

جامعة الجزائر

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

الموضوع:

تقييم أداء الممرضين

باستعمال سلم تقديري ذي المؤشرات السلوكية

- دراسة ميدانية بمستشفيات الجزائر العاصمة-

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم

إشراف الدكتور:
أحمد دوقة

إعداد:
محساس حسبية

السنة الدراسية 2009/2008

كلمة شكر

تقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذي ووجهي الدكتور أحمد دوقة الذي أسأل

الله تعالى

أن يجعل عمله ونصحه وتوجيهه وصبره معي في عملي هذا في ميزان

حسانته

و يجزيه ويجعله ذخرا لنا

إلى كل من ساهم ولو بكلمة جزاكم الله كل خير



حسنة

الاهداء

اهدي ثمرة جهدي إلى والداي الكريمين أبي و أمي
و الأستاذ الدكتور أحمد دوقه
إلى إخوتي و أخواتي إلى كل أفراد عائلتي الكبيرة
كل بإسمه
إلى زميلاتي الغاليات كما أهدي عملي هذا إلى كل
من رزوق أيوب وصحراوي
لطفني ويعقوب درالي وخاصة تلميذتي العزيزة
خديجة مرماط
وكل من شارك في هذا العمل سواء من بعيد أو من
قريب

إلى كل هؤلاء اهدي عملي هذا



الفهرس

الإهداء

شكر وتقدير

1.....المقدمة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

5..... 1-1 خلفية طرح المشكلة

16..... 2-1 فرضيات البحث

17..... 3-1 أهداف البحث

17..... 4-1 أهمية البحث

18..... 5-1 التحديد الإجرائي للمفاهيم

الفصل الثاني :تقييم الأداء

20..... القسم الأول : 2 تقييم الأداء

21..... 1-2 مفهوم تقييم الأداء

26..... 2-2 تطور عملية تقييم الأداء من خلال تطور الفكر الإداري

32..... 3-2 أساليب تقييم الأداء

32..... 1-3-2 الأساليب الموضوعية لتقييم الأداء

34..... 2-3-2 الأساليب التقديرية لتقييم الأداء

42..... 4-3-2 مفهوم الأداء الفردي للعمل

43..... 5-3-2 بعض النظريات العلمية التي عكفت على دراسة الأداء

46..... 6-3-2 شروط بناء مقياس الأداء

48..... 7-3-2 أهداف التقييم

54..... 8-3-2 مراحل عملية تقييم الأداء

62..... 9-3-2 العوامل المؤثرة في عملية تقييم الأداء

62..... 10-3-2 سلم تقييم الأداء ذو المؤشرات السلوكية

-

الفصل الثالث : مهنة التمريض

- 3-1 التطور التاريخي لمهنة التمريض.....74
- 3-2 مهنة التمريض81
- 3-2-1 تعريف التمريض.....81
- 3-2-2 نشاط الممرض.....83
- 3-2-3 واجبات الممرضة المشرفة على ممرضات القسم.....86
- الفصل الرابع : منهجية البحث**
- 4-1 نوعية الدراسة90
- 4-2 عينة الدراسة وكيفية اختيارها90
- 4-4 الإجراء المتبع لتطوير سلم التقدير ذو المرتكزات السلوكية.....91
- الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج**
- 5-1 عرض تحليل النتائج حسب الفرضيات.....105
- الفصل السادس:**
- 6-1 الاستنتاج العام.....122
- 6-2 الاقتراحات.....123
- 6-3 خاتمة البحث.....126
- 6-4 المراجع.....127
- 6-5 الملاحق
- الملحق رقم 01 مقارنة نتائج التقييم الذاتي و التقييم بأسلوب (BARS)
- الملحق رقم 02 الإستبيان
- الملحق رقم 03 اختيار مرتكزات السلم

لا يزال موضوع تقييم الأداء المهني من الموضوعات التي يوليها الباحثون والممارسون إهتماما خاصا. فقد حظي هذا المجال منذ عشرات السنين بحيز كبير من الإهتمام في البحوث الغربية بشكل خاص، و يرجع ذلك إلى أهمية عملية التقييم باعتبارها بُعدا مهما لضمان استمرار نجاح المؤسسة. ومن جانب آخر يساعد تقييم الأداء في التعرف على العوامل الأساسية من تضييع الوقت والطاقات الذهنية والمادية، ومن ثم التخلص منها أو إهدارها كما تعد هذه العملية نظاما تحفيزيا يمنح الصلاحيات للعمال ويحثهم على النجاح.

كما أن هذه العملية تساعد الموظفين على تحديد مفهوم الأداء ووضع الإجراءات الهادفة. ويساعدهم في مراجعة الأداء السابق ومكافأتهم، وأهداف الأداء المستقبلي، بالإضافة إلى أن عملية تقييم الأداء لها تأثير واضح في تنمية الموظفين ورضاهم الوظيفي ودافعيتهم في العمل. كما تستمد عملية التقييم أهميتها من كونها توفر المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات الخاصة بالعمال والعلاوات والترقيات والتدريب والنقل التي تشكل أساسا قويا لإدارة الأجور، وتمتد المديرين بأدوات اتصال مفيدة لوضع أهداف للعاملين إلى جانب تسهيل معرفة مدى تقدم العاملين نحو تحقيق متطلبات

وظائفهم وتعطيهم الفرصة لقياس نموهم وإنجازاتهم. كما تساعد عملية تقييم الأداء المقيمين على تحسين معايير الأداء .

رغم الأهتمام الذي حظي به موضوع تقييم الأداء يرى الكثير من الباحثين أن هناك فجوة كبيرة بين النظرية والتطبيق في هذا المجال وقد أرجع بعضهم هذه الفجوة إلى سببين رئيسيين:

أ- أولهما أن الممارسين يركزون على عدالة تقييم الأداء وفائدته، بينما يركز الباحثون على الجوانب المعرفية من عملية تقييم الأداء.

ب- وثانيهما في الوقت الذي يسعى فيه البحث العلمي إلى توضيح أهمية تقييم الأداء تقييم الأداء كأحد أدوات الإدارة. نجد من جانب آخر أن المؤسسات تتحمل مسؤولية تجاهل نتائج البحوث التي قد تساهم في تحسين تقييم الأداء توماس و بريتز (1994) Thomas & Bretz .

وعلى غرار بقية المؤسسات تعتمد المؤسسات الصحية إلى تطبيق أنظمة لتقييم الأداء باعتبار أن هذه المؤسسات الصحية تختلف عن غيرها من المؤسسات الصناعية

أو التجارية أو الزراعية، من حيث عدم قبول مستوى أقل من الأداء خاصة في المجال الإكلينيكي. ويعود السبب في ذلك إلى إمكانية حدوث أخطاء طبية قد تؤدي إلى عواقب وخيمة كحالات الإعاقاة أو العجز الكلي أو الوفاة

بينما قد تحدث بعض الأخطاء في القطاعات الأخرى لا تترتب عليها
خطورة بنفس درجة الأخطاء في المجال الصحي.

تعد عملية تقييم الأداء المحك الأساسي الذي من خلاله تتعرف المؤسسة
على مستوى أدائها مقارنة بالمؤسسات الأخرى، و تساعد على تحقيق
النجاح بشكل مطرد ومستمر، هذا الأخير يُعد غاية كل مؤسسة وسر بقائها.

و عموما تكمن أهمية عملية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية في تحقيق
الهدف العام إذ تعد وسيلة إلى إقامته ودعمه والمحافظة على استمراره وهذا
ما يثبت عمليا وجود عدد من البرامج المستمرة التي تحتوي على وسائل
فعالة أو آليات لاكتشاف المشكلات ومحاولة إيجاد حلول لها إلى جانب
التحري عن المشكلات التي يُحتمل أن تنشأ مستقبلا قد يكون لها تأثير على
نظام رعاية المرضى بغية الوصول إلى المستوى الأمثل الذي يتوافق مع
المستوى الصحي، وهذا عن طريق التقييم الموضوعي والمنهجي وكذا
ملائمة عملية التمريض المقدمة والبحث الدائم عن الفرص التي من خلالها
يتم تحسين مستوى أداء التمريض وتسوية ما يمكن إيجاده من مشكلات .

(خالد بن سعد عبد العزيز، 1997) ليس موضوعا جديدا، فقد تم الاهتمام به
من قبل من حيث دراسة نوعية خدمات التمريض دون الاهتمام بأداء
الممرض ذاته، إذ أن ما يميزه هو صعوبة استخدام الطرق العلمية و
الأساليب الموضوعية في وضع وتحديد معايير الأداء وأبعاده في مجال

الخدمات الصحية. لذا ارتأت الباحثة تطبيق الإجراء المتبع في إعداد سلم التقدير ذي المرتكزات السلوكية ثم استعماله لتحديد أبعاد الأداء لدى الممرضين فهو أكثر الأساليب استخداماً في التقييم في مجالات يصعب فيها استخدام التقييم الكمي، يوصف هذا الأسلوب بأنه أكثر موضوعية.

وفي هذا السياق تعد هذه الدراسة محاولة لتطبيق خطوات بناء سلم التقدير ذي المرتكزات السلوكية Behaviorally Anchored Rating Scales. (BARS) بهدف تحديد أبعاد أداء مهنة التمريض. تحتوي

الدراسة على مقدمة و أربعة فصول مصممة بالشكل المنهجي التالي:
يتضمن الفصل الأول الخلفية النظرية التي ارتكزت عليها الدراسة مع صياغة مشكل البحث والفرضيات، إلى جانب تحديد المفاهيم والمصطلحات.

يتعرض الفصل الثاني للجانب النظري وتم تقسيمه إلى قسمين:

أ- يتناول القسم الأول: دراسة مفهوم تقييم الأداء الفردي للعمل ومراحل عملية التقييم وأساليب التقييم وعرض مجموعة من الدراسات والتعليق عليها.

ب- القسم الثاني: ويتناول دراسة مهنة التمريض وعرض مجموعة من الدراسات التي تعرضت لمسألة نوعية التمريض وعملية تقييم أداء الممرضين.

أما الفصل الثالث: فاحتوى على الجانب المنهجي للدراسة وقد تضمن كل الجوانب المتعلقة بإجراءات البحث الميداني: تحديد كيفية اختيار العينة والمنهج المتبع وأدوات البحث المستعملة في جميع البيانات وتحليلها. ويخلص الفصل الرابع من هذه الدراسة إلى عرض أهم النتائج ومناقشتها.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

تمهيد

تعد عملية تقييم الأداء من السياسات الإدارية الهامة كونها طريقة تسمح بممارسة المتابعة بشكل مستمر حتى تمكن المديرين من تقييم أداء من هم تحت إشرافهم. وتتسم عملية التقييم بالتعقيد وذلك لصعوبة تقييم الأداء وقياسه وخاصة الوظائف التي تعتمد على الطاقة الذهنية. حيث يتطلب قياس الأداء في هذه الأخيرة معايير علمية و أدوات تقييم واضحة و دقيقة تساعد على التقييم الموضوعي للأداء حيث أن التعقيد الذي يرافق عملية التقييم وبعض طرقها يؤدي حتما إلى فشل في أهداف تقييم الأداء و على العكس من ذلك، فإن وضوحها يساعد على تحقيقها .

1-1 خلفية طرح المشكلة :

يعتبر الأداء الجيد الغاية التي يسعى إلى تحقيقها كل من العامل و المنظمة التي ينتمي إليها. هذا ما أدى إلى الاهتمام بتطوير طرق تقييم الأداء، حيث انصبت الجهود والأعمال حول بناء وتقييم هذه الطرق، لاسيما أن عملية تقييم الأداء تعد إحدى العمليات الأساسية التي تعتمد عليها الإدارة والقائمين على تسيير الموارد البشرية، في معرفة مستوى أداء الموظفين لتحقيق الأهداف المشتركة.

ونظرا للدور الذي تحتله عملية التقييم في نمو وتطور المؤسسة فقد اهتم الكثير من الباحثين بطرق التقييم وشروطه ومعوقاته ذلك أن التقييم الموضوعي يعطي صورة واضحة عن الأداء الفعلي للموظف كما أنه يساهم في اكتشاف من هم بحاجة إلى اكتساب مهارات محددة إضافة إلى أنه يساعد على تحديد نوع التدريب الذي يحتاجه العامل مقارنة بزملائه في

العمل و عليه فإن الهدف الأساسي الذي يرمي إلى تحقيقه التقييم هو التقويم الأمر الذي أكده كل من بيرنار ديو و بيتي (1984)
Bernardieu & Beaty ذلك لأن تحقيق التقييم الموضوعي يستلزم الاستناد إلى معلومات صحيحة عن كيفية تأدية العمل، بالإضافة إلى تصميم طريقة جيدة تتناسب مع نوع العمل الذي يراد تقييمه. ويبقى المشكل الأساسي الذي يعترض الإدارة عند قيامها بعملية تقييم أداء موظفيها هو الطريقة التي يجب استعمالها في كيفية بناء سلم تقييمي موضوعي يحدد معايير دقيقة لتقييم أداءهم .

و قد نحى (محمد سعيد أنور سلطان , 2003 : 283 و 284) نفس المنحى مؤكداً على أهمية التحديد الدقيق لمعايير الأداء لما يلعبه من دور في عملية التقييم ، و بالإضافة إلى أهمية الاعتراف بالأداء و قياسه نجد الكيفية التي تعتمدها المؤسسة في تنفيذ هذه المهمة ، حيث نجد في الغالب غياب لمعايير واضحة للأداء و من مؤشرات ذلك استخدام المنظمات لبدائل الأداء بدل معايير الأداء و ذلك نتيجة صعوبة قياس الأداء نفسه .

وتناول كل من فار و لاندي (Farr & Landy (1987) موضوع تقييم الأداء فيصفانه كالتالي: رغم أن السلوك الوظيفي يبدو ظاهرياً كمجال محدود و ضيق للدراسة إلا أن فار و لاندي (Farr & Landy (1987) يعتبر الأداء سلوكاً بأوسع معانيه .

و تجدر الإشارة أن البحوث و الدراسات حول مشكل إعداد طرق التقييم للأداء بشكل موضوعي عديدة و متنوعة و قد انصبت هذه الدراسات على ما ذهب إليه الباحثان إلغن و فلدمان (Ilgen & Fldman (1983) على دراسة عملية تقييم الأداء من خلال 3 تناولات رئيسية وهي: تحديد نوع التنظيم المراد تقييمه وتحديد طريقة جمع المعلومات من طرف المقيّم و سلوك المقيّم.

في حين توجد دراسات أخرى حول طرق تقييم الأداء موضوعياً و التي انصب اهتمامها بتجريب سلم تقييمي في أربعة أشكال تختلف فيها المؤشرات من شكل لآخر (مادن ، باركر ، تايلر ، بارات)

. Maden, Parker, Tayler, Barrette (1958)

كما ساهمت دراسة كاندال و سميث (1963) Kendall & Smith في موضوع تقييم الأداء بدراسة كيفية تطوير السلم التقييمي و اختبار صدقه و ثباته إذ ساهمت في هذا المجال بإدخال طريقة جديدة لتطوير لسلم التقييم الأداء اعتمادا على طريقة الأحداث الحرجة التي صممها الباحث فلاناغان (1959) Flanagan وقد أطلق عليه اسم السلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية Behaviorally Anchored Rating Scale (BARS) وقد تم تصميم هذا السلم من خلال أربع مراحل متتالية استغرقت وقتاً طويلاً.

ومن جهتهما قام بوردو و مادن (1964) Bourdou & Maden بمقارنة العديد من السلالم التقييمية المختلفة الأشكال. كما تعرض كل من بلومبرغ ، كورثاند و ديزوت (1966) Blumberg, Kurthand & Desote لمسألة توزيع النقاط على السلم مع بيان اختلاف الدلالات والقيم في كل حالة من الحالات المدروسة.

من جهة أخرى اهتم كل من جيون و لاندي (1970) Guion & Landy هراري و زيداك Hararie & Zedek فالون و برومان (1974) Vallon & Bourman بدراسة النقاط التالية:

1- مشكل تعميم السلم التقييمي.

2- مقارنة الطرق التخطيطية التقييمية التقليدية بالسلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية (BARS) .

3- دراسة الصدق والثبات ومميزات ونقائص ونقاط الاختلاف والتشابه بين الطرق التخطيطية التقييمية المختلفة والسلم ذي المؤشرات السلوكية (BARS).

-بالإضافة إلى سلسلة من الدراسات نذكر من بينها :

1 - دراسة باندينغ (1952 – 1954) Bending تم من خلالها البحث في تأثير عدد و طرق الإجابة على ثقة وفعالية السلم.

2 - دراسة فيم(1973) Fimm & ليسلز لاند غرين (1975) Lisselzand (Grene التي تناولت نفس الموضوع.

3 - دراسة فوغلي (1971) Fogli غودال و دوركي Goodall & (1975) Durkey هراري (1973) Harari التي عالجت كيفية تطوير السلم التقييمي وصدقه وثباته إلى جانب دراسات أخرى اهتمت بكيفية بناء وسائل التقييم مثل دراسة هولمان و بورناسك (1974) Burnaska Hollman & وأخرى اهتمت بدراسة العوامل المؤثرة في عملية التقييم فار و لاندي (1980) Farr & Landy.

كما اهتمت دراسات أخرى بالمهام التي تعذر قياس أدائها بواسطة الملاحظة المباشرة للعمل و بالتالي برزت الحاجة إلى إصدار أحكام تقديرية لتلك المهام فار و لاندي (1987) Farr & Landy . و منها مهمة التمريض في المستشفيات التي تعتبر محور دراستنا إذ بدأ الاهتمام بمراقبة نوعية العلاج مع ظهور عدة دراسات تركزت حول نوعية التمريض و دعم مجال التمريض في الولايات المتحدة الأمريكية بنصوص تشريعية، إذ قررت الجمعية الأمريكية للمستشفيات وضع برنامج خاص لجمع المعطيات من أجل التعرف على نوعية تسيير المستشفيات وكان الاهتمام منصبا على ميدان التمريض فشمّل مواضيع متعددة تتعلق ببرنامج التكوين الشبه طبي والظروف التنظيمية التي يعمل فيها الممرض ،

وانصبت جهود الباحثين حول هذه النقاط ونذكر منها دراسة جاكغي أنياس
Kakoshe (1983) Jacquerey Agnes كاكوش غيتر (1950)
Reiter حول الأوضاع الحرجة التي يصادفها الممرض أثناء تأدية
مهامه.

كما وردت دراسة أخرى لكل من ستوردا إل ، وارت ، آل رايت ، ترييس ()
Sturda Ile, Wart. Al Raith, Trites (1967) حول تأثير الشكل
الهندسي للمستشفى على نشاط الممرضة.

و في إطار اختبار طرق التقييم قام الباحث ب. تايت (1967) B. Tate
بتجريب طريقة لتقييم نشاط الممرضات كونها Heslin الرابطة الوطنية
للممرضات.

كما قام دون (1970) Dunn بتطوير طريقة جديدة لملاحظة ومراقبة
عملية التمريض.

يتطلب التكوين النظري للممرض ومتابعته ميدانيا من المسؤول أن يكون
على علم ودراية بعملية تقييم الأداء ويجيد الإحاطة بأساليبه حتى يتسنى له
القيام بالتقييم بشكل صحيح ومن أجل ذلك يجب أن يتوفر في أسلوب التقييم
الصدق والثبات، هذان الشرطان اللذان تفتقدهما عملية التقييم، إذ تقل
الطرق التقييمية التي تسمح بتقييم مجموع السلوكات التي يقوم بها الممرض
المتربص أثناء عملية التمريض كما أن هذه الأساليب لا تهتم إلا بتقييم
الكيفية التي يجب أن تنفذ بها المهمة، أما الجوانب الضرورية الأخرى مثل
الاتجاهات والقيم والمهارات المختلفة كمهارات الاتصال والتنظيم وتوزيع
مختلف النشاطات التي لا تتعرض للتقييم إلا نادرا.

على العموم فإن التقييم يركز على قدرة الاحتفاظ بالمعلومات لا على قدرة
تطبيق المعارف المكتسبة أو القدرة على حل المشاكل التي يواجهها
الممرض أثناء ممارسته للمهنة وقد أوضحت دراسة كاتز و سناو & katz

Snow (1981) بأنه في أغلب الأحيان يتم تقييم ما هو سهل للقياس مثل القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات المقدمة أما القدرات والمهارات ذات الأهمية التي يجب أن يبرهن عليها الممرض في الميدان فلا تقييم فتبقى مهمشة .

تهدف الأبحاث في علم النفس العمل و التنظيم إلى وضع طرق وإجراءات من أجل تحديد معايير دقيقة تقيس جميع جوانب الأداء، وقد ذكر فار و لاندي (1987) Farr & Landy بأن قياس أداء العمل كان محل اهتمام علماء النفس التطبيقي لفترة تجاوزت ستين عاما، يهدف وصف الأداء والتنبؤ به إلى اتخاذ كافة القرارات المتعلقة بشؤون الموظفين. وفي العديد من أنواع القرارات التنظيمية الأخرى، وتبرز الاهتمامات الحديثة حول انخفاض الإنتاجية في المؤسسات والارتفاع الناجم عن ذلك في معدلات التضخم أهمية قياس الأداء.

لكن هناك فرق بين إدراك أهمية قياس الأداء وبين القياس الدقيق للأداء فمعضلة قياس الأداء للعمل بشكل دقيق أو مشكلة المعيار لا تزال من أعظم المشكلات المحيرة التي تواجه علماء النفس تعمل و التنظيمي حتى الوقت الحاضر.

وتزداد صعوبة عملية التقييم في المجال الخدماتي، إذ يصعب الاعتماد على القياس الكمي بل يستعمل القياس الكيفي الذي يتطلب معرفة دقيقة بالوظيفة وبمختلف المهارات والسلوكيات التي يجب على الموظف أن يتميز بها، بغية تحقيق أداء جيد، كما يجب أن يتم التقييم انطلاقا من الحاجيات والأهداف الحقيقية لمصالح الصحة.

نظرا للاهتمام المتزايد بمجال التمريض فقد شكلت الدول الغربية مجلسا للممرضات مهمته البحث عن أحسن الطرق وأنجعها للقيام بالمهنة المذكورة قصد تحقيق مستوى عالي من الأداء.

ورغم هذه الجهودات يبقى المستشفى يواجه مشكل الأخطاء الطبية وخاصة تلك التي تتعلق بالتمريض مثل سوء التنظيم وإهمال العتاد الطبي وعدم الشعور بالمسؤولية مما ينتج عنه المساس بحق المريض جاكغي

أنياس (1983) Jacquerye Agnes

هذا عن البلدان المتطورة علميا وصناعيا. أما عن واقع التمريض في المستشفيات الجزائرية فإن هذا الجانب لم يحظ باهتمام باستثناء بعض الالتفاتات التي مست جوانب تسيير المستشفيات حيث اهتمت دراسة Oufria (1981) بوصف الوضعية السيئة للمستشفيات الجزائرية والتي تنسبها إلى سوء التسيير وعجز التكوين الشبه الطبي في تلبية الاحتياجات التكوينية في مجال التمريض. كما أشارت الدراسة إلى انعدام الشعور بالمسؤولية في أوساط الشبه الطبي.

أما (1986) Khiati اقترح إعادة النظر في برنامج التكوين الشبه الطبي ومراجعته لملأ الفراغ الحاصل ومعالجة السلبيات لتفادي العجز الظاهر في خدمات التمريض في المستشفيات الجزائرية رغم توفر هذه الأخيرة على التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة ورغم وفرة الموارد البشرية اللازمة في المستشفيات، لا يزال المريض يعاني من انخفاض في نوعية التمريض. من الناحية القانونية أصدر التشريع الجزائري قانونا سنة 1966 والذي تم تعديله سنة 1983 ويتعلق هذا القانون بشروط تنظيم الالتحاق بسلك التمريض وشبكة الأجور وطريقة الترقية التي تعتمد على سنوات الخدمة وتقييم الممرض من طرف مسؤوليه.

أما التقييم في القطاع الصحي (مستشفيات الجزائر العاصمة) يتم باستعمال بطاقة تنقيط إدارية خاصة، تحتوي على مجموعتين من المعايير:

- الأولى خاصة بالأطباء في جميع التخصصات.

- الثانية خاصة بعمال الشبه الطبي تتضمن المعايير التالية:

- المعلومات المهنية -التنظيم - روح المبادرة -سرعة التنفيذ.
ويقوم مسؤول المصلحة بعملية تقييم أداء الممرض، لأنه هو المشرف المباشر عليه ويقدم بطاقة التنقيط هذه بطلب من الإدارة عند الحاجة.
وتكون هذه النقاط تقريبية تركز غالباً على أحكام مسبقة عن الممرض خارج المتابعة الحقيقية لأدائه في الميدان. فقد يحدث أن ينقط الممرض سلباً ويحاسب على ارتكابه خطأ مرة واحدة ويتم تجاهل مهاراته وعمله طول السنة إذ يطلع الممرض على بطاقة التنقيط ثم ترجع إلى الإدارة للتنقيط النهائي، والذي سيأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى الأقدمية في العمل للممرض عند اتخاذ قرار الترقية .

على هذا النحو الذي يتم فيه التقييم لا يمكن أن تعبر هذه البطاقة عن حقيقة أداء الممرض باعتبارها تفتقد للمعايير التي من المفروض أن تميز بين الجوانب السلبية و الإيجابية لأداء الممرض.

كما أن القائمين بعملية التقييم لا يملكون المعرفة والتجربة المناسبة للقيام بها بصورة موضوعية فهم يلجئون إلى التنقيط الارتجالي الذي تتدخل فيه كثير من الذاتية و الأحكام المسبقة.

إن هذا التنقيط هو تقييم خاص من أجل المردودية ولا يهدف أبداً إلى التعرف على المستوى الحقيقي لأداء الممرضين، وبالتالي لا يمكن معرفة حاجيات كل فرد في مجال التدريب والتكوين لاكتساب المهارات المطلوبة، والتعرف على جوانب النقص في برامج التكوين الموجودة والعمل على إعادة بناء برامج تكوينية أخرى تتماشى ومتطلبات المهنة.

تعتبر عملية التقييم عملية أساسية من أجل وضع برنامج للتقويم والأهم في ذلك هو الوسيلة أو طريقة التقييم التي يجب استعمالها من أجل الحصول على نتائج صادقة مبنية على معايير سليمة للأداء ترتبط بالوظيفة، وعليه تعد عملية تقييم الأداء عملية قياس صعبة خاصة فيما يتعلق باختيار طريقة

التقييم المناسبة للأداء المراد قياسه (إذ لا تتوفر طريقة أمثل تصلح في كل المواقف) (محمد عبد الوهاب, 1991: 393).

يعتبر اختيار الطريقة المناسبة للتقييم قاعدة أساسية للحصول على نتائج سليمة، ولها دور كبير في نجاح عملية التقييم وتحديد نقاط الضعف والقوة للأداء، بغية تحسين وتعزيز هذه النقاط.

« و يعد اختيار الطريقة المناسبة للتقييم أهم الإستراتيجيات التي اهتم بها الباحثون من أجل الرفع من درجة الصحة في تقييم الأداء خلال العشر أو الخمسة عشرة سنة الماضية». (محمد عبد الوهاب, 1991: 393).

فالمشكل يكمن في بناء طريقة تقييم مناسبة للهدف المراد تحقيقه ،لأن معايير الأداء تختلف باختلاف الأهداف والمصانع والمحاكم، وغيرها من المنظمات الإنتاجية و الخدماتية التي تختلف اختلافا كبيرا فيما بينهما، من حيث عوامل البيئة التنظيمية الفردية التي تؤثر على الأداء ،فكل مهنة لا بد لها من طريقة تقييم تناسب الأداء المراد تقييمه ومن هذا الباب فإن مشكل تقييم أداء الممرضين يتمثل في غياب طريقة مناسبة تخص هذه المهنة في المستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة.

إن هذا البحث يهدف إلى اقتراح طريقة موضوعية لتقييم أداء الممرضين تم تصميمها على أساس سلوكي وهي طريقة تعرف بالسلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية (Behaviorally Anchored Rating Scales) (BARS) (Behaviorally Anchored Rating Scales) « وتتناول هذه الطريقة الأداء الوظيفي على أساس أنه متعدد الجوانب ، و التي يتم تقييمها (هذه الجوانب) من خلال مواقف سلوكية أو تصرفات حقيقية تعتبر كشواهد على الأداء الفعال والغير الفعال في تلك الجوانب، وتعتمد هذه الطريقة بشكل كبير على حكم الموظفين والمشرفين

الأكثر احتكاكا بالوظيفة نفسها، وأولئك الذين سيستخدمون أداة القياس النهائية لتقويم الأداء» كما ذكر (محمد عبد الوهاب، 1991 : 398).
تم بناء هذا السلم من طرف كندال و سميث (1963) & Smith
Kendall انطلاقا من الأحداث الحرجة فلاناغان (1959) Flanagon
ذلك السلم الذي استخدمه عدة باحثين لهدف
تحديد أبعاد الأداء عند المرضين ومن هؤلاء نجد كل من:

أوليمو ، كروسز ، إيمبرتاتو ، زداك (Olimo, Krausz, Impartato,)
(1974) zedek & فار و لاندي (1980) Landy & Farr .
أنه لا يمكن اعتبار نظام معين لتقويم الأداء نموذجا يحتذى به ويستخدم
دون تعديل، فنظام تقويم الأداء يتصف بالناحية الذاتية وينبغي أن تؤدي
الفلسفة والقواعد المستخدمة إلى تحسين مستواه والحد من الذاتية بدلا من
الاعتماد المطلق على وسائل موضوعية تستخدم الأرقام والنسب المئوية،
كيث ديفز (1974) وقد تطرق (محمد عبد الوهاب، 1991: 393) إلى
الفكرة بقوله: « لا تتوفر طريقة مثلى تصلح في كل المواقف». أي أن
الطرق ليست مثالية ولا يمكن استخدامها في مواضيع مختلفة بل لكل
موضوع خصائصه ومميزاته التي يجب مراعاتها وضبطها، فتقييم الأداء
يختلف من قطاع لآخر ومن اقتصاد لآخر ومن نشاط لآخر داخل نفس
القطاع، ويرجع هذا الاختلاف عادة إلى العلاقة التي تربط عملية تقييم
الأداء بتنظيم الوحدة الاقتصادية والإمكانات المتاحة لها وأهدافها ومجالات
نشاطاتها ونوعها ومرحلة نموها وحتى تكون عملية تقييم الأداء سليمة
ينبغي بناؤها على أسس ومؤشرات مستوحاة من المهنة نفسها المتمثلة في
الأهداف و النظام.

فتقييم الأداء يكون صعبا في المجال الخدماتي عكسه في مجال الإنتاج»
فإن كان من السهل وضع مقاييس مادية تفصيلية لأنواع النشاطات المختلفة،

بالنسبة لوحدات الإنتاج، ويرجع ذلك عادة إلى أن هذه الأخيرة تتميز بشئ مشترك على الأقل يمكن نقله كله إلى أنواع مختلفة من الإحصائيات في حين أن مشكلة ترجمة الخدمة إلى مقاييس مالية أو إحصائية تعد مشكلة أصعب بكثير من المشاكل التي تقابلنا بالنسبة لوحدات الإنتاج « . (أحمد محمد مرسي ، 1980) .

كما عمد (مصطفى شاويش، 1990: 87) « إلى الت ريق بين نوعين من الأعمال:

- الأعمال التي يمكن تقييمها من حيث الكم: وهي تتميز بكونها شيئاً مادياً ملموساً يمكن حصر وحداته مثل قياس أداء عامل النسيج على أساس عدد الأمتار من النسيج التي ينتجها خلال فترة زمنية، بشرط أن يكون إنتاجه في المستوى من حيث الجودة.

- الأعمال التي تعتمد على الجهد الذهني مثل :

أعمال التخطيط، البحوث، التنظيم، الإشراف ، الرقابة ، إصدار القرارات ، في هذه الأعمال يصعب في كثير من الأحيان وضع معايير واضحة ودقيقة لقياسها دون الاعتماد إلى حد كبير على التقدير الشخصي للقائم بالتقييم» .

ويضيف (أحمد محمد مرسي، 1974) بالنسبة لخدمات التنمية البشرية الصحية فإنه تواجهنا عند تحديد مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بها مشكلة صعوبة فصل المنجزات وبالتالي إخضاعها لأساليب قياس النوعية المباشرة ومن أجل ذلك فقد يتطلب الأمر ضرورة استخدام أكثر من مؤشر أداء لقياس الأساليب الفنية وزمنها وتكلفتها، وكفاءة استخدام عناصر الإنتاج وبطبيعة الحال نجد أن استخدام مثل هذه المؤشرات يجب أن يكون استخداماً متكاملًا.

بمعنى أن استخدام كل مؤشر منها على حدى لا يكفي وحده لتقييم الأداء
تقييما شاملا لكافة المؤشرات للحكم على مستوى الأداء. لذا كان الاهتمام
بدراسة طرق وأساليب التقييم لما لهذه العملية من أهمية في الرفع من دافعية
العامل وزيادة نشاطه في سبيل رفع الإنتاج وتحسين الأداء، بناء على هذا
يجب أن توفر كل منظمة الطرق المناسبة لتحديد أبعاد الأداء الخاصة بكل
الوظائف المتواجدة بها، وأن تضع برنامجا للتقييم وتحديد وسائله، وتكوين
القائمين عليه وتحديد فترات إجرائه . (أحمد محمد مرسي

، 1974)

وفي هذا الموضوع ينصب هذا البحث على تصميم سلم لتقييم أداء
المرضى بمصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة والهدف هو
توضيح أبعاد الأداء لمهنة التمريض ومختلف نشاطاتها التي تجرى في هذه
المصلحة، وذلك باستخدام خطوات بناء السلم التقييمي ذي المؤشرات
السلوكية المنسوبة إلى كل من سميث و كندال (Kendal 1963) و
Smith & اللذان قاما بتطويره اعتمادا على طريقة الأحداث الحرجة لـ
فلاناغان (1959) Flanagan والسؤال الذي يطرح هو:

هل يغطي السلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية

مختلف Behaviorally Anchored Rating Scale (BARS) مختلف

مظاهر أداء المرضى في مصلحة طب العيون بحيث يمكن الاعتماد عليه
كأداة موضوعية لتقييم أداء المرضى؟.

ما هي الأبعاد التي أغفلها أسلوب التقييم المتبع في مصلحة طب العيون
بمستشفيات الجزائر العاصمة؟

ما هي آراء المرضى اتجاه سلم التقييم ذو المؤشرات السلوكية؟

ما هي نتائج كل من التقييم باستعمال السلم التقييمي للمؤشرات السلوكية و
التقييم الذاتي للمرضى؟

1-2 فرضيات البحث:

للإجابة على تساؤل البحث حددت الفرضيات التالية:

- 1 - يعاني أسلوب التقييم المتبع في مصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة من التقصير في تغطية الأبعاد الأساسية للأداء المتمثلة في:
التنفيذ، تكوين الملف الطبي، تقدير الوسائل لتنظيم العمل، تقييم المرض للعلاج التمريضي، تنظيم العمل و تقسيم النشاط، القدرة على الإتصال بالفريق الطبي ، تحمل المسؤولية ، خدمة المريض.
- 2 - يعتبر أغلبية الممرضين سلم المؤشرات السلوكية سلم يغطي الأبعاد الأساسية للأداء.
- 3- توجد علاقة بين نتائج التقييم باستعمال كل من السلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية والتقييم الذاتي للممرض.

1_3 أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى تحليل السلوكيات المهنية التي يقوم بها الممرض العامل بمصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة من خلال مختلف النشاطات التي يؤديها ، قصد تحديد الأبعاد الأساسية لأداء الممرض ويتم هذا التحليل باستعمال السلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية (Behaviorally Anchored Rating Scales (BARS) و تطبيق منهجية موضوعية لوضع سلم تقييمي يهدف إلى تقييم أداء الممرض، بشكل يسمح بالتعرف على مستويات الأداء المختلفة والتفريق بينها كما يهدف أيضا إلى تطبيق طريقة (BARS) ميدانيا.

تحديد أبعاد الأداء وطريقة التقييم بمنهج علمي سليم لكي يتسنى للمسؤول القيام بعملية التقييم على وجهها الحقيقي، والحصول على نتائج تعكس الواقع كما هو، من أجل الوصول إلى الإصلاح والعلاج الأنجع والتقويم السليم الذي يجب أن يحدث داخل قطاع الشبه الطبي.

4-1 أهمية البحث:

تتضح أهمية البحث في النقاط التالية:

- اقتراح أسلوب لتقييم الأداء لضمان التسيير الجيد والتنظيم المحكم لعملية التمريض، والرفع من مستوى أداء الممرضين في مصلحة طب العيون في مستشفيات الجزائر العاصمة.
- تحديد أبعاد الأداء وطريقة التقييم بمنهج علمي سليم لكي يتسنى للمسؤول القيام بعملية التقييم على وجهها الحقيقي، والحصول على نتائج تعكس الواقع كما هو، من أجل الوصول إلى الإصلاح والعلاج الأنجع والتقويم السليم الذي يجب أن يحدث داخل قطاع الشبه الطبي.
- تجديد محتوى برامج التكوين وتحديثها لتمكين الممرضين من اكتساب مهارات جديدة، إعادة تنظيم عملية التمريض وشروط التوظيف والتكوين من أجل تلبية احتياجات المرضى في المستشفيات.

1-5 التحديد الإجرائي للمفاهيم:

مفهوم تقييم الأداء:

تعريف (يوسف بن محمد القبلاي، 1996) فيقول: « ان التقييم هو اعطاء الشيء قيمة و هو ينطوي علي التقدير و إبراز الايجابيات و السلبيات ».

1 - تقييم الأداء: هو قياس الأداء بمعنى التمييز بين الأداء الجيد والأداء الضعيف.

إذن تقييم الأداء يمثل إبراز نقاط القوة و الضعف في المهام و النشاطات التي يقوم بها الممرض

مفهوم الأداء:

يعرف أحمد صقر عاشور الأداء الفردي للعمل « سلوك الأداء يعني الأداء الفردي للعمل، قيام الفرد بالأنشطة و المهام المختلفة التي يتكون منها عمله »

(أحمد صقر عاشور، 1979: 50) .

وهو مشابه لتعريف أحمد عادل راشد الذي يرى أن « أداء يتمثل غالباً في الأنشطة و المهام المختلفة التي يتكون منها عمل العامل » (أحمد راشد ، 1981) . تعريف فار و لاندي (1987) Farr & Landy « الأداء عبارة عن سلوك بأوسع معانيه ».

تعريف (أحمد صقر عاشور، 1979: 50) « الأداء هو النتائج التي يصل إليها الفرد في عمله وتكون في أغلب الأحيان نتائج كيفية ».

تعريف (رواية محمد حسن، 1999) « يشير الأداء على درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد ».

تعريف ديميتري وايس (1999) Dimitri Weiss الأداء ويقصد به

عمل ماهر والحصول على نجاح مميز أو نتائج محترف

الأداء هو المستوى الذي تؤدي به المهام و مختلف النشاطات .

الفصل الثاني

تقييم الأداء

تقييم الأداء

تمهيد

تعد وظيفة تسيير الموارد البشرية، ذلك النشاط الإداري الذي يسمح بتوفير احتياجات المنظمات من القوى العاملة ، مهما اختلفت طبيعة نشاط المنظمة (منظمة إنتاجية ، تجارية ، خدماتية) والعمل على الاستخدام الأمثل لتلك الموارد البشرية لتحقيق أهدافها.

(... وتظهر أهمية وظيفة تسيير الموارد البشرية في كونها تتصل بالعنصر البشري وهو أكثر عناصر الإنتاج قلبا وتغيرا، وأصعبها في التنبؤ بسلوكه المستقبلي ، وفي فهم محددات هذا السلوك (علي سلمي:1985، 11). فلا شك أن الأداء الجيد والجودة العالية والتجديد والابتكار وتحسين الإنتاج لا يتأتى إلا من الموارد البشرية التي تعتبر العنصر الفعال في العملية الإنتاجية. وعلى هذا الأساس جاء الاهتمام بهذه الموارد وبالأخص بالأداء الفردي للعمل الذي يعد المحدد الحقيقي للإنتاجية.

يخصص هذا المحور لتناول موضوع تقييم الأداء الفردي للعمل، من خلال التطرق إلى تحديد مفهوم تقييم الأداء واستعراض تطور عملية التقييم من خلال تطور نظريات التنظيم والفكر الإداري، بالإضافة إلى مجموعة من الأبحاث التي تناولت موضوع تقييم الأداء، وعرض طرق تقييم الأداء، وشروط بنائها، إلى جانب بعض الدراسات التي تناولت العوامل المؤثرة في عملية التقييم.

وفي آخر الفصل يعرض السلم التقديري ذو المرتكزات السلوكية Behavioral Anchored Rating Scales (BARS) والخطوات التي يجب إتباعها لتطوير هذا السلم ومميزاته كما سيتم عرض بعض الدراسات التي قامت بمقارنة نتائج تطبيق سلم (BARS) بسلازم أخرى.

2-1 مفهوم تقييم الأداء:

تعددت التسميات التي أطلقها كتاب الإدارة على تقييم الأداء ، فيذكر (منصور،1973) بقوله: « أن بعض الكتاب استخدموا مصطلح تقدير الكفاءة بدلا من استخدام مصطلح تقييم الأداء » (ناصر محمد العديلي،1995: 499) و يشير (نجيب شاويش،1990: 86) « إلى أن هناك اصطلاحات كثيرة يستخدمها الكتاب المختلفون، للدلالة على قياس أداء العاملين، منها مثلا تقدير الكفاءة « Efficiency Rating " أو مصطلح كفاية العامل.

ويضيف (مهدي حسين زوليف،2001: 178) إلى ذلك بقوله : « فقد سميت هذه العملية تارة بتقييم الأداء "Performance evaluation" وتارة بقياس الكفاءة « Rating Efficiency " و آخرون سموها "بتقييم الكفاءة " .

الملاحظ أن مصطلح تقييم الأداء هو أكثر شيوعا و استعمالا، وهذا ما يؤكد (احمد ماهر، 1999: 284) في قوله: « يطلق على نظام تقييم الأداء مسميات مثل نظام تقييم الكفاءة، كما يستعمل قياس الأداء للتعبير عن تقييم الأداء ، أو نظام تقارير الكفاءة ، أو نظام تقييم العاملين ».

وعلى الرغم من استخدام تسميات ومصطلحات عديدة فهناك حداً من الاتفاق بشأن تعريف تقييم الأداء.

فبالنسبة لـ جون ماري دو كيتل كوباي (1982) Jean Marie de Ketele Cabay التقييم يعني اختيار درجة التوافق بين مجموعة من المعلومات، ومجموعة المعايير المناسبة للأهداف المحددة، قصد اتخاذ القرارات .

ويعرف (الدكتور جودت أحمد سعادة، 1984: 434) « كلمة تقييم تدل على إعطاء قيمة لشيء فقط ».

وهناك تعريف ثالث للتقييم (ليوسف بن محمد القبلاي، 1996: 36) يعتبر فيه : « أن التقييم هو إعطاء الشيء قيمة وهو ينطوي على التقدير وإبراز الإيجابيات والسلبيات ».

وفيما يخص استعمال كلمتي التقويم والتقييم يشير (الباحث جودت أحمد سعادة، 1984: 443) « أن هناك خلطاً في استخدام كلمتي التقويم والتقييم ،حيث يعتقد الكثيرون بأن كليهما يعطي المعنى ذاته، ومع العلم أن الحقيقة غير ذلك إلا أنهما يفيدان في بيان قيمة الشيء، إلا أن كلمة التقويم صحيحة لغوياً .وهي الأكثر انتشاراً في الاستعمال بين الناس، كما أنها تعني بالإضافة إلى بيان قيمة الشيء، تعديل أو تصحيح ما اعوج منه ».

فكما وردت هذه الملاحظة في دراسة (الإدارة العامة 1992: 314) « أن استخدام مصطلح تقييم الأداء بدل مصطلح تقويم الأداء الوظيفي وذلك اختياراً متعمداً للاختلافات بين كل من المصطلحين ».

ويذهب نفس المذهب (يوسف بن محمد القبلاي ، 1996: 36) للتفريق بين التقويم و التقييم إذ نجد في قوله « أما التقويم فهو إصلاح وهو عملية لاحقة ».

وقد جاءت عدة تعاريف لتحديد مصطلح تقييم الأداء منها : تعريف (منصور ، 1973) "يعني تقدير الكفاءة تحليل و تقييم أداء العاملين ومسالكهم وتصرفاتهم فيه. وقياس مدى صلاحياتهم وكفاءتهم في النهوض بأعباء عملهم الحالي و تحملهم المسؤولية و إمكانيات توليهم وظائف ذات مستوى أعلى». (ناصر محمد العديلي ، 1995 : 321)

تعريف تيفين Tiffin 1970 :

أورد تعريفاً مختصراً أكد فيه أنه « أنه طريقة دورية يسجل بها المشرف حكمه على أداء موظف ما لعمله . » معهد الإدارة العامة، 1995 : 26

تعريف بيش 1975 Beach :

يعرفه باختصار بأنه التقويم المنظم للفرد ، مع احترام أدائه في العمل و كوامنه في التطور (ناصر محمد العديلي 1995 : 321)

تعريف أمينة الحفني ، 1976 : 109

وقد جاء في تعريفها له « أن تقييم الأداء يتم بمعرفة الأفراد و يقيس نتائج جهودهم وقدراتهم في العمل و أثر سلوكهم واتجاهاتهم على تحقيق الأهداف

«

تعريف سيزلاجي و ولاس (1980) Szilagyi & Wallace

أفاد أن في تعريفهما لتقييم الأداء بأنه العملية التي تحصل بواسطتها المنظمة على التغذية المرتدة لفعالية موظفيها (ناصر محمد العديلي، 1995 : 321)

تعريف أحمد عادل راشيد ، 1981 : 120

يقول في تعريفه « إن عملية تقييم الأداء لاشك أنها ترتبط بالتفسير فأولاً، يمكن تحديد عملية القياس و التقييم بمقياس أو بأسلوب معين كما أن عملية التقييم هذه لها جانبين الأول هو قياس الأداء الفعلي و الجانب الثاني هو قياس الأداء الأمثل أو الأداء بناء على معايير قياسية موضوعية ومقررة سالفاً » .

تعريف علي الشرقاوي و عمرو غنيم، 1982:606

« يمكن اعتبار عملية تقييم أداء العاملين بمثابة مراجعة ومتابعة لباقي وظائف الأفراد حيث تكتشف نتائج هذا التقييم مدى نجاح العاملين كما تفصح نتائجه عما إذا كان الشخص الملائم قد كلف بالوظيفة التي توافق ميوله وتتفق مع قدراته وتتناسب مع مؤهلاته، كما يمكن للإدارة الحكم على سلامة الاختبارات التي تجريها للعاملين وما إذا كانت تظهر قدراتهم ، كما تساعد في تقييم برامج التدريب ومدى نجاحها في تنمية هؤلاء العاملين » .

تعريف سكينر و بيتي 1984 Schneier&Beatty :

قام بتعريفه على أنه « عملية ملاحظة وتحديد وقياس وتطوير للسلوك الإنساني في المنظمة » . معهد الإدارة العامة ، 1995 : 26

تعريف درة و الصباغ 1986

يعرفان: تقييم الأداء بأنه عملية لإصدار حكم عن أداء و سلوك العالمين في العمل» .

(ناصر محمد العديلي 1995 : 321)

تعريف فار و لاندي (1987) Farr & Landy

قياس أداء العمل يتضمن الأساليب و الإجراءات التي تزودنا بمؤشرات كمية عن مدى إظهار الموظفين لسلوك وظيفي معين وعن نتائج هذا السلوك .

تعريف نجيب شاويش ، 1990: 86

« قياس الأداء يعني الحصول على حقائق أو بيانات محدودة من شأنها أن تساعد على تحليل وفهم وتقييم أداء العامل لعمله و مسلكه في فترة زمنية محددة وتقدير مدى كفاءته الفنية و العلمية والعملية للقيام بالواجبات المتعلقة بعمله الحالي وفي المستقبل » .

يضيف (مهدي حسن زويلف ، 1993 : 286 : 287) إلى تعريف تقييم الأداء ثلاثة تعاريف :

التعريف الأول : « تقييم الشخص من العاملين في المنشأة على أساس الأعمال التي أتمها خلال فترة زمنية وتصرفاته مع من يعملون معه ».

التعريف الثاني : « كونه عملية يتم بموجبه تقدير جهود العاملين بشكل منصف و عادل ، لتحري مكافأتهم بقدر ما يعملون وينتجون وذلك بالإستاد إلى عناصر و معدلات تتم على أساسها مقارنة أدائهم بها لتحديد مستوى كفاءتهم في العمل الذي يعملون به ».

التعريف الثالث: « كونه ذلك الإجراء الذي يهدف إلى تقييم منجزات الأفراد عن طريق وسيلة للحكم على مدى مساهمة كل فرد في إنجاز الأعمال التي توكل إليه، بطريقة موضوعية، وكذلك الحكم على سلوكه، وتصرفاته أثناء العمل، وعلى مقدار التحسن الذي طرأ على أسلوبه في أداء العمل و أخيرا على معاملته لزملائه و مرؤوسيه » .

تعريف لويس بلودين لخضر سيكيو (1995 Louis Blodin lakhda Sekiou) تقييم الأداء يهدف إلى إصدار حكم على النشاطات التي يقوم بها الموظف خلال فترة معينة في المؤسسة وهذا الحكم يعتمد على محكات واضحة ومعايير تسمح للمقيم بتكوين رؤيا شاملة وموضوعية على أداء المقيم .

تعريف كامل بربر، 1997 : 125

« تقييم الأداء هي عملية التقييم و التقدير المنتظمة و المستمرة للفرد بالنسبة لإنجازه في العمل و توقعات تنميته و تطويره في المستقبل ».

تعريف احمد ماهر ، 1999 : 281

« تقييم الأداء هو نظام يتم من خلاله تحديد مدى كفاءة العاملين لأعمالهم »

تعريف صلاح الدين عبد الباقي: 2002،367

يقصد بتقييم أداء الموارد البشرية دراسة و تحليل أداء العاملين لعملهم وملاحظة سلوكهم وتصرفاتهم أثناء العمل ذلك للحكم على مدى نجاحهم ومستوى كفاءتهم في القيام بأعمالهم الحالية وأيضا على إمكانيات النمو والتقدم للفرد في المستقبل وتحمله لمسؤوليات أكبر ، أو ترقيته لوظيفة أخرى.

تعريف راوية حسين، 2000 : 207

« يمثل تقييم الأداء تحديد و تعريف الفرد بكيفية أدائه لوظيفته ».

وأورد (حنا نصر الله، 2002: 196) تعريفالـ : M. HODGETT
RICHARD 1992 « أن تقييم الأداء يشتمل على عملية منتظمة لتقييم و وصف السلوك المتصل بالعمل ».

تعريف مصطفى محمد أبو بكر: 2004 ، 317

« هو العملية الإدارية التي تهدف إلى قياس الاختلافات الفردية بين العاملين، من حيث مدى كفاءتهم في النهوض بأعباء و مسؤوليات وظائفهم الحالية من ناحية وإمكانية تقلدهم لوظائف ذات مستوى و أعباء و مسؤوليات أكبر من ناحية أخرى وكذلك فيما يتعلق بالوحدات التنظيمية لتحديد كفاءتها في تحقيق الأهداف».

2-2 تطور عملية تقييم الأداء من خلال تطور الفكر الإداري

تطورت عملية تقييم الأداء من خلال تطور المناهج و التنظيمات الإدارية، حيث عرف هذا الجانب مجهودات كبيرة قام بها مختصون في هذا المجال. زيادة على ذلك ما قام به أرباب العمل و أصحاب المصانع الذين اضطروا إلى الاهتمام بالدور الذي يقوم به المدير في رفع الإنتاج و التقليل من الأضرار و تحسين الظروف.

ترجع أصول علم الإدارة إلى الماضي البعيد، شأنها في ذلك شأن المهن القديمة كالقانون، الطب، التعليم و غيرها. فمراجعة التاريخ يتبين لنا تطور عملية تقييم الأداء الذي يعتبر نشاطا من الأنشطة الإدارية أو وظيفة من وظائفها الموكلة إلى المدير. ومن خلال هذا السرد التاريخي نستطيع أن نفهم حقيقة الجهد الذي بذل في تطوير علم الإدارة و في وضع أركانه على أسس سليمة مرتبطة بأساليب البحث العلمي (سمير محمد يوسف ، 1980).

ظهرت حركة الإدارة العلمية في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين و ذلك على يد مجموعة من المهندسين الذين ساهموا في تطوير الإدارة بشكل علمي بدل التجربة و الخطأ و التخمين التي كانت سائدة بعد الثورة الصناعية وقد اهتم هؤلاء المهندسون بالتحليل العلمي للأعمال اليدوية في المؤسسات الصناعية وفقا للمعلومات و البيانات الصحيحة و التحليل العلمي و ذلك بحثا عن أداء أفضل و إنتاجية أكثر. (ناصر محمد العديلي، 1995) (علي محمد منصور، 1999).
و فيما يلي عرض لأهم الأعمال:

1- روبرت أوين (1851 - 1771) Robert Owen

-أول من اهتم بمعالجة مشاكل وظروف حياة العمال و عملهم، وكان يعتقد أن كمية ما ينتجه العامل و درجة الجودة التي يحققها تتأثر بظروف موجودة داخل العمل و خارجه أي بظروف بيئية شاملة و بهذا الأسلوب استطاع أن يستنبط فكرا حديثا متصلا بمقياس إنتاجية العامل و الظروف التي تتحكم فيه داخل المصنع و كذلك ظروف البيئة الخارجية التي تؤثر في نشاطه و معنوياته (عبد الغفور يونس، 1990).

« أول نظام مسجل لتقويم الأداء في الصناعة هو ما استخدمه (روبرت أوين) في اسكتلندا حوالي عام 1800 في دفتر سجل الشخصية و المكعبات الدالة على الأداء الجيد و الأداء الضعيف التي كان يستخدمها، و كان يسجل في هذه الدفاتر التقارير اليومية للعامل ، وكانت المكعبات بألوان مختلفة في كل وجه لتوضيح تقويم العامل الذي يتراوح ما بين رديء إلى جيد ، وكان (أوين) متأثرا بما حققه هذا النظام من تقدم و تحسن في سلوك العاملين» (سيد عبد الحميد مرسى، 1974).

2-تشارلز بابيدج (1871-1792) Charles Babdge قد أسهم تشارلز بابيدج خلال هذه الفترة بتطوير و إدخال الاتجاه العلمي في دراسة الإدارة

« إذ كان مشغلا ليس فقط بتصميم و صنع الآلات لكنه كان مشغلا أيضا بأسلوب استخدامها و تنظيم الموارد البشرية لهذا الغرض». (عبد الغفور يونس ، 1990).

3- كابتن هنري متكاف (1918 – 1847) Captaine Henri Metkaf

كان يقوم باكتشاف أسرار الإدارة في (فرانكفورت) فاقترح نظام للرقابة بعد أن تبين أن الأساليب التقليدية عديمة الجدوى فكانت نظريته تقوم على أساس النظام والرقابة للإدارة و قد جاء بعد تايلور و أخذ بأفكاره و أقام أسس الإدارة.

4- هنري تاون (1918 – 1847) Henri Towne

قام بالتحقق من أفكاره حول الإدارة في شركته الصناعية فاغتنم الفرصة لوضع طرق الإدارة الحديثة إذ بادر بتطبيق المرتب المنظم و أهم ما أسهم به هنري تاون في مجال الإدارة هو أنه هيا الجو و المناخ الملائمين لتطبيق

الأساليب العلمية فيما بعد ثم يأتي بعد ذلك من حيث الأهمية مشروعه الخاص باقتسام الأرباح في إطار تفكيره المنصب حول ترقية نظام دفع الأجور (علي محمد منصور، 1999).

5- فريديك وينسلو تيلر (1915 - 1956) Frederik Winslow Taylor

فهو من الإداريين الأوائل الذين كان لهم أثر في تحديد مفاهيم علم الإدارة الحديثة.

افترض تايلر أن التركيب بين المبادئ الأربعة التالية يؤدي إلى قيام الإدارة العلمية. حسب ما أورده كل من (أحمد حمودة: 1972) و (ناصر محمد لعديلي: 1995) (نجيب محمد شاويش، 1993) . (سمير محمد يوسف، 1980) (محمد علي منصور، 1999).

الأول: يجب أن يقوم كل عنصر قائم على تسيير الشغل بتحريض العامل و دفعه على تطوير أسلوب عمله لكي يبتعد عن الأساليب العشوائية في العمل و يجب أن يقوم العامل بنفسه في البحث عن وسائل و أساليب تطوير إنتاجه.

الثاني: إيجاد أسلوب علمي لطريقة اختيار و تدريب و تعليم العمال و تحسين أدائهم بدلا من الطريقة القديمة التي تعتمد على قيام الملاحظ بهذا الدور.

الثالث : التعاون الكامل بين الإدارة و العمال حتى يتم تطبيق المبادئ و الدراسات العلمية التي يقوم بها المهندسون .

الرابع: تقسيم العمل و المسؤولية بين الإدارة و العمال.

و حدد العناصر التالية باعتبارها أساليب إدارية :

1-دراسة طرق تنفيذ العمل و استغلال الوقت بطريقة عقلانية .

2- إسناد الإشراف للمتخصصين .

3- نمطية و توحيد المواصفات الخاصة بالعدد أو الأدوات أو الأفعال أو الحركات التي يؤديها العامل لكل نوع من أنواع العمل (أحمد صقر، 1972).

كما نادى باستخدام المعايير في كل مجال إداري مؤكدا دائما الحاجة إلى معايير ثابتة تساعد لبلوغ مستويات عالية من التشغيل و جودة إنتاج كما أكد أن المشروع الناجح يجب أن يتشكل من المبادئ التالية : البحث- معايير الأداء – التخطيط – الرعاية - التعاون.

7- هنري لورنس جانت (1861-1919) Henry L-Gantt

تتشابه أفكار جانت في عدة نواحي مع أفكار فريديريك تيلر بخصوص الإدارة لكن تيلر يركز على أهمية التحليل و تنظيم العمل مما يؤدي إلى حل المشاكل ، بينما أعطى جانت اهتمامه الأكبر إلى الإنسان الذي يؤدي العمل وكان رأيه أن الاستعداد لاستخدام الوسائل السليمة و المهارات في تأدية الأعمال أمر هام مثله كمثل معرفة الوسائل و امتلاكها فكان أن أقر مصطلحا خاصا هو « المعرفة و الأداء» كما قسم العمل إلى نوعين:

1- عمل نمطي

2- عمل ممتاز

و كان جانت يعرف المعرفة الممتازة بأنها تلك التي أمكن وضعها و تحديدها في ذهن القلة من الأفراد أي أن العمل الممتاز المبني على الخبرة المتميزة و الذي تكون وسائل أدائه معروفة عند الأقلية من الناس .

أما العمل النمطي فإنه العمل الذي يمكن للفرد فهمه و استخدامه دون أن تواجه أي صعوبات.و يرى جانت أن المشكلة الكبرى التي نواجهها هي

تحويل المعرفة الممتازة (الخبرة) إلى معرفة نمطية تؤدي بوسائل نمطية
(عبد الغفور يونس، 1990)

- أسهم جانيت بأربعة منجزات هي المفاهيم الحالية للإدارة
الجدول البسيط الذي يصور و يقيس نشاط العامل بطول الوقت المطلوب
لأداء العمل و هو وسيلة تستخدمها الإدارة لمقارنة الأداء الفعلي بالأداء
المخطط.

كما اقترح مشروع المكافأة على قدر الجهد لتعويض العمال كما رسم سياسة
الإدارة نحو العمال أي عالج جانيت موضوع سيكولوجية العلاقات بين
الإدارة و العمال كما نادى بتأكيد الخدمات بدلا من الأرباح و بهذه الأعمال
يعد جانيت من أعظم من أسهموا في تطور الفكر الإداري (أحمد
حمودة، 1972).

7- راسل روب (Russel Robb)

يقر « روب » على المبدأ الذي ينص على أن نوع التنظيم الذي يرغب
المديرون في وجوده يتوقف على نوع النتائج التي يرغبون في تحقيقها (عبد
الغفور يونس)

8- هارنجنسون أميرسون (1853-1931)

«عمل كثيرا لتنشيط و توضيح مبادئ و تطبيقات الإدارة العلمية في قطاع
الأعمال و قد أعطى للإدارة اثني عشرة مبدأ للكفاية. و هو أول من استخدم
اصطلاح هندسة الكفاءة» (عبد الغفور يونس) (ناصر محمد
العدلي، 1995)

9- ألكسندر هاملتون تشریش (1866- 1932)

أسهم بإنجازه في تطوير الأساليب الإدارية و أصدر كتابا بعنوان «علم الإدارة ومهارتها».

فحدد خمس وظائف عضوية للإدارة و هي:

- 1- تصميمها يصف مسبقا أشكال و أحجام و مميزات المنتجات.
- 2- معدات تهيئ الظروف المادية للإنتاج.
- 3- رعاية تحديد الواجبات و تشرف على الأداء اليومي لهذه الواجبات.
- 4- مقارنة تكون مهمته وضع معايير للأداء و قياسها و تسجيلها و مقارنتها.
- 5- عملية تكون مهمتها تحويل المادة إلى أشكال جديدة طبقا لتصميم .

10- جورج ألتون مايو George Elton Mayo

تعتبر جهود مايو و فريقه من الباحثين من جامعة هارفارد إمتدادا لأعمال أوين رغم انفصال الزمن فيها. و قد أظهرت إحدى الدراسات المبكرة التي قام بها أثناء عمله بجامعة بنسلفانيا النتائج التي توقعها « أوين » و التي تتعلق بضرورة معالجة الآلة الإنسانية برفق و التي أسماها مايو المطلب الأول ، و عندما كان مايو مهتما بدراساته في فيلادلفيا لأحد الأفراد لا يتصرفون وفقا لفكرة الرشد الاقتصادي. كما أن الاهتمام بحاجتهم الشخصية و النظر إليهم نظر إنسانية و اجتماعية من خلال مناقشة مشاكلهم معهم كانت لها النتائج السريعة و الإيجابية التي انعكست على معدلات الإنتاج.

11-هنري فايول (1841- 1925) Henri Fayol اعتبر رائد النظرية الإدارية بسبب كتاباته عن عناصر الإدارة و عن المبادئ العامة للإدارة و التي حسب رأيه هي : التخطيط و التنظيم ، إصدار الأوامر ، التنسيق و الرقابة ، لا تزال هذه المبادئ العامة تعتبر من طرف معظم المديرين بأنها مفيدة لاستعمال الإدارة العصرية (علي محمد منصور،1999)

2-3 أساليب تقييم الأداء:

تعدد أساليب تقييم الأداء بموجب بنائها، وهناك طرق متنوعة لقياس أداء العاملين تتضمن:

1 - أساليب تقييم الموضوعية، مثل عدد الوحدات المنتجة الفترة الزمنية التي يستغرقها الأداء، الأخطاء، ومعدل التلف، والغياب، الحوادث وما شابه ذلك.

2 - أساليب التقييم التقديرية: تشمل أساليب الترتيب تقدير الأداء وصف الأداء بعبارات إنشائية.

2-3-1 الأساليب الموضوعية لتقييم للأداء:

أ- كمية ناتج الأداء:

يتم تقييم كمية ناتج الأداء عن طريق ملاحظة سلوك الفرد وتسجيله، ثم تحديد قيمة كمية لهذا السلوك، وبعبارة أخرى يتعلق الأمر في هذا التقييم بتقدير انتاج الفرد بالناحية الكمية و يمكن جمع القيم النهائية لأداء الفرد ويمكن جمعها على شكل أرقام مطلقة تمثل عدد الوحدات المنتجة في كل وحدة زمنية، أو الزمن الكافي لإنتاج كل وحدة أو وزن الوحدات التالفة والمرفوضة كما يمكن أن تجمع هذه القيم الكمية على شكل أرقام مقارنة كالنسبة المئوية من الزمن المعياري (صقر عاشور)، فار و لاندي

Farr & Landy (1987)

وقد وجهت عدة انتقادات حول أهمية جمع بيانات عن الإنتاج سواء فيما يخص أداء فرد لوحده أو مجموعة عمل ومن أسباب ذلك أن المؤشر يتحدد بظروف العمل المحيطة به أكثر منه بسلوك الفرد و الملاحظ أن القيم التي يعبر عنها مقياس كمية الناتج، رغم موضوعيتها الظاهرة، لا تعكس في الكثير من الحالات درجة ونوعية الجهد الذي بذله الفرد أثناء أدائه للعمل، وبذلك قد لا تعبر هذه القيم عن قدرته على الأداء ولا عن دافعيته (مهدي حسن زوليف، 1993).

ب - مقياس لجودة ناتج الأداء:

إن تجسيد مفهوم الجودة وترجمته في الواقع يثير صعوبات عديدة، فهناك صعوبات في إيجاد مقياس موضوعي ودقيق للجودة، بالإضافة إلى عراقيل ناتجة عن تأثر المقياس بعوامل خارجية لا تمثل مساهمة الفرد ذاته، كأن ترجع جودة إنتاج الفرد إلى عوامل متعلقة بنوعية المواد الأولية أو دقة الآلات.

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام معيار جودة الناتج يجب أن يتضمن تعريفا محددًا للجودة، وأن يكون هذا التعريف مشتقًا من أهداف العمل ذاته، فجودة الإنتاج الصناعي قد تقاس بمعدل الوحدات الغير مطابقة للمواصفات، أو قد تقاس بالمعدل العام. أما جودة أعمال التفقيش قد تقاس بعدد الأخطاء التي يستطيع المفتش أن يكتشفها في عينة معيارية لإنتاج ما (مهدي حسن زوليف، 1993).

ج كمية وجودة النتائج معا:

يعد هذا المقياس من المقاييس المركبة وهو أفضل من بقية المقاييس التي تقيس الكم أو الجودة على حدى أما مقياس الكمية والجود، فيعد الأنسب في عملية تقييم الأداء ، لأنه يتميز بالإحاطة والشمولية للجانبين معا.

غالبا ما ينظر إلى مقاييس الإنتاج على أنها موضوعية، لأنها غير معرضة لأخطار التفسير الذاتي ، كما أنها واضحة وثابتة، ولكن تتضمن مشكلات في جمع البيانات ، فنتائج السلوك التي تقاس من خلالها تتأثر بزملاء العمل ، المشرفين والآلات والتجهيزات (مهدي حسن زوليف ،1993).

2-3-2 الأساليب التقديرية لتقييم الأداء:

تعتبر المقاييس التقديرية أكثر وسائل قياس الأداء شيوعا و استخدامها في مجال أداء التقييم الفردي، ، إذ استخدمت في حوالي ثلاثة أرباع البحوث كمعيار أساسي لتقييم أداء الفرد و ما يفترض في استخدام هذه الأساليب حتما، أنه لا يمكن قياس أداء الفرد مباشرة قياسا موضوعيا، لذا يجب أن يعزز هذا القياس بتقديرات الفرد الشخصية، وأحكام الآخرين على أداءه وقد صنفت هذه الأساليب التقديرية إلى ثلاث مجموعات رئيسية.

أ - المقاييس المعيارية أو المطلقة Criterion Refernced Masures.

ب - المقاييس النسبية أو المقارنة.

ج - المقاييس المعيارية.

أ- المقاييس المعيارية أو المطلقة: (Criterion-Referenced

Measures)

هذا نوع من المقاييس يهدف إلى وصف أو تقييم أداء عمل الفرد دون الرجوع الى تقديرات أفراد آخرين ويندرج في هذا النوع من المقاييس:

أ - سلم التقدير البياني Graphic rating scale

صمم Donald Paterson سلم التقدير البياني سنة 1922 ويتميز هذا السلم بخاصيتين :

1- تحرير المُقيّم من الحاجة لإصدار أحكام كمية.

2- إعطاء المُقيّم فرصة لإجراء التمييز بالدقة التي يرغبها.

وقد استخدمت أنواع مختلفة من السلالم البيانية و هي تختلف من حيث السلالم من حيث:

- درجة وضوح أو غموض معاني فئات الاستجابة.

- الدرجة التي يتمكن بها المقيم من التعبير عن درجة التقييم التي يرغب فيها.

- الدرجة التي يتسم بها جانب الأداء المطلوب تقيمه، بالوضوح والدقة بالنسبة للمقيم، هناك تنوع كبير في إشارات التقييم على السلالم التقدير البيانية، فبعض الإشارات ، هي مجرد أرقام أو إشارات تدل على اتجاه السلم مثل

(مرتفع ومنخفض) التي توجد على طرفي السلم التقدير، والبعض الآخر من الإشارات لها دلالات ومعانٍ أوسع تتعلق بالإجابات المختلفة للأفراد على سلم التقدير. فار و لاندي)

(1987) Farr & Landy & ويليام تراسي (1990) William Tracey.

أ-ب- سلالم التقدير ذات المؤشرات السلوكية

Behaviorally Anchored Rating scales (BARS) وتعتبر

سلالم التقدير ذات المؤشرات السلوكية محاولات لتحسين سلالم التقدير البيانية وقد أجريت أبحاث بهدف تخفيض غموض مؤشرات هذه السلالم وأشهر هذه البحوث هي تلك التي تم خلالها إسبدال المؤشرات الرقمية والوصفية البسيطة بأوصاف لأنماط سلوك وظيفية معينة تعكس المستويات المتباينة لفعالية بُعد الأداء موضوع الاعتبار فار و لاندي Farr & Landy (1987) "يجمع هذا الأسلوب من أساليب قياس الاداء بين أسلوب

الحوادث الحرجة والمقاييس المتدرجة معا" (كامل بربر، 1997: 135) والعمل الرائد في هذا المجال (BARS) هو ما قام به الباحثين سميث و كندال (1963) Smith & Kendall اللذان صمما سلم (BARS). لتطوير سلالم التقدير المرتكزة على السلوك، اقترح سميث و كندال (1963) Smith & Kendall خطوات إجرائية متسلسلة تتم كالاتي فار و لاندي (1987) Farr & Landy.

جدول رقم (1) يمثل مراحل لإجراء سلم التقدير ذوالمؤشرات السلوكية

<p>المجموعة (أ) من الخبراء الوظيفيين ، تحدد كافة الأبعاد المهمة للوظيفة موضوع الدراسة ، كما تقوم بتعريف كل بُعد من أبعاد الأداء ، وكذلك تعرف مستوى الأداء المرتفع والمتوسط والمنخفض لكل بُعد.</p>	<p>-تحديد وتعريف أبعاد الأداء:</p>
<p>المجموعة (ب) من الخبراء الوظيفيين ، تقدم أمثلة لأنماط السلوك الوظيفي الجيد ، المتوسط والضعيف ، لكل بُعد من أبعاد ، ويتولى باحثوا شؤون الموظفين تدقيق الأمثل للتقليل من التكرار ولوضع كل مثال على شكل سلوك متوقع.</p>	<p>-تقديم أمثلة من السلوك:</p>
<p>المجموعة (ج) من الخبراء الوظيفيين تستلم قائمة عشوائية من الأمثلة السلوكية وقائمة أبعاد الأداء ، و يتولى كل خبير بصورة مستقلة تحديد جانب الأداء الذي ينتمي إليه كل مثال سلوكي ، يقوم باحث شؤون الموظفين باستبعاد أي مثال</p>	<p>-إعادة الصياغة والتخصيص:</p>

سلوكي إذا لم يتفق عليه معظم الخبراء حوالي 70% منهم على تصنيفه تحت نفس البُعد من الأداء.	
المجموعة (د) من الخبراء الموظفين تتولى مهمة تقييم الأمثلة السلوكية التي تتلائم مع معيار التخصيص في الخطوة السابقة بالنسبة (تعطي درجة لفاعلية كل مثال تم وصفه)	-الترج:
باحث شؤون الموظفين يتولى حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التقييم لكل مثال سلوكي في الخطوة السابقة.	-اختيار مرتكزات السلم:

يتم اختيار الأمثلة مؤشرات لكل بعد من أبعاد الأداء بحيث تشكل القيم المتوسطة مؤشرات لسلم تقييم الأداء بأكمله من الدرجات المنخفض إلى الدرجات المرتفع بحيث تكون الانحرافات المعيارية للبنود صغيرة نسبياً
فار و لاندي (1987) Farr & Landy .

أ-ج-السلالم مختلطة المعايير (Mixed Standard Scales MSS)
(

- اقترح بلونز و غيسلي (1972) Blonz & Gheselli طريقة تقدير أسماها السلم مختلط المعايير ويتكون من ثلاثة أمثلة سلوكية محددة لكل بُعد من أبعاد الأداء: تصف أحد الأمثلة الأداء فوق المتوسط، والمثال الأخير يصف الأداء دون المتوسط ، ويتم ترتيب الأمثلة السلوكية عشوائياً ولا يتم

تحديد أبعاد الأداء، وعلى المُقيّم أن يختار إجابة واحدة من بين ثلاث إجابات لكل مثال:

أداء الشخص أضعف من الأداء المذكور في المثال أو أداء الشخص مساوي للأداء المذكور في المثال، أو أداء الشخص أفضل من الأداء المذكور في المثال.

- ذكر بلونز و غيسلي (1972) Blonz & Cheselli إن إخفاء طبيعة جوانب الأداء ومستويات الأداء التي تصفها الأمثلة ، يؤدي الى تقليل أخطاء التقييم ، كأثر الهالة أو التساهل فار و لاندي (1987) Landy & Farr (

أ-د- سلم التقديرات ذات الاختيار الإجباري (Forced Choice) (Rating Scales):

يتم في هذا السلم إخفاء بُعد الأداء المقصود تقيّمه، يقدم للمقيم عدد من مجموعات أمثلة للأداء الوظيفي، وعلى المُقيّم أن يختار منها مجموعة فرعية محددة يعتقد أنها تصف على أحسن وجه الأداء الوظيفي، للشخص الخاضع للتقييم، كما أنه بإمكان أن يطلب من المُقيّم أن يختار من مجموعة الأمثلة أكثرها وأقلها تمثيلاً لجانب الأداء الخاضع للتقييم.

- ولتكوين سلم ذي الاختيار الإجباري (F.C) ، يجب أولاً وضع أمثلة سلوكية للوظيفة المقصودة، ويجب تقييم كل مثال مرتين من قبل خبراء في نفس الوظيفة، كما يطلب من الخبراء تقييم مدى ملائمة كل مثال كوصف للشخص الذي يؤدي الوظيفة، ويطلق على متوسط تقديرات الخبراء إسم درجة مؤشر التفضيل، كما يطلب من الخبراء تقدير مدى وصف المثال للأداء المرتفع والأداء المنخفض لشاغل الوظيفة وذلك بهدف حساب درجة مؤشر التمييز الذي يدل على قدرة المثال على التمييز بين الأداء المرتفع والأداء المنخفض، وهكذا فيتوفر لكل مثال سلوكي مقياسان يوضح الأول

درجة تفضيل السلوك والثاني درجة مؤشر التمييز ويتصف سلم ذو الاختيار الإجباري بميزة رئيسية وهي تجنب التساهل من جانب المقيمين لأن طريقة التقدير ليست معروفة لديهم . فار و لاندي (1987)

Farr & Landy (محمد نجيب شاوش، 1990);
عبد الغفار حنفي، 1991) (عاشور صقر، 1987) ويليام تريسي (1990)
.William R. Tracey

- أ. هـ - طريقة المسافات المتساوية ظاهريا: (Equal Appearring Intervals)

تتطلب هذه الطريقة إقامة سلسلة من العبارات المتعلقة بالسلوك الوظيفي، وفقا لسلم مكون من (7) و (9) و (11) نقطة، يعطي لكل حكم أو خبير تعليمات لتصنيف العبارات في فئات، بحيث تبدو له الفروق في مستويات الأداء الوظيفي بين الفئات المتساوية وبعد تجميع العديد في هذه الأحكام وبعدها يتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للبنود كما هي الحال في نظام (BARS)، توضع هذه العبارات على شكل قائمة اختيار، ويطلب من المقيّم أن يضع إشارة أمام البنود التي تصف أداء الفرد على أحسن وجه، ويتم جمع المتوسطات الحسابية للبنود التي تم التأشير عليها بالنسبة للفرد للتوصل إلى درجة تقدير الخاصة بذلك الفرد.

(عاشور صقر، 1987); (محمد نجيب شاويش، 1990) فار و لاندي Farr & Landy (1987)

-أ. طريقة التقديرات المجمعة أو الإجمالية:

يقوم المقيّم بالحكم على الشخص وفقا لعدد من البنود، تصف السلوك الوظيفي، يتكون سلم التقدير عادة من خمس فئات تتباين مرتكزاتها من "أوافق بشدة" إلى "أعارض بشدة" ويتم إعطاء درجات البنود التي تصف السلوك الوظيفي المفضل، ونفس الشيء بالنسبة للبنود التي يتصف

السلوك غير المفضل، فتعطى لها درجات بطريقة عكسية، ويتم التوصل إلى التقييم العام لأداء الفرد من خلال تجميع درجات البنود.

أ-7-سلام الملاحظة السلوكية: Behavioral Observation Scales.(BOS)

قام كل من الباحثي ليثام و ويكسلي (Wexley (1977-1981)

Latham & فاي و ساري (1979) Fay & Saari

باقتراح لتقييم أداء العمل على شكل يختلف من السلم ذي التقديرات المجمعة أطلق عليه اسم سلام الملاحظة السلوكية، ويتمثل الفرق الرئيسي بين كلى السلميين في طبيعة الاستجابة لكل بند مقترح إذ يقوم المُقيّم بتسجيل عدد المرات التي لاحظ فيها السلوك الذي يصفه كل بند من بنود التقييم فار و لاندي (Farr & Landy (1987) (عاشور صقر، 1987).

ب-المقاييس النسبية أو المقارنة:

هنالك نوعان شائعان في استخدام المقاييس النسبية وهما:

1-المقارنات الزوجية, 2- طريقة الترتيب.

ب-أ-المقارنات الزوجية: paired comparisons

يعد هذا الأسلوب أحد الأساليب التي تهدف للتوصل إلى أحكام نسبية عن الأفراد، والتي يتم من خلالها مقارنة كافة الأزواج الممكنة من الأفراد حيث يعرض على المُقيّم هذه الأزواج، ويطلب منه أن يذكر أي شخصين أفضل

في كل زوج (عاشور صقر، 1983) فار و لاندي Farr &

(Landy (1987) ; ويليام تريسي William R.Tracey

; (1990) (عبد الغفار حنفي، 1991) ; (أحمد ماهر، 1998) ; (كمال

بربر، 1997) ; (علي السلمي، 1997).

ب-2-طريقة الترتيب: Rank order

هذه الطريقة تسمح لنا بترتيب فردي لجميع الأشخاص الخاضعين للتقييم، فيها يتولى المُقيّم ترتيب مجموعة من الأفراد حسب الكفاءة، ويكون ذلك ممكن عندما يكون عدد العينات صغيراً، أما حالة وجود عدد كبير للأفراد في المجموعة، فيكون ترتيب الأفراد على أساس طريقة الترتيب التعاقبي أو التناوبي.

2-3-4 الأداء الفردي للعمل:

يشكل مفهوم الأداء الفردي للعمل مصطلحاً انصبت البحوث والدراسات على البحث فيه، من أجل تحديده والتعرف على مكانته والعوامل المؤثرة فيه.

وفي هذا السياق خصصنا هذا الفصل لسرد تعاريف مختلف الباحثين حول هذا المفهوم وعرض نموذج لدراسة الأداء ومكوناته وكذا مختلف الأبحاث التي تناولته.

مفهوم الأداء:

يقول أحمد صقر عاشور أن « سلوك الأداء يعني الأداء الفردي للعمل، قيام الفرد بالأنشطة والمهام المختلفة التي يتكون منها عمله » (أحمد صقر عاشور، 1979: 50).

وهذا التعريف مشابه لتعريف أحمد عادل راشد الذي يرى أن « الأداء يتمثل غالباً في الأنشطة والمهام المختلفة التي يتكون منها عمل العامل » (أحمد عادل راشد، 1981:). أما فار و لاندي (Farr & Landy (1987) يرى بأن الأداء عبارة عن سلوك بأوسع معانيه .

تعريف (تعريف المعجم الكبير لعلم النفس ، 1993)

grand dictionnaire de psychologie « الأداء هو النتائج التي يصل إليها الفرد في عمله وتكون في أغلب الأحيان نتائج كيفية ».

تعريف (راوية محمد حسن، 1999) « يشير الأداء الى درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد ».

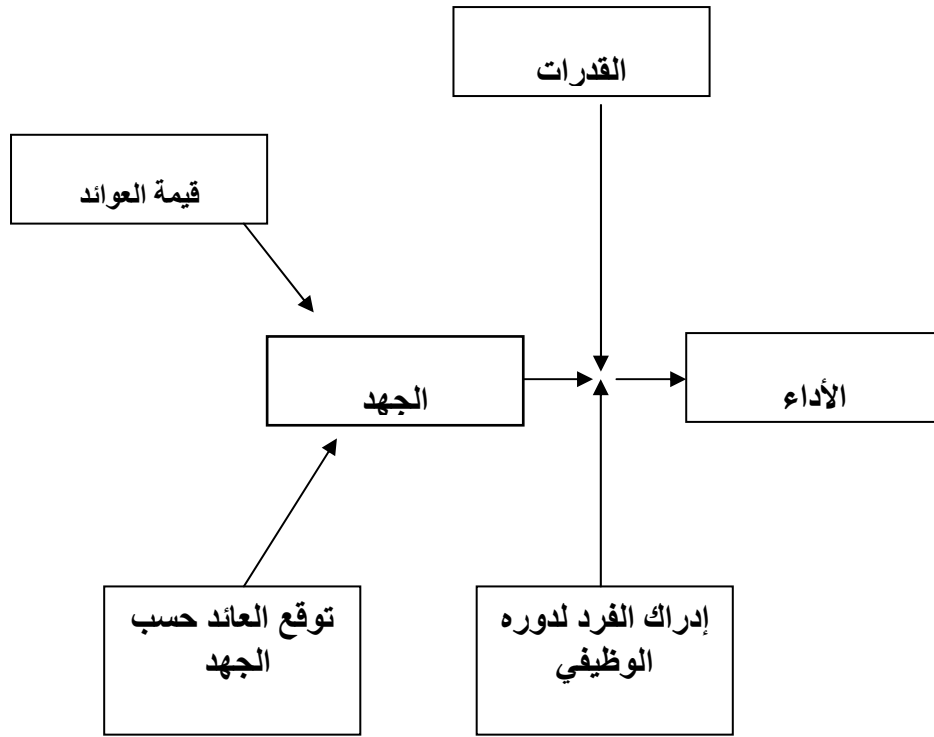
تعريف ديميتري وايس (1999) Dimitri Weiss الأداء ويقصد به عمل ماهر والحصول على نجاح مميز أو نتائج محترف.

قامت عدة دراسات بتقديم تصور نظري حول الأداء، والشيء الملاحظ أنها دراسات تناولت الأداء في إطار علاقات بمتغيرات أخرى، أي أنها لم تدرسه بشكل مستقل، منها دراسة براي فايلد و كروكت Bray Field & Crockett (1955) اللذان قاما باستعراض وتقييم الدراسات التجريبية حول العلاقة بين الأداء والرضا المهني، إذ توصلا إلى أن معاملات الارتباط بين مقاييس الأداء ومقاييس الرضا لدى عينات العاملين محل الدراسة منخفضة.

2-3-5 بعض النظريات العلمية التي عكفت على دراسة الأداء:

من بين أهم الدراسات التي قامت حول الأداء ومحدداته، يعد النموذج الذي قدمه كل من لاولر و بورتر (1967) Lawler & Porter من أكثر النماذج قبولا في دراسة الأداء. والأداء حسب هذان الباحثان، يحدده الجهد المبذول في العمل، متفاعلا مع قدرات الفرد وإدراكه لمتطلبات دوره الوظيفي. فالجهد المبذول تحده قيمة العوائد ودرجة توقع الفرد لهذا العائد وقد يكون هذا مساويا أو متناسبا مع الجهد المبذول.

ويمكن تمثيل نموذج لاولر و بورتر (1967) Lawler & Porter فيما يلي:



- شكل رقم 1 يمثل نموذج لولر و بورتير-
(حنا نصر الله 2002)

في هذا النموذج يبدوا سلوك الأداء تحده ثلاثة عوامل رئيسية:

- 1 - الجهد المبذول.
 - 2 - قدرات وخصائص الفرد.
 - 3- إدراك الفرد لدوره الوظيفي
- إن الجهد المبذول يعكس في الواقع درجة دافعية الفرد لأداء العمل، فبمقدار تكثيف الفرد للجهد الذي يقوم به، بمقدار ما يعكس درجة دافعية الفرد لأداء هذا العمل.
- أما قدرات الفرد وخبراته السابقة فتحدد درجة فاعلية الأداء.
- بينما يرجع إدراك الفرد لدوره الوظيفي إلى تصوراتته عن السلوك الذي تكون منه عمله وعن الكيفية التي ينبغي أن يؤدي بها دوره.

إن تفاعل هذه العوامل هو الذي يحدد أداء الفرد وبالتالي يمكن صياغة هذه العوامل في هذه المعادلة المبسطة التالية: الأداء = الدافعية × القدرات × الإدراك

ومعنى التفاعل بين هذه العوامل يعني أن أي عامل لا يحدد الأداء بصفة مستقلة.

ويؤكد، (جيرل جراي، 1983: 203). أهمية التفاعل في الأداء بين قدرات الفرد ودافعيته حيث يقول: «إن القدرة محدد هام للأداء إلا أنه علمياً يصعب التمييز بين القدرة والدافع بشكل جيد، فالقدرة تتألف أولاً من الاتجاه والتدريب والخبرة، بينما الدافع هو الرغبة في إحداث إنتاج معين ويمكن توضيح العلاقة بين هذه العوامل والأداء بالمعادلة التالية:

$$\text{الأداء} = \text{القدرة} \times \text{الدافع}$$

ويذكر (علي السلمي، 1985: 26) « إن الأداء الفردي للعمل Job performance هو المحدد الحقيقي للإنتاجية » ويدل هذا القول على التأثير العميق للعنصر البشري في إنتاجية المؤسسة، فالفرد باستعماله للآلات أو بتنفيذه لمراحل الإنتاج، له القدرة على التأثير على كفاءة التجهيز الآلي وتصميم الأعمال، فالعمليات الفنية المتعلقة بالإنتاجية رغم أهميته، وأهميتها إلا أنها غير كافية لضمان الإنتاجية، لذا فمن الضروري توفر عنصرين أساسيين في الأفراد القائمين بالعمل هما: - المقدرة على العمل

Ability

- الرغبة في العمل Motivation

وتكتسب المقدرة على العمل من التعليم الذي يتلقاه الفرد خلال المراحل الأولى من حياته، ومن التدريب في المجال العملي الذي يكسبه خبرة مهنية، بالإضافة إلى الاستعداد الشخصي والقدرات الشخصية التي ينميها التعليم

ويصقلها التدريب، وهذه المقدرة على العمل تتخذ مظهرين لابد من توفرهما معا: المعرفة والمهارة.

فالمعرفة هي أن يحيط الفرد بالأصول والمبادئ التي تحكم عمله، أما المهارة فهي القدرة على استخدام وتطبيق تلك الأصول والمبادئ. والعنصر الثاني من عناصر الأداء هو الرغبة في العمل والتحفيز لأدائه، وعامل الرغبة هذا يحدد بالظروف المادية والاجتماعية المحيطة بالعمل كما يحدد باحتياجات الفرد ورغباته وملائمة نوع العمل لميوله واتجاهاته، والمعادلة التالية توضح ذلك:

مستوى الأداء = المقدرة على العمل × الرغبة في العمل.

هذا يعني أن المقدرة و الرغبة تتفاعلان معا في تحديد مستوى الأداء (علي السلمي، 1985) وقد أشارت الباحثة (راوية محمد حسن، 1999) في دراستها حول التمييز بين الجهد والأداء إلى أنه غالبا ما يحدث خلط بينهما، إذ بينت أن الجهد يشير إلى الطاقة المبذولة ، أي ما يبذله الفرد من طاقة فكرية أو جسمية. أما الأداء فيقاس على أساس النتائج التي حققها الفرد. و تضيف الباحثة بأن الأداء الوظيفي هو الأثر الصافي لجهود الفرد التي ترتبط بقدراته وبإدراكه لدوره أو مهامه، ويعني هذا أن الأداء الفردي في موقف معين يمكن أن ينظر إليه على أنه نتيجة للعلاقة المتداخلة بين العناصر الثلاث:

1 - الجهد

2 - القدرات

3 - إدراك الدور والمهام

وتعرف الباحثة هذه العناصر كما يلي:

1 - الجهد: يشير إلى الطاقة الجسمانية والعقلية والتي تنتج من حصول الفرد على التدعيم، الحوافز...

2 - القدرات: وهي الخصائص الشخصية المستخدمة لأداء الوظيفة.

3 - إدراك الدور والمهام: ويعني به الاتجاه الذي يعتقد الفرد أنه من الضروري توجيه جهوده في العمل من خلاله، أي الأنشطة والسلوك الذي يعتقد الفرد بأهميتها في أداء مهامه.

2-3-6 شروط بناء مقاييس الأداء:

هناك مجموعة من الشروط يجب أن يراعيها القائمون بتصميم مقاييس الأداء، فعل أساسها تتوقف فاعلية ودقة المعلومات التي تعطيها المقاييس المستخدمة، كما تعد هذه المعلومات بالغة الأهمية في اتخاذ القرارات في مجال تسيير الموارد البشرية، وتدرج هذه الشروط في بناء مقاييس الأداء حسب جيون (1965) Gion فيما يلي:

- الصدق Validity- يجب أن يحتوى المقياس على الجوانب ذات الأهمية والارتباط بالفعالية والكفاءة المطلوبين في أداء الفرد لعمله، فالعوامل الداخلة في المقياس يجب أن تعبر عن تلك التي يتطلبها أداء العمل.

ويعرف (ميخائيل إبراهيم أسعد، 1988: 386)

الصدق من خلال طرح تساؤل حيث يقول « يجسد السؤال التالي أكثر تعريفات الصدق شيوعا هل نقيس ما نعتقد أننا نقيسه» . و أما فار و لاندي Farr & Landy (1987) فيعرفان الصدق كالتالي:

« يقال عادة أن المقياس صادق إذا استطاع أن يقيس الشيء المطلوب قياسه
«

وحسب رابطة علماء النفس الأمريكيين ورابطة البحث التربوي الأمريكية والهيئة القومية للقياسات المستخدمة في التربية، توجد أربعة أنماط من

الصدق: التنبئي، التوافقي، المحتوى والبيئة. (ميخائيل إبراهيم أسد، 1988).

-الثبات: Reliability:

الثبات هو « الدقة في أداة القياس بمعنى إذا كنا نقيس مجموعة من الأشياء مرة وثانية بنفس أداة القياس أو بأداة قياس مشابهة، فهل نحصل على ذات النتائج أو على نتائج مماثلة؟» (ميخائيل إبراهيم أسد، 1988: 386).

الثبات المقصود هنا هو الذي يتعلق بالمقياس نفسه وليس بالأداء، فقد يتغير أداء الفرد في العمل أو قد يخضع لتقلبات مما قد يظهر في قيم متفاوتة يعطيها مقياس الأداء. مثل هذا التغير ليس عيبا في المقياس نفسه، وإنما يكون المقياس معابا عندما يكون الأداء ثابتا نسبيا، لكن مقاييسه تعكس قيما متفاوتة نتيجة لإهمال القائم بالقياس أو لقلة خبرته و معرفته بالمطلوب منه أن يؤديه في عملية وصف أو تقييم أداء الفرد محل القياس.

- التمييز: Discrimination:

يقصد بتمييز المقياس هنا هو قدرته على التفرقة بين المستويات المختلف للأداء، فالمقياس الجيد هو الذي يمكّن من تقدير الظروف، مهما كانت ضئيلة بين أداء الأفراد، والقدرة على التمييز تتوقف على دقة الدرجات التي يحتويها المقياس، كما تتوقف على صدق المقياس أيضا.

وأهمية التمييز تتضح في الحالات التي تتقارب فيها قدرات الأفراد وكفاءاتهم، حيث يكون مطلوبا تحديد الفروق الطفيفة بينهم في الأداء.

- يسر الاستخدام:

إن سهولة استخدام المقياس ووضوحه، والقصر النسبي للوقت، وقلة الجهد الذي تستغرقه عملية القياس، كلها أمور هامة يجب أن يتحقق مصمم المقياس منها، وأن يأخذها بعين الاعتبار (أحمد صقر عاشور، 1984).

2-3-7 أهداف التقييم:

تتعدد أهداف عملية التقييم وتعود بفوائد على كل من القائم بالتقييم والخاضع له، وللمؤسسة التي يُجرى فيها التقييم.

فقبل القيام بأي عملية، يجب على القائم بها أن يطرح عدة أسئلة منها: لماذا يُجرى تقييم الأداء؟

ما هي الأهداف المراد تحقيقها من خلال هذه العملية؟

يأتي نظام التقييم كنتيجة لسياسة الموارد البشرية، فتحدد أهدافه في النظام والاستراتيجيات العامة لتسيير المؤسسة.

وباعتبار تقييم الأداء عملية تقوم بها منظمات العمل، فإن الهدف منه يتمثل في الجوانب التالية:

1 - يزود المسؤولين بمعلومات حول مستوى الأداء: هل مستوى الأداء مُرضٍ أم غير مُرضٍ؟

2 - يساعد في الحكم على مدى إسهام العاملين في تحقيق أهداف المنظمة وعلى إنجازهم الشخصي.

3 - يشكل أداة لتقويم ضعف العاملين واقتراح إجراءات لتحسين أدائهم عن طريق وضع برامج للتدريب.

4 - يساهم في اقتراح المكافآت المالية المناسبة للعاملين، ففي ضوء المعلومات التي يحصل عليها من تقييم الأداء، يمكن زيادة رواتب العاملين

أو إنقاصها، بل ويمكن اقتراح نظام حوافز معين لهم.

5 - يكشف عن قدرات العاملين واقتراح إمكانية ترقية بعضهم، وتولي مناصب مسؤولية عالية.

6 - يفيد في التخطيط للقوى البشرية في المنظمة، فهو يشكل أداء مراجعة لمدى وفرة القوى البشرية بمؤهلات معينة، واقتراح إحلال قوى بشرية أخرى محلها.

7 - يعتبر وسيلة استرجاع (Feed Back) فهو يبين المطلوب من جهة أخرى وقد يساعد في تسهيل أو عرقلة الفهم المتبادل بين الطرفين.

8 - يزود مسؤولي إدارة القوى البشرية بمعلومات واقعية عن أداء و أوضاع العاملين في المنظمة، مما يعتبر نقاط انطلاق لإجراء دراسات ميدانية تتناول أوضاع العاملين ومشكلاتهم وإنتاجيتهم ومستقبلهم.

9 - يسهم في تزويد مسؤولي إدارة القوى البشرية بمؤشرات تنبؤ الإختيار والتعيين في المنظمة. دره والصباع، 1986 (ناصر محمد العديل، 1993).

في دراسة أجراها كل من إيكل و بندر (1984) Eichel & Bender « على عدد من الشركات الأمريكية بأن 85.6 % التي شملها المسح تستخدم التقييم لأغراض الرواتب و الأجور و 65.1 % منها تستخدم التقييم لأغراض التوجيه و الإرشاد و 64.30 % من العينة تستخدم التقييم لأغراض التدريب و التطوير و 30.3 % لأغراض إبقاء أو تسريح العمال. أما نسبة الشركات التي تستخدم التقييم لأغراض الترقيات فقد كانت 45.3 % . وتخطيط القوى العاملة كان نصيبه 43.1 % ونسبة 18.2 % من العينة تستخدم التقييم للتأكد من فعالية طرق الإختار و التعيين . وهذه النسب تشير إلى أن أكثر الشركات تستخدم التقييم لأكثر من غرض». (معهد الإدارة العامة، 1995 : 28).

وفي دراسة أخرى لكل من البرعي و حبيب 1987 على عينة عشوائية صغيرة من المنشأة العاملة في القطاع العام و الخاص بالسعودية إتضح أن

النسبة الكبرى 63 % من عينة الدراسة تستخدم التقويم لأكثر من غرض.
معهد الإدارة العامة، 1995
أما فار و لاندي (1987) Farr & Landy فقسما أهداف تقييم
الأداء إلى قسمين رئيسيين، إذ جاء في كتابهما ما يلي:
يتشابه علماء النفس الصناعيين والمديرين في جانب واحد على الأقل،
وهو اهتمامهم الكبير بفهم سلوك العاملين والتنبؤ به، ويتمثل هذا السلوك
في أداء العمل، ففهم خلفية أداء العامل ونتائجه مفيد من عدة جوانب، منها
الجانبين التاليين:
" البحث والإدارة "

1 - تقييم الأداء لأهداف إدارية:

هناك العديد من القرارات الإدارية التي يمكن أن تستند الى معلومات عن
الأداء منها:

1 - 1 - الترقية: يرى غيسلي (Gheselli) أن سجلات الأداء لها فائدة
كبيرة في اتخاذ قرارات الترقية.

1 - 2 - التدريب: تلعب المعلومات التي توفرها عملية تقييم الأداء دورا
رئيسيا في تطوير برامج التدريب وإحداث التغيير.

1 - 3 - إمكانية الحصول على تدريب: تكشف عملية التقييم على الموظفين
الذين هم في حاجة إلى تدريب.

1 - 4 - قرارات الرواتب: وتشكل هذه القرارات المجال الإداري الذي
يُحظى بأعظم اهتمام حيث يتعلق باستخدام معلومات الأداء في القرارات
الفردية، كتحديد الأجر تبعا للأداء الذي يقدمه الفرد.

1 - 5 - إنهاء الخدمة: إن القرار غير العادل يؤدي على فقدان موظف ممتاز واستبداله بموظف أقل كفاءة، لهذا فإن قرارات إنهاء الخدمة يجب أن تستند إلى تقييم الأداء (باستثناء حالات التسريح الناجمة عن سوق العمل أو ظروف اقتصادية).

1 - 6 - النقل أو التعيين في وظيفة موازية: حيث ينقل الأفراد من مشروع إلى مشروع، أو من فريق إلى فريق عمل على أساس مهاراتهم واحتياجات الفريق، استناداً إلى معلومات عن الأداء.

2 - تقييم الأداء لأغراض البحث:

2 - 1 - التنبؤ: إذا كان توقع سلوك معين بالاعتماد - وإلى حد كبير - على القدرة على وصف السلوك الحالي وعلى نحو مشابه، تعتمد طرق التحقق من الصدق المعياري على معيار أي مقياس أداء بواسطة مقاييس وبيانات الأداء.

2 - 2 - تقييم التدريب: تدريب العامل بطريقة تجعل سلوكه بعد التدريب مختلفاً عن سلوكه قبله، ويتطلب تقييم فعالية التدريب تقييم أداء العامل قبل التدريب لتحديد جانب القصور في أداءه ووضع برامج الترتيب، وبعد خضوعه لعملية التدريب.

2 - 3 - تحليل نسبة التكاليف والعائدات: إن تحليل نسبة التكلفة إلى المنفعة شكل من أشكال البحث العلمي، وأنه يعتمد على بيانات أداء موضوعية.

ذكر الباحث ماريون ، أ. هاينس (1988) Marion , E. Haynes أهداف عملية التقييم من خلال الاستجابات لمسح تم إجراؤه على 130 مؤسسة، لخصها فيما يلي:

- اتخاذ قرارات إدارية صائبة وعادلة.

- توفير القرارات الإدارية.
- توفير تغذية استرجاعية للعاملين.
- توفير الأساس لأفضل استخدام للقوى البشرية.
- إرشاد ونصح العاملين.
- وضع خطط لتحسين الأداء (برامج للتدريب).
- التنبؤ بقدرات العامل.

1 - مساندة القرارات الإدارية:

إذ تتخذ المؤسسات قرارات يومية فيما يخص ،من يجب ترقيته ومن يجب فصله أو إعادة وضعه في مكان آخر، ومن يجب نقله. ولكي يتم وضع تسلسل الوظائف للوصول إلى نتائج جيدة ،يجب أن تبنى أو تستمد هذه القرارات على أساس تقييم موضوعي لنتائج الأداء.

2 - توفير التوثيق:

توفر سجلات تقييم الأداء توثيقا يساعد في تقديم التوصيات للإدارة، فهي مطالبة بتقديم الأدلة على أن هذه القرارات قد اتخذت على أساس سليم قائم على تقييم موضوعي للأداء.

3 - إمداد العاملين بتغذية مرتدة عن الأداء:

تعرف العاملين بمستوى أدائهم بالمقارنة مع ما كان متوقعا منهم ،كما تسمح للمشرفين بتوفير معلومات موضوعية عن أداء العاملين.

4 - ضمان عدم إهمال العامل:

يحصل كل عامل على الإعراف به كعضو في مجموعة العمل وبالمساهمة فيها.

5 - المساعدة في استخدام القوى البشرية والتطوير المهني:

إن أحد الأهداف الأساسية لتقييم الأداء هو المساعدة في التعرف على المجالات التي لا يستفاد منها بمهارات العاملين.

- التعرف على مجالات النمو المتوقعة والتطور للعاملين.
 - تحسين نقاط الضعف.
 - إعطاء الفرص للعاملين للاستخدام الكامل لقدراتهم.
 - تضاف لهذه التقسيمات الخاصة بأهداف عملية تقييم أداء العمل، تلك التي قام بها نيكول أبرت (Nicole Aubert (1997) حيث قسمها إلى ثلاثة أقسام رئيسية:
 - الهدف الرئيسي الأول هو:** التأثير على عاملي المساهمة والمكافأة، فالتقييم في المفهوم التقليدي يستعمل كوسيلة ذات ثلاث اتجاهات:
 - وسيلة لتسيير وإدارة شؤون الموظفين.
 - وسيلة لتسيير المؤسسة.
 - وسيلة للتفاوض والدافعية في مجال العمل.
- فبوضع نظام لتقييم الأداء، هذا يعني مشاركة ومساهمة المعنيين، أي كل من القائم بالتقييم والخاضع له، لكن هذه المشاركة لا تتأتى إلا بوجود عملية المكافأة أو المقابل، الذي يتخذ أشكالا متعددة منها الأجر، أي إعطاء قيمة مادية مقابل مجهود مبذول، بمعنى التقدير المادي لجانب معنوي لمشاركة العامل في عملية الإنتاج.
- كما يمكن أن يكون هناك مقابل معنوي تقديري للشخص، بإدراجه في قائمة الاستفادة من عملية التدريب، ومن هذا الباب يلعب التقييم دورا في عملية التعزيز والدافعية.
- ويلعب التقييم أيضا دورا في الجانب المعرفي، فيما يخص التعديل والتصحيح المعرفي، مثلا، يسهل للمُقيّم فهم وشرح مصادر الصعوبات التي تعرقل سير عمله.
- ومن ناحية أخرى يعتبر التقييم مصدر لتشجيع العامل وتحفيزه لمواصلة بذل مجهوداته.

وتعمل عملية تقييم الأداء على تقريب عوامل توافق بين حاجيات للمُقيّم وتوقعات مسؤوليه.

الهدف الثاني: هو التسيير المنطقي للموارد البشرية بهدف تحسينها:

- من الناحية التشريعية، تسمح عملية التقييم بالتحكم في اقتصاد الموارد البشرية من حيث الأهداف والنتائج، إذ تمكن من تقريب المهارات الفعلية من المهارات المتوقعة.

- تسهل إحداث التطور وإدراج مشاريع للتغيير، تعطي إمكانية اشتراك الطرفين (القائم بالتقييم والخاضع له) في وضع وتحديد المفاهيم المهنية، فيما يخص الإنتاجية بالنسبة للمؤسسة، والكفاءة والجدارة لمصلحة تسيير الموارد البشرية.

- تتيح التعرف على مصادر الرضا والدافعية للخاضع للتقييم بصفة موضوعية.

- وتظهر الصعوبة في كون عملية التقييم محصورة بين البحث عن الموضوعية دون تجاهل تدخل الذاتية لكل من المُقيم والمُقيّم، باعتبارهما أشخاص لا يمكن لهما التخلي عن الذاتية نهائياً، فتحدي هذه الصعوبات يعني الوعي بالمعضلة التي يجب حلها في عملية التقييم، أي يجب تحديد ما هو موضوعي مما هو ذاتي، ومحاولة جعله موضوعياً قدر الإمكان، وذلك بتحديد محتوى التقييم.

الهدف الثالث: تحديد المكانة التي يحتلها كل عامل داخل المؤسسة: فمن الجانب القانوني: تساعد عملية تقييم الأداء في اتخاذ قرار منح المنصب الموجود أو الذي سوف يفتح، إلى العامل بناء على المهارات المكتسبة والتي يمكن أن يكتسبها، كما تمكن عملية تقييم العاملين من تحديد مكانتهم المهنية.

2-3-8 مراحل عملية التقييم :

للقيام بعملية ما، يجب وضع خطوات أو مراحل تكون عبارة عن منهجية، تسمح بالتسلسل المنطقي لمختلف العمليات والمراحل، والترابط فيما بينها من أجل تسهيل العمل.

وعلى ضوء مراحل وخطوات الأداء وتصميم الأهداف في المنظمات، يقترح الباحثون في قياس وتقييم الأداء بعض الخطوات المساعدة في هذه العملية.

وقد تعددت الآراء حول خطوات عملية تقييم الأداء للمؤسسة فحسب

النموذج الذي قام باقتراحه وكسلي و لاثنام (1981) Lutnams & Wexcly و التي عرضها كل من دره والصباغ (ناصر محمد العديلي، 1993:412) تتمثل هذه الخطوات في تسع مراحل وهي كما يلي:

1. استعراض المتطلبات القانونية
2. اجراء تحليل الوظائف
3. تطوير أداء التقييم
4. اختيار الملاحظين المقيمين
6. قياس الأداء
7. تزويد الموظفين بنتائج التقييم
8. وضع أهداف التقييم في ضوء النتائج
9. منح المكافآت أو الجزاء نتيجة لتقييم الأداء

شكل رقم 2 يمثل خطوات عملية تقييم الأداء حسب نموذج لاثنام و وكسلي

(1981)

ناصر محمد العديلي، 1993: 412

أما (كامل بربر، 1997: 186 - 127) ذكر ستة مراحل للتقييم تم شرحها كما يلي:

1 - تحديد معايير الإنجاز " Performance standards " ، ويتم تحديد هذه المعايير بناء على طبيعة العمل، التي تحلل وتوضح من خلال وصف العمل " Job description "، ويشترط في هذه المعايير أن تكون واضحة وموضوعية بشكل يسهل فهمها وقياسها.

2 - تبليغ هذه المعايير والتوقعات إلى المرؤوسين، لكي يتسنى للمرؤوس معرفة ما هو متوقع منه إنجازه في عمله، يجب على الرئيس التأكد من أن المرؤوس استلم التعليمات المتعلقة بالإنجاز، وفهمها بشكل صحيح.

3 - قياس الإنجاز الفعلي للفرد Measure performance ، بناء على المعلومات المتوفرة عن الإنجاز ويتم الحصول على هذه المعلومات إما بالملاحظة المباشرة للمرؤوس أو من خلال التقارير الإحصائية المكتوبة عن إنجازة، والمهم في هذه المرحلة هو استعمال المعيار الصحيح والمقرر في المرحلة الأولى لقياس الإنجاز.

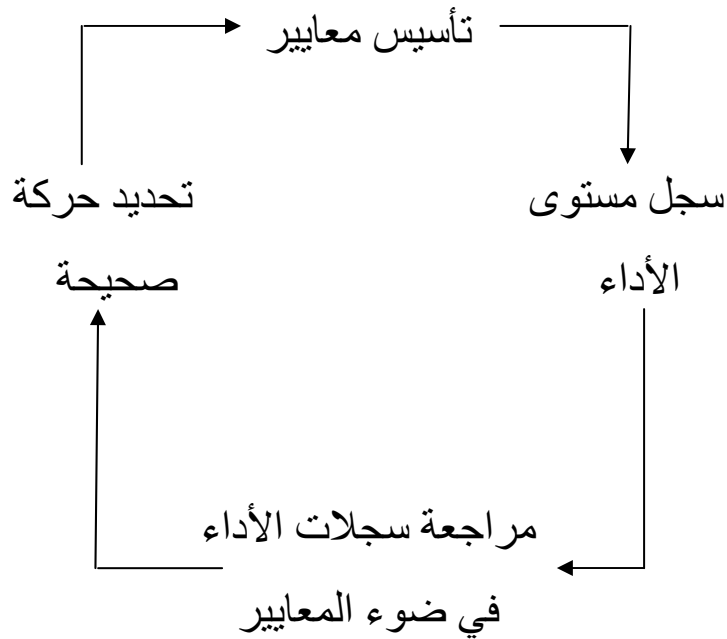
4 - مقارنة الإنجاز الفعلي بالمعايير ، وذلك بتحديد الانحرافات بين الإنجاز الفعلي والإنجاز المتوقع.

5 - مناقشة نتائج عملية التقييم مع المرؤوسين ، ليتأكد المرؤوس أن تقييمه قد تم بطريقة موضوعية، وللبحث في إمكانية وضع الحلول للمشاكل الناتجة عن عملية التقييم.

6 - المرحلة الأخيرة في عملية التقييم هي القيام باتخاذ الإجراءات التصحيحية، إذا اقتضت الضرورة ذلك.

كما يقترح الباحثان سيزلاجي وولاس (Szilagy & Wallace (1980) خطوات لتقييم الأداء ، الذي يعتبر أنه أهم عنصر موجود في المنظمة يمكنها من تصميم وتحقيق الأهداف وهذه خطوات تتمثل فيما يلي:

- 1 - تأسيس المعايير.
- 2 - تسجيل الأداء الفعلي.
- 3 - مراجعة الأداء في ظل المعايير.
- 4 - تحديد الحركة التصحيحية.



شكل رقم 2 يمثل دورة مراجعة الأداء ناصر محمد العديلي، 1993: 501

وتشكل هذه الخطوات مجتمعة فعالية الرقابة، حيث يلعب تقييم الأداء دورا بارزا أو أساسيا فيها، لأنه يعمل كأداة مراجعة، ويوفر معلومات أساسية تساعد في عملية المراقبة في المنظمة (ناصر محمد العديلي، 1993: 501).

جاء في دراسة لكل من لويس بلودين و لخضر سيكيو (1995) Louis Blodin & Lakhdar Sekiou : المراحل المكونة لعملية التقييم و التي تتم خلال ثلاث مراحل:

1 - المرحلة الأولية للتقييم

2 - التحضير للتقييم

3 - عملية التقييم

إن عملية التقييم يخطط لها في المراحل الأولى من مراحل التخطيط الاستراتيجي للمؤسسة، عند وضع أهدافها العامة، نظرا لما لعملية التقييم من تأثير عميق في تحقيقها لهذه الأهداف، إذ تعد هذه العملية وسيلة يتأكد بها المسؤول من الوصول أو الإنحراف عن الأهداف المسطرة آنفا، إلا أنه لا يمكن إنكار أهميتها رغم أنها أكثر صعوبة و أكثرها استغراقا للوقت، وأكثرها إتصافا بالمخاطرة.

إن عملية تقييم الأداء، تعد عملا منهجيا له قواعد ومراحل متتالية، تتبع من أجل تنفيذ منظم للعملية وعليه جاءت الخطوات التالية:

1-المرحلة الأولية للتقييم:

تعد هذه المرحلة أساسية لتحديد استراتيجيات التنظيم، نوع التنظيم والتسيير المتبع، نوع البيئة المكونة له، تركيبة الموارد البشرية، التأهيل، و التكوين، الإنتماء الجغرافي، تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية و بالإضافة إلى نشاطات أخرى في التسيير، مثل:

الإختيار، التوظيف، التكوين، الترقية. وفي هذه المرحلة تكون هذه الأعمال محل اتفاق بين المسؤولين والمشرفين على الموارد البشرية، في مرحلة التخطيط الاستراتيجي للمؤسسة، ثم تأتي المرحلة الثانية أين يكون تطبيق هذه الأهداف من طرف المشرفين على تسيير الموارد البشرية.

2-المرحلة الثانية: التحضير للتقييم: وتتم إجراءات هذا التحضير على

النحو التالي

أ - تحديد أهداف برنامج تقييم الأداء.

ب - إعلام وتكوين المقيمين.

ج - اختيار معايير التقييم.

د - اختيار طريقة التقييم.

1 - يتم تحديد أهداف برامج تقييم الأداء كخطوة أولى، فيجب أن تكون الأهداف المسطرة محددة بدقة، و تكون هذه الأخيرة ونتيجة وصف مختلف النشاطات التي يقوم بها الفرد حتى ينجز عمله.

2 - إعلام وتكوين المقيمين: إعلام المقيمين بأهمية وأهداف عملية التقييم وفترة إجرائها، وتكوينهم ضروري لعملية التقييم.

3 - اختيار معايير التقييم: وهي عملية ليست بالسهلة، إذ يقوم المسؤول بتحديد وتعريف وصياغة المعايير التي يعتمد عليها في العملية (مثل سمات الشخصية، سلوكيات، أهداف، نتائج كمية).

4 - إختيار طريقة التقييم: فإن الاختيار يتوقف على نوع المعايير وخصائص الوظائف التي يراد تقييمها.

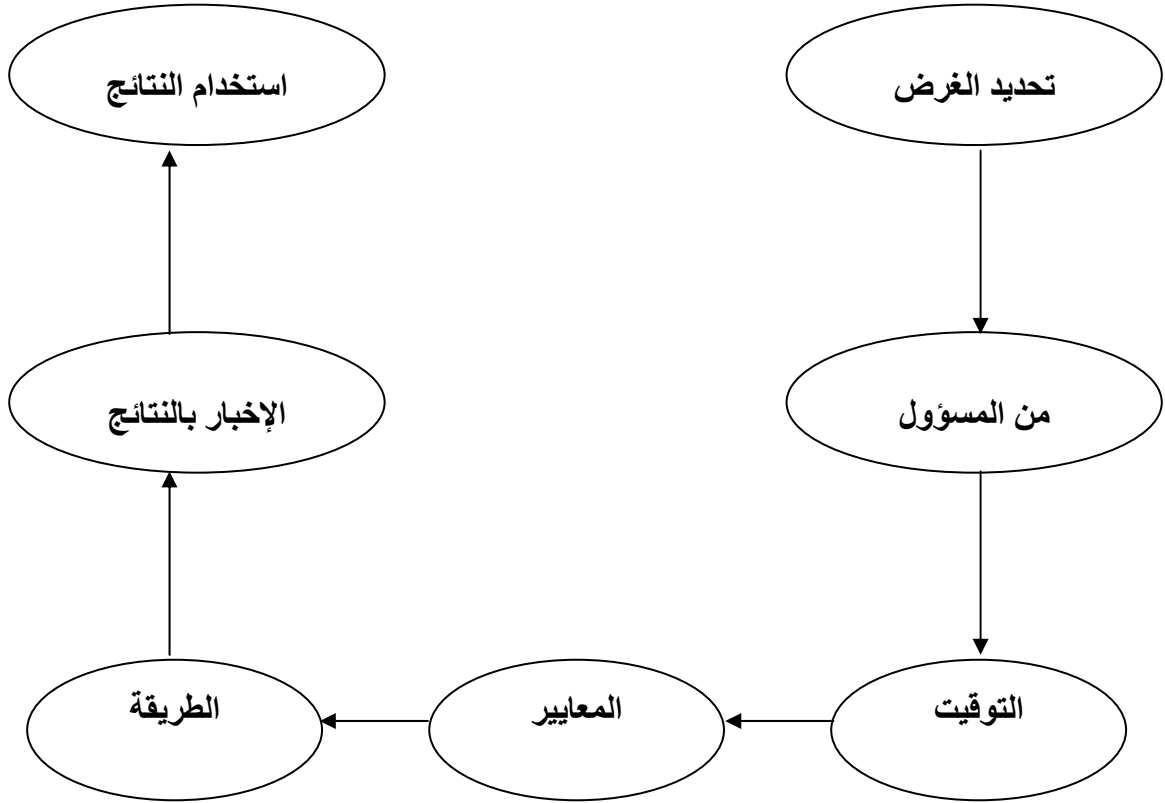
3-المرحلة الثالثة: عملية التقييم:

إذا تمت صياغة معايير التقييم فإن الخطوة التالية تتمثل في قياس الأداء، أي جمع المعطيات عن الأداء الفعلي للأفراد ومقارنته بالمعايير.

ذكر (أحمد ماهر، 1999: 288)عناصر نظام تقييم الأداء ممثلة في الشكل

التالي:

عناصر نظام تقييم الأداء:



شكل رقم 3 يمثل عناصر نظام تقييم الأداء أحمد ماهر، 1999: 288

"يوضح هذا الشكل النظرية العامة لتقييم الأداء، وهي في نفس الوقت تمثل خطوات الممارسة التطبيقية السليمة في الشركات. ويبدأ نظام تقييم الأداء بتحديد الغرض منه، لأن ذلك يحدد عناصر أخرى في هذا النظام ويؤثر فيها. ثم ينتقل الأمر إلى تحديد من المسؤول عن عملية التقييم، وكم مرة يتم التقييم في السنة أو توقيت التقييم. ويؤدي هذا إلى خطوات أكثر أهمية هي تحديد المعايير أو العناصر التي سيتم على أساسها تقييم الأداء، وتحديد

طريقة أو أسلوب التقييم، يلي ذلك إخبار المرؤوسين بنتائج تقييم أدائهم، واستخدام إدارة الموارد البشرية لنتائج التقييم في الوظائف الإدارية المختلفة ."

1 - الغرض من تقييم الأداء:

قد تركز المؤسسة على واحد أو أكثر من الأغراض أو الأهداف، وعند تركيزها على أحد الأغراض فقد يعني ذلك أن هذا الغرض يؤثر في شكل بالغ في نظام الأداء.

2 - من المسؤول عن تقييم الأداء؟:

هناك عدة أطراف بإمكانها القيام بعملية التقييم:

- أ - الرئيس يقيم مرؤوسيه وهي الطريقة الأكثر شيوعا، لأن المسؤولية الرئيسية في التقييم هي للرئيس المباشر.
- ب - الطريقة الثانية: قيام المرؤوسين بتقييم الرؤساء وهي نادرة الاستخدام.
- ج - الطريقة الثالثة: وهي تقييم الزملاء وهذه الطريقة نادرة الاستخدام وما زالت تحت التجريب مثل الطريقة الثانية.
- د - الطريقة الرابعة: وهو اشتراك عدة مقيمين في تقييم المرؤوسين، كل واحد على حدى، ثم يتم جمع وتبويب كل نماذج تقييم المشتركين في جدول واحد، ويساعد ذلك في إبعاد الذاتية عن التقييم.

3 - متى يتم تقييم الأداء؟:

كم مرة يتم فيها التقييم سنويا؟

هناك عدة إجابات لهذا السؤال، فيمكن أن يجرى مرة واحدة، ويتبع ذلك أغلبية المؤسسات، وهناك من المؤسسات من تطبق هذا التقييم أكثر من مرتين سنويا، ويتبع ذلك عدد نادر جدا من المنظمات.

أما الفترة التي يتم فيها، ففي الغالب يكون التقييم في نهاية الفترة إلا أن لذلك عيوباً لأنه يجبر الرؤساء بضرورة قيامهم بتقييم المرؤوسين في فترة ضيقة.

كما يمكن أن يقوم الرئيس بتقييم المرؤوسين خلال الفترة كلها إلا أن هذه الطريقة تأخذ وقتاً كثيراً.

- معايير تقييم الأداء:

يقصد بمعايير تقييم أداء تلك العناصر التي تستخدم كركائز للتقييم.

- من مبادئ استخدام معايير تقييم الأداء:

1 - يجب استعمال عدد كبير نسبياً من المعايير عند تقييم الأداء، لأن العمال يقومون بعدة أنشطة، وعليه يجب أن تتعدد المعايير حتى يمكن تغطية الجوانب المختلفة لأداء الفرد.

2 - يجب أن تكون المعايير موضوعية قدر الإمكان، وأكثر المعايير موضوعية هي معايير نواتج الأداء، تليها معايير سلوك الأداء، وأقلها موضوعية هي معايير الصفات الشخصية.

إبلاغ الأفراد بنتائج التقييم:

لقد أصبح من الثابت علمياً، أن مقابلة تبليغ نتائج تقييم الأداء ذات تأثير كبير على الأداء المقبل للمرؤوسين، وعلى تحفيزهم في العمل.

وتعتبر المقابلة وسيلة لحل المشاكل، وتطوير وتحسين أداء المرؤوسين.

2-3-9 العوامل المؤثرة في تقييم الأداء

بعد أن عرضنا مختلف مقاييس الأداء نتعرف على العوامل التي لها تأثير بشكل سلبي على عملية التقييم وقد ذكر فار و لاندي (Landy (1987) Farr & بأنه تم في العقود الماضية توجيه العديد من البحوث نحو محاولة التخلص من المتغيرات التي كان يعتقد أنها تؤثر على تقدير الأداء أو السيطرة على تلك العوامل. ومن هذه العوامل التي اهتمت بها الدراسات مايلي :

– خصائص المقيّم:

تلعب خصائص الشخص الخاضع للتقييم دورا هاما في عملية التقييم وقد اورد كل من فار و لاندي (Farr & Landy (1987) جدول يتضمن الفئات المختلفة من العوامل التي يمكن اعتبارها خصائص شخصية و التي يمكن أن تؤثر على تقديرات الأداء .

خصائص الشخص الخاضع للتقييم:

الخصائص الديموغرافية	الخصائص النفسية	خصائص مرتبطة الوظيفة
العمر	المتغيرات الشخصية	الرضا الوظيفي
الجنس	المهارات العقلية	الرضا عن أسلوب الإشراف
العرق	الرضا عن الحياة	مستوى الأداء
التعليم	الاندماج و التماثل مع المقيم	التثبيت في الوظيفة
لون البشرة	الانحراف الاجتماعي	انحراف الأداء
الديانة	/	ردة الفعل اتجاه تقييم الأداء
الأصل القومي	/	الاندماج الوظيفي
الجاذبية الجسدية	/	/

كما أوضح كذلك كل من فار و لاندي (1987) Farr & Landy أن لخصائص المقيم تأثير على عملية التقييم ويقصد بخصائص المقيم بعض الخصائص الذاتية كما ذكر أن بحوث عديد وجهت للبحث في العلاقة بين خصائص المقيم وفعالية التقييم وقد جمعت هذه الدراسات خصائص المقيم في ثلاثة أقسام :

1- **خصائص الشخصية للمقيّم** : وتتمثل في الجنس ، العرق ، السن ، المستوى التعليمي و المعرفي ونوع القيادي وخبرة المقيّم في التقييم والتي بينت معظم الدراسات أن لها تأثير على عملية التقييم .

2- **نوع المقيّم** : ويقصد به : هل القائم بالتقييم هو المسؤول أم أحد الزملاء . أم المقيّم نفسه أي التقييم الذاتي حيث أجريت عدة دراسات تبين تأثير عملية التقييم عندما يكون المقيم المسؤول أو احد الزملاء فوجدت عدة اختلافات

3- **معرفة المقيم للمقيم والعمل** : ان معرفة المقيم للمقيم وبالخصوص العمل محل التقييم أمر ضروري لتحقيق تقييم صادق

2- **خصائص المقيّم** : وتنقسم الأبحاث والدراسات الخاصة بتأثير خصائص المقيم على عملية التقييم إلى قسمين :

1-**الخصائص الشخصية للمقيم** .مثل الجنس ،العرق، بحيث يؤثر جنس المقيم وسماته الشخصية كالمظهر –السلوك- تأثير على عملية التقييم .

2- **المتغيرات المتعلقة بالعمل** :

- تأثير الأداء الحالي على عملية التقييم

3- **أداة التقييم** : تلعب أداة التقييم دورا فعالا نظرا لما لها من تأثير في عملية التقييم بحيث أجريت عدة بحوث لتبين تأثير مجموعة من المقاييس التقييمية بناء على الفرضية القائلة بأن الأداة التي تستعمل لجمع المعطيات لها تأثير على فعالية وأهمية هذه المعطيات .

كما يلعب الإطار الذي يجري فيه التقييم دورا هاما في عملية التقييم بحيث أوضحت بعض الدراسات بأن تقييم الأغراض إدارية يكون فيها التساهل أكثر من التقييم لغرض البحث ومع ذلك توجد بعض الدراسات تعارض هذا الطرح.

4-سيرورة التقييم :

تعلق هذه النقطة ببعض العوامل المرتبطة بسيرورة التقييم مثل تأثير تدريب المقيمين وتأثير المقيّم المعروف و غير المعروف و النتائج المترتبة على تأثير السمات ، و المقيّم .

3- **الخصائص التنظيمية:** للخصائص التنظيمية تأثير على التقييم ومن هذه الخصائص حجم المنظمة، نوع النشاط الممارس ، نوع القيادة .

4- **تطوير المقياس :** تتعلق هذه النقطة بمدى مشاركة المقيّم أو المصحح في عملية وضع أداة التقييم أو المقياس ، فقد لوحظ مثلا دراسة المقيّم من إيجابيات المقاييس السلوكية في عملية التقييم ذاتها بحيث يكونون أكثر دراية بالصفات أو الخصائص المراد تقييمها.

5- **خصائص المركز :** تتميز بعض المراكز بخصائص تؤثر على عملية التقييم كمركز المسؤولية و مراكز تتطلب مهارات عالية إذ أن المقيّم قد يتأثر بقوة المركز فيعطي للذي يشغله نقاطا أعلى مما يستحق

6- **تحليل البيانات :** ويتعلق الأمر بالطريقة التي تعالج وتحلل بها البيانات إذ أن طريقة تحليل البيانات المختارة إلى جانب باقي العوامل المشار إليها تؤثر إلى حد ما على عملية التقييم .

2-3-10 سلم تقييم الأداء ذو المؤشرات السلوكية Behaviorally

Anchored rating scales BARS يعتبر هذا السلم من أكثر السلاسل استخداما في تقييم الأداء ، نظرا لدقته في القياس فار و لاندي (1987) Farr & Landy ويستوجب تطويره وبناءه عدة عمليات متتالية حصرها سميث و كندال (1963) Smith & kendall في خمس مراحل يتطلب الإجراء المستخدم في تطوير سلم التقييم ذي المؤشرات السلوكية أربع

مجموعات لكي يتسنى تطبيق العمليات المتتالية ، وفيما يلي عرض مختلف مراحل الاجراء.

(1) المرحلة الأولى:

-تحديد وتعريف أبعاد الأداء:

في هذه الخطوة تقوم المجموعة الأولى من الخبراء الموظفين من شاغلي الوظيفة أو المشرفين عليهم بتحديد كل الأبعاد المهمة و اللازمة للوظيفة المدروسة. كما تعرّف كل بعد من الأبعاد وتقوم كذلك بتعريف مستوى الأداء المرتفع و المتوسط و المنخفض لكل بعد.

(2) المرحلة الثانية :

- تقديم أمثلة من السلوك :

تتولى المجموعة الثانية من الخبراء الموظفين إعطاء أمثلة لأنماط السلوك الوظيفي الجيد المتوسط و المنخفض لكل بعد من أبعاد الأداء. و يتم تدقيق الأمثلة للتقليل من التكرار ووضع كل مثال على شكل سلوك متوقع

(3) المرحلة الثالثة:

- إعادة الصياغة و التخصيص:

تستلم المجموعة الثالثة قائمة أبعاد الأداء وقائمة عشوائية من الأمثلة السلوكية ويتولى كل خبير بصورة مستقلة تحديد جانب الأداء الذي ينتمي إليه كل مثال سلوكي ويتم إبعاد كل مثال سلوكي لم تتفق أغلبية الخبراء على تصنيفه تحت نفس البعد .

تعتبر هذه المرحلة قاعدة لتحديد أيّ الأحداث التي يمكن الاحتفاظ بها لاحتمال إدخالها في المقياس النهائي، و بالخصوص فإن الأحداث التي يحتفظ بها و عندما تتراوح نسبة الاشخاص الذين نسبوها إلى نفس البعد من 50% إلى 80% من المجموعة .

(4)المرحلة الرابعة:

وضع الأحداث في سلم.

يطلب من المجموعة الرابعة تقييم السلوكيات التي تصفها الأحداث حول كيفية تمثيل الأداء الجيد و الأداء الضعيف في الأبعاد التقريبية .

متوسط التقييم:يمثل الدرجة التي تفرق بين الأحداث التي تصف من الأحداث التي لاتصف الأداء بشكل فعلي.

يمثل الإنحراف المعياري مع الأخذ بعين الإعتبار موافقة معظم المقيمين حول فعالية السلم في وصفه الأداء عن طريق الأحداث الحرجة.

إن الإنحراف المعياري يحسب لتحديد الأحداث التي يحتفظ بها لاحتمال إدماجها في المقياس النهائي .

ويحتفظ بالأحداث التي يكون انحرافها المعياري يساوي 1.50 أو أقل على سلم ذي سبع درجات.

السلم النهائي:

الوسيلة التي تنتج عن هذه المراحل الخمس هي التي تكون مقياس (BARS) الذي يحتوي على سلسلة من السلالم العمودية (سلم لكل بعد) مؤشرة عن طريق الأحداث المحتفظ بها. وتقع الأحداث على طول السلم ويعتمد في ترتيبها وفق درجة التأكد من دقتها في وصف الأداء المدروس.

مميزات سلم (BARS) لقد أشير إلى أن لمقياس (BARS) عدة فوائد ميزته عن الطرق التقييمية التقليدية، فالميزة الأكثر افتراضا ماتقوم به مرحلة التوليد او وضع ابعاد الأداء إذ يعتقد أن المشاركة تساعد سلم (BARS) على جمع المعطيات من الأفراد الذين يحتمل أن لديهم معرفة حول العمل و متطلباته أكثر من أي شخص آخر

هذه الميزة التي تغطي بشكل مناسب ميدان الأداء والتي تنتج عنها وسيلة

صادقة

كما يفترض أن طريقة تطوير السلم تساعد على الحصول على الأبعاد الأساسية للأداء فمرحلة إعادة الترجمة في (BARS) تضمن معنا خاصا و واضحا لكل بعد من أبعاد الأداء و الأحداث السلوكية التي تم اختيارها بغرض شرحها كامبل و آخرون (Cambell et all (1973) إعادة ترجمة يعين ليس فقط للتخلص من الأحداث التي لا تنحصر في بعد واحد بل يعين أيضا الأبعاد الغير الواضحة والغير المعرفة بدقة سميث و كندال

(1963) Smith & kendall.

كما تساعد مرحلة إعادة الترجمة في تطوير أبعاد مستقلة للأداء ومشاركة العمال الذين لديهم معرفة كبيرة حول العمل في تطوير سلم (BARS) تتضمن احتمال وجود مميزات عديدة ومختلفة عندما تستعمل الوسيلة الناتجة للقيام بعملية التقييم.

الأحداث التي تصدر من طرف المديرين و المسؤولين والعمال يفضل ان تكون في مصطلحات او في لغة لها معنى واضح وغير معقد بالنسبة للأشخاص الذين يستعملون هذه الوسيلة للتقييم وفي المقابل يكون لها تأثير ايجابي على ثبات التقييم.

« ويذكر دونت (1966) Dunnette بأن زيادة دافعية المقيّم لفعل الأداء يتوقف على وضوح أبعاد المقياس ومدى مشاركة هذا المقيّم في تطويره ويتميز هذا الأسلوب بدرجة عالية من الموضوعية عن طريق تخفيض التحيز الشخصي في عملية التقييم كما انه أكثر قبولا من الأفراد لأنهم يشاركون في إعداده وتطويره ومن مميزاته أنه لا يطبق إلا على الأعمال طور من اجلها ... » (كامل بربر، 1997: 135).

كما كان (لسعاد نايف برنوطي، 2001 : 411) رأي لإظهار مميزات ميزان تقدير سلوكي « إن تطوير هذا الميزان عملية معقدة إذ يجب إعداد نماذج السلوك لكل عنصر ولكل وظيفة ولذلك فاستخدامه مازال محدودا ومحصورا على المنظمات ذات الإمكانيات المتطورة .لذلك يكاد يكون استخدامه معدوم في الدول النامية ومن قبل المنظمات الصغيرة وحتى متوسطة الحجم. مع ذلك فهو مهم جدا حيثما يكون وعي العاملين غالبا وأعدادهم كبيرة ويهم المنظمة ان تجري تقييمات أداء موضوعية .فهو يساعد في جعل تقديرات المقيمين مرتبطة بأداء معين ».

أجريت العديد من الأبحاث و الدراسات حاولت تقييم سلم التقدير ذو المؤشرات السلوكية (BARS) ومقارنته مع الأساليب التقليدية للسلم التقدير البياني .

الثقة:

بدأت الأبحاث حول ثقة مقياس (BARS) منذ أن بدأت عملية تطويره وتطبيقه على مجموعة المقيمين. قام الباحثون بإختبار ثقة السلم الناتجة عن الأحداث و إعادة ترجمتها عن طريق ارتباط معدل قيم السلم المختارة للاعتماد عليها من طرف مجموعتين من الحكام ، وقد بينت هذه الدراسات ثقة عالية شويب و هنمان (Schwab & Heneman (1975) .

دراسة بورمان و فالون (Borman & vallon (1974) تشير على ان الثقة العالية للسلم يمكن ان توجد دون البرهنة على فعالية السلم عند استعماله . وعلى سبيل المثال فإن الثقة الأولية للسلم يمكن أن ترفع عن طريق التخفيض من عدد المؤشرات السلوكية في كل بعد .

كما يجب الإشارة بأنه بإمكان أن توجد ثقة عالية في السلم في حالة اتخاذ مجموعتين مماثلتين من الحكام في تطوير سلم ذو المؤشرات سلوكية

(BARS)

دراسة أولمو، زداك، إمبيراتو و كروسز (Olemo , Zedeck , 1974) و Krausz & Imperato قام باشتراك مجموعتين : مجموعة الممرضين والمسؤولين ومجموعة الممرضين في تطوير سلم ذي المؤشرات سلوكية (BARS)

فوجد أن هناك اتفاقا كبيرا بين المجموعتين في تعريف أبعاد الأداء، بينما وجد اختلافا معتبر فيما يخص نسبة الأحداث الحرجة إلى الأبعاد الخاصة بها.

وحسب الدراسة التطبيقية التي ذكرها فإن مهارة المقيمين في الإتفاق حول نسبة تقييم الشخص المقيم ، فوجد أن الثقة بين المقيمين أكثر فعالية بخصوص المهارات ولها أهمية كبرى تقوم ثقة المقياس ذاتها ففي الدراسات الثلاث التي قامت بمقارنة سلم ذي المؤشرات سلوكية (BARS) بطرق تقييمية أخرى أظهر (BARS) مستوى ثقة عال بين المقيمين في مرحلتين بورمان و فالون (1974) Borman & vallon ودراسة ويليامس و سايلر (1973) Williams & Seiler .

أما في دراسة كامبل و آخرون (1973) Campbell & all سلم ذي المؤشرات سلوكية (BARS) مستوى ثقة منخفض بين المقيمين دراسة لـ بورمان و دونات

(1975) Borman & dunnet قام بمقارنة سلم تقدير ذو المؤشرات السلوكية (BARS) النمطية وسلم ذو تعاريف و اوصاف عليها مؤشرات رقمية وكذلك بين نتائج سلم تقدير بياني ذو مؤشرات رقمية، و توصلوا إلى أن سلم (BARS) كان أفضل وفقا لمعيار هالة و التساهل و الثبات إلا ان الفروق بين صيغ التقدير الثلاث نتج عنها تباين طفيف في تقدير الأداء حوالي 5 % .

في دراسة أخرى لكل من بارناردين ، ألفار غرامني (1976)
(Bernardin , alvare gramny) قارن بين التقديرات
المجموعة وسلالم التقديرات مؤشرات السلوكية توصلوا إلى أن : التقديرات
المجموعة كانت أقل من التقديرات الناتجة عن استخدام أسلوب (BARS) من
حيث:

- أخطاء الهالة .

- وأكبر من حيث التوافق بين المقيمين .

النتيجة العامة التي توصلوا إليها أن سلامة اجراءات التطوير لسلم التقدير
كانتن هي العامل الحاسم في قدرة السلم على مقاومة أخطاء التقدير .

تلتهها دراسة فريدمان و غارنوليوس (1976) Friedman &
Carnelius ففيها تمت مقارنة تقديرات ثلاث مجموعات:

1- المجموعة الأولى شاركة في تطوير سلالم التقدير ذات مؤشرات
سلوكية (BARS) .

2- المجموعة الثانية شاركة في تطوير سلالم التقدير البيانية .

3- المجموعة الثالثة لم شاركة في تطوير أي سلم تقدير .

فتحصلا على النتائج التالية:

لم تكن هنالك أية فروق في خصائص تقديرات الأفراد في المجموعة الأولى
والثانية .

أما تقديرات المجموعة الثالثة اتصفت بوجود نسبة أعلى من خطأ لهالة من
تقديرات المجموعتين الأولى و الثانية .

بالنسبة لدراسة سال و لاندي (1977) Saal & landy فتمت مقارنة
بين السلالم مختلطة المعايير والسلالم ذات المؤشرات السلوكية (BARS)

و أظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب السلالم المختلطة المعايير (MSS)

تتصف بدرجة أقل من خطأ الهالة و التساهل ولكن درجة ثباتها أقل من أسلوب (BARS)

وفي دراسة مقارنة لكل من ديكنسن و سيزلاجي & dickinson (1980) zellinger بين أسلوب (BARS) وأسلوب (MSS) حيث أظهر الأسلوبان درجات مماثلة في الصدق التمييزي ولكن أسلوب (MSS) أظهر درجة أقل من التحيز مقارنة بأسلوب (BARS).

وفي دراسة أخرى أوردها فار و لاندي (1987) Farr & Landy فإن جاكوبس و اخرون (1980) Jacobs & All يروا أن أسلوب (BARS) لا يختلف كثيرا عن غيره من الأساليب وفقا لمعايير القياس التقني (المعايير الكمية) كما أشاروا إلى أن نظام (BARS) قد يكون هو الأفضل وفقا لمجموعتين من المعايير هي الجودة و المنفعة.

الخلاصة:

طبيعة عملية تقييم الأداء جعلتها عملية معقدة، إذ يجب تخطيط العملية في المراحل الإستراتيجية للمؤسسة و تحديد أهداف تقييم الأداء مع تعريف الأداء و معاييرها، و الاهتمام ببناء المقاييس للتقييم التي يجب أن تبنى بناء على شروط يجب مراعاتها من قبل القائمين بتصميم مقاييس تقييم الأداء للأهمية البالغة للمعلومات التي تنتج عنها لاستخدامها في اتخاذ القرارات في مجال تسيير الموارد البشرية، فهذه العملية تعد عملا منهجيا يخضع لقواعد و يمر بمراحل متتالية، تتبع من أجل تنفيذ منهجي للعملية. كما أن لعدة عوامل التأثير على عملية التقييم لا بد من معرفتها و التقليل من حدتها لانجاح العملية. يعد سلم التقدير ذو المؤشرات السلوكية أسلوب من أساليب التقييم التي تستعمل في الوظائف الخدمانية، حيث يتعدى استخدام التقييم الكمي و يساعد هذا السلم في جعل تقديرات المقيمين مرتبطا بأداء معين.

الفصل الثالث

مهنة التمريض

مهنة التمريض

تمهيد:

سيخصص هذا القسم للحديث عن الجزء الثاني من هذه الدراسة ، والمتمثل في وظيفة التمريض.

فيعالج وظيفة التمريض لتحديد و وضع أبعاد الأداء المهنية لهذه الوظيفة ومختلف الدراسات التي تناولت موضوع عملية التمريض و نشاط المرضين.

3-1 التطور التاريخي لمهنة التمريض:

كغيرها من التخصصات العلمية عرفت مهنة التمريض تغيرات عبر الزمن، فقد اهتم الإنسان منذ ظهوره بطرق العلاج و العناية بالمرريض، و استعمل مختلف الوسائل من عشب و حيوان من أجل التخلص من الأمراض، و لقد زاد الإهتمام بمجال التمريض نظرا للدور الذي يلعبه في الحفاظ على سلامة الأفراد و انقاذ المرضى الذين يحتاجون إلى عناية مستمرة و الإهتمام بهم من أجل استرجاع صحتهم و عافيتهم .

نظرا لما عرفته البشرية من انتشار الأوبئة الفتاكة التي أدت إلى وفاة عدد كبير من البشر بشكل مرعب، كان لزاما على الإنسان الإهتمام بالعلوم الطبية حتى يوقف شبح الموت، ومنه ازداد الإهتمام بالعلوم الشبه طبية التي تلعب دورا مكملًا لدور العلوم الطبية فتجعل الممرض مساعدا للطبيب.

و في هذا الفصل نتعرض إلى تطور مهنة التمريض و العلوم الشبه طبية عبر مختلف العصور.

مرحلة ما قبل التاريخ:

لم يسمح التنظيم الاجتماعي للمجتمعات في هذه المرحلة بتطور هذه المهنة لأن المرحلة كانت تتميز باعتماد الإنسان على وسائل بسيطة يفتنيتها من

الطبيعة مثل: الحجارة ، النار و الأعشاب ، دون أن يدخل عليها تغيرات كثيرة ، بل في أغلب الأحيان يستعملها كما هي في الطبيعة. ولعبت المرأة في هذه المرحلة دورا في تربية الأولاد و إعداد الطعام. و كانت تتدخل في ميدان التمريض باجتناّب المضير من الطعام و غيرها من الحشائش و الثمار و الحذر من النار، مع الاحتفاظ بالأطفال المجروحين و رعايتهم و تأمين الغذاء و النظافة لهم. كما امتدت هذه العملية إلى مداواة الجروح باستخدام بعض الأعشاب و التراب (Mostepha Kheati (1986) إذن لم يسمح مستوى الحياة الذي كانت تحياه الشعوب في هذه المرحلة بأن تتطور مهنة التمريض أو تكون هناك طرق للتمريض أكثر فعالية ، بل كانت طرق مستوحاة من الواقع المعيشي للشعوب.

من العصور القديمة إلى ظهور الاسلام:

عرفت هذه المرحلة ظهور عدة حضارات عبر مناطق مختلفة من العالم، وأهم هذه الحضارات التي تركت بصماتها في التاريخ هي الحضارات: الصينية، المصرية، الهندية، الفلسطينية، الفارسية، اليونانية و الرومانية، لكن هذه الحضارات تختلف بعضها عن البعض بمستويات متقاربة. وقد تطورت العلوم الطبية خلال هذه المرحلة غير أن التمريض بقي مرتبطا بالشعوذة و القوة الغيبية، فالأفكار السوداء تركت بصماتها على تفكير الشعوب في هذه المرحلة.

و سيطرت المذاهب الدينية المختلفة على تفكير الشعوب، إذ يُعتبر المرض عندهم نوعا من العقاب الإلهي و لعنة لحقت بالفرد لا يمكن التخلص منها إلا بالرجوع إلى الطقوس الدينية و بعض الأساليب بحثا عن العلاج. ولم يكن يُنظر للمرض بصفته داء يلحق بالفرد يمكن الشفاء

و التخلص منه عن طريق منهج علمي صحيح، و كان المريض يعامل معاملة خاصة، فيعزل عن المجتمع و يبتعد عنه أهله تفاديا لانتقال العدوى. وكانت عملية التمريض عملا انسانيا موجهها إلى الفقراء وفي أغلب الأحيان كان النساء و الرجال هم الذين يقومون بهذه المهنة النبيلة، فيكرسون حياتهم لعبادة الله عن طريق القيام بهذا العمل الخيري المتمثل أساسا في مهنة التمريض، على اعتبارها خدمة إنسانية يتقربون بها إلى الله.

« فكانت الكنيسة الغربية تحرم الطب كفن يقوم على أسس علمية و تفرض على معتقدات الناس وتعلل الأمراض بأسباب لاهوتية لا ينبغي الخروج عليها ». (ماهر عبد القادر، 1988: 16).

العصر الإسلامي:

لقد تميز هذا العصر عن باقي العصور بما حمله من أفكار جديدة و مغايرة تماما للأفكار التي سادت العصور ما قبله. فالفكرة الرئيسية تتمثل بوجود المحافظة على الجسم الإنساني كخطوة هامة للوقاية من الأمراض ، بتنظيف الجسم و الاعتناء به... و جاء حديث الرسول صلى الله عليه و سلم «النظافة من الإيمان».

وتضاف إلى ذلك مجموعة من الارشادات تهدف إلى المحافظة على نظافة الجسم و المحيط ، الوضوء اليومي ، الرضاعة الطبيعية ، تحريم الأغذية الضارة ، النصح بالرياضة .

والفكرة الرئيسية الثانية مفادها أن الله خلق لكل داء دواء، وما على الأطباء إلا تحديد نوع المرض و البحث عن العلاج المناسب « تداوو عباد الله فما من داء إلا وجعل الله له دواء » .

من هاتين الفكرتين انطلق المسلمون يبحثون في العلوم الطبية فجمعوا و استوعبوا العلوم الطبية للحضارات السابقة، بترجمة المؤلفات العلمية

والأدبية من مختلف اللغات، فاستخلصوا نظرة جديدة للعلوم الطبية، تركز على أسس علمية سليمة بعيدة عن الأفكار الغيبية و التفسير الغامضة. و يقول في هذا المجال (ماهر عبد القادر، 1988 : 15) ما يلي: « الحديث عن اسهام علماء المسلمين في ميدان الطب يطلعنا على أن الإسهامات الإسلامية قد خلصت الطب القديم من صور الجهل و الشعوذة، فالطب لدى القدماء اختلط بالسحر إلى حد كبير ، ولكن علماء المسلمين كعادتهم كانوا يبحثون في كل علم من العلوم فيدرسونه و يقفون على ما حققه القدماء بنقد أرائهم

(الإشارة إلى ما أصابوا فيه و ما أخفقوا فيه) من أجل الوصول إلى الحقيقة و الوقوف على مبادئ العلم و أصوله .
فانتشرت بذلك مدارس الطب في المدن الكبرى كما شهدت هذه المرحلة ميلاد أسماء مشهورة حفظت عبر الزمان مثل الرازي (850 م –923م) و ابن سينا (980م-1037م)

و ابن بيطار (1197م-1248م) و ابن نفيس (1210م-1288م).
فبفضل التنظيم المحكم للمصالح الصحية كان يتم توظيف الأطباء عن طريق الإجازات الممنوحة من طرف الطبيب المسؤول على المستشفى الموظف هو الآخر عن طريق المسابقة .

«اذ يجب على من يتعلم الطب و يدرسه و يمارسه كمهنة لا بد له من العمل في المستشفيات حتى يتدرب تحت اشراف أساتذة علماء»(ماهر عبد القادر:1988-ص:41), ريني دنيسلين (1935) René Denisnil.
وقد كان رسول الله صلى الله عليه و سلم أول من أمر (البيمارستان (المستشفى الحربي المتنقل على إثر الغزوات الشائعة في هذه المرحلة). (ماهر عبد القادر:1988) .

و نظرا لخصائص هذه الفترة التي تميزت بالحروب ، تم تكوين مجموعة من الممرضات ، فأول امرأة في هذه الفترة اشتغلت كمرضة هي (رفيدة) و التي كلفت من طرف الرسول صلى الله عليه و سلم للاعتناء بالجرحى في مستشفى المدينة . و قد تم تحديد نشاطات التمريض من طرف (أم عطية) من تحضير لطعام ، المعالجة ، الاعتناء و ملازمة المرضى.

لقد اختلف المؤرخون حول نشأة أول مستشفى في الإسلام، إلا أنهم يتفقون حول تنظيم المستشفيات في العصر الإسلامي كان تنظيما محكما . فقد وضع لها نظاما إداريا و فنيا تسيير وبقاله . وقد ذكر ذلك كل من (أحمد حسنين)- (ماهر عبد القادر: 1988)، ريني دنيسلين (1935 René Denisnil (

فقسم العمل في المستشفيات إلى رئيس الأطباء، أطباء، موظفين، مساعدين صحيين (مرضىين) ، مضمدين و مثلهم أيضا من يعمل بمهنة نظافة المستشفى و السهر على راحة المريض وقت الحاجة. ففي هذه الأثناء تطورت مهنة التمريض بتطور العلوم الطبية.

مهنة التمريض في العصر الحالي :

« يرجع الفضل في وضع أسس التعليم التمريضي إلى فلورنس نايتنجل Florence Nightgale رائدة التمريض في العصر الحديث، فمع أن هناك العديد من الأفراد الذين ساهموا في هذا الإنجاز فقد أصبح التعليم التمريضي حقيقة واضحة من خلال جهود هذه السيدة فمن خلال ماقامت به أثناء حرب (القرم) أثبتت نايتنجل أن الممرضات الحاصلات على تدريب منظم أكثر فعالية على الممرضات غير المدربات ». (أميمة محمد حمدي، 1996 : 19)

لقد لعبت الظروف العصبية التي عرفها العالم خلال الحربين العالميتين دورا في تطوير مهنة التمريض، فالأمراض المختلفة و المشاكل الصحية الناتجة عن الأزمات دفعت بالأطباء إلى تخصيص أوقات للبحث مما دعت الحاجة إلى العناية بالمريض ومرضه فأسندت للممرضات مهام جديدة فانتقلت من عاملة منفذة إلى مساعدة للطبيب حسب موراكس (1968)
.Morax

تاريخ التمريض في الجزائر :

- كانت عملية التمريض قبل الاحتلال الفرنسي مشابهة للتنظيم الموجود في المغرب و المشرق (أحمد عيسى بك:1939) ثم تولت هذه المهنة السلطات العسكرية كما لعبت الكنيسة دورا هي الأخرى.

- ابتداء من سنة 1850 شملت لجان طبية فرعية متكونة من الأهالي و الممرضات الخاصة بالزيارات الطبية. و بصفة عامة كان النظام الصحي غير منظم يتمركز في المدن مهمل القرى و المداشر أين يسكن 90% من سكانها.

- فيما يخص التكوين شبه الطبي فكان ضئيلا أما النشاطات شبه الطبية كانت مضمونة من طرف الممرضات المسيحيات (الأخوات البيض).
باندلاع الثورة التحريرية تم وضع نظام صحي مشابه للنظام العسكري داخل صفوف جيش التحرير.

التمريض في الجزائر بعد الاستقلال و في الوقت الحالي:

- بعد رحيل الأطباء و عمال شبه الطبي و الإداريين الفرنسيين نتجت أزمة في القطاع الصحي و التي تم التغلب عليها بمجهودات معتبرة و قد ارتفع عدد عمال شبه الطبي خلال العشرية الأولى من الاستقلال من 250 عامل

سنة 1962 إلى 12215 عامل سنة 1972 وذلك بفضل التكوين أثناء الخدمة و فتح مدارس التكوين شبه الطبي.

أما خلال العشرية الثانية فقد تم مراجعة التكوين شبه الطبي نتيجة اضغوط من جهة بسبب تزايد حاجيات السكان ومن جهة أخرى التطور الذي عرفه المجال الطبي .

يتم توظيف عمال شبه الطبي عن طريق مسابقة في ثلاث مستويات .

1 - تقني سامي في الصحة .

2- تقني في الصحة.

3- عون تقني في الصحة.

وتحتوي برامج التكوين على العلاج داخل وخارج المستشفى.

الجانب الأول يحتوي على عدة نشاطات منها :

استقبال المريض و عائلته .

تسيير نظام العلاج.

تهيئة المريض لتشخيص العلاج سواء بالأشعة أو عن طريق الأدوية أو بالعمليات الجراحية.

التخدير الطبي.

الانعاش ، الولادات ، العلاج الأولي للمواليد الجدد.

اعادة التأهيل لمختلف العمليات الحركية : الجسمية و النفسية .

الجانب الثاني فيحتوي على النشاطات العلاجية الأولية و الوقائية:

1- التلقيح-التحذير من الأخطار.

2- محاربة الأمراض المعدية.

3- حماية الأمومة و الطفولة.

4- الحماية الاجتماعية.

-يتم التدرج في المستويات الثلاثة عن طريق التكوين المستمر الذي يسمح بالمرور إلى المستوى الأعلى بعد فترة مهنية معينة.

2-3 مهنة التمريض

1-2-3 تعريف التمريض:

جاء في معجم الوسيط: 863 « أن كلمة التمريض مشتقة من أصل الفعل مرّض، و مرّض المريض أي داواه و أحسن القيام عليه ليزول مرضه ».

« تعتبر عمليات التمريض من أهم العمليات التي تتم في المستشفيات لأنها عبارة عن الخدمة الطبية التي تكمل عمل الطبيب ». (أحمد محمد المصري، 2005 : 88)

تعريف عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 21.

« الممرض هو من يقوم بشؤون المرضى و يعطيهم حاجاتهم العلاجية و غيرها طبقا لارشاد الطبيب، أي أن الممرض هو الشخص المسؤول الأول عن تقديم الرعاية التمريضية للطبيب ».

تعريف فلورانس نايتنجيل (1859) Florence Nightingale :
« بأنه الرعاية و العناية الجسمانية التي تقدم للمريض المنوم في المستشفى ». عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 22.

« التمريض في مظهره العام هو تنفيذ أوامر الطبيب باعطاء الدواء و الحقنة و الغيار على الجروح و أخذ العلامات الحيوية و تسجيلها في ملف المريض. و في عام 1975 اعترفت جمعية التمريض الأمريكية (ANA) بأربعة مبادئ تحدد أسس ممارسة مهنة التمريض (Mary Ellen Muney, 1996) و هذه المبادئ هي:

1- يتضمن التمريض عملية الانتباه المعرفي التامة لمستوى الخبرات و استجابات المريض للصحة و المرض من دون التركيز فقط على الأوضاع الحالية.

2- دمج للأهداف و توحيد لها مع المعرفة المكتسبة لفهم الحالة الشعورية الراهنة عند المريض.

3- يتضمن التمريض تطبيق المعارف و المهارات العلمية التي تحصل عليها الممرض في خطوات منظمة بدءا من التقييم المبدئي و انتهاء بالتقييم النهائي مرورا بالمعاملة الانسانية اللائقة و التامة باعتبارها حقا أساسيا من حقوق الفرد في المجتمع.

4- التمريض هو اتخاذ للاجراءات و الاحتياطات الوقائية التي تمنع المرض عن المريض و تحافظ على صحته عن طريق تقديم أفضل رعاية ممكنة باستطاعة الممرض أن يمنحها لمريضه من دون منة و لا تراخي». (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 23).

تعريف أميمة محمد حمدي و عبد المحسن صالح الحيدر، 1996: 25
« اتفق الباحثون في مجال التمريض و وضعوا نظريات علوم التمريض على أن التمريض يعني تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد و الأسر و المجتمعات في الصحة و المرض، بهدف تحسين مستوى الصحة و المحافظة عليها من الناحية البدنية، النفسية، الاجتماعية، الوقاية من الأمراض و رعاية المرضى و مساعدتهم على استرداد صحتهم، و تأهيلهم للاعتماد على أنفسهم و تقليل نسبة العجز و تقديم المشاركة الوجدانية للمريض المصاب بالأمراض المستعصية و المشرف على الموت».

و قد أوضحت (Rogers, 1964) و غيرها من واضعي نظريات التمريض أن علم التمريض جسم من المعرفة العلمية تتصف بمبادئ

وصفية توضيحية و تنبئية تتعلق بعمليات الحياة عند الانسان و تصنف عملية الممارسة التمريضية في نشاطين أساسيين هما:

أ. التقويم المبدئي و التشخيص التمريضي: و هي العملية التي تتضمن معرفة الوضع الصحي للفرد و الأسرة أو المجتمع على مقاييس للحياة الصحية يبدأ من أدنى درجة للصحة و ينتهي بأقصى درجة، و تحدد الممرضة بناء على ذلك احتياجات المريض التمريضية، و تستخدم الممرضة في هذه العملية مبادئ و أسسا وصفية توضيحية و مهارة الملاحظة و مهارات فكرية.

ب: التدخل التمريضي: و هي عملية المبادرة بتحديد الأنشطة التمريضية اللازم اجراؤها لمقابلة الاحتياجات التمريضية، و هي مبنية على مبادئ تنبئية. و تبعا لما سبق يتضح أن الممارسة التمريضية الحديثة تعتمد على المعارف المنبثقة من النظريات الحديثة للعلوم التمريضية. (أميمة محمد حمدي و عبد المحسن صالح الحيدر، 1996).

3-2-2 نشاط الممرض:

« لقد زاد ظهور مهنة التمريض كعلم قائم بذاته، تعزيز ثقة المجتمع بالخدمات التي يقدمها المستشفى، إن خدمات التمريض في المستشفيات والمنشآت الصحية هي الوجه الآخر المكمل للخدمات الطبية، حيث يعتبر الممرض عضوا رئيسيا في الفريق الصحي لا يستطيع أحد اغفال قيمة و فعالية دوره في انجاح مهمة الطبيب، و ذلك لأنه الركيزة التي يعتمد عليها في استمرارية العناية بالمريض. و لقد أثبتت الدراسات أن ما يقدمه الممرض من رعاية تمريضية للمريض أثناء مرضه من الخدمات الوقائية للفرد في حالة الصحة يساوي 80% من إجمال الرعاية الصحية المقدمة للفرد». (أيوب، 1989: 31).

وقد أوردت كاثرين مادراسك (1972) Catherine Madracq دور
المرمضة حسب ما جاء في تعريف النصوص التشريعية السويدية لمهنة
التمريض تقوم الممرضة في الطب العام طبقا لنصوص المعمول بها في
بلدها بالمهام التالية:

1- إعطاء علاج جيد للأشخاص الذين هم في حاجة إليه حسب ما تدعو
الضرورة الجسمية والصحية والعاطفية للمريض في المستشفى أو البيت أو
المدرسة أو مكان العمل.

2- ملاحظة الأوضاع والظروف التي لها أثر خطير على الصحة ونقلها
إلى باقي أعضاء الفريق الصحي.

3- تكوين وإرشاد الموظفين اللازمين استجابة لمطالب مصالح
التمريض للمؤسسات الصحية.

- ومن دورها كذلك تقديم العلاج للمرضى في أي وقت أو تكليف
المرضى المؤهل له.

- تعريف المجلس الدولي للممرضات كاثرين مادراسك(1965)
Catherine Mardacq الممرضة هي الشخص الذي تابعت دراسة
التمريض كتعليم قاعدي وتكون قادرة ومؤهلة للقيام بمسؤولية أعمال
التمريض تستلزم الحفاظ على الصحة، الوقاية من الأمراض وعلاج
المرضى.

ولا يخفى على أحد الدور الذي تقوم به الممرضات في تنفيذ الخطط
المرسومة من قبل الأطباء المعالجين (خرستاني حسان محمد نذير: 1990)
ويضيف كذلك (المكاوي علي: 1996) للبرهنة على أن الممرضة
تلعب مجموعة من الأدوار داخل النسق الطبي يغلب عليها التساند مع
الأدوار الأخرى والاعتماد المتبادل بينها بل أن نجاح الممرضة في الاطلاع
بأدوارها مرهون بإدراكها لهذه الحقيقة أي هناك حلقة من الأدوار

المتناسكة والمتناسقة فيما بينها، تستهدف إدارة أي مستشفى تقديم هذه الرعاية الشاملة بفعالية وكفاءة عن طريق قسم التمريض الذي يعتبر من الأقسام الخدمائية المساعدة التي تسهم بنصيب كبير في تقديم الرعاية الطبية لمرضى المستشفى والذي يعتبر أفراد جزء لا يتجزأ من الفريق الطبي المكلف بالعناية بالمرضى. إذ أنه في حين يختص الطبيب بشكل أساسي بتشخيص المرض وعلاج المرضى، يختص الممرض بالعناية ومتابعة حالته والسهر على راحته.

ولما كان نشاط قسم التمريض بأي مستشفى يشغل مساحة كبيرة على خريطة نشاطات الرعاية الطبية المقدمة ويشكل الممرضون حوالي 40% من مجموع عدد العاملين بالمستشفى (خرستاني حسان محمد نذير: 1990) فإن الأمر يستلزم أن يدار هذا القسم بكفاءة عالية ويتحقق ذلك من خلال دراسة نشاط هذا القسم وتنظيم خدماته وتشغيله وإدارته بما يكفل تعزيز ايجابياته ومواجهته أوجه القصور في خدماته.

وأورد (خرستاني حسان محمد نذير: 1990) مختلف النشاطات التي يقوم بها الممرض فيما يلي :

- ينظم عملية إدخال المرضى إلى عيادات الفحص.
- تنفيذ تعليمات الأطباء فيما يتعلق بأوجه تنسيق أمور العناية بالمرضى مع المختبر و الأشعة.
- تحديد أقرب موعد لمتابعة حالته مع قسم المواعيد في المستشفى.
- القيام ببعض المهام النمطية المحددة قبل إدخال المريض لعيادة الفحص، كقياس حرارته ونبضه ومعدل تنفسه في الدقيقة، ضغطه الدموي، طوله و وزنه قياس قوة البصر وهي أمور تساعد في تشخيص المرض.

- مناولة الطبيب أثناء تأديته للفحص الطبي بعض اللوازم والمعدات التي يحتاجها.
- في قسم الطوارئ تقوم الممرضة بتأدية ادوار أخرى مثل:
- المساعدة في إسعاف المريض وإنعاشه وملاحظة تطورات حالته المرضية.
- تحضير المرضى للعمليات الجراحية الطارئة ومناولة الجراحين اللوازم والمعدات التي تستعمل خلال الإجراء الجراحي.
- وفي جناح العمليات الجراحية تؤدي الممرضة أدوارا هامة مثل:
- تنظيم مواعيد العمليات الجراحية.
- تحضير غرف العمليات قبل العمل الجراحي بالتنسيق مع قسم التخدير ومناولة الجراحين للوازم والمعدات.
- فضلا عن مراقبة حالة المرضى حال الانتهاء من الإجراء الجراحي في غرف الإنعاش الملحقة بجناح العمليات.
- إنعاش المرضى بالأكسجين إذا لزم الأمر.
- الحصول على بعض العينات المخبرية البول والدم وإرسالها إلى المختبر.
- إعطاء الأدوية في مواعيدها المحددة.
- مساعدة المرضى على تناول الطعام وعلى قضاء حوائجهم والعناية بنظافتهم الشخصية.
- الرد على استفسارات المرضى ومواساتهم و التخفيف من آلامهم ومخاوفهم وتلبية احتياجاتهم في ضوء المسؤوليات المنوطة بالممرضات.
- تأهيل بعض المرضى لاستعادة نشاطهم الحركي بتدريبهم على كيفية المشي بالعصا.

- تعليم التمريض وتدريب الممرضات أثناء العمل أو إعداد الممرضات بمستوياتهن الوظيفية المختلفة كإعداد الممرضات المؤهلات والممرضات المساعدات وذلك لسد احتياجات المستشفى.

- تنظيم خدمات التمريض.

تقوم مديرة إدارة التمريض بالإشراف المباشر على الممرضات العاملات ضمن وحدتها، وهي مسؤولة عن تنفيذ مهام الوحدة.

3-2-3 واجبات الممرضة المشرفة على ممرضات القسم:

- التقدير المستمر لاحتياجات أجنحة التمريض من الممرضات و اللوازم والمعدات.

- الإشراف على خدمات التمريض المقدمة وتقويمها، كالتأكد من إعطاء الأدوية في مواعيدها والحصول على العينات المخبرية وإرسالها إلى المختبر.

- الإشراف على تقديم الوجبات الغذائية المقدمة حسب المواصفات التي يحددها الطبيب المعالج.

- وضع جدول مناوبات الممرضات للأجنحة التي تديرها والإشراف على الاستلام وتسليم المهام بين الممرضات عند نهاية فترة العمل.

- تقويم أداء الممرضين الذين يقعون تحت إشرافها والتقرير عن ذلك لمدير التمريض.

- المشاركة في وضع برامج تعليم التمريض والتدريب.

- تلتزم احتياجات المرضى في الأجنحة التابعة لنطاق إشرافها وتلقي شكاويهم عن خدمات التمريض المقدمة والعمل على حلها فضلا عن تلقي ملاحظات الأطباء والعمل للاستجابة لها.

- تقديم المشاورة والمساعدة للممرضين التابعين لها فيما يتعلق بتأدية كافة النشاطات الفنية والإدارية المتعلقة بعملهم.

كما تناول (علي مكاوي:1996) دور الممرض في النسق الطبي وأهم ما أورده ما يلي:

- الممرض كمربي فهو يعلم المرضى كيفية الحفاظ على صحتهم والتعامل مع أسقامهم ويساعدهم على فهم النصائح الطبية والتوجيهات الصحية.

- يعمل على توسيع معرفة المرضى بالصحة والمرض على نحو تعليمي.

- دور الممرض كمكمل للأسرة : تقوم بالحفاظ على استمرارية العلاقات والسلوكيات التي اعتادها المريض قبل مرضه والتخلص من مخاوفه و غربته في أسرته وجماعته الاجتماعية الأخرى.

- «دور الممرض كترجم: حيث يشرح الممرض للمريض لغة الخدمة الصحية إذ هي لغة خاصة تقتصر معرفته على أصحاب المهنة فقط كالأطباء والممرضين، وهناك نمط سلوكي خاص بالمستشفيات والعيادات قلما يفهمه المرضى أو ذويهم » . (علي مكاوي 1996 ص: 126).

ويميز أحمد محمد المصري بين دور الممرضين فيما يلي :

1- الممرضون ذوي التأهيل العالي يمثلون اليد اليمنى للطبيب و يمارسوا أعمال التمريض و مساعدة الأطباء أثناء العمليات، و تنفيذ تعليمات الأخصائيين و متابعة حالات العلاج، و بعد خروج المريض من العمليات و تطور حالته.

و يقاس نجاح المستشفى بتوافر مجموعة من الممرضين الماهرين ومنهم متخرجون من الجامعات.

2- الممرضين المساعدين.

غالبهم من الحاصلين علي الشهادة الإعدادية أو الإبتدائية و حاصلين علي تأهيل في مدارس التمريض المتوسطة أو التابعة لوزارة الصحة و البعض

منهم يكتسب خبرة واسعة من العمل في المستشفيات العامة أو في الوحدات الصحية. (أحمد محمد المصري، 2005)

« وتم تعريف قسم التمريض بأنه يستهدف تقديم خدمة تمريضية عالية الجودة و الكفاءة و من مهامه : إعداد خطة العناية التمريضية الشاملة وم تابعة تنفيذها، توزيع القوى العاملة التنظيمية على الأقسام بطريقة علمية وفق للإحتياجات، ومتابعة توفير الإطارات التمريضية الأزيمة وفق المعدلات التشغيل المعتمدة، وإعداد جداول المناوبات و الإجازات الخاصة بالهيئة التمريضية، ويدخل ضمن مهام القسم تنظيم عملية إدخال المرضى للعيادات، وتحضير المرضى للعمليات الجراحية، تنظيم مواعيد العمليات، تنظيم برامج تعليم وتدريب الهيئات التمريضية ». (عبد الإله ساعاتي، 1998: 141).

الخلاصة: يتضح دور عملية التمريض في المستشفيات من خلال الأدوار الأساسية التي يقوم بها الممرض من أجل مساعدة المريض على الشفاء، وقد تم تطوير هذه الأدوار عبر التاريخ حسب ما أملت الظروف العصبية التي مرت بها الشعوب من حروب و أمراض فتاكة.

حيث ازداد الإهتمام بصحة الأفراد و المجتمعات وقد تطورت عملية التمريض حيث أصبحت علم له قواعد يرتكز عليها رغم صعوبة هذه المهنة التي تتسم بالكثير من الضغوطات الإجتماعية و النفسية و المهنية .

الفصل الرابع

منهجية البحث

1-4 منهجية البحث

يتناول هذا الفصل ماهو متعلق بالتطبيق في الميدان من بدايته إلى نهايته من عرض النتائج و تحليلها و تفسيرها كما يتعرض أيضا إلى اجراء الدراسة، فيشير إلى نوعية الدراسة و عينة الدراسة و كيفية اختبارها و أدوات البحث التي تم استخدامها و كيفية جمع البيانات و طرق تحليلها و حدود الدراسة .

2-4 نوعية الدراسة :

تحاول هذه الدراسة إقتراح طريقة لتقييم أداء الممرضين في مصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة إي وضع ابعاد الداء و السلوكات الذاتية التي تمثل الأبعاد الأساسية للأداء المهني لمهنة التمريض باستعمال مراحل بناء السلم التقييمي ذو المؤشرات السلوكية و لاجراء هذه الدراسة تم اتباع المنهج الوصفي >> هو عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة و تطوير النتائج التي تم الوصول إليها إلى أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها <<. (محمد عبيدات 1997 : 48)

3-4 عينة الدراسة و كيفية إختيارها :

تتكون عينة الدراسة من مائة (100) ممرض و ممرضة بمصالح طب العيون موزعين على أربع مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة حتى تم قبول إجراء التطبيق مع إعطاء وقت كافي لأجرائه بمستشفياتين جامعيين مستشفى مصطفى باشا و مستشفى مايو بباب الوادي.

تم تقسيم العينة إلى أربعة أفواج:

- الفوج الأول ويتكون من (25) خمس و عشرين ممرض و ممرضة بمصلحة طب العيون بمصطفى باشا.
- الفوج الثاني ويتكون (25) خمس و عشرين ممرض و ممرضة بمصلحة طب العيون بمستشفى مايو ببلب الوادي.
- الفوج الثالث ويتكون بدوره من (25) ممرض و ممرضة بمصلحة طب العيون مستشفى بارني بحسين داي .
- الفوج الرابع ويتكون بدوره من (25) ممرض و ممرضة بمصلحة طب العيون بمستشفى بني مسوس .

4-4 الإجراء المتبع لتطوير سلم التقدير ذو المرتكزات السلوكية :
الذي تم شرح هذه المراحل في الجانب النظري.

Identification and definition of performance dimensions

المرحلة الأولى :

مرحلة تحديد الأبعاد تم مع الفوج الأول من العينة فهذه المرحلة تمت مقابلة 25 ممرض و ممرضة كل واحد على حدى و طرح عليهم السؤال التالي :

ماهي المهام الرئيسية التي يقوم بها الممرض أو ماهي الأبعاد المهمة للوظيفة حسب رأيك وتم الحصول على الأبعاد التالية بعد دمج وتدقيق البعاد التي تم التعبير عنها بتعابير مختلفة لتفادي التكرار وتم حصرها فيما يلي :

- قائمة الأبعاد .
- تكوين الملف الطبي وإدارته .
- التنظيم وبرمجت النشاطات العلاجية.

- تنفيذ العلاج وتطبيق للمعارف و المهارات المهنية المكتسبة .
- المسؤولية : المسؤولية المهنية و المسؤولية على العتاد .
- التقييم : تقييم العلاج المقدم و الحالة الصحية للمريض .
- العلاقات الإنسانية .
- التكوين المستمر في مهنة وتحسين الأداء .
- اهتمام الممرض بالمريض وتلبية حاجياته .
- الإتصال الإتصال وتبادل المعلومات مع الزملاء و الفريق الطبي .

المرحلة الثانية :

طلب من الفوج الثاني من العينة إعطاء أمثلة سلوكية تمثل كل من الأداء الضعيف ، المتوسط ، و الجيد ، وقد تم جمع هذه في القوائم التالية :

النسبة المنوية	التكرار	الأمثلة السلوكية
100	25	1- نتوقع من الممرض أن يستقبل المريض مع تحديد سبب الزيارة – حالة طارئة- لإجراء عملية جراحية أو علاج لمدة طويلة أو إجراء بعض الفحوصات مثل A N .Géographie, fond œil javel, l'acuité visuelle
100	25	2- نتوقع من الممرض أن يطلب من المريض الذي سيجري له العملية تحليل الدم والأشعة الصدرية، ومخطط القلب.
80	20	3- نتوقع من الممرض تنظيم مواعيد A.N.G حسب الإمكانيات.

80	20	4- تنظيم المواعيد للمرضى لكشف عند الطبيب أو المراقبة بعد المعليات الجراحية.
100	25	5- المعلومات العامة التي تخص المريض يتم نقلها من طرف الممرضة التي تهتم بالملف الطبي للمريض وتنظيمه وتصنيفه مع باقي الملف عن طريق إعطائه رقم معين حسب السنة.
100	25	6- إعادة نقل المواعيد على ملف المريض وبطاقة المريض عن طريق الممرض.
100	25	7- تستلم الممرضة نتائج التحليل والأشعة التي تحفظها في ملف المريض.
100	25	8- يطلع الممرض يوميا على ملف المريض.
100	25	9- يقوم الممرض بملء الورقة الخاصة بالثوابت للمريض يوميا مثل - الضغط الدموي- الحرارة وفي بعض الأحيان الوزن يطلب من الطبيب أو تحليل البول لحالات مرض السكر.
100	25	10- يقوم الممرض بمرافقة المريض بكشف مع إحضار ملفه الطبي للطبيب.
76	19	11- ينظم الممرض عمله في الصباح عند البداية بأخذ الثوابت من حرارة - Les constantes - ضغط الدم
72	18	12- للقيام بالعلاج الخارجي يعد الممرض الأدوات اللازمة وينظمها مثل الضمادات المعقمة والقطرة للعين Les collyres (مزبلة لرمي الأوساخ

		الضمادات التي استعملت والقطن المستعمل).
80	20	13- للقيم بالحقن Sans canjanctival يجب على الممرض تحضيره مسبقا داخل قاعة التضميد في الحقن المعينة وتقوم مباشرة بحقنها للمريض وقاعة العلاج لربح الوقت والجهد.
100	25	14- للحقن المتواصل perfusion يقوم الممرض بتحضير قارورة (Hepécranriere, Lerbelyre) الإبر الكحول الضمادات اللاصقة وربط . Gallot
100	25	15- طوي الضمادات في حالات التي تستدعي ذلك مع تحضير الضمادات في شكل سيجارة بتقطيع القطن على مربعات تبليبه بالماء وتركه يجف ثم تعقيمه في جهاز التعقيم Pau pin elles بدرجة 150 ولمدة 60 دقيقة.
100	25	16- يغسل ويجفف ويعقم العتاد الخاص بالكشف وكذلك نفس الشيء بالنسبة لأدوات الجراحة.
100	25	17- تطهير الأجهزة الكشف بكمادات تحتوي على ماء جافيل لتنقيتها من الغبار والجراثيم مثل جهاز Javel, pompe à fente طاولة العمليات ومكان الضمادات وجهاز An giographi وجهاز التعقيم Pau pin elles.
40	10	18- تقوم بتنظيف قاعة التضميد.
80	20	19- تحضير بعض العمليات البسيطة مثل chalazion Ablation deux lacrymal, ptarmigan

100	25	<p>20 - يعرف جيدا لما تصلح القطرات Les collyres</p> <p>- في حالة تعفن infection يستعمل Antibiotique</p> <p>- في حالة التهاب Anti inflammatoire inflammation</p> <p>- في حالة ارتفاع ضغط الدم في العين Hypertension oculaire</p> <p>نستعمل Hypotenseur</p> <p>- في حالة تضميد العين dilateur للفحص أو حالة مرضية</p> <p>يستعمل الممدد dilateur واستعمال Le collyre corticoide</p> <p>نعترف أنه أكثر فعالية من المضاد للالتهاب</p>
100	25	21- يحضر المريض للعملية الجراحية
100	25	22- يعرف كيف يحلق الحاجب و الرموش بمهارة و يستعمل مرهم العيون بعناية فائقة لتفادي كل أنواع التعفن
100	25	23- يتوقع منه أن يقطر قطرة من المضاد الحيوي في العين لتفادي الالتهاب عند تحضير المريض للعملية الجراحية
100	25	24- الممرض يدون التعليمات للممرض الليلي في السجل الليلي Registre de nuit
100	25	25- الممرض الذي يأخذ نوبة الليلة يشرف على أخذ الدواء الممد في

		الساعة محددة من طرف الطبيب لتفعيل من روعه و تحضيره للعملية – أخذ جرعة لـ 100مغ على الساعة 20سا مساء
100	25	26- يقوم الممرض بقياس الثوابت من حرارة و ضغط و تدوينها على الوثيقة الخاصة بما قبل العملية الجراحية
100	25	27- يرافق الممرض المريض إلى قاعة التحضير و يساعد على ارتداء الملابس المعقمة للعملية
100	25	28- يرافق المريض إلى قاعة العمليات
100	25	29- يساعد الممرض الجراح في تشغيل الأجهزة الضرورية مثل la Cryaude microscop – fraise في حالة القرنية
100	25	30- تقطير القطرات المناسبة حسب الحالة تحضير المضمدات و تضميد العيون
100	25	31- تنظيم وضع الأدوات حسب الأولوية لاستعمال من طرف الجراح و ترتيبهم حسب ذلك
100	25	32- من واجب الممرض نقل المريض من غرفة العمليات إلى غرفة الإنعاش في حالة تخدير كلي
100	25	33- يسهر الممرض على المريض داخل غرفة الإنعاش و يراقب حالته الصحية
100	25	34- في حالة تخدير جزئي ينقل المريض إلى غرفته مباشرة من طرف

		الممرض
100	25	35- يجب على الممرض أن ينظم عمله حسب الأمراض – يبدأ بالأمراض الغير معدية
100	25	36- يبرمج الأمراض المعدية في آخر برنامجه اليومي في الوقت الأخير من أجل تفادي نقله للعدوى
100	25	37- نتوقع من الممرض أن يعرف كل أنواع من العمليات و ما تستلزمه من أدوات و عتاد و نوع القطرات التي يجب استعمالها و الاحتياط حسب حالة المريض (مرض سكري ، ضغط الدموي، الحساسية لبعض المواد)
100	25	38- تحضير طاولة العملية وضع الأفرشة المعقمة و كل ما يلزم العملية من عتاد و تنظيم طاولة الأدوية و الحقن ، الإبر، والشفرات اللازمة للجراحة
100	25	39- إنزال المريض على طاولة الجراحة
100	25	40- كل علاج يجب أن يكون مدون على البطاقة يوميا و التمريضية يوميا
100	25	41- يتوقع من تكفل الممرض بعرض المريض و نتائج الكشف على طبيب الإنعاش قبل العملية و أخذ موافقة هذا الأخير
100	25	42- يتوقع من الممرض أن يتفقد و يطالع يوميا على سجل المواعيد بالنسبة لعمليات الجراحة
100	25	43- يتوقع من الممرض أن يطلب من المريض أخذ الدواء بمفرده

80	20	44- يتوقع من الممرض يصغي للمريض و يخفف عنه و الرفع من معنوياته
100	25	45- تحضير طاولة الحالات الطارئة بكل عناية و تنظيم محكم مع مراجعة تاريخ الاستعمال للأدوية التي يضعها في الطاولة
100	25	46- الاستجابة الممرض للحالة الطارئة في الوقت المناسبة و بسرعة
40	10	47- مساعدة المرضى الذين هم في حاجة بحاجة إلى مساعدة في حوائجهم اليومية
80	20	48- يمكن للممرض أن يقيم تحسن و سوء الحالة الصحي للمريض
72	18	49- إبلاغ الطبيب عن تطور الصحي للمريض لأن الممرض دائما يلازم المريض و يلاحظ كل جديد يطرأ عليه من الناحية الصحية
100	25	50- السرعة في تنفيذ الأعمال تجنب في الكثير من الحالات السكتة القلبية لدى المريض خاصة في غرفة العمليات عن طريق السرعة في الحقن و مناولة الطبيب الأدوات اللازمة أثناء العملية الجراحية
100	25	51- إجراء التضميد ضاغط دون إحداث آلام في رأس المريض بمهارة تجعل المريض لا يشعر بالألم من جراء ذلك خاصة و أنها تخص عضو جد حساس الذي هو العين
100	25	52- من المفروض للممرض يستجيب و يرد على كل متطلبات المرضى
100	25	53- يغرز مرتين و ثلاث مرات من أجل العثور على الوريد للحقن

100	25	54- تحضير طبق الطوارئ للتصدي لكل طارئ خاص حالة الحساسية L'allergie à certain médicaments
100	25	55- يتوقع الممرض حالات غير واردة
80	20	56- تطبيق بالحرف كل تعليمات الطبيب
100	25	57- تضييع العتاد الطبي و إهماله
100	25	58- تنظيم الأدوات و العتاد بشكل يسمح من اجل ربح الوقت
100	25	59- استعمال المضادات و الشفرات الجراحة لأعراض شخصية
40	10	60- تحضير فراش المريض و تغيير الافرشة
56	14	61- التحدث مع المريض و محاولة كسب ثقته و مودته
100	25	62- عدم الاستجابة لنداء المريض
100	25	63- المحافظة على نظافة العتاد و نظافة الممرض عند تقديم العلاج
100	25	64- حرص الممرض على أن يكون المريض صائما لإجراء العملية الجراحية مع مراعاة ظروف الذين يعانون من الأمراض المزمنة مثل ضغط الدم ،السكر....
80	20	65- يتوقع من الممرض أن يتابع تناول المريض لدوائه (الذي يزاول علاج لمرض مزمن مثلا)
100	25	66- مناولة الطبيب الجراح الأدوات اللازمة أثناء العملية
100	25	67- نتوقع منه أن تكون لديه مهارات في استعمال بعض الأجهزة في قاعة العمليات لمساعدة الطبيب الجراح و تنفيذ كل تعليماته

100	25	68- يتوقع منه أن ينفذ العمليات العلاجية بصفة دقيقة
60	15	69- الممرض له مسؤولية مهمة يتوجب عليه القيام بها
100	25	70- يقوم الممرض بتطبيق العلاج مع الحفاظ السر المهني و التكتم على أسرار المريض
100	25	71- يحافظ الممرض على حرمة المريض
100	25	72- نتوقع من الممرض ينسى مراجعة تاريخ الاستعمال للأدوية و بالتالي إتلافها
100	25	73- استعمال إبر غير معقمة
72	18	74- التماطل في الاستجابة للنداءات المرض المستعجلة مما يترتب عنها بعض الإزعاجات (كالبول والتبرز داخل السرير و التقيؤ بالنسبة للمرضى المسنين الذين هم بحاجة إلى مساعدة
100	25	75- الممرض لا ينظف يديه عندما ينتقل من علاج إلى آخر
100	25	76- دعم نقل الأعراض الثانوية أو عارضة للعلاج
100	25	77- ينقل الملاحظات بشأن العلاج المتبع أو بعض التعقيدات المتوقعة
76	19	78- الممرض لم ينقل رد فعل المريض للعلاج المتبع
100	25	79- عدم أخذ الاحتياطات لمنع انتشار الأمراض المعدية
100	25	80- عدم مراقبة عربة الاستعجالات يوميا

80	20	81- المعلومات المسجلة في الملف الطبي صعبة للقراءة
100	25	82- ينقل المعلومات بطريقة سليمة كما تطلبه التعليمات الصادرة عن إدارة المستشفى
100	25	83- الاختصارات المستعملة في الملف تتشابه مع الاختصارات المفروضة من طرف إدارة المستشفى
100	25	84- تتوقع من الممرض أن يتصل بالممرض الذي سيخلفه هو يعطيه تقريراً عند إتمام مهامه <i>Passation de consigne</i>
100	25	85- كل الوثائق التي يحتويها الملف مجمع حسب الترتيب الخاص بالمستشفى.
80	20	86- يتم مراقبة الوصفات الطبية ونقلها بدقة دون نسيانها.
100	25	87- تقدير الكمية اللازمة من الأدوية وأدوات للقيام بالعلاج.
100	25	88- عدم تدوين في الملف نوع الحساسية التي يعاني منها المريض بدقة.
100	25	89- نتوقع من الممرض أن يحدد اليوم السعة التي تم اخذ فيها الضغط الدموي، الحرارة، السكر.
100	25	90- يتفقد التعليمات في الملف أو البطاقة الخاصة بالعلاج الموصوف كما يتأكد من ساعة أخذ الدواء والمرات التي يتكرر فيها وكمية المحددة من طرف الطبيب.
100	25	91- تحضير الحقن في قاعة العلاج تقوم بتنظيف يديه ثم نأخذ الإبر المعقمة المناسبة ونختار الحقن الملائمة لذلك، نحضر القطن المبلل بالكحول.

	نتوقع أنه عندما يأخذ الدواء المحدد أن يقرأ الوصفة ويمسح أعلى القارورة الدواء بالقطن المبلل بالكحول ثم يقوم بتكسيدها.
--	---

المرحلة الثالثة:

مرحلة إعادة الصياغة و التخصيص Retranslation تم الطلب من الفوج الثالث من العينة إذ ينسب كل مثال سلوكي إلى البعد الذي يناسبه بعد تسليمه قائمة عشوائية من الأمثلة السلوكية وقائمة أبعاد الأداء . وبعد جمعها قامت الباحثة بأبعاد الأمثلة السلوكية التي لم يصل إتفاق الممرضين إلى نسبها إلى بعد معين بنسبة 70% وعزلها من القائمة ثم شكلت قائمة جديدة تحتوي على الأبعاد و الأمثلة التي تم الإتفاق حول ملائمتها للبعد

المرحلة الرابعة:

التدرج Scaling incidents وقد أجريت مع الفوج الرابع من العينة ، هذا الفوج كلف بتقييم الأمثلة السلوكية بالنسبة لفعالية الأداء الذي تم وصفه وقد تم الإتفاق على استخدام التنقيط التالي من طرف الممرضين:

نقطة 0 : أداء منعدم

نقطة 1 : أداء ضعيف

نقطة 2 : أداء متوسط

نقطة 3 : أداء جيد

المرحلة الخامسة :

إختيار مؤشرات السلم Final instrument ويقوم بها الباحث حيث يتم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات التقييم لكل مثال سلوكي . وبذلك يتم إختيار الأمثلة كمؤشرات لكل بعد من أبعاد الأداء إذا كانت إنحرافات المعيارية صغيرة وتكون مرتية على أساس المتوسط الحسابي لدرجة تقييم الفعالية على السلم النهائي.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة

النتائج

5 عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم الى النتائج المتوصل اليها من خلال الدراسة الميدانية. و هذا بعد جمع وفرز المعطيات الإحصائية وفق الإطار المنهجي المتبع . حيث تنظم ضمن الجداول، تتبع الجداول بتفسير وتحليل النتائج الإحصائية، و مناقشتها من خلال الربط بين الجانب النظري والجانب الميداني للبحث.

1-5 عرض تحليل النتائج حسب الفرضيات:

جدول رقم 01 نتائج الإجابة على السؤال رقم 01: هل الطريقة التي يتم بها تنقيطكم تعكس مجهوداتكم ومستوى أدائكم الفعلي؟

العينة / الإجابة	نعم	%	لا	%	لا أدري	%
المرضى	04	6.15	55	84.68	06	9.25

الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن أسلوب التقييم المتبع في مصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة يعاني من نقص في تغطية الأبعاد الأساسية لأداء الممرضين.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم استخدام التكرارات والنسب المئوية لتوضيح النتائج ومناقشتها فنسبة 84.68% تؤكد بأن التنقيط لا يمثل عمل الممرض في الميدان بينما نسبة 6.15% وهي نسبة ضعيفة ترى بأن هذا التنقيط يكافئ العمل الحقيقي للممرض، أما نسبة 9.25% تظاهرت بعدم معرفة إذا كان هذا التنقيط هو تقدير فعلي أم لا. وتعتبر هذه الإجابة كنوع من عدم الرغبة في إبداء الرأي وتجاهل هذا المجال.

جدول رقم 02 نتائج الإجابة على السؤال رقم 02: هل تعتبر النقاط الستة التي تتضمنها بطاقة التنقيط كافية لتقدير أعمال الممرضين؟

العينة/ الإجابة	نعم	لا	لا أدري
الممرضين	03	57	05

جدول رقم 03 نتائج الإجابة على السؤال رقم 03: هل هذه الطريقة في التنقيط صحيحة؟

العينة/الإجابة	نعم	لا	لماذا؟
المرضى	04	61	- تعطى قيمة كبيرة للغيابات - عدم تقبل التعاون - كما تدخل العلاقات الشخصية أو المصالح

جدول رقم 04 نتائج الإجابة على السؤال رقم 04: ما هي الجوانب التي ترون أن بطاقة التنقيط قد أغفلتها؟

الجواب	التكرار
التنظيم	45
المسؤولية	35
الاستقبال	62
العناية بالملفات	59
عبيء العمل	45

أما فيما يخص النقاط التي يتم من خلالها تقييم نقطة أداء الممرض فقد اعتبرت هذه النقاط التي اتخذت كأبعاد لمهنة التمريض غير كافية وليست مخصصة لها بل يدخل ضمنها كل أصناف العمال منها صنف أقل من 10 بالنسبة لسلم الأجر.

بمعنى أن هذه الأبعاد لا تغطي المهام الأساسية واللازم توفرها في مهنة التمريض بل هي أبعاد عامة غير دقيقة فهي لا تعبر عن أبعاد الأداء، ويتمعن النقاط الستة (06) يمكن أن نستنتج ما يلي:

1- المعلومات المهنية: فكل مهنة تتطلب نوعاً من المعلومات الخاصة بها فهي نقطة عامة أو نقطة تعد منهجية لاستخراج المعلومات المهنية الضرورية للقيام بأي عمل كان.

2- العناية في تنفيذ العمل: وهو مطلوب من كل عامل أن يقوم بتنفيذ عمله بشكل جيد أو طلب مستوى جيد من الأداء في العمل، وهو يعتبر هدفاً في ذاته وليس بعداً من أبعاد الأداء.

3- الانتظامية: ويقصد بها الحضور في الوقت المحدد للعمل وتركه في الوقت المحدد أي عدم التأخر والخروج قبل الوقت أي احترام مواعيد العمل يمكن اعتباره بنداً وليس كبعد من الأبعاد الأساسية للأداء.

4- الخدمية: مساعدة الغير عند الحاجة وهو كذلك يعتبر بنداً.

5- سرعة التنفيذ: وفيه غموض، ما المقصود به؟ فهل هي سرعة تنفيذ التعليمات أم السرعة عند تنفيذ العلاج أو سرعة الاستجابة للحالات الطارئة فإن الذين يقومون بالتنقيط لم يعطوا بالتحديد ما معنى سرعة التنفيذ.

- حسب دراسة لكل من كاتز و سناو (1981) Katz & Snow فقد جاء فيها أنه يتوجب على المؤطر في الشبه طبي أن يكون قادراً على تقييم الأداء بطريقة سليمة مع العلم بأن الأمر ليس بالسهل إذ يجب أن يكون التقييم صادقاً أي أنه يسمح بتحديد وبدقة القدرات اللازمة لتنفيذ المهام، ويكون قابلاً للتعميم ويكون ملائماً للمهنة التي يتم تقييمها.

ويشير أيضا كاتز و سناو (1981) Katz & Snow أنه يتم التقييم في أغلب الأحيان ماذا يعرف الممرض عن الكيفية التي تنفذ بها المهام وبينما تهمل الميزات الأخرى الضرورية من المواهب، والقيم والاتجاهات نحو الآخرين.

لكي يتسنى وضع أبعاد الاداء تكون البداية من تحليل مفصل للمهارات والقدرات التي تتطلبها الوظيفة ووضع شروط التوظيف وقد ذكر ذلك كاتز و سناو (1981) Katz & Snow إذ يرى بأن التقييم يكون بعيد عن تلبية الحاجات الحقيقية لمصالح الصحة إذا كان لا يعتمد على نتيجة تحليل دقيق ومحدد للمهارات والقدرات التي يجب أن تتوفر في شاغل هذه الوظيفة. قامت اللجنة المركزية للتمريض بوزارة الصحة السعودية بإعداد نموذجاً لتقويم أداء الممرضين يتم ملاءمه من طرف مسؤول التمريض في القسم وهذا النموذج يشتمل على خمسة عناصر رئيسية هي:

1_ الكفاءة المهنية

2_ المشاركة و الأتصال

3_ العمل السريري

4_ العمل الإداري

5_ العلاقات الإجتماعية

وقد تم دراسة المشكلات التي تواجهه تقويم الأداء الوظيفي بوزارة الصحة السعودية والتي تم تلخيصها في ما يلي:

رغم وجود نماذج تقويم الأداء الوظيفي فإن هذه الأخيرة لم توضع بشكل خاص بفئة الممرضين، لذا يصعب إستخدامها لغرض توفير معلومات وافية عن مستوي الأداء الفعلي للممرضين.

_ عدم إمام بعض المسؤولين المباشرين بكيفية تعبئة نماذج تقويم الأداء الوظيفي، وعدم معرفتهم لعناصر التقويم تتضمنها النماذج مما يؤدي إلى أن يكون تقويم الأداء غير دقيق وغير موضوعي.

_ عدم وجود سجلات او بيانات أداء يسجل فيها بشكل مستمر ملاحظات الرئيس عن أداء المرؤسين، سواء كانت إيجابية او سلبية. وذلك يستدعي أن يعتمد الرئيس المباشر على ذاكرته التي قد لا تساعده في تذكر جميع أداء الموظف.

تساهل بعض الرؤساء و ميلهم الى مجاملة بعض الموظفين، وذلك بإعطائهم تقديرات عالية ممتازة لأجل إرضائهم.

إنعدام معايير الأداء يجعل عملية التقييم صعبة مع صعوبة تحديد الإنحرافات عنها سالبا او إيجابا.

عدم إعطاء كل عنصر من عناصر التقويم وزنا حسب أهميته.

ولخص محمد حسين زويلف، 2002 أسباب فشل عملية تقييم الأداء فيما يلي :

_ عدم دقة معايير التقييم وعدم قدرتها على التعبير عن الاداء.

_ عدم وجود تعليمات سليمة وكافية في أسلوب التقييم.

عدم دقة درجات القياس (مثل ممتاز، جيد، متوسط) في التمييز بين العاملين.

_ ميل المدير الى التعميم وهو أن يتأثر المدير بصفة وحيدة في أداء المرؤوس تجعله يعممها على باقي صفات الأداء. أو أنه يتأثر بالأداء العام والكلي للمرؤوس فيميل إلى تقييم كل جوانب و معايير الأداء بالقيمة نفسها.

_ عدم فهم معايير التقييم : مثل المبادأة و التعاون، قد تكون غامضة في معناها.

_ عدم فهم مقياس التقييم: فإذا كان المقياس مقسم إلى ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول، متوسط وضعيف، فما معنى كل درجة؟ وما هي حدودها؟ وقد يختلف مديراً لأخر في فهمه لهذا المقياس.

_ التحيز الشخصي: حيث يميل بعض المديرين لبعض العاملين للقرابة أو الجنس أو الصداقة.

_ التأثير بسلوك الأفراد قبل فترة التقييم إذ يتأثر المشرف الذي يقوم بالتقييم بتصرفات مرؤوسيه في الفترة الأخيرة التي تسبق عملية التقييم فإذا كان أداء الفرد حينها جيد فمن المحتمل أن يمنحه تقديراً عالياً حتى لو كان أداءه غير مرضياً قبل ذلك.

كما ذكر حنا نصر الله، 2001 بعض الصعوبات والمشاكل التي تؤثر على فعالية عملية تقييم الأداء.

1- صعوبة تحديد معايير لقياس أداء الأعمال الإدارية والإستشارية (الذهنية) إذ أن أغلب العناصر ومجالات العمل غير قابلة للقياس بشكل ملموس على عكس ما هو الحال بالنسبة للأعمال الإنتاجية.

2- يواجه الرئيس أو المشرف صعوبات في لعب دور الموجه والمحفز والمرشد لمرؤوسه في أعماله والقيام بدور الحكم على النتائج والأداء للعاملين مما يخلق تعارض في دوره وارتباك نفسي له.

جاء في دراسة كافاناغ (Kavnagh, 1973) بأن مسألة اختيار أبعاد التقييم المناسبة لا يمكن الإجابة عنها إلا من خلال مراعاة الاعتبارات التالية: طبيعة متطلبات الوظيفة، أهمية العوامل الشخصية وعوامل الأداء لتلك الوظيفة. فار و لاندي (Farr et Landy, 1987).

كما يضيف حنا نصر الله، 2002: 65 « إن تقييم أداء العاملين متوقف على توافر معايير يستعان بها والمتمثلة في فئات الوظائف وأوصافها والتي

تمكن المقيم المسئول لدى تقييمه لمرؤوسيه مراعاة الموضوعية في تقييمه
 .«

الفرضية الثانية:

هناك علاقة بين التقييم الذاتي للممرض و التقييم بأسلوب (B.A.R.S).
 تفيد هذه الفرضية بأن تقدير الإدارة لجهود ومستوى أداء الممرضين غير
 تقدير الممرضين لمستوى أدائهم.
 أي أن هناك ارتباطا بين التقدير لمستوى أداء الممرضين باستعمال أسلوب
 (B.A.R.S) الذي تم تطويره بمستشفيات (الجزائر العاصمة)، و التقدير
 الذاتي للممرضين لمستوى أدائهم. و قد تم مقارنة النتائج المتحصل عليها
 من خلال التقييمين في الجدول التالي:

جدول رقم 05 نتائج الإجابة على السؤال رقم 05: ما هو تقييمك
 لمستوى أدائك؟

العينة/ الإجابة	جيد	%	متوسط	%	ضعيف	%
التقييم الذاتي	11	18.33	26	43.33	23	38.33
نتائج (BARS)	27	45	37	61.66	06	10

يتضح من خلال الجدول السابق (رقم 05) أن النقاط التي يتم من خلالها التقييم الذاتي لمستوى الأداء لا تغطي الأبعاد الأساسية لأداء مهنة التمريض، فالتقييم يعتمدان على نقاط مختلفة وذلك نتيجة اختلاف وجهة نظر كل واحد واعتماد قواعد مختلفة لتقييم مستوى الأداء فبينما لا يعطى الممرضون أهمية كبيرة لتأخيرات نجد أن الإدارة تولي اهتمام كبير لها. فالممرضون يهتمون بتقييم عبء العمل أي عدد المرضى الذين يسهرون على خدمتهم والمجهود الذي يبذلونه في تلبية حاجياتهم والرعاية الكلية للحالات الخطيرة المستعجلة.

وقد تم حساب معامل ارتباط الرتب سبيرمان Spearman لكل من التقييم الذاتي لأداء الممرضين و التقييم باستعمال سلم التقدير ذي المؤشرات السلوكية (BARS) ويقدر معامل ارتباط ب 0.48 وهو ارتباط متوسط.

كما يمكن أن نعلل النتائج بأن هناك ميل إلى تساهل في التقييم الذاتي أكثر من التقييم الذي يتم من جهات أخرى وأنه يسبب المشاكل إذا استعمل لأغراض كاتخاذ القرارات الإدارية وتحليل الاحتياجات التدريبية واختيار الموظفين إذ أشار إلى ذلك كل من ماير (1980) Meyer و رونتو(1980) ronto، هيفين (1980) Hevine في فار و لاندي & Farr Landy .

فقد يكون التقييم الذاتي مفيدا في فهم ظاهرة الدافعية تورنتو (Thornton 1980) حسب دراسة أوردها فار و لاندي (1987) Farr & Landy نظرا لأن التركيب الدافعي للموظف يكون غالبا أكثر قدرة على التنبؤ بنتيجة تقييم الذات من مقاييس الأداء الأكثر موضوعية أو التقديرات. كما يمكن أن نفسر النتائج على أن أسلوب (BARS) كونها تميل إلى إعطاء حكم عام عن كل شخص يجري تقييمه بدلا من التمييز الدقيق بين

مستويات الأداء على أبعاد العمل المختلفة فقد يفشل المقيم في التمييز بين مكونات السلوك الوظيفية المتباينة فار و لاندي (1987) Landy & Farr.

كما نفسر كذلك النتائج بوجود نزعة مركزية والمقصود بها هو تجنيب التقديرات المبالغ فيها سلبيا وإيجابيا وتركز التقديرات حول منتصف السلم. كما يفترض أن نفسر نتائج التقييم الإداري للممرض بأن هناك نوع من التحيز الشخصي من قبل المشرف أو المسؤول المباشر الذي يقوم بتقدير أداء الممرض، فهذا التحيز يتمثل في خصائص التي يحملها الشخص معه ومن المسلم أن هذه الخصائص تلعب دورا رئيسيا فيما يخص نتائج التقييم، ومنها الجنس، العمر، العرق، التعليم كما أن لتفاعل المقيم والمقيم دورا في التقييم فار و لاندي (1987) Farr & landy وما هو ملاحظ كذلك أن تقييم أداء العامل يتم دون حضوره أو مقابله، فنجاح هذه الطريقة يتوقف إلى حد بعيد على مهارة وقدرة وكفاءة المقيم في استخلاص نتائج موضوعية وسليمة.

ورد في كتاب مصطفى نجيب شاويش 1990. بأن تقييم المشرف المباشر هو أنسب شخص تتوفر لديه المعلومات الكافية عن أداء الموظف، كما من المفروض أن يعرف كل عناصر الوظائف التي يشرف عليها، إلا أنه يشير كذلك بأن بعض الكتاب يحذرون من الاعتماد بشكل كلي ونهائي على الرئيس المباشر فقط إذ أن هذا الوضع سوف يعطيه مجالا للتحكم في نتائج القياس وخلق التحيز والمحسوبية.

كما يشير سزلاجي (1991) Szalagy إلى أن الاختلاف بين نتائج التقييم يدل على عدم اتساق في عملية التقييم. ويمكن زيادة نسبة الاتفاق بين

المقيمين باطلاعهم على معايير الأداء التي يجب الاهتمام بها وتوحيد وسائل التقييم التي يستعملونها.

كما يرى بأنه من واجب الإدارة البحث للحصول على مؤشرات عديدة حول الأداء لفترات زمنية قصيرة.

تتمثل الخطوة الأساسية في تصميم نظام سليم يعتمد عليه لتقويم الأداء في توفير معلومات دقيقة حول المحتوى الفعلي للوظائف في المؤسسة، وبعبارة أخرى على المديرين معرفة ما هو مطلوب منهم قياسه قبل أن يقوموا بوضع مقاييس للأداء. وقد ورد في كتاب (1998) لوران بيلونجي و أندري بيتي جون لويس بيرجو & André Petit Jean Louis Laurent Bélanger Bergeran أن عدة باحثين حاولوا البحث فيما إذا كان التقييم الذي يقوم به كل من العامل ذاته أو زملاء العمل أو المشرف تعطي نفس النتيجة وبالخصوص التقييم الذاتي للعامل وتقييم المسؤول.

فقد بينت دراسة أجريت حول تطابق أنواع التقييم فتمت مقارنة النتائج المتحصل عليها من تقييم المشرفين والتقييم الذاتي لمنتين (200) إطار. وقد أظهرت النتائج بأن المرؤوسين كان تقييمهم أكثر إيجابي من تقييم مسؤوليهم بالنسبة لكل الأبعاد. وقد أدرجت النظريات التي حاولت شرح هذه النتيجة، فالمعايير التي يعتمد عليها المشرف يحتمل أنها ليست نفس المعايير التي يعتمد عليها العامل.

فمصدر معايير المسؤول تكون:

- 1- أحسن العمال بالمصلحة.
- 2- صورة أحسن عامل التي بناها خلال مساره المهني.
- 3- الطريقة التي ينجز بها العمل في حالة ما إذا كان في مكانه.

مصادر معايير العامل نتائج السابقة في العمل ففي هذه الحالة فنظرية مستوى الطموح ترى أن العامل يكون راضي بنتائج عمله إذا كانت أحسن من النتائج التي يطمح إليها.

أما حسب نظرية المقارنة الاجتماعية فالعامل يحافظ على تقدير ذاته فيختار بدقة مع من يقارن من أقرانه.

وجاء في كتاب (حسن إبراهيم بلوط 2002: 389) « بأن الدراسات التي ركزت على مصدر التقييم وجدت بأن الرئيس المباشر ما زال من أقوى المصادر بحيث أن بعض الباحثين من أمثال ديفري ورفاقه Devries & all رأي بأن أكثر من 90% من عمليات تقييم الأداء يقوم بها الرؤساء المباشرين للأفراد ومن مميزات هذا المصدر مقدرته على تزويد المرؤوس بالاسترجاع. بتحسين أداء هذا الأخير ويكون عرضة للفشل في حالة عدم تمكن الرئيس المباشر من الاحتكاك الشبه الدائم مع مرؤوسيه أو عدم تمكنه من التزود بالمعلومات الكاشفة عن أداء هذا المرؤوس».

وجاء عن التقييم الذاتي لـ حنا ناصر الله 2002: 174 « يستخدم هذا الأسلوب كأداة للتنمية الذاتية للموظفين نتطلب من الموظف وتجبره على التفكير في نقاط القوة والضعف لديه واقتراح سبل تحسين أدائه والمعايير لذلك».

ويظهر حسن إبراهيم بلوط 2002: 390 الجوانب السلبية والايجابية لتقييم الذاتي فمن حسنات هذا المصدر:

- 1- يتناسب أكثر مع النواحي الإرشادية والتطويرية التي تحسن من أداء الأفراد وليس مع الأهداف التقييمية للأداء ويرى كمبل ولى Cambell & lée أن التقييم الذاتي نافع لتطوير الأفراد.

2- يشجع على الحوار والنقاش بين الأفراد وبين رؤسائهم ومن أبرز مساوئ التقييم الذاتي عدم الدقة وتساهل الأفراد في تقييم. كما تشير كذلك حول التفاوت في التقييم القائم بين الثقافات والذي أشار إليه الباحثين يو و مورفي Yu & Murphy بحيث وجد أن الموظفين الأمريكيين يعطون أنفسهم علامات تقييم أعلى من تلك التي يحصلون عليها من رؤسائهم، بينما الموظفون الصينيون والتايلانديون يفعلون العكس تماما. كما تعود الفروقات بين التقييم الذاتي وتقييم الرؤساء لأسباب تتعلق بضعف خطوط الاتصالات بين الطرفين أو نتيجة مبالغة الأفراد في تقييم ذاتهم. هذه المبالغة أثبتتها بعض الدراسات ومنها دراسة أجراها هاريس وشوبروك Harris & Schambroeck و هوفمان ورفاقه Hoffman & al.

كما أشارت سعاد نايف برنوطر 2001: 410 إلى « أن المدير يحكم على أداء العاملين بكونه ممتاز أو مقبول من وجهة نظره الخاصة، والتي قد تختلف عن تقدير شخص آخر، في هذه الحالة يمكن أن يتغير تقدير موظف ما لمجرد تغير الشخص الذي يقوم بالتقييم».

و جاء في دراسة لبورمان (Borman, 1974) و لاندي و رفاقه (Landy & al, 1976). أن أبعاد الأداء الوظيفي الناتجة عن تطوير سلالم ذات مؤشرات سلوكية لتستخدم من قبل الزملاء و المشرفين كانت مختلفة، بينما تشير دراسة أخرى لزيدك و رفاقه (Zedeck & al, 1974) تشابه في أبعاد الأداء لكلا النوعين من المقيمين عند تطوير سلالم التقدير ذات مؤشرات سلوكية. إلا أن أمثلة السلوك الوظيفي الدقيقة التي استخدمت كمؤشرات لأبعاد الأداء كانت مختلفة بين النوعين من المقيمين فار و لاندي (Farr & Landy, 1987).

جرت كذلك مقارنة لتقديرات المشرفين مع تقديرات الذات للأشخاص الخاضعين لتقييم أنفسهم. و وجد باركر و رفاقه (Parker & al, 1959) و كيرشمر (Kirchner, 1965) أن تقديرات الذات كانت أكثر تساهلا من تقديرات المشرفين، و لكن في دراسة لـ هنمان (Heneman, 1976) بوجود أثر أكبر للهالة في تقديرات المشرفين من تقديرات الذات. بينما لم تظهر أي فروق لأثر الهالة في دراسة باركر و زملائه (Parker & al, 1959). و أخيرا لم يجد كيرشمر (Kirchner, 1965) و باركر و رفاقه (Parker & al, 1959) سوى درجة معتدلة من الاتفاق بين تقديرات المشرفين و تقديرات الذات. و تدل المقارنة بين الأنواع المختلفة من المقيمين أنه يمكن بشكل عام توقع وجود درجة منخفضة أو معتدلة فقط من الارتباط بين المقيمين من أنواع مختلفة (كالزملاء أو المشرفين أو الذات).

الفرضية الثالثة:

يعتبر الممرضون سلم ذو المؤشرات السلوكية سلما يغطي الأبعاد الأساسية للأداء، بمعنى أن مراحل بناء هذا النوع من المقاييس، يقوم على التحديد دقيق وبطريقة موضوعية المهام الأساسية والنشاطات الرئيسية للمهنة المراد تقييمها.

فسلم التقدير ذو المؤشرات السلوكية له ميزة وبإمكانه تغطية الأبعاد الأساسية للأداء.تركز هذه السلالم التقدير للأداء الوظيفي التي تعتمد على أساس سلوكي على الأفعال، وتصرفات محددة بدلا من الجوانب العامة، فهي تعتبر الأداء متعدد الجوانب وتستخدم أمثلة سلوكية حقيقية كمؤشرات على الاداء الجيد، المتوسط والضعيف في تلك الجوانب.

فعملية التقييم تتبع خطوات وتبنى في مراحل متتالية تسمح بتكوين أداة تقييم سليمة.

وتعد مراحل بناء السلم التقييمي ذي المؤشرات السلوكية تحليلاً للعمل، وينتج عنها مجموعة من البنود المحددة التي تصف النمط السلوكي.

ويتميز سلم المؤشرات السلوكية بعدة ميزات فقد دلت الدراسات التي أجراها (Bending 1952a-1952b-1953-1954b) بأن ثبات المقياس يتأثر بعدد الفئات، فينخفض عندما يكون عدد الفئات (03) ثلاثة أو أقل وعندما يكون العدد إحدى عشر أو أكثر أما فون (Fun (1972) يبين بأن ثبات المقياس ينخفض عندما يكون عدد الفئات أقل من 3 ثلاثة أو أكثر من سبعة (7) عن فار ولاندي (Farr & Landy (1987).

كما يلعب نوع المؤشرات دوراً. وقد أجريت بعض الدراسات لتحديد المزايا النسبية لهذه المؤشرات وهذا يعني بالطبع التسليم بالحاجة إلى وجود المؤشرات فوجد بارات وآخرون (Barrett, & al (1958) أن سلم التقدير ذو المؤشرات أكثر فاعلية من سلم بدون مؤشرات في فار ولاندي & Farr Landy (1987) كما يضيف كذلك بأن مجموعة من الدراسات بينت أن المؤشرات آثار إيجابية على مؤشرات القياس التقديرية.

بينما توجد دراسات أخرى ومن بينها دراسة فين (Finn (1972) لا يوجد تأثير على ثبات التقديرات، فاستخدام مؤشرات رقمية أو وصفية لم يكن له أهمية تذكر. بينما ذكر دراسة كل من كاي (Kay (1959) التي ترى بأن استعمال الأحداث الحرجة كمؤشرات لسلاسل التقدير أدى إلى تخفيض درجة الثبات.

ودراسة شابيرا و شيرون (Shapira & Shiron (1980) التي مفادها أن الاعتماد على مؤشرات سلوكية متكررة الوقوع في المجال الوظيفي

أدت إلى تقديرات أكثر تساهلا من السلالم المكونة من مؤشرات أقل وقوعا. وترى دراسة قام بها كل من باريت وزملاؤه (Barrett & al (1958) بأن السلالم ذات المؤشرات السلوكية الجيدة ولكن بدون تعاريف لجوانب الأداء كانت تتصف بدرجة أعلى من الثبات وبدرجة أقل من أخطاء العمالة والتساهل كما يشيروا إلى أن مؤشرات السلوكية أفضل من المؤشرات الرقمية أو المؤشرات الوضعية.

أما بالنسبة لتحديد قيم المؤشرات أو ما يسمى بتقييم الأمثلة السلوكية فقد جاء في دراسة فار و لاندي (Farr & Landy (1987) على انه إجراء ضعيف في تطوير سلالم التقدير، كما يشيران إلى أن كل من سميث و كندال (Smith & Kendall (1963) استخدمتا أسلوب تحليل البنود لتحديد قدرة المؤشرات السلوكية المحددة على تمييز المرضين الجيد والسيئ الأداء.

فأكثر الطرق استعمالا وتداولاً في اختيار المؤشرات في أسلوب سلالم التقدير ذات المؤشرات السلوكية (BARS) هي طريقة استخدام حكام لتقدير درجة تمثيل كل مثال سلوكي لبعد أداء محدد فار و لاندي (Farr & Landy (1987) سيزلاجي (Scizlgy (1991) وجاء في دراسة لشويب (Schwab (1975) بأنه يتم الاحتفاظ بالأمثلة السلوكية التي يتم الاتفاق حول تمثيلها لبعد الأداء محددة بنسبة تتراوح من 50% إلى 80% من المجموعة المكونة للموظفين شواب (Schwab (1975) إلى دراسة لكل من كامبل و آخرون (Campbell & all (1970) والتي مفادها أن مرحلة إعادة الصياغة ينتج عنها اختيار كل من الأبعاد والأمثلة السلوكية بصياغة جد خاصة بالوظيفة، وخالية من الغموض فتسمح هذه المرحلة بإبعاد كل الأمثلة الغامضة و الأبعاد غير المحددة بدقة.

كما تسمح هذه المرحلة من بناء السلم (BARS) تخفيض خطأ التساهل وخطأ النزعة المركزية.

وقد استعمل غودال و بورك (1975) Goodale & Burke سلم (BARS) فتحصل على 360 حدث من المديرين في المرحلة الثانية نسبت إلى (10) عشرة أبعاد للأداء. فبعد صياغة المؤشرات وحساب الانحراف المعياري والاختيار النهائي للسلم تقلص عدد الأحداث إلى (6) أو (7) ستة أو سبعة للبعد وتم الاحتفاظ بأقل من (70) سبعين حدث من بين (360) ثلاث مئة وستون حدث شواب (1975) Schwab أما الباحث كامبل و آخرون (1973) Campbell & all فقد احتفظ بالأمثلة التي تم الاتفاق عليها بنسبة 80% بينما احتفظ هراري و زداك Harai & Zedec (1973) بالأمثلة التي تم الاتفاق عليها بنسبة 60%، أما فوغلي و آخرون (1971) Fogli et all لم يحتفظ إلا بالأمثلة التي اتفقت عليها الأغلبية. وقد احتفظ بالأمثلة في السلم النهائي تلك التي يتراوح انحرافها المعياري إلى 1.50 على سلم (7) سبع درجات ومن الباحثين الذين اعتمد ذلك كل من فوغلي و آخرون (1971) Fogli & all غودال و بورك Goodale & Burke (1975) هراري و زداك Harai & Zedeck سميث و كندال (1963) Smith & Kendall بينما احتفظ كامبل و آخرون Campbell (1973) & all بالأحداث التي لها انحراف يتراوح إلى 1.75 على سلم ذو تسع (9) درجات شواب (1975) Schwab .

أما والتر س بامان Walter C Baman فيشير إلى الأبحاث التي تفيد بأن الإجراءات المتبعة تسمح بتعريف كل الأبعاد الأساسية للأداء. إذ يعطي الخبراء الموظفين أمثلة سلوكية لأداء الوظيفة مما ينتج عنها قائمة لمكونات الأداء وتعطى طريقة لتحديد وتعريف المؤشرات السلوكية للأداء.

الإستنتاج العام

6-الإستنتاج العام

من خلال عرض و تحليل النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية وتطبيق الإجراء المتبع لتطوير سلم ذو المؤشرات السلوكية (BARS) ، و بعد اختبار الفرضيات يمكن القول بأن هدف البحث قد تحقق.

فالمستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة تعتمد على طريقة في تقييم أداء الممرضين، إذ تحتوي بطاقة التنقيط على نقاط اعتبرها المسؤولون أبعاد لأداء مهنة التمريض، يتم من خلالها تقييم مستوى أداء الممرضين. وقد اعتبرها الممرضون محل الدراسة أن هذه النقاط لا تعكس مستوى أدائهم فهذه الأخيرة لاتعتبر أبعادا للأداء و إنما بنود لايمكن أن تغطي جميع أبعاد الأداء لمهنة التمريض.

فنسبة 84.68% ترى بأنه لايمثل عمل الممرض في الميدان. واعتبروا أن هذه الأبعاد عامة غير دقيقة وكما جاء في دراسة لكافاناغ , Kavanagh 1973 بأن مسألة اختيار أبعاد التقييم المناسبة لايمكن الإجابة عنها إلا من خلال مراعاة الإعتبارات التالية :

طبيعة متطلبات الوظيفة وأهمية العوامل الشخصية وعوامل الأداء لتلك الوظيفة.

فار و لاندي (1987) Farre & Landy

وكما ذكر كاتز و سناو (1981) Katz & Snow يجب وضع أبعاد الأداء من تحليل مفصل للمهارة و القدرات التي تتطلبها الوظيفة.

هذا ماتم استنتاجه من خلال تحليل نتائج اختبار الفرضية الأولى.

وفيما يتعلق بالفرضية الثانية الخاصة بوجود علاقة بين التقييم الذاتي للممرض والتقييم بأسلوب (BARS) توصلت النتائج إلى وجود ارتباط متوسط بين التقييمين حيث قدر معامل ارتباط ب 0.48 وهو ارتباط متوسط

وكما أكدته دراسة زداك أنه يوجد تشابه في أبعاد الأداء لكلى النوعين من المقيمين عند تطوير سلالم التقدير ذات المؤشرات السلوكية. وجاء الفرضية الثالثة أن الممرضون يعتبرون سلم ذو المؤشرات السلوكية سلما يغطي الأبعاد الأساسية للأداء.

فقد أورد فار و لاندي 1987 دراسة لـ بارات و آخرون 1958 Barrett & AI تفيد أن سلم التقدير ذو المؤشرات السلوكية أكثر فعالية من سلم بدون مؤشرات.

كما بينت عدة دراسات مزايا سلم التقدير ذو المؤشرات السلوكية وقامت بمقارنة بسلالم التقدير الأخرى و الميزة التي يتميز بها هذا السلم هو أنه من خلال الإجراء المتبع لتطويره يتسنى وضع أبعاد الأداء الخاصة لكل مهنة ومشاركة القائمين بهذه المهنة في تطويره.

6-1 الإقتراحات :

يتبن لنا من خلال هذه الدراسة وأعمال الباحثين بان عملية تقييم الأداء يعطى لها اهتمام كبير من طرف الأفراد والإداريين والباحثين. وذلك نظرا لدورها في تطوير الفرد والمؤسسات والإقتصاد.

ويزداد ذلك الإهتمام نظرا لتعقيد هذه العملية و صعوبة قياس الأداء، إذ انصبت جهود الباحثين على البحث في العناصر المختلفة لهذه العملية، من تحديد أبعاد الأداء، والبنود التي تشكلها، أساليب القياس ، تبيان حدود ومميزات كل اسلوب مع العوامل المؤثرة في هذه العملية. ولذى وجب الإهتمام بتقييم أداء الفرد الجزائري من أجل تطوير الإنتاج والإقتصاد الجزائري، ومن أجل ذلك يتطلب الأخذ بعين الإعتبار العناصر الأساسية لتقييم الأداء ومن هذه العناصر :

تكوين المقيمين : إن أهم ما تقوم عليه عملية تقييم الأداء هو وجود مقيمين من أهل الاختصاص و الذين لهم دراية بكيفية التقييم، وشروط التقييم و إلمام بأساليب التقييم، حتى يتسنى لهم القيام بهذه العملية بشكل موضوعي، يسمح بالإستغلال السليم لنتائج التقييم من أجل الرفع من مستوى الأداء في المؤسسات .

تشجيع البحث العلمي : إذ كانت الدولة تهدف إلى تنمية مستوى الإقتصاد فعليها بتخصيص برامج علمية لتطوير اساليب التنمية البشرية، واستغلال قدرات الموظفين واستثمارها إلى أقصى حد من أجل تحقيق الطموح .

إنشاء مراكز لتقييم الأداء : يكون من مهامها إعداد برامج للتقييم من قبل مختصين مؤهلين لهذه العملية وتشجيعهم على الإنتاج في هذا المجال وإعداد أساليب للتقييم التي تراعي خصوصيات المؤسسات الجزائرية .

خاتمة البحث:

لتقييم الأداء أهمية في حياة الفرد و المؤسسات، فهو يسمح بوضع أسس للتسيير فلذا وجب أن تكون عملية تقييم الأداء عملية سليمة، تركز على قواعد علمية موضوعية تسمح بالحصول على نتائج حقيقية، لاستغلالها في عملية التنمية البشرية و الاقتصادية وقد تم من خلال نتائج هذا البحث الوصول إلى اقتراح سلم لتقييم أداء المرضى بمصلحة طب العيون بمستشفيات الجزائر العاصمة، وكان هذا هو الهدف العام من هذا البحث حيث أكدت النتائج المتوصل إليها أن عملية التقييم بالمستشفيات الجزائرية العاصمة بعيدة عن القواعد الموضوعية التي تركز عليها هذه العملية، وأن القائمين عليها لا يولونها الأهمية اللازمة وذلك لعدم وجود أهل الاختصاص في هذا المجال أو إهمال البحوث العلمية التي تناولت الموضوع، زيادة على ذلك تعقيد عملية تقييم الأداء . و بالخصوص اداة التقييم أي المشكل المطروح هو كيف نقيس الأداء ؟

حيث توجد بطاقة لتقييم الأداء تحتوي على أبعاد الأداء والتي اعتبرها المرضى غير كافية لتغطية أبعاد الأداء لوظيفة التمريض. وهذا ما تم اختباره من خلال الفرضية الأولى. والتي تم من خلالها تبيان أوجه القصور في عملية التقييم و النقاط التي أغفلت.

وتأكد الفرضية الثانية التي مفادها بأنه يوجد توافق بين التقييم الذاتي واستعمال أسلوب (BARS) ، وذلك لأن التقييم بأسلوب (BARS) كان مبني على اساس خطوات اعتمدت شغلي الوظيفة والذين لديهم خبرة بمختلف نشاطاتها ومهامها .

وفي الأخير فإن الفرضية الثالثة كانت تنص على أن التقييم باستعمال أسلوب (BARS) يغطي كل أبعاد الوظيفة عكس بطاقة التنقيط المستعملة من قبل الإدارة وهذا ما أكده أفراد العينة.

تعد وسيلة التقييم الركيزة الأساسية في عملية تقييم الأداء، ولذى أعطي اهتمام كبير من قبل الباحثين في دراسة أساليب التقييم وتبيان مميزات كل أسلوب ونقاط ضعفه من اجل تفادي أخطاء التقييم والعوامل المؤثرة في عملية التقييم .

فعملية تقييم الأداء عملية معقدة وليست سهلة. وان استعمال أسلوب واحد للتقييم ليس صالحا لكل المهن. فهناك مهن يمكن أن نستعمل فيها أساليب تقييم الكمية، وهناك مهن يتعذر فيها استعمال هذه الأساليب. فيستوجب الأمر تطوير أساليب تقدير الأداء الخاصة بها.

المراجع

1. إبراهيم عبد العزيز شيحا (1983): الإدارة العامة الدار الجامعية للطباعة والنشر
2. أحمد صقر عاشور (1984): إدارة القوى العاملة - الطبعة الثالثة.
3. احمد عادل راشيد (1981): مذكرات في إدارة الأفراد دار النهضة العربية الطبعة الأولى .
4. أحمد مرسى تقييم الأداء الاقتصادي في الأعمال و الخدمات.
5. أحمد ماهر (1998) : إدارة الموارد البشرية مركز التنمية الإدارية الطبعة الخامسة .
6. أميمة محمد حمدي (1996) العوامل المؤثرة في إختيار الفتاة السعودية لمهنة التمريض الإدارة العامة للبحوث.
7. إدارة الأداء دليل شامل للإشراف الفعال .
8. -السلوك النفساني في المنظمة حنفي عبد الغفار (1990) : دار العربية للنشر.
9. جاك دنكان : 1991 ترجمة محمد الحديدي . أفكار عظيمة في الإدارة دروس من مؤسس ومؤسسات العمل الإداري الطبعة العربية الأولى الدار الدولية للنشر و التوزيع .
10. جيرى. ل. جراي (1988) : الإشراف : مدخل علم السلوك التطبيقي لإدارة الناس ترجمة وليد عبد اللطيف هوانة معهد الإدارة العامة السعودية.
11. جودة أحمد سعادة (1984)
12. حسان محمد نذير حريستاني. (1990): إدارة المستشفيات.
13. حسان محمد نذير حريستاني (1990): معهد الإدارة العامة .

14. حسن إبراهيم بلوط (2002): إدارة الموارد البشرية من منظور إستراتيجي دلة النهضة العربية الطبعة الأولى.
15. حنفي عبد الغفار (1990): إدارة الأفراد و السلوك التنظيمي دار العربية للنشر الطبعة الأولى.
16. سعاد حسين (1982): تاريخ و آداب تاريخ الكويت دار العلم الطبعة الثالثة .
17. سعاد نايف البرنوطي (2001) : إدارة الموارد البشرية إدارة الأفراد ، دار وائل للطباعة و النشر عمان الطبعة الأولى.
18. سليمان محمد الطماوى.
19. سمير محمد يوسف إدارة المنظمات
20. عبد الرحمان عبد الباقي عمر (1962) مستلزم الطبع و النشر مكتبة عين الشمس
21. عبد الغفور يونس(1990): نظريات التنظيم و الإدارة دار الفكر العربي الطبعة الأولى.
22. عبد الكريم أبو الخير التمريض النفسي مفهوم الرعاية التمريضية 2002 دار وائل للطباعة و النشر.
23. على السلمي : إدارة الأفراد و الكفاءة الإنتاجية الناشر مكتبة غريب القاهرة .مصر الطبعة الثالثة .
24. على شريف عبد الغفار حنفي، محمد فريد الصحن (1989) :
دارا الجامعية
25. علي المكاوي(1996): علم الإجتماع الطبي مدخل نظري دار المعرفة الجامعية الإيكندرية مصر.
26. علي محمد منصور (1999) : مبادئ الإدارة أسس ومفاهيم مجموعة النيل العربية مصر الطبعة الأولى .

27. راوية محمد حسن (1999): إدارة الموارد البشرية المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية الطبعة الأولى .
28. راوية حسن (2000) : إدارة الموارد البشرية رؤية مستقبلية دار الجامعة الإسكندرية الطبعة الأولى.
29. عمرو غانم(1982) :علي الشرقاوي تنظيم وإدارة العمال الأسس و الأصول العلمية دار النهضة العربية .
30. فرانك جي لاندي - جيمس آل فار قياس أداء العمل – الأساليب و النظرية والتطبيقات ترجمة د. ربحي محمد الحسن مراجعة صافي أمام موسى.
31. كامل بربر(1997): إدارة الموارد البشرية وكفاءة الأداء، التنظيمي. المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع بيروت لبنان الطبعة الأولى.
32. كلود جورج الإبن(1972):تاريخ الفكر الإدارة ترجمة احمد حمودة مكتبة الوعي العربي.
33. كمال محمد المغربي(1993): السلوك التنظيمي مفاهيم و أسس سلوك الفرد و الجماعة في التنظيم الطبعة الأولى.
34. كلودس جورج الإبن (1972):تاريخ الفكر الإداري ترجمة احمد حمودة مكتبة الوعي العربي .
35. كيث ديفز (1974):السلوك الإنساني في العمل دراسة العلاقات الإنسانية و السلوك التنظيمي ترجمة الدكتور سيد عبد الحميد مرسى محمد إسماعيل يوسف.
36. محمد مرسى(1988)إدارة الأداء دليل شامل للإشراف الفعال تأليف ماريون أي هاينز . ترجمة محمود مرسى – زهير الصباغ مراجعة زكي راتب غوشة –زكى محمد الحسين.

37. محمد عدنان النجار (1980): الأسس العلمية لنظرية التنظيم
دار الفكر.
38. محمد سعيد أنور سلطان (2003) : إدارة الموارد البشرية دار
الجامعة الجديدة دار النشر الإسكندرية.
39. مصطفى نجيب شاويس (1990) : إدارة الأفراد دار الشروق
الطبعة الأولى.
40. مصطفى نجيب شاويس (1993): الإدلة الحديثة مفاهيم ،
وظائف، تطبيقات، دار الفرقان الطبعة الأولى .
41. مهدي حسن زويليف (1994) : إدارة الأفراد في المنظور
الكمي و العلاقات الإنسانية دار مجدلاوي للنشر و التوزيع الطبعة
الأولى .
42. مهدي حسن زويليف (2001) : إدارة الموارد البشرية دار
الفكر للطباعة و النشر و التوزيع الطبعة الأولى.
43. صلاح الشنيوني (1974): إدارة الأفراد و العلاقات الإنسانية
دار الجامعات العصرية.
44. صلاح الدين عبد الباقي (2002): الإتجاهات الحديثة في إدارة
الموارد البشرية دار الجامعة الجديدة للنشر الإسكندرية.
45. ناصر محمد العديلي (1993) : إدارة السلوك التنظيمي الطبعة
الأولى مرام للطباعة الكترونية الرياض .
46. ناصر محمد العديلي (1995): السلوك و التنظيمي منصور
كلي مقارن الإدارة العامة للبحوث
47. هارولد كونتز (1997) : تقويم المديرين دراسة تطبيقية في
تقويم العمل الإداري ترجمة الدكتور محمد إسماعيل يوسف
مؤسسة فرانكلين للطباعة و النشر – القاهرة نيويورك ديسمبر .

المراجع باللغة الفرنسية:

49. Agnès Jacquerye : guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmier
50. Agnès jacquerye : 1980guide de l'évaluation de la qualité des soins of
51. Alison Tierney . journal of advanced Nursing 1994 An Analysis of nursing's in performance in the 1992 assessment of reseanch in british universities journal of advanced Nursing 1994
52. Bernard Martry 1988– Daniel Crazet : gestion des ressources humaines - 3eme édition
53. Bernard Mortory & Daniel Crozet (1988) : Gestion des ressources Humaines 3eme édition.
54. Chantal .Perpete L I G E Q S I est il une methode transposable pour l'évaluation de la qualité des sans infirmiers dans nos Hôpitaux belge ? Essai d'utilisation dans un hôpital.
55. collectif Brusculles université libre de Brusculles les jeudis Matins

56. Daniel R Ilgen and Jack M.Feldman 1983
 Research in organizational Behavior vol 5 pages
 141 -197
57. Dimitri Weiss (1999)
 1. Evaluation des compétences professionnelles des
 infirmiers
58. F. Happart et R Marcharis – la qualité des soins
 infirmiers << quelque aspects d'autre Voix
 nouvelles en soins infirmiers collectif Brusculles
 Université libre de Brusculles les jeudis Matin
 1986
59. Fatima zohra Oufia : Cette chere santé . Office
 des publication universitaire p 257
60. Fatima zohra Oufria : Cette chere santé .
 Office des publication universitaire p 2 jusqu'à 9
61. Frank .J Landy and Don .A Trumbo 1976 2
 eme edition juin 1977
62. Frank Landy and James L Farr : Rating
 Performance psychological Bulletin 1980 N°=87 -
 1-72-107-89-87-84-83
63. Grenier Raymond l'instrument global
 d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
 I.G.E Q S I otil de comparaison de performance
 de la qualité des sans infirmiers dans les Hôpitaux

64. Infirmier quelque aspects d'autres Voix
nouvelles en soins infirmier
 65. Jacqueline Dieman 1992 – Journal of
professional nursing Vol 8 N°:3 (May – June)
 66. Jacqueline Laurin (1988) : Evaluation de la
qualité des soins infirmiers Imprimer au Canada
 67. Jean Marie de Ketele (1982) : Docimologie
introduction aux concepts et aux pratiques.
 68. John Bernardine & Richard W. Beatty (1984) :
Performance Appraisal
 69. Katz et Snow (1981) : Evaluation des
compétences professionnelles des personnels de
santé édition o.m.s
 70. Lakrdar Sekiou – Louise Blondin Jean Marie
Perritti (1995) : Ressources Humaines dans le
contexte de la mondialisation des marchés les
édition . 4c Montreal Quebec Canada
 71. Mostefe Khiati (1984): guide des soins
infirmiers office des publications universitaires
 72. Personnel psychology 1975 Behaviorally
anchored rating scales A. Review of the Literature
2. Ressources Humaines dans le contexte de la
mondialisation des

73. Sekio Lakhdar – Louise Blodin – Bruno Fabi –
Charles-Henri Besseyre des Hots – Francaise
Chevalier Gestion des Ressources Humaines les
éditions. 4c Inc 1993
74. Theorie et instruments , F.Happart et R
Macharis la qualité des soins
75. William Trisi (1990) :

المجلات:

76. أمينة الحفني 1972 التنظيم لتقييم الأداء المجلة الصناعية
العربية نشرة فنية يصدرها مركز التنمية الصناعية للدولة العربية
العدد 28
77. إدارة البحوث المملكة العربية السعودية (معهد الإدارة العامة
78. -الإدارة العامة (1992): العدد 76 سبتمبر

القواميس:

79. المنجد الأبجدي (1987) دار المشرق بيروت لبنان الطبعة
الخامسة.

الملاحق

الملحق رقم: 1

1- يقدر الوسائل الضرورية حسب الحالات المرضية والأدوات والأدوية مع تحديد الكمية اللازمة والمدة التي تغطيها وعدد المرضى مع تقدير لكمية الاحتياط لحالات استعجالية مع توقع الخطأ.

-2

$$SD = \frac{\sqrt{6}}{25} = 0.48$$

رقم التقييم	1	2	3
XI		10	15
ΣXI		20	45
$\Sigma -XI \bar{X}$		3.6	2.4

$$\bar{X} = \frac{65}{25} = 2.6$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	3	0.4	0.16
02	3	0.4	0.16
03	3	0.4	0.16
04	2	-0.6	0.36
05	2	-0.6	0.36
06	2	-0.6	0.36
07	3	0.4	0.16
08	3	0.4	0.16
09	2	-0.6	0.36
10	2	-0.6	0.36
11	2	-0.6	0.36
12	3	0.4	0.16
13	3	0.4	0.16
14	3	0.4	0.16
15	3	0.4	0.16
16	3	0.4	0.16
17	3	0.4	0.16
18	3	0.4	0.16
19	2	-0.6	0.36
20	2	-0.6	0.36
21	3	0.4	0.16

0.16	0.4	3	22
0.36	-0.6	2	23
0.36	-0.6	2	24
0.16	0.4	3	25

3- يقدر الوسائل اللازمة لأداء المهمة ويحدد الكمية وع حسن التصرف والاقتصاد.

$$SD = \sqrt{\frac{10.07}{25}} = 0.63$$

رقم التقييم	1	2	3
XI	2	10	13
ΣXI	2	20	39
$\Sigma -XI \bar{X}$	4.14	1.9	4.03

$$\bar{X} = \frac{61}{25} = 2.44$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI \bar{X})^2$
01	3	0.56	0.31
02	3	0.56	0.31
03	3	0.56	0.31
04	3	0.56	0.31
05	3	0.56	0.31
06	3	0.56	0.31
07	2	0.44	0.19
08	2	0.44	0.19
09	2	0.44	0.19
10	2	0.44	0.19
11	2	0.44	0.19
12	2	0.44	0.19
13	2	0.44	0.19
14	2	0.44	0.19
15	3	0.56	0.31
16	2	0.44	0.19
17	2	0.44	0.19
18	2	0.44	0.19
19	3	0.56	0.31
20	3	0.565	0.31
21	3	0.56	0.31
22	3	0.56	0.31
23	3	0.56	0.31
24	1	1.44	2.07
25	1	1.44	2.07

4- يقدر الوسائل لتنظيم عمله حسب الضرورة في كل مرة

$$SD = \sqrt{\frac{11.54}{25}} = 0.67$$

رقم التقييم	1	2	3
XI	3	10	12
ΣXI	3	20	36
$\Sigma -XI \bar{X}$	5.52	1.2	4.8

$$\bar{X} = \frac{59}{25} = 2.36$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	3	0.64	0.40
02	3	0.64	0.40
03	3	0.64	0.40
04	3	0.64	0.40
05	3	0.64	0.40
06	3	0.64	0.40
07	3	0.64	0.40
08	3	0.64	0.40
09	3	0.64	0.40
10	3	0.64	0.40
11	2	0.36	0.12
12	3	0.64	0.40
13	3	0.64	0.40
14	2	0.36	0.12
15	2	0.36	0.12
16	2	0.36	0.12
17	1	1.36	1.84
18	1	1.36	1.84
19	1	1.36	1.84
20	2	0.36	0.12
21	2	0.36	0.12
22	2	0.36	0.12
23	2	0.36	0.12
24	2	0.36	0.12
25	2	0.36	0.12

5- أحيانا يقدر الوسائل بشكل جيد ثم يتبعها في كل تقديراته الموائية مع مراعاة الظروف.

$$SD = \sqrt{\frac{9.17}{25}} = 0.60$$

3	2	0	رقم التقييم
4	16	0	XI
12	32	5	Σ XI
4.32	0.25	4.6	Σ-XI \bar{X}

$$\bar{X} = \frac{49}{25} = 1.96$$

- XI) \bar{X} (	-XI \bar{X}	XI	رقم المرض
0.016	0.04	2	01
1.08	1.04	3	02
0.016	0.04	2	03
0.016	0.04	2	04
0.016	0.04	2	05
1.08	1.04	3	06
0.016	0.04	2	07
0.92	-0.96	1	08
0.016	0.04	2	09
0.016	0.04	2	10
0.016	0.04	2	11
1.08	1.04	3	12
1.08	1.04	3	13
0.016	0.04	2	14
0.016	0.04	2	15
0.016	0.04	2	16
0.016	0.04	2	17
0.016	0.04	2	18
0.92	-0.96	1	19
0.92	-0.96	1	20
0.016	0.04	2	21
0.016	0.04	2	22
0.92	-0.96	1	23
0.016	0.04	2	24
0.92	-0.96	1	25

6- تقدير للوسائل غير محدد حسب الحاجة (ارتجالي)

$$\bar{X} = \frac{36}{25} = 1.44$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	04	6	15	0
Σ XI	00	6	30	0
Σ-XI \bar{X}		1.14	4.65	0

$$SD = \sqrt{\frac{5.79}{25}} = 0.48$$

رقم المريض	X1	-XI \bar{X}	(-XI) \bar{X}
01	2	0.56	0.31
02	2	0.56	0.31
03	2	0.56	0.31
04	2	0.56	0.31
05	2	0.56	0.31
06	2	0.56	0.31
07	0	0	0
08	1	0.44	0.19
09	2	0.56	0.31
10	2	0.56	0.31
11	1	0.44	0.19
12	1	0.44	0.19
13	1	0.44	0.19
14	0	0	0
15	2	0.56	0.31
16	2	0.56	0.31
17	2	0.56	0.31
18	2	0.56	0.31
19	2	0.56	0.31
20	2	0.56	0.31
21	2	0.56	0.31
22	0	0	0
23	0	0	0
24	1	0.44	0.19

0.19	0.44	1	25
-------------	-------------	----------	-----------

2	1	0	رقم التقييم
14	4	7	XI

7- يقدر الوسائل والمعدات للحالات الخطيرة

28	4	0	ΣXI
7.14	0.28		$\Sigma -XI \bar{X}$

$$SD = \sqrt{\frac{7.42}{25} = 0.54}$$

3	2	1	0	رقم التقييم
---	---	---	---	-------------

$(-XI)^2 \bar{X}$	$-XI \bar{X}$	X1	رقم الممرض
0.51	0.72	2	01
0.51	0.72	2	02
0.51	0.72	2	03
0.51	0.72	2	04
0.51	0.72	2	05
0.51	0.72	2	06
0.51	0.72	2	07
0.51	0.72	2	08
0.07	-0.28	1	09
0.07	-0.28	1	10
0.07	-0.28	1	11
0.07	-0.28	1	12
0.07	0.72	2	13
0.51	0.72	2	14
0.51	0.72	2	15
0.51	0.72	2	16
0.51	0.72	2	17
0.51	0.72	2	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0	0	0	23
0	0	0	24
0	0	0	25

$$\bar{X} = \frac{32}{25} = 1.28$$

0	0	13	12	XI
0	0	13	0	ΣXI
		2.99		$\Sigma -XI \bar{X}$

8- لا يقدر الوسائل اللازمة لتنظيم العمل (يأخذ

كل ما يقع بين يديه دون تقدير)

3	2	$SD = \sqrt{\frac{2.99}{25}} = 0.34$	رقم التقويم
0	0	10	15
			XI

$$\bar{X} = \frac{13}{25} = 0.52$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	0	0	0
02	0	0	0
03	1	0.48	0.23
04	1	0.48	0.23
05	0	0	0
06	1	0.48	0.23
07	1	0.48	0.23
08	1	0.48	0.23
09	0	0	0
10	0	0	0
11	1	0.48	0.23
12	1	0.48	0.23
13	0	0	0
14	0	0	0
15	1	0.48	0.23
16	1	0.48	0.23
17	0	0	0
18	0	0	0
19	1	0.48	0.23
20	1	0.48	0.23
21	1	0.48	0.23
22	1	0.48	0.23
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0

1- انعدام التنظيم – يعمل دون برنامج
لمختلف النشاطات وتوقيتها.

0	0	10	0	ΣXI
0	0	3.6	0	$\Sigma -XI \bar{X}$

$$SD = \sqrt{\frac{3.6}{25}} = 0.37$$

$$\bar{X} = \frac{10}{25} = 0.4$$

$(X1 - \bar{X})^2$	$-XI \bar{X}$	X1	رقم المرض
0.36	0.6	1	01
0.36	0.6	1	02
0	0	0	03
0	0	0	04
0.36	0.6	1	05
0	0	0	06
0	0	0	07
0.36	0.6	1	08
0	0	0	09
0.36	0.6	1	10
0	0	0	11
0	0	0	12
0	0	0	13
0	0	0	14
0.36	0.6	1	15
0.36	0.6	1	16
0.36	0.6	1	17
0	0	0	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0.36	0.6	1	23
0	0	0	24
0.36	0.6	1	25

يعمل دون تنظيم محدد لمختلف النشاطات

$$\bar{X} = \frac{23}{25} = 0.92$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	2	23	0	0
ΣXI	0	23	0	0
$\Sigma -XI \bar{X}$		0.1472		

$$SD = \sqrt{\frac{1.472}{25}} = 0.07$$

رقم المريض	XI	XI - \bar{X}	(XI - \bar{X}) ²
01	1	0.08	0.0064
02	1	0.08	0.0064
03	1	0.08	0.0064
04	1	0.08	0.0064
05	1	0.08	0.0064
06	1	0.08	0.0064
07	1	0.08	0.0064
08	1	0.08	0.0064
09	1	0.08	0.0064
10	1	0.08	0.0064
11	1	0.08	0.0064
12	1	0.08	0.0064
13	1	0.08	0.0064
14	0	0	0
15	1	0.08	0.0064
16	1	0.08	0.0064
17	1	0.08	0.0064
18	1	0.08	0.0064
19	0	0	0
20	1	0.08	0.0064
21	1	0.08	0.0064
22	1	0.08	0.0064
23	1	0.08	0.0064
24	1	0.08	0.0064
25	1	0.08	0.0064

2- لا يمكن أن يلاحظ وجود إجراءات علاجية واضحة ومحددة

$$\bar{X} = \frac{41}{25} = 1.64$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	0	9	16	0
ΣXI	0	9	32	0
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	3.6	1.92	0

$$SD = \sqrt{\frac{5.52}{25}} = 0.46$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	2	0.36	0.12
02	2	0.36	0.12
03	2	0.36	0.12
04	2	0.36	0.12
05	2	0.36	0.12
06	2	0.36	0.12
07	2	0.36	0.12
08	2	0.36	0.12
09	2	0.36	0.12
10	2	0.36	0.12
11	2	0.36	0.12
12	2	0.36	0.12
13	2	0.36	0.12
14	2	0.36	0.12
15	2	0.36	0.12
16	1	0.64	0.40
17	1	0.64	0.40
18	2	0.36	0.12
19	1	0.64	0.40
20	1	0.64	0.40
21	1	0.64	0.40
22	1	0.64	0.40
23	1	0.64	0.40
24	1	0.64	0.40
25	1	0.64	0.40

3- يقوم بتنظيم العمل مع وضع برنامجا لمختلف الأنشطة مع توقع وجود علاج حسب حالة

المريض والأغراض التي تبدو عليه.

$$\bar{X} = \frac{52}{25} = 2.08$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	23	2
ΣXI	0	0	46	6
$\Sigma XI \bar{X}$	0	0	0.14	1.68

$$SD = \sqrt{\frac{0.14 + 1.68}{25}} = 0.26$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI \bar{X})^2$
01	3	0.92	0.84
02	3	0.92	0.84
03	3	0.92	0.84
04	3	0.92	0.84
05	2	0.08	0.0064
06	2	0.08	0.0064
07	2	0.08	0.0064
08	2	0.08	0.0064
09	2	0.08	0.0064
10	2	0.08	0.0064
11	2	0.08	0.0064
12	2	0.08	0.0064
13	2	0.08	0.0064
14	2	0.08	0.0064
15	2	0.08	0.0064
16	2	0.08	0.0064
17	2	0.08	0.0064
18	2	0.08	0.0064
19	3	0.92	0.84
20	2	0.08	0.0064
21	2	0.08	0.0064
22	2	0.08	0.0064
23	2	0.08	0.0064
24	2	0.08	0.0064
25	2	0.08	0.0064

4- تنظيم مختلف النشاطات حسب الأولوية وبرمجت أوقات العمل مع تحديد الساعة وطريقة

انجازها.

$$\bar{X} = \frac{64}{25} = 2.56$$

3	2	1	0	رقم التقييم
14	11	0	0	XI
42	22	0	0	Σ XI
2.66	3.41	0	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{6.07}{25}} = 0.49$$

(- XI) \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم المرض
0.19	0.44	3	01
0.19	0.44	3	02
0.19	0.44	3	03
0.19	0.44	3	04
0.19	0.44	3	05
0.19	0.44	3	06
0.19	0.44	3	07
0.19	0.44	3	08
0.19	0.44	3	09
0.31	0.56	2	10
0.31	0.56	2	11
0.31	0.56	2	12
0.31	0.56	2	13
0.19	0.44	3	14
0.19	0.44	3	15
0.31	0.56	2	16
0.31	0.56	2	17
0.31	0.56	2	18
0.19	0.44	3	19
0.31	0.44	3	20
0.31	0.56	2	21
0.19	0.56	2	22
0.19	0.44	3	23
0.19	0.44	3	24
0.19	0.44	3	25

5- تنظيم العمل مع برمجت أوقات العمل مع تحديد الأهداف الخاصة بكل نشاط.

$$\bar{X} = \frac{65}{25} = 2.6$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	10	15
ΣXI	0	0	20	45
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0	3.6	2.4

$$SD = \sqrt{\frac{6}{25}} = 0.48$$

رقم المريض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	3	0.4	0.16
02	3	0.4	0.16
03	3	0.4	0.16
04	3	0.4	0.16
05	3	0.4	0.16
06	3	0.4	0.16
07	3	0.4	0.16
08	3	0.4	0.16
09	3	0.4	0.16
10	3	0.4	0.16
11	2	-0.6	0.36
12	2	-0.6	0.36
13	2	-0.6	0.36
14	2	-0.6	0.36
15	2	-0.6	0.36
16	3	0.4	0.16
17	3	0.4	0.16
18	3	0.4	0.16
19	2	-0.6	0.36
20	3	0.4	0.16
21	2	-0.6	0.36
22	2	-0.6	0.36
23	3	0.4	0.16
24	3	0.4	0.16
25	3	0.4	0.16

6- تنظيم العمل وتقسيم مختلف النشاطات حسب الأهمية والأولوية والنوعية برمجت أوقات العمل وإعطاء كل نشاط الوقت اللازم لانجازه مع توقع الحالات المستعجلة مع توفير الوقت لتفادي تراكم الأعمال.

$$\bar{X} = \frac{75}{25} = 3$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	7	18
ΣXI	0	0	21	54
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0	0	0

$$SD = \sqrt{\frac{7}{25}} = 0.52$$

رقم المريض	X1	-XI \bar{X}	(-XI) \bar{X}^2
01	3	0	0
02	3	0	0
03	3	0	0
04	3	0	0
05	3	0	0
06	3	0	0
07	3	0	0
08	3	0	0
09	2	-1	1
10	2	-1	1
11	2	-1	1
12	3	0	0
13	3	0	0
14	3	0	0
15	3	0	0
16	3	0	0
17	2	-1	1
18	2	-1	1
19	3	0	0
20	3	0	0
21	3	0	0
22	3	0	0
23	3	0	0

1	-1	2	24
1	-1	2	25

1- أعمال في تطبيق العلاج بطرق سليمة واستعمال إبر غير معقمة.

$$\bar{X} = \frac{12}{25} = 0.48$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	13	12	0	0
Σ XI	0	12	0	0
Σ-XI \bar{X}	0	3.24	0	0

$$SD = \sqrt{\frac{3.24}{25}} = 0.36$$

رقم المريض	رتب التقييم	ف	ف ²
01	1	0.52	0.27
02	1	0.52	0.27
03	0	0	0
04	0	0	0
05	1	0.52	0.27
06	1	0.52	0.27
07	0	0	0
08	1	0.52	0.27
09	0	0	0
10	1	0.52	0.27
11	1	0.52	0.27
12	0	0	0
13	1	0.52	0.27
14	0	0	0
15	0	0	0
16	1	0.52	0.27
17	0	0	0
18	1	0.52	0.27
19	1	0.52	0.27
20	1	0.52	0.27
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0

2- استعمال المضادات والشفرات الجراحية و الأدوية للأغراض الشخصية.

$$\bar{X} = \frac{17}{25} = 0.68$$

رقم التقييم	0	1	2	3
XI	8	17	0	0
Σ XI	0	17	0	0
Σ-XI \bar{X}	0	1.70	0	0

$$SD = \sqrt{\frac{1.70}{25}} = 0.26$$

رقم المرض	X1	-XI \bar{X}	(- XI) \bar{X} (
01	1	0.32	0.10
02	1	0.32	0.10
03	1	0.32	0.10
04	1	0.32	0.10
05	1	0.32	0.10
06	1	0.32	0.10
07	1	0.32	0.10
08	1	0.32	0.10
09	1	0.32	0.10
10	1	0.32	0.10
11	1	0.32	0.10
12	1	0.32	0.10
13	1	0.32	0.10
14	1	0.32	0.10
15	1	0.32	0.10
16	1	0.32	0.10
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	1	0.32	0.10

3- لا ينظف يديه عندما ينتقل من علاج مريض إلى علاج مريض آخر.

$$\bar{X} = \frac{30}{20} = 1.2$$

رتب التقييم	0	1	2	3
XI	0	20	5	0
ΣXI	0	20	10	0
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0.8	3.2	0

$$SD = \sqrt{\frac{4}{25}} = 0.4$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI \bar{X})^2$
01	2	0.8	0.64
02	2	0.8	0.64
03	2	0.8	0.64
04	1	-0.2	0.04
05	1	-0.2	0.04
06	1	-0.2	0.04
07	1	-0.2	0.04
08	1	-0.2	0.04
09	1	-0.2	0.04
10	1	-0.2	0.04
11	2	0.8	0.64
12	2	0.8	0.64
13	1	-0.2	0.04
14	1	-0.2	0.04
15	1	-0.2	0.04
16	1	-0.2	0.04
17	1	-0.2	0.04
18	1	-0.2	0.04
19	1	-0.2	0.04
20	1	-0.2	0.04
21	1	-0.2	0.04
22	1	-0.2	0.04
23	1	-0.2	0.04
24	1	-0.2	0.04
25	1	-0.2	0.04

4- مراقبة تاريخ استهلاك الأدوية والأدوات المستعملة.

$$\bar{X} = \frac{46}{25} = 1.84$$

رتب التقييم	0	1	2	3
XI	0	4	21	0
ΣXI	0	4	42	0
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	2.82	0.52	0

$$SD = \sqrt{\frac{3.34}{25}} = 0.36$$

رقم الممرض	XI	$-XI \bar{X}$	$(-XI \bar{X})^2$
01	2	0.16	0.02
02	2	0.16	0.02
03	2	0.16	0.02
04	1	0.84	0.70
05	2	0.16	0.02
06	2	0.16	0.02
07	2	0.16	0.02
08	2	0.16	0.02
09	2	0.16	0.02
10	2	0.16	0.02
11	2	0.16	0.02
12	2	0.16	0.02
13	1	0.84	0.70
14	2	0.16	0.02
15	2	0.16	0.02
16	2	0.16	0.02
17	1	0.84	0.70
18	1	0.84	0.70
19	2	0.16	0.02
20	2	0.16	0.02
21	2	0.16	0.02
22	2	0.16	0.02
23	2	0.16	0.02
24	2	0.16	0.02
25	2	0.16	0.02

5- نتوقع من الممرض أن يشعر بأنه مسؤول عن الحالات الاستعجالية والتعاون مع الممرضين في الحالات الطارئة.

$$\bar{X} = \frac{61}{25} = 2.44$$

رتب التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	11	13
ΣXI	0	0	22	39
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0	2.09	4.03

$$SD = \sqrt{\frac{6.12}{25}} = 0.49$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
01	3	0.56	0.31
02	3	0.56	0.31
03	3	0.56	0.31
04	2	-0.44	0.19
05	3	0.56	0.31
06	2	-0.44	0.19
07	3	0.56	0.31
08	2	-0.44	0.19
09	3	0.56	0.31
10	3	0.56	0.31
11	3	0.56	0.31
12	2	-0.44	0.19
13	3	0.56	0.31
14	3	0.56	0.31
15	2	-0.44	0.19
16	2	-0.44	0.19
17	2	-0.44	0.19
18	2	-0.44	0.19
19	2	-0.44	0.19
20	2	-0.44	0.19
21	3	0.56	0.31
22	2	-0.44	0.19
23	3	0.56	0.31
24	3	0.56	0.31
25	2	-0.44	0.19

6- يتحمل مسؤولية الحرص على أن يكون المريض صائما لإجراء العملية الجراحية مع القيام بمسؤوليته المهنية بتطبيق القواعد السليمة في العلاج.

$$\bar{X} = \frac{63}{25} = 2.52$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
15	9	0	0	XI
45	18	0	0	Σ XI
3.45	2.43	0	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{5.88}{25}} = 0.48$$

- XI)² \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم المرض
0.23	0.48	3	01
0.23	0.48	3	02
0.23	0.48	3	03
0.27	0.52	2	04
0.23	0.48	3	05
0.27	0.52	2	06
0.27	0.52	2	07
0.23	0.48	3	08
0.23	0.48	3	09
0.27	0.58	2	10
0.27	0.58	2	11
0.27	0.58	2	12
0.23	0.48	3	13
0.23	0.48	3	14
0.23	0.48	3	15
0.23	0.48	3	16
0.27	0.58	2	17
0.27	0.58	2	18
0.23	0.48	3	19
0.23	0.48	3	20
0.23	0.48	3	21
0.27	0.58	2	22
0.27	0.58	2	23
0.27	0.58	2	24
0.23	0.48	3	25

7- نتوقع من الممرض أن يحافظ على نظافة العتاد ويعقمه ونظافته الشخصية عند تقديم العلاج مع مراعاة استعمال الأدوية الصالحة للاستعمال والحفاظ على السر المهني ومراعاة حرمة المريض.

$$\bar{X} = \frac{68}{25} = 2.72$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
18	07	0	0	XI
54	14	0	0	Σ XI
1.25	3.57	0	0	Σ -XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{4.83}{25}} = 0.43$$

رقم الممرض	X1	-XI \bar{X}	(-XI)² \bar{X}
01	3	0.28	0.07
02	3	0.28	0.07
03	3	0.28	0.07
04	2	-0.72	0.51
05	2	-0.72	0.51
06	3	0.28	0.07
07	2	-0.72	0.51
08	3	0.28	0.07
09	2	-0.72	0.51
10	2	-0.72	0.51
11	3	0.28	0.07
12	2	-0.72	0.51
13	3	0.28	0.07
14	3	0.28	0.07
15	3	0.28	0.07
16	3	0.28	0.07
17	3	0.28	0.07
18	2	-0.72	0.51
19	3	0.28	0.07
20	3	0.28	0.07
21	3	0.28	0.07
22	3	0.28	0.07
23	3	0.28	0.07
24	3	0.28	0.07
25	3	0.28	0.07

1- يتذمر من طلبات المرضى ولا يبالي بخدمتهم ويطلب منهم تدبير حالهم.

$$\bar{X} = \frac{8}{25} = 0.32$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	8	1	XI
			7	
0	0	8	0	Σ XI
0	0	3.68	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{3.69}{25}} = 0.14$$

رقم المريض	X1	-XI \bar{X}	(- XI) \bar{X} (
01	1	0.68	0.46
02	1	0.68	0.46
03	1	0.68	0.46
04	1	0.68	0.46
05	0	0	0
06	1	0.68	0.46
07	1	0.68	0.46
08	1	0.68	0.46
09	1	0.68	0.46
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0

2- عدم الاستجابة لنداء المرضى.

$$\bar{X} = \frac{17}{25} = 0.68$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	17	8	XI
0	0	17	0	ΣXI
0	0	0	0	- $\Sigma XI \bar{X}$

$$SD = \sqrt{\frac{1.7}{25}} = 0.26$$

$(XI - \bar{X})^2$	$-XI \bar{X}$	XI	رقم المريض
0.10	0.32	1	1
0.10	0.32	1	2
0.10	0.32	1	3
0.10	0.32	1	4
0.10	0.32	1	5
0.10	0.32	1	6
0	0	0	7
0	0	0	8
0	0	0	9
0.10	0.32	1	10
0.10	0.32	1	11
0.10	0.32	1	12
0.10	0.32	1	13
0.10	0.32	1	14
0	0	0	15
0	0	0	16
0.10	0.32	1	17
0.10	0.32	1	18
0.10	0.32	1	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0.10	0.32	1	23
0.10	0.32	1	24
0.10	0.32	1	25

3- نتوقع من الممرض أن يطلب من المريض أخذ دوائه بمفرده.

$$\bar{X} = \frac{18}{25} = 0.72$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
00	0	18	7	XI
0	0	18	0	Σ XI
0	0	1.40	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \frac{\sqrt{1.404}}{25} = 0.056$$

- XI) ² \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم الممرض
0.078	0.28	1	1
0.078	0.28	1	2
0.078	0.28	1	3
0.078	0.28	1	4
0.078	0.28	1	5
0.078	0.28	1	6
0.078	0.28	1	7
0.078	0.28	1	8
0.078	0.28	1	9
0.078	0.28	1	10
0.078	0.28	1	11
0	0	0	12
0	0	0	13
0	0	0	14
0.078	0.28	1	15
0.078	0.28	1	16
0	0	0	17
0.078	0.28	1	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0.078	0.28	1	21
0	0	0	22
0.078	0.28	1	23
0.078	0.28	1	24
0.078	0.28	1	25

4- نتوقع من الممرض أن يرافق المريض إلى قاعة التحضير للعمليات ويساعده على ارتداء الملابس المعقمة ويرافقه إلى قاعة العمليات.

$$\bar{X} = \frac{48}{25} = 1.92$$

نقطة التقييم	0	1	2	3
XI	0	2	23	0
ΣXI	0	2	46	0
- $\Sigma XI \bar{X}$	0	1.68	0.14	0

$$SD = \frac{\sqrt{1.82}}{25} = 0.26$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
1	2	0.08	0.0064
2	2	0.08	0.0064
3	2	0.08	0.0064
4	2	0.08	0.0064
5	2	0.08	0.0064
6	2	0.08	0.0064
7	2	0.08	0.0064
8	2	0.08	0.0064
9	2	0.08	0.0064
10	2	0.08	0.0064
11	2	0.08	0.0064
12	2	0.08	0.0064
13	2	0.08	0.0064
14	2	0.08	0.0064
15	2	0.08	0.0064
16	2	0.08	0.0064
17	2	0.08	0.0064
18	2	0.08	0.0064
19	2	0.08	0.0064
20	2	0.08	0.0064
21	2	0.08	0.0064
22	2	0.08	0.0064
23	2	0.08	0.0064
24	1	-0.92	0.84
25	1	-0.92	0.84

5-السرعة في الاستجابة والرد على طلبات ونداءات المريض والشرح له التعليمات الطبية.

$$\bar{X} = \frac{60}{25} = 2.4$$

نقطة التقييم	0	1	2	3
	1			
XI	0	0	15	10
Σ XI	0	0	30	30
- XI \bar{X} Σ	0	0	2.4	3.6

$$SD = \sqrt{\frac{6}{25}} = 0.48$$

رقم الممرض	XI	-XI \bar{X}	(-XI) ² \bar{X}
1	3	0.6	0.36
2	3	0.6	0.36
3	2	-0.4	0.16
4	2	-0.4	0.16
5	2	-0.4	0.16
6	2	-0.4	0.16
7	3	0.6	0.36
8	2	-0.4	0.16
9	3	0.6	0.36
10	3	0.6	0.36
11	2	-0.4	0.16
12	3	0.6	0.36
13	3	0.6	0.36
14	2	-0.4	0.16
15	2	-0.4	0.16
16	3	0.6	0.36
17	3	0.6	0.36
18	3	0.6	0.36
19	2	-0.4	0.16
20	2	-0.4	0.16
21	2	-0.4	0.16
22	2	-0.4	0.16
23	2	-0.4	0.16
24	2	-0.4	0.16
25	2	-0.4	0.16

6- نتوقع من الممرض أن يخدم المريض بمناولته الأدوية في وقتها ومساعدته في قضاء حاجته للحرص على نظافته ونظافة الغرفة

والرفع من معنوياته.

$$\bar{X} = \frac{62}{25} = 2.48$$

نقطة التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	13	12
ΣXI	0	0	26	36
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0	2.99	3.24

$$SD = \sqrt{\frac{6.23}{25}} = 0.49$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI \bar{X})^2$
1	3	0.52	0.27
2	3	0.52	0.27
3	2	-0.48	0.23
4	3	0.52	0.27
5	2	-0.48	0.23
6	2	-0.48	0.23
7	2	-0.48	0.23
8	3	0.52	0.27
9	3	0.52	0.27
10	3	0.52	0.27
11	3	0.52	0.27
12	3	0.52	0.27
13	2	-0.48	0.23
14	2	-0.48	0.23
15	3	0.52	0.27
16	3	0.52	0.27
17	3	0.52	0.27
18	3	0.52	0.27
19	2	-0.48	0.23
20	2	-0.48	0.23
21	2	-0.48	0.23
22	2	-0.48	0.23
23	2	-0.48	0.23
24	2	-0.48	0.23
25	2	-0.48	0.23

7- استقبال المريض مع تحديد سبب الزيارة وتحديد مواعيد الكشف ومرافقته لمختلف التحليل والتكفل به

ونقله من غرفة العمليات إلى غرفة الإنعاش والسهر على مراقبته والإجابة على طلباته.

$$\bar{X} = \frac{64}{25} = 2.56$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
14	11	0	0	XI
42	22	0	0	Σ XI
2.66	3.41	0	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{6.07}{25}} = 0.49$$

رقم المريض	X1	-XI \bar{X}	(-XI) \bar{X}
1	3	0.44	0.19
2	3	0.44	0.19
3	3	0.44	0.19
4	3	0.44	0.19
5	3	0.44	0.19
6	3	0.44	0.19
7	3	0.44	0.19
8	2	-0.56	0.31
9	2	-0.56	0.31
10	3	0.44	0.19
11	2	-0.56	0.31
12	3	0.44	0.19
13	2	-0.56	0.31
14	3	0.44	0.19
15	3	0.44	0.19
16	3	0.44	0.19
17	3	0.44	0.19
18	2	-0.56	0.31
19	2	-0.56	0.31
20	2	-0.56	0.31
21	3	0.44	0.19
22	2	-0.56	0.31
23	2	-0.56	0.31
24	2	-0.51	0.31
25	2	-0.51	0.31

1- لا يتصل بالطبيب إلا عن طريق المعلومات والتعليمات المكتوبة.

$$\bar{X} = \frac{6}{25} = 0.24$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	6	0	XI
0	0	6	0	Σ XI
0	0	3.42	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \frac{\sqrt{3.42}}{25} = 0.36$$

- XI) ² \bar{X} (	-XI \bar{X}	XI	رقم الممرض
0.57	0.76	1	1
0.57	0.76	1	2
0.57	0.76	1	3
0.57	0.76	1	4
0.57	0.76	1	5
0.57	0.76	1	6
0	0	0	7
0	0	0	8
0	0	0	9
0	0	0	10
0	0	0	11
0	0	0	12
0	0	0	13
0	0	0	14
0	0	0	15
0	0	0	16
0	0	0	17
0	0	0	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0	0	0	23
0	0	0	24
0	0	0	25

2- لا يناقش مسائل مرضه مع الطبيب ولا مع باقي أعضاء الفريق الطبي.

$$\bar{X} = \frac{11}{25} = 0.44$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
			1	
0	0	11	14	XI
0	0	11	0	Σ XI
0	0	3.41	0	Σ -XI \bar{X}

$$SD = \frac{\sqrt{3.41}}{25} = 0.36$$

- XI) ² \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم المرض
0.31	0.56	1	1
0.31	0.56	1	2
0.31	0.56	1	3
0.31	0.51	1	4
0.31	0.51	1	5
0.31	0.51	1	6
0.31	0.51	1	7
0.31	0.51	1	8
0.31	0.51	1	9
0.31	0.51	1	10
0.31	0.51	1	11
0	0	0	12
0	0	0	13
0	0	0	14
0	0	0	15
0	0	0	16
0	0	0	17
0	0	0	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0	0	0	23
0	0	0	24
0	0	0	25

3- نتوقع من الممرض أن يختصر اتصاله مع الطبيب حول ما هو العلاج الذي يجب تطبيقه أي أخذ التعليمات من الطبيب.

$$\bar{X} = \frac{15}{25} = 0.6$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	15	10	XI
0	0	15	0	ΣXI
0	0	2.4	0	$\Sigma -XI \bar{X}$

$$SD = \frac{\sqrt{2.4}}{25} = 0.30$$

رقم الممرض	XI	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
1	1	0.4	0.16
2	1	0.4	0.16
3	1	0.4	0.16
4	1	0.4	0.16
5	1	0.4	0.16
6	1	0.4	0.16
7	1	0.4	0.16
8	1	0.4	0.16
9	1	0.4	0.16
10	1	0.4	0.16
11	1	0.4	0.16
12	0	0	0
13	0	0	0
14	1	0.4	0.16
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	1	0.4	0.16
21	1	0.4	0.16
22	1	0.4	0.16
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0

4- نتوقع أن يقوم الممرض بإبلاغ المريض بمرضه ونتائج العلاج بعد أن يتم التشاور مع الطبيب لتفادي تناقض المعلومات.

$$\bar{X} = \frac{45}{25} = 1.8$$

نقطة التقييم	0	1	2	3
XI	0	6	18	1
ΣXI	0	6	36	3
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	3.84	0.72	1.44

$$SD = \sqrt{\frac{6}{25}} = 0.48$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
1	2	0.2	0.04
2	2	0.2	0.04
3	2	0.2	0.04
4	2	0.2	0.04
5	2	0.2	0.04
6	2	0.2	0.04
7	2	0.2	0.04
8	2	0.2	0.04
9	2	0.2	0.04
10	3	1.2	1.44
11	1	-0.8	0.64
12	1	-0.8	0.64
13	1	-0.8	0.64
14	1	-0.8	0.64
15	1	-0.8	0.64
16	1	-0.8	0.64
17	2	0.2	0.04
18	2	0.2	0.04
19	2	0.2	0.04
20	2	0.2	0.04
21	2	0.2	0.04
22	2	0.2	0.04
23	2	0.2	0.04
24	2	0.2	0.04
25	2	0.2	0.04

5- نتوقع من الممرض تدوين المعلومات بشكل يسمح التواصل والسير الحسن للعلاج المتبع من طرف مختلف الفريق الطبي مع مناقشة الطبيب المسؤول عن المريض العلاج المتبع يوميا.

$$\bar{X} = \frac{58}{25} = 2.32$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
8	17	0	0	XI
24	34	0	0	Σ XI
3.68	1.7	0	0	Σ -XI \bar{X}

$$SQD = \frac{\sqrt{5.38}}{25} = 0.46$$

رقم الممرض	X1	-XI \bar{X}	(-XI \bar{X}) ²
1	3	0.68	0.46
2	3	0.68	0.46
3	2	-0.32	0.10
4	2	-0.32	0.10
5	3	0.68	0.46
6	2	-0.32	0.10
7	2	-0.32	0.10
8	3	0.68	0.46
9	2	-0.32	0.10
10	2	-0.32	0.10
11	2	-0.32	0.10
12	3	0.68	0.46
13	2	-0.32	0.10
14	2	-0.32	0.10
15	3	0.68	0.46
16	2	-0.32	0.10
17	2	-0.32	0.10
18	2	-0.32	0.10
19	2	-0.32	0.10
20	2	-0.32	0.10
21	3	0.68	0.46
22	3	0.68	0.46
23	2	-0.32	0.10
24	2	-0.32	0.10
25	2	-0.32	0.10

6- نتوقع من الممرض أن يتصل بالممرض الذي سيخلفه ويعطيه تقريراً عند انتهاء نوبته مع

لفت انتباهه إلى الحالات الجديدة.

$$\bar{X} = \frac{59}{25} = 2.36$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
9	16	0	0	XI
27	32	0	0	ΣXI
3.68	1.92	0	0	$\Sigma -XI \bar{X}$

$$SD = \sqrt{\frac{5.6}{25}} = 0.47$$

$(-XI)^2 \bar{X}$	$-XI \bar{X}$	XI	رقم الممرض
0.40	0.64	3	1
0.40	0.64	3	2
0.40	0.64	3	3
0.40	0.64	3	4
0.40	0.64	3	5
0.40	0.64	3	6
0.40	0.64	3	7
0.12	-0.36	2	8
0.12	-0.36	2	9
0.40	0.64	3	10
0.40	0.64	3	11
0.12	-0.36	2	12
0.12	-0.36	2	13
0.12	-0.36	2	14
0.12	-0.36	2	15
0.12	-0.36	2	16
0.12	-0.36	2	17
0.12	-0.36	2	18
0.12	-0.36	2	19
0.12	-0.36	2	20
0.12	-0.36	2	21
0.12	-0.36	2	22
0.12	-0.36	2	23
0.12	-0.36	2	24
0.12	-0.36	2	25

7- إبلاغ الطبيب عن تطور الصحي للمريض، نقل الملاحظات إلى الفريق الطبي وإشعارهم بكل جديد مثلًا ظهور حساسية للدواء بعد أن كان يتحملة، ظهور أعراض تستدعي الرعاية المركزة.

$$\bar{X} = \frac{60}{25} = 2.4$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
10	15	0	0	XI
30	30	0	0	Σ XI
3.6	2.4	0	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{6}{25}} = 0.48$$

- XI) ² \bar{X}(	-XI \bar{X}	X1	رقم المريض
0.36	0.6	3	1
0.36	0.6	3	2
0.36	0.6	3	3
0.16	0.4	2	4
0.16	0.4	2	5
0.16	0.4	2	6
0.36	0.6	3	7
0.16	0.4	2	8
0.16	0.4	2	9
0.36	0.6	3	10
0.16	0.4	2	11
0.16	0.4	2	12
0.16	0.4	2	13
0.16	0.4	2	14
0.16	0.4	2	15
0.36	0.6	3	16
0.36	0.6	3	17
0.36	0.6	3	18
0.16	0.4	2	19
0.16	0.4	2	20
0.36	0.6	3	21
0.16	0.4	2	22
0.36	0.6	3	23
0.16	0.4	2	24
0.16	0.4	2	25

1- لا يمكن للممرض أن يقوم بمتابعة وتقييم صحة المريض.

$$\bar{X} = \frac{8}{25} = 0.32$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	8	0	XI
0	0	8	0	Σ XI
0	0	8	0	Σ-XI \bar{X}
0	0	3.68	0	0

$$SD = \frac{\sqrt{3.68}}{25} = 0.38$$

رقم الممرض	X1	-XI \bar{X}	(-XI) \bar{X} ²
1	1	0.68	0.46
2	1	0.68	0.46
3	1	0.68	0.46
4	1	0.68	0.46
5	1	0.68	0.46
6	1	0.68	0.46
7	1	0.68	0.46
8	1	0.68	0.46
9	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	0	0	0

2- لا يمكنه أن يقيم التغيرات التي تطرأ على المريض بدقة.

$$\bar{X} = \frac{11}{25} = 0.44$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	0	11	14	XI
0	0	11	0	Σ XI
0	0	3.44	0	Σ -XI \bar{X}

$$SD = \sqrt{\frac{3.44}{25}} = 0.37$$

(- XI) ² \bar{X}	-XI \bar{X}	XI	رقم الممرض
0.31	0.56	1	1
0.31	0.56	1	2
0.31	0.56	1	3
0.31	0.56	1	4
0.31	0.56	1	5
0.31	0.56	1	6
0.31	0.56	1	7
0.31	0.56	1	8
0.31	0.56	1	9
0.31	0.56	1	10
0.31	0.56	1	11
0	0	0	12
0	0	0	13
0	0	0	14
0	0	0	15
0	0	0	16
0	0	0	17
0	0	0	18
0	0	0	19
0	0	0	20
0	0	0	21
0	0	0	22
0	0	0	23
0	0	0	24
0	0	0	25

3-نتوقع من الممرض أن يقوم بتقييم صحة المريض في بداية العلاج دون التدقيق في أن هناك تحسن أو أي تمييز في تطور صحة المريض.

$$\bar{X} = \frac{17}{25} = 0.68$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	8	17	0	XI
0	0	17	0	Σ XI
0	0	1.7	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \frac{\sqrt{1.7}}{25} = 0.26$$

- XI) ² \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم الممرض
0.10	0.32	1	1
0.10	0.32	1	2
0.10	0.32	1	3
0.10	0.32	1	4
0	0	0	5
0.10	0.32	1	6
0.10	0.32	1	7
0.10	0.32	1	8
0.10	0.32	1	9
0.10	0.32	1	10
0.10	0.32	1	11
0	0	0	12
0.10	0.32	1	13
0	0	0	14
0	0	0	15
0.10	0.32	1	16
0.10	0.32	1	17
0	0	0	18
0.10	0.32	1	19
0	0	0	20
0.10	0.32	1	21
0.10	0.32	1	22
0.10	0.32	1	23
0	0	0	24
0	0	0	25

4- يقيم صحة المريض والحالات التي تطرأ عليها من تحسن وتدهور مثل شفاء العين أو أي ملاحظة حول خياطة في العين ولون الجفون وحركة العينين.

$$\bar{X} = \frac{42}{25} = 1.68$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
0	17	8	0	XI
0	34	8	0	Σ XI
0	0	0	0	Σ-XI \bar{X}

- XI) ² \bar{X} (	-XI \bar{X}	X1	رقم الممرض
0.10	0.32	2	1
0.10	0.32	2	2
0.10	0.32	2	3
0.10	0.32	2	4
0.10	0.32	2	5
0.10	0.32	2	6
0.46	-0.68	1	7
0.46	-0.68	1	8
0.10	0.32	2	9
0.10	0.32	2	10
0.10	0.32	2	11
0.10	0.32	2	12
0.10	0.32	2	13
0.10	0.32	2	14
0.10	0.32	2	15
0.10	0.32	2	16
0.10	0.32	2	17
0.10	0.32	2	18
0.10	0.32	2	19
0.10	0.32	2	20
0.46	-0.68	1	21
0.46	-0.68	1	22
0.46	-0.68	1	23
0.46	-0.68	1	24
0.46	-0.68	1	25

5- يقيم التناسق بين مخطط العلاج التمريض وبرنامج العلاج الطبي.

$$\bar{X} = \frac{60}{25} = 2.4$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
13	12	0	0	XI
36	24	0	0	ΣXI
4.68	1.92	0	0	$\Sigma -XI \bar{X}$

$$SD = \frac{\sqrt{6.6}}{25} = 0.51$$

$(-XI)^2 \bar{X}$	$-XI \bar{X}$	XI	رقم المريض
0.36	0.6	3	1
0.36	0.6	3	2
0.36	0.6	3	3
0.16	0.4	2	4
0.16	0.4	2	5
0.16	0.4	2	6
0.16	0.4	2	7
0.16	0.4	2	8
0.16	0.4	2	9
0.16	0.4	2	10
0.16	0.4	2	11
0.16	0.4	2	12
0.16	0.4	2	13
0.16	0.4	2	14
0.16	0.4	2	15
0.36	0.6	3	16
0.36	0.6	3	17
0.36	0.6	3	18
0.36	0.6	3	19
0.36	0.6	3	20
0.36	0.6	3	21
0.36	0.6	3	22
0.36	0.6	3	23
0.36	0.6	3	24
0.36	0.6	3	25

6- يمكن للممرض أن يقيم بدقة وبعمق تحسن أو سوء صحة المريض لأنه يلازمه يوميا.

$$\bar{X} = \frac{66}{25} = 2.64$$

3	2	1	0	نقطة التقييم
16	9	0	0	XI
48	18	0	0	Σ XI
1.92	3.6	0	0	Σ-XI \bar{X}

$$SD = \frac{\sqrt{5.52}}{25} = 0.46$$

- XI) ² (\bar{X}	\bar{X} -XI	XI	رقم الممرض
0.12	0.36	3	1
0.12	0.36	3	2
0.12	0.36	3	3
0.40	-0.64	2	4
0.40	-0.64	2	5
0.40	0.36	3	6
0.40	-0.64	2	7
0.12	0.36	3	8
0.40	-0.64	2	9
0.12	0.36	3	10
0.12	0.36	3	11
0.12	0.36	3	12
0.40	-0.64	2	13
0.12	0.36	3	14
0.40	-0.64	2	15
0.12	0.36	3	16
0.12	0.36	3	17
0.12	0.36	3	18
0.40	-0.64	2	19
0.40	-0.64	2	20
0.40	-0.64	2	21
0.12	0.36	3	22
0.12	0.36	3	23
0.12	0.36	3	24
0.12	0.36	3	25

7- نتوقع من الممرض القدرة على التقييم المستمر للعلاج التمريض ولصحة المريض ويساعد على تغيير العلاج وخطه العلاج في حالة تحسن صحة المريض (العين أو زيادة خطورة الحالة الصحية للعين بعفن مثلا).

$$\bar{X} = \frac{69}{25} = 2.76$$

نقطة التقييم	0	1	2	3
XI	0	0	6	19
ΣXI	0	0	12	57
$\Sigma -XI \bar{X}$	0	0	3.42	1.08

$$SD = \frac{\sqrt{4.5}}{25} = 0.42$$

رقم الممرض	X1	$-XI \bar{X}$	$(-XI)^2 \bar{X}$
1	3	0.24	0.05
2	3	0.24	0.05
3	3	0.24	0.05
4	3	0.24	0.05
5	2	-0.76	0.57
6	3	0.24	0.05
7	2	-0.76	0.57
8	3	0.24	0.05
9	3	0.24	0.05
10	3	0.24	0.05
11	2	-0.76	0.57
12	2	-0.76	0.57
13	2	-0.76	0.57
14	2	-0.76	0.57
15	3	0.24	0.05
16	3	0.24	0.05
17	3	0.24	0.05
18	3	0.24	0.05
19	3	0.24	0.05
20	3	0.24	0.05
21	3	0.24	0.05
22	3	0.24	0.05
23	3	0.24	0.05
24	3	0.24	0.05
25	3	0.24	0.05

ملحق رقم 2 يمثل مقارنة نتائج (BARS) ونتائج التقييم الذاتي.

رقم الممرض	رتب التقييم		التقييم		ف2	ف
	B.A.R.S	التقييم الذاتي	B.A.R.S	التقييم الذاتي		
1	3	3	جيد	جيد		0
2	3	3	جيد	جيد		0
3	1	1	ضعيف	ضعيف		0
4	3	3	جيد	جيد		0
5	2	2	متوسط	متوسط		0
6	2	2	متوسط	متوسط		0
7	1	2	ضعيف	متوسط	1	1
8	1	1	ضعيف	ضعيف		0
9	1	1	ضعيف	ضعيف		0
10	1	2	ضعيف	متوسط	1	1
11	3	3	جيد	جيد		0
12	1	1	ضعيف	ضعيف		0
13	1	2	ضعيف	متوسط	1	1
14	2	2	متوسط	متوسط		0
15	2	2	متوسط	متوسط		0
16	1	1	ضعيف	ضعيف		0
17	1	1	ضعيف	ضعيف		0
18	1	1	ضعيف	ضعيف		0
19	2	2	متوسط	متوسط		0
20	2	2	متوسط	متوسط		0

	0	1	2	ضعيف	متوسط	21
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	22
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	23
	0	3	3	جيد	جيد	24
	0	3	3	جيد	جيد	25
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	26
	1	1	2	ضعيف	متوسط	27
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	28
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	29
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	30
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	31
	0	3	3	جيد	جيد	32
	0	2	2	متوسط	متوسط	33
	0	2	2	متوسط	متوسط	34
	0	2	2	متوسط	متوسط	35
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	36
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	37
	1	1	2	ضعيف	متوسط	38
	0	2	2	متوسط	متوسط	39
	0	2	2	متوسط	متوسط	40
	0	3	3	جيد	جيد	41
	0	2	2	متوسط	متوسط	42
	0	2	2	متوسط	متوسط	43
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	44
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	45

	0	3	3	جيد	جيد	46
	0	2	2	متوسط	متوسط	47
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	48
	0	2	2	متوسط	متوسط	49
	0	2	2	متوسط	متوسط	50
4	2	1	3	ضعيف	جيد	51
	0	2	2	متوسط	متوسط	52
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	53
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	54
	0	2	2	متوسط	متوسط	55
4	2	1	3	ضعيف	جيد	56
	0	1	1	ضعيف	ضعيف	57
	0	2	2	متوسط	متوسط	58
	0	1	2	ضعيف	متوسط	59
	0	2	2	متوسط	متوسط	60
	0	2	2	متوسط	متوسط	61
1	1	1	2	ضعيف	متوسط	62
	1	1	2	ضعيف	متوسط	63
	0	2	2	متوسط	متوسط	64
		1	1	ضعيف	ضعيف	65

ملحق رقم 3 يمثل الإستبيان

تم استعمال إستبيان يتكون من (06) ستة يهدف إلى معرفة آراء الممرضين إتجاه بطاقة التنقيط التي تعتمد عليها الإدارة التي تقدر عمل القائمين على التمريض .

الأسئلة :

1 – هل الطريقة التي يتم بها تنقيطكم تعكس مجهوداتكم ؟

نعم لا

2 – هل تعتبر النقاط الستة (06) التي تتضمنها بطاقة التنقيط كافية لتقدير أعمال الممرضين ؟

نعم لا

3 – هل هذه الطريقة في التنقيط صحيحة ؟

نعم لا لماذا ؟

4 – هل الجوانب التي ترون أن بطاقة التنقيط قد أغفلتها ؟