجماعية يكون في نهاية المطاف معترفًا به. علاوة على ذلك، تتضمن هذه المقاربة فكرة أنّه إذا كانت نتائج الموظف غير مرضية مع استخدامه الحد الأقصى من طاقاته وحضوره الدائم وإملاكه للمهارات اللازمة لتحقيق أهداف معينة للمؤسسة، يمكن أن تعتبر نجاحًا إذا ما إستثنينا أسباب الفشل لديه.

كان هذا موقف موتويلدوا حول مفهوم الأداء الفردي في العمل، في هذه الحالة، فإنّ الأداء يعتبر خاصية بدلا من نتيجة ، فالأبحاث و الدراسات العلمية لهذه المقاربة لم تلقى إجماعًا من قبل الباحثين، وهذا ما سنكتشفه من خلال مراجعتنا للأدبيات التي تطرقت لهذا المفهوم.

فالإهتمام بالتعريف السالف الذكر على أن الأداء هو خاصية سلوكية، يمكننا من فهم أفضل للمحددات النفسية للأداء، ونستنتج أيضًا من هذا التعريف، أن الأداء يرتبط بالفروق الفردية، كما يمكن إدراج هذا التعريف ضمن التيار الحديث الذي يهدف إلى إستعراض الخصائص السلوكية للأداء من منظور متعدد الأبعاد. وركزت الدراسات عبر التاريخ على الروابط السببية بين المحددات النفسية والأداء في العمل.

#### 2-4- أبعاد الأداء عند كامبل (Campbell 1990)

حاولت أعمال كامبل تبني وجهات نظر تكاملية قصد جمع وتحليل مجموعة من العلاقات وذلك باقتراح نماذج متعددة العوامل للخصائص السلوكية لأداء العمل.

يحدد نموذج كامبل (1990) المتعدد العوامل بثمانية أبعاد سلوكية لتأدية العمل منها ما هي شاملة، عامة و

مستقلة:

- شاملة، أي يمكن ملاحظته في أي مؤسسة مهما كان نوع نشاطها؛

- عامة لأنه يتم تعديل محتواه وفقا للعقبات وخصوصيات كل مؤسسة، بما في ذلك طبيعة العمل، والتنظيم

الداخلي لها وضغوطات السوق؛

- مستقلة، أي أنّها غير مجتمعة معا، مصممة خصيصا لكل وظيفة داخل منظمة؛

يتم عرض هذه الأبعاد الثمانية أو الخصائص السلوكية للأداء الوظيفي تباعا:

- المهارات المتخصصة في تأدية المهام لوظيفة ما: ونقصد بها القدرات التي ينميها الفرد للتحكم في المهام المتعلقة

بالمطلبات التقنية الأساسية للوظيفة.

- المهارات الغير المتخصصة في تأدية المهام وهي المهارات التي يتطلبها المنصب للتحكم في العمل. هذه القدرة

تتعلق بالمهارات البراعة والتكيف معها.

- الإتصال الكتابي و الشفهي :هو القدرة على التواصل بكل وضوح وفعالية.

- المجهود المبذول في العمل: هو نوعية الالتزام بالمجهود المبذول والدوافع للقيام بالعمل بكل قواه الكامنة وتكثيفها.

- الحفاظ على الإنضباط الشّخصي: نوعية الإنضباط الذاتي يشير إلى القدرة على تجنب السلوكيات السلبية مثل

الكحول أو المخدرات، مخالفة القوانين الداخلية للمؤسسة، والتغيب، الخ.

- تسهيل أداء أعضاء فريق العمل: هذه القدرة تتعلق باستعداد الفرد على دعم ومساعدة وتطوير والمساهمة في

تنافسية ووحدة الفريق للوصول إلى عمل جماعي مشترك.

- الإشراف: هو قدرة التأثير على المرؤوسين، هذه المهارة تتعلق بصفات القيادة التي يتصف بها الفرد والملاحظة من خلال تسييره لفريق العمل.

- الإدارة أو التسيير هو القدرة على التحكم في توزيع المهام و الموارد، التنظيم، مراقبة فعالية أداء فريق العمل (مراقبة ومتابعة الأهداف، تطبيق القوانين ) و تطوير الخدمات (كزيادة الموارد البشرية، المالية والمادية).

لكل خاصية سلوكية للأداء، يمكن أن يكون من السهل جرد الحالات السلوكية التي تتمناها المؤسسة. وكمثال على ذلك نأخذ العامل الأول والمتمثل في «المهارات المتخصصة للوظيفة»، وأنها قد تكون في حالة الوظائف المتصلة بالإنتاج: السرعة في تأدية العمل أو عدم وجود أخطاء. يبدو هذا التصنيف عملي لوضع آليات تنفيذية لتقييم الموظفين في المنظمة أي أنها مرنة وتسمح أيضا بالتكيف مع هذه الآليات وفقا للفئات الوظيفية (الإطارات، المنفذين) وطبيعة عملهم (الإنتاج، الهندسة، التجارة والإدارية... إلخ).

أخيرا، إن استخدام النموذج المتعدد العوامل يسمح بتحديد المحددات النفسية الأساسية للأداء المهني، ويمكن لكل من هذه الأبعاد الثمانية أن تشير إلى المحددات النفسية من جهة، وإلى المهارات الفردية من جهة أخرى.

#### 4-3- سياق الأداء: نظرة جديدة للبحث

ميّز كل من (بورمان، وموتويلدوا، 1993) بين أداء المهام وسياق الأداء، ويهدف هذا المنظور إلى تكيف أفضل لتعريف الأداء ضمن إطار العمل المعاصر كالعمل الجماعي، الإستقلالية ومسؤولية الأفراد، الإبداع والمرونة.

وحسب الباحثان، يرتبط أداء المهام بجميع أنشطة العمل التي تم تبويبها في مجموعات تصنيفية أو مراجع العمل والمهارات الوظيفية، وهناك مجموعتان رئيسيتان من الأنشطة في العمل. تتضمن المجموعة الأولى، الأنشطة المتعلقة بإنتاج السلع أو الخدمات: بيع البضائع في المتاجر، الانتاج في المصانع، تصميم وبيع الخدمات المصرفية أو التأمينية، الطب، والتعليم... إلخ. أما المجموعة الثانية فتتمثل في الأنشطة الداعمة: التمويل والتوزيع والتنسيق والخدمات اللوجستية، والإدارة.



وغالبا ما تشارك هاتين المجموعتين من الأنشطة في مجال البحث وأيضا في ممارسات المؤسسات في عملية تقييم الأداء.

فتوسيع تقييم الأداء على المهام التي يؤديها الموظف يتطلب الأخذ بعين الاعتبار سياق الأداء، وتقييم سلوك الأفراد الذي يساهم في فعالية المنظمة وتأثيرها على بيئة العمل النفسية والاجتماعية والتنظيمية.

في هذه الحالة، فإن المساهمة الإيجابية أو السلبية للعامل في إطار العمل تحدث من جوانب متعددة، النوع الأول من السلوك الذي يكون له تأثير على السياق النفسي الاجتماعي للعمل هو التأثير في الزملاء، والذي يهتم بالسلوكيات التي تهدف إلى مساعدة الأفراد الآخرين في المنظمة على تنمية وتعزيز كفاءتهم، وعلى وجه التحديد، يترجم هذا النوع من السلوك إلى إجراءات وعمليات تؤثر إيجابا على الأعضاء الآخرين في المنظمة، وحل الصراعات الداخلية، والحد من العداة بين الأفراد، وتشجيع الثقة بينهم، هذه السلوكيات لها قيمة إيجابية بالنسبة للمنظمة، لأنها تساعد على تحسين الإطار الاجتماعي والتنظيمي للعمل، وكذلك تسهيل التواصل بين الأشخاص، والتعاون، والتنسيق، وباختصار، التكامل بين أعضاء الجماعة أو فريق العمل.

أما النوع الثاني من السلوك الذي له تأثير على السياق النفسي الاجتماعي للعمل فهو آلية تطوير وتنمية السلوكيات والمهارات التي تثنها المنظمة وهي من بين المهام وممارسات إدارة الموارد البشرية، فزيادة معارف الفرد، والقدرات والمهارات تكون لها قيمة إيجابية متوقعة للمنظمة من أجل تحسين الأداء. كما توجد إجراءات أخرى تتعلق بالتصرفات الفردية لتطوير السلوك المتوقع من طرف المنظمة، وكمثال على ذلك القدرة على تحمل الضغط المهني، وأيضا التكيف مع تغيرات العمل أو الوظيفة المطلوبة من قبل المنظمة.

هناك نوع ثالث من السلوك وهو الضمير المهني (la conscience professionnelle) والذي يؤثر على السياق النفسي والاجتماعي للعمل، ويكون لهذه الممارسات الفردية تأثير على الموارد المادية للمنظمة. على العكس من ذلك، هناك إجراءات أخرى يكون لها تأثير سلبي على الموارد المادية للمنظمة والإطار العام في العمل.

#### 4-4- المحددات الشخصية والتحفيزية للأداء الفردي في العمل

تعتبر العوامل النفسية، والدوافع، والرضا والمشاركة، عوامل أساسية لتفسير عملية الأداء المهني.

دُرست هذه المفاهيم منذ القدم وبشكل مستقل، واليوم يتم تطويرها في نماذج تكاملية (ماير وآخرون، 2004)، حيث تهدف إلى فهم الكيفية التي ترتبط بها مع السلوك المتوقع من طرف المنظمة، و كيفية إسهامها في أداء الفرد، علاوة على ذلك، إعطاء مكانة جوهرية لمتغير الشخصية.

ويقدم تصنيف العوامل الخمسة "big five" نموذجاً يوحد أدبيات البحث عن سمات الشخصية، لتفسير العلاقات بين الشخصية وغيرها من المتغيرات، بما في ذلك الأداء المهني.

بالمقابل، تؤكد أدبيات البحث على أهمية العواطف والإنفعالات وعلاقتها مع هذه العوامل، وبالتالي، مع الأداء المهني.

#### 4-4-1- العلاقة بين سمات الشخصية، العواطف والأداء الفردي:

إنّ الاستخدام الواسع النطاق لاختبارات أو أدوات تقييم الشخصية من طرف الممارسين يعكس قناعة الكثير منهم بالرابط الدلالية بين سمات الشخصية والأداء المهني للأفراد المقومين. فنموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية، أو "Big Five" ، والذي ظهر في البحوث، أثار الاهتمام في علم السلوك التنظيمي وعلم النفس التنظيمي.

وأعتمد بشكل متزايد في مجالات البحث على الروابط بين الشخصية و العوامل النفسية للأداء المهني. وتمت ملاحظة نفس الظاهرة في الدراسات على العاطفة وتأثيرها على العمل . في الواقع، توجد نماذج متكاملة من التحفيز، والمشاركة والأداء تستجدي العاطفة والإنفعالات. فظهورها يعكس التحول لأوضاع العمل ( الأداءات الخدمية، العلاقات مع الزبائن، تبادل المعلومات وتقليص مدة صنع القرار،... إلخ)، والتي تتسبب في تحمل العديد من الموظفين

لعبء إنفعالي، يكون في بعض الوظائف ثقيل جدا كالتدريب والطب والتعليم، ما يؤثر على أداء الأفراد، ولذلك، فإنّ دراسة الإنفعالات و العواطف في العمل شهدت أيضا دوافع جديدة .

وهكذا، سنقدم نتائج بعض الدراسات التي تبين العلاقة بين الأداء المهني من جهة، وسمات الشخصية، من خلال نموذج " Big Five"، وعلاقة الإنفعالات بالأداء المهني من جهة ثانية.

#### 4-4-2- السمات الشخصية والأداء المهني

بعد العديد من المحاولات التي بذلت من قبل علماء النفس لاقتراح تصنيف للشخصية، ظهر نموذج العوامل الخمسة إنطلاقا من أعمال تيبس و كريستال ( Tupes et Christial ) في سنوات الستينات وفرضت في دراسات السلوك التنظيمي وعلم النفس الصناعي و التنظيمي. وأصبح مرجعا بفضل أعمال أخرى أشهرها أعمال كل من كوستا وماكراي (Mc Crae et Costa). وتعتبر الأبعاد الخمسة الرئيسية لسمات الشخصية والتي تشكل التصنيف، تجريبيا مستقرة و فعالة، وهي:

- الإنبساط، يعكس أنّ الفرد يكون إجتماعي، متواصل، طموح، متحمس، على العكس من الفرد الذي يكون إنسحابي، خجول، قليل الكلام و متحفظ ؛
- الاستقرار العاطفي، يتسم صاحبه بالهدوء، الاسترخاء، الثقة بالنفس، الصفاء مقارنة بالذي يتسم بالعصبية، القلق، غير واثق من نفسه وسريع التأثر؛
- الرفق أو اللطافة، و يتسم صاحب هذه السمة بالأدب، التسامح، المحبة، الهدوء، واثق من نفسه، متعاون، على العكس من الفرد الذي يتسم بالعدوانية وغير متسامح.
- الإستقامة أو حي الضمير، يكون صاحب هذه السمة فعال، نشط، ذو موثوقية، مثابر، على العكس من الشخص الغير المنظم، المهمل والغير الموثوق به؛

- الإنفتاح الفكري: يتسم الفرد بالفضول، مثقف، منفتح على العكس من الشخص ضعيف الثقافة، بسيط وضييق الفكر؛

بيّنت معظم التحليلات الوصفية للعلاقة بين الشّخصيّة من خلال نموذج العوامل الخمسة والأداء المهنيّ، على وجود علاقة إرتباطية موجبة بين كل من بعدين ( الإستقامة، والإستقرار العاطفي) مع مختلف أنواع الأداء المستخدمة في البحوث لكل من (Barrick et Mount, Barrick et al, 2001).

أبقى باريك وآخرون (2001) على عدّة أنواع من الأداء: و الذي يشمل تقييم الأداء ( تدرج فيه المعطيات عن الإنتاجية)؛ التقويم من طرف المسؤولين المباشرين؛ الأداء الموضوعي (البيانات عن الإنتاجية، رقم الأعمال، المبيعات، الترقيات، الأجر)؛ أداء فريق العمل؛ أداء القدرة على التكوين.

#### 4-5- تقويم الأداء

عرف العقيلي عملية تقييم الأداء "بأنّها نظام رسمي تصممه إدارة الموارد البشرية في المنظمة، ويشتمل على مجموعة من الأسس والقواعد العلمية والإجراءات، التي تتم وفقا لها عملية تقييم أداء الموارد البشرية في المنظمة، سواء كانوا رؤساء أو مرؤوسين أو فرق عمل، أي جميع الفئات المهنية العاملة بها ، بحيث يقوم كل مستوى إداري أعلى بتقييم أداء المستوى الأدنى، بدءا من قمة الهرم التنظيمي مرورا بمستوياته الادارية وصولا لقاعدته. (العقيلي، 2009، ص: 363).

#### 4-5-1- نموذج تقييم الأداء عند الممرضين في الجزائر

بعد مراجعة القوانين الأساسية للوظيفة العمومية (الأمر، 06-03) المؤرخ في 16 يوليو 2006 واستجابة للمتطلبات الإجتماعية والإقتصادية للموظفين في الإدارة العمومية، خاصّة بعد أن مست الإحتجاجات جميع القطاعات الحيوية : التربية، التكوين، التعليم والصحة وعلى إثره تم إصدار القوانين الأساسية تباعا وصدر القانون

الأساسي للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية ( المرسوم التنفيذي رقم 11-121) الصادر بتاريخ 20 مارس 2011.

وقد نص القانون الأساسي للوظيفة العمومية 06-03 في مادته 97 على ما يلي: "يخضع كل موظف أثناء مساره المهني إلى تقييم مستمر وفقا لمناهج ملائمة".

وجاءت المادة 98 كذلك أنّ الهدف من تقييم الموظف:

الترقية في الدرجات؛ الترقية في الرتبة؛ منح إمتيازات مرتبطة بالمردودية وتحسين الأداء؛ منح الأوسمة التشريعية والمكافآت.

كما نصت المادة 99 من نفس القانون على أن تقييم الموظف يركز على معايير موضوعية تهدف على وجه الخصوص إلى تقدير:

إحترام الواجبات العامة والواجبات المنصوص عليها في القوانين الأساسية؛ الكفاءة المهنية؛ الفعالية والردودية؛ كيفية الخدمة؛

وزيادة على هذه المعايير، نص القانون الأساسي للموظفين المنتمين إلى أسلاك شبه طبيين 11-121 في فصله السادس (التقييم) و في المادة 15 يقيم شبه الطبيين للصحة العمومية حسب النتائج المرتبطة بما يأتي:

تحقيق الأهداف؛ روح المبادرة؛ المشاركة في أعمال الأبحاث والمنشورات والعروض ذات الطابع العلمي؛ الملف الإداري في جانبه التأديبي.

إلا أنّ هذه المعايير يغلب عليها الطابع الإداري أكثر ماهي عملية وموضوعية ولا تستند إلى أسس علمية نظرا لاختلاف الأسلاك المكونة للسلك الشبه الطبي<sup>9</sup> ونقصد بذلك أنّ كل سلك يتطلب نظام تقويم للأداء يأخذ بالاعتبار المهام والواجبات التي يجب توفرها و يمكن ملاحظتها وقياسها دوريا من أجل تسيير المسار المهني للعامل وتطويره مهنيا وكذلك زيادة فعالية المؤسسة.

#### 4-5-2- نماذج لدراسات قياس الأداء المهني عند الممرضين

إستجابة للتحديات العالمية في توفير وتقديم الرعاية والصحة الفعالة للمواطنين، شرعت الدول في إتخاذ جملة من الإصلاحات من بينها تكوين مهني الصحة وتحسين معارفهم وتنمية مهاراتهم وقدراتهم وكفاءاتهم في العمل. والتمريض كغيره من المهن يحتاج إلى مهارات تتوفر في ممارستها، لأنها مهنة شاقة تتطلب الجهد والصبر واتساع الصدر والتواصل. لذلك نجد معظم المؤسسات الصحية في العالم تقوم بتصميم نظم ومقاييس ومعايير تقويمية من أجل تحسين أداء الممرضين وكذلك برامج تكوين بغرض تنمية المهارات المطلوبة التي تحتاجها كل المؤسسة. فالدول الأوروبية وخاصة الأنجلوساكسونية، قطعت شوطا كبيرا في مجال تقويم أداء الممرضين وحتى بعض الدول العربية. وحسب (Osman, and al, 2011) فإنّ تقويم الأداء عند الممرضين له عدّة إمتيازات والتي لخصت في النقاط التالية:

1- تشجيع مشاركة الممرضين لضمان تقبل نتائج وإعطائهم فرصة إسماع صوتهم في عملية التقويم.

2- إعداد معايير الأداء لقياس المهام الأساسية ومسؤوليات الممرض.

3- تحديد الأهداف بتحديد لكل عامل مجموعة من المهام تكون صعبة نوعا ما وقابلة للتحقيق في غضون سنة

وبعدها يتم تقييم معدل تقدم الموظفين في تحقيق هذه الأهداف.

4- إجراء مقابلة التقويم مع الاهتمام بالعامل خلال المقابلة والوعي الكامل باحتياجات العامل الخاصة وبكل

سرية وتخصيص وقت كافي خلال المناقشة.

<sup>9</sup> يشمل القانون الخاص بالأسلاك شبه الطبية خمسة شعب وهي: شعبة العلاج، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، الشعبة الطبية التقنية، شعبة التعليم والتفتيش.

5- إعطاء العاملين فرصة التقييم الذاتي من أجل تقييم أدائهم بشكل منتظم.

6- تقديم التغذية الراجعة للإدارة لتوضيح للعامل نقاط القوة وتصحيح نقاط الضعف في الأداء.

7- تطوير إجراءات سهلة الاستخدام، لتكون بسيطة بما فيه الكفاية وكذلك الفهم من قبل المقومين والموظفين.

8- تصميم نظام تقييم محدد ومناسب لمعالجة المتطلبات والمهام الأساسية في العمل. وينبغي أن تكون معايير

محددة وذات صلة مباشرة لهذه المهام لتجنب شكاوي العمّال.

9- تكوين المقومون على تقييم الأداء والأهداف ومعايير الأداء وإجراء المقابلات وتوفير التغذية الراجعة.

10- مراجعة عملية تقييم الأداء بشكل منهجي، منتظم وباستمرار للتأكد من أنّ العملية والممارسات محل

متابعة من طرف كل من المسؤولين والعمّال لتوليد الثقة والقبول لنظام تقييم الأداء وتحسينه كلما إقتضت الضرورة.

سنحاول من خلال هذا المحور تناول بعض الدراسات التي إهتمت بموضوع تقييم الأداء عند المرضين.

#### 4-5-2-1- مقياس الأداء المهني للمرضين لـ (Kempf, Florence, 1949)

حسب دراسة (Kempf, Florence, 1949) استخدمت نماذج تقييم أداء المرضين لأول مرة في المستشفيات

الجامعية الأمريكية في عام 1941، وتم تصميمها وتطويرها من قبل المشرفين في تسيير العلاجات التمريضية والمكوّنين

والمرضات، بالتعاون مع الأخصائيين النفسانيين. واستعملت أدوات قياس الأداء لعدّة سنوات، ولكن مع ضغط

العمل خلال سنوات الحرب ونسبة الدوران الكبيرة لدى المرضين، توقفت تدريجياً إجراءات تقييم أداء المرضات.

واقتنعت إدارة المستشفى بقيمة تقييم الأداء فأعيدت بعث المشروع من جديد وكان ذلك في 1947. ويشمل مقياس

تقييم الأداء على مجموعة من السلوكات والمهارات التي تتطلبها ممارسة مهنة التمريض وكذلك مقياس آخر يقيس أداء

العمال غير المهنيين والمساعدين.

#### 4-5-2-2- مقاياس الأداء المهني للممرضين لـ (Shirley et al, 1971)

تم تطوير دليل تقويم الأداء للممرضين سنة 1971 بناء على طلب من جمعية الممرضين (WSNA)<sup>10</sup> ومجلس المستشفى لمقاطعة سايتل (Seattle) بواشنطن، وتم تشكيل لجنة تعمل على إعداد وإقترح دليل أداء والذي بموجبه يتم تقويم الأداء الفردي للممرضين وكان ذلك سنة 1967 وقد أفضت التحقيقات التي قامت بها اللجنة إلى جمع المعطيات عن أداء الممرضين في مختلف مصالح العناية التمريضية. ولكي تكون العملية ذات موضوعية وضعت المبادئ التوجيهية مع أربعة أهداف وهي: التواصل واتخاذ اتجاهات موجبة؛ إستغلال نتائج عملية التقويم في تحسين ممارسة مهنة التمريض والتطوير المهني؛ تحديد مسؤوليات كل من المقوم والفرد الذي يجري عليه التقويم؛ وأخيرا، يفسر دليل تقويم الأداء بطريقة عملية وواقعية. وأعرب الممرضين ومسيري العناية التمريضية لمستشفى سياتل قلقهم حول نظام التقويم وطالبوا في بيانهم باشتراك نقابة الممرضين في عملية إعداد تقويم الأداء.

واحتوى دليل التقويم ما يلي:

#### ✓ مسؤوليات المقومون:

#### 1- أن يكون المقوم على دراية بـ:

سياسات وإجراءات تسيير الموظفين في المؤسسة؛ إستمارات التقييم المستخدمة في المؤسسة؛ الوصف الوظيفي

للأفراد الذين سيتم تقييمهم؛

#### 2- التوجيهات:

تتضمن موافقة المؤسسة على معايير الأداء؛ و استعمال أداة التقييم؛ وتحديد المقوم الخبير الذي يشرف على عملية

تقييم نتائج التقييم لكل الموظفين؛ كيفية إعداد وإجراء ورشة التقويم؛ إقترح طرق وأساليب تقارير وبطاقات التقويم؛

<sup>10</sup> Washington State Nurses Association



## ✓ إلتزامات المؤسسة إتجاه الموظفين:

### 1- يجب على كل موظف الحصول على نسخ من:

موجز للسياسات والإجراءات المتعلقة بتسيير الموظفين في المؤسسة؛ وصف الوظيفة التي سيشغلها والتي سيقوم على أساسها؛ إستمارة التقييم المستخدمة في المؤسسة ويرافق ذلك شرح لاستخدام معايير التقييم والتوقعات المنتظرة من عملية التقييم؛ إعلام الموظف بمشاركته في ورشة التقييم مع تخطيط العمل مع المقيم لتحسين الأداء في المستقبل.

### 2- إعلام الموظف بقنوات الإتصال والتي من خلالها يمكنه الشروع في إجراءات التظلم؛

## ✓ إقتراح طريقة تقييم الأداء:

1- كتابة أهداف الوظيفة، أي ماذا تفعل في هذه الوظيفة؟ مثال لهدف هو: تحدد الممرضة احتياجات المريض.

2- مراقبة الممرض يوميا والحفاظ على السلوك المتوقع لأنّ التقييمات ليست مكتوبة يوميا، فإنّه من المفيد

تسجيل بيانات الأحداث المناسبة وغير المناسبة مثلا كملاحظة ممرضة تسأل المريض عن عادات النوم في

منزله.

3- قبل وقت التقييم الرسمي، مراجعة الملاحظات غير الرسمية المكتوبة لأداء الممرض الحالية ومقارنتها بالسلوك

المتوقع: كالمحادثات مع مريض عن هدف محدد لاحتياجاته.

4- تحضير ورشة التقييم من خلال:

- إبلاغ الموظف بشأن وغرض ورشة التقييم؛

- تبادل مناقشة التقييم والأهداف المستقبلية؛

- المحافظة على خصوصية الفرد وتوفير الوقت اللازم؛

5- عند إنعقاد ورشة التقييم يجب الأخذ بالحسبان:

- إعادة النظر التقييم مع المقوم؛

- النقاش المتبادل للتقييم والأهداف المستقبلية؛

- تسجيل نتائج ورشة التقييم بشأن الأهداف التي حددت وإعداد برنامج عمل لتحقيق النمو والتطور.

#### **Schwirian Patricia, 1978, Six-3-2-5-4** **(Dimension Scale of Nursing Performance)**

صممت شويرين مقياس تقييم أداء الممرضين بناء على طلب من وزارة الصحة الأمريكية ويمكن الرجوع إلى تعريفه وخصائصه في الفصل الخامس للإجراءات المنهجية للدراسة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ هذا مقياس الأداء المهني للممرضين ل (Schwirian, 1978) تم استخدامه في العديد من البحوث والدراسات على المستوى العالم بما في ذلك الدول العربية:

- دراسة (Pu Yuxiu, and al, 2011) والتي أجريت على مؤسستين إستشفائيتين بمقاطعة Yunnan بالصين؛ دراسة (Yuriko, and al, 2014)؛ والتي هدفت لتحليل خصائص الأداء المهني وسنوات الخبرة والذكاء الانفعالي عند الممرضين مستوى الأداء المهني للممرضين، العاملين باليابان؛ دراسة (Reda Fawzi AbuAlRub, 2004) وكان غرض الدراسة أولاً معرفة تأثير ضغط العمل على الأداء المهني وثانياً تأثير الدعم الاجتماعي لزملاء العمل على الضغط المهني عند الممرضين من أمريكا؛ دراسة (Mrayyan and Al-Faouri, 2008) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإلتزام الوظيفي والأداء المهني على عينة من الممرضين الأردنيين؛ دراسة (Al-Makhaita and al, 2014) وكان الغرض من ذلك تحليل مستوى الأداء المهني عند الممرضين يعملون بالمصحات القاعدية والمستشفيات ومستوى الخدمات التمريضية المقدمة في المملكة العربية السعودية: دراسة مقارنة.

#### **4-2-5-4-4 مقياس الأداء المهني للممرضين عند ل (David, Cowan & al, 2008)**

حاول الباحثين من خلال هذه الدراسة تطوير اختبار نفسي لمهارات وكفاءات الممرضات على شكل إستبيان موحد بين دول الإتحاد الأوروبي بهدف المساهمة وتعزيز مهارات الممرضات بين هذه الدول وكذلك تسهيل حركية

الممرضات داخل الاتحاد الأوروبي. وأجريت الدراسة على عينة من الممرضات من بعض دول الاتحاد الأوروبي وهي: بريطانيا 100 ممرضة؛ بلجيكا 113 ممرضة؛ اليونان 95 ممرضة؛ ألمانيا 150؛ إسبانيا 130 ممرضة. واحتوى الاستبيان (EHTAN questionnaire scale for self- assessment of nurse competence)<sup>11</sup> على 108 فقرة موزعة على 08 أبعاد وهي: التقييم (9 فقرات)؛ تقديم العلاج (40 فقرة)؛ ترقية الصحة (10 فقرات)؛ الإتصال (10 فقرات)؛ التنمية الشخصية والمهنية (08 فقرات)؛ الممارسة المهنية والأخلاقية (16 فقرة)؛ البحث والتطوير (06 فقرات)؛ العمل الجماعي (09 فقرات).

ولم تكن هناك فروق كبيرة بين أبعاد الأداء المهني باختلاف الدول محل الدراسة إلا أن الباحثين رأوا عدم إمكانية تعميمها وذلك للأسباب التالية: أن ممارسة مهنة التمريض معقدة ويصعب قياسها؛ عدم الإتفاق على تعريف موحد في قياس كفاءة الممرضين ما يعرقل المصادقة على أداة القياس؛ ضرورة استخدام القياس على نطاق واسع لدول الاتحاد الأوروبي؛ الحفاظ على كل أبعاد المقياس وإعادة تطبيقه.

#### 4-5-2-5- مقياس الأداء المهني للممرضين لـ عصمان وآخرين (2011)

بحثت الدراسة في عملية تقييم الخدمات التمريضية بالمركز الاستشفائي الطبي المركزي بلبنان ويتركز المستشفى على رضا المرضى من خلال تحسين خدمات العناية الصحية وتوفير مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى. ويتم تقييم أداء جميع الموظفين سنويا وتشمل الأطباء، الممرضين، القابلات والإداريين ومدى تحقق أهداف المستشفى فيما يخص خدمات المرضى وتضمن عملية التقييم: القدرة على التكيف، المرونة، العمل الجماعي، المظهر الممتاز، اللطافة، المعارف والتربية.

وتتم عملية تقييم أداء الممرضين في آخر سنة لمعرفة مدى تقدم مستوى أداء الممرض طوال السنة وتنقسم معايير أداء الممرضين إلى ثلاثة مجموعات وهي:

<sup>11</sup> European Healthcare Training and Accreditation Network

تبدأ بمقدمة والتي تصف للمقومين كيفية إجراء تقييم الأداء وكذلك ميادين التقييم الإثنين مع أوزانها وهي معايير الخدمة المتميزة (25%) والمهارات الخاصة بالوظيفة (75%). كما يتم تصنيف أداء الممرضات إلى خمسة فئات: الفئة الأولى نادرا ما تستجيب الممرضة للمعايير والمقدرة بالدرجة من 0 إلى 24؛ الفئة الثانية تستجيب أحيانا للمعايير والمقدرة بالدرجة من 25 إلى 49؛ تستجيب للمعايير والمقدرة بالدرجة من 50 إلى 75؛ الفئة الرابعة تتجاوز بعض الأحيان المعايير والمقدرة بالدرجة من 75 إلى 89 وأخيرا الفئة الخامسة يتجاوز باستمرار المعايير والمقدرة بالدرجة من 90 إلى 100.

وتتكون مقاييس الأداء في هذا المستشفى إلى 45 معيارا، منها 36 معيارا نوعيا مع وزن واحد لكل معيار وتشمل المعارف عن الوظيفة؛ عادات العمل؛ العمل الجماعي والتعاون؛ المهارات الشخصية؛ التعامل مع المعدات ووسائل العمل؛ الإتصال والتواصل و9 معايير أخرى تعبر عن المهارات وهي: التخطيط والتنظيم؛ ممارسة الأداء العام؛ ممارسة أداء التمريض؛ ممارسة الأداء التقني؛ تعليم المريض؛ العمل في حالة الطوارئ؛ تحمل المسؤولية؛ الجودة وكمية العمل والإبداع.

#### **4-5-2-6- مقياس الأداء المهني للممرضين لـ (Joanne, Fitzpatric and al, 1997)**

يقيس نظام تقييم الأداء للممرضين (The King's Nurse Performance Scale items) في مختلف مجالات ممارسة مهنة التمريض وكذلك التنمية المهنية للممرضين الجدد بالمملكة المتحدة البريطانية والذي جاء بناء على طلب من المجلس الوطني الإنجليزي للعلاجات التمريضية والقابلات. يتكون من (53 فقرة) تتوزع على سبعة أبعاد وهي: المجال الجسدي للمريض (14 فقرة) والتي تركز على الإجراءات التمريضية في تلبية الإحتياجات الجسمية للمريض؛ المجال النفسي الاجتماعي (6 فقرات) تقيس الإجراءات التمريضية التي تخص الحاجات النفسية الاجتماعية للمريض؛ المجال المهني (9 فقرات) والتي تركز على الإجراءات التمريضية الموجهة نحو تحقيق الدور المهني؛ الإستجابة للحاجات المعرفية للمرضى (4 فقرات) والتي تركز على ترقية الصحة والمهارات التربوية؛ إدارة الذات والآخرين (6

فقرات)؛ الإتصالات (5 فقرات)؛ التخطيط وتقديم العلاج (21 فقرة) ويكون على تنقيط من (0-5) كما تميز بمستوى عالي من الثبات حسب معامل ألفا كرونباخ (0.93).

#### 4-5-2-7- مقياس الأداء المهني للممرضين لـ (Huey-Ming Tzen, 2004)

أجرت هواي مينغ تزن دراسة إستكشافية حول التقييم الذاتي لكفاءات الممرضين والمرضات ومطالب عملهم والأداء المهني بتايوان. وكان التقييم الذاتي لأدائهن بمثابة مؤشر لجودة الرعاية التمريضية. تم تجميع 21 مهارة ووزعت إلى ثلاثة مجموعات:

- مستوى المهارات الأساسية لعناية المريض وهي 7 مهارات: المهارات الفنية والمهنية العامة؛ الخبرة العيادية العامة؛ التقييم؛ القدرة على العمل؛ التفكير النقدي؛ التوجيه المهني؛ المعارف عن النظام الصحي؛
  - المستوى المتوسط للمهارات الأساسية في تسيير عناية المريض وهي 9: الكتابة والتلفظ/المخاطبة؛ العلاقات الشخصية؛ دراسة الحالة؛ إدارة الموارد؛ بناء الفريق والعمل الجماعي؛ القيادة؛ التفويض؛ المرونة والليونة؛ التكيف؛
  - المستوى المتقدم لمهارات الإشراف وهي 5: التعقيدات المهنية؛ الخبرة العيادية المتخصصة، الرعاية طويلة الأجل والشيخوخة؛ الممرض المؤهل أو الخبير؛ القدرة على الإشراف؛
- واختيرت عينة عشوائية متكونة من 850 ممرض وممرضة والمسجلين في قائمة جمعية كاوشيونغ للممرضين للمشاركة في هذه الدراسة حيث تم إرسال الاستبيان إليهم عن طريق البريد. وبلغ معدل استجابة العينة 35.8%.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

## الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

### تمهيد:

سنسلط الضوء من خلال هذا الفصل على قطاع الصحة بولاية وهران ووصفه من حيث المؤسسات والموارد البشرية وخاصة فئة المرضى، أي عينة الدراسة وبعض الاحصائيات التي تهتم بدراستنا حول التثنية التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني عند المرضى.

### 5-1- الدراسة الإستطلاعية

#### 5-1-1- الخريطة الصحية لولاية وهران:

تتوزع ولاية وهران بالعديد من الهياكل والمنشآت الصحية الهامة منها ما هو في الخدمة والبعض الآخر في طور الإنجاز، زيادة على ذلك تم تسجيل برامج ومشاريع جديدة قيد الدراسة لتحسين تغطية صحية نوعية وذات جودة ترتقي إلى احترام المعايير التي أقرتها المنظمة العالمية للصحة، خاصة أنّ ولاية وهران عرفت في السنوات الأخيرة تزايداً في الكثافة السكانية وتوسعا عمرانيا هائلا.

وبالرغم من وجود عدد لا بأس به من هذه المؤسسات العمومية الاستشفائية (Etablissement public Hospitalier) والمؤسسات العمومية في الصحة الجوية (Etablissement public de santé de proximité) والعيادات الطبية الجراحية الخاصة (Les cliniques médico-chirurgicales) المنتشرة عبر تراب الولاية، إلا أنّها مازالت عاجزة على إستيعاب وإستقبال الكم الهائل للمرضى المتوافدين عليها من داخل وخارج الولاية.

وتتمثل هذه المؤسسات في:

#### 5-1-1-1- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)

تنشط بولاية وهران أربعة مؤسسة عمومية إستشفائية وهي:

المركز الإستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب؛ المؤسسة العمومية 1 نوفمبر 1954؛ المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بسيدي الشحمي؛ المؤسسة الإستشفائية العمومية المتخصصة في طب وجراحة الأطفال عبد القادر بوخروفة بكنستال؛ المؤسسة الإستشفائية نقاش محمد صغير بالمحقن؛ المؤسسة الإستشفائية مجبر التامي بعين الترك؛ المؤسسة الإستشفائية العقيد عثمان بعين الترك؛ المؤسسة الإستشفائية عابد عتيقة؛ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في أمراض سرطان الأطفال الأمير عبد القادر؛ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب وجراحة العيون حمو بوتليليس؛ المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الولادة وطب الأطفال بن يحي الزهرة بالصديقية؛ المؤسسة الإستشفائية في الولادة وطب الأطفال التازي عتيقة بجي اللوز؛ المؤسسة الإستشفائية في الولادة وطب الأطفال بجي الصنوبر؛ المؤسسة الإستشفائية في الولادة وطب الأطفال نوار فضيلة؛

### 5-1-1-2- المؤسسات العمومية في الصحّة الجوارية (EPSP):

يوجد بولاية وهران تسعة مؤسسات عمومية في الصحّة الجوارية هي:

المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية الصديقية؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية واجهة البحر؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية حي بوعمامة؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية واد تليلات؛ المؤسسة العمومية في الصحّة العمومية الغوالم؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية بأرزويو؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية بعين الترك؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية ببوتليليس؛ المؤسسة العمومية في الصحّة الجوارية بالسانيا.

### 5-1-1-3- المؤسسات الاستشفائية الخاصّة (les cliniques médicaux-chirurgicales)

وهي:

- المؤسسة الإستشفائية لجراحة العظام والتقويم الوظيفي التابع لصندوق الضمان الاجتماعي بوهران؛ المؤسسات الإستشفائية الخاصّة وعددها ( 21 مؤسسة )؛ العيادات الطبية الخاصّة (les cabinets médicaux)؛ العيادات الخاصّة في الطب العام وعددها (372)؛ العيادات الخاصّة في الطب المتخصص وعددها (386)؛ العيادات الخاصّة



في طب الأسنان العام وعددها (298)؛ العيادات في جراحة الأسنان وعددها (54)؛ العيادة في طب أمراض الأعصاب المتنقلة (1)؛ العيادة في طب العيون المتنقلة (2)؛ القابلات (16 عيادة)؛ مراكز الإنجاب بالمساعدة الطبية (3)؛ مراكز تصفية الدم وعددها (7)؛ مركز معالجة السرطان (1)؛ مركز التشخيص (1)؛ قاعات علاج شبه طبية (7).

#### 5-1-1-4- مؤسّسات التكوين شبه الطبية:

##### أ- مؤسّسات التكوين شبه الطبية العمومية والمتمثلة في:

- المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي حي السلام.

- المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي حي الأمير.

ونظرا للنقص الكبير في الموارد البشرية من فئة الممرضين في العلاج فقد تم إستحداث ثلاثة ملحقات لتكوين إطارات شبه الطبية وهي:

- ملحقة التكوين شبه الطبي بالمركز الإستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب (تكوين مساعدين في التمريض)

- ملحقة التكوين شبه الطبي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر 1954 (تكوين ممرضين في الصحّة العمومية ومساعدين في التمريض).

- ملحقة تكوين شبه الطبي بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية في طب وجراحة الأطفال عبد القادر بوخروفة (تكوين مساعدين في التمريض).

وأوكلت عملية الإشراف والمتابعة البيداغوجية لهذه الملحقات الثلاث إلى المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي قعابي جديدة بحمي الأمير وهران.

## ب - المؤسسات الخاصة في التكوين شبه الطبي

- المدرسة الخاصة في التكوين شبه الطبي " Mérieux " (تكوين مساعدين في التمريض).

- المعهد شبه الطبي بالسانيا (تكوين مساعدين في التمريض).

### 5-1-1-5- الموارد البشرية (الممرضون)

يبلغ عدد الممرضين والمرضات في تخصص العلاج العام العاملون في المؤسسات الصحية بوهران قرابة 3200 ممرض وممرضة ومن فئات مهنية مختلفة (ممرضون في الصحة العمومية، ممرضون حاملي شهادات دولة، ممرضون مؤهلون، ومساعدين تمريض).

بعد صدور المرسوم التنفيذي 11-12 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتميين للأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية سنة 2011، والذي نص على إستحداث رتب جديدة وإلغاء أخرى وإدراج مقاييس جديدة في عملية التكوين لغرض مواكبة التطورات الاقتصادية والتكنولوجية في مجال الصحة، باشر المعهد الوطني للتكوين العالي شبه طبي في إستدعاء كل الممرضين والمرضات بمختلف فئاتهم المهنية والعاملين بالمؤسسات الصحية إلى دورات تكوينية تكميلية بغرض إدماجهم في الرتب الجديدة التي نص عليها القانون، الأمر الذي حفزنا على إجراء هذه الدراسة.

### 5-1-2- مكان إجراء الدراسة

تقربنا من المعهد الوطني العالي للتكوين شبه الطبي بحي الأمير بوهران الذي يشرف على عملية التكوين التكميلي (La formation complémentaire)، بتاريخ 15 سبتمبر 2014 حيث كلفنا من طرف الإدارة على تغطية مقياس علم النفس للطلبة المتكونين، وكذلك تم الإتفاق مع المدير السيد خياط عبد الرحمن ونائبه المكلفة بالبيداغوجيا السيدة بوخاتم ماما على إجراء الدراسة الميدانية وتمت الموافقة على ذلك.

### 5-1-3- مجتمعة الدراسة:

بلغ عدد المرضين والمرضات المستفيدين من عملية التكوين التكميلي لدفعات 2015/2014/2013<sup>12</sup> قرابة 2673 من مختلف المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصحة الجوارية (أنظر الجدول 07).

الجدول (07) يبين فئات المرضين المستفيدين من عملية التكوين التكميلي بالمعهد التكوين العالي شبه الطبي قعابي

#### جدية بحي الأمير وهران

العدد	الفئة المهنية
1852	- ممرض في الصحة العمومية Infirmier de santé publique (ISP)
498	- ممرض حامل شهادة دولة Infirmier diplômé d'état (IDE)
فئة آيلة للزوال	- ممرض مؤهل Infirmier Breveté (IB)
323	- مساعد في التمريض Aide-soignant (AS)
2673	المجموع

ويحتوي برنامج التكوين التكميلي الذي إستفاد منه المرضون المتربصون في الصحة العمومية وحاملو شهادات دولة والمرضون المؤهلون على ستة مقاييس هي: الفحص البيولوجي (Examen biologique)/ النظافة الإستشفائية (Hygiène hospitalière)/ أمراض الأورام والسرطان (Cancérologie)/ التكفل بالألم (Prise en charge de la douleur)/ مشروع وبروتكول العلاج (Projet et protocole de soins)/ الصيدلة العلاجية (Pharmacie thérapeutique).

تدوم الدراسة لمدة تسعة أشهر وبحجم ساعي (30 سا) وبمعدل يوم واحد في الأسبوع وفي نهاية التكوين يجر المتكون

تقريراً.

<sup>12</sup> إحصائيات المعهد الوطني العالي للشبه الطبي قعابي جدية حي الأمير بوهران

- بالنسبة لمساعدى التمريض: يشمل التكوين على ستة مقاييس، هي: الصحة العامة ( Hygiène générale) / الصحة الإستشفائية (Hygiène hospitalière) /القانون والتشريع (Droit et Législation) /ميكروبيولوجيا (Microbiologie) /علم النفس (Psychologie) /العلاج التمريضي (Soins Infirmiers).  
تدوم الدّراسة مدة ستة عشر أسبوعا بمعدل يوم واحد في الأسبوع مع تقديم تقريرا في نهاية التكوين.

#### 5-1-4- عينة وزمان الدّراسة الإستطلاعية

كانت عينة البحث التي أجريت عليها الدّراسة الإستطلاعية عرضية ومعظم الباحثين هم من الموظفين الجدد ولديهم خبرة ميدانية أقصاها السنتين وهو ما يصلح لإختبار أدوات القياس، المتمثلة في إستبيان التّشعبة التنظيمية لجيل هوتير (Jill Haueter et al, 2003) وزملائها وإستبيان باتريسيا شويرين (P. Schwirian, 1978) لقياس الأداء المهني لدى الممرضين.

قمنا بتوزيع الإستبيان على عينة من الممرضين والممرضات المستفيدين من عملية التكوين التكميلي وعددها 270 وذلك بتاريخ 8 جانفي إلى غاية نهاية جانفي 2015 وقد تم جمع 159 إستبيانا.  
وعند القيام بترميز الإستبيانات قصد تفريغها في برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الإجتماعية (SPSS) تبين أنّ هناك سبعة عشرة منها لم يتم ملؤها بالشكل المطلوب وبالتالي تم إستبعادها. وفي الأخير، شملت عينة الدّراسة الإستطلاعية على 142 ممرض وممرضة.

#### 5-1-5- توصيف عينة الدّراسة الإستطلاعية:

##### - متغير الجنس:

بلغ عدد المشاركين في الدّراسة الإستطلاعية 142 ممرض وممرضة، ممثلين بـ 120 ممرضة بنسبة 84.5% مقارنة بنظرائهم الممرضين وعددهم 22 أي ما نسبته 15.5%. والمتعارف عليه أنّ مهنة التمريض منذ القدم كانت تمارس من طرف الإناث أكثر من الذكور، فمثلا بلغ عدد الممرضات بالمركز الإستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب بوهران)

498 ممرضة مقابل 210 ممرض<sup>13</sup>، إلا أنه في السنوات الأخيرة تم تسجيل زيادة في عدد المتربصين من الذكور في المدارس والمعاهد العليا للتكوين شبه الطبي بوهران وذلك يرجع إلى فرص العمل التي توفرها المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وإمكانية العمل في العيادات الخاصة.

#### - متغير السن:

ترواحت أعمار عينة الدراسة الإستطلاعية ما بين 20-44 بمتوسط عمري 23.59 سنة وبانحراف معياري قدره 4.62

#### - متغير الحالة الإجتماعية:

نجد أنّ معظم الممرضين والممرضات هم عزاب إذ بلغت نسبة هذه الفئة 81.7% باعتبار أنّهم حديثي التوظيف، أمّا المتزوجين بلغت نسبتهم 17.6% وحالة طلاق واحدة تمثل نسبة 0.7% من المستجوبين.

#### - متغير المستوى العلمي للعينة:

فيما يخص المستوى العلمي للعينة، نجد أنّ (101) أي نسبة 71.1% لديهم مستوى علمي بكالوريا مع ثلاث سنوات تكوين، أمّا الذين لديهم مستوى علمي ثانوي (41) قدرت نسبتهم بـ 28.9%.

#### - متغير الرتبة المهنية:

أغلبية المستجوبين هم من الممرضين في الصحة العمومية (89) أي نسبة 62.7% هم من الممرضين في الصحة العمومية (Infirmiers de santé publique) أمّا المساعدون في التمريض بلغ عددهم (53) فقدرت نسبتهم بـ 37.3%.

<sup>13</sup> إحصائيات المركز الاستشفائي الدكتور بن زرجب بوهران لسنة 2014

## - متغير الخبرة المهنية:

فيما يخص الخبرة المهنية عند المستجوبين، بلغ متوسطها 11.02 شهرا وبانحراف معياري قدره 06.91، كما أنّ الحد الأدنى للخبرة تراوح بين شهرا واحدا و24 شهرا.

## - المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) ومؤسسات العمومية في الصحة الجوارية (EPSP) محل

### الدراسة:

تم توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية على نوعين من المؤسسات وهي:

- المؤسسات الإستشفائية (EPH) وتضم كل المرضى والمرضات بمختلف فئاتهم والذين يعملون في

مختلف المؤسسات الإستشفائية.

- عدد أفراد عينة المؤسسات الاستشفائية (EPSP) وتضم كل المرضى الذين يعملون بمختلف المؤسسات

العمومية في الصحة الجوارية.

### جدول (08) يبيّن توزيع أفراد العينة وفقا لنوع المؤسسة الصحية

النسب المئوية	عدد المرضى	نوع المؤسسة
88.73%	126	المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH)
11.27%	16	المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية (EPSP)
100%	142	المجموع

يوضح الجدول أعلاه توزيع العينة على المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصحة الجوارية

لولاية وهران، إذ بلغت نسبة المرضى العاملين بالمؤسسات الإستشفائية 88.73% وهي أكبر نسبة مقارنة بالمرضى

العاملين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية والذين بلغت نسبتهم 11.27% ويرجع السبب في ذلك إلى تعدد

المصالح والتخصصات وطبيعة العمل بنظام المداومة في المؤسسات الإستشفائية، والتي تستقطب العدد الأكبر من المرضى سنويا.

### 5-1-6- الخصائص السيكومترية لمقياس التنشئة التنظيمية:

#### 5-1-6-1- تعريف المقياس:

يتكون مقياس التنشئة التنظيمية (Newcomer Scale Questionnaire –NSQ–) لجيل هوثر وزملائها (Haueter, Macan, Winte, 2003) من ثلاث أبعاد وهي:

1) التنشئة الإجتماعية للتنظيم (Organization Socialization): عملية تسمح للموظفين الجدد تعلم القيم، القواعد، العادات، نمط القيادة ولغة المنظمة.

2) التنشئة الإجتماعية لجماعة العمل (Group Socialization): تسمح للموظفين الجدد تعلم كل التفاصيل عن جماعة العمل والسلوكيات المرتبطة بقواعد الجماعة، أهدافها وقيمها.

3) التنشئة الإجتماعية لمهام العمل (Task Socialization): يكتسب الموظفون الجدد المعارف والسلوكيات المرتبطة بالعمل وكذلك تعلم التفاعل مع زملاء العمل في إطار تنفيذ المهام.

كان هدف "هوثر وزملائها" من تصميم هذا المقاس (Haueter, 2003, p.23) هو:

- إستفادة الباحثين والممارسين من نتائج الدراسة في تحليل بيانات بحوثهم.

- توحيد المجال العلمي لمقارنة النتائج بين الدراسات والبحوث.

- إثراء الإطار النظري لمفهوم التنشئة التنظيمية في الفكر التنظيمي والإداري.

وطوّرت جيل هوثر مقياس أولي لاختبار التنشئة التنظيمية من حيث المحتوى والسياق عند العمال المبتدئين، وللتحقّق من الخصائص السيكومترية، قامت بعرضه على ثلاث مجموعات من العمّال الجدد يعملون في المؤسسات

الصغيرة والمتوسطة بالولايات المتحدة الأمريكية، وكان دور المجموعة الأولى: التحقق من صحة محتوى الاستبيان، أما المجموعة الثانية والثالثة: التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس الجديد.

أخذت بالملاحظات وإستخدمت المعلومات المستقاة لهذه الشركات الصغيرة والمتوسطة في إضافة بنود جديدة في المقياس وتشمل الجوانب ذات الصلة بالتنشئة الإجتماعية للموظفين المبتدئين والتي لم يؤخذ بها في الدراسات السابقة. بعد أسبوع، تم عرض المقياس على مؤسسات الدراسة من أجل مناقشة فقرات الاستبيان وتقديم التغذية الراجعة بشأن محتوى المقياس، حيث تم تعديله بإضافة الفقرات التي وافقت عليها هذه المؤسسات لاستكمال المقياس، إلى جانب ذلك تم إعادة صياغة بعض البنود بناءً على تعليقات العينة فيما يتعلق بالمعاني غير الواضحة.

في الخطوة التالية تم التحقق من صحة المحتوى والتأكد من أن البنود تتصف بالموثوقية وأنها تدخل ضمن الأبعاد. تلقت المجموعة الثانية والمتكوّنة من خمس مؤسسات صغيرة ومتوسطة على قائمة عشوائية من 55 فقرة.

قامت المجموعة الثالثة وبشكل مستقل بفرز هذه الفقرات في ثلاثة أبعاد وهي: (التنظيم؛ جماعة العمل، المهام أو العمل).

بعدها قُدم هذا الاستبيان على ثلاثة مسؤولين عن تنشئة الأفراد الجدد من أجل مراجعة الفقرات ومدى أهميتها. وفي الأخير تم تقديم الاستبيان إلى عينة من حاملي الشهادات الجامعية وعددهم 31 مشارك يعملون في مناصب دائمة والبعض الآخر متعاقدين وقدر معدل الخبرة لديهم بـ 2.5 سنة. قام المستجوبين بملاً مقياس التنشئة التنظيمية مع تعديل لبعض فقراته وبعد الإنتهاء من هذه المرحلة، أصبح المقياس يحتوي على 43 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي:

-البعد الأول يتكون من 16 فقرة تقيس التنشئة الإجتماعية للتنظيم.

- البعد الثاني يتكون من 16 فقرة تقيس التنشئة الإجتماعية لجماعة العمل.



- البعد الثالث يتكوّن 11 فقرة تقيس التّشعّبة الإجماعية لمهام العمل.

تم تصميم الدّراسة بغرض تقييم الخصائص السيكومترية لمقياس التّشعّبة التنظيمية للموظفين المبتدئين (Newcomer Scale Questionnaire –NSQ-)، مع إستعمال سلم ليكارت المتدرج ذي النقاط السبعة (من موافق بشدة إلى غير موافق بشدة) وبعد ذلك جمعت درجات الأبعاد الثلاث للعينة وتم إجراء التحليل العاملي الإستكشافي والثبات وقد أظهرت النتائج ما يلي:

- إحتوى بعد التّشعّبة الإجماعية للتّظيم على 12 فقرة بدل من 16 فقرة.

- بعد التّشعّبة الإجماعية للجماعة على 12 فقرة بدل من 16 فقرة.

- بعد التّشعّبة الإجماعية لمهام العمل على 11 فقرات بدل من 12 فقرة.

#### **5-1-6-2- مراحل تعريب وتقنين مقياس التّشعّبة التنظيمية (Organizational**

**Socialization):**

قام الطالب بترجمة وتقنين المقياس حسب المراحل التالية:

#### **5-1-6-2-1- المرحلة الأولى: الترجمة والتعريب**

تمت ترجمة مقياس التّشعّبة التنظيمية بأبعاده الثلاثة (التّشعّبة الإجماعية للتّظيم، التّشعّبة الإجماعية لجماعة العمل والتّشعّبة الإجماعية لمهام العمل)، تم غرض المقياس على الأستاذ مكي أحمد أستاذ في علم النفس ومدرس اللّغة الإنجليزية بمعهد علم النفس والأرطفونيا بجامعة محمد بن أحمد وهران 2 للتدقيق والتأكد من مدى تناسب الترجمة لفقرات المقياس. وقد تم الأخذ بالملاحظات التي على أساسها تم إعادة صياغة بعض الفقرات من حيث اللّغة والحفاظ على جميع فقرات الإستبيان (35 فقرة).

## 5-1-6-2-2- المرحلة الثانية: اختبار صدق المقياس

إعتمد الطالب في إختبار صدق مقياس التّنشئة التّنظيمية على نوعين من الصدق هما: صدق المحكمين والتحليل العاملي.

### أ- صدق المحكمين:

قدم المقياس إلى مجموعة من الأساتذة<sup>14</sup>، بغرض تحديد مدى قياس فقرات الإستبيان لكل بعد من أبعاد التّنشئة التّنظيمية ومراجعتها من حيث الوضوح والصياغة اللغوية. وبلغت النسبة المئوية لإتفاق المحكمين على المقياس بـ 96% كما تم إستبعاد الفقرة 35 لعدم تطابقها مع مجتمع الدّراسة وأصبح المقياس يتكون من 34 فقرة والجدول (09) يوضح بعض التعديلات لمقياس التّنشئة التّنظيمية كالتالي:

### جدول (09) يوضح التعديلات لبعض فقرات مقياس التّنشئة التّنظيمية

الرقم	الفقرات قبل التحكيم	الفقرات بعد التحكيم
01	أعرف الخدمات التي تقدمها المؤسسة التي أعمل بها	لدي دراية بالخدمات التي تقدمها المؤسسة التي أعمل بها
02	أعرف تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلاً سنة التأسيس....	أنا على اطلاع على تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلاً سنة التأسيس....
03	أعرف الهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح	لدي دراية بالهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح
04	أدرك إجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحققات التابعة لها	أدرك إجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحققات التابعة لها
05	أدرك أهداف وغايات المؤسسة الصحية	أدرك أهداف وغايات المؤسسة الصحية
06	أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة	أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة
07	أعي كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة	أعرف كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة

<sup>14</sup> يعقوب المسوس أستاذ بالمركز الجامعي أحمد زبانة بعليزان؛ صوفي عبد الوهاب أستاذ بجامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان؛ غريب العربي أستاذ بجامعة محمد بن أحمد وهران 2؛ بوفارس عبد الرحمان أستاذ بالجامعة الإفريقية بأدرار؛ فارح سمير باحث دائم بالمركز الوطني للبحث في الأثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية بملحققة بقسنطينة، عبد العزيز محمد أستاذ بجامعة محمد بن أحمد وهران 2.

08	أستطيع التكيف مع قيم ومعايير المؤسسة الصحية التي أعمل بها	أستطيع التكيف مع قيم ومعايير المؤسسة الصحية التي أعمل بها
09	أنا على دراية بسياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... إلخ	أعرف السياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... إلخ
10	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة و المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة و المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة
11	أدرك أسلوب التسيير داخل المؤسسة مثل التسيير التشاركي، التسيير المركزي	أدرك أسلوب التسيير داخل المؤسسة مثل التسيير التشاركي، التسيير المركزي
12	أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات.....	أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات.....
13	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة
14	أعرف الأهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه	أعرف الأهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه
15	أدرك العلاقة بين فريق العمل الذي أعمل معه والفرق الأخرى	أدرك العلاقة بين فريق العمل الذي أعمل معه والفرق الأخرى
16	أدرك قيمة المضافة لخبرة كل عضو داخل الجماعة مثل المهارات ومعارفه	أدرك قيمة المضافة لخبرة كل عضو داخل الجماعة مثل المهارات ومعارفه
17	أعلم أنّ الجهد المقدم من كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى	أعلم أنّ الجهد المقدم من كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى
18	أدرك ما ينتظره المشرف من فريق العمل	أدرك ما ينتظره المشرف من فريق العمل
19	أفهم نمط تسيير المشرف لفريق عملي	أفهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة (تعاوني، تشاركي)
20	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه
21	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة
22	أعرف معايير، قواعد وإجراءات فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... إلخ)	أعرف معايير، قواعد وإجراءات فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... إلخ)
23	أستوعب الطريقة التي تجعل سلوكي يتطابق مع قيم وأفكار فريق العمل	أستوعب الطريقة التي تجعل سلوكي يتطابق مع قيم وأفكار فريق العمل
24	أفهم سياسة فريق العمل (مثلا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)	أفهم سياسة فريق العمل (مثلا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)

أعرف المسؤليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة	أعرف المسؤليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة	25
أعرف كيفية تطوير كفاءتي التي تتطلبها وظيفتي	أعرف كيفية تطوير مهامي التي تتطلبها وظيفتي	26
أدرك المهام والمسؤليات ذات الأولوية في عملي	أدرك المهام والمسؤليات ذات الأولوية في عملي	27
أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	28
أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	29
أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	30
أتعرف على كل المرضى الذين تقدموا إلى المصلحة من أجل العلاج	أتعرف على كل المرضى الذين تقدموا إلى المصلحة من أجل العلاج	31
أستطيع تلبية حاجات المرضى	أستطيع تلبية حاجات المرضى	32
أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يومية، أسبوعياً، عندما يطلب مني ذلك)	أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يومية، أسبوعياً، عندما يطلب مني ذلك)	33
أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمرضى مني)	أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمرضى مني)	34

### ب- التحليل العاملي الإستكشافي لمقياس التنشئة التنظيمية:

#### - الإتساق الداخلي لفقرات مقياس التنشئة التنظيمية:

جدول (10) يبين الإتساق الداخلي لفقرات التنشئة التنظيمية مقارنة بالمقياس الكلي

SO12	SO11	SO10	SO9	SO8	SO7	SO6	SO5	SO4	SO3	SO2	SO1	الفقرة
0.56	0.29	0.49	0.48	0.33	0.50	0.58	0.54	0.42	0.49	0.38	0.53	قيم الإرتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة
SG24	SG23	SG22	SG21	SG20	SG19	SG18	SG17	SG16	SG15	SG14	SG13	الفقرة
0.63	0.38	0.56	0.48	0.63	0.57	0.45	0.61	0.52	0.47	0.56	0.60	قيم الإرتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة
		ST34	ST33	ST32	ST31	ST30	ST29	ST28	ST27	ST26	ST25	الفقرة
		0.57	0.54	0.59	0.43	0.53	0.59	0.57	0.61	0.68	0.60	قيم الإرتباط
		0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة

في ضوء النتائج التي كشفت عنها الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (10) تبين أن جميع قيم الارتباطات دالة عند مستوى الدلالة يساوي 0.01 وبالتالي، بقي المقياس في صورته الحالية يتوفر على 34 فقرة تم إخضاعها للتحليل العاملي للتأكد من صدق المقياس.

#### - التحليل العاملي:

قبل تطبيق التحليل العاملي لمقياس التنشئة التنظيمية، تم التأكد من تحقق الشروط التي يقتديها التحليل العاملي:

#### - فحص مدى كفاية العينة ومدى قابلية مصفوفة الارتباطات للتحليل العاملي:

لقد تحقق الشرط المتعلق قابلية مصفوفة الارتباط بوجود كل قيم MSA أكبر من 0.50 حيث تراوحت قيمتها ما بين 0.94 و0.68، أما فيما يتعلق بكفاية العينة فبيّنت النتائج على أن قيمة KMO (مقياس كفاية التعيين) تساوي 0.85 وهي أكبر من 0.50 وهو دال، كما أن القيمة المطلقة المحددة لمصفوفة الارتباطات (Déterminant) =  $1.355E-07$  وهي أكبر من 0.00001 وهي نتيجة تدل على أن المصفوفة تتوفر على الحد الأدنى من الارتباطات التي تجعلها قابلة للتحليل العاملي، كما أن المقياس دال عند مستوى دلالة بارتلات يساوي 0.0001.

وبعد التأكد من صلاحية العينة ومصفوفة الارتباطات لإجراء التحليل العاملي تم إعادة تطبيق التحليل العاملي باستخدام طريقة المحاور الأساسية (Factorisation des axes principaux) وتم استخدام محك الجذر الكامن أكبر من 1 صحيح للعوامل التي تم إستخراجها وأعقب ذلك تدوير متعامد بطريقة فريمكس (Varimax) وأمكن على ضوءها تدوير ثلاثة عوامل الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (11) مصفوفة قيم الشبوع وتشبعات فقرات مقياس التنشئة التنظيمية باستخدام التحليل العاملي قبل وبعد التدوير

المتعامد بطريقة Varimax

قيم الشبوع	العوامل بعد التدوير			العوامل قبل التدوير			فقرات المقياس
	ع3	ع2	ع1	ع3	ع2	ع1	
0.62			0.77			0.67	ST27
0.60			0.75			0.61	ST34
0.54			0.71			0.62	ST28
0.61			0.71			0.72	ST26
0.54			0.64			0.60	ST29
0.35			0.59			0.44	ST33
0.44			0.54			0.65	SG24
0.46			0.53			0.67	SG17
0.40			0.52			0.58	SG14
0.39			0.52			0.60	ST32
0.40			0.50			0.54	SG16
0.44			0.49			0.62	SG13
<u>0.25</u>			0.48			0.43	ST31
0.43			0.48			0.53	ST30
<u>0.23</u>			0.41			0.46	SG15
<u>0.20</u>			0.29			0.44	SG18
0.53		0.71			0.25		SO10
0.46		0.64			0.38		SO7
0.44		0.60			0.45		SO9
0.44		0.58			0.16		SG22
0.38		0.58			0.17		SG21
0.39		0.53			0.31		SO5
0.47		0.52			0.31		SG20
0.39		0.47			0.40		SO12
<u>0.23</u>		0.38			0.37		SO8
0.46	0.64			0.38			SO1
0.41	0.64			0.50			SO2
0.36	0.55			0.29			SO3
0.31	0.53			0.32			SO4
0.49	0.52			0.32			ST25
0.39	0.51			0.21			SG19

0.25	0.48			0.29			SG23
0.41	0.45			0.41			S06
0.15	0.37			0.19			SO11
التباين الكلي	3.58	4.20	6.20	1.87	2.40	9.71	الجذر الكامن
41.17	10.53	12.38	18.25	5.51	7.08	28.57	نسبة التباين المفسر

جدول (12) يوضح الأبعاد المستخلصة بعد التحليل العامل (بعد التدوير) ومضامينه لمقياس التنشئة التنظيمية

قيم التشبع للفقرة مع البعد	عنوان البعد الأول: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل	الفقرة
0.62	أدرك المهام والمسؤوليات ذات الأولوية في عملي	ST27
0.60	أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمرضى مني)	ST34
0.54	أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	ST28
0.61	أعرف كيفية تطوير كفاءتي التي تتطلبها وظيفتي	ST26
0.54	أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	ST29
0.35	أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يوميًا، اسبوعيًا، عندما يطلب مني ذلك)	ST33
0.44	أفهم سياسة فريق العمل (مثلاً، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)	SG24
0.46	أعلم أنّ الجهد المقدم من طرف كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى	SG17
0.40	أعرف أهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه	SG14
0.39	أستطيع تلبية حاجات المرضى	ST32
0.40	أدرك القيمة المضافة لخبرة كل عضو داخل الجماعة مثل المهارات والمعارف	SG16
0.44	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة	SG13
0.39	أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	ST30
قيم التشبع للفقرة مع البعد	عنوان البعد الثاني: التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة	الفقرة

0.53	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة، والمحافظة على صورة جيدة للمؤسسة	SO10
0.46	أعي كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة	SO7
0.44	أنا على دراية بالسياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... الخ	SO9
0.44	أعرف معايير، قواعد وإجراءات سير فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... الخ)	SG22
0.38	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة	SG21
0.39	أدرك أهداف وغايات مؤسستي	SO5
0.47	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه	SG20
0.39	أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات	SO12
<u>قيم التشعب</u>	<u>عنوان البعد الثالث: الدور التنظيمي</u>	<u>الفقرة</u>
<u>الفقرة مع</u>		
<u>البعد</u>		
0.46	أعرف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية التي أعمل بها	SO1
0.41	أعرف تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلا سنة التأسيس....	SO2
0.36	أعرف الهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح	SO3
0.31	أدرك إجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحقات التابعة لها	SO4
0.49	أعرف المسؤوليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة	ST25
0.39	أفهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة ( تعاوي، تشاركي)	SG19
0.41	أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية	SO6

قام الطالب الباحث بإعادة تسمية الأبعاد الثلاثة حسب المضامين الناتجة عن التحليل العاملي الاستكشافي

للمقياس ونظرا لوجود قيم التشعب لبعض الفقرات مع المقياس الكلي والتي كانت أدنى من 0.30 تم إستبعادها من

المقياس وهي كما يلي:



- البعد الأول: تم إستبعاد الفقرات التالية وهي: (ST31, SG15, SG18) وأصبح يسمى بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل"<sup>15</sup> ويتكون من 13 فقرة وهي: -ST33- SG14-SG17-SG24-ST32) SG16-SG13-ST30-ST27-ST34-ST28-ST26-ST29).

### التعريف الإجرائي لبعد تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل:

هو عملية لتنشئة الممرضين التي تتم من خلال إدراك المهام والمسئوليات والدراية بمردودية العمل ومعرفة طريقة تطوير المهام والقدرة على الحصول على الوسائل والمعدات وحسن إستخدامها في تأدية المهام وإطلاع المشرفين على المهام المنجزة وطلب المساعدة من زملاء العمل عند الضرورة وفهم سياسة فريق العمل وأهدافه الخاصة ومدى مساهمتها في تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة وقدرته على تمييز دور كل فرد داخل فريق العمل والقيمة المضافة الخاصة به مع العمل على تلبية حاجات المرضى وتحسين الخدمات المقدمة لهم.

- البعد الثاني: الفقرة المستبعدة هي: (SO8) وتمت تسميته ببعد "التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة"<sup>16</sup> يتكون من 08 فقرات وهي: (SG12-SG20-SO5-SG21-SG22-SO9-SO7-SO10)

### التعريف الإجرائي لبعد التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة:

هي عملية تنشئة الممرضين من خلال فهم السياسة الداخلية والنظام العام للمؤسسة والوعي بمساهمة مهنته في تحقيق غايات وأهداف المؤسسة ومعرفة معايير وقواعد وإجراءات سير فريق العمل وتحسين أدائه ضمن هذه القيم وإدراك دور الفريق في تعزيز الأداء التنظيمي وفهم اللغة والرموز المستعملة داخل المؤسسات الصحية.

- البعد الثالث: الفقرات المستبعدة هي: (SO11،SG23) وسمي ببعد "الدور التنظيمي"<sup>17</sup> يتكون من 07 فقرات وهي: (SO1-SO2-SO3-SO4-ST25-SG19-SO6)

<sup>15</sup> Apprentissage des compétences de travail et acquisition des normes du collective de travail (CET)

<sup>16</sup> Adaptation aux Normes et les Objectifs de l'entreprise (ANO)

<sup>17</sup> Le Rôle Organisationnel (R0)

## التعريف الإجرائي لبعء الدور التنظيمي:

هي عملية التَّنشئة الخاصَّة بالمرضى والتي تشمل معرفة المرض بتاريخ مؤسسته التي يعمل بها وطبيعة الخدمات التي تقدمها وكيفية عمل الهيكل التنظيمي والمصالح ومساهماتها في تحقيق أهداف المؤسسة والإدراك الجيد لطبيعة الإجراءات المتبعة مع فهم للمسؤوليات والمهام الخاصة مع فهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة. وبالتالي أصبح المقياس يشمل على 28 فقرة.

### ج- معاملات ثبات مقياس التَّنشئة التنظيمية

جدول (13) يوضح معاملات الثبات لجيتمان وألفا كرونباخ

أبعاد التَّنشئة التنظيمية	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	جيتمان
- تعلّم مهام واكتساب قيم جماعة العمل	13	0.86	0.87
- التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة	08	0.60	0.61
- الدور التنظيمي	07	0.73	0.72

يبيّن الجدول (13) أنّ معدلات الثبات حسب ألفا كرونباخ و جيتمان بلغت بالنسبة لبعء تعلّم المهارات واكتساب قيم الجماعة (ألفا كرونباخ= 0.86 و جيتمان = 0.87) وبعء التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة (ألفا كرونباخ=0.60 و جيتمان=0.61) وبعء الدور التنظيمي (ألفا كرونباخ=0.73 و جيتمان=0.72) وكذلك بلغ معدل الثبات لكل فقرات مقياس التَّنشئة التنظيمية (ألفا كرونباخ= 0.86 و جيتمان = 0.88)، مما يعني أنّ المقياس يتميز بمستوى عالي من الثبات ويمكن إستخدامه في الدّراسة الأساسية.

### 5-1-6-3- طريقة إعطاء التقديرات الكمية لمقياس التَّنشئة التنظيمية:

وزعت درجات الإجابة لمقياس التَّنشئة التنظيمية على سلم ليكارت الخماسي ذو الإتجاه الموجب كما هو موضح

في الجدول التالي:

جدول (14) يوضح طريقة تقدير الأوزان لمقياس التنشئة التنظيمية

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	فقرات الإستبيان
5	4	3	2	1	التقدير

## 5-1-7- الخصاص السيكومترية لمقياس الأداء المهني للمرضين:

### 5-1-7-1- تعريف المقياس:

حسب (Denise, 2011) صممت بتريسيا شويرين هذا المقياس من أجل قياس أداء المرضين، وإختبرته على مجموعة من المرضين المبتدئين في مستشفى محلي بأمريكا، بناء على طلب من وزارة الصحة، التعليم والحماية الإجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية. قامت باتريسيا شويرين بحصر قائمة من النشاطات والمهام التمريضية لمختلف الفئات المهنية للمرضين في شكل إستبيان يتكون من 76 فقرة. وقد تم إختباره ما بين 1974 و 1977، واستبعدت بعض فقرات لينتهي الإستبيان في النهاية على 52 فقرة موزعة على ستة أبعاد. وقد بلغ مستوى ثبات الأبعاد حسب معامل ألفا كرونباخ ما بين 0.84 و 0.97 (Denise, 2011 ; Marilyn , 1996) وكذلك عن (Helen P. et al., P. 371).

الأبعاد الستة لمقياس الأداء المهني عند المرضين وهي:

#### - بعد القيادة (Leadership):

تعتبر القيادة عند المرضين، مهارة أساسية يجب أن تتوفر عندهم باختلاف مستوياتهم المهنية والتخصصية عند تقديم العلاج للمرضى. وتأكد جمعية المرضين والمرضات في كندا (آن كلود، 2011) أنّ القيادة في مهنة التمريض تركز على التفكير الناقد، التدخلات والإدراكات والتمثلات، وتتجلى في جميع أدوار ومجالات ممارسة التمريض.

#### - بعد العلاج أو العناية التمريضية:

مجموعة من الإجراءات والنشاطات التي يقوم بها الممرض والتي تهدف إلى حماية، صيانة، وترقية صحة أفراد المجتمع وكذلك المحافظة على الوظائف الحيوية، الجسدية والنفسية للفرد.

## - بعد التعليم والتعاون:

من أهم مجالات التدخل المهني في ممارسة مهنة التمريض. كل تفاعل بين الممرض والمريض بداية من تقديم الأدوية إلى تهيئة السرير يمثل فرصة لتقديم التوعية والنصائح له. إذ يقدم الممرض للمريض كل المعارف والتعليمات والتوضيحات فيما يخص العلاج مع الأخذ في الحسبان العوامل المتعلقة بمستواه المعرفي والثقافي. كما يجب وضع مخطط تعليمي توعوي، يشترك فيه بعض الأطراف في الرعاية الصحية بعد خروج المريض من المستشفى منهم الزوج والأبناء والأصدقاء...إلخ.

## - بعد التخطيط:

عملية، يقوم بها الممرض عند إعداد مخطط التمريض والتي يحدد فيها من خلال التشخيص التمريضي الأهداف القصيرة والبعيدة المدى مع وضع محددات ومؤشرات التدخلات التي تهدف إلى الأخذ بعين الاعتبار إحتياجات المريض وتطلعاته.

## - التقييم:

عملية يستخدم فيها الممرض التفكير الناقد وتركز على مدى إستجابة المريض للتدخلات العلاجية ومدى تحقيق نتائج وأهداف التمريض وفعاليتها.

## - العلاقات الإنسانية والتواصل:

تعتبر مهارة الإتصال والعلاقات الإنسانية جوهر الرعاية التمريضية. فالممرضة في تفاعل مع المريض وأقاربه وزملاء العمل، كما أنّ الإتصال يأخذ أشكال في العملية التمريضية منها: الإتصال التربوي والعلاجي...إلخ.

## - التطوير المهني:

نظام لتحسين باستمرار نوعية الممارسات المهنية عند المرضين بصفة مستمرة، وتنمية التعاون بين مختلف مهنيي الصحة (Vignier N. 2013, P. 142). وتعتبر الجمعية الأمريكية للمريض (ANA)<sup>18</sup>، أنّ التطوير المهني عند المرضين يتطلب أربعة عوامل أساسية هي كما يلي: تتأثر إحتياجات التطور المهني عند المرضين على مدى تقبلهم للواجبات والمسؤوليات لممارسة مهنة التمريض؛ أنّ التكوين المستمر أمر ضروري للمرضين والمرضات للحفاظ وزيادة الكفاءة لممارسة مهنة التمريض؛ وجود عدّة شعب تعليمية ضرورية لتلبية إحتياجات تكوين المرضين؛ يستند التكوين المستمر وتحسين المعارف لدى شبه الطبيين إلى مبادئ تعليم البالغين قصد المساهمة في التنمية والتطوير المهني.

### 5-1-7-2- مراحل تعريب وتقنين مقياس الأداء المهني للمرضين لبتريسيا شويرين

#### 5-1-7-2-1- المرحلة الأولى: الترجمة والتعريب

بعد ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، تم عرضه على الأستاذ مكي أحمد أستاذ في علم النفس ومدرس اللغة الإنجليزية بقسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة وهران 2 قصد مراجعته من حيث اللغة، بعد ذلك تم عرضه على مجموعة من الأساتذة<sup>19</sup> لتحكيمه من حيث الصياغة والوضوح والجدول (15) يبيّن بعض التعديلات لفقرات الإستبيان.

#### 5-1-7-2-2- المرحلة الثانية: إختبار صدق المقياس

#### أ- صدق المحكمين:

زيادة على الأساتذة الجامعيين، تم تقديم الإستبيان إلى ثلاثة أساتذة تعليم شبه طبي<sup>20</sup> يعملون بالمعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي قعابي جدية بحي الأمير بوهران، ولديهم خبرة في ممارسة مهنة التمريض تفوق العشر

<sup>18</sup> ANA : American Nurses Association

<sup>19</sup> يعقوب المسوس أستاذ بجامعة غليزان؛ صوفي عبد الوهاب أستاذ بجامعة تلمسان؛ غريب العربي أستاذ بجامعة وهران 2؛ يوفارس عبد الرحمان أستاذ بالجامعة الإفريقية بأدرار؛ الأستاذ عبد العزيز محمود أستاذ بجامعة وهران 2؛ فارح سمير باحث دائم بالمركز الوطني للبحث في الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية بملحقة قسنطينة.

<sup>20</sup> بوخاتم ماما أستاذة تعليم شبه طبي؛ جيلالي إسماعيل أستاذ تعليم شبه طبي؛ لشهب نوال أستاذة تعليم شبه طبي.

السنوات قبل أن يلتحقوا بالتدريس على مستوى المعهد، وكذلك يشرفون على تأطير المتربصين على مستوى المؤسسات الصحية بوهران. وقد بلغت نسبة إتفاق المحكمين نسبة 98% (أنظر الجدول 15):

**جدول (15) يوضح التعديلات لبعض فقرات مقياس الأداء المهني للممرضين**

رقم الفقرة	الفقرات قبل التحكيم	الفقرات بعد التحكيم
01	أحظى بالمكافآت والاعتراف على أدائي الجيد من طرف الإدارة	أحظى بالمكافآت والاعتراف على أدائي الجيد من طرف الإدارة
02	أقوم بتفويض مسؤوليات العلاج على أساس تقييم أولويات احتياجات الرعاية التمريضية وحسب قدرات الممارسين في الصحة	أقوم بتفويض مسؤوليات العلاج على أساس تقييم أولويات احتياجات الرعاية التمريضية وحسب قدرات الممارسين في الصحة
03	أوجه أعضاء فريق العلاج في إعداد مخطط الرعاية الصحية	أوجه أعضاء فريق العلاج في إعداد مخطط الرعاية الصحية
04	أتحمل المسؤولية عن العلاجات المقدمة من طرف الممرضين تحت إدارتي.	أتحمل المسؤولية عن العلاجات المقدمة من طرف الممرضين تحت إدارتي.
05	أخذ بعين الاعتبار كل اقتراحات الأفراد الذين هم تحت اشرافي	أخذ بعين الاعتبار كل اقتراحات الأفراد الذين هم تحت اشرافي
06	أحسن القيام بالإجراءات والمهام التقنية للمريض مثل: الحقن الخاصة بالوريد، تغيير الضمادات..... الخ	أحسن القيام بالإجراءات والمهام التقنية للمريض مثل: الحقن الخاصة بالوريد، تغيير الضمادات..... الخ
07	أحسن استخدام التجهيزات والمعدات الطبية مثل جهاز التنفس الاصطناعي.....	أحسن استخدام التجهيزات والمعدات الطبية مثل جهاز التنفس الاصطناعي.....
08	أقدم الدعم المعنوي الى عائلة المريض المتوفى	أقدم الدعم المعنوي الى عائلة المريض المتوفى
09	أقوم بالتدابير المناسبة في الحالات الطارئة	أقوم بالتدابير المناسبة في الحالات الطارئة
10	أقوم بالرعاية التمريضية المطلوبة للمرضى الذين هم في حالة حرجة	أقوم بالرعاية التمريضية المطلوبة للمرضى الذين هم في حالة حرجة
11	أعترف وألبي الاحتياجات العاطفية الخاصة بالمريض وهو يحتضر	أعترف وألبي الاحتياجات العاطفية الخاصة بالمريض وهو يحتضر

	يحتضر	
12	أعمل بجدوء وبكفاءة في الحالات الاستعجالية	أعمل بجدوء وبكفاءة في الحالات الاستعجالية
13	أقدم النصائح إلى أفراد أسرة المريض عن إحتياجاته	أقدم النصائح الى أفراد أسرة المريض عن إحتياجاته
14	أعلم التدابير الصحية الوقائية للمرضى وأقاربهم	أعلم التدابير الصحية الوقائية للمرضى وأقاربهم
15	أحدد واستخدام المعلومات الاجتماعية الضرورية لتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض وأسرتة	أحدد واستخدام المعلومات الاجتماعية الضرورية لتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض وأسرتة
16	أقوم باستخدام المعلومات والمناهج النظرية لفهم الخصائص الشخصيّة للمريض مثل السن، المستوى التعليمي، النفسية (الحرمان العاطفي)	أقوم باستخدام المعلومات والمناهج النظرية لفهم الخصائص الشخصيّة للمريض مثل السن، المستوى التعليمي، النفسية (الحرمان العاطفي)
17	أقوم بتطوير وابتكار مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض	أقوم بتطوير وابتكار مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض
18	أشجع عمل المهنيين ذوي الخبرات ومن مختلف التخصصات	أشجع عمل المهنيين ذوي الخبرات ومن مختلف التخصصات
19	أستخدم الدعائم التربوية والوثائق لتوعية المريض وأسرتة	أستخدم الدعائم التربوية والوثائق لتوعية المريض وأسرتة
20	أشجع مشاركة الأسرة في التكفل بعلاج المريض	أشجع مشاركة الأسرة في التكفل بعلاج المريض
21	أحدد واستخدام الموارد المتاحة في وحدة الرعاية الصحية لوضع خطة علاج للمريض وأسرتة	أحدد واستخدام الموارد المتاحة في وحدة الرعاية الصحية لوضع خطة علاج للمريض وأسرتة
22	أدون الوقائع والأفكار والآراء المهنية الخاصة بالمرضى وعائلاتهم	أدون الوقائع والأفكار والآراء المهنية الخاصة بالمرضى وعائلاتهم
23	أضع خطة لربط إحتياجات المريض باحتياجات أسرته	أضع خطة لربط إحتياجات المريض باحتياجات أسرته
24	أنسق بين إجراءات العلاج التمريضي وبروتوكول العلاج الطبي	أنسق بين إجراءات العلاج التمريضي وبروتوكول العلاج الطبي
25	أحدد وأدرج في مخطط العلاج التمريضي التغيرات التي تطرأ على ظروف المريض	أحدد وأدرج في مخطط العلاج التمريضي التغيرات التي تطرأ على ظروف المريض
26	أقيم نتائج العلاجات التمريضية	أقيم نتائج العلاجات التمريضية
27	أقوم بتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض	أقوم بتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض
28	أبادر بتخطيط وتقييم العلاجات التمريضية بالتنسيق مع الممارسين في الصحة الآخرين	أبادر بتخطيط وتقييم العلاجات التمريضية بالتنسيق مع الممارسين في الصحة الآخرين
29	أحدد الإحتياجات الاستعجالية للمريض في مخطط الرعاية الصحية	أحدد الإحتياجات الاستعجالية للمريض في مخطط الرعاية الصحية



30	أساهم في إعداد خطة علاج ترميضية خاصة بالمريض	أساهم في إعداد خطة علاج ترميضية خاصة بالمريض
31	أشجع المريض على إبداء آراءه ورغباته فيما يخص العناية الصحية التي أقدمها له	أشجع المريض على إبداء آراءه ورغباته فيما يخص العناية الصحية التي أقدمها له
32	أتقبل جميع المرضى وأهتم بارتياحهم النفسي	أتقبل جميع المرضى وأهتم بارتياحهم النفسي
33	أطلب المساعدة عند الضرورة	أطلب المساعدة عند الضرورة
34	أساعد المريض على التواصل مع الآخرين	أساعد المريض على التواصل مع الآخرين
35	أعبر لفضيا عن مشاعري وأفكاري لزملائي في فريق العمل	أعبر لفضيا عن مشاعري وأفكاري لزملائي في فريق العمل
36	أحترم حقوق المريض وحياته الشخصية	أحترم حقوق المريض وحياته الشخصية
37	أساهم في خلق جو من الثقة المتبادلة والقبول والاحترام بين أعضاء فريق العمل	أساهم في خلق جو من الثقة المتبادلة والقبول والاحترام بين أعضاء فريق العمل
38	أشرح للمريض طريقة القيام بالعلاجات قبل تنفيذها	أشرح للمريض طريقة القيام بالعلاجات قبل تنفيذها
39	أستخدم إجراءات التمريض باعتبارها فرصا للتفاعل مع المرضى	أستخدم إجراءات التمريض باعتبارها فرصا للتفاعل مع المرضى
40	أساهم بعلاقات عمل مثمرة مع غيري من أعضاء الفريق الصحي	أساهم بعلاقات عمل مثمرة مع غيري من أعضاء الفريق الصحي
41	أساعد المريض على تلبية إحتياجاته العاطفية	أساعد المريض على تلبية إحتياجاته العاطفية
42	أستخدم الامكانيات والمعارف النظرية عند إستقبال المرضى	أستخدم الامكانيات والمعارف النظرية عند استقبال المرضى
43	أستخدم معارف التكوين المتواصل في التنمية الشخصية والمهنية	أستخدم معارف التكوين المتواصل في التنمية الشخصية والمهنية
44	أعرف كيف أسير ذاتي	أعرف كيف أسير ذاتي
45	أتقبل مسؤولية كل فعل أقوم به	أتقبل مسؤولية كل فعل أقوم به
46	أتحمل المسؤوليات الجديدة في حدود القدرات الممكنة	أتحمل المسؤوليات الجديدة في حدود القدرات الممكنة
47	أحافظ على مستويات عالية من الأداء	أحافظ على مستويات عالية من الأداء
48	أظهر الثقة بالنفس	أظهر الثقة بالنفس
49	لدي إتجاهات إيجابية على العموم	لدي إتجاهات إيجابية على العموم
50	لدي معرفة بالإجراءات القانونية لمهنة التمريض.	لدي معرفة بالإجراءات القانونية لمهنة التمريض.
51	لدي معرفة بأخلاقيات مهنة التمريض.	لدي معرفة بأخلاقيات مهنة التمريض.
52	أتقبل النقد البناء	أتقبل النقد البناء

ب- التحليل العاملي الإستكشافي لمقياس الأداء المهني

- صدق الإتساق الداخلي لمقياس الأداء المهني: (أنظر الجدول 16)

جدول (16) يبيّن إتساق فقرات الأداء مقارنة بالمقياس الكلي

TC12	CC11	CC10	CC9	CC8	CC7	CC6	PL5	PL4	PL3	PL2	PL1	رقم الفقرة
0.67	0.47	0.74	0.65	0.48	0.63	0.72	0.48	0.27	0.60	0.54	0.17	قيم الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.04	مستوى الدلالة
PE24	TC23	TC22	TC21	TC20	TC19	TC18	TC17	TC16	TC15	TC14	TC13	رقم الفقرة
0.71	0.39	0.39	0.57	0.61	0.71	0.53	0.63	0.70	0.51	0.59	0.64	قيم الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة
IPR36	IPR35	IPR34	IPR33	IPR32	IPR31	PE30	PE29	PE28	PE27	PE26	PE25	رقم الفقرة
0.72	0.36	0.73	0.66	0.72	0.58	0.65	0.57	0.65	0.71	0.53	0.58	قيم الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة
PD48	PD47	PD46	PD45	PD44	PD43	IPR42	IPR41	IPR40	IPR39	IPR38	IPR37	رقم الفقرة
0.73	0.71	0.60	0.72	0.65	0.49	0.55	0.38	0.55	0.61	0.65	0.71	قيم الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة
								PD52	PD51	PD50	PD49	رقم الفقرة
								0.53	0.65	0.42	0.57	قيم الارتباط
								0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة

في ضوء النتائج التي كشفت عنها الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (16) تبين أنّ جميع قيم الارتباطات دالة

عند مستوى الدلالة يساوي 0.01 ما عدا الفقرة (PL1) التي كانت معنويتها تساوي 0.04 وبالتالي بقي المقياس

في صورته الحالية يتوفر على 52 فقرة تم إخضاعها للتحليل العاملي للتأكد من صدق المقياس.

- التحليل العاملي:

قبل إجراء التحليل العاملي لمقياس الأداء المهني، تم أولاً، التأكد من تحقق الشروط التي يقتضيها التحليل العاملي:

- فحص مدى كفاية العينة ومدى قابلية مصفوفة الارتباطات للتحليل العاملي:

لقد تحقق الشرط المتعلق قابلية مصفوفة الارتباط بوجود كل قيم MSA أكبر من 0.50 حيث تراوحت قيمتها ما بين 0.56 و 0.95 ماعدا الفقرة (PL1) التي يقل ارتباطها عن 0.50 وبالتالي تم حذفها، أما فيما يتعلق بكفاية العينة فكشفت النتائج على أنّ قيمة KMO (قياس كفاية التعيين) تساوي 0.85 وهي أكبر من 0.50 وهو دال، كما أنّ القيمة المطلقة المحددة لمصفوفة الارتباطات (Déterminant) = 2.865E-18 وهي أكبر من 0.00001 وهي نتيجة تدل على أنّ المصفوفة تتوفر على الحد الأدنى من الارتباطات التي تجعلها قابلة للتحليل العاملي، كما أنّ المقياس دال عند مستوى دلالة بارتلات يساوي 0.0001.

وبعد التأكد من صلاحية العينة ومصفوفة الارتباطات لإجراء التحليل العاملي تم إعادة تطبيق التحليل العاملي على الإختبار في صورته المعدلة (51) فقرة باستخدام طريقة المحاور الأساسية ( Factorisation des axes principaux) وتم استخدام محك الجذر الكامن أكبر من 1 صحيح للعوامل التي تم إستخراجها وأعقب ذلك تدوير متعامد بطريقة فريمكس (Varimax) وأمكن على ضوئها تدوير ستة عوامل (الجدول التالي يوضح ذلك).

جدول رقم (17) يبين مصفوفة قيم الشبوع وتشبعات فقرات مقياس الأداء المهني للمرضين باستخدام التحليل العاملي

قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة (Varimax)

قيم الشبوع	العوامل بعد التدوير						العوامل قبل التدوير						الفقرات
	6ع	5ع	4ع	3ع	2ع	1ع	6ع	5ع	4ع	3ع	2ع	1ع	
0.75						0.76						0.74	PPD45
0.72						0.71						0.74	PPD48
0.68						0.71						0.72	PPD47
0.59						0.71						0.58	PPD49
0.67						0.70						0.66	PPD44
0.61						0.67						0.60	PPD46
0.68						0.66						0.75	PC10
0.49						0.64						0.54	PPD52
0.60						0.61						0.66	PPD51
0.58						0.53						0.65	PIPR38
0.52						0.47						0.61	PTC20
0.57						0.45						0.67	PC9
0.60					0.58						-0.32		PTC17
0.63					0.58						-0.13		PTC16
0.50					0.56						-0.23		PPE29
0.44					0.54						-0.25		PIPR42
0.60					0.54						-0.33		PPE28

0.38					0.49						0.12		PTC18
0.52					0.49						-0.13		PL2
0.59					0.49						-0.12		PL3
0.52					0.46						-0.25		PPE30
0.47					0.46						0.10		PL5
0.58					0.43						0.17		PTC19
0.63					0.36						-0.16		PC6
0.48					0.31						0.31		PIPR40
0.69				0.77							-0.21		PPE25
0.60				0.72							0.24		PPE26
0.57				0.70							-0.25		PTC15
0.70				0.69							-0.26		PPE27
0.57				0.56							-0.15		PTC14
0.70				0.49							-0.17		PPE24
0.48				0.46							-0.26		PL4
0.50				0.44							0.30		PC7
0.71			0.68							-0.26			PIPR32
0.53			0.67							-0.18			PC8
0.68			0.66							-0.38			PIPR33
0.66			0.61							-0.17			PIPR34
0.48			0.56							-0.25			PIPR35
0.56			0.56							-0.20			PTC13
0.63			0.50							-0.27			PIPR36
0.48			0.48							-0.10			PIPR31
0.61			0.44							-0.25			PIPR37
0.58		0.74						0.27					PTC22
0.55		0.69						0.24					PTC23
0.59		0.65						0.17					PIPR41
0.59		0.57						0.19					PTC21
0.51		0.47						0.21					PC11
0.53		0.45						0.12					PIPR39
0.66	0.54							-0.31					PC12
0.54	0.47							-0.37					PPD50
0.40	0.39							-0.10					PPD43
التباين الكلي	1.96	3.65	5.12	5.60	5.89	7.61	1.32	1.69	2.29	2.49	3.09	18.96	الجذر الكامن
58.54	3.58	7.15	10.04	10.99	11.54	14.93	2.59	3.32	4.89	4.88	6.06	37.17	نسبة التباين المفسر

جدول (18) يوضح الأبعاد المستخلصة بعد التحليل العاملي (بعد التدوير) ومضامينه لمقياس الأداء المهني عند الممرضين

قيم التشبع الفقرة مع البعد	البعد الأول: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	الفقرة
0.75	أتقبل مسؤولية كل فعل أقوم به	PPD45
0.72	أظهر الثقة بالنفس	PPD48
0.68	أحافظ على مستويات عالية من الأداء	PPD47
0.59	لدي إتجاهات إيجابية على العموم	PPD49
0.67	أعرف كيف أسير ذاتي	PPD44
0.61	أتحمل المسؤوليات الجديدة في حدود القدرات الممكنة	PPD46
0.68	أقوم بالرعاية التمريضية المطلوبة للمرضى الذين هم في حالة حرجة	PC10
0.49	أتقبل النقد البناء	PPD52
0.60	لدي معرفة بأخلاقيات مهنة التمريض.	PPD51
0.58	أشرح للمريض طريقة القيام بالعلاجات قبل تنفيذها	PIPR38
0.52	أشجع مشاركة الأسرة في التكفل بعلاج المريض	PTC20
0.57	أقوم بالتدابير المناسبة في الحالات الطارئة	PC9
قيم التشبع الفقرة ما البعد	البعد الثاني: البحث والتطوير والعمل الجماعي	الفقرة
0.60	أقوم بتطوير وإبتكار مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض	PTC17
0.63	أقوم باستخدام المعلومات والمناهج النظرية لفهم الخصائص الشخصية للمريض مثل السن، المستوى التعليمي، الإحتياجات النفسية (الحرمان العاطفي)	PTC16
0.50	أحدد الإحتياجات المستعجلة للمريض في مخطط الرعاية الصحية.	PPE29
0.44	أستخدم الإمكانيات والمعارف النظرية عند إستقبال المرضى	PIPR42
0.60	أبادر بتخطيط وتقييم العلاجات التمريضية بالتنسيق مع الممارسين في الصحة الآخرين	PPE28
0.38	أشجع عمل المهنيين ذوي الخبرات ومن مختلف التخصصات	PTC18
0.52	أقوم بتفويض مسؤوليات العلاج على أساس تقييم أولويات إحتياجات الرعاية التمريضية وحسب قدرات الممارسين في الصحة	PL2
0.59	أوجه أعضاء فريق العلاج في إعداد مخطط الرعاية الصحية	PL3

0.52	أساهم في إعداد خطة علاج تمريضية خاصة بالمريض	PPE30
0.47	أخذ بعين الإعتبار كل إقتراحات الأفراد الذين هم تحت إشرافي	PL5
0.58	أستخدم الدعائم التربوية والوثائق لتوعية المريض وأسرته	PTC19
0.63	أحسن القيام بالإجراءات والمهام التقنية للمريض مثل: الحقن الخاصة بالوريد، تغيير الضمادات الخ.....	PC6
0.48	أساهم بعلاقات عمل مثمرة مع غيري من أعضاء الفريق الصحي	PIPR40
<u>قيم التشبع الفقرة مع البعد</u>	<u>البعد الثالث: التعليم والتخطيط والتقييم</u>	<u>الفقرة</u>
0.69	أحدّد وأدرج في مخطط العلاج التمريضي التغيرات التي تطرأ على ظروف المريض	PPE25
0.60	أقيّم نتائج العلاجات التمريضية	PPE26
0.57	أحدّد واستخدم المعلومات الإجتماعية الضرورية لتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض وأسرته	PTC15
0.70	أقوم بتطوير مخطط الرعاية الصحيّة للمريض	PPE27
0.57	أعلم التدابير الصحيّة الوقائية للمرضى وأقاربهم	PTC14
0.70	أنسق بين إجراءات العلاج التمريضي وبروتوكول العلاج الطبي	PPE24
0.48	أتحمل المسؤولية عن العلاجات المقدمة من طرف الممرضين تحت إدارتي	PL4
0.50	أحسن استخدام التجهيزات والمعدات الطبية مثل جهاز التنفس... الخ	PC7
<u>قيم التشبع الفقرة مع البعد</u>	<u>البعد الرابع: ترقية الصحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل</u>	<u>الفقرة</u>
0.71	أتقبل جميع المرضى وأهتم بارتياحهم النفسي	PIPR32
0.53	أقدم الدعم المعنوي إلى عائلة المريض المتوفي	PC8
0.68	أطلب المساعدة عند الضرورة	PIPR33
0.66	أساعد المريض على التواصل مع الآخرين	PIPR34
0.48	أعبر لفضيا عن مشاعري وأفكاري لزملائي في فريق العمل	PIPR35
0.56	أقدم النصائح إلى أفراد أسرة المريض عن إحتياجاته	PTC13
0.63	أحترم حقوق المريض وحياته الشخصيّة	PIPR36
0.48	أشجع المريض على إبداء آراءه ورغباته فيما يخص العناية الصحيّة التي أقدمها له	PIPR31
0.61	أساهم في خلق جو من الثقة المتبادلة والقبول والإحترام بين أعضاء فريق العمل	PIPR37

قيم التشعب الفقرة مع البعد	البعد الخامس: استخدام الوسائل والتعاطف مع المريض	الفقرة
0.58	أدون الوقائع والأفكار والآراء المهنية الخاصة بالمريض وعائلتهم	PTC22
0.55	أضع خطة لربط إحتياجات المريض باحتياجات أسرته	PTC23
0.59	أساعد المريض في تلبية إحتياجاته العاطفية	PIPR41
0.59	أحدّد وأستخدم الموارد المتاحة في وحدة الرعاية الصحيّة لوضع خطة علاج للمريض وأسرته	PTC21
0.51	أعترف وألبي الإحتياجات العاطفية الخاصة بالمريض وهو يحتضر	PC11
0.53	أستخدم إجراءات التمريض باعتبارها فرصا للتفاعل مع المرضى	PIPR39
قيم التشعب الفقرة مع البعد	البعد السادس: التنمية الشخصيّة والمهنيّة	الفقرة
0.66	أعمل بهدوء وبكفاءة في الحالات الإستعجالية	PC12
0.54	لدي معرفة بالإجراءات القانونية لمهنة التمريض	PPD50
0.40	أستخدم معارف التكوين المتواصل في التنمية الشخصيّة والمهنيّة	PPD43

وعلى ضوء المضامين الناتجة عن التحليل العملي الإستكشافي للمقياس والتي تراوحت قيم التشعب لكامل فقرات المقياس (51) ما بين 0.38 و0.75، تم إعادة تسمية العوامل الجديدة بما يتناسب محتواها وكذلك تعريفها إجرائيا وهي كما يلي:

- **البعد الأوّل:** تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية للمهنة ( Soins et Ethique ) ورمزه (SE) وعدد فقراته

12 وهي: PPD45-PPD48-PPD47-PPD49-PPD44-PPD46-PC10-PPD52-PPD51-

PIPR38-PTC20-PC9

**التعريف الإجرائي لبعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية للمهنة:**

يتضمّن الكشف عن مهام الممرض من حيث تقبل وتحمل المسؤوليات، وإظهار الثقة بالنفس وتسيير الذات وتقبل النقد وإظهار إتجاهات إيجابية وإنجاز وتنفيذ بروتوكولات العلاج وإتخاذ كل التدابير اللازمة في الحالات الطارئة مع شرح طريقة العلاج للمريض وإشراك عائلته في العملية.

– البعد الثاني: البحث والتطوير والعمل الجماعي ( Recherche, Développement et travail en équipe) ورمزه (RDTE) وعدد فقراته 13 وهي: (PTC17-PTC16-PPE29-PIPR42-PPE28-IPR40)-PTC18-PL2-PL3-PPE30-PL5-PTC19-PC6P

### التعريف الإجرائي لبعد البحث والتطوير والعمل الجماعي:

يتضمّن الكشف عن أداء الممرض من حيث تطوير مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض والمبادرة في تقديم العلاجات واستخدام المعارف النظرية لاستقبال المريض وفهم خصائصهم الشخصية وتلبية احتياجاته النفسية وإتقان إجراءات العمل وتعزيز العمل ضمن الفريق وذلك بتشجيع الزملاء ذوي الخبرات في مختلف التخصصات والتوجيه والإشراف على أعضاء الفريق مع تفويض بعض مسؤوليات العلاج.

– البعد الثالث: التعليم والتخطيط والتقييم (Enseignement, Planification et Evaluation) ورمزه (EPE) وعدد فقراته 08 وهي: PPE25-PPE26-PTC15-PPE27-PTC14-PPE24-PL4-PC7

### التعريف الإجرائي لبعد التعليم والتخطيط والتقييم:

يتضمّن الكشف عن مستوى أداء الممرض من حيث إستحداث مخطط علاج وتطويره حسب الظروف الطارئة للمريض والاستخدام الأمثل لمهارات التواصل مع تعليم التدابير الصحيّة والوقائية الجديدة للمريض وأسرته وقدرته على التنسيق بين عمليات العلاج التمريضي والبروتكول العلاج الطبي وتحمل مسؤوليات زملاء العمل وحسن استخدام تجهيزات العمل.

– البعد الرابع: ترقية الصّحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل (Promotion de la santé, soutien du malade et sa famille et l'équipe de travail) ورمزه (PSSM)، وعدد فقراته 09 وهي: (PIPR32-PIPR31-PIPR36-PTC13-PIPR35-PIPR34-PIPR33-PC8)



## التعريف الاجرائي لبعد ترقية الصحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل:

يتضمن الكشف على قدرة المريض على تقبل جميع المرضى دون إستثناء والإهتمام بارتياحهم النفسي وإحترام حقوقهم ومساعدتهم على التواصل مع الآخرين وتقديم النصائح إلى أفراد الأسرة ودعمهم معنويا عند وفاة المريض وكذلك مساهمة الممرض في خلق جو من الثقة المتبادلة والإحترام بين الأعضاء فريق وطلب مساعدتهم عند الضرورة.

- البعد الخامس: إستخدام الوسائل والتعاطف مع المريض ( Utilisation du matériels et l'empathie )  
(avec le malade) ورمزه (ME) وعدد فقراته 06 وهي: (-PTC21-PIPR41-PTC23-PTC22-PC11-PIPR39).

## التعريف الاجرائي لبعد إستخدام الوسائل والتعاطف مع المريض:

يتضمن الكشف عن قدرة الممرض على تسجيل الوقائع والأفكار والآراء المهنية بغرض وضع خطة علاج تربط بين إحتياجات المريض وأسرته باستخدام كل الوسائل والموارد الممكنة ومساعدة المريض عند الإحتضار وإستغلال العمليات العلاجية في التفاعل مع المريض.

- البعد السادس: التّمية الشّخصية والمهنيّة (Le développement personnel et professionnel) ورمزه (PPD) وعدد فقراته 3 وهي: (PPD43-PPD50-PC12).

## التعريف الإجرائي لبعد التّمية الشّخصية والمهنيّة:

يتضمن الكشف عن قدرة الممرض العمل بكل هدوء في الحالات الإستعجالية وإستثمار معارف التكوين المستمر في التّمية الشّخصية والمهنيّة مع الاطلاع الدائم للإجراءات القانونية والتشريعية لممارسة مهنة التمريض.

## ج- معاملات ثبات مقياس الأداء المهني

جدول (19) يوضح معاملات الثبات لجيتمان وألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الأداء المهني

الأبعاد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	جيتمان
تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية (SE)	12	0.89	0.89
البحث والتطوير والعمل الجماعي (RDTG)	13	0.86	0.86
التعليم والتخطيط والتقييم (TPE)	08	0.82	0.80
ترقية الصحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل (PSSME)	09	0.85	0.83
إستخدام الوسائل والتعاطف مع المريض (ME)	06	0.75	0.74
التنمية الشخصية والمهنية (PPD)	03	0.58	0.61

يتبين من الجدول (19) معدلات الثبات حسب ألفا كرونباخ و جيتمان، فبلغت القيم بالنسبة لبعث تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية: (ألفا كرونباخ= 0.89 و جيتمان= 0.89) وبعث التطوير والعمل الجماعي: (ألفا كرونباخ=0.86 و جيتمان=0.86) وبعث التعليم والتخطيط والتقييم: (ألفا كرونباخ=0.82 و جيتمان=0.80) وبعث ترقية الصحة ودعم المريض وأسرته وفريق العمل: (ألفا كرونباخ=0.85 و جيتمان=0.83) وبعث إستخدام الوسائل والتعاطف مع المريض: (ألفا كرونباخ=0.75 و جيتمان=0.74) وبعث التنمية الشخصية والمهنية: (ألفا كرونباخ=0.58 و جيتمان=0.61).

فالمقياس يتميز بمستوى عالي من الثبات ويمكن إستخدامه في الدراسة الأساسية.

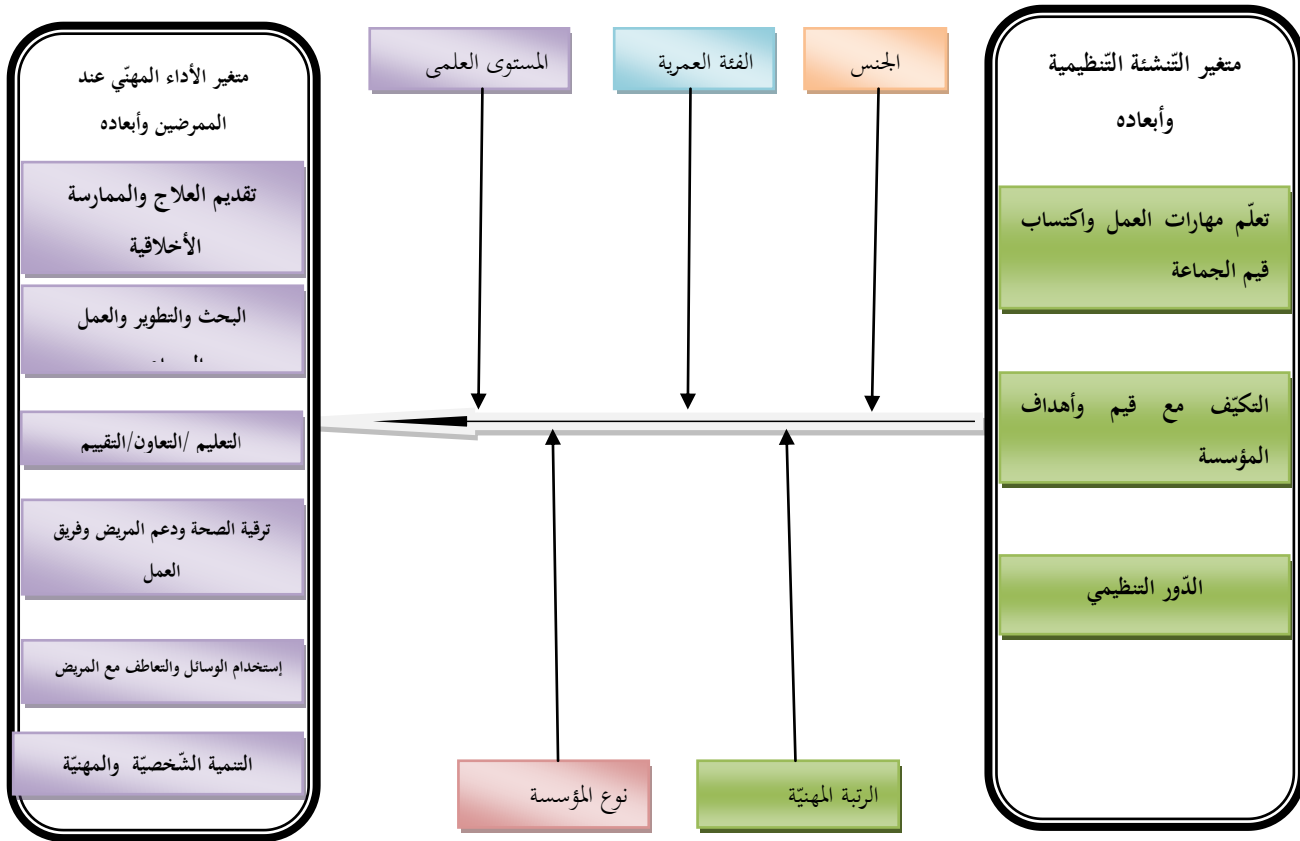
### 5-1-7-2-3- طريقة إعطاء التقديرات الكمية لمقياس الأداء المهني:

وزعت درجات الإجابة لمقياس الأداء المهني على سلم ليكارت الخماسي ذو الإتجاه الموجب كما هو موضح في

الجدول (20) التالي:

جدول (20) يوضح التقديرات الكمية حسب سلم ليكارت لمقياس الأداء المهني للمرضين

فقرات الإستبيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
التقدير	1	2	3	4	5



الشكل (05) يوضح النموذج المفاهيمي للدراسة الأساسية<sup>21</sup>

<sup>21</sup> من تصميم الطالب

## 5-2- الدّراسة الأساسيّة

بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لكل من مقياسي التّشعّبة التّنظيمية والأداء المهنيّ من حيث الصدق والثبات، قمنا بتوزيع 350 إستبيان على الممرضين والممرضات بالمعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبيّ قعابيّ جديّة بجي الأمير بوهران، يعملون بمختلف المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصّحة الجوارية بولاية وهران والذين إستفادوا من تكوين تكميليّ للإلتحاق بالرتب الجديدة وذلك في الفترة الممتدة من 1 أفريل 2015 إلى غاية 7 ماي 2015 وقد تم إسترجاع 283 إستبيان، إلّا أنّه أستبعد منها 12 لعدم ملئها من طرف المستجوبين وفيما يلي عرض لنتائج الدّراسة الأساسيّة:

### 5-2-1- مواصفات عينة الدّراسة الأساسيّة:

#### - متغير الجنس:

بلغ عدد المشاركين في الدّراسة الأساسيّة من الممرضين والممرضات 261 ممثلين بـ 224 ممرضة وبنسبة قدرت 85%، أمّا الذكور فقد بلغ عددهم 37 ممرض بنسبة قدرت 14.2%.

#### - متغير السنّ:

بلغ متوسط عمر العينة 25.96 وبانحراف معياري مقداره 5.82 وكان الحد الأدنى والحد الأقصى للعمر ما بين 20 سنة و48 سنة.

#### - متغير المستوى العلمي:

توزعت عينة الدّراسة الأساسيّة حسب المستوى العلمي: 196 يحملون شهادة البكالوريا + ثلاثة سنوات تكوين أي بنسبة 64% و92 ممرض وممرضة لديهم مستوى علمي ثانوي أي بنسبة 35.2%.  
نسبته 64% من مجموع العينة لديها مستوى علمي بكالوريا + 3 سنوات تكوين و35.2% مستواهم العلمي ثانوي.

### - متغير الحالة الإجتماعية:

أغلبية المرضى غير متزوجون (عزاب) وعددهم 192 بنسبة 73.6% و24.5% متزوجون (64) و1.5% مطلقون وحالة واحدة أرملة (1) .

### - متغير الرتبة المهنية:

أنّ النسبة الأكبر والمقدرة 57.5% متحصلون على شهادة ممرض في الصحة العمومية، تليها فئة مساعدي التمريض إذ بلغت نسبتهم 31% و11.1% لديهم شهادة ممرض مؤهل ونسبة 0.4% لديه شهادة دولة في التمريض.

### - متغير الخبرة المهنية

بلغ متوسط الخبرة المهنية لعينة الدراسة بالتقريب 11 شهرا وبانحراف معياري قدر 6.75 والحد الأدنى والأقصى ما بين شهرا واحدا و24 شهرا.

### - المؤسسات محل الدراسة الأساسية:

أنّ النسبة المئوية والمقدرة (91.19%) تمثل المرضى العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية (238) وهي أكبر نسبة مقارنة بالمرضى العاملين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (23) 8.8%، نظرا لطبيعة نشاط المؤسسات الإستشفائية التي تعمل نظام المداومات 24/24 سا، كما أنّ توظيف المرضى الجدد أغلبيتهم يوجهون نحو المؤسسات الإستشفائية من طرف مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بوهرا.

### 5-2-2- منهج الدراسة الأساسية:

إعتمدنا على المنهج التنبؤي والذي يفحص العلاقة بين مفاهيم الدراسة لعملية التثنية التنظيمية وعلاقته بالأداء المهني لأفراد العينة في ضوء بعض المتغيرات الشخصية (كالجنس، العمر، الرتبة المهنية... إلخ).

### 5-2-3- الأساليب الإحصائية للتحليل:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية لتحليل بيانات الدراسة وهي كالأتي:

- الإحصاء الوصفي والمتمثل في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية.

- تحليل الإنحدار المتعدّد (La regression multiple).

- تحليل التباين المتعدّد (Manova).

- إختبار أقل فرق معنوي (L.S.D).

## الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

## الفصل السادس: عرض النتائج

6-1-1- عرض لنتائج الفرضية الأولى

6-1-1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

6-1-2- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الثانية

6-1-3- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الثالثة

6-1-4- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الرابعة

6-1-5- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الخامسة

6-1-6- عرض لنتائج الفرضية الجزئية السادسة

6-2- عرض لنتائج الفرضية الثانية

6-2-1- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الأولى

6-2-2- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الثانية

6-2-3- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الثالثة

6-2-4- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الرابعة

6-2-5- عرض لنتائج الفرضية الجزئية الخامسة

6-2-6- عرض لنتائج الفرضية الجزئية السادسة



## الفصل السادس: عرض النتائج

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الأساسية:

وللتأكد من تحقق فرضيات البحث، إستخدم الطالب الأسلوب الإحصائي تحليل الإنحدار المتعدد (Régression multiple) بطريقة خطوة بخطوة (Stepwise) وعرضت في جداول بغرض قراءتها والتعليق عليها.

وفيما يلي تفرغ وعرض لنتائج الدراسة حسب تسلسل فرضيات الدراسة:

### 6-1- عرض نتائج الفرضية الأولى

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني ككل لدى الممرضين:

جدول (21) يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني

ككل لدى الممرضين (ن=261).

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الإنحدار الباقي المجموع	76565.52	1	76565.52	263.94	0.00
	75130.71	259	290.08		
	151696.23	260			
2 الإنحدار الباقي المجموع	77736.73	2	38868.36	135.58	0.00
	73959.50	258	286.66		
	151696.23	260			

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

2- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET) والدور التنظيمي (RO)

-المتغير التابع: الأداء المهني (Performat)

يظهر الجدول (21) أن قيم "ف" للنموذجين تساوي (263.94) و(135.58) تختلفان عن الصفر وهما دالتان

عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأن النموذجين، أي بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم

الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بمستوى الأداء المهني للممرضين.

جدول (22) يلخص الانحدار المتعدد لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى العينة (ن=261)

اختبار <b>Durbin -W</b>	مستوى الدلالة	ف	الخطأ المعياري	مربع معامل الارتباط المصحح <b>R-deux ajusté</b>	مربع معامل الارتباط <b>R-deux</b>	معامل الارتباط <b>R</b>	النموذج
	0.00	263.94	17.03	0.50	0.50	0.71	<b>1</b>
2.00	0.04	4.08	16.93	0.50	0.51	0.71	<b>2</b>

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

2- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة وبعد الدور التنظيمي

- المتغير التابع: الأداء المهني للممرضين

يبين الجدول (22) أن قيمة اختبار (Durbin-W) تساوي  $1 < 2.00 < 3$  وهذا يعني أن نموذجي الانحدار مقبولين وتحقق شرط إستقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الأول تساوي 0.71 أي وجود علاقة ارتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في الأداء المهني، وبلغت قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) لهذا النموذج 0.50 يدل ذلك على أن بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 50% في التنبؤ بمستوى الأداء المهني الكلي للعينة.

كما نلاحظ من الجدول أن قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) هي نفسها قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) والتي تساوي (0.50) وهذا يدل على إستقرار النموذج ولم يفقد أي نسبة من التنبؤ على مستوى العينة.

أما قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الثاني تساوي 0.71 وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) = 0.51 أي أن بعد "الدور التنظيمي" يفسر ما قيمته 1% من الأداء المهني.

فيما يخص قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) لهذا النموذج وتساوي 0.50 وتختلف عن قيمة ( $R^2$ ) والتي تساوي 0.51 والفرق بينهما يساوي 0.01 أي أن العينة فقدت 1% من نسبة التنبؤ على مستوى العينة.

جدول (23) يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التَّنشئة التَّنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني ككل لدى

المرضى (ن=261)

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعيارية $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.00	6.83	0.71	8.87	60.60	1- القيمة الثابتة
0.00	16.24		0.16	2.65	تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.00	6.34	0.65	8.99	57.05	2- القيمة الثابتة
0.00	12.83		0.19	2.44	تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.02	2.02		0.10	0.28	الدور التنظيمي

- المتغير التابع: الأداء المهني للمرضى

يمكن أن نستنتج من خلال الجدول (23) معادلة تنبؤ التَّنشئة التَّنظيمية بالأداء المهني للنموذج الأول على النحو

التالي:

$$[\text{الأداء المهني} = 60.60 + (2.65 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة})]$$

كما نلاحظ أنّ قيمة معامل المعيارية  $\beta = 0.71$  عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  تختلف عن الصفر وهذا يدل

على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى العينة.

أمّا معادلة الإنحدار للنموذج الثاني فهي كالتالي:

$$[\text{الأداء المهني} = 57.05 + (2.44 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة}) + (0.58 \times \text{الدور التنظيمي})]$$

التنظيمي]

كما يلاحظ من الجدول (35) أنّ قيمة المعامل المعيارية لبعء "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة"  $\beta$

$= (0.65)$  عند مستوى الدلالة  $P= 0.00$  وتختلف عن الصفر وقدرت قيمة المعامل المعيارية لبعء "الدور التنظيمي"

$\beta=0.10$  عند مستوى الدلالة  $P=0.02<0.05$  وهي تختلف كذلك عن الصفر وهذا يدل على أن "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بالأداء المهني عند المرضى.

### 6-1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية بالتنبؤ بعد تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية (SE) للعينة:

جدول (24) يوضح تحليل الانحدار المتعدد لاختبار مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بعد تقديم العلاج

والممارسة الأخلاقية لدى المرضى (ن=261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الإنحدار	4551.258	1	4551.25	156.18	0.00
الباقي	7547.32	259	29.14		
المجموع	12098.582	260			

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية (SE)

يظهر الجدول (24) أن قيمة "ف" للنموذج تساوي 156.18 وهي تختلف عن الصفر و دالة عند مستوى الدلالة

$P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأن بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" لمتغير التنشئة التنظيمية يساهم

في التنبؤ في بعد "تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية" لدى العينة.

جدول (25) يلخص تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بعد تقديم العلاج والممارسة

الأخلاقية لدى المرضى (ن=261)

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R-deux	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	الخطأ المعياري	ف	مستوى الدلالة	اختبار Durbin-W
1	0.61	0.37	0.37	5.39	156.185	0.00	2.00

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية (SE)

يبيّن الجدول (25) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W)  $= 1 > 2.00 > 3$  وهذا يعني أنّ نموذج الانحدار مقبول وتحقق شرط إستقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط  $(R) = 0.61$  أي وجود علاقة ارتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في "تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية" وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط  $(R^2)$  لهذا النموذج 0.37 ويدل ذلك على أنّ "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 37% من التباين الكلي لبعد "تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية"، كما نلاحظ كذلك أنّ قيمة مربع معامل الارتباط المصحح  $(R\text{-deux ajusté})$  هي نفسها قيمة مربع معامل الارتباط  $(R^2)$  والتي تساوي 0.37 وهذا يدل على إستقرار النموذج، الذي لم يفقد أي نسبة من التنبؤ على مستوى العينة:

جدول (26) يوضح تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أبعاد التّشّنة التّنظيمية في التنبؤ ببعد "تقديم العلاج والممارسة

الأخلاقية" لدى الممرضين، (ن = 261)

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعيارية $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.00	5.67		2.81	15.94	1- القيمة الثابتة:
0.00	12.49	0.61	0.52	0.64	تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية (SE)

نستنتج من خلال الجدول (26) معادلة تنبؤ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" ببعد "تقديم

العلاج والممارسة الأخلاقية" على الشكل التالي:

[تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية =  $15.94 + (0.64 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم$

الجماعة)]

كما يظهر الجدول (26) أنّ قيمة المعامل المعياري  $\beta = 0.6$  لبعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم في التنبؤ بالمتغير التابع المتمثل ببعد "تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية" عند المرضى.

### 6-1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد البحث والتطوير والعمل الجماعي (RDTG) لدى المرضى:

جدول (27) يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد البحث والتطوير والعمل

الجماعي (RDTG) لدى المرضى، (ن = 261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الانحدار الباقي المجموع	4405.32	1	4405.32	154.05	0.00
	7406.12	259	28.59		
	11811.44	260			
2 الانحدار الباقي المجموع	4656.37	2	2328.18	83.95	0.00
	7155.07	258	27.73		
	11811.44	260			

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة

2- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة والدور التنظيمي

- المتغير التابع: البحث والتطوير والعمل الجماعي (RDTG)

يظهر الجدول (27) أنّ قيم "ف" للنموذجين تساوي (145.05) و(83.95) تختلفان عن الصفر وهما دالتان

عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وبالتالي نقول أنّ النموذجين لكل من بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم

الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بالمتغير التابع "البحث والتطوير والعمل الجماعي" لدى العينة:

جدول (28) يوضح نتيجة تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعث البحث والتطوير والعمل الجماعي

(RDTG) لدى الممرضين، (ن=261)

اختبار Durbin -W	مستوى الدلالة	ف	الخطأ المعياري	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	مربع معامل الارتباط R-deux	معامل الارتباط R	النموذج
	0.00	154.05	5.34	0.37	0.37	0.61	1
2.04	0.00	9.05	5.26	0.39	0.39	0.62	2

1- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة

2- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة والدور التنظيمي

- المتغير التابع: البحث والتطوير والعمل الجماعي

يبين الجدول (28) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W)  $3 > 2.04 > 1$  وهذا يعني أنّ نموذجي الانحدار مقبولين

وتحقق شرط إستقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الأوّل 0.61 أي وجود علاقة

إرتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في بعد

"البحث والتطوير والعمل الجماعي"، وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) لهذا النموذج 0.37 يدل ذلك على أنّ

بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 37% من التباين الكلي لبعث "البحث والتطوير

والعمل الجماعي".

كما يلاحظ من الجدول كذلك أنّ قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) هي نفسها قيمة

مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) = 0.37 وهذا يدل على أنّ النموذج مستقر ولم يفقد أي نسبة من التنبؤ على مستوى

العينة.

أمّا قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الثاني بلغت 0.62 وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ )

0.39 أي أنّ بعد "الدور التنظيمي" يفسر ما قيمته 39% لبعث "البحث والتطوير والعمل الجماعي"، وفيما يخص قيمة

مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) لهذا النموذج هي أيضا نفسها قيمة ( $R^2$ ) وتساوي 0.39 بما

يعني تميز هذا النموذج بالإستقرار.

جدول (29) يوضح تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التَّنشئة التَّنظيمية في التنبؤ ببعء البحث والتطوير والعمل

الجماعي، (ن=261 )

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعيارية $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.00	5.85		2.78	16.30	1 القيمة الثابتة
0.00	12.41	0.61	0.05	0.63	تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.00	5.24		2.79	14.65	2 القيمة الثابتة
0.00	9.13	0.52	0.59	0.54	تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.03	3.00	0.17	0.89	0.26	الدور التنظيمي

-المتغير التابع: البحث والتطوير والعمل الجماعي (RDTG)

يمكن استنتاج من الجدول (29) معادلة تنبؤ التَّنشئة التَّنظيمية وأبعادها بالمتغير التابع "البحث والتطوير والعمل

الجماعي" للنموذج الأول:

$$[\text{البحث والتطوير والعمل الجماعي} = 16.30 + (0.63 \times \text{تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة})]$$

كما نلاحظ قيمة معامل المعيارية  $\beta = 0.61$  عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وتختلف عن الصفر وهذا يدل على

أنّ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم بالتنبؤ ببعء "البحث والتطوير والعمل الجماعي" لدى العينة.

أمّا معادلة الإنحدار للنموذج الثاني فهي كالتالي:

$$[\text{البحث والتطوير والعمل الجماعي} = 14.65 + (0.54 \times \text{تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة})]$$

$$+ (0.26 \times \text{الدور التنظيمي})]$$

كما تظهر نتائج الجدول (29) أنّ قيمة المعامل المعيارية  $\beta = 0.52$  و  $0.17$  لكل من بعد "تعلم مهارات العمل

واكتساب قيم الجماعة" عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وبعد "الدور التنظيمي" عند مستوى الدلالة



$P=0.03 < 0.05$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة"

وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ ببعء "البحث والتطوير والعمل الجماعي" لدى العينة.

### 6-1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعء "التعليم والتخطيط والتقييم (TPE)" لدى المرضى:

جدول (30) يوضح تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعء التعليم، التخطيط والتقييم

(TPE) للمرضين، (ن=261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الانحدار الباقي المجموع	2843.40 3497.15 6340.55	1 259 260	2843.40 13.50	210.58	0.00
2 الانحدار الباقي المجموع	2916.47 3424.07 6340.55	2 258 260	1458.23 13.27	109.87	0.00

1- العوامل المتنبئة: تعلّم العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

2- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة والدور التنظيمي (RO)

- المتغير التابع التعليم والتخطيط والتقييم (TPE)

يظهر الجدول (30) أنّ قيم "ف" للنموذجين تساوي (210.58) و(109.87) تختلفان عن الصفر وهما دالتان

عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأنّ النموذجين لكل من بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم

الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بالمتغير التابع "التعليم والتخطيط والتقييم" لدى المرضى:

جدول (31) يلخص نتيجة تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد التعليم والتخطيط والتقييم

(TPE)، (ن = 261)

اختبار	مستوى الدلالة	ف	الخطأ المعياري التقديري	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	مربع معامل الارتباط R-deux	معامل الارتباط R	النموذج
Durbin- W	0.00	210.58	3.67	0.44	0.44	0.67	1
1.61	0.02	5.55	3.64	0.45	0.46	0.67	2

1- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة

2- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة والدور التنظيمي

- المتغير التابع: التعليم والتخطيط والتقييم

يبين الجدول (31) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W)  $1 < 1.61 < 3$  وهذا يعني أنّ نموذجي الانحدار مقبولين وتحقق شرط استقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الأول 0.67 أي وجود علاقة ارتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في "التعليم والتخطيط والتقييم"، وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) لهذا النموذج 0.44، يدل ذلك على أنّ تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 44% من التباين الكلي لبعد "التعليم والتخطيط والتقييم".

كما نلاحظ من الجدول أيضا أنّ قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) هي نفسها قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) والتي تساوي 0.44 وهذا يدل على إستقرار النموذج ولم يفقد أي نسبة من التنبؤ على مستوى العينة.

أمّا قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الثاني قدرت 0.67 وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) تساوي 0.46 أي أنّ بعد "الدور التنظيمي" يفسر ما قيمته 2% لبعد "التعليم والتخطيط والتقييم"، وفيما يخص قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) لهذا النموذج والتي بلغت قيمتها 0.45 تختلف عن قيمة ( $R^2$ ) والتي تساوي 0.46 والفرق بينهما يساوي 0.01 وهو فرق ليس كبيرا ويدل على أنّ العينة فقدت 1% من نسبة التنبؤ على مستوى العينة.

جدول (32) يوضح نتيجة تحليل الانحدار لأبعاد التَّشْئَةِ التَّنْظِيمِيَّةِ فِي التَّنْبُؤِ بَعْدَ التَّعْلِيمِ، التَّخْطِيطِ وَالتَّقْيِيمِ، (ن=

(261

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعياريَّة $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.09	1.67	0.67	1.91	3.20	1 القيمة الثابتة
0.00	14.51		0.35	0.51	2 تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.23	1.20	0.60	1.93	2.32	القيمة الثابتة
0.00	11.21		0.41	0.46	تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة
0.02	2.34		0.12	0.14	الدور التنظيمي

- المتغير التابع: التعليم والتخطيط والتقييم (TPE)

يمكن إستخلاص من نتائج الجدول (32) معادلة تنبؤ التَّشْئَةِ التَّنْظِيمِيَّةِ وَأَبْعَادَهَا بِالْمُتَغْيِرِ التَّابِعِ التَّعْلِيمِ وَالتَّخْطِيطِ

والتقييم للنموذج الأول:

$$[\text{التعليم والتخطيط والتقييم} = 3.20 + (0.51 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة})]$$

كما نلاحظ من الجدول أنّ قيمة معامل المعيارية  $\beta = 0.67$  عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وتختلف عن الصفر

وهذا يدل على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم بالتنبؤ ببعء "التعليم والتخطيط والتقييم"

لدى المرضين.

أمّا معادلة الانحدار للنموذج الثاني فهي كالتالي:

$$[\text{التعليم والتخطيط والتقييم} = 2.32 + (0.46 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة}) +$$

$$[ (0.14 \times \text{الدور التنظيمي}) ]$$

كما يظهر الجدول كذلك أنّ قيمة المعامل المعياري  $\beta = 0.60$  عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  لبعء "تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة" وبعء "الدور التنظيمي" بلغت قيمته  $\beta=0.12$  عند مستوى الدلالة  $P=0.02 > 0.05$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ "تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة" وبعء "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بالتعليم والتخطيط والتقييم عند المرضين.

#### 6-1-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تساهم أبعاد التّشعّبة التّظيمية في التنبؤ ببعء الصّحة وتقديم الدعم وفريق العمل (PSSME) للعينة:

جدول (33) يوضح تحليل الانحدار لاختبار أبعاد التّشعّبة التّظيمية في التنبؤ ببعء ترقية الصّحة وتقديم الدعم للمريض

وفريق العمل (PSSME)، (ن = 261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1	3175.50	1	3175.50	197.01	0.00
الباقي	4174.56	259	16.01		
المجموع	7350.07	260			

1- العوامل المتنبّعة: تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: ترقية الصحة وتقديم الدعم للمريض وفريق العمل (PSSME)

يظهر الجدول (33) أنّ قيمة "ف" للنموذج تساوي (197.01) تختلف عن الصفر وهي دالة عند مستوى الدلالة

$P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأنّ بعء "تعلم مهارات العمل وإكتساب قيم الجماعة" لمتغير التّشعّبة التّظيمية يساهم

في التنبؤ "بترقية الصّحة وتقديم الدعم للمريض وفريق العمل" لدى العينة:

جدول (34) يلخص تحليل الانحدار لاختبار أبعاد التثنية التنظيمية في التنبؤ ببعد ترقية الصحة وتقديم الدعم للمريض

وفريق العمل (PSSME) للعينة، (ن=261)

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R-deux	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	الخطأ المعياري	ف	مستوى الدلالة	إختبار Durbin-W
1	0.65	0.43	0.43	4.01	197.01	0.00	2.03

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: ترقية الصحة وتقدم الدعم للمريض وفريق العمل (PSSME)

يبين الجدول (34) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W) =  $2.03 > 1$  وهذا يعني أنّ نموذج الانحدار مقبول وتحقق

شرط استقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) = 0.65 أي وجود علاقة إرتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل

في "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في "ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل"،

وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) لهذا النموذج 0.43 ويدل ذلك على أنّ تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم

الجماعة يفسر ما قيمته 43% من التباين الكلي لبعد "ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل"، كما نلاحظ أنّ

قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) هي نفسها قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) والتي تساوي

0.43 وهذا يدل على إستقرار النموذج الذي لم يفقد أي نسبة من التنبؤ على مستوى العينة:

جدول (35) يوضح نتيجة تحليل الانحدار لأبعاد التثنية التنظيمية في التنبؤ ببعد ترقية الصحة وتقديم الدعم للمريض

وفريق العمل (PSSME) لدى العينة ، (ن = 261)

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعيارية $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.00	4.03		2.09	8.42	1- القيمة الثابتة:
0.00	14.03	0.65	0.03	0.54	تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل (PSSME)

يمكن إستنتاج من الجدول (35) معادلة تنبؤ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" بعد "ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل" على الشكل التالي:

$$[ \text{ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل} = 8.42 + (0.54 \times \text{تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة}) ]$$

كما يظهر الجدول أنّ قيمة المعامل المعياري  $\beta = 0.65$  ل بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم في التنبؤ بالمتغير التابع المتمثل في بعد "ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل" لدى العينة.

### 6-1-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ب بعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض لدى الممرضين:

جدول (36) يوضح تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ب بعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع

المريض (ME) لدى العينة، (ن = 261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الانحدار	317.67	1	317.67	29.52	0.00
الباقي	2787.14	259	10.76		
المجموع	3104.82	260			

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: الوسائل والتعاطف مع المريض (ME)

يظهر الجدول (36) أنّ قيمة "ف" للنموذج تساوي (29.52) تختلف عن الصفر وهي دالة عند مستوى الدلالة

$P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأنّ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" لمتغير التنشئة التنظيمية يساهم

في التنبؤ ب بعد "إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض" لدى العينة.

جدول (37) يلخص نتيجة الانحدار لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض

(ME) لدى العينة، (ن=261)

اختبار Durbin- W	مستوى الدلالة	ف	الخطأ المعياري	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	مربع معامل الارتباط R-deux	معامل الارتباط R	النموذج
2.01	0.00	29.52	3.28	0.09	0.10	0.32	1

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: الوسائل والتعاطف مع المريض (ME)

يبين الجدول (37) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W) = 2.01 > 1 = 3 > وهذا يعني أنّ نموذج الانحدار مقبول وتحقق شرط استقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) = 0.32 أي وجود علاقة إرتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في "إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض"، وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط (R<sup>2</sup>) لهذا النموذج 0.10 ويدل ذلك على أنّ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 10% من التباين الكلي لبعد "استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض" لدى العينة.

كما نلاحظ أنّ قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) والتي تقدر 0.09 تختلف عن قيمة

مربع معامل الارتباط (R<sup>2</sup>) = 0.10 وفرقهما يعطي 0.01 وهو فرق ليس كبيرا وهذا جيد لأنّ العينة فقدت 1% من

نسبة التنبؤ على مستوى العينة.

جدول (38) يوضح نتيجة تحليل الانحدار لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع

المريض (ME) لدى الممرضين، (ن = 261)

مستوى الدلالة	ت	المعاملات المعيارية β	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعياري	معامل الانحدار (B)	
0.00			1.70	12.99	1- القيمة الثابتة
0.00	7.60	0.32	0.03	0.17	تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

- المتغير التابع: الوسائل والتعاطف مع المريض (ME)

يمكن إستنتاج من الجدول (38) معادلة تنبؤ بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة ببعدها الوسائل والتعاطف مع المريض على الشكل التالي:

$$[ \text{إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض} = 12.99 + (0.17 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة}) ]$$

[ الجماعة ]

كما يظهر الجدول أنّ قيمة المعامل المعياري  $\beta = 0.32$  لبعدها "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يساهم في التنبؤ بالمتغير التابع المتمثل ببعدها "إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض" لدى المرضيين.

### 6-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة

تساهم أبعاد التّشئة التّنظيمية في التنبؤ ببعدها التّمية الشّخصية والمهنية لدى المرضيين:

جدول (39) يوضح تحليل الانحدار لاختبار أبعاد التّشئة التّنظيمية في التنبؤ ببعدها التّمية الشّخصية والمهنية (DPP)

لدى المرضيين، (ن=261)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
1 الانحدار الباقي المجموع	236.24 830.71 1066.96	1 259 260	236.24 3.20	73.65	0.00
2 الانحدار الباقي المجموع	281.28 785.68 1066.96	2 258 260	140.64 3.04	46.18	0.00

1- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة (CET)

2- العوامل المتنبئة: تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة والدور التنظيمي (RO)

- المتغير التابع التّمية الشّخصية والمهنية



يظهر الجدول (39) أنّ قيم "ف" للنموذجين تساوي (73.65) و(46.18) تختلفان عن الصفر وهما دالتان عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وبالتالي يمكن القول بأنّ النموذجين لكل من بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بالمتغير التابع "التنمية الشخصية والمهنية" لدى العينة.

جدول (40) يلخص تحليل الإنحدار المتعدد لاختبار أبعاد التنشئة التنظيمية ببعدها التنموية الشخصية والمهنية (DPP)

لدى العينة، (ن = 261)

اختبار Durbin- W	مستوى الدلالة	تباين "ف"	الخطأ المعياري التقديري	مربع معامل الارتباط المصحح R-deux ajusté	مربع معامل الارتباط R-deux	معامل الارتباط R	النموذج
1.95	0.00	73.65	1.79	0.21	0.22	0.47	1
	0.00	14.78	1.74	0.25	0.26	0.51	2

1- العوامل المتنبئة: تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة

2- العوامل المتنبئة: التنشئة التنظيمية (TSO) والتكيف مع قيم وأهداف المؤسسة (ANO)

- المتغير التابع: التنمية الشخصية والمهنية (DPP)

يظهر من الجدول (40) أنّ قيمة اختبار (Durbin-W)  $3 > 1.95 > 1$  وهذا يعني أنّ نموذجي الإنحدار مقبولين

وتحقق شرط إستقلال البواقي، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الأول تساوي 0.47 أي وجود

علاقة إرتباطية بين المتغير المتنبئ والمتمثل في "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" والمتغير التابع والمتمثل في

"التنمية الشخصية والمهنية"، وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) لهذا النموذج 0.22 ويدل ذلك على أنّ "تعلم

مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" يفسر ما قيمته 22% من التباين الكلي لبعدها "التنمية الشخصية والمهنية".

كما نلاحظ أنّ قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) بلغت 0.21 تختلف عن قيمة مربع

معامل الارتباط ( $R^2$ ) والتي تساوي 0.22 ويعطي فرقهما 0.01 وهو فرق ليس كبيراً وهذا جيد لأنّ العينة فقدت

1% من نسبة التنبؤ على مستوى العينة.

أما قيمة معامل الارتباط (R) بالنسبة للنموذج الثاني قدرت 0.51 وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) 0.26 أي أنّ بعد "الدور التنظيمي" يفسر ما قيمته 4% لبعد التنمية الشخصية والمهنية، وفيما يخص قيمة مربع معامل الارتباط المصحح (R-deux ajusté) لهذا النموذج والتي بلغت قيمتها 0.25 تختلف عن قيمة مربع معامل الارتباط ( $R^2$ ) والتي تساوي 0.26 والفرق بينهما يساوي 0.01 وهو فرق ليس كبيرا وهذا جيد أي أنّ العينة فقدت 1% من نسبة التنبؤ على مستوى العينة.

جدول (41) يوضح نتيجة تحليل الانحدار لأبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعد التنمية الشخصية والمهنية (DPP)

لدى الممرضين، (ن = 261)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المعاملات المعيارية $\beta$	المعاملات الغير المعيارية		النموذج
			الخطأ المعيارية	معامل الانحدار (B)	
0.00	4,00	0.47	0.92	3.73	1- القيمة الثابتة تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل
0.00	8.58		0.17	0.14	
0.00	3.27	0.34	0.92	3.03	2- القيمة الثابتة تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل الدور التنظيمي
0.00	5.47		0.02	0.10	
0.00	3.84		0.03	0,11	

- المتغير التابع: التنمية الشخصية والمهنية (DPP)

من خلال الجدول (41) نستنتج معادلة تنبؤ بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل" بالمتغير التابع

التنمية الشخصية والمهنية للنموذج الأول:

$$[التنمية الشخصية والمهنية = 3.73 + (0.14 \times \text{تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل})]$$

كما نلاحظ من الجدول كذلك، أنّ قيمة معامل المعيارى  $\beta = 0.47$  عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وتختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل" يساهم بالتنبؤ بمتغير التابع "التنمية الشخصيّة والمهنيّة" لدى العينة.

أمّا معادلة الانحدار النموذج الثاني فهي كالتالي:

$$[التنمية الشخصيّة والمهنيّة = 3.03 + (0.10 \times \text{تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل}) + (0.11 \times \text{الدور التنظيمي})]$$

كما يظهر الجدول أنّ قيمة المعامل المعيارى  $\beta$  تساوي (0.34) و(0.24) لكل من بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" على التوالي عند مستوى الدلالة  $P=0.00$  وهي تختلف عن الصفر وهذا يدل على أنّ بعد "تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة" وبعد "الدور التنظيمي" يساهمان في التنبؤ بمتغير التابع "التنمية الشخصيّة والمهنيّة" لدى المرضين.

## 6-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل باختلاف المتغيرات الشخصيّة (السن، الجنس، المستوى العلمي، الرتبة المهنيّة، الخبرة المهنيّة، ونوع المؤسسة) لدى عينة المرضين

وللإجابة على هذه الفرضية قمنا باستخدام تحليل التباين المتعدد (Manova) أسلوب إحصائي يفحص العلاقة بين عدّة متغيرات مستقلة وعدّة متغيرات تابعة.

فوجود إرتباط بين المتغيرات التابعة يدل على أنّ تحليل التباين المتعدد أكثر قوة من التحليلات المنفصلة وإمكانية تحديد الاختلافات المجمعة، توجد عدّة معايير تحدد الملائمة الكلية للنموذج إلّا أنّنا في دراستنا هذه إقتصرنا على معيار ويلكس لمدا (Wilks' Lambda) والذي يقيس المعنوية الكلية لتحليل التباين المتعدد ويعتبر كذلك أنّ

المتغيرات الناتجة تربطها علاقة خطية، إذ كلما قلت قيمة (Wilks Lambda) زادت معنوية الاختبار ويمكن تحويله إلى توزيع "ف"، وأستخدمت إيتا تربيع ( $ETA^2$ ) والتي تحدد نسبة الجزء من المتغير التابع الذي يمكن تفسيره بواسطة متغير مستقل وحسب (Masdonati,2007, p. 161) عن (Cohen) فإذا بلغت قيمة إيتا تربيع من (0.06) فأكثر تعني تأثير كبير، ومن (0.01) إلى أقل من (0.06) فالتأثير متوسط وأقل من (0.01) يعني ضعف التأثير.

## 6-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير الجنس لدى العينة.

جدول (42) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والجنس والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء

المهني لدى الممرضين، (ن = 261)

إيتا تربيع $ETA^2$	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.50	<b>0.00</b>	1066.28	384.00	3.12	0.01	التنشئة التنظيمية
0.45	<u>0.22</u>	177.00	4	1.38	0.95	الجنس
0.15	<b>0.00</b>	1026.31	114.00	1.77	0.35	التنشئة التنظيمية*الجنس

تبين بيانات الجدول (42) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير التنشئة التنظيمية وبلغت قيمة ف = 3.12 مع  $P=0.00$  وقيمة لمدا

ويلكس = 0.01 وإيتا مربع تساوي 0.50.

- لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس على أبعاد الأداء المهني للعينة حيث بلغت قيمة ف = 1.38 مع

$P=0.22 > 0.05$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.22 وإيتا مربع = 0.45.

- يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والجنس على الأداء المهني للعينة حيث بلغت قيمة

ف = 1.77 وهي دالة عند مستوى الدلالة  $P=0.00$ ، وقيمة لمدا ويلكس = 0.35 وإيتا مربع = 0.15.

جدول (43) يلخص تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والجنس والتفاعل بينهما على أبعاد الأداء المهني

لدى الممرضين، (ن=261)

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	إيتا تربيع (ETA <sup>2</sup> )
التنشئة التنظيمية	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	8870.21	58	152.93	10.06	0.00	0.76
	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	6950.96	58	119.84	6.13	0.00	0.66
	- التعليم/التخطيط/التقييم	3620.44	58	62.42	5.58	0.00	0.64
	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	4704.47	58	81.11	7.25	0.00	0.69
	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	1285.56	58	22.15	2.40	0.00	0.43
	- التنمية الشخصية والمهنية	549.56	58	9.47	3.73	0.00	0.54
	- الأداء المهني	106897.62	58	1843.06	9.77	0.00	0.75
	الجنس	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	35.69	1	3.69	2.34	0.12
- البحث والتطوير والعمل الجماعي		126.57	1	126.57	6.48	0.01	0.03
- التعليم/التخطيط/التقييم		54.71	1	54.71	4.89	0.02	0.02
- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل		30.49	1	30.49	2.72	0.10	0.01
- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض		27.56	1	27.56	2.99	0.08	0.01
- التنمية الشخصية والمهنية		37.74	1	3.74	1.47	0.22	0.00
- الأداء المهني الكلي		1393.54	1	1393.54	7.39	0.00	0.03
التنشئة التنظيمية الجنس*		- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	305.13	19	16.06	1.05	0.40
	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	659.17	19	34.69	1.77	0.02	0.15
	- التعليم/التخطيط/التقييم	593.83	19	31.25	2.79	0.00	0.22
	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	418.25	19	22.01	1.97	0.01	0.17
	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	90.60	19	4.76	0.51	0.95	0.05
	- التنمية الشخصية والمهنية	93.18	19	4.90	1.93	0.01	0.16
	- الأداء الكلي	5175.68	19	272.40	1.44	0.11	0.13

نلاحظ من الجدول (43) على أن إختبار (ف) يشير على وجود أثر دال إحصائيا لمتغير التنشئة التنظيمية بالنسبة

لكل أبعاد الأداء المهني لدى عينة الممرضين: (تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية: (ف=10.06، P=0.00، إيتا تربيع=0.76،

إيتا تربيع=0.66)؛ البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف=6.13، P=0.00، إيتا تربيع=0.66)؛ التعليم

والتخطيط والتقييم: (ف=5.58، P=0.00، إيتا تربيع=0.64)؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل:

(ف=7.25، P=0.00، إيتا تربيع=0.69)؛ استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض: (ف=2.40، P=0.00، إيتا

تربيع=0.43)؛ التنمية الشخصية والمهنية (ف=3.73، P=0.00، إيتا تربيع=0.54)؛ الأداء المهني ككل:

(ف=9.77، P=0.00، إيتا تربيع=0.75).

- يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الجنس على بعض أبعاد الأداء المهني والأداء ككل لعينة الدراسة: بالنسبة لبعده

البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف=6.48، P=0.01<0.05، إيتا تربيع=0.03)، بعد التعليم والتخطيط

والتقييم: (ف = 4.89،  $P=0.02 < 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.02) الأداء المهني الكلي: (ف = 7.39،  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.03).

- يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التنشئة التنظيمية على بعض أبعاد الأداء المهني حسب متغير جنس العينة: بعد البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف = 1.77،  $P=0.02 < 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.15)؛ بعد التعليم والتخطيط والتقييم: (ف = 2.79،  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.22)؛ بعد ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل: (ف = 1.97،  $P=0.01 < 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.17)؛ بعد التنمية الشخصية والمهنية: (ف = 1.93،  $P=0.01 < 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.16)؛

- لا يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التنشئة التنظيمية على الأداء المهني مجتمعة حسب متغير جنس العينة: (ف = 1.44،  $P=0.11 > 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.13).

جدول (44) يبين متوسطات أبعاد الأداء المهني والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقا لمتغير الجنس لدى العينة،

(ن = 261)

مجال الثقة 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	الجنس	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
50.22	48.77	0.36	49.49	الإناث	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
49.07	46.32	0.69	47.69	الذكور	
50.36	48.72	0.41	49.54	الإناث	البحث والتطوير والعمل الجماعي
47.55	44.44	0.78	46.00	الذكور	
30.54	29.30	0.31	29.92	الإناث	التعليم/التخطيط/التقييم
28.45	26.10	0.59	27.27	الذكور	
36.90	35.65	0.31	36.28	الإناث	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
35.59	33.24	0.59	34.42	الذكور	
22.62	21.49	0.28	22.05	الإناث	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
21.86	19.73	0.54	20.80	الذكور	
11.80	11.21	0.15	11.51	الإناث	التنمية الشخصية والمهنية
11.51	10.39	0.28	10.95	الذكور	
201.37	196.27	1.29	198.82	الإناث	الأداء المهني الكلي
191.98	182.32	2.44	187.15	الذكور	

يبيّن الجدول (44) أنّ متوسط الأداء المهني للممرضات حيث بلغ المتوسط (198.82)، بينما بلغ متوسط الأداء المهني للذكور (187.15) .

وللتحقق من هذا الاختلاف بين الجنسين فيما يخص الأداء

جدول (45) يبيّن الفروق بين المتوسطات الحسابية للأداء المهني وأبعاده بين الإناث والذكور

مجال الثقة للتباين عند %95		مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	إختلاف المتوسطات (I-J)	الجنس (I)	الجنس (J)	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأعلى						
3.35	0.24	0.02	0.78	*1.80	الإناث	الذكور	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.24-	3.35-	0.02	0.78	*1.80-	الذكور	الإناث	
5.30	1.87	0.00	0.89	*3.54	الذكور	الإناث	البحث والتطوير والعمل الجماعي
1.78-	5.30-	0.00	0.89	*3.54-	الإناث	الذكور	
3.98	1.31	0.00	0.67	*2.66	الذكور	الإناث	التعليم/التخطيط/التقييم
1.31-	3.98-	0.00	0.67	*2.65-	الإناث	الذكور	
3.18	0.52	0.00	0.67	*1.85	الذكور	الإناث	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.52-	3.18-	0.00	0.67	*1.85-	الذكور	الذكور	
2.46	4.869E-02	0.04	0.61	*1.25	الذكور	الإناث	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
-4.869E-02	2.46-	0.04	0.61	*1.25-	الإناث	الذكور	
1.19	-7.543E-02	0.08	0.32	0.55	الذكور	الإناث	التنمية الشخصية والمهنية
7.543E-02	-1.19	0.08	0.32	-0.55	الإناث	الذكور	
17.13	6.20	0.00	2.76	*11.67	الذكور	الإناث	الأداء المهني الكلي
6.20-	17.13-	0.00	2.76	*11.67-	الإناث	الذكور	

## 6-2-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير السن عند المرضين

جدول (46) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والسن والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء

المهني لدى العينة، (ن = 261)

إيتا تربيع $ETA^2$	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.72	<b>0.00</b>	283.89	348.00	2.20	0.00	التنشئة التنظيمية
0.29	<u>0.93</u>	277.36	150.00	0.80	0.12	السن
0.70	<u>0.81</u>	285.35	756.00	0.91	0.00	التنشئة التنظيمية*السن

يبين الجدول (46) مايلي:

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير التنشئة التنظيمية، حيث بلغت قيمة ف = 2.20 مع  $P=0.00$  وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0.00 وإيتا مربع تساوي 0.72.

- لا يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير السن على أبعاد الأداء المهني للعينة حيث بلغت قيمة ف = 0.80 مع  $P=0.93$  وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0.12 وإيتا مربع = 0.29.

- لا يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والسن على الأداء المهني للعينة ف = 0.91 مع  $P=0.81 > 0.05$ ، وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0.00 وإيتا مربع = 0.70.



جدول (47) يلخص تحليل نتائج التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والسّن والتفاعل فيما بينهما على أبعاد

الأداء المهني ومستوى الأداء ككل لدى الممرضين، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المتغير التابع	المصدر
0.89	<b>0.00</b>	7.26	140.87	58	8170.43	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	التنشئة التنظيمية
0.84	<b>0.00</b>	4.65	115.72	58	6711.87	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.84	<b>0.00</b>	4.69	61.33	58	3557.55	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.85	<b>0.00</b>	5.04	74.07	58	4296.61	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.64	0.52	1.56	19.72	58	1143.77	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.79	<b>0.00</b>	3.35	7.20	58	417.99	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.88	<b>0.00</b>	6.65	1718.84	58	99692.77	- الأداء المهني الكلي	
0.25	0.83	0.69	13.47	25	336.94	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	
0.21	0.94	0.56	14.00	25	350.03	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.36	0.30	1.17	15.40	25	385.10	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.28	0.71	0.81	11.88	25	297.03	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.26	0.78	0.75	9.44	25	236.19	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.34	0.40	1.07	2.30	25	57.71	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.88	<b>0.00</b>	0.65	170.18	25	4254.51	- الأداء المهني الكلي	
0.64	0.90	0.74	14.41	126	1818.11	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	التنشئة التنظيمية السّن*
0.68	0.73	0.87	21.65	126	2728.32	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.72	0.44	1.03	13.57	126	1710.09	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.65	0.86	0.78	11.47	126	1443.25	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.59	0.91	0.58	7.41	126	934.01	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.77	0.76	1.42	3.06	126	385.59	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.64	<b>0.91</b>	0.73	190.44	126	23995.95	- الأداء المهني الكلي	

يبيّن الجدول (47) على ما يلي:

- وجود أثر دال إحصائياً لمتغير التنشئة التنظيمية على بعض أبعاد الأداء المهني لدى العينة: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية: (ف=7.26،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.89)؛ البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف=4.65،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.84)؛ التعليم والتخطيط والتقييم: (ف=4.69،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.84)؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل: (ف=5.04،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.85)؛ التنمية الشخصية والمهنية: (ف=3.35،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.79). أمّا الأداء المهني الكلي للعينة (ف=6.65،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.88).

- لا يوجد أثر دال إحصائياً لبعث استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض (ف=1.56،  $P=0.52 > 0.05$ ، إيتا مربع=0.64).

- لا يوجد أثر دال إحصائي لمتغير السن على كل أبعاد الأداء المهني للعينة: بالنسبة لبعده تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية: (ف=0.69،  $P=0.83 > 0.05$ ، إيتا تربيع=0.25)؛ بعد البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف=0.56،  $P=0.94 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.21)، بعد التعليم والتخطيط والتقييم: (ف=1.17،  $P=0.30 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.36)؛ ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل: (ف=0.81،  $P=0.71 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.28)؛ (ف=0.75،  $P=0.78 > 0.05$ ، إيتا مربع=0.64)؛ التنمية الشخصية والمهنية (ف=1.07،  $P=0.40 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.34).

- يوجد أثر دال إحصائي لمتغير السن على مستوى الأداء المهني ككل للعينة: (ف=0.65،  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.88).

- لا يوجد أثر دال إحصائي للتفاعل بين التثنية التنظيمية والسن على كل أبعاد الأداء المهني بما في ذلك الأداء المهني ككل للعينة.

جدول (48) يبين الفروق بين المتوسطات للأداء المهني وأبعاده وفقاً لمتغير الفئة العمرية (L.S.D)

مجال الثقة عند 95%		مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	تباين (I-J)	المتغير التابع	
الحد الأدنى	الحد الأقصى				ف. العمرية (I)	ف. العمرية (J)
0.40-0.66-2.77-0.15	3.54-4.02-7.68-5.64	0.01 0.00 0.00 0.06	0.78 0.85 1.24 1.46	*2.00- *2.34- *6.22- 2.74-	30-26 35-31 40-36 41 فما فوق	25-20
3.54-1.63-0.56-2.33	0.45-2.32-5.89-3.82	0.01 0.73 0.01 0.63	0.78 1.00 1.34 1.55	*2.00 0.34- *3.23- 0.74-	25-20 35-31 40-36 41 فما فوق	30-26
4.02-2.32-0.14-2.74	0.66-1.63-6.63-3.54	0.00 0.73 0.03 0.80	0.65 1.00 1.38 1.59	*2.34 0.34 *2.88- 0.40-	25-20 30-26 40-36 41 فما فوق	35-31
7.68-5.89-5.63-6.10	2.77-0.66-0.14-1.13	0.00 3.23 0.03 0.17	1.24 1.34 1.38 1.83	*5.23 *3.23 *2.88 2.48	25-20 30-26 35-31 41 فما فوق	40-36

5.64	0.15-	0.06	1.46	2.74	25-20	<b>41 فما فوق</b>	
3.82	2.33-	0.63	1.55	0.74	30-26		
3.82	2.33-	0.80	1.59	0.40	35-31		
1.13	8.10-	0.17	1.83	2.48-	40-36		
0.45-	4.09-	0.01	0.92	*2.27-	30-26	<b>25-20</b>	البحث والتطوير والعمل الجماعي
1.47-	5.41-	0.00	0.99	*3.44-	35-31		
1.49-	7.25-	0.00	1.45	*4.37-	40-36		
1.81	4.98-	0.35	1.72	1.58-	41 فما فوق		
4.09	0.45	0.01	0.92	*2.77	25-20	<b>30-26</b>	
1.15	3.48-	0.32	1.17	1.16-	35-31		
1.03	5.22 -	0.18	1.58	2.09-	40-36		
4.30	2.92-	0.70	1.82	0.69	41 فما فوق		
5.41	1.47	0.00	0.99	*3.44	25-20	<b>35-31</b>	
3.48	1.15-	0.32	1.17	1.16	30-26		
2.29	4.16-	0.56	1.63	0.93-	40-36		
			1.86	1.85	41 فما فوق		
7.25	1.49	0.00	1.45	*4.37	25-20	<b>40-36</b>	
5.22	1.03-	0.18	1.58	2.09	30-26		
4.15	2.29-	0.56	1.63	0.93	40-31		
7.03	1.48-	0.19	2.15	2.78	41 فما فوق		
1.00	1.82-	0.57	0.71	0.40-	30-26	<b>25-20</b>	التعليم/التخطيط/التقييم
0.46-	3.53-	0.01	0.77	*1.99-	35-31		
0.11	4.36-	0.06	1.13	2.12-	40-36		
1.23	0.06-	0.29	1.33	1.41-	41 فما فوق		
1.82	1.00-	0.57	0.71	0.40	25-20	<b>30-26</b>	
0.21	3.39-	0.08	0.91	1.59-	35-31		
0.71	4.15-	0.16	1.23	1.71-	40-36		
1.80	3.81-	0.48	1.42	1.00-	41 فما فوق		
3.53	0.46	0.01	0.77	*1.99	25-20	<b>35-31</b>	
3.39	0.21-	0.08	0.91	1.59	30-26		
2.37	2.63-	0.91	1.26	0.12-	40-36		
3.45	2.29-	0.68	1.45	0.58	40 فما فوق		
4.36	0.11-	0.06	1.13	2.12-	25-20	<b>40-36</b>	
4.15	0.71-	0.16	1.23	1.71	30-26		
2.63	2.37-	0.91	1.26	0.12	35-31		
4.01	2.59-	0.67	1.67	0.71	40 فما فوق		
4.06	1.23-	0.29	1.33	1.41	25-20	<b>40 فما فوق</b>	
3.81	-1.80-	0.48	1.42	1.00	30-26		
2.29	3.45	0.68	1.45	0.58-	35-31		
2.59	4.01-	0.67	1.67	0.71-	40-36		
2.14-	4.92-	0.00	0.70	*3.53-	30-26	<b>25-20</b>	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
1.83-	4.84-	0.00	0.76	*3.33-	35-31		
2.72-	7.12-	0.00	1.11	*4.92-	40-36		
1.74-	6.94-	0.00	1.31	*4.34-	41 فما فوق		

4.92	2.14	0.00	0.70	*3.53	25-20	<b>30-26</b>
1.96	1.57-	0.83	0.89	0.19	35-31	
1.00	3.78-	0.25	1.20	1.39-	40-36	
1.94	3.57-	0.56	1.39	0.81-	41 فما فوق	
4.84	1.83	0.00	0.76	*3.33	25-20	<b>35-31</b>
1.57	1.96-	0.83	0.89	0.19-	30-26	
0.87	4.04-	0.20	1.24	1.58-	40-36	
1.81	3.82-	0.48	1.42	00.-	41 فما فوق	
7.12	2.72	0.00	1.11	*4.92	25-20	<b>40-36</b>
3.78	1.00-	0.25	1.20	1.39	30-26	
4.04	0.87-	0.20	1.24	1.58	35-31	
3.82	2.67-	0.72	1.64	0.57	40 فما فوق	
6.94	1.74	0.00	1.31	*4.34	25-20	<b>41 فما فوق</b>
3.57	1.94-	0.56	1.39	0.81	30-26	
3.82	1.81-	0.48	1.42	1.00	35-31	
2.67	3.82-	0.72	1.64	0.57-	40-36	
0.89	157-	0.58	0.62	0.34-	30-26	<b>استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض 25-20</b>
0.76	1.91-	0.39	0.67	0.57-	35-31	
0.72	3.19-	0.21	0.99	1.27-	40-36	
2.19	2.43-	0.91	1.17	0.12-	41 فما فوق	
1.57	0.89-	0.58	0.62	0.34	25-20	<b>30-26</b>
1.34	1.81-	0.77	0.79	0.23-	35-31	
1.23	3.02-	0.40	1.07	0.89-	40-36	
2.67	2.24-	0.86	1.24	0.21	40 فما فوق	
1.91	0.76-	0.39	0.67	0.57	25-20	<b>35-31</b>
1.81	1.34-	0.77	0.79	0.23	30-26	
1.53	2.85-	0.65	1.11	0.66-	40-36	
2.96	2.06-	0.72	1.27	0.45	41 فما فوق	
3.19	0.72-	0.21	0.99	1.23	25-20	<b>40-36</b>
3.02	1.23-	0.40	1.07	0.89	30-26	
2.85	1.53-	0.65	1.11	0.66	35-31	
4.00	1.78-	0.44	1.46	1.11	40 فما فوق	
2.43	2.19-	0.91	1.17	0.12	25-20	<b>41 فما فوق</b>
2.24	2.67-	0.86	1.24	0.21-	30-26	
2.06	2.96-	0.72	1.27	0.45-	35-31	
1.78	4.00-	0.44	1.46	1.11-	40-36	
0.32-	1.66-	0.00	0.33	*0.99-	30-26	<b>25-20 التسمية الشخصية والمهنية</b>
0.29-	1.74-	0.00	0.36	*1.01-	35-31	
0.29-	2.41-	0.01	0.53	*1.36-	40-36	
0.17	2.32-	0.09	0.63	1.07-	41 فما فوق	
1.66	0.32	0.00	0.33	*0.99	25-20	<b>30-26</b>
0.83	0.87-	0.96	0.43	0.02-	35-31	
0.79	1.50-	0.54	0.58	0.95-	40-36	
1.25	1.40-	0.90	0.67	0.77-	40 فما فوق	

1.74	0.29	0.00	0.36	*1.01	25-20	<b>35-31</b>	
0.87	0.83-	0.96	0.43	0.02	30-26		
0.84	1.51-	0.57	0.59	0.33-	40-36		
1.30	1.41-	0.93	0.68	0.05-	41 فما فوق		
2.41	0.29	0.01	0.53	*1.35	25-20	<b>40-36</b>	
1.50	0.79-	0.54	0.58	0.35	30-26		
1.51	0.84-	0.57	0.59	0.33	35-31		
1.84	1.28-	0.72	0.79	0.28	41 فما فوق		
2.32	0.17-	0.09	0.63	1.07	25-20	<b>41 فما فوق</b>	
1.40	1.25-	0.90	0.67	0.07	30-26		
1.41	1.30-	0.93	0.68	0.05	35-31		
1.28	1.84-	0.72	0.97	0.28-	40-36		
3.80-	15.29-	0.00	2.90	*9.55-	30-26	<b>25-20</b>	الأداء المهني
6.48-	18.94-	0.00	3.15	*12.71-	35-31		
10.13-	28.34-	0.00	4.60	*19.24-	40-36		
0.53-	22.03-	0.04	5.43	*11.28-	41 فما فوق		
15.29	3.80	0.00	2.90	*9.55	25-20	<b>30-26</b>	
4.16	10.49-	0.39	3.70	3.16-	35-31		
0.20	11.58-	0.05	5.00	9.68-	40-36		
9.68	13.15	0.76	5.77	1.73-	40 فما فوق		
18.94	6.48	0.00	5.15	*12.71	25-20	<b>35-31</b>	
10.49	4.16-	0.39	3.70	3.16	30-26		
3.65	16.70-	0.20	5.15	6.52-	40-36		
13.10	10.24-	0.80	5.90	1.42	41 فما فوق		
28.34	10.13	0.00	4.60	*19.24	25-20	<b>40-36</b>	
19.58	0.20-	0.05	5.00	9.68	30-26		
16.70	3.65-	0.20	5.15	6.52	40-31		
21.38	5.47-	0.24	6.79	7.95	41 فما فوق		
22.03	0.53	0.04	5.43	*11.28	25-20	<b>41 فما فوق</b>	
13.15	9.68-	0.76	5.77	1.73	30-26		
10.24	13.10-	0.80	5.90	1.42-	35-31		
5.47	21.38-	0.24	6.79	7.95-	40-36		

جدول (49) يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهني والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير السن لدى العينة (ن = 261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
53.00	49.97	0.76	51.48	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
52.35	49.33	0.76	50.84	البحث والتطوير والعمل الجماعي
32.13	29.91	0.56	31.02	التعليم/التخطيط/التقييم
39.73	37.41	0.58	38.57	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
23.28	21.76	0.38	22.52	استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
12.43	11.55	0.22	11.99	التنمية الشخصية والمهنية
211.82	201.07	2.72	206.45	الأداء المهني الكلي

### 6-2-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

يختلف أثر متغير التثنية التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير المستوى العلمي لدى المرضين:

جدول (50) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التثنية التنظيمية والمستوى العلمي والتفاعل فيما بينهما على

أبعاد الأداء المهني للعينة، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.50	<b>0.00</b>	976.69	348.00	2.82	0.01	التثنية التنظيمية
0.18	<b>0.00</b>	162.00	6.00	6.05	0.81	المستوى العلمي
0.17	<u>0.31</u>	967.71	204.00	1.05	0.30	التثنية التنظيمية* المستوى العلمي

نلاحظ من الجدول (50) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير التنشئة التنظيمية باختلاف المستوى العلمي للعينة، بلغت قيمة ف = 2.80 مع

$P=0.00$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.01 وإيتا مربع تساوي 0.50.

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير المستوى العلمي للعينة حيث بلغت قيمة ف = 6.05 مع  $P=0.00$  وقيمة لمدا

ويلكس = 0.81 وإيتا مربع = 0.18.

- لا يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والمستوى العلمي على الأداء المهني للعينة ف = 0.30

مع  $P=0.31 > 0.05$ ، وقيمة لمدا ويلكس = 0.30 وإيتا مربع = 0.17.

جدول (51) يلخص تحليل نتائج التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والمستوى العلمي والتفاعل فيما بينهما على

أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن = 261)

إيتا تربيع $ETA^2$	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المتغير التابع	المصدر
0.77	0.00	10.04	155.68	58	9029.65	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	التنشئة التنظيمية
0.68	0.00	6.35	123.77	58	7178.15	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.63	0.00	4.98	63.07	58	3658.33	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.70	0.00	6.73	79.46	58	4609.04	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.45	0.00	2.38	22.16	58	1285.72	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.49	0.00	2.80	7.95	58	461.15	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.76	0.00	9.51	1868.01	58	108344.55	- الأداء المهني الكلي	
0.17	0.87	2.95	45.83	1	45.83	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	المستوى العلمي
0.00	0.67	0.18	3.55	1	3.55	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.04	0.00	8.57	108.54	1	108.54	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.04	0.00	8.31	98.09	1	98.09	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.00	0.41	0.66	6.13	1	6.13	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.00	0.56	0.33	0.94	1	0.94	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.00	0.44	0.58	113.98	1	113.98	- الأداء المهني الكلي	

0.15	0.61	0.91	14.10	34	479.68	التنشئة التنظيمية	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.24	0.32	1.58	30.76	34	1046.14	*المستوى العلمي	- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.20	0.17	1.25	15.85	34	539.18		- التعليم/التخطيط/التقييم
0.19	0.24	1.18	13.92	34	473.52		- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.13	0.78	0.79	7.35	34	250.02		- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.14	0.72	0.83	2.37	34	80.78		- التنمية الشخصية والمهنية
0.19	<u>0.21</u>	1.20	237.01	34	8058.37		- الأداء المهني الكلي

يبين الجدول (51) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائياً للتنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء والأداء المهني باختلاف المستوى العلمي لدى المرضين: تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية: (ف=10.04،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.77)؛ البحث والتطوير والعمل الجماعي: (ف=4.98،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.68)؛ التعليم والتخطيط والتقييم: (ف=4.69،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.63)؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل: (ف=6.73،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.70)؛ استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض: (ف=2.38،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.45)؛ التنمية الشخصية والمهنية (ف=2.80،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.49). أما الأداء المهني الكلي للعينة (ف=9.51،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.76).

- يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير المستوى العلمي على بعد التعليم والتخطيط والتقييم: (ف=8.57،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.04)؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل: (ف=8.31،  $P=0.00$ ، إيتا مربع=0.04)؛

- لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير المستوى العلمي على الأداء الكلي للعينة (ف=0.58،  $P=0.44 > 0.05$ ، إيتا مربع=0.64)؛

- لا يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والمستوى العلمي على أبعاد الأداء المهني.



- لا يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين التَشعُّبَة التَّنظِيميَّة والأداء الكلي للعينة: (ف = 1.20،  $P=0.21 > 0.05$ ، إيتا مربع = 0.19).

جدول (52) يبيِّن متوسطات أبعاد الأداء المهني والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير المستوى العلمي لدى العينة

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
49.96	48.75	0.30	49.35	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
49.63	48.27	0.34	48.95	البحث والتطوير والعمل الجماعي
30.14	29.05	0.27	29.60	التعليم/التخطيط/التقييم
36.75	35.68	0.26	36.22	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
22.34	21.40	0.23	21.87	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
11.77	11.25	0.13	11.51	التنمية الشخصية والمهنية
199.68	195.35	1,09	197.51	الأداء المهني الكلي

جدول (53) يوضح متوسطات في أبعاد الأداء المهني حسب متغير المستوى العلمي للعينة، (ن = 261)

مجال الثقة 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المستوى العلمي	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
49.02	47.46	0.39	48.24	بكالوريا +3	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
51.82	49.89	0.48	50.85	ثانوي	
48.64	46.89	0.44	47.77	بكالوريا +3	البحث والتطوير والعمل الجماعي
51.62	49.46	0.54	50.54	ثانوي	
30.34	28.93	0.35	29.63	بكالوريا +3	التعليم/التخطيط/التقييم
30.41	28.67	0.44	29.54	ثانوي	

35.44	34.07	0.34	34.75	بكالوريا 3+	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
39.03	37.35	0.42	38.19	ثانوي	
22.07	20.99	0.30	21.60	بكالوريا 3+	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
22.97	21.48	0.37	22.23	ثانوي	
11.47	10.80	0.16	11.13	بكالوريا 3+	التنمية الشخصية والمهنية
12.44	11.61	0.20	12.02	ثانوي	
195.93	190.37	1.40	193.15	بكالوريا 3+	الأداء المهني الكلي
206.83	199.98	1.73	203.40	ثانوي	

جدول (54) يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ وفقاً لمتغير المستوى العلميّ للعينة (ن=261)

مجال الثقة للتباين عند %95		مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	إختلاف المتوسطات (I-J)	المتغير التابع		
الحد الأعلى	الحد الأدنى				م. العلمي (I)	م. العلمي (J)	
1.37-	3.85-	0.00	0.62	*2.61-	ثانوي	جامعي	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
3.85	1.37	0.00	0.62	*2.61	جامعي	ثانوي	
1.38-	4.16-	0.00	0.70	*2.77-	ثانوي	جامعي	البحث والتطوير والعمل الجماعي
4.16	1.38	0.00	0.70	*2.77	جامعي	ثانوي	
1.21	1.03-	0.87	0.56	8.999 <sub>E</sub> -02	ثانوي	جامعي	التعليم/التخطيط/التقييم
1.03-	1.21-	0.87	0.56	-8.999 <sub>E</sub> -02	جامعي	ثانوي	
2.35-	4.51-	0.00	0.54	*3.43-	ثانوي	جامعي	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
4.51	2.35	0.00	0.54	*3.43	جامعي	ثانوي	
0.32	1.59-	0.19	0.48	0.63-	ثانوي	جامعي	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
1.59	0.32-	0.19	0.48	0.63	جامعي	ثانوي	
0.36-	1.42-	0.01	0.26	*0.89-	ثانوي	جامعي	التنمية الشخصيّة والمهنيّة
1.42	0.36	0.01	0.26	*0.89	جامعي	ثانوي	
5.84-	14.66-	0.00	2.23	*10.25-	ثانوي	جامعي	الأداء المهنيّ الكلي
14.66	5.84	0.00	2.23	*10.25	جامعي	ثانوي	

#### 6-2-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير الفئة المهنية لدى المرضى:

جدول (55) يلخص تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والفئة المهنية والتفاعل فيما بينهما على أبعاد

الأداء المهني لدى العينة، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.52	<b>0.00</b>	851.27	348.00	2.67	0.01	التنشئة التنظيمية
0.08	<b>0.00</b>	399.29	18.00	2.21	0.76	الفئة المهنية
0.25	<u>0.81</u>	850.43	318.00	0.92	0.17	التنشئة التنظيمية*الفئة المهنية

نلاحظ من الجدول (55) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائي لمتغير التنشئة التنظيمية باختلاف المستوى العلمي للعينة، بلغت قيمة ف = 2.67 مع

$P=0.00$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.01 وإيتا تربيع تساوي 0.52.

- يوجد أثر دال إحصائي لمتغير المستوى العلمي للعينة حيث بلغت قيمة ف = 2.21 مع  $P=0.00$  وقيمة لمدا

ويلكس = 0.76 وإيتا تربيع = 0.08.

- لا يوجد أثر دال إحصائي للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والمستوى العلمي على الأداء المهني للعينة ف = 0.92

مع  $P=0.81 > 0.05$ ، وقيمة لمدا ويلكس = 0.17 وإيتا تربيع = 0.25.

جدول (56) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والفئة المهنية والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني

لدى الممرضين، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المصدر المتغير التابع
0.80	<b>0.00</b>	10.17	153.26	58	88889.08	التنشئة التنظيمية
0.72	<b>0.00</b>	6.48	126.72	58	7350.12	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.64	<b>0.00</b>	4.47	60.90	58	3532.42	- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.71	<b>0.00</b>	6.44	76.36	58	4429.22	- التعليم/التخطيط/التقييم
0.48	<b>0.00</b>	2.33	22.08	58	1281.01	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.53	<b>0.00</b>	2.88	7.77	58	463.69	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.79	<b>0.00</b>	9.61	1859.06	58	107825.72	- التنمية الشخصية والمهنية
						- الأداء المهني الكلي
0.02	0.26	1.34	20.33	3	60.70	الفئة المهنية
0.01	0.44	0.98	17.54	3	52.61	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.04	0.06	2.44	33.22	3	99.68	- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.08	<b>0.00</b>	4.47	53.01	3	159.03	- التعليم/التخطيط/التقييم
0.00	0.73	0.42	4.05	3	12.15	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.01	0.58	0.64	1.79	3	5.38	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.02	<b>0.33</b>	1.13	218.71	3	656.13	- التنمية الشخصية والمهنية
						- الأداء المهني الكلي
0.27	0.39	1.05	15.88	53	841.74	التنشئة التنظيمية
0.32	0.08	1.35	26.41	53	1399.83	*الفئة المهنية
0.24	0.68	0.88	12.10	53	641.47	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.26	0.52	0.79	11.60	53	615.29	- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.23	0.79	0.82	7.78	53	412.34	- التعليم/التخطيط/التقييم
0.26	0.50	0.88	2.47	53	145.30	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.30	<b>0.21</b>	1.18	228.72	53	12122.16	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
						- التنمية الشخصية والمهنية
						- الأداء المهني الكلي

يبين الجدول (56) ما يلي:

- يشير اختبار "ف" إلى وجود أثر دال إحصائياً لمتغير التنشئة التنظيمية بالنسبة لكل أبعاد الأداء المهني لدى

العينة: (تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية ف = 10.17 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.80؛ البحث والتطوير والعمل

الجماعي ف = 6.48 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.72؛ التعليم، التخطيط والتقييم ف = 4.47 مع  $P=0.00$ ؛ إيتا تربيع = 0.64؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل ف = 6.44 مع  $P=0.00$ ؛ إيتا تربيع = 0.71؛ إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض ف = 2.33 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.00؛ التنمية الشخصية والمهنية (ف) = 2.88 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.53).

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير التنشئة التنظيمية على متغير الأداء الكلي للعينة، حيث بلغت ف = 9.62،  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.79.

- يوجد أثر دال إحصائي متغير الفئة المهنية للعينة بالنسبة لبعد ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل وبلغت قيمته ف = 4.47 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.08).

- لا يوجد أثر دال إحصائيا بين متغير الفئة والأداء الكلي للعينة، إذ بلغت ف = 1.13،  $P=0.33 > 0.05$ ، إيتا تربيع = 0.02.

- لا يوجد كذلك أثر دال إحصائيا للتفاعل بين متغير التنشئة التنظيمية والفئة المهنية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل للعينة.

جدول (57) يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهني والخطأ المعياري ومجال الثقة وفقاً لمتغير الفئة المهنية لدى

العينة، (ن=261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
49.17	50.33	0.29	49.75	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
48.74	50.07	0.33	49.40	البحث والتطوير والعمل الجماعي
29.32	30.43	0.28	29.88	التعليم/التخطيط/التقييم
35.97	37.01	0.26	36.49	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
21.51	22.44	0.23	21.97	استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
11.30	11.80	0.12	11.55	التنمية الشخصية والمهنية
196.97	201.15	1,05	199.06	الأداء المهني الكلي

جدول (58) يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التثنية التنظيمية والفئة المهنية

والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن = 261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	الفئة المهنية	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى				
47.52	49.11	0.40	48.31	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	- ممرض في الصحة العمومية
49.86	51.90	0.51	50.88	- مساعد تريض	
50.20	53.23	0.76	51.72	- ممرض مؤهل	
33.33	48.67	3.88	41.00	- ممرض ذو شهادة دولة	
48.74	48.74	0.45	47.84	البحث والتطوير والعمل الجماعي	- ممرض في الصحة العمومية
51.90	51.90	0.58	50.74	- مساعد تريض	
52.57	52.57	0.87	50.85	- ممرض مؤهل	
59.72	59.73	4.42	51.00	- ممرض ذو شهادة دولة	

30.16	28.65	0.35	29.41	التعليم/التخطيط/التقييم - مرض في الصحة العمومية
31.35	29.41	0.45	30.38	- مساعد تريض
31.81	28.94	0.67	30.37	- ممرض مؤهل
32.29	17.70	3.44	25.00	- ممرض ذو شهادة دولة
35.13	33.72	0.35	34.42	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل - ممرض في الصحة العمومية
39.31	37.50	0.45	38.41	- مساعد تريض
39.98	37.30	0.67	38.64	- ممرض مؤهل
34.80	21.19	3.44	28.00	- ممرض ذو شهادة دولة
22.40	21.13	0.31	21.77	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض - ممرض في الصحة العمومية
22.90	21.28	0.40	22.09	- مساعد تريض
23.47	21.07	0.60	22.27	- ممرض مؤهل
28.08	15.91	3.07	22.00	- ممرض ذو شهادة دولة
11.53	10.85	0.17	11.19	التنمية الشخصية والمهنية - مرض في الصحة العمومية
12.08	11.20	0.22	11.64	- مساعد تريض
12.98	11.68	0.32	12.33	- ممرض مؤهل
13.29	6.70	1.66	10.00	- ممرض ذو شهادة دولة
195.81	190.11	1.44	192.96	الأداء المهني - مرض في الصحة العمومية
207.83	200.52	1.84	204.18	- مساعد تريض
211.62	200.78	2.74	206.20	- ممرض مؤهل
204.48	149.51	13.90	177.00	- ممرض ذو شهادة دولة



جدول (59) يبين الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهني وفقا لمتغير الفئة المهنية للعينة (ن=261)

الحد الأدنى	الحد الأعلى	مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	إختلاف المتوسطات (I-J)	المتغير التابع		
					ف. المهنية (I)	ف. المهنية (J)	ف. المهنية (J)
1.27-	3.86-	0.00	0.65	*2.57-	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية - ممرض في الصحة العمومية - مساعد تمريض		
1.69-	5.11-	0.00	0.86	*3.40-	- ممرض مؤهل		
15.02	0.39-	0.06	3.90	7.31	- ممرض ذو شهادة دولة		
3.86	1.27	0.00	0.65	*2.57	- مساعد تمريض - ممرض في الصحة العمومية		
0.99	0.37	0.01	0.92	0.83-	- ممرض مؤهل		
17.62	2.15	0.01	3.91	*9.88	- ممرض ذو شهادة دولة		
5.11	1.69	0.00	0.86	3.40*	- ممرض مؤهل - ممرض في الصحة العمومية		
2.65	0.99	0.37	0.92	0.83	- مساعد تمريض		
18.53	2.90	0.00	3.95	*10.73-	- ممرض ذو شهادة دولة		
0.39	15.0-	0.06	3.90	7.31-	- ممرض ذو شهادة دولة - ممرض في الصحة العمومية		
2.15-	17.62-	0.13	3.91	9.88-	- مساعد تمريض		
2.90	18.53-	0.00	3.95	10.72	- ممرض مؤهل		

1.42-	4.37-	0.00	0.74	*2.90-	البحث والتطوير والعمل الجماعي -مرض في الصحة العمومية - مساعد ترميض
1.06-	4.95-	0.00	0.98	*3.01-	- مرض مؤهل
5.62-	11.94-	0.47	4.44	3.15-	- مرض ذو شهادة دولة
4.37	1.42	0.00	0.74	*2.90-	- مساعد ترميض - مرض في الصحة العمومية
1.96	2.18-	0.91	1.05	0.11-	- مرض مؤهل
8.55	9.06-	0.95	4.46	0.25-	- مرض ذو شهادة دولة
4.95	1.06	0.00	0.98	*3.01	- مرض مؤهل - مرض في الصحة العمومية
2.18	1.96-	0.91	1.05	0.11	- مساعد ترميض
8.76	9.04-	0.97	4.50	0.14-	- مرض ذو شهادة دولة
11.94	5.62-	0.47	4.44	3.15	- مرض ذو شهادة دولة - مرض في الصحة العمومية
9.06	8.55-	0.95	4.46	0.25	- مساعد ترميض
9.04	8.76-	0.97	4.60	0.14	- مرض مؤهل
2.20	0.25-	0.11	0.62	0.97-	التعليم/التخطيط/التقييم - مرض في الصحة العمومية - مساعد ترميض
1.74	1.72-	0.99	0.87	0.76	- مرض مؤهل
11.74	2.91	0.23	3.70	4.41	- مرض ذو شهادة دولة
2.20	0.25	0.11	0.62	0.97	- مساعد ترميض - مرض في الصحة العمومية
1.74	1.72	0.99	0.87	0.01	- مرض مؤهل
12.74	1.96	0.15	3.72	5.38	- مرض ذو شهادة دولة
2.59	0.65-	0.24	0.82	0.96	- مرض مؤهل - مرض في الصحة العمومية
1.72	1.74-	0.99	0.87	0.01-	- مساعد ترميض
12.81	2.05-	0.15	3.76	5.37	- مرض ذو شهادة دولة
2.91	11.74-	0.23	3.70	0.41	- مرض ذو شهادة دولة - مرض في الصحة العمومية
1.96	12.74-	0.15	3.72	5.38-	- مرض مؤهل
2.05	12.81-	0.15	3.72	5.37-	- مرض ذو شهادة دولة
2.83-	5.13-	0.00	0.58	*3.98-	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل-مرض في الصحة العمومية - مساعد ترميض
2.69-	5.73-	0.00	0.76	4.21-	- مرض مؤهل
13.26	0.41-	0.06	3.46	6.42	- مرض ذو شهادة دولة
5.13	2.83	0.00	0.58	*3.98	- مساعد ترميض - مرض في الصحة العمومية
1.38	1.84-	0.77	0.81	0.23	- مرض مؤهل
17.27	3.54	0.00	3.74	10.41	- مرض ذو شهادة دولة
5.73	2.96	0.00	0.76	4.21	- مرض مؤهل - مرض في الصحة العمومية

1.84	1.38-	0.77	0.81	0.23	- مساعد تريض
17.57	3.70	0.00	3.50	10.64	- ممرض ذو شهادة دولة
0.41	13.26-	0.06	3.46	6.42-	- ممرض ذو شهادة دولة - ممرض في الصحة العمومية
3.54-	17.27-	0.00	3.47	*10.41-	- مساعد تريض
3.70-	17.57-	0.00	3.50	10.64-	- ممرض مؤهل
0.69	1.35-	0.52	0.51	0.32-	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض - ممرض في الصحة العمومية - مساعد تريض
0.85	1.85-	0.46	0.68	0.50-	- ممرض مؤهل
5.88	6.34-	0.94	3.09	0.23-	- ممرض ذو شهادة دولة
1.35	0.69-	0.52	0.51	0.32	- مساعد تريض - ممرض في الصحة العمومية
1.27	1.62-	0.81	0.73	0.17-	- ممرض مؤهل
6.23	6.04-	0.97	3.10	0.09	- ممرض ذو شهادة دولة
1.85	0.85-	0.46	0.68	0.50	- ممرض مؤهل - ممرض ذو شهادة دولة
1.62	1.27-	0.81	0.73	0.17	- مساعد تريض
6.47	5.93-	0.93	3.13	0.27	- ممرض ذو شهادة دولة
6.34	5.88-	3.94	3.09	0.23	- ممرض ذو شهادة دولة - ممرض في الصحة العمومية
6.04	6.23-	0.97	3.10	0.09-	- مساعد تريض
5.93	6.47-	0.93	3.13	0.27-	- ممرض مؤهل
0.10	1.00-	0.10	0.28	0.45-	التسمية الشخصيّة والمهنيّة - ممرض في الصحة العمومية - مساعد في التريض
0.40-	1.87-	0.00	0.37	1.13-	- ممرض مؤهل
4.50	2.11-	0.47	1.76	1.19	- ممرض ذو شهادة دولة
1.00	0.10-	0.10	0.28	0.45	- مساعد تريض - ممرض في الصحة العمومية
0.09	1.47-	0.08	0.39	0.68-	- ممرض مؤهل
4.96	1.67-	0.32	1.68	1.64	- ممرض ذو شهادة دولة
1.87	0.40	0.00	0.37	*1.13	- ممرض مؤهل - ممرض في الصحة العمومية
1.47	0.09-	0.08	0.39	0.68	- مساعد تريض
5.69	1.02-	0.17	1.69	2.33	- ممرض ذو شهادة دولة
2.11	4.50-	0.47	1.67	1.19-	- ممرض ذو شهادة دولة - ممرض في الصحة العمومية
1.67	4.96-	0.32	1.68	1.64-	- مساعد تريض
1.02	5.69-	0.17	1.69	2.33-	- ممرض ذو شهادة دولة
6.58-	15.84-	0.00	2.34	*11.21-	الأداء المهنيّ الكلي - ممرض في الصحة العمومية - مساعد تريض
7.11-	19.36-	0.00	3.09	*13.23-	- ممرض مؤهل
43.59	11.66-	0.25	13.98	15.96	- ممرض ذو شهادة دولة

15.84	6.58	0.00	2.34	*11.21	- ممرض في الصحة العمومية	- مساعد تمريض
4.51	8.56-	0.54	3.30	2.02-	- ممرض مؤهل	
54.90	0.54-	0.05	14.02	27.18	- ممرض ذو شهادة دولة	
19.36	7.11	0.00	3.09	*13.23	- ممرض في الصحة العمومية	- ممرض مؤهل
8.56	4.51-	0.54	3.30	2.02	- مساعد تمريض	
57.21	1.19	0.04	14.17	*29.20	- ممرض ذو شهادة دولة	
11.66	43.59-	0.25	13.98	15.96-	- ممرض في الصحة العمومية	- ممرض ذو شهادة دولة
0.54	54.90-	0.05	14.02	27.18-	- مساعد تمريض	
1.19-	57.21-	0.04	14.17	*29.20-	- ممرض مؤهل	

## 6-2-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

يختلف أثر متغير التّشعّة التّنظيمية على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل باختلاف متغير الخبرة المهنيّة لدى المرضى:

جدول (60) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التّشعّة التّنظيمية والخبرة المهنيّة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد

الأداء المهنيّ لدى العينة، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.56	<b>0.00</b>	719.88	348.00	2.73	0.00	التّشعّة التّنظيمية
0.03	0.77	337.06	18.00	0.73	0.89	الخبرة المهنيّة
0.38	0.38	721.38	450.00	1.02	0.05	التّشعّة التّنظيمية*الخبرة المهنيّة

نلاحظ من الجدول (60) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير التّشعّة التّنظيمية باختلاف الخبرة المهنيّة للعينة، بلغت قيمة ف = 2.73 مع

$P=0.00$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.00 وإيتا مربع تساوي 0.56.

- لا يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير الخبرة المهنيّة للعينة حيث بلغت قيمة ف = 0.73 مع  $P=0.77$  وقيمة لمدا

ويلكس = 0.89 وإيتا مربع = 0.03.

- لا يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التّشعّة التّنظيمية والخبرة المهنيّة على الأداء المهنيّ للعينة ف = 0.92 مع

$P=0.38 > 0.05$ ، وقيمة لمدا ويلكس = 0.05 وإيتا مربع = 0.38.

جدول (61) يلخص تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التنشئة التنظيمية والخبرة المهنية والتفاعل فيما بينهما على

أبعاد الأداء المهني لدى الممرضين، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المصدر	المتغير التابع
0.82	<b>0.00</b>	9.86	150.23	58	8713.67	التنشئة التنظيمية	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.73	<b>0.00</b>	5.96	121.23	58	7031.59		- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.64	<b>0.00</b>	3.94	57.07	58	3310.14		- التعليم/التخطيط/التقييم
0.75	<b>0.00</b>	6.47	79.14	58	4590.52		- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.50	<b>0.00</b>	2.17	21.29	58	1234.93		- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.62	<b>0.00</b>	3.57	8.39	58	486.78		- التنمية الشخصية والمهنية
0.80	<b>0.00</b>	8.93	1794.10	58	104058.16		- الأداء المهني
0.01	0.74	0.41	6.23	3	18.70	الخبرة المهنية	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.04	0.11	2.01	40.97	3	122.93		- البحث والتطوير والعمل الجماعي
0.01	0.55	0.69	9.99	3	29.99		- التعليم/التخطيط/التقييم
0.01	0.49	0.79	9.72	3	29.16		- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.03	0.25	1.36	13.36	3	40.08		- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.01	0.68	0.49	1.15	3	3.47		- التنمية الشخصية والمهنية
0.03	<b>0.22</b>	1.47	296.59	3	889.14		- الأداء المهني الكلي
0.38	0.39	1.05	16.03	75	1202.86	التنشئة التنظيمية	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
0.40	0.28	1.11	22.74	75	1706.06		*الخبرة المهنية
0.33	0.83	0.81	11.80	75	885.43		- التعليم/التخطيط/التقييم
0.37	0.49	1.00	12.23	75	917.28		- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.30	0.93	0.71	7.03	75	527.93		- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.47	0.03	1.46	3.43	75	257.81		- التنمية الشخصية والمهنية
0.37	<b>0.48</b>	1.00	201.59	75	15119.76		- الأداء المهني

تبيّن بيانات الجدول (61) ما يلي:

- يشير إختبار "ف" إلى وجود أثر دال إحصائياً لمتغير التنشئة التنظيمية على كل أبعاد الأداء المهني لدى العينة:

(تقدّم العلاج والممارسة الأخلاقية ف = 9.86 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.82؛ البحث والتطوير والعمل الجماعي

ف = 5.96 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.73؛ التعليم، التخطيط والتقييم ف = 3.94 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.64؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل ف = 6.47 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.75؛ إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض ف = 2.17 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.50؛ التّمنية الشّخصية والمهنيّة ف = 3.57 مع  $P= 0.00$ ، إيتا تربيع = 0.62.

- يوجد أثر إحصائي دال لمتغير التّمنية التنظيمية على الأداء المهني الكلي للعينة: ف = 8.93 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع = 0.80.

- لا توجد فروق دالة إحصائية لعامل الخبرة المهنيّة على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل لدى العينة.

- لا توجد فروق دالة إحصائية للتفاعل بين التّمنية التنظيمية والخبرة المهنيّة على أبعاد الأداء المهنيّ والأداء المهنيّ ككل لدى المرضين.

جدول (62) يبيّن متوسطات أبعاد الأداء المهنيّ والخطأ المعياري ومجال الثقة عند 95%،

(ن = 261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
50.71	49.58	0.28	50.14	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
50.47	49.16	0.33	49.81	البحث والتطوير والعمل الجماعي
30.64	29.54	0.27	30.09	التعليم/التخطيط/التقييم
37.37	36.35	0.25	36.86	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
22.51	21.60	0.22	22.05	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
11.72	11.28	0.11	11.50	التّمنية الشّخصية والمهنيّة
202.54	198.44	1,03	200.49	الأداء المهنيّ الكلي

جدول (63) يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التنشئة والفئة المهنية والتفاعل فيما

بينهما على أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن = 261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	الخبرة المهنية	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى				
52.54	50.27	0.57	51.40	1-6 أشهر	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
49.30	47.57	0.43	48.44	7-12 شهرا	
53.16	50.12	0.76	51.64	13-18 شهرا	
51.03	49.07	0.63	50.33	19-24 شهرا	
31.93	49.97	0.66	51.28	1-6 أشهر	البحث والتطوير والعمل الجماعي
29.89	46.64	0.50	47.64	7-12 شهرا	
32.98	50.31	0.88	52.06	13-18 شهرا	
31.03	48.51	0.73	49.96	19-24 شهرا	
38.49	29.77	0.55	30.87	1-6 أشهر	التعليم/التخطيط/التقييم
35.69	28.21	0.42	29.05	7-12 شهرا	
40.64	30.02	0.74	31.50	13-18 شهرا	
38.64	28.58	0.61	29.81	19-24 شهرا	
35.13	36.46	0.51	37.48	1-6 أشهر	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
39.31	34.14	0.39	34.92	7-12 شهرا	
39.98	37.92	0.68	39.28	13-18 شهرا	
34.80	36.39	0.56	37.52	19-24 شهرا	
38.10	21.28	0.45	22.19	1-6 أشهر	استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
22.29	20.91	0.34	21.60	7-12 شهرا	
24.41	21.98	0.61	23.19	13-18 شهرا	
22.80	20.97	0.50	21.80	19-24 شهرا	
12.03	11.14	0.22	11.59	1-6 أشهر	التمية الشخصية والمهنية
11.61	10.98	0.17	11.27	7-12 شهرا	
12.33	11.13	0.30	11.73	13-18 شهرا	
12.10	11.11	0.24	11.61	19-24 شهرا	
208.95	200.71	2.08	204.83	1-6 أشهر	الأداء المهني
196.08	189.81	1.58	192.94	7-12 شهرا	
214.94	203.93	2.78	209.43	13-18 شهرا	
205.60	196.48	2.30	201.04	19-24 شهرا	



جدول (64) يبيّن الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهني وفقاً لمتغير الخبرة المهنية لدى العينة (ن=261) (L.S.D.)

مجال الثقة عند 95%		م.الدلالة	الخطأ المعياري	تباين (I-J)	خ. المهنية (I)	خ. المهنية (J)	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى						
4.38	1.53	0.00	0.72	*2.96	7-12 شهرا	6-شهر	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
1.65	2.13-	0.80	0.95	0.23-	13-18 شهرا		
2.76	0.61-	0.21	0.85	1.07	19-24 شهرا		
1.53-	4.38-	0.00	0.72	*2.96-	6-شهر	7-12 شهرا	
1.45-	4.94-	0.00	0.88	*3.20-	13-18 شهرا		
0.36-	3.41-	0.01	0.76	*1.89-	19-24 شهرا		
2.13	1.65-	0.80	0.95	0.23	6-شهر	13-18 شهرا	
4.94	1.45	0.00	0.88	*3.20	7-12 أشهر		
3.27	0.65-	0.19	0.99	1.31	19-24 شهرا		
0.61	2.76-	0.21	0.85	1.07-	6-شهر	19-24 شهرا	
3.41	0.36	0.01	0.76	*1.89	7-12 شهر		
0.65	3.27-	0.19	0.99	1.31-	13-18 شهر		
5.28	1.99	0.00	0.83	*3.63	7-12 أشهر	1-6 أشهر	البحث والتطوير والعمل الجماعي
1.40	2.97-	0.47	1.10	0.78-	13-18 شهرا		
3.27	0.63-	0.18	0.98	1.31	19-24 شهرا		
1.99-	5.28-	0.00	0.83	*3.63-	1-6 أشهر	7-12 أشهر	
2.40-	6.43-	0.00	1.01	0.78-	13-18 شهرا		
0.55-	4.07-	0.01	0.88	1.31	19-24 شهرا		
2.97	1.40-	0.47	1.10	0.78	1-6 أشهر	13-18 أشهر	
6.43	2.40	0.00	1.01	*4.42	7-12 شهرا		
4.37	0.17-	0.07	1.14	2.10-	19-24 شهرا		
0.63	3.27-	0.18	0.98	1.31-	1-6 أشهر	19-24 أشهر	
4.07	0.55	0.01	0.88	*2.31	7-12 شهرا		
0.17	4.37-	0.07	1.14	2.10-	13-18 شهرا		
3.21	0.43	0.01	0.70	*1.82	7-12 شهرا	1-6 أشهر	التعليم/التخطيط/التقييم
1.21	2.47-	0.50	0.93	0.63-	13-18 شهرا		
2.27	0.58-	0.20	0.83	1.06	19-24 شهرا		
0.43-	3.21-	0.01	0.70	*1.82	1-6 أشهر	7-12 شهرا	
0.75-	4.15-	0.00	0.85	*2.45-	13-18 شهرا		
0.72	2.24-	0.31	0.75	0.75-	19-24 شهرا		
2.47	1.21-	0.50	0.93	0.63	1-6 أشهر	13-18 شهرا	
4.15	0.75	0.00	0.85	2.45	7-12 شهرا		
3.61	0.22-	0.08	0.96	1.69	19-24 شهرا		
0.58	2.71-	0.20	0.83	1.06_	1-6 أشهر	19-24 شهرا	
2.24	0.72-	0.31	0.75	0.75	7-12 شهرا		
0.22	3.61-	0.08	0.96	1.69-	13-18 شهرا		
3.83	1.28	0.00	0.64	*2.56	7-12 شهرا	1-6 أشهر	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
0.10-	3.50-	0.03	0.85	*1.80-	13-18 شهرا		
1.47	1.55-	0.95	0.76	0.40-	19-24 شهرا		

1.28-	3.83-	0.00	0.64	*2.56-	6-1 أشهر	12-7 شهرا
2.80-	5.93-	0.00	0.79	*4.36-	18-13 شهرا	
1.23-	3.96-	0.00	0.68	*2.60-	24-19 شهرا	
3.50	0.10	0.03	0.85	*1.80	6-1 أشهر	18-13 شهرا
5.93	2.80	0.00	0.79	*4.36	12-7 شهرا	
3.52	0.00	0.05	0.89	*1.76	24-19 شهرا	
1.55	1.47-	0.95	0.76	0.40	6-1 أشهر	24-19 شهرا
3.96	1.23	0.00	0.68	*2.60	12-7 شهرا	
0.00-	3.52-	0.05	0.89	*1.76-	18-13 شهرا	
1.72	0.55-	0.31	0.57	0.58	12-7 شهرا	استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض 6-1 أشهر
0.51	2.52-	0.19	0.76	1.00-	18-13 شهرا	
1.74	0.96-	0.57	0.68	0.39	24-19 شهرا	
0.55	1.72-	0.31	0.57	0.58-	6-1 أشهر	12-7 شهرا
0.19-	2.98-	0.02	0.70	*1.58-	18-13 شهرا	
1.02	1.41-	0.75	0.61	0.19-	24-19 شهرا	
2.52	0.51-	0.19	0.76	1.00	6-1 أشهر	18-13 شهرا
2.98	0.19	0.02	0.70	*1.59	12-7 شهرا	
2.97	0.18-	0.08	0.79	1.39	24-19 شهرا	
0.96	1.74-	0.57	0.68	0.39_	6-1 أشهر	24-19 شهرا
1.41	1.02-	0.75	0.61	0.19	12-7 شهرا	
0.18	2.97-	0.08	0.79	1.39-	18-13 شهرا	
1.72	0.55-	0.31	0.57	0.58	12-7 شهرا	التنمية الشخصية والمهنية 6-1 أشهر
0.51	2.52-	0.19	0.76	1.00-	18-13 شهرا	
1.74	0.96-	0.57	0.68	0.39	24-19 شهرا	
0.55	1.72-	0.31	0.57	0.58-	6-1 أشهر	12-7 شهرا
0.19-	2.98-	0.02	0.70	*1.59-	18-13 شهرا	
1.02	1.41-	0.75	0.61	0.19-	24-19 شهرا	
2.52	0.51-	0.19	0.76	1.00	6-1 أشهر	18-13 شهرا
2.98	0.19	0.02	0.70	*1.59	12-7 شهرا	
2.97	0.18-	0.08	0.79	1.39	24-19 شهرا	
0.96	1.74-	0.57	0.68	0.39-	6-1 أشهر	24-19 شهرا
1.41	1.02-	0.75	0.61	0.19	12-7 شهرا	
0.18	2.97-	0.08	0.79	1.39-	18-13 شهرا	
17.06	6.71	0.00	2.61	*11.98	12-7 شهرا	الأداء المهني 6-1 أشهر
2.27	11.48-	0.18	3.47	4.60-	18-13 شهرا	
9.93	2.35-	0.22	3,10	3.79	24-19 شهرا	
6.71-	17.06-	0.00	2.61	*11.88-	6-1 أشهر	12-7 شهرا
10.15-	22.82-	0.00	3.20	*16.49-	18-13 شهرا	
2.56-	13.62-	0.00	2.79	8.08-	24-19 شهرا	
11.48	2.27-	0.18	3.47	4.60	6-1 أشهر	18-13 شهرا
22.82	10.15	0.00	3.20	*16.49	12-7 شهرا	
15.54	1.24	0.02	3.61	*8.39	24-19 شهرا	
2.36	9.93-	0.22	3.10	3.79-	6-1 أشهر	24-19 شهرا
13.62	2.56	0.00	2.79	*8.09	12-7 شهرا	
1.24-	15.54-	0.02	3.61	*8.39-	18-13 شهرا	

## 6-2-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

يختلف أثر متغير التَّنشئة التَّنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير نوع المؤسسة لدى المرضى:

جدول (65) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التَّنشئة التَّنظيمية ونوع المؤسسة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن = 261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
		داخل	بين			
0.44	0.00	1110.00	348.00	3.01	0.01	التَّنشئة التَّنظيمية
0.10	0.02	18.00	6.00	3.56	0.98	نوع المؤسسة
0.08	<u>0.31</u>	1070.60	96.00	1.06	0.58	التَّنشئة التَّنظيمية*نوع المؤسسة

نلاحظ من معطيات الجدول (65) ما يلي:

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير التَّنشئة التَّنظيمية باختلاف نوع المؤسسة (مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية للعينة، حيث بلغت قيمة ف = 3.01 مع  $P=0.00$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.01 وإيتا مربع = 0.44.

- يوجد أثر دال إحصائيا لمتغير باختلاف نوع المؤسسة (إن كانت مؤسسة عمومية إستشفائية أو مؤسسة عمومية للصحة الجوارية، حيث بلغت قيمة ف = 3.56 مع  $P=0.02 < 0.05$  وقيمة لمدا ويلكس = 0.89 وإيتا مربع = 0.10.

- لا يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين التَّنشئة التَّنظيمية باختلاف نوع المؤسسة (مؤسسة عمومية إستشفائية أو مؤسسة عمومية للصَّحة الجوارية) على الأداء المهني للعينة ف=0.92 مع  $P=0.31 > 0.05$ ، وقيمة لمدا ويلكس = 0.58 وإيتا مربع = 0.08.

جدول (66) يبيِّن تحليل التباين المتعدد لاختبار أثر التَّنشئة التَّنظيمية ونوع المؤسسة والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن=261)

إيتا تربيع ETA <sup>2</sup>	مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المتغير التابع	المصدر
0.75	0.00	9.99	151.43	58	8782.97	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	التنشئة التنظيمية
0.64	0.00	5.72	125.27	58	7265.68	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.63	0.00	5.42	65.08	58	3774.90	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.69	0.00	7.14	84.72	58	4913.76	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.47	0.00	2.87	23.86	58	1384.24	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.47	0.00	2.92	8.43	58	489.27	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.75	0.00	9.70	1886.16	58	109397.74	- الأداء المهني	
0.03	0.15	5.99	90.75	1	90.75	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	نوع المؤسسة
0.01	0.15	2.09	45.77	1	45.77	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	
0.02	0.02	5.00	60.03	1	60.03	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.03	0.01	5.84	69.28	1	69.28	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.05	0.00	10.01	83.23	1	83.23	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.00	0.79	0.06	0.20	1	0.20	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.04	0.00	8.66	1684.30	1	1684.30	- الأداء المهني	
0.05	0.85	0.63	9.55	16	152.89	- تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية	التنشئة التنظيمية
0.04	0.91	0.55	12.22	16	195.64	- البحث والتطوير والعمل الجماعي	نوع المؤسسة*
0.15	0.00	2.15	25.83	16	413.29	- التعليم/التخطيط/التقييم	
0.09	0.32	1.13	13.50	16	216.14	- ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل	
0.10	0.18	1.32	10.98	16	175.75	- استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض	
0.04	0.94	0.50	1.47	16	123.37	- التنمية الشخصية والمهنية	
0.07	0.59	0.87	170.61	16	2729.89	- الأداء المهني	

يظهر الجدول (66) المعطيات التالية:

- وجود أثر دال إحصائياً لمتغير التَّنشئة التَّنظيمية على كل أبعاد الأداء المهني لدى العينة: (تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية ف= 9.99 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.75؛ البحث والتطوير والعمل الجماعي ف= 5.72 مع

$P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.64؛ التعليم، التخطيط والتقييم ف=5.42 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.63؛ ترقية الصّحة ودعم المريض وزملاء العمل ف= 7.14 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.69؛ إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض ف=2.87 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.47، التّمنية الشّخصيّة والمهنيّة ف= 2.92 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.45.

- يوجد أثر إحصائي دال لمتغير التّنشئة التّنظيمية على الأداء المهني الكلي للعينة: ف= 9.70 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.75.

- يوجد أثر دال إحصائي لمتغير نوع المؤسسة إن كانت (مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصّحة الجوارية) على بعض أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل لدى العينة: (التعليم، التخطيط والتقييم ف=5.00 مع  $P=0.02 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.02؛ ترقية الصّحة ودعم المريض وزملاء العمل ف= 5.84 مع  $P=0.01 < 0.05$ ، إيتا تربيع=0.03؛ إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض ف=10.01 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.05؛

- يوجد أثر إحصائي دال لمتغير نوع المؤسسة إن كانت (مؤسسة عمومية إستشفائية أو مؤسسة عمومية للصّحة الجوارية) على الأداء المهني الكلي للعينة: ف= 8.66 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.04.

- يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين التّنشئة التّنظيمية ونوع المؤسسة إن كانت (مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصّحة الجوارية) على بعد واحد للأداء المهني لدى العينة: ف= 2.15 مع  $P=0.00$ ، إيتا تربيع=0.15.

لا توجد فروق دالة إحصائيا للتفاعل بين التّنشئة التّنظيمية ونوع المؤسسة إن كانت (مؤسسة عمومية إستشفائية أو مؤسسة عمومية للصّحة الجوارية) و أبعاد الأداء المهني الأخرى بما في ذلك الأداء المهني ككل لدى العينة.

جدول (67) يوضح المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري ومجال الثقة لاختبار أثر التنشئة التنظيمية ونوع المؤسسة

والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني لدى العينة، (ن=261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
49.25	47.90	0.34	48.58	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
49.39	47.77	0.41	48.58	البحث والتطوير والعمل الجماعي
29.77	28.57	0.30	29.17	التعليم/التخطيط/التقييم
36.14	34.95	0.30	35.55	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
21.98	20.98	0.25	21.48	استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
11.79	11.20	0.14	11.50	التنمية الشخصية والمهنية
197.29	192.46	1,22	194.87	الأداء المهني الكلي

يبين الجدول المتوسطات الحسابية لأبعاد الأداء المهني والأداء المهني الكلي والخطأ المعياري ومجال الثقة للعينة.

جدول (68) يبين المتوسطات والخطأ المعياري ومجال الثقة لأبعاد الأداء المهني حسب نوع المؤسسة لدى العينة،

(ن=261)

مجال الثقة عند 95%		الخطأ المعياري	المتوسط	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
49.20	47.79	0.35	48.50	EPH تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
50.43	47.18	0.82	48.80	EPSP
48.91	47.21	0.43	48.06	EPH البحث والتطوير والعمل الجماعي
51.98	48.08	0.98	50.03	EPSP
35.78	28.50	0.32	29.13	EPH التعليم/التخطيط/التقييم
38.09	27.83	0.73	29.27	EPSP
35.78	34.52	0.31	35.15	EPH ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
38.09	35.22	0.72	36.65	EPSP
22.34	21.15	0.26	21.68	EPH استعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
22.15	19.74	0.60	20.95	EPSP
11.64	11.02	0.15	11.33	EPH التنمية الشخصية والمهنية
12.67	11.25	0.35	11.96	EPSP
196.41	191.33	1.28	193.87	EPH الأداء المهني
203.49	191.88	2.94	197.69	EPSP

يظهر الجدول التباين في متوسطات الأبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل حسب نوع المؤسسة إن كانت مؤسسة إستشفائية (EPH) أو مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP).

جدول (69) يبين الفروق بين متوسطات أبعاد الأداء المهني وفقا لنوع المؤسسة لدى العينة (ن=261) (L.S.D.)

مجال الثقة للتباين عند 95%		مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	تباين المتوسطات	نوع المؤسسة (I)	نوع المؤسسة (I-J)	المتغير التابع
الحد الأدنى	الحد الأقصى						
1.46	2.07-	0.73	0.89	-0.30	EPSP	EPH	تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية
2.07	1.46-	0.73	0.89	0.30	EPH	EPSP	
0.15	4.09-	0.06	1.07	1.97-	EPSP	EPH	البحث والتطوير والعمل الجماعي
4.09	0.15	0.06	1.07	1.97	EPH	EPSP	
1.43	1.71-	0.86	0.79	0.13-	EPSP	EPH	التعليم/التخطيط/التقييم
1.71	1.43-	0.06	0.79	0.13	EPH	EPSP	
0.06	3.06-	0.06	0.79	1.50-	EPSP	EPH	ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل
3.06	0.06-	0.66	0.79	1.50	EPH	EPSP	
2.04	0.06-	0.27	0.66	0.73	EPSP	EPH	إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض
0.57	0.57-	0.27	0.66	0.73-	EPH	EPSP	
0.14	2.04-	0.10	0.39	0.63-	EPSP	EPH	التنمية الشخصية والمهنية
1.40	0.14-	0.10	0.39	0.63	EPH	EPH	
2.51	10.15-	0.23	3.21	3.81-	EPSP	EPH	الأداء المهني
10.15-	2.51-	0.23	3.21	3.81	EPH	EPSP	

## الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة



## الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة

بعد عرض النتائج الدراسة، سنقوم في هذا الفصل بمناقشة فرضيات الدراسة في ضوء بعض الدراسات السابقة:

### 7-1 مناقشة النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الأولى:

من خلال عرض النتائج، تبين تحقق الفرضية الأولى بوجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا بين التنشئة التنظيمية والأداء المهني عند المرضى في المؤسسات الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بوهران، حيث يعد بعد "تعلم مهام العمل واكتساب قيم الجماعة" ( Apprentissage des compétences et acquisition des normes du collective du travail ) متغير التنشئة التنظيمية أقوى مؤشر للتنبؤ بالأداء المهني للمرضى بنسبة 50% من التباين الكلي للأداء المهني ويليه بعد "الدور التنظيمي" ( le rôle organisationnel ) بنسبة 1% من التباين الكلي للأداء المهني للمرضى.

في حين لم يظهر البعد الثالث "التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة" ( Adaptation aux normes et les objectifs de l'entreprise ) لمتغير التنشئة التنظيمية في تفسير الأداء المهني. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Fabre et Roussel, 2013) لمعرفة تأثير العلاقات الشخصية على التنشئة التنظيمية (الانخراط مع أهداف ومعايير المؤسسة) لعينة من المهندسين (209) وظيفوا حديثا في عدة مؤسسات مختلفة الأنشطة بفرنسا وكشفت نتائجها لعدم وجود علاقة. والسبب يتمثل في الخبرة الكافية لتعلم ذلك.

واتفقت هذه النتائج مع الدراسات التي أشار إليها كل من فو ماينان وشين (Van Maanen et Schein, 1979) بأن عملية التنشئة التنظيمية تسمح للعامل الجديد باكتساب المعارف الإجتماعية والمهارات الضرورية للتحكم في الدور داخل المنظمة. وأيضا دراسة (Reio and al, 2004) التي شملت على عينة مكونة من 233 مختلف المهنيين في قطاع الخدمات. وهذا أيضا ما أشارت إليه "لاكاز" (Lacaze, 2007) على أن التعلم من أجل الإندماج يتطلب من العمال المبتدئين تعلم تقنيات عملهم، فعلى سبيل المثال تلك المناصب التي تتطلب التعامل

مع الزبائن تفرض على العمّال التحكم في الوسائل المختلفة (نظم الإعلام والاتصال، نظام الهاتف) والتي تمثل تفاعل تكنولوجي مع الزبائن. وحسب لاكاز كذلك فبداية المسار المهني للموظف الجديد تجعله لا يعرف طريقة عمل هذه الأجهزة وهو ما يمثل مصدر من مصادر الضغط تم يتحول التحكم الجيد في هذه الوسائل إلى مصدر من مصادر ثقة العامل وبالتالي تكوين دوره بالنسبة للزبون. وتجدد الإشارة إلى وجود مجموعة من المهام الضرورية للسير الحسن للمنظمة تقسم بطريقة غير رسمية بين العمّال، فالعمل الجماعي يتطلب من الموظفين المبتدئين فهم التنسيق مع أعضاء فريق العمل.

أما دراسة (Jouanchin Nelly,2010) والتي كان الغرض منها معرفة التمثلات المهنية أثناء تربص والتكوين المرصّات وتحديد مستوى الإلتزام لدى كل الفاعلين في عملية التربص وهم الطلبة، والمشرفين على التربص والمكونين في معاهد التكوين شبه الطبي، بتوزيع 77 إستبياناً واسترجع منه 66 إستبيان أي ما نسبته 85%، ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة: وجود علاقة بين المفاهيم النظرية والممارسات التطبيقية أي القدرة على الربط بين المعارف النظرية أثناء التكوين والتطبيق الفعلي لها على الميدان، وضرورة التعلّم التقني ( les apprentissages techniques) للممرضات ويعني النشاطات التقنية والقدرة على التطبيق، وتعلّم المعارف التطبيقية (Savoirs d'actions) وهي تمثل كل من المصطلحات التالية: التطبيق، الممارسة، الممارسة التقنية، التعلّم التطبيقي، تعلّم العلاجات العلائقية والعمل ضمن فريق العمل، طريقة التطبيق، رابط التطبيق (lien d'application)، تفعيل الحالة المهنية، حالة مجردة، والواقع، وهكذا نجد فكرة إكتساب المعارف بدون إدراك ذلك مثل "إكتشاف ممارسات علاجية جديدة لم يتم تعلمها على مستوى معهد التكوين. وهذا ما تجلّى في دراستنا الحالية نظراً لأهمية بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة في عملية تنشئة الممرضين بمختلف فئاتهم والمؤسسات التي يعملون بها والتي تتم من خلال تعلّم كيفية القيام بإجراءات وبروتوكول العلاج (العناية بالنظافة الشخصية للمريض، تقديم الأدوية حسب الوصفات الطبية، وأخذ المؤشرات الحيوية (مثل الضغط الدموي، التنفس، درجة الحرارة)، طريقة إستعمال الحقن

العضلي والوريدي، الضمادات، تحضير المريض لإجراء العملية الجراحية)، عن طريق تقليد أعضاء فريق العمل وهذا ما يتفق مع النموذج الذي اقترحه (ألبير بونديرا) في نظريته لعملية التعلم، فحسب (Oiry, 2005) فإنّ المهارات التي تتعلّمها الممرضات هي التي تكون مهنتهن كمعالجات (soignantes) وتمثّل في الحقن، تقديم الأدوية حسب الوصفات الطبية، جمع المعطيات والمؤشرات الحيوية... إلخ، وتعتبر هذه المهارات الأكثر تنظيماً من حيث التعلّم والتي يتم نقلها ما بين الممرضات المبتدئات والممرضات الخبيرات. ففي المجال التقني تبدأ الممرضات بهدف أولي هو إكتساب والتحكّم في عدد كبير من التقنيات الواجب التحكّم فيها ولكن بعد مدّة قصيرة يتحول الهدف إلى الإكتساب والأداء الفعّال في تنفيذ تقنيات العلاج.

أمّا بعد "الدور التنظيمي" الذي فسر ما قيمته 1% من الأداء المهنيّ الكلي وهي نسبة ضئيلة، ويرجع ذلك إلى صراع الدور الذي يتعرض له الممرضين المبتدئين بمختلف فئاتهم المهنية والغموض الذي يكتنف مهامهم فنجد مثلاً الممرضين في الصّحة العمومية ومساعدتي التمريض دائماً في صراع لأداء المهام التي يجب القيام بها، فبالرغم من أنّ القانون الأساسي للشبه الطبي واضح في تحديد مهام كل فئة (الممرضون في الصحة العمومية، الممرضون حاملو شهادة دولة، الممرضون المؤهلون، ومساعدو التمريض) إلى أنّ الواقع في الميدان يتناقض مع النصوص التشريعية حيث نجد أنّ كل الفئات المهنية تقوم بنفس المهام نظراً للنقص الفادح في الممرضين (في بعض الأحيان يتكفل الممرض الواحد بما يفوق 20 مريضاً، وهذا ما يتنافى مع معايير المنظمة العالمية للصّحة التي توصي بتوفير ممرض واحد لكل أربعة مرضى ( وكذلك التوزيع غير العادل لفئات الممرضين بين مختلف مصالح المؤسسات الصحية. ويرى ( Serge Perrot, 2005) عن كل من ( Fischer, Gitelson, 1983 ; Van Sell, Brief, 1985 ; Schuler, 1981) أنّ الدراسات بيّنت النتائج السلبية لصراع الدور على المستوى الفردي وأيضاً على المستوى التنظيمي؛ فعلى المستوى الفردي ترتبط صراعات الدور بالعديد من المتغيرات التنظيمية الهامة منها: الرضا، المشاركة التنظيمية، الإلتزام التنظيمي، التحفيز، الضغط، التعب، نية مغادرة المؤسسة، والأداء؛ أمّا على المستوى التنظيمي فإنّ

إختلالات الأدوار داخل المؤسسة تنعكس على الأداء وعدم الإستغلال الأمثل للموارد البشرية، وفي نفس السياق، أشار (Perrot, 2005) عن (Katz & Kahn, 1966) إلى وجود نوعين آخرين من صراع الدور وهما: صراع (الفرد-الدور) والذي يظهر عندما يحاول الفرد أن يلعب دورين في نفس الوقت، أو عند ممارسة دور والذي يتعارض مع توقعاته وطموحاته. وأخيرا نوع الثاني وهو ثقل الدور (La surcharge de rôle)، وأقترح (Perrot, 2010) عند دراسته التجريبية لصراع الدور عند العمّال على وجود خمسة أبعاد جوهرية لصراع الدور وهي: صراع الفرد-الدور، صراع الفرد-المناخ التنظيمي، صراع الفرد- جميع الأدوار، صراع الحصول المعلومات عن التنظيم وفي الأخير ثقل الدور. أما (Guerfel-Henda, 2012) فتعتبر أنّ إكتساب الدور المهنيّ خلال عملية التّنشئة التّنظيمية يتم على ثلاث مراحل: التّنشئة المهنيّة وهي عملية التكوين الأولية في المهنة حيث تُكوّن لدى الفرد نظرة مستقبلية عن المهنة التي سيمارسها والمؤسسة التي سيعمل بها مثل مهنة الطب، التدريس، الشرطة والتمريض، وتبدأ المرحلة الثانية، عند الدخول الفعلي للفرد داخل المؤسسة، والتي تعتبر مرحلة حرجة، نظرا لتصادم خصائص وقيم العامل الجديد مع القيم التّنظيمية للمؤسسة. أما المرحلة الثالثة وهي مرحلة حل الصراع وتعتبر آخر مرحلة من سيرورة التّنشئة التّنظيمية والتي أطلق عليها العديد من الباحثين عدّة تسميات ، فسّمّاها (Feldman, 1976) مرحلة "إدارة الدور"، أما (Schein, 1976) فأطلق عليها تسمية مرحلة "القبول المتبادل"، أما (Louis, 1980) فدعاها بمرحلة "التكيف"، ويكتسب العامل الجديد في هذه المرحلة هويته التّنظيمية (L'identité professionnelle) والإبتهاجات والقيم والسلوكات التي تتطابق مع ثقافة المؤسسة والتي تسمح بإدارة صراعات الدور التي تواجهه. وتدوم هذه المرحلة حوالي 12 شهرا. وكذلك، قد يتجلى الصراع بين المرضين المبتدئين والمرضىين القدامى من خلال إفتخار المرضين الجدد بالمعارف المكتسبة خلال مساهمهم الدّراسي وبأهميّة شهاداتهم العلمية، في حين يتباهى المرضين القدامى بتجربتهم وخبراتهم ومعرفتهم بالمنظمة ولذلك فالمرضىين الجدد عليهم التحكم في العوامل التي تسمح لهم بالإندماج في المؤسسة.

فيما يخص البعد الثاني : "التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة" لم يتنبأ بالأداء المهني والتفسير في ذلك حسب إعتقاد الطالب يعود إلى أنّ المرضين الجدد لم يستوعبوا بعد قيم وأهداف المؤسسة وذلك لأنهم لم يتلقوا أي توجيه أو تكوين أو معلومات عن غايات وأهداف المؤسسة من طرف مصالح إدارة الموارد البشرية ونستشف ذلك من خلال بعض المقابلات التي أجريت مع المرضين خلال ملتهم للإستبيان، إذ عبروا لنا على أنّهم يشعرون بالإنتماء للمصلحة التي يعملون بها ولكن ليس بالنسبة للمؤسسة الصحية، وهو إعتراف بأنهم لا يهتمون بصورة المؤسسة.

أخيرا تجدر الإشارة إلى أنّ (Oiry,2005)، يعتبر المهارات التقنية هي المؤسس الأول للمهنية ( Le professionalisme) عند المرضين وخاصة في المصالح المتخصصة مثل مصلحة الأمراض الأورام ( Sevice d'oncologie) حيث عبرت المرضات أنّ البعد التقني لمهنتهن هو العامل القوي الذي يساهم في تحفيزهن للعمل.

#### 7-1-1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى:

تحققت الفرضية بوجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين أبعاد التّشعّبة التّنظيمية في التنبؤ ببعده تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية لدى العينة، حيث فسّر بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة لتغيير التّشعّبة التّنظيمية ما قيمته 37% من التباين الكلي لبعده تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية، أمّا بعد التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة والدور التنظيمي للتّشعّبة التّنظيمية لم يتنبأ ببعده تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية.

يرجع التنبؤ ببعده تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة في تفسير تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية إلى تلقي المرضين أثناء تكوينهم الأساسي بمدارس ومهاهد التكوين مقياس في القانون، وأخلاقيات المهنة والمسؤولية بحجم ساعي يقدر (45 سا)<sup>22</sup>، وهذا ما جعلهم يكتسبون مفاهيم التشريع حول العمل مع تنمية إيجابياتهم وإستعداداتهم في الحياة النشطة وكذلك تحمل المسؤولية عند أداء واجباتهم المهنية. وتتجلى الممارسة الأخلاقية عند تقديم العلاج في:

<sup>22</sup> Le programme national de la formation paramedicale, section : les infirmiers de santé publique

إحترام الأشخاص (المرضى وذويهم وزملاء العمل)؛ مبدأ المساواة في مجال الصّحة؛ حقوق المرضى في مختلف حالات العلاج (الإحترام الجسدي والنفسي)، السّر المهنيّ؛ الكرامة؛ حماية حياة المرضى.

### 7-1-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تحققت الفرضية بوجود علاقة إرتباط موجبة بين أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعدها البحث والتطوير والعمل الجماعي للعينة، إذ يفسر بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة نسبة 37% من التباين الكلي لبعدها البحث والتطوير والعمل الجماعي، أمّا الدور التنظيمي فسر ما نسبته 2% من التباين الكلي لبعدها البحث والتطوير والعمل الجماعي.

فالبحت والتطوير في مجال التمريض والصّحة، أصبح ضروريا في ممارسة مهنة التمريض، خاصة مع التطور التكنولوجي والنمو الديمغرافي الذين جعلوا من عملية العلاج تتعقّد أكثر فأكثر بالإضافة إلى تطوّر العلاجات التمريضية في الصّحة العمومية ضمن إطار ترقية الصّحة (Karen M., Marion R., 1994, P. 154) وهو ما جعل المنظومات الصحية في العالم وعلى رأسها منظمة الصّحة العالمية تعيد النظر في قوانين الصّحة بتبني سياسات جديدة كاستحداث تخصصات جديدة لمواكبة تحديات العصر مثل إنتشار الأمراض المعدية والمستعصية وزيادة متطلبات المريض في العلاج وكذلك التطورات التكنولوجية في مجال الصحة. فإكتساب مهارة البحث والتطوير عند المرضين يبدأ منذ الإلتحاق بالمعاهد والمدارس العليا للتكوين شبه الطبي (التكوين الأولي) وخاصة أنّ دخول هذه المعاهد يشترط أن يكون المترقب متحصلا على شهادة البكالوريا في الشعب العلمية والتقنية والرياضية والتكنولوجية هذا بالنسبة إلى المرضين في الصّحة العمومية. أمّا بالنسبة إلى مساعدي التمريض والمرضى المؤهلين في الصحة العمومية فيشترط عليهم مستوى السنة الثالثة في شعبة العلوم التجريبية مع إجراء مسابقة تشمل إختبارين: الأوّل إختباري في العلوم الطبيعية والرياضيات والاختبار الثاني في إحدى اللغات الأجنبية سواء الفرنسية أو الإنجليزية، الألمانية أو الإسبانية. وعند الإعلان عن النتائج، يجتاز المترشحون الفائزون إختبار ثاني شفوي على لجنة متكوّنة من

خبراء في الصحة. ومنذ سنة 2010 تم فتح ملحقات تكوين شبه طبي على مستوى ثلاث مؤسسات إستشفائية جامعية بوهراة وهي المركز الاستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب؛ المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر 1954 والمؤسسة الاستشفائية في طب وجراحة الأطفال عبد القادر بوخروفة. حيث تتكفل هذه المؤسسات بتكوين ممرضها على مستواها للتقليل من العجز لهذه الفئة المهنية. ونجد أنّ هذه المؤسسات الصحية هي مؤسسات جامعية حيث أنّها تكوّن الممارسين لمختلف المهن في الصحة (قيم جماعة العمل) وهذا ما يسهل من عملية تبادل الخبرات بين الفاعلين ويقوي عملية البحث والتطوير عند الممرضين، إلى جانب مساهمة الأطباء بكل تخصصاتهم في تأطير الممرضين. كذلك فقد تم فتح كليتين في العلوم التمريضية على مستوى كل من جامعة بجاية و جامعة مستغانم، حيث يتخرج الطلبة بشهادة ليسانس مع إمكانية مواصلة الدراسة للحصول على الماستر والدكتوراة في علوم التمريض. وهذه كلها عوامل، تعزز من ممارسة البحث والتطوير في مهنة التمريض، إلا أنّ الملاحظ كذلك هو شبه غياب تام للمجلات العلمية بالمؤسسات الصحية وحتى على مستوى معاهد التكوين والتي تعنى بالبحوث العلمية في مجال الصحة وخاصة في علوم التمريض من أجل ترقية ممارسة مهنة التمريض. أمّا العمل الجماعي، فالمقاربة التطورية ( Approche développementale) ترى بأنّ العمل الجماعي هو عبارة عن سيورة ضبط للاختلالات الداخلية والخارجية من جهة، ووسيلة لتطوّر المهارات الفردية من جهة ثانية.

أمّا بعد الدّور التنظيمي والذي تنبأ بـ 2% من بعد البحث والتطوير فنجد أنّ مختلف الفئات المهنية في التمريض تواجه صراع الدور. وعلى الرغم من إختلاف المهام المكتوبة بين مختلف هذه الفئات إلا أنّهم يقومون بنفس المهام فعلياً. كما أنّ هذا الصراع في الدّور حسب (Feldman, 1976, 1981) يمتد إلى ما بين المصالح المختلفة داخل المستشفى. كما يمكن تفسير ضعف مساهمة الدّور التنظيمي في التنبؤ ببعء البحث والتطوير إلى الضغوطات والقلق التي يتعرض لها الممرضين الجدد وعدم تحكّمهم جيداً في المهام المنوطة بهم. وأيضاً ثقل العمل ونقص الثقة، وعدم التأقلم مع ساعات العمل ونظام المداومة المعمول به في المؤسسات الصحيّة. ويتكوّن الدّور التنظيمي عبر مستويات

التنشئة التنظيمية وعبر مراحل حسب نموذج (Feldman, 1976)، وهي نتائج دراسة التي أجراها على عينة من العمّال شملت كل الفئات المهنية ومنها فئة الممرضين في مستشفى أمريكي، إذ تساهم خبرة كل مرحلة يمر بها الفرد في الرفع من مستوى الرضا المهني لديه وبالتالي تنعكس إيجاباً على الأداء.

فيما يخص بعد التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة لمتغير التنشئة التنظيمية لم يتنبأ بمستويات الأداء لدى الممرضين، لأنّ المؤسسات الصحيّة في الغالب يتوقف دورها فقط على التوظيف والتعيين وإعداد الأجور وتسييل العقوبات، دون إكثارات المسؤولين لمتابعة الأفراد الجدد وتوضيح مهامهم والأهداف بالمؤسسة التي سيعملون بها.

### 3-1-7- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

كشفت النتائج على وجود علاقة إرتباطية بين بعد تعلّم المهارات واكتساب قيم الجماعة لمتغير التنشئة التنظيمية وبعد التعليم والتخطيط والتقييم لمتغير الأداء وفسرت هذه العلاقة الإرتباطية ما نسبته 44%. فالتعليم والتخطيط والتقييم، تعتبر من بين المهام الأساسية في ممارسة مهنة التمريض. وهناك صلة وثيقة بين تعليم المرضى والعناية التمريضية التي يقوم بها الممرض حيث تبدأ مرحلة التعليم بجمع المعلومات والبيانات عن المرضى واحتياجاتهم التمريضية وتحليلها، ثم تأتي مرحلة التشخيص التي من خلالها يتم تخطيط التعلم والتعليم وتطبيقها ومن ثم تقييمها. فعملية تعليم الأشخاص الذين يخضعون للعلاج هي جزء من قواعد ممارسة مهنة التمريض. حيث يجب على الممرض إعلام المريض عند إجراء أي علاج وتقديم له الشرح والتفاصيل الضرورية للخدمات المقدمة. فالتواصل البيداغوجي بين الممرض والمريض يكون بلغة سهلة وواضحة مع تفادي كل ما يعيق العملية العلاجية. أمّا على مستوى التخطيط فالممرض عليه إشراك الأسرة في العملية العلاجية، لدعم وتخفيف المريض والرفع من ثقته بنفسه، والتأكد من أخذه للعلاج، وتوفير كل سبل الراحة، أما فيما يخص التقييم، يقوم الممرض في هذه المرحلة بتقييم مستوى المعلومات التي إستوعبها المريض من جزاء عملية التعليم وما يجب عليه القيام به. تسمح هذه الخطوة بمعرفة مدى تحقق أهداف التعليم وفعالته، واستكمالها إذا لزم ذلك، أو الحاجة لمراجعة وإعادة تسطير أهداف أخرى تستجيب للعملية



العلاجية. وتكون عملية التقييم على شكل أسئلة شفوية أو مكتوبة عن العلاج (مثل إعطاء الحقن، وتغيير الضمادات). أما الدور التنظيمي فتنبأ بـ2% من بعد التعليم التخطيط والتقييم وهو يرجع إلى صراع الدور بين الفئات المهنية في شعبة التمريض. ويرجع صراع الدور إلى عاملين أساسيين: العامل الأول والمتمثل في الخبرة حيث أنّ معظم الممرضين المستجوبين لديهم أقدمية لا تتجاوز السنتين، أما العامل الثاني يعود إلى إعادة هيكلة وإصلاح القطاع الصحيّ في السنوات الأخيرة والتي نتج عنها صدور القوانين الأساسية الجديدة التي تنظم ممارسة مهنة التمريض حيث استحدثت رتب ومهام جديدة. وهي نفس الدراسة التي قامت بها كل من ( Dionne et Rhéome, 2008) على عينة متكونة من 10 ممرضات ومساعدات في التمريض بمقاطعة براسويك الجديدة (nouveau Brunswick) بكندا وكان الغرض منها وصف تصوّراتهن عن دورهن (غموض الدور وصراع الدور) في إطار إعادة تنظيم العلاجات التمريضية واستخدمتا أسلوب المقابلة. ومن بين النتائج التي توصلتا لها الباحثين فيما يخص غموض الدور هو نقل المهام وإعادة توزيع العمل وتفويض البعض الآخر بين الممرضات والمساعدات في التمريض وكيفية تقديم علاج أمثل وعدم معرفة دور كل واحد بالنسبة للآخر حيث أسندت مثلاً تقديم الدواء ووضع الضمادات للمريض من طرف مساعدة التمريض بعدما كانت تقوم بنشاطات النظافة وراحة المريض. أما فيما يخص صراع الدور فيعود إلى كثرة المسؤوليات عبئ العمل والعمل الجماعي.

أما التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة من متغير التنشئة التنظيمية لم يتنبأ ببعيد التعليم والتخطيط والتقييم.

#### 7-1-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

كشفت النتائج على وجود علاقة إرتباطية بين بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة وبعد ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل وبلغت نسبة التفسير 43%. وهو مؤشر يدل على أنّ الممرضين لهم دراية بمفهوم ترقية الصحة في ممارستهم مهنة التمريض. وتركز ترقية الصحة على العلاجات الصحية القاعدية على أساس طرق عملية وعلمية وتشمل التربية والتعليم الصحي للمرضى ومحيطه والمجتمع؛ حماية الطفولة والأمومة والتخطيط العائلي وتنظيم

النسل وبرامج التلقيح؛ الحماية والوقاية من الأمراض ومكافحة أسباب ظهورها عن طريق الفحص والعلاج المبكر. إلخ. فمشاركة المريض في ترقية الصحة في ممارساتهم المهنية حسب (Longtin et al, 2006) ترجع إلى ثلاث عوامل رئيسية وهي: العامل الماكرو (الكلّي) ويشمل نشئة المريض داخل المؤسسة والتي تسمح لهم بتبني رؤية واضحة عن سياسة المؤسسة فيما يخص ترقية الصحة وتأثير ذلك على نوعية الخدمات الصحية، كما أنّ مهنة التمريض كعلم محدود، لم يسمح للمرضين بالمشاركة ولعقود من الزمن من الابتكار ومناقشة قضايا المجتمع خاصة فيما يخص مسألة الصحة؛ أمّا السّياق الاجتماعي والسياسي والإقتصادي: والتغيرات السياسية والإقتصادية وزيادة حاجات العلاج، أدّت إلى إعادة هيكلة مؤسسات الصحة وتخفيض ميزانيتها والذي أثر سلبا على عمل مهنيّ الصحة ولاسيما فئة المرضين؛ كما يمكن للمرضين أن يتطوّروا في جو مفعم بالدعم والتضامن من أجل تسهيل تحقيق دور ترقية الصحة وكذلك التآزر بين المرضين والمهنيين الآخرين في ممارساتهم المهنية. وأخيرا، على المستوى الجزئي فالتكوين في كثير من الأحيان يأتي بعد تعلّم الأسس النظرية وهو ذا فوائد في تطوير المعارف والمهارات اللازمة داخل المؤسسات. وفي دراسة (Naamat, 2011) عن مدى إستعاب المرضين المتخرجين حديثا من المدرسة العليا في الصحة بسويسرا لمفهوم ترقية الصحة، تبين بأنّ التكوين لم يكن كافيا بسبب عوامل ابستمولوجية وتنظيمية وسياسية. كما يمكن توسيع مجال ترقية الصحة عند المرضين كما هو معمول به في بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية من خلال نظام ل.م.د (Chapey, 2010) من إنجاز حصيلة صحية، تعليم وتربية المريض، متابعة الأمراض المزمنة (الربو، السكري، الأمراض القلبية) إجراء الفحص أولي مع تشخيص عيادي والتكفل بالمريض بصفة مستقلة مع إقتراح العلاج بالتعاون مع الطبيب.

كما أنّ الدعم للمريض وفريق العمل، يعتبر من بين العوامل الرئيسية لتكثيف الفرد.. كما كانت هناك دراسات أجريت عن الظاهرة، مثل دراسة كيتروما وكيسيل (Cutroma, Russel, 1987) ودراسة ويس (Weis, 1973) عن (Machadeau, et al, 2016) من تحديد ستة أبعاد للدعم الاجتماعي: التعلق، المساعدة الملموسة والمادية،

النصائح، الإندماج الاجتماعي، تحقيق الذات والشعور بأنه مفيد، فالدعم الاجتماعي يلعب دور مهم في تحقيق الإرتياح النفسي لكل من المريض والمعالجين ويرفع من فعالية الذات ويقلص من أعراض الإنهاك المهني كالضغط والقلق. وفي دراسة (Estryn-Behar et Le Nezet, 2006) بينت النتائج التي توصلوا إليها أنّ دعم الزملاء الممثلين في إطارات الصحة والأطباء، والذين يعملون ضمن فريق متماسك، يقلص من الشك ويقلل من الصراعات ويسمح باكتساب المعارف عن كيفية إستعمال وسائل ومعدات العمل والإجابة على أسئلة المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة. وأشارت دراسة (AbuAIRub, 2004) أنّ الدعم من طرف زملاء العمل، رفع من مستوى الأداء وقلص من الضغط المهني.

أما فيما يخص بعدي التنشئة التنظيمية والممثلين في الدور التنظيمي وكذا بعد التكيّف مع أهداف وقيم الجماعة فلم يتنبأ ببعدي ترقية الصحة ودعم المريض وفريق العمل وذلك لقلة خبرة عينة المرضين وعدم وضوح سياسة وأهداف المؤسسات فيما يخص ترقية الصحة لديهم.

### 7-1-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعدي إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض لدى المرضين وقد وجدت علاقة إرتباطية بين بعد تعلّم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة لمتغير التنشئة التنظيمية وبعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض وقدّرت بنسبة 10% إلا أنّها تبقى ضعيفة باعتبار أنّ ممارسة مهنة التمريض تتطلب التحكم الجيد في وسائل العمل والتحلي بمهارة التعاطف (Empathie) التي تعد مهارة أساسية في تقديم العلاج وتتطلب الإصغاء الجيد والفهم (SFAP, 2007, Formalier, 2007) فبالرغم من وجود علاقة، إلا أنّها تبقى غير كافية وهذا يرجع إلى أنّ المرضين الخبراء لم يتمكنوا من نقل هذه المهارة إلى المرضين الجدد من جراء ثقل العمل وساعات العمل الطويلة، نظام المداومة وكثرة المرضى والتعنيف اللفظي والجسدي من طرف مرافقي المريض وقلة

المرضى، كلها عوامل تسبب في انخفاض مستوى العلاقات الإنسانية. وكذلك، أنّ برامج التكوين في المعاهد لم تكن كافية في إستيعاب هذه المهارة.

### 7-1-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تساهم أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ ببعدها الشخصية والمهنية لدى المرضى:

كشفت النتائج على وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين بعد "تعلم مهارات العمل واكتساب قيم جماعة العمل" وبعد "التنمية الشخصية والمهنية" وقدرت نسبة الإرتباط بـ 22% وهذا يعني أنّ المرضى يكتسبون مهارة التنمية الشخصية والمهنية. فالتنمية الشخصية والمهنية يكونان متلازمان طوال المسار المهني للعامل فعلى مستوى التنمية الشخصية حسب (SFAP, 2007)<sup>23</sup> فهي عامل هام جداً في ممارسة مهنة التمريض، وتشمل ثلاثة عناصر أساسية وهي:

- معرفة الذات (La connaissance de soi): ويعني ذلك، أن يتساءل المريض عن مشاعره، إنفعالاته، تصوراتيه، ردود أفعاله وممارساته وكما قال سقراط أعرف نفسك بنفسك.

- تقبل الذات (L'acceptation de soi) والتي تمكن المريض من إقامة علاقة جيدة، مبنية على الإحترام والتفاهم، والأصالة والولاء.

- العناية بالذات (Prendre soin de soi) تجعل من المريض أن ينتقي ما هو مفيد من خلال الموارد الموجودة في مكان العمل كتبادل الآراء، جماعة المناقشة والمحادثات، الفكاهة من أجل تخفيف ضغط العمل وكذلك النشاطات الترفيهية، الرياضية والثقافية وإلا الشعور بعدم الرضا في العمل، الأرق، اضطراب الحياة الشخصية وتعنيف المريض ومرافقيه.

<sup>23</sup> Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

أما التطوير المهنيّ يأخذ هذا المفهوم حسب (Clement et Vandenberg, 1999) عن (Uwamariya et al, 2005) شكلين: الأول فإنّ التطوير المهنيّ يتشابه مع عملية التعلّم طوال المسيرة المهنيّة للفرد ويمكن أن يكون فردي وجماعي، يكتسب من خلاله المعارف والمهارات الأساسية والتي تنعكس على ممارسة المهنة بصفة عامة. أما الشكل الثاني من التطوير المهنيّ فهو عمل فكري يتركز على التأمل والبحث وتجعل الفرد يستخدم خبراته المعرفية في العمل للتنظير.

أما الدور التنظيمي، فقد وُجد إرتباط دال إحصائياً مع بعد الأداء بنسبة 4%، وهي قيمة ضئيلة ويرجع ذلك إلى عامل الخبرة والذي لم يتجاوز السنتين.

فيما يخص بعد التكيّف مع أهداف وقيم المؤسسة فلم يتنبأ ببعد التنمية الشخصيّة والمهنيّة عند المرضين وهذا ما يدل إلى غياب تام لثقافة المؤسسة وأهدافها.

## 7-2- مناقشة نتائج فرضية الدراسة الثانية:

يختلف أثر التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهنيّ باختلاف المتغيرات الشخصيّة (الجنس، السن، المستوى العلمي، الرتبة المهنيّة، الخبرة، ونوع المؤسسة) عند المرضين:

## 7-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على الأداء المهنيّ وأبعاده والأداء المهنيّ ككل باختلاف متغير جنس عينة الدراسة:

حيث أظهرت النتائج على وجود إختلاف في أثر التنشئة التنظيمية والجنس والتفاعل بينهما على بعض أبعاد الأداء المهنيّ بإختلاف الجنس لدى عينة الدراسة حيث إشتراك العينة في بعض الأبعاد وهي بعد البحث والتطوير بعد التعليم/التخطيط/ التقييم وبعد ترقية الصحّة ودعم المريض وزملاء العمل وبعد التنمية الشخصيّة والمهنيّة وبالرجوع

إلى الجدول (55) للمقارنات البعدية أقل معنوية (LSD) نجد أن النتيجة كانت لصالح الإناث بالنسبة ل: بعد البحث التطوير والعمل الجماعي (الإناث، م=49.54؛ الذكور، م=46.00)؛ بعد التعليم/التخطيط/ التقييم (الإناث، م=29.92؛ الذكور، م=27.27) وبعد ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل (الإناث م= 36.28، الذكور م=34.42) وبعد التنمية الشخصية والمهنية (الإناث م= 11.51، الذكور م=10.95) إلا أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا على مستوى الأداء المهني ككل (ف=1.44؛  $P=0.11 > 0.05$ ؛  $ETA^2 = 0.13$ )، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها (ياسر فتحي الهنداوي، 2009) في دراسته والتي هدفت إلى تقديم تصوّر لتطوير عملية التنشئة التنظيمية بجامعة عين شمس بمصر والتعرف على واقع التنشئة التنظيمية ومدى الاختلاف بين معاوي أعضاء الهيئة المتدئين (202 مشارك) في تقديرها طبقا لبعض المتغيرات الديمغرافية ومنها: (الجنس: ذكور، إناث)، مستندا في جمع البيانات على مقياس (Jones, 1986) ومقياس (Chao et al., 1994) لقياس محتوى التنشئة التنظيمية وبنيتها. كما إتفقت دراستنا مع دراسة (S. Perrot, 2008) التي بينت عدم وجود فروق بدلالة الجنس. وفي دراسة قام بها (Ronald Heck, 1995) على عينة من الملحقين الإداريين والإداريين الرئيسيين وعددهم 150 يعملون بمؤسسات بغرب الولايات المتحدة الأمريكية، ولديهم خبرة ما بين (1 و 3 سنوات)، وكان غرض هذه الدراسة معرفة إن كان هناك علاقة بين التنشئة التنظيمية والأداء المهني وحسب إختلاف خصائصهم الديمغرافية ومنها الجنس حيث كشفت النتائج وجود علاقة إيجابية في الأداء المهني بدلالة الجنس، إذ لوحظ أنّ الإناث أكثر فعالية في الأداء وهذا ما لا يتوافق مع دراستنا.

## 7-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء ككل باختلاف متغير سن عينة

الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال إحصائياً للتنشئة التنظيمية والسّن والتفاعل فيما بينهما على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل لدى عينة الدراسة ( $P=0.81 > 0.05$ )، وهي النفس النتيجة التي توصل إليها كل من ساكس ووالدمان (Saks et Waldman, 1998) عند فحصهما العلاقة بين السّن عند المحاسبين المبتدئين وعددهم 112 (متوسط العمر 23.7 سنة وانحراف معياري يساوي 2.95) يعملون في المؤسسات الأمريكية ذات نشاطات مختلفة (10 أشهر) وأدائهم المهني. ولم تتوافق دراستنا مع دراسة هوي مينغ (Huey-Ming Tzeng, 2004) والتي أجريت على عينة من المرضى المسجلين في رابطة كاوشيونغ للتدريب بتايوان وعددهم (303 ممرضة وممرض واحد). وكان الهدف من وراء هذه الدراسة، التعرف على مدى مساهمة الخصائص الشخصية (كالعمر، المستوى العلمي، والفتة المهنية، الخبرة المهنية) على الأداء والرضا المهني. وكشفت النتائج أنّ الخصائص الشخصية ساهمت في التنبؤ بالرضا والأداء المهني لدى المرضى. كما أنّ دراسة (S. Perrot, 2008) لم يوجد أثر بين التنشئة التنظيمية وأبعادها (إدراك وفهم المنظمة؛ إدراك وفهم العمل؛ إدراك وفهم جماعة العمل) وعمر العينة. أمّا الدراسة التي قام بها كل من (Beheshtifar & al., 2011) على عينة من العمال (122 يمثلون 66% ذكور و34% إناث) يعملون بالبنوك الإيرانية لمعرفة أثر التنشئة التنظيمية على الأداء المهني وأبعاده (الواجبات/المسؤوليات؛ جودة العمل؛ كمية العمل؛ المثابرة/المواظبة والحماس) باختلاف السّن. وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين التنشئة التنظيمية والأداء المهني بدلالة متغير السّن. وتوافقت دراستنا مع دراسة (Cohen, Veled-Hecht, 2010) للتنشئة التنظيمية للمرضى وعدم وجود تباين بدلالة السّن.

### 7-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

يختلف أثر متغير التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير مستوى

العلمي لدى العينة:

أظهرت وجود أثر دال إحصائياً للتنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والبعد الكلي للأداء المهني عند مستوى الدلالة ( $P=0.00$ ) بدلالة المستوى العلمي لدى العينة ويوضح الجدول (60) بأن أبعاد الأداء (تقديم العلاج والممارسة الأخلاقية، البحث والتطوير والعمل الجماعي، التعليم/التخطيط/التقييم؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل؛ إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض؛ التنمية الشخصية والمهنية) جاءت كلها دالة بما في ذلك الأداء المهني ككل ( $P=0.00$ ). أمّا فيما يخص المستوى العلمي فهناك إختلاف دال إحصائياً على مستوى بعض أبعاد الأداء وهي: (التعليم/التخطيط/التقييم؛ ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل) وعند الرجوع إلى الجدول (62) للمقارنة البعدية أقل معنوية (LSD) لبعده التعليم/التخطيط/التقييم، نجد أنها جاءت لصالح المرضين حاملي الشهادات البكالوريا على حساب مساعدي التمريض الذين لديهم المستوى الثانوي حيث كان المتوسط الحسابي ( $M=29.63$ ) لحاملي شهادة البكالوريا مقابل ذوي المستوى الثانوي ( $M=29.54$ )، وكذلك بعد ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل والتي كانت لذوي المستوى الثانوي ( $M=38.19$ ) مقابل  $M=34.75$  ذوي الشهادات البكالوريا). أمّا التفاعل بين التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني مجتمعة، كشفت النتائج لعدم وجود أثر دال إحصائياً بدلالة متغير الخبرة ( $P=31>0.05$ ) والسبب يرجع إلى خضوعهم إلى نفس التنشئة التنظيمية داخل المؤسسات الصحية. وهذه النتيجة لم تتوافق مع دراسة (Beheshtifar & al, 2011).



#### 7-2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

يختلف أثر التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير الفئة المهنية لدى عينة الدراسة:

بيّنت نتائج الدراسة على وجود أثر إختلاف في التنشئة التنظيمية (ف=2.67؛ P=0.00؛  $ETA^2=0.52$ ) لدى العينة باختلاف فئاتهم المهنية (ممرض في الصحة العمومية، ممرض حامل لشهادة دولة، ممرض مؤهل، مساعد في التمريض). كما كان هناك أثر إختلاف على مستوى الفئة المهنية (ف=2.21؛ P=0.00؛  $ETA^2=0.08$ ) إذ إشتراك كل الفئات في بعد ترقية الصحة ودعم المريض وزملاء العمل. أما أثر التفاعل بين التنشئة التنظيمية ومتغير الفئة المهنية على أبعاد الأداء المهني فلم تكن دالة على كل أبعاد الأداء المهني بما في ذلك الأداء المهني ككل (ف=1.18؛ P=0.21؛  $ETA^2=0.30$ ).

#### 7-2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

يختلف أثر التنشئة التنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف متغير الخبرة لدى عينة الدراسة:

دلت النتائج على عدم وجود أثر دال احصائيا للتفاعل بين التنشئة التنظيمية والخبرة المهنية على الأداء المهني للعينة (ف=0.92؛  $P=0.38 > 0.05$ ). وباعتبار أنّ التنشئة التنظيمية تساهم في أداء المنظمات لأنها تسرع في التحكم في منصب العمل وتسهّل للعامل الإندماج داخل جماعة العمل وتنمي إتجاهات وسلوك إيجابي بالنسبة للمنظمة وتسمح كذلك بنقل ثقافة المؤسسة. كما حُضي عامل خبرة وأقدمية الفرد الجديد داخل المنظمة بأهمية بالغة في عملية التنشئة التنظيمية عند المسيرين والباحثين، فالبعض وعلى أساس النتائج الميدانية التي توصلوا إليها، إقترحوا أنّ الأربعة الأشهر الأولى كافية لعملية التعلّم وهو حال كل من ( Thomas et al., 1996 ; Ashford et Saks, 1996 ; Anderson, 2002)، واعتبر كل من (Bauer et al., 1998 ; Jones, 1986 ; Fisher, 1986) على أنّها

تكون في خلال ستة أشهر الأولى من التوظيف، لأنّ الحاجة لتقليص الشك (l'incertitude) تكون قوية. عن (S. Perrot, 2008, P. 241). كما أنّ التّنشئة التّنظيمية قد تتجاوز الستّة أشهر، نظرا لعدم إمكانية الأفراد المتقدمين الجدد من تعلّم وفهم محيط العمل الجديد (المهام، قيم الجماعة وثقافة المؤسسة) وعدم وجود برامج إدماج والتوجيه وهو حال مؤسساتنا الصحيّة حيث لا وجود لهذه البرامج التي تسهل من عملية الإندماج وبالتالي قد تستغرق العملية السنة حسب (Hill, 1992)، السنتين حسب (Crozier, 1963 ; Lee, et Allen, 1988) وأحيانا مدّة الثلاثة السنوات (Gundry, 1992). عن (S. Perrot, 2008, P. 232).

فالمريضون قد يستغرقون سنوات طوال من أجل إستيعاب واكتساب (قيم وأهداف وثقافة) المؤسسة، و (قيم ومعايير والعلاقات) مع جماعة العمل، المهارات المطلوبة لإنجاز مهام العمل. وفي دراسة أجرتها (Adkins, 1995) على عينة من المرضى المتخصصين في الصّحة العقلية (171) ويعملون بـ 7 مستشفيات بالولايات المتحدّة الأمريكية من أجل دراسة علاقة الخبرة بالتّنشئة التّنظيمية (الأداء والرضا المهنيّ) في الستّة أشهر من التعيين، حيث كشفت النتائج أنّ الخبرة لم تكن دالة، أمّا بالنسبة للرضا المهنيّ كانت دالة. وتوافقت كذلك مع دراسة (Mrayyan, Al Faouri, 2008) على عينة من المرضى الأردنيين وعددهم 640، يعملون بمختلف المؤسسات الصحيّة الحكومية والخاصّة بالمملكة الأردنية حيث لم يكن هناك أثر دال لمتغير الخبرة.

#### 7-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

يختلف أثر متغير التّنشئة التّنظيمية على أبعاد الأداء المهني والأداء المهني ككل باختلاف نوع المؤسسة: أظهرت النتائج على وجود إختلاف في أثر التّنشئة التّنظيمية للعينة (ف=3.01؛ P=0.00؛  $ETA^2=0.44$ ) ونوع المؤسسة إن كانت مؤسسة إستشفائية عمومية أو مؤسسة جوارية للصّحة العمومية، ويعني ذلك أنّ المؤسسات لها نفس الخصائص وأنّ التّنشئة التّنظيمية لدى عمالها هي نفسها. فيما يخص نوع المؤسسة على الأداء المهنيّ وأبعاده، وجود أثر دال (ف=3.56؛ P=0.02؛  $ETA^2=0.10$ ) وعند الرجوع إلى جدول تحليل التباين المتعدد

(72) والجدول المتوسطات الحسابية (73) نلاحظ أنّ المرضين يشتركون في كل من بعد التعليم/التخطيط/التقييم وبعد ترقية الصّحة ودعم المريض وزملاء العمل وكذلك الأداء المهنيّ ككل والتي جاءت لصالح المؤسسة الحوارية للصّحة العمومية؛ ويرجع ذلك أنّ المرضين الذين يعملون بالمؤسسات الحوارية بحسب إعتقاد الباحث أقلّ ضغط من المرضين الذين يعملون بالمستشفيات. أمّا بعد إستعمال الوسائل والتعاطف مع المريض جاء لصالح المؤسسات الإستشفائية، لأنّ المرضين يستخدمون وسائل تجهيزات طبية مختلفة عند تقديمهم العلاج، وباستخدام في آن واحد مهارة التعاطف مع المريض.

أمّا فيما يخص التفاعل بين التّشعّبة التّنظيمية ونوع المؤسسة على أبعاد الأداء، دلت النتائج على عدم وجود تباين (ف=1.06؛  $P=0.31$ ؛  $ETA^2=0.08$ ) باستثناء بعد التعليم/التخطيط/التقييم ( $P=0.00$ ) وهو القاسم المشترك بين مرضي المؤسسات الحوارية والمؤسسات الإستشفائية، وبالرجوع إلى الجدولين (72) (73) نجد لصالح المؤسسات الحوارية للصّحة العمومية. أمّا الأداء الكلي للعينة فلم توجد دلالة إحصائية ( $P=0.59$ ).

## الخاتمة

من خلال هذه المساهمة العلمية، حاولنا أن نتعرف على دور التّشئة التّظيمية داخل المؤسسات الصحيّة بولاية وهران حسب مقياس (Haueter and al, 2003) ومدى مساهمتها في التنبؤ بالأداء المهنيّ عند المرضى حسب مقياس (Schwirian, 1978) وتكليفهما حسب ثقافة مؤسساتنا الصحيّة ومقترحين بذلك نظام لتقويم الأداء خاص بالمرضى، يمكن إستغلاله كمرجع بالنسبة لجميع الفاعلين في مجال الصّحة. فالتشئة التّظيمية هي مرحلة جوهرية في الحياة المهنيّة للفرد الجديد والمؤسسة. ولا يجب أن ينظر إلى التّشئة التّظيمية على أنّها إنتقال نحو دور تنظيمي ولكنها مجموعة من التغيرات (الإتجاهات والسلوكات) وطرق التعلّم التي يخضع لها الفرد داخل المنظمة وتمس جوانب متعدّدة: (كالدور والتنظيم والعمل وجماعة العمل والفرد) وممارسات التّشئة التي تنظم كيفية التعلّم والإندماج. وحسن تسيير التّشئة التّظيمية حسب البحوث التي أجريت في الدّول الأنجلوساكسونية كان له إنعكاسات إيجابية على الأداء المهنيّ للعمال وكذلك التقليل من الغيابات وغمود الدّور والدوران وظغوطات العمل.

لقد كشفت نتائج دراستنا، أنّ الأداء المهنيّ عند المرضى لم يكن بالمستوى المطلوب، وأن أعداد التّشئة التّظيمية لم تتبأ بكل معايير الأداء المهنيّ باستثناء تعلم مهارات العمل واكتساب قيم الجماعة. أما بعد الدّور التّظيمي فكانت في أغلب تساهم بنسب ضعيفة وهو ما يرجح أن يكون المرضى يعيشون صراع الدّور أو عدم تمكنهم من تعلم المهارات المطلوبة لانجاز العمل. فيما يخص بعد التكيف مع قيم وأهداف المؤسسة لمتغير التّشئة التّظيمية فلقد بينت النتائج أن المرضى الجدد لا يدركون تمام أهداف وقيم المؤسسة.

فانعدام برامج التّشئة التّظيمية (الإندماج) وكذلك غياب نظام تقويم أداء المرضى زاد من تعفن وضعيّة المؤسسات الصحيّة، وأصبح تكوين المرضى في الجزائر يهتم بالكم دون مراعاة الخصائص الشّخصيّة ولا، ومن هذا المنطلق جاءت دراستنا هذه للكشف عن دور التّشئة التّظيمية داخل مؤسساتنا الصحيّة والتي من خلالها صممنا نظام تقويم الأداء لدى المرضى يحتكم إليها فاعلي قطاع الصّحة.

كما يمكن توسيع هذه الدّراسة على المستوى الوطني في إطار المشاريع الوطنية للبحث تحت إشراف وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. وختمت دراستنا بجملة من التوصيات.

## التوصيات

بعد الانتهاء من مناقشة النتائج في ضوء بعض الدراسات السابقة قام الطالب بتقديم بعض التوصيات التي من شأنها تحسين عملية التنشئة التنظيمية في المؤسسات ومنها:

### 1- الإستقبال L'accueil:

إنّ استقبال المرضى الجدد داخل المؤسسات الصحيّة هو عملية جوهرية لتسهيل إندماجهم في العمل وتحقيق إرتياحهم النفسي مما يجعلهم يقدمون كل طاقاتهم والتكيف بسهولة وبسرعة مع ثقافة المؤسسة وتحديد صورة إيجابية عنها. كما أنّ تحسين ظروف الإستقبال يعزز كذلك تنشئة المرضيين من خلال إمدادهم بالمعلومات الكافية عن المؤسسة وتنظيمها، قيمها، ثقافتها، محيطها وفاعليها، ومنصب العمل، والإتصالات ومختلف سياسات المؤسسة. فالموظفين الجدد بصفة عامة يبحثون عن الإعتراف والإعتراف من خلال الإستقبال. وسيتولد عن ذلك الرضا عن العمل وزيادة شعورهم بالإنتماء لفريق العمل وجماعة العمل داخل المنظمة. هذا الشعور سيشجع التحفيز للعمل ويجسن من الأداء.

### 2- أهمية وضع استراتيجية إستقبال:

تم عملية تطوير إستراتيجية إستقبال المرضيين على عدّة مراحل:

- تشخيص واقع الإستقبال من أجل إيجاد حلول للمشاكل وتقديم تحسينات اللازمة.

- صياغة أهداف الإستقبال لوضع سياسة إستقبال على كل مستويات المؤسسة.

- مراقبة جودة الإستقبال.

### 3- تأهيل الإستقبال مهنيًا:

من بين التوصيات التي يجب أخذها بعين الإعتبار في تسيير عملية التّشئة التّظيمية في المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية في الصّحة الجوارية هي:

- التوجيه الدائم طوال السنة الأولى من التوظيف.

- تقديم المعلومات الكافية عن واجبات ومسؤوليات العمل وعن فِرَق العمل، الترقية، وأهداف وثقافة المؤسسة

ويكون ذلك من خلال ورشات عمل

- أنّ تولي منصب العمل أو الوظيفة يكون أكثر واقعية وعلاقة بين الخصائص الشّخصية والأداء المهني.

- أخذ بالحسبان حاجات ورغبات الأفراد وكذلك متطلبات المنظمة.

- السماح بالمزيد من المرونة والتطوّر في المسارات الوظيفية.

تصميم برامج توجيه بما يتوافق:

1- منح الفرصة والسماح للأفراد الجدد التواصل مع بقية العمّال بسرعة.

2- إختيار أفراد أكثر خبرة ويتميزون بالمهارات الإجتماعية والفنية لمرافقة وتوجيه العمال الجدد.

3- منح الموجهين الوقت اللازم مع العمال الجدد لتعلّم المهام.

- تصميم وهيكل برنامج يستجيب لما يلي:

1- تحديد المهارات المتعلقة وتوفير تكوين موجه لهذه المهارات

2- تقديم التغذية الراجعة وباستمرار للموظفين بشأن الكيفية التي تقوم بها بالمهام.

3- إدراج تكوين متكامل مع برامج التكوين والتوجيه الغير رسمية.

توفير نظام تقويم أداء يركز على:

1- المقابلات المباشرة وجها لوجه تجمع بين العمال والمشرفين.

2- يشمل على معايير أداء موضوعية.

3- تدريب المشرفين على طريقة وضع الملاحظات والتغذية الراجعة.

إستخدام الأعضاء الجدد لجماعة العمل كفرصة ل:

1- تحديد المهام حسب ما يفضله الأفراد.

2- إعادة النظر في تصميم العمل.

- توزيع المسؤوليات عند تقديم العلاج للمريض يعكس مستوى من الحيطة بما يتناسب مع المهارات الضرورية في

بداية التعيين لتلبية حاجات العلاج.

- تحسين الثقة والكفاءة لممارسة مهنة التمريض.

- تفادي التجربة الانتقالية السلبية في بداية المشوار المهني لدى المرضين والمرضات الجدد.

- خلق بيئة عمل ايجابية في تنشئة وإعداد المرضين الجدد بشكل مناسب وفعالية في الخدمات والرعاية الصحية.

- الإعتراف الفردي ونمذجة سلوك المرضين الجدد وتطوير نتائج عملية الانتقال الايجابية في تحسين رضاهم وأهمية

الإحتفاظ بهم.

- مواكبة العديد من دول العالم التي نقلت التكوين لدى الإطارات الشبه الطبية من مدارس المستشفيات إلى الجامعات والحصول على شهادات عليا في التمريض.

- إعادة النظر ومراجعة مناهج وبرامج التكوين في معاهد التكوين العالي للشبه الطبي وفي المؤسسات الصحية والتركيز على المهارات المطلوبة لتقديم خدمات ورعاية تمريضية ذات جودة.

- إنشاء مجلس أخلاقيات المهنة الذي من صلاحياته تنظيم ممارسة مهنة التمريض.

- إنشاء مرصد وطني للمهنة في الصحة من أجل الإشراف بالمهنة في الصحة ومعرفة حاجات المؤسسات الصحية من حيث الموارد البشرية كما وكيفا.

- بعث من جديد مدرسة إعادة الإدماج المهني للشبه الطبيين في المؤسسات والمراكز الاستشفائية الجامعية.



## قائمة المراجع

## قائمة المراجع

تم تحرير المراجع حسب معايير الجمعية الأمريكية لعلم النفس، الطبعة السادسة، أوت 2010.

- ابن منظور. (1988). لسان العرب المحيط، المجلد السادس، [ن، ي]، دار الجيل: بيروت.

- أحمد زايد. (2006). علم الاجتماع: النظريات الكلاسيكية والنقدية. القاهرة: نهضة مصر للنشر والتوزيع.

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 20 ماي 2007

والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية/ العدد 33.

- المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 15 ربيع عام 1432 الموافق 20 مارس والمتضمن القانون

الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية/العدد 17.

- المنجد في اللغة والإعلام. (1986). دار المشرق، بيروت.

- أمحمد، تيغزة. (2011). إختبار صحة البنية العاملية للمتغيرات الكامنة في البحوث: منحى التحليل

والتحقيق، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

- أمر رقم 06-03 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006، يتضمن القانون

الأساسي العام للتوظيف العمومية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية/ العدد 46.

- جريدة السلام اليوم، الجزائر مقبلة على أزمة مرضين، يوم 22 يناير 2014، المقال من تقديم ورقلي. ن،

العدد 843.

- جوردون، مارشال. (2008). موسوعة علم الاجتماع، المجلد الأول، ترجمة محمد الجوهري وآخرون، الطبعة

الثانية، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة، مصر. (المؤلف الأصلي نشر في سنة 1998).

- حسين، محمد علوي. (1988). نحو توافق أفضل بين خصائص الفرد وبيئتي العمل والتنظيم، مجلة العلوم الإجتماعية، الكويت.

- سعيد التل وزملائه. (1993). المرجع في مبادئ التربية. دار الشروق للنشر والتوزيع: عمان.

- سيجموند، فرويد. الأنا والهو. (ترجمة محمد عثمان النجاتي). الطبعة الرابعة. بيروت/القاهرة: دار الشروق. (المؤلف الأصلي نشر سنة 1961 بأمريكا).

- عبد الكريم، بوحفص. (2013). الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج (SPSS)، الجزء الأول والثاني، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

- عقلي، عمر وصفي. (2009). إدارة الموارد البشرية المعاصرة: بعد إستراتيجي، الطبعة الثانية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

- كبا، ف.، دوروتي، ج. (2010). علم الاجتماع، من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية: أعلام وتواريخ وتيارات (ترجمة إياس حسن). دمشق: دار الفرقد. (المؤلف الأصلي نشر في عام 2000).

- محمد برايج. (1994). حتمية التكيّف لأداء العمل، رسالة ماجستير في علم النفس، تحت إشراف أحمد معروف، جامعة وهران.

- محمود مهدي، البياتي. (2005). تحليل البيانات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) : معالجة البيانات مع إختبار شروط التحليل وتفسير النتائج. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- معن، خليل العمر. (2006). معجم علم الاجتماع المعاصر، دار الشروق للنشر والتوزيع: الأردن.

- موريس أنجروس. (2010). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، الطبعة الثانية. الجزائر: دار القصبه للنشر. (المرجع الأصلي نشر في سنة ).

- ياسر فتحي، الهنداوي المهدي. (2009). تطوير عملية التنشئة التنظيمية لمعاوني هيئة التدريس الجدد بجامعة عين شمس في ضوء خبرات بعض الجامعات الأجنبية، مجلة التربية، الجمعية المصرية للتربية، المقارنة والإدارة التربوية، العدد 25.

- **Adkins, Cheryl L.** (1995). Previous Work experience and organizational socialization: A longitudinal examination. *The Academy of Management Journal*, 38(3), 839-862. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/56748> .
- **Alan M. Saks, David, A. Waldman.** (1998). The relationship between age and job performance evaluations for entry-level professionals. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 409-419. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/3100155>.
- **Allen, J. Nathalie & Mayer, J.** (1990). Organizational socialization tactics : A longitudinal analysis of links to newcomers commitment and role orientation. *The academy of management journal*, 33(4), 847-858. En ligne : <http://www.jstor.org/stable/256294> .
- **Albéric, Hounounou.** (2007). *Sociologie et société*. Rosny : Bréal.
- **Anakwe, Uzoamaka P. & Greenhaus, Jeffrey H.** (1999). Effective socialization of employees: socialization content perspective. *Journal of Managerial Issues*, 11(3), 515-329. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/40604274>.
- **Ann, Rhéaume, Noelline Lebel et Gèrène Gautreau.** (2008). L'intention de demeurer en poste chez les nouvelles infirmières diplômées du Nouveau Brunswick. *Revue de l'université de Moncton*, 39 (1-2), 169-197. En ligne : <http://id.erudit.org/iderudit/039846ar>.
- **Anne-Claude, Allin-Pfister.** (2011). *le guide du formateur : une approche par compétences*. France. Editions Lamarre.
- **Annick, Weil-Barais, Dominique, Cupa** (2008). *100 fiches de psychologie*. (2è éd.). Paris : Bréal.
- **Anusorn Singhapakdi, M. Joseph Sirgy, Dong-Jin Lee, Kalayanee Senasu, Grace, B. Yu, Amiee Mellon Nisius.** (2014). Gender disparity in job satisfaction of Western versus Asian managers. *Journal Of Business Research*, 67, 1257-1266. En ligne: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2013.04.004>.

- **Assâad, A. M., Nathalie, N. R.** (2014). Les antécédents relationnels, organisationnels et individuels de la socialisation des nouvelles recrues. *Management*, 17(5), 317-345. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-management-2014-5-page-317.htm>.
- **Bandura, Albert.** (2007). *Auto-efficacité* (Jacques lecomte, trad.). 2<sup>ème</sup> édition. Paris : De boeck. (Euvre originale publiée en 1997).
- **Barbery J., Louche, C., Moliner, P.** (2006). Théorie du noyau central et transformation des cultures organisationnelles à l'occasion d'une fusion : *psychologie de travail et des organisations* (elsevier), 12 (3), 201-210. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pto.2006.06.005>.
- **Barrik , Murray, Mount, Michel K. and Timothy Judge.**(2001). Personality and performance at the begining of the new millennium what do we know and where do we go next ?*International Journal of selection and Assessment*, 9 (1/2), 9-30.
- **Bartlett, H., Simonite, V., Westcott, E., Taylor, H.** (2000). A comparaison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 369-381. En ligne:
- **Bauer, T. N., Bodner, T., Tucker, J. S., Erdogan, B., & Truxillo, D. M.** (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: A meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology*, 92, 707–721. En ligne: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.92.3.707>.
- **Bauer, T. N., Morrison, E. W., & Callister, R. R.** (1998). Organizational socialization: A review and directions for future research. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 149–214. En ligne : <http://www.researchgate.net/publication/44019010>.
- **Bheshtifar, B., Rashidi, M., Nekoi-Moghadam, M.** (2011). Study of organizational socialization and its relationship on employees' performance. *African Journal of Business Management*, 26 (5), 10540-1044. En ligne: <http://www.academicjournals.org/AJBM>.
- **Blake, E. Ashforth and Alan, M. Saks.** (1996). Socialization Tactics: Effects on Newcomer Adjustment: *The Academy of Management Journal*, 39 (1), 149-178. En ligne : <http://www.jstor.org/stable/256634> .
- **Bonnewitz, P.** (2008). *De la division du travail social, Émile Durkheim*. In François Avril (Eds.) ,*100 fiches de lecture en économie, sociologie, histoire et géographie économiques* (pp. 108-113), Rosny : Bréal.
- **Boutefnouchent, M.** (2004). *Introduction a la sociologie : les fondements*. Alger : OPU.

- **Brigitte, C., Commeiras, N., Peyrat-Guillard, D., Roussel, P.** (2007). La performance individuelle au travail et ses déterminants psychologiques. In Sylvie Saint-Onge et victor Haines (Eds), *Gestion des performances au travail : Bilan des connaissances*, (pp. 97-150). Paris : De Boeck et Larcier.
- **Carré, Philippe.** (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? In de l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle autour de l'œuvre d'albert Bandura (Eds), *Savoirs revue internationale de recherches en éducation des adultes, Hors-série*, (pp.9-50). Paris : l'harmattan.
- **Chapey, Jean-Luc.**(2010). Les perspectives d'évolution du métier d'infirmier(e). in Jean-Louis Olive et Mohamed Mebtoul (Eds), *le soin, Sociomorphose : journée d'étude des 27 et 28 janvier 2010, Perpignan-Oran* (pp. 55-64). Perpignan : presse universitaire de perpignan.
- **Charles-Henri, Besseyer des Horts.** (2011). *RH au quotidien : 100 fiches*. Paris: Dunod.
- **Claude, Dubar.** (1996). La socialisation : paradigmes, methodes et implications théoriques. In Bernard Francq et Christian Maroy (Eds), *Formation et socialisation au travail*, (pp.25-39). Paris : De Boeck et Larcier.
- **Cohen, A., Veled-Hecht, A.** (2010). The relationship between organizational socialization and commitment in the workplace among employyes in long-term nursing care facilities. *Personnel Review*, 39(5), 537-556. En ligne: <http://dx.doi.org/10.1108/00483481011064136>.
- **Collectif SFAP.** (2007). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Elsevier-Masson.
- **David T. Cowan, Jenifer Wilson-Barnett, Ian J. Norman, Trevor Murells.** (2008). Measuring nursing competence development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 902-913. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>.
- **Delphine, Lacaze.** (2001). *Le rôle de l'individu dans La socialisation organisationnelle, le cas des employés dans les services de restauration rapide et de grande distribution*. Thèse de doctorat en science de gestion, université D'AIX-Marseille 3.
- **Delphine Lacaze.** (2005). La socialisation organisationnelle: comportement organisationnelle, Volume 1, Contrat psychologique, émotion au travail, socialisation organisationnelle. In Delobbe, Olivier Herrbach et Karim, *méthodes et recherches* (pp.273-341). Paris : Edition Deboek.

- **Delphine, Lacaze.** (2007). La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de la socialisation organisationnelle. *Management et Avenir*, 14(4), 9-24. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-4-page-9.htm>.
- **Denise, H. Reid.** (2011). The Experienced critical care RNs perception of new graduate RNs competence in critical care using Benner's novice to expert. A thesis submitted to the faculty of gardner-webb university school of nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in nursing. Proquest. LLC. United States.
- **Depolo, M., Fraccaroli, F., Sarchielli, G.** (1994). Le décalage entre attentes et réalité dans le processus de socialisation au travail. *Le travail Humain*, 57 (2), 132-143. En ligne : <http://www.jstor.org.www.sndll.arn.dz/stable/40659845>.
- **Dionne, Sophie et Anne, Rhéaume.** (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le context des réforme de la santé au nouveau-Brunswick. *Revue de l'université de Moncton*, 39(1-2), 199-223. En ligne : [DOI : 10.7202/039847ar](https://doi.org/10.7202/039847ar).
- **Dortier, J.F.** (2008). *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris : diffusion seuil.
- **Dubar, Claude.** (2000). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- **Estryrn-Behar M., Le Nezet O.** (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmières. *Soins cadre*, 2, 2-14.
- **Estyrn-Behar, M., Béatrice, I.J.M. Van, Der Heijden, Clémentine, Fry & Hans-Martin, Hsselhorn.** (2010). analyse longitudinal des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers* 103, 29-45. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-4-page-29.htm>.
- **Fabre, C. et Roussel, P.** (2013). L'influence des relations interpersonnels sur la socialisation organisationnelle des diplômés. *Revue de gestion des ressources humaines*, 87(1), 3-22. En ligne : [DOI : 10.3917/grhu.087.0003](https://doi.org/10.3917/grhu.087.0003).
- **Feldman D.C.** (1976). A contingency theory of socialization, *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 433-452. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/2391853> .
- **Feldman, D. C.** (1976). A pratical program for employee socialisation. *Organizational Dynamics*, 5 (2), 64-80.

- **Feldman, D. C.** (1981).the Multiple Socialization of Organization Members. *The Academy of Management Review*, 6(2), 309-318. En ligne : <http://www.jstor.org/stable/257888>.
- **Formalier, Monique.** (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherches en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.
- **François, P. H.** (2007). Orientation, vie professionnelle et conseil individuel. In Jean-Luc Bernaud et Claude Lemoine (Eds), *traité de psychologie du travail et des organisations*, (pp. 15-100), 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Dunod.
- **Françoise, Acker.** (2009). Comment disposer des ressources professionnelles de demain ? Questions pour le recrutement des infirmières en France. In Marie-Thérèse Rapiiau et Jean Riondet (Eds), *Le « Recrutement » des infirmières : De la formation aux pratiques d'une profession de santé : Regards croisés et analyses comparées entre pays*, (pp.90-111). Paris : L'harmattan (Logiques sociales).
- **Georges Philippe, Brabant.**(1979). *Clefs pour la psychanalyse*. 8<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Seghers.
- **Gilles, Ferréol.** (2010). *Grand domaines et notions clés de la sociologie*. Paris : Armand Colin.
- **Guerfel-Henda, S., El Abboubi, M., atima El Kandoussi, F.** (2012). La socialisation organisationnelle des nouvelles recrues. *Revue interdisciplinaire sur le management et l'humanisme (RIMHE)*, 04, 57-73. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-rimhe-2012-4-page-57.htm>.
- **H. Eugene, B., Feldman, C.D.** (1991). Linking organizational socialization tactics with corporate Human resource management stratégies, *Human Resource Management Review*, 1(3), 193-202.
- **Holton, E. F.** (1995). College graduates' experiences and attitudes during organizational entry, *Human Ressource Development Quarterly*, (6)1, 59-78.
- **Huda M. Al-Makhaita, Amr A. Sabra, Ahmed S. Hafez.**(2014). Job performance among nurses working in two different health care levels, eastern Saudi Arabia: A comparative study.*International Journal of Medical Science and Public Health*, 3, 832-837.
- **Huey-Ming, T.** (2004). Nurse's self-assessment of their nursing competencies, job demands and performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 487-496. En ligne: [www.elsevier.com/locate/ijnustu](http://www.elsevier.com/locate/ijnustu).



- **Jill, A. Haueter, Therese, H. Macan, Joel, winter.** (2003). Measurement of newcomer socialization: Construct validation of multidimensional scale: *Journal of vocational behavior*, 63, 20-39.
- **Jonas, Masdonati.** (2007). *la transition entre école et monde de travail : Préparer les jeunes à entrer en Formation.* Berne : Peter Lang SA, Editions Scientifiques internationales.
- **Jouanchin, Nelly.** (2010). Le stage d'application dans la formation infirmière, représentations et implications professionnelles des auteurs : Futures infirmiers, formateurs et responsables/ Tuteurs de stage. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 42-64. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-2-page-42.htm>.
- **Karen, Mills, Marion Relf.** (1994). Evolution des soins infirmiers de santé publique. *Canadian Journal of Public Health*, 85 (3), 154-155. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/41991136> .
- **Kempf, C. Florence.** (1994). Evaluating the performance of nursing personnel: A cooperative project develop evaluation forms benefits the nursing staff, supervisory personnel, and the hospital administration. *The American Journal of Nursing*, 49(11), 707-711. En ligne: <http://www.jstor.org/stable/3467903> .
- **Lagraa, I. K.** (2010). L'identité professionnelle des infirmières au service des urgences médico-chirurgicales d'Oran, thèse de magistère en sociologie, faculté des sciences sociales, université d'Oran 2.
- **Le petit Larousse illustré.** (2009). Paris.
- **Le petit Robert 1.** (1992). *Dictionnaire alphabétique de la langue française.* Paris.
- **Lemire, L., Gaétan M.** (2007). *Gestion ressources humaines.* Canda : presse de l'université du Québec.
- **Longtin, M., Richard, L. et Bisailon, A.** (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière, *recherches en soins infirmiers*, 4 (87), 4-15.
- **Louis, M.R., B.Z. Posner and G.N. Powell.** (1983). The availability and helpfulness of socialization practices. *Personnel Psychology*, 36, 857-866.
- **Luthans Fred and Davis V. Tim.** (1979). Behavioral self-mangement; the messing link in managérial effectiveness. *Organizational Dynamics*, 8(1), 42-60.

- **Machado,T., Desrumaux P. et Van Droogenbroeck.** (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être : Etude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie*, 1(541), 19-34.
- **Marco, Tomietto, Cristina, M., Rappagliosi, Riccardo Sartori and Adalgisa, Battistelli.** (2014). Clinical learning in nursing education as a factor to enhance organizational socialization in newcomer nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (8), 1-8.
- **Marilyn, H. Oermann.** (1996). Research on teaching in the clinical setting. In Kathleen R. Stevers (Ed), *Review of research in nursing education*, 7, 91-127. New York : National League for Nursing.
- **Martineau, S., Portelance, L., Presseau, A.** (2009). La socialisation au travail comme indicateur de développement professionnel : Analyse des approches basées sur la mesure. *Questions vives*, 5(1), 243-258.
- **Menard, Jean-Yves.** (2004). De L'insertion à l'intégration dans l'entreprise. In **Christine, Bonardi, Nicolas Grgori, Jean-Yves Menard et Nicolas Roussiau** (Eds), *psychologie sociale appliquée : Emploi, travail et ressources humaines*, (pp. 21-41). Paris : In Press Editions.
- **Mrayyan, T. Majd, Al-Faouri, Ibrahim.** (2008). Career commitment and job performance of Jordanian Nurses. *Nursing Forum*, 43 (1), 24-36.
- **Mrayyan, T. Majd, Al-Faouri, Ibrahim.** (2008). Nurses' career committment and job performance : differences between intensive care units and wards. *Journal of Research in nursing*, (13)1, 38-51.
- **Naamat Messmer-Al Abed.** (2011). Promotion de la santé et formation infirmières quels défis ? cas de l'infirmière dans une haute école de santé (HSE) Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, 106 (3). 120-129.
- **Nicolas, Vignier.** (2013). *Soins infirmiers et gestion des risques, soins éducatifs et préventifs, qualité des soins et évaluation des pratiques*. Paris : Elsevier-Masson.
- **Nicole, Aubert et Vincent, De Gaulejac** (2007). *Le cout de l'excellence*. Paris : éditions du Seuil.
- **Nicole-Drancourt, Chantal.** (1994). mesurer l'insertion professionnelle in : *revue Française de sociologie*, 35 (1), 37-68.

- **OCDE.** (2007). *Les personnels de santé immigrés dans les pays de L'OCDE dans le contexte générale des migrations de travailleurs hautement qualifiés*. Perspectives des migrations internationales.
- **Osman, Ibrahim H., Berbary Lynn N., Yusuf Sidani, Baydaa Al-Ayoubi, & Ali Emrouznejad.** (2011). Data envelopment analysis model for the appraisal and relative performance evaluation of nurses at an intensive care unit. *J. Mde Sys*, 35, 1039-1062.
- **Peretti, Jean-Marie.** (2004). *Gestion Ressources Humaines*. Paris : Vuibert.
- **Peretti, Jean-Marie.** (2011). *Ressources Humaines*, (13<sup>ème</sup> éd.). Paris : Vuibert.
- **Peter, B., Thomas, L.** (2003). *La construction sociale de la réalité* (Pierre Taminiaux, Trad.). 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Armand Colin. (Œuvre originale publiée en 1966).
- **Philippe Steiner.** (2005). *L'école Durkheimienne et l'économie politique : sociologie, religion et connaissance*. Genève : librairie DROZ.
- **Piaget, Jean.**(1973). *Biologie et connaissance*. Saint-Amand : Edition Gllimard.
- **Pu Yuxiu, Wipada Kunaviktikul and Pestsunce Thungjaroenkul.** (2011). Job characteristic and job performance among professional nurses in the university hospitals of people's republic of china. *CMU.J.Nat.Sci.*, 10(2), 171-180.
- **Raymond B., Bourricaud F.** (1994). *Dictionnaire critique de la sociologie*. 4<sup>ème</sup> edition. Paris: PUF.
- **Reada Fawzi Abu AlRub.**(2004). Job stress, job performance and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1),73-78.
- **Reichers A.E., J.P Wanous, K. Steele.** (1994). Design and implementation issues in socialising (and resocialising) employees. *Human Resource Planning*, 17 (1), 17-25. En ligne:
- **Reio, G. Thomas and Callahan, L.** (2004). Affect, Curiosity and socialization related learning : Path analyse of antecedents to Job performance. *Journal of business and psychology*, 19(1), 3-22.
- **Ronald H. Heck.** (1995). Organizational and professional socialization: Its impact on the performance of new administrators. *The urban review*, 27(1), 31-49.
- **Rush, K.L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., Janke, R.** (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 50 (3), 345-356. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>.

- **Sainsaulieu, R.** (2014). *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. France : 4<sup>ème</sup> édition, presse de la fondation nationale des sciences politiques.
- **Sandrine, Caroly.** (2012). Groupes et collectifs de travail. In **Marc-Eric Bobillier-Chaumon** et **Philippe Sarnin** (Eds), *Manuel de psychologie du travail et des organisations : les enjeux psychologiques du travail*, (pp. 261-280). Bruxelles: de boeck.
- **Schein, Edgar H.** (1963). Organizational socialization in the early career of Industrial managers, *Massachusetts institute of technology*.
- **Serge Perrot.** (2006). L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés : les facteurs de réussite ou d'échec. In Michel Kalika et Pierre Romelaer (Eds), *Recherches en management et organisation*, (pp.313-340). Paris : Edition Economica.
- **Serge Perrot.** (2008). Evolution du niveau de socialisation organisationnelle selon l'ancienneté : une analyse des premiers mois dans l'entreprise. *M@n@gement*, 11(3), 231-258. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-management-2008-3-page-231.htm>.
- **Serge, Paugam.** (2007). *Le salarié de la précarité : les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Paris : Puf.
- **Shirly, J. Kiimball, Geraldine, Pardee and Elaine, Larson.** (1971). Evaluation of staff performance. *The american Journal of Nursing*, 71(9), 1744-1746. En ligne : <http://www.jstor.org/stable/3422022>.
- **Sigmud, Freud.** (1979). Essais de psychanalyse (A. Hesnard, trad.). Paris : petite bibliothèque payot.
- **Taormina, R.J.** (1997). Organizational socialization: multidomain, continuous process model. *International Journal of selection and assessment*, 5(1), 29-49.
- **Thomas Gay.** (2006). *L'indispensable de la sociologie*. 2<sup>ème</sup> édition. France: Groupe Studyrama.
- **Tonnis, Ferdinand.**(2010). *Connunauté et société : catégories fondamentales de la sociologie pure* (N. Bond, S. Mesure, trad.). Paris : PUF. (oeuvre original publié en 1887).
- **Uwamariya A. et Mukamurera J.**(2005). Le concept de développement professionnel en enseignement : Approches théoriques. *Revue de sciences de l'éducation*, 31(1), 133-155.
- **Wilfrid, A., Causer, J.** (2015). Développer l'identité professionnelle. Utilisateurs et identités en Management des Systèmes d'Information : étude exploratoire dans deux

entreprises industrielles en restructuration. *Revue Internationale de psychosociologie et de Gestion des Comportement organisationnel*, 11(52), 211-234.

- **Rizzo, J.R, Housse, R. J, Litrtzman, S.I.** (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative science Quarterly*, 15, 150-163.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس التشبُّه التنظيمية لجيل هوثر وزملائها (2003)

<b>Organization socialization</b>	
01	I know the specific names of the products/services produced/provided by this organization
02	I know the history of this organization (e.g., when and who founded the company, original products/services, how the organization survived tough times).
03	I know the structure of the organization (e.g., how the departments fit together).
04	I understand the operations of this organization (e.g., who does what, how sites, subsidiaries and/or branches contribute).
05	I understand this organization's objectives and goals.
06	I understand how various departments, subsidiaries, and/or sites contribute to this organization's goals.
07	I understand how my job contributes to the larger organization.
08	I understand how to act to fit in with what the organization values and believes
09	I know this organization's overall policies and/or rules (e.g., compensation, dress code, smoking, travel expense limitations).
10	I understand the internal politics within this organization (e.g., chain of command, who is influential, what needs to be done to advance or maintain good standing).
11	I understand the general management style (e.g., top-down, participative) used in this organization.
12	I understand what is meant when members use language (e.g., acronyms, abbreviations, nicknames) particular to this organization.
<b>Group socialization</b>	

01	I understand how my particular work group contributes to the organization's goals.
02	I know my work group's objectives.
03	I understand the relationship between my group and other groups.
04	I understand the expertise (e.g., skill, knowledge) each member brings to my particular work group).
05	I understand how each member's output contributes to the group's end product/service.
06	I understand what the group's supervisor expects from the work group.
07	I understand the group supervisor's management style (e.g., hands-on, participative).
08	I know my work group role.
09	When working as a group, I know how to perform tasks according to the group's standards.
10	I know the policies, rules, and procedures of my work group (e.g., attendance, participation).
11	I understand how to behave in a manner consistent with my work group's values and ideals.
12	I understand the politics of the group (e.g., who is influential, what needs to be done to advance or maintain good standing).
Task socialization	
01	I know the responsibilities, tasks and projects for which I was hired.
02	I understand how to perform the tasks that make up my job.
03	I understand which job tasks and responsibilities have priority.
04	I understand how to operate the tools I use in my job (e.g., voice mail, software, programs, machinery, broom, thermometer).
05	I know how to acquire resources needed to perform my job (e.g., equipment, supplies, facilities).



06	I know who to ask for support when my job requires it.
07	I know who my customers (internal and external) are.
08	I know how to meet my customer's needs.
09	I know when to inform my supervisor about my work (e.g., daily, weekly, close to deadlines, when a request is made).
10	I know what constitutes acceptable job performance (i.e., what does my supervisor and/or customers expect from me).
11	In the course of performing my job, I understand how to complete necessary forms/paperwork (e.g., time sheets, expense reports, order forms, computer access forms).

الملحق رقم (02): مقياس الأداء المهني ذو الستة أبعاد لبتريسيا شويرين (1978)

### Six-Dimension scale of Nursing Performance (-6D scale) Schwirian

#### Performance of Nursing Behaviors

<b>Leadership</b>	
01	Give praise and recognition for achievement of those under your direction.
02	Delegate responsibility for care based on assessment of priorities of nursing care needs and the abilities and limitation of available health care personnel.
03	Guide other health team members in planning for nursing care.
04	Accept responsibility for the level of care provided by those under your direction.
05	Remain in open to the suggestions of those under your direction and use them when appropriate.
<b>Critical care</b>	
01	Perform technical procedures : e.g., oral suctioning, tracheostomy care, intravenous therapie, catheter care, dressing changes, etc.
02	Use mechanical devices : e.g., suction, Gomco, cardiac monitor, respirator, etc.
03	Give emotional support to family of dying patient.
04	Perform appropriate measures in emergency situations.
05	Perform nursing care required by critically ill patients.
06	Recognize and meet the emotional needs of a dying patient.
07	Functions calmly and competently in emergency situations.
<b>Teaching/Collaboration</b>	
01	Teach a patient's family members about the patient's needs.
02	Teach preventive health measures the patients and their families.

03	Identify and use community resources in developing a plan of care for a patient and his family.
04	Adapt teaching methods and materials to the understanding of the particular audience : e.g., age of patient, educational background, and sensory deprivation.
05	Develop innovative methods and materials for teaching patients.
06	Promote the use of interdisciplinary resource persons.
07	Use teaching aids and resource materials in teaching patients and their families.
08	Encourage the family to participate in the care of the patient.
09	Identify and use resources within your health care agency in developing a plan of care for a patient and his family.
10	Communicate facts, ideas, and professional opinions in writing to patients and their families.
11	Plan for the integration of patient needs with family needs.
<b>Planning/Evaluation</b>	
01	Coordinate the plan of nursing care with the medical plan of care.
02	Identify and include in nursing care plans anticipated changes in patient's condition.
03	Evaluate results of nursing care.
04	Develop a plan of nursing care for a patient.
05	Initiate planning and evaluation of nursing care with others.
06	Identify and include immediate patient needs in the plan of nursing care.
07	Contribute to de plan of nursing care the patient.
<b>Interpersonal relation/Communication</b>	
01	Promote the inclusion of the patient's decisions and desires concerning his care.

02	Communicate a feeling of acceptance of each patient and a concern for the patient's Welfare.
03	Seek assistance when necessary.
04	Help a patient communicate with others.
05	Verbally communicate facts, ideas, and feelings to other health team.
06	Promote the patient's right to privacy.
07	Contribute to an atmosphere of mutual trust, acceptance, and respect among other health team members.
08	Explain nursing procedures to a patient prior to performing them.
09	Use nursing procedures as opportunities for interaction with patients.
10	Contribute to productive working relationships with other health team members.
11	Help a patient meet his emotional needs.
12	Use opportunities for patient teaching when they arise.
<b>Performance Of Professional Development Behaviors</b>	
01	Use learning opportunities for on-going personal and professional growth.
02	Display self- direction.
03	Accept responsibility for own actions.
04	Assume new responsibilities within the limit of capabilities.
05	Maintain high standards of self-performance.
06	Demonstrate self-confidence.
07	Display a generally positive attitude.
08	Demonstrate knowledge of the legal boundaries of nursing.
09	Demonstrate knowledge of the ethics of nursing.
10	Accept and use constructive criticism.

## الملحق رقم (03): استبيان التحكيم

### طلب تحكيم

أستاذي الفاضل، أستاذتي الفاضلة

إستكمالا للدراسات ما بعد التدرج للحصول على شهادة الدكتوراه علوم في تخصص علم النفس العمل والتنظيم/ تسيير الموارد البشرية، يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "التنشئة التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني لدى الممرضين في المراكز والمؤسسات الإستشفائية والصحة الجوارية بوهرا". نرجو من سيادتكم المحترمة تحكيم هذين الإستبيانين وإبداء آرائكم وتوجيهاتكم من حيث الصدق والوضوح وسلامة الصياغة.

التقديرات الكمية حسب سلم ليكرت

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	فقرات الاستبيان
5	4	3	2	1	التقدير

التحكيم			البعد	الفقرات	
الملاحظة	لا تقيس	تقيس			
			النشئة الاجتماعية للتنظيم	أعرف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية التي أعمل بها	01
				أعرف تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلاً سنة التأسيس....	02
				أعرف الهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح	03
				أدرك اجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحقات التابعة لها	04
				أدرك أهداف وغايات المؤسسة الصحية	05
				أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية	06
				أعي كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية	07
				أستطيع التكيف مع قيم ومعايير المؤسسة الصحية التي أعمل بها	08
				أعرف السياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... الخ	09
				أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة، أو المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة	10
				أدرك أسلوب التسيير داخل المؤسسة مثل التسيير التشاركي، التسيير المركزي	11
				أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضماضات.....	12

			النشئة الاجتماعية للجماعة	13	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة	
				14	أعرف أهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه	
				15	أدرك العلاقة بين فريق العمل الذي أعمل معه والفرق الأخرى	
				16	أدرك قيمة المضافة لخبرة كل فرد داخل الجماعة مثل المهارات ومعارفه	
				17	أعلم أن الجهد المقدم من كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى	
				18	أدرك ما ينتظره المشرف من فريق العمل	
				19	أفهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة (تعاوني، تشاركي)	
				20	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه	
				21	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة	
				22	اعرف معايير، قواعد وإجراءات فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... الخ)	
				23	أستوعب الطريقة التي تجعل سلوكي يتطابق مع قيم وأفكار فريق العمل	
				24	أفهم سياسة فريق العمل (مثلا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)	
				النشئة الاجتماعية للعمل	25	أعرف المسؤوليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة
					26	أعرف كيفية تطوير مهامي التي تتطلبها وظيفتي
			27		أدرك المهام والمسؤوليات ذات الأولوية في عملي	
			28		أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	
			29		أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	
			30		أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	
			31		أتعرف على كل المرضى الذين تقدموا إلى المصلحة من أجل العلاج	

				أستطيع تلبية حاجات المرضى	32
				أعرف متى أطلع مشرفي عن مهماتي المنجزة (يوميًا، أسبوعيًا، عندما يطلب مني ذلك)	33
				أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمريض مني)	34
				عند القيام بمهامي، أفهم الكيفية التي تملئ بها الوثائق مثل تقارير النفقات الخ....	35



التحكيم	البعء	الفقرات	
	القيادة	أحظى بالمكافئات والاعتراف على أدائي الجيد من طرف الإدارة	01
		أقوم بتفويض مسؤوليات العلاج على أساس تقييم أولويات احتياجات الرعاية التمريضية وحسب قدرات الممارسين في الصحة	02
		أوجه أعضاء فريق العلاج في إعداد مخطط الرعاية الصحية	03
		أتحمل المسؤولية عن العلاجات المقدمة من طرف المرضى تحت إدارتي.	04
		أخذ بعين الاعتبار كل اقتراحات الأفراد الذين هم تحت إشرافي	05
	العلاجات الحرجة	أحسن القيام بالإجراءات والمهام التقنية للتمريض مثل: الحقن الخاصة بالوريد، تغيير الضمادات..... الخ	06
		أحسن استخدام التجهيزات والمعدات الطبية مثل جهاز التنفس الاصطناعي.....	07
		أقدم الدعم المعنوي الى عائلة المريض المتوفى	08
		أقوم بالتدابير المناسبة في الحالات الطارئة	09
		أقوم بالرعاية التمريضية المطلوبة للمرضى الذين هم في حالة حرجة	10
		أعترف وألبي الاحتياجات العاطفية الخاصة بالمريض وهو يحتضر	11
		أعمل بجدوء وبكفاءة في الحالات الاستعجالية	12
	التعليم والتعاون	أقدم النصائح الى أفراد أسرة المريض عن احتياجاته 245	13
		أعلم التدابير الصحية الوقائية للمرضى وأقاربهم	14

				أحدد واستخدم المعلومات الاجتماعية الضرورية لتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض وأسرته	<b>15</b>
				أقوم باستخدام المعلومات والمناهج النظرية لفهم الخصائص الشخصية للمريض مثل السن، المستوى التعليمي، الاحتياجات النفسية (الحرمان العاطفي)	<b>16</b>
				أقوم بتطوير وابتكار مناهج ووسائل جديدة لتوعية المريض	<b>17</b>
				أشجع عمل المهنيين ذوي الخبرات ومن مختلف التخصصات	<b>18</b>
				أستخدم الدعائم التربوية والوثائق لتوعية المريض وأسرته	<b>19</b>
				أشجع مشاركة الأسرة في التكفل بعلاج المريض	<b>20</b>
				أحدد واستخدم الموارد المتاحة في وحدة الرعاية الصحية لوضع خطة علاج للمريض وأسرته	<b>21</b>
				أدون الوقائع والأفكار والآراء المهنية الخاصة بالمرضى وعائلاتهم	<b>22</b>
				أضع خطة لربط احتياجات المريض باحتياجات أسرته	<b>23</b>
			<b>التخطيط والتقييم</b>	أنسق بين اجراءات العلاج التمريضي وبروتوكول العلاج الطبي	<b>24</b>
				أحدد وأدرج في مخطط العلاج التمريضي التغيرات التي تطرأ على ظروف المريض	<b>25</b>
				أقيم نتائج العلاجات التمريضية	<b>26</b>
				أقوم بتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض	<b>27</b>
				أبادر بتخطيط وتقييم العلاجات التمريضية بالتنسيق مع الممارسين في الصحة الآخرين	<b>28</b>
				أحدد الاحتياجات الاستعجالية للمريض في مخطط الرعاية الصحية	<b>29</b>
				أساهم في إعداد خطة علاج تمريضية خاصة بالمريض	<b>30</b>

				أشجع المريض على إبداء آرائه ورغباته فيما يخص العناية الصحية التي أقدمها له	31
				أتقبل جميع المرضى وأهتم بارتياحهم النفسي	32
				أطلب المساعدة عند الضرورة	33
				أساعد المريض على التواصل مع الآخرين	34
				أعبر لفضيا عن مشاعري وأفكاري لزملائي في فريق العمل	35
				أحترم حقوق المريض وحياته الشخصية.	36
				أساهم في خلق جو من الثقة المتبادلة والقبول والاحترام بين أعضاء فريق العمل	37
				أشرح للمريض طريقة القيام بالعلاجات قبل تنفيذها	38
				استخدم إجراءات التمريض باعتبارها فرصا للتفاعل مع المرضى	39
				اساهم بعلاقات عمل مثمرة مع غيري من أعضاء الفريق الصحي	40
				أساعد المريض على تلبية احتياجاته العاطفية	41
				أستخدم الامكانيات والمعارف النظرية عند استقبال المرضى	42
			التطوير المهني	أستخدم معارف التكوين المتواصل في التنمية الشخصية والمهنية	43
				أعرف كيف أسير ذاتي	44
				أتقبل مسؤولية كل فعل أقوم به	45
				أتحمل المسؤوليات الجديدة في حدود القدرات الممكنة	46
				أحافظ على مستويات عالية من الأداء	47
				أظهر الثقة بالنفس	48

				لدي اتجاهات ايجابية على العموم	<b>49</b>
				لدي معرفة بالإجراءات القانونية لمهنة التمريض.	<b>50</b>
				لدي معرفة بأخلاقيات مهنة التمريض.	<b>51</b>
				أتقبل النقد البناء	<b>52</b>

الملحق رقم (04) التعديلات التي ترتبت عن تحكيم المقياس التنشئة التنظيمية

رقم	الفقرات قبل التحكيم	الفقرات بعد التحكيم
01	أعرف الخدمات التي تقدمها المؤسسة التي أعمل بها	لدي دراية بالخدمات المقدمة التي تقدمها المؤسسة التي أعمل بها
02	أعرف تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلاً سنة التأسيس....	أنا على اطلاع على تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلاً سنة التأسيس....
03	أعرف الهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح	لدي دراية بالهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح
04	أدرك اجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحقات التابعة لها	أدرك اجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحقات التابعة لها
05	أدرك أهداف وغايات المؤسسة الصحية	أدرك أهداف وغايات المؤسسة الصحية
06	أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة	أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة
07	أعرف كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة	أعرف كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة
08	أستطيع التكيف مع قيم ومعايير المؤسسة الصحية التي أعمل بها	أستطيع التكيف مع قيم ومعايير المؤسسة الصحية التي أعمل بها
09	أعرف السياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... الخ	أنا على دراية بسياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... الخ
10	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة، أو المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة، أو المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة
11	أدرك أسلوب التسيير داخل المؤسسة مثل التسيير التشاركي، التسيير المركزي	أدرك أسلوب التسيير داخل المؤسسة مثل التسيير التشاركي، التسيير المركزي

12	أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات.....	أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات.....
13	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة	أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة
14	أعرف أهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه	أعرف أهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه
15	أدرك العلاقة بين فريق العمل الذي أعمل معه والفرق الأخرى	أدرك العلاقة بين فريق العمل الذي أعمل معه والفرق الأخرى
16	أدرك قيمة المضافة لخبرة كل فرد داخل الجماعة مثل المهارات والمعارف	أدرك قيمة المضافة لخبرة كل فرد داخل الجماعة مثل المهارات ومعارفه
17	أعلم أن الجهد المقدم من كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى	أعلم أن الجهد المقدم من كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى
18	أدرك ما ينتظره المشرف من فريق العمل	أدرك ما ينتظره المشرف من فريق العمل
19	أفهم نمط تسيير المشرف لفريق عملي	أفهم نمط تسيير المشرف عن الجماعة (تعاوني، تشاركي)
20	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه	أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه
21	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة	أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة
22	أعرف معايير، قواعد وإجراءات سير فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... الخ)	أعرف معايير، قواعد وإجراءات فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... الخ)
23	أستوعب الطريقة التي تجعل سلوكي يتطابق مع قيم وأفكار فريق العمل	أستوعب الطريقة التي تجعل سلوكي يتطابق مع قيم وأفكار فريق العمل
24	أفهم سياسة فريق العمل (مثلا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)	أفهم سياسة فريق العمل (مثلا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)
25	أعرف المسؤوليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة	أعرف المسؤوليات والمهام والمشاريع التي وظفت من أجلها في المؤسسة

أعرف كيفية تطوير مهامي التي تتطلبها وظيفتي	أعرف كيفية تطوير كفاءتي التي تتطلبها وظيفتي	26
أدرك المهام والمسؤوليات ذات الأولوية في عملي	أدرك المهام والمسؤوليات ذات الأولوية في عملي	27
أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	28
أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	29
أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	30
أتعرف على كل المرضى الذين تقدموا إلى المصلحة من أجل العلاج	أتعرف على كل المرضى الذين تقدموا إلى المصلحة من أجل العلاج	31
أستطيع تلبية حاجات المرضى	أستطيع تلبية حاجات المرضى	32
أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يوميًا، أسبوعيًا، عندما يطلب مني ذلك)	أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يوميًا، أسبوعيًا، عندما يطلب مني ذلك)	33
أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمريض مني)	أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمريض مني)	34

جامعة محمد بن أحمد - وهران 2

كلية العلوم الإجتماعية  
قسم علم النفس والأرطوفونيا  
تخصص: علم النفس العمل والتنظيم  
الإختيار: تسيير الموارد البشرية  
(دكتوراه علوم)

أخي الممرض، أختي الممرضة،

إستكمالا للدراسات ما بعد التدرج للحصول على شهادة الدكتوراه علوم في تخصص علم النفس العمل والتنظيم/  
تسيير الموارد البشرية، يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "التنشئة التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني عند الممرضين في  
المراكز والمؤسسات الإستشفائية والصحة الجوارية بوهران"، نرجوا منكم المشاركة في هذه الدراسة وذلك قصد تحسين  
برامج التوجيه والتكوين في بداية الحياة المهنية وتحسين عملية الإدماج والأداء المهني للممرضين.

المتغيرات الشخصية:

1. الجنس:

ذكر

أنثى

2. العمر:

3. الحالة الاجتماعية:

أرمل (ة)

مطلق (ة)

متزوج (ة)

أعزب



#### 4. المستوى العلمي:

بكالوريا + 3 سنوات تكوين  ثانوي

#### 5. الرتبة المهنية:

- ممرض (ة) في الصحة العمومية
- ممرض (ة) حاصل على شهادة دولة في التمريض
- ممرض مؤهل
- مساعد (ة) في التمريض

#### 6. الخبرة المهنية:

7. المؤسسة: .....

8. المصلحة: .....

#### مقياس: التنشئة التنظيمية

رقم الفقرة	الفقرات	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	أوافق بشدة
ST27	أدرك المهام والمسؤوليات ذات الأولوية في عملي				
SO10	أفهم السياسة الداخلية للمؤسسة مثل التسلسل الهرمي للمؤسسة، و المحافظة على صورة جيدة للمؤسسة				
SO1	أعرف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية التي أعمل بها				
ST34	أدرك مردودية عملي المقبول ( يعني ما ينتظره المشرف والمرضى مني)				
SO7	أعرف كيف يساهم عملي في تحقيق أهداف المؤسسة				
	أنا على إطلاع على تاريخ المؤسسة التي أعمل بها مثلا				

					سنة التأسيس....	SO2
					أعرف استخدام الوسائل والمعدات للقيام بمهامي	ST28
					أنا على دراية بسياسة والنظام العام لمؤسستي مثل الأجور، البدلة... الخ	SO9
					لدي دراية بالهيكل التنظيمي للمؤسسة والكيفية التي تعمل بها المصالح	SO3
					أعرف كيفية تطوير كفاءتي التي تتطلبها وظيفتي	ST26
					أعرف معايير، قواعد وإجراءات فريق العمل مثل (المواظبة، المشاركة... الخ)	SG22
					أدرك اجراءات هذه المؤسسة مثل من يفعل ماذا، ومساهمة كل الملحققات التابعة لها	SO4
					أعرف كيفية الحصول على الموارد اللازمة لأداء وظيفتي	ST29
					أحسن أداء مهامي حسب معايير الجماعة	SG21
					أعرف المسؤوليات والمهام والمشاريع التي وظيفت من أجلها في المؤسسة	ST25
					أعرف متى أطلع مشرفي عن مهامي المنجزة (يوميًا، اسبوعيًا، عندما يطلب مني ذلك)	ST33
					أفهم سياسة فريق العمل (مثلًا، ما يجب عمله للحفاظ على سمعة المؤسسة، قائد الجماعة)	SG24
					أدرك أهداف وغايات مؤسستي	SO5
					أفهم نمط تسيير المشرف لفريق عملي	SG19
					أعلم أنّ الجهد المقدم من طرف كل فرد في فريق العمل يسهم في تحسين الخدمة الصحية للمرضى	SG17
					أعرف أهداف الخاصة لفريق العمل الذي أعمل معه	SG14
					أدرك دور فريق العمل الذي أعمل معه	SG20
					أفهم كيفية مساهمة المصالح في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية	SO6

					أستطيع تلبية حاجات المرضى	ST32
					أدرك القيمة المضافة لخبرة كل عضو داخل الجماعة مثل المهارات والمعارف	SG16
					أفهم رموز اللغة الخاصة المستعملة داخل المؤسسة الصحية مثل الحقن عن طريق الوريد، الضمادات	S012
					أفهم مساهمة فريق العمل الذي أعمل معه في تحقيق أهداف المؤسسة	SG13
					أعرف من أين أطلب المساعدة عندما تستلزم الضرورة	ST30

### الأداء المهني عند الممرضين

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	الفقرات	
					أقبل مسؤولية كل فعل أقوم به	PPD45
					أظهر الثقة بالنفس	PPD48
					أحافظ على مستويات عالية من الأداء	PPD47
					لدي اتجاهات ايجابية على العموم	PPD49
					أعرف كيف أسير ذاتي	PPD44
					أتحمل المسؤوليات الجديدة في حدود القدرات الممكنة	PPD46
					أقوم بالرعاية التمريضية المطلوبة للمرضى الذين هم في حالة حرجة	PC10
					أقبل النقد البناء	PPD52
					لدي معرفة بأخلاقيات مهنة التمريض	PPD51
					أشرح للمريض طريقة القيام بالعلاجات قبل تنفيذها	PIPR38
					أشجع مشاركة الأسرة في التكفل بعلاج المريض	PTC20
					أقوم بالتدابير المناسبة في الحالات الطارئة	PC9
					أقوم بتطوير وابتكار مناهج ووسائل جديدة لتوعية	PTC17

					المريض	
					أقوم باستخدام المعلومات والمناهج النظرية لفهم الخصائص الشخصية للمريض مثل السن، المستوى التعليمي، الاحتياجات النفسية (الحرمان العاطفي)	PTC16
					أحدد الاحتياجات المستعجلة للمريض في مخطط الرعاية الصحية	PPE29
					أستخدم الامكانيات والمعارف النظرية عند استقبال المرضى	PIPR42
					أبادر بتخطيط وتقييم العلاجات التمريضية بالتنسيق مع الممارسين في الصحة الآخرين	PPE28
					أشجع عمل المهنيين ذوي الخبرات ومن مختلف التخصصات	PTC18
					أقوم بتفويض مسؤوليات العلاج على أساس تقييم أولويات احتياجات الرعاية التمريضية وحسب قدرات الممارسين في الصحة	PL2
					أوجه أعضاء فريق العلاج في إعداد مخطط الرعاية الصحية	PL3
					أساهم في إعداد خطة علاج تمريضية خاصة بالمريض	PPE30
					أخذ بعين الاعتبار كل اقتراحات الأفراد الذين هم تحت اشرافي	PL5
					أستخدم الدعائم التربوية والوثائق لتوعية المريض وأسرته	PTC19
					أحسن القيام بالإجراءات والمهام التقنية للتمريض مثل: الحقن الخاصة بالوريد، تغيير الضمادات..... الخ	PC6
					أساهم بعلاقات عمل مثمرة مع غيري من أعضاء الفريق الصحي	PIPR40
					أحدد وأدرج في مخطط العلاج التمريضي التغيرات التي تطرأ على ظروف المريض	PPE25
					أقيم نتائج العلاجات التمريضية	PPE26

					أحدد واستخدم المعلومات الاجتماعية الضرورية لتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض وأسرته	PTC15
					أقوم بتطوير مخطط الرعاية الصحية للمريض	PPE27
					أعلم التدابير الصحية الوقائية للمرضى وأقاربهم	PTC14
					أنسق بين اجراءات العلاج التمريضي وبروتوكول العلاج الطبي	PPE24
					أتحمل المسؤولية عن العلاجات المقدمة من طرف الممرضين تحت إدارتي	PL4
					أحسن استخدام التجهيزات والمعدات الطبية مثل جهاز التنفس... الخ	PC7
					أقبل جميع المرضى وأهتم بارتياحهم النفسي	PIPR32
					أقدم الدعم المعنوي الى عائلة المريض المتوفي	PC8
					أطلب المساعدة عند الضرورة	PIPR33
					أساعد المريض على التواصل مع الآخرين	PIPR34
					أعبر لفضيا عن مشاعري وأفكاري لزملائي في فريق العمل	PIPR35
					أقدم النصائح الى أفراد أسرة المريض عن احتياجاته	PTC13
					أحترم حقوق المريض وحياته الشخصية	PIPR36
					أشجع المريض على إبداء آراءه ورغباته فيما يخص العناية الصحية التي أقدمها له	PIPR31
					أساهم في خلق جو من الثقة المتبادلة والقبول والاحترام بين أعضاء فريق العمل	PIPR37
					أدون الوقائع والأفكار والآراء المهنية الخاصة بالمرضى وعائلتهم	PTC22
					أضع خطة لربط احتياجات المريض باحتياجات أسرته	PTC23
					أساعد المريض في تلبية احتياجاته العاطفية	PIPR41
					أحدد واستخدم الموارد المتاحة في وحدة الرعاية الصحية لوضع خطة علاج للمريض وأسرته	PTC21

					أعترف وألبي الاحتياجات العاطفية الخاصة بالمريض وهو يحتضر	PC11
					أستخدم إجراءات التمريض باعتبارها فرصا للتفاعل مع المرضى	PIPR39
					أعمل بجدوء وبكفاءة في الحالات الاستعجالية	PC12
					لدي معرفة بالإجراءات القانونية لمهنة التمريض	PPD50
					أستخدم معارف التكوين المتواصل في التنمية الشخصية والمهنية	PPD43

## «La socialisation organisationnelle et sa relation avec la performance des nouveaux infirmiers dans les établissements de santé publics de la wilaya d'Oran »

### Résumé :

Le principal objectif de cette étude consiste à identifier la contribution de la socialisation organisationnelle dans la prédiction de la performance professionnelle sur un échantillon de 261 nouveaux infirmiers, travaillant dans des différents établissements de santé publics de la wilaya d'Oran. Nous avons utilisé deux questionnaires : le premier mesurant les dimensions de la socialisation organisationnelle de Jill Haueter et al. (2003) et le deuxième questionnaire de P. Schwirian teste la performance professionnelle des infirmiers. Les questionnaires ont été traduits de l'anglais à l'arabe et aussi de confirmer leur fiabilité et la validité.

**Mots clés :** Socialisation organisationnelle, performance professionnelle, établissements de santé Publics, infirmiers.

## «The relationship between Organizational socialization and performance of new Nurses »

### Abstract:

This main objective of this study is to identify the contribution of organizational socialization in predicting job performance on a sample of 261 new nurses working in public health institutions in Oran. We used two questionnaires: the first one measuring the three dimensions of organizational socialization (Haueter and al, 2003) and the second of Schwirian P. (1978) tested the six dimensions of performance of nurses. The questionnaires were translated from English into Arabic and also were confirmed their reliability and validity.

**Key words:** Organizational socialization, professional performance, health institutions, nurses.

" التنشئة التنظيمية وعلاقتها بالأداء المهني عند الممرضين "

### الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة أبعاد التنشئة التنظيمية في التنبؤ بمستوى الأداء المهني لدى عينة من الممرضين قوامها 261، يعملون بمختلف المؤسسات الصحية بولاية وهران. وجمع المعطيات، إستخدم الطالب إستبيانين: الإستبيان الأول لجيل هوثر وزملائها (2003)، والذي يقيس التنشئة التنظيمية وأبعاده الثلاثة، أما المقياس الثاني فهو لبتريسيا شورين (1979) والذي يقيس الأبعاد الستة للأداء المهني لدى الممرضين، وذلك بعد أن تمت ترجمتهما إلى اللغة العربية والتحقق من خصائصهما السيكومترية من حيث الصدق والثبات.

كلمات مفتاحية: التنشئة التنظيمية، الأداء المهني، الممرضون، المؤسسات الصحية.