

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2
كلية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا
قسم علم النفس



الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

التصورات الاجتماعية للطبيب المختص حول جودة الحياة في العمل على مستوى
المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة
-دراسة على مستوى الشرق الجزائري-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د تخصص علم النفس العمل ومناجمت المنظمات

تحت إشراف:

من إعداد:

أ.د العايب رابح

بلار مريم

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة ضمن لجنة المناقشة	جامعة الانتماء	الصفة العلمية	الاستاذ
رئيسا	عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. لوكيا الهاشمي
مشرفا	عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. العايب رابح
عضوا	العربي بن مهدي - ام البواقي	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن زروال فتيحة
عضوا	عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن عبد المالك عبد العزيز
عضوا	باجي مختار - عنابة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بومنقار مراد

السنة الجامعية: 2019-2020 م

بِسْمِ اللّٰهِ عَلَيْكَ تَوَكَّلْتُ

شكر:

الشكر الجزيل والامتنان للأستاذ العايب رايح؛ قمة الاخلاق، التواضع، البساطة، حسن المعاملة، سعة البال، الصبر ورحابة الصدر والتفهم، كما أشكره على حسن النصح والتشجيع والإرشاد، ودفعه لي وحرصه على إنجاز هذا العمل في آجاله المحددة، فبارك الله فيك استاذي الكريم جزاك الله عني خير جزاء.

شكر خاص للأساتذة: "بن عبد المالك عبد العزيز"، "بومنقار مراد"، "عقاقتية مها"، "بن عبد الرحمن الطاهر" و"ميهوب سماح"

شكر خاص للطبيبة "بلار حبيبة" والتي شكلت لي سندا في إنجاز هذا البحث الشكر الجزيل لمديرية الصحة بولاية ام البواقي وعمالها، ومجموع أطبائها المختصين شكرا لكل الأطباء الذين ساهموا في إنجاز هذا البحث من مختلف الولايات الشرقية للوطن

شكر خاص لكل من ساعدني في توزيع الاستمارات

الشكر الجزيل إلى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد

الشكر الجزيل للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على قراءتهم لهذا العمل المتواضع وانتقاده

نقدا ببناء

"شكرا جزيلاً"

ملخصات

ملخص

الهدف من هذه الدراسة الكيفية هو الكشف عن محتوى التصورات الاجتماعية للطبيب المختص حول جودة الحياة في العمل بالوسط الاستشفائي في الجزائر (المؤسسات الاستشفائية العمومية والعمومية المتخصصة).

اعتمدنا المنهج الوصفي الذي شكل لنا قاعدة منهجية متعددة التقنيات من اجل جمع وتحليل التصورات؛ قمنا من خلالها بمجموعة من المقابلات نصف الموجهة أثناء الدراسة الأولية مع 55 طبيبا مختصا، واما في الدراسة النهائية فقد طبقنا في مرحلة أولى استمارة تم بناؤها اعتمادا على مجموعة من المقاييس على 139 مفردة تم انتقاؤها بطريقة احتمالية من اجل قياس مستوى جودة الحياة في العمل، بالإضافة إلى شبكة التداعي حسب تقنية "Anna Maria De Roza" على 15 مفردة تم انتقاؤها بتقنية "كرة الثلج" من اجل جمع محتوى التصور. وفي مرحلة ثانية قمنا بتطبيق الاستمارة التمييزية حسب تقنية "Pierre Vergès" على 30 مفردة تم انتقاؤها بالصدفة من اجل تمييز العناصر المركزية من بين العناصر البارزة المكونة للتصور بالإضافة إلى تقنية التشكيك حسب "Moliner" على عينة قصدية قوامها 30 مفردة للتحقق من المركزية عن طريق سيرورة الرفض.

أظهرت النتائج قدرة أفراد العينة على التداعي في الموضوع بإنتاج قدر بـ 3638 كلمة موزعة على 316 فكرة بمتوسط 21 فكرة للشخص الواحد، مع 5067 رابطا بين مختلف الأفكار. اعتمدنا أثناء التحليل الفئوي للمحتوى على الحقل الدلالي لمختلف الأفكار، فيما أظهرت معالجة مختلف البيانات بنية غنية من العناصر لتصور الأطباء المختصين لجودة الحياة في العمل قوامها أربعة عشر (14) عنصرا انتظمت ضمن محيط أولي وثانوي حول نواة مركزية متعددة الأوجه مكونة من خمسة (05) عناصر (بمجموع 19 مكونا). وقد تميزت معظم العناصر بثبات معتبر ضمن الاتجاه السلبي مع نمطية تتراوح بين المتوسطة إلى المنخفضة عموما.

الكلمات المفتاحية: التصورات الاجتماعية؛ الأطباء المختصين؛ جودة الحياة في العمل؛ المؤسسات العمومية الاستشفائية؛ المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة؛

Résumé :

L'objectif principal de cette recherche qualitative est d'explorer le contenu de la représentation sociale de la qualité de vie au travail (QVT) dans le milieu hospitalier en Algérie, et plus particulièrement dans les établissements publics d'hospitalisation (EPH) et les établissements hospitaliers publics spécialisés (EHS).

La méthode descriptive nous a formé une plateforme méthodologique pour faire une triangulation de recueil et d'analyse du contenu des représentations sociales ; des entretiens semi- directifs ont été réalisés durant l'études préliminaire sur un échantillon de 55 personnes, un questionnaire appliqué sur 139 personnes échantillonnées avec probabilité proportionnelle à la taille de la société statistique pour pouvoir apprécier le niveau de QVT, un réseau associatif selon la technique de « Anna Maria De Roza » a été appliqué -pour recueillir et analyser le contenu- sur quinze médecins spécialistes qui ont été recruté selon la technique de boule-de-neige, une diversification des profils individuels selon certains critères a été assurée (genre, âge, état civil, ancienneté, spécialité, postes spécifiques, ...etc), avec un questionnaire de caractérisation selon la technique de « Pierre Vergès » appliqué sur 30 personnes pour sélectionner les éléments centraux parmi ceux qui ont une forte saillance suivi par une analyse de similitude et de cooccurrence pour connaître la force des élément dans la représentation, et en fin la technique de mise en cause de « Moliner » appliqué sur 30 personnes pour s'assurer de la centralité avec un processus de réfutation.

Les résultats font ressortir une puissance d'association avec 3638 mots produits répartis sur 316 idées différentes en raison de 21 idées par personne, avec 5067 liens entre ces idées ! Ce qui a rendu l'interprétation du contenu de la représentation sociale de la qualité de vie au travail à l'hôpital algérien un peu difficile, l'analyse catégorielle a été basée principalement sur le champ sémantique des idées associées.

L'interprétation nous a mené vers une structure très riches en éléments (formée de dix-neuf éléments) dont ; un noyau central polymorphe contenant les éléments suivants : « un plateau technique non adapté avec conditions de pratique professionnelle défavorables », « une équipe de travail non coopérative », « des obstacles dans la carrière professionnelle du médecin spécialiste », « une administration sourde, bureaucratique et non coopérative » et « rémunération injuste » avec un système périphérique contenant quatorze éléments hiérarchisés en deux circuits ; primitif et secondaire par rapport au centre.

Ces éléments ont été caractérisés par une stabilité considérable, une stéréotypie variable, et une connotation généralement négative.

Mots clés : représentations sociales ; médecins spécialistes ; qualité de vie au travail ; EPH & EHS ;

abstract

The main objective of this qualitative research is to explore the content of the social representation of quality of life at work (QWL) in Algerian's hospital sector, and more particularly in public hospitals (EPH) and specialized public hospitals (EHS).

The descriptive method has formed a methodological platform to triangulate the collection and analysis of the content of social representations; semi-structured interviews were conducted during the preliminary study on a sample of 55 people, a questionnaire applied on 139 people chosen with one sampled size to assess the level of QWL. An associative network according to the "Anna Maria De Roza" technique was applied - to collect and analyze the content - on fifteen specialist doctors who were recruited according to the technique of "snowball", a diversification of the individual profiles according to certain criteria was ensured (gender, age, marital status, seniority, specialty, specific positions, etc.), with a characterization questionnaire according to the "Pierre Vergès" technique applied on 30 people to select the central elements among those who have a high salience followed by an analysis of similarity and contingency to know the strength of the elements in the representational field, the "Moliner" questioning technique applied on 30 people to ensure the centrality with a refutation process.

The results show a power of association with 3638 words produced spread over 316 different ideas at the average of 21 ideas per person, with 5067 links between these ideas! What made the interpretation of the content of the social representation of the QWL in the Algerian hospital a little difficult, the categorical analysis was based mainly on the semantic field of associated ideas.

The interpretation led us to a very rich structure of elements (consisting of nineteen elements) of which; a polymorphous central core containing the following elements: "an unsuitable technical platform with unfavorable professional practice conditions", "a non-cooperative work team", "obstacles in the specialist's professional career", "a deaf, bureaucratic and non-cooperative administration" and "unjust remuneration" with a peripheral system containing fourteen hierarchical elements in two circuits; primitive and secondary around the center.

These elements have been characterized by considerable stability, variable stereotypy, and a generally negative connotation.

Key words: social representations; specialist doctors; quality of life at work; EPH & EHS;

فَهارس

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	إهداء
ب	شكر
ج	ملخص بالعربية
د	ملخص بالفرنسية
هـ	ملخص بالإنجليزية
و-ن	فهرس المحتويات

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

2	1. مقدمة إشكالية
5	2. أهداف الدراسة
7	3. فرضيات الدراسة
9	4. أهمية الدراسة
9	5. تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة.
11	6. موقع الدراسة من علم النفس العمل ومناجنت المنظمات
11	7. الدراسات السابقة
12	8. دوافع اختيار الموضوع

الجانب النظري

الفصل الأول: التصورات الاجتماعية

تمهيد	
16	تمهيد
17	1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم التصور الاجتماعي
19	2. مفهوم التصورات الاجتماعية
24	3. وظائف التصورات الاجتماعية
26	4. تنظيم بنية التصورات الاجتماعية
32	5. مناهج جمع محتوى التصورات الاجتماعية
38	خلاصة

الفصل الثاني: جودة الحياة في العمل	
40	تمهيد
41	1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم جودة الحياة في العمل
44	2. مفهوم جودة الحياة في العمل
54	3. مفاهيم مرتبطة بمفهوم جودة الحياة في العمل
56	4. أبعاد جودة الحياة في العمل
60	5. أهم المقاربات المفسرة لجودة الحياة في العمل
62	6. أهمية وأهداف تبني سياسة جودة الحياة في العمل
65	7. علاقة إدارة الجودة الشاملة بجودة حياة العمل
66	8. الجودة في القطاع الصحي بالجزائر
68	9. العوامل المؤثرة في جودة الحياة في العمل
71	خاتمة

الجانب التطبيقي

الفصل الأول: الدراسة الأولية	
74	تمهيد
75	1. تسطير الخطوط العريضة لأهداف البحث
75	2. دراسة حدود البحث
76	3. اختيار الميدان الأنسب لإجراء الدراسة النهائية
77	4. إعداد وسائل البحث المناسبة
104	5. إجراءات المعاينة
109	خاتمة

الفصل الثاني: الدراسة النهائية	
المبحث الأول: التعريف بحدود البحث	
112	1. الحدود الزمنية والجغرافية
112	2. الحدود المنهجية

112	3. الحدود البشرية
116	4. الحدود التقنية
117	5. الاستمارة الرئيسية في البحث.
121	6. تقنية شبكة التداعيات حسب Annamaria Silvana De Roza
المبحث الثاني: عرض وتفسير بيانات شبكة التداعي	
126	1. عرض حالات التداعي
147	2. التحليل الفئوي
176	3. ترتيب المحاور حسب: النسب المئوية لكل محور، وسيطي الظهور والاهمية وتفسيرها
184	4. عرض وتفسير لنتائج المؤشرات: القطبية، الحيادية والنمطية.
199	خلاصة
المبحث الثالث: التحقق من مركزية العناصر البارزة في التصور	
202	1. الاستمارة التمييزية
221	2. تحليل التشابه
223	3. تحليل الترابط.
227	4. استمارة التشكيك
231	خلاصة
المبحث الرابع: معالجة استبيان الدراسة واختبار الفرضيات	
233	1. الدراسة الإحصائية الوصفية لأبعاد جودة الحياة في العمل
247	2. اختبار الفرضيات
المبحث الخامس: مناقشة النتائج	
271	1. مناقشة النتائج
307	2. توصيات البحث
309	خاتمة البحث

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
6	جدول رقم (01): أهداف البحث وكيفية تحقيقها منهجيا
سلسلة جداول تحت رقم (02): النتيجة الكمية للتحكيم	
84	جدول رقم (1-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الأول
84	جدول رقم (2-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الثاني
85	جدول رقم (3-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الثالث
85	جدول رقم (4-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الرابع
86	جدول رقم (5-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الخامس
87	جدول رقم (6-2): عرض لنتائج تحكيم المحور السادس
87	جدول رقم (7-2): عرض لنتائج تحكيم المحور السابع
88	جدول رقم (8-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الثامن
89	جدول رقم (9-2): عرض لنتائج تحكيم المحور التاسع
سلسلة الجداول (03): نتائج معامل الارتباط لكل محور من محاور الاستمارة	
92	جدول رقم (1-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الأول: "جودة ظروف العمل"
93	جدول رقم (2-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الثاني: "الضغط المهني"
93	جدول رقم (3-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الثالث: "جودة الامن والسلامة المهنية"
93	جدول رقم (4-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الرابع: "جودة المسار المهني"
93	جدول رقم (5-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الخامس: "جودة الأجر"
94	جدول رقم (6-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور السادس: "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية"
94	جدول رقم (7-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور السابع: "جودة فريق العمل والعلاقات المهنية"
95	جدول رقم (8-3): قيم معامل ارتباط محاور الاستمارة فيما بينها
95	جدول رقم (04): قيم معامل الثبات عن طريق تطبيق وإعادة تطبيق الاستمارة
سلسلة الجداول (05): نتائج معامل الاتساق الداخلي للاستمارة	
96	جدول رقم (1-5): قيم "α" كرنباخ للاستبيان Cronbach's Alpha test

97	جدول رقم (5-2): يبين قيم " α " كرومباخ لكل محور من محاور الاستبيان
97	جدول رقم (5-3): قيم " α " كرونباخ لكل فقرة من فقرات الاستبيان
109	جدول رقم (06): وزن وحجم العينة التفصيلي
113	جدول رقم (07): عدد الاستثمارات الصالحة للمعالجة الإحصائية
سلسلة جداول تحت رقم (08): وصف مفردات العينة	
113	جدول رقم (8-1): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية الديمغرافية
114	جدول رقم (8-2): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية المهنية
سلسلة جداول رقم (09): انتقاء البدائل	
118	جدول رقم (9-1): دلالة البدائل المنتقاة في سلم قياس الجودة
118	جدول رقم (9-2): الخلفية الفكرية في انتقاء البدائل لمختلف مؤشرات وابعاد استمارة البحث
سلسلة جداول رقم (10): عرض حالات التداعي	
126	جدول رقم (10-1): الحالة رقم 1
127	جدول رقم (10-2): الحالة رقم 2
130	جدول رقم (10-3): الحالة رقم 3
130	جدول رقم (10-4): الحالة رقم 4
132	جدول رقم (10-5): الحالة رقم 5
133	جدول رقم (10-6): الحالة رقم 6
135	جدول رقم (10-7): الحالة رقم 7
137	جدول رقم (10-8): الحالة رقم 8
139	جدول رقم (10-9): حالة رقم 09
140	جدول (10-10): الحالة رقم 10
141	جدول (10-11): الحالة رقم 11
142	جدول رقم (10-12): الحالة رقم 12
143	جدول رقم (10-13): الحالة رقم 13
143	جدول رقم (10-14): الحالة رقم 14
144	جدول رقم (10-15): حالة رقم 15
177	جدول رقم (11): ترتيب الفئات حسب نسبة التداعيات، وسيطي الظهور والأهمية
184	جدول رقم (12): عرض قيم مؤشرات القطبية، الحيادية والنمطية

203	جدول رقم (13): محكات انتقاء العناصر البارزة المكونة للاستمارة التمييزية
208	جدول رقم (14): الدراسة الوصفية الإحصائية لنتائج الاستمارة التمييزية
220	جدول رقم (15): تمييز توقع العناصر البارزة للتصور ضمن نظام التصور
223	جدول رقم (16): ترتيب العناصر البارزة المكونة للتصور حسب عدد الروابط
229	جدول رقم (17): الدراسة الوصفية الإحصائية لنتائج استمارة التشكيك
سلسلة جداول رقم (18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمختلف أبعاد متغير الدراسة	
234	جدول رقم (1-18): الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور "جودة ظروف العمل"
236	جدول رقم (2-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "الضغط المهني"
238	جدول رقم (3-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة الأمن والسلامة المهنية"
240	جدول رقم (4-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة المسار المهني"
242	جدول رقم (5-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة الاجر"
244	جدول رقم (6-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة"
246	جدول رقم (7-18): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة فريق العمل والعلاقات المهنية"
247	جدول رقم (19): اختبار K-S لاختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة
سلسلة جداول تحت رقم (20): نتائج اختبار الفرضيات	
250	جدول رقم (1-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0 : ف 1-1-1
251	جدول رقم (2-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0 : ف 2-1-1
252	جدول رقم (3-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0 : ف 1-2-1
252	جدول رقم (4-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0 : ف 2-2-1
253	جدول رقم (5-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0 : ف 3-1
254	جدول رقم (6-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0 : ف 1-4-1
سلسلة جداول رقم (7-20): اختبار H_0 : ف 2-4-1	
255	جدول رقم (1-7-20): اختبار one way ANOVA
256	جدول رقم (2-7-20): المقارنة المتعددة للفروق - بين المتوسطات - بين الفئات
257	جدول رقم (3-7-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0
259	جدول رقم (8-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0 : ف 1-1-2

260	جدول رقم (9-20): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0 : ف 2-1-2
260	جدول رقم (10-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0 : ف 3-1-2
261	جدول رقم (11-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0 : ف 1-2-2
262	جدول رقم (12-20): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0 : ف 2-2-2
263	جدول رقم (13-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0 : ف 3-2-2
264	جدول رقم (14-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0 : ف 1-3-2
سلسلة جداول رقم (15-20): اختبار H_0 : ف 2-3-2	
265	جدول رقم (1-15-20): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0
265	جدول رقم (2-15-20): المقارنة المتعددة للفروق - بين المتوسطات - بين الفئات
266	جدول رقم (3-15-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0
267	جدول رقم (16-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لا اختبار H_0 : ف 3-3-2

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل
<u>46</u>	شكل رقم (01): اشتقاق مصطلح «Quality» من اللاتينية
<u>53</u>	شكل رقم (02): تعريف جودة الحياة في العمل حسب (2013) l'ANI
<u>107</u>	شكل رقم (03): نتيجة حساب حجم عينة البحث (one sample size)
<u>114</u>	شكل رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية الديمغرافية
<u>116</u>	شكل رقم (05): توزيع العينة حسب المتغيرات التعريفية المهنية
<u>146</u>	شكل رقم (06): حالة تداعي خام قبل نقلها إلى الجدول
<u>179</u>	شكل رقم (07): ترتيب المكونات حسب المساحة التي تشغلها ضمن نظام التصور
<u>181</u>	شكل رقم (08): ترتيب العناصر حسب وسيط ظهورها
<u>182</u>	شكل رقم (09): ترتيب العناصر حسب أهميتها ضمن نظام التصور
<u>183</u>	شكل رقم (10): تموضع المكونات حسب أهميتها ضمن نظام التصور
<u>196</u>	شكل رقم (10): منحني بياني يوضح الاتجاهات الضمنية للحقل التصوري
<u>198</u>	شكل رقم (11): ترتيب المكونات حسب نمطيتها
	سلسلة أشكال بيانية تحت رقم (12): تمييز العناصر البارزة المكونة للتصور
<u>206</u>	شكل رقم (1-12): منحني يدل على العناصر المركزية للتصور
<u>207</u>	شكل رقم (2-12): منحني يدل على احتمال وجود فئتين تحتيتين
<u>207</u>	شكل رقم (3-12): منحني يدل على العناصر المحيطة التي لها صلة ضعيفة بموضوع التصور
<u>208</u>	شكل رقم (4-12): منحني يدل على العناصر المحيطة الأولية للتصور
	سلسلة أشكال بيانية تحت رقم (13): استنتاج توقع كل عنصر من العناصر البارزة ضمن النظامين المحيطي والمركزي لتصور واقع جودة الحياة في العمل
<u>209</u>	شكل رقم (1-13): منحني بياني تمييزي للعنصر الأول
<u>2010</u>	شكل رقم (2-13): منحني بياني تمييزي للعنصر الثاني
<u>2010</u>	شكل رقم (3-13): منحني بياني تمييزي للعنصر الثالث
<u>211</u>	شكل رقم (4-13): منحني بياني تمييزي للعنصر الرابع
<u>212</u>	شكل رقم (5-13): منحني بياني تمييزي للعنصر الخامس
<u>213</u>	شكل رقم (6-13): منحني بياني تمييزي السادس

<u>213</u>	شكل رقم (7-13): منحى بياني تمييزي للعنصر السابع
<u>214</u>	شكل رقم (8-13): منحى بياني تمييزي للعنصر الثامن
<u>215</u>	شكل رقم (9-13): منحى بياني تمييزي للعنصر التاسع
<u>216</u>	شكل رقم (10-13): منحى بياني تمييزي للعنصر العاشر
<u>216</u>	شكل رقم (11-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 11
<u>217</u>	شكل رقم (12-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 12
<u>218</u>	شكل رقم (13-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 13
<u>218</u>	شكل رقم (14-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 14
<u>219</u>	شكل رقم (15-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 15
<u>222</u>	شكل رقم (14): مصفوفة تحليل التشابه لمكونات التصور البارزة
<u>224</u>	شكل رقم (15): الروابط البينية للعناصر البارزة ضمن الحقل التصوري

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق
321	ملحق رقم (01): الاستمارة الرئيسية في البحث
327	ملحق رقم (03): الاستمارة التمييزية
329	ملحق رقم (04): استمارة التشكيك
331	ملحق رقم (02): جدول Krajcie &Morgan
332	ملحق رقم (05): feuille de route
337	ملحق رقم (08): ترخيص إجراء الدراسة النهائية

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. مقدمة إشكالية

2. الأهداف

3. الفرضيات

4. أهمية الدراسة

5. تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة

6. موقع البحث من علم النفس العمل ومناجمت المنظمات

7. الدراسات السابقة

8. دوافع اختيار الموضوع

1. مقدمة إشكالية:

يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات في البلاد؛ حيث يستمد مكانته من أهمية المهام المسندة إليه ونشاطاته المتعددة؛ التي تهدف أساسا إلى الحفاظ على صحة المواطن الجزائري وترقيتها؛ هذه الأنشطة التي تحمل في طياتها مجموعة من الأبعاد الإنسانية، الاجتماعية، الثقافية، العلمية، والاقتصادية... مما يسهم في احتلال هذا القطاع لمكانة مركزية في قضايا التنمية العامة؛ إذ يتم تقديمه كغاية ووسيلة للتنمية في آن واحد.

توصي المنظمة العالمية للصحة وتؤكد على ضرورة تخصيص ما نسبته 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي، وتشير عديد الدراسات الاقتصادية في مجال الصحة أن القطاع الصحي الناجح ضروري من أجل اقتصاد صحي، كما أن صحة الوطن اقتصاديا من صحة مواطنيه مما يؤكد على ضرورة الاهتمام بالقطاع الصحي.

وفيما تتسابق كبريات المستشفيات في العالم من اجل تبني سياسات جودة التكوين والبحث العلمي، جودة الحياة في العمل والامتياز في الخدمات الصحية وغيرها من المزايا التي يحلم بها أي مهني من مهنيي الصحة، تعاني مستشفياتنا من العديد من الأزمات الخانقة والمتتالية إلى درجة ان قطاع الصحة أصبح مقرونا بمصطلح: "الأزمة" التي أصبحت صفة تلازمه مؤخرا نتيجة للعديد من القضايا التي طفت الى خارج أسوار المستشفيات وتأثر بها الرأي العام.

وفي الوقت الذي قد يُعتبر فيه المورد البشري موردا ثانويا مقارنة مع بعض الموارد المادية والتقنية في بعض الانساق الأخرى، يكتسح هذا الأخير مكانة مركزية ومحورية تدور حولها مختلف الأنشطة والعمليات في هذا النسق بحكم خصوصية المنظومة الصحية وخصوصية زبائنها، ولا يمكن باي حال من الأحوال ضمان سير المنظومة الصحية دون موردها البشري، هذا الأخير الذي ينقسم في حد ذاته إلى مجموعة من الأصناف المهنية التي تختلف في ملمحها الوظيفي، متطلباتها وتوقعاتها المهنية والشخصية.

يعتبر الأطباء المختصون من أهم الموارد البشرية في المنظمة الصحية؛ فهم الارقى من حيث سنوات التكوين، كما أنهم يمثلون العقل المفكر على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة فيما تعلق بتقديم الخدمات الصحية؛ نظرا للمهام التي تؤديها والأنشطة التي تقوم بها كالتشخيص والعلاج المتخصص مما يجعلها في هرم السلطة التشخيصية والعلاجية. حيث تسهم في التكفل الأمثل بمختلف الحالات المرضية، بالإضافة إلى المساهمة في تكوين وتأطير مختلف الفرق الطبية وشبه الطبية، والمساهمة في إثراء المكتسبات العلمية لهذه الأخيرة والمساهمة في ترقية صحة المواطن بصفة عامة.

هذه النخبة - إن صح التعبير - ليست مجردة من الصفات الإنسانية، لذا فهي تخضع لمجموعة من العوامل الداخلية والخارجية التي قد تؤثر على أدائها لمهنتها وتأديتها لرسالتها الإنسانية على أحسن صورة؛ لذا فهي كباقي الفئات المهنية تبحث عن حقها في الحياة ضمن أجود بيئة عمل تحفظ كرامتها ومكانتها، وتحمي لها المناخ الملائم الذي تصبو إليه، مما قد يسهم في تفجير طاقاتها وكفاءتها خدمة للصالح العام.

وقد صرحت عمادة الأطباء الجزائريين (2019) أن خمسة عشر ألف طبيب مختص هاجروا إلى الخارج من بينهم 10 آلاف بفرنسا وحدها بسبب سياسة وزارة الصحة، فيما تفتح أيديها لاستقبال أزيد عن أربعة الاف طلب جديد دون احتساب الدول الأخرى من الخليج، أوروبا، أمريكا، ألمانيا وغيرها... (<https://www.altahrironline.com/>). هذه الادمغة الجزائرية التي تواجه ثنائية "الهجرة والاستغلال للكفاءة التي تتمتع بها" من طرف دول الخارج فيما يعاني الشعب الجزائري من سوء التغطية للخدمات الصحية بما نسبته حوالي طبيب مختص واحد (01) لحوالي 3300 نسمة! ليرز السؤال الذي يطرح نفسه حول أسباب هذه الهجرة الجماعية(؟).

ونعتقد بأن الإضرابات المتتالية لهذه الفئة والتي كان ختامها الإضراب الأخير للأطباء المقيمين (2017-2018) الذي دام ازيد عن سبعة أشهر قد قدم لنا بعض الأجوبة حول أسباب نزيف القطاع من نخبته التي عجز عن الحفاظ عليها؛ والتي تتمثل في مجموعة من المطالب المهنية والاجتماعية العالقة التي قد نلخصها في مفهوم "جودة الحياة في العمل".

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

هذا المفهوم (QVT) الذي طفا في السنوات الأخيرة من القرن الماضي إلى يومنا الحاضر إلى الواجهة باعتباره أحد التحديات الكبرى لمختلف المنظمات العالمية على الرغم من اختلاف الباحثين في منحه تعريفا مشتركا يرضي كافة الأطراف، والذي يهدف؛ ليس فقط إلى جذب اليد العاملة المؤهلة وإنما إلى الحفاظ عليها كأهم مورد من موارد التنافسية، وكذا من اجل تحقيق برامج الجودة الشاملة the big Q والتي تعتبر هي الأخرى من أهم مؤهلات التنافسية.

ويهدف (هذا المفهوم = QVT) أساسا إلى تهيئة وتوفير المستشفيات العمومية لكل الظروف المادية، المعنوية والتنظيمية بمستوى الجودة المطلوب من طرف هذه الفئة باعتبارها شريكا اجتماعيا معترفا به، والتي (الظروف) تدركها (هذه الفئة) على أنها تحقيق لمتطلباتها وتوقعاتها وإرضاء لحاجاتها، وترقى إلى تطلعاتها وطموحاتها المهنية والشخصية؛ الشيء الذي قد يسهم في تحقيقها لذاتها كفئة مهنية لها خصوصياتها ومنه الحفاظ عليها كمورد بشري هام في القطاع العام.

وفي الوقت الذي تطور فيه هذا المفهوم و ارتقى من جودة ظروف العمل إلى جودة الحياة في العمل إلى مفهوم الرفاهية نحو تحسين الرفاهية في العمل (du bien être au mieux être au travail) في الدول الأخرى، أضحي يكتسي طابع الضرورة القصوى في التنفيذ في القطاع الصحي بالجزائر من أجل الإصلاح مقارنة بالقطاعات الأخرى؛ لما لهذا القطاع من خصوصية تتعلق بالسيرورة الإنتاجية للخدمات الصحية، والتي تتخللها مجموعة من البروتوكولات العلمية والمعايير العالمية والأخلاقية التي تخضع للظروف والحدث والتفرد، بالإضافة إلى مجموع القيم الانسانية التي تميز هذا القطاع عن غيره. دون أن ننسى اهم نقطة في هذا النسق وهي: "خصوصية الزبائن" الذين أجبرتهم الحاجة إلى طلب العلاج نتيجة العجز المؤقت والمعاناة اللذان يحدثهما المرض -عموما-.

كل هذه العوامل تجعل من موضوع جودة الحياة في العمل على مستوى المستشفيات موضوعا حساسا للغاية، جديرا بالبحث العلمي. وانطلاقا من مبدأ الاختلاف والفروقات الفردية والجماعية في ادراكات مختلف الفئات المهنية لمستويات جودة الحياة في العمل، حاولنا -من خلال هذا البحث- التعرف على تصور فئة الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة بالقطاع الصحي العام بإحدى الولايات الشرقية للوطن؛ ولاية ام البواقي.

وقد يختلف تصور كل فئة مهنية عن الأخرى لجودة الحياة في العمل على مستوى المستشفيات من حيث الخصائص الديمغرافية (النوع، السن، الحالة المدنية، ...) والمهنية (الأقدمية، المنصب النوعي، ...)، وذلك نتيجة لكون هذا المفهوم يعبر عن نظام نفسي ومعرفي عميق ومعقد يبينه كل طبيب مختص منفردا (تصور فردي) ويعمم إلى الجماعات (ليصير تصورا اجتماعيا) نتيجة لسيرورات التغيير والتفاعل والدينامية الاجتماعية التي لا تتجرد من الهوية التي تتميز بها كل فئة (الفئات الديمغرافية و الفئات المهنية) وتبررها وتوجهها مجموعة من المعارف المشتركة المتفق عليها في ظل نمطية تسبغها، هذه المعارف التي تم اكتسابها خلال سيرورة الحياة الفردية و الجماعية (le récit de vie individuel et collectif): معارف عامة، معارف علمية تتخللها مجموعة من البروتوكولات الطبية الخاصة، ... الخ. وتتحدد هذه التصورات من خلال طبيعة الموضوع (المتصّور)، طبيعة العلاقات القائمة بين الطبيب المختص أو مجموع الأطباء المختصين وهذا الموضوع (QVT) (هل هي علاقة وصيلة الثقة أم هي مجرد علاقة سطحية)، وأنظمة القيم والاعتقادات الخاصة بهذه الفئة (والتي تم التعرف عليها واعتمادها كنظم مرجعية من خلال الثنائية: التنشئة الاجتماعية - المهنية).

وللكشف عن تصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل بالمستشفيات سنحاول الإجابة -من خلال مختلف مراحل البحث- عن التساؤل التالي:

كيف يتصور الطبيب المختص واقع جودة الحياة في العمل على مستوى المؤسسات الاستشفائية

العمومية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة لولاية أم البواقي؟

والذي تتفرع عنه مجموعة من التساؤلات:

- 1) ما هي بنية التصور الاجتماعي للطبيب المختص حول واقع جودة الحياة في العمل؟
- 2) ما هو مستوى جودة الحياة في العمل حسب آراء الأطباء المختصين؟
- 3) هل توجد فروقات في مستوى جودة الحياة في العمل تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية والمهنية؟

1. أهداف الدراسة:

من اجل الإجابة على التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية في البحث وجب تحقيق مجموعة من الأهداف، ونظرا لخصوصية دراسة التصورات فإننا اكتفينا بتحديد اهداف للبحث بدل صياغة الفرضيات، إلا في جزئية التحقق من وجود فروق في استجابات مفردات العينة أين قمنا بصياغة مجموعة من الفروض

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

التي سنختبرها لاحقاً. والجدول رقم (01) يوضح أهداف البحث وكيفية التحقق منها من خلال وسائل البحث.

جدول رقم (01): أهداف البحث وكيفية تحقيقها منهجياً

وسيلة التحقق منها منهجياً	أهداف البحث
شبكة التداعي	1. الكشف عن بنية التصور الاجتماعي لمجموعة من الأطباء المختصين الممارسين على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة بولاية أم البواقي حول واقع جودة الحياة في العمل من خلال:
التحليل الكيفي لمحتوى بيانات شبكة التداعيات	أ. الكشف عن محتوى التصور والتعرف على كل العناصر المكونة لهذا التصور.
التحليل الكمي لمحتوى بيانات شبكة التداعيات؛ التكرار، الظهور والأهمية.	ب. استخراج خصائص كل عنصر مكون للتصور. ت. الكشف عن تنظيم بنية هذا التصور؛ أي التعرف على مكونات النظام المركزي والنظام المحيطي.
الاستمارة التمييزية وتقنية التشكيك	ث. التحقق من مركزية التصور؛ بمعنى التحقق من تموضع العناصر المرشحة (البارزة) ضمن النواة المركزية للتصور.
مصفوفة تحليل التشابه وتحليل الترابط	ج. الكشف عن العلاقات بين مختلف العناصر المكونة للتصور.
تحليل القطبية والحيادية	ح. الكشف عن الاتجاهات الضمنية للحقل التصوري.
الاستمارة الرئيسية في البحث: المعالجة الإحصائية الوصفية والاستنتاجية البسيطة	2. التعرف على مستوى جودة الحياة في العمل -من خلال بعض المؤشرات- على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة بولاية ام البواقي وهذا حسب آراء عينة من الأطباء.
الاختبارات الإحصائية المعمقة لبيانات الاستمارة.	3. التحقق من افتراض وجود فروق في مستوى جودة الحياة في العمل ناتجة عن بعض المتغيرات المهنية والديمغرافية.

المصدر: من إعداد الباحثة

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة (ف.ع): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الحياة في العمل - بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة لولاية أم البواقي - تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية والمتغيرات الديمغرافية حسب آراء الأطباء المختصين.

1.3. الفرضية الفرعية الأولى (ف1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الحياة في العمل - بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة لولاية أم البواقي - تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية.

1.1.3. الفرضية الجزئية الأولى (ف1-1): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0.05$ في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف1-1-1): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "حيازة منصب نوعي".

➤ الفرضية الإجرائية الثانية (ف1-1-2): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "التخصص".

2.1.3. الفرضية الجزئية الثانية (ف2-1): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف1-2-1): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الأقدمية".

➤ لفرضية الإجرائية الثانية (ف2-1-2): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "التخصص".

3.1.3. الفرضية الجزئية الثالثة (ف3-1): توجد فروق في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "حيازة المنصب النوعي".

4.1.3. الفرضية الجزئية الرابعة (ف4-1): توجد فروق في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف1-4-1): توجد فروق في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "مؤسسة الانتماء".

➤ الفرضية الإجرائية الثانية (ف2-4-1): توجد فروق في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "التخصص".

2.3. الفرضية الفرعية الثانية (ف2): توجد فروق في مستوى جودة الحياة في العمل – بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة لولاية أم البواقي – تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية (النوع، الحالة المدنية، السن).

➤ الفرضية الجزئية الأولى (ف1-2): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف1-1-2): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "الجنس".

➤ الفرضية الإجرائية الثانية (ف2-1-2): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "السن".

➤ الفرضية الإجرائية الثالثة (ف3-1-2): توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

2.2.3. الفرضية الجزئية الثانية (ف2-2): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف1-2-2): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الجنس".

➤ الفرضية الإجرائية الثانية (ف2-2-2): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "السن".

➤ اختبار الفرضية الإجرائية الثالثة (ف3-2-2): توجد فروق في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

3.2.3. الفرضية الجزئية الثالثة (ف2-3): توجد فروق في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم

المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية.

➤ الفرضية الإجرائية الأولى (ف2-3-1): توجد فروق في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم

المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "الجنس".

➤ الفرضية الإجرائية الثانية (ف2-3-2): توجد فروق في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم

المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "السن".

➤ الفرضية الإجرائية الثالثة (ف2-3-3): توجد فروق في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم

المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

4. أهمية الدراسة: تكمن أهمية هذا البحث في:

✓ المساهمة في تشخيص جزئية من واقع المنظومة الصحية للبلاد (جودة الحياة في العمل) من خلال تسليط الضوء على إحدى الفئات المهنية الفاعلة في هذه المنظومة؛ ألا وهي فئة الأطباء المختصين بالكشف عن مستوى جودة حياتها في العمل بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة بإحدى الولايات الشرقية الداخلية للجزائر: أم البواقي، من خلال الكشف عن تصورهم لواقع جودة الحياة في العمل.

✓ المساهمة المنهجية باللغة العربية من خلال المقاربة المنهجية متعددة التقنيات التي تم اتباعها في جمع وتحليل المعطيات بغرض الكشف عن محتوى موضوع التصور الاجتماعي وتحليل بنيته لموضوع جودة الحياة في العمل.

5. تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة.

✓ التصور الاجتماعي للطبيب المختص: يمكن تعريفه على أنه عملية بناء اجتماعي مهني للواقع الذي تعيشه فئة الأطباء المختصين، وهو شكل من أشكال المعرفة والفكر المهني والاجتماعي المشترك الناتج عن تراكم معلومات منظمة وتفسيرات وخبرات تتقاسمها وتندارسها تلك الجماعة المهنية (فئة الأطباء المختصين) فيما بينها -بناء على مجموعة من المعايير والقيم العالمية للممارسة الطبية ومحدداتها من ظروف وشروط- ومن ثم تبناها.

✓ **جودة الحياة في العمل بالمستشفى:** نقصد بها تهيئة وتوفير المستشفى لكل الظروف المادية، المعنوية والتنظيمية بمستوى الجودة المطلوب، والتي يدركها الأطباء المختصون على أنها تحقيق لمطالباتهم وتوقعاتهم وإرضاء لحاجاتهم، وترقى إلى تطلعاتهم وطموحاتهم المهنية والشخصية؛ الشيء الذي قد يسهم في تحقيقهم لذاتهم كفئة مهنية لها خصوصياتها، بالإضافة إلى تحقيقهم لأهداف المستشفى؛ ألا وهي: تقديم الخدمة الصحية العمومية بالجودة المطلوبة.

✓ **المؤسسة العمومية الاستشفائية:** هي مستشفى عمومي؛ يضمن مجانية العلاج وتساوي الفرص لكل المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية؛ من خلال التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية لسكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات: التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.

تلتزم هذه المؤسسة حسب ما ينص عليه القانون بمجموعة من المهام:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الاضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

✓ **المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة:** هي مستشفى عمومي؛ يضمن مجانية العلاج وتساوي الفرص لكل المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية؛ تختص في علاج ومتابعة مرض معين أو مرض أصاب جهاز أو جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين.

تلتزم هذه المؤسسة حسب ما ينص عليه القانون بمجموعة من المهام:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

○ كما يمكن استخدام المؤسسات الاستشفائية المتخصصة كميدان لتكوين شبه الطبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توقع مع مؤسسة التكوين، ويمكن أيضا اعتماد مؤسسة استشفائية متخصصة او جزء من هياكلها لضمان نشاطات استشفائية جامعية بناء على قرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالصحة ووزير التعليم العالي. (سعودي علي، 2017، ص 10-28)

6. موقع البحث من علم النفس العمل والتنظيم:

انطلاقا من بطاقة التخصص والمتمثلة في علم النفس العمل ومناجنت المنظمات والذي يهتم بالدرجة الأولى بالبعد النفسي لمختلف الشرائح المهنية من خلال دراسة سلوكهم الفردي والجماعي وكذا التطرق لمختلف الظواهر التي تلامس واقع الممارسة المهنية من قريب أو من بعيد بهدف تصحيح أو تحسين الأوضاع الحالية بناء على معطيات علمية. واعتمادا على المقاربة المنهجية لدراسة التصورات الاجتماعية والتي تساهم في الكشف عن خبايا التراكيب المعقدة للفكر المشترك ضمن الجماعات المهنية المختلفة حاولنا القيام بمساهمة في عملية تشخيص أولية لواقع المنظومة الصحية من خلال استهداف وإشراك عينة من موردها البشري في هذا التشخيص. وقد برزت في التراث النظري مجموعة معتبرة من نماذج التشخيص التنظيمي التي تندرج ضمن عدة مقاربات مفسرة للمنظمة والتي تختلف عن بعضها أحيانا وتكمل بعضها في أحيان أخرى، وعلى الرغم من الاختلاف بينها، إلا أن هناك عموما حلقة متكررة أو همزة التقاء بين المقاربات؛ ألا وهي المورد البشري المكون للمنظمة. وتعتبر عملية "التشخيص التنظيمي" حسب (Romelaer, 2011) وسيلة لمعرفة ما إذا كانت المنظمة تعمل بشكل جيد، وإذا من الممكن أن تعمل بشكل أفضل في ضوء الأهداف المحددة لها. ومن هنا كانت نقطة الانطلاق نحو محاولة تقييم أولي للمنظومة الصحية في الجزائر، من خلال تشخيص واقع جودة الحياة في العمل لدى إحدى الفئات المهنية الفاعلة بالمستشفيات العمومية؛ ونخص بالدراسة فئة الممارسين الطبيين الأخصائيين للصحة العمومية.

7. الدراسات السابقة: تعددت الدراسات في موضوع جودة الحياة في العمل، ونظرا لخصوصية الفئة

محل الدراسة والتي تتفرد بلمح خاص بما يميزها عن غيرها من الفئات المهنية الأخرى في قطاع الصحة، فإننا حاولنا البحث عن الدراسات السابقة في موضوع بحثنا والتي تتوفر فيها شرطين أساسيين وهما:

✓ كمعيار لاعتماد الدراسات "سابقة": الجمع بين المتغير الرئيسي في موضوع بحثنا وهو "جودة الحياة في العمل" كمتغير كامل غير قابل للتجزئة إلى مجموعة من الأبعاد التي تم اختيارها في هذا البحث، مع الفئة محل الدراسة وهي: "الطبيب المختص".

✓ كاستفادة من طبيعة المعرفة التراكمية: الاهتمام بكل الدراسات المتعلقة بالفئة المهنية محل البحث - في حال توفر شرط الاجتماع مع متغير الدراسة بأبعاده مجزأة - وإسقاط شرط الكمولية.

وقد كانت النتائج شحيحة جدا على الرغم من وفرتها في مجالها الواسع بحكم تضيقنا لمجال البحث بحصره في الفئة محل الدراسة، وقد وجدنا في حدود إمكانياتنا ومجهوداتنا البحثية المبذولة مجموعة من الدراسات التي قد تعتبر "لها علاقة" بدراستنا والتي تم توظيفها في المبحث الخامس من فصل الدراسة النهائية في الجانب التطبيقي.

الإطار النظري للدراسة

القصل الثاني

التصورات الاجتماعية

1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم التصور الاجتماعي

2. مفهوم التصورات الاجتماعية

3. وظائف التصورات الاجتماعية

4. تنظيم بنية التصورات الاجتماعية

5. مناهج جمع محتوى التصور الاجتماعي

تمهيد:

يعتبر موضوع التصور الاجتماعي من المواضيع المهمة في علم النفس بصيغة المقاربة النفس اجتماعية؛ والتي تساهم في فهم سيرورة و مكونات نظرة الفرد ضمن جماعته لمختلف المواضيع والظواهر، و قد لجانا إلى استخدامها كمقاربة منهجية نظرا لما لها من قدرة على الكشف عن خبايا التركيبة المعقدة للفكر المشترك ضمن الجماعات و الأقليات المهنية المختلفة، و من اجل توضيح هذا المفهوم بصورة تسمح للقارئ بفهم السيرورة المنهجية التي اتبعناها في الجانب التطبيقي كان لزاما إلقاء بقعة ضوء حول هذا المفهوم الذي يبدو سطحيا للبعض على الرغم من العمق والغموض اللذان يتخللانه، من خلال التطرق إلى مجموعة من العناصر قمنا بانتقائها و التي تهدف إلى:

- ✓ تقديم نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم التصور الاجتماعي.
- ✓ الإشارة إلى مجموعة من التعاريف للتصورات الاجتماعية، والتي وردت في التراث الأدبي.
- ✓ التعرف على وظائف التصورات الاجتماعية.
- ✓ التعرف على تنظيم بنية هذه التصورات.
- ✓ ولان موضوع بحثنا يتعلق بالكشف عن التصورات الاجتماعية لموضوع "جودة الحياة في العمل" لدى فئة "الأطباء المختصين" من خلال اعتماد مقاربة منهجية متعددة التقنيات، فإننا ختمنا هذا الفصل بإشارة إلى منهجية جمع وتحليل محتوى التصورات الاجتماعية.

1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم التصور الاجتماعي:

يعد مصطلح التصور قديم النشأة حيث يرجع استخدامه إلى الفلسفة الإغريقية، من أجل أهداف ابستمولوجية (البحث عن وسائل وظروف المعرفة)، و لكن مصطلح « repraesentare » في العصور القديمة وحتى بداية العصور الوسطى المبكرة لم يكن له معنى من شأنه أن يتطور باستمرار إلى نفس الحقل الدلالي في العصر الحديث أو المعاصر، من بين معانيه الكلاسيكية: "apparaître" بمعنى الظهور، "représenter-figurer" بمعنى التشكيل التمثيلي، "présentifier" بمعنى "التقديم"، والصيغة الاقرب للتطورات اللاحقة هي "tenir lieu de quelqu'un d'autre" بمعنى "أن تحل محل شخص آخر". كانت هذه هي الصيغة المستخدمة لتفويض الإمبراطور في عام 321 لقاضٍ بغرض تجسيد مكتب السلطة القضائية للإمبراطور - "تمثيلنا في التعليمات القضائية" - والبابا غريغوري كتب إلى أحد من أساقفته أن سلطته الخاصة - سلطة البابا - هي التي ستفرض نفسها من خلال مبعوثيه - "ذلك من قبله، الذي قدمنا إليه توصيات، سلطتنا ممثلة". في اللغة القانونية لما بعد الكلاسيكية الرومانية، تعني كلمة "إعادة تمثيل" بشكل أساسي "المثول شخصياً أمام المحكمة"، وهو معنى ينتقل من القانون الجرمانى العرفي إلى بدايات الأدب الفقهي في العصور الوسطى.

(Podlech, 2014, p1-2)

في أواخر العصور الوسطى كان لمصطلح "repraesentare" لمعاني تتراوح بين التصور العقلي إلى تقديم الذات، وإظهارها في الخارج، ويظهر هذا من خلال طقوس الاحتفالات المسيحية بالليتورجيا (la célébration de la liturgie).

(Podlech, 2014, p2)

وقد ذكر المصطلح "représentations" العالم "Emmanuel Kant" (1724-1804) في قوله الشهير: "مواضيع معرفتنا ما هي إلا تصورات، ومعرفة الواقع النهائي مستحيلة"، وقد "عمم الفكرة: من أجل المعرفة يجب في نفس الوقت الاهتمام بالموضوع المدروس والاهتمام بالإنسان الدارس للموضوع"، وهو من ميز بين التصورات الفردية و التصورات الجماعية، وحسب تفسير Borbalan يتعلق مفهوم التصور بتحليل ظروف المعارف التي تعتبر أطر عقلية حيث نتواجد نحن كسجناء، ومن

أجل المعرفة يجب الأخذ بعين الاعتبار "الثنائية": "الموضوع المدروس/ الإنسان الدارس" (l'objet) (étudié/le sujet étudiant).

(SERPSY : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html)

ويعد E. Durkheim (1858-1917) أول من استعمل مصطلح التصورات الاجتماعية، حيث اعتبر أن التصورات الفردية لها خصوصية داخلية تسيّر من طرف دماغ الفرد، أما التصورات الجماعية فهي متميزة بكونها خارجية وتشارك في الوعي الجماعي، فهي عامة ودائمة حيث أنها تمارس قدرة ضغط على العمل المعرفي للأفراد، ولا يمكن اختصارها في عملية فيزيائية كيميائية يقوم بها المخ الذي سببها، كما لا يمكن اختصار التصورات الجماعية واعتبارها مجرد مجموع تصورات للأفراد الذين يشكلون ذلك المجتمع. وقد اقترح فكرة التصور الجماعي كفكرة نوعية ومعقدة مقارنة بالتصور الفردي، حيث نشر دوركايم هذه المقارنة في مقال له في "مجلة الميتافيزيقا والأخلاق" سنة 1898، أما فيما يتعلق بالتصورات الاجتماعية فهو يعتقد أنه يدل على مجال خاص من نشاطات التصور الجماعي وكذا على العمليات الدينامية التي تتكون بواسطتها معارف الحس العام.

(ذكر في: جردير فيروز، 2011)

أما "Jean Piaget" (1896-1980) فقد نشر سنة 1946 كتابا بعنوان: "La formation du symbole chez l'enfant, imitation, jeu et rêve, image et représentation", أين تمت الإشارة إلى القدرة على التصور على أنها سيرورة تقليد واستخدام لصور ذهنية، حيث يكتسب الطفل عند حوالي عمر الـ 18 شهرا القدرة على الترميز (la capacité de symbolisation) والتي تتجسد في اللعب، بفضل التقليد والتشابه. وحسب نفس العالم فإن التصور هو: "نسق من القواعد والأنظمة التي بواسطتها يحافظ المتعضى على صفات محيطه. يتعلق الأمر بمفهوم واسع والذي من أجله كل سيرورة معرفية تتمم بتصورات بدءا من الولادة".

(Benabdelmalek ,2005,p 10-13)

كما يعتبر مفهوم التصور أحد مواضيع الدراسة في العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، ويندرج ضمن مقارنة نفس-اجتماعية، و قد تم إدراج هذا المصطلح في علم الاجتماع من قبل Moscovisci, S سنة 1961، و هذا امتدادا لأفكار "G.Simmel" (1858-1918) و "M.Weber" (1864-1920)، و قد نشر "Moscovisci" نتائج دراسته المتعلقة بتصور

الجماعات المختلفة للتحليل النفسي في كتابه « la psychanalyse son image et son public » (1961). حيث أراد أن يفهم كيف تنتشر نظرية علمية لدى الجمهور، وما هي التغيرات التي تطرأ عليها بعد مرور نصف قرن من الزمن، مع العلم أنه لا يوجد تصور واحد للتحليل النفسي بل تصورات، هذه التصورات هي التي تختلف في محتواها ومستوى بنائها وتوجهها العام نحو التحليل النفسي، كما تختلف أيضا حسب الانتماء الاجتماعي.

(cité in : Lepors, 2016)

2. مفهوم التصورات الاجتماعية: قبل التطرق إلى مفهوم التصور الاجتماعي نتطرق أولا إلى مفهوم التصورات بصفة عامة حيث:

عرفها (1898) Emil Durkheim "على أنها ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب مميزاتها الخاصة، لها أسباب و هي نفسها أسباب... إن نتائج التصورات لا تكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد، و لكنها بقايا لحياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة، أحكام مسبقة، ميول تحركنا دون أن نعي، أي كل ما يشكل سماتنا الأخلاقية."

(ذكر في: أحمد أوزي، 1988، ص70)

أما بالنسبة لموسكوفيسي S.Moscovisci فالتصور هو إعادة الشيء في الوعي مرة أخرى، و إعادة إنتاجه و بيانه، رغم غيابه في المجال المادي.

(ذكر في: أحمد أوزي، 1988، ص70)

هيرزليش Herzlich تعرفها على انها "مظهر ونتاج لبناء أو موضوع أو هدف موجود بدون انفصال عن العالم الخارجي والعالم الداخلي للفرد، الصور لا تستدعي التفكير في الهدف، عن طريق الوعي بالموضوع المراد ولكن ترجمة وتغير العلاقات المعقدة الواقعية والخيالية".

(ذكر في: أحمد أوزي، 1988، ص70)

أما إيمانويل كانط Emmanuel Kant فيعتبر ان مواضيع معرفتنا ما هي إلا تصورات، أما معرفة الواقع النهائي فهي مستحيلة. " فان معرفتنا هي إنتاج فئة عقلية (فضاء ثلاثي الأبعاد، وجود تلاحق خطي زمني...) هذه الفئة لا تتطابق بالضرورة مع بنية أو مع عرض الواقع في حد ذاته.

(أحمد أوزي، 1988، ص70)

وقد تعددت التعاريف لمفهوم التصورات الاجتماعية ولكنها لم تختلف في جوهرها ومن بين أهم التعاريف التي وردت في الكتابات المتوفرة:

تعريف "Moscovsci Serge": يعرف التصورات الاجتماعية على أنها "وقائع ملموسة تقريبا، وهي تدور، تتقاطع، تتبلور دون توقف، عبر كلمة ولقاء في عالمنا اليومي". كما يعرفها على أنها أنظمة معرفية لها منطق ولغة خاصة، نظريات موجهة لاكتشاف الواقع وما هو اعتيادي، التصورات الاجتماعية تشكل تنظيم نفسي على شكل معرفة صلبة تخص مجتمعنا، هي منتجة لسلوكياتنا، نظريات موجهة لتفسير وعمل أو اشتغال الواقع. ويضيف أيضا أنها نظام قيم، مفاهيم وممارسات مرتبطة بمواضيع وجوانب وأبعاد من المحيط الاجتماعي، لا ينحصر دورها في استقرار إطار الحياة الفردية والاجتماعية وإنما يمتد إلى كونها أداة توجيه وإدراك للوضعيات وتحضير الإجابات لها. (cité in : Maache, Chorfi & Kouira, 2002, p09)

كما عرفها على أنها: " نظام من القيم والمبادئ والممارسات المرتبطة بأشياء معينة سواء مظاهر أو أبعاد خاصة بالوسط الاجتماعي، والتي تسمح باستقرار إطار الحياة الخاصة بالأفراد والجماعات، كما تشكل أيضا أداة لتوجيه إدراكنا وكذا بناء استجاباتنا"، وهي "شكل من أشكال المعرفة الخاصة بالمجتمع، إنها نظام معرفي وتنظيم نفسي، كما تعتبر بمثابة جسر بين ما هو فردي وما هو اجتماعي، إذ تسمح للأفراد والجماعات بالتفاهم بواسطة الاتصال وهنا والذي يدخل في بنية ديناميكية المعرفة. إنها تشير إلى "شكل من المعرفة الخاصة، معرفة المعنى المشترك الذي من خلاله يوضح عملية تطور منتج وظيفيا واجتماعيا، كما أنها تشير إلى معرفة اجتماعية. وهي "تكتسي صفة اجتماعية لأنها مهياة وموضوعة على سيرورات التغيير والتفاعل الاجتماعي لبناء وتكوين علم مشترك خاص بجماعة، إذن فهي توجه التصرفات والقرارات الفردية، وتسمح لكل طرف في المجتمع بالتحكم في المحيط الذي يعيش فيه."

(ذكر في: عامر، 2005، ص20)

أعطى بذلك موسكوفيسي معنى خالف به المهتمين بالمفهوم، ونحى منحى خاصا معتبرا إياه نظاما للقيم ومفهوما عمليا له علاقة بالموضوعات، أو بالأوساط الاجتماعية التي تسمح من ناحية باستقرار إطار حياة الأفراد والجماعات وتشكل التصورات كوسيلة لتوجيه الإدراك من ناحية أخرى.

تعريف Jodlet: هو عملية عقلية فكرية تحدث عندما ينشغل الإنسان بشيء، هذا الشيء يمكن أن يكون شخصا، شيئا جامدا، حدثا، فكرة، نظرية، ...، ويمكن لهذا الشيء أن يكون مجسدا أو خياليا، وهي أيضا شكل معروف، مبنى اجتماعيا ومشارك، لها وجهة وغاية تطبيقية وتهدف إلى بناء حقيقة مشتركة خاصة بمجموعة اجتماعية".

(Jodlet,1993, p37)

كما تعرفها على أنها شكل من المعرفة السارية والمألوفة التي تشير إلى معنى ومفهوم مشترك، وهي تتحدد بالخصائص التالية:

(ذكر في: عامر، 2005، ص ص 21-22)

- أنها مهياة ومقسمة اجتماعيا، وهي مركبة من تجاربنا ومن المعرفة، كأنما هي نمط تفكير تنتقل وتستقبل من خلال العادات والتربية والاتصال الاجتماعي، أي أن لها صفة اجتماعية وهي مكونة من مجموع التصورات الفردية، ومن المعارف والعادات والتقاليد، وتستقبل من طرف الأفراد، وتنتقل من جيل إلى آخر مع حدوث تغيرات ضعيفة تخص العوامل الطائفية وليست النواة المركزية.
- لها هدف، وهو تطبيق النظام، والتحكم واستخدام المحيط، وتوجيه التصرفات والمسالك والاتصال.
- تشارك في بناء واقع مشترك (جماعي) بجملة اجتماعية أو ثقافية معطاة، وبناء عليها يغير الفرد من تصرفه تجاه موضوع ما، فيتشبث برأيه أو يلغيه، وهي تختلف عن الأحكام المسبقة، بمعنى أن التصورات الاجتماعية هي ظواهر معقدة دائما نشطة وفعالة داخل الحياة الاجتماعية، معقدة لأنها تتداخل مع المواضيع الأخرى كالاتجاه والتصور والاعتقاد...، ونشطة لأنها تنتقل من جيل لجيل مع تغيرات بسيطة، وكل هذا في الحياة الاجتماعية للفرد.

- إن التصورات الاجتماعية هي دائما تصورات لشيء ما (موضوع)، ولشخص ما (الفاعل)، ولمميزات الفاعل والموضوع تأثير عليها، كالتصورات الاجتماعية حول الأطباء والمهندسين والرؤساء والقادة، وكذا حول الموت والجنون والجنة والتعليم...

كما عرفت على أنها ظواهر معرفية تعبر عن الانتماء الاجتماعي للأفراد من خلال استدماجهم لممارسات وخبرات ونماذج سلوكية وفكرية. وهي أنظمة تفسير تسير علاقاتنا مع العالم ومع الآخرين، كما توجه وتنظم سلوكياتنا واتصالاتنا الاجتماعية.

(ذكر في: عامر، 2005، ص ص 21-22)

حسب جودليت فان الهيئة العلمية أجمعت بالموافقة على ان التصورات الاجتماعية هي شكل من المعرفة المهيأة والمقسمة اجتماعيا، لها رؤية تطبيقية وسارية لبناء حقيقة مشتركة وبجملة اجتماعية، وهي شكل من المعرفة الاجتماعية المبنية والمقسمة من طرف المجتمع وتهدف إلى أشياء علمية، كما تعمل على إعادة بناء الواقع المشترك بين الجماعات الاجتماعية، وهي تعتبر معرفة ساذجة.

(Jodlet,1990, p360)

فجودليت إذا ترى أن التصورات جماعية مصدرها المجتمع، كما أنها تختلف عن المعرفة العلمية لذلك فهي تعتبرها معرفة عامية ساذجة تساهم في التحكم في تصوراتنا وسلوكياتنا.

يعرف فيشر Fisher التصور الاجتماعي على أنه بناء اجتماعي لمعارف عادية مهيأة من خلال القيم و المعتقدات، ويتقاسمها أفراد جماعة معينة، و تدور حول مواضيع مختلفة (أفراد، أحداث، فئات اجتماعية الخ) و تؤدي الى توحيد نظرهم للأحداث كما تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية. (Fisher, 2005, p 131)

ومن خلال ما تضمنه هذا التعريف من معاني، نستطيع استخلاص أن التصورات الاجتماعية تشكل لكل فرد واقعه ومن ثمة فهي طريقة تفكيرية، كما أن مصدرها المجتمع، وهي معرفة عادية ساذجة، يتم تناقلها بين الجماعات عن طريق الاتصال الاجتماعي.

يعرف durkheim التصورات الاجتماعية على انها ظواهر تتميز عن باقي الظواهر الطبيعية بسبب ميزاتھا الخاصة... بدون شك فإن لها أسباب وهي بدورها أسباب... ويضيف أن إنتاج

التصورات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد، ولكنها بقايا حياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة، أحكام مسبقة، ميول تحركنا دون أن نعي، وبكلمة واحدة إنها كل ما شكل سماتنا الأخلاقية.

(Dorkheim,1997, p113)

يبين هذا التعريف أن التصور هو ناتج عن الخبرات السابقة التي عشناها والتي لها أثر كبير في توجيه مواقفنا وسلوكياتنا.

وتعرفها Herzlich على أنها سيرورة لبناء الواقع، تؤثر في آن واحد على المثير والاستجابة فتعدل من الأول وتوجه الثاني.

(Herzlich, 1972, p304)

بمعنى أن جل إدراكنا ونظرتنا للأحداث والأشياء ناتجة عن تصوراتنا لها كما أن استجاباتنا المتمثلة في مختلف السلوكيات والممارسات هي موجهة عن طريق تصورنا للمواضيع المثيرة له، ما يدفعنا للاعتقاد بضرورة المزج بين مختلف المقاربات في علم النفس (السلوكية مع التحليل النفسي)، لأن سلوكياتنا ما هي إلا نتاج تداخل السيرورة الباطنية مع المظهر الخارجي للسلوك.

حسب Abric (1994) فإن التصور الاجتماعي هو: " عبارة عن منتج أو سيرورة خاصة بنشاط عقلي، والذي بواسطته يقوم فرد أو جماعة بتشكيل الواقع الذي يواجههم وكذا منحه معنى نوعيا.

(Abric, 1994, p 12 p 23)

إذا فهي حصيلة لنشاط عقلي يقوم بواسطته فرد أو جماعة بإعادة بناء الواقع الذي يواجههم وإعطائه معنى خاص، أي إعادة تشكيل أفكار أخرى عن العالم بشكل من الخصوصية لكل فرد، كما أنها نتاج وسيرورة لعملية ذهنية، التي من خلالها الفرد أو الجماعة تعيد بناء الواقع، وهي مستقطبة لدلالات خاصة.

يعرف Bloch وآخرون التصور الاجتماعي على أنه أسلوب لرؤية محلية و في نفس الوقت رؤية مقسمة في إطار ثقافة معينة، و التي تسمح بتأمين الاندماج المعرفي لمظهر معين من مظاهر العالم و كذلك يسمح بتوجيه الفعل المرتبط بهذا المظهر.

(ذكر في عامر، 2015، ص23)

فالتصور يختلف باختلاف الجماعات، إذ أن كل جماعة تحمل قيما ومبادئ تميزها عن الجماعات الأخرى مما يجعل هناك اختلافا في محتوى التصورات، وبالتالي تمايز أفعالنا واستجاباتنا من جماعة الى أخرى نظرا لتمايز ما استدمج فينا من قيم ومبادئ مصدرها المجتمع الذي نعيش فيه.

ويمكننا من خلال ما سبق ذكره ان نعرف التصورات الاجتماعية على أنها شكل من أشكال المعرفة والفكر الاجتماعي الذي تتقاسمه جماعة من الأفراد، والآراء والاتجاهات والخبرات، وهي نتاج لتراكم معلومات منظمة وتفسيرات يقوم بها الأفراد وتبناها الجماعات التي يشكلونها، وهي (اي التصورات) عملية بناء اجتماعي للواقع الذي نعيشه في حدود فكرنا، ونتقاسمه مع جماعتنا في إطار ثقافتنا، معتقداتنا، وبيئتنا.

3. وظائف التصورات الاجتماعية:

تلعب التصورات الاجتماعية دورا اساسيا في دينامية العلاقات الاجتماعية وبنائها قائم على وظائف تقدمها بهدف تحقيق الثبات والاتزان الاجتماعي والمعرفي على الصعيد الفردي والجماعي على حد سواء، ويمكن تلخيص هذه الوظائف في:

3-1- وظيفة معرفية (cognitive) fonction de savoir

تسمح هذه الوظيفة بشرح وتفسير الواقع، وتساعد الأفراد على اكتساب المعارف وإدماجها في إطار مفهوم منسجم ومنسق مع نشاطاتهم المعرفية وقيمهم التي يؤمنون بها، كما تسهل التواصل الاجتماعي بتحديد لها لإطار مرجعي مشترك يسمح بتبادل ونقل ونشر المعرفة.

(Abric, 1994, p15)

3-2- وظيفة التعريف بالهوية fonction identitaire

تقوم التصورات بتحديد الهوية الاجتماعية، وتسمح بالحفاظ على خصوصيات الجماعات، كما أنها تساعد الأفراد على تمركزهم في الحقل الاجتماعي، وهكذا فإن التصورات الجماعية تقدم بطريقة ايجابية سلوكيات تلك الجماعة التي ينتمي إليها الفرد ومميزاتها من أجل الحفاظ على صورة ايجابية لهذه الجماعة. إن التصورات الاجتماعية تسهم في عملية المقارنة والتصنيف الاجتماعيين، مثلا

الشخص المعارض لرياضة " صراع الثيران " يرى في أمثاله أناسا لطفاء، بينما يرى في مؤيديها أفراد دمويين.

(Jodlette, 1994)

وتقول " جودليت " : " التصورات هي توزيع فكرة، لغة، وهي أيضا تأكيد لموقع اجتماعي مع هوية "، أي ان أي فرد يربط كل تصور بهوية أشخاص لهم صلة به مهما كان ذلك الموضوع، مثلا كالتصور الاجتماعي لمهنة التدريس عند الطلبة، فهو مرتبط بهوية الأستاذ الذي يقدم الدروس، حيث يعطيه هؤلاء هوية الشخص الوقور الذي يرتدي بذلة كلاسيكية، ويكون متقدما في السن، وبالإضافة إلى هذه الهوية فإن التصور يضم جملة الأطراف الأخرى كالمدرسة، ووسائل التدريس (الكراس، القلم، السبورة...).

(Abric, 1994, pp15-16)

3-3- وظيفة التبرير Fonction de justification

إن التصورات الاجتماعية تبرر المواقف والسلوكيات التي يقوم بها الفرد، فهي تسمح له بالتبرير القبلي، أي قبل أن يشرع في أي عمل، أو التبرير البعدي، أي بعد قيامه بسلوك أو فعل ما، فهي إذن تسمح بشرح المواقف في وضعيات مختلفة، وهذه الوظيفة في غاية الأهمية، لأنها تسمح للفرد بتقوية التمايز الاجتماعي بتبريره، وعليه يمكن باختصار ذكر أهم وظائف التصورات الاجتماعية في النقاط التالية:

(Abric, 1994, pp15-16)

- توجيه التصرفات والمراتب الاجتماعية.
- تبرير التصرفات والمراتب الاجتماعية.
- تسهيل الاتصال الاجتماعي.
- تأويل الحقائق اليومية وفهم الظواهر الجديدة والغريبة.
- إنشاء وحفظ الهوية النفس-اجتماعية

3-4- وظيفة توجيهية fonction d'orientation:

إن تصوراتنا تؤثر على السلوك الذي نقوم به، باعتبارها معارف حول الواقع فإنها تؤثر وتوجه سلوك الافراد لمتطلبات المعنى المرفق لهذا الواقع، ويقول في هذا موسكوفيسكي أن التصور الاجتماعي يساهم بشكل حصري في سيورة تشكل السلوكات؛ بمعنى أن السلوكات والممارسات التي نقوم بها تسمح إذا بشرح المواقف في وضعيات مختلفة، إذ تحدد للفرد ما هو مسموح به وما هو غير مسموح به في موقف ما. بمعنى انها تلعب دور المعايير الاجتماعية. (Abric, 1994)

(ذكر في: بن لوصيف، 2009، ص15)

4. تنظيم بنية التصورات الاجتماعية (النواة المركزية والعناصر المحيطة)

انشغل العديد من الباحثين في العلوم الاجتماعية بدراسة بنية وتكوين التصورات الاجتماعية والتي جلبت اهتماما كبيرا بسبب ما تحويه من غموض حول العناصر المكونة لها، بحيث ينظر إليها على أنها أنظمة معرفية هرمية مبنية في قاعدتها على بعدين أساسيين؛ الأول مركزي والثاني محيطي l'un centrale et l'autre périphérique، وحسب Moliner وآخرون (2002، ص60) فإنه انطلاقا من اعتبار أن المعارف المتعلقة بموضوع التصور تحوم حول النظام النواة المركزية، فحولها تنتظم معارف خاضعة لها تسمى النظام او العناصر المحيطة.

4-1- النواة المركزية Le noyau central:

نظرية النواة المركزية في دراسة التصورات الاجتماعية لصاحبها Abric والتي استوحاها من سابقه Moscovici الذي يرجح أنها (أي النواة المركزية) الأساس الذي يمنحنا الإطار الذي يمكننا من خلاله دراسة علم النفس التحليلي وتفسير مختلف التراكيب المنوطة به (science des complexes)، بالإضافة إلى وظيفة الإنشاء والتجسيد (l'objectivation & la concrétisation)، فيما يضيف Abric (1976) أنها مفتاح القبو الذي يمنح التصورات معناها الحقيقي واتساقها من خلال وظيفتين.

(Rouquette & Rateau, 1998, pp 31-36)

ومنه فالنواة هي العنصر الأكثر ثباتا والأكثر مقاومة للتغيير، فكل تحول أو تعديل في النواة المركزية يدخل تحولا كليا أو تعديلا في طبيعة التصور، ويعتقد أنه بهذا العنصر يتبين الاستدلال البسيط على محتوى التصور، وبالتالي فهو ليس بمعيار كاف للتعرف عليه، لذلك فطبيعة هذا النظام الخاص بالمحتوى هو الجوهر والأساس، وأي تغيير في النواة ينجر عنه تغيير في التصور كلية.

(Rouquette & Rateau, 1998, p35)

لقد أكدت الكثير من الدراسات التجريبية صحة افتراض "أبريك" من أن كل تصور ينتظم حول نواة مركزية، يكون عادة عدد عناصرها قليلا، وحسب ذات الباحث فإن التصور هو مجموعة منظمة حول نواة مركزية مكونة من عناصر تعطي معنى و توضيح لهذه التصورات، فالنواة المركزية هي العنصر الأساسي للتصورات، فهي تسمح بدراسة مقارنة للتصورات الاجتماعية، أي أن النواة المركزية لها علاقة من جهة بطبيعة هدف التصورات و من جهة أخرى بعلاقة ما بين الفرد المتدخل أو المقابل لهذا الهدف، رغم أن عدد الكتاب وافقوا على ديمومة وثبات المركزية واعتبروها أنظمة و معايير اجتماعية، التي تؤلف المحيط الإيديولوجي للزمن الحالي وللمجموعة.

(عامر نورة، 2005، ص 52)

4-1-1- وظيفة النواة المركزية:

حسب Moliner (1996) فإن النواة المركزية تضمن وظيفة توليدية للمعنى وأخرى تنظيمية، فحولها تنتظم معارف خاضعة لها تسمى النظام المحيطي؛

- وظيفة التوليد والتحويل **fonction génératrice & modératrice**: من خلال هذه الوظيفة يتم التوليد والتحويل لمختلف الدلالات لبعض العناصر المحيطة للتصور، وهكذا تأخذ هذه الأخيرة (العناصر المحيطة) معنى وقيمة.

(Moliner, 1996, p60)

- وظيفة التنظيم **fonction organisatrice**: من خلال هذه الوظيفة تحدد النواة المركزية وتنظم مختلف العناصر المحيطة من خلال تحديد طبيعة العلاقات والروابط التي تجمع بينها أثناء عملية توحيدها وجعلها مستقرة ضمن الحقل التصوري.

(Moliner, 1996, p60)

4-1-2- محددات النواة المركزية:

- يرى Guimeli (1992) أن النواة المركزية تتكون وتتحدد من خلال عناصر أو مجموعة عناصر تحتل مكانة خاصة في بنية التصور، حيث أنها توحد و تحدد كل المعاني الخاصة بالتصور، وهي:
- طبيعة الموضوع المتصور.
 - طبيعة العلاقات القائمة بين الفرد أو الأفراد وهذا الموضوع.
 - أنظمة القيم والاعتقادات الخاصة بالأفراد.

(cité in : Maache, Chorfi & Kouira, 2002, p19)

4-1-3- أبعاد النواة المركزية:

- حسب Abric (1994) فإن طبيعة الموضوع والغاية من الوضعية يحددان البعد الخاص بالنواة المركزية، وهذا الأخير يمكن أن يكون بعدا وظيفيا أو بعدا معياريا.

(Abric,1994 ,p23)

- البعد الوظيفي **la dimension fonctionnelle**: يمكن أن نجده في الحالات ذات الأهداف العملية (des finalités opératoires) ، حيث نجد ان النواة المركزية تتدخل بصورة واضحة لإنجاز نشاط أو عمل معين، وهي تمثل العنصر المهم والاكثر تفصيلا و الأكثر فعالية لإنجاز هذا النشاط.

(Abric,1994 ,p23)

- البعد المعياري: **la dimension normative** يتعلق بكل الوضعيات التي تتدخل فيها الأبعاد الاجتماعية-العاطفية، الاجتماعية أو الإيديولوجية حيث يكون لهذا النوع من الوضعيات بعض المعايير والمواقف والملاحظة في موضوع مركز التصورات.

(Abric, 1994, p23)

4-2- Le système périphérique المحيطي :

رغم أن هذه العناصر تبدو أقل أهمية من النواة المركزية إلا أن لها مكانة ودورا أساسيا، فهي على علاقة مباشرة مع النواة وإن قيمة حضور هذه العناصر تحدد من قبل النواة المركزية، حيث تشكل العناصر المحيطة العناصر الأكثر مادية ودينامية في التصور، فالعوامل المحيطة تجسد معلومات متكررة ومترجمة لأحكام شكلية يقترحها الموضوع ومحيطه وما يتضمنه من قوانين واعتقادات. وحسب Moliner (1996، ص 61) فإن هذه العوامل المحيطية تتجمع في بناء معرفي وتضمن الوظائف العملية للتصور الاجتماعي؛ هذا لأنها الوسيط بين النواة المركزية والوضعية المادية؛ أي أنها تلعب دور مهم في إعطاء الجانب المادي لمفهوم التصور الاجتماعي.

4-2-1- وظائف النظام المحيطي:

يعتبر Flament (1989) أن وظيفة النظام المحيطي تتلخص في ثلاث:

(Rouquette & Rateau, 1998, pp 34)

- وظيفة توصيف والتموضع **une fonction de prescription & prise de positions**: عملية توصيف السلوكات وتحديد مختلف التموضعات، حيث تتحدد من خلال هذه الوظيفة سلوكات الأفراد المختلفة وتتميز بين ما يجب أن يفعله أحدهم في وضعية معينة وما لا يجب فعله أو قوله في وضعية أخرى وهذا طبقا لمجموعة من المعايير والقيم والمعتقدات وغيرها... إلخ.

(Rouquette & Rateau, 1998, pp 34)

- وظيفة خصخصة **une fonction de personnalisation**: تسمح بخصخصة التصورات الاجتماعية والقرارات التابعة لها وهذا حسب السياق والخصوصيات الفردية مما يضمن التنوع في المحيط مع الإبقاء على مفهوم التوافق مع المركز.

(Rouquette & Rateau, 1998, pp 34)

- وظيفة حماية **une fonction de protection**: من خلال حماية النواة المركزية في حالة الحاجة، فالنواة المركزية تمثل العنصر الأكثر مقاومة ضد التغيير، وعن أي تحويل في المركز يؤدي بالضرورة إلى تغيير في المحيط أو إلى تهديم كلي للنظام ككل؛ لذلك يلعب النظام المحيطي دور حاجز الصد والحماية (un pare-chocs) لمختلف المؤثرات الخارجية التي تطرأ على التصورات الاجتماعية.

(Rouquette & Rateau, 1998, pp 34)

إذا فالتصورات الاجتماعية تتشكل من نواة مركزية وعناصر محيطية يعملان ككيان واحد، حيث يقوم كل جزء بعمل محدد ولكنه متكامل مع الجزء الآخر، فتواجه هذا النظام المزدوج يسمح بفهم خاصة من خصائص التصورات الاجتماعية، والذي يظهر بشكل متناقض في الوهلة الأولى، ذلك أن التصورات حسب Abric (1994، ص 29) هي في الوقت مستقرة ومتحركة، صلبة ومرنة. مستقرة وصلبة؛ لأنها تحدد بعمق بواسطة نواة مركزية موطدة في النظام الخاص بالقيم المقسمة بواسطة أعضاء الجماعة، ومتحركة ومرنة؛ لأنها تغذي الخبرات الفردية.

4-3- حلقة الظل أو المنطقة الصامتة **la zone mouette**

تتعلق المنطقة الصماء أو منطقة الظل بالعناصر المخالفة للمعايير "contre normatifs"، والتي لم يتم إنتاجها لأنها تعبر عن جانب من الموضوع الذي يعتبر مخالفا للمعايير التي تتبناها المجموعة التي ينتمي إليها (يعتبر عضوا فيها)، نعلم انه في النواة المركزية توجد عناصر وظيفية وعناصر معيارية، كما يوجد نوعين من العناصر الحاملة أو النائمة؛ العناصر غير المنشطة *éléments non activés*

والعناصر التي لا يصلح التعبير عنها non exprimables، هاتين الخاصيتين حسب Abric (2003) يمكن ان يكونا على علاقة و يشكلان الفرضية التالية:

(Abric,2003, pp75-80)

- بعض العناصر الوظيفية من النواة المركزية ليست مفيدة او ليست لها صلة مع سياق معين؛ ومنه لا تكون منشطة، وكما قال Guimelli أنها في نوم "en someil" ولكن يمكن إيقاظها بسهولة في سياقات جديدة.

(Abric,2003, pp75)

- بعض العناصر المعيارية من النواة المركزية ليست في حالة "نوم" ولكنها مخفية، إنها العناصر التي تشكل النواة المركزية الحقيقية، إنها الوجه الحقيقي وغير المعترف به (غير المصرح به) للتصور، إنها تشكل إلى حد ما الجانب غير الشرعي للتصور، إنها العناصر التي وجب تعقبها، واستكشافها من اجل التعرف على التصور الفعلي.

(Abric,2003, pp75)

- يمكن أن تحوي المنطقة الصماء عناصر من النظام المحيطي.

(Abric,2003, pp 79-80)

المنطقة الصامتة ونظرية النواة المركزية:

ما يجب تأكيده هو أن بعض العناصر المركزية يمكنها الظهور والاختفاء حسب سياق الاستنطاق للتصور، وهذا الأمر لا يضع فكرة "استقلالية النواة المركزية عن السياق الآني" محل تشكيك أو تساؤل حسب Abric (1994). فمحتوى النواة المركزية لا يتغير (ne change pas) حسب تنوع السياقات (les contextes)، ولكنه بكل بساطة قابل للتعديل (modulable). بعض العناصر تكون أسهل من حيث التعبير عنها مقارنة بعناصر أخرى، هذه الأخيرة (أي العناصر الأخرى) أيضا موجودة ولكن الإشكال المطروح هو في استظهارها (les faire émerger).

(Abric,2003, p80)

5. مناهج جمع محتوى التصور الاجتماعي:

حسب Abric (1994): عند دراسة التصورات الاجتماعية تصادفنا مشكلتين منهجيتين اثنتين؛ الأولى تتعلق بكيفية جمع التصورات الاجتماعية والثانية تتعلق بكيفية تحليل المعطيات المتوفرة. واختيار المنهجية المناسبة سواء فيما يتعلق بجمع أو بتحليل التصورات تعتبر خطوة حاسمة في البحث، وأشار إلى أنه يمكن تمييز نمطين من المناهج؛ الطرق التساؤلية (méthodes interrogatives) وأشهرها (متمثل في جمع تعابير أو معاني متعلقة بالموضوع المدروس، هذا التعبير قد يكون لفظي أو بياني (رسم أو مشاهدة)، وطرق التداعي (méthodes associatives) تستند هي الأخرى على تعبير لفظي الذي نعمل على جعله أكثر تلقائية وأقل مراقبة.

(Abric, 1994, p61)

وأضاف "Abric" (2003) أن المقاربة متعددة المنهجيات للتصورات الاجتماعية ضرورية من أجل مصداقية النتائج المحصلة.

(Abric, 2003, p10)

5-1- الطرق التساؤلية: (les méthodes interrogatives)

5-1-1- المقابلة: (l'entretien)

تعتبر كوسيلة ضرورية في دراسة التصورات الاجتماعية. وهي تقنية تتم من خلال إجراء حوار، والحوار هو نشاط معقد كما بينه Abric (1981) مما يعقد عملية تحليله ويصعبها، كون الولوج إلى المعلومة يعتمد على العلاقة التي تبنى بين الطرفين في المقابلة (المحاور والمحاوَر) والسياق الذي تمت فيه المقابلة، بالإضافة إلى الحالة الانفعالية والذهنية للمحاور. ويلجأ الباحث إلى نوعين من المقابلة من أجل جمع التصورات الاجتماعية حول موضوع معين:

- **المقابلة نصف الموجهة:** تدعو الفرد المسؤول للشرح بعفوية عما بداخله في إطار محتوى

البحث وهي عبارة عن أسئلة شفوية تظهر التصورات من خلال الخطاب وهذا ما يسمح

بالوصول إلى محتوى التصورات، وتلعب الذاتية هنا كذلك دورا من خلال توجيه الباحث وتدخلاته.

- **المقابلة غير الموجهة:** أين يلعب المحاور دور المسهل للخطاب حول موضوع بحثه لكن دون التدخل في المواضيع الفرعية التي يتطرق لها المحاور.

ويستلزم على الباحث اللجوء والاستعانة بتقنية تحليل المحتوى. وهنا يقع الباحث في إشكال الذاتية التي لا يمكن بأي حال من الأحوال تفاديها.

(Abric, 1994, pp62-61)

5-1-2- الاستمارة: (le questionnaire)

عبارة عن أسئلة محددة حول موضوع البحث، منها ما هو مغلق أين تحدد الإجابات بدائل كنعم أو لا، ومنها ما يقدم للمبحوث فرصة الاختيار من بين عدة اختيارات، ومنها ما هو عبارة عن أسئلة مفتوحة تمنح فيها المبحوث فرصة الإجابة بحرية تامة، وتعتبر الاستمارة الأكثر استخداما والأكثر شيوعا فيما تعلق بجمع التصورات الاجتماعية. غير أن هذه الوسيلة قد قوبلت بانتقادات أهمها محدوديتها، واعتبرت غير كافية من اجل جمع وإبراز كافة أبعاد التصورات حول موضوع معين. بالإضافة إلى صعوبة صياغة أسئلة الاستمارة، وينصح في هذا السياق التوجه نحو صياغة أسئلة مفتوحة مما يعرض على الباحث فرصة تجميع أكبر قدر من الإجابات الغنية والمتنوعة.

(Abric, pp 63-62)

5-1-3- الألواح والصفائح الاستقرائية: (les planches inductrices)

هذه التقنية تستخدم أكثر عند المجتمعات التي يواجه الباحث صعوبات في تطبيق الطرق التساؤلية الكلاسيكية (المقابلة، الاستمارة)، مبدأها بسيط وسهل وهو مستنبط من المقاربات الإسقاطية، يتم في هذه الطريقة عرض صورة أو مجموعة من الصور التي يتم تحضيرها واختيارها من قبل الباحث على مجتمع (أو عينة) البحث ويطلب منه التعبير بكل طلاقة انطلاقا منها (الصورة أو

الرسم المعروف). إذا فالأمر شبيه بالمقابلة نصف الموجهة أين يتكون المثير (inducteur) من رسومات بدل الصياغة اللفظية. تواجه الباحث بعض الصعوبات فيما تعلق بتجهيز واختيار الصور المناسبة لموضوع بحثه بالإضافة إلى صعوبة التحليل لمحتوى التصورات المجمعة.

(Abric, pp 63-64)

5-1-4- الرسومات والدعائم الخطية: (dessins et supports graphiques)

طريقة متخصصة لجمع التصورات حول الأفكار المكانية التي يصعب التعبير عنها لفظيا، أين تكون الإجابات جدا ثرية فيما تعلق بالتصورات حول المدن والأماكن. وفي كل الأحوال تمر هذه الطريق عبر ثلاث مراحل أساسية:

- أولا: يطلب من أشخاص (مجتمع البحث) إنتاج رسم أو مجموعة من الرسومات.
- ثانيا: جمع تعبيرات الأشخاص حول هذه الرسومات.
- ثالثا: تحليل مكتم للعوامل المكونة للرسم.

(Abric, 1994, p 64)

5-1-5- مقارنة الموضوع الأحادي: (l'approche monographique)

الأكثر طموحا والأكثر صعوبة والأطول من حيث المدة الزمنية مقارنة بالطرق السابقة، ويعتقد بأنها الطريق الملكي لدراسة التصورات الاجتماعية وهي مستوحاة مباشرة من الطرق الأنثروبولوجية، تسمح هذه المقاربة بجمع محتوى التصور الاجتماعي حول موضوع معين ووضعها مباشرة في سياقه بالإضافة إلى دراسة علاقاته مع الممارسات الاجتماعية من طرف الجماعات المختلفة. ويندرج ضمن هذه المقاربة عدة تقنيات تسمح بمستويات متعددة للتحليل، نذكر منها: التقنية الإثنوغرافية، التحريات السوسولوجية، التحليل التاريخي، التقنية النفسو-اجتماعية (و التي تتمثل في المقابلات المعمقة، الملاحظات المباشرة للسلوكات والتفاعلات،...

(Abric, 1994, p 65)

5-2-2- طرق التدايعيات: (les méthodes associatives): تعتمد كلها على نفس المبدأ، وحسب " Rouquette & Flament " يرتكز مبدأ كل التدايعيات على بناء ارتباط بين الحاث (l'inducteur) والمستقراً. غالباً ما ندعوه مثيراً يرتبط بموضوع أو تركيب لغوي (composant verbal) لكن في النهاية يحتوي على صورة.

(Abric, 1994, pp 65)

5-2-1- التدايعي الحر: (l'association libre)

تتكون هذه التقنية من كلمة حث (inducteur) قد تكون لفظة أو كلمة أو مجموعة من الكلمات المنتجة من طرف الباحث ويطلب من المبحوث أن يعطي كل العبارات أو الكلمات أو الصفات التي تأتي على باله (في ذهنه) في الحين. ويرى أبريك Abric أن هذه التقنية سبق استخدامها في التحليل النفسي من قبل العلماء، حيث يعتبرون جملة من الكلمات المتدايعيات إنما هي من صلب اللاشعور للفرد وطريقة التدايعي الحر في التصورات الاجتماعية تقوم على كلمة متدايعية انطلاقاً منها يطلب من الأفراد إنتاج كلمة أخرى أو جملة من الكلمات أو التعابير التي تأتي على ذهن المبحوث، وما يميز هذه التقنية عن سابقتها في الطرق التساؤلية هي السرعة والعفوية (التلقائية) والسهولة، مما يسمح للباحث التعرف على العوامل الضمنية أو الخفية حول تصور ذلك الموضوع. وتعتبر هذه التقنية كقاعدة لباقي التقنيات الأخرى في طرق التدايعي كبطاقة التدايعيات وتشكيل الثنائية اللفظية أو التقييم الإزدواجي.

(Abric, pp 65-68)

5-2-2- بطاقة التدايعي / خريطة التدايعي: (la carte associative)

تقنية جديدة مستوحاة من البطاقة الذهنية ل (la carte mentale). المبدأ في استخدامها بسيط:

- أولاً: في مرحلة أولى وانطلاقاً من اللفظ الحاث نتحصل على تدايعيات حرة.

- ثانيا: تأتي في المرحلة الثانية بعد التداعي الحر، بحيث نطلب من الفرد إنشاء ثنائيات لتداعياته ما بين الكلمة الحائثة والكلمات المتداعية. ثم سلاسل لتداعياته متكونة من ثلاثية ثم رباعية.
- ثالثا: كل هذه السلاسل تستخدم من اجل إنتاج خارطة للتداعيات على ألا تتعدى كل سلسلة أربع حلقات.

(Abric, pp 68-70)

بالإضافة إلى وجود طرق أخرى (autres méthodes) حسب Abric كالكلمات الثنائية، التقدير المزدوج، تكوين مجموعات الكلمات والتصنيف الطبقي المتتابع، وغيرها ...

(Abric, pp 68-70)

5-2-3- طريقة الاستحضار لـ (Vergès): (l'évocation hiérarchisée)

- أولا: تركز الطريقة في مرحلتها الأولى على تقديم لفظة حث (terme inducteur) للفرد طالبين منه إعطاءنا كتابيا وفي أسرع وقت ممكن 3 كلمات أو عبارات لها علاقة مع كلمة الحث.
- ثانيا: ثم يطلب من الأشخاص في مرحلة ثانية تبرير إجاباتهم في جملة أو جملتين، يسمح هذا التبرير للمبحوثين بالوعي بنماذج إجاباتهم ومعرفة نوعية الروابط (type de connecteurs) التي تم تفعيلها للربط بين لفظة الحث والإجابة المتلقاة (réponse induite).
- ثالثا: تركز هذه المرحلة على الكشف عن نوع التصور من خلال تقديم للأفراد مجموعة من العبارات تخص النموذج المحصل دون التدخل، وعلى الأفراد الإجابة بنعم الو لا أو ربما من أجل

التمييز بين العبارات الأكثر تمييزا والعبارات الأقل تمييزا والعبارات التي لم يكن أصحابها متأكدين منها.

- بعد هذه المرحلة يتم تحليل النتائج.

(Abric, pp 68-70)

5-2-4- شبكة التداعيمات: (réseau associatif)

تهدف للكشف عن بنية ومحتويات التصورات الاجتماعية من خلال مؤشرات القطبية والحيادية والنمطية للحقل المعنوي المتصل بها.

تقوم هذه الشبكة على مقطع أو عدة مقاطع منبهة (le stimulus) في قلب الورقة، والتي يتم اختيارها بعناية فائقة من اجل أن تعبر عن أهداف البحث، بإمكان المقطع المنبه أن يكون عبارة عن كلمة، عبارة، رسم، مقطع موسيقي، إشهار، دعاية، فيلم، فيديو، برنامج تلفزيوني، ... وذلك حسب طبيعة الموضوع المدروس.

(Abric, pp 68-70)

خلاصة:

التصور الاجتماعي هو نظام نفسي ومعرفي يبينه الأفراد ويعمم إلى الجماعات، يكتسي هذه الصفة الاجتماعية لأنه مهياً وموضوع على سيرورات التغيير والتفاعل والدينامية الاجتماعية، وللتصورات الاجتماعية مجموعة من الوظائف تلخص في المعرفة، التعريف بالهوية، التبرير والتوجيه. ويتكون هذا النظام من مجموعة من المكونات المركزية والمحيطية ضمن نظام يتحدد وفق مجموعة من الخصائص، وقد أكدت العديد من الدراسات ان العناصر المحيطية تنظم حول نواة مركزية تتميز بعدة وظائف (التوليد والتحويل والتنظيم)، وتحدد هذه الأخيرة من خلال طبيعة الموضوع، طبيعة العلاقات القائمة بين أفراد المجموعة الواحدة التي تشارك هذا التصور، بالإضافة إلى نظم القيم والاعتقادات الخاصة بكل الأفراد الذين يكتسبون العضوية ضمن جماعة معينة. أما فيما تعلق بالنظام المحيطي فعلى الرغم من انه يبدو اقل أهمية من النواة المركزية إلا أن له مكانة ودورا أساسيا، فعناصره تلعب دورا أساسيا بالإشراك مع العناصر المركزية في دينامية التصور، وفي إعطاء الجانب المادي لمفهوم التصور. ويتميز هذا النظام هو الآخر بمجموعة من الوظائف التي تضمن سيرورة ودينامية التصور الاجتماعي وهي ثلاث؛ الوظيفة المادية، التعديلية والدفاعية، وهي الأخرى تحدد من خلال طبيعة الموضوع المتصور، طبيعة العلاقات القائمة بين الفرد أو الأفراد وهذا الموضوع وأنظمة القيم الاعتقادات الخاصة بالأفراد. ومن اجل جمع هذه التصورات يقترح الباحثون مجموعة من الطرق التساؤلية والطرق التداعي لكل منها مميزاتا وعيوبها ويستحسن استخدام أكثر من طريقة من اجل خلق نوع من التكامل والدقة والنوعية في البحوث.

الفصل الثالث

جودة الحياة في العمل

1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم جودة الحياة في العمل
2. مفهوم جودة الحياة في العمل
3. مفاهيم مرتبطة بمفهوم جودة الحياة في العمل
4. أبعاد جودة الحياة في العمل
5. أهم المقاربات المفسرة لجودة الحياة في العمل
6. أهمية وأهداف تبني سياسة جودة الحياة في العمل
7. علاقة إدارة الجودة الشاملة بجودة حياة العمل
8. الجودة في القطاع الصحي بالجزائر
9. العوامل المؤثرة في جودة الحياة في العمل

تمهيد: يعتبر الإطار النظري للمتغير الرئيسي و الوحيد في بحثنا؛ "جودة الحياة في العمل" محطة رئيسية كان من الضروري التعرّيج عليها بغرض استكمال طريق إنجازنا للخطة التي قمنا برسمها من اجل بلوغ أهدافنا، و لأن هذا المفهوم (أي: جودة الحياة في العمل) من المفاهيم الواسعة غير المضبوطة إلى غاية كتابة هذه الاسطر؛ متعددة المؤشرات والابعاد، ثمرة لما يقارب القرن من الإسهامات الفكرية، فقد اختلف العديد من المفكرين في ضبط هذا المفهوم والاتفاق على نموذج وحيد مفسر بغرض الفهم، التطبيق في شكل استراتيجيات تتبناها مختلف المنظمات أو حتى القياس من اجل البحث العلمي، لذلك حاولنا من خلال هذا الفصل تقديم مجموعة من العناصر التي تهدف إلى الإحاطة بالمفهوم وتكوين فكرة عامة عنه:

- ✓ تقديم نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم جودة الحياة في العمل.
- ✓ التعرف على معنى مصطلح الجودة لغة واشتقاقا.
- ✓ الإحاطة بمختلف التعاريف لجودة الحياة في العمل التي وردت في التراث الأدبي.
- ✓ التعرف على بعض المفاهيم المرتبطة به.
- ✓ القاء الضوء على أهم مقاربتين في تفسير هذا المفهوم؛ مدرسة العلاقات الإنسانية والمدرسة السوسيوثقافية.
- ✓ التعرف على مختلف الابعاد المقترحة لهذا المفهوم من طرف مجموعة من الرواد في هذا الحقل المعرفي.
- ✓ التعرف على دوافع وأهمية تبني سياسات "جودة الحياة في العمل".
- ✓ البحث عن العلاقة التي تربط إدارة الجودة الشاملة بجودة حياة العمل.

ولان موضوع بحثنا يتعلق بجودة الحياة في العمل على مستوى مؤسسات القطاع الصحي بالجزائر فإننا تطرقنا إلى واقع تبني سياسات الجودة بالقطاع. لنختتم هذا المبحث بإشارة لمختلف العوامل المؤثرة في جودة الحياة في العمل وبعض المعوقات التي تحول دون تطبيق سياسات جودة الحياة في العمل بالمؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

1. نبذة تاريخية عن ظهور وتطور مفهوم جودة الحياة في العمل:

يعبر مصطلح "جودة الحياة في العمل" عن مفهوم واسع؛ ثمرة لما يقارب القرن من الملاحظات العلمية للعمل من جهة والمفاوضات بين الشركاء الاجتماعيين من جهة أخرى.

(Bourdu, Péretié & Richer, 2016, p40)

وحسب Goode (1989) فإنه على الرغم من عدم استخدام هذا المصطلح؛ أي "جودة حياة العمل" في أواخر القرن التاسع عشر، إلا أنه تم بالفعل بذل جهود معزولة لتحسين ظروف العمال، على سبيل المثال: حقيقة أن بعض الشركات تتقاسم الأرباح مع موظفيها، من منظور أكثر حداثة، يمكن اعتبار هذه المبادرات محاولة لتحسين QWL.

(Martel & Dupuis, 2006, p4)

وقد اقترن ظهور هذا المفهوم بأعمال Fred Emery & Eric Trist في خمسينيات القرن الماضي بمعهد Tavistock Institute of Londres؛ أين تم تسليط بقعة ضوء على الفعالية في العمل والتي ترتبط بجودة الحياة في العمل؛ هذا الرابط الذي يعتمد أولاً وقبل كل شيء على تنظيم العمل وطرق الإنتاج.

(Cité par : Grafeteaux, 2015, p5)

خلصت تلك الأعمال التي قامت بوضع حد للتaylorism إلى الفكرة المقنعة المتمثلة في: الارتباط الوثيق والأمثل بين "الفعالية الإنتاجية" و "مختلف الابعاد المتعلقة بالشق الإنساني، الاجتماعي والتقني للمؤسسة"؛ حيث ترتبط الفعالية في العمل ارتباطاً وثيقاً بجودة العلاقات في العمل، ويعتمد هذا الارتباط أولاً على تنظيم العمل وطرق الإنتاج. يتم التركيز على أهمية جماعة العمل، استقلاليتها ووظيفتها في دعم الأفراد نفسياً وإنتاجياً.

(Verkindt & Lanoe, 2015, pp 17-18)

في الستينيات من القرن العشرين، في الولايات المتحدة الأمريكية، تبعاً لأعمال ماسلو Maslow (1943) و D. McGregor (1960) حول "الحاجات" و "عوامل التحفيز" للموظفين، اقترح Herzberg (1971) فكرة دمج هذه العوامل في واقع العمل الحقيقي.

(Cité par : Pelletier, 2015, pp 17-18)

في حين أن المدرسة الأنجلوسكسونية anglo-saxon تدرج ضمن عملية استشراف فردية لدمج الأبعاد التنظيمية لمنصب العمل والصحة في العمل، فإن الدول الاسكندنافية من خلال أعمال المعهد الوطني السويدي لحياة العمل (National Institute of Working Life de Suède) تولي أهمية إلى الجماعات في العمل (équipe semi-autonome) ، و إلى مشاركة الموظفين ليس فقط في اتخاذ القرارات التي تؤثر على نشاطهم ، ولكن أيضاً في تلك الخاصة بالتوجهات الاستراتيجية للشركة عبر ممثلهم أو مباشرة تجسيدا لمفهوم الديمقراطية الصناعية (démocratie industrielle). عملياً، مشاركة الموظفين في اتخاذ القرارات يمكن أن يتخذ أشكالاً مختلفة: الفحص، التشاور، الاشتراك في تقرير المصير في إطار توافق اجتماعي، حيث تسمح الدولة للشركاء الاجتماعيين بوضع الحلول الاجتماعية والإنتاجية بأنفسهم. في فرنسا، على الرغم من أنه كانت هناك صعوبة في استخدام مصطلح جودة الحياة في العمل QVT خلال نفس الفترة، إلا أنه تجدر بنا الإشارة إلى أن المناقشات كانت متشابهة لنظيرتها في دول أمريكا: نقد التaylorisme ، أهمية العمل الجماعي ("وحدات العمل الأساسية")، الأرخنوميا التشاركية l'ergonomie participative، الاستقلالية في العمل l'autonomie au travail... الخ. يمكن اعتبار مصطلح "QWL" ، في نشأته، بمثابة اقتراح وسط بين المقاربات الأوروبية والأمريكية لتحسين المشترك.

(cité par : Pelletier, 2015, pp 17-18)

في أواخر الستينيات استخدم مصطلح "Quality of work life" لأول مرة في الولايات المتحدة من قبل موظف شركة جنرال موتورز General Motors إيرفينج بلوستون Irving Bluestone. (Dupuis, Martel & all, 2009, p 31)

في السبعينيات (1970)، يظهر استخدام مفهوم QVT الذي يرتبط بالاهتمام بالصحة النفسية في العمل مع الأبحاث حول ظاهرتي: الضغط المهني stress والاحتراق النفسي burn out وأسبابهما التنظيمية.

(Pelletier, 2015, pp 17–18)

وقد ذكر Cherns, A& Davis, L (1975) أن المصطلح ظهر أول مرة في أول مؤتمر دولي حول جودة الحياة QWL في نيويورك بـ Arden House، بجامعة كولومبيا بنيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية في عام 1972.

(Cité par : Chandranshu, 2012, p2)

في هذه المناسبة، هدف المشاركون إلى تحديد سلسلة من الطرق التي يمكن أن تؤدي إلى فهم أفضل للوعكات التي لوحظت في أماكن العمل حيث كان هناك انخفاض في الدافعية مصحوبا بمستوى أداء غير كافي.

(Larouche & Trudel, 1983, pp 568–569)

وقد تم في نفس المؤتمر اتخاذ قرار بإنشاء "المجلس الدولي لجودة الحياة في العمل" (le Conseil International de la Qualité de Vie au Travail) مع التعهد ببناء مجسم نظري يسمح ويشجع على تطوير البحث في مجال الصحة العقلية في العمل ونوعية الحياة في العمل، وكلاهما مرتبطان ارتباطاً وثيقاً.

(Larouche & Trudel, 1983, p 569)

تم إنشاء هذا المجلس في عام 1973، وقد اقترح تعريفاً لـ QWL يجمع أربعة جوانب: السلامة الجسدية، السلامة النفسية، تنمية الحوار الاجتماعي والتوازن بين الحياة في العمل والحياة خارج العمل.

(L. E. Davis et A. Chermms, 1975)

في نفس السنة 1973، تم توقيع أول اتفاقية جماعية بين المؤسسات حول نفس الموضوع بعد تجربة Tarrytown مع مجموعة General Motors.

(Cité par : Pelletier, 2015, p18)

2. مفهوم جودة الحياة في العمل:

1.2. مفهوم الجودة لغوياً:

1.1.2. اشتقاق مصطلح "الجودة" من اللغة العربية:

ورد في تعريف ومعنى مصطلح "جودة" حسب مجموعة من المعاجم في اللغة العربية ما يلي:

✚ حسب قاموس "الرائد" فإن مصطلح الجودة:

✓ أولاً: من مصدر جاد، يجود، جودة؛ وهو من صفة الجيد وطبيعته الجودة: ومنه:

- جاد: صار جيداً.

- جاد: فعل جيداً.

- جاد: قال جيداً.

✓ ثانياً: من مصدر جَوَّدَ يَجُودُ، تَجْوِيدًا، فهو مُجَوِّدٌ، والمفعول مُجَوِّدٌ، ومنه:

- جَوَّدَ العَمَلُ: أتقنه وأحسن صنعه.

- يُجَوِّدُ إِنْتَاجَهُ: يُحَسِّنُهُ، يَجْعَلُهُ جَيِّدًا.

✚ حسب قاموس اللغة العربية المعاصر فإن:

مصطلح الجودة مصدره من جاد، يجود، جُد، جَوْدَةً و جُودَةً، فهو جَيِّدٌ ومنه:

- جَادَ العَمَلُ حَسَنًا، علا مستواه: أي أن العمل في غاية الجودة والإتقان.

- جاد المتأخر: صار جيداً نفيساً.

- جَادَ الرَّجُلُ: أتى بالحسن من القول أو الفعل: أي أنه شخصٌ جَيِّدٌ.

- وجمع جَوْدَةٍ جَوْدَاتٍ و جَوْدَاتٍ.

- سلامة التكوين وإتقان الصنعة.
- جودة العالم في حسن خلقه.
- ✚ حسب معجم "لسان العرب لابن منظور" فإن مصطلح الجودة من الجيد:
- والجيد: نقيض الرديء، على فيعل، وأصله جيود فقلبت الواو ياء لانكسارها ومجاورتها الياء، ثم أُدغمت الياء الزائدة فيها، والجمع جِياد، وجيادات جمع الجمع؛ أنشد ابن الأعرابي: كم كان عند بني العوام من حسب، ومن سيوف جِياداتٍ وأرماح
- وفي الصحاح في جمعه جيائد، بالهمز على غير قياس.
- وجاد الشيءُ جُودةً وجُودةً أي صار جيداً.
- وأجدت الشيءَ فجاد، والتجويد مثله.
- وقد قالوا أجودت كما قالوا: أطل وأطول وأطاب وأطيب وألان وألين على النقصان والتمام.
- ✚ حسب المعجم الغني فإن: مصطلح "جودة" يطلق على ما عُرف بجودة صناعته أي باتقانها وطبيعتها الجيدة.
- ✚ حسب المعجم الوسيط فإن: جودة الفهم (في ميدان الفلسفة والتصوف) هي صحة الانتقال من الملزومات إلى اللوازم.

(مقتبس من موقع: "المعاني": <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar>)

2.1.2. اشتقاق مصطلح "الجودة" من اللغة اللاتينية:

- ✚ ورد في قاموس أوكسفورد للغة الإنجليزية "Oxford English Dictionary" أن مصطلح « Quality » المنطوق (/kwɒlɪti/) ، في اللغة الإنجليزية الوسطى Middle English بمعنى: « particular property or character » & « character, disposition » feature ، مشتق من اللغة الفرنسية القديمة Old French « Qualite » المشتق هو

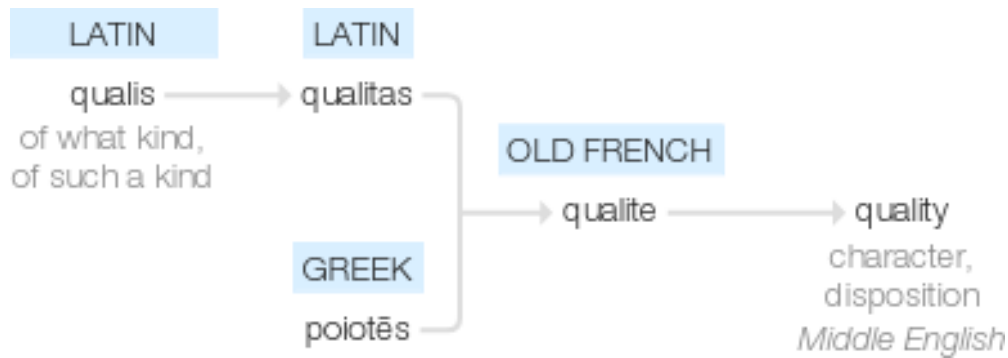
الآخر من اللاتينية: « Qualitas » أو « Qualitaz »؛ -و الذي تم نقله عن طريق

تراجم الشعراء اليونانيين- يعني: "النوعيات"؛ أي:

✓ « Of what kind » = من أي نوع.

✓ « Of such a kind » = من هذا النوع.

شكل رقم (01): اشتقاق مصطلح «Quality» من اللاتينية



المصدر: "Oxford English Dictionary"

(مقتبس من موقع:

Oxford English Dictionary: <https://www.lexico.com/en/explore/etymology>)

ورد في قاموس اللغة الفرنسية le dictionnaire littré أن مصطلح «qualité»

المنطوق (/Ka-li-té/) مشتق من مصطلح «qualitatem» أو «qualitates» او

«qualitatez» اللاتيني؛ ويعني ما يجعل الأشياء على ما هي عليه، بمعنى صفة الشيء،

مثل ذلك: الجيد والسيء، الحار والبارد، الأحمر والأصفر والأبيض، الذكر والانثى وغيرها

من الصفات والمميزات والخصائص.

وقد ورد في نفس القاموس أمثلة كثيرة عن أنواع الصفات وفي مختلف الميادين كالطب والفلسفة

والكيمياء والفيزياء وغيرها.

(مقتبس من موقع: <https://www.littre.org/> :Le dictionnaire littré)

أورد في نفس السياق Bernard Colombat في كتابه La grammaire latine en France (1999) المتكون من 724 صفحة أن مصطلح «qualité» في اللغة الفرنسية يقابله مصطلح «qualitatem» في اللاتينية، وهذا في الأربع صفحات التي ورد فيها هذا المصطلح وتمت ترجمته إلى اللغة الفرنسية، وقد كان يشير إلى مجموعة من المعاني لا تحيد في مجمعها عن مفهوم: النوع والنوعية، الخاصة والميزة الفردية أو الجماعية المشتركة.

(Colombat.1999, pp194,195,196,234)

2.2. مفهوم جودة الحياة في العمل اصطلاحاً:

يعبر مصطلح "جودة الحياة في العمل" «QVT» / «la qualité de vie au travail» أو «QWL» / «quality of working life» عن مفهوم متعدد الأبعاد، و قد اختلف الباحثون في منحه تعريفاً موحداً و ذلك منذ بدايات ظهوره -أي المصطلح- لأول مرة؛ حيث يبرر مصالحي جميع المهتمين بالموضوع. ولا زالت الاختلافات في التعاريف قائمة إلى يومنا الحاضر نظراً لاختلاف ميادين الاهتمام بهذا الموضوع وخصوصية كل ميدان من الميادين.

(Martel & Dupuis, 2006, p4)

يقول Thorsrud (1979) أن تعريف QWL يختلف من بلد إلى آخر اعتماداً على التراث التاريخي والثقافي، وحتى على السياق الاجتماعي والاقتصادي. وهو مفهوم مرن للغاية، تطور باستمرار منذ سنة 1972، وقد تم توسيعه بمرور الوقت ليشمل المزيد والمزيد من جوانب الحياة العملية. حالياً، لا يوجد أي تعريف لـ QWL تشترك فيه غالبية المهتمين بهذا الموضوع.

(Thorsrud, 1979, pp26-27)

وقد اقترح Lawler (1975) احتمالات معينة لتوافق الآراء المختلفة حول مفهوم جودة الحياة في العمل؛ فكان من الضروري اعتبار الرضا الوظيفي كجزء مهم من QWL. وقد اعتبر Lawler

أنه من غير المقبول من الناحية النفسية أن نتخيل أن تكون هناك درجة عالية من QWL دون الحاجة إلى تحقيق الذات من خلال الرضا إلى حد ما.

(Martel & Dupuis, 2006, pp4-5)

أما George Sanderson (1978) فيعتبر فلسفة جودة الحياة في العمل على أنها اعتراف بأن أهمية مجموع القيم الإنسانية يجب أن يركز على مكان العمل حيث يقضي العامل معظم حياته النشيطة (la plupart de sa vie active) ويكسب رزقه. فالموظفون اليوم يتوقعون أكثر من مجرد مكافآت مادية؛ فهم يتطلعون إلى فرص: للتعبير عن أنفسهم، للاعتراف بهم ولتحقيق ذواتهم.

(Sanderson, 1978, pp36-42)

ويضيف Sanderson (1978) أن أهمية تحقيق رضا الفرد من الاحتياجات وتقدير الذات تتم من خلال إشراكه في عملية الإدارة والتسيير؛ والذي ينتج عنه -أي رضا الفرد- مقدار كبير من الرقابة الذاتية الفردية والجماعية في تنظيم المهام الموكلة إليه وإثرائها، توسيع لمعارفه من خلال دوران العمل، مساحة أكبر في تنظيم ساعات العمل.

(Sanderson, 1978, pp36-42)

وقد أشارت Jacquelin Robin (1981) إلى أن مفهوم جودة الحياة في العمل يمكن اعتباره إلى حد ما كطبقة عليا لمجموعة من المحاولات الرامية إلى تحسين ظروف الحياة في العمل.

(Cité par : Larouche & Trudel, 1983, pp 568-569)

تحدث Havlovic (1991) بدوره عن كون جودة الحياة في العمل تعبر عن الظروف صحية والبيئة الصحية والمشجعة في مكان العمل، وأضاف الهدف من هذه الجودة؛ والتي -حسب رأيه- تدعم وترقي وتزيد من رضا الموظفين؛ من خلال توفير بيئة عمل آمنة، نظم ملائمة للمكافآت وفرص متاحة للنمو، وتتحقق عن طريق الاهتمام بالنواحي الإنسانية في مكان العمل لضمان تحسين الإنتاجية، ويتأتى هذا بإتاحة الفرص للأفراد من أجل استخدام إمكاناتهم وقدراتهم. (Havlovic,

1991, p 496)

أما Feldman (1993) فيمنحها مفهوما شاملا؛ حيث يرى أن QVT تعبر عن نوعية العلاقة بين الموظفين وبيئة العمل الكلية.

(Cité par : D ;Swamy,N ; Swamy & Rashmi, 2015, p 282)

ينظر Cassio (1993) إلى جودة الحياة في العمل من زاوية إدراك العاملين للقضايا المادية وغير المادية التي تعد عناصر مهمة لضمان تادية المؤسسة بالمستوى المطلوب، والتي تتلخص بمجموعة من العوامل والظروف التي تسعى المؤسسة لتوفيرها ويدركها العاملون بهدف تحقيق أهداف المؤسسة بالنمو والبقاء والتقدم والنجاح، مع عدم إغفال حاجات الفرد المادية والمعنوية والنفسية، وبما لا يتعارض مع أهداف المجتمع الذي تعيش فيه هذه المؤسسة.

(ذكر في: السويطي، 2016، ص 48-49)

وقد نظر Laflamme (1994) إلى جودة الحياة في العمل على أنها تركز على العلاقة بين الأشخاص وعملهم؛ لأنه يجب الاعتراف بأن العمل هو نشاط يمتلك معنى خاصا، وأن مكان العمل ليس مجرد نسق تقني؛ وإنما هو تركيبة معقدة لنظام يطلق عليه بالنظام الاجتماعي.

(Brunault, Fouquerou & Gillet, 2012, p49)

أما Cummins (1996) فيؤكد على أن مفهوم جودة الحياة في العمل يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية، وأن جودة الحياة لا تقتصر على تذليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط؛ بل تتعدى ذلك إلى تنمية النواحي الإيجابية.

(ذكر في: بن خالد و بوحفص، 2015، ص 118)

وقد أورد المغربي عن جاد الرب (1999) أن جودة حياة العمل تشير إلى مجموعة من العمليات المتكاملة المخططة والمستمرة والتي تستهدف تحسين مختلف الجوانب التي تؤثر على الحياة الوظيفية

للعاملين وحياتهم الشخصية أيضا والذي يسهم بدوره في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة والعاملين فيها والمتعاملين معها.

(المغربي، 2004، ص5)

أما مصطفى ماهر (1999) فيراها من المواضيع المستحدثة في إدارة الموارد البشرية تحديدا، ويضيف بأنها مفهوم شامل لجميع الجوانب المتعلقة بالموارد البشرية والتي تؤثر على نفسيتهم وصحتهم.

(ذكر في: السويطي، 216، ص 48-49)

ويرى العتيبي أن مفهوم جودة الحياة في العمل يرتكز على تصورات وادراكات العاملين لمستوى البيئة المادية والمعنوية للعمل والمنظمة، وتتمثل مكونات البيئة المادية والمعنوية في مجموعة من العوامل من أهمها: المزايا والفوائد، أنظمة الحوافز والمكافآت، الأمن الوظيفي، المشاركة في صنع القرارات والرضا الوظيفي.

(العتيبي، 1999، ص 31)

أما ماهر أحمد مصطفى (1999) فيرى أن مفهوم جودة الحياة في العمل يرتكز على دراسة وتحليل المكونات والأساليب التي تستند إليها الإدارة في المؤسسات المختلفة بقصد توفير حياة وظيفية أفضل للعاملين، بما يحقق الاشباع لحاجاتهم ورغباتهم، ويسهم في رفع أداء المؤسسة؛ فكلما تميزت بيئة العمل بالمؤسسات المختلفة ومنها التعليمية بالقبول والرضا من العاملين، كلما دفعهم هذا نحو بذل قصارى جهدهم وطاقاتهم واستثمار إمكانياتهم تحقيقا لأهداف المؤسسة التي يعملون بها.

(ذكر في: منصور، ص 17-18)

بالنسبة لـ Lau وآخرون (2001) فهم يصفون QWL بأنها بيئة عمل ملائمة تدعم وتعزز الرضا من خلال تزويد الموظفين بالمكافآت والأمن الوظيفي وفرص النمو الوظيفي.

(Cité par : D ;Swamy,N ; Swamy & Rashmi, 2015, p282)

أما العنزي وآخرون (2007) فهم يحرصونها في استخدام كل الإمكانيات البشرية لغرض زيادة الإنتاجية من خلال تطوير الأنظمة الإنسانية أكثر من الأنظمة الأخرى في بيئة العمل.

(العنزي وآخرون، 2007، ص:6)

ويرى راضي (2008) بأنها توافر العناصر الأساسية المؤثرة في بناء التصورات الإيجابية لدى العاملين نحو متغيرات البيئة التنظيمية وتقاس من خلال الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي والضمان الوظيفي والاستقلالية والمشاركة في اتخاذ القرار والقدرة على الأداء.

(ذكر في: منصور، 2016، ص16)

و قد عرفها السالم (2009) على أنها الصفات او الجوانب الإيجابية او غير الإيجابية المرتبطة بيئة العمل كما يراها او يدركها العاملون، و كلما استطاعت الإدارة وضع البرامج الكفيلة بالسيطرة على / او إزالة كل ما من شأنه عرقلة عمل العاملين اثناء أدائهم للعمل و توفير ظروف العمل المناسبة لهم، و تم التعامل معهم باحترام و ثقة عالية بقدراتهم، بنت لنفسها بيئة عمل جيدة في أذهان العاملين وولدت لديهم القناعة و الرضا و الاندفاع العالي نحو العمل، و تكون النتيجة نجاحات متواصلة للمنظمة في عالم فيه من التنافس الشيء الكثير.

(ذكر في: منصور، 2016، ص15)

ويرى Anukool بأنها مجموع الأنشطة التي تمارسها الإدارة بهدف تحقيق الرضا الوظيفي للموظفين ومنه تحقيق الفعالية التنظيمية للموظفين.

(ذكر في: السيوطي، 2016، ص48)

أما بالنسبة للبلبيسي (2012) فهي مجموع السياسات والإجراءات والعمليات التي تنفذها المنظمة بهدف تطوير وتحسين الحياة الوظيفية والشخصية للعاملين فيها، والذي ينعكس بدوره على أداء المنظمة والأفراد إيجابيا، وبذلك تحقق المنظمة أهدافها وتطلعاتها، وفي نفس الوقت تلبى وتشبع رغبات عاملها مما يضمن استمرارية نجاح المنظمة وحصانتها ضد الكثير من الأزمات.

(ذكر في: منصور، 2016، ص17)

Swamy و آخرون (2015) يعتبرون مفهوم "جودة الحياة في العمل" بناءً متعدد الأبعاد اكتسب المزيد من الاهتمام نظرًا لأن العديد من الباحثين تناولوه من جانب متغيرات مختلفة تتعلق بالرضا الوظيفي، الأمن الوظيفي والأجور، الخ... بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من العوامل؛ المادية، الفيزيولوجية والاجتماعية التي تساهم في QWL يمكن تعريفها على أنها مدى رضا الموظف عن تحقيق احتياجاته الشخصية والوظيفية من خلال المشاركة في إنجاز أهداف المنظمة.

(D; Swamy,N ; Swamy & Rashmi, 2015, pp281–282)

Brillet, F وآخرون (2017) فيعتقدون أنه غالبًا ما يتم قبول QWL كرد فعل على تحول العمل، وتجرده من الإنسانية، وكاستشراف جديد للعلاقات في العمل.

(Brillet, Sauviat & Soufflet, 2017)

اقترح "المجلس الدولي لجودة الحياة في العمل" (le Conseil International de la) (Qualité de Vie au Travail) تعريفًا لـ QWL يجمع أربعة جوانب: السلامة الجسدية، السلامة النفسية، تنمية الحوار الاجتماعي والتوازن بين الحياة في العمل والحياة خارج العمل.

(Davis & Cherns, 1975)

وحسب قاموس حقوق العمل الفرنسي فإن مفهوم جودة الحياة في العمل (QWL) يتصل مع الشعور بالرفاهية في العمل (un sentiment de bien-être au travail) الذي يتم إدراكه جماعيًا وفرديًا؛ والذي يشمل المناخ، ثقافة الشركة، الاهتمام بالعمل، ظروف العمل، الشعور بالمشاركة، درجة الاستقلالية والمسؤولية، المساواة، الحق في الخطأ الممنوح للجميع والاعتراف والتقدير للعمل المنجز.

(Cité in :Dictionnaire du droit du travail : <https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail.aspx>)

أما المنظمة العالمية للصحة OMS (1994) فتقدم مفهوم جودة الحياة في العمل على أنه إدراك الفرد لمكانته في الوجود، في سياق الثقافة ونسق القيم اللذان يعيش فيهما، هذه النظم التي

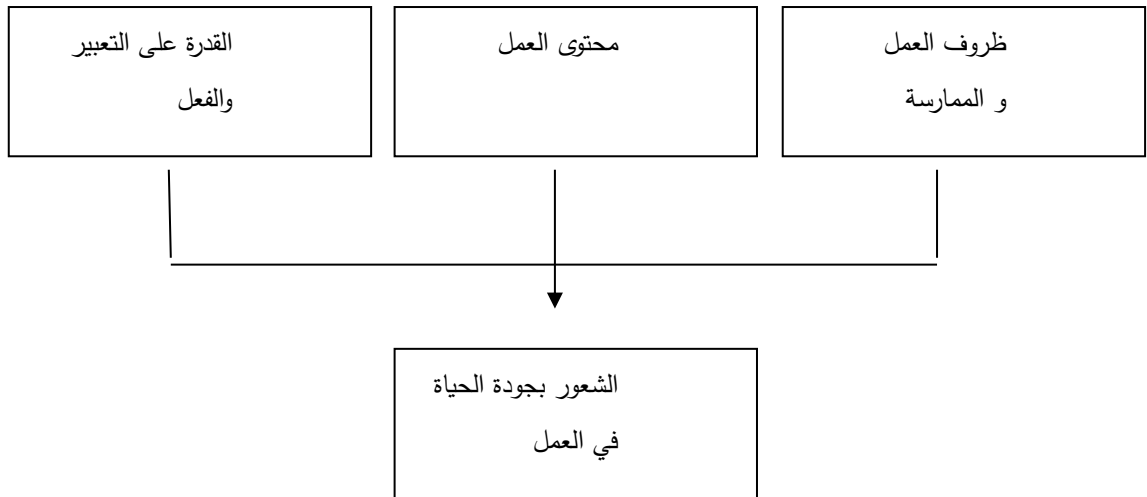
تتعلق بأهدافه، توقعاته، معاييرها واهتماماته. هو مجال مفاهيمي واسع، يشمل بشكل معقد الصحة البدنية للشخص، حالته النفسية، مستوى استقلالته، علاقاته الاجتماعية، معتقداته الشخصية وعلاقته بخصائص بيئته ومحيطه."

(Centre de gestion de la FPT de L'ANI, 2013, p3)

اما التوافق الوطني الفرنسي ما بين المهن (Accord National Interprofessionnel) L'ANI فيقترح تعريفاً ممكناً لجود الحياة في العمل (2013): جودة الحياة في العمل تجمع ضمن نفس العنوان مجموع العمليات التي تسمح في آن واحد بتحسين ظروف العمل للموظفين والأداء العام للمنظمة، خاصة أثناء التحولات الحاصلة للمنظمة.

ويضيف الشركاء الاجتماعيون للتوافق الوطني الفرنسي ANI أن إدراك جودة الحياة في العمل يتحدد من خلال: ظروف العمل التي يمارس فيها الموظف عمله، قدرات الموظف على التعبير عن ذاته وقدرته على التدخل والتأثير ومحتوى العمل.

شكل رقم (02): تعريف جودة الحياة في العمل حسب (2013) ل'ANI



المصدر: (2013) ل'ANI (Cité par : Bourdu, Péretié & Richer, 2016, p33)

أما الهيئة العليا للصحة الفرنسية HAS «Haute Autorité de Santé» فتري أن جودة الحياة في العمل QVT في مجال الصحة تشمل جميع الإجراءات التي تسمح بالتوفيق بين تحسين

ظروف العمل للموظفين والأداء العام للمؤسسات الصحية. تسمح هذه الإجراءات بمرافقة المهنيين من خلال ضمان سلامة العلاجات، نوعية العلاجات وصحة المهنيين.

(HAS, 2017)

من خلال مختلف التعاريف السابقة لمختلف الباحثين لاحظنا الاختلاف الواضح في وجهات النظر؛ وعدم الاتفاق حول تعريف واضح متفق عليه، ومع هذا فهناك نقطتين رئيسيتين مشتركتين بين معظم التعاريف إما تبرز بصريح العبارة أو أنها ضمنية وتعلقان بـ:

✓ ضرورة إرضاء الفرد وتحقيق احتياجاته.

✓ ضرورة تحقيق أهداف المنظمة من زيادة في الإنتاجية وتوفير فرص التنافسية إلى غير ذلك.

كما يمكننا من خلال ما سبق القول بأن جودة الحياة في العمل: QVT ترمي إلى تهيئة وتوفير المنظمة لكل الظروف المادية، المعنوية والتنظيمية بمستوى الجودة المطلوب، والتي يدركها العاملون على أنها تحقيق لمتطلباتهم وتوقعاتهم وإرضاء لحاجاتهم، وترقى إلى تطلعاتهم وطموحاتهم المهنية والشخصية؛ الشيء الذي قد يساهم في تحقيقهم لذاتهم كفاءة مهنية لها خصوصياتها، بالإضافة إلى تحقيق الأهداف المشتركة بينهم وبين المنظمة التي يعملون بها.

3. مفاهيم مرتبطة بمفهوم جودة الحياة في العمل:

أورد (2017) Brillet F et all مجموعة من المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة في العمل:

✓ الاعتراف في العمل La Reconnaissance au travail

يرى Palobart & Bourcier (1997) أنه رد فعل (استجابة) إيجابي وشخصي يعبر به عن المدى القصير من طرف فرد نتيجة عمل أو موقف معين أو عام، ينتج عنه جهد يستحق الظهور للعيان.

يعتبر كل من Brun et Dugas (2005) أنه رد فعل إيجابي، حكم على مساهمة الفرد؛ سواء من حيث ممارسته في العمل، الاستثمار الشخصي والحركية في العمل، وعليه يحدث الاعتراف على أساس ظرفي أو منتظم مع أحداث رسمية أو غير رسمية، فردية أو جماعية، خاصة أو عامة، مالية أو غير مالية.

✓ الرفاهية في العمل Le bien-être au travail:

حالة ذهنية عامة، متعددة الأبعاد، إيجابية، جيدة وذاتية، تمثل مجموعة من العوامل المؤثرة على جودة الحياة في العمل للموظفين في مكان عملهم (تهيئة أماكن العمل، الارغونوميا، الامن، الوقاية، السلامة والصحة، ...) والتي تزيل الجوانب السلبية للصحة العقلية من المحيط.

تعرف منظمة الصحة العالمية OMS الرفاهية في العمل بأنها حالة ذهنية تتميز بانسجام بين إمكانيات، مهارات، احتياجات وتطلعات العامل من جهة، والعقبات في مكان العمل من جهة أخرى.

✓ الرضا الوظيفي Satisfaction au travail:

حالة إحساس إيجابية ناتجة عن تقييم الفرد لعمله أو تجاربه المهنية، هذا شعور الفرد تجاه العمل بشكل عام وأيضا تجاه الجوانب الأخرى مثل الرواتب وجودة العلاقات مع الموظفين الآخرين.

✓ الدافعية / التحفيز في العمل Motivation au travail:

مجموعة من القوى التي تحفز الفرد على الانخراط في سلوك ما لتحقيق أهداف محددة. وهذا يرجع إلى أهمية العوامل الداخلية (facteurs intrinsèques) أو الخارجية (facteurs extrinsèques) التي تدفع بالفرد للتحرك بطريقة ما؛ إما للتحرك أكثر أو اقل قوة؛ حسب شدة الحاجة أو الرغبة لدى الفرد في تلبية رغباته أو إشباع حاجاته.

✓ الالتزام الوظيفي Engagement professionnel:

يعرف الالتزام الوظيفي على أنه الاستثمار النفسي الذي يوظفه الموظف في عمله ونشاطه ومهامه ورغبته في العمل بما يتناسب مع قيم واهداف المنظمة، مما يؤدي إلى تطوير سلوكيات ومواقف الموظف التي ستجعله ينسى الحدود بين العمل وخارج العمل، ويعكس شخصية منظمة من بين هذه السلوكيات التي يعتبرها البعض مفردة يمكن أن تؤدي على الاحتراق النفسي burn-out.

يشعر الموظف غالباً بضرورة الالتزام، مما يعزز الصورة المثالية التي يشعر بها لنفسه. وينعكس ذلك على الأداء والإنجاز وأهمية العمل لتحقيق احترام الذات، ولذلك يجب التأكيد على أن المشاعر التي يشعر في حالة الالتزام ليست دائماً إيجابية، خاصة في حالات الإفراط في الالتزام.

توصل Mayer et Allen (1980-1990) إلى تحديد ثلاثة أنواع من الالتزام:

✓ الالتزام العاطفي: الذي يعكس الارتباط الحسي لتحقيق الذات والمشاركة في المنظمة (بقاء الفرد مرهون برغبته في البقاء؛ أي يبقى الفرد لأنه يريد ذلك).

✓ الالتزام المستمر (أو المدة): الذي يعكس التكاليف المرتبطة بمغادرة المنظمة (بقاء الفرد مرهون بسبب الضرورة)

✓ الالتزام المعياري: الذي يعكس إجبارية الالتزام بالبقاء في المنظمة (بقاء الفرد في المنظمة مرهون بالإلزام؛ أي يبقى الفرد لأنه يجب عليه البقاء)

(ذكر في: حشوف، 2018، ص: 138-139)

4. أبعاد جودة الحياة في العمل:

في الولايات المتحدة الأمريكية اقترح كل من Walton، Herrick and Maccoby و Boisvert & قائمة من الأبعاد المهمة التي تميز QVT:

1- تعويض عادل ومنصف عن العمل؛

- 2- ظروف عمل آمنة وصحية؛
- 3- فرص التنمية الشخصية؛
- 4- الأمن الوظيفي وفرص النمو الشخصي؛
- 5- الاندماج الاجتماعي في العمل؛
- 6- الديمقراطية في مكان العمل؛
- 7- الموازنة بين العمل والحياة خارج العمل
- 8- ؛ إسناد دور اجتماعي للشركة؛
- 9- تفريد العمل؛
- 10- العدالة من حيث تقاسم أرباح الشركة
- 11- المشاركة في صنع القرار.

وقد اعتبر Larouche, V. & Trudel, J أن هذه القائمة من الأبعاد التي قد تميز مفهوم جودة الحياة في العمل QWL تعبر عن الأهمية التي تُعطى للفرد، من حيث تلبية احتياجاته، سواء بالاعتماد على عوامل خارجية (وقت العمل، نظام الأجور، بنية العمل) أو عوامل داخلية (إمكانية التنمية الشخصية، المشاركة في صنع القرارات، تفريد العمل، ... إلخ).

(Larouche & Trudel, 1983, pp 570- 571)

أما كل من Levine, Taylor and Davis فقد اقترحا قائمة أخرى:

- 1- احترام من المشرف والثقة في قدرة الموظفين
- 2- تغيير العمل
- 3- تحدي العمل
- 4- فرص التطور المستقبلية الناشئة عن العمل الحالي
- 5- تقدير الذات
- 6- عائدات العمل على الحياة.

7- مساهمة العمل تجاه المجتمع

أما Mirvis & Lawler فقد حددا مجموعة أخرى من الأبعاد:

1- بيئة عمل آمنة

2- الأجور العادلة

3- فرص العمل المتساوية

4- فرص التطور.

بالنسبة لكل من Bruce EM & Lau RSM فقد اقترحا:

1- الأمن الوظيفي

2- أنظمة المكافآت

3- التدريب

4- فرص التقدم في المسار الوظيفي.

5- المشاركة في صنع القرار

بالنسبة لـ Pompli & Ellis فقد حددا قائمة من الابعاد التي تعبر عن جودة الحياة

في العمل:

1- بيئة عمل فقيرة.

2- الاعتداءات الدائمة.

3- عبء العمل، وعدم القدرة على تقديم نوعية الرعاية المنتظرة.

4- التوازن بين العمل والأسرة.

5- دوران العمل.

6- عدم المشاركة في صنع القرار.

7- العزلة المهنية.

8- عدم الاعتراف.

9- ضعف العلاقات مع المشرف / الأقران.

10- صراع الأدوار.

11- قلة الفرص لتعلم مهارات جديدة.

بالنسبة ل: Maimunah Ismai Rethinam and GunaSeelan فقد حددا

مجموعة أخرى من الأبعاد التي قد تحدد جودة الحياة في العمل:

1- الصحة والرفاهية في العمل.

2- الأمن الوظيفي.

3- الرضا الوظيفي.

4- تطوير الكفاءات.

5- التوازن بين الحياة في العمل والحياة خارج العمل.

(D; Swamy,N ; Swamy & Rashmi, 2015, pp 291–293)

وتبقى الأبعاد والمؤشرات لجودة الحياة في العمل متنوعة جدا والباب لا زال مفتوحا من أجل أبحاث واقتراحات أخرى وفي جميع الميادين، حيث نعتقد أن الأبعاد تتحدد حسب نقطتين رئيسيتين:

✓ طبيعة نشاط المنظمة وحرصها على تحقيق أهدافها؛ إذ تختلف المنظمات ذات الطابع الإنتاجي الخدماتي عن المنظمات ذات الطابع الصناعي والإنتاجي للسلع، كما يختلف سقف التطلع لكل منظمة؛ فمنها ما يبحث عن الاستمرارية بالتنافسية والريادة في السوق وهذا النوع يختلف عن الذي يبحث عن النوع الذي يفتقر إلى خارطة طريق من أجل الاستمرارية.

✓ خصائص الفئات المهنية التي تنشط بها؛ حيث تختلف الفئات المهنية ويختلف سقف التطلع فيما بينها.

5. أهم المقاربات المفسرة لجودة الحياة في العمل:

حسب Larouche, V. & Trudel, J. (1983). فإن التراث الأدبي حول مفهوم جودة الحياة في العمل يكشف عن وجود اتجاهين:

- ✓ الاتجاه الأول الذي يندرج ضمن امتداد إسهامات الباحثين في مدرسة الموارد البشرية؛ أين يرتبط مفهوم QVT برضا الفرد عن مدى إشباع احتياجاته.
- ✓ الاتجاه الثاني الذي يربط QVT بالمدرسة السوسيوثقافية.

(Larouche & Trudel, 1983, pp568-569)

1.5. مدرسة الموارد البشرية: L'école des ressources humaines

ويطلق عليها كذلك اسم: "مدرسة العلاقات الإنسانية"؛ ظهرت في الولايات المتحدة تبعا لتجارب Elton Mayo في مصنع Western Electric Company- Howthorne Works منذ سنة 1928، أين اختبر مع فريقه تأثير الإضاءة على إنتاجية العاملات، على عكس كل التوقعات لم تتأثر إنتاجية العاملات على الرغم من مستويات الإضاءة الضعيفة جدا، إنه "l'effet Hawthorne" الذي يفسر بأثر العوامل النفسية على الأداء؛ خاصة الشعور بالاعتراف الناتج عن المشاركة في تجربة، أي ان تكون ملاحظا ومعترفا بك. شعور الافراد يعتبر عاملا مساهما في إنتاجيتهم، وقد خلص Elton Mayo وزملاؤه إلى الأثر الإيجابي للعمل ضمن جماعة على إنتاجية الافراد مقارنة بالعمل فرادى. وضعت هذه المدرسة الفكرية التركيز على العوامل النفسية وحاجة الافراد إلى منحهم القيمة ضمن مؤسساتهم.

(Bourdu, Péretié & Richer, 2016, pp 26-27.)

يركز هذا الاتجاه على تلبية الاحتياجات الداخلية والخارجية للفرد (intrinsèques et extrinsèques). يوصي مؤيدي هذا الاتجاه بإعادة تقييم لدور الفرد في المنظمة (من خلال: المشاركة في صنع القرار، مزيدا من الذاتية او الاستقلالية l'autonomie، وغير ذلك..) للسماح له بتحقيق الأفضل.

(Larouche & Trudel, 1983, p570)

يجسد George Sanderson هذا التفكير عندما يعرف جودة الحياة المهنية QWL بالإشارة إلى مبادئ مقياس Maslow: "إن الفلسفة الأساسية خلف جودة الحياة المهنية QWL هي الاعتراف بأن الاهتمام بجميع القيم الإنسانية يجب أن يركز على مكان العمل حيث، يقضي العامل معظم حياته النشيطة أو العملية ويكسب رزقه. اليوم، يتوقع الموظفون أكثر من المكافآت المادية، فهم يريدون فرصاً للتعبير عن أنفسهم والاعتراف والفرص لتحقيق ذواتهم"

(Sanderson, 1978, pp, 36-42)

2.5. المقاربة السوسيو تقنية L'approche socio-technique

ظهرت المقاربة الاجتماعية-التقنية للمنظمات في سنوات الخمسينات 1950 بالمملكة المتحدة البريطانية بمعهد Tavistock Institute of human relations. Eric & Fred Emery. Trist من أبرز رموز هذا التيار يشكان في أن مدرسة العلاقات الإنسانية قد وضعت حداً للتابلوريزم، إذ أنها وضعت جل تركيزها على العوامل الفردية و النفسية للأداء، بالإضافة إلى دينامية جماعات العمل و الابعاد العاطفية، يريان أن التيار الإنساني اهمل الدائرة الإنتاجية، طريقة تنظيم العمل، الإجراءات التقنية. يظن هذان الباحثان أنه لا يمكن الحديث عن جودة الحياة في العمل دون الاهتمام بنسق العلاقات الاجتماعية والنسق التقني معا ضمن كل منظمة.

(Bourdu, Péretié & Richer, 2016, p 27)

المقاربة السوسيو تقنية، التي طورها Eric Trist, Fred Emery وزملاؤهم في معهد لندن للعلاقات الإنسانية «Tavistock Institute of Human Relations»، والتي تم استخدامها ونشرها من طرف Louis E. Davis من جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، والذي خلص إلى أن التعبير: "جودة الحياة في العمل" ينبغي أن يطبق على طبيعة العلاقات بين العامل وبيئته العامة وتبسيط الضوء على الحاجة إلى الأخذ بعين الاعتبار للعامل البشري في منظمة العمل؛ والذي كثيراً ما يتم تجاهله، بالإضافة إلى العوامل التقنية والاقتصادية".

(Davis, 1977, pp. 53-65)

6. أهمية وأهداف تبني سياسة جودة الحياة في العمل:

أشار القحطاني(2005) إلى أن أهمية تكمن من خلال تأثيرها المباشر و غير المباشر على الظواهر والسلوكيات الإدارية داخل المنظمات، و ما يمكن ان تأثره على مجمل أنشطة و مهام هذه المنظمات سواء في أداء مهامها أو علاقتها بالبيئة الخارجية كأفراد أو منظمات و بالتالي تحقيق أهدافها، و هذا ما أكدته العديد من البحوث والدراسات التطبيقية التي أجريت في بيئات مختلفة على أن تحسين جودة حياة العمل له تأثير على الكثير من المخرجات التنظيمية الهامة للمنظمات، مما اوجد علاقات معنوية مباشرة بين طبيعة جودة البيئة السائدة ومخرجات هذه المنظمات، لهذا فقد أكد جمهور الباحثين على ان درجة نجاح أية منظمة على المديين القريب والبعيد تتوقف إلى حد كبير على القدرة على خلق بيئة عمل ملائمة بهذه المنظمات.

(ذكر في: السويطي، 2016، ص54)

ويرى الهيبي (2005) أن جودة حياة العمل تكتسب أهميتها كونها تقود المؤسسة الى تحقيق المنافع والميزات التالية:

- 1- التفوق النوعي على المنافسين عن طريق تحسين الإنتاجية والجودة بنفس الوقت.
- 2- احتفاظ المؤسسات بكوادر تتميز بالكفاءة ذات مهارات ومعارف مميزة.
- 3- اطلاع المؤسسة بالمسؤولية المجتمعية في المجتمع الذي تعمل وتتواجد فيه.
- 4- التفوق الواضح للموظفين بالجوانب الإدارية في حال تعرض المؤسسة لمشاكل قد تعرقل أنشطتها وبرامجها.
- 5- الحصول على ولاء عالي من المستفيدين من السلع والخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات.
- 6- البحث عن طرق انتاج متعددة وطرق تسويق إبداعية تمكن المؤسسة من التميز على المنافسين.

(ذكر في: السويطي، 2016، ص54-55)

فيما توصل Kast (1985) الى مجموعة من الفوائد التي تتحقق للمؤسسات نتيجة تطبيقها لبرامج جودة حياة العمل والتي أجملها ما يلي:

- 1- حل المشكلات التي تواجه الإدارة والموظفين من خلال أسلوب المشاركة وحلقات الجودة.
- 2- تصميم أنظمة أجور ومكافآت تجعل الموظفين أكثر رضا عن الاعمال التي يقومون بها.
- 3- تحسين بيئة العمل من خلال تقليل ساعات العمل للموظفين والحفاظ على سلامتهم في المؤسسة.
- 4- إعادة هيكلة الأنشطة في المؤسسة ليصبح العمل أكثر رضا للموظفين.
- 5- إيجاد بيئة عمل آمنة وظيفيا من خلال الاهتمام بحقوق الموظفين في المنظمة.
- 6- تطوير المناخ التنظيمي في المنظمة للتقليل من الصراعات بين الموظفين، وبناء علاقات تسعى لزيادة أواصر التكاتف والتعاقد فيما بينهم.
- 7- تجديد التطوير الفكري وزيادة المعرفة للموظفين.
- 8- زيادة التحسينات الإيجابية باتجاهات وسلوك الموظفين، بما يؤدي الى تحقيق منافع كزيادة كفاءة المؤسسة، وجودة الإنتاجية والتقليل من الحوادث والإصابات بين الموظفين.

(ذكر في: السويطي، 2016، ص55)

وحسب المغربي (2004) فإن المنظمات تسعى الى تحقيق المزايا المتعددة نتيجة تبنيها لبرامج جودة حياة العمل:

- 1- جودة حياة العمل لا تسهم في تنمية قدرة المنظمة على توظيف أشخاص فقط، ولكنها تعظم قدرة المنظمة التنافسية.
- 2- تسهم جودة حياة العمل بشكل إيجابي في توفير قوة عمل أكثر مرونة، ولاء ودافعية.
- 3- توفير ظروف عمل محسنة ومطورة من وجهة نظر العاملين.
- 4- تساعد في تعظيم الفعالية التنظيمية من وجهة نظر أصحاب المنظمة.

5- التأثير الإيجابي على الاداء التسويقي للشركة، فقد وجد (Roth 1993) من خلال الدراسة التجريبية التي اجراها ارتباطا ذو دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل والأداء التسويقي للشركة.

(المغربي، 2004، ص6)

ويعتبر تبني سياسات جودة الحياة في العمل ضرورة قصوى حيث أورد Klein, Gerald (1986) أن دواعي الاهتمام بجودة حياة العمل تتلخص في مجموعة من المشكلات التي تواجهها المنظمات؛ من بينها:

- 1- انخفاض الجودة وشدة المنافسة والحرص الشديد على خلق عميل دائم.
- 2- هرب العمال من العمل (الانسحاب الجسمي أو النفسي).
- 3- انخفاض العوامل الاجتماعية والإنسانية في جو العمل.
- 4- التصميم التقليدي للوظائف لم يعد يكفي لإشباع حاجات الافراد.
- 5- تغير احتياجات وطموح الافراد، فلقد أصبح الافراد أكثر استنارة وتعلّما ووعيا مما حدا بهم ليسمعوا للحصول على الحاجات العليا أيضا وليس مجرد كسب قوتهم من أجل المعيشة.

(المغربي، 2004، ص6)

كما أشار (Konard et Mangel 2000) إلى أن هناك أسبابا عديدة دعت المؤسسات للاهتمام بجودة حياة العمل:

- 1- زيادة جودة المنتجات في ظل شدة المنافسة بين المنتجين ومقدمي الخدمات والحرص على خلق العمل الدائم.
- 2- هروب الموظفين من العمل بشكل فعلي من خلال دوران العمل أو نفسيا من خلال الاغتراب المهني.
- 3- الضغوط الكمية بالعمل والكيفية التي يواجه الموظفون بها هذه الضغوط.

- 4- ما يواجه الموظفين من عدم اشباع لحاجاتهم وطموحاتهم ورغباتهم بتحقيق ذاتهم من خلال عملهم وليس فقط تحصيل رواتبهم.
- 5- تزايد أذواق متلقي الخدمات والمنتجات في ظل الرفاهية في المجتمعات وأهمية المنتجات كوسيلة لإشباع أذواقهم ومتطلباتهم بهذه المنتجات.

(Konard & Mangel, 2000, pp1225-1237)

7. علاقة إدارة الجودة الشاملة بجودة حياة العمل:

تطبيق الجودة الشاملة او بما يعرف بـ the big Q مرهون بتطبيق جودة الحياة في العمل؛ إذ من غير المعقول أن نتكلم عن الجودة الشاملة مع إغفال أحد أهم مقومات المنظمة ألا وهو العنصر البشري ومتطلباته المهنية والشخصية، وإن إغفال اية حلقة من حلقات الجودة يخل بمفهوم الجودة الشاملة. وقد أورد خضير كاظم حمود وروان منير الشيخ (2010) مخططاً للجودة الشاملة على شكل مقعد يجلس عليه الزبون وله ثلاث قوائم إن اختل أحدها لم يتمكن الزبون من الحفاظ على توازنه ومنه يسقط، تلك القوائم تتمثل في: الأشخاص، العمليات والمقاييس.

(خضير والشيخ، 2010، ص 24)

وفي هذا السياق أشار كل من Kiriago & Bwisa (2013) إلى أن هناك اتفاقاً على أن جودة حياة العمل هي مماثلة من الناحية المفاهيمية للرفاهية (well-being) ولكن تختلف عن الرضا الوظيفي والذي يمثل فقط مكان العمل.

(ذكر في: فواتيح، 2015، ص 5)

ويعتبر جاد الرب (2008) أن جودة حياة العمل من أهم الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق الجودة الشاملة، وأن تحقيق مستويات أحسن في جودة حياة العمل ناتج عن تحقيق الجودة الشاملة.

(جاد الرب، 2008، ص 128)

8. الجودة في القطاع الصحي بالجزائر:

ظهرت مكانة الجودة لأول مرة في المنظومة الصحية في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 من خلال التنظيم الجديد للتسيير على مستوى المؤسسات الصحية، حيث دخل هذا المرسوم حيز التنفيذ سنة 2008 وأعطى أولوية كبيرة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن وتطويرها، وقد أعطت سياسة الإصلاح مكانة هامة للقطاع الخاص وفتحت مجال الاستثمار امام الأجانب خاصة فيما تعلق بصيانة العتاد الطبي وإصلاحه.

(هلاي و عياد، 2015، ص 162-163)

وقد عمد قطاع الصحة الى انتهاج سياسة جديدة وهي إصلاح المستشفيات التي هدفت في مجملها الى دفع منظومة الصحة نحو العصرية. وذلك بغية تحسين الأداء والتكفل الكامل والجيد بالمريض. ومن بين الملفات التي شرعت الوزارة في إصلاحها؛ ملف الموارد البشرية: حيث اهتم هذا الملف بعنصر حيوي وأساسي وهو ملف المستخدمين، حيث تطرق إلى دراسة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترفيتهم وتكوينهم في المسار المهني، وهذا بالاشتراك مع وزارات أخرى كالتعليم العالي والبحث العلمي والتكوين المهني.

(هلاي و عياد، 2015، ص 166-168)

كما وضع الوزير الأسبق للصحة "عبد المالك بوضياف" أثناء عهده خارطة طريق مكونة من 24 نقطة "Feuille de route de 24 points" (انظر الملحق رقم 04) بغرض تحقيق الجودة في المستشفيات الجزائرية، تضمنت مجموعة من المحاور التي تحتوي على مجموعة من النقاط التي تهدف إلى تحقيق الجودة الشاملة، والتي تصب عموماً وأساساً في فائدة المرضى و مهنيي الصحة في آن واحد. ويمكننا اعتبار بعض النقاط الأساسية التي بلغ عددها خمسة عشر نقطة (16) من أصل (24) أنها تمس التحسين في جودة الحياة في العمل بصفة مباشرة او غير مباشرة:

✓ توجد نقطتين من أصل 24 نقطة في المحور الثالث الذي يتناول كل ما يتعلق باستقبال

وتوجيه الطلب على الخدمات الصحية وهي:

- ✓ النقطة "6": إعادة تنظيم مصالح الاستعجالات حول تسيير التدفق والفصل في التكفل الآني بالاستعجالات الحيوية.
- ✓ النقطة "7": ضمان استقبال وتوجيه المستعملين من طرف مهنيي الصحة وليس من طرف أعوان الامن.
- ✓ المحور الرابع "تحسين النظافة الصحية للمحيط الاستشفائي" احتوى على 4 نقاط من أصل 24 نقطة التي تدرج ضمن إطار تحسين جودة الحياة في العمل التي قد يستفيد منها عمال الصحة وهي:
- النقطة "9": إعادة تهيئة المطابخ حسب معايير النظافة الصحية المعتمدة ووضع أجهزة مراقبة دائمة من أجل مراقبة النظافة الصحية للأماكن، للمنشآت والتجهيزات، للعمال والوجبات.
 - النقطة "10": إطلاق حضائر السيارات من اجل تخفيف من زحمة السير في المؤسسات.
 - النقطة "11": ضمان إضاءة مناسبة في كامل المؤسسات.
 - النقطة "12": صيانة المساحات حتى وإن أمكن عن طريق الاستعانة بمصادر خارجية.
- ✓ المحور الخامس "وفرة المواد الصيدلانية" احتوى على ثلاث نقاط من أصل 24 نقطة في خارطة الطريق التي يمكن هي الأخرى إدراجها ضمن قائمة المحسنات في جودة الحياة في العمل وهي:
- النقطة "13": ضمان وفرة الأدوية، الامصال وكذا اللقاحات وضمان توزيعها.
 - النقطة "14": ضمان تلبية طلبات الأدوية في الآجال المحددة على مستوى الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH ومعهد باستور بالجزائر IPA.
 - النقطة "15": التخطيط للاحتياجات في المواد الصيدلانية من طرف المؤسسات والمصالح.
- ✓ المحور الخامس "ظروف العمل وأجور العمال" احتوى هذا المحور ست نقاط (04) من أصل 24 التي قد تصب في خانة تحسين جودة الحياة في العمل:
- النقطة "16": ضمان التقيد باللباس النظامي وحمل الشارات الرسمية من طرف العمال.
 - النقطة "17": الاحترام الصارم لأوقات العمل.

- النقطة "18": ضمان وتسوية أجور العمال بصفة دائمة.
- النقطة "21": ضمان أمن وسلامة مهنيي الصحة.
- ✓ المحور السادس "الإعلام وأتمتة المؤسسات الصحية؛ حيث احتوى هذا المحور على نقطة واحدة والتي قد تصب هي الأخرى في خانة تحسين جودة الحياة في العمل والمتمثلة في:
- النقطة "22": تطوير أتمتة المؤسسات الصحية (informatisation des établissements)
- ✓ المحور السابع "الحوار الاجتماعي" وردت فيه نقطتين من أصل 24 نقطة التي قد تحسن من جودة الحياة في العمل ألا وهما:
- النقطة "23": ضمان استمرارية الحوار والإصغاء للشركاء الاجتماعيين.
- النقطة "24": فتح قنوات الحوار الإعلام والاتصال مع الشركاء الاجتماعيين.

(متوفر على الموقع الرسمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: <http://www.sante.gov.dz>)

9. العوامل المؤثرة في جودة الحياة في العمل:

حسب Gershon وآخرون (2007) ثلاثة أنواع من العوامل يمكن أن تؤثر في جودة الحياة في العمل: (Brunault, Fouquerou & Gillet, 2012, pp53-58)

✓ **الخصائص الشخصية للموظفين:** ونقصد بها بعض الخصائص الديموغرافية كالنوع (الجنس)، المستوى التربوي، وغيرها من الخصائص التي تعتبر قابلة للنقاش في تأثيرها من عدمه في جودة الحياة في العمل على الرغم من بعض الدراسات التي تثبت هذه العلاقة، بالإضافة إلى بعض الخصائص التي يمكن تغييرها والتحكم فيها مثل: la & le coping .hardiesse

○ **Le coping:** يقصد به "المواجهة"؛ و يعبر عن مجموع ردود الأفعال والاستراتيجيات المصممة من طرف الأفراد من أجل مواجهة مواقف و أحداث مُجهدة.

Le coping كخاصية شخصية يتميز بها الأشخاص لها وظيفتين أساسيتين :

- يسمح بتحويل المشكل الناتج عن الضغط التي قد يتعرض له الشخص.
- يسمح بضبط ردود الأفعال والإجابات العاطفية المصاحبة لهذا المشكل.

توجد ثلاث استراتيجيات أساسية للـ coping وهي:

- المواجهة التي تركز على المشكل؛ والتي تهدف إلى التقليل من متطلبات الوضعية المجهدة أو الزيادة في الموارد من أجل المواجهة بطريقة أفضل.
- المواجهة التي تركز على العاطفة؛ والتي تهدف إلى التحكم في العواطف الناتجة عن الوضعية المجهدة ومنه تسييرها من أجل مواجهة أفضل.
- المواجهة التي تركز على البحث عن الدعم الاجتماعي؛ والتي تتضمن مجهودات إضافية لمواجهة الوضعية المجهدة وطلب مساعدة الغير.

○ La hardiesse : يقصد بها "الجرأة"؛ تعبر عن مورد شخصي يسمح للأفراد بالإقامة ضمن كون يتميز بالعديد من مصادر الضغط (stresseurs) ، هؤلاء الأشخاص يتمتعون بميزات خاصة كحس التحدي لمختلف الاحداث و المواقف بالإضافة إلى حس التحكم في حياتهم.

✓ الخصائص التنظيمية: ثلاث خصائص تنظيمية في المناجمت يمكن أن تؤثر في جودة الحياة في العمل حسب P. Brunault و آخرون (2012): المنهج التشاركي (l'approche participative)، المستشفى المحب (l'hôpital aimant/ magnet hospital) ونمط القيادة.

○ L'approche participative : و يقصد به المنهج التشاركي في اتخاذ القرارات التي تخص العمل.

L'hôpital aimant/ magnet hospital: و يقصد به مناخ تنظيمي يسمح لكل مهني من مهنيي الصحة داخل المستشفى بتحقيق ذاته و ترقية أدواته، بالإضافة إلى كونه مستشفى اكتسب جاذبية للعمال من مختلف الفئات من أجل العمل به، بالإضافة إلى تميزه بجودة حياة في العمل. (Cibé, 2016)

○ Style de leadership : الذي يسمح بالتنسيق بين أهداف المستشفى و أهداف عماله.
 ✓ **ظروف العمل:** حصر Brunault و آخرون (2012) ظروف العمل التي قد تؤثر في جودة الحياة في العمل في ثلاث نقط رئيسية وهي: الضغط وعبء العمل، أوقات العمل والعلاقات مع الزملاء بالإضافة إلى الاجر والمزايا الاجتماعية.

وقد أورد هلالى و عياد (2015) مجموعة من المعوقات التي تحول دون تطبيق استراتيجيات الجودة الشاملة في القطاع الصحي، نذكر منها:

- ✓ عامل الوقت: حيث تحتاج سياسات الجودة الشاملة في القطاع الصحي وقتنا معتبرا.
- ✓ التغيير المستمر للقيادات الإدارية: مما يشكل تذبذبات في السير الحسن للاستراتيجية.
- ✓ صعوبة تقييم الأداء لعمال الصحة: والذي يتخلله عدم الموضوعية والاحكام الشخصية.
- ✓ عدم اهتمام الإدارة بنتائج تطبيق سياسات الجودة الشاملة نتيجة عدم ظهور النتائج آنيا.
- ✓ عدم توفر المؤسسات الصحية على خبراء ومؤهلين في استراتيجيات الجودة.
- ✓ عدم اهتمام الطواقم الطبية وشبه الطبية ببرامج الجودة نظرا لأنها لا تتماشى مع وظائفهم وصلاحياتهم.
- ✓ ضعف مشاركة الأطباء في استراتيجيات الجودة مما يزيد من التكلفة الاجمالية لعملية التغيير.

خـلاصة:

يعبر مصطلح "جودة الحياة في العمل" «la qualité de vie au travail» عن مفهوم واسع متعدد الأبعاد؛ ثمة لما يقارب القرن من الملاحظات العلمية للعمل من جهة والمفاوضات بين الشركاء الاجتماعيين من جهة أخرى. ويعتبر تبني سياسات جودة الحياة في العمل ضرورة قصوى ناتجة عن مجموع المشكلات التي تواجهها المنظمات. كما أن تطبيق الجودة الشاملة أو بما يعرف بـ the big Q مرهون بتطبيق جودة الحياة في العمل؛ إذ من غير المعقول أن نتكلم عن الجودة الشاملة مع إغفال أحد أهم مقومات المنظمة ألا وهو العنصر البشري ومتطلباته المهنية والشخصية. ويختلف هذا المفهوم حسب اختلاف المجال الذي تنشط فيه مختلف المنظمات كما يختلف باختلاف الفئات المهنية التي تتميز كل منها بلمح يختلف عن الآخر مما يجعل من الصعب تعميم الاستراتيجيات لتطبيق هذا المفهوم في المنظمات. وعلى الرغم من الاختلافات إلا أنها ترمي عموماً إلى تهيئة وتوفير المنظمة لكل الظروف المادية، المعنوية والتنظيمية بمستوى الجودة المطلوب، والتي يدركها العاملون على أنها تحقيق لمتطلباتهم وتوقعاتهم وإرضاء لحاجاتهم، وترقى إلى تطلعاتهم وطموحاتهم المهنية والشخصية؛ الشيء الذي قد يسهم في تحقيقهم لذاتهم كفئة مهنية لها خصوصياتها، بالإضافة إلى تحقيق الأهداف المشتركة بينهم وبين المنظمة. وتكمن أهمية هذا المفهوم من خلال تأثيره المباشر وغير المباشر على الظواهر والسلوكيات الإدارية داخل المنظمات، وما يمكن أن ينتج عنه في مجمل أنشطة ومخرجات هذه المنظمات سواء في أداء مهامها أو علاقتها بالبيئة الخارجية ومنه تحقيق أهدافها.

الإطار التطبيقي للبحث

✓ الفصل الرابع: الدراسة الأولية

✓ الفصل الخامس: الدراسة النهائية

القصل الرابع

الدراسة الاولية

1. تسطير الخطوط العريضة لأهداف البحث
2. دراسة حدود البحث الزمنية، المادية والموضوعية
3. التحقق من وجود الميدان الأنسب لإجراء هذا البحث
4. إعداد وسائل البحث المناسبة من أجل جمع التصورات الاجتماعية
5. إجراءات المعاينة

تمهيد:

تتطلب دراسة التصورات كمختلف الدراسات الميدانية نوعاً من البحث والتقصي؛ القيام ببحوث وثائقية، إجراء وتحليل مقابلات أولية، بناء استمارة؛ تطبيقها والتحقق من شروطها واستغلالها... إلخ. كل هذه المهام تلتهم الوقت وتتجاوزته إلى التهام الأموال، وتضاف إلى هذه التكلفة ضرورة الجدوية والمنطق في إفراز نتائج وثيقة الصلة بموضوع البحث.

وقد أورد Moliner (2012) أنه يمكننا التفهم بأن الباحث سيصعب عليه القيام بكل هذا نظراً لمحدوديته تجاه إجراء هذا النوع من البحوث، ولكن من الصعب غفران أو التغاضي عن خيانة موضوع البحث أو الإخلال بالنموذج النظري للمنهجية؛ ومن أجل ذلك فإن خوض غمار البحث في مجال التصورات يتطلب مرحلة أولية تشخيصية.

(Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002, p29)

تتمثل هذه المرحلة الأولية في: "الدراسة الأولية" (l'étude préliminaire) والتي تعتبر بمثابة القاعدة الرئيسية الممهدة لإنجاز هذا البحث، وقد اكتسبت أهمية بالغة لا تقل عن الدراسة النهائية؛ أين حازت على الكثير من الاهتمام باعتبارها حجر الأساس وأهم مرحلة من مراحل هذا البحث، ولولاها لما تمكنا من بلوغ المراحل التي تليها بالمردودية المتوقعة.

وقد تميزت هذه الأخيرة بجزء جغرافي أوسع بكثير مقارنة مع الحيز الجغرافي للدراسة النهائية امتد ما بين عدة ولايات شرقية ودوائرها: جيجل، قسنطينة، ميله، أم البواقي، خنشلة، باتنة وسطيف، ونبرر هذا الامتداد بخصوصية وأهمية هذه المرحلة في جس النبض وانتقاء وهيئة الميدان الأنسب من أجل استكمال الدراسة النهائية في ظروف ملائمة وغير معرقة. وقد خلصنا إلى اتخاذ قرار باختيار مستشفيات ولاية أم البواقي كميدان لهذا البحث.

وقد هدفت هذه المرحلة البحثية أساسا إلى تمهيد أرضية البحث من أجل الدراسة النهائية، وذلك من خلال مجموعة من النقاط المسطرة من قبل الباحثة والمتمثلة في: ضبط الخطوط العريضة لأهداف البحث الرئيسية، دراسة حدود البحث الزمنية، المادية والموضوعية، التحقق من وجود الميدان الأنسب لغرض إنجاز البحث، إعداد وسائل البحث المناسبة وأخيرا إجراءات المعاينة.

1. تسطير الخطوط العريضة لأهداف البحث الرئيسية:

قمنا بضبط أهداف البحث بطريقة عقلانية وذلك حسب ما يتوافق مع إمكانيات الباحثة (الزمنية، المادية والموضوعية) مع الإبقاء على هامش حرية يضمن إضافة أهداف فرعية قد تنتج عن التعرف الجيد والمعمق على ميدان وموضوع البحث؛ شرط ألا يتم الإخلال بالأهداف الرئيسية والتسلسل المنطقي المنهجي لهذا البحث.

2. دراسة حدود البحث الزمنية، المادية والموضوعية:

1.2. دراسة الحدود الزمنية للبحث: اعتمادا على مجموعة من المعطيات التي تمت دراستها أثناء هذه المرحلة:

✚ مدة التنقل إلى مختلف المكتبات، الجامعات، الإدارات والمستشفيات، مدة المقابلات ومدة الإجابة على الاستمارة الرئيسية للبحث أثناء فترة الاختبار، وفرة الأطباء أثناء الزيارة الواحدة، مدة الطباعة والنسخ، ... الخ.

✚ التحقق من موضوعية هذه المدة المتوقعة واندراجها ضمن حدود المعقول حسب ما هو مسطر من قبل الباحثة آخذين بعين الاعتبار الآجال المحددة من طرف القائمين على مشروع الدكتوراه.

2.2. دراسة الحدود المادية للبحث: والمتمثلة أساسا في بحث وفرة النقل ومصاريفه، مصاريف الإطعام، مصاريف الطباعة، وفرة الكتب ومصاريف اقتنائها، ... الخ. والتحقق من اندراجها ضمن الإمكانيات المالية الخاصة للباحثة بحكم عدم استفادتها من أية منحة جامعية لإنجاز هذا البحث.

3.2. دراسة الحدود الموضوعية للبحث: عن طريق التحقق من وفرة المراجع من خلال:

✚ البحث المكتبي أين تمت برمجة مجموعة من الزيارات إلى بعض المكتبات العمومية والجامعية، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: المكتبة الجامعية لكلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير بجامعة قسنطينة، المكتبة الجامعية للعلوم الإسلامية لجامعة قسنطينة، المكتبة الجامعية لكلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية بجامعة بوزريعة الجزائر العاصمة، المكتبة الوطنية الحامة بالعاصمة، المكتبة البلدية لبلدية جيجل، المكتبة الجامعية جيجل، المكتبة الجامعية لكلية علم النفس بجامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2-، المكتبة الجامعية لكلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية بقسنطينة، المكتبة المركزية لجامعة منتوري قسنطينة-1-،... إلخ.

✚ البحث الإلكتروني عبر مختلف محركات البحث وقواعد المعلومات، وبعض المواقع الإلكترونية لبعض مختبرات الأبحاث الوطنية والخارجية بالإضافة إلى بعض المواقع الرسمية لبعض مديريات الصحة ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالجزائر، نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

ANACT, ARACT, CREAD, CERIST, ASJP, CAIRN, SNDL, HAS, ...

✚ القيام بزيارة لبعض التظاهرات الثقافية لبيع الكتب كصالون الدولي للكتاب بالجزائر SILA بطبعته 2017-2018.

3. التحقق من وجود الميدان الأنسب بغرض إجراء هذا البحث؛ من خلال: تقييم قوة

العلاقات الشخصية وغير الرسمية، نوعية الاستقبال وقبول أفراد العينة من أجل المشاركة في هذا البحث وتفاعلهم واندماجهم، بالإضافة إلى التسهيلات المقدمة من قبل الإدارات.

4. إعداد وسائل البحث المناسبة من أجل جمع التصورات الاجتماعية: هذا الهدف الذي

يعتبر نقطة حاسمة في هذه المرحلة وأساسية من اجل المرحلة التالية.

1.4. الخلفية الفكرية في اختيار المنهجية المناسبة في بحثنا: في ظل الثراء المنهجي الذي يحف

دراسة التصورات الاجتماعية يبدو أن انتقاء المنهجية الأنسب سواء فيما يتعلق بجمع أو

بتحليل التصورات الاجتماعية لموضوع بحثنا يعتبر تحديا بالنسبة إلينا، وقد أخذنا في ذلك

مجموعة من المعطيات بعين الاعتبار:

طبيعة الدراسة: نعتبرها دراسة وصفية تهدف إلى تقييم أولي (أو تشخيص أولي بعبارة أخرى)

لواقع "جودة الحياة في العمل على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والعمومية

المتخصصة" من خلال الكشف عن بنية التصورات الاجتماعية لفئة الأطباء المختصين.

طبيعة الموضوع: موضوع التصورات الاجتماعية الذي تناولناه في بحثنا هو: "جودة الحياة في

العمل" والذي يعتبر موضوعا ثريا متعدد الابعاد والمؤشرات لم يتم بعد الاتفاق حولها خاصة وأن

قطاع الصحة له خصوصيته مقارنة بالقطاعات الأخرى، مما يصعب عملية الإحاطة به، ضمنا

كل عامل يدرك جيدا هذا المفهوم ويتعايش معه يوميا منذ اول يوم التحاق بالمستشفى، ولكن

ان يعبر عنه بطريقة متناسقة ومنتظمة فهذا ما سنحاول الكشف عنه.

طبيعة مجتمع الدراسة: تعتبر فئة الأطباء المختصين من النخبة الفكرية في القطاع، وما يميزها هو

القدرة الكبيرة على التواصل، التعبير السطحي و حتى التعبير العميق الذي يتجرد من مفاهيم

الطابوهات، الربط بين مختلف الأفكار و الدلالات بمنهجية لا تخلو من الوصف الدقيق

للأحداث و الوقائع كما لا تخلو من الاستدلال المنطقي من اجل بلوغ سبل الإقناع في درجاته

القصوى ، المنطقية في التفكير بطريقة تجعل لكل كلمة تنطقها معنى حقيقي ودلالة حقيقية

ضمن الحقل التصوري لأي موضوع قد ندرسه معها وليس مجرد خيالات وفسفسطة، فما بالك

إن كان الموضوع من عمق الحياة المهنية و التي تشكل جزءا من كيانهم و ليس فقط من حياتهم،

لأن ما يميز هذه الفئة المهنية هو الكيان الذي تصنعه بلمح فردي يصنع اسمم الطبيب "فلان"

أو "فلان" بالإضافة إلى الكيان الذي يصنعه بلمح المنصب الذي يشغله كمتخصص في كذا

او كذا؛ هذا الكيان الذي يلازم الطبيب امتدادا في الحياة الاجتماعية و لا يمكن بأي حال من الأحوال ان يتملص منه حتى خارج اسوار المستشفى؛ ما يجعل من هذه الفئة مجتمعا خصبا للدراسة و البحث، و إن اية محاولة للإثارة تنتج وبغزارة مختلف الأفكار و الدلالات مما يجعل منهم طرفا مساعدا في عملية الكشف عن تصوراتهم لموضوع بحثنا.

🚩 **أهداف بحثنا:** والتي تتلخص أساسا في محاولة تقديم تقييم أولي لمستوى جودة الحياة في العمل بالمستشفيات، بالإضافة إلى محاولة الكشف عن التصور لواقع جودة الحياة في العمل من خلال الكشف عن مختلف العناصر المكونة له وكذا مختلف المؤشرات المتضمنة لهذا التصور، بالإضافة إلى التعرف على الاتجاهات الضمنية لهذا الحقل التصوري.

واستنادا إلى هذه المعطيات قمنا باختيار طريقتين رئيسيتين من أجل جمع التصورات والمتمثلتين في: استمارة لقياس مستوى جودة الحياة في العمل وشبكة التداعي لآنا ماريا سيلفانا دي روزا.

2.4. الاستمارة (من الطرق التساؤلية)؛ والتي تسمح لنا بجمع مجموعة من البيانات التي تساهم في وصف تصور موضوع بحثنا من خلال قياس مستوى جودة الحياة في العمل، وبما أن العلم ذو طبيعة تراكمية فإننا اعتمدنا في بناء الاستمارة على مجموعة من المقاييس والمقابلات مما يخفف من صعوبة البناء وتبقى مسألة القصور والمحدودية فإننا ندعمها بمقاربة متعددة المنهجيات بانتقاء إحدى الطرق التداعوية.

1.2.4. إعداد استمارة البحث:

حاولنا البحث عن استمارة قياس جاهزة من أجل الاستخدام في ميدان الصحة شرط أن تتطابق مع موضوع البحث، أهدافه وخصوصية الفئة المراد التعامل معها فلم نجد في حدود إمكانياتنا البحثية، مما اضطرنا إلى بناء واحدة، وعلى الرغم من اختلاف ميدان الصحة وتميزه عن بقية الميادين الأخرى المنتجة للسلع والخدمات كالإدارات والمصانع والأسواق إلا أن هذا لم يمنعنا من الاعتماد على مجموعة من المقاييس التي تقيس جودة الحياة في مختلف القطاعات من اجل بناء استمارة بحثنا. وقد قمنا

بإعداد هذه الأخيرة عبر ثلاث مراحل رئيسية: البناء، التحقق من الصدق وإجراء التعديلات اللازمة ثم التحقق من الثبات.

● **المرحلة الأولى: مرحلة البناء:** اختلفت نماذج القياس نظرا لعدم الاتفاق بين مختلف المنظرين لمفهوم جودة الحياة في العمل، ومن أجل تحديد المؤشرات والأبعاد المناسبة التي يمكن من خلالها قياس هذا المتغير قمنا بعدة خطوات:

➤ **الخطوة الأولى:** قمنا بالاطلاع على مجموعة من المقاييس المتوفرة، وانتقينا البعض منها بناء على معيار "الاعتماد"؛ أي أنها تعتبر مقاييس عالمية تم احترام القواعد المنهجية في بنائها ومنها التحقق من شروط تطبيقها الميترولوجية، كما تم اعتمادها في العديد من الدراسات والتحقيقات في مجال الاقتصاد والعمل، نذكرها فيما يلي:

1. MSQ : The Minnesota Satisfaction Questionnaire. (David J Weiss et autres, 1967)
2. JCQ : The Job Content Questionnaire ; Modèle de Robert A Karasek. (DARES,2008)
3. WRQoL: The Work- Related Quality of Life Scale. (Simon, Easton & Laar, 2012)
4. The Walton's QWL model (1975).

<http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/qvt/walton.html>

5. Questionnaire de "Santé et Bien-être au travail". (<http://cftc-55.com>)
6. « SATIN version 3.0 » ; un questionnaire d'évaluation de la santé et du bien-être au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention. (Vincent Grosjean et autres, 2016)
7. Stratégie de SOBANE dans le domaine de la santé (phase de dépistage et diagnostique).

8. بعض الاستمارات و المقاييس التي تعدها كل من Anact و Aract بغرض قياس جودة الحياة

في العمل والمتوفرة على الموقعين الرسميين لهما. (<http://www.aractidf.org/>) &

(<https://www.anact.fr/>)

✚ الخطوة الثانية: قمنا بإعداد un questionnaire d'entretien à objectif

(d'impression) استمارة مقابلة مع 08 أفراد بهدف الاستطلاع، جس النبض والاطلاع

على آرائهم حول:

✚ أهم المؤشرات والأبعاد التي قد تعتبر مؤشرات حقيقية ولها دلالة فعلية في موضوع البحث من

بين كل المؤشرات التي وردت في مختلف المقاييس المنتقاة والمذكورة أعلاه، بالإضافة إلى فتح المجال

من اجل إضافة مؤشرات أو ابعاد أخرى لها صلة وثيقة بموضوع البحث وتساهم في قياس مستوى

جودة الحياة في العمل، وانطلاقاً من هذا قمنا باختيار الأبعاد والمؤشرات المناسبة.

✚ البحث عن إمكانية وجود فروق في تصور الأفراد لكل بعد على حدى، وانطلاقاً من هذا تم

ضبط الفرضيات البحثية.

✚ الخطوة الثالثة: قمنا بإنتاج استمارة مكونة من عشر محاور معدة من أجل الاختبار؛ محورين

لتقديم الموضوع والمتغيرات التعريفية وسبع محاور تتعلق بأبعاد جودة الحياة المهنية ومحور أخير

يختص بتقييم الاستمارة:

المحور الأول: تقديم للاستمارة؛ يحتوي على مجموعة من النقاط:

- عنوان الاطروحة.
- تقديم للباحثة.
- تقديم مبسط لموضوع البحث.
- التماس من أجل المساهمة في إنجاز البحث من خلال الإجابة على مختلف أسئلة الاستمارة.
- طمأنة مفردات العينة بتحلي الباحثة بأخلاقيات البحث العلمي بالحفاظ على الخصوصية والسرية التامة في التعامل مع الإجابات والمعالجة دون أسماء.

المحور الثاني: المتغيرات التعريفية؛ يحتوي على مجموعة من البيانات التعريفية لكل فرد: الجنس، السن، الحالة المدنية، الخبرة، طبيعة المؤسسة (استشفائية عمومية أو عمومية متخصصة)، إطار الخدمة (أثناء أو بعد الخدمة المدنية)، الحيازة على منصب نوعي من عدمه.

المحور الثالث: ظروف العمل؛ يحتوي على ثلاثة عشر بنداً (13) تتناول العديد من المؤشرات: وفرة وسائل العمل ومطابقة الجدول التقني للمعايير، جودة الوجبات الغذائية، احترام شروط النظافة الصحية، سهولة التنقل إلى مكان العمل، أفضية الراحة أثناء العمل، وفرة اختبارات الكشف والتحليل الطبية اللازمة.

المحور الرابع: الإجهاد المهني؛ يحتوي على عشرة بنود (10) تتناول العديد من المؤشرات: كمية زائدة من العمل، طبيعة مجهددة للعمل، الإجهاد أثناء المناوبات الليلية، الإجهاد أثناء العمل في الأيام العادية، التعرض للمواقف الضاغطة نفسياً.

المحور الخامس: الأمن والسلامة المهنية؛ يحتوي على ستة بنود (06) تتناول مجموعة من المؤشرات: الاعتداءات من طرف المرضى والمرافقين، المتابعات القضائية التي تنتج عن ممارسة المهنة، التعرض للعدوى، التعرض لوضعيات عمل غير مريحة ومجهددة.

المحور السادس: الرضا عن المسار المهني؛ يحتوي على ثمانية بنود (08) تتناول مجموعة من المؤشرات: فرص الاستفادة من التربص، فرص الاستفادة من عروض التكوين المطلوبة، فرص الترقية، فرص اكتساب خبرات جديدة، فرص المساهمة في التخطيط المؤسسي.

المحور السابع: الرضا عن الأجر؛ يحتوي على اثني عشر بنداً (12) تتناول مجموعة من المؤشرات: الأجر في مقابل الاحتياجات، الأجر في مقابل المجهود المقدم، الأجر في مقابل قيمة المهنة، الأجر في مقابل الأجر في القطاعات العمومية الأخرى، الأجر في مقابل الأجر في القطاع الخاص، الرفاهية والمستوى المعيشي الذي يضمنه الأجر، نسبة الزيادة في الأجر مقابل الدرجة، قيمة المنح: منحة المنطقة، منحة المناوبة الليلية، منحة الأعياد والعطل مدفوعة الأجر.

المحور الثامن: الموازنة بين الحياة المهنية والحياة الخاصة؛ يحتوي على عشرة بنود (10) تتناول مجموعة من المؤشرات: الموازنة بين الالتزامات المهنية والالتزامات الأسرية، تناسب ساعات العمل مع الحياة الخاصة، حرية اختيار تواريخ العطل السنوية، إمكانية المشاركة في المناسبات العائلية، إمكانية التكفل بالأبناء، إمكانية القيام بزيارات أسرية، إمكانية التنزه والترفيه، إمكانية ممارسة النشاطات الرياضية، إمكانية ممارسة النشاطات الثقافية.

المحور التاسع: علاقات العمل والعمل الجماعي؛ يحتوي هذا البعد على ثمانية بنود (08) تتناول مجموعة من المؤشرات: كفاءة فريق العمل (الطاقم شبه الطبي، طاقم الأطباء العامين)، سهولة الاتصال مع فريق العمل، التنسيق مع الأطباء المختصين، العلاقة مع الرؤساء التقنيين، العلاقة مع الرؤساء الإداريين.

بالنسبة للبدايل: فيما تعلق بالبدايل في هذه الاستمارة فقد قمنا باستخدام مقياس ليكرت الثلاثي في مختلف أبعاد جودة الحياة المهنية؛ مستخدمين في ذلك نوعين مختلفين من الاستجابات: مفهوم الزمن ومفهوم الموافقة؛ مفهوم الزمن (دائماً، أحياناً، أبداً) في الأبعاد التالية: ظروف العمل، الإجهاد، الأمن في العمل، علاقات العمل، الموازنة بين الحياة المهنية والحياة الخاصة. ومفهوم الموافقة (موافق، محايد، معارض) في الأبعاد التالية: الأمن والسلامة المهنية، الرضا عن المسار المهني، الرضا عن الأجر.

المحور العاشر: تقييم الاستمارة؛ يحتوي هذا المحور على سبعة بنود تم إعدادها خصوصاً بهدف تقييم الاستمارة قبل إخراجها في صورتها النهائية من أجل الدراسة النهائية تتضمن ما يلي:

- تحديد الوقت المستغرق من أجل الإجابة عن كل أسئلة الاستمارة.
- لغة الاستمارة، سهولة، بسيطة، معقدة، ...
- وجود عيوب في صياغة الأسئلة: كالتكرار، الصعوبة، التشابه، الغموض، ازدواجية المعنى، العمومية، ...
- كمال الاستمارة من حيث تناولها لمختلف الأبعاد من عدمه.

● المرحلة الثانية: التحقق من الصدق وإجراء التعديلات اللازمة: بعد إعداد الاستمارة في

صورتها الأولية، قمنا بعدة خطوات من أجل إخراجها في صورتها ما قبل النهائية:

📌 الخطوة الأولى: نعتقد بأنه من أجل التحقق من الصدق الفعلي لأية وسيلة بحث يجب عرضها

على الخبراء؛ لأنهم الفئة الوحيدة التي يمكن ان تقيم فعليا وسيلة البحث و يمكن ان تحكم بصدقها

من عدمه، و ما الطرق الإحصائية الأخرى لحساب الصدق إلا طرق مكملة، إذ من غير المعقول

ولا المقبول -حسب اعتقادنا- التأشير على قياس العبارات لما وضعت لقياسه من خلال قيمة

إحصائية لقياس العلاقة بين استجابات الأفراد حولها، فالصدق كشرط من شروط وسائل

القياس يعني التحقق من الحقل الدلالي و المفاهيمي للعبارات و الأبعاد و انسجامه مع أهداف

البحث. وقد اعتمدنا في هذا البحث على صدق المحكمين بنسبة 99%، حيث قمنا بعرض

الاستمارة أولا على الأستاذ المشرف وخبير ثان من أجل إعادة ضبطها، وبعد ضبطها، قمنا

بعرضها على عدد من المحكمين (06) بغرض النقد من أجل التحقق من الصدق الفعلي

للاستمارة أو ما يطلق عليه منهجيا بالصدق الداخلي (la validé interne)، وذلك من

خلال مجموعة من المؤشرات التي حددتها الباحثة:

- قياس العبارات لما وضعت لقياسه.
- صياغة العبارات.
- تناسب المؤشرات مع الأبعاد التي تنتمي إليها.
- انتقاء البدائل.
- سهولة التعليمات.
- تقديم الملاحظات اللازمة والانتقادات من أجل تحسين جودة الوسيلة بما يخدم أغراض البحث.

وقد قدم الأساتذة المحكمين مجموعة من الآراء التي تمثلت في إضافة وحذف وتعديل بعض

العبارات بما يتماشى وأهداف البحث واقتراح بدائل أنسب.

ونشير إلى انه تم أخذ الكثير من الملاحظات المقدمة بعين الاعتبار. وانطلاقا من آراء المحكمين قمنا

بتطبيق كل من معادلتني: "كوبر" بغرض التحقق من نسبة الاتفاق بين الأساتذة المحكمين و "لوشي"

بغرض قياس "قيمة الصدق الداخلي للاستمارة"، وفيما يلي سلسلة جداول متتالية قوامها تسع (09) تعرض النتيجة الكمية للتحكيم والتي استخدمت كبيانات من أجل تطبيق المعادلتين.

سلسلة جداول تحت رقم (02): النتيجة الكمية للتحكيم - المصدر: من إعداد الباحثة
بالاعتماد على نتائج تحكيم الخبراء

جدول رقم (1-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الاول

تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	عنوان المذكرة	06	00
/	/	التقديم	06	00
/	/	التعليمات	06	00
/	/	المجموع	18	00

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-2): عرض لنتائج تحكيم المحور الثاني

المحور الأول: المتغيرات التعريفية				
/	/	متغير تعريفي رقم:1	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:2	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:3	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:4	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:5	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:6	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:7	06	00
/	/	متغير تعريفي رقم:8	06	00
/	/	المجموع	48	00

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-3): عرض لنتائج تحكيم المحور الثالث

أبعاد جودة الحياة في المستشفى:				
البعد الأول: ظروف العمل في المستشفيات				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	03	03
5	1	العبرة رقم 1	04	02
06	00	العبرة رقم 2	06	00
06	00	العبرة رقم 3	05	01
06	00	العبرة رقم 4	06	00
06	00	العبرة رقم 5	05	01
06	00	العبرة رقم 6	05	01
06	00	العبرة رقم 7	05	01
06	00	العبرة رقم 8	05	01
06	00	العبرة رقم 9	06	00
06	00	العبرة رقم 10	06	00
06	00	العبرة رقم 11	05	01
06	00	العبرة رقم 12	04	02
06	00	العبرة رقم 13	05	01
77	01	المجموع	70	14

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-4): عرض لنتائج تحكيم المحور الرابع

البعد الثاني: الإجهاد المهني				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	02	04
06	00	العبرة رقم 1	06	00

00	06	العبارَة رقم 2	00	06
00	06	العبارَة رقم 3	00	06
00	06	العبارَة رقم 4	00	06
00	06	العبارَة رقم 5	00	06
00	06	العبارَة رقم 6	00	06
00	06	العبارَة رقم 7	00	06
00	06	العبارَة رقم 8	00	06
00	06	العبارَة رقم 9	00	06
00	06	العبارَة رقم 10	00	06
04	62	المجموع	00	60

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-5): عرض لنتائج تحكيم المحور الخامس

البعد الثالث: الأمن والسلامة المهنية				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	05	01
06	00	العبارَة رقم 1	06	00
06	00	العبارَة رقم 2	06	00
06	00	العبارَة رقم 3	06	00
06	00	العبارَة رقم 4	06	00
06	00	العبارَة رقم 5	06	00
06	00	العبارَة رقم 6	06	00
36	00	المجموع	41	05

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-6): عرض لنتائج تحكيم المحور السادس

البعد الرابع: الرضا عن المسار المهني				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	05	01
06	00	العبارة رقم 1	04	02
06	00	العبارة رقم 2	05	01
06	00	العبارة رقم 3	05	01
06	00	العبارة رقم 4	05	01
06	00	العبارة رقم 5	05	01
06	00	العبارة رقم 6	05	01
06	00	العبارة رقم 7	05	01
06	00	العبارة رقم 8	05	01
48	00	المجموع	44	10

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-7): عرض لنتائج تحكيم المحور السابع

البعد الخامس: الرضا عن الأجر				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	04	02
06	00	العبارة رقم 1	05	01
06	00	العبارة رقم 2	05	01
06	00	العبارة رقم 3	05	01
06	00	العبارة رقم 4	05	01
06	00	العبارة رقم 5	05	01
06	00	العبارة رقم 6	05	01
06	00	العبارة رقم 7	05	01

02	04	العبارَة رقم 8	00	06
01	05	العبارَة رقم 9	00	06
01	05	العبارَة رقم 10	00	06
01	05	العبارَة رقم 11	01	05
01	05	العبارَة رقم 12	01	05
15	63	المجموع	02	70

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-8): عرض لنتائج تحكيم المحور الثامن

البعد السادس: الموازنة بين الحياة المهنية والحياة الخاصة				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	04	02
06	00	العبارَة رقم 1	06	00
06	00	العبارَة رقم 2	06	00
06	00	العبارَة رقم 3	06	00
06	00	العبارَة رقم 4	06	00
06	00	العبارَة رقم 5	05	01
06	00	العبارَة رقم 6	05	01
06	00	العبارَة رقم 7	06	00
06	00	العبارَة رقم 8	06	00
06	00	العبارَة رقم 9	06	00
06	00	العبارَة رقم 10	06	00
60	00	المجموع	62	04

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

جدول رقم (2-9): عرض لنتائج تحكيم المحور التاسع

البعد السابع: جودة علاقات العمل والعمل والجماعي				
تقيس	لا تقيس	مادة التحكيم	اتفاق	عدم الاتفاق
/	/	البدائل	05	01
06	00	العبارة رقم 1	06	00
06	00	العبارة رقم 2	05	01
06	00	العبارة رقم 3	05	01
06	00	العبارة رقم 4	06	00
06	00	العبارة رقم 5	06	00
06	00	العبارة رقم 6	06	00
06	00	العبارة رقم 7	06	00
06	00	العبارة رقم 8	06	00
48	00	المجموع	51	03

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحكيم

$$\text{معادلة كوبر: نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق}}{\text{عدد مرات الاتفاق} + \text{عدد مرات عدم الاتفاق}} \times 100$$

$$\text{نسبة الاتفاق} = 418 \div (50+418) \times 100 = 89.31\%$$

نتيجة: حازت الاستمارة في صورتها الأولى على نسبة اتفاق تساوي: 89.31% وهي قيمة تفي بالقبول من أجل أغراض الدراسة.

ملاحظة: فيما يخص حالات الاتفاق فإنها؛ تشمل الاتفاق الإيجابي والاتفاق السلبي على حد سواء، ونشير إلى أن الاتفاق من عدمه لا يعني بالضرورة المساس بصدق العبارات (أي قياسها لما وضعت لقياسه)، وإنما قد يدل بالإضافة إلى ذلك على أمور أخرى؛ كالتحفظ حول صياغة إحدى العبارات مثلاً أو حول تكرار المؤشر أو حول عدم تناسب العبارات مع البدائل مثلاً وغيرها من الملاحظات التي قد يبديها المحكمون. وقد نتجت لنا حالات عديدة من "عدم الاتفاق بين الخبراء"، فتعاملنا مع

تلك الملاحظات المقدمة والانتقادات انطلاقاً من قوة الإقناع والقاعدة الفكرية التي انطلق منها كل ناقد ومسألة العدد كانت أمراً ثانوياً.

معادلة لوشي: الصدق الداخلي = [عدد العبارات التي تقيس - (عدد البنود ÷ 2)] ÷ [عدد

البنود ÷ 2]

قمنا بحساب قيمة الصدق الداخلي للاستمارة انطلاقاً من متوسط قيمة العبارات التي تقيس، وقد كان مجموعها: 363؛ أي بمعدل 60.5 لكل محكم من المحكمين الست، ومنه فقيمة الصدق

$$\text{الداخلي للاستمارة هي: VI} = [2 \div 67] \div [(2 \div 67) - 60.5] = 0.8$$

نتيجة: بلغت قيمة الصدق الداخلي للاستبيان قيمة 0.8 حسب معادلة لوشي وعليه نقبل اعتماده كوسيلة قياس خدمة لأهداف هذا البحث.

ملاحظة: فيما تعلق بمسألة القياس من عدمه فقد أخذت بجدية أكبر من سابقتها (أي الاتفاق)؛

بحكم أن عدم قياس العبارات لما وضعت لقياسه يعتبر مساساً بمصداقية الاستمارة، وقد تم الأخذ بعين الاعتبار لكل الملاحظات المقدمة في هذا الصدد دون استثناء بما فيها مسألة اعتماد "خمس بدائل" بدل الثلاث وحذف بعض العبارات، فيما تم التغاضي عن بعض المقترحات بإضافة عبارات تؤشر لقياس بعض الأبعاد نظراً لحجم الاستمارة الكبير وتحاشياً لملل المستجوبين.

🚩 الخطوة الثانية: صدق التجانس الداخلي: بعد تعديل الاستمارة وإخراجها في صورتها ما قبل

النهائية قمنا في هذه المرحلة بتوزيعها على عينة مكونة من 12 مفردة من خارج المجتمع

الإحصائي تم انتقاؤها أثناء المقابلات التي قمنا بها بغرض إعداد شبكة التدايعيات، وهي نفس

الفئة التي قمنا بإعادة تطبيق الاستمارة عليها بهدف قياس الثبات. أنشأنا مصفوفة من أجل

التحقق من صدقها إحصائياً؛ وذلك بحساب معامل الارتباط الداخلي للاستمارة:

❖ **معامل الارتباط لفقرات الاستبيان فيما بينها:** نظراً للحجم الهائل للمصفوفة سنكتفي بالحديث

عن النتائج؛ حيث بلغت قيمة معامل الارتباط في كل خانات التقاطع قيمة دالة إحصائياً

تراوحت ما بين: 0.975^* و 0.382^{**} .

❖ **معامل الارتباط ما بين الفقرات والمحاور التي تنتمي إليها، وكذلك معامل الارتباط بين**

الفقرات والاستبيان: كل القيم المحصل عليها دالة إحصائياً على وجود ارتباط معنوي بين

الفقرات والأبعاد التي تنتمي إليها، وذلك عند مستوى دلالة يتراوح ما بين 0.05 و 0.01؛

مما يؤهل الاستبيان لقابلية التطبيق من أجل التحقق من الثبات.

وفيما يلي سلسلة جداول متتالية قوامها سبع (07) تحت رقم (03) تعرض نتائج قيم معامل

الارتباط لكل بعد من أبعاد جودة الحياة المهنية على حدى، و قبل ذلك وجب ان نتطرق إلى مفتاح

لتسهيل قراءة الجدول:

مفتاح سلسلة الجداول:

X: مجموع محاور الاستمارة.

A : محور "جودة ظروف العمل"؛ من A1 إلى A12: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة الثانية عشر.

B : محور "الضغط المهني"؛ من B1 إلى B10: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة العاشرة.

C : محور "جودة الامن و السلامة المهنية"؛ من C1 إلى C6: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة السادسة.

D : محور "جودة المسار المهني"؛ من D1 إلى D7: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى على العبارة السابعة

E : محور "جودة الاجر"؛ من E1 إلى E12: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة الثانية عشر.

F : محور "التوفيق بين الحياة المهنية و الحياة الاجتماعية"؛ من F1 إلى F6: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة السادسة.

G : محور "جودة فريق العمل و العلاقات المهنية"؛ من G1 إلى G8: عبارات المحور؛ من العبارة الأولى إلى العبارة الثامنة.

--*: قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01

--*: قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05

جدول رقم (3-1): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الأول: "جودة ظروف العمل"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
A1	0.393**	0.631*	A7	0.397*	0.719*
A2	0.520*	0.675*	A8	0.834**	0.678**
A3	0.395*	0.657*	A9	0.889**	0.643**
A4	0.631*	0.675*	A10	0.631**	0.786**
A5	0.619*	0.939**	A11	0.588**	0.790**
A6	0.875**	0.574*	A12	0.729**	0.690**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-2): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الثاني: "الضغط المهني"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
B1	0.876**	0.683**	B6	0.914**	0.549**
B2	0.952**	0.665**	B7	0.938**	0.839*
B3	0.696**	0.598**	B8	0.798**	0.623*
B4	0.812**	0.637**	B9	0.925*	0.748**
B5	0.884**	0.497**	B10	0.769**	0.678**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-3): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الثالث: "جودة الامن والسلامة المهنية"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
C1	*0.570	*0.519	C4	**0.916	**0.683
C2	*0.683	**0.947	C5	**0.907	*0.883
C3	*.9340	*0.759	C6	**0.480	*0.504

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-4): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الرابع: "جودة المسار المهني"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
D1	*0.638	*0.685	D5	*0.861	*0.585
D2	*0.870	**0.388	D6	*0.894	**0.589
D3	**0.798	*0.585	D7	**0.880	**0.479
D4	*0.940	*0.488	/	/	/

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-5): قيم معامل ارتباط عبارات المحور الخامس: "جودة الأجر"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
E1	*0.705	*0.677	E7	*0.712	**0.566
E2	**0.504	*0.576	E8	**0.881	**0.462
E3	*0.744	**0.670	E9	*0.696	*0.653
E4	**0.642	*0.782	E10	*0.592	*0.594
E5	*0.561	*0.630	E11	*0.511	**0.727
E6	*0.832	**0.613	E12	*0.734	*0.541

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-6): قيم معامل ارتباط عبارات المحور السادس: "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
F1	**0.580	*0.751	F4	*0.464	*0.791
F2	**0.586	*0.524	F5	*0.727	*0.421
F3	*0.662	*0.660	F6	*0.659	**0.480

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

جدول رقم (3-7): قيم معامل ارتباط عبارات المحور السابع: "جودة فريق العمل والعلاقات المهنية"

رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان	رمز الفقرة	ارتباطها مع المحور	ارتباطها مع الاستبيان
G1	*0.830	*0.715	G5	*0.836	*0.603
G2	**0.546	*0.620	G6	**0.853	*0.752
G3	*0.869	**0.517	G7	*0.790	**0.503
G4	*0.785	**0.911	G8	*0.560	**0.622

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

❖ معامل الارتباط ما بين المحاور فيما بينها بالإضافة إلى معامل الارتباط بين المحاور و الاستبيان:

كل القيم المحصل عليها دالة إحصائية على وجود ارتباط معنوي بين المحاور وذلك عند مستوى دلالة يتراوح ما بين 0.05 و 0.01؛ مما يجعل من الاستبيان صادقا بقدر مقبول. وفيما يلي مصفوفة

تبين النتائج بالتفصيل للارتباط الداخلي بين المحاور فيما بينها وفيما بين المحاور و الاستبيان.

جدول رقم (3-8): قيم معامل ارتباط محاور الاستمارة فيما بينها

G	F	E	D	C	B	A	X	
0.718*	0.651**	0.677*	0.646*	0.760**	0.690*	0.749*	1.00**	X
0.552*	0.704*	0.573*	0.521*	0.640*	0.686*	1.00**	0.749*	A
0.690**	0.540*	0.772*	0.913*	0.532*	1.00**	0.686*	0.690*	B
0.821**	0.702*	0.501*	0.500**	1.00**	0.532*	0.640*	0.760**	C
0.542**	0.443*	0.752*	1.00**	0.500**	0.913*	0.521*	0.646*	D
0.496**	0.781*	1.00**	0.752*	0.501*	0.772*	0.573*	0.677*	E
0.623*	1.00**	0.781*	0.443*	0.702*	0.540*	0.704*	0.651**	F
1.00**	0.623*	0.496**	0.542**	0.821**	0.690**	0.552*	0.718*	G

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

➡ **المرحلة الثالثة: اختبار الثبات:** قمنا باختبار الثبات على طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار،

بالإضافة إلى حساب اختبار الاتساق الداخلي للبيود "α" كرنياخ واعتماده كمؤشر دال على الثبات.

1- الثبات عن طريق تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار (test & retest):

جدول رقم (04): قيم معامل الثبات عن طريق تطبيق وإعادة تطبيق الاستمارة

مجموع المحاور		التطبيق الأول
		التطبيق الثاني
**0.961	معامل الارتباط	مجموع المحاور
0.000	قيمة المعنوية	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

مفتاح: **: الاختبار معنوي عند مستوى دلالة = 0.01

طبقتنا على نفس المجموعة المكونة من 12 مفردة الاستمارة مرتين بفواصل زمني قوامه 15 يوماً،
وقمنا بحساب قيمة معامل الارتباط بين نتائج التطبيق الأول والتطبيق الثاني، فكانت النتيجة في
الجدول المبين أعلاه (جدول رقم 06)؛ حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.961^{**} ، وهي قيمة
معنوية عند مستوى دلالة 0.01 مما يعني؛ أن الاستمارة ثابتة جداً عن طريق تطبيق وإعادة التطبيق.

2- الثبات عن طريق معامل الاتساق الداخلي

جدول رقم (5-1): قيم " α " كرنباخ للاستبيان Cronbach's Alpha test

61	العدد الإجمالي لل فقرات
0.876	قيمة الاختبار

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

بلغت قيمة اختبار الاتساق الداخلي لمجموع فقرات الاستبيان Cronbach's Alpha test
0.876، والتي تندرج ضمن المجال الإحصائي المرجعي [0.70، 0.90]؛ ومنه يمكن القول بأن
هذا مؤشر دال على تميز الاستبيان بثبات مقبول يفني لأغراض الدراسة.

(Streiner & Norman, 2008)

وفيما يلي على التوالي نعرض قيم " α " لكل محور من محاور الاستبيان، ثم قيم " α " لكل فقرة
من فقرات الاستبيان:

جدول رقم (5-2): يبين قيم " α " كرومباخ لكل محور من محاور الاستبيان

الدرجة الكلية	G	F	E	D	C	B	A	رمز المحور
61	08	06	12	07	06	10	12	عدد الفقرات
0.876	0.877	0.883	0.877	0.874	0.878	0.874	0.878	قيمة الاختبار

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ ان قيم " α " لمختلف المحاور ومختلف العبارات تندرج ضمن المجال المعياري [0.70،0.90]، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن هذا مؤشر قوي على ثبات كل محاور الاستمارة.

جدول رقم (5-3): يبين قيم " α " كرومباخ لكل فقرة من فقرات الاستبيان

رمز الفقرة	قيمة " α "	رمز الفقرة	قيمة " α "	رمز الفقرة	قيمة " α "
A1	0.881	B10	0.874	E8	0.876
A2	0.880	C1	0.878	E9	0.878
A3	0.881	C2	0.883	E10	0.876
A4	0.881	C3	0.882	E11	0.879
A5	0.881	C4	0.879	E12	0.880
A6	0.880	C5	0.878	F1	0.882
A7	0.885	C6	0.878	F2	0.888
A8	0.875	D1	0.873	F3	0.894
A9	0.874	D2	0.877	F4	0.885
A10	0.878	D3	0.875	F5	0.881
A11	0.877	D4	0.874	F6	0.882
A12	0.879	D5	0.876	G1	0.875
B1	0.874	D6	0.876	G2	0.879
B2	0.873	D7	0.874	G3	0.875
B3	0.876	E1	0.875	G4	0.879
B4	0.874	E2	0.881	G5	0.882
B5	0.876	E3	0.879	G6	0.879
B6	0.876	E4	0.879	G7	0.879
B7	0.872	E5	0.879	G8	0.879
B8	0.875	E6	0.876		
B9	0.873	E7	0.878		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نتيجة: من خلال ما سبق يمكن أن نعتبر أن الاستمارة المعدة لأغراض هذا البحث صادقة وثابتة بقدر يجعل منها وسيلة صالحة للتطبيق من أجل الدراسة النهائية.

3-4- شبكة التدايعات ل: Annamaria Silvana De Rosa (من طرق التدايعي)، والتي نعتقد انها أنجع وسيلة في تناسبها مع اهداف بحثنا و طبيعة الدراسة و طبيعة الموضوع؛ حيث يمكننا من خلال تطبيق هذه التقنية الكشف الدقيق عن مختلف المكونات للتصور من خلال المجال الحر الذي تمنحه للمستوجبين في التعبير عن مكونات ذواتهم ذات العلاقة مع مصطلح الحث بالتدايعي الحر غير المشروط و لا المحدود، و ما يثبت هذا الاختيار كذلك هو طبيعة الفئة محل الاستجواب والتي تعتبر أرضا خصبة كلما زرنا فيها بذرة محفزة أنتجت لنا المحصول الوفير من مختلف الأفكار الكامنة و المتحركة، يكفي فقط ان تجد البذرة المناسبة (مقطع الحث) و كذا الظروف المناسبة للإنتاج (ظروف المقابلات بالإضافة إلى العلاقة التي يجب بناؤها مع الطبيب المختص والتي قد تنعكس بالسلب أو الإيجاب على نتائج تطبيق هذه التقنية).

كما أننا اخترنا هذه التقنية بالإضافة إلى شساعة مجال حرية التدايعي لأجل قياس الاتجاهات الضمنية للحقل التصوري؛ هذه الصفة المنهجية التي تميزها عن مختلف تقنيات التدايعي، وقد أشرنا سابقا إلى تموضع بحثنا ضمن خانة التشخيص التنظيمي والذي يهدف إلى تحديد النقاط السلبية والنقاط الإيجابية، وهذا ما تمنحنا إياه هذه التقنية من خلال تحديد الإيجابيات السلبية، الإيجابية وكذا غير المحددة، و حساب مؤشرات القطبية و الحيادية، بالإضافة إلى مؤشر النمطية الذي يدلنا على صفة التفرد أو تقاسم هذه التصورات ضمن مجال الجماعة الواحدة، مما يسهل علينا عملية التشخيص والقياس.

1.3.4. إعداد شبكة التدايعات:

قمنا بإعداد شبكة التدايعات من خلال انتقاء مقطع الحث «l'inducteur» بعناية فائقة والذي يعتبر حجر الأساس في هذه الشبكة، بالإضافة إلى انتقاء الصياغة الملائمة لمختلف التعليمات، وانتقاء اللغة الأنسب بهدف التواصل مع الفئة محل البحث. وقد قمنا بمجموعة من

المقابلات قوامها خمس وخمسون (55) مقابلة موزعة على خمس (05) مراحل، مدة الواحدة تتراوح ما بين 20 و90 دقيقة من أجل التحقق من صدق الشبكة.

✚ **انتقاء مقطع الحث:** تم عبر مراحل متعددة، سنقوم بذكرها فيما يلي:

1- فكرنا مبدئياً في انتقاء مصطلح "جودة الحياة المهنية" كمقطع حاث من أجل جمع التدايعات؛ والذي يعتبر المتغير الرئيسي في هذا البحث. ولكن من أجل أن يؤدي هذا المصطلح فاعليته وجب أن يتطابق مفهومه لدى الفئة محل الدراسة مع المفهوم الحقيقي للمصطلح حسب ما ورد في مختلف الكتابات، لذلك قمنا بعشر (10) مقابلات نصف موجهة بغرض التعرف على تصور الطبيب المختص لمفهوم جودة الحياة المهنية، فوجدنا أن هذا المفهوم مبهم بالنسبة إلى 90% من مفردات العينة، و قد تبين أن مجرد ذكر المصطلح يأخذ الطبيب إلى مفاهيم أخرى مختلفة عن موضوع بحثنا؛ نذكر على سبيل المثال لا الحصر بعض المفاهيم التي أشار إليها بعض الأطباء كمفهوم جودة الحياة عموماً مثلاً أو مفهوم جودة الحياة لدى المريض، فيما غيب المفهوم الحقيقي لجودة الحياة المهنية عدا عند مفردة عينة واحدة و اقتصر هذا الظهور في مجرد إشارات تلامس البعض من مؤشرات الموضوع من جانبه الاجتماعي.

خلصنا إلى أن مصطلح "جودة الحياة المهنية" لا يصلح كمقطع حاث لأنه؛ وبمجرد الخوض في المفهوم مع المفحوصين والتطرق إلى مختلف أبعاده يتم الإخلال بشروط تطبيق التقنية وهو "شرط التلقائية في التداعي"، وقد ينتقل الطبيب إلى تنظيم تصوره، كما أنه قد يقود إلى البحث في موضوعات أخرى (تنظيم التصور وعدم التلقائية في التداعي).

2- في مرحلة ثانية قمنا بعشر (10) مقابلات؛ أين حاولنا استخدام احد المصطلحات الشائعة والذي لطالما اقترن ذكره بمفهوم "جودة الحياة المهنية" في كثير من المراجع النظرية و هو مفهوم "الرفاهية في العمل" كمصطلح بديل من اجل الحث، فكانت النتيجة بعيدة كل البعد عن مفهوم الجودة والرفاهية، و اقتصرت في مجموع الرسائل السلبية التي على الرغم من أنها تصف واقع الرفاهية في العمل إلا أنها كانت عامة و غير مفصلة ومجرد الخوض في تحليلها لن يقود إلى أية

نتيجة بما يخدم أهداف البحث الرامية إلى تشخيص تنظيمي دقيق أولي لواقع جودة الحياة المهنية على مستوى المؤسسات الاستشفائية العامة والمتخصصة.

3- في مرحلة ثالثة انتقلنا إلى خطة بديلة؛ وهي إدراج بعض المصطلحات المصاحبة؛ المتمثلة في أبعاد الموضوع لمفهوم "جودة الحياة المهنية" كمقطع حاث، وقد أوردت "دي روزا" إمكانية إضافة مقاطع أو مصطلحات أخرى لخدمة أهداف البحث. (de Rosa, 2003, pp 85-87)، وقد قمنا بإضافة الأبعاد بطريقتين مختلفتين؛

- **الطريقة الأولى:** تمت إضافة المقاطع الحاثية في نفس الورقة التي تم فيها كتابة المقطع الحاث الرئيسي والمتمثل في جودة الحياة المهنية لدى فئة مكونة من عشرة (10) أفراد، حيث توسط المقطع الحاث الرئيسي الورقة فيما تمت إحاطته بمختلف المقاطع الأخرى الدالة على مختلف الأبعاد (العدالة في الأجر، ظروف العمل، الامن في المؤسسة الاستشفائية، الموازنة بين الحياة المهنية والحياة الخاصة، ..)، وقد قمنا باستخدام مجموعة من الصور الكاريكاتيرية أعدت لأجل هذا الغرض

كانت النتيجة تفكير طويل وقراءة معمقة لكل حاث على حدى وفوضى عارمة في كيفية طرح الأفكار وكيفية تنظيمها على الورقة على الرغم من الشروحات و التعليمات المكثفة المقدمة لهم قبل البدء في عرض المقطع الحاث. يمكن تفسير هذا بأن لكل بعد من الأبعاد حقلًا دلاليًا خاصًا به ويختلف عن الآخر على الرغم من نقاط التقاطع التي تجمعهم. فخلصنا إلى أن هذه المقاطع لا تصلح للبحث.

- **الطريقة الثانية:** تمت إضافة المقاطع الحاثية منفصلة في أوراق مختلفة أثناء مقابلات مع عشر (10) مفردات أخرى، ولكن قمنا بوضعها دفعة واحدة على الطاولة مزامنة. وفكرنا في نفس الوقت في استخدام طرق أخرى من أجل التحقق من لوكزية عبر تقنيات أخرى إذا ما نجحت هذه الفكرة، لأن تصور الطبيب المختص لكل بعد على حدى يختلف عن تصوره لمجموع الأبعاد مجتمعة، و هنا سيتم الإخلال بالأهداف المسطرة لبحثنا و الرامية إلى الكشف

عن بنية التركيبية المعقدة لتصور الطبيب لجودة الحياة المهنية كمفهوم غير قابل للتجزئة من خلال البحث عن مركزية التصور والذي يساهم في منحنا الإطار اللازم من أجل تحليل وتصنيف المعلومات الجديدة التي يستدخلها مجموع الأطباء، كما يساهم في توجيه الطريق ومنح معنى و دلالة لمختلف الأحداث حسب ما أورده Rouquette & Rateau (1998, p 32). وعلى الرغم من هذا اندفعنا إلى هذه الخطوة ظنا منا ألا بديل سوى الطرق المكتملة من أجل دراسة أفضل بحكم عجزنا - حسب اعتقادنا- في اختيار مقطع حث وحيد وشامل غير مجزأ.

كانت النتيجة هنا مرضية إلى حد كبير، حيث لفت انتباهنا طريقة تناول بعض الأطباء للأوراق المختلفة الموضوعية على الطاولة؛

منهم من أنتج تداعياته بفوضوية مثيرة للانتباه؛ إذ لاحظنا فضولا ورغبة وشغفا في الاطلاع على مختلف العبارات الحاتة في مختلف الأوراق "مرة واحدة" قبل البدء في عملية التداعي، فكانوا يطلعون على كل الأوراق ثم يختارون أحدها فلا ينهون تداعياتهم حتى ينتقلوا إلى غيرها، ثم تتابعهم أفكار أخرى فيرجعون إلى الورقة السابقة وهكذا حتى ينتهون من كل الأوراق.

آخرون كانوا يطلعون على الأوراق كلها دفعة واحدة، ثم يقومون بانتقاء إحدى الأوراق ولا ينتقلون إلى غيرها حتى يكملوا تداعياتهم كاملة، مما لا يجعل من حاجة إلى رجوعهم مجددا إلى الورقة السابقة.

البعض الآخر كان يتبع تنظيما معيناً؛ إذ لاحظنا إقدامهم على حمل الأوراق ورقة بورقة دون الاطلاع على الورقة التالية، وما إن ينتهي من عملية التداعي بالورقة الأولى حتى ينتقل إلى الورقة الثانية وهكذا دواليك حتى ينهي كل الأوراق.

لاحظنا أحد مفردات العينة الذي تناول مقطع "ظروف العمل" كأول ورقة عشوائية وقعت عليها يده دون الاطلاع على الأوراق الاخرى، فكانت مجموع التداعيات التي أنتجها تتطابق إلى

حد كبير مع مفهوم "جودة الحياة المهنية" من خلال المحاور التي أنتجها فكرياً؛ إذ تطرق إلى مختلف الأبعاد التي تندرج ضمن ذات المفهوم بطريقة ملفتة للانتباه.

قمنا بالاطلاع على باقي الأوراق التي تحمل نفس المقطع الحاث؛ أي "ظروف العمل" فوجدنا أنها تحوي الكثير من أبعاد جودة الحياة المهنية على الرغم من أن الورقة لم تكن هي الأولى ولم تكن أول ما قرأه الفرد المتداعي، وعلى الرغم من أن الأبعاد الأخرى كانت أمامه إلا أننا لاحظنا تكراراً في ورقة "ظروف العمل" لما جاء في الأوراق الأخرى، أي أنها كانت محل التقاطع بين مختلف الحقول الدلالية. كان هذا الاكتشاف بالصدفة؛ حيث أن الهدف من وضع الأبعاد منفصلة لم يكن بهدف التحقق من المفهوم المطابق لجودة الحياة في العمل بقدر ما كان مطابقاً لاستخدام مجموعة من المقاطع الحاثية بسبب عجز في إيجاد مقطع حاث وحيد وشامل غير قابل للتجزئة.

4- قمنا بالتأكد من مدى صدق المقطع الحاث: "ظروف العمل" مع عشرة (10) مفردات أخرى من الأطباء المختصين، فوجدنا أن المحاور الناتجة تتطابق تماماً وأبعاد جودة الحياة المهنية بالإضافة إلى إنتاج أبعاد أخرى يمكن اعتبارها جزئية كما يمكن اعتبارها مكملية لمفهوم جودة الحياة المهنية.

ما لفت انتباهنا حقيقة هو تلك الانسيابية في التداعي والتلقائية التي تميزت بها كل الحالات دون استثناء؛ لم يرد أي سؤال من أي مفردة من المفردات؛ لا حول الطريقة والتدرج في التداعي حسب ما حدث مع مجموع المقاطع مجتمعة ولا متفرقة، ولا حول مفهوم المقطع الحاث كما حدث مع مقطع "جودة الحياة المهنية". وقد نتجت لنا مجموعة كبيرة من التدايعات التي تخضع لشروط التقنية، والأجمل من كل هذا أنها كانت تحوم حول مختلف مؤشرات وأبعاد جودة الحياة المهنية مما جنبنا الكثير من التعقيد.

خلصنا إلى النتيجة التالية؛ وهي أن مفهوم "ظروف العمل" يتطابق ومفهوم "جودة الحياة المهنية" حسب تصور مجموعة من الأطباء المختصين مما يجعل منه المقطع الحاث المراد.

5- لاحظنا أن التدايعيات كانت مختلطة بين "ما هو كائن" و "ما يجب أن يكون"، ومن أجل التخلص من هذا الالتباس الذي قد يعيق تحقيق الأهداف المسطرة في البحث لجأنا إلى إضافة مصطلح "واقع" إلى المقطع الحاث "ظروف العمل" مع مجموعة متكونة من خمس أطباء مختصين. فكانت النتيجة مثالية حسب ما هو متوقع؛ حيث نتجت لنا مجموعة من التدايعيات التي تصف واقع جودة الحياة المهنية على مستوى المستشفيات.

نتيجة: وبهذا تم التحقق من صدق المقطع الحاث من أجل إنتاج شبكة تدايعيات تستوفي كل الشروط المنهجية وتؤدي إلى بلوغ الأهداف المسطرة من قبل الباحثة.

ملاحظة: تجدر بنا الإشارة إلى أن المفردات التي تنتمي إلى المجتمع الإحصائي التي قمنا باستجوابها أثناء المقابلات الخمسة والخمسون (55) والتي تم انتقاؤها عن طريق كرة الثلج قد خضعت لمقابلة واحدة فقط (01) بالنسبة لشبكة التدايعيات أثناء الدراسة الاستطلاعية وقد تم استثناءهم من الدراسة النهائية فيما يخص شبكة التدايعيات، أما الاستمارة الرئيسية والتقنيات المكتملة من أجل التحقق من لوكزية فلم يتم استثناءهم منها.

2.3.4. تكيف التعليمات: فيما تعلق بالتعليمات التقليدية لشبكة التدايعيات (والمتمثلة في: طلب التدايعي، ترتيب الأفكار حسب زمن الإلقاء والأهمية بالإضافة على إنشاء الروابط والإيحاء) فإنها لم تؤت أكلها مع مختلف المقاطع الحاث السابقة وغالبا ما كانت محل تساؤلات واستفسارات نظرا لعدم مناسبة المقطع الحاث مع أغراض البحث، بيد أنه ما إن صادفنا المقطع الحاث المناسب حتى زال كل اللبس وبدت سهولة التعليمات بوضوح. وقد قمنا بتعديل التعليمات الخاصة في كل مرة من أجل تناسبها مع خصوصية مفردات العينة كمجموعة مهنية متميزة عن غيرها من الفئات الأخرى:

أضفنا تعليمة مختلفة عن التعليمات التقليدية للشبكة والمتعلقة باللغة، حيث كان يتساءل الأطباء في كل مرة بأية لغة سنقوم بتحرير بحثنا لكي يقوموا بمساعدتنا على فهم أفكارهم. فقمنا باقتراح أن يطرح المستجوبون أفكارهم باللغة التي يتقنونها هم وباللغة التي يرونها مناسبة وتؤدي المعنى

الحقيقي لأفكارهم (فرنسية، انجليزية، عربية، وحتى اللهجات المحلية مرحب بها)، لان أي عائق

يصادف الطبيب في سرد أفكاره او أي حاجز قد يحدث خلال في التلقائية في الإنتاج.

كما كان هناك طرح متعلق بموضوع المصطلحات الطبية الخاصة التي تبدر إلى أذهانهم ويودون

طرحها كأمثلة أو كعناصر رئيسية من اجل إعطاء أفكارهم دلالة أكثر (أي أنها إما أفكار

مستقلة، وإما أنها جزء من أفكار)، فقمنا كذلك بإضافة تعليمة متعلقة بهذه النقطة من أجل

تسهيل الانسياب في طرح الأفكار والتلقائية.

وقد كانت النتائج مرضية إلى حد كبير في كيفية تعاطي مفردات العينة الأخيرة (الخمس أفراد

النهائين) مع التعليمات.

3.3.4. انتقاء اللغة المناسبة: قمنا أثناء المقابلات سابقة الذكر باختيار في كل مرة لغة مختلفة ما

بين الفرنسية والعربية من أجل التواصل مع الأطباء، وقد خلصنا إلى ان استخدام المزيج ما بين اللغتين

هو الأنسب لمحاورة هذه الفئة. وقد كان من الممكن أن تشكل اللغة عائقا في التعامل مع هذه الفئة،

ونظن بأن هذا العائق قد زال بحكم أن الباحثة من مهنيي الصحة مما يسهل عملية التواصل كثيرا.

5. إجراءات المعاينة: تتميز هذه الخطوة بمرحلتين رئيسيتين؛ إحداها تمهيدية بغرض الحصول على

موافقة مفردات المجتمع البحثي بالمساهمة في التعاطي مع وسائل جمع المعلومات، والثانية تقليدية

تتمثل في الإجراءات المنهجية المعتادة في انتقاء مفردات العينة.

الخطوة الأولى: من اجل القيام بإجراءات المعاينة وجب الحصول على الموافقة المبدئية من افراد

المجتمع المستهدف بغرض التعامل معنا.

قمنا في هذا السياق بمجموعة من الاتصالات مع عدد معتبر من الأطباء المختصين؛ والتي تمت

في مرحلة أولية بصورة غير رسمية تم الاعتماد فيها على تقديم الموضوع بالموازاة مع استخدام العلاقات

الخاصة من اجل القبول، وقد قمنا خلالها بتقديم موضوع بحثنا بصورة عامة على أساس أنه "مساهمة

في تشخيص واقع القطاع الصحي"، كما قمنا بشرح مبسط لتقنيات البحث مع التأكيد على المدة

الزمنية التي قد تستغرقها كل تقنية.

تجدد بنا الإشارة إلى أن تلك الاتصالات اختلفت ما بين هاتفية ومقابلات شخصية واتصالات عن طريق نافذات الحوار الخاص التي توفرها فضاءات الشبكات الاجتماعية (الفيسبوك) والبريد الإلكتروني، أين كان الهدف الرئيسي منها هو تقييم مقدار قابلية الاستعداد والموافقة من أجل المساهمة في هذه الدراسة.

لاقتى موضوع البحث قبولا وترحيبا واسعا في أوساط الأطباء المختصين. وقد حضينا بموافقة الكثير بالإضافة إلى استعداد مشروط بوفرة الزمن بحكم المهام الوظيفية وطبيعتها التي قد تعرقل مقابلاتنا خاصة. وقد أبدت نسبة معتبرة من هذه الفئة استعدادها التطوعي وغير المشروط من أجل المساهمة في توسيع شبكة العينة إلى حجم أكبر عن طريق الاتصال الشبكي سواء بهدف الحصول على موافقة مفردات أخرى من أجل المشاركة في البحث أو بهدف توزيع الاستثمارات وجمع البيانات عوضا عن الباحثة.

● **الخطوة الثانية:** نظرا لأن بحثنا يحتوي على نوعين من الدراسات؛ إحداهما كيفية والأخرى كمية؛ قمنا بإجراءين مختلفين ومتكاملين في انتقاء مفردات العينة:

- **الإجراء الأول:** يخص انتقاء مفردات العينة لغرض جمع التصورات عن طريق "الطريقة الكيفية" والمتمثلة في شبكة التدايعات؛ حيث قمنا بالبناء التدرجي لمجموعة مكونة من خمسة عشر طبيا مختصا بطريقة "كرة الثلج"، هذه التقنية التي تعتبر غير عشوائية ومنه سقوط خاصة "تمثيل مفردات العينة للمجتمع الإحصائي للبحث"، وحسب ما أورده Abric (2003، ص21) فإن الدراسات الكيفية لا يشترط في انتقاء عينتها التمثيل، ويؤدي هذا تلقائيا إلى سقوط فائدة التعميم لنتائج البحث.

وعلى الرغم من عدم خضوع العينة إلى خصائص التمثيل للمجتمع الإحصائي للبحث إلا أننا حاولنا قدر الإمكان التنوع في مكونات كرة الثلج التي جمعناها حسب مجموعة من المتغيرات الشخصية والمهنية (النوع، الأقدمية، المنصب النوعي، الحالة المدنية، ...) بغرض تحقيق أكبر قدر من التمثيل الممكن.

- الإجراء الثاني: يخصص انتقاء مفردات العينة لغرض جمع التصورات عن طريق "الطريقة التساؤلية" والمتمثلة في الاستمارة الرئيسية للبحث.

قررنا في هذا الصدد اختيار مفردات العينة بطريقة عرضية - للأمانة العلمية-؛ أين تم خرق إحدى القواعد في الانتقاء بالنسبة للعينة العشوائية، ونبرر هذا الخرق بصعوبة تحصيل العدد الممثل إحصائياً للمجتمع الإحصائي للبحث في الآجال المحددة؛ وهذا حسب قراءتنا لحدود البحث الزمنية؛ والأسباب تُحتزل في خصوصية مهنة مفردات المجتمع الإحصائي التي تجعل من المستحيل توفرهم بالقدر المرغوب فيه إذا ما قمنا بانتقائهم بالطرق المنهجية المعتادة للعينة العشوائية (الانتقاء العشوائي البسيط، الانتقاء المنتظم)، وفي المقابل يمكن تحصيل الأعداد الكافية إذا ما اتبعنا طرق الصدفة والعرضية والتي نعتقد أنها لن تؤثر في مصداقية نتائج البحث وقابليتها لتمثيل المجتمع الإحصائي لأن الانتقاء كان خالياً من معايير الانتقاء القصدي وعدم العشوائية؛ والذي تتبعه شبهات الذاتية وعدم الموضوعية في هذه الحالة.

ومنه فإن عينة بحثنا لن تكون عشوائية ولكنها تدرج في خانة "العينة الاحتمالية"؛ والتي تضمن حق الظهور "احتمالاً ناتجاً عن الصدفة والعرضية" لأي مفردة من مفردات المجتمع الإحصائي للبحث في العينة.

أما حجم العينة فقد تم حسابه بطريقة منهجية سليمة بما يضمن التمثيل الإحصائي لمجتمع البحث؛ تم فيها تحديد الأوزان النسبية لكل مؤسسة من المؤسسات الاستشفائية، وفيما يلي نقوم بعرض التفاصيل:

تم تحديد حجم العينة بالاعتماد على جدول Krejcie & Morgan (1970) لتحديد حجم العينة عند مستوى الدلالة المعتمد في هذا البحث و المتمثل في 0.05، وقد استخرجنا القيمة الجدولة لحجم العينة المتمثلة في: 155 و التي تقابل القيمة الجدولة لحجم المجتمع الإحصائي والمتمثلة في: 260. (أنظر الملحق رقم 04)

ومن أجل تدعيم النتيجة الإحصائية والتحقق منها قمنا بالاستعانة بأحد مواقع البحث لتحديد أحجام العينات، هذه المواقع التي تستخدم مجموعة من المعادلات الإحصائية التي تحدد أحجام العينات ك: معادلة "ستيفن ثامبستون" ومعادلة "روبرت ماسون" وغيرها ... والتي نخلص "تقريباً" في النهاية إلى نفس النتيجة في حال تطابق المعطيات مع هامش اختلاف بسيط جداً لا يؤخذ بعين الاعتبار.

تقدم هذه المواقع خدمات مجانية في حساب حجم العينة من خلال إدخال بعض المعطيات البسيطة والمتمثلة في: حجم المجتمع الإحصائي للبحث ومستوى الدلالة المعتمد. ويقدم لك النتيجة جاهزة في ضغط زر. والشكل التالي يوضح نتيجة الحساب حسب معطيات بحثنا:

شكل رقم (03): نتيجة حساب حجم عينة البحث

Determine Sample Size

Confidence Level: 95% 99%

Confidence Interval:

Population:

Sample size needed:

المصدر: (موقع Sample Size Calculator : <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>)

بعد تحديد حجم العينة المناسب لتمثيل المجتمع الإحصائي للبحث، قمنا بتحديد الأوزان النسبية لكل مؤسسة استشفائية (EH) ضمن العينة بصورة عادلة (عن طريق الحساب)، وذلك انطلاقاً من الوزن النسبي لحجم العينة (155) في مقابل حجم المجتمع الإحصائي للبحث (260) والذي يساوي: 59.61%، في الجدول التالي نضع نتائج الأوزان النسبية والأحجام بالتفصيل:

ملاحظة: من خلال قراءة الجدول رقم (06) الموضح أسفله قد يبدو للقارئ أن هناك خطأ في حساب المجموع حيث أن: $158 = (40+31+29+22+17+11+8)$ وليس 155، ولكننا

نبرر هذا الفارق (المقدر ب: 03 مفردات) بالقيم التقريبية؛ حيث خرقنا قواعد التقريب ورفعنا كل القيم العشرية ولو كانت بجزء من المئة إلى القيم التامة الأكبر، وذلك انطلاقاً من مبدأ أنه كلما زاد حجم العينة كلما قلت الأخطاء القرارية. ومن أجل تسهيل قراءة الجدول نقدم المفتاح التالي:

مفتاح الجدول: (توضيح لمختلف الاختصارات)

$V^3 \text{ pp stat}$: حجم المجتمع الإحصائي للبحث؛ $V^3 \text{ échant}$: حجم عينة البحث؛

$\text{Pd \% échant}/V^3 \text{ pp stat}$: الوزن النسبي لحجم العينة الكلي مقابل حجم المجتمع الإحصائي للبحث؛

$N \text{ total}$: عدد المفردات الكلي التفصيلي لمجتمع البحث موزعاً عبر كل مؤسسة.

$\text{Pd \% } N/V^3 \text{ pp stat}$: الوزن النسبي لحجم العينة التفصيلي حسب كل مؤسسة في مقابل المجتمع الإحصائي.

$\text{Pd \% } N/V^3 \text{ échan}$: الوزن النسبي لحجم العينة التفصيلي حسب كل مؤسسة في مقابل حجم العينة الكلي.

$V^3 \text{ échant dét}$: حجم العينة التفصيلي حسب كل مؤسسة استشفائية.

EH1 : المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات - عين مليلة.

EH2 : المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - أم البواقي.

EH3 : المؤسسة العمومية الاستشفائية زرداني صالح - عين البيضاء.

EH4 : المؤسسة العمومية الاستشفائية حمودة أعمر - عين فكرون.

EH5 : المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن سينا - أم البواقي.

EH6 : المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة بومالي محمد - عين البيضاء.

EH7 : المؤسسة العمومية الاستشفائية بوحفص محمد - مسكيانة.

جدول رقم (06): وزن وحجم العينة التفصيلي

V ³ échant dét	Pd % N/V ³ echan	Pd % N/V ³ pp stat	N total	المؤسسة الاستشفائية
~40	%42.00	%25.38	66	EH1
~31	%32.00	%19.61	51	EH2
~29	%30.00	%18.07	47	EH3
~22	%23.00	%13.84	36	EH4
~17	%18.00	%10.76	28	EH5
~11	%11.61	%06.92	18	EH6
~8	%08.00	%05.00	13	EH7
260				V ³ pp stat
155				V ³ échant tot
%59.61				Pd % échant/V ³ pp stat

المصدر: من إعداد الباحثة

خاتمة: تمكنا من خلال الدراسة الاولية من بلوغ الأهداف التالية:

- ✓ التعرف على ميدان الدراسة بصورة أفضل وضبط أهداف الدراسة وتحديد الفرضيات.
- ✓ القيام بدراسة تقديرية لحدود البحث وآجاله بالاعتماد على معطيات موضوعية.
- ✓ اختيار وإعداد وسائل جمع التصورات والتحقق من شروطها الميتولوجية بغرض استخدامها في الدراسة النهائية.
- ✓ القيام بإجراءات المعاينة.

مما يجعل الطريق ممهدا أمام الدراسة النهائية.

الفصل الخامس

الدراسة النهائية

1. المبحث الأول: التعريف بحدود الدراسة
2. المبحث الثاني: عرض وتفسير بيانات شبكة التداعيات
3. المبحث الثالث: التحقق من مركزية عناصر التصور البارزة
4. المبحث الرابع: معالجة بيانات استبيان الدراسة واختبار الفرضيات
5. المبحث الخامس: مناقشة النتائج

المبحث الأول

حدود الدراسة

1. الحدود الزمنية والجغرافية
2. الحدود المنهجية (المنهج المستخدم)
3. الحدود البشرية (العينة)
4. الحدود التقنية (تقنيات جمع المعطيات وتحليل البيانات)
5. الاستمارة الرئيسية للدراسة
6. شبكة التداعيات

1- **حدود البحث:** قمنا بإنجاز هذا البحث في مدة قدرها ثلاث سنوات؛ منذ منتصف ديسمبر 2016 إلى غاية نهاية ديسمبر 2019. وأما بالنسبة للدراسة النهائية ميدانيا فقد تم تطبيقها بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية ام البواقي منذ شهر ديسمبر 2018 إلى غاية 10 نوفمبر 2019.

2- **المنهج:** قمنا باتباع المنهج الوصفي الذي يتماشى مع أهداف دراستنا ذات الطبيعة الوصفية والرامية إلى الكشف عن تصورات الأطباء لواقع جودة الحياة في العمل بالمستشفيات.

3- **عينة الدراسة:** كما ورد ذكره في الدراسة الاولية فقد قمنا باختيار نمطين من العينة يتماشيان مع طرق جمع البيانات:

النمط الأول:

العينة محل الاستجواب في "طرق التداعي وما تبعها من التحقق من المركزية في تنظيم التصورات الاجتماعية"، والتي حاولنا قدر الإمكان التنويع في مفرداتها حسب مختلف المتغيرات المهنية والاجتماعية، ونشير إلى الاحتمال الوارد في تكرار عناصرها بين المراحل الثلاث التي نذكرها الآن: ✓ عينة متكونة من خمسة عشر مفردة (15) من أجل شبكة التداعيات تم اختيارها على طريقة كرة الثلج.

✓ عينة مكونة من ثلاثين مفردة (30) من أجل الاستمارة التمييزية تم اختيارها عن طريق الصدفة.

✓ عينة مكونة من ثلاثين مفردة (30) تم اختيارها بطريقة قصدية من أجل تقنية التشكيك.

النمط الثاني:

العينة محل الاستجواب في "الطرق التساؤلية في جمع التصورات"، نشير إلى ان إجراءات المعاينة تمت الإشارة إليها بالتفصيل في الدراسة الاولية، وما سنعرضه الآن هو حوصلة الاستجابات بعد التوزيع؛ حيث بلغت نسبة تحقيق العدد المطلوب 87.97% كما هو موضح بالتفصيل في الجدول رقم (07):

جدول رقم (07): عدد الاستثمارات الصالحة للمعالجة الإحصائية

المؤسسة الاستشفائية	العدد المطلوب للاستثمارات	عدد الاستثمارات الموزعة	عدد الاستثمارات المسترجعة الصالحة للمعالجة	نسبة تحقيق العدد المطلوب من الاستثمارات
EH1	40	60	40	%100
EH2	31	50	31	%100
EH3	29	40	29	%100
EH4	22	35	17	%77.27
EH5	17	25	09	%52.94
EH6	11	20	08	%72.72
EH7	8	15	05	%53.33
المجموع	158	245	139	%87.97

المصدر: من إعداد الباحثة

EH1: المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات - عين مليلة.

EH2: المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - أم البواقي.

EH3: المؤسسة العمومية الاستشفائية زرداني صالح - عين البيضاء.

EH4: المؤسسة العمومية الاستشفائية حمودة اعمر - عين فكرون.

EH5: المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن سينا - أم البواقي.

EH6: المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة بومالي محمد - عين البيضاء.

EH7: المؤسسة العمومية الاستشفائية بوحفص محمد - مسكينة.

وصف مفردات العينة: في سلسلة جداول تحت رقم (08)

جدول رقم (8-1): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية الديمغرافية

Σ	%	Fi	المتغيرات التعريفية الديمغرافية	النوع
%100 = 139	51.8	72	رجل	النوع
	48.2	67	امرأة	
%100 = 139	38.1	53	35 سنة ≥	العمر
	49.6	69	35-45 سنة	
	12.2	17	45 سنة ≤	
%100 = 139	21.6	30	أعزب (عزباء)	الحالة المدنية
	78.4	109	متزوج (ة)	

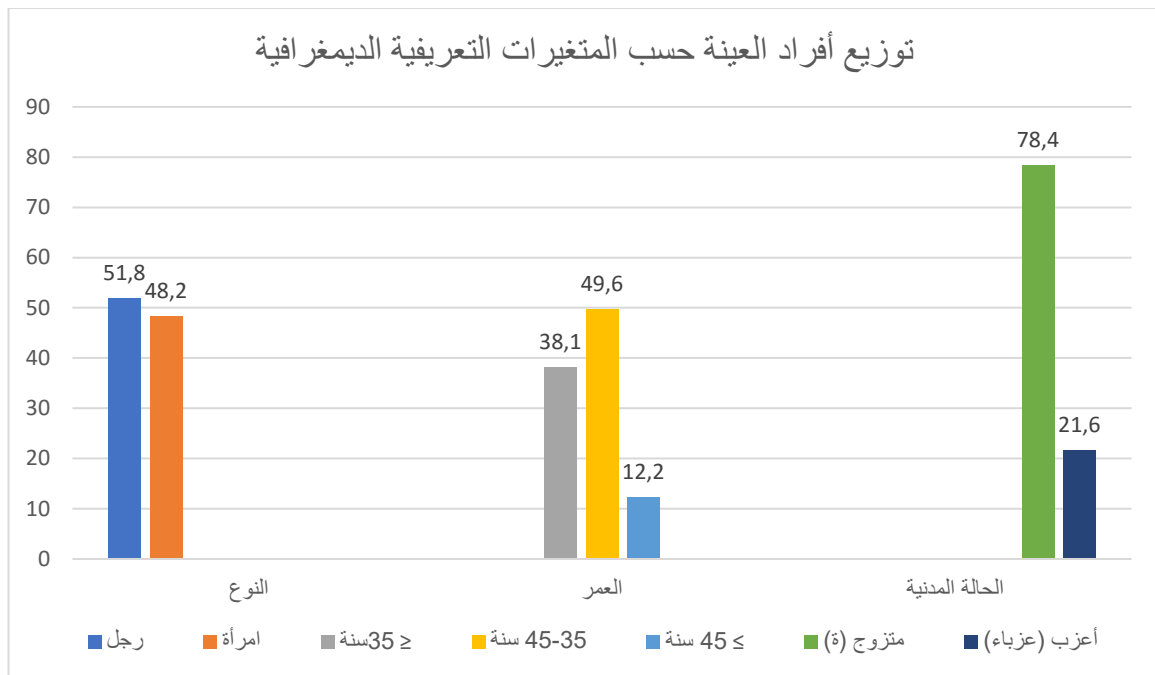
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الرزمة الإحصائية SPSS

من خلال الجدول رقم (8-1) يتبين تميز العينة بالتنوع من حيث النوع؛ إذ نلاحظ توزيعا طبيعيا

لأفراد العينة يكاد يكون مناصفة حيث بلغت نسبة الرجال منها 51.8% أما النساء فقد شكلت

ما نسبته 48.2%، منهم المتزوجون بأغلبية قدرت بـ: 78.4% مقابل 21.6% أعزبا وعزباء،
وأما فيما تعلق بالفئات العمرية فالعينة طاقات شبابية بأغلبية ساحقة فاقت ما نسبته الـ 85% لمن
هم اقل من 45 سنة وما نسبته 12.2% شباب تعدى الـ 45 وقد سجلنا أكبر سن والمقدرة بـ
59 سنة. والشكل رقم (04) يوضح ذلك.

شكل (04): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية الديمغرافية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الرزمة الإحصائية SPSS

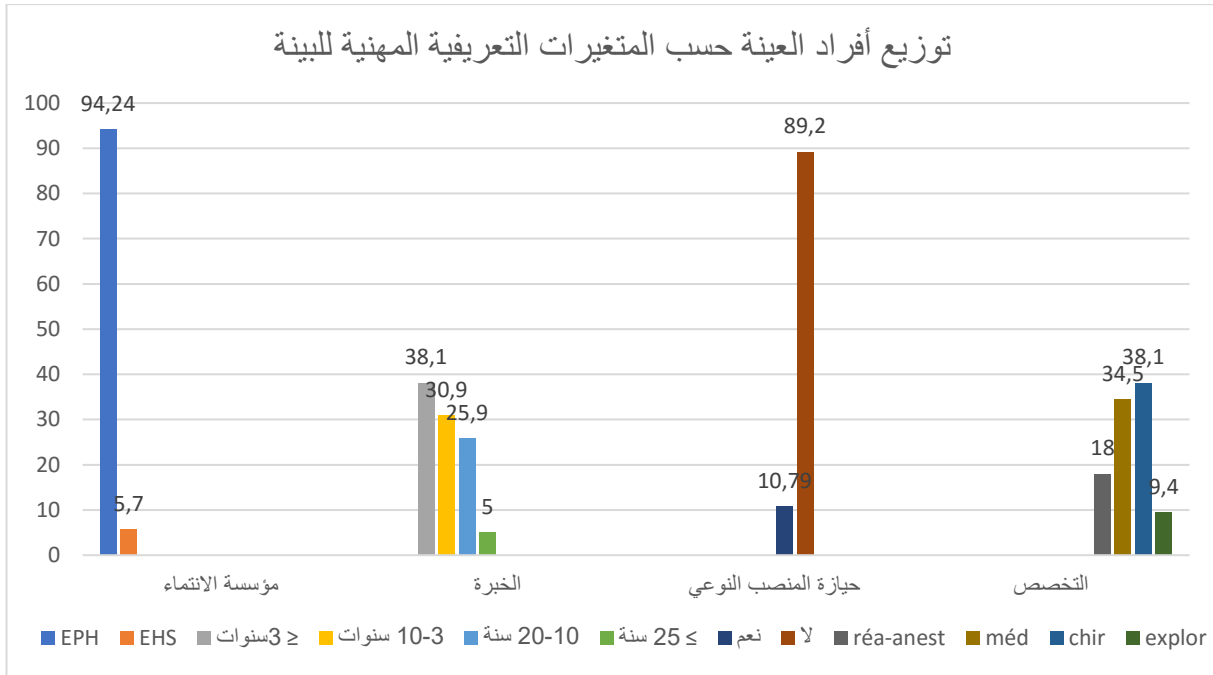
جدول رقم (8-2): توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التعريفية المهنية

Σ	%	Fi	المتغيرات التعريفية المهنية	
%100 =139	94.24	131	EPH	مؤسسة الانتماء
	05.7	08	EHS	
%100 =139	38.1	53	≥ 3 سنوات	الخبرة
	30.9	43	3-10 سنوات	
	25.9	36	10-20 سنة	
	05.0	07	≤ 20 سنة	
%100 =139	18.0	25	Réa-anest	التخصص
	34.5	48	Méd	
	38.1	53	Chir	
	09.4	13	Explor	
%100 =139	10.79	15	نعم	حيازة المنصب النوعي
	89.20	124	لا	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الرزمة الإحصائية SPSS

تتميز العينة كذلك بالتنوع من حيث المتغيرات المهنية المحددة من قبل الباحثة مع ميل الكفة من حيث حجم العينة نحو المؤسسات العمومية الاستشفائية بدل المؤسسات العمومية المتخصصة بفارق قدر بحوالي 90% وهذا طبيعي ووارد بحكم توفر الولاية على مؤسسة متخصصة واحدة في مقابل 06 عمومية، نلاحظ تنوعا من حيث التخصصات حيث أثبتت كل الفئات: "التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي، التخصصات الجراحية، التخصصات الطبية وتخصصات الكشف التشخيصي" مشاركتها في هذا البحث. نلاحظ كذلك ميل الكفة مرة أخرى نحو الفئات الحديثة من الأقدمية في مقابل الفئات العريقة ومتوسطة الأقدمية بصدارة الترتيب، حيث تجاوزت نسبة الفئات الحديثة ما نسبته 60% من مجموع مفردات العينة و يرجع هذا إلى الطلبات الزائدة من طرف الأطباء المختصين حديثي التخرج على العمل بولاية أم البواقي نظرا لقربها من وكرزي العلاج بالشرق الجزائري: باتنة و قسنطينة، كما أنها على الرغم من تصنيفها كمنطقة خاصة يستفيد فيها الطبيب من منحة المنطقة إلا أنها ليست ولاية نائية، و فيما تعلق بالفئة الثالثة التي تثبت أقدمية تتراوح ما بين الـ 10 و الـ 20 سنة فقد أثبتت وجودها هي الأخرى بنسبة معتبرة تجاوزت حدود الربع من الحجم الكلي للعينة، فيما احتلت الفئة الاقدم والتي جاوزت الـ 20 سنة بنسبة مئوية قدرت بـ 5%، و قد سجلنا 29 سنة كأكبر رقم دال على الأقدمية. وللمرة الثالثة على التوالي ترجح الكفة مرة أخرى نحو عدم الحيازة على المنصب النوعي بأغلبية ساحقة قدرت بما يقارب 90% وهذا طبعا يفسر بوجود منصب نوعي بالوحدة الواحدة. والشكل رقم (05) يوضح ذلك.

شكل رقم (05): توزيع العينة حسب المتغيرات التعريفية المهنية



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الرزمة الإحصائية SPSS

4- تقنيات البحث:

تقنيات جمع ومعالجة البيانات: نظرا لخصوصية مواضيع التصورات الاجتماعية والصعوبة المحيطة بكيفيات الجمع والتحليل لجأنا إلى استخدام منهجية متعددة التقنيات من أجل تجنب أكبر قدر ممكن من النقائص التي تميز كل وسيلة من وسائل جمع وتحليل التصورات، وكذا من أجل تجنب الذاتية بحكم أننا من أحد مهنيي الصحة ومحاوله منا لإعطاء أكبر قدر ممكن من المصدقية والموضوعية لبحثنا.

وسائل جمع البيانات: اعتمدنا على وسيلتين أساسيتين وهما: "الاستمارة" و"شبكة التدايعات على طريقة Anna Maria Silvana De Roza". ووسيلتين مكملتين وهما الاستمارة التمييزية والاستمارة التشكيكية.

وسائل معالجة البيانات: اعتمدنا مجموعة من الوسائل والبرامج الإحصائية من أجل معالجة البيانات الكمية والكيفية:

- الحساب اليدوي من أجل التعامل مع بيانات شبكة التداعيات، بيانات الاستثمار التمييزية والاستثمار التشكيكية، أي ما نسبته 90% نتائج البحث الكمية من مخرجات الحساب اليدوي.
 - الرزمة الإحصائية SPSS من أجل التعامل مع بيانات الاستثمار الرئيسية للبحث.
 - البرنامج الإحصائي EXCEL من أجل إنجاز مختلف الأشكال البيانية للبحث.
- وقد استخدمنا العديد من التقنيات والاختبارات والأنماط الإحصائية في معالجة البيانات المحصلة من الطريقتين (التساؤلية والتداعي) نذكرها فيما يلي:
- تحليل المحتوى.
 - تحليل التشابه. (analyse de similitude)
 - تحليل الترابط. (analyse de cooccurrence ou de contingence)
 - معالجة إحصائية وصفية بسيطة من خلالها تم حساب مختلف الأنماط الإحصائية: تكرارات، نسب مئوية، متوسط، وسيط ومنوال.
 - معالجة إحصائية وصفية استنتاجية من خلالها تقييم الأوزان النسبية والاتجاهات نتيجة تحديد الفئات المعيارية المستخرجة اعتمادا على بعض القوانين الإحصائية البسيطة.
 - معالجة إحصائية مركبة مؤسسة على بعض المعطيات والقواعد المنهجية من خلالها تم اختبار فرضيات الدراسة.

5- الاستثمار الرئيسية في البحث: (أنظر الملحق رقم 01)

من أجل التعرف على مستوى جودة الحياة في العمل في الواقع حسب آراء المستجوبين قمنا ببناء الاستثمار الرئيسية للبحث، وقد تم إخراجها في صورتها النهائية اعتمادا على الدراسة الأولية؛ حيث تتكون من ثمانية محاور رئيسية: محور خاص بالبيانات التعريفية الديمغرافية والمهنية، وسبعة محاور على التوالي تتضمن مجموعة من المؤشرات الدالة على جودة الحياة في العمل، وقد تم اعتماد سلم ليكارت الخماسي في صياغة البدائل كما هو موضح في الجدولين رقم (09) و (10) على التوالي:

✓ محور 1: جودة ظروف العمل؛ يتكون من 12 مؤشرا يقابله 12 عبارة.

- ✓ محور2: الضغط المهني؛ يتكون من 10 مؤشرات تقابلها 10 عبارات.
- ✓ محور3: جودة الامن والسلامة المهنية؛ يتكون من 06 مؤشرات تقابلها 06 عبارات.
- ✓ محور4: جودة المسار المهني؛ يتكون من 07 مؤشرات تقابلها 07 عبارات.
- ✓ محور5: جودة الأجر؛ يتكون من 12 مؤشرا تقابلها 12 عبارة.
- ✓ محور6: جودة التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية؛ يتكون من 06 مؤشرات تقابلها 06 عبارات.
- ✓ محور7: جودة فريق العمل والعلاقات المهنية؛ يتكون من 08 مؤشرات تقابلها 08 عبارات.
- جدول رقم (09): دلالة البدائل المنتقاة في سلم قياس الجودة**

البدائل المنتقاة حسب المفاهيم المعتمدة في ذلك			مستويات الجودة الموافقة
مفهوم الرضا	مفهوم الموافقة	مفهوم الزمن	لمختلف البدائل
راض جدا	موافق بشدة	دائما	مرتفع جدا
راض	موافق	غالبا	مرتفع
محايد	محايد	أحيانا	متوسط
غير راض	غير موافق	نادرا	منخفض
غير راض بشدة	غير موافق بشدة	أبدا	منخفض جدا

المصدر: من إعداد الباحثة

جدول رقم (10): الخلفية الفكرية في انتقاء البدائل لمختلف مؤشرات وابعاد استمارة البحث

الخلفية الفكرية في انتقاء البدائل	المفهوم المتبع	الأبعاد والمؤشرات
ظروف غير ثابتة عبر الزمن، ومن الخطأ انتقاء مفهوم الموافقة مثلا ودراستنا استغرقت وقتا زمنيا فاق 6 أشهر، فما نوافق عليه اليوم قد لا نوافق عليه غدا. كما استبعدنا مفهوم الرضا لأنه على اتصال وثيق بالزمن هو الآخر وما يرضينا اليوم قد لا يرضينا غدا.	مفهوم الزمن	جودة ظروف العمل المادية ماعدا بعض المؤشرات
مصادر ومستويات الضغط المستدل عليها من خلال المؤشرات متذبذبة عبر الزمن وليست مطلقة بل نسبية لذلك قمنا بانتقاء مفهوم الزمن، ورأينا انه من غير المنطقي انتقاء مفهوم الرضا لأنه	مفهوم الزمن	الضغط المهني

لا يتماشى مع مفهوم الضغط، واما عن مفهوم الموافقة فغالبا متذبذب ويخضع للزمن كما ذكرنا في الخانة السابقة.		
يخضع هذا المحور من خلال مؤشراتته إلى مفهوم الزمن هو الآخر بحكم نسبيته وتذبذبه عبر الزمن. كان من الممكن انتقاء مفهوم الموافقة خاصة في بعض المؤشرات التي يمكن ان تترك انطبعا يمكن ان يعبر عنه بالتدرج في الموافقة حسب البدائل المقترحة والموافقة لهذا المفهوم، ولكننا فضلنا الزمن لأنه يعتبر الأكثر دلالة ومرونة للتعبير عن المستوى الحقيقي من الجودة في التوفيق بين الحياتين؛ حيث تتعلق المسألة بإحساس يومي وليس انطبعا يمكن أن يعبر عنه بالموافقة. وقد عممنا البدائل دون الحاجة إلى اللجوء إلى التنوع بين الزمن والموافقة.	مفهوم الزمن	جودة التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية.
يخضع هذا البعد من خلال مؤشراتته هو الآخر لمفهوم الزمن بحكم تذبذب العلاقات الإنسانية سواء الرسمية أو غير الرسمية، قد يبدي كل من المؤشرين الدالين على الكفاءة (2-1) قبولا من اجل تبني مفهوم الموافقة أو الرضا في صياغة البدائل، ولكنه (مؤشر الكفاءة) متغير حسب المواقف والحالات، يمكن إعطاء تقييم عام عنه من خلال الموافقة والرضا ولكننا فضلنا منح المستجيب مرونة أكبر ومساحة أكبر في انتقاء ما يراه مناسباً.	مفهوم الزمن	جودة فريق العمل والعلاقات المهنية.
تم اعتماد مفهوم الموافقة تماشياً مع طبيعة الصياغة العامة للعبارة؛ والتي تحتتمل كل الأزمنة دون تحديد، وأما عن مفهوم الرضا فلا يمكن اعتماده إلا في حالة وقوع الحدث، وهذا ما يصعب ضبطه في هذا البحث.	مفهوم الموافقة	جودة الأمن والسلامة في العمل
تم تبني مفهوم الموافقة في هذه المؤشرات الدالة على غرفة المناوبة، فضاءات الراحة، هيكل المستشفى استثناء لأنها لا تخضع لمفهوم الزمن، وكان من الممكن ان تخضع لمفهوم الرضا ولكننا فضلنا مفهوم الموافقة بحكم أن مفهوم الرضا كان ضمناً في صياغة العبارات.	مفهوم الموافقة	المؤشرات 09- (10-12) من محور: جودة ظروف العمل

تم اعتماد مفهوم الموافقة في صياغة البدائل للدلالة على مستوى الجودة من خلال المؤشرات المستدل بها على طبيعة المسار المهني للطبيب المختص، وذلك بغرض التعرف على مستوى الفرص المتاحة والذي يقابله مستوى جيد حسب القياس المعتمد في قراءة النتائج.	مفهوم الموافقة	جودة المسار المهني
لكي يحقق "الأجر" مستوى مرتفعا من الجودة وجب أن يكون مرضيا ويتمشى مع منتظرات الفئة محل الاستجواب؛ لذا تم صياغة البدائل اعتمادا على مفهوم الرضا.	مفهوم الرضا	جودة الأجر

المصدر: من إعداد الباحثة

المعالجة الإحصائية لبيانات الاستمارة:

- **الترميز:** تم إعطاء الدرجات للبدائل: مستوى مرتفع جدا: 5، مستوى مرتفع: 4، مستوى متوسط: 3، مستوى منخفض: 2، مستوى منخفض جدا: 1. والمعيار المعتمد في الترميز هو اتجاه صياغة العبارات (سلبيا أو إيجابيا) بما يتناسب مع مستوى الجودة، ونشير إلى أنه تم التعامل مع المؤشرات بدل العبارات أثناء التحليل، وقد قمنا بتحديد ثلاث فئات معيارية بهدف إيجاد الأوزان النسبية لاستجابات أفراد العينة بدل الخمسة تماشيا مع عدد البدائل؛ لأننا فضلنا منح المستجوب مساحة حرية أكبر في التعبير عن رأيه تجاه مختلف العبارات التي عرضت عليه، إذ من غير المعقول تحديد مساحة إبداء الرأي فيما نمتلك خيار توسعته:
- **الفئة الأولى:** استجابات تتجه نحو اعتبار جودة الحياة في العمل من خلال الأبعاد والمؤشرات ذات مستوى مرتفع، وتضم هذه الفئة كل من الدرجتين "مرتفع جدا ومرتفع": [3.4، 5]
- **الفئة الثانية:** استجابات تتجه نحو اعتبار جودة الحياة في العمل من خلال الأبعاد والمؤشرات ذات مستوى متوسط، وتضم هذه الفئة الدرجة "متوسط": [2.6، 3.4]
- **الفئة الثالثة:** استجابات تتجه نحو اعتبار جودة الحياة في العمل من خلال الأبعاد والمؤشرات ذات مستوى منخفض، وتضم هذه الدرجة "منخفض ومنخفض جدا": [1، 2.6]

6- شبكة التدايعيات: le réseau d'association

تعتبر شبكة التدايعيات كنموذج مقدم من طرف Anna Maria Silvana De Rosa من بين طرق التدايعي الكيفية المعتمدة في جمع وتحليل التصورات الاجتماعية باعتبارها طريقة جامعة في التحليل لمحتوى التصورات الاجتماعية؛ من خلال الجمع بين التكرار، رتبة الظهور ورتبة الأهمية التي تكشف عن انتظام مختلف المكونات ضمن النظامين المركزي والمحيطي، بالإضافة إلى كل من مؤشرات القطبية والحيادية التي تقيس الاتجاهات الضمنية لمحتوى الحقل الدلالي للتصور، ومؤشر النمطية الذي يعبر عن مدى تقاسم المجموعة للتصور سواء بالقبول أو بالرفض. ويعتبر المقطع الحاث نقطة الانطلاق والأساس في جمع التصورات عن طريق هذه التقنية، فكل الإنتاج التدايعي إنما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحث؛ إذ يعتبر كاستجابة *stimulus_réponse*؛ أي أن كل ما يليه هو نتاج لذلك الحث *l'induction*، لذلك كان من الضروري التريث في الانتقاء الجيد لمقطع الحث، وقد قمنا باختياره أثناء الدراسة الأولية.

كيفية إجراء التقنية:

قمنا بتطبيق هذه التقنية على 15 مفردة من المجتمع الإحصائي للبحث تم انتقاؤهم عن طريق كرة الثلج أثناء مقابلات تراوحت مدة الواحدة منها ما بين 30 و90 دقيقة، وفيما يلي إجراءات التطبيق:

تم تقديم الموضوع وتقديم التعليمات التالية:

- سنقوم بوضع ورقة بيضاء على الطاولة ونطرح عليك مقطعا، نطلب منك بعد سماع المقطع ان تضع كل الأفكار التي تجول في بالك بعد سماع هذا المقطع، ولا تهتم إن كانت الأفكار حسب رأيك دخيلة عن الموضوع، يمكنك طرح كل الأفكار مهما خيل إليك انها بعيدة عن المقطع.

- يمكنك ان تستخدم اللغة التي تجد راحتك في استخدامها وترى انها قد تؤدي إلى المعنى الحقيقي للفكرة التي في رأسك. (فرنسية، عربية، اللهجة المحلية، ...)

- يمكنك استخدام المصطلحات العلمية أو المصطلحات التقنية الخاصة في الطب إن رأيت انها قد تؤدي إلى المعنى الذي ترمي إليه حقيقة.
- تم عرض ورقة بيضاء Bristol Blanc 200gr 50x65 cm على الطاولة بتوسطها المقطع الحاث " **conditions de travail en réalité** " وتم تدعيم المقطع المكتوب بمقطع صوتي لما هو مكتوب. وبعد إنتاج مختلف التدايعيات فتحنا مجالاً للمستجوبين من اجل إضافة اية أفكار أخرى طرأت عليهم بعد وضع القلم. طلبنا من المستجوبين بعد الانتهاء من التدايعي:
- ترتيب العبارات حسب زمن ظهورها، وانطلاقاً من قواعد علم النفس المعرفي فإن ترتيب الظهور " **l'ordre d'apparition des associations** " يدل على زمن الرجوع اللفظي، ووسيط الظهور الذي يتم حسابه بعد ذلك أثناء المعالجة الإحصائية يمكن استخدامه كمؤشر قبول نمطي أولي " **un indice de l'accessibilité prototypique** ".
(Abric,2003, p87)
- ثم طلبنا بإعادة قراءة الأفكار التي أنتجوها ومن ثم بوضع إشارات (+)، (-) و (0) للدلالة على إيجاء كل عبارة في نفسية المستجوب، مما يسمح لنا فيما بعد بقياس الاتجاه الضمني لمحتوى الحقل التصوري حسب ما أشار اليه Abric (2003).
- ثم طلبنا منهم أن يضعوا أسهما وخطوطاً تربط بين العبارات في حالات وجود علاقات من أي نوع بين التدايعيات من أجل التعرف على الارتباطات الضمنية بين العناصر.
- في النهاية طلبنا منهم ان يرتبوا العبارات المتدايعي بها حسب أهميتها بالنسبة للمستجوب، هذه المهمة التي تعتبر إشراكاً للسيرورة المعرفية في فهم تنظيم التصورات.
- حاولنا اثناء كل مقابلة فهم مختلف الأفكار وحقلها الدلالي وطلبنا من المستجوبين محاولة ترتيب أفكارهم ضمن محاور بعد الانتهاء من عملية تطبيق التقنية من اجل تسهيل عملية التحليل الفئوي لمحتوى التصور حتى نتفادى أكبر قدر من الذاتية.
- ملاحظة: نظراً لخصوصية الفئة وحجم الورقة وحجم التدايعيات فإنه تعذر علينا نقل التدايعيات في كل مرة من أجل تحديد الظهور والأهمية والإيجاء والروابط، لذلك اكتفينا بالورقة الواحدة مع إعادة

القراءة من طرف المستجوبين، كما تم التخلي عن الأرقام الرومانية والعربية فيما تم استبدالها بالألوان والوضعية من أجل التفرقة بينها.

المعالجة الكيفية والكمية للبيانات المحصلة من الشبكة: تتميز شبكة التدايعات بسهولة

جمع التصورات إذا ما تم تكييف المقطع الحاث مع اهداف البحث ولكن بصعوبة وتعقيد التحليل سواء الكيفي أو الكمي:

- فيما تعلق بتحليل محتوى التصور كيفيا فقد اعتمدنا على الحقل الدلالي لمختلف العبارات والكلمات المتداعي بها.

- فيما تعلق بالتحليل الكمي لمحتوى التصور ومنح الدلالة المعيارية لكل منتجات شبكة التداعي فقد اعتمدنا على مجموعة من القواعد الحسابية التي اقترحتها صاحبة النموذج: (Abric,2003, pp90-92)

✓ التكرارات والنسب المئوية، الوسيط الحسابي لترتيب الظهور والأهمية.

✓ **المؤشر القطبي Indice de polarité**: ونرمز له بالرمز (P) ويحسب بالشكل التالي:

$$P = \frac{\text{عدد الكلمات الايجابية} - \text{عدد الكلمات السلبية}}{\text{العدد الكلي للكلمات المتداعية}}$$

هذا المؤشر محصور ضمن المجال $[-1, +1]$:

- P محصورا ما بين (-1) و (-0.05) فإن هذه القيمة يمكن تمييزها إحصائيا ب: (1)، ويمكن القول أن معظم الكلمات المتداعية ذات إيجاء سلبي (-).

- P محصورا بين (-0.04) و $(+0.04)$ فإن هذه القيمة يمكن تمييزها إحصائيا ب: (2)، ويمكن القول إن معظم الكلمات المتداعية الموجبة والسالبة تتوجه نحو قيم متعادلة.

- P محصورا ما بين $(+0.04)$ و $(+1)$ فإن هذه القيمة يمكن تمييزها إحصائيا ب: (3)، ويمكن القول أن معظم الكلمات المتداعية ذات إيجاء إيجابي (+).

✓ **مؤشر الحياد indice de neutralité**: نرمز له بالرمز (N) ويحسب بالشكل التالي:

$$N = \frac{\text{عدد الكلمات الحيادية} - (\text{عدد الكلمات الايجابية} + \text{عدد الكلمات السلبية})}{\text{العدد الكلي للكلمات المتداعية}}$$

هذا المؤشر محصور ضمن المجال $[-1, +1]$:

إذا كان N محصورا بين (-1) و (-0.05) فإن هذه القيمة يمكن ترميزها إحصائيا ب: (1) ويمكن لنا أن نقول أن الكلمات ذات حياد ضعيف.

إذا كان N محصورا بين (-0.04) و $(+0.04)$ فإن هذه القيمة يمكن ترميزها إحصائيا ب: (2) ويمكن لنا أن نقول أن الكلمات الحيادية تتجه إلى قيم متعادلة مع الكلمات السلبية والموجبة ذات حياد معتدل.

إذا كان N محصورا بين $(+0.04)$ و $(+1)$ فإن هذه القيمة يمكن ترميزها إحصائيا ب: (3) ويمكن القول أن معظم الكلمات ذات حياد مرتفع أو عالي.

✓ **المؤشر النمطي *Indice de stéréotypie***: هذا المؤشر الذي يرمز له ب (y)

ويحسب بالشكل التالي:

$$2y = \frac{\text{عدد الكلمات المختلفة المتداعية لكل فوج من الافراد}}{\text{العدد الكلي للكلمات المتداعية}} \times 100 \quad \text{و الذي نعتبره مؤشر اختلاف.}$$

ولكي نحصل على قيمة (y) ما بين (-1) و $(+1)$ فإننا بالنتيجة المحصل عليها من المعادلة نطبق المعادلة التالية:

$$y = (1-) \times \left(1 - \frac{y^2}{100}\right)$$

المبحث الثاني

عرض وتفسير

بيانات شبكة التدايعات

1. عرض حالات التدايع (15 حالة)

2. التحليل الفئوي

3. التحليل الكمي

❖ أولاً: عرض حالات التداعي:

قمنا بعرضها ضمن سلسلة جداول مكونة من خمسة عشر (15) جدولاً تحت رقم (10)

مقابل خمسة عشر حالة تداعي قمنا بتجميعها من خمسة عشر فرداً.

الهدف من هذه الخطوة: قمنا بنقل التداعيات من شكلها الأولي إلى جداول بغرض جمعها في صورة

واحدة وتسهيل القراءة ومنه تسهيل المعالجة. وقد ارتأينا إلى عرض حالة واحدة تم اختيارها عشوائياً

على صورتها الحقيقية من أجل إعطاء صورة على طريقة جمع التداعيات التي قمنا بها والموافقة للشكل

رقم (06) (الذي سيتم عرضه مباشرة بعد عرض الجداول).

ومن أجل تسهيل قراءة الجداول نقدم المفتاح التالي:

NA (numéro d'ordre d'apparition) : رقم الظهور للتداعيات.

NI (numéro d'ordre d'importance) : رقم الأهمية للتداعيات.

Cn (connotation) : الإيحاء

جدول رقم (10-1): الحالة الأولى

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	أنا بداية كطبيبة إنعاش و تخدير نمارس مهنتنا في ظروف سيئة للغاية في ظل غياب الظروف المريحة للعمل.
-	1	2	منها نقص المعدات والوسائل اللازمة للتكفل المثالي بالمريض.
-	1	3	فقد تخلينا عن جزء كبير من مهنتنا فقط بسبب نقص الإمكانيات التي وجدت بالضرورة لتسهيل التكفل الأمثل بالمريض. L'ALR écho-guidée, ALR chez l'enfant, péridurale analgésique et anesthésique (obstétricale, thoracique et même lombaire simple)
-	1	4	هذا النقص يسبب لنا ضغطاً زائداً.
-	1	5	نضطر أحيانا إلى وضع كلمة "لا يوجد" « manque » أمام دواء يلزم لإنقاذ مريض pentotal, Lénitral, cordarone ,
-	1	6	ضف إلى ذلك مثلاً متطلبات بسيطة و فيها فائدة للجميع كجهاز l'échographie الذي تطلب منا سنوات و ليس فقط أيام للانتظار و لم نحصل عليه إلى حد الساعة، هذا الأخير يسهل كثيراً عمليات التخدير الموضعية و بكميات أقل للمخدرات الموضعية، زد التقليل من ألم المريض.
-	3	7	يشغلنا مشكل الأمن في المؤسسة

-	3	8	نعاني كثيرا من تجاوزات لفظية من مرافقي المرضى التي قد تصل أحيانا كثيرة إلى اعتداءات جسدية خصوصا في مصالح الاستجالات
-	2	9	يشغلنا عدم وجود أشخاص ذوي كفاءة للتكفل بالمرضى في الحالات الحرجة (مرضى خاصة)
+	4	10	يبدو في الواقع أن تخصصنا الطبي تخصص متعب و شاق، مرهق و أحيانا يسبب الكآبة و يأخذ من صحتنا و أعصابنا بسبب الضغط الذي نعيشه، و لكن في الواقع يكفي أن نرى الشخص الذي سعينا لمساعدته أصبح بصحة جيدة، و تجاوز أزمته الصحية لنذكر معنى قوله تعالى " و من أحيائها فكأنما أحيأ الناس جميعا". قد يبدو في الواقع النقطة المضيئة في ظل كل هذا.
-	1	11	مثال آخر عن نقص الأدوية le Penthotal اللازم في عمليات التخدير و حتى في الحالات الطبية مثل حالات الصرع l'état de mal épileptique أو sédation d'un malade de réanimation فأحيانا لا نجد حتى ما نضعه في هذه الحالات فنلجأ إلى أدوية بديلة ليست بنفس المفعول مما يؤثر علينا و حتى على المريض.

جدول رقم (10-2): الحالة الثانية

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	Pas de conditions de travail
-	3	2	On vit dans un milieu de stresse
-	1	3	Pas de moyens de bord
-	1	4	Laborieux
+	6	5	L'esprit d'équipe pendant le travail est moyen
---	1	6	PAS DE MOYENS PAS DE MOYENS PAS DE MOYENS
-	9	7	Psy nécessaire dans la structure pour le personnel et les malades
-	8	8	Espace de détente pas !
---	2	9	Pas de Formation continue malgré qu'elle est très importante +++
-	10	10	Visite des malades non organisée
-	11	11	Echange : boîte mail
-	11	12	Intranet : Recommandations de Prise En Charge + protocoles
-	11	13	Wifi avec accès libre au personnel

---	3	14	Manque d'hygiène +++++
-	13	15	Tenue au bloc
-	4	16	Absence de sécurité
-	4	17	Sécurité منعدمة تماما
-	14	18	Musique pour diminuer le stress et pour une relaxation
-	15	19	Les jeux et la musique dans les couloirs
---	16	20	On veut travailler dans une structure appétissante
---	17	21	on dirait qu'on travaille dans une ... خربة
-	20	22	Repas: تخدم تخدم تخدم و من بعد تلقى عدس بارد و زوج عظمت (02 حبات بيض)
---	21	23	Logement de fonction : خربة
-	7	24	Tu habites à distance de 50 km et sans moyens de transport رانا عايشين في دولة وين transport ما كانش
-	7	25	Transport commun de telle sorte que tout le personnel pourra rejoindre son poste de travail à 8 h
-	25	26	Une crèche dans l'établissement pour le personnel La génération qui travaille sont des jeunes, la moyenne des âges du personnel est entre 18 et 40 ans
-	24	27	تنوض على صباح ربي و ولادك لاصقين فيك
-	8	28	Le responsable, Il s'en fiche de toi
---	20	29	عايش في خربة و تاكل في الصبة c'est pas normal
---	8	30	Les malades mentent sur le médecin, et ils cachent la vérité de leurs états de santé !!!
-	18	31	La Médéa تحرش في أولياء المرضى على الطبيب ← sorte de stress
-	3	32	Manque d'éducation يضرب الطبيب و هو ما فرحانين بيه
-	3	33	الشعب متخلف يشعر بالانجاز كي يتقايض (= يتشاجر) مع الطبيب
-	3	34	Le respect PAS ماكانش
-	1	35	المريض يبقى مريض

-	12	36	Accès : organisation pour tout le monde et sans exception
-	22	37	Les tenus de service jetables, disponibilité dans le service, le principe c'est l'hygiène
-	3	38	On ne peut pas travailler dans un milieu sans être sécurisé, ça influe la qualité de travail.
-	5	39	<u>Staffe</u> : * pour voir les problèmes entre réanimateurs, chirurgiens * pour collaborer
---	1	40	Les bilans à temps et fiables
-	1	41	La qualité des explorations +++
-	1	42	Examens complémentaires
---	1	43	matériel disponible et fiable (résultats exactes)
---	1	44	Nécessaire dans le travail comme l'échocardiographie ça va aider
-	5	45	Tu reçois un malade avec 20 personnes accompagnateurs !
-	3	46	Il faut fermer la porte pour qu'on puisse travailler tellement « الفوضى »
+	19	47	La prime de zone c'est la seule chose positive
	1		ما كاين والو ما هم موفرين والو
---	1	48	المشكل الأول : scope, laryngoscope , les moyens باه تخدم ماكانش : respirateur
-	10	49	Rx thorax numérique ماكانش
---	23	50	Systeme défaillant
---	22	51	Systeme d'assurance 0
-	5	52	C'est des choses simples d'organisation
---	10	53	Anarchie totale
-	10	54	ما يهموش
---	5	55	Le personnel à l'aise ; il peut donner Personnel stressé ; il ne peut pas donner كامل واش عندو

جدول رقم (10-3): الحالة الثالثة

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعى بها
-	1	1	Manque de matériel médical
-	8	2	Plateau technique non adapté
-	7	3	Manque de monitoring
-	6	4	Manque de moyens d'exploration
-	9	5	Manque de bilans et de paramètres d'exploration biologique
-	4	6	Manque absolu de la sécurité (insécurité totale)
-	5	7	Manque d'hygiène
-	17	8	Manque de moyens de transport des malades
-	14	9	Structure hospitalière complètement détruite (fuite, rats,...)
-	15	10	Manque de restauration de qualité et en quantité
-	3	11	Manque de personnel qualifié
	2	12	Manque de personnel expérimenté et même en nombre
-	10	13	Manque de moyens d'anesthésie d'actualité (échographe,...)
-	11	14	Organisation interne de l'établissement non adaptée
-	16	15	Manque de lits suffisants pour prendre en charge tous les malades
-	12	16	Manque de service de réanimation médicale et de soins intensifs
-	13	17	Manque d'SSPI (salle de soins post interventionnel)
-	14	18	Les faux appels !

جدول رقم (10-4): الحالة الرابعة

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعى بها
-	14	1	Catastrophiques

-	2	2	Manque de plateau technique
-	4	3	Matériel ancien : entretien non fait ou fait par des gents incompetents par manque de formation en matière de matériel médical
-	5	4	Ainsi que la politique du pays, on choisit toujours le moins disant pour les soumissions ce qui aboutit obligatoirement à l'acquisition de matériel de mauvaise qualité ainsi que l'entretien du matériel
-	1	5	Administration : mauvaise gestion et qui n'a pas d'objectif pour l'intérêt du malade mais d'exercer son - pouvoir sur le personnel médical et paramédical.
-	3	6	Le médecin ne bénéficie pas de la formation continue alors que c'est essentiel pour le développement de notre métier.
-	6	7	Le non savoir des administrateurs du développement de la science reste un obstacle pour notre développement.
-	9	8	Nos obligations médico-légales mettent toujours le médecin face à des situations difficiles en face à des malades de réanimation qui nécessite des prises en charge en urgence alors qu'on souffre de manque terrible de moyens.
-	8	9	Le recrutement des ATS qui occupent des postes d'infirmiers dans services d'urgences met la vie des malades en danger.
-	7	10	Manque de médecins spécialistes comme par exemple les cardiologues, néphrologues, médecins internistes nous obligent à combler ce manque et augmente la charge de travail.
-	12	11	La nouvelle politique des CHUC qui refuse de prendre en charge les malades lourds qui ne peuvent pas être suivi à notre niveau.
-	10	12	La population qui devient très difficile et accuse le médecin à tors et à travers.
-	11	13	Le manque de plusieurs médicaments d'urgence ce qui met la vie des malades en danger.
-	13	14	Hôpital très ancien qui nécessite rénovation ainsi les salles opératoires.

جدول رقم (10-5): الحالة الخامسة

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	Le travail du médecin anesthésiste-réanimateur est un travail plein de stress. De problèmes.
			Malheureusement dans notre hôpital, les conditions de travail sont médiocres.
-	2	2	On souffre beaucoup de manque des moyens et de plateau technique.
-	2	3	Manque de service de réanimation pour la meilleur prise en charge des malades et leur suivi.
-	2	4	Manque des TSS informés en anesthésie et réanimation et soins intensifs pour faciliter le travail.
-	5	5	Par fois on a des difficultés pour transférer les malades vers le CHU, c'est le refus qu'on reçoit comme réponse. Sachant que certains malades nécessite la prise en charge au niveau des CHU : réanimation ou services des soins intensifs.
-	3	6	Manque d'hygiène et des conditions d'asepsie au niveau du Bloc Opérateur.
-	4	7	Manque de chambre de garde bien équipée et de restauration au cours du travail de nuit (garde) .
-	2	7	manque d'hygiène au niveau des sanitaires.
-	5	8	Au cours du travail de prise en charge des malades parfois graves ; en détresse vitale ou brûlés on ne trouve pas parfois la coopération du corps médical et paramédical.
-	1	9	on souffre de manque de moyens sur place
-	1	10	dans notre spécialité on devrait faire des formations continues et des stages, chose qui n'existe pas à notre hôpital. Sachant qu'on a un manque énorme concernant les moyens et les techniques nouveaux. On travaille qu'avec les moyens très anciens.

-	1	11	En résumé on n'est pas en train de donner les meilleurs thérapeutiques et techniques pour le bien de nos malades ainsi pour le confort et pour notre sécurité.
+	6	12	On ne cache pas que les gens de l'hôpital (médecin et paramédical) sont respectueux et ont un grand respect pour les médecins réanimateurs anesthésistes.

جدول رقم (6-10): الحالة رقم 6

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	Les conditions de travail sont mauvaises
-	5	2	L'administration ما تعاونكش
-	9	3	Les hôpitaux (anciens) قدم
-	8	4	On est loin de tout
-	3	5	On est très loin des normes
-	1	6	Le stresse, c'est le médecin qui assume.
-	1	7	C'est le stresse chronique.
-	1	8	C'est une spécialité stressante et en manque de moyens c'est encore plus.
-	1	9	C'est un stresse en continue, déjà je suis déprimée.
-	10	10	Je suis réquisitionnée pour remplacer une collègue malade, !لازم واحد ما يمرض؟
-	1	11	ما كانش
-	1	12	On n'a pas de moyens
-	4	13	الفقر المدقع
-	2	14	L'administrateur يدخل روجو في كل شيء !
-	5	15	On n'a pas de moyens
-	6	16	ساطر ربي
-	1	17	On ne peut pas réclamer, si tu réclame l'administration te dit que t'es un membre qui ne travaille pas et tu perds ta prime de rendement

-	4	18	Au début on faisait des rapports, maintenant on ne fait pas. Et ça ne sert à rien, au contraire tu seras visé et blâmé. et pour eux tu bloque le travail et c'est tout. On vous dit تخريب أموال الدولة si tu réclame un appareillage qui s'est endommagé.
-	1	19	Je suis déprimée.
-	6	20	C'est une spécialité de moyens. La disponibilité des moyens veut dire le confort aux malades et le confort aux MAR (médecins anesthésistes réanimateurs)
-	1	21	On ne travaille pas la réanimation et notre spécialité s'arrête au bord d'un malade ventilé ! on ne travaille que l'anesthésie.
-	1	22	On fait pas de protocoles, vu le manque de moyens on travaille avec un seul protocole pour tous les malades ; chose qui n'est pas normale !
-	4	23	La responsabilité c'est le médecin qui assume.
-	4	24	Les agressions physiques et psychiques c'est le médecin qui assume.
-	2	25	C'est la mauvaise gestion puisque l'Etat donne les budgets.
-	1	26	مكتفين يدينا Si pas de moyens on ne peut rien faire
-	5	27	ملي تجي و أنت تحلي في المشاكل
-	6	28	C'est la mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles pourtant l'Etat nous donne des milliers et des milliards !
-	2	29	Dégradation de niveau, aucune progression scientifique.
-	7	30	Les résidents ; ils ont raison. Ils vous envoi à la périphérie, là où il n'y'a rien pour vous rendre paralysie.
-	4	31	التقشف التقشف
-	2	32	Agression administrative
---	1	33	C'est la mauvaise gestion des DSP et des directeurs des établissements de santé.

جدول رقم (10-7): الحالة رقم 7

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعى بها
-	19	1	C'est l'enfer
-	3	2	On vit le stress dès la veille
-	18	3	On n'a jamais terminé à 16 h comme les autres
-	16	4	En bref, dans ce pays tout a été politisé
-	10	5	Un citoyen c'est quoi ? c'est la politique. Il ne faut pas que le citoyen réclame.
-	14	6	Quand un citoyen ne connaît pas ses droits personne ne s'en fiche de lui (les autorités : le directeur, le DSP et le wali). Mais quand il s'agit de quelqu'un de leurs connaissances يقيموا عليه الدنيا
-	11	7	Je me trouve plus à l'aise dès la veille
-	16	8	Des fois ils nous obligent de pratiquer les gestes avec les moyens de bord.
-	17	9	Un jour on nous a obligé de faire un hémophile à notre niveau et par la suite on lui a évacué vers le CHU
-	3	10	Les pressions
-	15	11	Des fois les malades qu'on visite ne peuvent pas être faisables à notre niveau et ils nous obligent par leurs pressions à les faire ici. Surtout les malades تاع المعارف
-	1	12	Les moyens de bord ما كانش و الله ما يتسعاو
-	2	13	Ni personnel qualifié
-	5	14	Ni le nombre
-	14	15	Les urgences on est obligés de les travailler
-	10	16	ما كان والو
-	13	17	On a passé tout l'hiver avec une fenêtre qui ne se ferme pas.
-	12	18	Les climatiseurs, on vient de les recevoir ça fait pas longtemps.

-	10	19	La restauration +/- فيها و عليها
-	2	20	Les gardes wilaya nous pose un grand problème, imaginez un point de garde wilaya avec un seul médecin MAR !
-	2	21	La garde est assurée par un seul MAR entre deux établissements (deux points de garde différents maternité et l'hôpital) !
-	2	22	Le temps perdu pour le déplacement entre les deux point de garde et vous imaginez si existe une extrême urgence dans les deux points de garde en même temps ! vous imaginez ???!
-	8	23	Pas de l'eau dans les sanitaires (toilettes) ; si tu réclame il te dit : pas d'agent de maintenance la nuit ! si tu veux partir pour te reposer chez toi et faire tes besoins physiologiques pas possibles ! si tu veux la garder au matin pas possible ! tu vois ??!
-	9	24	La rupture de l'eau dans le bloc (salle opératoire) et on se trouve obligé d'utiliser le sérum salé isotonique pour le lavage. Le sérum coute entre 130 et 150 DA donc si on parle de l'économie vous voyez ?!
-	7	25	Pour les appels aux services on ne trouve même pas un thermomètre !!!
-	6	26	Tu reçois un malade, un seul malade avec 20 accompagnateurs !?!
-	5	27	La sécurité n'en parlant pas Ils peuvent vous frapper facilement et il y'a des cas là où les parents ont frappé le personnel Et si vous appelez l'agent de sécurité, vous trouvez qu'il souffre du même problème. Si vous appelez la police, ils vous proposent de déposer une plainte et ça veut dire تبقي جاية و رايحة عليهم
-	4	28	La formation continue ماكانش

-	3	29	Les réquisitions normalement elles doivent se faire pour des cas particuliers et des urgences et non pour le programme et le froid !
-	3	30	Moi personnellement je suis dans la 7 ^{ème} garde et heureusement que c'est la fin du mois. Normalement on ne dépasse pas 6 gardes par mois.
-	2		Ma collègue est réquisitionnée aujourd'hui pour remplacer une autre collègue qui est malade.
-	2	31	Le stress me débute dès la veille de mon travail et ne se diminue que lorsque j'avance le programme et je commence à travailler avec les malades.

جدول رقم (8-10): الحالة رقم 8

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	3	1	Infernales
-	6	2	Temps pressé
-	2	3	Hiérarchie totale
-	4	4	Bricolage
-	2	5	++ Rassuré par un collègue présent (stress partagé)
-	1	6	Manque de matériel
-	1	7	"مكانش" Toujours
-	1	8	Médiocres
-	3	9	Stresse
-	2	10	واش ندير؟؟؟
-	2	11	Je me sens seule devant un malade dont le pronostic vitale est mis en jeu
-	2	12	Absence de sens de responsabilité chez les gens de l'entourage (les taches de l'administration, le personnel de santé (médecins, infirmiers , ...)
-	3	13	Le médecin généraliste il te passe la tache, il n'a aucun sens de responsabilité, يتحسبه كلي يخدم et il exécute et c'est tout

-	7	14	On se trouve dans des zones muettes des fois face à des situations de manque de matériel
-	3	15	L'absence d'une canule peut tuer un malade
-	5	16	Des fois la charge du travail, et on se trouve dépassé.
-	9	17	Des appellees qui n'ont aucune relation avec la spécialité تحسي بلي الناس كامل معولة عليك
-	2	18	Notre travail يحتاج la communication avec les infirmiers, les malades, les AMAR Des fois cette communication تكون impossible
-	3	19	L'Accrochage avec l'administration des fois
+	2	20	كي تكون كاينة l'entente الخدمة تكون agréable
-	2	21	كل ما تحسي بلي le conditions ملاح كل ما تحسي بلي عندك le contrôle و كل ما كنت la prise en charge des malades مليحة
+	2	22	les conditions de travail c'est l'entente dans l'équipe de travail بلالاك هادي هي الحاجة الوحيدة المليحة
-	1	23	نخدمو بـ le strict minimum زيدلو le bricolage و اللي non fonctionnel تلقاه disponible
0	3	24	Le contact avec les malades et accompagnateur des malades est très difficile voir même impossible des fois.
-	3	25	Des fois on souffre d'un engagement moral et affectif avec les malades et on se trouve devant des situations de العجز par manque de moyens
+++	1	26	Des fois même en absence de moyens le fait de sauver un malade لا يوصف شعور تحسي بلي درت فرق في حياة إنسان ، بلي أحبيت إنسان تاع موت +++
-	5	27	تحسي بلي المريض يستاهل une prise en charge خيرا من هكا
-	3	28	vu les conditions de travail تحسي بالغضب العارم كنا قادرين نكونوا خيرا من هكا
-	5	29	la seule différence entre nous et l'étranger c'est bien les moyens, c'est malheureux !
0	3	30	Notre travail veut dire l'annonce mort et la mort n'est pas facile. Il faut vraiment que le médecin soit flexible.

جدول رقم (9-10): حالة رقم 09

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعى بها
-	1	1	Très difficiles
-	5	2	Travail pénible
-	1	3	Manque de moyens
-	1	4	Prendre en charge un malade avec le très peu de matériel peut aboutir à la perte des vies humaines malgré l'effort.
-	1	5	Répercussions physiques et morales sur le médecin ; on se trouve devant des malades potentiellement sauvables et on ne peut rien ajouter (flèche) ça fait mal au cœur (flèche) à répétition (flèche) dépression
-	2	6	Concernant le coté scientifique ; manque de formation pour tout le personnel médical et surtout paramédical (flèche) travail du médecin plus difficile (+++), et même pour la formation continue des médecins généralistes.
-	6	7	Pour l'environnement du travail ; structure inadéquate pour la réanimation médicale et chirurgicale et même le déchocage.
-	7	8	Espace insuffisant
-	1	9	Equipement médiocre (+++)
-	3	10	Manque de propreté
-	2	11	Confort du malade kif kif ; donc médiocre.
-	5	12	Confort du personnel n'en parlant pas
-	6	13	Manque de moyen de détente pour le médecin (foyer,...) surtout au cours des gardes.
-	8	14	Abus des malades (on reçoit un nombre très important des malades ++++) pour un seul médecin surtout durant la garde sans penser à la santé de ce médecin, à ses capacités physiques et morales.
-	4	15	Non rémunération des MAR

-	3	16	La charge du travail : même médecin pour les étages, le Bloc-op, la réanimation, le pavillon des urgences chirurgicale, la réanimation chirurgicale et parfois dialyse (+++) (tout ça pour un seul gardien).
-	5	17	Et même la garde n'est pas rémunérée malgré l'effort et le stress (flèche) (la paye est presque la même pour tous les médecins)
+	7	18	Présence des MAR au niveau des hauts plateaux (flèche) prise en charge des malades (les pauvres malheureux) (césariennes, polytraumatisés, IDM +++)
---	3	19	Des fois la garde wilaya orthopédie, gynécologie, et pédiatrie (Flèche) ça va diminuer les compétences du médecin.
-	3	20	*Manque des aiguilles de rachi qui nous oblige à changer la technique de choix pour le malade. Et ça me gêne beaucoup moi je ne vous cache pas. Et même ça pourra retentir sur la santé du malade. Et c'est malheureux qu'on se trouve obligé de prendre ce risque.

جدول (10-10): الحالة رقم 10

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	Manque énorme en moyen humains et matériel.
-	3	2	Désorganisation.
-	3	3	Anarchie.
-	4	4	Saleté.
-	1	5	Moyens archaïques.
-	1	6	Matériels défectueux.
-	6	7	Grande responsabilité.
-	2	8	Personnel inefficace, malformé, féniant.
-	5	9	Bureaucratie administrative.
-	3	10	Lenteur d'exécution des actes.

-	3	11	Ignorance du personnel envers les malades et le matériel.
-	4	12	Conditionné et limité dans le travail.
-	7	13	Routine de travail.
-	8	14	Charge de travail.
-	1	15	Matériel endommagé !
-	5	16	Les gens de maintenance sont incompetents !
-	5	17	Pas d'entretien ! les gens ne savent pas entretenir le matériel de réanimation et d'anesthésie.
-	4	18	Le matériel endommagé est à jeter malheureusement parce que PAS D'ENTRETIEN !

جدول (10-11): الحالة رقم 11

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	*nos responsables se déplacent à l'étranger pour se soigner ; donc ils s'en fichent!
-	1	2	*c'est tout un système de santé qui est à revoir et à refaire.
-	5	3	* Manque de service de réanimation pour une meilleure prise en charge des malades et leur suivi.
-	4	4	*l'évacuation des malades est une sorte de stress pour nous, si nous avons les moyens pourquoi risquer la vie du malade par l'évacuation ?!
-	2	5	*j'ai subit une formation par mes propres moyens, j'ai payé 10 millions pour ne rien faire !
-	3	6	*c'est une souffrance partagée, souffrance des parents des malades et souffrance de nous en tant que médecins en déficit par manque de moyens pour une prise charge adéquate et meilleure.
-	3	7	*la qualité des soins est médiocre vu le manque et c'est malheureux, c'est vrai qu'on est entrain de faire le mieux mais ça reste très loin de la qualité.
-	6	8	*notre spécialité n'est pas rémunérée.

0	7	9	*organisation interne de l'établissement non adaptée.
-	8	10	*on n'a pas un logement de fonction ! ماكانش !
-	5	11	*Administration irresponsable.
-	3	12	*on travaille qu'avec les moyens très anciens !
-	3	13	*manque d'entretien de matériel

جدول رقم (10-12): الحالة رقم 12

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعى بها
-	7	1	STRESS
-	1	2	Manque de moyens de bord
-	5	3	Moyens de lux ! je préfère le silence !
-	2	4	Mauvaise prise en charge des malades.
-	6	5	Stress en continue.
-	4	6	Formation continue ; PAS.
-	3	7	Bureaucratie administrative.
-	2	8	Enfants privés d'affection des parents
-	11	9	Diminution du rendement social
-	3	10	Mode de travail, Horaires, travail de nuit, effort physique fourni important, Effort mental et intellectuel, Taches administratives,... tout ça pour une non valorisation= تخدم باطل
-	7	11	Responsabilité médico-légale des autres =0
-	3	12	Tu travailles avec les matières fécales, vomissements, crachats, sang, odeur fétides et puis il te donne زوج دورو ...
-	2	13	On travaille hardly 1000 fois que les autres mais on est moins payé !
-	10	14	تدي المريض معاك للدار في راسك، أنت مسلانك يتعوج وهو ما فوق الكراسي.

جدول رقم (10-13): الحالة رقم 13

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	3	1	Personnel ignorant.
-	3	2	Des infirmiers non qualifiés.
-	3	3	Personnel médical et paramédical ignorant.
-	5	4	Les poursuites judiciaires.
-	4	5	Stress.
-	1	6	Matériel à jeter.
-	2	7	Formation et stages — .
-	5	8	Nos malades méritent une prise en charge meilleure.
-	6	9	Mauvaise administration.
-	7	10	Harcèlement administratif.

جدول رقم (10-14): الحالة رقم 14

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
-	1	1	Manque de moyes.
-	4	2	Mauvaise prise en charge des malades.
-	2	3	Personnel fenian.
-	2	4	Personnel non qualifié.
-	3	5	Formation continue après plus de 3 ans de service !
-	6	6	Problème avec l'administration.
-	7	7	Bureaucratie administrative.
-	5	8	En fin de compte c'est le malade qui paye.
0	5	10	Déséquilibre dans les salaires vis-à-vis : <ul style="list-style-type: none"> • Les autres spécialités • Etat – privé
0	5	11	C'est L'injustice الحقرة
0	5	12	Non récompensé

0	5	13	L'effort fourni est important par rapport à la récompense
-	19	14	Réclamation abusive des paramédicaux
-	20	15	بومهنّي:
-	20	15	<ul style="list-style-type: none"> • non-respect réel des consignes médicaux • Manque de sérieux (paramédicaux)
-	17	16	personnel non qualifié surtout ATS
-	8	17	Administration non coopérative
-	7	18	Affectation du personnel se fait بالمعارف ISP et ATS
-	21	19	Manque d'équipe de maintenance efficace
-	12	20	أشخاص غير مناسبين في أماكن عمل حساسة
-	1	15	Equipe médicale non motivée
-	10	21	Equipe paramédicale non motivée
-	2	22	Manque d'effectif médical (spécialiste)
-	3	23	Médecins généralistes : Non qualifié Il s'en fuit de la responsabilité
-	2	24	on n'a jamais bénéficié d'un stage.
-	1	25	Coté scientifique zéro (0) aucun progrès !

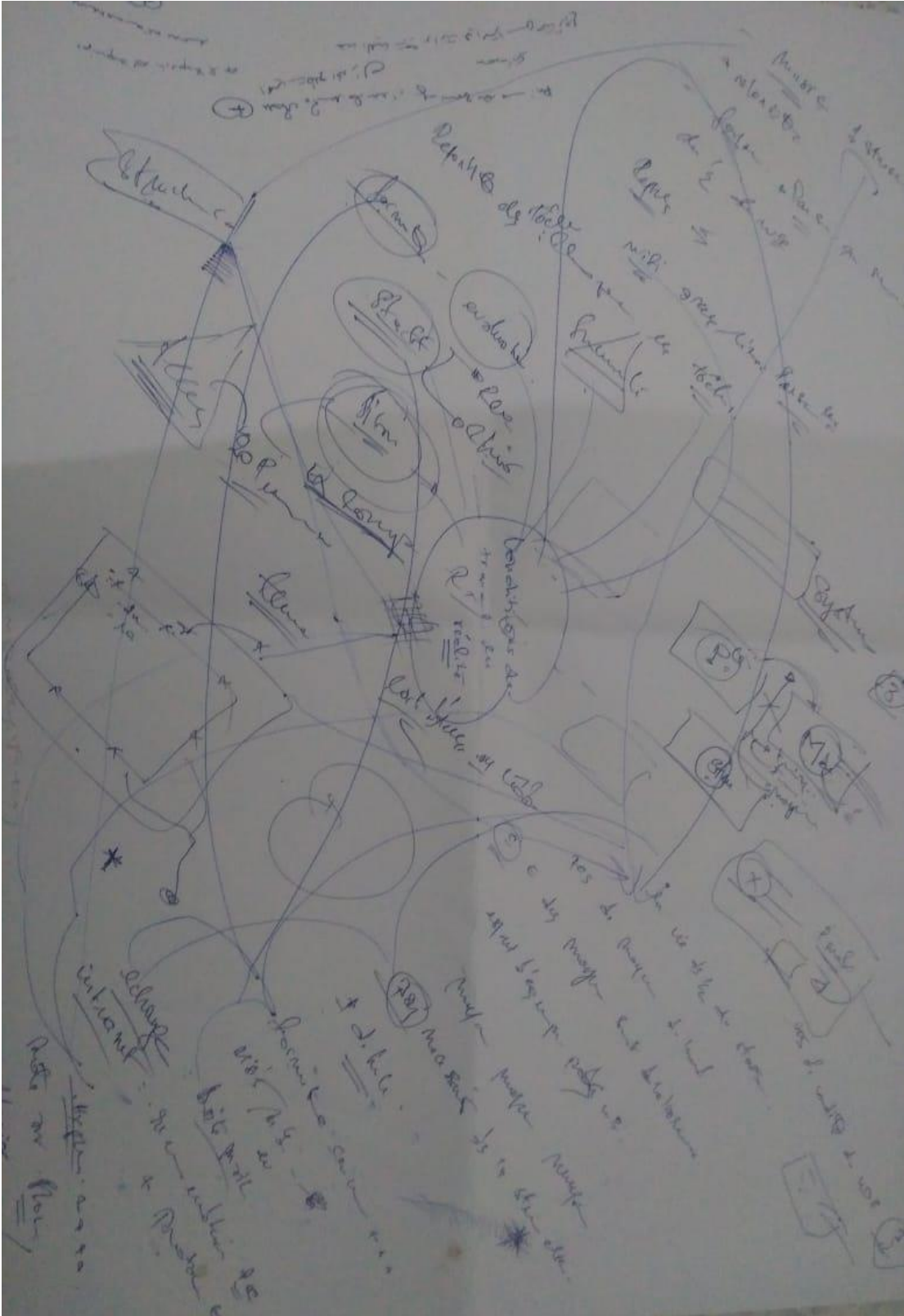
جدول رقم (10-15): حالة رقم 15

Cn	NI	NA	العبارات المُتداعي بها
+	2	1	Équipe des médecins spécialistes du même service <ul style="list-style-type: none"> • Très bonne entente • Bonne collaboration
+	2	2	Médecins des autres services (spécialistes) : y'a une certaine collaboration ; pas mal !

-	3	3	Médecins généralistes : <ul style="list-style-type: none"> • Souffrance. • Vue l'absence de l'expérience • En plus ils cherchent toujours la couverture par les médecins spécialistes.
-	1	4	Infirmiers: <ul style="list-style-type: none"> • QUELQUES UNS Bien impliqués dans leurs taches. • LA MAJORITE: « Catastrophiques » • La majorité des ATS et le déficit apparait très bien devant l'urgence, et devant les malades qui nécessite une prise en charge appropriée.
-	2	5	Retentissement négatif sur le rôle dans la société.
-	6	6	Beaucoup d'obstacles pour le développement coté professionnel
-	8	7	Si on dit vie privée c'est le désordre et l'anarchie
-	3	8	le risque de poursuite judiciaire qui constitue une menace permanente devant chaque cas
-	9	9	Humeur changeante avec retentissement des évènements professionnels sur le comportement social en vie privée
0	10	10	Préférer rater des événements sociaux (fêtes, invitations,...) par prétexte d'être fatiguée pour mieux récupérer
-	2	11	Charge de travail
-	1	12	Manque du matériel
-	1	13	Tableau technique non adapté
-	3	14	Pas de sécurité
-	2	15	La médecine dans le monde se développe et nous on recule vers l'arrière ce n'est pas normale !
-	1	16	Aucun progrès scientifique !

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة التداعيات

شكل رقم (06): حالة تداعي خام قبل نقلها إلى الجدول



المصدر: حالة تداعي أحد الأطباء المختصين

❖ ثانيا: التحليل الفئوي (L'analyse catégorielle des associations)

الهدف: تهدف هذه الخطوة أساسا إلى تبويب العبارات المتداعي بها ضمن محاور يطلق عليها فيما بعد: "مكونات التصور"

تميزت التداعيات بالغزارة في سرد الكلمات والعبارات، وقد بلغ العدد الإجمالي لها ثلاثة آلاف وستمائة وثمانية وثلاثون كلمة (3638) مقسمة على ثلاثمائة وستة عشر فكرة (316)؛ منها ما اشتهبه ومنها ما اختلف، ومنها ما هو بين ومنها ما هو متشابه. وقد واجهنا تحدي تصنيف كل هذه التداعيات إلى مجموعة من المحاور بلغ عددها الإجمالي تسعة عشر محورا (19)؛ أين كان المعيار الوحيد في عملية التصنيف هو الحقل الدلالي لمختلف الكلمات والأفكار. وعلى الرغم من وجود عدد معتبر من التقاطع في الأفكار إلا أننا حاولنا فرزها بالاعتماد على مختلف الشروحات المقدمة -في نهاية تحصيل كل شبكة للتداعي- من قبل أفراد العينة حول الحقل الدلالي لكل التداعيات -دون استثناء-. لذا فإنه من البديهي أن القارئ قد يختلف معنا في تصنيف بعض العبارات التي قد تبدو لها قابلية الانتماء إلى أحد الفئات دون الأخرى مما يشكك في مصداقية التصنيف؛ والتي تعتبر -أي مرحلة تصنيف التداعيات- أهم مرحلة من مراحل تحليل المحتوى بحكم أنها القاعدة الأولى لبلوغ المراحل التي تليها، وأي خلل في إرساء هذه القاعدة يؤدي بالضرورة إلى الإخلال بكل ما سيليه من تحليل كمي وكيفي للموضوع.

وعلى سبيل المثال لا الحصر عن العبارات المتشابهات (ambiguë)؛ نذكر:

مثال رقم 1:

" Le non savoir des administrateurs du développement de la science reste un obstacle pour notre développement."

قد يبدو للقارئ أن مكان هذه العبارة الطبيعي ضمن محور "حواجز في المسار المهني ومشكل التكوين المتواصل"، بحكم أنها "قد" تؤدي إلى معنى الحواجز التي يواجهها الطبيب المختص من أجل ترقية مستواه العلمي؛ ولكن الحقل المعنوي لها "حسب الشخص المتداعي" يندرج ضمن عجز الإدارة

في توفير متصرفين إداريين يتميزون بالكفاءة المهنية المطلوبة من أجل التسيير الحسن، ومنه تم إدراجها (أي العبارة) ضمن محور: "إدارة صماء ومعرقة".

مثال رقم 2:

« Le recrutement des ATS qui occupent des postes d'infirmiers dans les services d'urgences met la vie des malades en danger. »

تم إدراج هذه العبارة ضمن محور "وجوب إعادة النظر في سياسة الصحة للبلاد" على الرغم من انه يتقاطع مع المحاور: "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء"، "افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاء المطلوبة"، "إدارة صماء ومعرقة".

مثال رقم 3:

« Le manque de plusieurs médicaments d'urgence ce qui met la vie des malades en danger »

هذه العبارة محل تقاطع بين محوري "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء" و "نقص في المعدات الطبية والوسائل"، وقد تم إدراجه ضمن محور "نقص في المعدات الطبية والوسائل".

مثال رقم 4:

« La nouvelle politique des CHU qui refuse de prendre en charge les malades lourds qui ne peuvent pas être suivi à notre niveau »

هذه العبارة محل تقاطع بين مجموعة من المحاور: "وجوب إعادة النظر في سياسة الصحة للبلاد"، "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات"، "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء"، "نقص في المعدات الطبية والوسائل"، وقد تم تصنيفها ضمن محور "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات" حسب الشخص المتداعي.

نكتفي بهذا القدر من الأمثلة، و ننتقل إلى تفسير هذا الغموض والاختلاط الملحوظ بين الألفاظ والعبارات في حقلها الدلالي الواسع و الذي نرجح أنه ناتج عن كثرة التقاطعات بين الأفكار والتشابك فيما بينها سواء بحكم السببية أو بحكم الاشتراك والتداخل الكبير في المجال المفاهيمي والمجال الواقعي، و تجدر بنا الإشارة إلى الكم الهائل من العلاقات التي أنشأها أفراد العينة بين التدايعيات المنتجة؛ و التي بلغ عددها الإجمالي خمسة آلاف و سبع و ستون رابطا(5067) مما يدل على التماسك الشديد بين مختلف العناصر المشكلة لبنية التصور الاجتماعي لموضوع جودة الحياة المهنية و الذي يعتبر موضوعا غنيا جدا بالأبعاد و المؤشرات.

وفيما يلي سنقوم بعرض مختلف المحاور الناتجة عن "التحليل الفئوي" لمحتوى شبكة التدايعيات وعددها: تسعة عشر فئة (19):

1-ظروف عمل معرقة (نقص في المعدات الطبية والوسائل): تحتوي هذه الفئة على مجموعة

كبيرة من المؤشرات الدالة على معاناة حقيقية للطبيب المختص من أجل ممارسته المهنية والغضب الدفين الناجم عن هذا الخلل والذي يجعل من مستشفياتنا في ذيل قوائم الترتيب فيما تعلق بمعايير الجودة.

وقد برزت من بين هذه الظروف المعرقة الفئة الجزئية: "نقص في المعدات الطبية و الوسائل" والتي احتلت نسبة 90% منها، لذا قمنا بحصر تلك الظروف في محور "نقص الوسائل والمعدات" أثناء معالجتنا للمعطيات في كثير من الأحيان، حيث أشار الأطباء إلى: جدول تقني غير مكيف، عتاد طبي وتكليف لا يفي بمتطلبات العمل منه ما كان في غير محله و منه ما كان ذو حالة مهترئة ونوعية رديئة، عجز في الصيانة خاصة فيما يتعلق بالتجهيزات الطبية، عجز في توفير التحاليل والاشعة التشخيصية اللازمة وفي الوقت المناسب، التقشف في اقتناء الأدوية التي تعتبر حيوية جدا ومن غير المعقول انقطاعها نظرا لأهميتها في إنقاذ الأرواح البشرية وخاصة في الحالات الاستعجالية...

وهذا لا ينفي وجود الفئات تحتية الأخرى طبعاً و التي لم نقم بإهمالها هي الأخرى، نذكر منها(بعض المؤشرات): نوعية رديئة لوجبات الإطعام التي يستفيد منها الطبيب أثناء عمله، عدم

توفر وسائل المواصلات من و إلى العمل وكذا عدم توفر المؤسسات الاستشفائية على سكنات وظيفية والتي تعتبر من بين حقوق الطبيب المختص، و نشير في هذه النقطة بالذات إلى أن ولاية أم البواقي من بين الولايات التي تسجل عجزا كبيرا في إسكان أطبائها أو عدم تهيئتها بالمستوى الذي يتطلع إليه الأطباء... إلخ، وغيرها من المؤشرات التي توحى بكارثية هذا الجانب مما يؤدي إلى المعاناة المزدوجة للطبيب والمريض على حد سواء.

ونشير إلى ان الفئة التحتية المتعلقة بنقص المعدات الطبية والوسائل قد تحصلت على وسيط ظهور " 1" بالإضافة على رقم أهمية " 1"، ونظرا لأننا أدرجنا الفئات الجزئية ضمن محاور جامعة تم تراجع هذه الفئة قليلا، وقد احتوى هذا المحور -على الرغم من تراجعه قليلا في ترتيب الأهمية والظهور- على أكبر قدر من التدايعات مقارنة مع بقية المحاور الأخرى، وما يثير إلى الانتباه أن كل الحالات دون استثناء أنتجت عبارات تنتمي إليه مما يدل على انتشاره الواسع بين الأطباء المختصين؛ وهذا ما يرشحه لمكانة المركزية ضمن نظام التصور. وفيما يلي عرض لمختلف العبارات المتداعي بها التي نعتقد أنها قد تنتمي لهذا المحور:

*Pas de moyens de bord

*Manque de moyes.

*Moyens de lux ! je préfère le silence !

*Manque de moyens de bord

*MOYENS MOYENS

*Nécessaire dans le travail comme l'échocardiographie ça va aider

*Manque de matériel médical

*Manque de monitoring

*Manque de moyens d'anesthésie d'actualité (échographe, ...)

- *Catastrophiques.
- *Manque de lits suffisants pour prendre en charge tous les malades.
- *Absence d'intranet : recommandations de prise en charge + les protocoles
- *Absence de wifi avec accès libre au personnel
- *Manque de plateau technique.
- *Le manque de plusieurs médicaments d'urgence ce qui met la vie des malades en danger.
- *Malheureusement dans notre hôpital, les conditions de travail sont médiocres.
- *On souffre beaucoup de manque des moyens et de plateau technique.
- *Les conditions de travail sont mauvaises
- *On n'a pas de moyens
- *pas de moyens on ne peut rien faire
- *Pour les appels aux services on ne trouve même pas un thermomètre !!!
- *Infernales
- *Manque de matériel.
- *On se trouve dans des zones muettes des fois face à des situations de manque de matériel important.
- *Conditions de travail très difficiles
- *Travail pénible.
- *Manque de moyens de bord.

*Manque de moyens de transport des malades.

*Equipement médiocre (+++)

*L'absence d'une canule de Guidel peut tuer un malade.

*Un bon plateau technique veut dire un bon contrôle de travail et une bonne prise en charge pour les malades et moins de stress pour nous.

* Prendre en charge un malade avec le très peu de matériel peut aboutir à (fleche) la perte des vies humaines malgré l'effort.

*la seule différence entre nous et l'étranger c'est bien les moyens, c'est malheureux !

*on souffre de manque de moyens sur place.

*l'absence d'une canule de Guidel peut tuer un malade.

*المشكل الأول les moyens باه تخدم ما كانش: scope , laryngoscope, respirateur

Rx thorax numérique ما كانش

*Pas de conditions de travail

*Manque de service de réanimation médicale et de soins intensifs.

*Manque de service de réanimation pour une meilleure prise en charge des malades et leur suivi.

*Manque d'SSPI (salle de soins post interventionnel).

*أنا بداية كطبيبة إنعاش وتحديد نمارس مهنتنا في ظروف سيئة للغاية في ظل غياب الظروف المريحة للعمل أهمها نقص المعدات والوسائل اللازمة للتكفل المثالي بالمريض.

*الفقر المدقع.

*التقشف التقشف التقشف.

*ما كانش

*ما كاين والو ماهم موفرين والو

*مكتفين يدينا *ما كان والو

*Les moyens de bord ما كانش و الله مايتسعاو.

*Toujours ماكانش

*Vu les conditions de travail تحسي بالغضب العارم، كنا قادرين نكونوا خير من هكا.

*مثال آخر عن نقص الأدوية: le penthotal le لازم في عمليات التخدير و حتى في الحالات الطبية مثل حالات الصرع، l'état de mal épileptique،

sédation d'un malade en réanimation

فأحيانا لا نجد حتى ما نضعه في هذه الحالات فلجأ إلى أدوية بديلة ليست بنفس المفعول مما يؤثر علينا وحتى على المريض.

*نضطر أحيانا إلى وضع كلمة "لا يوجد" « manque » أمام دواء يلزم لإنقاذ مريض penthotal, lénital, cordarone, ...

ضف إلى ذلك مثلا متطلبات بسيطة و فيها فائدة للجميع كجهاز l'échographie الذي تطلب منا سنوات و ليس فقط أيام للانتظار و لم نحصل عليه إلى حد الساعة، هذا الأخير يسهل كثيرا عمليات التخدير الموضعية و بكميات أقل للمخدرات الموضعية، زد التقليل من ألم المريض.

*On veut que les bilans seront à temps et fiables et ça n'existe pas malheureusement.

*La qualité des explorations est très importante +++.

*Pour avoir des examens complémentaires de qualité il faut un matériel disponible et fiable (résultats exacts et à temps).

*Manque de moyens d'exploration.

*Manque de bilans et de paramètres d'exploration biologique.

Tableau technique non adapté

Manque du matériel

Manque de moyens de bord

Moyens de lux ! je préfère le silence !

Manque de moyens.

* laborieux

*Plateau technique non adapté

*Matériel ancien : entretien non fait ou fait par des gens incompétents par manque de formation en matière de matériel médical.

*Ainsi que la politique du pays, on choisit toujours le moins disant pour les soumissions ce qui aboutit obligatoirement à l'acquisition de matériel de mauvaise qualité. Ainsi que la maintenance du matériel.

*On travaille qu'avec les moyens très anciens.

*Bricolage

*médiocre.

*نخدموا ب le strict minimum زيدلو le bricolage و اللي تلقاه disponible راهو non . fonctionnel

*équipement médiocre+++.

*Manque d'entretien du matériel.

*Les gens de maintenance sont incompétent.

*Pas d'entretien ! les agents ne savent pas entretenir le matériel de réanimation et d'anesthésie.

*Le matériel endommagé est à jeter malheureusement parce que pas d'entretien !

*Manque d'équipe de maintenance efficace

*Matériel à jeter.

*Logement de fonction خربة

*On n'a pas un logement de fonction ! ماكانش!

*Tu habites à distance de 50 km et sans moyens de transport

*رانا عايشين في دولة وين transport ماكانش

*Transport commun de telle sorte que tout le personnel pourra rejoindre son poste de travail à 8 h, on n'a pas !

*تخدم تخدم تخدم و من بعد تلقى عدس بارد و زوج عظمت (02 حبات بيض)

*C'est pas normal عايش في خربة و تاكل في الصبة

*Manque de restauration de qualité et en quantité.

*La restauration فيها و عليها

2-عجز في توفير أفضية الراحة: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على المعاناة

الكارثية للطبيب المختص في إيجاد راحته في العمل من غياب مساحات للراحة وعدم تهئية غرف

المناوبة، والوضعية الكارثية المثيرة للانتباه هي عدم تهئية المراحيض - حسب إحدى الحالات من

بين ال15- مما يؤدي إلى المساس بكرامة الطبيب كإنسان قبل أن يكون طبيبا! وفيما يلي نذكر

العبارات المتداعي بها:

*Manque d'espace de détente

*Manque de chambre de garde bien équipée et de restauration au cour du travail de nuit (durant la garde).

*On a passé tout l'hiver avec une fenêtre qui ne se ferme pas.

*Les climatiseurs on vient de les recevoir ça fait pas longtemps.

*Pas de l'eau dans les sanitaires (toilettes) ; si tu réclame il te dit pas d'agent de maintenance. Dans la nuit surtout, si tu veux partir chez toi et faire tes besoins physiologiques pas possibles ! si tu veux la garder jusqu'au matin pas possible ! tu vois ??!!

*confort du personnel n'en parlant pas (flèche vers le bas).

*Manque de moyen de détente pour le médecin (foyer, ...) surtout au cours des gardes.

3-نقص النظافة الصحية داخل المستشفى: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من العبارات الدالة

على نقص النظافة الصحية داخل المستشفيات:

*Manque d'hygiène

*Manque de tenues jetables au bloc.

*Les tenus de services jetables, disponibilité dans le service, le principe c'est l'hygiène.

*Manque d'hygiène---

*Manque d'hygiène et des conditions d'asepsie au niveau du Bloc opératoire.

*Manque d'hygiène au niveau des sanitaires.

*Manque de propreté.

4- عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات

الدالة على عدم مطابقة الأبنية لطبيعة عمل المصالح بالإضافة إلى اهترائها، وفيما يلي نذكر العبارات الدالة على ذلك كما أنتجها أصحابها:

*Structure hospitalière complètement détruite (fuite, rats, ...)

*Hôpital très ancien qui nécessite une rénovation ainsi que les salles opératoires.

*Les hôpitaux) قدم anciens(

*Pour l'environnement du travail ; structure inadéquate pour la réanimation médicale et chirurgicale et même le déchoquage.

*Espace insuffisant.

*On dirait qu'on travaille dans une ... خربة

*On veut travailler dans une structure appétissante.

5- غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات

الدالة على غياب الأمن في المستشفيات، وفيما يلي العبارات المتداعي بها ضمن هذا السياق:

*يشغلنا مشكل الأمن في المؤسسة.

*La sécurité منعدمة تماما

*Absence de sécurité

*On ne peut pas travailler dans un milieu sans être sécurisé, ça influe la qualité de travail.

*Manque absolu de la sécurité (insécurité totale).

*La sécurité n'en parlant pas, ils peuvent vous frapper facilement et si tu appelles l'agent de sécurité vous trouvez qu'il souffre du même problème, et si vous appelez la police, ils vous proposent de déposer une plainte et ça veut dire !!! تبقى جاي و رايح عليهم

*pas de sécurité.

6- نقص في أعداد الطواقم الطبية وشبه الطبية وافتقارها إلى الكفاء المطلوبة: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على النقص المسجل في أعداد الاطعم الطبية (الأطباء العامون) وشبه الطبية، وقد شكل نقص الكفاءة وعدم التحلي بروح العمل وغياب الضمير المهني وعدم احترام التعليمات لدى هاتين الفئتين حيرة وانشغال الأطباء المختصين. بالإضافة إلى بعض المؤشرات الدالة على ارتفاع روح الفريق، وفيما يلي نذكر العبارات المتداعى بها في هذا السياق:

*Ni le nombre

*Manque de personnel qualifié.

*Manque de personnel expérimenté et même en nombre.

*Manque des TSS (TECHNICIEN SUPERIEUR EN Santé) informé en anesthésie et réanimation et soins intensifs pour faciliter le travail.

*Au cours du travail de prise en charge des malades parfois graves ; en détresse vitale ou brulées on ne trouve pas parfois la coopération du corps médical et paramédical.

*Ni personnel qualifié

*Absence de sens de responsabilité chez les gens de l'entourage (médecins généralistes et infirmiers)

*Le médecin généraliste il te passe la tache, quad il travaille tu sens qui exécute sans qu'il pense et c'est tout.

*Notre travail besoin de la communication avec les AMAR (auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation), les infirmiers et les médecins, les malades, des fois cette communication est impossible.

*كي تكون كايبة l'entente الخدمة تكون agréable و الحمد لله.

*L'entente dans l'équipe de travail c'est le seul point positif dans les conditions de travail.

*يشغلنا عدم وجود أشخاص ذوي كفاءة للتكفل بالمرضى في الحالات الحرجة (ممرضين خاصة)

*L'esprit d'équipe pendant le travail est moyen.

*Je me sens seule devant un malade dont le pronostic vitale est mis en jeu.

*Pas d'échange par boîte mail par exemple

*Le staff est très important : pour voir les problèmes entre réanimateurs et chirurgiens ; pour collaborer.

*équipe des médecins spécialistes du même service, très bonne entente, bonne collaboration

* Médecins généralistes :

Souffrance.

Vue l'absence de l'expérience

En plus ils cherchent toujours la couverture par les médecins spécialistes.

* Infirmiers:

QUELQUES UNS Bien impliqués dans leurs taches.

LA MAJORITE: « **Catastrophiques** »

La majorité des ATS et le déficit apparait très bien devant l'urgence, et devant les malades qui nécessite une prise en charge appropriée.

*Médecins généralistes :

Non qualifié

Il s'en fuit de la responsabilité

* Equipe paramédicale non motivée

*Equipe médicale non motivée

*Personnel ignorant.

*بومهي.

*non respect réel des consignes médicaux

*Manque de sérieux (paramédicaux)

* personnel non qualifié surtout ATS.

* Personnel fenian.

* Personnel non qualifié.

* Des infirmiers non qualifiés.

* Personnel médical et paramédical ignorant.

*Réclamation abusive des paramédicaux

7-الضغط المهني: تتكون هذه الفئة من مجموعة من المؤشرات الدالة على حجم الإجهاد المهني

الذي يعاني منه الأطباء أثناء الدوام العادي أو أثناء المناوبة، مصادره التي نذكر منها نقص

الأدوية والمعدات اللازمة من اجل التكفل الأمثل بالمرضى، كمية العمل الزائدة، الالتزام النفسي

مع المريض، ...الخ، ونتائجه الجسدية والنفسية. وفيما يلي نذكر العبارات المتداعي بها في هذا السياق:

*stress

*stress

*On vit dans un milieu de stresse

*Nos obligations médico-légales mettent toujours le médecin face à des situations difficiles en face à des malades de réanimations qui nécessitent des prises en charge en urgence alors qu'on souffre de manque terrible de moyens. Chose qui nous cause un taux trop élevé de stresse et d'angoisse.

*Stress en continue.

*STRESS

*Le travail du médecin anesthésiste réanimateur est un travail plein de stresse.

*Des problèmes.

*Le stress, c'est le médecin qui assume.

*C'est le stresse chronique.

*C'est une spécialité stressante et en manque de moyens c'est encore plus.

*C'est un stresse en continue, déjà je suis déprimée.

*Je suis déprimée.

*C'est l'enfer.

*On vit le stresse dès la veille.

*Je me trouve plus à l'aise dès la veille.

*Le stress me débute dès la veille de mon travail et ne se diminue pas que lorsque j'avance le programme et je commence à travailler avec les malades.

*Rassuré par un collègue présent (stress partagé ++).

*Stresse. واش ندير؟؟؟

*Je me trouve seule devant un malade dont le pronostic vital est mis en jeu.

*Des fois la charge de travail et on se trouve dépassé !

*Des fois on souffre d'un engagement moral et affectif avec les malades, et on se trouve devant des situations de العجز par manque de moyens, chose qui nous augmente le stress.

*Répercussions physiques et morales sur le médecin ; on se trouve devant des malades potentiellement sauvables et on peut rien ajouter (flèche) ça fait mal au cœur (flèche) à répétition (flèche) c'est la dépression.

*Abus des malades (on reçoit un nombre très important des malades +++) pour un seul médecin surtout durant la garde sans que les responsables pensent à la santé de ce médecin, à ses capacités physiques et morales.

*La charge du travail : même médecin pour les étages, le bloc opératoire, la réanimation, le pavillon des urgences chirurgicales, la réanimation chirurgicale et parfois dialyse (++) (tout ça pour un seul gardien).

*On n'a jamais terminé à 16 heures comme les autres, sorte de stress !

La média* تحرش ف أولياء المرضى على الطبيب sorte de stress

*personnel à l'aise ; il peut donner/ personnel stressé ; il ne peut pas donner tout ce qu'il a.

*charge de travail.

*Stress.

*STRESS

*Stress en continue.

*تدي المريض معاك للدار في راسك، أنت مسلانك يتعوج وهو ما فوق الكراسي.

*هذا النقص يسبب لنا ضغطا زائدا.

8- إدارة صماء ومعرقلة: هناك مجموعة من المؤشرات الدلة على الفساد الإداري في التعاطي مع

تطلعات الأطباء المختصين وسوء التسيير، ونذكر من بينها: جهل المسيرين للمستشفيات

وتجاهلهم لمطالب الأطباء المختصين المهنية، التعسف في تطبيق القوانين وفرض السلطة واستغلال

المناصب في المحسوبية، سوء تسيير للمورد المالي والبشري على حد سواء، صمم الإدارة وعدم

إصغائها للتطور العلمي الحاصل في ميدان الصحة وتخليها عن إلكب الموسوم بالجودة وعدم

الاهتمام بأهمية القطاع الحيوية، كوارث في توزيع شبه الطبيين على المصالح،... إلخ. وفيما يلي

مجموع العبارات المتداعي بها التي تدرج ضمن هذه الفئة:

*Le responsable; Il s'en fiche de toi

*ما يهموش

*Administration : mauvaise gestion et qui n'a pas d'objectif pour l'intérêt du malade mais d'exercer son pouvoir sur le personnel médical et paramédical.

*Le non savoir des administrateurs du développement de la science reste un obstacle pour notre développement.

*L'administration ما تعاونكش.

*Je suis réquisitionnée pour remplacer une collègue malade (لا زم واحد ما يمرض).

*L'administrateur يدخل روجو في كل شي.

*On ne peut pas réclamer, si tu réclame l'administration te dit que t'es un membre qui ne travaille pas et tu perds ta prime de rendement.

*Au début on faisait des rapports lorsqu'il s'agit d'un manque de moyens ou d'une panne. Maintenant on ne fait pas. et ça sert à rien. au contraire tu sera visé et blâmé. Et pour eux (l'administration) tu bloques le travail et c'est tout. Fleche . on vous dit تعطيل في الخدمة ou تخريب أموال الدولة si tu réclame un appareillage endommagé.

*Agressions administratives

*Des fois ils nous obligent de pratiquer les gestes avec les moyens de bord.

*Un jour on nous a obligé (par pression) de faire un hémophile à notre niveau et par la suite on lui a évacué vers le CHU.

*Les pressions.

*Des fois les malades qu'on consulte ne peuvent pas être faisable à notre niveau et ils nous obligent par leurs pressions à les faire à les faire ici. Surtout les malades. تاع لمعارف.

*Les réquisitions normalement doivent se faire pour des urgences et des cas particuliers qui nécessitent une prise en charge particulière et non pour le programme et le froid.

*Moi personnellement je suis dans la septième garde et heureusement qu'on est dans la fin du mois. (normalement on ne dépasse pas les 06 gardes par mois).

*Ma collègue est réquisitionnée aujourd'hui pour remplacer une autre collègue qui est malade (en arrêt de travail).

*Administration irresponsable.

- *L'accrochage avec l'administration des fois.
- * Administration non coopérative
- * Bureaucratie administrative.
- * Mauvaise administration.
- * Harcèlement administratif.
- * Problème avec l'administration.
- * Bureaucratie administrative.
- *La rupture de l'eau dans le bloc opératoire et on se trouve obligé d'utiliser le sérum salé isotonique pour le lavage. Le sérum salé de 500ml coute entre 130 et 150 DA et un réservoir d'eau de plus de 2000 l coute moins de 2000 DA, donc si on parle de l'économie vous voyez ?
- *Anarchie totale.
- *C'est la mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles pourtant l'Etat nous donne des milliers des milliards.
- *C'est la mauvaise gestion des DSP et des directeurs des établissements de santé.
- *Anarchie totale.
- *Visite des malades mal organisée
- *Pour l'accès : on veut que sa sera organisé pour tout le monde et sans exception.
- *Il faut fermer la porte pour qu'on puisse travailler tellement الفوضى.
- *Organisation interne de l'établissement non adaptée.

*Affectation du personnel se fait بالمعارف ISP et ATS

*أشخاص غير مناسبين في أماكن عمل حساسة.

9- حواجز في المسار المهني للطبيب المختص: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على: قلة فرص التكوين المتواصل و ربطها ببعض الشروط التعجيزية احيانا أو انعدامها في مؤسسات أخرى، التراجع العلمي نظرا لعدم تحيين المعلومات، التخلي عن جزء مهم جدا من مهنة الطبيب المختص، وفي حال التكوين المتخصص واكتساب الكفاءات والمهارات اللازمة كمجهود شخصي متميز يتم عرقلة الطبيب المختص بالاصطدام مع واقع التقليص من هامش ممارسته ومحدودية نشاطه نظرا للنقص الفادح في الإمكانيات وعدم تطابق الملمح مع ما هو متوفر، مما يشكل خسارة فادحة بالنسبة للقطاع الصحي و للشعب الذي يتم حرمانه من جودة الخدمات الصحية المجانية، في الوقت الذي يمتلك القطاع كفاءات لها سمعة وطنية في الطب المتخصص،... كل هذه المؤشرات وغيرها تؤدي إلى التراجع بدل التقدم في المسار المهني. وفيما يلي مجموع العبارات المتداعى بها:

*Pas de formation continue malgré qu'elle est très importante +++

*Le médecin ne bénéficie pas de la formation continue alors que c'est essentiel pour le développement de notre métier.

*Dans notre spécialité on devrait faire des formations continues et des stages, chose qui n'existe pas à notre hôpital. Sachant qu'on a un manque énorme concernant les moyens et les techniques nouveau.

*Dégradation de niveau, aucune progression scientifique.

*J'ai subi une formation par mes propres moyens, j'ai payé 10 millions pour ne rien faire vu le manque de moyens !

*La formation continue ! ماكانش

*Concernant le coté scientifique ; manque de formation pour tout le personnel médical et paramédical et surtout paramédical (flèche) cela rendre le travail du MAR plus difficile, et même chose pour les médecins généralistes.

*Beaucoup d'obstacles pour le développement coté professionnel

*Formation continue après plus de 3 ans de service !

* Formation continue ; PAS.

*Formation et stages _.

*la médecine dans le monde se développe et nous on recule vers l'arrière c'est pas normale!

*aucun progrès scientifique !

* on n'a jamais bénéficié d'un stage.

*Coté scientifique zéro (0) aucun progrès !

* تخلينا عن جزء كبير من مهنتنا فقط بسبب نقص الإمكانيات التي وجدت بالضرورة لتسهيل التكفل الأمثل بالمريض.

*L'ALR écho-guidée, l'ALR chez l'enfant, la périurale analgésique et anesthésique (obstétricale, thoracique et même lombaire simple)

*On ne travaille pas la réanimation et notre spécialité s'arrête au bord d'un malade ventilé ! on ne travaille que l'anesthésie.

*On ne fait pas de protocoles, vu le manque de moyens on travaille avec un seul protocole pour tous les malades ; chose qui n'est pas normale !

*Manque des aiguilles de rachi qui nous oblige à changer la technique de choix pour le malade. Et ça me gêne beaucoup moi je ne vous cache pas. Et

même ça pourra retentir sur la santé du malade. Et c'est malheureux qu'on se trouve obligé de prendre ce risque.

10- عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على النوعية المتدنية لجودة الخدمة الصحية المقدمة للمستهلك (المريض)، والعجز عن تقديم العلاجات اللازمة والاصحح والمطابقة للمعايير -على الرغم من الجهود المبذولة-، والتي تعتبر تحصيلًا حاصلًا للعجز المادي والتنظيمي للمستشفيات في خلق مكان يتم فيه التقاطع بين أهداف المرضى في تلقي الخدمات الصحية الجيدة و أهداف الأطباء في العمل على مستوى مؤسسات تسمح لها بتحقيق ذاتها من خلال تقديم أفضل ما لديها من كفاءات، وفيما يلي العبارات التي تم التداعي بها في هذا السياق:

*En résumé on n'est pas en train de donner les meilleurs thérapeutiques et techniques pour le bien de nos malades ainsi pour le confort et pour notre sécurité.

*On est loin de tout

*On est très loin des normes

*C'est une spécialité de moyens. La disponibilité des moyens veut dire le confort aux malades et le confort aux MARs (médecins anesthésistes réanimateur), chose qui n'existe pas.

*C'est une souffrance partagée, souffrance des malades, souffrances des parents de malades et souffrance de nous entant que médecins en déficit par manque de moyens pour une prise en charge adéquate et meilleure.

*ساطر ربي

*Confort des malades kif kif, donc médiocre !

*la qualité des soins est médiocre vu le manque et c'est malheureux, c'est vrai qu'on est entrain de faire le mieux mais ça reste très loin de la qualité.

*تحسي بلي المريض يستاهل une prise en charge خير من هكا.

*Prendre en charge un malade avec le très peu de matériel peut aboutir à (fleche) la perte des vies humaines malgré l'effort.

*Musique pour diminuer le stress et pour une relaxation.

*Les jeux et la musique dans les couloirs.

*Psy nécessaire dans la structure pour le personnel et les malades.

*Mauvaise prise en charge des malades.

*Nos malades méritent une prise en charge meilleure.

* Mauvaise prise en charge des malades.

*En fin de compte c'est le malade qui paye.

11- غياب الثقافة الصحية الشعبية: تتكون هذه الفئة من مجموعة من المؤشرات الدالة على

غياب الوعي الصحي، قلة الاحترام لشخص الطبيب المختص، تغييب دور الإعلام الهادف في

توعية الشعب وفي المقابل زرع الفتن بينه (أي الشعب) والطبيب وتأليب الراي العام على حملة

المآزر البيضاء عموما بطريقة لا أخلاقية. وفيما يلي مجموعة من العبارات المتداعي بها في هذا

السياق:

*Tu reçois un malade avec 20 personnes accompagnateurs.

*Tu reçois un malade, un seul malade avec 20 accompagnateurs !!!

*نعاني كثيرا من تجاوزات لفظية من مرافقي المرضى التي قد تصل أحيانا كثيرة إلى اعتداءات جسدية خصوصا في مصالح

الاستعجالات.

*Les agressions physiques et psychiques par les accompagnateurs des malades et c'est le médecin qui assume.

*Il y'a des cas là où les parents ont frappé le personnel.

*Le contact avec les malades et leur accompagnateur est très difficile voire même impossible des fois !

*Manque d'éducation يضرب في الطبيب وهو ما فرحانين بيه

*الشعب متخلف يشعر بالانجاز كي يتقابض (يتشاجر) مع الطبيب

*Des malades mentent sur le médecin, et ils cachent la vérité de leurs états de santé !!!

*المريض يبقى مريض و لكنهم يكذبون علينا أحيانا. قول لي رجاء كيف يمكنك معالجة انسان وهو يكذب؟

12- تعويض غير عادل (الأجر): تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على عدد

كبير من النقاط السلبية والتي تندرج عموما ضمن خانة عدم الرضا عن الاجر غير العادل في مقابل الجهود المبذولة، الفئات الاخرى والتعويض في القطاع الخاص، مع بروز نقطة إيجابية وحيدة وهي "منحة المنطقة". وفيما يلي مجموع العبارات المتداعي بها ضمن هذا السياق:

*La prime de zone c'est la seule chose positive.

*non rémunération des médecins spécialistes en anesthésie – réanimation.

*notre spécialité n'est pas rémunérée.

*Et même la garde n'est pas rémunérée

*malgré l'effort et le stress (flèche) (la paye est presque la même pour tous les médecins).

*Déséquilibre dans les salaires vis-à-vis :

- Les autres spécialités

- Etat – privé

*C'est L'injustice الحقرة

*Non récompensé

*L'effort fourni est important par rapport à la récompense

*Mode de travail, Horaires, travail de nuit, effort physique fourni important, Effort mental et intellectuel, Taches administratives, ... tout ça pour une non valorisation= تخدم باطل

*tu travailles avec les matières fécales, vomissements, crachats, sang, odeur fétides et puis il te donne ... زوج دورو

*On travaille hardly 1000 fois que les autres mais on est moins payé !

13- وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من

المؤشرات الرامية إلى ضرورة إعادة النظر في سياسة الصحة التي تعتمد عليها الجزائر واهما: تسييس القطاع و عدم تمكين كل فئات الشعب من الاستفادة من الخدمات الصحية بالتساوي على الرغم من الفقر المدقع الذي يعاني منه القطاع، بالإضافة إلى تنقل المسؤولين إلى طلب العلاج بالخارج؛ والذي يعتبر أكبر دلالة على عجز القطاع الصحي بالإضافة إلى غياب روح المسؤولية والرغبة في التغيير و إصلاح المنظمة الصحية للبلاد، و ذلك من منطلق "أنا وبعدي الطوفان"، بالإضافة إلى بعض المؤشرات الدالة على وجوب إعادة النظر في نظام التأمينات الصحية، إعادة هيكلة و تنظيم القطاع الصحي و وضع "المهني المناسب في المكان المناسب و بالعدد المطلوب". وفيما يلي العبارات المتداعي بها كما انتجها الافراد في هذا السياق:

*Système d'assurance Zéro (0)

*Système de santé défaillant.

*C'est des choses simples d'organisation

*Anarchie totale

*Le recrutement des ATS qui occupent des postes d'infirmiers dans les services d'urgences met la vie des malades en danger.

*C'est la mauvaise gestion puisque l'Etat donne des budgets. C'est la mauvaise gestion des DSP et des directeurs des établissements de santé.

*Les résidents ; ils ont raison. Ils vous envoient à la périphérie, là où il n'y a rien pour vous rendre paralysie.

*En bref, tout a été politisé dans ce pays.

Un citoyen c'est quoi. C'est la politique. Il ne faut pas que le citoyen réclame.

*Quand un citoyen ne connaît pas ses droits personne ne s'en fiche de lui (les autorités : le directeur, le DSP et le Wali). *Mais quand il s'agit de quelqu'un de leurs connaissances يقيموا عليه الدنيا.

* nos responsables se déplacent à l'étranger pour se soigner donc ils s'en fichent de nos hôpitaux.

*C'est tout un système de santé qui est à revoir et à refaire.

14- التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات

التي اختلفت ما بين التمني وواقع الحال؛ والتي ترمي في مجملها إلى نقص المردود الاجتماعي مقابل المردود المهني. وفيما يلي نعرض العبارات المتداعي بها ضمن هذا السياق:

*Une crèche dans l'établissement pour le personnel est très importante pour nous, la moyenne des âges du personnel est entre 18 et 40 ans.

*Retentissement négatif sur le rôle dans la société.

*Si on dit vie privée c'est le désordre et l'anarchie

*Humeur changeante avec retentissement des évènements professionnels sur le comportement social en vie privée

*Préférer rater des événements sociaux (fêtes, invitations,...) par prétexte d'être fatiguée pour mieux récupérer

* Enfants privés d'affection des parents.

* Diminution du rendement social

*تنوض على صباح ربي و ولادك لاصقين فيك.

15- أهمية وقيمة المهنة: تحتوي هذه الفئة على مجموعة المؤشرات الإيجابية وسط زخم المؤشرات

السلبية في مختلف الفئات الأخرى؛ والتي تدل على القيمة الإنسانية والنبيل على الرغم من

الصعوبات التي تواجه الطبيب أثناء استكمال له لرسالته مما يكسبه اعترافا واسع النظير واحتراما

من مختلف الفئات المهنية والاجتماعية. وفيما يلي مجموعة من العبارات التي وردت في هذا

السياق:

*يبدو في الواقع أن تخصصنا الطبي تخصص متعب وشاق، مرهق وأحيانا يسبب الكآبة ويأخذ من صحتنا

وأعصابنا بسبب الضغط الذي نعيشه، لكن في الواقع يكفي أن نرى الشخص الذي سعينا لمساعدته

أصبح بصحة جيدة، وتجاوز أزمته الصحية لنندرك معنى قوله تعالى: "ومن أحيائها فكأنما أحيانا جميعا".

قد يبدو في الواقع النقطة المضيفة في ظل كل هذا.

*Notre travail vise à annoncer la mort et la mort n'est pas une chose facile à accepter, donc il faut vraiment que le médecin soit flexible.

*Des fois même en absence de moyens le fait de sauver un malade شعور لا يوصف

*تحسي بلي درت فرق في حياة إنسان، بلي أحييت إنسان تاع موت و هذا إحساس لا يوصف صراحة.

*Présence des MARs au niveau des hauts plateaux (flèche) prise en charge des malades (les pauvres malheureux) (césariennes, polytraumatisés, IDM+++).

On ne cache pas que les gens de l'hôpital (médecins et paramédicaux) sont respectueux et ont un grand respect pour les médecins réanimateurs anesthésistes.

16- هاجس المسؤولية الجزائرية للطبيب: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على شعور الطبيب المختص بالتهديد من خطر المتابعات القضائية بالإضافة إلى الحمل الذي يعاني منه نتيجة لها في ظل تنامي ثقافة المتابعات القضائية وتفشي هذه الظاهرة لدى عموم الشعب الجزائري ضد الأطباء. وفيما يلي نذكر العبارات المتداعي بها ضمن هذا السياق:

*La responsabilité c'est le médecin qui assume.

*La population qui devient très difficile et accuse le médecin à tort et à travers.

*le risque de poursuite judiciaire qui constitue une menace permanente devant chaque cas.

* Responsabilité médico-légale des autres =0.

*Les poursuites judiciaires.

17- سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاء: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من المؤشرات الدالة على صعوبة القيام بعملية نقل وتحويل المرضى نحو المراكز الاستشفائية الجامعية في الإطار الاستعجالي والتي تعتبر من مصادر للضغط المهني للطبيب المختص، حيث تتعرقل هذه الإجراءات ويتم قطعها غالبا بسياسة الرفض لبعض الحالات والتضييق على بعض الحالات الأخرى كمنهج تتبعه هذه المراكز تجاه طلبات المستشفيات بولاية ام البواقي دون الأخذ بعين الاعتبار ضرورة تقديم الخدمة الصحية لمريض في حالة خطر. وفيما ينعم سكان الولايات

المجاورة التي تحتوي على مراكز استشفائية من الخدمات الصحية المجانية من أجل التكفل بمجالات تعتبر مشاهمة يتم إقصاء بعض مرضى ولاية أم البواقي من هذه الخدمة لأنهم خارج الولاية من منطلق "مركزية العلاج" في الجزائر. وفيما يلي مجموعة من العبارات التي تندرج ضمن هذا السياق:

*La nouvelle politique des CHU (centres hospitalo-universitaires) qui refuse de prendre en charge les malades lourds qui ne peuvent pas être suivi et pris en charge à notre niveau.

*Par fois on a des difficultés pour transférer les malades vers le CHU, c'est le refus qu'on reçoit comme réponse. *Sachant que certains malades nécessitent la prise en charge au niveau des CHU : réanimation ou services des soins intensifs.

*L'évacuation des malades est une sorte de stress pour nous, si nous avons les moyens et pourquoi risquer la vie du malade par l'évacuation.

18- تحديات ومشاكل المناوبة: توجد في هذه الفئة مجموعة من المؤشرات الدالة على التحديات

التي يواجهها الطبيب المختص أثناء المناوبات و المشاكل مثل: المناوبات الولاية التي تهدف إلى إسكات الشعب أكثر من توفير الخدمة الحقيقية بالتنوع المطلوبة مما يضع الطبيب المختص في حرج مواجهة الأعداد الكبيرة التي تتجاوز طاقاته في ظل غياب التغطية العددية الكافية من المختصين، بالإضافة إلى انقسام الطبيب الواحد بين نقطتين استعجاليتين تبعدان بحوالي 1 كلم أثناء المناوبة الواحدة مما يطرح ألف سؤال و سؤال عن الجهة التي تتخذ مثل هذا النوع من القرارات إن كانت لها أية صلة بالعلم أو بمعنى الإدارة للمنشآت الصحية أو حتى بمفهوم المصلحة الاستعجالية حقيقة؟ خاصة إذا تعلق الاستعجال بنقطة حاسمة في حياة المريض (quand le

(pronostic vital est mis en jeu) أين يستحيل أن يتم تلبية النداء في الوقت المناسب

بسبب ضياعه المتوقع في التنقل بين البنائتين اللتين يفصل بينهما أكثر من شارع. وفيما يلي

مجموع العبارات المتداعي بها ضمن هذا السياق:

*Les gardes wilaya nous posent un grand problème. Imaginez un point de garde wilaya avec un seul médecin anesthésiste réanimateur.

*La garde est assurée par un seul MAR entre deux établissements (deux points de garde différents maternité et l'hôpital) ! le temps perdu pour le déplacement entre les deux points de garde et vous imaginez si existe une extrême urgence dans les deux points de garde en même temps ! vous imaginez ???!

* des fois la garde wilaya orthopédie, gynécologie et pédiatrie (flèche) ça va diminuer les compétences du médecin.

19- نقص في الأطباء المختصين: تحتوي هذه الفئة على مجموعة من العبارات الدالة على النقص

المسجل في أعداد الأطباء المختصين على مستوى المؤسسات الاستشفائية للولاية:

*Manque de médecins spécialistes comme par exemple les cardiologues, néphrologues, médecins internistes.

*Manque d'effectif médical (spécialiste).

❖ **ثالثا: ترتيب المحاور حسب: النسب المئوية لكل محور، وسيطي الظهور والاهمية.**

الهدف: قمنا في هذه المرحلة بحساب النسب المئوية لكل فئة (مجموع عدد عباراتها) مقارنة بالمجموع الكلي للعبارات والمقدر بثلاثمائة وستة عشر (316) عبارة، حساب وسيطي الظهور ووسيط الأهمية لكل فئة بهدف التعرف على هرمية بنية التصور لموضوع بحثنا.

جدول رقم (11): ترتيب الفئات حسب نسبة التدايعات، وسيطي الظهور والأهمية:

MI	MA	(%)	مكونات التصور
4.5	9	28.17	ظروف عمل معرقلَة
4.5	10.5	12.34	إدارة صماء ومعرقلَة
3	11.5	10.75	نقص في أعداد الطواقم الطبية وشبه الطبية وافتقارها إلى الكفاء المطلوبة
3	9	10.12	الضغط المهني
2	9.5	6.32	حواجز في المسار المهني
4	8	5.37	عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء
9.5	31	3.16	غياب الثقافة الصحية الشعبية
3.5	12.5	3.16	تعويض غير عادل
5	17	3.16	وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد
8	8.5	2.53	نقص النظافة الصحية داخل المستشفى
8	9	2.53	التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة
3	14	2.21	غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى
4	13	2.21	عجز في توفير أفضية الراحة
5	9	2.21	عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير
3	18	1.58	أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص
6	11	1.58	هاجس المسؤولية الجزائية للطبيب
8.5	6.5	1.26	سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات
2	20	0.94	تحديات ومشاكل المناوبة
4.5	16	0.63	نقص في الأطباء المختصين

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة التدايعات

مفتاح: (%) : النسبة المئوية؛ MA (médiane d'apparition): وسيط الظهور؛ MI (médiane d'importance): وسيط الأهمية.

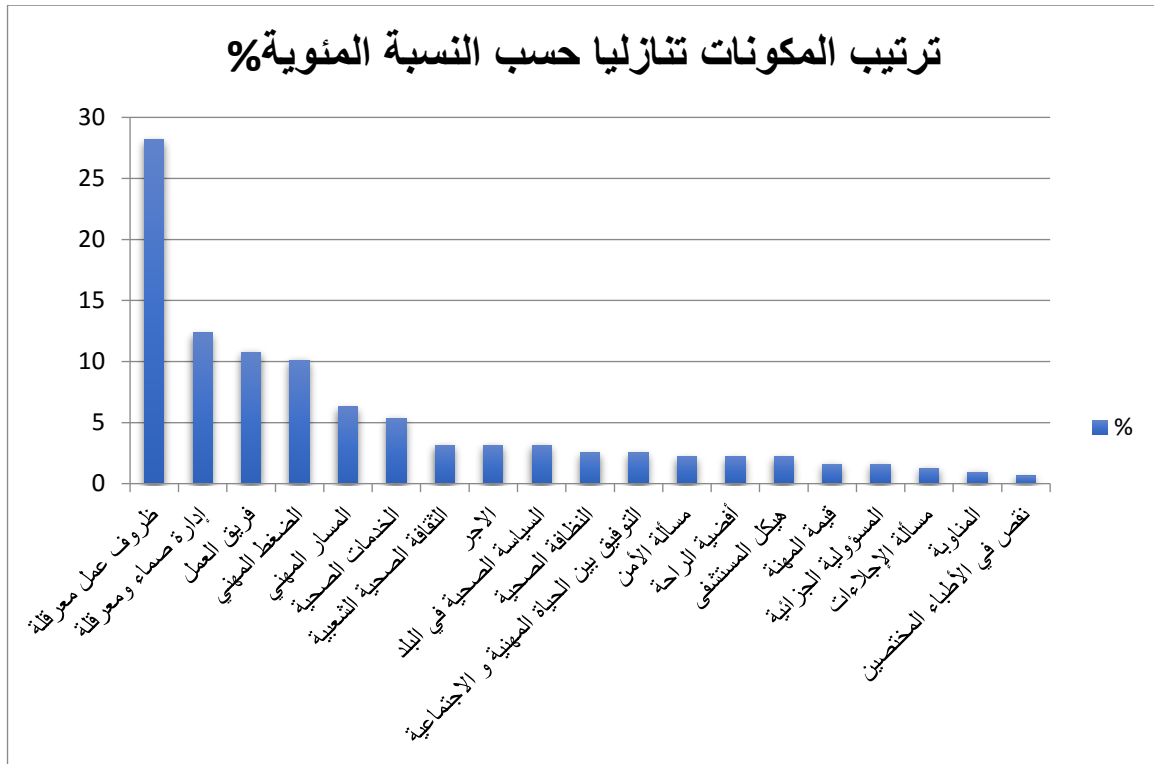
1. ترتيب المكونات حسب حجم المساحة التي تحتلها ضمن نظام التصور:

من خلال نتائج الجدول رقم (11) والموضحة في الشكل رقم (07) يمكننا تقديم القراءة التالية:
احتل محور " ظروف عمل معرقة" مركز الصدارة مقارنة بباقي المحاور الأخرى بفارق قوامه على الأقل 14% مقارنة بالمرتبة التي تليه مباشرة ؛ حيث حاز على نسبة مئوية قدرت بـ: 28.17% من اصل 316 عبارة تداعي، متبوعا بمحور "إدارة صماء ومعرقة" بنسبة مئوية قدرت بـ: 12.34%، ثم جاء في المرتبة الثالثة محور "نقص في أعداد الطواقم الطبية وشبه الطبية وافتقارها إلى الكفاء المطلوبة" بنسبة مئوية قدرت بـ: 10.75% ، أما المرتبة الرابعة فقد احتلها محور "الضغط المهني" بنسبة مئوية قدرت بـ: 10.12%، مما يدل على حيازة هذه المحاور على أكبر مساحة في تصور الأطباء المختصين لجودة الحياة المهنية مقارنة مع اقي المحاور الأخرى مما يرشح هذه المكونات إلى التموّج في مركز التصور.

فيما احتل كل من المحورين: "حواجز في المسار المهني" "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء" المرتبة الخامسة والسادسة على التوالي بنسب تتراوح بين 6.32% و 5.37% مساحة أقل ضمن التصور، ثم يأتي بعد ذلك بفارق ليس بكبير كل من المحاور: "غياب الثقافة الصحية لدى الشعب"، "تعويض غير عادل"، "وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد"، "نقص النظافة الصحية" ومحور "التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية" بنسب تتراوح بين 3.16% و 2.53%، مما يرشحها (المحاور السبع) للتوضع ضمن النظام المحيطي الاولي.

يأتي في المرتبة الثالثة من حيث المساحة ضمن التصور لموضوع بحثنا كل من المحاور المتبقية:
 "غياب جزئي أو كلي للأمن"، "عجز في توفير أفضية الراحة"، "عدم مطابقة هيكل و بناء المستشفى
 للمعايير"، "أهمية مهنة الطبيب المختص"، "هاجس المسؤولية الجزائية"، "سياسة المراكز الاستشفائية
 الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات" بنسب مئوية تتراوح ما بين 2.21% و 1.26%، لتليها مباشر
 كآخر عنصرين في القائمة بأقل النسب المئوية؛ 0.94% و 0.63% لكل من محوري "تحديات
 و مشاكل المناوبة" و " نقص في أعداد الأطباء المختصين" على التوالي، ما يشرحها (أي المحاور
 الثمانية) للتموقع ضمن النظام المحيطي الثانوي.

شكل رقم (07): ترتيب المكونات حسب المساحة التي تشغلها ضمن نظام التصور



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات شبكة النداعيات وباستخدام الـ EXCEL

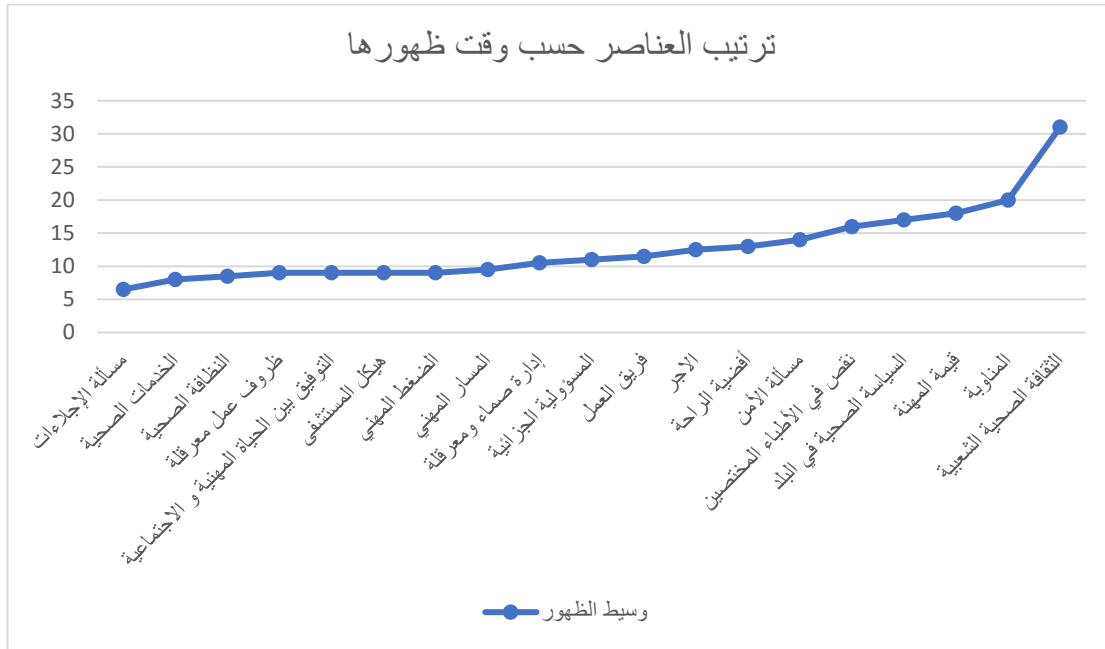
2. ترتيب العناصر حسب سطحيتها وعمقها ضمن نظام التصور:

تفسير الظهور:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) يمكن أن نلاحظ أن ترتيب العناصر الذي يعتمد على زمن الرجوع يختلف نوعا ما عن سابقه الذي يعتمد على معيار المساحة، لذا قمنا بالاستغناء عن وسيط الظهور واستبدلناه برتبة الظهور التي توافقه نظرا لعدم أهمية المدة الزمنية الفارقة بين عبارة وعبارة أخرى على الرغم من عدم تساوي المسافات، وقد تم على أساس ذلك ترتيب العناصر، إذ نلاحظ بروز بعض العناصر في الصدارة، و التي نرجح أنها غالبا ما تعبر عن العناصر التي طفت إلى سطح التفكير و تشغل معظم الأطباء المختصين والأوسع انتشارا في أوساطهم المهنية و المتمثلة في المراتب الثمانية الأولى و التي نرشحها لاحتلال مكانة ضمن النظام المركزي للتصور: "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلائات"، "الخدمات الصحية لا ترقى إلى تطلعات الأطباء المختصين"، "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى"، "نقص في المعدات الطبية والوسائل (ظروف عمل معرقة)"، "الضغط المهني"، "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية"، "عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير"، "حواجز في المسار المهني للطبيب المختص" و التي وافقت وسيط ظهور ما بين 6.5 و 9.5. ثم تليها المحاور المتبقية والتي تم التداعي بها بعد تفكير معمق استكمالا لما انتجه بتلقائية في المرحلة الأولى باستخراج كل ما له علاقة بالمقطع الحاث من قريب او بعيد، وعليه نرجح انها تتموضع ضمن النظام المحيطي الاولي والثانوي.

والشكل المبين أسفله -رقم (08) - عبارة عن منحني بياني يوضح ترتيب مكونات التصور حسب وسيط الظهور.

شكل رقم (08): ترتيب العناصر حسب وسيط ظهورها



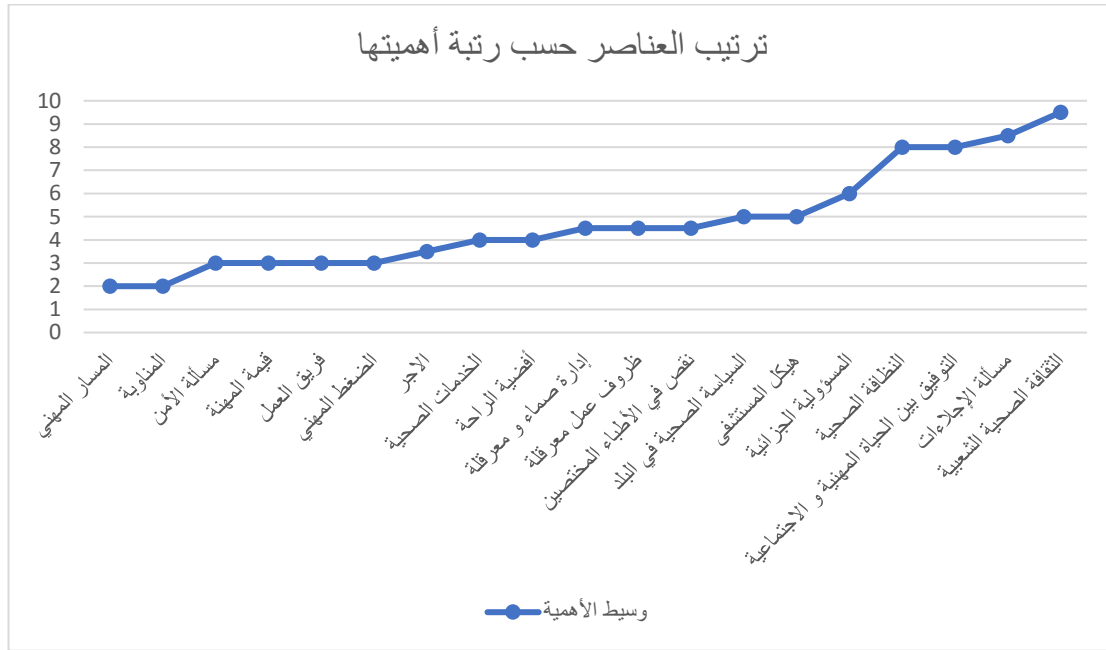
المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات شبكة النداعيات وباستخدام الـ EXCEL

تفسير الأهمية:

على خلاف وسيط الظهور الذي قمنا باستبداله بالمرتبة لم نقم باستبدال وسيط الأهمية بمرتبة الأهمية وإنما ضممناهما معا ليكون التحليل أكثر دلالة وذلك لسبب بسيط جدا وهو: عدم تساوي المسافات بين كل رتبة ورتبة مع أهمية تلك المسافات، ويؤثر وسيط الأهمية على أهمية المكونات ضمن نظام التصور وكلما كان الوسيط صغيرا كلما عبر عن أهمية أكثر وكلما كان مرشحا لاحتلال مكانة ضمن النظام المركزي و كلما كان كبيرا كلما كان مرشحا للتموضع ضمن النظام المحيطي، و أما المسافة الفاصلة فنعتقد أنها كلما كانت كبيرة و إن كانت في المراتب الأولى كلما دلت على تموقع العناصر ضمن النظام المحيطي الثانوي. وقد بينا من خلال الشكل رقم (09) ترتيب العناصر حسب

ترتيب وسيط الأهمية لمختلف العناصر، ثم وضحنا من خلال الشكل رقم (10) تموضع العناصر حسب أهميتها ضمن النظام التصوري.

شكل رقم (09): ترتيب العناصر حسب أهميتها ضمن نظام التصور



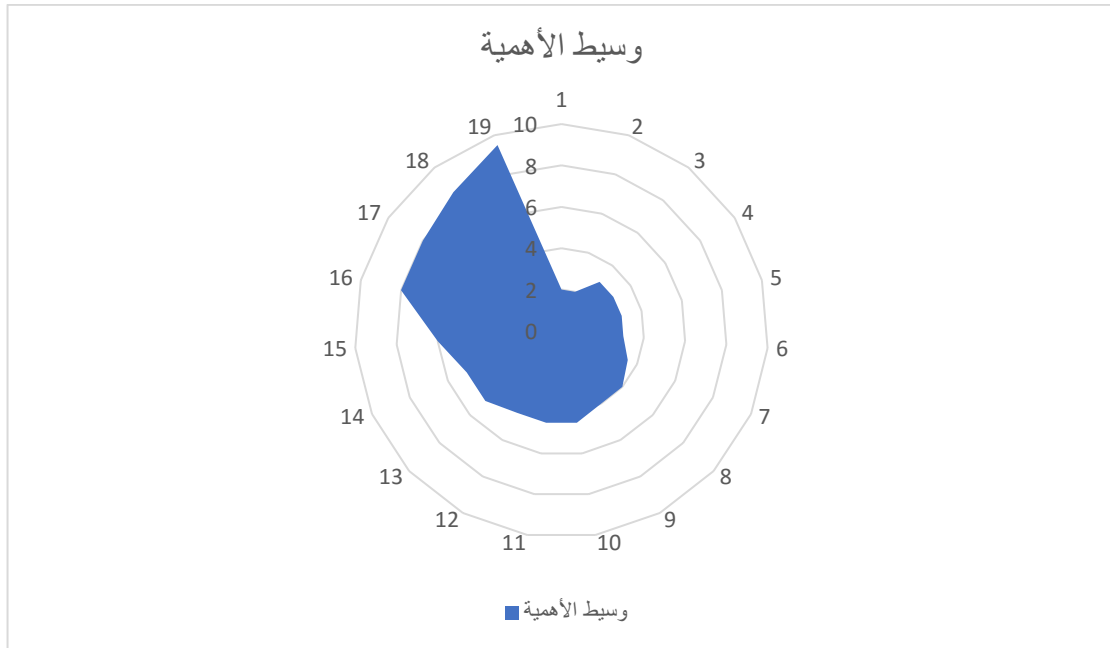
المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات شبكة التداعيات وباستخدام الـ EXCEL

برزت لدينا مجموعة أولى احتلت الصدارة من حيث ترتيب الأهمية و التي نرشحها لأن تكون مركزية: تحديات ومشاكل المناوبة ، " حواجز في المسار المهني للطبيب المختص " ، " تعويض غير عادل" ، "غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى" ، "افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة"، الضغط المهني" ، "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين" ، "إدارة صماء ومعرقة" ، "أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص" ، و نشير إلى محور "نقص في المعدات الطبية والوسائل" من ضمن الظروف المعرقة و الذي تميز بوسيط قيمته "1" و لكن بما

انه جزئية من محور شامل فقط تراجع قليلا عن مركز الصدارة من حيث الأهمية و لكنه مرشح دائما للمركز بوسيط قيمته 4.5 و مرتبة 5.

تأتي في المرتبة الثانية مجموع المحاور التي نعتقد انها قد تحتل مكانة ضمن النظام المحيطي، حيث تم ترتيبها في آخر المراتب من حيث الأهمية و هذا بعد إعادة قراءة و تفكير معمق لمختلف العبارات المتداعي بها، بمعنى انها تحتل هذه المراكز مقارنة بنظيراتها التي احتلت المركزية ضمن نظام التصور، و قد كانت المسافة الفاصلة تتراوح ما بين الرتبة و الأربعة رتب؛ ما يسمح لها بالانقسام إلى نظام محيطي اولي و ثانوي، و الشكل التالي رقم (10) يوضح الأهمية التي تشغلها مختلف المكونات ضمن نظام التصور و التي تدل على المركزية و المحيطية.

شكل رقم (10): تموضع المكونات حسب أهميتها ضمن نظام التصور



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات شبكة التداعيات وباستخدام الـ EXCEL

مفتاح: الأرقام من 1-10 على قطر الدائرة: رقم الأهمية؛ الأرقام من 1-19 على محيط الدائرة: مكونات التصور مرتبة من الأهم إلى الأقل أهمية

❖ رابعاً: عرض لنتائج المؤشرات: القطبية، الحيادية والنمطية.

1. عرض قيم المؤشرات القطبية والحيادية والنمطية بالنسبة لمختلف العناصر المكونة للتصور:

جدول رقم (12): عرض قيم مؤشرات القطبية، الحيادية والنمطية:

المكونات	P	VS	Cn	N	VS	Ne	Y
مكون 1	-1	1	-	-1	1	F	0.69
مكون 2	-1	1	-	-1	1	F	0.32
مكون 3	-0.70	1	-	-1	1	F	0.44
مكون 4	-1	1	-	-1	1	F	0.71
مكون 5	-1	1	-	-1	1	F	0.34
مكون 6	-1	1	-	-1	1	F	0.34
مكون 7	-1	1	-	-1	1	F	0.36
مكون 8	-0.4	2	=	-0.2	2	معتدل	0.43
مكون 9	-1	1	-	-1	1	F	0.09
مكون 10	-1	1	-	-1	1	F	0.4
مكون 11	-1	1	-	-0.75	1	F	0.31
مكون 12	-1	1	-	-1	1	F	0.66
مكون 13	-1	1	-	-1	1	F	0.20
مكون 14	-0.85	1	-	-0.71	1	F	0.36
مكون 15	0.8	3	+	-0.8	3	F	0.30
مكون 16	-1	1	-	-1	1	F	0.29
مكون 17	-1	1	-	-1	1	F	0.46
مكون 18	-1	1	-	-1	1	F	0.30
مكون 19	-1	1	-	-1	1	F	0.23

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة النداعيات

مفتاح: P: مؤشر القطبية؛ N: مؤشر الحيادية؛ Y: مؤشر النمطية؛ VS: القيمة الإحصائية، Ne: الحياد؛ F: حياد ضعيف؛

M: حياد متوسط؛ Cn: إجماع؛ - إجماع سلبي؛ + إجماع إيجابي؛ =: التعادل بين القيم؛ المكونات من 1 إلى 19: مذكورة في

تفسير القيم بالتفصيل.

2. تفسير قيم المؤشرات القطبية والحيادية والنمطية بالنسبة لمختلف العناصر المكونة للتصور:

المكون 1: ظروف عمل معرقة:

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، وحسب المجالات التي حددتها "De Rosa" فإنها تندرج ضمن المجال [1-، 0.5-]، بالتالي يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [1-، 0.5-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، والقيمة التامة على حدود المجال "1-" تعبر عن انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف حسب ما أوردته "De Roza".
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.69"، نمطية مرتفعة، وهي ثاني أكبر قيمة تم تحصيلها من بين كل المحاور بعد محور "الضغط المهني"، هذه القيمة لا تدل على نمطية عالية جداً فهي في الحدود الأدنى للمجال المرجعي الذي حددناه، وهي نتيجة لان المحور جامع لمجموعة من المحاور التحتية مما يجعل قيمة مؤشر الاختلاف وارداً، وقد لا حظنا ان محور "نقص الوسائل والمعدات الطبية القاعدية" بلغ نمطية قدرت 0.96 مما يدل على انتشاره الواسع ضمن المجموعة محل البحث.

المكون 2: إدارة صماء ومعرقة

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"؛ تندرج ضمن المجال [1-، 0.5-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [1-، 0.5-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.32"، يدل على نمطية ضعيفة في الحدود الدنيا للمجال المتوسط، وعلى الرغم من هذا عدم انتشار المكون بين الفئة محل البحث بصورة كبيرة.

المكون 3: افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة والاعداد المطلوبة

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "0.70-"، و حسب المجالات التي حددتها "De Rosa" فإنها تندرج ضمن المجال [0.5-، 1-] ويمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن معظم العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، وحسب ذات العاملة فإن هذه القيمة يمكن إدراجها ضمن المجال [0.5-، 1-]، ويمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى أن كل العبارات المتداعي بها ضمن هذا المحور ذات حياد ضعيف.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.44"، وهي نمطية متوسطة، دلالة على الانتشار الملحوظ بين أوساط الفئة محل البحث.

المكون 4: الضغط المهني

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، و حسب المجالات التي حددتها "De Rosa" فإنها تندرج ضمن المجال [0.5-، 1-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [0.5-، 1-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.71"، يدل على نمطية مرتفعة، وهي أكبر قيمة تم تحصيلها من بين كل المكونات، دلالة على مدى تقاسم أفراد الفئة محل البحث لهذا المفهوم.

المكون 5: حواجز في المسار المهني

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال [0.5-، 1-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [1-، 0.5-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.34"، في حدود المجال المتوسط، دلالة على الانتشار الملحوظ لهذا المفهوم في أوساط الفئة محل البحث.

المكون 6: عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال [1-، 0.5-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [1-، 0.5-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.34"، في حدود المجال المتوسط، دلالة على الانتشار الملحوظ لهذا المفهوم في أوساط الفئة محل البحث.

المكون 7: غياب الثقافة الصحية الشعبية

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال [1-، 0.5-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [1-، 0.5-]، ومنه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.36"، ضمن المجال المتوسط، تدل على الانتشار الملحوظ في أوساط الفئة محل البحث.

المكون 8: تعويض غير عادل

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P" : "-0.4"، تدرج ضمن المجال $[-0.4, +0.4]$ و يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "2" ، بمعنى أن هناك قابلية التعادل بين العبارات الموجبة و السالبة التي تدعى بها أفراد العينة.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "-0.2"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-0.4, +0.4]$ ، و منه ترميزها إحصائياً بالقيمة "2"، بمعنى أن العبارات الحيادية المتداعي بها ضمن هذا المحور لها قابلية التساوي مع مجموع العبارات السالبة و الموجبة معا.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.43"، تميز المكون بنمطية متوسط ملفتة للملاحظة في أوساط الفئة محل البحث.

المكون 9: وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P" : "-1"، تدرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة : "1" ، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "-1"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.09"، لأصغر قيمة مسجلة من بين كل المحاور، تدرج ضمن المجال الأول، يدل على نمطية ضعيفة جداً، نستدل بذلك على ارتفاع مؤشر الاختلاف الذي نتج عن مجموع النقاط الكثيرة التي تدرج ضمن نفس المحور.

المكون 10: نقص النظافة الصحية داخل المستشفى

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P" : "-1"، تدرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة : "1" ، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "-1"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": 0.4، ضمن المجال المتوسط، تدل على الانتشار الملحوظ في أوساط الفئة محل البحث.

المكون 11: التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تدرج ضمن المجال [0.5-،1-] و يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "0.75-"، و حسب ذات العاملة فإن هذه القيمة يمكن إدراجها ضمن المجال [0.5-،1-]، و يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى أن بعض العبارات المتداعي بها ضمن هذا المحور ذات إيجاء حيادي؛ و منه فالعنصر ذو حياد ضعيف.
- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": 0.31، ينتمي إلى المجال الأول؛ يدل على نمطية ضعيفة.

المكون 12: غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تدرج ضمن المجال [0.5-،1-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.
- بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال [0.5-،1-]، و منه ترميزها إحصائياً بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

- بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": 0.66، على حدود المجال الثالث، تدل على نمطية مرتفعة.

المكون 13: عجز في توفير أفضية الراحة

- بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تدرج ضمن المجال [0.5-،1-]، يمكن ترميزها إحصائياً بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.20"، تدل على نمطية ضعيفة.

المكون 14: عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "0.85-"، تندرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ و يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "1"، بمعنى أن معظم العبارات التي تداعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "0.71-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى أن بعض العبارات المتداعى بها ضمن هذا المحور ذات إيجاء حيادي، ومنه فهذا العنصر ذو حياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.36"، ينتمي إلى حدود المجال الثاني، يدل على نمطية متوسطة.

المكون 15: قيمة وأهمية المهنة

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "0.80+"، تندرج ضمن المجال $[+0.5, +1]$ و يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "3"، بمعنى أن معظم العبارات التي تداعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء إيجابي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "0.8-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى أن بعض العبارات المتداعى بها ضمن هذا المحور ذات إيجاء حيادي، ومنه فهذا العنصر ذو حياد ضعيف.

بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.30"، ينتمي إلى المجال الأول، يدل على نمطية ضعيفة.

المكون 16: هاجس المسؤولية الجزائية

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تداعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.29"، ينتمي إلى المجال الأول، يدل على نمطية ضعيفة.

المكون 17: سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.46"، ينتمي إلى المجال الثاني، يدل على نمطية متوسطة.

المكون 18: تحديات ومشاكل المناوبة

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيجاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.30"، ضمن المجال الأول، يدل على نمطية متوسطة.

المكون 19: نقص في الأطباء المختصين

○ بلغت قيمة المؤشر القطبي "P": "1-"، تندرج ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، يمكن ترميزها إحصائيا بالقيمة: "1"، بمعنى أن كل العبارات التي تدعى بها المفحوصون ضمن هذا المحور ذات إيجاء سلبي.

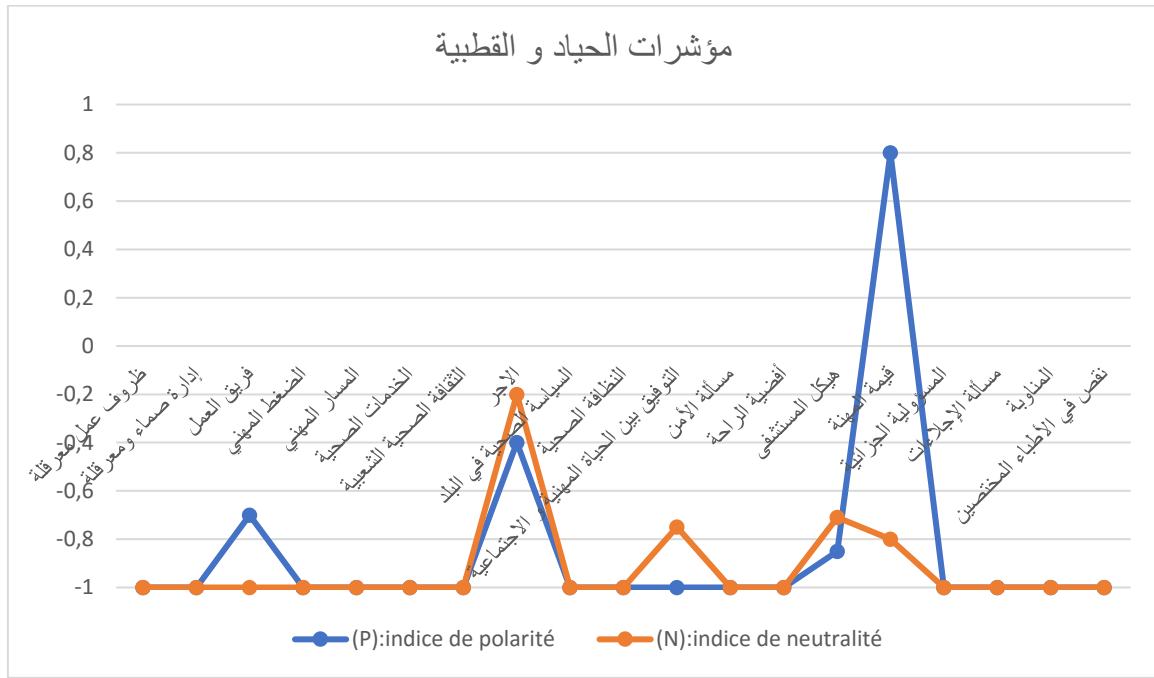
○ بلغت قيمة مؤشر الحياد "N": "1-"، يمكن إدراجها ضمن المجال $[-1, -0.5]$ ، و منه ترميزها إحصائيا بالقيمة "1"، بمعنى انعدام العبارات ذات الإيحاء الحيادي؛ أي أن هذا المحور يتميز بحياد ضعيف.

○ بلغت قيمة مؤشر النمطية "Y": "0.23"، يندرج ضمن المجال الأول، يدل على نمطية ضعيفة.

3. تقييم الاتجاهات الضمنية لمجموع الأطباء المختصين ضمن مجال حقلهم التصوري لجودة الحياة في

العمل:

شكل رقم (10): منحنى بياني يوضح الاتجاهات الضمنية للحقل التصوري



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة التداعيات وباستخدام الـ EXCEL

من خلال قيم القطبية والتي تعبر عن تقييم حقيقي للاتجاهات الضمنية للحقل الدلالي للتصور، بالإضافة إلى قيم الحيادية؛ والتي تعتبر كمؤشر دعم للمؤشر السابق، والمعروضة من خلال الجدول رقم (12) والمبينة من خلال البيان الموافق للشكل رقم (10) يمكننا القول بأن معظم المكونات للتصور تتميز بثبات قوي جدا في الاتجاه السالب، والذي تحدد بمختلف القيم الإحصائية التي كانت على حدود المجالات

المرجعية مع مؤشرات حيادية بلغت القيمة -1 دلالة على انعدام القيم الحيادية، و نستثني من هذه العناصر أربعة عناصر لم تبلغ مرتبة الثبات، و أكثرها مرونة هي مكون "التعويض غير العادل" حيث تميز هذا المكون بقابلية التعادل بين الاتجاهين السالب و الموجب، كما انه تميز بقيمة حياذ مرتفعة دلالة على وجود الشك و الحيرة في تصنيف هذا المحور من قبل الفئة محل الاستجواب على الرغم من قابلية ميولة نحو السلبية لاندرجاه ضمن الحد الأدنى للمجال السلبي، تأتي في المرتبة الثانية من حيث المرونة "عدم مطابقة هيكل المستشفى للمعايير"، إلا ان هذا العنصر يتجه نحو السلبية مقارنة بالمحور السابق، ثم يليه من حيث المرونة محور "التوفيق بين الحياة المهنية و الحياة الاجتماعية" بقدر من المرونة ضمن إطار السلبية المميزة للاتجاه الضمني لهذا المحور الذي ينتج عن تقديم الالتزامات المهنية في مقابل الانسحاب من الحياة الاجتماعية كما أوردته مجموعة من بين الفئة محل الاستجواب. تأتي في المرتبة الأخيرة من حيث المرونة المكون "قيمة المهنة" والذي تميز بنوع ملحوظ من المرونة، هذا المكون الذي يعتبر الوحيد ذو الاتجاه الإيجابي من بين كل المكونات الأخرى.

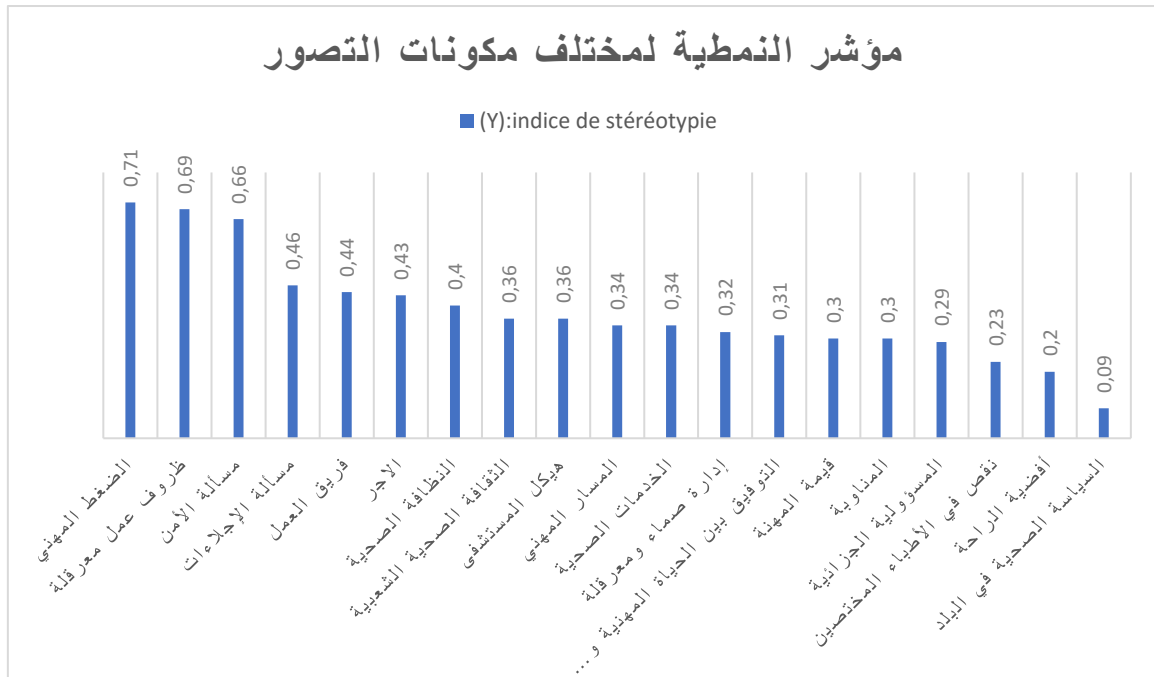
4. ترتيب مكونات التصور حسب نمطيتها

من خلال قيم النمطية من الجدول رقم (12) والموضحة من خلال الشكل البياني رقم (11) يبرز محور "الضغط المهني" كأول مكون من حيث عموميته بين افراد الفئة المستجوبة، وقد تميز بمعامل اختلاف ضعيف مقارنة بباقي المكونات الأخرى ويتبعه في نفس الخانة كل من محوري "ظروف العمل المعرقلة" والغياب الكلي والجزئي للأمن داخل المؤسسات الاستشفائية" مما يرشح هذه العناصر للتموضع ضمن النظام المركزي للتصور، باعتبارها العناصر الأكثر اتفاقا داخل الفئة والأكثر عمومية.

تأتي في المرتبة الثانية من حيث النمطية كل من المكونات المتعلقة في حقلها الدلالي بمسألة الاجلاءات، فريق العمل، مسألة الاجر، النظافة الصحية والثقافة الشعبية في مجال الصحة، هيكل المستشفى، المسار المهني وكذا موضع الخدمات الصحية التي تميزت بنمطية ملحوظة لم تكتسح مجموع الفئة محل الاستجواب ولكنها على الأقل اكتسحت نصفها مما يرشح هذه العناصر بالتموضع ضمن خانة النظام المحيطي الاولي.

في المرتبة الثالثة كل من المكونات المتعلقة بصمم الإدارة، مسألة التوفيق بين الحياة المهنية والخاصة، قيمة المهنة، مسألة المناوبة، المسؤولية الجزائية، نقص في اعداد الأطباء المختصين، أفضية الراحة ووجوب إعادة النظر في سياسة الصحة للبلاد الذي تميز بأكبر معامل للاختلاف مقارنة مع بقية العناصر الأخرى، مما يرشحهم للتموضع ضمن النظام المحيطي الثانوي.

شكل رقم (11): ترتيب المكونات حسب نمطيتها



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة التداوي وباستخدام ال EXCEL

خلاصة:

كشفت التحليل الكيفي والكمي لمحتوى شبكة التداعيات عن البنية التركيبية المتميزة لتصوير الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة، حيث يتكون هذا الأخير من مجموعة من المكونات جمعناها في تسعة عشر؛ برزت منها خمسة عشر.

- احتلت من بين العناصر الخمس عشرة الصدارة من حيث المساحة ضمن الحق التصوري كل من المحاور: "ظروف العمل المعرقة"، "إدارة صماء ومعرقة"، "نقص في أعداد اطعم الأطباء العاميين وشبه الطبيين وافتقارهم على الكفاءة المطلوبة"، "الضغط المهني"، كما سجلنا حصولها على المراتب الأولى للظهور مقارنة بمختلف العناصر الأخرى مما يؤكد انتشارها الواسع داخل الوسط المهني للفئة محل الدراسة، بالإضافة إلى أهميتها الكبيرة ضمن الحقل التصوري مما يرشحها للموضع ضمن النظام المركزي للتصور. وقد عبرت معظم العبارات ضمن هذه المحاور عن اتجاهها السلبي ضمن الحقل التصوري، وعن ثباتها القوي ضمن هذا الاتجاه، فيما اختلفت في مستوى نمطيتها؛ حيث سجل كل من محوري "الضغط المهني" و "الظروف المعرقة" أكبر القيم مما يدل على تقاسم هذه المفاهيم في الوسط المهني للفئة محل الدراسة، فيما سجلنا قيما أصغر بالنسبة لكل من المحورين المتبقين مما يؤشر على الاختلاف حول واقع هذه المكونات.

- تلاها من حيث المساحة كل من المحورين: "حواجز في المسار المهني للطبيب المختص" و "عدم بلوغ الخدمات الصحية مستوى تطلع الطبيب المختص"، ونشير إلى أن أحد المكونات قد احتل في نفس الوقت مرتبة الصدارة من حيث الظهور مقارنة بمختلف المكونات الأخرى (الخدمات الصحية)، والمؤشر الثاني احتل الصدارة من حيث الأهمية ضمن الحقل التصوري (المسار المهني)، فيما عبرت الفئة محل الدراسة عن اتجاهاتها الضمنية السلبية التامة من خلال كل عبارات التداعي دون استثناء بثبات قوي. اما فيما تعلق بمؤشر النمطية فقد كان ضعيفا مما يؤشر على التنوع الضمني للمؤشرات التي تندرج ضمن هذه المحاور.

- فيما برز -بالإضافة إلى ما تم ذكره- بعض المكونات الأخرى التي تصدرت مكانة أولى ضمن الحقل التصوري ما بين ظهور و أهمية: "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاء"، "نقص النظافة الصحية داخل المستشفيات"، "التوفيق بين الحياة المهنية و الحياة الخاصة"، "عدم مطابقة هيكل و بناء المستشفى للمعايير"، "غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى" و "تحديات و مشاكل المناوبة" و التي تميزت في مجملها بثبات قوي ضمن الاتجاه السالب، فيما نستثني كل من محوري "أهمية و قيمة المهنة" الذي تميز بثبات ضمن الاتجاه الموجب فيما اعتدل محور "تعويض غير عادل" ما بين الموجب و السالب، و قد تميزت مختلف المحاور المذكورة بنمطية متوسطة إلى ضعيفة مما يؤشر على الاختلافات و التنوع في المؤشرات التي تنتمي لهذه المحاور فيما اثبت محور "الغياب الكلي او الجزئي للأمن" اكبر قيمة و التي نعتقد أنها مرتفعة نوعا ما دلالة على الاتفاق بين مختلف المفردات حول الوضعية الراهنة.

فيما تميزت باقي المحاور الأربعة: "نقص في أعداد الأطباء المختصين"، "هاجس المسؤولية الجزائية"، "عجز في توفير أفضية الراحة" و "وجوب إعادة النظر في السياسة الصحية للبلاد" بمساحة أقل ضمن الحقل التصوري وأهمية اقل بالإضافة إلى نمطية اقل، فيما تميزت بثبات قوي ضمن الاتجاه السالب.

بعد الكشف عن محتوى التصور والتعرف على مختلف مكوناته البارزة وغير البارزة بمختلف الخصائص التي تميزها كان من الضروري التحقق من هرمية العناصر المكونة للتصور بدقة أكبر؛ أي التعرف على المكونات المركزية من بين الخمس عشرة عنصرا بارزا، الشيء الذي لا يمكن للتقنية أن تمنحه لنا بالدقة المرجوة نظرا لمحدوديتها في هذا المجال، لذا كان لزوما الاستعانة بتقنيات إضافية كتقنية التمييز من أجل فرز العناصر المحيطية عن المركزية، وذلك بهدف إعطاء مدلول مفاهيمي حقيقي وواقعي حسب رؤية الأطباء المختصين لموضوع "واقع جودة الحياة في العمل على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية و العمومية المتخصصة بولاية أم البواقي".

المبحث الثالث

التحقق من مركزية مكونات التصور البارزة

1. الاستمارة التمييزية

2. تحليل التشابه والترابط

3. تقنية التشكيك

❖ أولاً: الاستمارة التمييزية

تعتبر الاستمارة التمييزية (le questionnaire de caractérisation) وسيلة من وسائل تحليل التصورات الاجتماعية؛ تساهم في تحديد توقع العناصر مقارنة بالموضوع المدروس من خلال اعتمادها على مبدأ التمييز والانتقاء للعناصر التي لها قوة بروز (les éléments saillants) أثناء تصورنا لموضوع معين.

ولأن النواة المركزية هي التي تمنح الدلالة للتصور، يمكن اعتبار أن للعناصر المركزية خصوصية تميز الموضوع أكثر من أي عنصر آخر. ومن أجل إعداد وتطبيق الاستمارة التمييزية وجب إجراء دراسة أولية بهدف؛ معرفة الفئات أو الأبعاد المتصلة بموضوع التصور الناتجة عن التداعي، بالإضافة إلى التعرف على المصطلحات التي يستخدمها الأفراد. (Abric, 2003, p66) وقد تم إدراجها (أي الاستمارة التمييزية) في دراسات التصورات الاجتماعية من طرف Claude Flament من أجل التحقق من وجود هرمية في تنظيم التصورات. (Pierre Vergès, 2001, pp 538-539)

1. إعداد الاستمارة التمييزية:

سنبحث عن تلك الهرمية في تنظيم تصور الطبيب المختص لواقع جودة الحياة في العمل بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة لولاية أم البواقي من خلال محاولة الكشف عن العناصر التي تشمل أكثر حيز إلى الأقل حيزاً، والأكثر سطحية إلى الأكثر عمقا، والأكثر نمطية إلى الأكثر شتاتاً وتبايناً من خلال إعداد الاستمارة التمييزية لبحثنا (أنظر الملحق رقم 02)؛ وذلك انطلاقاً من مخرجات شبكة التدايعات واستمارة المقابلة الاستطلاعية، وقد قمنا بانتقاء مجموعة من العناصر بالاعتماد على المحكات التالية:

✓ عدد مرات الظهور؛ حيث اخترنا العناصر التي تشمل أكبر حيز في تفكير الجماعات والمدلول عليها إحصائياً بأكبر تكرار.

✓ ترتيب الظهور؛ حيث اخترنا العناصر التي تعبر عن الصورة الأولية والظاهرية لموضوع التصور بتلقائية وتكون الأكثر انتشاراً عموماً بين أفراد الجماعة، والمدلول عليها إحصائياً من خلال أصغر وسيط للظهور.

✓ ترتيب الأهمية؛ حيث اخترنا العناصر الأكثر أهمية والتي تعبر عن الصورة العميقة والعقلانية لموضوع التصور، والمدلول عليها إحصائيا من خلال أصغر وسيط للأهمية.

✓ بالإضافة إلى مؤشر النمطية؛ والذي يعبر عن مقدار التشابه في التصور لموضوع بحثنا ونمطيته داخل الجماعة المهنية الواحدة؛ والذي يتقاسمه أفرادها، والمدلول عليه إحصائيا بأكبر قيمة محصلة في مؤشر النمطية "Y".

وفيما يلي نذكر العناصر المنتقاة حسب كل محك:

جدول رقم (13): محكات انتقاء العناصر البارزة المكونة للاستمارة التمييزية

العناصر البارزة	المحكات
نقص في المعدات الطبية والوسائل، افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة، الضغط المهني، إدارة صماء ومعرقة.	مؤشر مرات الظهور
سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجراءات، الخدمات الصحية لا ترقى إلى تطلعات الأطباء المختصين، نقص النظافة الصحية داخل المستشفى، نقص في المعدات الطبية والوسائل (ظروف عمل معرقة)، الضغط المهني، التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية، عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير، حواجز في المسار المهني للطبيب المختص.	مؤشر ترتيب الظهور
نقص في المعدات الطبية والوسائل، افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة، الضغط المهني، حواجز في المسار المهني للطبيب المختص، عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين، إدارة صماء ومعرقة، تعويض غير عادل، غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى، أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص، تحديات ومشاكل المناوبة.	مؤشر الأهمية
الضغط المهني، ظروف عمل معرقة، غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى	مؤشر النمطية
خمسة عشر عنصرا بارزا (15)	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات شبكة التدايمات

قمنا بإعداد استمارة بالاعتماد على الخمس عشرة عنصرا البارزة في الجدول الموضح أعلاه، وقدمناها لعينة مكونة من ثلاثين مفردة (30) من المجتمع الإحصائي تم انتقاؤهم عن طريق الصدفة بغرض دراسة الهرمية البنيوية لتصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة المهنية، وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية:

1. تحديد العناصر المركزية من بين العناصر البارزة المكونة لتصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة المهنية.

2. تحديد العناصر المحيطية من بين العناصر البارزة المكونة لتصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة المهنية.

ولأجل تحقيق هذه الأهداف وجب تمييز العناصر المحيطية من العناصر المركزية، وذلك إحصائيا عن طريق حساب التكرارات لكل عنصر:

✓ الأكثر تمييزا للموضوع (les éléments les plus caractéristiques)

✓ الأقل تمييزا (les moins caractéristiques)

✓ غير المحددة (les non définis ou non choisis)

من أجل الحصول على البيانات كان الغرض من التعليمات هو الحصول على الخمس عناصر (05) الأكثر والأقل تمييزا وغير المحددة. وأما عن اختيار الرقم "خمسة" (05) فلم يكن عشوائيا؛ وإنما تم اختياره انطلاقا من le questionnaire d'entretien à objectif d'impression من الدراسة الاستطلاعية، حيث كان العدد "خمسة" هو متوسط أعداد الأبعاد المميزة لجودة الحياة المهنية على مستوى المستشفى والأكثر دلالة الذي حدده الأطباء المختصون من خلال استجاباتهم. وهنا قد يطرح القارئ التساؤل التالي: لم تم تحديد سبعة ابعاد بدل خمس في الاستمارة الأساسية للبحث (الخاصة بالطرق التساؤلية في منهجية جمع التصور)؟ والإجابة هي: أن الرقم خمسة (05) يعبر عن المتوسط الحسابي، وهذا يعني انه كانت هناك اعداد أكبر من خمسة (05) والتي كان حدها ثمانية (07) واعداد اقل من خمسة والتي كان أدها ثلاثة (03)، كما نشير على انه كان هنالك

تمايز بين اقتراحات المفحوصين*، ونظرا لأهمية الموضوع فإنه كان من الحكمة ان نختار أكبر قدر ممكن من الابعاد وذلك من اجل إلمام أكبر بالموضوع وقياس أشمل. (*: نتائج الدراسة الاستطلاعية) ومن غريب الصدف أن مجموع العناصر البارزة المنتقاة يوافق مضاعفات الرقم "05"؛ (15=3×5) مما يحقق الشروط المنهجية السليمة لتطبيق الاستمارة التمييزية حسب ما أورده Vergès (2011، ص 539)، حيث يمكن أن يضمن لنا احتمالية الظهور $1/3$ في كل من الفئات الثلاث السابقة الذكر.

وقد كانت التعليمات تهدف إلى ما يلي:

1. تحديد الخمس عناصر التي يراها كل فرد من العينة أكثر تمييزا لواقع جودة الحياة المهنية.
2. تحديد الخمس عناصر التي يراها كل فرد من العينة أقل تمييزا لواقع جودة الحياة.

2. محكات التقييم لنتائج الاستمارة التمييزية:

يمكننا تمييز ثلاثة أشكال منحنيات محتملة تنتج عن تحليل بيانات الاستمارة التمييزية، ولكل شكل دلالة؛ وهي حسب ما أورده كل من (Vergès, 2001, p527) & (Abric, 2003, pp66-68)، وفيما يلي سلسلة أشكال بيانية توضيحية متتالية تحت رقم (12)؛ توضح دلالة كل منحنى من المنحنيات الناتجة عن تحليل الاستمارة التمييزية:

✓ منحنى على شكل حرف J: يدل على العناصر المركزية، والبيان رقم (1-12) يوضح ذلك بطريقة أفضل.

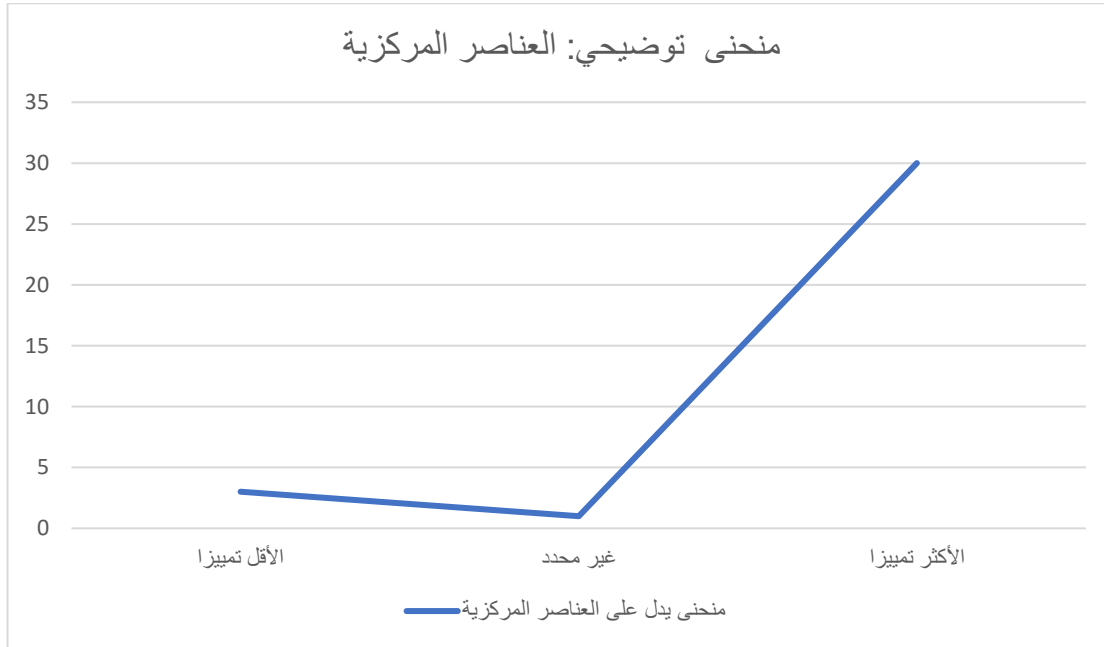
✓ منحنى نعتقد أنه على شكل حرف V وقد ذكر Vergès & Abric أنه على شكل حرف U، يدل على انقسام المجموعة المهنية إلى مجموعتين مختلفتين حول مركزية العناصر من عدمها. انظر البيان رقم (2-12).

✓ منحنى على شكل حرف V مقلوب، أو الرقم ثمانية ٨، أو كما ورد في المراجع حسب Vergès & Abric على شكل جرس أو حرف A: يدل على العناصر التي ليس لها سوى صلة ضعيفة وعلاقة بعيدة بموضوع التصور، ونطلق عليها "العناصر المحيطية الثانوية"، انظر البيان رقم (3-12).

حصر كل من Abric & Vergès الأشكال الناتجة في ثلاث أشكال على الرغم من احتمال ظهور شكل رابع محتمل تمت الإشارة إليه كجانب مفاهيمي ولم يتم ذكره في المراجع، حيث أشار (Vergès, 2001, p539) إلى أن المؤشر الأهم في تمييز العناصر المحيطة من العناصر المركزية هو "الأكثر تمييزاً" و "الأقل تمييزاً"، ومن المثير للانتباه أنه وثق للأكثر تمييزاً وهي العناصر المحيطة بالمنحنى الموافق للشكل (3-12) فيما تم تجاهل الأقل تمييزاً! وعلى هذا الأساس قمنا باستخراج المنحنى الرابع، والذي يدل على العناصر المحيطة الأولية في بنية التصور؛ ويكون تناظرياً للمنحنى الدال على المركزية على شكل J، والبيان رقم (4-12) يوضح الشكل بطريقة أفضل.

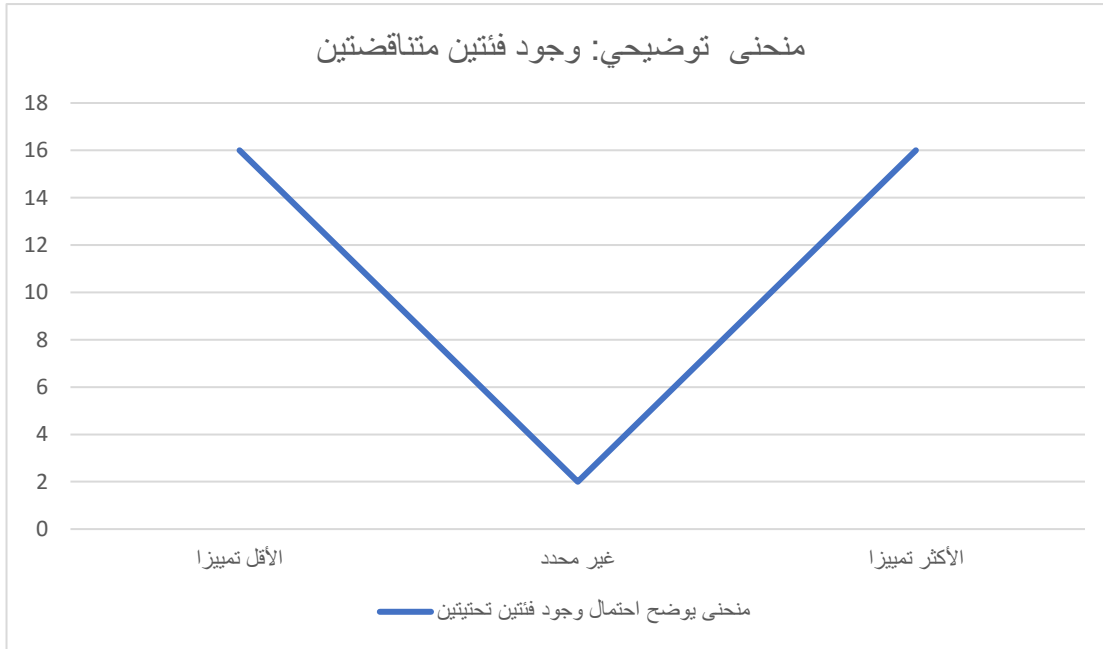
سلسلة أشكال بيانية تحت رقم (12) تميز العناصر البارزة المكونة للتصور:

شكل رقم (1-12): منحنى يدل على العناصر المركزية للتصور



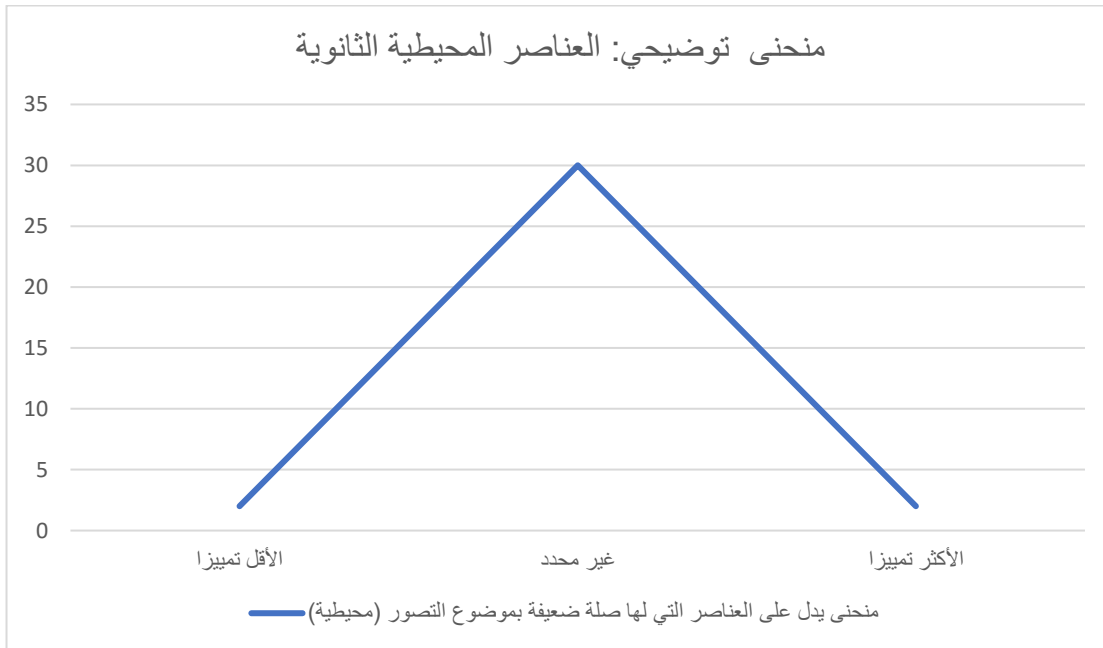
المصدر: من إعداد الباحثة؛ مقتبس من (Abric, 2003, pp66-68) & (Vergès, 2001, p540)

شكل رقم (2-12): منحني يدل على احتمال وجود فئتين تحتيتين



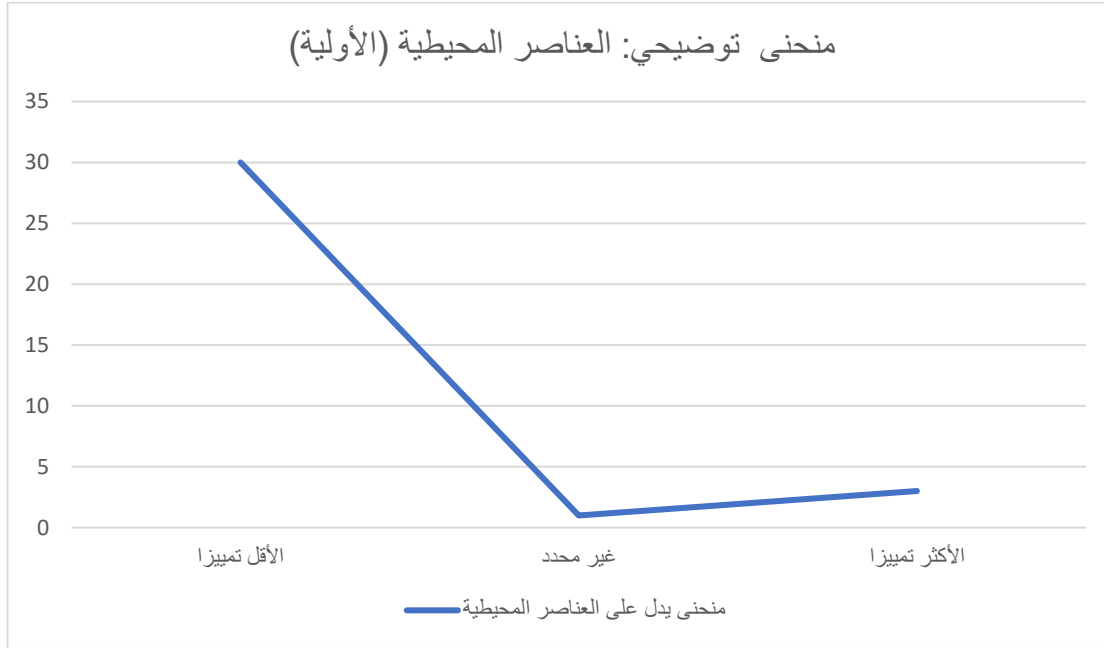
المصدر: من إعداد الباحثة؛ مقتبس من (Vergès, 2001, p540) & (Abric, 2003,) (pp66-68)

شكل رقم (3-12): منحني يدل على العناصر المحيطة التي لها صلة ضعيفة بموضوع التصور



المصدر: من إعداد الباحثة؛ مقتبس من (Vergès, 2001, p540) & (Abric, 2003, pp66-68)

شكل رقم (12-4): منحني يدل على العناصر المحيطة الأولية للتصور



المصدر: من إعداد الباحثة؛ مستوحى من (Vergès, 2001, pp539-540)

3. نتائج الاستمارة التمييزية:

1.3. الدراسة الوصفية الإحصائية لنتائج الاستمارة التمييزية:

جدول رقم (14): الدراسة الوصفية الإحصائية لنتائج الاستمارة التمييزية

Σ	(-)	(0)	(+)	العناصر البارزة
30	5	03	22	1. نقص في المعدات الطبية والوسائل (ظروف عمل معرقله)
30	14	00	15	2. إدارة صماء ومعرقله
30	5	00	25	3. نقص في أعداد الطواقم الطبية وشبه الطبية واقتنارها إلى الكفاء المطلوبة
30	12	02	12	4. الضغط المهني
30	04	03	23	5. حواجز في المسار المهني للطبيب المختص
30	0	27	3	6. عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء
30	12	05	13	7. تعويض غير عادل (الأجر)
30	07	03	20	8. نقص النظافة الصحية داخل المستشفى
30	17	10	3	9. التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية
30	11	04	15	10. غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى
30	7	22	1	11. عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير
30	6	24	0	12. أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص
30	0	20	10	13. سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات
30	5	24	1	14. عجز في صيانة الأجهزة الطبية
30	15	00	15	15. تحديات ومشاكل المناوبة

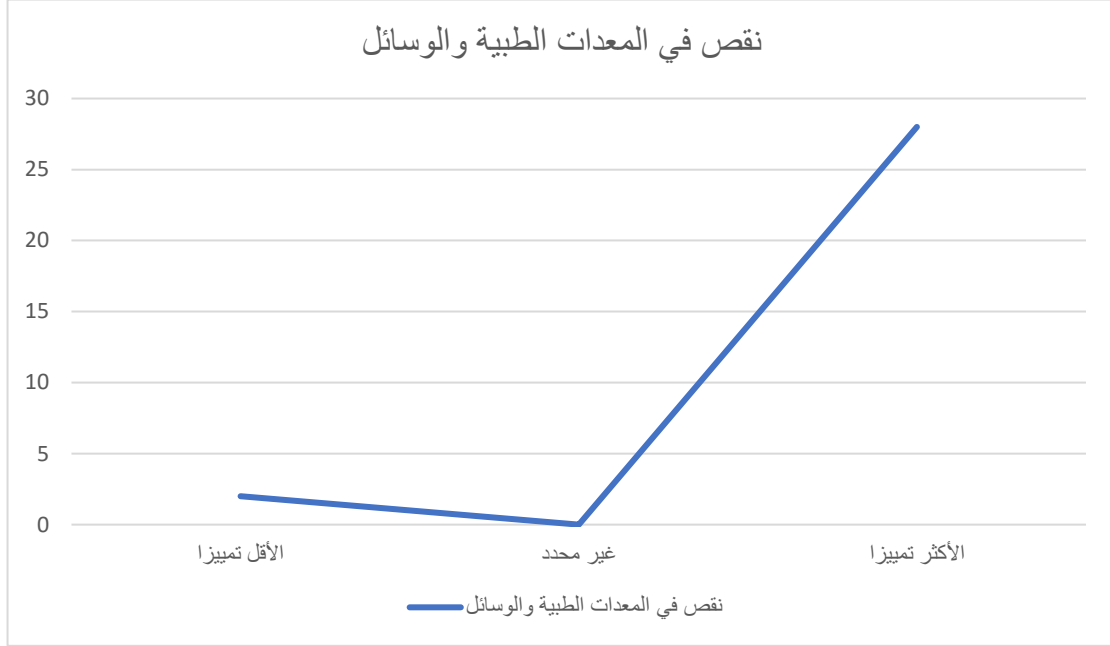
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

مفتاح: (+): الأكثر تمييزاً؛ (0): غير محدد؛ (-): الأقل تمييزاً؛ Σ: المجموع

2.3. استنتاج توقع كل عنصر من العناصر البارزة ضمن النظامين المحيطي والمركزي:

العنصر الأول: ظروف عمل معرقله (نقص في المعدات الطبية والوسائل)

شكل رقم (1-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر الاول



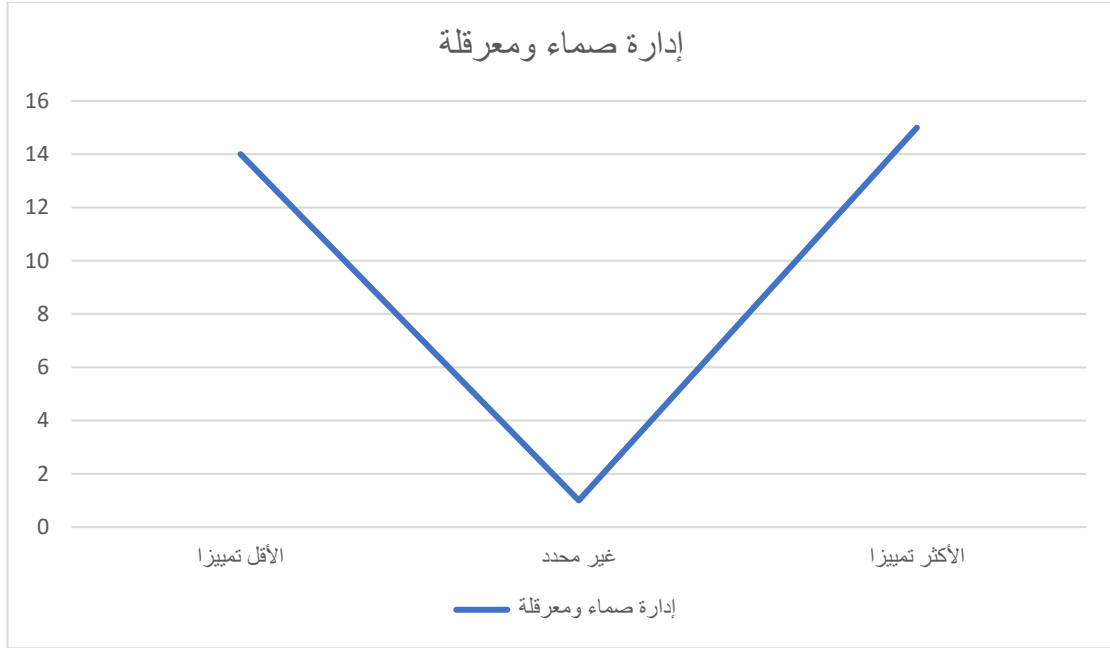
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى على شكل J ومنه نستنتج بان عنصر "نقص في المعدات الطبية والوسائل" له قابلية التوقع في النظام المركزي للتصور، وهذا بأغلبية تمييزية ساحقة دلت على هذا الانتماء للنظام المركزي والتي تشكل ما نسبته 93% من بين مجموع استجابات مفردات العينة، مما لا يترك مجالاً للتشكيك في توقع هذا العنصر.

العنصر الثاني: إدارة صماء ومعرقله

المنحنى على شكل ٧ ومنه نستنتج بان عنصر "إدارة صماء ومعرقله" يحتمل وجود فئتين تحتيتين متناقضتين تشوشان على قرار إدراج هذا العنصر ضمن النظام المركزي والذي دعمته 50% من استجابات مفردات العينة مقابل قابلية التوقع في النظام المحيطي للتصور والذي دعمته استجابة 46% من مجموع مفردات العينة. (انظر البيان رقم 2-13)

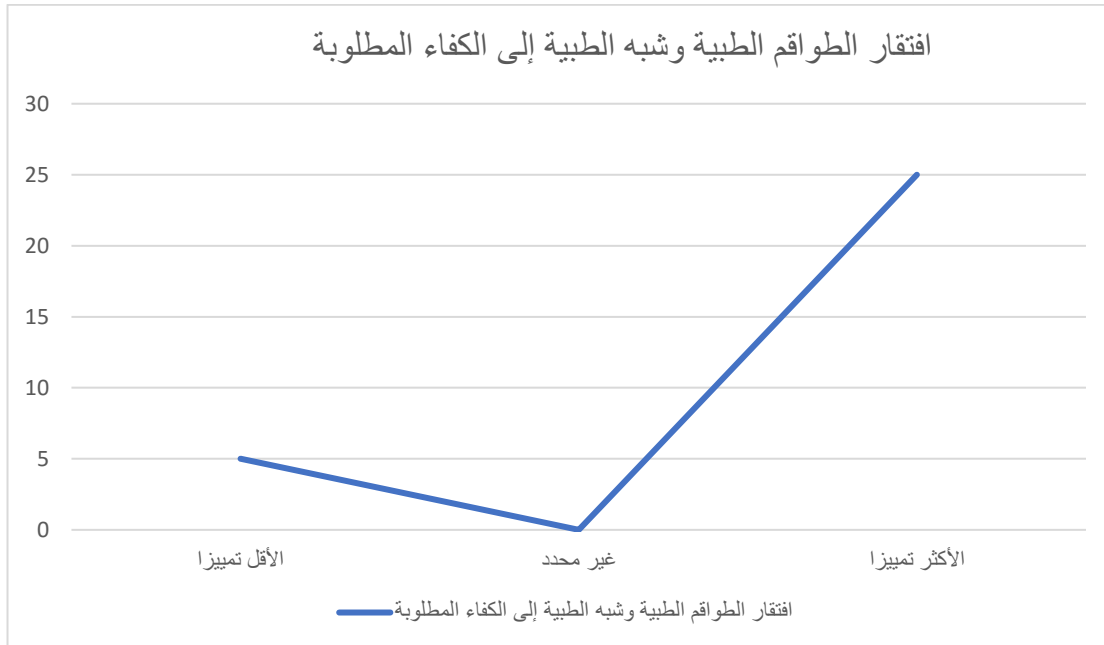
شكل رقم (13-2): منحنى بياني تمييزي للعنصر الثاني



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر الثالث: افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاء المطلوبة

شكل رقم (13-3): منحنى بياني تمييزي للعنصر الثالث

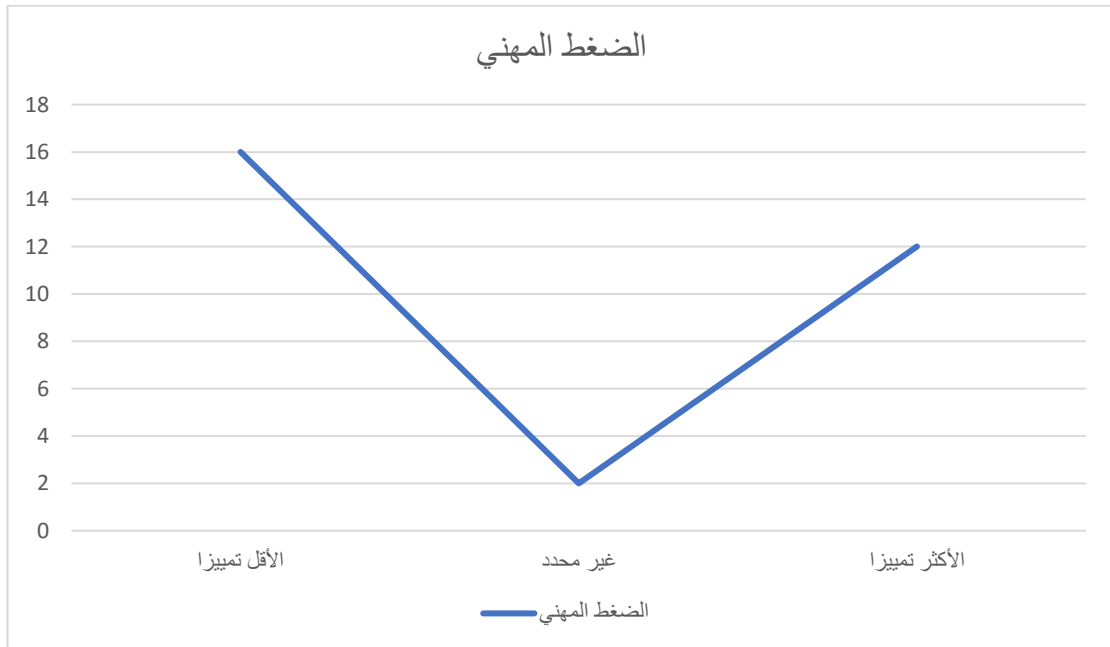


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى (3-13) على شكل J ومنه نستنتج بان عنصر " افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاء المطلوبة" له قابلية التموقع في النظام المركزي للتصور، وعلى الرغم من وجود مجموعة من المفردات التي تفر باحتمالية تصنيف العنصر ضمن النظام المحيطي والمقدرة ب: %16 إلا أن الفرق في الاستجابات مع الفئة التمييزية الأخرى تجاوز نسبة ال: %60 مما لا يترك مجالاً للتشكيك؛ حيث تجاوزت نسبة دعم القرار الإحصائي بإدراج العنصر ضمن قائمة النظام المركزي نسبة ال: %80.

العنصر الرابع: الضغط المهني

شكل رقم (4-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر الرابع

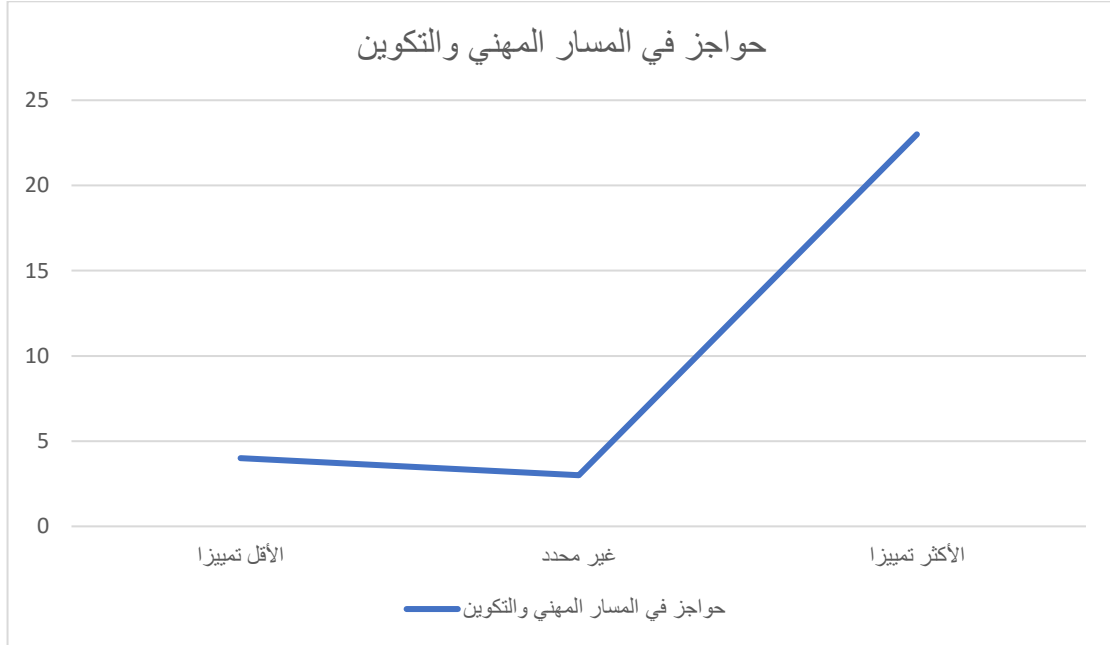


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى على شكل ٧ ومنه نستنتج بان عنصر "الضغط المهني" يحتل وجود فئتين تحتيتين؛ مما يمنع قرار إدراج هذا العنصر ضمن النظام المركزي والذي دعمته %40 من استجابات مفردات العينة مقابل قابلية التموقع في النظام المحيطي للتصور والذي دعمته استجابة %53 من مجموع مفردات العينة. مع الحفاظ على احتمالية ميول العنصر نحو المحيط بفارق مقدر ب: %13.

العنصر الخامس: حواجز في المسار المهني والتكوين

شكل رقم (5-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر الخامس



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى على شكل J ومنه نستنتج بان عنصر " حواجز في المسار المهني والتكوين " له قابلية

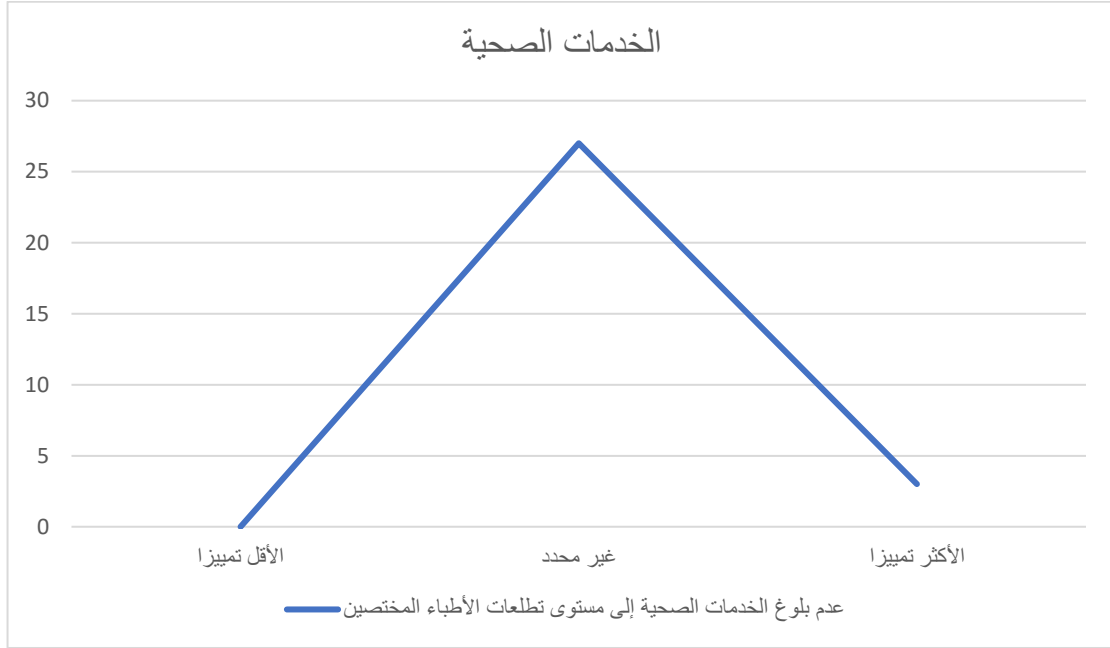
التموقع في النظام المركزي للتصور. (انظر البيان: 5-13)

العنصر السادس: عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين

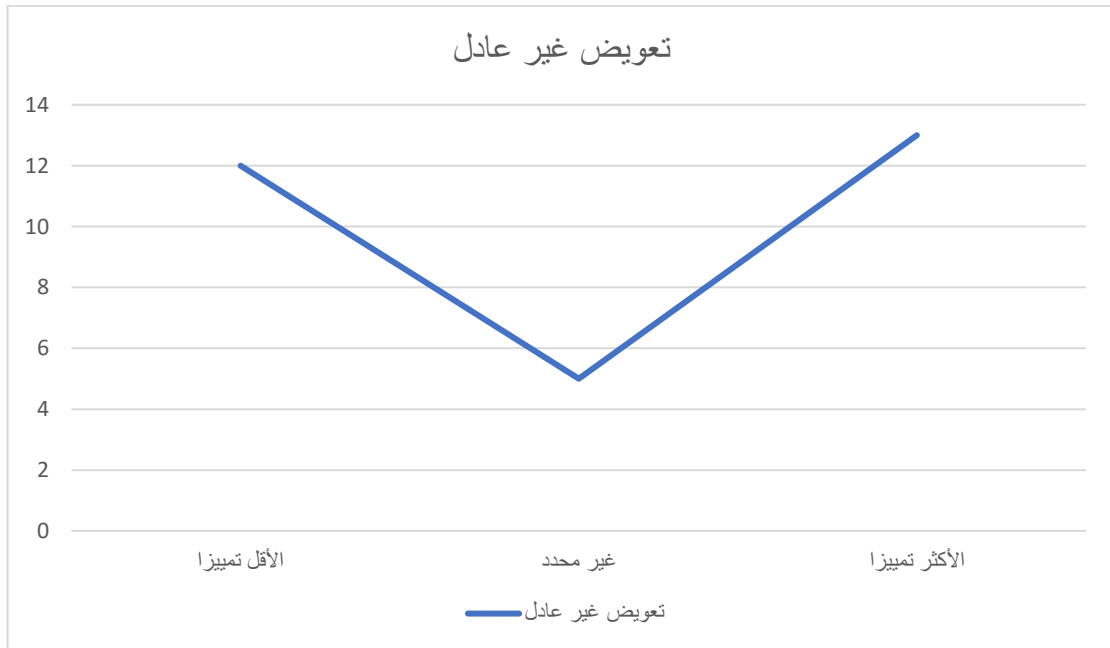
المنحنى (6-13) على شكل ٨ ومنه نستنتج بان عنصر " عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى

مستوى تطلعات الأطباء المختصين " له قابلية التموقع في النظام المحيطي الثانوي للتصور.

شكل رقم (6-13): منحنى بياني تمييزي السادس

العنصر السابع: تعويض غير عادل

شكل رقم (7-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر السابع

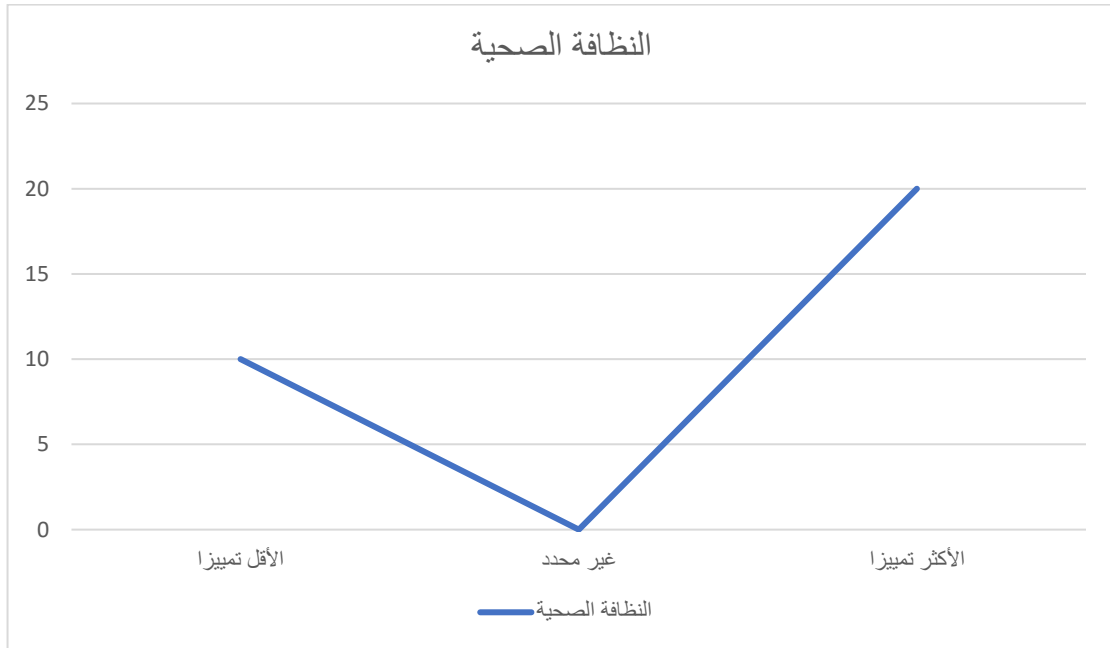


المنحنى (7-13) على شكل ٧ ومنه نستنتج بان عنصر "تعويض غير عادل" يهتم وجود فئتين تحتين متناقضتين حول تمييز موقع هذا العنصر؛ مما يمنعنا من اتخاذ قرار إدراجه ضمن النظام المركزي والذي دعمته 43% من استجابات مفردات العينة مقابل قابلية التوقع في النظام المحيطي للتصور والذي دعمته استجابة 40% من مجموع مفردات العينة.

العنصر الثامن: نقص النظافة الصحية داخل المستشفى

المنحنى على شكل J ومنه نستنتج بان عنصر "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى له قابلية التوقع في النظام المركزي للتصور، مع الإبقاء على احتمالية ميول العنصر إلى النظام المحيطي بحكم الفارق المسجل في استجابات مفردات العينة حول المؤشرات الرئيسية في التمييز (الأكثر والأقل تمييزاً) لموقع العنصر والمقدر ب: 33%؛ والذي يعتبر فارقا معتبرا يدفع بنا إلى التشكيك في انتمائه. (انظر البيان: 8-13)

شكل رقم (8-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر الثامن

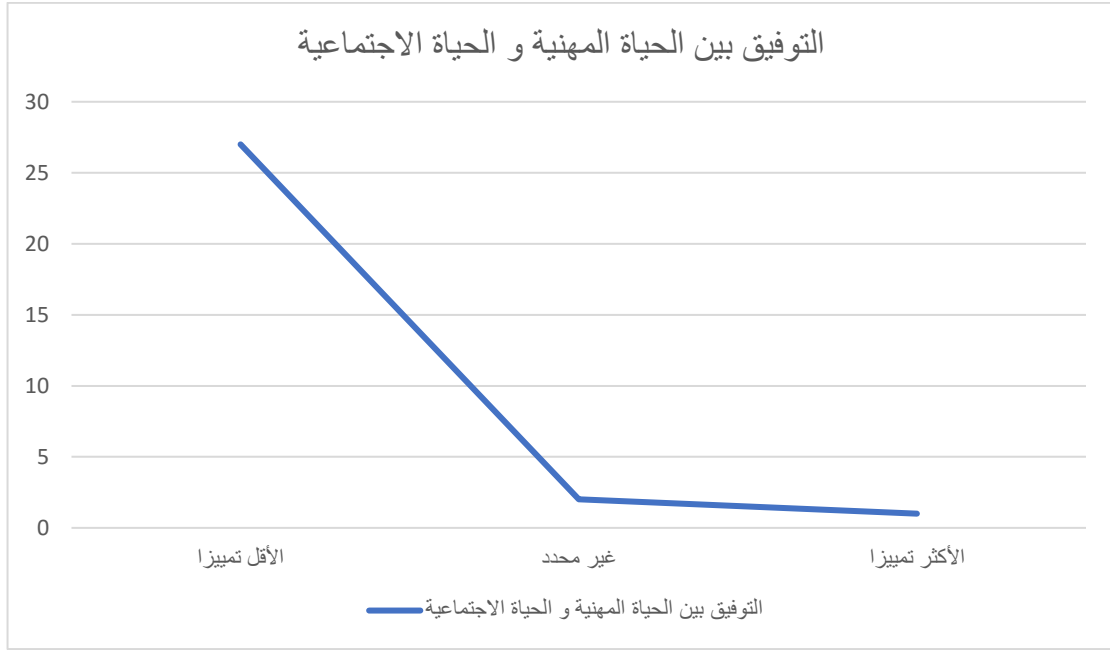


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر التاسع: التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية

المنحنى الناتج (9-13) يدل على اندراج عنصر "التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية" ضمن المجال المحيطي الاولي، وهذا حسب استجابات الأغلبية الساحقة لمستجوبين والمتمثلة في 90% من مجموع مفردات العينة، مما لا يجعل من مجال للتشكيك في تموقع هذا العنصر.

شكل رقم (9-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر التاسع

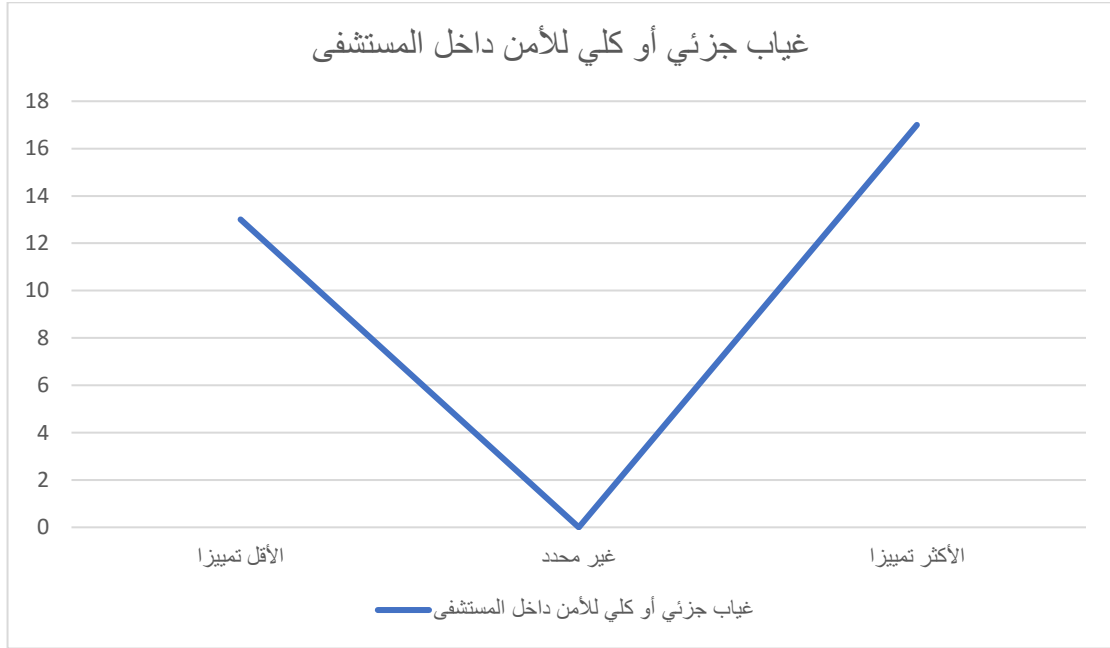


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر العاشر: غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى

المنحنى (10-13) على شكل ٧ ومنه نستنتج بان عنصر " غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى " يحتمل وجود فئتين تحتيتين؛ مما يمنعنا من اتخاذ قرار إدراج هذا العنصر ضمن النظام المركزي والذي دعمته 56% من استجابات مفردات العينة مقابل قابلية التموقع في النظام المحيطي للتصور والذي دعمته استجابة 44% من مجموع مفردات العينة، بفارق مقدر بـ: 13%.

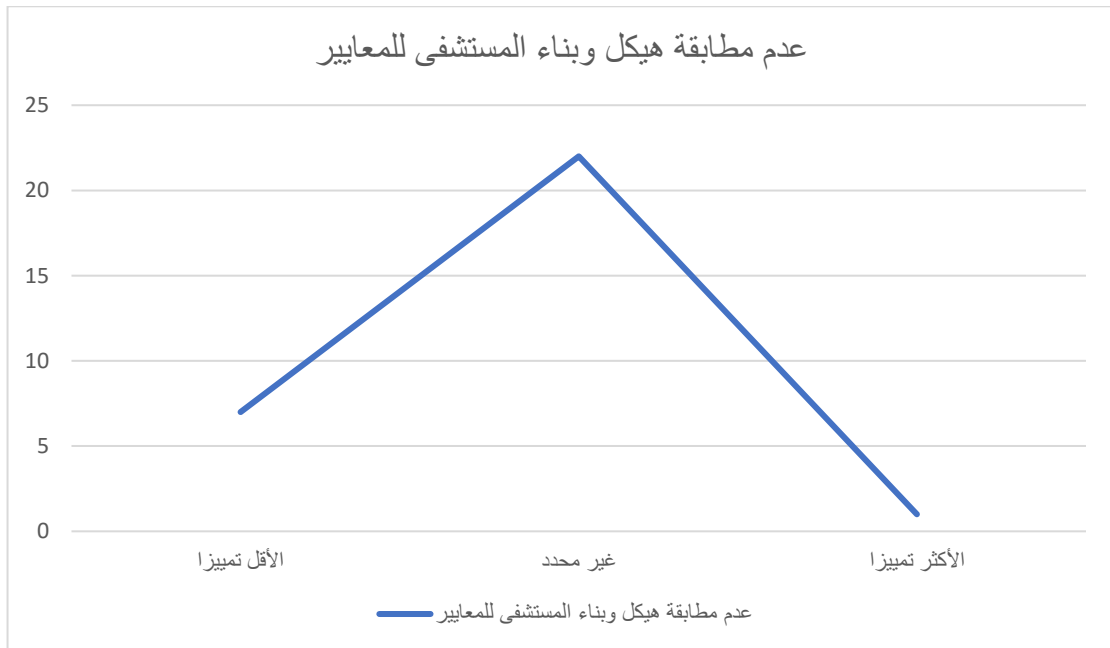
شكل رقم (10-13): منحى بياني تمييزي للعنصر العاشر



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر الحادي عشر: عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير

شكل رقم (11-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 11



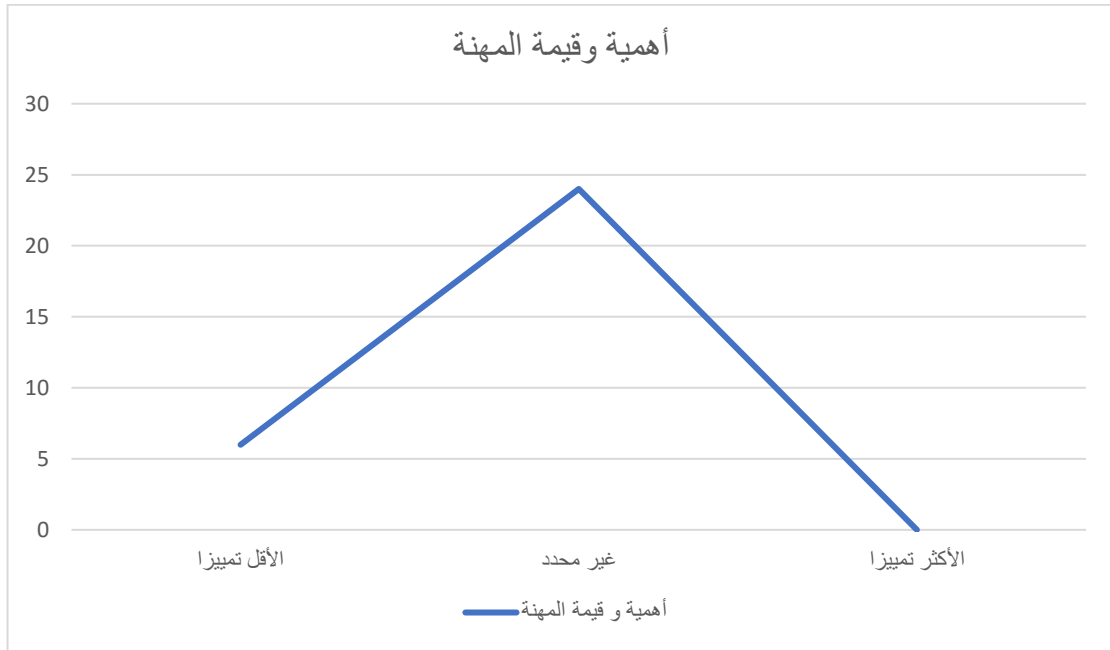
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى (11-13) على شكل ٨ ومنه نستنتج بان عنصر " هيكل وبناء المستشفى غير مطابق للمعايير " له قابلية التموقع في النظام المحيطي الثانوي للتصور.

العنصر الثاني عشر: أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص

المنحنى على شكل ٨ ومنه نستنتج بان عنصر " أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص " له قابلية التموقع في النظام المحيطي الثانوي للتصور. (انظر البيان رقم 12-13)

شكل رقم (12-13): منحنى بياني تمييزي للعنصر 12

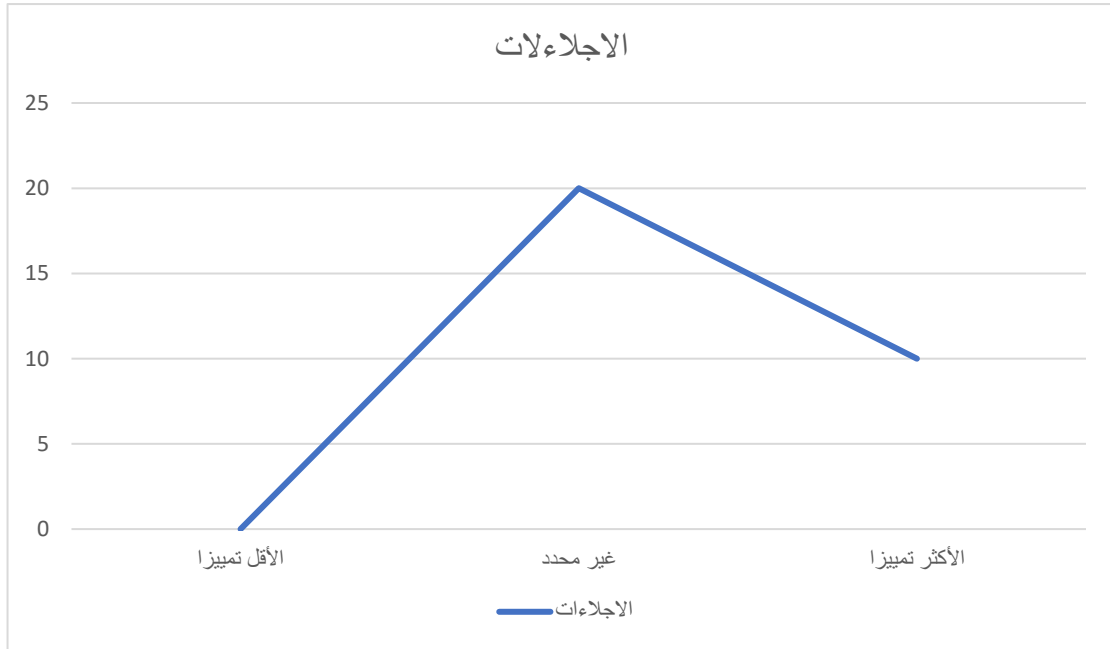


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر الثالث عشر: سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات

المنحنى على شكل ٨ ومنه نستنتج بان عنصر " سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية تجاه الاجلاءات " له قابلية التموقع في النظام المحيطي الثانوي للتصور، بيد أن ارتفاع الجانب الأيمن للمنحنى والذي يعبر عن الفرق في استجابات مفردات العينة حول المؤشرين التمييزيين لتموضع العنصر؛ والمقدر بـ: 33%؛ هذا الفرق المعتبر الذي يضع هذا العنصر محل تشكيك حول تموضعه الحقيقي ضمن نظام التصور. (انظر البيان رقم 13-13)

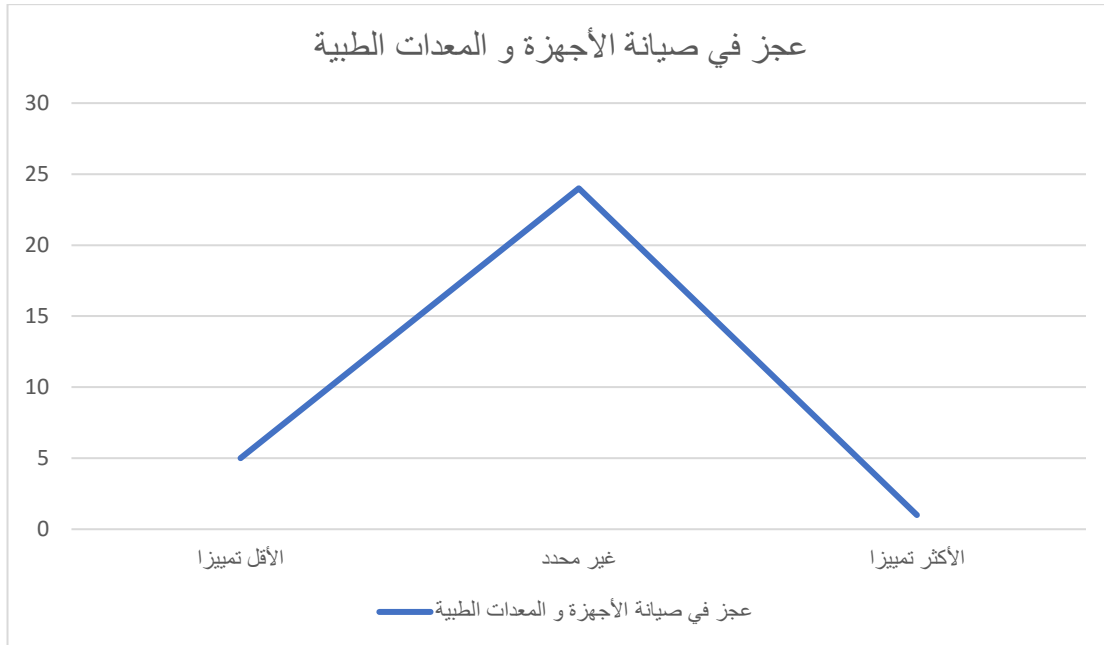
شكل رقم (13-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 13



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

العنصر الرابع عشر: عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية

شكل رقم (14-13): منحى بياني تمييزي للعنصر 14

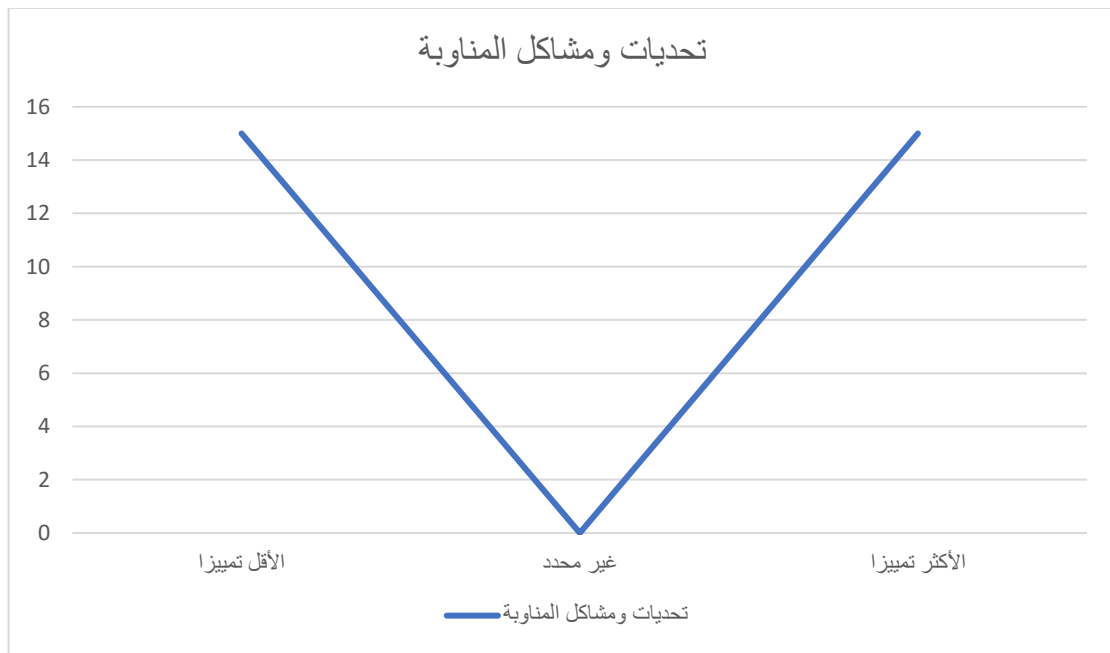


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى (13-14) على شكل ٨ ومنه نستنتج بان عنصر " عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية " له قابلية التموقع في النظام المحيطي الثانوي للتصور.

العنصر الخامس عشر: تحديات ومشاكل المناوبة

شكل رقم (13-15): منحنى بياني تمييزي للعنصر 15



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

المنحنى (13-15) على شكل ٧ ومنه نستنتج بان عنصر " تحديات ومشاكل المناوبة " يحتل وجود فئتين تحتيتين متناقضتين، مما منعنا من اتخاذ قرار إدراج هذا العنصر ضمن النظام المركزي والذي دعمته وأنكرته استجابات مفردات العينة مناصفة (50% مقابل 50%).

استنتاج عام:

من بين الخمس عشرة عنصرا التي برزت بطريقة ملفتة للانتباه من أصل مجموع مكونات تصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل - بالمؤسسات الاستشفائية لولاية ام البواقي - أثناء معالجة مخرجات شبكة التداعيات، تبين تموقع أربعة عناصر (04) ضمن النظام المركزي للتصور، عنصر واحد (01) ضمن النظام المحيطي الاولي، خمسة عناصر (05) ضمن النظام المحيطي الثانوي، خمسة عناصر (05) غير واضحة التموقع (لم يتم الفصل بعد في تموقعها؛ نظرا لوجود الفئتين التحتيتين المتناقضتين)، مع وجود نسبة من التشكيك في تموقع عنصرين؛ أحدهما ضمن النظام المركزي والآخر ضمن النظام المحيطي الثانوي. والجدول التالي يوضح النتيجة الاسمية للعناصر حسب تموضعها.

جدول رقم (15): تمييز تموقع العناصر البارزة للتصور ضمن نظام التصور

ن.ت	العناصر	قابلية التشكيك
ن.م	نقص في المعدات الطبية والوسائل	لا
	افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة	لا
	حواجز في المسار المهني للطبيب المختص	لا
	نقص النظافة الصحية داخل المستشفى	نعم
ن.م1	التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية	لا
ن.م2	عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين	لا
	عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير	لا
	أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص	لا
	سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات	نعم
	عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية	لا
ع.غ.و	إدارة صماء ومعرقلة	/
	تعويض غير عادل	/
	الضغط المهني	/
	غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى	/
	تحديات ومشاكل المناوبة	/

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات الاستمارة التمييزية

مفتاح: ن.م: نظام مركزي، ن 1م: نظام محيطي اولي، ن.م2: نظام محيطي ثانوي، ع.غ.و: عنصر غير واضح التصنيف

ملاحظة: مما يلاحظ من خلال هذا الجدول (رقم 15) المبين لمجموع النتائج أن بعض العناصر التي تم تحديد موقعها؛ والموسوم بالنظام المركزي قد برزت على الأقل مرتين اثنتين في محكات الانتقاء للعناصر البارزة وللتحقق من ذلك يمكن الرجوع إلى الجدول رقم (13)؛ مما يدل على مصداقية الاستمارة التمييزية.

خاتمة: تمكنا من خلال استخدام الاستمارة التمييزية من بلوغ الأهداف التالية:

- ✓ التحقق من هرمية نظام التصور من خلال تحديد توقع بعض العناصر المكونة للتصور ضمن النظام المركزي، النظام المحيطي الاولي والنظام المحيطي الثانوي، في انتظار استكمال التحقق من المراكز التي يحتلها كل عنصر ضمن هذا النظام، وذلك بالاستعانة بتقنيات مكملية.
- ✓ التأكد من ضرورة اللجوء إلى استخدام تقنيات إضافية بغرض الفصل في توقع بقية العناصر البارزة التي كانت محل تشكيك أو محل عدم اتفاق بين فئتين تحتيتين من العينة.

❖ ثانياً: تحليل التشابه:

الاستمارة التمييزية متبوعة بتحليل التشابه (Analyse de similitude) لطالما شكلت الطريق المنصوح به لدراسة التصورات فيما تعلق بالمحيطية والمركزية. تقترح مقارنة النواة المركزية أنه من اجل التحقق من وظيفتها البنائية للمعارف المركزية يجب أن تتمتع العناصر المركزية بأكبر قدر ممكن من الروابط مع مختلف العناصر الأخرى مقارنة بعدد الروابط لمكونات النظام المحيطي.

(Moliner, 2002, pp22-23)

وعلى الرغم من نتائج الاستمارة التمييزية والتي حددت بعض العناصر المركزية والمحيطية بما لا يدع باباً للتشكيك ولا للاختلاط، إلا أننا فضلنا إضافة تحليل التشابه لمختلف العناصر البارزة بهدف

إتباعه بتحليل الروابط بين مختلف هذه العناصر، بغرض تدعيم النتائج وتحليل معمق للتصورات.

وفيما يلي عرض للمصفوفة الناتجة عن التحليل الإحصائي لتحليل التشابه:

شكل رقم (14): مصفوفة تحليل التشابه لمكونات التصور البارزة

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	/	14	19	15	17	03	13	17	07	12	06	02	09	01	14
2		/	15	15	14	03	14	12	12	10	09	03	05	02	17
3			/	09	20	03	11	16	07	13	02	02	07	02	19
4				/	09	01	12	13	06	09	03	02	05	01	12
5					/	03	10	16	05	12	02	02	09	02	16
6						/	04	03	03	02	02	01	02	01	04
7							/	14	07	11	03	03	05	00	13
8								/	02	11	04	03	07	01	17
9									/	03	04	05	01	04	10
10										/	05	00	04	02	10
11											/	02	01	02	04
12												/	00	00	04
13													/	00	05
14														/	04
15															/

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات الاستمارة التمييزية

وفيما يلي جدول يوضح قراء بسيطة للمصفوفة، حيث نوضح من خلاله ترتيب العناصر تنازليا

حسب عدد الروابط التي أنتجتها فيما بينها: (جدول رقم 20)

جدول رقم (16): ترتيب العناصر البارزة المكونة للتصور حسب عدد الروابط

توزيع الروابط		عدد الروابط	العناصر البارزة
مع الكل	مع البعض		
لا	نعم	149	نقص في المعدات الطبية والوسائل
لا	نعم	145	افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة
لا	نعم	139	تحديات ومشاكل المناوبة
لا	نعم	137	حواجز في المسار المهني للطبيب المختص
لا	نعم	136	نقص النظافة الصحية داخل المستشفى
لا	نعم	130	إدارة صماء ومعرفة
نعم	لا	120	تعويض غير عادل
لا	نعم	104	غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى
لا	نعم	97	الضغط المهني
لا	نعم	76	التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية
نعم	لا	60	سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات
لا	نعم	49	عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير
لا	نعم	35	عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين
نعم	لا	29	أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص
نعم	لا	22	عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية
04	11	1428	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات التحليل التشاهي

من خلال المصفوفة الموافقة للشكل رقم (14) والجدول رقم (16) يمكننا ملاحظة تمايز العناصر

البارزة من حيث:

✓ عدد الروابط التي أنتجتها فيما بينها والمتمثلة مجملا في ألف وأربعمائة وثمانية وعشرون (1428) رابطا، وانقسامها إلى ثلاث فئات مختلفة: فئة من العناصر تتميز بعدد كبير من الروابط، فئة تتميز بأعداد متوسطة وفئة تتميز بأعداد قليلة:

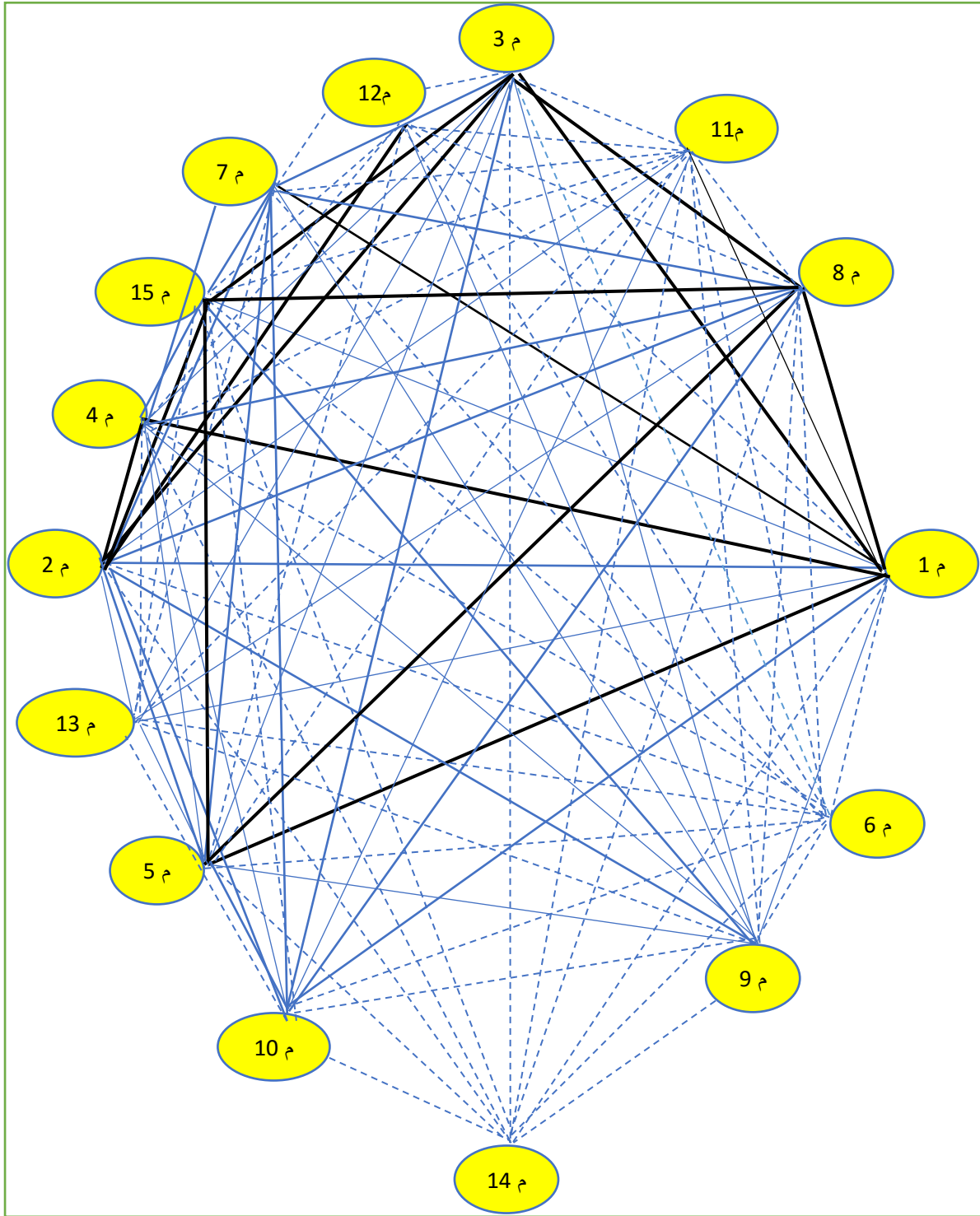
أولا: فئة العناصر التي شكلت عددا كبيرا من الروابط مقارنة مع العناصر الأخرى: تكونت هذه الفئة من سبعة عناصر بارزة؛ حيث تراوح عدد الروابط المنتجة ما بين 149 و 120 رابطا موزعا على جميع العناصر الخمس عشرة باستثناء عنصر "تعويض غير عادل" الذي لم تكن له اية علاقة مع عنصر "عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية" حسب استجابات كل المستجوبين دون استثناء، فيما اختلف عدد الروابط بين كل عنصرين اثنين، حيث تراوح عددها من رابط واحد (01) على اقل تقدير إلى عشرين (20) رابطا موزعة بطريقة غير منتظمة.

ثانيا: فئة العناصر التي شكلت عدد متوسطا من الروابط مقارنة مع العناصر البارزة الأخرى: تكونت هذه الفئة من أربعة عناصر؛ حيث تراوح عدد الروابط المشكلة ما بين 104 و 60 رابطا موزعا على كل العناصر الأخرى باستثناء انعدام وجود رابط بين العنصر "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية تجاه الإجلاءات" مع عنصر "عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية"، فيما انحصرت مختلف الروابط الأخرى ما بين الخمسة عشر (15) والرابط الوحيد (01).

ثالثا: فئة العناصر التي شكلت عدد صغيرا من الروابط مقارنة بالعناصر الأخرى: تكونت هذه الفئة من أربعة عناصر، تميزت بعدد روابط محصور بين 49 و 22، وقد تميزت عناصر هذه الفئة بالروابط التشابكية التي شكلها الافراد حول مكونات التصور؛ إذ لم تتجاوز الخمس (05) في أقصاها، فيما غابت بين عدد معتبر من العناصر.

✓ توزيع هذه الروابط، وانقسامها إلى فئتين مختلفتين: فئة قوامها أحد عشر (11) عنصرا توزع مجموع الروابط التي أنتجتها على مختلف العناصر البارزة المكونة للتصور، وفئة ثانية قوامها أربع (04) عناصر اقتصرت روابطها على البعض منها فقط فيما استثنت البعض الآخر. ومن اجل توضيح أكثر لهذه الروابط، قمنا برسم المخطط التالي: (شكل رقم 15)

شكل رقم (15): الروابط البينية للعناصر البارزة ضمن الحق التصوري



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج تحليل الترابط

مفتاح: م من 1-15: مكونات التصور، —: 20-15 رابطا؛ —: 14-10 رابطا؛ —: 9-5 روابط؛: 4-1 روابط

خلاصة:

كان من الممكن اعتبار العناصر من الفئة الأولى و التي تميزت بقوتها ضمن الحقل التصوري من خلال حيازتها على أكبر عدد من الروابط مع مختلف العناصر البارزة والمتمثلة في العناصر التالية: " نقص في المعدات الطبية والوسائل "، "افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة المطلوبة"، " تحديات ومشاكل المناوبة"، "حواجز في المسار المهني للطبيب المختص"، "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى"، "إدارة صماء ومعرقله" و"تعويض غير عادل" من النظام المركزي بناء على الكم المعبر من الروابط التي شكلتها مع مختلف العناصر الأخرى، بالإضافة إلى تدعيم ذلك القرار انطلاقاً من نتائج التحليل البسيط للاستمارة التمييزية.

والفئة الثانية المكونة من العناصر التالية: "غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى"، "الضغط المهني"، "التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية" و "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات" من النظام المحيطي الاولي بناء على المرتبة الثانية التي احتلتها فيما تعلق بعدد الروابط المشكلة مع مختلف العناصر البارزة المكونة للتصور، بالإضافة إلى دعم هذا القرار كذلك اعتماداً على بعض العناصر التي احتلت نفس المرتبة نتيجة التحليل البسيط للاستمارة التمييزية.

والفئة الثالثة المكونة من العناصر التالية: "عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير"، "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين"، "أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص"، "عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية" من النظام المحيطي الثانوي، ونفس الشيء بالنسبة للفئتين السابقتين يمكننا تدعيم هذا القرار بناء على توقع بعض العناصر ضمن نفس النظام حسب نتيجة التحليل البسيط للاستمارة التمييزية.

ولكن هذا لا يكفي؛ حيث أشار Moliner إلى أن التمييز الكمي لتصنيف العناصر ضمن نظام محيطي ونظام مركزي بالاعتماد على التحليل التشابهي ليس كافياً؛ فليس من المعقول ان نعتقد بمركزية عنصر معين بناء على عدد ارتباطاته بالعناصر الأخرى (أي بناء على تحليل كمي بحت)، ولكن لكونه مركزياً يصبح له عدد كبير من الروابط، وعلى الرغم من سهولة تطبيق هذه التقنية

وبساطتها إلا أنها فتحليل ليست التقنية المؤسسة حقيقة ولكنها تبين العناصر التي لها احتمال البروز في النواة المركزية.

(Moliner, 2002, pp22-23)

وبناء على هذا كان من الضروري الانتقال إلى مرحلة أخرى لأجل إنهاء هذه المسألة والتحقق النهائي من مركزية العناصر، مما لا يدع مجالاً للشك، وقد قمنا بانتقاء إحدى التقنيات الواسعة الاستعمال في مجال التصورات؛ ألا وهي: تقنية التشكيك. (technique de mise en cause)

❖ ثالثاً: استمارة التشكيك

نظرية المركزية المعرفية مبنية على أسس كيفية للتمييز بين المكونات المركزية والمكونات المحيطة، وقد برزت العديد من التقنيات في هذا الصدد من بينها تقنية التشكيك (mise en cause)، والتي تعتبر من بين استمارات تحديد المركزية (questionnaire de centralité).

وحسب ما أورده Moliner & Rateau & Chen-Sali (2002) فإن العناصر المركزية تحافظ على روابط مع الموضوع العام للتصور غير قابلة للكسر ولا للتفاوض ولا للانفصال لأنها الأساس في تكوينه وبنائه، والتشكيك في هذه العناصر أو معارضتها يعني المجازفة بتفكيك بنية التصور ككل. بعبارة أخرى، لا يمكن التعرف على موضوع التصور إن كانت عناصره المركزية محل تشكيك أو تناقض، هذه المعارضة التي تعتبر عاملاً قوياً لثبات التصورات الاجتماعية كما أنها مؤشر قوي على المركزية. وما توفره لنا تقنية التشكيك هو سيرورة الرفض أو المعارضة (processus de réfutation)، أما العناصر المحيطة فهي أكثر مرونة مع التناقض، والتشكيك فيها لا يشكل خطراً على التصور. (ذكر في: عقاقية، 2017، ص 234)

1. إعداد استمارة التشكيك: (questionnaire de mise en cause)

قمنا بإعداد استمارة ووزعناها على ثلاثين مفردة من المجتمع الإحصائي تم انتقاؤهم بطريقة قصدية؛ اين كان المعيار الوحيد هو قبول المشاركة في البحث بمختلف مراحلها وتقنياته منذ بداية الدراسة الاستطلاعية.

كان الهدف الرئيسي من تطبيق هذه التقنية هو إثبات سيورة اليقين بتموضع العناصر المركزية ضمن النظام المركزي مما لا يبقي مجالاً للتفاوض ولا للشك في اتخاذ القرار النهائي، وكذا سيورة الرفض أو المعارضة أو الشك التي تميز بعض العناصر المحيطة، لذلك قمنا بصياغة العبارات بصورة تعكس معناها الحقيقي كما انتجتها التدايعيات بغرض زرع الشك في أفراد العينة، وهم وحدهم من يمتلكون القرار الفاصل.

اعتمدنا في اختيار البنود التي سنخضعها للتشكيك على نتائج التحليل البسيط للاستمارة التمييزية؛ والتي افرزت مجموعة من العناصر المشكك في تصنيفها ضمن كل من النظامين المحيطي والمركزي على حد سواء، بالإضافة إلى مجموعة من العناصر التي كانت مبهمة التصنيف وتميزت باحتمالين متساويين أو متقاربين للظهور في كل من النظامين السابقين، وبهذا نذكر مجموع العناصر التي بلغ عددها سبعة (07)، والتي ستخضع لتقنية التشكيك:

- 1- نقص النظافة الصحية داخل المستشفى.
- 2- سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات.
- 3- إدارة صماء ومعرقة.
- 4- تعويض غير عادل.
- 5- الضغط المهني.
- 6- غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى.
- 7- تحديات ومشاكل المناوبة.

قمنا بتقديم الموضوع -لعينة متكونة من 30 مفردة تم انتقاؤها بطريقة قصدية- على الطريقة التالية: حسب رأيكم، هل يمكن القول بأن أهم ما يميز ظروف عملكم الحقيقية على أرض الواقع بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ما يلي: (من أجل الاطلاع على الصورة الأصلية للاستمارة أنظر الملحق رقم (07))

جدول رقم (17): الدراسة الوصفية الإحصائية لنتائج استمارة التشكيك

Σ	PN		PO/PN		PO		العبارات
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	
%100=30	33.33	10	43.33	13	23.33	07	احترام كلي لشروط النظافة الصحية
%100=30	40.00	12	60.00	18	00	00	تسهيلات لقبول كل الاجلاءات من طرف المراكز الاستشفائية الجامعية
%100=30	83.33	25	10.00	03	06.66	02	إدارة متعاونة وغير معرقة
%100=30	96.66	29	00	00	03.33	01	حصولكم على تعويض عادل (الاجر)
%100=30	56.66	17	16.66	05	26.66	08	غياب لمفهوم الضغط المهني
%100=30	33.33	10	16.66	05	50	15	توفر الامن داخل المستشفى
%100=30	56.66	17	43.33	13	00	00	سير المناوبات في ظروف جيدة وبدون مشاكل

المصدر: من إعداد الباحثة

مفتاح: PO من المؤكد نعم؛ PO/PN: ربما نعم/ ربما لا؛ PN: من المؤكد لا؛ Fi: تكرار؛ %: نسبة مئوية؛ Σ: المجموع

الخانة الوحيدة التي تهمنا في تحليل النتائج هي خانة "PN: من المؤكد لا"، ويشير كل من Moliner & Rateau & Chen-Sali (2002, p137) أنه في حال العينات الكبيرة ($N \geq 35$) يمكننا اعتبار المكون (العنصر) وكرها عن طريق صيغة حسابية باستخدام اختبارات التوزيع الطبيعي كاختبار Kolmogorov-Smirnov وحساب D-max التي تختلف حسب حجم العينة و مستوى الدلالة، و أما في حال العينات الصغيرة ($N \leq 35$) كما في دراستنا فإننا

سنحسب النسب المئوية لقيمة الرفض ونقوم بمقارنتها بالقيمة النقدية (المعيارية) لتقييم النتائج والتي يمكن استخلاصها من القيم المجدولة و ذلك بتحديد مستوى الدلالة المعتمد.

من خلال جدول اختبار Kolmorov-Smirnov عند تكرارات أكبر أو تساوي (\leq) 76% نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة مقدر ب: 95% لدى عينة مكونة من ثلاثين (30) مفردة بين النسبتين المعويتين 96.66% و 83.33% -الموافقتين للتكرارات من خانة "من المؤكد لا" في كل من العبارتين على التوالي: "حصولكم على تعويض عادل (الاجر)" و "إدارة متعاونة وغير معرقله" - وال: 100%، إذا فهي مكونات مركزية.

وعليه:

من بين العناصر السبع التي خضعت لتقنية التشكيك فقط عنصرين أثبتنا انتماءهما للنظام المركزي للتصور وهما: "تعويض غير عادل" و "إدارة صماء ومعرقله"، فيما تأكدنا من عدم مركزية العناصر المتبقية، ومنه تموضعها ضمن النظام المحيطي الأولي للتصور وهي: "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى" و التي انتقلت من المركز إلى المحيط بعد التشكيك؛ حيث أن مركزية العناصر لا تقبل الشك و إنما اليقين، "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الاجلاءات"، "الضغط المهني، غياب جزئي أو كلي للأمن داخل المستشفى"، "تحديات ومشاكل المناوبة".

خلاصة المبحث:

نستنتج بعد الانتهاء من إجراءات التحقق من المركزية أن التصور الاجتماعي للطبيب المختص حول جودة الحياة في العمل بالمستشفيات العمومية والمستشفيات العمومية المتخصصة بولاية أم البواقي يتكون من نظام مركزي ونظام محيطي:

✓ نظام مركزي متعدد المكونات: يحتوي على مجموعة من المكونات: "ظروف عمل معرقة (نقص في المعدات الطبية والوسائل)"، "افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة والأعداد المطلوبة"، "حواجز في المسار المهني للطبيب"، "تعويض غير عادل" و "إدارة صماء ومعرقة".

✓ نظام محيطي: يتكون من نظام محيطي أولي وثانوي:

● نظام محيطي أولي: يحتوي على: "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة"، "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى"، "الضغط المهني"، "غياب جزئي أو كلي للأمن"، "تحديات ومشاكل المناوبة"

● نظام محيطي ثانوي: يحتوي على: "عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين"، "عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير"، "أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص"، "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الإجراءات"، "عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية"، "غياب الثقافة الصحية الشعبية"، "وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد"، "هاجس المسؤولية الجزائية"، "نقص في الأطباء المختصين".

المبحث الرابع

معالجة بيانات استبيان الدراسة

و

اختبار الفرضيات

1. الدراسة الإحصائية الوصفية لأبعاد جودة الحياة في العمل

2. اختبار فرضيات الدراسة

❖ أولاً: الدراسة الإحصائية الوصفية لأبعاد جودة الحياة في العمل:

1. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "جودة ظروف العمل":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (1-18) أن متوسط استجابات الفئة محل الدراسة يميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "جودة ظروف العمل" على أنه: منخفض "عموماً"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 1.87؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [1، 2.6]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري لمختلف الاستجابات ما بين 0.6 و 2.0؛ دلالة على الاختلافات المسجلة في استجابات الافراد حول مختلف المؤشرات.

وقد برز المؤشر الدال على وفرة ظروف النقل من وإلى العمل كمؤشر وحيد تميز بالإيجاب مقارنة بباقي المؤشرات الأخرى بأغلبية استجابات قدرت بـ 60% ومتوسط حسابي قدر بـ 3.42 في حدود المجال [3.4، 5] و الذي يعبر عن مستوى مرتفع "عموماً" من الجودة في حياة العمل من خلال هذا المؤشر، فيما أثبتت بعض الاستجابات والمقدرة بحوالي ربع العينة وجود صعوبات دائمة في الوصول من وإلى مكان العمل حول المؤشر، كما أثبتت البقية و المقدرة بحوالي 14% من مجموع مفردات العينة وجود تذبذب في المواصلات، والتي تتوفر أحيانا و تصعب في أحيان أخرى.

تميزت مختلف المؤشرات المتبقية حسب استجابات الأفراد بالسلبية حيث لم نسجل فروقات كبيرة في نسبة تدني مستوى جودة الحياة في العمل - حسب مختلف المؤشرات الدالة على بعد جودة ظروف العمل - بين استجابات مفردات العينة، إذ تراوحت قيم المتوسط الحسابي بين 1.53 و 2.40؛ وقد عبر المستجوبون عن سوء ظروف عملهم والتي تم وصفها بغير المرضية دائما وغالبا بنسبة مئوية قدرت بـ 75% مقابل أقلية قدرت بـ 11.5% وصفتها بالمرضية دائما وغالبا فيما اعتبرتها فئة وسطية في آرائها والمقدرة بحوالي 13% مجموع أفراد العينة بالمتذبذبة ما بين مرضية أحيانا وغير مرضية في أحيان أخرى.

سجلنا أكبر نسبة اتفاق في استجابات الأفراد عند المؤشر رقم 11 و 12 على التوالي بقيمتي انحراف معياري 0.59 و 0.64 حيث أجمع المستجوبون على رأيهم بالمعارضة على مطابقة المراحض وهيكلم المستشفى للمعايير، وهذا بأغلبية ساحقة تراوحت 93% استجابات مجموع أفراد العينة.

جدول رقم (1-18): الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور "جودة ظروف العمل"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا		منخفض		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
منخفض	1.32	1	1.74	64.7	90	10.8	15	12.9	18	08.6	12	02.9	04	A1
منخفض	1.102	1	1.68	63.3	88	14.4	20	15.8	22	03.6	05	02.9	04	A2
منخفض	1.072	1	1.58	70.5	98	12.2	17	08.6	12	06.5	09	02.2	03	A3
منخفض	2.052	1	2.40	40.3	56	20.1	28	08.6	12	21.6	30	09.4	13	A4
منخفض	1.264	1	1.68	66.9	93	12.2	17	10.1	14	07.9	11	02.9	04	A5
منخفض	1.264	1	1.71	61.9	86	20.1	28	07.2	10	06.5	09	04.3	06	A6
مرتفع	1.883	4	3.42	16.5	23	08.6	12	14.4	20	37.4	52	23.0	32	A7
منخفض	1.876	1	2.02	56.8	79	12.9	18	07.9	11	15.8	22	06.5	09	A8
منخفض	1.218	1	1.78	55.4	77	27.3	38	04.3	06	10.1	14	02.9	04	A9
منخفض	0.812	1	1.43	74.1	103	13.3	24	02.2	03	04.3	06	02.2	03	A10
منخفض	0.599	1	1.53	59.0	82	34.5	48	02.2	03	03.6	05	00.7	01	A11
منخفض	0.642	1	1.53	59.7	83	33.1	46	02.2	03	04.3	06	00.7	01	A12
1.874														المتوسط الحسابي الكلي
مستوى جودة الحياة المهنية "منخفض" من خلال مؤشرات بعد: "جودة ظروف العمل"														الوزن النسبي الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

بالنسبة لآراء المستجوبين حول باقي المؤشرات: "وفرة الوسائل والمعدات الضرورية"، "مطابقة الجدول التقني للمعايير"، "جودة الوجبات الغذائية المقدمة للطبيب المختص أثناء مزاولته لمهامه الوظيفية بالمستشفى كما ونوعاً"، "احترام قواعد النظافة الصحية داخل المستشفيات"، "توفر التحاليل و الأشعة التشخيصية المكتملة بالجودة المطلوبة و في الوقت المطلوب"، "وفرة المياه 24/سا/24سا" و كذا "وفرة أفضية للراحة"، كلها كانت في اليسار المتطرف بأغلبية ساحقة تتجاوز في عمومها الـ 90% في اتجاه المستوى المنخفض من الجودة، و هناك استثناء وحيد مقارنة بالمؤشرات المذكورة و هو جودة الوجبات الغذائية، حيث عبر 30% عن جودتها دائماً و غالباً فيما قال البعض 08.6% بأنها جيدة أحياناً مقابل 64% ترى بأنها ذات نوعية رديئة.

2. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "الضغط المهني":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-2) أن استجابات الفئة محل الدراسة في متوسطها تميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "الضغط المهني" على أنه: متوسط "عموماً"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 2.62؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [2.6، 3.4]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري لمختلف الاستجابات ما بين 0.99 و 2.13؛ دلالة على التشتت المسجل في استجابات الافراد حول مختلف المؤشرات.

وقد اختلفت آراء المستجوبين ما بين الفئات الثلاث، حيث سجلنا تقديرات تندرج ضمن الفئتين الوسطى واليسرى مناصفة بين المؤشرات، فيما سجلنا انتماء وحيداً للفئة اليمنى والمتعلق بمؤشر "تقديم العطل المرضية" فكانت استجابات الأفراد بأغلبية ساحقة بالرفض، حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي 3.72 ضمن المجال [3.4، 5] ومنوال "5" يدل لدى أكثر من 64% مما يدل على أن مستوى الضغط لم يبلغ مبلغه بعد إلى درجة يضطر فيها الطبيب المختص جبراً إلى تقديم العطل المرضية من أجل الراحة من ضغط العمل، وهذا مؤشر عن مستوى الضغط العام.

فيما يتعلق بالمؤشرات التي صنفنا متوسطها حسب آراء المستجوبين فهي كل من: عدم كفاية وقت الاستراحة ما بعد المناوبة لاسترجاع النشاط العادي، الأعداد الكبيرة للمرضى التي تتجاوز طاقات الطبيب المختص أثناء

جدول رقم (18-2): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "الضغط المهني"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا جدا		منخفض		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
منخفض	1.137	1	1.98	44.6	62	23.0	32	25.2	35	04.3	06	02.9	04	B1
منخفض	1.321	1	2.20	36.0	50	26.6	37	21.6	30	12.9	18	02.9	04	B2
منخفض	1.247	1	2.22	34.5	48	23.7	33	30.2	42	07.9	11	03.6	05	B3
مرتفع	2.131	5	3.72	12.9	18	10.8	15	13.7	19	16.5	23	46.0	64	B4
متوسط	1.738	3	2.85	20.1	28	19.4	27	30.9	43	14.4	20	15.1	21	B5
متوسط	1.616	3	2.79	19.4	27	22.3	31	30.2	42	15.8	22	12.2	17	B6
منخفض	0.990	3	2.47	19.4	27	29.5	41	36.7	51	12.9	18	01.4	02	B7
منخفض	1.092	3	2.50	18.7	26	32.4	45	33.1	46	12.2	17	03.6	05	B8
متوسط	1.288	3	2.76	17.3	24	20.9	29	37.4	52	18.0	25	06.5	09	B9
متوسط	1.192	3	2.71	15.1	21	28.8	40	29.5	41	23.0	32	03.6	05	B10
2.62														المتوسط الحسابي الكلي
0.687														الانحراف المعياري الكلي
مستوى جودة الحياة في العمل "متوسط" من خلال مؤشرات بعد "الضغط المهني"														الوزن النسبي الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

الدوام العادي والمناوبة بالإضافة إلى معايشة ضغوطات مع المرضى أو / ومرافقيهم، حيث مالت استجاباتهم في مجملها إلى حدود الخمسين في المئة من مؤيدي الوسطية، فيما انقسمت الفئة المتبقية بين الفئتين الطرفيتين.

أما بالنسبة لمختلف الاستجابات على المؤشرات المتبقية والتي تندرج ضمن الفئة [1، 2.6] التي تقدر مستوى جودة الحياة في العمل "ضعيف" عموماً من حيث المؤشرات الدالة على الضغط المهني و المقدر عددها بخمس: و هي الإحساس بالضغط في العمل عموماً، في نهاية المناوبة، متطلبات زائدة و عبء إضافي تستلزمه المناوبة الليلية، و التعرض لضغوطات نفسية نتيجة بعض المواقف المؤثرة في العمل و المتعلقة بحالات المرضى، كل هذه المؤشرات لقيت استجابات تندرج في متوسطها ضمن المجال [2، 2.5]، بمعنى أنها لم تبلغ الحدود السفلى للمجال، نظراً لتذبذب الإحساس بالضغط حسب الزمن و عدم استمراريته.

3. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "جودة الأمن والسلامة المهنية":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-3) أن متوسط استجابات الفئة محل الدراسة يميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "جودة الأمن والسلامة المهنية" على أنه: منخفض "عموماً"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 2.28؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [1، 2.6]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري لمختلف الاستجابات ما بين 1.39 و 2.77؛ دلالة على التشتت المسجل في استجابات الافراد حول مختلف المؤشرات.

وقد عبر أغلبية المستجوبين عن رأيهم بعدم الموافقة على إحساسهم بالأمن داخل المستشفى الذي يعملون به بما نسبته 69% مقابل حوالي 30% عبروا بموافقتهم عن الشعور بالأمن (C1)، أما بالنسبة للمؤشر C2 فقد انخفضت نسبة عدم الموافقة مقارنة بالمؤشر السابق فيما ارتفعت نسبة الموافقة في المقابل بحوالي 10%، فقد أقر 41.7% باحتمالية تعرضهم للاعتداءات من طرف المرضى و /أو مرافقيهم. وقد سجلنا أكبر نسبة اتفاق في استجابات مفردات العينة مقارنة بمختلف الاستجابات حول مؤشرات نفس المحور بقيمة انحراف معياري 1.03 في مسألة قابلية التعرض للعدوى داخل المؤسسات الاستشفائية (C3)، حيث سجلنا أصغر قيمة لمتوسط الاستجابات: 1.39، بنسبة موافقة تجاوزت الـ 92% من مجموع الاستجابات.

جدول رقم (18-3): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة الأمن والسلامة المهنية"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا		منخفض		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
منخفض	1.847	1	2.29	38.1	53	30.9	43	00.7	01	23.7	33	06.5	09	C1
متوسط	2.048	2	2.77	22.3	31	34.5	48	01.4	02	27.3	38	14.4	20	C2
منخفض	1.036	1	1.39	82.0	114	10.1	14	00.7	01	1.4	02	05.8	08	C3
منخفض	1.824	1	2.31	35.3	49	33.8	47	05.0	07	16.5	23	09.4	13	C4
منخفض	1.777	1	2.24	36.7	51	35.3	49	05.8	08	12.2	17	10.1	14	C5
منخفض	1.954	2	2.41	33.1	46	33.8	47	02.9	04	19.4	27	10.8	15	C6
2.285														المتوسط الحسابي الكلي
1.077														الانحراف المعياري الكلي
مستوى جودة الحياة في العمل "منخفض" من خلال مؤشرات بعد "جودة الأمن والسلامة المهنية"														الوزن النسبي الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

وأما فيما تعلق بالاستجابات حول باقي المؤشرات (C4, C5 & C6) الدالة على الشعور بعدم الأمان من خلال: إمكانية التعرض للمتابعات القضائية ذات علاقة بالممارسة المهنية، عدم ضمان المستشفى للحماية القانونية في حال ارتكاب الأخطاء والتعرض للمتابعات القضائية بالإضافة إلى التعرض إلى وضعيات عمل غير صحية ومتعبة أثناء العمل مما يؤدي إلى المساس بسلامتهم الجسدية وإصابتهم ببعض الأمراض المهنية، فقد دلت كلها على مستوى منخفض من الجودة.

4. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "جودة المسار المهني":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-4) أن استجابات الفئة محل الدراسة في متوسطها تميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "الضغط المهني" على أنه: متوسط "عموما"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 2.73؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [2.6، 3.4]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري لمختلف الاستجابات ما بين 1.70 و 2.13؛ دلالة على التشتت المسجل في استجابات الافراد حول مختلف المؤشرات.

وقد اختلفت استجابات بين الوسطية والسلبية في تقييم مستوى الجودة، حيث سجلنا مؤشري الترقية (D4 & D5) بتصنيف "ضعيف" بمتوسط حسابي 2.37 و 2.50 على التوالي، مع ميول اتجاه الآراء نحو الوسطية حيث بلغت نسبة عدم الرضا عن معايير الترقية 66.2%، فيما بلغت نسبة عدم الرضا عن غياب فرص العدالة في الحصول على المناصب النوعية 67.1%.

أما باقي المؤشرات فقد تميزت بالوسطية، حيث لاحظنا توازنا بين نسبة الموافقة على (D1,2,3,& 6) والتي تراوحت ما بين 40% و 47.5% فيما تراوحت فاقت نسبة الرفض الـ 50% مما يدل على ميول اتجاه الآراء نحو السلبية، وقد دلت الاستجابات عن وجود فئتين تحتيتين بين الرفض والقبول حول وجود فرص لتطوير الكفاءات المهنية، الاستفادة من تربصات نحو الخارج والاستفادة من دورات تكوينية متخصصة، بالإضافة إلى اكتساب خبرات جديدة في التخصص. وأما فيما تعلق بالمؤشر الأخير فقد كان هناك اتجاه للآراء نحو الإيجابية، حيث أعرب 55.4% بقبولهم لوجود إمكانية المشاركة في اتخاذ بعض القرارات المتعلقة بالسياسة العامة للمؤسسة.

جدول رقم (18-4): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة المسار المهني"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا		منخفض		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
متوسط	2.027	4	2.76	25.2	35	28.8	40	02.9	04	31.7	44	11.5	16	D1
متوسط	2.207	4	2.77	27.3	38	27.3	38	00.7	01	30.2	42	14.4	20	D2
متوسط	2.122	1	2.67	29.5	41	26.6	37	03.6	05	28.1	39	12.2	17	D3
ضعيف	1.801	1	2.37	34.5	48	31.7	44	00.7	01	28.1	39	05.0	07	D4
ضعيف	1.774	2	2.50	28.1	39	34.5	48	02.9	04	28.1	39	06.5	09	D5
متوسط	1.829	4	2.86	21.6	30	25.9	36	05.0	07	39.6	55	07.9	11	D6
متوسط	2.139	4	3.17	18.7	26	22.3	31	03.6	05	34.5	48	20.9	29	D7
2.73														المتوسط الحسابي الكلي
1.162														الانحراف المعياري الكلي
مستوى جودة الحياة في العمل "متوسط" من خلال مؤشرات البعد: "جودة المسار المهني"														الوزن النسبي الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

5. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "جودة الاجر":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-5) أن متوسط استجابات الفئة محل الدراسة يميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "جودة الاجر" على أنه: منخفض "عموماً"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 1.60؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [1، 2.6]، و قد اندرجت مجمل الاستجابات حول كل المؤشرات تفصيلاً دون استثناء ضمن نفس المجال بنسب اتفاق مختلفة؛ حيث بلغت أكبر نسبة اتفاق بين مفردات العينة في استجاباتهم حول إمكانية بناء منزل لائق بالاعتماد على الاجر (E11) و في استجاباتهم حول مسألة عن الأجر مقارنة بأجور الزملاء من نفس المستوى في القطاع الخاص (E7) بقيمة انحراف معياري بلغت 0.37 و 0.38 على التوالي. يليها كل من (E9, E8, E6 & C10) "الرضا عن القيمة المالية المضافة في الأجر نتيجة الترقية في الدرجة"، "الرضا عن مستوى الرفاهية الذي يوفره الأجر" و "الرضا عن مستوى الأجر مقارنة بالزملاء من نفس الصنف في المؤسسات الاقتصادية" إضافة إلى "توفير الأجر لإمكانية شراء سيارة" بقيم انحراف عن المتوسط تراوحت بين 0.46 و 0.78، فيما سجلنا اتفاق الأغلبية الساحقة في تعبيرها عن المستوى المنخفض في جودة الأجر من خلال المؤشرات السابقة الذكر بنسب مئوية تجاوزت الـ 90%. وأما فيما تعلق بباقي المؤشرات من E1 إلى E5: "الأجر في مقابل الاحتياجات"، "منحة المناوبة الليلية والمناوبات في العطل والمناسبات"، "الأجر في مقابل المجهودات" و "الأجر في مقابل قيمة المهنة" فقد سجلنا اختلافات في مستوى رضا الأفراد بين السلب والإيجاب مع أغلبية سلبية تراوحت بين 70% إلى 80% كأقصى تقدير

جدول رقم (18-5): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة الاجر"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا		منخفض		محايد		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
منخفض	1.810	1	1.91	59.0	82	19.4	27	01.4	02	12.2	17	07.9	11	E1
منخفض	1.659	1	2.01	52.5	73	19.4	27	07.2	10	16.5	23	04.3	06	E2
منخفض	1.463	1	1.83	59.0	82	18.7	26	07.2	10	10.8	15	04.3	06	E3
منخفض	1.667	1	1.78	64.7	90	17.3	24	00.7	01	10.1	14	07.2	10	E4
منخفض	1.451	1	1.63	69.8	97	17.3	24	/	/	05.8	08	07.2	10	E5
منخفض	0.532	1	1.35	74.1	103	22.3	31	/	/	02.2	03	01.4	02	E6
منخفض	0.385	1	1.27	79.1	110	18.0	25	00.7	01	01.4	02	00.7	01	E7
منخفض	0.473	1	1.40	67.6	94	28.8	40	00.7	01	02.2	03	00.7	01	E8
منخفض	0.462	1	1.35	71.9	100	24.5	34	00.7	01	02.2	03	00.7	01	E9
منخفض	0.787	1	1.53	64.7	90	26.6	37	00.7	01	07.2	10	00.7	01	E10
منخفض	0.377	1	1.36	68.3	95	29.5	41	00.7	01	00.7	01	00.7	01	E11
منخفض	1.540	1	1.82	60.4	84	20.1	28	/	/	15.8	22	03.6	05	E12
1.60														المتوسط الحسابي الكلي
0.623														الانحراف المعياري الكلي
مستوى جودة الحياة في العمل "منخفض" من خلال مؤشرات بعد الاجر														الوزن النسبي الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

6. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-6) أن استجابات الفئة محل الدراسة في متوسطها تميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية" على أنه: متوسط "عموماً"؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 2.78؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [2.6، 3.4]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري لمختلف الاستجابات ما بين 1.32 و 2.13؛ دلالة على التشتت المسجل في استجابات الافراد حول مختلف المؤشرات.

وقد سجلنا مؤشرين من بين ستة كانت فيهما استجابات مجموعة مفردات العينة تميل نحو تقدير مستوى الجودة في التوفيق بين الحياتين في خانة الضعيف (F1 & F6) بقيمة متوسط حسابي 2.42 و 2.27 ضمن المجال المعياري [1، 2.6]، حيث عبر المستجوبون عن اصطدامهم بصعوبات في التوفيق بين العمل والالتزامات الأسرية وكذا عدم وفرة الوقت من اجل مشاركتهم واندماجهم في الحياة الاجتماعية: جمعيات، أندية ثقافية، فكرية، تطوعية، ... بنسبة تراوحت ما بين 60.4% و 69.7%.

فيما اندرجت الاستجابات حول بقية المؤشرات ضمن خانة الوسطية "عموماً" (F2, 3, 4 & 5) مع قابلية الاتجاه نحو الموجب؛ حيث أبدى ما نسبته حوالي 45.3% إلى 54.8% بالموافقة دائما و غالبا فيما تعلق ب: "التكيف بين ساعات العمل و الحياة الخاصة"، "إمكانية الحصول على العطل السنوية بدون تحفظات"، "القدرة على المشاركة في المناسبات الاسرية" و "كفاية الوقت من اجل الترفيه و التسلية"، وما نسبته من 2.9% إلى 12.2% حول التذبذب فيما سبق ذكره حسب الزمن، مع بقية تراوحت نسبتها بين 38.9% و 51.8% ترى أنه نادرا ما يتم التوفيق من حيث المؤشرات السابقة إلى ابداء.

جدول رقم (18-6): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	ضعيف جدا		ضعيف		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
ضعيف	1.594	2	2.42	24.5	34	44.6	62	01.4	02	23.0	32	06.5	09	F1
متوسط	1.326	4	2.99	07.2	10	38.8	54	07.2	10	41.0	57	05.8	08	F2
متوسط	1.781	4	3.09	12.9	18	30.9	43	04.3	06	37.4	52	14.4	20	F3
متوسط	1.471	4	3.01	14.4	20	24.5	34	12.2	17	43.9	61	05.0	07	F4
متوسط	1.438	4	2.86	11.5	16	40.3	56	02.9	04	41.0	57	04.3	06	F5
ضعيف	2.128	1	2.27	51.8	72	08.6	12	04.3	06	30.9	43	04.3	06	F6
													2.78	المتوسط الحسابي الكلي
													0.836	الانحراف المعياري الكلي
													مستوى جودة الحياة في العمل "متوسط" من خلال مؤشرات بعد: التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة	
													الوزن النسبي الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

7. الدراسة الإحصائية الوصفية لمحور: "جودة فريق العمل والعلاقات المهنية":

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18-7) أن استجابات الفئة محل الدراسة في متوسطها تميل نحو تقدير مستوى جودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات بعد "جودة فريق العمل والعلاقات" على أنه: مرتفع "عموما" خلافا لمختلف الأبعاد؛ وذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي الكلي لمجموع الاستجابات حول مختلف المؤشرات المقدر بـ 3.90؛ والذي يندرج ضمن المجال المعياري [3.4, 5]، فيما تراوحت قيمة الانحراف المعياري الكلي للمحور: 0.40 مما يدل الاتفاق النسبي في استجابات مفردات العينة.

و قد تميز المؤشر G2 استثناء باستجابات اندرجت ضمن إطار الوسطية بقيمة متوسط حسابي 0.32 ضمن المجال [2.6, 3.4] مع ميول اتجاهات الراي نحو الإيجاب؛ حيث بلغت نسبة الموافقة حول كفاءة الأطباء العاملين دائما و غالبا فوق الوسط: 52.8%، فيما بلغت نسبة الاستجابات الوسطية 29.5%، ولم تتجاوز نسبة الاتجاهات السلبية الـ 24.5%، أما باقي المؤشرات فقد تميزت باستجابات إيجابية تصنف مستوى جودة الحياة في العمل من حيث بعد العلاقات المهنية و فريق العمل بالمرتفع من خلال مختلف المؤشرات: (G1, G3, 4, 5, 6, 7 & 8)؛ حيث بلغت نسبة القبول لهذا التصنيف من خلال مؤشر كفاءة الطاقم شبه الطبي 63.9% مع فئة وسطية من الاستجابات بلغت 29.5%، فيما بلغت نسبة الرفض 17.3%، أما نسبة القبول من خلال نوعية العلاقات مع نفس الفئة فقد بلغت 84.9% مع فئة وسطية بلغت نسبتها 06.5%، فيما بلغت نسبة الرفض نسبة قليلة مقدرة بـ 03.6%. و قد بلغت نسبة القبول بالنسبة للعلاقات و التواصل مع الأطباء العاملين 77.8% مقابل فئة أقل من سابقتها مقارنة بالعلاقات مع الشبه طبي تقر بالرفض و المقدرة بـ 02.2% مما يدل على سهولة التواصل مع هذه الفئة خاصة، فيما برزت مجموعة وسطية قدرت بـ 16.5% و نرجح هذا إلى نوعية علاقات العمل داخل الفرق الطبية و شبه الطبية؛ حيث توجد مصالح لا يتم فيها التواصل أو الحاجة إلى التواصل مع الطبيب العام فيما يكون الاتصال مباشرة مع الطاقم شبه طبي، و على العموم فإن استجابات مفردات العينة أثبتت بأغلبية ساحقة حسن العلاقات داخل فرق العمل.

كما اتجهت آراء الأغلبية الساحقة نحو الإيجاب من خلال الإقرار بجودة العلاقات والتنسيق مع مختلف الأطباء المختصين سواء من نفس التخصص أو من التخصصات الأخرى بنسبة موافقة بلغت 70% إلى 88%، وأما فيما تعلق بالعلاقات مع المدير التقني والإداري فقد تميزت هي الأخرى بالجودة بنسبة موافقة تراوحت بين 83% و 88%.

جدول رقم (18-7): الدراسة الوصفية الإحصائية لمحور "جودة فريق العمل والعلاقات المهنية"

الوزن النسبي	Var	Mod	Moy	منخفض جدا		منخفض		متوسط		مرتفع		مرتفع جدا		الخصائص الكمية المؤشرات
				%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	
مرتفع	1.205	4	3.55	06.5	09	10.8	15	20.9	29	44.6	62	17.3	24	G1
متوسط	1.348	3	3.32	07.2	10	17.3	24	29.5	41	28.8	40	17.3	24	G2
مرتفع	0.918	4	4.05	03.6	05	05.0	07	06.5	09	52.5	73	32.4	45	G3
مرتفع	0.840	4	4.03	02.2	03	03.6	05	16.5	23	44.6	62	33.1	46	G4
مرتفع	0.811	4	4.17	04.3	06	07.2	10	/	/	51.1	71	37.4	52	G5
مرتفع	1.095	4	3.86	02.9	04	08.6	12	19.4	27	38.1	53	30.9	43	G6
مرتفع	0.679	4	4.24	02.2	03	02.9	04	02.9	04	52.5	73	39.6	55	G7
مرتفع	1.014	4	4.01	05.0	07	04.3	06	06.5	09	52.5	73	31.7	44	G8
3.90													المتوسط الحسابي الكلي	
0.409													الانحراف المعياري الكلي	
مستوى جودة الحياة في العمل "مرتفع" من خلال مؤشرات البعد: جودة فريق العمل والعلاقات المهنية													الوزن النسبي الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPS

❖ ثانيا: اختبار الفرضيات

1. اختبار الاختبارات الإحصائية المناسبة:

من أجل اختيار الاختبار الإحصائي المناسب لاختبار فرضيات البحث وجب التحقق من نوع الاختبارات التي سنعملها في ذلك أولاً؛ اختبارات معلمية (tests paramétriques) أو غير معلمية (tests non paramétriques) وذلك من خلال:

✚ اختبار التوزيع الطبيعي: من أجل اعتماد الاختبارات المعلمية وجب التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات، وبما أن حجم العينة كبير أي $35 \leq N$ فإننا سنستعين باختبار S-K سميرونوف كولموغوروف لاختبار الفرض الصفري: H_0 : تتوزع البيانات طبيعياً.

جدول رقم (19): اختبار Kolmogorov-Smirnov لاختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

القرار الإحصائي	Sig	K-S	المتغيرات
1. توزيع البيانات المُختبر طبيعي (يتبع منحنى Gausse). 2. تم حسابه انطلاقاً من البيانات عند مستوى ثقة 95%. 3. اعتماداً على جدول معاينة.	1.000	0.351	X
	0.210	2.093	A
	0.184	1.092	B
	0.223	2.712	E
	0.410	1.394	F

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

مفتاح: K-S: قيمة الاختبار؛ sig: قيمة المعنوية؛ X: مجموع متغيرات الاستبيان مجتمعة؛ A: متغير "جودة ظروف العمل"؛ B: متغير "الضغط المهني"؛ E: متغير "جودة الاجر"؛ F: متغير "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية"

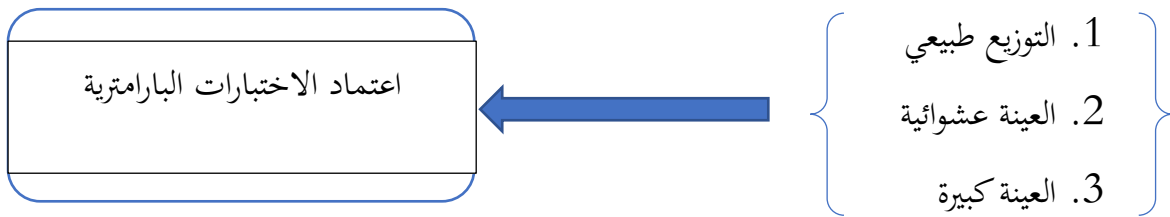
من خلال الجدول رقم (19) تبين أن قيمة المعنوية sig المحسوبة أكبر من 0.05 بالنسبة لكل المتغيرات دون استثناء؛ مجموع المتغيرات مجتمعة، متغير "جودة ظروف العمل"، متغير "الضغط المهني"،

متغير "جودة الاجر"، متغير "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية". ومنه نقبل الفرض الصفري الذي يقر بالتوزيع الطبيعي للبيانات.

✚ عشوائية العينة: تم انتقاء العينة بطريقة احتمالية تمنح لكل مفردة من المجتمع الإحصائي الظهور في عينة الدراسة، ومنه تحقق شرط العشوائية.

✚ حجم العينة: لدينا حجم العينة يساوي 139 مفردة؛ أي أن $35 \leq N$ ، بمعنى أن عينة البحث تعتبر كبيرة وتخضع لتطبيق القوانين الإحصائية للعينات الكبيرة.

استنتاج: بما أن الشروط الثلاث تحققت يمكننا استخدام الاختبارات المعلمية في اختبار الفروض.



بعد التحقق من إمكانية استخدام الاختبارات المعلمية تنتقل إلى اختيار الاختبارات الإحصائية المناسبة:

✚ نوع الدراسة: فارقية (تهدف إلى دراسة الفروق).

✚ مستوى القياس: نعتبر البيانات كمية ومنه مستوى القياس فئوي (المسافات المتساوية).

✚ طبيعة وعدد مجموعات البيانات: لدينا مجموعتين مستقلتين من البيانات ومجموعات مستقلة من البيانات.

ومنه فإننا من اجل اختبار فرضيات الدراسة سنستخدم كل من اختبائي:

✓ اختبار T.student لمجموعتين مستقلتين من البيانات.

✓ تحليل التباين أحادي العامل One way Anova لمجموعات مستقلة من البيانات.

ملاحظات:

- ✓ ليست كل الفرضيات الشاملة (عامة، فرعية، جزئية) قابلة للاختبار الاحصائي؛ ولذلك سنقوم باستنتاج قبولها من عدمه اعتمادا على نتائج اختبار جزئياتها.
- ✓ قمنا باعتماد مستوى الدلالة عند قيمة $\alpha = 0.05$.
- ✓ من اجل تسهيل قراءة مختلف الجداول لاختبار t -test & Anova نقدم المفتاح العام التالي:

مفتاح جداول t-test:

$H_0 =$: فرضية قبول التجانس (تساوي الفروق)؛

$H_1 \neq$: فرضية عدم قبول التجانس (عدم تساوي الفروق)؛

f: قيمة اختبار فيشر؛

sig: قيمة معنوية الاختبار المحسوب؛

t: قيمة اختبار t؛

ddl: درجة الحرية؛

catégo: الفئات التي نختبر الفروق فيما بينها؛

moy: المتوسطات الحسابية؛

مفتاح جداول ANOVA:

f: قيمة اختبار فيشر؛

sig: قيمة معنوية الاختبار المحسوب؛

compar. catégo: المقارنة ما بين الفئات؛ 1&2: الفئتين المقارن بينهما؛

dif.moy: الفروق في المتوسطات الحسابية؛

*: الفروق في المتوسطات دالة عند 0.05.

ملاحظة: في حال وجود تفاصيل أخرى متعلقة بالفئات فسيتم إيراد مفتاح القراءة تحت الجدول مباشرة.

2. اختبار الفرضيات: نتائج اختبار الفرضيات معروضة في سلسلة جداول تحت رقم (20)

- اختبار الفرضية ف1-1-1:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "حيازة منصب نوعي".

جدول رقم (1-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.8267	نعم	0.309	137	1.022	0.432	0.622	H.v=
2.5952	لا	0.326	17.457	.1.01			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

يتم انتقاء نتائج اختبار t المناسبة للقراءة- بعد قراءة نتائج اختبار Levene حول تساوي الفروق، نلاحظ من خلال الجدول رقم (1-20) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.622 بمستوى دلالة 0.432 والذي يعتبر أكبر من 0.05؛ (sig=0.432) \leq (0.05= α) ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، و منه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار t: 1.022 عند درجة حرية ddl=137 بمستوى دلالة (sig=0.309) \leq (0.05= α) و منه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "حيازة منصب نوعي" و نرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (من يجوز على منصب نوعي ومن لا يجوز على منصب نوعي)؛ حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة ب 0.2.

نتيجة 1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "حيازة منصب نوعي".

- اختبار الفرضية ف1-1-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "التخصص".

جدول رقم (2-20): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
✓ قبول الفرض الصفري	0.690	0.489

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

تم قراءة نتيجة اختبار ANOVA عن طريق اختبار "فيشر"، ومن خلال الجدول رقم (2-20) نلاحظ ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.489 بمستوى دلالة $(sig=0.69) \leq (0.05=\alpha)$ ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "التخصص"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود الفروق.

نتيجة 2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "التخصص".

استنتاج 1: من خلال النتيجة 1 والنتيجة 2 نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

عند $0.05=\alpha$ في مستوى الضغط المهني تعزى إلى متغيري "المنصب النوعي" و"التخصص"

ومنه: "نرفض الفرضية ف1-1".

- اختبار الفرضية ف1-2-1:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الأقدمية".

جدول رقم (20-3): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
✓ قبول الفرض الصفري	0.392	1.007

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-3) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 1.007 بمستوى دلالة (sig=0.392) \leq ($\alpha=0.05$) ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الأجر تعزى إلى متغير "الأقدمية"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود الفروق.

نتيجة 3: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الأقدمية".

- اختبار الفرضية ف2-2-1:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "التخصص".

جدول رقم (20-4): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
✓ قبول الفرض الصفري	0.196	1.585

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-4) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 1.585 بمستوى دلالة (sig=0.196) $\leq \alpha=0.05$ ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الأجر تعزى إلى متغير "التخصص"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود الفروق.

نتيجة 4: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الأجر تعزى إلى متغير "التخصص".

استنتاج 2: من خلال النتيجة 3 والنتيجة 4 نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الأجر تعزى إلى متغيري "الأقدمية" و"التخصص" ومنه:
"نرفض الفرضية ف-1-2".
- اختبار الفرضية ف-1-3:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "حيازة المنصب النوعي".

جدول رقم (20-5): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.96	نعم	0.422	137	0.805	0.643	0.215	H.v=
2.75	لا	0.394	18.420	0.873			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-5) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.215 بمستوى دلالة (sig=0.643) $\leq \alpha=0.05$ ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_{1t} (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار t: 0.805 عند درجة حرية ddl=137 بمستوى دلالة (sig=0.422) $\leq \alpha=0.05$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق فروق

ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "حيازة المنصب النوعي"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (من يجوز على منصب نوعي ومن لا يجوز على منصب نوعي)؛ حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة ب 0.21. نتيجة 5: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير " المنصب النوعي"، ومنه: "نرفض الفرضية ف₃₋₁"

-اختبار الفرضية ف₁₋₄₋₁:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "مؤسسة الانتماء".

جدول رقم (20-6): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
1.84	EPH	0.032	137	-2.166	0.831	0.046	H.v=
2.40	EHS	0.022	8.580	-2.785			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-6) أن قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.046 بمستوى دلالة (sig=0.831) \leq ($\alpha=0.05$) ومنه نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نعلم نتيجة t_1 (نقرأ السطر الأول): بلغت قيمة اختبار t -2.166 عند درجة حرية ddl=137 وبمستوى دلالة (sig=0.032) \geq ($\alpha=0.05$) مما يعني رفض الفرض الصفري H_0 الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "مؤسسة الانتماء"،

ونقبل الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. ومن أجل التحقق من هذا القرار الإحصائي ننظر إلى قيم المتوسطات الحسابية حسب استجابات المجموعتين؛ حيث نلاحظ أن هناك فرقا مقدرا بجوالي 0.56، مما يعبر عن سوء ظروف العمل في المؤسسات الاستشفائية العمومية EPH مقارنة بنظيرتها في المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة EHS؛ وقد نفسر هذا بالفرق الواضح في الحجم المتفاوت بين المؤسسات وكذا حجم وتنوع الأنشطة التي تمارس فيها، بالإضافة إلى حجم الزبائن، حيث كلما كان حجم المؤسسة أكبر، وحجم الأنشطة أكبر وتنوع الأنشطة أكثر و طلبات الخدمات أكثر كلما صعب التحكم فيها، خاصة في ظل سوء الهيكلة و سوء التنسيق مما يتسبب في عجز في تغطية كل المصالح بالإهتمام الكافي، و العكس صحيح. وعلى الرغم من هذه الفروق الدالة إحصائيا إلا أن كلا من استجابات الأطباء المنتمين إلى المؤسستين قد عبرت عن سوء الظروف بتفاوت ضمن المجال المرجعي للتقييم: [1، 2.6]؛ مما يدل على مستوى منخفض من الجودة في ظروف العمل.

نتيجة 6: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "مؤسسة الانتماء".

- اختبار الفرضية ف1-4-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغير "التخصص"

➤ جدول رقم (1-7-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
× رفض الفرض الصفري	0.034	2.972

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1-7-20) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 2.972 بمستوى دلالة (sig=0.034) \geq ($\alpha=0.05$) ما يجعلنا نرفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق

ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الأجر تعزى إلى متغير "التخصص"، ونقبل الفرض البديل الذي يقر بوجود الفروق، ومن اجل التعرف على محطة هذه الفروق بين الفئات نلجأ إلى جدول المقارنة المتعددة للفروق: جدول رقم (20-7-2)، والمبين أسفله.

جدول رقم (20-7-2): المقارنة المتعددة للفروق - بين المتوسطات - بين الفئات

Sig	dif.moy	compar. catégo	
		spécialit2	spécialit1
0.089	-0.127	Chir	Réa-anest
0.004	-0.219*	Méd	
0.410	-0.086	Explor	
0.089	0.127	Réa-anest	Chir
0.131	-0.092	Méd	
0.667	-0.041	Explor	
0.004	0.219*	Réa-anest	Méd
0.131	0.092	Chir	
0.165	0.130	Explor	
0.410	0.086	Réa-anest	Explor
0.667	-0.041	Chir	
0.165	-0.130	Méd	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

مفتاح: spécialit: التخصص؛ Réa-anest: التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي؛ Chir: التخصصات الجراحية؛ Explor: التخصصات المخبرية و تخصصات الكشف و الأشعة التشخيصية؛ Méd: التخصصات الطبية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-7-2) وجود فروق في المتوسطات دالة عند مستوى $(\alpha=0.05)$ بين الفئتين: "تخصص التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي" و "التخصصات الطبية"

بقيمة 0.219^* ، و من اجل التعمق أكثر في النتيجة و التعرف على اتجاه هذه الفروق نلجأ إلى اختبار الفرض الصفري: " H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 بين فئتي "التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي" و"التخصصات الطبية" في مستوى جودة ظروف العمل". ومن أجل اختبار هذا الفرض نستخدم اختبار t -test لاختبار الفروق بين مجموعتين مستقلتين من البيانات.

جدول رقم (20-7-3): اختبار t -test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t -test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
1.08	Réa-an	0.019	71	-2.501	0.909	0.013	H.v=
1.93	Méd	0.023	42.797	-3.023			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-7-3) أن قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.013 بمستوى دلالة $(sig=0.909) \leq (\alpha=0.05)$ ومنه نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نعلم نتيجة t_1 (نقرأ السطر الأول): بلغت قيمة اختبار $t-2.501$ عند درجة حرية $ddl=71$ وبمستوى دلالة $(sig=0.019) \geq (\alpha=0.05)$ مما يعني رفض الفرض الصفري H_0 الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 بين فئتي "التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي" و"التخصصات الطبية" في مستوى جودة ظروف العمل"، ونقبل الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. ومن أجل التحقق من هذا القرار الإحصائي ننظر إلى قيم المتوسطات الحسابية حسب استجابات المجموعتين؛ حيث نلاحظ أن هناك فرقا ملاحظا بين القيم على الرغم من انتماء كل من القيمتين إلى المجال المرجعي في التقييم [1، 2.6] مما يدل على مستوى منخفض من الجودة في ظروف العمل، و لكن ما يثير الانتباه هو متوسط استجابات أطباء التخدير و الإنعاش و المقدر بـ 1.08 على الحد الأدنى للمجال مما يجعلها الظروف الأسوأ مقارنة مع نظيرتها من الشعب الطبية و التي بلغت قيمة متوسط استجاباتها 1.93 ؛ و نفس هذا بخصوصية تخصص التخدير و الإنعاش الذي يعتبر من بين

التخصصات التي تتطلب ظروف عمل استثنائية و تهيئة متخصصة و وسائل و معدات متخصصة جدا؛ الشيء الذي تفتقر إليه مستشفيات ولاية أم البواقي؛ حيث يشتكي أطباء التخدير و الإنعاش بالإضافة إلى نقص الوسائل و المعدات اللازمة - من أجل أداء مهامهم في أحسن الظروف - من تحديد مهامهم مقارنة مع إمكانياتهم المهنية نظرا للتأخر المسجل في تهيئة الظروف الملائمة مما يؤدي إلى تحديد مساهمهم المهني؛ حيث يمارس هؤلاء الأطباء جزءا من مهنتهم و هو التخدير في ظروف أقل مما يمكن القول عنها أنها أفضل بكثير من ظروف ممارستهم للشق الثاني من مهنتهم وهو الإنعاش و الطب الاستعجالي؛ هذا الشق الذي سجلنا فيه العجز الأكبر من حيث تهيئة الظروف حسب استجابات المفحوصين، مما يضطرهم إلى مواجهة أصعب الحالات و اخرجها بأبسط الوسائل خدمة للصالح العام، كما نشير إلى أنها من بين التخصصات التي تتطور باستمرار و أنيا مما يصعب عملية الالتحاق بالركب الذي يتطلب ميزانية ضخمة، و في ذات السياق نشير إلى أن ولاية أم البواقي تفتقر إلى مصلحة للإنعاش مهيئة و متطورة.

نتيجة 7: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة ظروف العمل بين فئة "الأطباء المختصين في التخدير والإنعاش والطب الاستعجالي" وفئة "الأطباء المختصين في الشعب الطبية".

استنتاج 3: من خلال النتيجة 6 والنتيجة 7 نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند $\alpha=0.05$ في مستوى جودة ظروف العمل تعزى إلى متغيري "مؤسسة الانتماء" و"التخصص" ومنه: "نقبل الفرضية ف1-1".

- اختبار الفرضية ف1-1-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "النوع".

جدول رقم (20-8): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.5269	رجال	0.202	137	1.283-	0.572	0.321	H.v=
2.7069	نساء	0.199	135.74	1.290-			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-8) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.321 بمستوى دلالة (sig=0.572) $\leq (0.05=\alpha)$ ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار t: -1.283 عند درجة حرية $ddl=137$ بمستوى دلالة (sig=0.202) $\leq (0.05=\alpha)$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى تعزى إلى متغير "النوع"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (نساء ورجال)، وعلى الرغم من اختلاف المجالين المرجعيين للتقييم، إلا ان كلا من متوسطات الاستجابات تقترب على حدود المجالين، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة بـ 0.18.

نتيجة 8: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى تعزى إلى متغير "النوع".

- اختبار الفرضية ف-2-1-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "السن".

جدول رقم (9-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
✓ قبول الفرض الصفري	0.301	1.213

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9-20) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 1.213 بمستوى دلالة (sig=0.301) \leq ($\alpha=0.05$) ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "السن"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق.

نتيجة 9: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "السن".

- اختبار الفرضية ف-2-1-3:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

جدول رقم (10-20): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.7633	أعزب	0.287	137	1.069	0.667	0.186	H.v=
2.5807	متزوج	0.342	40.680	0.962			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10-20) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.321 بمستوى دلالة (sig=0.667) \leq ($\alpha=0.05$) ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_{1t} (السطر

الأول): بلغت قيمة الاختبار $t: 1.069$ عند درجة حرية $ddl=137$ بمستوى دلالة $(sig=0.287) \leq (\alpha=0.05)$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى تعزى إلى متغير "الحالة المدنية"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (العزاب والمتزوجين)، وعلى الرغم من اختلاف المجالين المرجعيين للتقييم، إلا أن كلا من متوسطات الاستجابات تقترب على حدود المجالين، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة بـ 0.18 .

نتيجة 10: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

استنتاج 4: من خلال النتيجة 8 والنتيجة 9 والنتيجة 10 نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند $\alpha=0.05$ في مستوى مستوى الضغط المهني لدى الأطباء المختصين تعزى إلى المتغيرات: "النوع"، "السن" و"الحالة المدنية". ومنه: "نرفض الفرضية ف-2-1".

- اختبار الفرضية ف-2-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "النوع".

جدول رقم (20-11): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
1.68	رجال	0.288	137	1.068	0.398	0.719	H.v=
1.53	نساء	0.286	136.99	1.070			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-11) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.719 بمستوى دلالة $(\text{sig}=0.398) \leq (\alpha=0.05)$ ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار $t: 1.068$ عند درجة حرية $\text{ddl}=137$ بمستوى دلالة $(\text{sig}=0.288) \leq (\alpha=0.05)$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "النوع"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (الرجال والنساء)، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة بـ 0.15.

نتيجة 11: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "النوع".

- اختبار الفرضية ف2-2-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "السن".

جدول رقم (20-12): اختبار one way ANOVA لا اختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
✓ قبول الفرض الصفري	0.311	1.176

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-12) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 1.176 بمستوى دلالة $(\text{sig}=0.311) \leq (\alpha=0.05)$ ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "السن"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق.

نتيجة 12: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "السن".

- اختبار الفرضية ف2-2-3:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

جدول رقم (20-13): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
1.67	أعزب	0.595	137	0.532	0.029	4.887	H.v=
1.58	متزوج	0.668	26.825	0.432			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-13) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 4.887 بمستوى دلالة $(sig=0.029) \geq (\alpha=0.05)$ ما يجعلنا نرفض فرضية تساوي الفروق ونقبل فرضية عدم تساوي الفروق، ومنه نقراً t_{2t} (السطر الثاني): بلغت قيمة الاختبار t: 0.432 عند درجة حرية $ddl=26.825$ بمستوى دلالة $(sig=0.668) \leq (\alpha=0.05)$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الحالة المدنية"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (العزاب والمتزوجين)، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة بـ 0.09.

نتيجة 13: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في مستوى جودة الاجر تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

استنتاج 5: من خلال النتيجة 11 والنتيجة 12 والنتيجة 13 نستنتج أنه لا توجد فروق

ذات دلالة إحصائية عند $\alpha=0.05$ في مستوى جودة الاجر تعزى إلى المتغيرات: "النوع"،

"السن" و"الحالة المدنية". ومنه: "نرفض الفرضية ف2-2".

- اختبار الفرضية ف 2-3-1:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "النوع".

جدول رقم (20-14): اختبار t-test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.73	رجال	0.604	137	0.520-	0.364	0.828	H.v=
2.81	نساء	0.602	136.69	0.523-			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-14) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.828 بمستوى دلالة (sig=0.364) $\leq (0.05=\alpha)$ ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار t: -0.520 عند درجة حرية ddl=137 بمستوى دلالة (sig=0.604) $\leq (0.05=\alpha)$ ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "النوع"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (الرجال والنساء)، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة بينها مقدرة ب 0.08.

نتيجة 14: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "النوع".

- اختبار الفرضية ف2-3-2:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "السن".

جدول رقم (1-15-20): اختبار one way ANOVA لاختبار H_0

القرار الإحصائي	Sig	F
× رفض الفرض الصفري	0.001	7.006

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1-15-20) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 7.006 بمستوى دلالة $(sig=0.001) \geq (\alpha=0.05)$ ما يجعلنا نرفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "السن"، ونقبل الفرض البديل الذي يقر بوجود الفروق، ومن اجل التعرف على موقع هذه الفروق بين الفئات نلجأ إلى جدول المقارنة المتعددة للفروق والمبين أسفله: جدول رقم (2-15-30).

جدول رقم (2-15-20): المقارنة المتعددة للفروق - بين المتوسطات - بين الفئات

Sig	dif.moy	compar. catégo	
		Catégo2	Catégo1
0.000	-0.592*	35-45	35≥
0.058	-0.468	45≤	
0.000	-0.592*	35≥	35-45
0.600	0.125	45≤	
0.580	0.468	35≥	
0.600	0.125	35-45	45≤

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-15-2) وجود فروق في المتوسطات دالة عند مستوى $(\alpha=0.05)$ بين الفئتين العمريتين: " $35 \geq$ " و " $35-45$ " بقيمة -0.592^* ، ومن أجل التعمق أكثر في النتيجة والتعرف على اتجاه هذه الفروق نلجأ إلى اختبار الفرض الصفرية: H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 بين الفئتين: " $35 \geq$ " و " $35-45$ " في درجة موازنتهم بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة". ومن أجل اختبار هذا الفرض نستخدم اختبار t -test لاختبار الفروق بين مجموعتين مستقلتين من البيانات.

جدول رقم (20-15-3): اختبار t -test لمجموعتين مستقلتين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	Ddl	T	Sig	F	
2.42	$35 \geq$	0.000	120	-3.715	0.347	0.891	H.v=
3.02	35-45	0.000	115.85	-3.753			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-15-3) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 0.891 بمستوى دلالة $(\text{sig}=0.347) \leq (\alpha=0.05)$ ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار $t: -3.715$ عند درجة حرية $ddl=120$ بمستوى دلالة $(\text{sig}=0.000) \leq (\alpha=0.05)$ ومنه فإننا نرفض الفرض الصفرية الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 بين الفئتين العمريتين: " $35 \geq$ " و " $35-45$ " في درجة موازنتهم بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة"، ونقبل الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لاستجابات الفئة العمرية " $35 \geq$ " القيمة: 2.42 ضمن المجال المرجعي: $[1, 2.6]$ دلالة على المستوى المنخفض في درجة التوفيق بين الحياتين، فيما بلغت قيمة متوسط استجابات الفئة " $35-45$ " : 3.02 ضمن المجال المرجعي: $[2.6, 3.4]$ للدلالة مستوى متوسط من الموازنة بين الحياتين بفارق متوسطات بلغت القيمة الدالة التقريبية 0.6 . ونفسر هذه الفروق بمجموع الالتزامات

والأنشطة المتزامنة مع بدايات العمل في منصب قار مقارنة بالنسبة للفئة الأولى مقارنة بالفئة الثانية التي تعتبر أنضج من حيث السن والتي يرجح أنها أكثر استقراراً مقارنة بسابقتها.

نتيجة 15: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 بين الفئتين العمريتين: " $35 \geq$ " و " $35 <$ " في درجة موازنتهم بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة

- اختبار الفرضية ف2-3-3:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

جدول رقم (20-16): اختبار t-test لمجموعتين تين لاختبار H_0

مقارنة المتوسطات		اختبار t-test			اختبار Levene		
Moy	Catégo	Sig	DdL	T	Sig	F	
2.97	أعزب	0.185	137	1.332	0.238	1.402	H.v=
2.72	متزوج	0.236	40.831	1.203			H.v≠

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20-16) ان قيمة اختبار "فيشر" قد بلغت 1.402 بمستوى دلالة ($\text{sig}=0.238$) \leq ($\alpha=0.05$) ما يجعلنا نقبل فرضية تساوي الفروق، ومنه نقرأ t_1 (السطر الأول): بلغت قيمة الاختبار t: 1.332 عند درجة حرية $\text{ddl}=137$ بمستوى دلالة ($\text{sig}=0.185$) \leq ($\alpha=0.05$) ومنه فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "الحالة المدنية"، ونرفض الفرض البديل الذي يقر بوجود فروق. وما يؤكد هذا القرار الإحصائي هو متوسطات استجابات مفردات المجموعتين (العزاب والمتزوجين)، حيث لا توجد سوى فروق طفيفة - غير دالة إحصائياً - بينها مقدرة بـ 0.25.

نتيجة 16: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.05 في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم الخاصة تعزى إلى متغير "الحالة المدنية".

استنتاج 6: من خلال النتيجة 14، النتيجة 15 والنتيجة 16 نستنتج أنه توجد فروق ذات

دلالة إحصائية عند $\alpha = 0.05$ في درجة موازنة الأطباء المختصين بين حياتهم المهنية وحياتهم

الخاصة تعزى إلى متغير "السن" فقط بينما لم لا توجد فروق نتيجة للمتغيرين الآخرين، ومنه:

"قبول الفرضية ف₂₋₃ بصفة جزئية فقط".

استنتاج عام: من خلال الاستنتاجات السابقة 1، 2، 3، 4، 5 و6، وبعدها ثبت وجود بعض

الفروق في مستوى جودة الحياة في العمل من خلال بعض المؤشرات تعزى إلى بعض المتغيرات المهنية

وبعض المتغيرات الديمغرافية يمكننا الإقرار بـ "قبول الفرضية العامة بصفة جزئية فقط" من خلال:

✓ مؤشرات بعد "جودة ظروف العمل" نتيجة متغيري: "مؤسسة الانتماء" و "التخصص".

✓ مؤشرات بعد "التوفيق بين الحياتين المهنية والخاصة" نتيجة متغير "السن".

المبحث الخامس

مناقشة النتائج

1. مناقشة النتائج
2. توصيات البحث

❖ أولاً: مناقشة النتائج:

كشف محتوى تصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل عن بنية غنية ومتنوعة جدا احتوت عدد كبير من العناصر التي انتظمت ما بين مركز متعدد الأوجه ومحيط ثري توزعت عناصره عبر حلقتين، وقد تميزت معظم العناصر بقوة الوجود ضمن الحقل التصوري، ثبات معتبر ضمن الاتجاه السليبي عموماً ومنطوية متوسطة إلى ضعيفة بالنسبة لمختلف العناصر دلالة على التنوع الكبير للمؤشرات التي تندرج ضمن هذا السياق. وقد سجلنا أهم عنصر والأبرز من حيث المساحة التي احتلها ضمن الحقل التصوري بالإضافة إلى رمزيته لدى الفئة محل الدراسة وأهميته لديهم: " ظروف عمل معرقله"، فقد أعرب مجموع الأطباء المختصين عن استيائهم واتجاههم السليبي نحو ظروف العمل المزرية من خلال مختلف المؤشرات التي حددناها من خلال الاستبيان، وعلى الرغم من وجود فروق دالة إحصائية ناتجة عن مؤسسة الانتماء والتخصص إلا أنها تبقى في نفس فئة التقييم والتي تؤشر على مستوى منخفض من جودة الحياة في العمل من خلال هذا البعد. وفي الوقت الذي تطور فيه مفهوم جودة الحياة في العمل من ظروف العمل إلى مفهوم الصحة في العمل ثم إلى الجودة في الحياة في العمل، إلى قيمة العمل ثم الرفاهية في العمل نحو رفاهية أحسن في العمل يبقى الطبيب الجزائري يعاني من النقص الفادح في الوسائل القاعدية في العمل و عدم مطابقة الجدول التقني للمعايير، وقد جاءت إسهامات "مبتول"*(2004) حول إنشاء ونمو العيادات الخاصة في الجزائر ليثبت هذا الواقع المؤسف، حيث ذكر أنها نتجت عن ثلاث عوامل رئيسية نذكر منها اثنتين نعتقد ان لهما علاقة وطيدة مع هذا الواقع و هي: استقطاب الأطباء المختصين (امراض القلب، امراض

النساء والتوليد، والجراحة العامة) والذين يتمتعون بخبرة معتبرة تم اكتسابها من خلال القطاع العام، امتلاك العيادات الخاصة لجدول تقني يتطابق مع متطلبات التشخيص و العلاج، و فيما تحتوي العيادات الخاصة على أحدث الأجهزة في التشخيص مثل IRM & scanner التي لا تتوفر عموما او نجدها في حالة عطل (Zehmati, 2013, p200)، ونضيف ان مستشفيات ام البواقي لا تعاني فقط من العطل في هذه الأجهزة وإنما تفتقر حتى لأدنى المعدات و المتمثلة في جهاز أشعة X رقمية حسب تداعيات بعض مفردات العينة ! وما اثار انتباهنا وحفيظتنا هو سياسة التقشف التي اتبعتها المستشفيات الجزائرية عموما مما تسبب في نقص فادح لبعض الادوية والتي تعتبر مهمة جدا في مختلف البروتوكولات العلاجية الموجهة لبعض الحالات الحرجة. واما عن باقي الظروف فلا نحتاج إلى إضافة كلمات إلى ما تدعى به المستجوبون حيث ذكروا مجموعة من العبارات والتي تؤشر على سوء ظروف العمل العامة والتي تتجه عموما نحو السلبية، مما يعبر عن عدم الرضا الكلي عن الوضع الراهن مما يستلزم التغيير وفي أقرب وقت ممكن بهدف إصلاح المنظومة الصحية للبلاد، إذ لا يمكن الحديث عن جودة الحياة في العمل في الوقت الذي لا يتطابق فيه الجدول التقني مع المعايير العلمية مما يجعل من الطبيب مكتوف اليدين عن الإنتاج العادي فما بالك بالإبداع والتميز.

فيما تم الكشف عن " افتقار الأطقم الطبية وشبه الطبية للأعداد والكفاءة المطلوبة" من خلال شبكة التداعي في الوقت الذي أثبتت الاستمارة عكس هذه النتائج حسب متوسط الاستجابات، حيث سجلنا مستوى مرتفع لجودة الحياة في العمل من خلال مؤشرات هذا البعد، و هذا لا يعتبر تعارضا وإنما تكملة ناتجة عن استخدام طريقتين مختلفتين في الكشف عن محتوى

التصورات المهنية لهذه الجماعة، حيث نستنتج وجود فئات تحتية (des collectivities) داخل هذه المجموعة يثبتون اختلافهم ضمناً في الرؤية والتصور، كما أن استخدام الاستمارة كان مع عدد أكبر من الأقلية التي تم استخدام شبكة التداعيات معها، و نتائج الاستمارة و إن كانت بأغلبية لن تلغي نتائج التداعي و إن كانت بأقلية، حيث كشفت هذه الأقلية بالإضافة إلى النقص المسجل في الاعداد و الكفاءة عن غياب حس المسؤولية و الرقابة الذاتية لدى بعض الافراد من شريحتي الأطباء العامين و شبه الطبيين مما يجعل من العمل مصدر تعب زائد وإزعاج نتيجة عدم التوافق، كما يساهم في صعوبة السيرورة الانتاجية للخدمات الصحية بالمستوى المطلوب، و قد لا تشكل الفرق الطبية و شبه الطبية معنى في حال بعض التخصصات التي تكتفي بالتعامل العادي ضمن إطار الزمالة فيما تسبب فرق العمل ضرراً بليغاً في حالات التخصصات التي تعتمد أساساً على روح الفريق سواء التقنية او العاطفية، و ترقى الروح التقنية إلى الواجهة و القاعدة؛ أين يعتمد العمل بالأساس على نوع من التعاون في الإنجاز و نذكر على سبيل المثال لا الحصر: تخصص التخدير و الإنعاش و الاستعجالات الطبية؛ أين تشكل الفرق روح الخدمة الصحية وتشكل اليقظة والكفاءة والتفاعل والتعاون والرقابة الذاتية قاعدة غير قابلة للمساومة. التخصصات الجراحية؛ أين تمتزج فيه يدا الجراح وعقله مع يدي مساعده في الحقل الجراحي وأية هفوة من أي طرف في الفريق قد تؤدي إلى عواقب وخيمة ليرز هنا مشكل الأخطاء الطبية في الجراحة و الذي يعتبر من الأخطاء الأكثر شيوعاً في الطب، و الذي ينتج في الحقيقة ليس عن فعل الطبيب الجراح وحده و إنما عن كل فريقه المساعد فيما يتحمل الجراح المسؤولية الجزائية وحده في مثل هذه الحالات، و نشير في هذا السياق إلى "أخطاء

النسيان لكمادات او وسائل جراحية داخل بطن المريض مثلا، و لتفادي هذه الأخطاء يلعب دور الفريق المساعد في الفطنة و اليقظة دورا فعالا، تخصص الولادة و امراض النساء كذلك تعتمد بشكل كبير على كامل الفريق من اجل سيرورة العمل سواء في شقه الجراحي أو شق التوليد، حيث تعتمد كل التخصصات المذكورة كمثال على مفهوم الزمن و الآنية في ردود الفعل و التعامل مع الحالات، وعلى الرغم من كون الطبيب المختص هو المايسترو في التعامل مع معظم الحالات والظروف إلا انه لا يمكنه العمل منفردا، وتلعب الأعداد هنا دورا رئيسيا هي الأخرى؛ فمسألة جودة الفريق المعالج لا تعتمد على الكفاءة وحدها وإنما قد يشكل النقص المسجل في الاعداد إلى اللجوء إلى تقسيم المهام و التي لا تخضع إلى قانون التوزيع الطبيعي نظرية لخصوصية المهنة و طبيعة الزبائن و التي تختلف من يوم لآخر و من ساعة لأخرى، لذا فقد يعمل الفريق المعالج ضمن حدود طاقاته اليوم فيما يتجاوز عمله حدود طاقاته في اليوم الموالي مما قد يؤثر بشكل سلبي على أدائه ضمن مجال الحتمية المطلقة، وعلى الرغم من احتمال تمتع الفريق بالكفاءة المطلوبة يستحيل ان يؤدي الفريق دوره حسب المعايير المتعارف عليها نظرا لتجاوز طاقاته نظرا لنقص الاعداد مما يضطره على عمل شخصين او ثلاث. هذا في الوقت الذي قد تعتبر فيه الحاجة للفريق بكفاءته وأعداده أقل أهمية منها لدى سابقها وهذا يخضع لخصوصية كل تخصص على حدى وخصوصية كل مصلحة و خصوصية المرضى.

كان للإدارة البيروقراطية - كمصطلح طفى من خلال التدايعيات - مكانتها وموضعها من المركزية هي الأخرى ضمن الحقل التصوري للأطباء المختصين، حيث عبروا عن استيائهم من عدم إصغائها لمختلف التطورات العلمية الحاصلة في المجال الطبي ومختلف الانشغالات التي يطرحونها من

أجل تحسين أوضاع الممارسة المهنية، بالإضافة إلى عجزها عن توفير كفاءات محيطة بقواعد المناجمت والطب في آن واحد، هذا الجهل الذي يؤدي حتما إلى سوء التسيير الإداري والمالي في آن واحد، ومعركة السيورة الإنتاجية للخدمات الصحية. وقد اشتكى الكثير من الممارسات البيروقراطية التعسفية في حق الأطباء. و في الوقت الذي تتميز فيه المراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر بنمطية البيروقراطية تبعا لنموذج Mintzberg حسب ما أورده "Iddir" (Iddir, 2017, p115)، تتجرد البيروقراطية غير النموذجية التي وصفها الأطباء بمستشفيات أم البواقي لفظا عن المفهوم الحقيقي للبيروقراطية الويبرية والمنتزغية (la bureaucratie wébérienne et celle de Mintzberg) على حد سواء، و تبقى على مفهوم الاحتكار غير العقلاني للسلطة تمسكا بسلم الهرمية في التسيير و درءا لسلم الكفاءة المهنية و الاستقلالية، مع الحرص على الصرامة في تطبيق العقوبات و غلق باب الحوار و التعسف في إصدار الأحكام والتسخيرات، كما عبروا عن استيائهم عن سوء توزيع الأطقم شبه الطبية خاصة عبر المصالح ووحدات العلاج المختلفة دون الخضوع لاي معايير منطقية أو علمية مما يؤثر على السيورة الحسنة للعمل. هذا في الوقت الذي جاءت فيه استجابات مجموع أفراد العينة متعارضة تماما مع هذا الطرح؛ حيث عبرت أغلبية الأطباء المختصين عن حسن العلاقة مع الإدارة عموما، وهذا لا يعتبر تناقضا كما ذكرنا سابقا وإنما يعبر عن وجود فئات تحتية مختلفة في تصوراتها. ونحن كأكاديميين في علم النفس العمل ومناجمت المنظمات كان لزاما علينا عدم إقصاء أية مفردة وإن تفردت وشذت بتصوراتها عن المجموعة، لأنها تبقى جزءا من نسق واحد وأي سلوك ينتج عنها قد يؤثر بالسلب او الإيجاب في العناصر الأخرى المكونة لنفس النسق

ضمن سلسلة التفاعلات التي تبني من خلالها وتنشئ وترسخ مختلف التصورات الاجتماعية في المجال المهني كما في المجال الاجتماعي؛ إذ لا يهم الموضوع مادام المبدأ واحداً.

كما كشف تحليل محتوى شبكة التداعيات عن وجود حواجز في المسار المهني للطبيب المختص مع تراجعه إلى الوراء باصطدامه مع واقع المؤسسات العمومية الاستشفائية في ظل غياب الوسائل والمعدات المتطورة وكذا الفرق المتعاونة والإدارة غير المصغية للتطورات الراهنة في الطب، مما يحجز طموحات الطبيب في التقدم المهاري. وفي ظل غياب مفهوم التكوين المستمر وكذا فرص الحصول على تربصات نحو الخارج يتراجع الطبيب المختص خطوات إلى الوراء في الوقت الذي يمتلك فيه الكفاءة اللازمة من أجل المضي قدماً نحو أداء أفضل، وهذا ما نصفه بسوء الاستغلال لهذه الفئة من مهنيي الصحة، ففي الوقت الذي يشهد فيه الطب تطورات سريعة يعاني الأطباء المختصون من التراجع و التهميش نظراً لخروجهم من المراكز الاستشفائية والتي تمنح الأطباء نوعاً من فرص النمو والتطور مقارنة بمختلف المؤسسات الأخرى، نظراً لكونها (المراكز الاستشفائية) تمارس وظيفة التكوين، هذه المركزية التي تسببت في سلبيات كثيرة لا تعد ولا تحصى. ويبقى الأطباء في تراجع مستمر مما يعرضهم لمختلف الظواهر النفسية كالملل والروتين القاتل للكفاءات. وهنا يطرح السؤال نفسه حول "حقيقة عمل" الطبيب في المستشفيات الجزائرية و"العمل الحقيقي"؛ هذا الشرح الواقع بين "ما يجب أن يكون وما هو كائن" في مستشفياتنا يفتح باباً للنقاش حول الأسباب الفعلية لهذه الظاهرة التي يدفع ثمنها كل من الطبيب و المريض على حد سواء و حتى الدولة الجزائرية، في الوقت الذي كان من السهل الاستغلال الأمثل لهذه الطاقات البشرية بالكفاءة والدافعية بدليل تداعي

بعض المفردات بصرفهم لأموال معتبرة من أجل اكتساب مهارات جديدة و اصطدامهم بواقع عدم إمكانية تجسيد تلك المهارات على أرض الواقع نتيجة النقص الفادح في الإمكانيات، و هنا يفرض احتمالين وجودهما بالقوة؛

- فإما الاستغلال الأمثل من طرف المؤسسات الاستشفائية للدافعية للتعلم المصاحبة للرغبة الجامحة للإنجاز في ظل الكفاءة التي يمتلكونها (أي الأطباء) خدمة للصالح العام في تقاطع حتمي بين اهداف الثلاثية: "طبيب مختص(موظف)/مستشفى (منظمة)/ مريض (زبون)"، والتي يتم تضييعها نتيجة لقصر النظر من طرف أصحاب القرار، حيث تم الحد من الكثير من النشاطات الطبية نتيجة النقائص الواقعة في الوقت الذي يتشرد فيه المريض في رحلة البحث عن العلاجات المتخصصة خارج الولاية،

- ويا إما خطر الانسلاخ من الانتماء للمؤسسات الاستشفائية والبحث عن أول فرصة من أجل الخروج من هذا النسق الذي لا يبدي اهتمامه الكافي بكفاءاته نحو أنساق أخرى تثير وتجذب الافراد وتشبع دافعيتهم،

فحسب نظرية المجال لكورت ليوين Kurt Lewen فإن الافراد يتقبلون فكرة انتمائهم لنسق معين بالمشاركة و التأثير الناجم عنه فقط إن كان هذا الأخير يشاركهم في إشباع رغباتهم و أهدافهم الخاصة، كما اننا لو نظرنا إلى سلم ماسلو Maslow للحاجات و أسقطناه على الممارسة المهنية لوجدنا ان قاعدة الهرم والمتمثلة في الجدول التقني و الوسائل القاعدية من اجل العمل غير متوفرة ونسبها بالحاجات الغذائية للعوام، فكيف يمكن حقيقة لمؤسسات المنظمة الصحية ان تحافظ على

رأسها البشري وهي لا توفر له أدنى مستلزمات الممارسة المهنية حتى لا تنتقل على درجات اعلى من الهرمية في الحاجة إلى توفير الاحتياجات التي قد تكون مكملة من اجل بلوغ مستويات ارقى من الجودة، و لا يمكن الحديث عن الجودة في حياة العمل في القطاع الصحي مادامت المستشفيات والوصاية لا تعي بخطورة الموقف الحرج و الظاهرة المتكررة لنزيف الأطباء المختصين إلى درجة أصبحت تراها بمنطق الحتمية أو من زاوية الظاهرة العادية، فيما ينتج عنها حقيقة خسارة كبيرة للصالح العام.

وكآخر عنصر ضمن النظام المركزي يأتي "التعويض غير العادل"؛ هذه المسألة التي تشغل بال الكثير من الأطباء المختصين كحق مشروع لتقييم مختلف النشاطات التي يقومون بها خدمة للصالح العام وتممينها بما يتماشى مع قيمتها الفعلية والحقيقية والقيمة الحقيقية لمهنة الطبيب المختص ولسنوات تعليمه وتفوقه كنخبة في المجتمع لها حقها في الحصول على راتب يضمن حقها في العيش الكريم، وما يزيد من الإلحاح على ضرورة معالجة هذه المسألة العالقة هي الأجور الخيالية التي تنعم بها نفس الفئة في القطاع الخاص والليبرالي. وقد كان الاختلاف عكسيا هذه المرة ما بين الاستمارة وشبكة التدايعيات مقارنة بالاختلافات السابقة؛ حيث كان الاتفاق بين مجمل الاستجابات حول عدم عدالة التعويض مقارنة بمجموع المؤشرات المحددة من قبل الباحثة دون تسجيل فروق دالة إحصائية فيما كانت القيمة الإحصائية معتدلة دلالة على التعادل بين السلبية والإيجابية، ما يمكن تفسيره بتبلد المشاعر و العواطف الذي منع البعض من التعبير عن الأفكار بإيجاءات بسلبية؛ حيث لم يعد الطبيب يهتم على الرغم من أن العبارات كانت لها دلالة ضمنية سلبية إلا ان الإيجاءات كانت متعادلة، و من المعروف ان الاتجاهات تحمل في مفهومها دلالة عاطفية أكثر منها موضوعية ما يدل

على التعود على الوضعية و فقدان الامل في التغيير، أو قد يدل على كبت للعواطف الحقيقية و التي برزت من خلال الاستمارة كوسيلة مكتملة في البحث، كما قد تكون لهذا التعادل دلالة أخرى تتمثل في وجود أمور أكثر أهمية من الراتب إن صلحت كان الراتب امرا تكميليا على الرغم من أهميته، وقد أشارت التدايعيات إلى ضرورة تكيف الاجر مع طبيعة العمل و التمييز بين مختلف التخصصات؛ إذ لا يكفي ان يكون الطيب مختصا ليحصل على نفس الراتب مقارنة بزملائه من نفس الفئة، وإنما وجب النظر في طبيعة التخصصات و الجهود التي تبذل في هذا الإطار و الأنشطة و المهام المختلفة و التي تميز كل تخصص عن الآخر، مما يجعلنا على يقين من ضرورة تفعيل تحليل مناصب العمل كضرورة قصوى من أجل تحديد ملمح منصب مفصل خاص بكل تخصص من التخصصات و تكيف الاجر على هذا الأساس الذي يعتبر حقا موضوعيا و علميا مشروطا من اجل إرساء قواعد العدالة الاجتماعية في المنظمات الاستشفائية، إذ نعتقد أن سنوات التعليم و مرتبة الممارس الاخصائي للصحة العمومية في الطب لا تكفي كمعيار وحيد معتمد من طرف الوظيفة العمومية لتكليف سلم الأجور، و هذا لقصر النظر لهذه الأخيرة، و نفتح قوسا هنا حول الوظيفة العمومية في الجزائر لنفتح بابا للنقاش حول نقطة حساسة و هي سلم الأجور في الوظيفة العمومية الذي لا يعتبر عادلا إطلاقا؛ دليل على التناقضات و غياب العدالة و المعايير العلمية في التقييم الحقيقي لأجور مختلف المستخدمين والذي لا يختلف كثيرا عن نظام الحماسة الذي كانت تعتمدة فرنسا في الماضي القريب مع أصحاب الأرض مقابل استغلالهم البشع، كما لا يختلف كثيرا عن نظام اجرة العبيد الذي كانت تعتمدة روما واليونان في القرون القديمة ثم امتد للقرون الوسطى حيث لا يمنح العبد إلا ما يسد به الرمق مقابل

عمله المستمر الذي يقضي كل حياته فيه، وفي الوقت الذي بدا الاهتمام بعدالة الأجور في عهد التايلوريزم الذي يعتبر اول من اهتم بعدالة الأجور في العصر المعاصر تم وضع حد له بمدارس العلاقات الإنسانية مع الحفاظ على إيجابياته و تطويرها إلى مفهوم الرفاهية و تحسينها مع ضمان الحق في عدالة التعويض، تتبنى الوظيفة العمومية في الجزائر نفس سياسة القرون الوسطى والقديمة في عصرنا المعاصر؛

- بدأ من الحد الأدنى للأجر المضمون و الذي لا يضمن حقيقة كرامة العامل كإنسان، إذ من غير المعقول منطقيا حصول رب لأسرة متكونة من ثلاثة إلى خمس افراد على راتب لا يتجاوز 18000 دج في الشهر مقابل 40 ساعة عمل اسبوعي الأقل مع المنع بقوة القانون لأية ممارسة لنشاط ربحي بالموازاة مع الوظيفة العمومية بالتضييق على مساعي الارتزاق خارج الوظيفة على العمال من خلال تصنيف هذا العمل ضمن الأخطاء المهنية من الدرجة الرابعة والتي تؤدي إلى تسليط عقوبات تصل حد الفصل من الوظيفة في ظل ارتفاع الأسعار وانخفاض قيمة الدينار الجزائري، ما يعني ببلاغة اللهجة الجزائرية "ما ترحم ما تخلي رحمة ربي تنزل" ! وفتح قوسا هنا للحديث عن ممارسة الأنشطة الربحية من طرف الأطباء المختصين في العيادات الخاصة، هذه الميزة التي تم سحبها منهم تبعا لتعليمات شفوية من المسؤولين، حيث لم نحصل على اية وثيقة رسمية (في حدود مجهوداتنا البحثية) تمنع ممارسة هذا النوع من الأنشطة الذي كان مسموحا به وتم التضييق عليه من خلال رفض كل طلبات الأطباء في

هذا السياق منذ سنة 2014، مما يضطر الطبيب المختص للاكتفاء بالراتب الذي يتقاضاه نتيجة خدماته في القطاع العام.

- إلى الشرخ و عدم العدالة بين المؤسسات الاقتصادية والتجارية والمؤسسات الخدمائية والذي يعتبر كبيرا جدا، فيما نفتح بابا للحديث عن نظام التأمينات على سبيل المثال لا الحصر، فكيف يعقل أن يؤجر عامل الشباك بمستوى تكوين لا يتجاوز السنة الثالثة ثانوي بأجر يعادل او يفوق اجر الطبيب المختص - بعدد سنوات تعليم إضافية بعد شهادة باكالوريا بتقدير جيد يتجاوز العشر سنوات على الأقل - في القطاع العام، مع الإشارة إلى أنه (أي عمال الشباك) يتقاضى راتبه من اشتراكات الطبيب المختص - وغيره من عمال الوظيفة العمومية - في الضمان الاجتماعي، هذه المؤسسة التي تعتبر تابعة للدولة هي الأخرى وليست لها أية علاقة بالإنتاج و إنما بتنظيم اشتراكات العاملين و الاقتطاع من أجورهم شهريا، هذا والأمثلة كثيرة في هذا المجال. مما يجعل من الضروري إعادة النظر في سلم الأجور من اجل إرساء نوع من العدالة الاجتماعية بين أبناء الشعب الواحد بما يحفظ كرامة الانسان ويزكي النخب الفكرية.

تنظم العناصر المحيطية حول النواة المركزية، و على الرغم من انهما مستقلين إلا انهما متكاملين فيما بينهما، و تمنح النواة الدلالة لمختلف العناصر المحيطية و هذا الذي سنثبته من خلال تحليلنا لمختلف العناصر المحيطية الأخرى، حيث توجد قوة تداخل و ترابط بين عناصر هذا التصور بطريقة عجيبة سواء فيما تعلق بالنظام المركزي فيما بينه أو ما بين النظام المركزي كوحدة و النظام المحيطي كوحدة ثانية، الامر الذي نعتقد انه نقطة إيجابية من اجل إجراء عملية التغيير التنظيمي، فعلى الرغم

من الوقائع التي يعايشها الأطباء يوميا ليس من الصعب تغيير تصورهم لواقع الجودة في حياة العمل على مستوى المستشفيات العمومية، وهذا رغم خصائص الثبات لمكوناتها و الصلابة؛ هذه المكونات التي تشكلت نتيجة التعايش اليومي لنفس الاحداث المتكررة مما يجعل منها مصدر تدمير كبير، إلا من خلال مبادرات فعالة حقيقية من اجل التغيير (التنظيمي) و التي يمكن ان تغير هذا التصور، فحسب Abric (1994, p29) التصورات ثابتة و متجذرة، صلبة و مرنة في آن واحد، وتجدر بنا الإشارة في هذه النقطة إلى مبادرات وزارة الصحة والسكان في إصلاح المستشفيات (2003)، حيث ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والتي تسعى الوصاية إلى تحقيقها و المتمثلة في مجموعة من النقاط نذكر من بينها: ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمستشفيات، توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية. وقد ورد في ملف مشروع الإصلاح من بين الست ملفات المطروحة ملف الموارد البشرية؛ حيث تطرق إلى ضرورة التعجيل بدراسة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم وتكوينهم في المسار المهني. وهنا يطرح السؤال نفسه فيما إذا كانت كل هذه الإصلاحات قد طبقت على أرض الواقع أم انها بقيت حبيسة الأدراج! والمثير للانتباه ان مكونات النواة المركزية قد تجسدت في ملف الإصلاح، ولا ينقص سوى التطبيق لتتأثر تبعا كل المكونات الأخرى، وما يجب فعلا هو تفعيل دور الطبيب المختص كشريك اجتماعي حقيقي في أي مشروع للإصلاح.

ننتقل من الحديث عن مركز التصور إلى محيطه الذي لا يقل أهمية لدى الطبيب المختص، فلكل عنصر مكانته الخاصة ضمن هذا الحقل التصوري، وقد برز عنصر "التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة" ضمن النظام الاولي مما يدل على مكانته ضمن الحقل التصوري للطبيب المختص. أورد مكتب فدرالية المساواة Bureau fédéral de l'égalité (2003) أن التوفيق بين الحياتين الخاصة والمهنية سواء بالنسبة للرجل او المرأة يهدف أساسا إلى الوفاء بالالتزامات نحو الجبهتين دون

التعرض للعقوبات المتعلقة بالراتب، المسار المهني، التكوين المستمر وكذا إحالة المهام. كما نص الميثاق الدولي لحقوق الانسان (1948) على حق الانسان في التفرد والخصوصية في حياته الخاصة والتي لا تعني فقط الحياة الأسرية و إنما تمتد إلى الأصدقاء و الأنشطة خارج إطار المهنة. هذا المفهوم الذي يستمد خصوصيته من خصوصية طبيعة و ساعات العمل لهذه الفئة بالتحديد ومختلف الفئات المهنية التي تمارس نشاطها على مستوى القطاع الصحي عموماً؛ اين يختفي من الوجود "مفهوم العطل و المناسبات الدينية و الوطنية و العطل مدفوعة الاجر" كما يختفي "مفهوم الليل والنهار" ويجد الطبيب المختص نفسه أمام الحدث، فيما يتأقلم مع واقع الحال بما لا يبقي مجالاً للنقاش في خدمة الصالح العام نظراً لخصوصية المهنة و الالتزام المهني و العقد النفسي الذي أمضاه هذا الأخير مع نفسه قبل أن يمضيه مع المستشفى، كما يختفي "مفهوم الرجل و المرأة"؛ ويختفي "مفهوم ساعات العمل العادية" و تتكثف لتبلغ أقصاها؛ حيث تتجاوز الثمن ساعات (08سا) يومياً إلى 12 ساعة، إلى 17 ساعة و 24 ساعة في اليوم، كما يجد نفسه امام حتمية تغطية كامل أيام الأسبوع بمعدل تغطية 365/365 يوماً في السنة مقسماً بين العمال. تتأثر اسر بمجملها من هذا النظام، كما يحرم الطبيب من حقه في التجمعات الاسرية و المناسبات العائلية عموماً و ينقص مردوده الاجتماعي، كما يتعرض البعض إلى التقلبات المزاجية نتيجة قلة النوم و انعكاس الساعات البيولوجية في ظل اختفاء مفهوم الفيزيولوجية الطبيعية التي أوردتها الخالق عز وجل في قوله في محكم التنزيل بعد بسم الله الرحمن الرحيم: **(وَجَعَلْنَا نَوْمَكُمْ سُبَاتًا)، (وَجَعَلْنَا اللَّيْلَ لِبَاسًا)، (وَجَعَلْنَا النَّهَارَ مَعَاشًا)** [الآية: 9-10-11: سورة النبأ]، ليتأقلم ببرمجة عصبية هو ومحيطه الاسري ضمن نمط حياة مختلف

تماما عن النمط الفيزيولوجي بعد الالتحاق مباشرة بهذا السلك واختياره جبرا، مما يدفع إلى تقبل هذا الوضع على الرغم من تبعاته. وقد تطفو إلى السطح معاناة البعض حول صعوبة التكفل بالأبناء خاصة في السن المبكرة التي تتطلب التكفل والرعاية الخاصة او صعوبة في التوافق الزوجي و القيام بمختلف المسؤوليات الاسرية خاصة والانشغالات الفردية عامة، و قد تطابقت مخرجات الاستمارة مع مخرجات شبكة التداعي فيما تعلق بمستوى الجودة من خلال التوفيق بين الحياتين المهنية و الخاصة حيث تراوحت في الوسطية عموما نتيجة التأقلم مع الأوضاع المهنية مثلها مثل باقي الشرائح المهنية التي تمارس نشاطها في الظروف العادية، حيث أصبحت ظروف هذه الممارسة مع التكرار ظروفًا عادية هي الأخرى على الرغم من خصوصيتها، و قد برزت بعض الفروق الدالة إحصائيا لدى الفئة العمرية الأقل من 35 سنة و التي أثبتت أدنى المتوسطات مقارنة بالفئات الأخرى؛ و التي نفسرها بنظريات التأقلم ليس فقط في المحيط المهني و إنما في المحيط الاسري؛ إذ نرجح أنها قد تكون ناتجة عن مرحلة التعب و الاستشفاء المقتبسة من نظرية التكيف الوظيفي لجسم الانسان اثناء الممارسة البدنية نتيجة بدايات تكوين الاسر لهذه الفئة العمرية، مما يضع الطبيب المختص امام واجهة زيادة الأعباء دفعة واحدة و متطلبات تكوين الأسر الحديثة و متطلبات شريك الحياة، فيما تنقص هذه الأعباء نسبيا مع مفهوم التكيف. وقد لاحظ Chazalotte (1973) أن العمل الليلي لا يكون مقبولا لما يكون العمل حديث العهد ونسقط هذا على مفهوم الأسر حديثة التشكيل، فيما قال Blacloc (1960) انه كان مقبولا أكثر لدى العمال لأنه كان سائدا لدى معظم السكان، وفتح قوسا هنا لنشير إلى السكنات الوظيفية التي تهيم أحياء صغيرة خاصة بالأطباء مما يجعل العمل أكثر

قبولا في اوساطهم مقارنة بالسكن في أحياء شعبية عادية لا تقدر نوعية ساعات العمل. أشارت في ذات السياق المفاهيمي بعض التدايعيات إلى اقتراح إنشاء روضات بجوار المستشفيات بحكم أن متوسط عمر العمال يتراوح ما بين الثلاثين والأربعين وهو سن الإنجاب والأبناء الصغار مما قد يخفف من أعباء التكفل بالأبناء خاصة في الفترة الصباحية والتي تتميز بكثافة الأنشطة للتهيؤ من اجل الخروج من المنزل وتتضاعف هذه الأعباء في حال عمل الزوجين معا. وقد اقترح Mann (1960) إنشاء مدن صغيرة محيطة بالمصانع لتخفيف أعباء العمل بنظام الورديات. وقد وردت العديد من الدراسات في موضوع التوفيق نتيجة للعمل بنظام الدوريات، حيث يرى بوظريفة (1995، ص211) أن تأثير العمل بالدوريات لا يقتصر فقط على تشكيل العلاقات الودية مع أفراد المجتمع، بل يتعداه ليشمل مشاكل أخرى تتمثل أساسا في صعوبة الاشتراك في التجمعات السياسية والنوادي الترفيهية و مختلف الأنشطة الرياضية و الثقافية، لأن كل هذه التنظيمات عادة ما تقوم على الوتيرة المنتظمة بدلا من الدوران غير المنتظم، و هذا ما يتوافق مع نتائج بحثنا من خلال استجابات مفردات العينة حول المؤشرين F1 & F6 (انظر المبحث الخامس). كما وصف البعض هذا النظام كمسبب للعزلة الاجتماعية، و نعتقد أن هذه نتيجة حتمية لطبيعة نظام العمل وساعاته مما يقلل من التجمعات الاجتماعية نتيجة لعدم التوافق بين المواقيت أو نتيجة للتعب المتولد عن المناوبات. وفي دراسة لعبيدي (2018) حول التصورات الاجتماعية لتأثير العمل الليلي على الحياة الأسرية لعمال الصحة، أين شكل الأطباء المختصون ما وزنه 2\15 من مجموع افراد العينة نتجت مجموعة من المحاور عن تدايعيات هذه الأخيرة: إساءة معاملة الزوج من الجنس الآخر، إساءة معاملة الأطفال، مشاكل

نفسية، التفكك الأسري، الإهمال واللامبالاة، اضطراب في التواصل، خلل في الأدوار الأسرية والإحباط. في حين لا يمكن تعميم هذه النتائج، حيث لكل شخص خصوصيته في الحياة، ويرى بوظيفة (1995) أن الظروف الفردية لكل عامل تلعب دورا مهما في التخفيف من آثار العمل بالدوريات على الحياة الأسرية وهذا ما نتفق فيه معه جملة وتفصيلا.

مكون آخر أثبت وجوده ضمن الحقل التصوري من خلال افتكاكه لمكانة ضمن النظام المحيطي الاولي وهو "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى" **Le manque d'hygiène**، هذا المفهوم الذي يعتبر قاعديا وغير قابل للمساومة او النقاش نظرا لقاعدته العلمية الموثقة منذ إرساء أولى قواعد الطب من خلال بردية إدوين سميث والتي يرجح انها تعود لـ 3000 ق.م. وثبت عليها الآشوريون والبابليون ثم الإغريق والرومان فالمسلمون إلى عصرنا الحالي، هذا المفهوم الذي يعتبر ضروريا و قاعديا في احداث المستشفيات و أساس المحيط الاستشفائي الصحي و الأمن في نفس الوقت بالنسبة للمرضى و العمال يهدف وقايتهم من الامراض المتنقلة داخل المستشفى و الإصابة بالفيروسات المقيمة و المقاومة داخل المستشفيات (évicition des maladies nosocomiales)، حيث تعتبر l'hygiène intra hospitalière قاعدة أساسية نظرا لخصوصية المستشفيات التي تعتبر أوساط مناسبة لنمو و انتشار الفيروسات، في هذا الوقت تشتكي عينة من الأطباء عدم احترام هذه القواعد على مستوى مستشفياتهم، و نفتح قوسا هنا للحديث عن هذا المشكل الذي يعتبر عالميا نظرا لصعوبة التحكم فيه، و لكن ما تختص به مستشفياتنا عن باقي المستشفيات الدولية هو نقص النظافة العادية و ليست فقط النظافة الصحية و هذا راجع إلى نقص عمال النظافة كما و نوعا؛

حيث يتواجدون اقل من الحاجة الفعلية مما يجعل من أدائهم لمهامهم بالجودة المطلوبة مستحيلا، وقد شكل هذا العنصر أهمية كبرى لدى البعض كما تم تجاهله تماما لدى البعض الآخر و هذا ناتج عن خصوصية المصالح الاستشفائية و التخصصات التي يتميز بها كل فرد على الآخر ضمن الفئة المهنية الواحدة.

كعنصر آخر ظهر في النظام المحيطي الاولي: "الضغط المهني"؛ حيث كشفنا من خلال شبكة التداعي عن مقدار العالي من الضغط الذي يعانون منه، و الذي يتراوح ما بين الاجهاد الدائم إلى حالات الاكتئاب الناتجة عن كثرة الضغوطات، و قد وصف بعضهم شدة الإجهاد بالجحيم، فيما عبر الأطباء المختصون بكل أريحية و استرسال عن مصادر الضغط التي يعانون منها و التي تمثلت في: مقدار المسؤولية التي تقع على عاتقهم و التي تتعلق بحياة المرضى كما تتعلق بالمتابعات القضائية، نقص الوسائل و المعدات اللازمة من أجل التكفل الأمثل بالمرضى مما يعرضهم لمواقف حرجة و مواقف عجز امام بعض الحالات و خاصة في الحالات الاستعجالية، المشاكل المختلفة مع الإدارة، مع الشعب،... الخ، عبء العمل، ساعات العمل، الالتزام العاطفي تجاه بعض الحالات سواء انتهت بالوفاة او بالشفاء وبناء بعض العلاقات العاطفية التي لا يمكن تفسيرها وهذا ليس عموما و لكن إن حدث لا يمكن تجنبه خاصة في حالة المهن الإنسانية عموما و التي يتعامل فيها العامل مع انسان في حالة عجز تربطه به علاقة الحاجة إلى المساعدة و التكفل، و الطبيب لا يخلو من الصفات والعواطف الإنسانية لذلك يتأثر ببعض الحالات الاستثنائية حتى لا نقول كلها نظرا لتعوده التعامل مع الكثير من الحالات التي تثير الشفقة، و هذه الحالات قد تسبب له ضغطا نفسيا إضافيا، أورد

(2009) Stora أن الضغط المهني أصبح مرض العصر، و أشار في كتابه Le stress (2009) إلى مصادر المتعددة مشيراً في ذلك إلى العمل بالورديات، عبء العمل، العلاقات في العمل، تعدد الأدوار وتداخلها كمناصب المسؤولية، المسار المهني، التوفيق بين الحياة المهنية و الحياة الخاصة، وقد أظهرت الاستمارة ان هناك مستوى متوسط عموماً من الضغط حسب معدل الاستجابات من خلال المؤشرات التي قمنا بتحديددها، دليل على الاختلافات في تقدير مستوى الضغط على الرغم من عدم دلالتها إحصائياً، و قد لاحظنا أثناء تجميعنا لشبكة التداعيات و تفرغها أن هناك فئات تعاني من درجات مرتفعة من الضغط مقارنة بالفئات الأخرى و قد عبرت تداعياتها عن حالات من الاكتئاب و الضغط الدائم في حدود الاحتراق النفسي، فيما أعربت مفردات أخرى عن عدم شعورها بالضغط و فئة ثالثة عبرت عن وسطية الضغط بالنسبة إليها و هذا راجع إلى مجموعة من الخصائص الفردية و الخارجية التي يتمتع بها كل فرد دون الآخر، حتى في التخصص الواحد و الظروف الواحدة يختلف الاطباء في التعامل مع ضغوطاتهم اليومية نتيجة الاختلاف في استراتيجيات المواجهة و التحكم في المواقف المختلفة (le coping) بالإضافة إلى الاستراتيجيات التسييرية (stratégies managerielles) كالاعتراف و الدعم.

"الغياب الجزئي أو الكلي للأمن" في المؤسسات الاستشفائية عبر عنه الاطباء المختصون من خلال شبكة التداعيات، وقد برزت بعض المؤشرات التي لم يتم التطرق إليها من خلال الاستمارة مثل التأثير السلبي لغياب أو نقص أعداد أعوان الامن على جودة عمل الأطباء، حيث لا يمكن لإنسان يشعر بالتهديد العمل بطريقة جيدة و خاصة إذا تعلق الامر بوضع التشخيص الذي يتطلب

نوعا من الخصوصية و الهدوء، و كذا بالنسبة لتقديم العلاجات المختلفة فإن الحالة النفسية للمريض تتأثر كذلك بالمؤثرات الخارجية، فقد تتأثر فيزيولوجيا الانسان؛ و ينتج عن مختلف الاحداث الضاغطة الناتجة عن غياب الامن ارتفاع في ضغط الدم و اضطراب نسب السكري في الدم و ارتفاع في نبضات القلب الناتجة عن حالات الخوف و الانفعال و غيرها من ردود الأفعال التي تختلف من شخص لآخر سواء طبيب، ممرض أو مريض. وقد كانت استجابات مفردات العينة متذبذبة ضمن خانة المستوى المنخفض لجودة الحياة في العمل من خلال هذا المؤشر الدال في الاستمارة. و يبقى هذا الاشكال (المتعلق بمسألة العنف في المستشفيات) لا يختص بولاية أم البواقي وحدها وإنما مختلف المستشفيات عبر التراب الوطني وخاصة في المدن الكبرى، وفي الوقت الذي يعبر فيه أطباء مستشفيات البواقي عن قلقهم الناجم عن التعرض للعنف اللفظي والجسدي على مستوى المصالح الاستشفائية وخاصة الاستعجالات والنتائج التي تتبعه من التردد على مصالح الامن في الوقت الذي تتملص فيه الإدارة من مسؤوليتها في التكفل بمثل هذه الحالات يبرز مفهوم الدوران في حلقة مفرغة دون الحصول على الحقوق المنشودة، تسجل مصالح الامن والدرك العديد من الشكاوي حول هذه الوضعية التي تطال مختلف الاسلاك من حملة المآزر البيضاء سنويا حول الوطن، و تملأ صفحات الجرائد أخبار الاعتداءات المختلفة؛ مستشفى البلدية يشتكي من الاعتداء على طبيبة حامل والتي لم تشفع لها بطنها المنتفخة أمام المعتدي الذي قلب عليها المكتب، بالإضافة على تسجيل 952 حالة أخرى متنوعة، فيما تمت الإشارة إلى أن عون امن وحيد لا يغطي الاحتياجات في حالة أحداث عنف واعتداء على العمال (<http://www.aps.dz/>)، في تقرير لمديرية الصحة بالعاصمة يؤكد عن تسجيل

3500 حالة اعتداء على حملة المآزر البيضاء خاصة في المصالح الاستعجالية وأثناء المداومات الليلية خاصة (<https://www.echoroukonline.com/>)، اعتداءات وحشية تسجل بالاستعجال على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد بعنابة و التي لم تسلم منها لا طيبة حامل و لا طيب رجل و لا ممرض و لا عون أمن، و هي متكررة بشكل ملحوظ (<https://www.elkhabar.com/>) ، ولاية وهران هي الأخرى تسجل يوميا حالات اعتداءات على عمال المستشفيات، ولاية ورقلة لم يسلم عمالها كذلك من الاعتداءات الجسدية واللفظية(<http://www.radioalgerie.dz>) ، وفي سابقة خطيرة هاجم ملثمون غرفة العمليات بالمستشفى الجامعي لولاية قسنطينة في اوت 2019 (<https://www.elkhabar.com/>)، فيما تم الاعتداء على مدير مستشفى سليمان عميرات بطريقة مهينة فيما تم تصويره اثناء الاعتداء ونشر الفيديوهات على مواقع التواصل الاجتماعي (<https://www.echoroukonline.com/>). وتبقى هذه الظاهرة الثابتة والصلبة في تصور الطبيب المختص والتي تشغل حيزا حقيقيا في واقع المستشفيات الجزائرية عموما جديرة بالدراسة، حيث تحولت خاصة مصالح الاستعجال على حلبات المصارعة الحرة الامريكية وحرب شوارع وطرق تستخدم فيها كل أنواع الأسلحة البيضاء من مشارط وسكاكين بالإضافة إلى العصي وغيرها، فيما تقف الوصاية عاجزة امام هذا الكم الهائل من العنف ويبقى أعوان أمن المستشفيات والاطقم الطبية وشبه الطبية هم الأكثر عرضة لمثل هذه التجاوزات في انتظار إيجاد الحلول المناسبة.

تعتبر المستشفيات من بين مرافق الخدمة العمومية المجبرة على ضمان الاستمرارية في الخدمة

"24ساعة/24 ساعة، 07 أيام/ 07 أيام في الأسبوع و 12 شهرا /12 شهرا في السنة" نظرا

لخصوصية نوعية الخدمات التي تقدمها و المتمثلة في السهر على صحة المواطن و ترقيتها، و قد أورد المشرع في كفييات تنظيم هذه الاستمرارية مجموعة من النصوص القانونية والمراسيم نكتفي بذكر المرسوم التنفيذي 13-195 المتعلق بالتعويض عن المناوبة (المجريدة الرسمية، 2013)، وفي إطار تنظيم المناوبة أصدرت وزارة الصحة والسكان التعليم رقم 05 المتضمنة لكفييات تطبيق المرسوم التنفيذي السابق الذكر (وزارة الصحة، نوفمبر 2013)، وقد نص المشرع على ان كل الشرائح المهنية في سلك الصحة (كل مستخدمي الصحة) ملتزم بالمناوبة بمن فيها شريحة بحثنا "الأطباء المختصين"، وقد نص المرسوم التنفيذي رقم 09-304 المتضمن للقانون الخاص بسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية على إلزام هذه الفئة بالمناوبة (المجريدة الرسمية، 2009)، و تجدر بنا الإشارة إلى انه ليست كل الفئات من هذه الشريحة ملزمة و تقوم بالمناوبات بحكم نوعية أنشطتها ونذكر على سبيل المثال لا الحصر "أطباء العمل" و "أطباء التخصصات المخبرية" حيث يزاولون عملهم في ساعات وأيام الدوام العادي على خلاف زملائهم الآخرين. والمناوبة هنا لا نقصد بها العمل الليلي وإنما بالإضافة إلى ذلك ضمان العمل أثناء المناسبات والأعياد وعطل نهاية الأسبوع والأيام مدفوعة الاجر وإلى غير ذلك. وقد برز مكون "تحديات ومشاكل المناوبة" ضمن النظام المحيطي الاولي في تصور الأطباء المختصين لواقع جودة الحياة في العمل بعدما كان مرشحا لاحتلال المركزية نظرا لأهميته البالغة (MI=2) على الرغم من المساحة القليلة التي يشغلها ضمن الحيز التصوري (0.94%) وقلة انتشاره ضمن الفئة محل الدراسة (MA=20)، و قد كانت التداعيات تصب معظمها في قالب مشاكل وتحديات المناوبة الولائية و التي تنظم في شكل قطب مخصص لجميع القاطنين في الإقليم الولائي مما

يزيد من عبء العمل على الأطباء الذين اعدادهم قليلة مقارنة بالتدفق الشعبي مما يسبب تحديات كبيرة بالنسبة لهذه الفئة. والتي تعتبر ان طاقتها غير كافية لتغطية كل الطلبات على الخدمة في الوقت المناسب وبالجودة المناسبة مما يؤثر على صحة المريض وصحة الطبيب في آن واحد، ونفتح قوسا للإشارة إلى فئة الأطباء المختصين في التخدير والإنعاش التي تشتكي من تعدد التخصصات في المناوبة الواحدة مقابل طبيب مختص وحيد والذي يعجز عن التعامل مع مختلف التخصصات في نفس الوقت. وعلى الرغم من ان المناوبات تصاحبها مناوبات التسيير والإدارة من اجل السير الحسن لهذه الأخيرة إلا ان العجز في التغطية الجيدة لمتطلبات الأطباء المختصين والشعب في نقطة التقاء يبقى مجرد أهداف مسطرة لم تعرف التجسيد بعد -على الرغم من كل الجهود المبذولة في التنظيم والإعداد لهذه الأخيرة -، وهذا في ظل النقص الفادح لمجموع الأطباء المختصين، مما يجعل مستحيا إقامة نقاط مناوبة بتغطية كل التخصصات لصالح الشعب على مستوى كل مستشفى من مستشفيات الولاية. وتعتبر المناوبة الليلية خاصة من مسببات العنف في المستشفيات وذلك نظرا للمرحلة الوقتية التي تتم فيها الأنشطة الصحية فيما ترتفع نسبة مرضى الألم والحوادث والشجارات الناتجة عن معاقرة الخمر والمخدرات عموما، كما أن المرضى ومرافقيهم لا يتقبلون مفهوم "الانتظار" ويحثون عن آنية الخدمات التي لا يمكن توفرها مما يسبب الانفعال وما ينجر عنه من اعمال عنف أثناء المناوبات خاصة.

يعتبر الحق في الصحة من أهم حقوق الانسان التي نص عليها الميثاق الدولي لحقوق الانسان (Liégeois, 2016)، كما دعت لهذا الحق مختلف المنظمات والروابط الحقوقية الدولية والعالمية،

وينص الدستور الجزائري للسنوات 1976، 1989، 1996، 2008 على ترسيم هذا الحق من خلال منح المواطن الجزائري الحق في الرعاية الصحية وترقيتها، و يعتبر المريض شريكا في صحته مع الطبيب المعالج، هذه الشراكة التي إن صلحت تم التوصل إلى نتائج أفضل منها في حالة الانقطاع او التناحر، و قد كشف تصور الأطباء لجودة الحياة في العمل عن مكون لا يقل أهمية عن سابقه و هو "غياب الثقافة الصحية الشعبية"؛ معبرين بإجاءاتهم السلبية عن استيائهم من الثقافة السائدة لأهالي المنطقة في كيفية تعاملهم مع الحالات المرضية و المواقف الاستعجالية، حيث يتلقون المريض الواحد مع عشرين مرافقا كما تم التداعي به، و الرقم عشرين المتفق حوله بين بعض الحالات لا يعني 20 بالضبط وإنما يدل على كثرة المرافقين، و تعتبر المنظمة الصحية (المستشفى) كنسق لا يخلو من التأثيرات الخارجية للنسق العام (أي البيئة التي ينشط فيها)، كما ان ثقافة الصحة و المرض تختلف من بيئة لأخرى حسب النسق الاجتماعي و الثقافي للمنطقة، و الإنسان ابن بيئته كما جاء على لسان ابن خلدون، وما يعرف عن هذه المنطقة هو الحمية الزائدة مما يقود إلى الهرع في حالة إصابة أي فرد من الأفراد، يتخلله نوع من الفضول الذي يصاحب الخوف على المريض و التعاطف الكبير، كما ان كل فرد يرغب في الحديث إلى مصدر المعلومة الرسمي وهو الطبيب في غياب واضح لمفهوم التمثيل الشعبي، مما يعرقل عمل الطبيب المختص خاصة على مستوى الاستعجالات، و لا تخلو هذه التجمعات من ثقافة العنف؛ حيث تعتقد بان القوة مصدر لافتكاك الحقوق مغيبة كل الظروف المحيطة و التي تميز مستشفياتهم مما يضع الطبيب في مواجهة كل أشكال الانزلاقات والتجاوزات، كما انها تتميز بقلة الثقافة والوعي الصحي، و على الرغم من مساعي بعض وسائل الإعلام في

التوعية الصحية من خلال عدة برامج صحية على مختلف الإذاعات المحلية والوطنية والتي تهدف في مجملها إلى زرع ثقافة الصحة و المرض من خلال إثراء الرصيد المعلوماتي الصحي من اجل الوقاية والعلاج، إلا أن هناك تغييرا لدور الإعلام الفعال في التوعية الثقافية الصحية فيما تعلق بتحسين وترقية سلوكيات المواطنين في المستشفيات، وبالمقابل هناك حملات لتأليب الرأي العام من طرفه حسب تصور بعض المفردات من العينة مما يمس في مصداقيته واحترافيته (أي الإعلام)، زد على ذلك تغيب المجتمع المدني عن التدخل لتصحيح هذه الأوضاع كطرف فاعل ووسيط بين المؤسسات والمجتمع، حيث يمكن أن يلعب هذا الأخير دورا جد فعال في تقويم سلوك الافراد في حالات وأوضاع مشابهة للتي تحدث في المستشفيات، بالإضافة إلى ضرورة تفعيل آليات الحوكمة الصحية من اجل التحكم في مختلف المظاهر السلبية في القطاع الصحي. وقد وردت إشارة إلى ان المرضى يكذبون في بعض الأحيان على الطبيب من اجل تحقيق مآرب خاصة يعتقدون بانها في صالحهم إلا أنها قد تضرهم بجهلهم، مما قد يسبب تحويلا للبروتوكولات العلاجية وآثارها السلبية على حالة المريض، هذه الوضعيات التي توصف بالكارثية إن صح التعبير وتعرقل أي مسعى لتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة في الخدمة الصحية لصالح المواطنين.

كمكون آخر محيطي كشف عنه تحليل تصورات الأطباء المختصين؛ "هاجس المتابعات القضائية" الذي أصبح يهدد كل طبيب مختص في ظل تنامي الوعي بالحقوق للمرضى وأهاليهم مؤخرا، وقد برزت في الآونة الأخيرة حملة من الشكاوى والتظلمات من المرضى وأهاليهم والناجئة عن أخطاء طبية أدت إلى جرحرة الأطباء المختصين إلى أروقة العدالة. هذا المفهوم الذي طفى واكتسحت بعض قضاياها الواجبة الإعلامية إلى درجة تجريم الأطباء وتأليب الرأي العام ضدهم هو أمر وارد

الحدوث، هذا الانحراف غير مقصود النتائج - في أداء الممارس للمهن الطبية عما هو متعارف ومتفق عليه من أهل الاختصاص - يؤدي إلى إحداث أضرار مادية ومعنوية للمريض ومجتمعه ويتعدى ذلك إلى الدولة. يعرفه (أي: الخطأ الطبي) البعض على انه ذلك الانحراف في سلوك الطبيب المحترف والمثابر والمؤهل لو قورن به سلوك طبيب آخر وضع في نفس الظروف التي كان فيها الطبيب المسؤول فإن الاختلاف بين مسلك الشخصين يظهر وجود الخطأ. أو ذلك الإخلال من الطبيب بواجبه في بذل العناية اللازمة واليقظة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة أو ذلك التقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسئول (بن تيشة، 2011، ص 18-19). ويعرفه آخرون على أنه تقصير في مهام وواجبات الطبيب نحو المريض الذي يشرف على علاجه، ويترتب عن هذا الخطأ مضاعفات وأضرار أو نتائج جسيمة للمريض. كما قد يكون الخطأ الطبي ناتج عن نقص العناية المعقولة المبذولة في علاج المريض أو نقص المهارة أو الإهمال المتعمد في العلاج من جانب الطبيب المعالج للمريض، ويترتب على هذا الإهمال أو الخطأ مضاعفات وأضرار جسدية ونفسية أو يؤدي إلى وفاة المريض مباشرة أو مستقبلاً (الجابري، 2011، ص 94). أما علماء الشريعة الإسلامية فيفرقون بين الخطأ والتقصير، وترتيباً على ذلك فإن الطبيب في الشريعة الإسلامية لم يكن يسأل عن الخطأ اليسير الذي يمكن أن يقع في أي طبيب، ولكن يسأل عن الخطأ الذي لا يجوز أن يقع فيه أي طبيب وذلك نتيجة الجهل أو خطأ فاحش لا تفره أصول الطب ولا أهل المعرفة فيه، كأن أراد نزع سن فنزع غيرها خطأ أو يعطي المريض دواء غير مناسب للداء فيضره. (سي يوسف، 2008، ص 11). وتؤدي الأخطاء الطبية عموماً إلى خسائر معتبرة سواء من الناحية المادية أو النفسية أو الاجتماعية نتيجة العجز المسبب أو الوفاة. ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإنه في كل 93 ثانية يموت إنسان بسبب الأخطاء الطبية على مستوى العالم، و قد قرعت منظمة "أوك" و هي أكبر شركات التأمين الألمانية نواقيس الخطر في ردهات المستشفيات الألمانية نواقيس الخطر بتقريرها الذي يتحدث عن أخطاء كان من الممكن تجنبها تسبب لمرضى معاناة طويلة لمئات الآلاف من الألمانين نتيجة مضاعفات ناتجة عن التشخيص، العلاج أو المتابعة،

وجاء في تقرير نفس المنظمة أن عدد الامان ضحايا الأخطاء الطبية قد بلغ 19 ألف سنة 2014، ووفقا لتقرير آخر أصدرته شركة التأمين الصحي الرسمية في ذات البلد ان عدد الأخطاء الطبية القاتلة يفوق 5 مرات عدد ضحايا حوادث الطرقات (<http://www.alwatan.com.sa>). وفي تقرير حديث لسنة 2019 ذكرت فيه منظمة الصحة العالمية أن "في كل دقيقة يموت خمسة أشخاص، بسبب خطأ في المعالجة"، أي تن هذا يتجاوز قتلى الحروب، وأشادت منظمة الصحة العالمية بألمانيا إلى جانب بعض البلدان الأخرى، التي اعتبرتها المنظمة من الأمثلة الجيدة في تجنب ارتكاب الأخطاء قدر الإمكان. وأفادت المنظمة أنه في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وحدها، يموت سنويا 2,6 مليون شخص حول العالم، بسبب المعالجة الخاطئة. يشار إلى أنه في الولايات المتحدة الأمريكية، نجحت المستشفيات بين عامي 2010 و2015 في توفير 28 مليار دولار بفضل تدابير سلامة أفضل (<https://www.dw.com/>). كوارث إنسانية من المعيار الثقيل حول مسألة الأخطاء الطبية بالجزائر نذكر من بينها فضيحة بني مسوس تلك التي طالت 20 مريضا تسببت في فقدانهم الدائم للبصر في صيف 2008 بعد حقنهم بدواء خاص بمرض السرطان، وفاة 13 رضيعا بولاية معسكر إثر ما أطلق عليها بفضيحة اللقاحات بمستشفى وادي الابطال سنة 2001، فضيحة الختان الجماعي بالخروب التي راح ضحيتها 17 طفلا أصيبوا بدرجات متفاوتة من العجز إثر استخدام وسائل وُصفت بغير صلاحها للاستعمال (<https://www.djazairress.com/>)، وفي سنة 2017 تم تسجيل 15 ألف خطأ طبي في تونس منها 60 في المائة في صفوف النساء الحوامل (<https://meemmagazine.net/>). وقد برزت في الآونة الأخيرة عدة قضايا تناولها الإعلام والمتعلقة بما يرجح إلى انها حالات إهمال مفضية إلى الوفاة، وفي ظل غياب إحصائيات دقيقة لعدد القضايا الحقيقي والاحكام المنجزة عنه يبقى هذا الموضوع الذي يعتبر عالميا يشكل هاجسا حقيقيا للطبيب المختص في ظل الظروف المحيطة بأدائه لمهنته و في ظل تنامي ثقافة الشكوى لدى المجتمع الجزائري ضد الأطباء؛ إلى درجة ان كل حالة أصبح يراها الطبيب المختص كحالة ممكنة أن تؤدي به إلى متابعة قضائية مما يرفع من مستوى الضغط الإيجابي (eustress) الذي يولده هذا الشعور لدى

الطبيب و يؤدي إلى زيادة الفطنة و النباهة في التعامل مع كل حالة من الحالات التي تعرض عليه. ومن خلال مختلف التداعيات في هذا الباب تبين ان الطبيب المختص يرى نفسه الوحيد الذي يتحمل المسؤولية ويتحمل تبعات المتابعات القضائية في الوقت الذي كل الفئات المهنية الأخرى من أطباء عامين وممرضين وقابلات وأعوان التخدير والإنعاش معرضة هي الأخرى للمتابعات القضائية، والمسؤولية ليست حكرًا على الطبيب المختص وحده، لأن التكفل إنما هو مهمة الجميع وليس مهمة الطبيب المختص وحده. و قد أشارت كل من Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson & (2000) أن الخطأ إنساني، و الطبيب كإنسان قابل لارتكاب الأخطاء الطبية، هذه الظاهرة العاملية التي وجب تسليط الضوء عليها من اجل التقليل منها من خلال تحسين جودة الحياة في العمل للأطباء بما يتناسب مع جودة الخدمة المراد الحصول عليها. وكمؤشرات دالة على الإحساس بعدم الأمن من خلال التعرض لتهديد المتابعات القضائية التي قد يتعرض لها الطبيب ضمن خانة "بعد جودة الامن والسلامة المهنية" فقد كانت استجابات الافراد ضمن خانة الاتجاه السلبي بالإجماع، كما كانت سلبية فيما تعلق بعدم الشعور بالأمن الناتج عن الحماية القانونية من طرف مؤسسة الانتماء؛ إذ يتحمل الطبيب مسؤوليته دون الاستفادة من أي نوع من الحماية، حيث يضطر الطبيب لتحمل مسؤوليته بطريقة فردية مجردة من أي نوع من الحماية أو السند القانوني.

وطبقا للأمر الرئاسي رقم 65-73 المؤرخ في 28-12-1973 تم ترسيم مجانية العلاج، وقد اعتبر الميثاق الوطني (1986) أن مجانية الطب مكسب ثوري وقاعدة للنشاط الصحي وتعبير عملي عن التضامن ووسيلة لتجسيد حق المواطن في العلاج، وجاء في القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بالإضافة على التأكيد على مجانية العلاج توفير كل الوسائل المادية والبشرية وتوزيعها بعقلانية قصد ضمان الصحة للجميع وبصورة عادلة ومنصفة (حاروش، 2015، ص 122-126)، وقد

كشف الأطباء المختصون من خلال تداعياتهم عن عدم الرضا عن مستوى الجودة في الخدمة الصحية المهداة للمرضى؛ والمعاناة المقتسمة بين المرضى والأطباء على حد سواء؛ هذه المعاناة الناجمة عن نقص الإمكانيات بالدرجة الأولى، كما عبروا بحسرة عن ابتعادهم كل البعد عن معايير الجودة العالمية في تقديم مختلف العلاجات نتيجة للنقص المسجل على الرغم من أن مرضانا يستحقون تكفلا أحسن من الذي يحضون به، فمهما كانت كفاءة الفريق المعالج و إمكانياته المهاراتية إلا انه يبقى عاجزا أمام نقص الوسائل؛ ما عبر عنه احد الأطباء بكلمة "مكتفين يدينا" بمعنى العجز والربط الذي يعانون منه في ظل تميزهم بالكفاءة اللازمة في ظل نقص إلى انعدام الوسائل بالإضافة إلى مجموعة من العوامل المتداخلة التي برزت في مكونات التصور من لركز إلى لمحيط؛ حيث يعتبر مستوى الجودة في الخدمة الصحية تحصيلًا حاصلًا لتداخل مجموع المكونات سواء بصفة مباشرة او غير مباشرة، وقد ذكر كل من أوشن، بن زيان و بن عمومة (2017) ان أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري يرجع إلى مجموعة من العوامل: النقص المسجل في الموارد البشرية سواء من حيث العدد أو الكفاءة المطلوبة (أطباء، شبه طبيين وإداريون)، نقص في التكوين المستمر، ضعف أنظمة التحفيز، نقص المراقبة للعمال، عدم ملاءمة ظروف العمل، عدم تقبل التغيير، التسيير و التنظيم غير الملائم، غياب سياسة واضحة حول الجودة تتبناها المستشفيات وغياب المختصين في الجودة، نقص أنظمة السلامة و النظافة و الوقاية، نقص في تحديد معايير العمل ومعايير الجودة، ضعف الاتصال و نظام المعلومات، كما أعرب الأطباء عن ان مجانية العلاج من بين أسباب التدني في مستوى الخدمات الصحية، الاعداد الهائلة للمرضى

مقارنة بالعمال، غياب الضمير والوعي وحب المهنة و الافتقار الى الإنسانية، عائق الامن بالنسبة للطاقم الطبي، نقص الحرية المهنية، ... ويضيف العيد (2018) أنه من أجل تحسين الخدمات الصحية لصالح المواطنين بالعدالة المبتغاة وجب اتخاذ إجراءات صارمة من أجل التضييق على الفساد المالي الذي يعتبر ظاهرة عالمية في القطاع الصحي.

وقد كشف تحليل التصور عن **النقص المسجل في عدد الأطباء المختصين بالمستشفيات التابعة** لولاية ام البواقي، وعلى الرغم من المساحة الضيقة التي يشغلها هذا المكون ضمن الحقل التصوري إلا انه يكتسي نوعاً من الأهمية والانتشار داخل المجموعة، وينتج عن هذا النقص زيادة في الضغط الناتج عن عبئ العمل، كما يؤثر سلباً في جودة الخدمة الصحية التي توفرها الولاية لقاطنيها.

في ظل عدم قدرة ولاية ام البواقي عن التكفل بكل الحالات المرضية ضمن نطاقها الجغرافي نتيجة للنقص المسجل في عدد اطبائها المختصين، تغيب بعض التخصصات او نقص الوسائل والمعدات اللازمة، الافتقار إلى بعض المصالح المتخصصة يلجا الأطباء المختصون لهذه الأخيرة بالقيام بمجموعة من التوجيهات للمرضى إلى ولايات أخرى تتمتع بمركزية العلاج كالمراكز الاستشفائية الجامعية بالجوار (باتنة و قسنطينة)، وقد برز العنصر "سياسة المراكز الاستشفائية السيئة تجاه الاجلاءات" كأحد المكونات المحيطة للتصور؛ حيث يعاني الأطباء والمرضى من سياسة الرفض التي يقابلون بها على الرغم من حاجة المرضى الحقيقية للتكفل على مستوى تلك المراكز مما يفتح باباً للنقاش حول المراسيم و النصوص التي تنص على إرساء قواعد العدالة بين مختلف الشرائح الوطنية في الحق في الرعاية الصحية، في الوقت الذي يتم رفض التكفل ببعض الحالات الحرجة التي من

المستحيل ان يتم التكفل بها على مستوى المستشفيات العمومية العادية وهذا نتيجة للمركزية في العلاج التي على الرغم من مجهودات الدولة في محوها إلا انها لازالت قائمة، وأشارت رحمانية (2015) إلى عدم وجود التوافق بين الحدود الجغرافية وطلب العلاج الحقيقي من طرف المرضى، حيث غالبا ما يضطر المرضى إلى التنقل خارج نطاق حدودهم الجغرافية التي حددتها الخريطة الصحية بحثا عن العلاج، ونشير إلى ان مسألة الاجلاءات تعتبر معاناة حقيقية يتعرض فيها المريض لخطر النقل ما بين المؤسسات الاستشفائية و التي يتخللها مجموعة من العوامل المتوقعة و العارضة وكل هذا لأجل تكفل افضل فيما ترفض هذه المراكز التكفل بهم "أحيانا"، فيما تسبب هذه السياسة مستويات مرتفعة من الضغط للأطباء المختصين.

برزت قيمة المهنة كنقطة إيجابية وحيدة من بين كل المكونات الأخرى ضمن الحقل التصوري للطبيب المختص، حيث يرى الأطباء ان مهنتهم لها قيمة عظيمة ومكانة تترجمها إحياء الانفس والتي استدل القرآن الكريم بقيمتها في قوله عز وجل بعد بسم الله الرحمن الرحيم: **(من قتل نفسا بغير نفس أو فساد في الأرض فكأنما قتل الناس جميعا ومن أحيها فكأنما أحيانا جميعا)** [الآية:32: سورة المائدة]، ويقول داوود الأنطاكي في شرف مهنة الطب: "الطب أشرف العلوم: موضوعه البدن الذي هو أشرف الموجودات؛ إذ العلوم لا تشرف إلا بمسيس الحاجة أو شرف الموضوع فما ظنك باجتماعهما"، ويضيف: إذ بصلاح البدن يتحقق:

- سلامة العقول؛ وبما اقتناء العلم والسعي لتحصيله.
- صلاح أخلاق النفس؛ إذ أخلاق النفس تابعة لمزاج البدن كما أجمع الأقدمون. ويقصد هنا التجسيد la somatisation والذي لم يتفق عليه فقط الاقدمون وإنما أثبتته العلم الحديث أيضا.
- تحقيق التناسل (التكاثر)؛ والحفاظ على الذرية واستمرار الأجيال وعمارة الأرض.

- القيام بالتكاليف الشرعية.
- القيام بالأعمال والصنائع؛ وهي وسيلة الكسب الحلال يقول عليه الصلاة والسلام: "إنَّ أطيّب ما أكل الرجل من كسب يده."

فالتّطّابة بهذا تكفل خمساً من الضرورات التي قصدها الشارع الحكيم لتحقيق مصالح العباد في الدارين، وهي فرض كفاية: صناعة الطب فرض من فروض الكفاية التي يجب على طائفة من الأمة القيام بها وتؤثم الأمة جميعها بتركها، وقد أشار إلى ان الطب فوق الفلسفة: إذا كانت الفلسفة تقدّم طباً للنفوس، فإنّ الطب يقدم طباً للنفس والبدن جميعاً، فالفيلسوف لا يقدر على إصلاح غير النفس فيما يقدر الطبيب على إصلاح النفس والبدن جميعاً وعليه فإنّ كلّ طبيب فاضل فيلسوف. (<https://muslims-res.com/>)

وحسب تداعيات الأطباء المختصين في هذا المحور فإن إنقاذ حياة إنسان يقابلها شعور لا يمكن وصفه بمتج فيه الشعور بالإنجاز و النجاح مع الشعور بالفرح و الرضا مع الشعور بالقيمة الحقيقية للعمل الإنساني النبيل الذي يقومون به، كما ان هذه المهنة تمنحهم الاعتراف من طرف زملائهم والمجتمع مما يرفع من معنوياتهم و يمنحهم الدافع من اجل التقدم في مسارهم المهني، كما ان التعامل مع مختلف شرائح المجتمع و خاصة الفقراء و الضعفاء منهم يمنح الطبيب المختص قيمة رفيعة المستوى في أغوار نفسه من خلال إنسانيته و رفعة اخلاقه في تلبية نداء كل هؤلاء الضعفاء الذين هم بحاجة مما يصبغ هذه المهنة بالنبيل و الإنسانية، بالإضافة إلى ان للمهنة مكانة حساسة تتعلق ببعض المواقف المتعلقة بإعلان الوفاة و مثلها أخبار التشخيص التي لا تسر سامعيها، هذه المهمة التي تعتبر شاقة من حيث الجانب النفسي، و تتطلب قدراً كبيراً من الليونة في التعامل مع متلقي هذه الاخبار السيئة عن مرضاهم، لذا فإن الأطباء و جب أن يتميزوا بلمح متميز يمكنهم من التعامل مع مختلف المواقف والاحداث.

يمضي الطبيب المختص جزءا معتبرا من حياته داخل اسوار المستشفيات؛ وتتطلب الحياة المهنية كما الحياة الخاصة البيت الذي يشعر فيه الإنسان بنوع من الراحة التي تسمح له بأداء مختلف الأنشطة في ظروف مساعدة، وتتميز المستشفيات عن مختلف المؤسسات الأخرى بخصوصيتها التي تستمدتها من طبيعة أنشطتها، هذه الأنشطة التي تتطلب هيكلا خاصا يخضع لمجموعة من المعايير العلمية و التي تساهم في تسهيل عمل مهنيي الصحة بالموازاة مع الحفاظ على راحة المرضى، وقد كشف التصور عن مكون على الرغم من قلة المساحة التي يشغلها ضمن النظام التصوري إلا انه لا يمكن تجاهله: "عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير"، و من ذلك عدم كفاية مساحات العمل و عدم وجود التنسيق بين تفصيل المستشفى و الحاجة الحقيقية، حيث يوجد سوء في توزيع المصالح و الاروقة بصورة غير عقلانية مما يصعب عمل الطبيب المختص كما يصعب من عملية تنقله و راحة المرضى، و قد أشارت بعض التدايعيات إلى وجود الجردان التي تتجول بجرية مطلقة داخل الاروقة دلالة على خراب المستشفيات و اهترائها، كما تم ذكر وجود "القطرة" أثناء بعض المقابلات؛ هذه القطرة التي لها دلالة نفسية بالإضافة إلى كونها تدل على اهتراء السقف الذين يعملون تحته، حيث تسبب حالة من الحصرة والكآبة للأطباء المختصين إذ على الرغم من عدم تساقطها على جباههم على طريقة العذاب الصيني إلا انها دون ادنى شك تحترق طبقات الحماية الدماغية بلوغا على مراكزه. و على الرغم من ان سياق استنطاقنا للفئة محل الدراسة كان بهدف جمع التصورات حول واقع جودة الحياة في العمل إلا ان هذا لم يمنع البعض من التعبير عن رغباتهم في محيط اجمل وأحلامهم بتطبيقات الارغنونميا الجمالية من حيث الديكور و التفصيل و تفعيل الحدائق الخضراء

ضمن محيط المستشفى، وعلم النفس الألوان من خلال التخلي عن اللون الأزرق الذي أصبح طابعا لمستشفياتنا مثلما يطبع اللون الأخضر مقر مزارات الاضرحة و الدجل، و في الوقت الذي يهتم فيه الدول الخارجية بمناظر المقابر نقبر فيه نحن مستشفياتنا بلمسة إضافية لتدعيم الكآبة، كما يتمنى البعض تطبيق علم النفس الموسيقى ما يضمن مستشفى مريحا و مثيرا للشهية، و قد كانت هناك بعض المبادرات لتغيير ألوان بعض المصالح كمصلحة الأطفال التي تم إعطاؤها منظرا جماليا يريح العين.

وبالإضافة إلى الهياكل المخربة و القديمة والنقص المسجل في الوسائل والمعدات كعنصر وكرزي كشف تحليل التصور عن عنصر محيطي آخر وثيق الصلة بالتجهيز و التهيئة في المستشفيات: "العجز في صيانة الوسائل والمعدات الطبية"؛ حيث يعاني الأطباء من القصور في صيانة المعدات المتوفرة والتي لا تحظى بأي نوع من الصيانة "الجيدة" وهذا نظرا للنقص الفادح في أعوان الصيانة الأكفاء، مما يتسبب في خسائر مالية معتبرة، و من المعلوم أ المعدات الطبية تتميز بأسعارها المرتفعة ما يكلف خزينة الدولة الكثير، وفي الوقت الذي كان من الإمكان الاحتفاظ بالكثير من الأجهزة التي تحتاج إلى صيانة يتم الاستغناء عنها واقتناء أخرى دلالة على العجز المسجل في هذا المجال. وهذا دليل آخر على سوء التسيير للمستشفيات، و نفتح قوسا لتحدث عن إحدى التخصصات التي تدرس بالجامعة تخصص صيانة الوسائل الطبية و يعاني خريجوها من البطالة الحتمية؛ إذ تفتقر المستشفيات لمناصب شغل في الصيانة في الوقت الذي تفتح فيه باب التشغيل بشح في المناصب لمهندس صيانة وحيد غالبا ما لا يتطابق تخصصه مع المعدات الطبية، نفتح قوسا هنا للحديث عن الشرخ الواقع

بين مخرجات الجامعة الجزائرية و سوق الشغل و عدم التوازن و غياب اية اتفاقيات من شأنها تتمين دور الجامعة في دورها التكويني و إفادة المستشفيات التي تعاني من قصور حقيقي في هذا المجال، حيث يعاني هؤلاء من العجز الملاحظ امام أي خلل يحصل على مستوى المعدات، و تضطر المستشفيات إلى استيراد عمال صيانة تابعة للمؤسسات التي قامت بالتجهيز ما يدفعها إلى دفع أموال إضافية كان من الممكن ان تستغلها في تكوين عمالها، فهم ادوم لها من حيث الناحية النفعية و بأموال زهيدة لا تتعدى اجرة في الشهر فيما تستفاد المؤسسات التي تضمن الصيانة من أموال طائلة.

كل المكونات بمختلف مؤشراتهما واتجاهاتها الضمنية وخصائصها من ثبات وصلابة و نمطية تدفعنا إلى التيقن من وجوب إعادة النظر في السياسة الصحية للبلاد، و حتمية التغيير كمطلب رئيسي لهذه الفئة و مختلف الفئات المهنية الأخرى؛ و يعتقد البعض أن أزمة النظام الصحي في الجزائر تتلخص في أزمة وسائل "crise de moyens"، ولكنها في الواقع ناتجة عن الانقطاع في منطقتها النسقي، بمصطلح آخر يمكننا القول بأنها ناتجة عن عدم قدرة مكوناته على العمل بصورة متناسقة من أجل بلوغ هدف مشترك (Mohamed Iddir, 2017, p107)، و هذا تماما ما أكده الكشف عن محتوى التصورات لواقع جودة الحياة بالنسبة للفئة محل الدراسة.

هذا ما يؤكد المكون الذي كشف عنه تحليل التصور لجودة الحياة في العمل على الرغم من قلة المساحة التي احتلها ضمن الحقل التصوري و تراجعها من حيث الأهمية إلا أنه يندرج ضمنيا داخل كل مكون من مكونات التصور، سواء محيطية او مركزية، لأنه يحمل في طياته الدلالة الحقيقية لتصوير هذه النخبة من نخب الوطن، و قد تميز بارتفاع مؤشر الاختلاف و انخفاض النمطية بقيمة قدرت بـ

0.9 و هي الأصغر من بين كل المكونات الأخرى؛ و ليس هذا بدلالة على انخفاض نمطيته داخل الفئة محل الدراسة بقدر ما هو دلالة على التنوع الكبير في المؤشرات التي تم ضمها ضمن هذا المحور؛ حيث أشار الأطباء المختصون إلى نظام الضمان التأمينات (الضمان الاجتماعي) الذي لا يغطي حاجياتهم الحقيقية و لا يؤمنهم حقيقة، و نفتح قوسا لنشير الى نقطة بسيطة نضرب بها مثلا عن جودة التغطية و التأمينات التي يستفيد منها ليس فقط الأطباء المختصون و إنما كل عمال الوظيفة العمومية، و ذلك من خلال اشتراكهم جبرا مباشرة بعد انتمائهم إلى المؤسسات العمومية في هذا النظام نظرا لعدم وجود أنظمة أخرى خاصة و منافسة تمنح الموظف فرص الاختيار، و يتم الاقتطاع من راتب الموظف شهريا قيمة مالية تختلف نسبيا حسب قيمة الراتب الشهري، وما إن يمرض العامل حتى تطبق عليه قوانين صارمة لا تختلف انما لصالح مؤسسات الضمان الاجتماعي و حمايتها من الاستغلال، و لكن من غير المعقول ان عددا كبيرا جدا من الادوية التي يحتاجها المريض لا يتم تعويضها و يضطر العامل لشراؤها من ماله الخاص، في حالة لجوء العامل إلى عمل فحوصات بالأشعة كالرنين المغناطيسي (IRM) أو سكانير التي يتجاوز ثمنها الـ 10000 دج و الـ 20000 دج يقوم هذا النظام بتعويض العامل المريض بما نسبته لا تتجاوز الـ 10% من قيمة الفحص، كما ان الفحوصات الطبية التي يقدر ثمنها بحوالي 1500 دج إلى 2000 دج و 4000 دج يتم تعويضها بقيمة لا تتعدى 150 دج، في حال العطل المرضية التي يقدمها العامل يتم تعويضه بنسب من الأجرة الشهرية التي يتقاضاها لا تتعدى الـ 50% إن كانت العطلة المرضية اقل من 15 يوما و في حال اتباعها بعطلة مرضية أخرى (prolongation) أقل من شهر يتم تعويضه بنسبة لا تتجاوز

الـ 75% من الأجرة التي كان يتقاضاها و هو في كامل قواه الجسدية و العقلية، و في حال إطالة العطلة لأكثر من شهر مع الحفاظ على شرط التوالي والقبول من طرف الطبيب المراقب الذي نصبه هذا النظام يتم تعويض العامل بنسبة 100%، في حال الرجوع على العمل و المرض مرة أخرى (reprise puis rechute) يعود العامل على نقطة الصفر و انتقاص الراتب بنسبة 50%، السؤال الذي يطرح نفسه هنا: على أي أساس تم سن كل هذه القوانين المجحفة في حق العمال الاجراء على الرغم من الاقتطاع جبرا من رواتبهم كل شهر، ومن الذي سيتكفل بالعامل أثناء مرضه؟ أم ان العامل لا يحق له ان يمرض؟ وليس من حقه أن يعالج ويشترى الكثير من الادوية التي يصنفها الضمان الاجتماعي على انها ادوية مكملة ولا تستحق التعويض؟ وهناك الكثير من التفاصيل التي تدفع للتعجب حقيقة في نظام الضمان الاجتماعي.

كما أشار الأطباء من خلال تداعياتهم إلى أن النظام الصحي في البلاد فاشل، واستدلوا بذلك من خلال مجموعة السياسات الفاشلة التي يتبعها بدءا من معالجة المسؤولين في الخارج وهذا أكبر مؤشر دال على عدم صلاح المنظمة الصحية وعدم الرغبة في إصلاح الأوضاع، بالإضافة إلى إدراج السياسة في التعامل مع المرضى من خلال التفريق بين مختلف أبناء الشعب والتدخل لأجل تحسين هذه الأخيرة لصالح أبناء المسؤولين وأصحاب النفوذ، ووصولاً إلى الفوضى العارمة التي يعاني منها القطاع من سوء التسيير المالي و البشري و التي كان من الممكن تجنبها بالقليل من النظام، وفي إشارة منهم على ان الدولة تصرف أموالا طائلة على هذا القطاع فيما لا تتم الاستفادة منها على المستوى المحلي، وما يؤكد ذلك احتلال قطاع الصحة في الجزائر للمرتبة الرابعة بعد قطاع الدفاع، التربية والجماعات المحلية من حيث ضخامة الميزانية التي تخصصها الدولة لمختلف القطاعات حسب قانون المالية للسنتين 2018 و 2019 على التوالي بما قيمته: 392,16 و 398,97 مليار دينار جزائري،

في حين بلغ الناتج الداخلي الخام 88ر3 مليار دولار لسنة 2018 مع تسجيل نسبة نمو مقدرة بـ 1.5% خلال الثلاثي الأول من سنة 2019 (إحصائيات مقتبسة من المكتب الوطني للإحصائيات ONS). كما كشفت التداعيات عن مساندة إضرابات الأطباء المقيمين من أجل تحسين الأوضاع، في إشارة إلى محيطية ولاية ام البواقي و عدم وكزيتها من حيث القطاع الصحي دلالة على الفرق الواسع بين ان يعمل الطبيب المختص في الولايات التي تنعم بمركزية العلاج و بين الولايات المحيطية التي يعجز فيها الأطباء المختصين عن تحقيق طموحاتهم في تطوير المسار المهني، كما كشفت التداعيات عن نقطة مهمة جدا و هي سياسة ملء المستشفيات بمساعدي التمريض الذين يتم توزيعهم في مختلف المصالح الاستشفائية كمرضين في الوقت الذي يفتقرون فيه على ملمح المرض، و يجوزون على ملمح مساعد ممرض اكتسبوه من خلال تكوين متخصص يختلف عن تكوين الممرض جملة و تفصيلا، كما ان القانون يمنع أي موظف من الممارسة غير الشرعية لمهنة لا تؤهلهم لا مناصبهم (ملمح المنصب) و لا تكوينهم (شهادتهم) بممارسته، و بتغطية من طرف النظام الصحي ككل في إطار تسييس قطاع الصحة يقوم هؤلاء المساعدون بكل نشاطات المرضين دون أي استثناء بطريقة آلية تخلو من الخلفية العلمية مما يعرض حياة المرضى إلى خطر الموت.

كل هذه المؤشرات تدل على الانقطاع الحاصل في القطاع الصحي كنسق متكامل عجزت مكوناته عن الاشتغال بطريقة متناسقة. مما أنتج تصورا اجتماعيا يحمل في طياته الكثير من التذمر والاتجاهات السلبية لفئة الأطباء المختصين نحو مختلف المؤشرات لجودة الحياة في العمل بالمستشفيات العمومية.

❖ ثانياً: توصيات البحث:

1. توصية للأكاديميين بالبحث في ميدان القطاع الصحي والذي يحتوي على الكثير من المواضيع بالغة الأهمية مما قد يسهم في تحسين الأوضاع من باب خلق حلقة وصل فعلية بين الجامعة ومخبرها العلمية كهيئة بحث ومختلف القطاعات الفاعلة في المجتمع، ونقترح:
 - ✓ ميدان "تحليل العمل" خاصة في شقه المتعلق بـ"تحليل المناصب" بهدف تحديد "ملمح منصب خاص" لكل مهنيي الصحة (بمن فيهم الأطباء المختصين) الذين يفتقرون إلى هذه الملامح، والتي قد تُستخدم في تحديد الأنشطة و المهام بدقة، بالإضافة إلى إمكانية استخدامها في تبني سياسات تعويض علمية موضوعية و عادلة. حيث تتحدد مهامهم ومسؤولياتهم (حاليا) تبعاً لمجموعة من الملامح الخاصة التي تحددها الجريدة الرسمية؛ والتي تعتبر عامة جداً تفتقر إلى التفاصيل المهمة جداً؛ هذه التفاصيل التي في حالات الأخطاء تعرض أصحابها إلى متابعات قضائية صارمة يُغيب فيها المنطق والقاعدة السليمة والعدالة، كما تعتبر قاعدة للخلط بين المهام بين مختلف الفئات المهنية المنتجة للخدمات الصحية خاصة الطبية وشبه الطبية (طبيب عام، ممرض، مساعد ممرض، عون طبي في التخدير والإنعاش، قابلة، ...)، و التي نفترض انها أحد أهم أسباب تدني الخدمات الصحية التي يتلقاها المواطن(تملص كل فئة من المهام بحجة "أنا خاطيني تاعو هو").
 - ✓ البحث عن الأسباب الحقيقية للهجرة الجماعية لمجموع الأطباء المختصين نحو القطاع الخاص وخارج الوطن.
 - ✓ البحث في تصور كل الفئات المهنية لمفهوم الخدمة الصحية وجودة الخدمة الصحية.
 - ✓ البحث في تصور كل الفئات المهنية للملمح المنصب الذي تشغله.
 - ✓ البحث عن أسباب تدني الخدمات الصحية من خلال إشراك كل فئة مهنية على حدى.
2. بالنسبة للوصاية نوصي بفتح باب للإصغاء للشركاء الاجتماعيين وإشراكهم خاصة فيما تعلق بوضع قرارات مصيرية تخص القطاع. بالإضافة إلى اقتراح استقلالية قطاع الصحة من الوظيفة

العمومية وتمييزه بلمح خاص نظرا لطبيعة المهام المسندة إليه وخص مهنييه بلمح خاص غير خاضع للقوانين المحففة للوظيفة العمومية نظرا للمسؤولية الملقاة على عاتقهم.

خاتمة

استنتاج عام:

يعتبر موضوع جودة الحياة في العمل بالمؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة من المواضيع المهمة بالنسبة للطبيب المختص بمختلف ابعادها ومؤشراتها وما يؤكد ذلك هو طريقة التعاطي مع موضوع البحث. وبالكشف عن محتوى تصور هذه الفئة المهنية لنفس الموضوع وجدنا تسعة عشر مكونا انتظمت ضمن نواة مركزية متعددة الأوجه ("ظروف عمل معرقة"، "افتقار الطواقم الطبية وشبه الطبية إلى الكفاءة والأعداد المطلوبة"، "حواجز في المسار المهني للطبيب"، "تعويض غير عادل" و "إدارة صماء ومعرقة") ونظام محيطي أولي ("التوفيق بين الحياة المهنية والحياة الخاصة"، "نقص النظافة الصحية داخل المستشفى"، "الضغط المهني"، "غياب جزئي أو كلي للأمن"، "تحديات ومشاكل المناوبة") وثنائي ("عدم بلوغ الخدمات الصحية إلى مستوى تطلعات الأطباء المختصين"، "عدم مطابقة هيكل وبناء المستشفى للمعايير"، "أهمية وقيمة مهنة الطبيب المختص"، "سياسة المراكز الاستشفائية الجامعية السيئة تجاه الإجراءات"، "عجز في صيانة الأجهزة والمعدات الطبية"، "غياب الثقافة الصحية الشعبية"، "وجوب إعادة النظر في سياسة النظام الصحي للبلاد"، "هاجس المسؤولية الجزائية"، "نقص في الأطباء المختصين").

وقد تميزت الاتجاهات الضمنية للحقل التصوري بالسلبية عموما في مختلف المكونات باستثناء مكونين أحدهما امتاز بالإيجابية المطلقة (قيمة المهنة) والثاني امتاز بالاعتدال (عدالة التعويض).

وقد كان مستوى جودة الحياة في العمل حسب استجابات المفحوصين حول مختلف المؤشرات منخفضة على العموم حسب المقياس المعتمد في البحث. فيما سجلنا بعض الفروقات في تقدير مفردات العينة لمستوى "جودة ظروف العمل" ناتجة عن متغير "مؤسسة الانتماء" و "التخصص"، وبعض الفروقات في درجة "التوفيق بين الحياة المهنية والخاصة" نتيجة لمتغير "السن".

قائمة المراجع

1. قائمة المراجع باللغة العربية المعتمدة في البحث:

قائمة الكتب:

1. أحمد أوزي. (1989). الطفل والمجتمع. الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.
2. السالم مؤيد السعيد. (2009). إدارة الموارد البشرية: مدخل استراتيجي تكاملي. الأردن: دار اثناء للنشر والتوزيع.
3. جاد الرب سيد محمد. (2008). جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال العصرية. مصر: القاهرة.
4. خضير كاظم حمود وروان منير الشيخ. (2010). إدارة الجودة في المنظمات المتميزة. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
5. عبد الرحمن بن خلدون. (2010). مقدمة ابن خلدون. مصر: دار ابن الجوزي، ط1، القاهرة.

قائمة أطروحات الدكتوراه ورسائل الماجستير:

1. البليسي أسامة. (2012). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة: رسالة ماجستير غير منشورة. فلسطين: الجامعة الإسلامية، غزة.
2. جردير فيروز. (2011). التصورات الاجتماعية للأساتذة اتجاه ظاهرة الفشل المدرسي في التعليم الثانوي: مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة في علم النفس المدرسي. قسنطينة: جامعة منتوري.
3. حشوف عمار. (2019). التطوير التنظيمي وعلاقته بجودة حياة العمل: أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس والعمل والتنظيم. قسنطينة: جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة2.
4. سعودي علي. (2017). النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر: رسالة ماجستير غير منشورة. الجزائر: جامعة الجزائر 01 يوسف بن خدة.
5. شلي إسماعيل مرشد السويطي. (2016). أثر جودة حياة العمل على الولاء التنظيمي في الوزارات الفلسطينية: أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه غير منشورة شعبة الفلسفة في الإدارة العامة. السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.

6. صورية زرقين. (2014). التصورات الاجتماعية لمعلمي المدارس الابتدائية حول التقويم التكويني: مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، تخصص علم النفس المدرسي. قسنطينة: جامعة قسنطينة 2.
7. عامر نورة. (2005). التصورات الاجتماعية للعنف الرمزي من خلال الكتابات الجدارية: مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة في علم النفس وعلوم التربية تخصص علم النفس الاجتماعي. قسنطينة: جامعة منتوري.
8. عقاقنية مها. (2017). التصورات الاجتماعية لأوروبا عند المهاجرين غير الشرعيين: أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس الاجتماعي. قسنطينة: جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2.
9. محمد إبراهيم محمد منصور. (2016). جودة حياة العمل لدى مديري المدارس الثانوية وعلاقتها بدرجة ممارستهم للمساءلة الذكية: رسالة معدة في إطار استكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في أصول التربية. فلسطين: كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.

قائمة المقالات المنشورة في المجالات العلمية

10. العتيبي ادم. (1999). الرضا الوظيفي للموظف السعودي في القطاعين العام والخاص. السعودية.
11. العنزي سعد وسما سعد خير الله الفضل. (2017). فلسفة نوعية حياة العمل في منظمات الالفية الثالثة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 13، العدد 45.
12. بن خالد عبد الكريم وبوحفص مباركي. (2015). فلسفة إدارة جودة الحياة الوظيفية في المجال المهني. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 20.
13. بن نذير نصر الدين وبعليش فائزة. (2015). أثر استراتيجية تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية. دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بالمدينة. مجلة الاقتصاد والتنمية المحلية المستدامة. جامعة المدينة. العدد 3. مخبر الاقتصاد والتنمية المحلية المستدامة.
14. بوظيفة حمو. (1995). آثار العمل بالدوريات على الحياة الأسرية والاجتماعية للعامل. حوليات جامعة الجزائر.

15. حسيني محمد العيد. (2018). الوقاية من مخاطر الفساد في قطاع الصحة في الجزائر وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية. دفاتر السياسة والقانون. العدد 18. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
16. راضي بهجت. (2008). العدالة التنظيمية وعلاقتها بجودة الحياة العمل في المجلس القومي للرياضة. مصر: مجلة البحوث الإدارية، العدد 1، القاهرة.
17. ريمة أوشن وإيمان بن زيان وهمامة بن عمومة. (2017). أسباب تدهور مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء -دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري. مجلة الاقتصاد الصناعي. العدد 13.
18. سعيدة رحمانية. (2015). وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر. مجلة الباحث الاجتماعي. العدد 11.
19. سناء عبيدي. (2018). التصورات الاجتماعية لتأثير العمل الليلي على الحياة الأسرية لعمال الصحة. مجلة ميلاف للبحوث والدراسات. المجلد 4. العدد 1. المركز الجامعي عبد الحفيظ بوصوف. ميلة.
20. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي. (2004). جودة حياة العمل وأثرها في تنمية الاستغراق الوظيفي: دراسة ميدانية. مجلة الدراسات والبحوث التجارية، العدد الثاني، جامعة الزقازيق، كلية التجارة.
21. عياد ليلي وهلالي أحمد. (). قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر. كجلة البديل الاقتصادي. العدد 5. جامعة أدرار.
22. عياشي نور الدين. (2009). تطور المنظومة الصحية الجزائرية. مجلة العلوم الإنسانية ببحوث إقتصادية، العدد 33، المجلد ب. ص ص 293-309.
23. ماهر احمد مصطفى احمد. (2004). أساليب قياس جودة الحياة الوظيفية. مصر: مجلة البحوث العلمية، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية، المجلد 36، العدد 1.
24. محمد الأمين أحمد فواتيح. (2016). جودة حياة العمل في ظل إدارة الجودة الشاملة -دراسة ميدانية-. مجلة تنمية الموارد البشرية. العدد 2. جامعة وهران 2. كلية العلوم الاجتماعية.
25. مصطفى العياشي. (2018). نظام المناوبة لضمان سير المرفق العام في المؤسسات الصحية. مجلة معالم للدراسات القانونية والسياسية، العدد 4.

26. مصطفى ماهر. (1999). أساليب قياس جودة الحياة الوظيفية. مصر: مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، جامعة الإسكندرية، العدد الأول، المجلد السادس والثلاثون.
27. نور الدين حاروش. (2015). حق المواطن الجزائري في الصحة بين التصوص والواقع. مجلة الاجتهاد. العدد 08. المركز الجامعي تمارست. معهد الحقوق.

2. قائمة المراجع باللغة الأجنبية المعتمدة في البحث:

1. Adalbert Podlech. (2014). La représentation : une histoire du concept. *Trivium* [En ligne], 16 | 2014, mis en ligne le 01 mai 2014, consulté le 29 mars 2019. URL : <http://journals.openedition.org/trivium/4781>
2. Ahcène Zehnati. (2013). Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers de CREAD n°105/106-2013, pp187-207
3. Ahcène Zehnati. (2013). Transition et transformations structurelles en Algerie?. Les cahier de CREAD n° 105/106-
4. Ahcène Zehnati. (2017). Les évolutions récentes du système de santé Algerien: Les cahier de CREAD
5. Anukool Manish Hyde et all, a study of Quality of Work Life and Organizational commitment among academicians, Pacific Business.
1. Benabdelmalek Abdelaziz. (2006). Les représentations sociales des enseignants du collège d'enseignement moyen en situation de violences : mémoire non publié en vue de l'obtention de magistère en psychologie sociale. Université de constantine.
6. Bernard Colombat. (1999). La grammaire latine en France à la Renaissance et à l'âge classique : théorie et pédagogie. Grenoble : Edition :Ellug. Université Stendhal. URL : <https://books.google.dz/books>. Consulté le :23-10-2018 à 01h :23 '
7. Brillet, F., Sauviat, I., Soufflet, E. (2017). *Risques Psychosociaux et Qualité de vie au travail*. Editions Dunod.
8. Centre de gestion de la FPT de L'(ANI) Accord National Interprofessionnel. (2013). La qualité de vie au travail : concrètement, de quoi parles-t-on ? Brève n 3. Santé et sécurité au travail, médecine préventive.
9. Chandranshu Sinha. (2012). Factors affecting Quality of Work Life: empirical evidence from India organizations. *Australian Journal of Business and Management Research*. Vol.1 No.11 [31-40]/ February-2012
10. Claudine Herzlich. (1972). La représentation sociale in Moscovici Serge : Introduction à la psychologie. Paris : La rousse

11. DARES. (2003). Les facteurs psychosociaux au travail : une évolution par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Summer 2003. France : Première synthèse informations, N=° 22.1.
12. David J. Weiss, Rene V. Dawis, George W. England, & Lloyd H. Lofquist. (1967). .Manual for the Minnesota satisfaction. URL:
13. Davis, L & Cherns, A. (1975). The Quality of Working Life. New York : Free Press.
14. Denise Jodlet (1990). la représentation sociale : un domaine en expansion in Denise Jodlet : les représentations sociales. France : Paris PUF.
15. Devappa Renuka Swamy, T S Nanjundeswaraswamy, Srinivas Rashmi. (2015). Quality of Work Life: scale development and validation. International journal of caring sciences. May-august 2015. Vol.8 issue.2 page/281-300
16. Dupuis, G., Martel, JP., Voirol, C., Bibeau, L., Hébert-Bonneville, N. (2009) La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances. CLIPP.
17. Einar THORSRUD. (1979). Qualité de la vie au travail : signe d'une évolution culturelle, La qualité de la vie au travail. la scène canadienne, Vol. 2, no 4.
18. Emile Durkheim. (1991). Les formes élémentaires de la vie religieuse. Paris : le livre de poche. URL : www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.htm , consulté le 02-28-2016 à 01h :15'.
19. Emilie Bourdu, Marie-Madeleine Péretié, Martin Richer. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail. Paris : Presse des Mines.
20. Fatima zohra oufriha. (2006). Un système de santé a la croisée des chemins: Les cahier de CREAD
21. Fatima zohra oufriha. (2009). Transition et système de santé en Algerie: Les cahier de CREAD
22. Fridolin Marty. (2013). Le secteur de la santé est un pilier important de notre économie. La Vie économique Revue de politique économique.
23. George SANDERSON. (1978). Observations sur la qualité de la vie au travail. La Gazette du travail, (édition spéciale).
24. Guest, R. H. (1979). Quality of Work Life - Learning from Tarrytown In Harvard Business Review, july.
25. Gustave Nicolass Fisher. (2005). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. France : 3^{-ème} édition, Dunod Paris.
26. Hassiba Djema. (). Evaluation de la performance du système de soins en Algerie.

27. Havlovic. S.J. (1991). Quality of Work Life and human resource outcomes. *Industrial relations*, vol.30 no.3.
- <http://vpr.psych.umn.edu/instruments/msq-minnesota-satisfaction-questionnaire>
28. Jacquelin Robin. (1981). *Qualité de la vie au travail : concept et programme de changement*.
29. Jean benjamine stora. (2007). *Que sais-je le stress*.
30. Jean Claude Abric. (1994). *Pratique sociale et représentation*. Paris : presse universitaire de France.
31. Jean Claude Abric. (1994). *Pratique sociale et représentation*. Paris : presse universitaire de France.
32. Jean Claude Abric. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. France : Editions érès, saint ange.
33. JEAN-PIERRE MARTEL and GILLES DUPUIS. (2006). QUALITY OF WORK LIFE: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS, AND PRESENTATION OF A NEW MODEL AND MEASURING INSTRUMENT. *Social Indicators Research*.
34. Julien Pelletier. (2015). La qualité de vie au travail : une voie pour innover. *ANACT / DÉCEMBRE 2015 / N°03*. La revue des conditions de travail.
35. Karasek, R. A. (1979). « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *In Administrative Science Quarterly*.
36. Konard A M & Mangel R. (2000). the impact of work on firm productivity. *Strategic management journal*, vol.21 no.12 pp1225-1237.
37. Larouche, V. & Trudel, J. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. *Relations industrielles / Industrial Relations*, Vol.38 No.3, 568–597. URL : <https://doi.org/10.7202/029379a>. pp 568-569
38. Levy Bruhl. (1993). *Les fonctions mentales dans la société inférieure* **In** Denise Jodlet : les représentations sociales. France : Paris PUF.
39. Louis E. DAVIS. (1977). Pour une vie de travail meilleure. L'évolution aux États-Unis. *Revue Internationale du Travail*, Vol. 116, no 1, juillet-août 1977, pp. 53-65.
40. Luciana da Silva Timossi, Bruno Pedrosa, Antonio Carlos de Francisco & Luiz Alberto Pilatti. (2008). Evaluation of quality of work life: an adaptation from the Walton's QWL model. XIV^{ème} international conference on industrial engineering and operations management. Brazil: The Integration of productive chain with an approach to sustainable manufacturing. Rio de Janeiro, 13 to 16 October. URL: <http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/qvt/walton.html>

41. Maache youcef. Chorfi mohamed séghir. Kouira Aicha. (2002). Séries de conférences sur: La représentation sociale: un concept au careffour de la psychologie sociale et de sociologie. Université de mentouri constantine.
42. Michèle Jouet Le Pors. (2006). L’histoire des représentations sociales. URL : <https://www.cefiiec.fr/> consulté le : 13-01-2016 à 22h :13’.
43. Mohamed Iddir.(2017). Le système national de santé : malade de sa ressource humaine ? pp107-120 **In** : Les révolutions récentes du système de santé algérien. Alger : Édition CREAD.
44. Moliner, P. (1996). Images et représentations sociales de la théorie des représentations à l’étude des images sociales. Grenoble : Presse universitaire de Grenoble.
45. Moscovici, S. (1961). La psychanalyse son image et son public. Pari : PUF
46. P. Brunault, E. Fouquerou, N.Gillet. (2012). La qualité de vie au travail **In** : Philippe Colombat : Qualité de vie au travail et management participatif. France : Edition Lamarre.
47. Pascal Moliner, Patrick Rateau, Valérie Cohen-Scali. (2002). Les représentations sociales : Pratique des études de terrain. Edition les Presses Universitaires de Rennes.
48. Philippe colombat. (2012). Qualité de vie au travail et management participatif
49. Pierre Romelaer. (2011) .Organisation : panorama d’une méthode de diagnostic. Oaris : Cahier de recherche – Université de Paris-Dauphine, CREPA. URL :<https://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/3371>. Consulté le :20.10.2018 à 20h :42’
50. Pierre Vergès. (2001). L’analyse des représentations sociales par questionnaires. Revue Française de sociologie, Volume 42, Numéro 3, pp 537-561.
51. Pierre-Marie David. (2011). La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? *Socio-logos* [En ligne] ; revue publiée par l’association française de sociologie, 6 | 2011, mis en ligne le 03 mai 2011, consulté le 19 juin 2019. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2550>.
52. Pierre-Yves Verkindt et Lambert Lanoe. (2015). Qualité de vie au travail : du concept à la pratique, dialogue entre le droit du travail et les sciences de gestion. France : Séminaire du Réseau Chercheurs en Travail et Santé.
53. Simon A. Easton & Darren Van Laar. (2012). User manual for The Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A measure of Quality of working life. United Kingdome : University of Portsmouth, first edition, Portsmouth.

54. Streiner, D. L & Norman, G.R. (2008). Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford, EN: Oxford University Press.
55. Theiry Nobre. L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20EME CONGRES DE L'AFC, May 1999, France. Pp.CD-Rom. Halshs-00587813
56. Vincent Grosjean, Jean-Luc Kop, Nadja Formet-Robert & Virginie Althaus. (2016). Santé au travail, SATIN (version3.0) : un questionnaire d'évaluation de la santé et du bien-être au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention, Manuel d'utilisation Avril 2016. Université de LORRAINE, INRS.
57. Wim Van Wassenhove. Modèle de Karasek. Sous la direction de Philippe Zaieja et Frank Guarnier. Paris : Dictionnaire des risques psychosociaux, Le seuil URL : <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00875731>

قائمة المواقع الإلكترونية المعتمدة في البحث:

1. الموقع الرسمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: <http://www.sante.gov.dz>
2. موقع المعاني: <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar>
3. موقع Sample Size Calculator: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>
4. Algerian scientific journal platform : <https://www.asjp.cerist.dz/en/login>
5. ANACT : L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : <https://www.anact.fr/>
6. ARACT : L'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : <http://www.aractidf.org/>
7. Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement : <http://www.cread.dz/>
8. Centre de recherche sur l'information scientifique et technique : <http://www.cerist.dz/index.php/fr/>
9. Dictionnaire du droit du travail. Edition Tissot : <https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail->
10. Haute autorité de santé (HAS) : contact.presse@has-sante.fr
11. Le dictionnaire littéré : <https://www.littre.org/>
12. Oxford English Dictionary: <https://www.lexico.com/en/explore/etymology>
13. SERPSY : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

الملاحق

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Abdel-Hamid Mehri Constantine-2-
Faculté de psychologie et sciences de l'éducation et orthophonie
Département de psychologie

Bellar Meriem ; doctorante en psychologie du travail et management des organisations

Sous la tutelle de : **Professeur Layeb Rabeh**

Cher médecin spécialiste ;

Nous avons le plaisir de vous présenter ce questionnaire qui a été préparé dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat, intitulé : "**Représentations sociales des médecins spécialistes sur la qualité de vie professionnelle au niveau des hôpitaux publics (EPH) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS)** "; étude à l'est algérien.

Nous vous demandons de bien vouloir contribuer à la réalisation de cette recherche scientifique en répondant aux items de ce formulaire (**prévoir environ 15-25 minutes**)

Nous vous informons que vos réponses seront traitées de manière totalement **confidentielle** et **anonyme**, et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche scientifique.

Veillez accepter notre haute estime et respect pour votre coopération ...

Merci ...

Le questionnaire

1- Veillez remplir les vides et mettre une croix (×) devant la réponse que vous jugez utile.

Le sexe : féminin masculin

L'âge:

L'état civil: célibataire marié (e) veuf (ve) divorcé (e)

La spécialité :

Les années de l'ancienneté dans la spécialité (les années de résidanat ne sont pas prises en compte) :

Je travaille dans un : EPH EHS

J'occupe un poste spécifique (chef d'unité, chef de service) : oui non

2- Veuillez mettre une croix (×) devant la réponse que vous jugez utile.

Conditions de travail :

Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais
1. A1 -Les conditions de travail sont satisfaisantes.					
2. A2 -On me fournit le matériel et les moyens nécessaires.					
3. A3 -Le tableau technique conforme aux normes.					
4. A4 -Les repas durant le travail sont bons.					
5. A5 -L'hôpital respecte les normes d'hygiène intra hospitalière.					
6. A6 -Les examens d'exploration sont disponibles à notre niveau.					
7. A7 -Je trouve des difficultés pour arriver à temps au travail.					
8. A8 -L'eau est disponible 24/24 h.					
9. A10 -Je peux prendre une douche durant le travail.					
Les items	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord/ ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
10. A9 -Les airs de détentes sont disponibles.					
11. A11 -Les toilettes sont conformes aux normes.					
12. A12 -La structure de l'hôpital est conforme aux normes internationales.					

Chapitre 03 : Stress au travail

Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais
1. B1 -Je me sens souvent sous pression au travail.					

2. B2 -A la fin de la garde de nuit, Je ressens souvent un stress excessif.					
3. B3 -La garde de nuit nécessite une quantité excessive de travail.					
4. B4 -Je présente des arrêts de travail pour me reposer du travail.					
5. B5 -Le temps de récupération de la garde est insuffisant pour reprendre mon activité habituelle en forme.					
6. B6 -Le nombre de malades à prendre en charge dépasse mes capacités.					
7. B7 -Je me trouve devant des situations qui me font mal sur le plan psychologique (ex : le décès d'un malade.)					
Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais
8. B8 -Je suis exposé à des tensions psychologiques durant la garde de nuit.					
9. B9 -Le nombre de malades à prendre en charge durant la garde de nuit dépasse mes capacités.					
10. B10 -Je vis des tensions avec les patients et/ou leurs accompagnateurs.					

Chapitre 04 : Sécurité au travail :

Les items	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord / ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. C1 -Je travaille dans un environnement sécurisé					
2. C2 -Je suis exposé à des agressions par les malades et/ou leurs parents.					
3. C3 -Je suis exposé à la contagion.					
4. C4 -Je suis exposé à des poursuites judiciaires en relation avec la pratique de mon métier (ex : fautes médicales,).					
5. C5 -Je travaille dans un établissement qui m'assure la couverture en cas de poursuites judiciaires.					
6. C6 -Je suis exposé à des postures pénibles et/ou fatigantes.					

Chapitre 05 : La satisfaction de la carrière professionnelle :

Les items	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord/ ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. D1 -J'ai des occasions pour développer mes compétences professionnelles.					
2. D2 -Je peux bénéficier des stages à l'étranger.					
3. D3 -Je peux bénéficier des offres de formation dont j'ai besoin.					
4. D4 -Je suis satisfait des critères de promotion.					
5. D5 -Il y a égalité des chances de promotion à des postes spécifiques.					
6. D6 -J'ai des occasions pour acquérir de nouvelles expériences (ex : techniques dans la spécialité).					
7. D7 -J'ai la possibilité de participer à la planification et à la prise de décisions liées à la politique générale de l'institution.					

Chapitre 06 : La satisfaction des salaires :

3- Exprimez-vous à quel degré vous êtes satisfait de votre salaire et cela sur une échelle de 5 (très satisfait, satisfait, ni satisfait /ni insatisfait, insatisfait, absolument insatisfait) :

Les items	Très satisfait	Satisfait	Ni satisfait/ ni insatisfait	Insatisfait	Absolument insatisfait
1. E1 -Le salaire par rapport à mes besoins.					
2. E2 - la prime de garde pendant les jours fériés (fêtes, par exemple).					
3. E3 - la prime de gardes de nuit.					
4. E4 -Le salaire par rapport à l'effort effectué dans le travail.					
5. E5 -Le salaire par rapport à la valeur de mon métier.					

6. E6 -le salaire par rapport aux salaires des autres collègues exerçant dans d'autres établissements (ex : CNAS, CNR, CASNOS, SONATRACH, ...)					
7. E7 -le salaire par rapport aux salaires des collègues du secteur privé.					
8. E8 - niveau de vie et le bien-être procuré par le salaire.					
9. E9 -le montant de l'augmentation de salaire pour chaque échelon.					
10. E10 -Grâce à mon salaire, je peux acheter une voiture.					
11. E11 -Grâce à mon salaire, je peux acheter ou construire une maison.					
12. E12 -le montant de la prime de zone.					

4- Veuillez mettre une croix (×) devant la réponse que vous jugez utile.

Chapitre 07 : L'interface « vie privée-vie professionnelle » :

Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais
1. F1 -J'ai des difficultés à concilier travail et obligations familiales.					
2. F2 -Mes horaires de travail sont adaptés à ma vie personnelle.					
3. F3 -J'ai le choix des dates de congés annuels sans réserve.					
Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais
4. F4 -Je peux assister aux événements familiaux sans obstacles ni réserves par rapport à mon travail.					
5. F5 -J'ai suffisamment de temps pour rendre visite à la famille et proches.					
6. F6 -J'ai le temps pour participer à la vie associative : clubs culturels, associations, ...					

Chapitre 08 : La satisfaction des relations de travail et travail collectif :

Les items	Très souvent	Souvent	Des fois	Rarement	Jamais

1. G1 -Le personnel paramédical est compétent.					
2. G2 -Les médecins généralistes sont compétents.					
3. G3 -Je communique facilement avec le personnel paramédical.					
4. G4 -Je communique facilement avec les médecins généralistes.					
5. G6 -La coordination avec les médecins de la même spécialité est facile.					
6. G7 -La coordination avec les médecins des autres spécialités est difficile.					
7. G8 -J'ai de bonnes relations avec les médecins chefs d'unités ou de services.					
8. G9 -J'ai de bonnes relations avec le personnel administratif.					

Merci ...

Merci également de prendre quelques minutes pour répondre aux questions d'évaluation du questionnaire, votre avis nous intéresse beaucoup.

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Abdel-Hamid Mehri Constantine-2-
Faculté de psychologie et sciences de l'éducation et orthophonie
Département de psychologie

Bellar Meriem ; doctorante en psychologie du travail et management des organisations

Sous la tutelle de : **Professeur Layeb Rabeih**

Cher médecin spécialiste ;

Nous avons le plaisir de vous présenter ce questionnaire qui a été préparé dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat, intitulé : "**Représentations sociales des médecins spécialistes sur la qualité de vie professionnelle au niveau des hôpitaux publics (EPH) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS)**"; étude réalisée à l'est algérien.

Nous vous demandons de bien vouloir contribuer à la réalisation de cette recherche scientifique en répondant aux items de ce formulaire (**prévoir environ 3-7 minutes**)

Nous vous informons que vos réponses seront traitées de manière totalement **confidentielle** et **anonyme**, et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche scientifique.

Veillez accepter notre haute estime et respect pour votre coopération ...

Entre vos mains un ensemble d'éléments (15 éléments), lisez-les attentivement SVP :

1. (.....) Manques de moyens.
2. (.....) Administration bureaucratique, obstructive et sourde.
3. (.....) Manque d'efficacité de l'équipe de travail (médecins généralistes et paramédicaux).
4. (.....) Stress au travail.
5. (.....) Des obstacles dans la carrière professionnelle.
6. (.....) La non satisfaction du service sanitaire dédiés aux malades.
7. (.....) La rémunération est injuste.
8. (.....) Manque d'hygiène intra hospitalière.
9. (.....) L'équilibre entre vie privée/ vie professionnelle.
10. (.....) Absence partielle ou totale de sécurité à l'intérieur de l'hôpital.
11. (.....) Une structure de l'hôpital qui ne conforme pas aux normes.
12. (.....) La valeur et l'importance du métier du médecin spécialiste.
13. (.....) Problèmes des évacuations des malades vers les CHU vue la politique de ces derniers vis-à-vis les évacuations.
14. (.....) déficit dans la maintenance des équipements médicaux.
15. (.....) problèmes et défis des gardes de nuit.

A. Quels sont les **5** éléments que vous jugez les « **plus** » **caractéristiques** des conditions de travail à votre niveau*. Cochez-les en mettant un plus (+) dans la parenthèse vide.

B. Quels sont les **5** éléments que vous jugez les « **moins** » **caractéristiques** des conditions de travail à votre niveau*. Cochez-les en mettant un moins (-) dans la parenthèse vide.

Nb :

- Si vous jugez que les items les plus caractéristiques ou les moins caractéristiques sont en nombre **moins de 5**, vous n'êtes pas obligé de cochez 5 items, et vous pouvez cocher moins.
- * : à votre niveau= à l'hôpital là où vous pratiquez votre activité professionnelle.

Merci



République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Abdel-Hamid Mehri Constantine-2-
Faculté de psychologie et sciences de l'éducation et orthophonie
Département de psychologie

Bellar Meriem ; doctorante en psychologie du travail et management des organisations

Sous la tutelle de : **Professeur Layeb RabeH**

Cher médecin spécialiste ;

Nous avons le plaisir de vous présenter ce questionnaire qui a été préparé dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat, intitulé : "**Représentations sociales des médecins spécialistes sur la qualité de vie professionnelle au niveau des hôpitaux publics (EPH) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS)**"; étude réalisée à l'est algérien.

Nous vous demandons de bien vouloir contribuer à la réalisation de cette recherche scientifique en répondant aux items de ce formulaire (**prévoir environ 3-5 minutes**)

Nous vous informons que vos réponses seront traitées de manière totalement **confidentielle** et **anonyme**, et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche scientifique.

Veillez accepter notre haute estime et respect pour votre coopération ...

A votre avis, peut-on dire que les éléments **les plus caractéristiques des conditions de travail** à votre niveau (votre hôpital) sont :

Veillez mettre une croix (×) devant la réponse que vous jugez utile.

Éléments	Plutôt oui	Je ne sais pas	Plutôt non
Le respect total de règles d'hygiène			
Facilitation pour l'acceptation de toutes les évacuations vers les CHU			
Administration coopérative			
Rémunération juste			
Absence de notion de stress			
Disponibilité de sécurité au sein de l'hôpital			
Des gardes de nuit dans de bonnes circonstances et sans problèmes.			

Merci



ملحق رقم 04: جدول مورغتن وکراجسي

N	S	N	S	N	S
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	100000	384

Note.— N is population size. S is sample size.

Source: Krejcie & Morgan, 1970

Feuille de Route

24pts

24 points

Axes	Recommandations	Actions réalisées
<p>Coordination et suivi des activités au niveau de la wilaya</p>	<p>1-Tenir des réunions hebdomadaires avec l'ensemble des chefs d'établissements et transmettre le PV le jour même</p> <p>2-Etablir la monographie et la carte sanitaire de la commune</p>	
<p>Accueil et Orientation des usagers de la santé de conditions</p>	<p>3-Assurer une meilleure écoute du public et répondre à l'ensemble des usagers de la santé.</p> <p>4-Tenir informé les usagers de la santé par un affichage des listes de gardes</p> <p>5-Réglementer les visites aux malades.</p>	
<p>Accueil et Orientation des usagers de la santé de conditions</p>	<p>6-Réorganiser les services des urgences autour de la gestion des flux, du tri et de la prise en charge immédiate des urgences vitales.</p> <p>7-Assurer l'accueil et l'orientation des usagers de la santé par des professionnels de la santé et non par des agents de sécurité.</p> <p>8-Alléger les procédures administratives de la prise en charge des malades</p>	

Axes	Recommandations	Actions réalisées
<p align="center">Amélioration de l'hygiène et de l'environnement hospitalier</p>	<p>9-Réaménager les cuisines selon les normes d'hygiène requises et mettre en place un dispositif de contrôle permanent sur l'hygiène des locaux, des équipements, des personnels et repas.</p>	
	<p>10-Réaménager les Parkings en vue d'assurer une fluidité de la circulation au sein des établissements</p>	
	<p>11-Assurer un éclairage adéquat sur l'ensemble de l'établissement.</p>	
	<p>12-Externaliser si possible l'entretien des espaces.</p>	
	<p>13-Assurer la disponibilité et réguler la distribution des médicaments sérums et vaccins.</p>	
<p align="center">Disponibilité des produits pharmaceutiques</p>	<p>14-Assurer les commandes des médicaments, sérums et vaccins dans les délais requis auprès de la PCH et de l'ITPA.</p>	
	<p>15-Planifier les besoins par établissement et par service</p>	

Axes	Recommandations	Actions réalisées
<p>Information et Informatisation des structures de santé</p>	<p>22-Développer l'informatisation des établissements de santé -Mise en place D.E.M</p>	
<p>Dialogue Social</p>	<p>23-Assurer la continuité du dialogue et de l'écoute avec les partenaires sociaux. 24-Créer des canaux d'information et de communication avec les partenaires sociaux</p>	